

Perlindungan Pasien di Era BPJS Kesehatan

Firdaus

Universiti Kebangsaan Malaysia, Malaysia
firdausdiezo@gmail.com

ABSTRACT BPJS Health is a mandatory National Health Insurance imposed by the government to all Indonesian citizens to ensure that everyone is able to receive healthcare services. The first objective is to analyze patient protection under the said the Law No. 24 of 2011 on BPJS. The second objective is to identify the challenges of the implementation, management, and monitoring of the BPJS Health Insurance Institution. Findings from the study show that there are advantages and disadvantages in the BPJS Health system, as not all citizens are involved as participants. Further, the health services are unequal in respect of services rendered in different provinces in Indonesia. As a conclusion, the researcher had provided several recommendations from the legal and implementation aspects to strengthen the existing BPJS Health system, so that it can effectively protect all patients.

KEYWORDS legal protections; BPJS Kesehatan; pasien.

PENDAHULUAN

Setelah melalui proses yang panjang pasca kemerdekaan Indonesia 1945, pada 1 Januari 2014 dimulailah reformasi kesehatan di Indonesia. Seluruh warga negara diwajibkan menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (Arsih 2014, 58). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Program ini, merupakan badan hukum publik yang bersifat nirlaba (Thabrany 2013, 11). Sumber pembiayaannya terdiri dari dua sumber, yaitu pajak dan premi/iuran peserta. Model asuransi kesehatan sosial ini diatur dalam Undang-Undang (UU) No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Dalam undang-undang tersebut dinyatakan bahwa model jaminan sosial di Indonesia adalah

asuransi sosial/asuransi nasional, untuk menjamin perlindungan kesehatan dan memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iuran yang telah dibayarkan oleh pemerintah (Pramukti and Panjaitan 2016, 122).

Pada 1 Januari 2014 secara bertahap seluruh penduduk Indonesia diwajibkan mengikuti program JKN. Kemudian pada 1 Maret 2015 BPJS Kesehatan secara resmi meluncurkan Kartu Indonesia Sehat (KIS) sebagai kartu pengenalan peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Pada tahap awal KIS hanya diberikan kepada peserta Penerima Biaya Premi (PBI) saja yaitu masyarakat tidak mampu yang berjumlah 86,4 juta orang. Tahap berikutnya KIS diberikan untuk seluruh peserta baru BPJS dengan kata lain seluruh

peserta JKN/BPJS adalah peserta JKN-KIS. Sederhananya, KIS adalah kartu pengenalan peserta JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, artinya dalam program ini KIS hanya ganti nama saja sedangkan ukuran, bentuk, dan fungsi kartunya sama saja (Firdaus 2017, 3).

Untuk memastikan BPJS Kesehatan berjalan dengan lancar telah diterbitkan UU No 24 Tahun 2011 tentang BPJS sebagai payung hukum. Namun perlindungan pasien di bawah undang-undang tersebut masih memiliki tantangan yang perlu ditangani oleh BPJS Kesehatan untuk memastikan terselenggaranya jaminan nasional yang menyeluruh dan berkeadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

METODE

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode kualitatif (*qualitative methodology*), yaitu penelitian yang menganalisis data-data dokumentasi sebagai bahan kajian. Metode pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder. Data-data sekunder diperoleh dari bahan-bahan *hard-files* maupun *soft-files* seperti perundangan, pembahasan DPR, dokumen yang diterbitkan oleh pemerintah dan hasil penelitian. Data juga diperoleh daripada pihak BPJS Kesehatan.

TEMUAN DAN PEMBAHASAN

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS telah memberi titik terang dalam upaya perlindungan hukum bagi pasien di Indonesia, terutama untuk mewujudkan terselenggaranya jaminan kesehatan yang layak bagi seluruh rakyat Indonesia. Sebelum era BPJS Kesehatan, memperoleh manfaat jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat adalah sebuah keniscayaan. Faktor ekonomi dan tidak adanya program semesta mengenai jaminan kesehatan, telah menjadikan akses kesehatan menjadi barang mahal dan hanya dinikmati golongan tertentu saja. Sekalipun ketika itu, negara mengakui bahwa mendapatkan akses

kesehatan adalah hak dasar individu. Mayoritas masyarakat tidak punya pilihan lain, selain berobat secara tradisional, atau memilih untuk tidak berobat. Karena mendapatkan pelayanan medis adalah barang mahal, seperti biaya pengobatan penyakit jantung yang mencapai Rp 50 juta, tentu tidak semua orang mampu membayarnya tanpa jaminan kesehatan. Berbeda dengan negara tetangga, seperti Malaysia yang membebaskan biaya pelayanan medis di rumah sakit pemerintah untuk seluruh warga negaranya (Firdaus 2017, 67).

Dengan adanya BPJS, semua penduduk memperoleh manfaat yang sama, baik pegawai swasta, Aparatur Sipil Negara (ASN), pekerja mandiri beserta keluarganya, orang kaya dan miskin berpeluang mendapatkan pelayanan medis. Bukan hanya di rumah sakit pemerintah, tapi juga di rumah sakit swasta. Program yang merupakan transformasi dari berbagai program jaminan kesehatan pemerintah sebelumnya ini, sudah berlangsung 4 tahun lebih. Jumlah peserta program JKN per 1 Oktober 2018 mencapai 203.284.896 orang (BPJS Kesehatan 2017) dari target 259.993.081 jiwa penduduk Indonesia (BPJS Kesehatan 2018b). Artinya hampir 78% rakyat Indonesia sudah dijamin biaya kesehatannya ketika ia jatuh sakit. Hal ini tentunya sebuah sejarah baru dalam perkembangan asuransi sosial di Indonesia dan asuransi sosial dengan jumlah peserta terbesar di dunia, yang dikelola dengan pendekatan *single payer institution*.

