



## REKONSTRUKSI SISTEM HUKUM KESEHATAN DI INDONESIA DENGAN PENDEKATAN PERBANDINGAN SISTEM KESEHATAN DI NEGARA MAJU

Dani Habibi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Hukum, Universitas Nahdlatul Ulama Surakarta, Indonesia

**Corresponding Author:** Dani Habibi, Fakultas Hukum, Universitas Nahdlatul Ulama Surakarta, Indonesia.

E-Mail: [danihabibi45@gmail.com](mailto:danihabibi45@gmail.com)

**Received** February 18, 2020; **Accepted** February 24, 2020; **Online Published** April 06, 2020

### Abstrak

Kesehatan menjadi kunci bagi berlangsungnya hidup yang sehat bagi warga di suatu negara. Kesehatan juga menjadi suatu kewajiban bagi negara untuk melakukan program untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Indonesia telah melakukan perumusan tentang hak bagi warga negara untuk hidup secara sehat dan ini wajib diberikan oleh negara sebagai wujud pelaksanaan konstitusi yang berlaku di Indonesia yaitu UUD 1945. Pendekatan di dalam penulisan ini yaitu perundang-undangan dengan menguji dan melakukan rekonstruksi peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan perbandingan yaitu dengan melihat sistem kesehatan yang berada di negara maju yaitu dengan mengambil contoh dari negara Australia dan Jepang. Hasil dari penelitian ini yaitu bahwa perlunya rekonstruksi sistem hukum kesehatan di Indonesia mulai dari kelembagaan yaitu pertanggungjawaban BPJS Kesehatan kepada Kementerian Kesehatan sebagai upaya sinkronisasi dan koordinasi di dalam pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan, dan pengaturan mengenai sistem pembayaran dan pelayanan kesehatan yaitu dengan penerapan sistem satu pintu di dalam pemayaran pajak dari berbagai pungutan yang diwajibkan negara salah satunya yaitu premi tentang kesehatan dengan dasar sensus penduduk dengan memperhatikan besar pendapatan warga negara Indonesia yang dimiliki. Berdasarkan hal tersebut maka pemberian pelayanan kesehatan kepada warga masyarakat menjadi sama dan tidak dibedakan dan menimbulkan keadilan di bidang kesehatan yaitu pemberian pelayanan kesehatan yang baik sesuai dengan amanat dari konstitusi UUD 1945

**Keywords :** Sistem Hukum Kesehatan, Pembayaran, Pelayanan, Kelembagaan.

### PENDAHULUAN

Indonesia merupakan negara dengan penduduk terbesar yang ada di dunia. Hal ini sesuai dengan data menunjukkan bahwa pada tahun lalu 2019 diproyeksikan jumlah penduduk di Indonesia mencapai 266,91 juta jiwa. Masalah kependudukan erat kaitannya dengan permasalahan kesehatan yang ada di Indonesia. Kesehatan merupakan suatu hak asasi manusia yang wajib dipenuhi oleh negara sebagai perwujudan dari pelaksanaan konstitusi di Indonesia yaitu UUD 1945.

Sistem kesehatan di setiap negara sangat bervariasi, tapi memiliki satu tujuan yang sama yakni untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Setiap negara maju maupun negara berkembang mempunyai kelebihan dan kelemahan masing-masing dari setiap sistem kesehatan yang diterapkan. Sistem kesehatan yang lampau hingga kini disetiap negara mengalami perubahan yang lebih baik. Setiap pemerintahan negara berkembang maupun

negara maju berusaha untuk bisa mencakup asuransi kesehatan bagi masyarakatnya. Sistem pembiayaan kesehatan di setiap negara juga berbeda, hal ini dikarenakan di setiap negara mempunyai perbedaan karakteristik penduduk, pemasukan negara, ekonomi, dan geografis yang sangat berpengaruh.

Negara berkembang dan negara maju banyak mengalami berbagai tantangan dalam membangun sistem kesehatan yang kuat dan handal. Sistem kesehatan di negara maju terlihat lebih baik dibandingkan dengan negara berkembang, hal ini dapat dilihat dari status kesehatan masyarakat dan permasalahan kesehatan. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) di Indonesia sudah mampu memberikan peningkatan status kesehatan masyarakat Indonesia dari tahun ke tahun. Namun masih diperlukan upaya percepatan pencapaian indikator kesehatan dalam rangka mengejar ketertinggalan dari negara lain. Salah satu permasalahan di Indonesia seperti masih kurangnya tenaga kesehatan, akses

pelayanan kesehatan yang kurang merata, pembiayaan kesehatan yang tidak tercover dengan baik, fasilitas yang kurang lengkap menjadi permasalahan dalam sistem kesehatan di Indonesia. Untuk itu kita perlu mempelajari atau mengadopsi sistem kesehatan di negara-negara yang sudah maju maupun negara berkembang lainnya, sehingga SKN di Indonesia dapat menjadi upaya kesehatan yang optimal dalam mewujudkan derajat kesehatan setinggi-tingginya (Ririn Noviyanti Putri, 2019).

