

# **DESENTRALISASI PENYEDIAAN LAYANAN KESEHATAN**

**Studi tentang Penyediaan Jaminan Kesehatan Daerah  
(Jamkesda)  
di Kabupaten Malang Provinsi Jawa Timur**

Oleh :

**Budhy Prianto**



# DESENTRALISASI PENYEDIAAN LAYANAN KESEHATAN

Studi tentang Penyediaan Jaminan Kesehatan Daerah  
(Jamkesda)

di Kabupaten Malang Provinsi Jawa Timur

© 2021

Penulis

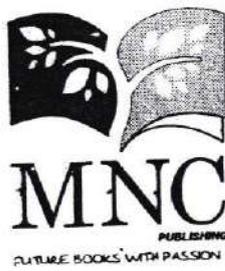
Budhy Prianto

Desain Cover & Penata Isi

Tim MNC Publishing

Cetakan I, Februari 2021

Diterbitkan oleh :



Media Nusa Creative

Anggota IKAPI (162/JTI/2015)

Bukit Cemara Tidar H5 No. 34, Malang

Telp. : 0812.3334.0088

E-mail : [mncpublishing.layout@gmail.com](mailto:mncpublishing.layout@gmail.com)

Website : [www.mncpublishing.com](http://www.mncpublishing.com)

ISBN 978-602-462-584-9

Hak Cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ke dalam bentuk apapun, secara elektronik maupun mekanis, termasuk fotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis dan/ atau Penerbit. Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2000 tentang Hak Cipta, Bab XII Ketentuan Pidana, Pasal 72, Ayat (1), (2), dan (6)

# KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT, karena berkat hidayah dan karunia-Nya penelitian yang berjudul DESENTRALISASI PENYEDIAAN LAYANAN KESEHATAN: Studi tentang Penyediaan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di Kabupaten Malang Provinsi Jawa Timur ini pengerjaannya sudah bisa sampai pada tahap penyelesaian.

Berbagai kendala dalam pelaksanaan kegiatan pengumpulan data di lapangan dialami oleh peneliti. Kesulitan itu diawali dari tidak mudahnya melakukan kontak dengan informan yang sejak awal ditentukan dalam rencana penelitian. Sebagaimana diketahui informan yang ditetapkan dalam penelitian ini sebagian besar adalah para pejabat yang dalam tugas dan kewenangannya berurusan dengan penyediaan layanan kesehatan di Kabupten Malang. Pejabat itu baik birokrat di Pemerintah Kabupaten Malang maupun di DPRD Kabupaten Malang. Selain itu, faktor luasnya wilayah dan sebaran posisi para informan juga menjadi penyebab sulit untuk dapat melakukan pertemuan wawancara dengan para informan. Sulitnya untuk melakukan pertemuan dengan para informan juga disebabkan oleh "momentum" yang kurang tepat, yakni ketika penelitian lapangan di lakukan, informan dari kalangan DPRD tengah disibukkan oleh persiapan pelaksanaan pemilu anggota legislatif pada bulan April maupun pemilu presiden pada bulan Juli 2014. Hal ini lah yang menyebabkan tahapan kegiatan pengumpulan data menjadi terganggu dan mendorong tahapan-tahapan kegiatan penelitian berikutnya juga tersendat. Namun dengan berbagai upaya alternatif lainnya, pada akhirnya data-data yang diperlukan dapat terpenuhi.

Dalam kesempatan ini peneliti merasa perlu menyampaikan terimakasih yang tidak terhingga kepada Direktur DP2M Dirjen Pendidikan Tinggi Departemen Pdndidikan Nasional Republik

Indonesia atas nama Pemerintah Republik Indonesia, karena berkat dana yang dialokasikan penelitian ini dapat dikerjakan. Kepada beberapa pejabat pemerintah, anggota DPRD, pimpinan LSM lembaga konsumen, warga masyarakat pemegang Kartu Jamkesda yang menjadi informan penelitian, peneliti mengucapkan terimakasih karena atas bantuannya data dan informasi yang diperlukan dapat diperoleh. Kepada teman-teman sejawat di LP2M Universitas Merdeka Malang peneliti juga mengucapkan terimakasih atas pelayanan dan bantuannya selama proses penelitian ini berjalan. Kepada teman-teman di Jurusan Ilmu Administrasi Negara FISIP Universitas Merdeka Malang, peneliti sangat berterimakasih, karena atas diskusi-diskusinya laporan penelitian ini menjadi lebih sempurna.

Terakhir, semoga penelitian ini dapat lebih mendorong minat dan semangat meneliti bagi siapa saja yang sempat membaca laporan penelitian ini. Kritik dan saran selalu diperlukan dan diharapkan agar karya ini dapat menjadi lebih baik. Amin.

Malang, November 2019

Peneliti

# DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL .....	i
KATA PENGANTAR .....	iii
DAFTAR ISI .....	v
DAFTAR TABEL .....	vii
DAFTAR BAGAN .....	viii
DAFTAR ISTILAH (GLOSARIUM) .....	ix
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Fenomena jaminan kesehatan di Kabupaten Malang ...	3
1.3. Permasalahan .....	4
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>7</b>
2.1. Desentralisasi .....	7
2.2. Problem Konseptual dan Empirik Desentralisasi — Sentralisasi Penyediaan Pelayanan Kesehatan .....	8
2.3. Pendorong dan Penghambat Desentralisasi Penyediaan Pelayanan Kesehatan .....	18
<b>BAB III TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN .....</b>	<b>21</b>
3.1. Tujuan Penelitian .....	21
3.2. Keutamaan, Kontribusi, dan Luaran Penelitian .....	21
<b>BAB IV METODE PENELITIAN .....</b>	<b>25</b>
4.1. Jenis, Lokasi dan Fokus Penelitian .....	25
4.2. Sumber Data Penelitian .....	27
4.3. Metode Pengumpulan Data Penelitian .....	28
4.4. Analisis Data Penelitian .....	28
4.5. Keabsahan Data Penelitian .....	29
4.6. Bagan Penelitian .....	30

<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>31</b>
5.1. Hasil Penelitian .....	31
5.1.1. Program Nasional Layanan Kesehatan .....	31
5.1.2. Desentralisasi dan Penanganan Urusan Kesehatan .....	36
5.1.3. Desentralisasi Penyediaan Layanan Kesehatan di Kabupaten Malang .....	42
5.1.4. Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) .....	62
5.1.5. Komitmen dan Konsistensi Pemerintah Kabupaten Malang dalam Penyediaan Layanan Jamkesda ...	106
5.1.6. Faktor Pendorong dan Penghambat Penyediaan Jamkesda di Kabupaten Malang .....	119
5.2. Pembahasan Hasil Penelitian .....	129
5.2.1. Proses Penyediaan Layanan Jamkesda di Kabupaten Malang dalam Perspektif <i>Decentralized Governance</i> .....	131
5.2.1.1. Konteks hubungan pemerintah pusat dan pemerintah lokal (kabupaten/kota) dalam penyediaan layanan kesehatan. ....	132
5.2.1.2. Aktor-aktor dalam Penyediaan Layanan Jamkesda .....	144
5.2.2. Komitmen dan Konsistensi Penyediaan Layanan Jamkesda dalam Perspektif <i>Decentralized</i> <i>Governance</i> .....	153
5.2.2.1. Komitmen .....	154
5.2.2.2. Konsistensi .....	156
5.2.3. Faktor Pendorong dan Penghambat Penyelenggaraan Sistem Jamkesda di Kabupaten Malang .....	167
 <b>BAB VI PENUTUP .....</b>	 <b>179</b>
6.1. Kesimpulan .....	179
6.2. Manfaat Penelitian .....	183
 <b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	 <b>187</b>
<b>INDEKS .....</b>	<b>193</b>

# DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Governance Structures: examples of institutional formes for different health service functions .....	17
Tabel 5.1. Alokasi anggaran kesehatan Kabupaten Malang Th. 2011-2013 .....	60
Tabel 5.2. Dana Sharing Jamkesda Pemerintah Provinsi Jawa Timur dan Pemerintah Kabupaten Malang Th. 2011 - 2013 .....	71
Tabel 5.3. Susunan Keanggotaan Tim Koordinasi Program Jamkesda Kabupaten Malang .....	80
Tabel 5.4. Jumlah Penduduk dan Peserta Jamkesda di Kabupaten Malang Th. 2010 - 2013 .....	89
Tabel 5.5. Jumlah Pasien Jamkesda dan SPM di RSUD Kanjuruhan Th. 2011 - 2013 .....	97
Tabel 5.6. Perbandingan Pendapatan Asli Daerah, Pendapatan RSUD, dan Retribusi Kesehatan Pemerintah Kabupaten Malang Tahun 2010-2013. ....	117
Tabel 5.7. APBD, PAD, dan Dana Perimbangan Kabupaten Malang Tahun 2010 – 2013 .....	142

# DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1. Types of Decentralisation and the Level of Power and Authority .....	12
Bagan 4.1. Analisa Data Dalam Penelitian Kualitatif .....	29
Bagan 4.2. Bagan Penelitian .....	30
Bagan 5.1. Bagan Organisasi Perangkat Daerah Dinas Pendidikan .....	45
Bagan 5.2. Struktur BPJKD Jawa Timur .....	78
Bagan 5.3. Alur Rujukan Layanan Kesehatan .....	99
Bagan 5.4. Kerangka Empirik Penyediaan Layanan Jamkesda di Kabupaten Malang .....	129
Bagan 5.5. Struktur dan Proses Pelayanan Sistem Jamkesda di Kabupaten Malang .....	152
Bagan 5.6. Kerangka Rekomendasi Penyediaan Layanan Jamkesda di Kabupaten Malang .....	176
Bagan 5.7. Proposisi Penelitian .....	178

## DAFTAR ISTILAH (GLOSARIUM)

Asuransi sosial: adalah jaminan yang hanya diberikan kepada para peserta sesuai dengan kontribusinya, yakni premi atau tabungan yang dibayarkannya.

Bantuan sosial atau yang sering disebut juga sebagai bantuan publik (*public assistance*), dapat berbentuk tunjangan uang, barang atau pelayanan sosial tanpa memperhatikan kontribusi atau premi dari penerima.

*Decentralized governance*, "...usaha untuk meningkatkan keterbatasan kapasitas manajemen publik pemerintah yang lemah melalui kemitraan dengan lembaga-lembaga pemerintahan lainnya atau membuat aturan-aturan alternatif untuk menyediakan pelayanan sosial melalui organisasi paralel di sektor swasta dan organisasi masyarakat sipil"

Desentralisasi "sebagai pengalihan wewenang, tanggung jawab, dan sumber daya — melalui dekonsentrasi, delegasi, atau devolusi — dari pusat ke tingkat administrasi yang lebih rendah".

Desentralisasi penyediaan pelayanan kesehatan masyarakat: adalah pengalihan tanggung jawab untuk perawatan kesehatan primer dan tingkatan yang lebih rendah dari perawatan akut (rawat inap) kepada unit-unit pemerintah subnasional.

*Deconcentration* (dekonsentrasi) adalah transfer kewenangan bertujuan untuk mengalihkan tanggung jawab administrasi dari kementerian pusat dan departemen untuk tingkat administrasi regional dan lokal dengan mendirikan kantor perwakilan departemen nasional dan mentransfer beberapa kewenangan untuk pengambilan keputusan kepada staf lapangan regional.

*Devolution* (devolusi) adalah transfer kekuasaan dan kewenangan yang bertujuan untuk memperkuat pemerintah daerah

dengan memberikan mereka otoritas, tanggung jawab, dan sumber daya untuk menyediakan layanan dan infrastruktur, melindungi kesehatan dan keselamatan masyarakat, serta merumuskan dan melaksanakan kebijakan lokal.

Dan *delegation* (delegasi), adalah pemberian kewenangan yang bertujuan agar otoritas pemerintah nasional bergeser untuk manajemen fungsi-fungsi khusus bagi organisasi semi-otonomi atau *parastatal* dan BUMN, badan-badan perencanaan regional dan pengembangan wilayah, dan otoritas publik bertujuan multi atau tunggal.

Globalisasi (ekonomi): adalah proses *sharing* kegiatan ekonomi dunia yang berjalan melanda semua masyarakat di berbagai negara dengan mengambil tiga bentuk kegiatan, yaitu perdagangan internasional, investasi asing langsung, dan aliran pasar modal.

*Governance*: menunjuk kepada pemahaman bahwa kekuasaan (Negara) tidak lagi semata-mata dimiliki atau menjadi urusan pemerintah, dan menekankan pada pelaksanaan fungsi governing secara bersama-sama oleh pemerintah dan institusi-institusi lain, yaitu civil society (LSM), perusahaan swasta (bisnis), maupun warga negara.

*INA-CBGs* (Indonesia Case Based Groups): adalah sistem pembayaran kepada pemberi pelayanan kesehatan (PPK) yang dikelompokkan berdasarkan ciri klinis dan pemakaian sumberdaya yang sama.

*INA-DRGs* (Indonesia Diagnosis Related Groups): adalah sistem pembayaran kepada pemberi pelayanan kesehatan (PPK) yang dilakukan dengan melihat penyakit pasien. Sudah ditentukan sebelumnya jika seorang pasien didiagnosis menderita penyakit tertentu, maka akan dikenakan tarif tertentu pula. Karena itu system ini disebut juga dengan system paket.

Jaminan Sosial: sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya secara layak

Jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) adalah program jaminan kesehatan bagi fakir miskin dan tidak mampu yang tidak masuk dalam program jamkesmas (miskin non kuota) yang iurannya dibayar oleh Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten / Kota.

Jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) adalah program jaminan kesehatan bagi fakir miskin dan tidak mampu serta peserta lainnya (miskin kuota) yang iurannya dibayar oleh Pemerintah Pusat.

Kapitasi: adalah sistem pembayaran pelayanan kesehatan dimana pemberi pelayanan kesehatan (PPK) menerima sejumlah tetap penghasilan per peserta (per kepala), per periode tertentu (biasanya per bulan) untuk pelayanan yang telah ditentukan untuk per periode waktu.

Kebijakan sosial: adalah ketentuan yang didesain secara kolektif untuk mencegah terjadinya masalah sosial (fungsi preventif), mengatasi masalah sosial (fungsi kuratif) dan mempromosikan kesejahteraan (fungsi pengembangan) sebagai wujud kewajiban negara (*state obligation*) dalam memenuhi hak-hak sosial warganya.

Kebutuhan dasar: adalah kebutuhan pangan, sandang, perumahan, kesehatan, pendidikan, pekerjaan, dan/atau pelayanan sosial.

Kegagalan pasar dalam pengertian teknis: dimaksudkan bahwa pasar (*private sector*) tidak mampu bekerja sebagaimana seharusnya. Terjadinya kegagalan pasar ini menjadi salah satu alasan penting perlunya intervensi pemerintah untuk menyediakan barang dan jasa publik yang vital bagi masyarakat.

Konsumen (*the service consumer*): adalah pihak-pihak memperoleh dan menikmati pelayanan secara langsung, baik merupakan individu, setiap orang yang tinggal di suatu wilayah

geografis tertentu, badan pemerintah, organisasi swasta, suatu kelas individu yang memiliki kesamaan karakteristik (seperti masyarakat miskin, mahasiswa, eksportir, pekerja, atau petani).

Masyarakat miskin (maskin) kuota Jamkesmas: merupakan kelompok masyarakat miskin yang biaya kesehatannya dijamin oleh pemerintah pusat (APBN) dalam program Jamkesmas.

Masyarakat miskin (maskin) non kuota: merupakan kelompok masyarakat miskin yang biaya kesehatannya dijamin oleh dana APBD dalam program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).

Masyarakat non miskin (mampu): merupakan kelompok yang mampu membiayai kesehatannya sendiri.

Negara kesejahteraan: pada dasarnya, mengacu pada peran negara yang aktif dalam mengelola dan mengorganisasi perekonomian yang di dalamnya mencakup tanggungjawab negara untuk menjamin ketersediaan pelayanan kesejahteraan dasar dalam tingkat tertentu bagi warganya.

Pelayanan privat: didefinisikan sebagai kegiatan untuk memenuhi kebutuhan perseorangan, yang bukan menjadi hajat hidup orang banyak, bukan menjadi kebutuhan bersama secara kolektif, dan tidak menjadi bagian dari komitmen pemerintah untuk memenuhi kebutuhan minimal warganya agar dapat hidup layak dan bukan untuk memenuhi komitmen nasional dan internasional.

Pelayanan publik: adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik.

Pendanaan kesehatan universal (*universal health coverage*): sebagai sistem perawatan kesehatan yang ditandai adanya akses

terhadap perawatan kesehatan preventif, kuratif, rehabilitatif dan promotif yang berkualitas dengan biaya terjangkau semua orang dan dengan demikian dapat dicapai kesetaraan dalam akses kesehatan.

Pengatur (*the service arranger*) atau disebut juga dengan *service provider* menentukan produsen terhadap konsumen, atau sebaliknya, atau memilih produsen yang akan melayani konsumen. Pengatur ini bisa berupa pemerintah kota, pemerintah federal, asosiasi sukarela, atau konsumen pelayanan itu sendiri.

Penyelenggara pelayanan publik: adalah setiap institusi penyelenggara negara, korporasi, lembaga independen yang dibentuk berdasarkan undang-undang untuk kegiatan pelayanan publik, dan badan hukum lain yang dibentuk semata-mata untuk kegiatan pelayanan publik.

*Perawatan kesehatan universal*: adalah sistem perawatan kesehatan yang ditandai adanya akses terhadap perawatan kesehatan preventif, kuratif, rehabilitatif dan promotif yang berkualitas dan terjangkau oleh semua.

*Privatization* (privatisasi), meliputi pemindahan tanggungjawab (*responsibilities*) atas berbagai aktifitas dari sektor publik ke sektor swasta atau organisasi semi-publik (*quasipublic organizations*) yang bukan merupakan bagian dari struktur pemerintahan.

Produsen (*the service producer*): secara langsung berfungsi atau berperan sebagai penyedia layanan kepada konsumen. Produsen bisa unit-unit pemerintahan, distrik khusus, asosiasi sukarela warga negara, perusahaan swasta, badan nirlaba, atau, dalam kejadian tertentu, konsumen itu sendiri.

