

JAMINAN SOSIAL KESEHATAN: INTEGRASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN ACEH DALAM SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL *

Mujibussalim, Sanusi, dan Fikri
Fakultas Hukum Universitas Syiah Kuala Darussalam Banda Aceh
E-mail: mujibussalim@gmail.com, sbleuser@yahoo.com, fikri_26@yahoo.co.uk.

Abstract

This paper describes the authority of the Aceh Provincial Government in developing Aceh Health Social Security (AHSS) program within the context of Aceh special autonomy, and national social security system, and alternative models on procedure for collecting AHSS premium payment, the readiness of stakeholders in implementing the program. Methodology applied was by combining normative-legal research, comparative-legal research and socio-legal research. The finding shows that the Aceh government has authority to provide AHSS, which include providing health services and establishing a special local management body. Model for premium collection can be combined of both insurance policy and central or local government contribution.

Key Words: health social security, health social insurance, Aceh health social security

Abstrak

Artikel ini membahas permasalahan hukum tentang kewenangan Pemerintah Aceh dalam pengembangan program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) dalam konteks otonomi khusus dan sistem jaminan sosial nasional, alternatif model tatacara pemungutan iuran JKA, dan kesiapan pihak terkait dalam pelaksanaan program. Untuk itu, akan diaplikasikan metodologi penelitian hukum dengan menggunakan kombinasi antara pendekatan yuridis normatif, yuridis komparatif, dan yuridis sosiologis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Pemerintah Aceh memiliki kewenangan untuk menyelenggarakan JKA berdasarkan UUPA dan UUSJN, kewenangan tersebut meliputi, baik penyelenggaraan urusan jaminan kesehatan maupun pembentukan badan penyelenggara sendiri. Model pemungutan iuran asuransi adalah kombinasi antara kewajiban peserta dan tanggungan negara dan atau daerah.

Kata Kunci: jaminan sosial kesehatan, asuransi sosial kesehatan, jaminan kesehatan Aceh.

Pendahuluan

Jaminan sosial merupakan hak setiap orang yang pemenuhannya dijamin oleh konstitusi dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Pelaksananya terutama dikaitkan dengan upaya pemerintah dalam pengentasan kemiskinan, yang dilakukan secara bertahap sesuai dengan kemampuan negara, swasta dan masyarakat dalam pembiayaannya. Salah satu metode pembiayaan jaminan sosial adalah dengan melibatkan peserta sendiri, melalui kewa-

jiban pembayaran iuran disebut asuransi sosial. Jenis program jaminan yang paling tua dan penting adalah jaminan sosial kesehatan.

Pelaksanaan jaminan sosial kesehatan nasional ternyata berjalan lamban yang disebabkan oleh berbagai permasalahan, hingga tahun 2007, dari jumlah penduduk Indonesia 220 juta jiwa, baru 43,2% yang telah terdakup dalam berbagai program asuransi sosial kesehatan nasional.¹ Di Provinsi Aceh dilihat dari

* Artikel ilmiah hasil penelitian hibah bersaing ini dibiayai oleh Universitas Syiah Kuala, Kementerian Pendidikan Nasional, sesuai dengan Surat Perjanjian Pelaksanaan Penelitian Program Unit Vucer Multi Tahun (VMT) Nomor: 258/H11/A.01/APBN-P2T/2010 tanggal 6 Mei 2010.

¹ Edi Suharto, 2009, *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia; Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan*, Bandung: Alfabeta, hlm. 73. Berbagai permasalahan tersebut meliputi tingkat pendapatan, stuktur ekonomi, pemerataan penduduk, kemampuan penyelenggaraan negara dan tingkat solidaritas sosial. Guy Carrin dan Chris James, "Health Insurance: Key Factors Affecting the Transition Toward Univer-

jumlah peserta yang belum mendapatkan perlindungan terdapat lebih dari 1 (satu) juta orang sementara yang lain telah mendapatkan perlindungan secara nasional antara lain melalui jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) sebagaimana diberitakan dalam harian Serambi Indonesia tanggal 11 Februari 2010. Oleh karena itu, pemerintah Aceh mengajukan rencana pembiayaan jaminan kesehatan Aceh (JKA) sebagai bagian yang akan terintegrasi dengan sistem jaminan sosial nasional (SJSN).

Permasalahan

Ada tiga permasalahan yang dibahas pada artikel ini. *Pertama*, sejauhmana secara hukum Pemerintah Aceh dapat menyelenggarakan sendiri program JKA di era otonomi khusus Aceh sebagai bagian yang terintegrasi dengan SJSN?; *kedua*, bagaimana alternatif model pemungutan iuran asuransi program JKA kepada peserta yang wajib bayar dalam perbandingannya dengan berbagai program asuransi sosial kesehatan nasional yang ada (Askes, Jamsostek, dan Rancangan Perpres Jaminan Kesehatan)?; dan *ketiga*, bagaimana kesiapan pihak terkait di daerah dalam menyambut pelaksanaan program JKA, terutama berkaitan dengan pemanfaatan program?

Metode Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Banda Aceh dan Jakarta. Pemilihan lokasi di Banda Aceh dengan alasan karena adanya rencana Pemerintah Aceh untuk menyelenggarakan program JKA bagi seluruh penduduk Aceh sebagai bagian yang terintegrasi dengan SJSN yang berlaku secara nasional. Oleh karena terkait dengan SJSN dan hukum nasional, penelitian juga dilakukan di ibukota Negara Republik Indonesia, Jakarta.

Populasi dan sampel ditentukan secara purposive. Informan dan responden sampel tahun pertama penelitian ini adalah sebagai berikut. *Pertama*, Menteri Kesehatan dan/atau staf terkait di Jakarta sebanyak 5 orang; *kedua*, Ketua dan Staf pimpinan Dewan Jaminan Sosial

Nasional (DJSN) di Jakarta sebanyak 5 orang; *ketiga*, Direktur utama dan/atau staf pimpinan terkait dari PT Askes (Persero), PT Asabri (Persero), PT Jamsostek (Persero), dan Pimpro Jamkesmas sebanyak 10 orang; *keempat*, Gubernur Aceh dan/atau staf terkait sebanyak 5 orang; *kelima*, Ketua dan/atau staf pimpinan DPRA sebanyak 5 orang; *keenam*, Bupati/walikota dan/atau staf instansi terkait sebanyak 10 orang; *ketujuh*, Ketua dan/atau staf pimpinan DPRK terkait sebanyak 10 orang; *kedelapan*, Kepala RSUD Provinsi dan/atau Kabupaten/Kota, serta puskesmas dan/atau staf terkait sebanyak 10 orang; *kesembilan*, Peserta Jamkesmas dan/atau JKA aktif sebanyak 40 orang; *kesepuluh*, Masyarakat pekerja mandiri yang potensial membayar iuran Jamkesmas/JKA sebanyak 40 orang; dan *kesebelas*, Pimpinan LSM terkait sebanyak 5 orang. Dengan demikian, jumlah keseluruhan sampel yang ditemui adalah 145 orang.

Penelitian ini mengkombinasikan pendekatan penelitian hukum normative, komparatif, dan sosiologis. Pendekatan yuridis normatif digunakan untuk menjawab semua pertanyaan penelitian yang ada, pendekatan yuridis komparatif secara khusus digunakan dalam menjawab pertanyaan penelitian kedua, sedangkan pendekatan yuridis sosiologis terutama digunakan untuk menjawab pertanyaan ketiga di atas.

Data kepustakaan berupa bahan hukum primer, sekunder dan tersier akan dikumpulkan dengan menggunakan sumber dokumentasi hukum, baik yang tercetak maupun yang elektronik. Data empirik akan diperoleh melalui penyebaran kuisioner dan wawancara dengan informan dan responden sampel penelitian. Analisis data dilakukan dengan menggunakan cara penafsiran yang sering digunakan di dalam ilmu hukum, termasuk untuk tujuan akademis seperti penelitian ini. Cara penafsiran tersebut meliputi otentik, gramatikal, komparatif, historis, teleologis, sosiologis, dan atau filosofis.

Pembahasan

Analisis Teoritis

Pengertian jaminan sosial (*social security*) lebih luas dari pada asuransi sosial (*social*

insurance). Jaminan sosial meliputi baik asuransi sosial maupun jaminan sosial lainnya yang tidak menerapkan metode asuransi dalam pelaksanaannya. Dengan demikian, asuransi sosial merupakan salah satu metode penyelenggaraan jaminan sosial.² Jumlah santunan yang ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan menurut keputusan masyarakat (*social adequacy*).³ Jelaslah bahwa pada asuransi sosial diperlukan adanya kontribusi (*contributory*) peserta dengan membayar iuran yang tidak perlu dilakukan pada jaminan sosial yang lain (*non-contributory*).⁴ Contoh yang terakhir adalah program Bantuan Langsung Tunai (BLT) dan Beras Untuk Rakyat Miskin (Raskin).