Perkembangan saat ini menunjukkan bawa sistem kesehatan di Indonesia bermula dengan penerapan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Undang-undang ini mejadi suatu rujukan bagi pemerintah untuk mewujudkan sistem kesehatan yang lebih baik. Pada tahun 2004 sebelum di bentuknya undang-undang tentang kesehatan di Indonesia sudah membentuk Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang kemudian dikeluarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. BPJS ini sebagai perwujudan dari ketentuan Pasal 5 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang menyatakan bahwa berbagai macam badan jaminan sosial yang sudah ada maka dapat dibentuk badan jaminan sosial dengan undang-undang (Ririn Noviyanti Putri, 2019).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) ini dibedakan antara yang memiliki kewenangan pengurusan di bidang ketenagakerjaan maupun di bidang kesehatan. Point khusus yang akan dibahas oleh penulis yaitu berkaitan di bidang kesehatan yaitu tentang BPJS Kesehatan. Tahun 2020 menajdi awal kebijakan yang diterapkan oleh Pemerintah dengan menaikkan tarif iuran BPJS kepada seluruh warga di Indonesia. Kenikan itu sebelumnya sudah ditujukan terlebih dahulu untuk kalangan pejabat negara, PNS, TNI dan Polri pada pertengahan 2019. Hal inilah menjadi suatu kebijakan yang memunculkan pro dan kontra. Para pihak yang pro dengan kebijakan kenaikan tarif BPJS Kesehatan dipandang bergunan untuk menutup defisit akibat banyaknya tunggakan yang harus dilunasi kepada rumah sakit maupun layanan kesehatan yang tersebar di Indonesia. Bagi para pihak yang kontra dengan adanya kenaikan tarif menyebabkan rakyat menjadi terbebani dengan hal tersebut dan berdampak pada permohonan penurunan kelas yang semla kelas I menajdi kelas II hingga penurunan banyak yang berada di kelas III.

Kebijakan negara dapat dipahami bahwa semua hal yang akan diberlakukan kepada rakyat seminimalisir mungkin tidak membebani kepada rakyat mengenai hal yang sepatutnya harus dipertanggungjawabkan dan dikelola semaksimal mungkin oleh negara khususnya pembuat kebijakan. Hal ini dapat ditinjau dari

permasalahan harga minyak yang selalu naik dan turun mengikuti tren pasar yang ada di dunia. nnsubsidi bahan bakar minyak (BBM) untuk masyarakat dan dengan adanya pemberlakuan tarif bagi tiap jenis BBB tersebut. Sehingga dampak dari adanya tren pasar yang ada di dunia tidak sampai rakyat ikut merasakan dampaknya. Hal inilah yang menajdi komitmen sekalipun adanya suatu lonjakan harga minyak yang tiba-tiba naik atau turun, pemerintah menetapkan kebijakan agar harga BBM yang diberlakukan di masyarakat tidak naik ataupun turun seperti yang terjadi di tren pasar di dunia mengenai hal minyak.

Hal inilah yang harus menjadi suatu koreksi bagi pemerintah dalam menetapkan suatu kebijakan khususnya berkaitan dengan BPJS Kesehatan. Kesalahan terbesar pemerintah yaitu tidak mampu mengkalkulasi antara premi yang dibayarkan oleh masyarakat Indonesia dengan adanyan total pengeluaran dengan adanya penyelenggaraan jaminan kesehatan yang malah berdampak kepada masyarakat. Denagn landasan untuk menutup defisit menjadikan rakyat sebagai sasaran untuk dapat membayar premi BPJS dengan tarif terbaru yaitu dengan kenaikan hingga 100 %. Data menunjukkan untuk kelas I yang semula Rp. 80.000 menjadi Rp. 160.000 untuk kelas II yang semula Rp. 51.000 menjadi Rp. 110.000 dan untuk kelas III yang semula Rp. 25.500 menjadi Rp. 42.000. Hal ini sesuai dengan dikeluarkannya Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Sebelum peraturan ini diberlakukan pada hal ini juga sudah kembali terjadi pada awal mula diberlakukan tarif yaitu iuran premi asuransi pertama kali didasarkan pada Peraturan Presiden Nomor 13 Tahun 2013. Berdasarkan peraturan tersebut pemerintah menetapkan besarnya iuran premi asuransi sebesar Rp 59.500 pada kelas I, Rp 42.500 untuk kelas II, dan Rp 25.500 untuk premi asuransi kelas III. Namun seiring berjalannya waktu, terjadi perubahan kedua terhadap kebijakan iuran tarif premi asuransi tersebut. Perubahan kebijakan kedua tersebut didasarkan pada Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016, yakni besarnya iuran tarif yang ditetapkan menjadi Rp 80.000 pada kelas I, Rp 51.000 pada kelas II, dan Rp 30.000 pada kelas III.

