

**PENGAWASAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
TERHADAP PENYEDIA PELAYANAN KESEHATAN DALAM
MEMBERIKAN PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT
PENERIMA BANTUAN IURAN
(Studi Kasus Di BPJS Kesehatan Kota Medan)**

SKRIPSI

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

Oleh:

AZWAR AL-FANSURI NASIR
NPM.0906200403



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

ABSTRAK

PENGAWASAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL TERHADAP PENYEDIA PELAYANAN KESEHATAN DALAM MEMBERIKAN PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT PENERIMA BANTUAN IURAN

AZWAR AL-FANSURI NASIR
0906200403

Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial. Untuk itu pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi kesehatan perorangan. Pelayanan Rumah Sakit yang kurang memadai menimbulkan keluhan masyarakat dan pasien terkait dengan program JKN. Berbagai macam keluhan berpangkal pada dua hal yaitu, pertama karena kurangnya sosialisasi tentang program JKN kepada masyarakat. Persoalan kedua adalah memang harus diakui masih adanya beberapa rumah sakit yang dianggap oleh masyarakat "menutup-nutupi" hak-hak peserta BPJS Kesehatan baik dilakukan secara sadar ataupun tidak disadari.

Metode penelitian yang dipergunakan dalam penulisan tesis ini adalah Yuridis Empiris dengan penelitian data primer dan sekunder. Sedangkan yang menjadi fokus pembahasan dalam penelitian ini adalah deskriptif analisis yaitu melakukan penggambaran terhadap hasil penelitian. Penelitian ini disamping memberikan gambaran, menuliskan, dan melaporkan suatu obyek atau suatu peristiwa juga akan mengambil kesimpulan umum dari masalah yang dibahas.

Berdasarkan hasil penelitian dipahami bahwa, pemerintah memberikan kesamaan layanan kepada masyarakat penerima bantuan iuran (PBI) maupun Non PBI baik dari manfaat yang didapatkan maupun fasilitas. Pengawasan juga sama seperti Pelayanan tidak dibedakan, Pengawasan penyedia layanan kesehatan diatur secara tegas dalam Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No.7/2016. Kendala yang dihadapi yaitu banyaknya pelanggaran yang dilakukan oleh penyedia pelayanan kesehatan dan peserta itu sendiri, upaya yang dapat dilakukan antara lain memberikan pengawasan secara maksimal oleh semua pihak yang terkait.

Kata kunci : *Pengawasan, BPJS, Pelayanan, Kesehatan,.*

KATA PENGANTAR



Segala Puji kehadiran Allah SWT, atas rahmat, nikmat dan taufiknya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Skripsi ini disusun guna memenuhi persyaratan bagi mahasiswa untuk mendapatkan gelar sarjana strata 1 (S-1) pada Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara. Selanjutnya disusunlah skripsi yang berjudul **“Pengawasan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) Terhadap Penyedia Pelayanan Kesehatan Dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Penerima Bantuan Iuran (PBI)”**.

Penulis menyadari bahwa dalam penyelesaian skripsi ini masih terdapat banyak sekali kekurangan baik dalam substansi maupun sistematika penyajiannya. Untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna mendapatkan perbaikan dan menutupi kekurangan tersebut.

Selama dalam kegiatan perkuliahan dan sampai dengan tahap penyelesaian tesis ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak. Selain itu penulis juga sudah banyak menerima bantuan dan dukungan, baik moril dan materil dari berbagai pihak. Baik dari pihak keluarga, bapak/ibu dosen maupun sahabat dan teman-teman dan orang lain yang turut membantu sehingga memudahkan penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Untuk itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih setulusnya kepada yang terhormat :

1. Kedua orang tua yaitu Ayah Gamal Abdul Nasir yang tiada henti hentinya memberikan dukungan moral dan materil kepada penulis, serta Ibunda

tercinta Khadijah yang dengan setulus hati mencurahkan kasih sayangnya kepada penulis. Tanpa mereka berdua penulis tidak akan bisa seperti saat ini. Penulis juga ingin berterima kasih kepada Zahra Alfira Nasir, SE, Syahreza Vahlefi Nasir, Khaliza Aulia Nasir yang merupakan adik-adik penulis yang selalu membantu memberikan Ide,saran dan pendapat serta masukan untuk penulisan skripsi ini;

2. Bapak Dr. Agussani.,MAP, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara;
3. Ibu Ida Hnifah,SH.,M.Hum selaku Dekan Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara;
4. Bapak M. Syukran Yamin Lubis, SH.,CN,M.Kn selaku Ka.Jurusan Hukum Administrasi Negara Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara, yang telah banyak membantu penulis dalam memberikan ide, saran dan kritiknya;
5. Bapak Zainuddin,SH.,M.H. selaku dosen pembimbing I, yang telah banyak membantu penulis dalam memberikan ide, saran dan kritiknya guna selesainya skripsi ini;
6. Bapak Rachmad Abduh,SH.,M.H. selaku dosen pembimbing II, yang telah banyak membantu penulis dalam memberikan ide, saran dan kritiknya guna selesainya skrpsi ini;
7. Dosen pengajar dan seluruh Staff Biro di Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara;

8. Rekan-rekan perkuliahan di Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara;
9. Seluruh Sahabat dan teman-teman yang telah banyak membantu penulis mulai dari ide, sumbangsi penulisan tempat tinggal, motivasi dan hal lain sebagainya yang sangat membantu yaitu

Akhir kata penulis menyadari masih banyak kekhilafan dan kekurangan serta kelemahan dari tulisan ini. Untuk itu saran dan kritik yang membangun akan sangat membantu agar kedepannya dapat menjadi lebih baik.

Medan, April 2017

Penulis

Azwar Al-Fansuri Nasir

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	v
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
1. Perumusan Masalah.....	7
2. Manfaat Penelitian.....	7
B. Tujuan Penelitian	9
C. Metode Penelitian	9
1. Sifat Penelitian	9
2. Sumber Data.....	9
3. Alat Pengumpul Data	10
4. Analisis Data.....	11
D. Defenisi Operasional	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Pengertian Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan	13
B. Tinjauan umum pelayanan Pelayanan Kesehatan Masyarakat.....	24
C. Tinjauan umum Penerima Bantuan Iuran.....	28
BAB III HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Pelayanan Penyedia Pelayanan Kesehatan Kepada Masyarakat Penerima Bantuan Iuran.....	36

B. Kendala Dan Upaya Bpjs Dalam Mengawasi Penyedia Pelayanan Kesehatan Kepada Masyarakat Penerima Bantuan Iuran.....	54
C. Kendala Dan Upaya Bpjs Dalam Mengawasi Penyedia Pelayanan Kesehatan Kepada Masyarakat Penerima Bantuan Iuran.....	66

BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.....	85
B. Saran.....	86

DAFTAR PUSTAKA

BAB I

PENDAHULUAN

B. Latar Belakang

Hak untuk hidup memadai dan mendapatkan kesehatan serta kesejahteraan yang layak bagi diri sendiri dan keluarga merupakan hak asasi manusia yang diakui oleh hampir seluruh Negara di berbagai belahan dunia, termasuk di Indonesia. Pengakuan hak tersebut telah tercantum dalam Deklarasi Perserikatan Bangsa-Bangsa tahun 1948 tentang Hak Azasi Manusia. Pasal 25 Ayat (1) deklarasi tersebut menyatakan: bahwa 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.

Berakhirnya Perang Dunia ke-II selanjutnya beberapa negara mengambil langkah-langkah untuk memperjuangkan hak tersebut dengan cara mengembangkan jaminan sosial, antara lain jaminan kesehatan bagi semua penduduk (*Universal Health Coverage*). Dalam sidang ke-58 tahun 2005 di Jenewa (Swiss), *World Health Assembly* (WHA) menyatakan dan menyepakati bahwa perlunya pengembangan sistem pembiayaan kesehatan yang menjamin tersedianya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan kepada mereka untuk meminimalisir risiko keuangan. WHA dalam sidang ke-58 mengeluarkan resolusi yang menyatakan, pembiayaan kesehatan

yang berkelanjutan melalui *Universal Health Coverage* diselenggarakan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial.¹ WHA juga menyarankan kepada WHO agar mendorong negara-negara anggota untuk mengevaluasi dampak perubahan sistem pembiayaan kesehatan terhadap pelayanan kesehatan ketika mereka bergerak menuju *Universal Health Coverage*.

Indonesia sendiri memfasilitasi hak untuk hidup sehat tersebut dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945 pasal 28H dan pasal 34, selanjutnya tertian Undang-Undang No. 23 tahun 1992 yang kemudian diganti dengan Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Dalam Undang-Undang No. 36 tahun 2009 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. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial. Untuk mewujudkan komitmen global dan konstitusi di atas, pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi kesehatan perorangan.²

Undang-Undang No. 40 tahun 2004 ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 juga menetapkan, Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus

¹ Resolusi WHA ke-58, *on Sustainable Financing, Universal Health Coverage, and Sosial Health Insurance, Jenewa, (Swiss), 2005.*

² Eko wahyudi dkk, "*Hukum ketenagkerjaan*", Jakarta, Sinar Grafika, 2016, halaman 39.

untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) akan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya dimulai 1 Januari 2014. Secara operasional, pelaksanaan JKN dituangkan dalam Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden, antara lain: Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI); Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan dan Peta Jalan JKN (*Roadmap* Jaminan Kesehatan Nasional).³

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. BPJS Kesehatan ini merupakan pembagian jenis dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selain BPJS Kesehatan terdapat pula BPJS Ketenagakerjaan.⁴

Dalam Undang-Undang Higiene tahun 1966 di jelaskan bahwa kesehatan masyarakat yang khusus meliputi segala usaha untuk melindungi, memelihara, dan mempertinggi derajat kesehatan dengan tujuan member dasar-dasar kelanjutan hidup yang sehat serta mempertinggi kesejahteraan dan daya guna perikehidupan manusia.⁵

Pelayanan kesehatan di Indonesia sendiri dapat diperoleh mulai dari tingkat puskesmas, rumah sakit, dokter praktek swasta dan lain-lain. Masyarakat dewasa ini sudah makin kritis menyoroti pelayanan kesehatan dan profesional tenaga kesehatan.

Jaminan kesehatan nasional (JKN) dalam melakukan penyelenggaraan kepada peserta yaitu setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar Iuran. Sedangkan

³.*Ibid.*

⁴.*Ibid* halaman 43.

⁵ M.Jusuf Hanafiah, Amri Amir "*Etika Kedokteran & Hukum Kesehatan*"EGC, Jakarta. 2012, halaman: 130

Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan penerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.

Pemberi Kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau Penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya.⁶ Peserta PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu. Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, diantaranya disebutkan bahwa:

1. Kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu ditetapkan oleh Menteri Sosial setelah berkoordinasi dengan Menteri dan/atau pimpinan lembaga terkait. Hasil pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu yang dilakukan oleh lembaga yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang statistik (BPS) diverifikasi dan divalidasi oleh Menteri Sosial untuk dijadikan data terpadu.
2. Data terpadu yang ditetapkan oleh Menteri Sosial dirinci menurut provinsi dan kabupaten/kota dan menjadi dasar bagi penentuan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan.
3. Menteri Kesehatan mendaftarkan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan sebagai peserta program Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

Peserta PBI JKN di tahun 2014, berjumlah 86,4 juta jiwa yang datanya mengacu pada Basis Data Terpadu (BDT) hasil Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) yang dilaksanakan pada tahun 2011 oleh BPS dan dikelola oleh Sekretariat dari Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K). Namun demikian, mengingat sifat data kepesertaan yang dinamis, dimana terjadi kematian, bayi baru lahir, pindah alamat, atau peserta adalah PNS, maka Menteri Kesehatan mengeluarkan Surat Edaran No. 149 tahun 2013 yang memberikan

⁶ Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Indonesia “*Paham JKN Jaminan Kesehatan Nasional*”, CV. Komunitas Pejaten Media Utama, 2014 halaman 21.

kesempatan kepada Pemerintah Daerah untuk mengusulkan peserta pengganti yang jumlahnya sama dengan jumlah peserta yang diganti. Adapun peserta yang dapat diganti adalah mereka yang sudah meninggal, merupakan PNS/TNI/POLRI, pensiunan PNS/TNI/POLRI, tidak diketahui keberadaannya, atau peserta memiliki jaminan kesehatan lainnya.

Penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh BPJS Kesehatan hampir berjalan 3 (tiga) tahun sejak resmi digulirkan pemerintah pada 1 Januari 2014. Dalam rentang waktu tersebut, berbagai kejadian, fenomena, data, fakta dan realita dapat kita lihat dan dengar dari berbagai sumber informasi yang ada saat ini. Persoalan kunjungan pasien yang melonjak drastis, pengakuan masyarakat bahwa RS sering "menolak" pasien dengan alasan Tempat Tidur penuh hampir setiap hari kita dengar. Korban dari adanya "tragedi" ini pun sudah beberapa kali terjadi. Kasus Dara dan Dera adalah salah satu kasus yang sangat fenomenal dan menyita perhatian serta perbincangan publik secara nasional. Masyarakat memberikan penilaian negatif kepada sektor kesehatan, tuduhan negatif diarahkan kepada Rumah Sakit dan stakeholder bidang kesehatan baik pusat maupun daerah. Masyarakat tidak peduli dan tidak mau tahu dengan kesulitan yang dihadapi oleh rumah sakit, sementara di sisi lain RS juga belum sepenuhnya menjalankan fungsi dan kewajiban sebagaimana sudah diatur dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Keluhan Masyarakat Terhadap Pelayanan Rumah Sakit Berbagai keluhan masyarakat dan pasien terkait dengan program JKN oleh BPJS Kesehatan hampir tiap hari kita dengar dan kita baca.

Berbagai macam keluhan yang dipaparkan tersebut, pangkal persoalan sebenarnya adalah terletak pada dua hal yaitu, pertama karena kurangnya sosialisasi tentang program JKN kepada masyarakat. Dari berbagai keluhan yang disampaikan oleh masyarakat tersebut sebagian besar berawal dari kurang pahalannya masyarakat akan program JKN ini. Persoalan kedua adalah memang harus diakui bahwa masih ada beberapa rumah sakit yang dianggap oleh masyarakat "menutup-nutupi" hak-hak peserta BPJS Kesehatan baik dilakukan secara sadar ataupun tidak disadari.

Rumah sakit bertanggungjawab secara perdata terhadap semua kegiatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatannya. Tanggungjawab dalam pertanggungjawaban tenaga kesehatan adalah tanggungjawab yang timbul sebagai akibat kesalahan atau kelalaian yang dilakukan sehingga terjadi kerusakan atau kerugian pada orang lain (pasien).⁷ Akhir-akhir ini banyak kasus yang ditemui bahwasanya Rumah sakit selaku penyedia pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat penerima bantuan iuran banyak terindikasi melakukan kecurangan dan pelanggaran, hal inilah yang selalu dikeluhkan oleh masyarakat sehingga perlunya pengawasan yang ketat oleh badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) kepada penyedia pelayanan kesehatan.

Kondisi-kondisi yang dikemukakan di atas, maka dapat dikatakan bahwa perlu adanya suatu sistem sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku untuk membangun sinergisitas yang lebih kuat antara BPRS dengan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) sebagai wadah dari BPJS dalam

⁷Hendrik, *Etika dan Hukum Kesehatan*, Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 2015 halaman 39.

melakukan fungsi pengawasan kepada penyedia layanan kesehatan yang sudah berkerjasama dengan BPJS guna menjamin keberlangsungan pelayanan dan peningkatan mutu layanan rumah sakit selaku penyedia pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat penerima bantuan iuran (PBI).

Berdasarkan uraian diatas maka penulis merasa tertarik untuk membahasnya lebih jauh lagi dengan mengangkatnya menjadi skripsi dengan judul : **“Pengawasan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Terhadap Penyedia Pelayanan Kesehatan Dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Penerima Bantuan Iuran.**

1. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian-uraian dalam latar belakang di atas, maka permasalahan yang dapat di rumuskan dalam penelitian ini adalah :

- a. Bagaimana pelayanan penyedia pelayanan kesehatan kepada masyarakat penerima bantuan iuran (PBI).
- b. Bagaimana pengawasan BPJS terhadap penyedia pelayanan kesehatan kepada masyarakat penerima bantuan iuran (PBI).
- c. Bagaimana kendala dan upaya BPJS dalam mengawasi penyedia pelayanan kesehatan kepada masyarakat penerima bantuan iuran (PBI).

2. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kegunaan:

- a. Secara ilmiah dapat memberikan suatu gambaran tentang pengawsan BPJS terhadap penyedia pelayanan kesehatan kepada masyarakat penerima

bantuan iuran (PBI) di Indonesia. Disamping itu juga dapat memberikan gambaran yang seutuhnya tentang kenyataan pengawasan BPJS terhadap penyedia pelayanan kesehatan kepada masyarakat penerima bantuan iuran (PBI).

