

ANALISIS KEWAJIBAN KEPESERTAAN SISTEM BPJS KESEHATAN

Shella Virgina Umma Al Asyari¹, Budiarsih²

^{1,2}Fakultas Hukum Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya
Email: shellaasyari@gmail.com, budiarsih@untag-sby.ac.id

Abstrak

Jaminan Kesehatan Nasional adalah salah satu kebijakan pemerintah di bidang kesehatan bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan kesehatan yang layak bagi seluruh warga negara Indonesia, BPJS merupakan satu satunya lembaga yang ditunjuk untuk melaksanakan tujuan dari JKN , sehingga masyarakat wajib menjadi peserta BPJS melalui regulasi yang diamanatkan oleh pemerintah namun dalam implementasi kewajiban tersebut banyak mengalami tantangan atau masalah , Atas dasar hal tersebut penelitian ini memberikan fokus kepada Bagaimanakah Problematika Kewajiban kepesertaan BPJS Kesehatan dari perpektif keadilan. Metode yang digunakan adalah metode analisis, jenis ini adalah penelitian hukum normatif yang dilakukan meneliti bahan hukum sekunder, juga menggunakan metode pendekatan yaitu pendekatan Undang-Undang dan pendekatan Konseptual, yang mana nantinya akan memeberikan rekomendasi sebagai bahan masukan untuk revisi UU atau sistem kesehatan. Hasil penelitian menemukan bahwa pada masyarakat miskin yang tidak bisa mendaftarkan dirinya menjadi kepesertaan BPJS Kesehatan, jaminan kesehatan dari negara untuk masyarakat masih ditemukan ketimpangannya. Masalah administrasi dan layanan kesehatan yang diberikan, adanya sistem manajemen yang tidak linier dengan kebutuhan masyarakat berpotensi menimbulkan ketidakadilan yang diterima masyarakat.

Kata Kunci : *Jaminan Kesehatan, Hak Asasi Manusia, Keadilan*

Abstract

The National Health Insurance is a government policy in the health sector that aims to realize the provision of proper health insurance for all people. In Indonesia, BPJS is the only institution designated to carry out the goals of JKN, so that people are required to become BPJS participants through regulations mandated by the government but in the implementation of these obligations there are many challenges or problems. On this basis, this research focuses on. How is the problem of BPJS Health membership obligations from the perspective of justice. The method used is the method of analysis, this type is normative legal research conducted to examine secondary legal materials, also using the approach method, namely the statute approach and the conceptual approach, which will provide recommendations as input material for revising laws or the health system. The results of the study found that among the poor who could not register themselves as BPJS Kesehatan members, health insurance from the state for the community was still found to be inequitable. Administrative problems and health services provided, the existence of a management system that is not linear with the needs of the community has the potential to cause injustice that is accepted by the community.

Keywords: *Health Insurance, Human Rights, Justice*

PENDAHULUAN

Sebagaimana kita ketahui bahwa kesehatan merupakan kebutuhan manusia untuk hidup sehingga masyarakat memerlukan jaminan dan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh sistem kesehatan yang dikelola oleh pemerintah, kesehatan mempunyai peran besar dalam meningkatkan taraf hidup masyarakat di Indonesia.

Kesehatan paling terjamin dengan pelayanan yang optimal dan pada akhirnya derajat kesehatan tercapai dalam keadaan sejahtera, karena di dalam tubuh yang sehat terdapat pula jiwa yang sehat. Menurut World Health Organization (WHO) tahun 1957, sejalan dengan Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, memberikan pengertian kesehatan adalah sebagai berikut: keadaan sejahtera jasmani, rohani, rohani, sosial yang utuh tidak hanya bebas dari penyakit, kecacatan dan kelemahan . Penyelenggaraan kesehatan yang diselenggarakan oleh seluruh komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Didalam sistem Kesehatan Nasional terdapat pendukung yang harus diteliti dan dijadikan sebagai tumpuan dasar menjalankan sistem kesehatan tersebut yaitu Manajemen Kesehatan. Manajemen kesehatan adalah proses atau cara pencapaian tujuan pembangunan kesehatan melalui pengelolaan upaya kesehatan, pembangunan kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, manajemen, informasi dan regulasi kesehatan serta pemberdayaan masyarakat. Sistem kesehatan nasional dalam penyusunan SKN ini dimaksudkan untuk menyesuaikan SKN internal agar dapat dijadikan dasar, arah dan pedoman pelaksanaan pembangunan kesehatan oleh masyarakat, swasta dan pemerintah. Penyusunan SKN ini terdiri dari :

1. **Upaya kesehatan** : Permasalahan kesehatan muncul dari upaya kesehatan yang belum terselenggara menyeluruh di masyarakat dan berkesinambungan. Penyelenggaraan upaya kesehatan ini masih terlihat kurang. Akan tetapi, upaya kesehatan jika tidak didukung oleh sistem yang baik maka upaya kesehatan ini tidak menyelenggarakan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Upaya kesehatan seharusnya bisa dilaksanakan dengan adanya sistem yang berjalan seimbang dengan adanya tenaga kerja medis, obat-obatan yang memadai dan fasilitas rumah sakit yang standar
2. **Pembiayaan Kesehatan** : Pembiayaan kesehatan di Indonesia yang selama ini berjalan dengan jaminan asuransi kesehatan berupa BPJS Kesehatan. Jaminan kesehatan ini berdasarkan asas gotong royong sehingga prosesnya dengan cara iuran yang dibayarkan oleh rakyat dan untuk memenuhi persyaratan maka setiap warga harus mendaftarkan dirinya

sebagai peserta BPJS Kesehatan yang mana iuran dibayarkan setiap bulannya, sehingga proses alur dana BPJS ini adalah untuk diputar membiayai orang yang sakit dan sesuai apa yang sudah dibayarkan untuk mendapatkan fasilitas sesuai kelas yang didapat di kartu BPJS Kesehatan setiap individu. Wujud pembiayaan kesehatan ini didalam sistem BPJS Kesehatan pemerintah bergerak untuk memberikan bantuan kepada orang miskin dan anak yatim . Semua itu sudah menjadi tanggung jawab negara dalam mendapatkan fasilitas kesehatan dan dana kesehatan. Masih ditemukan fakta masalah BPJS Kesehatan yang mana pembiayaan pemerintah malah menurun sehingga iuran BPJS Kesehatan bagi peserta yang menerima bantuan pemerintah itu dipotong oleh pemerintah, dikarenakan negara mengalami defisit keuangan didalam program BPJS tersebut. Maka, implementasi BPJS Kesehatan ini yang mewajibkan warga negaranya utamanya negara Indonesia ini untuk memiliki BPJS Kesehatan adalah sesuatu hal yang kotradiktif dengan aturan yang ada. Sebab negara Indonesia ini yang memiliki tujuan untuk mensejahterakan warga negaranya melalui hak hidup, hak pelayanan kesehatan menjadi kurang optimal sebab masih ditemukan banyak permasalahan.

3. **Sumberdaya Obat** : Berbagai obat-obatan yang sudah disediakan oleh rumah sakit untuk fasilitas pasien yang seharusnya sesuai dengan diagnosa dan obat yang diterima perlu adanya pemantauan khusus dari Industri Farmasi sehingga pengawasan akan produk dalam obat tersebut layak atau tidak layak untuk dikonsumsi ini bisa berjalan baik dan guna yang mensehatkan pasien. Hanya dalam hal ini pengawasan dalam produk obat perlu tindakan yang tegas.

4. **Pemberdayaan Masyarakat** : Pemberdayaan masyarakat ini sebagai penunjang akan sistem kesehatan nasional. Pemberdayaan masyarakat ini sebagai pembangun kesehatan di Indonesia terlepas partisipasi aktif masyarakat. Dalam hal ini partisipasi masyarakat yang berkewajiban untuk mendaftarkan dirinya didalam asuransi BPJS Kesehatan maka sebagai gantinya masyarakat mendapatkan jaminan kesehatan yang layak dijamin oleh negara. Yang mana sudah ada legalitas didalam asuransi tersebut sehingga jika ditemukan kontradiksi antara pelaksanaan dengan aturan yang mengikat sudah menjadi tanggung jawab negara dalam menyelenggarakan jaminan kesehatan menjadi lebih baik lagi. Maka dibutuhkan

pemberdayaan masyarakat yang bertujuan untuk memberikan hak berpendapat dan mengambil keputusan tentang kesehatan masih di laksanakan secara terbatas.

Urgensi sistem kesehatan ini diselenggarakan melalui pelayanan kesehatan yang berbasis lembaga yaitu BPJS Kesehatan yang dilandasi oleh prinsip, bahwa setiap orang berhak atas pelayanan kesehatan sehingga dapat hidup secara layak dan bermartabat, sehingga menuju masyarakat indonesia yang sejahtera, adil dan makmur sesuai tujuan dan cita – cita bangsa indonesia. Adapun sistem kesehatan nasional yang diselenggarakan di negara indonesia ini mengandung pengertian pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Namun demikian, permasalahan kesehatan yang terus berkembang menuntut SKN menjadi suatu tatanan yang kuat dalam pembangunan kesehatan. Penguatan SKN harus mampu memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat baik dalam kondisi normal dan kondisi tidak normal. Sistem kesehatan bukan hanya seperangkat lembaga yang mengatur dan membiayai pelayanan, tetapi juga mencakup sekelompok organisasi yang memberikan masukan terhadap pelayanan kesehatan, terutama sumber daya manusia, sumber daya fisik, dan pengetahuan teknologi. Sistem kesehatan di Indonesia dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Pembiayaan kesehatan tersebut harus kuat, stabil, dan selalu berkesinambungan untuk menjamin terselenggaranya kecukupan (*adequacy*), pemerataan (*equity*), efisiensi (*efficiency*), dan efektifitas (*effectiveness*) pembiayaan kesehatan itu sendiri. Hal yang penting dalam pembiayaan kesehatan adalah cara memanfaatkan biaya tersebut secara efektif dan efisien dari aspek ekonomi dan sosial serta dapat di nikmati oleh seluruh masyarakat yang membutuhkan. Oleh karena itu, syarat pokok dalam pembiayaan kesehatan haruslah saling berkesinambungan.

Pada tanggal 1 Januari 2014 BPJS Kesehatan telah menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan. Bagi pekerja yang mengikuti program JPK (Jaminan Kesehatan) PT Jamsostek (Persero) akan dialihkan ke BPJS Kesehatan. Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) juga mengatur bahwa Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) akan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang pelaksanaannya akan dimulai pada 1 Januari 2014. Bahwa, untuk menjamin kesuksesan dan keberhasilan program BPJS Kesehatan ini negara melalui regulasi menetapkan kepesertaan wajib bagi seluruh masyarakat sebagai mana pasal 14 UU BPJS bahwa setiap orang termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, wajib menjadi Peserta program Jaminan Sosial. Terkait UU BPJS adanya masalah yang membuat sistem kesehatan nasional ini menjadi monopoli di dalam implementasinya. Sistem kesehatan yang menjalankan jaminan kesehatan sebagai upaya mewujudkan kesehatan di masyarakat Indonesia ini mengalami penurunan. Peran aktif masyarakat terkait kewajiban BPJS Kesehatan ini juga mengalami penurunan sebab masalah yang muncul didalam program asuransi BPJS Kesehatan tersebut. Alasan penguat yang menjadikan adanya aturan yang mengikat atas kewajiban yang harus ditunaikan masyarakat Indonesia ini yang menjadi sorotan publik dikarenakan Undang-Undang Dasar Republik Indonesia yang sudah menyatakan bahwa menjamin kesejahteraan sosial dan kesehatan warga negara sebagai tanggung jawab penuh pemerintah untuk warga negaranya. Akan tetapi dengan kewajiban yang harus ditunaikan masyarakat tersebut mengalami problematika akan tidak adanya kebebasan dalam memilih asuransi kesehatan yang dimiliki oleh warga negara. Pada bagian, UU Badan Penyelenggara Jaminan Sosial berperan layaknya insurance company (perusahaan asuransi). Didalam Pasal 19 ayat (1) UU Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menjelaskan, "Pemberi Kerja wajib memungut iuran yang menjadi beban Peserta dari Pekerjaannya dan menyetorkannya kepada BPJS". Pasal 19 ayat (2) menjelaskan, "Pemberi Kerja wajib membayar dan menyetor iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS". Pasal 19 ayat (3) menyatakan, "Peserta yang bukan Pekerja dan bukan penerima Bantuan Iuran wajib membayar dan menyetor iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS". Pasal 19 ayat (4) menyatakan, "Pemerintah membayar dan menyetor iuran untuk penerima Bantuan Iuran kepada BPJS". Model social security ini yang dilaksanakan seluruh Indonesia berlandaskan asas ekuitas dan social insurance (asuransi sosial). Penulis menjelaskan jika Badan Penyelenggara Jaminan Sosial berhak memungut, mengelola dana, dan menjatuhkan sanksi kepada peserta yang tidak membayar premi. Tidak hanya itu, Badan Penyelenggara Jaminan

Sosial berwenang mengelola dana sosial security untuk tujuan menanamkan modal. Pada penelitian sebelumnya bahwa dijelaskan konsep ini jelas memperlihatkan kuatnya pengaruh neo-liberalisme dalam pembentukan hukum di Indonesia. Sistem jaminan sosial nasional yang berdasarkan pembayaran premi ternyata telah digugat konstitusionalitasnya. Sebab, pembayaran iuran yang diwajibkan terhadap seluruh rakyat agar memperoleh *social security* dinilai mencederai hak konstitusional rakyat Indonesia. Rakyat yang keberatan model *social insurance* tersebut, kemudian mengajukan uji materiil UU Sistem Jaminan Sosial Nasional ke peradilan yang dikenal dengan Mahkamah Konstitusi. Keberadaan penyelenggara jaminan sosial hanya akan mengeksploitasi rakyat disebabkan kewajiban untuk melakukan pembayaran premi jaminan sosial melalui institusi tersebut. Program social security yang diselenggarakan pemerintah tersebut telah mengubah makna *social security* dengan *social insurance*. Kedua konsep tersebut jelas berbeda. Jaminan sosial adalah perlindungan negara terhadap rakyatnya dalam rangka menunaikan hajat hidup pokok yang layak. Sedangkan social insurance adalah asuransi yang dibentuk oleh pemerintah untuk melayani *social security* untuk setiap warga negara. Model sistem jaminan sosial nasional mestinya mengedepankan konsep keadilan sosial. Konsep yang dilandasi perlakuan yang adil kepada segenap warga negara tanpa ada pengecualian. Keadilan sosial merupakan kebaikan utama dalam masyarakat. (Budiarsih, n.d.)

Didalam sistem jaminan sosial BPJS Kesehatan terdapat prinsip yang menganut gotong royong di jelaskan didalam pelayanan BPJS ini sangat tidak memungkinkan jika terus diterapkan di negara Indonesia dikarenakan prinsip tersebut memunculkan ketidakadilan di kalangan masyarakat, hal tersebut masih jauh dari kata adil dan negara tidak menjadikan kewajibannya sebagai tanggung jawab seutuhnya atas jaminan kesehatan warga negaranya. Masyarakat yang utamanya mengeluhkan didalam biaya pelayanan kesehatan pada kondisi tertentu juga sangat mahal, misalnya pelayanan di rumah sakit maupun pelayanan kesehatan canggih (operasi dan tindakan khusus lain). Kondisi darurat dan keadaan sakit jangka panjang yang tidak akan mampu ditanggung pembiayaannya oleh masyarakat umum. Bahwa tidak semua penyakit dan layanan medis dapat dijangkau semua dengan asuransi BPJS Kesehatan tersebut, itulah yang membuat masyarakat merasa tidak dijamin oleh negara atas kesehatan

yang sudah menjadi jaminan negara untuk warga negara. Bagaimana dengan adanya BPJS Kesehatan tersebut tidak merumitkan warga negara akan biaya, negara masih bisa seharusnya dalam menggunakan alokasi dana jaminan kesehatan melalui pemungutan hasil pajak yang diterima negara, akan tetapi hal tersebut masih belum bisa di implementasikan di negara Indonesia, konsep kebijakan asuransi tersebut sudah di implementasikan di negara asing. Asuransi kesehatan (*health insurance*) sebenarnya merupakan salah satu mekanisme pengendalian biaya kesehatan, sesuai dengan anjuran yang diterapkan oleh pemerintah. Tetapi jika diterapkan secara tidak tepat sebagaimana yang lazim ditemukan pada bentuk yang konvensional 1 (*third party sistem*) dengan sistem mengganti biaya (*reimbursement*) justru akan mendorong naiknya biaya kesehatan.

Pembiayaan kesehatan di Indonesia diatur dalam UU no 36 tahun 2009 bab XV tentang Pembiayaan Kesehatan pasal 170 ayat 1 - 3 yang berbunyi (Budiarsih, n.d.) :

- (1) "Pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya"
- (2) "Unsur-unsur pembiayaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas sumber pembiayaan, alokasi, dan pemanfaatan"
- (3) "Sumber pembiayaan kesehatan berasal dari Pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, swasta dan sumber lain"

Deklarasi Hak Asasi Manusia 1948 Artikel 25 ayat 1, bahwa setiap orang memiliki hak untuk memperoleh suatu standar kehidupan yang layak demi kesehatan dan kesejahteraan beserta keluarganya yang tercakup di dalam pangan, sandang, papan, pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial lainnya, hal ini sejalan dengan Pemerintah Republik Indonesia yang pada tahun 1960 telah mengundangkan Undang Undang Pokok Kesehatan Nomor 9 tahun 1960 (yang kemudian diganti dengan Undang Undang Nomor 23 tahun 1992, yang kemudian diperbaharui dengan Undang Undang Nomor 36 tahun 2009), yang menyatakan bahwa rakyat berhak memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Sistem yang digunakan didalam upaya mewujudkan derajat kesehatan didalam

naungan SKN maka sesuai Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, ada subsistem upaya kesehatan. Subsistem upaya kesehatan merupakan kegiatan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat. Tingkat upaya kesehatan terdapat tiga tingkatan yaitu tingkat pertama (primer), tingkat kedua (sekunder), dan tingkat ketiga (tersier). Dalam subsistem upaya kesehatan unsur yang ada pada subsistem tersebut berupa fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai, sumber, tenaga kesehatan serta informasi kesehatan yang terjangkau, Pembinaan sistem manajemen untuk menjamin standar dan mutunya. Tujuan sistem kesehatan di Indonesia ini adalah implementasi dari pembangunan kesehatan oleh semua potensi bangsa, baik masyarakat, swasta, maupun pemerintah secara sinergis berhasil guna dan berdaya guna, sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Menunjukkan Sistem kesehatan di setiap negara sangat bervariasi, tapi memiliki satu tujuan yang sama yaitu untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Setiap negara maju maupun negara berkembang mempunyai kelebihan dan kelemahan masing-masing dari setiap sistem kesehatan yang diterapkan. Sistem kesehatan yang lampau hingga kini di setiap negara mengalami perubahan yang lebih baik. Setiap pemerintahan negara berkembang maupun negara maju berusaha untuk bisa mengcover asuransi kesehatan bagi masyarakatnya. Sistem pembiayaan kesehatan di setiap negara juga berbeda, hal ini dikarenakan di setiap negara mempunyai perbedaan karakteristik penduduk, pemasukan negara, ekonomi, dan geografis yang sangat berpengaruh.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini penulis menggunakan penelitian hukum normatif. Merupakan penelitian hukum bertujuan untuk menemukan aturan hukum, prinsip-prinsip hukum, maupun berbagai doktrin hukum yang bisa digunakan untuk menjawab isu hukum yang dihadapi. Mengutip dari Peter Mahmud Marzuki, penelitian hukum normatif adalah suatu proses untuk menemukan suatu aturan hukum, prinsip-prinsip hukum, maupun doktrin-doktrin hukum guna menjawab isu hukum yang dihadapi. Lebih lanjut pendekatan yang digunakan dalam penelitian hukum ini adalah pendekatan perundang-undangan (*statute approach*) dan Pendekatan konseptual (*conceptual approach*).

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Sistem Kesehatan di Indonesia

Kesehatan adalah kebutuhan insan yang sangat penting. Di dalam kegiatan insan yang selalu membutuhkan energi kunci utama nya adalah sehat di dalam jiwa dan raga insan. Semua kebutuhan didalam kehidupan insan akan tercukupi bilamana kesehatan yang lebih utama mendapatkan jaminan. Negara yang sudah memberikan hak dan kewajiban untuk menjamin warga negaranya terkait jaminan kesehatan adalah prioritas bagi setiap insan di negara. Wajar apabila negara memberikan jaminan sesuai porsi dan kebutuhan warga negaranya. Tanpa mengurangi tanggung jawab dan hak martabat kesehatan warga negara, negara sudah mempunyai kewajiban dan menurunkan aturan untuk mengikat warga negaranya terkait dengan kesehatan dan jaminan kesehatan yang negara berikan kepada warganya. . Negara indonesia ini yang termasuk didalam negara berkembang yang mana sistem kesehatan nasional masih berbeda sistem kesehatan di negara maju lebih bagus dna handla dalam manjemen kesehatannya. Akan tetapi letak geografis yang berbeda ini menjadi faktor pembeda diantara sistem kesehatan negara maju dan berkembang. Sistem Kesehatan Nasional di Indonesia sudah mampu memberikan peningkatan secara bertahap, namun masih diperlukan cara percepatan dari tahun ke tahun untuk mencapai indikator atau nilai derajat kesehatan bagi warga negara indonesia. Salah satu sistem kesehatan yang disleenggarakan di Indonesia ini mengalami problematika terkait aturan yang mengikat sehingga faktor yang muncul dari luar bisa mempengaruhi kerja sistem kesehatan tersebut. Kekurangan yang masih di ragukan oleh masyarakat indonesia adalah jaminan kesehatan yang didapat belum bisa merata dna dirasakan oleh masyarakat yang berkebutuhan khusus, sehingga perlu kajian ulang dan evaluasi setiap tahunnya terkait kerja sistem kesehatan nasional tersebut hingga bisa mencapai ketertinggalan dari negara lain.

Deklarasi Hak Asasi Manusia 1948 Artikel 25 ayat 1, bahwa setiap orang memiliki hak untuk memperoleh suatu standar kehidupan yang layak demi kesehatan dan kesejahteraan beserta Keluarganya yang tercakup di dalam pangan, sandang, papan , pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial lainnya, hal ini sejalan dengan Pemerintah Republik Indonesia yang pada tahun 1960 telah mengundangkan Undang Undang Pokok Kesehatan Nomor 9 tahun 1960

(yang kemudian diganti dengan Undang Undang Nomor 23 tahun 1992, yang kemudian diperbaharui dengan Undang Undang Nomor 36 tahun 2009), yang menyatakan rakyat berhak memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Sitem yang digunakan didalam upaya mewujudkan derajat kesehatan didalam naungan SKN maka sesuai Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, ada subsitem upaya kesehatan. Subsitem upaya kesehatan merupakan kegiatan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat. Tingkat upaya kesehtaan tedapat tiga tingkatan yaitu tingkat pertama (primer), tingkat kedua (sekunder), dan tingkat ketiga (tersier). Dalam subsitem upaya kesehatan unsur yang ada pada subsistem tersebut berupa fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai, sumber, tenaga kesehatan serta informasi kesehatan yang terjangkau, Pembinaan sistem manajemen untuk menjamin standar dan mutunya. Tujuan sistem kesehatan di Indonesia ini adalah implimentasi dari pembangunan kesehatan oleh semua potensi bangsa, baik masyarakat, swasta, maupun pemerintah secara sinergis berhasil guna dan berdaya guna, sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya(Hidayat, n.d.). Menunjukkan Sistem kesehatan di setiap negara sangat bervariasi, tapi memiliki satu tujuan yang sama yaitu untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Setiap negara maju maupun negara berkembang mempunyai kelebihan dan kelemahan masing-masing dari setiap sistem kesehatan yang diterapkan. Sistem kesehatan yang lampau hingga kini disetiap negara mengalami perubahan yang lebih baik. Setiap pemerintahan negara berkembang maupun negara maju berusaha untuk bisa mengcover asuransi kesehatan bagi masyarakatnya. Sistem pembiayaan kesehatan ditiap negara juga berbeda, hal ini dikarenakan disetiap negara mempunyai perbedaan karakteristik penduduk, pemasukan negara, ekonomi, dan geografis yang sangat berpengaruh.

Mengenai jaminan kesehatan yang diberikan negara untuk warga negaranya yaitu termaktub didalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mengamanatkan bahwa setiap orang atau warga negara berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur. Selain itu, terdapat didalam Undang-Undang BPJS Kesehatan Nomor 24 Tahun 2011 Pasal 14

menyebutkan bahwa “Setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, wajib menjadi Peserta program Jaminan Sosial, pada pasal 14 ini memberi makna setiap orang baik anak-anak maupun dewasa, orang miskin, atau orang kaya semuanya wajib mengikuti program jaminan sosial kesehatan di BPJS. Didalam hukum positif di Indonesia negara telah menjamin kesehatan warga negaranya dan bertanggung jawab memberikan layanan kesehatan yang layak di jelaskan di dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 34 ayat (3). Di sisi lain, Pemerintah secara bertahap mendaftarkan penerima bantuan iuran sebagai peserta kepada BPJS. Penerima bantuan iuran sebagaimana dimaksud adalah fakir miskin dan orang tidak mampu. peserta BPJS adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Lebih lanjut, Pasal 14 UU BPJS berbunyi, setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia, wajib menjadi peserta program jaminan sosial.

Hakekat Keadilan

Hakekat keadilan di rumuskan dari pengertian keadilan yang berasal dari kata adil yaitu artinya tidak memihak, tidak sewenang-wenang. Didalam mengatur tidak memihak pada satu pihak dengan menjatuhkan pihak lainnya. Keadilan adalah suatu tindakan yang menjadi tindakan dasar manusia. Didalam literatur ilmu hukum bahwa konsep keadilan mempunyai macam pengertian sesuai dengan teori-teori yang dikemukakan oleh para ahli. Penulis mengutip teori yang salah satu nya dikemukakan oleh ahli Tourtoulon yang menegaskan bahwa “*lex injusta non est lex*” yaitu huku, yang tidak adil bukanlah hukum. Pengertian ini menjelaskan bahwa nilai keadilan ini melekat pad atujuan nuku. Aturan dibentuk untuk di jalankan dnegan sebenar-benarnya. Ide keadilan ini dicerminkan sesuatu yang menentang dilakukannya sanksi yang kejam, melarang hukuman unutk kedua kalinya pada satu kesalahan yang sama. Masalah keadilan sudah menjaid plemik didalam pembentukan aturan hukum di negara indonesia ini, bahwa sukar dalam menjelaskan bagaimana keadilan ini bisa di wujudkan dan apabila ditemukan jawabnya maka akan terdapat jawaban yang bermacam-macam. Hakekat keadilan yang dimaksud adalah penilaian terhadap suatu sistem atau norma atau tindakan dnegan mengkajinya dari suatu norma. Jadi didalam hal ini terdapat dua pihak yang terlibat untuk dikenai tindakan tersebut. Pihak penguasa sebagai pihak yang mengatur

sistem dan pihak masyarakat sebagai pihak yang diatur dan menjalankan bertindak dalam negara diatur oleh ketentuan hukum dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara, apa yang menjadi kepentingan bersama, akan mudah dicapai apabila masyarakat dapat ditata menurut cita-cita keadilan. Keadilan menuntut agar semua orang diperlakukan sama, keadilan merupakan suatu nilai yang mewujudkan keseimbangan antara bagian-bagian dalam masyarakat, antara tujuan pribadi dan tujuan bersama. Menunjukkan bahwa salah satu wujud cita-cita hukum yang bersifat universal adalah tuntutan keadilan. permasalahan bagaimana menentukan apakah hukum itu adil atau tidak, tidak diukur dari kriteria obyektif keadilan, melainkan diukur dari apa yang oleh masyarakat dianggap adil. Maka hakekat keadilan yang dibahas dalam penelitian ini mengenai hakekat keadilan didalam jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di bidng Kesehatan. Yang mana menimbulkan pertanyaan dan masalah, sejauh mana negara memberikan kesejahteraan dan hak jaminan kesehatan kepada warga negaranya dengan adanya asuransi kewajiban kepesertaan BPJS Kesehatan dilandasi teori keadilan tersebut. Dengan demikian dapat dipecahkan masalah tersebut dengan analisis yang penulis kemukakan didalam penelitian ini. Bahwa program BPJS Kesehatan ini yang berbasis asuransi kesehatan maka sudah seharusnya juga memperhatikan keadaan seluruh masyarakat dengan mencapai keadilan yang merata. Walaupun sudah termaktub demikian, jelas Indonesia masih banyak memiliki pekerjaan rumah yang harus diselesaikan dalam pelayanan kesehatan, disamping keterbatasan yang dimiliki oleh pemerintah, mereka juga harus tetap selalu mengevaluasi agar kedepannya pelayanan keseharan melalui BPJS kesehatan yang diberikan dari pemerintah untuk masyarakat dapat dilaksanakan dan dirasakan keadilannya bagi seluruh rakyat Indonesia. Dilihat dari segi prinsip keadilan sesuai dengan tiga tujuan pokok hukum, maka pengertian keadilan menurut Aristoteles menjelaskan bahwa keadilan merupakan "*distributive justice*", yaitu memperlakukan yang sama dengan yang sama dan memperlakukan yang tidak sama dengan yang tidak sama.

Keadilan yang dimaksud disini adalah dengan memperlakukan secara proporsional (*commutative justice*) dan adanya pemulihan jika digunakan pada tuntutan ganti kerugian (*remedial justice*). Keadilan yang sesuai dengan prinsip dasar hukum dapat dikatakan sepadan

dengan keseimbangan (*balance*), kepatutan (*equity*) dan kewajaran (*proportionity*)(Maharani Putri et al., 2019). Prinsip keadilan adalah memberikan setiap orang atau subjek hukum apa yang menjadi haknya. Pemaksaan kehendak akibat kekosongan dasar kebijakan sejak awal, berakibat pada hilangnya unsur keadilan, kepastian dan kemanfaatan yang tidak proporsional karena tidak sesuai dengan standar profesi, kebebasan dan nilai ekonomi, sehingga dapat disebut sebagai cedera hukum pada pelaksanaan JKN-BPJS. Sistem Hukum JKN dapat dikatakan belum berjalan dengan baik dikarenakan kaidah dan tujuan hukum belum bisa diimplementasikan secara konkrit

Mengenai sistem kesehatan nasional ini berbasis lembaga yaitu BPJS maka sebaiknya disusun dengan memperhatikan empat pendekatan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar yang meliputi:

1. Cakupan pelayanan kesehatan yang merata dan adil
2. Pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak pada rakyat
3. Kebijakan pembangunan kesehatan
4. Kepemimpinan

Analisis Hakekat Kewajiban Kepesertaan BPJS Kesehatan

Jaminan kesehatan yang di gunakan di Indonesia ini melalui badan hukum yang diberikan tanggung jawab dari pemerintah untuk rakyat. sebagaimana implementasi jaminan kesehatan yang dilaksnaakan di Indonesia ini adalah BPJS yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Pembahasan didalam penelitian ini menitikberatkan pada BPJS bidang Kesehatan. BPJS Kesehatan yang diatur didalam Undang-Undang BPJS pada Pasal 14 UU BPJS menyebutkan “*Setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, wajib menjadi Peserta program Jaminan Sosial*”. Jaminan sosial yang diselenggarakan BPJS ini bersistem pada iuran masyarakat yang setiap bulannya dibayarkan guna untuk menunjang pelayanan kesehatan yang diberikan untuk setiap individu. Pada sistem jaminan kesehatan ini bekerja menggunakan sistem administrasi dengan menggunakan pendaftaran setiap individu melalui sistem online ataupun offline yang menggunakan identitas diri yaitu KTP/KK dari masing-masing individu untuk memproses sebagai kepesertaan BPJS Kesehatan yang berbasis sistem jaminan sosial untuk masyarakat. Kepesertaan BPJS Kesehatan ini mengundang banyak

konflik dari sudut pandang masyarakat awam yang tidak seutuhnya mengetahui tentang aturan, tata cara, pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan tersebut. Timbulnya konflik tersebut membuat masyarakat menjadi kurang adanya partisipasi lanjut terkait Kepesertaan BPJS padahal, sesuai aturan yang ada di UU BPJS semua warga negara Indonesia atau warga asing yang bekerja di Indonesia selama 6 bulan maka wajib dirinya untuk mendaftarkan kedalam peserta BPJS Kesehatan. Namun, ketika sistem jaminan sosial tersebut tidak berjalan linear dengan kebutuhan masyarakat maka aturan yang mengikat tentang BPJS Kesehatan ini akan menimbulkan konflik didalam masyarakat itu sendiri. Sebagai masyarakat awam yang tidak mengetahui akan hal jaminan Kesehatan maka seyogyanya pemerintah mensamaratakan atau memberi keluasan kebebasan akan adanya Sistem Asuransi Kesehatan yang dimiliki setiap warga negaranya, sebab dengan membebaskan warga negaranya maka pemerintah sudah memberikan hak kebebasan dan hak berpendapat kepada warga negaranya. Terlepas dari itu semua pemerintah juga tetap memantau derajat kesehatan yang ada disetiap wilayah, kota ataupun pedesaan, guna menunjang bagaimana implementasi jaminan sosial Kesehatan yang sudah di selenggarakan BPJS ini terselenggara dengan rata dan berdasarkan keadilan.

Tanpa mengurangi hak dan kewajiban warga negara sebagai penerima jaminan kesehatan pemerintah sudah bertanggung jawab atas jaminan kesehatan untuk warga negaranya, bagaimanapun kondisi warga negaranya negara akan memberikan jaminan bahwa ketika warga negaranya mengalami sakit atau *emergency* kesehatan yang dibutuhkan itu akan bisa langsung dilakukan oleh negara. Sebab hak hidup di setiap warga negara itu harus dijunjung tinggi. Dengan menjunjung tinggi hak hidup dan martabat warga negara maka negara itu sudah mengakui bahwa hak hidup didalam setiap warga negaranya itu hal penting. Mengangkat dari kasus yang berkaitan dengan kepesertaan BPJS Kesehatan ini yaitu adanya seorang Kepala Desa di kota Ponorogo yang tidak melakukan tanggung jawabnya atas warganya yaitu memberikan sosialisasi Tentang BPJS Kesehatan pada masyarakat desa dan juga membantu penyaluran dan aiuran BPJS yang di tanggungjawabkan atas Kepala Desa tersebut yang berakhir dengan tidak adanya tanggung jawab kepala desa untuk membantu penyaluran iuran BPJS Kesehatan di warga desanya, selain itu terdapat kasus penolakan

pasien BPJS dan kasus penolakan asuransi swasta dikarenakan tidak mempunyai BPJS sehingga asuransi kesehatan yang dipakai oleh warga adalah asuransi swasta lainnya. Akhirnya, terjadi penunggakan iuran BPJS Kesehatan yang mana iuran tersebut harusnya berjalan setiap bulannya akan tetapi tidak berjalan. Iuran masyarakat desa tersebut tidak terbayarkan sehingga ketika BPJS Kesehatan masyarakat tidak bisa dipakai, dan terjadi juga penolakan pasien BPJS pada Rumah Sakit swasta dikarenakan sebab penyakit yang di tangani dan harus mendapatkan *emergency* itu adalah tergolong penyakit umum bukan BPJS, bahkan dengan adanya warga yang lebih diuntungkan dengan asuransi swasta lainnya yaitu contohnya asuransi Prudential maka dengan asuransi yang individu tersebut miliki berharap bisa menjamin kesehatannya ketika individu tersebut sakit dan membutuhkan pelayanan kesehatan gratis, akan tetapi ketika diterapkan asuransi selain BPJS Kesehatan maka itu tidak bisa dipakai untuk pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

Mengutip dari kasus tersebut sehingga Pengelolaan sistem jaminan sosial yang linier dengan kebutuhan dan keinginan masyarakat dapat diwajibkan dengan catatan bahwa sistem mampu bekerja dengan baik. Namun demikian, apabila penyelenggaraan sistem jaminan sosial, dalam hal ini di bidang kesehatan tidak mampu linier sebagaimana disebutkan diatas maka kondisi ini berpotensi menimbulkan konflik di masyarakat terkait keadilan yang diterapkan oleh sistem dan pemerintah belum sampai menyentuh kesejahteraan masyarakat. Sesuai dengan perbandingan antara fakta di lapangan dengan adanya masalah didalam sistem asuransi BPJS Kesehatan ini maka penulis telah menuliskan permasalahan yang ada didalam BPJS Kesehatan bahwa terjadi perbedaan sistem pengobatan dan pelayanan peserta BPJS Kesehatan dibanding dengan pasien umum, saat ini kasus yang muncul berbeda lagi. Beberapa pasien yang belum pulih dipulangkan pihak Rumah Sakit dengan alasan kuota BPJS penuh. Ketimpangan norma yang mengatur tentang asuransi BPJS Kesehatan ini yang menjadi polemik di masyarakat. Faktanya pelayanan BPJS yang terjadi masalah hanya saja karena kesalahan rumah sakit yang tidak memberikan pelayanan dengan optimal agar pasien yang menggunakan BPJS tersebut bisa dipenuhi hak nya dan bisa mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Penyelenggara BPJS yang sudah memberikan jaminan kepada masyarakat maka akan merasa tidak ada keadilan yang dirasakan oleh masyarakat

peserta BPJS Kesehatan tersebut, keadilan yang harusnya di laksanakan oleh sistem dan kewenangan pemerintah dalam mengatur sistem kesehatan nasional ini dipandng kurang oleh masyarakat akhirnya timbul tidak adanya partisipasi dan kesadaran akan kesehatan masyarakat tersebut turun.

Berikut adalah perbandingan kelebihan dan kekurangan antara JKN dengan asuransi swasta(Budiarsih, n.d.) :

Jenis Perbandingan	JKN	Asuransi Swasta
Biaya iuran	Minmum 42.000 perbulan	Mulai dari 350.000 perbulan
Limit	Tidak ada plafon	Ada plafon
Masa proteksi	Seumur hidup	Jnagka waktu perlindungan tertentu
Manfaat	Rafat jalan, rawta inap, layanan optik, kehamilan	Ada asuransi yang mensyaratkan premi lebih tinggi untuk rawat jalan
Layanan	Prosedur berjenjang	Tanpa prosedur berjenjang
Wilayah	Nasional	Internasional
Penyakit yang ditanggung	Penyakit kritis ditanggung	Tidak menanggung penyakit kritis
Pilihan Rumah Sakit	Sistem Berjenjang	Kebebasan memilih rumah sakit
Claim	Tidak bisa claim	Bisa claim
Nilai Investasi	Tidak ada keuntungan	Menggabungkan asuransi dan investasi

Tabel 1.1 Perbandingan kelebihan dan kekurangan antara JKN dengan asuransi swasta

Dalam kehidupan bernegara, sarana pelayanan kesehatan dan adanya dukungan finansial agar kebutuhan kesehatan masyarakat ini terpenuhi merupakan suatu tanggung jawab negara dalam mengimplementasikan jaminan kesehatan. Sebagai pendukung didalam pemenuhan jaminan kesehatan pemerintah seharusnya bisa terus mengevaluasi akan adanya kewajiban kepesertaan BPJS didalam setiap polemik yang muncul di masyarakat. Penulis mengambil keputusan jika keadaan yang tidak bisa dipungkiri adanya unjuk rasa dari masyarakat yang terkait dengan ketimpangan sosial adanya polemik peserta BPJS Kesehatan ini maka dengan perbandingan yang dituliskan oleh penulis sesuai faktanya bahwa warga negara indonesia masih ditemukan yang mempunyai sekaligus berpartisipasi aktif dengan asuransi Kesehatan selain BPJS Kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah untuk warga negara indonesia dan bersifat wajib. Faktanya, juga masih banyak warga yang memiliki asuransi swasta seperti prudential dan manulife. Gambaran tersebut cukup dapat digunakan untuk argumen bahwa asuransi BPJS Kesehatan yang bersifat kepesertaannya itu wajib sehingga menimbulkan masalah di dalam implementasinya maka setidaknya negara sudah bertanggung jawab penuh mengingat hak dan kewajiban warga negara yang harus dipenuhi oleh negara.

Utamanya hak warga negara yang harus di junjung tinggi dan dijamin oleh negara. Tanpa adanya asuransi yang mengikat dan kurang optimalnya kerja sistem kesehatan tersebut. Memanfaatkan peluang yang ada untuk bekerjasama antara fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta dengan lembaga penyelenggara jaminan kesehatan di bawah pengawasan pemerintah yang kuat secara komprehensif. Selain itu, kesehatan yang sudah menjadi kebutuhan insan maka kriteria Rumah Sakit akan pelayanan yang terpadu dan optimal tanpa adanya perbedaan pelayanan yang menonjol disetiap pasiennya, seharusnya sudah menjadi tujuan utama dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Bukan hanya dengan bekerja sama Pelayanan BPJS Kesehatan maka Rumah Sakit bertindak sewenang -wenang dibawah pengaturan pemerintah tanpa adanya pengawasan lebih lanjut. Sehingga permasalahan muncul dan masyarakat tidak dijamin akan haknya.

Peraturan Presiden No 82 Tahun 2018 menyatakan bahwa kepesertaan jaminan Kesehatan terbagi menjadi dua yaitu Peserta PBI Jaminan kesehatan. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan

orang tidak mampu sebagai peserta program Jaminan Kesehatan dan Bukan PBI Jaminan Kesehatan. Akan tetapi melihat perbandingan dengan negara lain yaitu negara Australia Sistem jaminan sosial di Australia dimulai dengan sistem negara kesejahteraan dimana negara menanggung segala beban sosial seperti bantuan sosial bagi lansia (semacam uang pensiun).

Sejak didirikannya Australia tahun 1901, Australia menjalankan sistem jaminannya melalui program bantuan sosial (pilar pertama dalam sistem Australia). Sampai dengan awal tahun 70an, penduduk yang memasuki usia pensiun dan memiliki penghasilan dan aset di bawah jumlah tertentu mendapat uang pensiun otomatis dari pemerintah. Karena sifatnya bantuan sosial, maka tidak semua penduduk berhak mendapatkan dana pemerintah yang dikumpulkan dari pajak umum (*general tax revenue*). Oleh karenanya pemerintah mengembangkan instrumen seleksi, means test untuk menentukan siapa-siapa yang berhak mendapatkan bantuan sosial hari tua.

Sedangkan jaminan kesehatan sudah menjadi hak setiap penduduk yang pendanaanya dibiayai dari dana pajak. Penelitian sebelumnya bahwa menjelaskan baru pada tahun 1973 dirasakan perlunya mengembangkan asuransi kesehatan wajib dan pada tahun 1983 dirasakan perlunya asuransi hari tua wajib. Praktek jaminan sosial dengan sistem asuransi wajib atau asuransi sosial baru diterapkan sepenuhnya sejak tahun 1992 yang pada waktu itu, sekitar 40% pekerja memiliki asuransi hari tua. Pada tahun 2001, dengan program asuransi sosial, maka sudah 97% pekerja tetap telah menjadi peserta. Pada tahun 2001, 65% penduduk lansia menerima pensiun (Age Pension) dari sistem asuransi wajib yang dikenal dengan superannuation.

Pengelolaan jaminan sosial wajib dikelola oleh Pemerintah Federal dan berada di bawah koordinasi Menteri Keuangan dan Administrasi, kecuali untuk angkatan bersenjata yang berada di bawah koordinasi Departemen Urusan Veteran. Investasi dana jaminan sosial (non kesehatan) dikelola oleh lembaga swasta pengelola dana yang berada di bawah pengawasan Departemen Keuangan. Sedangkan untuk asuransi kesehatan program jaminan sosial kesehatan (*Medicare*) dikelola oleh satu lembaga yang bersifat independen dan tunggal bersekala nasional dibawah supervisi (*Health Insurance Commissioner HIC*) didalam koordinasi Departemen Kesehatan dan Pelayanan Orang Tua. Program asuransi kesehatan

tidak membedakan kelompok pekerjaan karena semua pegawai swasta atau pemerintah menjadi peserta Medicare yang dikelola HIC. Pegawai swasta yang ingin mendapatkan pelayanan lebih baik dapat mendaftarkan diri pada asuransi kesehatan swasta dibawah koordinasi Medibank Private Insurance (MPI).

Bagi negara yang ingin mengimplementasikan sistem Jaminan kesehatan sedikitnya memberikan faktor pendukung agar permasalahan sesuai fakta di lapangan akan bisa menurun sesuai data penulis maka faktor mendukungnya yaitu :

1. Efisiensi sistem kesehatan yang dikelola dengan baik mampu memenuhi kebutuhan insan melalui penyelenggaraan asuransi BPJS Kesehatan
2. Memberikan pemantauan kondisi kesehatan dengan cara digital yang diselenggarakan oleh rumah sakit
3. Kemudahan dalam menyiapkan sistem pendanaan kesehatan agar semua masyarakat baik masyarakat kalangan atas atau bawah tidak kesulitan dalam menggunakan pelayanan kesehatan
4. Ketersediaan obat-obatan dan alat medis yang layak
5. Kapasitas tenaga kesehatan yang berkompeten sehingga layanan untuk pasien berjalan dengan optimal
6. Melakukan sosialisasi intens dengan adanya faktor sosial yang mempengaruhi kesehatan masyarakat.

