

TANGGUNG JAWAB BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL DALAM MENINGKATKAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN

I Gede Agus Rio Saputra¹, I Made Gede Darma Susila²

^{1,2}Universitas Hang Tuah Surabaya

agusrio.saputra@gmail.com

ABSTRACT; *Social Insurance Administering Body (BPJS) for health is a provider of health insurance for the people of Indonesia with various categories. The legal relationship between the provider and the user gives rise to the rights and the obligations. BPJS participants as service users are entitled to optimal and comprehensive services while still having the same rights in an effort to improve health services. The method used in this research is a statutory and conceptual approach. Role of BPJS in improving the quality of health services is manifested in BPJS cooperation with accredited health facilities as regulated in the Minister of Health Regulation Number 34 Year 2017 concerning on Hospital Accreditation and Minister of Health Regulation Number 99 Year 2015 related to the Amendments of the Regulation of the Minister of Health Number 71 Year 2013 concerning on Health Services on National Health Insurance and re-credentialing health facilities that have been accredited and cooperated with BPJS based on the Circular Letter of the Minister of Health Number HK.03.01/Menkes/18/2019 concerning on the Extension of Hospital Cooperation with BPJS Health. Purpose of credentialing is to ensure that the cooperating health facilities meet with the established standards. Of course, health facilities that pass the credentialing will be able to guarantee and ensure that the health services obtained by JKN-KIS patients are of high quality and safe. Audits and evaluations of all Health Facilities should be carried out frequently, so that BPJS Health can evaluate and make improvements based on good inputs from BPJS users.*

Keywords: *BPJS, Responsibility, Quality Of Health Services, BPJS Participants.*

ABSTRAK; Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan penyelenggara jaminan kesehatan bagi masyarakat Indonesia dengan berbagai golongan. Hak dan tanggung jawab tersebut timbul karena adanya hubungan hukum antara penyelenggara dan pengguna. Dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan, peserta BPJS sebagai pengguna layanan berhak memperoleh pelayanan yang optimal dan menyeluruh dengan hak yang sama. Penelitian ini menggunakan pendekatan konseptual dan pendekatan perundang-undangan. Kerjasama yang dilakukan BPJS dengan fasilitas kesehatan yang terakreditasi sebagaimana tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2015 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, serta melakukan rekredensial terhadap fasilitas kesehatan yang telah

terakreditasi dan bekerja sama dengan BPJS berdasarkan Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.03.01/Menkes/18/2019. Kredensial dilakukan untuk memastikan bahwa fasilitas kesehatan yang bekerja sama telah memenuhi standar yang telah ditetapkan. Tentunya fasilitas kesehatan yang lulus akreditasi akan mampu menjamin bahwa pasien JKN-KIS memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman. Agar BPJS Kesehatan dapat melakukan evaluasi dan perbaikan berdasarkan masukan positif dari pengguna BPJS, maka perlu dilakukan audit dan evaluasi secara berkala terhadap seluruh fasilitas kesehatan.

Kata Kunci: BPJS, Tanggung Jawab, Kualitas Layanan Kesehatan, Peserta BPJS

PENDAHULUAN

Negara Indonesia kini memiliki tujuan dan arah tindakan yang jelas berkat Undang-Undang Dasar 1945. Tujuan negara Indonesia adalah mencerdaskan kehidupan bangsa, memelihara ketertiban dunia dan keadilan sosial, serta melindungi segenap bangsa dan seluruh tumpah darahnya. Perubahan Keempat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945 menetapkan tujuan negara untuk menciptakan sistem jaminan sosial bagi seluruh warga negara. Hal ini dinyatakan dalam pasal 28 H ayat (1), (2), dan (3) serta pasal 34 ayat (1), (2), dan (3) yang menyatakan bahwa setiap warga negara berhak memperoleh jaminan kesehatan dan pemerintah wajib memfasilitasinya. Menurut Deklarasi Hak Asasi Manusia Perserikatan Bangsa-Bangsa tahun 1948, pasal 25 ayat (1), "setiap orang berhak atas taraf hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya." Termasuk di dalamnya hak atas pangan, sandang, papan, perawatan kesehatan, dan pelayanan sosial yang layak, serta hak atas jaminan pada saat menganggur, sakit, cacat, janda/duda, lanjut usia, atau keadaan lain di luar kekuasaannya yang mengakibatkan kekurangan penghasilan. Dengan demikian, setiap penduduk harus memperoleh pelayanan kesehatan yang diakui sebagai suatu sistem, hampir tanpa pembedaan derajat kemampuan finansial, sosial, dan ekonomi. Pelayanan kesehatan yang dimaksud adalah tindakan medis yang cepat dan penyediaan obat-obatan yang tepat. Zaeni, 2017:6-7)

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program negara yang bertujuan untuk menjamin perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia sesuai dengan Pasal 28H ayat 1 sampai dengan 3 dan Pasal 34 ayat 1 dan 2

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Selain itu, Presiden diamanatkan melalui Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Nomor X/MPR/20014 untuk menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional yang lebih menyeluruh dan terpadu bagi perlindungan sosial masyarakat. Dengan terbitnya Peraturan Nomor 40 Tahun 2004 tentang Kerangka Pensiun yang Dikelola Pemerintah, negara Indonesia telah memiliki kerangka pensiun yang dikelola Pemerintah bagi setiap orang Indonesia. Perlu dibentuk suatu badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum publik berdasarkan asas gotong royong, nirlaba, terbuka, kehati-hatian, akuntabel, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana yang diamanatkan, dan hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial semata-mata digunakan untuk pengembangan program dan sebesar-besarnya manfaat Peserta dalam rangka mencapai tujuan sistem jaminan sosial nasional. tunggal, 2015:5)

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Kesehatan menjabarkan upaya pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Sesuai dengan ketentuan Pasal 1 Ayat 5 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai prasyarat penyelenggaraan Jaminan Sosial Nasional secara menyeluruh. Selain itu, pembentukan BPJS Kesehatan sebagai badan hukum pengelola program jaminan sosial kesehatan merupakan langkah awal. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) juga menyebutkan bahwa penyelenggaraan Jaminan Sosial Nasional yang meliputi BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan akan diselenggarakan oleh BPJS. Khusus untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), BPJS Kesehatan akan melakukan pengawasan terhadap pelaksanaannya mulai 1 Januari 2014. Penyelenggaraan JKN dituangkan dalam Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden, seperti Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI). Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional Nomor 40 Tahun 2004 diberlakukan dengan disahkannya Undang-Undang tentang Pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, menyusul putusan Mahkamah Konstitusi dalam Perkara Nomor 007/PUU-III/2005, guna memberikan dasar hukum bagi pembentukan BPJS untuk menyelenggarakan program Perlindungan Sosial di seluruh Indonesia. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan transformasi kelembagaan PT Askes (Persero) atau Badan Usaha Milik Negara Asuransi Kesehatan, PT

Jamsostek (Persero) atau Badan Usaha Milik Negara Asuransi Sosial Ketenagakerjaan, PT TASPEN (Persero) atau Badan Usaha Milik Negara Tabungan Pensiun dan PT ASABRI (Persero) atau Badan Usaha Milik Negara Asuransi Sosial bergabung menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial diamanatkan oleh Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004.

Tanggung jawab badan publik dalam menyelenggarakan penyelenggaraan kesejahteraan penduduknya, mengacu pada program BPJS Kesehatan dalam menanggung segala jenis biaya yang timbul. dimana biaya pelayanan kesehatan hanya akan ditanggung bagi warga negara yang menjadi peserta BPJS. Dengan demikian, setiap warga negara Indonesia dan warga negara asing yang telah bekerja di Indonesia sekurang-kurangnya enam bulan wajib menjadi peserta, dan asuransi kesehatan konvensional akan dianggap setara dengan BPJS Kesehatan dalam hal pembayaran iuran ini. Namun, keduanya pada hakikatnya berbeda satu sama lain.

Berbeda dengan asuransi kesehatan konvensional yang berfokus pada perolehan laba, BPJS Kesehatan berlandaskan pada asas kerjasama, nirlaba, dan keterbukaan. Kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial sepenuhnya untuk pengembangan program dan sebesar-besarnya manfaat peserta BPJS Kesehatan merupakan ciri-ciri tambahan BPJS.

Selain itu, perbedaan yang cukup signifikan dengan iuran jaminan kesehatan konvensional adalah biaya iuran yang relatif rendah. Perbedaan lainnya adalah keterlibatan aktif pemerintah dalam mengikutsertakan warga negara dalam BPJS Kesehatan. Munculnya penerima bantuan iuran (PBI) menunjukkan bahwa pemerintah akan memberikan bantuan iuran jaminan kesehatan kepada masyarakat kurang mampu. Besaran iuran BPJS Kesehatan didasarkan pada Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 64 yang mengatur jaminan kesehatan tahun 2020. Ketentuan bagi peserta mandiri dalam peraturan tersebut diatur dalam Pasal 34 Perpres Nomor 64 Tahun 2020. Bagi peserta mandiri kelas III, besaran iuran BPJS Kesehatan per bulan ditetapkan sebesar Rp42.000. Namun, perlu dicatat bahwa tarif tersebut terdiri dari dua komponen, yaitu iuran peserta kepada BPJS Kesehatan dan subsidi pemerintah. Total iuran BPJS Kesehatan per peserta tetap sebesar Rp42.000 meskipun ada subsidi tersebut. Mulai tanggal 1 Januari 2021, iuran yang diberikan oleh pemerintah akan diturunkan menjadi Rp7.000 per orang setiap bulan.

Sesuai dengan itu, peserta BPJS Kesehatan kelas II wajib membayar iuran BPJS Kesehatan sebesar Rp35.000 setiap bulan. Iuran wajib dibayarkan paling lambat tanggal 10 setiap bulan. Sebelum adanya Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Penyelenggaraan JKN-KIS, peserta mandiri kelas III wajib membayar iuran BPJS Kesehatan sebesar Rp25.500 setiap bulan karena berhak memperoleh subsidi sebesar Rp16.500.

Dalam rangka mendorong peningkatan kerja sama antar fasilitas kesehatan dan indeks mutu pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan bertugas mengoptimalkan hubungan kemitraan dan kepercayaan dengan pemangku kepentingan terkait. Hal ini menjadi ajang diskusi, berbagi pengalaman, dan mencari solusi atas permasalahan terkait penyelenggaraan JKN-KIS. Selain itu, BPJS Kesehatan juga memperoleh masukan positif tentang penyelenggaraan JKN-KIS yang dapat dijadikan masukan bagi regulator. Berbagai inovasi dalam kemudahan pelayanan, transparansi informasi, dan mutu pelayanan kesehatan terus ditingkatkan, khususnya untuk peningkatan pelayanan di fasilitas kesehatan. Upaya yang telah dilakukan oleh seluruh penyelenggara Program JKN-KIS telah terarah dengan baik. Komitmen bahwa setiap kenaikan iuran pasti akan berdampak pada mutu pelayanan ditunjukkan dengan terus dilakukannya perbaikan. Namun, minimnya tenaga kesehatan dan terbatasnya sarana prasarana menjadi tantangan tersendiri bagi BPJS Kesehatan di sejumlah FKTP. Selain itu, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan juga perlu menjadi perhatian. Kendala tersebut dapat berdampak pada mutu pelayanan utama yang diterima peserta JKN. BPJS Kesehatan terus berupaya memberdayakan FKTP dan mitra terkait dalam peningkatan jumlah fasilitas kesehatan, jumlah tenaga kesehatan, dan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan.

BPJS Kesehatan merupakan badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada Presiden dan bertugas menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh peserta yang telah membayar iuran, baik sendiri maupun melalui pemerintah, untuk pertanggung jawaban kesehatannya. Tidak hanya warga negara Indonesia yang wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan, warga negara asing yang telah membayar iuran dan telah bekerja di Indonesia sekurang-kurangnya enam bulan juga wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan. Pasal 17 ayat (2) UU BPJS mengatur bahwa apabila seseorang tidak mendaftar menjadi peserta BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 1 Januari 2019, maka dikenakan sanksi administratif berupa teguran tertulis, denda, dan/atau tidak dapat memperoleh pelayanan publik tertentu. Atas permintaan BPJS, pemerintah atau pemerintah daerah melaksanakan

sanksi tidak memperoleh pelayanan publik tertentu. Yang dimaksud dengan administrasi publik tertentu adalah yang mengurus izin usaha, hibah bangunan, bukti hak milik tanah dan bangunan. (Pertiwi, 2017:89-100) Meskipun demikian, sebagai nasabah layanan kesehatan oleh BPJS, mereka tetap ditetapkan sebagai jaminan kesehatan konvensional, mereka tetap memiliki hak yang sama dengan tujuan untuk lebih mengembangkan layanan kesehatan. Tentu saja, diperlukan kajian hukum untuk membahas tanggung jawab BPJS dalam meningkatkan mutu layanan kesehatan bagi peserta BPJS secara lebih mendalam

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode penelitian normatif dengan pendekatan konseptual. Pendekatan konseptual mengacu pada penggunaan konsep hukum dan teori sebagai dasar untuk menganalisis permasalahan yang dihadapi. Penelitian ini difokuskan pada penerapan aturan atau norma hukum positif sesuai dengan substansi bahan penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hak Pengguna BPJS Kesehatan Sebagai Konsumen Dalam Sistem BPJS Kesehatan

Konsep asuransi kesehatan publik yang lazimnya berbentuk fungsi asuransi untuk layanan publik adalah jaminan kesehatan universal. Secara umum, tujuan penyediaan layanan kesehatan publik adalah untuk mencapai jaminan kesehatan universal, yaitu sistem kesehatan yang memastikan bahwa setiap warga negara memiliki akses yang sama terhadap layanan kesehatan bermutu tinggi untuk promosi, pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi dengan harga yang wajar. Sebagai penyedia layanan kesehatan publik, pemerintah berkewajiban untuk mencapai tujuan Jaminan Kesehatan Universal berikut: akses terhadap layanan kesehatan yang menyeluruh bagi semua penduduk. Untuk memastikan bahwa layanan perawatan kesehatan diberikan kepada setiap orang di masyarakat secara adil, pemerintah memiliki tugas untuk melakukannya. (Pahlefi, 2021:195-201) Masyarakat di seluruh daerah terpencil memiliki hak yang sama untuk memiliki pilihan memperoleh perlindungan layanan kesehatan oleh negara, khususnya program JKN yang disalurkan oleh pemerintah.

Dalam konteks ini, kontrak BPJS dengan peserta BPJS kesehatan mengacu pada kontrak BPJS dengan Persatuan Rumah Sakit Indonesia (Persi). BPJS tidak hanya

berkontrak dengan masyarakat, tetapi juga bekerja sama dengan organisasi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat. Dengan demikian, rumah sakit yang menandatangani kontrak dengan BPJS juga bertanggung jawab atas pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS (Rahmat, 2015:39–40). Adanya hubungan hukum antara suatu perikatan dengan suatu perjanjian, khususnya berupa hak dan kewajiban, pada hakikatnya menimbulkan akibat hukum dari suatu perjanjian. Terpenuhinya hak dan kewajiban tersebut merupakan salah satu bentuk adanya suatu perjanjian. (Luthfan, 2020:98) Maka, hak dan kewajiban tersebut pada saat itu hanya merupakan hubungan yang sepadan antara para pihak, artinya kewajiban pihak utama merupakan hak pihak kedua, begitu pula sebaliknya, kewajiban pihak kedua merupakan hak pihak utama. Perlindungan hukum tersebut dapat diartikan sebagai perlindungan bagi konsumen pelayanan kesehatan karena peserta JKN dianggap sebagai konsumen. Akibatnya, satu-satunya akibat hukum dalam hal ini adalah pelaksanaan kontrak yang sebenarnya.¹⁸ Berdasarkan Pasal 1 ayat 2 Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1999 tentang Jaminan Kesehatan, Konsumen adalah setiap orang yang memanfaatkan barang dan/atau jasa yang tersedia di masyarakat untuk kepentingan dirinya sendiri, keluarganya, orang lain, dan makhluk hidup lain dan tidak untuk diperjualbelikan.¹⁹ Peserta JKN sebagai konsumen pelayanan kesehatan memiliki hak dan kewajiban sebagaimana yang tercantum dalam Pasal 4 dan Pasal 5 Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Jaminan Kesehatan.

Asuransi kesehatan atau yang dikenal juga dengan asuransi kesehatan merupakan upaya untuk menciptakan risk pooling atau penggabungan risiko individu dengan risiko kelompok dalam rangka berbagi risiko. Melalui sistem iuran pra-usaha, masyarakat menanggung biaya asuransi kesehatan. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi peserta dan keluarganya merupakan tujuan dari asuransi kesehatan. Selain itu, tujuan asuransi kesehatan adalah untuk membantu peserta dalam pembiayaan kesehatannya. Ada tiga pihak yang saling terkait dalam jenis asuransi kesehatan utama: (Sendra, 2004:6)

1. Dengan mekanisme tertentu, peserta/tertanggung atau yang disebut juga dengan tertanggung/peserta yang terdaftar sebagai peserta membayar sejumlah premi. Dalam perlindungan yang bersahabat ini, pesertanya adalah Pegawai Pemerintah, Pegawai Tetap, TNI/Polri, Veteran, dan Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya berdasarkan Undang-Undang Nomor 69 Tahun 1991.

2. Pihak penanggung atau badan usaha asuransi atau yang disebut juga dengan lembaga asuransi kesehatan bertugas menghimpun dan mengelola iuran serta membiayai biaya kesehatan yang dibutuhkan oleh peserta.
3. Pihak Penyelenggara Pelayanan Kesehatan: Pihak penyelenggara pelayanan kesehatan adalah pihak yang bertugas memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta dan memperoleh imbalan dari perusahaan asuransi atas jasa yang diberikannya.

Alat untuk menelusuri perjanjian antara pengguna dan pelaku usaha sebagai sumber hubungan hukum antara BPJS Kesehatan dengan Pengguna Pelayanan BPJS Kesehatan adalah mekanisme dan persyaratan untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan. (Pertiwi, 2017:23) Agar peserta dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan yang disediakan oleh BPJS Kesehatan, terlebih dahulu harus mengikuti sejumlah mekanisme dan memenuhi persyaratan yang ditentukan. (Putri, 2019:100) Untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan, peserta harus mengisi formulir pendaftaran menjadi peserta. Pada formulir tersebut, calon peserta wajib menyatakan pernyataan sepihak untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan. Setelah itu, BPJS Kesehatan tinggal melakukan verifikasi dan penerimaan Peserta BPJS Kesehatan (yang disebut juga Pengguna Pelayanan Kesehatan). (Rifa, 2018:89-100) Berdasarkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, setiap orang pribadi termasuk orang asing yang telah bekerja di Indonesia sekurang-kurangnya 6 (enam) bulan, wajib membayar iuran. Pasal 25 Ayat (1) dan (2) Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, hak-hak Peserta BPJS Kesehatan mengatur hak-hak Peserta BPJS, yaitu: (Srikandi, 2018:8-9) memperoleh ID Peserta; memperoleh Nomor Virtual Account memilih Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan; memperoleh manfaat jaminan kesehatan, bekerja sama dengan Fasilitas Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan dalam mengajukan pengaduan; memperoleh informasi tentang pelayanan kesehatan; dan mendaftar pada program jaminan kesehatan tambahan.

Pasal 47 ayat 1 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 menyebutkan bahwa setiap peserta berhak memperoleh pelayanan kesehatan, meliputi pelayanan preventif, kuratif, rehabilitatif, dan obat, serta alat kesehatan habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis esensialnya. Pada ayat 2 pasal tersebut memberikan penjelasan lebih mendalam mengenai pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat 1, yaitu meliputi seluruh

fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, serta fasilitas kesehatan penunjang, yaitu: instalasi kefarmasian dan laboratorium. Yang dimaksud dengan: apotek, unit transfusi darah (Palang Merah Indonesia), dokter mata, penyedia alat diagnostik peritonial rawat jalan habis pakai (CAPD), dan tempat praktik bidan atau perawat atau yang setara.

Hak konsumen tercantum dalam Pasal 4 UUPK yang terdiri dari:

1. hak untuk merasa aman, terlindungi, dan nyaman saat mengonsumsi barang atau jasa;
2. hak untuk memilih barang dan jasa serta memperolehnya sesuai dengan ketentuan dan jaminan yang dijanjikan serta nilai tukar;
3. hak untuk memperoleh informasi yang benar, jelas, dan sah mengenai keadaan dan jaminan barang dan jasa serta layanan;
4. hak untuk didengar pendapat dan keluhannya tentang produk dan layanan yang digunakan;
5. hak untuk memperoleh advokasi, perlindungan, dan upaya penyelesaian sengketa perlindungan konsumen yang tepat;
6. hak untuk memperoleh pendidikan dan pembinaan konsumen;
7. hak untuk diminta atau dilayani secara akurat dan benar serta tidak berat sebelah;
8. hak untuk memperoleh penggantian atau penggantian barang atau jasa apabila tidak sesuai dengan perjanjian atau tidak digunakan sebagaimana mestinya;
9. hak-hak yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan dan pedoman lainnya.

Mayoritas pemenuhan hak-hak istimewa nasabah penyelenggara BPJS Kesehatan terletak pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pihak ketiga berdasarkan kebebasan yang diberikan oleh BPJS dan jenis-jenis pelayanan kesehatan bagi pesertanya. Oleh karena itu, semua pelayanan kesehatan pihak ketiga berada di bawah kewenangan BPJS Kesehatan. Oleh karena itu, dalam upaya pengendalian biaya pelayanan kesehatan dan menjamin pengendalian mutu, BPJS Kesehatan menetapkan tarif acuan pelayanan kesehatan melalui Menteri. Tarif tersebut ditetapkan berdasarkan pelayanan yang diberikan oleh pihak ketiga kepada Pengguna Pelayanan BPJS Kesehatan dan selanjutnya dikembalikan kepada penyelenggara Jaminan Kesehatan untuk dijadikan acuan. Siti, 2018:10) Selain itu, sebagai bentuk tanggung jawab dalam rangka pemenuhan hak-hak

pengguna Pelayanan BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan akan melakukan seleksi dan penyeleksian kerja sama dengan penyelenggara pelayanan kesehatan. Asas perlindungan konsumen yang tertulis maupun tidak tertulis juga akan membatasi pelaku usaha dan nasabahnya dalam mencapai hak dan kewajiban tersebut (Janus, 2006).

Upaya-upaya yang dilakukan BPJS Kesehatan untuk memenuhi hak-hak peserta BPJS Kesehatan:

1. Hal utama yang harus dilakukan adalah melakukan pembinaan terhadap hakikat administrasi peserta dengan cara menyampaikan kepada seluruh perwakilan BPJS bahwa petugas BPJS adalah pekerja peserta BPJS baik di tempat kerja maupun di kantor atau klinik kesehatan;
2. Selain memberikan pelayanan administrasi dan informasi kepada peserta BPJS, penempatan petugas BPJS di rumah sakit mengharuskan mereka untuk mendampingi peserta BPJS yang mengalami kendala dengan pihak rumah sakit untuk diselesaikan oleh pihak manajemen;
3. Menyiapkan leaflet, brosur, dan bahan informasi lainnya yang memuat tentang tanggung jawab dan hak peserta BPJS;
4. Menyiapkan hotline yang siap melayani peserta yang membutuhkan informasi mengenai BPJS Kesehatan.

B. Peran BPJS dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS

Penyelenggaraan JKN merupakan hal yang wajar karena tidak akan ada lagi masyarakat Indonesia, khususnya masyarakat kurang mampu yang tidak berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan ketika sakit karena tidak memiliki biaya. Penyelenggaraan JKN pada hakikatnya merupakan amanat dari Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), dimana jaminan kesehatan merupakan jaminan sebagai jaminan kesehatan agar pesertanya memperoleh manfaat pelayanan kesehatan dan jaminan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan dasar yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau yang iurannya ditanggung oleh pemerintah. Dapat dikatakan bahwa JKN yang disusun oleh pemerintah merupakan bagian dari SJSN yang menggunakan mekanisme jaminan kesehatan sosial wajib berdasarkan UU SJSN.32 Dengan demikian, seluruh penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS, termasuk warga negara asing yang telah bekerja sekurang-

kurangnya enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran. UU SJSN pada dasarnya mengalihkan beban penyelenggaraan jaminan kesehatan dari negara kepada rakyat. Kewajiban rakyat menggantikan hak rakyat. Rakyat kehilangan haknya atas jaminan kesehatan yang seharusnya diselenggarakan oleh negara. Hal ini tidak sesuai dengan pengaturan Pasal 28H ayat (3) dan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 yang mengamanatkan pensiun yang dikelola pemerintah, jaminan kesehatan, sebagai kebebasan penduduk yang merupakan komitmen negara untuk menyelenggarakannya.

BPJS yang menerima dana dari daerah sebagai PBID turut berkontribusi terhadap peningkatan kepesertaan JKN, khususnya di kalangan masyarakat miskin. Berdasarkan Peraturan No. 1 Tahun 2011, berikut adalah Fungsi, Tugas, Hak, Kewajiban, dan Wewenang Bab IV:

1. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan (FUNGSI);
2. Melaksanakan dan mencatat kepesertaan Peserta (Kewajiban);
3. Setiap enam bulan sekali memperoleh laporan hasil pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial (HAK);
4. Bekerja sama dengan pihak lain dalam rangka pengelolaan program Jaminan Sosial (Kewenangan);
5. Memberikan manfaat kepada seluruh Peserta sesuai dengan Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (KEWAJIBAN);

Mayoritas fasilitas kesehatan atau tenaga kesehatan memberikan pelayanan kesehatan kepada pasiennya. Kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan standar profesi kesehatan dan dianggap dapat diterima oleh pasiennya biasa disebut dengan mutu pelayanan kesehatan. Hal ini akan memotivasi para penyedia layanan kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Rosnidar, 2020:18) Persepsi masyarakat bahwa fasilitas kesehatan tidak terjangkau karena keterbatasan ekonomi, sehingga cakupannya diperluas untuk mengakomodasi masyarakat kelas menengah ke bawah maupun kelas menengah ke atas. Fauzi, 2020) Selanjutnya BPJS dapat memenuhi pedoman penyaluran pelayanan kesehatan yang berkeadilan bagi daerah setempat. Mayoritas pasien Jamkesmas, Jaminan Kesehatan Masyarakat, Jamkesda, Jaminan Kesehatan Daerah, dan Jampersal, Jaminan Bersalin, yang dialihkan oleh pemerintah ke BPJS juga termasuk pasien baru BPJS. Hal ini didukung oleh data BPJS. Peserta yang sebelumnya terdaftar

sebagai peserta Jamkesmas atau Jamkesda, semuanya dialihkan menjadi peserta BPJS PBI yang memiliki kartu identitas, khususnya KIS (Kartu Indonesia Sehat), yang kepesertaannya khusus diperuntukkan bagi warga miskin dan kurang mampu yang iurannya ditanggung pemerintah setiap bulannya. (Anggriani, 2016:21)

C. Tanggung jawab BPJS dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS.

Hubungan hukum antara badan penyelenggara dengan sarana kesehatan merupakan hubungan hukum perdata, yaitu hubungan hukum perjanjian. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional Pasal 4 ayat (2) “kerjasama fasilitas kesehatan dengan BPJS dilakukan melalui perjanjian kerjasama. Perjanjian kerjasama ini tunduk pada ketentuan Pasal 1313 dan 1320 KUH Perdata dan menimbulkan hak dan kewajiban bagi para pihak. Selain kerjasama antara fasilitas kesehatan dengan badan penyelenggara, terdapat pula kerjasama hukum antara badan penyelenggara dengan peserta. Kerjasama hukum antara keduanya didasarkan pada perjanjian yang timbul karena undang-undang, artinya setiap orang wajib menjadi peserta JKN BPJS Kesehatan, setiap orang dikatakan menjadi peserta apabila orang tersebut telah melakukan pembayaran iuran.¹⁷ Hubungan antara fasilitas kesehatan dengan peserta dalam hal ini disebut pasien adalah hubungan antara konsumen pelayanan kesehatan dengan rumah sakit. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional, Pasal 2 menyebutkan bahwa “Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan, termasuk fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan, termasuk fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan, dan rumah sakit.” bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dalam bentuk Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Dan ayat (2) Fasilitas Kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa: a. puskesmas atau yang setara; b. tempat praktik dokter; c. tempat praktik dokter gigi.

Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan sejak 1 Januari 2014 telah menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi masyarakat melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang telah menyelenggarakan Jaminan Kesehatan. Dengan demikian,

pemerintah berkewajiban untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu. Pelayanan kesehatan merupakan hak asasi manusia yang wajib dipenuhi oleh pemerintah, hal ini tertuang dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pasal 15 yang menyatakan bahwa: “Pemerintah bertanggung jawab atas tersedianya lingkungan, penataan, fasilitas kesehatan, baik fisik maupun sosial bagi masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya”.

Sehubungan dengan hal tersebut, untuk menjamin kepuasan pasien, pemerintah berkewajiban untuk menyediakan fasilitas atau jasa kesehatan dengan pelayanan yang bermutu melalui BPJS Kesehatan. Peningkatan pelayanan kesehatan yang menjadi kewajiban BPJS diwujudkan dengan kerja sama BPJS dengan klinik gawat darurat atau tempat pelayanan kesehatan lainnya. Bagi klinik yang akan bekerja sama dengan BPJS, sertifikasi klinik penting untuk dilakukan agar kualitas pelayanan klinik kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS terjamin dan lebih sesuai dengan kebutuhan peserta BPJS. (Astrid, 2018:7) Sertifikasi menjadi kebutuhan penting bagi klinik gawat darurat untuk dapat memenuhi kebutuhan karena selain menjamin kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat, lisensi juga dapat menjadi bukti bahwa klinik tersebut memang fokus dalam memberikan pelayanan secara menyeluruh dan merata. Karena telah memenuhi standar yang ditetapkan, akreditasi menjadi salah satu bentuk pengakuan pemerintah terhadap manajemen rumah sakit. Proses penilaian dan penetapan kelayakan rumah sakit berdasarkan standar pelayanan yang ditetapkan oleh lembaga independen yaitu Komisi Akreditasi Rumah Sakit disebut juga dengan akreditasi rumah sakit. (Sucipto, 2020:6)

Melakukan seleksi dan rekredensial terhadap rumah sakit yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dengan mengacu pada Surat Menteri Kesehatan Nomor HK.03.01/Menkes/18/2019 perihal Perpanjangan Kerjasama Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan melakukan rekredensial atau evaluasi ulang secara berkala terhadap fasilitas kesehatan yang bekerja sama untuk memenuhi persyaratan kerja sama sebelum berakhirnya kontrak kerja sama. Hal ini selain melakukan rekredensial terhadap fasilitas kesehatan baru yang akan bekerja sama. Hasil rekredensial ini akan menjadi landasan bagi kerja sama di masa mendatang. Salah satu syarat yang harus dipenuhi oleh kantor pelayanan kesehatan agar dapat lulus rekredensial atau rekredensial adalah memiliki autentikasi otorisasi. Kredensial dilakukan untuk memastikan bahwa fasilitas kesehatan

yang bekerja sama telah memenuhi standar yang telah ditetapkan. Tentunya, fasilitas kesehatan yang lulus kredensial akan benar-benar ingin memastikan dan menjamin bahwa layanan kesehatan yang diterima oleh pasien JKN-KIS berkualitas baik dan aman. (Susanti, 2018:47-57)

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2015 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, keduanya mengatur tentang kebijakan akreditasi. Pedoman ini juga diperkuat melalui Peraturan Menteri Kesehatan Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Ketentuan persyaratannya diatur dalam peraturan menteri, dan Pasal 67 Perpres 82 menyebutkan bahwa fasilitas kesehatan yang memenuhi persyaratan dapat bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Sertifikasi klinik kesehatan juga menjadi salah satu syarat bagi klinik kesehatan untuk memperluas kerja sama dengan BPJS Kesehatan sebagai upaya peningkatan kompetensi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Profesionalisme pelayanan di BPJS tidak hanya ditentukan oleh staf rumah sakit tetapi juga oleh staf BPJS sendiri (verifikator). Hal ini diwujudkan melalui berbagai pelatihan yang diselenggarakan secara berkala. Selain untuk meningkatkan kompetensi, program pelatihan ini juga bertujuan untuk mengembangkan karakter yang mendukung kelancaran program BPJS itu sendiri. Kenyataannya, kemampuan petugas BPJS saat ini belum berkembang dengan alasan masih adanya kendala yang dialami oleh masyarakat setempat

KESIMPULAN

BPJS Kesehatan bertanggung jawab untuk memenuhi hak-hak pengguna BPJS Kesehatan dan meningkatkan pelayanan kesehatan melalui kerja sama dengan fasilitas kesehatan yang terakreditasi. Fasilitas kesehatan yang terakreditasi menjamin pelayanan yang baik dan bermutu serta menjamin hasil pelayanan. Audit dan evaluasi terhadap seluruh Fasilitas Kesehatan harus dilakukan secara berkala, sehingga BPJS Kesehatan dapat mengevaluasi dan melakukan perbaikan berdasarkan masukan dari pengguna BPJS dan pihak ketiga, yaitu rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

Perundang-undangan :

Deklarasi Hak Asasi Manusia Perserikatan Bangsa-Bangsa Tahun 1948.

Zaeni A. 2017. *Aspek Hukum Kesehatan di Indonesia*. Jakarta: Rajawali Press;

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Keputusan Majelis Permusyawaratan Rakyat Nomor X/MPR/2001

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

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau Pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI).

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 64 Tahun 2020 tentang Jaminan Kesehatan.

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.03.01/Menkes/18/2019 tentang Perpanjangan Kerjasama Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan.

BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Ketenagakerjaan. 2016.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional.

Peraturan Presiden 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Jurnal :

Single HS. 2015. *Memahami Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Indonesia*. Jakarta: Harvarddo;

Pertiwi. Analisis Perbedaan Kualitas Pelayanan Pasien BPJS dan Pasien Umum terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Daerah RSUD Kota Surakarta. *J Manajemen Daya Saing*. 2017; 5:89–100p.

Pahlefi. Prinsip Penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kota Jambi, *J wajah Huk* 2021;5(1):195–201p.

- Rahmat Hidayat Suadu, Hubungan Kontraktual Antara Peserta dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. *J Huk Bisnis*. 2015;III/No. 10:39–40.
- Luthfan Dimas. Tanggung Jawab BPJS Kesehatan atas Layanan Jaminan Kesehatan Masyarakat. *Jurist-Diction*. 2020;3(2):98p.Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen.
- Sendra, Ketut.Konsep dan Aplikasi Asuransi Unit Link. Yogyakarta: PPM;2004
- Agusmidah, 2010 Dinamika Hukum Ketenagakerjaan Indonesia dan Kajian Teori. Bogor: Ghalia Indonesia
- Pertiwi, M., & Nurcahyanto H. Efektivitas Program BPJS Kesehatan di Kota Semarang (Studi Kasus pada Pasien Pengguna Layanan BPJS Kesehatan di Puskesmas Srandol). *J Public Policy Manag Rev*. 2017. 3(2):23p.
- Putri, P. M., & Murdi PB. Layanan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional sebagai Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. *J Wacana Huk*. 2019; 1(2).100p. Rifa Yasirah, Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Sosial Kesehatan Sesuai Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (Studi Kasus di Rumah Sakit Banda Aceh. *J Syariah Dan Huk* 2018;89–100p.
- Srikandi, Rahayu. Mengenai Pengertian BPJS Kesehatan [Internet] Tersedia dari: [http://seputarpengertian.com/BPJS Kesehatan](http://seputarpengertian.com/BPJS%20Kesehatan). Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan. 2014.
- Siti Mariyam, Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (Perspektif Hukum Asuransi. *J Ilm UNTAG Semarang*. 2018;7(20).10p.
- Janus Sidabalok. Hukum Perlindungan Konsumen di Indonesia. Bandung: Citra Aditya Bakti;2006
- Trisna Widada, Peran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan Implikasinya terhadap Ketahanan Masyarakat (Studi di Hasanuddin Damrah Manna Rumah Sakit, Kabupaten Bengkulu Selatan, Provinsi Bengkulu) *J Ketahanan Nas*. 2017;23(2):199–216.
- Jamsostek Indonesia. Tugas, Fungsi, dan Wewenang BPJS, Tersedia di <http://www.jamsosindonesia.com>.

Rosnidar Sembiring, Saidin ZC. Peningkatan Pemahaman Peran BPJS Kesehatan di Masyarakat pada Masa Pandemi Covid-19 (Lokasi: Kelurahan Sidomulyo, Medan Tuntungan) *J Huk Dan Din Masy* [Internet]. 2020;18(2). Tersedia di: <http://jurnal.untagsmg.ac.id/indeks.php/hdm>

Fauzi A. Beban Sistem Pembayaran Bersama BPJS Kesehatan bagi Masyarakat Miskin [Internet] 2020. Tersedia di: <http://bisniskeuangan.kompas.com>

Anggriani SW. Kualitas Pelayanan bagi Peserta BPJS Kesehatan dan Non BPJS Kesehatan. *J. Ilmu Sos dan Ilmu Polit.* 2016;5(2).21p.

Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional.

Astrid Teresa. Tantangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dalam Konteks Penyelenggaraan Kesejahteraan Rakyat. *J Ilmu Sos Polit Dan Pemerintah.* 2018. 2(2):7p.

Sucipto Kuncoro. Memahami Tipe Rumah Sakit BPJS Sebagai Fasilitas Kesehatan. 2020.

Susanti. Kualitas Pelayanan Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di Puskesmas Biromaru Kabupaten Sigi. *E J Katalogis.* 2018;4 Nomor 3:47–57p.

Website :

Perhatikan rincian iuran BPJS Kesehatan terbaru 2021 [Internet]. Tersedia di: <https://nasional.kontan.co.id/news/catatt-ini-rincian-iuran-bpjs-kesehatan-terbaru-2021#:~:text=Dengan subsidi itu%2C total iuran,sebesar Rp 35.000 per bulan.>

Pelaksanaan Pelayanan Mutu Primer [Internet]. Tersedia di: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2017/545/Wujudkan-Pelayanan-Primer-Bermutu>

BPJS Kesehatan Dorong Peningkatan Mutu Pelayanan di Rumah Sakit [Internet]. 2017. Tersedia di: <https://bpjs-kesehatan.go.id/Bpjs/index.php/post/read/2017/458/BPJS-Kesehatan-Dorong-Peningkatan-Kualitas-Pelayanan-di-Rumah-Sakit.>

Peningkatan Kualitas Pelayanan Program JKN KIS di Fasilitas Kesehatan Lebih Optimal [Internet]. 2020. Tersedia di: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/post/read/2020/1762/>

Jamsostek Indonesia. BPJS Kesehatan, Hak dan Kewajiban, Tersedia di <http://archives.jamsosindonesia.com>