Roadmap pemerintah menuju *universal health coverage* paling lambat 1 Januari 2019 mendatang, seluruh rakyat Indonesia wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan, termasuk warga asing (*foreigner*) yang telah memiliki tempo bekerja di Indonesia hingga 6 bulan atau lebih. Pemerintah punya waktu lebih kurang 2 bulan lagi, untuk menjadikan seluruh penduduk Indonesia menjadi peserta BPJS.

Lalu sejauh mana pasien menjadi isu bagi BPJS Kesehatan dalam menjamin biaya pengobatan/transfer risiko rakyat Indonesia? Kehadiran BPJS Kesehatan telah memberi

dampak positif bagi rakyat Indonesia. Euforia masyarakat terhadap JKN/BPJS Kesehatan/KIS yang hadir untuk membebaskan kecemasan mereka terhadap biaya kesehatan, telah dibuktikan dengan besarnya manfaat BPJS bagi pasien dewasa ini.

Berdasarkan data BPJS Kesehatan tahun 2017, jumlah kunjung peserta BPJS Kesehatan ke fasilitas kesehatan tingkat pertama (Puskesmas dan Klinik) 150,2 juta kali kunjungan, jumlah rujukan 18,8 juta, kunjungan rawatan rawat jalan tingkat lanjut (*out-patient treatment*) ke rumah sakit rujukan sebanyak 64,4 juta dan 8,7 juta kunjungan pasien rawat inap (*in-patient treatment*) tingkat lanjut (BPJS Kesehatan 2018, xxii) di rumah sakit di seluruh wilayah Indonesia.

Sampai 31 Desember 2017 pihak BPJS Kesehatan telah merealisasikan biaya manfaat (termasuk biaya promotif dan preventif) sebesar Rp84,445 triliun (96,82% dari RKAT 2017), dengan rasio klaim mencapai 113,74% (BPJS Kesehatan 2018b). Sedangkan pendapatan iuran tercatat sebesar Rp74,246 triliun (86,65% dari RKAT 2017). Pertumbuhan peserta dari segmen non PBI memberikan kontribusi sebesar 65,83% (Rp48,88 triliun) dari total pendapatan iuran, hal tersebut menunjukkan pertumbuhan peserta non PBI memberikan dampak positif, seiring dengan peningkatan pendapatan iuran (BPJS Kesehatan 2018b). Dari aspek pemanfaatan layanan, Program JKN-KIS secara nyata telah membantu masyarakat mendapatkan kemudahan akses secara finansial (pembiayaan) di fasilitas kesehatan, baik di tingkat primer maupun di tingkat lanjutan. Tingkat kepedulian masyarakat terhadap dirinya ketika jatuh sakit meningkat tajam, sehingga masyarakat berani untuk datang berobat ke rumah sakit, karena mereka tidak lagi khawatir akan beban biaya.

Untuk memenuhi hak pasien dalam hal ini fasilitas kesehatan, rumah sakit dituntut untuk mampu memberi pelayanan terbaik kepada peserta BPJS. Sistem berjenjang seperti yang tertuang dalam Pasal 23 Ayat (1)

2 UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN bahwa fasilitas untuk peserta BPJS Kesehatan adalah seluruh fasilitas pelayanan primer, seperti fasilitas kesehatan di Puskesmas, klinik dan rumah sakit swasta dan pemerintah yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Namun dalam keadaan darurat di dalam pasal 23, ayat (1) 2 dinyatakan bahwa pasien peserta BPJS Kesehatan berhak mendapat pelayanan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS, manakala fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan tidak ada di wilayah atau jauh dari tempat tinggalnya. Fasilitas layanan kesehatan dalam kasus ini, sesuai standar biaya perawatan yang ditanggung oleh pihak BPJS Kesehatan. Namun, ada beban biaya yang tidak ditanggung oleh BPJS, yaitu layanan kesehatan tanpa melalui prosedur BPJS Kesehatan. Layanan lainnya seperti, layanan pengobatan untuk tujuan estetik, untuk mengatasi infertilitas dan gangguan kesehatan akibat sengaja mencelakai diri sendiri atau akibat melakukan kegiatan yang membahayakan diri sendiri serta pengobatan non-medis.

BPJS Kesehatan diluncurkan pemerintah untuk memenuhi keperluan esensial bagi seluruh rakyat Indonesia agar dapat hidup layak. Rakyat tidak dibedakan, dengan prinsip kebersamaan antara peserta dalam menanggung beban premi BPJS Kesehatan, setiap peserta BPJS Kesehatan membayar premi sesuai penghasilannya. Bagi masyarakat yang tidak mampu membayar premi, maka preminya akan ditanggung oleh pemerintah. Inilah prinsip gotong-royong yang dianut oleh BPJS Kesehatan di dalam undang-undang UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Undang-Undang ini bersifat imperative dan fakultatif, sehingga BPJS wajib diikuti orang seluruh penduduk.

Lazimnya dalam asuransi kesehatan komersial setiap peserta harus mengikuti *medical checkup* terlebih dahulu. Jika seseorang terkena penyakit kronis dan sudah berumur di atas 40 tahun maka preminya akan menjadi mahal, malah pengajuan polisi akan ditolak. Berbeda dengan BPJS kesehatan,

tanpa medical cek up, tidak ada batasan umur, bahkan bayi yang masih dalam kandunganpun harus didaftarkan menjadi peserta.

Kemudian prinsip ekuitas dalam penyelenggaraan asuransi kesehatan nasional artinya setiap peserta memiliki hak yang sama dalam memperoleh layanan sesuai dengan kebutuhan medisnya. Layanan medis yang diperoleh peserta tidak terikat dengan besarnya premi yang telah dibayarkan oleh peserta (Mudiharno 2012, 212). Peserta BPJS Kesehatan bersifat wajib dan tidak selektif, jumlah premi berdasarkan gaji dan pendapatan. Namun, untuk tindakan medis dan jenis obat tidak berpengaruh dengan premi yang dibayar peserta. Perbedaannya hanya dari aspek fasilitas ruang perawatan saja, sedangkan obat telah diatur berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No 328/Menkes/Sk/Ix/2013 tentang Formularium Nasional (Fornas).

Premi minimal BPJS Kesehatan adalah kelas III sebesar Rp25,500 (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) kelas II Sebesar Rp51,000 (lima puluh satu ribu rupiah) dan kelas I membayar iuran sebesar Rp80,000 (delapan puluh ribu rupiah) seorang setiap bulannya (BPJS Kesehatan 2018a). Premi tersebut, tentunya sangat murah dengan pendapatan per kapita rakyat Indonesia Rp 45 juta pertahun (Badan Pusat Statistik Indonesia 2016). Dengan demikian, manakala seseorang membayar premi Rp25.500 ia akan mendapatkan manfaat dengan dijaminnya kesehatannya (Suryono 2008, 101), sampai sembuh dan tanpa batas. Penyakit ditanggung BPJS, mencakupi semua penyakit, dari penyakit paling rendah sampai peringkat paling kronis, seperti jantung, hemodialisa, kemoterapi, injeksi thalassemania, hemofilia dan sebagainya.

Sementara asuransi kesehatan komersial preminya sangat besar sehingga tidak terjangkau oleh sebagian besar rakyat Indonesia dan benefit rasio asuransi kesehatan komersial juga terbatas. BPJS Kesehatan bersifat nirlaba, ini tentu berbeda dengan asuransi kesehatan perorangan

dimana manfaatnya sesuai premi yang ditanggung dan *for profit*. Jadi semakin tinggi risiko penyakit, maka semakin tinggi pula biaya yang akan dibayarkan untuk preminya. Jangan heran jika ada perusahaan asuransi yang menentukan biaya layanan atau claims ratio mencapai 50% daripada premi yang dijual (Thabrany 2015, 98). Setiap Rp10 ribu premi yang diterima pihak perusahaan asuransi komersial hanya Rp5 ribu saja yang akan dibayarkan untuk kesehatan sebagai benefit rasio peserta asuransi, sedangkan Rp5 ribu lagi digunakan untuk biaya selain benefit rasio, berbeda dengan BPJS Kesehatan *claims ratio* mencapai 98%.

Perbedaan BPJS Kesehatan dengan asuransi kesehatan komersial dapat dilihat dari tujuan penyelenggaraan. Dimana BPJS Kesehatan bertujuan untuk menjamin akses seluruh rakyat Indonesia yang memerlukan pelayanan kesehatan tanpa memandang status ekonomi dan usianya untuk mewujudkan keadilan sosial. Asuransi kesehatan komersial dikendalikan oleh perusahaan *for profit*. Artinya siapa yang punya uang saja yang mampu mendapatkan asuransi ini, sedangkan BPJS Kesehatan adalah jawaban daripada ketimpangan sosial tersebut. BPJS telah menjadi meeting point bagi pasien yang selama ini terhalang status sosial dan menggerogoti hak pasien di negara ini.

Sebelum era BPJS, rumah sakit swasta tidak tergiur mengikuti berbagai program jaminan kesehatan yang diluncurkan pemerintah. Rumah sakit swasta cenderung melirik market atau pasien dari golongan kaya dengan menyajikan kualitas dan fasilitas yang lebih bagus, ketimbang rumah sakit pemerintah. Ini berarti pasien miskin sebelum era BPJS Kesehatan sulit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit swasta karena biaya pengobatan yang mahal.

Di era BPJS semua pasien bisa mendapatkan layanan rumah sakit swasta dan rumah sakit pemerintah. Walaupun pada awalnya, banyak rumah sakit swasta dan klinik swasta tidak mau bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, karena banyak kalangan yang

meragukan kelangsungan BPJS. Munculnya anggapan tersebut bukan tanpa alasan, karena memang besar klaim yang dibayar BPJS Kesehatan tidak sebesar yang diperoleh rumah sakit dari pasien umum. Sedangkan biaya operasional rumah sakit swasta sangat besar, terutama untuk membayar jasa dokter

spesialis dan alat kesehatan. Lagi pula rumah sakit swasta cenderung tanpa beban, sebab undang-undang tidak mewajibkan untuk bekerja sama dengan BPJS. Pada 2019 nanti barulah seluruh fasilitas kesehatan di Indonesia wajib bekerjasama dengan pihak BPJS.

