

**PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN
MELALUI BPJS DI RUMAH SAKIT**

TESIS



OLEH :

NAMA MHS : RATU AYU PAMULARSIH, S.H
NO. POKOK MHS : 13912009
BKU : KESEHATAN

**PROGRAM MAGISTER ILMU HUKUM
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS HUKUM
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA**

2015



**PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN
MELALUI BPJS DI RUMAH SAKIT**

Oleh :

Nama Mhs. : Ratu Ayu Pamularsih, S.H
No. Pokok Mhs. : 13912009
BKU : Kesehatan

**Telah diperiksa dan disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diajukan
kepada TIM Penguji dalam Ujian Akhir/Tesis**

Pembimbing

Dr. Siti Anisah, S.H., M.Hum

Yogyakarta, 24 Desember 2014

**Mengetahui Ketua Program Pascasarjana
Fakultas Hukum**

Universitas Islam Indonesia

Drs. Agus Triyanta, M.H., Ph.D



**PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN
MELALUI BPJS DI RUMAH SAKIT**

Oleh :

Nama Mhs. : Ratu Ayu Pamularsih, S.H
No. Pokok Mhs. : 13912009
BKU : Kesehatan

**Telah diujikan dihadapan Tim Penguji dalam Ujian Akhir/Tesis dan
dinyatakan LULUS pada hari Jum'at, 09 Januari 2015**

Pembimbing,

Dr. Siti Anisah, S.H.,M.Hum

Yogyakarta,.....

Anggota Penguji,

Dr. Aroma Elmina Martho, S.H.,M.H.

Yogyakarta,.....

Anggota Penguji,

Nurjihad, S.H.,M.H

Yogyakarta,.....

Mengetahui
Ketua Program Pascasarjana Fakultas Hukum
Universitas Islam Indonesia



Drs. Agus Triyanta, M.H.,Ph.D

**ORISINALITAS KARYA TULIS ILMIAH/TUGAS AKHIR MAHASISWA
PROGRAM MAGISTER ILMU HUKUM PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS
HUKUM UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA**

Bismillahirrohman nirrohim

Yang Bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : RATU AYU PAMULARSIH
No. Mhs : 13912009

Adalah benar -benar mahasiswa Program Magister Ilmu Hukum Program Pascasarjana Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia yang telah melakukan penulisan Karya Tulis Ilmiah (Tugas Akhir) berupa Tesis dengan judul :

PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN MELALUI BPJS DI RUMAH SAKIT

Tesis ini akan saya ajukan kepada Tim Penguji dalam Ujian Pendadaran yang diselenggarakan oleh Program Magister Ilmu Hukum Program Pascasarjana Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia. Sehubungan dengan hal tersebut, dengan ini Saya menyatakan :

1. Bahwa tesis ini adalah benar-benar hasil karya saya sendiri yang dalam penyusunannya tunduk dan patuh terhadap kaidah, etika dan norma-norma penulisan sebuah karya ilmiah sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
2. Bahwa saya menjamin hasil karya ilmiah ini adalah benar-benar Asli (Orisinil), bebas dari unsur-unsur yang dapat dikategorikan sebagai melakukan perbuatan '*penjiplakan karya ilmiah (plagiat)*';
3. Bahwa meskipun secara prinsip hak milik atas karya ilmiah ini ada pada saya, namun demi untuk kepentingan-kepentingan yang bersifat akademik dan pengembangannya, saya memberikan kewenangan kepada Perpustakaan Program Magister Ilmu Hukum Program Pascasarjana Fakultas Hukum UII dan perpustakaan dilingkungan Universitas Islam Indonesia untuk mempergunakan karya ilmiah saya tersebut.

Selanjutnya berkaitan dengan hal diatas (terutama pernyataan pada butir no 1 dan 2), saya sanggup menerima sanksi baik sanksi administrasi, akademik, bahkan sanksi pidana, jika saya terbukti secara kuat dan menyakinkan telah melakukan perbuatan yang menyimpang dari pernyataan tersebut. Saya juga akan bersikap kooperatif untuk hadir, menjawab, membuktikan, melakukan pembelaan terhadap hak-hak saya serta menanda-tangani Berita Acara terkait yang menjadi hak dan kewajiban saya, di depan 'Majelis' atau 'Tim' Program Magister Ilmu Hukum Program Pascasarjana Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia yang ditunjuk oleh pimpinan fakultas/pascasarjana, apabila tanda-tanda plagiat disinyalir ada/terjadi pada tesis saya ini.

Demikian, Surat Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, dalam kondisi sehat jasmani dan rohani, dengan sadar serta tidak ada tekanan dalam bentuk apapun dan oleh siapapun.

Dibuat di : Yogyakarta
Pada Tanggal : 20 Januari 2015
Yang Membuat Pernyataan



Ratu Ayu Pamularsih

HALAMAN MOTTO

“Sungguh, bersama kesukaran itu pasti ada kemudahan”

(QS. Asy-Syarh : 6)

“Mulai dari diri sendiri, Mulailah dari hal yang terkecil dan Mulailah dari sekarang” (3 M Aa Gym)

“Barang siapa melalui suatu jalan untuk mencari suatu pengetahuan (agama), Allah akan memudahkan baginya jalan menuju surga.”

(Bukhari)

Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman diantaramu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat

(Qs. Al-Mujadah: 11)

HALAMAN PERSEMBAHAN

Kupersembahkan tesis ini untuk almamaterku tercinta,

- Program Studi Magister Ilmu Hukum, Program Pascasarjana Fakultas Hukum, Universitas Islam Indonesia Yogyakarta, dan

Rasa hormatku dan terimakasihku kepada para keluargaku tercinta

- Papaku Alm dr. Gusti Hidayat, Sp.B dan Mama Nurhayati Hasyim, S.H;
- Kakaku dr. Prabu Ekalaya Utama, Mbak Ipar dr. Riska Camalia dan Kakakku dr. Ade diansyah Putra.
- Persembahan khusus kepada makhluk mulia, yang dengan mengingatnya, pikiran ku menjadi jernih; mendengar suaranya, hati terharu;
- Mendapat kasih sayang darinya, membuat menjadi setegar sekarang;
- Merekalah Orang Tua ku dan kakak-kakak ku.
- Aku sadar seberapa pun tingginya pendidikan yang kutempuh, KALIAN-lah guru pertama bagiku.

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Alhamdulillah puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat, taufiq dan hidayah-Nya, sehingga penulis berhasil menyelesaikan Tesis dengan judul "*Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Melalui BPJS di Rumah Sakit*". Shalawat serta salam semoga senantiasa tercurahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW beserta keluarga, sahabat serta para pengikutnya sampai akhir zaman. Amin.

Pembuatan Tesis ini tidak terlepas dari bantuan dan dukungan dari berbagai pihak sehingga Tesis ini dapat terselesaikan dengan baik. Untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Rektor Universitas Islam Indonesia, Bapak Dr. Ir. Harsoyo, M.Sc.;
2. Dekan Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia, Bapak Dr. Anur Rohim Faqih, S.H.,M.Hum.
3. Ketua Program Magister Ilmu Hukum Program Pascsarjana Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia Bapak Drs. Agus Triyanta, M.A.,M.H.,Ph.D
4. Terima kasih kepada Ibunda Dr. Siti Anisah, S.H., M.Hum selaku dosen pembimbing yang dapat meluangkan waktu dan pemikirannay sehingga tesis ini dapat terselesaikan. Dan Tim dosen penguji yang telah memberikan masukan demi kesempurnaan tesis ini Ibu Dr. Aroma Elmina Marthda, S.H.,M.H., Bapak Nurjihad, S.H.,M.H

5. Kedua orang tua, Ayahanda (Alm) dr. Gusti Hidayat, Sp.B dan Ibunda Nurhayati Hasyim, S.H, dr. Prabu Ekalaya Utama (kakak), dr. Riska Camalia (mbak ipar) serta dr. Ade diansyah Putra (kakak) tersayang serta seluruh keluarga besarku yang telah banyak membantu, memberikan dukungan dan do'a selama ini.
6. Seluruh staf pengajar dan segenap karyawan Program Magister Ilmu Hukum Program Pascasarjana Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.
7. Rekan-rekan mahasiswa Pascasarjana Hukum Universitas Islam Indonesia angkatan 30 maupun 31 atas bantuan dan partisipasinya selama ini, khususnya teman-teman BKU Kesehatan, Bang didit, Ikhsan, Pak wimbuh, Rifat, Wendy, dan Mas bayu.
8. Terima kasih untuk sahabatku yang jauh disana, Muhammad Deni Nusantara, S.T., M.Arch untuk semangat dan dukungan yang diberikan.
9. Terima kasih untuk Dyah Ayu Lukitasari, S.Kep, Ners yang membantu menemani penulis melakukan penelitian.
10. Tidak lupa saya ucapkan terima kasih kepada pihak RS PKU yang telah memberikan izin penulis untuk melakukan Penelitian.
11. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang telah banyak membantu penulis baik langsung maupun tidak langsung.

Akhirnya, sebagai manusia biasa penulis menyadari masih banyak kekurangan-kekurangan-kekurangan baik yang disengaja ataupun tidak sehingga Tesis ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu, penulis mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dimasa yang akan datang.

Akhir kata, penulis berharap Tesis ini memberikan manfaat bagi kita semua terutama untuk pengembangan hukum kesehatan dan mendapatkan Ridho dari Allah SWT. Amin Ya Rabbal ‘Alamin

Yogyakarta, 21 Januari 2015

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	ix
ABSTRAK	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	8
E. Kerangka Teori.....	8
F. Metode Penelitian.....	10
G. Sistematika Penulisan	15
BAB II TINJAUAN UMUM TENTANG PELAYANAN	
KESEHATAN, RUMAH SAKIT DAN BPJS.....	16
A. Tinjauan Pelayanan Kesehatan	16
1. Pengertian Pelayanan Kesehatan	16

2.	Tinjauan Rumah Sakit.....	27
a.	Tugas dan Fungsi Rumah Sakit	29
b.	Klasifikasi Rumah Sakit	30
3.	Badan Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan (BPJS) ..	33
a.	Tinjauan tentang BPJS.....	33
b.	Transformasi Askes, Jamkesmas Menjadi BPJS	60
BAB III	PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN MELALUI BPJS	69
A.	Praktik Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan melalui BPJS di Rumah Sakit	69
1.	Sejarah BPJS	69
2.	Praktik Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Melalui BPJS Di Rumah Sakit	74
B.	Pertanggungjawaban Penyelesaian Sengketa Yang Terjadi Antara BPJS dengan Pihak Rumah Sakit	87
BAB IV	PENUTUP.....	97
A.	Kesimpulan	97
B.	Saran.....	98

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

ABSTRAK

Ratu Ayu Pamularsih dan Siti Anisah
Ratuayu_8835@yahoo.com dan nisa@fh.uii.ac.id

Kesehatan merupakan hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan tersebut. Namun kemahmlman biaya kesehatan tidak menjamin kualitas yang baik pada kesehatan karena kualitas masyarakat Indonesia tergolong rendah.

Dengan adanya Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS dan Undang-Undang No 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional, Negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhinya hak hidup sehat bagi penduduknya, termasuk warga miskin, Pegawai Negeri Sipil (PNS), Pensiunan PNS beserta anggota keluarganya (Pasal 28 huruf H Undang-Undang Republik Indonesia 1945) dan (Pasal 34 Undang-Undang Dasar Republik Indonesia 1945), serta Negara bertanggung jawab memberikan fasilitas pelayanan kesehatan kepada Rumah Sakit.

Metode penelitian yang penulis gunakan adalah metode penelitian normatif-empiris, yakni dengan melihat fakta-fakta yang ada di lapangan dan kemudian dibandingkan dengan aturan yang berlaku. Data lapangan dibutuhkan untuk memahami permasalahan-permasalahan yang terjadi di lapangan, dan upaya mengatasi permasalahan tersebut ditinjau dari aspek hukum yakni peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Dari hasil penelitian, Praktik Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Melalui BPJS dan pertanggungjawaban penyelesaian sengketa yang terjadi antara Rumah Sakit dengan BPJS meliputi Pihak Rumah Sakit melakukan apa yang diberikan di dalam peraturan yang ada. Sebagai warga miskin yang mendapatkan Kartu BPJS, menganggap pelayanan tersbut gratis walaupun kenyataannya tidak sesuai denga harapan, kedepannya Program JKN ini sangat bagus, memanusiakan manusia yang artinya memberikan pelayanan kesehatan tanpa membeda-bedakan, karena Program JKN ini masih baru dan baru berlaku 1 tahun ini, masih banyak yang harus dibenahi terutama di Penerima Pelayanan tingkat 1, dapat dikatakan Rumah Sakit merugi dengan adanya sistem Ina-CBG's karena hanya mendapatkan ganti rugi sekian % dan bila tidak dapat berkomitmen antara Pihak Rumah Sakit dengan BPJS memutuskan kontrak Kerjasama,dalam hal pertanggung jawaban sengketa, kedua belah pihak menyelesaikan permasalahan tersebut dengan musyawarah atau mediasi.

Kata Kunci : Pelayanan Kesehatan, Rumah Sakit, Perjanjian, Transformasi BPJS

ABSTRACT

Ratu Ayu Pamularsih dan Siti Anisah
Ratuayu_8835@yahoo.com dan nisa@fh.uii.ac.id

Health is a fundamental right of every individual and every citizen is entitled to obtain services. but the high cost of healthcare will not guarantee good quality in health because the quality of Indonesian society is low.

With the Act No. 24 of 2011 on BPJS and Law No. 12 Year 2013 concerning the National Health Insurance (JKN), the State is responsible arrange for the fulfillment of the rights of healthy life for its residents, including the poor, Negarei Civil Servants (PNS), retired civil servants and their family members (Article 28 letter H Constitution of the Republic ndonesia 1945), as well as the State is responsible for providing health care facilities to the hospital.

Research method that I use is -empiris normative research methods, namely by looking at the facts on the ground and then compared with the applicable rules. field data are needed to understand the problems that occur in the field, and efforts to overcome these problems in terms of the legal aspects of the p-eraturan applicable legislation.

From research, through the Health Care Practice Implementation and Accountability BPJS dispute settlement between the hospital with BPJS include The Hospital do what is given in the existing regulations. as the poor people who get BPJS cards, consider the free service despite the fact that no sesuai with harapan, future JKN program is very nice, humanizing which means providing health services without distinction, because JKN program is still new and is valid for 1 year , much remains to be addressed, especially in the Receiver Service level 1, it can be said hospitals lose money with a system of Ina-CBG's because only get compensation umpteen% and if it can not commit the Contracting Hospital with BPJS terminate the contract of cooperation, in terms of accountability dispute, both parties resolve these problems by discussion or mediation.

Keyword :ealth care, hospital, Testament, transformation BPJS

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kemiskinan merupakan masalah yang selalu ada di Setiap Negara. Permasalahan kemiskinan tidak hanya terdapat di Negara-Negara berkembang saja bahkan di Negara maju juga mempunyai masalah dengan kemiskinan. Kemiskinan tetap menjadi masalah yang rumit walaupun fakta menunjukkan bahwa tingkat kemiskinan di Negara berkembang jauh lebih besar dibanding dengan Negara maju. Dampak kemiskinan dapat dikaitkan dengan bermacam-macam sebab salah satunya yaitu kesehatan yang berakibat ada penyakit.

Kemiskinan merupakan salah satu hambatan terbesar bagi sebuah negara berkembang terutama untuk meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup rakyatnya. Tingkat kemiskinan juga menjadi penyebab masyarakat miskin tidak mampu memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang tergolong mahal.¹ Namun, mahalnya akan biaya kesehatan tidak menjamin kualitas yang baik pada kesehatan itu sendiri karena kualitas kesehatan masyarakat Indonesia selama ini tergolong rendah. Kemiskinan

¹Devitha Angesti Tiyasasih, Pelaksanaan Penerapan Pasal 29 ayat (1) huruf b nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit berkaitan dengan Perlindungan Hukum bagi Pasien Pengguna Jamkesmas (studi di RSUD dr. M. Soewandhie Surabaya), *Skrispsi* tidak diterbitkan, Malang, Fakultas Hukum Universitas brawijaya, 2011, Hlm. 1.

mempengaruhi kesehatan sehingga orang miskin atau tidak mampu dapat menjadi rentan terhadap berbagai penyakit.²

Kesehatan merupakan ukuran selain tingkat pendidikan dan ekonomi, yang menentukan mutu dari sumber daya manusia (*Human Development Index*).³ Kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga Negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin.⁴ Dengan kata lain masyarakat miskin pun menginginkan jaminan kesehatan yang ada di Rumah Sakit dengan memperoleh Jaminan Sosial.⁵

Di dalam Pasal 28 ayat (1) huruf H Undang-Undang Dasar 1945 dijelaskan bahwa:

”setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan bathin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.

Undang-Undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan:”setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak, dengan adanya aturan tersebut masyarakat berharap mendapatkan pelayanan kesehatan melalui Askes dan Jamkesmas yang dilakukan di Rumah Sakit”.

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa

²Elly Kusumawati “Perlindungan hukum terhadap peserta askes dalam perjanjian kerjasama tentang pelayanan kesehatan bagi PNS antara PT. Askes cabang Jakarta dengan Rumah Sakit Persahabatan Jakarta Timur,” *Tesis* Fakultas Hukum UGM, 2012

³*Ibid*

⁴ Dasar 1945 dan No. 36 Tahun 2009

⁵Pradika Yesi. A,”Implementasi regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di kota semarang,” *Skripsi* Fakultas Hukum Undip, 2012

Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945.

Pasal 5 ayat (1) UNDANG-UNDANG No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menetapkan bahwa:”Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan”. Kesehatan diartikan sebagai keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Undang-Undang tersebut merupakan penjabaran dari amanat Pasal 28 ayat (1) huruf h dan Pasal 34 ayat (2) Undang-Undang Dasar 1945 dan berbunyi setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Sedangkan Pasal 34 ayat (3) berbunyi Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengatur bahwa pemerintah berkewajiban untuk menjamin kesehatan Masyarakat Miskin, Pegawai Negeri Sipil serta anggota keluarga lainnya. Dalam rangka memenuhi kewajibannya yang terdapat di dalam Undang-Undang No. 36 tahun 2009, Pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan yaitu program Asuransi Kesehatan (Askes) dan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial terus berkembang sesuai dengan amanat Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 34 ayat

(2) yaitu bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia. Dengan dimasukkannya Sistem Jaminan Sosial Nasional dalam perubahan Undang-Undang Dasar 1945 terbitlah Undang-Undang No.40 Tahun 2004 menyatakan bahwa Jaminan Kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas dan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 ini mengamatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS).

Sebelum peraturan perundang-undangan lahir, kebijakan pemeliharaan kesehatan bagi penduduk miskin sudah lama diterapkan di Indonesia. Program Instruksi Presiden yang memiliki aspek kebijakan membantu penduduk miskin, seperti kebijakan subsidi tarif pelayanan kesehatan pemerintah juga merupakan program melayani kesehatan penduduk miskin. Tarif Rp. 500-Rp. 1000 untuk rawat jalan di Puskesmas dan Rp. 2000-Rp. 5000 untuk rawat inap kelas III di Rumah Sakit Umum (RSU), membantu penduduk yang kemampuannya terbatas. Munculnya kebijakan lebih sistematis dan berskala nasional untuk melayani kebutuhan kesehatan penduduk miskin, yaitu program Jaringan Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK), pemerintah menyediakan biaya untuk rujukan ke Rumah Sakit (RS) bagi penduduk miskin. Dana berasal dari Pemotongan Dampak Pemotongan Subsidi Energi (PDPSE) kemudian diubah menjadi

Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM).⁶

Selanjutnya sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 125/Menkes/SK/II/2008, Program Jamkesmas bertujuan meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.⁷ Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) atau yang sekarang lebih dikenal Jaminan Sosial adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang diselenggarakan secara nasional, agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Berdasarkan Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 selanjutnya pelaksanaannya adalah BPJS. BPJS diharapkan dapat memberikan pelayanan yang menyeluruh dari sebuah sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Tetapi dalam perjalanannya BPJS memiliki kendala-kendala lapangan sehingga dalam tahap pelaksana kurang optimal dalam penerapannya. Dalam pelaksanaannya masih banyak kekurangan terhadap program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan. Koordinasi Advokasi BPJS Watch Timboel mengatakan, masih banyak permasalahan dalam perjalanan BPJS Kesehatan

⁶ Ditjen Yammedik, Depkes. Bulletin Program Kompensasi Pengurangan Subsidi BBM Bidang Kesehatan Rumah Sakit. Edisi April 2003. Ditjen Yammedik, Depkes RI, 2003

⁷ Departemen Kesehatan RI, 2008, Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, hlm 5

selama 50 hari. Keuntungan yang diterima peserta dan permasalahan layanan, menjadi keluhan yang dominan dari peserta kepada BPJS kesehatan.

Masih banyak ditemukan pasien yang harus mencari kamar karena banyak RS yang bilang penuh.⁸ Terkait dengan manajemen sejumlah rumah sakit mengeluh selama 2 bulan (april-mei 2014) terakhir BPJS kesehatan tidak membayar klaim yang diajukan, seperti manajemen Rumah Sakit Wawa Husada Kepanjen Kabupaten Malang yang selama Januari menanggung biaya perawatan, pengobatan dan peralatan medis peserta BPJS Kesehatan sebesar Rp. 600 Juta.⁹ sementara itu menurut BPJS sebagai lembaga kesehatan baru membayarkan klaim kepada enam Rumah Sakit (RS) di Januari 2014 karena banyak RS yang belum mengajukan klaim.¹⁰ Bahkan terdapat kasus pasien terbengkalai hingga meninggal dunia karena persoalan biaya atau sejenis jaminan pembiayaan dari pasien.¹¹

Berbagai macam keluhan yang dirasakan oleh masyarakat miskin hanya karena pelayanan kesehatan yang kurang memadai. Banyak pihak yang mempertanyakan program kesehatan gratis yang diadakan oleh pemerintah provinsi yang hanya sekedar janji semata. Potret buram pelayanan kesehatan tidak hanya terjadi di daerah-daerah yang mungkin secara fasilitas dan akses masih minim dan sulit, namun juga terjadi di kota-kota besar. Contohnya: tidak

⁸<http://nasional.sindonews.com/read/2014/02/21/15/838128/pelaksanaan-bpjs-kesehatan-dinilai-masih-minus>, dikutip tanggal 8 Mei 2014 pukul 19.30

⁹<http://www.Tempo.co/read/news/2014/08/173569001/Klaim-BPJS-Seret-Rumah-Sakit-Mengaku-Merugi>, dikutip tanggal 8 Mei 2014 pukul 13.00

¹⁰ [Nasional.sindonews.com/.../bpjs-kesehatan-baru-bayar...](http://nasional.sindonews.com/.../bpjs-kesehatan-baru-bayar...), dikutip tanggal 5 April 2014 pukul 19.30

¹¹ Eksnews.com/detail-2221-pentingnya-bpjs-kesehatan..., dikutip tanggal 4 April 2014 pukul 15.30

adanya anggaran APBN untuk BBM sehingga ambulan yang terdapat di daerah tersebut tidak dapat digunakan, terdapatnya kursi gigi di Puskesmas Daerah Kupang tidak dapat digunakan oleh tenaga medis yang bertugas di daerah tersebut karena tidak adanya listrik. Dari Rumah Sakit Hasan Sadikin yang merupakan RS rujukan, alat monitoring tanda vital masih kurang bahkan seringkali dokter di Rumah Sakit tersebut saling berebut alat monitoring.¹²

Masalah ini sebenarnya mendasar karena bukan saja rumah sakit sebagai pelaksana yang perlu disalahkan, tetapi juga pihak penyelenggara jaminan sosial yaitu BPJS yang wajib bertanggung jawab akibat keterlambatan pembiayaan pengklaiman dana rumah sakit, karena terhambatnya dana dari pemerintah dalam hlm ini BPJS, pelayanan pun terhambat, sehingga pelayanan kesehatan kepada masyarakat pun ikut terhambat.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka pokok permasalahan yang akan di bahas dalam penelitian ini adalah :

1. Bagaimanakah praktik penyelenggaraan pelayanan kesehatan melalui BPJS di Rumah Sakit?
2. Bagaimana pertanggungjawaban penyelesaian sengketa yang terjadi antara Rumah Sakit dengan BPJS?

¹² M.kompasiana.com/.../mengapa-anggaran..., dikutip tanggal 9 oktober 2014 pukul 21.00

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah

1. Untuk mengkaji bagaimana praktik penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit?
2. Untuk menganalisis bagaimana pertanggungjawaban penyelesaian sengketa yang terjadi antara Rumah Sakit dengan BPJS

D. Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi pemikiran dalam pengembangan dan memperluas wawasan mengenai perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan dan pasien pada umumnya, juga menjadi panutan dalam mengambil langkah untuk menyelesaikan permasalahan yang ada antara BPJS dengan pihak Rumah Sakit yang dapat merugikan pasien, secara praktis semoga penelitian ini menjadi tambahan referensi bagi bidang kajian Hukum Kesehatan di Indonesia.

E. Kerangka Teori

Program BPJS merupakan program yang dibuat oleh Pemerintah Pusat untuk mensejahterakan masyarakat Indonesia Sesuai amanat yang terdapat di dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 ayat (1) huruf h yang kemudian oleh Pemerintah Pusat, program tersebut dilimpahkan kepada Pemerintah Daerah untuk disosialisasikan dan diterapkan kepada masyarakat daerah sesuai dengan Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 18 yang menjelaskan bahwa pembagian daerah Indonesia atas daerah besar dan kecil dengan bentuk

pemerintahannya ditetapkan dengan Undang-Undang. Hal tersebut mengandung pemahaman bahwa Indonesia merupakan negara kesatuan yang mengatur sistem desentralisasi dalam penyelenggaraan pemerintahan yaitu dengan pemberian kesempatan dan keleluasaan untuk menerapkan sistem otonomi daerah.

Konsepsi itu dapat dilihat dalam Undang-Undang 1945 Pasal 28 ayat (1) huruf h yang dengan tegas menyatakan bahwa, setiap orang berhak hidup sejahtera, lahir bathin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan, dan berhak mendapatkan kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan, serta berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.

Menurut Mukti Ali Gufron, Asuransi Kesehatan adalah suatu sistem manajemen resiko sosial berupa munculnya biaya kebutuhan medis karena sakit yang beresiko dipadukan (*pooled*) atau dipindahkan dari individu ke kelompok dengan kepesertaan yang bersifat wajib, dimana kontribusi diatur oleh peraturan tanpa memperhatikan tingkat resiko individu, kontribusi terkait pendapatan (biasanya dalam bentuk persentase pendapatan), berorientasi not for profit untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan

masyarakat, dikelola secara profesional dan surplus dikembalikan lagi ke masyarakat untuk memberikan pelayanan yang lebih baik.¹³

Tidak semua program pemerintah berjalan dengan keinginan masih banyak masyarakat miskin yang mengeluh dan keluarga terlantar yang merasa terabaikan dalam memperoleh pelayanan kesehatan karena tidak mampu membayar. Penolakan pasien yang dilakukan oleh Rumah Sakit tidak sesuai dengan Amandemen Undang-Undang Dasar 1945 kesehatan atau hak asasi. Tanggung jawab pemerintah sesuai dengan Pasal 34 Undang-Undang Dasar 1945 dibuat program pemenuhan perlindungan kesehatan keluarga miskin.

Di dalam Undang-Undang BPJS pun tidak di jelaskan secara rinci pertanggung jawaban pemerintah terhadap masyarakat untuk memenuhi hak-hak warga Negeranya sebagaimana tertuang dalam Undang-Undang Dasar 1945. Akan tetapi dalam Undang-Undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dijelaskan tanggung jawab pemerintah dan pemerintah daerah.

F. Metode Penelitian

1. Metode Pendekatan

Penelitian ini merupakan penelitian lebih bersifat yuridis normatif disamping itu dibutuhkan sisi empiris dengan cara mencatat data di lapangan terutama untuk menjawab praktik di lapangan.

¹³ Mukti AG, Reformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia dan Prospek ke Depan (Yogyakarta: Manajemen Kebijakan dan Manajemen Asuransi Kesehatan UG, 2007), hlm 33

2. Sumber Data

Penelitian hukum ini didasarkan pada penelitian kepustakaan guna memperoleh data sekunder yang didukung dengan penelitian lapangan.

a. Penelitian Kepustakaan

Data yang diperoleh dari penelitian kepustakaan ini adalah data sekunder. Data sekunder diperoleh dari :

1) Bahan hukum primer

Yaitu bahan-bahan hukum yang mengikat, meliputi:

- a) Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS;
- b) Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN;
- c) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
- d) Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
- e) Undang-Undang No. 12 tahun 2013 tentang JKN;
- f) Kitab Undang-Undang Hukum Perdata;
- g) Permenkes No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN

2) Bahan hukum sekunder

Yaitu bahan hukum yang memberikan penjelasan atau keterangan lanjutan mengenai bahan hukum primer, seperti :

- a) Artikel-artikel dala beberapa situs internet;
- b) Buku-buku yang berkaitan berupa tulisan-tulisan, pendapat para ahli hukum, artikel, literatur yang ada hubungannya

dengan masalah-masalah perlindungan konsumen, kesehatan, rumah sakit dan lain-lain yang relevan dengan penelitian.

3) Bahan hukum tersier

Untuk pengembangan yang lebih luas dan mendalam tentang penelitian, maka diperlukan juga bahan penunjang yang memberikan petunjuk maupun penjelasan terhadap bahan hukum primer dan sekunder yang telah ada. Bahan hukum ini dikenal dengan bahan hukum tersier berupa kamus, ensiklopedia, maupun karya-karya lain yang berhubungan dan menjadi pelengkap dalam penelitian tentang penyelesaian penyelenggaraan BPJS yang diadakan oleh Pemerintah di Rumah Sakit.

4) Subyek dan Obyek

a. Subyek

Adapun subyek dalam penelitian ini adalah:

1. BPJS selaku Penyelenggara Pelaksanaan;
2. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah selaku Pemberi Pelayanan kesehatan.

b. Obyek

Obyek dalam penelitian ini adalah Perjanjian Kerjasama yang dibuat kedua subyek tersebut diatas mengenai pelayanan kesehatan bagi PBI maupun non PBI. Untuk

mengetahui pelaksanaannya bagi PBI dan non PBI dalam perjanjian tersebut.

c. Responden

Responden dalam penelitian ini adalah

1. Dokter selaku Pemberi Pelayanan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah; dan
2. Humas Rumah Sakit di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah.

d. Pengolahan dan analisis Data Penelitian

Data yang terkumpul baik berupa bahan primer, sekunder maupun tersier yang diperoleh dan berkaitan dengan pembahasan yang ada sehingga dalam penelitian ini tidak terjadi penyimpangan dan kekaburan dalam pembahasan. Data yang diperlukan dalam penulisan ini diperoleh melalui :

d.1 Study Kepustakaan (*Library research*)

Informasi data diperlukan berupa tulisan yang berbentuk skripsi, tesis, buku ilmiah, hasil penelitian, majalah yang kemudian disimpulkan . dengan demikian data yang diteliti dalam suatu penelitian dapat berwujud data yang diperoleh melalui bahan-bahan kepustakaan dan / atau secara langsung dari masyarakat.

d.2 Wawancara (*Interview*)

Wawancara adalah cara memperoleh data / informasi dengan bertanya langsung yang diwawancarai. Wawancara dalam penelitian ini dilakukan sebagai pelengkap dari data sekunder yang ada. Metode pengumpulan data dengan cara wawancara mempunyai keuntungan, antara lain:

- a. Memungkinkan peneliti untuk mendapatkan data / keterangan dengan lebih cepat;
- b. Ada keyakinan, bahwa penafsiran responden terhadap pertanyaan yang diajukan adalah tepat;
- c. Sifatnya luwes;
- d. Pembatasan –pembatasan dapat dilakukan secara langsung, apabila jawaban yang diberikan melewati batas ruang lingkup masalah yang diteliti;
- e. Kebenaran jawaban dapat diperiksa secara langsung.

Adapun teknik wawancara yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik wawancara terarah (*directive interview*).

Wawancara yang menggunakan daftar pertanyaan yang telah disiapkan terlebih dahulu. Wawancara dalam penelitian ini dilakukan oleh Responden.

G. Sistematika Penulisan

Untuk mempermudah dalam memahami penelitian ini, maka dalam sistematika pembahasan perlu diungkapkan gambaran umum dari keseluruhan bab yang ada.

Pada bab satu yang serupa pendahuluan akan dijelaskan tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian, kerangka teoritik, metode penelitian dan sistematika penulisan.

Pada bab kedua akan dijelaskan mengenai Pengertian pelayanan kesehatan, tinjauan pelayanan kesehatan, pengertian BPJS, tinjauan tentang BPJS, perbedaan Askes dan Jamkesmas, tinjauan peraturan yang terkait antara BPJS, Askes, Jamkesmas dan Rumah Sakit.

Pada bab ketiga menggambarkan kewajiban hukum rumah sakit untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi pasien program JKN. Selanjutnya mengkaji pertanggungjawaban penyelesaian sengketa terhadap penyelenggaraan BPJS yang telah dilakukan oleh rumah sakit.

Pada bab terakhir atau penutup adalah bab ke empat yang berisi kesimpulan juga saran dan rekomendasi.

BAB II

TINJAUAN UMUM TENTANG PELAYANAN KESEHATAN, RUMAH SAKIT DAN BPJS

A. Tinjauan Pelayanan Kesehatan

1. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2009, yang dimaksud sehat adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Menurut WHO, sehat adalah keadaan sejahtera, sempurna dari fisik, mental dan sosial yang tidak terbatas hanya pada bebas dari penyakit atau kelemahan saja.¹⁴ Sehat adalah suatu hal yang kontinum, yang berada dari titik ujung sehat walafiat sampai dengan titik pangkal sakit serius.¹⁵

Sehat diwujudkan dengan berbagai upaya, salah satunya adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pengertian pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara tersendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau pun masyarakat.

Azwar yang mengutip pendapat Lavey dan Loomba mengatakan:” bahwa yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan ialah setiap upaya baik yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu

¹⁴digilib.unimus.ac.id/download.php?id=8362, akses tanggal 12 November 2014 jam 15.30

¹⁵Soekidjo Notoatmojo, *Promosi kesehatan dan Perilaku Kesehatan*, (Jakarta: Rineke Cipta, 2012) hlm 3

organisasi untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan, mencegah penyakit, mengobati penyakit dan memulihkan kesehatan yang ditujukan terhadap perorangan, kelompok atau masyarakat umum.¹⁶

Dalam pelayanan kesehatan, terdapat dua kelompok yang perlu dibedakan yaitu :¹⁷

- a. *Health Receiver*, yaitu penerima pelayanan kesehatan. yang termasuk dalam kelompok ini adalah pasien, yaitu orang yang sakit atau mereka yang ingin memelihara dan atau mereka yang ingin meningkatkan kesehatannya, misalnya divaksinasi atau wanita hamil yang memeriksa kandungannya.
- b. *Health Provider*, yaitu pemberi pelayanan kesehatan, contohnya: Medical Provider yaitu dokter dan tenaga bidang kesehatan lain.

Secara umum pelayanan kesehatan dapat dibedakan menjadi dua macam yaitu pelayanan kesehatan personal (*personal health services*) atau sering disebut sebagai pelayanan kedokteran (*medical services*) dan pelayanan kesehatan lingkungan (*environmental health services*) atau sering disebut sebagai pelayanan kesehatan masyarakat (*publik health services*) atau sering disebut pelayanan kesehatan masyarakat (*publik health services*). Pelayanan kesehatan personal atau pelayanan kedokteran adalah dokter yang bertanggung jawab melaksanakan kesehatan personal, menyeluruh, terpadu, berkesinambungan dan proaktif

¹⁶ Hendrojono Soewono, 2005, *Batas Pertanggungjawaban Hukum Malpraktik Dokter Dalam Transaksi Teraupetik*, (Surabaya: Srikandi) hlm 100

¹⁷ Rio Cristiawan, 2003, *Aspek Hukum Kesehatan Dalam Upaya Medis Transplantasi Organ Tubuh*, (Universitas Atmajaya Yogyakarta: yogyakarta) hlm 1

yang dibutuhkan oleh pasiennya dalam kaitan sebagai anggota dari satu unit keluarga, komunikasi serta lingkungan dimana pasien tersebut berada, serta apabila kebetulan berhadapan dengan suatu masalah kesehatan khusus yang tidak mampu di tanggulanggi, bertindak sebagai koordinator dalam merencanakan konsultasi dan atau tujuan yang diperlukan kepada dokter ahli yang sesuai.¹⁸

Dikatakan pula dokter keluarga adalah dokter pelayanan primer yang bertanggung jawab untuk melaksanakan pelayanan kesehatan yang bersifat komprehensif untuk pasien, keluarga, masyarakat lingkungan yang berkesinambungan serta koordiansi dengan tenaga kesehatan lainnya jika memang dibutuhkan oleh pasien dalam melakukan manajemen masalah kesehatan. selain itu pelayanan kedokteran yang menyeluruh atau komprehensif yang memusatkan pelayanannya kepada keluarga sebagai satu unit dimana tanggung jawab dokter terhadap pelayanan kesehatan tidak dibatasi oleh tubuh atau jenis penyakit tertentu saja.¹⁹

Sedangkan pelayanan kesehatan lingkungan atau masyarakat adalah ilmu dan seni tentang penyakit, cara memperpanjang kehidupan, serta mempromosikan kesehatan melalui upaya terorganisasi dari masyarakat. Selain itu upaya-upaya untuk mengatasi masalah-masalah sanitasi yang mengganggu kesehatan serta pelayanan atau kegiatan

¹⁸ The American Academic of General Practice, 1947: the American board of family practice, 1969: IDI, 1989, singapore collage of General Practice, 1987

¹⁹ The American Academic of Familylly Physicion, 1969

pencegahan penyakit yang terjadi dalam masyarakat melalui perbaikan sanitasi lingkungan dan pencegahan penyakit.²⁰

Menurut Azwar, pelayanan kesehatan adalah tingkat kesempurnaan yang dapat memenuhi kepuasan pelanggan (pasien) sesuai dengan standar profesi yang telah diterapkan juga sesuai dengan kode etik yang berlaku.²¹ Menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, pelayanan kesehatan dibedakan menjadi 4, yaitu :

- a. Pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan atau serangkaian pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan. Promosi Kesehatan merupakan langkah untuk memandirikan masyarakat agar mengetahui dan dapat mendeteksi secara dini masalah kesehatan. dengan dibekali ilmu kesehatan, diharapkan dapat membantu pemerintah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat,²² seperti penyuluhan kesehatan).
- b. Pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan atau penyakit. Kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan atau penyakit. Sebuah usaha yang dilakukan individu dalam mencegah terjadinya sesuatu yang tidak diinginkan. Sebagai upaya secara sengaja dilakukan untuk mencegah terjadinya gangguan, kerusakan atau kerugian bagi

²⁰ www.ilmukesehatan.com, diakses tanggal 25 November 2014, jam 14.30

²¹ Azrul, Azwar, 1996, *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, (Jakarta: Pusataka Sinar Harapan) hlm 12

²² Nesi Novita, Yuneta F, *Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan kebidanan*, (Palembang: Salemba, 2011) hlm 1

- masyarakat atau seseorang, misalnya mencuci tangan sebelum makan dan sesudah buang air besar akan mencegah terjadinya diare.
- c. Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan / atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin. Pelayanan ini merupakan lanjutan dari usaha pengobatan dan perawatan yang sempurna agar penderita sembuh kembali dan tidak cacat dan bila terjadi kecacatan, maka dicegah agar kecacatan tersebut tidak bertambah berat.
 - d. Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan / atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya. Merupakan upaya pemulihan kesehatan bagi penderita. Penderita yang dirawat di rumah maupun terhadap kelompok-kelompok tertentu yang menderita penyakit yang sama, seperti pelayanan fisik, mental.

Kebutuhan akan sehat tidak hanya diperoleh dengan cara hidup sehat tapi juga dengan adanya pelayanan kesehatan. Kesempatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dipandang sebagai hak paling asasi dari rakyat maka tidak boleh tidak, pemerintah harus menyediakan rumah sakit, dokter, perawat, obat-obatan, perlengkapan serta pelayanan lainnya

yang bermutu dan standar optimum. Menurut Woyckof dalam Tjiptono, mutu pelayanan adalah tingkat keunggulan yang diharapkan dan pengendalian atas tingkat unggulan untuk memenuhi keinginan pelanggan.

Dalam melakukan pelayanan kesehatan di rumah sakit, seorang dokter memiliki hak dan kewajiban terhadap pasien. Pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien diberikan secara langsung dan tidak langsung oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit. Pelayanan di Rumah Sakit. Pelayanan Rumah Sakit sendiri dibedakan menjadi 3 bagian yaitu :

- a. Pelayanan Kesehatan Tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis (primer) meliputi rawat jalan dan rawat inap;

Pelayanan kesehatan yang bersifat pokok, yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, seperti pelayanan rawat jalan, salah satu bentuk dari pelayanan kedokteran. Pelayanan kesehatan rawat jalan, pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam bentuk rawat inap (*hospitalization*). Pelayanan rawat jalan tidak hanya yang diselenggarakan oleh sarana pelayanan kesehatan yang lazim dikenal Rumah Sakit tetapi juga dilaksanakan di Rumah Pasien (*home care*).

- b. Pelayanan rujukan tingkat lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialis atau sub spesialis

yang meliputi rawat jalan tingkat lanjut, rawat inap tingkat lanjut dan rawat inap diruang perawatan khusus;

Pelayanan kesehatan yang lebih lanjut telah bersifat rawat inap dan untuk menyelenggarakannya telah dibutuhkan tersedianya tenaga spesialis. Rawat Inap, pelayanan perorangan yang meliputi observasi, 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 pengikutnya penderita harus menginap.

- c. Pelayanan kesehatan darurat medis adalah pelayanan kesehatan yang diberikan secepatnya untuk mencegah kematian, keparahan dan atau kecacatan sesuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan.²³ Pelayanan yang diberikan kepada pasien dengan kasus yang dapat mengancam jiwa, sehingga pelayanannya harus efektif dan efisien, misalnya ada pasien kecelakaan dengan trauma kepala, ada pendarahan dilakukan pelayanan kegawat daruratan.

Dalam suatu mutu pelayanan kesehatan disamping membandingkan standar pelayanan perlu di perhatikan pula kendali biaya yang dari berbagai sisi. Kendali biaya dalam sistem Managed Care pengembangan menggunakan sistem pembiayaan kesehatan yang mengutamakan kendali biaya dan kendali mutu maka jaminan

²³ Permenkes No. 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN, Pasal 1

pemeliharaan kesehatan di Indonesia diwujudkan secara praupaya.²⁴ Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat adalah cara pengelolaan secara terpadu antara penyelenggara jaminan pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaannya sehingga tujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dapat tercapai.²⁵

Penyelenggaraan menggunakan prinsip-prinsip *managed care* yaitu suatu teknik yang mengintegrasikan pembiayaan dan pelayanan kesehatan melalui penerapan kendali biaya dan kendali mutu yang bertujuan untuk mengurangi biaya pelayanan yang tidak perlu dengan cara meningkatkan kelayakan dan efisien pelayanan kesehatan.

Managed care bertujuan untuk memberi pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi dengan biaya yang bersaing. Organisasi *managed care* mempunyai ciri-ciri menjalin kontrak dengan Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK), pembayaran pra upaya, *utilization review*, pelayanan berjenjang, program jaminan mutu dan kesesuaian ganti rugi dengan jasa dokter dan rumah sakit.²⁶

Pengendalian biaya layanan kesehatan dengan cara *managed care* dilakukan dari dua sisi, yaitu dari sisi PPK (sisi supply) dan dari sisi peserta (sisi demand). Pengendalian dari sisi PPK dilakukan melalui mekanisme pembayaran prospektif, selektif PPK, jaringan PPK (open panel dan close panel), adanya standarisasi pelayanan (Standar Pelayanan

²⁴ Departemen Kesehatan (2008a) Standar Pekayanan Farmasi di Rumah Sakit, Jakarta : Direktorat Jendral Bina Kefarmasian dan alat kesehatan

²⁵ Mukti, A.G, *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*, (Yogyakarta: Kanisius, 2010) hlm 19

²⁶ Health Insurance Association of Amerika. *Managed Care bagian A* (edisi Pamjaki). Jakarta: pamjaki

Minimal/SPM dan formularium obat) dan *Utilization Review* (UR). Pengendalian sisi peserta (sisi demand) adalah melalui iur biaya/cost sharing yang terdiri dari copayment, coinsurance dan deductible serta pembatasan manfaat.²⁷

A. Kendali biaya dari sisi PPK (sisi supply)

1) Metode pembayaran fasilitas kesehatan

Metode pembayaran PPK yang ideal hendaknya mampu mendorong kearah kendali biaya, jaminan mutu dan efisiensi internal. Selain itu disertai dengan tidak memberikan insentif kepada PPK yang memberikan pelayanan berlebihan (*overutilization*) atau bahkan sebaliknya di bawah standar (*underutilization*).

Secara umum metode pembayaran ini dibagi menjadi 2 yaitu *Retrospective Payment System*, yaitu pembayaran yang dilakukan setelah pelayanan kesehatan diberikan dan *Prospective Payment System*, pembayaran yang dilakukan sebelum pelayanan kesehatan dilakukan.

1.1 Retrospective Payment System

Bentuk pembayaran retrospective yang selama ini dikenal yaitu fee for service (FFS) reimbursement system yaitu pembayaran yang diberikan setelah pelayanan diberikan yang besarnya tergantung dari tindakan dan sumber daya yang digunakan.

²⁷Kongstvedt, *Managed Care, What it is and how it works*, (Massachusset: Jones and Barlett Publisher, 2009)

Pada sistem managed care metode FFS dapat dikendalikan melalui *negotiated fees* dan *global fees*. *Negotiated fees* adalah seperangkat tarif yang berlaku untuk setiap jenis pelayanan yang telah disepakati bersama Badan Pelayanan dan PPK. Sedangkan *Global fee* adalah seperangkat *negotiated fee* yang tercakup dalam satu paket episode tertentu.²⁸

1.2 Prospektif Payment System

Prospektif Payment System adalah sistem pembayaran PPK dengan jumlah yang ditetapkan sebelum pelayanan medik dilaksanakan, tanpa memperhatikan jenis tindakan medik atau lamanya perawatan.

Melalui mekanisme ini kemungkinan penggunaan sarana kesehatan yang berlebihan (*overutilization*) dapat dicegah, namun dapat juga akhirnya mengandung resiko menurunkan kualitas pelayanan.²⁹

1.3 Utilization Review

Utilization Review atau lebih dikenal UR adalah suatu metode untuk menjamin mutu pelayanan terkait penghemat biaya. Utilization Review merupakan mekanisme pengendalian biaya dengan memeriksa apakah pelayanan medis perlu diberikan dan apakah pelayanan diberikan secara tepat. Utilization Review

²⁸Health Insurance Association Of Amerika, *Managed care Bagian A*, edisi Pamjaki (Jakart:Pamjaki, 2008a)

²⁹ Hendrartini, J, *Pedoman Implementasi Sistem Jaminan Kesehatan bagi PPK dan Rumah Sakit*. (Yogyakarta: Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran UGM, 2010)

dibedakan menjadi 3 yaitu *Prospective Review*, *Consurent Review* dan *Retrospektif Review*.

Prospective Review merupakan UR yang digunakan untuk menentukan kebutuhan pelayanan kesehatan yang dilakukan sebelum pelayanan kesehatan diberikan, utamanya untuk penggunaan pelayanan di Rumah Sakit.³⁰

Consurent Review merupakan UR yang dilakukan ketika pelayanan diberikan kepada pasien.

Retrospektifreview adalah UR yang dilakukan setelah pelayanan diberikan kepada pasien. *Retrospektif review* umumnya dilakukan dengan claim review dan pattern review.

1.4 Standarisasi Pelayanan

Upaya pelayanan kesehatan untuk melakukan kendali biaya sekaligus kendali mutu dengan menerapkan suatu standarisasi pelayanan.

B. Kendali biaya dari sisi Peserta (sisi Demand)

2) Cost Sharing

Cost Sharing atau iur biaya adalah peserta jaminan kesehatan membayar sejumlah biaya tertentu dengan *copayment*, *coinsurance* atau *deductible*.

2.1 *Copayment* adalah sejumlah biaya tertentu yang harus dibayarkan peserta ketika mendapatkan pelayanan kesehatan.

³⁰Loc. Cit... *Managed Care, What It is...* hlm 56

2.2 *Coinsurance* adalah sejumlah persentase tertentu dari biaya medis yang harus dibayarkan oleh peserta pada saat mendapatkan pelayanan medis.

2.3 *Deductible* adalah sejumlah biaya spesifik yang harus dibayarkan oleh peserta sebelum dia memenuhi syarat untuk mendapatkan manfaat.

2.4 Paket Manfaat

Paket manfaat adalah seperangkat kumpulan layanan yang diberikan oleh badan pelayanan yang dianggap penting dan diputuskan oleh pemerintah daerah untuk diberikan kepada penduduk atau masyarakat di daerah tersebut.

2. Tinjauan Rumah Sakit

Salah satu institusi yang menyediakan pelayanan kesehatan adalah Rumah Sakit. Rumah Sakit menurut Anggaran Dasar Perhimpunan Rumah sakit seluruh Indoneia (PERSI) Bab 1 Pasal 1 adalah suatu lembaga dalam mata rantai Sistem kesehatan Nasional yang mengemban tugas pelayanan kesehatan untuk seluruh masyarakat.³¹ Rumah Sakit adalah Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna

³¹ C. Triwibowo, *Etika & Hukum Kesehatan*, Cetakan 1 (Yogyakarta: Nuha Medika, 2014) hlm 219

yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.³²

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki peran sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat.³³ Rumah sakit merupakan suatu organisasi yang unik, karena berbaur antara padat teknologi, padat karya dan padat modal, sehingga pengelolaan rumah sakit menjadi disiplin ilmu tersendiri yang mengedepankan dua hal sekaligus yaitu teknologi dan perilaku manusia dalam sebuah organisasi.³⁴

Menurut saya sendiri, Rumah Sakit adalah suatu sarana yang merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan yang menjalankan rawat inap, rawat jalan, dan rehabilitatif berikut segala penunjangnya. Berdasarkan Undang-Undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat.³⁵

Sedangkan menurut American Hospital Association, Rumah Sakit adalah suatu institusi yang fungsi utamanya adalah memberikan pelayanan kepada pasien.³⁶ Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan

³² No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Bab 1 Pasal 1 hlm 99

³³ Tjandra Yoga Aditama, 2010, *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*, Edisi kedua (Jakarta: UII Press), hlm 9

³⁴ Nusye KL Jayanti, 2009, *Penyelesaian Hukum dalam Malpraktik Kedokteran*, (Pustaka Yustisia: Jakarta) hlm 24

³⁵ Pasal 1 angka 1 No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

³⁶ C. Triwibowo, *Etika&Hukum Kesehatan...* op.cit., 219

rehabilitatif.³⁷ Rumah Sakit merupakan institusi yang fungsi utamanya memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Fungsi utama rumah sakit adalah memberikan pelayanan kepada pasien diagnostik dan terapeutik untuk berbagai penyakit dan masalah kesehatan.

1. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 983/Menkes/SK/XI/1992, tugas Rumah Sakit adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan rujukan.³⁸ Tugas Rumah sakit pada umumnya adalah menyediakan keperluan untuk pemeliharaan dan pemulihan kesehatan.

Dalam Undang-Undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, pada pasal 19 dijelaskan: (1) Rumah Sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum dan Khusus; (2) Rumah Sakit Umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit; (3) Rumah Sakit Khusus sebagaimana dimaksud ayat (1) memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan, umur, organ, jenis penyakit atau kehususan lainnya.

Rumah sakit pada dasarnya hanya merupakan pelayanan kesehatan rujukan, artinya rumah sakit hanya menerima rujukan dari

³⁷ Ibid, hlm 100

³⁸ [Http://usu.ac.id](http://usu.ac.id), artikel: “tinjauan umum rumah sakit dan instalasi farmasi rumah sakit”, di akses pada hari sabtu, tanggal 8 November 2014, Jam 16.02

berbagai bentuk pelayanan kesehatan dasar seperti puskesmas, klinik, dokter praktik swasta dan lain-lain. Pelayanan kesehatan rujukan yaitu upaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah yang timbul kepada pihak yang mempunyai fasilitas lebih lengkap dan mempunyai kemampuan lebih tinggi.

Sedangkan fungsi rumah sakit yang termuat dalam Undang-Undang Rumah Sakit antara lain:

- a) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai dengan kebutuhan medis;
- c) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam memberikan pelayanan kesehatan;
- d) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penafsiran teknologi kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2. Klasifikasi Rumah Sakit

Dalam Undang-Undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, pada pasal; 19 dijelaskan: (1) Rumah Sakit dikategorikan dalam Rumah

Sakit Umum dan Khusus; (2) Rumah Sakit Umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit; (3) Rumah Sakit Khusus sebagaimana dimaksud ayat (1) memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan, umur, organ, jenis penyakit atau kehususan lainnya.

Sesuai dengan perkembangan yang dialami, pada saat ini rumah sakit dapat dibedakan menjadi beberapa jenis yaitu :³⁹

- 1) Menurut pemilik yaitu rumah sakit pemerintah (*goverment hospital*) dan rumah sakit swasta (*private hospital*);
- 2) Menurut filosofi yang dianut, yaitu rumah sakit yang tidak mencari keuntungan (*non profit hospital*) dan rumah sakit yang mencari keuntungan (*profit hospital*).
- 3) Menurut jenis pelayanan yang diselenggarakan, yaitu rumah sakit umum (*general hospital*) dan rumah sakit khusus (*speciality hospital*).

Berdasarkan pengelolaannya yang diatur dalam Undang-Undang No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit pasal 20 dijelaskan (1) Rumah Sakit dapat dibagi menjadi 2 yaitu Rumah Sakit Publik dan Rumah Sakit Privat; (2) Rumah Sakit Publik sebagaimana pada ayat (1) dapat dikelola oleh pemerintahan daerah dan badan hukum yang bersifat

³⁹ Ahdiana Yuni L, 2006, *Penerapan Prinsip-prinsip Korporasi Terhadap Kelembagaan Rumah Sakit Muhammadiyah Yang berfungsi Sosial*, (Proposal Kompetisi Hibah Penelitian Program Hibah A-2 batch III Tahun 2006, Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

nirlaba. Rumah Sakit publik yang dikelola pemerintah dan Pemerintah Daerah diselenggarakan berdasarkan pengelolaan BLU atau BLUD sesuai dengan peraturan yang ada. Selanjutnya diatur dalam Pasal 21, Rumah Sakit privat sebagaimana dimaksud dalam pasal 20 ayat (1) dikelola oleh Badan Hukum dengan tujuan provit yang berbentuk PT atau Persero. Menurut Departemen Kesehatan RI, Rumah Sakit dibedakan menjadi beberapa tingkatan menurut kemampuan unsur pelayanan yang dapat disediakan, ketenagaan, fisik dan peralatan, maka rumah sakit umum pemerintah pusat dan daerah diklasifikasikan menjadi:

1. Rumah Sakit umum kelas A adalah rumah sakit yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik luas dan subspesialisik luas;
2. Rumah Sakit umum kelas B adalah rumah sakit umum yang fasilitas dan kemampuan pelayanan medis sekurang-kurangnya 11 spesialisik luas dan subspesialisik terbatas;
3. Rumah Sakit umum kelas C, rumah sakit yang fasilitas dan kemampuan pelayanan kesehatan medis spesialisik dasar;
4. Rumah Sakit umum kelas D, rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis dasar.

Berdasarkan Permenkes No 340 Tahun 2010 Tentang Klasifikasi Ruamh Sakit.

Pada Pasal 6, (1) Rumah Sakit Umum Kelas A harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) pelayanan Medik Spesialis Dasar, 5 (lima) pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 12 (dua belas) pelayanan medik Spesial lainnya dan 13 pelayanan medik sub spesialis; (2) kriteria, fasilitas dan kemampuan RSU kelas A sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan medik umum, pelayanan gawat darurat, pelayanan medik spesial dasar, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan penunjang-penunjang Non klinik; (3) pelayanan medik umum terdiri dari pelayanan medik dasar, pelayanan medik bagi mulut dan pelayanan kesehatan Ibu Anak atau keluarga berencana; (4) pelayanan gawat darurat harus dapat memberikan pelayanan gawat darurat 24 (dua puluh empat) jam dan 7 (tujuh) hari seminggu dengan kemampuan melakukan pemeriksaan awal-awal kasus gawat darurat, melakukan resusitasi dan stabilitasi sesuai dengan standar; (6)... (7)... (8)... (9) pelayanan Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan; (10) Pelayanan Medik Subspesialis dari subspesialis Bedah, Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Obstetri dan Ginekologi, Mata, Telinga Hidung Tenggorokan, Syaraf, Jantung dan Pembuluh Darah, Kulit dan Kelamin, Jiwa, Paru, Orthopedi dan Gigi Mulut.