- b. Secara teoritis, penelitian ini diharapkan memberikan kontribusi dan sumbangan pemikiran dalam pengembangan ilmu hukum khususnya hukum administrasi negara, yang berkaitan dengan pengawasan BPJS terhadap penyedia pelayanan kesehatan kepada masyarakat penerima bantuan iuran (PBI) di Indonesia.
- c. Secara praktis, penelitian ini diharapkan secara umum dapat dijadikan sebagai suatu sumbangan pemikiran berupa konsep, teori, atau metode yang menyangkut penegakan hukum administrasi negara berkaitan dengan kebijakan Legislatif dalam merumuskan hukum administrasi Negara terkait pengawasan salah satu badan hukum yang berwenang terhadap penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional dalam hal ini penyedia pelayanan kesehatan dalam masyarakat penerima bantuan iuran serta masukan kepada BPJS untuk memberikan pengawasan kepada penyedia pelayanan kesehatan sehingga dapat memberikan rasa aman bagi siapapun masyarakat Indonesia yang akan menjadi peserta penerima bantuan iuran (PBI).

B. Tujuan Penelitian

Berdasarkan uraian dalam latar belakang dan permasalahan yang telah di rumuskan, maka secara keseluruhan tujuan dari penelitian ini adalah :

- a. Untuk mengkaji dan menganalisis pelayanan penyedia pelayanan kesehatan kepada masyarakat penerima bantuan iuran (PBI).
- b. Untuk mengetahui sistem pengawsan BPJS terhadap penyedia pelayanan kesehatan kepada masyarakat penerima bantuan iuran (PBI).
- c. Untuk mengetahui kendala dan upaya BPJS dalam mengawasi penyedia pelayanan kesehatan kepada masyarakat penerima bantuan iuran (PBI).

C. Metode Penelitian

1. Sifat Penelitian

Sifat penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan metode penelitian hukum yang bersifat deskriptif analisis, dimana data akan diperoleh dengan melakukan penelitian yuridis empiris yaitu penelitian yang dilakukan atau ditujukan melalui sistem pengamatan lapangan

2. Sumber Data

Sumber data yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah data primer, dan data sekunder. Data primer diperoleh secara langsung dengan mendatangi lokasi penelitian, kemudian melakukan wawancara secara langsung terhadap Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) Terhadap Penyedia Pelayanan Kesehatan dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Penerima Bantuan Iuran (PBI). Untuk memperoleh data. Data sekunder adalah data yang diperoleh dari studi kepustakaan atau studi literatur yang terdiri atas

- a. Bahan Hukum Primer yaitu Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah sakit Peraturan Presiden No.12 Tahun 2013 Tentang Jaminan kesehatan.
- b. Bahan Hukum Sekunder yaitu bahan hukum yang memberikan penjelasan mengenai bahan hukum primer yang berupa, Karya Ilimiah, Jurnal, Hasil seminar, buku-buku lain yang berkaitan dan sejalan dengan judul penelitian ini.
- c. Bahan Hukum Tersier yaitu bahan hukum yang memberikan petunjuk maupun penjelasan mengenai bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder seperti kamus hukum, internet dan sebagainya yang ada hubungannya dan berkaitan dengan permasalahan yang sesuai dengan penelitian ini.

3. Alat Pengumpulan data

Alat pengumpul data yangn digunakan yaitu penelitian lapangan (*field research*) dengan melakukan wawancara kepada petugas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) cabang kota Medan yang khususnya menangani dan mengawasi Penyedia Pelayanan Kesehatan dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Penerima Bantuan Iuran (PBI), yang terjadi di kota Medan saat ini, dan studi dokumentasi yang didukung oleh bahan-bahan dari kepustakaan oleh bahan-bahan hukum berupa bahan-bahan dari kepustakaan yang relevan dengan penelitian.

4. Analisis Data

Metode penulisan data yang sesuai dengan penelitian hukum dengan cara deskriptif adalah menggunakan pendekatan kualitatif yaitu menganalisis data yang mengungkapkan dan mengambil kebenaran dari kepustakaan, yaitu dengan menggabungkan informasi dengan yang ada dan didapatkan dari Peraturan perundang-undangan, Peraturan-peraturan dan serta tulisan ilmiah yang ada kaitannya dengan judul ini, lalu di deskripsikan atau diberikan gambaran dengan menggunakan kata diperoleh bahasan atau paparan dalam bentuk kalimat yang logis dan teratur serta mudah dimengerti, kemudian ditarik kesimpulan.

D. Defenisi Operasional

Definisi operasional atau kerangka konsep adalah kerangka yang menggambarkan hubungan antara definisi-definisi/ konsep-konsep khusus yang akan diteliti. Konsep merupakan salah satu unsur konkrit dari teori. Namun demikian, masih diperlukan penjabaran lebih lanjut dari konsep ini dengan jalan memberikan definisi operasionalnya. Untuk ilmu hukum dapat diambil misalnya dari peraturan perundang-undangan. Pentingnya definisi operasional adalah untuk menghindarkan perbedaan antara penafsiran yang berbeda dari suatu istilah yang dipakai. Dalam penulisan proposal skripsi ini ada beberapa kerangka konsep yakni :

- a. Pengawasan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) adalah upaya atau proses penagwasan yang langsung dilakukan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) terhadap

Penyedia Pelayanan Kesehatan Dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan Masyarakat yang telah bekerjasama dan tercatat.⁸

- b. Undang-Undang No.24 Tahun 2011 tentang badan penyelenggara jaminan sosial. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan sosial.
- c. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah sakit. Penyedia Pelayanan kesehatan adalah Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS baik fasilitas kesehatan milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta yang memenuhi persyaratan dalam hal ini seperti rumah sakit, puskesmas ataupun klinik.
- d. Penerima banuan iuran (PBI) adalah Peserta Jaminan kesehatan nasional (JKN) yang telah membayar iuran.
- e. Peraturan Presiden No.12 Tahun 2013 tentang Jaminan kesehatan. Iuran jaminan kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan/ atau pemerintah untuk program jaminan kesehatan.

⁸. KBBI (kamus besar bahasa Indonesia) online.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian Pengawasan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

1. Pengawasan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

Undang-Undang BPJS adalah peraturan pelaksanaan Undang-Undang SJSN. Undang-Undang BPJS melaksanakan Pasal 5 Undang-Undang SJSN pasca putusan Mahkamah Konstitusi dalam perkara No. 007/PUU-III/2005. Undang-Undang BPJS menetapkan pembentukan BPJS Kesehatan untuk penyelenggaraan program JKN dan BPJS Ketenagakerjaan untuk penyelenggaraan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. UU BPJS mengatur proses transformasi badan penyelenggara jaminan sosial dari badan usaha milik negara (BUMN) ke badan hukum publik otonom nirlaba (BPJS). Perubahan-perubahan kelembagaan tersebut mencakup perubahan dasar hukum, bentuk badan hukum, organ, tata kerja, lingkungan, tanggung jawab, hubungan kelembagaan, serta mekanisme pengawasan dan pertanggungjawaban. UU BPJS menetapkan bahwa BPJS berhubungan langsung dan bertanggung jawab kepada Presiden.

Menurut Undang-undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam pasal 1 disebutkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Undang-undang ini membentuk 2 (dua) BPJS yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

Jaminan sosial adalah perlindungan yang diberikan oleh masyarakat bagi anggota-anggotanya untuk resiko-resiko atau peristiwa-peristiwa tertentu dengan tujuan untuk menghindari peristiwa-peristiwa tersebut yang dapat mengakibatkan hilangnya atau turunya sebagian besar penghasilan, dan untuk memberikan pelayanan medis dan/ atau jaminan keuangan terhadap konsekuensi ekonomi dari terjadinya peristiwa tersebut, serta jaminan untuk tunjangan keluarga dan anak.⁹

Jaminan sosial merupakan bagian dari pembagunan kesehatan yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.¹⁰

Secara singkat jaminan sosial diartikan sebagai bentuk perlindungan sosial yang menjamin seluruh rakyat agar dapat mendapatkan kebutuhan dasar yang layak. Di dalam program BPJS jaminan sosial dalam 2 program penyelenggaraan, yaitu :

1. Program yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, dengan programnya adalah Jaminan Kesehatan yang berlaku mulai 1 Januari 2014.
2. Program yang diselenggarakan oleh BPJS Ketenagakerjaan, dengan programnya adalah Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun, dan Jaminan Kematian yang direncanakan dapat dimulai mulai 1 Juli 2015.

⁹ Zaeni Asyhadi, *Aspek-Aspek Hukum Jaminan Sosial Tenaga Kerja di Indonesia*, Rajawali Pers, Jakarta. 2013, halaman 33.

¹⁰ Ns. Ta'adi " Hukum Kesehatan Saksi & Motivasi bagi Perawat, EGC, Jakarta. 2012, halaman: 5

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah peleburan 4 (empat) badan usaha milik negara menjadi satu badan hukum, 4 (empat) badan usaha yang dimaksud adalah PT Taspen, PT Jamsostek, PT Asabri, dan PT Askes. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ini berbentuk seperti asuransi, nantinya semua warga Indonesia diwajibkan untuk mengikuti program ini. Dalam mengikuti program ini peserta BPJS di bagi menjadi 2 kelompok, yaitu untuk masyarakat yang mampu dan kelompok masyarakat yang kurang mampu.

Peserta kelompok BPJS di bagi 2 kelompok yaitu:

- a. PBI (yang selanjutnya disebut Penerima Bantuan Iuran) jaminan kesehatan, yaitu PBI adalah peserta Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan Undang-undang SJSN yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah sebagai peserta program Jaminan Kesehatan. Peserta PBI adalah fakir miskin yang ditetapkan oleh pemerintah dan diatur melalui Peraturan Pemerintah
- b. Bukan PBI jaminan kesehatan.

2. Fungsi dan Tugas BPJS Kesehatan

- a. Fungsi BPJS Kesehatan

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam pasal 9 ayat 1 disebutkan BPJS kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

b. Tugas BPJS Kesehatan

- 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.

c. Wewenang BPJS Kesehatan

BPJS kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan, yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Menurut Undang-undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam pasal 11 disebutkan BPJS Kesehatan mempunyai wewenang yaitu :

- 1) Menagih pembayaran iuran peserta BPJS kesehatan;
- 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 BPJS kesehatan dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai

dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;

- 4) Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan yang melayani peserta BPJS 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 BPJS kesehatan atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya pembayaran iuran;
- 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.

d. Prinsip BPJS Kesehatan

Menurut Undang-undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam pasal 4 disebutkan terdapat sembilan prinsip penyelenggaraan BPJS Kesehatan, yaitu:

- 1) Kegotong-royongan;
- 2) Nirlaba;
- 3) Keterbukaan;
- 4) Kehati-hatian;
- 5) Akuntabilitas;
- 6) Portabilitas;

- 7) Kepesertaan bersifat wajib;
- 8) Dana amanat;
- 9) Hasil pengelolaan dana jaminan kesehatan dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta;

e. Tujuan dan Manfaat BPJS Kesehatan

Menurut Undang-undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam pasal 3 disebutkan BPJS kesehatan bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan kesehatan yang layak bagi setiap peserta dan/ atau anggota keluarganya sebagai pemenuhan kebutuhan dasar hidup penduduk Indonesia.

f. Dasar Hukum

- 1) Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Kesehatan;
- 2) Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
- 3) Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan;
- 4) Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.

g. Hak dan Kewajiban Peserta BPJS Kesehatan¹¹

Hak Peserta

¹¹. Wawancara dengan staff hukum dan komunikasi publik di kantor BPJS kota Medan tanggal 20 Maret 2017.

- 1) Mendapatkan kartu peserta sebagai bukti sah untuk memperoleh pelayanan kesehatan;
- 2) Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- 3) Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan; dan
- 4) Menyampaikan keluhan/ pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke Kantor BPJS Kesehatan.

Kewajiban Peserta

1. Mendaftarkan dirinya sebagai peserta serta membayar iuran yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku ;
2. Melaporkan perubahan data peserta, baik karena pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat I
3. Menjaga Kartu Peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak.
4. Mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan.

3. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional

Manfaat Jaminan Kesehatan ada 2 (dua), yakni berupa pelayanan kesehatan dan Manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Paket manfaat yang diterima dalam program JKN ini adalah komprehensif sesuai kebutuhan medis. Dengan demikian pelayanan yang diberikan bersifat paripurna (preventif, promotif, kuratif

dan rehabilitatif) tidak dipengaruhi oleh besarnya biaya premi bagi peserta. Promotif dan preventif yang diberikan dalam konteks upaya kesehatan perorangan (personal care). Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

- a. Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
- b. Imunisasi dasar, meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis B (DPTHB), Polio, dan Campak.
- c. Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/ atau Pemerintah Daerah.
- d. Skrining kesehatan, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.¹²

Manfaat yang dijamin dalam JKN meskipun bersifat komprehensif namun masih ada yang dibatasi, yaitu kaca mata, alat bantu dengar (hearing aid), alat bantu gerak (tongkat penyangga, kursi roda dan korset). Sedangkan yang tidak dijamin meliputi:

- a. Tidak sesuai prosedur
- b. Pelayanan diluar Faskes Yg bekerjasama dng BPJS
- c. Pelayanan bertujuan kosmetik
- d. General check up, pengobatan alternative
- e. Pengobatan untuk mendapatkan keturunan, Pengobatan Impotensi
- f. Pelayanan Kesehatan Pada Saat Bencana
- g. Pasien Bunuh Diri/ Penyakit Yg Timbul Akibat Kesengajaan Untuk Menyiksa Diri Sendiri/ Bunuh Diri/ Narkoba.¹³

1. Pembiayaan

Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/ atau Pemerintah untuk program Jaminan

¹². Kementerian Kesehatan “*Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*”, halaman 31.

¹³. *Ibid* halaman 32.

Kesehatan (pasal 16, Perpres No. 12/ 2013 tentang Jaminan Kesehatan). Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Tarif *Indonesian - Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit.

Pembayar Iuran:

1. Bagi Peserta PBI, iuran dibayar oleh Pemerintah.
2. Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah, Iurannya dibayar oleh Pemberi Kerja dan Pekerja.
3. Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja iuran dibayar oleh Peserta yang bersangkutan.
4. Besarnya Iuran Jaminan Kesehatan Nasional ditetapkan melalui Peraturan Presiden dan ditinjau ulang secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi, dan kebutuhan dasar hidup yang layak.¹⁴

2. Pembayaran Iuran

Setiap Peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah (untuk pekerja penerima upah) atau suatu jumlah nominal tertentu (bukan penerima upah dan PBI). Setiap Pemberi Kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran peserta yang menjadi tanggung jawabnya, dan membayarkan iuran tersebut setiap bulan kepada BPJS Kesehatan secara berkala (paling lambat tanggal 10 setiap bulan). Apabila tanggal

¹⁴. *Ibid* halaman 26.

10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya. Keterlambatan pembayaran iuran JKN dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) perbulan dari total iuran yang tertunggak dan dibayar oleh Pemberi Kerja.

Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja wajib membayar iuran JKN pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Pembayaran iuran JKN dapat dilakukan di awal. BPJS Kesehatan menghitung kelebihan atau kekurangan iuran JKN sesuai dengan Gaji atau Upah Peserta. Dalam hal terjadi kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran, BPJS Kesehatan memberitahukan secara tertulis kepada Pemberi Kerja dan/atau Peserta paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak diterimanya iuran. Kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran diperhitungkan dengan pembayaran Iuran bulan berikutnya.

Iuran premi kepesertaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pekerja informal. Besaran iuran bagi pekerja bukan penerima upah itu adalah Rp25.500 per bulan untuk layanan rawat inap kelas III, Rp42.500 untuk kelas II dan Rp59.500 untuk kelas I.¹⁵ BPJS Kesehatan akan membayar kepada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dengan Kapitasi. Untuk Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan, BPJS Kesehatan membayar dengan sistem paket INA CBG's. Mengingat kondisi geografis Indonesia, tidak semua Fasilitas Kesehatan dapat dijangkau dengan mudah. Maka, jika di suatu daerah tidak memungkinkan pembayaran berdasarkan Kapitasi, BPJS Kesehatan diberi wewenang untuk

¹⁵. Wawancara dengan staff hukum dan komunikasi publik di kantor BPJS kota Medan tanggal 20 Maret 2017.

melakukan pembayaran dengan mekanisme lain yang lebih berhasil guna. Semua Fasilitas Kesehatan meskipun tidak menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan wajib melayani pasien dalam keadaan gawat darurat, setelah keadaan gawat darurnya teratasi dan pasien dapat dipindahkan, maka fasilitas kesehatan tersebut wajib merujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan akan membayar kepada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerjasama setelah memberikan pelayanan gawat darurat setara dengan tarif yang berlaku di wilayah tersebut.

BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap. Besaran pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS dan asosiasi Fasilitas Kesehatan di wilayah tersebut dengan mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Dalam JKN, peserta dapat meminta manfaat tambahan berupa manfaat yang bersifat non medis berupa akomodasi. Misalnya: Peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya, dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan, yang disebut dengan iur biaya/ memberikan biaya tambahan (*additional charge*). Ketentuan tersebut tidak berlaku bagi peserta PBI, sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya, BPJS Kesehatan wajib menyampaikan pertanggungjawaban dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan. Laporan yang telah diaudit

oleh akuntan publik dikirimkan kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN. Laporan tersebut dipublikasikan dalam bentuk ringkasan eksekutif melalui media massa elektronik dan melalui paling sedikit 2 (dua) media massa cetak yang memiliki peredaran luas secara nasional.

B. Tinjauan Umum Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan menurut Gronroos dalam Ratminto adalah suatu aktivitas atau serangkaian aktivitas yang bersifat tidak kasat mata yang terjadi sebagai akibat adanya interaksi antara konsumen dengan karyawan atau hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksud untuk memecahkan permasalahan konsumen atau pelanggan.¹⁶

Pelayanan Kesehatan Masyarakat dapat disebut sebagai suatu pelayanan yang baik apabila memenuhi syarat pokok yaitu:

- a. Tersedia dan berkesinambungan
- b. Dapat diterima dan wajar
- c. Mudah dicapai
- d. Mudah dijangkau
- e. Bermutu¹⁷

Pemerintah berperan aktif dalam pelaksanaan kesehatan masyarakat tertulis dalam Pasal 7 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang berbunyi “Pemerintah bertugas menyelenggarakan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat”.

¹⁶ Ratminto, *Manajemen Pelayanan*. Pustaka Belajar. Yogyakarta, 2011, halaman: 2.

¹⁷ Azrul Azwar, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Binarupa Aksara, Jakarta, 2010, halaman: 45

Selanjutnya dalam Pasal 6 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 beserta penjelasannya, bahwa penyelenggaraan upaya kesehatan dilakukan secara serasi dan seimbang oleh pemerintah dan masyarakat. Agar penyelenggaraan upaya kesehatan tersebut berhasil guna dan berdaya guna, maka pemerintah perlu:

1. Mengatur upaya penyelenggaraan serta sumber daya kesehatan.
2. Membina penyelenggaraan serta sumber daya kesehatan.
3. Mengawasi penyelenggaraan serta sumber daya kesehatan.
4. Menggunakan peran serta masyarakat dalam upaya penyelenggaraan serta sumber daya kesehatan.¹⁸

Penyelenggaraan kesehatan di masyarakat, diperlukan upaya peningkatan pembangunan di bidang kesehatan. Dalam hal ini pemerintah mempunyai fungsi dan tanggung jawab agar tujuan pemerintah di bidang kesehatan dapat mencapai hasil yang optimal melalui penempatan tenaga, sarana, dan prasarana baik dalam hitungan jumlah (kuantitas) maupun mutu (kualitas). Dalam melaksanakan undang-undang tersebut pemerintah membutuhkan satu kebebasan untuk melayani kepentingan masyarakat. Untuk dapat bekerja dengan baik maka pemerintah harus dapat bertindak dengan cepat dan dengan inisiatif sendiri, oleh karena itu pemerintah diberikan kewenangan dengan istilah *freies ermessen*. Dengan adanya *freies ermessen* negara memiliki kewenangan yang luas untuk melakukan tindakan hukum untuk melayani kepentingan masyarakat dalam mewujudkan kesejahteraan masyarakatnya. Peran pemerintah daerah dalam

¹⁸. Muhamad Djumhana, *Hukum Ekonomi Sosial Indonesia*, Citra Aditya Bakti, Bandung. 1994. halaman. 382.

program SJSN sangat diperlukan guna berjalannya program tersebut dengan baik, peran pemerintah tersebut antara lain:

1. Pengawasan program SJSN, agar sesuai dengan ketentuan.
2. Menyediakan anggaran tambahan untuk iuran, baik untuk penerima bantuan iuran ataupun masyarakat yang lain.
3. Penentu peserta penerima bantuan iuran
4. Penyediaan/ pengadaan dan pengelolaan sarana penunjang.
5. Mengusulkan pemanfaatan/investasi dana SJSN di daerah terkait.
6. Sarana/usul kebijakan penyelenggara SJSN.¹⁹

Selain 6 (enam) peran diatas, pemerintah daerah juga memiliki peran penting untuk mendukung program BPJS, yakni:

1. Mendukung proses kepesertaan dalam rangka menuju cakupan semesta 2019 melalui integrasi Jamkesda melalui (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah) APBD dengan mengikuti skema JKN.
2. Mendorong kepesertaan pekerja penerima upah yang ada di wilayahnya (PNS, Pemda, Pekerja BUMD dan Swasta) dan mendorong kepesertaan pekerja bukan penerima upah (kelompok masyarakat/ individu).
3. Mendorong penyiapan fasilitas kesehatan milik pemerintah dan swasta serta mendukung ketersedianya tenaga kesehatan terutama dokter umum di puskesmas dan spesialis di rumah sakit.

¹⁹. Sulastomo, *Sistem Jaminan Sosial Nasional Sebuah Introduksi*, Rajawali Pers, Jakarta. 2007, halaman,32-33.

4. Mengefektifkan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi di fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemda (pemerintah daerah).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) bagi seluruh rakyat Indonesia, maupun untuk warga negara asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia yang pengaturannya berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.

1. Cara pendaftaran JKN

Masyarakat akhirnya dimudahkan sebagai peserta BPJS, BPJS memberikan pelayanan dalam melakukan pendaftaran. Dalam pendaftaran JKN dapat dilakukan dengan 2 (dua) cara, yaitu pendaftaran secara manual yang dapat dilakukan secara langsung ke kantor BPJS terdekat atau dapat juga melalui pendaftaran secara online yaitu dengan mengakses melalui situs <http://bpjskesehatan.go.id/>. Hal-hal yg harus dipersiapkan sebelum Pendaftaran Peserta BPJS-Kesehatan secara Online, yaitu:²⁰

1. Kartu Tanda Penduduk
2. Kartu Keluarga
3. Kartu NPWP
4. Alamat E-mail dan nomor telpon yang bisa dihubungi

²⁰<http://bpjskesehatan.go.id/>. diakses tanggal 21 januari 2017 pukul 14.44.

Calon Peserta mengisi isian secara lengkap (Nama, Tanggal lahir, Alamat, Email dll).

C. Tinjauan umum Penerima Bantuan Iuran

Kepersertaan BPJS mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, terdiri ada dua kelompok, yaitu peserta penerima bantuan iuran (PBI) dan peserta bukan PBI. Peserta PBI adalah orang yang tergolong miskin dan tidak mampu, yang preminya akan dibayar oleh pemerintah. Sedangkan yang tergolong bukan penerima bantuan iuran (PBI) yaitu pekerja penerima upah.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa hak dan kewajiban peserta BPJS kesehatan telah diatur dalam Peraturan BPJS Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Hak peserta BPJS kesehatan antara lain :

1. Mendapatkan kartu peserta sebagai identitas peserta untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
2. Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan.
4. Menyampaikan keluhan atau pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis kepada BPJS kesehatan.

Sedangkan kewajiban peserta BPJS kesehatan antara lain :

3. Mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagai peserta BPJS kesehatan.
4. Membayar iuran.
5. Memberikan data dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar.
6. Melaporkan perubahan data dirinya dan anggota keluarganya, antara lain perubahan golongan, pangkat, atau besaran gaji, pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat pertama.

7. Menjaga kartu peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak.
8. Mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan.

Kepersertaan BPJS mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, terdiri dari dua kelompok, yaitu peserta penerima bantuan iuran (PBI) dan peserta bukan PBI. Peserta PBI adalah orang yang tergolong miskin dan tidak mampu, yang preminya akan dibayar oleh pemerintah. Sedangkan yang tergolong bukan penerima bantuan iuran (PBI) yaitu pekerja penerima upah.

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan

- a. Peserta PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
- b. Peserta bukan PBI adalah Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:
 1. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:
 - a. Pegawai Negeri Sipil;
 - b. Anggota TNI;
 - c. Anggota Polri;
 - d. Pejabat Negara;
 - e. Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;
 - f. Pegawai Swasta; dan
 - g. Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah.
 2. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:

- a. Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri dan
 - b. Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.
 - c. Pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
3. Bukan Pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas:
- a. Investor;
 - b. Pemberi Kerja;
 - c. Penerima Pensiun;
 - d. Veteran;
 - e. Perintis Kemerdekaan; dan
 - f. Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e mampu membayar iuran.
4. Penerima pensiun terdiri atas:
- a. Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
 - b. Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
 - c. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
 - d. Penerima Pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c; dan
 - e. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pensiun.
 - f. Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi:
 1. Istri atau suami yang sah dari Peserta; dan

2. Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari Peserta, dengan kriteria: tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (duapuluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan Nasional dapat juga mengikutsertakan anggota keluarga yang lain jika ingin menjai peserta. Peraturan Pemerintah No.101 tahun 2011 mengartikan bahwa Penerima Bantuan Iuran adalah peserta BPJS yang iuran bulanannya ditanggung oleh pemerintah, hal ini dikhususkan kepada masyarakat yang taraf hidupnya masih di garis kemiskinan. Merujuk pada Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2011 Penerima Bantuan Iuran atau (PBI) Adalah fakir miskin dan orang tidak mampu, yang termasuk dalam daftar penerima bantuan iuran JKN, fakir miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber pencaharian atau memiliki sumber pencaharian namun tidak mampu memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak bagi dirinya dan keluarganya. Sedangkan orang tidak mampu adalah orang yang memiliki sumber mata pencaharian, gaji, atau upah dan hanya mampu memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak, namun tidak mampu membayar iuran JKN (Jaminan Kesehatan Nasional).

Pendaftaran peserta JKN berdasarkan Peraturan Pemerintah (PP) No.101 tahun 2011 , dalam pasal 7 disebutkan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan mendaftarkan jumlah nasional PBI jaminan kesehatan yang telah ditetapkan sebagaimana yang dimaksud dalam pasal 5 ayat

(2) sebagai peserta program jaminan kesehatan kepada BPJS kesehatan. Selain itu ada pula fakir miskin dan warga yang tidak mampu yang telah di daftarkan oleh pemerintah berdasarkan SK (Surat Keterangan) dari Gubernur/Bupati/Walikota.

1. Tata cara pendaftaran menjadi peserta penerima bantuan Iuran (PBI)

Berdasarkan Peraturan Pemerintah No.101 tahun 2011 yaitu :

- a. Fotocopy KK (Kartu Keluarga);
- b. Fotocopy KTP (Kartu Tanda Penduduk) seluruh keluarga;
- c. Surat pengantar pembuatan kartu BPJS PBI yang bisa di dapatkan melalui puskesmas terdekat.

Langkah selanjutnya setelah melengkapi persyaratan tersebut adalah dengan cara mendatangi atau mengunjungi kantor BPJS terdekat, selanjutnya petugas akan memberikan jadwal atau nomor antrian untuk proses pembuatan kartu BPJS-PBI.

Peserta program JKN tahap awal tahun 2014 mencakup 121 juta peserta yang terdiri dari 16 juta peserta Askes, 1,2 juta peserta dari unsur TNI dan Polri, 7 juta peserta Jamsostek, 86,4 juta peserta Jamkesmas, dan 11 juta peserta Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Dari jumlah tersebut, sebanyak 86,4 juta peserta dari Jamkesmas menjadi peserta program JKN dengan status Peserta PBI Jaminan Kesehatan yang iurannya dibayar oleh pemerintah dengan sumber dana dari APBN (Anggaran Penerimaan Belanja Negara). Mekanisme penetapan peserta PBI Jaminan Kesehatan diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 101 tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.

Kriteria peserta PBI Jaminan Kesehatan ditetapkan oleh Menteri Sosial setelah berkoordinasi dengan BPS (Badan Pusat Statistik). Hasil pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang dilakukan oleh BPS ditetapkan sebagai Data Terpadu oleh Menteri Sosial setelah berkoordinasi dengan Menteri Keuangan dan lembaga terkait. Data terpadu tersebut merupakan dasar bagi penentuan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan yang kemudian dirinci menurut provinsi dan kabupaten/ kota. Untuk mengukur kemiskinan, BPS menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*). Dengan pendekatan ini, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. Penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran per kapita per bulan di bawah Garis Kemiskinan dikategorikan sebagai penduduk miskin.

Badan Pusat Statistik (BPS) menetapkan 14 (empat belas) kriteria keluarga miskin yang digunakan menjadi acuan bagi penanggulangan masalah kemiskinan seperti program Bantuan Langsung Tunai (BLT) dan penentuan status Penerima Bantuan Iuran (PBI) dalam program JKN. Empat belas kriteria rumah tangga miskin adalah sebagai berikut:

- a. Luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m² per orang.
- b. Jenis lantai bangunan tempat tinggal terbuat dari tanah/ bambu/ kayu murahan.
- c. Jenis dinding tempat tinggal terbuat dari bambu/ rumbia/ kayu berkualitas rendah/ tembok tanpa diplester.
- d. Tidak memiliki fasilitas buang air besar/ bersama dengan rumah tangga lain.
- e. Sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik.
- f. Sumber air minum berasal dari sumur/ mata air tidak terlindung/ sungai/ air hujan.

- g. Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/ arang/ minyak tanah.
- h. Hanya mengkonsumsi daging/ susu/ ayam satu kali dalam seminggu.
- i. Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun.
- j. Hanya sanggup makan sebanyak satu/ dua kali dalam sehari.
- k. Tidak sanggup membayar biaya pengobatan di puskesmas/ poliklinik.
- l. Sumber penghasilan kepala rumah tangga adalah: petani dengan luas lahan 0,5 ha, buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan, atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan di bawah Rp. 600.000 per bulan.
- m. Pendidikan tertinggi kepala rumah tangga: tidak sekolah/ tidak tamat SD/ hanya SD.
- n. Tidak memiliki tabungan/ barang yang mudah dijual dengan nilai Rp500.000 seperti: sepeda motor (kredit/ non-kredit), emas, ternak, kapal motor, atau barang modal lainnya.²¹

Seseorang atau suatu keluarga dapat dikategorikan peserta PBI Jaminan Kesehatan apabila memenuhi 9 (sembilan) dari 14 (empat belas) kriteria tersebut. Penetapan peserta PBI Jaminan Kesehatan sebanyak 86,4 juta peserta lebih kecil dari hasil survey PPLS 2011 yang dilaksanakan oleh BPS sebanyak 96,4 juta jiwa. Hasil survey PPLS 2011 menyebutkan bahwa yang termasuk kategori miskin sebanyak 96,4 juta jiwa yang terdiri atas 86,4 juta warga miskin dan 10 juta jiwa warga rentan miskin akibat jatuh sakit. Jadi, penetapan peserta PBI Jaminan Kesehatan hanya diperuntukkan kepada warga miskin, tidak termasuk warga rentan miskin akibat jatuh sakit. Bahkan Komite Aksi Jaminan Sosial (KAJS) menyatakan bahwa peserta PBI Jaminan Kesehatan tidak hanya 86,4 juta jiwa, melainkan 156 juta jiwa. Jumlah tersebut terdiri dari 96,7 juta orang miskin dan tidak mampu berdasarkan data Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) dan DJSN ditambah 45,5 juta orang peserta Jamkesda (data

²¹ <http://www.Badanpusatstatistik.go.id> "kriteriarumahtanggamiskin". Diakses tanggal 29 Maret 2017. Pukul 14:35 Wib

Kementerian Kesehatan) dan ditambah buruh yang berpenghasilan upah minimum yang juga harus dikategorikan sebagai PBI Jaminan Kesehatan.

BAB III

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Pelayanan Penyedia Pelayanan Kesehatan Kepada Masyarakat Penerima Bantuan Iuran.

Penyelenggaraan kesehatan di masyarakat diperlukan upaya peningkatan pembangunan di bidang kesehatan. Dalam hal ini pemerintah mempunyai fungsi dan tanggung jawab agar tujuan pemerintah di bidang kesehatan dapat mencapai hasil yang optimal melalui penempatan tenaga, sarana, dan prasarana baik dalam hitungan jumlah (kuantitas) maupun mutu (kualitas). Pemerintah bekerjasama dengan berbagai pihak baik dengan pemerintah daerah maupun pihak swasta menjamin peserta BPJS untuk memberikan pelayanan yang maksimal, dalam hal ini pemerintah memberikan kewenangan terhadap rumah sakit, klinik maupun puskesmas untuk melaksanakan amanat undang-undang tersebut.

Berdasarkan Undang-Undang 1945 Pasal 34 mengamanatkan ayat (1) bahwa fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh Negara, sedangkan ayat (3) bahwa Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak dan berdasarkan Undang-Undang 23 tahun 1992 tentang kesehatan yang menetapkan bahwa setiap penduduk mendapatkan pelayanan kesehatan. Selanjutnya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) 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.

Istilah pelayanan berasal dari kata “layan” yang artinya menolong menyediakan segala apa yang diperlukan oleh orang lain untuk perbuatan melayani. Pemerintah membutuhkan satu kebebasan untuk melayani kepentingan masyarakat, untuk dapat bekerja dengan baik maka pemerintah harus dapat bertindak dengan cepat dan dengan inisiatif sendiri, oleh karena itu pemerintah diberikan kewenangan dengan istilah *freies ermessen*. Dengan adanya *freies ermessen* negara memiliki kewenangan yang luas untuk melakukan tindakan hukum untuk melayani kepentingan masyarakat dalam mewujudkan kesejahteraan masyarakatnya.

Pegertian pelayanan publik dapat diartikan sebagai pemberian layanan (melayani) keperluan orang atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sendiri dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan. Pelayanan publik atau pelayanan umum dapat didefinisikan sebagai segala bentuk jasa pelayanan, baik dalam bentuk barang publik maupun jasa publik yang pada prinsipnya menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan oleh instansi pemerintah di pusat, di daerah, dan di lingkungan Badan Usaha Milik Negara atau Badan Usaha Milik Daerah, dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat. Pemerintah menjamin terhadap peserta untuk mendapatkan pelayanan yang memenuhi *standar* dan regulasi seperti pelayanan yang sudah diterapkan oleh negara-negara maju yang akan memberikan manfaat cukup besar bagi para peserta, manfaat jaminan kesehatan nasional (JKN) BPJS meliputi :

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialistik mencakup:

- a. Administrasi pelayanan;
- b. Pelayanan promotif dan preventif;
- c. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis;
- d. Tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif;
- e. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
- f. Transfusi darah sesuai kebutuhan medis;
- g. Pemeriksaan penunjang diagnosis laboratorium tingkat pertama;
- h. Rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi;²²

2. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan mencakup:

- a. Rawat jalan, meliputi:
 1. Administrasi pelayanan;
 2. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan sub *spesialis*;
 3. Tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis;
 4. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 5. Pelayanan alat kesehatan *implant*;
 6. Pelayanan penunjang *diagnostic* lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 7. Rehabilitasi medis;
 8. Pelayanan darah;
 9. Pelayanan kedokteran forensik;
 10. Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan;
- b. Rawat Inap yang meliputi:
 1. Perawatan inap non intensif;
 2. Perawatan inap di ruang intensif;
 3. Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.²³

Pelayanan yang akan diperoleh oleh Peserta JKN yang diberikan oleh penyedia pelayanan kesehatan terbagi menjadi Ada 2 (dua) jenis, yaitu berupa pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non

²² <http://www.bpjs-kesehatan.go.id/statis-13-manfaat.html> di akses tanggal 27 Maret 2017 pukul 16:40 Wib

²³ *Ibid.*

medis). Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.²⁴

Prosedur Pelayanan Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertama-tama harus memperoleh pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama. Bila Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka hal itu harus dilakukan melalui rujukan oleh Fasilitas Kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis. Dalam hal Kompensasi Pelayanan Bila di suatu daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi, yang dapat berupa: penggantian uang tunai, pengiriman tenaga kesehatan atau penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu. Penggantian uang tunai hanya digunakan untuk biaya pelayanan kesehatan dan transportasi.

Penyelenggara pelayanan kesehatan yang dijelaskan dalam buku ini adalah meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS baik fasilitas kesehatan milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta yang memenuhi persyaratan.²⁵

Pemerintah memberikan kesamaan dalam hal pelayanan kepada masyarakat penerima bantuan iuran (PBI) maupun bukan penerima bantuan iuran baik dari segi manfaat yang didapatkan maupun fasilitas lain yang belum dijelaskan dalam Undang-Undang maupun peraturan pelaksana lainnya. Hal ini dilakukan untuk mengurangi kesenjangan sosial sebab seluruh warga negara

²⁴. Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, halaman: 29.

²⁵. *Ibid*, halaman 30.

dijamin memiliki hak yang sama sesuai dengan amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Kenyataannya dalam praktek di lapangan sering sekali kita jumpai hal-hal yang tidak sesuai dengan apa yang sudah diatur dan tertera di dalam Undang-Undang maupun peraturan pelaksana lainnya. Banyak sekali dalam prakteknya kita menjumpai kendala yaitu ada rumah sakit maupun penyedia pelayanan kesehatan yang menolak pasien peserta penerima bantuan iuran.

Kendala dan praktek dilapangan inilah yang sering kali menyebabkan kurangnya kepercayaan dari masyarakat terhadap penyedia pelayanan kesehatan. Masyarakat menganggap hal ini merupakan suatu kegagalan pemerintah dalam hal menjamin kesehatan kepada setiap warga negaranya khususnya kepada masyarakat yang tergolong sebagai peserta penerima bantuan iuran. Lembaga negara yaitu BPJS sebagai badan penyedia jaminan kesehatan dianggap tidak mampu untuk mengawasi dan memberikan fungsi sebagaimana yang diamanatkan oleh Undang-Undang. Hal inilah yang memberikan efek kepada BPJS sebagai badan penjamin kesehatan di Indonesia untuk semakin berbenah dan melakukan koreksi kepada pihak-pihak terkait untuk lebih meningkatkan pengawasan dan semakin memperketat bentuk kerjasama kepada para penyedia pelayanan kesehatan agar tidak terjadi permasalahan seperti ini di kemudian hari khususnya kepada pihak swasta yang banyak dicap dan diduga melakukan pelanggaran semacam hal tersebut diatas.

Proses dan persyaratan untuk menjadi penyedia pelayanan kesehatan kepada masyarakat semakin diperketat agar tidak terjadi hal yang tidak diinginkan

dan pelanggaran terhadap jaminan kesehatan nasional, namun banyak sekali oknum-oknum yang tidak bertanggung jawab mengambil kesempatan kepada masyarakat khususnya kepada peserta penerima bantuan iuran. Pemerintah semakin giat untuk memberantas pelanggaran dan kecurangan yang dilakukan oleh oknum yang tidak bertanggung jawab tersebut.

Masyarakat dalam hal ini juga harus aktif untuk mengawasi praktek kecurangan yang dilakukan oleh oknum-oknum tersebut yang memanfaatkan situasi untuk mengeruk keuntungan kepada penerima bantuan iuran. Jika terdapat pelanggaran dan kecurangan masyarakat harus melaporkan dan memberitahukan kepada pihak terkait agar pelanggaran tersebut dapat dicegah dan dilakukan tindakan secepat mungkin. Terlebih lagi kita sering kali mendengar praktek kecurangan dan pelanggaran yang dilakukan oleh oknum di rumah sakit yang sejatinya merupakan fasilitas publik untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat, mereka kadang memberikan perlakuan yang berbeda-beda terhadap peserta PBI dan Non PBI.

Rumah sakit adalah salah satu organisasi umum publik yang bergerak dalam bidang pelayanan jasa kesehatan yaitu melaksanakan tugas yang mengutamakan atau mementingkan upaya penyembuhan dan pemulihan yang telah dilaksanakan secara serasi dan terpadu oleh pihak rumah sakit dalam upaya peningkatan dan pencegahan penyakit serta upaya perbaikan. Menurut Permenkes Nomor 147 Tahun 2010 rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan rawat darurat. Sedangkan

menurut Permenkes No. 1045/MENKES/PER/XI/2006 rumah sakit merupakan suatu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan rawat inap dan rawat jalan yang memberikan pelayanan kesehatan jangka pendek dan panjang yang terdiri dari *observasi, teurapeutik, rehabilitattif* untuk orang yang menderi sakit, cedera dan melahirkan sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk tenaga kesehatan dan penelitian. Rumah sakit dalam bahasa Inggris disebut *hospital*. Kata *hospital* berasal dari kata bahasa Latin *hospitali* yang berarti tamu. Secara lebih luas kata itu bermakna menjamu para tamu. Rumah Sakit adalah salah satu saran kesehatan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Upaya kesehatan yang diselenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*) dan pemulihan kesehatan (*rehabilitative*) yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.²⁶

Menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit: “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit juga menegaskan pengertian lain seperti pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat adalah sebagai berikut :

²⁶Charles J.P.Siregar, *Farmasi Rumah Sakit Teori dan Penerapan*, Kedokteran EGC, Jakarta. 2003, halaman: 7.

Pasal 1 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

- a. Rawat inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit pemerintah dan swasta, serta puskesmas perawatan dan rumah bersalin, yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap.
- b. Pelayanan rawat jalan adalah suatu bentuk dari pelayanan kedokteran. Secara sederhana yang dimaksud dengan pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam bentuk rawat inap. Pelayanan rawat jalan ini termasuk tidak hanya yang diselenggarakan oleh sarana pelayanan kesehatan yang telah lazim dikenal rumah sakit atau klinik, tetapi juga yang diselenggarakan di rumah pasien serta di rumah perawatan.
- c. Pelayanan gawat darurat adalah bagian dari pelayanan kedokteran yang dibutuhkan oleh penderita dalam waktu segera untuk menyelamatkan kehidupannya. Unit kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan gawat darurat disebut Unit Gawat Darurat. Tergantung dari kemampuan yang dimiliki, keberadaan unit gawat darurat (UGD) tersebut dapat beraneka macam, namun yang lazim ditemukan adalah yang tergabung dalam rumah sakit.

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada Pasal 18 juga menjabarkan bahwa rumah sakit dapat dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya yaitu, sebagai berikut :

Pasal 18 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

- A. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.
 1. Rumah sakit umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit;
 2. Rumah sakit khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.
- B. Berdasarkan pengelolaannya rumah sakit dibagi menjadi Rumah Sakit Publik dan Rumah Sakit Privat yaitu sebagai berikut :
 1. Rumah sakit publik dapat dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba yang diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dengan tidak dapat dialihkan menjadi Rumah Sakit Privat.

2. Rumah sakit privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero.
- C. Berdasarkan Kepemilikan terdiri atas Rumah Sakit pemerintah, Rumah Sakit yang langsung dikelola oleh Departemen Kesehatan Klasifikasi berdasarkan kepemilikan terdiri atas Rumah Sakit pemerintah; terdiri dari:
1. Rumah sakit yang langsung dikelola oleh Departemen Kesehatan, Rumah Sakit pemerintah daerah, Rumah Sakit militer, Rumah Sakit BUMN, dan Rumah Sakit swasta yang dikelola oleh masyarakat.
 2. Berdasarkan jenis pelayanan, klasifikasi berdasarkan jenis pelayanannya, rumah sakit terdiri atas:
Rumah Sakit Umum, memberi pelayanan kepada pasien dengan beragam jenis penyakit dan Rumah Sakit Khusus, memberi pelayanan pengobatan khusus untuk pasien dengan kondisi medik tertentu baik bedah maupun non bedah. Contoh: rumah sakit kanker, rumah sakit bersalin.
 3. Berdasarkan lama tinggal, Rumah sakit terdiri atas :
Rumah sakit perawatan jangka pendek yang merawat penderita kurang dari 30 hari dan rumah sakit perawatan jangka panjang yang merawat penderita dalam waktu rata-rata 30 hari.
 4. Klasifikasi berdasarkan status akreditasi
Berdasarkan status akreditasi terdiri atas rumah sakit yang telah diakreditasi dan rumah sakit yang belum diakreditasi. Rumah sakit telah diakreditasi adalah rumah sakit yang telah diakui secara formal oleh suatu badan sertifikasi yang diakui, yang menyatakan bahwa suatu rumah sakit telah memenuhi persyaratan untuk melakukan kegiatan tertentu.
 5. Klasifikasi Rumah Sakit Umum Pemerintah
Rumah sakit Umum Pemerintah pusat dan daerah diklasifikasikan menjadi Rumah sakit kelas A, B, C, dan D. Klasifikasi tersebut didasarkan pada unsur pelayanan, ketenagaan, fisik dan peralatan.
 - a. Rumah sakit umum kelas A, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisistik luas dan subspecialistik luas.
 - b. Rumah sakit umum kelas B, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang-kurangnya sebelas spesialisistik dan subspecialistik terbatas.
 - c. Rumah sakit umum kelas C, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisistik dasar.
 - d. Rumah sakit umum kelas D, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik.

Berangkat dan melihat dari penjelasan diatas diputuskanlah bahwa Rumah sakit merupakan salah satu Penyedia Pelayanan kesehatan yang telah diakui dan memang fasilitas publik penjamin kesehatan para peserta JKN yang

diselenggarakan oleh negara melalui BPJS yang menjadi badan resminya, baik terhadap peserta penerima bantuan iuran maupun non penerima bantuan iuran. Pelayanan peserta BPJS PBI (Penerima Bantuan Iuran) adalah suatu rangkaian aktivitas kerja untuk menjalankan suatu pekerjaan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan atau tenaga medis dalam upaya memenuhi kebutuhan kesehatan kepada masyarakat miskin dan tidak mampu yang dilaksanakan oleh rumah sakit melalui rawat inap, rawat jalan dan instalasi rawat darurat yang terdiri dari prosedur pelayanan, waktu penyelesaian, sarana dan prasarana, serta kompetensi petugas pemberi pelayanan yang dilaksanakan oleh Rumah Sakit. Berdasarkan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik disebutkan bahwa penyelenggaraan pelayanan harus memenuhi beberapa prinsip sebagai berikut:

1. KesederhanaanKejelasan :
 - a. Dalam hal persyaratan teknis dan administrasi
 - b. Unit kerja/ pejabat yang berwenang dan bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan dan penyelesaian keluhan/ persoalan/ sengketa dalam penyelenggaraan pelayanan publik.
 - c. Rincian biaya pelayanan publik dan tata cara pembayaran.
2. Kepastian Waktu;
3. Akurasi;
4. Keamanan;
5. Tanggung jawab;
6. Kelengkapan sarana dan prasarana;

7. Kemudahan akses;
8. Kedisiplinan, Kesopanan dan Keramahan;
9. Kenyamanan.

Pemerintah juga melakukan pengaturan sehingga dapat mewujudkan suatu pelayanan kesehatan yang maksimal bagi para peserta BPJS baik peserta PBI maupun non peserta PBI. Aturan yang tertera dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan menyebutkan bahwa Pelayanan Kesehatan menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 1 ayat (11) upaya atau pelayanan kesehatan adalah setiap kegiatan dan/ atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/ atau masyarakat. Karena itu dalam pelaksanaannya harus sesuai dengan *standar* pelayanan publik. Dalam Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik setiap penyelenggaraan pelayanan publik harus memiliki *standar* pelayanan dan dipublikasikan sebagai jaminan adanya kepastian bagi penerima layanan. *Standar* pelayanan merupakan ukuran yang dibakukan dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang wajib ditaati oleh pemberi dan atau penerima pelayanan. *Standar* pelayanan tersebut meliputi :

1. Prosedur pelayanan
2. Waktu penyelesaian
3. Biaya pelayanan
4. Produk pelayanan

5. Sarana dan prasarana
6. Kompetensi petugas pemberi pelayanan.

Penerapan standar pelayanan tersebut dilakakukan selain harus memenuhi petunjuk dari Undang-Undang dan peraturan pelaksana sebagai pedoman juga harus berdasarkan asas, untuk dapat memberikan pelayanan yang memuaskan bagi pengguna jasa, penyelenggaraan pelayanan harus memenuhi asas-asas pelayanan yang terdapat dalam Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik , yaitu :

- a. Transparansi.
- b. Akuntabilitas.
- c. Kondisional.
- d. Partisipatif.
- e. Kesamaan hak.
- f. Keseimbangan hak dan kewajiban.

Masyarakat yang merupakan peserta penerima bantuan iuran maupun non penerima bantuan iuran memiliki hak dan kewajiban yang sama dalam hal pelayanan kesehatan di negara Indonesia, hal ini sesuai dengan yang tercantum dan tertulis baik dalam amanat Undang-Undang maupun peraturan-peraturan pelaksana lainnya menyangkut tentang pelayanan kesehatan dan hak untuk hidup sehat di Indonesia. Hal ini sesuai dengan apa yang dijelaskan oleh Pimpinan BPJS di kota medan sebagai bahan pertimbangannya, diambillah beberapa komentar beliau disaat penulis melakukan wawancara dan observasi. Dalam dalam kesempatan itu beliau mengatakan “bahwa fungsi dan peran BPJS terhadap

masyarakat penerima bantuan iuran sama dengan Peserta Mandiri tidak di bedakan”.²⁷

Narasumber sesi wawancara yang dibebaskan beberapa pertanyaan pada kesempatan ini, juga mengatakan bahwa “dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, diantaranya disebutkan bahwa: Kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu ditetapkan oleh Menteri Sosial setelah berkoordinasi dengan Menteri dan/ atau pimpinan lembaga terkait. Hasil pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu yang dilakukan oleh lembaga yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang statistik (BPS) diverifikasi dan divalidasi oleh Menteri Sosial untuk dijadikan data terpadu. Data terpadu yang ditetapkan oleh Menteri Sosial dirinci menurut provinsi dan kabupaten/kota dan menjadi dasar bagi penentuan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan Menteri Kesehatan mendaftarkan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan sebagai peserta program Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Untuk tahun 2014, peserta PBI JKN berjumlah 86,4 juta jiwa yang datanya mengacu pada Basis Data Terpadu (BDT) hasil Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) yang dilaksanakan pada tahun 2011 oleh BPS dan dikelola oleh Sekretariat Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K). Namun demikian, mengingat sifat data kepesertaan yang dinamis, dimana terjadi kematian, bayi baru lahir, pindah alamat, atau peserta adalah PNS, maka Menteri Kesehatan mengeluarkan Surat Edaran Nomor 149 tahun 2013 yang memberikan kesempatan kepada Pemerintah Daerah untuk mengusulkan peserta pengganti

²⁷. Wawancara dengan staff hukum dan komunikasi publik di kantor BPJS kota Medan tanggal 20 Maret 2017.

yang jumlahnya sama dengan jumlah peserta yang diganti. Adapun peserta yang dapat diganti adalah mereka yang sudah meninggal, merupakan PNS/TNI/POLRI, pensiunan PNS/TNI/POLRI, tidak diketahui keberadaannya, atau peserta memiliki jaminan kesehatan lainnya. Disamping itu, sifat dinamis kepesertaan ini juga menyangkut perpindahan tingkat kesejahteraan peserta, sehingga banyak peserta yang dulu terdaftar sebagai peserta Jamkesmas saat ini tidak lagi masuk ke dalam BDT". Sama seperti apa yang disebutkan dalam wawancara narasumber terhadap peserta penerima bantuan iuran, di dalam peraturan pelaksana pemerintah juga menyebutkan bahwa hak peserta sesuai dengan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Pasal 25 tentang hak dan kewajiban peserta yaitu :

1. Setiap peserta mempunyai hak untuk:
 - a. mendapatkan identitas peserta;
 - b. mendapatkan Nomor *Virtual Account* ;
 - c. memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;
 - d. memperoleh manfaat Jaminan Kesehatan;
 - e. menyampaikan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan yang bekerja sama;
 - f. mendapatkan informasi pelayanan kesehatan; dan
 - g. mengikuti program asuransi kesehatan tambahan.

2. Manfaat Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan dan dilakukan oleh penyelenggara pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Kewajiban peserta tertera dalam pasal 26 yaitu

- a. membayar iuran;
- b. melaporkan perubahan data kepesertaan;
- c. melaporkan perubahan status kepesertaan; dan
- d. melaporkan kerusakan dan/atau kehilangan kartu identitas Peserta Jaminan Kesehatan.

Menteri Kesehatan melalui Surat Edaran Nomor HK/Menkes/32/I/2014 tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan bagi Peserta BPJS Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan yang mulai berlaku sejak 1 Januari 2014 menjelaskan tentang Penjaminan terhadap bayi baru lahir dilakukan dengan ketentuan:

1. Bayi baru lahir dari peserta PBI secara otomatis dijamin oleh BPJS Kesehatan. Bayi tersebut dicatat dan dilaporkan kepada BPJS Kesehatan oleh fasilitas kesehatan untuk kepentingan rekonsiliasi data PBI
2. Bayi anak ke-1 (satu) sampai dengan anak ke-3 (tiga) dari peserta pekerja penerima upah secara otomatis dijamin oleh BPJS Kesehatan
3. Bayi baru lahir dari:

- 1) Peserta pekerja bukan penerima upah;
- 2) Peserta bukan pekerja; dan
- 3) Anak ke-4 (empat) atau lebih dari peserta penerima upah, dijamin hingga hari ke-7 (tujuh) sejak kelahirannya dan harus segera didaftarkan sebagai peserta. Apabila bayi sebagaimana dimaksud dalam huruf c tidak didaftarkan hingga hari ke-7 (tujuh) sejak kelahirannya, mulai hari ke-8 (delapan) bayi tersebut tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan.

Tahapan pelayanan merupakan hal yang paling penting dalam hal memenuhi layanan untuk peserta oleh karenanya peserta diharapkan untuk selalu membawa kartu BPJS Kesehatan ketika Anda akan berobat di fasilitas kesehatan tingkat pertama peserta terdaftar (Puskesmas, dokter keluarga, klinik TNI/Polri, dan fasilitas kesehatan setingkat). Fasilitas kesehatan tingkat pertama ini peserta akan mendapatkan layanan kesehatan sesuai kompetensi dan kapasitas fasilitas kesehatan di tingkat pertama tersebut (seperti konsultasi kesehatan, laboratorium klinik dasar dan obat-obatan). Jika diperlukan, setelah pemeriksaan awal belum sembuh, maka kita bisa meminta rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk mendapatkan layanan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (Rumah Sakit Pemerintah, Rumah Sakit Swasta, Rumah Sakit TNI-Polri yang sudah bekerjasama dengan BPJS kesehatan).

Pelayanan terhadap peserta di fasilitas kesehatan Tingkat lanjutan, peserta menunjukkan kartu BPJS Kesehatan dan surat rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama kepada petugas BPJS kesehatan Center. Selanjutnya petugas

akan menerbitkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang merupakan dokumen yang menyatakan bahwa peserta dirawat dengan biaya BPJS Kesehatan. Setelah mendapatkan SEP, pasien akan mendapatkan pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan, baik untuk pelayanan rawat jalan ataupun rawat inap. Apabila penyakit pasien dapat ditangani tanpa harus mendapatkan perawatan inap, pasien boleh pulang atau dirujuk kembali ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Sedangkan untuk pasien dengan penyakit kronis, dapat masuk ke dalam program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama tersebut. Dalam hal tahapan pelayanan dapat kita jumpai pada bagan berikut.

Peserta yang berada dalam kondisi gawat darurat bisa langsung mendapatkan layanan dari fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, tanpa membawa rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama. Ketidaktahuan serta kurang pemahaman kita tentang kondisi gawat darurat terkadang menjadi salah satu hambatan dalam mendapatkan layanan BPJS Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Lanjutan. Oleh karena itu Informasi Pekerja Kota Tasikmalaya mencoba mengungkap sedikit tentang Gawat Darurat yang diperoleh dari sumber-sumber medis. Gawat darurat adalah Suatu keadaan yang terjadinya mendadak mengakibatkan seseorang atau banyak orang memerlukan penanganan/pertolongan segera dalam arti pertolongan secara cermat, tepat dan cepat. Apabila tidak mendapatkan pertolongan semacam itu maka korban akan mati atau cacat/kehilangan anggota tubuhnya seumur hidup.

Keadaan darurat adalah keadaan yang terjadinya mendadak, sewaktu-waktu/kapan saja, terjadi dimana saja, dan dapat menyangkut siapa saja sebagai akibat dari suatu kecelakaan, suatu proses medik atau perjalanan suatu penyakit. Penyebab kegawatan adalah Segala sesuatu bisa berupa penyakit maupun trauma yang menyebabkan ancaman terhadap fungsi-fungsi vital tubuh antara lain :

- a. Jalan nafas dan fungsi nafas
- b. Fungsi sirkulasi
- c. Fungsi otak dan kesadaran.²⁸

Kriteria pasien gawat darurat adalah mengalami kegawatan yang menyangkut:

- a. Terganggunya jalan nafas, antara lain sumbatan jalan nafas oleh benda asing, asma berat, spasme laryngeal, trauma muka yang mengganggu jalan nafas dan lain-lain
- b. Terganggunya fungsi pernafasan, antara lain trauma thorak (tension pneumotorak, masif hematotorak, emfisema, fraktur flail chest, fraktur iga), paralisis otot pernafasan karena obat atau penyakit dan lain-lain
- c. Terganggunya fungsi sirkulasi antara lain syok (hipovolumik, kardiogenik, anafilaksis, sepsis, neurogenik), tamponade jantung dan lain-lain
- d. Terganggunya fungsi otak dan kesadaran antara lain stroke dengan penurunan kesadaran, trauma capitis dengan penurunan kesadaran, koma diabetika, koma uremikum, koma hepatikum, infeksi otak, kejang dan lain-lain.²⁹

Hal-hal tersebut diatas merupakan acuan dasar dan penguatan serta pernyataan yang dapat di upayakan sebagai tindakan peserta untuk mendapatkan layanan kesehatan khususnya penerima bantuan iuran, karena dari strukturnya tidak dibedakan layanan kepada peserta baik PBI maupun Non PBI. Tidak selamanya upaya kita berhasil sesuai yang diharapkan, apabila tetap terjadi

²⁸. *Op.Cit* <http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs>.

²⁹. *Ibid*

hambatan-hambatan dalam layanan dari fasilitas kesehatan, kita juga bisa langsung menyampaikan keluhan di BPJS baik melaporkan secara langsung, melalui telepon ataupun layanan lain yang telah diberitahukan dan disosialisasikan kepada para peserta, karena selain BPJS melakukan pengawasan, peserta diharapkan partisipasinya untuk dapat mengawasi secara maksimal terhadap penyedia pelayanan kesehatan, pengawasan terhadap penyedia pelayanan kesehatan terhadap peserta akan dijelaskan lebih lanjut dan terperinci dalam pembahasan selanjutnya.

B. Pengawasan Bpjs Terhadap Penyedia Pelayanan Kesehatan Kepada Masyarakat Penerima Bantuan Iuran.

Pengawasan terhadap penyedia pelayanan kesehatan harus dilakukan dan merupakan proses yang sangat penting dari penyelenggaraan jaminan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah terhadap para peserta. Demikian dalam hal pelayanan, pengawasan juga sama saja perlakuannya baik bagi peserta penerima bantuan iuran maupun non penerima bantuan iuran.

BPJS bekerjasama dengan berbagai pihak terkait untuk memberikan fasilitas pelayanan kepada para peserta JKN yang dikelola oleh BPJS harus memberikan *regulasi* dan kebijakann yang dapat menguntungkan kedua belah pihak yaitu pihak peserta dan pihak penyedia layanan. Kerjasama yang dilakukan oleh BPJS selaku badan negara yang berhak mengurus kesehatan wajib melakukan *verifikasi* dan pemeriksaan serta melakukan proses ketat untuk menjadi pihak penyedia layanan kesehatan terhadap para peserta, agar tidak

melakukan kecurangan dan pelanggaran. Keputusan untuk bekerjasama terhadap penyedia layanan kesehatan oleh BPJS tidak hanya dilakukan terhadap pihak pemerintahan daerah saja atau instansi pemerintahan saja, tetapi juga pihak swasta yang menjadi mitra BPJS dalam memberikan pelayanan kepada pesertanya. Pemerintah memberikan aturan yang jelas melalui permenkes (peraturan menteri kesehatan) No.28 Tahun 2014 untuk berbagai kerjasama yang dilakukan terkait penyedia pelayanan kesehatan.

Keputusan ini dilakukan oleh pemerintah untuk melakukan pencegahan secara dini terhadap kecurangan dan pelanggaran yang dilakukan oleh pihak penyedia layanan kesehatan sehingga dapat diminimalisir sekecil mungkin. BPJS tidak sendirinya mengawasi hal tersebut. BPJS melakukan kerjasama dengan Pemerintah daerah dalam hal ini dinas kesehatan. Dinas kesehatan memang sudah memiliki kewajiban untuk melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit, namun seringkali fungsi pembinaan dan pengawasan tersebut belum berjalan optimal karena banyak kendala di lapangan juga termasuk adanya konflik kepentingan yang asimetris antara penyelenggara negara (aparatur) dengan masyarakat. Penulis memiliki usul dan saran untuk pembentukan BPRS (Badan Pengawas Rumah Sakit) diseluruh propinsi di Indonesia. Selanjutnya harus dibentuk cabang-cabang BPRS Propinsi di setiap Kabupaten/Kota seluruh Indonesia. Terakhir dengan pemberian penguatan fungsi dan peran BPRS Propinsi dan cabang-cabangnya dengan membekali dengan kewenangan melakukan tindakan yang bersifat teguran ataupun sanksi administratif dan bukan hanya sekedar memberi rekomendasi kepada dinas kesehatan propinsi ataupun dinas

kesehatan kabupaten/ kota. Diperlukan badan pengawas yang bersifat independen dan melibatkan masyarakat sebagai pengguna layanan rumah sakit dengan dibekali kewenangan untuk melakukan "eksekusi administrasi" terhadap rumah sakit.

Ketentuan terkait pelarangan pembatasan kuota jumlah tempat tidur di rumah sakit perlu dipertegas secara eksplisit dari sekedar "himbauan" pada tingkat peraturan menteri kesehatan, namun harus ditegaskan lagi dengan produk hukum yang lebih kuat seperti peraturan presiden (Perpres) ataupun setingkat intruksi presiden (Inpres). Selanjutnya tinggal membangun keselarasan yang lebih kuat antara BPRS dengan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dalam melakukan fungsi pengawasan kepada rumah sakit yang sudah berkerjasama dengan BPJS guna menjamin keberlangsungan pelayanan dan peningkatan mutu layanan rumah sakit.

Prosedur pengawasan yang dilakukan oleh BPJS terhadap penyedia pelayanan kesehatan sebenarnya secara hakiki berdasarkan oleh laporan masyarakat dan peserta BPJS itu sendiri. Sebab pesertalah yang lebih banyak mengetahui kecurangan dan pelanggaran yang dilakukan oleh para pihak penyedia layanan kesehatan. Hal ini sebenarnya sejalan dengan apa yang dikatakan oleh narasumber dari pihak BPJS kota medan yang memerikan informasi saat wawancara, beliau mengatkan bahwa "Prosedur pengawasan yang dilakukan BPJS terhadap penyedia pelayanan kesehatan berdasarkan Laporan dari peserta

BPJS dan di setiap rumah sakit ada BPJS center yang bertugas mengawasi langsung rumah sakit”.³⁰

Pemerintah juga memberikan aturan terhadap kecurangan yang dilakukan oleh pihak terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional sebagaimana yang telah diatur di dalam Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No.7 Tahun 2016 tentang Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Pasal 5 ayat (3) Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No.7 Tahun 2016 tentang Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan, menyatakan bahwa tindakan kecurangan dalam Jaminan Kesehatan Nasional yang dapat dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKTP meliputi:

Pasal 5 ayat (3) Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No.7 Tahun 2016 tentang Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.

- a. Memanfaatkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. Memanipulasi klaim pada pelayanan yang dibayar secara non kapitasi;
- c. Menerima komisi atas rujukan ke FKRTL;
- d. Menarik biaya dari peserta yang seharusnya telah dijamin dalam biaya kapitasi dan/atau non kapitasi sesuai standar tarif yang ditetapkan;
- e. Melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu; dan/atau
- f. Tindakan kecurangan lainnya selain huruf a sampai dengan huruf e.³¹

Pasal 5 ayat (4) juga menyatakan tindakan kecurangan dalam Jaminan Kesehatan Nasional yang dapat dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKRTL meliputi:

³⁰. Wawancara dengan staff hukum dan komunikasi publik di kantor BPJS kota Medan tanggal 20 Maret 2017.

- a. Penulisan kode diagnosis yang berlebihan/ *upcoding*;
- b. Penjiplakan klaim dari pasien lain/ *cloning*;
- c. Klaim palsu/ *phantom billing*;
- d. Penggelembungan tagihan obat dan alkes/ *inflated bills*;
- e. Pemecahan episode pelayanan/ *services unbundling or fragmentation*;
- f. Rujukan semu/ *selfs-referrals*;
- g. Tagihan berulang/ *repeat billing*;
- h. Memperpanjang lama perawatan/ *prolonged length of stay*;
- i. Memanipulasi kelas perawatan/ *type of room charge*;
- j. Membatalkan tindakan yang wajib dilakukan/ *cancelled services*;
- k. Melakukan tindakan yang tidak perlu/ *no medical value*;
- l. Penyimpangan terhadap standar pelayanan/ *standard of care*;
- m. Melakukan tindakan pengobatan yang tidak perlu/ *unnecessary treatment*;
- n. Menambah panjang waktu penggunaan ventilator;
- o. Tidak melakukan visitasi yang seharusnya/ *phantom visit*;
- p. Tidak melakukan prosedur yang seharusnya/ *phantom procedures*;
- q. Admisi yang berulang/ *readmisi*;
- r. Melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu;
- s. Meminta *cost sharing* tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- t. Tindakan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional lainnya selain huruf a sampai dengan huruf s.

Pasal 5 ayat (5) juga menyatakan tindakan kecurangan dalam Jaminan Kesehatan Nasional yang dapat dilakukan oleh penyedia obat dan alat kesehatan meliputi:

- a. Tidak memenuhi kebutuhan obat dan/atau alat kesehatan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan;
- b. Melakukan kerjasama dengan pihak lain mengubah obat dan/atau alat kesehatan yang tercantum dalam *e-catalog* dengan harga tidak sesuai dengan *e-catalog*; dan/ atau
- c. Melakukan tindakan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional lainnya selain huruf a dan huruf b.

Pencegahan dari tindakan-tindakan kecurangan yang dilakukan oleh penyedia layanan kesehatan sebaiknya perlu dilakukan sedini dan secepat mungkin sebelum terjadi tindakan yang *fatal*/ berbahaya, tetapi kalaupun kita bisa lihat peserta sendirilah yang kerap ingin mendapatkan keuntungan dari

serangkaian tindakan medis yang dilakukan oleh rumah sakit, sebab itu terhadap peserta juga akan diawasi dan dilakukan tindakan, karena ini merupakan khusus di bidang kesehatan yang menyangkut dengan nyawa manusia atau peserta itu sendiri, oleh karenanya di dalam peraturan ini juga terdapat tindakan yang diambil oleh peserta terkait pengelolaan pencegahan kecurangan jaminan kesehatan nasional yang dilakukan oleh peserta, tercantum dalam pasal 12 Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No.7 Tahun 2016 tentang Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan, BPJS melakukan tindakan preventif atas kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh Peserta dengan cara:

- a. Membuat komitmen dengan Fasilitas Kesehatan untuk tidak menerima gratifikasi dari Peserta yang dituangkan dalam perjanjian kerjasama;
- b. Melakukan edukasi secara langsung maupun tidak langsung, kepada Peserta, Fasilitas Kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya; dan/atau
- c. Mewajibkan Fasilitas Kesehatan melakukan pengecekan kartu identitas Peserta Jaminan Kesehatan Nasional dengan bukti identitas lain sebelum Peserta memperoleh pelayanan kesehatan.

Ketentuan mengenai pengawasan penyedia layanan kesehatan telah diatur sedemikian rupa oleh Pemerintah, namun untuk BPJS itu sendiri sebaiknya memang perlu juga dilakukan pengawasan, terhadap BPJS sendiri pengawasannya telah diatur secara menyeluruh dalam Undang-Undang No.24 tahun 2011 di dalam pasal 39. Pengawasan terhadap BPJS dilakukan secara internal dan

eksternal. Pengawasan internal dilaksanakan oleh organ pengawas di dalam organisasi BPJS. Terdapat dua organ pengawasan dalam organisasi BPJS yaitu Dewan Pengawas dan Satuan Pengawas Internal. Pengawasan eksternal dilaksanakan oleh lembaga yang berwenang melakukan pengawasan terhadap BPJS Kesehatan. Lembaga yang berwenang mengawasi BPJS adalah Dewan Jaminan Sosial Nasional dan lembaga pengawas independen. Undang-Undang BPJS menetapkan lembaga pengawas independen adalah Otoritas Jasa Keuangan. Dalam hal tertentu sesuai dengan kewenangannya, Badan Pemeriksa Keuangan dapat melakukan pemeriksaan BPJS Kesehatan. Diperlukan pengawasan ini untuk menghindari penyimpangan-penyimpangan yang malah dilakukan oleh lembaga negara ini sendiri. Oleh karenanya campur tangan masyarakat juga di perlukan untuk lebih meningkatkan kinerja dari lembaga/badan maupun institusi yang menyediakan pelayanan kesehatan agar dapat terjaminnya dan terwujudnya cita-cita masyarakat sehat di Indonesia. BPJS juga melakukan tindakan preventif atas kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan sesuai dengan pasal 18, Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No.7 Tahun 2016 tentang Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan yaitu:

- a. Mencantumkan klausul upaya pencegahan tindakan kecurangan dalam perjanjian kerjasama dan pakta integritas;
- b. melakukan sosialisasi upaya pencegahan kecurangan;
- c. memasang media informasi baik cetak maupun elektronik; dan/ atau

- d. meningkatkan tata kelola yang baik antara BPJS Kesehatan, FKTP dan Dinas Kesehatan.

Ketentuan lain terkait kecurangan yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan masih diatur secara tegas dalam Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No.7 Tahun 2016 tentang Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan baik yang terdapat pada pasal 19 sampai dengan pasal 21.

Selanjutnya dalam peraturan ini juga memuat beberapa sanksi sampai dengan pemberhentian kerjasama terhadap pemberi pelayanan kesehatan baik di pihak swasta maupun pemerintah daerah yang terkait dan terbukti melakukan kecurangan. Pasal 19 juga menyatakan BPJS Kesehatan melakukan tindakan preventif atas kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKRTL dengan cara:

- a. Mencantumkan klausul upaya pencegahan tindakan kecurangan dalam perjanjian kerjasama dan pakta integritas;
- b. Melakukan sosialisasi kebijakan dan regulasi yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya;
- c. Memasang media informasi baik cetak maupun elektronik;
- d. Meningkatkan tata kelola yang baik antara BPJS Kesehatan, FKRTL, Dinas Kesehatan, Asosiasi Fasilitas Kesehatan, dan Organisasi Profesi;
- e. Melakukan monitoring dan evaluasi; dan/ atau

- f. Melakukan koordinasi dengan Pimpinan FKRTL dan Dinas Kesehatan terkait adanya indikasi kecurangan yang terjadi di FKRTL.

Selanjutnya dalam Pasal 20 BPJS Kesehatan melakukan pendeteksian atas kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL dengan cara:

- a. Melakukan deteksi dini kecurangan JKN berdasarkan data klaim pelayanan kesehatan;
- b. Melakukan penelusuran atas laporan dari *whistle blower*; dan/atau
- c. Menyampaikan hasil analisa data sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 dan hasil audit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 yang terindikasi tindakan kecurangan kepada Pimpinan FKTP atau Pimpinan FKRTL.

Terakhir dalam Pasal 21, BPJS Kesehatan melakukan penanganan atas kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL dengan cara:

- a. Dalam hal berdasarkan hasil pendeteksian tindakan kecurangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ditemukan adanya indikasi kecurangan yang dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan, Tim PK-JKN di Kantor Cabang melakukan penelusuran;
- b. Hasil penelusuran Tim PK-JKN di Kantor Cabang sebagaimana dimaksud dalam huruf a, dikoordinasikan dengan Tim Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional di FKTP dan/ atau Tim Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional di FKRTL untuk dilakukan

investigasi bersama guna memastikan adanya tindakan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional;

- c. Investigasi bersama sebagaimana dimaksud dalam huruf b dapat melibatkan Tim Kendali Mutu Kendali Biaya di Tingkat Cabang dan Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota / Provinsi;
- d. hasil investigasi bersama sebagaimana dimaksud dalam huruf b dilaporkan kepada Kepala Dinas Kesehatan dengan ditembuskan kepada pimpinan FKTP dan/atau FKRTL serta Kepala Cabang/Kepala Divisi Regional BPJS Kesehatan;
- e. laporan hasil investigasi sebagaimana dimaksud pada huruf b paling sedikit memuat:
 1. Ada atau tidaknya kecurangan;
 2. Rekomendasi pencegahan agar kejadian serupa tidak terulang; dan
 3. Rekomendasi sanksi bagi pelaku;
- f. Dalam hal terjadi perselisihan pendapat terhadap penetapan ada atau tidaknya kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional sebagaimana dimaksud dalam huruf e angka 1, laporan hasil investigasi disampaikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota/ Provinsi kepada Menteri Kesehatan; dan dalam hal berdasarkan laporan hasil investigasi bersama sebagaimana dimaksud dalam huruf e terbukti terjadi tindakan kecurangan:
 1. BPJS Kesehatan tidak membayarkan klaim atas pelayanan kesehatan yang merupakan hasil tindakan kecurangan; atau

2. Kelebihan pembayaran atas klaim yang telah dibayarkan oleh BPJS Kesehatan diperhitungkan pada tagihan bulan berikutnya, dikembalikan langsung, atau diselesaikan secara hukum.

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebenarnya dari segi aturan sudah sangat baik, namun belum bisa berjalan dengan mulus. Lantaran masih begitu banyak *moral hazard* (moral lemah) yang ditemukan mulai dari sisi pasien, fasilitas kesehatan tingkat pertama hingga dokter dan lain sebagainya. Karena itu Fungsi pengawasan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) harus dibagi juga ke pemerintah daerah (pemda). Dalam hal ini pentingnya dibentuk BPRS di berbagai daerah maupun propinsi yang ada di Indonesia guna memerikan pengawasan yang optimal terhadap penyedia pelayanan kesehatan. Pemeintah juga memberikan aturan terhadap Pelayanan Kesehatan oleh Bidan dan Perawat di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama untuk menjamin peserta dapat diperlakukan secara layak seperti dalam peraturan badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan Nomor 1 tahun 2014 tentang penyelenggaraan jaminan kesehatan pasal 53 menyatakan bahwa :

1. Dalam hal di suatu kecamatan tidak terdapat dokter berdasarkan penetapan kepala dinas kesehatan kabupaten/kota setempat, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dapat bekerja sama dengan praktik bidan dan/atau perawat sesuai dengan kewenangannya.
2. Pemberian pelayanan kesehatan oleh Bidan dan Perawat dalam hal suatu kecamatan tidak terdapat dokter sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan bidan dan perawat dengan cakupan pelayanan bidan dan perawat sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.
3. Bidan dan perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama kecuali dalam Pertolongan persalinan, kondisi gawat darurat atau pasien dengan kondisi khusus di luar kompetensi dokter atau dokter gigi fasilitas Kesehatan tingkat pertama.

Pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan juga diatur sedemikian rupa seperti yang tertera dalam pasal 54, dimana memberikan aturan tingkat lanjut kepada pasal 53 sebagaimana yang dijelaskan sebagai berikut.

1. Pelayanan Kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan sebagaimana dimaksud dalam pasal 47 ayat (3) huruf b harus diberikan kepada peserta berdasarkan rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan.
2. Fasilitas kesehatan tingkat lanjutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. Klinik utama atau yang setara;
 - b. Rumah sakit umum; dan
 - c. Rumah sakit khusus.
3. Rumah Sakit umum dan Rumah Sakit khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dan c dapat berupa Rumah Sakit milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, TNI, Polri maupun Rumah Sakit Swasta yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Pengawasan BPJS terhadap penyedia pelayanan kesehatan kepada masyarakat penerima bantuan iuran (PBI), dinyatakan sudah layak namun masih harus dibuat beberapa badan tambahan agar pengawasan dapat berjalan secara maksimal dan seperti yang diharapkan oleh berbagai pihak. Satu hal yang harus digaris bawahi disini, masih terdapa banyak faktor-faktor penghambat maupun kendala yang dihadapi oleh berbagai pihak terkait pelayanan kesehatan terhadap masyarakat penerima bantuan iuran ini, BPJS harus menyikapi dan meminimalisir

kendala yang terjadi dalam mengawasi penyedia pelayanan kesehatan kepada masyarakat penerima bantuan iuran (PBI).

C. Kendala Dan Upaya Bpjs Dalam Mengawasi Penyedia Pelayanan Kesehatan Kepada Masyarakat Penerima Bantuan Iuran.

Pengawasan terhadap penyedia pelayanan kesehatan merupakan tanggung jawab yang harus di pikul oleh badan penyelenggara jaminan kesehatan agar tercapai tujuan dari JKN (Jaminan Kesehatan Nasional), dalam melakukan pengawasan tentunya masih banyak dijumpai berbagai kendala yang terjadi, seperti yang kita ketahui masih banyak pelanggaran yang dilakukan oleh penyedia pelayanan kesehatan, baik terkait fasilitas kesehatan, biaya rawat inap maupun tindakan pelanggaran lain seperti pungutan liar (*fraud*).

Penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh BPJS Kesehatan hampir berjalan 1,5 tahun sejak resmi digulirkan pemerintah pada 1 Januari 2014. Dalam rentang waktu tersebut, berbagai kejadian, fenomena, data, fakta dan realita dapat kita lihat dan dengar dari berbagai sumber informasi yang ada saat ini. Persoalan kunjungan pasien yang melonjak drastis, pengakuan masyarakat bahwa Rumah Sakit sering "menolak" pasien dengan alasan Tempat Tidur penuh hampir setiap hari kita dengar. Korban dari adanya "tragedi" ini pun sudah beberapa kali kita dengar. Kasus Dara dan Dera adalah salah satu kasus yang sangat fenomenal dan menyita perhatian serta perbincangan publik secara nasional. Masyarakat memberikan penilaian negatif kepada sektor kesehatan, tuduhan negatif diarahkan kepada Rumah Sakit dan stakeholder bidang kesehatan

baik pusat maupun daerah. Masyarakat tidak peduli dan tidak mau tahu dengan kesulitan yang dihadapi oleh rumah sakit, sementara di sisi lain Rumah Sakit juga belum sepenuhnya menjalankan fungsi dan kewajiban sebagaimana sudah diatur dalam Undang-Undang Nomor 44 tentang Rumah Sakit. Keluhan Masyarakat Terhadap Pelayanan Rumah Sakit Berbagai keluhan masyarakat dan pasien terkait dengan program JKN oleh BPJS Kesehatan hampir tiap hari kita dengar dan kita baca.

Berbagai keluhan yang disampaikan oleh masyarakat tersebut sebagian besar berawal dari kurang pahamnya masyarakat akan program JKN ini. Sesungguhnya keluhan yang biasanya kita dengar sebenarnya sudah diatur semuanya dalam ketentuan-ketentuan pelaksanaan JKN oleh BPJS dari mulai Perpres, Permenkes, Kepmenkes, Surat Edaran (SE) Menkes, Peraturan Direktur BPJS dan SE Direktur Pelayanan BPJS. Meskipun beberapa peraturan masih perlu dievaluasi dan direvisi, namun jika sosialisasi terhadap aturan-aturan ini yang memuat sistem, prosedur, hak, kewajiban dan manfaat JKN ini cukup optimal maka saya meyakini bahwa keluhan-keluhan tersebut akan berkurang secara signifikan.

Persoalan kedua adalah memang harus diakui oleh kita semua masih adanya beberapa rumah sakit yang dianggap oleh masyarakat "menutup-nutupi" hak-hak peserta BPJS Kesehatan baik dilakukan secara sadar ataupun tidak disadari. Contoh yang cukup transparan adalah masyarakat menganggap Rumah Sakit "tidak mau" memberikan pelayanan kepada peserta Jaminan Kesehatan Nasional khususnya terhadap peserta PBI karena dianggap sebagai beban sebab

merupakan warga miskin yang kerap diaumsikan tidak mampu membayar, padahal ini sangat mungkin terkait dengan adanya kebijakan internal Rumah Sakit seperti pembatasan atau kuota jumlah tempat tidur yang disediakan. Hal-hal yang menjadi latar belakang RS melakukan hal ini cukup bervariasi, namun semuanya bermuara pada satu hal, yaitu ketidakpuasan RS terhadap rendahnya pembayaran klaim dengan tarif yang mengikuti sistem pembayaran prospektif dalam paket tarif sesuai *Case Mix-INA* CBG.

Dampak paling mudah untuk dilihat adalah ketika *hospital cost* (Pendapatan Rumah Sakit) yang diserap terhadap pelayanan pasien peserta JKN lebih tinggi daripada jumlah yang dibayarkan oleh BPJS maka akan berbanding lurus terhadap rendahnya penerimaan jasa pelayanan tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan, nakes lainnya) yang pasti akan berujung pada penurunan kualitas pelayanan.

Persoalan Sosialisasi JKN kepada Masyarakat Tugas dan Kewajiban siapakah yang harus mensosialisasikan JKN ini kepada masyarakat. Kita tidak dapat membebankan semua kewajiban kepada BPJS karena BPJS untuk sementara masih disibukkan dengan dua hal :

- a. Melayani pendaftaran peserta dari jalur mandiri karena ternyata "*euforia*" (kesenangan) masyarakat untuk mendaftar sebagai peserta BPJS di luar dugaan. Kita bisa lihat di setiap kantor BPJS setiap hari selalu penuh sesak dengan masyarakat yang mau mendaftar.

- b. Melakukan sosialisasi kepada badan usaha yang berdasarkan PERPES 111 Tahun 2013 harus segera mendaftarkan pekerjajanya sebagai peserta BPJS.

Keluhan masyarakat sebagian besar sebenarnya terkait ketidak pahaman atau ketidak tahuan akan sistem, prosedur, hak, kewajiban serta manfaat program Jaminan Kesehatan Nasional ini. Pengawasan Terhadap Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan telah diatur sedemikian rupa dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada Pasal 55 Ayat(1) yang berbunyi : "Pembinaan dan pengawasan nonteknis rumah sakit yang melibatkan unsur masyarakat dapat dilakukan secara internal dan eksternal". Secara khusus terkait dengan pengawas eksternal rumah sakit diatur pada Pasal 55 Ayat (3) yang berbunyi: "Pembinaan dan pengawasan secara eksternal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia". Ketentuan ini mengamanatkan kepada Menkes (Menteri Kesehatan) untuk membentuk Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia (BPRSI) dan kepada Gubernur untuk membentuk Badan Pengawas Rumah Sakit Propinsi (BPRS Propinsi).

Pengertian nonteknis perumahsakitian adalah terkait dengan mutu pelayanan rumah sakit penjelasan Pasal 2 Ayat (1) Peraturan Pemerintah No. 49 Tahun 2013 tentang BPRS. Undang-undang ini juga mengamanatkan untuk menyusun peraturan teknis pembentukan BPRS lebih lanjut mengenai BPRS dengan Peraturan Pemerintah (PP) sebagaimana dalam Pasal 61 yang berbunyi : "Ketentuan lebih lanjut mengenai Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia dan

Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi diatur dengan Peraturan Pemerintah". Sehingga terbitlah PP Nomor 49 Tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit. Dalam PP tersebut telah dijabarkan bahwasanya salah satu kewenangan BPRS (PP 49 Tahun 2013 Pasal 5 huruf h) adalah memberikan rekomendasi kepada Menteri dan Pemerintah Daerah untuk mengambil tindakan administratif terhadap Rumah Sakit yang melakukan pelanggaran. Sedangkan salah satu kewenangan BPRS Propinsi (PP 49 Tahun 2013 Pasal 25 huruf f) adalah memberikan rekomendasi kepada Pemerintah Daerah untuk mengambil tindakan administratif terhadap Rumah Sakit yang melakukan pelanggaran. Kita dapat melihat dengan jelas bahwa kewenangan BPRS dan BPRS Propinsi "hanya" sekedar memberikan rekomendasi kepada Menteri Kesehatan dan Pemerintah Daerah. Artinya, keputusan pemberian sanksi atau tindakan administratif kembali diarahkan kepada eksekutif yang ada di pusat (Kemenkes) dan di Daerah melalui Dinas Kesehatan setempat sebagai eksekutor.

Kendala-kendala yang dihadapi BPJS dalam mengawasi penyedia pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada peserta sebenarnya banyak dan beragam. Narasumber di kantor BPJS memberikan pernyataan sebagai berikut:

“ada banyak sekali kendala yang dihadapi dalam mengawasi penyedia pelayanan kesehatan yang melakukan pelanggaran, tetapi pesertalah yang tidak mau melaporkan kendala-kendala yang mereka hadapi, akan tetapi BPJS dalam menghadapi kendala tersebut sehingga pengawasan tetap terlaksana dan berjalan sebagaimana mestinya tetap melakukan sosialisasi ke masyarakat melalui Call Centrer 1500400 ada BPJS center di setiap rumah sakit, informasi keluhan melalui cabang BPJS terdekat , setiap minggu melakukan senam di setiap cabang BPJS. Di berikan Buku panduan terdapat link yang bias di buka seperti BPJS-kesehatan.co.id serta

Apps:bpjs kesehatan mobile dan bisa di akses melalui website [Hhttp://faskes.bpjs-kesehatan.go.id.](http://faskes.bpjs-kesehatan.go.id)"³²

Permenkes (Peraturan Menteri Kesehatan) Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada JKN dan Permenkes 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan JK sudah diatur tata cara dan mekanisme naik kelas atas permintaan pasien ataupun dikarenakan keterbatasan sarana tempat tidur Rumah Sakit, namun tetap belum mampu menyelesaikan masalah terkait keluhan pasien yang merasa kerap "ditolak" oleh rumah sakit dengan alasan kamar penuh. Disinilah peran dan fungsi pengawasan oleh BPRS dan BPRS Propinsi dalam mengawasi berbagai upaya rumah sakit untuk tidak mengindahkan himbauan tersebut. Aturan yang bersifat kurang tegas dan gamang memang memicu untuk terjadinya pelanggaran meskipun terkadang tidak disadari oleh rumah sakit. Kelembagaan BPRS dan BPRS Propinsi belum mampu menjangkau seluruh rumah sakit di Indonesia sampai ke pelosok negeri. BPRS dan BPRS Propinsi (bagi yang sudah terbentuk) baru mampu menyisir rumah sakit-rumah sakit di daerah perkotaan dan belum sampai menjangkau ke tingkat kabupaten apalagi daerah-daerah perbatasan yang jauh dari pusat pemerintahan. Hal ini menyebabkan peran dan fungsi BPRS dan BPRS Propinsi masih kurang dirasakan oleh masyarakat.

Keluhan-keluhan masyarakat terkait dengan pelayanan Rumah Sakit belum mampu dijangkau, dipetakan, dikaji dan dianalisa oleh BPRS dan BPRS Propinsi. Di sisi lain BPRS masih kurang kuat memiliki kewenangan sehingga bergaining position (posisi tawar) BPRS dan BPRS Propinsi terhadap rumah sakit

³². Wawancara dengan staff hukum dan komunikasi publik di kantor BPJS kota Medan tanggal 20 Maret 2017.

masih lemah padahal jika memiliki struktur dan keanggotaan BPRS ini sudah melibatkan unsur masyarakat dan organisasi profesi sehingga independensi nya akan terjaga. Lembaga strategis ini kerap seperti macan ompong yang tidak memiliki gigi walaupun kuat, tetapi tidak dapat menguyang mangsanya, permasalahannya adalah :

1. Wilayah geografis Indonesia yang berbentuk kepulauan, terdiri dari 17 ribu lebih pulau dengan jumlah penduduk lebih dari 240 juta jiwa tersebar dalam 492 kabupaten/kota yang sangat mustahil bisa dijangkau semuanya oleh BPJS dan BPJS Propinsi.
2. Sosialisasi program JKN kepada masyarakat yang belum optimal. Sampai dengan saat ini BPJS masih disibukkan oleh persoalan pendaftaran peserta baru, pembayaran iuran dan sosialisasi kepada badan usaha yang harus mendaftarkan karyawannya sebagai peserta BPJS berdasarkan ketentuan Perpes Nomor 12 Tahun 2013 tentang JKN yang diperbaharui melalui Perpres Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Perpes Nomor 12 Tahun 2013.
3. Jumlah Rumah Sakit di Indonesia baik RS Publik ataupun Privat yang berjumlah sangat banyak. Data Kemenkes terakhir melalui RS Online adalah terdapat sebanyak 2.397 RS Umum dan Khusus milik pemerintah dan swasta. Sedangkan data terkini dari BPJS, jumlah RS yang sudah bekerjasama adalah sebanyak 1.664 rumah sakit. Jumlah ini tentu saja sangat tidak mungkin bisa diawasi seluruhnya oleh sebuah lembaga yang hanya berkedudukan di tiap propinsi saja.
4. Dinas Kesehatan memang sudah memiliki kewajiban untuk melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit, namun seringkali fungsi pembinaan dan pengawasan tersebut belum berjalan optimal karena banyak kendala di lapangan juga termasuk adanya konflik kepentingan yang asimetris antara penyelenggara negara (aparatur) dengan masyarakat.³³

Hambatan lain yang sering terjadi dalam hal memenuhi layanan kesehatan kepada peserta yang sering kita dengar adalah Obat tidak tersedia dan kita disuruh mencari di luar. alasan ini juga merupakan keluhan yang sangat sering kita dengar dari peserta BPJS yang memanfaatkan haknya untuk berobat. Penyediaan obat

³³. Wawancara dengan staff hukum dan komunikasi publik di kantor BPJS kota Medan tanggal 20 Maret 2017.

sesuai standar BPJS adalah salah satu point kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan pihak Fasilitas Kesehatan, sehingga apabila pihak Fasilitas Kesehatan menyatakan bahwa obat tersebut tidak tersedia, berarti yang memiliki kewajiban untuk menyediakannya adalah pihak Fasilitas Kesehatan. Apabila memang tidak tersedia, bisa juga dengan mendapatkan obat di Apotek yang telah bekerjasama dengan BPJS. Banyak sekali kendala yang dihadapi BPJS dalam memberikan pengawasan terhadap penyedia layanan kesehatan, sebab bukan hanya penyedia layanan saja yang melakukan kecurangan tetapi petugas BPJS dan peserta juga kerap kali melakukan kecurangan, karena itu pemerintah bersama BPJS memberikan aturan dalam melakukan pengawasan terhadap kecurangan-kecurangan tersebut.

Permenkes 36 Tahun 2014 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional mengartikan bahwa *fraud* adalah:³⁴ “Tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh Peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan kesetentuan”. Petunjuk lanjutan tentang *fraud*, BPJS menyatakan bahwa *fraud* merupakan :

1. *Fraud* dalam pelayanan kesehatan disebut sebagai suatu bentuk upaya yang secara sengaja dilakukan dengan menciptakan suatu manfaat yang tidak seharusnya dinikmati baik oleh individu atau institusi dan dapat merugikan pihak lain.

³⁴Permenkes 36 Tahun 2014 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional.

2. *Fraud* dalam pelayanan kesehatan dilakukan terhadap hal-hal atau keadaan dan situasi yang berhubungan dengan proses pelayanan kesehatan, cakupan atau manfaat pelayanan kesehatan dan pembiayaannya.³⁵

Pembahasan tentang *Fraud* lebih banyak merujuk kepada referensi yang berasal dari Amerika dimana kejadian *Fraud* dan *Abuse* mencapai 10% dari total biaya kesehatan per-tahun biaya kesehatan 170 billion \$ per-tahun. Laporan General Accounting Office, Mei 1992, kemudian tercatat pula bahwa angka tersebut pada tahun 2003 meningkat 7,7% dari tahun 2002.³⁶

Abuse dapat diartikan sebagai penyalahgunaan atau tindakan yang bersifat tidak baik, tidak benar, tidak seharusnya, menyalahgunakan, cenderung kriminal dan mengganggu secara legal, formal maupun etika, *abuse* merupakan bentuk lain yang dapat merugikan dalam pelayanan kesehatan.³⁷ Namun istilah ini lebih banyak digunakan dalam asuransi kesehatan yang diartikan sebagai kegiatan atau tindakan yang merugikan dalam pelayanan kesehatan tetapi tidak termasuk dalam kategori *fraud*. *Abuse* dapat berupa malpraktek atau *overutilization*. *Abuse* adalah setiap praktek *Provider* yang tidak konsisten dengan standar pelayanan kesehatan, yang mengakibatkan perusahaan asuransi. Membiayai hal-hal yang tidak perlu atau tidak memenuhi kebutuhan manfaat, Memberikan penggantian biaya untuk pelayanan yang diberikan tidak sesuai kebutuhan medis, Membiayai pelayanan yang disebabkan oleh pelayanan yang tidak sesuai dengan standard profesional dalam kontrak. Termasuk didalam *Abuse* adalah praktek/ kegiatan yang dilakukan peserta yang mengakibatkan perusahaan asuransi mengeluarkan biaya yang

³⁵. Slide BPJS Kesehatan, “*Peran Bpjs Kesehatan Dalam Pencegahan Fraud Dan Abuse Dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)*”, 2015, halaman: 5.

³⁶. *Ibid.*

³⁷. *Ibid*, halaman: 6.

seharusnya tidak perlu. Perbedaan yang nyata antara *Fraud & Abuse* adalah adanya “kesengajaan” (*person's intent*). Keduanya mempunyai dampak/akibat yang sama yaitu menyebabkan peningkatan biaya pelayanan kesehatan.

Sesi wawancara yang dilakukan terhadap narasumber dari BPJS membagi Fraud kedalam beberapa kategori menurut pelakunya, yaitu *provider* (Penyedia Pelayanan Kesehatan) dan Peserta itu sendiri, diantaranya yang termasuk subjek fraud antara lain:



Provider Fraud

Double klaim

Kasus Rawat Jalan & Rawat Inap pada hari yang sama RJTL ditagihakan :
1. Tanggal SEP Rawat Inap dimajukan 1 hari (seolah2 berbeda hari)
2. Pasien di Rawat Jalankan sehari sebelumnya
Kasus Rawat Inap beda ruangan (Non Paviliun ke Paviliun), seolah2 readmisi.

Misrepresentasi

Iur biaya tidak legal (IOL, alat kesehatan implant) seharusnya hanya untuk kondisi pasien naik kelas.
Penurunan fasilitas (tidak sesuai PKS) hak kelas rawat
Kelengkapan berkas klaim
<i>Undertreatment</i>
Merujuk pasien dengan alasan <i>over cost</i> tarif pelayanan kesehatan

Coder

Koder yang menuliskan diagnose/prosedur sendiri , agar bisa cepat selesai tagihannya, menaikkan tarif,dll
Koder yang menambahkan diagnose/prosedur sendiri , agar bisa cepat selesai tagihannya, menaikkan tarif,dll

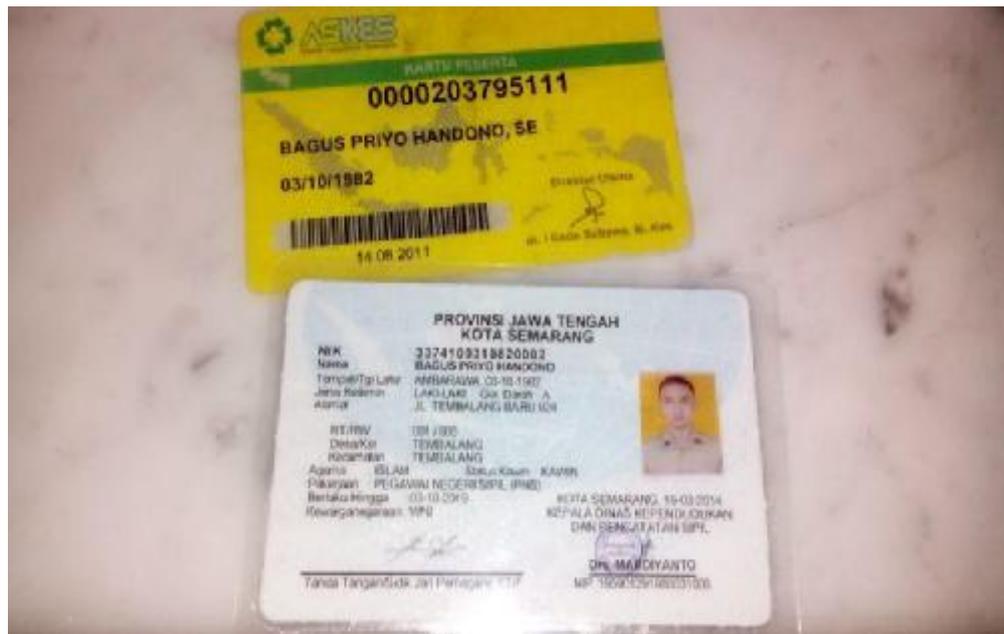
Peserta Fraud

Contoh kejadian *Fraud & Abuse* dalam Implementasi INA CBGs

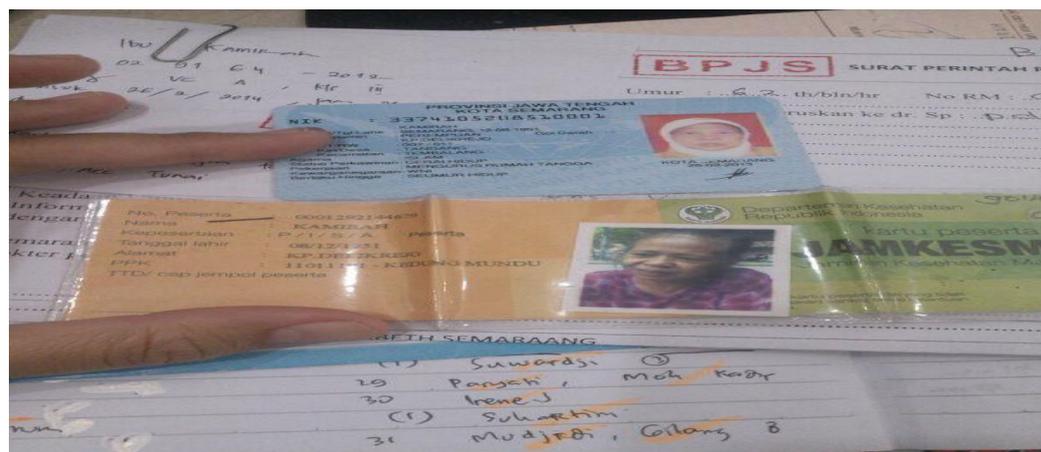
Data menunjukkan fraud Peserta adalah kedua terbanyak setelah Provider Secara garis besar ada 3 kelompok yaitu :

1. Pemalsuan data/ informasi diri
2. Pemalsuan kepesertaan
3. Penyalahgunaan klaim

Pemalsuan Data Diri



Pemalsuan Kepesertaan



Narasumber juga memaparkan beberapa contoh kejadian *Fraud* dan *Abuse* dalam Implementasi INA CBGs, antara lain :

1. Penggelapan dana klaim;
2. Mengajukan klaim fiktif;
3. Membuatkan kartu peserta yang tidak berhak;
4. Menarik biaya untuk penerbitan kartu/ legalisasi SEP;
5. Bekerjasama dengan Faskes untuk mengubah kode pelayanan dengan tariff lebih mahal;
6. Bekerjasama dengan Faskes untuk mengajukan klaim berulang;
7. Suap dan gratifikasi illegal dari Faskes/organisasi profesi/Peserta/Pihak lain;
8. Membuang berkas klaim.

Kejadian di lapangan terkait *fraud* dan *abuse* sebenarnya di pengaruhi oleh beberapa faktor, narasumber juga menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi dan mendukung terjadinya *fraud* adalah sebagai berikut :

- a. Anggapan provider bahwa tarif INA CBGs tidak sesuai dengan tariff Rumah Sakit.
- b. Pemahaman subsidi silang antar RTJL dan RITL, antar diagnosa.
- c. Pemahaman case mix belum baik di Faskes.
- d. Koder belum memahami cara pengkodean (koding).
- e. Verifikasi yang kurang teliti atau *verifikator* tidak mehami *system* INA CBGs.
- f. Sistem IT belum siap mencegah data *fraud*.
- g. Pemberantasan fraud masih belum memiliki kekuatan hukum.
- h. KPK belum sampai pada tahap penyidikan.

- i. OJK masih dalam tahap *observasi*.

Pencegahan sejak dini harus dilakukan guna meminimalisir bahkan menghapus praktek-praktek *fraud,abuse*, bahkan kecurangan-kecurangan lain termasuk korupsi sendiri yang sudah merajalela di negara kita ini. Pengawasan BPJS baik secara internal maupun eksternal harus dilakukan dan kini diminta peran serta masyarakat sendiri secara aktif untuk memberantas kecurangankecurangan yang dilakukan khususnya kepada peserta PBI. Hal inilah yang menjadi fokus serta sedemikian di upayakan oleh BPJS dalam memberantas kecurangan yang dilakukan penyedia layanan kesehatan kepada peserta Jaminan Nasional Kesehatan.

Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan oleh BPJS yang merupakan badan hukum publik milik Negara yang bersifat non profit dan bertanggung jawab kepada Presiden. BPJS terdiri atas Dewan Pengawas dan Direksi.

Dewan Pengawas terdiri atas 7 (tujuh) orang anggota: 2 (dua) orang unsur Pemerintah, 2(dua) orang unsur Pekerja, 2 (dua) orang unsur Pemberi Kerja, 1 (satu) orang unsur Tokoh Masyarakat. Dewan Pengawas tersebut diangkat dan diberhentikan oleh Presiden.

Direksi terdiri atas paling sedikit 5 (lima) orang anggota yang berasal dari unsur profesional. Direksi sebagaimana dimaksud diangkat dan diberhentikan oleh Presiden.

Fungsi, Tugas, dan Wewenang Dewan Pengawas, dalam melaksanakan pekerjaannya, Dewan Pengawas mempunyai fungsi, tugas, dan wewenang pelaksanaan tugas BPJS dengan uraian sebagai berikut:

1. Fungsi Dewan Pengawas adalah melakukan pengawasan atas pelaksanaan tugas BPJS.
2. Dewan Pengawas bertugas untuk:
 - a. melakukan pengawasan atas kebijakan pengelolaan BPJS dan kinerja Direksi;
 - b. melakukan pengawasan atas pelaksanaan pengelolaan dan pengembangan Dana Jaminan Sosial oleh Direksi;
 - c. memberikan saran, nasihat, dan pertimbangan kepada Direksi mengenai kebijakan dan pelaksanaan pengelolaan BPJS; dan
 - d. menyampaikan laporan pengawasan penyelenggaraan Jaminan Sosial sebagai bagian dari laporan BPJS kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.
3. Dewan Pengawas berwenang untuk:
 - a. menetapkan rencana kerja anggaran tahunan BPJS;
 - b. mendapatkan dan/atau meminta laporan dari Direksi;
 - c. mengakses data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS;
 - d. melakukan penelaahan terhadap data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS; dan
 - e. memberikan saran dan rekomendasi kepada Presiden mengenai kinerja Direksi.³⁸

Organ dalam BPJS merupakan salah satu pengawas, namun lembaga eksternal juga berhak dan memiliki andil untuk memberikan pengawasan, sebab jika hanya mengandalkan organ dalam saja tanpa bantuan eksternal, maka hal ini tidak akan sesuai dengan program dan akan terjadi berbagai kendala. Oleh sebab itu diperlukan pengawasan terhadap BPJS itu sendiri, pengawas dalam hal ini adalah lembaga negara yang diberikan kewenangan untuk memberikan pengawasan terhadap Lembaga yang menyangkut hajat hidup orang banyak, khususnya masyarakat di Indonesia yang sebagian besar merupakan peserta dari BPJS itu sendiri.

Pengawas itu terdiri dari BPK (Badan Pemeriksa Keuangan) merupakan lembaga negara yang diberikan kewenangan khusus untuk memeriksa semua lembaga keuangan negara, termasuk yang telah dipisahkan sesuai dengan pasal 2

³⁸ *Op.Cit*, *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)*, halaman 32

ayat (2) Undang-Undang Nomor 15 tahun 2004 dan Pengawasan kinerja dan pemeriksaan dengan tujuan tertentu sesuai pasal 4 ayat (1) Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004. Kemudian OJK (Otoritas Jasa Keuangan) yang memiliki kewenangan melaksanakan tugas pengaturan dan pengawasan terhadap kegiatan jasa keuangan di sektor Perbankan; Pasar Modal; dan Perasuransian, Dana Pensiun, Lembaga Pembiayaan, dan Lembaga Jasa Keuangan Lainnya sesuai dengan Pasal 6 Undang-Undang Nomor. 21 tahun 2011. DSJN (Dewan Jaminan Sosial Nasional) adalah pengawas BPJS secara eksternal dan merupakan lembaga independen, hal ini sesuai dengan pasal 39 ayat 3 Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011. Terakhir KPK (Komisi Pemberantasan Korupsi) yang merupakan lembaga negara khusus pengawasan terhadap korupsi.

Sektor Kesehatan sebagai sasaran strategis KPK dalam Rencana strategi KPK 2011-2015, kesehatan menjadi salah satu fokus KPK (selain Ketahanan Pangan, Ketahanan Energi, Infrastruktur dan Pendidikan), karena menyangkut hajat hidup orang banyak. Jumlah anggaran kesehatan yang makin besar. Per 1 Januari 2014, BPJS akan mengelola dana yang cukup besar (Rp.30 T) dan makin meningkat tiap tahun. Besarnya potensi penyimpangan di Fasilitas Kesehatan. Dari data pengaduan masyarakat sejak 2005-2012, KPK melakukan inventarisasi modus-modus korupsi sektor kesehatan terbanyak:

1. Penyelewengan APBN/ APBD sektor kesehatan, Jamkesmas, Jampersal dan Jamkesda.
2. Intervensi politik dalam anggaran kesehatan, jaminan kesehatan dan ASKESKIN.
3. Pungli oleh PNS (Dinas Kesehatan) dan pemotongan dana bantuan.
4. Kecurangan dalam pengadaan barang/jasa, terutama alat kesehatan Penyalahgunaan keuangan RSUD.

5. Klaim palsu dan penggelapan dana asuransi kesehatan oleh oknum Puskesmas dan RSUD.
6. Penyalahgunaan fasilitas kesehatan (Puskesmas dan RSUD).³⁹

Kendala yang terjadi harusnya bisa di selesaikan dengan baik oleh BPJS karena memiliki pengawasan yang sudah lengkap dan mumpuni, ditambah dengan partisipasi aktif dari peserta sendiri dan masyarakat maka dalam hal pengawasan telah dinyatakan memiliki upaya yang sangat baik, dari segi peraturan, struktur kelembagaan maupun sistem dan prosedur pengawasannya itu sendiri. Namun masih terdapat berbagai keluhan yang datang, karena itu BPJS memberikatan aturan terhadap berbagai keluhan yang diadakan dan diberikan oleh masyarakat seperti dalam penjelasan dibawah ini.

Keluhan adalah ungkapan ketidakpuasan peserta terhadap pelayanan yang telah diberikan dalam hal ini penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Penanganan keluhan adalah upaya atau proses untuk mengetahui suatu permasalahan dengan jelas, menilai, dan menyelesaikan permasalahan tersebut.⁴⁰

B. Prinsip Penanganan Keluhan

- a. Obyektif: penanganan keluhan masyarakat harus berdasarkan fakta atau bukti yang dapat dinilai berdasarkan kriteria tertentu yang ditetapkan.
- b. Responsif (cepat dan akurat): setiap pengaduan dan permasalahan perlu ditangani/ditanggapi secara cepat dan tepat. Untuk itu penanganan dan penyelesaian pengaduan diselesaikan pada tingkat yang terdekat dengan lokasi timbulnya masalah.
- c. Koordinatif: penanganan keluhan masyarakat harus dilaksanakan dengan kerja sama yang baik di antara pejabat yang berwenang dan terkait, berdasarkan mekanisme, tata kerja, dan prosedur yang berlaku, sehingga permasalahan dapat diselesaikan sebagaimana mestinya.
- d. Efektif dan efisien: penanganan keluhan masyarakat harus dilaksanakan secara tepat sasaran, hemat tenaga, waktu, dan biaya.

³⁹ <http://www.kpk.go.id>. "data Litbang KPK tahun 2013, diakses tanggal 5 April 2017 pukul 15.27.

⁴⁰ *Op.Cit*, *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)*, halaman 36.

- e. Akuntabel: proses penanganan keluhan masyarakat dan tindak lanjutnya harus dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan prosedur yang berlaku.
- f. Transparan: penanganan keluhan masyarakat dilakukan berdasarkan mekanisme dan prosedur yang jelas dan terbuka, sehingga masyarakat yang berkepentingan dapat mengetahui perkembangan tindak lanjutnya.⁴¹

C. Mekanisme Penanganan Keluhan

Penanganan keluhan merupakan salah satu komponen untuk menyelesaikan masalah pelayanan kesehatan, baik yang bersifat administratif maupun bersifat medis. Permasalahan bisa terjadi antara Peserta dan Fasilitas Kesehatan; antara Peserta dan BPJS Kesehatan; antara BPJS Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan; atau antara BPJS Kesehatan dan asosiasi Fasilitas Kesehatan.

Mekanisme yang dapat ditempuh untuk menyelesaikan ketidakpuasan para pihak tersebut adalah:

- 1) Jika Peserta tidak puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, Peserta dapat mengajukan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS dan atau BPJS Kesehatan.
- 2) Jika Peserta dan/ atau fasilitas kesehatan tidak mendapatkan pelayanan yang baik dari BPJS Kesehatan maka dapat menyampaikan pengaduan kepada Menteri Kesehatan. Jika terjadi sengketa antara Peserta dengan fasilitas kesehatan, Peserta dengan BPJS kesehatan, BPS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan atau BPJS Kesehatan dengan asosiasi

⁴¹. *Ibid.*

Fasilitas Kesehatan maka sebaiknya diselesaikan secara musyawarah oleh para pihak yang bersengketa.⁴²

Sengketa yang tidak dapat diselesaikan secara musyawarah, diselesaikan dengan cara mediasi atau pengadilan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Peserta BPJS membuat laporan tertulis ke rumah sakit Memediasi peserta dengan pihak rumah sakit dan BPJS sebagai pihak ke 3 tindakan yang dilakukan BPJS terhadap peserta yang hak-haknya dilanggar oleh penyedia pelayanan kesehatan. Tindakan BPJS yang utama memediasi antara peserta dengan rumah sakit dan apabila terbukti akan di berikan SP (Surat Peringatan) sampai pemutusan kerjasama antara penyedia pelayanan kesehatan dengan BPJS.⁴³

Tindakan BPJS yang utama memediasi antara peserta dengan rumah sakit dan apabila terbukti jelas akan di berikan SP(Surat Peringatan) sampai pemutusan kerjasama antara penyedia pelayanan kesehatan dengan BPJS. Pertanggung jawaban Penyedia pelayanan kesehatan terhadap BPJS dan peserta terkait pelanggaran yang dilakukannya dalam memberikan pelayanan kesehatan di berikan SP(Surat Peringatan) sampai pemutusan kerjasama antara BPJS dan Peserta. Sanksi sudah diatur secara jelas dan menyeluruh, oleh karena itu para pihak diharapkan memebrikan partisipasi yang maksimal untuk mewujudkan tujuan dari BPJS untuk menjamin kesehatan kepada semua peserta dan masyarakat di Indonesia, para pihak juga harus bekerjasama tidak melakukan

⁴². Wawancara dengan staff hukum dan komunikasi publik di kantor BPJS kota Medan tanggal 20 Maret 2017.

⁴³. Wawancara dengan staff hukum dan komunikasi publik di kantor BPJS kota Medan tanggal 20 Maret 2017.

kecurangan, dan memberikan laporan serta keluhan kepada pihak-pihak yang terkait untuk memajukan kesehatan nasional sehingga tidak ada lagi pengklasifikasian kesehatan di Indonesia dan terwujudnya pemerataan kesehatan yang saat ini banyak dinikmati oleh orang-orang yang dikatakan memiliki banyak uang, padahal Pemerintah melalui BPJS telah berupaya untuk memberikan pemerataan di bidang kesehatan nasional untuk memberikan layanan fasilitas kesehatan yang layak kepada setiap lapisan masyarakat tanpa dibeda-bedakan. Kepada seluruh masyarakat diharapkan untuk partisipasi secara aktif sembari membantu pemerintah dan BPJS dalam memberikan pengawasan terhadap lembaga negara yang menyangkut hajat hidup orang banyak ini agar lebih baik dimasa yang akan datang sehingga kita sebagai masyarakat dapat menikmati dan merasakan dampaknya. Seperti pernyataan yang dikutip oleh penulis saat melakukan sesi wawancara terhadap narasumber “Indonesia sehat pasti bisa.”

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Pemerintah memberikan kesamaan layanan kepada masyarakat penerima bantuan iuran (PBI) maupun Non PBI baik dari manfaat yang didapatkan maupun fasilitas. Pelayanan peserta bisa ditemukan dalam Kepmen No.63/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik, UU No.44/2009 tentang Rumah Sakit, dan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No.1/2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.
2. Pengawasan juga sama seperti Pelayanan tidak dibedakan. Pengawasan penyedia layanan kesehatan diatur secara tegas dalam Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No.7/2016. Pemerintah telah mengatur pengawasan dilaksanakan oleh BPJS bekerjasama dengan DJSN, BPK, OJK, KPK dan para peserta serta masyarakat yang diharapkan keaktifan serta partisipasinya.
3. Kendala yang dihadapi yaitu banyaknya pelanggaran yang dilakukan oleh penyedia pelayanan kesehatan dan peserta itu sendiri, baik terkait fasilitas kesehatan, biaya rawat inap maupun tindakan pelanggaran lain seperti pungutan liar (*fraud*) dan *Abuse*. Upaya yang dapat dilakukan antara lain memberikan pengawasan secara maksimal oleh semua pihak yang terkait dan serta sosialisasi kepada masyarakat tentang aturan yang ada terkait JKN

dan memeberikan layanan keluhan terhadap pelanggaran dan situasi yang terjadi di lapangan saat berlangsungnya kegiatan tersebut.

B. Saran

1. Pemerintah harusnya mengadakan sosialisai di Masyarkat, khusunya di daerah terpencil dan kurang mampu yang merupakan golongan PBI, sebab masyarkat inilah yang tergolong awam dan cenderung memiliki ketiktahuan yang tinggi sehingga kerap kali dimanfaatkan beberapa oknum untuk mengeruk keuntungan pribadi.
2. Pengawasan sejatinya tidak secara nasional tau terfokus ke pemerintah pusat saja, tetapi Pemerintah disini harus bertindak untuk cepat untuk membentuk BPRS (Badan Pengawas Rumah Sakit) untuk memberikan pengawasan yang maksimum terhadap Rumah sakit selaku penyedia layanan kesehatan khususnya di daerah karena secara pusat tidak mungkin daerah seluruh Indonesia dapat dijangkau, utuk itulah perlunya BPRS di tiap Propinsi dan Daerah, Kota/ Kabupaten di seluruh Indonesia.
3. Perlunya memberikan sanksi yang berat khususnya memiliki sanksi pidana, karena hanya sedikit saknsi pidana yang masih diatur dalam perturan Perundang-Undangan yang berlaku tentang Kesehatan, unsur pidana yang ringan menjadi kendala yang nomor satu dalam memberantas dan maengupayakan penagwasan, sebab ada saja yang oknum-oknum baik dari peserta, penyedia layanan dan petugas BPJS itu sendri yang bertindak curang karena kurangnya sanksi pidana yang berat di dalamnya, hal ini

harusnya menjadi perhatian pemerintah dalam revisi Undang-Undang terkait dengan kesehatan Nasional karena Kesehatan merupakan suatu hal yang sangat penting dan menyangkut hajat hidup orang banyak.

DAFTAR PUSTAKA

A. Buku

- Azwar, Azrul, (2010) *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Jakarta, Binarupa Aksara.
- Batinggi, Ahmad (2008), *Manajemen Pelayanan Umum*, Makassar, Bahan Kuliah STIA LAN.
- Charles J.P.Siregar, (2003), *Farmasi Rumah Sakit Teori dan Penerapan*, Jakarta, Kedokteran EGC.
- Eko wahyudi dkk , (2016), "*Hukum ketenagkerjaan*", Jakarta, Sinar Grafika.
- Hendrik, (2015) "*Etika dan Hukum Kesehatan*", Jakarta, Buku Kedokteran EGC.
- Kementrian Kesehatan "*Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*".
- Kementrian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Indonesia (2014) "*Paham JKN Jaminan Kesehatan Nasional*", Jakarta, CV.Komunitas Pejaten Media Utama.
- Muhamad Djumhana (1994), "*Hukum Ekonomi Sosial Indonesia*", Bandung,Citra Aditya Bakti.
- M.Jusuf Hanafiah dan Amir amir, (2008), "*Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*", Edisi ke-4 Jakarta, EGC.
- Ns. Ta'adi "*Hukum Kesehatan sanksi dan motivasi bagi perawat*", (2002), Edisi ke-2 Jakarta, EGC.
- Ratminto, (2011) *Manajemen Pelayanan*, Yogyakarta, Pustaka Belajar.
- Slide BPJS Kesehatan, "*Peran Bpjs Kesehatan Dalam Pencegahan Fraud Dan Abuse Dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)*", 2015
- Sulastomo (2007), "*Sistem Jaminan Sosial Nasional Sebuah Introduksi*", Jakarta, Rajawali Pers.
- Zaeni Asyhadie (2008), "*Aspek-Aspek Hukum Jaminan Sosial Tenaga Kerja di Indonesia*", Jakarta, Rajawali Pers.

B. Peraturan Perundang-Undangan

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang *Sistem Jaminan Sosial Nasional*.

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang *Rumah sakit*

Peraturan Presiden No.12 Tahun 2013 Tentang *Jaminan kesehatan*.

Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit.

Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No.7 Tahun 2016 tentang Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.

Permenkes 36 Tahun 2014 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik.

Resolusi WHA ke-58, (2005) “*on Sustainable Financing, Universal Health Coverage, and Social Health Insurance*”, Jenewa, (Swiss).

C. Wawancara

Wawancara terhadap narasumber di kantor BPJS kota Medan tanggal Maret 2017

D. Internet

<http://bpjskesehatan.go.id/>. diakses pada hari Kamis 18 Januari 2018 pukul 12.49.

<http://www.kpk.go.id> “data Litbang KPK tahun 2013.”, diakses tanggal 5 April 2017 pukul 15.27.

KBBI online diakses pada hari Kamis 18 Januari 2018 pukul 14.32.

Zulkifli Said, “kriteriarumahtanggamiskin” <http://www.Badanpusatstatistik.go.id>, diakses tanggal 29 Maret 2017. Pukul 14.35.