

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia merupakan negara berkembang. Masalah yang dihadapi oleh negara berkembang, khususnya Indonesia adalah masalah kesehatan. Kesehatan adalah hak dasar setiap individu, dan semua warga negara berhak mendapat pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin. Pasal 28 H ayat (3) UUD 1945 menyatakan bahwa “setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat”. Masalah kesehatan yang terdapat di Indonesia saat ini sangat beragam dan harus segera diatasi dengan kerjasama yang kuat antara pemerintah, masyarakat, dan rumah sakit. Kerjasama antara pemerintah, masyarakat, dan rumah sakit tersebut salah satunya diwujudkan dengan cara mendirikan berbagai pelayanan kesehatan oleh pemerintah. Pelayanan kesehatan yang bermutu akan menghasilkan kesehatan yang maksimal dan menciptakan kehidupan masyarakat yang jauh dari penyakit.

Jaminan sosial ditinjau dari perspektif Hak Asasi Manusia (untuk selanjutnya disebut HAM). HAM merupakan seperangkat hak yang melekat dalam hakikat dan keberadaan manusia sebagai makhluk yang diciptakan Tuhan yang Maha Esa. Oleh karena itu, salah satu hak yang melekat pada perlindungan harkat dan martabat manusia adalah hak atas jaminan sosial. Hal tersebut wajib untuk

dilindungi, dihormati serta dijunjung tinggi oleh negara, hukum, pemerintah, dan setiap individu. Di Indonesia, falsafah dan Pancasila terutama sila ke-5 mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hak atas kesehatan ini bermakna bahwa pemerintah berkewajiban untuk menciptakan kondisi yang memungkinkan setiap individu untuk hidup sehat. Hal tersebut dilakukan dengan upaya menyediakan sarana pelayanan kesehatan yang memadai dan pelayanan kesehatan yang terjangkau bagi masyarakat.

Upaya pemerintah untuk menjalankan kewajibannya salah satunya dengan menciptakan sistem jaminan sosial yang disebut dengan Jaminan Kesehatan Nasional (selanjutnya disingkat dengan JKN). JKN adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. JKN merupakan penjabaran dari UUD 1945, hal ini menjadi salah satu bukti yang kuat bahwa pemerintah memiliki komitmen yang besar dalam mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh masyarakat. Upaya pemerintah untuk menyelenggarakan sistem jaminan sosial secara menyeluruh bagi rakyat Indonesia, yaitu dengan membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (selanjutnya disingkat BPJS). Pemerintah menetapkan jaminan sosial nasional bagi seluruh masyarakat Indonesia akan diselenggarakan oleh BPJS.

BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat dan berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib dan amanat dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk kepentingan peserta. Keberadaan BPJS dapat dinyatakan sebagai investasi kesehatan bagi masyarakat Indonesia.

Berdasarkan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BUMN Persero penyelenggara jaminan sosial terdiri PT ASKES, PT ASABRI, PT JAMSOSTEK, PT TASPEN. Keempat BUMN sebagaimana dimaksud merupakan badan hukum privat. Keempat persero tersebut mengemban misi yang sama, yaitu menyelenggarakan program jaminan sosial untuk membangkitkan semangat para pekerja. Undang-undang BPJS telah menetapkan PT JAMSOSTEK akan beralih menjadi BPJS Ketenagakerjaan dan PT ASKES (Persero) akan beralih menjadi BPJS Kesehatan. Program JAMSOSTEK diselenggarakan dengan pertimbangan selain untuk memberikan ketenangan kerja, juga karena dianggap mempunyai dampak positif terhadap usaha-usaha peningkatan disiplin dan produktifitas tenaga kerja. Program JAMSOSTEK diselenggarakan untuk memberikan perlindungan dasar untuk memenuhi kebutuhan hidup minimal bagi tenaga kerja dan keluarganya. Begitu pula dengan Program ASKES dan Program TASPEN, penyelenggaraan kedua program jaminan sosial bagi pegawai

negeri sipil adalah insentif yang bertujuan untuk meningkatkan kegairahan bekerja. Program ASABRI adalah bagian dari hak prajurit dan anggota POLRI atas penghasilan yang layak.