Oleh karena itu, setidaknya terdapat dua cara penyelenggaraan jaminan sosial. *Pertama*, melalui pembiayaan dari pajak sebagai bagian dari anggaran pendapatan negara/daerah (*universal social security*); dan *kedua*, melalui kontribusi peserta dengan membayar iuran (*capitalization social security*).⁵

Asuransi sosial berbeda dengan jaminan sosial cara lain, terdapat penekanan pada partisipasi peserta calon penerima manfaat dalam penyelenggaraan jaminan sosial daripada penonjolan tanggung jawab negara untuk menyelenggarakannya.⁶ Pendekatan jaminan sosial melalui asuransi sosial disebut juga *welfare state model* atau Bismarck Model, sedangkan pendekatan dana publik saja dinamakan *social state model*.⁷ Walaupun dalam praktik ada yang menggabungkan kedua model tersebut sebagai pilihan Negara tertentu.⁸

Terakhir dalam Pasal 1 angka 1 UUSJSN ditetapkan bahwa asuransi sosial adalah “salah satu bentuk perundangan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Sedangkan Pasal 1 ayat (3) menetapkan pengertian asuransi sosial yaitu “suatu mekanisme pengumpulan dana yang bersifat wajib yang berasal dari iuran guna memberikan perlindungan atas resiko sosial ekonomi yang menimpa peserta dan/atau anggota keluarganya.”⁹

Pasal 28 H ayat (3) UUD 1945 menentukan bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Ketentuan Pasal 28 H ayat (3) UUD 1945 ini terutama terkait dengan perlindungan hak asasi manusia. Jaminan sosial merupakan salah satu hak asasi manusia. Secara konstitusional dan HAM jaminan sosial berkaitan dengan tanggung jawab negara (pusat).¹⁰

Khusus mengenai jaminan sosial kesehatan (*social security in health*) atau asuransi sosial kesehatan (*health social insurance*) pengaturan lebih lanjut diatur antara lain dalam Pasal 19 ayat (2) UUSJSN yang menentukan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Selanjutnya disebutkan bahwa penyelenggaraannya dilaksanakan berdasarkan prinsip asuransi dan prinsip ekuitas.¹¹ Pasal 20 UUSJSN menam-

² Lihat M.Suparman Sastrawidjaja, 1997, *Aspek-aspek Hukum Asuransi dan Surat Berharga*, Bandung: Alumni, hlm. 114

³ *Ibid*, hlm. 94.

⁴ Piere Mouton, 1984, *Methods of Financing Social Security in Industrial Countries dalam Financing Social Security, the Options : An International Analysis*, Geneva: International Labour Organization, hlm.3

⁵ Bambang Purwoko, “Jaminan Sosial Standar International dan Variasi Implikasinya di Berbagai Negara Asean” *Jurnal Usahawan*, No. 12 Tahun XXXIII1999, hlm. 12

⁶ Martin Scheining, 1994, *The Right to Social Security” dalam Economic Social and Cultural Right, A Textbook*, Edited by Asbjorn Eide, Catarina Krause dan Alan Roses, London: Martinus Nijhoff Publishers, hlm. 159-167

⁷ Sulastomo, *op.cit.*, hlm. 41

⁸ Nurfaqih Irfani, “Organisasi Jaminan Sosial di Negara Federal Republik Jerman: Suatu Perbandingan” *Jurnal Legislasi Indonesia*, Vol. 9 No. 2 Juli 2012, Jakarta:

Direktorat Jenderal Peraturan Perundang-undangan Kementerian Hukum dan HAM RI, hlm.296

⁹ *Loc.cit*

¹⁰ Rudy Hendra Pakpahan dan Namsihombing, “Tanggung Jawab Negara dalam Pelaksanaan Jaminan Sosial”, *Jurnal Legislasi Indonesia*, Vol 9 No. 2 Juli 2012, Jakarta: Direktorat Jenderal Peraturan Perundang-undangan Kementerian Hukum dan HAM RI, hlm. 173.

¹¹ Dalam Penjelasan Pasal 19 UUSJSN disebutkan bahwa prinsip ekuitas adalah kebersamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan. Hal inilah yang membedakan asuransi sosial dengan asuransi komersial. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemenuhan hak jaminan sosial juga memberikan pengaruh positif terhadap produktivitas. Vandy Aries Martcahyo, dkk, “Pengaruh Pelatihan Kerja, Jaminan Sosial dan Insentif Terhadap Kinerja Karyawan Bagian Produksi PT. Fumira Semarang”, *Jurnal Ilmu Administrasi Bisnis*, Vol. 1 No.1 2012, Yogyakarta: Graha Ilmu, hlm.14. Manfaat jaminan kesehatan terutama penting

bahkan peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Jadi dalam jaminan sosial kesehatan ini UUSJSN mengadopsi asuransi sosial, walaupun ada bagi peserta tertentu yang masih miskin, iurannya dibayar oleh Negara yang tentunya dari sumber dana publik.

JKA juga menggunakan pilihan yang sama dengan UUSJSN. Pasal 31 Prarancangan Qanun Aceh tentang Kesehatan menentukan bahwa iuran untuk tiga tahun pertama dibayar oleh Pemerintah Aceh, seterusnya setiap penduduk yang bekerja mandiri dan memiliki kemampuan ekonomi wajib membayar sebagian atau seluruhnya nilai iuran. Pembayaran oleh Pemerintah Aceh dalam 3 (tiga) tahun tersebut sama juga dengan yang diterapkan pemerintah dalam jamkesmas dengan sumber danaan APBN.

Untuk dapat melaksanakan amanat peraturan perundang-undangan tersebut diperlukan lembaga atau badan penyelenggara yang memiliki tugas khusus untuk itu. UU SJSN menamakan BPJS,¹² sedangkan Prarancangan Qanun Aceh tentang Kesehatan menamakan BPJKA. Persoalan yang timbul kemudian adalah tentang cakupan kewenangan daerah dalam mendirikan badan demikian sehubungan dengan adanya badan ditingkat nasional tersebut.

Ada juga negara lain seperti RRC, beberapa kotamadya sedang mengupayakan sistem jaminan sosial kesehatan.¹³ Di Indonesia dalam

pengertian BPJS¹⁴ ini di dalamnya masih meliputi berbagai badan lain yang telah ada sebelum UU SJSN lahir, yaitu beberapa Badan Usaha Milik Negara (BUMN) berbentuk perusahaan perseroan (Persero). Persero adalah BUMN yang berbentuk Perseroan Terbatas (PT), dengan tujuan utamanya mencari laba (*profit oriented*). Padahal menurut UU SJSN, penyelenggaraan jaminan sosial bersertifikat nirlaba (*not-for-profit*).¹⁵ Sebagai perbandingan di Amerika Serikat dilaksanakan oleh *Social Security Administration*.¹⁶ Oleh karena itu di Indonesia harus ditransformasikan ke dalam BPJS.¹⁷

Pada sisi yang lain, penyelenggaraan asuransi kesehatan bertujuan untuk dimanfaatkan oleh peserta sebagai bagian dari upaya pemerintah untuk mencegah dan mengentaskan kemiskinan, sebagaimana dikemukakan oleh Francis T. Allen.¹⁸ Namun, tujuan ideal¹⁹ tersebut belum sepenuhnya terwujud karena dalam praktik ternyata pemanfaatannya belum optimal,²⁰ antara lain disebabkan oleh masih rendahnya kualitas layanan kesehatan oleh lembaga layanan kesehatan yang ada,²¹ seperti Ru-

ketika biaya layanan kesehatan meningkat. Ratih Utamaningsih dan Haryaruddin, "Implementasi Jaminan Sosial Tenaga kerja dan Kesejahteraan Keluarga Karyawan PT. Asam Jawa", *Jurnal Ilmu Kesejahteraan Sosial Pemberdayaan Komunitas*, Vol. 5 No.2 Mei 2006, Medan: USUPress, hlm. 149

¹² Qamaruddin, "Badan Hukum Publik Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan Transportasinya menurut Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Penyelenggara Jaminan Sosial", *Jurnal Legislasi Indonesia*, Vol. 9 No. 2 Juli 2012, Jakarta: Direktorat Jenderal Peraturan Perundang-undangan Kementerian Hukum dan HAM RI, hlm. 226. Salah satu bentuk alternatif badan penyelenggara yang dapat dipertimbangkan juga adalah Badan Layanan Umum (BLU) dan atau Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Ekowati Ratnaningsih, dkk, "Kajian Kelayakan Badan Layanan Umum dan Alternatif Bentuk Penyelenggaraan Jamsoskes Sumatera Selatan Semesta Sesuai Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional", *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol. 15 No.1 Maret 2012, Palembang, Universitas Sriwijaya, hlm.25

¹³ Edi Suharto, *op.cit.* hlm.59

¹⁴ Bandingkan dengan Johnny Ibrahim, "Eksistensi Badan Hukum di Indonesia sebagai Wadah dalam Menunjang Kehidupan Manusia", *Law Review*, Vol. 11 No. 1 Juli 2011, Jakarta: Universitas Pelita Harapan, hlm.105.

¹⁵ Lihat Sulastomo, *op.cit.*, hlm. 35. Lihat juga Edi Suharto, *op.cit.*, hlm. 11, 43, dan 44

¹⁶ *Ibid.* hlm. 8

¹⁷ Asih Eka Putri, "Transformasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial", *Jurnal Legislasi Indonesia*, Vol. 9 No. 2 Juli 2012, Jakarta: Direktorat Jenderal Peraturan Perundang-undangan Kementerian Hukum dan HAM RI, hlm. 242-243

¹⁸ Santoso Poedjosubroto, "Aspek-aspek Hukum dari Jenis-jenis usaha baru di Bidang Asuransi " dalam BPHN *Simposium Hukum Asuransi*, Padang: Binacipta. hlm.21.

