**IMPLEMENTASI PERATURAN PRESIDEN NOMOR 19 TAHUN 2016 TERHADAP KEWAJIBAN KARYAWAN PERUSAHAAN MENJADI PESERTA**

**BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS)**

Ratna Mayasari

Fakultas Hukum, Jurusan Ilmu Hukum

Universitas 17 Agustus 1945 Samarinda, Indonesia

**ABSTRACT**

"Implementation of Presidential Regulation Number 19 of 2016 Against Obligations of Company Employees Being Participants Social Security Administering Board (BPJS)" This study was conducted to determine the procedure Social Security Administering Agency (BPJS) to employees of the Company as a participant BPJS and Implementation where in data collection, Normative methods from various literature sources such as library materials, Laws, Presidential Regulations that provide a very clear picture of the implementation of Presidential Regulation Number 19 of 2016 on the obligations of employees of the company to be a participant of the Social Security Administering Agency (BPJS). The results of the study indicate that based on Presidential Regulation Number 19 of 2016 concerning the Second Amendment to Presidential Regulation Number 12 of 2013 on Health Insurance all must submit and comply with the provisions in question. Employers are still there who have not implemented or violated because it is in need supervision and guidance by agencies related to the existence of sanctions that have been arranged.

Keywords: Presidential Regulation Number 19 of 2016, Implementation, Company Employee, Social Security Administering Board (BPJS).

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Alasan Memilih Judul**

 Berawal dari pemerataan dan perbaikan kesehatan bagi penduduk di Indonesia maka diselenggarakanlah Jaminan Kesehatan Nasional oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS). Yang diharapkan akan terjadi gotong royong antar peserta dalam dua hal. Pertama, gotong royong risiko sakit dari penduduk sehat kepada penduduk sakit. Kedua, gotong royong risiko pengeluaran kesehatan yang besar dari penduduk kaya kepada penduduk miskin. Dengan demikian, hal ini akan mendukung terselenggaranya kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis. Sehingga tidak ada lagi masyarakat yang memiliki halangan, khususnya halangan finansial untuk mengakses pelayanan kesehatan.

 JKN diselenggarakan secara nasional dengan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.[[1]](#footnote-0) Peserta JKN per 1 Januari 2014 adalah peserta program-program jaminan kesehatan yang dialhikan secara langsung ke program JKN, yaitu peserta Jamkesmas, Askes PNS, Jaminan Kesehatan TNI/POLRI dan Jamsostek.

 Perjalanan menuju terwujudnya jaminan sosial di Indonesia sempat terkendala oleh perumusan Rancangan Undang-Undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang membutuhkan waktu lama untuk proses perumusannya. Aspek yang menjadi pembahasan utama, diantaranya adalah terkait bentuk badan hukum dan jumlah BPJS yang akan mengoperasikan programnya. Rancangan Undang-Undang BPJS resmi diundangkan menjadi Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Undang-Undang BPJS mengamanatkan pembentukan dua BPJS. BPJS pertama adalah BPJS Kesehatan yang mengelola program Jaminan Kesehatan dan merupakan transformasi dari PT Askes. BPJS Kedua adalah BPJS Ketenagakerjaan yang mengelola Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), Jaminan Hari Tua (JHT) dan Jaminan Pensiun (JP) serta Jaminan Kematian (JKm). BPJS Ketenagakerjaan merupakan transformasi dari PT Jamsostek, PT Taspen. Namun, pengalihan PT Taspen menjadi BPJS Ketenagakerjaan diberikan kesempatan hingga tahun 2029 untuk menyelesaikan kewajjibannya kepada peserta yang dikelolanya.[[2]](#footnote-1)

 Banyak proses yang dilakukan untuk mempersiapkan pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan mulai beroperasinya BPJS Kesehatan dan Ketenagakerjaan pada 1 Januari 2014 dan 1 Juli 2015. Diantaranya adalah penyusunan peraturan perundangan turunan, seperti Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden dan peraturan lainnya, serta langkah awal persiapan perubahan-perubahan yang telah ditentukan oleh peraturan perundangan tersebut.

 Dalam Undamg-Undang Nomor 36 Tahun 2009 dalam Pasal 5 ditegaskan bahwa :

1. Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan.
2. Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau.

 Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial. Untuk mewujudkan komitmen global dan konstitusi di atas, pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi kesehatan perorangan.

 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 juga menetapkan, Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) akan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya dimulai 1 Januari 2014. Secara operasional, pelaksanaan JKN dituangkan dalam Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden, antara lain: Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI); Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan; Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016; dan Peta Jalan JKN (*Roadmap* Jaminan Kesehatan Nasional).

 Konsekuensi logis dari sebuah negara demokrasi adalah bahwa rumusan suatu UU yang telah diundangkan harus dilaksanakan, baik yang tadinya pro maupun yang tadinya kontra terhadap suatu isi atau pengaturan. Setelah disetujui DPR, Wakil Rakyat, maka rumusan suatu Undang-Undang mengikat semua pihak. Sangatlah tidak layak dan tidak matang, apabila Undang-Undang tersebut sudah divonis tidak mengakomodir kepentingan kita, sebelum Undang-Undang itu dilaksanakan. Kita harus belajar konsekuen dan berani menjalankan sebuah keputusan Undang-Undang, meskipun ada aspirasi atau keinginan kita yang berbeda dengan yang dirumuskan Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN). Boleh saja kita tidak setuju dengan isi suatu Undang-Undang dan tidak ada satupun Undang-Undang yang isiinya sepenuhnya disetujui dan didukung oleh seluruh rakyat. Atau, jika seseorang atau sekelompok orang yakin bahwa Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) itu merugikan kepentingan lebih banyak rakyat, maka ia atau mereka dapat mengajukan alternatif ke DPR untuk merevisi atau membuat Undang-Undang baru. Inilah hakikat negara demokrasi.

 Negara mempunyai tanggung jawab memberikan jaminan sosial kepada penduduknya. Di Indonesia sendiri, hal tersebut memang sudah diatur dalam  UUD 1945, yang mana ini berarti bahwa negara mempunyai peran dalam melindungi warganya.

 Kesehatan merupakan bagian terpenting dalam kehidupan yang mencirikan kondisi baik dan sejahtera dalam menjalani kehidupan, keadaan kesehatan seseorang termasuk seperti tubuh sehat, jiwa sehat, dan secara sosial memungkinkan untuk hidup produktif baik secara sosial maupun ekonomi. Menurut undang-undang di Indonesia [pengertian kesehatan](http://www.hidupsehat.web.id/2013/12/pengertian-hidup-sehat-pengertian.html) yaitu keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Pelayanan kesehatan harus dipahami bukan sekedar pelayanan kepada warga yang sakit, tapi juga terjaminnya kesehatan masyarakat secara menyeluruh.

 Hak atas kesehatan adalah hak konstitusional. Dalam amandemen UUD 1945 pasal 28H ayat (1) dinyatakan "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir bathin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh layanan kesehatan". Selanjutnya dalam pasal 34 ayat (3) amandemen ke-4 dinyatakan "Negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak".

 Pembangunan kesehatan adalah sebagai bagian dari pembangunan nasional, dalam pembangunan kesehatan tujuan yang ingin dicapai adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.  Kenyataan yang terjadi sampai saat ini derajat kesehatan masyarakat masih rendah khususnya masyarakat miskin. Salah satu penyebabnya adalah karena mahalnya biaya kesehatan sehingga akses ke pelayanan kesehatan pada umumnya masih rendah. Untuk memenuhi dan mewujudkan hak bagi setiap warga negara dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak dan kewajiban pemerintah penyediaan fasilitas kesehatan sebagai amanat UUD 1945 adalah merupakan pelayanan publik maka dibutuhkan intervensi dari Pemerintah.

 BPJS sendiri merupakan jaminan perlindungan kesehatan yang diperuntukkan bagi seluruh rakyat Indonesia tanpa terkecuali.Ketentuan ini sesuai dengan prinsip pelaksanaannya yaitu kepesertaan wajib. Untuk memastikan pembiayaan yang sehat dan berkesinambungan, peserta juga diharuskan berkontribusi.

 Hingga sekarang, BPJS sendiri sudah beroperasi hampir tiga tahun lebih lamanya. Implementasi BPJS ini masih memiliki banyak kendala yang ditemukan di lapangan, seperti masih terdapatnya Perusahaan/Badan Usaha (BU) yang belum mendaftarkan para karyawannya sebagai peserta BPJS. Belum lagi masalah pelayanan kesehatan harus terus ditingkatkan, dan hal ini perlu komitmen BPJS untuk memperbaiki diri. Bila regulasi dan komitmen pelayanan tidak ditingkatkan maka BPJS akan terus menuai kritik dan akhirnya semangat baik yang ada akan tidak berjalan dengan lancar.

 Berdasarkan uraian diatas, maka penulis mengangkat judul mengenai **“Implementasi Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 Terhadap Kewajiban Karyawan Perusahaan Menjadi Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)”**.

**B. Rumusan dan Pembatasan Masalah**

 Berkaitan dengan hal di atas, maka rumusan dan pembatasan masalah yang menjadi pembahasan pada skripsi ini adalah :

1) Bagaimana prosedur BPJS terhadap karyawan perusahaan sebagai peserta dari BPJS?

2) Bagaimana implementasi Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 terhadap kewajiban karyawan perusahaan menjadi peserta BPJS?

 Skripsi ini akan mencoba menjelaskan dan menganalisa hal-hal tersebut, sehingga nantinya dapat ditarik kesimpulan dan harapannya dapat memberikan ide-ide baru sebagai masukan agar BPJS menjadi lebih baik, dan umumnya jaminan sosial bagi masyarakat semakin terjamin.

**C. Tujuan dan Kegunaan Penelitian**

 Bagian ini menguraikan mengenai apa yang ingin dicapai oleh Peneliti terkait dengan masalah yang terdapat didalam sistem BPJS. Tujuan Peneliti adalah untuk mengetahui dan mencari data yang akan dianalisis dalam upaya menjawab permasalahan hukum yang diajukan, yaitu:

1) Untuk mengetahui prosedur BPJS terhadap karyawan perusahaan sebagai peserta dari BPJS.

2) Untuk mengetahui implementasi Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 terhadap kewajiban karyawan perusahaan menjadi peserta BPJS.

 Selain itu kegunaan penelitian yang hendak dicapai dari hasil penelitian ini :

a.  Bagi Peneliti

Guna memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi SarjanaStrata I (S-1) Ilmu Hukum pada Universitas 17 Agustus Samarinda,sekaligus untuk menambah dan memperdalam ilmu pengetahuan hukum khususnya tentang implementasi Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 terhadap kewajiban karyawan perusahaan menjadi peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

b. Bagi Akademik

Untuk menambah wawasan dan pengetahuan di bidang ilmu hukum khususnya mengenai implementasi Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 terhadap kewajiban karyawan perusahaan menjadi peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), serta di harapkan pula penelitian ini dapat menjadi wacana/referensi sebagai sumbangan pemikiran bagi para civitas akademika Fakultas Hukum Universitas 17 Agustus Samarinda.

