

**PERLINDUNGAN HUKUM HAK KESEHATAN WARGA NEGARA BERDASARKAN  
UNDANG-UNDANG NOMOR 24 TAHUN 2011 TENTANG BADAN  
PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL**

**Wiwik Afifah<sup>1</sup>**

**Email: [wiwikafifah@untag-sby.ac.id](mailto:wiwikafifah@untag-sby.ac.id)**

**Deasy N Paruntu<sup>2</sup>**

**Email: [deasyparuntu@gmail.com](mailto:deasyparuntu@gmail.com)**

**Abstrak**

Kesehatan adalah hak setiap warga Negara yang pada kenyataannya belum terpenuhi secara keseluruhan baik warga Negara miskin ataupun yang tidak miskin. Indonesia memiliki sistem jaminan sosial nasional yang kemudian dilaksanakan mandat pemenuhan hak kesehatannya oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial/BPJS sesuai dengan berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Permasalahan yang diteliti adalah perlindungan hukum hak kesehatan warga Negara. Dalam penelitian ini, digunakan pendekatan yuridis normatif khususnya pada pendekatan perundang-undangan. Kesimpulan penelitian adalah Perlindungan hukum hak kesehatan warga negara identik dengan hak kepersertaan yakni perlindungan diberikan apabila menjadi peserta BPJS kesehatan yang merupakan peserta mandiri dan penerima bantuan iuran (PBI) yang dibayar oleh pemerintah pada peserta miskin. Apabila warga negara tidak jadi peserta, maka hak kesehatan tidak dapat dipenuhi oleh BPJS. Penyelesaian sengketa dengan BPJS kesehatan dapat ditempuh melalui mediasi yang hasilnya bersifat final dan mengikat. Apabila masalah dalam pengaduan peserta tidak dapat diselesaikan oleh unit pengendali mutu pelayanan dan pengaduan, maka dapat diselesaikan melalui pengadilan negeri di wilayah pemohon.

Kata kunci: perlindungan hukum, hak kesehatan.

**PENDAHULUAN**

Pembangunan di bidang kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional. Kesehatan adalah hak dasar setiap warga negara untuk memperoleh sarana pelayanan kesehatan. Jaminan sosial merupakan sistem perlindungan yang diberikan kepada setiap warga negara untuk mencegah hal-hal buruk yang tidak diinginkan karena adanya resiko-resiko yang mengancam kesehatan seseorang. Menurut Pasal 34 ayat (2) Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 menyebutkan bahwa negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Oleh karena itu, pemerintah menjalankan Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 tersebut dengan mengeluarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 (UU No.40/2004) tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 (UU No.24/2011) tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) untuk memberikan jaminan sosial menyeluruh bagi setiap warga negara bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang

---

<sup>1</sup> Dosen Fakultas Hukum Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya.

<sup>2</sup> Alumni Program Sarjana (S1) Fakultas Hukum Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya.

kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau. Badan penyelenggara jaminan sosial atau BPJS adalah merupakan penyelenggara badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial dan menyelenggarakan jaminan penyelenggara kesehatan bagi seluruh warga negara Indonesia, terutama untuk Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan ini merupakan Jaminan Kesehatan Nasional diresmikan pada tanggal 31 Desember 2013. Dasar hukum dari BPJS Kesehatan ini adalah Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Asuransi Kesehatan (ASKES) yang sebelumnya dikelola oleh PT Askes Indonesia (Persero), berubah menjadi BPJS Kesehatan sejak tanggal 1 Januari 2014.<sup>3</sup>

Selanjutnya beberapa permasalahan yang penting sedang dihadapi pemerintah mewarnai program badan penyelenggara jaminan kesehatan atau yang dikenal BPJS adalah bahwa pelayanan BPJS Kesehatan, khusus untuk masyarakat miskin penerima bantuan ditanggung Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), belum memuaskan. Buruknya pelayanan ini bisa dilihat dari sikap rumah sakit yang masih mencari alasan untuk tidak melayani warga miskin peserta penerima bantuan tersebut. Berbagai alasan pihak rumah sakit tidak melayani warga miskin bermacam-macam dan umumnya beralasan karena kamar pasien sudah penuh. Padahal ketika dicek banyak kamar kosong.<sup>4</sup>

Hak warga negara dibidang kesehatan, *Pertama*, asas ketidakpastian. Berbeda dengan kebutuhan akan komoditi lain seperti baju, sepatu maka seseorang tidak tahu secara pasti kapan akan membutuhkan pelayanan kesehatan. Pada dasarnya tidak ada orang yang menginginkan untuk jatuh sakit dan dirawat dirumah sakit, yang diinginkan adalah menjadi sehat. *Kedua*, karena adanya ketidak-seimbangan informasi (asimetri informasi). Ketika seseorang jatuh sakit, keputusan untuk membeli jasa pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan ada ditangan dokter atau tempat dimana ia berobat (klinik, rumah sakit). Bila mengikuti suatu prosedur pembedahan pasien boleh dikatakan tidak mengetahui apakah ia membutuhkan operasi tersebut atau tidak. Kondisi ini sering dikenal sebagai ketidaktahuan pasien. *Ketiga*, adanya dampak terhadap pihak lain. Pendekatan untuk mengatasi masalah kesehatan umumnya tidak hanya membawa dampak terhadap individu bersangkutan, tetapi juga masyarakat luas. Sebagai contoh, bila sekumpulan individu telah mendapatkan kekebalan akibat vaksinasi terhadap penyakit tertentu (misalnya: polio) maka secara agregat kekebalan akan membawa dampak positif juga terhadap sekelompok penduduk diwilayah tertentu, dan akhirnya negara terbebas dari polio.<sup>5</sup>

Permasalahan yang muncul dalam pelaksanaan JKN saat ini mulai dari persoalan kartu, ketidakpahaman masyarakat akan layanan BPJS, sistem rujukan yang tidak bisa berubah dengan segera dan kualitas layanan. Berdasarkan permasalahan dan hak kesehatan tersebut, tugas pemerintah adalah memberikan pelayanan prima. Undang-Undang Nomor

---

<sup>3</sup><http://www.mgtradio.com/component/k2/item/4975-sejarah-singkat-bpjs-kesehatan> diakses pada tanggal 25 September 2015. Pukul 00:57 wib.

<sup>4</sup><http://bisniskeuangan.kompas.com/read/2015/01/06/130228826/Ini.Permasalahan.Penting.di.BPJS.Kesehatan>. diakses pada tanggal 09 Oktober 2015. Pukul 02:23 wib.

<sup>5</sup> Roem Topatimasang, dkk. *Sehat itu Hak: Panduan Advokasi Masalah Kesehatan Masyarakat*. Jakarta. Katalog Nasional Dalam Terbitan (KDT). 2005. h. 89.

36 Tahun 2009 (UU No. 36/2009) tentang Kesehatan menjelaskan secara detail terkait hak-hak dan kewajiban pemerintah. Dalam pelayanan BPJS kesehatan, peserta harus mengikuti pelayanan yang rumit untuk mendapatkan hak pelayanan kesehatan. Kewajiban pemerintah berdasarkan Pasal 18 Undang-Undang BPJS, yang berbunyi: Pemerintah mendaftarkan penerima bantuan iuran dan anggota keluarganya sebagai peserta kepada BPJS dan penerima bantuan iuran wajib memberikan data anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada pemerintah untuk disampaikan kepada BPJS. Berdasarkan uraian tersebut diatas, banyak permasalahan warga negara sebagai pemegang hak kesehatan yang harus dapat pemenuhan dan perlindungan.