Berawal dari adanya perubahan kebijakan iuran premi inilah yang menuntut pihakpihak penyelenggara maupun penyedia pelayanan kesehatan untuk mampu memberikan fasilitas kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Namun sayangnya, usaha pemerintah dalam mewujudkan kesejahteraan masyarakat khususnya dalam bidang kesehatan tidak diimbangi dengan adanya pembenahan sumber daya manusia dan peralatan medis yang mendukung. Keterbatasan peralatan medis inilah yang menimbulkan terjadinya praktik pembatasan pelayanan

kesehatan. Dengan terjadinya praktik pembatasan pelayanan kesehatan tersebut, masyarakatlah yang dirugikan (Desi Hanggono Rarasati, 2017).

Dalam beberapa penelitian yang membahas tentang kebijakan kesehatan, salah satu penelitian membahas tentang evaluasi penerapan jaminan kesehatan nasional di RSUD Dr. Moewardi Surakarta, dari hasil penelitian yang ditemukan bahwa pihak rumah sakit melayani semua jenis pasien jaminan kesehatan, baik dari JKN, PKMS, maupun jaminan kesehatan komersial lainnya. Rumah sakit yang diteliti tersebut menyediakan pelayanan dan kelas perawatan sesuai dengan premi masing-masing jaminan kesehatan dan menggunakan sistem case-mix (sistem INA CBG's). Permasalahan yang timbul dari penerapan JKN di RSUD Dr. Moewardi Surakarta meliputi bangsal perawatan kelas III sering penuh, serta adanya obat yang tidak termasuk kedalam Fornas (Nugraheni, 2015).

Berdasarkan beberapa kebijakan hukum yang sering berubah dengan alasan penutupan defisit yang dialami oleh BPJS menurut hemat penulis tidak menunjukkan sikap perbuatan pemerintah yang tidak melindungi masyarakat secara baik sesuai dengan yang amanatkan di dalam UUD 1945 khususnya berkaitan dengan masalah kesehatan. Sistem kesehatan di Indonesia jika dibandingkan dengan negara-negara lain baik negara berkembang dengan negara maju menjadi suatu perhatian bahwa perlunya suatu kajian yang mendalam terhadap sistem kesehatan yang ada di Indonesia. Perbedaan kualitas sistem kesehatan yang ada menunjukkan perlunya rekonstruksi sistem hukum kesehatan yang ada di Indonesia dengan melakukan pendekatan berupa perbandingan sistem kesehatan dengan negara-negara yang sukses menerapkan sistem hukum kesehatan yang diterapkan di negaranya. Hal demikian akan merubah sistem hukum kesehatan di Indonesia menjadi lebih baik dan adil merata sesuai dengan cita-cita dan amanat yang diperintahkan di konstitusi negara Indonesia yaitu UUD 1945.

## **TUJUAN PENELITIAN**

Tujuan penelitian ini yaitu *pertama*, untuk menjelaskan sistem kesehatan yang ada di negara maju yaitu negara Australia dan Jepang. *Kedua*, melakukan rekonstruksi sistem hukum kesehatan dengan melihat sistem hukum kesehatan negara maju yaitu negara Australia dan Jepang.

## **METODE PENELITIAN**

Pendekatan penelitian ini penelitian yang digunakan dalam penulisan ini adalah penelitian Yuridis Normatif. Metode pendekatan yuridis normatif adalah suatu prosedur ilmiah untuk menemukan kebenaran berdasarkan logika keilmuan hukum dan sisi normatifnya. Logika keilmuan yang ajeg dalam penelitian hukum normatif dibangun berdasarkan disiplin ilmiah dan

cara-cara kerja ilmu normatif, yaitu ilmu hukum yang obyeknya hukum itu sendiri (Jhony Ibrahim, 2006). Pendekatan penelitian yang digunakan adalah pendekatan peraturan perundang-undangan dan perbandingan.