¹⁹ Ahmad Nizar Shihab, "Hadirnya Negara di Tengah Rakyatnya..." *Jurnal Legeslasi Indonesia*, Vol. 9 No. 2 Juli 2012, Jakarta: Direktorat Jenderal Peraturan Perundang-undangan Kementerian Hukum dan HAM RI, hlm. 189

²⁰ Di Kabupaten OKI Sumatera Selatan menunjukkan hal yang sama, dimana terdapat peserta jaminan kesehatan daerah yang tidak menggunakan layanan gratis kesehatan. Ekowati Retnaningsih, "Analisis Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Semesta Sumatera Selatan sebagai Implementasi Urusan Wajib Bidang Kesehatan dalam Rangka Otonomi Daerah di Kabupaten OKI", *Jurnal Pembangunan Manusia*, Vol. 9 No.3 2009, Pembangunan Manusia, Vol. 9 No.3 2009, Palembang, Badan Penelitian Pengembangan dan Inovasi daerah Provinsi Sumatera Selatan, hlm. 20

²¹ Bandingkan dengan Prafula Fernandes dan Athifah Alatas, "Assessment of Indonesia's Pensions Reform" *Jur-*

mah Sakit Umum (RSU) provinsi dan RSU kabupaten/kota serta Puskesmas. Hal ini menunjukkan bahwa perkembangan layanan kesehatan di Indonesia pada umumnya tergolong lambat.²² Hingga kini, di Provinsi Aceh belum semua RSU Provinsi dan RSU kabupaten/kota serta puskesmas memenuhi standar pelayanan minimal rumah sakit umum sebagai mana diberitakan pada Harian Serambi Indonesia pada tanggal 11 Februari 2010.

Kewenangan Pemerintah Aceh

Pengaturan mengenai kesehatan dalam Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh (selanjutnya disingkat UUPA) diatur dalam Pasal 224 sampai dengan 226 UUPA. Pasal 224 UUPA menetapkan sebagai berikut.

- (1) Setiap penduduk Aceh Ayat (1) mempunyai hak yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatan dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal
- (2) Setiap penduduk Aceh Ayat (2) berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, keluarga, dan lingkungan.
- (3) Peningkatan derajat kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan sekurang-kurangnya sesuai dengan standar pelayanan minimal.
- (4) Setiap anak yatim dan fakir miskin berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang menyeluruh tanpa biaya.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan upaya kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ayat (3), dan ayat (4) diatur dalam qanun.

Penjelasan Pasal 224 ayat (3) menambahkan bahwa standar pelayanan minimal dalam ketentuan ini meliputi standar manajemen, administrasi dan informasi, standar pelayanan dan obat, standar pembiayaan standar sarana dan

prasarana, standar kualifikasi dan kompetensi tenaga medis.

Berpegang pada prinsip-prinsip yang terkandung dalam Pasal 224 sampai dengan Pasal 226 UUPA, Becker menegaskan bahwa Pemerintah Aceh pada prinsipnya bebas membentuk dan menetapkan sebuah sistem kesehatan yang baru di Aceh menurut prinsipnya sendiri. Bingkai hukum di tingkat pusat memberikan definisi dan panduan umum yang bisa dijadikan sebagai acuan untuk peraturan kesehatan Aceh, tetapi batasan penting bagi substansi peraturan daerah tidak ditentukan oleh undang-undang nasional dan bahkan tidak akan berlaku lagi berkenaan dengan otonomi khusus yang telah diberikan bagi Aceh melalui UUPA.

Pemerintah Aceh berdasarkan UUPA yang memberikan otonomi khusus Aceh memiliki kewenangan untuk menyelenggarakan urusan kesehatan termasuk jaminan sosial kesehatan. Kewenangan tersebut tidak hanya menyelenggarakan sendiri JKA²³ berdasarkan otonomi khusus sesuai UUPA, tetapi juga berwenang dalam membentuk sendiri Badan Penyelenggara JKA.²⁴ Adanya kewenangan daerah, termasuk Provinsi Aceh dalam pembentukan Badan Penyelenggara JKA ini sejalan dengan Putusan Mahkamah Konstitusi (MK) Republik Indonesia dalam *judicial review* terhadap Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang SJSN terhadap perkara Nomor 007/PUU-III/2005.

²³ Untuk menjamin keberhasilan program JKA, sebagai bagian dari peningkatan aksesibilitas penduduk Aceh terhadap layanan kesehatan perlu adanya upaya peningkatan pemberian insentif kepada petugas kesehatan terkait di lapangan dan peningkatan pengawasan. Asnawi Abdullah, "Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) dan Penguatan Sistem Kesehatan di Provinsi Aceh, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Vol. 1 No.1 Juni 2011, Banda Aceh, Universitas Muhammadiyah, hlm. 57. Bandingkan dengan temuan penelitian bahwa terdapat kendala dalam pelaksanaan yang terkait dengan adanya perbedaan dalam penetapan tarif dengan struktur tarif layanan kesehatan yang berlaku. Jely Septiana, "Kebijakan Pembiayaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Kajian Implementasi Sistem Indonesia *Case Base Group (INA-CBG)* dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Jombang", *Jurnal Kebijakan dan Layanan Publik*, Vol. 1 No.1 Januari 2013, Surabaya, Universitas Airlangga, hlm. 1

²⁴ Bandingkan dengan P. Agung Pambudhi, "Hubungan Pusat dan Daerah dalam Pelayanan Investasi", *Jurnal Hukum dan Pasar Modal*, Vol. 3 No. 4 Agustus-Desember 2008, Jakarta, Himpunan Konsultan Hukum Pasar Modal (HKHPM), hlm. 82-83

nal Hukum Bisnis, Vol. 28 No.1 2009, Jakarta: Yayasan Pembangunan Hukum Bisnis, hlm. 61.

²² Zaelani, "Komitmen Pemerintah dalam Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional", *Jurnal Legislasi Indonesia*, Vol. 9 No.2 Juli 2012, Jakarta, Direktorat Jenderal Peraturan Perundang-undangan Kementerian Hukum dan HAM RI, hlm. 200

MK dalam pertimbangannya berpendapat antara lain bahwa tidak sependapat dengan Pemerintah maupun Dewan Perwakilan Rakyat yang menyatakan bahwa kewenangan untuk menyelenggarakan sistem jaminan sosial tersebut secara eksklusif merupakan kewenangan Pemerintah (Pusat). Karena akan bertentangan dengan makna pengertian negara yang di dalamnya mencakup Pemerintah (Pusat) dan Pemerintah Daerah. Tetapi juga tidak sependapat dengan pemohon yang mendalilkan kewenangan untuk mengembangkan Sistem Jaminan Sosial secara eksklusif merupakan kewenangan daerah sesuai dengan ajaran otonomi seluas-luasnya.

Atas dasar itu hakim MK mengabulkan permohonan pemohon untuk sebagian, yaitu menyatakan Pasal 5 ayat (2), (3), dan (4) UU SJSN bertentangan dengan UUD 1945 Amandemen, sehingga membuka peluang daerah untuk mengembangkan Sistem Jaminan Sosial, termasuk dalam hal mendirikan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) di tingkat daerah cukup dengan Peraturan Daerah (Perda) dengan memenuhi ketentuan sebagaimana diatur dalam UU SJSN dan UU Pemda”.

Persoalannya kemudian adalah bagaimana bentuk hukum dari BPJS tersebut. Dalam hal ini Mukti dan Moertjahjo berpendapat bahwa BPJS sebagai satu badan hukum perlu dibentuk sebagai instansi di lingkungan pemerintah daerah, tetapi tidak termasuk ke dalam struktur organisasi perangkat daerah (non struktural), agar tidak merancukan prinsip-prinsip yang ada dalam pembentukan organisasi pemerintah daerah, sedangkan untuk penerapan prinsip nir-laba dalam penyelenggaraan jaminan sosial dapat dibentuk atau ditetapkan pengelola keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

Berkaitan dengan BLUD tersebut, Qanun Aceh Nomor 1 Tahun 2008 tentang Pengelolaan Keuangan Aceh menggunakan istilah Badan Layanan Umum Aceh (BLUA), yaitu SKPA/unit kerja pada SKPA di lingkungan Pemerintah Aceh yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan ke-

giatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas (Pasal 1 angka 83).

Pasal 289 ayat (2) Qanun Aceh tersebut menentukan kekayaan BLU Aceh merupakan kekayaan Aceh yang tidak dipisahkan serta dikelola dan dimanfaatkan sepenuhnya untuk menyelenggarakan kegiatan BLU Aceh yang bersangkutan. Pasal 291 mengatur bahwa seluruh pendanaan BLU Aceh dapat digunakan langsung untuk membiayai belanja BLU Aceh yang bersangkutan. Dengan demikian, BLUA berbeda dengan lembaga pemerintah daerah lainnya memiliki otonomi keuangan yang lebih luas dan fleksibel. Hal ini dapat memberikan kekuasaan kepada BPJSD dalam mengelola dan mengembangkan dana yang ada, terutama berasal dari iuran wajib sehingga lebih efisien dan produktif dari segi ekonomi dan keuangan.

Model Pemungutan Iuran Asuransi

Sejalan dengan arahan UUSJSN, JKA juga akan menggunakan metode asuransi sosial dalam mewujudkan pemenuhan hak jaminan sosial penduduk Aceh ke depan. Di sinilah salah satu titik hubungan intergrasi antara sistem jaminan sosial nasional dengan sistem jaminan sosial daerah, khususnya dalam kaitan dengan jaminan kesehatan. Dalam hal ini baik pelaksanaan pemenuhan hak jaminan sosial kesehatan yang diselenggarakan pemerintah pusat, maupun yang diselenggarakan pemerintah daerah (Pemerintah Aceh) akan sama-sama bergerak dengan cara atau metode yang sama yaitu asuransi sosial. Hal ini akan dapat memudahkan dalam sinkronisasi dan harmonisasi di dalam pelaksanaan ke depan. Melalui metode asuransi sosial penggunaan anggaran/pengeluaran biaya kesehatan dapat ditekan karena adanya kontribusi bersama dari negara melalui subsidi dan pembayaran iuran (sebagai premi) dari penduduk yang mampu. Penduduk yang mampu tidak terbebani karena hanya membayar dalam jumlah yang kecil, tidak seperti pada asuransi komersial yang tergantung pada kualitas layanannya. Kekurangan biaya akan ditutupi oleh negara juga melalui subsidi dari anggaran publik.

Apabila cara dan metode asuransi ini terwujud,²⁵ berarti Indonesia akan meninggalkan atau tidak akan menerapkan cara atau metode penyelenggaraan jaminan sosial kesehatan lainnya, selain asuransi sosial yang sekarang ini digunakan di beberapa negara lain seperti bantuan sosial dari pajak, asuransi komersial dan campuran beberapa cara atau metode.

Indonesia secara nasional sekarang masih menggunakan cara atau metode penyelenggaraan jaminan sosial campuran dari berbagai metode yang ada, yang tidak sepenuhnya bergerak ke arah asuransi sosial, artinya beragam cara dan metode digunakan dalam berbagai bentuk jaminan sosial yang ada, baik menggunakan bantuan sosial dari pajak, asuransi komersial, maupun asuransi sosial tergantung pada masing-masing bentuk asuransi sosial kesehatan yang berlaku bagi bermacam-macam kelompok penerima manfaat yang berhak. Mereka ini yang sudah terlebih dahulu terlindungi adalah Pegawai Negeri Sipil, Polisi, Tentara Nasional Indonesia, tenaga kerja (khususnya dalam hubungan kerja), dan baru-baru ini tenaga kerja (diluar hubungan kerja), masyarakat miskin dan/atau yang tidak mampu, dan bahkan seluruh penduduk di daerah tertentu melalui pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).

Pemilihan metode asuransi sosial dalam penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia sesuai UUSJS merupakan jalan tengah dari metode yang sepenuhnya atas tanggungan negara melalui pajak (APBN/APBD dan lain-lain) dan metode yang sepenuhnya atas tanggungan individual setiap penduduk sendiri, baik melalui asuransi kesehatan komersial maupun tanpa asuransi.

Adapun pertimbangan yang memberikan justifikasi terhadap pilihan metode asuransi sosial antara lain karena mahal biaya pe-

meliharaan kesehatan itu sendiri. Biaya kesehatan yang harus dikeluarkan oleh setiap penduduk tergolong besar, apalagi untuk layanan kesehatan yang berkualitas. Untuk itu, apabila sepenuhnya harus ditanggung oleh negara untuk seluruh penduduk akan memerlukan anggaran yang tidak kecil setiap tahunnya sesuai dengan jumlah penduduk yang semakin meningkat. Apabila ini harus dilakukan, maka akan mengurangi kebutuhan dana untuk pengeluaran, baik rutin maupun pembayaran untuk sektor-sektor yang lain, seperti pendidikan, infrastruktur, dan pertanian. Untuk itu, perlu adanya keseimbangan dalam alokasi dana publik, terutama untuk sektor-sektor yang memerlukan prioritas penganggaran.

Pada sisi yang lain, apabila setiap penduduk (kaya dan miskin) harus merangsang sendiri biaya kesehatannya juga akan memberatkan karena disamping membutuhkan dana yang banyak, biaya kesehatan juga semakin meningkat dari waktu ke waktu. Hal ini akan memberatkan penduduk terutama mereka yang miskin atau kurang mampu.

Melalui metode asuransi sosial penggunaan anggaran/pengeluaran biaya kesehatan dapat ditekan karena adanya kontribusi bersama dari Negara melalui subsidi dan pembayaran iuran (sebagai premi) dari penduduk yang mampu. Penduduk yang mampupun tidak terbebani karena hanya membayar dalam jumlah yang kecil, tidak seperti pada asuransi komersial yang tergantung pada kualitas layanannya. Kekurangan biaya akan ditutupi oleh negara juga melalui subsidi dari anggaran publik

Keuntungan lainnya adalah terbuka kemungkinan bagi negara sebagai penyelenggara asuransi sosial untuk mengembangkan dana asuransi sosial yang terkumpul melalui investasi di pasar modal atau tempat lainnya. Dengan demikian, dana asuransi yang sudah banyak akan semakin bertambah menjadi kekayaan atau modal untuk dikelola secara baik sehingga dapat menghasilkan keuntungan melalui investasi, yang nanti akhirnya akan digunakan secara khusus untuk pemenuhan jaminan kesehatan penduduk Indonesia sesuai UUSJSN dan peraturan perundang-undangan terkait lainnya. Man-

²⁵ Bandingkan dengan pandangan yang menekankan pada pentingnya asuransi sosial kesehatan sebagai salah satu komponen dari sistem integrasi layanan kesehatan/kedokteran terpadu, di samping dua komponen lainnya yaitu rujukan praktik kedokteran dan pendidikan kompetensi dokter praktik. Fachmi Idris, "Mengadvokasi Sistem Pelayanan Kesehatan/Kedokteran Terpadu", *Jurnal Kedokteran Indonesia*, Vol. 58 No.10 Oktober 2008, Palembang: Universitas Sriwijaya, hlm. 367

faat demikian tidak akan diperoleh melalui metode yang lain, selain asuransi sosial.

Sebagai konsekuensi dari dipilihnya metode asuransi dalam UUSJSN maupun Rancangan Qanun Aceh tentang Kesehatan (RQAK) yang juga mengadopsi metode yang sama dalam penyelenggaraan JKA, maka ada penduduk tertentu yang wajib membayar iuran, karena dianggap memiliki kemampuan untuk itu. Sementara penduduk lain yang tidak mampu iurannya ditanggung oleh Negara melalui dana publik, di sinilah letak pentingnya pemilihan model pemungutan iuran asuransi tersebut yang hingga kini belum ditetapkan, baik secara nasional terutama dalam pelaksanaan jamkesmas maupun secara regional di daerah, dalam hal ini Provinsi Aceh dalam pelaksanaan JKA.

Pada tahapan awal pelaksanaan jaminan kesehatan nasional melalui jamkesmas dan pelaksanaan JKA di Provinsi Aceh belum menerapkan metode asuransi. Dengan demikian, belum menggunakan asuransi sosial, karena seluruh anggaran untuk penduduk miskin atau tidak mampu peserta jamkesmas ditanggung oleh dana publik, terutama APBN. Demikian jika dana penyelenggaraan JKA di Provinsi Aceh yang pesertanya seluruh penduduk Aceh, baik kaya maupun miskin, sepenuhnya ditanggung melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Aceh (APBA).

Sesuai dengan rencana, setelah beberapa tahun berjalan, baik jamkesmas maupun JKA akan menyesuaikan dengan metode asuransi sosial sebagaimana diatur dalam UUSJSN dan RQAK tersebut. Untuk itu, sejak sekarang perlu disiapkan ketentuan tentang model pemungutan iuran asuransi sosial tersebut sehingga pelaksanaannya dapat berjalan dengan baik, pemungutan iuran asuransi kepada peserta yang wajib bayar karena bukan penerima bantuan iuran dapat ditetapkan dalam regulasi daerah berbentuk Peraturan Gubernur dengan mempertimbangkan, memodifikasikan, dan mengembangkan dari model pemungutan iuran asuransi sosial yang telah ada dan rancangan Perpres Jaminan Kesehatan. Pemilihan alternatif model tersebut disesuaikan dengan kemampuan dan karakteristik peserta JKA.

Jaminan kesehatan yang telah ada tersebut meliputi Askes yang berlaku untuk pegawai negeri sipil, pensiunan, perintis kemerdekaan dan keluarganya, jaminan kesehatan anggota TNI dan Polri (diluar sistem ASABRI), dan JPK Jamsostek tenaga kerja diluar hubungan kerja. Dalam hal ini digunakan metode komparatif untuk melihat persamaan dan perbedaannya, yang didalamnya meliputi kekuatan dan kelemahannya masing-masing yang pada akhirnya diperoleh pilihan yang tepat untuk jamkesmas, khususnya JKA.

Peserta Askes adalah pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran dan perintis kemerdekaan yang membayar iuran untuk jaminan pemeliharaan kesehatan (pasal 1 angka 1 Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991 tentang Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya). Di samping peserta wajib tersebut, terbuka kemungkinan untuk peserta sukarela sebagaimana diatur Pasal 3 bahwa pegawai badan usaha dari badan lainnya serta penerima pensiunnya dapat menjadi peserta penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang diselenggarakan oleh badan penyelenggara.

Peserta JPK Jamsostek di luar hubungan kerja adalah setiap tenaga kerja di luar hubungan kerja yang berusia maksimal 55 tahun dapat mengikuti program jaminan sosial bagi tenaga kerja secara sukarela (Huruf C Bab I Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor PER-24 Men/VI/2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja yang Melakukan Pekerjaan di Luar Hubungan Kerja).

Pedoman tersebut memberi penjelasan bahwa tenaga kerja di luar hubungan kerja tersebut terdapat dua kategori. *Pertama*, pada umumnya yang melakukan usaha pada sektor informal dengan ciri antara lain berskala mikro dengan modal kecil, menggunakan teknologi sederhana/rendah, menghasilkan barang dan/atau jasa dengan kualitas relative rendah, tempat usaha tidak tetap, mobilitas kerja sangat tinggi, kelangsungan usaha tidak terjamin, jam kerja tidak teratur dan tingkat produktifitas

dan penghasilan relatif rendah dan tidak tetap; *kedua*, profesionalisme dalam berbagai bidang seperti dokter, pengacara, aktivis, seniman, dan lain-lain. Definisi tenaga kerja diluar jam kerja adalah “setiap orang yang bekerja atau berusaha atas resiko sendiri.

Rancangan Perpres Jaminan Kesehatan

Pasal 4 rancangan tersebut menentukan bahwa peserta jaminan kesehatan adalah setiap penduduk/warga Negara Indonesia termasuk warga Negara asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia. Pasal 8 menambahkan bahwa peserta yang tidak menerima upah adalah pekerja yang bekerja di luar hubungan kerja atau berusaha atas resiko sendiri.

Pasal 7 ketentuan diatas menetapkan bahwa pegawai negeri sipil penerima pensiun wajib membayar iuran setiap bulan yang besarnya serta tatacara pemungutannya ditetapkan dengan keputusan presiden, sedangkan dalam Pasal 8 ayat (1) disebutkan bahwa iuran untuk veteran dan perintis kemerdekaan ditanggung pemerintah atas bebban anggaran pendapatan dan belanja Negara. Sebagai tindak lanjut dari ketentuan di atas, Keputusan Presiden Nomor 8 Tahun 1997 tentang Perubahan dan Tambahan Atas Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 56 tahun 1974 tentang Pembagian, Penggunaan, Cara Pemotongan, Penyetoran dan besarnya iuran-iuran yang dipungut dari pegawai negeri, pejabat negara, dan penerima pensiun pada pasal 1 diatur bahwa setiap pegawai negeri dan pejabat negara dipungut iuran 10% (sepuluh persen) dari penghasilan setiap bulannya dengan rincian sebagai berikut: $4\frac{3}{4}\%$ (empat tiga perempat persen) untuk iuran dana pensiun; 2% (dua persen) untuk iuran pemeliharaan kesehatan, dan $3\frac{1}{4}\%$ (tiga seperempat persen) untuk iuran tabungan hari tua dan perumahan.

Khusus bagi penerima pensiun dipungut iuran untuk penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan sebesar: 5% (lima persen) dari pensiun pokok bagi para penerima pensiun yang di pensiunkan sebelum 1 Januari 1997; dan 2% (dua persen) dari penghasilan bagi para penerima pensiun yang pensiun sejak 1 Januari 1997.

Huruf D ketentuan di atas mengatur bahwa iuran program jaminan sosial bagi tenaga kerja yang bekerja di luar hubungan kerja ditetapkan dengan berdasarkan nilai nominal tertentu, sekurang-kurangnya setara dengan upah minimum propinsi/kabupaten/kota setempat. Besarnya iuran TPK adalah sebesar 6 % dari penghasilan sebulan bagi tenaga kerja yang sudah berkeluarga, dan 3% dari penghasilan sebulan tenaga kerja lajang. Besaran jumlah demikian dalam praktik dirasakan berat oleh tenaga kerja tertentu yang menyebabkan kepesertaan JPK ini tertinggal rendah.

Perpres Jaminan Kesehatan

Besar iuran jaminan kesehatan bagi peserta yang tidak menerima upah atau gaji ditanggung oleh peserta yang bersangkutan sebesar RP. 40.000 (empat puluh ribu rupiah) perbulan perkeluarga. Pemungutan iuran Askes dilakukan melalui bendaharawan gaji pegawai negeri sipil yang bersangkutan. Pemotongan gaji pegawai negeri sipil, dilakukan sejalan dengan ketentuan yang ada dalam Keputusan Presiden Nomor 56 Tahun 1974. Di samping itu, ketentuan terkait terdapat dalam Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2003 tentang Subsidi dan Iuran Pemerintah dalam Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil dan Penerima Pensiun.

Huruf E ketentuan di atas menyebutkan 2 (dua) cara pembayaran iuran bagi peserta JPK Jamsostek (tenaga kerja di luar hubungan kerja), yaitu: melalui wadah atau kelompok, dan secara langsung oleh peserta. Pengertian wadah dalam ketentuan itu adalah organ yang dibentuk oleh dan untuk semua peserta dalam rangka membantu penyelenggaraan program jaminan sosial tenaga kerja yang melakukan pekerjaan di luar hubungan kerja, sedangkan penanggung jawab wadah adalah pihak yang ditunjuk oleh peserta dalam rangka membantu penyelenggaraan program jaminan sosial tenaga kerja yang melakukan pekerjaan di luar hubungan kerja.

Pasal 26 ayat (1) Rancangan Perpres dimaksud menentukan bahwa untuk peserta tidak menerima upah BPJS dapat mengembangkan

mekanisme penarikan iuran yang efektif dan efisien dalam rangka pemenuhan kecukupan danan untuk peningkatan pelayanan kesehatan. Hingga kini belum ada konsep tentang bagaimana model pemungutan iuran dimaksud dalam rancangan tersebut.

Tabel 1. Perbandingan Peserta Jaminan Sosial Kesehatan

No	Bentuk Jaminan Kesehatan	Peserta	Dasar Hukum/ Ketentuan
1	Askes	a. Wajib PNS, penerima pensiun, Veteran & Pahlawan Kemerdekaan b. Sukarela Pegawai Badan Usaha, badan lainnya dan penerima pensiun	Pasal 1 angka 1 dan 3 PP Nomor 69 tahun 1991
2	JPK Jamsostek (TK diluar hubungan kerja)	Tenaga kerja di luar hubungan kerja (mandiri, profesional) berusia paling banyak 55 tahun (sukarela)	Huruf c Bab I Permenkes Nomor PER-24/Men/VI/2006
3	Rancangan Perpres tentang Jaminan Kesehatan	Penduduk/WNI/WN asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia	Pasal 4 Rancangan Perpres tentang Jaminan Kesehatan
4	Rancangan Qanun Aceh tentang Kesehatan	Penduduk Aceh dan anggota keluarga yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah	Pasal 30 rancangan qanun Aceh tentang Kesehatan

Sumber: Data sekunder (diolah).

Tabel 2. Perbandingan Besaran Iuran Jaminan Kesehatan

No	Bentuk Jaminan Sosial Kesehatan	Besaran Iuran	Dasar Hukum/ Ketentuan
1	Askes	2% untuk PNS & Penerima Pensiun mulai 1977	Pasal 1 Keppres Nomor 56 tahun 1974
2	JPK Jamsostek (tenaga kerja di luar hubungan kerja)	a. Berkeluarga 6% dari penghasilan sebulan b. Lajang 3% dari penghasilan sebulan	Huruf D Bab I Permenaker Nomor PER-24/Men/VI/2006
3	Rancangan Perpres tentang Jaminan kesehatan	Rp 40.000 perbulan/keluarga	Pasal 20 ayat (4) Rancangan Perpres tentang jaminan kesehatan
4	JKA	Belum ada: akan diatur dengan peraturan Gubernur	Pasal 31 ayat (6) Rancangan Qanun Aceh tentang Kesehatan

Sumber: Data sekunder (diolah).

Tabel 3. Perbandingan Model Pemungutan Iuran Jaminan Sosial

No	Bentuk Jaminan Kesehatan	Cara Pemungutan Iuran	Dasar Hukum/Ketentuan
1	Askes	Melalui bendahara Gaji/KPPn	Keppres No. 56 Tahun 1974 dan PP No 28 Tahun 2003 tentang Subsidi & Iuran Pemerintah dalam Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan bagi PNS dan Penerima Pensiun
2	JPK Jamsostek (tenaga kerja diluar hubungan kerja)	a. Melalui wadah, atau b. Disetor langsung oleh peserta	Huruf E Bab I Permenkes nomor PER-24/MEN/VI/2006
3	Rancangan Perpres tentang Jaminan Kesehatan	Dapat ditetapkan Badan Pengelola Jaminan Sosial (BPJS) nasional	Pasal 26 Rancangan Perpres tentang Jaminan Kesehatan
4	JKA	Akan ditetapkan dengan Peraturan Gubernur	Pasal 31 ayat (6) Rancangan Qanun Aceh tentang Kesehatan

Sumber: Data sekunder (diolah).

Keempat bentuk ketentuan jaminan kesehatan di atas, dalam konteks perbandingan, memiliki pengaturan yang mewajibkan atau mensyaratkan secara sukarela kepada pesertanya membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Dengan demikian telah terpenuhi unsure premi sebagai karakteristik pokok dari metode asuransi artinya pelaksanaan jaminan kesehatan di Indonesia di arahkan ke metode lainnya dalam pemenuhan hak jaminan sosial kesehatan penduduk walaupun semuanya berdasarkan iuran yang dalam istilah asuransi umum dikenal dengan premi, masing-masing bentuk jaminan kesehatan yang ada memiliki perbedaannya, dari aspek kepesertaan, besaran iuran maupun cara pemungutan iuran.

