

## **Perlindungan Hukum terhadap Peserta Kartu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Beserta Permasalahannya**

**Mustaqim<sup>1</sup>, Lutfi Faris Fadhillah<sup>2</sup>, Muhammad Rifqi Risqullah<sup>3</sup>, Syahrul Hidayat<sup>4</sup>, Muhammad Fauzi<sup>5</sup>, Fahri Ramli Pataya<sup>6</sup>, Abdur Rafi Fauzan<sup>7</sup>**

<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup> Fakultas Hukum, Universitas Pakuan Bogor

e-mail : e-mail : mustaqimsh@yahoo.com<sup>1</sup>, luthfifarish62@gmail.com<sup>2</sup>,  
rifqirisqullah3078@gmail.com<sup>3</sup>, syahrulhidayat372@gmail.com<sup>4</sup>,  
muhamfauzi00@gmail.com<sup>5</sup>, pramli1937@gmail.com<sup>6</sup>,  
Abdurrafifauzan888@gmail.com<sup>7</sup>

### **Abstrak**

Setiap orang berusaha melakukan untuk menjalani kehidupan yang sehat. Di dalam Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, ditentukan bahwa: "Kesehatan adalah keadaan sehat, baik fisik, mental, spiritual maupun social yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara social ekonomi." Namun janji tersebut belum terealisasi dengan baik. Peserta BPJS tak bisa bebas memilih fasilitas kesehatan (faskes) karena program JKN menggunakan pola rujukan berjenjang. Pasien diharapkan berobat terlebih dahulu ke faskes tingkat pertama, seperti puskesmas, klinik, ataupun dokter keluarga. Jika membutuhkan layanan lebih lanjut dari dokter spesialis, pasien akan dirujuk ke faskes yang tingkat layanannya lebih tinggi. Selain itu terdapat perbedaan pelayanan rumah sakit kepada konsumen peserta kartu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan konsumen umum, pada kenyataannya konsumen umum lebih cepat dalam mendapatkan pelayanan rumah sakit, sedangkan konsumen peserta kartu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan dalam kenyataannya, adanya proses yang rumit dan mempersulit konsumen. Berdasarkan permasalahan di atas, maka perlu adanya keseriusan dari pihak penyelenggara pelayanan kesehatan untuk melakukan tindakan yang sesuai dengan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan lebih memperhatikan Etika Rumah Sakit dan Etika Kedokteran agar tidak terjadi hal-hal yang dapat merugikan pasien.

**Kata Kunci :** *Perlindungan Hukum, BPJS Kesehatan, Hak-Hak Peserta*

### **Abstract**

Everyone tries to do to live a healthy life. In Article 1 number 1 of Law Number 36 of 2009 concerning Health, it is determined that: "Health is a healthy condition, whether physical, mental, spiritual or social which enables everyone to live a productive life in a socio-economic manner." However, this promise has not been properly realized. BPJS participants cannot freely choose health facilities (faskes) because the JKN program uses a tiered referral pattern. Patients are expected to seek treatment first at a first-level health facility, such as a community health center, clinic or family doctor. If you need further services from a specialist doctor, the patient will be referred to a health facility with a higher level of service. Apart from that, there are differences in hospital services for consumers participating in the Social Security Administering Body (BPJS) Health card and general consumers, in reality general consumers are quicker in getting hospital services, while consumers participating in the Social Security Administering Body (BPJS) health card in reality, the process is complicated and makes things difficult for consumers. Based on the problems above, it is

necessary to be serious on the part of health service providers to take action in accordance with Law Number 44 of 2009 concerning Hospitals and pay more attention to Hospital Ethics and Medical Ethics so that things do not happen that could harm patients.

**Keywords:** *Legal Protection, BPJS Health, Participants' Rights*

## PENDAHULUAN

Negara sebagai suatu organisasi yang memiliki kedaulatan tertinggi atas wilayah dan rakyatnya memiliki kewajiban untuk mensejahterakan rakyatnya. Disamping faktor ekonomi dan Pendidikan sosial, Kesehatan rakyat merupakan indikator atas kesejahteraan suatu Negara dan keberhasilan pemerintah dalam melaksanakan amanat pemerintah Undang-Undang Dasar 1945 untuk memberikan keadilan berupa hak mendapatkan pelayanan kesehatan dan menyediakan fasilitas kesehatan yang baik.

Kesehatan merupakan sebuah anugerah dari yang maha kuasa. Menjaga kesehatan memperoleh pelayanan dan fasilitas kesehatan merupakan salah satu hak asasi manusia. Kesehatan adalah hal penting yang dibutuhkan manusia di samping sandang, pangan, dan papan. Tanpa kesehatan, hidup manusia tidak ada artinya. Tanpa badan yang sehat manusia tidak bisa melakukan kegiatannya sehari-harinya. Maka dari itu kesehatan adalah hal yang penting harus dijaga, diupayakan, dan dijamin perlindungannya.

Indonesia sebagai salah satu negara berkembang saat ini dihadapkan pada realita kurang optimalnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Penyelenggara pelayanan kesehatan tidak dapat menjawab kompleksitas permasalahan yang terjadi di lapangan. Hal ini harus dapat diselesaikan oleh pemerintah dengan terus meningkatkan system pelayanan kesehatan yang terpadu satu pintu dengan akses teknologi yang semakin canggih untuk menghasilkan pelayanan yang profesional, efektif, dan memuaskan bagi masyarakat.

Peraturan perundangan yang mengatur masalah pengelolaan program pemeliharaan dan penjaminan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Indonesia yaitu UUD 1945 Pasal 28 H ayat (1): "Bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan" Pasal 34 ayat (3) "bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum yang layak".

Penjelasan beberapa pasal dalam Undang-Undang Dasar 1945 tersebut membuktikan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia yang melekat sejak lahir. Negara berkewajiban untuk menjamin hak sehat bagi seluruh rakyatnya. Indonesia sebagai Negara berkembang masih dihadapkan pada masalah rendahnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Untuk melaksanakan amanat UUD 1945 Pasal 28 H dan Pasal 34 ayat (3), pemerintahan membentuk Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) Pasal 19 ayat (2) Yang menjelaskan: "Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dan memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. "Pemerintah ditugaskan membentuk system jaminan sosial nasional untuk memberikan perlindungan sosial bagi masyarakat secara menyeluruh sesuai dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai salah sesuatu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin agar setiap warga Negara dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak demi terwujudnya kesejahteraan sosial. Kemudian dalam pasal 52 undang-undang No 40 tahun 2004 tentang SJSN ini mengamatkan pemerintah untuk membentuk Badanpemerintah untuk membentuk Badan penyelenggara jaminan sosial.

Untuk melaksanakan ketentuan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN tersebut, pemerintah kemudian mengeluarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan membentuk sebuah badan hukum yang akan mewujudkan jaminan social di seluruh Indonesia. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang kemudian disingkat BPJS tersebut dibagi menjadi dua segmen dibidang

kesehatan dan ketenagakerjaan. Lahirnya undang-undang BPJS tersebut merupakan transformasi kelembagaan PT Askes, PT Jamsostek, PT Taspen, dan PT Asabri. Transformasi diikuti dengan pengalihan peserta, program, asset, liabilotas, Pegawai, serta hak dan kewajiban.

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional sesuai ketentuan undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) kemudian secara penuh dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan undang-undang nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial, BPJS Kesehatan bertugas menjamin perlindungan kesehatan setiap warga Negara Indonesia yang mendaftarkan diri sebagai Peserta BPJS Kesehatan. Dan berdasarkan undang-undang BPJS Kesehatan, semua warga Negara Indonesia wajib mendaftarkan dirinya dan keluarganya menjadi peserta aktif dan membayar rutin setiap bulan demia terlaksanakannya program jaminan Kesehatan Nasional. Penyelenggaraan jaminan kesehatan ini lahir untuk mewujudkan tugas pemerintah dalam bidang kesejahteraan kesehatan.

#### a. Teori Perlindungan Hukum

Istilah teori perlindungan hukum berasal dari Bahasa Inggris, yaitu, *legal projection theory*. Secara gramatikal perlindungan dapat berarti sebagian tempat berlindung atau hal yang melindungi. Tujuan perlindungan adalah memberikan rasa aman bagi korban. Rasa aman adalah bebas dari bahaya, bebas dari gangguan, tenang, tidak merasa takut dan khawatir. Wujud pelayanan atas perlindungan adalah memberikan rasa aman. Baik fisik maupun mental kepada korban saksi. Menurut Satjipto Raharjo. Perlindungan hukum adalah:

- “ Memberi pengayoman terhadap hak asasi manusia (HAM) yang dirugikan orang lain dan perlindungan itu diberikan kepada masyarakat agar dapat menikmati semua hak-hak yang diberikan oleh hukum”

##### 1. Teori Negara Kesejahteraan

Kesejahteraan negara adalah cita-cita luhur dari *foundingfather* kita. Kemerdekaan bukansaja bermakna kebebasan daripenjajah, lebih dari itu adalah tercapainya masyarakat yang adil dan makmur. Upaya untuk menelusuri pemikiran-pemikiran para tokoh pendiri bangsa kita dalam rangka melacak jejak pemikiran mereka tentang negara kesejahteraan adalah penting menurut pertimbangan penulis, karena upaya semacam ini adalah tanda bahwa kita menghendaki suatu konsep yang bukan dari kekosongan tetapi dari keber-akaran kita sendiri mengenai pemikiran tersebut. Jika konsep negara kesejahteraan adalah ide universal yang dianggap sebagai ide alternative mengenai kebijakan negara dalam mengatasi kemiskinan. Maka penelusuran mengenai upaya para tokoh bangsa dahulu dalam menjejakan pemikiran tersebut adalah usaha pengenalan diri kita kembali akan keluhuran nilai-nilai yang kita punya sebenarnya sejak dahulu. Selain itu pula, upaya ini dapat dikatakan sebagai tanda bahwa kita hendak mencari format pemikiran negara kesejahteraan yang khas Indonesia.

##### 2. Teori Keadilan

Keadilan berasal dari kata adil, menurut kamus Bahasa Indonesia adil adalah tidak sewenang-wenang, tidak memihak, tidak berat sebelah. Adil terutana mengandung arti bahwa suatu keputusan dan tindakan didasarkan atas norma-norma objektif,. Keadilan pada dasarnya adalah suatu konsep yang relatif, setiap orang tidak sama.

## METODE

### Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini menggunakan jenis penelitian yuridis normatif, yaitu penelitian yang menggunakan dokumen kepustakaan sebagai sumber data utama atau sumber hukum primer. Hal tersebut bertujuan untuk menemukan, mengembangkan, serta menciptakan suatu ilmu pengetahuan. Dalam penelitian tesis ini, studi kepustakaan digunakan untuk menemukan dan mendeskripsikan bagaimana bentuk perlindungan hukum serta pertanggung jawaban BPJS Kesehatan kepada peserta yang tidak terpenuhi haknya dalam pelayanan kesehatan.

### **Metode Pendekatan**

a. Pendekatan Peraturan Perundang-Undangan (*Statue Aproach*)

Menelaah semua peraturan perUndang-Undang atau regulasi terkait isu hukum yang hendak dicari dan diambil jawabannya. Metode pendekatan ini meneliti hierarki dalam peraturan perundang-undangannya.

b. Pendekatan Konseptual (*conceptual Aproach*)

Merupakan pendekatan yang beranjak dari pandangan-pandangan dan doktrin-doktrin yang berkembang didalam ilmu hukum. Dengan mempelajari pendekatan ini maka penulis akan menemukan beberapa ide yang akan melahirkan sebuah pengertian-pengertian hukum, konsep-konsep hukum dan asas-asas yang sesuai dengan isu yang dihadapi.

c. Pendekatan Kasus (*case approach*)

Merupakan pendekatan yang menggunakan cara menelaah kasus-kasus yang berhubungan dengan isu yang dihadapi. Dalam pendekatan kasus, beberapa kasus yang mempunyai kesamaan terhadap isu hukum yang dihadapi ditelaah secara cermat dan teliti untuk mendapatkan studi kasus terhadap isu hukum.

### **Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data atau bahan hukum merupakan Teknik ataupun cara dalam langkah-langkah mengatur, guna untuk mendapatkan data atau bahan hukum yang diperlukan. Dalam penelitian ini, penulis menggunakan beberapa Teknik yaitu;

a. Studi Pustaka

Pada penelitian ini Teknik yang digunakan dalam pengumpulan data adalah studi pustaka. Penulis menganalisis teori masalah perlindungan hukum peserta BPJS Kesehatan melalui Undang-Undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), serta draft perjanjian kerja sama atau MOU antara BPJS Kesehatan Kantor cabang Kota Bogor dengan salah satu fasilitas kesehatan diwilayah Kota Bogor.

b. Wawancara

Merupakan pengumpulan data dengan cara mengajukan pertanyaan lisan maupun tulisan kepada narasumber yang selanjutnya informasinya diolah dengan baik. Wawancara dilakukan kebeberapa peserta BPJS Kesehatan dan petugas PIPP Rumah Sakit, Dokter, serta Peserta BPJS Kesehatan.

c. Studi Dokumen

Studi dokumen merupakan kegiatan pengkajian dokumen-dokumen literasi yang dapat digunakan sebagai bahan analisis yang berhubungan dengan materi dan objek penelitian.

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **Perlindungan Hukum Peserta Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan Dalam Pelayanan Kesehatan Di Wilayah Kota Bogor**

#### **Kebersatuan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan**

Kebersatuan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN-KIS) oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dibagi menjadi dua, yaitu :

1. Peserta Penerima Bantuan Iuran/PBI

Adalah peserta yang mendapatkan subsidi bantuan iuran program jaminan Kesehatan Nasional oleh Pemerintah Pusat atau Daerah berdasarkan anggaran pembelanjaan APBN, peserta PBI ini dimasukkan dalam kelas peserta nomor tiga.

2. Peserta Bukan Penerima Upah/PBPU/Peserta Mandiri

Adalah peserta yang tidak menerima subsidi bantuan iuran dari pemerintah dan harus membayarkan iuran rutin setiap bulannya kepada BPJS Kesehatan.

3. Peserta Pekerja/Penerima Upah/PPU

Adalah peserta yang berstatus karyawan atau pekerja dimana iuran program Jaminan Kesehatan Nasional nya dibayarkan oleh pelaku usaha atau instansi tempat bekerja.

Berikut ini jumlah iuran yang dibayarkan oleh setiap peserta BPJS Kesehatan berdasarkan kelasnya berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Jaminan Kesehatan :

1. Kelas I dikenakan iuran Rp.150.000,00 per bulan
2. Kelas II dikenakan iuran Rp.100.000,00 per bulan
3. Kelas III dikenakan iuran Rp.35.000,00 per bulan
4. Setiap orang berhak dan wajib mendapatkan kesehatan dalam derajat kehidupan yang optimal.

Kesehatan adalah sebuah hak setiap warga Negara. Kesehatan merupakan sebuah tanggungjawab Negara untuk menjamin setiap warga negaranya mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik dan berkualitas. Sehingga salah satu tugas pemerintah adalah melakukan pembangunan kesehatan bagi warga negaranya secara optimal demi tercapainya suatu kesejahteraan.

Pelayanan kesehatan di Indonesia dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan seperti puskesmas, klinik, dan rumah sakit. Namun realita dilapangan banyak terjadi pengaduan dari masyarakat atas pelayanan kesehatan yang kurang maksimal karena. Hal tersebut dapat dipicu oleh beberapa factor. Namun jika kembali kepada amanat Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 34 ayat (3) dimana Negara bertanggungjawab atas pelayanan fasilitas kesehatan yang layak dan baik maka seyogyanya baik puskesmas, klinik, maupun rumah sakit tidak boleh menolak pasien dan mendiskriminasikan pasien.

Perlindungan hukum peserta BPJS kesehatan sebagaimana tercantum dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan serta Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit. Dalam hal ini terdapat hubungan hukum antara pasien peserta BPJS Kesehatan dengan rumah sakit. Maka dari itu muncul hak dan kewajiban yang harus dipenuhi dan dijalankan oleh masing-masing pihak.

Hubungan hukum yang terjadi dalam pelayanan medis ialah berdasarkan perjanjian yang bertujuan untuk melakukan pelayanan dan pengobatan untuk mencapai kesembuhan pasien. Hubungan hukum tersebut berupa transaksi teraupetik yang bersifat mengikat antara pihak pasien sebagai penerima pelayanan kesehatan dengan pihak rumah sakit sebagai pemberi layanan kesehatan.

### **Bentuk Layanan Kesehatan Yang Didapatkan Oleh Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan**

Masalah kesehatan merupakan tanggung jawab bersama baik pemerintah maupun masyarakat. Gangguan kesehatan yang terjadi pada masyarakat akan berpengaruh terhadap pembangunan suatu Negara dan akan menimbulkan kerugian di bidang ekonomi. Pemerintah dituntut untuk mampu menciptakan suatu sistem pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas. Kesehatan mempunyai peranan penting dalam hidup masyarakat, karena kesehatan merupakan asset kesejahteraan badan, jiwa, dan sosial bagi setiap individu.

Berdasarkan peraturan presiden nomor 12 tahun 2013 Pasal 1 ayat (4) tentang Jaminan Kesehatan, Peserta BPJS Kesehatan mendapat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, serta rehabilitative. Jaminan kesehatan ini bersifat portabilitas yang berkelanjutan.

Pelayanan kesehatan terdapat tiga bentuk, yaitu primary health care, (pelayanan kesehatan tingkat pertama), secondary care (pelayanan kesehatan tingkat kedua), dan tertiary health services (pelayanan kesehatan tingkat ketiga).

### **Bentuk Perlindungan Hukum Peserta Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan**

Perlindungan hukum merupakan langkah untuk melindungi subyek-subyek hukum melalui sebuah peraturan perundang-undangan yang berlaku, serta dalam pelaksanaannya perlindungan hukum ini disertai sanksi yang mengikat.

Dalam perlindungan hukum sendiri, dibedakan menjadi dua, yaitu :

a. Perlindungan Hukum Preventif

Adalah perlindungan hukum yang diberikan oleh pemerintah dengan sebuah tujuan untuk mencegah adanya pelanggaran, bentuk perlindungan ini adalah langkah pencegahan atau antisipasi sebelum terjadi adanya pelanggaran.

Dalam hal ini, BPJS Kesehatan telah memberikan perlindungan hukum preventif yaitu pencegahan atau antisipasi atas perbuatan melawan hukum atau pelanggaran yang diterima oleh pasien BPJS Kesehatan ketika peserta pertama kali mendaftarkan diri atau keluarganya menjadi peserta BPJS Kesehatan. Peserta didukasi mengenai hak-hak dan kewajiban serta manfaat layanan kesehatan yang diterima sebagai peserta BPJS Kesehatan. Langkah preventif lainnya yaitu sosialisasi massal melalui media sosial, media cetak, dan media online mengenai manfaat dan prosedur apa saja yang dapat ditempuh ketika mendapatkan kendala dalam pemakaian kartu BPJS Kesehatan.

b. Perlindungan Hukum Represif

Perlindungan hukum represif merupakan perlindungan akhir berupa sanksi seperti denda penjara, dan hukuman tambahan yang diberikan apabila sudah terjadi sengketa atau telah dilakukan suatu pelanggaran.

Jadi, perlindungan hukum represif ini bersifat final, artinya langkah terakhir dalam penyelesaian suatu masalah. BPJS Kesehatan menjamin perlindungan hukum peserta yang mengalami permasalahan dalam hal pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan atau faskes baik di tingkat pertama maupun tingkat lanjutan. Perlindungan represif ini memberikan hak untuk peserta menempuh langkah pengaduan keluhan kepada BPJS Kesehatan untuk kemudian dapat ditindaklanjuti.

Ada dua langkah hukum yang dapat ditempuh oleh peserta BPJS Kesehatan untuk menuntut kerugian atas layanan kesehatan yang dialami, yaitu :

1. Mediasi ( Non litigasi )

Langkah hukum ini diatur dalam Pasal 29 Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan yang menyebutkan bahwa dalam pelanggaran tenaga kesehatan dalam pelayanan kesehatan terhadap pasien langkah awal yang wajib ditempuh adalah langkah mediasi antara kedua belah pihak untuk mencapai sebuah solusi atau kesepakatan.

2. Litigasi

Yaitu langkah terakhir jika setelah mediasi tidak ditemukan kesepakatan, dan pihak pasien ingin menggunakan haknya untuk menuntut fasilitas kesehatan karena sudah melakukan pelanggaran yang merugikan pasien baik secara perdata ataupun pidana. Jika fasilitas kesehatan terbukti lalai akan tanggung jawab dalam pelayanan kesehatan sehingga merugikan pasien atau bertindak tidak sesuai ketentuan undang-undang dan surat perjanjian kerjasama maka tahap pertama yaitu pemberian sanksi ringan berupa surat teguran, batas surat teguran yaitu tiga kali. Jika tindakannya terbukti fatal misalkan memakan nyawa pasien karena lamanya penanganan atau malpraktik maka sanksi berat berupa pemutusan hubungan kerjasama, pelaporan ke Dinas kesehatan, PERSI, dan pelaporan ke kepolisian.

**Pertanggungjawaban BPJS Kesehatan terhadap peserta BPJS Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan**

Tanggung jawab dari BPJS Kesehatan terhadap peserta BPJS yang mengalami hal yang mengecewakan, ketidakpuasan, terkait dengan layanan kesehatan di faskes tingkat pertama (puskesmas) atau di faskes tingkat lanjutan (rumah sakit) yaitu BPJS Kesehatan menerima laporan dan wajib untuk menindak lanjutinya.

Hal tersebut dijelaskan dalam Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Jaminan Kesehatan Pasal 45 sebagaimana berikut : "(1) Dalam hal Peserta tidak puas terhadap pelayanan Jaminan Kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, Peserta dapat menyampaikan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan. (3) Penyampaian pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) harus memperoleh penanganan dan penyelesaian

secara memadai dan dalam waktu yang singkat serta diberikan umpan balik ke pihak yang menyampaikan.”

Perlindungan hukum yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan yaitu peserta berhak untuk menyampaikan keluhan dan pengaduan tentang layanan kesehatan yang diterimanya sesuai yang diatur dalam Pasal 25 ayat (1) huruf e Peraturan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan yang berbunyi : “(1) Setiap peserta mempunyai hak untuk: menyampaikan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan yang bekerja sama”

Peserta dapat memintainformasi sekaligus menyampaikankeluhan, kritik, ataupun saran melalui email, call center BPJS Kesehatan 1500400, media sosial resmi milik BPJS Kesehatan seperti instagram atau twitter, serta dapat langsung datang ke kantor BPJS Kesehatan di wilayah masing-masing dan menemui petugas Penanganan Informasi dan Pengaduan Peserta (PIPP).

### **Pertanggungjawaban BPJS Kesehatan Kantor Cabang Kota Bogor atas Pengaduan Peserta BPJS Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan dalam pelayanan kesehatan di wilayah Kota Bogor**

Teknis Pertanggungjawaban BPJS Kesehatan Kantor Cabang Kota Bogor terhadap pengaduan peserta atas pelayanan kesehatan ditangani langsung oleh bidang Penerimaan Informasi dan Pengaduan Peserta (PIPP) secara langsung paling cepat 1x24 jam dan paling lama lima (5) hari. Petugas PIPP mengkonfirmasi kronologi peristiwa yang dialami oleh peserta kemudian meminta peserta untuk menuliskan form pengaduan untuk kemudian dapat ditindak lanjuti.

Jika dalam hal lain ,pengaduan peserta menimbulkan kerugian atau hal yang serius dalam pelayanan kesehatan, petugas PIPP memberikan teguran kepada fasilitas kesehatan melalui surat teguran jika pelanggarannya ringan, namun jika pelanggarannya berat sampai merugikan materil dan nyawa dan tidak dapat di mediasi antara peserta dan fasilitas kesehatan maka dapat diselesaikan dengan cara jalur pengadilan dengan peserta mengajukan permohonan kepada pengadilan negeri setempat. Dan BPJS Kesehatan dapat memutus kontrak kerjasama dalam pelayanan kesehatan kepada fasilitas kesehatan tersebut dan dapat melaporkan ke Dinas kesehatan serta persatuan Rumah Sakit Indonesia PERSI agar fasilitas kesehatan dapat mempertanggungjawabkan dan mendapatkan tindak lanjut atas kasus pelanggarannya tersebut.

### **BPJS Kesehatan**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah badan hukum publik yang bertanggungjawab kepada Presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

#### **1 Januari 2014**

Pada 1 Januari 2014 Pemerintah mengoperasikan BPJS Kesehatan atas perintah UU BPJS. Pada saat BPJS Kesehatan mulai beroperasi, terjadi serangkaian peristiwa sebagai berikut:

1. PT Askes (Persero) dinyatakan bubar tanpa likuidasi dan semua aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum PT Askes (Persero) menjadi aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum BPJS Kesehatan;
2. Semua pegawai PT Askes (Persero) menjadi pegawai BPJS Kesehatan;
3. Menteri Badan Usaha Milik Negara selaku Rapat Umum Pemegang Saham mengesahkan laporan posisi keuangan penutup PT Askes (Persero) setelah dilakukan audit oleh kantor akuntan publik;
4. Menteri Keuangan mengesahkan laporan posisi keuangan pembuka BPJS Kesehatan dan laporan posisi keuangan pembuka dana jaminan kesehatan.

Sejak BPJS Kesehatan beroperasi menyelenggarakan program jaminan kesehatan nasional, terjadi pengalihan program-program pelayanan kesehatan perorangan kepada BPJS Kesehatan.

Mulai 1 Januari 2014 terjadi pengalihan program sebagai berikut:

1. Kementerian Kesehatan tidak lagi menyelenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas);
2. Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Republik Indonesia tidak lagi menyelenggarakan program pelayanan kesehatan bagi pesertanya, kecuali untuk pelayanan kesehatan tertentu berkaitan dengan kegiatan operasionalnya, yang ditetapkan dengan Peraturan Presiden;
3. PT Jamsostek (Persero) tidak lagi menyelenggarakan program jaminan pemeliharaan kesehatan.

### **Tugas,Wewenang, Kewajiban, Hak Bpjs Fungsi**

UU BPJS menentukan bahwa,“BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.” Jaminan kesehatan menurut UU SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. BPJS Ketenagakerjaan menurut UU BPJS berfungsi menyelenggarakan 4 (empat) program, yaitu program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

#### **1. Tugas**

Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana tersebut diatas BPJS bertugas untuk:

- a. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta;
- b. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja;
- c. Menerima bantuan iuran dari Pemerintah;
- d. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta;
- e. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial;
- f. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan social
- g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

#### **2. Wewenang**

Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud di atas BPJS berwenang:

- a. Menagih pembayaran iuran;
- b. Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;
- c. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;
- d. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah;
- e. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;
- f. Mengenakan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;
- g. Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan;
- h. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangkapy penyelenggaraan program jaminan sosial. Kewenangan menagih pembayaran iuran dalam arti meminta pembayaran dalam hal terjadi penunggakan, kemacetan, atau kekurangan



pembayaran, kewenangan melakukan pengawasan dan kewenangan mengenakan sanksi administratif yang diberikan kepada BPJS memperkuat kedudukan BPJS sebagai badan hukum public.

### 3. Kewajiban

UU BPJS menentukan bahwa untuk melaksanakan tugasnya, BPJS berkewajiban untuk:

- a. Memberikan nomor identitas tunggal kepada peserta. Yang dimaksud dengan "nomor identitas tunggal" adalah nomor yang diberikan secara khusus oleh BPJS kepada setiap peserta untuk menjamin tertib administrasi atas hak dan kewajiban setiap peserta. Nomor identitas tunggal berlaku untuk semua program jaminan sosial;
- b. Mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta;
- c. Memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya. Informasi mengenai kinerja dan kondisi keuangan BPJS mencakup informasi mengenai jumlah aset dan liabilitas, penerimaan, dan pengeluaran untuk setiap Dana Jaminan Sosial, dan/ atau jumlah aset dan liabilitas, penerimaan dan pengeluaran BPJS;
- d. Memberikan manfaat kepada seluruh peserta sesuai dengan UU SJSN;
- e. Memberikan informasi kepada peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku;
- f. Memberikan informasi kepada peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajiban;
- g. Memberikan informasi kepada peserta mengenai saldo Jaminan Hari Tua (JHT) dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
- h. Memberikan informasi kepada peserta mengenai besar hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
- i. Membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuarial yang lazim dan berlaku umum;
- j. Melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan jaminan sosial;
- k. Melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.
- l. Kewajiban-kewajiban BPJS tersebut berkaitan dengan tata kelola BPJS sebagai badan hukum public.

### 4. Hak

UU BPJS menentukan bahwa dalam melaksanakan kewenangannya, BPJS berhak:

- a. Memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan/atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. Memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial dari DJSN.

Dalam Penjelasan Pasal 12 huruf a UU BPJS dikemukakan bahwa yang dimaksud dengan "dana operasional" adalah bagian dari akumulasi iuran jaminan sosial dan hasil pengembangannya yang dapat digunakan BPJS untuk membiayai kegiatan operasional penyelenggaraan program jaminan sosial. Mengenai hak memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan, dimaksudkan agar BPJS memperoleh umpan balik sebagai bahan untuk melakukan tindakan korektif memperbaiki penyelenggaraan program jaminan sosial. Perbaikan penyelenggaraan program akan memberikan dampak pada pelayanan yang semakin baik kepada peserta.

Dari 11 (sebelas) kewajiban yang diatur dalam UU BPJS, lima di antaranya menyangkut kewajiban BPJS memberikan informasi. UU Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik memang mewajibkan badan publik untuk mengumumkan

informasi publik yang meliputi informasi yang berkaitan dengan badan publik, informasi mengenai kegiatan dan kinerja badan publik, informasi mengenai laporan keuangan, dan informasi lain yang diatur dalam peraturan perundang-undangan. Dengan keterbukaan informasi tersebut diharapkan ke depan BPJS dikelola lebih transparan dan adil, sehingga publik dapat turut mengawasi kinerja BPJS sebagai badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada pemangku kepentingan.

#### 5. Organ Bpjs

Organ BPJS terdiri atas Dewan Pengawas dan Direksi. Keduanya mempunyai fungsi, tugas dan wewenang yang berbeda. Meskipun demikian, organ BPJS wajib bekerja secara integratif dalam mengelola program-program jaminan sosial nasional. Di tangan Dewan Pengawas dan Direksi baik buruknya kinerja BPJS ditentukan.

##### a. Dewan Pengawas

Dewan Pengawas terdiri atas 7 (tujuh) orang profesional yang mencerminkan unsur-unsur pemangku kepentingan jaminan sosial, yaitu terdiri atas:

1. Dua orang unsur pemerintah
2. Dua orang unsur pekerja
3. Dua orang unsur pemberi kerja
4. Satu orang unsur tokoh masyarakat

Anggota Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Presiden. Salah seorang dari anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas oleh Presiden. Anggota Dewan Pengawas diangkat untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dan dapat diusulkan untuk diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.

##### b. Satu Fungsi Empat Tugas

Dewan Pengawas berfungsi melakukan pengawasan atas pelaksanaan tugas BPJS. Dalam melaksanakan fungsi tersebut, Dewan Pengawas bertugas untuk:

1. Melakukan pengawasan atas kebijakan pengelolaan BPJS dan kinerja Direksi;
2. Melakukan pengawasan atas pelaksanaan pengelolaan dan pengembangan Dana Jaminan Sosial oleh Direksi;
3. Memberikan saran, nasihat, dan pertimbangan kepada Direksi mengenai kebijakan dan pelaksanaan pengelolaan BPJS;
4. Menyampaikan laporan pengawasan penyelenggaraan jaminan sosial sebagai bagian dari laporan BPJS kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

##### c. Empat Wewenang

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana tersebut di atas, Dewan Pengawas berwenang untuk:

1. Menetapkan rencana kerja anggaran tahunan BPJS;
2. Mendapatkan dan/atau meminta laporan dari Direksi;
3. Mengakses data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS;
4. Memberikan saran dan rekomendasi kepada Presiden mengenai kinerja Direksi.

##### d. Direksi

Direksi terdiri atas paling sedikit lima orang anggota yang berasal dari unsur profesional. Anggota Direksi diangkat dan diberhentikan oleh Presiden. Presiden menetapkan salah seorang dari anggota Direksi sebagai Direktur Utama. Anggota Direksi diangkat untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dan dapat diusulkan untuk diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.

##### e. Satu Fungsi Tiga Tugas

Direksi berfungsi melaksanakan penyelenggaraan kegiatan operasional BPJS yang menjamin peserta untuk mendapat manfaat sesuai dengan haknya. Dalam melaksanakan fungsi tersebut Direksi bertugas untuk:

1. Melaksanakan pengelolaan BPJS yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi;
2. Mewakili BPJS di dalam dan di luar pengadilan;

3. Menjamin tersedianya fasilitas dan akses bagi Dewan Pengawas untuk melaksanakan fungsinya.
- f. Delapan Wewenang  
Dalam melaksanakan tugas tersebut di atas Direksi berwenang untuk:
  1. Melaksanakan wewenang BPJS;
  2. Menetapkan struktur organisasi beserta tugas pokok dan fungsi, tata kerja organisasi, dan sistem kepegawaian;
  3. Menyelenggarakan manajemen kepegawaian BPJS, termasuk mengangkat, memindahkan, dan memberhentikan pegawai BPJS, serta menetapkan penghasilan pegawai BPJS;
  4. Mengusulkan kepada Presiden penghasilan bagi Dewan Pengawas dan Direksi;
  5. Menetapkan ketentuan dan tata cara pengadaan barang dan jasa dalam rangka penyelenggaraan tugas BPJS dengan memperhatikan prinsip transparansi, akuntabilitas, efisiensi dan efektifitas;
  6. Melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS paling banyak Rp100.000.000.000,00 (seratus milyar rupiah) dengan persetujuan Dewan Pengawas;
  7. Melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS lebih dari Rp100.000.000.000,00 (seratus milyar rupiah) sampai dengan Rp500.000.000.000,00 (lima ratus milyar rupiah) dengan persetujuan Presiden;
  8. Melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS lebih dari Rp500.000.000.000,00 (lima ratus milyar rupiah) dengan persetujuan DPR RI.

### **Pengawasan Bpjs**

Pengawasan terhadap BPJS dilakukan secara eksternal dan internal.

#### **a. Pengawasan Internal**

Pengawasan internal adalah pengawasan yang dilakukan oleh organ BPJS atau oleh satuan pengawasan internal yang dibentuk oleh organ BPJS yang diberi wewenang untuk menetapkan struktur organisasi. Atau dengan kata lain pengawasan internal dilakukan oleh organ atau satuan tugas pengawasan dalam organ BPJS sendiri.

Pengawasan internal BPJS dilakukan oleh pengawas BPJS yang terdiri atas:

1. Dewan Pengawas
2. Satuan Pengawas Internal

Dewan Pengawas BPJS merupakan organ BPJS yang berfungsi melakukan tugas pengawasan atas pelaksanaan tugas BPJS.

Sedangkan satuan pengawas internal dibentuk sebagai unit khusus untuk membantu dan atas nama pucuk pimpinan melakukan pengawasan terhadap keseluruhan unit organisasi dalam BPJS. Pengawasan internal melakukan pengawasan secara fungsional sesuai dengan bidang tugasnya dalam rangka membantu pimpinan mengelola organisasi untuk mencapai sasaran yang telah ditetapkan.

#### **b. Pengawasan Eksternal**

Pengawasan eksternal adalah pengawasan yang dilakukan oleh institusi dari luar BPJS. Pengawasan eksternal BPJS dilakukan oleh:

1. DJSN
2. Lembaga pengawas independen, yaitu Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)

Kewenangan melakukan monitoring dan evaluasi dalam ketentuan ini dimaksudkan untuk menjamin terselenggaranya program jaminan sosial, termasuk tingkat kesehatan keuangan BPJS.

Sedangkan yang dimaksud dengan "lembaga pengawas independen" adalah Otoritas Jasa Keuangan (OJK). Dalam hal tertentu sesuai dengan kewenangannya, Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) dapat melakukan pemeriksaan.

OJK berfungsi menyelenggarakan sistem pengaturan dan pengawasan yang terintegrasi terhadap keseluruhan kegiatan di dalam sektor jasa keuangan. Ruang lingkup tugasnya mencakup kegiatan jasa keuangan di sektor perbankan, di sektor pasar modal, di sektor perasuransian, dana pensiun, lembaga pembiayaan, dan lembaga jasa keuangan lainnya. Lembaga jasa keuangan lainnya antara lain meliputi penyelenggaraan jaminan sosial.

BPK dapat melakukan pemeriksaan sepanjang menyangkut pengelolaan keuangan Negara yang dilakukan oleh BPJS.

#### c. Pertanggung Jawaban

Ketentuan mengenai pertanggungjawaban BPJS diatur sebagai berikut:

- BPJS wajib menyampaikan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan yang telah diaudit oleh akuntan publik kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN paling lambat 30 Juni tahun berikutnya.
- Periode laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan mulai 1 Januari sampai dengan 31 Desember.
- Laporan keuangan BPJS disusun dan disajikan sesuai dengan standar akuntansi keuangan. \*Ringkasan eksekutif laporan program dan ringkasan eksekutif laporan keuangan dipublikasikan melalui media masa cetak dan media masa elektronik paling lambat 31 Juli tahun berikutnya.
- Direksi bertanggung jawab secara renteng atas kerugian finansial yang ditimbulkan atas kesalahan pengelolaan dana jaminan sosial.
- Pada akhir masa jabatan, Dewan Pengawas dan Direksi wajib menyampaikan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

### Hubungan Kelembagaan

#### 1. Hubungan Antar Lembaga Negara

BPJS adalah badan hukum yang dibentuk dengan Undang-Undang untuk menjalankan sebagian penyelenggaraan kekuasaan pemerintahan, yakni urusan penyelenggaraan program jaminan sosial. BPJS tergolong lembaga dalam sistem ketatanegaraan yang berada di tingkat pusat.

##### 1.1 BPJS dan Presiden

UU SJSN dan UU BPJS mengatur hubungan tersendiri antara BPJS dengan Presiden selaku Kepala Pemerintahan dan selaku Kepala Administrasi Negara.

Hubungan BPJS dengan Presiden selaku Kepala Pemerintahan adalah sebagai berikut:

1. Presiden berkomunikasi dengan BPJS melalui legislasi, regulasi, dan laporan pertanggungjawaban.
2. Kewajiban BPJS mempertanggungjawabkan kinerjanya secara berkala kepada Presiden menciptakan hubungan dua arah antara Presiden dan BPJS, yaitu hubungan pelaporan dan pertanggungjawaban.

Hubungan BPJS dengan Presiden selaku Kepala Administrasi Negara adalah sebagai berikut:

1. Presiden selaku Kepala Administrasi Negara berwenang untuk membuat keputusan bersifat kongkret, final, individual, dan mengikat BPJS dalam rangka menegakkan administrasi penyelenggaraan SJSN. sesuai dengan prinsip "good governance".
2. UU BPJS menentukan empat Keputusan Presiden yang terkait dengan fungsi, tugas, dan wewenang BPJS yaitu:
  - 1) Keputusan Presiden tentang Penetapan Anggota Dewan Pengawas dan Anggota Dewan Direksi BPJS.

- 2) Keputusan Presiden tentang Pengangkatan Panitia Seleksi Anggota Dewan Pengawas dan Anggota Direksi BPJS.
- 3) Keputusan Presiden tentang Pengenaan Sanksi Administratif Anggota Dewan Pengawas dan Anggota Direksi BPJS.
- 4) Keputusan Presiden tentang Pemindahtanganan Aset BPJS senilai 100 miliar – 500 miliar rupiah.

#### 1.2 BPJS dan Lembaga Negara Lainnya

Hubungan antar lembaga-lembaga Negara yang terlibat secara langsung dalam struktur organisasi SJSN, atau secara tidak langsung melalui keterkaitan sistem, diuraikan sebagai berikut:

1. Hubungan yang bersifat fungsional
2. Hubungan yang bersifat pengawasan
3. Hubungan yang bersifat pelaporan atau pertanggungjawaban
4. Hubungan yang bersifat penyelesaian sengketa

### (1) Hubungan Fungsional

Dalam penyelenggaraan program jaminan sosial, BPJS terkait dengan fungsi-fungsi aparatur pemerintah terkait, baik di tingkat Pusat maupun di Daerah. Keterkaitan fungsi dan tugas dilaksanakan dalam bentuk upaya memadukan (mengintegrasikan), menyerasikan, dan menyelaraskan berbagai kepentingan dan kegiatan yang saling berkaitan untuk pencapaian sasaran dan tujuan bersama. Ketiga upaya ini dikenal dengan koordinasi fungsional, mulai dari proses perumusan kebijakan, perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian.

Sarana atau mekanisme koordinasi fungsional dalam penyelenggaraan program jaminan sosial dapat berupa:

1. Kebijakan, sebagai alat/pedoman untuk memberi arah tujuan yang harus dicapai dalam penyelenggaraan program jaminan sosial.
2. Rencana, sebagai sarana untuk menuangkan secara jelas sasaran, cara melakukan, waktu pelaksanaan, pelaksana, dan lokasi
3. Prosedur dan tatakerja, memuat pelaku dan tugasnya, waktu pelaksanaan, mitra kerja yang dituangkan dalam manual, petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan, atau pedoman kerja.
4. Rapat dan taklimat (briefing), untuk menyatukan bahasa dan pemahaman mengenai suatu masalah, memberikan pengarahan, memperjelas atau menegaskan kebijaksanaan suatu masalah.
5. Surat keputusan bersama/surat edaran bersama, untuk menyelesaikan tugas yang harus diselesaikan lintas instansi. Surat edaran perlu ditindaklanjuti dengan petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis secara serasi dan saling menunjang.
6. Tim, Panitia, Kelompok Kerja, Gugus Tugas yang bersifat sementara untuk pelaksanaan tugas teknis operasional yang, bersifat mendesak, multi sektor, multi disiplin, multi fungsi dan sulit dilaksanakan.
7. Pelayanan satu pintu, dibentuk untuk memperlancar dan mempercepat pelayanan jaminan sosial oleh satu instansi yang mewakili berbagai instansi lain yang masing-masing memiliki kewenangan tertentu atas sebagian urusan yang harus diselesaikan. Misalnya, proses pendaftaran, pengumpulan iuran, dan pembayaran santunan jaminan sosial/dana pensiun diselenggarakan bersama dengan pelayanan program bantuan sosial/pelayanan pajak.

#### a) BPJS dan DJSN

Hubungan fungsional yang diatur dengan jelas dalam UU SJSN adalah hubungan antara dua organ utama SJSN, yaitu DJSN dengan BPJS. DJSN berfungsi sebagai perumus kebijakan umum SJSN (regulator), sedangkan BPJS berfungsi sebagai penyelenggara program jaminan sosial.

BPJS berhubungan secara fungsional dengan DJSN dalam merumuskan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan program jaminan sosial nasional, usulan kebijakan

investasi, usulan besaran iuran Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, usulan perbaikan/perubahan peraturan perundangan jaminan sosial.

b) BPJS dan Kementerian atau Lembaga Negara di Pusat

Selaku lembaga profesional di bidang jaminan sosial, BPJS memiliki pengetahuan, pengalaman dan data serta informasi yang sangat diperlukan dalam perumusan kebijakan dan peraturan perundangan di bidang jaminan sosial, bahkan di bidang-bidang lain yang terkait, misalnya ketenagakerjaan, pelayanan kesehatan, penanggulangan kecelakaan kerja. Sebaliknya, BPJS memerlukan dukungan kebijakan dan regulasi yang dirumuskan atau dibentuk oleh Kementerian terkait guna menjaga keamanan dan keberlangsungan penyelenggaraan program jaminan sosial. Oleh karenanya, tercipta hubungan fungsional antara BPJS dengan berbagai Kementerian terkait, antara lain yang membidangi urusan penyelenggaraan jaminan sosial, ketenagakerjaan, kesehatan, sosial, dan lainnya. Beberapa contoh hubungan fungsional yang tercipta antara BPJS dengan LembagaLembaga Negara di tingkat pemerintahan Pusat adalah sebagai berikut:

1. BPJS Kesehatan bersama Kementerian Kesehatan membangun sistem kesehatan nasional, integrasi pelayanan kesehatan perorangan dengan pelayanan kesehatan masyarakat, pembangunan mutu pelayanan kesehatan, pembangunan sumber daya manusia kesehatan, penyediaan dan pemerataan fasilitas kesehatan dan perbekalan kesehatan, pengendalian harga pelayanan kesehatan, harga obat dan harga alat kesehatan, penanggulangan bencana, penanggulangan penyakit menular, dan lain-lain.
2. BPJS bersama Kementerian Ketenagakerjaan membangun kebijakan pengupahan, keselamatan kerja dan kesehatan kerja.
3. Hubungan BPJS dengan Kementerian Keuangan membangun integrasi kebijakan perpajakan dan jaminan sosial, serta integrasi data pajak dengan data jaminan sosial.
4. BPJS bersama Kementerian Sosial menyelenggarakan sistem perlindungan sosial terintegrasi, penetapan data terpadu fakir miskin.
5. BPJS bersama Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara, Kementerian Hankam, Mabes POLRI membangun sistem manajemen informasi kepegawaian dan integrasi data kepesertaan jaminan sosial.
6. BPJS bersama BPS dalam implementasi kebijakan penyediaan statistik jaminan sosial, data-data lainnya yang diperlukan untuk perumusan besaran iuran, paket manfaat dan kebijakan jaminan sosial.
7. Dan lain sebagainya.

c) BPJS dan Pemerintah Daerah

Pembangunan sistem jaminan sosial nasional termasuk salah satu urusan yang didesentralisasikan kepada Pemerintah Daerah. Hubungan BPJS dengan Pemerintah Daerah terjalin antara lain dalam pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan program jaminan sosial di era desentralisasi dan otonomi daerah, integrasi data PNS Daerah dengan data Kepesertaan Jaminan Sosial, penyelenggaraan sistem kesehatan daerah.

## **(2) Hubungan Pengawasan**

Sistem Jaminan Sosial Nasional menetapkan dua organ pengawas eksternal, yaitu DJSN dan pengawas independen. Pengawas independen BPJS adalah OJK dan BPK.

a) BPJS dan DJSN

Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) adalah lembaga negara yang dibentuk oleh UU SJSN dan berfungsi merumuskan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan SJSN. Rumusan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan program-program jaminan sosial ditetapkan dalam Keputusan DJSN, yang wajib dilaksanakan oleh BPJS.

Selanjutnya, DJSN bertugas sebagai pengawas eksternal BPJS dengan melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial dantingkat kesehatan keuangan BPJS. Hubungan BPJS dan DJSN dalam hal ini adalah hubungan fungsional bersifat pengawasan. DJSN mengawasi BPJS dalam pelaksanaan kebijakan umum dan peraturan perundang-undangan di bidang jaminan sosial nasional, sinkronisasi

penyelenggaraan SJSN, serta pengelolaan aset dana jaminan sosial dan aset BPJS. DJSN berwenang untuk memantau, mengawasi, dan menilai kinerja BPJS. Sebaliknya, BPJS berhak mendapatkan hasil monitoring dan evaluasi dari DJSN.

b) BPJS dan Pengawas Independen

BPJS diawasi oleh lembaga pengawas independen, yaitu Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK). Hubungan kewenangan antara BPJS dan OJK serta BPK bersifat hubungan pengawasan. OJK mengawasi BPJS dalam mengelola dana jaminan sosial dan dana BPJS, sedangkan BPK mengawasi BPJS dalam menggunakan anggaran belanja dan pendapatan negara (APBN) yang dialokasikan bagi penyelenggaraan program jaminan sosial. BPJS berhak mendapatkan hasil audit dari OJK dan BPK.

### **(3) Hubungan Pelaporan dan Pertanggungjawaban**

BPJS wajib menyampaikan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan yang telah diaudit oleh akuntan publik kepada Presiden, dengan tembusan kepada DJSN paling lambat 30 Juni tahun berikutnya.

### **(4) Hubungan Penyelesaian Sengketa**

BPJS melaporkan Pemberi Kerja kepada Instansi berwenang mengenai ketidakpatuhannya membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Terkait hal ini, BPJS berhubungan antara lain dengan Kepolisian, Kejaksaan, dan Lembaga peradilan.

### **Hubungan Kewenangan (Hubungan Administrasi Negara)**

UU SJSN dan UU BPJS mendelegasikan kepada BPJS kewenangan dan wewenang dalam penyelenggaraan program-program jaminan sosial nasional. Kewenangan BPJS berupa kekuasaan formal untuk menyelenggarakan program jaminan sosial serta mengatur hal-hal terkait operasional penyelenggaraan program jaminan sosial dengan Peraturan BPJS. Sedangkan wewenang BPJS berupa kekuasaan untuk melakukan tindakan hukum publik sesuai ketentuan UU SJSN dan UU BPJS beserta peraturan pelaksanaannya. Dengan kata lain, BPJS berwenang melakukan perbuatan-perbuatan hukum sepihak yang mengikat warga negara karena wewenang Undang-Undang. Kewenangan ini menciptakan hubungan kewenangan antara BPJS dengan warga negara yang dilaksanakan berdasarkan prosedur dan mekanisme pelaksanaan tanggung jawab.

#### **2.1 BPJS dan Pekerja - Pemberi Kerja**

Hubungan kewenangan berlaku kepada seluruh penduduk Indonesia, termasuk tenaga kerja asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia. Sebagai catatan, BPJS berhubungan kewenangan dengan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah selaku Pemberi Kerja bagi Pegawai Negeri Sipil dan Kepolisian RI serta Mabes TNI selaku Pemberi Kerja bagi Anggota POLRI /Prajurit TNI.

Hubungan kewenangan antara BPJS dan Pekerja serta Pemberi Kerja, mencakup:

1. Kewajiban Pekerja dan Pemberi Kerja untuk melakukan pendaftaran dan pembayaran iuran.
2. Wewenang BPJS untuk menagih iuran jaminan sosial.
3. Wewenang BPJS untuk melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Pekerja dan Pemberi Kerja dalam memenuhi ketentuan peraturan perundangan di bidang jaminan sosial.
4. Wewenang BPJS untuk memberi sanksi administratif kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya, serta melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lainnya.
5. Izin/persetujuan BPJS kepada Peserta untuk memperoleh manfaat pelayanan atau manfaat santunan.
6. Pemberian status peserta kepada Pekerja dan Pemberi Kerja yang telah mendaftar dan membayar iuran.

7. Pemberian identitas tunggal kepada Pekerja dan Pemberi Kerja yang telah mendaftar dan membayar iuran.
8. Pemberian informasi tentang hak dan kewajiban peserta, serta prosedur penyelenggaraan jaminan sosial.
9. Pemberian informasi saldo dana jaminan hari tua dan besar hak pensiun.
10. BPJS berhak mendapatkan dana operasional bersumber dari dana jaminan sosial atau dari sumber lainnya yang sah untuk penyelenggaraan program jaminan sosial.

## 2.2 BPJS dan Pemerintah selaku Pembayar Iuran PBI

Pemerintah mengambil alih kewajiban membayar iuran jaminan sosial bagi penduduk miskin dan tidak mampu. Hubungan kewenangan antara BPJS dan Pemerintah selaku pembayar iuran PBI adalah sebagai berikut:

1. Pemerintah, yaitu Kementerian Kesehatan mendaftarkan sebagai peserta program jaminan kesehatan dan membayar iuran penerima bantuan iuran program jaminan kesehatan kepada BPJS.
2. BPJS wajib memberi nomor identitas tunggal kepada penerima.

## Hubungan Perdata

Hubungan Perdata atau hubungan kontrak adalah hubungan hukum yang timbul di antara dua pihak atau lebih atas dasar kesepakatan yang dituangkan ke dalam perjanjian atau kontrak. Hubungan perdata timbul karena:

1. Kontrak kerja BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan;
2. Kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan dan Asosiasi Fasilitas Kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan;
3. Pengadaan barang dan jasa, termasuk kontrak dengan lembaga perbankan/lembaga non perbankan untuk pengumpulan iuran dan pembayaran manfaat;
4. Penempatan dana jaminan sosial dan dana BPJS untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang.

## Hubungan Kemitraan

Hubungan kemitraan adalah hubungan kerjasama atas dasar kesetaraan dua pihak yang bekerjasama. Hubungan kemitraan inilah yang dimaksudkan oleh Pasal 11 huruf h, dan Pasal 51 ayat (1) dan ayat (2) UU BPJS. Sebagai badan hukum publik, BPJS berwenang untuk melakukan kerja sama dengan lembaga lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

Tujuan strategis hubungan kemitraan BPJS adalah untuk:

1. meningkatkan kualitas penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan secara nasional sesuai dengan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas;
2. meningkatkan kualitas BPJS Kesehatan ataupun kualitas pelayanannya kepada Peserta;
3. menjamin agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

## Hubungan Internasional

BPJS dapat bertindak mewakili Negara Republik Indonesia sebagai anggota organisasi atau anggota lembaga internasional apabila terdapat ketentuan bahwa anggota dari organisasi atau lembaga internasional mengharuskan atas nama Negara.

Keanggotaan BPJS dalam organisasi atau lembaga internasional dilakukan dengan tetap mengikuti ketentuan Peraturan Perundang-undangan di Indonesia. Peraturan Perundang-undangan dimaksud antara lain ialah Undang-Undang Nomor 37 Tahun 1999 tentang Hubungan Luar Negeri yang perlu diikuti oleh BPJS apabila menjadi anggota organisasi atau lembaga internasional.



## SIMPULAN

Berdasarkan pembahasan masalah yang sudah peneliti bahas di bab-bab sebelumnya, maka peneliti berkesimpulan

- a. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan memberikan dua Perlindungan hukum kepada pasien pengguna layanan BPJS Kesehatan yaitu perlindungan hukum preventif dengan memberitahukan hak-hak yang didapatkan sebagai peserta BPJS Kesehatan melalui sosialisasi dan edukasi dimedia sosial, cetak, brosur, dan callcenter 1500400 serta perlindungan hukum represif yaitu peserta diberikan hak untuk melakukan pengaduan, menyampaikan keluhan, serta menuntut dan meminta ganti rugi kepada fasilitas kesehatan jika terdapat pelanggaran atau diskriminasi dalam pelayanan kesehatan.
- b. Bentuk pertanggungjawaban BPJS Kesehatan terhadap peserta yang tidak mendapatkan hak pelayanan yaitu dengan cara penanganan pengaduan oleh bidang penerimaan informasi dan pengaduan peserta (PIPP) yang kemudian diselesaikan dengan jalan mediasi untuk mencapai suatu kesepakatan bersama. Namun ,jika tidak dapat diselesaikan dengan jalan mediasi, maka pengaduan tersebut diselesaikan dengan sengketa di pengadilan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Dr. Zahid Rusyad, 2018, *Hukum Perlindungan Pasien*, Malang : Setara Fest.
- Firdaus, 2015, "*Pemenuhan Hak Kesehatan Melalui Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional Indonesia*", Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Hak Asasi Manusia Pusat Litbang Hak-Hak Kelompok Khusus Kementrian Hukum dan HAM RI.
- Hendrartini, 2010, *Jurnal Pedoman Implementasi sistem Jaminan Kesehatan Bagi PPK dan Rumah Sakit*. Yogyakarta : Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran UGM.
- Satjipto Raharjo, 2000, *Ilmu Hukum*, Bandung : PT. Citra Aditya Bakti.
- Sri Praptiningsih, 2006, *Kedudukan Hukum Perawat Dalam Upaya Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit*, Jakarta : PT. Raja Grafindo.
- Sulastono, 2006, *Substansi dan Filosofi Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN*, Bandung : Menkokesra
- Sundoyo, 2009. *Jurnal Hukum Kesehatan*, Biro Hukum dan Organisasi Setjen Kementrian Kesehatan RI.
- Titon Slamet Kurnia, 2007, *Hak atas Derajat Kesehatan Optimal sebagai HAM di Indonesia*, Bandung : PT. Alumni.
- Wila Candrawila, 2001, *Hukum Kedokteran*, Bandung : Mandar Maju.
- Yusuf Shofie, 2009, *Perlindungan Konsumen dan Instrumen-instrumen Hukumnya*, Bandung: Citra Aditya Bakti, hlm:207.
- Zainudin Ali, 2013, *Metode Penelitian Hukum*, Jakarta : Sinar Grafika.
- \_\_\_\_\_, UU No. 32 Tahun 2003 Tentang Pemerintah Daerah
- \_\_\_\_\_, UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- \_\_\_\_\_, UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional
- \_\_\_\_\_, UU No. 82 Tahun 2013 Tentang Awal BPJS Kesehatan
- \_\_\_\_\_, UU No. 87 Tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan