

**TANGGUNG JAWAB BADAN PENYELENGGARA JAMINAN  
SOSIAL TERHADAP PIHAK YANG TIDAK MAMPU  
MEMBAYAR IURAN DALAM MEMPEROLEH PELAYANAN  
KESEHATAN**

**SKRIPSI**

**Diajukan Guna Memenuhi Salah Satu Syarat  
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Hukum  
Program Studi Ilmu Hukum**

**Oleh:**

**SUHANGGA EKO PRASETYO**

**NPM: 1306200657**



**FAKULTAS HUKUM  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA  
MEDAN  
2017**

## **Abstrak**

### **Tanggung Jawab Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Terhadap Pihak yang Tidak Mampu Membayar Iuran Dalam Memperoleh Pelayanan Kesehatan**

**SUHANGGA EKO PRASETYO**

**1306200657**

Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial oleh pemerintah yang mana Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak yang bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan atau anggota keluarganya

Penelitian yang dilakukan adalah penelitian hukum normatif dengan pendekatan yuridis empiris yang diambil dari data primer dan data sekunder dengan mengolah data dengan bahan hukum sekunder dan bahan hukum tertier. Melalui wawancara dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Kota Medan, rumusan masalah dalam skripsi ini yaitu Bagaimana mekanisme, kendala dan tanggung jawab Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Terhadap Pihak yang tidak mampu membayar iuran dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian dipahami bahwa Mekanisme penyelenggaraan jaminan sosial yang dilaksanakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dengan cara pengguna BPJS/pasien tersebut harus membawa surat keterangan tidak mampu yang dikeluarkan oleh pihak pemerintah setempat, melampirkan berkas-berkas berupa surat keterangan tidak mampu, KTP pasien, dan kartu keluarga yang memuat nama pasien, setelah diklarifikasi dan disetujui pihak rumah sakit, pengguna BPJS mendapatkan haknya untuk diberikan pelayanan kesehatan, kendala Badan Penyelenggara Jaminan Sosial terhadap pihak yang tidak mampu membayar iuran dalam memperoleh pelayanan kesehatan antara lain sarana dan prasarana BPJS yang belum memadai, kurangnya koordinasi antara pihak BPJS dengan rumah sakit, hendaknya tanggung jawab BPJS terhadap pihak yang tidak mampu membayar iuran dalam memperoleh pelayanan kesehatan juga disesuaikan dengan penanganan pasien terhadap penyakit yang dideritanya yaitu dengan memberikan pertolongan pertama.

**Kata Kunci:** Tanggung Jawab, Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial, Pembayaran Iuran, Memperoleh Pelayanan Kesehatan

## DAFTAR ISI

**Abstrak**

**Kata Pengantar**

**Daftar Isi**

<b>BAB I</b>	<b>PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A.	Latar Belakang.....	1
1.	Rumusan Masalah.....	4
2.	Faedah Penelitian.....	5
B.	Tujuan Penelitian.....	6
C.	Metode Penelitian .....	6
1.	Sifat dan Materi Penelitian .....	7
2.	Sumber Data .....	7
3.	Alat Pengumpul Data.....	8
4.	Analisis Data.....	8
D.	Definisi Operasional .....	9
<b>BAB II</b>	<b>TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>11</b>
A.	Pengertian Badan Penyelenggara Jaminan Sosial .....	11
B.	Fungsi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial .....	14
C.	Pengertian Pelayanan Kesehatan .....	21
<b>BAB III</b>	<b>HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>29</b>
A.	Mekanisme Penyelenggaraan Jaminan Sosial Yang Dilaksanakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.....	29

B. Kendala Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Dalam Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Terhadap Pihak Yang Tidak Mampu Membayar Iuran.....	48
C. Tanggung Jawab Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Terhadap Pihak Yang Tidak Mampu Membayar Iuran Dalam Memperoleh Pelayanan Kesehatan.....	59
<b>BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>70</b>
A. Kesimpulan.....	70
B. Saran .....	71

**Daftar Pustaka**

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang kemudian disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Menurut Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 Pasal 02 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas:

1. Kemanusiaan
2. Manfaat
3. Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya. Menurut Pasal 4 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan prinsip kegotong-royongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dan dana amanat.

Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu,

rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat.

Menurut Azwar, pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa layanan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaraannya sesuai dengan standart dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.<sup>1</sup>

Paradigma lama telah bergeser menjadi paradigma baru yang ditandai dengan pengelolaan suatu organisasi yang menerapkan pola manajemen kualitas mutu dan pelayanan yang handal dalam menghadapi persaingan dan dinamika kerja yang mengglobal, tak terkecuali pada sektor kesehatan. Kepuasan pasien menjadi tolak ukur tingkat kualitas pelayanan kesehatan.

Kepuasan pasien merupakan satu elemen yang penting dalam mengevaluasi kualitas layanan dengan mengukur sejauh mana respon pasien setelah menerima jasa. Perbaikan kualitas jasa pelayanan kesehatan dapat dimulai dengan mengevaluasi setiap unsur-unsur yang berperan dalam membentuk kepuasan pasien. Sistem kepedulian kesehatan dapat diperbaiki melalui jalur klinis, layanan, termasuk perspektif pasien seperti seberapa baik jasa pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan.

Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk rumah sakit) dalam rangka peningkatan kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan, selain merupakan tanggung jawab Pemerintah juga

---

<sup>1</sup> Master paper, "Pelayanan kesehatan" dikutip [http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=ITS-master-10680paper.pdf&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fdigilib.its.ac.id%2Fpublic%2FITS-Master10680Paper.pdf&ei=GsoeUffiLoXYrQfrYGIaw&usq=AFQjCNHPmm5OG8jpLbBajPr7Pw\\_43WAdUA&bvm=bv.42553238,d.bmk](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=ITS-master-10680paper.pdf&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fdigilib.its.ac.id%2Fpublic%2FITS-Master10680Paper.pdf&ei=GsoeUffiLoXYrQfrYGIaw&usq=AFQjCNHPmm5OG8jpLbBajPr7Pw_43WAdUA&bvm=bv.42553238,d.bmk), diakses pada hari Rabu Tanggal 23 Desember 2016 Jam 15.45 wib

merupakan hak bagi masyarakat untuk ikut berperan serta. Meskipun masyarakat berhak untuk ikut berperan serta secara nyata seperti mendirikan dan menyelenggarakan rumah sakit, tidaklah berarti bahwa masyarakat diperbolehkan dengan sewenang-wenang atau semaunya untuk mendirikan dan menyelenggarakannya.

Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta. Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) selanjutnya terbagi menjadi kedalam 2 bagian yaitu seperti di bawah ini:<sup>2</sup>

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Kedua, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan. Adapun di dalam Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan menyelenggarakan program-program seperti berikut yaitu Jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

Pemerintah selaku penyelenggara pemerintahan dan penguasa negara berkewajiban untuk selalu menciptakan dan memelihara ketertiban dan keteraturan dalam masyarakat. Dan sebagai negara hukum, setiap bentuk kegiatan yang dilakukan baik oleh Pemerintah sendiri maupun oleh masyarakat harus memperhatikan ketentuan yang berlaku. Berbagai faktor dan aspek yang terkait

---

<sup>2</sup> Materi belajar, "Defenisi badan penyelenggaraan jaminan" dikutip <http://www.materibelajar.id/2016/02/definisi-badan-penyelenggaraan-jaminan.html> diakses 23 Desember 2016 Pukul 13.00 wib

dengan akibat dari pendirian dan penyelenggaraan suatu kegiatan perlu diperhatikan, dipertimbangkan dan diperhitungkan dengan baik agar tidak menimbulkan kerugian baik kepada manusia maupun kepada lingkungan hidup sekitarnya. Untuk itu masyarakat harus tunduk dan patuh pada ketentuan pendirian dan penyelenggaraan rumah sakit yang diatur oleh Pemerintah. Dengan demikian untuk melakukan kegiatan pendirian dan penyelenggaraan rumah sakit harus mengikuti prosedur perizinan yang ditetapkan oleh Pemerintah.

Penjelasan di atas maka dapat dikatakan bahwa Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial oleh pemerintah yang mana Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak yang bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan atau anggota keluarganya, sehingga penulis memiliki ketertarikan untuk mengangkat proposal skripsi yang berjudul: **Tanggung Jawab Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Terhadap Pihak yang Tidak Mampu Membayar Iuran Dalam Memperoleh Pelayanan Kesehatan.**

### **1. Rumusan Masalah**

Berdasarkan penjelasan dan pemaparan yang telah di sebutkan dalam latar belakang penelitian ini, maka rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu:

- a. Bagaimana mekanisme penyelenggaraan jaminan sosial yang dilaksanakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial?



- b. Bagaimana kendala Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan terhadap pihak yang tidak mampu membayar iuran?
- c. Bagaimana tanggung jawab Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan terhadap pihak yang tidak mampu membayar iuran?

## **2. Faedah Penelitian**

Berdasarkan penelitian ini diharapkan dapat memberikan 2 (dua) manfaat penelitian, yaitu manfaat teoritis dan manfaat praktis:

- a. Secara teori, hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan kajian untuk memberikan sumbangan pemikiran bagi perkembangan hukum bisnis khususnya terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- b. Segi praktis sebagai suatu bentuk sumbangan pemikiran dan masukan yang bermanfaat bagi para pihak yang berkepentingan sehingga didapatkan penelitian ini diharapkan dapat berguna dan menjadi masukan bagi pemerintah, pihak yang berwenang, praktisi hukum dan lembaga legislatif yang terkait dengan formulasi regulasi/kebijakan dalam memberikan bantuan pelayanan kesehatan bagi yang tidak mampu membayar iuran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

## **B. Tujuan Penelitian**

Berdasarkan latar belakang yang ada, maka penelitian ini bertujuan sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui mekanisme penyelenggaraan jaminan sosial yang dilaksanakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
2. Untuk mengetahui kendala Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan terhadap pihak yang tidak mampu membayar iuran.
3. Untuk mengetahui tanggung jawab Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan terhadap pihak yang tidak mampu membayar iuran.

### **C. Metode Penelitian**

Metode dalam penelitian hukum terdapat beberapa pendekatan dengan pendekatan tersebut, peneliti akan mendapatkan informasi dari berbagai aspek mengenai isu yang sedang dicoba untuk dicari jawabannya.<sup>3</sup> Penulisan yang baik memerlukan ketelitian dan kecermatan yang memfokuskan pada penelitian ini, penulis mengupayakan mengumpulkan, menyusun dan mengimplementasikan data yang sudah ada dan menelaah secara jelas dan spesifik dengan mempergunakan metode sebagai berikut:

#### **1. Sifat Penelitian**

Penelitian ini bersifat deskriptif. Penelitian deskriptif bertujuan menggambarkan secara tepat sifat-sifat suatu individu, keadaan gejala atau kelompok tertentu, atau untuk menentukan penyebaran suatu gejala, atau untuk menentukan ada tidaknya hubungan antara suatu gejala dengan gejala lain dalam

---

<sup>3</sup> Peter Mahmud Marzuki. 2007. *Penelitian Hukum*. Jakarta: Kencana, halaman 133

masyarakat.<sup>4</sup> Penelitian ini mengarah kepada penelitian yuridis empiris yakni penelitian yang dilakukan dengan cara meneliti data primer yang diperoleh dilapangan yaitu studi langsung di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Kota Medan.

## 2. Sumber Data

Sumber-sumber penelitian hukum dapat dibedakan menjadi sumber-sumber penelitian yang berupa bahan-bahan hukum primer dan bahan-bahan hukum sekunder.<sup>5</sup> Sumber data yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah terdiri atas data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh langsung dari sumber pertama di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Kota Medan melalui penelitian, dari dokumen-dokumen resmi, buku-buku, hasil-hasil penelitian yang berwujud laporan, dan sebagainya, sedangkan sumber data sekunder yaitu:

- a. Bahan hukum primer, bahan hukum yang meliputi peraturan perundang-undangan yang mendukung yaitu Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat dan peraturan perundang-undangan lainnya yang terkait dalam tulisan ini.

---

<sup>4</sup>Amiruddin dan Zainal Asikin. 2003. *Pengantar Metode Penelitian Hukum*. Jakarta: RajaGrafindo Persada, halaman 25

<sup>5</sup>*Ibid.* halaman 141

- b. Bahan hukum sekunder, berupa buku-buku, karya ilmiah, hasil penelitian dan buku lainnya yang berhubungan dengan permasalahan yang ada.<sup>6</sup>
- c. Bahan hukum tertier, yaitu bahan yang memberikan petunjuk maupun penjelasan terhadap bahan hukum primer maupun sekunder, berupa kamus hukum, internet, dan lainnya.<sup>7</sup>

### **3. Alat pengumpul data**

- a. *Field research* (penelitian lapangan), yakni dengan melakukan wawancara dengan pihak-pihak yang berwenang yaitu Redo Nofanda sebagai Staf Hukum dan Komunikasi di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Kota Medan.
- b. *Library Research* (Penelitian Pustaka), yakni diambil dari buku-buku, perundang-undangan, pendapat para sarjana, serta bahan-bahan perkuliahan yang berhubungan dengan masalah yang dibahas.

### **4. Analisis data**

Analisis data tentang bagaimana memanfaatkan data yang terkumpul untuk dipergunakan dalam memecahkan permasalahan penelitian. Jenis analisis data terdiri dari analisis kualitatif dan kuantitatif. Analisis data yang dipergunakan dalam penelitian hukum biasanya dilakukan dengan analisis kualitatif sesuai dengan tipe dan tujuan penelitian.

