



SALINAN

PUTUSAN

Nomor 138/PUU-XII/2014

DEMI KEADILAN BERDASARKAN KETUHANAN YANG MAHA ESA MAHKAMAH KONSTITUSI REPUBLIK INDONESIA

[1.1] Yang mengadili perkara konstitusi pada tingkat pertama dan terakhir, menjatuhkan putusan dalam perkara Pengujian Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, yang diajukan oleh:



1. Nama : **PT. Papan Nirwana** yang diwakili oleh **Susy Sandrawati, S.H.;**

Pekerjaan : Direktur;

Alamat : Jalan Kedung Sroko Nomor 75, Surabaya;

sebagai ----- **Pemohon I;**

2. Nama : **PT. Cahaya Medika Health Care** yang diwakili oleh **Hendry Irawan;**

Pekerjaan : Direktur;

Alamat : Jalan Raya Manyar Tirtomoyo Nomor 33, Surabaya;

sebagai ----- **Pemohon II;**

3. Nama : **PT. Ramamuza Bhakti Husada** yang diwakili oleh **Danial Aldriansyah;**

Pekerjaan : Direktur Utama;

Alamat : Jalan Wiguna Selatan 7/12, Kelurahan Gunung Anyar Tambak, Kecamatan Gunung Anyar, Surabaya;

sebagai ----- **Pemohon III;**

4. Nama : **PT. Abdi Waluyo Mitra Sejahtera** yang diwakili oleh **dr. Hardi Soetanto, MM;**

Pekerjaan : Direktur Utama;

Alamat : Jalan Mojokidul Blok I Nomor 6, Surabaya;

sebagai ----- **Pemohon IV;**

5. Nama : **Sarju;**
 Pekerjaan : Pekerja PT. Domusindo;
 Alamat : Dusun Wonorejo, RT.008 RW.002 Kelurahan
 Kampung Baru, Kecamatan Kepung, Kabupaten
 Kediri;

sebagai ----- **Pemohon V;**

6. Nama : **Imron Sarbini;**
 Pekerjaan : Pekerja PT. Gatra Mapan;
 Alamat : Jalan Katu RT.01A RW.002 Kelurahan Kepanjen,
 Kecamatan Kepanjen, Kabupaten Malang;

sebagai ----- **Pemohon VI;**

Dalam hal ini berdasarkan Surat Kuasa Khusus masing-masing bertanggal 26 Oktober 2014 memberi kuasa kepada **Aan Eko Widiarto, S.H., M.Hum., Herman Suryokumoro, S.H., M.S.,** dan **Haru Permadi, S.H.,** yang semuanya adalah Konsultan Hukum pada Lembaga Konsultasi Hukum AAN EKO WIDIARTO AND PARTNERS LEGAL CONSULTANS yang beralamat di Jalan Besar Ijen, Nomor 94, Kota Malang, Jawa Timur, mewakili atau bertindak untuk dan atas nama pemberi kuasa;

Selanjutnya disebut sebagai ----- **para Pemohon;**

- [1.2] Membaca permohonan para Pemohon;
 Mendengar keterangan para Pemohon;
 Mendengar dan membaca keterangan Presiden;
 Mendengar dan membaca keterangan Dewan Perwakilan Rakyat;
 Mendengar dan membaca keterangan Pihak Terkait Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
 Mendengar dan membaca keterangan ahli para Pemohon dan Presiden serta saksi para Pemohon dan Presiden;
 Memeriksa bukti-bukti para Pemohon;
 Membaca kesimpulan tertulis para Pemohon.

2. DUDUK PERKARA

[2.1] Menimbang bahwa para Pemohon telah mengajukan permohonan bertanggal 24 November 2014 yang diterima di Kepaniteraan Mahkamah Konstitusi (selanjutnya disebut Kepaniteraan Mahkamah) berdasarkan Akta Penerimaan Berkas Permohonan Nomor 315/PAN.MK/2014 pada tanggal 24 November 2014 dan telah dicatat dalam Buku Registrasi Perkara Konstitusi dengan Nomor 138/PUU-XII/2014 pada tanggal 2 Desember 2014, yang telah diperbaiki dan diterima di Kepaniteraan Mahkamah pada tanggal 19 Januari 2015, yang menguraikan hal-hal sebagai berikut:

I. PERSYARATAN FORMIL PENGAJUAN PERMOHONAN

I.A. KEWENANGAN MAHKAMAH KONSTITUSI

- (1) Bahwa untuk menafsirkan dan menjaga konstitusi dibentuk Mahkamah Konstitusi, selanjutnya disebut “**MK**”, berdasarkan Pasal 7B, Pasal 24 ayat (1) dan ayat (2), serta Pasal 24C UUD 1945 dan diatur lebih lanjut dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 98, Tambahan Lembaran negara Republik Indonesia Nomor 4316) sebagaimana diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2011 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 70, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5266), selanjutnya disebut “**UU MK**”.
- (2) Bahwa Pasal 24 ayat (2) Perubahan Ketiga UUD 1945 menyatakan:
“Kekuasaan kehakiman dilakukan oleh sebuah Mahkamah Agung dan badan peradilan yang di bawahnya dan oleh sebuah Mahkamah Konstitusi.”
- (3) Bahwa salah satu kewenangan yang dimiliki oleh MK adalah melakukan pengujian undang-undang terhadap UUD 1945 sebagaimana diatur dalam Pasal 24C ayat (1) UUD 1945 yang berbunyi:

“Mahkamah Konstitusi berwenang mengadili pada tingkat pertama dan terakhir yang putusannya bersifat final untuk: menguji undang-undang terhadap Undang-Undang Dasar ...”;

Selanjutnya, Pasal 10 ayat (1) huruf a UU MK menyatakan:

“Mahkamah Konstitusi berwenang mengadili pada tingkat pertama dan terakhir yang putusannya bersifat final untuk:

- a. *menguji undang-undang terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945,”*

Pasal 29 ayat (1) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 157, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5076), selanjutnya disebut “UU KK” menyatakan:

“Mahkamah Konstitusi berwenang mengadili pada tingkat pertama dan terakhir yang putusannya bersifat final untuk:

- a. ***menguji undang-undang terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.”***

- (4) Bahwa mengacu kepada ketentuan tersebut di atas, MK **berwenang** untuk melakukan **pengujian konstitusionalitas suatu undang-undang** terhadap UUD 1945 yang selanjutnya didasarkan pada Pasal 51 ayat (3) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi sebagaimana diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2011 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi berbunyi:

“Dalam permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Pemohon wajib menguraikan dengan jelas bahwa:

- a. *pembentukan undang-undang tidak memenuhi ketentuan berdasarkan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945; dan/atau*
- b. *materi muatan dalam ayat, pasal, dan/atau bagian undang-undang dianggap bertentangan dengan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.”*

- (5) Dalam hal ini, Para Pemohon memohon agar MK melakukan pengujian materiil Pasal 15 ayat (1), Pasal 15 ayat (2), Pasal 16 ayat (1), Pasal 16 ayat (2), Pasal 17 ayat (1), Pasal 17 ayat (2) huruf c,

Pasal 17 ayat (4), Pasal 19 ayat (1), Pasal 19 ayat (2), dan Pasal 19 ayat (3), UU BPJS terhadap Pasal 27 ayat (2), Pasal 28C ayat (2), Pasal 28D ayat (2), Pasal 28D ayat (4), Pasal 28H ayat (1), Pasal 28H ayat (3), Pasal 28H ayat (4), Pasal 28I ayat (1), Pasal 28I ayat (2), Pasal 28I ayat (4), dan Pasal 33 ayat (4) UUD 1945;

- (6) Bahwa berdasarkan ketentuan hukum di atas, Mahkamah Konstitusi berwenang untuk memeriksa, mengadili dan memutus permohonan uji materiil ini.

I.B. KEDUDUKAN HUKUM (*LEGAL STANDING*) PARA PEMOHON

- (7) Dimilikinya kedudukan hukum (*legal standing*) merupakan syarat yang harus dipenuhi oleh setiap pemohon untuk mengajukan permohonan pengujian undang-undang terhadap UUD 1945 kepada MK sebagaimana diatur di dalam Pasal 51 ayat (1) UU MK yang berbunyi:

“Pemohon adalah pihak yang menganggap hak dan/atau Hak Konstitusionalnya dirugikan oleh berlakunya undang-undang, yaitu:

- a. perorangan warga negara Indonesia;*
- b. kesatuan masyarakat hukum adat sepanjang masih hidup dan sesuai dengan perkembangan masyarakat dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia yang diatur dalam undang-undang;*
- c. badan hukum publik atau privat; atau*
- d. lembaga negara.”*

Penjelasan Pasal 51 ayat (1) UU MK:

“Yang dimaksud dengan “hak konstitusional” adalah hak-hak yang diatur dalam UUD 1945.”

- (8) Berdasarkan ketentuan Pasal 51 ayat (1) UU MK tersebut, terdapat 2 (dua) syarat yang harus dipenuhi untuk menguji apakah Para Pemohon memiliki kedudukan hukum (*legal standing*) dalam perkara pengujian undang-undang, yaitu (i) terpenuhinya kualifikasi untuk bertindak sebagai pemohon, dan (ii) adanya hak dan/atau Hak Konstitusional dari Para Pemohon yang dirugikan dengan berlakunya suatu undang-undang.

(9) Bahwa oleh karena itu, Para Pemohon menguraikan kedudukan hukum (*legal standing*) Para Pemohon dalam mengajukan permohonan dalam perkara *a quo*, sebagai berikut:

Pertama, kualifikasi sebagai Pemohon:

- **Pemohon I** dan **Pemohon II** adalah sebagai badan usaha privat selaku Pemberi Kerja yakni badan hukum yang mempekerjakan tenaga kerja dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya;
- **Pemohon III** dan **Pemohon IV** adalah badan usaha privat yang menjalankan usaha Badan Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (BAPEL JPKM) sebagai mitra Pemerintah dalam mengimplementasikan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. BAPEL JPKM dibentuk berdasarkan Pasal 66 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan dan mendapatkan izin penyelenggaraan JKPM dari Menteri Kesehatan (*vide*-Bukti P-5) sebagai upaya pemerintah mengembangkan, membina, dan mendorong jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat; dan
- **Pemohon V** dan **Pemohon VI** adalah sebagai perorangan warga negara Indonesia sebagai Pekerja yakni orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.

Kedua, kerugian konstitusional para Pemohon.

Mengenai parameter kerugian konstitusional, MK telah memberikan pengertian dan batasan tentang kerugian konstitusional yang timbul karena berlakunya suatu undang-undang harus memenuhi 5 (lima) syarat sebagaimana Putusan MK Perkara Nomor 006/PUU-III/2005 dan Perkara Nomor 011/PUU-V/2007, yaitu sebagai berikut:

- a. adanya hak dan/atau kewenangan Konstitusional pemohon yang diberikan oleh UUD 1945;
- b. bahwa hak dan/atau kewenangan Konstitusional pemohon tersebut dianggap oleh pemohon telah dirugikan oleh suatu undang-undang yang diuji;
- c. bahwa kerugian hak dan/atau kewenangan Konstitusional pemohon yang dimaksud bersifat spesifik (khusus) dan aktual

atau setidaknya bersifat potensial yang menurut penalaran yang wajar dapat dipastikan akan terjadi;

- d. adanya hubungan sebab akibat (*causal verband*) antara kerugian dan berlakunya undang-undang yang dimohonkan pengujian;
- e. adanya kemungkinan bahwa dengan dikabulkannya permohonan maka kerugian dan/atau kewenangan konstitusional yang didalilkan tidak akan atau tidak lagi terjadi.

(10) Bahwa para Pemohon mempunyai hak konstitusional yang diberikan oleh UUD 1945, sebagai berikut:

- a. Hak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak yang dijamin dalam Pasal 27 ayat (2) dan Pasal 28D UUD 1945:

- Pasal 27 ayat (2) UUD 1945:

*“Tiap-tiap warganegara **berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak** bagi kemanusiaan.”*

- Pasal 28D ayat (2) UUD 1945:

*“Setiap orang **berhak untuk bekerja serta mendapat imbalan dan perlakuan yang adil dan layak dalam hubungan kerja.**”*

- b. Hak untuk berpartisipasi dalam membangun masyarakat, bangsa dan negara melalui pelayanan kesehatan sebagaimana dijamin dalam Pasal 28C ayat (2) UUD 1945:

*“Setiap **orang berhak untuk memajukan dirinya dalam memperjuangkan haknya secara kolektif** untuk membangun masyarakat, bangsa dan negaranya.”*

- c. Hak atas pengakuan, jaminan, perlindungan, dan kepastian hukum yang adil serta perlakuan yang sama di hadapan hukum sebagaimana dijamin dalam Pasal 28D ayat (1) UUD 1945:

*“Setiap orang **berhak atas pengakuan, jaminan, perlindungan, dan kepastian hukum yang adil serta perlakuan yang sama di hadapan hukum.**”*

- d. Hak untuk mendapat pelayanan publik atas penerbitan Kartu Tanda Penduduk (KTP) sebagaimana dijamin Pasal 28D ayat (4) UUD 1945:

*Setiap orang **berhak atas status kewarganegaraan.***

- e. Hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang dijamin dalam 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.**”*

- f. Hak atas jaminan sosial untuk mengembangkan diri sebagaimana yang dijamin dalam Pasal 28H ayat (3):

*“Setiap orang **berhak atas jaminan sosial** yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.”*

- g. Hak atas milik pribadi yang tidak boleh diambil secara sewenang-wenang sebagaimana dijamin dalam Pasal 28H ayat (4):

*“Setiap orang **berhak mempunyai hak milik pribadi dan hak milik tersebut tidak boleh diambil alih secara sewenang-wenang oleh siapa pun.**”*

- h. Hak untuk diakui sebagai pribadi dihadapan hukum sebagaimana dijamin dalam Pasal 28I ayat (1) UUD 1945:

*“Hak untuk hidup, hak untuk tidak disiksa, hak kemerdekaan pikiran dan hati nurani, hak beragama, hak untuk tidak diperbudak, **hak untuk diakui sebagai pribadi di hadapan hukum**, dan hak untuk tidak dituntut atas dasar hukum yang berlaku surut adalah hak asasi manusia yang tidak dapat dikurangi dalam keadaan apa pun.”*

- i. Hak untuk bebas atas perlakuan diskriminatif untuk mendapatkan pelayanan publik atas dasar apa pun sebagaimana dijamin Pasal 28I ayat (2) UUD 1945:

*“Setiap orang **berhak bebas atas perlakuan yang bersifat diskriminatif** atas dasar apa pun dan berhak mendapatkan perlindungan terhadap perlakuan yang bersifat diskriminatif itu.”*

- j. Hak untuk mendapat perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan hak atas jaminan kesehatan dari negara terutama pemerintah sebagaimana dijamin Pasal 28I ayat (4) UUD 1945:

“Perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan hak asasi manusia adalah tanggung jawab negara, terutama pemerintah.”

- k. Hak untuk penyelenggaraan ekonomi berdasar demokrasi ekonomi, bukan etatisme sebagaimana dijamin dalam Pasal 33 ayat (4) UUD 1945:

“Perekonomian nasional diselenggarakan berdasar atas demokrasi ekonomi dengan prinsip kebersamaan, efisiensi berkeadilan, berkelanjutan, berwawasan lingkungan, kemandirian, serta dengan menjaga keseimbangan kemajuan dan kesatuan ekonomi nasional.”

- l. Hak atas pengembangan sistem jaminan sosial sebagaimana dijamin dalam Pasal 34 ayat (2) UUD 1945:

“Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.”

- (11) Bahwa **Pemohon I** dan **Pemohon II** sebagai badan usaha privat selaku Pemberi Kerja telah dirugikan pemenuhan hak konstitusionalnya akibat berlakunya undang-undang *a quo* berdasarkan penalaran yang wajar oleh karena:

- a. Pasal 15 ayat (1) dan Pasal 15 ayat (2) UU BPJS mewajibkan Pemberi Kerja untuk mendaftarkan pekerjanya kepada BPJS sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti. Kewajiban untuk mendaftarkan kepada BPJS menyebabkan Pemberi Kerja tidak bisa untuk memilih penyelenggara jaminan sosial (jaminan kesehatan) yang nyata-nyata lebih baik dari BPJS sebagaimana dijamin Pasal 28H ayat (3) UUD 1945. Padahal pilihan penyelenggara jaminan sosial yang lebih baik dari BPJS dimaksudkan agar dirinya dan pekerja lebih dapat hidup sejahtera lahir dan batin. Pilihan penyelenggara jaminan sosial yang lebih baik tersebut salah satunya adalah yang diselenggarakan Badan Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (BAPEL JPKM) sebagaimana praktik yang berjalan sebelum adanya BPJS.

- b. Pasal 15 ayat (1) dan Pasal 15 ayat (2) UU BPJS nyata-nyata menyebabkan Negara tidak mampu untuk mengembangkan sistem jaminan sosial bagi perusahaan tempat Pemberi Kerja dan Pekerja berada sebagaimana dijamin Pasal 28I ayat (4) UUD 1945. Makna kewajiban untuk mengembangkan sistem jaminan sosial adalah negara membuat sistem-sistem atau ketentuan-ketentuan yang menyebabkan penyelenggaraan jaminan sosial menjadi lebih baik. Dibuatnya sistem atau aturan mengenai penyelenggaraan jaminan sosial yang baik menyebabkan penyelenggara jaminan sosial menjadi baik pula. Dengan demikian seluruh penyelenggara jaminan sosial secara kualitas dapat menjadi lebih baik. Dengan adanya kewajiban Pemberi Kerja mendaftarkan dirinya dan Pekerjaannya peserta jaminan sosial kepada BPJS seperti yang dimaksudkan dalam Pasal 15 ayat (1) UU BPJS, maka jelas negara tidak mengembangkan sistem jaminan sosial yang memungkinkan kebebasan memilih pelayanan kesehatan yang lebih baik.
- c. Pasal 17 ayat (1), Pasal 17 ayat (2) huruf c dan Pasal 17 ayat (4) UU BPJS sangat merugikan hak konstitusional Pemberi Kerja untuk tidak diperlakukan secara diskriminatif sebagaimana dijamin Pasal 28I ayat (2) UUD 1945 karena Pasal 17 ayat (1), Pasal 17 ayat (2) huruf c dan Pasal 17 ayat (4) menentukan bahwa Pemberi Kerja selain penyelenggara negara yang tidak melaksanakan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1) dan Pasal 15 ayat (2), dan setiap orang yang tidak melaksanakan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 dikenai sanksi administratif. Artinya sama-sama sebagai Pemberi Kerja, penyelenggara negara yang melanggar Pasal 15 ayat (1) dan Pasal 15 ayat (2) bebas atas sanksi administrasi berupa teguran tertulis dan denda sekalipun.
- d. Pasal 17 ayat (1), Pasal 17 ayat (2) huruf c dan Pasal 17 ayat (4) UU BPJS sangat berpotensi merugikan hak konstitusional Pemberi Kerja untuk mendapatkan status kewarganegaraan sebagaimana dijamin Pasal 28D ayat (4) UUD 1945 karena

adanya sanksi administratif berupa tidak mendapat pelayanan publik tertentu berupa pelayanan publik atas penerbitan Kartu Tanda Penduduk (KTP) mengingat Penjelasan Pasal 17 ayat (1), Pasal 17 ayat (2) huruf c dan Pasal 17 ayat (4) UU BPJS sangat terbuka yakni yang dimaksud dengan “pelayanan publik tertentu” antara lain pemrosesan izin usaha, izin mendirikan bangunan, bukti kepemilikan hak tanah dan bangunan. Penggunaan frasa “antara lain” maknanya tidak terbatas dan termasuk beberapa hal yang disebutkan tersebut.

- e. Pasal 17 ayat (1), Pasal 17 ayat (2) huruf c dan Pasal 17 ayat (4) UU BPJS sangat merugikan hak konstitusional Pemberi Kerja untuk bertempat tinggal sebagaimana dijamin Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 karena salah satu sanksi administrasi berupa tidak mendapat pelayanan publik tertentu meliputi pula tidak mendapatkan pelayanan izin mendirikan bangunan.
- f. Pasal 17 ayat (1), Pasal 17 ayat (2) huruf c dan Pasal 17 ayat (4) UU BPJS sangat merugikan hak konstitusional Pemberi Kerja untuk mempunyai hak milik pribadi sebagaimana dijamin Pasal 28H ayat (4) UUD 1945 karena salah satu sanksi administrasi berupa tidak mendapat pelayanan publik tertentu meliputi pula tidak mendapatkan pelayanan bukti kepemilikan hak tanah dan bangunan.
- g. Pasal 17 ayat (1), Pasal 17 ayat (2) huruf c dan Pasal 17 ayat (4) UU BPJS sangat merugikan hak konstitusional Pemberi Kerja untuk diakui sebagai pribadi di hadapan hukum sebagaimana dijamin dalam Pasal 28I ayat (1) UUD 1945 karena adanya sanksi administrasi berupa tidak mendapat pelayanan publik tertentu.
- h. Pasal 19 ayat (1) dan Pasal 19 ayat (2) UU BPJS mengakibatkan menimbulkan pilihan satu satunya Pemberi Kerja ketika hendak memberikan jaminan sosial kepada pekerja adalah BPJS. Pasal tersebut jelas menegaskan bahwa mau atau tidak mau pemberi kerja harus memilih BPJS sebagai penyelenggara jaminan sosial pekerja. Hal tersebut tentu menyebabkan adanya penguasaan

tunggal (etatisme) jasa layanan kesehatan padahal penyelenggara jaminan sosial bukan hanya BPJS. Dengan adanya kewajiban untuk memilih BPJS sebagai penyelenggara jaminan sosial pekerja, maka penyelenggaraan kegiatan ekonomi (salah satunya adalah jasa layanan sosial) yang harus dilaksanakan secara demokratis hilang. Dengan demikian hak konstitusional Pemohon I dan Pemohon II untuk menyelenggarakan kegiatan ekonomi dengan berdasarkan demokrasi ekonomi yang dijamin dalam Pasal 33 ayat (4) UUD 1945 hilang akibat berlakunya Pasal *a quo*.

(12) Bahwa **Pemohon III** dan **Pemohon IV** sebagai badan usaha privat telah dirugikan hak konstitusionalnya akibat berlakunya undang-undang *a quo* berdasarkan penalaran yang wajar karena:

- a. **Pemohon III** dan **Pemohon IV** tidak dapat berpartisipasi dalam membangun masyarakat, bangsa dan negara melalui pelayanan kesehatan sebagaimana dijamin dalam Pasal 28C ayat (2) UUD 1945. Berlakunya Pasal 15 ayat (1), Pasal 15 ayat (2), Pasal 17 ayat (1), Pasal 17 ayat (2) huruf c dan Pasal 17 ayat (4), Pasal 19 ayat (1), dan Pasal 19 ayat (2) telah **mengakibatkan Pemohon III dan Pemohon IV** sebagai badan usaha privat yang menjalankan usaha Badan Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (BAPEL JPKM) berdasarkan Izin Nomor 17/JPKM/IV1998 tanggal 27 April 1998 kepada PT Ramamuza Bhakti Husada dan Izin Nomor 005/JPKM/V/1996 tanggal 10 Mei 1996 kepada PT Abdi Walujo Mitra Sejahtera [**vide Bukti P-5**], **tidak dapat berpartisipasi memberikan pelayanan kesehatan lagi**. Hal ini dikarenakan **Pemberi Kerja tidak dapat** memilih penyelenggara program jaminan sosial selain BPJS. Ketentuan-ketentuan dalam undang-undang *a-quo* memang tidak melarang **Pemohon III dan Pemohon IV** memberikan pelayanan kesehatan, namun akibat ketentuan kewajiban Pemberi Kerja hanya menggunakan “satu-satunya” BPJS sebagai lembaga pemberi layanan dengan disertai ancaman sanksi pidana maupun administratif bila tidak

mematuhi maka Pemberi Kerja tidak berani menggunakan jasa **Pemohon III** dan **Pemohon IV**.

- b. Implikasi lebih lanjut dari tidak dipenuhinya hak untuk berpartisipasi maka hak **Pemohon III** dan **Pemohon IV** atas pekerjaan dan penghidupan yang layak yang dijamin dalam Pasal 27 ayat (2) dan Pasal 28D UUD 1945 juga terampas. **Pemohon III** dan **Pemohon IV** tidak akan lagi dapat bekerja dan memperoleh penghidupan yang layak karena lapangan pekerjaannya diambil alih oleh undang-undang *a-quo* menjadi pekerjaan BPJS.
- c. Pasal 15 ayat (1), Pasal 15 ayat (2), Pasal 19 ayat (1) dan Pasal 19 ayat (2) menyebabkan hak kontitusional **Pemohon III** dan **Pemohon IV** sebagai salah satu pelaku ekonomi yang dijamin dalam Pasal 33 ayat (4) UUD 1945 terampas. Penyelenggaraan sistem perekonomian yang diselenggarakan berdasar atas demokrasi ekonomi menjadi hilang. Kewajiban pemberi kerja untuk menyetorkan iuran yang diambil dari upah Pekerja kepada BPJS menyebabkan BPJS adalah satu-satunya penyelenggara jaminan sosial Pemberi Kerja dan Pekerja. Hal tersebut menyebabkan penyelenggara jaminan sosial lain tidak memiliki ruang berusaha. Diwajibkannya Pemberi Kerja dan Pekerja untuk memilih BPJS adalah suatu bentuk etatisme dalam sistem ekonomi (dalam hal ini penyediaan jasa jaminan sosial kesehatan). Etatisme menyebabkan pelaku kegiatan ekonomi dalam hal ini **Pemohon III** dan **Pemohon IV** tidak mungkin memiliki peserta sehingga secara perlahan-lahan penyelenggara jaminan sosial selain BPJS, mati.

(13) Bahwa **Pemohon V** dan **Pemohon VI** sebagai warga Negara Indonesia telah dirugikan akibat berlakunya undang-undang *a quo* berdasarkan penalaran yang wajar karena:

- a. Pasal 15 ayat (1) UU BPJS menyebabkan kerugian konstitusional **Pemohon V** dan **Pemohon VI** untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang mampu menyejahterakan dirinya secara lahir dan batin sebagaimana dijamin Pasal 28H ayat (1). **Pemohon V**

dan Pemohon VI sebagai Pekerja juga kehilangan hak konstitusional untuk mendapatkan jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat sebagaimana dijamin Pasal 28H ayat (3) UUD 1945 karena Pemberi Kerja wajib untuk mendaftarkan Pekerja (termasuk Pemohon V dan Pemohon VI) kepada BPJS sebagai satu-satunya penyelenggara pelayanan kesehatan. Pekerja seharusnya mendapatkan pilihan jaminan sosial. Adanya pilihan tersebut menyebabkan pekerja dapat memilih jaminan sosial kesehatan yang lebih baik.

- b. Pasal 15 ayat (1) UU BPJS telah meniadakan hak pekerja untuk mendaftarkan diri sebagai peserta program jaminan sosial atas tanggungan perusahaan apabila perusahaan telah nyata-nyata tidak mendaftarkan pekerjanya pada penyelenggara Jaminan Sosial. Apabila ini terjadi maka hak Pekerja untuk mendapat jaminan sosial menjadi hilang. Memang benar sudah ada norma dalam Pasal 11 ayat (2) Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (**Bukti P-9**) yang menyatakan bahwa dalam hal Pemberi Kerja secara nyata-nyata tidak mendaftarkan Pekerja kepada BPJS Kesehatan, Pekerja yang bersangkutan berhak mendaftarkan dirinya sebagai Peserta Jaminan Kesehatan, namun norma tersebut hanya berupa Peraturan Presiden sehingga tingkatannya berada di bawah UU dengan demikian tidak dapat mengenyampingkan undang-undang (*lex superiori derogat legi inferiori*).
- c. Pasal 19 ayat (1) dan Pasal 19 ayat (2) UU BPJS menyebabkan hak konstitusional **Pemohon V dan Pemohon VI** untuk memiliki hak memiliki pribadi dan hak milik tersebut tidak dapat diambil oleh secara sewenang-wenang oleh siapapun sebagaimana dijamin Pasal 28H ayat (4) UUD 1945. Dengan diwajibkannya Pemberi Kerja untuk memungut iuran yang menjadi beban pekerja dari Pekerja dan menyetorkannya kepada BPJS

menyebabkan hak milik pribadi pekerja diambil alih oleh Negara secara sewenang-wenang. Iuran jaminan sosial diambil dari upah (hak milik) pekerja. Dengan adanya kewajiban yang dapat diartikan paksaan kepada Pemberi Kerja untuk memungut iuran (dari upah) kepada Pekerja yang digunakan untuk disetorkan kepada BPJS maka dapat diartikan Negara mengambil hak milik (upah) Pekerja secara sewenang-wenang. Tiadanya persetujuan dari Pekerja akan penyelenggara jaminan sosial yang cocok dan dipilih karena sudah ditentukan penyelenggara jaminan sosial adalah bentuk kesewenang-wenangan tersebut. Pekerja dalam membayar iuran penyelenggaraan jaminan sosial haruslah sesuai dengan keinginannya. Dengan demikian dapat pula diartikan Pekerja bebas untuk menggunakan hak pilihnya sesuai dengan keinginannya. Tiadanya pilihan dan wajibnya pekerja untuk mau tidak mau memilih BPJS sebagai penyelenggara jaminan sosial menyebabkan hak milik pribadi pekerja diambil alih sewenang-wenang oleh Negara secara legal.

- d. Pasal 19 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS menyebabkan hilangnya hak konstitusional **Pemohon V dan Pemohon VI** untuk mendapat perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan hak atas jaminan kesehatan dari negara terutama pemerintah sebagaimana dijamin Pasal 28I ayat (4) UUD 1945. Ketentuan tersebut juga mengurangi hak atas pengembangan sistem jaminan sosial sebagaimana dijamin dalam Pasal 34 ayat (2) UUD 1945. Negara telah lepas tanggung jawab dengan tidak mau membiayai kebutuhan pemeliharaan kesehatan Pekerja. Dengan adanya iuran pekerja kepada BPJS yang dipungut oleh Pemberi Kerja maka sebenarnya Pekerja sendiri yang membiayai pemeliharaan kesehatannya. Bahkan iuran yang dibayarkan Pekerja tersebut juga bisa saja digunakan untuk operasional BPJS. Dengan demikian justru Pekerjalah yang membiayai negara.

(14) Bahwa hak Konstitusional **Para Pemohon** tersebut telah sangat dirugikan dengan berlakunya UU BPJS. Kerugian tersebut bersifat

spesifik dan potensial yang berdasarkan penalaran yang wajar dipastikan akan terjadi, serta mempunyai hubungan kausal dengan berlakunya Pasal 15 ayat (1), Pasal 15 ayat (2), Pasal 17 ayat (1), Pasal 17 ayat (2) huruf c, Pasal 17 ayat (4), Pasal 19 ayat (1), dan Pasal 19 ayat (2) UU BPJS yang telah mendiskriminasi, memarginalkan, menyentralisasi, dan membatasi hak berusaha serta melepaskan tanggung jawab dalam pemenuhan jaminan sosial kesehatan. Oleh karena itu, dengan dikabulkannya permohonan ini oleh MK sebagai *the sole interpreter of the constitution* dan pengawal konstitusi maka kerugian Hak Konstitusional **Para Pemohon** tidak akan terjadi lagi.

(15) Bahwa dengan demikian, **Para Pemohon** memiliki kedudukan hukum (*legal standing*) sebagai pemohon pengujian undang-undang dalam perkara *a quo* karena telah memenuhi ketentuan Pasal 51 ayat (1) UUMK beserta Penjelasannya dan 5 (lima) syarat kerugian hak konstitusional sebagaimana pendapat Mahkamah selama ini yang telah menjadi yurisprudensi serta Pasal 3 Peraturan Mahkamah Konstitusi Nomor 06/PMK/2005.

II. ALASAN-ALASAN PERMOHONAN (POSITA) PENGUJIAN UU BPJS

II.A. PASAL 15 AYAT (1), PASAL 15 AYAT (2), PASAL 16 AYAT (1), PASAL 16 AYAT (2), PASAL 19 AYAT (1), PASAL 19 AYAT (2), DAN PASAL 19 AYAT (3) UU BPJS BERTENTANGAN DENGAN PASAL 28H AYAT (1), PASAL 28H AYAT (3), PASAL 28C AYAT (2) UUD 1945 KARENA PEMBERI KERJA TIDAK MEMPUNYAI PILIHAN LAIN SELAIN JASA PEMERINTAH (BPJS) UNTUK MEMBERIKAN JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN KEPADA DIRI DAN PEKERJANYA

16. Bahwa Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS menyatakan bahwa:

- (1) *Pemberi Kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan Pekerjaannya sebagai Peserta kepada BPJS sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti.*
- (2) *Setiap orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib memberikan data mengenai dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS.*

Pasal 16 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS menyatakan bahwa:

- (1) *Setiap orang, selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan penerima Bantuan luran, yang memenuhi persyaratan kepesertaan dalam program Jaminan Sosial wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagai Peserta kepada BPJS, sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti.*
- (2) *Setiap orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib memberikan data mengenai dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS.*

selanjutnya Pasal 19 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS berbunyi:

- (1) *Pemberi Kerja wajib memungut luran yang menjadi beban Peserta dari Pekerjaannya dan menyetorkannya kepada BPJS.*
- (2) *Pemberi Kerja wajib membayar dan menyetor luran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS.*

bertentangan dengan Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 yang menjamin hak konstitusional Pemohon I dan Pemohon II untuk memilih dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang diinginkannya. Selain itu Pasal 15 ayat (1), Pasal 19 ayat (1) dan Pasal 19 ayat (2) UU BPJS juga bertentangan dengan Pasal 28H ayat (3) dan Pasal 28C ayat (2) UUD 1945 yang menjamin hak konstitusional para Pemohon atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagaimana manusia yang bermartabat. Hal tersebut didasarkan pada alasan-alasan sebagaimana diuraikan berikut.

17. Bahwa ketentuan UU *a quo* menyebabkan Pemberi Kerja wajib mendaftarkan dirinya dan Pekerjaannya sebagai Peserta (jaminan sosial) kepada BPJS sesuai dengan Program Jaminan Sosial yang diikuti. Di dalam Penjelasan Pasal 15 ayat (1) UU BPJS menyebutkan bahwa: *Yang dimaksud dengan "program Jaminan Sosial yang diikuti" adalah 5 (lima) program Jaminan Sosial dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.* Program jaminan sosial yang dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan

Sosial Nasional (UU SJSN) adalah sebagaimana yang dimaksud dalam Pasal 18 UU SJSN yaitu:

- a. Jaminan kesehatan;
- b. Jaminan kecelakaan kerja;
- c. Jaminan hari tua;
- d. Jaminan pensiun; dan
- e. Jaminan kematian.

Bahwa dengan memahami ketentuan yang terdapat dalam Pasal 15 ayat (1), Pasal 15 ayat (2), Pasal 19 ayat (1), dan Pasal 19 ayat (2) UU BPJS maka Pemberi Kerja dan Pekerja harus mengikuti program Jaminan Sosial yang diselenggarakan oleh BPJS sebagai satu-satunya pilihan. Konsekuensi atas tidak dipatuhinya ketentuan undang-undang *a quo* adalah ancaman sanksi administratif (Pasal 17 ayat (1), Pasal 17 ayat (2) huruf c dan ayat (4) UU BPJS) dan sanksi pidana (Pasal 55 UU BPJS). Dalam kenyataan di lapangan kepala daerah menjadikan ketentuan pidana tersebut sebagai alat penekan (Bukti P-14).

18. Bahwa Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 menyatakan bahwa setiap orang berhak atas pelayanan kesehatan. Ketentuan tersebut tentunya terkait secara sistematis pada ketentuan dalam Pasal 28H ayat (3) yang menyatakan bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Dalam hal demikian maka seharusnya setiap orang (termasuk Pemohon I, Pemohon II, Pemohon V, dan Pemohon VI) dapat menentukan secara mandiri dan bebas siapa yang memberikan program jaminan sosial sehingga memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagaimana manusia yang bermartabat. Tidak kemudian negara menentukan BPJS sebagai satu-satunya lembaga yang memberikan jaminan sosial.
19. Bahwa pembentukan suatu badan atau lembaga tertentu untuk menangani masalah-masalah keseharian warga negara adalah hal yang wajar. Justru negara dalam konsepsi welfare state bukan hanya berhak, melainkan memiliki kewajiban, untuk menciptakan

dan/atau memajukan kesejahteraan umum yang bersifat lahir dan batin. Campur tangan negara terhadap pengupayaan kesejahteraan umum mutlak harus dilakukan, sehingga penyelenggara jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat oleh masyarakat menjadi efektif dan efisien. Namun demikian disamping negara, adanya pihak lain sebagai alternatif yang juga mengupayakan kesejahteraan umum oleh masyarakat menjadi krusial manakala terjadi kegagalan atau kemunduran kemampuan dalam menyelenggarakan pelayanan publik yang berakibat tidak terlayannya kepentingan warga negara. Lawrence M Friedman menyatakan ini sebagai teori krisis:

Theory of crisis, a theory that the modern welfare state is "ungovernable". Some scholars blame "ungovernability", on excessive expectations, or on the fact that the state makes too many promises (Brittan, 1975). Obviously, especially in hard time, the state has trouble keeping its promises... (Lawrence M Friedman: 20)

[Teori krisis merupakan suatu teori yang menunjukkan bahwa dalam negara kesejahteraan (*welfare state*) modern kurang bisa diatur. Beberapa ahli menyalahkan kekurangan dapat diaturnya tersebut pada adanya harapan yang terlalu berlebihan akibat janji-janji negara yang terlalu banyak. Kenyataannya, terutama di waktu yang sulit, negara memiliki kesulitan menjaga janjinya (ingkar)].

Dengan demikian setidaknya negara seharusnya membuka peluang bagi warga negara untuk berpartisipasi dalam menyelenggarakan kepentingan umum untuk memajukan dirinya dalam memperjuangkan haknya secara kolektif untuk membangun masyarakat, bangsa dan negaranya (vide Pasal 28C ayat (2) UUD 1945).

20. Bahwa sangat dimungkinkan terjadinya kegagalan dalam pelayanan publik atau dalam pemenuhan kebutuhan masyarakat warga negara sehingga harus menjadi pertimbangan tersendiri bagi negara (**Bukti P-10**). Penyelenggara jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat yang dalam prakteknya berkaitan erat

dengan derajat kehidupan yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat (vide Pasal 28H ayat (3) UUD 1945) merupakan kegiatan yang membutuhkan semangat pelayanan tertentu. Semangat pelayanan tersebut selama ini telah menjadikan penyelenggara jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat dilaksanakan oleh berbagai pihak, baik pemerintah maupun swasta yang dalam hal ini **Pemohon III** dan **Pemohon IV**.

21. Bahwa dalam hal mengantisipasi kegagalan pelayanan oleh negara tersebut maka keberadaan lembaga masyarakat yang juga memberikan layanan jaminan sosial sangat diperlukan. Menurut fakta sosiologis keberadaan Badan Pelaksana Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat yang mendapatkan Izin Menteri Kesehatan berikut izin operasionalnya [vide **Bukti P-5**] dapat memberikan pelayanan yang lebih baik dan tidak merugikan Pekerja maupun Pemberi Kerja dibandingkan dengan pelayanan yang diberikan BPJS. Hal itu dapat diuraikan sebagai berikut:

1. BPJS

Pekerja Lajang	4,5%	X	Rp. 2.200.000,-	=	Rp. 99.000,-
Pekerja Berkeluarga	4,5%	X	Rp. 2.200.000,-	=	Rp. 99.000,-
(Rata-rata Keluarga 4 Orang)					Rp. 198.000,-
Rp. 198.000,- : 5 Orang = Rp. 39.600,- Per-Kapita					

2. PT. Jamsostek

Pekerja Lajang	3%	X	Rp. 2.200.000,-	=	Rp. 66.000,-
Pekerja Berkeluarga	6%	X	Rp. 2.200.000,-	=	Rp. 132.000,-
(Rata-rata Keluarga 4 Orang)					Rp. 198.000,-
Rp. 198.000,- : 5 Orang = Rp. 39.600,- Per-Kapita					

3. PT. RBH

Pekerja Lajang	Rp. 22.000,-	}	Per-Kapita
PKPD	Rp. 23.000,-		
PKPT	Rp. 26.000,-	}	Per-Kapita
PKPK	Rp. 28.000,-		
PKPK Plus	Rp. 29.000,-		

Keterangan:

- BPJS : Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- PT RBH : PT Ramamuza Bahkti Husada
- PKPD : Program Kesehatan Paripurna Dasar

- d. PKPT : Program Kesehatan Paripurna Tambahan
- e. PKPK : Program Kesehatan Paripurna Khusus
- f. PKPK Plus : Program Kesehatan Paripurna Khusus Plus

Berdasarkan uraian tersebut Pekerja lebih diuntungkan berupa iuran yang dibayarkan jauh lebih murah dibandingkan iuran BPJS atau PT Jamsostek sekalipun. Selain itu pelayanan kesehatan yang diterima juga lebih baik karena bersifat paripurna (diberikan layanan kesehatan sampai dengan sembuh), tidak dibatasi pagu biaya sebagaimana yang diterapkan BPJS melalui INA-CBG. INA-CBG merupakan sebuah singkatan dari Indonesia Case Base Groups yaitu sebuah aplikasi yang digunakan rumah sakit untuk mengajukan klaim pada pemerintah. INA-CBG merupakan sistem pembayaran dengan sistem "paket", berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Sistem INA-CBG sudah "menghitung" layanan apa saja yang akan diterima pasien tersebut, berikut pengobatannya, sampai dinyatakan sembuh. Persoalannya adalah apabila "paket" sudah habis dan penyakit ternyata belum sembuh (karena yang menentukan sembuh atau tidaknya adalah Tuhan) maka pasien tidak dapat lagi memperoleh layanan yang diperlukan.

22. Bahwa selain tentang sistem pembayaran, berikut ini adalah kelemahan BPJS untuk dapat memberikan jaminan pemeliharaan kepada masyarakat khususnya Pekerja dibandingkan yang selama ini diberikan oleh Pemohon III dan Pemohon IV, antara lain:
- a. Tidak ada sistem *reimbursement*/klaim bagi peserta yang melakukan pelayanan di luar Fasilitas Kesehatan (Faskes) yang ditunjuk oleh BPJS Kesehatan. Misalnya apabila dalam keadaan darurat berobat di Faskes yang tidak ditunjuk maka tidak akan mendapatkan pergantian (pada malam hari/hari libur);
 - b. Persalinan normal di BPJS hanya ditangani oleh Bidan kerjasama, hal ini menyulitkan Peserta yang sudah memiliki dokter kandungan langganan;
 - c. Apabila terjadi kasus penyakit komplikasi maka penyakit pertama yang disembuhkan adalah penyakit utama atau

diagnosa utama, penyakit yang lain akan ditangani setelah proses penyakit utama ini sembuh. Tentunya penanganan kesehatan tidak bisa parsial seperti itu, namun harus komprehensif agar tidak terjadi komplikasi;

- d. Sistem rujukan yang berjenjang dimulai dari Faskes I (dokter keluarga, klinik, puskesmas) ke PPK sekunder Rumah Sakit tipe C, B dan selanjutnya tipe A melalui rujukan memperpanjang birokrasi pelayanan;
 - e. Di dalam sistem rujukan tersebut juga apabila peserta harus melakukan pengobatan lanjutan (kontrol) maka sebagian besar diagnosa (jika termasuk dalam 144 diagnosa penyakit) yang harus dilakukan ditingkat I (klinik, dokter keluarga atau puskesmas) akan dikembalikan lagi atau peserta diminta untuk berobat di pilihan dokter keluarganya, klinik A puskesmas yang ditunjuk dengan obat yang telah ditentukan oleh BPJS kesehatan ditingkat I;
 - f. Adanya pembatasan pemeriksaan laboratorium dalam kurun waktu tertentu. Misalnya: diabetes + hipertensi maka pemeriksaan HbA1C (hanya boleh dilakukan tiap 6 bulan sekali), pemeriksaan lemak meliputi kolesterol total, HDL, LDL, Trigleserida (hanya boleh dilakukan tiap 1 tahun sekali); dan
 - g. Pemberlakuan 144 jenis penyakit yang harus dilayani di tingkat pertama (PPK primer) dan tidak boleh dirujuk ke PPK tingkat lanjutan (Rumah Sakit) mengakibatkan tidak terspesialisasinya penanganan medis sehingga akan mempengaruhi terhadap layanan yang diberikan karena hanya ditangani oleh dokter umum (bukan spesialis sesuai bidangnya).
23. Bahwa pengorganisasian penyelenggara jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat oleh negara juga bukanlah hal yang bertentangan dengan UUD 1945, namun terhalangnya hak-hak warga negara dalam memperoleh jaminan **pemeliharaan kesehatan sesuai dengan pilihannya** akibat ditentukannya BPJS

sebagai satu-satunya lembaga penyelenggara jaminan pemeliharaan kesehatan sebagai implikasi berlakunya Pasal 15 ayat (1) dan Pasal 19 ayat (1) dan Pasal 19 ayat (2) adalah bertentangan dengan Pasal 28H ayat (1) dan ayat (3) UUD 1945.

24. Bahwa praktik yang berbeda adalah pada saat berlakunya Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1999 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja yang kemudian diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah Nomor 14 Tahun 1993 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja (PP 14/1993). Di dalam Pasal 2 ayat (4) Peraturan Pemerintah Nomor 14 Tahun 1993 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja ditentukan bahwa:

*Pengusaha sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) yang telah menyelenggarakan sendiri program pemeliharaan kesehatan bagi tenaga kerjanya **dengan manfaat yang lebih baik dari Paket Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Dasar menurut Peraturan Pemerintah ini, tidak wajib ikut dalam Jaminan Pemeliharaan Kesehatan yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara.***

Berdasarkan ketentuan tersebut maka Pemberi Kerja tidak dipaksa tanpa pilihan atas pemeliharaan kesehatan. Menjadi sebuah pilihan hukum (*legal choice*) bagi Pemberi Kerja untuk menggunakan Paket Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Dasar menurut Peraturan Pemerintah ini atau menyelenggarakan sendiri program pemeliharaan kesehatan bagi tenaga kerjanya dengan manfaat yang lebih baik dari Paket Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Dasar yang diselenggarakan Pemerintah. Pilihan hukum tersebut menjadi sebuah proses demokratisasi yang menandakan peraturan tersebut responsif sebagaimana dikemukakan Nonet dan Seljnick.

25. Bahwa pada tahun 2013 melalui Peraturan Pemerintah Nomor 84 Tahun 2013 tentang Perubahan Kesembilan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 14 Tahun 1993 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja ketentuan Pasal 2 ayat (4) PP 14/1993 dihapus. Hanya saja Peraturan Pemerintah Nomor 84

Tahun 2013 tidak menghapus Pasal 2 ayat (5) Pengusaha dan tenaga kerja yang telah ikut program asuransi sosial tenaga kerja sebelum berlakunya Peraturan Pemerintah ini, melanjutkan kepesertaannya dalam program jaminan sosial tenaga kerja sebagaimana dimaksud dalam ayat (1). Artinya perubahan politik hukum terjadi pasca tahun 2013 akibat adanya UU BPJS yang mulai berlaku pada tanggal 25 November 2011. Sebagai sebuah open legal policy tentu saja pembentuk UU BPJS dapat merubah sistem jaminan sosial yang dipilih, namun politik hukum tersebut tidak boleh bertentangan dengan hak-hak konstitusional yang dijamin dalam UUD 1945.

26. Dengan uraian tersebut jelas bahwa Pasal 15 ayat (1), Pasal 15 ayat (2), Pasal 16 ayat (1), Pasal 16 ayat (2), Pasal 19 ayat (1), Pasal 19 ayat (2), dan Pasal 19 ayat (3) UU BPJS Bertentangan dengan Pasal 28H ayat (1), Pasal 28H ayat (3), Pasal 28C ayat (2) UUD 1945.

II.B. PASAL 15 AYAT (1), PASAL 15 AYAT (2), PASAL 19 AYAT (1), PASAL 19 AYAT (2) UU BPJS BERTENTANGAN DENGAN PASAL 27 AYAT (2), PASAL 28C AYAT (2), PASAL 28D AYAT (2), PASAL 28I AYAT (1), PASAL 33 AYAT (4), DAN PASAL 34 AYAT (2) UUD 1945 KARENA MASYARAKAT TIDAK DAPAT BERPARTISIPASI DALAM MEMBERIKAN JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN DAN HAK MENDAPATKAN PEKERJAAN YANG LAYAK

27. Bahwa Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS menyatakan bahwa:

(1) Pemberi Kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan Pekerjaannya sebagai Peserta kepada BPJS sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti.

(2) Setiap orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib memberikan data mengenai dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS.

Pasal 19 ayat (1) dan Pasal 19 ayat (2) menyatakan bahwa:

(1) Pemberi Kerja wajib memungut luran yang menjadi beban Peserta dari Pekerjaannya dan menyetorkannya kepada BPJS.

(2) Pemberi Kerja wajib membayar dan menyetor luran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS.

bertentangan dengan Pasal 27 ayat (2), Pasal 28D ayat (2) UUD 1945 yang menjamin hak konstitusional masyarakat termasuk Pemohon III dan Pemohon IV untuk berpartisipasi dan mendapatkan pekerjaan yang layak dengan membantu pemerintah dalam memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat. Selain itu ketentuan undang-undang *a quo* juga bertentangan dengan, Pasal 28C ayat (2), Pasal 28I ayat (1), Pasal 33 ayat (4), dan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 yang menjamin hak konstitusional Pemohon III dan Pemohon VI atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagaimana manusia yang bermartabat. Hal tersebut didasarkan pada alasan-alasan sebagaimana diuraikan berikut.

II.B.1 Pasal 15 ayat (1), Pasal 15 ayat (2), Pasal 19 ayat (1), dan Pasal 19 ayat (2) UU BPJS bertentangan dengan Pasal 33 ayat (4) UUD 1945 karena negara menjalankan paham etatisme

28. Bahwa dengan adanya ketentuan UU *a quo* yang mewajibkan Pemberi Kerja, Pekerja, dan setiap orang selain Pemberi Kerja, untuk mendaftar sebagai peserta BPJS maka negara telah mempraktikkan paham Etatisme. Etatisme merupakan paham dalam pemikiran politik yang menjadikan negara sebagai pusat segala kekuasaan. Negara adalah sumbu yang menggerakkan seluruh elemen dalam suatu jalinan rasional, yang dikontrol secara ketat dengan menggunakan instrumen kekuasaan. Akibatnya mematikan motivasi dan kreasi dari masyarakat untuk dapat berkembang dan bersaing sehat. Sebaliknya, Negara tidak boleh membiarkan sistem ekonomi tumbuh dan berkembang secara alamiah menurut mekanisme pasar yang berjalan berdasarkan penawaran dan permintaan (*supply and demand*). Sistem ekonomi dengan mekanisme yang demikian pada gilirannya akan membentuk nilai serba materi di dalam masyarakat.

29. Bahwa Indonesia tidak menganut paham etatisme. Berdasarkan Pasal 33 ayat (4) UUD 1945 Perekonomian nasional diselenggarakan berdasar atas demokrasi ekonomi. Di dalam demokrasi ekonomi peranan negara penting tetapi juga tidak boleh

mengabaikan peran swasta. Setiap kebijakan Negara harus memberikan dampak yang baik dan tidak boleh menguntungkan satu pihak saja. Setiap kebijakan Negara harus menguntungkan semua pihak dan tidak boleh merugikan pihak lain.

30. Bahwa demokrasi dalam bidang ekonomi menghendaki adanya kesempatan yang sama bagi setiap warga negara untuk berpartisipasi di dalam proses produksi dan pemasaran barang dan atau jasa, dalam iklim usaha yang sehat, efektif, dan efisien sehingga dapat mendorong pertumbuhan ekonomi dan bekerjanya ekonomi pasar yang wajar. Ketentuan pasal *a-quo* nyata-nyata tidak menghendaki kesempatan yang sama dalam penyelenggaraan jasa jaminan sosial karena memusatkan jasa jaminan sosial kepada BPJS. Dengan demikian demokrasi ekonomi sebagaimana dijamin dalam Pasal 33 ayat (4) UUD 1945 yang menghendaki kesempatan yang sama dalam penyelenggaraan jasa layanan sosial menjadi hilang.
31. Bahwa BAPEL JPKM sebagai penyelenggara jaminan sosial juga merupakan pelaku ekonomi yang bergerak di bidang jasa. Karena itulah penyelenggaraannya harus berdasarkan demokrasi ekonomi pula. Pasal-pasal *a-quo* menyebabkan BAPEL JPKM tidak dapat lagi berperan dalam demokrasi ekonomi karena peluangnya untuk berkompetisi tertutup dengan adanya kewajiban mendaftar program jaminan sosial hanya kepada BPJS.
32. Bahwa menurut Keterangan Ahli tersumpah Prof. Ali Ghufron Mukti MD., M.sc., Ph.D dalam Perkara Nomor 007/PUU-III/2005 untuk mewujudkan keadilan dan portabilitas penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat tidak satu-satunya dengan **monopoli dan tersentralisir**, karena efisiensinya tidak bisa dijamin dan masih dipertanyakan *responsiveness*-nya sangat kurang, *sustainability*, partisipasi masyarakat daerahnya kurang. Lebih lanjut menurutnya, dalam *German Health Insurance System*, Jerman sukses melaksanakan jaminan sosial karena, pertama, jumlah Bapel disesuaikan dengan perkembangan sistem jaminan sosial. Kedua, diterapkan konsep subsidiaritas, yaitu setiap

permasalahan yang bisa diatasi oleh level hierarki pemerintahan atau manajemen terbawah tidak perlu diintervensi pusat kecuali ditemukan kegagalan, tidak seperti UU BPJS yang menutup bapel-bapel di daerah padahal masih dalam proses pengembangan.

33. Bahwa memang UUD 1945 tidak membatasi siapa yang berhak melakukan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat, akan tetapi UUD 1945 mewajibkan negara untuk melindungi masyarakat, yang oleh karenanya UUD 1945 juga memberikan hak kepada pembentuk undang-undang untuk memilih kebijakan hukum (*opened legal policy*) yang paling sesuai bagi penyelenggaraan jaminan sosial. Terkait dengan hal tersebut pengaturan atau pembatasan oleh pembentuk undang-undang tidak dapat pula dilakukan dengan sebebas-bebasnya, melainkan, antara lain, harus berdasar atas demokrasi ekonomi dengan prinsip kebersamaan, efisiensi berkeadilan [vide Pasal 33 ayat (4) UUD 1945]. Negara tidak boleh merampas pekerjaan yang selama ini diusahakan oleh rakyat yang dalam hal ini Badan Pelaksana Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (BAPEL JPKM) dengan demikian **mengakibatkan ketidakadilan sebab menafikan keberadaan lembaga atau perorangan yang selama ini telah bertindak sebagai Badan Pelaksana Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat.**

34. Bahwa keberadaan pihak swasta yang selama ini menyelenggarakan program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat tidak boleh ditinggalkan begitu saja oleh negara dengan memusatkan pelayanan jaminan kesehatannya melalui BPJS. Peran dan fungsi BPJS yang belum teruji waktu akan sangat dimungkinkan gagal pada suatu titik sehingga apabila tidak ada lembaga alternatif (swasta) yang memberikan layanan maka kegagalan jaminan sosial kesehatan akan terjadi secara total. Dalam prinsip kesetaraan seharusnya semua warga negara mempunyai hak yang setara untuk ambil bagian, dan untuk menentukan hasil dari proses konstitusional yang menegakkan hukum-hukum yang harus mereka patuhi. (John Rawls, 2011:280)

35. Bahwa dengan adanya ketentuan UU *a quo* yang mewajibkan Pemberi Kerja, Pekerja, dan setiap orang selain Pemberi Kerja, Pekerja untuk mendaftar sebagai peserta BPJS maka bertentangan dengan Pasal 33 ayat (4) UUD 1945 karena negara menjalankan paham Etatisme.

II.B.2 Pasal 15 ayat (1), Pasal 15 ayat (2), Pasal 19 ayat (1), dan Pasal 19 ayat (2) UU BPJS bertentangan dengan Pasal 28C ayat (2), Pasal 28I ayat (1), dan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 karena masyarakat tidak dapat berpartisipasi dalam memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan

36. Bahwa paham negara kesejahteraan sebagaimana tercermin dalam judul Bab XIV UUD 1945 yang berbunyi “KESEJAHTERAAN SOSIAL” yang dengan Perubahan Keempat menjadi “PEREKONOMIAN NASIONAL DAN KESEJAHTERAAN SOSIAL”. Menegaskan fungsi negara untuk mengembangkan jaminan sosial guna mewujudkan cita-cita kesejahteraan umum sebagaimana dimaksud oleh Pembukaan UUD 1945 alinea keempat.

