

PENDANAAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN OLEH PEMERINTAH DAERAH DALAM PROGRAM JKN

Jasran Asya¹, M. Abdur Rozaq², Fraistifina³, Eva Novita⁴ & Yuwono Prianto⁵

¹Program Studi Ilmu Hukum, Universitas Tarumanagara Jakarta
Email: drjasran.205230402@stu.untar.ac.id

²Program Studi Ilmu Hukum, Universitas Tarumanagara Jakarta
Email: muhammad.205230406@stu.untar.ac.id

³Program Studi Ilmu Hukum, Universitas Tarumanagara Jakarta
Email: fraistifina.205230260@stu.untar.ac.id

⁴Program Studi Ilmu Hukum, Universitas Tarumanagara Jakarta
Email: eva.205230282@stu.untar.ac.id

⁵Fakultas Hukum, Universitas Tarumanagara Jakarta
Email: yuwonop@fh.untar.ac.id

ABSTRACT

*The UUD NRI 1945 mandates the state to fulfill health equity for its entire population. In the era of reform, the healthcare system entered a new phase with amendments to the UUD 1945, which decentralized the health sector and its funding from the central government to local governments. Local and central governments share responsibility for healthcare funding through Community Health Efforts (UKM) and Individual Health Efforts (UKP). However, SJSN Law and the BPJS Law, which serve as the foundation for implementing the National Health Insurance (JKN), have been formulated and executed without optimal involvement of local governments. This situation contradicts Law No. 32 of 2004 in conjunction with Law No. 23 of 2014 concerning Regional Government, Constitutional Court Decision No. 007/PUU-III/2005, and the UUD NRI 1945, and it does not comply with the principle of *lex superior derogate legi inferior*. This has resulted in a widening gap in the availability of healthcare facilities and medical/health personnel between advanced and underdeveloped regions. The research aims to evaluate the role of local governments in the implementation of the National Health Insurance and the obstacles they face. This normative-explanatory research, based on secondary data, examines various legal norms related to the funding of Individual Health Efforts by local governments through the National Health Insurance program. The study concludes that the funding of Individual Health Efforts in the National Health Insurance by BPJS Kesehatan is inconsistent with regional government laws and the UUD NRI 1945. Corrections to the regulations of the National Health Insurance are needed to clearly define the involvement of local governments, ensuring that the goal of health equity is not further out of reach.*

Keywords: Health equity, UKP, JKN, regional governments

ABSTRAK

UUD NRI 1945 memberi amanat kepada negara untuk memenuhi keadilan kesehatan (*health equity*). Pada era reformasi, sistem pelayanan kesehatan memasuki babak baru dengan adanya amandemen terhadap UUD 1945 yang mendesentralisasikan sektor kesehatan dan pendanaannya dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah. Pemerintah daerah dan pemerintah pusat bersama-sama bertanggung jawab terhadap pendanaan kesehatan melalui Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP). Akan tetapi, UU SJSN dan UU BPJS yang menjadi dasar pelaksanaan JKN telah disusun dan dilaksanakan tanpa melibatkan pemerintah daerah secara optimal sehingga bertentangan dengan UU No. 32 Tahun 2004 juncto UU No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, Putusan MK terhadap perkara No. 007/PUU-III/2005, dan UUD NRI 1945, dan tidak sesuai dengan asas *lex superior derogate legi inferior*. Hal ini mengakibatkan semakin lebarnya kesenjangan dalam hal ketersediaan fasilitas kesehatan dan tenaga medis / kesehatan antara daerah maju dan daerah tertinggal. Penelitian bertujuan mengevaluasi peran pemerintah daerah dalam penyelenggaraan JKN dan hal-hal yang merintanginya. Penelitian normatif eksplanatif berbasis data sekunder ini dilakukan dengan menelisik berbagai norma perundang-undangan yang berkaitan dengan pendanaan UKP oleh pemerintah daerah. Penelitian menyimpulkan pendanaan UKP dalam JKN oleh BPJS Kesehatan tidak konsisten dengan UU pemerintahan daerah dan UUD NRI 1945. Diperlukan koreksi terhadap perangkat peraturan JKN agar mengatur secara jelas keterlibatan pemerintah daerah, sehingga tujuan keadilan kesehatan tidak semakin jauh dari jangkauan.