Berdasarkan konteks perbedaan ini akan dapat dilihat kekuatan dan kelemahan masing-masing yang diperlukan dalam mencari model yang paling tepat untuk JKA. Khusus mengenai cara pemungutan iuran ini JKA sama halnya dengan Perpres jaminan kesehatan harus memiliki model yang telah ditetapkan. Untuk JKA sendiri sebagaimana diatur Pasal 31 ayat (6) rancangan Qanun Aceh tentang Kesehatan akan diatur dengan Peraturan Gubernur. Hasil analisis ini di

harapkan akan membantu Pemerintah Aceh dalam mencari bahan untuk merumuskan dan menetapkan Peraturan Gubernur dimaksud, sedangkan aspek lainya selain cara pemungutan iuran, yaitu ruang lingkup kepesertaan dan besaran jumlah iuran peserta telah diatur dalam rancangan peraturan perundang-undangan terkait bersama-sama dengan ketentuan dalam Askes dan JPK jamsostek (tenaga kerja di luar hubungan kerja) akan menjadi bahan bandingan dalam membahas rancangan peraturan perundangan baru dimaksud.

Beberapa kekuatan dan kelemahan masing-masing bentuk jaminan sosial sebagai berikut. *Pertama*, Askes. Kekuatannya meliputi: peserta wajib mudah mengenalnya; besaran iuran relatif kecil; cara pemungutan iuran untuk peserta wajib efisien dan efektif. Kelemahannya meliputi: ruang lingkup jangkauan peserta wajib terbatas; subsidi pemerintah jumlahnya sama baik untuk peserta dengan penghasilan kecil maupun peserta dengan penghasilan lebih besar

Kedua, JPK Jamsostek (Tenaga Kerja di luar Hubungan Kerja). Kekuatannya meliputi: memperluas kepesertaan jaminan kesehatan tenaga kerja di luar hubungan kerja atas dasar sukarela; peserta dapat memilih masuk atau tidak dalam asuransi; dan terdapat pilihan dalam pemungutan iuran melalui wadah atau langsung. Kelemahannya meliputi: jumlah iuran peserta tergolong besar dan dapat memberatkan peserta tertentu; dan kepesertaan tidak meliputi tenaga kerja yang belum bekerja (menganggur) dan tidak bekerja lagi (pensiun, PHK atau sebab lain)

Ketiga, Rancangan Perpres Jaminan Sosial. Kekuatannya meliputi: ruang lingkup jangkauan peserta yang luas; dan peserta miskin atau tidak mampu iurannya dibayar pemerintah. Kelemahannya meliputi: besaran jumlah iuran tergolong besar dan dapat memberatkan, terutama pada tahapan awal sosialisasi asuransi sosial untuk setiap penduduk; dan belum ada ketentuan cara pemungutan iuran peserta wajib yang efisien dan efektif.

Keempat, Jaminan Kesehatan Aceh. Kekuatannya meliputi: ruang lingkup jangkauan peserta yang luas, kecuali untuk penduduk war-

ga negara asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Aceh seperti pada Perpres jaminan kesehatan; dan peserta miskin atau tidak mampu iurannya dibayar pemerintah Aceh. Kelemahannya meliputi: kemungkinan tumpang tindih kepesertaan apabila tidak diintegrasikan dengan Perpres jaminan Kesehatan/SJSN; belum ada ketentuan tentang besaran jumlah iuran kepada peserta yang wajib dan juga criteria peserta wajibnya; dan belum ada ketentuan tentang cara pemungutan iuran yang efisien dan efektif.

Melihat pada kekuatan dan kelemahan JKA di atas, alternatif solusi yang dapat dipertimbangkan dalam pembahasan dan perumusan peraturan perundang-undangan terkait meliputi sebagai berikut. *Pertama*, ruang lingkup peserta dapat lebih diperluas daripada ketentuan sekarang dengan mengambil peserta wajib yang lain yaitu tenaga kerja warga negara asing yang bekerja di Provinsi Aceh paling singkat enam bulan. Mereka ini sering disebut penduduk tetap (permanent resident), meskipun bukan warga negara Indonesia. Hal ini lebih dekat dengan filosofi dan tujuan jaminan sosial kesehatan itu sendiri untuk melindungi seluruh penduduk sebagai bagian dari pemenuhan hak asasi manusia.

Kedua, integrasi dengan Perpres jaminan kesehatan/SJSN diperlukan supaya sejalan dengan UU SJSN dan putusan Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia terkait UU SJSN tersebut sehingga pelaksanaannya tidak tumpang tindih dan lebih efisien serta efektif dalam kerangka otonomi khusus berdasarkan UUPA dan UUSJSN tersebut. Untuk itu, perlu ada ketentuan tentang mekanisme integrasi tersebut dalam Rancangan Qanun Aceh tentang Kesehatan.

Ketiga, besaran jumlah iuran perlu ditentukan paling banyak sebesar Rancangan Perpres Jaminan Kesehatan. Sesuai dengan filosofi dan tujuan asuransi sosial untuk pemenuhan kebutuhan dasar bidang kesehatan kepada semua penduduk Aceh, sifat tidak mencari keuntungan (*not for profit*) penyelenggaraan asuransi sosial, dan mengingat kesadaran berasuransi dan hidup sehat masyarakat aceh saat ini masih rendah sebaiknya besaran iuran wajib yang ha-

rus dipungut pada peserta sedapat mungkin tidak membebani atau memberatkan apalagi pada tahapan awal pengenalan dan sosialisasi program diperlukan stimulant yang dapat mendorong ke pesertaaan itu dengan menetapkan jumlah iuran yang sekecil mungkin, dan pada tahapannya nanti dapat disesuaikan dengan perkembangan ekonomi dan keuangan masyarakat Aceh dan peningkatan kualitas layanan yang disediakan melalui JKA tersebut.

Keempat, cara pemungutan iuran dapat mencontoh dan memodifikasi model JPK Jam-sostek (tenaga kerja) di atas. Alternatif model pemungutan yang direkomendasikan adalah sebagai berikut.

Peserta yang wajib membayar iuran wajib ditentukan terlebih dahulu kriterianya. Hal ini penting mengingat tidak semua peserta diwajibkan untuk membayar sendiri iurannya, karena sebagian yang tergolong miskin dan/atau tidak mampu ditanggung daerah sebagai penerima bantuan iuran. Sekarang ini, dalam tahap persiapan, tidak ada peserta yang ditentukan wajib membayar iuran, karena semua peserta iurannya ditanggung Pemerintah Aceh melalui mekanisme APBA. Ke depan dengan demikian akan ada dua jenis peserta JKA. Pertama adalah penerima bantuan iuran yang tidak perlu membayar iuran. Kedua adalah peserta yang wajib membayar iuran kepada badan penyelenggara.

Pedoman yang berlaku untuk tenaga kerja yang melakukan pekerjaan di luar hubungan kerja terdapat pada Permenakertrans Nomor PER-24//MEN/VI/2006. Namun, ketentuan ini bersifat sukarela, tidak wajib seperti JKA nanti. Dalam ketentuan ini ditetapkan bahwa iuran program jaminan sosial bagi tenaga kerja yang bekerja di luar hubungan kerja ditetapkan berdasarkan nilai nominal tertentu tersebut sekurang-kurangnya setara dengan upah minimum provinsi/kabupaten/kota setempat. Dengan demikian, kriteria yang digunakan adalah upah minimum. Jadi perhitungan besaran yang harus dibayar peserta suatu persentase tertentu dari paling tidak upah minimum tersebut. Sedangkan besaran persentasenya ditentukan untuk jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK) yang

serupa dengan JKA adalah sebenarnya 6 % dari penghasilan sebulan bagi tenaga kerja yang sudah berkeluarga dan 3 % dari penghasilan sebulan bagi tenaga kerja lajang.

Besaran persentase ini tergolong besar dan dapat memberatkan sebagian peserta sehingga tingkatan kepesertaaan program JPK tenaga kerja di luar hubungan kerja ini rendah. Sebaliknya dalam perpres jaminan kesehatan ditetapkan besaran sebanyak Rp 40.000 perkeluarga/perbulan jumlah inipun tergolong besar dan dapat memberatkan sebagian peserta, terutama di daerah yang masih tertinggal. Untuk itu, hendaknya JKA memakai ukuran yang lebih realistis untuk saat sekarang, paling banyak sebesar yang ditetapkan Rancangan Perpres tersebut. Dalam hal ini dapat menggunakan pedoman Permenakertrans untuk mengklasifikasi lebih lanjut peserta wajib ke dalam beberapa klasifikasi berdasarkan nilai nominal penghasilan peserta dan apakah peserta sudah berkeluarga ataupun lajang yang dalam rancangan perpres tidak diatur. Misalnya peserta JKA wajib iuran dapat digolongkan ke dalam 4 (empat) kelompok sebagai berikut. *Pertama*, kelompok pertama yang wajib membayar Rp 40.000 adalah peserta yang berkeluarga dan memiliki penghasilan rata-rata perbulan sejumlah tertentu; *kedua*, kelompok kedua yang wajib membayar Rp. 30.000,- adalah peserta berkeluarga dan memiliki penghasilan rata-rata perbulan sejumlah tertentu; *ketiga*, kelompok ketiga, yang wajib membayar 20.000,- adalah peserta lajang yang memiliki penghasilan rata-rata perbulan sejumlah tertentu; dan *keempat*, kelompok keempat, yang wajib membayar Rp 10.000,- adalah peserta lajang yang memiliki penghasilan rata-rata perbulan sejumlah tertentu. Setelah peserta dan jumlah iurannya ditetapkan baru dapat ditentukan cara pemungutan yang efisien dan efektif sesuai dengan kondisi peserta dan kemajuan teknologi informasi dan komunikasi, termasuk lembaga keuangan/perbankan di Aceh.

Untuk itu, belajar dari Permennaker di atas dapat ditentukan 2 (dua) cara pemungutan iuran wajib. *Pertama*, dengan penyeteroran langsung oleh peserta pada badan penyelenggara.

Dalam hal ini Badan Penyelenggara dapat bekerja sama dengan lembaga keuangan/perbankan yang mempunyai jaringan yang luas di seluruh pelosok Provinsi Aceh antara lain dengan memanfaatkan Internet Online, alternatif lain bekerja sama dengan Kantor Pos.

Kedua, dengan penyetoran melalui petugas khusus di *gampong* dan/atau *mukim* yang merupakan karakteristik tersendiri dalam penyelenggaraan pemerintahan desa di Provinsi Aceh. Untuk itu, misalnya sekretaris *gampong* dan/atau sekretaris *mukim* dapat diangkat berdasarkan kontrak dengan badan penyelenggara untuk melaksanakan tugas pengumpulan iuran wajib para peserta di dalam wilayah *gampong* dan/atau *mukim* masing-masing. Kemudian, petugas tersebut yang akan menyetor ke badan penyelenggara secara langsung atau melalui penggunaan jaringan lembaga keuangan dan perbankan atau kantor pos yang luas di seluruh pelosok Provinsi Aceh.

Petugas JKA *gampong* dan/atau *mukim* tersebut dapat juga diberikan tugas tambahan dalam mengurus klaim pembayaran uang asuransi JKA tersebut, terutama bagi peserta baru yang belum berpengalaman. Tugas lain yang dapat diberikan kepada mereka adalah menjadi penyuluh JKA bersama-sama dengan petugas kesehatan/Puskesmas. Dalam memilih model pemungutan iuran yang tepat perlu dikaitkan dengan siapa pesertanya dan berapa besar iuran yang wajib dibayar setiap peserta tersebut. Untuk itu, perlu dibahas terlebih dahulu tentang peserta dan besaran iurannya. Dalam hal ini dapat dibandingkan dengan jaminan sosial kesehatan lainnya, selain jamkesmas dan JKA, yang telah lebih dahulu ada.

Setelah peserta dan jumlah iurannya ditetapkan baru dapat ditentukan cara pemungutan yang efisien dan efektif sesuai dengan kondisi peserta dan kemajuan teknologi informasi dan komunikasi, termasuk lembaga keuangan/perbankan di Aceh. Untuk itu, belajar dari Permennaker di atas dapat ditentukan 3 (tiga) cara pemungutan iuran wajib. *Pertama*, peserta menyetor langsung pada badan penyelenggara yaitu BPJKA. *Kedua*, peserta menyetor iuran melalui perbankan/kantor pos yang ditunjuk,

kemudian instansi tersebut membukukan ke kas BPJKA. Dalam hal ini BPJKA perlu bekerja sama dengan lembaga keuangan/perbankan yang mempunyai jaringan yang luas di seluruh pelosok Provinsi Aceh antara lain dengan memanfaatkan *Internet online*, dan/atau kantor pos. *Ketiga*, peserta menyetor melalui petugas khusus di *gampong* dan/atau *mukim* yang merupakan karakteristik tersendiri dalam penyelenggaraan pemerintahan desa di Provinsi Aceh. Untuk itu, misalnya sekretaris *gampong* dan/atau sekretaris *mukim* dapat diangkat berdasarkan kontrak dengan badan penyelenggara untuk melaksanakan tugas pengumpulan iuran wajib para peserta²⁶ di dalam wilayah *gampong* dan/atau *mukim* masing-masing.²⁷ Kemudian, petugas tersebut yang akan menyetor ke kas BPJKA secara langsung atau melalui penggunaan jaringan lembaga keuangan dan perbankan atau kantor pos di seluruh pelosok Provinsi Aceh.

Kesiapan Pihak Terkait

Kesiapan masyarakat berkaitan dengan pemanfaatan program cukup besar tercermin dari besarnya keinginan masyarakat Aceh, terutama yang berpenghasilan rendah (miskin dan/atau tidak mampu) yang belum tertampung dalam program jaminan kesehatan lain dalam memanfaatkan layanan kesehatan melalui JKA ini.

Sebagian besar responden sampel penelitian mengatakan pernah menggunakan layanan kesehatan JKA dengan menggunakan KTP/ KK mereka. Sebagian besar pengguna JKA tersebut menggunakan JKA dengan alasan karena sakit. Sedangkan tempat pelayanan yang paling sering dikunjungi peserta JKA tersebut adalah Puskesmas dan RSUD Provinsi. Hanya sebagian

²⁶ Bambang Purwoko, "Konsepsi Pengawasan Operasional Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) terhadap Kegiatan Operasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial", *Jurnal Legislasi Indonesia*, Vol. 9 No. 2 Juli 2012, Jakarta, Lembaga Management FE-UI, hlm.266

²⁷ Pendayagunaan kelembagaan yang telah tersedia sejalan dengan kebutuhan setempat dinilai lebih mudah dalam pencapaian sasaran daripada menciptakan kelembagaan yang baru. Habibullah, "Pemasaran Sosial Program Asuransi Kesejahteraan Sosial Oleh Lembaga Pelaksana Askesos", *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial*, Vol. 16 No. 01 2011, Jakarta, Puslitbang Kesejahteraan Sosial Departemen Sosial, hlm. 82.

kecil yang menjawab bahwa mereka menggunakan Puskesmas dan RSUD kabupaten/kota.

Besarnya minat pemanfaatan JKA ini kemungkinan disebabkan karena pemahaman mereka tentang program dan manfaat JKA itu sendiri. Sebagian besar responden telah mengetahui tentang pengertian dan keberadaan program JKA tersebut. Ketika ditanya tentang pentingnya kartu JKA atau KTP/KK untuk penggunaan JKA, sebagian besar responden menjawab sangat penting.²⁸ Hal ini menunjukkan adanya minat yang tinggi dari masyarakat terhadap program JKA ini.

Berkaitan dengan kesiapan pemerintah, pada umumnya telah siap untuk menyukseskan program JKA ini. Ketika ditanya apakah responden mempunyai KTP/KK untuk pengurusan JKA mereka, karena alasan apa sebagian besar menjawab diberikan tanpa meminta/mengurus. Adapun sumber perolehan KTP/KK tersebut menurut sebagian besar responden diperoleh melalui kepala desa atau petugas desa. Hal ini menunjukkan bahwa kesiapan pemerintah terutama pemerintah desa dalam mendukung program JKA ini cukup besar.

Walaupun demikian dalam praktek terdapat beberapa kelemahan dalam penyelenggaraan JKA ini, terutama pada unit-unit pelayanan kesehatan yang ada. Secara kualitatif terdapat beberapa kesan negatif akibat masih belum optimalnya kualitas layanan peserta JKA ini. Sebagian besar responden ketika ditanya kesan terhadap layanan petugas, dokter, dan lain-lain menjawab baik. Sebagian kecil menjawab sangat baik. Sebaliknya sebagian kecil yang lain menjawab tidak baik.

Adapun alasan mereka yang tidak memilih jawaban selain sangat baik antara lain adalah tentang keramahan petugas di lapangan dan kurangnya informasi yang cukup tentang langkah dalam prosedur penggunaan layanan.

Kelemahan yang lainnya dalam layanan, terutama di RSUD Provinsi adalah panjangnya antrian. Dengan demikian, pasien dan/atau keluarga yang mengurus pasiennya harus menunggu cukup lama. Untuk itu, diperlukan pembenahan antara lain dengan menambah petugas di loket-loket dan menambah jumlah loket layanan sehingga antriannya dapat diperpendek untuk efisiensi penggunaan waktu bagi pasien manfaat JKA ini ke depan.

Penutup Simpulan

Pemerintah Aceh memiliki kewenangan untuk menyelenggarakan JKA berdasarkan UU-PA. Kewenangan tersebut juga berdasarkan UUSJN sebagaimana telah diputuskan dalam putusan MK RI atas uji materi UUSJN tersebut. Kewenangan tersebut meliputi, baik penyelenggaraan urusan tersebut maupun pembentukan badan penyelenggara sendiri di daerah dengan Qanun Aceh.

Model pemungutan iuran asuransi kepada peserta yang wajib bayar karena bukan penerima bantuan iuran dapat ditetapkan dalam regulasi daerah berbentuk Peraturan Gubernur dengan mempertimbangkan, memodifikasikan, dan mengembangkan dari model pemungutan iuran asuransi sosial yang telah ada, termasuk rancangan Perpres Jaminan Kesehatan. Pemilihan alternatif model tersebut disesuaikan dengan kemampuan dan karakteristik peserta JKA.

Masyarakat pada umumnya telah siap dalam memanfaatkan program JKA. Demikian juga pihak terkait terutama pemerintah. Namun, dalam pelaksanaan program JKA saat ini terdapat berbagai persoalan terutama di dalam pelayanan. Kelemahan tersebut, antara lain, pada keramahan petugas pelayanan, antrian yang panjang di RSUD Provinsi dan tidak jelasnya langkah-langkah prosedur pemanfaatan layanan JKA bagi peserta dan atau keluarga yang mengurusnya karena tidak cukupnya informasi yang mereka peroleh, terutama penerima manfaat JKA baru.

