

### **BAB III**

## **BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN**

### **A. Sejarah Berdirinya BPJS Kesehatan**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS merupakan lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia menurut Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011. Sesuai Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, BPJS merupakan badan hukum nirlaba. Berdasarkan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS akan menggantikan sejumlah lembaga jaminan sosial yang ada di Indonesia yaitu lembaga asuransi jaminan kesehatan PT Askes Indonesia menjadi BPJS Kesehatan dan lembaga jaminan sosial ketenaga kerjaan PT Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan. Transformasi PT Askes dan PT Jamsostek menjadi BPJS dilakukan secara bertahap. Pada awal 2014, PT Askes akan menjadi BPJS Kesehatan, selanjutnya pada 2015 giliran PT Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan. Lembaga ini bertanggung jawab terhadap Presiden. BPJS berkantor pusat di Jakarta, dan bisa memiliki kantor perwakilan di tingkat provinsi serta kantor cabang di tingkat kabupaten kota. Setiap warga negara Indonesia dan warga asing yang sudah berdiam di Indonesia selama minimal enam bulan wajib menjadi anggota BPJS. Ini sesuai pasal 14 UU BPJS.

Setiap perusahaan wajib mendaftarkan pekerjanya sebagai anggota BPJS. Sedangkan orang atau keluarga yang tidak bekerja pada perusahaan

wajib mendaftarkan diri dan anggota keluarganya pada BPJS. Setiap peserta BPJS akan ditarik iuran yang besarnya ditentukan kemudian. Sedangkan bagi warga miskin, iuran BPJS ditanggung pemerintah melalui program Bantuan Iuran. Menjadi peserta BPJS tidak hanya wajib bagi pekerja di sektor formal, namun juga pekerja informal. Pekerja informal juga wajib menjadi anggota BPJS Kesehatan. Para pekerja wajib mendaftarkan dirinya dan membayar iuran sesuai dengan tingkatan manfaat yang diinginkan. Jaminan kesehatan secara universal diharapkan bisa dimulai secara bertahap pada 2014 dan pada 2019, diharapkan seluruh warga Indonesia sudah memiliki jaminan kesehatan tersebut.

Menteri Kesehatan Nafsiah Mboi menyatakan BPJS Kesehatan akan diupayakan untuk menanggung segala jenis penyakit namun dengan melakukan upaya efisiensi. Sesuai Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 jenis Iuran dibagi menjadi: Iuran Jaminan Kesehatan bagi penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah daerah dibayar oleh Pemerintah Daerah (orang miskin dan tidak mampu). Iuran Jaminan Kesehatan bagi peserta Pekerja Penerima Upah (PNS, Anggota TNI/POLRI, Pejabat Negara, Pegawai pemerintah non pegawai negeri dan pegawai swasta) dibayar oleh Pemberi Kerja yang dipotong langsung dari gaji bulanan yang diterimanya. Pekerja Bukan Penerima Upah (pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri) dan Peserta bukan Pekerja (investor, perusahaan, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan, janda, duda, anak yatim piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan) dibayar oleh Peserta yang bersangkutan. Untuk jumlah iuran

Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang terdiri atas PNS, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara, dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri akan dipotong sebesar 5 persen dari gaji atau Upah per bulan, dengan ketentuan 3 persen dibayar oleh pemberi kerja, dan 2 persen dibayar oleh peserta, Tapi iuran tidak dipotong sebesar demikian secara sekaligus. Karena secara bertahap akan dilakukan mulai 1 Januari 2014 hingga 30 Juni 2015 adalah pemotongan 4 persen dari Gaji atau Upah per bulan, dengan ketentuan 4 persen dibayar oleh Pemberi Kerja dan 0,5 persen dibayar oleh Peserta. Namun mulai 1 Juli 2015, pembayaran iuran 5 persen dari Gaji atau Upah per bulan itu menjadi 4 persen dibayar oleh Pemberi Kerja dan 1 persen oleh Peserta.

