

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Indonesia merupakan Negara Kesatuan yang memiliki hak konstitusional bagi setiap warga negaranya, hak tersebut diatur dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang selanjutnya disebut sebagai UUD NRI 1945 ini, tertuang berbagai hak konstitusional yang dilindungi oleh Negara demi terbentuknya warga Negara Indonesia yang terjaga dari berbagai ancaman perampasan hak oleh orang lain. Terdapat beberapa hak yang dilindungi oleh negara yakni hak untuk memperoleh jaminan sosial, sebagaimana diatur dalam Pasal 28H ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, “Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.” Selain itu, berdasarkan ketentuan Pasal 34 ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.” Kedua pasal tersebut oleh negara dijamin kondisi sosial setiap warga Negara Indonesia terlindungi sebagai manusia yang bermartabat. Kesadaran pentingnya perlindungan jaminan sosial ini terus berkembang sesuai amanat perubahan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yakni pada Pasal 34 ayat (2) yang berbunyi

“Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia”.

Jaminan Sosial yang dilindungi oleh negara ini merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak, jaminan sosial tersebut tertuang dalam Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Dalam mewujudkan perlindungan sosial ini, terdapat suatu sistem yang mengatur tata cara penyelenggaraan Jaminan Sosial tersebut. Penyelenggaraan Jaminan Sosial ini, diselenggarakan oleh Badan Hukum yang dibentuk berdasarkan Undang-Undang yang diatur dalam Pasal 5 ayat (1) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Badan Hukum yang dimaksud dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial adalah Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial atau disebut juga sebagai BPJS. Menurut Pasal 5 angka 3 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, terdapat 4 (empat) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), yakni;

1. Perusahaan Perseroan (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK);
2. Perusahaan Perseroan (Persero) Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (TASPEN);
3. Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI); dan

4. Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES).

Sejak berlakunya Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, seluruh badan penyelenggara jaminan sosial diatas, dinyatakan sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Hal ini secara tidak langsung melebur keempat Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yakni PT. JAMSOSTEK (Persero), PT. TASPEN (Persero), PT. ASABRI (Persero) dan PT. ASKES (Persero) menjadi satu yang dikenal sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Dengan adanya BPJS ini, pemerintah merintis penyelenggaraan jaminan sosial agar menjadi lebih baik dan menyeluruh bagi warga Negara Indonesia dengan dibagi menjadi 2 (dua) bentuk yang tertuang dalam Pasal 5 ayat (2) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, yakni;

1. BPJS Kesehatan; dan
2. BPJS Ketenagakerjaan.

Dalam menjamin kesehatan bagi masyarakat, sebelumnya Jaminan Kesehatan diselenggarakan oleh PT. ASKES (Persero) dan PT. JAMSOSTEK (Persero) yang melayani antara lain pegawai negeri sipil (PNS), penerima pensiun, veteran dan pegawai swasta. Sedangkan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah memberikan jaminan melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Untuk saat ini mulai Januari tahun 2014 lalu, Jaminan

Kesehatan masyarakat mulai dijamin dan diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang bersifat lebih menyeluruh serta merata bagi setiap warga Negara Indonesia.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), dalam Pasal 19 ayat (1) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, menyelenggarakan jaminan kesehatan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Prinsip asuransi sosial dijelaskan dalam Penjelasan Pasal 19 ayat (1) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, yakni;

1. Kegotong-royongan antara yang kaya dan yang miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang beresiko tinggi dan rendah ;
2. Kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif ;
3. Iuran berdasarkan presentase upah/penghasilan ; dan
4. Bersifat nirlaba.

Pasal 4 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menjelaskan, prinsip asuransi sosial diatas sebagai dasar penyelenggaraan program jaminan sosial, termasuk juga dalam jaminan kesehatan. Prinsip tersebut dmaknai dalam UU SJSN dan juga pada Pasal 4 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, yakni :

1. Kegotong-royongan;

Prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat Gaji, Upah, atau penghasilannya.

2. Nirlaba;

Prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta.

3. Keterbukaan;

Prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.

4. Kehati-hatian;

Prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.

5. Akuntabilitas;

Prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

6. Portabilitas;

Prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun Peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

7. Kepesertaan bersifat wajib;

Prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi Peserta Jaminan Sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.

8. Dana amanat; dan

Bahwa Iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari Peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan Peserta Jaminan Sosial.

9. Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

BPJS sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menyelenggarakan Jaminan Kesehatan berdasarkan dengan prinsip ekuitas yang terdapat pada Sistem Jaminan Sosial Nasional sebagai Badan Penyelenggara pemenuh kebutuhan dasar setiap orang agar dapat hidup layak sebagai manusia yang bermartabat. Prinsip asuransi sosial ini juga didampingkan dengan prinsip ekuitas yang bertujuan untuk menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Selanjutnya prinsip ekuitas, prinsip ekuitas merupakan prinsip pendamping dari prinsip asuransi sosial sebagai prinsip atas penyelenggaraan jaminan kesehatan. Prinsip Ekuitas dalam Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional dijelaskan sebagai kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya. Namun, dalam Undang-Undang Badan

Penyelenggara Jaminan Sosial prinsip ekuitas tidak disebutkan dan dijelaskan lebih lanjut sebagaimana prinsip asuransi sosial. Berdasarkan hal tersebut, BPJS tidak mengatur secara jelas sebagaimana prinsip ekuitas yang diatur dalam Pasal 19 ayat (1) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Prinsip ekuitas ini seharusnya menjadi pelindung hak jaminan kesehatan bagi setiap warga Negara Indonesia dalam memperoleh kesamaan memperoleh kebutuhan medis. Kebutuhan medis dalam hal ini diperoleh setiap peserta Jaminan Kesehatan, dalam hal ini Pasal 2 Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan menjelaskan terdapat 2 (dua) kelompok peserta, yakni;

1. PBI Jaminan Kesehatan; dan
2. Bukan PBI Jaminan Kesehatan.

Kedua kelompok peserta tersebut berhak atas kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terikat pada golongan peserta BPJS maupun besaran iuran yang dibayarkan setiap peserta.

Peserta Jaminan Kesehatan memiliki hak sebagaimana diatur dalam BAB III Peserta dan Kebersertaan huruf D Hak dan Kewajiban Peserta Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, sebagai berikut :

1. Mendapatkan nomor identitas tunggal peserta ;

2. Memperoleh manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) ;
3. Memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) sesuai yang diinginkan. Perpindahan fasilitas kesehatan tingkat pertama selanjutnya dapat dilakukan setelah 3 (tiga) bulan. Khusus bagi peserta: Askes sosial dari PT. Askes (Persero), Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JK) dari PT. (Persero) Jamsostek, program Jamkesmas dan TNI/POLRI, 3 (tiga) bulan pertama penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) ditetapkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) ; dan
4. Mendapatkan informasi dan menyampaikan keluhan terkait dengan pelayanan kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Hak lainnya yang didapatkan oleh peserta dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yakni:

1. Pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP),
2. Pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL);

3. Pelayanan gawat darurat; dan
4. Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh menteri.

Penjelasan lebih lanjut mengenai prinsip ekuitas yang tidak diatur dalam Undang-Undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial maupun Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan ini, menjadikan keresahan bagi setiap peserta BPJS, keresahan ini berbentuk tidak diketahuinya setiap peserta dalam kesamaan kebutuhan medis yang didapatkan sampai dengan prosedur-prosedur yang kurang diketahui oleh para peserta. Hal ini seringkali menjadikan perbedaan pendapat mengenai kesamaan kebutuhan medis seperti apa dan pelayanan yang bagaimana, karena dalam penjelasan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan mengenai manfaat jaminan kesehatan, Pada Pasal 20 ayat (1) Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan dijelaskan bahwa “Setiap Peserta berhak memperoleh Manfaat Jaminan Kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan”. Berdasarkan yang tertuang dalam pasal tersebut bila diselenggarakan dengan prinsip ekuitas, dapat dikatakan bahwa manfaat jaminan kesehatan tersebut dapat dirasakan oleh seluruh anggota peserta BPJS. Namun, pada beberapa kasus yang terjadi sering kali terjadi beberapa silang pendapat mengenai hal tersebut, yakni

dengan adanya perbedaan pelayanan kebutuhan medis yang didapat antar peserta BPJS.

Seperti halnya pada kasus perbedaan pelayanan yang merujuk pada diskriminatif dalam hal memperoleh kebutuhan medis yang dirasakan oleh Bukan PBI Jaminan Kesehatan dengan PBI Jaminan Kesehatan bahwa bayi yang baru lahir tidak dapat menikmati fasilitas jaminan kesehatan, dengan alasan bayi tersebut tidak atau bukan peserta BPJS Penerima Bantuan Iuran<sup>1</sup>, pada kasus tersebut yang ditulis oleh jurnalis tersebut tidak dijelaskan peserta Bukan PBI Jaminan Kesehatan yang Bukan Penerima Upah (BPU), Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) maupun Peserta Bukan Pekerja (PBP), karena untuk Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) anak pertama sampai dengan anak ketiga secara otomatis dijamin oleh BPJS Kesehatan. Sedangkan untuk BPU, PBP dan anak keempat PPU harus didaftarkan 3x24 jam hari kerja atau sebelum meninggalkan rumah sakit (apabila dirawat kurang dari 3 hari) dan seharusnya sama seperti anggota PBI Jaminan Kesehatan dimana diberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama oleh bidan atau dokter. Sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS harusnya sesuai dengan prinsip ekuitas dimana setiap peserta dapat memperoleh kebutuhan medis yang sama tanpa memperhatikan iuran yang dibayarkannya. Apabila memaknai prinsip ekuitas, seluruh peserta BPJS memiliki kesamaan kebutuhan medis meliputi juga prosedur yang diberikan tanpa adanya