## **PEMBAHASAN**

### **Sistem Kesehatan di Negara Australia**

Australia merupakan salah satu negara maju yang memiliki perekonomian yang sangat bagus dan mempunyai berbagai sumber daya yang berkualitas. Australia memiliki system kesehatan yang canggih dan kompleks. Sistem kesehatan yang canggih tersebut didukung dengan kerjasama antara pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta. Akses pelayanan kesehatan yang dikelola oleh pemerintah Australia yakni bebas biaya. Meskipun terdapat akses pelayanan yang bebas biaya yang dapat ditanggung oleh pemerintah, beberapa masyarakat Australia juga menggunakan asuransi kesehatan dari pihak swasta. (Healy, Judith, and Paul Dugdale, 2013).

Rumah sakit swasta yang ada di Australia, salah satunya rumah sakit yang dikelola oleh Healthscope menyediakan berbagai pelayanan perawatan kesehatan, yakni pelayanan sub akut hingga pelayanan perawatan kesehatan yang kompleks. Kualitas perawatan di Australia sangat terkenal diseluruh dunia karena memiliki pelayanan yang sangat baik. Berdasarkan penelitian internasional di lima negara yang menilai sistem kesehatan di Australia, Kanada, Jerman, New Zeland, dan Amerika Serikat), Australia mendapatkan penilaian system kesehatan yang sangat baik dan menduduki peringkat kedua dari lima negara tersebut. Selain itu, Australia juga mendapatkan penilaian yang sangat baik dari hasil penilaian pelayanan kesehatan yang diukur oleh OECD. (Healy, Judith, and Paul Dugdale, 2013).

Sistem kesehatan di Australia telah mencapai *Universal Health Coverage*. Untuk mencapai sistem kesehatan tersebut, banyak yang dilakukan oleh pemerintah Australia yang dikembangkan secara terus-menerus selama puluhan tahun yang lalu. Australia memiliki sistem perawatan kesehatan yang didanai oleh pemerintah, dengan layanan medis yang disubsidi melalui skema asuransi kesehatan nasional universal. Sebagai perbandingan anggaran kesehatan Australia USD3.484 per kapita, sedangkan Indonesia masih sekitar USD100 per kapita. (Healy, Judith, and Paul Dugdale, 2013).

Berbeda dengan Indonesia, system pembiayaan kesehatan di Australia berasal dari pajak, sehingga pelayanan untuk masyarakat sama tidak ada perbedaan kelas premi. Kesehatan masyarakat juga menjadi perhatian pemerintah Australia. Angka penyakit menulardapat ditekan, sanitasi dan kualitas air juga menjadi fokus pemerintah. Pemerintah juga mengembangkan penelitian-penelitian kesehatan berbasis

epidemiologi. Berbagai hal tersebut dilakukan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakatnya. Status kesehatan masyarakat di Australia sudah sangat baik, misalnya untuk cakupan imunisasi lengkap di Indonesia baru sekitar 59,2% (RISKESDAS, 2013). sedangkan di Australia cakupan imunisasi lengkap sudah mencapai 90%. (Healy, Judith, and Paul Dugdale, 2013).

Salah satu studi yang dilakukan oleh Commonwealth Fund terhadap 11 model perawatan kesehatan nasional yang berbeda, menemukan sistem jaminan kesehatan campuran publik dan privat milik Australia menduduki peringkat terbaik kedua dunia. Hal tersebut diakui oleh Presiden Amerika Serikat yang mengatakan sistem kesehatan negaranya "Obamacare" perlu segera diperbaiki. Dan menyatakan negara-negara lain perlu belajar sistem kesehatan Australia. (Healy, Judith, and Paul Dugdale, 2013).

### **Sistem Kesehatan di Negara Jepang**

Salah satu negara dengan harapan hidup tertinggi yakni Jepang (WHO, 2011). Selain itu, Jepang juga merupakan negara kedua yang mempunyai tingkat harapan hidup tinggi perkelahiran dengan rata-rata umur adalah 82,8 tahun berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh OECD pada tahun 2013. (Broida, Joel H & Maeda, et all, 2014) Berdasarkan data tersebut, dapat kita simpulkan bahwa Jepang merupakan negara yang pastinya negara yang memiliki teknologi kesehatan yang canggih dan lengkap sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Akan tetapi, Jepang mengalami kendala akibat dari teknologi yang canggih itu, karena memicu pengeluaran pembiayaan yang meningkat. (Widodo Teguh, 2014).

Dari segi pembiayaan kesehatan, pemerintah Jepang sudah memulai jaminan kesehatan sejak tahun 1927, dan mencakup seluruh penduduk (whole coverage) di tahun 1961. Untuk penduduk lansia bahkan digratiskan atau tidak perlu membayar iuran sejak tahun 1973. (Ikegami, Naoki, et all, 2004) Negara Jepang menyediakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat mencakup seluruh populasi melalui sistem asuransi kesehatan. Para pekerja pada sektor swasta yang pertama kali dikenalkan pada asuransi kesehatan public di Jepang yang berlandaskan hukum The Health Insurance Law pada tahun 1992 (Fukawa, Tetsuo, 2002). Akan tetapi asuransi kesehatan yang mencakup para pekerja tersebut memiliki manfaat yang tidak komprehensif.

Setelah pasca perang kedua di Jepang, Jepang berupaya dalam meningkatkan sistem kesehatan yang ada, termasuk asuransi kesehatan bagi masyarakat Jepang. Subsidi pemerintah pada tahun 1954 ditetapkan sepihak oleh pemerintah nasional untuk kepentingan asuransi kesehatan satu milyar yen. Hal ini untuk memenuhi cakupan

dalam universal asuransi kesehatan publik yang akan tercapai pada tahun 1961 (Ikegami, Naoki, et all, 2004).

Sistem asuransi di Jepang tidak semua pengobatan maupun perawatan akan ditanggung oleh asuransi, tetapi akan ditanggung secara bersama oleh pihak asuransi dan juga pasien yang bersangkutan. Pemerintah Jepang pada tahun 1984 mengeluarkan sebuah kebijakan, yang mana kebijakan tersebut berisi bahwa masyarakat wajib membayar seluruh pengobatan sebesar 10%, sedangkan pada tahun 1997 terjadi peningkatan sebesar 20%, dan tahun 2003 hingga kini terus terjadi peningkatan hingga 30%. Akan tetapi peningkatan sebesar 30% tersebut tidak berlaku untuk semua masyarakat. sharing cost asuransi kesehatan di Jepang yang berlaku saat ini, yaitu :

- a. Umur  $\geq 75$  tahun membayar 10%, bila mempunyai pendapatan sebesar income maka naik menjadi 30%.
- b. Umur 70-75 tahun membayar 20%, bila mempunyai pendapatan sebesar income maka naik menjadi 30%.
- c. Mulai wajib belajar – umur 70 tahun membayar sebesar 30 %.
- d. Anak yang belum sekolah membayar 30%.

Sumber daya di Jepang mempunyai kualitas yang cukup baik yang dapat membantu negara Jepang dalam mewujudkan sistem jaminan kesehatan yang baik dan berkualitas bagi masyarakat. jaminan kesehatan akan diberikan sesuai dengan program yang diikuti oleh peserta, yang terdiri dari penyakit umum sampai dengan penyakit khusus. Jepang memiliki pelayanan kesehatan berupa rumah sakit sebanyak  $\geq 1000$  rumah sakit mental, general hospital 8700 unit, comprehensive hospital 1000 unit dengan kapasitas BOR 1,5 juta, 48.000 klinik gigi, dan 79.000 pelayanan kesehatan yang dilengkapi fasilitas layanan rawat jalan dan rawat inap. (Fukawa, Tetsuo, 2002)

Berbagai macam asuransi yang ada di Jepang, yaitu : (Ikegami, Naoki, et all, 2004)

- a. National Health Insurance, dikelola oleh pemerintah, yang mana asuransi ini ditujukan untuk masyarakat yang sudah pension, orang usia lanjut <75 tahun, masyarakat yang tidak mampu, serta masyarakat yang menganggur.
- b. Japan Health Insurance, dikelola oleh pemerintah yang ditujukan untuk karyawan yang bekerja disebuah perusahaan yang kecil <7000 orang karyawan.
- c. Association/Union Administered Health Insurance, dikelola oleh swasta yang ditujukan untuk karyawan yang bekerja diperusahaan besar >7000 orang karyawan.
- d. Mutual Aid Insurance, dikelola oleh pemerintah yang ditujukan untuk pegawai negeri.
- e. Advanced Eldery Medical Service System, dikelola oleh pemerintah yang ditujukan untuk masyarakat lansia >75 tahun.

Di Jepang, dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit maupun pelayanan dokter diberlakukan secara sama untuk semua sistem asuransi yang dipakai. Pembayaran yang dipakai berupa fee for service, tetapi secara parsial telah digunakan sebagai pembayaran paket pada asuransi Health Insurance for Elderly. Masing-masing harga perawatan medis telah terdaftar oleh asuransi pada fee schedule berdasarkan rekomendasi The Central Social Insurance Medical Council yang ditentukan oleh pemerintah. Harga resep obat yang dapat diklaim oleh fasilitas medis berdasarkan standard harga obat-obatan.