---

<sup>6</sup> Fakultas Hukum UMSU. 2014. *Pedoman Penulisan Skripsi*. Medan: Fakultas Hukum-Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara, halaman 6

<sup>7</sup> Soerjono Soekanto. 2012. *Pengantar Penelitian Hukum*. Jakarta: UI Press, halaman 52

#### **D. Definisi Operasional**

Definisi operasional adalah definisi yang didasarkan atas hal yang diamati. Konsep ini sangat penting karena definisi operasional merupakan suatu variabel dan mungkin berlainan dengan pengamatan yang dilakukan. Dalam penelitian yang berjudul **Tanggung Jawab Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Terhadap Pihak yang Tidak Mampu Membayar Iuran Dalam Memperoleh Pelayanan Kesehatan** yang menjadi definisi operasional adalah:

1. Tanggung jawab adalah keadaan wajib menanggung segala sesuatunya jika terjadi apa-apa boleh dituntut, dipersalahkan, diperkarakan atau juga berarti hak yang berfungsi menerima pembebanan sebagai akibat sikapnya oleh pihak lain.<sup>8</sup>
2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah sesuai dengan ketentuan Pasal 1 Angka (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Bantuan Sosial menyebutkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.
3. Pembayaran Iuran adalah sistem yang mencakup seperangkat aturan, lembaga dan mekanisme yang digunakan untuk melaksanakan pemindahan dana guna memenuhi suatu kewajiban yang timbul dari suatu kegiatan ekonomi.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Landasan teori, “pengertian tanggung jawab”, dikutip <http://www.landasanteori.com/2015/09/pengertian-tanggungjawab-definisi.html> diakses 23 Maret 2017 pukul 09.23 wib

<sup>9</sup> Wikipedia, “sistem pembayaran” dikutip [https://id.wikipedia.org/wiki/Sistem\\_pembayaran](https://id.wikipedia.org/wiki/Sistem_pembayaran) diakses 23 Maret 2017 pukul 09.45 wib

4. Memperoleh Pelayanan Kesehatan sesuai dengan ketentuan Pasal 1 Angka (12) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Pengertian Badan Penyelenggara Jaminan Sosial**

Sistem jaminan sosial nasional merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 28H ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) dan Pasal 34 ayat (1) dan ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Selain itu, dalam Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Nomor X/MPR/2001, Presiden ditugaskan untuk membentuk sistem jaminan sosial nasional dalam rangka memberikan perlindungan sosial bagi masyarakat yang lebih menyeluruh dan terpadu.

Penetapan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Undang-Undang SJSN), bangsa Indonesia telah memiliki sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Untuk mewujudkan tujuan sistem jaminan sosial nasional perlu dibentuk badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum publik berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.

Pembentukan Undang-Undang tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ini merupakan pelaksanaan Undang-Undang SJSN, setelah Putusan Mahkamah Konstitusi terhadap perkara Nomor 007/PUU-III/2005, guna memberikan kepastian hukum bagi pembentukan BPJS untuk melaksanakan

program Jaminan Sosial di seluruh Indonesia. Undang-Undang ini merupakan pelaksanaan dari Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 Undang-Undang SJSN yang mengamanatkan pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan transformasi kelembagaan PT Askes (Persero), PT Jamsostek (Persero), PT TASPEN (Persero), dan PT ASABRI (Persero) menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Transformasi tersebut diikuti adanya pengalihan peserta, program, aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban. Dengan Undang-Undang ini dibentuk 2 (dua) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Dengan terbentuknya kedua BPJS tersebut jangkauan kepesertaan program jaminan sosial akan diperluas secara bertahap.

Undang-Undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, secara tegas menyatakan bahwa BPJS yang dibentuk dengan Undang-Undang BPJS adalah badan hukum publik. BPJS yang dibentuk dengan Undang-Undang BPJS adalah BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Kedua BPJS tersebut pada dasarnya mengemban misi negara untuk memenuhi hak konstitusional setiap orang atas jaminan sosial dengan menyelenggarakan program jaminan yang bertujuan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.



Penyelenggaraan jaminan sosial yang berkelanjutan merupakan salah satu pilar negara kesejahteraan, disamping pilar lainnya, yaitu pendidikan bagi semua, lapangan pekerjaan yang terbuka luas dan pertumbuhan ekonomi yang stabil dan berkeadilan. Mengingat pentingnya peranan BPJS dalam menyelenggarakan program jaminan sosial dengan cakupan seluruh penduduk Indonesia, maka Undang-Undang BPJS memberikan batasan fungsi, tugas dan wewenang yang jelas kepada BPJS. Tanggung jawabnya dan sekaligus dapat dijadikan sarana untuk mengukur kinerja kedua BPJS tersebut secara transparan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial telah menjalankan mandate yang diberikan dalam upaya pemberian pelayanan kepada peserta dengan melakukan berbagai penyempurnaan mekanisme dalam pemberian pelayanan kesehatan. Mekanisme pemberian informasi oleh BPJS kepada pihak eksternal, dilakukan dengan berbagai cara antara lain melalui sosialisasi langsung kepada peserta dan masyarakat, media massa, spanduk, banner, serta penerbitan buku panduan sebagaimana saat ini sedang dilakukan.<sup>10</sup>

Fungsi BPJS menentukan bahwa BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan menurut Undang-Undang SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> BPJS Kesehatan. 2016. *Buku Panduan Bagi Peserta BPJS Kesehatan Tahun 2016*. Jakarta: BPJS Kesehatan, halaman 1

<sup>11</sup> Jamsos Indonesia. Fungsi, tugas, dan wewenang BPJS. dikutip <http://www.Jamsosindonesia.com/cetak/printout/268> diakses 24 Desember 2016 Pukul 14.30 wib

BPJS Ketenagakerjaan menurut Undang-Undang BPJS Ketenagakerjaan berfungsi menyelenggarakan 4 program, yaitu program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Menurut Undang-Undang SJSN program jaminan kecelakaan kerja diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pelayanan kesehatan dan santunan uang tunai apabila seorang pekerja mengalami kecelakaan kerja atau menderita penyakit akibat kerja.

Selanjutnya program jaminan hari tua diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial atau tabungan wajib, dengan tujuan untuk menjamin agar peserta menerima uang tunai apabila memasuki masa pensiun, mengalami cacat total tetap, atau meninggal dunia.

Kemudian program jaminan pensiun diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial atau tabungan wajib, untuk mempertahankan derajat kehidupan yang layak pada saat peserta kehilangan atau berkurang penghasilannya karena memasuki usia pensiun atau mengalami cacat total tetap. Jaminan pensiun ini diselenggarakan berdasarkan manfaat pasti.

## **B. Fungsi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial**

Kesehatan adalah salah satu parameter untuk mengukur keberhasilan pembangunan manusia. Tanpa kesehatan manusia tidak akan produktif untuk hidup layak secara ekonomi dan menjalani pendidikan yang baik. Begitu juga tanpa ekonomi yang baik, manusia tidak akan dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang baik serta pendidikan yang baik. Tanpa pelayanan yang baik, manusia juga tidak bisa mengerti kesehatan serta mendapatkan ekonomi yang

baik. Ketiga parameter ini saling berhubungan dan tidka bisa dipisahkan satu sama lain.

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945 telah dijelaskan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Kesehatan dilandasi dengan ketentuan-ketentuan hukum antara lain hukum kesehatan.<sup>12</sup>

Hukum kesehatan kemudian belum berkembang, karena pada masa itu pola hubungan antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya dengan pasiennya adalah pola hubungan aternalistik. Dalam pola paternalistic tersebut, peran dokter sangat dominan, dokter berperan sebagai pihak yang mengambil keputusan terhadap semua tindakan kepada pasiennya. Apa pun yang menjadi hasil atau tindakan dokter tersebut harus diterima oleh pasien, seakan-akan sudah menjadi tanggung jawab pasien. Pasien diminta untuk menerima setiap akibat dan tindakan dokter karena anggapan bahwa dokter pasti telah menentukan dan melakukan yang terbaik untuk pasien.

Hak tingkat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya merupakan hak asasi manusia dan diakui oleh segenap bangsa-bangsa di dunia, termasuk Indonesia. Pengakuan itu tercantum dalam

---

<sup>12</sup> Sri Siswati. 2013. *Etika dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada, halaman 3

Deklarasi Perserikatan Bangsa-Bangsa tahun 1948 tentang Hak Azasi Manusia. Pasal 25 Ayat (1) Deklarasi menyatakan, setiap orang berhak atas derajat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya termasuk hak atas pangan, pakaian, perumahan dan perawatan kesehatan serta pelayanan sosial yang diperlukan dan berhak atas jaminan pada saat menganggur, menderita sakit, cacat, menjadi janda/duda, mencapai usia lanjut atau keadaan lainnya yang mengakibatkan kekurangan nafkah, yang berada di luar kekuasaannya.

Terwujudnya keadaan sehat adalah kehendak semua pihak. Tidak hanya oleh orang per orang, tetapi juga oleh keluarga, kelompok dan bahkan oleh masyarakat. Untuk dapat mewujudkan keadaan sehat tersebut banyak hal yang perlu dilakukan. Salah satu diantaranya yang dinilai mempunyai peranan yang cukup penting adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

Tampak bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang dapat diselenggarakan. Banyak macamnya. Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan tersebut, ternyata tidak sama antara satu negara dengan negara lainnya. Setiap negara, tergantung dari kemajuan ilmu dan teknologi, kebutuhan dan tuntutan kesehatan, tingkat sosial ekonomi serta latar belakang politik, dapat memiliki bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang agak berbeda. Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dinegara-negara telah maju (*developed countries*) tidak sama dengan yang diselenggarakan dinegara-negara yang sedang berkembang (*developing countries*).

Undang-Undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, secara tegas menyatakan bahwa BPJS yang dibentuk dengan Undang-Undang BPJS adalah badan hukum publik. BPJS yang dibentuk dengan Undang-Undang BPJS adalah BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Kedua BPJS tersebut pada dasarnya mengemban misi negara untuk memenuhi hak konstitusional setiap orang atas jaminan sosial dengan menyelenggarakan program jaminan yang bertujuan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Hubungan administrasi dan administrasi kesehatan yaitu masing-masing memiliki langkah-langkah atau upaya yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Administrasi kesehatan tidak lain adalah administrasi sendiri yang diterapkan pada upaya kesehatan demi terciptanya suatu keadaan sehat. Sebagaimana dalam administrasi kesehatan berupaya menyediakan atau menyelenggarakan upaya kesehatan sedemikian rupa sehingga dengan input yang kecil (sumber, tata cara dan kesanggupan) dapat menghasilkan output yang sebesar-besarnya yaitu terpenuhinya kebutuhan dan tuntutan akan kesehatan dan memberikan dampak yang positif bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Pengalihan penyelenggaraan jasa, maka secara garis besar pihak-pihak yang terlibat dapat dikelompokkan dalam dua kelompok, yakni

1. Kelompok penyedia jasa, pada umumnya pihak ini berlaku sebagai
  - a. Penyedia dana untuk keperluan para penyedia jasa
  - b. Penghasil atau pembuat jasa (produsen)

- c. Penyalur barang atau jasa
2. Kelompok kedua terdapat:
    - a. Pemakai atau pengguna barang atau jasa dengan tujuan memproduksi barang atau jasa lain atau mendapatkan barang atau jasa itu untuk dijual kembali
    - b. Pemakai atau pengguna jasa untuk memenuhi kebutuhan diri, keluarga atau rumah tangganya.<sup>13</sup>

Kelompok pertama disebut pengusaha atau produsen, sedang kelompok kedua disebut konsumen. Walaupun demikian, apabila dicermati, maka kelompok kedua sub (1) pada dasarnya adalah pengusaha juga karena jasa yang mereka peroleh ditujukan untuk membuat jasa lain dan/atau untuk diperdagangkan. Kecuali bilamana barang yang dimaksud adalah barang yang dipergunakan sebagai alat produksi bukan sebagai bahan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Adapun jenisnya ada dua diantaranya BPJS kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan. BPJS kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS kesehatan ini mulai dioperasikan pada tanggal 1 Januari 2014. Apabila BPJS ketenagakerjaan terbagi kedalam empat jenis program diantaranya jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian yang akan dioperasikan di tahun 2015. BPJS berhubungan dengan administrasi. Karena dalam menjalankan BPJS harus ada administrasi

---

<sup>13</sup> Ahmadi Miru. 2013. *Prinsip-Prinsip Perlindungan Hukum Bagi Konsumen di Indonesia*. Jakarta: Rajawali Press, halaman 33

terlebih dahulu agar terlaksana. Jika tidak ada administrasi maka BPJS tidak akan berjalan.

Penyelenggaraan jaminan sosial yang kuat dan berkelanjutan merupakan salah satu pilar Negara kesejahteraan, disamping pilar lainnya, yaitu pendidikan bagi semua, lapangan pekerjaan yang terbuka luas dan pertumbuhan ekonomi yang stabil dan berkeadilan. Mengingat pentingnya peranan BPJS dalam menyelenggarakan program jaminan sosial dengan cakupan seluruh penduduk Indonesia, maka Undang-Undang BPJS memberikan batasan fungsi, tugas dan wewenang yang jelas kepada BPJS. Dengan demikian dapat diketahui secara pasti batas-batas tanggung jawabnya dan sekaligus dapat dijadikan sarana untuk mengukur kinerja kedua BPJS tersebut secara transparan.

Kegiatan yang dilakukan secara bersama-sama untuk mencapai tujuan pelayanan kesehatan sebaik-baiknya sehingga tercapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sebenarnya penulis sebelum membaca buku tentang administrasi kesehatan mengira bahwasanya administrasi kesehatan hanya tentang pencatatan, dokumentasi dan pelaporan. Terdapat banyak orang yang jika membicarakan administrasi kesehatan, asosiasi hanya pada kegiatan tata usaha saja, yaitu mencatat dan atau melaporkan jumlah kasus, jumlah pengeluaran obat atau pekerjaan rutin diloket karcis sebuah balai pengobatan.

Undang-Undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menentukan bahwa, BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan menurut Undang-Undang SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan

tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

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.

Manfaat jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud terdiri atas manfaat medis dan manfaat non medis. Manfaat medis tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan. Manfaat non medis meliputi manfaat akomodasi, dan ambulans. Manfaat akomodasi dibedakan berdasarkan skala besaran iuran yang dibayarkan. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

BPJS Ketenagakerjaan menurut Undang-Undang BPJS berfungsi menyelenggarakan 4 program, yaitu program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Fungsi sebagaimana tersebut diatas BPJS bertugas untuk:

- 1 Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta.
- 2 Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja.
- 3 Menerima bantuan iuran dari Pemerintah.
- 4 Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta.
- 5 Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial.
- 6 Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial.
- 7 Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

Melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud di atas BPJS berwenang:

- 1 Menagih pembayaran iuran.



- 2 Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai.
- 3 Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional.
- 4 Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah.
- 5 Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan.
- 6 Mengenaikan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya.
- 7 Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidapatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 8 Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

Kewenangan menagih pembayaran iuran dalam arti meminta pembayaran dalam hal terjadi penunggakan, kemacetan, atau kekurangan pembayaran, kewenangan melakukan pengawasan dan kewenangan mengenakan sanksi administratif yang diberikan kepada BPJS memperkuat kedudukan BPJS sebagai badan hukum publik.