Tabel 1
Pertumbuhan Fasilitas Kesehatan

Rumah Sakit Rujukan	Jan 2015	Mar 2015	Jun 2015	Sep 2015	Jan 2016	Mar 2016	Jun 2016	Sep 2016	Feb 2017
Jumlah	1.727	1.783	1.739	1.815	1.839	1.853	1.910	1.971	2.086
Rumah sakit dan Klinik Swasta	760	821	853	865	873	880	923	1.005	1.166
Proporsi (%)	44 %	47%	48%	48%	47%	47%	48%	54%	56%

Sumber: BPJS Kesehatan, 2017

Kekhawatiran banyak pihak tersebut terjawab sudah, seiring membaiknya pendapatan rumah sakit swasta yang dibuktikan dengan tingginya angka pertumbuhan rumah sakit dan klinik di era BPJS. Sejak BPJS Kesehatan di luncurkan, ada banyak rumah sakit swasta telah berhasil memetik surplus pasien peserta BPJS Kesehatan. Hasil ini tentunya hanya bisa dicapai oleh rumah sakit yang mampu mengelola secara efisien, memiliki budaya sadar akan biaya, memperbaiki performa tim administrasi klaim BPJS Kesehatan, serta komitmen yang tinggi dari dokter spesialisnya dalam memberi pelayanan kepada pasien sesuai *clinical pathway*. Jumlah pertumbuhan rumah sakit di era BPJS Kesehatan terdapat di dalam grafik berikut:

Tabel 2
Jumlah Rumah Sakit Rujukan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan (Faskes Tingkat Pertama)

Pukesmas 6.432	Puskesmas R.Inap 3.471	Dokter Praktek 5.190	Dokter Gigi 1.215
Klinik Pratama 4.480	Klinik TNI 639	Klinik Polri 557	RS D Pratama 24

Source: BPJS Kesehatan 2018

Tabel 3
Faskes Rujukan Peserta JKN-KIS

RS Tipe A 19	RS Tipe B 169	RS Tipe C 348	RS Tipe D 166
RS Swasta 1.286	RS TNI/Polri 141	RS Khusus 287	Klinik Utama 236

Source: BPJS Kesehatan 2018

Merujuk kepada tabel 1 di atas, terlihat bahwa BPJS Kesehatan telah membuka peluang bisnis bagi rumah sakit dan klinik swasta. Bisa dipastikan bahwa rumah sakit dan klinik swasta akan *loss of market* apabila tidak mampu bersaing dengan rumah sakit lainnya di Indonesia. Dengan demikian sejalan dengan pertumbuhan jumlah rumah sakit, alat kesehatan dan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia pada era BPJS Kesehatan, persoalan hak-hak pasien di Indonesia akan terjawab dengan sendirinya. Contohnya, tingkat kepuasan peserta pada tahun 2017 tercapai 79,5% atau meningkat 0,9% dari tahun 2016 (BPJS Kesehatan 2018b, xiv).

BPJS bisa dibubarkan dengan undang-undang sesuai dengan pasal 46 UU No. 24 Tahun 2011. Namun, Untuk memastikan program BPJS Kesehatan dapat melindungi

pasien secara berkelanjutan, pemerintah telah menjamin kelangsungan BPJS Kesehatan dalam memberi manfaat bagi rakyat Indonesia (Firdaus 2017, 71). Pasal 47 menyatakan bahwa BPJS tidak dapat dipailitkan berdasarkan ketentuan perundang-undangan tentang kepailitan. Kemudian di dalam pasal 56 ayat 2 disebutkan bahwa ketika berlaku kebijakan fiskal dan moneter yang mempengaruhi tingkat solvabiliti BPJS Kesehatan, maka pemerintah dapat mengambil kebijakan khusus untuk menjamin kelangsungan program JKN/BPJS Kesehatan.

Berdasarkan ketentuan Ayat 3 Pasal 56 disebutkan dalam hal terjadi krisis keuangan dan kondisi tertentu yang memberatkan perekonomian, pemerintah dapat melakukan tindakan khusus menjaga kesehatan keuangan dan kesinambungan penyelenggaraan program jaminan Sosial. Di dalam UU No. 24 Tahun 2011 dinyatakan bahwa BPJS Kesehatan berada langsung di bawah presiden sebagai bentuk prioritas pemerintah dalam menempatkan jaminan kesehatan sebagai kebutuhan dasar manusia yang dilindungi oleh undang-undang. Memastikan manfaat BPJS bisa berlangsung dengan sesuai dengan UU No. 24 Tahun 2011 pihak BPJS tidak berhak untuk mengubah, menambah dan mengurangi manfaat BPJS Kesehatan, melainkan dengan Perpres. Keberadaan BPJS Kesehatan memberi harapan dan memperbaiki kesenjangan sosial dan menjamin perlindungan hak pasien di Indonesia.

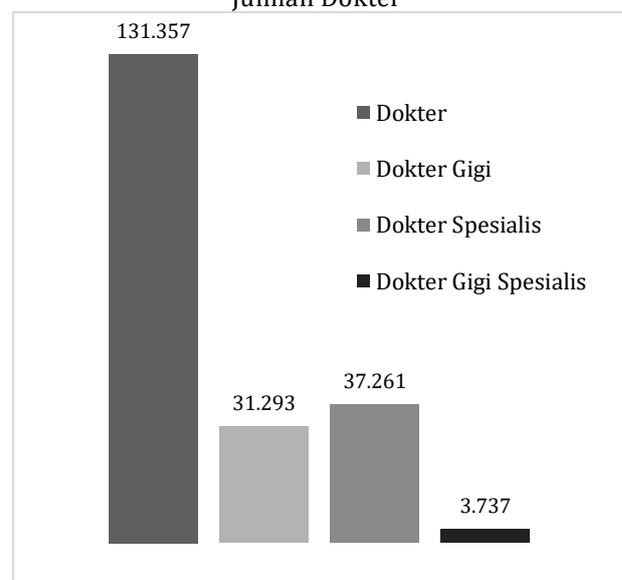
Implementasi program BPJS Kesehatan pada awal penyelenggaraannya mengalami beberapa kendala. Seperti, belum semua penduduk terlibat menjadi peserta, layanan kesehatan yang belum merata, kualitas layanan kesehatan yang berbeda-beda serta sistem rujukan dan pembayaran tuntutan yang belum optimal. Ketidakmerataan fasilitas kesehatan dan sumber daya manusia (SDM) pelaksana layanan kesehatan BPJS Kesehatan seperti dokter/spesialis, dokter gigi, perawat, bidan, labor dan tenaga medis dan keadaan geografi yang sangat berbeda-beda di

Indonesia juga menimbulkan ketidakadilan kesehatan (Maman et al. 2015, 34–42).

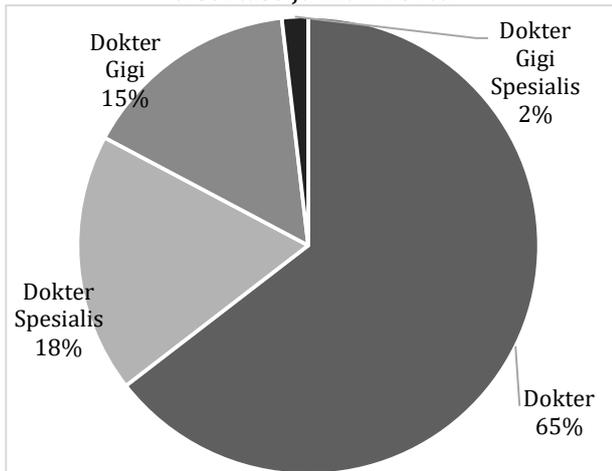
Ketidakadilan ini juga dapat dilihat di berbagai kasus yang terjadi di beberapa wilayah di Indonesia. Berdasarkan data Kementerian Dalam Negeri jumlah pemilik e-KTP yang belum terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan, yaitu sebanyak 115 juta jiwa (Republika 2017). Dari data tersebut tidak tertutup kemungkinan, masyarakat miskin ada yang belum menjadi peserta BPJS Kesehatan. Ini menunjukkan bahwa perlindungan hak pasien dalam penyelenggaraan sistem BPJS Kesehatan masih terabaikan.

Jumlah dokter di Indonesia per Oktober 2018 sebanyak 203,416 orang (Konsil Kedokteran Indonesia 2018), perawat 164,009 orang, bidan 30,470 orang dan tenaga kesehatan di bidang farmasi sejumlah 10,095 orang serta tenaga kesehatan lainnya 189,943 orang (Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan 2017). Namun jumlah SDM tersebut, tidak sebanding dengan jumlah penduduk Indonesia yang mencapai 256,5 juta orang (Badan Pusat Statistik Indonesia 2017). Berdasarkan data Kementerian Kesehatan, kekurangan tenaga dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya, mencapai 42 ribu orang, terutama di wilayah tertinggal (Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan 2017).

Grafik 1
Jumlah Dokter

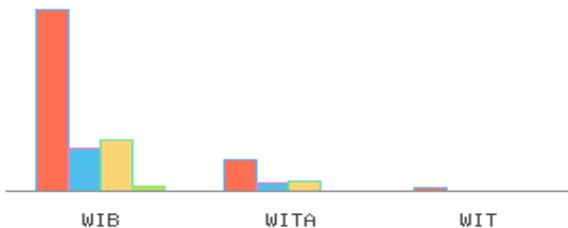


Grafik 2
Persentase Jumlah Dokter



Sumber: Konsil Kedokteran, 2018.

Grafik 3
Jumlah Dokter/Dokter Gigi Teregistrasi Per Zona Wilayah



Sumber: Konsil Kedokteran Indonesia, 2018.

Grafik di atas menunjukan pemerataan jumlah dokter di seluruh wilayah di Indonesia menjadi salah satu kendala implementasi sistem BPJS kesehatan. Rencana pemerintah jumlah tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2019 adalah seperti jumlah dokter 45% dari 100 ribu orang penduduk, jumlah dokter gigi 13% daripada 100 ribu penduduk, jumlah perawat 180% daripada 100 ribu orang penduduk dan jumlah bidan 120% daripada 100 ribu orang penduduk (Kementerian Kesehatan RI 2016, 62). Sebenarnya proyeksi Kementerian Kesehatan untuk periode 2005-2025, Indonesia sudah memiliki jumlah tenaga kesehatan dan dokter yang cukup. Kondisi itu terjadi karena fakultas kedokteran dari berbagai universitas di Indonesia terbilang produktif mencetak tenaga kesehatan maupun dokter. Tetapi, lagi-lagi, persoalan klasik di Indonesia adalah distribusi tenaga

kekuatannya. Tidak bisa dipungkiri kebanyakan dari mereka menumpuk di kota-kota besar di Pulau Jawa. Padahal, masih banyak daerah pinggiran Jawa, apalagi luar Jawa yang jumlah tenaga kesehatan maupun dokternya sangat kurang. Data dari Kemenkes menyebutkan ada sekitar 1.700 puskesmas yang tidak ada dokternya (Maharani 2018). Hal ini menjadi sangat ironis ketika satu puskesmas di kota-kota besar bisa memiliki beberapa dokter. Begitu juga dengan tingkat pendidikan dan kualitas tenaga kesehatan, komunikasi dengan pasien dan keluarga pasien juga masih buruk. Ini menjadi aspek yang paling penting untuk mewujudkan layanan kesehatan yang berkualitas (Larasati 2016, 81).