Sesuai apa yang sudah dijelaskan diatas, maka pembebasan bersyarat didalam asuransi kesehatan di negara ini juga perlu di tegakkan, warga negara yang mampu dan warga negara yang tidak mampu bahkan hanya saja dengan asuransi kesehatan warga tidak bisa memiliki, maka dengan adanya kebijakan kebebasan bersyarat tanpa adanya aturan mengikat inilah alasan utama penulis membuat analisis akan kewajiban kepesertaan BPJS Kesehatan untuk menunjukkan perbandingan fakta dan norma yang berlaku, sudah seimbang atau masih terus terjadi masalah di dalam kekaburan norma tersebut. Terjadi pengalihan tanggung jawab negara kepada individu atau rakyat melalui iuran yang dibayarkan langsung, atau melalui pemberi kerja bagi karyawan swasta, atau oleh negara bagi pegawai negeri. Negara membayar iuran program jaminan sosial bagi yang miskin. Pengalihan tanggung jawab negara

kepada individu dalam masalah jaminan sosial juga bisa dilihat dari penjelasan undang-undang tersebut tentang prinsip gotong-royong yaitu Peserta yang mampu (membantu) kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat peserta yang berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Jadi, jelas undang-undang ini justru ingin melepaskan tanggung jawab negara terhadap jaminan sosial atau kesehatan. Prinsip yang terkandung dalam BPJS Kesehatan adalah gotong royong dan layanan keuangan (jaminan uang, atau layanan yang dibebankan dari mandat atau pemerintah) yang menjadi hak peserta. Prinsip jaminan BPJS lainnya yaitu Portable artinya selalu dibawa, selalu mengikuti peserta. Karena pada prinsipnya peserta harus selalu selamat (*security*) kapanpun dan dimanapun berada dalam wilayah hukum Indonesia. Jaminan Sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan secara terus menerus sampai peserta meninggal dunia. Peserta yang berpindah pekerjaan atau pindah tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia harus selalu menerima manfaat pada saat terjadinya risiko yang menjadi pemicu, syarat untuk menerima manfaat. Ketika orang sakit, sakit merupakan pemicu untuk mendapatkan hak atas jaminan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan.

Pertumbuhan ekonomi yang semakin maju, transportasi yang semakin lancar di Nusantara, serta ekspansi bisnis pemerintah dan swasta di seluruh Nusantara menyebabkan perpindahan penduduk yang semakin sering. Untuk menjamin kesinambungan jaminan, dimanapun penduduknya berada, prinsip ini menuntut penyelenggaraan jaminan sosial di tingkat nasional. Prinsip ini juga diterapkan oleh banyak negara di dunia. Berdasarkan penjelasan ini, Mahkamah Konstitusi menetapkan bahwa pemerintahan eksklusif oleh pemerintah daerah bertentangan dengan UUD 45 (MK, 2005). Karena jika jaminan sosial diselenggarakan di daerah eksklusif, maka ketika peserta pindah ke daerah lain, kemungkinan untuk waktu tertentu hak atas jaminan akan dicabut.

KESIMPULAN

Urgensi sistem kesehatan yang sangat di harapkan oleh masyarakat dari pemerintah sebagai penyelenggara jaminan kesehatan ini menjadi sorotan masyarakat, jaminan

kesehatan yang di selenggarakan pemerintah menjadi hak masyarakat dan kewajiban pemerintah untuk memenuhi hak hidup dan hak mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak untuk masyarakat. Faktor-faktor pendorong seperti, kemudahan dalam menyiapkan sistem pendanaan kesehatan agar semua masyarakat baik masyarakat kalangan atas atau bawah tidak kesulitan dalam menggunakan pelayanan kesehatan, kebebasan bersyarat dalam memiliki asuransi kesehatan demi menghindari konflik dan problematika sistem kesehatan tersebut, karena yang paling rentan untuk dirugikan adalah masyarakat. Dengan adanya banyak kebijakan pemerintah dan aturan yang mengikat sehingga masyarakat kurang adanya partisipasi bahkan penolakan, mogok dalam pembayaran iuran asuransi BPJS Kesehatan tersebut. Sebagaimana di atur di dalam Undang-Undang Pasal 28 H ayat (1) UUD 1945 yang menyatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Dalam pelaksanaannya Negara juga dituntut untuk dapat melaksanakan kewajibannya sebagaimana dinyatakan dalam Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 untuk bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Mengingat kewajiban negara dalam memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat dengan tanpa dipungut biaya adalah keinginan masyarakat utamanya masyarakat yang membutuhkan, masyarakat yang kurang mampu atau miskin. Maka demi perlindungan kesehatan yang didapatkan masyarakat miskin, seharusnya pemerintah sudah menjunjung tinggi derajat kesehatan masyarakat melalui program BPJS Kesehatan tersebut sesuai dengan Undang-Undang sebagai hukum positif yang mengikat. Karena sejauh ini terdapat masalah didalam implementasi kepesertaan BPJS Kesehatan sehingga negara dan warga negara sangat membutuhkan timbal balik antara aturan dan implementasi pemerintah dalam mengatur dan evaluasi setiap bulannya. Demikian diperlukannya adanya satu peraturan perundang-undangan yang mengatur secara bebas bersyarat mengenai kepesertaan asuransi kesehatan di negara Indonesia. Disimpulkan juga dalam tinjauan perspektif keadilan bahwa didalam teori keadilan sudah termaktub, Keadilan diartikan sebagai kebaikan, dan kebenaran, yaitu suatu kewajiban moral yang mengikat antara anggota masyarakat yang satu dengan lainnya. Keadilan sebagai nilai menjadi tujuan yang disepakati bersama oleh anggota masyarakat serta diusahakan pencapaiannya demi keadilan itu sendiri. Makna dari keadilan adalah sebagai hasil atau suatu

keputusan yang diperoleh dari penerapan atau pelaksanaan hukum. Keadilan juga diartikan sebagai unsur ideal, sebagai suatu cita atau suatu ide yang terdapat dalam semua hukum.

DAFTAR PUSTAKA

- Putri, P. M., & Murdi, P. B. (2019). Pelayanan kesehatan di era jaminan kesehatan nasional sebagai program badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan. *Jurnal Wacana Hukum*, 25(80), 10-33061.
- Setyawan, F. E. B. (2017). Analisis Penerapan Pelayanan Kesehatan Dengan Pendekatan Dokter Keluarga Pada Masyarakat Daerah Aliran Sungai Brantas Di Kota Malang Berdasarkan Swot Analisis. *Saintika Medika*, 13(2), 69-75.
- Putri Ririn Noviyanti.. (2019). Perbandingan Sistem Kesehatan di Negara Berkembang dan Negara Maju Mahasiswa Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya.
- Thabrany, H. (2009). Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional: Sebuah Policy Paper dalam Analisis Kesesuaian Tujuan dan Struktur BPJS. *Universitas Indonesia*, 1-47.
- Nasution, B. J. (2016). Kajian Filosofis tentang Hukum dan Keadilan dari Pemikiran Klasik Sampai Pemikiran Modern. *Al-Ihkam: Jurnal Hukum & Pranata Sosial*, 11(2), 247-274.
- Budiarsih, S.H., M.Hum., Ph.D. (2020). *Hukum dan Sistem Pembiayaan Kesehatan*, Surabaya, Lembaga Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya
- Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Undang-Undang RI No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia. Jakarta: Sinar Grafika
- Undang- Undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.
- Peraturan Presiden No 82 Tahun 2018 tentang kepesertaan BPJS Kesehatan
- Konvensi Universal Declaration of Human Right
- <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/>.
- BPJS Kesehatan, <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2015/311/Kepuasan-Peserta-BPJS-Kesehatan-Capai-81>. (diakses 21 November 2019)