Kata Kunci: Health equity, UKP, JKN, pemerintah daerah

1. PENDAHULUAN

Alinea keempat UUD NRI 1945 memberi amanat kepada negara untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Bahkan pada Pasal 28H (3) dan Pasal 34 (2) dinyatakan bahwa negara harus memberikan jaminan sosial kepada seluruh rakyatnya. Keadilan sosial di bidang kesehatan, atau keadilan kesehatan (*Health Equity*) diwujudkan melalui berbagai upaya kesehatan yang didukung sejumlah sumber daya kesehatan. Menurut Pasal 20 UU Kesehatan tahun 2023 sumber daya kesehatan tersebut meliputi fasilitas kesehatan, sumber daya manusia, perbekalan kesehatan, sistem informasi, teknologi kesehatan, dan pendanaan kesehatan. Pada tahun 1998 Indonesia mengalami dentuman desentralisasi. Amandemen UUD 1945 menghasilkan Pasal-Pasal baru yang mengatur otonomi daerah dan UU No. 32 Tahun 2004 juncto UU No. 23 Tahun 2014 sebagai undang-undang pelaksananya. Kesehatan dan pendanaannya adalah termasuk sektor yang didesentralisasikan dari pusat ke daerah.

Pendanaan kesehatan ditujukan pada dua kelompok besar upaya kesehatan yaitu: (a) upaya kesehatan masyarakat (UKM); dan (b) upaya kesehatan perorangan (UKP). UKM yang merupakan *public goods* didanai oleh APBN atau APBD, sedangkan UKP adalah *private goods* yang dibiayai dari kantong pribadi, asuransi, atau asuransi sosial, dan sebagian APBN (Trisnantoro, 2023). Indonesia telah memilih asuransi sosial untuk pendanaan UKP yang pelaksanaannya dijabarkan dalam UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan UU No. 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Asuransi sosial itu dijalankan dalam suatu program yang diberi nama Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Pendanaan UKP sejak 2014 melalui program JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan tidak dapat dipungkiri telah menorehkan capaian positif, dalam hal akses yang lebih luas bagi masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Namun penelitian monitoring terhadap pelaksanaan JKN tahun 2014 – 2019 menunjukkan semakin tingginya kesenjangan antara daerah maju dan daerah tertinggal dalam hal pemerataan akses pelayanan kesehatan, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, serta ketersediaan dan penyebaran dokter dan tenaga kesehatan lainnya (Trisnantoro *et. al.*, 2020). Pada kesimpulan penelitian disampaikan pula perkiraan skenario bahwa dengan kondisi geografis dan demografis Indonesia yang variatif, JKN yang sentralistik, dengan peraturan pendanaan yang relatif seragam, akan sulit mewujudkan *health equity* (Trisnantoro *et. al.*, 2014).

Lebih lanjut, bila capaian program JKN tersebut diletakkan dalam bingkai tujuan keadilan kesehatan (*health equity*) sebagaimana diamanatkan oleh konstitusi, maka capaian tersebut masih sangatlah jauh. Menurut Prof. Laksono Trisnantoro, dalam empat tahun pertama pelaksanaan JKN telah terjadi fenomena fragmentasi dalam sistem kesehatan. UU SJSN dan UU BPJS membahas pendanaan kesehatan, tapi terpisah dari kebijakan-kebijakan dalam sistem kesehatan (Trisnantoro, 2023). Belum tercapainya tujuan tersebut terutama disebabkan belum dilibatkannya pemerintah daerah dalam upaya pendanaan kesehatan perorangan sebagaimana diperintahkan oleh konstitusi dan UU turunannya. Menurut teori hierarki norma hukum yang dikembangkan oleh Hans Kelsen (Asshiddiqie, 2021), UU terkait JKN yaitu UU SJSN dan BPJS tidak sesuai dengan konstitusi.

Sebelumnya, Juli 2014, terdapat penelitian yuridis normatif mengenai BPJS yang sentralistik dan konsistensi penyelenggaraan jaminan sosial oleh BPJS dalam upaya mewujudkan negara kesejahteraan Indonesia (Zain *et. al.*, 2014). Penelitian itu dilakukan saat JKN baru berjalan enam bulan. Banyak asumsi-asumsi penelitian yang pada saat itu belum terbukti di masyarakat.