Pada Pasal 7 ayat (1) Ketersediaan tenaga kesehatan disesuaikan dengan jenis dan tingkat pelayanan; (2) pada pelayanan Medik Dasar minimal harus ada 18 (delapan belas) orang dokter umum dan 4 (empat)

orang dokter gigi sebagai tenaga tetap; (3) pada pelayanan medik spesialis dasar harus ada masing-masing minimal 6 (enam) orang dokter spesialis dengan masing-masing 2 (dua) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap; (4) pada pelayanan medik spesialis lain harus ada masing-masing minimal 3 (tiga) orang dokter spesialis dengan masing-masing 1 (satu) orang dokter spesialis sebagai tenaga medis; (5) pada pelayanan medik spesialis lain harus ada masing-masing minimal 3 (tiga) orang dokter spesialis dengan masing-masing 1 (satu) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap; (6)... (7) pada pelayanan medik subspesialis harus ada masing-masing minimal 2 (dua) orang dokter subspesialis dengan masing-masing 1 (satu) orang.

3 Badan Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan (BPJS)

1. Tinjauan tentang BPJS

Menurut Undang-Undang No. 24 Tahun 2011, badan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Dalam Pasal 3, UNDANG-UNDANG No. 24 Tahun 2011 dikatakan BPJS bertujuan untuk menyelenggarakan pemberian jaminan

terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya.

Berdasarkan pengertian dan tujuan BPJS di atas, keberadaan BPJS dapat dikatakan sebagai pihak penyelenggara pertanggung jawaban yang akan memberikan penanggungan terhadap peristiwa yang mungkin terjadi pada suatu waktu. Dalam hukum perdata, hal ini biasanya dikenal dengan istilah asuransi.

Asuransi adalah perjanjian antara kedua belah pihak atau lebih dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima premi asuransi untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan yang diharapkan atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti atau pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggung.⁴⁰

Asuransi adalah suatu perjanjian dimana sipenanggung dengan menerima suatu premi mengikatkan dirinya untuk memberi ganti rugi kepada tertanggung yang mungkin diderita karena terjadinya suatu peristiwa yang mengandung ketidakpastian dan akan mengakibatkan kehilangan, kerugian atau kehilangan suatu keuntungan.⁴¹

Dalam konteks kesehatan, asuransi adalah memastikan seseorang yang menderita sakit akan mendapatkan pelayanan yang dibutuhkannya

⁴⁰ No. 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian, Pasal 1

⁴¹ Kitab Hukum Dagang

tanpa harus mempertimbangkan keadaan ekonomi. Asuransi Kesehatan adalah salah satu produk asuransi yang secara khusus menjamin biaya kesehatan atau perawatan para anggota asuransi.

Asuransi adalah sebuah sistem untuk merendahkan kehilangan financial dengan menyalurkan resiko kehilangan dari seseorang ke badan lainnya.⁴² Pemerintah menyelenggarakan semua pertanggungan sosial pada dasarnya adalah sama, yaitu untuk memberikan jaminan sosial bagi masyarakat. Demikian juga hal asuransi kesehatan, tujuannya adalah membayar biaya rumah sakit, biaya pengobatan dan mengganti kerugian tertanggung atas hilangnya pendapatan karena cedera akibat kecelakaan atau penyakit.

Menurut Pasal 1774 KUH Perdata, perjanjian asuransi adalah suatu persetujuan untung-untungan (*kansovereenkomst*), suatu perbuatan yang hasilnya mengenai untung rugi baik bagi semua pihak maupun bagi sementara pihak, bergantung kepada suatu kejadian yang belum tentu.

Sedangkan tujuannya asuransi kesehatan adalah meningkatkan pelayanan pemeliharaan kesehatan bagi peserta dan anggota keluarganya. Asuransi Kesehatan juga memberikan bantuan kepada peserta dalam membiayai pemeliharaan kesehatan.

Jamkesmas adalah bantuan sosial untuk pelayanan terhadap kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayar oleh pemerintah, diselenggarakan oleh kementerian kesehatan

⁴² Sri Rejeki Hartanto, *Hukum Asuransi dan Perusahaan Asuransi*, Cetakan ke 4 (Jakarta: Sinar Garfika, 2001), hlm 84

sejak tahun 2008 dan merupakan perubahan dari program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi masyarakat Miskin / JPKMM atau lebih dikenal dengan program Askeskin yang diselenggarakan pada tahun 2005 sampai dengan 2007.

Lahirnya Jamkesmas selain merupakan bentuk pertanggung-jawaban Pemerintah terhadap kesehatan masyarakat miskin, juga sebagai upaya pelaksanaan Undang-Undang No 40 Tahun 2014 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Jamkesmas adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.⁴³

Menurut Pasal 19 ayat (1) UNDANG-UNDANG No 40 Tahun 2004 tentang SJSN bahwa “ Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial..”, maka kepesertaan SJSN yang dilaksanakan BPJS adalah perjanjian pula.

Program Jamkesmas memberikan perlindungan sosial di bidang kesehatan untuk menjamin setiap peserta program Jamkesmas. Peserta Program Jamkesmas adalah setiap orang miskin dan tidak mampu yang terdaftar dan memiliki kartu dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan.⁴⁴ Para peserta Jamkesmas ini mendapatkan keringanan yaitu iuran kesehatan mereka dibayar oleh pemerintah bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dari Mata Anggaran Kegiatan (MAK) belanja bantuan sosial. Hlm ini berbeda dengan ASKES

⁴³ Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)* Tahun 2008, (Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2008), hlm.5.

⁴⁴ *Ibid*

bagi PNS ataupun pejabat negara, dimana iuran kesehatan mereka sebenarnya sudah dipotong dari gaji yang seharusnya mereka terima.⁴⁵

Program Jamkesmas diselenggarakan untuk memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan kepada peserta di seluruh jaringan fasilitas kesehatan yang melaksanakan program Jamkesmas, mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang berstandar dan terkendali mutu dan biayanya, dan terselenggarakannya pengelolaan keuangan negara yang transparan dan akuntabel.⁴⁶

Antara BPJS, Jamkesmas memiliki prinsip menyelenggarakan SJSN yang sama. Pasal 4, UNDANG-UNDANG No 24 Tahun 2011 BPJS menyelenggarakan prinsip sebagai berikut :

- a. Kegotongroyongan;
- b. Nirlaba;
- c. Keterbukaan;
- d. Kehati-hatian;
- e. Akuntabilitas;
- f. Portabilitas;
- g. Kepesertaan bersifat wajib;
- h. Dana amanat;

⁴⁵Penelitian dan Pengabdian Masyarakat UGM(PPM-UGM)“Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Yogyakarta pasca Transformasi PT. Askes, Asuransi Kesehatan (Persero) menjadi BPJS (Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial),”*Hasil Penelitian* Fakultas Hukum UGM, 2014

⁴⁶ Jurnal Hukum, Hlm 16

- i. Hasil pengelolaan dana Jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.

Pelaksanaan program Jamkesmas mengikuti prinsip-prinsip penyelenggaraan sebagaimana yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 903/Menkes/Per/V/2011 tentang pedoman pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat, yaitu :

- a. Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaat untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat;
- b. Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang cost effective dan rasional;
- c. Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan protabilitas dan ekuitas; dan
- d. Efisien, efektif dan akuntabel.

Dapat dikatakan bahwa Asuransi Kesehatan (Askes) dan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) merupakan produk dari BPJS. Dalam perjalannya peserta Akses dan Jamkesmas bertransformasi menjadi BPJS, dan pendaftaran peserta jaminan kesehatan nasional adalah bersifat wajib. Tahap pertama yang dilakukan pada tanggal 1 Januari 2014 ialah mentransformasikan peserta asuransi kesehatan Perusahaan Persero Asuransi Kesehatan Indonesia (Askes) dan anggota keluarganya.

Menurut ketentuan peralihan UNDANG-UNDANG 24 Tahun 2011 Pasal 57 huruf a, Perusahaan Persero PT Asuransi Kesehatan Indonesia atau disingkat PT. Askes (Persero) yang dibentuk dengan Peraturan Pemerintah No. 6 Tahun 1992 tentang Pengalihan Bentuk Perusahaan Umum (Perum) Husada Bhakti menjadi Perusahaan Perseroan (Persero) (Lembaran Negara Indonesia Tahun 1992 No. 16) diakui keberadaannya dan tetap melaksanakan program jaminan kesehatan, termasuk menerima pendaftaran peserta baru sampai dengan beroperasinya BPJS kesehatan.⁴⁷

BPJS dibagi menjadi 2 yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.⁴⁸ BPJS Kesehatan menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan⁴⁹, sedangkan BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program:⁵⁰

- a. Jaminan Kecelakaan Kerja (K3);
- b. Jaminan Hari Tua;
- c. Jaminan Pensiun;
- d. Jaminan Kematian.

⁴⁷Penelitian dan Pengabdian Masyarakat UGM (PPM-UGM) “Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Yogyakarta pasca Transformasi PT. Askes, Asuransi Kesehatan (Persero) menjadi BPJS (Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial),” Penelitian dan Pengabdian Masyarakat UGM, *Hasil Penelitian* Fakultas Hukum UGM, 2014

⁴⁸Pasal 5 ayat (2) No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial

⁴⁹Pasal 6 ayat (1) No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial

⁵⁰Pasal 6 ayat (2) No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial

Adapun tugas BPJS adalah:⁵¹

1. Melakukan dan / atau menerima pendaftaran peserta;
2. Memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
3. Menerima bantuan dari Pemerintah;
4. Mengelola dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta;
5. Mengumpulkan dana mengelola data peserta program Jaminan Sosial;
6. Membayar sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial;
7. Memberikan Informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada peserta dan masyarakat.

Dalam pasal 10 UNDANG-UNDANG No. 24 Tahun 2011 diatur tentang Tugas BPJS terhadap peserta. Kepesertaan sendiri di bagi menjadi 2 yaitu PBI Jaminan Kesehatan dan Bukan PBI Jaminan Kesehatan.⁵²

Pada pasal 3

1. Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud Pasal 2 huruf a meliputi Fakir Miskin dan Orang tidak mampu;
2. Penetapan peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

⁵¹Pasal 10 No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial

⁵²Pasal 2 No 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional

Pasal 4 menjelaskan lebih dalam tentang Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran :

1. Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 huruf b merupakan peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas :
 - a. PPU (Pekerja Penerima Upah) dan anggota keluarganya;
 - b. Pekerja bukan Penerima Upah dan Anggotanya;
 - c. Bukan Pekerja dan anggota keluarganya.
2. PPU (Pekerja Penerima Upah) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a :
 - a. Pegawai Negeri Sipil (PNS);
 - a. TNI;
 - b. POLRI;
 - c. Pejabat Negara;
 - d. Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;
 - e. Pegawai Swasta; dan
 - f. Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima upah.
3. Pekerja bukan penerima upah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri dari :
 - i. Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri; dan
 - ii. Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima upah.

4. Bukan pekerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri dari :
 - a) Investor;
 - b) Pemberi Kerja;
 - c) Penerima Pensiun;
 - d) Veteran;
 - e) Perintis Kemerdekaan;
 - f) Bukan pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar Iuran.
5. Penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c terdiri atas :
 - a. PNS yang berhenti dengan hak pensiun;
 - b. Anggota TNI dan Anggota POLRI yang terhenti dengan hak pensiun;
 - c. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
 - d. Penerima Pensiun selain huruf a,b,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.
6. Pekerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan b termasuk Warga Negara Asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.

Peserta disini adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) di Indonesia, yang telah membayar iuran atau yang iurannya di bayar pemerintah. Bagi warga asing yang mendaftarkan sebagai peserta BPJS harus memperlihatkan kartu ijin sementara kepada pihak BPJS. Anak pertama sampai dengan anak ketiga dari peserta pekerja penerima upah sejak lahir secara otomatis dijamin oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). sedangkan bayi yang baru lahir dari

- a. Peserta pekerja bukan penerima upah;
- b. Peserta bukan pekerja;
- c. Peserta pekerja penerima upah untuk anak keempat dan seterusnya

Harus di daftarkan selambat-lambatnya 3 x 24 jam hari kerja sejak yang bersangkutan dirawat atau sebelum pasien pulang (bila pasien dirawat kurang dari 3 hari). Jika sampai waktu yang telah ditentukan pasien tidak dapat menunjukkan nomor identitas peserta JKN maka pasien dinyatakan sebagai pasien umum.

Kepesertaan Jaminan Kesehatan ini bersifat wajib dan dilakukan secara bertahap sehingga mencakup seluruh penduduk. Penetapan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sebagai berikut:

- a. Tahap pertama mulai tanggal 1 januari 2014 paling sedikit:
 1. PBI Jaminan Kesehatan;

2. Anggota TNI/ PNS di Lingkungan kementerian pertahanan dan anggota keluarga;
3. Anggota Polri/PNS di lingkungan Polri dan anggota keluarganya;
4. Peserta Asuransi kecelakaan Perusahaan Persero (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES) dan anggota keluarganya; dan
5. Peserta Jaminan Kesehatan Pemeliharaan Kesehatan Perusahaan Persero (persero) jaminan sosial tenaga kerja (JAMSOSTEK) dan anggota keluarganya.

Apabila ada peserta yang mengalami Pemutusan Hubungan Kerja dan cacat total tetap, maka :

1. Peserta sebagaimana dimaksud dalam pasal 4 ayat (1) huruf a yang mengalami PHK tetap memperoleh hak manfaat Jaminan Kesehatan paling lama 6 (enam) bulan sejak di PHK tanpa membayara iuran;
2. Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang telah bekerja kembali wajib memperpanjang status kepesertaannya dengan membayar iuran;
3. Sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) tidak dapat bekerja kembali dan tidak mampu, berhak menjadi peserta PBI jaminan kesehatan.

Adapun tata cara menjadi peserta BPJS Kesehatan. tata cara pendaftaran BPJS Kesehatan PPU (Pekerja Penerima Upah) :

1. Perusahaan mendaftarkan ke BPJS Kesehatan;
2. BPJS akan melakukan proses register kepesertaan dan memberikan info tentang Virtual Account untuk perusahaan (dimana saat virtual account berlaku untuk 1 perusahaan);
3. Perusahaan membayar ke bank dengan Virtual Account yang sudah diberikan BPJS Kesehatan;
4. Perusahaan mengkonfirmasi pembayaran ke BPJS Kesehatan;
5. BPJS Kesehatan memberikan kartu BPJS Kesehatan pada Perusahaan.

Sedangkan tata cara pendaftaran BPJS bagi pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja:

2. Calon peserta melakukan pendaftaran ke BPJS Kesehatan dengan mengisi formulir daftar isian, peserta dapat menunjukkan kartu identitas;
3. BPJS Kesehatan memberikan Informasi tentang Virtual Account calon peserta. Virtual Account berlaku untuk masing-masing Individu calon peserta kemudian calon peserta melakukan pembayaran ke bank dengan Virtual Account yang sudah diberikan BPJS Kesehatan;

4. Peserta melakukan konfirmasi pembayaran iuran 1 ke BPJS Kesehatan;
5. BPJS Kesehatan memberikan kartu BPJS Kesehatan kepada peserta.

Bila dalam melakukan pendaftaran peserta terdapat perubahan data terhadap peserta penerima bantuan iuran (PBI) Jaminan Kesehatan Menteri Sosial, perubahan data tersebut dilakukan oleh Menteri Sosial melalui verifikasi dan validasi setiap 6 (enam) bulan dalam setahun anggaran belanja sesuai PP No. 101 Tahun 2012 tentang Penerima bantuan iuran (PBI) jaminan kesehatan.

Dalam Undang-Undang No 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, Pasal 21 ayat (1) : Verifikasi dan identifikasi peserta sebagaimana di maksud dalam Pasal 3 huruf c dilakukan oleh BPJS Kesehatan setelah menerima data yang diajukan oleh calon peserta. Di Pasal 21 ayat (2) : dalam hal data sebagaimana dimaksud pada ayat (1) belum lengkap dan / atau tidak benar, BPJS Kesehatan dalam waktu paling lama 10 (sepuluh) hari kerja harus memberitahukan kepada calon peserta untuk menyampaikan data secara lengkap dan benar.

Pada Pasal 22 berikutnya: calon peserta dalam jangka waktu paling lama 10 (sepuluh) hari sejak diterimanya pemberitahuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (2) harus menyampaikan kembali data secara lengkap dan benar kepada BPJS Kesehatan.

Pasal 23 ayat (1) : apabila berdasarkan hasil verifikasi data calon peserta sudah dinyatakan lengkap dan benar, BPJS Kesehatan menerbitkan Identitas Peserta Jaminan Kesehatan. Pasal 23 ayat (2) : kartu Identitas Peserta Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit memuat :

- a. Nomor kepesertaan;
- b. Nama peserta;
- c. Tanggal lahir;
- d. Nomor induk kependudukan;
- e. Nama fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan dipilih oleh calon peserta; dan
- f. Tanggal penerbitan kartu.

Selain tata cara pendaftaran, Undang-Undang No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan bab VIII Fasilitas Kesehatan diatur tanggung jawab ketersediaan fasilitas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Pasal 35,

1. Pemerintahan dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program Jaminan Kesehatan;
2. Pemerintah dan Pemerintah Daerah dapat memberikan kesempatan kepada swasta untuk berperan serta memenuhi ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Pasal 36 mengatur tentang Penyeleggaraan Pelayanan Kesehatan:

1. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan;
2. Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang memenuhi persyaratan wajib memenuhi bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;
3. Fasilitas Kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan dapat menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan;
4. Kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dilaksanakan dengan membuat perjanjian tertulis;
5. Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pada Pasal 39 di atur mengenai cara pembayaran fasilitas kesehatan:

1. BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama secara praupaya berdasarkan berdasarkan kapitasi atas jumlah Peserta yang terdaftar di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama;
2. Dalam hal fasilitas Kesehatan tingkat pertama di suatu daerah tidak memungkinkan pembayaran berdasarkan kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan diberikan kewenangan untuk melakukan pembayaran dengan mekanisme lain yang lebih berhasil guna;

3. BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan berdasarkan cara *Indonesia Case Based Groups* (INA-CBG's);
4. Besaran kapitasi dan *Indonesia Case Based Groups* (INA-CBG's) ditinjau sekurang-kurangnya setiap 2 (dua) tahun sekali oleh Menteri setelah berkoordinasi dengan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan.

Pasal 40,

1. Pelayanan gawat darurat yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang tidak menjalim kerjasama dengan BPJS Kesehatan di bayar dengan penggantian biaya;
2. Biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditagihkan langsung oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS kesehatan;
3. BPJS Kesehatan memberikan pembayaran kepada fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) setara dengan tarif yang berlaku di wilayah tersebut;
4. Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak diperkenankan menarik biaya pelayanan kesehatan kepada peserta;
5. Ketentuan lebih lanjut mengenai penilaian kegawatdaruratan dan prosedur pergantian biaya pelayanan gawat darurat diatur sebagaimana dengan peraturan BPJS Kesehatan.

Penyelenggaraan Program JKN, peserta diwajibkan membayar iuran jaminan kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara

teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan / atau pemerintah untuk program jaminan kesehatan. Dana kapitasi besaran pembayaran perbulan yang dibayar dimuka oleh FKTP ke BPJS Kesehatan berdasarkan sejumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

Dalam penyelenggaraan BPJS, pemerintah memiliki cara pengelolaan keuangan. Dana pengelolaan yang akan digunakan untuk dana kapitas, tarif kapitasi dan lain sebagainya. Pengelolaan dana kapitasi adalah tata cara penganggaran pelaksanaan penatausahaan dan pertanggungjawaban dana kapitasi yang diteriam oleh FKTP dari BPJS Kesehatan. tarif non kapitasi, besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP berdasarkan Jenis dan Jumlah pelayanan Kesehatan yang diberikan. Tarif ini dilakukan dengan pola pembayaran Case Based Groups. Case Based Groups adalah salah satu pola pembayaran prospektif yang berupa pengelompokkan diagnosis dan prosedur yang memiliki ciri klinis dan penggunaan sumber daya yang mirip atau sama. Pengelolaan dan pemnafaatan dana di FKTP dan FKRTL milik pemerintah pengaturannya mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan sedangkan pengelolaan dan pemafaatan dana di FKTP dan FKRTL milik swasta pengaturannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada fasilitas kesehatan swasta.

Fasilitas Kesehatan tidak diperbolehkan meminta iuran biaya kepada peserta selama mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan

sesuai dengan haknya. Dalam hal klaim, fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi tidak perlu diajukan klaim oleh fasilitas kesehatan.

Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS kesehatan yang tujuannya adalah menguji kebenaran administrasi pertanggung jawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas. Ketentuan mengenai verifikasi klaim FKTP dan FKRTL diatur lebih lanjut dalam petunjuk teknis verifikasi klaim yang diterbitkan BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di kantor cabang / kantor layanan operasional kabupaten / kota BPJS Kesehatan.

BPJS wajib memberikan feedback atas telaah hasil verifikasi terhadap perbedaan biaya yang diajukan dengan yang disetujui. FKRTL wajib mengirimkan soft copy klaim individu yang sudah dibayar oleh BPJS Kesehatan ke Kementerian Kesehatan Cq pusat pembiayaan dan Jaminan Kesehatan. FKTP dan FKRTL yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan menagihkan biaya pelayanan gawat darurat secara langsung kepada BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan membayar biaya pelayanan ke gawat daruratan menggunakan tarif INA-CBGs sesuai dengan penetapan kelas Rumah

Sakit oleh Menteri Kesehatan dan Regionalisasi tarif yang berlaku di wilayah tersebut. Sedangkan FKRTL yang belum memiliki penetapan kelas, menggunakan tarif INA-CBGs Rumah Sakit kelas D.

Klaim yang dilakukan oleh pihak pelayanan Rumah Sakit memiliki kadaluarsa klaim. Kadaluarsa klaim dibagi menjadi 2 yaitu klaim kolektif dan klaim perorangan. Klaim kolektif adalah batas waktu maksimal pengajuan klaim bagi fasilitas kesehatan milik Pemerintah maupun swasta, baik di tingkat Pertama maupun tingkat lanjutan adalah 2 tahun setelah pelayanan diberikan, dan klaim perorangan, batas waktu maksimal pengajuan klaim perorangan adalah 2 tahun setelah pelayanan diberikan, kecuali diatur secara khusus.

Dalam pendanaan yang dilakukan oleh Pemerintah memiliki mekanisme pembayaran. Mekanisme pembayaran disini dibagi menjadi 6, yaitu:

1. Mekanisme pembayaran iuran

Mekanisme pembayaran iuran peserta kepada BPJS Kesehatan disesuaikan dengan kepesertaan yang terdaftar di BPJS Kesehatan:

- a. Iuran bagi peserta PBI dibayarkan oleh Pemerintah pusat melalui Kementerian Kesehatan BPJS Kesehatan;
- b. Iuran bagi peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dibayarkan oleh Pemerintah Daerah dengan pembayaran iuran minimum sama dengan besar iuran untuk peserta PBI;

c. Iuran Jaminan Kesehatan bagi peserta pekerja penerima upah dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja dengan ketentuan sebagai berikut:

- a) Pemberi kerja memungut iuran dari pekerja dan membayar iuran yang menjadi tanggung jawab pemberi kerja kemudian iuran disetorkan ke BPJS Kesehatan;
- b) Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sebagai pemberi kerja menyetorkan iuran kepada BPJS Kesehatan melalui rekening kas negara dengan tata cara pengaturan penyetoran dari kas negara kepada BPJS Kesehatan sebagaimana diatur oleh Kementerian Kesehatan;
- c) Iuran bagi peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja dibayarkan oleh peserta sendiri kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan kelas perawatannya; dan
- d) Iuran bagi penerima pensiun, veteran dan perintis kemerdekaan dibayar oleh pemerintah kepada BPJS Kesehatan.

2. Mekanisme Pembayaran ke Fasilitas Kesehatan

BPJS Kesehatan akan membayar kepada FKTP dengan kapitasi dan non kapitasi. Untuk FKRTL, BPJS akan membayar dengan sistem paket INA –CBGs.

3. Mekanisme Pembayaran Kapitasi

Pembayaran Kapitasi oleh BPJS Kesehatan didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP sesuai dengan data BPJS Kesehatan. pembayaran kapitasi kepada FKTP dilakukan oleh BPJS Kesehatan setiap bulan paling lambat tanggal 15 bulan berjalan. Sebelum diundangkannya Peraturan Presiden (PerPres) No 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah dan peraturan menteri kesehatan (Permenkes) No 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan dana kapitasi JKN untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, pembayaran Dana Kapitasi oleh BPJS ke FKTP Pemerintah Daerah langsung ke Dinas Kesehatan kabupaten / kota yang selanjutnya disetor ke Kas Daerah (Kasda) atau langsung dari BPJS Kesehatan ke Kas Daerah sebagai penerima daerah.

4. Mekanisme pembayaran klaim non kapitasi

Pembayaran klaim non kapitasi pelayanan JKN oleh BPJS Kesehatan di FKTP milik Pemerintah Daerah dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku. Pembayaran klaim non kapitasi di FKTP milik Pemerintah Daerah meliputi:

- a. Pelayanan ambulans;
- b. Pelayanan Obat program rujuk balik;

- c. Pelayanan skrining kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio;
 - d. Pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter;
 - e. Pelayanan KB berupa MOP / Vasektomi;
 - f. Pemeriksaan penunjang pelayanan program rujuk balik;
 - g. Rawat inap tingkat pertama;
 - h. Kompensasi pada daerah yang belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat;
 - i. Pelayanan darah di FKTP;
 - j. Pelayanan gawat darurat di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
5. Mekanisme Pembayaran INA-CBGs

Pembayaran pelayanan kesehatan dengan menggunakan sistem INA-CBGs terhadap FKRTL berdasarkan pada pengajuan klaim dari FKRTL baik untuk pelayanan rawat jalan maupun untuk pelayanan rawat inap. Klaim FKRTL dibayarkan oleh BPJS Kesehatan paling lambat 15 (lima belas) hari setelah berkas klaim di terima lengkap.

6. Mekanisme pembayaran kesehatan dengan menggunakan sistem di luar paket INA-CBGs pembayaran pelayanan kesehatan dengan menggunakan sistem di luar paket INA-CBGs terhadap FKRTL berdasarkan pada ketentuan Menteri Kesehatan.

Dalam Mekanisme, di Indonesia memiliki metode pembayaran tersendiri. Di Indonesia, metode pembayaran prospektif dikenal dengan Casemix (Case Based payment) dan sudah diterapkan sejak Tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada diri klinis yang mirip atau sama dan penggunaan sumber daya atau biaya perawatan yang mirip atau sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan software grouper. Sistem casemix saat ini banyak digunakan sebagai dasar sistem pembayaran kesehatan di Negara-negara maju dan berkembang.

Sebagaimana telah dijelaskan mekanisme pembayaran kapitasi dan non kapitasi. Kapitasi disini adalah pembatasan jumlah pendaftaran peserta di FKTP yang telah bekerja sama dengan BPJS, seperti Puskesmas, klinik, atau dokter jaga di wilayah tersebut. Dengan adanya kapitasi tersebut, pembayaran tarifnya pun disesuaikan dengan jumlah peserta tanpa memperhitungkan jenis dan pelayanan yang diberikan.

Berdasarkan PMK No. 59 tahun 2014 tentang Tarif standar JKN, pasal 1 ayat (1) : tarif kapitasi adalah besaran pembayaran perbulan 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. Pada pasal 1 ayat (2) : tarif non kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberi. Dalam pasal 4 dikatakan : Besaran Tarif Kapitasi ditentukan berdasarkan seleksi dan kredensial yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten / kota dengan mempertimbangkan sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkungan pelayanan dan komitmen pelayanan.

Terdapatnya kompensasi yang diberikan pihak BPJS kepada fasilitas kesehatan. kompensasi tersebut di atur dalam Undang-Undang No. 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Pada Pasal 75 ayat (1): Kompensasi wajib diberikan oleh BPJS Kesehatan kepada peserta apabila dalam suatu daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi kebutuhan medisnya. Pasal 75 ayat (2): Penentuan daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah peserta ditetapkan oleh Dinas Kesehatan setempat atas pertimbangan BPJS Kesehatan dan Asosiasi Fasilitas Kesehatan.

Pada Pasal 75 ayat (3): Kantor Cabang melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota untuk penetapan daerah belum tersedia fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2). Ayat selanjutnya, Kompensasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dalam bentuk:

- a. Penggantian uang tunai;
- b. Pengiriman tenaga kesehatan; atau
- c. Penyediaan fasilitas kesehatan tertentu.

Kompensasi dalam bentuk penggantian uang tunai sebagaimana dimaksud dalam pasal 75 ayat (4) huruf a berupa penggantian atas biaya pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. penggantian kompensasi sebagaimana dimaksud dalam pasal 75 ayat (4) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Untuk dapat memperoleh kompesasi uang tunai, peserta yang tinggal di wilayah tidak ada fasilitas kesehatan memenuhi syarat harus mengikuti prosedur pelayanan rujukan berjenjang sesuai ketentuan yang berlaku. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta mendatangi fasilitas kesehatan tingkat pertama yang terdekat. Apabila fasilitas kesehatan tingkat pertama terdekat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tersebut adalah fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan, maka pembayaran atas pelayanan kesehatan sudah termasuk dalam komponen kapitasi tidak ditagihkan sendiri.

Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud diatas tidak diperkenankan memungut tambahan biaya kepada peserta. Apabila fasilitas kesehatan tingkat pertama terdekat sebagaimana penjelasan diatas adalah fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, maka peserta membayarkan biaya pelayanan kesehatan

terlebih dahulu, kemudian peserta menagih kepada BPJS Kesehatan melalui klaim perorangan. Klaim perirangan hanya diberlakukan pada peserta yang mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Dalam kondisi gawat darurat, peserta dapat langsung menuju Rumah Sakit tanpa mengikuti sistem rujukan berjenjang yang berlaku. Biaya yang timbul akibat pelayanan Rumah Sakit, ditagihkan oleh Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan dan peserta tidak dikenakan urun biaya. Prosedur dan persyaratan adminitrasi klaim kompensasi uang tunai sebagaimana tertuang di Undang-Undang No 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan pada pada 77 ayat (1-8) diatur dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

Dijelaskan pula pada pasal 78 : Kompensasi dalam bentuk pengiriman tenaga kesehatan dan penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 ayat (4) huruf b dan c dapat bekerja sama dengan dinas kesehatan organisasi profesi kesehatan, dan / atau asosiasi fasilitas kesehatan.

2. Transformasi Askes, Jamkesmas Menjadi BPJS

Transformasi menjadi kosa kata penting sejak tujuh tahun terakhir di Indonesia. Tepatnya, sejak diudnangkannya Undang-Undang SJSN pada 19 Oktober 2004. Transformasi akan menghadirkan identitas baru dalam penyelenggaraan program jaminan sosial di

Indonesia. Empat BUMN Persero penyelenggara program jaminan sosial PT Askes (Persero), PT ASABRI (Persero) , PT Jamsostek (Persero) dan PT TASPEN (Persero) akan bertransformasi menjadi BPJS. Undang-Undang BPJS telah menetapkan PT ASKES (Persero) untuk bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan dan PT. JAMSOSTEK akan bertransformasi menjadi BPJS Ketenagakerjaan.

UNDANG-UNDANG BPJS belum mengatur mekanisme transformasi PT ASABRI (Persero) dan PT TASPEN (Persero) dan mendelegasikan pengaturannya ke Peraturan Pemerintah. Perintah transformasi kelembagaan badan penyelenggara jaminan sosial diatur dalam Undang-Undang no 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Penjelasan Umum alinea kesepuluh Undang-Undang SJSN menjelaskan bahwa, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang dibentuk oleh Undang-Undang SJSN adalah transformasi dari badan penyelenggara jaminan sosial yang tengah berjalan dan dimungkinkan membentuk badan penyelenggara baru.

Transformasi badan penyelenggara diatur lebih rinci dalam Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Undang-Undang BPJS). Undang-Undang BPJS adalah pelaksanaan Putusan Mahkamah Konstitusi atas perkara No. 007/Undang-Undang-III/2005. Penjelasan Umum Undang-Undang BPJS alinea keempat mengemukakan bahwa Undang-Undang BPJS merupakan pelaksanaan pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 Undang-Undang

SJSN pasca Putusan Mahkamah Konstitusi. Kedua pasal ini mengamankan pembentukan BPJS dan transformasi kelembagaan PT ASKES (persero), PT ASABRI (persero), PT JAMSOSTEK (persero) dan PT TASPEN (persero) menjadi BPJS.

Transformasi kelembagaan diikuti adanya pengalihan peserta, program, aset dan liability, serta hak dan kewajiban. Undang-Undang SJSN dan Undang-Undang BPJS memberi arti kata 'transformasi' sebagai perubahan bentuk BUMN persero yang menyelenggarakan program jaminan sosial, menjadi BPJS. Perubahan bentuk bermakna perubahan karakteristik badan penyelenggara jaminan sosial sebagai penyesuaian atas perubahan filosofi penyelenggaraan program jaminan sosial. Perubahan karakteristik berarti perubahan bentuk badan hukum yang mencakup pendirian, ruang lingkup kerja dan kewenangan badan yang selanjutnya diikuti dengan perubahan struktur organisasi, prosedur kerja dan budaya organisasi.

BUMN persero penyelenggara jaminan sosial PT ASKES, PT ASABRI, PT JAMSOSTEK, PT TASPEN. Keempatnya adalah badan hukum privat yang didirikan sesuai ketentuan Undang-Undang No. 19 Tahun 2003 Tentang BUMN dan tata kelolanya tunduk pada ketentuan yang diatur dalam Undang-Undang No. 40 Tahun 2007 Tentang Perseroan Terbatas.

Misi yang dilaksanakan keempat Persero tersebut merujuk pada peraturan perundangan yang mengatur program-program jaminan sosial

bagi berbagai kelompok pekerja. Walaupun program-program jaminan sosial yang tengah berlangsung saat ini diatur dalam peraturan perundangan yang berlainan, keempat Persero mengemban misi yang sama, yaitu menyelenggarakan program jaminan sosial untuk menggalakan semangat kerja para pekerja.

Program JAMSOSTEK diselenggarakan dengan pertimbangan selain untuk memberikan ketenangan kerja juga karena dianggap mempunyai dampak positif terhadap usaha-usaha peningkatan disiplin dan produktif tenaga kerja. Program JAMSOSTEK diselenggarakan untuk memberikan perlindungan dasar untuk memenuhi kebutuhan hidup minimal bagi tenaga kerja dan keluarganya, serta merupakan penghargaan kepada tenaga kerja yang telah menyumbangkan tenaga dan pikirannya kepada perusahaan tempat mereka bekerja.

Begitu pula dengan Program ASKES dan Program Taspen, penyelenggaraan kedua program jaminan sosial bagi pegawai negeri sipil adalah insentif yang bertujuan untuk meningkatkan kegairahan bekerja. Program ASABRI adalah bagian dari hak prajurit dan anggota POLRI atas penghasilan yang layak.

Sebaliknya di era SJSN, BPJS merepresentasikan Negara dalam mewujudkan hak konstitusional warga Negara atas jaminan sosial dan hak atas penghidupan yang layak. Penyelenggaraan jaminan sosial berbasis kepada hak konstitusional setiap orang dan sebagai wujud tanggung jawab Negara sebagaimana diamanatkan dalam UNDANG-

UNDANGD Negara RI Tahun 1945 Pasal 28 H ayat (3) dan Pasal 34 ayat (2).

Pemyelenggaraan sistem jaminan sosial berdasarkan asas antara lain asas kemanusiaan yang berkaitan dengan martabat manusia. BPJS mengemban misi perlindungan finansial untuk terpenuhinya kehidupan dasar warga Negara yang layak. Yang di maksud dengan kebutuhan dasar hidup layak adalah kebutuhan esensial setiap orang agar dapat hidup layak, demi terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Keempat BUMN Persero penyelenggara program jaminan sosial PT ASKES, PT ASBARI, PT JAMSOSTEK dan PT TASPEN adalah empat badan privat yang terdiri dari persekutuan modal dan bertanggung jawab kepada saham. Keempatnya bertindak sesuai dengan kewenangan yang diberikan oleh dan sesuai dengan keputusan pemilik saham yang tergabung dalam Rapat Umum Pemegang Saham (RUPS).

Sebagai badan hukum privat, BUMN Persero tidak didirikan oleh penguasa Negara dengan Undang-Undang, melainkan didirikan oleh perorangan selayaknya perusahaan umum lainnya, didaftarkan pada notaris dan diberi keabsahan oleh kementerian Hukum dan HAM.

Sebaliknya, pendirian BPJS oleh penguasa Negara dengan Undang-Undang yaitu Undang-Undang SJSN dan Undang-Undang BPJS. Pendirian BPJS tidak terdaftarkan pada notaris dan tidak perlu

pengabsahan dari lembaga pemerintah. RUPS adalah organ Persero yang memegang kekuasaan tertinggi dalam Persero dan memegang wewenang yang tidak diberikan kepada Direksi atau komisaris. Transformasi kelembagaan jaminan sosial mengeluarkan badan penyelenggara jaminan sosial dari tatanan Persero yang berdasar pada kepemilikan saham dan kewenangan RUPS, menuju tatanan badan hukum publik sebagai pelaksana amanat konstitusi dan peraturan perundang-undangan.

Sebagai badan hukum privat, keempat BUMN Persero tidak memiliki kewenangan publik yang seharusnya dimiliki oleh badan penyelenggara jaminan sosial. Hambatan utama yang dialami oleh keempat BUMN Persero adalah ketidakefektifan penegakan hukum jaminan sosial karena ketiadaan kewenangan untuk mengatur mengawasi maupun menjatuhkan sanksi kepada peserta. Sebaliknya BPJS selaku badan hukum publik memiliki kekuasaan dan kewenangan untuk mengatur publik melalui kewenangan membuat peraturan-peraturan yang mengikat publik.

Sebagai badan hukum publik BPJS wajib menyampaikan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya kepada pejabat publik yang diwakili oleh Presiden. BPJS menyampaikan kinerjanya 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.

Undang-Undang BPJS mengatur seluruh ketentuan pembubaran dan pengalihan PT ASKES (Persero) dan PT JAMSOSTEK (Persero). Ketentuan pembubaran BUMN Persero tidak berlaku lagi pembubaran PT ASKES (Persero) dan PT JAMSOSTEK (Persero). Pembubaran kedua Persero tersebut tidak diikuti dengan likuidasi, dan tidak perlu ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah. Namun, Undang-Undang BPJS tidak jelas mengatur apakah ketentuan ini juga berlaku bagi pembubaran dan transformasi PT ASABRI (Persero) dan PT TASPEN (Persero).

Proses transformasi keempat BUMN Persero tersebut tidaklah sederajat. Ada tiga derajat transformasi dalam Undang-Undang BPJS. Tingkat tertinggi adalah transformasi tegas, Undang-Undang BPJS dengan tegas mengubah PT JAMSOSTEK (Persero) menjadi BPJS Ketenagakerjaan, membubarkan PT JAMSOSTEK (Persero) menjadi BPJS Ketenagakerjaan, membubarkan PT JAMSOSTEK (Persero) dan mencabut Undang-Undang No. 3 Tahun 1992 tentang JAMSOSTEK.

Tingkat kedua adalah transformasi tidak tegas. Undang-Undang BPJS tidak secara eksplisit mengubah PT ASKES (Persero) menjadi BPJS Kesehatan maupun pencabutan peraturan perundang-undangan terkait pembentukan PT ASKES (Persero). Undang-Undang BPJS hanya menyatakan pembubaran PT ASKES (Persero) menjadi BPJS Kesehatan sejak beroperasinya BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014. Perubahan PT ASKES (Persero) menjadi BPJS Kesehatan tersirat

dalam kata pembubaran PT ASKES (Persero) dan beroperasinya BPJS Kesehatan.

Tingkat ketiga adalah tidak bertransformasi. Undang-Undang BPJS tidak menyatakan perubahan maupun pembubaran PT ASABRI (Persero) dan PT TASPEN (Persero). Undang-Undang BPJS hanya mengalihkan program dan fungsi kedua Persero sebagai pembayaran pensiun ke BPJS Ketenagakerjaan selambatnya pada tahun 2029. Sedangkan nasib kedua Persero tersebut masih menunggu rumusan Peraturan Pemerintah yang didelegasikan oleh Pasal 66 Undang-Undang BPJS.

Di samping terdapat tingkatan transformasi, Undang-Undang BPJS menetapkan dua kriteria proses transformasi BPJS. Undang-Undang BPJS memberi tenggat 2 tahun sejak pengundangan Undang-Undang BPJS pada 25 November 2011 kepada PT ASKES (Persero) dan PT JAMSOSTEK (Persero) untuk beralih dari Perseroan menjadi badan hukum publik BPJS. Kriteria pertama adalah transformasi simultan. PT ASKES (Persero) pada waktu yang sama bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan dan beroperasi. Mulai 1 Januari 2014 PT ASKES (Persero) berubah menjadi BPJS Kesehatan dan pada saat BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan Kesehatan sesuai ketentuan Undang-Undang SJSN.

Kriteria kedua adalah transformasi bertahap, PT JAMSOSTEK (Persero) bertransformasi dan beroperasi secara bertahap. Pada 1

Januari 2014, PT JAMSOSTEK (Persero) bubar dan berubah menjadi BPJS Ketenagakerjaan, namun tetap melanjutkan penyelenggaraan tiga program PT JAMSOSTEK (Persero): Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Kematian dan Jaminan Hari tua.

BPJS Ketenagakerjaan diberi waktu 1,5 tahun untuk menyesuaikan penyelenggaraan program tersebut dengan ketentuan Undang-Undang SJSN dan menambahkan program jaminan pensiun ke dalam pengelolaannya. Selambat-lambatnya pada 1 Juli 2015, BPJS Ketenagakerjaan telah menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian, jaminan hari tua dan jaminan pensiun sesuai Undang-Undang SJSN.

BAB III

PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN

MELALUI BPJS

A. Praktik Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan melalui BPJS di Rumah Sakit

A.1 Sejarah BPJS

PT Akses (Persero) merupakan Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiunan PNS dan TNI /POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya.

Pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan yang secara jelas mengatur pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri dan Penerima Pensiunan (PNS dan ABRI) beserta anggota keluarganya berdasarkan Keputusan Presiden No. 230 Tahun 1968, dimana oleh Menteri Kesehatan RI dinyatakan sebagai embrio Asuransi Kesehatan Nasional.

Untuk meningkatkan program jaminan pemeliharaan bagi peserta dan agar dapat dikelola secara profesional, Pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah No. 22 Tahun 1984 tentang Pemeliharaan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun (PNS, ABRI dan Pejabat Negara) beserta anggota keluarganya. Dengan Peraturan

Pemerintah No 23 Tahun 1984, status badan penyelenggara berubah menjadi Perusahaan Umum Husada Bhakti.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah No. 6 Tahun 1992 status Perum diubah menjadi Perusahaan Perseroan (PT Persero) dengan pertimbangan fleksibilitas pengelolaan keuangan, kontribusi kepada Pemerintah dapat dinegosiasi untuk kepentingan pelayanan kepada peserta dan manajemen lebih mandiri.

Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1241/Menkes/XI/2004 PT Askes (persero) ditunjuk sebagai penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (PJKMM). PT Askes (Persero) mendapat penugasan untuk mengelola kepersetaan serta pelayanan kesehatan dasar dan rujukan.

PT Askes memiliki visi dan misi. Visi dari PT Askes adalah menjadi spesialis dan pusat unggulan Asuransi Kesehatan di Indonesia sedangkan Misi dari PT Askes yaitu memberikan kepastian jaminan pemeliharaan kesehatan kepada peserta (masyarakat indonesia) melalui sistem pengelolaan yang efektif dan efisien, mengoptimalkan pengelolaan dana dan pengembangan sistem untuk memberika pelayan prima secara berkelanjutan kepada peserta, mengembangkan pegawai untuk mencapai kinerja optimal dan menjadi salah satu keunggulan bersaing utama perusahaan, menciptakan kordinasi dan kemitraan yang erat dengan seluruh stakeholder untuk bersama menciptakan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Landasan hukum dari PT Askes adalah turut melaksanakan dan menunjang kebijakan dan program Pemerintah di bidang ekonomi dan pembangunan nasional pada umumnya, khususnya dibidang asuransi sosial melalui penyelenggaraan asuransi/jaminan kesehatan bagi pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, printis kemerdekaan beserta keluarganya, dan masyarakat lainnya, serta optimalisasi pemanfaatan sumber daya Perseroan untuk menghasilkan jasa yang bermutu tinggi dan berdaya saling kuat, guna meningkatkan nilai manfaat bagi peserta dan nilai Perseroan dengan menerapkan prinsip-prinsip Perseroan Terbatas. Untuk mencapai maksud dan tujuan diatas, Perseroan dapat melaksanakan kegiatan usaha sebagai berikut :

- a. Penyelenggarakan asuransi kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiunan, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya;
- b. Penyelenggarakan asuransi kesehatan bagi Pegawai dan Pensiunan Badan Usaha dan Badan lainnya;
- c. Penyelenggarakan jaminan kesehatan bagi masyarakat yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional;
- d. Melakukan Kegiatan investasi dengan memperhatikan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. Struktur Organisasi;
- f. Struktur Organisasi PT Askes (persero) kantor Divisi Regional;

g. Struktur Organisasi PT Askes (Persero) Kantor Cabang.

Dalam perjalanannya munculnya SJSN yang dipicu oleh Undang-Undang Tahun 1945 dan perubahannya Tahun 2002 dalam Pasal 5 ayat (1), Pasal 20, Pasal 28 ayat (1) huruf H, ayat (2), dan ayat (3) serta Pasal 34 ayat (1) dan ayat (2) mengamanatkan untuk mengembangkan SJSN. Hingga disahkan dan diundangkan Undang-Undang SJSN telah melalui proses yang panjang, dari tahun 2000 hingga tanggal 19 oktober 2004.

Dalam laporan pelaksanaan putusan MPR RI oleh Lembaga Tinggi Negara dihasilkan putusan Pembahasan MPR RI yang menugaskan Presiden RI “Membentuk Sistem Jaminan Sosial Nasional dalam rangka memberikan perlindungan sosial yang lebih menyeluruh dan terpadu”.

Dengan disahkannya Undang-Undang BPJS, dambaan dari seluruh rakyat Indonesia, yang merupakan harapan baru di tengah kehausan sebuah belaian nyata dari negara dalam bentuk jaminan sosial mendekati kenyataan. Pemerintah mempunyai Tugas menyiapkan Peraturan Pemerintah (PP) dan Peraturan Presiden (Perpres) sebagai petunjuk pelaksanaan Undang-Undang BPJS yang baru saja disahkan.

Dengan adanya Undang-Undang BPJS maka akan sangat membantu memberikan akses bagi masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, untuk jaminan hari tua, jaminan pensiunannya, bahkan jaminan kematian. Namun semua akan dapat terlaksana apabila semua bertekad secara bersungguh-sungguh, melaksanakan amanat Undang-Undang dengan penuh komitmen.

Bagi PT Askes (Persero), kesungguhan komitmen menjadi penyelenggara jaminan sosial di bidang kesehatan bukan terjadi pada saat ini saja, pada saat telah diketuknya Undang-Undang BPJS. Dari masa ke masa, PT Askes (Persero) terus berbenah menyesuaikan diri seiring perkembangan situasi dan kondisi baik secara bisnis asuransi maupun kebijakan pemerintah karena dalam hal ini status perusahaan adalah Badan Umum Milik Negara (BUMN). PT Askes melakukan serta menunjang program manapun kebijakan pemerintah di bidang ekonomi dan pembangunan nasional, terutama dalam penyelenggaraan asuransi sosial melalui penyediaan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi pegawai negeri sipil (PNS), penerima pensiunan, veteran dan perintis kemerdekaan beserta keluarganya juga masyarakat umum. Dinamika bisnis turut mewarnai perjalanan PT Askes (Persero) sepanjang berdirinya perusahaan ini sejak tahun 1969. Penerapan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang mengisyaratkan PT Askes (Persero) sebagai badan penyelenggara, diyakini akan mendukung upaya pemerintah dalam rangka meningkatkan kesejahteraan dan derajat hidup masyarakat Indonesia. PT Askes (Persero) telah dan terus mempersiapkan diri mendukung pencapaian target pemerintah.⁵³

Pengesahan Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang BPJS pada November 2011 menjadi satu bekal menuju sistem jaminan sosial

⁵³[http://www.academia.edu/5246024/Sejarah_Singkat_PT_ASKES_Persero_Status_Perusahaan_Persero?login=email was taken=Trus&login=&email was taken=true&email was taken=true](http://www.academia.edu/5246024/Sejarah_Singkat_PT_ASKES_Persero_Status_Perusahaan_Persero?login=email%20was%20taken=true&login=&email%20was%20taken=true)

bagi masyarakat Indonesia. Undang-Undang tersebut mengamanatkan transformasi empat badan penyelenggaraan yaitu PT Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan pada Januari 2014.

Transformasi peserta ASKES ke BPJS, dan pendaftaran peserta jaminan kesehatan nasional adalah bersifat wajib. Tahap pertama yang dilakukan pada tanggal 1 Januari 2014 ialah mentransformasikan peserta asuransi kesehatan Perusahaan Persero (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES) dan anggota keluarganya. Menurut ketentuan peralihan Undang-Undang 24 Tahun 2011 Pasal 57 huruf (a), Perusahaan Perseroan (Persero) PT Asuransi Kesehatan Indonesia atau disingkat PT Askes (Persero) yang dibentuk dengan Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992 tentang Pengalihan Bentuk Perusahaan Umum (Perum) Husada Bhakti menjadi Perusahaan Perseroan (Persero) (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 16) diakui keberadaannya dan tetap melaksanakan program jaminan kesehatan, termasuk menerima pendaftaran peserta baru, sampai dengan beroperasinya BPJS Kesehatan.

1. Praktik Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Melalui BPJS Di Rumah Sakit

Reformasi jaminan sosial nasional ternyata memakan waktu yang cukup lama. Semenjak diundangkannya Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), pemerintah baru berhasil menyelesaikan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang

Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) pada akhir tahun 2011. Proses yang lama tidak hanya menunjukkan alotnya proses politik yang terjadi, tetapi juga kompleksitas permasalahan yang ada. Saat ini pemerintah sedang bekerja keras menyelesaikan proses transformasi program dan kelembagaan menuju jaminan sosial yang lebih komprehensif dan berkualitas.

Program pemerintah kesehatan untuk fakir miskin dan tidak mampu sesungguhnya sudah menjadi perhatian dan sudah dilaksanakan Pemerintah sejak lama yang dikenal dengan sebutan Askekin (2005-2007) kemudian berganti nama dengan Jamkesmas hingga kini. Program ini memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan secara komprehensif bagi pesertanya atau dengan kata lain menjamin seluruh jenis penyakit selama terindikasi medis.⁵⁴

Sebagai pengelola keuangan negara, Kemenkeu semakin dituntut untuk dapat meningkatkan kualitas Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Setiap Rupiah yang dibelanjakan Pemerintah harus sebesar-besarnya untuk kepentingan rakyat Indonesia. Beberapa jenis belanja disadari masih sering dipertanyakan ketepatan pencapaian sasarannya. Sebagai contoh belanja subsidi bahan bakar minyak (BBM). Belanja jenis ini, yang tiap tahunnya mencapai ratusan triliun rupiah, diyakini lebih banyak dinikmati oleh kalangan menengah atas dibanding fakir miskin dan tidak mampu atau kalangan menengah bawah yang

⁵⁴[www.kemenkeu.go.id/.../2014_kajian_pprf_Menyambut Implmenetasi Program Jaminan Kesehatan Nasioonal](http://www.kemenkeu.go.id/.../2014_kajian_pprf_Menyambut_Implmenetasi_Program_Jaminan_Kesehatan_Nasioonal), diakses tanggal 20 November 2014 jam 16.30

sesungguhnya lebih membutuhkan dana tersebut. Dalam hal ini, fungsi APBN, khususnya fungsi distribusi sumber daya untuk memberdayakan kelompok masyarakat berpenghasilan rendah, belum optimal.

Selain itu, kementerian keuangan juga memandang belanja iuran kelompok ini bukan sebagai beban melainkan sebagai investasi. Banyak kajian ilmiah menunjukkan bahwa tingkat kesehatan masyarakat memiliki korelasi yang positif dengan produktivitas negaranya. Fakta bahwa program JKN tidak diselenggarakan dengan skema belanja bantuan sosial melainkan dengan skema asuransi sosial. Dari aspek keuangan, perbedaan yang paling mendasar dari kedua skema tersebut adalah bahwa dalam skema asuransi sosial, pengelolaan dan pengendalian keuangan sepenuhnya ditangani oleh badan penyelenggara, dalam hlm ini BPJS Kesehatan. konsekuensinya adalah segala kelebihan dana iuran PBI, apabila ada, tidak dapat digunakan oleh Pemerintah.

Hasil wawancara saya dengan salah satu Humas di Rumah Sakit PKU Yogyakarta. Program JKN yang saya dapat di lapangannya itu tidaklah sesuai dengan peraturan yang ada. Masih banyak terdapat komplain dari berbagai pihak terutama Rumah sakit selaku penyelenggara program JKN. Regulasi pemerintah yang ada tidak sesuai dengan peraturan yang ada walaupun di Undang-Undang jelas tertera bahwa pasien miskin itu ditanggung oleh BPJS tetapi bila salah menerapkan prosedur yang ada maka pasien tersebut tidak mendapat jaminan dari BPJS. Selain itu ada beberapa penyakit yang tidak dijamin atau

ditanggung oleh BPJS, misal pasien tersebut dalam rujukan seharusnya masuk ke poli karena ketidaksabarannya dan ingin mendapatkan pelayanan yang cepat sehingga pasien tersebut beralih ke emergency.⁵⁵

Dimana di dalam peraturan, pihak BPJS akan menanggung biaya perawatan pasien yang masuk ke emergency apabila dalam keadaan gawat darurat akan tetapi bila pasien tersebut beralih ke emergency hanya karena hal tertentu maka Pihak BPJS tidak akan menanggung perawatan pasien walaupun pihak rumah sakit telah memberikan klaim kepada BPJS. Melihat atau menilai dari beberapa peraturan yang ada, bila pasien tersebut dijamin. Apapun bentuknya seharusnya diterima. Tapi Rumah Sakit sebagai pihak penerima regulasi harus mengikuti sehingga banyak terjadi komplain dengan masyarakat yang ada tetapi setelah adanya mediasi dari pihak rumah sakit, masyarakat pun mulai mengerti.

Dalam implementasinya pihak Rumah Sakit melakukan apa yang diberikan di dalam peraturan tapi ada beberapa yang akan terkendala di bawah. Sebagai warga miskin yang mendapatkan kartu BPJS, menganggap pelayanan tersebut gratis akan tetapi saat dilapangannya tidak sesuai dengan harapan.

Hasil wawancara saya dengan nara sumber yang ada di Rumah Sakit tersebut. Pada prinsipnya BPJS program yang bagus, sangat memanusiakan manusia yang artinya pelayanan terhadap pasien tidak dibeda-bedakan. Masalahnya waktu awal penyusunan tarif Tim Pelaksana

⁵⁵Hasil wawancara dengan salah satu Humas di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, Tanggal 10 November 2014

(JKN) tidak mengakomodir seluruh kolegium kedokteran. Permasalahannya berada di tarif, misal patah tulang paha lebih susah dibandingkan patah tulang kering akan tetapi tarifnya 3 kali lebih mahal tulang kering. Bisa dikatakan patah tulang paha tarifnya 7 juta sedangkan patah tulang kering tarifnya 21 juta, patah tulang ditambah putusnya otot itu lebih mahal ternyata harganya turun menjadi 7 juta. Yang paling mudah dilihat dari tarifnya. karena JKN merupakan program baru, banyak peraturan yang berubah. Peraturan yang ada baru akan dilaksanakan belum ada 1 hari atau 1 minggu dikeluarkan lagi peraturan baru. Secara nasional ada Permenkes, Undang-Undang BPJS, Undang-Undang JKN dll.

Dari hasil wawancara saya dengan salah satu Dokter di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. BPJS setiap regional berbeda begitu pula verifikator karena BPJS menempatkan orangnya untuk Tipe B 1 Verifikator yang akan memverifikasi administrasi. Seperti RS Swasta di bantul masih 1 regional dengan DIY keputusannya berbeda dengan PKU Jogja, setelah di konfirmasi peraturan atau keputusan di RS Swasta tersebut yang benar. Dengan adanya keputusan yang berbeda membuat RS PKU di jogja yang dirugikan.

JKN bukan suatu ancaman tetapi peluang untuk berkembang karena RS Swasta yang dikenal mahal dari pada Negeri sekarang sudah tidak. Dulu puskesmas merujuk ke RSUD yang terkenal murah, antriannya banyak dan kumuh sekarang RS Swasta terkenal pelayanannya

bagus, bersih tapi mahal. Setelah era JKN, semua warga wajib memiliki BPJS (JKN) secara otomatis tidak perlu lagi RS menganggap pasien tersebut BPJS atau bukan asumsikan saja semuanya BPJS otomatis kita harus mengatur BPJS. Ketika pasien menggunakan BPJS, berarti pasien itu tidak perlu membayar lagi ketika menempatkan kelas. RS memiliki peluang menarik pasien lebih banyak. Kalau dari sisi masyarakat akan mendapatkan pelayanan masyarakat tanpa memperhatikan keuangan pasien sedikit pun.

Keefektifan Rumah Sakit dalam menjalankan program ini belum dapat semaksimal mungkin. Masih banyak lubang-lubang yang harus dibenahi. Bila dilihat dari sisi Rumah Sakit (tidak semua teman-teman pihak medis) tidak mau mengerti, membaca BPJS, tidak memiliki semangat yang sama untuk merawat orang yang tidak punya, kita melakukan Cost Control dan Quality Control, belum ada semangat yang sama sehingga quality control dan cost control belum terlaksana, padahal kuncinya di BPJS (JKN), jika pihak RS dapat mengendalikan biaya karena kalau dulu pihak rumah sakit menggunakan sistem fee for service artinya dibayar sesuai service yang diberikan sedangkan saat ini pihak rumah sakit menggunakan prospektif payment artinya tarif yang digunakan rumah sakit 10 juta sedangkan pasien menghabiskan 15 juta, Rumah Sakit menanggung 5 juta sehingga Rumah Sakit harus mengendalikan biaya tanpa mengurangi kualitas.

Ada pula yang mengatakan, bila dilihat dari ke efektifan program JKN ini. Di PPK 1 (Pemberi Pelayanan Kesehatan) itu dapat berkomitmen, Rumah Sakit sebagai penerima pelayanan tingkat lanjut akan dengan senang menerima rujukan dari tingkat pertama. Terkadang dari pihak BPJS tidak melakukan sosialisasi terhadap PPK tingkat 1. Jika PPK 1 sudah siap 7 x 24 jam, PPK tingkat lanjut dalam pemberi pelayanan akan sangat mudah. Program JKN ini sebenarnya lebih memperdayakan PPK tingkat 1 yaitu klinik, puskesmas, dokter jaga dari pada Rumah Sakit. Program JKN atau Kartu BPJS dapat digunakan di PPK tingkat 1 yang selanjutnya akan mendapat rujukan ke PPK tingkat selanjutnya maka ada indikasi medis. Tetapi Kartu BPJS dapat digunakan ke PPK tingkat selanjutnya seperti Rumah Sakit bila dalam keadaan darurat.

Unit cost tarif dan mutu pelayanan rumah sakit merupakan point penting dan isu hangat yang menjadi kepentingan dari berbagai stakeholder Rumah Sakit, seperti owner, pelaksana dan masyarakat pada umumnya. Biaya pelayanan kesehatan yang sangat tinggi dan selalu meningkat, berdampak pada tarif yang diberlakukan rumah sakit. Tarif yang kompetitif dan bersaing serta tuntutan akan mutu pelayanan yang baik menjadi dilema tersendiri bagi rumah sakit sehingga perlu menyusun strategis atau terobosan yang sifatnya win win solution. Pada satu sisi rumah sakit diharapkan bisa memberikan pelayanan yang

bermutu kepada pasien namun disisi lain rumah sakit juga dituntut untuk efisien sehingga biaya kesehatan harus dikelola dengan baik.

Isu besaran premi dan pembayaran provider memang menjadi isu menarik. Dalam menghadapi orang sakit maka menarik bayaran yang kecil atau bahkan gratis sama sekali akan sangat meringankan penderitannya. Pada saat pasien harus membayar biaya berobatnya sendiri (*out of pocket*) mungkin pembayaran murah relatif masih diterima. Walaupun disadari bahwa dalam kondisi tersebut profesionalitas menjadi taruhan seorang dokter dan mutu pelayanan kesehatan yang ada. Era BPJS sudah menjelang, persepsi itu semestinya juga berubah. Saat sistem jamkesmas berlaku maka urusan bayar membayar bukan lagi antara dokter dengan pasiennya tetapi bergeser antara dokter dengan badan penyelenggara atau lembaga pembayar.

Dengan adanya tarif yang berlaku dalam PMK No. 59 Tahun 2014, tarif tersebut dilihat dari dokter umum tidak begitu terpengaruh dengan tarif karena dokter umum tidak punya yang namanya *visite*, jasa medis. Akan tetapi bila dilihat dari manajerial dapat menarik banyak pasien tapi kalau dari sisi dokter lain berbeda karena sebelum menggunakan sistem FFS (*fee for service*) dokter akan dibayar sesuai dengan pelayanan yang ada rumah sakit pasti untung. Saat ini Rumah Sakit menggunakan Prospektif artinya Rumah Sakit dibayar dulu dengan harga yang telah ditentukan padahal rumah Sakit bisa jauh lebih diatas. Bisa sangat mungkin dokter bedah dalam satu bulan akan mengerjakan kasus yang akan merugikan Rumah Sakit tapi dapat juga

memberikan keuntungan pada Rumah Sakit. Secara otomatis sangat tidak mungkin Rumah Sakit memberikan Jasa Medis 100% dari jasa tersebut terdapat pemotongan – pemotongan.

Tarif yang berlaku dalam PMK No. 69 Tahun 2013 tentang Tarif Pelayanan Program JK masih menimbulkan Pro dan Kontra antar berbagai pihak. Walaupun sudah direvisi di dalam PMK No. 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif JKN, ada beberapa item kelompok spesialis tertentu, ada pihak yang merasa kurang atau dirugikan dan ada pihak yang merasa diuntungkan. Sehingga banyak Rumah Sakit Swasta berkesimpulan bahwa kerjasama dengan PT Askes (BPJS) tidak menguntungkan, tanpa menghitung biaya secara detil terlebih dahulu. Faktanya Konsep Universal Coverage dengan BPJS sudah dilaksanakan di awal Tahun 2014, sehingga Unit Cost merupakan hal yang krusial untuk dihitung secara detil supaya keputusan strategis bisa diambil berbasis hitungan yang jelas. Unit Cost juga harus dihitung secara berkala guna melihat positioning Rumah Sakit dan merencanakan bisnis strategis yang paling tepat dan akurat di masa depan. Bila dilihat dari Cost Control dan Quality Control masih banyak yang harus dibenahi selain itu rasa kepedulian antara dokter belum sama, seperti masalah diagnosis yang masih miss antara satu dokter dengan dokter yang lain.⁵⁶

Dengan adanya sistem Ina CBG's pihak rumah sakit selalu mengikuti. Bisa dikatakan yang biasanya mencapai 450 rawat jalan, inap, obat dan lain-lain tapi dengan sistem ini pihak rumah sakit hanya mendapatkan ganti rugi

⁵⁶Hasil wawancara dengan Dokter Mu'alim Hawari di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, tanggal 11 Oktober 2014

150 untuk jamkesda saja. Akan tetapi karena RS PKU ini bersifat sosial menjadikan landasan utama bagi rumah sakit tersebut. Setiap PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) selalu mengikuti peraturan yang ada, bila verifikator berkata tidak, PPK juga berkata tidak.

Ina-CBGs adalah model pembiayaan layanan kesehatan berdasarkan diagnosa penyakit yang telah dikelompokkan jenis pengobatan dan biayanya. Ina-CBGs dalam JKN dipakai sebagai sistem pembiayaan di RS, sedangkan di layanan primer (puskesmas/klinik) menggunakan sistem kapitasi. Kapitasi adalah pembatasan jumlah pendaftaran peserta di FKTP yang telah bekerja sama dengan BPJS, Seperti Puskesmas, klinik atau dokter jaga di wilayah tersebut. Pola pembayaran Case Based Groups yang dilakukan pihak BPJS adalah salah satu pola pembayaran prospektif payment yang berupa pengelompokkan diagnosis dan prosedur yang memiliki ciri klinis dan penggunaan sumber daya alam yang mirip atau sama.

Pelayanan kesehatan yang menjadi tempat pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta jaminan (asuransi) kesehatan yang harus mengikuti perjanjian (kontrak) dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Fasilitas Kesehatan yang dikontrak tersebut dipilih berdasarkan suatu seleksi oleh Badan Penyelenggara. Hanya fasilitas kesehatan yang memenuhi kriteria tertentu yang menjadi fasilitas kesehatan yang dikontrak dan dibayar memadai untuk pelayanan tersebut. Proses seleksi ini disebut kredensialing. Kredensialing dilakukan untuk mengetahui kapasitas dan kualitas fasilitas

kesehatan yang akan bekerja sama dengan BPJS sehingga peserta dapat dilayani dan tujuan pembangunan kesehatan dapat tercapai.

Dalam melakukan kerjasama antara BPJS dengan pihak Rumah Sakit, PERSI PUSAT DAN DAERAH dengan BPJS memiliki kontrak kerjasama. Adanya keterlibatan PERSI dalam kredensial dan re-kredensial untuk mencegah adanya sengketa kredensial. Kesepakatan tentang form kredensial dan form re-kredensial. Ketika Rumah Sakit akan menggunakan BPJS ada yang namanya syarat Kredensial sebagai mana terdapat di dalam kontrak kerjasama antara BPJS dengan pihak rumah sakit. Setelah Kredensial telah dilakukan kemudian akan keluar Re-kredensial bila Rumah Sakit tersebut telah memenuhi syarat.

Ketika pasien akan periksa ke Rumah Sakit menggunakan BPJS, pasien harus mengikuti rujukan yang berjenjang. Bila dari dokter keluarga yang ditunjuk langsung BPJS tidak mampu mengatasi, dokter tersebut akan merujuk sesuai regional yang ada. Ketika rujukan regional tidak mampu maka dapat dirujuk ke Rumah Sakit yang ada di kota namun bila Rumah Sakit yang ada di kota juga tidak mampu atau tidak adanya fasilitas yang menunjang maka pasien akan di rujuk ke rumah sakit tipe A.

Pihak rumah sakit melakukan apa yang terdapat di berbagai peraturan yang ada. Di berbagai peraturan sudah dilakukan akan tetapi tetap terkendala dari bawah, misalnya Kartu Sakti (KIS), jangankan KIS, masyarakat yang memiliki Kartu BPJS berharap bisa mendapatkan pelayanan kesehatan gratis tapi saat berada di Rumah Sakit sering kali peserta tersebut mendapat

penolakan karena adanya regional. Mungkin bagi pemerintah senang dapat menerbitkan dan membagi kartu KIS akan tetapi dilapangannya sangatlah susah. Bila pihak rumah sakit selaku pelaksana bpjs melanggar regulasi yang ada, pihak rumah sakit pula yang akan merasakan kerugiannya.

Kartu BPJS dapat digunakan pasien bila dapat keadaan darurat. Kartu BPJS pun dapat digunakan di rumah sakit yang belum bekerja sama dengan BPJS akan tetapi bila rumah sakit tersebut tidak mampu pasien harus di rujuk ke rumah sakit lain sesuai dengan peraturan yang ada.

Dalam realisasinya banyak fakir miskin dan orang tidak mampu yang mengeluhkan manfaat program JKN. Banyak yang menilai bahwa salah satu penyebab utamanya adalah rendahnya anggaran untuk program ini baik langsung maupun tidka langsung membuat produk program ini menjadi inferior. Tidak sedikitnya fasilitas kesehatan termasuk tenaga medis yang menilai bahwa jasa yang mereka berikan tidak dihargai secara layak. Imbasnya adalah persepsi masyarakat bahwa kualitas layanan program ini relatif buruk termasuk di dalamnya isu penolakan pasien di Rumah Sakit dan prasyarat administrasi yang ketat.

Persepsi masyarakat tentang kualitas layanan yang relatif buruk termasuk salah satu penyebab rendahnya utilisasi, sosialisasi yang relatif rendah, sulitnya akses dari / ke fasilitas yang ada dan adanya program jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh beberapa Pemerintah Daerah.

Dalam Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit,

Pasal 3

Pengaturan penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan :

- a. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan;
- b. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit;
- c. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit;
- d. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan Rumah Sakit.

Dengan adanya BPJS, seharusnya dapat mempermudah masyarakat untuk mendapatkan pelayanan di rumah sakit sesuai dengan Pasal 3 huruf (a). Akan tetapi terkadang masyarakat miskin masih mengeluhkan pelayanan yang terdapat di Rumah Sakit.

Adapun kelemahan yang terdapat di dalam Undang-Undang atau Permenkes tentang SJSN atau BPJS. Dalam Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang SJSN, Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang BPJS memiliki kelemahan antara lain: pada Pasal 19 ayat (6) Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial tetapi prinsip asuransi sosial tidak dikenal dalam BPJS. Pasal 17 ayat (4) Undang-Undang SJSN menyatakan iuran untuk program Jaminan Sosial bagi fakir miskin dan tidak mampu dibayar pemerintah akan tetapi bagaimana dengan pengangguran yang belum bekerja, orang tua, anak-anak golongan lain yang tidak bekerja dan tidak membayar iuran tetapi tidak masuk kategori miskin dan tidak mampu. Pasal 17 ayat (5) pada tahap pertama iuran dibayar oleh pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan lalu tahap selanjutnya siapa yang akan membayar. Pasal 44 peserta Jaminan Kematian adalah setiap orang yang telah membayar iuran, bagaimana dengan mereka yang tidak

membayar iuran. Pasal 46 Jaminan kesehatan di tanggung oleh pemberi kerja sementara prinsip iuran dibayar bersama antara peserta dan pemberi kerja. Dalam Pasal 17 ayat (1) Undang-Undang BPJS dikatakan pemberi kerja selain penyelenggara negara yang tidak melaksanakan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2), dan setiap orang yang tidak melaksanakan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 dikenai sanksi administratif, bagaimana dengan pemberi kerja yang hanya sementara. Pasal 38 ayat (1) Undang-Undang BPJS, Direksi bertanggung jawab secara tanggung renteng atas kerugian finansial yang ditimbulkan atas kesalahan pengelolaan Dana Jaminan Sosial, apakah Pemerintah tidak ikut andil dalam hlm tanggung jawab. Serta bagaimana Pemerintah bertanggung jawab jika merugikan peserta atau pihak Rumah sakit.

B. Pertanggungjawaban Penyelesaian Sengketa Yang Terjadi Antara BPJS dengan Pihak Rumah Sakit

Perkembangan asuransi kesehatan termasuk di negara berkembang menunjukkan kesadaran masyarakat yang semakin meningkat dan menyadari bahwa solusi utama dalam memperoleh pelayanan keehatan adalah melalui asuransi kesehatan. Namun pada saat yang sama semua pihak juga berusaha untuk memperoleh menafaat yang sebsar-besarnya dalam proses tersebut. Karena keinginan untuk memperoleh manfaat tersebtu maka tidak dapat dihindari terjadinya keinginan untuk melakukan perbuatan atau tindakan yang

tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku demi memperoleh manfaat yang sebesar-besarnya dari proses tersebut.

Perbuatan atau tindakan dilakukan terutama setelah mengetahui celah-celah yang bisa dimanfaatkan dalam upaya untuk mencari keuntungan dari proses tersebut. Dalam asuransi kesehatan dikenal adanya klaim yang diajukan oleh peserta asuransi secara individual kepada perusahaan asuransi dan bentuk lain adalah pengajuan klaim yang dilakukan secara institusi oleh pemberi pelayanan kesehatan (Provider).

Tentunya dari kedua bentuk pengajuan klaim ini pun tidak tertutup kemungkinan bahwa terjadi fraud sehingga dapat menimbulkan kerugian pada perusahaan asuransi. Dalam asuransi dikenal adanya 3 pihak yang saling berhubungan yaitu pihak peserta sebagai pihak yang memperoleh manfaat, pemberi pelayanan kesehatan (provider) sebagai pihak yang memberikan pelayanan sesuai dengan manfaat yang menjadi hak peserta dan perusahaan asuransi sebagai pihak yang mengelola pembiayaan manfaat tersebut.

Dalam hubungannya dengan pelaksanaan asuransi kesehatan khususnya asuransi sosial, maka pemerintah bertindak sebagai pihak regulator dan mempunyai peranan yang sangat besar. Adanya para pihak tersebut dan keterkaitan masing-masing pihak dalam kaitannya dengan manfaat asuransi kesehatan serta terjadi fraud akan dapat diuraikan.

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. Dalam

pelayanan kesehatan juga dikenal yang disebut abuse yaitu bentuk lain yang dapat merugikan dalam pelayanan kesehatan.

Berdasarkan Health Insurance Association of America (HIAA), fraud dalam pelayanan kesehatan atau asuransi kesehatan dapat dikategorikan sebagai berikut:⁵⁷

- a. Fraud oleh peserta asuransi kesehatan sebagai konsumen
- b. Fraud oleh pemberi pelayanan kesehatan (provider)
- c. Fraud oleh perusahaan asuransi

Tidak menutup kemungkinan akan adanya fraud yang dilakukan oleh pihak Rumah Sakit dan pihak BPJS. Pada Program JKN diterapkan prinsip-prinsip pelayanan yang terkendali (managed Care) yang dalam implementasinya melibatkan interaksi dari tiga pihak yakni: Penyelenggaran (BPJS), provider (RS dan Klinik/ Puskesmas), dan peserta JKN. Prinsip Managed care dimaksudkan agar terwujud pelayanan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang efisien (terkendali).

Universal Coverage 2014 dan BPJS merupakan peluang yang sangat bagus bagi rumah sakit maupun investor yang ingin masuk ke bisnis rumah sakit, karena pemerintah telah menyiapkan anggaran puluhan triliun untuk mendukung BPJS di tahun 2014. Namun disisi lain rumah sakit harus kuat pada sistem keuangan dan perhitungan biaya rumah sakit sehingga tidak

⁵⁷ Health insurance Associate of America (HIAA): "Fraud: The Hidden Cost of Health Care", dikuti dari <http://askes.wordpress.com> tanggal 28 November 2014 jam 19.30

mengalami kerugian dalam bekerjasama dengan BPJS dan masih mempunyai mutu yang baik dan sesuai standarisasi kedokteran.⁵⁸

Standarisasinya BPJS membayarkan pihak Rumah Sakit 15 hari setelah klaim selesai. Bermasalah awal tahun antara 3 – 4 bulan, banyak Rumah Sakit yang hampir collaps hanya karena BPJS tidak membayarkan klaim Rumah Sakit yang rata-rata permasalahannya di Dokumen. Lebih ke permasalahan teknis sampai ada kebijakan uang muka untuk operasional Rumah Sakit, seharusnya ketika ada keterlambatan klaim itu sudah diperkirakan sejak awal oleh Rumah Sakit, bagaimana ketika BPJS terlambat membayar klaim Rumah Sakit. Apakah Rumah Sakit memiliki saving untuk bertahan atau tidak itu seharusnya sudah disusun.

Ketika ada masalah antara BPJS dengan pihak Rumah Sakit, terdapat mediator yang akan mediasi para pihak. Ketika masalah tersebut tidak dapat diselesaikan akan dikembalikan kepada Kementrian Kesehatan sebagaimana tertuang di dalam Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, Undang-Undang No 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional dan Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang SJSN.

Bila mengalami kerugian, pihak Rumah Sakit dapat menutupi kerugian tersebut. Kelebihan yang ada tersebut dapat menutupi kekurangan yang ada. Pihak Rumah Sakit yang ingin bekerja sama dengan BPJS, maka pihak rumah sakit menerima apapun konsekuensi yang akan terjadi. Rumah sakit sangat mungkin mengalami kerugian. Seharusnya Rumah sakit

⁵⁸ Seminar&Workshop “Sistem Manajemen Klaim dan Perhitungan Unit Cost untuk Menciptakan Efisiensi Rumah Sakit di Era BPJS”. www.pdpersi.co.id/.../tor_sansekerta.pdf, diakses tanggal 25 November 2014 jam 15.30

melakukan penelitian tarif yang akan digunakan kemudian kolegium harus aktif. Di dalam peraturan yang ada tidak dijelaskan secara jelas, sanksi yang akan diterima oleh pihak BPJS. Jika pihak Rumah Sakit tidak dapat berkomitmen dengan perjanjian yang ada, maka pihak BPJS akan memutuskan kontrak yang telah diperjanjian sebelumnya.

Dalam hal klaim yang dilakukan pihak Rumah Sakit, Rumah Sakit sebagai fasilitas kesehatan mengajukan klaim secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi tidak perlu diajukan klaim oleh fasilitas kesehatan. klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dari Undang-Undang dilakukan verifikasi oleh verivikator BPJS Kesehatan yang tujuannya adalah untuk menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan. Ketentuan mengenai verifikasi klaim FKTP dan FKRTL diatur lebih lanjut dalam teknik verifikasi klaim yang diterbitkan BPJS Kesehatan.

Dalam pasal selanjutnya, FKRTL wajib mengirimkan softcopy klaim individual yang sudah dibayarkan oleh BPJS Kesehatan ke Kementerian Kesehatan Cq Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan. BPJS Kesehatan membayar biaya pelayanan gawat darurat menggunakan tarif INA-CBGs sesuai dengan penetapan yang berlaku di wilayah tersebut.

Saat fasilitas kesehatan mengajukan klaim ke BPJS, Klaim tersebut memiliki masa kadaluarsa. Kadaluarsa klaim disini dibedakan menjadi 2 yaitu klaim kolektif dan klaim perseorangan. Klaim kolektif adalah batas waktu maximal pengajuan klaim bagi fasilitas kesehatan milik pemerintah

maupun swasta, baik tingkat pertama atau lanjutan diberikan waktu 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan. Sedangkan klaim perorangan, batas waktu maksimal pengajuan klaim perorangan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan, kecuali diatur secara khusus.

Dalam Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial, di Pasal 48 BAB XII bagian penyelesaian sengketa yaitu :

- (1) BPJS wajib membentuk unit pengendalian mutu pelayanan dan penanganan pengaduan Peserta;
- (2) BPJS wajib menangani pengaduan paling lama 5 (lima) hari kerja sejak diterimanya pengaduan;
- (3) Ketentuan mengenai unit pengendali mutu dan penanganan pengaduan Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Peraturan BPJS.

Sedangkan penyelesaian sengketa dilakukan dengan cara:

- (1) Pihak yang merasa dirugikan yang pengaduannya belum dapat diselesaikan oleh unit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (1), penyelesaian sengketa dapat dilakukan melalui mekanisme mediasi;
- (2) Mekanisme mediasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui bantuan mediator yang disepakati oleh kedua belah pihak secara tertulis;
- (3) Penyelesaian sengketa melalui mediasi dilakukan paling lama 30 (tiga puluh) hari kerja sejak penandatanganan kesepakatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) oleh kedua belah pihak;
- (4) Penyelesaian sengketa melalui mekanisme mediasi, setelah ada kesepakatan kedua belah pihak secara tertulis, bersifat final dan mengikat;
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara penyelesaian sengketa melalui mediasi dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Di bagian ketiga Pasal 50 dijelaskan tentang penyelesaian sengketa melalui pengadilan : Dalam hal pengaduan tidak dapat diselesaikan oleh unit pengendali mutu pelayanan dan penanganan pengaduan Peserta melalui

mekanisme mediasi tidak dapat terlaksana, penyelesaiannya dapat diajukan ke pengadilan negeri di wilayah tempat tinggal pemohon. BPJS merupakan Badan Hukum dapat dilihat dari Pasal 56 Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang BPJS.

1. Presiden sewaktu waktu dapat meminta laporan keuangan dan laporan kinerja BPJS sebagai bahan pertimbangan pengambilan kebijakan pemerintah yang berkaitan dengan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Nasional;
2. Dalam hal terdapat kebijakan fiskal dan moneter yang mempengaruhi tingkat solvabilitas BPJS, Pemerintah dapat mengambil kebijakan khusus untuk menjamin kelangsungan program jaminan sosial;
3. Dalam terjadi krisis keuangan dan kondisi tertentu yang memberatkan perekonomian, Pemerintah dapat melakukan tindakan khusus untuk menjaga kesehatan keuangan dan berkesinambungan penyelenggaraan program jaminan sosial.

Mengenai Klaim yang akan terjadi bila Rumah Sakit mengalami kerugian. Berdasarkan Pasal 4 angka 2 huruf b tentang Tenggang Waktu Pembayaran “Klaim” (perjanjian antara BPJS dan Rumah Sakit) : Membayar pelayanan sebagaimana huruf a, wajib melakukan tepat waktu untuk menjaga likuiditas pihak kedua

Lampiran kedua perjanjian 6 tentang Pembayaran tagihan menentukan bahwa: Pihak pertama wajib membayar tagihan biaya pelayanan kesehatan pihak kedua paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap dan benar di kantor cabang Pihak Pertama;

Kadaluarsa Klaim adalah 6 (enam) bulan terhitung sejak pelayanan diberikan. Tagihan yang diberikan lebih dari 6 (enam) bulan sejak berakhirnya bulan pelayanan dan/atau berakhirnya perjanjian ini berhak untuk ditolak proses pembayarannya oleh Pihak Pertama;

Pihak Pertama tidak bertanggung jawab untuk membayar tagihan yang timbul karena pihak kedua memberikan fasilitas dan/atau pelayanan kesehatan diluar yang menjadi hak peserta.

Dalam Pasal 24 Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, BPJS wajib membayar fasilitas kesehatan alas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak permintaan pelayanan diterima. Ketentuan ini menghendaki agar BPJS membayar fasilitas kesehatan secara efektif dan efisien.

Bagaimana bila klaim tidak dipenuhi oleh pihak BPJS, biaya pelayanan yang telah dikeluarkan oleh Rumah Sakit secara benar dan telah di klaimkan ke BPJS, wajib dibayarkan sesuai peraturan diatas. Jika klaim tidak dibayar penuh, maka sebaiknya rumah sakit tidak mau menerima. Jika menerima maka berlaku anggapan bahwa debitur telah melakukan kewajibannya, hanya saja kurang. Dalam hal ini berarti atas tagihan/klaim itu, rumah sakit mau di cicil. Kekurangan akan dibayar kemudian. Jika rumah sakit tidak mau menerima berarti belum ada pembayaran.

Menurut pihak BPJS permasalahan pengklaiman biaya yang terjadi pada Rumah Sakit selaku Provider hingga saat ini belum sampai ke tahap mediasi. Jika memang terjadi masalah seperti itu antara pihak Rumah Sakit dengan BPJS akan melakukan musyawarah. Bila dengan musyawarah tidak dapat diputuskan, maka akan di esklamasi ke BPJS Kesehatan di Pusat secara berjenjang ke divisi regional kemudian BPJS Kesehatan di Pusat akan berkoordinasi dengan Kementerian terkait.

Solusinya yang wajib dilakukan pemerintah adalah perbaikan sistem pendataan penduduk khususnya penduduk miskin. Pemerintah harus bekerja keras bersama dengan BPJS Kesehatan guna memastikan mereka yang miskin dan tidak mampu mendapatkan layanan kesehatan program JKN.

Jika dilihat dari pembahasan di atas memang tidak dijelaskan secara jelas sanksi yang. Dalam peraturan yang ada, sanksi yang dibuat hanya untuk pelaksana dan peserta tidak untuk Pihak BPJS. Terdapat aturan tentang bentuk pertanggung jawaban BPJS terhadap program yang dijalankan. Adapun bentuk pertanggung jawaban yang dilakukan oleh pihak BPJS. Bentuk pertanggung jawaban tersebut di atur dalam Pasal 37 UNDANG-UNDANG No. 24 Tahun 2011:

1. BPJS wajib menyampaikan pertanggung jawaban atas pelaksanaan tugasnya dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan yang telah diaudit oleh akuntan publik kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN paling lambat 30 Juni tahun berikutnya;
2. Periode laporan pengelolaan dan laporan keuangan tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimulai Januari sampai dengan 31 Desember;
3. Bentuk dan isi laporan pengelolaan program sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diusulkan oleh BPJS setelah berkonsultasi dengan DJSN;
4. Laporan Keuangan BPJS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun dan disajikan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang berlaku;
5. Laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipublikasikan dalam bentuk ringkasan eksekusi melalui media massa elektronik dan melalui paling sedikit 2 (dua) media cetak yang peredaran luas secara nasional, paling lambat tanggal 31 Juli tahun berikutnya;
6. Bentuk dan isi publikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) ditetapkan oleh Direksi setelah mendapat persetujuan dari Dewan Pengawas;

7. Ketentuan mengenai bentuk dan isi laporan pengelolaan program sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dengan Peraturan Presiden.

Pada Pasal 38

1. Direksi bertanggung jawab secara tanggung renteng atas kerugian finansial yang ditimbulkan atas kesalahan pengelolaan Dana Jaminan Sosial;
2. Pada akhir masa jabatan, Dewan Pengawas dan Direksi wajib menyampaikan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

Dari aturan diatas terlihat jelas bahwa Sanksi tersebut hanya berlaku untuk para pihak dan Rumah sakit sebagai pelaksana. Tidak terdapat ketegasan sanksi untuk Pihak BPJS.

BAB IV

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Ketidaksesuaian antara regulasi dengan pelaksanaan di lapangannya. Dengan adanya peraturan yang ada, seharusnya apapun bentuknya dapat diterima. Rumah Sakit sebagai penerima regulasi tidak dapat berbuat apa-apa, rumah sakit melakukan dari apa yang ada akan tetapi ada beberapa yang terkendala di bawah. Selain itu masyarakat beranggapan bahwa peserta dalam melakukan pemeriksaan dilakukan secara gratis.

Pihak BPJS akan membentik unit pengendalian mutu pelayanan yang akan menyelesaikan sengketa yang terjadi antara Rumah Sakit dengan BPJS. Dengan cara musyawarah atau mediasi kedua belah pihak menyelesaikan sengketa tersebut. BPJS wajib membayarkan klaim yang dikeluarkan Rumah Sakit sesuai peraturan yang ada. Bila klaim tidak di bayar penuh maka Rumah Sakit berhak tidak memberikan pelayanan kepada peserta. Dengan kata lain Rumah Sakit mau dicicil kekurangan akan dibayar kemudian.

B. SARAN

1. Pemerintah kedepannya diharapkan dapat mensosialisasikan program JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) kepada masyarakat Indonesia termasuk masyarakat miskin yang terdapat dipedalaman, dipinggir kota maupun di pedesaan yang selama ini tidak atau belum mengetahui secara jelas manfaat, kegunaan serta cara pembuatan kartu anggota BPJS;
2. Pemerintah harus mengevaluasi kembali Undang-Undang yang ada dari segi pembiayaan, aturan-aturan yang ada serta sanksi-sanksi bagi kedua belah pihak yang tidak berkomitmen dengan perjanjian yang ada serta tidak membuat program yang baru.

DAFTAR PUSTAKA

BUKU

- Azrul, Azwar, 1996. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Jakarta: Pusataka Sinar Harapan.
- C. Triwibowo, 2014. *Etika&Hukum Kesehatan*. Cetakan 1, Yogyakarta: Nuha Medika.
- Departemen Kesehatan, 2008, *Standar Pekayanan Farmasi di Rumah Sakit*, Jakarta : Direktorat Jendral Bina Kefarmasian dan alat kesehatan
- _____, 2008, *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Msayarakat*, Jakarta : Departemen Kesehatan RI
- Ditjen Yammedik, 2003. *Bulletin Program Kompensasi Pengurangan Subsidi BBM Bidang Kesehatan Rumah Sakit*. Edisi April 2003. Ditjen Yammedik, Depkes RI.
- Health Insurance Association Of Amerika, 2008. *Managed care Bagian A*, edisi Pamjaki, Jakarta: Pamjaki.
- Hendrartini, J, 2010. *Pedoman Implementasi Sistem Jaminan Kesehatan bagi PPK dan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran UGM.
- Hendrojono Soewono, 2005, *Batas Pertanggungjawaban Hukum Malpraktik Dokter Dalam Transaksi Teraupetik*, Surabaya: Srikandi.
- Kongstvedt, 2009. *Managed Care, What it is and how it works*, Massachusset: Jones and Barlett Publisher.
- Mukti AG, 2007. *Reformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia dan Prospek ke Depan*. Yogyakarta: Manajemen Kebijakan dan Manajemen Asuransi Kesehatan UG.
- _____, 2010. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*, Yogyakarta: Kanisius
- Nesi Novita, Yuneta F, 2011. *Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan kebidanan*, Palembang: Salemba.
- Nusye KL Jayanti, 2009, *Penyelesaian Hukum dalam Malpraktik Kedokteran*, Jakarta Pustaka Yustisia.

Rio Cristiawan, 2003, *Aspek Hukum Kesehatan Dalam Upaya Medis Transplantasi Organ Tubuh*, Yogyakarta Universitas Atmajaya Yogyakarta.

Soekidjo Notoatmojo, 2012. *Promosi kesehatan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta: Rineke Cipta.

Sri Rejeki Hartanto, 2001. *Hukum Asuransi dan Perusahaan Asuransi*, Cetakan ke 4, Jakarta: Sinar Garfika

The American Academic of Familly Physicion, 1969

The American Academic of General Practice, 1947: *the American board of family practice*, 1969: IDI, 1989, Singapore Collage of General Practice.

Tjandra Yoga Aditama, 2010, *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*, Edisi kedua. Jakarta: UII Press.

HASIL PENELITIAN

Ahdiana Yuni L, 2006, *Penerapan Prinsip-prinsip Korporasi Terhadap Kelembagaan Rumah Sakit Muhammadiyah Yang berfungsi Sosial*, (Proposal Kompetisi Hibah Penelitian Program Hibah A-2 batch III Tahun 2006, Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Devitha Angesti Tiyyasasih, 2011. Pelaksanaan Penerapan Pasal 29 ayat (1) huruf b UNDANG-UNDANG nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit berkaitan dengan Perlindungan Hukum bagi Pasien Pengguna Jamkesmas (studi di RSUD dr. M. Soewandhie Surabaya), *Skrripsi* tidak diterbitkan, Malang, Fakultas Hukum Universitas Brawijaya,

Elly Kusumawati, 2012. “Perlindungan hukum terhadap peserta askes dalam perjanjian kerjasama tentang pelayanan kesehatan bagi PNS antara PT. Askes cabang Jakarta dengan Rumah Sakit Persahabatan Jakarta Timur,” *Tesis* Fakultas Hukum UGM.

Penelitian dan Pengabdian Masyarakat UGM(PPM-UGM). 2014. “Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Yogyakarta pasca Transformasi PT. Askes, Asuransi Kesehatan (Persero) menjadi BPJS (Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial),” Penelitian dan Pengabdian Masyarakat UGM, *Hasil Penelitian* Fakultas Hukum UGM.

Pradika Yesi. A, 2012. ”Implementasi Regulasi Jaminan Sosial Terhadap Pelayanan Kesehatan Bagi Warga Miskin Di Kota Semarang,” *Tesis* Fakultas Hukum Universitas Diponegoro.

PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN

Kitab Undang-Undang Hukum Dagang

Undang-Undang Dasar 1945 dan Undang-Undang No. 36 Tahun 2009

Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial

Undang-Undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Undang-Undang No. 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian

Undang-Undang No. 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN.

INTERNET

digilib.unimus.ac.id

Eksnews.com/detail-2221-pentingnya-bpjs-kesehatan.

Health insurance Associate of America (HIAA): “Fraud: The Hidden Cost of Health Care”, diikuti dari <http://askes.wordpress.com>

[Http://nasional.sindonews.com/read/2014/02/21/15/838128/pelaksanaan-bpjs-kesehatan-dinilai-masih-minus](http://nasional.sindonews.com/read/2014/02/21/15/838128/pelaksanaan-bpjs-kesehatan-dinilai-masih-minus)

[Http://usu.ac.id](http://usu.ac.id), artikel: “tinjauan umum rumah sakit dan instalasi farmasi rumah sakit”

http://www.academi.edu/5246024/Sejarah_Singkat_PT_ASKES_Persero_Status_Perusahaan_Persero.

[Http://www.Tempo.co/read/news/2014/08/173569001/Klaim-BPJS-Seret-Rumah-Sakit-Mengaku-Merugi](http://www.Tempo.co/read/news/2014/08/173569001/Klaim-BPJS-Seret-Rumah-Sakit-Mengaku-Merugi).

M.kompasiana.com/.../mengapa-anggaran.

Nasional.sindonews.com/.../bpjs-kesehatan-baru-bayar...,

Seminar & Workshop “Sistem Manajemen Klaim dan Perhitungan Unit Cost untuk Menciptakan Efisiensi Rumah Sakit di Era BPJS”.
www.pdpersi.co.id/.../tor_sansekerta.pdf,

www.ilmukesehatan.com

[www.kemenkeu.go.id/.../2014_kajian_pprf_Menyambut Implmenetasi Program Jaminan Kesehatan Nasioonal](http://www.kemenkeu.go.id/.../2014_kajian_pprf_Menyambut_Implmenetasi_Program_Jaminan_Kesehatan_Nasioonal).

HASIL WAWANCARA

Hasil wawancara dengan Dokter di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, tanggal 11 Oktober 2014

Hasil wawancara dengan salah satu Humas di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, Tanggal 10 November 2014

Daftar Pertanyaan kepada Responden 1

1. Apakah terdapat kelemahan dan kelebihan tentang BPJS di Rumah Sakit (implementasi BPJS di Rumah Sakit)?
2. Apakah Program BPJS sudah terlaksana sebagaimana mestinya?
3. Apakah BPJS terdapat manfaatnya dari segi dokter, dokter spesialis dan rumah sakit terkait dengan Sistem Ina-CBG's?
4. Program BPJS apakah sudah berjalan Efektif?
5. Apakah Rumah Sakit dalam menyelenggarakan BPJS terdapat syarat tertentu?
6. Bagaimana bentuk laporan Rumah Sakit ke BPJS?
7. Dasar Penyelenggaraan BPJS di Rumah Sakit?
8. Apakah terdapat peraturan Intern dalam menyelenggarakan BPJS?
9. Apakah peraturan tersebut mengikat?
10. Apakah terdapat peraturan tertentu dalam MoU antara BPJS dengan Rumah Sakit?
11. Bagaimana tanggung jawab BPJS apabila terjadi masalah di Rumah Sakit?

Daftar Pertanyaan kepada Responden 2

1. Dalam praktiknya, apakah telah sesuai dengan peraturan yang ada?
2. Bagaimana Implementasi antara BPJS dengan Rumah Sakit?
3. Bagaimana bentuk tanggung jawab antara BPJS di Rumah Sakit dalam Penyelesaian sengketa apabila terjadi permasalahan?
4. Selama Rumah sakit menjalankan Program JKN, apakah sudah efektif?
5. Bagaimana dengan biaya inap, operasi dan biaya lainnya bila pasien miskin berobat menggunakan BPJS, apakah pasien tersebut berobat di Rumah Sakit secara gratis sampai sembuh?
6. Apakah Rumah Sakit tahu peserta sebagai Pasien membayar setiap bulannya?