

BAB IV

ANALISIS PELAKSANAAN JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN TENAGA KERJA MELALUI BPJS BERDASARKAN UNDANG –UNDANG NOMOR 24 TAHUN 2011 TENTANG BPJS DIHUBUNGKAN DENGAN HAK KESEHATAN YANG OPTIMAL BAGI TENAGA KERJA

1. Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Tenaga Kerja Oleh BPJS Dihubungkan Dengan Pelayanan Atas Kesehatan Yang Optimal Bagi Tenaga Kerja

Dari berbagai bentuk pelayanan, pelayanan kesehatan merupakan salah satu bentuk pelayanan yang menurut Levey dan Loomba adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit dan penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok, maupun masyarakat.¹¹⁵

Menurut Brotosaputro pelayanan kesehatan adalah segala kegiatan yang secara langsung berupaya untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan atau dituntut oleh masyarakat untuk mengatasi kesehatannya. Sumber lain yang menyatakan bahwa pengertian pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan *preventif* (pencegahan) dan *promotif* (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat.¹¹⁶

Pelayanan kesehatan juga melakukan pelayanan *kuratif* (pengobatan) dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan) Tujuan dari pelayanan kesehatan adalah untuk

¹¹⁵ Numan, Sholihin. *Loc.cit*

¹¹⁶ *Ibid*

meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatannya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal secara mandiri sehingga pelayanan kesehatan sebaiknya tersedia, dapat dijangkau, dapat diterima oleh semua orang, penyusunan kebijakan kesehatan seharusnya melibatkan penerima pelayanan kesehatan, pengaruh lingkungan terhadap kesehatan penduduk, kelompok, keluarga dan individu, pencegahan penyakit sangat di perlukan untuk meningkatkan kesehatan, kesehatan merupakan tanggung jawab individu, klien merupakan anggota tetap team kesehatan.¹¹⁷

Beberapa macam pelayanan kesehatan diantaranya adalah¹¹⁸:

- 1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama (primary health care) ditujukan untuk pelayanan kesehatan masyarakat untuk yang sakit ringan atau meningkatkan kesehatan/promosi kesehatan bentuk pelayanan antara lain: Puskesmas, Pusling, Pustu, bakesmas,
- 2) pelayanan kesehatan tingkat kedua (secondary health care) adalah pelayanan kesehatan masyarakat yang memerlukan rawat inap dan memerlukan tersedianya tenaga dokter baik dokter umum maupun dokter spesialis,
- 3) pelayanan kesehatan tingkat ketiga (tertiary health care) pelayanan kesehatan masyarakat kelompok yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder dan membutuhkan tenaga superspesialis.

¹¹⁷ *Ibid.*Hlm 9

¹¹⁸ *Ibid*

Adapun penyelenggaraan pelayanan jaminan pemeliharaan kesehatan khususnya bagi tenaga kerja yang diselenggarakan oleh BPJS sebagai berikut :

A. Kebersertaan Bagi Tenaga Kerja

a) Pendaftaran Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah / PPU

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

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

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

- 1) Calon peserta mendaftar secara perorangan di Kantor BPJS Kesehatan
- 2) Mendaftarkan seluruh anggota keluarga yang ada di Kartu Keluarga
- 3) 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.
- 4) Setelah mendaftar, calon peserta memperoleh Nomor Virtual Account (VA)
 - 5) Melakukan pembayaran iuran ke Bank yang bekerja sama (BRI/Mandiri/BNI)
 - 6) Bukti pembayaran iuran diserahkan ke kantor BPJS Kesehatan untuk dicetak kartu JKN. Pendaftaran selain di Kantor BPJS Kesehatan, dapat melalui Website BPJS Kesehatan
- c) Kendala yang dihadapi BPJS dalam Pelaksanaan 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 kepersertaan dan dikhawatirkan adanya pengurangan manfaat bagi peserta yang masih menggunakan manfaat dari PT.ASKES, karena para peserta

BPJS Kesehatan mulai mendapatkan manfaat kepesertaan setelah kepesertaannya aktif selama 14 (empatbelas) hari setelah pendaftaran peserta.¹¹⁹

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 masih banyak kurang pemahamannya 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.¹²⁰

Salah satu bukti kepesertaan 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 pelaksanaannya masih ada penolakan dari fasilitas kesehatan karena kartu e-ID ini tidak berlaku dan harus diganti dengan kartu BPJS kesehatan.¹²¹

B. 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

¹¹⁹ Pasal 3 Ayat 1 huruf (n) Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial No 1 Tahun 2015 Tentang Tata Cara Pendaftaran dan Pembayaran Iuran bagi Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja

¹²⁰ <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

¹²¹ Kartu e-ID BPJS Kesehatan Tidak Dapat Digunakan di RSUD 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

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.¹²²

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 spesialisik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik.
- 3) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga, merupakan pelayanan kesehatan sub spesialisik yang dilakukan oleh dokter sub spesialisik atau dokter gigi sub spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik.