Penelitian tersebut adalah studi pustaka dengan pendekatan sejarah untuk menganalisis data-data yang didapat secara kualitatif. Sedangkan penelitian ini dilakukan setelah JKN diselenggarakan lebih dari delapan tahun, banyak asumsi-asumsi awal yang sudah terbukti di lapangan.

Penelitian bertujuan menganalisis dan mengevaluasi peran Pemerintah Daerah terkait penyelenggaraan JKN, dan hal-hal yang merintang sehingga peran tersebut belum dijalankan sepenuhnya, yang hasilnya dapat dimanfaatkan untuk perbaikan dimasa yang akan datang. Pemerintahan Daerah, baik provinsi dan kabupaten/kota, merupakan bagian dari Pemerintahan Negara Republik Indonesia. Menurut asas desentralisasi, pemerintah daerah diberi kewenangan seluas-luasnya untuk membangun daerahnya, termasuk pembangunan bidang kesehatan. UKP harus ditopang oleh pendanaan kesehatan. UU Pemerintahan Daerah yaitu UU No. 32 tahun 2004 juncto UU No. 23 Tahun 2014 dan Pasal 401 ayat (3) dan Pasal 403 UU No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan yang baru diberlakukan, menegaskan bahwa pemerintah daerah ikut bertanggung jawab terhadap pendanaan kesehatan. Pendanaan UKP melalui program JKN oleh BPJS Kesehatan sejak tahun 2014, telah dikelola secara sentralistik, yang bertentangan dengan asas desentralisasi yang diusung UU Pemerintahan Daerah yang menyatakan bahwa kesehatan merupakan salah satu sektor yang didesentralisasikan, termasuk pendanaan Upaya Kesehatan Perorangan (RI; L.N. No.244 Tahun 2014).

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian normatif yang berbasis data sekunder dengan menelisik berbagai norma perundang-undangan yang berkaitan dengan pendanaan UKP oleh pemerintah daerah melalui program JKN. Penelitian bersifat eksplanatif analisis dengan pendekatan undang-undang (*statute approach*) sebagai upaya memberikan alternatif solusi untuk mengatasi permasalahan yang dijumpai guna perbaikan pelaksanaan JKN kedepannya. Data diperoleh melalui studi kepustakaan, dan keabsahannya diperiksa dengan metode triangulasi.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Keadilan Kesehatan didefinisikan oleh WHO sebagai berikut: *“Health Equity is a fundamental component of social justice that indicates the absence of avoidable, unfair or remediable differences among groups of people due to their social, economic, demographic or geographic circumstances.”* (PAHO, n.d.). Masih menurut WHO, Keadilan Kesehatan merupakan penyesuaian distribusi sumber daya kesehatan dan peluang di seluruh populasi untuk memastikan tidak ada kelompok yang berada pada posisi kurang menguntungkan dibandingkan yang lain dalam mencapai potensi maksimal mereka (Whitehead, 1992).

Pada era reformasi timbul kesadaran bahwa pemerintah Orde Baru dengan sistem yang bertumpu pada pemerintah pusat terbukti tidak mampu mendorong terciptanya partisipasi aktif masyarakat dan mengoptimalkan kekhususan masing-masing daerah dalam pembangunan. Pada masa tersebut, pembangunan di semua sektor dilakukan secara sentralistik, seluruh kebijakan pembangunan mulai dari tahap perencanaan, pelaksanaan, pembiayaan dan pengawasan dilakukan oleh pusat. Sistem yang sentralistik mengandung kelemahan karena mengabaikan kekhasan atau keunikan masing-masing daerah dalam hal potensi, latar-belakang budaya, kondisi geografis, masalah dan tantangan yang dihadapi, serta kebutuhan dan skala prioritas masing-masing daerah. Berbagai kekhususan dan keunikan tersebut yang menghasilkan keanekaragaman Indonesia yang amat luar biasa, cenderung diseragamkan dalam pola pandang dan kepentingan pemerintah pusat. Rentang kendali pembangunan yang menjadi semakin panjang juga menjadi penyebab proses yang kurang efektif dan efisien. Amandemen Kedua yang melahirkan aturan mengenai otonomi daerah, menjadi momentum pelaksanaan desentralisasi.

Tahun 2014, diberlakukan UU Pemerintahan Daerah yang baru yaitu UU No. 23 Tahun 2014. Pada konsiderannya, disebutkan bahwa dibentuknya UU Pemerintahan Daerah yang baru tersebut, selain sebagai perintah Pasal 18 ayat (7) UUD NRI 1945, adalah juga bertujuan mengakselerasi peningkatan pelayanan, pemberdayaan dan peran serta masyarakat, serta efisiensi dan efektifitas pelaksanaan pemerintahan daerah demi terwujudnya kesejahteraan masyarakat (RI; L.N. No.244 Tahun 2014).

Pada Bab VI Pasal 18, 18A, dan 18B UUD NRI 1945 dinyatakan bahwa pemerintahan daerah (provinsi dan kabupaten/kota) adalah bagian dari Pemerintahan Negara Republik Indonesia. Pemerintah daerah diberi kewenangan untuk membentuk peraturan daerah mengenai hal-hal yang bersifat lokal yang batas-batasnya telah ditentukan dengan undang-undang (Prasetyo, 2021).

Peraturan daerah yang ditetapkan oleh setiap daerah untuk melaksanakan otonomi daerah, menjadi sumber hukum dalam arti formal di masing-masing daerah. Mengingat kedudukan Peraturan daerah dalam hierarki peraturan perundangan, maka berlaku pula prinsip bahwa Peraturan daerah tunduk kepada pengendalian atau pengawasan, baik itu preventif, maupun represif menurut undang-undang. Dengan demikian, peraturan daerah adalah aturan turunan dari perundang-undangan yang lebih tinggi dengan memperhatikan ciri khas masing-masing daerah (Prasetyo, 2021).

Kewenangan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah, atau antara pemerintah provinsi dengan pemerintah kabupaten dan pemerintah kota, diatur melalui perundang-undangan dengan mempertimbangkan karakteristik unik dan keragaman wilayah tersebut (Pasal 18A ayat (1) UUD NRI 1945). Lebih lanjut Pasal 9 (1) UU Pemerintahan Daerah No 23 tahun 2014 menjelaskan bahwa urusan pemerintahan terbagi menjadi tiga kategori, yaitu urusan pemerintahan absolut, urusan pemerintahan konkuren, dan urusan pemerintahan umum. Urusan pemerintahan absolut adalah kewenangan penuh yang dimiliki oleh pemerintah pusat. Sementara itu, urusan pemerintahan konkuren dibagi bersama antara pemerintah pusat, provinsi, serta kabupaten/kota. Urusan pemerintahan konkuren inilah yang menjadi dasar bagi pelaksanaan otonomi daerah.

Pasal 11 ayat (1) dan (2) menjelaskan bahwa urusan pemerintahan konkuren terbagi menjadi dua kategori, yaitu urusan pemerintahan wajib dan urusan pemerintahan pilihan. Sementara itu, Pasal 11 ayat (3) mengindikasikan bahwa salah satu dari urusan pemerintahan wajib adalah yang berhubungan dengan pelayanan dasar. Kemudian, Pasal 12 ayat (1) huruf b menegaskan bahwa bidang kesehatan adalah salah satu urusan pemerintah wajib yang harus dijalankan oleh pemerintah daerah (RI; L.N. No.244 Tahun 2014).

Pelaksanaan urusan pemerintahan konkuren menggunakan asas otonomi daerah, harus diikuti dengan pembagian sumber daya termasuk keuangan (Martira et. al., 2019). Setiap tahun Kementerian Keuangan mentransfer Dana Alokasi Umum (DAU) dan Dana Alokasi Khusus (DAK) ke daerah. Bersama dengan PAD dana tersebut menjadi sumber APBD. UU Kesehatan yang lama mensyaratkan 10% dana APBD harus dialokasikan untuk sektor kesehatan (Nasution, 2022).

Untuk mewujudkan cita-cita keadilan sosial tersebut kemudian dibentuklah UU No. 40 tahun 2004 tentang SJSN (RI; L.N. No. 150, TLN No. 4456 Tahun 2004). Pada tahun 2005 Mahkamah Konstitusi (MK) melakukan *judicial review* terhadap perkara Nomor

007/PUU-III/2005 yang diajukan oleh salah satu *stakeholder* yang menganggap Pasal 5 ayat 2,3, dan 4 UU SJSN telah menutup kewenangan pemerintah daerah dalam menyelenggarakan dan mengembangkan jaminan sosial termasuk jaminan kesehatan (RI; L.N. No. 150, TLN No. 4456, Tahun 2004).

MK memutuskan Pasal di atas tidak sesuai dengan UUD NRI 1945 dan tidak berkekuatan hukum yang mengikat. Dalam pertimbangannya, MK mengacu pada Pasal 18 ayat (5) UUD NRI 1945 sebagaimana dijabarkan dalam Undang-Undang No. 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, terutama Pasal 22 huruf h. MK menyatakan pembangunan sistem jaminan sosial adalah bagian dari pelaksanaan fungsi pelayanan sosial negara yang kewenangan penyelenggaraannya tidak hanya terbatas pada pemerintah pusat, tetapi juga menjadi kewenangan pemerintahan daerah. Oleh karena itu, UU SJSN tidak boleh menghalangi pemerintahan daerah untuk turut serta membangun sistem jaminan sosial. Pelaksanaan pengembangan sistem jaminan sosial oleh daerah cukup berdasarkan pada peraturan daerah saja (Mahkamah Konstitusi, 2005).

Putusan MK tersebut semakin meneguhkan peran pemerintahan daerah dalam sektor kesehatan dan mengingatkan semua *stakeholder* bahwa kesehatan merupakan sektor yang didesentralisasikan oleh pusat ke daerah. Putusan MK ini harus dipandang sebagai addendum yang tidak terpisahkan dari UU SJSN secara keseluruhan (Asshiddiqie, 2018).

Pasca putusan MK ini, kemudian dibentuklah UU No. 24 tahun 2011 tentang BPJS (RI; L.N. No. 116, TLN No. 5256, Tahun 2011) yang dimaksudkan sebagai peraturan pelaksana UU SJSN. Meskipun naskah akademik RUU BPJS dengan jelas menyebutkan pentingnya UU BPJS yang akan disusun mengakomodasi putusan MK yang memungkinkan pemerintah daerah untuk mengembangkan jaminan kesehatan, namun pada kenyataannya hal ini sama sekali tidak disinggung dalam UU BPJS yang disahkan (Kemenkokesra, 2007). Tidak ada pernyataan eksplisit mengenai kewenangan pemerintah daerah dalam penyelenggaraan jaminan sosial, diperbolehkan atau tidak. Pisani et. al. (2017) mencatat bahwa proses penyusunan dan pengesahan kedua undang-undang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tersebut lebih didominasi oleh tarik-menarik politis dan ekonomi dibanding aspek-aspek teknis. Selain itu, diskusi ideologis mengenai konsep pemerataan akses terhadap jaminan kesehatan, yang merupakan manifestasi dari prinsip keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, dan pembicaraan tentang beban fiskal pemerintah untuk membiayai manfaat-manfaat yang tercakup dalam JKN tidak terjadi selama proses pengesahan.

Dalam praktiknya memang penyelenggaraan JKN oleh BPJS sama sekali tidak melibatkan pemerintah daerah dan oleh karenanya menjadi sangat sentralistik, padahal sekali lagi dikemukakan di sini bahwa menurut Pasal 18 ayat (5) UUD 1945 sebagaimana dijabarkan lebih lanjut dalam Pasal 22 huruf h Undang-Undang No. 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, dan ditegaskan oleh Putusan MK Nomor 007/PUU-III/2005, pengembangan sistem jaminan sosial, termasuk jaminan kesehatan, merupakan sektor yang didesentralisasikan. Peran serta pemerintah daerah dalam pelaksanaan jaminan kesehatan di daerah mempunyai landasan realitas yang sangat logis: sebagian besar fasilitas kesehatan berada di daerah, dan pelaksanaan pelayanan kesehatan terjadi di daerah, di fasilitas-fasilitas kesehatan milik pemerintah daerah (Ambariani, 2015). Keterlibatan pemerintah daerah diharapkan dapat mendorong partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan kesehatan khususnya JKN. Hal ini dikarenakan Pemerintahan Daerah dianggap paling dekat dan lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat di wilayahnya.

Pengabaian terhadap UU Pemerintahan Daerah, Putusan MK terhadap perkara No. 007/PUU-III/2005, bahkan UUD NRI 1945 diduga memang dilakukan untuk memberi landasan dan melapangkan jalan bagi terselenggaranya JKN yang sentralistik. Dan untuk mensinkronkan semua peraturan yang ada maka pada tahun 2014, bersamaan dengan dimulainya program JKN, UU Pemerintahan Daerah yang lama diganti dengan undang-undang yang baru. Di dalam UU yang lama, pada pasal 22 huruf h disebutkan bahwa daerah juga wajib membangun sistem jaminan sosial (RI; L.N. No. 125, TLN No. 4437, Tahun 2004). Namun anehnya, pada UU No. 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah yang baru, substansi pasal 22 h tersebut dihilangkan. Padahal Pasal 22 h merupakan turunan dari pasal 18 ayat (2) dan (5) UUD NRI 1945, adalah pasal yang menjadi dasar pertimbangan Mahkamah Konstitusi (MK) untuk memutus perkara Nomor 007/PUU-III/2005!

Penyelenggaraan JKN yang sentralistik (yang diatur oleh UU BPJS) bukan tanpa alasan. Argumentasi utama yang diajukan adalah bahwa cara sentralistik dirancang untuk mencapai skala ekonomi yang lebih efisien dan keseragaman dalam penyelenggaraan JKN di seluruh Indonesia. Dengan mengadopsi pendekatan sentralistik ini, diharapkan BPJS Kesehatan dapat mengumpulkan dana iuran dari seluruh peserta secara keseluruhan, yang kemudian digunakan untuk membiayai layanan kesehatan yang diperlukan oleh peserta di berbagai daerah. Argumentasi tersebut terdengar agak sumir karena dua hal. Pertama, argumentasi beranjak dari pertimbangan pendapatan – pengeluaran dan bermuara pada kalkulasi untung rugi yang kurang bermartabat bila dikemukakan dalam konteks asuransi sosial seperti Jaminan Kesehatan Nasional ini. Dan kedua, sentralisasi dan penyeragaman adalah ciri orde baru yang mengabaikan keanekaragaman dan potensi daerah.

Menurut Hans Kelsen daya laku atau validitas suatu norma hukum selalu bersumber dari norma hukum yang lebih tinggi, yang berpuncak pada *grundnorm*. Pancasila dan UUD NRI 1945 adalah *grundnorm* atau Hans Nawiasky menyebutnya sebagai *statfundamentalnorm* bagi republik ini (Asshiddiqie, 2021). Keduanya menjadi sumber dari semua peraturan perundangan-undangan di Indonesia. Dalam pengertian ini seluruh peraturan dan perundang-undangan mesti sesuai dengan Pancasila. Notonagoro, sebagaimana dikutip oleh Prasetyo (2020), menyebutkan bahwa undang-undang yang dibentuk harus mengingat dasar-dasar yang terdapat pada Pembukaan UUD 1945, yang terkandung dalam Pancasila.

Menurut prinsip yang berlaku universal dalam hukum yaitu *lex superior derogate legi inferior*, sistem norma hukum harus dilihat dalam konteks yang ketat, dimana norma yang lebih rendah tidak boleh bertentangan dengan norma hukum yang lebih tinggi dalam susunan hierarki antar norma hukum (Asshiddiqie, 2020). Dengan bahasa yang lebih lugas, Prasetyo (2021) menyatakan tidak ada satu undang-undang pun di dalam sistem hukum positif Indonesia yang tidak mencantumkan pengakuan bahwa seluruh struktur, isi, cara kerja, tujuan dan fungsinya yang tidak berlandaskan kepada Pancasila.

Perangkat perundang-undangan yang mendasari pelaksanaan JKN oleh BPJS Kesehatan telah melanggar prinsip-prinsip di atas. Akibatnya, tujuan pembangunan bidang kesehatan yaitu terwujudnya Keadilan Kesehatan (*Health Equity*) bagi seluruh masyarakat Indonesia akan sulit dicapai. Hal tersebut terbukti dari hasil penelitian monitoring terhadap pelaksanaan JKN tahun 2014 sampai 2019 yang menunjukkan semakin tingginya kesenjangan antara daerah maju dan daerah tertinggal dalam hal akses pelayanan kesehatan, ketersediaan fasilitas kesehatan, serta ketersediaan dan penyebaran dokter dan tenaga kesehatan lainnya (Trisnantoro, *et al*).