Saran

²⁸ Temuan yang hampir sama menyatakan bahwa peserta jaminan kesehatan memiliki persepsi positif terhadap layanan kesehatan pada Puskesmas, sedangkan layanan kesehatan pada Rumah Sakit memerlukan peningkatan. Noviansyah dkk, "Persepsi Masyarakat Terhadap Program Jaminan Kesehatan", *Berita Kedokteran Masyarakat*, Vol. 22 No. 3 September 2006, Yogyakarta, Program Pendidikan Kedokteran Komunitas (PPKK) Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, hlm. 122

Perlu adanya optimalisasi dalam pemanfaatan kewenangan Pemerintah Aceh yang ada dalam penyelenggaraan JKA menuju penyelenggaraan jaminan kesehatan dasar yang berkualitas untuk seluruh penduduk Aceh. Optimalisasi tersebut dapat dilakukan dengan menjamin kecukupan dana melalui APBA untuk tahun mendatang dan menyelenggarakan sistem pengelolaan dana yang lebih permanen dan fleksibel serta produktif melalui pembentukan badan penyelenggara di daerah dalam bentuk BLUA sesuai peraturan perundang-undangan.

Penyelenggaraan JKA dan pembentukan Badan Pengelola JKA di Aceh hendaknya merupakan suatu bagian yang terintegrasi dengan SJSN nantinya, yang pada saat ini di pusat pun masih mencari bentuk yang tepat. Untuk itu, perlu adanya tindak lanjut penelitian/studi tentang bentuk integrasi berbagai program jaminan kesehatan tingkat nasional yang masih tersebar dalam berbagai program dan ketentuan dan tentang bentuk integrasi program jaminan sosial kesehatan nasional dengan program yang sama di daerah.

Perlu adanya tindak lanjut pengaturan JKA tentang peserta, jumlah iuran, dan cara pemungutan iuran yang di dalamnya mengatur tentang peserta penerima bantuan iuran dan peserta yang wajib membayar iuran dalam jumlah dan cara tertentu. Pengaturan dimaksud hendaknya dalam bentuk peraturan gubernur. Di samping itu, perlu adanya perbaikan layanan peserta pada setiap tingkatan layanan kesehatan melalui peningkatan jumlah dan kualitas sumber daya manusia dan sosialisasi informasi tentang prosedur pemanfaatan layanan JKA dalam berbagai bentuk dan media, yang disesuaikan dengan kemampuan dan karakteristik peserta JKA itu sendiri. Dalam hal ini dapat disediakan pusat informasi di setiap unit layanan pusat pengaduan masyarakat dalam bentuk *call center* dan alamat situs internet (*website*) JKA.

Daftar Pustaka

Abdullah, Asnawi. "Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) dan Penguatan Sistem Kesehatan di Provinsi Aceh". *Jurnal Kesehatan Masya-*

rakat, Vol. 1 No.1 Juni 2011. Banda Aceh: Universitas Muhammadiyah;

Carrin, Guy dan Chris James. "Health Insurance: Key Factors Affecting the Transition Toward Universal Coverage". *International Social Security Review*, Vol. 50 No.1 2005, Geneva, WHO;

Fernandes, Prafula dan Athifah Alatas. "Assesment of Indonesia's Pensions Reform". *Jurnal Hukum Bisnis*, Vol. 28 No. 1 2009, Jakarta: Yayasan Pengembangan Hukum Bisnis (YPHB);

Habibullah. "Pemasaran Sosial Program Asuransi Kesejahteraan Sosial Oleh Lembaga Pelaksana Askesos". *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial*, Vol. 16 No. 01 2011. Jakarta: Puslitbang Kesejahteraan Sosial Departemen Sosial;

Ibrahim, Johnny. "Eksistensi Badan Hukum di Indonesia sebagai Wadah dalam Menunjang Kehidupan Manusia". Vol. 11 No.1 Juli 2011, *Law Review*, Jakarta: Universitas Pelita Harapan;

Idris, Fachmi. "Mengadvokasi Sistem Pelayanan Kesehatan/Kedokteran Terpadu". *Jurnal Kedokteran Indonesia*, Vol. 58 No.10 Oktober 2008. Palembang, Universitas Sriwijaya;

Irfani, Nurfaqih. "Organisasi Jaminan Sosial di Negara Federal Jerman: Suatu Perbandingan." *Jurnal Legislasi Indonesia*, Vol. 9 No.2 Juli 2012. Jakarta: Direktorat Jenderal Peraturan Perundang-undangan Kementerian Hukum dan HAM RI;

Karadeniz, Oguz. "Extention of Health Services Coverage for Needy in Turkey: From Social Assistant to General Health Insurance". *Journal of Social Security*, No. 2 2012. Turkey, SOSYAL GÜVENLİK DERGİSİ;

Martcahyo, Vendy Aries dkk. "Pengaruh Pelatihan Kerja, Jaminan Sosial dan Insentif Terhadap Kinerja Karyawan Bagian Produksi PT. Fumira Semarang". *Jurnal Ilmu Administrasi Bisnis*, Vol. 1 No. 1 2012. Semarang: Ilmu Administrasi Bisnis Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Diponegoro;

Mouton, Piere. 1984. *Methods of Financing Social Security in Industrial Countries* dalam *Financing Social Security, the Options: An International Analysis*. Geneva: International Labour Organization;

Noviansyah dkk. "Persepsi Masyarakat Terhadap Program Jaminan Kesehatan". *Jurnal Be-*

- rita Kedokteran Masyarakat*, Vol. 22 No.3 September 2006;
- Pakpahan, Rudy Hendra dan Namsihombing. "Tanggung Jawab Negara dalam Pelaksanaan Jaminan Sosial". *Jurnal Legislasi Indonesia*, Vol. 9 No.2 Juli 2012. Jakarta: Direktorat Jenderal Peraturan Perundang-undangan Kementerian Hukum dan HAM RI;
- Pambudhi, P. Agung. "Hubungan Pusat dan Daerah dalam pelayanan Investasi". *Jurnal Hukum dan Pasar Modal*, Vol. 3 No. 4 Agustus-Desember 2008. Jakarta: Himpunan Konsultan Hukum Pasar Modal (HK-HPM);
- Poedjosubroto, Santoso. *Aspek-aspek Hukum dari Jenis-jenis usaha baru di Bidang Asuransi*, dalam BPHN *Simposium Hukum Asuransi*, Binacipta: Padang;
- Putri, Asih Eka. "Transformasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial". *Jurnal Legislasi Indonesia*, Vol. 9 No.2 Juli 2012. Jakarta: Direktorat Jenderal Peraturan Perundang-undangan Kementerian Hukum dan HAM RI;
- Purwoko, Bambang. "Jaminan Sosial Standar International dan Variasi Implikasinya di Berbagai Negara Asean". *Jurnal Usahawan*. Vol. 12 No.23 1999. Jakarta: Lembaga Management FE-UI;
- . "Konsepsi Pengawasan Operasional Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) terhadap Kegiatan Operasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial". *Jurnal Legislasi Indonesia*, Vol. 9 No.2 Juli 2012. Jakarta: Direktorat Jenderal Peraturan Perundang-undangan Kementerian Hukum dan HAM RI;
- Qamaruddin. "Badan Hukum Publik Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan Transportasinya menurut Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Jaminan Sosial". *Jurnal Legislasi Indonesia*, Vol. 9 No. 2 Juli 2012. Jakarta: Direktorat Jenderal Peraturan Perundang-undangan Kementerian Hukum dan HAM RI;
- Ratnaningsih, Ekowati. "Analisis Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Semesta Sumatera Selatan sebagai Implementasi Urusan Wajib Bidang Kesehatan dalam Rangka Otonomi Daerah di Kabupaten OKI". *Jurnal Pembangunan Manusia*, Vol. 9 No.3 2009. Palembang: Badan Penelitian Pengembangan dan Inovasi Daerah Provinsi Sumatera Selatan;
- dkk. "Kajian Kelayakan Badan Layanan Umum dan Alternatif Bentuk Penyelenggaraan Jamsoskes Sumatera Selatan Sesuai Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional". *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol. 15 No.1 Maret 2012. Yogyakarta: Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, UGM;
- Sastrawidjaja, M. Suparman. 1997. *Aspek-aspek Hukum Asuransi dan Surat Berharga*. Bandung: Alumni;
- Scheining, Martin. 1994. "*The Right to Social Security*" dalam *Economic Social and Cultural Right, A Textbook*. Edited by Asbjorn Eide, Catarina Krause dan Alan Rosses. London: Martinus Nijhoff Publishers;
- Septiana, Jely. "Kebijakan Pembiayaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Kajian Implementasi Sistem Indonesia Case Base Group (INA-CBG) dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Jombang". *Jurnal Kebijakan dan Layanan Publik*, Vol. 1 No.1 Januari 2013. Jakarta, Lembaga Management FE-UI;
- Shihab, Ahmad Nizar. "Hadirnya Negara di Tengah Rakyatnya...". *Jurnal Legislasi Indonesia*, Vol. 9 No. 2 Juli 2012. Jakarta, Direktorat Jenderal Peraturan Perundang-undangan Kementerian Hukum dan HAM RI;
- Suharto, Edi. 2009. *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia; Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan*. Bandung: Alfabeta;
- Utamaningsih, Ratih dan Haryaruddin. "Implementasi Jaminan Sosial Tenaga Kerja dan Kesejahteraan Keluarga Karyawan PT. Asam Jawa". *Jurnal Ilmu Kesejahteraan Sosial Pemberdayaan Komunitas*, Vol. 5 No.2 Mei 2006. Medan: Pemberdayaan Komunitas Ilmu Kesejahteraan Sosial FISIP USU;
- Zaelani. "Komitmen Pemerintah dalam Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional". *Jurnal Legislasi Indonesia*, Vol. 9 No.2 Juli 2012. Jakarta: Direktorat Jenderal Peraturan Perundang-undangan Kementerian Hukum dan HAM RI.