

## **BAB II**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **A. Teori dan Konsep**

##### 1. Jaminan Kesehatan

###### a. Pengertian Jaminan Kesehatan

Jaminan kesehatan adalah bentuk perlindungan sosial yang diseleggarakan oleh negara untuk menjamin warga negaranya memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak. Program jaminan kesehatan adalah program pemerintah dan masyarakat yang tujuannya memberikan kepastian jaminan kesehatan menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, sejahtera.<sup>1</sup> Program jaminan kesehatan ditujukan untuk memberikan manfaat pelayanan kesehatan yang cukup komprehensif, mulai dari pelayanan preventif seperti imunisasi dan Keluarga Berencana hingga pelayanan untuk program tersebut selama mereka menandatangani sebuah kontrak kerjasama dengan pemerintah.

Jaminan kesehatan adalah jaminan 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 pun iurannya dibayarkan oleh pemerintah. jaminan kesehatan bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif,

---

<sup>1</sup>Yudha Indrayana, *Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan BPJS Kesehatan*, (Jakarta: Makalah Sosialisasi untuk Walikota, 2014), hlm. 20.

preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan obat, haban medis habis pakai sesuai dengan indikasi medis yang diperlukan.<sup>2</sup>

b. Pelaku Jaminan Kesehatan

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dilaksanakan oleh 4 (empat) pelaku utama, yaitu Peserta, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan, Fasilitas Kesehatan, dan Pemerintah.<sup>3</sup>

1) Peserta Jaminan Kesehatan

Peserta Jaminan Kesehatan adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta berhak atas manfaat Jaminan Kesehatan. Untuk tetap memperoleh jaminan pelayanan kesehatan, peserta wajib membayar iuran Jaminan Kesehatan secara teratur dan terus-menerus hingga akhir hayat. Peserta Jaminan kesehatan terbagi atas dua kelompok utama, yaitu Penerima Bantuan Iuran dan Bukan Penerima Bantuan Iuran. Penerima Bantuan Iuran mendapatkan subsidi iuran dari Pemerintah. Bukan Penerima Bantuan Iuran wajib membayar iuran Jaminan Kesehatan oleh dirinya sendiri atau bersama-sama dengan majikannya.

---

<sup>2</sup> Hasbullah Thabrany, *Jaminan Kesehatan Nasional*, (Jakarta: Raja Grafindo Persada, 216), hlm. 17-18.

<sup>3</sup> Bab VI Bagian Kedua Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

## 2) BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial kesehatan.<sup>4</sup> BPJS Kesehatan dibentuk dengan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang SJSN dan UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Kedua UU ini mengatur pembubaran PT Askes Persero dan mentransformasikan PT Askes persero menjadi BPJS Kesehatan. Pembubaran PT Askes Persero dilaksanakan tanpa proses likuidasi dan dilaksanakan dengan pengalihan aset dan liabilitas, hak, dan kewajiban hukum PT Askes Persero menjadi aset dan liabilitas, hak dan kewajiban hukum BPJS Kesehatan seluruh pegawai PT Askes Persero menjadi pegawai BPJS Kesehatan.<sup>5</sup>

BPJS Kesehatan berbadan hukum publik yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden.<sup>6</sup> BPJS Kesehatan berkedudukan dan berkantor pusat di Ibu Kota Negara RI. BPJS Kesehatan memiliki kantor perwakilan di provinsi dan kantor cabang di Kabupaten/Kota. Dalam rangka melaksanakan fungsi sebagai penyelenggara program jaminan kesehatan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, BPJS Kesehatan Bertugas:<sup>7</sup>

- Menerima pendaftaran peserta jaminan Kesehatan

---

<sup>4</sup> Pasal 1 angka 1 dan Pasal 6 ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

<sup>5</sup> Pasal 60 ayat (3) huruf a dan ayat huruf b Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

<sup>6</sup> *Ibid.*, Pasal 7.

<sup>7</sup> *Ibid.*, Pasal 11.

- Mengumpulkan iuran Jaminan Kesehatan dari peserta, pemberi kerja, dan pemerintah
- Mengelola dana Jaminan Kesehatan
- Membiayai pelayanan kesehatan dan membayarkan manfaat jaminan kesehatan
- Mengumpulkan dana mengelola data peserta jaminan kesehatan
- Memberi informasi mengenai penyelenggaraan Jaminan Kesehatan

Untuk melaksanakan tugas tersebut, BPJS Kesehatan diberi kewenangan untuk:

- Menagih pembayaran iuran
- Menempatkan dana jaminan sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai
- Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kapetuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya
- Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah

### 3) Fasilitas Kesehatan

BPJS kesehatan membangun jaringan fasilitas kesehatan dengan cara bekerja sama dengan fasilitas kesehatan milik pemerintah atau swasta untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi peserta Jaminan Kesehatan dan keluarganya. Jaringan fasilitas Kesehatan ini terbagi atas tiga kelompok utama, yaitu fasilitas kesehatan tingkat pertama, fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, dan fasilitas kesehatan pendukung.

Fasilitas kesehatan tingkat pertama menyelenggarakan pelayanan kesehatan non spesialisik, sedangkan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan menyelenggarakan pelayanan kesehatan spesialisik dan subspecialistik. Fasilitas kesehatan pendukung melayani pelayanan obat, optik dan dukungan medis lainnya.

### 4) Pemerintah

Pemerintah berperan dalam penentuan kebijakan (regulator), pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan program jaminan kesehatan.

- Regulator

Yang berperan sebagai regulator yaitu, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), pemerintah pusat, dan pemerintah daerah.

DJSN adalah lembaga penunjang eksekutif yang dibentuk dengan UU No. 40 Tahun 2004 untuk menyelenggarakan SJSN. DSJN bertanggung jawab kepada Presiden. DSJN berfungsi merumuskan kebijakan umum dan sinkronasi penyelenggaraan SJSN. DSJN bertugas melakukan kajian dan penelitian, mengusulkan kebijakn investasi dana jaminan sosial, mengusulkan anggaran jaminan sosial bagi penerima bantuan iuran, serta melakukan pengawasan terhadap BPJS.

Pemerintah pusat berurusan langsung dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan adalah Kementerian Kesehatan. Kementerian Kesehatan mengatur berbagai hal teknis penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, antara lain prosedur pelayanan kesehatan, standar fasilitas kesehatan, standar tarif pelayanan, formularium obat, dan asosiasi fasilitas kesehatan.

Pemerintah daerah mengatur penyelenggaraan Jaminan Kesehatan di wilayah administratifnya. Berdasarkan UU No. 32 tahun 2004 Tentang Pemerintah daerah, Pemerintah Daerah berkewajiban membangun sistem jaminan sosial nasional. Kewajiban ini diimplementasikan antara lain dengan menjamin ketersediaan fasilitas kesehatan, turut menyubsidi iuran Jaminan Kesehatan, mengawasi penyelenggaraan

Jaminan Kesehatan di wilayah kerjanya, membangun dukungan publik terhadap Jaminan Kesehatan.

- Pengawas

DSJN berwenang melakukan monitoring dan evaluasi SJSN. UU BPJS menetapkan pengawas eksternal BPJS adalah DSJN, Otoritas Jasa Keuangan (OJK), dan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)

c. Kepesertaan Jaminan Kesehatan

Kepesertaan bersifat wajib dan mengikat dengan membayar iuran berkala seumur hidup. Kepesertaan wajib dilaksanakan secara bertahap hingga menjangkau seluruh penduduk Indonesia. kepesertaan mengacu pada konsep penduduk dengan mewajibkan warga negara asing yang bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia untuk ikut serta.<sup>8</sup> Kepesertaan berkesinambungan sesuai prinsip portabilitas dengan memberlakukan program di seluruh wilayah Indonesia dan menjamin keberlangsungan manfaat bagi peserta dan keluarganya hingga enam bulan pasca pemutusan hubungan kerja. Selanjutnya pekerja yang tidak memiliki pekerjaan setelah enam bulan PHK atau mengalami cacat tetap total dan tidak memiliki kemampuan ekonomi tetap menjadi peserta dan iurannya dibayar oleh pemerintah.<sup>9</sup> kesinambungan kepesertaan bagi pensiun dan ahli warisnya akan

---

<sup>8</sup> Pasal 1 angka 8 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

<sup>9</sup> *Ibid.*, Pasal 21 ayat 1, 2, 3.

dapat dipenuhi dengan melanjutkan pembayaran iuran jaminan kesehatan oleh manfaat program jaminan pensiun. Setiap peserta yang telah terdaftar di BPJS Kesehatan berhak mendapatkan identitas peserta yang merupakan identitas tunggal yang berlaku untuk semua program jaminan sosial. Pemutakhiran data kepesertaan menjadi kewajiban peserta untuk melaporkannya kepada BPJS Kesehatan. Kepesertaan berlaku selama peserta membayar iuran. Bila peserta tidak membayar atau meninggal dunia, maka kepesertaan hilang. Bagi peserta yang menunggak iuran, pemulihan kepesertaan dilakukan dengan membayar iuran bulan berjalan disertai seluruh tunggakan iuran beserta seluruh denda.

Peserta adalah setiap orang yang membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. peserta Jaminan Kesehatan dalam dua golongan utama, yaitu Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan dan Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.

1) Penerima Bantuan Iuran jaminan Kesehatan (PBI)

Adalah fakir miskin dan orang tidak mampu yang termasuk dalam daftar penerima bantuan iuran Jaminan Kesehatan. Merujuk pada Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2011, fakir miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber pencaharian atau memiliki sumber pencaharian namun tidak mampu memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak bagi dirinya sendiri dan keluarganya. Sedangkan orang tidak

mampu adalah orang yang memiliki sumber mata pencaharian, gaji atau upah dan hanya mampu memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak, namun tidak mampu membayar iuran Jaminan Kesehatan.

2) Bukan PBI

Peserta Jaminan Kesehatan Bukan PBI Jaminan Kesehatan adalah penduduk yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu, yang terdiri atas:

- a) pekerja penerima upah dan anggota keluarganya; PNS, Anggota TNI, Anggota POLRI, Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah non Pegawai Negeri, Pegawai Swasta, pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima upah
- b) pekerja Bukan Penerima Upah dan Anggota keluarganya: pekerja diluar hubungan kerja atau Pekerja Mandiri, pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima upah
- c) bukan Pekerja dan anggota keluarganya: investor, pemberi kerja, penerima pensiun: PNS yang berhenti dengan hak pensiun, anggota TNI dan anggota POLRI yang berhenti dengan hak pensiun, pejabat negara yang berhenti dengan hak pensiun, penerima pensiun selain di atas pensiun TNI/POLRI/PNS, Janda, Duda atau anak yatim piatu dari penerima upah, Veteran, Penrintis Kemerdekaan, Janda,

Duda, atau anak yatim piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan, bukan pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar iuran.

Pekerja sebagaimana dimaksud di atas termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.

Penerima manfaat Jaminan Kesehatan bagi pekerja Penerima Upah adalah anggota keluarga yang meliputi istri/suami yang sah, anak kandung, anak tiri, dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang. anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah dengan kriteria: tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri, belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

Peserta yang bukan PBI Jaminan Kesehatan dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain. Anggota keluarga yang lain meliputi anak ke 4 (empat) dan seterusnya, ayah, ibu, dan mertua dengan membayar iuran tambahan.

Penerima bantuan manfaat Jaminan Kesehatan bagi pekerja Bukan Penerima Upah dan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan adalah anggota keluarga yang didaftarkan dan

dibayar iurannya. Ketentuan ini karena iuran Jaminan Kesehatan bagi kelompok pekerja tersebut dihitung per individu.

d. Prosedur Pelayanan Kesehatan

Prosedur pelayanan kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1) Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang dengan mewajibkan peserta untuk memperoleh pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar, bila terdapat indikasi medis peserta berhak untuk dirujuk ke fasilitas tingkat lanjut terdekat sesuai dengan sistem rujukan.<sup>10</sup>
- 2) Untuk pertama kali setiap peserta didaftarkan oleh BPJS Kesehatan pada satu fasilitas kesehatan tingkat pertama yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan setelah mendapat rekomendasi Dinas Kesehatan Kabupaten/kota setempat. Setelah paling sedikit tiga bulan selanjutnya, Peserta berhak memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang diinginkannya.<sup>11</sup>
- 3) Pelayanan kesehatan diberikan di fasilitas kesehatan milik Pemerintah atau swasta yang menjalin kerjasama dengan BPJS.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Pasal 29 ayat (3), (5), Perpres Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.

<sup>11</sup> Pasal 29 ayat (1), (2) Perpres Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.

<sup>12</sup> Pasal 23 ayat (1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

- 4) Pelayanan kesehatan gawat darurat dapat diberikan di setiap fasilitas kesehatan termasuk fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerjasama dengan BPJS.<sup>13</sup>
- 5) Peserta yang menerima pelayanan gawat darurat di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, harus segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang berkerja sama dengan BPJS kesehatan setelah keadaan gawat darurnya teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan.<sup>14</sup>
- 6) Pelayanan rawat inap di Rumah sakit diberikan di kelas standar dan ruang perawatan diberikan berdasarkan besaran iuran yang dibayarkan.<sup>15</sup>
- 7) Progam Jaminan Kesehatan wajib memberikan kompensasi untuk memenuhi kebutuhan medik peserta yang berada di daerah yang belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat. Kompensasi diberikan dalam bentuk uang tunai.<sup>16</sup>
- 8) Progam Jaminan Kesehatan menjamin obat-obatan dan bahan medis habis pakai dengan mempertimbangkan kebutuhan medik, ketersediaan, efektifitas dan efisiensi obat atau bahan medis habis pakai dengan berpedoman kepada daftar dan harga obat dan bahan medis habis pakai dalam Formularium Nasional, serta

---

<sup>13</sup> Pasal 23 ayat (2) Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

<sup>14</sup> Pasal 33 ayat (2) Perpres No. 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.

<sup>15</sup> Pasal 23 ayat (4) UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem jaminan Sosial Nasional.

<sup>16</sup> Pasal 23 ayat (3) UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Kompendium Alat Kesehatan, yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.<sup>17</sup>

- 9) Program Jaminan Kesehatan menjamin pelayanan obat-obatan yang sesuai indikasi medis namun tidak tersedia dalam Formulasi Nasional, oleh fasilitas kesehatan tingkat lanjutan berdasarkan persetujuan Komite Medik dan kepala/direktur rumah sakit.<sup>18</sup>
- 10) Program Jaminan Kesehatan menjamin pelayanan ambulan untuk tranformasi pasien rujukan antar fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, yang disertai dengan upaya menjaga keselamatan pasien. Dalam kondisi gawat darurat, pelayanan ambulan dapat diberikan untuk rujukan ke fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dengan tujuan untuk penyelamatan nyawa pasien.
- 11) Dalam pengembangan pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan menerapkan sistem kendali mutu, sistem kendali biaya dan sistem pembayaran untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi jaminan kesehatan serta untuk mencegah penyalahgunaan pelayanan kesehatan.<sup>19</sup>
- 12) Untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, peserta dikenakan urun biaya.

---

<sup>17</sup> Pasal 25 Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

<sup>18</sup> Pasal 24 ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.

<sup>19</sup> Pasal 24 ayat (3) Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

13) Program rujuk balik diselenggarakan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama atas rekomendasi atau rujukan dari dokter spesialis atau dokter subspecialis untuk peserta dengan penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan atau asuhan perawatan jangka panjang.<sup>20</sup> saat ini program rujuk balik dibatasi pada kasus hipertensi dan diabetes melitus tipe 2.

e. Pelayanan Jaminan Kesehatan

Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan obat sesuai indikasi medis yang diperlukan. BPJS kesehatan dalam melakukan pelayanan promotif dan preventif yaitu dengan mengadakan program kesehatan, program skrining, entry aplikasi, perawatan anak, imunisasi, penyemprotan demam berdarah dan mengadakan olahraga. Pelayanan promotif dan preventif bertujuan untuk menyehatkan para peserta BPJS Kesehatan sehingga mengurangi biaya yang dikeluarkan untuk pengobatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang lebih mahal biayanya dibandingkan dengan pelayanan promotif dan preventif ini.

Sedangkan pelayanan kuratif atau pengobatan yaitu BPJS Kesehatan berupa pengobatan kepada peserta di fasilitas kesehatan yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Program rehabilitatif atau pasca pengobatan yaitu BPJS Kesehatan mengadakan kontrol

---

<sup>20</sup> Pasal 70 Peraturan BPJS kesehatan No. 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

ulang bagi peserta yang sudah sembuh kemudian peserta tersebut dapat melakukan rehab *medic* sehingga peserta tersebut tidak kembali sakit atau melakukan pengobatan di fasilitas kesehatan yang bisa mengurangi biaya yang dikeluarkan BPJS Kesehatan.

Pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan penyuluhan kesehatan perorangan, imunisasi dasar, keluarga berencana dan skrining kesehatan. Pelayanan kesehatan yang dijamin terdiri atas:

- Pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan non spesialis yang mencakup: administrasi pelayanan, pelayanan promotif dan preventif, pemeriksaan, pengobatan, konsultasi medis, tindakan medis non spesialistik, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis, pemeriksaan penunjang diagnosis laboratorium tingkat pertama, rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi
- Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup:
  1. Rawat jalan yang meliputi: administrasi pelayanan, pemeriksaan, pengobatan, konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspecialis, tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, pelayanan alat kesehatan implant, pelayanan

penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis, rehabilitasi medis, pelayanan darah, pelayanan kedokteran forensik, pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan.

2. Rawat inap yang meliputi: perawatan inap non intensif, perawatan inap di ruang intensif.

- Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan: pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku, pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan kecuali kasus gawat darurat, pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja, pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri, pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik, pelayanan kesehatan meratakan gigi (*ortodontsi*), gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol, gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri, pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur, *shin she*, *chiropractic*, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assesment*), pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan, alat

kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi dan susu, perbekalan kesehatan rumah tangga, pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah, biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungannya dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan.

Fasilitas kesehatan meliputi rumah sakit, dokter praktek, klinik, laboratorium, apotek dan fasilitas kesehatan lainnya. Fasilitas kesehatan memenuhi syarat tertentu apabila kesehatan tersebut diakui dan memiliki izin dari instansi Pemerintah yang bertanggung jawab di bidang kesehatan. Besaran pembayaran kepada fasilitas kesehatan untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara BPJS dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut. BPJS wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak permintaan pembayaran diterima.

Alur pelayanan kesehatan di BPJS kesehatan yaitu fasilitas kesehatan tingkat pertama (puskesmas), fasilitas kesehatan tingkat kedua (RSUD), fasilitas kesehatan tingkat ketiga (RSCM, RS Jantung, RS Kanker dan sebagainya). Jadi pelayanan kesehatan yang diberikan mengharuskan peserta untuk mengikuti alur yang telah ditetapkan. Pengobatan yang dilakukan peserta harus melalui puskesmas terlebih dahulu, apabila Puskesmas tidak bisa menangani pasien, maka Puskesmas memberikan surat rujukan ke rumah sakit

umum atau swasta. Apabila rumah sakit tersebut tidak bisa menangani pasien dengan penyakit kritis, maka rumah sakit tersebut memberikan surat rujukan kepada rumah sakit khusus yang menangani penyakit tertentu.

Pelayanan kesehatan BPJS memfasilitasi peserta untuk dapat berobat secara gratis di seluruh fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan di seluruh Indonesia.

- Pelayanan kesehatan yang dijamin, pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan non spesialisik yang mencakup antara lain: admistrasi pelayanan, pelayanan promotif dan preventif, pemeriksaan, pengobatan, konsultasi medis, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, tranfusi darah sesuai kebutuhan medis, pemeriksaan penunjang diagnostic laboratorium tingkat pertama.<sup>21</sup>

Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh Jaminan Kesehatan

<b>Manfaat</b>	<b>Pelayanan kesehatan tingkat pertama</b>	<b>Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan</b>
Administrasi pelayanan	✓	✓
Pelayanan promotif dan preventif	✓	
Pemeriksaan, pengobatan	✓	✓
Konsultasi medis oleh dokter umum	✓	

<sup>21</sup> BPJS Kesehatan, *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan*, hlm. 6.

Tindakan non medis spesialistik (non operatif dan operatif)	✓	
Pemeriksaan penunjang diagnostik tingkat pertama	✓	
Pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama	✓	
Pelayanan rujuk balik	✓	
Rehabilitasi medis dasar	✓	
Pemeriksaan ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita oleh dokter dan bidan	✓	
Konsultasi medis oleh dokter spesialis dan sub spesialis		✓
Tindakan medis spesialistik		✓
Pemeriksaan penunjang diagnostik tingkat lanjutan		✓
Obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan	✓	✓
Pelayanan darah	✓	✓
Rawat inap tingkat pertama	✓	
Rawat inap non intensif		✓
Rawat inap di ruang intensif		✓
Pelayanan kedokteran forensik klinik		✓
Pelayanan jenazah bagi pasien yang meninggal pasca perawatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan		✓

f. Pendaftaran Jaminan Kesehatan

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 mengatur tentang pendaftaran peserta sebagai berikut:

- 1) Pemberi kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta kepada BPJS sesuai dengan program jaminan sosial yang diikuti, serta wajib memberikan data dirinya dan pekerjanya secara lengkap dan benar kepada BPJS.<sup>22</sup>
- 2) Setiap orang yang memenuhi persyaratan kepesertaan dalam program Jaminan sosial wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagai peserta kepada BPJS.<sup>23</sup>
- 3) Pemerintah mendaftarkan penerima bantuan iuran dan anggota keluarganya sebagai Peserta kepada BPJS.<sup>24</sup>
- 4) Pemberi kerja wajib memberi data dirinya dan data pekerjanya berikut anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS.<sup>25</sup>
- 5) Setiap orang wajib memberikan data mengenai dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS.<sup>26</sup>
- 6) Penerima bantuan iuran wajib memberikan data mengenai dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada pemerintah untuk disampaikan kepada BPJS.<sup>27</sup>

---

<sup>22</sup> Pasal 14 ayat (1) dan (2) Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

<sup>23</sup> Pasal 16 ayat (1) Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

<sup>24</sup> Pasal 18 ayat (1) Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

<sup>25</sup> Pasal 15 ayat (2) Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

<sup>26</sup> Pasal 16 ayat (2) Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Prosedur pendaftaran peserta Jaminan Kesehatan pada awal bulan Januari 2014 terdiri atas pendaftaran otomatis, pendaftaran ulang, dan pendaftaran peserta baru.

1) Pendaftaran otomatis

Kepesertaan program jaminan kesehatan atau pelayanan kesehatan berpindah dengan sendirinya tanpa perlu mendaftar ulang ke BPJS Kesehatan bagi: a.) Peserta Askes Sosial (PNS, Pensiun PNS, Pensiun TNI/POLRI, Perintis Kemerdekaan, Anggota Legium Veteran, beserta keluarganya) kartu Askes Sosial tetap berlaku untuk pelayanan kesehatan sepanjang BPJS Kesehatan belum menerbitkan Kartu Jaminan Kesehatan. b.) anggota POLRI dan Prajurit TNI beserta keluarganya. Kartu Tanda Anggota POLRI atau Nomor Registrasi Pokok TNI berlaku sebagai kartu peserta Jaminan Kesehatan sepanjang BPJS Kesehatan belum menerbitkan kartu Jaminan Kesehatan. c.) peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS). Kartu JAMKESMAS tetap bertahan untuk pelayanan kesehatan sepanjang BPJS Kesehatan belum menerbitkan kartu Jaminan Kesehatan.

2) Pendaftaran ulang dan perubahan kepesertaan

Kepesertaan Program Jaminan Pemeliharaan (JPK) Jamsostek berpindah dengan sendirinya menjadi kepesertaan

---

<sup>27</sup> Pasal 18 ayat (2) Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Jaminan Kesehatan disertai persyaratan wajib daftar ulang kepada BPJS Kesehatan. kartu JPK Jamsostek tetap berlaku untuk pelayanan kesehatan sepanjang peserta membayar iuran dan BPJS Kesehatan belum menerbitkan kartu Jaminan Kesehatan. perusahaan mendaftarkan ulang pekerja dan perusahaannya kepada BPJS Kesehatan dengan mengisi formulir pendaftaran perusahaan dan formulir data pekerja, serta membayar iuran.

### 3) Pendaftaran peserta baru

Perusahaan atau penduduk yang belum mengikuti program jaminan kesehatan, diwajibkan untuk segera mendaftar ke kantor BPJS Kesehatan terdekat dengan melengkapi administrasi pendaftaran. Dokumen pendukung untuk pendaftaran perusahaan dan pekerjanya: mengisi formulir, mengisi data calon peserta, NPWP Perusahaan, Surat Izin Usaha Perdagangan Perusahaan, Foto kopi KTP Pekerja, foto kopi Kartu Keluarga pekerja, Pas Foto 3x4 berwarna 2 lembar (masing-masing peserta). Dokumen pendukung untuk pendaftaran perorangan adalah: mengisi formulir pendaftaran, foto kopi KTP, Foto kopi Kartu Keluarga, pas foto 3x4 berwarna 2 lembar (masing-masing peserta)

g. Iuran Jaminan Kesehatan

Iuran BPJS Kesehatan berasal dari iuran peserta bukan penerima bantuan iuran (Non PBI) dan iuran peserta penerima bantuan iuran (PBI). Iuran peserta Non PBI, baik bekerja maupun pemebri kerja seperti PNS, TNI dan POLRI membayar iuran sebesar 5% (lima persen) dari gaji atau upah perbulan dengan ketentuan 3% (tiga persen) dibayar oleh pemberi kerja dan 2% (dua persen) dibayar oleh peserta perbulannya dan mendapat fasilitas pelayanan kesehatan di kelas I dan kelas II. Bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan iuran dibayar oleh pemerintah. penempatan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan pangkat dari peserta tersebut.

Iuran bagi peserta Pekerja Penerima Upah yang bekerja di BUMN, BUMD dan Swasta sebesar 5% (lima persen) dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan: 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja dan 1% (satu persen) di bayar oleh peserta. Iuran untuk keluarga tambahan pekerja penerima upah yang terdiri dari anak ke 4 dan seterusnya, ayah, ibu, dan mertua, besaran iuran sebesar 1% (satu persen) dari gaji atau upah per orang berbulan, dibayar oleh pekerja penerima upah. Iuran bagi kerabat lain dari pekerja penerima upah (seperti saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dll); peserta pekerja bukan penerima upah serta iuran bukan pekerja adalah sebesar: a.) sebesar Rp. 25.500 (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah)

per orang perbulan dengan manfaat pelayanan kesehatan di ruang perawatan kelas III. b.) sebesar Rp. 51.000 (lima puluh satu ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II. c.) sebesar Rp. 80.000 (delapan puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.

Iuran jaminan kesehatan bagi Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan janda, duda atau anak yatim piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan, iurannya ditetapkan sebesar 5% (lima persen) dari 45% (empat puluh lima persen) gaji pokok PNS golongan ruang III/a dengan masa kerja 14 (empat belas) tahun per bulan, dibayar oleh Pemerintah. pembayaran iuran paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.

Tidak ada denda keterlambatan pembayaran iuran terhitung mulai tanggal 1 Juli 2016 denda dikenakan apabila dalam waktu 45 (empat puluh lima) hari sejak status kepesertaan diaktifkan kembali, peserta yang bersangkutan memperoleh pelayanan kesehatan rawat inap, maka dikenakan denda sebesar 2,5% dari biaya pelayanan kesehatan untuk setiap bulan tertunggak, dengan ketentuan: a.) jumlah bulan tertunggak paling banyak 12 (dua belas) bulan. b.) besar denda paling tinggi Rp. 30.000.000 (tiga puluh juta rupiah).<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> <http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/pages/detail/2014/13>. Diakses pada 12 Mei 2019.

h. Penyelesaian sengketa

Penyelesaian sengketa dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan diatur dalam:

- a. Undang-Undang No. 30 Tahun 1999 Tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa
- b. Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Pasal 49,50
- c. Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 Pasal 46
- d. Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 Pasal 26 ayat (3)

sengketa dapat terjadi antara:

- 1) Peserta dengan fasilitas kesehatan
- 2) Peserta dengan BPJS Kesehatan
- 3) BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan
- 4) BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan

Penyelesaian sengketa dilakukan secara berjenjang mulai penyelesaian secara musyawarah oleh pihak yang bersengketa. Bila dengan cara ini tidak dapat diselesaikan, maka sengketa diselesaikan dengan cara mediasi, atau melalui pengadilan.<sup>29</sup>

Bila terdapat sengketa indikasi medis antara Peserta, Fasilitas Kesehatan, dan BPJS Kesehatan, diselesaikan oleh Dewan Pertimbangan

---

<sup>29</sup> Pasal 46 ayat (1) dan (2) Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Klinis yang dibentuk oleh Menteri.<sup>30</sup> Penyelesaian sengketa dengan cara mediasi adalah sebagai berikut:

- a. Mekanisme mediasi dilakukan melalui bantuan mediator yang disepakati oleh kedua belah pihak secara tertulis
- b. Penyelesaian sengketa melalui mediasi dilakukan paling lama 30 hari kerja sejak penandatanganan kesepakatan oleh kedua belah pihak
- c. Penyelesaian sengketa melalui mekanisme mediasi, setelah ada kesepakatan kedua belah pihak secara tertulis, bersifat final dan mengikat
- d. Tata cara penyelesaian sengketa melalui mediasi dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, yaitu UU arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa

## 2. Jaminan Kesehatan berdasarkan hukum positif

### a. Jaminan kesehatan berdasarkan Hukum Internasional

Deklarasi, konvensi, atau rekomendasi Badan Perserikatan Bangsa-Bangsa menjadi rujukan dalam penyelenggaraan JKN dan SJSN.

#### 1) Deklarasi Universal Tentang Hak Asasi Manusia (HAM)-PBB Tahun 1948

Deklarasi universal tentang HAM PBB Tahun 1948 Pasal 25 ayat

(1) menyatakan bahwa:

---

<sup>30</sup> Pasal 26 ayat (3) Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional.

“Setiap orang berhak atas tingkat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya, termasuk hak atas pangan, pakaian, perumahan dan perawatan kesehatan, serta pelayanan sosial yang diperlukan, dan berhak atas jaminan pada saat menganggur, menderita sakit, cacat, menjadi janda/duda, mencapai usia lanjut atau keadaan lainnya yang mengakibatkan kekurangan nafkah, yang berada di luar kekuasaannya.”

Deklarasi Universal tentang HAM dipertimbangkan dalam penyusunan Undang-Undang NO. 39 Tahun 1999 Tentang Hak Asasi Manusia (UU HAM). Deklarasi ini disebutkan dalam konsideran Undang-Undang HAM.<sup>31</sup>

2) Konvensi ILO No. 102 Tahun 1952

Konvensi ILO No. 102 Tahun 1952, *The Social Security (Minimum Standards) Convention*, 1952, mengatur standar minimum penyelenggaraan program jaminan sosial di suatu negara. Konvensi ILO adalah pedoman bagi semua konvensi dan rekomendasi ILO di bidang perlindungan sosial. Konvensi 102 menetapkan sembilan program jaminan sosial yaitu, pelayanan kesehatan, santunan sakit, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, santunan pengangguran, santunan keluarga, pelayanan kesehatan kehamilan dan persalinan, santunan cacat, dan santunan bagi ahli waris. Negara-negara meratifikasi paling sedikit tiga dari sembilan program tersebut. Indonesia belum meratifikasi Konvensi ini.

---

<sup>31</sup> Asih Eka Putri, *Paham JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)*, Seri Buku 4, (Jakarta: CV Komunitas Pejaten Mediatama, 2014), hlm. 33.

Konvensi ILO meletakkan prinsip-prinsip bagi keberlanjutan dan tata kelola penyelenggaraan jaminan sosial. Indikator yang digunakan mencakup persentase minimal penduduk yang mengikuti program, batas terendah manfaat yang akan disediakan, serta kondisi untuk memperoleh manfaat jaminan sosial.<sup>32</sup>

3) Konvensi ILO No. 130 Tahun 1969

Konvensi ILO No. 130 Tahun 1969 tentang Pelayanan Kesehatan dan Santunan Sakit (*Medical Care and Sickness Benefit Convention*), 1969, mengatur prinsip-prinsip perlindungan kesehatan. konvensi 130 menentukan cakupan minimal kepesertaan, manfaat dasar, dan fasilitas kesehatan.

4) Rekomendasi ILO No. 202 Tahun 2012

Rekomendasi ILO No. 202 Tahun 2012 tentang batasan dasar nasional program perlindungan sosial (*National Floors of Social Protection*). Rekomendasi No. 202 yang populer dengan sebutan *Social Protection Floor* (SPF) 2012 merekomendasikan negara-negara anggota ILO untuk menjamin perlindungan dasar dalam sistem jaminan sosial nasional, dan meningkatkan manfaatnya secara progresif hingga menjangkau sebanyak-banyaknya penduduk. SPF 2012 menetapkan 18 (delapan belas) prinsip penyelenggaraan perlindungan sosial.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> *Ibid.*, hlm. 33.

<sup>33</sup> *Ibid.*, hlm. 34.

5) Resolusi WHA Ke-58 Tahun 2005 On Sustainable Financing, Universal Health Coverage, And Social Health Insurance

Resolusi *World Health Assembly* ke-58 tahun 2005 merekomendasikan kepada seluruh negara-negara anggota untuk membangun sistem pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan guna menjamin pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk, dengan cara:

- a) Menjamin bahwa setiap pembiayaan kesehatan mengikutsertakan metode pembiayaan pelayanan kesehatan oleh iuran yang dibayarkan di muka, dengan tujuan untuk berbagi risiko di antara penduduk, serta mencegah belanja pelayanan kesehatan yang menimbulkan bencana dan pemiskinan individu karena pengobatan dan perawatan kesehatan
- b) Menjamin ketercukupan dan keadilan distribusi infrastruktur dan sumber daya pelayanan kesehatan yang berkualitas, sehingga peserta dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berkeadilan
- c) Menjamin pembiayaan eksternal kegiatan atau program pelayanan kesehatan akan dikelola dan diorganisasikan dengan cara yang mendukung pembangunan pembiayaan kesehatan berkelanjutan untuk keseluruhan sistem kesehatan

- d) Merencanakan transisi menuju cakupan semesta kesehatan warga sehingga mampu memenuhi kebutuhan warga akan pelayanan kesehatan dan peningkatan kualitas pelayanan, menurunkan kemiskinan, mencapai tujuan bersama internasional termasuk tujuan deklarasi pembangunan milenium, dan mencapai kesehatan bagi semua
- e) Di masa pemeliharaan menuju cakupan kesehatan semesta, pilihan-pilihan kebijakan pembiayaan pelayanan kesehatan perlu dibangun sesuai dengan kondisi makroekonomi, sosiokultur, dan politik masing-masing negara
- f) Berbagi pengalaman tentang berbagai metode pembiayaan kesehatan, termasuk pembiayaan oleh publik, privat, jaminan kesehatan sosial atau metode campuran, dengan perhatian utama pada tata kelola yang dibangun untuk menjalankan fungsi-fungsi pokok sistem pembiayaan kesehatan.<sup>34</sup>

b. Jaminan kesehatan berdasarkan Hukum di Indonesia

Peraturan perundang-undangan yang memerintahkan dan memberi kewenangan penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional terbentang luas, mulai dari Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 hingga Peraturan Menteri dan Lembaga. Pemerintah telah membuat beberapa peraturan yang menjadi dasar hukum

---

<sup>34</sup> *Ibid.*, hlm. 35.

penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan dan tata kelola BPJS Kesehatan.<sup>35</sup>

#### 1. UUD 1945

Pasal 28H dan Pasal 34 UUD 1945 adalah dasar hukum tertinggi yang menjamin hak konstitusional warga negara atas pelayanan kesehatan dan mewajibkan pemerintah untuk membangun sistem dan tata kelola penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terintegrasi dengan penyelenggaraan program jaminan sosial.

##### **Pasal 28H**

- Ayat (1) : setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.
- Ayat (2) : Setiap orang berhak mendapatkan kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan.
- Ayat (3) : setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.

##### **Pasal 34**

- Ayat (1) : fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara.
- Ayat (2) : negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.
- Ayat (3) : negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

#### 2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN)

---

<sup>35</sup> *Ibid.*, hlm. 12.

UU SJSN menetapkan program Jaminan Kesehatan sebagai salah satu program jaminan sosial dalam sistem jaminan sosial nasional. Dalam UU ini diatur asas, tujuan, prinsip, organisasi dan tata cara penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional.

UU SJSN menetapkan asuransi sosial dan ekuitas sebagai prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Kedua prinsip dilaksanakan dengan menetapkan kepesertaan wajib dan penahapan implementasinya, iuran sesuai dengan besaran pendapatan, manfaat Jaminan Kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis, serta tata kelola dana amanah peserta oleh badan penyelenggara nirlaba dengan mengedepankan kehati-hatian, akuntabilitas efisiensi dan efektifitas.

UU SJSN membentuk dua organ yang bertanggung jawab dalam penyelenggaraan program jaminan sosial nasional, yaitu Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). UU ini mengatur secara umum fungsi, tugas dan kewenangan kedua organ tersebut.

UU SJSN mengintegrasikan program bantuan sosial dengan program jaminan sosial. Integrasi kedua program perlindungan sosial tersebut diwujudkan dengan mewajibkan Pemerintah untuk menyubsidi iuran Jaminan Kesehatan dan keempat program jaminan sosial lainnya bagi orang miskin dan orang tidak mampu. Kewajiban ini dilaksanakan secara bertahap dan mulai dari

program Jaminan Kesehatan. UU SJSN menetapkan dasar hukum bagi transformasi PT Askes (Persero) dan ketiga Persero lainnya menjadi BPJS.<sup>36</sup>

3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS)

UU BPJS adalah peraturan pelaksanaan UU SJSN. UU BPJS menetapkan pembentukan BPJS Kesehatan untuk penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan untuk penyelenggaraan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian.<sup>37</sup>

UU BPJS mengatur proses transformasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dari badan usaha milik negara (BUMN) ke badan hukum publik otonom nirlaba (BPJS). Perubahan-perubahan kelembagaan tersebut mencakup perubahan dsar hukum, bentuk badan hukum, organ, tata kerja, lingkungan, tanggung jawab, hubungan kelembagaan, serta mekanisme pengawasan dan pertanggungjawaban. UU BPJS menetapkan bahwa BPJS berhubungan langsung dan bertanggung jawab kepada Presiden.<sup>38</sup>

4. Peraturan Pemerintah No. 101 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PP PBIJK)

---

<sup>36</sup> Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

<sup>37</sup> Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

<sup>38</sup> Putri, *Paham Jaminan...*, hlm. 14.

PP penerima bantuan iuran Jaminan Kesehatan (PP PBIJK) adalah peraturan pelaksana UU SJSN. PP PBIJK melaksanakan ketentuan Pasal 14 ayat (3) dan Pasal 17 ayat (6) UU SJSN. PP PBIJK mengatur tata cara pengelolaan subsidi iuran Jaminan Kesehatan bagi Penerima Bantuan Iuran. PP PBIJK memuat ketentuan-ketentuan yang mengatur penetapan kriteria dan tata cara pendaftaran fakir miskin dan orang tidak mampu, penetapan PBIJK, pendaftaran PBIJK, pendanaannya, pengelolaan data PBI, serta peran serta masyarakat.

#### 5. Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013

PP No. 86 Tahun 2013 Tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara dan Setiap Orang Selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan Penerima Bantuan Iuran Dalam Penyelenggara Jaminan Sosial adalah peraturan pelaksanaan UU No. 24 Tahun 2011 (UU BPJS).<sup>39</sup>

Peraturan ini mengatur ruang lingkup sanksi administratif, tata cara pengenaannya kepada pemberi kerja dan perorangan, serta tata cara pengawasan dan pemeriksaan kepatuhan peserta dalam penyelenggaraan program jaminan sosial.<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup> Peraturan Presiden Nomor 86 Tahun 2013 Tentang Tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara dan Setiap Orang Selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan Penerima Bantuan Iuran Dalam Penyelenggara Jaminan Sosial.

<sup>40</sup> Putri, *Paham JKN...*, hlm. 15.

6. Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan (Perpres JK)

Perpres JK adalah peraturan pelaksana UU SJSN dan UU BPJS. Perpres JK melaksanakan ketentuan Pasal 13 ayat (2), Pasal 21 ayat (4), Pasal 22 ayat (3), Pasal 23 ayat (5), Pasal 26, Pasal 27 ayat (5), dan Pasal 28 ayat (2) UU SJSN.

Perpres JK juga melaksanakan ketentuan Pasal 15 ayat (3) dan Pasal 19 ayat (5) huruf a UU BPJS. Perpres JK mengatur peserta dan Kepesertaan Jaminan Kesehatan, pendaftaran, iuran, dan tata kelola iuran, manfaat Jaminan Kesehatan, koordinasi manfaat, penyelenggaraan pelayanan, fasilitas kesehatan, kendali mutu dan kendali biaya, peneraan keluhan, dan penanganan sengketa.<sup>41</sup>

7. Peraturan Presiden No. 111 Tahun 2013 Tentang Perubahan Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 (Perpres Perubahan Perpres JK)

Menjelang penyelenggaraan Jaminan Kesehatan pada 1 Januari 2014, ditemukan beberapa ketentuan dalam Perpres Jaminan Kesehatan yang perlu disesuaikan dengan kebutuhan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Materi muatan Perpres Perubahan Perpres Jaminan Kesehatan adalah untuk:<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> *Ibid.*, hlm. 15.

<sup>42</sup> *Ibid.*, hlm. 16-17.

- Mengubah ketentuan tentang peserta Jaminan Kesehatan dan penerima manfaat Jaminan Kesehatan
- Mengatur lebih rinci penahapan kepesertaan wajib Jaminan Kesehatan
- Menambahkan ketentuan tentang iuran Jaminan Kesehatan, besaran iuran diatur rinci untuk masing-masing kelompok peserta dan diatur pula tata cara pengelolaan iuran Jaminan Kesehatan
- Mengubah batasan hak ruang perawatan inap di rumah sakit
- Menambahkan dua manfaat yang tidak dijamin oleh Jaminan Kesehatan, yaitu pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas dan biaya pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah
- Menambah ketentuan tentang koordinasi manfaat antara Jaminan Kesehatan dan Program Jaminan kecelakaan kerja dan program jaminan kecelakaan lalu lintas wajib
- Mengubah ketentuan pelayanan obat, alat medis habis pakai dan alat kesehatan
- Mengubah ketentuan tentang pemberian kompensasi
- Mengubah prosedur pembayaran fasilitas kesehatan
- Mengubah ketentuan kendali mutu dan kendali biaya

8. Peraturan Presiden No. 107 Tahun 2013

Peraturan Presiden No. 107 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Tertentu Berkaitan dengan Kegiatan Operasional Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Negara Republik Indonesia adalah peraturan pelaksanaan UU BPJS.

Perpres No. 107 tahun 2013 melaksanakan ketentuan Pasal 57 dan Pasal 60 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011. Perpres ini mengatur jenis pelayanan kesehatan bagi kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Negara Republik Indonesia yang tidak didanai oleh Jaminan Kesehatan. Pelayanan kesehatan tersebut diselenggarakan di fasilitas kesehatan milik Kementerian Pertahanan dan Kepolisian RI, serta didanai oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara.<sup>43</sup>

9. Peraturan Menteri Kesehatan No. 59 Tahun 2014

Peraturan Menteri Kesehatan No. 59 Tahun 2014 Tentang Standar tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Permenkes Standar Tarif Pelayanan Kesehatan) adalah peraturan pelaksanaan Perpres No. 12 Tahun 2013.

---

<sup>43</sup> *Ibid.*, hlm. 17.

Permenkes Standar Tarif Pelayanan Kesehatan melaksanakan ketentuan Pasal 37 ayat (1) Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013. Standar tarif yang diatur dalam peraturan ini mencakup tarif bagi fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Standar tarif memuat tarif INA-CBGs, tarif kapitasi dan tarif non-kapitasi.<sup>44</sup>

#### 10. Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013

Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (Permenkes Pelayanan Kesehatan Jaminan Kesehatan) adalah peraturan pelaksanaan Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013.

Permenkes Pelayanan Kesehatan Jaminan Kesehatan melaksanakan ketentuan Pasal 21 ayat (7), Pasal 22 ayat (1) huruf c, Pasal 26 ayat (2), Pasal 29 ayat (6), Pasal 31, Pasal 34 ayat (4), Pasal 36 ayat (5), Pasal 37 ayat (3), dan pasal 44 Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013. Permenkes ini mengatur tata cara penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh program Jaminan Kesehatan, tata cara kerjasama fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan, sistem pembayaran fasilitas kesehatan, sistem kendali mutu kendali biaya, pelaporan dan kajian pemanfaatan pelayanan

---

<sup>44</sup> *Ibid.*, hlm. 18.

(*utilization review*), serta peraturan peralihan bagi pemberlakuan ketentuan-ketentuan wajib di fasilitas kesehatan.<sup>45</sup>

#### 11. Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014

Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan (PerBPJS Penyelenggaraan JK) adalah peraturan pelaksanaan Perpres No. 12 tahun 2013 dan Perpres No. 111 Tahun 2013. PerBPJS Penyelenggaraan JK melaksanakan ketentuan Perpres No.12 tahun 2013 Pasal 15, Pasal 17 ayat (7), Pasal 26 ayat (3), Pasal 31, Pasal 40 ayat (5), dan Pasal 42 ayat (3) dan Perpres No. 111 Tahun 2013 Pasal 17 ayat (6).

Peraturan BPJS Kesehatan tersebut mengatur tata cara pendaftaran dan pemutakhiran data peserta Jaminan Kesehatan, identitas peserta Jaminan Kesehatan, tata cara pembayaran iuran, tata cara pengenaan sanksi administratif, tata cara penggunaan hasil penilaian teknologi kesehatan, prosedur pelayanan kesehatan, prosedur pelayanan gawat darurat, tata cara penerapan sistem kendali mutu pelayanan Jaminan Kesehatan.<sup>46</sup>

### 3. Jaminan kesehatan dalam islam

#### a. Konsep Jaminan Kesehatan

Penguasa berkewajiban untuk menjamin terpenuhinya hak-hak rakyat dalam kesehatan tanpa ada unsur bisnis di dalamnya karena

---

<sup>45</sup> *ibid.*, hlm. 18.

<sup>46</sup> *Ibid.*, hlm. 19.

mengandung ketidakadilan.<sup>47</sup> Dasarnya adalah sabda Nabi Muhammad Saw dalam Hadist Shahih yang diriwayatkan Imam Bukhari dan Muslim dari Qutaibah bin Sa'id dari Laits dari Muhammad Bin Rumh dari Nafi' dari Ibnu Umar dari Nabi Shalallahu 'alaihi wasallam:

فَالْأَمِيرُ الَّذِي عَلَى النَّاسِ رَاعٍ وَهُوَ مَسْئُولٌ عَنْ رَعِيَّتِهِ

*“ pemimpin yang mengatur urusan manusia (imam/khalifah) adalah pengurus rakyat dan dia bertanggung jawab atas rakyatnya ”*<sup>48</sup>

Yang termasuk kebutuhan-kebutuhan dasar bagi rakyat adalah kebutuhan keamanan, kesehatan dan pendidikan. Hal itu didasarkan pada sabda Rasulullah Saw dari Ibnu Abbas r.a:

مَنْ أَصْبَحَ آمِنًا فِي سِرْبِهِ، مُعَافَى فِي بَدَنِهِ، عِنْدَهُ قُوتٌ يَوْمِهِ، فَكَأَنَّمَا

حِيزَتْ لَهُ الدُّنْيَا بِحَدَافِيرِهَا

*“siapa saja yang saat memasuki pagi merasakan aman pada kelompoknya, sehat badannya dan tersedia bahan makanan di hari itu, dia seolah-olah telah memiliki dunia semuanya”* (HR al-Bukhari)<sup>49</sup>

<sup>47</sup> Bayu Imantoro, “penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional dan Hukum Asuransi Syariah”, *Jurnal, Syariah*, 2016, hlm. 11.

<sup>48</sup> Muhammad Fu'ad Abdul Baqi, *Shahih Bukhari Muslim*, (Jakarta: PT Alex Media Komputindo, 2017), hlm.708-709.

<sup>49</sup> Al-Imam Zainuddin Ahmad bin Abdul Lathif Az-Zabidi, *At-Tajrid Al-Shahih Li Akhadis Al-Jami' Al-Shahih*, terj. Cecep Syamsul Hari, (Bandung: PT. Mizan Pustaka, 2008), hlm. 873.

Dalam hadist tersebut ditunjukkan bahwa keamanan dan kesehatan dipandang sebagai kebutuhan primer atau dasar sebagaimana makanan dan minuman. Dengan demikian keamanan dan kesehatan masuk dalam kategori kebutuhan dasar bagi seluruh rakyat, menurut pandangan hukum islam.<sup>50</sup>

Rasulullah Saw, yang bertindak sebagai kepala negara Islam, telah menjamin kesehatan rakyatnya secara cuma-cuma, dengan cara mengirimkan dokter kepada rakyatnya yang sakit tanpa memungut biaya dari rakyatnya itu.

Dalam hukum islam jaminan kesehatan itu wajib diberikan oleh negara kepada rakyatnya secara gratis, tanpa membebani, apalagi memaksa rakyatnya mengeluarkan uang untuk mendapat layanan kesehatan dari negara. pengadaan layanan, sarana, dan prasarana kesehatan tersebut wajib senantiasa diupayakan oleh negara bagi seluruh rakyatnya. Jika pengadaan layanan kesehatan itu tidak ada maka akan dapat mengakibatkan terjadinya bahaya, yang dapat mengancam jiwa rakyatnya. Menghilangkan bahaya yang dapat mengancam rakyat itu jelas merupakan tanggung jawab negara.

Tanpa kejelasan jaminan pengobatan dari pemerintah yang merupakan tanggung jawabnya, rakyat akan terbebani dengan biaya untuk menjaga kesehatannya. Sehingga dengan demikian, hak rakyat untuk menikmati hidup sehat harus dijamin oleh penguasa. Pengelolaan

---

<sup>50</sup>Imantoro, "penyelenggaraan Jaminan...", hlm. 11.

keuangan negara atas jaminan kesehatan memerlukan keseriusan pemerintah untuk mendapatkan dana dari hasil usaha-usaha yang dihalalkan oleh agama. Allah SWT berfirman di dalam Al-Qur'an:

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تُحَرِّمُوا طَيِّبَاتِ مَا أَحَلَّ اللَّهُ لَكُمْ وَلَا تَعْتَدُوا ۚ إِنَّ  
اللَّهَ لَا يُحِبُّ الْمُعْتَدِينَ

*“hai orang-orang yang beriman, janganlah kamu haramkan apa-apa yang baik yang telah Allah halalkan bagi kamu, dan janganlah kamu melampaui batas. Sesungguhnya Allah tidak menyukai orang-orang yang melampaui batas” (al Maidah ayat 87)<sup>51</sup>*

Dalam tanggung jawabnya untuk memberikan jaminan kesehatan atas rakyatnya, pemerintah atau penguasa harus mencari dana yang halal untuk menjamin kebaikan di dunia dan akhirat. Dana tersebut bisa dipenuhi dari sumber-sumber pemasukan negara yang telah ditentukan oleh hukum islam. Di antaranya dapat berasal dari hasil pengelolaan harta kekayaan umum termasuk hutan, berbagai macam tambang, kekayaan laut, minyak dan gas, juga dari sumber-sumber zakat, infak, sedekah, jizyah, ghanimah, wakaf, dan lain sebagainya.

Di zaman pemerintahan Bani Umayyah, kesehatan dan jaminan sosial terjamin untuk orang miskin, orang tua, anak muda, baik

---

<sup>51</sup> Departemen Agama Republik Indonesia, *Al-Qur'an dan Terjemahannya*, (Bandung: CV Penerbit J-Art, 2014), hlm. 122.

muslim maupun non muslim dan menjadi belanja negara setiap tahunnya dengan alokasi sebesar 10.000 (sepuluh ribu) dirham.<sup>52</sup>

Jaminan kesehatan dalam islam memiliki tiga sifat. *Pertama:* berlaku umum tanpa diskriminasi, dalam arti tidak ada pengkelasan dan perbedaan dalam pemberian layanan kesehatan kepada rakyat. *Kedua:* bebas biaya. Rakyat tidak boleh dikenai pengutan biaya apapun untuk mendapat pelayanan kesehatan oleh negara. *Ketiga:* seluruh rakyat harus diberi kemudahan untuk bisa mendapatkan pelayanan kesehatan oleh negara.<sup>53</sup>

b. Keputusan MUI tentang jaminan kesehatan

Pada tanggal 4 Agustus 2015 telah diterbitkan fatwa MUI tentang Pedoman Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan Syariah yang dengan ini terdapat beberapa keputusan yang terkait diantaranya sebagai berikut:<sup>54</sup>

- 1) Ketentuan hukum: penyelenggaraan Jaminan sosial Kesehatan boleh dilakukan dengan mengikuti ketentuan yang terdapat dalam fatwa ini
- 2) Ketentuan akad dan personalia hukum

---

<sup>52</sup> Ali Muhammad ash-Shallabi, *Episode Krusial Sejarah Islam Muawiyah bin Abi Sufyan Prestasi Gemilang selama 20 Tahun sebagai Gubernur dan 20 Tahun sebagai Khalifah*, diterjemahkan oleh Izzudin Karimi, (Jakarta: Darul Haq, 2013), hlm. 479.

<sup>53</sup> Imantoro, "penyelenggaraan Jaminan...", hlm. 14.

<sup>54</sup> <http://dsnemui.or.id/kategori/fatwa/page/3/>, diakses pada tanggal 28 Juni 2019, pukul 09.43 WIB

- a) Akad antara peserta-individu dengan Peserta-kolektif yang diwakili BPJS kesehatan adalah akad hibah dalam rangka saling menolong sesama peserta (ta'awun)
- b) Akad antara pemerintah dengan peserta-individu sebagai PBI adalah akad hibah, yang idserahterimakan kepada BPJS Kesehatan sebagai wakil dari peserta-kolektif
- c) Akad antara peserta-kolektif dengan BPJS Kesehatan adalah akad wakalah atau akad wakalah bil-ujrah
- d) Akad wakalah atau wakalah bil ujarah sebagaimana dimaksud pada angka 3 dapat mencakup pemberian kuasa untuk: kegiatan administrasi, pengelolaan portofolio risiko, investasi/pengembangan DJS, pembayaran klaim dan pemasaran
- e) Akad antara BPJS Kesehatan dengan pihak lain dalam rangka pengembangan DJSK adalah akad mu'awadhat, baik dalam bentuk jual-beli, ijarah, maupun akad yang berbasis bagi hasil.
- f) Akad antara pemerintah dengan BPJS Kesehatan sebagai wakil Peserta-kolektif adalah akad hibah untuk menanggulangi DJSK yang bernilai negatif, atau akad qard apabila pemerintah belum memiliki anggaran khusus.
- g) Akad antara BPJS Kesehatan dengan peserta-kolektif adalah akad kafalah atau akad qard untuk menanggulangi DJSK yang bernilai negatif

- h) Akad antara BPJS Kesehatan dengan peserta kolektif adalah akad kafalah atau akad qard untuk menanggulangi kesulitan likuiditas asset DJSK
  - i) Akad antara Pemerintah dengan BPJS Kesehatan sebagai wakil peserta kolektif adalah akad kafalah atau qard dalam hal BPJS Kesehatan tidak dapat memberikan talangan namun tidak mencukupi untuk menanggulangi kesulitan likuiditas aset DJSK
  - j) Akad antara BPJS Kesehatan dengan Faskes adalah akad ijarah.
- 3) Ketentuan terkait iuran dan layanan
- a) BPJS Kesehatan harus memberikan kemudahan bagi semua peserta BPJS di seluruh Indonesia untuk mendapatkan pelayanan yang baik sesuai dengan hak mereka
  - b) BPJS Kesehatan sebagai wakil peserta kolektif wajib memberikan informasi yang jelas kepada peserta individu terkait jumlah iuran dan manfaat atau cakupan layanan Faskes yang ditanggung
  - c) BPJS Kesehatan sebagai wakil peserta kolektif wajib bertanggung jawab untuk mengupayakan agar besaran pembayaran imbalan dan membayarnya kepada faskes melalui sistem yang adil dan transparan.

- d) Faskes wajib memberikan layanan kesehatan kepada peserta individu sesuai prinsip-prinsip syariah serta peraturan perundang-undangan yang berlaku
  - e) Faskes/ rumah sakit wajib memberikan imbal jasa yang berasal dari BPJS Kesehatan kepada dokter dan paramedik serta semua unsur di dalam faskes sesuai dengan prinsip keadilan dan prinsip-prinsip syariah serta peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- 4) Ketentuan terkait Dana Jaminan Sosial Negatif
- a) Pemerintah wajib menghibahkan dana untuk menutupi negatif DJS
  - b) Dalam hal pemerintah belum memiliki alokasi anggaran untuk menanggulangi DJS bernilai negatif, pemerintah dapat menalangnya dengan akad qard
  - c) Dalam hal pemerintah belum menghibahkan dana untuk mencukupi DJS yang bernilai negatif, maka BPJS Kesehatan wajib memberikan dana talangan kepada DJS dengan menggunakan akad Qard atau kafalah
- 5) Ketentuan terkait kesulitan likuiditas aset dana jaminan sosial
- a) BPJS Kesehatan dapat memberikan talangan berdasarkan akad kafalah atau qard kepada aset DJS untuk menanggulangi kesulitan likuiditas

- b) Dalam hal BPJS Kesehatan tidak dapat memberika talangan, atau dapat memberikan talangan namun tidak mencukupi untuk menanggulangi kesulitan likuiditas aset DJSK, pemerintah dapat memberikan talangan berdasarkan akad kafalah atau qard
- 6) Ketentuan terkait penempatan dan pengembangan DJS
- a) BPJS Kesehatan wajib memiliki rekening penampungan DJS pada bank syariah
  - b) BPJS Kesehatan sebagai wakil peserta kolektif wajib melakukan pengelolaan portofolio DJS sesuai dengan prinsip-prinsip syariah
  - c) BPJS Kesehatan sebagai wakil peserta kolektif tidak boleh mengembangkan DJS pada kegiatan usaha dan/atau transaksi keuangan yang bertentangan dnegan prinsip-prinsip syariah
  - d) BPJS Kesehatan sebagai wakil peserta kolektif dalam upaya mengembangkan DJS harus menggunakan akad-akad yang sesuai prinsip-prinsip syariah
- 7) Ketentuan terkait sanksi
- a) BPJS Kesehatan boleh mengenakan sanksi (*tak'zir*) kepada pemberi kerja atau peserta individu dengan ketentuan berikut:
    - o Apabila pemberi kerja atau peserta individu terlambat membayar iuran karena lalai, maka boleh dikenakan sanksi

- Apabila pemberi kerja atau peserta individu terlambat membayar iuran karena sebab yang benar menurut syariah dan hukum maka BPJS Kesehatan tidak boleh mengenakan sanksi
  - Tingkatan berat atau ringannya sanksi dapat diberlakukan sepadan dengan jenis dan tingkatan pelanggarannya
  - Dana sanksi wajib diakumulasikan ke dalam DJS
- b) BPJS Kesehatan boleh dikenakan sanksi karena terlambat dalam pembayaran imbalan kepada Faskes sesuai nilai syariah serta peraturan perundang-undangan yang berlaku
- c) Dana sanksi sebagaimana pada angka b di atas wajib dipergunakan untuk Dana Sosial
- 8) Penyelesaian perselisihan: penyelesaian sengketa di antara para pihak dapat dilakukan melalui musyawarah mufakat. Apabila musyawarah mufakat tidak tercapai, maka penyelesaian sengketa dilakukan melalui lembaga penyelesaian sengketa berdasarkan syariah sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

## **B. Penelitian Terdahulu**

Untuk menghindari terjadinya pengulangan penelitian maka perlu diuraikan penelitian terdahulu yang pernah diteliti oleh peneliti lain. Se jauh pengamatan penulis, sudah ada beberapa karya tulis yang menyangkut tema “Jaminan Kesehatan Masyarakat” antara lain:

Zulkahfi dari Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta dibuat pada tahun 2014, dengan judul penelitian “Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Perspektif Hukum Islam”. Dalam penelitian ini penulis mengambil beberapa fokus penelitian diantaranya; 1. Bagaimana pandangan hukum islam tentang tanggung jawab kesehatan bagi rakyat dalam suatu negara? 2. Bagaimana pandangan Hukum Islam terhadap jaminan kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia yang berprinsip asuransi sosial? Dari keseluruhan penelitian tersebut penulis mengambil kesimpulan bahwa: negara bertanggung jawab penuh terhadap kesehatan rakyat karena kesehatan merupakan kebutuhan pokok rakyat yang harus dipenuhi, negara harus mengatur sedemikian rupa jangan sampai mempersulit akses kesehatan bagi masyarakat. Menurut pandangan islam terhadap JKN adalah; negara boleh menarik iuran sadaqah kepada rakyat yang kaya dan berkecukupan untuk dana jaminan sosial dalam kondisi tertentu, untuk membantu masyarakat yang kurang mampu. JKN yang diterapkan di Indonesia masih belum tepat karena dapat menimbulkan mudharat, yaitu iuran bulanan yang akan disetorkan kepada BPJS masih terlalu tinggi. Progam JKN masih mengandung unsur ketidakadilan dalam konsep *takafu; al-ijtima'* dengan pemisahan antara masyarakat miskin, menengah, dan orang kaya, terlebih dalam pelayanan. JKN masih menggunakan asuransi konvensional bukan asuransi Syari'ah. JKN masih mengandung unsur *maisir* dan *garar*, sehingga menurut analisi penulis hukumnya jatuh pada syubhat. Maka dari keseluruhan hasil penelitian dari peneliti sebelumnya tersebut dapat diambil perbedaan

penelitian penulis, yaitu: yang diteliti oleh peneliti sebelumnya adalah analisis penulis terhadap program JKN di Indonesia berdasarkan pada Hukum Islam. Sedangkan yang ingin diteliti oleh peneliti sekarang adalah penerapan program jaminan kesehatan di Kabupaten Tulungagung berdasarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 dan Hukum Islam. Metode yang digunakan juga berbeda, peneliti sebelumnya menggunakan metode kepustakaan, sedangkan metode peneliti sekarang adalah metode lapangan (kualitatif).<sup>55</sup>

Aris Setiawan dari Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta dibuat pada tahun 2011, dengan judul “Jaminan Sosial Kesehatan Sebagai Hak Masyarakat Dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 (Kajian Hukum Islam)”. Dalam penelitian ini penulis mengambil beberapa fokus penelitian diantaranya; 1. Bagaimana ketentuan tentang jaminan sosial terhadap masyarakat menurut hukum islam? 2. Bagaimana ketentuan tentang jaminan sosial terhadap masyarakat menurut hukum positif? 3. Bagaimana relasi antara hukum islam dan hukum positif terhadap jaminan sosial kesehatan.? Dari keseluruhan penelitian tersebut penulis mengambil kesimpulan bahwa: Dengan pemenuhan dan pemberian jaminan terhadap warganya diharapkan dapat mensejahterakan mereka. Salah satunya dengan zakat, selain mensejahterakan mereka kita juga bisa mensucikan harta yang telah kita peroleh sehingga hubungan manusia dengan manusia terjaga dan begitupun hubungan dengan Tuhan. Jaminan sosial merupakan hak asasi sebagaimana tercantum dalam UUD 1945 Pasal 27 ayat 2. Islam mengajarkan

---

<sup>55</sup> Zulkahfi, “Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Perspektif Hukum Islam”, *Skripsi*, (Yogyakarta: UIN Sunan Kalijaga, 2014), hlm. 1.

dalam menmpatkan harkat dan martabat manusia. hal tersebut coba diterapkan dalam UU No. 40 Tahun 2004 dengan adanya *Ta'awun, Kafaalah, Takaful*. Yang semuanya mengandung konsep kesamaan (*as-istiwa*). Keadilan (*al-adalah*), dan kebebasan (*al-hurriyah*). Maka dari keseluruhan hasil penelitian dari peneliti sebelumnya tersebut dapat diambil perbedaan dengan penelitian penulis sekarang, yaitu: Yang diteliti oleh peneliti sebelumnya adalah analisis penulis terhadap hak masyarakat terhadap jaminan sosial berdasarkan Hukum positif dan Hukum Islam. Sedangkan yang ingin diteliti oleh peneliti sekarang adalah penerapan progam jaminan kesehatan di Kabupaten Tulungagung berdasarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 dan Hukum Islam. Metode yang digunakan juga berbeda, peneliti sebelumnya menggunakan metode kualitatif doktriner, sedangkan metode peneliti sekarang adalah metode kualitatif non doktrinal.<sup>56</sup>

Kurnia Hayati dari Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta tahun 2018, dengan judul “Jaminan Sosial Kesehatan dalam Perspektif Maslahat”. Dalam penelitian ini penulis mengambil beberapa fokus penelitian diantaranya; 1. Bagaimana hukum jaminan kesehatan yang diselenggarakan BPJS? 2. Bagaimana hukum jaminan sosial kesehatan BPJS dari perspektif maslahat?. Dari keseluruhan penelitian tersebut penulis mengambil kesimpulan bahwa: jaminan kesehatan yang diselenggarakan BPJS adalah progam jaminan kesehatan yang merupakan progam pemerintah yang tujuannya memberikan kepastian jaminan kesehatan menyeluruh bagi setiap

---

<sup>56</sup> Aris Setiawan, “Jaminan Sosial Kesehatan Sebagai Hak Masyarakat Dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 (Kajian Hukum Islam)”, *Skripsi*, (Jakarta: Fakultas Syariah Dan Hukum, 2011), hlm. 1.

rakyat indonesia agar penduduk indonesia dapat hidup sehat, produktif, sejahtera. Jaminan kesehatan bersifat pelayanan kesehatan perorangan, ini mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan obat, bahan medis habis pakai sesuai dengan indikasi medis yang diperlukan. jaminan kesehatan memberikan kemaslahatan untuk masyarakat. Dalam masalah, jaminan kesehatan tidak termasuk masalah *mu'tabarrah* karena tidak ada dalilnya yang mendukung kemaslahatan jaminan kesehatan saat ini. Jaminan kesehatan juga tidak termasuk masalah *mulghah*, karena tidak adanya dalil syara' yang menentanginya. Akan tetapi ia termasuk *masalah mursalah* karena sebuah kemaslahatan yang tidak didukung dalil syara' atau nash yang rinci. Jaminan kesehatan termasuk masalah *al-Hajiyah*, yaitu kemaslahatan yang dibutuhkan dalam penyempurnaan kemaslahatan pokok (mendasar) yang berbentuk keringanan untuk mempertahankan dan memelihara kebutuhan dasar manusia, terutama dalam kesehatan. Maka dari keseluruhan hasil penelitian dari peneliti sebelumnya tersebut dapat diambil perbedaan dengan penelitian penulis sekarang, yaitu: yang diteliti oleh peneliti sebelumnya adalah jaminan kesehatan yang diselenggarakan BPJS dalam perspektif masalah serta untuk mengetahui bagaimana jaminan sosial kesehatan BPJS dalam perspektif masalah. Sedangkan yang diteliti oleh peneliti sekarang adalah tentang jaminan kesehatan berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan jaminan kesehatan berdasarkan hukum islam. Metode penelitian yang digunakan penulis sebelumnya dengan metode penelitian sekarang juga

berbeda, peneliti sebelumnya menggunakan metode penelitian kepustakaan, dengan metode kualitatif, sedangkan metode penelitian penulis sekarang adalah kualitatif dengan bersumber lapangan.<sup>57</sup>

Muh. Kadarisman dari Universitas Muhammadiyah Jakarta dibuat pada tahun 2015, dengan judul “Analisis tentang Pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Kesehatan Pasca Putusan Mahkamah Konstitusi No. 07/PUU-III/2005.” Dalam penelitian ini penulis mengambil beberapa fokus penelitian diantaranya; 1. Bagaimana pelaksanaan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional terkait Jaminan Sosial Kesehatan pasca Putusan Mahkamah Konstitusi No. 07/PUU-III/2005 tentang Pengujian UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) terhadap UUD 1945.? Dari keseluruhan penelitian tersebut penulis mengambil kesimpulan bahwa: UU No. 40 Tahun 2004 terkait Jaminan Sosial Kesehatan pasca Putusan MK No. 07/PUU-III/2005 yang pelaksanaannya dipercayakan pada BPJS Kesehatan masih jauh dari makna keadilan. Penerapan BPJS Kesehatan masih memiliki persoalan dalam banyak hal, diantaranya karena menerapkan alur pelayanan berjenjang yaitu sebelum ke rumah sakit, peserta wajib terlebih dulu ke fasilitas kesehatan tingkat pertama (Puskesmas). Masalah lain, adalah rumitnya alur pelayanan BPJS Kesehatan karena menerapkan alur pelayanan berjenjang. Maka dari keseluruhan hasil penelitian dari peneliti sebelumnya tersebut dapat diambil perbedaan dengan penelitian penulis sekarang, yaitu: Yang diteliti oleh

---

<sup>57</sup> Kurinia Hayati, “Jaminan Sosial Kesehatan Dalam Perspektif Maslahat”, *Skripsi*, (Jakarta: Fakultas Syariah Dan Hukum, 2018), hlm. 5.

peneliti sebelumnya adalah analisis putusan MK No. 07/PUU-III/2005 terhadap pelaksanaan sistem jaminan sosial kesehatan. Sedangkan yang ingin diteliti oleh peneliti sekarang adalah penerapan program jaminan kesehatan di Kabupaten Tulungagung berdasarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 dan Hukum Islam. Metode yang digunakan juga berbeda, peneliti sebelumnya menggunakan metode *library research*, sedangkan metode peneliti sekarang adalah metode kualitatif bersumber lapangan.<sup>58</sup>

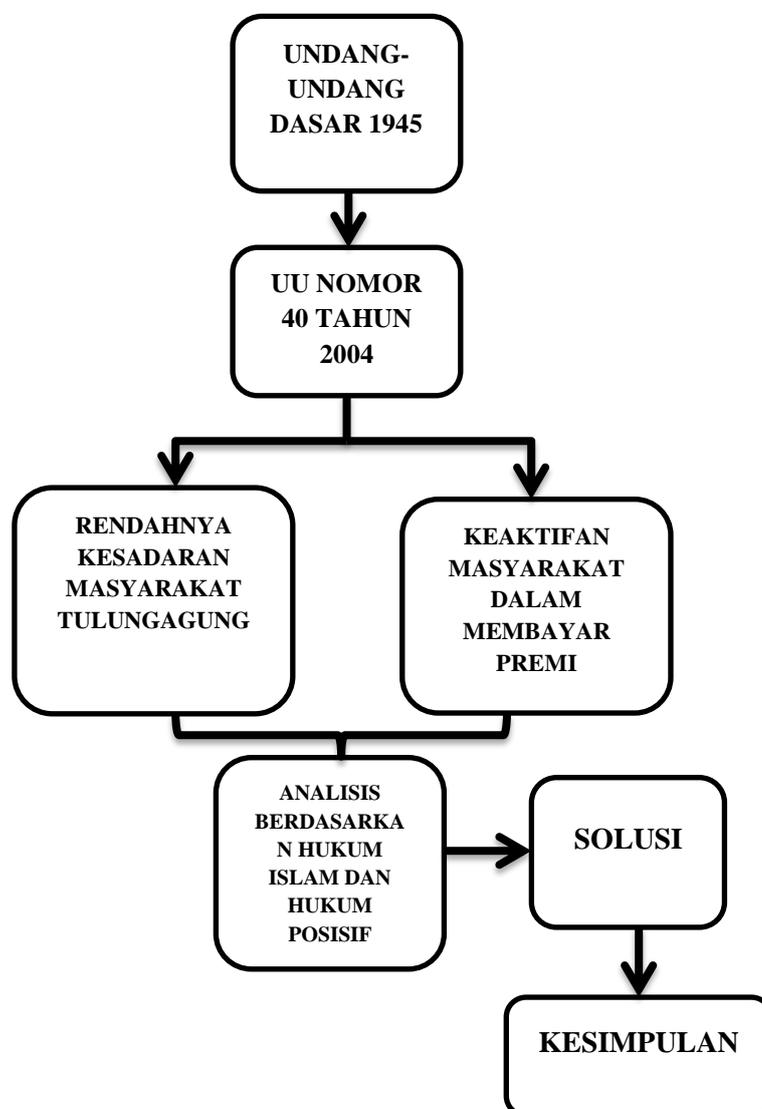
Deka Nanda Prakoso dari Universitas Lampung dibuat pada tahun 2016, dengan judul penelitian “Hak Konstitusional Jaminan Kesehatan Dalam Pelaksanaan Program Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) dalam Perspektif Hukum.” Dalam penelitian ini penulis mengambil beberapa fokus penelitian diantaranya; 1. Bagaimana pemenuhan hak konstitusional jaminan sosial kesehatan masyarakat dalam pelaksanaan program Badan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan (BPJS) dalam perspektif hukum.? Dari keseluruhan penelitian tersebut penulis mengambil kesimpulan bahwa: Pemenuhan hak konstitusional jaminan kesehatan yang dimatkan UUD 1945 Pasal 28H ayat 1 dan 3, yang diimplementasikan melalui kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional dan diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara jaminan sosial belum terpenuhi secara optimal. Maka dari keseluruhan hasil penelitian dari peneliti sebelumnya tersebut dapat diambil perbedaan dengan penelitian penulis sekarang, yaitu: Yang diteliti oleh peneliti sebelumnya adalah analisis Hak Konstitusional Jaminan Kesehatan terhadap program BPJS

---

<sup>58</sup> Muh. Kadarisman, “Analisis Tentang Pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Kesehatan Pasca Putusan Mahkamah Konstitusi No. 07/PUU/-III/2005”, *Jurnal Hukum IUS QUIA IUSTUM*, No. 3. 2015.

dalam perspektif hukum. Sedangkan yang ingin diteliti oleh peneliti sekarang adalah penerapan program jaminan kesehatan di Kabupaten Tulungagung berdasarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 dan Hukum Islam. Metode yang digunakan juga berbeda, peneliti sebelumnya menggunakan metode yuridis normatif, sedangkan metode peneliti sekarang adalah metode kualitatif bersumber lapangan.<sup>59</sup>

### C. Kerangka Berfikir



<sup>59</sup> Deka Nanda Prakoso, "Hak Konstitusional Jaminan Kesehatan Dalam Pelaksanaan Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) Dalam Perspektif Hukum", *Skripsi*, (Bandar Lampung: Fakultas Hukum Universitas Lampung, 2016).