Pemerintah menyadari keterbatasan fasilitas, catatan dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, menyebutkan sekitar 2,958 Puskesmas (30,8%) yang belum mempunyai sanitarian, dan 2,898 Puskesmas (30,2%) yang belum mempunyai ahli gizi di rumah sakit, dan ada 5.274 Puskesmas (54,9%) yang mempunyai tenaga labor (Kementerian Kesehatan RI 2014).

Hambatan juga datang dari jumlah rumah sakit sebagai provider BPJS Kesehatan. Jumlah rumah sakit saat ini sebanyak 2.829 unit, yang terdiri dari 935 rumah sakit pemerintah dan 1.894 rumah sakit swasta (Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan 2017). Jumlah rumah sakit yang berkerjasama dengan JKN/BPJS/KIS sebanyak 2.652 unit. Rumah sakit akan sulit berkembang, manakala tunggakan pembayaran klaim BPJS membengkak di beberapa rumah sakit di Indonesia (Republika 2017). Efek domino yang ditimbulkan adalah penurunan kualitas layanan di rumah sakit, beban operasional mahal. Belum lagi lonjakan kunjungan pasien ke rumah sakit yang signifikan pun tidak sebanding dengan fasilitas yang ada di rumah sakit. Hal ini tentunya akan berpengaruh pada capaian target kesehatan semesta pada 2019 mendatang.

Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2015 Tentang Tata Cara Pendaftaran

dan Pembayaran iuran, menyatakan bahwa kartu peserta BPJS Kesehatan kategori pekerja mandiri akan aktif paling cepat 14 hari setelah registrasi. Peraturan tersebut diterbitkan BPJS Kesehatan, karena banyaknya peserta kategori ini menunggak. Dengan peraturan ini, pihak BPJS Kesehatan berharap, peserta kategori pekerja mandiri serius mengikuti BPJS Kesehatan. Banyaknya iuran tertunggak dari kategori pekerja mandiri akan mempengaruhi pelaksanaan BPJS secara ekonomi. Namun peraturan tersebut, tidak mampu mencegah tunggakan peserta mandiri. Tidak mampu mencegah perilaku peserta yang hanya mau membayar iuran manakala dirawat di rumah sakit saja, begitu sembuh, peserta enggan membayar iuran.

Menurut penulis peraturan BPJS Kesehatan tersebut, bertentangan dengan UU No 24 Tahun 2011, sebab masyarakat yang sudah membayar premi berhak mendapatkan manfaat/jaminan kesehatan dan informasi. Seharusnya seluruh kartu peserta BPJS Kesehatan langsung aktif setelah registrasi, tanpa perlu menunggu. Justru peraturan ini akan mengabaikan hak-hak pasien, sebab sakit adalah risiko yang penuh ketidakpastian. Dengan demikian menunda sampai 14 hari berpotensi menimbulkan risiko yang sangat besar bagi pasien. Boleh jadi pasien akan meninggal dunia karena terlambat mendapat pelayanan medis, dan tidak adanya biaya pengobatan selama tempoh 14 hari tersebut. Ini menimbulkan ketidakadilan dan diskriminasi bagi pasien kategori ini (Thabrany 2015, 264).

Menurut ketentuan Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang BPJS, benar tidak ancaman sanksi kepada setiap orang yang menolak menjadi peserta BPJS. Sejauh ini undang-undang tersebut hanya memberi sanksi kepada pihak perusahaan yang tidak mendaftarkan karyawannya menjadi peserta BPJS Kesehatan. Pasal 19 menyatakan bahwa pemberi kerja wajib membayarkan premi karyawannya kepada BPJS Kesehatan. Pasal 55 menyatakan pemberi kerja yang tidak mendaftarkan karyawannya, melanggar

ketentuan pasal 19 ayat (1) atau ayat (2) dipidana dengan ancaman hukuman penjara paling lama 8 (delapan) tahun atau denda paling banyak Rp. 1 milyar. Sanksi juga dikenakan bagi pekerja mandiri dan ASN yang tidak mau mengikuti BPJS kesehatan melalui Peraturan Pemerintah No 86 Tahun 2013. Namun implementasi daripada aturan tersebut masih lemah, sehingga masih banyak pekerja penerima upah yang belum didaftarkan oleh perusahaannya sebagai peserta BPJS Kesehatan (Firdaus 2017, 94). Ini juga akibat ketidakberanian BPJS Kesehatan untuk mempolisikan pihak perusahaan. Karyawanpun tidak berupaya melaporkan pihak perusahaan tempat ia bekerja, manakala pemberi kerja tidak mendaftarkannya sebagai peserta BPJS Kesehatan.

Untuk menjaga kelangsungan BPJS Kesehatan, beberapa peraturan telah diterbitkan oleh pemerintah, seperti Peraturan Presiden (Perpres) No 19 Tahun 2016 tentang perubahan kedua atas Peraturan Presiden No 12 Tahun 2013 untuk mencegah kecurangan (fraud) dalam BPJS Kesehatan, seperti membuat klaim berlebihan yang diancam sanksi penjara dan denda. Namun, sejauh ini belum ada laporan ke pihak terkait tentang kecurangan ini. Sedangkan perintah wajib bagi peserta mandiri akan berlaku pada 2019 nanti.