Untuk tercapainya keadilan kesehatan yang dicita-citakan, seluruh Sumber Daya Kesehatan yang disebutkan dalam UU Kesehatan No. 17 tahun 2023 tidak bisa tidak harus tersedia di seluruh wilayah Indonesia, dan seluruh Sumber Daya tersebut seharusnya bergerak searah dan selaras dalam rambu-rambu otonomi daerah. Dua Sumber Daya Kesehatan lain yang terkait erat dengan Pembiayaan Kesehatan adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Sumber Daya Manusia Kesehatan. Keduanya masih menghadapi masalah masing-masing. Jumlah Fasilitas Kesehatan masih amat kurang terutama di daerah. Sumber Daya Manusia Kesehatan masih menghadapi berkebutuhan dengan ketersediaan dan distribusi tenaga medis dan tenaga kesehatan dari semua rumpun dan semua jenjang pendidikan.

Ketersediaan salah satu sumber daya tanpa disertai ketersediaan sumber daya lainnya akan sia-sia. Mudah dipahami tentunya bahwa sebaik apapun capaian JKN melalui asuransi sosial, bila tidak diimbangi dengan tersedianya fasilitas kesehatan yang layak dan cukup serta tersedianya tenaga kesehatan yang memadai maka tidak mungkin dapat menyediakan pelayanan kesehatan yang berkeadilan (Keadilan Kesehatan). Sebaliknya juga demikian, fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan sudah tersedia, akan percuma kalau tidak ada biaya.

Sejauh ini, pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat (swasta) telah berupaya meningkatkan ketersediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun rujukan. Demikian juga penyediaan dan distribusi tenaga medis dan tenaga kesehatan dengan berbagai program yang mendorong tenaga-tenaga kesehatan untuk ke daerah-daerah melalui program Dokter Inpres, Dokter PTT, bidan PTT, Bidan Desa dan lain-lain, meskipun belum optimal dan masih banyak kekurangan terutama di daerah tertinggal dan wilayah Indonesia Bagian Timur. Namun semuanya telah dilakukan dengan semangat otonomi daerah, yaitu mendorong pemerintahan daerah berperan maksimal dalam mewujudkan desentralisasi pelayanan kesehatan.

Ketika Sumber Daya Kesehatan lain telah bergerak dalam arah yang benar, secara desentralistik selaras dengan UU otonomi daerah, sayangnya Pendanaan Kesehatan dalam Program JKN justru diselenggarakan oleh BPJS kesehatan dalam arah yang sebaliknya, yaitu sentralistik. BPJS Kesehatan menjadi satu-satunya badan penyelenggara, mengelola seluruh Pendanaan Kesehatan bagi Upaya Kesehatan Perorangan untuk seluruh wilayah Indonesia yang berbeda geografi, berbeda masalah yang dihadapi dan berbeda kebutuhan kesehatan dalam jangka pendek maupun jangka panjangnya. Akibatnya terjadi penyamarataan (penyeragaman) dalam menghadapi semua permasalahan kesehatan di daerah.

Jika konsisten dengan UUD NRI 1945, Putusan MK terhadap perkara No. 007/PUU-III/2005, UU Pemerintahan Daerah (versi 2004), dan terakhir UU Kesehatan tahun 2023 maka Pendanaan Kesehatan pun harus dikelola secara desentralistik dengan mengoreksi atau memperbaiki UU BPJS. Sehingga BPJS Kesehatan tidak menjadi satu-satunya badan penyelenggara, yang mengelola seluruh wilayah Indonesia yang berbeda geografi, berbeda demografi, berbeda masalah yang dihadapi dan berbeda kebutuhan kesehatan dalam jangka pendek maupun jangka panjangnya. Sehingga tidak terjadi penyamarataan (penyeragaman) dalam menghadapi semua permasalahan pembiayaan kesehatan di daerah.

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Pendanaan Kesehatan untuk Upaya Kesehatan Perorangan dalam program JKN oleh BPJS Kesehatan tidak konsisten dengan UU No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, dan UUD NRI 1945.

Pembentukan UU BPJS sebagai undang-undang pelaksanaan JKN telah mengabaikan putusan MK dan UU Pemerintahan Daerah, bahkan lebih jauh lagi bertentangan dengan Pancasila dan UUD NRI 1945. Hal tersebut semakin menjauhkan kita dari tujuan pembangunan Kesehatan secara keseluruhan yaitu Keadilan Kesehatan (Health Equity), oleh karena itu harus dikoreksi dan diperbaiki demi tercapainya tujuan pembangunan Kesehatan.