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 *recredetialing* terhadap kinertja fasilitas kesehatan dan dapat berdampak pada kelanjutan kerjasama.

¹²² BPJS Kesehatan, Panduan Praktis ; *Sistem Rujukan Berjenjang*, Loc.cit

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 keterbatasan 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 subspecialistik
- 2) Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan, dan/atau ketenagaan

Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih tinggi ke tingkatan 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 kewenangan 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, prasarana, 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 bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
- c) Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
- d) Pelayanan Kesehatan yang dijamin oleh program kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas

Secara rinci Pelayanan Kesehatan yang Tidak Dijamin BPJS Kesehatan yaitu :

- 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.
- 10) Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupuntur, shin se, 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.

Namun masih kurangnya fasilitas dan tenaga medis menjadi tolak ukur belum optimalnya pelayanan BPJS kesehatan bagi para peserta, masih banyak ditemukan penolakan bagi para peserta akibat tidak validnya kepesertaan atau pihak rumah sakit tidak mau rugi dengan adanya peserta BPJS Kesehatan karena membebani atau merugikan pihak rumah sakit¹²³. Belum lagi masih ada peserta harus membayar sebagian obat-obatan karena tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan¹²⁴

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 didapatkan peserta, ini akan menyebabkan masalah karena masih minimnya fasilitas kesehatan dan jika jauhnya 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

¹²³Kecewa 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

¹²⁴BPJS 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

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 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.¹²⁵ Para peserta ASKES yang sekarang menjadi peserta BPJS

¹²⁵Antrian 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

mengeluhan juga mengenai penurunan kualitas obat saat pindah menjadi peserta BPJS yang diberikan oleh klinik yang sama.¹²⁶

C. 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 diperlukan 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.
- 4) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga di fasilitas 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 keadaan gawat darurat, adapun keadaan darurat dalam BPJS kesehatan bisa dilakukan di Rumah sakit mana saja baik

¹²⁶Kartu 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

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.¹²⁷

- 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) Pertimbangan geografis
- 5) Pertimbangan ketersediaan fasilitas

Salah satu 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. Kemudian dalam kenyataan dilapangan dengan adanya rujukan berjenjang ini para peserta tidak mau ke fasilitas kesehatan tingkat pertama karena beralasan banyaknya pasien tidak sebanding dengan kemampuan FKTP sehingga menumpuknya pasien

¹²⁷ BPJS Kesehatan, *Penjaminan Pelayanan Kesehatan Darurat Medis di Faskes yang tidak Bekerjasama dengan BPJS kesehatan*, hlm.17

di FKTP ini yang paling sering dikeluhkan para peserta yang enggan ke fasilitas kesehatan tingkat pertama. Walaupun sudah sesuai dengan teori yang dikemukakan namun dalam pelaksanaannya sistem rujukan ini sangat mempersulit bagi para peserta untuk mendapatkan pelayanan yang optimal

D. Sistem Tarif BPJS kesehatan

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

Berdasarkan teori *equality before the law* bahwa adanya persamaan didepan hukum baik itu petani, pedagang, buruh, maupun pemegang kekuasaan yang memegang kepentingan berberda, namun dalam konteks hukum keduanya mempergunakan haknya sebagai subyek hukum untuk menuntut hak dan mempertahankan hukum, adanya perbedaan iuran yang dibayarkan oleh pemerintah dan yang dibayar sendiri oleh kelompok masyarakat pekerja bukan penerima upah yang memilih kelas III dengan pendapatan tidak menentu tidak sesuai dengan teori *equality before the law*.

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 melakukan pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama secara prapaya berdasarkan kapitasi atas jumlah peserta yang terdaftar di 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 diberikan¹²⁸

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

“Dalam hal fasilitas kesehatan tingkat pertama di suatu daerah tidak memungkinkan pembayaran berdasarkan kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS kesehatan diberikan kewenangan untuk melakukan 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)”

¹²⁸ Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2014 tentang penggunaan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah.