**D. Metode dan Teknik Penelitian**

1. Jenis Penelitian

 Pada penelitian ini, jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian hukum normatif yang disebut juga dengan penelitian hukum dogmatik (*dogmatic law research*).

2. Jenis Pendekatan

 Penelitian ini bertumpu pada penelitian yuridis normatif dengan menggunakan pendekatan perundang-undangan yang dimana digunakan untuk mengkaji peraturan-peraturan perundang-undangan dan literatur yang terkait dan relevan dengan permasalahan yang dibahas.

3. Sumber Bahan Hukum

1. Bahan hukum primer, yaitu bahan hukum yang berupa peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
2. Bahan hukum sekunder, yaitu berupa buku dan literatur yang menyangkut tentang pembahasan yang diangkat oleh penulis.

4. Teknik Pengumpulan Bahan Hukum

 Metode yang digunakan diperoleh dengan cara mengumpulkan peraturan perundang-undangan, literatur-literatur, maupun jurnal yang berkaitan dengan penelitian ini, kemudian terkait dengan persoalan diatas diteruskan melalui analisa bahan-bahan hukum tersebut.

5. Teknik Pengolahan dan Analisis Bahan Hukum

 Teknik pengolahan yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan argumentasi, deskripsi, sistematisasi serta intepretasi.

**E. Sistematika Penulisan**

 Di dalam sistematika pembahasan ini, penulis akan memberikan ulasan-ulasan singkat mengenai materi yang menjadi permasalahan, meliputi :

**BAB I  PENDAHULUAN**

Isi Bab I Pendahuluan ini memuat Alasan Pemilihan Judul, Rumusan dan Pembatasan Masalah, Tujuan dan Kegunaan Penelitian, Metode dan Teknik Penelitian, serta Sistematika Penulisan

**BAB II KERANGKA TEORITIS**

Pada bagian ini menguraikan Sejarah Singkat Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), Pengertian BPJS, Dasar Hukum BPJS serta Hak dan Kewajiban Peserta BPJS.

**BAB III HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Pada bagian ini penulis akan mengemukakan tentang hasil penelitian yang merupakan suatu jawaban atas adanya permasalahan yang dihadapi sebagaimaa terurai dalam bab sebelumnya, hal mana terlihat adanya kesenjangan antara teori dengan prakteknya.

 Untuk itu melalui Bab III ini penulis akan menguraikan antara lain : Prosedur BPJS terhadap Karyawan Perusahaan sebagai Peserta dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Serta Implementasi Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 terhadap Kewajiban Karyawan Perusahaan menjadi Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

**BAB IV PENUTUP**

Penulis akan menyajikan kesimpulan dari keseluruhan uraian yang telah disampaikan pada bab sebelumnya. Kemudian penulis juga akan mencoba untuk memberikan masukan yang bemanfaat bagi pihak yang berkepentingan sesuai dengan kemampuan yang ada.

**BAB II**

**KERANGKA TEORITIS**

**A. Sejarah Singkat BPJS**

 Titik awal fase baru upaya perbaikan kesehatan penduduk Indonesia adalah sejak 1 Januari 2014. Melalui Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 jo Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara resmi diimplementasikan untuk memberikan jaminan kepada peserta agara dapat memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuuhi kebutuhan dasar kesehatan.[[3]](#footnote-2)Program JKN diselenggrakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) yang merupakan transformasi dari PT Askes (Persero).

 Cikal bakal pelaksanaan asuransi kesehatan di Indonesia dimulai pada tahun 1960 melalui amanat UU Pokok Kesehatan (UU Nomor 6 Tahun 1960 tentang Pokok-Pokok Kesehatan) yang mengamanatkan dikembangkannya “dana sakit” dengan tujuan menyediakan akses pelayanan kesehatan untuk seluruh rakyat. Namun karena pada masa itu situasi perekonomian Indonesia masih belum stabil, amanat UU Pokok Kesehatan ini belum dapat dilaksanakan secara Nasional.[[4]](#footnote-3)

 Adanya pengeluaran yang tidak terduga apabila seseorang terkena penyakit, apalagi tergolong penyakit berat yang menuntut stabilisasi yang rutin seperti hemodialisa atau biaya operasi yang sangat tinggi. Hal ini berpengaruh pada penggunaan pendapatan seseorang dari pemenuhan kebutuhan hidup pada umumnya menjadi biaya perawatan dirumah sakit, obat-obatan, operasi, dan lain lain. Hal ini tentu menyebabkan kesukaran ekonomi bagi diri sendiri maupun keluarga. Dapat disimpulkan, bahwa kesehatan tidak bisa digantikan dengan uang, dan tidak ada orang kaya dalam menghadapi penyakit karena dalam sekejap kekayaan yang dimiliki seseorang dapat hilang untuk mengobati penyakit yang dideritanya.Begitu pula dengan resiko kecelakaan dan kematian.Suatu peristiwa yang tidak kita harapkan namun mungkin saja terjadi kapan saja dimana kecelakaan dapat menyebabkan merosotnya kesehatan, kecacatan, ataupun kematian karenanya kita kehilangan pendapatan, baik sementara maupun permanen.

 Belum lagi menyiapkan diri pada saat jumlah penduduk lanjut usia dimasa datang semakin bertambah. Munculnya UU SJSN ini juga dipicu oleh UUD Tahun 1945 dan perubahannya Tahun 2002 dalam Pasal 5 ayat (1), Pasal 20, Pasal 28H ayat (1), ayat (2) dan ayat (3), serta Pasal 34 ayat (1) dan ayat (2) mengamanatkan untuk mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional. Hingga disahkan dan diundangkan UU SJSN telah melalui proses yang panjang, dari tahun 2000 hingga tanggal 19 Oktober 2004.

 Diawali dengan Sidang Tahunan MPR RI Tahun 2000, dimana Presiden Abdurrahman Wahid menyatakan tentang Pengembangan Konsep SJSN. Pernyataan Presiden tersebut direalisasikan melalui upaya penyusunan konsep tentang Undang-Undang Jaminan Sosial (UU JS) oleh Kantor Menko Kesra (Kep.Menko Kesra dan Taskin No. 25KEP/MENKO/KESRA/VIII/2000, tanggal 3 Agustus 2000, tentang Pembentukan Tim Penyempurnaan Sistem Jaminan Sosial Nasional). Sejalan dengan pernyataan Presiden, DPA RI melalui Pertimbangan DPA RI No. 30/DPA/2000, tanggal 11 Oktober 2000, menyatakan perlu segera dibentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional dalam rangka mewujudkan masyarakat sejahtera.

 Dalam Laporan Pelaksanaan Putusan MPR RI oleh Lembaga Tinggi Negara pada Sidang Tahunan MPR RI Tahun 2001 (Ketetapan MPR RI No.X/ MPR-RI Tahun 2001 butir 5.E.2) dihasilkan Putusan Pembahasan MPR RI yang menugaskan Presiden RI “Membentuk Sistem Jaminan Sosial Nasional dalam rangka memberikan perlindungan sosial yang lebih menyeluruh dan terpadu”.

 Pada tahun 2001, Wakil Presiden RI Megawati Soekarnoputri mengarahkan Sekretaris Wakil Presiden RI membentuk Kelompok Kerja Sistem Jaminan Sosial Nasional (Pokja SJSN - Kepseswapres, No. 7 Tahun 2001, 21 Maret 2001 jo. Kepseswapres, No. 8 Tahun 2001, 11 Juli 2001) yang diketuai Prof. Dr. Yaumil C. Agoes Achir dan pada Desember 2001 telah menghasilkan naskah awal dari Naskah Akademik SJSN (NA SJSN).Kemudian pada perkembangannya Presiden RI yang pada saat itu Megawati Soekarnoputri meningkatkan status Pokja SJSN menjadi Tim Sistem Jaminan Sosial Nasional (Tim SJSN - Keppres No. 20 Tahun 2002, 10 April 2002).

 “NA SJSN merupakan langkah awal dirintisnya penyusunan Rancangan Undang-undang (RUU) SJSN.Setelah mengalami perubahan dan penyempurnaan hingga 8 (delapan) kali, dihasilkan sebuah naskah terakhir NA SJSN pada tanggal 26 Januari 2004. NA SJSN selanjutnya dituangkan dalam RUU SJSN,” ujar Sulastomo, salah satu TIM Penyusun UU SJSN pada saat itu.Konsep pertama RUU SJSN, 9 Februari 2003, hingga Konsep terakhir RUU SJSN, 14 Januari 2004, yang diserahkan oleh Tim SJSN kepada Pemerintah, telah mengalami 52 (lima puluh dua) kali perubahan dan penyempurnaan. Kemudian setelah dilakukan reformulasi beberapa pasal pada Konsep terakhir RUU SJSN tersebut, Pemerintah menyerahkan RUU SJSN kepada DPR RI pada tanggal 26 Januari 2004.
Selama pembahasan Tim Pemerintah dengan Pansus RUU SJSN DPR RI hingga diterbitkannya UU SJSN, RUU SJSN telah mengalami 3 (tiga) kali perubahan. Maka dalam perjalanannya, Konsep RUU SJSN hingga diterbitkan menjadi UU SJSN telah mengalami perubahan dan penyempurnaan sebanyak 56 (lima puluh enam) kali. UU SJSN tersebut secara resmi diterbitkan menjadi UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN pada tanggal 19 Oktober Tahun 2004.

Dengan demikian proses penyusunan UU SJSN memakan waktu 3 (tiga) tahun 7 (tujuh) bulan dan 17 (tujuh belas) hari sejak Kepseswapres No. 7 Tahun 2001, 21 Maret 2001 .

 Setelah resmi menjadi undang-undang, 4 bulan berselang UU SJSN kembali terusik.Pada bulan Januari 2005, kebijakan ASKESKIN mengantar beberapa daerah ke MK untuk menguji UU SJSN terhadap UUD Negara RI Tahun 1945.  Penetapan 4 BUMN sebagai BPJS dipahami sebagai monopoli dan menutup kesempatan daerah untuk menyelenggarakan jaminan sosial. 4 bulan kemudian, pada 31 Agustus 2005, MK menganulir 4 ayat dalam Pasal 5 yang mengatur penetapan 4 BUMN tersebut dan memberi peluang bagi daerah untuk membentuk BPJS Daerah (BPJSD).

 Putusan MK semakin memperumit penyelenggaraan jaminan sosial di masa transisi.Pembangunan kelembagaan SJSN yang semula diatur dalam satu paket peraturan dalam UU SJSN, kini harus diatur dengan UU BPJS.  Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) pun akhirnya baru terbentuk. Pemerintah secara resmi membentuk DJSN lewat Keputusan Presiden (Keppres) Nomor 110 tahun 2008 tentang pengangkatan anggota DJSN tertanggal 24 September 2008.