Saran yang dapat kami anjurkan adalah (a) Perlu dilakukan koreksi terhadap UU BPJS agar pelaksanaan JKN oleh BPJS Kesehatan tidak berciri sentralistik, dengan menyatakan secara eksplisit kewenangan Pemerintah daerah dalam hal Pendanaan Kesehatan; dan (b) Pendanaan Upaya Kesehatan Perorangan sebagaimana amanat UU harus melibatkan pemerintah daerah. Selain dikelola oleh BPJS Kesehatan, selayaknya juga dikelola oleh BPJS Kesehatan Daerah.

Ucapan Terima Kasih (*Acknowledgement*)

Penulis mengucapkan terima kasih kepada masing-masing pihak yang terlibat dalam penelitian ini, serta pihak-pihak lainnya yang mendukung proses pelaksanaan penelitian ini.

REFERENSI

- Ambariani, AS. (2015). Laporan Kajian Penentuan Besaran Unit cost, Penyerapan Klaim INA-CBG's, dan Kebijakan Pemanfaatan Dana Sisa dalam Monitoring Penyelenggaraan Program JKN di Provinsi NTT. *Pusat Kebijakan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta*, hlm 7.
- PAHO. (n. d.). *Health equity*. <https://www.paho.org/en/topics/health-equity>.
- Asshiddiqie, J. (2018). *Konstitusi keadilan sosial*. Penerbit Buku Kompas.
- Asshiddiqie, J. (2021). *Teori hierarki norma hukum*. Konstitusi Press.
- Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat. (2007). *Rancangan Naskah Akademik Rancangan Undang-Undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*.
- Mahkamah Konstitusi. (2005). *Putusan Mahkamah Konstitusi terhadap Perkara Nomor 007/PUU-III/2005*
- Martira, A. (2021). *Hubungan Keuangan Pemerintah Pusat Dan Daerah Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. " Dharmasiswa" Jurnal Program Magister Hukum FHUI, 1(1), 3.*
- Nasution, M. (2022). *Studi atas belanja kesehatan pemerintah daerah di Indonesia. Jurnal Budget: Isu dan Masalah Keuangan Negara, 7(1).* <https://doi.org/10.22212/jbudget.v7i1.124>.
- Pisani, E., Olivier Kok, M., & Nugroho, K. (2017). *Indonesia's road to universal health coverage: a political journey. Health policy and planning, 32(2), 267-276.* <https://doi.org/10.1093/heapol/czw120>.
- Prasetyo, T. (2019). *Hukum & teori hukum perspektif teori keadilan bermartabat*. Nusa Media.
- Prasetyo, T. (2020). *Filsafat, teori & hukum pemikiran menuju masyarakat yang berkeadilan dan bermartabat*. Raja Grafindo Persada.
- Prasetyo, T. (2021). *Pengantar ilmu hukum*. Rajawali Pers.
- Republik Indonesia. L.N. Tahun 2004 No. 125, TLN No. 4437.
- Republik Indonesia. L.N. Tahun 2004 No. 150, TLN No. 4456.
- Republik Indonesia. L.N. Tahun 2011 No. 116, TLN No. 5256.
- Republik Indonesia L.N. Tahun 2014 No.244.
- Republik Indonesia. L.N. Tahun 2023 No.105, TLN No. 6887.
- Trisnantoro, L. & Djasri, H. et al. (2020). *Laporan Hasil Penelitian Evaluasi Kebijakan JKN di 13 Provinsi Indonesia. Pusat Kebijakan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta.*

- Trisnantono, L. Susilowati, Y. Meliala, A. et al. (2014). Skenario pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional: Apakah ada potensi memburuknya ketidakadilan sosial di sektor Kesehatan? *Pusat Kebijakan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran UGM*. Yogyakarta.
- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services*, 22(3), 429-445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>.
- Zain, M. A., Yurista, A. P., & Yuniza, M. E. (2014). Konsistensi pengaturan jaminan sosial terhadap konsep negara kesejahteraan Indonesia. *Jurnal Penelitian Hukum Gadjah Mada*, 1(2), 63-76.