Sementara bagi peserta perorangan akan membayar iuran sebesar kemampuan dan kebutuhannya. Untuk saat ini sudah ditetapkan bahwa:

1. Untuk mendapat fasilitas kelas I dikenai iuran Rp 59.500 per orang per bulan.
2. Untuk mendapat fasilitas kelas II dikenai iuran Rp 42.500 per orang per bulan
3. Untuk mendapat fasilitas kelas III dikenai iuran Rp 25.500 per orang per bulan

Pembayaran iuran ini dilakukan paling lambat tanggal 10 setiap bulan dan apabila ada keterlambatan dikenakan denda administratif sebesar 2 persen dari total iuran yang tertunggak paling banyak untuk waktu 3 (tiga) bulan dan besaran

iuran Jaminan Kesehatan ditinjau paling lama dua tahun sekali yang ditetapkan dengan Peraturan Presiden.<sup>1</sup>

BPJS Kesehatan adalah sebuah lembaga milik negara yang masuk dalam kategori BUMN. Pemerintah Indonesia secara khusus memberi tugas penting pada BPJS Kesehatan untuk menyelenggarakan jaminan dan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat di Indonesia tanpa terkecuali. Semua masyarakat sipil, PNS, TNI/POLRI, Veteran, Penisunan PNS, dan Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dijamin oleh BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan diresmikan pertama kali oleh pemerintah pada tanggal 31 Desember 2013. Berselang sehari setelah diresmikan atau tepatnya 1 Januari 2014, BPJS Kesehatan resmi beroperasi dan melayani semua masyarakat di Indonesia melalui Rumah Sakit atau lembaga kesehatan lain yang ditunjuk atau bekerja sama.

Pembentukan BPJS Kesehatan di Indonesia merupakan penerapan dari beberapa Undang-Undang yang berlaku di Indonesia. Undang-Undang ini mengatur banyak hal termasuk pemberian jaminan kesehatan yang akhirnya diwujudkan menjadi BPJS Kesehatan maupun BPJS Ketenagakerjaan yang dahulunya merupakan Jamsostek. Untuk informasi lengkap terkait Undang-Undang BPJS Kesehatan beserta sejarah-sejarah pendiriannya. Simak ulasannya di bawah ini.

---

<sup>1</sup> <https://muslim.or.id/23816-hukum-bpjs.html>, diakses (31 Agustus 2017).

BPJS Kesehatan sebenarnya bukan lembaga baru. BUMN ini sudah dibentuk sejak tahun 1968 meski dengan nama yang berbeda. Di awal pembentukannya, BPJS Kesehatan bernama Badan Penyelenggaraan Dana Pemeliharaan Kesehatan atau (BPDPK). Lembaga ini merupakan kebijakan pemerintah era Soeharto untuk mengatur pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun (PNS dan ABRI) dan keluarga mereka dengan batasan tertentu. Menteri Kesehatan Indonesia Prof. Dr. G. A. Siwabessy yang kala itu menjabat menjadi orang pertama yang mengelola program besar kesehatan Indonesia ini sesuai dengan Keputusan Presiden Nomor 230, Tahun 1968.

Setelah berjalan kurang lebih 16 tahun, BPDPK yang awalnya hanya merupakan badan penyelenggara diubah menjadi Perusahaan Umum Husada Bhakti. Perusahaan ini dibentuk oleh pemerintah pada tahun 1984 berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 dan 23 Tahun 1984. Fungsi dari perusahaan baru ini adalah untuk meningkatkan program jaminan dan pemeliharaan kesehatan bagi para peserta yang terdiri dari PNS, TNI/POLRI, pensiunan, dan keluarga dari peserta mulai dari istri/suami serta anak.

Pada tahun 1991 atau selepas 7 tahun berdiri sebagai sebuah perusahaan, BPDPK akhirnya diberi izin untuk memperluas jangkauan pesertanya. Jika awalnya yang dijamin hanyalah PNS, TNI/POLRI, pensiunan dan keluarganya, maka berdasar Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991, BPDPK bisa menyasar badan usaha lain beserta anggota keluarganya. Artinya pihak-pihak

swasta bisa masuk ke dalam jangkauan BPDPK dengan membayar sebuah iuran tertentu setiap bulannya.