Ada persamaan jaminan kesehatan di Jepang dengan Indonesia yaitu beban biaya perawatan penduduk lanjut usia cenderung tinggi. Hal tersebut terkait pola penyakit degeneratif dan jumlah proporsi penduduk lansia di Jepang yang tinggi. Namun yang berbeda adalah jaminan kesehatan di Jepang tidak mengenal sistem rujukan, penduduk bebas memilih layanan kesehatan di dokter atau klinik tingkat pertama, ataupun langsung ke RS. Namun jaminan kesehatan di Jepang tidak mencakup persalinan normal, sedangkan di Indonesia mencakup semua persalinan baik normal maupun operasi (SC) dengan indikasi medis. (Pernando, Anggara, 2015)

## **Rekonstruksi Sistem Hukum Kesehatan di Indonesia**

Sistem hukum kesehatan yang ada saat ini di Indonesia harus selalu mendapatkan sistem pengawasan dan evaluasi agar dalam melakukan penerapan kebijakan tentang kesehatan di masyarakat secara luas dapat dioptimalkan dengan sebaik-baiknya. Rekonstruksi yang akan dibahas oleh penulis akan dijabarkan mulai dari kelembagaan, sistem pembayaran, sistem pelayanan kesehatan.

Kelembagaan sistem kesehatan harus mengacu kepada suatu kebijakan pemerintah yang harus diakomodir oleh lembaga di bawah pengawasan negara itu sendiri. Terlepas adanya suatu lembaga kesehatan yang bersifat swasta tetap harus mengacu kepada ketentuan aturna hukum yang berlaku di suatu negara tersebut. Berkaitan dengan hal tersebut perlu diketahui bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan lembaga yang mengakomodir sistem kesehatan di Indonesia dengan skema pembayaran yang dibedakan berdasarkan keinginan masyarakat Indonesia di dalam memilih pelayanan kesehatan mana yang dibutuhkan. Mulai dari kelas I hingga kelas III menjadikan adanya menjadi kewajiban kembali bagi rakyat untuk membayarkan premi setiap bulan dan sistem pembayaran ini berlandaskan asas gotong royong. Artinya bahwa sekalipun seseorang tersebut tidak dalam keadaan sakit maka tetap wajib membayar premi yang dibebankan kepadanya dengan tujuan memberikan

suatu pertolongan gotong royong kepada warga masyarakat yang ternyata membayar premi BPJS Kesehatan namun dia mengalami musibah yaitu menderita sakit.

Berdasarkan hal tersebut perlu mendapatkan landasan yang kuat bahwa UUD 1945 menggariskan bahwa negara wajib dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada warganya. Artinya bahwa penulis berpendapat tidak perlu adanya perbedaan pemberian pelayanan kesehatan dengan adanya suatu pembatasan berupa pelayanan kesehatan kelas I hingga III, namun lebih berlandaskan pada asas keadilan dalam memberikan pelayanan kesehatan, tidak melihat dia merupakan golongan yang kaya, menengah, biasa bahkan miskin. Solusi yang dapat diberikan yaitu dengan melihat sistem pelayanan kesehatan yang ada di negara Australia dan Jepang. Penggarisbawah pembayaran premi harus berlandaskan pada sistem pajak sehingga tidak adanya lagi sistem pemungutan lain yang kedepan yang akan terus ada. Sebagai contoh warga negara di Indonesia disibukkan dengan jenis pembayaran pajak di kantor pajak, air, listrik, bumi dan bangunan, dan bahkan sekarang hadir bayar premi BPJS Kesehatan.

Pemerintah harus membuat konstruksi hukum sistem pembayaran pajak dengan sistem satu pintu. Artinya bahwa berbagai jenis pajak yang diuraikan diatas cukup dibayar pada satu lembaga, contoh dalam hal ini yaitu kantor pajak yang sudah tersebar di kabupaten se Indonesia. Bahwa dengan perkembangan jaman sekarang yang serba digital cukup membayar melalui telepon genggam tanpa perlu pergi ke lokasi kantor pajak sesuai domisili, sehingga sistem teknologi ini juga harus dikembangkan dimukhtahirkan. Konsep ini berlandaskan pada sistem yang ada di negara Australia dengan cukup pembayarannya berdasarkan pajak. Sehingga jika Indonesia berhasil menerapkan hal tersebut dimana seluruh kumulasi pembayaran pajak berpusat pada satu lembaga pajak, dan kemudian lembaga pajak tersebut berkoordinasi dengan lembaga negara yang berkepentingan mengurus hal-hal diatas seperti listrik, air, pajak bumi dan bangunan dan juga BPJS Kesehatan.

Sehingga dapat diupayakan pertama yaitu dengan dimulainya kembali sensu penduduk dengan memperhatikan pendapatan yang diperoleh. Hal ini juga untuk meningkatkan pajak yang dibayarkan kepada negara. Sehingga pasti adanya suatu perbedaan pembayaran pajak antara orang yang memiliki pendapatan tinggi dengan rendah yang harus dibayarkan di lembaga pajak tersebut, namun ketika berkaitan dengan kesehatan semua pelayanan kesehatan yang didapatkan sama dan berkualitas tidak memandang dia orang yang berpendapatan tinggi atau rendah. Landasannya yaitu pada pembebanan pajak kepada seluruh warga masyarakat Indonesia dengan melihat pendapatan yang dia miliki.

Dengan berjalannya sistem ini maka baik sistem pelayanan kesehatan dan sistem pembayaran kesehatan akan dapat dikumulasi dengan pendataan sensus penduduk berkaitan dengan pendapatan yang dimiliki oleh seluruh warga masyarakat di Indonesia.

Berkaitan adanya sistem pelayanan kesehatan yang ada di Jepang berkaitan dengan sistem kesehatan yang lengkap dan baik sama halnya yang ada di Australia maka perlu adanya pengembangan yang baik di bidang kesehatan di Indonesia. Seperti halnya rumah sakit yang dimiliki pemerintah maupun swasta sudah harus bersifat nasional dan bahkan multi nasional dalam sistem kesehatannya, baik itu pelayanan kesehatan, manajemen kesehatan, peralatan kesehatan, obat-obatan dan lain sebagainya sehingga siapapun yang akan berobat akan segera dilayani dengan standar yang sudah ditetapkan oleh negara baik itu berada di rumah sakit milik pemerintah maupun di rumah sakit milik swasta. Serta adanya suatu peninjauan dan evaluasi untuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit seluruh Indonesia baik itu milik pemerintah maupun swasta untuk menjaga kualitas dan kuantitas dari sistem pelayanan kesehatan menjadi lebih baik kedepannya.

Permasalahan berikutnya yaitu berkaitan dengan kelembagaan. Ketentuan Pasal 7 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yaitu bahwa dalam ayat 1 menyatakan "BPJS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 adalah badan hukum publik berdasarkan Undang-Undang ini". Sedangkan dalam ayat 2 menyatakan "BPJS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab kepada Presiden". Hal ini menjadi kontradiktif dikarenakan Indonesia memiliki undang-undang yang berkaitan dengan kesehatan, SKN, dan SJSN namun jika dikaitkan dengan undang-undang tentang BPJS tidak memiliki adanya sinkronisasi ataupun hierarkis di dalam kelembagaan. Artinya bahwa lazimnya di dalam ranah hukum tata negara lembaga BPJS Kesehatan seharusnya berada di bawah kendali Kementerian Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan berada di bawah Kementerian Ketenagakerjaan. Hal ini harus menjadi suatu sinergi yang bersifat struktural di dalam kelembagaan di suatu negara. Landasannya juga bahwa kementerian berada di bawah Presiden di Indonesia yang berkedudukan sebagai kepala negara dan kepala pemerintahan. Artinya bahwa presiden tidak perlu mengurus hal-hal yang bersifat teknis seperti BPJS di dalam pelaksanaan tugasnya bertanggung jawab kepada Presiden.

Inti pada pembahasan yaitu bahwa lazim dalam sistem hukum tata negara dan pelaksanaannya di dalam hukum administrasi negara BPJS haruslah berada di bawah kekuasaan kementerian yang mengurusinya, tergantung hal yang berkaitan seperti yang sudah penulis uraikan

di atas. Sehingga berkaitan dengan BPJS Kesehatan harus berada di dalam koordinasi dan bertanggung jawab kepada Kementerian Kesehatan. Tujuannya yaitu agar bisa dilakukannya sinkronisasi mengenai kebijakan yang akan dibuat oleh Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan sebagai pelaksana teknis dalam melaksanakan kebijakan yang telah dibuat. Jika dibandingkan dengan harus adanya koordinasi dengan Presiden tidak lazim dan diperlukan hal tersebut, dikarenakan Presiden cukup memerintahkan hal-hal yang bersifat teknis di dalam pelaksanaan kebijakan berada di kementerian. Sehingga lebih tepat jika BPJS khususnya yaitu BPJS Kesehatan baik berada di dalam lingkup dan koordinasui di bawah Kementerian Kesehatan. Sehingga terdapat sinkronisasi kebijakan dan pelaksanaan serta adanya bentuk pengawasan terhadap kinerja BPJS Kesehatan yang bisa dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan, bukan kepada Presiden. Berdasarkan hal tersebut maka perlu dilakukan revisi mengenai undang-undang tentang BPJS dan dibuat secara rinci mengenai undang-undang tentang BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan agar dapat dilakukan sinkronisasi dan koordinasi mengenai kewenangan kementerian yang bisa mengurus hal tersebut.