Pengesahan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang BPJS pada November 2011 menjadi satu bekal menuju sistem jaminan sosial bagi masyarakat Indonesia. Undang-undang tersebut mengamanatkan peralihan empat badan penyelenggara yaitu PT ASKES (Persero) beralih menjadi BPJS Kesehatan pada Januari 2014, PT JAMSOSTEK (Persero) beralih menjadi BPJS Ketenagakerjaan pada Juli 2014, sedangkan untuk PT ASABRI dan PT TASPEN akan beralih paling lambat tahun 2029 melalui Peraturan Pemerintah. Kedua BPJS ini memiliki amanah yang berbeda, BPJS Kesehatan akan memberikan jaminan kesehatan. Sementara BPJS Ketenagakerjaan akan memberikan jaminan pensiun, jaminan hari tua, jaminan kecelakaan kerja, dan jaminan kematian. BPJS adalah badan hukum publik dan bertanggungjawab langsung kepada Presiden. BPJS berkedudukan dan berkantor di pusat ibukota negara dengan kemungkinan untuk mendirikan kantor perwakilan di Propinsi dan Kabupaten/Kota.

Rumah sakit adalah gedung tempat merawat orang sakit. Namun pada kenyataannya, rumah sakit tidak selalu identik dengan orang yang sakit. Banyak orang sehat yang datang ke rumah sakit untuk berbagai tujuan. Seperti contohnya, untuk pemeriksaan kesehatan secara berkala, perawatan kecantikan, pemeriksaan kandungan, pemberian imunisasi berkala kepada balita, dan masih banyak lagi. Dilihat dari kenyataan saat ini, terdapat pengertian terbalik antara definisi rumah

sakit dan kenyataan yang sebenarnya dilapangan. Pengertian rumah sakit secara umum adalah gedung tempat menyediakan dan memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi berbagai masalah kesehatan. Rumah sakit memiliki tanggung jawab salah satunya untuk mengupayakan agar setiap pasien yang berobat dapat segera pulih dari sakitnya tanpa menimbulkan kecacatan fisik atau kerugian pada pasien. Upaya pemerintah untuk bekerjasama dengan rumah sakit dalam mewujudkan jaminan kesehatan untuk masyarakat berupa BPJS Kesehatan ternyata banyak ditemui permasalahan. Salah satunya adalah tanggung jawab rumah sakit yang pada umumnya untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, pada kenyataannya berbenturan dengan dana yang diberikan oleh pemerintah. Dana yang diturunkan oleh pemerintah cenderung minim, sehingga mempersulit rumah sakit untuk memberikan pelayanan yang maksimal. Tentunya, permasalahan ini sangat berdampak terhadap kepuasan pasien BPJS Kesehatan yang berobat pada rumah sakit tersebut.

Pada hakikatnya, tujuan yang ingin dicapai oleh pemerintah terkait dengan jaminan kesehatan adalah untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat yang sesuai dengan tujuan negara Indonesia. Namun, pada penerapan jaminan kesehatan ini banyak ditemui individu yang menyalahgunakan fasilitas jaminan kesehatan tersebut dengan cara yang tidak sehat dan menggunakannya secara melawan hukum. Permasalahan ini timbul dikarenakan oleh banyak faktor, yakni salah satunya adalah karena ketidakpuasan masyarakat terhadap pemberian pelayanan kesehatan yang tidak mencapai batas maksimal. Pada fenomena ini, tentunya

oknum yang selalu disalahkan oleh masyarakat adalah pemerintah, karena pemerintah memberikan dana yang sangat minim. Padahal, pada dasarnya pemerintah telah berusaha untuk memberikan dana yang cukup melalui dana APBN. Namun, pada kenyataannya, dana APBN yang diturunkan untuk kesehatan hanya sebagian kecil dari seluruh dana APBN. Dana APBN tersebut lebih diutamakan untuk subsidi pendidikan, subsidi minyak, subsidi air dan lainnya. Keberadaan fenomena ini mengakibatkan subsidi kesehatan yang diberikan oleh pemerintah menjadi terbatas dan hasilnya menjadi tidak maksimal sehingga pada akhirnya menimbulkan banyak permasalahan didalamnya.

Salah satu contoh nyata permasalahan dalam BPJS Kesehatan yang timbul saat ini terkait dengan peran rumah sakit adalah antrean yang menumpuk di rumah sakit pemerintah. Fenomena tersebut terjadi karena belum semua rumah sakit swasta mau kerjasama dengan BPJS Kesehatan akibat jumlah tarif yang ditetapkan pemerintah masih terlalu kecil. Berdasarkan survey, sejauh ini terdapat 1.600 rumah sakit yang telah bergabung dengan BPJS. Dari jumlah tersebut, baru sekitar 800 rumah sakit swasta yang bergabung dengan pemerintah. Masuknya rumah sakit swasta menjadi rumah sakit yang menerima pasien JKN ternyata tidak mudah, karena tarif paket yang diterapkan pemerintah bersifat kasus per kasus. Jadi, yang dilihat hanya *hospital base* saja. Upaya yang harus dilakukan untuk menanggulangi masalah tersebut adalah dengan memperbaiki tarif *Indonesian Case Based Group* (selanjutnya disebut INA CBGs).

INA CBG's adalah sistem pengelompokan penyakit berdasarkan ciri klinis yang sama dan sumber daya yang digunakan dalam pengobatan. Pengelompokan ini ditujukan untuk pembiayaan kesehatan pada penyelenggaraan jaminan kesehatan sebagai pola pembayaran yang bersifat prospektif. INA CBG's berwujud berupa sebuah aplikasi yang digunakan oleh rumah sakit untuk mengajukan klaim pada pemerintah. Sedangkan, arti dari *Case Base Groups* itu sendiri yaitu cara pembayaran perawatan pasien yang didasarkan kepada diagnosis atau kasus yang relatif sama. Tarif INA CBG's dibayarkan per periode pelayanan kesehatan. Periode tersebut merupakan suatu rangkaian perawatan pasien sampai dengan selesai. Paket pembayaran dengan tarif INA CBGs sudah termasuk konsultasi dokter, pemeriksaan penunjang, obat, alat medis habis pakai, kamar perawatan, dan biaya lainnya yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan pasien. Rumah Sakit mendapatkan pembayaran berdasarkan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh untuk suatu kelompok diagnosis. Seperti contohnya, seorang pasien yang menderita penyakit demam berdarah. Dengan demikian, sistem INA CBG's sudah menghitung layanan apa saja yang akan diterima oleh pasien tersebut sampai dinyatakan sembuh dari penyakitnya.

Ada 3 tahapan Pemberi Pelayanan Kesehatan (disingkat dengan PPK), PPK I adalah bentuk pelayanan kesehatan dasar yang diberikan dokter umum. Dokter umum bekerja di puskesmas atau klinik mandiri yang bekerjasama dengan BPJS. PPK II adalah pemberi pelayanan kesehatan spesialistik yang meliputi rumah sakit kelas C/D. PPK III adalah pemberi pelayanan kesehatan spesialistik lanjutan

yang meliputi rumah sakit kelas A/B. Kompensasi yang diberikan untuk PPK I disebut kapitasi, kapitasi adalah sejumlah uang yang dibayarkan dimuka untuk pasien yang ditangani di PPK I. Untuk puskesmas, kapitasi yang diberikan adalah Rp.3.000,00/pasien/bulan, sementara untuk klinik mandiri, kapitasi yang diberikan adalah Rp.8.000,00/pasien/bulan.

Puskesmas / PPK I diberikan nilai kapitasi lebih rendah karena dokter dan petugas yang bekerja di puskesmas telah digaji oleh pemerintah, obat-obatan disediakan oleh negara, bangunan dan fasilitasnya pun telah disediakan oleh pemerintah. Sementara itu, untuk klinik mandiri / klinik swasta, nilai kapitasi yang diberikan harus cukup untuk sewa tempat, menyediakan fasilitas klinik (misal ruang tunggu yang nyaman, laboratorium sederhana, apotik), listrik, internet, biaya administrasi, gaji pegawai, serta obat, pemeriksaan lab DAN juga radiologi sederhana untuk pasien peserta BPJS yang ditangani, sisa dari dana tersebut barulah akan diberikan untuk dokter. Jadi, kualitas pelayanan kesehatan yang akan diterima oleh pasien BPJS sangat bergantung dengan nilai kapitasi yang dibayarkan oleh BPJS. Semakin kecil nilai kapitasinya, fasilitas yang dimiliki klinik akan sangat terbatas dan obat yang diberikan pada pasien BPJS akan menjadi sedikit.

Kompensasi yang diterima rumah sakit selama perawatan pasien BPJS didasarkan pada tarif INA CBGs. Berdasarkan skema pembayaran ini, rumah sakit akan diberikan kompensasi berdasarkan kelompok diagnosis penyakit yang dimiliki pasien. Kompensasi tersebut harus cukup untuk perawatan, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologis dan obat-obatan. Anehnya, logika yang

digunakan dalam menetapkan kapitasi di PPK I, tidak digunakan dalam menetapkan tarif INA CBGs. Walaupun rumah sakit swasta harus menyediakan gedung perawatan, fasilitas, obat, membayar gaji dokter, perawat dan staff pendukung sendiri, namun tarifnya disamakan dengan rumah sakit pemerintah yang jelas diberikan subsidi oleh pemerintah.

Klasifikasi rumah sakit di Indonesia didasarkan pada jumlah tempat tidur, ketersediaan dokter, serta fasilitas pendukung yang dimilikinya. Saat ini terdapat 2249 rumah sakit di Indonesia, sebanyak 1407 diantaranya adalah rumah sakit swasta. Dibalik semua kecanggihan yang ada dalam rumah sakit swasta, tidak semua rumah sakit swasta dapat menanggung seluruh pasien BPJS. Pemerintah tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan yang baik tanpa melibatkan rumah sakit swasta. Partisipasi rumah sakit swasta harus menjadi bagian dari implementasi JKN. Tetapi pemaksaan jelas bukan solusi, intimidasi dicabutnya surat izin operasional dan memaksa rumah sakit untuk menanggung kerugian besar tentunya bukanlah solusi yang baik.

Pemerintah perlu secepatnya melakukan revisi tarif yang lebih masuk akal sehingga tidak ada pihak yang dirugikan dalam implementasi JKN. Jika JKN ingin berjalan dengan dengan sistem *Case Based Group*, maka rumah sakit swasta perlu dihargai dengan adil. Pelayanan rumah sakit swasta yang diberikan pada pasien benar-benar sesuai standar medis. Tanpa hal tersebut kebangkrutan infrastruktur pelayanan kesehatan Indonesia menjadi sebuah hal yang sangat mungkin terjadi. Tugas pemerintah terkait pelayanan JKN yaitu untuk menciptakan sebuah

ekosistem yang *sustainable* sehingga pelayanan kesehatan di negara ini bisa terus berkembang dengan aturan yang jelas, anggaran yang cukup, kompensasi yang pantas dan tentunya keterbukaan untuk mau menerima masukan dari semua pihak yang terlibat dalam penyelenggaraannya.

Berdasarkan uraian diatas, permasalahan yang timbul saat ini yaitu terkait masalah tanggung jawab rumah sakit dan ketersediaan dana yang diberikan oleh pemerintah dalam penanganan pasien BPJS. Kondisi jaminan sosial di Indonesia saat ini dianggap belum memenuhi amanah UUD 1945 yang menyatakan bahwa tujuan bangsa Indonesia yaitu untuk mensejahterakan kehidupan masyarakatnya. Sejauh ini, belum ada penelitian yang membahas mengenai tanggung jawab rumah sakit dalam melayani pasien BPJS dihubungkan dengan ketersediaan dana yang diberikan oleh pemerintah dalam penanganan pasien BPJS. Adapun penelitian yang mendekati topik penelitian penulis, seperti “Implementasi regulasi BPJS Kesehatan terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang” yang dibuat oleh Pradika Yezi Anggoro dari Fakultas Hukum Universitas Negeri Semarang pada tahun 2013. “Kualitas pelayanan pasien miskin pengguna BPJS Kesehatan di RSUD Muara Teweh” yang dibuat oleh Dede Lesmana dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Cahaya Bangsa, Banjarmasin pada tahun 2014. “Tinjauan yuridis pelaksanaan kebijakan program BPJS Kesehatan terhadap pemenuhan hak konstitusional dan perlindungan hukum bagi pesertanya ditinjau dari Hukum Administrasi Negara” yang dibuat oleh Ferdinand Hamonangan dari Fakultas Hukum Universitas Kristen Maranatha pada tahun 2015.

Penulis menyatakan bahwa penelitian yang disebutkan tersebut memiliki sudut pandang dan objek penelitian yang berbeda dengan yang dilakukan penulis untuk penelitian ini. Berdasarkan pembahasan yang telah dipaparkan diatas, penulis bermaksud untuk membahas permasalahan yang berbeda dengan skripsi yang telah ada dengan judul: **“TINJAUAN YURIDIS ATAS TANGGUNG JAWAB RUMAH SAKIT DALAM MELAYANI PASIEN BPJS KESEHATAN DIHUBUNGKAN DENGAN KETERSEDIAAN DANA YANG DIBERIKAN OLEH PEMERINTAH DALAM PENANGANAN PASIEN BPJS DITINJAU DARI UNDANG-UNDANG NOMOR 36 TAHUN 2009 TENTANG KESEHATAN JUNCTO UNDANG-UNDANG NOMOR 24 TAHUN 2011 TENTANG BPJS”**.

B. Identifikasi Masalah

1. Bagaimana peran rumah sakit dalam mewujudkan pelayanan kesehatan masyarakat yang diimplementasikan melalui Prosedur BPJS Kesehatan?
2. Bagaimana perlindungan hukum kepada pihak rumah sakit atas ketersediaan dana bagi peserta BPJS Kesehatan?

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengkaji dan memahami peran rumah sakit dalam mewujudkan pelayanan kesehatan masyarakat yang diimplementasikan melalui Prosedur BPJS Kesehatan.
2. Untuk mengkaji dan memahami perlindungan hukum kepada pihak rumah sakit atas ketersediaan dana bagi peserta BPJS Kesehatan.

D. Kegunaan Penelitian

1. Kegunaan Akademisi, penelitian ini dilakukan dengan harapan agar dapat:
 - a. Secara teoritis diharapkan dapat memberi manfaat bagi pengembangan ilmu hukum khususnya di dalam bidang Hukum Perjanjian Kredit dan Jaminan beserta Hukum Asuransi.
 - b. Memberikan sumbangan bagi perkembangan ilmu hukum, khususnya terkait aspek hukum BPJS.
2. Kegunaan Praktis, penelitian ini diharapkan dapat berguna dalam praktik antara lain:
 - a. Sebagai sumber informasi bagi akademisi, penganut, masyarakat, pembuat peraturan tentang BPJS.
 - b. Memberikan pedoman bagi Pemerintah khususnya BPJS dalam memenuhi hak masyarakat.
 - c. Sebagai wacana yang dapat dibaca oleh mahasiswa hukum khususnya atau juga masyarakat luas pada umumnya.

E. Kerangka Pemikiran

Pelayanan dalam suatu negara merupakan bagian dari kontrak sosial antara pemerintah dan masyarakat. Kontak sosial disebut juga dengan perjanjian masyarakat. Teori kontrak sosial dikembangkan oleh Thomas Hobbes dan John Locke berdasarkan pemikiran politik barat. Secara umum, teori kontrak sosial menjelaskan bahwa terbentuknya negara adalah karena anggota masyarakat mengadakan kontrak sosial untuk membentuk negara. Dalam teori ini, sumber kewenangan adalah masyarakat itu sendiri. Kontrak sosial dilakukan untuk menjamin keamanan dan kesejahteraan masyarakat yang disebabkan oleh ketakutan masyarakat akan adanya ketidakseimbangan akibat perbenturan kepentingan manusia jika tidak ada yang mengawasi.¹ Teori kontrak sosial berkembang dan dipengaruhi oleh pemikiran jaman pencerahan (*enlightenment*) yang ditandai dengan rasionalisme, realisme, dan humanisme, yang menempatkan manusia sebagai pusat gerak dunia. Pemikiran bahwa manusia adalah sumber kewenangan secara jelas menunjukkan kepercayaan terhadap manusia untuk mengelola dan mengatasi kehidupan politik dan bernegara. Keberadaan teori kontrak sosial membuat pelayanan dalam suatu masyarakat menjadi hal yang sangat esensial. Pemerintah menciptakan pelayanan terhadap masyarakat bertujuan untuk mensejahterakan masyarakatnya. Pelayanan yang baik akan mewujudkan kehidupan masyarakat yang sejahtera. Salah satu kewajiban pemerintah adalah untuk mewujudkan kondisi masyarakat yang sehat. Upaya

¹ Soehino, *Ilmu Negara*, Yogyakarta: Liberty, 2008, hlm 100.

pemerintah untuk mewujudkan kondisi masyarakat yang sehat adalah dengan menciptakan program pelayanan kesehatan masyarakat yang disebut dengan program BPJS. Program BPJS Kesehatan merupakan salah satu tanggung jawab negara terhadap jaminan sosial sebagaimana diatur dalam UUD 1945 dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sebagai dasar yuridis penyelenggaraan program BPJS.