Setelah menjadi Perusahaan Umum Husada Bahkti selama kurang lebih 8 tahun, BPDPK resmi diubah menjadi Perusahaan Perseroan atau PT Persero. Keputusan ini diambil untuk menindaklanjuti Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992. Pengambilan keputusan ini didasarkan pada pertimbangan fleksibilitas pengelolaan keuangan. Akhirnya, dibuatlah sebuah perusahaan yang lebih mandiri agar bisa melaksanakan fungsinya dengan jauh lebih baik. Setelah menjadi Persero, nama BPDPK pun diubah menjadi Askes atau Asuransi Kesehatan.

PT Askes Persero bekerja secara mandiri untuk mengurus penyelenggaraan jaminan kesehatan khusus bagi warga-warga yang bekerja kepada pemerintah hingga tahun 2005. Pemerintah akhirnya menerbitkan sebuah Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 124/MENKES/SK/XI/2001 dan Nomor 56/MENKES/SK/I/2005 untuk mengubah sistem kerja PT Askes agar menjamin juga keluarga miskin yang tidak masuk dalam golongan Abdi Negara. PT. Askes akhirnya menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin.

Dasar dari penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin atau Akseskin adalah UUD 1945, UU Nomor 23/1992 tentang kesehatan, UU Nomor 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), dan yang terakhir Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 124 tahun 2014 serta Nomor 56 tahun 2005. Berdasarkan Undang-Undang dan Keputusan Menteri yang telah disebutkan di atas. Penyelenggaraan dari Akseskin ini harus mengacu pada beberapa prinsip

pelaksanaan yang meliputi: Diselenggarakan di seluruh Indonesia secara serentak dengan menganut asas gotong royong. Artinya, diharapkan akan ada subsidi silang antara yang kaya dan yang miskin. Acuan Pelaksanaan Askeskin adalah prinsip Asuransi Kesehatan Sosial. Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang dan terstruktur dengan prinsip managed care. Penyelenggaraan Program Askeskin dengan prinsip nirlaba. Prinsip kerja dari Askeskin menjamin adanya ekuitas dan probabilitas dalam pelayanan kepada para peserta. Adanya transparansi dan akuntabilitas yang terjamin dengan prinsip efisiensi, kehati-hatian, dan efektivitas.

Perjalanan dari PT Askes Persero akhirnya dilanjutkan lagi dengan perombakan yang lebih matang di tahun 2014. Pemerintah Indonesia membuat sebuah BUMN bernama BPJS Kesehatan yang bekerja secara menyeluruh untuk menjamin semua masyarakat di Indonesia tanpa terkecuali. Semuanya bahu-membahu dalam pembayaran kesehatan hingga terjadi subsidi silang yang baik dan terstruktur.

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, BPJS Kesehatan resmi dioperasikan di Indonesia sejak 1 Januari 2014. Penyelenggaraan dari BPJS Kesehatan ini didasari oleh beberapa Undang-Undang yang terdiri dari: Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 5 ayat (1), Pasal 20, Pasal 28H ayat (1), ayat (2), dan ayat (3), dan Pasal 34 ayat (1) dan ayat (2). Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan

Sosial. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52.<sup>2</sup>

Jaminan sosial merupakan sistem proteksi yang diberikan kepada setiap warga negara untuk mencegah hal-hal yang tidak dapat diprediksikan karena adanya risiko-risiko sosial ekonomi yang dapat menimbulkan hilangnya pekerjaan maupun mengancam kesehatan. Oleh karena itu, jaminan sosial hadir sebagai salah satu pilar kesejahteraan yang bersifat operasional.

Dengan telah diundangkannya Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), maka terbentuklah BPJS yang berlaku mulai Januari 2014 dan menjanjikan kesejahteraan kesehatan bagi masyarakat Indonesia. BPJS merupakan lembaga baru yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia yang bersifat nirlaba berdasarkan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Berdasarkan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS akan menggantikan sejumlah lembaga jaminan sosial yang ada di Indonesia yaitu lembaga asuransi jaminan kesehatan PT Askes dan lembaga jaminan sosial ketenagakerjaan PT Jamsostek.<sup>3</sup> Transformasi PT Askes dan PT Jamsostek menjadi BPJS akan dilakukan secara bertahap. Pada awal 2014, PT Askes akan menjadi BPJS Kesehatan, selanjutnya pada 2015 PT Jamsostek yang akan

---

<sup>2</sup> <https://www.sepalsa.com/blog/undang-undang-bpjs>, diakses (31 Agustus 2017).

<sup>3</sup> Ridwan Max Sijabat, "Askes, Jamsostek asked to prepare transformation". The Jakarta Post (dalam bahasa Inggris), diakses 22 Agustus 2013

menjadi BPJS Ketenagakerjaan<sup>4</sup>. Lembaga ini bertanggung jawab langsung terhadap Presiden.

Badan-badan penyelenggara tersebut beroperasi secara parsial masing-masing berlandaskan undang-undang atau peraturan-peraturan yang terpisah, diantaranya peraturan direksi BPJS Nomor 211 tahun 2014 tentang petunjuk teknis pendaftaran dan penjaminan peserta perorangan BPJS kesehatan. Dalam peraturan tersebut ada 9 (sembilan) pasal yang mengatur tentang petunjuk teknis pendaftaran dan penjaminan peserta perorangan BPJS kesehatan.

#### **A. Jaminan Sosial Menurut Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional**

Dibentuknya UU SJSN, sebagaimana diamanatkan oleh Undang-Undang Dasar 1945. Utamanya seperti dimaksud dalam:

Pasal 28H ayat (3) yang menyatakan, Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.

Pasal 34 Ayat (2) yang menyatakan: Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”.

Lebih lanjut, sistem jaminan sosial yang diatur dan dijamin dalam Deklarasi Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa tentang Hak Asasi Manusia, yang dideklarasikan pada tanggal 10 Desember 1948, juga ditegaskan kembali dalam Konvensi ILO Nomor 102 Tahun 1952, yang pada intinya menganjurkan semua negara untuk memberikan perlindungan minimum kepada setiap tenaga kerja.

---

<sup>4</sup>Fiki Ariyanti, "Persiapan Pelaksanaan BPJS, Askes dan Jamsostek Konsolidasi".Liputan6.com, diakses 22 Agustus 2013.

UU SJSN: Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.<sup>5</sup>

Dalam UU SJSN penyelenggaraan program jaminan sosial dilakukan oleh sebuah badan hukum publik yang diberi wewenang dan tanggung jawab atas masalah tersebut. Sebagaimana tercantum dalam:

Pasal 1 Ayat (6) UU SJSN Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.<sup>6</sup>

Badan ini akan menangani pelayanan jaminan sosial bagi masyarakat, di mana penanganan dilakukan secara nasional dan komprehensif di seluruh Indonesia. Dalam UU SJSN, pendanaan diselenggarakan dengan sistem iuran, sebagaimana tercantum dalam:

Pasal 1 Ayat (7) Dana Jaminan Sosial adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program jaminan sosial. Dengan demikian, dana yang digunakan merupakan kumpulan dana dari masyarakat yang harus dikelola secara efektif dan efisien oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Pasal 2 UU SJSN menyebutkan: Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.<sup>7</sup>

Dengan demikian, jaminan sosial merupakan bagian dari sistem nasional yang dimaksudkan untuk memberikan kesejahteraan kepada masyarakat. Dengan sistem ini diharapkan adanya unsur keadilan bagi semua peserta dan tak

---

<sup>5</sup>UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Pasal 1 Ayat (1).

<sup>6</sup>UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Pasal 1 Ayat (6).

<sup>7</sup> UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Pasal 2.

seorangpun warga merasa adanya unsur ketidakpastian dalam keikutsertaan peserta BPJS ini. Secara sosial dalam kehidupan masyarakat. Hal ini terkait pula dengan:

Pasal 3 UU SJSN: Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya.<sup>8</sup>

Menurut pasal 4 UU SJSN, Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan prinsip: kegotong-royongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.<sup>9</sup>

Dalam rangka penyelenggaraan jaminan sosial nasional yang efektif dan efisien, dibentuk Dewan Jaminan Sosial Nasional yang menurut Pasal 7 UU SJSN berfungsi merumuskan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional. Selain itu, Dewan Jaminan Sosial Nasional bertugas: melakukan kajian dan penelitian yang berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan sosial, mengusulkan kebijakan investasi Dana Jaminan Sosial Nasional, mengusulkan anggaran jaminan sosial bagi penerima bantuan iuran dan tersedianya anggaran operasional kepada pemerintah.<sup>10</sup>

Dengan demikian, Dewan Jaminan Sosial Nasional mempunyai tanggung jawab yang besar atas penyelenggaraan program jaminan sosial di Indonesia.

---

<sup>8</sup> UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sitem Jaminan Sosial Nasional, Pasal 3.

<sup>9</sup> UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sitem Jaminan Sosial Nasional, Pasal 4.

<sup>10</sup> UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sitem Jaminan Sosial Nasional, Pasal 7.

Dengan kata lain, Dewan Jaminan Sosial merupakan tumpuan dan harapan pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat. Meskipun menggunakan sistem iuran, jaminan sosial tidak mengesampingkan masyarakat miskin. Masyarakat miskin atau masyarakat tidak mampu, akan dibayar iurannya oleh pemerintah, sehingga mereka mempunyai jaminan sosial yang sama dan berhak mengakses fasilitas yang disediakan oleh negara. Hal ini tercantum dalam:

Pasal 17 UU SJSN yang berbunyi: (a) Setiap peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah atau suatu jumlah nominal tertentu; (b) Setiap pemberi kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran yang menjadi kewajibannya dan membayarkan iuran tersebut kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial secara berkala; (c) Besarnya iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan untuk setiap jenis program secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi dan kebutuhan dasar hidup yang layak; (d) “Iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh Pemerintah; (e) Pada tahap pertama, iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dibayar oleh Pemerintah untuk program jaminan kesehatan; f. Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan ayat (5) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah.<sup>11</sup> Jaminan sosial mencakup beberapa program perlindungan untuk

masyarakat:

Pasal 18 UU SJSN: jenis program jaminan sosial meliputi: jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pension, jaminan kematian.<sup>12</sup>

Dengan demikian, jaminan sosial mempunyai ruang lingkup pelayanan yang luas untuk kepentingan pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat.

---

<sup>11</sup> UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sitem Jaminan Sosial Nasional, Pasal 17.

<sup>12</sup> UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sitem Jaminan Sosial Nasional Pasal 18.

## **B. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Menurut Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011.**

Bahwa sistem jaminan sosial nasional merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat. Untuk mewujudkan tujuan sistem jaminan sosial nasional perlu dibentuk badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.<sup>13</sup>

Dalam UU tentang BPJS pasal 1 berbunyi: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.<sup>14</sup>

Pasal 1 ayat (6) berbunyi: Iuran adalah sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh Peserta, pemberi kerja, dan/atau Pemerintah.<sup>15</sup>

Pasal 1 ayat (13) berbunyi: Direksi adalah organ BPJS yang berwenang dan bertanggung jawab penuh atas pengurusan BPJS untuk kepentingan BPJS, sesuai dengan asas, tujuan, dan prinsip BPJS, serta mewakili BPJS, baik di dalam maupun di luar pengadilan, sesuai dengan ketentuan Undang-Undang ini.<sup>16</sup>

---

<sup>13</sup> UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

<sup>14</sup> UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 1.

<sup>15</sup> UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 1 ayat (6).

<sup>16</sup> UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 1 ayat (13).

Dalam hal ini Direksi harus bertanggungjawab dalam kepengurusan BPJS sesuai dengan asas, tujuan, dan prinsip BPJS. Salah satunya dalam memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat.

Pasal 2, menyebutkan BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas; kemanusiaan, manfaat dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.<sup>17</sup>

Dalam hal ini pihak BPJS harus bisa berasaskan keadilan bagi seluruh peserta BPJS. Pemerintah membentuk jaminan kesehatan nasional yang disebut BPJS, tertuang dalam Pasal 5:

(1) Berdasarkan Undang-Undang ini dibentuk BPJS.<sup>18</sup>

(2) BPJS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah: BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.<sup>19</sup>

Dalam penelitian ini yang akan di teliti lebih lanjut adalah BPJS kesehatan. Adapun fungsi dari BPJS kesehatan tertuang dalam:

Pasal 9 ayat (1) yang berbunyi: BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf a berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.<sup>20</sup>

Pasal 10 berbunyi: dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam pasal 9, BPJS bertugas untuk melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta; memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja; menerima bantuan Iuran dari Pemerintah; mengelola Dana

---

<sup>17</sup> UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 2.

<sup>18</sup> UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 5 ayat (1).

<sup>19</sup> UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 5 ayat (2).

<sup>20</sup> UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 9 ayat (1).

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; dan memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.<sup>21</sup>

Pasal 11 berbunyi: Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10, BPJS berwenang untuk:

- a. menagih pembayaran Iuran;
- b. menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;
- c. melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;
- d. membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah;
- e. membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;
- f. mengenakan sanksi administratif kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;
- g. melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar Iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- h. melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial.<sup>22</sup>

UU Nomor 24 Tahun 2011 mengatur pendaftaran peserta dan pembayaran

iuran, yang tercantum dalam:

Pasal 14 Setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, wajib menjadi Peserta program Jaminan Sosial.<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 10.

<sup>22</sup> UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 11.

<sup>23</sup> UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 14.

Pasal 16 berbunyi:

- (1) Setiap orang, selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan penerima Bantuan Iuran, yang memenuhi persyaratan kepesertaan dalam program Jaminan Sosial wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagai Peserta kepada BPJS, sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti.
- (2) Setiap orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib memberikan data mengenai dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS.<sup>24</sup>

BPJS juga memiliki beberapa Struktur yang terdapat dalam UU Nomor 24

Tahun 2011:

Pasal 20 berbunyi: Organ BPJS terdiri atas Dewan Pengawas dan Direksi.<sup>25</sup>

Pasal 21 berbunyi:

- (1) Dewan Pengawas terdiri atas 7 (tujuh) orang profesional.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas 2 (dua) orang unsur Pemerintah, 2 (dua) orang unsur Pekerja, dan 2 (dua) orang unsur Pemberi Kerja, serta 1 (satu) orang unsur tokoh masyarakat”.
- (3) berbunyi: “Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat dan diberhentikan oleh Presiden”.
- (4) berbunyi: “Salah seorang dari anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan sebagai ketua Dewan Pengawas oleh Presiden.”<sup>26</sup>

Adapun struktur organ lainnya adalah direksi, yang tertuang dalam pasal

23 berbunyi:

- (1) Direksi terdiri atas paling sedikit 5 (lima) orang anggota yang berasal dari unsur profesional.
- (2) Anggota Direksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat dan diberhentikan oleh Presiden.

<sup>24</sup> UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 16.

<sup>25</sup> UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 20.

<sup>26</sup> UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 21.

- (3) Presiden menetapkan salah seorang dari anggota Direksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai direktur utama.
- (4) Anggota Direksi diangkat untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dan dapat diusulkan untuk diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.<sup>27</sup>

Fungsi dari Direksi adalah tertuang dalam Pasal 24 berbunyi:

- (1) Direksi berfungsi melaksanakan penyelenggaraan kegiatan operasional BPJS yang menjamin Peserta untuk mendapatkan Manfaat sesuai dengan haknya.
- (2) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direksi bertugas untuk: a. melaksanakan pengelolaan BPJS yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi; b. mewakili BPJS di dalam dan di luar pengadilan; dan c. menjamin tersedianya fasilitas dan akses bagi Dewan Pengawas untuk melaksanakan fungsinya.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direksi berwenang untuk: a. melaksanakan wewenang BPJS; b. menetapkan struktur organisasi beserta tugas pokok dan fungsi, tata kerja organisasi, dan sistem kepegawaian; c. menyelenggarakan manajemen kepegawaian BPJS termasuk mengangkat, memindahkan, dan memberhentikan pegawai BPJS serta menetapkan penghasilan pegawai BPJS; d. mengusulkan kepada Presiden penghasilan bagi Dewan Pengawas dan Direksi; e. menetapkan ketentuan dan tata cara pengadaan barang dan jasa dalam rangka penyelenggaraan tugas BPJS dengan memperhatikan prinsip transparansi, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas; f. melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS paling banyak Rp100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah) dengan persetujuan Dewan Pengawas; g. melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS lebih dari Rp100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah) sampai dengan Rp500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah) dengan persetujuan Presiden; dan h. melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS lebih dari Rp500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah) dengan persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia.<sup>28</sup>

Agar lebih jelasnya mengenai tugas dan tanggung jawab Direksi ada dalam Peraturan Direksi, sesuai dengan:

---

<sup>27</sup> UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 23.

<sup>28</sup> UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 24.

Pasal 24 ayat (4) yang berbunyi: Ketentuan mengenai tata cara pelaksanaan fungsi, tugas, dan wewenang Direksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Direksi.<sup>29</sup>

### **C. Peraturan Direksi BPJS Nomor 211 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Pendaftaran dan Penjaminan Peserta Perorangan BPJS Kesehatan Pasal 5 dan 6.**

Dalam peraturan direksi BPJS Kesehatan Nomor 211 tahun 2014 pada pasal 5 disebutkan bahwa:

(5) Peserta perorangan wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya dengan memilih hak ruang perawatan dikelas yang sama untuk dirinya dan anggota keluarganya.

Pasal 6 ayat (1) menyebutkan Mekanisme penjaminan Peserta Perorangan yang baru mendaftar diatur sebagai berikut:

- a. Kartu peserta mulai berlaku 7 (tujuh) hari setelah calon Peserta melakukan pembayaran iuran pertama;
  - b. Surat Eligibilitas Peserta (SEP) hanya dapat diterbitkan setelah kartu peserta mulai berlaku dan mengikuti prosedur pelayanan kesehatan;
  - c. Untuk kasus rawat jalan, Peserta dapat dijamin jika kartu peserta telah berlaku;
  - d. Untuk kasus rawat inap, Peserta dapat dijamin jika kartu peserta telah berlaku dan Peserta mengurus SEP dalam waktu 3 x 24 jam hari kerja sejak dirawat atau sebelum pulang/meninggal; dan
  - e. Apabila peserta tidak dapat menunjukkan kartu peserta yang telah berlaku dan/atau tidak mengurus SEP dalam waktu 3 x 24 jam hari kerja sejak dirawat atau sebelum pulang/meninggal, maka peserta dinyatakan sebagai pasien umum.
- (2) Peserta Perorangan yang baru mendaftar pada saat berada dalam masa perawatan rawat inap tidak dapat menggunakan Kartu BPJS Kesehatan pada episode/ kasus rawat inap tersebut.<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Pasal 24 Ayat 4.

<sup>30</sup> Republik Indonesia, “ Undang- undang R.I Nomor 24 Tahun 2011 tentang Peraturan Direksi BPJS Kesehatan Nomor 211 Tahun 2014 Pasal 5 dan 6 Tentang Petunjuk Teknis Pendaftaran dan Penjaminan Peserta Perorangan BPJS Kesehatan”, (Jakarta: 2014), h. 4.