KontraS

Komisi untuk Orang Hilang
dan Korban Tindak Kekerasan

JKN, Hak atas Kesehatan dan Kewajiban Negara

Kesehatan dalam Perspektif HAM

Istilah untuk kesehatan sebagai hak asasi manusia yang kerap digunakan di tingkat PBB adalah hak atas kesehatan. Hak atas kesehatan telah dijamin dan diatur di berbagai instrumen internasional dan nasional. Ketentuan-ketentuan didalamnya pada intinya merumuskan kesehatan sebagai hak individu dan menetapkan secara konkrit bahwa negara selaku pihak yang memiliki tanggung jawab atas kesehatan. Hak atas kesehatan di instrumen internasional dapat ditemukan di dalam pasal 25 Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia (DUHAM), pasal 12 Kovenan Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya, pasal 12 Konvensi tentang Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan, dan pasal 24 Konvensi tentang Hak-Hak Anak.

Hak atas kesehatan juga dapat ditemukan di instrumen nasional di dalam pasal 28H ayat (1) dan pasal 34 ayat (3) amandemen UUD 1945, pasal 9 UU No. 39 tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia dan pasal 12 UU No. 11 Tahun 2005 tentang Pengesahan Kovenan Hak Ekonomi Sosial, dan Budaya. Ketentuan dalam UUD 1945 diatas lebih lanjut diatur di dalam UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Hak atas kesehatan memiliki aspek ekonomi, sosial, dan budaya. Hak ini memiliki karakter ekonomi dan sosial karena hak ini berusaha sedapat mungkin menjaga agar individu tidak menderita ketidakadilan sosial dan ekonomi berkenaan dengan kesehatannya. Lebih lanjut, hak ini memiliki karakter budaya sebab hak ini berusaha menjaga agar layanan kesehatan yang tersedia cukup dapat menyesuaikan dengan latar belakang budaya seseorang.

Sementara itu, isi pokok (core content) hak atas kesehatan tidak hanya mencakup unsur-unsur yang berkaitan dengan hak atas pelayanan perawatan kesehatan, tetapi juga hak atas sejumlah prasyarat dasar bagi kesehatan, seperti air minum bersih, sanitasi memadai, kesehatan lingkungan, dan kesehatan di tempat kerja.

Kemudian yang menjadi prinsip-prinsip yang harus ditaati oleh pihak negara dalam pemenuhan hak atas kesehatan mengandung empat unsur, yakni ketersediaan, aksesibilitas, kualitas, dan kesetaraan. Ketersediaan dapat diartikan sebagai ketersediaan sejumlah pelayanan kesehatan seperti fasilitas berupa sarana (rumah sakit, puskesmas dan klinik) dan prasarana kesehatan (obat-obatan, tenaga kesehatan dan pembiayaan kesehatan) yang mencukupi untuk penduduk secara keseluruhan. Aksesibilitas mensyaratkan agar pelayanan kesehatan dapat terjangkau baik secara ekonomi atau geografis bagi setiap orang, dan secara budaya, agar menghormati tradisi budaya masyarakat. Kualitas mensyaratkan agar pelayanan kesehatan memenuhi standar yang layak. Terakhir, kesetaraan mensyaratkan agar pelayanan kesehatan dapat diakses secara setara oleh setiap orang, khususnya bagi kelompok rentan di masyarakat.

Tanggung Jawab Negara dalam Pemenuhan Hak Atas Kesehatan

Tipologi tripatrit adalah sebuah kerangka yang secara khusus membedakan kewajiban negara untuk "menghormati", "melindungi", dan "memenuhi" setiap hak asasi manusia. Kewajiban negara untuk menghormati (respect) adalah kewajiban negatif untuk tidak bertindak atau untuk menahan diri, kewajiban untuk melindungi (protect) adalah kewajiban positif untuk melindungi individu terhadap tindakan tertentu oleh pihak ketiga, dan memenuhi (fulfill) adalah untuk menyediakan atau memudahkan layanan tertentu bagi setiap warga.

Kewajiban negara untuk menghormati, melindungi, dan memenuhi berkenaan dengan hak atas kesehatan diusulkan sebagai berikut:

1. Kewajiban untuk menghormati:
- Kewajiban untuk menghormati akses setara ke pelayanan kesehatan yang tersedia dan tidak menghalangi individu atau kelompok dari akses mereka ke pelayanan yang tersedia.
- Kewajiban untuk tidak melakukan tindakan yang mengganggu kesehatan, seperti kegiatan yang menimbulkan polusi lingkungan.

2. Kewajiban untuk melindungi:
- Kewajiban untuk melakukan langkah-langkah di bidang perundang-undangan dan langkah-langkah lain untuk menjamin bahwa warga memiliki akses (setara) ke pelayanan kesehatan jika disediakan oleh pihak ketiga.
- Kewajiban untuk melakukan langkah-langkah di bidang perundang-undangan dan langkah-langkah lain untuk melindungi manusia dari pelanggaran di bidang kesehatan oleh pihak ketiga.

3. Kewajiban untuk memenuhi:
- Kewajiban untuk mengadopsi kebijakan kesehatan nasional dan untuk menyediakan bagian secukupnya dari dana kesehatan yang tersedia.
- Kewajiban untuk menyediakan layanan kesehatan yang diperlukan atau menciptakan kondisi di bawah mana warga memiliki akses memadai dan mencukupi ke pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan perawatan kesehatan serta air bersih layak minum dan sanitasi memadai.

Sejauh Mana UU Kesehatan dan UU SJSN dalam pemenuhan Hak atas Kesehatan?

Produk UU no. 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan UU No. 40 Tahun 2011 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah upaya negara di bidang perundang-undangan dalam menjamin pemenuhan terhadap hak atas kesehatan seluruh penduduk.

Undang-undang no. 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan, menjamin hak setiap individu di bidang kesehatan yang diwujudkan dalam pernyataan pasal 4 dalam undang-undang 'Setiap orang berhak atas kesehatan'. Pada akhirnya setiap individu dijamin haknya dalam memperoleh akses yang setara dan pelayanan yang layak dan terjangkau di bidang kesehatan. Lebih lanjut, setiap individu juga dijamin dalam mendapatkan lingkungan yang sehat demi tercapainya derajat kesehatan yang optimal.

Di dalam undang-undang ini juga mencantumkan tanggung jawab pemerintah. Pada bagian ini pada intinya bahwa pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan pelayanan, ketersediaan akses baik itu informasi dan fasilitas, ketersediaan sumber daya yang setara, dan mengupayakan kelayakan dan keterjangkauan di bidang kesehatan. Selanjutnya dinyatakan juga bahwa pemerintah bertanggung jawab atas penyelenggaraan jaminan kesehatan melalui sistem jaminan sosial nasional bagi setiap warga.

Selain itu, undang-undang ini memberikan batasan dana kesehatan minimal sebesar 5% dari APBN dan 10% dari APBD dan dana ini diprioritaskan untuk kepentingan publik sekurang-kurangnya 2/3 dari anggaran tersebut. Dalam hal perlindungan hak atas kesehatan, undang-undang ini juga akan memberikan ancaman pidana bagi pihak-pihak yang melanggar terkait di bidang kesehatan.

Sejak 1 Januari 2014 Pemerintah menetapkan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan sebagaimana pernyataan pasal 5 UU No. 40 thun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU SJSN merumuskan Program Jaminan Kesehatan dengan prinsip dasar dalam pasal 19 ayat 1 yakni berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Prinsip asuransi sosial yakni; kegotongroyongan, antara yang warga yang mampu dengan warga yang tidak mampu dan warga yang sehat dengan warga yang sakit. Kepesertaan bersifat wajib sehingga seluruh warga dapat terlindungi. Prinsip nirlaba, artinya dana yang terkumpul dari iuran akan digunakan untuk manfaat bersama dan warga. Terakhir, prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas dalam hal pengelolaan dana JKN.

Sedang, prinsip ekuitas adalah kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis yang tidak terkait dengan besaran iuran yang telah dibayarkan. Prinsip ini diwujudkan dengan pembayaran iuran sebesar prosentase tertentu dari upah bagi yang memiliki penghasilan dan pemerintah membayarkan iuran bagi mereka yang tidak mampu.

Jaminan kesehatan adalah hak seluruh rakyat Indonesia, program JKN bertujuan memberikan kemudahan akses ke pelayanan kesehatan bagi seluruh warga sehingga tidak ada lagi masyarakat, khususnya masyarakat lapisan bawah, yang ditolak saat mereka berobat di fasilitas pelayanan kesehatan. Namun,

pada pelaksanaannya, program yang tujuannya amat mulia ini tidak berjalan sesuai yang di harapkan. Berbagai persoalan yang muncul dilapangan seperti;

1. Masalah tarif dan obat-obatan:
Saat masih peserta jaminan kesehatan sebelumnya (askes, jamsostek, jamkesmas atau KJS) penyakit tertentu pengobatan untuk pasien dapat terfasilitasi. Tetapi setelah diberlakukannya BPJS Kesehatan, pengobatan tidak sepenuhnya terfasilitasi. Akibatnya, pasien harus membayar dengan biaya pribadi atau biaya obat dibebankan kepada pasien.

2. Masalah kepesertaan:
Masih banyak penduduk miskin, seperti gelandangan, pengemis, anak telantar belum termasuk dalam kepesertaan PBI yang berjumlah 86,4 juta jiwa. Karena data 86,4 juta tersebut adalah data peserta lama yang terdaftar dalam Jaskesmas.

3. Masalah mutu pelayanan kesehatan:
Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan seperti Puskesmas dan Rumah Sakit masih terdapat masalah. Kurangnya sejumlah fasilitas kesehatan seperti kamar untuk pasien. Karena masih banyak fasilitas pelayanan kesehatan non pemerintah yang belum bekerja sama dengan BPJS. Masih kurangnya tenaga kesehatan yang tersedia di fasilitas kesehatan juga menjadi persoalan. Disebabkan tenaga kesehatan di Indonesia masih belum tersebar dengan merata. Keterbatasan tenaga kesehatan akan berdampak terhadap kesehatan pasien karena tidak tertangani dengan cepat.

4. Masalah rujukan:
Sistem rujukan yang semrawut, akibatnya peserta banyak yang tidak mengetahui sistem rujukan sehingga mereka tidak mendapatkan pelayanan sebagaimana mestinya. Pasien harus mendapat rujukan dari fasilitas tingkat pertama (klinik atau puskesmas) sebelum ke tingkat fasilitas kesehatan berikutnya (Rumah Sakit). Disinilah persoalan terjadi, banyak peserta datang ke fasilitas tingkat kedua tanpa mendapat rujukan dari fasilitas tingkat pertama.

Pada poin 1 dan 2 secara langsung disebabkan oleh produk turunan dari peraturan pemerintah yang berkaitan mengatur tentang jaminan kesehatan sehingga merugikan peserta:

1. Terdapat Peraturan Pemerintah (PP) 101/2013 tentang PBI yang hanya mengakomodasi 86,4 juta rakyat miskin sebagai PBI (Penerima Bantuan Iuran), padahal data BPS tahun 2011 bahwa orang miskin ada 96,7 juta. Akibatnya, masih terdapat jutaan kaum rentan tidak memiliki jaminan kesehatan.

2. Sistem INA-CBGs merupakan sistem paket yang bisa membatasi tarif pelayanan kesehatan terhadap peserta. Pembatasan biaya tersebut tak terlepas karena regulasi terhadap program JKN yang ditetapkan Permenkes No. 69 Tahun 2013. Akibatnya, tidak hanya pasien yang merasa dirugikan atas kebijakan ini tetapi semua jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS juga dirugikan dengan sistem pembayaran yang murah tersebut. Hal tersebut juga membuat banyak fasilitas kesehatan non-pemerintah mengurungkan niat untuk bekerjasama dengan BPJS Keshatan.

Rekomendasi:

Dengan penyelenggaraan Jaminan Keshatan Nasional yang belum berjalan sesuai dengan prinsip, ketentuan, dan tujuan awalnya, maka pihak-pihak yang memiliki kewenangan dan tanggung jawab perlu:
1. Pemerintah dalam membuat surat peraturan atau keputusan perlu menggunakan cara pandang konstitusional sebagaimana yang telah di amanatkan Pasal 28H ayat (3), dan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 dan berlandaskan prinsip dan ketentuan Pasal 4 dan Pasal 24 UU tentang SJSN No. 40 tahun 2004.
2. Pemerintah perlu meninjau kembali untuk merevisi penetapan tarif pada sistem INA-CBGs yang dikeluhkan pasien.
3. Pemerintah menaikkan jumlah orang miskin dan tidak mampu menjadi 96,7 juta sehingga tercover menjadi peserta PBI.
4. Pemerintah melakukan pengaturan penyaluran dana pada fasilitas kesehatan, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.
5. Pemerintah harus menaikkkan APBN minimal sebesar 5% untuk kesehatan sebagaimana yang diamanatkan UU No. 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Kasus	Kendala	Penyelesaian	Pelanggaran HAM
Hak peserta Askes dan Jamsostek dikurangi. Nabhan Ihsan (5), penderita Hemofilia A.	Saat masih menggunakan Askes, obat yang biasa diberikan masih bisa diklaim. Namun, setelah berganti menjadi BPJS, obat yang biasa diberikan bukan lagi termasuk daftar obat yang biasa diklaim.	Pasal 22 ayat (1) UU No. 40 Thn 2004 tentang SJSN: "Setiap peserta berhak memperoleh 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."	Hak atas Kesehatan. Pasal 12 ayat (1) dan (2) UU No. 11 Tahun 2005 tentang Kovenan Ekosob. Hak. Pasal 5 ayat (1), (2) dan (3) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
Adanya pembatasan biaya per satu hari.	Besaran biaya yang ditanggung oleh BPJS sebesar Rp. 500.000,-, sedangkan pemeriksaan yang harus dilakukan kepada pasien mencapai Rp. 1.000.000,-, akibatnya pemeriksaan terhadap pasien tersebut dilakukan selama dua hari.	Pasal 22 ayat (1) UU No. 40 Thn 2004 tentang SJSN: "Setiap peserta berhak memperoleh 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."	Hak atas Kesehatan. Pasal 12 ayat (1) dan (2) UU No. 11 Tahun 2005 tentang Kovenan Ekosob. Hak. Pasal 5 ayat (1), (2) dan (3) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
Obat-obatan pasien BPJS terkadang mengalami kelangkaan.	Bagi pasien yang mampu mungkin tidak ada masalah untuk membayar obatnya, tetapi bagaimana yang tidak mampu?	Pasal 22 ayat (1) UU No. 40 Thn 2004 tentang SJSN: "Setiap peserta berhak memperoleh 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."	Hak atas Kesehatan. Pasal 12 ayat (1) dan (2) UU No. 11 Tahun 2005 tentang Kovenan Ekosob. Hak. Pasal 5 ayat (1), (2) dan (3) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
Sebagian besar Rumah Sakit swasta menolak peserta Askes, yang sebelumnya biasa menjadi tempat rujukan mereka untuk berobat.	Banyak peserta Askes yang memiliki penyakit kronis ditolak diberikan pelayanan. Pihak Rumah Sakit berdalih belum menjalin kerjasama dengan BPJS.	Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 20 ayat (1): "Setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan."	Hak atas Kesehatan. Pasal 12 ayat (1) dan (2) UU No. 11 Tahun 2005 tentang Kovenan Ekosob. Hak. Pasal 5 ayat (1), (2) dan (3) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
Sebagian besar masyarakat informal belum tersentu program BPJS Kesehatan.	Sosialisasi yang dilakukan pemerintah maupun BPJS masih kurang maksimal.	Pasal 10 huruf (g) UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS: "Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada peserta dan masyarakat."	Tanggung Jawab Pemerintah. Pasal 14 ayat (1) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
Hak peserta Jamkesmas atau Jamkesda dikurangi. Inem, Penderita kanker payudara.	Saat masih menggunakan Jamkesmas, biaya operasi dan pengobatan semuanya gratis. Namun setelah diganti BPJS, biaya operasi gratis, namun beberapa biaya obat dibebankan kepada pasien.	Pasal 22 ayat (1) UU No. 40 Thn 2004 tentang SJSN: "Setiap peserta berhak memperoleh 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."	Hak atas Kesehatan. Pasal 12 ayat (1) dan (2) UU No. 11 Tahun 2005 tentang Kovenan Ekosob. Hak. Pasal 5 ayat (1), (2) dan (3) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Kasus	Kendala	Penyelesaian	Pelanggaran HAM
Pembatasan pemberian obat bagi penderita penyakit kronis.	Saat menjadi peserta Askes, obat kronis ditanggung selama 30 hari. Namun, sejak menjadi peserta BPJS obat diberikan hanya tiga hingga tujuh hari. Sehingga hal ini merugikan dan membahayakan keselamatan pasien.	Kementerian Kesehatan sudah memberikan surat edaran (SE) kepada fasilitas kesehatan agar memberikan obat penyakit kronis untuk 30 hari.	Hak atas Kesehatan. Pasal 12 ayat (1) dan (2) UU No. 11 Tahun 2005 tentang Kovenan Ekosob. Hak. Pasal 5 ayat (1), (2) dan (3) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
Masih kurangnya ketersediaan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.	Kurangnya tenaga kesehatan akan mengakibatkan peserta BPJS tidak tertangani dengan cepat.	Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 42 ayat (1): "Pelayanan kepada peserta jaminan kesehtan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi kepada aspek keamanan peserta, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan peserta serta efisiensi biaya."	Tanggung Jawab Pemerintah. Pasal 16 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
Masih kurangnya ketersediaan fasilitas kesehatan seperti kamar untuk pasien.	Masih banyak fasilitas pelayanan kesehatan non pemerintah yang belum bekerja sama dengan BPJS.	Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 42 ayat (1): "Pelayanan kepada peserta jaminan kesehtan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi kepada aspek keamanan peserta, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan peserta serta efisiensi biaya."	Tanggung Jawab Pemerintah. Pasal 17 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.