INA – CBG's adalah suatu mekanisme kendali mutu dan biaya yang diatur melalui permenkes tarif JKN yang mana mengelompokkan tarif pelayanan kesehatan untuk suatu diagnosa penyakit tertentu dengan paket.¹²⁹

Pembayaran dengan sistem INA – CBG's ini memiliki kelemahan yaitu diantaranya¹³⁰ :

- 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 mahal yang ditawarkan perusahaan farmasi atau perusahaan alat kedokteran
- 3) Pada tahap awal menimbulkan guncangan sebagian dokter yang biasa menentukan sendiri besaran jasa medis nya

E. Metode Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan

Ada beberapa metode yang digunakan BPJS Kesehatan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan yaitu :¹³¹

- 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

¹²⁹ ADY, "Cabut Regulasi Penghambat BPJS" , 2014, <http://www.hukumonline.com/berita/baca/1t52e4051a62d3c/cabut-regulasi-penghambat-bpjs> , diakses pada tanggal 30 desember 2015 pukul 20:00

¹³⁰ Hasbullah Thabrany, Jaminan Kesehatan Nasional, Rajawali Pers, 2014, hlm.201.

¹³¹ Agung Laksono Wijayanto, Agustus,2014 ,”*Pemeliharaan Kesehatan Bagi Pekerja/Buruh oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan*” dalam Jurnal Ilmiah, Mataram, 2014

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 melaani pasien;
 - c) Seluruh tenaga medis bekerja sebagai tim yang diawasi oleh dokter senior, sehingga pasien bisa ditangani oleh spesialis.
- 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.

Berdasarkan pemaparan peneliti di atas pelaksanaan pelayanan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi tenaga kerja yang dilakukan oleh BPJS-Kesehatan masih banyak kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan yang optimal, mulai dari kendala dari kepersertaan yang harus dilakukan pendaftaran ulang, pembaharuan data peserta, dan pendaftaran melalui online,

selain itu kendala lain yakni kurangnya fasilitas kesehatan karena jumlah peserta yang meningkat, tenaga kerja kesehatan yang masih terbatas, sehingga tidak optimalnya pelayanan yang diberikan kepada para peserta, karena para peserta yang termasuk dalam tenaga kerja merasakan pelayanan yang diberikan oleh penyelenggara sebelumnya yaitu ASKES lebih baik daripada pelayanan BPJS Kesehatan ini karena cangkupannya yang terlalu luas sehingga para peserta yang khususnya tenaga kerja harus berbagi pelayanan dengan seluruh masyarakat Indonesia, berbeda dengan pelayanan ASKES yang diterima tenaga kerja sebelumnya, para tenaga kerja merasakan adanya penurunan dari segi pelayanan, ini akan berdampak pada kinerja para tenaga kerja dalam melakukan pekerjaannya, karena peran tenaga kerja sangat sentral yaitu sebagai pelaksana pembangunan negara.

Dalam rincian perpres No 111 tahun 2013, pasal 25 mengenai pelayanan yang tidak dijamin BPJS-Kesehatan, bahwa pengobatan yang dilakukan diluar negeri tidak mendapat jaminan dari BPJS-Kesehatan, ini sangat menyulitkan bagi warga negara dan tenaga kerja Indonesia yang otomatis menjadi peserta BPJS-Kesehatan, untuk dan sedang bekerja diluar negeri untuk mendapatkan pelayanan karena harus kembali ke Indonesia untuk mendapatkan pelayanan BPJS-Kesehatan, ini dapat diartikan bahwa kurangnya perhatian pemerintah dalam memberikan perlindungan bagi tenaga kerja Indonesia yang bekerja diluar negeri, padahal mereka memberikan tambahan pendapatan devisa kepada negara. Pemerintah lebih memperhatikan para tenaga kerja bukan warga negara yang

sudah bekerja selama 6 bulan untuk mendapatkan pelayanan BPJS-Kesehatan, daripada warga negara yang bekerja diluar negeri

Sementara itu berdasarkan teori *equality before the law* adanya perbedaan iuran yang dibayarkan oleh pemerintah dan yang dibayar sendiri oleh kelompok masyarakat pekerja bukan penerima upah yang memilih kelas III adanya ketidakadilan bagi pekerja bukan penerima upah yang memilih kelas III, karena walaupun mereka mampu membayar pada saat pendaftaran tapi belum tentu mereka bisa membayar pada bulan-bulan berikutnya dikarenakan penghasilan yang tidak menentu.

Pelayanan yang diberikan BPJS-Kesehatan diharapkan dapat membaik dari berbagai aspek baik dari kepesertaan, fasilitas kesehatan, pelayanan kesehatan, dan perlunya dibenahi dalam sistem rujukan berjenjang, karena dalam kenyataannya kurangnya fasilitas kesehatan dan pelayanan kesehatan ini berdampak pada pelayanan terhadap para peserta, kemudian dalam pelaksanaan sistem rujukan berjenjang ini kurang tepat jika dilihat dari kenyataan yang ada, walaupun maksud dari sistem rujukan ini sudah sesuai dengan teori yang peneliti paparkan, sistem rujukan ini akan menyulitkan peserta untuk mendapatkan pelayanan yang optimal melihat dari kenyataan dilapangan.

Namun pemerintah sebagai pemegang kewenangan tertinggi sudah menjalankan amanat UU-SJSN dalam melaksanakan program jaminan sosial, namun memang dalam pelayanan yang diberikan belum dapat optimal, BPJS-Kesehatan ini tidak dapat berjalan sendiri harus adanya kesadaran dari peserta dan

pemangku kepentingan untuk memajukan dan membenahi program yang ada demi meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan serta kemajuan negara ini.

2. Model Pelayanan Yang Dilaksanakan Oleh BPJS Dalam Melindungi Hak Atas Kesehatan Bagi Tenaga Kerja

BPJS Kesehatan dalam menjalankan program jaminan sosial perlu membuat perancangan agar perlindungan terhadap tenaga kerja dapat terjamin atas hak tenaga kerja salah satunya mengenai hak untuk memperoleh Perlindungan sosial, yaitu perlindungan tenaga kerja dalam bentuk jaminan kesehatan kerja, dan kebebasan berserikat dan perlindungan hak untuk berorganisasi.¹³²

Perencanaan itu perlu dilakukan agar pelaksanaan jaminan pemeliharaan kesehatan yang dilakukan oleh BPJS efektif dan efisien serta tepat sasaran, perencanaan dalam model pelayanan kesehatan adalah paling utama dalam menjalankan program jaminan sosial karena berhubungan langsung dengan pemangku kepentingan, Model pelayanan ini akan menentukan sasaran dan pelaksanaan dilapangan.

Model adalah rencana, representasi, atau deskripsi yang menjelaskan suatu objek, sistem, atau konsep, yang seringkali berupa penyederhanaan atau idealisasi. Bentuknya dapat berupa model fisik, model citra (gambar rancangan, atau rumusan matematis).¹³³

¹³² Abdul khakim, *Pengantar Hukum Ketenagakerjaan Indonesia*, Citra Aditya Bakti, Jakarta, 2003, Hlm. 61- 62

¹³³ <https://id.wikipedia.org/wiki/Model> diakses tanggal 3 Januari 2016 pukul 20.00WIB

Menurut Brotosaputro pelayanan kesehatan adalah segala kegiatan yang secara langsung berupaya untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan atau dituntut oleh masyarakat untuk mengatasi kesehatannya. Sumber lain yang menyatakan bahwa pengertian pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan *preventif* (pencegahan) dan *promotif* (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat.¹³⁴

Dalam Model pelayanan kesehatan Anderson dan Newman menyebutkan bahwa terdapat beberapa model penggunaan pelayanan kesehatan yaitu :¹³⁵

A. Model Demografi (Kependudukan)

Model demografi menyebutkan bahwa perbedaan derajat kesehatan, kesakitan, dan penggunaan pelayanan kesehatan sedikit banyak akan berhubungan dengan variabel umur, seks, status perkawinan, dan besarnya keluarga. Selain itu, karakteristik demografi juga mencerminkan atau berhubungan dengan karakteristik sosial (perbedaan sosial dari jenis kelamin mempengaruhi berbagai tipe dan ciri-ciri sosial)

B. Model-Model Struktur Sosial (*Social Structure Models*)

Model struktur sosial menggunakan beberapa variabel seperti pendidikan, pekerjaan, dan kebangsaan yang mencerminkan keadaan sosial dari individu atau keluarga di dalam masyarakat

Pendekatan dalam model ini didasarkan pada asumsi bahwa orang-orang dengan latar belakang sosial yang bertentangan akan menggunakan pelayanan kesehatan dengan cara yang tertentu pula. Hal ini dikarenakan penggunaan

¹³⁴ Numan, Sholihin. *Loc.cit*

¹³⁵ Notoatmodjo, S, *Loc.cit*

pelayanan kesehatan adalah salah satu aspek dari gaya hidup yang ditentukan oleh lingkungan sosial, fisik, dan psikologis sehingga individu-individu yang berbeda suku bangsa, pekerjaan, atau tingkat pendidikan mempunyai kecenderungan yang tidak sama dalam mengerti dan bereaksi terhadap kesehatan mereka

C. Model-Model Sosial Psikologi (*Psychological Models*)

Model sosial psikologis menggunakan variabel ukuran dari sikap dan keyakinan individu. Pada umumnya variabel sosial psikologis terdiri 4 kategori yaitu, kerentanan terhadap penyakit, pengertian keseluruhan dari penyakit, keuntungan yang diharapkan dari pengambilan tindakan, dalam menghadapi penyakit dan kesiapan tindakan individu.

D. Model Sumber Keluarga (*Family Resource Models*)

Model sumber daya keluarga menggunakan variabel bebas berupa pendapatan keluarga, cakupan asuransi keluarga atau sebagai anggota suatu asuransi kesehatan dan pihak yang membiayai pelayanan kesehatan keluarga dan sebagainya. Oleh karena itu, model ini lebih menekankan pada kesanggupan untuk memperoleh pelayanan kesehatan

E. Model Sumber Daya Masyarakat (*Community Resource Models*)

Model sumber daya masyarakat menggunakan variabel penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat, dan ketercapaian dari pelayanan kesehatan yang tersedia. Model ini menitikberatkan pada suplai ekonomis yang berfokus pada ketersediaan sumber-sumber kesehatan pada masyarakat setempat.

F. Model-Model Organisasi (*Organization Models*)

Model organisasi menggunakan variabel pencerminan perbedaan bentuk-bentuk sistem pelayanan kesehatan. variabel-variabel tersebut meliputi:

- 1) Gaya (*style*) praktik pengobatan (sendiri, rekaan, atau grup)
- 2) Sifat (*nature*) dari pelayanan tersebut (membayar langsung atau tidak)
- 3) Letak dari pelayanan (tempat pribadi, rumah sakit, atau klinik)
- 4) Petugas kesehatan yang pertama kali kontak dengan pasien (dokter, perawat, asisten dokter).

G. Model Sistem Kesehatan (*Health System Models*)

Model sistem kesehatan mengintegrasikan keenam model terdahulu ke dalam model yang lebih sempurna. Dalam model ini, demografi, ciri-ciri struktur sosial, sikap, dan keyakinan individu atau keluarga, sumber-sumber di dalam masyarakat dan organisasi pelayanan kesehatan yang ada, digunakan secara bersama dengan faktor-faktor yang berhubungan seperti kebijaksanaan dan struktur ekonomi pada masyarakat yang mempunyai cakupan lebih luas (negara).

Pada 1 Januari 2014 menjadi tonggak sejarah terbentuknya BPJS dengan status badan hukum publik dan melaksanakan 9 prinsip dan beberapa diantaranya yaitu nirlaba, dana amanat, kegotongroyongan, kepesertaan bersifat wajib dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta¹³⁶.

¹³⁶ Undang-undang nomor 24 tahun 2011 tentang BPJS pasal 4

BPJS termasuk badan hukum publik (PERUM). BPJS merupakan badan hukum publik karena memenuhi persyaratan sebagai berikut:¹³⁷

- 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 Anggota Dewan Pengawas dan Anggota Direksi oleh Presiden, setelah melalui proses seleksi publik (Pasal 28 s/d Pasal 30 UU BPJS).

¹³⁷ http://www.jamsosindonesia.com/identitas/bpjs_badan_hukum_publik_menurut_uu_bpjs diakses tanggal 29 Desember 2015 pukul 19.00WIB

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,

Kepesertaan BPJS Kesehatan yaitu setiap orang termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, wajib menjadi peserta program jaminan sosial. cakupan kepesertaan BPJS Kesehatan dilakukan secara bertahap dimulai dari kelompok masyarakat yang mampu sampai pada masyarakat yang rentan dan tidak mampu. BPJS Kesehatan mengklasifikasikan peserta BPJS Kesehatan semata-mata untuk memudahkan penghitungan besaran iuran dan pengumpulan iuran. Peserta BPJS Kesehatan dipilah ke dalam kelompok yang homogen. Penduduk yang cara mendapatkan penghasilannya sama bergabung ke dalam satu golongan yang sejenis. Setiap golongan penduduk berkarakter unik.

Untuk itu kepesertaan BPJS Kesehatan dibagi menjadi 2 (dua) kelompok, yaitu peserta PBI dan non PBI. PBI merupakan orang yang tidak mampu yang dananya berasal dari pemerintah, sedangkan non PBI terbagi menjadi 3 (tiga) kelompok, yaitu pekerja penerima upah, pekerja bukan penerima upah, dan bukan pekerja

Berdasarkan pemaparan peneliti di atas model pelayanan kesehatan yang dipakai oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam melindungi Hak atas kesehatan tenaga kerja yaitu Model Sistem Kesehatan (*Health System Models*). Karena dalam pelaksanaannya BPJS dibentuk oleh pemegang kuasa yaitu negara

dengan menjadi Badan Hukum publik sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial bagi tenaga kerja, negara bekerja sama dengan organisasi kesehatan yang ada untuk penyediaan fasilitas kesehatan, obat-obatan namun pihak swasta belum diwajibkan untuk bergabung dalam program ini .

Dari pelaksanaan BPJS Kesehatan mengenai kepersertaan diketahui juga bahwa adanya perbedaan antara tenaga kerja dan bukan tenaga kerja yaitu penerima bantuan iuran dan non penerima bantuan iuran, namun tetap dalam satu pengelolaan yaitu BPJS Kesehatan, ini sesuai dengan teori model sistem kesehatan yakni terintegrasi nya seluruh sistem yang ada untuk pelaksanaan pelayanan bagi tenaga kerja maupun bukan tenaga kerja secara bersamaan, atau mencakup seluruh warga indonesia maupun warga negara asing untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, tidak adanya diskriminasi baik tenaga kerja dan bukan tenaga kerja sesuai dengan amanat UUD 1945 alinea keempat yaitu memajukan kesejahteraan umum.

Namun dari pelaksanaan BPJS Kesehatan model pelayanan yang sedang berjalan ini berbeda dengan model pelayanan yang digunakan oleh pengelola sebelum nya yaitu PT.ASKES yang lebih memfokuskan kepada pelayanan kesehatan hanya bagi tenaga kerja dan pensiunan, dengan memakai model pelayanan Struktur sosial dimana hanya para pekerja saja yang menerima pelayanan ini dan hanya yang membayar iuran saja yang mendapatkan pelayanan dan manfaat dari PT.ASKES.

Dalam pelaksanaan dilapangan para peserta yang dahulu menjadi peserta PT.ASKES merasa adanya penurunan dari pelayanan terhadap para peserta ini

dapat muncul karena berbagai sebab salah satunya pelayanan di klinik atau rumah sakit, pada saat masih menggunakan PT.ASKES para peserta diberikan pelayanan lebih baik dan obat-obatan yang lebih berkualitas di banding setelah perubahan pengelolaan menjadi BPJS Kesehatan, karena walaupun PBI dan Non PBI berbeda iuran namun pelayanan yang diberikan kepada para peserta di klinik atau rumah sakit sama atau bersifat tanpa adanya perbedaan, berbeda dengan ASKES yang memfokuskan pada kesehatan tenaga kerja sehingga pelayanan yang diberikan lebih optimal untuk tenaga kerja dibanding dengan pelayanan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan .

Perbedaan model pelayanan yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan dan PT.ASKES tidak berbeda jauh namun perbedaan cakupan yang lebih luas oleh BPJS Kesehatan berdampak penurunan pelayanan yang diberikan sebelumnya oleh PT.ASKES karena para tenaga kerja yang sebelumnya mendapatkan pelayanan penuh dari PT.ASKES sekarang harus berbagi pelayanan dengan seluruh rakyat indonesia dan warga negara asing yang sudah bekerja di indonesia selama 6 bulan.

Namun pemerintah sebagai pemegang kewenangan tertinggi sudah menjalankan amanat UU-SJSN dalam melaksanakan program jaminan sosial, dan model pelayanan yang di jalankan oleh BPJS Kesehatan bermaksud untuk memberikan perlindungan sosial bagi tenaga kerja dan jaminan sosial bagi seluruh warga negara indonesia, walaupun dalam segi pelayanan dari BPJS masih kurang optimal jika dibandingkan dengan pengelola sebelumnya yakni PT.ASKES yang lebih terfokus pada tenaga kerja, BPJS-Kesehatan ini tidak dapat berjalan sendiri

harus adanya kesadaran dari peserta dan pemangku kepentingan untuk memajukan dan membenahi program yang ada demi meningkatkan kesehatan, kesejahteraan dan kemajuan negara ini.