# BAB 1.

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Kesehatan adalah hak asasi manusia dan sekaligus sebagai investasi untuk keberhasilan pembangunan bangsa (Mukti dan Moertjahjo, 2010:1). Dalam hal kesehatan sebagai hak dasar yang dimiliki rakyat, maka negara sebagaimana tertuang dalam pasal 28 H (1) Undang-Undang Dasar Republik Indonesia (UUD RI) 1945 secara imperatif berkewajiban untuk memenuhi dan menjamin tersedianya layanan kesehatan yang baik (lihat juga Mun'im, 2006:126-128). Demikian pula dalam Undang-Undang Republik Indonesia (UU RI) Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan UU RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dikatakan bahwa negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhinya hak hidup sehat bagi penduduknya terutama bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Bahkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, misalnya, melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 686/Menkes/SK/VI/2010 telah menjabarkannya dalam bentuk layanan jaminan kesehatan bagi masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu dalam Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan kemudian diperluas kepesertaannya bagi ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas serta bayi baru lahir dalam Program Jaminan Persalinan yang selanjutnya dikenal dengan sebutan Jampersal (Kementerian Kesehatan RI, 2011).

Di era otonomi daerah melalui UU RI Nomo 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, kewajiban negara dalam menyediakan hak-hak dasar kesehatan rakyat ini juga

didesentralisasikan kepada pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota. Selanjutnya melalui Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten / Kota dijabarkan mengenai bagaimana dan apa saja urusan wajib bidang kesehatan itu dibagi antar tingkat pemerintahan tersebut. Karena itu kemudian di sejumlah daerah, baik provinsi maupun kabupaten / kota timbul respon berupa disediakannya Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Selain karena alasan perundangan itu, sistem Jamkesda juga sebagai wadah alternatif layanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin dan tidak mampu di luar kuota Jamkesmas (Pemerintah Propinsi Jawa Timur Dinas Kesehatan, 2011:i) .

Sebagai investasi untuk keberhasilan pembangunan bangsa, maka berbagai upaya negara dalam penyediaan layanan hak dasar bidang kesehatan itu baik oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah diharapkan dapat meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat (Suharto, 2009:60). Keberhasilan pembangunan kesehatan diharapkan dapat meningkatkan kualitas sumber daya manusia untuk dapat mencapai *Millenium Development Goals (MDGs)* pada tahun 2015 (Kompas, 23 Mei 2013), yang antara lain diukur melalui Indeks Pembangunan Manusia (IPM) (Stalker, 2008:18-27). Dalam mengukur IPM, kesehatan merupakan salah satu komponen utama selain pendidikan dan pendapatan (UNDP, 2011:167). Kesehatan juga merupakan investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan (Usman dkk., 2010:326; Buse et al., 2005:6).

Namun pada perkembangan selanjutnya, melalui telaah dari perspektif *decentralized governance* ditemukan beberapa fenomena ketidakkonsistenan. Secara normatif tidak hanya ditemukan kesenjangan antara norma aturan dengan pelaksanaannya, tetapi juga ditemukan adanya beberapa aturan tentang layanan kesehatan yang kontradiktif. Secara empirik

ditemukan pula kebijakan dan program yang kurang sinkron satu dengan yang lain. Dan secara konseptual, khususnya yang terkait dengan Jamkesda ketidakkonsistenan itu ditemukan pada terjadinya tarik ulur antara *centralized* dan *decentralized governance*.

## 1.2. Fenomena jaminan kesehatan di Kabupaten Malang

Penyelenggaraan Jamkesda di Kabupaten Malang berbeda dengan di beberapa kabupaten lain di Jawa Timur. Sementara di beberapa kabupaten lain sudah memiliki dasar hukum yang kuat berupa Peraturan Daerah (Perda) maupun Peraturan Bupati / Walikota (Perbup / Perwali) serta aturan-aturan teknis turunannya dalam penyelenggaraan Jamkesda, di kabupaten Malang sama sekali belum memiliki aturan-aturan tersebut. Penyelenggaraan Jamkesda langsung merujuk pada Perjanjian Kerjasama antara Pemerintah Provinsi Jawa Timur dengan Pemerintah Kabupaten Malang, yang untuk penyelenggaraan tahun 2011 didasarkan pada Perjanjian Kerjasama Nomor : 120.1/1133/012/2011 dan Nomor : 120.1/07/421.022/2011 tentang Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Yang Dijamin Oleh Pemerintah Provinsi Jawa Timur dan Pemerintah Kabupaten Malang.

Belum adanya Perda dan Perbup dan berbagai aturan teknis turunannya dapat diartikan bahwa Pemerintah Kabupaten Malang belum secara sungguh-sungguh dalam memberikan perhatian dan pelayanan kesehatan masyarakat. Pemerintah Kabupaten juga belum secara intensif melibatkan pihak legislatif, dalam hal ini Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) Kabupaten Malang dalam penyelenggaraan Jamkesda. Salah satu akibatnya, dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) belum tercantum pos anggaran khusus yang dialokasikan untuk Jamkesda. Anggaran untuk Jamkesda hanya disebut sebagai "Bantuan Keuangan Tambahan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesda)", yang merupakan sub-sub-sub bagian dari "Belanja Bantuan Sosial kepada Anggota Masyarakat", sub-sub bagian dari "Belanja Bantuan Sosial kepada Masyarakat", dan merupakan bagian dari pos anggaran "Belanja Bantuan Sosial".

Sedangkan anggaran yang dialokasikan untuk Jamkesda berdasarkan Perjanjian Kerjasama tahun 2011 adalah sebesar Rp 2.000.000.000,- (dua milyar rupiah). Untuk tahun 2012 berdasarkan Keputusan Bupati Malang Nomor : 180/196/KEP/421.013/2012 tentang Verifikator Teknis Belanja Hibah, Belanja Sosial, Belanja Bagi Hasil, Belanja Bantuan Keuangan dan Belanja Tidak Terduga Tahun Anggaran 2012, ditetapkan sebesar Rp 3.900.000.000,- (tiga milyar sembilan ratus juta rupiah).

Sementara itu perkembangan demografis kabupaten Malang sampai dengan pertengahan tahun 2011 memperlihatkan terdapat sebanyak 155.000 rumah tangga miskin (RTM) atau sekitar 568.591 jiwa dari total jumlah penduduk Kabupaten Malang 2,8 juta jiwa (<http://bappekab.malangkab.go.id/index.php?kode=26>). Rumah tangga miskin dengan jumlah sebesar itu yang tinggal di rumah tak layak ternyata masih banyak. Dari 608.890 unit rumah yang tersebar di 33 Kecamatan, sekitar 25 persen atau 152 ribu rumah tergolong tak layak huni (<http://perumahan.malangkab.go.id/newsdetail.php?id=129>).