 Pembahasan RUU BPJS berjalan alot. Tim Kerja Menko Kesra dan Tim Kerja Meneg BUMN, yang notabene keduanya adalah Pembantu Presiden, tidak mencapai titik temu.RUU BPJS tidak selesai dirumuskan hingga tenggat peralihan UU SJSN pada 19 Oktober 2009 terlewati.  Seluruh perhatian tercurah pada RUU BPJS sehingga perintah dari 21 pasal yang mendelegasikan peraturan pelaksanaan terabaikan.  Hasilnya, penyelenggaraan jaminan sosial Indonesia gagal menaati semua ketentuan UU SJSN yaitu 5 tahun.

 Tahun berganti. DPR mengambil alih perancangan RUU BPJS pada tahun 2010.Perdebatan konsep BPJS kembali mencuat ke permukaan sejak DPR mengajukan RUU BPJS inisiatif DPR kepada Pemerintah pada bulan Juli 2010. Bahkan area perdebatan bertambah, selain bentuk badan hukum, Pemerintah dan DPR tengah berseteru menentukan siapa BPJS dan berapa jumlah BPJS.  Dikotomi BPJS multi dan BPJS tunggal tengah diperdebatkan dengan sengit.

 Pro dan kontra keberadaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) akhirnya berakhir pada 29 Oktober 2011, ketika DPR RI sepakat dan kemudian mengesahkannya menjadi Undang-Undang. Setelah melalui proses panjang yang melelahkan mulai dari puluhan kali rapat di mana setidaknya dilakukan tak kurang dari 50 kali pertemuan di tingkat Pansus, Panja, hingga proses formal lainnya. Sementara di kalangan operator hal serupa dilakukan di lingkup empat BUMN penyelenggara program jaminan sosial meliputi PT Jamsostek, PT Taspen, Asabri, dan PT Askes.

 Meski bukan sesuatu yang mudah, namun keberadaan BPJS mutlak ada sebagai implementasi Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang bahkan semestinya telah dapat dioperasionalkan sejak 9 Oktober 2009 dua tahun lampau. Perjalanan tak selesai sampai disahkannya BPJS menjadi UU formal, jalan terjal nan berliku menanti di depan. Segudang pekerjaan rumah menunggu untuk diselesaikan demi terpenuhinya hak rakyat atas jaminan sosial. Sebuah kajian menyebutkan bahwa saat ini, berdasarkan data yang dihimpun oleh DPR RI dari keempat Badan Usaha Milik Negara (BUMN) yang berstatus badan hukumnya adalah Persero tersebut, hanya terdapat sekitar 50 juta orang di Indonesia ini dilayani oleh Jaminan Sosial yang diselenggarakan oleh 4 BUMN penyelenggara jaminan sosial.

 Perubahan dari 4 PT (Persero) yang selama ini menyelenggarakan program jaminan sosial menjadi 2 BPJS sudah menjadi perintah Undang-Undang, karena itu harus dilaksanakan. Perubahan yang multi dimensi tersebut harus dipersiapkan dengan sebaik-baiknya agar berjalan sesuai dengan ketentuan UU BPJS. Pasal 60 ayat (1) UU BPJS menentukan BPJS Kesehatan mulai beroperasi menyelenggarakan program jaminan kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014. Kemudian Pasal 62 ayat (1) UU BPJS menentukan PT Jamsostek (Persero) berubah menjadi BPJS Ketenagakerjaan pada tanggal 1 Januari 2014 BPJS Ketenagakerjaan dan menurut Pasal 64 UU BPJS mulai beroperasi paling lambat tanggal 1 Juli 2015.

 Pada saat mulai berlakunya UU BPJS, Dewan Komisaris dan Direksi PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero) ditugasi oleh UU BPJS untuk menyiapkan berbagai hal yang diperlukan untuk berjalannya proses tranformasi atau perubahan dari Persero menjadi BPJS dengan status badan hukum publik. Perubahan tersebut mencakup struktur, mekanisme kerja dan juga kultur kelembagaan.Mengubah struktur, mekanisme kerja dan kultur kelembagaan yang lama, yang sudah mengakar dan dirasakan nyaman, sering menjadi kendala bagi penerimaan struktur, mekanisme kerja dan kultur kelembagaan yang baru, meskipun hal tersebut ditentukan dalam Undang-Undang.

 Untuk itu diperlukan komitmen yang kuat dari kedua BUMN ini, BUMN yang dipercaya mengemban tugas menyiapkan perubahan tersebut. Sebagai professional tentu mereka paham bagaimana caranya mengatasi berbagai persoalan yang timbul dalam proses perubahan tersebut, dan bagaimana harus bertindak pada waktu yang tepat untuk membuat perubahan berjalan tertib efektif, efisien dan lancar sesuai dengan rencana.

 Tahun 2012 merupakan tahun untuk mempersiapkan perubahan yang ditentukan dalam UU BPJS. Perubahan yang dipersiapkan dengan cermat, fokus pada hasil dan berorientasi pada proses implementasi Peraturan Perundang-undangan secara taat asas dan didukung oleh pemangku kepentingan, akan membuat perubahan BPJS memberi harapan yang lebih baik untuk pemenuhan hak konstitusional setiap orang atas jaminan sosial.

**B. Pengertian BPJS**

 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (UU No 24 Tahun 2011).BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.[[5]](#footnote-4)

 Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

**C. Dasar Hukum BPJS**

1.  Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Kesehatan;

2.   Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;

3.   Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan;

4.   Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.

5. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016

**D. Hak dan Kewajiban Peserta BPJS Kesehatan**

1. Hak Peserta

* + - 1. Mendapatkan kartu peserta sebagai bukti sah untuk memperoleh pelayanan kesehatan;
			2. Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
			3. Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan; dan
			4. Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke Kantor BPJS Kesehatan.[[6]](#footnote-5)

2.  Kewajiban Peserta

* + - 1. Mendaftarkan dirinya sebagai peserta serta membayar iuran yang besarannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku ;
			2. Melaporkan perubahan data peserta, baik karena pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat I;
			3. Menjaga Kartu Peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak.
			4. Mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan.[[7]](#footnote-6)

3. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional

 Ada 2 (dua) manfaat Jaminan Kesehatan, yakni berupa pelayanan kesehatan dan Manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans.Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

 Paket manfaat yang diterima dalam program JKN ini adalah komprehensif sesuai kebutuhan medis. Dengan demikian pelayanan yang diberikan bersifat paripurna (preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif) tidak dipengaruhi oleh besarnya biaya premi bagi peserta.Promotif dan preventif yang diberikan dalam konteks upaya kesehatan perorangan (personal care). Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

a. Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.

b. Imunisasi dasar, meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan HepatitisB (DPTHB), Polio, dan Campak.

c. Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.

d. Skrining kesehatan, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

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

a. Tidak sesuai prosedur

b. Pelayanan diluar Faskes Yg bekerjasama dng BPJS

c. Pelayanan bertujuan kosmetik

d. General check up, pengobatan alternatif

e. Pengobatan untuk mendapatkan keturunan, Pengobatan Impotensi

f.  Pelayanan Kesehatan Pada Saat Bencana

g. Pasien Bunuh Diri /Penyakit Yg Timbul Akibat Kesengajaan Untuk Menyiksa Diri Sendiri/ Bunuh Diri/Narkoba

4. Pembiayaan

 Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (pasal 16, Perpres No. 12/2013 tentang Jaminan Kesehatan).

 Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka olehBPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkanjumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlahpelayanan kesehatan yang diberikan.

Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatankepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlahpelayanan kesehatan yang diberikan.

 Tarif *Indonesian - Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG’sadalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FasilitasKesehatan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepadapengelompokan diagnosis penyakit.

Pembayar Iuran :

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

Pembayaran Iuran

 Setiap Peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah (untuk pekerja penerima upah) atau suatu jumlah nominal tertentu (bukan penerima upah dan PBI).Setiap Pemberi Kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran peserta yang menjadi tanggung jawabnya, dan membayarkan iuran tersebut setiap bulan kepada BPJS Kesehatan secara berkala (paling lambat tanggal 10 setiap bulan).Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya. Keterlambatan pembayaran iuran JKN dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) perbulan dari total iuran yang tertunggak dan dibayar oleh Pemberi Kerja.

 Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja wajib membayar iuran JKN pada setiap bulan yang dibayarkan palinglambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan.Pembayaran iuran JKN dapat dilakukan diawal.

 BPJS Kesehatan menghitung kelebihan atau kekurangan iuran JKN sesuai dengan Gaji atau Upah Peserta. Dalam hal terjadi kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran, BPJS Kesehatan memberitahukan secara tertulis kepada Pemberi Kerja dan/atau Peserta paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak diterimanya iuran. Kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran diperhitungkan dengan pembayaran Iuran bulan berikutnya.

 Iuran premi kepesertaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pekerja informal.Besaran iuran bagi pekerja bukan penerima upah itu adalah Rp25.500 per bulan untuk layanan rawat inap kelas III, Rp42.500 untuk kelas II dan Rp59.500 untuk kelas I.

5. Cara Pembayaran Fasilitas Kesehatan

 BPJS Kesehatan akan membayar kepada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dengan Kapitasi. Untuk Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan, BPJS Kesehatan membayar dengan sistem paket INA CBG’s.

Mengingat kondisi geografis Indonesia, tidak semua Fasilitas Kesehatan dapat dijangkau dengan mudah. Maka, jika di suatu daerah tidak memungkinkan pembayaran berdasarkan Kapitasi, BPJS Kesehatan diberi wewenang untuk melakukan pembayaran dengan mekanisme lain yang lebih berhasil guna.

 Semua Fasilitas Kesehatan meskipun tidak menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan wajib melayani pasien dalam keadaan gawat darurat, setelah keadaan gawat daruratnya teratasi dan pasien dapat dipindahkan, maka fasilitas kesehatan tersebut wajib merujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

 BPJS Kesehatan akan membayar kepada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerjasama setelah memberikan pelayanan gawat darurat setara dengan tarif yang berlaku di wilayah tersebut.

6. Kepesertaan

Beberapa pengertian:

 Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar Iuran.

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

 Pemberi Kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya.

Peserta tersebut meliputi: Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN dan bukan PBI JKN dengan rincian sebagai berikut:

* 1. Peserta PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir mis­kin dan orang tidak mampu.
	2. Peserta bukan PBI adalah Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:

1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:

* 1. Pegawai Negeri Sipil;
	2. Anggota TNI;
	3. Anggota Polri;
	4. Pejabat Negara;
	5. Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;
	6. Pegawai Swasta; dan
	7. Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah.

2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:

* 1. Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri dan
	2. Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.
	3. Pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.

3) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas:

* 1. Investor;
	2. Pemberi Kerja;
	3. Penerima Pensiun;
	4. Veteran;
	5. Perintis Kemerdekaan; dan

f. Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar Iuran.

4) Penerima pensiun terdiri atas:

* 1. Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
	2. Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
	3. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
	4. Penerima Pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c; dan
	5. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pensiun.
	6. Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi:
	7. Istri atau suami yang sah dari Peserta; dan
	8. Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari Peserta, dengan kriteria: tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.
	9. Sedangkan Peserta bukan PBI JKN dapat juga mengikutsertakan anggota keluarga yang lain.

