

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang Permasalahan

Hak tingkat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya merupakan hak asasi manusia dan diakui oleh segenap bangsa-bangsa di dunia, termasuk Indonesia. Pengakuan itu tercantum dalam Deklarasi Perserikatan Bangsa-Bangsa tahun 1948 tentang Hak Azasi Manusia. Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial.

Pemerintah telah mencanangkan Visi Indonesia 2025 yaitu menjadi negara maju pada tahun 2025. Namun Pemerintah juga sepenuhnya menyadari bahwa kualitas sumber daya manusia (SDM) masih menjadi suatu tantangan dalam mewujudkan visi dimaksud. Para pakar dibidang SDM menyatakan bahwa kualitas SDM secara dominan ditentukan oleh kemudahan akses pada pendidikan dan fasilitas kesehatan yang berkualitas. Bahkan *UNDP (United Nations Development Programme)* memperkenalkan Indeks Pembangunan Manusia yang dua dari tiga indikatornya (peluang hidup, pengetahuan dan hidup layak) terkait dengan kesehatan. Dengan mempertimbangkan tingkat urgensi dari kesehatan, maka Pemerintah baik di tingkat pusat maupun daerah telah melakukan beberapa upaya untuk meningkatkan kemudahan akses pada fasilitas kesehatan. Di antaranya adalah dengan menerbitkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang telah dibentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang BPJS yang

merupakan transformasi dari empat Badan Usaha Milik Negara (Askes, ASABRI, Jamsostek dan Taspen). Melalui Undang-Undang No 24 tahun 2011 ini, maka dibentuk 2 (dua) BPJS, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Dengan terbentuknya kedua BPJS tersebut maka jangkauan kepesertaan program jaminan sosial akan diperluas secara bertahap (Qomaruddin, 2012).

Undang-Undang No 24 tahun 2011 mewajibkan pemerintah untuk memberikan lima jaminan dasar bagi seluruh masyarakat Indonesia yaitu jaminan kesehatan, kecelakaan kerja, kematian, pensiun, dan tunjangan hari tua. Jaminan dimaksud akan dibiayai oleh 1) perseorangan, 2) pemberi kerja, dan/atau 3) Pemerintah. Dengan demikian, Pemerintah akan mulai menerapkan kebijakan Universal Health Coverage, dalam hal pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat, dimana sebelumnya Pemerintah (Pusat) hanya memberikan pelayanan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil dan ABRI-Polisi (Janis, 2014). Dibentuknya Undang-Undang No 24 tahun 2011 untuk keperluan tata kelola penyelenggaraan jaminan sosial yang efektif bagi seluruh warga Negara Indonesia ternyata dalam implementasinya masih banyak ditemukan kendala dilapangan. Pertama, masalah pengadaan obat-obatan. Sebelum BPJS kesehatan diberlakukan, pasien diberikan obat untuk jangka waktu 30 hari.

Namun setelah BPJS kesehatan diberlakukan, pasien hanya diberikan obat dalam jangka waktu 7 hari. Kedua masih banyak rumah sakit swasta yang belum bergabung pada BPJS kesehatan, terutama di daerah. Kurangnya sosialisasi menjadi penyebab utama belum bergabungnya rumah sakit swasta menjadi jejaring BPJS kesehatan. (www.beritasatu.com). Pelaksanaan Undang-Undang No 24 tahun 2011 juga masih dikeluhkan oleh masyarakat. Hal ini dikarenakan masyarakat yang masih dibebani biaya untuk pembelian obat, tes darah, dan

pemeriksaan penunjang. Untuk peserta PNS obat gratis yang diberikan ternyata hanya sampai hari ke-3 dan 7, tidak sampai hari ke-30 seperti asuransi kesehatan sebelumnya. Sedangkan untuk pelayanan rujukan, peserta harus membawa surat rujukan berulang untuk kasus yang sama (health.kompas.com).

Setelah diberlakukannya undang-undang No 24 tahun 2011, maka tahap selanjutnya adalah implementasi dari undang-undang tersebut. Menurut Gaffar (2009) implementasi adalah suatu rangkaian aktifitas dalam rangka menghantarkan kebijakan kepada masyarakat sehingga kebijakan tersebut dapat membawa hasil sebagaimana yang diharapkan. Rifdan (2010) menambahkan bahwa implementasi kebijakan dalam konteks kebijakan publik adalah pelaksanaan dari suatu keputusan tertentu yang ditetapkan melalui undang-undang, peraturan pemerintah atau peraturan daerah untuk mencapai sasaran dan tujuan bersama dalam kehidupan bermasyarakat. Dengan demikian diperlukan implementasi dari undang-undang No 24 tahun 2011 agar kebijakan yang telah disusun dapat secara langsung dirasakan manfaatnya oleh masyarakat. Pasal 10 undang-undang No 24 tahun 2011 menyebutkan bahwa BPJS memiliki beberapa tugas yaitu 1) melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta, 2) memungut dan mengumpulkan iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja, 3) menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah, 4) mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta, 5) mengumpulkan dan mengelola data Pesertaprogram Jaminan Sosial, 6) membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan 7) memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.

Perubahan kebijakan dalam layanan kesehatan dimaksud tidak terlepas darihimbauan *World Health Assembly* (WHA), pada sidang ke-58 pada tahun 2005 di Jenewa, agar setiap negara anggota memberikan akses terhadap pelayanan kesehatan kepadaseluruh masyarakat khususnya bagi yang kurang mampu. Adapun mekanisme yangdigunakan adalah mekanisme asuransi kesehatan sosial.

Hal ini pun sudah sejalan dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyatakan bahwa setiapwarga negara mempunyai hak yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatan yangaman, bermutu, dan terjangkau.

Pelayanan kesehatan yang baik merupakan suatu kebutuhan masyarakat dan sering kali menjadi ukuran dalam keberhasilan pembangunan.Menyadari bahwa pelayanan kesehatan menjadi kebutuhan setiap warga negara maka pemerintah berupaya dari waktu ke waktu untuk menghasilkan program-program yang dapat meningkatkan pelayanan kesehatan secara menyeluruh. Salah satu program yang diselenggarakan oleh Pemerintah Indonesia adalah penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) menurut Undang-undang (UU) yakni UU Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Dalam implementasi SJSN, Pemerintah akan membentuk dua Badan PenyelenggaraJaminan Sosial (BPJS) yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan akan menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan akan menyelenggarakan program jaminan atas kecelakaan kerja,kematian, pensiun dan hari tua. Secara eksplisit, UU SJSN menyatakan bahwa 4 (empat)BUMN di bidang asuransi yaitu PT Jamsostek (Persero), PT Taspen (Persero), PT Asabri(Persero), dan PT Askes (Persero) akan ditransformasi menjadi BPJS. Berkaitan denganinstitusi BPJS Kesehatan, UU BPJS secara jelas menyatakan bahwa PT Askes (Persero)akan bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan.

Selanjutnya semua program jaminan kesehatan yang diselenggarakan olehKementerian Kesehatan, Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, Kepolisian Republik Indonesia, PT Jamsostek (Persero), dan PT Askes (Persero) akan diambil alih olehBPJS Kesehatan. Pada Buku Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019dinyatakan bahwa pada tahun 2014, Pemerintah menargetkan sebanyak 121,6 jutapenduduk akan diberikan jaminan

kesehatan oleh BPJS Kesehatan. Jumlah dimaksuddiasumsikan berasal dari program Jamkesmas (96,4 juta jiwa), peserta yang dikelola oleh PT Askes (Persero) (17,2 juta jiwa), peserta Jaminan Pelayanan Kesehatan (JPK) Jamsostek (5,5 juta jiwa), dan dari peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PJKMU) dari pemerintah daerah (2,5 juta jiwa). Selanjutnya pada tahun 2019, Pemerintah menargetkan seluruh masyarakat yaitu sebanyak 257,5 juta jiwa akan dijamin oleh BPJS Kesehatan.

Program jaminan kesehatan dijalankan secara nasional dengan prinsip asuransi sosial, prinsip ekuitas dan sistemnya berupa sistem gotong royong dimana peserta mampu dan sehat akan membantu peserta yang miskin dan sakit (Kemenkes, 2014). Namun di kalangan masyarakat muncul persepsi yang masih kurang baik dengan program JKN. Hal ini dapat disebabkan karena pengetahuan dan sosialisasi tentang program BPJS kesehatan masih rendah sehingga pelaksanaan program BPJS belum dipahami dengan baik oleh seluruh masyarakat. Kenyataan lainnya bahwa kepesertaan BPJS belum keseluruhan mencakup masyarakat terutama para pekerja informal (buruh atau petani) ataupun masyarakat di pedesaan terpencil dikarenakan belum seluruhnya terdaftar atau memiliki kartu BPJS.

Peserta BPJS kesehatan berdasarkan UU terbagi dua yakni Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Bukan Penerima Bantuan Iuran (Bukan PBI). Peserta BPJS yang tergolong PBI adalah masyarakat yang tergolong fakir miskin atau keluarga miskin dan tidak mampu. Jumlah peserta BPJS secara nasional yang terdata pada Januari 2014 adalah sebanyak 116.122.065 jiwa / peserta (Kemenkes, 2014).

Berdasarkan pengamatan peneliti di tempat peneliti berdiskusi dan sejumlah RS diperoleh gambaran berbagai permasalahan terkait implementasi BPJS terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta sebagai berikut :

- a. Sosialisasi BPJS masih kurang, hal ini terlihat dari potret di masyarakat yang belum mengerti terkait program jaminan kesehatan yang diselenggarakan melalui BPJS.
- b. Masih banyak komplain masyarakat dan beberapa kelompok masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS.
- c. Kuantitas dan kualitas obat dan peralatan kesehatan yang diberikan BPJS kepada peserta masih terbatas.
- d. Pendaftaran peserta untuk mendapatkan layanan kesehatan masih terlalu berbelit-belit dan antri.
- e. Ketentuan BPJS bahwa peserta harus terlebih dahulu mendapatkan rujukan dari Puskesmas untuk dapat berobat ke RS justru membebani peserta, khususnya peserta yang membutuhkan penanganan medis yang segera (*emergency*).
- f. Honorarium yang diperoleh paramedik (khususnya dokter dan perawat) untuk setiap pelayanan kesehatan yang telah diberikan sangat kecil per pasien.

Mutu layanan Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola BPJS kesehatan dinilai buruk oleh para pekerja. Itu menjadi dasar pengajuan uji materi ke Mahkamah Konstitusi. Karena itu, mahkamah diminta membatalkan kewajiban pekerjanya ke badan itu.

Menurut Menteri Keuangan dan Direktur utama BPJS bahwa BPJS kesehatan mengalami kesulitan likuiditas karena melonjaknya kepesertaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Untuk itu, dalam jangka pendek, BPJS kesehatan butuh suntikan dana. Pihak BPJS kesehatan diperkirakan mengalami deficit anggaran Rp 5,85 triliun pada akhir 2015. Pendapatan diperkirakan Rp 53,37 triliun, sedangkan pengeluaran mencapai Rp 57,19 triliun. Sementara asset neto akhir 2014 sudah mencatatkan deficit Rp 3,3 triliun. Menurutnya, APBN Perubahan 2015 telah mengalokasikan cadangan pembiayaan untuk BPJS kesehatan senilai Rp 1,54 triliun. Cadangan pembiayaan itu yang

diajukan untuk mendapat persetujuan Komisi XI DPR agar diubah jadi pembiayaan. Tujuannya agar anggaran itu bisa langsung disuntikkan ke BPJS Kesehatan.

Dari gambaran dan kondisi tersebut di atas mendasari penelititertarik untuk mengetahui kondisi terkini dari pelaksanaan BPJS dengan mengambil tema : “Tinjauan Hukum Undang-Undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Terhadap Pelayanan Kesehatan Peserta BPJS”.

I.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan pada latar belakang dan identifikasi permasalahan di atas, dapat dirumuskan permasalahan penelitian ini yakni :

- a. Bagaimana pengaturan BPJS dilapangan, apakah telah sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang ada.
- b. Bagaimanakah implementasi pelaksanaan BPJS terhadap pelayanan kesehatan.
- c. Apakah terdapat hambatan dalam pelaksanaan BPJS dilapangan.

I.3 Tujuan dan Manfaat Penelitian

I.3.1 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian yang hendak dicapai adalah untuk mengetahui:

- a) Pengaturan BPJS dilapangan, apakah telah sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang ada.
- b) Implementasi pelaksanaan BPJS terhadap pelayanan kesehatan.
- c) Terdapat hambatan dalam pelaksanaan BPJS dilapangan.

I.3.2 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a) Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi ilmu pengetahuan, wawasan dan pengalaman peneliti di bidang kebijakan

publik (hukum) dan manajemen kesehatan serta manajemen Rumah Sakit terutama mengenai penerapan BPJS dengan segala implikasinya terhadap pelayanan kesehatan yang dapat diberikan kepada peserta.

b) Manfaat praktis

- 1) Bagi Instansi. Hasil penelitian diharapkan sebagai bahan masukan kepada pimpinan untuk memperbaiki pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta BPJS yang berobat ke Rumah Sakit
- 2) Bagi Pemerintah khususnya Kementerian Kesehatan dan BPJS. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi perbaikan esensial dan substansial dari implementasi BPJS terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta.
- 3) Bagi Peneliti. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi, wawasan dan pengalaman secara langsung dalam menghadapi permasalahan yang ada di dunia kerja, sekaligus sebagai pengalaman untuk memahami penerapan teori dengan realita di tempat pekerjaannya.
- 4) Bagi Fakultas. Diharapkan penelitian ini dapat memperkaya hasil penelitian dan bahan referensi bagi program Pascasarjana Universitas pembangunan "Veteran" Jakarta, khususnya konsentrasi Hukum Bisnis.

I.4 Hipotesis

Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :
 “Terdapat pengaruh Implementasi Undang-undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Terhadap Pelayanan Kesehatan Peserta BPJS ”.

I.5 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan yang diterapkan untuk menyajikan gambaran singkat mengenai permasalahan yang akan dibahas dalam penulisan ini, sehingga

akan memperoleh gambaran yang jelas tentang isi dari penulisan ini terdiri dari lima bab diantaranya :

BAB I PENDAHULUAN

Dibahas tentang latar belakang permasalahan, perumusan masalah, tujuan dan kegunaan penelitian dan sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Dikemukakan kerangka teoritis dan kerangka konseptual.

BAB III METODE PENELITIAN

Dijelaskan tentang jenis penelitian dan pendekatan, lokasi penelitian, sifat penelitian dan identifikasi permasalahan, populasi atau teknik sampling, sumber data, teknik pengumpulan data dan teknik analisis data.

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dibahas mengenai gambaran umum obyek penelitian, hasil penelitian dan pembahasan.

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab terakhir ini akan diuraikan kesimpulan dan saran yang mungkin berguna bagi perusahaan dan pihak-pihak lain yang memerlukannya.