## **RUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan uraian-uraian latar belakang di atas, penulis membuat rumusan masalah untuk diteliti sebagai berikut: Bagaimanakah perlindungan hukum hak kesehatan warga negara berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial?

## **METODE PENELITIAN**

Dalam penelitian ini, digunakan pendekatan yuridis normatif khususnya pada pendekatan perundang-undangan.<sup>6</sup> Memecahkan suatu isu hukum melalui penelitian hukum memerlukan pendekatan-pendekatan tertentu sebagai dasar pijakan untuk menyusun argumen yang tepat.

## **PEMBAHASAN**

### **Perlindungan Hukum Hak Kesehatan Warga Negara Berdasarkan Undang-Undang BPJS**

BPJS merupakan badan hukum yang dibentuk oleh pemerintah untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan kepada seluruh warga negara. Dalam pelaksanaannya, permasalahan yang sering kali terjadi pada BPJS, diantaranya:

#### 1. Kepesertaan

Pemegang kartu KIS (Kartu Indonesia Sehat) merupakan warga miskin yang iurannya di tanggung pemerintah. Berbagai media pernah memberitakan bahwa pemegang kartu BPJS kesehatan peserta mandiri ada yang mendapat pelayanan yang kurang memuaskan, begitu pula dengan pengguna kartu KIS. Jika disandingkan pelayanan Kartu BPJS kesehatan dengan Asuransi swasta /premium maka akan terlihat perbedaannya.

#### 2. Biaya Operasional

Tidak seimbang antara klaim dari ribuan fasilitas kesehatan dengan iuran premi yang diterima oleh BPJS Kesehatan sehingga sampai tahun ini BPJS kesehatan masih mengalami defisit anggaran sebesar 6 triliun rupiah. Hal ini dikarenakan perilaku curang beberapa peserta yang hanya mendaftar dan membayar BPJS kesehatan ketika sedang sakit dan tidak meneruskan membayar ketika sudah sembuh. Padahal biaya

---

<sup>6</sup> Johnny Ibrahim. *Teori Metode dan Penelitian Hukum Normatif*, Bayumedia Publishing, Malang, 2007, h. 300.

yang telah dikeluarkan BPJS Kesehatan untuk penyakit yang dideritanya belasan bahkan ratusan juta rupiah.

3. Pelayanan yang tidak optimal

Peserta sering merasa tidak dilayani secara maksimal, masih harus membayar karena stok obat kosong harus mencari ke apotik yang belum bekerjasama dengan BPJS kesehatan. Sementara para dokter mengeluh minimnya upah yang tak sebanding dengan keahliannya. Sedangkan fasilitas kesehatan menjerit klaim yang tak bisa dibayar dikarenakan perubahan-perubahan peraturan direksi yang belum diketahui.<sup>7</sup>

Hak asasi manusia menurut pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 adalah seperangkat hak yang melekat pada hakikat dan keberadaan manusia sebagai makhluk Tuhan Yang Maha Esa dan merupakan anugerah-Nya yang wajib dihormati, dijunjung tinggi dan dilindungi oleh negara, hukum dan Pemerintah, dan setiap orang demi kehormatan serta perlindungan harkat dan martabat manusia. Dalam konteks asasi, kesehatan merupakan hak setiap orang dengan Negara yang wajib menghormati, menjunjung dan melindungi. Bentuk upaya Negara tersebut tertuang dalam peraturan perundang-undangan mengenai kesehatan dan mengenai warga Negara, mengingat bentuk perlindungan Negara masih dalam batas warga Negara atau orang yang tercatat sebagai penduduk dalam register Negara, sedangkan orang yang tidak tercatat dianggap *stateless* belum masuk dalam tanggungjawab Negara.

Hak kesehatan adalah hak untuk hidup sehat baik secara fisik maupun rohani. Macam-macam hak kesehatan dari berbagai undang-undang, antara lain:

1. Hak untuk mendapat informasi

Setiap orang berhak mendapatkan informasi yang detail dan lengkap tentang penyakit yang dideritanya. Sesuai dengan Undang-Undang No. 8 Tahun 1999, Pasal 4 tentang Perlindungan Konsumen berbunyi:

- a. Hak atas kenyamanan, keamanan, dan keselamatan dalam mengkonsumsi barang dan/atau jasa;
- b. Hak untuk memilih barang dan/atau jasa serta mendapatkan barang dan/atau jasa tersebut sesuai dengan nilai tukar dan kondisi serta jaminan yang dijanjikan;
- c. Hak atas informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa;
- d. Hak untuk didengar pendapat dan keluhannya atas barang dan/atau jasa yang digunakan;
- e. Hak untuk mendapatkan advokasi, perlindungan, dan upaya penyelesaian sengketa perlindungan konsumen secara patut;
- f. Hak untuk mendapat pembinaan dan pendidikan konsumen;
- g. Hak untuk diperlakukan atau dilayani secara benar dan jujur serta tidak diskriminatif;
- h. Hak untuk mendapatkan kompensasi, ganti rugi dan/atau penggantian, apabila barang dan/atau jasa yang diterima tidak sesuai dengan perjanjian atau tidak sebagaimana mestinya;
- i. Hak-hak yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya.

---

<sup>7</sup><http://www.bpjs-online.com/3-pokok-utama-masalah-bpjs-kesehatan/> diakses pada tanggal 3 Desember 2015. Pukul 01:52 wib.

## Perlindungan Hukum Hak Kesehatan Warga Negara Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Berdasarkan pasal diatas, pasien juga berhak mendapatkan informasi tentang tindakan medis, potensi risiko yang timbul karena tindakan medis, serta informasi estimasi biaya yang harus ditanggung pasien serta informasi waktu lama proses pengobatan.

Terkait dengan Hak Informasi, Anda atau anggota keluarga bisa menanyakan semua hal ini sebelum masuk ke ruang rawat. Informasi yang harus diberikan adalah informasi yang selengkap-lengkapny yaitu informasi yang kuat tentang perlunya tindakan medis yang bersangkutan dan resiko yang ditimbulkan. Informasi yang harus diberikan adalah tentang keuntungan dan kerugian dari tindakan medis yang akan dilaksanakan, baik diagnostik maupun terapeutik.<sup>8</sup>

### 2. Hak untuk pelayanan kesehatan

Pasal 28 H ayat (1) UUD 1945 menyatakan bahwa “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Setiap warga negara yang kurang mampu maupun mampu secara keuangan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis sebagai hak. Dalam hal ini secara teknis, pasien berhak mendapatkan pelayanan kesehatan tingkat dasar tanpa pungutan biaya. Terlebih lagi, jika setiap orang berasal dari keluarga kurang mampu, maka setiap anggota keluarga berhak mendapatkan pelayanan kesehatan tingkat dasar tersebut.