37. Bahwa, dengan demikian, terminologi “negara” dalam Pasal 34 ayat (2) UUD 1945, dalam hubungannya dengan paham negara kesejahteraan, sesungguhnya lebih menunjuk kepada pelaksanaan fungsi pelayanan sosial negara bagi rakyat atau warga negaranya. Sehingga, fungsi tersebut merupakan bagian dari fungsi-fungsi pemegang kekuasaan pemerintahan negara menurut UUD 1945. Agar fungsi dimaksud dapat berjalan, maka pemegang kekuasaan pemerintahan negara membutuhkan wewenang dan kehadiran masyarakat untuk berpartisipasi. Kehadiran masyarakat untuk berpartisipasi dalam membangun masyarakat, bangsa dan negara melalui pelayanan kesehatan tersebut dijamin dalam Pasal 28C ayat (2) UUD 1945.

38. Bahwa pengakuan dan pemberian kesempatan masyarakat untuk berpartisipasi dalam membangun masyarakat, bangsa dan negara melalui pelayanan kesehatan juga merupakan pengakuan sebagai

pribadi dihadapan hukum sebagaimana dijamin dalam Pasal 28I ayat (1) UUD 1945.

39. Bahwa kewenangan untuk menyelenggarakan sistem jaminan sosial bukan merupakan kewenangan eksklusif Pemerintah (dalam hal ini BPJS), sebagaimana tercermin dari ketentuan dalam Pasal 15 ayat (1) UU BPJS. Sebab, jika diartikan demikian, hal itu akan bertentangan dengan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945. Pengembangan sistem jaminan sosial adalah memang bagian dari pelaksanaan fungsi pelayanan sosial negara yang kewenangan untuk menyelenggarakannya berada ditangan pemegang kekuasaan pemerintahan negara, namun Pasal 28C ayat (2) UUD 1945 menentukan bahwa setiap orang berhak untuk memajukan dirinya dalam memperjuangkan haknya secara kolektif untuk membangun masyarakat, bangsa dan negaranya. Artinya UU BPJS tidak boleh menutup peluang masyarakat untuk ikut juga menyelenggarakan sistem jaminan sosial dalam hal ini sebagai penyelenggara jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat.
40. Bahwa sebelum diberlakukannya UU BPJS dan Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional masyarakat sudah berpartisipasi dalam memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat. Bentuk partisipasi tersebut berupa pendirian Badan Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (BAPEL JPKM) yang kemudian berhimpun dalam organisasi Perhimpunan BAPEL JPKM pada tanggal 31 Juli 1998 di Jakarta. Sebagai tokoh pendirinya adalah Dr. Adhyatma, MPH (Mantan Menkes), Dr. S. L. Leimena, MPH, dan Prof. Dr. Azrul Azwar, MPH. Saat ini Perhimpunan BAPEL JPKM memiliki 20 anggota di luar itu masih terdapat BAPEL JPKM yang belum menjadi anggota perhimpunan. Di dalam operasionalnya setiap BAPEL JPKM mendapat Izin dari Menteri Kesehatan berikut izin operasionalnya [vide BuktiP-5].
41. Bahwa keberadaan BAPEL JPKM tersebut dengan adanya ketentuan Pasal 15 ayat (1) dan Pasal 19 ayat (1) dan ayat (2) Undang-Undang a quo dinafikkan. UU BPJS maupun UU SJSN

memang tidak melarang keberadaan dan operasional BAPEL JPKM, namun dengan kewajiban Pemberi Kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan Pekerjaannya sebagai Peserta kepada BPJS sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti dan Pemberi Kerja wajib memungut luran yang menjadi beban Peserta dari Pekerjaannya dan yang menjadi tanggung jawabnya dengan menyetorkannya kepada BPJS maka tidak mungkin lagi Pemberi Kerja menggunakan jasa BAPEL JPKM. Belum lagi ancaman sanksi baik pidana maupun administrasi apabila tidak mematuhi ketentuan tersebut.

42. Bahwa pemerintah daerah pun yang selama ini memberikan rekomendasi atas penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat yang lebih baik oleh BAPEL JPKM (Bukti P-11) kemudian oleh Pemerintah Daerah Rekomendasi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Lebih Baik (JPK-LB) perusahaan yang merupakan BAPEL JPKM dinyatakan tidak berlaku per 15 Agustus 2014 (Bukti P-12). Akibat adanya surat dari Pemerintah daerah yang menyatakan Rekomendasi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Lebih Baik (JPK-LB) perusahaan yang merupakan BAPEL JPKM dinyatakan tidak berlaku tersebut maka meskipun Izin dari Menteri Kesehatan [vide Bukti P-5] masih berlaku/tidak dicabut maka Pemberi Kerja/Perusahaan tidak berani menggunakan jasa BAPEL JPKM.

43. Bahwa dipandang dari landasan sosiologis pilihan politik hukum yang menempatkan pelayanan Pemerintah dalam hal ini BPJS sebagai satu-satunya lembaga yang boleh (legal) berdasarkan Pasal 15 ayat (1) dan Pasal 19 ayat (1) dan Pasal 19 ayat (2) undang-undang a quo adalah tidak tepat karena tidak memperhitungkan realitas sosial di lapangan dengan mengabaikan Badan Pelaksana Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat yang telah melayani Pekerja dan Pemberi Kerja sejak lama sebelum UU BPJS dan UU Sistem Jaminan Sosial Nasional diberlakukan. Semula Pemberi Kerja yang menggunakan program jaminan sosial yang diselenggarakan oleh lembaga jaminan sosial

selain BPJS dan dengan ketentuan a quo harus beralih ke BPJS (Bukti P-13). Keadan demikian tentu menyebabkan penyelenggara jaminan sosial selain BPJS akan kehilangan klien yang berakibat pada matinya penyelenggara jaminan sosial selain BPJS. Oleh karena Pasal 15 ayat (1) nyata-nyata bertentangan dengan Pasal 34 ayat (2).

44. Bahwa dengan demikian ketentuan Pasal 15 ayat (1), Pasal 15 ayat (2), Pasal 19 ayat (1) dan Pasal 19 ayat (2) UU BPJS bertentangan dengan Pasal 28C ayat (2) Pasal 28I ayat (1) Pasal 34 ayat (2) UUD 1945.

II.B.3 Pasal 15 ayat (1), Pasal 15 ayat (2), Pasal 19 ayat (1), dan Pasal 19 ayat (2) UU BPJS bertentangan dengan Pasal 27 ayat (2) dan Pasal 28D ayat (2) UUD 1945 karena menghalangi hak untuk mendapatkan pekerjaan yang layak

45. Bahwa negara memiliki kewajiban mutlak menghormati hak warga negara atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan. Penghormatan terhadap hak warga negara dimaksud, dalam konteks penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat, haruslah dimaknai secara luas. Artinya penghormatan hak yang demikian tidak lantas berarti BPJS (sebagai kepanjangan tangan negara) harus melaksanakan sendiri semua urusan yang menyangkut pemenuhan kebutuhan atau hak warga negara, termasuk di antaranya adalah penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat. Dalam hal Pemerintah/BPJS menghadapi keterbatasan kemampuan dan/atau sumber daya yang dapat menangani permasalahan penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat [vide Bukti P-10]. Pemusatan penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat khususnya terhadap Pekerja sebagaimana dimaksud ketentuan Pasal 15 ayat (1), Pasal 15 ayat (2), Pasal 19 ayat (1), dan Pasal 19 ayat (2) UU BPJS hanya oleh Pemerintah/BPJS saja justru berpotensi menghalangi hak warga negara untuk bekerja sebagaimana dijamin dalam Pasal 27 ayat

(2) dan Pasal 28D ayat (2) UUD 1945 untuk menyediakan layanan kesehatan yang lebih baik bagi yang membutuhkan.

46. Bahwa dengan demikian kewajiban negara untuk menghormati hak warga negara atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan adalah tidak dapat diartikan negara menyelenggarakan sendiri urusan dengan mengambilalih pekerjaan yang selama ini menjadi dilakukan masyarakat (dalam hal ini salah satunya telah dilakukan oleh BAPEL JPKM). Kewajiban yang diatur dalam Pasal 27 ayat (2) dan Pasal 28D ayat (2) UUD 1945 harus diwujudkan oleh negara dengan membebaskan warga negara Indonesia untuk bekerja menyediakan layanan kesehatan bagi yang membutuhkan sebagai upaya bagi warga negara untuk memperoleh penghidupan yang layak bagi kemanusiaan.

47. Bahwa berdasarkan argumentasi tersebut jelas bahwa Pasal 15 ayat (1), Pasal 15 ayat (2), Pasal 19 ayat (1), dan Pasal 19 ayat (2) yang mengakibatkan tertutupnya peluang masyarakat untuk ikut sebagai penyelenggara jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat berimplikasi lebih lanjut dengan tidak dipenuhinya atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bertentangan dengan Pasal 27 ayat (2) dan Pasal 28D ayat (2) UUD 1945.

II.C. PASAL 15 AYAT (1), PASAL 15 AYAT (2), PASAL 19 AYAT (1) DAN PASAL 19 AYAT (2) UU BPJS BERTENTANGAN DENGAN PASAL 28H AYAT (3) DAN AYAT (4), PASAL 28I AYAT (4), PASAL 28D AYAT (1) UUD 1945 KARENA PEKERJA TIDAK MEMPEROLEH JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN YANG LEBIH BAIK DAN HAK MILIK PRIBADINYA TERAMPAS

48. Bahwa Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS berbunyi:

(1) *Pemberi Kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan Pekerjaannya sebagai Peserta kepada BPJS sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti.*

(2) *Pemberi Kerja, dalam melakukan pendaftaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), wajib memberikan data dirinya dan Pekerjaannya berikut anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS.*

Pasal 19 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS berbunyi:

- (1) *Pemberi Kerja wajib memungut luran yang menjadi beban Peserta dari Pekerjaannya dan menyetorkannya kepada BPJS.*
- (2) *Pemberi Kerja wajib membayar dan menyetor luran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS.*

bertentangan dengan Pasal 28H ayat (4), Pasal 28I ayat (4), dan Pasal 28D ayat (1) UUD 1945 yang menjamin hak konstitusional masyarakat termasuk Pemohon III dan Pemohon IV untuk berpartisipasi dan mendapatkan pekerjaan yang layak dengan membantu pemerintah dalam memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat. Selain itu Pasal 15 ayat (1) UU BPJS juga bertentangan dengan Pasal 28H ayat (3) yang menjamin hak konstitusional Pemohon III dan Pemohon VI atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagaimana manusia yang bermartabat. Hal tersebut didasarkan pada alasan-alasan sebagaimana diuraikan berikut.

II.C.1. Pasal 15 ayat (1), Pasal 15 ayat (2), Pasal 19 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS bertentangan dengan Pasal 28D ayat (1), Pasal 28H ayat (3), Pasal 28I ayat (4) UUD 1945 karena pekerja tidak dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang lebih baik

49. Bahwa perlindungan, pemajuan, dan penegakan hak asasi manusia adalah tanggung jawab negara, terutama pemerintah [vide Pasal 28I ayat (4) UUD 1945] maka sudah seharusnya negara melalui peraturan perundang-undangan memberikan jaminan ditegakkannya kewajiban tersebut sehingga hak-hak pekerja dapat terpenuhi.
50. Bahwa di dalam Putusan Mahkamah Nomor 70/PUU-IX/2011 tanggal 8 Agustus 2012 telah dinyatakan bahwa ketentuan yang pada pokoknya sama dengan dengan Pasal 15 ayat (1) UU BPJS yakni Pasal 13 ayat (1) UU SJSN yakni: "*Pemberi kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjaannya sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sesuai dengan program jaminan sosial yang diikuti*", bertentangan

dengan Pasal 28H ayat (3) UUD 1945 yang menyatakan, “*Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.*”

51. Bahwa ketentuan tersebut meskipun sudah secara tegas membebaskan kewajiban kepada perusahaan dan pemberi kerja untuk mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sesuai dengan program jaminan sosial yang diikuti, **akan tetapi belum menjamin adanya hak pekerja atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.** Apabila perusahaan atau pemberi kerja tidak mendaftarkan diri dan tidak pula mendaftarkan pekerjanya untuk mendapatkan jaminan sosial tenaga kerja kepada penyelenggara sistem jaminan sosial, dengan memenuhi kewajiban membayar iurannya, maka pekerja tidak akan mendapatkan hak-haknya yang dijamin dalam UUD 1945 tersebut.
52. Bahwa oleh karena undang-undang hanya memberikan kewajiban kepada perusahaan atau pemberi kerja untuk mendaftarkan diri dan pekerjanya, masih banyak perusahaan yang enggan melakukannya maka banyak pula pekerja yang kehilangan hak-haknya atas jaminan sosial yang dilindungi konstitusi. Hal tersebut bertentangan dengan Pasal 28D ayat (1) UUD 1945 yang menyatakan, “*Setiap orang berhak atas pengakuan, jaminan, perlindungan, dan kepastian hukum yang adil serta perlakuan yang sama di hadapan hukum.*”
53. Bahwa Pasal 15 ayat (1) UU BPJS telah meniadakan meniadakan hak pekerja untuk mendaftarkan diri sebagai peserta program jaminan sosial atas tanggungan perusahaan apabila perusahaan telah nyata-nyata tidak mendaftarkan pekerjanya pada penyelenggara Jaminan Sosial. Apabila ini terjadi maka hak Pekerja untuk mendapat jaminan sosial menjadi hilang. Memang benar sudah ada norma dalam Pasal 11 ayat (2) Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Peraturan Presiden

Republik Indonesia Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan [**vide Bukti P-9**] yang menyatakan bahwa dalam hal Pemberi Kerja secara nyata-nyata tidak mendaftarkan Pekerjaannya kepada BPJS Kesehatan, Pekerja yang bersangkutan berhak mendaftarkan dirinya sebagai Peserta Jaminan Kesehatan, namun norma tersebut hanya berupa Peraturan Presiden sehingga tingkatannya berada di bawah UU dengan demikian tidak dapat mengenyampingkan undang-undang (*lex superiori derogat legi inferiori*).

54. Bahwa justru terjadi tabrakan/pertentangan norma (*conflict of norms*) dengan adanya Pasal 11 ayat (2b) Perpres 111 Tahun 2013 yang berbunyi:

“Dalam hal Pekerja belum terdaftar pada BPJS Kesehatan, Pemberi Kerja wajib bertanggung jawab pada saat Pekerjaannya membutuhkan pelayanan kesehatan sesuai dengan Manfaat yang diberikan oleh BPJS Kesehatan.”

Ketentuan tersebut bertentangan dengan Pasal 15 ayat (1), Pasal 15 ayat (2), Pasal 16 ayat (1), Pasal 16 ayat (2), Pasal 17 ayat (1), Pasal 17 ayat (2) huruf c, Pasal 17 ayat (4), Pasal 19 ayat (1), Pasal 19 ayat (2), dan Pasal 19 ayat (3) yang pada pokoknya mewajibkan Pemberi Kerja mendaftarkan Pekerjaannya, memungut iuran dan menyetorkan ke BPJS, dan mengancam sanksi pidana dan administratif jika tidak melakukannya. Pasal 11 ayat (2) huruf b Perpres 111 Tahun 2013 justru membuat pengecualian (*exception*) terhadap ketentuan UU BPJS tersebut. Pengecualian dengan ketentuan yang lebih rendah (*lex inferiori*) tidak dibenarkan dalam *Stufen Theory* sebagaimana dikemukakan Hans Kelsen maupun dalam *Theorie vom Stufenaufbau der Rechtsordnung* sebagaimana dikemukakan Hans Nasiwasky (Disertasi A. Hamid Attamimi). Pengecualian hanya bisa dilakukan apabila kedudukan antar peraturan sejajar sehingga berlaku asas *lex specialis derogat legi lex generalis*.

55. Bahwa dengan demikian Pasal 15 ayat (1), Pasal 15 ayat (2), Pasal 19 ayat (1), dan Pasal 19 ayat (2) UU BPJS bertentangan dengan Pasal 28D ayat (1), Pasal 28H ayat (3), Pasal 28I ayat (4) UUD 1945.

II.C.2. Pasal 19 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS bertentangan dengan Pasal 28H ayat (4) UUD 1945 karena hak milik pribadi pekerja diambil alih secara sewenang-wenang

56. Bahwa UU BPJS Pasal 19 ayat (1) dan Pasal 19 ayat (2) menyatakan bahwa:

- (1) *Pemberi Kerja wajib memungut iuran yang menjadi beban Peserta dari Pekerjaannya dan menyetorkannya kepada BPJS.*
- (2) *Pemberi Kerja wajib membayar dan menyetor iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS.*

bertentangan dengan Pasal 28H ayat (4) UUD 1945 yang menjamin hak konstitusional Pemohon V dan Pemohon VI atas jaminan hak milik pribadi yang tidak boleh diambil alih secara sewenang-wenang oleh siapapun. Hal tersebut didasarkan pada alasan-alasan sebagaimana diuraikan berikut.

57. Bahwa ketentuan dalam Pasal *a quo* menyebabkan Pekerja harus menyetorkan iuran yang diambil dari upahnya kepada BPJS melalui Pemberi Kerja. Keharusan untuk menyetorkan iuran kepada BPJS dapat diartikan Pemberi Kerja dipaksa untuk memilih BPJS sebagai penyelenggara jaminan sosialnya. Hal demikian berbeda dengan saat berlakunya Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja. Di dalam Pasal 20 undang-undang tersebut ditentukan bahwa:

- a. *Iuran Jaminan Kecelakaan Kerja, iuran Jaminan Kematian, dan iuran Jaminan Pemeliharaan Kesehatan ditanggung oleh pengusaha.*
- b. *Iuran Jaminan Hari Tua ditanggung oleh pengusaha dan tenaga kerja.*

58. Bahwa menurut Putusan Mahkamah Nomor 70/PUU-IX/2011 tanggal 8 Agustus 2012 seharusnya Pekerja tidak dibebani

membayar iuran sebagaimana dalam hal ini ditentukan Pasal 19 ayat (1) UU BPJS. Menurut Mahkamah pekerja berhak mendaftarkan diri sebagai peserta program jaminan sosial atas tanggungan perusahaan apabila perusahaan telah nyata-nyata tidak mendaftarkannya pada penyelenggara jaminan sosial.

59. Bahwa seharusnya Negara sebagai suatu entitas yang dibentuk dengan fungsi memberikan perlindungan khususnya terhadap bangsa atau rakyat yang membentuknya [vide Pembukaan UUD 1945 alinea IV], mampu melindungi keamanan harta kekayaan atau properti yang dimilikinya.

60. Bahwa Pasal 570 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPerdota) menyebutkan bahwa:

“Hak milik adalah hak untuk menikmati kegunaan sesuatu kebendaan dengan leluasa dan untuk berbuat bebas terhadap kebendaan itu dengan kedaulatan sepenuhnya asal tidak bersalahan dengan undang-undang atau peraturan umum yang ditetapkan oleh suatu kekuasaan yang berhak menetapkannya dan tidak mengganggu hak-hak orang lain semua itu dengan tak mengurangi kemungkinan akan pencabutan hak itu demi kepentingan umum berdasar atas ketentuan undang-undang dan dengan pembayaran ganti rugi.”

Pasal tersebut nyata-nyata menegaskan bahwa hak milik harus benar-benar dinikmati untuk digunakan secara bebas dan leluasa sesuai dengan keinginan pemilik hak dengan catatan tidak bertentangan dengan undang-undang atau peraturan umum. Ketentuan dalam Pasal 19 ayat (1) dan Pasal 19 ayat (2) menyebabkan pemilik hak menggunakan haknya untuk hal yang sudah ditentukan oleh Negara. Padahal pilihan Negara tersebut tidak diinginkan oleh pemilik hak yaitu Pemohon V dan Pemohon VI. Pemerintah melalui ketentuan Pasal 19 ayat (1) dan Pasal 19 ayat (2) dapat dianggap melakukan paksaan penggunaan hak milik pekerja berbentuk upah untuk dipungut dan digunakan untuk disetorkan kepada BPJS. Pemerintah disebut melakukan pemaksaan karena Pemerintah mewajibkan Pekerja untuk

menggunakan BPJS sebagai penyelenggara jaminannya. Atas hal tersebutlah Pekerja kehilangan keleluasaannya untuk menggunakan atau tidak menggunakan hak miliknya tersebut. Dengan demikian nyata-nyata hak milik pekerja diambil alih secara sewenang-wenang oleh Pemerintah melalui UU BPJS.

61. Bahwa dengan demikian Pasal 19 ayat (1) dan Pasal 19 ayat (2) UU BPJS bertentangan dengan Pasal 28H ayat (4) UUD 1945 karena hak milik pribadi Pekerja diambil alih secara sewenang-wenang oleh negara.

II.D. PASAL 17 AYAT (1) UU BPJS BERTENTANGAN DENGAN PASAL 28I AYAT (2) UUD 1945 KARENA DISKRIMINATIF TERHADAP PEMBERI KERJA SELAIN PENYELENGGARA NEGARA

62. Bahwa UU BPJS Pasal 17 ayat (1) yang berbunyi:

“Pemberi Kerja selain penyelenggara negara yang tidak melaksanakan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2), dan setiap orang yang tidak melaksanakan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 dikenai sanksi administratif.”

bertentangan dengan Pasal 28I ayat (2) UUD 1945 yang berbunyi:

*“Setiap orang **berhak bebas atas perlakuan yang bersifat diskriminatif** atas dasar apa pun dan berhak mendapatkan perlindungan terhadap perlakuan yang bersifat diskriminatif itu.”*

63. Bahwa Indonesia sebagai negara hukum (*rechtstaat*) sebagaimana diatur dalam Pasal 1 ayat (3) UUD 1945, menganut prinsip non diskriminasi yakni persamaan kedudukan di hadapan hukum. Konsepsi negara hukum dalam tradisi *Anglo Saxon* dikembangkan A.V.Dicey dengan sebutan *the rule of law*, dan dalam tradisi Eropa Kontinental, yang antara lain dikembangkan Julius Stahl, Immanuel Kant, Paul Laband, dan Fiechte, disebut sebagai *rechtstaat*. Jimly Asshiddiqie, S.H., menyebutkan bahwa salah satu prinsip pokok negara hukum yang merupakan pilar-pilar utama negara hukum modern sehingga dapat disebut sebagai Negara Hukum dalam arti yang sebenarnya adalah persamaan dalam hukum (*equality before the law*) sehingga tidak ada diskriminasi.

64. Prinsip non diskriminasi merupakan prinsip HAM yang universal karena konsisten masuk sebagai asas konvensi *Universal Declaration of Human Rights, International Covenant on Civil and Political Rights, and Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Convention on Elimination of All Form Discrimination Against Women (CEDAW)*. Beberapa konvensi HAM mengartikan diskriminasi sebagai adanya perbedaan (*distinction*), pengucilan (*exclusion*), pembatasan (*restriction*) atau pilihan/pertimbangan (*preference*) yang berdasarkan atas ras (*race*), warna kulit (*colour*), kelamin (*sex*), bahasa (*language*), agama (*religion*), politik (*political*) atau pendapat lain (*other opinion*), asal usul sosial atau nasionalitas, kemiskinan (*poverty*), kelahiran atau status lain.

65. Pengertian diskriminasi juga diatur dalam Pasal 1 angka 3 Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, yang berbunyi sebagai berikut:

“Diskriminasi adalah setiap pembatasan, pelecehan, atau pengucilan yang langsung ataupun tidak langsung didasarkan pada perbedaan manusia atas dasar agama, suku, ras, etnik, kelompok, golongan status sosial, status ekonomi, jenis kelamin, bahasa, keyakinan, politik, yang berakibat pengurangan, penyimpangan atau penghapusan, pengakuan, pelaksanaan atau penggunaan hak asasi manusia dan kebebasan dasar dalam kehidupan baik individual maupun kolektif dalam bidang politik, ekonomi, hukum, sosial, budaya dan aspek kehidupan lainnya.”;

66. Bahwa ketentuan UU BPJS Pasal 17 ayat (1) bertentangan dengan Pasal 28I ayat (1) dan Pasal 28I ayat (2) UUD 1945 karena menimbulkan praktik diskriminatif. Pasal 17 ayat (1) UU BPJS menentukan bahwa Pemberi Kerja selain penyelenggara negara yang tidak melaksanakan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2), dan setiap orang yang tidak melaksanakan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 dikenai sanksi administratif. Artinya sama-sama kedudukannya sebagai Pemberi Kerja, Pemberi Kerja yang merupakan penyelenggara negara dan melanggar Pasal 15

ayat (1) dan ayat (2) tidak dikenakan/bebas atas sanksi administrasi berupa teguran tertulis dan denda sekalipun. Perlakuan berbeda ditentukan oleh UU aquo terhadap Pemberi Kerja selain penyelenggara negara yang melanggar Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2) dikenakan sanksi administratif.

67. Bahwa dengan demikian Pasal 17 ayat (1) UU BPJS bertentangan Pasal 28I ayat (2) UUD 1945.

II.E. PASAL 17 AYAT (2) HURUF C DAN PASAL 17 AYAT (4) UU BPJS BERTENTANGAN DENGAN PASAL 28D AYAT (4), PASAL 28H AYAT (1), PASAL 28H AYAT (4), DAN PASAL 28I AYAT (1) UUD 1945 KARENA ANCAMAN SANKSI ADMINITRASI BERUPA TIDAK MENDAPAT PELAYANAN PUBLIK TERTENTU KEPADA PEMBERI KERJA DAPAT MERENDAHKAN MARTABAT KEMANUSIAAN

68. Bahwa UU BPJS Pasal 17 ayat (2) huruf c dan Pasal 17 ayat (4) yang berbunyi:

(2) *Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat*

(1) *dapat berupa:*

a. *teguran tertulis;*

b. *denda; dan/atau*

c. *tidak mendapat pelayanan publik tertentu.*

(4) *Pengenaan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat*

(2) *huruf c dilakukan oleh Pemerintah atau pemerintah daerah atas permintaan BPJS.*

bertentangan dengan Pasal 28D ayat (4), Pasal 28H ayat (1), Pasal 28H ayat (4), dan Pasal 28I ayat (1) UUD 1945 sebagaimana diuraikan sebagai berikut.

69. Ketentuan undang-undang *a quo* bertentangan dengan Pasal 28I ayat (1) UUD 1945 karena adanya sanksi administrasi berupa tidak mendapat pelayanan publik tertentu tanpa batas waktu maka meniadakan hak setiap orang untuk diakui sebagai pribadi di hadapan hukum. Tidak mendapat pelayanan publik berarti Negara membiarkan dan tidak memberikan perlindungan. Pembiaran tersebut mengakibatkan orang tidak diakui dihadapan hukum. Hal demikian ini jelas lebih “kejam” dari penjara yang mengenal batas waktu dan kepastian hak-hak selama menjalani pidana.

70. Ketentuan undang-undang *a quo* bertentangan dengan Pasal 28D ayat (4) UUD 1945 karena Pemberi Kerja berpotensi tidak mendapat status kewarganegaraan akibat tidak mendapat pelayanan publik tertentu berupa pelayanan publik atas penerbitan Kartu Tanda Penduduk (KTP). Hal ini mengingat Penjelasan Pasal 17 ayat (1), Pasal 17 ayat (2) huruf c dan Pasal 17 ayat (4) ayat (2) huruf c UU BPJS sangat terbuka yakni: yang dimaksud dengan “pelayanan publik tertentu” antara lain pemrosesan izin usaha, izin mendirikan bangunan, bukti kepemilikan hak tanah dan bangunan. Penggunaan frasa “antara lain” maknanya tidak terbatas dan termasuk beberapa hal yang disebutkan tersebut.
71. Undang-undang *a quo* bertentangan dengan Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 karena Pemberi Kerja berpotensi tidak mendapatkan pelayanan izin yang salah satunya adalah mendirikan bangunan. Izin ini sangat berhubungan dengan hak dasar manusia atas papan. Apabila hak atas papan atau tempat tinggal ini tidak dipenuhi maka derajat kemanusiaannya akan turun dan keberlangsungan hidupnya juga akan terancam.
72. Ketentuan undang-undang *a quo* bertentangan dengan Pasal 28H ayat (4) UUD 1945 karena karena salah satu sanksi administrasi berupa tidak mendapat pelayanan publik tertentu sebagaimana diatur dalam penjelasannya meliputi pula tidak mendapatkan pelayanan bukti kepemilikan hak tanah dan bangunan. Tanpa adanya kejelasan batas waktu pelayanan bukti kepemilikan hak tanah dan bangunan menyebabkan perampasan hak seumur hidup. Tanpa hak memiliki yang merupakan salah satu hak dasar maka keberlangsungan hidupnya akan terancam.
73. Bahwa dengan demikian Pasal 17 ayat (1), Pasal 17 ayat (2) huruf c dan Pasal 17 ayat (4), UU BPJS bertentangan dengan Pasal 28D ayat (4), Pasal 28H ayat (1), Pasal 28H ayat (4), Pasal 28I ayat (1) dan Pasal 28I ayat (2) UUD 1945.

III. PETITUM

Berdasarkan seluruh uraian di atas dan bukti-bukti terlampir, jelas bahwa di dalam permohonan uji materil ini terbukti bahwa UU BPJS merugikan hak konstitusional para Pemohon yang dilindungi (*protected*), dihormati (*respected*), dimajukan (*promoted*), dan dijamin (*constitution guarantees*) UUD 1945 serta bertentangan dengan UUD 1945. Oleh karena itu, diharapkan dengan dikabulkannya permohonan ini dapat mengembalikan hak konstitusional para Pemohon sesuai dengan amanat konstitusi.

Dengan demikian, Para Pemohon memohon kepada Majelis Hakim Konstitusi yang mulia berkenan memberikan putusan sebagai berikut:

1. Mengabulkan permohonan **Para Pemohon** untuk seluruhnya;
2. Menyatakan 15 ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) bertentangan dengan UUD 1945 sepanjang tidak dimaknai, "*Pemberi Kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan Pkerjanya sebagai peserta jaminan sosial kepada BPJS sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti sepanjang Pemberi Kerja tidak mendaftarkan diri dan pkerjanya kepada penyelenggara program asuransi sosial tenaga kerja atau program jaminan sosial lainnya.*";
3. Menyatakan 15 ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat sepanjang tidak dimaknai, "*Pemberi Kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan Pkerjanya sebagai peserta jaminan sosial kepada BPJS sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti sepanjang Pemberi Kerja tidak mendaftarkan diri dan pkerjanya kepada penyelenggara program asuransi sosial tenaga kerja atau program jaminan sosial lainnya.*";
4. Menyatakan 15 ayat (2) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik

Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) bertentangan dengan UUD 1945 sepanjang tidak dimaknai, "*Pemberi Kerja, dalam melakukan pendaftaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), wajib memberikan data dirinya dan Pekerjaannya berikut anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS, penyelenggara program asuransi sosial tenaga kerja atau program jaminan sosial lainnya.*";

5. Menyatakan 15 ayat (2) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat sepanjang tidak dimaknai, "*Pemberi Kerja, dalam melakukan pendaftaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), wajib memberikan data dirinya dan Pekerjaannya berikut anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS, penyelenggara program asuransi sosial tenaga kerja atau program jaminan sosial lainnya.*";
6. Menyatakan 16 ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) bertentangan dengan UUD 1945 sepanjang tidak dimaknai, "*Setiap orang, selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan penerima Bantuan Iuran, yang memenuhi persyaratan kepesertaan dalam program Jaminan Sosial wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagai Peserta kepada BPJS sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti **sepanjang tidak mendaftarkan diri kepada penyelenggara program asuransi sosial atau program jaminan sosial lainnya.***";
7. Menyatakan 16 ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat sepanjang tidak dimaknai, "*Setiap orang, selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan penerima Bantuan Iuran, yang memenuhi persyaratan kepesertaan dalam program Jaminan Sosial wajib mendaftarkan dirinya*

dan anggota keluarganya sebagai Peserta kepada BPJS sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti **sepanjang tidak mendaftarkan diri kepada penyelenggara program asuransi sosial atau program jaminan sosial lainnya.**”;

8. Menyatakan 16 ayat (2) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) bertentangan dengan UUD 1945 sepanjang tidak dimaknai, “*Setiap orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib memberikan data mengenai dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS, penyelenggara program asuransi sosial atau program jaminan sosial lainnya.*”;
9. Menyatakan 16 ayat (2) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat sepanjang tidak dimaknai, “*Setiap orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib memberikan data mengenai dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS, penyelenggara program asuransi sosial atau program jaminan sosial lainnya.*”;
10. Menyatakan Pasal 17 ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) sepanjang frasa “**selain penyelenggara negara**” bertentangan dengan UUD 1945;
11. Menyatakan Pasal 17 ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) sepanjang frasa “**selain penyelenggara negara**” tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat;
12. Menyatakan Pasal 17 ayat (2) huruf c dan Pasal 17 ayat (4) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116,

Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) bertentangan dengan UUD 1945;

13. Menyatakan Pasal 17 ayat (2) huruf c dan Pasal 17 ayat (4) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat;
14. Menyatakan Pasal 19 ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) bertentangan dengan UUD 1945 sepanjang tidak dimaknai, "*Pemberi Kerja wajib memungut luran yang menjadi beban Peserta dari Pekerjaannya dan menyetorkannya kepada BPJS, penyelenggara program asuransi sosial atau program jaminan sosial lainnya.*";
15. Menyatakan Pasal 19 ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat sepanjang tidak dimaknai, "*Pemberi Kerja wajib memungut luran yang menjadi beban Peserta dari Pekerjaannya dan menyetorkannya kepada BPJS, penyelenggara program asuransi sosial atau program jaminan sosial lainnya.*";
16. Menyatakan Pasal 19 ayat (2) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) bertentangan dengan UUD 1945 sepanjang tidak dimaknai, "*Pemberi Kerja wajib membayar dan menyetor luran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS, penyelenggara program asuransi sosial atau program jaminan sosial lainnya.*";
17. Menyatakan Pasal 19 ayat (2) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran

Negara Republik Indonesia Nomor 5256) tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat sepanjang tidak dimaknai, "*Pemberi Kerja wajib membayar dan menyetor luran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS, penyelenggara program asuransi sosial atau program jaminan sosial lainnya.*";

18. Menyatakan Pasal 19 ayat (3) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) bertentangan dengan UUD 1945 sepanjang tidak dimaknai, "*Peserta yang bukan Pekerja dan bukan penerima Bantuan luran wajib membayar dan menyetor luran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS, penyelenggara program asuransi sosial atau program jaminan sosial lainnya.*";
19. Menyatakan Pasal 19 ayat (3) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat sepanjang tidak dimaknai, "*Peserta yang bukan Pekerja dan bukan penerima Bantuan luran wajib membayar dan menyetor luran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS, penyelenggara program asuransi sosial atau program jaminan sosial lainnya.*";
20. Memerintahkan untuk memuat putusan ini dalam Berita Negara Republik Indonesia sebagaimana mestinya; **atau**

Apabila Mahkamah berpendapat lain mohon Putusan seadil-adilnya (*ex aequo et bono*).

[2.2] Menimbang bahwa untuk membuktikan dalil-dalilnya, para Pemohon telah mengajukan bukti-bukti surat atau bukti tertulis yang diberi tanda bukti P-1 sampai dengan bukti P-16 yang telah disahkan pada persidangan tanggal 20 Januari 2015 dan tanggal 12 Maret 2015, sebagai berikut:

1. Bukti P-1 : Fotokopi Akta Pendirian Perusahaan;
2. Bukti P-1A : Fotokopi Surat Persetujuan/Pengesahan dari Menteri;
3. Bukti P-2 : Fotokopi Surat Izin Usaha;
4. Bukti P-3 : Fotokopi dan Asli Surat Keputusan Perusahaan;

5. Bukti P-3A : Fotokopi dan Asli Surat Kuasa Perusahaan;
6. Bukti P-4 : Fotokopi Akta Pendirian Perusahaan Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan;
7. Bukti P-5 : Fotokopi izin dari Menteri Kesehatan;
8. Bukti P-6 : Fotokopi Kartu Tanda Penduduk Pemohon V-VI;
9. Bukti P-7 : Fotokopi Kartu Tanda Anggota Perusahaan Pemohon V-VI;
10. Bukti P-8 : Fotokopi Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
11. Bukti P-9 : Fotokopi Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan;
12. Bukti P-10 : Berita dari media massa;
13. Bukti P-11 : Fotokopi surat rekomendasi dari Departemen Kesehatan dan Departemen Tenaga Kerja;
14. Bukti P-12 : Fotokopi Surat Pencabutan Rekomendasi;
15. Bukti P-13 : Fotokopi Surat Pemutusan Kerjasama;
16. Bukti P-14 : Fotokopi Surat Gubernur;
17. Bukti P-15 : Literatur Prof. dr. Hasbullah Thabrany, MPH, Dr.PH “Jaminan Kesehatan Nasional”.
18. Bukti P-16 : Fotokopi Dokumen *Memorandum of Understanding* antara BPJS dengan APINDO;

Selain itu, para Pemohon juga mengajukan 6 (enam) orang ahli dan 4 (empat) orang saksi yang masing-masing telah didengar keterangannya di bawah sumpah dalam persidangan tanggal 10 Februari 2015, tanggal 24 Februari 2015, dan tanggal 12 Maret 2015, yang pada pokoknya menerangkan sebagai berikut:

AHLI PARA PEMOHON

1. Dr. Muchammad Ali Safa'at, S.H., M.H.

Pendahuluan

Pemohon mengajukan pengujian UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS) terhadap UUD 1945. Ada beberapa ketentuan dalam pasal UU BPJS yang diajukan pengujian. Beberapa pasal tersebut sesungguhnya berujung pada satu isu hukum yaitu kedudukan BPJS sebagai satu-satunya penyelenggara Jaminan Sosial.

Terkait dengan Sistem Jaminan Sosial Nasional, dapat dibagi menjadi dua isu utama. Pertama, adalah persoalan sistem yang dipilih yang dipilih atau diterapkan. Kedua, lebih kepada persoalan kelembagaan penyelenggaraan jaminan sosial itu sendiri. Karena itu, dalam membahas atau menguji UU BPJS ini tidak bisa dilepaskan dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) yang menegaskan bahwa jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak (Pasal 1 UU SJSN). Ketentuan umum UU SJSN juga menegaskan sistem jaminan sosial nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial.

Pilihan Sistem

Untuk menilai sistem dan kelembagaan penyelenggara jaminan sosial tentu harus melihat kepada landasan konstitusional UU SJSN dan UU BPJS, yaitu Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 yang menyatakan "*Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.*"

Ketentuan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 menegaskan bahwa negara bertugas mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Ketentuan itu menempatkan negara sebagai pihak yang memiliki kewajiban, yang harus dibaca secara sistematis dengan ketentuan Pasal 28 H ayat (3) UUD 1945, sebagai berikut: "*Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat*".

Dari ketentuan di atas dapat dilihat bahwa yang dimaksud dengan jaminan sosial tidak hanya terkait dengan persoalan layanan kesehatan, itu hanya salah satu saja dari bentuk jaminan sosial. Dengan demikian materi yang diatur di dalam UU SJSN hanya sebagian dari pelaksanaan ketentuan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945. Ketentuan jaminan sosial dalam UUD 1945 merupakan wujud dari tujuan bernegara untuk memajukan kesejahteraan umum. Hal ini menegaskan bahwa negara Indonesia adalah negara kesejahteraan. Hal ini juga dapat dilihat dari latar belakang dan proses perubahan UUD 1945 di mana

yang sangat kuat adalah kehendak untuk menegaskan bahwa bangsa Indonesia itu adalah negara yang menganut konsep *welfare state*.

Ada 3 model utama *welfare state*, yaitu model konvensional, model sosio demokrat, dan model liberal. UUD 1945 tidak menentukan model apa yang dipilih sehingga dapat dikatakan merupakan wewenang pembentuk UU. Wujud nyata dari *welfare state* adalah adanya transfer dari Negara kepada warga Negara. Pada model konvensional semua biaya jaminan sosial ditanggung Negara. Dalam model sosio demokrat terdapat gabungan antara asuransi sosial dan bantuan Negara. Sedangkan pada model liberal, jaminan sosial seluruhnya didasarkan pada asuransi murni oleh warga negara. Dari ketiga model tersebut, UU SJSN mendekati model negara kesejahteraan yang sosial demokrat, dimana menggabungkan antara asuransi yang dibayar oleh warga negara yang mampu, tapi ada juga bantuan dari negara.

Pilihan sistem tersebut telah dinyatakan konstitusional melalui Putusan MK Nomor 007/PUU-III/2005. Dalam putusan tersebut dinyatakan bahwa kendatipun UUD 1945 telah secara tegas mewajibkan negara untuk mengembangkan sistem jaminan sosial tetapi UUD 1945 tidak mewajibkan kepada negara untuk menganut atau memilih sistem tertentu dalam pengembangan sistem jaminan sosial dimaksud. UUD 1945, dalam hal ini Pasal 34 ayat (2), hanya menentukan kriteria konstitusional – yang sekaligus merupakan tujuan – dari sistem jaminan sosial yang harus dikembangkan oleh negara, yaitu bahwa sistem dimaksud **harus mencakup seluruh rakyat dengan maksud untuk memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan**. Dengan demikian, sistem apa pun yang dipilih dalam pengembangan jaminan sosial tersebut harus dianggap konstitusional, dalam arti sesuai dengan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945, **sepanjang sistem tersebut mencakup seluruh rakyat dan dimaksudkan untuk meningkatkan keberdayaan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan**.

Jaminan sosial dapat dilakukan baik melalui sistem asuransi sosial yang **didanai oleh premi asuransi maupun melalui bantuan sosial yang dananya diperoleh dari pendapatan pajak**, dengan segala kelebihan dan kelemahan yang dimiliki masing-masing, dan oleh karena Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 hanya menentukan bahwa sistem jaminan sosial yang wajib

dikembangkan oleh negara harus mencakup seluruh rakyat dan meningkatkan keberdayaan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. UU SJSN telah memilih sistem asuransi sosial yang di dalamnya juga terkandung unsur bantuan sosial, dan MK berpendapat bahwa sepanjang menyangkut sistem yang dipilih, UU SJSN telah memenuhi ketentuan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945.

Kelembagaan

Persoalan selanjutnya adalah kelembagaan dalam pelaksanaan SJSN oleh BPJS. Di dalam Undang-Undang SJSN dinyatakan bahwa sistem jaminan sosial itu dilaksanakan oleh beberapa badan. UU BPJS memang tidak menyebutkan bahwa BPJS adalah satu-satunya penyelenggara jaminan sosial. Namun hal ini dapat kita lihat jika melihat UU BPJS secara sistematis dan utuh.

Pertama, ada prinsip kepesertaan yang bersifat wajib, sampai di sini tidak ada persoalan karena kepesertaan bersifat wajib itu adalah terhadap program jaminan sosial, tidak lalu spesifik kepada lembaga tertentu. Menjadi persoalan ketika untuk mengikuti atau menjadi peserta itu hanya bisa dilakukan dengancara mendaftarkan diri ke BPJS (Pasal 16 UU BPJS). Hal ini berarti seorang warga Negara hanya bisa ikut dalam program jaminan sosial kalau menjadi peserta BPJS. Jika menjadi program asuransi umum atau swasta, berarti belum ikut serta dalam program jaminan sosial yang wajib. Pada saat seorang warga negara tidak menjadi peserta BPJS, yang bersangkutan dapat dikenai sanksi (Pasal 17 UU BPJS).

Oleh karena itu pada saat ada kehendak bahwa jaminan sosial tidak hanya diselenggarakan oleh BPJS, maka harus dibuka kemungkinan penyelenggaraan jaminan sosial tidak hanya oleh BPJS. Hal ini tentu saja memerlukan perumusan lebih lanjut mengenai hubungan antara asuransi atau Bapel JKM dengan BPJS. Peran BPJS misalnya lebih pada menentukan standar minimal dan pengawasan. Hal ini sesungguhnya lebih menguntungkan BPJS sendiri karena akan mengurangi beban kerja yang sedemikian besar.

Pelaksanaan Jaminan Sosial hanya oleh BPJS juga menimbulkan persoalan karena BPJS adalah suatu badan hukum tersendiri di luar pemerintah. Padahal kewajiban untuk memberikan jaminan sosial ada pada pemerintah.

Hal ini dapat dimaknai bahwa pemerintah menyerahkan kewajibannya untuk memenuhi hak setiap warga negara untuk memperoleh jaminan sosial itu kepada badan hukum di luar pemerintah. Pengalihan kewajiban ini sesungguhnya sebangun dengan pengalihan kewenangan penguasaan Negara di bidang minyak dan gas kepada BP Migas yang telah dinyatakan bertentangan dengan konstitusi oleh MK.

Persoalan selanjutnya adalah terkait dengan penyelenggaraan. Walaupun sistemnya sudah dinyatakan sebagai konstitusional, undang-undang penyelenggaraannya sudah dibentuk melalui Undang-Undang BPJS, tentu sudah saatnya menilai apakah kelembagaan dan penyelenggaraan itu bertentangan atau tidak dengan konstitusi atau selaras atau tidak dengan konstitusi. Persoalannya adalah ada hak-hak lain yang juga harus dilihat pada saat mengukur konstitusionalitas suatu ketentuan dan pelaksanaan daripada ketentuan itu. Dengan sendirinya pada saat menilai konstitusionalitas UU BPJS, tentu tidak bisa hanya melihat kepada Pasal 34 ayat (2), tetapi juga pada ketentuan lain di dalam UUD 1945.

Salah satu yang dipersoalkan adalah peran atau partisipasi aktif dari anggota masyarakat, dalam hal ini terutama peran perusahaan-perusahaan swasta yang selama ini menjadi Badan Pelaksana Jaminan Kesehatan Masyarakat (Bapel JKM) yang sudah ada. Dalam putusan Mahkamah Konstitusi sudah menyatakan bahwa ketentuan konstitusional atau kriteria konstitusional itu hanya satu, yaitu sistem yang dikembangkan harus mencakup seluruh rakyat dan dapat memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Oleh karena itu, pada saat menilai apakah penyelenggaraan jaminan sosial yang hanya dilakukan oleh BPJS bertentangan dengan UUD 1945, dapat dilihat dari apakah dengan adanya peran Bapel JKM penyelenggaraan jaminan sosial itu menjadi lebih baik atau tidak, lebih merata ke seluruh masyarakat atau tidak.

Pada saat BAPEL JKM dilibatkan dalam pelaksanaan jaminan sosial ternyata lebih menjamin kebutuhan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan, maka itu harus diwadahi karena sesuai dengan UUD 1945. Dan ketika itu ditolak, berarti itu tidak sesuai dengan amanat konstitusi yang mencita-citakan adanya jaminan sosial yang mencakup

seluruh rakyat dan untuk memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.

Untuk mewadahi hal tersebut dapat dilakukan melalui pengujian pasal yang menyatakan bahwa kepesertaan jaminan sosial itu tidak harus hanya ada di BPJS. BPJS tidak menjadi satu-satunya lembaga penyelenggara mulai dari menentukan aturan sampai melaksanakan di setiap urusan teknis berhubungan dengan jaminan sosial ini.

Sanksi

Persoalan selanjutnya yang cukup penting yang juga diajukan oleh Para Pemohon adalah pengenaan sanksi administratif yang tidak hanya kepada pemberi kerja, tetapi juga kepada warga negara. Hal ini telah melanggar hakikat jaminan sosial sebagai hak warga negara. Jaminan sosial bagi seorang warga negara itu adalah hak, sebaliknya yang menanggung kewajiban adalah negara. Karena penanggung kewajiban adalah Negara, jika ada warga negara tidak menjadi peserta, seharusnya yang mendapatkan sanksi adalah negara. Bagaimana cara negara agar seluruh warga negara mengikuti program jaminan sosial nasional? Tentu tidak boleh dengan sanksi karena sanksi itu adalah instrumen terukur yang digunakan oleh negara untuk memaksakan sesuatu sebagai kewajiban yang dibebankan kepada warga negara. Jika ada sanksi berarti ada pergeseran dari semula jaminan sosial sebagai hak yang harus dipenuhi oleh negara menjadi kewajiban warga negara.

Keterangan tambahan dalam persidangan:

- Persoalan dalam UU BPJS adalah pemberian sanksi itu tidak hanya kepada Pemberi Kerja, tetapi juga kepada Pekerja dan warga negara. Kepada Pemberi Kerja, persoalannya, sanksi tidak hanya terkait dengan usaha dan hubungan kerjanya, tetapi juga terkait dengan hak keperdataan karena dalam Penjelasan Pasal juga disebutkan terkait dengan hak pertanahan. Menurut Ahli, hal ini cukup berlebihan;
- Walaupun di dalam UU BPJS tidak pernah menyebutkan bahwa BPJS sebagai badan dengan masing-masing diawali huruf kapital, karena ini berbeda dengan rumusan dalam UU SJSN. BPJS sebagai badan tidak pernah disebutkan sebagai satu-satunya penyelenggara di dalam UU

BPJS itu sendiri, tetapi kita bisa melihatnya secara sistematis dari keseluruhan undang-undang itu. Ada prinsip kepesertaan yang bersifat wajib yaitu kepesertaan dan tidak ada masalah terhadap hal ini karena terkait program jaminan sosial. Jadi, tidak terlalu spesifik kepada lembaga tertentu. Namun, menjadi persoalan ketika untuk mengikuti atau menjadi peserta itu hanya bisa dilakukan dengan cara mendaftarkan diri ke BPJS, berarti saya hanya bisa ikut dalam program jaminan sosial kalau saya menjadi pesertanya BPJS. Selain itu, berarti tidak bisa, jika - misalnya - saya sudah punya asuransi contohnya seperti Jasindo yang katakanlah belum punya perjanjian COP dengan BPJS, maka saya tetap bukan peserta BPJS pada saat itu, dan kalau saya bukan peserta BPJS berarti saya belum mengikuti program jaminan sosial, dan kalau saya belum mengikuti program jaminan sosial otomatis saya bisa dikenai sanksi. Maka dari itu, konstruksi politik hukum UU BPJS adalah menjadikan BPJS sebagai satu-satunya badan hukum penyelenggara jaminan sosial;

- Bisa saja dibuka kemungkinan bahwa jaminan sosial itu tidak hanya diselenggarakan oleh BPJS yang hal ini memang perlu pembicaraan dan perubahan lebih lanjut, tetap harus ada peran dari BPJS bagaimana mengatur BAPEL JPKM atau asuransi-asuransi swasta ini. Sampai pada tataran apa peran BPJS, misalnya menentukan standar minimal dan monitoringnya seperti apa. Menurut Ahli hal itu sebetulnya akan menguntungkan BPJS sendiri karena akan mengurangi beban kerja yang sedemikian besar;
- Persoalan lainnya, COP itu untuk asuransi swasta dan harus membayar ke BPJS sesuai dengan premi minimal BPJS. Jika misalnya ada asuransi swasta atau BAPEL yang mampu menyelenggarakan jasa asuransi dengan premi di bawah BPJS, berarti preminya harus dinaikkan dua kali lipat baru bisa melakukan COP ke BPJS dan pihak BAPEL baru bisa mendapatkannya;

2. dr. Marius Widjajarta, S.E.

- Sejarah BPJS diawali dari:
 1. Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1960 tentang Pokok-Pokok Kesehatan;

2. Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968 menaungi lahirnya Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK), sebagai embrio BPJS;
3. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1984, BPDPK berubah menjadi Perum Husada Bakti;
4. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992, Perum Husada Bakti berubah menjadi PT (Persero) ASKES;
5. Berdasarkan Pasal 60 ayat (1) UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS), pada 1 Januari 2014 PT ASKES berubah menjadi BPJS Kesehatan.

Berdasarkan keterangan di atas, jika ada pejabat yang mengatakan BPJS umurnya baru satu tahun, menurut Ahli, hal itu tidak benar karena umurnya sudah memasuki tahun ke-47;

- Terdapat problematika pengaturan jaminan sosial dalam UU BPJS yang menghilangkan tanggung jawab negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, sebagai berikut:
 1. Kesalahan bentuk jaminan pelayanan.
 - a. Berdasarkan temuan di lapangan, BPJS membatasi masalah klaim yang besar seperti asuransi swasta, padahal dasarnya seharusnya asuransi sosial;
 - b. Ketua Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), dalam salah satu media nasional pada tanggal 7 Februari 2015 meminta Kemenkes harus mengambil alih kasus Ryuji Marhaenis Kaizan yang berumur 5 bulan dengan diagnosa atresia biliaris, ada kelainan di hatinya, sehingga perlu cangkok hati yang biasanya sebesar Rp. 1,2 miliar karena BPJS Kesehatan hanya bisa maksimal membayarkan Rp. 223.795.100,00;
 - c. UU BPJS mengamankan pelayanan bersifat *managed care* (pelayanan menyeluruh), tapi pelaksanaannya menggunakan sistem paket INA CBG (pelayanan tidak menyeluruh);
 - d. Harus diingat, bagi non-PBI (Penerima Bantuan Iuran) sekarang ini wajib mempunyai rekening di bank-bank tertentu. Awalnya, katanya, setelah terdaftar di bank dimaksud bisa langsung diaktifkan keberlakuannya. Namun kemudian menjadi mundur satu minggu,

lalu mundur lagi dua minggu. Terakhir, Menteri BUMN mengatakan bahwa setelah terdaftar, baru bisa berlaku satu bulan dan dilakukan tes kesehatan. Jadi, mungkin jika Ahli sebagai dokter, kalau memang dibutuhkan, baru dapat menangani penyakit ketika sudah parah sekali. Seharusnya asuransi sosial tidak seperti ini, karena yang berlaku seperti ini adalah asuransi swasta.

2. Kesalahan pengejawantahan prinsip nirlaba.

- a. UU BPJS berdasarkan pada prinsip nirlaba, tapi dana iuran wajib dikelola, bukan dana iuran untuk membayar mekanisme klaim;
- b. Masyarakat menanyakan hasil penjualan *In Health* sebagai anak perusahaan PT Askes yaitu sebesar Rp. 1,7 triliun yang tidak jelas keberadaannya, yang 60% saham PT Askes dimiliki oleh Bank Mandiri, sedangkan 20% masih dimiliki BPJS, 10% dimiliki Jasindo, dan 10% lagi dimiliki oleh Kimia Farma. Jadi, sampai akhir tahun 2014, BPJS masih mencari untung, padahal 1 Januari 2014 BPJS tidak boleh cari untung.

3. Kesalahan Pengejawantahan Prinsip Kegotongroyongan.

Terjadi kesalahan pelaksanaan asas kogotongroyongan karena terjadi subsidi silang dana Penerima Bantuan Iuran (PBI) diberikan untuk Non-PBI guna membayar tagihan klaim, sehingga dana sekarang saat ini, di akhir 2014, dana sudah habis. Ini masyarakat mempertanyakan juga. Selain itu, masyarakat juga menanyakan ke mana uang PT. Askes jadi BPJS?

4. Problematika kelembagaan BPJS.

- a. Menurut UU BPJS, BPJS tidak di bawah Kementerian Kesehatan dan tidak di bawah Kementerian BUMN, tetapi di bawah Presiden. Kalau PT Askes (Persero) di bawah BUMN. Ahli melihat sekarang Menteri BUMN ikut campur mengurus BPJS, padahal BPJS langsung di bawah Presiden. Dana juga sekarang yang mengurus masih Kementerian Kesehatan. Ini adalah regulator merangkap operator, kemungkinan terjadi tindakan yang tidak benar dan patut diselidiki lebih lanjut.
- b. Pengawasan, larangan, dan pidana

- Bab IX perihal Pengawasan. Pasal 39 menyatakan bahwa pengawasan terhadap BPJS dilakukan secara eksternal dan internal. Pengawasan internal BPJS dilakukan oleh organ pengawas BPJS yang terdiri atas Dewan Pengawas dan Satuan Pengawas Internal. Sedangkan pengawasan eksternal terhadap BPJS dilakukan oleh DJSN dan lembaga pengawas independen;
- Bab XIV perihal Larangan. Pasal 52 menyatakan bahwa Anggota Dewan Pengawas dan Anggota Direksi dilarang melakukan subsidi silang antar program. Hal ini menimbulkan tanda tanya bagi Ahli, karena sudah terjadi subsidi silang, padahal terhadap pelanggaran ini bisa dituntut pidana;
- Bab XV perihal Ketentuan Pidana. Pasal 54 menyatakan bahwa Anggota Dewan Pengawas atau Anggota Direksi yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 52 huruf g sampai dengan huruf m dipidana dengan pidana penjara paling lama 8 (delapan) tahun dan pidana denda paling banyak Rp. 1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah)
- Terdapat laporan kasus dan investigasi atas BPJS, sebagai berikut:
 - a. Provider (rumah sakit/klinik/tenaga kesehatan) mengenakan tarif INA CBG CASE MIX secara tidak manusiawi. Hal ini berdasarkan survey di 31 provinsi. Tiga daerah yang belum Ahli survey adalah Polewali, Manokwari, dan Kalimantan Utara. Di sini tarif INA CBG CASE MIX adalah tarif yang tidak masuk akal karena cara penghitungannya juga tidak betul karena dia menghitung sistem tarif ini berdasarkan top-down. Ahli sudah berdiskusi dengan Ketua INA CBG CASE MIX, dr. Bambang, Direktur Utama Rumah Sakit Karyadi, pada waktu itu, bahwasanya jika di dalam ilmu ekonomi untuk menentukan *unit cost* – dan sesuai dengan *worksheet* dari WHO – harus berdasar pada *evidence based*. Berdasarkan standar WHO, diperlukan adanya norma, standarisasi, dan pedoman, baru kemudian peraturan yang lain. Saat ini Indonesia tidak punya standar layanan medik yang bersifat nasional. Ahli kemudian menanyakan hal tersebut kepada Ketua Tim INA CBG CASE MIX dan dijawab, “Di sini yang dihitung berdasarkan top-down, bukan *evidence*

based.” Dasarnya yaitu tadi meminta laporan keuangan dari rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta, yaitu berapa biaya produksi dan berapa biaya operasional. Lalu rumah sakit swasta boleh dikatakan tidak ada yang mengirim. Jadi, kalau rumah sakit pemerintah, biaya produksi adalah beban pemerintah, dasarnya APBN atau APBD. Kalau rumah sakit swasta ada hitungan dari rumah sakit swasta sendiri, tidak ada bantuan dari pemerintah. Sekarang ini keluar tarif adalah biaya operasional. Jadi, rumah sakit swasta banyak yang menolak, baik secara kasar, halus, atau secara lembut;

- b. Provider melecehkan jasa profesi dan pembagian jasa profesi tidak jelas;
- c. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) adalah sebanyak 86,4 juta jiwa yang saat itu dinamai JKN-Jaminan Kesehatan Nasional, namun begitu terdapat penggantian Presiden, BPJS mencetak 423.000 Kartu Indonesia Sehat (KIS), preminya dihitung per kepala per bulan adalah Rp. 19.200,00. PBI adalah penerima bantuan iuran. Pada tahun 2014, Dana PBI sekitar Rp. 19,9 triliun dan non-PBI sekitar Rp. 20 triliun;
- d. Laporan dana Askes PBI ke BPJS tidak jelas. Pedoman pelaksanaan juga tidak ada. Program sebesar Rp. 39,9 triliun ini perlu dibuatkan buku pedoman pelaksanaannya, namun yang ada adalah peraturan-peraturan. Begitu diklaim, terjadilah perdebatan antara verifikator BPJS dengan verifikator rumah sakit;
- e. Pembayaran tagihan klaim rate-nya tidak boleh lebih dari 90% dari dana iuran, ternyata sampai akhir awal tahun 2015 sudah melebihi 105%. Seharusnya sudah mendapatkan lampu merah dari dewan pengawas maupun dari Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN). Untuk menutupi ini ada rencana untuk mengambil dana Rp. 5,6 triliun dari eks dana Askes. Jadi ada program sudah ingin mengambil dana induknya. Jadi manajemen BPJS memang dalam keadaan memprihatinkan. Berdasarkan UU BPJS, untuk mengajukan dana tambahan Rp. 500 Miliar ke atas, harus izin Presiden;
- f. Terdapat data ganda terutama peralihan dari Jamsostek ke BPJS Kesehatan;

- g. Sedang mengadakan pendekatan dengan Kemenkeu untuk minta dana tambahan;
 - h. Non-PBI diminta membuka rekening giro di tiga bank yaitu BNI, BRI, dan Mandiri. Pembayaran ini tidak sesuai dengan asuransi sosial. Kalau orangnya tidak punya uang bagaimana bisa membuka rekening giro? Ini mirip asuransi swasta;
 - i. Pembayaran melalui ATM sering sulit dilakukan. Ahli mendapat ini berdasarkan survey di beberapa peserta;
 - j. BPJS sering mengancam provider dan menyalahi provider, tapi tidak pernah mengaudit dirinya sendiri. Keluhan dari provider, BPJS memberikan ketentuan atau kewajiban ini-itu, tekan sana, tekan situ, kepada provider;
 - k. Verifikator banyak yang tidak profesional;
 - l. Sosialisasi minim. Hasil pantauan Ahli, ada dugaan BPJS dipakai sebagai alat kampanye. Pada waktu presiden yang lama, Ahli datang ke salah satu daerah, sosialisasi mereka dengan sistem pasang baliho besar, terus kantor BPJS-nya ditutupi selimut bergambar Presiden sedang memberikan kartu JKN;
 - m. Obat di luar Formularium Obat Nasional (Fornas) tidak ditanggung. Padahal dulu zamannya Askes ada namanya sistem obat DPHO, lebih bagus. Ahli juga ikut memantau obat Askes Sosial dulu;
 - n. Banyak calo;
 - o. Sistem online dan finger print yang sudah dibuka sering tidak dapat diakses.
- Solusi:
 1. Dengan melihat kondisi seperti ini, perlu segera dilakukan revolusi mental dan monitoring-evaluasi keuangan BPJS secara transparan, akuntabel, dan terbuka pada manajemen BPJS agar tanggung jawab negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat terpenuhi;
 2. Kementerian Kesehatan wajib bertanggung jawab dan mencari solusi jalan keluar bagi JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) yang embrionya dibentuk oleh Kementerian Kesehatan. Tapi setelah ada BPJS, JPKM dilepas saja begitu, istilahnya “habis manis sepah

dibuang". Padahal, izin operasional JPKM dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan;

3. Kementerian Kesehatan seharusnya menjalankan fungsi regulator dan monitoring serta evaluasi secara transparan, akuntabel, dan terbuka atas mutu pelayanan BPJS.

3. Prof. Dr. Achmad Sodiki, S.H.

- Bahwa dalam sistem serba negara, segala sesuatu diurus oleh negara. Sistem tersebut tidak memberikan kesempatan perseorangan dan/atau swasta berperan dalam sistem ekonomi. Hak milik perseorangan dilarang (kecuali yang bersifat pribadi seperti pakaian, perabot rumah tangga, dan sebagainya). Semuanya milik negara. Rumah atau mobil pribadi juga tidak bisa dikaryakan untuk memperoleh tambahan penghasilan. Setiap orang hanya berkewajiban bekerja sesuai dengan kemampuannya. Negaralah yang akan mencukupinya. Dengan demikian kesejahteraan akan rata dan merata, sama rata sama rasa. Tidak akan ada pemerasan antara seseorang/golongan terhadap golongan atau kelas yang lain. Namun demikian sistem ini ternyata gagal, yang diawali dengan gerakan *glasnot perestroika*, seperti yang dialami oleh Negara-Negara Blok Timur, yang akhirnya terpecah-pecah menjadi negara-negara yang merdeka, bebas, dan mandiri. Lain halnya dengan Negara-Negara Eropa Barat dan Amerika Serikat yang menganut sistem liberal. Ia mengandalkan sistem liberal dengan kredo *freedom, equality, dan reciprocity*. Individu menempati posisi yang utama. Bahkan mereka mengelompokkan diri dalam kelompok negara maju, misalnya *European Community*. Masyarakat Ekonomi Eropa sekarang mengalami kemunduran. Pertumbuhan ekonominya ternyata *zero growth*. Bahkan Yunani di ambang kebangkrutan. Aktivitas privatisasi milik negara ternyata keliru. Negara semula diminta pasif, negara sesedikit mungkin campur tangan dalam urusan ekonomi yang disebut sebagai negara minimalis. Serahkan semuanya kepada swasta (*The government is unnecessary because anything the government can do the private sector can do better*). Ternyata tingkat kemakmuran dan kesejahteraan di antara negara-negara yang tergabung dalam *European Community* tidak sama. Negara-negara yang mengalami krisis terpaksa harus di-*bailout* oleh negara eropa lainnya yang

tidak bangkrut. Kita tentu tidak menganut sistem liberal maupun sistem serba negara disebut juga sistem ekonomi komando. Diakui bahwa sistem ekonomi kita sesuai dengan Pasal 33 UUD 1945. Peranan negara sangat kuat, bahkan cabang-cabang produksi yang penting dan menguasai hajat hidup orang banyak dikuasai oleh negara. Hal ini tidak berarti individu/swasta tidak diberi peranan dalam upaya menuju negara kesejahteraan. Pemerintah membuka sektor-sektor ekonomi yang tertutup dan sektor-sektor ekonomi yang terbuka bagi swasta. Artinya, sektor swasta tidak dimatikan perannya. Bahkan dalam berbagai hal peranan swasta sangat diperlukan karena tidak bisa sepenuhnya dilakukan oleh negara. Misalnya, sektor pendidikan tinggi, mungkin tidak lebih dari 200 universitas negeri tetapi perguruan tinggi swasta sudah lebih dari 3.000 perguruan tinggi. Belum lagi sekolah swasta, madrasah, pesantren, lebih banyak lagi. Di sektor kesehatan pun demikian, banyak sekali rumah sakit swasta yang didirikan untuk melayani kepentingan rakyat, yang jumlahnya juga lebih banyak daripada rumah sakit yang dikelola oleh negara. Fasilitas jalan tol pun demikian, swasta juga melayani kepentingan umum, yang karena budget yang terbatas, negara menawarkan kepada swasta. Namun demikian, negara masih dapat ikut campur tangan dalam urusan pemenuhan kebutuhan masyarakat. Swasta tidak boleh seenaknya menentukan tarif angkutan umum, pesawat, jalan tol, dan sebagainya. Sebaliknya, negara juga tidak boleh secara sepihak/otoriter menentukan kebijakannya sehingga merugikan kepentingan swasta;

- Dalam praktek, seringkali terjadi kebijakan pemerintah/negara merugikan kepentingan satu pihak, sebaliknya menguntungkan pihak lain, misalnya membangun atau memugar pasar tradisional yang awalnya kumuh diperbaiki biar indah dan bersih serta megah. Setelah pasar selesai ternyata bedak-bedak (lapak) hanya bisa dibeli-ditebus oleh mereka yang modalnya kuat, mereka bakul-bakul sirih, bakul alat rumah tangga tradisional, tersingkir. Artinya, pembangunan hanya menguntungkan satu pihak dengan mengorbankan pihak lain (*pareto optimality*). Seharusnya pembangunan menguntungkan semua pihak (*pareto superiority*). Kebijakan hendaknya menguntungkan semua pihak. Dalam persaingan antara pemodal kuat dan pemodal lemah yang tidak seimbang tersebut

hendaknya kebijakan hukum seharusnya menguntungkan mereka yang kurang beruntung, agar yang lemah menjadi lebih berdaya dan dengan demikian pula selangkah menutup jurang ketidakadilan sosial. Persaingan tersebut bisa antara swasta dengan swasta atau swasta dengan negara yang diwakili oleh BUMN/BUMD atau badan hukum lainnya yang bergerak di bidang bisnis. Negara pernah melakukan kesalahan dalam upaya melindungi proyek mobil Timor yakni mengambil kebijakan yang tidak fair, berupa pembebasan pajak yang tidak diperlakukan sama bagi swasta lain, sehingga merugikan pihak swasta lain. Kebijakan tersebut akhirnya dibatalkan oleh WTO. Hal tersebut sekarang terjadi dalam perkara ini;

- Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS intinya menyatakan *Pemberi Kerja secara bertahap **wajib** mendaftarkan dirinya dan Pekerjaannya sebagai Peserta kepada BPJS sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti, memberikan data mengenai dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS*, adalah kebijakan yang tidak fair dan bertentangan dengan konstitusi, dengan alasan sebagai berikut:

1. Perlakuan yang Diskriminatif. Bidang jaminan kesehatan merupakan bidang yang terbuka, baik negara maupun swasta, untuk dapat menyelenggarakannya. Kebijakan yang *hanya* mewajibkan Pemberi Kerja dan Pekerjaannya kepada BPJS adalah kebijakan yang **diskriminatif**, karena kebijakan/kewajiban demikian hanya diperlakukan kepada BPJS, padahal di luar BPJS terdapat lembaga-lembaga lain yang bergerak di bidang yang sama (jaminan sosial). Ini merupakan perlakuan yang **tidak fair**, sebagaimana kebijakan negara terhadap mobil Timor tersebut di atas yang membebaskan pajak komponen mobil Timor, sedangkan komponen mobil lain (merk) dikenakan pajak impor. Pasti hal demikian merugikan bagi kami para Pemohon yang tidak mungkin dapat pelanggan baru, bahkan ada kemungkinan pelanggan lama kami lari semua ke BPJS. Seharusnya pemerintah hanya mewajibkan semua Pekerja wajib mengikuti program jaminan sosial. Perkara mereka (para Pekerja) memilih BPJS ataukah di luar BPJS terserah Pekerja yang bersangkutan.

2. Merusak kepastian hukum. Bahwa salah satu ciri undang-undang yang baik antara lain adalah selain dapat menjamin kepastian hukum,

adil, ia pula harus dapat menjamin prediktabilitas. Para Pemohon khususnya Perseroan Terbatas telah memperhitungkan dengan matang dan seksama keuntungan dan kerugiannya ketika mendirikan Perseroan Terbatas tersebut ketika mendalami apa hak dan kewajibannya berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku saat itu. Bahkan dalam Pasal 2 ayat (4) PP No. 14/1993 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja ditentukan: *Pengusaha sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) yang telah menyelenggarakan sendiri program pemeliharaan kesehatan bagi tenaga kerjanya dengan manfaat yang lebih baik dari Paket Pemeliharaan Kesehatan Dasar menurut Peraturan Pemerintah ini, tidak wajib ikut dalam jaminan Pemeliharaan Kesehatan yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara.* Ketentuan tersebut menjamin nasib Perusahaan Pemohon, yang nyata-nyata Perusahaan Pemohon tetap eksis dan Pemohon telah menunjukkan hitungan yang lebih menguntungkan pekerja daripada ikut BPJS atau Jamsostek (halaman 21). Tapi apa daya dengan adanya Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS, hitungan kami meleset. Pasal *a quo* telah menghilangkan **kepastian hukum usaha** kami karena mengingkari jaminan Pasal 2 ayat (4) PP No. 14/1993. Di samping itu UU *a quo* telah pula merusak *prediktabilitas undang-undang. Undang-undang tidak bisa dipercaya lagi, karena telah berubah 180 derajat.* Seandainya kami tahu bahwa akan terjadi kebijakan baru yang akan merugikan kami pasti kami tidak akan membuka usaha di bidang jaminan sosial. Ini pulalah keluhan kebanyakan pelaku bisnis di bidang investasi seperti halnya kebijakan beberapa Kepala Daerah sering berubah karena siklus lima tahunan penggantian Kepala Daerah atau adanya Pemekaran Daerah, sehingga penghitungan investasi yang telah dikaji dengan matang baik untuk jangka pendek maupun jangka panjang menjadi buyar dan meleset karena perubahan kebijakan yang tidak konsisten.

- 3. Merugikan Pekerja.** Kewajiban untuk bagi Pemberi Kerja dan Pekerja masuk dalam jaringan BPJS dapat merugikan pekerja, karena Pemberi Kerja dan Pekerja **kehilangan kebebasannya untuk memilih dan**

menentukan lembaga mana yang ia paling baik dan layak sebagai lembaga penjamin sosial. Asumsinya BPJS lah yang paling baik. Hal demikian merupakan kesimpulan yang tergesa-gesa, padahal kenyataannya tidak demikian. Model penyeragaman ini persis seperti model kewajiban setiap lembaga pendidikan agar membentuk Badan Hukum Pendidikan. Hal ini mengingkari heterogenitas masyarakat di bidang pendidikan. Badan Hukum Pendidikan juga ditentang oleh masyarakat dan kemudian di batalkan oleh Mahkamah Konstitusi. Hal serupa juga diterapkan pada jamimnan sosial, yang kalau sampai gagal pada ujung ujungnya rakyatlah yang akan menderita.

- Pasal 17 ayat (1) UU BPJS *Pemberi Kerja selain penyelenggara negara yang tidak melaksanakan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2) dan setiap orang yang tidak melaksanakan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 dikenai sanksi administratif.* Di sini dibedakan antara Pemberi Kerja yang berkedudukan bukan sebagai penyelenggara negara dan Pemberi Kerja yang berkedudukan sebagai penyelenggara negara. Undang-undang telah mengasumsikan bahwa penyelenggara negara tidak pernah berbuat salah oleh sebab itu diistimewakan perlakuannya, padahal kenyataannya tidak demikian. Buktinya pemerintah (Presiden) mencanangkan adanya “revolusi mental”. Sebagian besar koruptor adalah penyelenggara negara. Oleh sebab itu nyata-nyata pasal *a quo* bersifat diskriminatif, bertentangan dengan Pasal 28f ayat (2) UUD 1945, dan karenanya harus dibatalkan dan dinyatakan tidak mempunyai kekuatan hukum.
- Pasal 17 ayat (2) huruf c dan Pasal 17 ayat (4) UU BPJS: ayat (2) *Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa: a. teguran tertulis; b.denda; dan atau c. tidak mendapat pelayanan publik tertentu. Ayat (4) Pengenaan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilakukan oleh Pemerintah atau Pemerintah Daerah atas permintaan BPJS.* Sedangkan yang dimaksud sanksi administratif pelayanan publik tertentu antara lain pemrosesan izin usaha, izin mendirikan bangunan, bukti kepemilikan hak tanah dan bangunan. Perkataan “antara lain” menunjukkan ketidakpastian hukum yang bisa melebar tidak terbatas. Hal ini memungkinkan timbulnya perbuatan yang

sewenang-wenang dari aparat pelayanan publik, yang akan melanggar hak asasi manusia. Misalnya apakah permintaan seseorang untuk memperoleh perlindungan dari aparat keamanan atas ancaman pembunuhan juga akan ditolak oleh polisi karena ia belum memenuhi Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS? Oleh sebab itu pasal demikian bertentangan dengan Pasal 28G ayat (1) UUD 1945 bahwa “*Setiap orang berhak atas perlindungan diri pribadi keluarga, kehormatan, martabat, dan harta benda yang di bawah kekuasaannya, serta berhak atas rasa aman dan perlindungan dari ancaman ketakutan untuk berbuat atau tidak berbuat sesuatu yang merupakan hak asasi.*”

- Pasal 19 ayat (1) dan ayat (2) UU No. 24/2011: *Pemberi Kerja wajib memungut iuran yang menjadi beban Peserta dari Pekerjaannya dan menyetorkannya kepada BPJS. Pemberi Kerja wajib membayar iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS.* Dengan konstruksi demikian maka secara struktural Pemberi kerja adalah pekerja di bawah BPJS. Padahal tidak ada pasal pun yang menyatakan Pemberi Kerja adalah bawahan BPJS, yang pekerjaannya memungut iuran dari Peserta, karena Pemberi Kerja adalah badan hukum yang mandiri yang dalam akte pendiriannya tidak ada kewajiban memungut iuran untuk disetor kepada BPJS. Bagaimana mungkin Pemberi Kerja melaksanakan pemungutan iuran dari Pekerja yang menjadi pelanggannya sebelum adanya BPJS, (UU No. 24/2011) yang telah dengan tekun dan jujur membayar uang premi yang sudah berjalan bertahun tahun tanpa halangan? Apakah Pekerja harus membayar premi/iuran dua kali yang dibebankan kepada Pemberi Kerja? Para Pemohon dengan demikian juga akan terancam tidak mempunyai pekerjaan karena Pekerja harus ikut BPJS. Hal tersebut akan menimbulkan beban berat baik kepada Pemberi Kerja maupun Pekerja. Oleh sebab itu Pasal 19 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS bertentangan dengan Pasal 28D ayat (2) UUD 1945, bahwa “*Setiap orang berhak untuk bekerja serta mendapat imbalan dan perlakuan yang adil dan layak dalam hubungan kerja*”

- **Kesimpulan**

1. Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS bertentangan dengan UUD 1945 karena melanggar kepastian hukum [vide Pasal 28D ayat (1)]

dan bersifat diskriminatif [vide 28I ayat (2)] dan melanggar asas prediktabilitas undang-undang. Oleh sebab itu Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS harus dinyatakan konstitusional bersyarat sebagaimana Petitem Pemohon.

2. Pasal 17 ayat (1) UU BPJS bertentangan dengan Pasal 28I ayat (2) UUD 1945 karena bersifat diskriminatif dan oleh karenanya harus dinyatakan konstitusional bersyarat.
3. Pasal 17 ayat (2) huruf c dan 17 ayat (4) UU BPJS bertentangan dengan Pasal 28I ayat (2) UUD 1945 karena bersifat diskriminatif dan oleh karenanya harus dibatalkan.
4. Pasal 19 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS bertentangan dengan Pasal 28D ayat (2) UUD 1945 karena adanya perlakuan yang tidak adil baik bagi Pekerja maupun Pemberi Kerja dan harus dinyatakan konstitusional bersyarat, sesuai dengan Petitem Pemohon.

Tambahan Keterangan dalam persidangan:

- Kepastian hukum itu penting bagi setiap orang yang berusaha di bidang apa pun karena apa yang dia lakukan sebetulnya sudah dihitung secara cermat berdasarkan jaminan atau kewajiban saat itu. Setiap undang-undang pasti harus memperhitungkan itu dan ketika kemudian terjadi perubahan yang perubahan itu merugikan hitung-hitungan usaha, itu pasti tidak benar, pasti merugikan dari yang bersangkutan dan inilah yang sebetulnya sebagai biang keladi dari banyaknya investor yang kemudian lari dari Indonesia, yaitu karena tidak adanya kepastian hukum;
- Jika ada dua aturan yang tidak konsisten, akan menimbulkan ketidakpastian hukum. Menurut pendapat Ahli, kepastian hukum termasuk juga kepastian usaha, itu sangat penting. Ada kemungkinan kebijakan berubah karena berubahnya penguasa. Hal ini juga akan menimbulkan ketidakpastian hukum;
- Prediktabilitas itu penting pada setiap undang-undang yang akan memberikan wawasan ke depan tentang apa yang dia lakukan dan apa yang tidak dia lakukan berdasarkan ketentuan undang-undang yang berlaku.

4. Prof. Agus Suman, S.E., DEA., PhD.

Pengantar

Kesehatan sebagai salah satu komponen kesejahteraan dan kemakmuran harus diwujudkan negara, karena merupakan amanat dari tujuan pendirian Negara Kesatuan Republik Indonesia yakni:

“Melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan kesejahteraan umum” (Pembukaan UUD 1945, Alinea 4).

Tentu untuk mencapai tujuan pendirian Negara Kesatuan Republik Indonesia dibutuhkan pembangunan sistem yang diterapkan di masyarakat. Dan dalam pembangunan sistem ini, negara diharapkan hadir untuk melaksanakan amanat UUD 1945 dan Pancasila.

Mulai 1 Januari 2014 pemerintah menerapkan BPJS Kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Namun dalam praktiknya, BPJS kesehatan ini menuai banyak keluhan dari masyarakat, utamanya rakyat miskin serta rakyat yang membutuhkan pelayanan kesehatan yang cepat dan tepat untuk mempertahankan hidupnya.

BPJS Kesehatan ini menempatkan negara sebagai fasilitator, regulator sekaligus operator yang mencerminkan adanya dominasi negara/etatisme yang begitu kuat. Praktik BPJS Kesehatan ini akan dibahas dari prespektif ekonomi, yang akan dimulai dengan membangun pemahaman mengenai Sistem Ekonomi yang berkembang di dunia, serta dibahas pula mengenai Sistem Ekonomi Pancasila sebagai perwujudan dari pembangunan cita-cita perjuangan.

Sistem Ekonomi dalam Tinjauan Umum

Dalam peradaban dunia terdapat tiga sistem ekonomi utama yang diterapkan negara-bangsa untuk menata kehidupan masyarakat, yakni: a. Sistem Ekonomi Kapitalis/Liberal; b. Sistem Ekonomi Sosialis/Etatisme; dan c. Sistem Ekonomi Campuran.

Sistem ekonomi Kapitalis/Liberal kemunculannya dilatarbelakangi oleh adanya peran gereja yang terlalu besar dalam melakukan intervensi dan bahkan dirasa berlebihan terhadap aktivitas individu di Eropa dan Amerika pada waktu itu.

Kondisi tersebut semakin menyadarkan masyarakat untuk lebih mengurangi intervensi gereja karena lambat laun akan menekan kebebasan individu dalam berekonomi. Negara saat itu tunduk dan patuh terhadap aturan gereja untuk membuat regulasi-regulasi yang berhubungan dengan perekonomian rakyatnya. Hal ini, menurut masyarakat Eropa, menyebabkan tidak dapat memperoleh kesejahteraan yang maksimal, utamanya pedagang dan pemilik industri. Pemikiran ekonomi kapitalis/liberal klasik bersumber dari pemikiran Adam Smith (1723-1790) dalam buku keduanya "*An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations (1776)*", yang kemudian disempurnakan secara bertahap oleh David Ricardo, John Stuart Mill, Jean Baptiste Say dan Paul Samuelson sebagai penyempurna akhir ajaran Adam Smith dalam buku "*Economic: An Introductory Analysis*" (Irianto, et.al., 2014).

Inti ajaran ekonomi kapitalis/liberalis menempatkan manusia dalam tahapan sebagai makhluk bebas yang boleh melakukan upaya dan laku apapun dalam memenuhi kebutuhan hidup dan penghidupannya atau dalam bahasa lain "Kebebasan Alamiah" yang melegalkan persaingan dan kebebasan berusaha. Penerapan "Kebebasan Alamiah" dalam masyarakat dilaksanakan dengan memutus intervensi pemerintah dan menggerakkan pasar melalui kebebasan pemodal atau pengusaha dalam mengupayakan pemenuhan kebutuhan yang efektif dan efisien. Dalam menjalankan perekonomian yang efektif dan efisien menurut Adam Smith diperlukan mekanisme pasar untuk membuat keseimbangan atau kesejahteraannya sendiri, artinya pasar bebas untuk mengatur aktivitasnya tanpa harus diganggu oleh regulasi pemerintah. Melalui mekanisme pasar persaingan bebas masyarakat secara keseluruhan akan dapat mencapai kesejahteraan bersama yang optimal atau dikenal dengan istilah **Pareto Optimal** (Santosa, Purbayu B. 2008)

Arogansi Peraturan Operator dan Keluhan artinya jika harga yang ada dianggap tinggi daripada biaya produksi dan laba yang diperoleh, maka hal tersebut merupakan sinyal bagi pelaku ekonomi lain untuk masuk ke dalam pasar untuk meningkatkan sisi penawaran agar dapat menurunkan harga. Dengan asumsi seperti itu maka mekanisme pasar dapat dengan sendirinya membuat keseimbangan dalam perekonomian. Hal tersebut dapat mengurangi intervensi pemerintah dalam mengatur kepentingan individu dan kepentingan tertentu dalam perekonomian (Irianto, et al, 2014).

Sementara sistem ekonomi Sosialis/Etatisme merupakan kritik Karl Heinrich Marx (1818-1883) terhadap pemikiran Adam Smith. Menurut John E Roemer mengenai hal utama yang dikritik oleh Marx dalam pemikiran Adams Smith, seperti berikut:

“Smith mengatakan bahwa usaha mengejar kepentingan diri yang dilakukan individu akan menguntungkan semua orang, sedangkan Marx mengatakan bahwa mengejar kepentingan diri akan mengakibatkan anarki, krisis dan hancurnya sistem berbasis hak milik itu sendiri. Smith berbicara tentang “tangan gaib” yang membimbing agen kepentingan diri individual untuk melakukan tindakan yang akan optimal secara sosial, meskipun mereka sendiri tidak begitu peduli akibat dari tindakan tersebut sementara Marx berbicara tentang “tangan besi/dominasi negara” yang melindungi hak milik sosial atau publik” (Apsidar, 2013).

Inti pandangan ekonomi Sosialis/Etatisme, merujuk pada pernyataan di atas, ialah dominasi yang kuat oleh negara pada perekonomian dalam pemenuhan sumber daya ekonomi baik yang berhubungan dengan produksi, distribusi maupun pengendalian harga serta memandang warga negara sebagai karyawan yang tunduk dan patuh pada aturan main berekonomi yang ditetapkan pemerintah. Sistem ini diterapkan Uni Soviet dan RRT sebagai kekuatan perekonomian masa perang dingin 1950 sampai 1990, dengan nama Sosialisme Marx (Fakih, 2013). Dominasi negara akan menimbulkan masalah di kemudian hari karena terdapat pola *“pemaksaan”* dalam praktik pemenuhan perekonomian oleh negara pada rakyatnya baik yang bersifat individu maupun kelompok untuk memenuhi kemauan dari rezim yang berkuasa baik dalam hal konsep maupun kehendak untuk berekonomi (Supriyanto, 2009).

Kemudian dalam perkembangan pemikiran ekonomi terdapat upaya untuk mengkolaborasikan dua kutub besar pemikiran ekonomi yang berkembang, antara sistem ekonomi kapitalis/liberal dengan sistem ekonomi sosialis/etatisme yang sering diistilahkan dengan Ekonomi Campuran. Sistem Ekonomi Campuran merupakan sistem ekonomi yang menggabungkan antara sistem ekonomi kapitalisme dan sistem ekonomi sosialisme. Dalam bentuk perekonomian campuran sumber-sumber ekonomi bangsa, termasuk faktor-faktor produksi dimiliki oleh individu atau kelompok swasta, di samping sumber tertentu yang dikuasai pemerintah, baik pusat, maupun daerah.

Tabel 1.1: Ciri-Ciri Sistem Ekonomi

No	CIRI-CIRI SISTEM EKONOMI		
	LIBERAL/KAPITALIS	SOSIALIS/ETATISME	CAMPURAN
1	Setiap orang bebas untuk memiliki alat-alat produksi baik perorangan maupun kelompok	Seluruh Sumber daya ekonomi dan dikuasai oleh negara serta seluruh kegiatan ekonomi diusahakan bersama	Sumber daya ekonomi yang vital dikuasai negara dan negara menyusun peraturan, perencanaan dan menetapkan kebijakan dalam perekonomian
2	Kegiatan distribusi dan produksi dikendalikan swasta dengan menjadikan modal sebagai sarana terpenting untuk mencapai motif laba yang sebesar-besarnya	Semua perusahaan yang beroperasi dalam kegiatan ekonomi merupakan milik negara serta segala keputusan mengenai proses produksi dan distribusi (jumlah dan jenis barang) ditetapkan negara	Hak milik swasta dan kebebasan pengelolaan ekonomi untuk swasta dilindungi dan diakui, asalkan sesuai dengan batas kebijaksanaan ekonomi yang ditetapkan pemerintah dan tidak merugikan kepentingan umum
3	Dalam perekonomian melegalkan kebebasan berusaha dan kebebasan bersaing	Proses penetapan harga dan penyaluran barang dikendalikan oleh negara	Pemerintah berkewajiban atas pemenuhan jaminan sosial dan pemerataan pendapatan
4	Campur tangan Pemerintah dalam perekonomian rendah serta harga-harga dibentuk berdasarkan mekanisme pasar	Dalam perekonomian seluruh rakyat bekerja dan berperan sebagai karyawan bagi negara	Dalam proses pemenuhan tata produksi dan distribusi, jenis dan jumlah barang dan jasa yang dihasilkan ditentukan melalui mekanisme pasar

Sumber: Diolah dari Piliyanti (2009); Pujiono (2010); Apsidar (2013); Irianto, et al, (2014); Supriyanto (2009).

Jiwa Pancasila dan UUD 1945 Dalam Berekonomi

Tentu dalam berekonomi di Indonesia merdeka, tujuan pendirian Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagai pijakan dalam membangun sistem berekonomi, di dalamnya terkandung tata kelola dan tata laksana berekonomi yang merangkum amanat tujuan pendirian negeri yang menjiwai Pancasila dan pasal-pasal dalam UUD 1945 yang berhubungan dengan proses dan pelaksanaan berekonomi (Saparini, 2013). Tujuan pendirian Negara Kesatuan Republik Indonesia yang harus terus dipegang teguh dan diaplikasikan dalam aktivitas berbangsa dan bernegara tertuang dalam Pembukaan UUD 1945, Alinea 4, seperti yang telah disampaikan di awal tulisan ini.

Tujuan pendirian NKRI di atas sebagai pijakan fundamental, sedangkan pijakan filosofis dan aplikatif terdapat pada Pancasila dan UUD 1945, Pancasila sebagai pandangan hidup telah merangkum etika dalam menjalankan perekonomian yang sila-silanya merupakan landasan etika

berekonomi yaitu pijakan landasan moral-spiritual untuk dapat dikembangkan sebagai pedoman-pedoman strategis dari perancangan, penyusunan dan penjalanan kebijaksanaan pembangunan nasional yang melindungi “hajat hidup orang banyak” (termasuk di dalamnya kesehatan) dalam praktik (Mubyarto, 1994).

Sedangkan dalam UUD 1945 telah disusun dengan tegas dan tepat mengenai pilar-pilar dalam penjalanan demokrasi ekonomi dalam segi konstruksi hukum, yang wajib ditaati dan dimaknai oleh pengambil kebijakan baik penguasa maupun badan-badan yang diberikan mandat oleh penguasa dalam mengelola bidang tertentu. Sistem ekonomi Indonesia merdeka yang berjiwa Pancasila dan UUD 1945 merupakan perwujudan aplikatif dari cita-cita perjuangan, membangun masyarakat yang adil dan makmur setelah memperoleh kemerdekaan dengan perjuangan segenap rakyat, bukan kemerdekaan hadiah, sistem yang berpijak teguh pada ideologi yang khas dan tegas bukan sistem yang mengekor ideologi dan sistem negara lain (Santosa, Awan, 2013). Kemudian dalam UUD 1945 telah tegas dan mengamanatkan secara jelas penjalanan perekonomian Indonesia merdeka yang berkeadilan, berorientasi pada pemenuhan “hajat hidup rakyat banyak” dan kepentingan nasional untuk membangun kemakmuran seluruh rakyat bukan kemakmuran orang-seorang, pilar-pilar demokrasi ekonomi dalam UUD 1945 tergambar dalam 8 Pasal dalam UUD 1945 (Saparini, 2013; Santosa, Awan, 2013), yakni:

- Pasal 23 Ayat 1 UUD 1945, yang mengamanatkan pengelolaan dan peruntukan APBN untuk sebesar-besarnya kemakmuran rakyat.
- Pasal 27 Ayat 2 UUD 1945, mengisyaratkan dengan tegas perlindungan hak untuk memenuhi penghidupan serta pekerjaan yang layak bagi kemanusiaan.
- Pasal 28 UUD 1945, telah memerintahkan penguasa untuk melindungi hak-hak atas kebutuhan dasar dan pela yanan dasar manusia Indonesia merdeka.
- Pasal 31 UUD 1945, telah menyuratkan pada penguasa Indonesia merdeka untuk melindungi seluruh rakyat Indonesia dalam mendapatkan pendidikan yang berkeadilan bagi semua.
- Pasal 33 Ayat 1-3 UUD 1945, merupakan pondasi demokrasi ekonomi Pancasila yang merangkum pengelolaan ekonomi berbasis

kebersamaan/gotong royong dengan penguasaan negara atas cabang-cabang produksi penting serta kepemilikan penuh negara atas kekayaan alam yang terkandung dalam “bumi pertiwi”.

- Pasal 34 UUD 1945, memandang dengan tegas pemenuhan kebutuhan fakir miskin dan anak terlantar dalam kebutuhan dasar baik yang berupa sandang, pangan, papan, kesehatan dan pendidikan.

Keutuhan pilar-pilar Demokrasi Ekonomi Pancasila menjadi landasan legal-formal penjalanan perekonomian Indonesia merdeka, yang menggariskan dengan utuh dan tegas pemenuhan kemakmuran dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan bukan orang-seorang, Tentu untuk mencapai tujuan pendirian Negara Kesatuan Republik Indonesia yang terbangun dalam Pancasila dan UUD 1945 dibutuhkan pembangunan sistem yang diterapkan di masyarakat, dalam pembangunan sistem negara hadir bertindak selaku fasilitator, regulator dan pengawas, sementara operator/pelaksana sistem dilaksanakan oleh swasta dan badan yang diberi mandat khusus, badan khusus yang diberi mandat khusus oleh negara wajib melaksanakan amanat UUD 1945 dan Pancasila (Baswir, 2004).

Praktik BPJS Kesehatan: “Arogansi” Peraturan Operator dan Keluhan Masyarakat

Seperti disampaikan pada awal tulisan ini, sejak 1 Januari 2014, sesuai amanat UU No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), dilaksanakan BPJS Kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Tetapi dalam pelaksanaannya terdapat “arogansi” peraturan operator BPJS Kesehatan, utamanya setelah diberlakukannya Peraturan BPJS No 4 Tahun 2014 tentang Tata Cara Pendaftaran Peserta Perorangan BPJS Kesehatan serta Peraturan Direksi BPJS Kesehatan No 211 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Pendaftaran dan Penjaminan Peserta Perorangan BPJS Kesehatan tertanggal 1 November 2014 dan 18 November 2014, seperti nampak pada poin-poin berikut ini:

- Calon peserta BPJS Kesehatan yang sedang hamil wajib mendaftarkan janin dalam kandungan sebagai peserta BPJS Kesehatan (Peraturan BPJS Kesehatan No 4/2014 dan Pasal 2, Peraturan Direksi No 211 Tahun 2014).

- Kartu BPJS Kesehatan dapat digunakan setelah 7 Hari pembayaran iuran pertama (Pasal 6 Ayat 1 Poin a, Peraturan Direksi No 211 Tahun 2014).
- Setelah Kartu BPJS Kesehatan berlaku peserta wajib untuk mengurus Surat Eligibilitas diurus dalam waktu 3 x 24 jam pada hari kerja setelah dirawat apabila tidak dapat menunjukkan Kartu BPJS Kesehatan dan Surat Eligibilitas dalam waktu 3 x 24 jam maka dinyatakan sebagai pasien umum/ tanpa jaminan BPJS Kesehatan (Pasal 6 Ayat 1 Poin b s.d. e, Peraturan Direksi No 211 Tahun 2014).
- Calon Peserta BPJS Kesehatan diwajibkan untuk mendaftarkan seluruh keluarga yang melekat sesuai dengan yang tercantum dalam Kartu Keluarga (Peraturan BPJS Kesehatan No 4/2014).

Penerapan dua peraturan tersebut telah secara nyata menghilangkan hak rakyat atas kesehatan serta merupakan wujud dari “arogansi” dan bentuk pemaksaan (pola etatisme) terhadap pelaksanaan jaminan sosial utamanya bidang kesehatan sebagai salah satu perwujudan “*hajat hidup rakyat banyak*”, secara tidak langsung penerapan dua peraturan tersebut telah menyampingkan amanat pembukaan UUD 1945 Alinea 4, pasal-pasal dalam UUD 1945 dan Pancasila yang telah dibahas sebelumnya. Menurut Prof. Hasbullah Thabrany (Guru Besar Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia) yang mengkritik penerapan dua peraturan operator BPJS Kesehatan berikut:

”Konsep dasar Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah pemenuhan hak rakyat, bukan penjualan asuransi kepada rakyat. Maka, syarat-syarat yang ditetapkan BPJS menjadi tidak perlu. Dan yang paling membahayakan buat BPJS adalah pasal 10 ayat 2 yang menyatakan masa berlaku peserta 7 hari setelah pembayaran. Artinya, seseorang yang telah membayar iuran harus menunggu 7 hari sebelum bisa dijamin JKN... Logika berpikirnya, jika saja BPJS dan RS menjamin karena tahu pasien akan dijamin BPJS mendapatkan layanan kesehatan, ada peluang pasien tidak mati. Tapi karena pasien mati, maka keluarga pasien kehilangan peluang mendapatkan penghasilan orang tersebut, mungkin sampai 20-40 tahun kemudian. Artinya keluarga pasien mengalami kerugian peluang yang bisa jadi besarnya puluhan miliar per orang... Sakit dapat terjadi setiap saat, tidak ada jadwalnya. Jadi, dalam masa tunggu 7 hari, sakit berat bisa datang” (Liputan 6, 2014).

BPJS Kesehatan dalam penerapan telah menuai banyak keluhan utamanya setelah pelaksanaan rangkaian dua peraturan di atas yang dinilai rakyat miskin dan rakyat yang membutuhkan kecepatan dan ketepatan dalam kesehatan untuk bertahan hidup, dalam konteks ini badan yang diberi wewenang negara dalam mengelola jaminan sosial utamanya kesehatan telah mengabaikan pemenuhan “hajat hidup rakyat banyak” salah satunya berupa kesehatan, mengabaikan kondisi darurat/ yang berhubungan dengan nyawa rakyat/pasien dan lebih mementingkan ketertiban administrasi lewat pemenuhan iuran, pembukaan rekening dan lain-lain, dibawah ini disajikan potret keluhan masyarakat dalam media berita online, berikut:

“Rakyat dibuat wajib menjadi peserta dan harus bersusah payah menjadi peserta dengan segala macam bentuk aturan yang dibuat sepihak oleh pelaksana tanpa pernah berkoordinasi dengan regulator” (Disampaikan Sri, Relawan Kesehatan Jakarta Timur, dalam Wartabuana, 2014).

“Dia kena penyakit tifus, dan dia dirumah sakit harus bayar deposit rumah sakit dulu sebesar Rp. 250 ribu, baru setelah itu dilayani. Bahkan obat-obatnya juga harus bayar.... Jadi malam kita bawa, soalnya kondisinya udah lemah. Jadi kita enggak bawa surat rujukan lagi” (Disampaikan Elza, yang mengantarkan tetangganya peserta BPJS Kesehatan, dalam Wartabuana, 2014).

“BPJS sudah melakukan diskriminasi pelayanan terhadap peserta. Dimana terdapat inkonsistensi dalam menerapkan permenkes 28/2014 yang menyatakan batas waktu 3x24 jam bagi pasien yang mau mengurus JKN dan jika lewat dari itu maka dinyatakan sebagai pasien umum” (Disampaikan Agung Nugroho, Ketua Rekan Indonesia, yang menggambarkan penolakan rumah sakit terhadap peserta BPJS Kesehatan yang berprofesi sebagai Tukang Bakso yang diceritakan istrinya yang bernama Ibu Eli dalam Wartabuana, 2014).

Pola “Etatisme” Dalam Penerapan BPJS Kesehatan

Dalam pembahasan sebelumnya mengenai Potret Praktik BPJS Kesehatan: Arogansi Peraturan Operator dan Keluhan Masyarakat menggambarkan terdapat arah praktik pola etatisme, yang pada pandangan sebelumnya telah di bahas mengenai dominasi negara yang sarat dengan unsur “*pemaksaan*” kehendak dalam berbagai bidang. Pelaksanaan BPJS Kesehatan tersurat jelas

dalam Peraturan operator BPJS Kesehatan yang terdapat unsur “pemaksaan” oleh negara dalam pemenuhan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Pemberlakuan poin 4 “*arogansi*” peraturan operator BPJS Kesehatan pada pembahasan sub bab di atas mengenai pengikut sertaan wajib seluruh anggota keluarga dalam kartu keluarga untuk menjadi bagian dari keanggotaan BPJS Kesehatan, contoh sebagaimana arogansi peraturan tersebut menunjukkan secara langsung pola etatisme dalam pelaksanaan BPJS Kesehatan.

Kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia merupakan bagian yang tak terpisahkan dari “*hajat hidup orang banyak*” yang penguasaannya dan tanggung jawab pemenuhannya menjadi kewenangan penuh negara, namun pemaknaan “dikuasai” dalam konteks keindonesiaan bukan “pemaksaan” dalam bentuk aturan/regulasi yang membebani rakyat dalam memperoleh akses Kesehatan. Kesehatan seluruh rakyat Indonesia merupakan salah satu hak yang melekat pada rakyat Indonesia merdeka untuk dipenuhi negara sebagai perwujudan nyata dari amanat Pembukaan UUD 1945, Alinea 4:

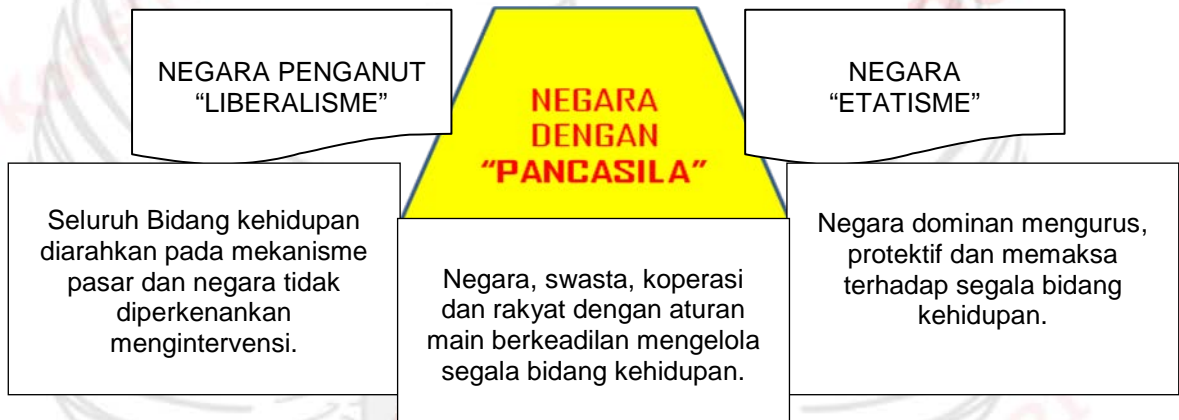
“Untuk melindungi segenap bangsa Indonesia, seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum”

Dalam bahasan ini yang perlu dimaknai ialah mengenai makna frasa kata “*dikuasai negara*” dalam pengelolaan dan pemenuhan “*hajat hidup orang banyak*”, menurut Bung Hatta yaitu **Negara/Pemerintah** menjadi **Regulator dan Pengawas**, yang memberi mandat pada **Badan Pengelola/BUMN/BUMD, Swasta dan Koperasi** sebagai **operator** dengan **pembagian yang berkeadilan** artinya **kesejahteraan umum** sebagai **panglima dalam pelaksanaannya** (Baswir, 2004).

Dari pendapat Bung Hatta tersebut dapat ditarik benang merah berikut:

- Seluruh rakyat Indonesia merdeka membutuhkan keterjangkauan, keberadilan dan kemudahan dalam memenuhi Kesehatan dalam hidup dan kehidupannya.
- Pihak terkait dalam bidang pengelola dan pemenuhan kesehatan wajib melindungi kesehatan seluruh tumpah darah Indonesia tanpa membedakan kelas sosial dan tidak mempersulit serta memaksakan kehendak dalam pemenuhan kesehatan dengan berbagai aturan yang mempersulit rakyat.

Untuk memahami lebih jelas mengenai perbedaan fundamental dari pemenuhan seluruh bidang kehidupan yang ditempuh dan diupayakan 3 kutub jenis negara baik liberalisme, Pancasila maupun Etatisme sebagai berikut:



Sumber: Diolah dari Baswir (2004); Piliyanti, (2009); Panjaitan, (2012).

Memotret realita di lapangan posisi BPJS Kesehatan sebagai badan yang diberikan mandat negara untuk sebagai fasilitator untuk mengambil titik temu antara negara, swasta dan masyarakat dalam pemenuhan kesehatan bagi seluruh rakyat dalam hal ini tidak telaksana titik temunya yang ada dominasi BPJS Kesehatan dalam praktik, golongan masyarakat menengah ke atas yang dapat mendapatkan jaminan asuransi atau pemenuhan kesehatan secara privat yang dikelola swasta dengan unsur "pemaksaan" BPJS Kesehatan untuk mengelola seluruh jaminan asuransi atau pemenuhan kesehatan, akan berdampak terhadap kehidupan pengelola swasta yang akan dirugikan karena nasabah para golongan menengah ke atas harus mengikuti "pemaksaan" BPJS Kesehatan, sehingga dari kondisi tersebut pengelolaan kesehatan akan masuk pada jalan pemborosan dan sarat akan praktik KKN didalamnya sehingga efisiensi ekonomi yang semestinya tercapai tidak terlaksana. Patutlah dalam penerapan jaminan sosial dalam konteks BPJS Kesehatan mendalami amanat Pasal 34 ayat (1), (2) dan (3) UUD 1945, dalam Pasal 34 ayat (1) yang berbunyi: "*Fakir Miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh Negara*"

Dalam amanat tersebut menyiratkan secara eksplisit peran negara yang seharusnya memelihara dan melindungi **golongan lemah (dalam Pasal 34**

ayat 1), dalam konteks jaminan sosial utamanya kesehatan melalui program BPJS Kesehatan, mereka (golongan lemah, PBI) tetapi tetap harus membayar iuran kepada BPJS Kesehatan, hal ini mengisyaratkan keberpihakan BPJS Kesehatan pada unsur finansial bukan unsur kemanfaatan yang luas bagi pemaknaan kesejahteraan dan kemakmuran seluruh rakyat Indonesia.

Kemudian pada Pasal 34 ayat (2) dan (3) menyatakan:

“Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia dan memberdayakan masyarakat lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”

“Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”

Pemberdayaan masyarakat lemah merupakan tugas pokok negara untuk memberi jaminan sosial bagi seluruh rakyat yang memberi keterjangkauan dan kemanfaatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Apabila ditinjau dalam konteks BPJS Kesehatan biaya angsuran yang harus dibayarkan setiap bulan oleh keluarga ekonomi lemah akan membuat keadaan ekonomi mereka semakin terpuruk, sehingga unsur keterjangkauan dan kemanfaatan dalam pemenuhan *“hajat hidup orang banyak”* khususnya kesehatan tidak terpenuhi. Menempatkan negara sebagai fasilitator, regulator dan pengawas merupakan kewajiban negara untuk mengambil kebijakan yang berkeadilan untuk semua tanpa harus merugikan dan membebani masyarakat utamanya rakyat ekonomi lemah.

Penutup

Kesehatan merupakan bagian yang tak terpisahkan dari *“hajat hidup orang banyak”* yang wajib dipenuhi dan menjadi tanggung jawab negara untuk seluruh rakyat Indonesia, khususnya untuk golongan lemah, dan bukan malah mempersulitnya dengan berbagai peraturan operator yang *“arogan”* dan cenderung berpihak pada unsur finansial, serta pola etatisme dalam pelaksanaannya.

Praktik *“Etatisme”* dalam penerapan BPJS Kesehatan, sudah barang tentu, jauh dari nilai-nilai yang diamanahkan dalam UUD 1945 dan Pancasila sebagai aspek fundamental pengelolaan dan penyediaan *“hajat hidup orang banyak”* dalam kehidupan berbangsa dan bernegara menuju masyarakat adil dan makmur seperti yang dimandatkan oleh pendiri republik ini.

Program Jaminan Sosial khususnya dalam penerapan BPJS Kesehatan, seharusnya negara/pemerintahan tetap pada proporsinya, yakni sebagai fasilitator, regulator dan pengawas yang tunduk dan patuh terhadap amanat UUD 1945 dan Pancasila sebagai pijakan untuk perekonomian yang menaungi seluruh rakyat Indonesia di dalamnya dan bukan mematikannya.

5. DR. Yaslis Ilyas, DRG. MPH. HIA. MHP. AAK

1. Program Jaminan Kesehatan Sosial Indonesia

Terminologi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) atau Asuransi Kesehatan Nasional atau *National Health Insurance (NHI)* mempunyai arti yang sama yaitu suatu program nasional yang memberikan jaminan kesehatan komprehensif kepada seluruh penduduk suatu negara. Secara historis, konsep asuransi sosial pertama kali dikembangkan di benua Eropa oleh Otto von Bismark, Kanselir Kerajaan Jerman, pada tahun 1883. Program JKN Indonesia dimulai pada 1 Januari 2014, dikeluarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU No. 40/2004 ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Implementasi UU 40/2004 berjalan sangat lambat sepertinya kurang cukup menjadi perhatian pemerintah dan parlemen RI. Baru tujuh tahun kemudian Pemerintah RI bersama-sama DPR RI menghasilkan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 juga menetapkan Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Kalau kita pelajari peta program kesehatan sosial dan komersial yang berkembang di Indonesia dapat kita klasifikasikan sebagai berikut:

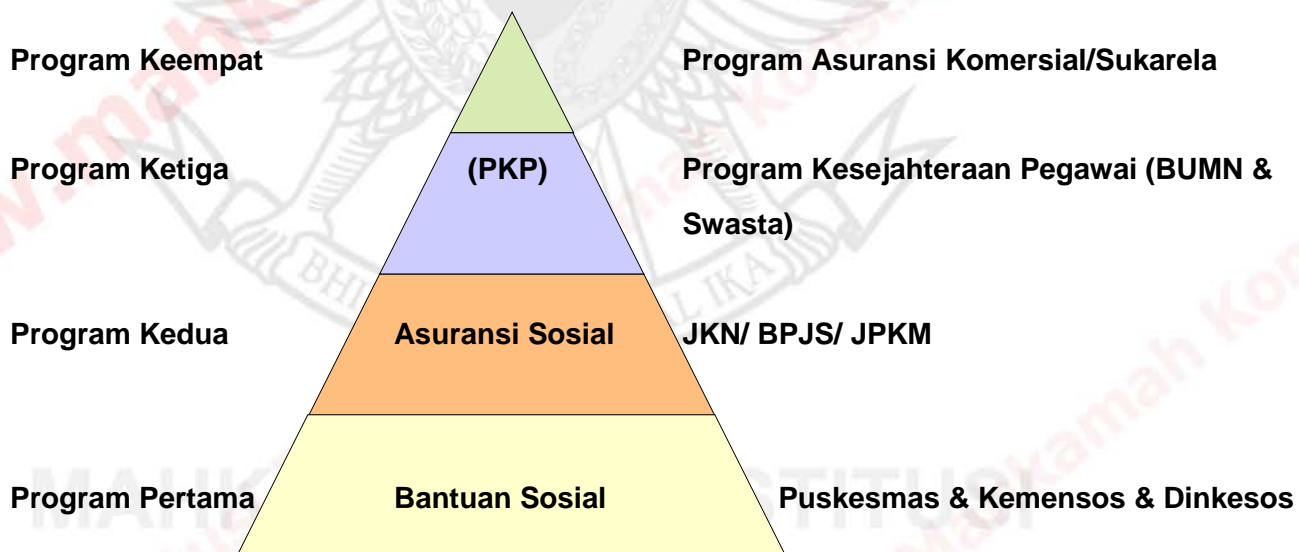
Program Pertama : Bantuan sosial kesehatan Program Kesehatan yang didanai oleh Dinas Sosial dan Kementerian Sosial. Pelayanan kesehatan Umum yang dikelola Pemerintah maupun swasta seperti: Puskesmas dan Balai Kesehatan Masyarakat;

Program Kedua : Jaminan/Asuransi Kesehatan Sosial (BPJS Kesehatan);

Program Ketiga : Program Jaminan Kesejahteraan Pegawai. Program Jaminan Kesehatan Khusus untuk pegawai yang dilaksanakan oleh perusahaan sendiri, asuransi komersial, dan Badan Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat;

Program Keempat : Program asuransi komersial yang bersifat sukarela, sesuai dengan kemauan dan kemampuan seseorang dengan persyaratan tertentu untuk menjadi peserta Perusahaan Asuransi Kesehatan Komersial dan Bapel JPKM berada di pilar ke empat;

Piramida Program Jaminan Kesehatan Indonesia



Matriks Perbandingan Karakteristik Program Jaminan Kesehatan Indonesia

Karakteristik	Bantuan Sosial	Asuransi Sosial	Prog-Kes Pegawai	Asuransi Komersial
1. Kepesertaan	Tidak adanya kepesertaan	Wajib secara nasional	Wajib untuk lingkungan tertentu	Sukarela
2. Badan	Pihak	Negara (Pihak	Kelompok	BUMN dan

Penyelenggara	Pemerintahan sebagai Penyelenggara Negara	Pemerintahan di bawah supervisi pemerintah)	tertentu	swasta
3. Bantuan Sosial	Sesuai kemampuan	Sesuai dengan ketentuan prinsip Social Adequacy	Diatur oleh Pimpinan	Sesuai program
4. Syarat untuk mendapatkan jaminan	Dipandang sangat membutuhkan	Peraturan perundang-undangan	Peraturan (intern)	Diatur dalam Polis
5. Tujuan Badan Penyelenggara	Meringankan beban penderita	Memberikan kesejahteraan bagi masyarakat	Memberikan kesejah teraan bagi kelompoknya	Mencari keuntungan

2. Program Jaminan Kesehatan Sosial SJSN

Dalam UU No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dinyatakan bahwa program jaminan kesehatan (PJK) diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dengan prinsip ekuitas. Prinsip asuransi sosial meliputi: (1) kegotong-royongan antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah; (2) kepesertaan bersifat wajib dan tidak selektif; (3) iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan; (4) bersifat nirlaba. Prinsip ekuitas yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis dan tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya. Di samping itu perlu mewujudkan berbagai aspek lain antara lain:

- Ekualitas yaitu tidak adanya diskriminasi dalam pemberian pelayanan.
- Portabilitas yaitu adanya jaminan untuk memperoleh pelayanan kesehatan di seluruh Indonesia tanpa hambatan kewilayahan.
- Kontinuitas yaitu terjaminnya pelayanan kesehatan secara terus menerus dan tidak berhenti selama dibutuhkan.
- Efisiensi dan efektifitas yaitu adanya pembiayaan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medis yang terkendali tanpa mengabaikan mutu pelayanan.

- Sustainability yaitu mampu menjamin sebagai penyelenggara untuk tetap eksis dan bertumbuh dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.
- Kehati-hatian yaitu pengelolaan keuangan secara baik dan efisien.

Peserta PJK adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah. Manfaat PJK bersifat pelayanan perseorangan yang komprehensif (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan). Manfaat PJK diberikan oleh fasilitas kesehatan milik Pemerintah atau swasta yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kes).

BPJS Kes menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan dimulai pada tanggal 1 Januari 2014 sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011. Peserta PJK adalah masyarakat miskin yang disebut sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI), di mana iurannya ditanggung oleh Pemerintah sebagaimana yang ditetapkan dalam UU SJSN. Selanjutnya, peserta PJK adalah PNS dan Pensiun, Anggota dan Pensiunan TNI dan POLRI, peserta yang telah terdaftar pada PT JAMSOSTEK yang dilimpahkan kepada BPJS dan peserta mandiri.

3. BPJS Kes Tunggal, Sentralistik dan Peserta yang Sangat Besar

PJK Indonesia merupakan program sentralistik dengan jumlah yang terbesar di dunia. Inilah yang selalu digembar-gemborkan oleh Pemerintah dan Kemenkes RI dan BPJS Kesehatan. Bila seluruh penduduk Indonesia sudah tercakup Jaminan Kesehatan pada tahun 2019 diperkirakan jumlah 220-240 juta orang, maka masalah administrasi klaim, kepesertaan, dan mutu pelayanan kesehatan merupakan masalah bila hanya ditunjuk penyelenggara tunggal (*Single Player*).

Akan ada transaksi administrasi kunjungan setiap tahun pada diri, keluarga sekitar 800 juta s.d. 1 milyar, 200 juta kunjungan spesialis, 12 juta peserta rawat inap termasuk sekitar 4 juta pembedahan, belum termasuk tindakan medis lainnya (lab, diagnostik, *rontgent*, cuci darah, *sameday surgery*, *sameday care*, dll.) Dengan beban pekerjaan yang sedemikian besar rasanya akan mustahil dapat dilaksanakan dengan baik oleh BPJS

Tunggal dan Sentralistik. Setelah lebih setahun, BPJS Kes melaksanakan PJK, setiap hari kita baca di media cetak, media sosial, dan elektronik penderitaan peserta PJK yang tidak terlayani, telat dilayani sehingga menimbulkan kecacatan dan kematian pada peserta PJK. Impak buruk terhadap peserta ini karena ketidakmampuan BPJS Kes untuk melayani seluruh peserta yang tersebar di seluruh Nusantara.

4. Masalah-Masalah yang Dihadapi oleh BPJS Kes

Saya prihatin terjadinya anomali pada pelaksanaan pada program Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Pada bagian ini, akan saya sampaikan fakta lapangan dan analisis masalah dan impaknya terhadap peserta dari pelayanan administrasi BPJS Kes dan pelayanan kesehatan Puskesmas, Klinik atau Rumah Sakit yang buruk sehingga membuat peserta tidak terlayani, cacat, dan bahkan menjemput maut.

4.1. BPJS Kesehatan Kedodoran!

Diterapkannya kebijakan SJSN dan BPJS, merupakan suatu lompatan besar pada sistem kesehatan nasional kita. Hal ini, akan menimbulkan banyak masalah antara lain:

1. Sosialisasi rinci tentang JKN dan BPJS belum dilaksanakan dengan baik, sebagai contoh: bagaimana, di mana, dan persyaratan para calon peserta? Apakah diperlukan *fotocopy* kartu keluarga (KK) dan KTP atau dokumen lainnya. Berapa dan di mana bayar premi? Di mana lokasi puskesmas, klinik, dan RS yang bisa melayani peserta? Belum lagi, bagaimana kalau calon peserta tidak mempunyai KK dan KTP? Apakah mereka berhak jadi peserta? Bagaimana dengan warga negara yang terlantar dan menderita penyakit jiwa siapa yang menjamin mereka? Sebelumnya mereka dijamin oleh Jamkesmas. Banyak lagi pertanyaan yang berkaitan dengan administrasi kepesertaan JKN.
2. Jumlah dan mutu SDM yang sangat kurang. Dapat dipastikan BPJS hanya untuk memberikan pelayanan kepesertaan saja tidak akan mampu. Untuk dapat menjalankan bisnis BPJS dengan baik dibutuhkan SDM yang kompeten dengan rasio

1:25.000 peserta. Saat ini, diperkirakan rasio SDM dengan peserta 1:50.000, itupun dengan mutu terbatas dan distribusi yang tidak baik. Bisa dipastikan dengan kondisi SDM seperti ini BPJS akan kedodoran untuk menjalankan fungsinya.

3. Pelayanan kepesertaan membludak tidak dapat dilayani dengan keterbatasan jumlah dan mutu SDM serta gerai yang ada. Bagaimana akses untuk pelayanan kepesertaan? Bagaimana untuk daerah terpencil, kepulauan, dan perbatasan di mana banyak penduduk tidak mempunyai KTP? Di samping itu, keterbatasan fasilitas dan alat kerja akan memperparah masalah ini. Jadi tidak heran pada kota-kota besar jasa calo kepesertaan jadi berkembang.
4. Masalah *Call Center*? Apakah beroperasi 24 jam? Berapa jumlah *line*-nya? Berapa jumlah operator? Apakah *Toll Free*? Saya mendapat informasi dari pimpinan BPJS bahwa *Call Center* Kantor Pusat BPJS Jakarta hanya gratis kalau menggunakan telpon statis. Mestinya *Call center* adalah toll free, berkerja 24 jam dan karena Indonesia sangat luas seharusnya *Call Center* harus tersedia di setiap kota dan kabupaten sehingga memudahkan warganegara mengakses informasi yang dibutuhkan dari BPJS.

4.2. BPJS Kesehatan Kedodoran dan PPK Tidak Siap!

SDM dan fasilitas kesehatan dan kondisi lapangan yang tidak disiapkan dengan matang berefek buruk pada operasionalisasi program JKN. Berikut, sejumlah masalah dari sisi PPK yang membuat kedodorannya Program JKN:

1. Jumlah Puskesmas dan Rumah Sakit yang terbatas untuk melayani jumlah peserta yang sangat besar. Hal ini diperberat dengan distribusi PPK yang tidak merata dan variasi mutu dan fasilitas yang sangat berbeda. Daerah perkotaan fasilitas PPK lebih baik, tapi jumlah pasien juga akan sangat banyak. Sedangkan, PPK daerah terpencil dan kepulauan minim fasilitas dan akses juga tidak mudah dan mutu pelayanan kesehatan yang tidak layak;

2. Masalah yang sama juga dihadapi dengan SDM kesehatan. Rasio dokter 1 : 3.500 penduduk. Malaysia yang negaranya hampir semua daratan semua dan akses mudah 1 dokter : 1.000 penduduk. Masalah distribusi dokter dan profesi kesehatan lainnya juga buruk. Diperkirakan sekitar 20-30% Puskesmas tetap akan sulit mempekerjakan dokter karena terpencil dan insentif rendah;
3. Sistem insentif dengan kapitasi dan INA CBG merupakan sistem baru dan banyak tidak dimengerti oleh SDM PPK. Sistem kapitasi pada puskesmas pemerintah seharusnya memberikan insentif finansial yang tinggi. Tentunya, kalau dana tersebut dapat diterima oleh puskesmas langsung. Pada puskesmas pemerintah jumlah peserta bisa berlebihan terutama yang di perkotaan, jumlah peserta bisa mencapai 50.000 s.d. 100.0000 orang, sehingga puskesmas bisa mendapatkan Rp. 6.000 x (50.000 s.d. 100.000) = Rp. 300 s.d. 6.000 juta/bulan, ini akan jadi bancakan baru! Masalahnya, bagaimana kualitas pelayanan dan apakah dana tersebut benar-benar turun ke puskesmas? Walahu'alam!
Khusus, sistem pembayaran dengan INA CBG banyak ditolak oleh para dokter karena mengkerdihkan penghasilan mereka. Pada RS pemerintah sistem insentif akan dipaksakan jalan, tapi efeknya pada kualitas pelayanan akan semakin buruk. Ada sejumlah dokter spesialis yang terang-terangan menolak untuk melayani pasien BPJS karena dibayar sangat murah. Bagaimana efeknya pada peserta BPJS? Terjadi penurunan kualitas pelayanan dan pengurangan *supply*, obat, pemeriksaan lab. dan penunjang yang merugikan peserta.
Khusus untuk sistem pembayaran INA CBG pada RS swasta masih sangat membingungkan karena tariff INA CBG tidak menutupi biaya pelayanan. Yang pasti kalau pasien perlu tindakan gawat darurat, bedah dan perawatan ICU mereka cenderung menolak karena pasti merugi. RS Swasta akan cenderung menolak pasien dengan keadaan kritis dan katastrofik dengan alasan tidak ada tempat tidur dan fasilitas. Kalau ini

terjadi, celakalah peserta BPJS. Bisa dipastikan tingkat kecacatan dan kematian peserta akan meningkat karena terlambat mendapat pertolongan segera.

4. Terjadi konflik segitiga antara PPK, peserta dan PPK dengan BPJS. PPK akan menjadi sasaran ketidakpuasan pasien ketika mereka tidak dapat dilayani karena keterbatasan fasilitas kesehatan. PPK akan menjadi sasaran tuntutan hukum peserta bila melakukan tindakan pidana karena kelalaian sehingga terjadi kecelakaan kerja yang berakibat pasien cacat atau meninggal. PPK akan konflik dengan BPJS karena klaim pembayaran yang terlambat dan atau tidak dibayar karena masalah administrasi klaim yang tidak komplit dan rumit serta dibayar rendah.

4.3. Euthanasia Designed by Law of Regulator JKN!

Cacat dan kematian yang menimpa peserta BPJS akibat peraturan Kemenkes dan BPJS telah terjadi setiap hari di seluruh nusantara. Penderitaan dan kematian peserta JKN masih akan terus berlangsung setiap hari. Program mulia ini sudah dirusak maknanya oleh regulator dan operator Program JKN sendiri. Kritik dan demo terus menolak Permenkes No: 28/2014 tentang Peserta dan Pelayanan yang membatasi bayi baru lahir yang harus didaftarkan selambat-lambatnya 3 x 24 jam hari kerja. Begitu juga, Peraturan Direksi BPJSK No 211/2014 yang membatasi peserta bisa memanfaatkan Kartu peserta mulai berlaku 7 (tujuh) hari setelah calon Peserta melakukan pembayaran iuran pertama. Kedua peraturan ini sangat bertentangan dengan konsep Asuransi Kesehatan Nasional yang mewajibkan setiap warga negara untuk menjadi peserta program JKN.

4.4.1. Kebijakan Kemenkes dan BPJS Anti Program JKN!

1. Permenkes No: 28/2014, BAB III PESERTA DAN KEPESERTAAN, poin 4. Bayi baru lahir dari: a. peserta pekerja bukan penerima upah; b. peserta bukan pekerja; c. peserta pekerja penerima upah untuk **anak keempat dan seterusnya**; harus didaftarkan selambat-lambatnya

3 x 24 jam hari kerja sejak yang bersangkutan dirawat atau sebelum pasien pulang (bila pasien dirawat kurang dari 3 hari). Jika sampai waktu yang telah ditentukan pasien tidak dapat menunjukkan nomor identitas peserta JKN maka pasien dinyatakan sebagai pasien umum. Kebijakan ini bukan saja bertentangan dengan konsep JKN, tapi juga berakibat buruk terhadap angka kematian bayi yang merupakan salah satu tujuan penting Millenium Development Goals (MDGs). *Ada kasus yang dilaporkan oleh seorang dokter dari Bekasi. Seorang bapak, peserta JKN, marah-marah karena bayinya lahir kemudian mati tidak dijamin BPJS karena harus didaftarkan ke Sudin Kependudukan dalam waktu 3x24 jam hari kerja. Sang bapak kemudian mendaftarkan ke Sudin Pendudukan Bekasi, sayangnya tidak bisa dilayani. Ini alasan pihak Sudin Kependudukan: Surat keterangan registrasi penduduk tidak mungkin dikeluarkan untuk bayi yang sudah meninggal dan standar pelayanan minimum untuk registrasi penduduk adalah 12 hari kerja. Terus pelayanan RS siapa yang bayar? Jelas, kebijakan Permenkes ini tidak mungkin dilakukan, alias sewenang-wenang! Kebijakan ini sangat berefek buruk terhadap meningkatnya Angka Kematian. Bagaimana kalau bayi lahir cacat kongenital atau infeksi yang perlu penanganan khusus? Apakah dibiarkan pasien tersebut tidak dilayani? Biarkan bayi mati di depan mata para ahli? Suatu kondisi yang dilematis bagi dokter dan Rumah Sakit: dilayani tidak dibayar BPJS, tidak dilayani bayi mati!*

2. Permenkes No: 28/2014, BAB IV Pelayanan Kesehatan, poin 10. Status kepesertaan pasien harus dipastikan sejak awal masuk Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Bila pasien berkeinginan menjadi peserta JKN dapat diberi kesempatan untuk melakukan pendaftaran dan pembayaran iuran peserta JKN dan

selanjutnya menunjukkan nomor identitas peserta JKN selambat-lambatnya 3 x 24 jam hari kerja sejak yang bersangkutan dirawat atau sebelum pasien pulang (bila pasien dirawat kurang dari 3 hari. Jika sampai waktu yang telah ditentukan pasien tidak dapat menunjukkan kartu peserta JKN maka pasien dinyatakan sebagai pasien umum). Ini juga kebijakan BPJS yang bertentangan dengan konsep JKN.

3. Peraturan Direksi BPJSK No. 211/2014. Juknis Pendaftaran dan Penjaminan Peserta Perorangan BPJSK, Pasal 6: 1) Mekanisme penjaminan Peserta Perorangan yang baru mendaftar diatur sbb: a. Kartu peserta mulai berlaku 7 (tujuh) hari setelah calon Peserta melakukan pembayaran iuran pertama; b. Surat Eligibilitas Peserta (SEP) hanya dapat diterbitkan setelah kartu peserta mulai berlaku dan mengikuti prosedur pelayanan kesehatan; c. Untuk kasus rawat jalan, Peserta dapat dijamin jika kartu peserta telah berlaku; d. Untuk kasus rawat inap, Peserta dapat dijamin jika kartu peserta telah berlaku dan Peserta mengurus SEP dlm waktu 3x24 jam hari kerja sejak dirawat atau sebelum pulang/meninggal; dan e. Apabila peserta tidak dapat menunjukkan kartu peserta yang telah berlaku dan/atau tidak mengurus SEP dalam waktu 3x24 jam hari kerja sejak dirawat atau sebelum pulang/meninggal, maka peserta dinyatakan sebagai pasien umum.

Kebijakan ini juga melanggar konsep dasar JKN. Peraturan ke-2 dan ke-3 menimbulkan efek yang luar biasa terhadap akses pelayanan kesehatan peserta. Jelas-jelas kebijakan waktu tunggu hanya ada pada Asuransi Kesehatan Komersial yang biasanya untuk benefit operasi elektif. Pada Jaminan Kesehatan Sosial Nasional tidak dikenal instrumen waktu tunggu atau selektif bias! Bisa dibayangkan kalau peserta baru dapat

menggunakan haknya setelah 7 hari. Bagaimana kalau esok harinya peserta kena infeksi virus Demam Berdarah atau anak balita peserta sedang main sepeda kemudian jatuh dan patah kakinya. Apakah baru dapat dilayani setelah 7 hari kerja? Apakah ini tidak bertentangan dengan mulia tujuan JKN? Pasiennya keburu mati!

4.4. Rumah Sakit Menolak Peserta Program JKN!

Berita berantai pada bulan Desember, 2014, tentang nasib Abbiyasa; balita yang akhirnya meninggal karena tidak ditolong segera oleh 40 RS pemerintah dan swasta di Jakarta. Di antara rumah sakit tersebut ada yang menjadi jaringan rumah sakit BPJS, tapi ketika korban menggunakan Kartu Jakarta Sehat langsung dijawab tidak ada tempat tidur. Adanya kecenderungan rumah sakit, Pemerintah maupun Swasta, untuk menolak pasien BPJS walau gawat darurat dengan berbagai alasan.

4.4.1. Modus operandi RS menolak pasien JKN

1. Tolak semua pasien gawat darurat dan ICU BPJS dengan berbagai alasan. Pada tanggal 26, November, 2014, sahabat saya menceritakan pengalaman yang tidak mengenakan kaitannya dengan RS jaringan BPJS. Kasus ini terjadi pada supir teman saya yang tiba2 sakit perut yang luar biasa (dia takut infeksi usus buntu) di tengah perjalanan di Jakarta Pusat. Saking sakitnya, supir sampai tidak mampu menyetir mobil, mengerang kesakitan dan mimiknya ketakutan. Terpaksa, teman saya mengambil alih menyupir mobil dan terus mencari RSU terdekat di jalan Raden Saleh, Jakarta Pusat. Pasien BPJS ini langsung didaftarkan ke Unit Gawat Darurat; kebetulan RS ini adalah jaringan PPK Program JKN. Tetapi, alangkah anehnya ketika petugasIGD mengatakan kalau mau dilayani harus membayar tunai sebesar Rp 4 juta sebagai uang muka. Walaupun, disampaikan bahwa pasien adalah peserta mandiri BPJS

tetap menolak untuk melayani, maka terpaksalah membayar Rp 2 juta dengan catatan akan segera dilunasi setelah pasien dilayani. Memang, peraturan yang mengatakan pasien gawat darurat harus dilayani RS tanpa memperhatikan faktor biaya hanya ada di dokumen undang-undang RS dan Permenkes, di lapangan yang berkuasa adalah RUPIAH. Kebanyakan RS sudah cenderung menjadi entitas yang hanya mencari keuntungan belaka!

2. RS memaksa pasien Program JKN untuk naik kelas perawatan. Modus operandi ini, dikirim via BB oleh seorang teman pada seminggu yang lalu. Dia mengantar pasien ke IGD RSUD di Jakarta Timur. Ketika pasien didaftarkan via IGD dan harus rawat inap; pegawai RSUD menyampaikan bahwa Tempat Tidur kelas 2 penuh. Pasien ditawarkan untuk naik kelas 1, tapi harus bayar selisih biaya kelas perawatan. Yah, terpaksa diterima daripada pasien bertambah parah. Tidak lama setelah itu, ada pasien JKN lain yang punya hak untuk pelayanan rawat inap kelas 3, juga disampaikan hal yang sama. Petugas menyampaikan TT kelas 3 penuh, tapi kalau naik kelas 2 ada! Baru beberapa menit yang lalu, petugas yang sama menyampaikan TT kelas 2 penuh! Inilah cara RS untuk memeras pasien JKN yang sedang menderita gawat darurat! Kalau tidak diambil tawaran petugas RS, bisa-bisa malaikat pencabut nyawa bertindak! Kalau begini, siapa yang bertanggung jawab? BPJS, Dinkes, atau Kemenkes? Yang pasti peserta yang paling malang!
3. Modus operandi lain adalah kerjasama RS dengan HRD Perusahaan. RS hanya mau menerima pasien perusahaan yang jadi anggota BPJS. Adanya Perpres No: 111/2013 yang mengharuskan semua BUMN dan Perusahaan swasta untuk mendaftarkan pegawainya sebagai peserta BPJS pada tanggal 1, Januari, 2015. Kalau, perusahaan tidak mendaftarkan, ada ancaman

pelayanan administrasi sampai denda terhadap perusahaan yang membangkang. Ada fenomena baru yang terjadi, HRD perusahaan kerjasama dengan RS jaringan BPJS dan bersedia membayar selisih bayar bila tarif INA CBG berbeda dengan tarif RS. Apa akibatnya? Rumah sakit-rumah sakit ini hanya mau melayani pasien BPJS perusahaan dan menolak semua pasien BPJS mandiri maupun PBI. Ini merusak sistem JKN dan terjadi diskriminasi pelayanan terhadap sesama peserta BPJS! Fenomena ini akan terus membesar terutama pada RS swasta. Kalau sudah begini, siapa yang harus kontrol kelakuan RS? BPJS, Dinkes, atau Kemenkes? Yang pasti peserta yang paling dirugikan, yang ditakutkan, kasus Abbiyasa akan terus berulang!

5. BPJS Kedodoran, Jamkesda dan Bapel JPKM Harus Berperan!

Setiap hari, jutaan peserta BPJS, di seluruh Indonesia merasa ditelantarkan oleh BPJS dan PPK. Pasien penyakit kronis yang harus bolak-balik, obat hanya diberikan untuk 1 minggu, dan tidak diberikan obat yang biasa mereka terima bertahun-tahun karena alasan Formularium Nasional. Lebih parah lagi, pasien yang dirujuk balik oleh RS, mereka harus kembali antri ke Puskesmas dan terima resep untuk mengambil obat di apotik jaringan yang entah di mana dan belum tentu dapat obat karena stoknya habis. Lengkaplah sudah penderitaan peserta BPJS. Kalau begini siapa yang bertanggung jawab?

Apakah BPJS Tunggal & Sentralistik Panacea? Pastilaah jawabannya Tidaak!

Bagaimana dengan janji BPJS untuk memberikan pelayanan yang komprehensif? BPJS tunggal dan sentralistik bukanlah panacea. Masalah kesehatan Indonesia tidak hanya bisa diserahkan kepada satu BPJS Kes tunggal dan sentralistik, mereka tidak akan mampu untuk mengelola beban kerja seantero Nusantara. BPJS tunggal dan sentralistik tidak bisa diharapkan untuk dapat menjamin melayani kesehatan seluruh rakyat

termasuk yang miskin, terlantar, terasing, gelandangan, dan warga negara Republik Indonesia yang sakit jiwa, plus keluarganya.

Apa Solusinya?

BPJS Kes kedodoran, Jamkesda dan Bapel JPKM Harus Berperan! Sesuai dengan Amar Keputusan Mahkamah Konstitusi tentang *Judicial Review* UU No: 40/2004 sebagai berikut: Mengabulkan permohonan Pemohon untuk sebagian, Menyatakan Pasal 5 ayat (2), ayat (3) dan ayat (4) UU RI No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN bertentangan dengan UUD Tahun 1945; Menyatakan Pasal 5 ayat (2), ayat (3) dan ayat (4) UU RI No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat.

Pertimbangan hukumnya adalah: 1. Pengembangan sistem jaminan sosial adalah bagian dari pelaksanaan fungsi negara yang kewenangan untuk menyelenggarakannya berada di tangan pemegang kekuasaan pemerintah negara, di mana kewajiban pelaksanaan sistem jaminan sosial tersebut, sesuai dengan Pasal 18 ayat (5) UUD 1945 sebagaimana dijabarkan lebih lanjut dalam UU Pemda khususnya Pasal 22 huruf h, bukan hanya menjadi kewenangan Pemerintah Pusat tetapi dapat juga menjadi kewenangan Pemerintah Daerah, maka UU SJSN tidak boleh menutup peluang Pemerintah Daerah untuk ikut juga mengembangkan sistem jaminan sosial; 2. Pasal 5 ayat (1) UU SJSN harus ditafsirkan bahwa ketentuan tersebut adalah dimaksudkan untuk pembentukan badan penyelenggara tingkat nasional yang berada di pusat, sedangkan untuk pembentukan badan penyelenggara jaminan sosial tingkat daerah dapat dibentuk dengan peraturan daerah dengan memenuhi ketentuan tentang sistem jaminan sosial nasional sebagaimana diatur dalam UU SJSN.

Dengan demikian, keberadaan Jamkesda atau Bapel JPKM adalah legal dan dipayungi oleh UUD dan UU Pemda. Jamkesda dan Bapel JPKM dapat berperan secara sinergis dengan BPJS Kes Pusat. Semestinya, Jamkesda dan Bapel JPKM ditempatkan pada posisi sebagai mitra kerja BPJS Pusat sehingga masalah yang tercecer yang tidak akan bisa dikelola dengan baik oleh BPJS dapat di-cover oleh Jamkesda dan Bapel JPKM. Yang perlu diintegrasikan adalah penjaminan program jaminan kesehatan sosial sehingga masalah portabilitas dan lainnya bukan menjadi hambatan

untuk bekerja sama. Jamkesda dan Bapel JPKM dapat berperan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi program JKN. Seluruh Puskesmas dan RSUD adalah milik Pemda sehingga akan lebih mudah untuk bekerja sama dengan Jamkesda dibandingkan dengan BPJS. Di era otonomi, peran Pemda dan Jamkesda serta Bapel JPKM sangatlah penting untuk memastikan program JKN akan menjadi *success story* bangsa ini.

6. COB antara JKN dan Askes Komersial Ngawur!

Dari penelusuran rujukan kepustakaan yang saya lakukan tidak ditemukan adanya *lesson learnt* atau hasil studi yang memberikan informasi bagaimana COB antara asuransi kesehatan sosial dengan asuransi kesehatan komersial pada negara-negara yang sudah lama menerapkan asuransi kesehatan sosial seperti: Amerika, Inggris, Kanada, dan lainnya.

Kebijakan regulator memasukkan pasal tentang COB pada Perpres No: 111/2013 tidak mempunyai dasar fakta dan studi serta pengalaman negara-negara lain yang melaksanakan JKN. Kesalahan ini kemudian dilanjutkan dengan kesalahan baru yang dibuat BPJS dengan kesepakatan baru untuk merundingkan COB antara BPJS Kes dengan APINDO. Prediksi saya akan terjadi kesulitan titik temu antara keduanya karena merundingkan sesuatu yang tidak mungkin dapat dilaksanakan. Pada akhirnya akan *deadlock*.

Sepengetahuan Ahli, yang bisa di-COB-kan adalah antara program kesehatan Jasa Raharja, BPJS Ketenagakerjaan, dan BPJS Kesehatan. Kriteria COB dapat diterapkan pada ketiga asuradur sosial ini karena ada jaminan kesehatan yang *overlapping* atau duplikasi kepada tertanggung. Menurut pendapat saya, mestinya ketiga pihak ini yang seharusnya merancang bentuk dan implementasi COB yang harus dilaksanakan sehingga memenuhi konsep dasar COB itu sendiri.

COB antara JKN dan Askes Komersial adalah tidak mungkin dilaksanakan karena ada salah pikir dan salah konsep terhadap COB itu sendiri. Saya usulkan Regulator segera revisi Perpres No: 111/2013 dengan menghapus pasal tentang COB. BPJS jangan membuat kesalahan baru dengan membuat COB dengan Askes Komersial apalagi dengan Perusahaan, bisa-bisa akan menjadi sandungan baru program JKN!

7. Usulan Perbaikan Kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan

Kebijakan BPJS Kes yang tunggal dan sentralistik tidak bisa dipertahankan! Anomali pelaksanaan PJK akan terus berlangsung dan akan semakin membesar. BPJS Kes tidak akan dapat mengelola peserta PJK yang akan berjumlah 220 sd 240 juta peserta tersebar di seluruh Nusantara. Sebaiknya dikembangkan kebijakan BPJS Kes dengan *multy payer* sehingga dapat melayani dengan baik pada jumlah peserta yang cukup besar. Yang ideal diperlukan sekitar 5 sampai dengan 10 BPJS Kes regional atau satu BPJS di setiap Propinsi. Dengan demikian, BPJS akan dapat melayani seluruh penduduk Indonesia dengan mutu pelayanan kepesertaan dan pelayanan kesehatan yang bermutu atau layak. Tetapi, untuk membentuk badan penyelenggara baru sesuai Undang-undang Nomor 40 ini harus melalui suatu undang-undang. Jadi, pemikiran tersebut walaupun masuk akal (*logic*) tapi sama saja dengan bohong karena tidak mungkin untuk dilaksanakan akibat terganjal oleh ketentuan yang sengaja dicantumkan dalam Undang-undang Nomor 40 tentang SJSN tersebut.

Penyelenggaraan program adalah negara termasuk daerah/pemerintah daerah. Dengan ketentuan hukum berlaku dapat membentuk Badan Pelaksana. Badan Pelaksana dapat dilakukan oleh Lembaga swasta sebagai Wali Amanat dengan pemisahan kekayaan badan dan kekayaan program (seperti yang dilaksanakan di Korea Selatan sekitar akhir dekade delapan puluhan). Pasal 5 butir 4 UU No. 40/2004 yang menyatakan bahwa: Dalam hal diperlukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial selain dimaksud pada ayat (3), dapat dibentuk yang baru dengan undang-undang sebaiknya diubah tidak dengan undang-undang tetapi cukup Peraturan Presiden atau Peraturan Pemerintah karena alasan-alasan yang telah disebutkan sebelumnya.

Berdasarkan Keputusan Mahkamah Konstitusi No: 007/PUU-MK/III/2005, BPJS Kes tidak hanya tunggal, boleh bila pemerintah daerah mau membuat BPJS (Jamkesda dan Bapel JPKM) cukup dengan peraturan daerah. BPJS dengan peraturan undang-undang diperlukan hanya untuk kedudukan di tingkat pusat saja.

6. Hestu Cipto Handoyo

A. Pendahuluan

Alinea IV Pembukaan UUD 1945 menegaskan: “Kemudian daripada itu untuk membentuk suatu Pemerintahan Negara Indonesia yang melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial, maka disusunlah Kemerdekaan Kebangsaan Indonesia itu dalam suatu Undang-Undang Dasar Negara Indonesia”.

Dari penggalan rumusan tujuan negara sebagaimana termaktub dalam Alinea IV Pembukaan UUD 1945 tersebut, maka jika ditinjau dari substansinya UUD 1945 itu merupakan konstitusi sosial, yakni suatu konstitusi yang tidak hanya sekedar mengatur tentang organ-organ pemegang kekuasaan di dalam negara, melainkan juga mengatur tentang norma-norma hukum tertinggi tentang bagaimana cara-cara tujuan negara itu akan dicapai atau diwujudkan. Konstitusi sosial ini muncul karena tuntutan dari paham welfare state (negara kesejahteraan) yang pada intinya menegaskan fungsi negara sebagai pelayan masyarakat (public services) dalam rangka menciptakan kesejahteraan umum dengan cara mengembangkan jaminan sosial. Dari prinsip dasar seperti ini, maka jelas kiranya jika negara dalam hal ini pemerintah mengemban tanggungjawab sosial untuk menciptakan kesejahteraan umum yang salah satunya adalah dengan mengembangkan sistem jaminan sosial.

B. Jaminan Sosial Sebagai Unsur Hak Asasi Manusia dan Konsekuensinya bagi Negara/Pemerintah

Menurut **Jack Donnely**, hak asasi manusia adalah hak-hak yang dimiliki manusia semata-mata karena ia manusia. Umat manusia memilikinya bukan karena diberikan kepadanya oleh masyarakat atau berdasarkan hukum positif, melainkan semata-mata berdasarkan martabatnya sebagai manusia (vide Jack Donnely, 2003, *Universal Human Rights in Theory and Practice*, Cornell University Press, Ithaca and London, hlm. 7-21)

Sementara **Miriam Budiardjo**, berpendapat bahwa hak asasi manusia adalah hak yang dimiliki manusia yang telah diperoleh dan dibawanya bersamaan dengan kelahirannya di dalam kehidupan masyarakat. Dianggap bahwa beberapa hak itu dimilikinya tanpa perbedaan atas dasar bangsa, ras, agama, kelamin dan karena itu bersifat universal.

Nilai universal ini kemudian diterjemahkan dalam berbagai produk hukum nasional di berbagai negara untuk dapat melindungi dan menegakkan nilai-nilai kemanusiaan. Bahkan nilai universal ini dikukuhkan dalam instrumen internasional, termasuk perjanjian internasional di bidang HAM. Dalam konteks Indonesia nilai universalitas HAM ini tercantum dalam Amandemen UUD 1945 Bab XA HAK ASASI MANUSIA Pasal 28A sampai dengan Pasal 28J dan beberapa pasal lain yang pada hakikatnya juga mengandung substansi Hak asasi manusia.

Ahli hukum Perancis, **Karel Vasak** mengemukakan perjalanan hak asasi manusia dengan mengklasifikasikan hak asasi manusia atas tiga generasi yang terinspirasi oleh tiga tema Revolusi Perancis, yaitu : **Generasi Pertama**; Hak Sipil dan Politik (*Liberte*); **Generasi Kedua**, Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya (*Egalite*) dan **Generasi Ketiga**, Hak Solidaritas (*Fraternite*). Tiga generasi ini perlu dipahami sebagai satu kesatuan, saling berkaitan dan saling melengkapi. Vasak menggunakan istilah “generasi” untuk menunjuk pada substansi dan ruang lingkup hak-hak yang diprioritaskan pada satu kurun waktu tertentu. Ketiga generasi hak asasi manusia tersebut dapat diuraikan sebagai berikut: (*vide* <http://www.gudangmateri.com/2011/01/definisi-ham-hak-asasi-manusia.htm>)

1. Hak asasi manusia generasi pertama, yang mencakup soal prinsip integritas manusia, kebutuhan dasar manusia, dan prinsip kebebasan sipil dan politik. Termasuk dalam generasi pertama ini adalah hak hidup, hak kebebasan bergerak, perlindungan terhadap hak milik, kebebasan berpikir, beragama dan berkeyakinan, kebebasan berkumpul dan menyatakan pikiran, hak bebas dari penahanan dan penangkapan sewenang-wenang, hak bebas dari hukum yang berlaku surut dsb. Hak-hak generasi pertama ini sering pula disebut sebagai “hak-hak negatif” karena negara tidak boleh berperan aktif

(positif) terhadapnya, karena akan mengakibatkan pelanggaran terhadap hak-hak dan kebebasan tersebut.

2. Pada perkembangan selanjutnya yang dapat disebut sebagai hak asasi manusia Generasi Kedua, konsepsi hak asasi manusia mencakup pula upaya menjamin pemenuhan kebutuhan untuk mengejar kemajuan ekonomi, sosial dan kebudayaan, termasuk hak atas pendidikan, hak untuk menentukan status politik, hak untuk menikmati ragam penemuan-penemuan ilmiah, dan lain-lain sebagainya. Puncak perkembangan kedua ini tercapai dengan ditandatanganinya *'International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights'* pada tahun 1966. Termasuk dalam generasi kedua ini adalah hak atas pekerjaan dan upah yang layak, **hak atas jaminan sosial**, hak atas pendidikan, hak atas kesehatan, hak atas pangan, hak atas perumahan, hak atas tanah, hak atas lingkungan yang sehat dsb. Dalam pemenuhan hak-hak generasi kedua ini negara dituntut bertindak lebih aktif (positif), sehingga hak-hak generasi kedua ini disebut juga sebagai "hak-hak positif".

3. Hak-hak generasi ketiga diwakili oleh tuntutan atas "hak solidaritas" atau "hak bersama". Hak-hak ini muncul dari tuntutan gigih negara-negara berkembang atau Dunia Ketiga atas tatanan internasional yang adil. Melalui tuntutan atas hak solidaritas itu, negara-negara berkembang menginginkan terciptanya suatu tatanan ekonomi dan hukum internasional yang kondusif bagi terjaminnya hak-hak berikut: (i) hak atas pembangunan; (ii) hak atas perdamaian; (iii) hak atas sumber daya alam sendiri; (iv) hak atas lingkungan hidup yang baik dan (v) dan hak atas warisan budaya sendiri.

Bertitik tolak dari teori Karel Vasak tersebut di atas, maka Jaminan Sosial merupakan Hak Asasi Manusia Generasi Kedua yang di dalam UUD 1945 secara tegas tercantum dalam Pasal 28H ayat (3) yang menyatakan bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia bermartabat. Dengan konstruksi pengertian, sejarah dan pencantuman di dalam konstitusi tersebut maka jaminan sosial tidaklain adalah **hak asasi manusia** yang menurut ketentuan Pasal 28I ayat (4) UUD 1945 telah

ditegaskan merupakan tanggungjawab negara, terutama pemerintah dalam perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan. Jadi Jaminan Sosial bukan merupakan kewajiban, dan tidak dapat dipersamakan dengan Pajak yang bagi warganegara merupakan kewajiban.

Latar belakang pajak menjadi kewajiban dilandasi oleh teori integrasi yang dikemukakan oleh CF. Birch yang mengatakan bahwa integrasi masyarakat untuk membentuk negara dilakukan melalui dua tahap.

Pertama; integrasi nasional yakni menyatunya proses menyatunya kelompok masyarakat dalam bidang politik-historis, sosio-kultural, interaksi (transportasi-komunikasi) dan ekonomis, sehingga menjadi kelompok yang lebih besar dari kelompok daerah (regional), tetapi bukan kelompok internasional yang mempunyai identitas berbeda dari kelompok lain sesamanya. Integrasi nasional seperti ini disebut Bangsa. **Kedua;** integrasi negara yakni proses munculnya kelompok penguasa yang menguasai wilayah bangsa itu secara bertahap. *Pertama;* menundukkan saingan-saingannya; *kedua,* menentukan batas-batas kekuasaannya; *ketiga,* menciptakan polisi dan pengadilan untuk menciptakan ketertiban, dan *keempat,* tahap penetrasi administrasi yakni dengan pembentukan birokrasi untuk melaksanakan Undang-Undang dan pengumpulan pajak (*vide* PJ Suwarno, dalam B. Hestu Cipto Handoyo, 2009, **Hukum Tata Negara Indonesia**, Penerbit Universitas Atma Jaya Yogyakarta, Yogyakarta, hlm 14-15).

Dengan demikian, dalam proses integrasi negara tersebut aspek pengumpulan pajak dilakukan oleh kelompok penguasa yang menguasai wilayah bangsa tersebut dan dipergunakan untuk membiayai kehidupan bersama dalam ikatan organisasi negara. Oleh sebab itulah bagi warganegara, keberadaan Pajak sifatnya wajib dan ada unsur paksaan agar biaya-biaya hidup bersama dapat tercukupi dan menjadi tanggung jawab bersama. Pembiayaan hidup bersama yang diambil dari pengumpulan pajak itu tentunya termasuk diperuntukkan bagi pelaksanaan perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan jaminan sosial sebagai hak asasi manusia Generasi Kedua sebagaimana dikemukakan oleh Karel Vasak.

Jika jaminan sosial merupakan hak yang nyata-nyata dijamin oleh konstitusi yakni UUD 1945, maka seharusnya sesuai dengan ketentuan Pasal 28I ayat (4) perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan hak asasi manusia adalah tanggungjawab negara, terutama pemerintah. Dengan demikian, jikalau di dalam UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS) substansinya merumuskan berbagai ketentuan yang mempergunakan frasa “wajib” dan menimbulkan dimensi “sanksionistik”, maka Undang-Undang ini telah kehilangan roh konstitusionalitas dan gagal dalam menafsirkan norma konstitusi.

Dalam penyusunan norma hukum terkait dengan hak dan kewajiban perancang Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS) seharusnya memperhatikan sifat dari norma hak dan norma kewajiban. Pada hakikatnya norma hak sifatnya adalah optional artinya dapat dipergunakan ataupun tidak tergantung dari pemegang hak. Sedangkan norma kewajiban pada hakikatnya bersifat keharusan, dan apabila tidak dilaksanakan maka pemegang kewajiban akan dikenai sanksi. Oleh sebab itulah yang namanya norma kewajiban selalu mengandung aspek paksaan.

Konstruksi pemahaman tersebut di atas juga dijumpai dalam Putusan MK No. 92/PUU-X/2012 yang menyatakan bahwa kata “dapat” dalam Pasal 22D ayat (1) UUD 1945 tersebut merupakan pilihan subyektif DPD “untuk mengajukan” atau “tidak mengajukan” RUU tertentu sesuai dengan pilihan dan kepentingan DPD. Kata “dapat” tersebut bisa dimaknai juga sebagai sebuah hak dan/atau kewenangan...(vide Putusan MK No. 92/PUU-X/2012 Perkara Pengujian Undang-Undang No. 27 Tahun 2009 tentang Majelis Permusyawaratan Rakyat, Dewan Perwakilan Rakyat, Dewan Perwakilan Daerah, dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dan Undang-Undang No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan perundang-undangan terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, hlm. 244-245).

Salah satu ketentuan dalam Pasal 4 UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menyatakan bahwa BPJS menyelenggarakan sistem jaminan nasional berdasarkan prinsip kepesertaan bersifat wajib. Prinsip yang demikian ini jelas telah

membalikkan pemahaman jaminan sosial sebagai hak dan itu sifatnya adalah optional bagi pemegang hak, menjadi kewajiban yang sifatnya memaksa dan jikalau tidak diindahkan menimbulkan sanksi bagi yang melanggar. Cara pendekatan perumusan prinsip seperti ini jelas akan mematikan kebebasan para peserta termasuk badan penyelenggara jaminan sosial yang sampai saat ini masih ada, karena negara melalui BPJS memegang monopoli dengan cara mewajibkan – bahkan dengan paksaan sanksi - kepada semua warganegara termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia untuk masuk menjadi peserta BPJS (Pasal 14 Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial).

Prinsip kepesertaan bersifat wajib ini kemudian dirumuskan dalam berbagai ketentuan Pasal-pasal yang mengandung aspek sanksionistik seperti Pasal 14 sampai dengan Pasal 17. Sehubungan dengan hal ini, Pasal 17 ayat (2) menyatakan bahwa sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:

- a. teguran tertulis;
- b. denda dan/atau;
- c. tidak mendapat pelayanan publik tertentu.

Ketentuan semacam menegaskan sekali lagi bahwa perancang UU BPJS mengalami **“gagal paham”** dalam menafsirkan hak jaminan sosial sebagaimana ditegaskan dalam Pasal 28H ayat (3) Jo Pasal 28I ayat (4) UUD 1945.

“Gagal Paham” Perancang UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial semakin menjadi-jadi manakala di dalam ketentuan Pasal 17 ayat (2) huruf c menyebutkan salah satu sanksi yakni **“tidak mendapatkan pelayanan publik tertentu”**. Kata **“tertentu”** menunjukkan ketidakjelasan ukuran atau kriteria, padahal yang namanya hukum tertulis (UU) lebih mengedepankan aspek kepastian hukum kendati aspek keadilan juga tidak boleh dikesampingkan. Sebagai suatu produk hukum tertulis, UU seharusnya memberikan ukuran yang jelas, tegas dan konsisten. Sementara itu frasa **“tidak mendapatkan pelayanan publik tertentu”** jika ditafsirkan secara semantik menunjukkan ketidakpastian norma hukum.

Sehubungan dengan hal ini, Penjelasan Pasal 17 ayat (2) huruf c menyatakan bahwa yang dimaksud dengan **“pelayanan publik tertentu”** antara lain pemrosesan izin usaha, izin mendirikan bangunan, bukti kepemilikan hak tanah dan bangunan. Penjelasan seperti ini sekali menunjukkan bahwa perancang UU 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial tidak mengindahkan sama sekali tata cara Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana telah diatur oleh UU No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan. Menurut Lampiran II No. 176 dan 177 UU No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan dinyatakan:

176. Penjelasan berfungsi sebagai tafsir resmi pembentuk Peraturan Perundang-undangan atas norma tertentudalam batang tubuh. Oleh karena itu, penjelasan hanya memuat uraian terhadap kata, frasa, kalimat atau padanan kata/istilah asing dalam norma yang dapat disertai dengan contoh. Penjelasan sebagai sarana untuk memperjelas norma dalam batang tubuh tidak boleh mengakibatkan terjadinya ketidakjelasan dari norma yang dimaksud
177. Penjelasan tidak dapat digunakan sebagai dasar hukum untuk membuat peraturan lebih lanjut dan tidak boleh mencantumkan rumusan yang berisi norma.

Seturut dengan pernyataan dalam Lampiran II UU No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan perundang-undangan tersebut, maka dengan memberikan tafsir terhadap frasa **“pelayanan publik tertentu”** antara lain pemrosesan izin usaha, izin mendirikan bangunan, bukti kepemilikan hak tanah dan bangunan, maka Penjelasan Pasal 17 ayat (2) huruf c justru telah memunculkan norma hukum baru, bahkan norma hukum tersebut **meloncat sambil menabrak secara telak** norma hukum Peraturan Perundang-undangan lain seperti Izin Usaha (bisa izin/pendaftaran usaha Pariwisata sebagaimana diatur dalam UU Kepariwisata, Izin mendirikan bangunan (diatur dalam UU Bangunan Gedung), dan bukti kepemilikan hak atas tanah (sebagaimana diatur dalam UUPA).

Perumusan sanksi administratif terhadap hak jaminan sosial yang telah dijamin secara konstitusional dalam Pasal 28H ayat (3) UUD 1945 tersebut disamping melanggar konstitusi juga melanggar UU sektoral sebagaimana telah disebutkan di atas. Lebih jauh lagi, dengan

memberikan sanksi administratif yang sedemikian meluas sampai merambah ke ranah Peraturan Perundang-Undangan bidang lain maka UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menjadikan negara, terutama pemerintah “*melarikan diri*” atau “*absen*” dari tanggungjawab dalam melakukan perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan hak asasi manusia sebagaimana ditegaskan dalam Pasal 28I ayat (4) UUD 1945, dan secara kasat mata melalui penerapan sanksi administrasi menyerahkan tanggungjawab itu kepada setiap orang warga negara termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia.

C. Penutup

Keberadaan UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang dilatarbelakangi oleh tujuan yang sangat luhur yakni memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat sebagai pengejawantahan Pasal 28H ayat (3) Jo Pasal 28I ayat (4) UUD 1945 ternyata dalam perumusan substansi norma hukum yang dituangkan dalam pasal-pasalnya telah “gagal paham” ketika menterjemahkan atau menafsirkan perbedaan antara norma hak dan norma kewajiban.

Jaminan sosial sebagai perwujudan Hak Asasi Manusia Generasi Kedua sebagaimana dikemukakan oleh Karel Vasak, dan kemudian dituangkan dalam Amandemen UUD 1945, ternyata malah dimaknai dan dirumuskan oleh UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sebagai norma kewajiban yang pada akhirnya ketika kewajiban ini tidak dipenuhi akan dikenai sanksi. Sungguh sangat ironis ketika norma hak yang seharusnya bersifat optional (dapat dilakukan/tidak) bagi pemegang hak, dengan adanya UU ini justru peralih menjadi norma kewajiban yang sifatnya keharusan dan memaksa.

Cara Perumusan norma hukum yang demikian itu secara filosofis melanggar Madzhab Hukum Alam. Hal ini dilandasi oleh pendapat (Alm) Satjipto Rahardjo bahwa Hukum Alam terdiri dari Hukum Alam sebagai Metode dan Hukum Alam sebagai Substansi. Hukum Alam sebagai Metode adalah yang tertua dan dapat dikenali sejaman zaman kuno sampai dengan permulaan abad pertengahan. Hukum Alam sebagai Metode

memusatkan dirinya pada usaha untuk menemukan metode-metode yang bisa dipakai untuk menciptakan peraturan-peraturan yang mampu untuk menghadapi keadaan yang berlain-lainan. Dengan demikian tidak mengandung norma-norma tersendiri, melainkan hanya memberi tahu tentang bagaimana membuat peraturan yang baik. Sedangkan Hukum Alam sebagai Substansi (isi) berisikan norma-norma, dan oleh sebab itu peraturan-peraturan dapat diciptakan dari asas-asas yang mutlak yang lazim dikenal sebagai hak asasi manusia, untuk kemudian pada abad pertengahan diganti oleh teori positivism (*vide* Satjipto Rahardjo, dalam B. Hestu Cipto Handoyo, 2014, (Edisi Revisi), ***Prinsip-prinsip Legal Drafting & Desain Naskah Akademik***, Cahaya Atma Pustaka, Yogyakarta, hlm. 36.)

SAKSI PARA PEMOHON

1. Dodi Muhadi

Sejarah Singkat JPKM

Pada tahun 1950-an dikenal system restitusi pemeliharaan kesehatan. Pada masa itu semua pengeluaran kesehatan langsung dari kantong PNS dan keluarganya (*put of pocket*) yang diganti oleh pemerintah melalui Depkes. Saat itu masih memungkinkan karena jumlah pegawai negeri masih sedikit.

Pada tahun 1960-an, sistem *out of pocket* menjadi praupaya.

Alasan penyelenggaran tersebut adalah karena Pemerintah merasa berat untuk menanggung pemeliharaan kesehatan dari pegawai negeri sipil (PNS), penerima pensiun dan keluarga. Untuk itu Pemerintah mengeluarkan Keppres No. 230 yang melandasi pelaksanaan pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan praupaya. Sistem praupaya ini dilaksanakan dengan iuran melalui pemotongan 2% gaji pegawai negeri sipil dan pensiunan. Untuk mengelola dana tersebut dibentuklah Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) yang merupakan badan usaha dalam lingkungan Depkes dan bertanggung jawab pada Menteri Kesehatan. Selain itu pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan praupaya juga berkembang di masyarakat terutama di pedesaan dalam bentuk Dana Sehat yang dilaksanakan secara berkelompok dengan swadaya mengumpulkan iuran dari peserta untuk pemeliharaan kesehatan.

Pada tahun 1970-an, sistem klaim/tagihan penyebab pemborosan biaya kesehatan.

Pada umumnya pembayaran pelayanan kesehatan menggunakan cara klaim yang ternyata pada akhirnya mengakibatkan pembiayaan kesehatan tidak efisien/boros.

Pada tahun 1980-an, pembiayaan praupaya dengan kapitasi (pola pikir) DUKM

1. Berbagai penelitian dan pengalaman baik di dalam maupun di luar negeri menunjukkan bahwa pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan praupaya yang menggunakan sistem klaim/tagihan cenderung meningkatkan biaya kesehatan/pemborosan karena perhatian sistem ini lebih difokuskan kepada resiko keuangan saja. Untuk itu perlu dipikirkan keterpaduan pemeliharaan kesehatan dengan pembayaran praupaya yang selanjutnya berkembang menjadi konsep DUKM (Dana Upaya Kesehatan Masyarakat).
2. Konsep DUKM memperkenalkan cara pembayaran kapitasi kepada pemberi pelayanan kesehatan (PPK). Ternyata pembayaran secara kapitasi dapat mengefisienkan biaya kesehatan dan mendorong PPK untuk lebih berorientasi kepada upaya promotif dan preventif dan mendorong para peserta untuk berperilaku hidup sehat. Kebijakan pengembangan DUKM tertuang dalam SK Menkes Bo. 473/1983.
3. Perkembangan selanjutnya dalam tahun 1980-an dana sehat semakin dimantapkan pengelolaannya sbb:
 1. BPDPK dirubah statusnya menjadi Perum Husada Bhakti (PHB) berdasarkan PP nomor 23/1984, kemudian PHB makin berkembang dan mandiri menjadi perusahaan swasta berbentuk perseroan terbatas sebagai PT Askes Indonesia.
 2. Pemeliharaan kesehatan tenaga kerja (PKTK) yang dikelola oleh PT Astek-Depnaker bekerja sama dengan Depkes yang diatur dalam SKB Menaker dan Menkes, yang selanjutnya berkembang dan mandiri menjadi Jamsostek yang lebih dimantapkan dengan keluarnya UU No. 3/1992.

Pada masa 1990-an, JPKM untuk pemerataan, peningkatan mutu dan kendali biaya kesehatan

Keterpaduan pembiayaan kesehatan dengan pelayanannya harus terjalin dalam hubungan antara badan penyelenggara dengan pemberi pelayanan kesehatan dan pesertanya, yang perlu diikuti dengan pengelolaan upaya lainnya (*managed care*), agar terjamin pemeliharaan kesehatan yang diharapkan. Oleh karena itu konsep DUKM lebih dioperasionalkan sebagai Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) sebagaimana tercantum dalam UU No. 23/1992 tentang kesehatan.

UU Jamsostek No. 3 Tahun 1992 yang menetapkan 4 program yaitu Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Kematian, Jaminan Hari Tua, dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan. Badan Penyelenggara ditunjuk PT Jamsostek (Persero) dahulu bernama Perum Astek (Persero) dan PT Astek (Persero). Hukumnya wajib (*Compalsty*) bagi pekerja yang bekerja di perusahaan-perusahaan.

Khusus Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan, iuran/premi 3% x upah bagi TK lajang dan 6% x upah bagi TK keluarga, sepenuhnya menjadi kewajiban/tanggung jawab perusahaan (*employers liability*) berdasarkan Peraturan Menteri Tenaga Kerja No. 5 Tahun 1993 Pasal 40 ayat (1) dan ayat (2). Bagi perusahaan yang telah menyelenggarakan sendiri Jaminan Pemeliharaan Kesehatan dengan manfaat lebih baik atau mempertanggungjawabkan kepada Badan Penyelenggara lain selain PT Jamsostek (Persero) hanya wajib melaporkan ke Departemen Tenaga Kerja setempat yang memuat Standar Pelayanan yang diberikan dan jumlah tertanggung.

UU Kesehatan No. 23 Tahun 1992 Pasal 66 ayat (1), membentuk Bapel-Bapel JPKM untuk menyelenggarakan Program JPKM yang sifatnya wajib (untuk kesehatan dasar) dan bersifat sukarela (untuk kesehatan tambahan) sebagai mitra pemerintah dalam menyelenggarakan pemeliharaan kesehatan masyarakat sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Berdasarkan hal tersebut di atas, sudah ada 20 Bapel JPKM yang diberi izin operasional oleh Departemen Kesehatan saat itu dan bergabung dalam organisasi Perhimpunan Badan Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (PERBAPEL JPKM) yang didirikan pada tanggal 31

Juli 1998 di Jakarta oleh para tokoh pendirinya yaitu: Dr. Adyatma MPH (Mantan Menteri Kesehatan), Dr. S. L. Leimena, MPH dan Prof. Dr. Azrul Azwar, MPH (sebagai Dirjen Kesehatan Masyarakat). Kedua puluh Bapel tersebut di antaranya adalah:

No.	Nama
1.	St. Carolus, JPK
2.	Nayaka Era Husada, PT
3.	Ruslam Cempaka Putih Jaya, PT (JPKM) Takaful
4.	Bluedot Managed Care, Bapek JPK Melati Puspa Medika Sejahtera, PT
5.	Mitra Keluarga Piranti Sehat, PT
6.	Hatimas Setia, PT
7.	Citra Husada, JPKM
8.	Ramamuza Bhakti Husada, PT
9.	Surya Sumirat, JPKM
10.	Jamkesindo, PT
11.	Arsa Dwi Nirmala, PT
12.	Pelabuhan Jakarta, Bapel RS
13.	Pertamina Bina Medika, PT
14.	Garuda Indonesia, PT SBU Garuda Sentra Medika
15.	Maranatha – Immanuel, JPK
16.	KOPJASMED, JPKKM
17.	Kimia Farma Batam, JPKM
18.	Husada Mandiri Berbakti, PT
19.	PT. Panca Bina
20.	PT. Hardlent Media Husada

Pada Tanggal 1 Januari 2014 UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN, UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS dan PP No. 12 Tahun 2013 tentang Jamkes diberlakukan maka:

1. PT. Jamsostek (Persero) bertransformasi menjadi BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan Program Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Kematian, Jaminan Hari Tua dan Pensiun. Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan tidak diselenggarakan lagi.
2. PT. Taspen (Persero) dan PT. Asabri (Persero) baru bertransformasi menjadi BPJS Ketenagakerjaan Tahun 2019. Program Asuransi Kesehatan yang diselenggarakan PT. Asabri (Persero) tidak diselenggarakan lagi.
3. PT. Askes (Persero) bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan ditetapkan/ditunjuk sebagai satu-satunya Badan Penyelenggara Program Jaminan Kesehatan yang diperkenalkan dengan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Dengan diberlakukannya UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN, UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS dan PP No. 12 Tahun 2013 tentang Jamkes, permasalahan yang timbul:

1. PT. Askes (Persero) sebelum bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan hanya menyelenggarakan Program Asuransi Kesehatan bagi PNS/ Pensiunan. Setelah bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan, ruang lingkup kepesertaannya diperluas hampir mencapai seluruh penduduk Indonesia dan diorganisir oleh hanya 1 (satu) BPJS Kesehatan. Berhubung semua segmen pasar sudah tersentralisasi pada BPJS Kesehatan, maka Bapel-Bapel JPKM tidak ada lagi segmen pasar yang harus digarap.

Bapel-bapel JPKM yang sudah berpengalaman hampir 20 tahun menyelenggarakan Program JPKM yang izin operasionalnya dikeluarkan oleh Menteri Kesehatan RI tidak dapat lagi menjalankan usahanya karena:

- Perusahaan dan Pekerja tidak bisa memilih Bapel-bapel JPKM selain BPJS Kesehatan.

- Dalam ketentuan Undang-undang memang tidak melarang Bapel-bapel JPKM menjalankan usahanya, namun karena secara hukum mewajibkan semua perusahaan menjadi peserta BPJS Kesehatan yang disertai Sanksi Pidana dan Sanksi Administratif bila tidak mematuhi, akibatnya Perusahaan dan Pekerja tidak berani bergabung ke Bapel-bapel JPKM.
- Perusahaan harus membayar *double cost* untuk jaminan pemeliharaan kesehatan karyawannya.
- Keadaan ini cepat atau lambat membual Bapel-Bapel JPKM akan mati semua. Kondisi saat ini, dari 20 Bapel yang disebutkan di atas, hanya sekitar 25% yang masih berjalan dengan baik. Sementara 30% berjalan antara hidup dan mati bahkan sekitar 45% benar-benar sudah tidak beroperasi lagi. Selain itu, dampak dari matinya Bapel-bapel tersebut adalah banyaknya karyawan Bapel JPKM yang kehilangan pekerjaan dan tentunya akan melahirkan pengangguran baru, sementara Pemerintah sedang giat-giatnya meningkatkan kesejahteraan rakyat (sungguh sangat ironis). Sebagai ilustrasinya:
 - ✓ Banyak Perguruan Tinggi, SMA, SMP, dan SD Negeri milik Pemerintah dan berapa banyak Perguruan Tinggi, SMA, SMP, dan SD milik swasta, artinya partisipasi dan peran swasta/badan usaha milik masyarakat masih tetap diperlukan untuk mendukung program p/emerintah dalam upaya meningkatkan kualitas pendidikan. Demikian pula di bidang kesehatan berapa banyak Rumah Sakit Pemerintah, Puskesmas Pemerintah dan berapa banyak pula Rumah Sakit Swasta dan Poliklinik/Balai Pengobatan Swasta artinya partisipasi swasta/usaha milik masyarakat masih tetap diperlukan untuk mendukung pemerintah dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
 - ✓ Dulu Bapel-Bapel JPKM dibentuk oleh Pemerintah dengan UU Kesehatan No. 23 1992 Pasal 66 ayat (1) sekarang secara tidak langsung dimatikan perannya oleh Pemerintah dengan lahirnya UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS.

2. Didik Bagio Utomo

- Saksi bernama Didik Bagio Utomo, umur 59 tahun, alamat Perumahan Gunung Sari Indah Blok J15, Surabaya, pekerjaan PT. Jatim Taman Steel, Jalan Raya Taman Nomor 1, Sidoarjo, dan masih aktif bekerja di perusahaan swasta di Sidoarjo;
- Saksi memberikan kesaksian terkait pelayanan BPJS Kesehatan yang bekerja sama dengan rumah sakit swasta, dalam hal ini Rumah Sakit Islam, yang beralamat di Jalan Jenderal A. Yani, Nomor 2-4, Surabaya;
- Saksi menyampaikan ketidakpuasan atas kejadian yang dialami pada saat melakukan pemeriksaan kesehatan dengan menggunakan kartu BPJS Kesehatan yang Saksi miliki. Kasus ini adalah kasus *emergency*;
- Pada tanggal 14 Agustus 2014, sekitar pukul 22.00 WIB, atau tepatnya jam 21.00 malam, Saksi mengalami sakit yang luar biasa pada posisi perut atau di ulu hati. Untuk itu sesuai dengan peraturan BPJS yang Saksi ketahui, Saksi datang ke Rumah Sakit Islam tersebut dan Saksi menganggap bahwasanya ini kasus *emergency*. Pada saat datang ke Rumah Sakit Islam tersebut, dilakukan pemeriksaan. Setelah Saksi sampaikan bahwa Saksi adalah peserta BPJS Kesehatan, Saksi kemudian diterima dan diperiksa antara lain darah lengkap, gula darah acak, faal hati, SGOT, SGPT, faal ginjal, dan pemeriksaan sampai dengan thorax dan mungkin foto. Karena dari diagnosa tidak menemukan hal-hal yang menyangkut kesakitan Saksi, maka Saksi dengan diantar oleh istri, menyampaikan ke dokter untuk mungkin bisa melakukan pemeriksaan USG. Pada saat itu juga dilakukan pemeriksaan USG;
- Kejadiannya saat itu ada tawaran dari pihak Rumah Sakit Islam karena ini permintaan dari pihak keluarga untuk pemeriksaan USG, harus membayar sendiri dengan biaya kalau tidak salah pada waktu itu Rp. 420.000,00-an, tapi karena memang penting, maka dilakukan pemeriksaan;
- Dari hasil pemeriksaan USG tersebut diketahui di empedu Saksi banyak batu dengan ukuran sampai 7 cm. Untuk itu Saksi diminta rawat inap selama 3 malam 4 hari, sambil menunggu pemeriksaan dikonsultasikan dengan dokter penyakit dalam;

- Setelah dilakukan pemeriksaan penyakit dalam, dokter meminta Saksi untuk konsultasi ke dokter ahli bedah Rumah Sakit Islam, dan menunggu hingga empat hari. Setelah berkonsultasi dengan dokter ahli bedah tersebut, dokter ahli bedah menyampaikan bahwa kasus yang seperti ini tidak akan bisa dilakukan di rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, padahal di depan Rumah Sakit Islam tersebut tertampang, “Rumah sakit ini bekerja sama dengan BPJS Kesehatan”;
- Dokter mengatakan bahwa biaya operasi tersebut terlalu besar dan tidak cocok atau tidak sama dengan plafon yang sudah diatur oleh BPJS. Saksi kecewa waktu itu. Harapan Saksi bisa ditangani di Rumah Sakit Islam tersebut. Walaupun diberikan injeksi yang mengurangi rasa sakit, bahkan menghilangkan rasa sakit, tapi tetap harus melakukan operasi;
- Saksi ditawari tiga rujukan yang harus dipilih: 1. Rumah Sakit dr. Soetomo di Surabaya; 2. Rumah Sakit Haji; 3. Rumah Sakit dr. Ramelan. Alasannya ketiga Rumah Sakit tersebut menjalankan program BPJS Kesehatan. Sampai sekarang Saksi belum melakukan operasi karena setiap kali datang ke rumah sakit, jumlah pasien atau antrian peserta BPJS Kesehatan banyak sekali;
- Saksi berpikir, kalau dalam kasus *emergency* itu pun harus “dilempar” atau dikerjakan di rumah sakit lain, berarti BPJS tidak komitmen dengan apa yang telah disosialisasikan kepada Saksi. Walaupun Saksi pernah mengadukan kejadian ini dan menganggap rumah sakit tersebut salah, tetapi tidak ada tindakan apa-apa, tidak ada follow up, dari BPJS Kesehatan, apalagi Saksi sebagai pekerja sangat keberatan dengan potongan 5% dan nanti akan dijadikan 1 % karena Saksi juga banyak mendengar dari teman-teman pekerja di Sidoarjo bahwa tidak pernah ada peningkatan perbaikan pelayanan kesehatan. Pada umumnya, semua mengeluh, karena teman-teman pekerja bisa membandingkan bahwasanya pada saat program jaminan pemeliharaan kesehatan yang dilakukan PT Jamsostek melalui Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992 cukup bagus dan tidak dipungut biaya atau tidak membayar, ditanggung oleh pihak Pemberi Kerja. Namun, sekarang dipaksa untuk membayar,

tetapi tidak pernah terpuaskan di dalam pelayanan kesehatan, baik dirinya maupun keluarganya pada saat mengalami penderitaan sakit;

- Sekarang ini ada trauma dari teman-teman Pekerja, mudah-mudahan tidak sakit, karena kalau sakit, akan mengalami kesakitan yang juga luar biasa, dari mentalnya sudah mulai gelisah melihat hal seperti itu karena rumah sakit pada umumnya kerjasama dengan swasta. Saksi memahami bahwasanya pelayanan terhadap peserta BPJS Kesehatan ini setengah hati karena biaya yang terlalu rendah;
- Pada kasus yang sama, Saksi alami satu bulan sebelum Agustus 2014, Saksi juga mengalami sakit seperti itu sebelum ketahuan empedu, Saksi datang ke Rumah Sakit Islam, dilakukan pemeriksaan, dan sebagainya, diduga hanya maag, diberikan obat sampai malam juga, sampai sembuh tidak sakit dan Saksi minta pulang. Dalam arti karena sudah tidak sakit, tidak perlu opname. karena tidak perlu opname, Saksi harus membayar kalau tidak salah pada saat itu Rp. 225.000,00 karena tidak bersedia untuk dirawat inap. Itu alasannya Rumah Sakit yang kerja sama dengan BPJS kesehatan, dalam hal ini Rumah Sakit Islam;

3. dr. Lely Mustika Pertiwi

- Saksi adalah direktur PT Panca Bina sebagai penyelenggara Jaminan Kesehatan Masyarakat (JPKM);

ASPEK LEGALITAS BAPEL JPKM PT. PANCA BINA

- PT. Panca Bina didirikan pada tanggal 17 Juli 1996 dengan Akte Notaris Sukarini SH No. 21
- Keputusan Menteri Hukum dan HAM RI No. C2-9543 HT 01.01 Tahun 1996
- PT. Panca Bina mendapat Ijin Operasional Penyelenggaraan JPKM berdasar Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1299/BM/DJ/BPSM/VIII/1997
- Bapel JPKM PT. Panca Bina bertempat di kantor Jl. Ahmad Jais No. 6B Surabaya, Jawa Timur.

LANDASAN HUKUM OPERASIONAL BAPEL JPKM PT. PANCA BINA

- UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan

1. Pasal 1 angka 15: Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembayaran yang dilaksanakan secara pra upaya;
 2. Pasal 65 ayat (1): Penyelenggaraan upaya kesehatan dibiayai oleh pemerintah dan atau masyarakat;
 3. Pasal 66 ayat (1): Pemerintah mengembangkan, membina, dan mendorong Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat sebagai cara yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang pembiayaannya dilaksanakan secara pra upaya berasaskan usaha bersama dan kekeluargaan;
 4. Pasal 66 ayat (2): Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat merupakan cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan dan pembiayaannya dikelola secara terpadu untuk tujuan meningkatkan derajat kesehatan, wajib dilaksanakan oleh setiap penyelenggara;
 5. Pasal 66 ayat (4) UU No. 23 Tahun 1992 mendelegasikan pengaturan tentang mekanisme penyelenggaraan program JPKM untuk ditetapkan dengan Peraturan pemerintah, namun perintah ini belum dilaksanakan hingga UU Kesehatan tahun 1992 dicabut.
- Peraturan Menteri Kesehatan
 1. Permenkes No. 571 Tahun 1993 tentang Penyelenggaraan Program JPKM
 2. Permenkes No. 527 Tahun 1993 tentang Paket Pemeliharaan Kesehatan
 3. Permenkes No. 568 Tahun 1996 tentang perubahan atas Permenkes No. 571 Tahun 1993
 4. Surat Keputusan Menkes No. 595 Tahun 1993 tentang Standar Pelayanan Medis
 5. Surat Keputusan Menkes No. 378 Tahun 1995 tentang Penunjukan Direktorat Bina Kesehatan Masyarakat sebagai Penanggung Jawab pembinaan dan pengembangan JPKM
 6. Surat Keputusan Menkes No. 56 Tahun 1996 tentang Pengembangan Dokter Keluarga dalam penyelenggaraan program JPKM

7. Surat Keputusan Menkes No. 172 Tahun 1999 tentang Badan Pembina JPKM

PROSES PENYELENGGARAAN BAPEL JPKM PT. PANCA BINA

1. Bapel JPKM PT. Panca Bina adalah penyelenggara program JPKM, layaknya badan penyelenggara asuransi/jaminan kesehatan yang berfungsi mengelola kepesertaan, keuangan, pembelian pelayanan kesehatan dan sistem informasi.
2. Dalam rangka mendirikan Bapel JPKM PT. Panca Bina, Saksi harus mengajukan permohonan kepada Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat disertai dokumen anggaran dasar badan hukum, hasil studi kelayakan, rencana usaha, memiliki modal operasional, NPWP perusahaan, termasuk dana cadangan dalam bentuk deposito pada Bank Pemerintah atas nama qq Menteri Kesehatan.
3. Bapel JPKM PT. Panca Bina mendapat Ijin Operasional penyelenggaraan JPKM berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1299/BM/DJ/BPSM/VIII/1997
4. Bapel JPKM PT. Panca Bina bergabung dalam Organisasi Perhimpunan Badan Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (Perbapel JPKM) yang didirikan pada tanggal 31 Juli 1998 di Jakarta oleh para tokoh diantaranya Dr. Adiatma MPH, Dr. SL Leimena MPH dan Prof. Azrul Azwar MPH.
5. Bapel JPKM PT. Panca Bina melakukan Pola Pelayanan yang sama persis dengan BPJS Kesehatan yaitu pola pelayanan berjenjang dengan sistim rujukan dan tanpa melakukan *screening* terlebih dahulu serta melakukan mekanisme subsidi silang di mana yang sehat membantu yang sakit.
6. Bapel JPKM PT. Panca Bina memberikan manfaat program yang mencakup pemeliharaan kesehatan menyeluruh dan dikemas sebagai paket pemeliharaan kesehatan dasar yang terdiri dari promotif untuk meningkatkan kesehatan peserta, preventif/pencegahan penyakit, kuratif/pengobatan dan rehabilitatif/ pemulihan kesehatan kepada peserta program JPKM dengan luran yang lebih murah, tidak ada Pre Existing Condition, tanpa Medical Check Up/Screening, tidak ada batasan plafond biaya dokter, obat, laboratorium, dan biaya-biaya lainnya.

7. Bapel JPKM PT. Panca Bina mempunyai kontrak kerja sama dengan Pemberi pelayanan Kesehatan / PPK/ Provider untuk melayani kesehatan peserta program JPKM.
8. PPK Bapel JPKM PT. Panca Bina terdiri dari Fasilitas kesehatan Pemerintah dan Swasta di seluruh tingkatan pelayanan , mulai dari Dokter Keluarga, Puskesmas, Klinik Pratama, Klinik Utama hingga Rumah Sakit termasuk Bidan yang berjumlah 44 PPK di Jawa Timur.
9. Bapel JPKM PT. Panca Bina mengendalikan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan / PPK tersebut kepada peserta program JPKM.
10. Bapel JPKM PT. Panca Bina telah melakukan pemantauan pemanfaatan pelayanan kesehatan dan pengendalian penggunaan pelayanan kesehatan yang berlebihan pada semua fasilitas kesehatan / PPK.
11. Peserta Bapel JPKM PT. Panca Bina terbuka bagi individu dan kelompok. Peserta kelompok berasal dari kelompok masyarakat atau dari perusahaan yang mengikutsertakan tenaga kerjanya pada program JPKM.
12. Peserta Bapel JPKM PT. Panca Bina sejak mendapat Ijin Operasional tahun 1997 sampai tahun 2014 adalah sekitar 120.000 peserta dari lebih kurang 150 Perusahaan yang mempunyai bisnis industri baja, elektronik, onderdil mobil, pakan ternak, chemicals, sepatu, hamplas, kartonbox, enamel, perhotelan, furniture, pengelola pasar, konsultan, sekolah, majalah, pertanian, perbankan, salon, spbu, telekomunikasi, jasa kesehatan, kontruksi bangunan, outsourcing, dan lain-lain.

KERUGIAN BAPEL JPKM PT. PANCA BINA

1. Banyak peserta dari perusahaan mitra kerjasama Bapel JPKM PT. Panca Bina yang telah loyal bekerjasama selama 18 tahun terpaksa keluar dari kepesertaan Bapel JPKM PT. Panca Bina karena adanya Sosialisasi dari BPJS yang berulang-ulang tentang Kebijakan Pemerintah “ Wajib mengikuti kepesertaan di BPJS Kesehatan per tanggal 1 Januari 2015 “. Dan juga diberlakukannya sanksi administratif berupa tidak dikeluarkannya SIUP, TDP, ijin tinggal untuk tenaga kerja asing dan bahkan diberlakukannya denda yang tentunya akan sangat memberatkan keberlangsungan Perusahaan peserta JPKM.

2. Per tanggal 1 Januari 2015 peserta Bapel JPKM PT. Panca Bina menjadi hanya 4.500 peserta dari 30 perusahaan kecil
3. Sampai saat ini ada beberapa Perusahaan mitra kerja yang masih mendaftarkan double kepesertaannya kepada kami dan BPJS Kesehatan karena kekhawatiran mereka akan ketidaksiapan BPJS dalam melayani kesehatan karyawan perusahaan sehingga karyawan menjadi tidak nyaman dan akhirnya dapat mengganggu produktivitas kerja karyawan di perusahaan tersebut.
4. Dengan banyaknya perusahaan yang keluar dari kepesertaan Bapel JPKM PT. Panca Bina, jelas hal ini sangat berpengaruh terhadap keberlangsungan Perusahaan dan Karyawan PT. Panca Bina yang terancam kehilangan pekerjaan. Pada awal tahun 2015 kami terpaksa tidak memperpanjang karyawan kontrak sejumlah 24 orang karena keberadaan perusahaan yang tidak memungkinkan untuk hal ini. Sedangkan karyawan tetap perusahaan tentunya akan menjadi beban PT. Panca Bina, apalagi dengan UMR yang sekarang ini ditetapkan oleh Peraturan Gubernur yang semakin tinggi.
5. Dengan adanya kebijakan Pemerintah berupa keikutsertaan peserta yang wajib pada BPJS Kesehatan maka terdapat 1 (satu) PPK/Provider Bapel JPKM PT. Panca Bina yang juga terpaksa tidak dapat beroperasi lagi saat ini.
6. Perusahaan mitra kerja Bapel JPKM PT. Panca Bina mengeluhkan kepada kami tentang operasionalisasi pelayanan kesehatan yang diberikan oleh BPJS yang belum mengakses peserta dengan baik dalam memperoleh jaminan kesehatan. Misalnya ketidaknyamanan pelayanan yang diperoleh pada saat mendaftar dan mengikuti program kesehatan pada BPJS Kesehatan, mulai dari pelayanan administratif yang harus antri seharian, pelayanan petugas frontliner BPJS yang belum menguasai prosedur dan kurang mumpuni dalam bidangnya, pelayanan jaringan PPK yang tidak semuanya 24 jam, jaringan PPK yang tidak *one stop service*, untuk mendapat layanan kesehatan harus dengan antrian yang panjang, sehingga hal ini amat sangat berbeda dengan layanan yang didapatkan peserta pada saat menjadi peserta Bapel JPKM PT. Panca Bina dan tentu saja sangat merugikan peserta.

7. Bapel JPKM PT. Panca Bina mempunyai catatan riwayat penyakit Peserta/*Medical Record* yang sangat diperlukan Peserta sebagai catatan kesehatan peserta. Selama 18 tahun riwayat penyakit peserta tercatat dengan baik, maka sekarang terpaksa harus mengulang dari nol lagi.
8. Selama ini peserta Bapel JPKM PT. Panca Bina dapat memilih PPK yang dikehendaki, bila tidak cocok maka peserta berhak untuk pindah PPK pilihan peserta setiap bulannya dan Data Base peserta akan dikirimkan ke PPK yang baru. Selama di BPJS Kesehatan peserta tidak boleh pindah PPK sebelum 3 bulan. Hal ini sangat merugikan peserta karena bukannya peserta berhak untuk memilih layanan kesehatan yang terbaik bagi mereka.
9. Peserta yang sekarang mengikuti BPJS Kesehatan tidak mendapatkan layanan kesehatan promotif yang lebih baik seperti yang diberikan oleh Bapel JPKM PT. Panca Bina sebelumnya. Bapel JPKM PT. Panca Bina selalu memberikan pelaporan setiap bulannya kepada perusahaan mitra kerja tentang angka kesakitan peserta, memberikan penyuluhan kesehatan dan keselamatan kerja, memberikan buletin kesehatan kepada peserta, mengadakan seminar, memberikan sosialisasi dan edukasi kepada peserta serta mengadakan gathering.
10. Peserta Bapel JPKM PT. Panca Bina sekarang juga tidak bisa mendapatkan jawaban dari komplain peserta dengan cepat karena prosedur yang rumit. (Handling Complain tidak berjalan dengan baik)
11. Perusahaan mitra kerja sekarang harus mengeluarkan biaya kesehatan yang cukup besar kepada BPJS Kesehatan , sehingga tidak memungkinkan untuk menambah biaya kesehatan pada Bapel JPKM PT. Panca Bina.

HARAPAN BAPEL JPKM PT. PANCA BINA

1. Bapel JPKM PT. Panca Bina mendukung Program Jaminan Kesehatan Nasional/ JKN dari Pemerintah RI serta ingin berperan aktif dalam mensukseskan SJSN , kami mohon Bapel JPKM yang telah diberi Ijin Operasional oleh Kementerian Kesehatan (yang belum dicabut Ijin operasionalnya sampai saat ini) diberikan kesempatan untuk berperan serta , janganlah Bapel JPKM ini disia-siakan begitu saja dan dianggap tidak pernah ada , karena Bapel JPKM ini dibentuk dan diberi Ijin oleh

Kementerian Kesehatan dan selama belasan tahun telah berupaya membantu Pemerintah RI untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

2. UU BPJS No. 24 Tahun 2011 Pasal 51 ayat (2): Dalam menjalankan tugasnya, BPJS dapat bekerjasama dengan organisasi atau lembaga lain di dalam negeri atau di luar negeri dan Pasal 4: BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat dan hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta. Bapel JPKM PT. Panca Bina akan berpartisipasi ikut mewujudkan prinsip-prinsip SJSN di atas dan tentunya untuk mendukung pemerintah dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
3. Bapel JPKM PT. Panca Bina dengan pengalamannya selama 18 tahun dapat berperan antara lain dalam Utilization Review, Quality Assurance (kendali biaya dan kendali mutu) operasional jaminan kesehatan, Manajemen Klaim, Manajemen kepesertaan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan.
4. Perusahaan asuransi komersial telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk melakukan COB (*Coordination of Benefit*). Kami berharap Bapel JPKM PT. Panca Bina juga diberi kesempatan untuk bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Seperti yang kita ketahui bahwa Bapel JPKM telah bertahun-tahun mengemban program pemerintah dengan baik dan memiliki pola pelayanan kesehatan yang sama dengan BPJS Kesehatan.
5. Bapel JPKM PT. Panca Bina dilibatkan dalam pelaksanaan jaminan sosial sesuai dengan amanat konstitusi yang mencita-citakan adanya jaminan sosial yang mencakup seluruh rakyat dan untuk memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.
6. Kepesertaan jaminan sosial tidak harus hanya ada di BPJS karena secara kelembagaan BPJS tidak menjadi satu-satunya mulai dari

menentukan aturan sampai melaksanakan di setiap urusan teknis yang berhubungan dengan jaminan sosial ini.

7. Penyelenggaraan JPKM untuk selanjutnya tetap dapat diselenggarakan oleh pihak Swasta dengan adanya kebijakan yang harus disepakati bersama pihak penyelenggara dengan pemerintah sebagai Regulator sehingga tujuan Pemerintah dalam pencapaian Universal Coverage segera tercapai dengan kerjasama yang baik antar berbagai pihak.

4. Atmari

- Saksi menerima pemberitahuan dari DPP Apindo Jawa Timur bahwa telah diterima surat dari Dewan Pengurus Nasional Apindo yaitu bahwa melalui Surat Nomor 457/DPN/3.2.1/4E/XI/14 tertanggal 28 November 2014, Dewan Pimpinan Nasional Asosiasi Pengusaha Indonesia (APINDO) telah menyampaikan kepada Presiden Republik Indonesia Bapak Joko Widodo perihal permohonan perubahan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013. Dalam surat permohonan tersebut, di antaranya adalah APINDO mohon adanya "penundaan batas waktu akhir kepesertaan BPJS Kesehatan dari tanggal 1 Januari 2015 menjadi awal tahun 2019 dengan mengikuti Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019 yang resmi dikeluarkan pemerintah melalui DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional);
- Saksi menerima pemberitahuan dari DPP Apindo Jawa Timur bahwa telah diterima surat dari Dewan Pengurus Nasional Apindo yaitu bahwa pada tanggal 22 Desember 2014, telah ditandatangani Nota Kesepahaman (MoU) antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan DPN APINDO yang isinya di antaranya tertuang kesepakatan bahwa proses aktivasi kepesertaan akan diselesaikan paling lama tanggal 30 Juni 2015 dan tidak diberlakukannya sanksi sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara dan Setiap Orang, Selain Pemberi Kerja, dan Penerima Bantuan Iuran Dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial, kepada perusahaan yang sudah melakukan pendaftaran (registrasi) pekerja dan keluarganya sebagai peserta BPJS Kesehatan;

- Pada 22-23 Januari 2015 Saksi mengikuti Rapat Kerja Nasional ke-26 APINDO di Jakarta. Dalam Rakernas tersebut disampaikan informasi dari Ketua DPN APINDO bahwasanya BPJS Kesehatan akan mengeluarkan surat terkait dengan Nota Kesepahaman (MoU) antara BPJS Kesehatan dengan DPN APINDO (Asosiasi Pengusaha Indonesia) tersebut hanya ditujukan dan diberlakukan untuk anggota APINDO saja;
- Saksi mendapatkan informasi dari DPP Apindo Jawa Timur bahwa telah diterima surat dari DPN Apindo yang disampaikan pada Rapat Temu Konsultasi Anggota DPP Apindo Jawa Timur pada tanggal 5 Februari 2015 di Surabaya yaitu bahwa BPJS pada tanggal 23 Januari 2015 telah mengeluarkan Surat Edaran Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 07 Tahun 2015 tentang Penundaan Aktivasi Kepesertaan Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang ditandatangani oleh Direktur Kepesertaan dan Pemasaran. Dalam Surat Edaran tersebut, hal yang diatur dan ditegaskan oleh BPJS adalah bahwa penundaan aktifasi kepesertaan hingga bulan Juni 2015 ditujukan hanya untuk anggota APINDO;
- Terhadap hal yang disampaikan Saksi di atas, Saksi dalam hal ini juga sebagai Dewan Pimpinan Provinsi Apresindo Jawa Timur Bidang Hukum dan Ketenagakerjaan (yang bukan termasuk dalam APINDO) mengalami perlakuan yang berbeda dalam pelaksanaan peraturan perundang-undangan terkait BPJS Kesehatan. BPJS tidak memberlakukan sanksi kepada Pemberi Kerja dalam hal ini perusahaan-perusahaan yang menjadi anggota APINDO, sebaliknya bagi perusahaan-perusahaan yang tidak tergabung dalam anggota APINDO akan berhadapan dengan sanksi hukum sebagaimana ketentuan yang berlaku:

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Pasal 55

Pemberi Kerja yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (1) atau ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 8 (delapan) tahun atau pidana denda paling banyak Rp 1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Pasal 19

- (1) Pemberi Kerja wajib memungut iuran yang menjadi beban Peserta dari Pekerjaannya dan menyetorkannya kepada BPJS.
- (2) Pemberi Kerja wajib membayar dan menyetor iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 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 Penyelenggaraan Jaminan Sosial

Pasal 5

- (1) Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 dan setiap orang, selain pemberi kerja, Pekerja, dan penerima bantuan iuran yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 dikenai sanksi administratif.
- (2) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. teguran tertulis;
 - b. denda; dan/atau
 - c. tidak mendapat pelayanan publik tertentu.

Pasal 9

- (1) Sanksi tidak mendapat pelayanan publik tertentu yang dikenai kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara meliputi:
 - a. perizinan terkait usaha;
 - b. izin yang diperlukan dalam mengikuti tender proyek;
 - c. izin mempekerjakan tenaga kerja asing;
 - d. izin perusahaan penyedia jasa pekerja/buruh; atau
 - e. izin mendirikan bangunan (IMB).
- (2) Sanksi tidak mendapat pelayanan publik tertentu yang dikenai kepada setiap orang, selain pemberi kerja, Pekerja, dan penerima bantuan iuran yang memenuhi persyaratan kepesertaan dalam program jaminan sosial meliputi:
 - a. Izin Mendirikan Bangunan (IMB);
 - b. Surat Izin Mengemudi (SIM);
 - c. sertifikat tanah;

- d. paspor; atau
 - e. Surat Tanda Nomor Kendaraan (STNK).
- (3) Pengenaan sanksi tidak mendapat pelayanan publik tertentu dilakukan oleh unit pelayanan publik pada instansi Pemerintah, pemerintah daerah provinsi, atau pemerintah daerah kabupaten/kota.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan

Pasal 6

- (1) Kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan mencakup seluruh penduduk Indonesia.
- (2) Kepesertaan Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mulai tanggal 1 Januari 2014 paling sedikit meliputi:
- a. PBI Jaminan Kesehatan;
 - b. Anggota TNI/Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya;
 - c. Anggota Polri/Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Polri dan anggota keluarganya;
 - d. Peserta asuransi kesehatan Perusahaan Persero (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES) dan anggota keluarganya; dan
 - e. Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Perusahaan Persero (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK) dan anggota keluarganya.
- (3) Kewajiban melakukan pendaftaran kepesertaan Jaminan Kesehatan selain Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (2), bagi:
- a. Pemberi Kerja pada Badan Usaha Milik Negara, usaha besar, usaha menengah, dan usaha kecil paling lambat tanggal 1 Januari 2015;
 - b. Pemberi Kerja pada usaha mikro paling lambat tanggal 1 Januari 2016; dan
 - c. Pekerja bukan penerima upah dan bukan Pekerja paling lambat tanggal 1 Januari 2019.

- (4) BPJS Kesehatan mulai tanggal 1 Januari 2014 tetap berkewajiban menerima pendaftaran kepesertaan yang diajukan oleh Pemberi Kerja serta Pekerja Bukan Penerima Upah dan bukan Pekerja sebagaimana dimaksud pada ayat (3).

[2.3] Menimbang bahwa untuk menanggapi dalil-dalil permohonan para Pemohon, Presiden telah menyampaikan keterangan dalam persidangan hari tanggal 2 Februari 2015, dan telah pula menyerahkan keterangan tertulis yang diterima Kepaniteraan Mahkamah pada tanggal 17 Maret 2015, yang pada pokoknya menerangkan sebagai berikut:

I. POKOK PERMOHONAN PEMOHON

1. Bahwa menurut Para Pemohon ketentuan Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2) serta Pasal 16 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS bertentangan dengan Pasal 28H ayat (3), dan Pasal 28I ayat (4) UUD 1945 karena pemberi kerja tidak mempunyai pilihan lain selain jasa pemerintah (BPJS) untuk memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan yang lebih baik kepada pekerjanya;
2. Bahwa menurut Para Pemohon ketentuan Pasal 16 ayat (1) dan ayat (2) serta Pasal 19 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS bertentangan dengan Pasal 33 ayat (4) UUD 1945 karena Pekerja atau Pemberi Kerja tidak memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan yang lebih baik dan hak milik pribadinya terampas;
3. Bahwa menurut Para Pemohon ketentuan Pasal 17 ayat (1), ayat (2) huruf c dan ayat (4) UU BPJS merugikan hak konstitusi Pemberi Kerja karena tidak dapat berpartisipasi dalam memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan dan hak mendapatkan pekerjaan yang layak dan ancaman sanksi administrasi berupa tidak mendapat pelayanan publik tertentu kepada pemberi kerja bersifat diskriminatif dan merendahkan martabat kemanusiaan sehingga dianggap bertentangan dengan Pasal 28D ayat (4), Pasal 28H ayat (1) dan ayat (4), Pasal 28I ayat (1) dan ayat (2) UUD 1945;

II. KEDUDUKAN HUKUM (*LEGAL STANDING*) PEMOHON

Sesuai dengan ketentuan Pasal 51 ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi sebagaimana telah diubah dengan

Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2011, menyatakan bahwa Pemohon adalah pihak yang menganggap hak dan/atau kewenangan konstitusionalnya dirugikan oleh berlakunya undang-undang, yaitu :

- a. perorangan warga negara Indonesia;
- b. kesatuan masyarakat hukum adat sepanjang masih hidup dan sesuai dengan perkembangan masyarakat dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia yang diatur dalam undang-undang;
- c. badan hukum publik atau privat; atau
- d. lembaga negara.

Ketentuan di atas dipertegas dalam penjelasannya, bahwa yang dimaksud dengan "hak konstitusional" adalah hak-hak yang diatur dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, maka terlebih dahulu harus menjelaskan dan membuktikan:

- a. Kualifikasinya dalam permohonan *a quo* sebagaimana disebut dalam Pasal 51 ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2011;
- b. Hak dan/atau kewenangan konstitusionalnya dalam kualifikasi dimaksud yang dianggap telah dirugikan oleh berlakunya undang-undang yang diuji;
- c. Kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional Pemohon sebagai akibat berlakunya undang-undang yang dimohonkan pengujian.

Lebih lanjut Mahkamah Konstitusi RI telah memberikan pengertian dan batasan kumulatif tentang kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional yang timbul karena berlakunya suatu undang-undang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2011, maupun berdasarkan putusan-putusan Mahkamah Konstitusi terdahulu (*vide* putusan Nomor 006/PUU-III/2005 dan putusan-putusan berikutnya), harus memenuhi 5 (lima) syarat yaitu:

- a. adanya hak konstitusional Pemohon yang diberikan oleh Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945;
- b. bahwa hak konstitusional Pemohon tersebut dianggap oleh Pemohon telah dirugikan oleh suatu undang-undang yang diuji;

- c. bahwa kerugian konstitusional Pemohon yang dimaksud bersifat spesifik (khusus) dan aktual atau setidaknya bersifat potensial yang menurut penalaran yang wajar dapat dipastikan akan terjadi;
- d. adanya hubungan sebab akibat (*causal verband*) antara kerugian dan berlakunya undang-undang yang dimohonkan untuk diuji;
- e. adanya kemungkinan bahwa dengan dikabulkannya permohonan maka kerugian konstitusional yang didalilkan tidak akan atau tidak lagi terjadi.

Terhadap kedudukan hukum (*legal standing*) Pemohon, Pemerintah memohon kepada Yang Mulia Ketua/Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi untuk mempertimbangkan dan menilainya apakah Pemohon memenuhi kualifikasi sebagai pihak yang memiliki kedudukan hukum (*legal standing*) atau tidak, sebagaimana ditentukan oleh ketentuan Pasal 51 ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2011 maupun berdasarkan putusan-putusan Mahkamah Konstitusi terdahulu (sejak Putusan Nomor 006/PUU-III/2005 dan Putusan Nomor 11/PUU-V/2007).

III. KETERANGAN PRESIDEN ATAS MATERI PERMOHONAN YANG DIMOHONKAN UNTUK DIUJI

Sebelum Pemerintah memberikan keterangan atas materi yang dimohonkan untuk diuji, perkenankanlah Pemerintah menerangkan hal-hal sebagai berikut:

Bahwa Pembukaan alinea keempat UUD 1945 menyatakan bahwa “.....*untuk membentuk suatu Pemerintah Negara Indonesia yang melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan Keadilan sosial, maka disusunlah Kemerdekaan Kebangsaan Indonesia itu dalam suatu Undang-Undang Dasar Negara Indonesia...*”. Dalam rangka mewujudkan kesejahteraan rakyat, Pemerintah melaksanakan Pembangunan sosial ekonomi sebagai salah satu pelaksanaan kebijakan pembangunan nasional yang telah menghasilkan banyak kemajuan, diantaranya meningkatnya kesejahteraan rakyat. Kesejahteraan tersebut harus dapat dinikmati secara berkelanjutan, adil, dan merata menjangkau seluruh rakyat.

Bahwa dalam dinamika Pembangunan Bangsa Indonesia, telah menumbuhkan tantangan berikut tuntutan penanganan berbagai persoalan yang belum terpecahkan yang salah satunya adalah penyelenggaraan jaminan sosial bagi seluruh rakyat sesuai dengan amanat dalam Pasal 28H ayat (3) UUD 1945 mengenai hak terhadap jaminan sosial dan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 yang mengamanatkan bahwa "*Negara mengembangkan sistem Jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.*"

Selain diamanatkan dalam UUD 1945, Jaminan sosial juga dijamin dalam Deklarasi Perserikatan Bangsa-Bangsa tentang Hak asasi Manusia Tahun 1948 dan ditegaskan dalam Konvensi ILO Nomor 102 Tahun 1952 yang menganjurkan semua negara untuk memberikan perlindungan minimum kepada setiap tenaga kerja. Sejalan dengan ketentuan tersebut, Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik Indonesia dalam TAP Nomor X/MPR/2001 menugaskan Presiden untuk membentuk Sistem Jaminan Sosial Nasional sebagai program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 28H ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) dan Pasal 34 ayat (1) dan ayat (2) UUD 1945.

Dengan ditetapkannya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN), bangsa Indonesia telah memiliki sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia dan untuk mewujudkan tujuan sistem jaminan sosial nasional tersebut, berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS) dibentuk badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum publik berdasarkan prinsip kegotong-royongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta.

Pembentukan Undang-Undang tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ini merupakan pelaksanaan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, setelah Putusan Mahkamah Konstitusi terhadap perkara Nomor 007/PUU-III/2005, guna memberikan kepastian hukum

bagi pembentukan BPJS untuk melaksanakan program Jaminan Sosial di seluruh Indonesia.

UU BPJS merupakan pelaksanaan ketentuan Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 UU SJSN yang mengamanatkan pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan transformasi kelembagaan PT Asuransi Kesehatan (Persero) menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) dan PT Jaminan Sosial Ketenagakerjaan (Persero) menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan BPJS Ketenagakerjaan). Transformasi tersebut diikuti adanya pengalihan peserta, program, aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban.

BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Dengan terbentuknya kedua BPJS tersebut jangkauan kepesertaan program jaminan sosial akan diperluas mencakup seluruh rakyat Indonesia secara bertahap.

Sehubungan dengan anggapan Para Pemohon dalam permohonannya yang menyatakan bahwa ketentuan Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2), Pasal 16 ayat (1) dan ayat (2), Pasal 17 ayat (1), ayat (2) huruf c, dan ayat (4), Pasal 19 ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) UU BPJS yang menyatakan:

Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2)

- (1) *Pemberi Kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan Pekerjaannya sebagai Peserta kepada BPJS sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti;*
- (2) *Pemberi Kerja, dalam melakukan pendaftaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), wajib memberikan data dirinya dan Pekerjaannya berikut anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS.*

Pasal 16 ayat (1) dan ayat (2)

- (1) *Setiap orang, selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan penerima Bantuan luran, yang memenuhi persyaratan kepesertaan dalam program Jaminan Sosial wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagai Peserta kepada BPJS, sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti;*
- (2) *Setiap orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib memberikan data mengenai dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS.*

Pasal 17 ayat (1), ayat (2) huruf c, dan ayat (4)

- (1) Pemberi Kerja selain penyelenggara negara yang tidak melaksanakan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2), dan setiap orang yang tidak melaksanakan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 dikenai sanksi administratif.
- (2) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. teguran tertulis;
 - b. denda; dan/atau
 - c. **tidak mendapat pelayanan publik tertentu.**
- (3) Pengenaan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dan huruf b dilakukan oleh BPJS.
- (4) Pengenaan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilakukan oleh Pemerintah atau pemerintah daerah atas permintaan BPJS.

Pasal 19 ayat (1), ayat (2), dan ayat (3)

- (1) Pemberi Kerja wajib memungut iuran yang menjadi beban Peserta dari Pekerjaannya dan menyetorkannya kepada BPJS.
- (2) Pemberi Kerja wajib membayar dan menyetor iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS.
- (3) Peserta yang bukan Pekerja dan bukan penerima Bantuan iuran wajib membayar dan menyetor iuran yang menjadi tanggungjawabnya kepada BPJS.

Ketentuan tersebut di atas, dianggap bertentangan dengan ketentuan Pasal 27 ayat (2), Pasal 28C ayat (2), Pasal 28D ayat (2) dan ayat (4), Pasal 28H ayat (1), ayat (3) dan ayat (4), Pasal 28I ayat (1), ayat (2) dan ayat (4), dan Pasal 33 ayat (4) UUD 1945.

Terhadap dalil Para Pemohon, Pemerintah memberikan keterangannya sebagai berikut:

1. Ketentuan Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS yang menurut Para Pemohon bertentangan dengan Pasal 28H ayat (3), dan Pasal 28I ayat (4) UUD 1945 karena ketentuan *a quo* menjadikan Pemberi Kerja tidak mempunyai pilihan lain selain jasa pemerintah (BPJS) untuk memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan yang lebih baik kepada pekerjaannya dan masyarakat tidak dapat berpartisipasi dalam membangun masyarakat, bangsa, dan negara melalui pelayanan kesehatan, Pemerintah berpendapat sebagai berikut:

Bahwa memahami ketentuan Pasal 15 UU BPJS wajib dihubungkan dengan ketentuan Pasal 14 UU BPJS yang menyatakan:

“Setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, wajib menjadi Peserta program Jaminan Sosial”.

Terhadap ketentuan Pasal 14 UU BPJS merupakan amanat konstitusi yang mewajibkan kepada negara untuk memberikan kepastian adanya program Jaminan Sosial terhadap setiap orang termasuk Pekerja. Dengan perkataan lain, Pasal 14 UU BPJS merupakan norma dasar yang mewajibkan setiap orang untuk menjadi peserta program jaminan sosial. Sedangkan ketentuan Pasal 15 ayat (1) UU BPJS yang menyatakan *“Pemberi Kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan Pekerjaannya sebagai Peserta kepada BPJS sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti”*, adalah:

- a. bahwa sesuai dengan amanat Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 yang menyatakan, *“Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”*.
- b. bahwa sesuai dengan ketentuan Pasal 3 UU SJSN yang menyatakan *“Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya”*.

Dari ketentuan tersebut di atas menurut Pemerintah adalah menjadi kewajiban negara untuk memberikan kepastian kepada seluruh Warga Negara Republik Indonesia dalam memperoleh jaminan sosial.

Bahwa ketentuan Pasal 15 UU BPJS memberikan kepastian kepada Pekerja untuk memperoleh manfaat dari jaminan sosial, khususnya jaminan kesehatan, dalam memenuhi kebutuhan dasar bagi kehidupan yang layak sedangkan bagi pemberi kerja yang ingin memberikan jaminan pelayanan kesehatan yang lebih baik sebagai manfaat tambahan kepada pekerjaannya dapat menggunakan badan lainnya (badan swasta), sehingga badan swasta tetap dapat berpartisipasi dalam memberikan manfaat tambahan dalam pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, Pemerintah tidak sependapat dengan anggapan dari Para Pemohon yang menyatakan ketentuan Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS bersifat monopoli terhadap penyelenggaraan layanan kesehatan, karena menurut

Pemerintah pada prinsipnya jaminan sosial merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Berdasarkan uraian di atas, terhadap anggapan Pemohon dalam memahami dan menafsirkan ketentuan *a quo* adalah keliru, karena dengan diberlakukannya ketentuan tersebut justru Negara telah melaksanakan amanat ketentuan Pasal 28H ayat (1), ayat (2), dan ayat (3), Pasal 28I ayat (4), dan Pasal 34 ayat (1) dan ayat (2) UUD 1945.

2. Terhadap anggapan Para Pemohon yang menyatakan ketentuan Pasal 16 ayat (1) dan ayat (2) serta Pasal 19 ayat (1), ayat (2) dan ayat (3) UU *a quo* bertentangan dengan Pasal 28H ayat (1) dan ayat (3), Pasal 28C ayat (2) UUD 1945 karena Pekerja atau Pemberi Kerja tidak memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan yang lebih baik dan hak milik pribadinya terampas, Pemerintah memberikan keterangan sebagai berikut:

- a. bahwa pada dasarnya sesuai dengan amanat UU BPJS dan UU SJSN yang mewajibkan setiap warga negara untuk mengikuti program jaminan sosial sebagaimana diatur dalam ketentuan Pasal 4 huruf g UU SJSN, *“Sistem jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan pada prinsip:*

a...s/d f...

g. Kepesertaan bersifat wajib.”

yang dimaksud dengan “kepesertaan bersifat wajib” dalam Penjelasan Pasal 4 huruf g UU BPJS adalah *“prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi Peserta Jaminan Sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.*

- b. Sedangkan yang dimaksud dengan “kepesertaan” dalam Pasal 4 huruf g UU BPJS, didefinisikan bagi *“setiap orang termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.”(vide Pasal 1 angka 4 UU BPJS).*

- c. Selanjutnya mengenai pembayaran iuran untuk program jaminan sosial diperlukan guna mewujudkan prinsip kegotong-royongan dan prinsip memelihara kesehatan bagi setiap orang sebagaimana ditentukan dalam Penjelasan Pasal 4 huruf a UU SJSN yang menyatakan:

“prinsip kegotong-royongan dalam ketentuan ini adalah prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah atau penghasilannya.”

- d. dalam hal peserta jaminan sosial termasuk dalam kategori fakir miskin dan orang tidak mampu, iurannya ditanggung oleh Pemerintah sebagaimana diatur dalam ketentuan Pasal 14 ayat (1) dan ayat (2) UU SJSN yang menyatakan:

“(1) Pemerintah secara bertahap mendaftarkan penerima bantuan iuran sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;

(2) Penerima bantuan iuran sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) adalah fakir miskin dan orang tidak mampu.”

- e. Mengenai anggapan bahwa manfaat pelayanan kesehatan yang diberikan oleh BPJS kurang baik dibanding dengan layanan yang diperoleh sebagian pekerja sebelum SJSN diterapkan, Pemerintah memberikan keterangan sebagai berikut:

- 1) Manfaat jaminan kesehatan yang diberikan kepada peserta tidak diuraikan dalam UU BPJS. Namun demikian manfaat jaminan kesehatan telah diuraikan dalam pasal 22 ayat (1) UU SJSN:

“manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan”.

Bahkan pada penjelasan Pasal 22 ayat (1) tersebut disebutkan:

“yang dimaksud pelayanan kesehatan dalam pasal ini meliputi pelayanan dan penyuluhan kesehatan, imunisasi, pelayanan Keluarga Berencana, rawat jalan, rawat inap, pelayanan gawat darurat dan tindakan medis lainnya, terutama cuci darah dan operasi jantung. Pelayanan tersebut diberikan sesuai dengan pelayanan standar, baik mutu maupun jenis pelayanannya dalam rangka menjamin kesinambungann program dan kepuasan peserta. Luasnya pelayanan kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan peserta yang dapat berubah dan kemampuan keuangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Hal ini diperlukan untuk kehati-hatian.”

- 2) Selanjutnya Pasal 23 ayat (1) UU SJSN menyebutkan:

“Manfaat jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 diberikan pada fasilitas kesehatan milik Pemerintah atau swasta yang menjalin kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.”

- 3) Kedua Pasal dalam UU SJSN tersebut menunjukkan bahwa manfaat jaminan kesehatan yang diatur dalam SJSN sangat komprehensif termasuk menjamin juga pelayanan kesehatan bagi penyakit dan tindakan yang katatrafik. Tidak banyak negara yang mampu memberikan pelayanan kesehatan se-komprehensif sebagaimana yang diberikan oleh jaminan kesehatan SJSN. Selain itu, pelayanan kesehatan disediakan oleh fasilitas kesehatan di Indonesia, baik milik pemerintah maupun milik swasta.

Berdasarkan ketentuan tersebut di atas, menurut Pemerintah adalah tidak tepat anggapan Para Pemohon yang menyatakan bahwa kepesertaan yang bersifat wajib dan iuran yang bersifat wajib dianggap monopoli dan pemaksaan, justru menurut Pemerintah dengan adanya kepesertaan wajib dan kewajiban membayar iuran tersebut dapat mewujudkan nilai-nilai kebersamaan dan kegotong-royongan guna saling membantu (subsidi silang) antara peserta yang mampu kepada peserta yang tidak mampu, yang sehat membantu yang sakit. Dengan perkataan lain, ketentuan *a quo* telah sejalan dengan amanat konstitusi.

3. Terhadap ketentuan dalil Para Pemohon yang menganggap ketentuan Pasal 17 ayat (1), ayat (2) huruf c dan ayat (4) UU BPJS merugikan hak konstitusi Pemberi Kerja karena tidak dapat berpartisipasi dalam memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan dan hak mendapatkan pekerjaan yang layak dan ancaman sanksi administrasi berupa tidak mendapat pelayanan publik tertentu kepada pemberi kerja bersifat diskriminatif dan merendahkan martabat kemanusiaan sehingga dianggap bertentangan dengan Pasal 28D ayat (4), Pasal 28H ayat (1) dan ayat (4), Pasal 28I ayat (1) dan ayat (2) UUD 1945, Pemerintah berpendapat sebagai berikut:

Dalam ketentuan Pasal 17 UU BPJS diatur tentang kewajiban bagi Pemberi Kerja selain penyelenggara negara untuk melaksanakan dari ketentuan Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS dan bagi setiap orang yang dimaksud dalam ketentuan Pasal 16 UU BPJS diwajibkan untuk melaksanakan pendaftaran dirinya dan anggota keluarganya sebagai Peserta BPJS.

Pengaturan tentang kewajiban dalam ketentuan *a quo* dimaksudkan bagi Pemerintah dalam mengupayakan masyarakat untuk dapat berpartisipasi dalam penerapan sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Kata “wajib” sebagaimana dimaksud dalam butir 268 Lampiran II Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, adalah norma untuk memberikan kewajiban seseorang untuk memenuhi aturan yang ditetapkan sebelumnya. Apabila tidak dipenuhi, yang bersangkutan dijatuhi sanksi.

Oleh karena itu, terkait dengan kata “wajib” dalam ketentuan Pasal 17 UU BPJS dimaksudkan oleh Pembentuk Undang-undang untuk memberikan kewajiban bagi Pemberi Kerja selain penyelenggara negara dan setiap orang untuk melaksanakan pendaftaran ke BPJS, jika tidak dipenuhi kewajibannya akan dikenai sanksi administratif.

Pengenaan sanksi administratif menurut Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 adalah berupa antara lain, pencabutan izin, pembubaran, pengawasan, pemberhentian sementara, denda administratif, atau daya paksa polisional (vide butir 66 lampiran II UU No.12 Tahun 2011).

Sedangkan yang dimaksud dengan Diskriminasi adalah setiap pembatasan, pelecehan, atau pengucilan yang langsung ataupun tak langsung didasarkan pada pembedaan manusia atas dasar agama, suku, ras, etnik, kelompok, golongan, status sosial, status ekonomi, jenis kelamin, bahasa, keyakinan politik, yang berakibat pengurangan, penyimpangan, atau penghapusan pengakuan, pelaksanaan, atau penggunaan hak asasi manusia dan kebebasan dasar dalam kehidupan baik individual maupun kolektif dalam bidang politik, ekonomi, hukum, sosial, budaya dan aspek kehidupan lainnya (vide Pasal 1 angka 3 UU No.39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia).

Oleh karena itu, berdasarkan definisi diskriminatif di atas, pengenaan sanksi administratif yang dikenakan bagi pemberi kerja selain penyelenggara negara dan peserta tidak dibedakan diantara pemberi kerja tersebut. Sehingga terhadap ketentuan Pasal 17 UU BPJS mengenai pengenaan sanksi sudah sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Berdasarkan ketentuan di atas, menurut Pemerintah terhadap anggapan Para Pemohon tentang ketentuan *a quo* adalah tidak tepat dan keliru dan

mengada-ada, karena dengan memberikan sanksi administratif bagi setiap Pemberi Kerja selain penyelenggara negara dan setiap orang selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan Penerima bantuan iuran yang tidak melaksanakan ketentuan Pasal 15 ayat (1), (2) dan Pasal 16 UU BPJS, memberikan sanksi administratif bagi pelanggaran secara administratif yang harus diterapkan sebagai upaya Pemerintah dalam mewujudkan tujuan negara yaitu mensejahterakan seluruh rakyat Indonesia melalui sistem jaminan Sosial sebagaimana diamanatkan dalam ketentuan Pasal 28H dan Pasal 34 ayat (1) dan ayat (2) UUD 1945.

IV. PETITUM

Berdasarkan keterangan tersebut di atas, Pemerintah memohon kepada yang Mulia Ketua/Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia yang memeriksa, mengadili, dan memutus permohonan pengujian Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, dapat memberikan putusan sebagai berikut :

1. Menolak permohonan Para Pemohon untuk seluruhnya atau setidaknya menyatakan permohonan Para Pemohon tidak dapat diterima (*niet onvankelijk verklaard*);
2. Menerima Keterangan Presiden secara keseluruhan;
3. Menyatakan Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2), Pasal 16 ayat (1) dan ayat (2), Pasal 17 ayat (1), ayat (2) huruf c, dan ayat (4), Pasal 19 ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial tidak bertentangan terhadap ketentuan Pasal 27 ayat (2), Pasal 28C ayat (2), Pasal 28D ayat (2) dan ayat (4), Pasal 28H ayat (1), ayat (3) dan ayat (4), Pasal 28I ayat (1), ayat (2) dan ayat (4), dan Pasal 33 ayat (4) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Selain itu, Presiden juga mengajukan 2 (dua) orang ahli dan 3 (tiga) orang saksi yang masing-masing telah didengar keterangannya di bawah sumpah dalam persidangan tanggal 6 April 2015 dan tanggal 27 April 2015, yang pada pokoknya menerangkan sebagai berikut:

AHLI PRESIDEN

1. Hasbullah Thabrany

Definisi monopoli dan praktik monopoli berdasarkan UU Nomor 5 Tahun 1999 tentang Larangan Monopoli Dalam Berusaha, menyatakan sebagai berikut:

- Monopoli adalah penguasaan atas produksi dan atau pemasaran barang dan atau atas penggunaan jasa tertentu oleh satu pelaku usaha atau satu kelompok pelaku usaha.
- Praktek monopoli adalah pemusatan kekuatan ekonomi oleh satu atau lebih pelaku usaha yang mengakibatkan dikuasanya produksi dan atau pemasaran atas barang dan atau jasa tertentu sehingga menimbulkan persaingan usaha tidak sehat dan dapat merugikan kepentingan umum.

Memperhatikan sepak terjang Pimpinan BPJS, dapat dipahami jika ada pihak yang merasa tersingkirkan dan menguji materi UU BPJS. Akan tetapi, hal itu bukanlah berarti bahwa BPJS melakukan "Usaha Monopoli", tetapi yang telah terjadi adalah praktik menyimpang (praktik monopolistik) dari pimpinan/pejabat BPJS, di pusat maupun di daerah, yang belum sesuai dengan konsep Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). "Praktik monopoli" oleh "oknum" BPJS yang menimbulkan reaksi negatif pasar layanan kesehatan antara lain:

1. Menolak seorang dokter/suatu klinik untuk bekerja sama dengan BPJS;
2. Masih terjadi di daerah praktik membatasi pilihan peserta terhadap faskes primer dan rujuk lintas daerah;
3. Menetapkan masa aktivasi 7 (tujuh) hari yang menutup rakyat menjalankan kewajibannya untuk memenuhi hak kesehatan (merugikan kepentingan umum);
4. Tidak memberikan data klaim kepada pihak yang membutuhkan untuk riset, seolah data klaim merupakan milik swasta. Padahal, BPJS sudah menjadi Badan Publik dan semua yang didanai dari Dana Publik atau dikelola Badan Publik terikat dengan UU Keterbukaan Informasi Publik.

Praktik-praktik monopoli tersebut tidak sejalan dengan Konsep BPJS sebagai Badan Hukum Publik yang HARUS menyelenggarakan program publik, yang mengutamakan kepentingan umum/publik, bukan kepentingan sebagian orang. Dalam konsep JKN, BPJS TIDAK menjual jasa. Dalam rancangan JKN, dana

iuran wajib di BPJS digunakan sepenuhnya untuk membeli layanan kesehatan dari fasilitas kesehatan milik pemerintah maupun milik swasta guna menjamin seluruh peserta/rakyat. Dalam konsep ekonomi, BPJS memiliki kekuatan Monopsoni untuk membeli layanan kesehatan dasar yang menjadi hak peserta, bukan monopoli. Tetapi, di atas kebutuhan dasar, asuransi komersial tetap memiliki peluang besar berusaha dalam bidang jaminan kesehatan.

Untuk memahami konsep dasar mana yang monopoli dan dilarang dalam UU 5/1999 dan mana yang bukan ranah UU 5/1999, saya akan menjelaskan prinsip dasar pengelolaan suatu barang/jasa yang menjadi kebutuhan dasar/barang esensial dan yang menjadi permintaan (kenikmatan) penduduk dalam suatu negara demokrasi.

Ranah Usaha (Privat) dan Ranah Layanan Publik

Untuk memenuhi kebutuhan penduduk, mekanisme pasar merupakan mekanisme terbaik. Dalam negara demokrasi, mekanisme pasar merupakan dasar utama kebijakan umum Pemerintahan. Jika tidak ada hak orang lain terlanggar; semua orang bebas berusaha dalam suatu pasar. Usaha yang bebas tersebut merupakan ranah privat/swasta. Dalam ranah pasar/privat yang sempurna, tidak terjadi usaha atau praktik monopoli dan seluruh penduduk menikmati harga murah dan kualitas bagus. Pasar pisang atau pisang goreng merupakan contoh ranah privat yang tidak perlu diatur sebab pisang BUKAN kebutuhan dasar semua penduduk dan tidak ada bahaya jika seseorang tidak membeli pisang.

Dalam bidang kebutuhan dasar/pokok yang menjadi hak seluruh penduduk, mekanisme pasar tidak bisa diandalkan. Dalam pasar jaminan kesehatan, mekanisme pasar (privat) GAGAL menjamin orang sakit kronis, penduduk miskin/tidak mampu, dan penduduk berusia lanjut memiliki jaminan kesehatan. Tidak ada satu perusahaan asuransi pun yang mau menerima asuransi penduduk yang sudah menderita penyakit kronis (misalnya kencing manis, kanker, tekanan darah tinggi, atau penduduk usia 80 tahun yang sudah memiliki banyak penyakit). Perusahaan asuransi juga tidak akan menjual produk asuransinya kepada penduduk ekonomi lemah. Lalu, apakah mereka dibiarkan menderita sampai mati? Tidak ada satupun negara di dunia yang membiarkan hal itu terjadi.

Di Indonesia, Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 menjamin setiap orang mendapatkan layanan kesehatan dan jaminan sosial. Selanjutnya, untuk menjamin hak tersebut Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 menugaskan negara untuk mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) untuk SELURUH rakyat. Tugas UUD 1945 tersebut kemudian dirumuskan dalam UU Nomor 40/2004 tentang SJSN dan operasionalnya dirumuskan dalam UU 24/2011 tentang BPJS.

Karena ranah privat TIDAK MUNGKIN berfungsi (GAGAL) menjamin SELURUH Rakyat sebagaimana diamanatkan UUD 1945, maka jaminan soal/jaminan kesehatan harus menjadi ranah publik. Publik harus turun tangan, jika privat gagal. Itulah prinsip dasar segala pengaturan. Maka menjadi aneh, jika Pemohon sektor swasta yang gagal memenuhi amanat UUD 1945 menggugat ranah publik (BPJS) yang dibangun untuk mengatasi kegagalan sektor swasta.

Ciri Utama Ranah Privat dan Ranah Publik

Untuk memahami lebih lanjut mana ranah (wilayah) sektor swasta dan mana ranah publik, di bawah ini disajikan perbedaan penting:

	Privat	Publik
transaksi	Sukarela	Wajib
Kebebasan memilih	Seluas-luasnya. Setiap orang boleh membeli sejumlah yang diinginkan dari penjual mana saja	Umumnya tidak ada atau sangat terbatas. Bayar pajak hanya pada Pemerintah (Ditjen Pajak)
Kebebasan berusaha/berperan	Pelaku usaha bebas masuk dan keluar. Setiap orang/PT bebas berusaha, sesuai syarat dan ketentuan	Tidak ada pelaku usaha. Dikelola Badan Publik (Pemerintahan / kuasi pemerintahan)
Monopoli	Tidak boleh merugikan umum. Diatur dengan UU 5/1999	Secara alamiah monopolistik. Hanya ada satu Presiden, satu

		DPR, satu BPK, satu BI, satu BPJS
Produk yang cocok	Barang/jasa yang bersifat kebutuhan dasar/esensial yang tidak memiliki sifat tidak pasti. Komoditas bukan kebutuhan dasar (barang normal), barang mewah, dan lain-lain	Barang esensial / kebutuhan dasar, kebutuhan yang tidak pasti/beresiko besar, barang publik, dan barang/jasa lain yang ditetapkan UUD 1945

Kesempatan dan Persaingan Peran

Pemohon meminta agar diberikan peran dalam JKN dan menilai bahwa haknya berperan dalam JKN dinafikan. Benarkah? Mari kita kaji hal tersebut. Di negara demokrasi, semua warga negara memiliki kesempatan yang sama untuk berperan di ranah swasta maupun di ranah publik. Hanya saja, peran setiap warga negara di kedua ranah tersebut memiliki sedikit perbedaan. Di ranah swasta, peran seseorang dapat diwujudkan secara sendiri-sendiri atau melalui badan usaha berbentuk Perseroan Terbatas, Yayasan, usaha bersama (mutual) atau Koperasi. Mereka dapat bersaing merebut pembeli ratusan ribu produk yang dapat dibeli oleh masyarakat Indonesia.

Di ranah publik pemerintahan misalnya menjadi Presiden atau menjadi anggota DPR, peran seseorang harus melalui sebuah partai. Di ranah publik non-pemerintahan, seperti BPJS, peran seseorang dapat diwujudkan dengan ikut bersaing secara sendiri-sendiri, tanpa melalui partai atau perseroan, menjadi Direksi atau pengawas BPJS. Mereka dapat bersaing melayani rakyat.

Jadi, jika Pemohon menginginkan berperan, tidak ada halangan struktural yang melarang dirinya untuk berperan dalam JKN. Selain itu, peran dalam JKN tidak hanya terjadi pada organ BPJS, mereka juga bebas berperan dalam sisi layanan (*delivery*) misalnya dengan mendirikan klinik atau rumah sakit atau usaha penunjang rumah sakit.

Jika mereka, para Pemohon, ingin berperan dalam bidang jaminan/asuransi kesehatan, perannya pun tidak tertutup. Dalam Penjelasan Pasal 23 ayat (4) UU SJSN disebutkan, "*Peserta yang menginginkan kelas yang lebih tinggi dari*

pada haknya (kelas standar), dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan...". Banyak sekali produk-produk asuransi kesehatan yang tidak masuk paket manfaat JKN. Lagi pula, obyek asuransi, jika Pemohon ingin berbisnis dalam bidang asuransi, masih sangat luas. Porsi asuransi kesehatan hanyalah sekitar 1-2% portofolio bisnis asuransi di Indonesia. Asuransi jiwa, asuransi kendaraan bermotor, asuransi kebakaran, asuransi hari tua, asuransi kecelakaan diri, asuransi transportasi, dan masih banyak lagi produk asuransi yang belum terserap pasar Indonesia.

Rancangan JKN

Jaminan Kesehatan Nasional dirancang untuk memenuhi amanat UUD 1945 yaitu memenuhi hak layanan kesehatan [Pasal 28H ayat (1)] bagi SELURUH RAKYAT [Pasal 34 ayat (2)] karena sektor privat sudah pasti tidak mampu memenuhi amanat tersebut, maka dibentuklah sektor publik. Hanya saja, penyelenggara sektor publik ini BUKAN Pemerintah, tetapi Organisasi Kuasi Pemerintah yang disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Undang-Undang BPJS Nomor 24/2011 menyepakati pembentukan DUA BPJS, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan memang dirancang sebagai HANYA SATU Badan untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan dasar untuk seluruh rakyat. Tetapi, di atas atau di luar manfaat layanan kesehatan yang dijamin JKN masih luas, yang bisa dijual oleh asuransi kesehatan komersial. Pemohon dapat menjual asuransi kesehatan tambahan atau komplemen (yang tidak dijamin BPJS Kesehatan).

Dalam JKN, BPJS Kesehatan ditugasi mengurus Dana Amanat sebagaimana Pemerintah ditugasi mengurus dana pajak. Seperti halnya Pajak, setiap orang yang mampu WAJIB membayar iuran jaminan kesehatan. Pada hakikatnya Pajak dan iuran jaminan kesehatan tidak berbeda. Keduanya bersifat wajib, keduanya ditetapkan prosentase tertentu dari gaji/penghasilan, keduanya memiliki batas kewajiban (yang miskin/berpenghasilan rendah tidak membayar kewajibannya). Penugasan pemungutan dan penggunaan dana pajak DITUGASKAN kepada Pemerintah (monopolistik) sedangkan pengumpulan dan penggunaan iuran wajib JKN ditugaskan kepada BPJS Kesehatan (juga monopolistik). Keduanya (Pemerintah dan BPJS Kesehatan) adalah Badan Hukum Publik yang dimiliki SELURUH rakyat. Keduanya ditugaskan MELAYANI rakyat, BUKAN berjualan/berdagang kepada rakyat. Keduanya

BUKAN badan usaha yang bersaing menjual produknya, sehingga keduanya TIDAK tunduk pada UU Nomor 5/1999 yang HANYA berlaku di Ranah Privat. Tugas, wewenang, dan tata kerja Pemerintah dan BPJS diatur dalam UU tersendiri yang berada pada Ranah Publik.

Kumpulan iuran JKN disebut Dana Amanat Jaminan Kesehatan yang HANYA digunakan oleh BPJS Kesehatan untuk "membeli" layanan kesehatan dari sektor publik maupun sektor swasta. Untuk biaya operasional, BPJS diberikan hak sebagian kecil iuran, di banyak negara hanya kurang dari 5% dari iuran/Dana Amanat. Pada sisi layanan, JKN mengatur mekanisme pasar, mekanisme persaingan usaha. Sama halnya pada sisi pembangunan jalan (pemborong) dalam tugas Pemerintah diatur mekanisme pasar di mana berlaku mekanisme pasar bagi para pemborong. Dalam layanan kesehatan, setiap dokter/dokter gigi (yang memiliki kompetensi), klinik dan rumah sakit (yang berijin), atau apotik (yang berijin) berhak melakukan kontrak dengan BPJS untuk melayani peserta JKN. Sejauh mereka (provider: dokter, dokter gigi, apotik, klinik, dan RS) bersedia menerima syarat dan ketentuan pembayaran dan layanan bagi peserta JKN, BPJS TIDAK BOLEH MENOLAK. Prinsip ini disebut prinsip *any willing provider*. Memang, di lapangan terjadi petugas BPJS menolak sebagian dokter/klinik untuk menjalin kerjasama. Penolakan tersebut merupakan penyimpangan perilaku petugas BPJS, bukan peraturan BPJS. Sama halnya praktik kolusi oleh pejabat pemerintah dalam melakukan tender proyek-proyek pemerintah. Yang perlu dihukum adalah pejabatnya, bukan membubarkan BPJS atau Pemerintahnya.

Legal Standing Pemohon

1. Tiga PT yang memohon uji materi melakukan bisnis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Bisnis JPKM hakikatnya adalah bisnis asuransi kesehatan yang DULU diatur dalam UU Nomor 23/1992 tentang Kesehatan. Pengaturan bisnis JPKM dalam UU Kesehatan lama (yang kini tidak berlaku, karena sudah diganti dengan UU Nomor 36/2009 tentang Kesehatan) merupakan kekeliruan sejarah. Oleh karenanya tidak ada landasan hukum yang membolehkan ketiga badan usaha tersebut melakukan bisnis JPKM.

2. Jika Pemohon menginginkan bisnis asuransi kesehatan dengan menggunakan fitur-fitur layanan terkendali sebagaimana dulu diatur dalam model bisnis asuransi kesehatan bernama JPKM, maka pemohon HARUS mendapat ijin dari Otoritas Jasa Keuangan melakukan bisnis asuransi, yang dulu diatur dalam UU Nomor 2/1992 tentang Asuransi *juncto* UU 40/2014 tentang Asuransi.
3. Perlu saya sampaikan bahwa pada Putusan MK tanggal 31 Agustus 2005 atas Perkara Nomor 007/PUU-III/2005, Mahkamah telah menyatakan bahwa usaha JPKM (yang ketika itu diwakili oleh Satpel JPKM Rembang dan Perhimpunan Bapel atau Perbapel JPKM) TIDAK MEMILIKI LEGAL STANDING.

Kesimpulan dan Rekomendasi

1. Setiap orang berhak bersaing dan mendapat kesempatan untuk berperan dalam sektor Privat (bisnis/pasar), Namun, apabila sektor privat/bisnis tidak mungkin memenuhi amanat UUD 1945, untuk pemenuhan kebutuhan seluruh rakyat yang berkeadilan, maka sektor publik harus turun tangan.
2. Karena sektor privat gagal memenuhi kebutuhan jaminan kesehatan dan jaminan sosial lain bagi seluruh rakyat sebagaimana diperintahkan UUD 1945, maka BPJS dibentuk sebagai Badan Hukum Publik yang dimiliki seluruh rakyat. Status hukum BPJS tidak berbeda dengan status hukum Pemerintah. Yang berbeda adalah sumber dana dan tata kerjanya.
3. Oleh karena itu, keberadaan BPJS Kesehatan sebagai Badan Hukum Publik yang diatur tersendiri oleh UU Nomor 40/2004 dan UU Nomor 24/2011 tidak tunduk pada UU Nomor 5/1999 dan peraturan turunannya. Dengan demikian, menurut saya, permohonan Pemohon yang menggugat BPJS memonopoli bisnis asuransi/jaminan kesehatan sama sekali tidak beralasan.
4. Namun demikian, memang masih terdapat praktik-praktik monopoli yang dilakukan oknum-oknum BPJS yang dapat menimbulkan hambatan bagi sebagian orang untuk berperan dalam bidang layanan bagi peserta JKN dan merugikan kepentingan rakyat dalam memenuhi kewajiban dan hak konstitusional rakyat. Atas praktik-praktik menyimpang ini, pimpinan dan segenap pegawai BPJS harus segera berbenah diri.

2. Maruarar Siahaan

- Ketika dasar negara dibentuk dalam proses kemerdekaan pada sidang-sidang BPUPKI, maka yang menjadi perdebatan sebenarnya di antara para pendiri bangsa adalah apa dasar negara yang akan dibentuk? Kemudian kita mengetahui semua dan telah mengalami itu adalah Pancasila yang termuat dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar. Sebagai dasar negara, dia juga menjadi pandangan hidup bangsa. Konsep negara yang akan dibentuk yang menjadi tujuan bernegara itu kita kenal dengan konsep negara kesejahteraan (*welfare state*) dengan mana negara memainkan peran utama dalam pemajuan dan perlindungan kesejahteraan rakyat secara sosial dan ekonomi. Hal ini didasarkan pada pemberian kesempatan yang sama dalam memperoleh kesejahteraan kepada mereka yang tidak mampu memenuhi kesejahteraan dasarnya;
- Negara kesejahteraan dapat mengambil bentuk dalam pergeseran dana atau transfer dana yang dikumpulkan negara untuk membiayai pelayanan-pelayanan kesehatan, pendidikan, dan pelayanan sosial lainnya. Dengan cara demikian diharapkan bahwa kesenjangan antara yang kaya dan yang miskin tidak menyebabkan hilangnya kesempatan untuk memperoleh pemenuhan kebutuhan hidup yang mendasar. Bentuk inilah pada hakikatnya yang dimaksudkan dalam Pasal 34 UUD 1945 sebelum perubahan dengan maksud untuk memelihara kaum fakir miskin;
- Perkembangan perekonomian dunia yang mengalami depresi sebelum perang dunia kedua yang menimbulkan pengangguran dan kemiskinan pada banyak negara di barat yang bahkan menganut sistem market ekonomi yang liberal, menyebabkan terjadi sebenarnya perubahan sikap secara drastis atas intervensi negara dalam kebijakan sosial ekonomi. Selama masa depresi tersebut, konsep negara kesejahteraan dipandang sebagai jalan tengah di antara model ekstrim komunisme di kiri dan yang tidak tunduk pada pengaturan dalam pasar bebas yang dikenal dengan *laissez faire*. Setelah perang dunia kedua banyak negara Eropa berubah dari sifatnya yang mengadopsi program sosial secara sepotong-sepotong atau selektif memilih ke arah yang lebih komprehensif dan selektif yang disebut penanganan bersifat *cradle to grave* atau program-program sosial dari mulai lahir sampai kepada penguburan;

- Amerika Serikat yang menganut paham *laissez faire* dalam liberalisme di bawah Roosevelt yang merupakan satu-satunya negara industri yang tidak memiliki sistem jaminan kesehatan. Baru setelah tahun 1935, setelah depresi, kebijakan “*New Deal*” Roosevelt membentuk jaminan sosial dan asuransi sosial. Bahkan untuk mengatasi tingginya angka pengangguran, Pemerintahan Roosevelt mengeluarkan *Fair Labor Standards Act*, yaitu undang-undang yang membatasi jam kerja agar dapat secara adil didistribusikan kepada para pekerja secara adil;
- Barangkali pada saat itu benturan antara program *New Deal* dengan Mahkamah Agung Amerika justru menimbulkan suatu perbedaan yang tajam, sehingga pada akhirnya Roosevelt mengancam akan menambah hakim agung supaya dapat menyetujui program-program sosialnya. Tentu kebijakan seperti ini merupakan suatu kebijakan yang bertentangan dengan teori pasar bebas yang menyerahkan hal seperti itu kepada kehendak kebebasan berkontrak. Namun dalam depresi ekonomi, negara harus campur tangan. Negara kesejahteraan modern merupakan kombinasi demokrasi, kesejahteraan sosial, dan modal dengan akses terhadap hak-hak sosial dan politik yang menjadi instrumen untuk mengurangi kesenjangan dan mengatasi kemiskinan akibat pengangguran;
- Proses perwujudan cita-cita proklamasi tentang tujuan bernegara untuk peningkatan kesejahteraan umum merupakan kebijakan dalam bentuk intervensi negara untuk mendekatkan kesenjangan antara yang mampu dengan yang tidak, dalam rangka untuk mewujudkan Pasal 34 UUD 1945 sebelum perubahan. Namun tampak jelas bahwa barulah setelah kurang-lebih 60 tahun kemerdekaan, Indonesia melangkah dalam program sosial jaminan kesehatan yang terjadi setelah perubahan keempat UUD 1945 pada tahun 2002, dengan diadopsinya Pasal 34 baru sebagai bagian dari bab tentang Sistem Perekonomian dan Kesejahteraan Sosial;
- Di samping Pasal 34 ayat (1), ayat (2), ayat (3) UUD 1945 dan Pasal 28H ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) UUD 1945, maka Pembukaan UUD 1945 merupakan dasar hukum bagi upaya program kesejahteraan masyarakat, khususnya jaminan kesehatan secara menyeluruh dan adil, terutama bagi mereka yang memperoleh penghasilan yang tidak mencukupi. Wujud

negara kesejahteraan dalam model program kesejahteraan jaminan kesehatan ini merupakan hal yang diperintahkan oleh konstitusi dengan mengambil bentuk yang lebih universal dan modern, yaitu dengan program jaminan sosial ketenagakerjaan dan kesehatan yang berbentuk asuransi yang dikelola negara;

- Sistem Jaminan Sosial Nasional dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 yang didasarkan pada asas-asas kemanusiaan, asas manfaat, keadilan sosial bagi seluruh masyarakat Indonesia, bertujuan untuk memberi jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar yang layak bagi setiap peserta dan terselenggara sebagai upaya yang bersifat gotong royong dengan kepesertaan wajib dan beberapa prinsip lain;
- Sistem Jaminan Sosial Nasional tersebut diselenggarakan melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang akan mengintegrasikan badan-badan yang dibentuk negara dalam penyelenggaraan jaminan sosial yang ada sebelumnya di bidang kesehatan dan ketenagakerjaan. Ketika dalam perkara pengujian yang dihadapi saat ini, Pemohon mendalilkan keberatannya atas konstitusionalitas Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2), Pasal 16 ayat (1) dan ayat (2), Pasal 19 ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, maka batu uji yang dikemukakan adalah Pasal 28H ayat (1), Pasal 28H ayat (3), dan Pasal 28C ayat (2) Undang-Undang Dasar Tahun 1945 karena Pemberi Kerja tidak mempunyai selain jasa pemerintah untuk memberi jaminan pemeliharaan kesehatan kepada diri Pekerja;
- Inti ketentuan Pasal 15, Pasal 16, dan Pasal 19 yang dimohonkan diuji menyangkut: kepesertaan wajib Pemberi Kerja mendaftarkan dirinya dan Pekerjaannya sebagai peserta BPJS serta kewajiban Pemberi Kerja untuk memungut iuran yang menjadi beban peserta dan menyetorkannya kepada BPJS. Ketentuan tersebut dianggap bertentangan dengan Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 yang berbunyi, "*Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan yang sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.*"; Pasal 28H ayat (3) UUD 1945 yang berbunyi, "*Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia*

yang bermartabat.”; Pasal 28C ayat (2) UUD 1945 berbunyi, “Setiap orang berhak memajukan dirinya dalam memperjuangkan haknya secara kolektif untuk membangun masyarakat, bangsa, dan negaranya.”;

- Indikator konstusionalitas norma, sebelum masuk kepada inti konstusionalitas norma yang dimohonkan Pemohon, maka ketika kebijakan publik disusun dalam bentuk regulasi dalam peraturan perundang-undangan seharusnya naskah akademik telah mengungkap evaluasi dan analisis amanat konstitusi tersebut dengan landasan filosofis, sosiologis, dan yuridis dari Sistem Jaminan Sosial Nasional yang menjadi sumber legitimasi arah, jangkauan, dan ruang lingkup materi muatan undang-undang BPJS tersebut;
- Indikator konstusional norma yang akan dibentuk dalam undang-undang BPJS tidak dapat dilihat secara individual dari pasal-pasal yang diajukan oleh Pemohon sebagai batu ujian secara berdiri sendiri, melainkan dengan mengujinya juga terhadap pandangan hidup bangsa dan dasar, serta tujuan negara yang termuat dalam pembukaan UUD 1945. Pembukaan tersebut memuat tujuan bernegara yang berkehendak untuk melindungi segenap bangsa, kaya dan miskin, di seluruh nusantara dan baik yang mempunyai sumber penghasilan dan yang tidak secara adil dan dengan cara kebersamaan dan gotong-royong. Konsep negara kesejahteraan berdasarkan Pancasila dalam dunia modern sekarang ini yang terhubung secara erat dengan hak-hak sipil dan politik serta tujuan untuk mempersempit jurang antara kaya dan miskin sehingga mempunyai harapan dan kesempatan yang sama dalam mengembangkan diri dan meningkatkan martabatnya merupakan ukuran atau indikator dalam menilai dan menguji kebijakan yang diambil, khususnya dalam program kesejahteraan sosial jaminan kesehatan ini;
- Norma yang dimohonkan pengujian tersebut tidak bertentangan dengan konstitusi dalam makna yang diuraikan di atas karena hak-hak konstusional untuk memajukan diri dalam memperjuangkan hak secara kolektif untuk membangun masyarakat, bangsa, dan negara, dan hak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan diri secara utuh sebagai manusia bermartabat justru berdasarkan keterangan para saksi dan dilihat dari tujuan bernegara yang merupakan semangat atau

moralitas konstitusi, lebih terbuka kesempatan bagi lebih banyak orang untuk memperoleh jaminan kesehatan yang lebih besar;

- Jikalau yang dimaksudkan Pemohon bahwa usaha-usaha yang sudah dirintis dalam bidang jaminan kesehatan ini berdasarkan ketentuan yang berlaku sebelum perubahan UUD 1945 dalam Pasal 34 menjadi kehilangan market karena adanya kepesertaan wajib untuk mengikuti BPJS, maka kesempatan yang dimaksud untuk mempertahankan bidang usaha tersebut sebagai bagian untuk turut serta mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya serta meningkatkan kualitas hidupnya, maka undang-undang *a quo* sama sekali tidak mengatur seperti itu. Bahwa pilihan untuk memberikan atau memperoleh pelayanan yang lebih baik dari pelayanan dasar yang dapat diberikan oleh BPJS tentu terbuka, tetapi merupakan pilihan yang membebani, harga yang lebih, yang tentu secara sadar akan menjadi keputusan yang harus diambil oleh setiap orang dengan konsekuensi tertentu;
- Secara khusus, Ahli sebagai pimpinan UKI pada saat ini, dengan undang-undang ini, telah mendaftarkan seluruh staf, dosen, dan karyawan di UKI, tetapi ada permintaan dari pihak karyawan kalau boleh terus dipertahankan *In Health* yang ada karena kami juga ikut serta sebagai rekanan dari *In Health*. Tetapi kita mengemukakan kalau bersedia dua kali dipotong gajinya, *welcome*. Ini barangkali keputusan daripada setiap orang;
- Hambatan-hambatan dalam pelayanan serta batasan dalam plafon tertinggi yang ditanggung serta kurangnya informasi yang memadai dalam pelaksanaan operasional BPJS di lapangan, menurut hemat Ahli bukanlah merupakan masalah konstitusionalitas norma melainkan masalah implementasi undang-undang baik karena memerlukan waktu dalam sosialisasi maupun penyesuaian pelaksanaan di lapangan dengan apa yang sesungguhnya dimaksudkan oleh undang-undang *a quo*, tetapi intinya masalah yang dihadapi bukanlah konstitusionalitas norma itu sendiri;
- Dengan mengatakan semua hal ini, Ahli tidak hendak menyatakan bahwa tidak terdapat kekurangan di dalam undang-undang tersebut. Pertama, ketika terjadi rumusan sanksi yang berlebihan di dalam Pasal 17, yaitu

termuatnya kata “antara lain” di dalam sanksi itu. Patut dipahami bahwa suatu kewajiban yang telah dirumuskan menjadi kewajiban hukum akan selalu membutuhkan sanksi untuk dapat menegakkannya secara efektif, adanya hak asasi tidak dapat dipisahkan dari adanya kewajiban yang membatasinya. Oleh karenanya rumusan hak atas jaminan kesehatan tidak merupakan hal yang harus dipertentangkan dengan adanya kewajiban hukum untuk mewujudkan suatu tujuan negara yang telah ditentukan;

- Terlepas dari hal demikian, juga menjadi berlebihan jikalau ada pendapat bahwa pasal undang-undang *a quo* yang dimohonkan untuk diuji dikatakan diskriminatif karena rumusan diskriminasi yang dianut dalam Undang-Undang HAM, maupun instrumen HAM internasional dan yurisprudensi Mahkamah Konstitusi tidak memaknai keadaan yang disebut Pemohon dan Ahli yang diajukannya sebagai masuk dalam diskriminasi;
- Kepastian hukum yang dikatakan hilang karena adanya perubahan regulasi bukanlah senantiasa merujuk pada hilangnya kepastian hukum karena pemahaman dan pemaknaan konstitusi beserta perubahan konstitusi yang terjadi juga harus diikuti oleh penyesuaian regulasi yang lebih rendah. Karenanya seperti yang dikatakan Friedman, Block Grant Friedman, “*Law must be stable and yet it cannot stand still. Hands all thinking about law has struggled to reconcile the conflicting demands of the need of stability and the need of change.*” Rumusan “kehilangan kepastian hukum akibat perubahan hukum” adalah perubahan yang terjadi setiap waktu tanpa memberi ruang yang cukup bagi satu regulasi yang stabil untuk waktu yang relatif cukup. Tetapi perubahan regulasi yang terjadi dalam bidang jaminan kesehatan dan Bapelkes seperti juga pernah diuji Mahkamah Konstitusi dalam Putusan Nomor 007 Tahun 2005 bukanlah sesuatu yang terjadi secara semena-mena, melainkan karena adanya perubahan UUD 1945 tentang Bab Perekonomian dan Kesejahteraan Sosial;
- Jikalau demikian halnya, yang harus dipersoalkan bukan perubahan regulasi di bawah undang-undang, melainkan perubahan UUD 1945 sendirilah yang dipermasalahkan. Sebagai kesimpulan dari uraian ini, Ahli

menyatakan bahwa masalah yang diajukan bukan menyangkut konstitusionalitas norma, tetapi merupakan implementasi norma belaka;

- Ketika perubahan UUD 1945 juga terkait dengan Pasal 34 yang berada di dalam bab perekonomian dan kesejahteraan itu, memang benar bahwa kemunculan BPJS setelah perubahan UUD 1945 adalah ketertinggalan “satu langkah”;
- Pasal 33 ayat (2) UUD 1945 menyatakan bahwa cabang-cabang yang strategis itu meskipun merupakan hal yang bukan menyangkut sumber daya alam, bumi, air, tapi dia strategis, menguasai hajat hidup orang banyak, Pemerintah – menurut Ahli – diberikan oleh konstitusi untuk memberikan kesempatan terlebih dahulu bahwa negara yang melakukan, dikatakan *state monopoly*. Tetapi, di sini bukan masalah Pemerintah atau BPJS tidak melakukan suatu bisnis dalam mencari profit karena dia mengatakan, “Jelas nonprofit.” Kalau dia profit, tentu persaingan secara bebas. Begitu harus dilakukan dulu. Tetapi, di sini negara sebagai bagian daripada negara kesejahteraan (Pasal 33 UUD 1945) jelas menyatakan bahwa cabang-cabang produksi yang penting memang dikuasai tetapi di sini, sejak diujinya Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial yang telah memberi batas bahwa boleh yang non-pemerintah itu karena itu Pasal 5 ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) Undang-Undang Nomor 40, itu sudah dinyatakan tidak mempunyai kekuatan mengikat. Itu berarti mereka boleh. Tetapi, di sini tentu saja Pemerintah memikirkan mereka yang lebih rendah pendapatannya;
- Oleh karenanya, terdapat suatu landasan harus pelayanan kepada yang rendah pendapatannya yang diutamakan dan kemudian dananya ditanggung secara gotong-royong. Tetapi, bagi mereka yang tidak mampu, akan dibayar iurannya oleh Pemerintah. Oleh karena itu, kalau dikatakan ketinggalan satu langkah, di dalam cabang produksi seperti ini, ya memang. Bahkan, kalau Pemerintah langsung menyatakan, “*State monopoly*,” dia harus satu-satunya. Menurut konstitusi, Ahli tidak mengatakan baik dan buruk, tetapi konstitusi menyatakan seperti itu. Barangkali putusan-putusan Mahkamah Konstitusi secara konsisten menganut ini tentang apa yang dikuasai negara, bukan hanya bumi, air, dan sumber daya alam itu, tetapi cabang-cabang produksi, yang kalau kita

katakan dia strategis, mungkin kalau dari pertahanan, keamanan, dia tidak strategis sama sekali. Atau mungkin bisa juga strategis karena tidak mungkin orang-orang yang tidak sehat mau mempertahankan negara, tetapi di dalam soal kesejahteraan sosial, sudah pasti ini masalah yang menguasai hajat hidup orang banyak, terutama sekali bagi negara kita dengan tingkat pendapatan dari kebanyakan, atau katakanlah mayoritas penduduk tidaklah boleh dikatakan terlalu cukup, atau bahwa masih banyak di bawah garis kemiskinan;

- Bahwa Pasal 33 telah memberi landasan. Jadi, oleh karena itu, Ahli mengatakan, “Tidak ada masalah konstusionalitas di sini.” Tetapi, masalah itu buruk atau tidak dari sudut tren perekonomian dunia sekarang, saya tidak mengetahui. Tetapi, jalan ketiga yang selalu kita pilih itu dalam sejarah itu menjadi suatu hal yang telah teruji, kalau kita melihat sekarang bagaimana Amerika Serikat dengan *Obama Care* itu yang mendapat perlawanan keras dari kubu Republik yang tidak ingin bahwa orang-orang yang miskin itu diurus oleh mereka, biarlah mereka itu jalan sendirian. Barangkali kita tentu harus lebih sebagai negara yang menyatakan diri berdasarkan Pancasila, harus lebih barangkali dari Amerika Serikat dengan gagasan *Obama Care* itu;
- Kalau misalnya dikatakan bahwa kata “*wajib*” kemudian diikuti oleh sanksi, apakah bisa menentukan pilihan? Saya kira memang pilihannya menjadi semakin pilihan yang lebih berat tentunya bagi mereka yang memilih kepada seperti saya katakan kalau dosen-dosen di UKI, saya meminta apakah sedia untuk ditambah beban dua kali? Kalau bersedia, terbuka kemungkinan itu, tapi yang wajib ini karena kita memiliki apa yang disebutkan beban di dalam gotong royong itu, kita juga harus membantu mereka yang tidak mampu, maka kita harus juga ikut di dalam program yang telah ditentukan itu;
- Oleh karena itu, Ahli dengan tidak terlalu suka mengatakan bahwa Pasal 33 yang sudah digariskan oleh Mahkamah Konstitusi, memang memberi jalan seperti itu. Oleh karena itu, kalau ada perubahan yang kita inginkan seperti misalnya lain daripada ini, kita harus mempersoalkan dulu naskah Pasal 33 itu yang sudah terus menerus diperdebatkan, bahkan tetap tidak

berhasil itu dan dipertahankan Pasal 33 itu Ahli mengatakan, kita harus menerima ini sebagai satu fakta;

- Memang kebebasan itu sekarang menjadi agak berkurang dia karena dia berada di satu area, di mana pemerintah menyatakan itu sesuatu yang strategis dan pemerintah mengambil alih. Pasal 33 itu barangkali banyak hal yang dilanggar sekarang ini oleh peraturan perundang-undangan, tetapi untuk kembali juga merupakan hal yang sulit sekali karena banyaknya ikatan-ikatan dalam kontrak yang sudah terjadi;
- Kalau kita melihat bagaimana Pasal 33 itu dengan implementasinya harus dilakukan dengan undang-undang, bisa diberikan kewenangan kepada Presiden untuk mengatur berdasarkan Peraturan Presiden. Apa yang terbuka, apa yang tertutup, bidang-bidang usaha itu, tentu bisa kita lihat bahwa ini merupakan suatu hal yang berat, tetapi kalau pilihan yang seperti ini, menurut Ahli, ini bagian yang paling strategis;
- Bagaimana pembedaan kata “mengembangkan” dalam Pasal 34 UUD 1945 dengan “menyelenggarakan” dalam Pasal 31 UUD 1945? Kalau kita ambil kosakata mengembangkan itu dari *to develop*, dia itu membangun juga, jadi saya tidak mengatakan dia meletakkan dasar-dasarnya, sedangkan menyelenggarakan mungkin ada satu asumsi bahwa telah ada sistem, meskipun kita melihat tidak seperti itu karena banyak undang-undang mengenai pendidikan seperti Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional baru tahun 2003 lahirnya, tapi Ahli tidak mempertentangkan ini karena *to develop*, tetapi kosakata itu di MPR tidak dibahas. Ahli membaca buku 7, Ahli bolak-balik karena Ahli menganggap bahwa ini sudah ditanyakan, tapi Ahli tidak menemukan bahwa ada seorang anggota DPR/MPR yang menyebutkan ini atau dari fraksi atau Ahli mempersoalkannya. Oleh karena itu, menurut Ahli, ini tidak perlu dipertentangkan;
- Memang dari UU Peraturan Pembentukan Perundang-undangan, yang tidak dipatuhi adalah soal naskah akademik, karena baru muncul kemudian atau belakangan, tetapi tidak selalu berarti bahwa draft yang dihasilkan itu, bukan merupakan suatu pemikiran yang mencoba melihat batas-batas konstitusional di dalam konstitusi untuk menjabarkannya di dalam undang-undang. Kewajiban menyusun naskah akademis seringkali

tidak dipatuhi. Bahkan tanpa menyebutkan nama sekarang ini ada satu undang-undang yang akan disusun dan sangat penting, tetapi dikatakan naskah akademisnya nanti saja belakangan. Saya mengatakan gagasan itu atau sikap kita harus ambil dulu dari naskah akademik ini yang bisa menerjemahkan *constitutional boundaries* itu secara tepat dan baru kita kemudian memiliki keleluasaan untuk menyusun norma-norma;

- Lon Fuller, dalam *The Morality of Law*, menyebutkan jangan sering berganti peraturan. Yang disebutkan sering berganti itu ada di undang-undang lain, bukan di undang-undang tentang jaminan sosial ini. Pada saat itu barangkali tahap-tahap awal konsolidasi konstitusi kita banyak betul yang tidak sinkron normanya dengan UUD 1945. Saya sudah mengatakan itu, bagaimana tentang satu istilah saja dalam undang-undang begitu banyak masyarakat hukum adat semuanya beda-beda itu, karena dari Dirjen Kehakima, sinkronisasi dan harmonisasi itu belum berlaku dan Ahli menyarankan kemarin harus ada *clearing house* di tempat Presiden sehingga semua dipadukan;
- Menyangkut soal konsistensi, bahwa Bapel JPKM memang sudah 20 tahun eksis dalam Undang-Undang Kesehatan. Barangkali karena adanya sekarang satu sikap untuk mencoba melakukan suatu kebijakan yang lebih utuh sebagai penerjemahan dari UUD 1945, menurut Ahli bahwa hukum kadang-kadang memang begitu. Kalau ada perubahan seperti itu ada yang menjadi korban, bahkan kalau kita melihat itu bukan hanya di bidang yang sangat mendasar seperti ini, hampir tiap hari kita ketemu seperti dengan tidak sinkronnya peraturan-peraturan ini. Oleh karena itu, ada pilihan berupa manfaat ganda. Kalau memang masih ada rakyat yang memilih badan-badan seperti Bapel JPKM yang dikelola Pemohon, ya alhamdulillah, tapi kalau tidak, apa boleh buat, garis yang kita tempuh sekarang adalah bagaimana untuk ikut secara gotong royong membantu mereka yang tidak mampu. Mungkin kalau kita melihat kesehatan di Jawa saja, kita bisa melihat tidak ada hal yang luar biasa, tapi coba lihat ke luar Jawa, di situlah sebenarnya satu pemikiran mengapa memerlukan BPJS ini dengan lebih efektif;
- Ahli yakin betul sosialisasinya masih kurang betul. Bagaimana kurangnya koordinasi sebenarnya kita akui. Tapi apakah itu masalah

konstitusionalitas norma? Ahli menjawab: tidak. Ahli setuju banyak yang harus diperbaiki. Ahli tidak tahu bagaimana nanti mengadopsi peran para Pemohon sebagai penyelenggara di bidang ini dengan suatu tata cara yang “cantik” dengan pemerintah dan BPJS untuk bisa memberikan suatu solusi yang tidak merugikan (*win-win solution*) yang bisa baik.

SAKSI PRESIDEN

1. Ria Irawan

- Saksi bernama Chandra Ariati Dewi (Ria Irawan) selaku peserta BPJS Kesehatan menyampaikan kesaksian terkait pelayanan dan manfaat yang Saksi rasakan sebagai pasien RS Fatmawati, Jakarta Selatan, dengan diagnosa kanker rahim dan kanker kelenjar getah bening stadium 3C;
- Tahun 2009, Saksi didiagnosa oleh dokter memiliki miom dan terdapat penebalan dinding rahim, pada saat itu dengan asumsi Saksi akan memanfaatkan asuransi swasta yang Saksi miliki, Saksi melakukan pengobatan di beberapa tempat yaitu Singapura, Malaysia, dan tentunya Indonesia. Namun setelah pihak asuransi mengetahui penyakit Saksi pada saat itu, pihak asuransi tidak bisa menanggung dengan alasan penyakit tersebut tidak ditanggung oleh asuransi, akhirnya Saksi harus mengobati sendiri pengobatan Saksi sejak tahun 2009 sampai tahun 2014. Total biaya yang harus Saksi keluarkan sudah hampir Rp 1 miliar;
- Bulan Januari 2014, terjadi pendarahan dan Saksi melakukan beberapa cek kembali di beberapa rumah sakit. Dokter menyarankan kepada Saksi untuk melakukan biopsi agar mengetahui apa sesungguhnya penyakit yang Saksi derita. Namun kembali lagi, Saksi juga menunda-nunda pengobatan Saksi dan akhirnya Saksi memutuskan untuk melakukan USG untuk mengetahui kondisi rahim Saksi. Dari hasil USG, dokter menyarankan Saksi untuk melakukan operasi pengangkatan rahim;
- Mengetahui adanya program BPJS Kesehatan, akhirnya Saksi mendaftarkan diri menjadi peserta BPJS Kesehatan di bulan Agustus 2014. Sebagai peserta mandiri kelas 1 dengan terdaftar di Puskesmas Kelurahan Lebak Bulus, setelah mendapatkan kepesertaan BPJS Kesehatan, akhirnya Saksi melanjutkan pengobatan sesuai prosedur yang ada. Saksi berobat ke Puskesmas Kelurahan Lebak Bulus dan

mengkonsultasikan kondisi yang selama ini Saksi alami, dan akhirnya Saksi dirujuk ke Rumah Sakit Fatmawati. Dokter di Rumah Sakit Fatmawati menyarankan kepada Saksi untuk melakukan tindakan operasi dan akhirnya Saksi siap untuk menjalani operasi tersebut dengan melakukan pengecekan ulang kembali, ada cek darah, cek jantung, kembali di-USG;

- Pada 30 September 2014, Saksi melakukan tindakan operasi pengangkatan rahim. Dari hasil patologi anatomi, dokter memberitahu Saksi bahwa penyakit kanker yang Saksi derita sudah menjalar ke getah bening dengan kondisi stadium 3C. Mengetahui kondisi tersebut, saat ini Saksi sedang menjalankan kemoterapi di Rumah Sakit Fatmawati. Besok tanggal 8, Saksi akan melakukan kemoterapi yang keempat dari enam, tiga kemarin Saksi sudah potong dengan radiasi, mereka menyebutnya pengobatan *sandwich* karena Rumah Sakit Fatmawati tidak memiliki fasilitas radiasi, jadi Saksi melakukan radiasi di Rumah Sakit RSCM;
- Dari apa yang Saksi alami, Saksi tetap bersyukur atas nikmat yang diberikan Allah SWT dan alhamdulillah, Saksi sama sekali tidak mengeluarkan uang pribadi sama sekali, semua ditanggung oleh BPJS Kesehatan, sehingga Rp 0,00 atau sama sekali tidak keluar uang mulai dari perawatan, tindakan, obat yang dibawa pulang, kemo, semuanya Rp 0,00;
- Dari apa yang saksi alami, sebagai warga negara biasa, Saksi merasakan begitu besar manfaat yang Saksi rasakan semenjak ada program jaminan kesehatan ini. Saksi sebagai warga negara merasakan kehadiran negara di tengah-tengah warganya dengan adanya jaminan sosial ini. Dan juga melihat dengan adanya program ini, Saksi merasakan begitu mudah untuk mendapatkan akses jaminan kesehatan dan Saksi yakin semua orang juga merasakan hal yang sama. Dengan semua orang wajib mendaftarkan diri sebagai peserta, maka tidak ada lagi perbedaan antara orang kaya atau orang miskin, artis atau bukan, Chandra Ariati Dewi atau Ria Irawan, tidak ada hubungannya dengan ketenaran/selebritas yang menempel dari pekerjaan Saksi. Pada akhirnya, semuanya mendapatkan hak yang sama untuk bisa mengakses hak atas jaminan sosialnya;

- Untuk menjadi peserta BPJS memang kewajibannya adalah membayar iuran. Tapi setelah itu tidak ada biaya apa pun lagi. Tidak ada tambahan biaya untuk obat. Rumah Sakit-nya pun ditunjuk. Walaupun sudah dirujuk ke rumah sakit yang lain, yaitu Setia Mitra dan masih tetap ada tambahan biaya, Saksi tidak mau, Saksi minta balik lagi ke puskesmas, Saksi bilang mau yang Rp 0,00, dan ditunjuklah RS Fatmawati, jadi benar-benar Rp 0,00;

2. Yani Hanifah

- Saksi adalah orang tua dari pasien penderita hemofilia yaitu putra kedua Saksi yang bernama Ikhsan, umur 15 tahun, yang menderita hemofilia yang mendapatkan pelayanan di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung, sebagai peserta BPJS kesehatan;
- Ikhsan merupakan anak kedua saya yang lahir pada tahun 1999, di umur satu bulan, dokter menyatakan Ikhsan menderita hemofilia. Kecurigaan dokter terbukti karena anak pertama saya sebelumnya juga menderita hemofilia dan telah meninggal dunia;
- Hemofilia merupakan kelainan genetik pada darah yang disebabkan adanya kekurangan faktor pembekuan darah. Hal ini mengakibatkan pasien yang menderita penyakit hemofilia ketika mengalami luka, akan sulit darahnya untuk membeku, di mana proses pembekuan darah tidak akan berlangsung secepat seperti orang normal;
- Saat ini Ikhsan telah berusia 15 tahun, alhamdulillah dia bisa hidup seperti layaknya anak normal yang bisa tetap sekolah. Sejak lahir, Ikhsan sudah harus mendapatkan penanganan medis di rumah sakit untuk kondisi penyakitnya. Semua orang tua manapun pasti akan melakukan hal apa saja untuk kesembuhan dan kelangsungan hidup anaknya. Awalnya, Saksi mengupayakan secara pribadi biaya pengobatan anak Saksi. Lama kelamaan sambil mengupayakan jaminan untuk putra Saksi, Saksi menjual apa pun yang Saksi punya seperti rumah, perhiasan, lemari, kursi, apa pun yang akan jadi uang, Saksi jual demi putra Saksi.
- Itulah akhirnya mengapa Saksi mengupayakan untuk mendapatkan kartu Jamkesmas. Begitu sulitnya untuk mendapatkan Jamkesmas pada saat itu, dengan kondisi anak Saksi yang sedang di rumah sakit, Saksi pergi ke Kementerian Kesehatan untuk hanya meminta kartu Jamkesmas,

bagaimana perjuangan Saksi dulu untuk mendapatkan Jamkesmas berapa tahun Saksi harus berjuang sana-sini untuk mendapatkan Jamkesmas, sampai itu bisa diberikan;

- Setelah Saksi merasa mampu untuk membayar iuran sebagai peserta mandiri, Saksi melepas kepesertaan Jamkesmas keluarga Saksi dengan mengembalikan kartu Jamkesmas pada Dinas Sosial Wilayah Jawa Barat dan mendaftar sebagai peserta mandiri kelas 1;
- Untuk sekarang sangat simpel menurut Saksi daftar ke BPJS dengan bayar iuran langsung bisa dilayani di rumah sakit. Bahkan dulu orang daftar hari ini, besok sudah bisa langsung dilayani di RS. Sekarang menjadi seminggu, wajarlah, menurut Saksi karena yang daftar rata-rata orang sakit, selesai sakit berhenti bayar, selesai operasi berhenti bayar. di situ juga yang membuat saya bergerak untuk mengawal orang, mulai dari disiplin berobat sampai bayar iuran BPJS karena bukan apa-apa, tidak ada orang yang bayar Rp 25.500,00, bisa berobat untuk biaya yang lebih dari puluhan juta;
- Saksi pernah ikut empat asuransi swasta, intinya Saksi sakit hati ketika awal perjanjian, anak Saksi hanya ditanggung ruangan rawat saja, tidak ada yang mau menjamin penyakit hemofili anak Saksi. Penyakit hemofili ini bisa pendaharan kapan saja, di mana saja, tanpa ada pemicu apa pun;
- Ikhsan adalah salah satu survivor untuk pendarahan otak, jarang ada penderita yang bisa *survive*. Saksi akan merasa sangat kesulitan jika memang program pemerintah ini gagal di tengah jalan. Saksi sangat terbantu sekali dengan adanya program ini. Memang jumlah penderita hemofili tidak banyak, tapi kami keluarga hemofili juga punya hak yang sama untuk tetap memperjuangkan hak untuk sehat;
- Ikhsan memiliki berat badan 54 kg dan mendapatkan terapi faktor 8 seharga Rp 34.000.000,00 dan itu semuanya tidak mengeluarkan biaya satu sen pun. Jadi Saksi mendapatkan fasilitas pengobatan semuanya gratis;

3. Wahyu Handoko

- Saksi bernama dr. Wahyu Handoko M.M., Ahli asuransi kesehatan, yang dalam posisinya saat ini adalah salah satu direktur PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia memberikan kesaksian atas apa yang Saksi ketahui

terkait dengan pelaksanaan koordinasi manfaat (*coordination of benefit*) antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dengan penyelenggara asuransi tambahan atau asuransi komersial;

- PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia adalah merupakan perusahaan yang bergerak di dalam asuransi jiwa dengan produk asuransi kesehatan dan asuransi jiwa. Semula, PT Inhealth adalah pemegang saham PT Askes Persero dan Koperasi Bhakti Karyawan PT Askes, tetapi kondisi sekarang ini karena peraturan perundangan terkait dengan BPJS tidak diperkenankan mempunyai saham di dalam Inhealth, pemegang saham saat ini adalah Bank Mandiri, Jasindo, dan Kimia Farma;
- Terkait dengan CoB, pertama, koordinasi manfaat itu didasarkan kepada beberapa regulasi yang telah ditetapkan oleh pemerintah yaitu Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, adanya teknis operasional peraturan Direktur BPJS Kesehatan Nomor 064 Tahun 2014. Secara teknis operasional sebetulnya BPJS telah mengimplementasikan CoB, telah melakukan pembicaraan dengan Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia dan Asosiasi Asuransi Umum Indonesia, sehingga akhirnya pada bulan April 2014, telah disepakati bentuk standar kontrak antara BPJS Kesehatan dengan penyelenggara asuransi komersial. Berkaitan dengan itu, maka pada tanggal 23 April 2014, PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia melakukan kerja sama dengan BPJS Kesehatan di dalam hal CoB;
- Memang didasari dengan adanya perubahan perundangan ini bagi industri, tidak hanya bagi masyarakat, tetapi bagi industri perlu adanya sosialisasi dan edukasi supaya masing-masing industri, termasuk industri asuransi komersial, melakukan persiapan-persiapan untuk penyikapan terkait dengan hal CoB ini. Tetapi secara pokok sebetulnya CoB membuka ruang bagi masyarakat yang mempunyai kemampuan dan ekspektasi yang lebih untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, khususnya dalam hal kenyamanan dan kecepatan untuk membeli asuransi, penyelenggara asuransi tambahan;

- Hal itu terbukti sejak dilaksanakannya perjanjian kerja sama antara kami dengan BPJS Kesehatan, kondisi saat ini sudah ada 20 badan usaha yang bekerja sama dengan Inhealth dengan jumlah peserta 164.694 jiwa dengan skema CoB. Artinya, dengan skema adanya kerja sama antara BPJS Kesehatan dengan PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia;
- Kondisi saat ini setahu Saksi lebih dari 30 perusahaan asuransi komersial atau di dalam istilah perundangan adalah penyelenggara asuransi tambahan yang sudah bekerja sama CoB dengan BPJS Kesehatan. Mekanismenya bagaimana? Mekanismenya adalah setelah disepakati adanya standar kontrak antara BPJS Kesehatan dengan penyelenggara asuransi tambahan atau asuransi komersial, kami mengajukan diri kepada BPJS Kesehatan. Setelah mengajukan diri, terus dilakukan diskusi-diskusi, setelah terjalin kesepakatan beberapa hal yang disepakati antara BPJS Kesehatan dengan penyelenggara asuransi komersial, lalu kami menandatangani perjanjian kerja sama antara BPJS Kesehatan dengan PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia;
- Sebelum adanya BPJS kesehatan, PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia memang mempunyai beberapa produk. Produk yang pertama adalah produk diamond. Produk diamond itu adalah pelayanan sampai dengan luar negeri. Produk kedua adalah platinum. Platinum itu adalah pelayanan seluruh Indonesia yang bisa berlaku di rumah sakit-rumah sakit. Ada produk gold yang berlaku seluruh Indonesia. Ada silver yang berlaku seluruh Indonesia. Ada juga produk blue yang berlaku untuk se-provinsi atau wilayah dan produk alba yang berlaku untuk wilayah setempat;
- Dengan adanya peraturan perundangan ini, awalnya memang kami memprediksikan bahwa akan terjadi gerusan di dalam konsep-konsep terutama untuk produk blue dan alba, tetapi faktanya adalah kondisi saat ini PT Gudang Garam yang memilih produk yang tadinya di bawah nasional yang tadinya kita anggap akan tergerus, ternyata masih berlanjut dengan Inhealth dengan konsep tetap CoB. Artinya, gerusan itu tergantung atau terkait dengan pangsa pasar, kreativitas dari manajemen pengelola asuransi kesehatan atau penyelenggara asuransi kesehatan tambahan. Kreativitas-kreativitas itu penting karena adanya perubahan lingkungan yang cukup signifikan kaitannya dengan regulasi, sehingga kecerdasan di

dalam menyikapi untuk tetap eksis dan pangsa pasar tidak tergerus, tergantung dari kreativitas dan keberanian dari manajemen masing-masing dari asuransi kesehatan atau pun asuransi jiwa;

- Menurut Saksi, di dalam implementasinya, untuk pelayanan-pelayanan bagi seluruh penduduk Indonesia, maka bersifat wajib. Sedangkan bagi masyarakat tertentu yang menginginkan ekspektasi lebih, kalau dari sisi manfaat pelayanan kesehatan, tidak ada yang bisa melawan BPJS kesehatan, mulai dari penyakit yang ada di telapak kaki sampai ujung rambut ditanggung semua;
- Yang dijual oleh Saksi sebetulnya adalah faktor kecepatan dan kenyamanan karena ini ekspektasi lebih. Kecepatan dan kenyamanan itu melalui apa? Tentu saja menyediakan provider-provider di luar pelaksanaan jaminan kesehatan. Ada provider yang hanya bekerja sama dengan BPJS kesehatan, ada provider yang hanya bekerja sama dengan Inhealth, ada provider bekerja sama dengan Inhealth dan BPJS kesehatan;
- Inilah kreativitas yang kami mainkan karena pada umumnya apabila kondisi saat ini, realitas di lapangan bahwa penggunaan fasilitas kesehatan atau provider kesehatan itu apabila menggunakan BPJS kesehatan masih terjadi antrean, beberapa lama kecepatan, kenyamanan. Inilah sebetulnya kreativitas yang kita jual. Artinya kalau ingin kecepatan dan kenyamanan, silakan membeli Inhealth karena kami menyediakan adanya loket tersendiri, adanya pelayanan di luar dari antrean, dan sebagainya. Ini kreativitas. Sekali lagi, ini karena perubahan lingkungan itu tergantung dari sikap kreatif dan keberanian dari manajemen masing-masing asuransi atau pun penyelenggara asuransi tambahan;
- Ada beberapa manfaat CoB dari sisi masyarakat yaitu adanya pemenuhan hak karena beberapa masyarakat yang mempunyai kepesertaan, baik BPJS maupun Inhealth, adalah adanya pemenuhan hak. Tidak seolah-olah adalah seperti hanya membayar BPJS, itu hanya semacam CSR, tapi ini bisa dimanfaatkan tergantung pilihan yang bersangkutan;
- Dari sisi provider, ini adanya kejelasan pembayaran penjaminan termasuk di dalamnya ini merupakan pangsa pasar sendiri karena BPJS kesehatan tidak menjual kelas VIP dan VVIP, sedangkan untuk asuransi komersial

menjual VVIP dan VIP. Bagi asuransi komersial tentu saja ini sebetulnya juga memberikan ruang segmen baru karena kondisi saat ini masyarakat Indonesia baru sekitar 3%-an yang ikut asuransi komersial. Dengan adanya BPJS ini, maka menjadi kewajiban komponen masyarakat termasuk perusahaan. Dengan adanya kewajiban ini karena adanya pelayanan BPJS yang telah ditetapkan berdasarkan peraturan perundangan banyak segmen yang Saksi yakini membutuhkan pelayanan lebih, sehingga itu adalah ruang-ruang peluang pasar bagi asuransi komersial;

- Kaitannya dengan itu, maka bagi pekerja juga adanya ruang supaya pelayanan kesehatan yang sebelum BPJS, terutama untuk segmen masyarakat tertentu, itu tidak lagi terbatas hanya pada BPJS Kesehatan. Jadi artinya, pelayanan kesehatan yang sebelum BPJS Kesehatan itu tidak menurun. Kalau hal ini terjadi, maka dalam pandangan Saksi, segmen ke segmen masyarakat tertentu yang mempunyai kemampuan lebih, tentu saja. Tapi, pandangan Saksi ini belum didukung oleh data karena baru tahun pertama pelaksanaan CoB. Prediksi Saksi adalah bahwa orang-orang segmen tertentu tentu saja akan lebih banyak memanfaatkan asuransi kesehatan komersial. Artinya luran yang diberikan kepada BPJS bisa semacam untuk subsidi silang atau untuk gotong royong dengan segmen masyarakat-masyarakat tertentu yang membutuhkan iuran.
- Tapi ini tidak berarti bahwa hak dia hilang karena pada umumnya penyelenggaraan asuransi komersial untuk menyelenggarakan penyakit-penyakit katastropik, penyakit-penyakit katastropik itu adalah penyakit-penyakit yang apabila terjadi kejadiannya membutuhkan biaya yang cukup besar, yang bisa-bisa menjadikan pemiskinan sistematis, contoh misalnya cuci darah, gagal ginjal, cancer, itu pada umumnya asuransi komersial kondisi saat ini tidak menanggung, kalau pun menanggung, itu pasti setting preminya karena resikonya tinggi, itu akan pasti membebani dari badan usaha;
- Segmen-segmen inilah dalam kerja sama itu biasanya Saksi memberikan konsultasi kepada badan usaha, mana segmen-segmen yang dimasukkan ke dalam Inhealth, mana yang tidak. Nanti dibantu untuk bisa dijamin di dalam BPJS Kesehatan melalui mekanisme CoB. Artinya, bisa saling

membantu dan sekaligus tidak membebani cukup besar bagi pelaku usaha. Sisi yang lain, tentu saja kalau mekanisme ini berjalan diharapkan karena menguntungkan sepihak tentu saja diharapkan *universal health coverage* segera bisa terwujud di Indonesia;

- Jika BPJS memiliki persyaratan yang cukup berat untuk bekerjasama, berarti yang sudah bekerja sama baru sedikit. Pelaku industri asuransi kesehatan komersial yang saat ini gambarannya adalah sekitar 91.49 itu adalah dari asuransi yang bergerak di bidang kesehatan sedangkan sisanya adalah asuransi kerugian. Di dalam prosesnya yang Saksi tahu, persyaratannya tidak demikian berat karena di dalam membuat konsep kontrak BPJS sebelumnya sudah mengajak bicara dengan Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia dan Asosiasi Asuransi Umum Indonesia, artinya kalau pun ada persyaratan keberatan, seharusnya sudah terkomunikasikan dan itu sudah disepakati
- Di dalam kontrak asuransi inhealth berlaku kontrak satu tahun. Satu tahun artinya karena kemarin masa transisi adanya 1 Januari, mungkin kontraknya ada yang bulan 1 Juli sampai dengan 30 Juni tahun berikutnya, artinya sudah terdaftar dulu di inhealth. Kalau mekanisme itu yang terjadi, maka kalau misalkan badan usaha berkenan untuk mengikuti program CoB, akan dikomunikasikan dengan BPJS kesehatan supaya kehendak kami adalah kebijakan satu pintu. Itu untuk yang sudah. Sedangkan bagi yang belum, misalkan masyarakat yang belum terdaftar di dalam program asuransi BPJS kesehatan, maka terus terang kondisi saat ini Saksi menjual dua produk yaitu, pertama, produk betul-betul murni asuransi komersial tanpa CoB dengan BPJS. Kedua, juga dijual produk-produk yang ada hubungannya dengan BPJS melalui paket CoB. Tentu saja ini preminya akan berbeda dari sisi asuransi komersial. Kalau dari sisi asuransi komersial karena dengan adanya CoB, maka adanya perhitungan risiko bisa kami ditanggung oleh BPJS maka dari sisi inhealth kalau COB relatif lebih murah. Kalau sudah menjadi peserta inhealth, maka akan dikomunikasikan seandainya badan usaha itu akan menjadi peserta BPJS. Sedangkan apabila belum, akan ditawarkan produk CoB dan produk asuransi komersial ke badan usaha-badan usaha itu;

- Dalam pandangan asuransi komersial, setahu Saksi premi ditentukan berbasis aktuarial, perhitungan risiko. Risiko-risiko yang terjadi tentu saja yang lebih mengetahui adalah penyelenggara asuransi yang bersangkutan. Terus terang Saksi belum tahu struktur risiko yang ada di dalam Bapel-Bapel atau JPKM. Biasanya, keluar premi sekian di dalam bisnis asuransi karena sebetulnya bisnis asuransi adalah bisnis risiko. Misalkan, struktur premi itu artinya biaya operasional berapa, biaya murni risiko berapa, dan sebagainya. Setiap risiko itu artinya premi yang berlaku lokal, tidak bisa berlaku ke luar seluruh Indonesia. Contoh, premi di Bapel tertentu itu berlaku di satu kabupaten/kota itu, mungkin murah. Tetapi seandainya terjadi risiko dia keluar dari daerahnya dan kemudian sakit, seperti misalkan Saksi dari Batang Pekalongan, mengalami sakit di Pekanbaru, siapa yang akan menjamin? Berbasis risiko itu adalah tidak bisa dibandingkan *apple to apple*, kaitannya CoB dengan premi yang ada di dalam JPKM karena ini faktor manfaat pelayanannya beda, portabilitasnya beda, tentu saja tidak bisa dibandingkan.

[2.4] Menimbang bahwa untuk menanggapi dalil-dalil permohonan para Pemohon, Dewan Perwakilan Rakyat telah menyampaikan keterangan dalam persidangan tanggal 2 Februari 2015, dan telah pula menyerahkan keterangan tertulis yang diterima Kepaniteraan Mahkamah pada tanggal 16 April 2015, yang pada pokoknya menerangkan sebagai berikut:

A. HAK DAN/ATAU KEWENANGAN KONSTITUSIONAL YANG DIANGGAP PARA PEMOHON TELAH DIRUGIKAN OLEH BERLAKUNYA UNDANG-UNDANG NOMOR 24 TAHUN 2011 TENTANG BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL

Para Pemohon dalam permohonan *a quo* mengemukakan bahwa hak konstitusionalnya telah dirugikan dan dilanggar atau setidaknya potensial yang menurut penalaran wajar dapat dipastikan terjadi kerugian oleh berlakunya Pasal 15 ayat (1) dan (2), Pasal 16 ayat (1) dan (2), Pasal 17 ayat (1) dan (2), Pasal 19 ayat (1), (2) dan (3) UU BPJS, dengan alasan-alasan sebagaimana diuraikan dalam pokok permohonan yang pada pokoknya sebagai berikut:

- a. Bahwa Pasal *a quo* yang mewajibkan pemberi kerja mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta kepada BPJS sesuai dengan program jaminan yang diikuti, menyebabkan pemberi kerja tidak bisa untuk memilih penyelenggara jaminan sosial yang lebih baik dari BPJS. (*vide* permohonan hal 10).
- b. Bahwa UU BPJS telah meniadakan hak pekerja untuk mendaftarkan diri sebagai peserta program jaminan sosial atas tanggungan perusahaan apabila perusahaan telah nyata-nyata tidak mendaftarkan pekerjanya pada penyelenggara jaminan sosial (*vide* permohonan hal 15).
- c. Bahwa Pasal *a quo* sangat merugikan hak konstitusional pemberi kerja untuk tidak diperlakukan secara diskriminatif, karena pasal *a quo* tersebut menentukan bahwa pemberi kerja selain penyelenggara negara yang tidak melaksanakan ketentuan pasal *a quo* (mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta program jaminan sosial) dikenai sanksi administratif (*vide* permohonan hal 11).
- d. Bahwa pasal *a quo* sangat berpotensi merugikan hak konstitusional pemberi kerja untuk mendapatkan status kewarganegaraan karena adanya sanksi administratif berupa tidak mendapat pelayanan publik atas penerbitan KTP mengingat penjelasan pasal *a quo* sangat terbuka yakni yang dimaksud dengan “pelayanan publik tertentu” antara lain pemrosesan ijin usaha, ijin mendirikan bangunan, bukti kepemilikan hak tanah dan bangunan. Penggunaan frasa “antara lain” maknanya tidak terbatas dan termasuk beberapa hal yang disebutkan tersebut (*vide* permohonan hal 12).
- e. Bahwa ketentuan pasal *a quo* menimbulkan pilihan satu-satunya pemberi kerja ketika hendak memberikan jaminan sosial kepada pekerja adalah BPJS, Pasal tersebut jelas menegaskan mau atau tidak mau pemberi kerja harus memilih BPJS sebagai penyelenggara jaminan sosial pekerja. Hal tersebut tentu menyebabkan adanya penguasaan tunggal (etatisme) jasa layanan kesehatan padahal penyelenggara jaminan sosial bukan hanya BPJS (*vide* permohonan hal 12).

B. KETERANGAN DPR RI

Terhadap dalil para Pemohon sebagaimana diuraikan dalam Permohonan *a quo*, DPR dalam penyampaian pandangannya terlebih dahulu menguraikan mengenai kedudukan hukum (*legal standing*) dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Kedudukan Hukum (*Legal Standing*) Para Pemohon

Kualifikasi yang harus dipenuhi oleh Pemohon sebagai Pihak telah diatur dalam ketentuan Pasal 51 ayat (1) UU Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi (selanjutnya disingkat UU Mahkamah Konstitusi), yang menyatakan bahwa "Para Pemohon adalah pihak yang menganggap hak dan/atau kewenangan konstitusionalnya dirugikan oleh berlakunya undang-undang, yaitu:

- a. perorangan warga negara Indonesia;
- b. kesatuan masyarakat hukum adat sepanjang masih hidup dan sesuai dengan perkembangan masyarakat dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia yang diatur dalam undang-undang;
- c. badan hukum publik atau privat; atau
- d. lembaga negara."

Hak dan/atau kewenangan konstitusional yang dimaksud ketentuan Pasal 51 ayat (1) tersebut, dipertegas dalam penjelasannya, bahwa "yang dimaksud dengan "hak konstitusional" adalah hak-hak yang diatur dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945." Ketentuan Penjelasan Pasal 51 ayat (1) ini menegaskan, bahwa hanya hak-hak yang secara eksplisit diatur dalam UUD Tahun 1945 saja yang termasuk "hak konstitusional".

Oleh karena itu, menurut UU Mahkamah Konstitusi, agar seseorang atau suatu pihak dapat diterima sebagai Pemohon yang memiliki kedudukan hukum (*legal standing*) dalam permohonan pengujian Undang-Undang terhadap UUD Tahun 1945, maka terlebih dahulu harus menjelaskan dan membuktikan:

- a. Kualifikasinya sebagai Pemohon dalam permohonan *a quo* sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi;

- b. Hak dan/atau kewenangan konstitusionalnya sebagaimana dimaksud dalam “Penjelasan Pasal 51 ayat (1)” dianggap telah dirugikan oleh berlakunya Undang-Undang.

Mengenai parameter kerugian konstitusional, Mahkamah Konstitusi telah memberikan pengertian dan batasan tentang kerugian konstitusional yang timbul karena berlakunya suatu Undang-Undang harus memenuhi 5 (lima) syarat (*vide*: Putusan Perkara Nomor 006/PUU-III/2005 dan Perkara Nomor 011/PUU-V/2007) yaitu sebagai berikut:

- a. adanya hak dan/atau kewenangan konstitusional Pemohon yang diberikan oleh UUD Tahun 1945;
- b. bahwa hak dan/atau kewenangan konstitusional Pemohon tersebut dianggap oleh Pemohon telah dirugikan oleh suatu Undang-Undang yang diuji;
- c. bahwa kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional Pemohon yang dimaksud bersifat spesifik (khusus) dan aktual atau setidaknya bersifat potensial yang menurut penalaran yang wajar dapat dipastikan akan terjadi;
- d. adanya hubungan sebab akibat (*causal verband*) antara kerugian dan berlakunya Undang-Undang yang dimohonkan pengujian;
- e. adanya kemungkinan bahwa dengan dikabulkannya permohonan maka kerugian dan/atau kewenangan konstitusional yang didalilkan tidak akan atau tidak lagi terjadi.

Apabila kelima syarat tersebut tidak dipenuhi oleh Pemohon dalam perkara pengujian UU *a quo*, maka Pemohon tidak memiliki kualifikasi kedudukan hukum (*legal standing*) sebagai Pihak Pemohon.

Menanggapi permohonan Para Pemohon *a quo*, DPR berpandangan bahwa Para Pemohon harus dapat membuktikan terlebih dahulu apakah benar Pemohon sebagai pihak yang menganggap hak dan/atau kewenangan konstitusionalnya dirugikan atas berlakunya ketentuan yang dimohonkan untuk diuji, khususnya dalam mengkonstruksikan adanya kerugian terhadap hak dan/atau kewenangan konstitusionalnya sebagai dampak dari diberlakukannya ketentuan yang dimohonkan untuk diuji.

Terhadap kedudukan hukum (*legal standing*) tersebut, DPR menyerahkan sepenuhnya kepada Ketua/Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi yang mulia untuk mempertimbangkan dan menilai apakah para Pemohon memiliki kedudukan hukum (*legal standing*) atau tidak sebagaimana yang diatur oleh Pasal 51 ayat (1) Undang-Undang tentang Mahkamah Konstitusi dan berdasarkan Putusan Mahkamah Konstitusi Perkara Nomor 006/PUU-III/2005 dan Perkara Nomor 011/PUU-V/2007 DPR menyerahkan sepenuhnya kepada Ketua/Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi yang mulia untuk mempertimbangkan dan menilai apakah Pemohon memiliki kedudukan hukum (*legal standing*) sebagaimana yang diatur oleh Pasal 51 ayat (1) UU tentang Mahkamah Konstitusi dan berdasarkan Putusan Mahkamah Konstitusi Perkara Nomor 006/PUU-III/2005 dan Perkara Nomor 011/PUU-V/2007.

2. Pengujian atas Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Terhadap permohonan pengujian **Pasal 15 ayat (1) dan (2), Pasal 16 ayat (1) dan (2), Pasal 17 ayat (1) dan (2) , Pasal 19 ayat (1), (2) dan (3) UU BPJS**, DPR menyampaikan keterangan sebagai berikut:

1. Bahwa dalam Pembukaan UUD 1945 mengamanatkan tujuan negara adalah untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat. Tujuan tersebut semakin dipertegas yaitu dengan mengembangkan sistem jaminan sosial bagi kesejahteraan seluruh rakyat. Sistem jaminan sosial nasional merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 28H ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) dan pasal 34 ayat (1) dan ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945.
2. Bahwa sistem jaminan sosial nasional pada dasarnya merupakan program negara yang bertujuan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui program ini, setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan, karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut,

atau pensiun. Untuk melaksanakan program tersebut maka ditetapkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

3. Bahwa dalam sistem jaminan sosial nasional memuat prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Prinsip kegotong-royongan, prinsip ini diwujudkan dalam mekanisme gotong royong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat; peserta yang berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi; dan peserta yang sehat membantu yang sakit. melalui prinsip kegotong-royongan ini, jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.
- b. Prinsip nirlaba, pengelolaan dana amanat tidak dimaksudkan untuk mencari laba (nirlaba) bagi badan penyelenggara jaminan sosial, akan tetapi tujuan utama penyelenggaraan jaminan sosial adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. dana amanat, hasil pengembangannya, dan surplus anggaran akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.
- c. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas. prinsip-prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.
- d. Prinsip portabilitas. jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
- e. Prinsip kepesertaan bersifat wajib, kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara sukarela, sehingga dapat mencakup petani, nelayan, dan

mereka yang bekerja secara mandiri, sehingga pada akhirnya sistem jaminan sosial nasional dapat mencakup seluruh rakyat.

f. Prinsip dana amanat, dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan titipan kepada badan badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

4. Bahwa untuk melaksanakan jaminan sosial secara nasional berdasarkan prinsip-prinsip tersebut diatas, Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional memerintahkan kepada negara untuk membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial secara nasional yaitu dengan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS.

5. Bahwa selama beberapa dekade terakhir ini, Indonesia telah menjalankan beberapa program jaminan sosial. Undang-Undang yang secara khusus mengatur jaminan sosial bagi tenaga kerja swasta adalah Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992 Tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK), yang mencakup program jaminan pemeliharaan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua dan jaminan kematian. Untuk Pegawai Negeri Sipil (PNS), telah dikembangkan program dana tabungan dan asuransi pegawai negeri (TASPEN) yang dibentuk dengan Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1981 Dana Program Asuransi Kesehatan (ASKES) yang diselenggarakan berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991 yang bersifat wajib bagi PNS/penerima pensiun/perintis kemerdekaan/veteran dan anggota keluarganya. Untuk Prajurit Tentara Nasional Indonesia (TNI), Anggota Kepolisian Republik Indonesia (POLRI), dan PNS Departemen Pertahanan/TNI/POLRI beserta keluarganya, telah dilaksanakan Program Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI) sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 1991 yang merupakan perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 44 Tahun 1971. Berbagai program tersebut di atas baru mencakup sebagian kecil masyarakat. Sebagian besar rakyat belum memperoleh perlindungan yang memadai. Di samping itu, pelaksanaan berbagai program

jaminan sosial tersebut belum mampu memberikan perlindungan yang adil dan memadai kepada para peserta sesuai dengan manfaat program yang menjadi hak peserta. Sehubungan dengan hal di atas, dipandang perlu menyusun sistem jaminan sosial nasional yang mampu mensinkronisasikan penyelenggaraan berbagai bentuk jaminan sosial yang dilaksanakan oleh beberapa penyelenggara agar dapat menjangkau kepesertaan yang lebih luas serta memberikan manfaat yang lebih besar bagi setiap peserta. Oleh karenanya badan penyelenggara jaminan sosial yang ditetapkan dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 merupakan transformasi kelembagaan PT ASKES (PERSERO), PT JAMSOSTEK (PERSERO), PT TASPEN (PERSERO), dan PT ASABRI (PERSERO).

6. Bahwa terhadap pendapat Para Pemohon yang menyatakan bahwa pasal *a quo* yang mewajibkan pemberi kerja mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta kepada BPJS sesuai dengan program jaminan yang diikuti, yang menyebabkan pemberi kerja tidak bisa untuk memilih penyelenggara jaminan sosial yang lebih baik dari BPJS, DPR berpendapat bahwa kata “wajib” yang terdapat didalam Pasal *a quo* tidak menghilangkan hak pemohon untuk ikut serta dalam penyelenggara jaminan sosial lainnya selain BPJS dan hal tersebut bukan merupakan permasalahan konstitusionalitas.
7. Bahwa terhadap Pasal 17 ayat (1) dan (2) UU *a quo* yang dianggap Para Pemohon menimbulkan sifat diskriminatif dapat dijelaskan bahwa Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013 sesuai dengan amanat Pasal 17 ayat (5) UU *a quo*. Pemberian sanksi administratif tidak dimaksudkan untuk menimbulkan diskriminatif kepada salah satu pihak, namun semata-mata agar Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara dan setiap orang, selain pemberi kerja, Pekerja, dan penerima bantuan iuran menaati kewajibannya dan agar hak-hak pekerja terlindungi dalam kepesertaan program jaminan sosial. Bahwa alasan Pemohon yang menyebutkan bahwa Pasal *a quo* sangat berpotensi merugikan hak konstitusional pemberi kerja untuk mendapatkan status kewarganegaraan karena adanya sanksi administratif berupa tidak

mendapat pelayanan publik atas penerbitan KTP (*vide* permohonan hal 12) tidak beralasan, karena sanksi tidak mendapat pelayanan publik tertentu didalam Pasal 9 Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013 hanya meliputi:

- a. Izin Mendirikan Bangunan (IMB);
- b. Surat Izin Mengemudi (SIM);
- c. sertifikat tanah;
- d. paspor; atau
- e. Surat Tanda Nomor Kendaraan (STNK).

Bahwa terhadap pendapat Para Pemohon yang menyatakan bahwa Pasal 17 ayat (1) UU *a quo* menimbulkan perlakuan diskriminatif antara pemberi kerja dengan penyelenggara negara, DPR berpendapat bahwa penyelenggara negara dikecualikan karena penyelenggara negara mempekerjakan PNS yang sebelumnya telah diwajibkan menjadi peserta ASKES secara otomatis menjadi peserta BPJS.

8. Bahwa pendapat Para Pemohon yang beranggapan BPJS sebagai satu-satunya penyelenggara jaminan sosial yang menyebabkan adanya penguasaan tunggal (etatisme) jasa layanan kesehatan, sesuai dengan Putusan MK nomor 07/2014 bahwa *"Penyelenggaraan yang bersifat monopolistik pemerintah merupakan keharusan karena kontribusi jaminan sosial sesungguhnya sama dengan pajak tertera (ear marked tax). Penyelenggaraan jaminan sosial merujuk Pasal 34 Undang-Undang Dasar 1945 bukanlah domain usaha bisnis yang merupakan domain swasta, dengan merujuk pada Pasal 33 Undang-Undang Dasar 1945, Penyelenggaran jaminan sosial adalah tugas dan tanggung jawab negara, seperti halnya pengelolaan pajak, yang juga wajib dan besarnya proporsional (%) terhadap upah/gaji. Penyelenggaraan yang bersifat monopolistik adalah sah dan memang harus dilakukan Pemerintah untuk jasa atau pelayanan yang menyangkut kepentingan seluruh rakyat."*(*vide* putusan MK nomor 07/2014).
9. Bahwa terhadap pendapat Para Pemohon yang menyatakan Pasal 15 ayat (1) UU *a quo* telah meniadakan hak pekerja untuk mendaftarkan

diri sebagai peserta program jaminan sosial atas tanggungan perusahaan apabila perusahaan telah nyata-nyata tidak mendaftarkan pekerjanya pada penyelenggara jaminan sosial, DPR berpendapat bahwa ketentuan Pasal *a quo* oleh Mahkamah Konstitusi melalui Putusan Nomor 82/PUU-X/2012 telah dinyatakan inkonstitusional jika tidak dimaknai meniadakan hak pekerja untuk mendaftarkan diri sebagai peserta jaminan sosial atas tanggungan pemberi kerja apabila pemberi kerja telah nyata-nyata tidak mendaftarkan pekerjanya pada BPJS. Sebagaimana **bunyi amar putusan MK Nomor 82/PUU-X/2012 – 1.3** “ *Pemberi kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, sesuai dengan program jaminan sosial yang diikuti dan pekerja berhak untuk mendaftarkan diri sebagai peserta program jaminan sosial atas tanggungan pemberi kerja apabila pemberi kerja telah nyata-nyata tidak mendaftarkan pekerjanya pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.*”

10. Bahwa berdasarkan uraian di atas, maka DPR berpendapat bahwa ketentuan Pasal 15 ayat (1) dan (2), Pasal 16 ayat (1) dan (2), Pasal 17 ayat (1) dan (2), Pasal 19 ayat (1), (2) dan (3) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sebagaimana dimaksudkan dalam permohonan para Pemohon adalah tidak bertentangan dengan Pasal 27 ayat (2), 28C ayat (2), Pasal 28D ayat (1), ayat (2) dan ayat (4), Pasal 28H ayat (1), ayat (3), dan ayat (4), Pasal 28I ayat (1), ayat (2), dan ayat (4), Pasal 33 ayat (4), Pasal 34 ayat(2) Undang-Undang Dasar 1945.

Demikian keterangan DPR RI kami sampaikan untuk menjadi bahan pertimbangan bagi Yang Mulia Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi untuk memeriksa, memutus, dan mengadili Perkara *a quo* dan dapat memberikan putusan sebagai berikut:

1. Menyatakan Pasal 15 ayat (1) dan (2), Pasal 16 ayat (1) dan (2), Pasal 17 ayat (1) dan (2), Pasal 19 ayat (1), (2) dan (3) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial tidak bertentangan dengan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

2. Menyatakan Pasal 15 ayat (1) dan (2), Pasal 16 ayat (1) dan (2), Pasal 17 ayat (1) dan (2) , Pasal 19 ayat (1), (2) dan (3) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial tetap mempunyai kekuatan hukum mengikat.

[2.5] Menimbang bahwa Pihak Terkait, Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) Kesehatan, telah menyampaikan keterangan dalam persidangan tanggal 6 April 2015, dan telah pula menyerahkan keterangan tertulis tambahan yang diterima Kepaniteraan Mahkamah pada tanggal 28 April 2015, yang pada pokoknya menerangkan sebagai berikut:

Bahwa dengan lahirnya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (untuk selanjutnya disebut UU SJSN) merupakan suatu tindakan nyata bangsa Indonesia dalam memberikan rasa aman dan perlindungan sosial bagi seluruh rakyatnya. Lahirnya UU SJSN tentu bukanlah hal yang mudah, berbagai perdebatan sengit terjadi sebelum UU SJSN disahkan. Setelah pengesahan UU SJSN pada tahun 2004, praktis tidak ada tindakan berarti untuk mewujudkannya, sehingga pada tahun 2008 diterbitkan Keputusan Presiden Nomor 110 Tahun 2008 yang mengangkat anggota Dewan Jaminan Sosial Nasional yang diberikan tugas oleh Presiden untuk memikirkan bagaimana sistem jaminan sosial nasional ini dapat berjalan.

Akhirnya pada tahun 2011 program yang diamanahkan konstitusi tersebut telah menemukan wadahnya, kepastian akan perlindungan jaminan sosial telah nyata hadir di tengah-tengah masyarakat Indonesia dengan disahkannya UU No. 24 tahun 2011 tentang BPJS pada tanggal 25 Nopember 2011 yang menyatakan transformasi PT. Jamsostek (Persero) menjadi BPJS Ketenagakerjaan dan PT Askes (Persero) bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014.

Transformasi PT Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan sebagaimana amanat Pasal 60 UU BPJS membawa perubahan yang besar tidak hanya dalam tatanan organisasi tetapi juga tatanan budaya organisasi.

Sebelumnya PT Askes (Persero) merupakan organisasi bisnis milik pemerintah yang inti bisnisnya memberikan asuransi kesehatan kepada kalangan Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis

Kemerdekaan beserta keluarga dengan jumlah peserta 16,4 Juta Jiwa, kini dengan bertransformasinya PT Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan, penyelenggaraan jaminan kesehatan tidak hanya diperuntukkan bagi 16,4 Juta Jiwa akan tetapi mencakup seluruh warga negara Indonesia. Tidak hanya itu, perubahan orientasi yang sebelumnya merupakan organisasi bisnis, kini menjadi sebuah organisasi atau lembaga jaminan sosial yang bersifat nirlaba dan hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta.

UU SJSN dan UU BPJS mengamankan 9 Prinsip Pengelolaan Jaminan Sosial Nasional yang merupakan spirit dari sistem penyelenggaraan jaminan sosial nasional, yaitu:

- Prinsip kegotong-royongan. Prinsip ini diwujudkan melalui adanya kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya Jaminan Sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat Gaji, Upah atau Penghasilannya. Melalui prinsip kegotong-royongan ini, jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi keseluruhan rakyat Indonesia.
- Prinsip nirlaba. Pengelolaan dana amanat tidak dimaksudkan untuk mencari laba (nirlaba) bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, akan tetapi tujuan utama penyelenggaraan jaminan sosial adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.
- Prinsip keterbukaan, merupakan prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.
- Prinsip kehati-hatian, merupakan prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman dan tertib.
- Prinsip akuntabilitas, merupakan prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.
- Prinsip portabilitas, merupakan prinsip yang memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

- Prinsip kepesertaan bersifat wajib, merupakan prinsip yang mengharuskan seluruh Penduduk menjadi peserta Jaminan Sosial yang dilaksanakan secara bertahap.
- Prinsip dana amanat, merupakan prinsip yang menyatakan bahwa iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan Peserta Jaminan Sosial, dan
- Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan Peserta. Dalam pengertian ini hasil investasi dari dana Jaminan Sosial tidak disetorkan kepada negara, namun dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

Tujuan negara yang begitu mulia dalam mewujudkan Sistem Jaminan Sosial Nasional harus kita jalankan tidak lain untuk kemakmuran dan kesejahteraan seluruh rakyat Indonesia.

Bahwa pada tanggal 1 Januari 2014 merupakan awal berdirinya BPJS Kesehatan dalam menyelenggarakan Program Jaminan Sosial Kesehatan. Sesuai dengan ketentuan Pasal 10 UU BPJS yang menyatakan BPJS dalam melaksanakan fungsinya bertugas untuk:

- a. melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta;
- b. memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja;
- c. menerima bantuan iuran dari Pemerintah;
- d. mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta;
- e. mengumpulkan dan mengelola data Peserta Program Jaminan Sosial;
- f. membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan
- g. memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

Dalam menjalankan tugasnya, BPJS (vide Pasal 11 UU BPJS) berwenang:

- a. menagih pembayaran iuran;
- b. menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;

- c. melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;
- d. membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah;
- e. membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;
- f. mengenakan sanksi administratif kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;
- g. melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- h. melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

Dalam menjalankan tugas dan wewenangnya, BPJS Kesehatan berpedoman pada ketentuan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah menjadi Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 Tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan yang mengatur tentang:

1. Kepesertaan

Kepesertaan BPJS Kesehatan terdiri dari Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Peserta Non Penerima Bantuan Iuran (Non PBI). Peserta Non PBI terdiri dari Peserta Pekerja Penerima Upah (disingkat PPU), Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (disingkat PBPU) dan peserta Bukan Pekerja.

Jumlah peserta BPJS Kesehatan sejak Januari 2014 sampai dengan bulan Maret 2015 mencapai 140.446.220 jiwa.

Setiap masyarakat yang ingin mendaftarkan diri menjadi Peserta BPJS Kesehatan dapat melakukannya melalui Pendaftaran online atau Pendaftaran langsung ke Kantor BPJS Kesehatan terdekat.

2. Pelayanan dan Manfaat

Manfaat pelayanan jaminan kesehatan nasional dan ketersediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan merupakan bagian penting untuk meningkatkan pelayanan kepada peserta.

a. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) BPJS Kesehatan meliputi:

- 1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialisik mencakup:
 - a) administrasi pelayanan
 - b) pelayanan promotif dan preventif
 - c) pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis
 - d) tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif
 - e) pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - f) transfusi darah sesuai kebutuhan medis
 - g) pemeriksaan penunjang diagnosis laboratorium tingkat pertama
 - h) rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi
- 2) Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan mencakup:
 - a) rawat jalan, meliputi:
 - (1) administrasi pelayanan
 - (2) pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan sub spesialis
 - (3) tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis
 - (4) pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - (5) pelayanan alat kesehatan implant
 - (6) pelayanan penunjang diagnostic lanjutan sesuai dengan indikasi medis
 - (7) rehabilitasi medis
 - (8) pelayanan darah
 - (9) pelayanan kedokteran forensik

(10) pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan

b) Rawat Inap yang meliputi:

- (1) perawatan inap non intensif
- (2) perawatan inap di ruang intensif
- (3) pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri

b. Fasilitas Kesehatan

- 1) Jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang bekerjasama dengan BPJS 18.856 Fasilitas Kesehatan yang terdiri dari 17.845 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan 1.011 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama khusus Gigi (Klinik Khusus Gigi/Praktik Dokter Gigi) dengan rincian yang dituangkan dalam tabel sebagaimana dilampirkan dalam keterangan BPJS pada lampiran A.
- 2) Jumlah Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan secara keseluruhan berjumlah 1.740 sebagaimana terlampir dalam Lampiran B di keterangan ini.

c. Prosedur Pelayanan

1) Tingkat Pertama:

- a) Pelayanan kesehatan bagi Peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dimulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
- b) Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama bagi Peserta diselenggarakan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama tempat Peserta terdaftar.
- c) Ketentuan pelayanan tingkat pertama di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama tempat Peserta terdaftar dikecualikan pada kondisi:
 - (1) berada di luar wilayah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama tempat Peserta terdaftar; atau
 - (2) dalam keadaan kegawatdaruratan medis.
- d) Peserta dianggap berada di luar wilayah apabila peserta melakukan kunjungan ke luar domisili karena tujuan tertentu, bukan merupakan kegiatan yang rutin.
- e) Peserta dapat memilih Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama selain

Fasilitas Kesehatan tempat Peserta terdaftar pertama kali setelah jangka waktu 3 (tiga) bulan atau lebih.

f) Dalam hal Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan sesuai indikasi medis, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama harus merujuk ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan terdekat sesuai dengan sistem rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.

g) Prosedur pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama:

(1) untuk mendapatkan pelayanan, peserta menunjukkan kartu identitas yang berlaku (proses administrasi);

(2) fasilitas kesehatan melakukan pengecekan keabsahan kartu peserta;

(3) fasilitas Kesehatan memberikan pelayanan kesehatan sesuai indikasi medis;

(4) setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan;

(5) bila hasil pemeriksaan dokter ternyata peserta memerlukan pemeriksaan ataupun tindakan spesialis/sub-spesialis sesuai dengan indikasi medis, maka Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama akan memberikan surat rujukan ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang berlaku.

2) Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)

a) Pelayanan RJTL merupakan kelanjutan dari pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), berdasarkan surat rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).

b) Dalam keadaan Gawat Darurat (*emergency*) peserta dapat memperoleh pelayanan di Unit Gawat Darurat (UGD) Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), tanpa surat rujukan dari FKTP.

c) Pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan kecuali dalam keadaan gawat darurat (*emergency*) sesuai dengan kriteria diagnosa gawat darurat dan prosedur pelayanan kegawatdaruratan.

d) Prosedur pelayanan di FKRTL:

- (1) Peserta membawa identitas peserta Program Jaminan Kesehatan serta surat rujukan dari FKTP.
- (2) Peserta melakukan pendaftaran ke Rumah Sakit dengan memperlihatkan identitas peserta Program Jaminan Kesehatan dan surat rujukan.
- (3) Fasilitas Kesehatan memberikan pelayanan kesehatan sesuai indikasi medis.
- (4) Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan.

3) Pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)

- a) Merupakan tindak lanjut dari pelayanan UGD dan Poli Spesialis/ Sub Spesialis Rawat Jalan atau Rujukan dari FKRTL lain
- b) Status kepesertaan pasien harus dipastikan sejak awal masuk FKRTL apakah sebagai peserta Jaminan Kesehatan atau sebagai pasien umum dengan menandatangani surat pernyataan.
- c) Prosedur pelayanan Peserta Jaminan Kesehatan
 - (1) Peserta melakukan pendaftaran ke FKRTL dengan membawa identitas sebagai peserta Program Jaminan Kesehatan serta surat perintah rawat inap dari poli atau unit gawat darurat.
 - (2) Peserta harus melengkapi syarat administratif penerbitan SEP (Surat Eligibilitas Peserta) dalam waktu 3x24 jam setelah masuk rawat inap atau sebelum pulang/meninggal apabila dirawat kurang dari 3x24 jam, dan kartu dalam status aktif.
 - (3) Jika peserta tidak dapat melengkapi syarat sebagaimana poin 2 diatas maka peserta dinyatakan sebagai pasien umum.
 - (4) Petugas FKRTL melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan entry data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP.
 - (5) Petugas BPJS Kesehatan melakukan legalisasi SEP.

- (6) Faskes memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan indikasi medis.
- (7) Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan.

4) Program Promotif dan Preventif

Orientasi BPJS kesehatan dalam jaminan kesehatan tidak hanya terfokus dalam penanganan kuratif dan rehabilitatif, sebagai penyelenggara jaminan kesehatan yang menjalankan sistem *managed care*, promotif dan preventif adalah bagian dari sebuah sistem pelayanan terpadu dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.

Program Promotif dan Preventif telah dijalankan semenjak zaman PT Askes (Persero) dan dilanjutkan oleh BPJS Kesehatan dengan selalu dilakukan penyempurnaan. BPJS kesehatan melaksanakan upaya-upaya promotif dan preventif dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan para peserta BPJS Kesehatan.

Sesuai Regulasi dalam Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan, BPJS Kesehatan kemudian menyusun strategi Promotif dan Preventif Tahun 2015 mencakup beberapa program sebagai berikut:

- (1) Skrining Preventif Primer berupa pembagian formulir yang berisi pertanyaan spesifik kondisi kesehatan peserta, sehingga dari hasil pengisian peserta terhadap formuiir tersebut didapatkan hasil kondisi kesehatan peserta (normal atau berisiko menyandang penyakit kronis di kemudian hari)
- (2) Skrining Preventif Sekunder merupakan lanjutan dari Skrining Preventif Primer untuk menegakan diagnosa dari faktor risiko yang ditemukan
- (3) Deteksi Dini Kanker Payudara dan Leher Rahim bagi perempuan peserta BPJS Kesehatan yang telah menikah melalui metode Pap Smear!Inspeksi Visual Test (IVA).

- (4) Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS) merupakan program komprehensif yang melakukan pengelolaan bagi peserta BPJS Kesehatan penyandang penyakit kronis Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 dan Hipertensi. PROLANIS memiliki beberapa aktifitas seperti edukasi, konsultasi medis, pemantauan status kesehatan peserta, home visit, mentoring spesialis, *reminder* melalui *SMS Gateway*, senam sehat, dan sebagainya.
- (5) Olahraga sehat bersama BPJS Kesehatan. Diselenggarakan baik pada tingkat Provinsi maupun Kabupaten/Kota dengan kegiatan berupa senam sehat, jalan santai, sepeda, dan sebagainya.
- (6) Promosi kesehatan melalui media berupa penyediaan media informasi dan edukasi baik melalui media cetak (leaflet, banner, dan sebagainya) ataupun media elektronik (talk show radio, talk show TV, media filler edukasi, dan sebagainya).
- (7) Imunisasi mencakup vaksinasi hepatitis B kepada tenaga kesehatan dan vaksinasi kanker serviks untuk anak usia sekolah.
- (8) Kegiatan Promotif Preventif melalui Duta Promotif Preventif yaitu pemberdayaan peserta BPJS Kesehatan berlatar belakang paramedis/masyarakat umum untuk membantu FKTP dalam melakukan pemantauan kesehatan.

d. Koordinasi Manfaat

Koordinasi Manfaat atau *Coordination Of Benefit (COB)* adalah suatu proses di mana dua atau lebih penanggung (*payer*) yang menanggung orang yang sama untuk benefit asuransi kesehatan yang sama, membatasi total benefit dalam jumlah tertentu yang tidak melebihi jumlah pelayanan kesehatan yang dibiayakan.

Pihak yang menjadi penjamin utama disebut dengan Penjamin Pertama (*Primary Insurer*) sedangkan Pihak yang membayar sisa dari tagihan klaim disebut dengan penjamin kedua (*Secondary Insurer*).

Ketentuan COB ini sesungguhnya telah diatur dalam UU SJSN pada penjelasan Pasal 23 ayat (4) menyebutkan bahwa "Peserta yang menginginkan kelas yang lebih tinggi dari pada haknya (kelas standar) dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan

tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan".

Selanjutnya Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, dalam Pasal 24 "Peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari pada haknya, dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan".

3. Sumber Daya Manusia dan Sumber Daya Sarana Pendukung

Jumlah Pegawai BPJS Kesehatan saat ini berjumlah 6.271 pegawai yang ditempatkan di Kantor Pusat, Kantor Divisi Regional, Kantor Cabang, Kantor Layanan Operasional Kabupaten/Kota, *Liaison Officer* dan BPJS Center di RS yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

4. Pengendali Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta

Sebagai upaya peningkatan kualitas pelayanan yang diwujudkan melalui kemudahan peserta dalam mengakses informasi Program Jaminan Kesehatan dan upaya penanganan keluhan peserta, maka dikembangkan beberapa sarana sebagai point of contact bagi peserta BPJS Kesehatan, yaitu:

1) Pusat Layanan Informasi BPJS Kesehatan 1500400

Pusat Layanan Informasi BPJS Kesehatan merupakan salah satu media layanan pemberian informasi dan penanganan keluhan peserta secara langsung melalui media call center. Layanan BPJS Kesehatan ini dapat diakses oleh seluruh masyarakat Indonesia melalui telepon regular/fixed line/PSTN maupun telepon selular. Layanan ini tersedia 24 jam sehari, dan 7 hari dalam seminggu. Saat ini, Pusat Layanan Informasi BPJS Kesehatan dalam proses migrasi nomor layanan call center dan 500400 menjadi 1500400. Hal ini sesuai dengan Penetapan Kode Akses Pusat Layanan Informasi (Call Center) Nomor 520 Tahun 2014 oleh Menteri Komunikasi dan Informatika Republik Indonesia. Perubahan nomor layanan tersebut dilakukan secara bertahap sampai nomor 500400 sudah tidak dapat diakses kembali pada awal tahun 2016.

2) Hotline Service

Media Hotline service adalah sarana komunikasi berupa nomor handphone yang dipegang oleh petugas BPJS Kesehatan di setiap kantor cabang dan kantor layanan operasional Kabupaten/Kota untuk memberikan kemudahan kepada peserta dalam menyampaikan keluhan atau meminta informasi pada jam kerja dan diluar jam kerja dengan pengenaan biaya pulsa telepon seluler. Pemberian informasi melalui media hotline service telah dilaksanakan di seluruh Kantor Cabang BPJS Kesehatan.

3) Pemberian Informasi Melalui Kantor Cabang/ KLOK/ BPJS Kesehatan Center. Peserta yang membutuhkan informasi serta penanganan keluhan dapat mendatangi Kantor Cabang/KLOK/BPJS Kesehatan Center untuk berkomunikasi langsung dengan Petugas BPJS Kesehatan.

4) Website BPJS Kesehatan

Di samping dapat digunakan untuk melakukan pendaftaran peserta, website juga merupakan media atau sarana pemberian informasi, penanganan keluhan dan saran dari peserta BPJS Kesehatan terkait dengan pelaksanaan Program JKN yang dikelola BPJS Kesehatan. Peserta dapat mengunjungi website BPJS Kesehatan dengan alamat www.bpjs-kesehatan.go.id.

5) Media Sosial (Twitter dan Facebook)

Untuk memberikan akses informasi kepada masyarakat tentang BPJS Kesehatan, telah dibuat akun twitter @BPJSKesehatanRI dan Facebook BPJS Kesehatan sebagai sarana komunikasi berupa pemberian informasi, saran dan kritik terhadap pelaksanaan program Jaminan Kesehatan oleh BPJS Kesehatan.

6) SMS Gateway

Peserta BPJS Kesehatan dapat memperoleh informasi mengenai status kepesertaan dan mengetahui Penyedia Pelayanan Kesehatan tempat terdaftar atau tagihan iuran yang harus dibayar pada bulan berjalan melalui SMS dengan biaya regular SMS. Mulai Februari 2015 SMS Gateway mengalami perubahan nomor yang semula 0811-3699977

menjadi 0853-19305620. Prosedur pengiriman SMS Gateway dapat menggunakan nomor peserta, NIP atau NIK dan dikirim ke nomor 0853-19305620 dengan format pilihan:

- NOKA <spasi> nomor kartu BPJS Kesehatan
- NIP <spasi> Nomor Induk Pegawai
- NIK <spasi> Nomor Induk Kependudukan
- TAGIHAN <spasi> Nomor Kartu BPJS Kesehatan

5. Otomasi Bisnis Proses melalui Teknologi Informasi

Pengembangan teknologi Sistem Informasi Manajemen BPJS Kesehatan terus dilakukan secara berkelanjutan untuk mendukung kegiatan operasional BPJS Kesehatan. Penguatan sistem informasi ini merupakan hal vital bagi BPJS Kesehatan yang bertujuan untuk:

1. mendorong efisiensi dalam administrasi, baik itu administrasi kepesertaan maupun administrasi klaim;
2. mempercepat proses layanan bagi peserta terutama untuk aksesibilitas dan portabilitas. Peserta dapat mendaftar dimanapun dan dapat mendapatkan pelayanan di manapun;
3. mempercepat proses administrasi klaim bagi pemberi pelayanan kesehatan, karena setiap tahapan bisnis proses dari mulai pemberian pelayanan oleh Penyedia Pelayanan Kesehatan sampai dengan pembayaran klaim telah terotomasi;
4. Monitoring dan evaluasi dapat dilakukan secara berkelanjutan dan dalam waktu yang cepat.
5. Sedangkan terkait proses bisnis yang telah terotomasi dalam SIM BPJS Kesehatan disampaikan dalam tabel sebagai lampiran D di Keterangan ini.

6. Aset BPJS Kesehatan

Terkait dengan keterangan atas pengalihan aset dan dana PT Askes (Persero) ke BPJS Kesehatan, akan kami sampaikan secara tertulis kepada Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi.

Sehubungan dengan Permohonan atas Pengujian Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dengan Nomor Perkara 138/PUU-XII/2014 yang diajukan ke Mahkamah Konstitusi, BPJS Kesehatan memberikan keterangannya sebagai berikut:

1. Terhadap anggapan Pemohon dalam permohonannya yang menyatakan ketentuan Pasal 15 ayat (1), Pasal 15 ayat (2), Pasal 16 ayat (1), Pasal 16 ayat (2), Pasal 19 ayat (1), Pasal 19 ayat (2), dan Pasal 19 ayat (3) UU BPJS bertentangan dengan UUD 1945 karena: pemberi kerja tidak mempunyai pilihan lain selain jasa pemerintah (BPJS Kesehatan) untuk memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan kepada diri dan pekerjanya, masyarakat tidak dapat berpartisipasi dalam memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan dan hak mendapatkan pekerjaan yang layak, dan pekerja tidak memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan yang lebih baik, dan hak milik pribadinya terampas. BPJS Kesehatan berpendapat bahwa dalil dan alasan yang diuraikan pemohon sangat tidak berdasar dengan penjelasan sebagai berikut:
 - a. Bahwa ketentuan Pasal 15 ayat (1), Pasal 15 ayat (2), Pasal 16 ayat (1) Pasal 16 ayat (2), Pasal 19 ayat (1), Pasal 19 ayat (2), dan Pasal 19 ayat (3) UU BPJS merupakan suatu bentuk perlindungan kepastian kepada pekerja dan setiap orang selain pemberi kerja, pekerja dan penerima bantuan iuran untuk memperoleh manfaat dari jaminan sosial, khususnya jaminan kesehatan, dalam memenuhi kebutuhan dasar bagi kehidupan yang layak.
 - b. Bahwa ketentuan Pasal 15 ayat (1), Pasal 15 ayat (2), Pasal 16 ayat (1), Pasal 16 ayat (2), Pasal 19 ayat (1), Pasal 19 ayat (2), dan Pasal 19 ayat (3) sesungguhnya tidak memberikan larangan/batasan kepada pemberi kerja atau kepada peserta untuk memperoleh manfaat tambahan dari manfaat dasar yang dijamin oleh BPJS, yang dapat diperoleh dengan mengikuti program asuransi kesehatan tambahan melalui mekanisme Koordinasi Manfaat atau Coordination Of Benefit (COB), sehingga badan swasta tetap dapat berpartisipasi dalam memberikan manfaat tambahan dalam pelayanan kesehatan. Hal tersebut dijelaskan dalam penjelasan Pasal 23 Ayat (4) UU SJSN yang menyebutkan: *Peserta yang menginginkan kelas yang lebih tinggi dari pada haknya (kelas standar), dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan.*

Selain ketentuan di atas, ketentuan untuk dapat mengikuti program asuransi kesehatan tambahan juga diatur dalam Pasal 27 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 yang menyebutkan:

(1) *Peserta Jaminan Kesehatan dapat mengikuti program asuransi kesehatan tambahan.*

(2) *BPJS Kesehatan dan penyelenggara program asuransi kesehatan tambahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melakukan koordinasi dalam memberikan manfaat tambahan untuk peserta jaminan kesehatan yang memiliki hak atas perlindungan program asuransi kesehatan tambahan.*

c. Selanjutnya mengenai pembayaran iuran untuk program jaminan sosial diperlukan guna mewujudkan prinsip kegotong-royongan dan prinsip memelihara kesehatan bagi setiap orang sebagaimana ditentukan dalam Penjelasan Pasal 4 huruf a UU SJSN yang menyatakan: "*prinsip kegotong-royongan dalam ketentuan ini adalah prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah atau penghasilannya.*" Dalam hal peserta jaminan sosial termasuk dalam kategori fakir miskin dan orang tidak mampu, iurannya ditanggung oleh Pemerintah sebagaimana diatur dalam ketentuan Pasal 14 ayat (1) dan ayat (2) UU SJSN yang menyatakan:

(1) *Pemerintah secara bertahap mendaftarkan penerima bantuan iuran sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;*

(2) *Penerima bantuan iuran sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) adalah fakir miskin dan orang tidak mampu*

Oleh karena itu, BPJS Kesehatan tidak sependapat dengan anggapan dari Para Pemohon yang menyatakan ketentuan Pasal a quo menyebabkan Pemberi kerja tidak mempunyai pilihan lain selain jasa pemerintah (BPJS Kesehatan) untuk memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan kepada diri dan pekerjanya, masyarakat tidak dapat berpartisipasi dalam memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan dan hak mendapatkan pekerjaan yang layak, dan pekerja tidak memperoleh jaminan

pemeliharaan kesehatan yang lebih baik, dan hak milik pribadinya terampas.

2. Bahwa pendapat pemohon dalam permohonannya yang menyatakan ketentuan Pasal 17 ayat (1), Pasal 17 Ayat (2) huruf c dan Pasal 17 ayat (4) UU BPJS bertentangan dengan UUD 1945 karena diskriminatif terhadap pemberi kerja selain penyelenggara negara dan karena ancaman sanksi administrasi berupa tidak mendapat pelayanan publik tertentu kepada pemberi kerja dapat merendahkan martabat kemanusiaan. BPJS Kesehatan berpendapat bahwa dalil dan alasan yang diuraikan pemohon sangat tidak berdasar dengan penjelasan sebagai berikut:

- a. Jaminan sosial merupakan Hak Asasi Manusia yang dilindungi dan diakui oleh konstitusi tertinggi Bangsa Indonesia, sebagaimana tertuang dalam Pasal 28 H ayat (3) UUD 1945 menyebutkan bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh dan bermartabat. Hak atas perlindungan jaminan sosial wajib dilindungi oleh Negara sebagaimana disebutkan dalam Pasal 34 Ayat (2) UUD 1945 menyebutkan bahwa Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.
- b. Dengan kewajiban untuk mendaftarkan diri sebagai Peserta BPJS Kesehatan serta memberikan data secara lengkap dan benar sebagaimana tertuang dalam ketentuan Pasal 15 Ayat (1), Pasal 15 Ayat (2), Pasal 16 Ayat (1) dan Pasal 16 Ayat (2) UU BPJS, maka hak atas jaminan sosial bagi setiap orang menjadi terwujud dalam suatu sistem jaminan sosial nasional.
- c. Bahwa materi muatan dalam ketentuan Pasal 17 UU BPJS ditujukan untuk memberikan perlindungan kepada masyarakat akan haknya dalam memperoleh jaminan sosial dengan mewajibkan pemberi kerja selain penyelenggara negara dan setiap orang selain pemberi kerja, pekerja dan penerima bantuan iuran untuk mendaftar sebagai Peserta BPJS.

Oleh karena itu BPJS Kesehatan tidak sependapat dengan anggapan Para Pemohon yang menyatakan ketentuan Pasal 17 UU BPJS diskriminatif terhadap pemberi kerja selain penyelenggara Negara dan karena ancaman

sanksi administrasi berupa tidak mendapat pelayanan publik tertentu kepada pemberi kerja dapat merendahkan martabat kemanusiaan, justru ketentuan Pasal 17 UU BPJS adalah ketentuan yang bertujuan untuk melindungi hak setiap orang guna mendapatkan perlindungan atas jaminan sosial.

Berdasarkan keterangan tersebut di atas, BPJS Kesehatan memohon kepada Yang Mulia Ketua/Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia yang memeriksa, mengadili, dan memutus permohonan pengujian Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, dapat memberikan putusan sebagai berikut:

- 1) Menolak permohonan Para Pemohon untuk seluruhnya atau setidaknya menyatakan permohonan Para Pemohon tidak dapat diterima (*niet onvankelijk verklaard*);
- 2) Menerima Keterangan BPJS Kesehatan secara keseluruhan;
- 3) Menyatakan Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2), Pasal 16 ayat (1) dan ayat (2), Pasal 17 ayat (1), ayat (2) huruf c, dan ayat (4), Pasal 19 ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial tidak bertentangan terhadap ketentuan Pasal 27 ayat (2), Pasal 28C ayat (2), Pasal 28D ayat (2) dan ayat (4), Pasal 28H ayat (1), ayat (3) dan ayat (4), Pasal 28I ayat (1), ayat (2) dan ayat (4), dan Pasal 33 ayat (4) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Namun demikian apabila Yang Mulia Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi berpendapat lain, mohon putusan yang bijaksana dan seadil-adilnya (*ex aequo et bono*).

Keterangan tambahan dalam persidangan:

- BPJS yang menyelenggarakan asuransi sosial itu tidak pernah sama sekali berpola pikir asuransi komersial, tidak pernah di dalam aturan yang ada orang di *medical check up* dulu. Tidak pernah untuk dilihat status kesehatannya. Yang dilakukan dalam masa tenggang adalah untuk administrasi. Jepang, misalnya, itu sudah jauh lebih tua dalam menjalankan sistem jaminan sosial nasional *health insurance*. Di situ kalau kita baca di salah satu itemnya disebutkan *people are required to join with national health insurance within two weeks in becoming eligible*. Jadi, di situ pun ada waktu dua minggu untuk

menjadi *eligible* karena kita harus menentukan fasilitas kesehatannya di mana, harus mendaftarkan dengan baik. Kemudian harus juga mengatur dengan baik mekanisme pembiayaannya;

- Yang kita butuhkan sekarang di dalam perjalanan menjadi BPJS kesehatan jaminan kesehatan nasional adalah mengedukasi masyarakat mendaftarkan diri jauh-jauh hari sebelum tiba-tiba harus jatuh sakit. Ibarat kalau kita bandingkan dengan asuransi walaupun tidak tepat, misalnya asuransi komersial mobil misalnya. Kalau mobil tabrakan dan hari itu tabrakan dia, kemudian dijamin kita menghindari walaupun mobil itu tahun berapa pun, kondisi mobilnya seperti apa pun, kita harus jamin, tapi bukan dijamin pada saat mobil itu menabrak;
- Kami ingin masyarakat sadar dirinya sebelum sakit segera mendaftarkan diri dan itu sesungguhnya secara tidak langsung sudah kita atur sejak menjadi jaminan sosial terbatas, misalnya untuk Jamsostek atau asuransi lainnya itu disebutkan Anda harus daftar tanggal sekian kemudian baru penjaminan itu. Misal sebelum tanggal 25 Anda mendaftar tanggal 1, tapi kalau mendaftar setelah tanggal 25 mungkin baru akan dilayani bulan berikutnya. Jadi, tujuannya edukasi sosial. Tidak ada tujuannya kemudian kami ingin menghentikan pelayanan. Ini mungkin yang harus kita ketahui bersama. Tidak ada niat kami sebetulnya untuk kemudian membuat orang jatuh sakit pada hari itu kemudian tidak terlayani.

Keterangan Tertulis Tambahan:

Pertanyaan Yang Mulia Hakim Mahkamah Konstitusi Patrialis Akbar:

1. Apakah kerja sama BPJS Kesehatan dengan asuransi-asuransi besar, juga dimungkinkan kerja sama dengan Bapel JPKM? Kenapa hanya perusahaan asuransi-asuransi besar saja yang dimungkinkan untuk kerjasamanya?

Jawaban:

- Bahwa BPJS Kesehatan dapat melakukan kerja sama dengan perusahaan asuransi baik perusahaan asuransi yang besar dan kecil termasuk Bapel JPKM sepanjang memenuhi persyaratan yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian.
- Perusahaan asuransi yang menyelenggarakan program kesehatan tambahan dapat bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dengan sistem koordinasi manfaat/*coordination of benefit* (COB) sesuai dengan Undang-

Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Pasal 23 ayat (4) dan Penjelasannya, yang didelegasikan ke dalam Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (yang selanjutnya disebut dengan Perpres 111 Tahun 2013).

- Kerja sama yang dilakukan antara BPJS Kesehatan dengan perusahaan asuransi menggunakan sistem koordinasi manfaat/*coordination of benefit* (COB).

2. Berikan penjelasan mengenai BPJS Kesehatan yang nantinya akan melayani 250 Juta Jiwa Penduduk Indonesia, bagaimana caranya?

Jawaban:

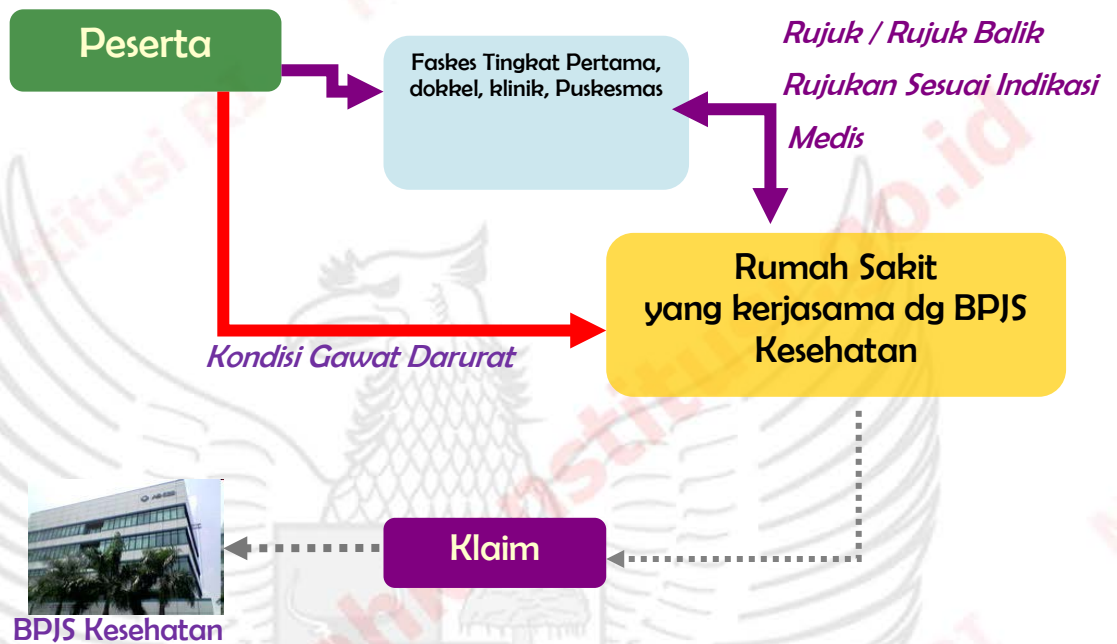
- a. Bahwa BPJS Kesehatan dibentuk dalam rangka mewujudkan terselenggaranya pemenuhan kebutuhan dasar hidup yang layak bagi seluruh rakyat Indonesia yang pelaksanaannya dilakukan secara bertahap sampai tahun 2019.
- b. Berdasarkan ketentuan Pasal 15 ayat (3) UU Nomor 24 Tahun 2011, Kepesertaan BPJS Kesehatan dilaksanakan secara bertahap. Selanjutnya penahapan tersebut diatur dalam Perpres 111 Tahun 2013 dengan cara:
 - 1) mulai tanggal 1 Januari 2014 paling sedikit meliputi:
 - a) Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran BPJS Kesehatan;
 - b) Anggota TNI/Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya;
 - c) Anggota Polri/Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Polri dan anggota keluarganya;
 - d) Peserta asuransi kesehatan Perusahaan Persero (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES) dan anggota keluarganya; dan
 - e) Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Perusahaan Persero (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK) dan anggota keluarganya.
- c. Kewajiban melakukan pendaftaran kepesertaan Jaminan Kesehatan selain Peserta sebagaimana dimaksud pada angka 1 di atas, bagi:

- a) Pemberi Kerja pada Badan Usaha Milik Negara, usaha besar, usaha menengah, dan usaha kecil paling lambat tanggal 1 Januari 2015;
 - b) Pemberi Kerja pada usaha mikro paling lambat tanggal 1 Januari 2016; dan
 - c) Pekerja bukan penerima upah dan bukan Pekerja paling lambat tanggal 1 Januari 2019.
 - d. meskipun demikian, masyarakat dapat menjadi peserta BPJS Kesehatan tanpa melalui tahapan tersebut di atas.
3. Di media banyak diberitakan pasien-pasien yang terbengkalai tidak dilayani di Rumah Sakit, padahal mereka adalah peserta BPJS Kesehatan. Bagaimana penjelasannya melihat kondisi seperti itu? Bagaimana dengan yang lain (Bukan Peserta BPJS Kesehatan), banyak masyarakat yang tidak punya uang sehingga tidak bisa mendaftar? sehingga menurut Hakim, BPJS Kesehatan tidak hanya menunggu orang untuk mendaftarkan diri, seyogianya BPJS Kesehatan datang untuk mendaftarkan mereka menjadi peserta BPJS Kesehatan, karena juga banyak kelompok-kelompok masyarakat yang tidak punya kemampuan untuk mendaftarkan diri karena faktor birokrasi.

Jawaban:

Untuk menjawab pertanyaan tersebut diatas, BPJS Kesehatan akan menguraikan prosedur cara pelayanan kesehatan, yaitu sebagai berikut:

- 1) Bahwa Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional telah mengamanatkan terbentuknya BPJS sebagai badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada Presiden. Adapun BPJS Kesehatan mempunyai fungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Dalam melaksanakan fungsinya BPJS Kesehatan bertugas antara lain membayar Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial (Vide Pasal 10 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial).
- 2) Bahwa untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta mengikuti prosedur pelayanan kesehatan sebagai berikut:



3) Terhadap masyarakat yang belum mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, dapat dijelaskan sebagai berikut:

- (1) Meningkatkan sosialisasi tentang fasilitas kesehatan yang bekerjasama serta tata cara dan prosedur pelayanan kesehatan.
- (2) Masyarakat diarahkan terlebih dahulu ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Untuk menjangkau pelayanan yang lebih luas, jumlah FKTP yang bekerjasama akan diperbanyak dan layanan FKTP akan diperluas/ditingkatkan sehingga peserta tidak harus ke Rumah Sakit.
- (3) Peserta yang dilayani di Rumah Sakit adalah peserta yang dirujuk oleh FKTP sehingga pasien tidak menumpuk di Rumah Sakit.
- (4) Untuk memudahkan peserta BPJS Kesehatan yang akan mendapatkan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan di Rumah Sakit, maka pada Rumah Sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan telah ditempatkan pegawai BPJS Kesehatan sebagai petugas BPJS Center.
- (5) BPJS Center adalah pusat pelayanan BPJS Kesehatan yang dilaksanakan di Rumah Sakit dengan tujuan untuk mendekatkan, memudahkan dan mempercepat pelayanan kepada peserta di Rumah Sakit melalui pelayanan yang efektif dan efisien. BPJS Center

merupakan media yang efektif untuk menjalin komunikasi dengan pihak Rumah Sakit.

- 4) Dengan melihat fenomena yang disampaikan oleh Yang Mulia Hakim Konstitusi, maka yang harus dilakukan adalah peningkatan kegiatan sosialisasi kepada masyarakat.
4. Kalau perusahaan asuransi swasta tentu mereka memiliki prinsip *profit oriented*, sehingga kondisi-kondisi penyakit seperti yang dialami oleh ibu Ria Irawan yang harus berulang-ulang ke Rumah Sakit tidak akan dilayani, bagaimana dengan BPJS Kesehatan?

Jawaban:

- (1) Bahwa BPJS Kesehatan menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan prinsip antara lain kegotong-royongan dan nirlaba seperti diamanatkan di dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Dengan prinsip tersebut maka kasus seperti yang dialami Ibu Ria Irawan tentu dapat dijamin oleh BPJS Kesehatan sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku. Selain itu, jelas pula disebutkan dalam Perpres 111 Tahun 2013 bahwa manfaat medis tidak terikat dengan besaran iuran. (Seluruh penyakit ditanggung, tanpa ada pemeriksaan sebelumnya misalnya medical check up.)
- (2) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran klaim kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur yang disebut Tarif *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG's), oleh karena itu untuk kasus seperti yang dialami Ibu Ria Irawan tentu biaya pelayanan kesehatan dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan sesuai diagnosis penyakit dan prosedur dalam Tarif INA-CBG's.
- (3) Bahwa pada intinya BPJS Kesehatan menjamin pelayanan kesehatan sesuai dengan program jaminan sosial, kecuali terdapat beberapa kondisi yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan sebagaimana diatur dalam Perpres 111 Tahun 2013, yaitu:
- a. pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;

- b. pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
- c. pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
- d. pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas;
- e. pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
- f. pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
- g. pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
- h. pelayanan meratakan gigi (ortodonsi);
- i. gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol;
- j. gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
- k. pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur, shin she, chiropractic, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (health technology assessment);
- l. pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen);
- m. alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu;
- n. perbekalan kesehatan rumah tangga;
- o. pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
- p. biaya pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (*preventable adverse events*); dan
- q. biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan.

[2.6] Menimbang bahwa Kepaniteraan Mahkamah telah menerima kesimpulan tertulis para Pemohon pada 6 Mei 2015 dan kesimpulan tertulis

Presiden yang telah melewati masa tenggat penyerahan yaitu pada 26 Mei 2015 yang pada pokoknya masing-masing pihak tetap pada pendiriannya;

[2.7] Menimbang bahwa untuk mempersingkat uraian dalam putusan ini, segala sesuatu yang terjadi di persidangan ditunjuk dalam berita acara persidangan, dan merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan dengan putusan ini;

2. PERTIMBANGAN HUKUM

Kewenangan Mahkamah

[3.1] Menimbang bahwa berdasarkan Pasal 24C ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (selanjutnya disebut UUD 1945), Pasal 10 ayat (1) huruf a Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 70, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5226, selanjutnya disebut UU MK), dan Pasal 29 ayat (1) huruf a Undang-Undang Nomor 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 157, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5076), salah satu kewenangan konstitusional Mahkamah Konstitusi (selanjutnya disebut Mahkamah) adalah menguji Undang-Undang terhadap UUD 1945;

[3.2] Menimbang bahwa permohonan *a quo* adalah mengenai pengujian konstitusionalitas Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256, selanjutnya disebut UU BPJS) terhadap UUD 1945, sehingga Mahkamah berwenang untuk mengadili permohonan *a quo*;

Kedudukan Hukum (*Legal Standing*) para Pemohon

[3.3] Menimbang bahwa berdasarkan Pasal 51 ayat (1) UU MK beserta Penjelasan, yang dapat bertindak sebagai Pemohon dalam pengujian suatu

Undang-Undang terhadap UUD 1945 adalah mereka yang menganggap hak dan/atau kewenangan konstitusionalnya dirugikan oleh berlakunya Undang-Undang yang dimohonkan pengujian, yaitu:

- a. perorangan warga negara Indonesia (termasuk kelompok orang yang mempunyai kepentingan sama);
- b. kesatuan masyarakat hukum adat sepanjang masih hidup dan sesuai dengan perkembangan masyarakat dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia yang diatur dalam Undang-Undang;
- c. badan hukum publik atau privat; atau
- d. lembaga negara;

Dengan demikian, Pemohon dalam Pengujian Undang-Undang terhadap UUD 1945 harus menjelaskan dan membuktikan terlebih dahulu:

- a. kedudukannya sebagai Pemohon sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (1) UU MK;
- b. kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional yang diberikan oleh UUD 1945 yang diakibatkan oleh berlakunya Undang-Undang yang dimohonkan pengujian;

[3.4] Menimbang pula bahwa Mahkamah sejak Putusan Nomor 006/PUU-III/2005 bertanggal 31 Mei 2005 dan Putusan Nomor 11/PUU-V/2007 bertanggal 20 September 2007 serta putusan-putusan selanjutnya telah berpendirian bahwa kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (1) UU MK harus memenuhi lima syarat, yaitu:

- a. adanya hak dan/atau kewenangan konstitusional pemohon yang diberikan oleh UUD 1945;
- b. hak dan/atau kewenangan konstitusional tersebut oleh pemohon dianggap dirugikan oleh berlakunya Undang-Undang yang dimohonkan pengujian;
- c. kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional tersebut harus bersifat spesifik dan aktual atau setidaknya potensial yang menurut penalaran yang wajar dapat dipastikan akan terjadi;
- d. adanya hubungan sebab akibat (*causal verband*) antara kerugian dimaksud dengan berlakunya Undang-Undang yang dimohonkan pengujian;

- e. adanya kemungkinan bahwa dengan dikabulkannya permohonan, maka kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional seperti yang didalilkan tidak akan atau tidak lagi terjadi;

[3.5] Menimbang, Pemohon I dan Pemohon II adalah sebagai badan usaha privat selaku Pemberi Kerja yakni badan hukum yang mempekerjakan tenaga kerja dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya;

Bahwa Pemohon I dan Pemohon II mendalilkan Pasal 15 ayat (1) dan Pasal 15 ayat (2) UU BPJS mewajibkan Pemberi Kerja mendaftarkan pekerjajanya kepada BPJS sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti yang menyebabkan:

1. Pemberi Kerja tidak bisa memilih penyelenggara jaminan kesehatan yang lebih baik dari BPJS sebagaimana dijamin Pasal 28H ayat (3) UUD 1945;
2. Negara dianggap tidak mampu mengembangkan sistem jaminan sosial menjadi lebih baik sebagaimana dijamin Pasal 28I ayat (4) UUD 1945;

Bahwa Pemohon I dan Pemohon II mendalilkan Pasal 17 ayat (1), Pasal 17 ayat (2) huruf c dan Pasal 17 ayat (4) UU BPJS sangat merugikan hak konstitusional Pemberi Kerja, sebagai berikut:

1. Para Pemohon merasa diperlakukan diskriminatif (vide Pasal 28I ayat (2) UUD 1945) karena ketentuan tersebut memberikan sanksi administratif kepada Pemberi Kerja apabila tidak melaksanakan ketentuan Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS, namun ketentuan tersebut tidak berlaku bagi penyelenggara negara, padahal sama-sama sebagai Pemberi Kerja;
2. Ketentuan *a quo* juga berpotensi merugikan hak konstitusional Pemberi Kerja untuk mendapatkan status kewarganegaraan sebagaimana dijamin Pasal 28D ayat (4) UUD 1945 karena adanya sanksi administratif berupa tidak mendapat "pelayanan publik tertentu" yang di dalam Penjelasan Pasal 17 ayat (2) huruf c UU BPJS tercantum frasa "antara lain" yang maknanya tidak terbatas dan termasuk beberapa hal yang disebutkan dalam Penjelasan tersebut;
3. Adanya sanksi administrasi berupa tidak mendapatkan pelayanan izin mendirikan bangunan juga merugikan hak konstitusional Pemberi Kerja untuk mempunyai hak milik pribadi sebagaimana dijamin Pasal 28H ayat (4) UUD 1945;

4. Adanya sanksi administrasi berupa tidak mendapat pelayanan publik tertentu sangat merugikan hak konstitusional Pemberi Kerja untuk diakui sebagai pribadi di hadapan hukum sebagaimana dijamin Pasal 28I ayat (1) UUD 1945.

Bahwa Pemohon I dan Pemohon II mendalilkan Pasal 19 ayat (1) dan Pasal 19 ayat (2) UU BPJS mengakibatkan pilihan satu-satunya Pemberi Kerja ketika hendak memberikan jaminan sosial kepada pekerja, adalah BPJS. Pasal tersebut jelas menegaskan bahwa mau atau tidak mau pemberi kerja harus memilih BPJS sebagai penyelenggara jaminan sosial pekerja. Hal tersebut tentu menyebabkan adanya penguasaan tunggal (etatisme) jasa layanan kesehatan padahal penyelenggara jaminan sosial bukan hanya BPJS. Hal ini bertentangan dengan demokrasi ekonomi yang dijamin dalam Pasal 33 ayat (4) UUD 1945;

Bahwa Pemohon III dan Pemohon IV sebagai badan usaha privat yang menjalankan usaha Badan Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (BAPEL JPKM) tidak dapat berpartisipasi memberikan pelayanan kesehatan lagi, karena Pemberi Kerja tidak dapat memilih penyelenggara program jaminan sosial selain BPJS. Ketentuan dalam UU *a quo* tidak melarang Pemohon III dan Pemohon IV memberi pelayanan kesehatan, namun akibat kewajiban Pemberi Kerja hanya menggunakan BPJS sebagai satu-satunya lembaga pemberi layanan dengan disertai ancaman sanksi pidana maupun administratif kepada Pemberi Kerja bila tidak mematuhi, maka Pemberi Kerja tidak berani menggunakan jasa Pemohon III dan Pemohon IV sehingga hak Pemohon III dan Pemohon IV atas pekerjaan dan penghidupan yang layak yang dijamin Pasal 27 ayat (2) dan Pasal 28D ayat (2) UUD 1945 serta hak konstitusional sebagai salah satu pelaku ekonomi sebagaimana dijamin dalam Pasal 33 ayat (4) UUD 1945, juga terampas;

Bahwa Pemohon V dan Pemohon VI adalah sebagai pekerja yang mendalilkan kehilangan hak konstitusionalnya untuk mendapatkan jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat sebagaimana dijamin Pasal 28H ayat (3) UUD 1945 karena Pemberi Kerja wajib mendaftarkan Pekerja (termasuk Pemohon V dan Pemohon VI) kepada BPJS sebagai satu-satunya penyelenggara pelayanan kesehatan. Pekerja seharusnya mendapatkan pilihan jaminan sosial untuk mendapat jaminan sosial kesehatan yang lebih baik;

Bahwa Pemohon V dan Pemohon VI mendalilkan Pasal 19 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS merugikan hak konstitusional Pekerja, sebagai berikut:

1. Diwajibkannya (adanya paksaan) Pemberi Kerja memungut iuran dari Pekerja dan menyetorkannya kepada BPJS menyebabkan hak milik pribadi Pekerja diambil alih oleh negara secara sewenang-wenang. Tiadanya persetujuan dari Pekerja untuk memilih penyelenggara jaminan sosial termasuk bentuk kesewenang-wenangan tersebut, karena iuran yang dilakukan haruslah sesuai pula dengan keinginan Pekerja, sehingga hal ini bertentangan dengan Pasal 28H ayat (4) UUD 1945;
2. Ketentuan *a quo* mengurangi hak atas pengembangan sistem jaminan sosial sebagaimana dijamin dalam Pasal 34 ayat (2) UUD 1945. Negara telah lepas tanggung jawab dengan tidak mau membiayai kebutuhan pemeliharaan kesehatan Pekerja. Sebenarnya Pekerja sendiri yang membiayai pemeliharaan kesehatannya melalui iuran pekerja kepada BPJS yang dipungut oleh Pemberi Kerja. Iuran yang dibayarkan tersebut bisa saja digunakan untuk operasional BPJS. Dengan demikian, justru Pekerja yang membiayai negara. Hal ini telah melanggar hak konstitusional untuk mendapat perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan hak atas jaminan kesehatan dari negara terutama pemerintah sebagaimana dijamin Pasal 28I ayat (4) UUD 1945.

Bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 51 ayat (1) UU MK serta syarat-syarat kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional sebagaimana diuraikan di atas, menurut Mahkamah, para Pemohon telah memenuhi ketentuan Pasal 51 ayat (1) huruf a dan c UU MK yaitu sebagai perseorangan warga negara Indonesia (termasuk kelompok orang yang mempunyai kepentingan sama) dan badan hukum privat (vide bukti bertanda P-1 sampai dengan P-7). Kerugian hak konstitusional para Pemohon tersebut bersifat spesifik dan aktual sebagaimana telah diuraikan di atas yang terdapat hubungan sebab akibat antara kerugian dimaksud dengan berlakunya UU *a quo* yang dimohonkan pengujian yang apabila permohonan *a quo* dikabulkan, maka kerugian hak konstitusional seperti yang didalilkan tidak akan atau tidak lagi terjadi;

Bahwa berdasarkan seluruh uraian dan pertimbangan hukum di atas, menurut Mahkamah, para Pemohon memiliki kedudukan hukum (*legal standing*) untuk mengajukan permohonan *a quo*;

Pokok Permohonan

[3.6] Menimbang bahwa Mahkamah telah membaca, mendengar, dan memeriksa dengan saksama permohonan para Pemohon, keterangan Presiden, keterangan Dewan Perwakilan Rakyat, keterangan Pihak Terkait Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, keterangan ahli dan saksi dari para Pemohon dan Presiden, bukti-bukti para Pemohon, dan kesimpulan tertulis para Pemohon dan Presiden, yang selengkapnya sebagaimana tercantum pada bagian Duduk Perkara, selanjutnya Mahkamah berpendapat sebagai berikut:

[3.7] Menimbang bahwa pokok permohonan para Pemohon adalah pengujian konstitusionalitas UU BPJS, khususnya pasal-pasal sebagai berikut:

Pasal 15 ayat (1) : Pemberi Kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan Pekerjaannya sebagai Peserta kepada BPJS sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti.

Pasal 15 ayat (2) : Pemberi Kerja, dalam melakukan pendaftaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib memberikan data dirinya dan Pekerjaannya berikut anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS.

Pasal 16 ayat (1) : Setiap orang, selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan penerima Bantuan luran, yang memenuhi persyaratan kepesertaan dalam program Jaminan Sosial wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagai Peserta kepada BPJS, sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti.

Pasal 16 ayat (2) : Setiap orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib memberikan data mengenai dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS.

Pasal 17 ayat (1) : Pemberi Kerja selain penyelenggara negara yang tidak melaksanakan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2), dan

setiap orang yang tidak melaksanakan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 dikenai sanksi administratif.

- Pasal 17 ayat (2) huruf c : Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa: ... c. tidak mendapat pelayanan publik tertentu.
- Pasal 17 ayat (4) : Pengenaan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilakukan oleh Pemerintah atau pemerintah daerah atas permintaan BPJS.
- Pasal 19 ayat (1) : Pemberi Kerja wajib memungut luran yang menjadi beban Peserta dari Pekerjaannya dan menyetorkannya kepada BPJS.
- Pasal 19 ayat (2) : Pemberi Kerja wajib membayar dan menyetor luran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS.
- Pasal 19 ayat (3) : Peserta yang bukan Pekerja dan bukan penerima Bantuan luran wajib membayar dan menyetor luran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS.

Bahwa ketentuan dalam UU BPJS yang dimohonkan pengujian tersebut dianggap bertentangan dengan Pasal 27 ayat (1), Pasal 28C ayat (2), Pasal 28D ayat (2), Pasal 28D ayat (4), Pasal 28H ayat (1), Pasal 28H ayat (3), Pasal 28H ayat (4), Pasal 28I ayat (1), Pasal 28I ayat (2), Pasal 28I ayat (4), Pasal 33 ayat (4), dan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945;

Bahwa para Pemohon pada pokoknya mendalilkan sebagai berikut:

1. Para Pemohon tidak dapat menentukan secara mandiri dan bebas siapa yang memberikan program jaminan sosial karena negara menentukan BPJS sebagai satu-satunya lembaga yang memberikan jaminan sosial. Apabila para Pemohon tidak mendaftar ke BPJS akan mendapat sanksi administratif;
2. Semangat pelayanan terhadap kesehatan masyarakat selama ini telah menjadikan penyelenggara jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat dilaksanakan oleh berbagai pihak, baik pemerintah maupun swasta;
3. Pengorganisasian penyelenggara jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat oleh negara juga bukanlah hal yang bertentangan dengan UUD

1945, namun terhalangnya hak-hak warga negara dalam memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan sesuai dengan pilihannya akibat ditentukannya BPJS sebagai satu-satunya lembaga penyelenggara jaminan pemeliharaan kesehatan adalah bertentangan dengan ketentuan dalam UUD 1945 sebagaimana telah didalilkan di atas;

4. Demokrasi dalam bidang ekonomi menghendaki adanya kesempatan yang sama bagi setiap warga negara untuk berpartisipasi dalam proses produksi dan pemasaran barang dan/atau jasa, dalam iklim usaha yang sehat, efektif, dan efisien sehingga dapat mendorong pertumbuhan ekonomi dan bekerjanya ekonomi pasar yang wajar. Ketentuan pasal-pasal yang dimohonkan nyata-nyata tidak menghendaki kesempatan yang sama dalam penyelenggaraan jasa jaminan sosial karena memusatkan jasa jaminan sosial hanya kepada BPJS. Dengan demikian demokrasi ekonomi sebagaimana dijamin dalam Pasal 33 ayat (4) UUD 1945 yang menghendaki kesempatan yang sama dalam penyelenggaraan jasa layanan sosial menjadi hilang;
5. Negara tidak boleh merampas pekerjaan yang selama ini diusahakan oleh rakyat, dalam hal ini oleh BAPEL JPKM karena mengakibatkan ketidakadilan sebab menafikan keberadaan lembaga atau perorangan yang selama ini telah bertindak sebagai BAPEL JPKM;
6. Pemerintah melakukan pemaksaan karena mewajibkan Pemberi Kerja dan Pekerja menggunakan BPJS sebagai penyelenggara jaminan sosialnya, sehingga Pemberi Kerja dan Pekerja kehilangan keleluasaannya untuk menggunakan atau tidak menggunakan haknya tersebut;
7. Adanya sanksi administrasi berupa tidak mendapat pelayanan publik tertentu tanpa batas waktu, termasuk salah satunya pelayanan bukti kepemilikan hak atas tanah dan bangunan, merupakan bentuk pembiaran dan ketiadaan perlindungan hukum yang hal tersebut meniadakan hak setiap orang untuk diakui sebagai pribadi di hadapan hukum dan mengancam keberlangsungan hidup.

[3.8] Menimbang bahwa kesehatan sebagai salah satu bagian dari hajat hidup orang banyak merupakan hak yang dilindungi dan wajib dipenuhi negara sebagai perwujudan tujuan pembentukan negara Indonesia sebagaimana termuat dalam Alinea keempat Pembukaan UUD 1945 yaitu untuk melindungi segenap bangsa Indonesia, seluruh tumpah darah Indonesia, dan untuk memajukan

kesejahteraan umum serta mencerdaskan kehidupan bangsa. Amanat tersebut kemudian diimplementasikan dalam Pasal 28H ayat (3) UUD 1945 yang memberikan hak konstitusional kepada setiap orang atas jaminan sosial. Di lain pihak, negara berdasarkan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 memiliki kewajiban konstitusional untuk mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Hak dan kewajiban konstitusional yang timbul dari kedua pasal tersebut harus diartikan secara keseluruhan, yaitu rakyat memiliki hak dan kewajiban untuk mendapatkan jaminan sosial, begitupula negara juga memiliki hak dan kewajiban dalam mengembangkan sistem jaminan sosial;

Bahwa kata “jaminan” secara etimologi/bahasa dapat berarti asuransi (*insurance*), keyakinan (*assurance*), garansi (*guarantee/warranty*), janji (*promise/pledge*), dan pengamanan (*security*). Perkembangan dalam dunia ekonomi kesehatan secara global akhirnya menuntun negara melalui pembentuk Undang-Undang dalam mengembangkan sistem jaminan sosial di Indonesia menggunakan kata “asuransi” dari yang sebelumnya “jaminan” sebagaimana dalam Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 dan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN). Perubahan tersebut dalam pelaksanaannya menimbulkan perdebatan karena memiliki kesan perbedaan bahkan pertentangan makna antara keduanya karena pandangan masyarakat Indonesia yang sebagian besar masih mengartikan asuransi dalam pengertian komersial. Asuransi (*insurance*) berasal dari kata *in-sure* yang berarti memastikan. Dalam konteks asuransi kesehatan, pengertian asuransi adalah memastikan seseorang yang menderita sakit akan mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan tanpa harus mempertimbangkan keadaan pendapatannya karena ada pihak yang menjamin biaya pengobatan atau perawatan orang tersebut. Secara teori, salah satu jenis asuransi adalah asuransi sosial, yaitu asuransi yang wajib diikuti oleh seluruh atau sebagian penduduk yang pendanaannya dapat berasal dari premi/iuran berupa persentase upah yang wajib dibayarkan atau berasal dari pajak maupun kombinasi keduanya dan manfaat (*benefit*) asuransi ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan serta sama untuk semua peserta asuransi. Dalam asuransi sosial terdapat sistem gotong-royong (*risk sharing*) yang dikelola secara formal dengan hak dan kewajiban yang disepakati secara jelas dalam peraturan perundang-undangan, sehingga dana yang terkumpul dari masing-masing penduduk (dana amanat) akan digunakan untuk kepentingan bersama;

Bahwa asuransi sosial bertujuan untuk menjamin akses semua orang yang memerlukan pelayanan kesehatan tanpa mempedulikan status ekonomi atau usianya, sehingga memungkinkan terciptanya solidaritas sosial melalui gotong-royong antara kelompok kaya-miskin, muda-tua, dan sehat-sakit. Prinsip tersebut merupakan bagian dari pengamalan nilai Pancasila dalam kehidupan berbangsa dan bernegara, khususnya sila ke-3 “Persatuan Indonesia” dan sila ke-5 “Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia”. Bahkan Soekarno secara tersurat dalam pidatonya di Sidang *Dokuritsu Zyunbi Tyoosakai* (BPUPKI), tanggal 1 Juni 1945 menyatakan bahwa gotong-royong adalah saripati Pancasila dan menjadi ciri khas negara yang didirikan sebagai wujud impian dan cita-cita bersama rakyat Indonesia. Dengan demikian, terlepas dari permasalahan yang secara khusus diajukan permohonan pengujian konstitusionalitasnya oleh para Pemohon, Mahkamah berpendapat bahwa asuransi sosial sebagai sistem jaminan sosial telah sejalan dengan nilai-nilai Pancasila dan amanat UUD 1945 karena akan menciptakan sebuah keadilan sosial (*social justice*) dengan menumbuhkan kesadaran akan kewajiban individu terhadap masyarakat/publik secara kolektif sebagai perwujudan kehidupan berbudaya yang mengutamakan kepentingan bersama;

Bahwa Pasal 28H ayat (3) UUD 1945 merupakan jaminan konstitusional yang secara eksplisit disebut bagi warga negara untuk memperoleh jaminan sosial. Upaya pemenuhan hak ini, sebagaimana diatur dalam Pasal 28I ayat (4) UUD 1945 merupakan “... *tanggung jawab negara, terutama pemerintah.*” Lebih lanjut, Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 menjamin bahwa “*negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat...*”. Dengan demikian, membaca secara sistematis aturan-aturan konstitusional tersebut dapat disimpulkan bahwa upaya pemenuhan hak warga negara atas jaminan sosial adalah tanggung jawab negara (pemerintah) dalam rangka mengembangkan suatu sistem jaminan sosial. Hal demikian selaras dengan pandangan Mahkamah bahwa “...*terminologi “negara” dalam Pasal 34 ayat (2) UUD 1945, dalam hubungannya dengan paham negara kesejahteraan, sesungguhnya lebih menunjuk kepada pelaksanaan fungsi pelayanan sosial negara bagi rakyat atau warga negaranya. Sehingga, fungsi tersebut merupakan bagian dari fungsi-fungsi pemegang kekuasaan pemerintahan negara menurut UUD 1945.*” [vide Putusan Nomor 007/PUU-III/2005, hal. 264]

Bahwa yang perlu diperhatikan dalam Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 adalah penggunaan pilihan kata “mengembangkan”. Bila dibandingkan dengan upaya pemenuhan hak atas pendidikan warga negara, sebagaimana tercantum dalam Pasal 31 ayat (3) UUD 1945, pilihan kata yang digunakan dalam konstitusi lebih mengandung penekanan untuk upaya pemenuhannya. Penyusun UUD menggunakan pilihan kata “mengusahakan dan menyelenggarakan” dalam rangka pemenuhan hak pendidikan. Pasal 31 ayat (3) UUD 1945 menyebutkan “Pemerintah mengusahakan dan menyelenggarakan satu sistem pendidikan nasional...”. Artinya, dalam upaya memenuhi hak pendidikan warga negara pemerintah wajib turun tangan secara langsung untuk menyelenggarakan satu sistem pendidikan yang bersifat nasional. Kata “mengembangkan” yang digunakan dalam Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 berarti bahwa tanggung jawab negara dalam rangka memenuhi hak warga negara atas jaminan sosial adalah sebatas “*membuat sistem jaminan sosial yang telah ada menjadi lebih besar atau lebih maju*”, karena dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, kata “mengembangkan” berarti “menjadikan besar (luas, merata)” atau “menjadikan maju (baik, sempurna)”. Negara, terutama pemerintah, dalam memenuhi hak atas jaminan sosial warga negara tidak harus menyelenggarakannya secara langsung, seperti dalam hal penyelenggaraan pendidikan. Kewajiban negara dalam pemenuhan hak atas jaminan sosial adalah sebatas “mengembangkan” sistem yang telah ada. Berkaitan dengan pemilihan sistem jaminan sosial, Mahkamah dalam pengujian UU SJSN berpendapat bahwa UU SJSN yang telah memilih sistem asuransi sosial yang di dalamnya juga terkandung unsur bantuan sosial adalah sesuai dengan kandungan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945. Sistem yang dipilih telah mencakup seluruh rakyat dengan maksud untuk meningkatkan keberdayaan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan [vide Putusan Nomor 007/PUU-III/2005, hal. 260-263];

Bahwa dalam Penjelasan Umum UU BPJS, paragraf 4, disebutkan pembentukan BPJS merupakan “... *pelaksanaan dari Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang mengamanatkan pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan transformasi kelembagaan PT Askes (Persero), PT Jamsostek (Persero), PT TASPEN (Persero), dan PT ASABRI (Persero) menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.*” Selain itu, pembentuk Undang-Undang juga menyebutkan bahwa

pembentukan UU BPJS juga mempertimbangkan Putusan Nomor 007/PUU-III/2005, halaman 266, yang dalam pertimbangannya menyatakan bahwa dalam memeriksa perkara pengujian UU SJSN, Mahkamah berpendapat, *"... pengembangan sistem jaminan sosial adalah bagian dari pelaksanaan fungsi pelayanan sosial negara yang kewenangan untuk menyelenggarakannya berada di tangan pemegang kekuasaan pemerintahan negara, di mana kewajiban pelaksanaan sistem jaminan sosial tersebut, sesuai dengan Pasal 18 ayat (5) UUD 1945 sebagaimana dijabarkan lebih lanjut dalam UU Pemda khususnya Pasal 22 huruf h, bukan hanya menjadi kewenangan Pemerintah Pusat tetapi dapat juga menjadi kewenangan Pemerintahan Daerah,..."* Lebih lanjut, pada halaman 268, Mahkamah berpendapat, *"... Pasal 5 ayat (1) UU SJSN harus ditafsirkan bahwa ketentuan tersebut adalah dimaksudkan untuk pembentukan badan penyelenggara tingkat nasional yang berada di pusat, sedangkan untuk pembentukan badan penyelenggara jaminan sosial tingkat daerah dapat dibentuk dengan peraturan daerah dengan memenuhi ketentuan tentang sistem jaminan sosial nasional."* Dalam putusan tersebut, Mahkamah membuka peluang bagi pemerintah pusat maupun pemerintah daerah untuk membentuk badan penyelenggara jaminan sosialnya masing-masing. Pembentukan UU BPJS adalah untuk mengakomodasi pembentukan badan penyelenggara tingkat nasional yang berada dipusat sedangkan badan penyelenggara jaminan sosial di daerah dapat dibentuk melalui peraturan daerah (Perda);

[3.9] Menimbang bahwa para Pemohon mengajukan pengujian konstitusionalitas Pasal 15 ayat (1), ayat (2), dan Pasal 16 ayat (1) serta ayat (2) UU BPJS bertentangan dengan UUD 1945, karena para Pemohon beranggapan bahwa BPJS bersifat monopolistik karena setiap orang, baik Pemberi Kerja maupun Pekerja wajib mendaftarkan dirinya hanya kepada BPJS sebagai satu-satunya penyelenggara yang ditentukan oleh UU BPJS, sehingga menghalangi hak masyarakat untuk memilih penyelenggara jaminan sosial yang lebih baik dan menghalangi partisipasi masyarakat untuk turut berperan serta menyelenggarakan jaminan sosial dan mendapatkan pekerjaan yang layak;

Bahwa Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 UU SJSN telah mengamanatkan dibentuknya suatu badan penyelenggara jaminan sosial berskala nasional dengan Undang-Undang tersendiri. Padahal ketika itu terdapat 4 (empat) badan

penyelenggara jaminan sosial seperti Persero JAMSOSTEK, Persero TASPEN, Persero ASABRI, dan Persero ASKES yang masing-masing telah eksis berjalan sesuai dengan lingkup kewenangannya, sehingga Pasal 52 UU SJSN kemudian mengatur bahwa keempat badan penyelenggara jaminan sosial tersebut tetap diberi hak sebagai penyelenggara jaminan sosial sampai dengan terbentuknya BPJS. Berdasarkan rumusan pasal-pasal *a quo* maka pembentuk Undang-Undang sebenarnya ingin mengubah sistem jaminan sosial dengan menyatukan seluruh badan (*multi*) penyelenggara menjadi satu badan (*single*) khusus secara nasional. Menurut Mahkamah, kebijakan perubahan konsep tersebut adalah dalam rangka pengembangan sistem jaminan sosial dan sesuai dengan maksud Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 yang menghendaki agar sistem jaminan sosial yang dikembangkan mencakup seluruh rakyat dan bertujuan untuk meningkatkan keberdayaan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Selain itu, perubahan konsep penyelenggara jaminan sosial yang semula dilaksanakan oleh BUMN yang kinerjanya diukur berdasarkan indikator laba dan indikator finansial lain kemudian diserahkan kepada suatu badan hukum publik khusus yang hanya menyelenggarakan program jaminan sosial dengan prinsip gotong-royong, nirlaba, tata kelola yang baik (*good governance*), dan portabilitas telah meluruskan kembali tujuan jaminan sosial yang merupakan program kewajiban negara. Masyarakat juga lebih mendapatkan akses untuk menyampaikan pendapatnya serta memperoleh informasi sebagaimana dijamin dalam Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik dan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;

Bahwa hal tersebut juga telah sejalan dengan pertimbangan Mahkamah dalam Putusan Nomor 50/PUU-VIII/2010, bertanggal 21 November 2011, yang antara lain mempertimbangkan, “[3.14.3] *Bahwa kendatipun UUD 1945 telah secara tegas mewajibkan negara untuk mengembangkan sistem jaminan sosial, tetapi UUD 1945 tidak mewajibkan kepada negara untuk menganut atau memilih sistem tertentu dalam pengembangan sistem jaminan sosial dimaksud. UUD 1945, dalam hal ini Pasal 34 ayat (2), hanya menentukan kriteria konstitusional – yang sekaligus merupakan tujuan dari sistem jaminan sosial yang harus dikembangkan oleh negara, yaitu bahwa sistem dimaksud harus mencakup seluruh rakyat dengan maksud untuk memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Dengan demikian, sistem apa pun yang dipilih*

dalam pengembangan jaminan sosial tersebut harus dianggap konstitusional, dalam arti sesuai dengan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945, sepanjang sistem tersebut mencakup seluruh rakyat dan dimaksudkan untuk meningkatkan keberdayaan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.”

Dalam asuransi sosial, manfaat atau paket jaminan yang ditetapkan oleh undang-undang adalah sama atau relatif sama bagi seluruh peserta karena tujuannya adalah untuk memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs*) para anggotanya. Lebih lanjut, apabila melihat ketentuan Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 yang menyatakan, “*Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak*” maka tujuan dari asuransi sosial adalah untuk pemenuhan kebutuhan dasar yang layak bagi seluruh rakyat Indonesia. Kebutuhan dasar yang layak pada hakikatnya adalah mempertahankan hidup seseorang, sehingga orang tersebut mampu memproduksi atau berfungsi normal sesuai dengan martabat kemanusiaan. Hal tersebut kemudian yang salah satunya mendasari adanya kewajiban untuk turut serta bagi seluruh rakyat Indonesia, karena apabila pemenuhan kebutuhan dasar tersebut diharapkan secara sukarela dengan membeli asuransi maka sebagian besar penduduk tidak mampu atau tidak disiplin untuk membeli asuransi. Karakteristik asuransi sosial yang mengatur paket jaminan atau manfaat medis relatif sama untuk semua peserta dan iuran yang proporsional terhadap upah akan memfasilitasi terciptanya keadilan yang merata (*equity egaliter*) di mana seseorang dijamin mendapatkan layanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medisnya dan membayar iuran sesuai dengan pendapatannya di samping iuran untuk penduduk miskin dan tidak mampu dibayar oleh pemerintah melalui program Penerima Bantuan Iuran (PBI). Hal tersebut memungkinkan negara untuk memenuhi hak layanan kesehatan sesuai dengan Pasal 28H UUD 1945. Namun demikian, seseorang yang memiliki penghasilan lebih sehingga menginginkan pelayanan kesehatan di luar kebutuhan dasarnya tetap dapat memilih layanan kesehatan yang diinginkan (naik kelas), tentu dengan selisih biaya lebih dari biaya yang menjadi haknya, dan merupakan tanggungan pribadi orang tersebut. Hal tersebut sesuai dengan prinsip *equity liberter*, yaitu hak layanan kesehatan diperoleh seseorang sesuai dengan bayaran orang tersebut sebagaimana diatur dalam Penjelasan Pasal 23 ayat (4) UU SJSN. Dengan demikian, negara tidaklah menghalang-halangi keterlibatan masyarakat secara langsung dalam melaksanakan program jaminan sosial lainnya;

Bahwa baik UU SJSN maupun UU BPJS juga memberikan kesempatan yang sama bagi pihak swasta yang bergerak dalam usaha penyelenggaraan jaminan sosial untuk memberikan pelayanan kesehatan baik untuk memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs*) yang layak maupun lebih bagi masyarakat yang membutuhkannya. Menurut Mahkamah, kata “negara” dalam Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 juga mencakup peran serta pemerintah, pemerintah daerah (Pemda) dan pihak swasta untuk turut serta mengembangkan sistem jaminan sosial dengan cara menyediakan fasilitas kesehatan untuk masyarakat, terlebih lagi di daerah-daerah penjurus tanah air yang masih belum tersedia fasilitas kesehatan karena pertumbuhan fasilitas kesehatan di daerah telah diserahkan kepada Pemda masing-masing, sehingga di masa depan baik Pemda maupun pihak swasta yang akan membangun fasilitas yang memadai dan BPJS akan membayar siapapun yang berobat di fasilitas kesehatan tersebut, ataupun dalam bentuk asuransi tambahan yang akan memenuhi (*meng-cover*) kebutuhan dan layanan kesehatan yang melebihi kebutuhan dasar (*basic needs*) yang layak. Dengan demikian, semangat konstitusi yang mengamanatkan adanya jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia dapat dengan mudah terealisasi dengan adanya kerja sama berbagai pihak khususnya dalam hal ini BPJS dan pihak swasta. Oleh karena itu, BPJS sebagai satu-satunya badan penyelenggara program jaminan sosial harus membuka diri terhadap pihak swasta (termasuk BAPEL-JPKM) yang bergerak dalam bidang pelayanan jaminan kesehatan untuk bersinergi dalam mewujudkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia;

Bahwa para Pemohon juga mendalilkan mengenai kewajiban untuk memberikan data diri secara lengkap [vide Pasal 15 ayat (2) dan Pasal 16 ayat (2) UU BPJS]. Menurut Mahkamah, ketentuan ini merupakan lingkup kebijakan yang berlaku internal demi tata kelola administrasi organisasi BPJS. Kebutuhan BPJS atas data diri peserta yang lengkap akan menunjang kinerja BPJS dalam memberikan pelayanan yang baik. Oleh sebab itu, BPJS dapat saja mengeluarkan berbagai kebijakan demi menunjang kinerja pemberian pelayanan kepada pesertanya. Dengan demikian, penetapan kewajiban peserta BPJS untuk melengkapi data diri sebagaimana diatur dalam Pasal 15 ayat (2) dan Pasal 16 ayat (2) UU *a quo* tidak bertentangan dengan UUD 1945;

Bahwa Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 menyatakan negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Dapat dimaknai pula bahwa yang dimaksud dengan “seluruh rakyat” di dalamnya termasuk anak-anak yang terlantar, selain fakir miskin, yang dipelihara oleh negara [vide Pasal 34 ayat (1) UUD 1945]. Adapun maksud dari “dipelihara oleh negara” bukan berarti dipertahankan keberadaan mereka, namun untuk diangkat derajat dan martabatnya serta dientaskan dari kefakiran, kemiskinan, dan keterlantarannya tersebut;

Bahwa terhadap para fakir miskin dan orang tidak mampu, UU SJSN telah mengamanahkan kepada Pemerintah untuk mendaftarkan mereka sebagai Peserta BPJS dengan kategori Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang pengaturannya lebih lanjut diatur dengan Peraturan Pemerintah [vide Pasal 14 UU SJSN], namun bagi anak-anak yang terlantar yaitu anak yang tidak terpenuhi kebutuhannya secara wajar, baik fisik, mental, spiritual, maupun sosial [vide Pasal 1 angka 6 Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, selanjutnya disebut UU Perlindungan Anak], negara – dalam hal ini Pemerintah dan Pemerintah Daerah – wajib menyelenggarakan pemeliharaan, perawatan, dan rehabilitasi sosial anak terlantar tersebut, baik di dalam lembaga maupun di luar lembaga [vide Pasal 55 ayat (1) UU Perlindungan Anak]. Untuk menyelenggarakan pemeliharaan dan perawatan anak terlantar tersebut, lembaga pemerintah dan lembaga masyarakat dapat mengadakan kerja sama dengan berbagai pihak yang terkait [vide Pasal 55 ayat (3) UU Perlindungan Anak];

Bahwa pelayanan kesehatan BPJS bagi anak-anak yang terlantar yang tidak diketahui orang tuanya, keluarganya atau kerabatnya, tidaklah harus didasarkan pada syarat-syarat formil yang ada seperti akta kelahiran, kartu keluarga, surat keterangan apa pun, atau identitas lainnya. Negara wajib secara langsung memberikan bantuan kesehatan tanpa dilengkapi terlebih dahulu oleh persyaratan formal tersebut. Tidaklah mungkin anak-anak yang terlantar yang tidak memiliki identitas diri harus dipaksakan memiliki syarat formal tersebut, karena merupakan hal yang ironis. Justru pada saat anak-anak yang terlantar tersebut membutuhkan pertolongan, khususnya terkait dengan perawatan kesehatannya, di

sinilah negara (Pemerintah) harus hadir memberikan bantuan. Pada saat itu pula Pemerintah sekaligus mendata dan mencatat anak-anak yang terlantar tersebut, kemudian mendaftarkan mereka sebagai bagian dari Penerima Bantuan Iuran (PBI). Ketiadaan syarat administratif atau syarat formil, tidaklah menghalangi Pemerintah untuk tidak memberikan bantuan. Berdasarkan akal sehat atau penalaran yang wajar, justru anak-anak yang terlantar tersebut sudah sepatutnya masuk dalam skala prioritas kewajiban negara untuk memeliharanya dan memberikan kesejahteraan pada mereka termasuk pelayanan kesehatannya. Peningkaran pemberian bantuan kesehatan kepada anak-anak yang terlantar merupakan perlawanan terhadap perlindungan HAM yang hal tersebut tidak boleh terjadi apalagi dilakukan oleh negara (Pemerintah) itu sendiri kepada warga negaranya. Siapa pun yang mengantarkan dan mendampingi anak-anak yang terlantar tersebut untuk memperoleh bantuan pelayanan kesehatan, wajib dilayani. Bagi pihak yang mengantarkan atau mendampingi anak-anak yang terlantar untuk mendapatkan bantuan pelayanan kesehatan maka yang bersangkutan membuat surat pernyataan bahwa anak tersebut betul-betul merupakan anak-anak yang terlantar. Saatnya Pemerintah harus pro-aktif turun ke tengah-tengah masyarakat untuk memberikan perhatian dan perlindungan yang sungguh-sungguh khususnya bagi anak-anak yang terlantar. Kemudian, selain itu, tidaklah dapat dibenarkan pemberlakuan diskriminatif terhadap anak-anak yang terlantar yang mengalami kesulitan dalam hidupnya;

Bahwa kaitannya dengan peningkatan kualitas penyelenggaraan program jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia termasuk bagi anak-anak yang terlantar, Pasal 51 UU BPJS mengamanahkan BPJS untuk bekerjasama dengan lembaga Pemerintah. Hal ini sesuai pula dengan amanah bagi Pemerintah dan Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud Pasal 55 ayat (3) UU Perlindungan Anak untuk mengadakan kerja sama dengan berbagai pihak yang terkait, yang dapat dimaknai salah satunya dengan BPJS, yang dalam hal ini dikhususkan dalam rangka memberikan perawatan kesehatan bagi anak-anak yang terlantar, sehingga apabila dikaitkan dengan upaya peningkatan kualitas pelayanan oleh BPJS kepada para pesertanya sebagai wujud profesionalisme kinerja, maka upaya tersebut tidak hanya sebatas pada kemudahan pelayanan bagi peserta berupa memberikan: (1) pusat layanan informasi BPJS Kesehatan 1500400; (2) *hotline service*; (3) pemberian informasi melalui kantor cabang; (4)

penyediaan *website* BPJS Kesehatan; (5) media sosial; maupun (6) *SMS gateway* [vide keterangan tertulis Pihak Terkait BPJS Kesehatan, hal. 12-13], namun juga dapat dikembangkan dengan pro-aktif melakukan kerja sama dengan pihak lain yang tidak hanya untuk meningkatkan kualitas kinerja keseharian pegawai BPJS namun termasuk dan tidak terbatas pula pada upaya bekerjasama dengan pihak lain (swasta) untuk turut serta memelihara anak-anak yang terlantar khususnya dalam memberikan pelayanan perawatan kesehatan bagi mereka, karena anak-anak yang terlantar juga menjadi bagian dari “seluruh rakyat” sebagaimana dimaksud Pasal 34 ayat (2) UUD 1945;

Bahwa berdasarkan pertimbangan hukum di atas maka dalil permohonan para Pemohon *a quo* tidak beralasan menurut hukum;

[3.10] Menimbang bahwa para Pemohon mengajukan pengujian konstitusionalitas Pasal 17 ayat (1), ayat (2) huruf c, dan ayat (4) UU BPJS bertentangan dengan UUD 1945, karena para Pemohon beranggapan bahwa pasal-pasal *a quo* menyebabkan adanya perlakuan diskriminatif berupa pengenaan sanksi administratif yaitu tidak mendapat pelayanan publik tertentu apabila tidak mendaftarkan pekerjanya, khusus bagi pemberi kerja selain penyelenggara negara, padahal kedudukannya sama sebagai pemberi kerja;

Bahwa Pasal 28D ayat (1) UUD 1945 mengandung pengertian keadilan bukanlah selalu memperlakukan sama terhadap setiap orang. Keadilan dapat berarti memperlakukan sama terhadap hal-hal yang memang sama dan memperlakukan berbeda terhadap hal-hal yang memang berbeda, sehingga justru tidak adil apabila terhadap hal-hal yang berbeda diperlakukan sama. Demikian pula kata dikriminatif dalam Pasal 28I ayat (2) UUD 1945, Mahkamah dalam Putusan Nomor 15/PUU-VI/2008, bertanggal 10 Juli 2008, menyatakan yaitu jika di dalamnya terkandung sifat membeda-bedakan orang yang didasarkan atas agama, ras, suku, bahasa, jenis kelamin, keyakinan politik, atau status sosial tertentu lainnya. Selain itu, dalam Putusan Mahkamah Nomor 065/PUU-II/2004, bertanggal 3 Maret 2005, Mahkamah berpendapat pemaknaan Pasal 28I ayat (1) UUD 1945 harus dibaca bersama-sama dengan Pasal 28J ayat (2) UUD 1945. HAM tidaklah bersifat mutlak sebagaimana yang secara tegas diatur dalam konstitusi yakni kebebasan melaksanakan HAM dapat dibatasi dengan kewajiban

menghormati HAM orang lain serta ketentuan yang telah diatur dalam Undang-Undang dengan memperhatikan nilai-nilai moral, agama, keamanan dan ketertiban. Dengan demikian hakikat HAM adalah kebebasan tetapi kebebasan itu berakhir ketika mulai merambah wilayah kebebasan orang lain. Oleh karenanya, dalam menjalankan hak dan kebebasan, setiap orang wajib menghormati HAM orang lain dan wajib tunduk pada pembatasan yang ditentukan Undang-Undang dengan maksud semata-mata untuk menjamin penegakan dan penghormatan atas hak dan kebebasan orang lain. Oleh karena itu, apabila permohonan para Pemohon dikabulkan malah akan menimbulkan ketidakpastian hukum dan menciptakan ketidakadilan karena akan terjadi situasi di mana pemberi kerja selain penyelenggara negara tidak dapat dikenai sanksi apabila tidak mendaftarkan pekerjanya dalam program jaminan sosial yang diselenggarakan oleh BPJS. Padahal suatu kewajiban yang telah dirumuskan menjadi kewajiban hukum akan selalu membutuhkan sanksi untuk dapat menegakkannya secara efektif. Keberadaan hak asasi tidak dapat dipisahkan dari adanya kewajiban yang membatasinya. Hal tersebut sejalan dengan ketentuan Pasal 15 ayat (1) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan yang menentukan bahwa materi muatan Undang-Undang dapat memuat ketentuan pidana;

Berdasarkan pertimbangan tersebut di atas maka dalil permohonan para Pemohon *a quo* tidak beralasan menurut hukum.

[3.11] Menimbang bahwa para Pemohon mengajukan pengujian konstitusionalitas Pasal 19 ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) UU BPJS bertentangan dengan UUD 1945, karena para Pemohon beranggapan bahwa pasal-pasal *a quo* menyebabkan negara bertindak secara sewenang-wenang dalam memungut upah dari pekerja sebagai iuran BPJS dan pekerja membayar tidak sesuai dengan keinginannya;

Bahwa karakter atau ciri dari layanan kesehatan adalah adanya ketidakpastian (*uncertainty*), sedangkan di lain pihak, akses terhadap fasilitas serta pelayanan kesehatan yang layak merupakan hak konstitusional warga negara Indonesia. Oleh karena itu, diperlukan sebuah sistem asuransi untuk seluruh masyarakat yang bersifat wajib bagi semua penduduk dan sistem pendanaan

publik bersumber dari pendapatan umum negara yang berasal dari iuran atau pungutan wajib yang bersifat memaksa. Jika tidak diwajibkan maka yang sakit-sakitan akan membeli asuransi, sementara yang sehat dan masih muda tidak akan membeli asuransi karena tidak merasa memerlukannya, sehingga tidak mungkin tercapai kegotong-royongan antara kelompok kaya-miskin, muda-tua, dan sehat-sakit. Dengan demikian, mewajibkan penduduk untuk ikut serta dalam asuransi sosial adalah dalam rangka untuk memenuhi hak asasi manusia melalui pembiayaan secara kolektif dan sesuai dengan fitrah manusia madani (*civil society*) yang selalu mengutamakan kepentingan bersama. Begitu pula dalam hal kewajiban membayar iuran yang bersifat proporsional dari upah akan menciptakan subsidi silang, di mana yang memiliki upah lebih kecil akan membayar secara nominal lebih kecil, tetapi ketika sakit dan mendapatkan pelayanan kesehatan maka jaminan layanan medis tidak dibedakan dengan yang memiliki upah lebih tinggi;

Bahwa pada prinsipnya iuran wajib adalah sama dengan pajak penghasilan (PPh), iuran asuransi sosial disebut juga sebagai pajak jaminan sosial (*social security tax*). Perbedaannya adalah, PPh bersifat progresif di mana semakin banyak upah yang diterima maka semakin besar pajak yang harus dibayarkan, sedangkan iuran bersifat regresif. Selain itu, PPh menganut sistem residual, tidak inklusif layanan kesehatan karena penggunaan dananya tidak ditentukan di muka, sedangkan pada asuransi sosial, penggunaan dana hanya terbatas untuk membayar manfaat asuransi yang telah ditetapkan oleh peraturan perundang-undangan. Karena sifatnya yang wajib, sama dengan PPh, maka pengelolaan asuransi sosial haruslah dilakukan secara nirlaba sehingga bentuknya harus badan hukum publik khusus yaitu BPJS sebagai satu-satunya penyelenggara program jaminan sosial secara nasional dan memiliki hak yang bersifat memaksa untuk mengumpulkan dana amanat dari seluruh peserta asuransi sosial layaknya kewenangan negara menarik pajak warganya dan telah sesuai dengan ketentuan Pasal 23A UUD 1945. Selain itu, setiap orang yang menginginkan pelayanan kesehatan maupun asuransi tambahan tetap dapat memilih layanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan pribadinya;

Bahwa perusahaan tidak boleh memungut lebih dari nilai yang sudah ditentukan dari BPJS sesuai dengan pilihan kelas yang diinginkan oleh pekerja. Perbedaan jumlah pembayaran tentu akan mempengaruhi kelas pelayanan,

sehingga pekerja dari suatu perusahaan diberikan kebebasan untuk memilih jumlah pembayaran yang diinginkan. Adapun kewajiban untuk membayar iuran BPJS bukanlah merupakan kehendak dari perusahaan tertentu, akan tetapi, justru perusahaan tertentu dalam rangka melaksanakan perintah Undang-Undang;

Bahwa pembayaran iuran kepada BPJS adalah konsekuensi dari kepesertaan dalam BPJS. Ketentuan pasal ini baru memiliki kekuatan mengikat bagi seseorang, Pemberi Kerja, dan Pekerja yang terdaftar sebagai peserta BPJS. Pasal ini tidak memiliki konsekuensi terhadap bukan peserta BPJS, sehingga dalil para Pemohon yang menyatakan bahwa ketentuan Pasal *a quo* memiliki konsekuensi pada adanya pembatasan bagi masyarakat untuk berpartisipasi dalam memberi jaminan sosial serta berpotensi “memaksa” masyarakat untuk menjadi peserta BPJS adalah tidak beralasan menurut hukum;

Bahwa bagi Peserta BPJS yang terlambat membayar iuran, maka tidak boleh dikenakan denda sebab BPJS bersifat nirlaba, bukan komersial, namun meskipun begitu peserta BPJS tetap harus membayar lunas seluruh tunggakan yang belum dibayar. Adapun bagi peserta yang betul-betul tidak sanggup membayar tunggakan yang ada maka harus ada surat keterangan miskin dari kantor kelurahan/kepala desa sebab bagi yang tidak mampu mereka lebih mengutamakan keperluan konsumsi atau kebutuhan hidup keseharian, sehingga bagi peserta tersebut masuk dalam peserta bebas iuran.

Bahwa selain dari rumah sakit pemerintah yang diwajibkan memberikan pelayanan BPJS, juga kepada seluruh rumah sakit swasta yang ada di Indonesia tanpa kecuali, diwajibkan pula memberikan pelayanan kepada masyarakat untuk kepesertaan BPJS sebagai bentuk solidaritas sosial kepada masyarakat;

[3.12] Menimbang bahwa berdasarkan seluruh pertimbangan hukum di atas, Mahkamah berpendapat bahwa dalil permohonan para Pemohon tidak beralasan menurut hukum.

4. KONKLUSI

Berdasarkan penilaian atas fakta dan hukum sebagaimana diuraikan di atas, Mahkamah berkesimpulan:

- [4.1] Mahkamah berwenang mengadili permohonan *a quo*;
- [4.2] Para Pemohon memiliki kedudukan hukum (*legal standing*) untuk mengajukan permohonan *a quo*;
- [4.3] Pokok permohonan para Pemohon tidak beralasan menurut hukum;

Berdasarkan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 70, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5226), dan Undang-Undang Nomor 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 157, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5076).

5. AMAR PUTUSAN

Mengadili,

Menyatakan menolak permohonan para Pemohon untuk seluruhnya.

Demikian diputuskan dalam Rapat Permusyawaratan Hakim oleh delapan Hakim Konstitusi, yaitu Arief Hidayat selaku Ketua merangkap Anggota, Aswanto, Patrialis Akbar, Maria Farida Indrati, Suhartoyo, Wahiduddin Adams, I Dewa Gede Palguna, dan Manahan M.P Sitompul, masing-masing sebagai Anggota, pada **hari Selasa, tanggal sembilan belas, bulan Mei, tahun dua ribu lima belas**, yang diucapkan dalam Sidang Pleno Mahkamah Konstitusi terbuka untuk umum pada **hari Senin, tanggal tujuh, bulan Desember, tahun dua ribu lima belas**, selesai diucapkan **pukul 11.41 WIB**, oleh delapan Hakim Konstitusi, yaitu Anwar Usman selaku Ketua merangkap Anggota, Aswanto, Patrialis Akbar, Maria Farida Indrati, Suhartoyo, Wahiduddin Adams, I Dewa Gede Palguna, dan Manahan M.P Sitompul, masing-masing sebagai Anggota, dengan didampingi oleh Wiwik Budi Wasito sebagai Panitera Pengganti, dihadiri para Pemohon dan/atau

kuasanya dan Presiden atau yang mewakilinya, tanpa dihadiri Dewan Perwakilan Rakyat atau yang mewakilinya.

KETUA,

ttd.

Anwar Usman

ANGGOTA-ANGGOTA,

ttd.

Aswanto

ttd.

Patrialis Akbar

ttd.

Maria Farida Indrati

ttd.

Wahiduddin Adams

ttd.

Suhartoyo

ttd.

I Dewa Gede Palguna

ttd.

Manahan M.P Sitompul

PANITERA PENGANTI,

ttd.

Wiwik Budi Wasito