

**PEMENUHAN HAK ATAS KESEHATAN MELALUI BADAN PENYELENGGARA JAMINAN
SOSIAL KESEHATAN DI INDONESIA**
*THE FULFILLMENT OF RIGHT TO HEALTH THROUGH THE HEALTH SOCIAL SECURITY AGENCY
(BPJS KESEHATAN) IN INDONESIA*

Insan Firdaus

Badan Penelitian dan Pengembangan Hak Asasi manusia
Pusat Litbang Hak-hak Kelompok Khusus Kementerian Hukum dan HAM
Jl. H.R. Rasuna Said Kav. 4-5, Kuningan Jakarta Selatan 12940
Email: firdaus_insan@yahoo.co.id

(Naskah diterima : 12/8/2014, direvisi : 12/12/2014, disetujui : 12/12/2014)

Abstract

The right to health is one of human rights, therefore the state should guarantee every citizen to get good health care and quality. Social Security Agency (BPJS) Health is one of the country's efforts in fulfilling the right to health. Through this paper the authors wanted to know how the right to health is done by BPJS Health and Health BPJS obstacles encountered in providing adequate health insurance for the community. BPJS Health in carrying out the duties and functions must be able to ensure the availability, accessibility, acceptability and quality of health services is inadequate. Constraints that are regulatory, administrative and technical BPJS Health inhibit performance. Therefore, it is necessary to encourage improvements to all Indonesian people can participate and benefit from the existence BPJS Health.

Keywords: *the right to health, Social Security Agency of Health*

Abstrak

Hak atas kesehatan merupakan salah satu hak asasi manusia, oleh karena itu negara harus menjamin setiap warga negaranya mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik dan bermutu. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah salah satu upaya negara dalam memenuhi hak atas kesehatan. Melalui tulisan ini penulis ingin mengetahui bagaimana pemenuhan hak atas kesehatan yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan dan kendala yang dihadapi BPJS Kesehatan dalam memberikan jaminan pelayanan kesehatan yang layak bagi masyarakat. BPJS Kesehatan dalam melaksanakan tugas dan fungsi harus dapat menjamin ketersediaan, aksesibilitas, penerimaan dan kualitas pelayanan kesehatan yang memadai. Kendala yang bersifat regulasi, administrasi dan teknis menghambat kinerja BPJS Kesehatan. Oleh karena itu perlu adanya upaya perbaikan agar seluruh masyarakat Indonesia dapat ikut serta dan merasakan manfaat dari keberadaan BPJS Kesehatan.

Kata kunci: Pemenuhan hak atas kesehatan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.

PENDAHULUAN

Hidup sehat merupakan kebutuhan dasar bagi setiap orang agar dapat menjalani kehidupannya sehari-hari dengan baik. Orang akan berusaha untuk selalu menjaga kesehatannya dan berharap tidak sakit, akan tetapi suatu keniscayaan bahwa setiap manusia akan mengalami sakit dan tentunya memerlukan pengobatan agar cepat sembuh. Oleh karena kesehatan ini melekat erat pada setiap manusia, maka kesehatan menjadi salah satu aspek penting dalam hak asasi manusia, hal ini bisa kita lihat dalam Deklarasi Hak Asasi Manusia Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) tertanggal 10 November 1948 yang menyatakan bahwa setiap orang berhak atas taraf kehidupan yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya sendiri dan keluarganya.

Penduduk Indonesia yang diperkirakan hampir 250 juta jiwa dengan wilayah yang cukup luas membutuhkan perhatian khusus pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan. Upaya pemenuhan hak kesehatan baik yang dilakukan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah belum sepenuhnya mampu melindungi seluruh lapisan masyarakat, karena upaya tersebut masih bersifat parsial yang hanya ditujukan untuk masyarakat pada daerah tertentu (Program Jaminans Kesehatan Daerah) atau kalangan/kelompok masyarakat yang mampu membayar asuransi kesehatan seperti PNS, TNI/POLRI, sehingga masih banyak masyarakat miskin yang belum mendapatkan hak pemenuhan kesehatan yang disebabkan mahal biaya berobat dan fasilitas pelayanan kesehatan yang belum maksimal.

Pemenuhan hak atas kesehatan sepenuhnya

tanggung jawab Negara yang berarti bahwa Negara harus memastikan bahwa setiap orang mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik dan bermutu. Ketentuan mengenai hak atas kesehatan di Indonesia terdapat dalam pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar 1945 yang berbunyi ” *Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.*”. selain itu secara internasional ketentuan mengenai hak atas kesehatan juga diatur dalam kovenan internasional hak-hak ekonomi, sosial dan budaya pasal 12 ayat (1) yang menyatakan” *Negara pihak dalam kovenan ini mengakui hak setiap orang untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai atas kesehatan fisik dan mental*”.

Wujud komitmen Negara dalam pemenuhan kesehatan dilakukan melalui program jaminan sosial kesehatan masyarakat. Jaminan sosial kesehatan masyarakat merupakan amanat undang-undang dasar 1945 dalam pasal 34 ayat (2) “*Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan*” dan ayat (3) “*Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak*”. Atas dasar itu pemerintah dan DPR sepakat membuat undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, yang bertujuan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui program ini, setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan, karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan,

memasuki usia lanjut, atau pensiun.

Selama beberapa dekade terakhir ini, Indonesia telah menjalankan beberapa program jaminan sosial kesehatan. Untuk Pegawai Negeri Sipil (PNS), telah dikembangkan program Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (TASPEN). Untuk prajurit Tentara Nasional Indonesia (TNI), anggota Kepolisian Republik Indonesia (POLRI), dan PNS Departemen Pertahanan/TNI/POLRI beserta keluarganya telah dilaksanakan program Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI) sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 1991 yang merupakan perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 44 Tahun 1971.

Berbagai program tersebut diatas baru mencakup sebagian kecil masyarakat dan sebagian besar rakyat belum memperoleh perlindungan kesehatan yang memadai. Maka oleh sebab itu dibuat undang-undang tentang Sistem Jaminan Nasional yang mampu mensinkronisasikan penyelenggaraan berbagai bentuk jaminan sosial yang dilaksanakan oleh beberapa penyelenggara agar dapat menjangkau kepesertaan yang lebih luas serta memberikan manfaat yang lebih besar bagi setiap peserta.

Sebagai amanat dari Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial tersebut, maka terhitung mulai 1 Januari 2014 dibentuklah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang merupakan perubahan bentuk dari PT Asuransi Kesehatan (ASKES) yang ditugaskan sebagai penyelenggara Jaminan Sosial di bidang kesehatan. Tugas mulia dari BPJS Kesehatan adalah bagaimana secara bertahap dapat memberikan jaminan kepada

seluruh rakyat Indonesia agar memperoleh pelayanan kesehatan yang baik dan bermutu.

Ada 2 hal yang ingin penulis ketahui melalui tulisan tentang pemenuhan hak atas kesehatan oleh BPJS Kesehatan, yaitu:

1. Bagaimana pemenuhan hak atas kesehatan yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan?
2. Apa kendala yang dihadapi BPJS Kesehatan dalam memberikan jaminan pelayanan kesehatan yang layak bagi masyarakat?

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Mengenal Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

1. Transformasi PT Askes menjadi BPJS Kesehatan

Dalam upaya mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya, sebagaimana tujuan pembangunan kesehatan, maka Pemerintah Indonesia sejak tanggal 1 Januari 2014 akan menerapkan Jaminan Kesehatan Nasional bagi seluruh rakyatnya secara bertahap hingga 1 Januari 2019. Jaminan kesehatan ini merupakan pola pembiayaan yang bersifat wajib, artinya pada tanggal 1 Januari 2019 seluruh masyarakat Indonesia (tanpa terkecuali) harus telah menjadi peserta. Melalui penerapan Jaminan Kesehatan Nasional ini, diharapkan tidak ada lagi masyarakat Indonesia, khususnya masyarakat miskin yang tidak berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan ketika sakit karena tidak memiliki biaya. Sebagai tindak lanjut dari penerapan Jaminan Kesehatan Nasional kemudian PT Askes (Persero) secara resmi ditunjuk Pemerintah melalui DPR sebagai