Kemudian apabila dilihat dari aspek IPM secara total antara tahun 2009, 2010 dan 2011, sekalipun mengalami peningkatan, angka peningkatan itu hanya tipis saja, yakni dari 70,09 pada tahun 2009 menjadi 70,55 pada 2010, dan meningkat lagi menjadi 70,80 pada 2011 (Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Malang, 2012:70).

### 1.3. Permasalahan

Mencermati data demografis di Kabupaten Malang dan kemudian mengkonfrontasikannya dengan alokasi anggaran untuk Jamkesda—baik yang disediakan oleh Pemerintah Provinsi maupun oleh Pemerintah Kabupaten—yang relatif minim itu adalah sesuatu yang cukup memprihatinkan. Kenyataan di atas menunjukkan bahwa kepedulian Pemerintah Kabupaten Malang terhadap penyediaan pelayanan publik bidang kesehatan masih sangat minimal. Menjadi sangat ironis lagi manakala kenyataan di atas dihadapkan dengan 7 (tujuh) Prioritas dan Fokus Pembangunan

dalam Program Pembangunan Kabupaten Malang, yang menempatkan penyediaan pelayanan kesehatan yang terjangkau bagi masyarakat miskin pada prioritas pertama. Selanjutnya berdasarkan hal-hal yang telah diuraikan di atas permasalahan dalam penelitian ini dirumuskan sebagai berikut.

- a) Bagaimana proses desentralisasi penyelenggaraan penyediaan layanan kesehatan melalui sistem jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) di Kabupaten Malang?
- b) Faktor-faktor apa sajakah yang menjadi pendorong dan penghambat proses desentralisasi penyelenggaraan penyediaan layanan kesehatan melalui sistem jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) di Kabupaten Malang?

## BAB 6.

### PENUTUP

#### 6.1. Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan atas data-data yang diperoleh di lapangan pada akhirnya penelitian tentang Desentralisasi Penyediaan Layanan Kesehatan (Studi tentang Penyediaan Jamkesda di Kabupaten Malang) dapat ditarik beberapa kesimpulan sebagai berikut.

- 6.1.1. Peluang bagi pemerintah daerah untuk menyediakan layanan kesehatan masyarakat daerah secara otonom didasarkan pada: a) UU No.32/2004 tentang Pemerintahan Daerah, yang menegaskan urusan wajib yang menjadi kewenangan Pemerintah Kabupaten/Kota. Di pasal 14 ayat (1) disebutkan adanya 16 urusan wajib tersebut, yang salah satunya, pada butir (e) adalah penanganan bidang kesehatan. b) UU no. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) juga membuka peluang bagi pemerintah daerah untuk mengembangkan program jaminan kesehatan sesuai dengan kebutuhan daerah masing-masing. c) Keputusan Mahkamah Konstitusi no. 007/PUU-III/2005 memperkuat peluang bagi pemerintah daerah untuk mengembangkan program jaminan kesehatan sebagai sub-sistem jaminan sosial. d) Diberlakukannya PP Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota menjadi acuan yang lebih rinci berkenaan

dengan urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintah daerah.

6.1.2. Penyelenggaraan sistem Jamkesda sebagai manifestasi dari penyediaan layanan kesehatan masyarakat yang berideologi *pro-poor* di Kabupaten Malang bukanlah merupakan prakarsa murni dari pemerintah Kabupaten Malang. Penerapan sistem Jamkesda di Kabupaten Malang hanya merupakan respon atas Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 4 Tahun 2008 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (SJKD) di Jawa Timur, dan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 4 Tahun 2009 yang telah dirubah dua kali menjadi Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 62 Tahun 2012 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Jawa Timur tentang Sistem Kesehatan Daerah di Jawa Timur. Oleh karena itu pemerintah Kabupaten Malang tidak merasa perlu menyusun regulasi yang secara khusus mengatur penyelenggaraan sistem Jamkesda. Regulasi-lebih bersifat teknis-yang digunakan hanya berupa Perjanjian Kerjasama antara Gubernur Jawa Timur dengan Bupati Malang tentang Pembiayaan Program Jaminan Kesehatan Daerah. Perjanjian Kerjasama ini diperbarui setiap tahun, yang karenanya dapat dimaknai kurang terjaminnya baik intensitas maupun kontinuitas penyelenggaraan sistem Jamkesda di Kabupaten Malang.

6.1.3. Proses penyediaan layanan kesehatan melalui sistem Jamkesda tidak ada keterlibatan *stakeholders* di luar pemerintah daerah, baik itu organisasi profesi, rumah sakit swasta, lembaga perlindungan konsumen, ataupun masyarakat. Peran regulator atau pengatur (*service arranger*), pembeli layanan (*service purchaser*), dan penyedia atau pemberi layanan (*service provider*) sepenuhnya dilakukan oleh pemerintah daerah-dalam hal ini Pemerintah Provinsi Jawa Timur/Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, dan Pemerintah Kabupaten Malang/Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, serta RSUD Kabupaten Malang dan RS Provinsi.

- 6.1.4. Di Kabupaten Malang penyediaan layanan kesehatan—yang meliputi sarana, prasarana, dan sumberdaya manusia kesehatan—bagi pasien peserta Jamkesda tidak berbeda dengan yang disediakan bagi pasien umum. Yang membedakan adalah akses terhadap layanan. Pasien peserta Jamkesda memperoleh layanan secara gratis (karena dibayar oleh pemerintah Kabupaten Malang), sedangkan pasien umum dengan membayar sendiri (*out of pocket*) ataupun dengan premi bagi pasien peserta asuransi komersial.
- 6.1.5. Proses desentralisasi penyelenggaraan penyediaan layanan Jamkesda terkesan “setengah hati”, utamanya dalam hal penyediaan alokasi anggaran pembiayaan sistem Jamkesda. Besarnya jumlah warga miskin yang berhak atas akses terhadap layanan Jamkesda tidak diimbangi dengan upaya pemerintah Kabupaten Malang untuk secara intensif maupun ekstensif menggali sumber-sumber PAD agar alokasi anggaran sistem Jamkesda dapat ditingkatkan. Namun, pemerintah Kabupaten Malang justru lebih menggantungkan kepada kucuran dana pemerintah pusat berupa dana perimbangan. Digulirkannya JKN sejak 1 Januari 2014 mendapat dukungan kuat dari pimpinan pemerintah Kabupaten Malang, seolah dengan hadirnya JKN pemerintah Kabupaten Malang akan terlepas dari sebuah beban yang berat.
- 6.1.6. Komitmen dan konsistensi pemerintah Kabupaten Malang dalam penyelenggaraan sistem Jamkesda lemah. Sekalipun visi, misi, dan program prioritas pembangunan Kabupaten Malang menempatkan penyediaan layanan kesehatan yang terjangkau bagi masyarakat miskin sebagai prioritas pertama, namun penyediaan layanan sistem Jamkesda tidak dapat ditemukan dalam rencana kerja pembangunan daerah, rencana pembangunan jangka menengah maupun jangka panjang. Lemahnya komitmen dan konsistensi juga dapat dilihat dari tidak adanya regulasi dan lembaga yang secara khusus mengatur dan mengelola penyelenggaraan sistem

Jamkesda, serta kurang adanya upaya ("greget") untuk mengatasi terbatasnya alokasi anggaran, infra struktur, dan sumberdaya manusia dalam penyelenggaraan sistem Jamkesda.

- 6.1.7. Faktor pendorong bagi penyelenggaraan sistem Jamkesda di Kabupaten Malang yaitu berbagai aturan perundangan tentang desentralisasi pemerintahan ataupun tentang desentralisasi kesehatan, keputusan mahkamah konstitusi yang memberi ruang bagi daerah untuk menyelenggaraan layanan kesehatan secara otonom, dan peraturan daerah provinsi Jawa Timur tentang sistem jaminan kesehatan daerah. Selain itu visi, misi, dan program prioritas pembangunan Kabupaten Malang yang menempatkan penyediaan layanan kesehatan yang terjangkau bagi rakyat miskin sebagai prioritas pertama juga menjadi faktor pendorong. Demikian juga dengan dimilikinya otoritas yang besar oleh dinas kesehatan Kabupaten Malang, serta meningkatnya kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup sehat menjadi faktor pendorong yang tidak kurang pentingnya dalam penyelenggaraan sistem Jamkesda.
- 6.1.8. Faktor penghambat utama bagi penyelenggaraan sistem Jamkesda di Kabupaten Malang adalah lemahnya komitmen (*political will*) pemerintah daerah dalam penyelenggaraan sistem Jamkesda sebagai sebuah kebijakan sosial yang *pro-poor*. Sedangkan faktor lain yang tidak kalah penting adalah: tidak adanya payung hukum (regulasi) yang khusus mengatur penyelenggaraan sistem Jamkesda; tidak adanya lembaga yang secara khusus dan otonom (semacam *governance body*) sebagai penyelenggara Jamkesda; kapasitas fiskal (*fiscal capacity*) yang rendah yang berakibat pada terbatasnya alokasi anggaran untuk penyelenggaraan Jamkesda; lunturnya budaya malu masyarakat; budaya dan perilaku birokrat yang belum berkarakter melayani; kesenjangan geografis (spasial) antar kawasan terutama di kawasan pelosok dan perbatasan; dan dilaksanakannya JKN

(BPJS Kesehatan) per 1 Januari 2014); serta tidak adanya keterlibatan *stakeholders*.

## 6.2. Manfaat Penelitian

Penelitian tentang Desentralisasi Penyediaan Layanan Kesehatan (Studi tentang Penyediaan Jamkesda di Kabupaten Malang Provinsi Jawa Timur ini menghasilkan manfaat baik secara teoritis maupun praktis.

### 6.2.1. Manfaat Teoritis

Era *governance* telah membawa pergeseran *government* ke *governance* yang menciptakan era *mainstream* teori administrasi publik yang menekankan *governance* dan *new public management (NPM)*, bahkan sampai kepada *new public service (NPS)*. Makna publik juga bergeser dari 'penguasaan orang banyak' yang identik dengan pemerintah ke 'bagi kepentingan orang banyak' yang identik dengan istilah *stakeholders*. Pergeseran ini pada kenyataannya juga membawa implikasi kepada berubahnya pandangan tentang negara (*state*) dalam pelayanan publik dasar (*basic public service*). Ada tuntutan kepada negara (*state*)—dalam hal ini adalah pemerintah daerah—untuk lebih berperan dominan dan melakukan inovasi bagi penyediaan layanan publik dasar, terutama yang bersifat sebagai barang publik (*public goods*), seperti layanan kesehatan yang diperuntukkan kalangan masyarakat tertentu (miskin), demi mengantisipasi kegagalan pasar untuk penyelenggaraannya. Namun, ketika sebuah pemerintah daerah mengalami keterbatasan sumber-sumber, dan kemudian hanya menggantungkan kepada pemerintah pusat, maka ia akan kembali kepada pelukan sentralisasi. Di sinilah sebenarnya diperlukan kehadiran konsep *decentralized governance*, yang memungkinkan sebuah pemerintah daerah yang lemah untuk melibatkan *stakeholders* dalam urusan penyediaan layanan publik, khususnya layanan kesehatan. Inovasi yang sejalan dengan konsep *decentralized governance*, utamanya adalah pada pembentukan sebuah *governance bodies* atau *state auxiliary agencies*. Secara konsep *governance bodies*

atau *state auxiliary agencies* memiliki anggota yang mencerminkan pilar *governance*, yaitu dengan adanya unsur pemerintah, masyarakat sipil, dan dunia usaha. Ia diberi kewenangan untuk mengambil kebijakan, suatu kewenangan yang dalam teori administrasi publik lama (*old public administration*) menjadi monopoli negara (pemerintah). Dengan inovasi teori semacam ini membuka peluang bagi penerapan prinsip-prinsip *welfare state* di dalam suatu *local governance* yang *decentralized governance*.

Temuan lain penelitian juga menunjukkan bahwa di satu sisi sektor kesehatan itu tidak bisa berdiri sendiri, dan pada sisi lain sektor-sektor di luar kesehatan, khususnya sektor administrasi pemerintahan kurang memiliki kepedulian terhadap sektor kesehatan. Padahal, secara teori sektor kesehatan itu erat berkaitan dengan persoalan kebijakan sosial dan kualitas sumberdaya manusia. Ini dapat dilihat dari dimasukkannya sektor kesehatan sebagai salah satu tujuan capaian dari *Millenium Development Goals* (MDGs). Karenanya, fakta ini penting bagi ilmu administrasi publik untuk memberikan perhatian serius terhadap sektor kesehatan ini dengan misalnya, mengembangkan kajian khusus tentang kebijakan sosial dengan sub kajian kebijakan kesehatan, atau menjadikan isu-isu kesehatan menjadi bagian dari suatu kajian tertentu.

### 6.2.2. Manfaat Praktis

Temuan penelitian mengenai faktor-faktor pendorong dan penghambat penyelenggaraan layanan sistem Jamkesda dapat memberikan manfaat praktis dalam perumusan kebijakan sosial, khususnya kebijakan yang berkaitan dengan layanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Kabupaten Malang. Dengan temuan-temuan itu, pemerintah Kabupaten Malang dan jajarannya, bukan saja dituntut untuk meningkatkan komitmen dan konsistensinya dalam kebijakan sosial dalam wujud penyelenggaraan sistem Jamkesda. Lebih dari itu, pemerintah Kabupaten Malang juga sudah semestinya untuk mengimplementasikannya dalam wujud peningkatan penyediaan struktur, infra struktur, alokasi anggaran, dan sumberdaya manusia demi mewujudkan visi, misi, dan

program pembangunan kesehatan untuk rakyat miskin, serta memberikan jaminan keberlanjutannya guna mewujudkan cita-cita negara kesejahteraan.

Kerangka rekomendasi yang disusun berdasarkan hasil pembahasan penelitian, setidaknya juga dapat menjadi masukan bagi pemerintah Kabupaten Malang dalam merekonstruksi tata hubungan antar aktor atau elemen layanan kesehatan sistem Jamkesda untuk dapat lebih menjamin kepastian dan keberlanjutan layanan kesehatan bagi masyarakat miskin non-Jamkesmas maupun yang belum *ter-cover* melalui sistem JKN atau BPJS Kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, Umar Fahmi, 2013, *Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*, Jakarta, Penerbit PT RajaGrafindoPersada.
- Ahmad, Jamaluddin. 2007. *Gubernur, Wakil Gubernur Pilihan Rakyat, APBD, dan Good Governance Aceh*, Makalah disampaikan pada Seminar satu hari kerjasama antara Tunas Aceh Research Institute dan World Bank, Banda Aceh di Fakultas Ekonomi Universitas Syiah Kuala, Tanggal 28 Pebruari
- Anderson, Karen M.et.al, 2008, Sweden: Markets within Politics, dalam Béland, Daniel, dan Gran, Brian, ed., *Public and Private Social Policy : Health and Pension Policies in A New Era*, HampshirePalgrave Macmillan
- Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah Jawa Timur, 2013, *Petunjuk Teknis Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Provinsi Jawa Timur Tahun 2013*.
- Black, Nick, dan Gruen, Reinhold, 2005, *Understanding Health Services*, Berkshire, Open University Press, McGraw-Hill Education
- Buse, Kent. Et.al, 2005, *Making Health Policy*, Berkshire, Open University Press, McGraw-Hill Education
- Cheema, G. Shabbir, dan Rondinelli, Dennis A., 2007, *From Government Decentralization to Decentralized Governance*, dalam, Cheema, G. Shabbir, dan Rondinelli, Dennis A., (ed.), *Decentralizing Governance, Emerging Concepts and Practices*, Brookings Institute Press, Washington
- Darise, Nurlan. 2009. *Pengelolaan Keuangan Pada Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) dan BLU*, Jakarta, Penerbit PT Indeks
- Denhardt, Robert B., dan Denhardt, Janet Vinzant, 2000, *The New Public Service: Serving Rather than Steering*, *Public Administration Review*, November/December, Vol. 60, No. 6

- Denhardt, Janet V. dan Denhardt, Robert B., 2007, *The New Public Service: Serving, Not Steering*, Expanded ed., New York, M.E. Sharpe, Inc.
- Departemen Kesehatan RI, 2003, *Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan*, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 004/MENKES/SK/I/2003, Jakarta
- Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, 2012, *Profil Kesehatan Kabupaten Malang Tahun 2012*, Malang
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2012, *Pedoman Sistem Rujukan Berbasis Indikasi Medis Provinsi Jawa Timur*, Surabaya
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2013, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2012*, Surabaya
- Dinas Pendapatan, Pengelolaan Keuangan dan Aset Kabupaten Malang, 2012, *Profil BLUD di Kabupaten Malang*, Malang
- Dwicaksono, Adenantera. dkk., 2012, *JAMKESMAS dan Program Jaminan Kesehatan Daerah Laporan Pengkajian di 8 Kabupaten/Kota dan 2 Provinsi*, Bandung, Perkumpulan INISIATIF
- Dwiyanto, Agus, 2007, *Reorientasi Ilmu Administrasi Publik: Dari Government ke Governance*, dalam Djojowadono, dkk., *Dari Administrasi Negara ke Administrasi Publik*, Pidato Pengukuhan Guru Besar Universitas Gadjah Mada, Penerbit Gadjah Mada University Press, Yogyakarta
- Eko, Sutoro, 2007, *Daerah Budiman: Prakarsa dan Inovasi Lokal Membangun Kesejahteraan*, Yogyakarta, Institute for Research and Empowerment (IRE)
- Fukuyama, Francis, 2005, *Memperkuat Negara, Tata Pemerintahan dan Tata Dunia Abad 21*, Jakarta, Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama
- Kementerian Kesehatan RI, 2010, *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) 2010*, Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI, 2013, *Buku Saku FAQ (Frequently Asked Questions) BPJS Kesehatan*, Jakarta
- Legaspi, Perla, E. 2006, *Reforms and Practises in local regulatory governance: the case of the Philippines*, dalam, Minogue,

- Martin, dan Carino, Ledvina. ed. 2006, *Regulatory Governance in Developing Countries*, Edward Elgar, Cheltenham, UK, Northampton, MA, USA
- Mills, Anne, et al., 1990, *Health System Decentralization: Concept, Issues and Country Experience*, Geneva, World Health Organization
- Mukti, Ali Ghufro dan Moertjahjo, 2010, *Sistem Jaminan Kesehatan, Konsep Desentralisasi Terintegrasi*, Yogyakarta, Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi/Jaminan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada bekerjasama dengan Asosiasi Jaminan social Daerah
- Nallari, Raj. et.al, 2011, *Frontiers in Development Policy A Primer on Emerging Issues*, Washington, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
- Nurman, Ari, dan Martiani, Ana Westy. 2008, *Merumuskan Skema Penyediaan Jaminan, Pelayanan Kesehatan yang Sesuai Untuk Daerah*, Bandung, Perkumpulan Inisiatif
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2011, *Analisis Data Laporan Jamkesmas 2010*, dalam Buletin Jendela Data & Informasi Kesehatan, Vol. 4, Triwulan IV.
- Retna S, Chitra, dan Ardhyanti, Ermy, 2011, *Inisiatif Daerah Dalam Mengembangkan Program Jaminan Kesehatan: Pola dan Pembelajaran*, Working Paper 02/2011, Pattiro Institute
- Rokx, Claudia, dkk. 2009, *Health Financing in Indonesia A Reform Road Map*, Washington, D.C., The World Bank
- Rondinelli, Dennis A. 2007, *Governments Serving People: The Changing Roles of Public Administration in Democratic Governance*, dalam, Rondinelli, Dennis A, *PUBLIC ADMINISTRATION AND DEMOCRATIC GOVERNANCE: Governments Serving Citizens*, United Nations, ST/ESA/PAD/SER.E/98, January.
- Sardjunani, Nina, dkk., 2010, *Laporan Akhir Evaluasi Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin (Keluarga Prasejahtera/KPS dan Keluarga Sejahtera I/KS I)*, Jakarta, Direktorat Kependudukan,

Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak  
Bappenas

- Sasmito, Adi. 2008, *Analisis Kemiskinan, MDGs dan Kebijakan Kesehatan Nasional*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Savas, E.S., 2000, *Privatization and Public-Private Partnerships*, New York, Chatam House Publishers, Seven Bridges Press, LLC
- Shah, Anwar, ed., 2006, *Local Governance in Developing Countries*, Washington, DC, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
- Suharto, Edi, 2007, *Meretas Kebijakan Sosial Pro Poor: Menggagas Pelayanan Sosial yang Berkeadilan*, makalah disampaikan pada Semiloka Menggagas Model Pelayanan Sosial Berkeadilan, Jurusan Ilmu Sosiatri, Fisipol Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, Hotel Saphir Yogyakarta, 11 September
- \_\_\_\_\_, 2009. *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan*, Penerbit Alfabeta, Bandung
- Trisnantoro, Laksono., dkk., 2009, *Inovasi Sistem Kesehatan Daerah, Transformasi Dinas Kesehatan, serta Peranan Konsultan dan Donor*, dalam Trisnantoro, Laksono., dkk., *Ibid.*,
- \_\_\_\_\_, 2009, *Desentralisasi Fiskal di Sektor Kesehatan dan Reposisi Peran Pusat dan Daerah*, dalam, Trisnantoro, Laksono, dkk., *Ibid.*
- Utarini, Adi, dkk. 2009, *Inovasi Fungsi Pemerintah dalam Regulasi*, dalam, Trisnantoro, Laksono, dkk., *Ibid.*
- Vrangbæk, Karsten. 2007, *Towards A Typology for Decentralization in Health Care*, dalam, Saltman, Richard B. dkk. (ed), *Decentralization in Health Care Strategies and Outcomes*, Berkshire, McGraw-Hill, Open University Press
- Wisnu, Dinna, 2012, *Politik Sistem Jaminan Sosial, Menciptakan Rasa Aman dalam Ekonomi Pasar*, Jakarta, Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama
- Work, Robertson, 2002, *The Role of Participation and Partnerships in Decentralised Governance: A Brief Synthesis of Policy Lessons and*

*Recommendations of Nine Case Studies on Service Delivery for the Poor*, <http://www.undp.org/governance/marrakechcdrom/concepts/Work%20Role%20of%20Participation.pdf>

World Health Organization, 1993, *Evaluation of Recent Changes in The Financing of Health Services*: Report for WHO Study Group, WHO Technical Report Series: 829, WHO Geneva

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2000 Tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi Sebagai Daerah Otonom

Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) NO. 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

Peraturan Bupati Malang Nomor: 6 Tahun 2008 Tentang Organisasi Perangkat Daerah Dinas Kesehatan.

Peraturan Daerah Kabupaten Malang No. 1 Tahun 2011 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun 2011.

Peraturan Daerah Kabupaten Malang No. 9 Tahun 2012 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun 2012.

Peraturan Daerah Kabupaten Malang No. 12 Tahun 2012 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun 2013.

Perjanjian Kerjasama antara Pemerintah Provinsi Jawa Timur dengan Pemerintah Kabupaten Malang Nomor: 120.1/1133/012/2011, Nomor: 120.1/07/421.022/2011 tentang Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Yang Dijamin Oleh Pemerintah Provinsi Jawa Timur dan Pemerintah Kabupaten Malang, tanggal 31 Januari 2011

Perjanjian Kerjasama Pemerintah Provinsi Jawa Timur dan Pemerintah Kabupaten Malang Nomor: 120.1/7/012/2012; Nomor: 119/01/421.022/2012 tentang Pelayanan Kesehatan Primer tanggal 2 Januari 2012.

Perjanjian Kerjasama Pemerintah Provinsi Jawa Timur dan Pemerintah Kabupaten Malang Nomor: 120.1/50/012/2012; Nomor: 119/02/421.022/2012 tentang Pembiayaan Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) tanggal 2 Januari 2012

Perjanjian Kerjasama Pemerintah Provinsi Jawa Timur dan pemerintah Kabupaten Malang Nomor: 120.1/71/012/2013 tentang Pembiayaan Program Jaminan Kesehatan Daerah tanggal 27 Mei 2013.

Keputusan Bupati Malang Nomor: 180/780/KEP/421.013/2012 tentang Tim Koordinasi Program Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Malang

Suara Pembaruan, 28 August, 2008

Kompas, 2 Mei 2002

Kompas, 27 Juli 2010

Kompas, 21 Maret, 2011