5) WNI di Luar Negeri

 Jaminan kesehatan bagi pekerja WNI yang bekerja di luar negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tersendiri.

6) Syarat pendaftaran

Syarat pendaftaran akan diatur kemudian dalam peraturan BPJS.

7) Lokasi pendaftaran

Pendaftaran Peserta dilakukan di kantor BPJS terdekat/setempat.

8) Prosedur pendaftaran Peserta

a. Pemerintah mendaftarkan PBI JKN sebagai Peserta kepada BPJS Kesehatan.

b. Pemberi Kerja mendaftarkan pekerjanya atau pekerja dapat mendaftarkan diri sebagai Peserta kepada BPJS Kesehatan.

c. Bukan pekerja dan peserta lainnya wajib mendaftarkan diri dan keluarganya sebagai Peserta kepada BPJS Kesehatan.

9) Hak dan kewajiban Peserta

 Setiap Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan a) identitas Peserta dan b) manfaat pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

 Setiap Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berkewajiban untuk:

* 1. membayar iuran dan
	2. melaporkan data kepesertaannya kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas Peserta pada saat pindah domisili dan atau pindah kerja.

10) Masa berlaku kepesertaan

* 1. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional berlaku selama yang bersangkutan membayar Iuran sesuai dengan kelompok peserta.
	2. Status kepesertaan akan hilang bila Peserta tidak membayar Iuran atau meninggal dunia.
	3. Ketentuan lebih lanjut terhadap hal tersebut diatas, akan diatur oleh Peraturan BPJS.

11) Pentahapan kepesertaan

 Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dilakukan secara bertahap, yaitu tahap pertama mulai 1 Januari 2014, kepesertaannya paling sedikit meliputi: PBI Jaminan Kesehatan; Anggota TNI/PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya; Anggota Polri/PNS di lingkungan Polri dan anggota keluarganya; peserta asuransi kesehatan PT Askes (Persero) beserta anggota keluarganya, serta peserta jaminan pemeliharaan kesehatan Jamsostek dan anggota keluarganya. Selanjutnya tahap kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai Peserta BPJS Kesehatan paling lambat pada tanggal 1 Januari 2019.

7. Pertanggung Jawaban BPJS

 BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap. Besaran pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan asosiasi Fasilitas Kesehatan di wilayah tersebut dengan mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.Dalam hal tidak ada kesepakatan atas besaran pembayaran, Menteri Kesehatan memutuskan besaran pembayaran atas program JKN yang diberikan.Asosiasi Fasilitas Kesehatan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

 Dalam JKN, peserta dapat meminta manfaat tambahan berupa manfaat yang bersifat non medis berupa akomodasi. Misalnya: Peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya, dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan, yang disebut dengan iur biaya (*additional charge*). Ketentuan tersebut tidak berlaku bagi peserta PBI.

 Sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya, BPJS Kesehatan wajib menyampaikan pertanggungjawaban dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan (periode 1 Januari sampai dengan 31 Desember).Laporan yang telah diaudit oleh akuntan publik dikirimkan kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN paling lambat tanggal 30 Juni tahun berikutnya. Laporan tersebut dipublikasikan dalam bentuk ringkasan eksekutif melalui media massa elektronik dan melalui paling sedikit 2 (dua) media massa cetak yang memiliki peredaran luas secara nasional, paling lambat tanggal 31 Juli tahun berikutnya.

8. Pelayanan

1. Jenis Pelayanan

 Ada 2 (dua) jenis pelayanan yang akan diperoleh oleh Peserta JKN, yaitu berupa pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis). Ambulanshanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

2. Prosedur Pelayanan

 Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertama-tama harus memperoleh pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama.Bila Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka hal itu harus dilakukan melalui rujukan oleh Fasilitas Kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam keadaan kegawat daruratan medis.

3. Kompensasi Pelayanan

 Bila di suatu daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi, yang dapat berupa: penggantian uang tunai, pengiriman tenaga kesehatan atau penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu. Penggantian uang tunai hanya digunakan untuk biaya pelayanan kesehatan dan transportasi.

4. Penyelenggara Pelayanan Kesehatan

 Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan baik fasilitas kesehatan milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta yang memenuhi persyaratan melalui proses kredensialing dan rekredensialing.

9. Pengorganisasian

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

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

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

 Dalam melaksanakan pekerjaannya, Dewan Pengawas mempunyai fungsi, tugas, dan wewenangpelaksanaan tugas BPJS dengan uraian sebagai berikut:

1) Fungsi Dewan Pengawas adalah melakukan pengawasan atas pelak­sanaan tugas BPJS.

2) Dewan Pengawas bertugas untuk:

* 1. melakukan pengawasan atas kebijakan pengelolaan BPJS dan kinerja Direksi;
	2. melakukan pengawasan atas pelaksanaan pengelolaan dan pengembangan Dana Jaminan Sosial oleh Direksi;
	3. memberikan saran, nasihat, dan pertimbangan kepada Direksi mengenai kebijakan dan pelaksanaan pengelolaan BPJS; dan
	4. menyampaikan laporan pengawasan penyelenggaraan Jaminan Sosial sebagai bagian dari laporan BPJS kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

3) Dewan Pengawas berwenang untuk:

* 1. menetapkan rencana kerja anggaran tahunan BPJS;
	2. mendapatkan dan/atau meminta laporan dari Direksi;
	3. mengakses data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS;
	4. melakukan penelaahan terhadap data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS; dan
	5. memberikan saran dan rekomendasi kepada Presiden mengenai kinerja Direksi.

 Dalam menyelenggarakan JKN, Direksi BPJS mempunyai fungsi, tugas, dan wewenang sebagai berikut:

* + - 1. Direksi berfungsi melaksanakan penyelenggaraan kegiatan operasional BPJS yang menjamin Peserta untuk mendapatkan Manfaat sesuai dengan haknya.
			2. Direksi bertugas untuk: melaksanakan pengelolaan BPJS yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi; mewakili BPJS di dalam dan di luar pengadilan; dan menjamin tersedianya fasilitas dan akses bagi Dewan Pengawas untuk melaksanakan fungsinya.

3. Direksi berwenang untuk:

* 1. melaksanakan wewenang BPJS;
	2. menetapkan struktur organisasi beserta tugas pokok dan fungsi, tata kerja organisasi, dan sistem kepegawaian;
	3. menyelenggarakan manajemen kepegawaian BPJS termasuk mengangkat, memindahkan, dan memberhentikan pegawai BPJS serta menetapkan penghasilan pegawai BPJS;
	4. mengusulkan kepada Presiden penghasilan bagi Dewan Pengawas dan Direksi;
	5. menetapkan ketentuan dan tata cara pengadaan barang dan jasa dalam rangka penyelenggaraan tugas BPJS dengan memperhatikan prinsip transparansi, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas;
	6. melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS paling banyak Rp100.000.000.000 (seratus miliar rupiah) dengan persetujuan Dewan Pengawas;
	7. melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS lebih dari Rp100.000.000.000 (seratus miliar rupiah) sampai dengan Rp500.000.000.000 (lima ratus miliar rupiah) dengan persetujuan Presiden; dan
	8. melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS lebih dari Rp500.000.000.000 (lima ratus miliar rupiah) dengan persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia.

 Ketentuan mengenai tata cara pelaksanaan fungsi, tugas, dan we­wenang Direksi diatur dengan Peraturan Direksi.

 Persyaratan untuk menjadi Dewan Pengawas dan Dewan Direksi diatur dalam UU Nomor 24 tahun 2011.

 BPJS melakukan kerja sama dengan lembaga pemerintah, lembaga lain di dalam negeri atau di luar negeri dalam rangka meningkatkan kualitas penyelenggaraan program Jaminan Sosial (JKN).

 *Monitoring* dan evaluasi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional merupakan bagian dari sistem kendali mutu dan biaya. Kegiatan ini merupakan tanggung jawab Menteri Kesehatan yang dalam pelaksanaannya berkoordinasi dengan Dewan Jaminan Kesehatan Nasional.

 Pengawasan terhadap BPJS dilakukan secara eksternal dan internal. Pengawasan internal oleh organisasi BPJS meliputi:

a. Dewan penga­was; dan b. Satuan pengawas internal. Sedangkan Pengawasan ekster­nal dilakukan oleh:

a. DJSN; dan b. Lembaga pengawas independen.

Kantor Pusat BPJS berada di ibu kota Negara, dengan jaringannya di seluruh kabupaten/kota.

**BAB III**

**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

**A. Prosedur BPJS Terhadap Karyawan Perusahaan Sebagai Peserta Dari BPJS.**

 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang bertanggungjawab kepada Presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia.[[8]](#footnote-7).

 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang di selenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak di berikan kepada setiap orang yang membayar iur atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.[[9]](#footnote-8)

 Kedua badan tersebut pada dasarnya mengemban misi negara untuk memenuhi hak setiap orang atas jaminan sosial dengan menyelenggarakan program jaminan yang bertujuan untuk memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

 Mengingat pentingnya peranan BPJS dalam menyelenggarakan program jaminan sosial dengan cakupan seluruh penduduk Indonesia, maka UU BPJS memberikan batasan fungsi, tugas dan wewenang yang jelas kepada BPJS. Dengan demikian dapat diketahui secara pasti batas-batas tanggung jawabnya dan sekaligus dapat dijadikan sarana untuk mengukur kinerja kedua BPJS tersebut secara transparan.

1. **Fungsi BPJS**

 Undang-UndangNomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS menentukan bahwa BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan Kesehata nmenurut Undang-Undang SJSN diselenggarakan secara Nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

 BPJS Ketenagakerjaan menurutUndang-UndangNomor 24 Tahun 2011 Pasal 6 ayat(2) berfungsi menyelenggarakan 4 program, yaitu program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

 Menurut Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN program jaminan kecelakaan kerja diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pelayanan kesehatan dan santunan uang tunai apabila seorang pekerja mengalami kecelakaan kerja atau menderita penyakit akibat kerja.

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

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

Sedangkan program jaminan kematian diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dengan tujuan untuk memberikan santuan kematian yang dibayarkan kepada ahli waris peserta yang meninggal dunia.

Dalam pasal 5 ayat (2) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 disebutkan fungsi BPJS adalah :

1. Berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

 2. Berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan kecelakaan kerja, program jaminan kematian, program jaminan pensiun dan jaminan hari tua.

1. **Tugas BPJS**

 Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana tersebut diatas BPJS bertugas untuk:

1. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta.

2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja.

3.  Menerima bantuan iuran dari Pemerintah.

4.  Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta.

5.  Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial.

6.  Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatansesuai dengan ketentuan program jaminan sosial.

7.  Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

 Dengan kata lain tugas BPJS meliputi pendaftaran kepesertaan dan pengelolaan data kepesertaan, pemungutan, pengumpulan iuran termasuk menerima bantuan iuran dari Pemerintah, pengelolaan dana jaminan sosial, pembayaran manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan dan tugas penyampaian informasi dalam rangka sosialisasi program jaminan sosial dan keterbukaan informasi.

Tugas pendaftaran kepesertaan dapat dilakukan secara pasif dalam arti menerima pendaftaran atau secara aktif dalam arti mendaftarkan peserta.

**3. Wewenang BPJS**

 Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud di atas BPJS berwenang:

1. Menagih pembayaran Iuran.

2. Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai.

3. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memanuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional.

4.  Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah.

5. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan.

6. Mengenakan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya.

7.  Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

8. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

 Kewenangan menagih pembayaran Iuran dalam arti meminta pembayaran dalam hal terjadi penunggakan, kemacetan, atau kekurangan pembayaran, kewenanganmelakukanpengawasandankewenanganmengenakansanksiadministratif yang diberikankepadaBPJS memperkuat kedudukan BPJS sebagai badan hukum publik.

**4. Prinsip BPJS**

 Prinsip dasar BPJS adalah sesuai dengan apa yang dirumuskan oleh Undang-Undang Nomor 40 Tahun 20004 tentang SJSN Pasal 19 ayat 1 yaitu jaminan kesehatan yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.

Maksud prinsip asuransi sosial adalah :

1.  Kegotongroyongan antara si kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, serta yang beresiko tinggi dan rendah.

2.  Kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selaktif.

3. Iuran berdasarkan presentase upah atau penghasilan.

4.  Bersifat nirlaba.

 Sedangkan prinsip ekuitas adalah kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis yang terikatdenganbesaraniuran yang dibayarkan. Kesamaan memperoleh pelayanan adalah kesamaan jangkauan finansial ke pelayanan kesehatan yang merupakan bagian dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan masuk dalam program pemerintah padatahun 2014.

Tujuan dari jaminan kesehatan bagi masyarakat adalah:Tujuan sebuah negara adalah menciptakan kesejahteraan kepada seluruh rakyatynya. Dalam hal ini, maka Indonesia membentuk penyelenggaraan jaminan sosial yaitu Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial ( BPJS). Yang dimana tujuan dari institusi ini memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya.

Sebelum BPJS tertentu, beberapa program jaminan sosial telah tebentuk, seperti Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK) yang mencakup tentang jaminan pemeliharaan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan pemeliharaan kesehatan ,jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, dan jaminan kematian bagi tenaga kerja. Selanjutnya Jaminan untuk Pegawai Negeri Sipil yaitu TASPEN (Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri) dan ASKES (Asuransi Kesehatan) dan untuk Prajurit Tentara Nasional Indonesia (TNI), anggota Kepolisian Republik Indonesia (POLRI) dan PNS Kementrian Pertahanan /TNI / Polri beserta keluarganya telah dilaksanakan Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Indonesia (ASABRI).

Namun sebagian besar masyarakat belum memperoleh perlindungan yang memadai dengan program-program diatas. Perlu adanya sasaran yang lebih luas lagi dan manfaat yang lebih besar pada setiap peserta. Oleh karena itu, di bentuklah BPJS yang diharapkan menjadi penyempurna dari program – program jaminan sosial tadi. Yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

Dengan adanya BPJS Kesehatan ini pelayanan medis bisa lebih jeli dan teliti mengidentifikasi masalah pasien dan melakukan tindakan/pemeriksaan sesuai dengan indikasinya, karena BPJS membiayai sesuai dengan diagnosa penyakit dan telah dihitung pemeriksaan yang dilakukan sesuai indikasi.Namun, dampak dari BPJS ini adalah ke dokter juga, yaitu penetapan biaya yang sesuai belum ditentukan.

 Pelayanan BPJS Kesehatan yang dijamin menurut Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 Pasal 22 meliputi:

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

a.  Administrasi pelayanan

b. Pelayanan promotif dan preventif

c. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis

d. Tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif

e. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai

f. Transfusi darah sesuai kebutuhan medis

g. Pemeriksaan penunjang diagnosis laboratorium tingkat pertama

h. Rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi

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

a. Rawat jalan, meliputi:

i. Administrasi pelayanan

ii. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter  spesialis dan sub spesialis

iii. Tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis

iv. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai

v.  Pelayanan alat kesehatan implant

vi.  Pelayanan penunjang diagnostic lanjutan sesuai dengan indikasi  medis

vii. Rehabilitasi medis

viii.Pelayanan darah

ix. Pelayanan kedokteran forensik

x. Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan

b. Rawat Inap yang meliputi:

i. Perawatan inap non intensif

ii.  Perawatan inap di ruang intensif

iii. Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkanolehMenteri

**5. Kepesertaan**

 Peserta BPJS menurut Undang- UndangNomor 24 Tahun 2004 tentang SJSN adalah sebagai berikut:

1. Peserta PBI jaminan kesehatan terdiri atas orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu

2.  Peserta bukan PBI adalah peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas :

a.  Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu :

i. Anggota TNI Dan POLRI

ii.  Pegawai Negeri Sipil

iii. Pejabat Negara

iv. Pegawai pemerintah non pegawai negeri

v.  Pegawai Swasta

vi. Pegawai yang tidak termasuk salah satu di atas yang menerimaupah.

b.  Pegawai bukan penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu :

i. Pekerja diluar hubungan kerja atau pekerja mandiri

ii.  Pekerja yang tidak termasuk point pertama yang bukan penerima upah

iii. Warga Negara Asing yang bekerja dan tinggal di Indonesia paling singkat 6 bulan.

c. Bukan pekerja dan anggota keluarganya, terdiri dari :

i.  Investor

ii. Pemberi kerja

iii. Penerima pension

iv. Veteran

v. Perintis kemerdekaan

vi. Bukan pekerja yang tidak termasuk salah satu diatas yang mampu membayar iuran.

d. Penerima pensiun terdiri atas :

i. PNS yang berhenti dengan hak pension

ii.  Anggota TNI dan POLRI yang berhenti dengan hak pension

iii. Pejabat negara yang berhenti dengan hak pension

iv. Penerima pensiun selain point di atas

v. Janda, duda atau yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada point di atas yang mendapat hak pensiun.

e. Anggota keluarga bagi keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi :

i. Istri atau suami yang sah dari peserta.

ii.  Anak kandung, anak tiri dan / atau anak angkat yang sah dari peserta dengan kriteria :

1. Anak yang tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri.
2. Belum berusia 21 tahun atau belum berusia 25 tahun bagi yang masih melanjutkan pendidikan formal.

**6. Pelayanan BPJS**

Ada dua jenis pelayanan yang diperoleh peserta BPJS, yaitu berupa pelayanan kesehatan atau medis serta akomodasi dan ambulans( nonmedis). Ambulans diberikan pada pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan BPJS.

Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis.

**7. Kelebihan BPJS :**

1. Murah

 Murah bukan berarti murahan dengan hanya premi perbulan seperti pada tabel dibawah ini kita sudah bisa mendapatkan fasilitas dari BPJS.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ruang Perawatan** | **Premi** | **Ket** |
| Kelas I | Rp 30.000,00 | Keseluruhan Perawatan |
| Kelas II | Rp 51.000,00 | Keseluruhan Perawatan |
| Kelas III | Rp 80.000,00 | Keseluruhan Perawatan |

1. Wajib

 Berdasarkan Undang – Undang Nomor 24 tahun 2011t entang BPJS menyatakan bahwa seluruh penduduk Indonesia wajib mendaftarkan diri dan seluruh anggota keluarga yang ada dalam 1 Kartu Keluarga untuk mendaftar BPJS Kesehatan.Karena menjadi peserta BPJS itu Wajib maka keanggotaan BPJS tidak bisa dihentikan atau dibatalkan. Bagi peserta yang tidak membayar iuran maka akan mendapatkan tagihan sesuai dengan bulan yang tertunggak dan kelas yang dipilih.

 Jika peserta tidak melunasi iuran BPJS maka status keanggotaan akan dihentikan sementara sehingga peserta tidak bisa menggunakan layanan jaminan kesehatan sampai peserta melunasi tunggakan. Tunggakan wajib dilunasi sebelum menggunakan BPJS karena ketika mengatifkan BPJS dan ternyata dalam 45 hari berobat menggunakan BPJS justru akan dikenakan denda.

1. Tidak Ada Medical Check Up

 Dalam asuransi kesehatan swasta akan ada medical check up untuk mengecek apakah si calon peserta menderita penyakit bawaan seperti jantung, gula darah dan lain-lain. Ini yang disebut pre-existing condition. Cek up yang sama juga akan dilakukan untuk seluruh anggota keluarga yang tertanggung dalam asuransi kesehatan tersebut.

Jika ternyata ada calon peserta asuransi menderita penyakit bawaan, biasanya penyakit tersebut TIDAK akan ditanggung oleh asuransi kesehatan. Namun ada juga asuransi yang menanggung penyakit bawaan itu dengan syarat peserta juga menjadi peserta asuransi selama dua tahun alias tidak serta merta. Artinya klaim untuk penyakit itu bisa dibayarkan setelah dua tahun.

 Sedangkan BPJS semua penyakit baik penyakit bawaan atau penyakit baru akan ditanggung oleh BPJS. Tidak ada diskriminasi. Selain itu tidak ada yang namanya medical check up untuk mendapatkan kepesertaan BPJS. Calon peserta cukup mengisi formulir dan melengkapi persyarata kemudian membayar.

1. JaminanKesehatan Seumur Hidup

 Hanya dengan iuran peserta atau premi yang tidak terlalu besar, masih dibilang ringan. Seluruh peserta BPJS kesehatan memiliki proteksi hingga seumur hidup.

5. Menanggung Tanpa Melihat Kondisi Sebelumnya

 Jika sudah terkena penyakit kronis tapi tetap mendaftar itu bisa ditolak kalaupun tidak nanti premiakan menjadi mahal bahkan polis dapat di tolak. Perusahaan Asuransi biasanya akan menetapkan periode waktu tunggu sebelum perlindungan dapat berlaku. Penggantian klaim hanya akan diberikan setelah periode waktu tunggu tersebut berakhir. Sedangkan di BPJS tidakdemikianhalnya.

 Beberapa kelebihan BPJS dibanding asuransi swasta,walaupun masih baru BPJS juga selalu berusaha untuk memperbaiki dan membuat terobosan yang membantu masyarakat indonesia,prinsip gotong royong seperti yang sehat menolong yang sakit cocok untuk lidah orang Indonesia karena gotong royong sudah ada sejak ratusan tahun lalu.

**8. Kelemahan BPJS**

1. Metode Berjenjang

 Jika di asuransi lain bisa langsung ke berobat ke rumahsakit yang bekerja sama atau rekanan,maka jika di BPJS anda harus ke faskes 1,biasanya klinik atau puskesmas setelah di faskes 1 dapat rujukan baru anda ke rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS, sebenarnya langsung ke rumah sakit bisa tapi ada prosedurnya seperti kritis atau kecelakaan dan lain sebagainya namun jika anda yang biasa memakai asuransi swasta pasti akan mengeluh dengan prosedur seperti ini.

1. Hanya di Indonesia

 Perlindungan asuransi BPJS hanya melindungi dan berlaku di Indonesia berbeda dengan asuransi swasta laen yang bisa melindungi dan rumah sakit yang bekerja sama hingga seluruh dunia.

1. Antri Sana Sini

 Untuk pendaftaran dan pengubahan data di kantor BPJS antrian kadang tidak terbendung. Kita harus mendaftar beberapa hari sebelumnya untuk pemeriksaan pada hari yang kita inginkan. Contohnya saja hari senin silahkan anda lihat di kantor BPJS antrian lumayan banyak tidak cukup disitu saja jika anda berobat ke rumah sakit dan sudah dapat rujukan dari faskes 1 antrian berobat di rumah sakit juga tidak kalah banyaknya.

1. Jarang Dapat Kelas 1

 Ketika sakit misalnya Jantung, anda bisa daftar BPJS dan asal syarat lengkap 99% baru dapat di terima.

Pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) juga akan melahirkan transformasi kelembagaan dari beberapa Perusahaan Persero Yang selama ini ada, yaitu: PT Jamsostek (Persero), PT Taspen (Persero), PT Asabri (Persero) Dan PT Askes (Persero) menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), yang berubah status menjadi Badan Hukum Publik. Selain itu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial(BPJS), selanjutnya akan dilaksanakan oleh 2 (dua) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), Yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan. Transformasi Badan-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial tersebut akan dilanjutkan dengan Pengalihan Peserta, Program, Aset Dan Liabilitas, Pegawai, Serta Hak Dan Kewajiban.

**B. Implementasi Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 Terhadap Kewajiban Karyawan Perusahaan Menjadi Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)**

 Secara sederhana implementasi bias diartikan pelaksanaan atau penerapan. Majone dan Wildavsky (dalam Nurdin dan Usman, 2002), mengemukakan implementasi sebagai evaluasi.[[10]](#footnote-9) Browne dan Wildavsky (dalam Nurdin dan Usman, 2004:70) mengemukakan bahwa ”implementasi adalah perluasan aktivitas yang saling menyesuaikan”.[[11]](#footnote-10)

 Pengertian implementasi sebagai aktivitas yang saling menyesuaikan juga dikemukakan oleh Mclaughin (dalam Nurdin dan Usman, 2004). Adapun Schubert (dalam Nurdin dan Usman, 2002:70) mengemukakan bahwa ”implementasi adalah sistem rekayasa.”Pengertian-pengertian di atas memperlihatkan bahwa kata implementasi bermuara pada aktivitas, adanya aksi, tindakan, atau mekanisme suatu sistem. Ungkapan mekanisme mengandung arti bahwa implementasi bukan sekadar aktivitas, tetapi suatu kegiatan yang terencana dan dilakukan secara sungguh-sungguh berdasarkan acuan norma tertentu untuk mencapai tujuan kegiatan.

 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada Presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia sesuai Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 Pasal 1.

 Badan Penyelengaraan JaminanSosial (BPJS) Kesehatan adalah Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial yang dibentuk Pemerintah untuk memberikan jaminan kesehatan untuk masyarakat :

1. Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial( BPJS) Kesehatan adalah pengganti layanan kesehatan dari PT ASKES dan juga PT JAMSOSTEK.

2. Badan Penyelengaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah program Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang di khususkan untuk pelayanan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia yang menitik beratkan kepada pemerataan pelayanan kesehatan.

3. Badan Penyelengaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah program untuksemuamasyarakattanpaterkecuali.

4. BPJS (Badan Penyelengaraan Jaminan Sosial) Kesehatan memiliki 2 jenis, yaitu DPI (Dots Per Inch) dan non DPI (Dots Per Inch). Dimana anggota DPI (Dots Per Inch) iuran dibayarkan oleh Pemerintah, sedangkan non DPI (Dots Per inch) iuran membayar sendiri

 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang di selenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak di berikan kepada setiap orang yang membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.

 Kedua badan tersebut pada dasarnya mengemban misi negara untuk memenuhi hak setiap orang atas jaminan sosial dengan menyelenggarakan program jaminan yang bertujuan untuk memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Semua kalangan sudah mamahami jika peserta JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) yang dikelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah semua warga negara Indonesia dan orang asing yang bekerja di Indonesia. Termasuk di dalamnyaBadan Usaha/perusahan yang ada di Indonesia wajib mendaftarkan pekerjanya ke BPJS Kesehatan. Maka, tidak terkecuali semua pimpinan Badan Usaha Milik Negara (BUMN) sudah menyepakati masuk menjadi anggota BPJS Kesehatan pada 21 Oktober 2013 lalu di Sukabumi Jawa Barat. Namun demikian, belum semua pegawai BUMN atau warga yang bekerja di sejumlah industri menjadi peserta. Batasan waktu ditentukan 1 Januari 2015, seluruh Badan Usaha Milik Negara (BUMN) wajib mengikuti program JKN. Sesuai amanat [Perpres No. 111 Tahun 2013](http://www.hukumonline.com/pusatdata/detail/lt52d18cb4c7fc8/nprt/lt50ed191eecb5d/perpres-no-111-tahun-2013-perubahan-atas-peraturan-presiden-nomor-12-tahun-2013-tentang-jaminan-kesehatan) tentang Perubahan atas Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, pemberi kerja atau perusahaan skala besar, menengah, kecil dan BUMN wajib mendaftarkan kepesertaan ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Pemberi kerja wajib mendaftarkan diri dan pekerjanya sebagai peserta jaminan kesehatan yang digelar BPJS Kesehatan dengan membayar iuran. Jika tidak, ada sanksi yang dapat dijatukan kepada pemberi kerja. Merujuk [PP No. 86 Tahun 2013](http://www.hukumonline.com/pusatdata/detail/lt52c54261dae01/node/186/pp-no-86-tahun-2013-tata-cara-pengenaan-sanksi-administratif-kepada-pemberi-kerja-selain-penyelenggara-negara-dan-setiap-orang%2C-selain-pemberi-kerja%2C-pekerja%2C-dan-penerima-bantuan-iuran-d), payung hukum sanksi tersebut,  sanksi yang dapat dikenakan berupa teguran tertulis, denda dan atau tidak mendapat pelayanan publik tertentu. Penerapan sanksi sebagaimana perintah PP No. 86 baru mulai diterapkan pada Juli 2015. Ketika pemberi kerja belum mendaftarkan diri dan pekerjanya jadi peserta BPJS Kesehatan maka akan diberikan peringatan. Jika peringatan itu tidak diindahkan, sanksi yang termaktub dalam PP No. 86 Tahun 2013 itu akan diterapkan. Kepesertaan BPJS Kesehatan untuk pemberi kerja dan pekerja/buruh harusnya selaras dengan amanat Perpres No. 111 Tahun 2013. Namun, masih banyak pemberi kerja yang melanggar ketentuan tersebut. Ironisnya, tidak ada tindakan tegas yang dilakukan pihak berwenang terhadap pelanggaran itu. Akibatnya, banyak buruh dan keluarganya yang belum mendapat jaminan kesehatan. Sehingga buruh harus menanggung biaya sendiri ketika dirinya dan keluarga sakit.

 Pemilik perusahaan menyadari jikalau tidak mendaftarkan karyawannya sebagai peserta BPJS Kesehatan, ada sanksinya. Seperti, sanksi administratif, penghentian pelayanan publik hingga denda. Program BPJS tidak hanya wajib diikuti para pengusaha, karena sesuai dengan UU nomor 24 tahun 2011 tentang BPJS, diperkuat dengan Peraturan Pemerintah (PP) nomor 86 tahun 2013, dan disebutkan dengan tegas bahwa setiap badan usaha yang tidak mengikutsertakan pekerjanya dalam program BPJS ketenagakerjaan, maka dapat diberi sanksi tegas berupa pencabutan izin usaha, tidak bisa mengikuti tender proyek serta tidak dapat mengurus SIM, KTP dan paspor.

 Selain itu Pemerintah akan mengenakan sanki bagi perusahaan yang tidak mendaftarkan pekerjanya pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Hal ini termuat dalam PP No 86 Tahun 2013 yang jelas mewajibkan setiap pemberi kerja selain penyelenggara agar mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta kepada BPJS secara bertahap sesuai dengan program jaminan sosial yang diikutinya, dan memberikan data dirinya dan pekerjanya berikut anggota keluarganya kepada BPJS dengan lengkap dan benar.

Sanksi administratif tersebut terdiri dari:

a. Teguran tertulis

b. Denda; dan/atau

c. Tidak mendapat pelayanan publik tertentu dimana pengenaan sanksi teguran tertulis diberikan paling banyak 1 kali masing-masing untuk jangka waktu paling lama 10 hari kerja.

 Sedangkan untuk sanksi denda diberikan untuk jangka waktu paling lama 30 hari sejak berakhirnya sanksi teguran tertulis kedua berakhir. Denda dimaksud sebesar 0,1% setiap bulan dari iuran yang seharusnya dibayar yang dihitung sejak teguran tertulis kedua berakhir. Sanksi tidak mendapatkan pelayanan publik dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah provinsi, atau pemerintah daerah kabupaten/kota atas permintaan BPJS, seperti;

a. Perizinan terkait usaha;

b. Izin yang diperlukan dalam mengikuti tender proyek;

c. Izin mempekerjakan tenaga kerja asing;

d. Izin perusahaan penyedia jasa pekerja/buruh; atau

e. Izin Mendirikan Bangunan (IMB),

 Adapun sanksi tidak mendapatkan pelayanan publik kepada setiap orang, selain pemberi kerja, pekerja, dan penerima bantuan iuran meliputi:

a. Izin Mendirikan Bangunan (IMB);

b. Surat Izin Mengemudi (IMB);

c. Sertifikat Tanah;

d. Paspor; dan

e. Surat Tanda Nomor Kendaraan (STNK).

 Pengenaan sanksi dilakukan berdasarkan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan dalam penyelenggaraan jaminan sosial atas pengaduan dari masyarakat dan pekerja.

 Pada sisi lain, BPJS Kesehatan, sudah melakukan berbagai revisi aturan yang menghambat kinerja di lapangan. Misalnya, revisi yang dilakukan terkait kepesertaan. Pihaknya sudah menyadari peserta BPJS Kesehatan itu, ada PBI (Penerima Bantuan Iuran) dan non PBI, meliputi PPU (Pekerja Penerima Upah) dan anggota keluarganya, seperti PNS, TNI/Polri. Termasuk di dalamnya pegawai swasta, pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri, maupun investor.

 BPJS tidak hanya mengimbau perusahaan tapi juga para majikan rumah tangga. Para majikan jangan lupakan kesehatan pekerja rumah tangga yang sehari-hari bekerja di rumah majikannya. Hanya saja, sangat disayangkan pembantu ini, tidak memiliki kewenangan untuk menambah anggota keluarga, sehingga itu tergantung kebaikan majikan. Dan majikan bisa membayarkan jaminan kesehatan berdasarkan premi yang diinginkan dan disesuaikan dengan kemampuan majikan. Misalnya, untuk biaya premi bisa dipilih majikan sesuai kemampuannya. Seperti perawatan kelas 3, kelas dua atau kelas satu. Selama ini, masih ada peserta BPJS Kesehatan yang didaftarkan oleh Badan Usaha (perusahaan) masih bertanya mengenai bagaimana menghitung besar iuran dan penentuan kelas rawat peserta BPJS Kesehatan.

Implementasi Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 terhadap kewajiban Karyawan Perusahaan menjadi peserta BPJS, antara lain :

* 1. Aspek Kepesertaan

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 5 Ayat (1) berubah menjadi : Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf a meliputi Pekerja Penerima Upah, istri/suami yang sah, anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang. Catatan : Ayat (1) penegasan Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya sejumlah maksimal 5 orang meliputi Pekerja Penerima Upah, istri/suami yang sah, anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah.[[12]](#footnote-11)

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 12 Ayat (2) berubah menjadi : Identitas Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa Kartu Indonesia Sehat yang paling sedikit memuat nama dan nomor identitas Peserta yang terintegrasi dengan Nomor Identitas Kependudukan (NIK) kecuali untuk bayi baru lahir dari ibu yang terdaftar sebagai PBI. Pasal 12 ditambah dengan Ayat (2a) yang berbunyi : Kartu Indonesia Sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan kepada Peserta secara bertahap. Catatan : Penegasan bahwa identitas Peserta adalah KIS yang terintegrasi dengan NIK dan akan diberikan secara bertahap.[[13]](#footnote-12)

* 1. Aspek Iuran

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 16A Ayat (1) berubah menjadi : Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan serta penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah sebesar Rp 23.000,00 (dua puluh tiga ribu rupiah) per orang per bulan.[[14]](#footnote-13)

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 16A Ayat (2) : Ketentuan besaran Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2016.

Catatan : Kenaikan besaran Iuran PBI dan penduduk yang didaftarkan Pemerintah Daerah sebesar Rp 19.225,00 menjadi sebesar Rp 23.000,00 per orang per bulan yang berlaku mulai 1 Januari 2016.[[15]](#footnote-14)

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 16 Ayat (3) berubah menjadi : Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan peserta bukan Pekerja dibayar oleh Peserta atau pihak lain atas nama Peserta. Catatan : Penegasan bahwa iuran Peserta PBPU dan BP dapat dibayarkan oleh orang lain atas nama Peserta.

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 16D berubah menjadi : Batas paling tinggi Gaji atau Upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16C dan pegawai pemerintah non pegawai negeri sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16B ayat (1) sebesar Rp 8.000.000,- (delapan juta rupiah). Catatan : Perubahan batas atas Gaji/Upah per bulan menjadi sebesar Rp 8.000.000,00 (Sebelum perubahan dengan menggunakan perhitungan 2 kali PTKP dengan status kawin dan 1 orang anak).[[16]](#footnote-15)

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 16F berubah menjadi : Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja :

1. Sebesar Rp 30.000,00 (tiga puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III.
2. Sebesar Rp 51.000,00 (lima puluh satu ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
3. Sebesar Rp 80.000,00 (delapan puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.
4. Ketentuan besaran Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mulai berlaku pada tanggal 1 April 2016.

Catatan :  Kenaikan besaran Iuran PBPU dan BP menjadi sebesar :

1. Dari Rp 25.500,00 menjadi Rp 30.000,00 per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.
2. Dari Rp 42.500,00 menjadi Rp 51.000,00 per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.
3. Dari Rp 59.500,00 menjadi Rp 80.000,00 per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I
4. Berlaku mulai 1 April 2016.

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 16H ditambah Ayat (4) yang berbunyi : Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan bagi anggota keluarga yang lain sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diawali dengan pemberian surat kuasa dari Pekerja kepada Pemberi Kerja untuk melakukan pemotongan tambahan iuran dan menyetorkan kepada BPJS Kesehatan. Catatan : Penambahan mekanisme pemberian surat kuasa dari Pekerja kepada Pemberi Kerja untuk melakukan pemotongan tambahan iuran dan menyetorkan kepada BPJS Kesehatan untuk pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan bagi anggota keluarga yang lain.[[17]](#footnote-16)

 Pasal 17 Ayat (5) yang berbunyi : “Keterlambatan pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) oleh Pemberi Kerja selain penyelenggara negara, dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) per bulan dari total iuran yang tertunggak paling banyak untuk waktu 3 (tiga) bulan, yang dibayarkan bersamaan dengan total iuran yang tertunggak oleh Pemberi Kerja” DIHAPUS DAN AKAN DIATUR TERSENDIRI.[[18]](#footnote-17)

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 17 Ayat (6) yang berbunyi : “Dalam hal keterlambatan pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) lebih dari 3 (tiga) bulan, penjaminan dapat diberhentikan sementara” DIHAPUS DAN AKAN DIATUR TERSENDIRI.[[19]](#footnote-18)

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 17A Ayat (3) yang berbunyi : “Keterlambatan pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dikenakan denda keterlambatan sebesar 2% (dua persen) per bulan dari total iuran yang tertunggak paling banyak untuk waktu 6 (enam) bulan yang dibayarkan bersamaan dengan total iuran yang tertunggak” DIHAPUS DAN AKAN DIATUR TERSENDIRI.

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun2013 Pasal 17A Ayat (4) yang berbunyi : “Dalam hal keterlambatan pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) lebih dari 6 (enam) bulan, penjaminan dapat diberhentikan sementara” DIHAPUS DAN AKAN DIATUR TERSENDIRI.

Terdapat penambahan Pasal 17A.1 dengan pokok-pokok subsansi sebagai berikut :

1. Apabila Peserta terlambat membayar iuran lebih dari tanggal 10, penjaminan peserta diberhentikan sementara.
2. Status Peserta aktif kembali apabila :
3. Membayar iuran bulan tertunggak (maksimal 12 bulan); dan
4. Membayar iuran bulan berjalan.
5. Apabila Peserta akan mendapatkan pelayanan rawat inap dalam jangka waktu 45 hari sejak status kepesertaannya aktif kembali, wajib membayar denda sebesar 2,5% dari biaya pelayanan dikali bulan tertunggak (maksimal 12 bulan) atau maksimal Rp30.000.000,00
6. Untuk Peserta PPU, pembayaran iuran tertunggak dan denda ditanggung oleh Pemberi Kerja. Ketentuan ini juga berlaku untuk Pemberi Kerja Penyelenggara Negara.
7. Ketentuan pembayaran iuran dan denda DIKECUALIKAN untuk Peserta yang TIDAK MAMPU yang dibuktikan dengan surat keterangan dari instansi yang berwenang.
8. Ketentuan pemberhentian sementara penjaminan Peserta dan pengenaan denda mulai berlaku pada tanggal 1 Juli 2016.
	1. **Aspek Pelayanan Kesehatan**

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun2013 Pasal 21 Ayat (1) terdapat perubahan nomenklatur dari Imunisasi Dasar menjadi Imunisasi Rutin.[[20]](#footnote-19)

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 21 Ayat (3) berubah menjadi : Pelayanan imunisasi rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b meliputi pemberian jenis imunisasi rutin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan. Catatan : Penegasan jenis IMUNISASI RUTIN sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.[[21]](#footnote-20)

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 21 Ayat (4) berubah menjadi : Pelayanan keluarga berencana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c meliputi konseling, pelayanan kontrasepsi termasuk vasektomi dan tubektomi, bekerja sama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 21 ditambah dengan Ayat (4a) yang berbunyi : Ketentuan mengenai pemenuhan kebutuhan alat dan obat kontrasepsi bagi peserta Jaminan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan diatur dengan Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Catatan : (1). Penegasan pelayanan KONTRASEPSI VASEKTOMI DAN TUBEKTOMI masuk sebagai Manfaat Promotif Preventif; (2). Amanat pengaturan pemenuhan kebutuhan alat dan obat kontrasepsi bagi peserta Jaminan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan diatur dengan Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.[[22]](#footnote-21)

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun2013 Pasal 21 Ayat (5) berubah menjadi : Vaksin untuk imunisasi rutin serta alat dan obat kontrasepsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Catatan : Penegasan penyediaan Vaksin untuk imunisasi rutin serta alat dan obat kontrasepsi oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.[[23]](#footnote-22)

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 22 Ayat (1) huruf b terdapat perubahan yaitu :

1. Pelayanan transfusi darah TIDAK DIJAMIN di FKTP.
2. Tambahan Pelayanan yang dijamin pada FKRTL yaitu : pelayanan pemeriksaan, pengobatan, dan KONSULTASI MEDIS DASAR untuk pelayanan kesehatan pada UNIT GAWAT DARURAT;
3. Terdapat tambahan manfaat Pelayanan keluarga berencana kecuali yang telah dibiayai Pemerintah.

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 23 terkait Manfaat Rawat Inap terdapat perubahan batasan kelas rawat untuk PPU dengan Gaji/Upah :

1. Sampai dengan Rp 4.000.000,00 di kelas II.
2. Gaji Rp 4.000.000,00 sampai dengan Rp8.000.000,00 di kelas I.
3. Pimpinan dan anggota DPRD beserta anggota keluarganya memiliki hak ruang perawatan kelas I. (Sebelumnya menggunakan perhitungan 1,5 – 2 kali PKTP status kawin dengan anak 1).[[24]](#footnote-23)

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 24 berubah dengan substansi pokok sebagai berikut :

1. Peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi dapat meningkatkan haknya. Apabila terdapat selisih biaya dapat dibayar oleh :
	* Peserta yang bersangkutan;
	* Pemberi Kerja; atau
	* Asuransi kesehatan tambahan.
2. Peserta PBI dan penduduk yang didaftarkan Pemerintah Daerah tidak dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan.
3. Pemerintah Daerah sebagai Pemberi Kerja tidak dapat membayarkan selisih biaya pelayanan kesehatan akibat peningkatan hak dari Peserta yang didaftarkannya.

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 25 Penegasan pelayanan kesehatan yang TIDAK DIJAMIN khususnya :

1. Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
2. Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas;
3. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (health technology assessment);
4. Alat dan obat kontrasepsi.
	1. **Aspek Penyelenggaraan**

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 27A ditambah dengan Ayat (2) yang berbunyi : “Ketentuan mengenai tata cara kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam perjanjian kerja sama antara BPJS Kesehatan dan penyelenggara program jaminan sosial di bidang kecelakaan kerja dan kecelakaan lalu lintas”. Catatan : Penegasan bahwa tata cara kerja sama dengan BPJS Ketenagakerjaan dan Jasa Raharja diatur dengan perjanjian kerja sama (PKS).[[25]](#footnote-24)

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun2013 Pasal 27B yang berbunyi : “Dalam hal Fasilitas Kesehatan tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, maka mekanisme penjaminannya disepakati bersama antara BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan tambahan atau badan penjamin lainnya” DIHAPUS karena bertentangan dengan sistem rujukan berjenjang.[[26]](#footnote-25)

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 29 Ayat (2) yang berbunyi : “Dalam jangka waktu paling sedikit 3 (tiga) bulan selanjutnya Peserta berhak memilih Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang diinginkan” DITAMBAH ayat sehingga menjadi : Pasal 29 Ayat (2a) : Untuk kepentingan pemerataan, BPJS Kesehatan dapat melakukan pemindahan peserta dari suatu Fasilitas Kesehatan tingkat pertama ke Fasilitas Kesehatan tingkat pertama lain yang masih dalam wilayah yang sama.[[27]](#footnote-26)

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 29 Ayat (2b) : Pemindahan peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (2a) dilakukan dengan mempertimbangkan rekomendasi dari dinas kesehatan kabupaten/kota setelah berkoordinasi dengan asosiasi Fasilitas Kesehatan, dan organisasi profesi.

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013Pasal 29 Ayat (2c) : Dalam hal peserta yang dipindahkan sebagaimana diimaksud pada ayat (2a) keberatan, maka peserta dapat meminta untuk dipindahkan ke Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang diinginkannya. Catatan : Penambahan pengaturan redistribusi Peserta di FKTP untuk kepentingan pemerataan dengan memperhatikan rekomendasi Dinas Kesehatan dan berkoordinasi dengan Asosiasi Faskes dan Organisasi Profesi. Apabila Peserta keberatan dapat meminta untuk dipindahkan ke FKTP yang diinginkan.[[28]](#footnote-27)

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 32 Ayat (3) diubah menjadi : Komite Nasional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas unsur Kementerian Kesehatan, Badan Pengawas Obat dan Makanan, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, BPJS Kesehatan, asosiasi profesi, perguruan tinggi, dan tenaga ahli. Catatan : Menambahkan keterlibatan BKKBN dalam Komite Nasional.[[29]](#footnote-28)

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 32A Ayat (1) diubah menjadi : Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan.[[30]](#footnote-29)

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013Pasal 32A Ayat (2) diubah menjadi : Obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang digunakan dalam pelayanan kesehatan yang merupakan program pemerintah disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Catatan : Penegasan tanggung jawab Pemerintah dan Pemerintah Daerah atas ketersediaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.[[31]](#footnote-30)

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013Pasal 36 DITAMBAH Ayat (4a) yang berbunyi : Dalam rangka pelaksanaan kerjasama dengan Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan dinas kesehatan kabupaten/kota. Catatan : Menambahkan pengaturan keterlibatan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam pelaksanaan kerja sama dengan Faskes.

Terdapat penambahan Pasal 36A dengan substansi pokok yaitu :

1. Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan DILARANG menarik biaya pelayanan kesehatan kepada Peserta selama Peserta mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya.
2. Dalam hal pemberian pelayanan gawat darurat, Fasilitas Kesehatan baik yang bekerja sama maupun yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan DILARANG menarik biaya pelayanan kesehatan kepada Peserta.
3. Biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditanggung oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
	1. **Aspek Pembiayaan**

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 39 DITAMBAH Ayat (5) yang berbunyi : Menteri dalam meninjau besaran kapitasi dan non kapitasi serta Indonesian Case Based Groups (INA- CBG’s) dan non Indonesian Case Based Groups (non INA-CBG’s) sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilakukan dengan memperhitungkan kecukupan iuran dan kesinambungan program sampai dengan 2 (dua) tahun ke depan yang dilakukan bersama dengan BPJS Kesehatan, DJSN, dan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan. Catatan : Penegasan bahwa peninjauan tarif harus memperhatikan kecukupan iuran dan kesinambungan program sampai dengan 2 tahun ke depan yang dilakukan bersama oleh Menteri Kesehatan bersama dengan BPJS Kesehatan, DJSN, dan Menteri Keuangan.

Terdapat PENAMBAHAN Pasal 39A yang berbunyi :

1. Untuk kepentingan pembayaran biaya pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan dapat meminta rekam medis peserta berupa ringkasan rekam medis kepada Fasilitas Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Ringkasan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit memuat identitas pasien, diagnosis, serta riwayat pemeriksaan dan pengobatan yang ditagihkan biayanya. Catatan : Pengaturan bahwa BPJS Kesehatan dapat meminta rekam medis berupa ringkasan rekam medis.
	1. **Aspek Mutu**

 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 45 Ayat (2) diubah menjadi : Dalam hal Peserta dan/atau Fasilitas Kesehatan tidak mendapatkan pelayanan yang baik dari BPJS Kesehatan, dapat menyampaikan pengaduan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan/atau Menteri. Catatan : Pengaturan keterlibatan Dinas Kesehatan dalam menangani pengaduan Peserta dan/atau Fasilitas Kesehatan.

 Penambahan BAB XIA Pasal 46A terkait Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diatur dalam Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.

* 1. **Aspek Pengawasan**

 Terdapat PENAMBAHAN BAB XIII tentang PENGAWASAN yang terinci dalam Pasal 46B dan Pasal 46C.

 Terdapat penambahan Pasal 46B dengan substansi pokoknya adalah : Pengaturan keterlibatan Dinas Kesehatan, Badan Pengawas Rumah Sakit Dewan Pengawas Rumah Sakit, perhimpunan/ asosiasi perumahsakitan dan/atau organisasi profesi dalam pengawasan terhadap penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

 Terdapat penambahan Pasal 46C dengan substansi pokok yaitu : Pengawas Ketenagakerjaan pada instansi yang bertanggung jawab di bidang ketenagakerjaan dapat melakukan pemeriksaan terhadap Pemberi Kerja yang melakukan pelanggaran, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

 Implementasi Perpres Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Perpres Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).Terkait perubahan nominal iuran tentu menimbulkan pro dan kontra, itu sudah pasti. Ada sedikit harapan bahwa terbitnya Permenkes tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Program JKN tinggal menunggu waktu saja. Tarif pelayanan yang dimaksud adalah nilai Kapitasi dan Tarif INA CBGs.

**BAB IV**

**PENUTUP**

* 1. **Kesimpulan**
	2. Prosedur BPJS Terhadap Karyawan Perusahaan Sebagai Peserta antara lain : melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta; memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja; menerima bantuan iuran dari Pemerintah; mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta; mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial; membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial; memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.
	3. Implementasi Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 terhadap kewajiban Karyawan Perusahaan menjadi peserta BPJS, antara lain :Aspek Kepesertaan; Aspek Iuran; Aspek Pelayanan Kesehatan; Aspek Penyelenggaraan; Aspek Pembiayaan; Aspek Mutu; Aspek Pengawasan. Selain kewajiban, ada pula sanksi yang diberikan bagi perusahaan/karyawan yang tidak terdaftar sebagai peserta BPJS, antara lain : sanksi administratif; sanksi denda; sanksi tidak mendapatkan pelayanan publik kepada setiap orang.
	4. **Saran**
1. Implementasi Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Terkait perubahan nominal iuran tentu menimbulkan pro kontra, itu sudah pasti. Hendaknya perubahan iuran tersebut dapa tdiimbangi dengan kualitas pelayanan dan kemudahan terhadap para peserta BPJS.
2. Pengawas Ketenagakerjaan pada instansi yang bertanggung jawab di bidang ketenagakerjaan dapat melakukan pemeriksaan terhadap Pemberi Kerja yang melakukan pelanggaran, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

**DAFTAR PUSTAKA**

1. **BUKU BACAAN**

Aisyah Sitti, 2015, *Metodologi Penelitian dan Penulisan Hukum, Fakultas Hukum Universitas 17 Agustus 1945*,Samarinda

Kementerian kesehatan republik indonesia. 2013. *Buku pegangan sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam sistem jaminan sosial nasional*, Jakarta

Mukti, Ali Gufron. *Rencana Kebijakan Implementasi Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Kemenkes RI, Surabaya.

Nur Nisahairini, 2015, *Satu Tahun Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional*, Penerbit Direktorat Perlindungan dan Kesejahteraan Masyarakat Kementrian PPN/Bappenas, Jakarta

Sodiq Muhammad, dkk, *2008 Panduan Penulisan Hukum Fakultas Hukum Universitas 17 Agustus 1945*, Samarinda

1. **PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN**

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

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Undang-Undang Nonor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.

Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Keputusan menteri kesehatan republik indonesia Nomor 326 Tahun 2013 Tentang Penyiapan kegiatan penyelenggaraan Jaminan kesehatan nasional.

1. **LAIN-LAIN**

http//www.bpjs.go.id

1. *Pasal 19, UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional* [↑](#footnote-ref-0)
2. *Nur Nisahairini, 2015, Satu Tahun Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, Cetakan I, Penerbit Direktorat Perlindungan dan Kesejahteraan Masyarakat Kementrian PPN/Bappenas, hal.19.* [↑](#footnote-ref-1)
3. *Pasal 19, UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional* [↑](#footnote-ref-2)
4. *Thabrany, H. Asuransi Kesehatan Nasional. Pamjaki. 2011* [↑](#footnote-ref-3)
5. *Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011* [↑](#footnote-ref-4)
6. *www.bpjskesehatan.go.id* [↑](#footnote-ref-5)
7. *Ibid* [↑](#footnote-ref-6)
8. *. Undang-UndangNomor 24 Tahun 2011Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial* [↑](#footnote-ref-7)
9. *. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang SJSN Pasal 20 ayat 1* [↑](#footnote-ref-8)
10. *.Majone dan Wildavsky dalam Nurdin dan Usman, Implementasi adalah Rekayasa, 2004. Hal.70* [↑](#footnote-ref-9)
11. *.Ibid* [↑](#footnote-ref-10)
12. *Peraturan Pemerintah Undang-Undang Nomor19 tahun 2016, hal.9* [↑](#footnote-ref-11)
13. *Ibid* [↑](#footnote-ref-12)
14. *Ibid* [↑](#footnote-ref-13)
15. *Ibid* [↑](#footnote-ref-14)
16. *Ibid* [↑](#footnote-ref-15)
17. *Ibid* [↑](#footnote-ref-16)
18. *Ibid* [↑](#footnote-ref-17)
19. *Ibid* [↑](#footnote-ref-18)
20. *Ibid* [↑](#footnote-ref-19)
21. *Ibid* [↑](#footnote-ref-20)
22. *Ibid* [↑](#footnote-ref-21)
23. *Ibid* [↑](#footnote-ref-22)
24. *Ibid hal 24* [↑](#footnote-ref-23)
25. *Ibid,hal 29* [↑](#footnote-ref-24)
26. *Ibid,hal30* [↑](#footnote-ref-25)
27. *Ibid,hal 31* [↑](#footnote-ref-26)
28. *Ibid,hal.31* [↑](#footnote-ref-27)
29. *Ibid,hal.32* [↑](#footnote-ref-28)
30. *Ibid* [↑](#footnote-ref-29)
31. *Ibid,hal.33* [↑](#footnote-ref-30)