pengelola program kesehatan masyarakat, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Ini dikuatkan berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Masa persiapan transformasi PT ASKES (Persero) menjadi BPJS Kesehatan adalah selama dua tahun terhitung mulai 25 November 2011 sampai dengan 31 Desember 2013. Dalam masa persiapan, Dewan Komisaris dan Direksi PT Askes (Persero) ditugasi untuk menyiapkan operasional BPJS Kesehatan, serta menyiapkan pengalihan aset dan liabilitas, pegawai serta hak dan kewajiban PT Askes (Persero) ke BPJS Kesehatan.

Penyiapan operasional BPJS Kesehatan mencakup¹:

- 1) penyusunan sistem dan prosedur operasional BPJS Kesehatan
- 2) sosialisasi kepada seluruh pemangku kepentingan
- 3) penentuan program jaminan kesehatan yang sesuai dengan UU SJSN.
- 4) Koordinasi dengan Kementerian Kesehatan untuk mengalihkan penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)
- 5) Koordinasi dengan KemHan, TNI dan POLRI untuk mengalihkan penyelenggaraan program pelayanan kesehatan bagi anggota TNI/POLRI dan PNS di lingkungan KemHan, TNI/POLRI.
- 6) Koordinasi dengan PT Jamsostek (Persero) untuk mengalihkan penyelenggaraan program jaminan pemeliharaan kesehatan Jamsostek.

Penyiapan pengalihan aset dan liabilitas, pegawai serta hak dan kewajiban PT Askes (Persero) ke BPJS Kesehatan, mencakup penunjukan kantor akuntan publik untuk melakukan audit atas:

- 1) laporan keuangan penutup PT Askes (Persero),
- 2) laporan posisi keuangan pembukaan BPJS Kes,
- 3) laporan posisi keuangan pembukaan dana jaminan kesehatan.

Pada saat BPJS Kesehatan mulai beroperasi pada 1 Januari 2014, PT Askes (Persero) dinyatakan bubar tanpa likuidasi. Semua aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum PT Askes (Persero) menjadi aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum BPJS Kesehatan, dan semua pegawai PT Askes (Persero) menjadi pegawai BPJS Kesehatan.

Terhitung mulai 1 Januari 2014, program-program jaminan kesehatan sosial yang telah diselenggarakan oleh pemerintah dialihkan kepada BPJS Kesehatan. Kementerian kesehatan tidak lagi menyelenggarakan program Jamkesmas. Kementerian Pertahanan, TNI dan POLRI tidak lagi menyelenggarakan program pelayanan kesehatan bagi pesertanya, kecuali untuk pelayanan kesehatan tertentu berkaitan dengan kegiatan operasionalnya yang ditentukan dengan Peraturan Pemerintah. PT Jamsostek (Persero) tidak lagi menyelenggarakan program jaminan kesehatan pekerja.

Berdasarkan data BPJS Kesehatan, peserta

1. <http://www.jamsosindonesia.com/cetak/print-out/387>

Peserta Jaminan Kesehatan



Gambar 1

Peserta Jaminan Kesehatan (Bahan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan BPJS Kesehatan)

BPJS Kesehatan itu mencapai 119,4 juta jiwa sampai awal bulan April 2014. Dengan demikian, baru sekitar 46,36% dari total penduduk Indonesia yang menjadi peserta dan sekitar 138,1 juta jiwa atau 53,63% dari 257,5 juta total penduduk Indonesia belum terdaftar sebagai peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan hingga April 2014².

Jumlah itu sendiri mengalami peningkatan sebesar 6,16% dibandingkan dengan 112,47 juta peserta per 1 Januari 2014. Seluruh penduduk Indonesia wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2019 atau sekitar lima tahun lagi sejak 2014. BPJS Kesehatan menargetkan

jumlah peserta mencapai 257,7 juta jiwa pada 2019. Oleh karena itu perlu terus untuk disosialisasikan program jaminan kesehatan nasional (JKN) ini kepada sejumlah pemangku kepentingan.

Peserta BPJS Kesehatan secara umum dikelompokkan menjadi dua yaitu penerima bantuan iuran (PBI) dan bukan PBI. Peserta PBI merupakan warga yang iurannya dibayarkan menggunakan dana APBN atau APBD.

2. <http://finansial.bisnis.com/read/20140410/215/218417/bpjs-kesehatan-53-penduduk-belum-jadi-peserta>

Jumlah peserta PBI mencapai 91,04 juta jiwa per April 2014. Sementara itu, jumlah peserta bukan PBI mencapai 28,36 juta jiwa pada periode yang sama atau tumbuh 8,76% dibandingkan dengan 26,07 juta jiwa per 1 Januari 2014.

2. Prinsip dasar BPJS Kesehatan

Menurut Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS Kesehatan memiliki tujuh prinsip dasar yang menjadi acuan dalam pelaksanaannya. Yaitu:

- 1) Prinsip kegotong royongan. Prinsip ini diwujudkan dalam mekanisme gotong-royong dari peserta yang mampu 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.
- 2) Prinsip nirlaba. Pengelolaan dana amanat tidak dimaksudkan mencari laba (nirlaba) bagi Badan Penyelenggara Jaminan sosial, akan tetapi tujuan utama penyelenggaraan jaminan sosial adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.
- 3) Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas. Prinsip-prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan

hasil pengembangannya.

- 4) Prinsip portabilitas. Jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
- 5) Prinsip kepesertaan bersifat wajib. Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional dapat mencakup seluruh rakyat.
- 6) Prinsip dana amanat. Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.
- 7) prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial Nasional dalam Undang-Undang ini adalah hasil berupa dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial

PEMENUHAN HAK ATAS KESEHATAN MELALUI BPJS KESEHATAN

1. Kesehatan, Hak Atas Kesehatan dan Jaminan

Kesehatan

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis.³ Pemeliharaan kesehatan adalah upaya penanggulangan dan pencegahan gangguan kesehatan yang memerlukan pemeriksaan, pengobatan dan/atau perawatan termasuk kehamilan dan persalinan.⁴

Hak atas kesehatan tidaklah dapat diartikan sebagai hak untuk menjadi sehat, hak atas kesehatan berisi hak kebebasan dan kepemilikan, kemerdekaan mencakup hak untuk memeriksakan kesehatan tubuh termasuk kebebasan seksual dan berproduksi dan hak untuk bebas dari gangguan, hak untuk bebas dari penganiayaan, tindakan medis tanpa persetujuan dan eksperimen. Sebagai perbandingan, kepemilikan termasuk hak atas sistem proteksi kesehatan yang menyediakan kesempatan yang sama bagi tiap orang untuk memenuhi standar kesehatan yang memadai dan terjangkau.⁵ Hak Atas Kesehatan harus dipahami sebagai hak atas pemenuhan berbagai fasilitas, pelayanan dan kondisi-kondisi yang penting bagi terealisasinya standar kesehatan yang memadai dan terjangkau.

Jaminan Kesehatan adalah merupakan
jaminan yang berupa perlindungan kesehatan

3. Siti Nafsiah, "Prof. Hembing pemenang the Star of Asia Award: pertama di Asia ketiga di dunia", Gema Insani, 2000

4. Yayasan Lembaga Bantuan Hukum Indonesia, Pusat Studi Hukum dan Kebijakan Indonesia, "Panduan bantuan hukum di Indonesia: pedoman anda memahami dan menyelesaikan masalah hukum", Yayasan Obor Indonesia, 2006

5. Komentar Umum Nomor 14 Hak Atas Standar Kesehatan Tertinggi Yang Dapat Dijangkau pada

agar setiap peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan juga perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau pun iurannya dibayar oleh pemerintah.⁶

Berdasarkan laporan Triwulan Perekonomian Indonesia yang dibuat world bank pada Juli 2014 menunjukkan bahwa pada tahun 2010 sampai dengan 2012 pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah terhadap masyarakat mengalami perkembangan, dengan adanya peningkatan jumlah tenaga kesehatan dan meningkatnya anggaran pemerintah untuk kesehatan, selain itu adanya penurunan tingkat kematian balita. Diperkirakan pada tahun 2015 anggaran pemerintah untuk kesehatan akan meningkat terutama anggaran yang iuran BPJS untuk penerima bantuan iuran yang ditanggung oleh negara.

Tabel 1

Indikator Pembangunan Indonesia dalam bidang kesehatan dan gizi⁷

	2010	2011	2012
Tenaga kesehatan (per 1,000 people)	0.29	..	0.20
Tingkat kematian balita (per 1000 anak usia dibawah 5 tahun)	34	32	31
Tingkat kematian bayi lahir (per 1000 kelahiran hidup)	16	16	15
Tingkat kematian bayi (per 1000 kelahiran hidup)	28	27	26

6. <http://askep-net.blogspot.com/2013/09/bpjs-kesehatan-2014>.

7. Perkembangan Triwulan Perekonomian Indonesia (Indonesia Economic Quarterly/IEQ) laporan Bank Dunia. Jakarta. Juli 2014

Rasio kematian persalinan (perkiraan, per 100,000 kelahiran hidup)	210	..	..
Imunisasi campak (% anak usia dibawah 2 tahun)	75	74	80
Total pengeluaran untuk kesehatan (% GDP)	2.9	2.9	3.0
Pengeluaran pemerintah untuk kesehatan (% GDP)	1.1	1.1	1.2

Berdasarkan hal tersebut diatas keberadaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan adalah sebagai bentuk upaya Negara dalam memberikan jaminan agar pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat terlayani dengan baik.

2. Indikator indikator Keberhasilan Pemenuhan Hak Atas Kesehatan oleh BPJS Kesehatan

Pada hakekatnya tujuan dari BPJS Kesehatan adalah melaksanakan pemenuhan hak atas kesehatan. Menurut komentar umum Nomor 14 atas pasal 12 dari Kovenan Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya tentang Hak Pencapaian Standar Kesehatan yang Tinggi, ada empat indikator yang bisa dijadikan standar keberhasilan BPJS Kesehatan dalam pemenuhan hak atas kesehatan yaitu:

- a. Ketersediaan. Pelaksanaan fungsi kesehatan publik dan fasilitas pelayanan kesehatan, barang dan jasa-jasa kesehatan, juga program-program, harus tersedia dalam kuantitas yang cukup disuatu Negara. Ketersediaan dapat diartikan sebagai ketersediaan fasilitas berupa sarana kesehatan (rumah sakit, puskesmas, balai kesehatan, klinik, dll) dan prasarana

kesehatan seperti obat-obatan, tenaga kesehatan, dan pembiayaan kesehatan.

Dari segi unsur ketersediaan fasilitas kesehatan, BPJS Kesehatan harus menyiapkan fasilitas kesehatan yang cukup, terjangkau dan memadai untuk peserta BPJS Kesehatan, Seluruh fasilitas kesehatan milik pemerintah wajib bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, namun sampai saat ini pemerintah masih kekurangan sejumlah fasilitas kesehatan dan untuk mengatasi masalah tersebut BPJS Kesehatan harus menggandeng fasilitas pelayanan kesehatan swasta.

Dari segi unsur ketersediaan tenaga kesehatan, BPJS Kesehatan harus menjamin ketersediaan tenaga kesehatan dalam jumlah dan jenis yang diperlukan dengan mutu terbaik di Puskesmas, Klinik dan Rumah Sakit sangat diperlukan guna mendukung tercapai pelayanan kesehatan yang maksimal. Dari unsur ketersediaan obat. Obat memegang peranan penting dalam layanan kesehatan. Bahkan obat menyerap 35% hingga 40% dari seluruh komponen biaya di semua layanan kesehatan, seperti puskesmas dan rumah sakit. Karenanya, ketersediaan obat inovatif dan berkualitas sangat diperlukan dan harus didistribusikan ke seluruh pelosok daerah secara merata. Selain memberikan terapi berkualitas bagi pasien, ketersediaan obat ini juga dapat mengurangi biaya yang harus dibayarkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

Dari segi ketersediaan pembiayaan kesehatan, BPJS Kesehatan harus dapat mengelola iuran baik dari peserta maupun subsidi dari pemerintah untuk membiayai seluruh proses pelayanan kesehatan, seperti biaya fasilitas

rumah sakit, tenaga kesehatan dan obat-obatan. Ketersediaan pembiayaan sangat berpengaruh pada kualitas pelayanan kesehatan yang diterima oleh peserta BPJS Kesehatan.

b. **Aksesibilitas.** BPJS Kesehatan harus menjamin fasilitas kesehatan, obat-obatan dan jasa kesehatan, harus dapat diakses oleh tiap orang tanpa diskriminasi, dalam yurisdiksi Negara. Aksesibilitas memiliki empat dimensi yang saling terkait yaitu:

1. *Tidak diskriminasi.* Pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan harus dapat diakses oleh semua, terutama oleh masyarakat yang tidak mampu atau masyarakat yang tidak terlindungi oleh hukum dan dalam kehidupan nyata, tanpa diskriminasi dengan dasar apapun juga.
2. *Akses secara fisik.* Fasilitas Pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan harus dapat terjangkau secara fisik dengan aman bagi semua, terutama bagi kelompok yang rentan atau marginal, misalnya etnis minoritas atau masyarakat di daerah terpencil, perempuan, anak-anak, penyandang cacat, dan orang yang mengidap HIV / AIDS.
3. *Akses ekonomi* (terjangkau secara ekonomi). Pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan harus dapat terjangkau secara ekonomi bagi semua masyarakat. Pembayaran pelayanan perawatan kesehatan juga pelayanan yang terkait dengan faktor-faktor penentu kesehatan harus didasarkan pada prinsip kesamaan, memastikan bahwa pelayanan ini, yang tersedia

baik secara privat maupun publik, terjangkau oleh semua, termasuk kelompok yang tidak beruntung secara sosial. Kesamaan mensyaratkan bahwa masyarakat miskin tidaklah harus dibebani biaya kesehatan secara tidak proporsional dibandingkan dengan masyarakat kaya.

4. *Akses informasi.* BPJS Kesehatan harus memberikan informasi secara menyeluruh dan terbuka tentang pelayanan kesehatan kepada masyarakat luas. Selain itu juga memberikan akses seluas-luasnya kepada masyarakat untuk mendapatkan atau memberi informasi mengenai masalah-masalah kesehatan.

c. **Penerimaan.** Segala pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan harus diterima oleh etika medis dan sesuai secara budaya, misalnya menghormati kebudayaan individu-individu, kaum minoritas, kelompok dan masyarakat, sensitif terhadap gender dan persyaratan siklus hidup. Juga dirancang untuk penghormatan kerahasiaan status kesehatan dan peningkatan status kesehatan bagi mereka yang memerlukan.

d. **Kualitas.** Dalam memberikan pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan harus menjamin kualitas pelayanan yang baik dan sama kepada seluruh peserta. Untuk menjaga kualitas tersebut BPJS Kesehatan harus meningkatkan kemampuan tenaga medis, menyiapkan obat-obatan yang sesuai standar kedokteran dan fasilitas kesehatan yang layak dan terjangkau.

KENDALA-KENDALA YANG DIHADAPI BPJS KESEHATAN

Berikut ini adalah beberapa kendala-kendala yang dihadapi BPJS Kesehatan sejak pertama kali beroperasi tanggal 1 Januari 2014, yaitu:

1. Belum tersosialisasinya BPJS Kesehatan secara menyeluruh.

Masih banyak masyarakat yang belum mengetahui keberadaan BPJS Kesehatan sehingga sebagian besar masyarakat kebingungan ketika mengurus jaminan kesehatan melalui BPJS Kesehatan.

2. Masih minim dan tidak meratanya fasilitas kesehatan yang tergabung dalam BPJS Kesehatan.

Ketersediaan fasilitas Kesehatan Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh PPK I (puskesmas, klinik) maupun PPK II (Rumah sakit) sampai saat ini masih bermasalah. Pasien yang harus mencari-cari Rumah Sakit yang dapat memberikan pelayanan kesehatan, karena fasilitas pengobatan yang tidak ada dan juga karena masih banyak rumah sakit swasta dan klinik yang belum bergabung pada BPJS kesehatan. Selain itu di wilayah timur Indonesia fasilitas kesehatan masih sedikit dan sulit dijangkau oleh masyarakat di pelosok daerah.

3. Belum memadainya insentif bagi tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan merupakan salah satu bagian penting dari kesuksesan implementasi BPJS Kesehatan, animo masyarakat yang cukup besar terhadap BPJS Kesehatan berdampak

pada bertambahnya beban kerja dokter dan tenaga medis lainnya, akan tetapi belum hal ini belum dibarengi dengan insentif yang memadai untuk tenaga kesehatan, sehingga banyak dokter dan tenaga medis yang mengeluh tidak seimbangnya beban pekerjaan dengan pendapatan yang mereka dapatkan. Hal ini dikhawatirkan akan menurunkan kualitas pelayanan kesehatan pada masyarakat.

Begitu juga masih ada tenaga medis swasta yang enggan bergabung dengan BPJS Kesehatan karena mereka beranggapan bahwa dengan bergabung dengan BPJS Kesehatan pendapatan mereka menurun karena tarif pengobatan tergolong rendah dan proses pembayaran klaim pengobatan yang cukup lama

4. Masalah pengadaan obat

Sebelum BPJS kesehatan diberlakukan, pasien peserta Askes diberikan obat untuk jangka waktu 30 hari. Namun setelah BPJS kesehatan diberlakukan, pasien hanya diberikan obat dalam jangka waktu 7 hari. Mungkin bagi pasien yang tinggal di kota besar seperti Jakarta, Bandung maupun Surabaya, masalah pengadaan obat dalam waktu 7 hari, tidak ada masalah karena transportasi cukup mudah. Ketika obat habis, mereka langsung bisa pergi ke puskesmas. Tapi bagi pasien yang tinggal di daerah pelosok, cukup sulit bagi mereka untuk menjangkau puskesmas karena jauh.

Saat masih menggunakan Askes, obat yang biasa diberikan masih bisa diklaim dan memang masih terdaftar sebagai obat yang bisa diklaimkan. Namun setelah diganti menjadi BPJS, obat yang biasa diberikan bukan lagi termasuk daftar obat

yang bisa diklaimkan.

Kendala lain adalah tarif paket obat INA-CBG's yang dinilai terlalu rendah dan belum mengakomodir real cost dari rumah sakit. Beberapa paket dianggap tak cukup untuk membiayai pengobatan.

5. Anggaran dan pembayaran pembiayaan pengobatan yang belum tuntas.

Masalah Penerima Bantuan Iuran (PBI), jumlah PBI yang dibayarkan pemerintah adalah 86,4 juta dari total 110 juta penduduk miskin. Masih ada puluhan juta penduduk miskin yang belum tercover BPJS kesehatan. Rencana pemerintah menambah anggaran Rp 400 miliar untuk membiayai gelandangan, anak jalanan, penghuni panti asuhan, panti jompo, penghuni Lapas ternyata belum juga bisa direalisasikan. Peraturan Pemerintah Nomor. 101 tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran jo. Perpres 111/2013 tentang Jaminan kesehatan hanya mengakomodasi 86,4 juta rakyat miskin sebagai PBI padahal menurut BPS (2011) orang miskin ada 96,7 juta.

6. Kesulitan aksesibilitas masyarakat terhadap BPJS Kesehatan.

Masih banyak masyarakat yang belum terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan karena masyarakat mengalami kesulitan dalam mendaftar yang disebabkan antara lain keberadaan Kantor BPJS yang ada di pusat kota, peserta dan petugas BPJS Kesehatan yang kurang memahami mekanisme berobat dan manfaat keberadaan BPJS Kesehatan.

7. Pandangan negative masyarakat terhadap

BPJS Kesehatan

Bagi sebagian masyarakat menganggap pelayanan jaminan kesehatan Jamkesmas, Askes dan jamkesda lebih baik daripada BPJS Kesehatan, karena proses pelayanan Jamkesmas, Askes dan Jamkesda lebih cepat dan biaya pengobatan serta obat yang ditanggung oleh pemerintah lebih besar. Hal ini terlihat dimana akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan BPJS yang sulit di beberapa rumah sakit, pasien harus datang pagi-pagi untuk mendapatkan nomor antrian pelayanan. Ironisnya lagi ada di beberapa rumah sakit pelayanan untuk pasien BPJS dibatasi.

KESIMPULAN

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan merupakan bagian penting upaya Negara dalam rangka pemenuhan hak atas kesehatan bagi rakyat Indonesia, oleh karena itu dalam pelaksanaan tugas dan fungsi BPJS Kesehatan harus menjamin ketersediaan, aksesibilitas, penerimaan dan kualitas pelayanan kesehatan terhadap masyarakat yang baik, memadai dan merata, sehingga masyarakat betul-betul merasakan manfaat dan ikut serta dalam program BPJS Kesehatan.

Kendala-kendala yang dihadapi BPJS Kesehatan baik yang bersifat regulasi, administrasi dan teknis harus segera diatasi dan dijadikan bahan perbaikan agar kedepannya BPJS Kesehatan bisa melayani seluruh masyarakat Indonesia lebih baik lagi. Dalam penyelesaian kendala-kendala tersebut harus diperhatikan dan ikutsertakan semua pihak yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan kepentingan hak atas kesehatan bagi masyarakat.

SARAN

1. Agar program Jaminan Kesehatan Nasional yang dijalankan oleh BPJS Kesehatan harus disosialisasikan secara terus menerus kepada masyarakat luas. Terutama kepada perusahaan yang belum mendaftarkan pekerjaanya menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional dan bagi masyarakat yang tidak mampu penerima bantuan iuran.
2. Agar pemerintah melakukan pendataan terhadap masyarakat miskin penerima bantuan iuran sehingga dapat terlayani semua dan diketahui anggaran yang dibutuhkan untuk membayar peserta Jaminan Kesehatan Nasional yang ditanggung oleh Negara serta pemerintah perlu meningkatkan besaran premi bagi penerima bantuan iuran..
3. Agar dibuat atau memperbaiki peraturan-peraturan yang bersifat kelembagaan, administrasi dan teknis, untuk meningkatkan kinerja dan pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan dengan mempertimbangkan kondisi nyata lapangan dan masukan dari pihak terkait. Seperti peraturan tentang manajemen pengelolaan dana JKN oleh BPJS, mekanisme yang mudah dan cepat dalam pembayaran klaim dari rumah sakit, peningkatan kualitas obat bagi pasien. Kemudian dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan jaminan kesehatan nasional
4. Agar BPJS Kesehatan melakukan kerjasama dan berkoordinasi dengan pihak-pihak penyedia pelayanan kesehatan swasta agar ikut bergabung dan dengan program Jaminan Kesehatan Nasional terutama di daerah

pelosok sehingga layanan jaminan kesehatan nasional

DAFTAR PUSTAKA

- Siti Nafsiah, "Prof. Hembing pemenang the Star of Asia Award: pertama di Asia ketiga di dunia", Gema In-sani, 2000
- Yayasan Lembaga Bantuan Hukum Indonesia, Pusat Studi Hukum dan Kebijakan Indonesia, "Panduan bantuan hukum di Indonesia: pedoman anda memahami dan menyelesaikan masalah hukum", Yayasan Obor In-donesia, 2006
- Komentar Umum Nomor 14 Hak Atas Standar Kes-ehatan Tertinggi Yang Dapat Dijangkau pada <http://askep-net.blogspot.com/2013/09/bpjs-kesehatan-2014>. diakses jumat, 11 April 2014
- <http://www.jamsosindonesia.com/cetak/printout/387>. diakses Jumat, 11 April 2014
- <http://finansial.bisnis.com/read/20140410/215/218417/bpjs-kesehatan-53-penduduk-belum-jadi-peserta>. diakses jumat, 11 April 2014.