### 3. Hak kerahasiaan medis

Rahasia medis merupakan hak pasien yang harus dilindungi dan dijunjung tinggi oleh setiap penyelenggara pelayanan kesehatan. Pelanggaran terhadap hak pasien ini merupakan sebuah kejahatan yang dapat dimintai pertanggung jawaban hukum. Menurut Ampera, perlindungan terhadap hak rahasia medis ini dapat di lihat dalam peraturan perundang-undangan antara lain:

Pasal 57 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengatakan bahwa setiap orang berhak atas kondisi kesehatan pribadinya yang telah dikemukakan kepada penyelenggara pelayanan kesehatan. Pasal 48 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek kedokteran mengatakan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktek kedokterannya wajib menyimpan rahasia kedokteran.

Pasal 32 huruf (i) Undang-Undang Nomor 44 Tentang Rumah Sakit mengatakan bahwa hak pasien untuk mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya.<sup>9</sup>

### 4. Hak untuk mendengarkan pendapat kedua

Setiap pasien yang ragu dengan hasil diagnosa medis seorang dokter, maka punya hak untuk mencari tahu pendapat dari dokter lainnya tentang diagnosa medis yang dialaminya sesuai dengan Pasal 52 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

### 5. Hak untuk mendapatkan persetujuan pelayanan medis

Seorang pasien memerlukan tindakan medis yang berisiko tinggi, sehingga pihak rumah sakit perlu mendapatkan persetujuan dari pasien atau keluarga pasien atas tindakan

---

<sup>8</sup> Cecep Triwibowo. *Etika dan Hukum Kesehatan*. Nuha Medika. 2014. h. 71.

<sup>9</sup> Ampera, 2011, “Serial Hukum Kesehatan : Rahasia Medis”, (yang diakses pada 11 Desember 2015). Pukul 03:11, <http://drampera.blogspot.com/2011/04/tanggung-jawab-pelayanan-publik-rumah.html>

medis tersebut. Menurut Pasal 56 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan berbunyi:

56 Ayat (1) Setiap orang berhak menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap.

56 Ayat (2) Hak menerima atau menolak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku pada: a. penderita penyakit yang penyakitnya dapat secara cepat menular ke dalam masyarakat yang lebih luas; b. keadaan seseorang yang tidak sadarkan diri; atau c. gangguan mental berat.

Hak sebagaimana yang telah diuraikan secara jelas masih menyisakan warga negara yang belum *tercover* oleh penyelenggara jaminan sosial kesehatan nasional yaitu BPJS. Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.

Dalam pelaksanaannya, BPJS memberikan layanan kesehatan bagi peserta menurut Pasal 22 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, sebagai berikut:

(1) Pelayanan kesehatan yang dijamin terdiri atas:

- a. pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan non spesialisik yang mencakup:
  1. administrasi pelayanan;
  2. pelayanan promotif dan preventif;
  3. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
  4. tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
  5. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
  6. transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis;
  7. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama; dan
  8. rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi.
- b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup:
  1. rawat jalan yang meliputi:
    - a) administrasi pelayanan;
    - b) pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspecialis;
    - c) tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis;
    - d) pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
    - e) pelayanan alat kesehatan implan;
    - f) pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
    - g) rehabilitasi medis;
    - h) pelayanan darah;
    - i) pelayanan kedokteran forensik; dan
    - j) pelayanan jenazah di Fasilitas Kesehatan.
  2. rawat inap yang meliputi:
    - a) perawatan inap non intensif; dan

Perlindungan Hukum Hak Kesehatan Warga Negara Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

- b) perawatan inap di ruang intensif.
  - c) pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.
- (2) Dalam hal pelayanan kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c telah ditanggung dalam program pemerintah, maka tidak termasuk dalam pelayanan kesehatan yang dijamin.
- (3) Dalam hal diperlukan, selain pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Peserta juga berhak mendapatkan pelayanan berupa alat bantu kesehatan.
- (4) Jenis dan plafon harga alat bantu kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan oleh Menteri.

Layanan tersebut bagian dari hak kesehatan. Hak Kesehatan dalam BPJS diartikan sebagai hak peserta. Menurut Pasal 12 dan Pasal 10 Peraturan Presiden (Perpres) Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, Hak Peserta yaitu: Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan identitas Peserta yang sekurang-kurangnya memuat nama dan alamat dengan nomor identitas tunggal yang berlaku untuk semua program jaminan sosial.

Terdapat Perbedaan Hak kesehatan warga negara pada berbagai Undang-Undang dengan Undang-Undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yaitu bahwa setiap orang memiliki hak mendapatkan informasi, untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, kerahasiaan medis, mendengarkan pendapat kedua serta persetujuan pelayanan medis. Sedangkan, hak kesehatan menurut Undang-Undang BPJS hak adalah hak yang dimiliki oleh peserta atau orang dan warga Negara yang telah mendaftar. Hak peserta menurut pasal 12 Peraturan Presiden (Perpres) Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan yaitu mendapatkan identitas peserta yang berlaku untuk semua program jaminan sosial.

Tidak semua hak kesehatan ditanggung oleh BPJS karena menurut Mahlil, biaya kesehatan atau pelayanan yang ditanggung BPJS sudah cukup maksimal. Akan tetapi jika pasien menginginkan layanan lebih yang tidak ditanggung oleh BPJS, maka selisihnya harus dibayar sendiri oleh pasien atau jika ada, asuransi swasta yang menanggungnya.<sup>10</sup> Menurut Pasal 25 UU No. 24/2011, Pelayanan atau hal-hal lain yang tidak termasuk jaminan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;
2. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali untuk kasus gawat darurat;
3. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
4. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
5. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
6. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
7. Pelayanan meratakan gigi (ortodontisi);
8. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol;

---

<sup>10</sup><https://keluhkesahasuransi.wordpress.com/tag/bpjs/> di akses pada tanggal 01 Januari 2016. Pukul 01:02 wib.

9. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
10. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur, shin she, chiropractic, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan;
11. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen);
12. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu;
13. Perbekalan kesehatan rumah tangga;
14. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah; dan
15. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan.

Implikasi BPJS Kesehatan tidak menanggung layanan kesehatan adalah peserta BPJS mengalami banyak kesulitan mengenai biaya yang harus ditanggung apabila jatuh sakit dan tidak *tercover* oleh BPJS Kesehatan. Misalnya peserta yang mengalami kecelakaan dan perlu melakukan operasi, maka hak kesehatan bagi peserta sangatlah penting untuk diketahui. Bagi yang bukan peserta BPJS akan mengalami kesulitan biaya yang harus dikeluarkan bila pemenuhan hak yang tidak optimal pada saat belum menjadi anggota atau peserta BPJS.

Perlindungan hukum menurut Philipus M. Hadjon adalah perlindungan akan harkat dan martabat, serta pengakuan terhadap hak-hak asasi manusia yang dimiliki oleh subyek hukum berdasarkan ketentuan hukum dari kesewenangan atau sebagai kumpulan peraturan atau kaidah yang akan dapat melindungi suatu hal dari hal lainnya. Berkaitan dengan konsumen, berarti hukum memberikan perlindungan terhadap hak-hak pelanggan dari sesuatu yang mengakibatkan tidak terpenuhinya hak-hak tersebut.<sup>11</sup>

Perlindungan hukum hak kesehatan Warga Negara menurut Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, hal mengenai perlindungan hukum pada Undang-Undang tersebut dibahas dalam beberapa pasal yang mengatur tentang hak kesehatan Warga Negara sebagai peserta BPJS, dalam Pasal 18 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, berbunyi:

- (1) Pemerintah mendaftarkan penerima Bantuan Iuran dan anggota keluarganya sebagai peserta kepada BPJS.
- (2) Penerima Bantuan Iuran wajib memberikan data mengenai diri sendiri dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada pemerintah untuk disampaikan kepada BPJS.

Berdasarkan pasal diatas menjelaskan, bahwa warga negara wajib mendaftarkan sebagai peserta BPJS untuk memberikan jaminan kesehatan apabila terjadi sesuatu yang tidak diinginkan. Perlindungan hukum atas hak kesehatan diberikan kepada warga Negara Indonesia apabila telah menjadi peserta BPJS, baik BPJS PBI maupun mandiri. Apabila belum terdaftar sebagai peserta, maka perlindungan hukum atas hak kesehatan (dalam hal layanan) belum ada kecuali warga Negara melakukan klaim atas haknya dengan meminta Negara melalui keberadaan serta keterangan miskin yang artinya Negara mengakui keberadaanya (meski tidak terdaftar sebagai peserta BPJS) dan akan memberikan pelayanan

---

<sup>11</sup> Philipus M Hadjon. *Perlindungan Hukum Bagi Rakyat Indonesia*. 1987. Surabaya: Bina Ilmu. h. 25.

## Perlindungan Hukum Hak Kesehatan Warga Negara Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

dengan danggaran daerah. Sehingga perlindungan hukum hak kesehatan warga Negara yang tidak terdaftar dalam BPJS ditanggung oleh Negara yaitu pemerintah propinsi dan pemerintah daerah.

Hak kesehatan warga Negara yang menjadi peserta BPJS meliputi perlindungan hukum pada pemenuhan tindakan preventif dan rehabilitatif. Hak kesehatan yang diberikan BPJS Kesehatan dalam bentuk upaya pencegahan untuk menghindari peserta terkena suatu penyakit yang berbahaya berdasarkan Pasal 20 Ayat 1 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS, adalah "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 yang diperlukan".

Tindakan preventif bagi peserta BPJS menurut Pasal 21 Peraturan Presiden (Perpres) Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, diantaranya pada pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

- a. penyuluhan kesehatan perorangan;
- b. imunisasi dasar;
- c. keluarga berencana; dan
- d. skrining kesehatan.

Tindakan rehabilitatif bagi peserta BPJS menurut Pasal 30 Peraturan Presiden (Perpres) Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, berbunyi:

- (1) Fasilitas Kesehatan wajib menjamin Peserta yang dirawat inap mendapatkan obat dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis.
- (2) Fasilitas Kesehatan rawat jalan yang tidak memiliki sarana penunjang, wajib membangun jejaring dengan Fasilitas Kesehatan penunjang untuk menjamin ketersediaan obat, bahan medis habis pakai, dan pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan.

### **Posisi Hak Kesehatan Warga Negara dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang BPJS**

Hak kesehatan warga negara adalah peserta sebagai konsumen jasa pelayanan memiliki dua macam hak dasar yang bersifat individual yaitu hak atas informasi yang benar, hak atas pelayanan medis, dan hak untuk menentukan nasibnya sendiri. Dilihat dari posisinya, Hak warga negara dalam BPJS adalah Hak-hak peserta untuk mendapatkan pelayanan kesehatan komprehensif yang dijanjikan belum mampu diwujudkan oleh BPJS.<sup>12</sup>

Cara mendapat hak kesehatan yaitu dengan menjadi peserta BPJS Kesehatan karena menurut Pasal 14 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS sudah menjelaskan secara detail, berbunyi: "Setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, wajib menjadi Peserta program Jaminan Sosial". Semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola BPJS termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran. Setelah peserta mendapatkan hak kesehatannya, maka didalam Pasal 29 ayat 2,

---

<sup>12</sup>[http://www.kompasiana.com/yaslisilyas/bpjs-cacat-kongenital\\_54f7b265a33311c5198b4-87e](http://www.kompasiana.com/yaslisilyas/bpjs-cacat-kongenital_54f7b265a33311c5198b4-87e) diakses pada tanggal 01 January 2015. Pukul 01:51 wib.

menjelaskan bahwa “Dalam jangka waktu 3 (tiga) bulan selanjutnya peserta berhak memilih Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang diinginkan”.

Cara mendapat layanan BPJS sebagai bentuk hak kesehatan yaitu dengan cara mendaftarkan dirinya sebagai peserta BPJS. Pendaftaran peserta BPJS Ketenagakerjaan sesuai Pasal 11, Pasal 12, Pasal 13 berdasarkan Peraturan Presiden (Perpres) Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Peserta BPJS diantaranya peserta mandiri, pemberi kerja wajib mendaftarkan anggota keluarganya dan pekerjanya. Menurut Pasal 1 angka 3 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program jaminan kesehatan. Sedangkan, peserta mandiri bukan pekerja menurut Pasal 16 ayat 3 UU No. 24/2011 tentang BPJS adalah peserta yang iurannya dibayar oleh peserta yang bersangkutan.

Cara pendaftaran agar menjadi peserta BPJS Kesehatan, yang meliputi:<sup>13</sup>

1. Pengguna Layanan Pendaftaran BPJS Kesehatan harus memiliki usia yang cukup secara hukum untuk melaksanakan kewajiban hukum yang mengikat dari setiap kewajiban apapun yang mungkin terjadi akibat penggunaan Layanan Pendaftaran BPJS Kesehatan
2. Mengisi dan memberikan data dengan benar dan dapat dipertanggungjawabkan,
3. Mendaftarkan diri dan anggota keluarganya menjadi peserta BPJS Kesehatan.
4. Membayar iuran setiap bulan selambat-lambatnya tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan
5. Melaporkan perubahan status data peserta dan anggota keluarga, perubahan yang dimaksud adalah perubahan fasilitas kesehatan, susunan keluarga/jumlah peserta, dan anggota keluarga tambahan
6. Menjaga identitas peserta (Kartu BPJS Kesehatan atau e ID) agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak
7. Melaporkan kehilangan dan kerusakan identitas peserta yang diterbitkan oleh BPJS Kesehatan kepada BPJS Kesehatan
8. Menyetujui membayar iuran pertama paling cepat 14 (empat belas) hari kalender dan paling lambat 30 (tiga puluh) hari kalender setelah menerima *virtual account* untuk mendapatkan hak dan manfaat jaminan kesehatan
9. Menyetujui mengulang proses pendaftaran apabila :
  - a) Belum melakukan pembayaran iuran pertama sampai dengan 30 (tiga puluh) hari kalender sejak *virtual account* diterima; atau
  - b) Melakukan perubahan data setelah 14 (empat belas) hari kalender sejak *virtual account* diterima dan belum melakukan pembayaran iuran pertama (poin a dan b diatas harus lebih masuk dari angka 9)

Bagi kepesertaan Bayi Baru Lahir:

1. Bayi peserta penerima bantuan iuran bayi baru lahir dari Peserta penerima bantuan iuran secara otomatis dijamin oleh BPJS Kesehatan. Bayi tersebut dicatat dan dilaporkan kepada BPJS Kesehatan oleh fasilitas kesehatan untuk kepentingan rekonsiliasi data penerima bantuan iuran.
2. Bayi peserta jamkesmas non Kuota Berdasarkan Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor: JP/Menkes/590/XI/2013 tentang Jaminan Kesehatan Masyarakat bahwa: “Bila

---

<sup>13</sup><http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2014/15> diakses pada Tanggal 12 Desember 2015. Pukul 03:35.

Perlindungan Hukum Hak Kesehatan Warga Negara Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

masih terdapat masyarakat miskin dan tidak mampu di luar peserta Jaminan Kesehatan Nasional yang berjumlah 86,4 juta jiwa maka menjadi tanggung jawab pemerintah daerah (sesuai dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2013 Tentang Penyusunan APBD Tahun 2014)", maka:

- a. Bayi yang lahir dari peserta Jamkesmas non kuota menjadi tanggung jawab pemerintah daerah.
  - b. Peserta non kuota Jamkesmas, terhitung mulai tanggal 1 Januari 2014 tidak dilayani dalam penyelenggaraan program BPJS Kesehatan, kecuali didaftarkan sebagai peserta BPJS Kesehatan.
3. Peserta BPJS Kesehatan Pekerja Penerima Upah anak ke-1 sd ke-3 Bayi anak ke-1 (satu) sampai dengan anak ke-3 (tiga) dari peserta Pekerja Penerima Upah secara otomatis dijamin oleh BPJS Kesehatan.
4. Bayi baru lahir dari:
- a. Peserta pekerja bukan penerima upah;
  - b. Peserta bukan pekerja; dan
  - c. anak ke-4 (empat) atau lebih dari peserta penerima upah Dijamin oleh BPJS Kesehatan jika pengurusan kepesertaan dan penerbitan SEP dilakukan dalam waktu 7 (tujuh) hari kalender sejak kelahirannya atau sebelum pulang apabila bayi dirawat kurang dari 7 (tujuh) hari. Dalam pengurusan kepesertaan bayi dilakukan pada hari ke-8 atau seterusnya, maka biaya pelayanan kesehatan tersebut tidak dijamin BPJS Kesehatan.<sup>14</sup>

Cara pendaftaran agar menjadi peserta BPJS Ketenagakerjaan, yang meliputi:<sup>15</sup>

1. Peserta tenaga kerja dalam hubungan kerja:
  - a. Mengisi formulir pendaftaran perusahaan;
  - b. Mengisi formulir pendaftaran peserta;
  - c. Bukti pembayaran iuran pertama;
  - d. Asli dan fotokopi Surat Izin Usaha Perdagangan;
  - e. Asli dan Fotokopi NPWP Perusahaan;
  - f. Asli dan Fotokopi Akta Perdagangan Perusahaan;
  - g. Fotokopi KTP masing-masing Pekerja;
  - h. Fotokopi KK masing-masing Pekerja; dan
  - i. Pas Foto berwarna masing-masing Pekerja ukuran 2x3 1 Lembar.
2. Peserta tenaga kerja diluar hubungan kerja:
  - a. Mengisi formulir pendaftaran wadah;
  - b. Mengisi formulir pendaftaran peserta;
  - c. Bukti pembayaran iuran pertama;
  - d. Surat izin usaha dari RT/RW/Kelurahan setempat;
  - e. Fotokopi KTP masing-masing Pekerja;
  - f. Fotokopi KK masing-masing Pekerja; dan
  - g. Pas Foto berwarna masing-masing Pekerja ukuran 2x3 1 Lembar.

---

<sup>14</sup>[file:///C:/Users/win7/Downloads/Panduan\\_Praktis\\_Pelayanan\\_Kesehatan.pdf](file:///C:/Users/win7/Downloads/Panduan_Praktis_Pelayanan_Kesehatan.pdf). diakses pada Tanggal 12 Desember 2015. Pukul 03:22.

<sup>15</sup>[http://www.jamsosindonesia.com/teropong/subdetail/bpjs-ketenagakerjaan\\_400/ayosegera-daftar-jaminan-ketenagakerjaan\\_27](http://www.jamsosindonesia.com/teropong/subdetail/bpjs-ketenagakerjaan_400/ayosegera-daftar-jaminan-ketenagakerjaan_27) diakses pada Tanggal 01 Januari 2016. Pukul 02.44 wib.

Beda hak warga negara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Tenaga Kerja berdasarkan Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja adalah suatu perlindungan bagi tenaga kerja dalam bentuk santunan berupa uang sebagai pengganti sebagian dari penghasilan yang hilang atau berkurang dan pelayanan sebagai akibat peristiwa atau keadaan yang dialami oleh tenaga kerja berupa kecelakaan kerja, sakit, hamil, bersalin, hari tua, dan meninggal dunia.

Bedanya BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan adalah BPJS Kesehatan suatu badan hukum yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Sedangkan BPJS Ketenagakerjaan adalah suatu bentuk perlindungan hukum yang diberikan kepada para pekerja sebagai akibat peristiwa atau keadaan yang dialami tenaga kerja. BPJS Kesehatan dengan BPJS Ketenagakerjaan menurut Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 BPJS, Pasal 6:

1. BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 5 ayat (2) huruf a menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
2. BPJS Ketenagakerjaan sebagaimana dimaksud dalam pasal 5 ayat (2) huruf b, menyelenggarakan program:
  - a. jaminan kecelakaan kerja;
  - b. jaminan hari tua;
  - c. jaminan pensiun; dan
  - d. jaminan kematian.

Berdasarkan pasal diatas, BPJS Kesehatan adalah menyelenggarakan program tentang jaminan kesehatan. Sedangkan BPJS Ketenagakerjaan adalah menyelenggarakan program tentang jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian

Hak dan kewajiban BPJS, untuk pelaksanaan hak kesehatan warga negara maka negara harus melaksanakan kewajiban dalam hal ini oleh BPJS. Berdasarkan Pasal 13 UU No. 24/2011 tentang BPJS, kewajiban BPJS yang meliputi:

- a. memberikan nomor identitas tunggal kepada Peserta;
- b. mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta;
- c. memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya;
- d. memberikan Manfaat kepada seluruh Peserta sesuai dengan Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
- e. memberikan informasi kepada Peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku;
- f. memberikan informasi kepada Peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya;
- g. memberikan informasi kepada Peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
- h. memberikan informasi kepada Peserta mengenai besar hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
- i. membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuarial yang lazim dan berlaku umum;

Perlindungan Hukum Hak Kesehatan Warga Negara Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

- j. melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial; dan
- k. melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

Sedangkan dalam melaksanakan kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS berhak untuk:

- a. Memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan/atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- b. Memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan.

Keterkaitan antara hak dan kewajiban BPJS dengan hak peserta adalah hak dan kewajiban BPJS sebagai sarana untuk memberikan informasi kepada peserta, memberikan nomor identitas, dan memberikan manfaat kepada seluruh peserta sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Sedangkan hak peserta adalah mendapatkan kartu identitas sebagai peserta BPJS, mendapatkan layanan kesehatan, dan memperoleh manfaat jaminan kesehatan,

Hak yang harusnya ada tetapi belum diatur berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS terdapat dalam pasal 15 ayat 1, menjelaskan "Pemberi kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta Jaminan Sosial yang diikuti". Mengenai sanksi pidana atas kelalaian perusahaan atau pemberi kerja dalam mendaftarkan keikutsertaan pekerjanya dalam jaminan sosial tenaga kerja atau penyelenggara sistem jaminan sosial nasional. Hal ini, belum memberikan jaminan bahwa pekerja/buruh dapat memperoleh haknya. Contohnya, apabila ada seorang ibu yang baru saja melahirkan dan anaknya belum terdaftar sebagai anggota BPJS yang terkena penyakit kuning. Padahal anak bayi tersebut yang seharusnya sudah mendapatkan hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, kurangnya pemenuhan hak tersebut yang tertuang dalam Undang-Undang BPJS Kesehatan.

Menurut Mulyo Wibowo sebagai kepala BPJS Kesehatan Divisi Regional VII Jawa Timur mengatakan, "Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Jawa Timur hingga akhir 2015 mencatat sekitar 21,7 juta jiwa warga atau 57 persen dari jumlah penduduk setempat yang terdaftar kepesertaan program asuransi BPJS. sebanyak 1,6 juta terdaftar sebagai peserta mandiri, 35 persen diantaranya sudah tidak aktif membayar iuran".<sup>16</sup> Oleh karena itu, Pemerintah tidak ingin mempersulit fakir miskin untuk mendapatkan hak atas Jaminan Kesehatan tanpa diskriminasi. Terbukti, Jaminan Kesehatan untuk seluruh rakyat Indonesia dilaksanakan, Menteri Keuangan telah mengurangi jumlah fakir miskin yang pertama sebelumnya ditetapkan 96, 4 juta jiwa diturunkan menjadi 86,4 jiwa. Sedangkan besaran iuran yang sebelumnya telah ditetapkan oleh Menkokesra (Menteri Koordinator bidang Kesejahteraan Rakyat) sebesar Rp 22.100 perorang/bulan, diturunkan oleh Menteri Keuangan menjadi Rp 15.500 per orang/bulan. Sesungguhnya, mengenai penetapan kriteria

---

<sup>16</sup><http://www.antarajatim.com/lihat/berita/170383/bpjs-kesehatan-217-juta-warga-jatim-terdaftar/> diakses pada tanggal 01 Februari 2015. Pukul 01:38 wib.

dan pendataan fakir miskin adalah tugas dan tanggung jawab Pemerintah sebagaimana diperintahkan oleh Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin.<sup>17</sup>

Hak kesehatan yang harus terpenuhi berdasarkan Jaminan Kesehatan Nasional adalah Hak menjamin untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Pengertian Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menurut pasal 1 angka 2 UU No. 40/2011 tentang SJSN adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib bagi seluruh rakyat Indonesia, maupun untuk warga negara asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia yang pengaturannya berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.<sup>18</sup>

Hubungan SJSN, JKN dengan BPJS adalah SJSN merupakan tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial dan JKN merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat dalam pelayanan BPJS. Sedangkan, BPJS merupakan badan hukum publik yang menjalankan program Jaminan Kesehatan tersebut.

Sehingga posisi hak kesehatan warga negara adalah kebutuhan dasar setiap manusia yang harus dipenuhi. Sebagaimana yang telah diamanatkan di dalam Pasal 28 H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menyatakan bahwa, "setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan".

### **Pihak yang berkewajiban dalam pemenuhan hak kesehatan warga negara dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.**

Kewajiban pemerintah selaku kepala negara dalam pemenuhan hak kesehatan karena sesuai dengan pasal 28 huruf I ayat (4) UUD 1945 dan pasal 8 Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia menyatakan bahwa perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan hak asasi manusia adalah tanggung jawab negara, terutama pemerintah.

Yang bertanggung jawab dalam penyedia layanan BPJS berdasarkan, Pasal 35 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah (1) Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program Jaminan Kesehatan.

---

<sup>17</sup><http://turc.or.id/news/bpjs-watch-kajs-mpbi-menuntut-presiden-melakukan-revisi-atas-pp-penerima-bantuan-iuran-dan-perpres-jaminan-kesehatan/> diakses pada tanggal 08 Januari 2015. Pukul 03:18 wib.

<sup>18</sup><http://www.jkn.kemkes.go.id/detailfaq.php?id=1> diakses pada tanggal 28 Desember 2015. Pukul 01:32 wib.

(2) Pemerintah dan Pemerintah Daerah dapat memberikan kesempatan kepada swasta untuk berperan serta memenuhi ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Peran pemerintah dalam pelaksanaan kesehatan agar dapat terwujud, meliputi:<sup>19</sup>

1. Mengatur upaya penyelenggaraan serta sumber daya kesehatan.
2. Membina penyelenggaraan serta sumber daya kesehatan.
3. Mengawasi penyelenggaraan serta sumber daya kesehatan.
4. Menggunakan peran serta masyarakat dalam upaya penyelenggaraan serta sumber daya kesehatan.

Dalam penyelenggaraan kesehatan di masyarakat, diperlukan upaya peningkatan pembangunan di bidang kesehatan. Dalam hal ini pemerintah mempunyai fungsi dan tanggung jawab agar tujuan pemerintah di bidang kesehatan dapat mencapai hasil yang optimal melalui penempatan tenaga, sarana, dan prasarana baik dalam hitungan jumlah (kuantitas) maupun mutu (kualitas).

Prosedur Pelayanan Bagi Peserta BPJS

Peran pemerintah daerah dalam program SJSN sangat diperlukan guna berjalannya program tersebut dengan baik, peran pemerintah tersebut antara lain:

1. Pengawasan program SJSN, agar sesuai dengan ketentuan.
2. Menyediakan anggaran tambahan untuk iuran, baik untuk penerima bantuan iuran ataupun masyarakat yang lain.
3. Penentu peserta penerima bantuan iuran.
4. Penyediaan/pengadaan dan pengelolaan sarana penunjang.
5. Mengusulkan pemanfaatan/investasi dana SJSN di daerah terkait.
6. Sarana/usul kebijakan penyelenggara SJSN.<sup>20</sup>

Berdasarkan pasal diatas, pemerintah berkewajiban antara lain pemerintah wajib mendaftarkan seluruh warga negara pada BPJS Kesehatan, melakukan pengawasan program, menyediakan anggaran tambahan baik untuk penerima bantuan iuran ataupun masyarakat lain, serta pemerintah wajib menyediakan sarana penunjang. Menurut Sulastomo, selain 6 (enam) peran diatas, pemerintah daerah juga memiliki peran penting untuk mendukung program BPJS, yakni:

1. Mendukung proses kepesertaan dalam rangka menuju cakupan semesta 2019 melalui integrasi Jamkesda melalui (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah) APBD dengan mengikuti skema JKN.
2. Mendorong kepesertaan pekerja penerima upah yang ada di wilayahnya (PNS, Pemda, Pekerja BUMD dan Swasta) dan mendorong kepesertaan pekerja bukan penerima upah (kelompok masyarakat/individu).
3. Mendorong penyiapan fasilitas kesehatan milik pemerintah dan swasta serta mendukung ketersediaannya tenaga kesehatan terutama dokter umum di puskesmas dan spesialis di rumah sakit.

---

<sup>19</sup> Muhamad Djumhana. *Hukum Ekonomi Sosial Indonesia*. Citra Aditya Bakti. Bandung. 1994. h. 382.

<sup>20</sup> Sulastomo. *Sistem Jaminan Sosial Nasional Sebuah Introduksi*. Rajawali Pers. Jakarta. 2007. h. 32-33.

4. Mengefektifkan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapasitas di fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemda.

### **Hak warga negara dalam penyelesaian sengketa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial**

Menurut pasal 1 angka 1 UU No. 25/2009 tentang Pelayanan Publik, Pelayanan Publik adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundangundangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik.

Layanan publik kesehatan diantaranya adalah rumah sakit memiliki dua fungsi, yaitu represif dan preventif. Fungsi represif lebih menitikberatkan pada penyembuhan pasien sakit. Fungsi preventif membawa konsekuensi misi pelayanan kesehatan adalah untuk meningkatkan daya tahan tubuh manusia terhadap ancaman penyakit, misalnya, lewat Program Imunisasi Nasional. Dari situlah peran dari BPJS sangat diperlukan bagi setiap warga negara yang berhak untuk memperoleh perlindungan kesehatan.

Perlindungan hukum diberikan untuk melindungi hak-hak yang dimiliki oleh para konsumen sebagai pengguna barang dan/atau jasa suatu produk yang diproduksi oleh pelaku usaha. Tetapi dalam suatu pemberian jasa pelayanan kesehatan yang hasilnya tidak dapat dipastikan akan banyak terjadi komplain atau kerugian yang diderita oleh pasien sebagai pengguna jasa pelayanan kesehatan.<sup>21</sup> Perlindungan hukum dapat diberikan kepada subyek hukum apabila hukum yang dibuat oleh pemerintah telah dapat berlaku secara efektif. Sehingga, untuk menilai suatu hukum telah berlaku efektif atau belum maka dapat menggunakan teori efektifivitas yang dikemukakan oleh Soerjono Soekanto adalah efektifnya hukum ditentukan oleh 5 (lima) faktor, yaitu:<sup>22</sup>

1. Faktor hukumnya sendiri;
2. Faktor penegak hukum;
3. Faktor sarana dan prasarana yang mendukung penegakan hukum;
4. Faktor masyarakat itu sendiri; dan
5. Faktor kebudayaan masyarakat.

Apabila kelima faktor tersebut telah terpenuhi, bahwa hukum yang telah dibuat dan berlaku secara efektif. Sehingga bentuk perlindungannya hak warga negara selaku konsumen atau pengguna BPJS adalah dengan diwujudkan aturannya serta kebijakan yang dapat melindungi hak-hak keperdatannya. Hak untuk mendapatkan informasi secara jelas mengenai pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan, tindakan medis, dan itikad baik dokter yang selalu menjadi keluhan bagi peserta BPJS.

Pelayanan BPJS yang tidak prima, contohnya Peserta sering merasa tidak dilayani secara maksimal, masih harus membayar karena stok obat kosong harus mencari ke apotik yang belum bekerjasama dengan BPJS kesehatan, orang yang memberikan pelayanan tidak ramah, serta panjangnya peserta dalam menunggu antrian. Sehingga dapat memunculkan sengketa atau permasalahan pada BPJS Kesehatan. Sengketa dapat terjadi pada peserta

---

<sup>21</sup> Dyah Kusumayanti dkk, *Perlindungan Hukum Hak-Hak Keperdataan Pasien Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) dalam Pelayanan Kesehatan*. Fakultas Hukum Universitas Brawijaya. Malang.

<sup>22</sup> Soerjono Soekanto. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Penegakan Hukum*. PT. Raja Grafindo Persada. Jakarta. 2008. h. 8.

dengan fasilitas kesehatan, peserta dengan BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan, atau BPJS Kesehatan dengan asosiasi Fasilitas Kesehatan menurut Pasal 46 ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS.

Sengketa BPJS menurut pasal 1 angka 5 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 2 Tahun 2014 tentang Unit Pengendali Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta adalah perselisihan antara peserta BPJS Kesehatan yang muncul akibat ketidakpuasan atas pelayanan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan dan tidak dapat diselesaikan oleh Unit Pengendali Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta.

Berdasarkan Lupioadi yang menyatakan 5 dimensi pokok tentang kualitas pelayanan tentang keandalan, daya tanggap, jaminan, bukti langsung, empati.<sup>23</sup> Pada kenyataannya, menurunnya tingkat kualitas kinerja pelayanan BPJS dirumah sakit atau dikantor pelayanan BPJS yang sebagaimana peserta BPJS sebagai penerima jasa pelayanan kesehatan BPJS sering kali dikeluhkan kurang puas dengan pelayanan yang diterimanya:

1. Kurang tanggapnya pelayanan yang diterima peserta BPJS. Misalnya: sempitnya ruang tunggu dan lamanya peserta dalam menunggu, antrian panjang dalam berobat ataupun mengambil obat, dirumah sakit ataupun kurangnya respon dalam menanggapi suatu permasalahan (komplain).
2. Rumitnya proses untuk mengurus prasyarat yang diberikan kepada peserta BPJS.
3. Pelayanan yang diberikan tidak sama dengan pelayanan yang diterima oleh peserta BPJS. Misalnya, tidak memberikan obat yang seharusnya diberikan, atau membatasi fasilitas kesehatan untuk peserta Jaminan Kesehatan Nasional.
4. Kurangnya fasilitas sarana, prasarana dan informasi dalam pelayanan BPJS yang diberikan kepada peserta BPJS.
5. Seringkali terjadi tentang penolakan peserta BPJS dirumah sakit.

Banyak keluhan-keluhan diatas, sering sekali dihadapi peserta BPJS dalam mendapatkan pelayanan. Oleh karena, itu pelayanan yang diberikan oleh petugas belum optimal atau kurang memuaskan. Apalagi sering kali pada kalangan bawah atau warga negara yang tidak mampu kurang mendapat perhatian yang cukup atau di sepelekan oleh pihak rumah sakit dengan pelayanan yang tidak optimal. Peran pemerintahan pun sangat dibutuhkan guna mengatasi masalah-masalah yang timbul pada peserta BPJS yang pada dasarnya hak mereka belum cukup terpenuhi. Berbagai oknum-oknum yang curang pun sering kali terjadi tanpa disadari kepada peserta BPJS. Sesuai dengan pasal 45 ayat 1 Undang-Undang BPJS, berbunyi: "Dalam hal peserta tidak puas terhadap pelayanan Jaminan Kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, Peserta dapat menyampaikan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan".

Penyampaian keluhan pada BPJS Kesehatan tidak membutuhkan keterlibatan pihak ketiga. Menurut Endang, menjelaskan BPJS Kesehatan telah membentuk tim yang terdiri dari beberapa dokter sebagai bagian dari *call center*. Tim itu khusus menjawab konsultasi medis peserta. Misalnya, sebelum menyambangi fasilitas kesehatan tingkat pertama, peserta menelepon *call center* BPJS Kesehatan untuk konsultasi medis. Penanganan komplain peserta oleh *call center* BPJS Kesehatan bukan saja menyangkut masalah administrasi yang dialami

---

<sup>23</sup> Ibid., h. 148-149.

peserta tapi ada juga tim dokter untuk menjawab konsultasi medis. Percakapan yang masuk ke *call center* BPJS Kesehatan direkam. Itu memudahkan BPJS Kesehatan untuk melakukan evaluasi dan pembenahan.<sup>24</sup>

Pengaduan ketidakpuasan peserta BPJS terdapat dalam pasal 45 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, peserta tidak puas terhadap pelayanan Jaminan Kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, Peserta dapat menyampaikan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan.

Apabila peserta tidak mendapatkan pelayanan yang baik dari BPJS Kesehatan, dapat menyampaikan pengaduan kepada Menteri. Pengaduan diberikan umpan balik sesuai dengan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 2 Tahun 2014 tentang Unit Pengendali Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta, yaitu umpan balik diberikan secara langsung dan tidak langsung.

Penyelesaian keluhan pada BPJS harus memperoleh penanganan dan penyelesaian secara memadai dan dalam waktu singkat serta diberi umpan balik ke pihak yang menyampaikan. Penyampaian pengaduan dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Menurut pasal 48 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, bahwa:

1. BPJS wajib membentuk unit pengendali mutu pelayanan dan penanganan pengaduan peserta.
2. BPJS wajib menangani pengaduan paling lama 5 (lima) hari kerja sejak diterimanya pengaduan.
3. Ketentuan mengenai unit pengendali mutu dan penanganan pengaduan peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Peraturan BPJS.

Hak Peserta bila terjadi sengketa dapat melakukan upaya mediasi (dalam *record* secara tertulis) paling lama 30 hari sejak penandatanganan kesepakatan dan hasil media bersifat final dan mengikat. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan oleh unit pengendali mutu pelayanan dan pengaduan, maka dapat diselesaikan melalui pengadilan negeri di wilayah pemohon. Hal ini sesuai dengan pasal 49 dan pasal 50 dengan Undang-Undang Nomer 24 Tahun 2011 tentang BPJS.

Apabila terjadi malpraktek kesehatan yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan berada dibawah koordinasi BPJS. Dapat dilihat dari permasalahan yang ditimbulkan oleh peserta BPJS dan tergantung dari peranan pimpinan pihak BPJS untuk dapat bertanggung jawab. BPJS hanya berfungsi sebagai sarana menjembatani antara pihak rumah sakit dan peserta BPJS. Warga negara yang tidak puas dengan hasil sengketa tentang pelayanan BPJS dapat menyampaikan pengaduan kepada Menteri tentang permasalahan yang dialami oleh Peserta BPJS Kesehatan menyampaikan secara langsung dan tidak langsung.

## **PENUTUP**

Perlindungan hukum hak kesehatan warga negara berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah hak kesehatan identik dengan hak kepersertaan. Hak kepersertaan diatur dalam Pasal 12 Peraturan

---

<sup>24</sup><http://www.hukumonline.com/berita/baca/lt559d6b157a7b5/selain-medis--bpjs-kesehatan-tangani-keluhan-administrasi> diakses pada tanggal 04 Januari 2015. Pukul 23:16 wib.

## Perlindungan Hukum Hak Kesehatan Warga Negara Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Presiden (Perpres) Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Apabila warga negara tidak jadi peserta, maka hak kesehatan tidak dapat dipenuhi oleh BPJS yang berkewajiban dalam memenuhi hak kesehatan warga negara menurut Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial pada peserta bantuan iuran (PBI) adalah pemerintah, pemberi kerja untuk pekerjanya, setiap warga negara sebagai peserta mandiri. Apabila terjadi sengketa antara BPJS dengan peserta (warga negara), peserta dengan fasilitas kesehatan (Faskes) maka penyelesaian warga negara yang tidak puas dengan hasil sengketa maka dilakukan dengan cara musyawarah atau diselesaikan dengan cara mediasi atau melalui pengadilan. Apabila terjadi malpraktek kesehatan yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan berada dibawah koordinasi BPJS. Dapat dilihat dari permasalahan yang ditimbulkan oleh peserta BPJS dan tergantung dari peranan pimpinan pihak BPJS untuk dapat bertanggung jawab. BPJS hanya berfungsi sebagai sarana menjembatani antara pihak rumah sakit dan peserta BPJS. Warga negara yang tidak puas dengan hasil sengketa tentang pelayanan BPJS dapat menyampaikan pengaduan kepada Menteri Kesehatan.

## DAFTAR BACAAN

- Asyhadie, Zaeni. *Aspek-Aspek Hukum Jaminan Sosial Tenaga Kerja di Indonesia*, Rajawali Pers, Mataram. 2007.
- Atep, Adya Barata. *Dasar-dasar Pelayanan Prima*. Jakarta. Elex Media Komputindo. 2004.
- A.A. Gde Muninjaya, *Manajemen Kesehatan*, (Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2004).
- Djumhana, Muhamad *Hukum Ekonomi Sosial Indonesia*, Citra Aditya Bakti, Bandung. 1994.
- Handayani, Trini. *Fungsionalisasi Hukum Pidana Terhadap Perbuatan Perdagangan Organ Tubuh Manusia*, Cetakan Ke-1. CV. Mandar Maju, Bandung. 2012.
- Kusumayanti, Dyah dkk, *Perlindungan Hukum Hak-Hak Keperdataan Pasien Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) dalam Pelayanan Kesehatan*. Fakultas Hukum Universitas Brawijaya. Malang.
- Lupiyoadi, Rambat. *Manajemen Pemasaran Jasa*. Salemba Empat. Jakarta. 2006.
- Muhammad, Abdulkadir. *Hukum dan Penelitian Hukum*. PT. Citra Aditya Bakti. Bandung. 2004.
- Notoatmojo, Soekidjo. *Etika dan Hukum Kesehatan*, Rineka, Jakarta. 2011.
- M. Hadjon, Philipus. *Perlindungan Hukum Bagi Rakyat Indonesia*. 1987. Surabaya: Bina Ilmu.
- Raharjo, Satcipto. 1996. *Ilmu Hukum*, 1996. PT.Citra Aditya Bakti, Bandung.
- Roem Topatimasang, dkk. *Sehat itu Hak: Panduan Advokasi Masalah Kesehatan Masyarakat*. Jakarta. Katalog Nasional Dalam Terbitan (KDT). 2005.
- Setia Tunggal, Hadi. *Tanya-Jawab SJSN dan BPJS*. Harvarindo. Jakarta. 2015.
- Sulastomo. *Sistem Jaminan Sosial Nasional Sebuah Introduksi*. Rajawali Pers. Jakarta. 2007.
- Triwulan, Titik Tutik dan Shita Febriana, *Perlindungan Hukum Bagi Pasien*. Prestasi Pustaka, Surabaya. 2010.
- Triwibowo, Cecep. *Etika dan Hukum Kesehatan*. Nuha Medika. 2014.

### **Tentang Penulis:**

Wiwik Afifah, Lahir di Lumajang dan menamatkan pendidikan strata 2 di Untag Surabaya. Saat ini tergabung dalam Fakultas Hukum Untag Surabaya. Selain mengajar, aktivitas sehari-hari sebagai konsultan dan pekerja sosial masyarakat. Memiliki fokus kajian pada isu perlindungan perempuan dan anak, kemiskinan dan perlindungan sosial dan kepemimpinan perempuan. Dapat dihubungi di [wiwikafifah@untag-sby.ac.id](mailto:wiwikafifah@untag-sby.ac.id).

Deasy Natalia Paruntu, adalah alumni Strata 1 Fakultas Hukum Untag Surabaya. Semasa menjadi mahasiswa, aktif dalam kegiatan kerohanian.