Selain undang-undang tentang BPJS juga harus dirubah dan dipisah sendiri-sendiri menjadi undang-undang yang membahas tentang BPJS Kesehatan ataupun tentang BPJS Ketenagakerjaan, khusus berkaitan dengan undang-undang tentang BPJS Kesehatan harus ditinjau kembali dengan undang-undang tentang kesehatan, SKN maupun SJSN harus direvisi pula sehingga adanya rekonstruksi hukum kembali sehingga melahirkan aturan hukum yang satu padu dan terkoordinasi mengenai kesehatan.

## KESIMPULAN

Sistem kesehatan di negara maju memiliki suatu sistem yang sangat komprehensif terhadap suatu pemberian pelayanan kesehatan kepada warganya. Dilihat dari negara Australia yang memberikan pelayanan kesehatan gratis dengan mendasarkan pembebanan pajak yang wajib dibayarkan oleh warga negara dan kualitas pelayanan kesehatan yang terbaik saat ini. Sistem kesehatan di Jepang mendasarkan pada kelas pembayaran premi yang beraneka ragam dan kualitas pelayanan kesehatan yang bermutu dan adanya juga sistem kesehatan dari negara dengan konsep asuransi kesehatan baik dari golongan muda hingga lanjut usia.

Rekonstruksi sistem hukum kesehatan negara di Indonesia mendasarkan pada pendekatan perbandingan sistem kesehatan di negara Australia dan Jepang. Rekonstruksi terletak pada kelembagaan, sistem pembayaran, dan sistem pelayanan kesehatan. *Pertama*, kelembagaan perlu dirubah dari pertanggungjawaban BPJS kepada Presiden menjadi BPJS Kesehatan kepada

Kementerian Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan kepada Kementerian Ketenagakerjaan, sehingga harus direvisi semua undang-undang yang terbaik baik itu yang mengatur tentang kesehatan, SKN, SJSN, dan juga BPJS. Tujuannya yaitu agar adanya suatu sinkronisasi dan koordinasi yang tepat sesuai dengan kementerian yang mengaturnya sehingga BPJS Kesehatan berada di bawah Kementerian Kesehatan.

*Kedua*, sistem pembayaran dan sistem pelayanan kesehatan harus mengacu kepada pembayaran dengan sistem satu pintu, yaitu pembayaran semua pungutan pajak negara mulai dari pembayaran listrik, air, bumi dan bangunan, serta BPJS dan pajak lainnya berada di satu lembaga pembayarannya. Sistem yang digunakan agar pajak ini berjalan dan efektif yaitu dimulainya kembali sensus penduduk mengenai besaran pendapatan yang diterima dan akan ditentukan total pajak yang harus dibayar yang di dalamnya termasuk mengenai pembayaran tentang BPJS. Sehingga dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan menjadi satu dan bersifat sama serta tidak dibedakan baik itu yang datang dari orang yang memiliki pendapatan yang tinggi maupun yang rendah. Hal ini sudah ditentukan dari pajak dari hasil sensus penduduk mengenai besaran pendapatan masing-masing orang yang ada di Indonesia.

## REFERENSI

Fukawa, Tetsuo. (2002). *Public Health Insurance in Japan*. Washington : World Bank Institute.

Healy, Judith, and Paul Dugdale. *The Australian Health Care System*. The Australian University. 2013.

Ibrahim, Jhony. (2006). *Teori dan Metodologi*

*Penelitian Hukum Normatif*. Malang: Banyumedia Publishing.

Ikegami, Naoki, et all. (2004). *Japan's Health Care System: Containing Costs And Attempting Reform*. Health Affairs.

Nugraheni, Sri Wahyuningsih. (2015). *Evaluasi Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Dr Moewardi Surakarta*. Apikes Citra Medika Surakarta.

Pernando, Anggara. (2015). *Ini Beda Jaminan Kesehatan Nasional RI dan Jepang*. Ampshare Article.

Putri, Ririn Noviyanti. (2019). *Perbandingan Sistem Kesehatan di Negara Berkembang dan Negara Maju*. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi (JIUBJ)*. Vol. 19, No. 1. Februari 2019.

Rarasati, Desi Hanggono. (2017). *Dampak Kenaikan Tarif BPJS Kesehatan Terhadap Pelayanan Kesehatan di Kota Malang*. *Jurnal Politik Muda*, Vol.6, No.1, Januari – Maret 2017.

Teguh, Widodo. (2014). *Penerapan Sistem Asuransi Kesehatan Nasional pada Seluruh Penduduk Jepang*. Tesis FIB. Universitas Indonesia. Depok.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2010 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS)