BAB III

PELAKSANAAN JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN OLEH BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL

A. Sejarah Penyelenggaraan Jaminan Sosial Bidang Kesehatan di Indonesia

1. Sejarah Jaminan Sosial di Indonesia

Di Indonesia, sistem jaminan sosial secara nasional dimulai pada masa pemerintahan Soekarno. Pada masa itu, jaminan sosial diwujudkan melalui jaminan sosial kecelakaan kerja yang diatur dalam Undang-Undang No. 33 tahun 1947 yang diberlakukan mulai tahun 1951. Pada tahun 1952, dikeluarkan Peraturan Menteri Perburuhan (PMP) No. 48/1952 tentang Pengaturan Bantuan untuk Usaha Penyelenggaraan Kesehatan Buruh. Kemudian masih terkait jaminan sosial ketenagakerjaan, berturut-turut dikeluarkan PMP No. 15/1957 tentang Pembentukan Yayasan Sosial Buruh dan lalu PMP No. 5/1964 tentang Pembentukan Yayasan Dana Jaminan Sosial.[77]

Pada tahun 1956 pemerintahan Soekarno memulai program jaminan hari tua walaupun masih sebatas untuk PNS, yaitu melalui UU No. 11/1956 tentang Pembelanjaan Pensiun. Kemudian pada tahun 1963, dimulai program jaminan sosial yang lebih komprehensif walaupun juga masih sebatas bagi PNS, yaitu melalui PP No. 9/1963 tentang Pembelanjaan Pegawai Negeri dan PP No. 10/1963 tentang pembentukan Tabungan Asuransi dan Pegawai Negeri (PN TASPEN) yang mana termasuk pula di dalamnya prajurit TNI, anggota POLRI,

[77] http://www.prp-indonesia.org/2015/sejarah-singkat-perlindungan-sosial-diindonesia #persosfildzahrobie1b di akses pada tanggal 1 januari 2016 pukul 15.00wib

repository.unisba.ac.id

dan PNS Dephan dan POLRI (belakangan pengelolaannya memisahkan diri menjadi ASABRI). Sementara itu, program jaminan kesehatan yang dikenal dengan nama "Jakarta Pilot Project" dimulai pada tahun 1960. Jakarta Pilot Project ini merupakan kelanjutan program jaminan sosial pada masa sebelum Indonesia merdeka[78]

Pada era Soeharto, badan-badan penyelenggara jaminan sosial berkembang ke dalam bentuk perseroan dan BUMN yang biasa digunakan untuk mencari keuntungan, seperti PT ASKES, PT ASABRI, PT JAMSOSTEK, dan PT TASPEN.[79] Untuk PT ASKES, perkembangan kelembagaan PT ASKES dimulai sejak Menteri Kesehatan Prof. Dr. G.A. Siwabessy membentuk BPDPK (Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan) pada tahun 1968 berdasarkan Keppres No. 230/1968 tentang Pemeliharaan Kesehatan bagi Pegawai Negeri dan Penerima Pensiun (PNS dan ABRI). Pada tahun 1984, BPDPK diubah menjadi Perum Husada Bhakti berdasar PP No. 3/1984. Kemudian pada tahun 1991, kepesertaan Perum Husada Bhakti diperluas mencakup juga veteran dan perintis kemerdeaan beserta keluarganya, serta peserta sukarela. Akhirnya, pada tahun 1992, status kelembagaan Perum Husada Bhakti diubah menjadi PT ASKES (Persero).[80]

Terkait PT ASABRI, PT ASABRI bermula dari pemisahan kepesertaan prajurit TNI, anggota POLRI, dan PNS Dephan dan POLRI dari PN TASPEN

---

[78] *Ibid.*

[79] http://www.jamsosindonesia.com/identitas/jaminan_sosial_karya_abad_keduapuluh; diakses pada tanggal 29 desember 2015,pukul 17.00WIB

[80] http://indonesia.go.id/in/bumn/pt-asuransi-kesehatan-indonesia/438 diakses pada tanggal 29 desember 2015,pukul 17.20 WIB

repository.unisba.ac.id

karena beberapa alasan, seperti perbedaan umur pensiun dan perbedaan resiko kerja. Pada tahun 1971, pemisahan itu dimulai dengan pendirian Perum ASABRI berdasarkan PP No. 45/1971. Baru pada tahun 1991, Perum ASABRI mengalami nasib yang sama seperti Perum Husada Bhakti yaitu mengalami alih status kelembagaan menjadi PT ASABRI berdasar PP No. 68/1991.[81]

Adapun PT TASPEN yang telah ada embrionya sejak tahun 1963 sebagai PN TASPEN, mengalami perubahan status juga menjadi Perum TASPEN pada tahun 1970 berdasar Keputusan Menteri Keuangan KEP.749/MK/V/II/1970. Dibandingkan PT ASABRI dan PT ASKES, Perum TASPEN lebih awal beralih status menjadi PT TASPEN (Persero) yaitu pada tahun 1981 berdasar PP No. 26/1981. Hingga hari ini, PT TASPEN mengelola 2 program yaitu:

Dana Pensiun sebagai penghasilan yang diterima setiap bulan oleh penerima pensiun atau oleh janda/duda/anaknya (sebelum berusia 25 tahun) jika meninggal pada masa aktif.

Kepesertaan PT TASPEN adalah semua PNS, kecuali di Dephankam karena mereka mengikuti program ASABRI bersama anggota TNI dan Polri sejak tahun 1971, serta pegawai lain termasuk pegawai BUMN yang ditetapkan sebagai peserta. Adapun sumber pendanaan PT TASPEN adalah dari iuran peserta yaitu 8% dari penghasilan tiap bulan tanpa tunjangan pangan, 4,75% untuk pensiun dan 3,25% untuk THT, dan dari sumbangan pemerintah.[82]

---

[81] http://www.asabri.co.id/index.php/tentang_kami/profil_perusahaan diakses pada tangg al 29 desember 2015,pukul 17.40 WIB

[82] PP No. 25 Tahun 1981 tentang Asuransi Sosial Pegawai Negeri

repository.unisba.ac.id

Sementara PT JAMSOSTEK berawal dari Program ASTEK (Asuransi Sosial Tenaga Kerja) yang dibentuk kelembagaannya sebagai Perum ASTEK pada tahun 1977 berdasar PP No. 33 dan 34/1977. Melalui kebijakan ini, diwajibkan bagi setiap pemberi kerja baik swasta maupun BUMN untuk mengikuti program ASTEK. Baru pada tahun 1992, keluar UU No. 3/1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK) dan akhirnya pada tahun 1995 Perum ASTEK juga beralih status menjadi PT JAMSOSTEK berdasar PP No. 36/1995. Hingga hari ini sebelum berfungsinya BPJS Ketenagakerjaan, PT JAMSOSTEK melayani 4 program jaminan sosial yaitu:[83]

a) Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK),
b) Jaminan Kematian (JKM),
c) Jaminan Hari Tua (JHT), dan
d) Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK).

Tiga program pertama diselenggarakan dalam bentuk jaminan uang dan berlaku bagi individu pekerja, sementara program keempat diselenggarakan dalam bentuk jaminan pelayanan dan berlaku bagi individu pekerja beserta keluarganya.

Pada dasarnya, kepesertaan JAMSOSTEK adalah wajib bagi tiap perusahaan yang memenuhi syarat, baik swasta ataupun BUMN. Perusahaan yang mempekerjakan 10 pekerja atau lebih, atau memberi upah Rp1 juta atau lebih, wajib mengikutsertakan pekerjanya dalam JAMSOSTEK. Namun kenyataannya, jumlah kepesertaan aktif JAMSOSTEK masih sangat minim dibandingkan dengan jumlah Angkatan Kerja yang bekerja di Indonesia. Dengan kata lain, secara

[83] http://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/page/profil/Sejarah.html diakses pada tanggal 29 desember 2015,pukul 19.00 WIB

repository.unisba.ac.id

kepesertaan, JAMSOSTEK belum berhasil mencakup angkatan kerja secara luas di Indonesia. Data PT JAMSOSTEK/BPJS Ketenagakerjaan menunjukkan bahwa hingga akhir 2013, Kepesertaan aktif JAMSOSTEK mencapai 12 juta orang.[84] Padahal, menurut BPS, jumlah Angkatan Kerja Indonesia di saat itu mencapai 118,19 juta, dengan 110,80 juta di antaranya berstatus Bekerja. Dengan kata lain, setidaknya hingga 2013, kepesertaan aktif JAMSOSTEK hanya mencapai lebih sedikit dari 10% Angkatan Kerja Indonesia yang berstatus Bekerja.[85]

Adapun sumber pendanaan bagi jaminan sosial dalam JAMSOSTEK adalah iuran dari peserta yang dibayarkan oleh pengusaha (JKK, JKM, dan JPK) dan dibayarkan bersama pengusaha dan pekerja (JHT). Dalam UU No. 3 Tahun 1992 tentang JAMSOSTEK memang dinyatakan bahwa program jaminan sosial tenaga kerja ini "dapat" dijalankan dengan mekanisme asuransi. Dalam profil BPJS Ketenagakerjaan/JAMSOSTEK juga diakui bahwa mekanisme pendanaan dari program jaminan sosial ini adalah *funded social security* atau didanai oleh peserta (dan bukan oleh negara). Data BPJS Ketenagakerjaan/JAMSOSTEK menunjukkan bahwa justru jumlah total iuran yang dibayarkan peserta aktif mencapai sekitar Rp2,3 triliun untuk JKK, Rp20,1 triliun untuk JHT, dan Rp1,1 triliun untuk JKM, sementara total jaminan yang terklaim hanya mencapai sekitar Rp677,3 miliar untuk JKK, Rp10,6 triliun untuk JHT, dan Rp430,8 miliar untuk JKM.[22] Dengan kata lain, PT JAMSOSTEK sebagai BUMN yang ditugaskan

[84]http://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/page/Laporan%20Kinerja/Kepesertaan%20Aktif.html diakses pada tanggal 30 desember 2015,pukul 15.00 WIB

[85]http://www.bps.go.id/webbeta/frontend/linkTabelStatis/view/id/973 diakses pada tanggal 30 desember 2015,pukul 17.00 WIB

repository.unisba.ac.id

negara untuk mengelola dana jaminan sosial ini selalu mendapatkan surplus dari iuran, dan keuangan negara tidak terlibat dalam pemenuhan jaminan.[86]

2. Perlindungan Sosial Era Pasca Reformasi

Pasca reformasi, rancangan program jaminan sosial dituangkan dalam Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) No. 40 Tahun 2004. Kemudian, sebagai turunan dari Undang-Undang SJSN, dibuatlah Undang-Undang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial No. 24 tahun 2011 yang menempatkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai badan khusus yang mengelola dana jaminan sosial secara terintegrasi. BPJS Kesehatan sebagai badan resmi perlindungan sosial di Indonesia pun mulai dijalankan semenjak 1 Januari 2014, sementara BPJS Ketenagakerjaan akan berjalan mulai 1 Juli 2015. Implikasinya, berbagai badan yang sebelumnya mengelola dana jaminan sosial seperti PT ASKES untuk PNS, PT TASPEN untuk Pensiunan, PT ASABRI untuk anggota TNI dan POLRI, serta PT JAMSOSTEK untuk para buruh, akan dilebur dan digabungkan ke dalam BPJS. Hanya saja, PT TASPEN dan PT ASABRI masih dalam proses peralihan hingga tenggat waktu peleburannya, yaitu tahun 2019.[87]

3. Sejarah Jaminan Pemeliharaan Kesehatan di Indonesia

Sejarah pemeliharaan kesehatan dimulai pada tahun 1968, Pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan yang secara jelas mengatur pemeliharaan

[86] http://www.prp-indonesia.org/2015/sejarah-singkat-perlindungan-sosial-di-indonesia #persosfildzahrobie5b diakses pada tanggal 30 desember 2015,pukul 17.00 WIB

[87] *Ibid.*

repository.unisba.ac.id

kesehatan bagi Pegawai Negeri dan Penerima Pensiun (PNS dan ABRI) beserta anggota keluarganya berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968.[88]

Menteri Kesehatan membentuk Badan Khusus di lingkungan Departemen Kesehatan RI yaitu Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK), dimana oleh Menteri Kesehatan RI pada waktu itu (Prof. Dr. G.A. Siwabessy) dinyatakan sebagai cikal-bakal Asuransi Kesehatan Nasional. Kemudian pada tahun 1984 cakupan peserta badan tersebut diperluas dan dikelola secara profesional dengan menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 1984 tentang Pemeliharaan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil,Penerima Pensiun (PNS, ABRI dan Pejabat Negara) beserta anggota keluarganya.[89]

Dengan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1984, status badan penyelenggara diubah menjadi Perusahaan Umum Husada Bhakti. Badan ini terus mengalami *transformasi* yang dari tadinya Perum kemudian pada tahun 1992 berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992 status Perum diubah menjadi Perusahaan Perseroan (PT Persero) dengan pertimbangan *fleksibilitas* pengelolaan keuangan, kontribusi kepada Pemerintah dapat dinegosiasi untuk kepentingan pelayanan kepada peserta dan manajemen lebih mandiri.

Askes (Persero) diberi tugas oleh Pemerintah melalui Departemen Kesehatan RI, sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1241/MENKES/SK/XI/2004 dan Nomor 56/MENKES/SK/I/2005, sebagai

---

[88] http://www.mgtradio.com/component/k2/item/4975-sejarah-singkat-bpjs-kesehatan di akses pada tanggal 30 desember 2015 pukul 17.00WIB

[89] *Ibid.*

repository.unisba.ac.id

Penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Masyarakat. Dengan prinsip penyelenggaraan mengacu pada :[90]

A. Diselenggarakan secara serentak di seluruh Indonesia dengan azas gotong royong sehingga terjadi subsidi silang.
B. Mengacu pada prinsip asuransi kesehatan sosial.
C. Pelayanan kesehatan dengan prinsip *managed care* dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang.
D. Program diselenggarakan dengan prinsip nirlaba.
E. Menjamin adanya protabilitas dan ekuitas dalam pelayanan kepada peserta.
F. Adanya akuntabilitas dan transparansi yang terjamin dengan mengutamakan prinsip kehati-hatian, efisiensi dan efektifitas.

Dasar Penyelenggaraan[91] :

A. UUD 1945
B. UU No. 23/1992 tentang Kesehatan
C. UU No.40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)
D. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 241/MENKES/SK/XI/2004 dan Nomor 56/MENKES/SK/I/2005,

Mulai tanggal 1 Januari 2014, PT Askes Indonesia (Persero) berubah nama menjadi BPJS Kesehatan sesuai dengan Undang-Undang no. 24 tahun 2011 tentang BPJS.BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan)

---

[90] *Ibid.*

[91] https://id.wikipedia.org/wiki/BPJS_Kesehatan diakses pada tanggal 30 desember 2015 pukul 17.30WIB

repository.unisba.ac.id

merupakan suatu Badan Hukum Publik yang mempunyai tugas khusus untuk menyelenggarakan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, terutama untuk Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa.[92]

Tabel perbedaan ASKES dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Perbedaan	ASKES	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
Badan Hukum	PERSERO	Badan Hukum Publik
Tanggung Jawab	Koordinasi dibawah Kementerian BUMN	Koordinasi langsung dibawah Presiden
Peserta	Hanya untuk Jaminan Kesehatan PNS, Pensiunan TNI/Polri, Perintis Kemerdekaan dan Veteran	Mengelola Jaminan Kesehatan untuk seluruh masyarakat Indonesia
Kepesertaan	Hanya Wajib Bagi PNS, Pensiunan TNI/Polri, Perintis Kemerdekaan dan Veteran	Kepersertaan Wajib Bagi seluruh masyarakat Indonesia termasuk tenaga kerja

B. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Berdasarkan Undang-Undang No. 24 tahun 2011 Tentang BPJS Kesehatan

1. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Badan penyelenggara jaminan sosial merupakan suatu badan hukum publik yang mengelola atau menjalankan program-program dari Sistem Jaminan Sosial Nasiona (SJSN), sebelumnya, badan yang mengelola jaminan sosial terdiri

[92] *Ibid.*

repository.unisba.ac.id

dari Askes, Jamsostek, TASPEN dan ASABRI.[93] Jamsostek atau Jaminan Sosial Tenaga Kerja pada dasarnya mengelola jaminan hari tua, jaminan kematian, jaminan kecelakaan kerja, dan jaminan pemeliharaan kesehatan.[94] Askes atau Asuransi kesehatan mengelola jaminan sosial di bidang kesehatan. Jamsostek dan Askes merupakan sebuah Badan Usaha Milik Negara(BUMN). BUMN adalah badan usaha yang seluruh atau sebagian besar modalnya dimiliki oleh negara melalui penyertaan secara langsung yang berasal dari kekayaan negara dipisahkan yang bentuknya dapat berupa Perusahaan Umum(Perum) dan perusahaan Persero (Persero).[95]

Untuk mewujudkan tujuan sistem jaminan sosial nasional perlu dibentuk badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar nya kepentingan negara[96].

Berdasarkan hal tersebut maka dibentuklah suatu badan Hukum baru yang dianggap lebih berkompeten dalam menangani atau mengelola Jaminan Kesehatan Nasional. BPJS dibentuk melalui UU BPJS . dengan dibentuknya Badan Hukum ini maka mengakibatkan dileburnya beberapa badan penyelenggara yang telah ada menjadi BPJS.

---

[93] Hardijan Rusli, *Hukum Ketenagakerjaan*, Ghalia Indonesia, Bogor, 2004, Hlm. 102.

[94] *Ibid*, Hlm. 109.

[95] Iswi Hariyani, *R. Sefianto dan Cita Yustsia, merger, konsolodasi, Akuisisi & pemisahan Perusahaan* , Visimedia, Jakarta, 2011, Hlm. 317.

[96] Konsideran Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

repository.unisba.ac.id

BPJS termasuk badan hukum publik (PERUM). BPJS merupakan badan hukum publik karena memenuhi persyaratan sebagai berikut:[97]

a. Dibentuk dengan Undang-Undang (Pasal 5 UU BPJS);
b. Untuk menyelenggarakan kepentingan umum, yaitu Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia (Pasal 2 UU BPJS);
c. Diberi delegasi kewenangan untuk membuat aturan yang mengikat umum (Pasal 48 ayat (3) UU BPJS);
d. Bertugas mengelola dana publik, yaitu Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta (Pasal 10 huruf d UU BPJS);
e. Berwenang melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional (Pasal 11 huruf c UU BPJS);
f. Bertindak mewakili Negara RI sebagai anggota organisasi atau lembaga internasional (Pasal 51 ayat (3) UU BPJS); dan
g. Berwenang mengenakan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya (Pasal 11 huruf f UU BPJS);
h. Pengangkatan Angggota Dewan Pengawas dan Anggota Direksi oleh Presiden, setelah melalui proses seleksi publik (Pasal 28 s/d Pasal 30 UU BPJS).

[97] http://www.jamsosindonesia.com/identitas/bpjs_badan_hukum_publik_menurut_uu_bpjs diakses ta nggal 29 desember 2015 pukul 19.00WIB

repository.unisba.ac.id

Sebagai badan hukum publik, BPJS wajib menyampaikan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan yang telah diaudit oleh akuntan publik kepada Presiden, dengan tembusan kepada DJSN,

BPJS terbagi menjadi 2 (dua) bagian, yaitu BPJS Ketenagakerjaan dan BPJS kesehatan. BPJS Ketenagakerjaan merupakan transformasi dari jamsostek yang menangani mengenai jaminan kecelakaan kerja, Jaminan hari tua, Jaminan Pensiun, dan Jaminan kematian, sedangkan BPJS kesehatan merupakan transformasi dari Askes yang menangani tentang Jaminan Kesehatan Nasional. Jaminan pemeliharaan kesehatan yang sebelumnya terdapat dalam Jamsostek dilebur ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional di dalam BPJS Kesehatan. Pemberlakuan BPJS kesehatan dimulai sejak tanggal 1 januari 2014 dan paling lambat tanggal 1 januari 2019 seluruh penduduk indonesia memiliki jaminan kesehatan nasional untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam, memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang handal, unggul, dan terpercaya . misi BPJS kesehatan adalah :[98]

a. Membangun kemitraan strategis dengan berbagai lembaga dan mendorong partisipasi masyarakat dalam perluasan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
b. Menjalankan dan memantapkan sistem jaminan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien dan bermutu kepada peserta melalui kemitraan yang optimal dengan fasilitas kesehatan.

[98] http://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2010/2 diakses tanggal 29 desember 2015 pukul 15.00

repository.unisba.ac.id

c. Mengoptimalkan pengelolaan dana program jaminan sosial dan dana BPJS Kesehatan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel untuk mendukung kesinambungan program.

d. Membangun BPJS Kesehatan yang efektif berlandaskan prinsip-prinsip tata kelola organisasi yang baik dan meningkatkan kompetensi pegawai untuk mencapai kinerja unggul.

e. Mengimplementasikan dan mengembangkan sistem perencanaan dan evaluasi, kajian, manajemen mutu dan manajemen risiko atas seluruh operasionalisasi BPJS Kesehatan.

f. Mengembangkan dan memantapkan teknologi informasi dan komunikasi untuk mendukung operasionalisasi BPJS Kesehatan.

Dalam menjalankan program jaminan kesehatan nasional tentunya terdapat manfaat uang diberikan, manfaat dan jaminan kesehatan nasional (JKN) BPJS kesehatan meliputi :

1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama. Tenaga kesehatan dapat dibedakan ke dalam beberapa jenis, yaitu tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, tenaga keterapian fisik, dan tenaga keteknisian medis[99] yaitu pelayanan kesehatan non spesialistik mencangkup :

   a. Administrasi pelayanan

   b. Pelayanan promotif dan preventif

   c. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis

[99] Titik Triwulan Tutik dan Shita Febriana, *Perlindungan Hukum bagi Pasien*, Prestasi Pustakaraya, Jakarta, 2010, Hlm.1.

repository.unisba.ac.id

d. Tindakan medis non spesialistik, 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 mencangkup :

a. Rawat jalan, Meliputi

1) Administrasi pelayanan

2) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokte spesialis dan sub spesialis

3) Tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis

4) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai

5) Pelayanan 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, Meliputi :

1) Perawatan inap non intensif

repository.unisba.ac.id

2) Perawatan inap di ruang intensif

3) Pelayanan kesehatan lain yang di tetapkan oleh menteri

Dalam penyelenggaraan BPJS tentunya, BPJS harus bekerja sama dengan rumah sakit sebagai mitra atau *provider* BPJS. Seluruh rumah sakit umum yang dimiliki pemerintah secara otomatis langsung bekerja sama dengan BPJS, sedangkan untuk rumah sakit swasta belum ada kewajiban untuk bergabung dalam BPJS-Kesehatan

2. Pelaksanaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

Mulai 1 januari 2014 BPJS kesehatan telah diberlakukan Program yang di jalankan BPJS-Kesehatan adalah Jaminan kesehatan Nasional sebagaimana yang di atur dalam peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Adapun penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagai berikut :

A. Hak dan kewajiban Peserta

Hak dan kewajiban peserta dalam menjamin terselenggaranya Jaminan Kesehatan yaitu :

1. Hak peserta

a) Mendapatkan kartu peserta sebagai bukti sah untuk memperoleh pelayanan kesehatan dan sebagai identitas peserta;

b) Mendapatkan nomor *virtual account* yang digunakan untuk pembayaran iuran;

c) Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;

repository.unisba.ac.id

d) Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan memilih fasilitas kesehatan mana yang dikehendaki;

e) Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke Kantor BPJS Kesehatan.

2. Kewajiban peserta

a) Mendaftarkan dirinya sebagai peserta serta membayar iuran yang besarannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku;

b) Melaporkan perubahan data peserta, baik karena pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat pertama;

c) Menjaga Kartu Peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak;

d) Mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan.

B. Prosedur pendaftaran BPJS Kesehatan

Adapun beberapa klasifikasi/pengelompokan untuk peserta dalam pendaftaran, yaitu :[100]

1) Pendaftaran Bagi Penerima Bantuan Iuran / PBI

Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak mampu yang menjadi peserta PBI dilakukan oleh lembaga yang menyelenggarakan urusan Pemerintahan di bidang statistik (Badan Pusat Statistik) yang diverifikasi dan divalidasi oleh Kementerian Sosial.

[100] http://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2014/20 diakses pada tanggal 29 desember 2015 pukul 21.00WIB

repository.unisba.ac.id

Selain peserta PBI yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat, juga terdapat penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah berdasarkan SK Gubernur/Bupati/Walikota bagi Pemda yang mengintegrasikan program Jamkesda ke program JKN.

2) Pendafataran Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah / PPU

Perusahaan / Badan usaha mendaftarkan seluruh karyawan beserta anggota keluarganya ke Kantor BPJS Kesehatan dengan melampirkan :

a. Formulir Registrasi Badan Usaha / Badan Hukum Lainnya
b. Data Migrasi karyawan dan anggota keluarganya sesuai format yang ditentukan oleh BPJS Kesehatan.
c. Perusahaan / Badan Usaha menerima nomor Virtual Account (VA) untuk dilakukan pembayaran ke Bank yang telah bekerja sama (BRI/Mandiri/BNI)
d. Bukti Pembayaran iuran diserahkan ke Kantor BPJS Kesehatan untuk dicetakkan kartu JKN atau mencetak e-ID secara mandiri oleh Perusahaan / Badan Usaha.

3) Pendaftaran Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah / PBPU dan Bukan Pekerja

a) Calon peserta mendaftar secara perorangan di Kantor BPJS Kesehatan
b) Mendaftarkan seluruh anggota keluarga yang ada di Kartu Keluarga

repository.unisba.ac.id

c) Mengisi formulir Daftar Isian Peserta (DIP) dengan melampirkan :

- Fotokopi Kartu Keluarga (KK)
- Fotokopi KTP/Paspor, masing-masing 1 lembar
- Fotokopi Buku Tabungan salah satu peserta yang ada didalam Kartu Keluarga
- Pasfoto 3 x 4, masing-masing sebanyak 1 lembar.

d) Setelah mendaftar, calon peserta memperoleh Nomor Virtual Account (VA)

e) Melakukan pembayaran iuran ke Bank yang bekerja sama (BRI/Mandiri/BNI)

f) Bukti pembayaran iuran diserahkan ke kantor BPJS Kesehatan untuk dicetakkan kartu JKN. Pendaftaran selain di Kantor BPJS Kesehatan, dapat melalui Website BPJS Kesehatan

4) Pendaftaran Bukan Pekerja Melalui Entitas Berbadan Hukum (Pensiunan BUMN/BUMD)

Proses pendaftaran pensiunan yang dana pensiunnya dikelola oleh entitas berbadan hukum dapat didaftarkan secara kolektif melalui entitas berbadan hukum yaitu dengan mengisi formulir registrasi dan formulir migrasi data peserta.

C. Prosedur Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang diberikan BPJS-kesehatan melalui sistem berjenjang atau sistem rujukan. Sistem rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur perlimpahan tugas dan

repository.unisba.ac.id

tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dan seluruh fasilitas kesehatan.[101]

Ketentuan umum sistem rujukan berjenjang

Pelayanan kesehatan perorangan terdiri dari 3 (tiga) tingkatan yaitu :

1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama, merupakan pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama
2) Pelayanan kesehatan tingkat kedua, merupakan pelayanan kesehatan spesialistik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialistik.
3) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga, merupakan pelayanan keseharan sub spesialistik yang dilakukan oleh dokter sub spesialistis atau dokter gigi sub spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialistik.

Seluruh peserta dalam menjalankan pelayanan kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan wajib memiliki sistem rujukan dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku. Bagi fasilitas kesehatan yang tidak menerapkan sistem rujukan maka BPJS kesehatan akan *recrendetialing* terhadap kinertja fasilitas kesehatan dan dapat berdampak pada kelanjutan kerjasama.

[101] BPJS Kesehatan, Panduan Praktis ; *Sistem Rujukan Berjenjang*, 2014, Hlm 15

repository.unisba.ac.id

Pengertian dari *Recrendetialing* adalah suatu tindakan pengulangan dari *Kredensialing. Kredensialing* adalah proses untuk mendapatkan, memeriksa, dan menialai kecakapan (kualifikasi) praktisi perawatan kesehatan untuk memberikan pelayanan perawatan pasien di rumah sakit (atau organisasi perawatan kesehatan lain). Proses untuk memeriksa secara berkala kecakapan staf disebut *rekrendensialing.*[102]

Seperti yang telah disebutkan dalam pengertian sistem rujukan bahwa pelayanan rujukan dapat dilakukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan apabila petunjuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena ketebatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap.sedangkan rujukan vertikal adalah rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan yang berberda tingkatan dapat dilakukan dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya.

Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi dilakukan apabila :

1) Pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik atau subspesialistik
2) Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, perlatan, dan/atau ketenagaan

[102] Lean Healtcare Indonesia. "crendentialing & Privileging".2012, *http://lean-indonesia.blogspot.com/2012/12/ crendentialing-Privileging.html* . diakses pada tanggal 29 desember 2015 pukul 17.00

repository.unisba.ac.id

Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih tinggi ke tingkayan pelayanan yang lebih rendah dilakukan apabila :

1) Permasalahan kesehatan pasien dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya
2) Kompetensi dan kewenagan pelayanan tingkat pertama atau kedua lebih baik dalam menangani pasien tersebut
3) Pasien membutuhkan pelayanan lanjutan yang dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah dan untuk alasan kemudahan, efisiensi dan pelayanan jangka panjang
4) Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana, prasaraana, peralatan dan/atau ketenagaan.

Adapun Pelayanan Kesehatan yang Tidak Dijamin BPJS Kesehatan Berdasarkan Perpres No 111 Tahun 2013, Pasal 25 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;

repository.unisba.ac.id

d) Pelayanan Kesehatan yang dijamin oleh program kecelakaan lalu lintas yang besifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas

Secara rinci Pelayanan Kesehatan yang Tidak Dijamin BPJS Kesehatan yaitu[103] :

1) Pelayanan Kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku
2) Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali untuk kasus gawat darurat.
3) Pelayanan Kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja.
4) Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri.
5) Pelayanan kesehatan untuk tujuan kosmetik dan/atau estetik.
6) Pelayanan untuk mengatasi infertilitas (memperoleh keturunan).
7) Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi).
8) Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol.
9) Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri.

[103] BPJS Kesehatan : *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan*. 2014 Hlm 56.

repository.unisba.ac.id

10) Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupuntur, shinse, chiropractic yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (Health Technology Assesment/HTA).
11) Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen).
12) Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi dan susu.
13) Perbekalan kesehatan rumah tangga.
14) Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah.
15) Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan.

D. Tata cara pelaksanaan sistem rujukan berjenjang

Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis, yaitu :

1) Dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama
2) Jika diperluka pelayanan lanjutan oleh spesialis maka pasien dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua
3) Pelayanan kesehatan tingkat kedua di fasilitas kesehatan sekunder hanya dapat diberikan atas rujukan dari kesehatan primer.

repository.unisba.ac.id

4) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga difasilitas kesehatan tersier hanya dapat diberikan atas rujukan dari fasilitas kesehatan sekunder dan fasilitas kesehatan primer

Pelayanan Kesehatan di fasilitas kesehatan primer yang dapat dirujuk langsung ke fasilitas tersier hanya untuk kasus yang ditegakkan diagnosis dan rencana terapinya, merupakan pelayanan berulang dan hanya tersedia di fasilitas kesehatan tersier.

Ketentuan pelayanan rujukan berjenjang dapat dikecualikan dalam kondisi tertentu, yaitu :

1) Terjadi keaadaan gawat darurat, adapun keaadaan darurat dalam BPJS kesehatan bisa dilakukan di Rumah sakit mana saja baik rumah sakit yang telah bekerja sama dengan BPJS kesehatan ataupun Rumah sakit yang belum bekerja sama dengan BPJS kesehatan. Mengenai kriteria Gawat darurat yang dapat diterima klaim nya ditentukan oleh BPJS kesehatan.[104]
2) Bencana, adapun kriteria bencana diterapkan oleh pemerintah pusat dan atau pemerintah daerah
3) Kekhususan permasalahan kesehatan pasien, untuk kasus yang sudah ditegakkan rencana terapinya dan terapi tersebut hanya dapat dilakukan di fasilitas kesehatan lanjutan.
4) Pertimabangan geografis
5) Pertimbangan ketersediaan fasilitas

[104] BPJS Kesehatan, *Penjaminan Pelayanan Kesehatan Darurat Medis di Faskes yang tidak Bekerjasama dengan BPJS kesehatan*, Hlm.17

repository.unisba.ac.id

E. Sistem Tarif BPJS kesehatan

Dalam menjalankan fungsinya sebagai pelaksana program jaminan kesehatan tentu memiliki prosedur dalam sistem pembayaran . BPJS Kesehatan yang bekerja dengan sistem asuransi sosial pastinya memiliki sistem khusus yang mengatur pembayaran antara BPJS kesehatan, rumah sakit sebagai provider BPJS Kesehatan, dan pasien sebagai peserta BPJS kesehatan.

Seperti yang tercantum dalam peraturan Presiden Republik indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang jaminan Kesehatan terdapat beberapa cara pembayaran. Cara pembayaran ini dibedakan berdasarkan tingkat fasilitas kesehatan.

1. Fasilitas kesehatan tingkat pertama

Seperti yang tercantum dalam Pasal 39 ayat (1) Peraturan presiden No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan kesehatan yang menyebutkan :

> "BPJS kesehatan melakuakan pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama secara praupaya berdasarkan kapitasi atas jumlah peserta yang terdaftardi fasilitas kesehatan tingkat pertama."

Dana Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis pelayanan kesehatan yang diberikan[105]

Terdapat pengecualian dalam hal kapitasi ini seperti yang tercantum dalam ayat (2) Pasal yang sama berbunyi :

[105] Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2014 tentang penggunaan dana kapitasi jaminan kesehatan nasion untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah.

repository.unisba.ac.id

"Dalam hal fasilitas kesehatan tingkat pertama di suatu daerah tidak memungkinkan pembayaran berdasarkan kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS kesehatan diberikan kewenangan untuk melakukakan pembayaran dengan mekanisme lain yang lebih berhasil guna."

2. Fasilitas kesehatan tingkat lanjutan

Dalam pembayaran fasilitas kesehatan tingkat lanjutan seperti yang tercantum dalam pasal 39 ayat (4) peraturan Presiden No.12 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan menyebutkan :

"BPJS kesehatan melakukan pembayaran kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan berdasarkan cara Indonesian Case Base Group (INA-CBG's)"

INA – CBG's adalah suatu mekanisme kendali mutu dan biaya yang diatur melalui permenkes tarif JKN yang mana mengelompokan tarif pelayanan kesehatan untuk suatu diagnosa penyakit tertentu dengan paket.[106]

Pembayaran dengan sistem INA – CBG's ini memiliki kelemahan yaitu diantaranya :

1) Penerapan CBG membutuhkan sistem informasi kesehatan, khususnya pencatatan rekam medis, yang akurat dan komprehensif
2) Membatasi dokter dari upaya coba-coba produk obat atau bahan medis maha yang ditawarkan perusahan farmasi atau perusahaan alat kedokteran

[106] ADY, "Cabut Regulasi Penghambat BPJS" , 2014, *http://www.hukumonline-.com/berita/baca/lt52e4051a62d3c/cabut -regulasi-penghambat-bpjs* , diakses pada tanggal 30 desember 2015 pukul 20:00

repository.unisba.ac.id

3) Pada tahap awal menimbulkan goncangan sebagian dokter yang biasa menetukan sendiri besaran jasa medis nya[107]

BPJS Kesehatan membagi Iuran wajib bagi para peserta , iuran Jaminan Kesehatan bagi peserta PBI jaminan Kesehatan serta penduduk yang didaftarkan oleh pemerintah daerah sebesar Rp.19.225,00 (sembilan belas ribu dua ratus dua puluh lima rupiah) per orang per bulan. Berdasarkan Pasal 16A Peraturan Presiden Nomor 111 tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. Sedangkan berdasarkan Pasal 16F Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan bahwa iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Bukan penerima Upah :

a. Sebesar Rp. 25.500,00 (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruan perawatan kelas III
b. Sebesar Rp. 42.500,00 (empat puluh sembilan ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II
c. Sebesar Rp.59.500,00 (lima puluh sembilan ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I

Iuran jaminan kesehatan bagi peserta PBI jaminan dibayarkan oleh pemerintah dan iuran jaminan kesehatan bagi peserta pekerja bukan penerima

[107] Hasbullah Thabrany, *Jaminan Kesehatan Nasional*, Rajawali Pers, 2014, Hlm.201.

repository.unisba.ac.id

upah dibayar oleh peserta bersangkutan berdasarkan Pasal 7 ayat (1) dan ayat (3) Peraturan Presiden Nomor 111 tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan

F. Metode Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan

Ada beberapa metode yang digunankan BPJS Kesehatan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan yaitu :[108]

1) Metode restitusi terbatas hanya dipergunakan untuk pelayanan kesehatan bagi pekerja/buruh yang menderita kecelakaan kerja sesuai dengan program jaminan kecelakaan kerja. Hal ini disebabkan karena dalam program jaminan kecelakaan kerja, segala pembiayaan terlebih dahulu harus dibayar oleh pengusaha, yang nantinya akan diminta penganti kerugian.
2) Metode pelayanan medis langsung pelayanan medis dilakukan oleh badan penyelenggara. Dalam hal ini :
    a) Semua tenaga medis menjadi personalia baik tetap maupun tidak tetap dari badan penyelenggara dengan memperoleh gaji;
    b) Badan penyelenggara memiliki poliklinik, laboratorium, dan apotek sendiri Yang melayani pasien;
    c) Seluruh tenaga medis bekerja sebagai tim yang diawasi oleh dokter senior, sehingga pasien bisa ditangani oleh spesialis.

[108] Agung Laksono Wijayanto, Agustus,2014 ,"*Pemeliharaan Kesehatan Bagi Pekerja/Buruh oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan*" dalam *Jurnal Ilmiah*, Mataram, 2014.Hlm 6

repository.unisba.ac.id

3) Metode pembayaran tenaga medis, badan penyelenggara membayar dokter, apotek, dan rumah sakit secara langsung melalui suatu perjanjian bersama yang mengatur diagnosis, pengobatan, dan perawatan sehingga dapat dicegah praktik-praktik pelayanan medis yang berlebihan.

3. Permasalahan Pelaksanaan Upaya Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

1. Kepersertaan

BPJS kesehatan merupakan transformasi dari PT.ASKES (PERSERO) , para peserta PT.ASKES otomatis menjadi peserta BPJS Kesehatan , namun pada pelaksanaannya banyak dikeluhkan oleh para pengusaha dan para pekerja bahkan para pensiunan karena harus adanya pendaftaran ulang untuk menjadi peserta BPJS kesehatan ,seharusnya data para peserta dari PT.ASKES otomatis masuk dalam data BPJS kesehatan tanpa adanya pendaftaran ulang, ini akan memperlambat kepersetaan dan dikhawatirkan adanya pengurangan manfaat bagi peserta yang masih menggunakan manfaat dari PT.ASKES, karena para peserta BPJS Kesehatan mulai mendapatkan manfaat kepersetaan setelah kepersertaannya aktif selama 14 (empatbelas) hari setelah pendaftaran peserta.

Selain itu permasalahan pendaftaran menjadi peserta BPJS Kesehatan juga dikeluhkan masyarakat, karena banyak lokasi pendaftaran hanya ada di lokasi-lokasi tertentu saja, sehingga terjadi penumpukan calon pendaftar. Walaupun sekarang pendaftaran dilakukan dengan sistem online tetap saja sistem online ini masih dirasa kurang siap karena sulitnya diakses pendaftaran online dan

repository.unisba.ac.id

masih banyak kurang pahamnya mengenai pendaftaran secara online ini, Bukan hanya peserta mandiri, tapi juga peserta perusahaan-perusahaan swasta, sering mengalami kendala ini. Akibatnya, pendaftaran itu pun menjadi terlambat.[109]

Salah satu bukti kepersertaan pendaftaran melalui sistem online ini adalah dengan memiliki e-ID yang dikeluarkan oleh sistem online BPJS Kesehatan kartu ini sah dan berlaku sama dengan kartu BPJS Kesehatan , namun pada pelaksanaanya masih ada penolakan dari fasilitas kesehatan karena kartu e-ID ini tidak berlaku dan harus diganti dengan kartu BPJS kesehatan.[110]

2. Pelayanan Peserta

Masih kurang nya fasilitas dan tenaga medis menjadi tolak ukur belum optimalnya pelayanan BPJS kesehatan bagi para peserta, masih banyak ditemukan penolakan bagi para peserta akibat tidak valid nya kepersertaan atau pihak rumah sakit tidak mau rugi dengan adanya peserta BPJS Kesehatan karena membebani atau merugikan pihak rumah sakit[111]. Belum lagi masih ada peserta harus membayar sebagian obat-obatan karena tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan[112]

Selain itu para peserta tidak dapat memilih fasilitas kesehatan yang diinginkan hanya fasilitas kesehatan yang bekerja sama dan ditentukan oleh BPJS Kesehatan saja fasilitas kesehatan yang di dapatkan peserta , ini akan

---

[109] http://news.okezone.com/read/2015/08/25/337/1202527/persoalan-pelayanan-bpjs-kesehatan-masih-ditemukan diakses pada tanggal 30 desember 2015 pukul 15.00

[110] Kartu e-ID BPJS Kesehatan Tidak Dapat Digunakan di RSU Ashari Kabupaten Pemalang https://www.lapor.go.id/id/1289446/kartu-e-id-bpjs-kesehatan-tidak-dapat-digunakan-di-rsu-ashari-kabupaten-pemalang.html diakses pada tanggal 30 desember 2015 pukul 15.00

[111]Kecewa Pelayanan BPJS Kesehatan, Suliyem Jual Satu Ginjalnya http://daerah.sindonews.com/read/1042578/23/kecewa-pelayanan-bpjs-kesehatan-suliyem-jual-satu-ginjalnya-1441786898 diakses pada tanggal 30 desember 2015 pukul 19.00

[112]BPJS lebih buruk dari Askes, banyak obat tak lagi ditanggung http://www.merdeka.com/uang/bpjs-lebih-buruk-dari-askes-banyak-obat-tak-lagi-ditanggung.html diakses pada tanggal 30 desember 2015 pukul 17.00

repository.unisba.ac.id

menyebabkan masalah karena masih minim nya fasilitas kesehatan dan jika jauh nya jarak untuk mencapai fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, dikhawatirkan adanya keterlambatan penanganan terhadap pasien untuk mendapatkan pelayanan yang cepat tanggap. apalagi para pekerja selalu berpergian keluar kota untuk menjalankan pekerjaan, dan kesehatan tidak dapat diperkirakan sangat mungkin terjadi keterlambatan pemberian pelayanan bagi pekerja karena letak geografis atau jauh nya jarak fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, sementara pekerja harus mendatangi fasilitas yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, atau mendatangi puskesmas yang sudah ditunjuk BPJS Kesehatan di tempat tinggal tetap nya. ini akan memperlambat pemberian pelayanan kesehatan, dan pekerja pun membuang waktu untuk pelayanan kesehatan dibanding melakukan pekerjaannya.

Terlebih lagi para Tenaga Kerja Indonesia yang bekerja di luar negeri tidak bisa mendapatkan pelayanan kesehatan dari BPJS-Kesehatan langsung di tempat tenaga kerja tersebut bekerja karena masuk dalam daftar pelayanan yang tidak dijamin oleh BPJS kesehatan yakni melakukan pengobatan di luar negeri, ini akan menjadi permasalahan perlindungan sosial bagi tenaga kerja indonesia yang bekerja di luar negeri, karena jika ingin mendapatkan pelayanan dari BPJS-Kesehatan tenaga kerja indonesia harus kembali ke indonesia dan memakai FASKES yg sudah dipilih oleh yang bersangkutan

Masalah lain yang menyebabkan tingkat kepuasan masyarakat dan tenaga kerja sangat rendah adalah terjadinya antrian panjang untuk mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan rumah sakit, ini terjadi karena menumpuk dan

repository.unisba.ac.id

meningkatnya pasien di fasilitas rumah sakit disebabkan kekurangan fasilitas penunjang di rumah sakit untuk memberikan pelayanan bahkan para peserta harus masuk daftar *waiting list* hanya untuk mendapatkan pelayanan fasilitas kesehatan.[113] Para peserta ASKES yang sekarang menjadi peserta BPJS mengeluhkan juga mengenai penurunan kualitas obat saat pindah menjadi peserta BPJS yang diberikan oleh klinik yang sama.[114]

3. Sistem Rujukan Berjenjang

Hambatan lainnya dalam program ini adalah dengan adanya sistem rujukan. Dimana ketika akan memeriksakan diri ke rumah sakit, masyarakat harus terlebih dahulu mendapati pelayanan kesehatan dari puskesmas. Kemudian Puskesmas itulah yang akan memberikan surat pengantar atau surat rujukan untuk pemeriksaan kesehatan di Rumah Sakit. Pelayanan dengan sistem rujukan ini dikhawatirkan dapat memperlambat pemberian pelayanan yang optimal bagi tenaga kerja dan pasien dan memperumit akses untuk mendapatkan pelayanan yang cepat tanggap akibat berjenjang nya sistem rujukan ini. Walaupun sudah sesuai dengan teori yang dikemukakan namun dalam pelaksanaan nya sistem rujukan ini sangat mempersulit bagi para peserta untuk mendapatkan pelayanan yang optimal

[113]Antrian Panjang Jadi Masalah Serius BPJS Kesehatan http://www.beritasatu.com/kesehatan/272668-antrean-panjang-jadi-masalah-serius-bpjs-kesehatan.html diakses pada tanggal 2 januari 2016 pukul 15.00WIB

[114]Kartu sakti jokowi, bpjs, dan nasib peserta ASKES http://www.kompasiana.com/baniaziz/kartu-sakti-jokowi-bpjs-dan-nasib-peserta-askes_54f3c3b8745513802b6c7f71 diakses pada tanggal 3 januari 2016 pukul 12.00WIB

repository.unisba.ac.id