---

<sup>1</sup> Admin, 2017, **Syamsul Bachri Protes Peserta BPJS Mandiri Dapat Perlakuan Diskriminatif** (Online), MACORA, <http://macora.id/2017/08/03/syamsul-bachri-prot-es-peserta-bpjs-mandiri-dapat-perlakuan-diskriminatif/> (20 Oktober 2017)

perbedaan yang merujuk pada diskriminatif. Namun, kebutuhan medis disini memang tidak dijelaskan secara jelas seperti apa bentuknya dan klasifikasinya bagi peserta, begitu juga pada Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan hanya menjelaskan medis sebagai sesuatu yang tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan. Tidak adanya penjelasan lebih lanjut tersebut mengakibatkan kekaburan hukum, dimana dalam UU SJSN sebagai Sistem Jaminan Sosial Nasional yang mengatur tentang pentingnya prinsip ekuitas dalam kesetaraan perolehan kebutuhan medis bagi peserta tanpa terikat dalam iuran yang dibayarkan, tidak diatur dan dijelaskan lebih lanjut oleh UU BPJS sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan, sehingga manfaat-manfaat serta pelayanan kesehatan yang menjadi hak setiap peserta menjadi tidak jelas. Hal ini tentu saja menjadikan pertanyaan bagi setiap masyarakat Indonesia yang menjadi bingung dan tidak mengetahui hal tersebut, terlebih BPJS merupakan Badan satu-satunya penyelenggara Jaminan Kesehatan saat ini di Indonesia sebagai wujud pemerintah terhadap komitmen global yang menginginkan setiap negara mengembangkan *Universal Health Coverage* (UHV).

Kekaburan hukum diatas menjadikan berbagai ketidakjelasan bagi peserta BPJS dalam memperoleh Jaminan Kesehatan mengenai pelayanan dan kebutuhan medis, untuk itu maka penulis tertarik untuk membuat karya tulis dalam bentuk skripsi dengan judul **“PERWUJUDAN PRINSIP EKUITAS DALAM PASAL 19 AYAT (1) UNDANG-UNDANG NOMOR 40 TAHUN 2004 TENTANG SISTEM JAMINAN**

## **SOSIAL NASIONAL TERKAIT MANFAAT PELAYANAN BAGI PESERTA.”**

### **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan uraian-uraian tersebut diatas, maka permasalahan yang dapat dikemukakan oleh penulis dalam penelitian hukum ini yaitu Bagaimana perwujudan prinsip ekuitas dalam Pasal 19 ayat (1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional terkait manfaat pelayanan bagi peserta?

### **C. Tujuan Penelitian**

Penelitian hukum yang berjudul “Perwujudan Prinsip Ekuitas Dalam Pasal 19 Ayat (1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Terkait Manfaat Pelayanan Bagi Peserta.” ini bertujuan untuk menganalisis perwujudan prinsip ekuitas dalam Pasal 19 ayat (1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Terkait Manfaat Pelayanan Bagi Peserta.

### **D. Manfaat Penelitian**

Dalam penelitian ini diharapkan mempunyai manfaat yang berpengaruh kepada beberapa pihak, diantaranya:

#### **1. Manfaat Teoritik**

Sebagai sarana untuk pengembangan teori-teori dibidang ilmu hukum perdata. Dengan demikian diharapkan makna dari prinsip ekuitas diwujudkan dan dimaknai lebih

lanjut oleh BPJS sebagai lembaga penjamin kesehatan masyarakat Indonesia.

## 2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dalam menjalankan makna dari prinsip ekuitas sebagai lembaga penjamin kesehatan masyarakat Indonesia, agar Jaminan Sosial tersebut dapat berjalan dengan baik.

### **E. Sistematika Penulisan**

Bab I : Pendahuluan berisikan latar belakang masalah, rumusan masalah, manfaat penelitian, tujuan penelitian, dan sistematika penulisan.

Bab II : Kajian pustaka berisikan kajian tentang teori – teori yang mendukung penelitian ini, yang akan dijadikan dasar dan bahan acuan untuk menjawab permasalahan yang telah diuraikan dalam bab I.

Bab III : Metode penelitian ini menguraikan cara pelaksanaan penelitian, mulai dari jenis penelitian hingga bagaimana cara menganalisis hasil penelitian. Penelitian ini merupakan penelitian yuridis normative dengan menggunakan pendekatan perundang undangan dan pendekatan konsep.

Bab IV : Berisikan atas jawaban dari rumusan masalah yang telah di sampaikan pada bab I, dengan di dasarkan pada kajian secara mendalam dan kritis terhadap peraturan perundang undangan yang berkaitan dengan perwujudan prinsip ekuitas dalam

penyelenggaraan jaminan kesehatan terkait manfaat pelayanan  
bagi peserta

Bab V : Berisikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian yang telah di  
laksanakan.