### **C. Pengertian Pelayanan Kesehatan**

Deklarasi Universal Hak Azasi Manusia oleh Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) Tahun 1948 (Indonesia ikut menandatangani) dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 pada Pasal 28 H, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin, yang dalam

implementasinya dilaksanakan secara bertahap sesuai kemampuan keuangan Pemerintah dan Pemerintah Daerah.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia menyatakan bahwa rumah sakit merupakan pusat pelayanan yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar dan medik spesialis, pelayanan penunjang medis, pelayanan perawatan, baik rawat jalan, rawat inap maupun pelayanan instalasi. Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan dapat diselenggarakan oleh pemerintah, dan atau masyarakat.

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan dalam bentuk pemberian berbagai upaya kesehatan kepada seluruh masyarakat melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau oleh masyarakat sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945. Setiap upaya pembangunan harus dilandasi dengan wawasan kesehatan dalam arti pembangunan nasional harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggung jawab semua pihak baik Pemerintah maupun masyarakat. Menurut Pasal 1 Angka (1) Undang-Undang Kesehatan, menjelaskan kesehatan diartikan keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Pembangunan di bidang kesehatan diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk, agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat dengan karakteristik

tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, dalam rangka mencapai cita-cita bangsa Indonesia.<sup>14</sup>

Pandangan Endang Kusuma Asturi yang dikutip dari buku Amir Ilyas, perubahan karakteristik masyarakat dokter sebagai pemberi jasa dan perubahan masyarakat sebagai pengguna jasa kedokteran tersebut jika tidak didukung oleh peningkatan komunikasi antara dokter dan pasien, dapat menimbulkan ketidakpuasan dan konflik antar keduanya. Sebenarnya sorotan masyarakat terhadap profesi dokter merupakan suatu pertanda untuk menunjukkan, bahwa saat ini sebagian masyarakat belum puas terhadap pelayanan dan pengabdian profesi dokter kepada masyarakat pada umumnya dan kepada pasien pada khususnya sebagai pengguna jasa dokter.<sup>15</sup>

Ketidakpuasan parap pasien dan keluarga pasien terhadap pelayann dokter karena harapannya yang tidak dapat dipenuhi oleh para dokter, dengan kata lain terdapat kesenjangan antara harapan pasien dan kenyataan yang didapat oleh pasien. Kesenjangan besar antara harapan besar pasien dan kenyataan yang

---

<sup>14</sup> Amir Ilyas. 2014. *Pertanggungjawaban Pidana Dokter Dalam Malpraktik Medik Di Rumah Sakit*. Jogjakarta: Rangkang Education, halaman 1

<sup>15</sup> *Ibid*, halaman 2

diperolehnya merupakan *presdisposing* faktor, tetapi sumber konflik yang sesungguhnya karena adanya perbedaan persepsi.<sup>16</sup>

Kepuasan pasien merupakan satu elemen yang penting dalam mengevaluasi kualitas layanan dengan mengukur sejauh mana respon pasien setelah menerima jasa. Perbaikan kualitas jasa pelayanan kesehatan dapat dimulai dengan mengevaluasi setiap unsur-unsur yang berperan dalam membentuk kepuasan pasien. Sistem kepedulian kesehatan dapat diperbaiki melalui jalur klinis, layanan, termasuk perspektif pasien seperti seberapa baik jasa pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan.

Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk rumah sakit) dalam rangka peningkatan kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan, selain merupakan tanggung jawab Pemerintah juga merupakan hak bagi masyarakat untuk ikut berperan serta. Meskipun masyarakat berhak untuk ikut berperan serta secara nyata seperti mendirikan dan menyelenggarakan rumah sakit, tidaklah berarti bahwa masyarakat diperbolehkan dengan sewenang-wenang atau semaunya untuk mendirikan dan menyelenggarakannya.<sup>17</sup>

Kewajiban yang harus dilakukan oleh dokter terhadap pasiennya dalam memberikan tindakan medis adalah pasien mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis yang akan dilakukan oleh dokter tersebut. Untuk setiap tindakan kedokteran yang akan dilakukan oleh dokter terhadap pasiennya

---

<sup>16</sup> Rinanto Suryadhimirtha. 2011. *Hukum Malapraktik Kedokteran*. Jogjakarta: Total Media, halaman 5

<sup>17</sup> Roberia dkk, "Legalitas Pendirian Rumah Sakit Swasta", <http://www.hukor.depkes.go.id/?art=5>, diakses 25 Desember 2016 Pukul 12.00 WIB

harus mendapat persetujuan, persetujuan diberikan setelah pasien mendapat penjelasan yang lengkap. Walaupun begitu tidak tertutup kemungkinan dokter melakukan kesalahan dalam memberikan tindakan medis yang menyebabkan kerugian bagi pasien.

Kerugian yang dialami oleh pasien, maka dokter dan rumah sakit tempat dokter tersebut bernaung bertanggung jawab atas semua kesalahan yang dilakukan oleh dokter. Sistem hukum merupakan sistem terbuka (mempunyai hubungan timbale balik dengan lingkungannya). Sistem hukum merupakan kesatuan unsur-unsur yang dipengaruhi oleh faktor-faktor kebudayaan, social, substansial, dan sebagainya. Sebaliknya sistem hukum mempengaruhi faktor-faktor di luar sistem hukum tersebut. Peraturan-peraturan hukum itu terbuka untuk penafsiran yang berbeda, oleh karena itu selalu terjadi pengembangan

Undang-Undang Rumah Sakit, menjelaskan sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Wolper dan Pena rumah sakit adalah tempat di mana orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat di mana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat dan berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya yang diselenggarakan.<sup>18</sup>

Maeijer dalam buku Soekantomenjelaskan, rumah sakit merupakan badan usaha yang mempunyai ciri tersendiri, usahanya tertuju pada pemeriksaan medis dan perawatan medis pasien yang masuk rumah sakit. Rumah Sakit bukan

---

<sup>18</sup> Azrul Azwar. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara, halaman 82

merupakan badan usaha dalam arti perusahaan yang bertujuan mencari untung atau keuntungan di bidang harta kekayaan.

Menurut Pasal 4 Undang-Undang Rumah Sakit, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Untuk menjalankan Pasal 5 Undang-Undang Nomor Rumah Sakit, tugas sebagaimana yang dimaksud, rumah sakit mempunyai fungsi:

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan, dan
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Hukum kesehatan eksistensinya masih sangat relatif baru, dalam perkembangannya di Indonesia, semula dikembangkan oleh Fred Ameln dan Almarhum Prof. Oetama dalam bentuk ilmu hukum kedokteran. Perkembangan kehidupan yang pesat di bidang kesehatan dalam bentuk sistem kesehatan

nasional mengakibatkan di perlukannya pengaturan yang lebih luas, dari hukum kedokteran ke hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan (hukum kesehatan).

Pemberian kepastian dan perlindungan hukum, baik bagi pemberi jasa pelayanan kesehatan maupun bagi penerima jasa pelayanan kesehatan, untuk meningkatkan, mengarahkan dan memberikan dasar bagi pembangunan di bidang kesehatan diperlukan adanya perangkat hukum kesehatan yang dinamis. Banyak terjadi perubahan terhadap kaidah-kaidah kesehatan, terutama mengenai hak dan kewajiban para pihak yang terkait di dalam upaya kesehatan serta perlindungan hukum bagi para pihak yang terkait.

Semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan atau pelayanan kesehatan dan penerapannya serta hak dan kewajiban segenap lapisan masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan maupun dari pihak penyelenggara pelayanan kesehatan yaitu rumah sakit dalam segala aspek organisasi, sarana, pedoman medik serta sumber-sumber hukum lainnya.

Hubungan hukum yang timbul antara pasien dan rumah sakit dapat dibedakan pada dua macam perjanjian yaitu:

1. Perjanjian perawatan dimana terdapat kesepakatan antara rumah sakit dan pasien bahwa pihak rumah sakit menyediakan kamar perawatan dan di mana tenaga perawatan melakukan tindakan perawatan.
2. Perjanjian pelayanan medis di mana terdapat kesepakatan antara rumah sakit dan pasien bahwa tenaga medis pada rumah sakit akan berupaya

secara maksimal untuk menyembuhkan pasien melalui tindakan medis Inspannings Verbintenis.

Rumah sakit dalam menjamin perlindungan hukum bagi dokter/ tenaga kesehatan agar tidak menimbulkan kesalahan medik dalam menangani pasien, sekaligus pasien mendapatkan perlindungan hukum dari suatu tanggungjawab rumah sakit dan dokter/ tenaga kesehatan.

Peran dan fungsi Rumah Sakit sebagai tempat untuk melakukan pelayanan kesehatan (Yankes) yang profesional akan erat kaitannya dengan 3 (tiga) unsur, yaitu yang terdiri dari:

1. Unsur mutu yang dijamin kualitasnya;
2. Unsur keuntungan atau manfaat yang tercermin dalam mutu pelayanan;
3. Hukum yang mengatur perumahsakititan secara umum dan kedokteran dan atau medik khususnya.

Memberikan pelayanan kepada pasien dan bermitra dengan dokter rumah sakit memiliki hak dan kewajiban yang diatur sesuai dengan Kode Etik Rumah Sakit (Kodersi), Surat Edaran Dirjen Yan Med No: YM 02.04.3.5.2504 tentang Pedoman Hak & Kewajiban Pasien, Dokter dan Rumah Sakit.



### BAB III

#### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

##### A. Mekanisme Penyelenggaraan Jaminan Sosial Yang Dilaksanakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, itu sebenarnya sudah menuju arah yang lebih baik, sehingga harus dibuat sebagai kebijakan yang *sustainable* atau berlanjutan. BOK (Bantuan Operasional Kesehatan) atau bantuan untuk daerah tertinggal itu kebijakan setengah hati. Indonesia tidak mau membuat platform kebijakan yang mapan terutama BPJS karena menyangkut kesehatan masyarakat.<sup>19</sup>

Peraturan perundang-undangan yang menjadi landasan penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Adapun yang diatur dalam Undang-undang dan peraturan pemerintah lain. Dalam UUD 1945 (Amandemen) pada pasal 28 H angka (1): “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.

Sehingga tidak ada istilah diskriminasi dalam pemberian pelayanan kesehatan oleh pihak Rumah Sakit. Pada pasal 5 dinyatakan: “setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan personalnya, keluarga dan lingkungannya.” Pasal 65 dinyatakan bahwa: “penyelenggaraan upaya kesehatan dibiayai pemerintah dan atau masyarakat.”

---

<sup>19</sup> Irfan Ridha. 2016. Jurnal De Lega Lata. *Perlindungan Konsumen Bagi Pasien Penggunakartu Bpjs Di Rsud Arifin Achmad Provinsi Riau*. Medan: Fakultas Ilmu Hukum UMSU.

Pemberian layanan kesehatan menyangkut hubungan antara tenaga kesehatan dan konsumen (penerima layanan kesehatan) pemerintah telah mengatur perlindungan hukum terhadap kedua belah pihak. Sebagai konsumen pasien pengguna kartu BPJS memiliki hak yang sama dengan pasien lain, yang maksudnya sesama konsumen. Dalam Undang-undang Nomor 8 Tahun 1999 disebutkan bahwa “perlindungan konsumen berasaskan manfaat, keadilan, keseimbangan dan keselamatan serta kepastian hukum”.

Banyak kasus pelanggaran terhadap hak konsumen sebagai pasien pengguna BPJS. Di tahun 2015 banyak temuan kasus peserta BPJS Kesehatan yang dijerumuskan dengan dalih ruang rawat penuh, peralatan kurang dan lainnya. Karena itu, pihaknya terus mengintensifkan penggalan fakta dan bukti-bukti jika ditemukan maka yang bersangkutan bisa dikenakan sanksi hukum baik perorangan dan juga manajemen rumah sakit.

Pasal 73 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan berbunyi: “Pemerintah melakukan pembinaan terhadap semua kegiatan yang berkaitan dengan penyelenggaraan upaya kesehatan”. Program BPJS sekarang ini sudah mulai banyak pesertanya yang hingga Mei 2015 berjumlah 143 juta jiwa. Hingga akhir 2014, jumlah peserta BPJS Kesehatan sebanyak 133,4 juta jiwa. Kemudian, jumlah peserta bertambah menjadi 143 juta hingga pertengahan Mei 2015. Ada sekitar 10 juta peserta baru, dengan 1.739 RS Swasta dan RS pemerintah sebagai pemberi Fasilitas kesehatan (FASKES) di seluruh Indonesia.

Peserta BPJS Kesehatan adalah setiap orang, termasuk orang asing yang kerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.

Program pemerintah membantu masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan secara maksimal belum berjalan seperti yang diharapkan. Masih ditemukan pelayanan yang tidak layak diberikan kepada pasien pemilik kartu BPJS jika dibandingkan dengan pasien lainnya. Pelayanan yang diberikan sangat lamban dan tidak jarang mereka bahkan menelantarkan pasien yang menggunakan kartu BPJS.

Keterlambatan penanganan yang dilakukan oleh tenaga medis bisa membuat penyakit yang diderita pasien pengguna kartu BPJS akan menjadi lebih parah atau bahkan bisa menghilangkan nyawa seseorang. Apakah tindakan demikian bisa diterima oleh masyarakat miskin. Seakan nyawa itu tiada arti lagi bagi mereka sebagai tenaga medis.

Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh jaminan kesehatan dari negara. Setiap orang dengan status sosial yang berbeda-beda berhak untuk memperoleh jaminan kesehatan yang memadai. Oleh karena itu peningkatan derajat kesehatan harus terus menerus diupayakan agar bisa memenuhi standar hidup sehat jasmaniah sehingga setiap orang dapat hidup produktif baik itu kehidupan sosial maupun ekonomi. Masyarakat yang sejahtera adalah masyarakat yang sehat jasmani dan rohani. Menyelenggarakan pembangunan di sektor kesehatan adalah upaya membangun kesejahteraan sosial.

Pembangunan sektor kesehatan adalah bagian dari sistem Pembangunan Nasional, yang merupakan upaya pemerintah untuk mencapai hidup sehat bagi seluruh warga negara agar dapat meningkatkan derajat kesehatan yang optimal sebagai dari unsur kesejahteraan umum yang merupakan tujuan nasional.

Pembangunan kesehatan sedang dilaksanakan bertujuan pemerataan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada setiap warganegara. Hal ini terbukti dengan terus meningkatnya sarana dan juga prasarana kesehatan berupa rumah sakit dan juga puskesmas serta penyediaan tenaga medis berupa tenaga dokter dan perawat/ bidan dan peralatan kesehatan lainnya.

Konsumen merupakan gabungan yang rentan dieksploitasi oleh pelaku usaha. Karena itu diperlukan seperangkat aturan hukum untuk melindungi konsumen. Sedangkan yang dimaksud dengan produsen atau pelaku usaha adalah setiap perorangan atau badan usaha yang didirikan dan berkedudukan atau melakukan kegiatan dalam wilayah hukum Negara Indonesia, baik secara sendiri-sendiri maupun bersama-sama melalui perjanjian menyelenggarakan kegiatan usaha dalam berbagai kegiatan ekonomi tentang perlindungan konsumen ini diatur oleh seperangkat aturan hukum di bidang pertimbangan konsumen ini diatur oleh seperangkat aturan hukum di bidang perlindungan konsumen. Asas-asas perlindungan konsumen adalah sebagai berikut:

1. Untuk mendapatkan keadilan
2. Untuk mendapatkan asas manfaat
3. Untuk mencapai asas keseimbangan
4. Untuk mendapatkan keamanan dan keselamatan konsumen
5. Untuk mendapatkan kepastian hukum

Tujuan perlindungan konsumen adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan kesadaran, kemampuan konsumen untuk melindungi diri.

2. Mengangkat harkat dan martabat konsumen dengan cara menghindarnya dari eksis negatif pemakaian barang atau jasa
3. Meningkatkan pemberdayaan konsumen yang mengandung unsur kepastian hukum dan keterbukaan informasi serta akses untuk mendapatkan informasi.
4. Menumbuhkan kesadaran pelaku usaha mengenai pentingnya perlindungan konsumen yang mengandung unsur kepastian hukum dan keterbukaan informasi serta akses untuk mendapatkan informasi.
5. Menumbuhkan kesadaran pelaku usaha mengenai pentingnya perlindungan konsumen sehingga tumbuh sikap yang jujur dan bertanggung jawab dalam berusaha.
6. Meningkatkan kualitas barang dan/atau jasa yang menjamin kelangsungan usaha produksi barang dan/atau jasa, kesehatan, kenyamanan, keamanan dan keselamatan konsumen.<sup>20</sup>

Askes (Persero) dan PT. Jamsostek (Persero) yang melayani antara lain pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran dan pegawai swasta. Masyarakat miskin dan tidak mampu pemerintah memberikan jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali. Untuk mengatasi hal itu, pada 2004 dikeluarkan Undang-Undang SJSN. Undang-Undang ini menyatakan bahwa program Jaminan Sosial bersifat wajib mencakup seluruh

---

<sup>20</sup> Munir Fuady. 2012. *Pengantar Hukum Bisnis*. Bandung: Citra Aditya Bakti, halaman 227

penduduk yang pencapaiannya dilakukan secara bertahap. Seluruh rakyat wajib menjadi peserta tanpa kecuali.

Program jaminan sosial diprioritaskan untuk pelayanan kesehatan merupakan salah satu bentuk dari pelayanan yang terus diperhadapkan pada situasi dan kondisi perubahan nilai-nilai di tengah masyarakat yang sangat cepat berubah/berkembang seiring dengan globalisasi, modernisasi dan industrialisasi yang didorong oleh adanya perkembangan ilmu pengetahuan dan juga teknologi. Pemerintah Indonesia dalam upaya meningkatkan kesehatan seluruh warga-negara telah mengeluarkan kebijakan penjaminan kesehatan untuuk seluruh warga-negara melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) agar setiap warga-negara dapat berobat secara gratis di seluruh Puskesmas, BKIA, dan Rumah-Rumah Sakit Pemerintah yang disiapkan untuk itu.

Upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh dan berkesinambungan. Upaya kesehatan yang baru muncul di Undang-Undang Pelayan Kesehatan, adalah pelayanan kesehatan pada bencana, pelayanan darah, kesehatan gigi, dan mulut, penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran.<sup>21</sup>

Kesehatan diselenggarakan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi individu atau masyarakat dan didasarkan pada standar pelayanan minimal kesehatan. Standar pelayanan minimal kesehatan ini ada pada rumah sakit umum dan khusus dan untuk setiap jenis pelayanan. Biasanya sarana

---

<sup>21</sup> Sri Siswati. *Op.Cit*, halaman 54

pelayanan kesehatan yang telah terbentuk badan layanan umum atau badan layanan umum daerah standar pelayanan minimalnya dituangkan dalam bentuk regulasi permenkes atau peraturan gubernur, bupati/walikota. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merta dan nondiskriminatif. Pemerintah wajib menetapkan standar mutu pelayanan kesehatan yang pengawasannya dilakukan oleh pemerintah.

Aspek pelayanan, masyarakat peserta jaminan kesehatan masyarakat banyak kali diperhadapkan dengan pelayanan kelas dua yang dalam arti ketika ada masyarakat yang akan melakukan pengobatan baik rawat jalan maupun rawat inap sering diterlantarkan. Kenyataan ini jelas terlihat baik di pusat kesehatan masyarakat maupun rumah sakit. Sementara jika dilihat dari aspek manajemen keuangan program ini masih memberikan permasalahan bagi pihak rumah sakit maupun puskesmas dalam proses penagihan pembayaran kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang telah mengakibatkan terjadinya penumpukan tagihan pembayaran dari pihak rumah sakit. Selain tagihan pembayaran dari sisi beban keuangan negara maupun daerah melalui APBN/ABPD kebijakan ini terlihat belum sepenuhnya ditunjang dengan kemampuan keuangan dari pihak pemerintah yang ada sementara akibat dari masalah keuangan ini memberikan efek kepada masyarakat dimana dalam kasus-kasus tertentu ada obat-obat yang seharusnya masuk daftar tanggungan program Penyelenggaraan Jaminan Sosial kesehatan akan tetapi tidak diberikan oleh pihak rumah sakit dan diganti dengan obat yang harus dibayar oleh masyarakat.

Isu jaminan sosial telah menjadi perhatian masyarakat Indonesia sejak lama. Hampir 10 tahun panggung politik ramai memperbincangkan masalah ini. Pro dan kontra mewarnai pembahasan ruang lingkup hingga masalah teknis. Hingga akhirnya, mencapai titik kompromi, yaitu pemerintah memulai sistem jaminan kesehatan pada Januari 2014 dan selanjutnya jaminan sosial menyeluruh secara bertahap. Sesuai undang-undang, jaminan sosial yang dirancang pemerintah adalah untuk seluruh masyarakat Indonesia, baik yang kaya maupun yang miskin. Sistem ini memberikan penyeteraan layanan misalnya dalam layanan kesehatan. Hal ini karena dalam jaminan sosial masyarakat untuk kesehatan ini ada pola tanggungan bersama. Artinya peserta bisa mendapatkan manfaat layanan kesehatan secara menyeluruh karena biaya ditanggung bersama masyarakat. Manfaat jaminan sosial ini bisa dirasakan oleh seluruh lapisan masyarakat apabila bisa tersosialisasi dengan baik.

Perbedaan antara BPJS Kesehatan dengan Jaminan Kesehatan Sosial, yaitu:

- 1 BPJS Kesehatan bersifat nirlaba dan untuk masyarakat umum sedangkan JKN bersifat tunggal atau satu bentuk perusahaan
- 2 BPJS Kesehatan hanya memberikan asuransi jiwa untuk pemilik kartu BPJS, sedangkan JKN memberikan penyelenggaraan sosial, bagian jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan pelayanan kepada kecelakaan saat bekerja



- 3 BPJS dapat dimiliki oleh setiap orang atau masyarakat umum, sedangkan JKN hanya diberikan kepada pekerja perusahaan.<sup>22</sup>

Transformasi tersebut diikuti adanya pengalihan peserta, program, aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban. Dengan Undang-Undang ini dibentuk 2 (dua) BPJS, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Dengan terbentuknya kedua BPJS tersebut jangkauan kepesertaan program jaminan sosial akan diperluas secara bertahap.

Tujuan dibentuknya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial berdasarkan hasil wawancara adalah sistem jaminan sosial nasional merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 28H ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) dan Pasal 34 ayat (1) dan ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Selain itu, dalam Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Nomor X/MPR/2001, Presiden ditugaskan untuk membentuk sistem jaminan sosial nasional dalam rangka memberikan perlindungan sosial bagi masyarakat yang lebih menyeluruh dan terpadu.<sup>23</sup>

Guna mendukung pelaksanaan tersebut, Kementerian Kesehatan tengah mengupayakan penyiapan pelaksanaan JKN yang meliputi penyiapan infrastruktur pelayanan transformasi kelembagaan, program penghitungan iuran regulasi

---

<sup>22</sup> Hasil wawancara dengan Redo Nofanda sebagai Staf Hukum dan Komunikasi Publik di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada tanggal 20 Februari 2017

<sup>23</sup> Hasil wawancara dengan Redo Nofanda sebagai Staf Hukum dan Komunikasi Publik di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada tanggal 20 Februari 2017

berupa Peraturan Menteri, yang akan menjadi payung hukum untuk mengatur antara lain pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan tingkat pertama, dan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Peraturan Menteri juga akan mengatur jenis dan plafon harga alat bantu kesehatan dan pelayanan obat dan bahan medis habis pakai untuk Peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan, menetapkan kesehatan adalah hak fundamental setiap warga, oleh karena itu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya, termasuk Pegawai Negeri Sipil (PNS), pensiunan PNS beserta anggota keluarganya. Pegawai Negeri Sipil adalah unsur aparatur negara dan abdi masyarakat untuk menyelenggarakan pemerintahan dan melaksanakan pembangunan dalam rangka usaha mencapai tujuan nasional.

Pasal 28 ayat (3) Undang-Undang Dasar 1945 selanjutnya disingkat dengan (UUD Tahun 1945) dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Undang-Undang Kesehatan), menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Kenyataan yang terjadi, derajat kesehatan masyarakat miskin masih rendah, hal ini tergambarkan dari angka kematian bayi kelompok masyarakat

miskin tiga setengah sampai dengan empat kali lebih tinggi dari kelompok masyarakat tidak miskin. Derajat kesehatan masyarakat miskin yang masih rendah tersebut diakibatkan karena sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan memang mahal. Peningkatan biaya kesehatan yang diakibatkan oleh berbagai faktor seperti perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran out of pocket, kondisi geografis yang sulit untuk menjangkau sarana kesehatan. Derajat kesehatan yang rendah berpengaruh terhadap rendahnya produktifitas kerja yang pada akhirnya menjadi beban masyarakat dan pemerintah.

Setiap orang berhak dan wajib mendapatkan kesehatan dalam derajat yang optimal. Itu sebabnya peningkatan derajat kesehatan harus terus menerus diupayakan untuk memenuhi hidup sehat. Pasal 28H Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Amendemen kedua menyebutkan bahwa : “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, ... serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.”

Pelayanan umum (*public services*) memang sarat dengan berbagai masalah apalagi wilayah jangkauannya sendiri sangat luas meliputi sektor profit ataupun non profit. Sedemikian luas jangkauannya sehingga tidak mudah mendeskripsikan persepsi masyarakat terhadap pelayanan umum. Adanya perbedaan persepsi itu memang lumrah sebagai konsekuensi sudut pandang yang berbeda-beda, tetapi

bukannya tidak dapat dipertemukan. Persepsi itu sendiri, sebenarnya tidak lain pemahaman atau pengertian seseorang terhadap sesuatu hal.

Sebagai unit terbesar pelayanan kesehatan, rumah sakit memiliki dua fungsi, yaitu kuratif dan preventif. Fungsi kuratif lebih bertitik berat pada penyembuhan pasien sakit. Fungsi preventif membawa konsekuensi misi pelayanan kesehatan adalah meningkatkan daya tahan manusia terhadap ancaman penyakit, misalnya, lewat Program Imunisasi Nasional (PIN).

Pasal 28H ayat (3) UUD Tahun 1945 menyatakan bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Untuk itu dalam rangka memberikan jaminan sosial kepada setiap warga negara, pemerintah menganggap perlu mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat sesuai dengan amanat Pasal 34 ayat (2) UUD Tahun 1945. Pasal 34 ayat (2) UUD Tahun 1945 menyatakan bahwa negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Hal ini dilakukan sebagai upaya untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya, sebagaimana tujuan pembangunan kesehatan.

Sehingga untuk perlindungan hukum terkait dengan peserta BPJS kesehatan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan pemerintah mengeluarkan Undang-Undang RI Nomor 24 Tahun 2011 yang menetapkan dua BUMN yaitu PT Askes (persero) dan PT Jamsostek (Persero) dirubah bentuk menjadi Badan Layanan Publik untuk melaksanakan 5 program yang diamanatkan Undang-

Undang Nomor 40 Tahun 2004 yaitu program Jaminan Kesehatan bagi BPJS Kesehatan dan program lainnya diserahkan ke BPJS Ketenagakerjaan.

Pemerintah melalui Menteri Kesehatan telah menetapkan beberapa peraturan yang mengatur tentang pelaksanaan program BPJS kesehatan baik itu tentang tarif maupun prosedur dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Pada peraturan tersebut agar peserta tidak dipungut bila memanfaatkan haknya untuk mendapatkan pelayanan. Sementara BPJS kesehatan telah menyiapkan petugas di setiap Rumah Sakit agar dapat mengawal dan mendampingi serta memberika pelayanan kepada peserta dalam memanfaatkan haknya untuk berobat di fasilitas kesehatan yang ditunjuk.

Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional pada dasarnya merupakan amanat Undang-Undang SJSN dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Undang-Undang BPJS), dimana jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Secara sederhana JKN yang dikembangkan oleh pemerintah merupakan bagian dari SJSN yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang SJSN. Oleh karenanya semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat selama enam bulan di Indonesia dan telah membayar premi.

Mekanisme BPJS terhadap pihak yang tidak mampu membayar iuran dalam memperoleh pelayanan kesehatan yaitu bagi pihak yang tidak mampu membayarkan BPJS maka tidak mendapatkan pelayanan kesehatan, kecuali harus melakukan pembayaran terlebih dahulu, ketika sudah membayar maka baru mendapatkan pelayanan BPJS, jika 1 bulan tidak membayar akan dilakukan nonaktif terhadap kartu BPJS pemilik yang belum membayar.<sup>24</sup>

Mekanisme terhadap pihak yang tidak mampu membayar iuran dalam memperoleh pelayanan kesehatan diberikan mekanisme oleh BPJS berupa tetap memberikan pelayanan kesehatan dengan memberikan pertolongan pertama terhadap pasien pengguna kartu BPJS setelah pasien dianggap telah stabil kesehatannya, maka pihak pemberi pelayanan kesehatan akan memberitahukan kepada pihak pengguna kartu BPJS untuk segera membayarkan tagihan iuran BPJS sebelum melanjutkan ketahap pelayanan kesehatan selanjutnya sesuai dengan Pasal 3 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional yang menyebutkan

- 1 Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif.
- 2 Pelayanan kesehatan komprehensif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan kebidanan, dan Pelayanan Kesehatan Darurat Medis, termasuk pelayanan penunjang yang meliputi pemeriksaan laboratorium

---

<sup>24</sup> Hasil wawancara dengan Redo Nofanda sebagai Staf Hukum dan Komunikasi Publik di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada tanggal 20 Februari 2017

sederhanadan pelayanan kefarmasian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- 3 Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan komprehensif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bagi Fasilitas Kesehatan yang tidak memiliki sarana penunjang wajib membangun jejaring dengan sarana penunjang.
- 4 Dalam hal diperlukan pelayanan penunjang selain pelayanan penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat diperoleh melalui rujukan ke fasilitas penunjang lain.

Pasal 3 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional menjelaskan bahwa walaupun pihak pengguna kartu BPJS yang belum membayar iuran BPJS berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan terhadapnya. Mekanismenya berdasarkan pasal 14 ayat 1 Undang-Undang BPJS, Peserta yang mengalami gangguan kesehatan sesuai dengan indikasi medis dapat berobat ke Faskes (fasilitas kesehatan tingkat pertama) terlebih dahulu untuk mendapatkan jaminan kesehatan dari BPJS.<sup>25</sup>

Faskes 1 masing-masing peserta sudah ditentukan pada saat awal pendaftaran, dan tercantum pada kartu peserta. Jadi ketika anda sakit bisa langsung berobat ke faskes yang tertera pada kartu peserta yang anda miliki. Ketika pelayanan faskes tingkat pertama tidak menangani pasien baik itu karena keterbatasan tenaga medis atau alat medis sehingga peserta dapat dialihkan ke

---

<sup>25</sup> Hasil wawancara dengan Redo Nofanda sebagai Staf Hukum dan Komunikasi Publik di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada tanggal 20 Februari 2017

Rumah Sakit sebagai fasilitas tingkat lanjutan, tentunya untuk bisa ke rumah sakit harus mendapatkan rujukan dari faskes 1.

Sistem rujukan merupakan prosedur berobat atau prosedur pelayanan yang dapat dijamin BPJS, sehingga peserta wajib mengikuti prosedur yang telah ditetapkan jika ingin mendapatkan jaminan dari BPJS. Kecuali jika dalam keadaan gawat darurat, peserta dapat langsung ke Unit Gawat Darurat Rumah Sakit yang bekerja sama dengan BPJS.

Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional secara fundamental telah mengubah kewajiban negara dalam memberikan jaminan kesehatan menjadi kewajiban rakyat. Hak rakyat diubah menjadi kewajiban rakyat. Konsekuensinya, rakyat kehilangan haknya untuk mendapatkan jaminan kesehatan yang seharusnya dipenuhi oleh negara. Hal ini tidak sesuai dengan ketentuan Pasal 28H ayat (3) dan Pasal 34 ayat (2) UUD Tahun 1945 yang mengamanahkan jaminan sosial, jaminan kesehatan, sebagai hak warga negara yang menjadi kewajiban negara untuk mewujudkannya.

Besaran premi sendiri berbeda-beda tergantung fasilitas yang dijanjikan oleh perusahaan asuransi komersial. Semakin tinggi iuran (premi) yang dibayarkan maka semakin bagus kelas pelayanan kesehatan yang akan diperoleh peserta. Perbedaannya, kepesertaan asuransi lainnya hanya bersifat sukarela sementara JKN ini bersifat wajib bagi seluruh rakyat Indonesia. Inilah yang dirasakan sangat membebani masyarakat, khususnya bagi masyarakat miskin yang tidak mampu membayar premi bulanan sehingga tidak bertanggung dalam data pengguna BPJS, disamping sanksi administratif berupa denda keterlambatan



pembayaran premi. Hal ini tidak sesuai dengan ketentuan Pasal 4 huruf (g) Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (Undang-Undang Perlindungan Konsumen), dimana konsumen berhak untuk diperlakukan atau dilayani secara benar dan jujur serta tidak diskriminatif.

Meskipun di dalam ketentuan Pasal 17 ayat (4) UU SJSN, menjelaskan bahwa iuran untuk orang miskin akan dibayar oleh Pemerintah (selanjutnya mereka disebut sebagai Penerima Bantuan Iuran), hak tersebut tidak langsung diberikan kepada rakyat, tetapi dibayarkan kepada pihak ketiga, yakni dalam hal ini BPJS, sehingga realitasnya, karena uang tersebut diambil dari pajak, rakyat diwajibkan membiayai layanan kesehatan diri mereka dan sesama rakyat lainnya. Pendek kata tidak ada yang gratis untuk rakyat. Justru rakyat wajib membayar iuran, baik sakit maupun tidak, dipakai maupun tidak dipakai, mereka tetap harus membayar iuran premi bulanan. Adanya sosialisasi menyeluruh kepada masyarakat, mengingat kedudukan masyarakat sebagai konsumen pengguna jasa JKN berhak untuk mendapatkan informasi yang benar, jelas, dan jujur sesuai dengan ketentuan Pasal 4 huruf c Undang-Undang Perlindungan Konsumen.

Proses pembayaran dilakukan setiap bulannya sebelum tanggal 10 dengan melakukan penyetoran di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, atau pada pihak ketiga antara lain Indomaret atau Alfamart, melalui rekening bank (Bank Rakyat Indonesia atau Bank Negara Indonesia), pegadaian atau kantor pos.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Hasil wawancara dengan Redo Nofanda sebagai Staf Hukum dan Komunikasi Publik di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada tanggal 20 Februari 2017

Besaran premi sendiri berbeda-beda tergantung fasilitas yang dijanjikan oleh perusahaan asuransi komersial. Semakin tinggi iuran (premi) yang dibayarkan maka semakin bagus kelas pelayanan kesehatan yang akan diperoleh peserta. Perbedaannya, kepesertaan asuransi lainnya hanya bersifat sukarela sementara Jaminan Kesehatan Nasional ini bersifat wajib bagi seluruh rakyat Indonesia. Inilah yang dirasakan sangat membebani masyarakat, khususnya bagi masyarakat miskin yang tidak mampu membayar premi bulanan sehingga tidak bertanggung dalam data pengguna BPJS, disamping sanksi administratif berupa denda keterlambatan pembayaran premi. Hal ini tidak sesuai dengan ketentuan Pasal 4 huruf (g) Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (Undang-Undang Perlindungan Konsumen), dimana konsumen berhak untuk diperlakukan atau dilayani secara benar dan jujur serta tidak diskriminatif. Meskipun di dalam ketentuan Pasal 17 ayat (4) Undang-Undang SJSN, menjelaskan bahwa iuran untuk orang miskin akan dibayar oleh Pemerintah (selanjutnya mereka disebut sebagai Penerima Bantuan Iuran), hak tersebut tidak langsung diberikan kepada rakyat, tetapi dibayarkan kepada pihak ketiga, yakni dalam hal ini BPJS, sehingga realitasnya, karena uang tersebut diambil dari pajak, rakyat diwajibkan membiayai layanan kesehatan diri mereka dan sesama rakyat lainnya. Pendek kata tidak ada yang gratis untuk rakyat. Justru rakyat wajib membayar iuran, baik sakit maupun tidak, dipakai maupun tidak dipakai, mereka tetap harus membayar iuran premi bulanan. Oleh karena itu perlu adanya sosialisasi menyeluruh kepada masyarakat, mengingat kedudukan masyarakat sebagai konsumen pengguna jasa JKN berhak untuk mendapatkan informasi yang

benar, jelas, dan jujur sesuai dengan ketentuan Pasal 4 huruf c Undang-Undang Nomor 40 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen. Manfaat penggunaan BPJS bagi pengguna kartu BPJS, yaitu:

- 1 Mendapatkan kartu identitas peserta
- 2 Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
- 3 Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- 4 Menyampaikan keluhan atau pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis kepada BPJS Kesehatan.<sup>27</sup>

Aturan hukum tentang mekanisme pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien yang belum membayar iuran kesehatan terdapat pada Pasal 3 Ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional yang menyebutkan

- 1 Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif.
- 2 Pelayanan kesehatan komprehensif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan kebidanan, dan Pelayanan Kesehatan Darurat Medis, termasuk pelayanan penunjang yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana dan pelayanan kefarmasian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

---

<sup>27</sup> Hasil wawancara dengan Redo Nofanda sebagai Staf Hukum dan Komunikasi Publik di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada tanggal 20 Februari 2017

- 3 Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan komprehensif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bagi Fasilitas Kesehatan yang tidak memiliki sarana penunjang wajib membangun jejaring dengan sarana penunjang.
- 4 Dalam hal diperlukan pelayanan penunjang selain pelayanan penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat diperoleh melalui rujukan ke fasilitas penunjang lain.

Mekanisme yang dibuat oleh BPJS dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi pihak yang tidak mampu membayar iuran dengan cara:

1. Pengguna BPJS/pasien tersebut harus membawa surat keterangan tidak mampu yang dikeluarkan oleh pihak pemerintah setempat (lurah/kepala desa)
2. Yang dapat melakukan pengurusan tersebut adalah pengguna BPJS/pasien ataupun dari pihak keluarga pasien
3. Pengguna BPJS/pasien tersebut setelah mendapatkan surat keterangan tidak mampu dari pemerintah, maka ditunjukkan dan dilampirkan untuk melakukan perobatan di rumah sakit yang dituju.
4. Setelah mendapatkan atau telah dilampirkan surat keterangan tidak mampu, maka rumah sakit akan meminta lampiran-lampiran yang dibutuhkan sebelum dilanjutkan ke pemberian pelayanan kesehatan
5. Kewajiban pengguna BPJS /pasien atau keluarga pasien melampirkan berkas-berkas berupa surat keterangan tidak mampu, KTP pasien, dan kartu keluarga yang memuat nama pasien.
6. Setelah diklarifikasi dan disetujui pihak rumah sakit barulah pengguna BPJS /pasien mendapatkan haknya untuk diberikan pelayanan kesehatan.<sup>28</sup>

#### **B. Kendala Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Dalam Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Terhadap Pihak Yang Tidak Mampu Membayar Iuran**

Kesehatan adalah hak dasar setiap orang, dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Undang-Undang Dasar 1945 (selanjutnya disebut UUD 1945) mengamanatkan bahwa jaminan kesehatan bagi masyarakat,

---

<sup>28</sup> Hasil wawancara dengan Redo Nofanda sebagai Staf Hukum dan Komunikasi Publik di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada tanggal 20 Februari 2017

khususnya yang miskin dan tidak mampu, adalah tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah. Pada UUD 1945 Perubahan, Pasal 34 ayat (2) menyebutkan bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Pemerintah menjalankan UUD 1945 tersebut dengan mengeluarkan Undang-Undang SJSN untuk memberikan jaminan sosial menyeluruh bagi setiap orang dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil, dan makmur.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Undang-Undang Kesehatan) juga ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Pembangunan kesehatan adalah sebagai bagian dari pembangunan nasional, dalam pembangunan kesehatan tujuan yang ingin dicapai adalah peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Fungsi BPJS terhadap pelayanan kesehatan yaitu menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan menurut Undang-Undang SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.<sup>29</sup>

Hak asasi manusia pada prinsipnya adalah seperangkat hak yang melekat Pada dasarnya pembangunan sosial ditentukan dalam tiga faktor, yaitu perlunya perawatan kesehatan diatur dalam langkah-langkah atau tindakan-tindakan oleh

---

<sup>29</sup> Hasil wawancara dengan Redo Nofanda sebagai Staf Hukum dan Komunikasi Publik di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada tanggal 20 Februari 2017

pemerintah, perlunya pengaturan hukum di lingkungan sistem perawatan kesehatan, dan perlunya kejelasan yang membatasi antara perawatan kesehatan dengan tindakan medis. Hak tingkat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan seseorang dan keluarganya merupakan hak asasi manusia dan diakui oleh segenap bangsa-bangsa di dunia, termasuk di Indonesia. Pengakuan itu tercantum dalam Deklarasi Perserikatan Bangsa-Bangsa Tahun 1948 tentang Hak Asasi Manusia. Pasal 25 ayat (1) Deklarasi menyatakan, setiap orang berhak atas derajat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya termasuk hak atas pangan, pakaian, perumahan dan perawatan kesehatan serta pelayanan sosial yang diperlukan dan berhak atas jaminan pada saat menganggur, menderita sakit, cacat, menjadi janda/duda, mencapai usia lanjut atau keadaan lainnya yang mengakibatkan kekurangan nafkah, yang berada di luar kekuasaannya. Oleh karena itu kesehatan merupakan hak asasi yang harus dilindungi dan diperhatikan oleh pemerintah. Di samping itu kesehatan juga merupakan salah satu indikator kesejahteraan masyarakat negara tersebut di samping ekonomi dan sosial.

Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial, untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat, Pasal 1 angka 2 serta Pasal 5 angka (1) Undang-Undang Kesehatan diselenggarakan upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang

kesehatan. Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat termasuk masyarakat miskin dan tidak mampu. Dalam SJSN, terdapat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang merupakan bentuk komitmen pemerintah terhadap pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat Indonesia seluruhnya. Sebelum JKN, pemerintah telah berupaya merintis beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan, antara lain Askes Sosial bagi pegawai negeri sipil (PNS), penerima pensiun dan veteran, Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Jamsostek bagi pegawai BUMN dan swasta, serta Jaminan Kesehatan bagi TNI dan Polri. Untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, sejak tahun 2005 Kementerian Kesehatan telah melaksanakan program jaminan kesehatan sosial, yang awalnya dikenal dengan nama program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM), atau lebih populer dengan nama program Asuransi Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (Askeskin). Kemudian sejak tahun 2008 sampai dengan tahun 2013, program ini berubah nama menjadi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Seiring dengan dimulainya JKN per 1 Januari 2014, semua program jaminan kesehatan yang telah dilaksanakan pemerintah tersebut (Askes PNS, JPK Jamsostek, TNI, Polri, dan Jamkesmas), diintegrasikan ke dalam satu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Sama halnya dengan program Jamkesmas, pemerintah bertanggungjawab untuk membayarkan iuran JKN bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu yang terdaftar sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI).

Pembangunan dibidang kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional, sebagai institusi tertinggi pemerintah bertanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan dan penyedia sarana pelayanan kesehatan. Kesehatan merupakan salah satu hak dan kebutuhan dasar tiap orang guna meningkatkan standar kesejahteraan kehidupannya, baik secara sosial, ekonomi, politik, maupun spiritual. Pelaksanaan pembangunan kesehatan melibatkan seluruh warga masyarakat Indonesia. Hal tersebut dapat dimengerti karena pembangunan kesehatan mempunyai hubungan yang dinamis dengan sektor lainnya. Dalam Undang-Undang Kesehatan, dinyatakan bahwa setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab untuk mengatur terpenuhinya hak hidup sehat bagi penduduk termasuk masyarakat miskin dan tidak mampu. Kewenangan dalam pelayanan kesehatan terletak pada pemerintah pusat dan daerah, dan golongan sosial atas yang mempunyai wewenang menetapkan pilihan atas alternatif pelayanan kesehatan.

Pasien dan keluarga pasien terhadap pelayanan dokter karena harapannya yang tidak dapat dipenuhi oleh para dokter, dengan kata lain terdapat kesenjangan antara harapan pasien dan kenyataan yang didapat oleh pasien. Kesenjangan besar antara harapan besar pasien dan kenyataan yang diperolehnya merupakan *presdisposing* faktor, tetapi sumber konflik yang sesungguhnya karena adanya perbedaan persepsi.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Rinanto Suryadhimirtha. *Op.Cit*, halaman 5



Kepuasan pasien merupakan satu elemen yang penting dalam mengevaluasi kualitas layanan dengan mengukur sejauh mana respon pasien setelah menerima jasa. Perbaikan kualitas jasa pelayanan kesehatan dapat dimulai dengan mengevaluasi setiap unsur-unsur yang berperan dalam membentuk kepuasan pasien. Sistem kepedulian kesehatan dapat diperbaiki melalui jalur klinis, layanan, termasuk perspektif pasien seperti seberapa baik jasa pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan.

Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk rumah sakit) dalam rangka peningkatan kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan, selain merupakan tanggung jawab Pemerintah juga merupakan hak bagi masyarakat untuk ikut berperan serta. Meskipun masyarakat berhak untuk ikut berperan serta secara nyata seperti mendirikan dan menyelenggarakan rumah sakit, tidaklah berarti bahwa masyarakat diperbolehkan dengan sewenang-wenang atau semaunya untuk mendirikan dan menyelenggarakannya.<sup>31</sup>

Salah satu kewajiban yang harus dilakukan oleh dokter terhadap pasiennya dalam memberikan tindakan medis adalah pasien mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis yang akan dilakukan oleh dokter tersebut. Untuk setiap tindakan kedokteran yang akan dilakukan oleh dokter terhadap pasiennya harus mendapat persetujuan, persetujuan diberikan setelah pasien mendapat penjelasan yang lengkap. Walaupun begitu tidak tertutup kemungkinan dokter

---

<sup>31</sup> Roberia dkk, "Legalitas Pendirian Rumah Sakit Swasta", <http://www.hukor.depkes.go.id/?art=5>, diakses 5 Mei 2013 Pukul 12.00 WIB

melakukan kesalahan dalam memberikan tindakan medis yang menyebabkan kerugian bagi pasien.

Kerugian yang dialami oleh pasien, maka dokter dan rumah sakit tempat dokter tersebut bernaung bertanggung jawab atas semua kesalahan yang dilakukan oleh dokter. Sistem hukum merupakan sistem terbuka (mempunyai hubungan timbale balik dengan lingkungannya). Sistem hukum merupakan kesatuan unsur-unsur yang dipengaruhi oleh faktor-faktor kebudayaan, social, substansial, dan sebagainya. Sebaliknya sistem hukum mempengaruhi faktor-faktor di luar sistem hukum tersebut. Peraturan-peraturan hukum itu terbuka untuk penafsiran yang berbeda, oleh karena itu selalu terjadi pengembangan.

### **1. Koordinasi Antara Rumah Sakit Dengan BPJS Yang Tidak Terjalin Dengan Baik**

Rumah sakit harus memiliki organisasi yang efektif, efisien, dan akuntabel dan paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan.

Rumah sakit harus menyelenggarakan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik. Setiap tindakan kedokteran yang dilakukan di rumah sakit harus mendapat persetujuan pasien atau keluarganya. Setiap rumah sakit harus menyimpan rahasia kedokteran. Rahasia kedokteran atau rahasia medis hanya dapat dibuka untuk kepentingan kesehatan pasien.

Penyelenggaraan rumah sakit harus dilakukan audit berupa kinerja dan audit medis baik secara internal maupun eksternal. Audit kerja eksternal

sebagaimana dimaksud dapat dilakukan oleh tenaga pengawas sedangkan audit medis berpedoman pada ketentuan yang ditetapkan oleh Menteri.

Menurut Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Undang-Undang Pelayanan Publik), rumah sakit sebagai pelayanan publik juga diharuskan mempunyai standar operasional prosedur sesuai formatnya, yang tujuannya untuk meningkatkan mutu pelayanan kepada publik dalam hal ini pasien. Dalam memberikan layanan prima, rumah sakit harus mempunyai sertifikat, rambu-rambu yang jelas kepada pasien.<sup>32</sup>

Kendala yang terjadi antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dengan rumah sakit, yaitu kurangnya koordinasi untuk memberikan informasi terhadap peserta yang belum membayar iuran BPJS, sedangkan pasien diharuskan untuk diberikan pertolongan terhadap penyakitnya. Maka terkadang untuk meringankan peserta yang membutuhkan pertolongan, rumah sakit hanya memberikan pertolongan pertama saja untuk menyelamatkan peserta BPJS atau pasien tersebut. Jika pasien tersebut tidak mampu membayarkan iuran atau belum membayar iuran BPJS maka rumah sakit terkadang menolak pasien tersebut.<sup>33</sup>

Kasus yang terjadi akibat peserta belum membayar iuran dalam memperoleh pelayanan kesehatan dari Bulan Oktober 2016 sampai dengan Januari 2017 telah tercatat sebanyak 241 kasus.<sup>34</sup>

Kasus yang terjadi akibat belum membayar iuran BPJS Kesehatan:

---

<sup>32</sup> Sri Siswati. *Op. Cit*, halaman 94

<sup>33</sup> Hasil wawancara dengan Redo Nofanda sebagai Staf Hukum dan Komunikasi Publik di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada tanggal 20 Februari 2017

<sup>34</sup> Hasil wawancara dengan Redo Nofanda sebagai Staf Hukum dan Komunikasi Publik di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada tanggal 20 Februari 2017

No	Bulan	Kasus	Keterangan
1.	Oktober 2016	89 kasus	78 kasus dirawat intensif 11 kasus pertolongan pertama
2.	November 2016	52 kasus	47 kasus dirawat intensif 5 kasus pertolongan pertama
3.	Desember 2016	57 kasus	50 kasus dirawat intensif 7 kasus pertolongan pertama
4.	Januari 2017	43 kasus	38 kasus dirawat intensif 7 kasus pertolongan pertama

## **2. Pencatatan Kebersertaan Anggota Yang Belum Terangkum Secara Maksimal**

Perlindungan kesehatan dan harta konsumen yang dimaksud adalah perlindungan terhadap manusia agar kesehatannya tidak menurun/hartanya tidak berkurang sebagai akibat penggunaan produk. Perlindungan ini sangat penting bagi konsumen, begitu pentingnya hal ini, maka dalam organisasi kesehatan dunia dijadikan suatu bahasan tersendiri.

Ketentuan dalam perjanjian internasional yang menghendaki perlindungan kesehatan manusia didasarkan pada bukti ilmiah dimaksudkan agar suatu negara anggota tidak memperlakukan secara berlebihan terhadap produk negara lain dengan dalih tindakan perlindungan kesehatan manusia. Apabila dikaitkan dengan Undang-Undang Perlindungan Konsumen, maka dalam undang-undang tersebut tidak ditemukan ketentuan khusus menyebutkan bahwa untuk melindungi

kesehatan konsumen, dan hanya menyebutkan kata keamanan dan keselamatan konsumen pada uraian tentang asas perlindungan konsumen dan hak konsumen, tanpa uraian lebih lanjut, namun ketentuan yang lebih dapat menjabarkan prinsip perlindungan kesehatan/harta konsumen tersebut dapat dilihat dari berbagai ketentuan hukum yang pada dasarnya juga dimaksudkan untuk memberikan perlindungan kepada konsumen.<sup>35</sup>

Pencatatan yang belum maksimal masih terjadi di BPJS Kota Medan, yang terdapat di daerah pinggiran Kota Medan, seperti daerah Belawan, Tuntungan, dan daerah pinggir lainnya, penyebabnya terjadi dikarenakan banyaknya klinik yang terdaftar menerima BPJS sedangkan, klinik tersebut tidak langsung mendaftarkan pemilik kepesertaan BPJS tersebut. Sehingga peserta BPJS yang belum membayar iuran masih mendapatkan pelayanan kesehatan yang intensif sesuai petunjuk, dikarenakan sistem yang masih belum online di klinik tempat peserta mendapatkan pelayanan kesehatan.

### **3. Sarana dan Prasarana yang Belum Memadai**

Lebih dari dua dekade terakhir terasa sekali disiplin hukum memasuki wilayah kedokteran atau bisa juga dikatakan kalangan kesehatan makin akrab dengan bidang dan pengetahuan hukum. Dua disiplin tertua di dunia itu, pada awalnya berkembang dalam wilayahnya masing-masing, yang satu dalam mengatasi masalah kesehatan yang timbul pada anggota masyarakat, yang satu diperlukan oleh disiplin lain dalam cabang ilmunya. Dalam proses penegakan hukum yang dikenal sebagai ilmu kedokteran forensic, yaitu cabang ilmu

---

<sup>35</sup> Ahamdi Miru. *Op.Cit*, halaman 184

kedokteran yang sejak awal berkembangnya telah mendekatkan disiplin ilmu kedokteran dan ilmu hukum. Sebaliknya, dalam perkembangan dan peningkatan upaya pemeliharaan dan pelayanan kesehatan diperlukan pula pengetahuan dan aturan hukum dan ini berada dalam cabang ilmu hukum yang kemudian hadir sebagai hukum kesehatan.<sup>36</sup>

Selanjutnya apabila dilihat dari hubungan hukum yang timbul antara pasien dan rumah sakit dapat dibedakan pada dua macam perjanjian yaitu:

- a. Perjanjian perawatan dimana terdapat kesepakatan antara rumah sakit dan pasien bahwa pihak rumah sakit menyediakan kamar perawatan dan di mana tenaga perawatan melakukan tindakan perawatan.
- b. Perjanjian pelayanan medis di mana terdapat kesepakatan antara rumah sakit dan pasien bahwa tenaga medis pada rumah sakit akan berupaya secara maksimal untuk menyembuhkan pasien melalui tindakan medis *Inspannings Verbintenis*.

Sarana dan prasarana yang belum memadai diakibatkan membludaknya peserta yang memakai BPJS Kesehatan sedangkan sarana yang tidak mencukupi menampung keluhan dan kebutuhan informasi peserta BPJS. Sedangkan prasarana seperti sistem online yang dipakai belum teralisasi dengan baik, klinik kecil dipinggiran daerah yang masih memakai sistem offline untuk mendaftarkan pemakaian peserta BPJS untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

#### **4. Pengguna BPJS Sering Lalai Dalam Pembayaran**

Pelaksanaan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan bukan tanpa kendala, terlebih dalam menjangkau seluruh wilayah Indonesia yang sangat luas. Hal ini tentu berpengaruh pada pendistribusian sarana dan prasarana demi menunjang terlaksananya program. Selanjutnya proses sosialisasi yang

---

<sup>36</sup> M. Jusuf Hanafiah dan Amri Amir. *Op.Cit*, halaman 4

dianggap sangat penting. Sebab tidak semua masyarakat mengetahui akan kebijakan baru dari pemerintah tersebut. Diperlukan adaptasi baru misalnya pada masyarakat awam yang sebelumnya tidak mengetahui tentang BPJS Kesehatan. Sama halnya yang terjadi di Kota Medan. Dengan berbagai macam lapisan masyarakat yang ada di dalamnya, tidak semua orang mengetahui tentang program ini. Adapun yang sama sekali tidak tau tentang BPJS Kesehatan. PNS sebelumnya menggunakan Askes. Sedangkan yang bukan PNS kadang tidak memiliki asuransi kesehatan. Banyak orang sakit harus membayar mahal ketika berobat dikarenakan tidak memiliki asuransi maupun jaminan kesehatan. Banyaknya Peserta BPJS yang lalai untuk membayar iuran BPJS sehingga pihak BPJS menjadi kurang maksimal untuk memberikan pelayanan kesehatan.

Sering lalainya pengguna BPJS dalam membayar iuran BPJS menjadikan penghambat atau kendala bagi BPJS untuk memberikan penyelenggaraan pelayanan kesehatan, terkadang peserta BPJS dengan sengaja tidak membayar iuran BPJS walaupun pengguna BPJS tersebut dianggap mampu untuk membayar iuran BPJS.<sup>37</sup>

### **C. Tanggung Jawab Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Terhadap Pihak Yang Tidak Mampu Membayar Iuran Dalam Memperoleh Pelayanan Kesehatan**

Pelayanan kesehatan yang baik dan optimal, pemerintah menetapkan berlakunya standar pelayanan medis di rumah sakit dan standar pelayanan rumah sakit. Standar pelayanan medis tersebut merupakan sendi utama dalam upaya

---

<sup>37</sup> Hasil wawancara dengan Redo Nofanda sebagai Staf Hukum dan Komunikasi Publik di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada tanggal 20 Februari 2017

peningkatan mutu pelayanan medis di Indonesia. Standar pelayanan medis ini merupakan hukum yang mengikat para pihak yang berprofesi di bidang kesehatan, yaitu untuk mengatur pelayanan kesehatan dan untuk mencegah terjadinya kelalaian staf medis dalam melakukan tindakan medis. Standar pelayanan medis terdiri dari dua bagian.

Bagian standar pelayanan medis yang kedua meliputi bagian anestesi, bagian patologi, anatomi, fornsik, klinik, dan bagian radiologi. Rumah sakit adalah tempat berkumpul sebagian besar tenaga kesehatan dalam menjalankan profesinya, seperti dokter, dokter gigi, apoteker, perawat, bidan, nutrisisionis, fisioterapis, dan ahli rekam medic. Tiap-tiap disiplin ini umumnya telah memiliki etik profesi yang harus diamalkan anggotanya. Begitu pula rumah sakit sebagai suatu instansi dalam pelayanan kesehatan juga telah mempunyai etika yang di Indonesia terhimpun dalam Etik Rumah Sakit Indonesia. (ERSI).<sup>38</sup>

Mengikuti ketentuan Undang-Undang Nomor 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa, sehubungan dengan penyelesaian sengketa ini, cara penyelesaian sengketa di luar pengadilan itu dapat berupa konsultasi, negoisasi, mediasi, konsiliasi, atau penilaian ahli. Ganti rugi di sini meliputi ganti rugi pengganti (*vervangende vergoeding*) dan ganti rugi pelengkap (*anvullend vervoegeding*). Ganti rugi pengganti (*vervangende vergoeding*), merupakan ganti rugi yang diakibatkan oleh tidak adanya prestasi yang seharusnya menjadi hak kreditur, meliputi seluruh kerugian uang diderita sebagai akibat wanprestasi debitur. Sedangkan ganti rugi pelengkap (*anvullend*

---

<sup>38</sup> M. Jusuf Hanafiah dan Amri Amir. 2009. *Etika Kedokteran & Hukum Kesehatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC halaman 157



*vervoegeding*), merupakan ganti rugi sebagai akibat terlambat atau tidak dipenuhinya prestasi debitur sebagaimana pemutusan kontrak.

Asas hukum yang berbunyi *point d'interet, point d action* (tiada kepentingan maka tiada aksi) menggambarkan bahwa gugatan diajukan untuk mempertahankan hak (kepentingan) orang atau badan hukum yang dilanggar. Oleh karena itu, apabila seseorang tidak mempunyai kepentingan, maka dia tidak dapat mengajukan gugatan. Pada umumnya suatu gugatan diajukan oleh seseorang atau beberapa orang pribadi untuk kepentingan mereka, atau juga oleh satu atau beberapa badan hukum untuk kepentingan badan hukum itu sendiri, yang dapat diwakili oleh seseorang atau beberapa orang kuasa.<sup>39</sup>

Penyelesaian di luar pengadilan, kerugian yang dapat dituntut, sesuai dengan Pasal 19 ayat (1) Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen terdiri dari kerugian karena kerusakan, pencemaran, dan kerugian lain akibat dari mengkonsumsi barang dan/atau jasa. Bentuk penggantian kerugiannya dapat berupa:

1. Pengembalian uang seharga pembelian barang dan/atau jasa;
2. Penggantian barang dan/atau jasa sejenis atau setara nilainya; atau
3. Perawatan kesehatan; atau
4. Pemberian santunan yang sesuai

Pilihan bentuk penggantian kerugian bergantung pada kerugian yang besungguh-sungguh diderita oleh konsumen, dan disesuaikan dengan hubungan hukum yang ada di antara mereka. Dalam contoh di atas, pembeli dapat menuntut

---

<sup>39</sup> Celina Tri Siwi Kristiyanti. 2008. *Hukum Perlindungan Konsumen*. Jakarta: Sinar Grafika, halaman 182

supaya uangnya dikembalikan atau barang diganti dengan yang baru atau barang lain yang sejenis. Cara mediasi, konsiliasi, atau penilaian ahli, ada pihak ketiga yang ikut membantu pihak yang bersengketa menemukan jalan penyelesaian di antara mereka. Pihak ketiga yang dimaksud di sini adalah pihak yang netral, tidak memihak kepada salah satu pihak yang bersengketa. Di sini pihak ketiga tidak memberi putusan atas sengketa, tetapi membantu para pihak menemukan penyelesaiannya.

Tuntutan penggantian kerugian ini bukan atas kerugian yang timbul karena kesalahan konsumen sendiri. Dalam hal ini undang-undang memberi kesempatan kepada pelaku usaha untuk membuktikan bahwa konsumen telah bersalah dalam hal timbulnya kerugian itu. Kalau produsen berhasil membuktikannya, ia bebas dari kewajiban membayar kerugian itu. Pelayanan kesehatan tiap-tiap profesi harus berpedoman pada etik profesinya dan harus pula memahami etika profesi disiplin lainnya apalagi dalam wadah mereka berkumpul (rumah sakit), agar tidak saling berbenturan. Berbagai jenis tenaga kesehatan yang menjalankan profesinya di rumah sakit telah mempunyai kode etik yang harus dipedomani tiap-tiap profesi. Struktur etik profesi di bidang kesehatan ini umumnya tidak jauh berbeda, dalam kode etik tiap-tiap profesi terdapat ketentuan yang memuat tentang kewajiban umum, kewajiban terhadap pasien, kewajiban terhadap teman sejawat, dan kewajiban terhadap diri sendiri. Secara umum kemungkinan berbenturan sebetulnya jarang sebab tujuannya adalah untuk peningkatan pelayanan kepada masyarakat agar pelayanan kesehatan dapat berlangsung dengan baik.

Pelayanan kesehatan masyarakat pada prinsipnya mengutamakan pelayanan kesehatan promotif dan preventif. Pelayanan promotif adalah upaya peningkatan kesehatan masyarakat kearah yang lebih baik lagi dan preventif untuk mencegah agar masyarakat terhindar dari penyakit. Sebab itu pelayanan kesehatan tidak hanya tertuju pada pengobatan individu yang sedang sakit saja. Selain Undang-Undang Kesehatan, juga telah diundangkannya Undang-Undang Rumah Sakit yang juga ada Dewan Pengawas Rumah Sakit (DPRS) yang dibentuk oleh pemilik rumah sakit. Suatu unit nonstruktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit (Pasal 56 ayat 1 dan 2).

Wewenang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial antara lain:

- 1 Menagih pembayaran Iuran;
- 2 Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;
- 3 Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memaanuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;
- 4 Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah;
- 5 Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;
- 6 Mengenakan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya.<sup>40</sup>

Salah satu penanggulangan kejahatan adalah menggunakan hukum pidana dengan sanksinya yang berupa pidana, namun usaha ini pun masih sering dipersoalkan. Perbedaan mengenai peranan pidana dalam menghadapi masalah kejahatan ini, menurut Inkeri Anttila, telah berlangsung beratus-ratus tahun dan

---

<sup>40</sup> Hasil wawancara dengan Redo Nofanda sebagai Staf Hukum dan Komunikasi Publik di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada tanggal 20 Februari 2017

menurut Herbert L. Packer, usaha pengendalian perbuatan anti sosial dengan mengenakan pidana pada seseorang yang bersalah melanggar peraturan pidana, merupakan suatu problem sosial yang mempunyai dimensi hukum yang penting.<sup>41</sup>

Penggunaan upaya hukum, termasuk hukum pidana, sebagai salah satu upaya untuk mengatasi masalah sosial termasuk dalam bidang kebijakan penegakan hukum. Tujuannya untuk mencapai kesejahteraan masyarakat pada umumnya, maka kebijakan penegakan hukum ini pun termasuk dalam bidang kebijakan sosial, yaitu segala usaha yang rasional untuk mencapai kesejahteraan masyarakat. Sebagai suatu masalah yang termasuk masalah kebijakan, penggunaan hukum pidana sebenarnya tidak merupakan suatu keharusan. Tidak ada kemutlakan dalam bidang kebijakan, karena pada hakikatnya dalam masalah kebijakan orang dihadapkan pada masalah kebijakan penilaian dan pemilihan dari berbagai macam alternatif. Masalah pengendalian atau penanggulangan kejahatan dengan menggunakan hukum pidana, bukan hanya merupakan problem sosial seperti dikemukakan oleh Packer, tetapi juga merupakan masalah kebijakan (*the problem of policy*).<sup>42</sup>

Pengertian tindak pidana tidak termasuk pertanggungjawaban pidana. Tindak pidana hanya menunjuk kepada dilarang dan diancamnya perbuatan dengan suatu pidana. Orang yang melakukan tindak pidana belum tentu dijatuhi pidana sebagaimana yang diancamkan, hal ini tergantung pada apakah dalam melakukan perbuatan ini orang tersebut mempunyai kesalahan, yang merujuk kepada asas dalam pertanggungjawaban dalam hukum pidana: tidak dipidana jika

---

<sup>41</sup> Teguh Prasetyo. 2011. *Kriminalisasi dalam Hukum Pidana*. Bandung: Nusa Media, halaman 19

<sup>42</sup> *Ibid*, halaman 20

tidak ada kesalahan (*geen straf zonder schuld ; actus non facit reum nisi mens sir rea*).<sup>43</sup>

Asas ini memang tidak diatur dalam hukum tertulis tapi dalam hukum tidak tertulis yang juga berlaku di Indonesia. Lain halnya dengan hukum pidana fiskal, yang tidak memakai kesalahan. Jadi, jika orang telah melanggar ketentuan, dia diberi pidana denda atau dirampas. Pertanggungjawaban tanpa adanya kesalahan dari pihak yang melanggar dinamakan *leer van het materiele feit (fait materielle)*. Salah satu unsur perbuatan pidana, adalah sifat melawan hukum. Memang dalam rumusan delik unsur ini tidak selalu disebutkan, tetapi dengan berpendapat bahwa sifat melawan hukum adalah unsur mutlak daripada perbuatan pidana maka unsur ini selalu dianggap ada, sekalipun tidak disebutkan dalam rumusan delik, terangnya bahwa harus ada unsur tersebut, tetapi apabila tidak disebutkan dalam rumusan delik, unsur melawan hukum itu dianggap juga ada dalam delik yang bersangkutan. Hukum melindungi kepentingan seseorang dengan cara mengalokasikan suatu kekuasaan kepadanya untuk bertindak dalam rangka kepentingan tersebut. Pengalokasian kekuasaan ini dilakukan secara terukur, dalam arti, ditentukan keluasannya dan kedalamannya. Kekuasaan yang sedemikian itulah yang disebut dengan hak.<sup>44</sup>

Posisi pasien sebagai konsumen yang lemah sehingga harus dilindungi oleh hukum. Salah satu sifat, sekaligus tujuan hukum itu adalah memberikan perlindungan (pengayoman) kepada masyarakat. Jadi, sebenarnya hukum konsumen dan hukum perlindungan konsumen adalah 2 (dua) bidang hukum yang

---

<sup>43</sup> Moejatno. 2008. *Asas Asas Hukum Pidana*. Jakarta: Rineka Cipta, halaman 165

<sup>44</sup> Satjipto Rahardjo. 2006. *Ilmu Hukum*. Bandung: Citra Aditya Bakti. halaman 53

sulit dipisahkan dan ditarik batasnya.<sup>45</sup> Perlindungan atas kepentingan pasien sebagai konsumen tersebut diperlukan, mengingat bahwa dalam kenyataannya pada umumnya konsumen selalu berada di pihak yang dirugikan. Begitu banyak dapat dibaca betira-berita yang mengungkapkan perbuatan curang produsen yang menimbulkan kerugian bagi konsumen, seperti berita tentang biskuit beracun, makanan yang daluarsa, obat nyamuk yang berbahan pestisida dan sebagainya, yang menimbulkan kerugian materiil maupun moril bagi konsumen. Umumnya yang dimaksud dengan hak adalah kepentingan hukum yang dilindungi oleh hukum, sedangkan kepentingan adalah tuntutan yang diharapkan untuk dipenuhi. Kepentingan pada hakikatnya mengandung kekuasaan yang dijamin dan dilindungi oleh hukum dalam melaksanakannya.

Berdasarkan pada pemilik dan penyelenggara, rumah sakit dibagi menjadi rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta. Rumah sakit pemerintah dimiliki dan diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan, Pemerintah Daerah, ABRI (sekarang TNI dan POLRI), dan BUMN. Rumah sakit swasta dimiliki dan diselenggarakan oleh yayasan yang sudah disahkan sebagai badan hukum dan badan lain bersifat sosial. Berdasarkan bentuk pelayanannya rumah sakit dapat dibedakan menjadi rumah sakit umum (RSU) dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan untuk semua jenis penyakit dari yang bersifat dasar sampai dengan subspecialistik. Rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan

---

<sup>45</sup> Celina Tri Siwi Kristiyanti. *Op.Cit*, halaman 13

kesehatan berdasarkan jenis penyakit tertentu atau disiplin ilmu. Misalnya Rumah Sakit Pru-Paru, Rumah Sakit Jantung, dan sebagainya.

Berdasarkan pada kemampuan pelayanan, ketenagaan, fisik, dan peralatan yang dapat tersedia, rumah sakit umum pemerintah dan daerah diklasifikasikan sebagai berikut:<sup>46</sup>

1. Rumah sakit umum kelas A mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik luas dan subspecialistik luas.
2. Rumah sakit umum kelas B mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis sekurang-kurangnya sebelas spesialisik dan subspecialistik terbatas.
3. Rumah sakit umum kelas C mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik dasar.
4. Rumah sakit umum kelas D mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis dasar.

Pelayanan kesehatan dapat dibedakan dalam dua golongan yakni pertama, pelayanan kesehatan primer (*primary health care*), atau pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang paling depan, yang pertama kali diperlukan masyarakat pada saat mereka mengalami gangguan kesehatan atau kecelakaan. Kedua, pelayanan kesehatan sekunder dan tersier (*secondary and tertiary health care*), adalah rumah sakit tempat masyarakat mendapatkan perawatan lebih lanjut.

---

<sup>46</sup> Amir Ilyas, *Op.Cit*, halaman 12

Hukum kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal, baik dan manusiawi, serta melindungi kebebasan dan kepentingan masyarakat terhadap kesewenang-wenangan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terlaksana dengan baik. Sesuai dengan pengertian hukum kesehatan, hukum rumah sakit dapat disebut sebagai semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan/pelayanan kesehatan dan penerapannya serta hak dan kewajiban segenap lapisan masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan maupun pihak penyelenggara pelayanan kesehatan dalam segala aspek organisasi, sarana, pedoman medis serta sumber-sumber hukum lainnya.

Rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 159b/Menkes/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit menyebutkan sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian. Rumah sakit adalah terjemahan dari "*hospital*". Sejak dahulu kala ada rumah sakit yang didirikan oleh pemerintah, ada pula yang didirikan pihak swasta. Jika dilihat sejarah perkembangan rumah sakit, maka secara kasar dapat dibagi dalam tiga periode, yaitu:

Peraturan perundang-undangan mengatur tentang BPJS terhadap pihak yang tidak mampu membayar iuran dalam memperoleh kesehatan yaitu dengan dua ketentuan:

1. Penerima Bantuan Iuran (PBI) yaitu dibantu dari pemerintah dari cara pembayarannya



- 2 Non Penerima Bantuan Iuran (PBI) yaitu dibayarkan oleh perusahaan yang dipotong dari upah pekerja.<sup>47</sup>

Upaya BPJS terhadap pihak yang tidak mampu membayar dengan melakukan tagihan ketika pengguna tidak membayarkan iuran dan tidak memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standarisasi BPJS.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial memberikan sanksi bagi pihak yang tidak mampu membayar dengan melakukan nonaktif terhadap kartu pengguna BPJS dan memberikan denda keterlambatan pembayaran.<sup>48</sup> Bentuk tanggung jawab Badan Jaminan Sosial dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap peserta yang tidak mampu membayar iuran.

Seringnya peserta BPJS yang lalai untuk melakukan pembayaran iuran, tetapi BPJS Kesehatan Kota Medan tetap menyelenggarakan pelayanan kesehatan tanpa terkecuali tetapi setelah pengguna kartu tersebut telah melaksanakan ketentuan sesuai dengan mekanisme penyelenggaraan jaminan sosial yang ditentukan BPJS.<sup>49</sup>

---

<sup>47</sup> Hasil wawancara dengan Redo Nofanda sebagai Staf Hukum dan Komunikasi Publik di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada tanggal 20 Februari 2017

<sup>48</sup> Hasil wawancara dengan Redo Nofanda sebagai Staf Hukum dan Komunikasi Publik di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada tanggal 20 Februari 2017

<sup>49</sup> Hasil wawancara dengan Redo Nofanda sebagai Staf Hukum dan Komunikasi Publik di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada tanggal 20 Februari 2017

## **BAB IV**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

1. Mekanisme penyelenggaraan jaminan sosial yang dilaksanakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dengan cara pengguna BPJS/pasien tersebut harus membawa surat keterangan tidak mampu yang dikeluarkan oleh pihak pemerintah setempat (lurah/kepala desa), ditunjukkan dan dilampirkan untuk melakukan perobatan di rumah sakit yang dituju, rumah sakit akan meminta lampiran-lampiran yang dibutuhkan sebelum dilanjutkan ke pemberian pelayanan kesehatan, kewajiban pengguna BPJS /pasien atau keluarga pasien melampirkan berkas-berkas berupa surat keterangan tidak mampu, KTP pasien, dan kartu keluarga yang memuat nama pasien, setelah diklarifikasi dan disetujui pihak rumah sakit barulah pengguna BPJS /pasien mendapatkan haknya untuk diberikan pelayanan kesehatan
2. Kendala Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan terhadap pihak yang tidak mampu membayar iuran antara lain sarana dan prasarana Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang belum memadai, kurangnya koordinasi antara pihak BPJS dengan rumah sakit, dan pendataan kepersertaan BPJS yang belum terangkum secara maksimal, masih banyaknya peserta yang lalai untuk membayar iuran BPJS,

3. Tanggung jawab Badan Penyelenggara Jaminan Sosial terhadap pihak yang tidak mampu membayar iuran dalam memperoleh pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan Kota Medan tetap menyelenggarakan pelayanan kesehatan tanpa terkecuali tetapi setelah pengguna kartu tersebut telah melaksanakan ketentuan sesuai dengan mekanisme penyelenggaraan jaminan sosial yang ditentukan BPJS.

## **B. Saran**

1. Hendaknya mekanisme Badan Penyelenggara Jaminan Sosial terhadap pihak yang tidak mampu membayar iuran dalam memperoleh pelayanan kesehatan tidak menghalangi pasien untuk diberikan pelayanan kesehatan.
2. Hendaknya kendala Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam menangani pihak yang tidak mampu membayar iuran dalam memperoleh pelayanan kesehatan disesuaikan dengan kinerja BPJS dalam menangani permasalahan yang ada.
3. Hendaknya tanggung jawab Badan Penyelenggara Jaminan Sosial terhadap pihak yang tidak mampu membayar iuran dalam memperoleh pelayanan kesehatan juga disesuaikan dengan penanganan pasien terhadap penyakit yang dideritanya yaitu dengan memberikan pertolongan pertama.

## DAFTAR PUSTAKA

### A. Buku

- Amir Ilyas. 2014. *Pertanggungjawaban Pidana Dokter Dalam Malpraktik Medik Di Rumah Sakit*. Yogyakarta: Rangkang Education.
- Ahmadi Miru. 2013. *Prinsip-Prinsip Perlindungan Hukum Bagi Konsumen di Indonesia*. Jakarta: Rajawali Press.
- Amiruddin dan Zainal Asikin. 2003. *Pengantar Metode Penelitian Hukum*. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- BPJS Kesehatan. 2016. *Buku Panduan Bagi Peserta BPJS Kesehatan Tahun 2016*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Celina Tri Siwi Kristiyanti. 2008. *Hukum Perlindungan Konsumen*. Jakarta: Sinar Grafika.
- Fakultas Hukum UMSU. 2014. *Pedoman Penulisan Skripsi*. Medan: Fakultas Hukum-Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
- Peter Mahmud Marzuki. 2007. *Penelitian Hukum*. Jakarta: Kencana.
- M. Jusuf Hanafiah dan Amri Amir. 2009. *Etika Kedokteran & Hukum Kesehatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Moejatno. 2008. *Asas Asas Hukum Pidana*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Munir Fuady. 2012. *Pengantar Hukum Bisnis*. Bandung: Citra Aditya Bakti.
- Rinanto Suryadhimirtha. 2011. *Hukum Malapraktik Kedokteran*. Yogyakarta: Total Media.
- Satjipto Rahardjo. 2006. *Ilmu Hukum*. Bandung: Citra Aditya Bakti.
- Soerjono Soekanto. 2012. *Pengantar Penelitian Hukum*. Jakarta: UI Press.
- Sri Siswati. 2013. *Etika dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.

Teguh Prasetyo. 2011. *Kriminalisasi dalam Hukum Pidana*. Bandung: Nusa Media.

## **B. Perundang Undangan**

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

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat

## **C. Wawancara**

Hasil wawancara dengan Redo Nofanda sebagai Staf Hukum dan Komunikasi Publik di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada tanggal 20 Februari 2017

## **D. Majalah, Makalah dan Karya Ilmiah**

Jamsos Indonesia. Fungsi, tugas, dan wewenang BPJS. dikutip <http://www.jamsosindonesia.com/cetak/printout/268> diakses 24 Desember 2016 Pukul 14.30 wi.

Master paper. Pelayanan kesehatan. dikutip [http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=ITS-master-10680paper.pdf&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fdigilib.its.ac.id%2Fpublic%2FITS-Master10680Paper.pdf&ei=GsoeUffiLoXYrQfrYGI Aw&usg=AFQjCNHPmm5OG8jpLbBajPt7Pw\\_43WAdUA&bvm=bv.42553238,d.bmk](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=ITS-master-10680paper.pdf&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fdigilib.its.ac.id%2Fpublic%2FITS-Master10680Paper.pdf&ei=GsoeUffiLoXYrQfrYGI Aw&usg=AFQjCNHPmm5OG8jpLbBajPt7Pw_43WAdUA&bvm=bv.42553238,d.bmk), diakses pada hari Rabu Tanggal 23 Desember 2016 Jam 15.45 wib

Materi belajar. Defenisi badan penyelenggaraan jaminan. dikutip <http://www.materibelajar.id/2016/02/definisi-badan-penyelenggaraan-jaminan.html> diakses 23 Desember 2016 Pukul 13.00 wib

Irfan Ridha. 2016. Jurnal De Lega Lata. *Perlindungan Konsumen Bagi Pasien Penggunakartu Bpjs Di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau*. Medan: Fakultas Ilmu Hukum UMSU

**Tanggung Jawab Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Terhadap Pihak  
yang Tidak Mampu Membayar Iuran Dalam Memperoleh Pelayanan  
Kesehatan**

**SUHANGGA EKO PRASETYO**

1. Apa tujuan dibentuknya BPJS?

Jawab : Sistem jaminan sosial nasional merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 28H ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) dan Pasal 34 ayat (1) dan ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Selain itu, dalam Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Nomor X/MPR/2001, Presiden ditugaskan untuk membentuk sistem jaminan sosial nasional dalam rangka memberikan perlindungan sosial bagi masyarakat yang lebih menyeluruh dan terpadu.

2. Bagaimana proses pelaksanaan pembayaran BPJS?

Jawab : proses pembayaran dilakukan setiap bulannya sebelum tanggal 10 dengan melakukan penyetoran di BPJS Kesehatan, atau pada pihak ketiga antara lain Indomaret atau Alfamart, melalui rekening bank (Bank Rakyat Indonesia atau Bank Negara Indonesia), pegadaian atau kantor pos.

3. Bagaimana mekanisme BPJS terhadap pihak yang tidak mampu membayar iuran dalam memperoleh pelayanan kesehatan?

Jawab : bagi pihak yang tidak mampu membayarkan BPJS maka tidak mendapatkan pelayanan kesehatan, kecuali harus melakukan pembayaran terlebih dahulu , ketika sudah membayar maka baru mendapatkan pelayanan

BPJS, jika 1 bulan tidak membayar akan dilakukan nonaktif terhadap kartu BPJS pemilik yang belum membayar.

4. Bagaimana kendala BPJS terhadap pihak yang tidak mampu membayar iuran dalam memperoleh pelayanan kesehatan?

Jawab: kendala BPJS terhadap pihak yang tidak mampu membayar iuran dalam memperoleh pelayanan kesehatan adalah masih banyaknya tidak terkoordinir dengan baik pemegang kartu BPJS untuk daerah terpencil, prasarana yang kurang memadai untuk menjangkau daerah terpencil, masih banyaknya pengguna kartu BPJS yang dengan sengaja tidak membayar iuran.

5. Bagaimana tanggung jawab BPJS terhadap pihak yang tidak mampu membayar iuran dalam memperoleh pelayanan kesehatan?

Jawab : tanggung jawab BPJS terhadap pihak yang tidak mampu membayar iuran adalah dengan memberikan pilihan kepada pemilik kartu BPJS akan diberikan 3 (tiga) pilihan kelas (VIP, kelas 1, dan kelas 2) dalam membayar iuran BPJS.

6. Bagaimana bentuk struktural BPJS Kesehatan?

Bentuk struktur BPJS Kesehatan berbentuk badan hukum publik sesuai dengan Pasal 20 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan yang terdiri atas Dewan Pengawas dan Direksi. Yang terdiri dari Dewan Pengawas terdiri atas 7 (tujuh) orang profesional dan Direksi terdiri atas paling sedikit 5 (lima) orang anggota yang berasal dari unsur profesional.



7. Apa perbedaan BPJS Kesehatan dengan BPJS Ketenagakerjaan dan JKS serta asuransi jiwa (kesehatan)?

Jawab : perbedaan antara BPJS Kesehatan dengan Jaminan Kesehatan Sosial, yaitu:

- a. BPJS Kesehatan bersifat nirlaba dan untuk masyarakat umum sedangkan JKN bersifat tunggal atau satu bentuk perusahaan
- b. BPJS Kesehatan hanya memberikan asuransi jiwa untuk pemilik kartu BPJS, sedangkan JKN memberikan penyelenggaraan sosial, bagian jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan pelayanan kepada kecelakaan saat bekerja
- c. BPJS dapat dimiliki oleh setiap orang atau masyarakat umum, sedangkan JKN hanya diberikan kepada pekerja perusahaan.

8. Apa wewenang BPJS terhadap pelayanan kesehatan?

Jawab : wewenang BPJS antara lain:

- a. Menagih pembayaran Iuran;
- b. Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;
- c. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam mematuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;
- d. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah;
- e. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;

f. Mengenaikan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya

9. Apakah fungsi BPJS terhadap pelayanan kesehatan?

Jawab : menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan menurut UU BJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

10. Bagaimana upaya BPJS terhadap pihak yang tidak mampu membayar iuran dalam memperoleh pelayanan kesehatan?

Jawab : upaya BPJS terhadap pihak yang tidak mampu membayar dengan melakukan tagihan ketika pengguna tidak membayarkan iuran dan tidak memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standarisi BPJS.

11. Bagaimana peraturan perundang-undangan mengatur tentang BPJS terhadap pihak yang tidak mampu membayar iuran dalam memperoleh pelayanan kesehatan?

Jawab : peraturan perundang-undangan mengatur tentang BPJS terhadap pihak yang tidak mampu membayar iuran dalam memperoleh kesehatan yaitu dengan dua ketentuan

- a. Penerima Bantuan Iuran (PBI) yaitu dibantu dari pemerintah dari cara pembayarannya
- b. Non Penerima Bantuan Iuran (PBI) yaitu dibayarkan oleh perusahaan yang dipotong dari upah pekerja.

12. Berapa banyak kasus yang pernah terjadi ketika pihak yang tidak mampu membayar iuran dalam memperoleh pelayanan kesehatan?

Jawab : kasus yang terjadi pada Bulan Oktober 2016 sampai dengan Januari 2017 telah tercatat sebanyak 213 kasus.

13. Apa saja manfaat penggunaan BPJS bagi masyarakat?

Jawab : manfaat penggunaan BPJS bagi pengguna kartu BPJS, yaitu:

- a. Mendapatkan kartu identitas peserta
- b. Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
- c. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- d. Menyampaikan keluhan atau pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis kepada BPJS Kesehatan

14. Bagaimana BPJS memberikan sanksi bagi pihak yang tidak mampu membayar?

Jawab : BPJS memberikan sanksi bagi pihak yang tidak mampu membayar dengan melakukan nonaktif terhadap kartu pengguna BPJS dan memberikan denda keterlambatan pembayaran

15. Bagaimana bentuk pertanggung jawaban BPJS

Jawab : 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 paling lambat tanggal 30 Juni tahun berikutnya.

Medan,

( \_\_\_\_\_ )