Lemahnya penegakan hukum, akan berpengaruh secara ekonomi dan administrasi bagi BPJS Kesehatan. Kegagalan BPJS Kesehatan melakukan edukasi kepada peserta untuk taat membayar iuran, akan muncul paradigma bahwa program BPJS Kesehatan tidak terlalu penting untuk diikuti. Dengan demikian sekalipun undang-undang sudah mengatur sedemikian rupa hak pasien, tanpa penegakan hukum, penyelenggaraan hak pasien di Indonesia adalah suatu keniscayaan.

Usaha untuk mensinergikan program BPJS Kesehatan dengan kondisi Indonesia hari ini, pemerintah dituntut untuk mengurai berbagai kendala dalam penyelenggaraan BPJS Kesehatan. Dalam bentuk hukum sudah ada Undang-Undang No. 40 Tentang SJSN dan

Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Pemerintah juga sudah beberapa kali menerbitkan aturan untuk memperbaiki penyelenggaraan BPJS kesehatan, seperti Peraturan Presiden (Perpres) No 19 Tahun 2016 tentang perubahan kedua atas Peraturan Presiden No 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan dibanding peraturan sebelumnya. Perpres ini mengatur lebih rinci peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya. Perpres tentang kecurangan (*fraud*) dalam program BPJS Kesehatan, juga beberapa poin penting lainnya dalam penyelenggaraan BPJS kesehatan termasuk peningkatan fasilitas.

Kemudian untuk mekanisme, semua sudah diatur dalam undang-undang, pelayanan rumah sakit diatur dalam undang-undang Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit. Praktik kedokteran diatur dalam Undang-Undang No 29 Tahun 2004 tentang praktik kedokteran. Tentang kesehatan secara umum juga sudah ada Undang-Undang No 36 Tahun 2009 tentang kesehatan.

Untuk memudahkan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat, pemerintah membangun 124 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) di wilayah Kalimantan, dan 362 Puskesmas di wilayah terpinggir. Sedangkan untuk menambah jumlah rumah sakit, pemerintah sedang membangun 23 rumah sakit dan meningkatkan level 104 rumah sakit menjadi rumah sakit rujukan wilayah dan 4 rumah sakit umum daerah menjadi rumah sakit rujukan nasional, yaitu Rumah Sakit Sutomo, Rumah Sakit Sudarso Pontianak, RSUD Wahab Syahrani Samarinda dan RSUD Dok II Jayapura (Kementerian Kesehatan RI 2017).

Pada Januari 2017 pemerintah meluncurkan Program Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS). Pada lulusan pertama, sebanyak 71 orang dokter spesialis, seperti dokter spesialis obstetrik dan ginekologi, spesialis anak, spesialis penyakit dalam, spesialis bedah, spesialis anesthesiologi dan terapi intensif, ditempatkan di 63 rumah sakit, di 61 kabupaten/kota di 25 Provinsi di

Indonesia. Pelaksanaan Program WKDS merupakan wujud kehadiran negara dalam memenuhi dan pemeratakan pelayanan medik spesialistik yang bermutu serta terdistribusi secara merata di seluruh Indonesia sebagaimana diatur dalam Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 4 Tahun 2017 tentang Wajib Kerja Dokter Spesialis (Kementerian Kesehatan RI 2018, 83). Program lainnya seperti Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) melalui pendekatan keluarga, meningkatkan pelayanan kesehatan dan memberi perlindungan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia melalui BPJS Kesehatan. Kemudian Program Indonesia Sehat yang merupakan, edukasi tentang budaya hidup sehat di tengah masyarakat, lingkungan sehat, serta mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang berkualitas untuk mencapai derajat kesehatan yang maksimum.

SIMPULAN

Secara umum BPJS Kesehatan telah berhasil memberi perlindungan bagi pasien di Indonesia, dari resiko biaya kesehatan yang tidak bisa dikira besarnya. BPJS Kesehatan telah menunjukan keprihatinan pemerintah untuk memastikan rakyat Indonesia menjadi masyarakat yang produktif untuk pembangunan negara.

Hal paling penting dari ini semua adalah bahwa Indonesia sudah punya dasar untuk melindungi rakyat ketika jatuh sakit. BPJS Kesehatan telah memangkas jurang perbedaan antara masyarakat yang kaya dengan yang miskin dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang selaras dengan cita-cita World Health Organization (WHO).

Dari segi pelaksanaan untuk mewujudkan perlindungan maksimal bagi pasien, saat ini pemerintah telah melakukan pelbagai usaha untuk menambah jumlah fasilitas kesehatan, rumah sakit dan tenaga kesehatan yang menyeluruh di setiap provinsi di Indonesia. Di mana Roadmap pemerintah pada 2019 seluruh penduduk Indonesia menjadi peserta BPJS Kesehatan dan

mendapatkan perlindungan maksimum di bawah Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang BPJS.

BPJS Kesehatan telah memberikan benefit ratio yang komprehensif dalam sejarah pembiayaan pelayanan kesehatan di Indonesia, dan menjamin biaya kesehatan rakyat tanpa batas. BPJS telah menjadi meeting point bagi seluruh rakyat Indonesia dan menandakan bahwa derajat kehidupan itu tidak terlalu jauh, inilah cara yang terbaik.

Penulis pada akhirnya memberikan usulan sebagai berikut:

1. Membatalkan Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2015. Karena bertentangan dengan Pasal 13 Undang-Undang No 24 tahun 2011. Lagi pula bagi peserta yang terlambat membayar premi sudah ada sanksi denda dan bagi pemberi kerja yang tidak mendaftarkan karyawannya dan tidak membayar premi karyawannya sudah diatur dalam Pasal 19 ayat (1) atau ayat (2) dan diancam hukuman penjara paling lama 8 (delapan) tahun penjara atau denda paling banyak Rp1 milyar;
2. BPJS Kesehatan harus memperkuat kerjasama dengan pemerintah daerah dalam memberi sanksi bagi pemberi kerja yang tidak mendaftarkan pegawainya menjadi peserta BPJS Kesehatan. Memperkuat sanksi seperti, tidak mendapatkan izin mendirikan bangunan, menangguhkan izin usaha dan sebagainya. Bagi pekerja mandiri yang belum mengikuti program BPJS Kesehatan, dikenakan sanksi, seperti tidak boleh mengurus SIM, KTP, passport dan sebagainya;
3. Tindakan pidana perlu diberikan kepada bagian pihak BPJS Kesehatan mana kala dibuktikan bersekongkol dengan pihak pemberi kerja yang tidak mendaftarkan karyawannya dan tidak membayar iuran karyawannya. Serta pihak BPJS yang main mata dengan pihak rumah sakit dalam menetapkan klaim sesuai dengan Pasal 378 KUHP tentang penipuan (*fraud*), ancaman hukuman 4 tahun penjara.

BIBLIOGRAFI

- Arsih, Budi. 2014. "Kesiapan Pemerintah Dalam Mewujudkan Jaminan Kesehatan Nasional Bagi Warga Negara." *Jurnal Ilmiah Inkoma* 25 (1).
- Badan Pusat Statistik Indonesia. 2016. "Perkembangan Beberapa Agregat Pendapatan Dan Pendapatan per Kapita Atas Dasar Harga Berlaku Tahun 2010-2015." BPS. 2016. <https://www.bps.go.id/>.
- . 2017. "Data Sensus Penduduk Tahun 2017." Jakarta.
- BPJS Kesehatan. 2017. "Grafik Peserta." BPJS Kesehatan. 2017. <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/>.
- . 2018a. "Iuran." BPJS Kesehatan. 2018. <https://bpjs-kesehatan.go.id>.
- . 2018b. "Laporan Pengelolaan Program Dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2017." BPJS Kesehatan. 2018. <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/arsip/category/MzA/publikasi>.
- Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan. 2017. "Rumah Sakit Berdasarkan Kepemilikan." Kementerian Kesehatan RI. 2017. http://sirs.yankes.kemkes.go.id/rsonline/report/report_by_catrs.php.
- Firdaus. 2017. "The Patient Protection Under The Law of BPJS Health Incurance in Indonesia." Unibersiti Kebangsaan Malaysia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. "Peran Dan Mutu Tenaga Kesehatan Dukungan Percepatan MDGs." Kementerian Kesehatan RI. 2014. <http://www.depkes.go.id/article/print/20143250004/peran-jumlah-dan-mutu-tenaga-kesehatan-dukung-percepatan-mdgs-dan-implementasi-jkn.html>.
- . 2016. "Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015." Jakarta.
- . 2017. "Presiden Saksikan Pencanaan Pembangunan 124 Puskesmas Di Perbatasan Dan Program Wajib Kerja Dokter Spesialis." Kementerian Kesehatan RI. 2017. <http://www.depkes.go.id/article/view/17022800011/presiden-saksikan-pencanaan-pembangunan-124-puskesmas-di-perbatasan-dan-program-wajib-kerja-dokter.html#sthash.CN3yUMtN.dpuf>.
- . 2018. "Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017." Jakarta. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2017.pdf>.
- Konsil Kedokteran Indonesia. 2018. "Konsil Kedokteran Indonesia." Konsil Kedokteran Indonesia. 2018.
- Larasati, Niken. 2016. "Kualitas Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Nasional Dalam Rangka Menjamin Perlindungan Kesehatan Bagi Peserta BPJS Di RSUD Dr. M. Soewandhie Kota Surabaya." *Kebijakan Dan Manajemen Publik* 4 (2).
- Maharani, Esthi. 2018. "Masalah Klasik Kesehatan Di Indonesia." *Republika*. 2018. <https://www.republika.co.id/berita/kolom/fokus/18/05/13/p8nayr318-masalah-klasik-kesehatan-di-indonesia>.
- Maman, S. Lenie, R. Fauzie, and R. Dian. 2015. "Program Jaminan Kesehatan Nasional Dari Aspek Sumber Daya Manusia Pelaksana Pelayanan Kesehatan." *Jurnal Kesehatan Masyarakatkemas* 11 (1): 32-42.
- Mudiharno. 2012. "Peta Jalan Menuju Universal Corange Jaminan Kesehatan." *Jurnal Legislasi Indonesia* 9 (2).
- Pramukti, Annger Sigit, and Andre Budiman Panjaitan. 2016. *Pokok-Pokok Hukum Ansuransi*. Yogyakarta: Pustaka Yustisia.
- Republika. 2017. "Dirut BPJS Kesehatan Dapat Teguran Keras Dari Jokowi." *Republika*. 2017. <https://republika.co.id/berita/ekonomi/korporasi/18/10/17/pgq8wm383-dirut-bpjs-kesehatan-dapat-teguran-keras-dari-jokowi>.
- Suryono, Arief Redjeki. 2008. "Ansuransi Kesehatan Sosial Sebagai Upaya Megara Dalam Mewujudkan Masyarakat Sejahtera." *Yudistira* 74.
- Thabrany, Hasbullah. 2013. "Kesejahteraan Sosial, Hukum Bagi Pemerintah, Dan BPJS." *Jurnal Hukum Kesehatan* 5 (7).
- . 2015. *Jaminan Kesehatan Nasional*. 2nd ed. Jakarta: Raja Grafindo Persada.