Program BPJS merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Setiap kegiatan dalam upaya meningkatkan kesejahteraan masyarakat, dilaksanakan berdasarkan prinsip non-diskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional. Kesejahteraan sosial menjadi judul khusus Bab XIV yang didalamnya memuat Pasal 33 UUD 1945 tentang sistem perekonomian dan Pasal 34 UUD 1945 tentang kepedulian negara terhadap kelompok lemah (fakir miskin dan anak terlantar) serta sistem jaminan sosial. Artinya, kesejahteraan sosial sebenarnya merupakan *platform* sistem perekonomian dan sistem sosial di Indonesia. Sehingga, sejatinya Indonesia adalah negara yang menganut faham “Negara Kesejahteraan” (*welfare state*) dengan model “Negara Kesejahteraan Partisipatif” (*participatory welfare state*) yang dalam literatur pekerjaan sosial dikenal dengan istilah Pluralisme Kesejahteraan

atau *welfare pluralism*. Model ini menekankan bahwa negara harus tetap ambil bagian dalam penanganan masalah sosial dan penyelenggaraan jaminan sosial.²

Kesehatan merupakan hak asasi manusia. Hal tersebut merupakan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Pasal 28 H ayat (1) UUD 1945 menyatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, salah satu hak yang melekat pada perlindungan harkat dan martabat manusia adalah hak atas jaminan sosial. Hal tersebut mutlak harus dimiliki oleh setiap manusia dan wajib untuk dilindungi, dihormati serta dijunjung tinggi oleh negara, hukum, pemerintah, dan setiap individu. Hak atas pelayanan kesehatan adalah bagian dari hukum. Artinya setiap orang atau badan hukum atau bahkan negara sekalipun harus menghormati dan berkewajiban memenuhi apa yang menjadi hak dari orang yang seharusnya mendapatkan pelayanan kesehatan. Pasal 28 H ayat (1) UUD 1945 merupakan bagian kontrak politik antara negara dengan rakyat dan juga *moral inspiration* bagi para *decision maker* di daerah dalam membuat kebijakan publik dibidang kesehatan. Salah satu tujuan diadakannya kontrak sosial sebagaimana diatur pada pembukaan UUD 1945 alinea IV adalah memajukan kesejahteraan umum. Oleh karena itu, pemberian jaminan pelayanan kesehatan merupakan sarana untuk mencapai tujuan.

² Naskah Akademik Rancangan Undang-undang Kesejahteraan Sosial, Departemen Sosial, Teks 9 Januari 2008, hlm 34.

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Oleh karena itu, perlu penelitian lebih lanjut agar pengaturannya lebih baik, hal ini berkaitan bahwa Indonesia adalah Negara Hukum berdasarkan Pasal 1 ayat (3) UUD 1945. Sebagai negara yang mendedikasikan diri sebagai Negara Hukum pada dasarnya dalam melaksanakan semua tindakannya haruslah berlandaskan payung hukum yang jelas dan hukum tersebut harus mampu memberi jawaban atas permasalahan serta mewujudkan apa yang menjadi tujuan dari Negara Hukum. Hal ini sesuai dengan pendapat **Gustav Radbuch** yaitu hukum harus mengandung tiga nilai identitas. Ketiga nilai identitas tersebut diantaranya: **Pertama**, Asas Kepastian Hukum (*rechtmaticheid*), asas ini meninjau dari sudut yuridis program BPJS yang merupakan hak bagi setiap warga negara untuk memperoleh jaminan sosial sebagaimana diatur dalam Pasal 28 H ayat (3) UUD 1945 yang menyatakan bahwa “setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat”. Kesadaran tentang pentingnya jaminan sosial terus berkembang hingga pada Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 yang menyebutkan bahwa negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi masyarakat.

Diterbitkannya Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menjadi bukti kuat bahwa pemerintah memiliki komitmen yang besar dalam mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh masyarakat. **Kedua**, Asas Keadilan Hukum (*gerechtigheit*), asas ini meninjau dari sudut filosofis bahwa setiap warga negara pada dasarnya harus mendapatkan keadilan sosial sebagaimana dasar negara Indonesia menyebutkan pada sila ke-5 Pancasila, oleh karena itu negara wajib untuk turut serta dalam penyelenggaraan program BPJS tidak hanya dilakukan oleh pemerintah pusat tetapi juga dilaksanakan oleh pemerintah daerah. **Ketiga**, Asas Kemanfaatan Hukum (*zwechmatigheid*) atau *utility*, asas ini meninjau dari sosiologis yang artinya program BPJS harus bermanfaat bagi pesertanya untuk mencapai kesejahteraan sesuai dengan cita-cita Negara Kesatuan Republik Indonesia.³

Dalam konsep negara kesejahteraan (*welfare state*), negara dituntut untuk melakukan intervensi kebijakan untuk mendorong/menciptakan kesejahteraan yang merata. Untuk mewujudkan masyarakat yang sejahtera sesuai dengan tujuan negara kesejahteraan (*welfare state*), pada umumnya setiap negara akan melalui tahapan-tahapan pembangunan, diantaranya: tahap univikasi, tahap industrialisasi dan tahap kesejahteraan sosial.⁴ Hal yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan pada masyarakat Indonesia akan menimbulkan kerugian ekonomi yang besar bagi negara, dan setiap upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat juga berarti

³ Sudarsono, *Kamus Hukum Edisi Baru*, Jakarta: Rineka Cipta, Cetakan kelima, 2007, hlm 397.

⁴ Sjahran Basah, *Ilmu Negara*, Bandung: Citra Aditya Bakti, Cetakan kesembilan, 2011, hlm 130.

investasi bagi pembangunan negara. Upaya pembangunan harus dilandasi dengan wawasan kesehatan dalam arti pembangunan nasional harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggung jawab semua pihak baik pemerintah maupun masyarakat.

F. Metode Penelitian

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian yang bersifat yuridis normatif. Metode yuridis normatif adalah suatu penelitian yang secara deduktif dimulai dari analisa terhadap pasal-pasal dalam peraturan perundang-undangan yang mengatur pokok permasalahan yang diteliti.⁵ Metode pendekatan yuridis normatif yang digunakan adalah pendekatan yang menggunakan kaidah-kaidah serta perundang-undangan yang berkaitan dengan masalah yang diteliti yakni terkait permasalahan dalam BPJS Kesehatan. Penelitian ini mengkaji bagaimana tanggung jawab rumah sakit dalam melayani pasien BPJS Kesehatan dengan minimnya dana yang diberikan oleh pemerintah. Dalam penelitian ini, penulis menggunakan pendekatan penelitian dan teknik pengumpulan data beserta analisis data sebagai berikut:

⁵ Soerjono Soekanto dan Sri Madmuji, *Penelitian Hukum Normatif: Suatu Tinjauan Singkat*, Jakarta: Raja Grafindo Persada, 1994, hlm 24.

1. Pendekatan Penelitian

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis pendekatan undang-undang (*statute approach*). Pendekatan ini dilakukan dengan menelaah semua undang-undang dan peraturan yang berkaitan dengan masalah di dalam penelitian ini. Konseptual (*conceptual approach*) yang beranjak dari pandangan-pandangan dan doktrin-doktrin yang berkembang dalam ilmu hukum, akan menghasilkan pengertian hukum, konsep hukum, dan asas-asas hukum yang relevan.⁶ Pendekatan yang dilakukan adalah dengan cara meneliti bahan pustaka atau data sekunder yang berupa semua publikasi tentang hukum meliputi buku, kamus-kamus hukum, jurnal-jurnal hukum yang berkaitan dengan penelitian ini.

2. Teknik Pengumpulan Data dan Analisis Data

a. Teknik Pengumpulan Data

Data sekunder diperoleh dengan cara sebagai berikut:

1) Studi Kepustakaan

Studi Kepustakaan dilakukan untuk mencari teori-teori, pandangan-pandangan yang berkaitan dengan permasalahan yang sedang diteliti. Penulis menggunakan teknik studi kepustakaan yang

⁶ Peter Mahmud Marzuki, *Penelitian Hukum Edisi Revisi*, Jakarta: Kencana Prenada Media Group, 2013, hlm 133 dan 135.

merupakan data sekunder yang berasal dari berbagai bahan-bahan hukum sebagai berikut:

a) Bahan Hukum Primer adalah bahan hukum yang terdiri atas Peraturan Perundang-undangan yang diurut berdasarkan hierarki, yaitu:

1) UUD 1945;

2) Undang-undang Nomor 39 Tahun 1999 Tentang Hak Asasi Manusia;

3) Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan; dan

4) Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

b) Bahan Hukum Sekunder adalah bahan hukum yang terdiri atas buku-buku (*textbook*) yang ditulis para ahli hukum yang berpengaruh (*de herseende leer*), jurnal-jurnal hukum, pendapat para sarjana, kasus-kasus hukum, yurisprudensi, dan hasil-hasil symposium mutakhir yang berkaitan dengan topik penelitian.

c) Bahan Hukum Tersier adalah bahan hukum yang memberikan petunjuk atau penjelasan terhadap bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder, seperti kamus hukum, *encyclopedia*, dan lain-lain.

b. Teknik Analisis Data

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian hukum ini menggunakan cara analisis kualitatif. Teknik analisis data kualitatif adalah proses analisis kualitatif yang mendasarkan pada adanya hubungan variabel-variabel yang sedang diteliti sehingga dapat digunakan untuk menjawab masalah yang dirumuskan dalam penelitian. Pada penelitian hukum yang berjenis normatif ini, bahan hukum primer, sekunder, dan tersier tidak dapat lepas dari berbagai penafsiran hukum yang dikenal dalam ilmu hukum yang diperoleh dengan cara membaca, mengkaji, dan mempelajari bahan pustaka, baik berupa Peraturan Perundang-undangan, artikel, internet, makalah, jurnal, dokumen, dan data-data lain yang mempunyai kaitan dengan data penelitian ini.

G. Sistematika Penulisan

Untuk mendapatkan gambaran yang jelas mengenai keseluruhan isi, penulisan hukum ini akan dibagi menjadi lima bab, yaitu pendahuluan, tinjauan pustaka, objek penelitian, pembahasan, serta penutup dengan menggunakan sistematika sebagai berikut:

BAB I : PENDAHULUAN

Pada bagian ini penulis akan menjelaskan secara garis besar mengenai latar belakang masalah, identifikasi masalah, tujuan penelitian, kegunaan penelitian, kerangka pemikiran, metode penelitian, dan sistematika penulisan.

BAB II : KEDUDUKAN HUKUM RUMAH SAKIT DAN TANGGUNG JAWAB RUMAH SAKIT DALAM MELAYANI PASIEN BPJS KESEHATAN

Pada bagian ini akan memberikan pemaparan secara umum mengenai uraian teori, asas, norma, doktrin yang berkaitan dengan tanggung jawab rumah sakit dalam melayani pasien BPJS Kesehatan.

BAB III : PEMBERIAN DANA OLEH PEMERINTAH TERKAIT PROGRAM BPJS KESEHATAN

Pada bagian ini akan membahas mengenai fakta-fakta, data-data, serta permasalahan hukum terkait BPJS Kesehatan dan pengaturan BPJS Kesehatan berdasarkan hukum positif Indonesia.

BAB IV : ANALISA TERHADAP TANGGUNG JAWAB RUMAH SAKIT DALAM MELAYANI PASIEN BPJS KESEHATAN DIHUBUNGAN DENGAN KETERSEDIAAN DANA YANG DIBERIKAN OLEH PEMERINTAH DALAM PENANGANAN PASIEN BPJS DITINJAU DARI UNDANG-UNDANG NOMOR 36 TAHUN 2009 TENTANG KESEHATAN JUNCTO UNDANG-UNDANG NOMOR 24 TAHUN 2011 TENTANG BPJS

Pada bagian ini akan menjelaskan jawaban terhadap isi pokok dari skripsi ini, yang dapat menjawab pertanyaan yang terdapat dalam identifikasi masalah. Penulis akan melakukan suatu kajian yang bersifat normatif berdasarkan ketentuan hukum positif Indonesia, yakni Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang BPJS.

BAB V : PENUTUP

Pada bagian ini akan berisi kesimpulan dan saran yang berkaitan dengan pembahasan yang diuraikan.