



SKRIPSI

**PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP PESERTA BPJS KESEHATAN
ATAS PENOLAKAN PELAYANAN KESEHATAN OLEH
RUMAH SAKIT**

*(Legal Protection To Member Of BPJS Kesehatan Against Refusal Health Service By
Hospital)*

Oleh:

RYAN BAGUS AKBAR
NIM. 120710101149

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS HUKUM
2016**

SKRIPSI

**PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP PESERTA BPJS KESEHATAN
ATAS PENOLAKAN PELAYANAN KESEHATAN OLEH
RUMAH SAKIT**

*(Legal Protection To Member Of BPJS Kesehatan Against Refusal Health Service By
Hospital)*

Oleh:

RYAN BAGUS AKBAR
NIM. 120710101149

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS HUKUM
2016**

MOTTO

“Sebuah pekerjaan disebut penting, karena peran dan dampaknya penting bagi perlindungan dan peningkatan kualitas kehidupan orang banyak. Maka jadilah ahli dalam melakukan hal-hal penting”.

(Mario Teguh)¹



¹ <http://marioteguhgoldenmomen.com>, diakses tanggal 11 April 2016

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan:

Dengan mengucapkan puji syukur atas rahmat Allah SWT, penulis mempersembahkan skripsi ini untuk:

1. Orang tua yang selalu penulis sayangi, hormati dan banggakan Bapak H. Imam Chambali, S.H. dan Ibu Siti Khoiriyah yang selalu mendoakan, memberikan semangat dan kasih sayang kepada penulis;
2. Kakak dan seluruh keluarga penulis yang selalu mendoakan dan memberi semangat kepada penulis;
3. Almamater tercinta Universitas Jember yang penulis banggakan;
4. Guru-guru penulis sejak Taman Kanak-Kanak, Sekolah Dasar, Sekolah Menengah Pertama, Sekolah Menengah Atas, serta para Dosen yang terhormat, yang telah memberikan ilmu dan membimbing penulis hingga bisa menjadi seperti ini.

**PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP PESERTA BPJS
KESEHATAN ATAS PENOLAKAN PELAYANAN
KESEHATAN OLEH RUMAH SAKIT**

*(Legal Protection To Member Of BPJS Kesehatan Against Refusal Health
Service By Hospital)*

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh Gelar Sarjana Hukum
pada program Studi Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Jember

RYAN BAGUS AKBAR
NIM. 120710101149

**KEMENTRIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS HUKUM**

2016

PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 11 MEI 2016

Oleh:

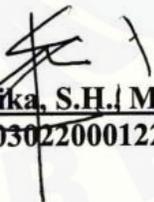
Dosen Pembimbing Utama,



Edi Wahjuni, S.H., M.Hum.

NIP: 196812302003122001

Dosen Pembimbing Anggota,



Emi Zulaika, S.H., M.H.

NIP: 197703022000122001

PENGESAHAN

PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP PESERTA BPJS
KESEHATAN ATAS PENOLAKAN PELAYANAN
KESEHATAN OLEH RUMAH SAKIT

Oleh:

RYAN BAGUS AKBAR
NIM: 120710101149

Dosen Pembimbing Utama,



Edi Wahjuni, S.H., M.Hum.
NIP: 196812302003122001

Dosen Pembimbing Anggota,



Emi Zulaika, S.H., M.H
NIP: 197703022000122001

Mengesahkan,

Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi

Universitas Jember

Fakultas Hukum

Penjabat Dekan,



Dr. Nural Ghufron, S.H., M.H.
NIP. 197409221999031003

PENETAPAN PANITIA PENGUJI

Dipertahankan dihadapan Panitia Penguji Pada:

Hari : Rabu
Tanggal : 11 (sebelas)
Bulan : Mei
Tahun : 2016

Diterima oleh Panitia Penguji Fakultas Hukum Universitas Jember,

PANITIA PENGUJI

Ketua,



Dr. Dominikus Rato S.H., M.Si.
NIP. 195701051986031002

Sekretaris



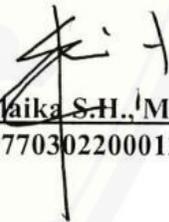
Iswi Hariyani, S.H., M.H.
NIP. 196212161988022001

Anggota Penguji 1,



Edi Wahjuni S.H., M.Hum.
NIP: 196812302003122001

Anggota Penguji 2,



Emi Zulaika S.H., M.H.
NIP: 197703022000122001

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ryan Bagus Akbar

NIM : 120710101149

Menyatakan dengan sebenarnya, bahwa karya tulis dengan judul: **PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP PESERTA BPJS KESEHATAN ATAS PENOLAKAN PELAYANAN KESEHATAN OLEH RUMAH SAKIT**; adalah hasil karya sendiri, kecuali jika disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Penulis bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Dengan pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik apabila ternyata demikian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember,

Yang menyatakan,



Ryan Bagus Akbar
NIM. 120710101149

UCAPAN TERIMAKASIH

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Pengampun Lagi Maha Penyayang atas segala Rahmat, Petunjuk, serta Hidayah yang telah diberikan, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP PESERTA BPJS KESEHATAN ATAS PENOLAKAN PELAYANAN KESEHATAN OLEH RUMAH SAKIT**. Penulisan skripsi ini merupakan tugas akhir sebagai syarat untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Hukum serta mencapai gelar Sarjana Hukum Universitas Jember.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada pihak-pihak yang telah banyak membantu dan memberikan dukungan dalam penulisan skripsi ini, antara lain:

1. Ibu Edi Wahjuni S.H.,M.Hum., selaku Dosen Pembimbing Utama skripsi, yang telah membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan skripsi penulis;
2. Ibu Emi Zulaika S.H., M.H., selaku Dosen Pembimbing Anggota skripsi, yang telah membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan skripsi penulis;
3. Bapak Dr. Dominikus Rato S.H., M.Si., sebagai Ketua Penguji Skripsi dan Ketua Bagian Keperdataan Fakultas Hukum Universitas Jember;
4. Ibu Iswi Hariyani, S.H., M.H., sebagai Sekretaris Panitia Penguji dan Sekretaris Bagian Keperdataan Fakultas Hukum Universitas Jember;
5. Bapak Dr. Nurul Ghufron, S.H., M.H., selaku Penjabat Dekan Fakultas Hukum Universitas Jember;
6. Ibu Dr. Dyah Ochtorina Susanti, S.H., M.Hum, selaku Penjabat Pembantu Dekan I;
7. Bapak Mardi Handono, S.H., M.H., selaku Pembantu Dekan II;
8. Bapak Iwan Rachmad Soetijono, S.H., M.H., selaku Pembantu Dekan III;

9. Bapak Samsudi, S.H., M.H., sebagai Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan motivasi kepada penulis selama menuntut ilmu di Fakultas Hukum Universitas Jember;
10. Bapak dan Ibu Dosen, civitas akademika, serta seluruh karyawan Fakultas Hukum Universitas Jember atas segala ilmu dan pengetahuan yang diberikan;
11. Kedua orang tua penulis Bapak H. Imam Chambali, S.H. dan Ibu Siti Khoiriyah, beserta kakak Lisa Ayu Mayliana S.E., kakak Afif Luqman S.E. dan seluruh keluarga penulis yang selalu mendoakan, memberi semangat, dan memberi kasih sayang kepada penulis;
12. Kepada Adinda Yuni Setioningsih S.Pd.I. yang tidak pernah berhenti memberi semangat dan motivasi kepada penulis;
13. Kepada para sahabat penulis pada umumnya dan khususnya: Paedo, Ivan, Doni, Misbah, Rhokim, Bilhaq, Gufron, Melly, yang selalu memacu dan memberi dorongan kepada penulis;
14. Kepada sahabat penulis di Fakultas Hukum Universitas Jember pada khususnya: Teguh Pambudi Wibisono S.H., Achmad Rifqi Nizam S.H., Yudi Pramono S.H., Muhammad Andy Miftahur Rochman S.H., M. Rizal Rachman S.H., Yusrizal M. Rangga S.H., Dwi Cahya Ningrum S.H., Nur Jannah S.H., Lika Arkiyanti S.H., Sulistina S.H., Fransisca Cinta Rizky S.H., Lina Oktafiani S.H., Umi Latifah S.H., dan Nuril Maisyaroh S.Pd., sahabat KKN 77; Dimas, Andri, Edi, Yuyun, Nur Imama, Nilla, Intan, Citra, Ira yang selalu memacu dan mendukung penulis dalam menyelesaikan skripsi;
15. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu yang turut membantu dalam penyelesaian skripsi ini.

Jember,

Penulis

RINGKASAN

Pada 1 Januari 2014, dilakukan transformasi PT Askes (Persero) menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Dalam kurun waktu lebih dari satu tahun ini, BPJS Kesehatan dalam menjalankan programnya masih belum menuai hasil optimal sebagaimana yang diharapkan pemerintah Indonesia sebagai badan hukum yang menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional. Rumusan masalah dalam skripsi ini yakni; (1) Apakah bentuk perlindungan hukum yang tepat bagi peserta BPJS Kesehatan atas penolakan pelayanan kesehatan oleh Rumah Sakit?, (2) Apakah tanggung jawab yang dapat diberikan BPJS Kesehatan beserta Rumah Sakit atas penolakan pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan oleh Rumah Sakit?, (3) Apakah upaya yang dapat dilakukan peserta BPJS Kesehatan atas tindakan penolakan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Rumah Sakit?. Tujuan yang hendak dicapai dalam skripsi ini adalah untuk memberikan informasi bagi penulis dan pembaca mengenai hak-hak Warga Negara Indonesia sebagai peserta BPJS Kesehatan atas jaminan kesehatan yang diberikan oleh Negara Indonesia. Metode penelitian yang digunakan dalam skripsi ini menggunakan tipe penelitian hukum, yuridis normatif (*legal research*) dengan pendekatan masalah; (1) pendekatan Undang-Undang (*Statute Approach*), dan (2) pendekatan konsep (*conceptual approach*).

Dalam Pasal 1 ayat (1) UU Nomor 8 Tahun 1999 Tentang Perlindungan Konsumen, yang dimaksud perlindungan konsumen adalah segala upaya yang menjamin adanya kepastian hukum untuk memberi perlindungan kepada konsumen. Menurut Philipus M. Hadjon, Perlindungan hukum bagi rakyat dikenal dengan dua bentuk, yaitu perlindungan yang bersifat preventif (pencegahan terjadinya sengketa) dan perlindungan yang bersifat represif (penyelesaian sengketa). Perlindungan hukum yang dimaksud dalam skripsi ini adalah perlindungan hukum kepada peserta BPJS Kesehatan yang dalam hal ini konsumen jasa kesehatan. Dalam Pasal 1 ayat (2) Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, menyebutkan bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disebut sebagai BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Sedangkan pengertian peserta BPJS Kesehatan menurut Pasal 1 angka 4 UU Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, menyebutkan bahwa peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta BPJS Kesehatan berhak atas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Pelayanan kesehatan tersebut dapat diperoleh oleh peserta BPJS Kesehatan melalui fasilitas kesehatan, seperti rumah sakit. Menurut UU Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Sebagai konsumen jasa kesehatan, peserta BPJS Kesehatan memiliki hak-hak yang dilindungi oleh hukum antara lain memperoleh pelayanan

kesehatan yang baik, aman, dan bermutu. Hal ini sesuai dengan Pasal 5 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Pasal 47 Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Dengan dasar-dasar hukum tersebut peserta yang menerima kerugian akibat penolakan pelayanan kesehatan dapat menuntut ganti rugi sebagaimana yang dimaksud Pasal 58 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Sebagai perusahaan asuransi, BPJS Kesehatan menjamin penyelenggaraan jaminan kesehatan. Untuk hal lain, rumah sakit sebagai penyelenggara program kesehatan juga bertanggung jawab atas kerugian yang diderita pasien atas pelayanan kesehatan yang diselenggarakannya hal ini sesuai dengan Pasal 46 UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Selanjutnya upaya yang dapat dilakukan oleh peserta atas penolakan pelayanan kesehatan tersebut, antara lain; nonlitigasi (pengaduan, kemudian mediasi), litigasi (gugatan ke pengadilan di daerah tempat tinggal peserta). Upaya-upaya tersebut diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan No. 2 Tahun 2014 tentang Unit Pengendali Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta.

Kesimpulan dalam skripsi ini berisikan 3 poin; (1) Bentuk perlindungan hukum (preventif) peserta BPJS Kesehatan berupa hak atas pelayanan kesehatan yang baik, bermutu, dan terjangkau. Sedangkan bentuk perlindungan hukum (represif) peserta BPJS Kesehatan berupa hak menuntut ganti kerugian, (2) Tanggung jawab BPJS Kesehatan didasarkan atas prinsip asuransi, dan tanggung jawab rumah sakit didasarkan pada doktrin *liability without fault* (tanggung jawab tanpa kesalahan) berdasarkan ketentuan Pasal 46 UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, (3) Upaya penyelesaian sengketa yang dapat ditempuh peserta berupa; pengaduan, mediasi, gugatan sebagaimana dimaksud dalam Peraturan BPJS Kesehatan No. 2 Tahun 2014 tentang Unit Pengendali Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta.

Saran dalam skripsi ini ditujukan kepada peserta BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan, dan Rumah Sakit. Adapun saran-saran tersebut, antara lain; (1) seharusnya peserta BPJS Kesehatan tidak hanya diam apabila mendapatkan kerugian, seperti penolakan pelayanan kesehatan oleh rumah sakit, mereka dapat mengajukan pengaduan, mediasi, atau gugatan yang disertai tuntutan ganti rugi kepada BPJS Kesehatan dan/atau rumah sakit, (2) seharusnya BPJS Kesehatan melakukan pengawasan kepada fasilitas kesehatan, seperti rumah sakit guna terjaminnya mutu pelayanan kesehatan yang baik, aman, dan terjangkau bagi peserta BPJS Kesehatan, (3) seharusnya rumah sakit dapat menjalankan program kesehatan dengan sebaik-baiknya guna terwujudnya derajat sehat yang setinggi-tingginya bagi warga negara Indonesia.

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan	i
Halaman Sampul Dalam	ii
Halaman Motto	iii
Halaman Persembahan	iv
Halaman Persyaratan Gelar	v
Halaman Persetujuan	vi
Halaman Pengesahan	vii
Halaman Penetapan Panitia Penguji	viii
Halaman Pernyataan	ix
Halaman Ucapan Terima Kasih	xi
Halaman Ringkasan	xii
Halaman Daftar Isi	xiv
Halaman Daftar Lampiran	xvi
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4. Metodologi Penelitian	4
1.4.1. Tipe Penelitian	5
1.4.2. Pendekatan Masalah	5
1.4.3. Bahan Hukum	6
1.4.3.1. Bahan Hukum Primer	7
1.4.3.2. Bahan Hukum Sekunder	7
1.4.3.3. Analisis Bahan Hukum	8
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Perlindungan Konsumen	10
2.1.1. Pengertian Perlindungan Konsumen	10
2.1.2. Asas dan Tujuan Perlindungan Konsumen	12
2.2 .Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan	13

2.2.1. Pengertian BPJS Kesehatan	13
2.2.2. Tujuan Dibentuknya BPJS Kesehatan	16
2.3. Peserta BPJS Kesehatan	17
2.3.1 Pengertian Peserta BPJS Kesehatan	17
2.3.2 Hak Dan Kewajiban Peserta BPJS Kesehatan	20
2.4. Pelayanan Kesehatan	21
2.5. Rumah Sakit	26
2.5.1. Pengertian Rumah Sakit	26
2.5.2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit	28

BAB III. PEMBAHASAN

3.1. Bentuk Perlindungan Hukum Terhadap Peserta BPJS Kesehatan Atas Penolakan Pelayanan Kesehatan Oleh Rumah Sakit	29
3.1.1. Perlindungan Hukum (Preventif) Peserta BPJS Kesehatan Atas Penolakan Pelayanan Kesehatan Oleh Rumah Sakit	29
3.1.2. Perlindungan Hukum (Represif) Peserta BPJS Kesehatan Atas Penolakan Pelayanan Kesehatan Oleh Rumah Sakit	39
3.2. Tanggung Jawab BPJS Kesehatan Beserta Rumah Sakit Atas Penolakan Pelayanan Kesehatan Peserta BPJS Kesehatan Oleh Rumah Sakit	40
3.2.1. Tanggung Jawab BPJS Kesehatan Atas Penolakan Pelayanan Kesehatan Peserta BPJS Kesehatan Oleh Rumah Sakit	40
3.2.2. Tanggung Jawab Rumah Sakit Atas Penolakan Pelayanan Kesehatan Peserta BPJS Kesehatan Oleh Rumah Sakit	48
3.3. Upaya Penyelesaian Sengketa Peserta BPJS Kesehatan Atas Penolakan Pelayanan Kesehatan Oleh Rumah Sakit	53

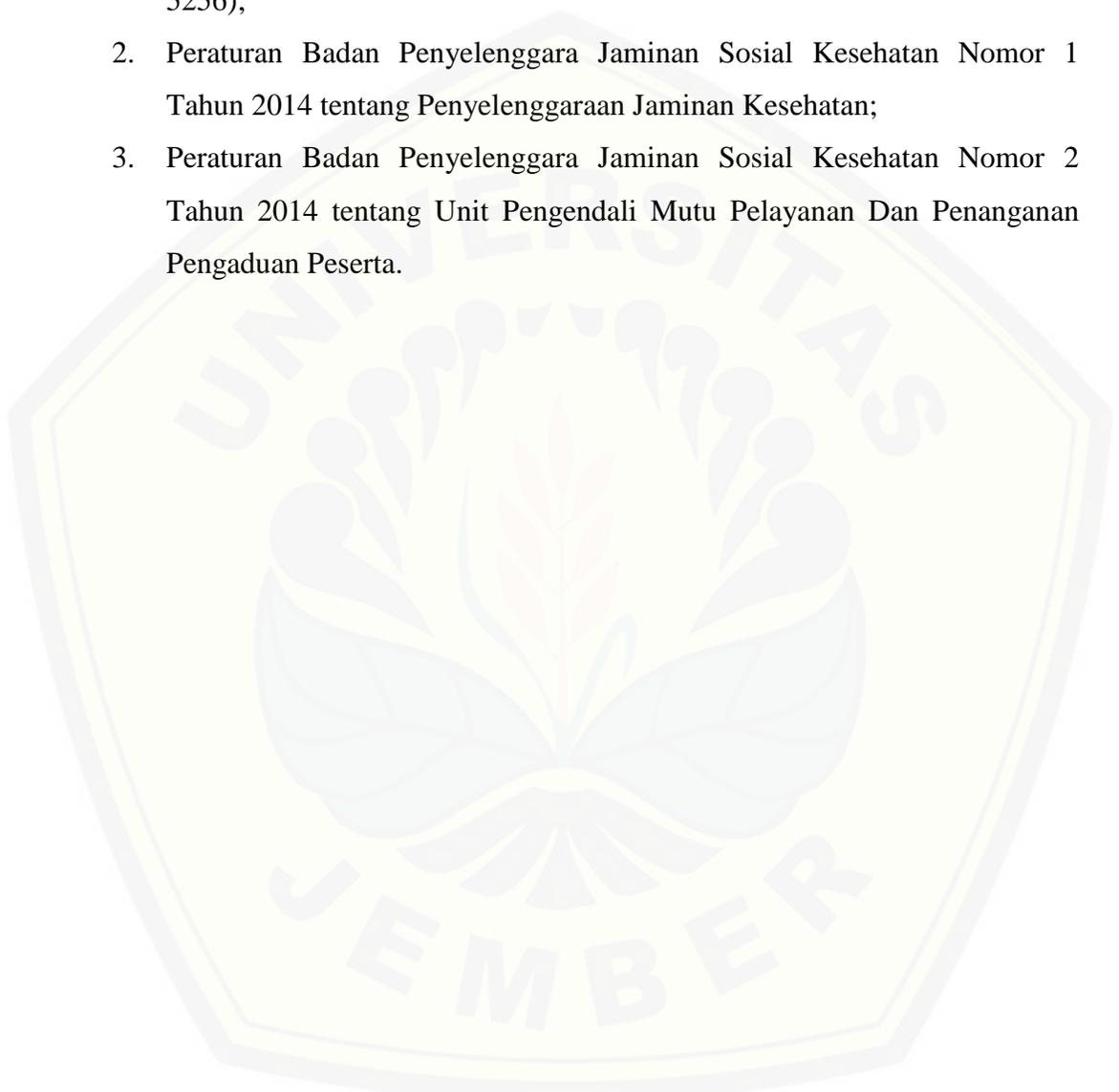
BAB IV. PENUTUP

4.1. Kesimpulan	66
4.2. Saran	67

Daftar Pustaka

DAFTAR LAMPIRAN

1. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
2. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan;
3. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 2 Tahun 2014 tentang Unit Pengendali Mutu Pelayanan Dan Penanganan Pengaduan Peserta.



BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pasal 28 huruf (h) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menyebutkan bahwa : “setiap orang hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Selanjutnya, Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 juga menyebutkan bahwa : “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”. Sebagai perwujudannya, maka pemerintah Indonesia membentuk Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. UU SJSN mengamanatkan dibentuknya badan penyelenggara jaminan sosial, sehingga dibentuklah PT Askes (Persero) sebagai badan penyelenggara jaminan sosial bagi Pegawai Negeri Sipil sekaligus pelaksana program Jamkesmas. Hal ini dapat kita lihat pada ketentuan Pasal 5 ayat (1) Jo. Pasal 52 UU SJSN.¹

Pada 1 Januari 2014, dilakukan transformasi PT Askes (Persero) menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Dengan dijalankannya BPJS Kesehatan ini maka seluruh program PT Askes (Persero) sebagai penyelenggara jaminan sosial dan sebagai pelaksana program Jamkesmas beralih kepada BPJS kesehatan. Hal ini dapat kita lihat pada ketentuan Pasal 5 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.²

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disebut BPJS dalam penelitian ini ialah BPJS Kesehatan. Tugas utama BPJS Kesehatan adalah menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi warga negara Indonesia. Dalam Pasal 1 angka 1 Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan,

¹ Asih Eka Putri, *Penyelenggaraan Jaminan Sosial di Indonesia*, Legislasi Indonesia Volume 9 Nomor 2, 2012, hlm. 240

² *Ibid*, hlm. 246

yang dimaksud dengan 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.

Sejak diberlakukannya BPJS Kesehatan tersebut, peserta Jamkesmas secara otomatis menjadi peserta penerima bantuan iuran (PBI) BPJS Kesehatan yang iurannya dibayar oleh pemerintah Indonesia. Masyarakat yang pada mulanya merupakan peserta Jamkesmas belum seluruhnya mengetahui prosedur baru pada program jaminan kesehatan nasional yang diselenggarakan BPJS Kesehatan, sehingga masih banyak peserta yang mengalami kendala dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Selain itu masyarakat juga banyak yang belum mengerti jika mereka dikategorikan sebagai konsumen yang hak-haknya dilindungi. Pada Pasal 5 Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, menyebutkan Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf a terdiri atas: (a) orang yang tergolong fakir miskin, dan (b) orang tidak mampu.

Dalam kurun waktu lebih dari satu tahun ini, BPJS Kesehatan dalam menjalankan programnya masih belum menuai hasil optimal sebagaimana yang diharapkan pemerintah Indonesia sebagai badan hukum yang menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional. Sebagai contoh, kasus penolakan pelayanan kesehatan yang mengakibatkan meninggalnya seorang pasien pemegang kartu Jamkesmas (peserta BPJS Kesehatan Penerima Bantuan Iuran) dengan alasan kamar penuh oleh Rumah Sakit Umum Daerah Sumberrejo yang berada di kota Bojonegoro Jawa Timur pada tanggal 26 bulan febuari lalu.³

Kasus penolakan pasien jamkesmas di RSUD Sumberrejo Bojonegoro merupakan salah satu contoh pelanggaran yang merugikan hak peserta BPJS Kesehatan. Baik masyarakat golongan atas maupun masyarakat golongan bawah, semuanya berhak atas kesehatan yang layak. Terlepas itu perawatan intensif atau

³ Situs Berita Bojonegoro, *"Ditolak RSUD Sumberrejo, Pasien Jamkesmas Meninggal di Jalan"*, diakses di <http://blokbojonegoro.com/read/article/5/20150225/ditolak-rsu-sumberrejo-pasien-jamkesmas-meninggal-di-perjalanan.html>, diakses tanggal 06 September 2105

pun obat–obatan mahal, maka setiap individu (peserta BPJS Kesehatan) yang berobat ke rumah sakit, klinik, atau fasilitas kesehatan lainnya berhak mendapatkan tindakan medis berupa pelayanan kesehatan yang baik sesuai takarannya masing–masing. Dalam Pasal 47 Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, disebutkan pelayanan kesehatan tersebut mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.

BPJS Kesehatan dalam melaksanakan program jaminan kesehatan nasional perlu memperhatikan beberapa hal guna tercapainya keberhasilan upaya kesehatan tersebut. Salah satu upaya kesehatan tersebut ialah ketersediaan yang berupa tenaga, sarana, dan prasarana dalam jumlah mutu yang memadai. Rumah sakit merupakan salah satu sarana kesehatan yang diselenggarakan baik oleh pemerintah maupun masyarakat. Pelayanan kesehatan sebagai kegiatan utama rumah sakit menempatkan dokter dan perawat sebagai tenaga kesehatan yang paling dekat hubungannya dengan pasien dalam penanganan penyakit. Terdapat beberapa hubungan dalam upaya pelayanan kesehatan tersebut, yaitu hubungan antara rumah sakit dengan dokter; perawat dengan pasien; hubungan antara dokter dengan perawat dan pasien; dan hubungan antara perawat dengan pasien.⁴

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka dalam skripsi ini penulis tertarik menyusun penulisan penelitian hukum dengan judul: **“PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP PESERTA BPJS KESEHATAN ATAS PENOLAKAN PELAYANAN KESEHATAN OLEH RUMAH SAKIT”**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut :

1. Apakah bentuk perlindungan hukum yang tepat bagi peserta BPJS Kesehatan atas penolakan pelayanan kesehatan oleh Rumah Sakit?

⁴ Sri Praptianingsih, *Kedudukan Hukum Perawat Dalam Upaya Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit*, Raja Grafindo, Jakarta, 2006, hlm. 3-5

2. Apakah tanggung jawab yang dapat diberikan BPJS Kesehatan beserta Rumah Sakit atas penolakan pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan oleh Rumah Sakit?
3. Apakah upaya yang dapat dilakukan peserta BPJS Kesehatan atas tindakan penolakan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Rumah Sakit?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah:

1. Untuk memenuhi dan melengkapi tugas akhir sebagai persyaratan pokok yang bersifat akademis guna mencapai gelar Sarjana Hukum dengan ketentuan kurikulum Fakultas Hukum Universitas Jember;
2. Sebagai sarana untuk menerapkan ilmu dan pengetahuan hukum yang telah diperoleh dari perkuliahan yang bersifat teoritis dengan praktik yang terjadi di masyarakat.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan Khusus dari penelitian ini adalah :

1. Untuk mengetahui dan memahami bentuk perlindungan hukum yang tepat bagi peserta BPJS Kesehatan atas penolakan pelayanan kesehatan oleh Rumah Sakit;
2. Untuk mengetahui dan memahami tanggung jawab yang dapat diberikan BPJS Kesehatan beserta Rumah Sakit atas penolakan pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan oleh Rumah Sakit;
3. Untuk mengetahui dan memahami upaya yang dapat dilakukan peserta BPJS Kesehatan atas tindakan penolakan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Rumah Sakit.

1.4. Metode Penelitian

Metode penelitian merupakan faktor yang penting untuk penulisan yang bersifat ilmiah. Suatu karya ilmiah harus mengandung kebenaran yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah sehingga hasil karya ilmiah tersebut dapat

mendekati suatu kebenaran sesungguhnya. Metodologi merupakan cara kerja bagaimana menemukan atau memperoleh hasil yang konkrit dan juga metode tersebut merupakan cara utama mencapai tujuan.⁵

1.4.1. Tipe Penelitian

Penelitian hukum adalah suatu proses untuk menemukan aturan hukum, prinsip-prinsip hukum, maupun doktrin-doktrin hukum guna menjawab isu hukum yang dihadapi. Penelitian hukum dilakukan untuk menghasilkan argumentasi, teori atau konsep baru sebagai preskripsi dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Oleh karena itu, dibutuhkan kemampuan untuk mengidentifikasi masalah hukum, melakukan penalaran hukum, menganalisis masalah yang dihadapi dan kemudian memberikan pemecahan atas masalah tersebut. Sebagaimana dikatakan oleh Cohen, bahwa kegiatan penelitian hukum merupakan proses menemukan hukum yang berlaku dalam kegiatan hidup bermasyarakat.⁶

Penelitian hukum dalam tulisan ini menggunakan tipe penelitian yuridis normatif. Adapun penelitian yuridis normatif (*legal research*) adalah menemukan kebenaran koherensi, yaitu adakah aturan hukum sesuai norma hukum dan adakah norma yang berupa perintah atau larangan itu sesuai dengan prinsip hukum, serta apakah tindakan (*act*) seseorang sesuai dengan norma hukum (bukan hanya sesuai aturan hukum) atau prinsip hukum.⁷

1.4.2. Pendekatan Masalah

Di dalam penelitian hukum terdapat beberapa pendekatan. Dengan pendekatan tersebut, peneliti akan mendapatkan informasi dari berbagai aspek mengenai isu yang sedang dicoba untuk dicari jawabnya. Pendekatan-pendekatan yang digunakan di dalam penelitian hukum adalah pendekatan undang-undang (*statute approach*), pendekatan kasus (*case approach*), pendekatan historis (*historical approach*), pendekatan komparatif (*comparative approach*), dan

⁵ Peter Mahmud Marzuki, *Penelitian Hukum*, Kencana Perdana Media Group, Jakarta, 2014, hlm. 27

⁶ *Ibid*, hlm. 60

⁷ *Ibid*, hlm. 47

pendekatan konseptual (*conceptual approach*).⁸ Terkait dengan skripsi ini, penulis menggunakan pendekatan perundang-undangan (*statute approach*) dan pendekatan konseptual (*conceptual approach*).

Pendekatan perundang-undangan (*statute approach*) dilakukan dengan menelaah semua undang-undang dan regulasi yang bersangkutan paut dengan isu hukum yang sedang ditangani. Bagi penelitian untuk kegiatan akademis, peneliti perlu mencari *ratio legis* dan dasar *ontologis* lahirnya undang-undang tersebut. Dengan mempelajari *ratio legis* dan dasar *ontologis* suatu undang-undang, peneliti sebenarnya mampu menangkap kandungan filosofis yang ada dibelakang undang-undang. Memahami kandungan filosofis yang ada dibelakang undang-undang itu, peneliti tersebut akan dapat menyimpulkan mengenai ada tidaknya benturan filosofis antara undang-undang dengan isu yang dihadapi.⁹

Pendekatan konseptual (*conceptual approach*), pendekatan yang beranjak dari pandangan-pandangan dan doktrin-doktrin yang berkembang di dalam ilmu hukum. Dengan mempelajari pandangan-pandangan dan doktrin-doktrin di dalam ilmu hukum, peneliti akan menemukan ide-ide yang melahirkan pengertian-pengertian hukum, konsep-konsep hukum, dan asas-asas hukum yang relevan dengan isu yang dihadapi. Pemahaman akan pandangan-pandangan dan doktrin-doktrin tersebut merupakan sandaran bagi peneliti dalam membangun suatu argumentasi hukum dalam memecahkan isu yang dihadapi.¹⁰

1.4.3. Bahan Hukum

Sebuah penelitian hukum tidak meneganal adanya data. Untuk memecahkan isu hukum dan sekaligus memberikan preskripsi mengenai apa yang seyogyanya, diperlukan sumber-sumber hukum. Sumber-sumber bahan hukum dapat dibedakan menjadi sumber bahan hukum primer dan sumber bahan hukum sekunder.¹¹

⁸ *Ibid*, hlm. 133

⁹ *Ibid*

¹⁰ *Ibid*, hlm. 135

¹¹ *Ibid*, hlm. 181

1.4.3.1. Bahan Hukum Primer

Bahan hukum primer merupakan sumber bahan hukum yang bersifat *otoritatif*, artinya mempunyai otoritas. Bahan-bahan hukum primer terdiri dari peraturan perundang-undangan, catatan-catatan resmi atau risalah dalam pembuatan peraturan perundang-undangan dan putusan-putusan hakim.¹² Bahan hukum primer dalam penyusunan skripsi ini antara lain:

1. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3821);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
6. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan;
7. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 2 Tahun 2014 Tantang Unit Pengendali Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta.

1.4.3.2. Bahan Hukum Sekunder

Mengenai bahan hukum sekunder, Peter Mahmud Marzuki berpendapat bahwa bahan hukum sekunder merupakan bahan hukum yang berupa semua

¹² *Ibid*, hlm. 181

publikasi tentang hukum yang bukan merupakan dokumen-dokumen resmi. Publikasi tentang hukum meliputi buku-buku, teks, kamus-kamus hukum, jurnal-jurnal hukum dan komentar-komentar atas putusan pengadilan.¹³ Bahan hukum sekunder yang digunakan dalam penulisan skripsi ini adalah buku-buku teks tentang hukum yang relevan dengan isu hukum yang diangkat dan ditulis dalam skripsi ini, seperti literatur-literatur dan buku-buku yang terkait dengan perlindungan konsumen, BPJS Kesehatan, dan hak-hak peserta BPJS Kesehatan sebagai konsumen jasa layanan kesehatan.

1.4.3.3. Analisis Bahan Hukum

Metode analisis bahan hukum yang digunakan dalam skripsi ini adalah metode deduktif, yaitu berpedoman dari prinsip-prinsip dasar kemudian menghadirkan objek yang hendak diteliti, jadi bergerak dari prinsip-prinsip umum menjadi prinsip-prinsip khusus. Peter Mahmud Marzuki menyatakan dalam melakukan penelitian hukum dilakukan langkah-langkah:¹⁴

1. Mengidentifikasi fakta hukum dan mengelimir hal-hal yang tidak relevan untuk menetapkan isu hukum yang hendak dipecahkan;
2. Mengumpulkan bahan-bahan hukum dan non-hukum yang dipandang mempunyai relevansi;
3. Melakukan telaah atas isu hukum yang diajukan berdasarkan bahan-bahan yang telah dikumpulkan;
4. Menarik kesimpulan dalam bentuk argumentasi yang menjawab isu hukum;
5. Memberikan preskripsi berdasarkan argumentasi yang telah dibangun di dalam kesimpulan.

Peter Mahmud Marzuki mengemukakan langkah-langkah penelitian hukum ini sesuai dengan karakter ilmu hukum sebagai ilmu yang bersifat preskriptif dan terapan. Sebagai ilmu hukum yang bersifat preskriptif, ilmu hukum mempelajari tujuan hukum, nilai-nilai keadilan, validitas aturan hukum, konsep-konsep hukum, dan norma-norma hukum. Sebagai ilmu terapan, ilmu hukum menetapkan standar prosedur, ketentuan-ketentuan, rambu-rambu dalam melaksanakan aturan hukum. Oleh karena itulah langkah-langkah

¹³ *Ibid*, hlm. 181

¹⁴ *Ibid*, hlm. 213

tersebut dapat diterapkan baik terhadap penelitian untuk kebutuhan praktis maupun yang untuk kajian akademis.¹⁵



¹⁵ *Ibid*, hlm. 213

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Perlindungan Konsumen

2.1.1 Pengertian Perlindungan Konsumen

Demi terciptanya keadilan dan kepastian hukum bagi hak-hak seorang warga negara, maka negara sebagai penjamin kesejahteraan umum berkewajiban menciptakan perlindungan hukum bagi hak-hak setiap warga negaranya. Salah satu caranya ialah menciptakan perlindungan hukum bagi konsumen dalam hal mengkonsumsi suatu barang dan/atau menggunakan suatu jasa tertentu. Dalam hal ini perlindungan hukum yang dimaksud ialah perlindungan konsumen. Menurut Philipus M. Hadjon, perlindungan hukum adalah suatu kondisi subjektif yang menyatakan hadirnya keharusan pada diri sejumlah subjek hukum untuk segera memperoleh sejumlah sumber daya guna kelangsungan eksistensi subjek hukum yang dijamin dan dilindungi oleh hukum agar kekuatannya secara terorganisir dalam proses pengambilan keputusan politik maupun ekonomi khususnya pada distribusi sumber daya baik pada perangkat individu maupun struktural.¹

Perlindungan hukum bagi rakyat dikenal dengan dua bentuk, yaitu perlindungan yang bersifat preventif dan perlindungan yang bersifat represif. Perlindungan hukum yang bersifat represif kepada warga negara, yaitu diberikannya kesempatan untuk mengajukan keberatan atau pendapatnya sebelum suatu keputusan pemerintah mendapat bentuk yang definitif. Dengan demikian, perlindungan hukum yang bersifat preventif bertujuan untuk mencegah terjadinya sengketa. Sedangkan sebaliknya perlindungan hukum yang bersifat represif bertujuan untuk menyelesaikan sengketa.²

Menurut *Business English Dictionary*, perlindungan konsumen adalah *protecting consumers against unfair or illegal trades*. Adapun *Black's Law*

¹ Philipus M. Hadjon, *Perlindungan Hukum Bagi Rakyat Indonesia*, Surabaya, Bina Ilmu, 1987, hlm. 2

² *Ibid*, hlm. 2

Dictionary mendefinisikan *a statute that safeguards consumers in the use goods and services*. Perlindungan konsumen adalah istilah yang dipakai untuk menggambarkan perlindungan hukum yang diberikan kepada konsumen dalam usahanya untuk memenuhi kebutuhannya dari hal-hal yang merugikan konsumen itu sendiri. Dalam Pasal 1 ayat (1) Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 Tentang Perlindungan Konsumen, yang dimaksud “perlindungan konsumen adalah segala upaya yang menjamin adanya kepastian hukum untuk memberi perlindungan kepada konsumen”. Perlindungan konsumen mempunyai cakupan yang luas, meliputi perlindungan konsumen terhadap barang dan jasa, yang berawal dari tahap kegiatan untuk mendapatkan barang dan jasa hingga sampai akibat-akibat dari pemakaian barang dan/atau jasa tersebut.³

Keinginan yang hendak dicapai dalam perlindungan konsumen adalah menciptakan rasa aman bagi konsumen dalam memenuhi kebutuhan hidup. Terbukti bahwa semua norma perlindungan konsumen dalam Undang-Undang Perlindungan Konsumen memiliki sanksi pidana. Singkatnya, bahwa segala upaya yang dimaksudkan dalam perlindungan konsumen tersebut tidak saja terhadap tindakan preventif, akan tetapi juga tindakan represif dalam semua bidang perlindungan yang diberikan kepada konsumen. Maka pengaturan perlindungan konsumen dilakukan dengan:⁴

1. Menciptakan sistem perlindungan konsumen yang mengandung unsur keterbukaan akses informasi, serta menjamin kepastian hukum.
2. Melindungi kepentingan konsumen pada khususnya dan kepentingan seluruh pelaku usaha.
3. Meningkatkan kualitas barang dan pelayanan jasa.
4. Memberikan perlindungan kepada konsumen dari praktik usaha yang menipu dan menyesatkan.
5. Memadukan penyelenggaraan, pengembangan dan pengaturan perlindungan konsumen dengan bidang-bidang perlindungan pada bidang-bidang lainnya.

³ Zulham, *Hukum Perlindungan Konsumen*, Jakarta, Kencana Prenada Media Group, 2013, hlm. 21-22

⁴ *Ibid*, hlm. 22-23

2.1.2 Asas dan Tujuan Perlindungan Konsumen

Menurut M. Sadar dalam bukunya yang berjudul *Hukum Perlindungan Konsumen Di Indonesia* mengatakan perlindungan konsumen diselenggarakan sebagai usaha bersama berdasarkan 5 (lima) asas yang relevan dalam pembangunan nasional yaitu: asas manfaat, keadilan, keseimbangan, keamanan dan keselamatan konsumen, serta kepastian hukum.⁵ Hal ini terdapat pada ketentuan Pasal 2 UU Nomor 8 Tahun 1999 Tentang Perlindungan Konsumen, yang penjelasannya sebagai berikut:

1. Asas manfaat dimaksudkan untuk mengamanatkan bahwa segala upaya dalam penyelenggaraan perlindungan konsumen harus memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi kepentingan konsumen dan pelaku usaha secara keseluruhan.
2. Asas keadilan dimaksudkan agar partisipasi seluruh rakyat dapat diwujudkan secara maksimal dan memberikan kesempatan kepada konsumen dan pelaku usaha untuk memperoleh haknya dan melaksanakan kewajibannya secara adil.
3. Asas keseimbangan dimaksudkan untuk memberikan keseimbangan antara kepentingan konsumen, pelaku usaha dan pemerintah dalam arti materiil ataupun spiritual.
4. Asas keamanan dan keselamatan konsumen dimaksudkan untuk memberikan jaminan atas keamanan dan keselamatan kepada konsumen dalam penggunaan, pemakaian dan pemanfaatan barang dan/atau jasa yang dikonsumsi atau digunakan.
5. Asas kepastian hukum dimaksudkan agar baik pelaku usaha maupun konsumen menaati hukum dan memperoleh keadilan dalam penyelenggaraan perlindungan konsumen, serta negara menjamin kepastian hukum.

Pasal 3 UU Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen mengemukakan, Perlindungan Konsumen bertujuan:

- a. Meningkatkan kesadaran, kemampuan dan kemandirian konsumen untuk melindungi diri;
- b. Mengangkat harkat dan martabat konsumen dengan cara menghindarkannya dari eksekusi negatif pemakaian barang dan/atau jasa;
- c. Meningkatkan pemberdayaan konsumen dalam memilih, menentukan dan menuntut hak – haknya sebagai konsumen;

⁵ M. Sadar, dkk, *Hukum Perlindungan Konsumen Di Indonesia*, Jakarta, Akademia, 2012, hlm. 19-20

- d. Menciptakan sistem perlindungan konsumen yang mengandung unsur kepastian hukum dan keterbukaan informasi serta akses untuk mendapatkan informasi;
- e. Menumbuhkan kesadaran pelaku usaha mengenai pentingnya perlindungan konsumen sehingga tumbuh sikap yang jujur dan bertanggungjawab dalam berusaha;
- f. Meningkatkan kualitas barang dan/atau jasa yang menjamin kelangsungan usaha produksi barang dan/atau jasa, kesehatan, kenyamanan, keamanan, dan keselamatan konsumen.

2.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

2.2.1 Pengertian BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disebut BPJS merupakan badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan nasional. Berbicara mengenai badan hukum erat kaitannya dengan pelaku usaha, baik pelaku usaha negara maupun pelaku usaha perseorangan. Menurut Abdul Halim Barkatullah dalam bukunya yang berjudul *Hak-Hak Konsumen* mengatakan “pelaku usaha” yang termasuk dalam pengertian Undang-Undang Perlindungan Konsumen yang selanjutnya disebut UUPK adalah perusahaan, korporasi, BUMN, koperasi, importir, pedagang, distributor, dan lain-lain.⁶

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk dengan Undang-Undang untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS menurut UU Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah transformasi dari badan penyelenggara jaminan sosial yang sekarang telah berjalan dan dimungkinkan untuk membentuk badan penyelenggara baru sesuai dengan dinamika perkembangan jaminan sosial.⁷

BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan adalah badan hukum publik menurut UU BPJS. Tiga kriteria di bawah ini digunakan untuk menentukan bahwa BPJS merupakan badan hukum publik, yaitu:⁸

⁶ Abdul Halim Barkatullah, *Hak-Hak Konsumen*, Bandung, Nusa Media, 2010, hlm. 37

⁷ Asih Eka Putri, *Seri Buku Saku-2: Paham BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan)*, Friedrich-Ebert-Stiftung, 2014, hlm. 7

⁸ *Ibid*

1. Cara pendiriannya atau terjadinya badan hukum itu, diadakan dengan konstruksi hukum publik, yaitu didirikan oleh penguasa (Negara) dengan Undang-undang;
2. Lingkungan kerjanya, yaitu dalam melaksanakan tugasnya badan hukum tersebut pada umumnya dengan publik dan bertindak dengan kedudukan yang sama dengan publik;
3. Wewenangnya, badan hukum tersebut didirikan oleh penguasa Negara dan diberi wewenang untuk membuat keputusan, ketetapan, atau peraturan yang mengikat umum.

BPJS merupakan badan hukum publik karena memenuhi ketiga persyaratan tersebut di atas. Ketiga persyaratan tersebut tercantum dalam berbagai norma dalam UU BPJS, yaitu:⁹

1. BPJS dibentuk dengan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
2. BPJS berfungsi untuk menyelenggarakan kepentingan umum, yaitu Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.
3. BPJS diberi delegasi kewenangan untuk membuat aturan yang mengikat umum.
4. BPJS bertugas mengelola dana publik, yaitu dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta.
5. BPJS berwenang melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional.
6. BPJS bertindak mewakili Negara RI sebagai anggota organisasi atau lembaga internasional.
7. BPJS berwenang mengenakan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya.
8. Pengangkatan anggota Dewan Pengawas dan anggota Direksi oleh Presiden, setelah melalui proses seleksi publik.

BPJS wajib menyampaikan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan yang telah diaudit oleh akuntan publik kepada Presiden, dengan tembusan kepada DJSN, paling lambat 30 Juni tahun berikutnya.¹⁰ BPJS mengumumkan laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan

⁹ *Ibid*

¹⁰ *Ibid*, hlm. 8

kepada publik dalam bentuk ringkasan eksekutif melalui website BPJS dan melalui paling sedikit 2 (dua) media massa cetak yang memiliki peredaran luas secara nasional, paling lambat tanggal 31 Juli tahun berikutnya.¹¹

Pasal 1 angka 2 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, menyebutkan bahwa:

“Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disebut sebagai BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan”.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan adalah badan hukum publik yang bertanggungjawab kepada Presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.¹² Pada 1 Januari 2014 Pemerintah mengoperasikan BPJS Kesehatan atas perintah UU BPJS. Pada saat BPJS Kesehatan mulai beroperasi, terjadi serangkaian peristiwa sebagai berikut:¹³

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

Sejak BPJS Kesehatan beroperasi menyelenggarakan program jaminan kesehatan nasional, terjadi pengalihan program-program pelayanan kesehatan perorangan kepada BPJS Kesehatan. Mulai 1 Januari 2014 terjadi pengalihan program sebagai berikut:¹⁴

¹¹ *Ibid*, hlm. 9

¹² *Ibid*, hlm. 14

¹³ *Ibid*

¹⁴ *Ibid*, hlm. 15

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

2.2.2 Tujuan Dibentuknya BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan merupakan badan hukum yang dibentuk pemerintah Indonesia khusus untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan nasional. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disebut dengan UU BPJS menyebutkan bahwa, “BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.” Jaminan kesehatan menurut UU SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.¹⁵

Pasal 2 UU BPJS, disebutkan BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas: (1) kemanusiaan, (2) manfaat, dan (3) keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dalam penjelasan Pasal 2 UU BPJS, menerangkan:

1. Yang dimaksud dengan “asas kemanusiaan” adalah asas yang terkait dengan penghargaan terhadap martabat manusia.
2. Yang dimaksud dengan “asas manfaat” adalah asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif.
3. Yang dimaksud dengan “asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia” adalah asas yang bersifat adil.

Pasal 3 UU BPJS, menyebutkan bahwa BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya. Dalam Penjelasan Pasal 3 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan

¹⁵ *Ibid*, hlm. 20

Penyelenggara Jaminan Sosial yang dimaksud dengan “kebutuhan dasar hidup” adalah kebutuhan esensial setiap orang agar dapat hidup layak, demi terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

2.3 Peserta BPJS Kesehatan

2.3.1 Pengertian Peserta BPJS Kesehatan

Peserta BPJS Kesehatan dapat diartikan juga sebagai konsumen jasa layanan kesehatan. Oleh sebab itu berbicara mengenai peserta BPJS Kesehatan tidak akan lepas dengan pengertian konsumen, yakni konsumen jasa layanan kesehatan. Pakar masalah konsumen di Belanda, Hondinus menyimpulkan, para ahli hukum pada umumnya sepakat mengartikan konsumen sebagai, pemakai produksi terakhir dari benda dan jasa; (*uiteindelijk gebruiker van goederen en deinsten*).¹⁶ Berbicara mengenai konsumen, dalam kaitannya dengan pembicaraan mengenai hak atas pemeliharaan perawatan medis, pasien merupakan konsumen atas jasa.¹⁷

Pasal 1 angka 4 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, menyebutkan bahwa peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta BPJS Kesehatan dalam Pasal 4 Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dibagi kedalam 2 kelompok peserta, yakni Peserta penerima bantuan iuran (PBI) dan peserta bukan penerima bantuan iuran (non PBI). Kriteria-kriteria orang yang termasuk kedalam kedua kelompok peserta BPJS Kesehatan tersebut diatur pada Pasal 6, Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9 Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, yaitu:

1. Penerima bantuan iuran jaminan kesehatan (PBI); fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

¹⁶ Susanti Adi Nugroho, *Proses Penyelesaian Sengketa Konsumen Ditinjau Dari Hukum Acara Serta Kendala Implementasinya*, Jakarta, Kencana Prenada Media Group, 2008, hlm. 61

¹⁷ Hermein Hadiati Koeswadji, *Hukum dan Masalah Medik*, Surabaya, Airlangga University Press, 1984, hlm. 31

2. Bukan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan (non PBI), terdiri dari:
 - a. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya:
 - 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 f yang menerima Upah. Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
 - b. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya:
 - 1) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri; dan
 - 2) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah. Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
 - c. Bukan pekerja dan anggota keluarganya:
 - 1) Investor;
 - 2) Pemberi Kerja;
 - 3) Penerima Pensiun, terdiri dari:
 - a) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
 - b) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
 - c) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
 - d) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun yang mendapat hak pensiun;
 - e) Penerima pensiun lain; dan
 - f) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun lain yang mendapat hak pensiun.
 - 4) Veteran;
 - 5) Perintis Kemerdekaan;
 - 6) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan; dan
 - 7) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan e yang mampu membayar iuran.

Pasal 10 Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, menyebutkan bahwa anggota keluarga yang ditanggung sebagaimana dimaksud

dalam kelompok peserta bukan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan (non PBI), diantaranya:

1. Pekerja Penerima Upah:
 - a) Keluarga inti meliputi istri/suami dan anak yang sah (anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat), sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang.
 - b) Anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, dengan kriteria:
 - 1) Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri;
 - 2) Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.
2. Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja : Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang diinginkan (tidak terbatas).
3. Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga tambahan, yang meliputi anak ke-4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua.
4. Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga tambahan, yang meliputi kerabat lain seperti Saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dan lain-lain.

Pembagian kelompok peserta BPJS Kesehatan menjadi 2 kelompok tersebut, yakni; (1) Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), dan (2) Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (non PBI) disesuaikan dengan golongan masyarakat setiap individu tersebut. Untuk golongan masyarakat menengah ke atas masuk kedalam kelompok peserta BPJS Kesehatan bukan penerima bantuan iuran (non PBI) yang iurannya ditanggung sendiri, sedangkan untuk masyarakat golongan bawah (fakir miskin, dan orang tidak mampu) masuk kedalam kelompok peserta BPJS Kesehatan penerima bantuan iuran (PBI) yang iurannya dibayar oleh pemerintah Indonesia.

Kepesertaan BPJS Kesehatan bersifat wajib bagi seluruh rakyat Indonesia. Hal ini sesuai dengan bunyi Pasal 14 UU BPJS yang mengatakan “setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, wajib menjadi Peserta program Jaminan Sosial”. Kewajiban bagi warga negara Indonesia untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan diterapkan guna

mendukung kesuksesan program jaminan sosial yang dicanangkan oleh Pemerintah Indonesia. Sebab, penyelenggaraan jaminan sosial termasuk penyediaan fasilitas kesehatan merupakan tanggung jawab negara yang dijamin Pasal 34 UUD 1945.¹⁸

2.3.2 Hak dan Kewajiban Peserta BPJS

Hak dan kewajiban peserta BPJS Kesehatan tidak berbeda dengan hak dan kewajiban konsumen pada umumnya. Hak-hak dasar konsumen sebagaimana pertama kali dikemukakan oleh Presiden Amerika Serikat J.F.Kennedy di depan kongres pada tanggal 15 Maret 1962, yaitu terdiri atas:¹⁹

- a. Hak untuk memperoleh keamanan;
- b. Hak memilih;
- c. Hak mendapat informasi;
- d. Hak untuk didengar.

Keempat Hak tersebut merupakan bagian dari Deklarasi Hak-Hak Asasi Manusia yang dicanangkan PBB pada tanggal 10 Desember 1948, masing-masing pada Pasal 3, 8, 19, 21, dan Pasal 26, yang oleh Organisasi Konsumen Sedunia (*International Organization of Consumers Union- IOCU*) ditambahkan empat hak dasar konsumen lainnya, yaitu:²⁰

- a. Hak untuk memperoleh kebutuhan hidup;
- b. Hak untuk memperoleh ganti rugi;
- c. Hak untuk memperoleh pendidikan konsumen;
- d. Hak untuk memperoleh lingkungan hidup yang bersih dan sehat.

Masyarakat Eropa (*Europese Economische Gemeenschap atau EEG*) juga telah menyepakati lima hak dasar konsumen sebagai berikut:²¹

- a. Hak perlindungan kesehatan dan keamanan (*recht op bescherming van zijn gezondheid en veiligheid*);
- b. Hak perlindungan kepentingan ekonomi (*recht op bescherming van zijn economische belangen*);
- c. Hak mendapat ganti rugi (*recht op schadevergoeding*);

¹⁸ Situs Berita hukumonline.com, *Kepersetaan Wajib BPJS Bukan Domain Swasta*, diakses tanggal 24 Januari 2016

¹⁹ Ahmadi Miru, Sutarman Yodo, *Hukum Perlindungan Konsumen*, Jakarta, Rajagrafindo Persada, 2011, hlm. 38

²⁰ *Ibid*, hlm. 39

²¹ *Ibid*, hlm. 39

- d. Hak atas penerangan (*recht op voorlichting en vorming*);
- e. Hak untuk didengar (*recht om te worden gehord*).

Peserta BPJS Kesehatan memiliki hak-hak yang perlu dilindungi dan dihormati sebagai konsumen jasa layanan kesehatan. Mengenai hak dan kewajiban peserta BPJS Kesehatan, hal ini dapat kita lihat pada ketentuan Pasal 24 hingga Pasal 26 Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Jaminan Penyelenggaraan Kesehatan. Adapun hak-hak peserta BPJS Kesehatan, diantaranya:²²

- a. Mendapatkan identitas peserta;
- b. Mendapatkan Nomor Virtual Account ;
- c. Memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;
- d. Memperoleh manfaat Jaminan Kesehatan;
- e. Menyampaikan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan yang bekerja sama;
- f. Mendapatkan informasi pelayanan kesehatan; dan
- g. Mengikuti program asuransi kesehatan tambahan.

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan juga mengatur kewajiban-kewajiban bagi peserta BPJS Kesehatan, diantaranya:²³

- a. Membayar iuran;
- b. Melaporkan perubahan data kepesertaan;
- c. Melaporkan perubahan status kepesertaan; dan
- d. Melaporkan kerusakan dan/atau kehilangan kartu identitas Peserta Jaminan Kesehatan.

2.4 Pelayanan Kesehatan

Setiap peserta BPJS Kesehatan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Pengertian mengenai pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif ini terdapat pada Pasal 1 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, yakni:

²² BPJS Kesehatan, *op, cit*, hlm. 6

²³ *Ibid*

1. Pasal 1 angka 12 UU Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
2. Pasal 1 angka 13 UU 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
3. Pasal 1 angka 14 UU 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
4. Pasal 1 angka 15 UU 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

Pelayanan kesehatan tersebut merupakan hak mutlak bagi setiap peserta BPJS Kesehatan. Pelayanan kesehatan tersebut meliputi semua fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, fasilitas kesehatan lainnya yang ditetapkan oleh Menteri yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan termasuk fasilitas kesehatan penunjang yang terdiri atas:²⁴

- a. Laboratorium;
- b. Instalasi farmasi rumah sakit;
- c. Apotek;
- d. Unit transfusi darah/palang merah indonesia;
- e. Optik;
- f. Pemberi pelayanan *consumable ambulatory peritoneal dialysis* (capd); dan
- g. Praktek bidan/perawat atau yang setara.

Pasal 47 ayat (3) Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan terdiri atas:

- a. Pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama;
- b. Pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan;

²⁴ Tim Visi Yustisia, *op, cit*, hlm. 50

- c. Pelayanan gawat darurat;
- d. Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medik habis pakai;
- e. Pelayanan ambulans;
- f. Pelayanan skrining kesehatan; dan
- g. Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh menteri.

Ketentuan mengenai pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan diatur dalam Pasal 47 hingga Pasal 73 Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Selain itu, BPJS Kesehatan dalam menjalankan program jaminan kesehatan nasional diharapkan dapat memberikan manfaat jaminan kesehatan nasional (JKN) kepada peserta BPJS Kesehatan. Manfaat jaminan kesehatan nasional (JKN) BPJS Kesehatan meliputi :²⁵

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialisik mencakup:
 - 1) Administrasi pelayanan;
 - 2) Pelayanan promotif dan preventif;
 - 3) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis;
 - 4) Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
 - 5) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 - 6) Transfusi darah sesuai kebutuhan medis;
 - 7) Pemeriksaan penunjang diagnosis laboratorium tingkat pertama;
 - 8) Rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi.
- b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan mencakup:
 - 1) Rawat jalan, meliputi:
 - a) Administrasi pelayanan;
 - b) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan sub spesialis;
 - c) Tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis;
 - d) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 - e) Pelayanan alat kesehatan implant;
 - f) Pelayanan penunjang diagnostic lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 - g) Rehabilitasi medis;
 - h) Pelayanan darah;
 - i) Pelayanan kedokteran forensik;
 - j) Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan.
 - 2) Rawat Inap yang meliputi:

²⁵ *Ibid*, hlm. 09

- a) Perawatan inap non intensif;
- b) Perawatan inap di ruang intensif;
- c) Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.

Pelayanan kesehatan adalah faktor penting dalam perawatan medis bagi konsumen jasa layanan kesehatan, maka sudah sepatutnya para tenaga medis untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar mutu pelayanan kesehatan. Definisi mutu pelayanan kesehatan banyak menjadi kajian para ahli. Tracendi dalam buku *Cost, Quality and Acces in Health Care* mengemukakan bahwa salah satu isu yang paling kompleks dalam dunia pelayanan kesehatan adalah penilaian mutu pelayanan. Ruang lingkungannya sangat luas, mulai dari kemungkinan derajat kesempurnaan (*perfectability*), teknik intervensi klinik sampai pada peranannya dalam menurunkan angka mortalitas.²⁶

Ada yang berpendapat bahwa mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit dapat dinilai dari mortalitas. Ada yang berpendapat bahwa mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit dapat dinilai dari mortalitas operasi, misalnya, atau dari angka infeksi nosokomial. Ada pula yang masih berpegang pada derajat pemanfaatan tempat tidur dan atau jumlah kunjungan ke poliklinik. Edlund dan Tracendi menyatakan bahwa untuk mengerti tentang mutu pelayanan kesehatan harus diajukan beberapa pertanyaan seperti oleh siapa, untuk siapa, dan untuk tujuan apa pelayanan kesehatan diberikan.²⁷

Pengertian mutu pelayanan kesehatan ini menjadi lebih rumit karena pertimbangan ekonomis. Di satu pihak sama – sam disadari akan adanya hubungan antara biaya yang dikeluarkan dengan mutu yang dihasilkan. Tetapi, di pihak lain, tidak ada batasan yang tegas tentang sampai seberapa jauh derajat mutu perlu dicapai bila disesuaikan dengan pertimbangan anggaran yang ada.²⁸

Buku *Total Quality Qontrol* oleh AV Feigenbaun yang diterjemahkan dalam bahasa indonesia dengan judul *Kendali Mutu Terpadu*, secara umum menyebutkan bahwa mutu produk dan jasa didefinisikan sebagai keseluruhan

²⁶ Tjandra Yoga Aditama, *Manjemen Administrasi Rumah Sakit*, Jakarta, UI-Press, 2002, hlm.

²⁷ *Ibid*

²⁸ *Ibid*

gabungan karakteristik produk dan jasa dari pemasaran, rekayasa, pembuatan, dan pemeliharaan yang membuat produk dan jasa yang digunakan memenuhi harapan pelanggan. Dalam buku ini juga disebutkan tentang konsep mutu yang berorientasi pada kepuasan total pelanggan.²⁹

Penilaian mutu pelayanan di rumah sakit diperumit lagi dengan berbagai faktor lain. Pada industri manufaktur, mutu barang yang dihasilkan ditentukan oleh standar baku dan harga. Bila mutu di bawah standar, atau bila harganya di atas standar untuk barang itu, maka konsumen tidak akan mau membelinya. Pada bidang kesehatan, konsumen “pasien” tidak dalam posisi yang mampu menilai secara pasti mutu pelayanan klinik yang diterimanya. Ditambah lagi kenyataan bahwa bila ada pelayanan yang tidak bermutu maka kesehatan pasien dan mungkin juga jiwanya menjadi taruhannya.³⁰

Kendati banyak faktor yang harus dipertimbangkan, bagaimanapun juga tentu harus dibuat parameter untuk menilai sejauh mana keberhasilan dan mutu pelayanan yang diberikan oleh organisasi rumah sakit ini. Salah satu definisi menyatakan bahwa mutu pelayanan kesehatan biasanya mengacu pada kemampuan rumah sakit memberi pelayanan yang sesuai dengan standar profesi kesehatan dan dapat diterima oleh pasiennya. Dalam hal ini, tentu perlu pula dipertimbangkan penggunaan sumber daya yang seefisien mungkin. Selain itu perlu pula menghindari kemungkinan masalah *iatrogenik* (infeksi, trauma dan lain-lain) karena perawatan di rumah sakit. *Institute of Medicine Committee* di Amerika Serikat menyatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan dinilai dari bagaimana pelayanan itu, baik bagi perorangan maupun populasi, dapat meningkatkan derajat kesehatan dan dilakukan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan yang ada di masa itu. Sementara itu, sejak 500 tahun yang lalu, seorang ahli yang bernama Bombastus von Hohenheim yang dikenal juga dengan nama Paracelcus, telah menyatakan bahwa “*Good medicine without good care is as useless as good care without good medicine*”.³¹

²⁹ *Ibid*

³⁰ *Ibid*, hlm. 173

³¹ *Ibid*, hlm. 174

Albin Krczal dari Australia, dalam tulisannya di majalah Hospital Management Internasional 1996 menyatakan bahwa penilaian kualitas pelayanan dilihat dari kacamata yang berbeda oleh berbagai pihak terkait, baik pemerintah, manajer rumah sakit, para dokter, petugas kesehatan lain, maupun masyarakat. Oleh karena itu, perlu diketahui dulu pola pandang masing – masing pihak, untuk kemudian menyamakannya sebisa mungkin.³²

2.5 Rumah Sakit

2.5.1 Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Rumah sakit juga sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan.

Beberapa pengertian rumah sakit oleh para ahli sebagaimana dikutip Azwar dalam bukunya yang berjudul “*Pengantar Administrasi Kesehatan*” adalah sebagai berikut:³³

1. Rumah sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis professional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien (*American Hospital Association*, 1974).
2. Rumah sakit adalah tempat dimana orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat dimana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat dan tenaga profesi kesehatan lainnya diselenggarakan (Wolper dan Pena, 1987).

³² *Ibid*

³³ Azrul Azwar, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Jakarta, Bina Rupa Aksara, 2010, hlm. 88-

3. Rumah sakit adalah pusat dimana pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan serta penelitian kedokteran diselenggarakan (*Association of Hospital Care*, 1947).

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan, dapat diklasifikasikan sebagai berikut:³⁴

1. Berdasarkan pada pemilik dan penyelenggara, artinya rumah sakit tersebut dapat dibedakan menjadi rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta. Rumah sakit pemerintah dimiliki dan diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan, Pemerintah Daerah, ABRI (sekarang TNI dan POLRI), dan BUMN. Rumah sakit swasta dimiliki dan diselenggarakan oleh yayasan yang sudah disahkan sebagai badan hukum dan badan lain yang bersifat sosial.
2. Berdasarkan pada jenis pelayanan, hal ini berarti pengklasifikasian rumah sakit didasarkan menurut bentuk pelayanannya. Rumah sakit dapat dibedakan menjadi rumah sakit umum (RSU) dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan untuk semua jenis penyakit dari yang bersifat dasar sampai dengan subspecialistik. Rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan berdasarkan jenis penyakit tertentu atau disiplin ilmu. Misalnya, Rumah Sakit Paru-Paru, Rumah Sakit Jantung, dan sebagainya.
3. Berdasarkan klasifikasi, artinya rumah sakit dibedakan berdasarkan pada kemampuan pelayanan, ketenagaan, fisik, dan peralatan yang dapat tersedia, rumah sakit umum pemerintah dan daerah diklasifikasikan sebagai berikut:
 - a. RSU kelas A mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialistik sempit dan spesialistik luas;
 - b. RSU kelas B mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis sekurang-kurangnya sebelas spesialistik dan subspecialistik terbatas;
 - c. RSU kelas C mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialistik dasar;
 - d. RSU kelas D mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis dasar.

³⁴ Sri Paptianingsih, *op. cit.*, hlm. 93-94

2.5.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut Pasal 4 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Untuk menjalankan tugas tersebut, sebagaimana Pasal 5 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, rumah sakit mempunyai fungsi:

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

BAB IV

PENUTUP

4.1. Kesimpulan

Berdasarkan uraian pembahasan yang telah disampaikan penulis dalam BAB III Pembahasan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut, antara lain:

1. Perlindungan hukum (preventif) peserta BPJS Kesehatan adalah bentuk perlindungan kepada peserta BPJS Kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau dari fasilitas kesehatan. Hal ini dapat kita lihat dalam ketentuan Pasal 47 Peraturan BPJS No. 1 Tahun 2014, Pasal 5 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Khusus untuk keadaan gawat darurat, ketentuan yang mendasari hak peserta BPJS Kesehatan terdapat pada Pasal 32 ayat (1) dan (2) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pasal 29 ayat (1) huruf c UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Pasal 55 ayat (1) UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, dan Pasal 63 ayat (2) dan (3) Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Selanjutnya bentuk perlindungan hukum (represif) bagi peserta BPJS Kesehatan atas penolakan pelayanan kesehatan oleh rumah sakit ialah hak untuk menuntut ganti rugi. Hal ini dapat kita lihat dalam Pasal 58 UU No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Tanggung jawab BPJS Kesehatan atas kasus penolakan peserta BPJS Kesehatan oleh rumah sakit didasari atas dasar prinsip asuransi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 angka 1 UU No. 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian. Hal itu disebabkan karena BPJS Kesehatan merupakan penjamin terselenggaranya jaminan kesehatan bagi pesertanya. Selain BPJS Kesehatan, rumah sakit juga bertanggung jawab atas kerugian yang diderita peserta BPJS Kesehatan atas penolakan pelayanan kesehatan oleh rumah sakit. Hal ini dikarenakan rumah sakit

merupakan penyelenggara program kesehatan yang bertanggung jawab atas setiap kelalaian tenaga kesehatan yang ada dalam rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Pasal 46 UU Rumah Sakit diperkuat dengan adanya doktrin tanggung jawab tanpa kesalahan (*Liability Without Fault*), yang artinya rumah sakit bertanggung jawab atas kesalahan dari pekerjanya. Secara perdata tanggung jawab rumah sakit atas kerugian yang disebabkan oleh kesalahan atau kelalaian tenaga kesehatan yang berada di bawahnya diatur dalam Pasal 1367 ayat (3) KUHPerdata.

3. Upaya penyelesaian sengketa pada dasarnya dibedakan dalam dua bentuk, yakni; (1) upaya nonlitigasi (diluar pengadilan), dan (2) upaya litigasi (melalui meja hijau/pengadilan). Secara umum penyelesaian sengketa antara peserta BPJS Kesehatan dengan BPJS Kesehatan dan/atau fasilitas kesehatan diatur dalam Pasal 48, Pasal 49, Pasal 50 UU Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dengan mekanisme sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3, Pasal 4, Pasal 5, Pasal 6 Peraturan BPJS Kesehatan No. 2 Tahun 2014 tentang Unit Pengendali Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta. Pertama - tama upaya yang dapat ditempuh oleh peserta yaitu upaya pengaduan kepada BPJS Kesehatan. Setelah pelaksanaan pengaduan, apabila masih belum dapat terselesaikan sengketa yang terjadi antara peserta BPJS Kesehatan dengan BPJS Kesehatan dan/atau fasilitas kesehatan maka langkah kedua ialah jalur nonlitigasi dengan cara mediasi. Upaya ketiga yang dapat ditempuh setelah upaya pertama dan upaya kedua tidak berhasil, yakni gugatan ke pengadilan tempat pemohon (peserta) tinggal.

4.2. Saran

Saran dalam skripsi ini ditujukan kepada peserta BPJS Kesehatan, penyelenggara program jaminan kesehatan yang dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan, dan Rumah Sakit dengan harapan dapat terciptanya derajat

kesehatan yang setinggi-tingginya bagi warga negara Indoensia seluruhnya. Saran-saran tersebut antara lain:

1. Hendaknya peserta BPJS Kesehatan yang mengalami kerugian diharapkan untuk tidak hanya berdiam diri menerima perlakuan yang sewenang-wenang seperti penolakan pelayanan kesehatan oleh rumah sakit (perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya). Peserta BPJS Kesehatan dapat melakukan tindakan berupa; (1) pengaduan, (2) mediasi, (3) gugatan disertai tuntutan ganti rugi apabila mendapatkan perbuatan melanggar hukum dari BPJS Kesehatan dan/atau fasilitas kesehatan yang mana hal tersebut sangat merugikan peserta BPJS Kesehatan sebagai konsumen jasa kesehatan.
2. Hendaknya BPJS Kesehatan melakukan pengawasan dan kontrol kepada fasilitas kesehatan, seperti rumah sakit. Karena dengan diadakannya pengawasan dan kontrol tersebut akan dapat menekan terjadinya pelanggaran hak-hak peserta BPJS Kesehatan, khususnya peserta BPJS Kesehatan Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang pada praktiknya banyak menerima diskriminasi oleh rumah sakit atau balai pengobatan lain sebagai fasilitas kesehatan peserta BPJS Kesehatan. Dengan demikian, diharapkan mutu pelayanan kesehatan yang ada saat ini dapat ditingkatkan lagi guna mewujudkan derajat sehat yang setinggi-tingginya bagi warga negara Indonesia.
3. Hendaknya rumah sakit atau balai pengobatan lain sebagai fasilitas kesehatan peserta BPJS Kesehatan mampu menjalankan program kesehatan dengan sebaik-baiknya sebagaimana yang diharapkan oleh pemerintah Indonesia untuk mengangkat derajat kesehatan warga negara Indonesia yang setinggi-tingginya. Selain itu rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan juga diharapkan mampu menjadi tempat tujuan seseorang mencari kesembuhan atas penyakit dalam dirinya sebagaimana fungsi rumah sakit yang menyelenggarakan program kesehatan untuk menciptakan kehidupan yang sehat bagi warga negara Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

Buku:

Abdul Halim Barkatullah, 2010, *Hak-Hak Konsumen*, Bandung, Nusa Media.

Ahmadi Miru & Sutarman Yodo, 2011, *Hukum Perlindungan Konsumen*, Jakarta, Rajagrafindo Persada.

Azrul Azwar, 1995, *Catatan Tentang Asuransi Kesehatan*, Jakarta, Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia.

-----, 2010, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Jakarta, Bina Rupa Aksara.

Hermein Hadiati Koeswadji, 1984, *Hukum dan Masalah Medik*, Surabaya, Airlangga University Press.

M. Sadar, MOH. Taufik Makarao & Habloel Mawadi, 2012, *Hukum Perlindungan Konsumen Di Indonesia*, Jakarta, Akamedia.

Nurnaningsih Amriani, 2012, *Mediasi (Alternatif Penyelesaian Sengketa Perdata di Pengadilan)*, Jakarta, RajaGrafindo Persada

Peter Mahmud Marzuki, 2014, *Penelitian Hukum*, Jakarta, Kencana Prenada Media Group.

Philipus M. Hadjon, 1987, *Perlindungan Hukum Bagi Rakyat Indonesia*, Surabaya, Bina Ilmu.

Sri Praptianingsih, 2006, *Kedudukan Hukum Perawat Dalam Upaya Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit*, Jakarta, Raja Grafindo.

Susanti Adi Nugroho, 2008, *Proses Penyelesaian Sengketa Konsumen Ditinjau Dari Hukum Acara Serta Kendala Implementasinya*, Jakarta, Kencana Prenada Media Group.

Tim Visi Yustisia, 2014, *Panduan Resmi Memperoleh Jaminan Kesehatan Dari BPJS: Semua Warga Negara Wajib Daftar*, Jakarta, Visimedia.

Tjandra Yoga Aditama, 2002, *Manjemen Administrasi Rumah Sakit*, Jakarta, UI-Press.

Zulham, 2013, *Hukum Perlindungan Konsumen*, Jakarta, Kencana Prenada Media Group.

Peraturan Perundang-Undangan:

Kitab Undang-Undang Hukum Perdata;

Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3821);

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);

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

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan;

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 2 Tahun 2014 tentang Unit Pengendali Mutu Pelayanan Dan Penanganan Pengaduan Peserta.

Lain-Lain:

Asih Eka Putri, 2012, *Penyelenggaraan Jaminan Sosial di Indonesia*, Legislasi Indonesia Volume 9 Nomor 2.

Asih Eka Putri, 2014, *Seri Buku Saku-2: Paham BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan)*, Friedrich-Ebert-Stiftung.

Arief Suryono, 2009, *Asuransi Kesehatan Berdasarkan Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992*, Jurnal Dinamika Hukum Fakultas Hukum Jenderal Soedirman Purwokerto Vol. 3, Purwokerto.

Dewi Tuti Muryati & B. Rini Heryanti, 2011, *Pengaturan dan Mekanisme Penyelesaian Sengketa Non Litigasi di Bidang Perdagangan*, Jurnal Dinamika SOSBUD USM Volume 13.

Setya Wahyudi, 2011, *Tanggung Jawab Rumah Sakit Terhadap Kerugian Akibat Kelalaian Tenaga Kesehatan Dan Implikasinya*, Jurnal Dinamika Hukum Fakultas Hukum Universitas Jenederal Soedirman Vol. 11.

Soemali & Lidia Noor Yulyanti, 2010, *Penyelesaian Sengketa Melalui Arbitrase Dalam Investasi Perdagangan*, Jurnal Hukum Fakultas Hukum Narotama Surabaya Vol. XVIII, Surabaya.

Suharmanto, 2014, *Perlindungan Hukum Bagi Anggota Tentara Nasional Indonesia (TNI) Angkatan Laut Dalam Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (Studi Di Rumah Sakit Dr. Ramelan Surabaya)*, Jurnal Prespektif Hukum Vol. 14.

BPJS Kesehatan, 2014, *Hak dan Kewajiban*, Group Kepesertaan.

<http://blokbojonegoro.com/read/article/5/20150225/ditolak-rsu-sumberejo-pasien-jamkesmas-meninggal-di-perjalanan.html>, diakses tanggal 06 September 2105

<http://m.hukumonline.com/berita/baca/lt54cf4a639cccf/kepesertaan-wajib-bpjs-bukan-domain-swasta>, diakses tanggal 24 Januari 2016

<http://marioteguhgoldenmomen.com>, diakses tanggal 11 April 2016



**UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 24 TAHUN 2011
TENTANG
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang:

- a. bahwa sistem jaminan sosial nasional merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat;
- b. bahwa 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;
- c. bahwa berdasarkan Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, harus dibentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dengan Undang-Undang yang merupakan transformasi keempat Badan Usaha Milik Negara untuk mempercepat terselenggaranya sistem jaminan sosial nasional bagi seluruh rakyat Indonesia;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu membentuk Undang-Undang tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Mengingat:

1. Pasal 20, Pasal 21, Pasal 23A, Pasal 28H ayat (1), ayat (2) dan ayat (3), dan Pasal 34 ayat (1) dan ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456).

Dengan Persetujuan Bersama:

DEWAN PERWAKILAN RAKYAT REPUBLIK INDONESIA

dan

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA

MEMUTUSKAN:

Menetapkan:

UNDANG-UNDANG TENTANG BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Undang-Undang ini yang dimaksud dengan:

1. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.
2. Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.
3. Dana Jaminan Sosial adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial.
4. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
5. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak peserta dan/atau anggota keluarganya.
6. Iuran adalah sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh Peserta, pemberi kerja, dan/atau Pemerintah.
7. Bantuan iuran adalah iuran yang dibayar oleh Pemerintah bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai Peserta program Jaminan Sosial.
8. Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.
9. 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.
10. Gaji atau Upah adalah hak Pekerja yang diterima dan dinyatakan dalam bentuk uang sebagai imbalan dari Pemberi Kerja kepada Pekerja yang ditetapkan dan dibayar menurut suatu perjanjian kerja, kesepakatan, atau peraturan perundang-undangan, termasuk tunjangan bagi Pekerja dan keluarganya atas suatu pekerjaan dan/atau jasa yang telah atau akan dilakukan.
11. Dewan Jaminan Sosial Nasional yang selanjutnya disingkat DJSN adalah dewan yang berfungsi untuk membantu Presiden dalam perumusan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan sistem jaminan sosial nasional.
12. Dewan Pengawas adalah organ BPJS yang bertugas melakukan pengawasan atas pelaksanaan pengurusan BPJS oleh direksi dan memberikan nasihat kepada direksi dalam penyelenggaraan program Jaminan Sosial.
13. 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.
14. Pemerintah Pusat yang selanjutnya disebut Pemerintah adalah Presiden Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Pasal 2

BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas:

- a. kemanusiaan;
- b. manfaat; dan
- c. keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Pasal 3

BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya.

Pasal 4

BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan prinsip:

- a. kegotongroyongan;
- b. nirlaba;
- c. keterbukaan;
- d. kehati-hatian;
- e. akuntabilitas;
- f. portabilitas;
- g. kepesertaan bersifat wajib;
- h. dana amanat; dan
- i. hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan Peserta.

BAB II

PEMBENTUKAN DAN RUANG LINGKUP

Bagian Kesatu Pembentukan

Pasal 5

- (1) Berdasarkan Undang-Undang ini dibentuk BPJS.
- (2) BPJS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
 - a. BPJS Kesehatan; dan
 - b. BPJS Ketenagakerjaan.

Bagian Kedua Ruang Lingkup

Pasal 6

- (1) BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf a menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
- (2) BPJS Ketenagakerjaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf b menyelenggarakan program:
 - a. jaminan kecelakaan kerja;
 - b. jaminan hari tua;
 - c. jaminan pensiun; dan
 - d. jaminan kematian.

BAB III STATUS DAN TEMPAT KEDUDUKAN

Bagian Kesatu Status

Pasal 7

- (1) BPJS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 adalah badan hukum publik berdasarkan Undang-Undang ini.
- (2) BPJS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab kepada Presiden.

Bagian Kedua Tempat Kedudukan

Pasal 8

- (1) BPJS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 berkedudukan dan berkantor pusat di ibu kota Negara Republik Indonesia.
- (2) BPJS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat mempunyai kantor perwakilan di provinsi dan kantor cabang di kabupaten/kota.

BAB IV FUNGSI, TUGAS, WEWENANG, HAK, DAN KEWAJIBAN

Bagian Kesatu

Fungsi

Pasal 9

- (1) BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf a berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
- (2) BPJS Ketenagakerjaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf b berfungsi menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, program jaminan kematian, program jaminan pensiun, dan jaminan hari tua.

Bagian Kedua

Tugas

Pasal 10

Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9, BPJS bertugas untuk:

- a. melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta;
- b. memungut dan mengumpulkan luran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
- c. menerima Bantuan luran dari Pemerintah;
- d. mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta;
- e. mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial;
- f. membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan
- g. memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.

Bagian Ketiga

Wewenang

Pasal 11

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

- a. menagih pembayaran luran;
- 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 luran 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.

Bagian Keempat

Hak

Pasal 12

Dalam melaksanakan kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11, BPJS berhak untuk:

- a. memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan/atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- b. memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan.

Bagian Kelima

Kewajiban

Pasal 13

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10, BPJS berkewajiban untuk:

- a. memberikan nomor identitas tunggal kepada Peserta;
- b. mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta;
- c. memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya;
- d. memberikan Manfaat kepada seluruh Peserta sesuai dengan Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
- e. memberikan informasi kepada Peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku;
- f. memberikan informasi kepada Peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya;
- g. memberikan informasi kepada Peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
- h. memberikan informasi kepada Peserta mengenai besar hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
- i. membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuaria yang lazim dan berlaku umum;

- j. melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial; dan
- k. melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

BAB V

PENDAFTARAN PESERTA DAN PEMBAYARAN IURAN

Bagian Kesatu

Pendaftaran Peserta

Pasal 14

Setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, wajib menjadi Peserta program Jaminan Sosial.

Pasal 15

- (1) Pemberi Kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan Pekerjaannya sebagai Peserta kepada BPJS sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti.
- (2) Pemberi Kerja, dalam melakukan pendaftaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), wajib memberikan data dirinya dan Pekerjaannya berikut anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS.
- (3) Penahapan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Presiden.

Pasal 16

- (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.

Pasal 17

- (1) Pemberi Kerja selain penyelenggara negara yang tidak melaksanakan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2), dan setiap orang yang tidak melaksanakan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 dikenai sanksi administratif.
- (2) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. teguran tertulis;
 - b. denda; dan/atau
 - c. tidak mendapat pelayanan publik tertentu.
- (3) Pengenaan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dan huruf b dilakukan oleh BPJS.

- (4) Pengenaan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilakukan oleh Pemerintah atau pemerintah daerah atas permintaan BPJS.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 18

- (1) Pemerintah mendaftarkan penerima Bantuan luran dan anggota keluarganya sebagai Peserta kepada BPJS.
- (2) Penerima Bantuan luran wajib memberikan data mengenai diri sendiri dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada Pemerintah untuk disampaikan kepada BPJS.

Bagian Kedua Pembayaran luran

Pasal 19

- (1) Pemberi Kerja wajib memungut luran yang menjadi beban Peserta dari Pekerjaannya dan menyetorkannya kepada BPJS.
- (2) Pemberi Kerja wajib membayar dan menyetor luran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS.
- (3) Peserta yang bukan Pekerja dan bukan penerima Bantuan luran wajib membayar dan menyetor luran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS.
- (4) Pemerintah membayar dan menyetor luran untuk penerima Bantuan luran kepada BPJS.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai:
 - a. besaran dan tata cara pembayaran luran program jaminan kesehatan diatur dalam Peraturan Presiden; dan
 - b. besaran dan tata cara pembayaran luran selain program jaminan kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah.

BAB VI ORGAN BPJS

Bagian Kesatu Struktur

Pasal 20

Organ BPJS terdiri atas Dewan Pengawas dan Direksi.

Bagian Kedua

Dewan Pengawas

Pasal 21

- (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) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat dan diberhentikan oleh Presiden.
- (4) Salah seorang dari anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan sebagai ketua Dewan Pengawas oleh Presiden.
- (5) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dan dapat diusulkan untuk diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.

Pasal 22

- (1) Dewan Pengawas berfungsi melakukan pengawasan atas pelaksanaan tugas BPJS.
- (2) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dewan Pengawas bertugas untuk:
 - a. melakukan pengawasan atas kebijakan pengelolaan BPJS dan kinerja Direksi;
 - b. melakukan pengawasan atas pelaksanaan pengelolaan dan pengembangan Dana Jaminan Sosial oleh Direksi;
 - c. memberikan saran, nasihat, dan pertimbangan kepada Direksi mengenai kebijakan dan pelaksanaan pengelolaan BPJS; dan
 - d. menyampaikan laporan pengawasan penyelenggaraan Jaminan Sosial sebagai bagian dari laporan BPJS kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.
- (3) Dalam menjalankan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Dewan Pengawas berwenang untuk:
 - a. menetapkan rencana kerja anggaran tahunan BPJS;
 - b. mendapatkan dan/atau meminta laporan dari Direksi;
 - c. mengakses data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS;
 - d. melakukan penelaahan terhadap data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS; dan
 - e. memberikan saran dan rekomendasi kepada Presiden mengenai kinerja Direksi.
- (4) Ketentuan mengenai tata cara pelaksanaan fungsi, tugas, dan wewenang Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Dewan Pengawas.

Bagian Ketiga

Direksi

Pasal 23

- (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.
- (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.

Pasal 24

- (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.
- (4) Ketentuan mengenai tata cara pelaksanaan fungsi, tugas, dan wewenang Direksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Direksi.

BAB VII

PERSYARATAN, TATA CARA PEMILIHAN DAN PENETAPAN, DAN PEMBERHENTIAN ANGGOTA DEWAN PENGAWAS DAN ANGGOTA DIREKSI

Bagian Kesatu

Persyaratan Anggota Dewan Pengawas dan Anggota Direksi

Paragraf 1 **Persyaratan Umum**

Pasal 25

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai anggota Dewan Pengawas atau anggota Direksi, calon yang bersangkutan harus memenuhi syarat sebagai berikut:
 - a. warga negara Indonesia;
 - b. bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;
 - c. sehat jasmani dan rohani;
 - d. memiliki integritas dan kepribadian yang tidak tercela;
 - e. memiliki kualifikasi dan kompetensi yang sesuai untuk pengelolaan program Jaminan Sosial;
 - f. berusia paling rendah 40 (empat puluh) tahun dan paling tinggi 60 (enam puluh) tahun pada saat dicalonkan menjadi anggota;
 - g. tidak menjadi anggota atau menjabat sebagai pengurus partai politik;
 - h. tidak sedang menjadi tersangka atau terdakwa dalam proses peradilan;
 - i. tidak pernah dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap karena melakukan tindak pidana kejahatan yang diancam dengan pidana penjara 5 (lima) tahun atau lebih; dan/atau
 - j. tidak pernah menjadi anggota direksi, komisaris, atau dewan pengawas pada suatu badan hukum yang dinyatakan pailit karena kesalahan yang bersangkutan.
- (2) Selama menjabat, anggota Dewan Pengawas dan anggota Direksi tidak boleh merangkap jabatan di pemerintahan atau badan hukum lainnya.

Paragraf 2 **Persyaratan Khusus**

Pasal 26

Selain harus memiliki persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25, calon anggota Dewan Pengawas harus memenuhi persyaratan khusus, yaitu memiliki kompetensi dan pengalaman di bidang manajemen, khususnya di bidang pengawasan paling sedikit 5 (lima) tahun.

Pasal 27

Selain harus memiliki persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25, calon anggota Direksi harus memenuhi persyaratan khusus, yaitu memiliki kompetensi yang terkait untuk jabatan direksi yang bersangkutan dan memiliki pengalaman manajerial paling sedikit 5 (lima) tahun.

Bagian Kedua

Tata Cara Pemilihan dan Penetapan Anggota Dewan Pengawas dan Anggota Direksi

Pasal 28

- (1) Untuk memilih dan menetapkan anggota Dewan Pengawas dan anggota Direksi, Presiden membentuk panitia seleksi yang bertugas melaksanakan ketentuan yang diatur dalam Undang-Undang ini.
- (2) Keanggotaan panitia seleksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas 2 (dua) orang unsur Pemerintah dan 5 (lima) orang unsur masyarakat.
- (3) Keanggotaan panitia seleksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Presiden.

Pasal 29

- (1) Panitia seleksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 mengumumkan penerimaan pendaftaran calon anggota Dewan Pengawas dan calon anggota Direksi paling lama 5 (lima) hari kerja setelah ditetapkan.
- (2) Pendaftaran dan seleksi calon anggota Dewan Pengawas dan calon anggota Direksi dilakukan dalam waktu 10 (sepuluh) hari kerja secara terus-menerus.
- (3) Panitia seleksi mengumumkan nama calon anggota Dewan Pengawas dan nama calon anggota Direksi kepada masyarakat untuk mendapatkan tanggapan paling lama 5 (lima) hari kerja setelah pendaftaran ditutup.
- (4) Tanggapan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disampaikan kepada panitia seleksi paling lama 15 (lima belas) hari kerja terhitung sejak tanggal diumumkan.
- (5) Panitia seleksi menentukan nama calon anggota Dewan Pengawas dan nama calon anggota Direksi yang akan disampaikan kepada Presiden sebanyak 2 (dua) kali jumlah jabatan yang diperlukan paling lama 10 (sepuluh) hari kerja terhitung sejak tanggal ditutupnya masa penyampaian tanggapan dari masyarakat.

Pasal 30

- (1) Presiden memilih dan menetapkan anggota Dewan Pengawas yang berasal dari unsur Pemerintah dan anggota Direksi berdasarkan usul dari panitia seleksi.
- (2) Presiden mengajukan nama calon anggota Dewan Pengawas yang berasal dari unsur Pekerja, unsur Pemberi Kerja, dan unsur tokoh masyarakat kepada Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia sebanyak 2 (dua) kali jumlah jabatan yang diperlukan, paling lama 10 (sepuluh) hari kerja terhitung sejak tanggal diterimanya daftar nama calon dari panitia seleksi.
- (3) Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia memilih anggota Dewan Pengawas yang berasal dari unsur Pekerja, unsur Pemberi Kerja, dan unsur tokoh masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (2), paling lama 20 (dua puluh) hari kerja terhitung sejak tanggal penerimaan usulan dari Presiden.
- (4) Pimpinan Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia menyampaikan nama calon terpilih sebagaimana dimaksud pada ayat (3) kepada Presiden paling lama 5 (lima) hari kerja terhitung sejak tanggal berakhirnya pemilihan.
- (5) Presiden menetapkan calon terpilih sebagaimana dimaksud pada ayat (4) paling lama 10 (sepuluh) hari kerja terhitung sejak tanggal penerimaan surat dari pimpinan Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia.
- (6) Penetapan anggota Dewan Pengawas dari unsur pemerintah dan anggota Direksi dilakukan bersama-sama dengan penetapan anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (5).

Pasal 31

Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pemilihan dan penetapan Dewan Pengawas dan Direksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28, Pasal 29, dan Pasal 30 diatur dengan Peraturan Presiden.

Bagian Ketiga Pemberhentian

Pasal 32

Anggota Dewan Pengawas atau anggota Direksi berhenti dari jabatannya karena:

- a. meninggal dunia;
- b. masa jabatan berakhir; atau
- c. diberhentikan.

Pasal 33

- (1) Anggota Dewan Pengawas atau anggota Direksi dapat diberhentikan sementara karena:
 - a. sakit terus-menerus lebih dari 3 (tiga) bulan sehingga tidak dapat menjalankan tugasnya;
 - b. ditetapkan menjadi tersangka; atau
 - c. dikenai sanksi administratif pemberhentian sementara.
- (2) Dalam hal anggota Dewan Pengawas atau anggota Direksi diberhentikan sementara sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Presiden menunjuk pejabat sementara dengan mempertimbangkan usulan dari DJSN.
- (3) Anggota Dewan Pengawas atau anggota Direksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikembalikan pada jabatannya apabila telah dinyatakan sehat kembali untuk melaksanakan tugas atau apabila statusnya sebagai tersangka dicabut, atau sanksi administratif pemberhentian semmentaranya dicabut.
- (4) Pengembalian jabatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan paling lama 30 (tiga puluh) hari terhitung sejak dinyatakan sehat atau statusnya sebagai tersangka dicabut atau sanksi administratif pemberhentian semmentaranya dicabut.
- (5) Pemberhentian sementara anggota Dewan Pengawas atau anggota Direksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pengembalian jabatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan oleh Presiden.

Pasal 34

Anggota Dewan Pengawas atau anggota Direksi diberhentikan dari jabatannya karena:

- a. sakit terus-menerus selama 6 (enam) bulan sehingga tidak dapat menjalankan tugasnya;
- b. tidak menjalankan tugasnya sebagai anggota Dewan Pengawas atau anggota Direksi secara terus-menerus lebih dari 3 (tiga) bulan karena alasan selain sebagaimana dimaksud pada huruf a;
- c. merugikan BPJS dan kepentingan Peserta Jaminan Sosial karena kesalahan kebijakan yang diambil;
- d. menjadi terdakwa karena melakukan tindak pidana;

- e. melakukan perbuatan tercela;
- f. tidak lagi memenuhi persyaratan sebagai anggota Dewan Pengawas atau anggota Direksi; dan/atau
- g. mengundurkan diri secara tertulis atas permintaan sendiri.

Pasal 35

Dalam hal anggota Dewan Pengawas atau anggota Direksi berhenti sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 huruf a atau diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34, Presiden mengangkat anggota Dewan Pengawas atau anggota Direksi pengganti untuk meneruskan sisa masa jabatan yang digantikan.

Pasal 36

- (1) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan anggota Dewan Pengawas dan/atau anggota Direksi, Presiden membentuk panitia seleksi untuk memilih calon anggota pengganti antarwaktu.
- (2) Prosedur pemilihan dan penetapan calon anggota pengganti antarwaktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28, Pasal 29, Pasal 30, dan Pasal 31.
- (3) Dalam hal sisa masa jabatan yang kosong sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kurang dari 18 (delapan belas) bulan, Presiden menetapkan anggota pengganti antarwaktu berdasarkan usulan DJSN.
- (4) DJSN mengajukan usulan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berdasarkan peringkat hasil seleksi.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pemilihan dan penetapan calon anggota pengganti antarwaktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), ayat (3), dan ayat (4) diatur dengan Peraturan Presiden.

BAB VIII

PERTANGGUNGJAWABAN

Pasal 37

- (1) BPJS wajib menyampaikan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan yang telah diaudit oleh akuntan publik kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN paling lambat tanggal 30 Juni tahun berikutnya.
- (2) Periode laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimulai dari 1 Januari sampai dengan 31 Desember.
- (3) Bentuk dan isi laporan pengelolaan program sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diusulkan oleh BPJS setelah berkonsultasi dengan DJSN.
- (4) Laporan keuangan BPJS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun dan disajikan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang berlaku.
- (5) Laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipublikasikan dalam bentuk ringkasan 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.
- (6) Bentuk dan isi publikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) ditetapkan oleh Direksi setelah mendapat persetujuan dari Dewan Pengawas.

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

Pasal 38

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

BAB IX PENGAWASAN

Pasal 39

- (1) Pengawasan terhadap BPJS dilakukan secara eksternal dan internal.
- (2) Pengawasan internal BPJS dilakukan oleh organ pengawas BPJS, yang terdiri atas:
 - a. Dewan Pengawas; dan
 - b. satuan pengawas internal.
- (3) Pengawasan eksternal BPJS dilakukan oleh:
 - a. DJSN; dan
 - b. lembaga pengawas independen.

BAB X ASET

Bagian Kesatu Pemisahan Aset

Pasal 40

- (1) BPJS mengelola:
 - a. aset BPJS; dan
 - b. aset Dana Jaminan Sosial.
- (2) BPJS wajib memisahkan aset BPJS dan aset Dana Jaminan Sosial.
- (3) Aset Dana Jaminan Sosial bukan merupakan aset BPJS.
- (4) BPJS wajib menyimpan dan mengadministrasikan Dana Jaminan Sosial pada bank kustodian yang merupakan badan usaha milik negara.

Bagian Kedua

Aset BPJS

Pasal 41

- (1) Aset BPJS bersumber dari:
 - a. modal awal dari Pemerintah, yang merupakan kekayaan negara yang dipisahkan dan tidak terbagi atas saham;
 - b. hasil pengalihan aset Badan Usaha Milik Negara yang menyelenggarakan program jaminan sosial;
 - c. hasil pengembangan aset BPJS;
 - d. dana operasional yang diambil dari Dana Jaminan Sosial; dan/atau
 - e. sumber lain yang sah sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Aset BPJS dapat digunakan untuk:
 - a. biaya operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial;
 - b. biaya pengadaan barang dan jasa yang digunakan untuk mendukung operasional penyelenggaraan Jaminan Sosial;
 - c. biaya untuk peningkatan kapasitas pelayanan; dan
 - d. investasi dalam instrumen investasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai sumber dan penggunaan aset BPJS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Pasal 42

Modal awal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 ayat (1) huruf a untuk BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan ditetapkan masing-masing paling banyak Rp2.000.000.000.000,00 (dua triliun rupiah) yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara.

Bagian Ketiga

Aset Dana Jaminan Sosial

Pasal 43

- (1) Aset Dana Jaminan Sosial bersumber dari:
 - a. iuran Jaminan Sosial termasuk Bantuan iuran;
 - b. hasil pengembangan Dana Jaminan Sosial;
 - c. hasil pengalihan aset program jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dari Badan Usaha Milik Negara yang menyelenggarakan program jaminan sosial; dan
 - d. sumber lain yang sah sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Aset Dana Jaminan Sosial digunakan untuk:
 - a. pembayaran Manfaat atau pembiayaan layanan Jaminan Sosial;

- b. dana operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial; dan
 - c. investasi dalam instrumen investasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai sumber dan penggunaan aset Dana Jaminan Sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Bagian Keempat Biaya Operasional

Pasal 44

- (1) Biaya operasional BPJS terdiri atas biaya personel dan biaya non personel.
- (2) Personel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas Dewan Pengawas, Direksi, dan karyawan.
- (3) Biaya personel mencakup Gaji atau Upah dan manfaat tambahan lainnya.
- (4) Dewan Pengawas, Direksi, dan karyawan memperoleh Gaji atau Upah dan manfaat tambahan lainnya yang sesuai dengan wewenang dan/atau tanggung jawabnya dalam menjalankan tugas di dalam BPJS.
- (5) Gaji atau Upah dan manfaat tambahan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (4) memperhatikan tingkat kewajaran yang berlaku.
- (6) Dewan Pengawas, Direksi, dan karyawan dapat memperoleh insentif sesuai dengan kinerja BPJS yang dibayarkan dari hasil pengembangan.
- (7) Ketentuan mengenai Gaji atau Upah dan manfaat tambahan lainnya serta insentif bagi karyawan ditetapkan dengan peraturan Direksi.
- (8) Ketentuan mengenai Gaji atau Upah dan manfaat tambahan lainnya serta insentif bagi anggota Dewan Pengawas dan anggota Direksi diatur dengan Peraturan Presiden.

Pasal 45

- (1) Dana operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 ayat (1) huruf d ditentukan berdasarkan persentase dari luran yang diterima dan/atau dari dana hasil pengembangan.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai persentase dana operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Peraturan Pemerintah.

BAB XI PEMBUBARAN BPJS

Pasal 46

BPJS hanya dapat dibubarkan dengan Undang-Undang.

Pasal 47

BPJS tidak dapat dipailitkan berdasarkan ketentuan perundang-undangan mengenai kepailitan.

BAB XII **PENYELESAIAN SENGKETA**

Bagian Kesatu **Penyelesaian Pengaduan**

Pasal 48

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

Bagian Kedua **Penyelesaian Sengketa Melalui Mediasi**

Pasal 49

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

Bagian Ketiga **Penyelesaian Sengketa Melalui Pengadilan**

Pasal 50

Dalam hal pengaduan tidak dapat diselesaikan oleh unit pengendali mutu pelayanan dan penanganan pengaduan Peserta melalui mekanisme mediasi tidak dapat terlaksana, penyelesaiannya dapat diajukan ke pengadilan negeri di wilayah tempat tinggal pemohon.

BAB XIII

HUBUNGAN DENGAN LEMBAGA LAIN

Pasal 51

- (1) Dalam rangka meningkatkan kualitas penyelenggaraan program Jaminan Sosial, BPJS bekerja sama dengan lembaga Pemerintah.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya, BPJS dapat bekerja sama dengan organisasi atau lembaga lain di dalam negeri atau di luar negeri.
- (3) BPJS dapat bertindak mewakili Negara Republik Indonesia sebagai anggota organisasi atau anggota lembaga internasional apabila terdapat ketentuan bahwa anggota dari organisasi atau lembaga internasional tersebut mengharuskan atas nama negara.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara hubungan antarlembaga diatur dengan Peraturan Pemerintah.

BAB XIV LARANGAN

Pasal 52

Anggota Dewan Pengawas dan anggota Direksi dilarang:

- a. memiliki hubungan keluarga sampai derajat ketiga antaranggota Dewan Pengawas, antaranggota Direksi, dan antaranggota Dewan Pengawas dan anggota Direksi;
- b. memiliki bisnis yang mempunyai keterkaitan dengan penyelenggaraan Jaminan Sosial;
- c. melakukan perbuatan tercela;
- d. merangkap jabatan sebagai anggota partai politik, pengurus organisasi masyarakat atau organisasi sosial atau lembaga swadaya masyarakat yang terkait dengan program Jaminan Sosial, pejabat struktural dan fungsional pada lembaga pemerintahan, pejabat di badan usaha dan badan hukum lainnya;
- e. membuat atau mengambil keputusan yang mengandung unsur benturan kepentingan;
- f. mendirikan atau memiliki seluruh atau sebagian badan usaha yang terkait dengan program Jaminan Sosial;
- g. menghilangkan atau tidak memasukkan atau menyebabkan dihapuskannya suatu laporan dalam buku catatan atau dalam laporan, dokumen atau laporan kegiatan usaha, atau laporan transaksi BPJS dan/atau Dana Jaminan Sosial;
- h. menyalahgunakan dan/atau menggelapkan aset BPJS dan/atau Dana Jaminan Sosial;
- i. melakukan subsidi silang antarprogram;
- j. menempatkan investasi aset BPJS dan/atau Dana Jaminan Sosial pada jenis investasi yang tidak terdaftar pada Peraturan Pemerintah;
- k. menanamkan investasi kecuali surat berharga tertentu dan/atau investasi peningkatan kualitas sumber daya manusia dan kesejahteraan sosial;
- l. membuat atau menyebabkan adanya suatu laporan palsu dalam buku catatan atau dalam laporan, atau dalam dokumen atau laporan kegiatan usaha, atau laporan transaksi BPJS dan/atau Dana Jaminan Sosial; dan/atau

- m. mengubah, mengaburkan, menyembunyikan, menghapus, atau menghilangkan adanya suatu pencatatan dalam pembukuan atau dalam laporan, atau dalam dokumen atau laporan kegiatan usaha, laporan transaksi atau merusak catatan pembukuan BPJS dan/atau Dana Jaminan Sosial.

Pasal 53

- (1) Anggota Dewan Pengawas atau anggota Direksi yang melanggar ketentuan larangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 52 huruf a, huruf b, huruf c, huruf d, huruf e, atau huruf f dikenai sanksi administratif.
- (2) Pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Presiden atau pejabat yang ditunjuk.
- (3) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa:
 - a. peringatan tertulis;
 - b. pemberhentian sementara; dan/atau
 - c. pemberhentian tetap.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif diatur dengan Peraturan Pemerintah.

BAB XV

KETENTUAN PIDANA

Pasal 54

Anggota Dewan Pengawas atau anggota Direksi yang melanggar larangan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 52 huruf g, huruf h, huruf i, huruf j, huruf k, huruf l, atau huruf m dipidana dengan pidana penjara paling lama 8 (delapan) tahun dan pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Pasal 55

Pemberi Kerja yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (1) atau ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 8 (delapan) tahun atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

BAB XVI

KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 56

- (1) Presiden sewaktu-waktu dapat meminta laporan keuangan dan laporan kinerja BPJS sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan kebijakan Pemerintah yang berkaitan dengan penyelenggaraan Jaminan Sosial nasional.
- (2) Dalam hal terdapat kebijakan fiskal dan moneter yang mempengaruhi tingkat solvabilitas BPJS, Pemerintah dapat mengambil kebijakan khusus untuk menjamin kelangsungan program Jaminan Sosial.

- (3) Dalam hal terjadi krisis keuangan dan kondisi tertentu yang memberatkan perekonomian, Pemerintah dapat melakukan tindakan khusus untuk menjaga kesehatan keuangan dan kesinambungan penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

BAB XVII KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 57

Pada saat Undang-Undang ini mulai berlaku:

- a. Perusahaan Perseroan (Persero) PT Asuransi Kesehatan Indonesia atau disingkat PT Askes (Persero) yang dibentuk dengan Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992 tentang Pengalihan Bentuk Perusahaan Umum (Perum) Husada Bhakti menjadi Perusahaan Perseroan (Persero) (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 16) diakui keberadaannya dan tetap melaksanakan program jaminan kesehatan, termasuk menerima pendaftaran peserta baru, sampai dengan beroperasinya BPJS Kesehatan;
- b. Kementerian Kesehatan tetap melaksanakan kegiatan operasional penyelenggaraan program jaminan kesehatan masyarakat, termasuk penambahan peserta baru, sampai dengan beroperasinya BPJS Kesehatan;
- c. Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Republik Indonesia tetap melaksanakan kegiatan operasional penyelenggaraan program layanan kesehatan bagi pesertanya, termasuk penambahan peserta baru, sampai dengan beroperasinya BPJS Kesehatan, kecuali untuk pelayanan kesehatan tertentu berkaitan dengan kegiatan operasionalnya, yang ditetapkan dengan Peraturan Presiden;
- d. Perusahaan Perseroan (Persero) PT Jaminan Sosial Tenaga Kerja atau disingkat PT Jamsostek (Persero) yang dibentuk dengan Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 1995 tentang Penetapan Badan Penyelenggara Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1995 Nomor 59), berdasarkan Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 14, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3468) tetap melaksanakan kegiatan operasional penyelenggaraan:
 1. program jaminan pemeliharaan kesehatan termasuk penambahan peserta baru sampai dengan beroperasinya BPJS Kesehatan; dan
 2. program jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian, dan jaminan hari tua bagi pesertanya, termasuk penambahan peserta baru sampai dengan berubah menjadi BPJS Ketenagakerjaan.
- e. Perusahaan Perseroan (Persero) PT ASABRI atau disingkat PT ASABRI (Persero) yang dibentuk dengan Peraturan Pemerintah Nomor 68 Tahun 1991 tentang Pengalihan Bentuk Perusahaan Umum (Perum) Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia menjadi Perusahaan Perseroan (Persero) (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1991 Nomor 88), berdasarkan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1966 tentang Pemberian Pensiun, Tunjangan bersifat Pensiun, dan Tunjangan Kepada Militer Sukarela (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1966 Nomor 33, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2812), Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1969 tentang Pensiun Pegawai dan Pensiun Janda/Duda Pegawai (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1969 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2906), Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok-pokok Kepegawaian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1974 Nomor 55, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3041) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 169, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3890), Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1988 tentang

Prajurit Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1988 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3369), Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 1968 tentang Pemberian Pensiun Kepada Warakawuri, Tunjangan Kepada Anak Yatim/Piatu, dan Anak Yatim-Piatu Militer Sukarela (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1968 Nomor 61, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2863), dan Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 1991 tentang Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1991 Nomor 87, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3455) tetap melaksanakan kegiatan operasional penyelenggaraan program Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia dan program pembayaran pensiun bagi pesertanya, termasuk penambahan peserta baru, sampai dengan dialihkan ke BPJS Ketenagakerjaan.

- f. Perusahaan Perseroan (Persero) PT DANA TABUNGAN DAN ASURANSI PEGAWAI NEGERI atau disingkat PT TASPEN (Persero) yang dibentuk dengan Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1981 tentang Pengalihan Bentuk Perusahaan Umum Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri Menjadi Perusahaan Perseroan (Persero) (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1981 Nomor 38), berdasarkan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1969 tentang Pensiun Pegawai dan Pensiun Janda/Duda Pegawai (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1969 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2906), Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok-Pokok Kepegawaian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1974 Nomor 55, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3041) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 169, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3890), dan Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 1981 tentang Asuransi Sosial Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1981 Nomor 37, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3200) tetap melaksanakan kegiatan operasional penyelenggaraan program tabungan hari tua dan program pembayaran pensiun bagi pesertanya, termasuk penambahan peserta baru sampai dengan dialihkan ke BPJS Ketenagakerjaan.

BAB XVIII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 58

Pada saat berlakunya Undang-Undang ini Dewan Komisaris dan Direksi PT Askes (Persero) sampai dengan beroperasinya BPJS Kesehatan ditugasi untuk:

- a. menyiapkan operasional BPJS Kesehatan untuk program jaminan kesehatan sesuai dengan ketentuan dalam Pasal 22 sampai dengan Pasal 28 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456).
- b. menyiapkan pengalihan aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban PT Askes (Persero) ke BPJS Kesehatan.

Pasal 59

Untuk pertama kali, Dewan Komisaris dan Direksi PT Askes (Persero) diangkat menjadi Dewan Pengawas dan Direksi BPJS Kesehatan untuk jangka waktu paling lama 2 (dua) tahun sejak BPJS Kesehatan mulai beroperasi.

Pasal 60

- (1) BPJS Kesehatan mulai beroperasi menyelenggarakan program jaminan kesehatan pada tanggal 1

Januari 2014.

- (2) Sejak beroperasinya BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1):
 - a. Kementerian Kesehatan tidak lagi menyelenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat;
 - b. Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Republik Indonesia tidak lagi menyelenggarakan program pelayanan kesehatan bagi pesertanya, kecuali untuk pelayanan kesehatan tertentu berkaitan dengan kegiatan operasionalnya, yang ditetapkan dengan Peraturan Presiden; dan
 - c. PT Jamsostek (Persero) tidak lagi menyelenggarakan program jaminan pemeliharaan kesehatan.
- (3) Pada saat BPJS Kesehatan mulai beroperasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1):
 - a. PT Askes (Persero) dinyatakan bubar tanpa likuidasi dan semua aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum PT Askes (Persero) menjadi aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum BPJS Kesehatan;
 - b. semua pegawai PT Askes (Persero) menjadi pegawai BPJS Kesehatan; dan
 - c. Menteri Badan Usaha Milik Negara selaku Rapat Umum Pemegang Saham mengesahkan laporan posisi keuangan penutup PT Askes (Persero) setelah dilakukan audit oleh kantor akuntan publik dan Menteri Keuangan mengesahkan laporan posisi keuangan pembuka BPJS Kesehatan dan laporan posisi keuangan pembuka dana jaminan kesehatan.

Pasal 61

Pada saat berlakunya Undang-Undang ini, Dewan Komisaris dan Direksi PT Jamsostek (Persero) sampai dengan berubahnya PT Jamsostek (Persero) menjadi BPJS Ketenagakerjaan ditugasi untuk:

- a. menyiapkan pengalihan program jaminan pemeliharaan kesehatan kepada BPJS Kesehatan;
- b. menyiapkan operasional BPJS Ketenagakerjaan untuk program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian;
- c. menyiapkan pengalihan aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban program jaminan pemeliharaan kesehatan PT Jamsostek (Persero) terkait penyelenggaraan program jaminan pemeliharaan kesehatan ke BPJS Kesehatan; dan
- d. menyiapkan pengalihan aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban PT Jamsostek (Persero) ke BPJS Ketenagakerjaan.

Pasal 62

- (1) PT Jamsostek (Persero) berubah menjadi BPJS Ketenagakerjaan pada tanggal 1 Januari 2014.
- (2) Pada saat PT Jamsostek (Persero) berubah menjadi BPJS Ketenagakerjaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1):
 - a. PT Jamsostek (Persero) dinyatakan bubar tanpa likuidasi dan semua aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum PT Jamsostek (Persero) menjadi aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum BPJS Ketenagakerjaan;
 - b. semua pegawai PT Jamsostek (Persero) beralih menjadi pegawai BPJS Ketenagakerjaan;
 - c. Menteri Badan Usaha Milik Negara selaku Rapat Umum Pemegang Saham mengesahkan laporan posisi keuangan penutup PT Jamsostek (Persero) setelah dilakukan audit oleh kantor akuntan publik dan Menteri Keuangan mengesahkan laporan posisi keuangan pembukaan BPJS

- Ketenagakerjaan dan laporan posisi keuangan pembukaan dana jaminan ketenagakerjaan; dan
- d. BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, program jaminan hari tua, dan program jaminan kematian yang selama ini diselenggarakan oleh PT Jamsostek (Persero), termasuk menerima peserta baru, sampai dengan beroperasinya BPJS Ketenagakerjaan yang sesuai dengan ketentuan Pasal 29 sampai dengan Pasal 38 dan Pasal 43 sampai dengan Pasal 46 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456), paling lambat 1 Juli 2015.

Pasal 63

Untuk pertama kali, Dewan Komisaris dan Direksi PT Jamsostek (Persero) diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas dan anggota Direksi BPJS Ketenagakerjaan untuk jangka waktu paling lama 2 (dua) tahun sejak BPJS Ketenagakerjaan mulai beroperasi.

Pasal 64

BPJS Ketenagakerjaan mulai beroperasi menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, program jaminan hari tua, program jaminan pensiun, dan program jaminan kematian bagi Peserta, selain peserta program yang dikelola PT TASPEN (Persero) dan PT ASABRI (Persero), sesuai dengan ketentuan Pasal 29 sampai dengan Pasal 46 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456), paling lambat tanggal 1 Juli 2015.

Pasal 65

- (1) PT ASABRI (Persero) menyelesaikan pengalihan program Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia dan program pembayaran pensiun ke BPJS Ketenagakerjaan paling lambat tahun 2029.
- (2) PT TASPEN (Persero) menyelesaikan pengalihan program tabungan hari tua dan program pembayaran pensiun dari PT TASPEN (Persero) ke BPJS Ketenagakerjaan paling lambat tahun 2029.

Pasal 66

Ketentuan mengenai tata cara pengalihan program Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia dan program pembayaran pensiun dari PT ASABRI (Persero) dan pengalihan program tabungan hari tua dan program pembayaran pensiun dari PT TASPEN (Persero) ke BPJS Ketenagakerjaan diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 67

Ketentuan Pasal 142 ayat (2) huruf a Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2007 tentang Perseroan Terbatas (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 106, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4756) dan Pasal 64 ayat (1) Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2003 tentang Badan Usaha Milik Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 70, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4297) tidak berlaku untuk pembubaran PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 60 ayat (3) huruf a dan Pasal 62 ayat (2) huruf a.

Pasal 68

Pada saat berubahnya PT Jamsostek (Persero) menjadi BPJS Ketenagakerjaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 62 ayat (1), berdasarkan Undang-Undang ini:

- a. Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 1995 tentang Penetapan Badan Penyelenggara Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1995 Nomor 59) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi; dan
- b. Ketentuan Pasal 8 sampai dengan Pasal 15 Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 14, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3468) dinyatakan tetap berlaku sampai dengan beroperasinya BPJS Ketenagakerjaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 64.

Pasal 69

Pada saat mulai beroperasinya BPJS Ketenagakerjaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 64, Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 14, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3468) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

Pasal 70

Peraturan pelaksanaan dari Undang-Undang ini harus ditetapkan paling lama:

- a. 1 (satu) tahun untuk peraturan yang mendukung beroperasinya BPJS Kesehatan; dan
- b. 2 (dua) tahun untuk peraturan yang mendukung beroperasinya BPJS Ketenagakerjaan, terhitung sejak Undang-Undang ini diundangkan.

Pasal 71

Undang-Undang ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Undang-Undang ini dengan penempatannya dalam Lembaran Negara Republik Indonesia.

Disahkan Di Jakarta,
Pada Tanggal 25 November 2011
PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,
Ttd.

DR. H. SUSILO BAMBANG YUDHOYONO

Diundangkan Di Jakarta,
Pada Tanggal 25 November 2011
MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA REPUBLIK INDONESIA,
Ttd.

AMIR SYAMSUDIN

LEMBARAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2011 NOMOR 116



PENJELASAN
UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 24 TAHUN 2011
TENTANG
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL

I. UMUM

Dalam pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 diamanatkan bahwa tujuan negara adalah untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat. Dalam Perubahan Keempat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, tujuan tersebut semakin dipertegas yaitu dengan mengembangkan sistem jaminan sosial bagi kesejahteraan seluruh rakyat.

Sistem jaminan sosial nasional merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 28H ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) dan Pasal 34 ayat (1) dan ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Selain itu, dalam Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Nomor X/MPR/2001, Presiden ditugaskan untuk membentuk sistem jaminan sosial nasional dalam rangka memberikan perlindungan sosial bagi masyarakat yang lebih menyeluruh dan terpadu.

Dengan ditetapkannya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, bangsa Indonesia telah memiliki sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Untuk mewujudkan tujuan sistem jaminan sosial nasional perlu dibentuk badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum publik berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta.

Pembentukan Undang-Undang tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ini merupakan pelaksanaan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, setelah Putusan Mahkamah Konstitusi terhadap perkara Nomor 007/PUU-III/2005, guna memberikan kepastian hukum bagi pembentukan BPJS untuk melaksanakan program Jaminan Sosial di seluruh Indonesia. Undang-Undang ini merupakan pelaksanaan dari Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang mengamanatkan pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan transformasi kelembagaan PT Askes (Persero), PT Jamsostek (Persero), PT TASPEN (Persero), dan PT ASABRI (Persero) menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Transformasi tersebut diikuti adanya pengalihan peserta, program, aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban.

Dengan Undang-Undang ini dibentuk 2 (dua) BPJS, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Dengan terbentuknya kedua BPJS tersebut jangkauan kepesertaan program jaminan sosial akan diperluas secara bertahap.

II. PASAL DEMI PASAL

Pasal 1

Cukup jelas.

Pasal 2

Huruf a

Yang dimaksud dengan “asas kemanusiaan” adalah asas yang terkait dengan penghargaan terhadap martabat manusia.

Huruf b

Yang dimaksud dengan “asas manfaat” adalah asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif.

Huruf c

Yang dimaksud dengan “asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia” adalah asas yang bersifat idiiil.

Pasal 3

Yang dimaksud dengan “kebutuhan dasar hidup” adalah kebutuhan esensial setiap orang agar dapat hidup layak, demi terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Pasal 4

Huruf a

Yang dimaksud dengan “prinsip kegotongroyongan” adalah prinsip kebersamaan antar Peserta dalam menanggung beban biaya Jaminan Sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap Peserta membayar luran sesuai dengan tingkat Gaji, Upah, atau penghasilannya.

Huruf b

Yang dimaksud dengan “prinsip nirlaba” adalah prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan Manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh Peserta.

Huruf c

Yang dimaksud dengan “prinsip keterbukaan” adalah prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap Peserta.

Huruf d

Yang dimaksud dengan “prinsip kehati-hatian” adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.

Huruf e

Yang dimaksud dengan “prinsip akuntabilitas” adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

Huruf f

Yang dimaksud dengan “prinsip portabilitas” adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun Peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Huruf g

Yang dimaksud dengan “prinsip kepesertaan bersifat wajib” adalah prinsip yang mengharuskan seluruh

penduduk menjadi Peserta Jaminan Sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.

Huruf h

Yang dimaksud dengan “prinsip dana amanat” adalah bahwa luran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari Peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan Peserta Jaminan Sosial.

Huruf i

Cukup jelas.

Pasal 5

Cukup jelas.

Pasal 6

Cukup jelas.

Pasal 7

Cukup jelas.

Pasal 8

Cukup jelas.

Pasal 9

Cukup jelas.

Pasal 10

Cukup jelas.

Pasal 11

Huruf a

Yang dimaksud dengan “menagih” adalah meminta pembayaran dalam hal terjadi penunggakan, kemacetan, atau kekurangan pembayaran luran.

Huruf b

Cukup jelas.

Huruf c

Cukup jelas.

Huruf d

Pemerintah menetapkan standar tarif setelah mendapatkan masukan dari BPJS bersama dengan asosiasi

fasilitas kesehatan, baik tingkat nasional maupun tingkat daerah.

Besaran tarif di suatu wilayah (regional) tertentu dapat berbeda dengan tarif di wilayah (regional) lainnya sesuai dengan tingkat kemahalan harga setempat, sehingga diperoleh pembayaran fasilitas kesehatan yang efektif dan efisien.

Huruf e

Cukup jelas.

Huruf f

Cukup jelas.

Huruf g

Yang dimaksud dengan “kewajiban lain” antara lain adalah kewajiban mendaftarkan diri dan Pekerjaannya sebagai Peserta, melaporkan data kepesertaan termasuk perubahan Gaji atau Upah, jumlah Pekerja dan keluarganya, alamat Pekerja, serta status Pekerja.

Yang dimaksud dengan “peraturan perundang-undangan” adalah Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan peraturan pelaksanaannya.

Huruf h

Kerjasama dengan pihak lain terkait pemungutan dan pengumpulan luran dari Peserta dan Pemberi Kerja serta penerimaan Bantuan luran dilakukan dengan instansi Pemerintah dan pemerintah daerah, badan usaha milik negara, dan badan usaha milik daerah.

Pasal 12

Huruf a

Yang dimaksud dengan “dana operasional” adalah bagian dari akumulasi luran Jaminan Sosial dan hasil pengembangannya yang dapat digunakan BPJS untuk membiayai kegiatan operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

Huruf b

Cukup jelas.

Pasal 13

Huruf a

Yang dimaksud dengan “nomor identitas tunggal” adalah nomor yang diberikan secara khusus oleh BPJS kepada setiap Peserta untuk menjamin tertib administrasi atas hak dan kewajiban setiap Peserta. Nomor identitas tunggal berlaku untuk semua program Jaminan Sosial.

Huruf b

Cukup jelas.

Huruf c

Informasi mengenai kinerja dan kondisi keuangan BPJS mencakup informasi mengenai jumlah aset dan liabilitas, penerimaan, dan pengeluaran untuk setiap Dana Jaminan Sosial, dan/atau jumlah aset dan liabilitas, penerimaan, dan pengeluaran BPJS.

Huruf d

Cukup jelas.

Huruf e

Cukup jelas.

Huruf f

Cukup jelas.

Huruf g

Cukup jelas.

Huruf h

Cukup jelas.

Huruf i

Cukup jelas.

Huruf j

Cukup jelas.

Huruf k

Cukup jelas.

Pasal 14

Cukup jelas.

Pasal 15

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan “program Jaminan Sosial yang diikuti” adalah 5 (lima) program Jaminan Sosial dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Ayat (2)

Yang dimaksud dengan “data” adalah data diri Pemberi Kerja dan Pekerja beserta anggota keluarganya termasuk perubahannya.

Ayat (3)

Yang diatur dalam Peraturan Presiden adalah penahapan yang didasarkan antara lain pada jumlah Pekerja, jenis usaha, dan/atau skala usaha.

Penahapan yang akan diatur tersebut tidak boleh mengurangi manfaat yang sudah menjadi hak Peserta dan kewajiban Pemberi Kerja untuk mengikuti program Jaminan Sosial.

Pasal 16

Cukup jelas.

Pasal 17

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Huruf a

Cukup jelas.

Huruf b

Cukup jelas.

Huruf c

Yang dimaksud dengan “pelayanan publik tertentu” antara lain pemrosesan izin usaha, izin mendirikan bangunan, bukti kepemilikan hak tanah dan bangunan.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Yang dimaksud dengan “Pemerintah atau pemerintah daerah” adalah unit pelayanan publik yang dilaksanakan oleh Pemerintah atau pemerintah daerah.

Ayat (5)

Cukup jelas.

Pasal 18

Cukup jelas.

Pasal 19

Cukup jelas.

Pasal 20

Cukup jelas.

Pasal 21

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Calon anggota Dewan Pengawas dari unsur Pekerja diusulkan oleh organisasi Pekerja di tingkat nasional.

Calon anggota Dewan Pengawas dari unsur Pemberi Kerja diusulkan oleh organisasi pengusaha di tingkat nasional.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Ayat (5)

Yang dimaksud dengan “diusulkan untuk diangkat kembali” adalah dicalonkan kembali melalui proses seleksi.

Pasal 22

Cukup jelas.

Pasal 23

Ayat (1)

Anggota yang berasal dari unsur profesional adalah orang yang mempunyai keahlian dan/atau pengetahuan khusus di bidang Jaminan Sosial.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Yang dimaksud dengan “diusulkan untuk diangkat kembali” adalah dicalonkan kembali melalui proses seleksi.

Pasal 24

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Huruf a

Yang dimaksud dengan “perencanaan” adalah termasuk penyusunan Rencana Kerja Anggaran Tahunan BPJS.

Huruf b

Cukup jelas.

Huruf c

Cukup jelas.

Ayat (3)

Huruf a

Cukup jelas.

Huruf b

Cukup jelas.

Huruf c

Yang dimaksud dengan “penghasilan” adalah gaji atau upah dan manfaat tambahan lainnya.

Huruf d

Cukup jelas.

Huruf e

Cukup jelas

Huruf f

Cukup jelas.

Huruf g

Cukup jelas.

Huruf h

Cukup jelas.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Pasal 25

Ayat (1)

Huruf a

Cukup jelas.

Huruf b

Cukup jelas.

Huruf c

Cukup jelas.

Huruf d

Cukup jelas.

Huruf e

Kriteria kualifikasi calon anggota Dewan Pengawas atau calon anggota Direksi diukur dari jenjang pendidikan formal.

Kriteria kompetensi calon anggota Dewan Pengawas atau calon anggota Direksi diukur berdasarkan pengalaman, keahlian, dan pengetahuan sesuai dengan bidang tugasnya.

Huruf f

Cukup jelas.

Huruf g

Cukup jelas.

Huruf h

Cukup jelas.

Huruf i

Cukup jelas.

Huruf j

Cukup jelas.

Ayat (2)

Yang dimaksud dengan “tidak boleh merangkap jabatan” adalah setelah diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas atau anggota Direksi, yang bersangkutan melepaskan jabatan lain di pemerintahan, termasuk lembaga negara atau badan hukum lain.

Pasal 26

Cukup jelas.

Pasal 27

Kriteria kompetensi calon anggota Direksi diukur berdasarkan pengalaman, keahlian, dan pengetahuan sesuai dengan bidang tugasnya, antara lain, bidang ekonomi, keuangan, perbankan, aktuaria, perasuransian, dana pensiun, teknologi informasi, manajemen risiko, manajemen kesehatan, kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja, dan/atau hukum yang dapat dibuktikan dengan sertifikat kompetensi.

Pasal 28

Cukup jelas.

Pasal 29

Cukup jelas.

Pasal 30

Cukup jelas.

Pasal 31

Cukup jelas.

Pasal 32

Cukup jelas.

Pasal 33

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Untuk menjalankan tugas anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sementara, pejabat sementara yang diusulkan oleh DJSN dipilih dari antara anggota Dewan Pengawas yang lain.

Untuk menjalankan tugas anggota Direksi yang diberhentikan sementara, pejabat sementara yang diusulkan oleh DJSN dipilih dari antara anggota Direksi yang lain.

Ayat (3)

Yang dimaksud dengan “dinyatakan sehat kembali” adalah apabila dinyatakan sehat oleh dokter yang bekerja pada rumah sakit milik Pemerintah.

Yang dimaksud dengan “statusnya sebagai tersangka dicabut” adalah apabila proses penyidikan perkaranya dihentikan oleh penyidik.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Ayat (5)

Cukup jelas.

Pasal 34

Cukup jelas.

Pasal 35

Cukup jelas.

Pasal 36

Cukup jelas.

Pasal 37

Cukup jelas.

Pasal 38

Cukup jelas.

Pasal 39

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Huruf a

DJSN melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

Huruf b

Yang dimaksud dengan “lembaga pengawas independen” adalah Otoritas Jasa Keuangan. Dalam hal tertentu sesuai dengan kewenangannya Badan Pemeriksa Keuangan dapat melakukan pemeriksaan.

Pasal 40

Cukup jelas.

Pasal 41

Cukup jelas.

Pasal 42

Cukup jelas.

Pasal 43

Ayat (1)

Huruf a

Cukup jelas.

Huruf b

Cukup jelas.

Huruf c

Aset program jaminan sosial dapat berupa uang, surat berharga, serta tanah dan bangunan.

Huruf d

Cukup jelas.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Pasal 44

Cukup jelas.

Pasal 45

Cukup jelas.

Pasal 46

Cukup jelas.

Pasal 47

Cukup jelas.

Pasal 48

Cukup jelas.

Pasal 49

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Ayat (5)

Yang dimaksud dengan “peraturan perundang-undangan” adalah Undang-Undang tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa.

Pasal 50

Cukup jelas.

Pasal 51

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Kerja sama dengan organisasi atau lembaga lain di dalam negeri atau di luar negeri dilakukan dalam rangka peningkatan kualitas BPJS ataupun kualitas pelayanannya kepada Peserta.

Ayat (3)

Keanggotaan BPJS dalam organisasi atau lembaga internasional dilakukan dengan tetap mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan di Indonesia.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Pasal 52

Huruf a

Yang dimaksud dengan “hubungan keluarga” adalah hubungan keluarga karena pertalian darah atau perkawinan.

Huruf b

Cukup jelas.

Huruf c

Yang dimaksud dengan “melakukan perbuatan tercela” adalah melakukan perbuatan yang merendahkan martabat Dewan Pengawas dan Direksi.

Huruf d

Cukup jelas.

Huruf e

Cukup jelas.

Huruf f

Cukup jelas.

Huruf g

Cukup jelas.

Huruf h

Cukup jelas.

Huruf i

Cukup jelas.

Huruf j

Cukup jelas.

Huruf k

Cukup jelas.

Huruf l

Cukup jelas.

Huruf m

Cukup jelas.

Pasal 53

Cukup jelas.

Pasal 54

Cukup jelas.

Pasal 55

Cukup jelas.

Pasal 56

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Kondisi tertentu yang memberatkan perekonomian dapat berupa tingkat inflasi yang tinggi, keadaan pascabencana yang mengakibatkan penggunaan sebagian besar sumber daya ekonomi negara, dan lain sebagainya.

Tindakan khusus untuk menjaga kesehatan keuangan dan kesinambungan penyelenggaraan program Jaminan Sosial antara lain berupa penyesuaian Manfaat, luran, dan/atau usia pensiun, sebagai upaya terakhir.

Pasal 57

Huruf a

Cukup jelas.

Huruf b

Cukup jelas.

Huruf c

Cukup jelas.

Huruf d

Cukup jelas.

Huruf e

Program Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia terdiri atas santunan asuransi, santunan nilai tunai asuransi, santunan risiko kematian, santunan biaya pemakaman, santunan risiko kematian khusus, santunan cacat karena dinas, santunan cacat bukan karena dinas, santunan biaya pemakaman istri/suami, dan santunan biaya pemakaman anak.

Huruf f

Program tabungan hari tua terdiri atas asuransi dwiguna dan asuransi kematian.

Pasal 58

Huruf a

Penyiapan operasional BPJS Kesehatan mencakup antara lain:

- a. menyusun sistem dan prosedur operasional yang diperlukan untuk beroperasinya BPJS Kesehatan;
- b. melakukan sosialisasi kepada seluruh pemangku kepentingan jaminan kesehatan;
- c. menentukan program jaminan kesehatan yang sesuai dengan ketentuan Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional untuk Peserta PT Askes (Persero);
- d. berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan untuk mengalihkan penyelenggaraan program jaminan kesehatan masyarakat ke BPJS Kesehatan;
- e. berkoordinasi dengan Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia dan Kepolisian Republik Indonesia untuk mengalihkan penyelenggaraan program pelayanan kesehatan bagi anggota TNI/Polri dan PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Republik Indonesia beserta anggota keluarganya ke BPJS Kesehatan; dan
- f. berkoordinasi dengan PT Jamsostek (Persero) untuk mengalihkan penyelenggaraan program jaminan pemeliharaan kesehatan ke BPJS Kesehatan.

Huruf b

Kegiatan penyiapan pengalihan aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban PT Askes (Persero) ke BPJS Kesehatan, mencakup antara lain:

- a. menunjuk kantor akuntan publik untuk melakukan audit atas laporan keuangan penutup PT Askes (Persero), laporan posisi keuangan pembukaan BPJS Kesehatan, dan laporan posisi keuangan pembukaan dana jaminan kesehatan; dan
- b. menyusun laporan keuangan penutup PT Askes (Persero), laporan posisi keuangan pembukaan BPJS Kesehatan, dan laporan posisi keuangan pembukaan dana jaminan kesehatan.

Pasal 59

Cukup jelas.

Pasal 60

Cukup jelas.

Pasal 61

Huruf a

Cukup jelas.

Huruf b

Penyiapan operasional BPJS Ketenagakerjaan untuk program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian mencakup antara lain:

- a. menyusun sistem dan prosedur operasional yang diperlukan untuk beroperasinya BPJS Ketenagakerjaan; dan
- b. melakukan sosialisasi kepada seluruh pemangku kepentingan jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

Huruf c

Cukup jelas.

Huruf d

Kegiatan penyiapan pengalihan aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban PT Jamsostek (Persero) ke BPJS Ketenagakerjaan, mencakup antara lain:

- a. menunjuk kantor akuntan publik untuk melakukan audit atas laporan posisi keuangan penutup PT Jamsostek (Persero) dan laporan posisi keuangan pembukaan BPJS Ketenagakerjaan; dan
- b. menyusun laporan posisi keuangan penutup PT Jamsostek (Persero) dan laporan posisi keuangan pembukaan BPJS Ketenagakerjaan.

Pasal 62

Cukup jelas.

Pasal 63

Cukup jelas.

Pasal 64

Cukup jelas.

Pasal 65

Ayat (1)

PT ASABRI (Persero) menyelesaikan penyusunan roadmap transformasi paling lambat tahun 2014 yang antara lain memuat pengalihan program Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia dan program pembayaran pensiun ke BPJS Ketenagakerjaan.

Ayat (2)

PT TASPEN (Persero) menyelesaikan penyusunan roadmap transformasi paling lambat tahun 2014 yang antara lain memuat pengalihan program tabungan hari tua dan program pembayaran pensiun ke BPJS Ketenagakerjaan.

Pasal 66

Program Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia dan program pembayaran pensiun yang dialihkan dari PT ASABRI (Persero) dan program tabungan hari tua dan program pembayaran pensiun yang dialihkan dari PT TASPEN (Persero) adalah bagian program yang sesuai dengan Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

PT ASABRI (Persero) dan PT TASPEN (Persero) menyelesaikan penyusunan roadmap transformasi paling

lambat tahun 2014, yang antara lain memuat pengalihan program Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia dan program pembayaran pensiun dari PT ASABRI (Persero) dan pengalihan program tabungan hari tua dan program pembayaran pensiun ke BPJS Ketenagakerjaan.

Pasal 67

Cukup jelas.

Pasal 68

Cukup jelas.

Pasal 69

Cukup jelas.

Pasal 70

Cukup jelas.

Pasal 71

Cukup jelas.

TAMBAHAN LEMBARAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA NOMOR 5256



PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN

NOMOR 1 TAHUN 2014

TENTANG

PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA

BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 15, Pasal 17 ayat (7), Pasal 17 A ayat (6), Pasal 26 ayat (3), Pasal 31, Pasal 40 ayat (5), dan Pasal 42 ayat (3) Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, perlu ditetapkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);

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

3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

4. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik

Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);

5. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 264, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5372);
6. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 255).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN TENTANG PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan ini yang dimaksud dengan:

1. 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.
2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disebut BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.

3. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
4. Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh Peserta, pemberi kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan.
5. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disingkat PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program Jaminan Kesehatan.
6. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya.
7. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.
8. Pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
9. Rawat jalan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik yang dilaksanakan pada pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
10. Rawat inap tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik dan dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama, untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan medis lainnya, dimana peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari.
11. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan dan rawat inap diruang perawatan khusus.
12. Pelayanan kesehatan lain adalah pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.
13. Alat kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin, dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosa,

- menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit serta memulihkan kesehatan pada manusia dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.
14. Tarif *Indonesian - Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit.
 15. Sistem Rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik, baik vertikal maupun horizontal.
 16. Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri adalah Pegawai Tidak Tetap, Pegawai Honorer, Staf Khusus, dan pegawai lain yang dibayarkan oleh Anggaran Pendapatan Belanja Negara atau Anggaran Pendapatan Belanja Daerah.
 17. Tentara Nasional Indonesia yang selanjutnya disebut TNI adalah personil/prajurit alat negara di bidang pertahanan yang melaksanakan tugasnya secara matra di bawah pimpinan Kepala Staf Angkatan atau gabungan di bawah Pimpinan Panglima TNI.
 18. Kepolisian Negara Republik Indonesia yang selanjutnya disebut anggota Polri adalah pegawai negeri pada Kepolisian Negara Republik Indonesia yang melaksanakan fungsi kepolisian.
 19. *Virtual Account* adalah nomor rekening virtual yang disediakan oleh BPJS Kesehatan untuk entitas dan perorangan sebagai rekening tujuan dalam pembayaran iuran Jaminan Kesehatan.
 20. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 2

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan meliputi:

- a. kepesertaan;
- b. iuran kepesertaan;
- c. penyelenggara pelayanan kesehatan;
- d. kendali mutu dan kendali biaya; dan
- e. pelaporan dan *utilization review*.

BAB II
KEPESERTAAN

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 3

Kepesertaan jaminan kesehatan meliputi:

- a. peserta;
- b. pendaftaran peserta;
- c. verifikasi dan identifikasi peserta;
- d. hak dan kewajiban peserta;
- e. perubahan data dan status peserta;

Bagian Kedua

Peserta

Paragraf 1

Umum

Pasal 4

Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a terdiri atas:

- a. peserta PBI Jaminan Kesehatan; dan
- b. peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan.

Paragraf 2

Peserta PBI Jaminan Kesehatan

Pasal 5

Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf a terdiri atas:

- a. Orang yang tergolong fakir miskin; dan
- b. Orang tidak mampu.

Paragraf 3

Peserta Bukan PBI Jaminan Kesehatan

Pasal 6

Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf b terdiri atas:

- a. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya ;
- b. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya;
- c. Bukan Pekerja dan anggota keluarganya.

Pasal 7

Peserta Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf a terdiri atas:

- a. Pegawai Negeri Sipil;
- b. Anggota TNI;
- c. Anggota Polri;
- d. Pejabat Negara;
- e. Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;
- f. Pegawai swasta; dan
- g. Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah.

Pasal 8

Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf b terdiri atas:

- a. Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri; dan
- b. Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.

Pasal 9

- (1) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf c terdiri atas:
 - a. Investor;
 - b. Pemberi Kerja;
 - c. Penerima Pensiun;
 - d. Veteran;
 - e. Perintis Kemerdekaan;
 - f. janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan; dan
 - g. bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar iuran.
- (2) Penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri atas:
 - a. Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
 - b. Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
 - c. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
 - d. janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c yang mendapat hak pensiun;
 - e. penerima pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c;
 - f. janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf e yang mendapat hak pensiun.

Pasal 10

- (1) Anggota keluarga sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 meliputi istri/suami yang sah, anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang.
- (2) Anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dengan kriteria:
 - a. tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan
 - b. belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

- (3) Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain.
- (4) Anggota keluarga yang lain sebagaimana dimaksud pada ayat (3) meliputi anak ke 4 (empat) dan seterusnya, ayah, ibu, dan mertua.

Bagian Ketiga

Pendaftaran Peserta

Paragraf 1

Umum

Pasal 11

- (1) Pendaftaran peserta Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf b dilakukan, baik sendiri-sendiri maupun kelompok.
- (2) Pendaftaran peserta Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan secara:
 - a. migrasi data; atau
 - b. manual.

Pasal 12

Pendaftaran peserta Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 dilakukan untuk:

- a. PBI Jaminan Kesehatan; dan
- b. Bukan PBI Jaminan Kesehatan.

Paragraf 2

Pendaftaran Peserta PBI Jaminan Kesehatan

Pasal 13

- (1) Pendaftaran peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf a dilakukan oleh Menteri.
- (2) Menteri dalam mendaftarkan peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara migrasi data

sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (2) huruf a sesuai dengan format yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

Paragraf 3

Pendaftaran Peserta Bukan PBI Jaminan Kesehatan

Pasal 14

Pendaftaran peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf b dilakukan terhadap:

- a. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya;
- b. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya;
- c. Bukan Pekerja dan anggota keluarganya.

Pasal 15

- (1) Pendaftaran peserta Jaminan Kesehatan bagi Pekerja Penerima Upah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 huruf a dilakukan oleh Pemberi Kerja.
- (2) Pendaftaran peserta bagi Pekerja Penerima Upah dilakukan secara kelompok melalui entitasnya kepada BPJS Kesehatan.
- (3) Pendaftaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan secara migrasi data sesuai dengan format yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan atau secara manual.
- (4) Pendaftaran secara migrasi data sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan paling sedikit untuk 1000 (seribu) calon peserta.
- (5) Pendaftaran secara manual sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan dengan cara:
 - a. datang langsung ke kantor BPJS Kesehatan atau melalui pihak ketiga yang ditunjuk oleh BPJS Kesehatan;
 - b. mengisi formulir dan menyerahkan kelengkapan data calon peserta.
- (6) Pihak ketiga sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf a meliputi:
 - a. perbankan;

- b. asosiasi profesi atau asosiasi lain;
- c. retail; dan
- d. lembaga lainnya.

Pasal 16

- (1) Dalam hal Pemberi Kerja secara nyata-nyata tidak mendaftarkan Pekerjaannya kepada BPJS Kesehatan, pekerja yang bersangkutan berhak mendaftarkan dirinya sebagai peserta Jaminan Kesehatan.
- (2) Iuran peserta bagi Pekerja yang mendaftarkan dirinya sebagai peserta Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tetap dibayar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai Jaminan Kesehatan.

Pasal 17

- (1) Pemberi Kerja dalam mendaftarkan pekerjaannya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1) harus melengkapi data calon peserta yang memuat paling sedikit:
 - a. nama calon peserta;
 - b. nomor induk kependudukan;
 - c. tanggal lahir; dan
 - d. nama fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan dipilih oleh calon peserta.
- (2) BPJS Kesehatan setelah menerima data calon peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mendaftarkan peserta ke fasilitas kesehatan tingkat pertama yang dipilih oleh calon peserta.
- (3) Dalam hal peserta tidak memilih fasilitas tingkat pertama, BPJS Kesehatan menetapkan fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Pasal 18

- (1) Pendaftaran Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 huruf b dan huruf c dilakukan sendiri oleh yang bersangkutan kepada BPJS Kesehatan.
- (2) Pekerja Bukan Penerima Upah sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) tidak termasuk Pensiunan TNI, Pensiunan Polri, Pensiunan PNS, Pensiunan Pejabat Negara, Veteran dan Perintis Kemerdekaan.

Pasal 19

- (1) Pendaftaran Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (1) dilakukan di kantor BPJS Kesehatan yang wilayah kerjanya meliputi daerah tempat calon peserta berdomisili atau melalui pihak ketiga yang ditunjuk BPJS Kesehatan.
- (2) Pendaftaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan:
 - a. kolektif, secara:
 1. manual dengan mengisi dan menyerahkan formulir daftar isian peserta serta melampirkan pas foto berwarna; atau
 2. migrasi data yang disampaikan dalam bentuk format data yang disepakati dan menyerahkan pas foto berwarna.
 - b. sendiri-sendiri dengan cara mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP), melampirkan pas foto dan menunjukan/memperlihatkan dokumen:
 1. Asli/foto copy Kartu Tanda Penduduk atau Kartu Keluarga.
 2. Bagi WNA menunjukan Kartu Ijin Tinggal Sementara / Tetap (KITAS/KITAP)

Pasal 20

Penduduk yang belum memiliki Jaminan Kesehatan pada suatu daerah dapat didaftarkan oleh Pemerintah Daerah tempat penduduk yang bersangkutan domisili.

Bagian Keempat

Verifikasi dan Identitas Peserta

Pasal 21

- (1) Verifikasi dan identifikasi peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf c dilakukan oleh BPJS Kesehatan setelah menerima data yang diajukan oleh calon peserta.
- (2) Dalam hal data sebagaimana dimaksud pada ayat (1) belum lengkap dan/atau tidak benar, BPJS Kesehatan dalam waktu paling lama 10 (sepuluh) hari kerja harus memberitahukan kepada calon peserta untuk menyampaikan data secara lengkap dan benar.

Pasal 22

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

Pasal 23

- (1) Apabila berdasarkan hasil verifikasi data calon peserta sudah dinyatakan lengkap dan benar, BPJS Kesehatan menerbitkan Kartu Identitas Peserta Jaminan Kesehatan.
- (2) Kartu Identitas Peserta Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit memuat:
 - a. nomor kepesertaan;
 - b. nama peserta;
 - c. tanggal lahir
 - d. nomor induk kependudukan;
 - e. nama fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan dipilih oleh calon peserta.
 - f. tanggal penerbitan kartu.
- (3) BPJS Kesehatan melakukan perekaman dan memelihara data Peserta Jaminan Kesehatan dalam sistem *database (master file)* BPJS Kesehatan.

Bagian Kelima

Hak dan Kewajiban Peserta

Pasal 24

Hak dan kewajiban setiap peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf d menjamin terselenggaranya Jaminan Kesehatan oleh BPJS Kesehatan kepada peserta.

Pasal 25

- (1) Setiap peserta mempunyai hak untuk:
 - a. mendapatkan identitas peserta;
 - b. mendapatkan Nomor *Virtual Account* ;

- c. memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;
 - d. memperoleh manfaat Jaminan Kesehatan;
 - e. menyampaikan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan yang bekerja sama;
 - f. mendapatkan informasi pelayanan kesehatan; dan
 - g. mengikuti program asuransi kesehatan tambahan.
- (2) Manfaat Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan dan dilakukan oleh penyelenggara pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Pasal 26

Setiap peserta wajib:

- a. membayar iuran;
- b. melaporkan perubahan data kepesertaan;
- c. melaporkan perubahan status kepesertaan; dan
- d. melaporkan kerusakan dan/atau kehilangan kartu identitas Peserta Jaminan Kesehatan.

Bagian Keenam

Perubahan Data dan Status Kepesertaan

Pasal 27

- (1) Perubahan data dan status kepesertaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf e yang terjadi pada setiap peserta wajib dilaporkan kepada BPJS Kesehatan.
- (2) Perubahan data kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat meliputi:
 - a. fasilitas kesehatan tingkat pertama;
 - b. tempat tinggal;
 - c. tempat bekerja dan/atau identitas Pemberi Kerja baru;
 - d. golongan kepegawaian;

- e. jenis kepesertaan;
- f. susunan keluarga dan/atau jumlah peserta; dan
- g. anggota keluarga tambahan.

Pasal 28

Segala kerugian dan/atau biaya yang terjadi akibat keterlambatan dan/atau kelalaian pelaporan perubahan data Peserta Jaminan Kesehatan menjadi beban Peserta.

Pasal 29

Perubahan status kepesertaan dari Peserta PBI Jaminan Kesehatan menjadi Bukan Peserta PBI Jaminan Kesehatan dilakukan pada saat Peserta membayar iuran untuk pertama kali.

Pasal 30

- (1) Perubahan status kepesertaan dari Peserta Bukan PBI Jaminan Kesehatan menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan dapat dilakukan bagi:
 - a. Peserta Bukan PBI Jaminan Kesehatan yang mengalami cacat total tetap dan tidak mampu;
 - b. Peserta Bukan PBI Jaminan Kesehatan yang mengalami PHK dan tidak mendapatkan pekerjaan kembali dalam waktu 6 (enam) bulan dan dinyatakan tidak mampu untuk menjadi peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan.
- (2) Perubahan status kepesertaan dari Peserta Bukan PBI Jaminan Kesehatan menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan cara:
 - a. Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan yang mengalami cacat total melaporkan kondisi kecacatannya kepada Pemerintah Daerah setempat dengan menyertakan keterangan tingkat dan jenis kecacatannya dari dokter yang berwenang;
 - b. Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan yang mengalami Pemutusan Hubungan Kerja dan tidak mendapatkan pekerjaan kembali dalam waktu 6 (enam) bulan melaporkan kepada Pemerintah Daerah setempat dengan menyertakan surat keterangan tidak mampu dari pejabat yang berwenang.

Pasal 31

- (1) Pemerintah Daerah melakukan pendataan atas laporan perubahan status kepesertaan dari Peserta Bukan PBI Jaminan Kesehatan menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan.
- (2) Pemerintah Daerah mengusulkan perubahan status kepesertaan dari Peserta Bukan PBI Jaminan Kesehatan menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan kepada Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial.

Pasal 32

- (1) Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial melakukan verifikasi atas perubahan status kepesertaan dari Peserta Bukan PBI Jaminan Kesehatan menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan yang diusulkan oleh Pemerintah Daerah.
- (2) Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial melakukan validasi data Peserta PBI Jaminan Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Menteri Keuangan.
- (3) Perubahan dan validasi data peserta PBI Jaminan Kesehatan oleh Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial dilakukan setiap 6 (enam) bulan pada tahun anggaran berjalan dan ditetapkan oleh Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial.
- (4) Perubahan dan validasi data peserta PBI Jaminan Kesehatan oleh Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (3) selanjutnya diserahkan kepada Menteri untuk didaftarkan sebagai Peserta PBI Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

BAB III

IURAN KEPESERTAAN JAMINAN KESEHATAN

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 33

- (1) Iuran kepesertaan Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf b wajib dibayarkan oleh setiap peserta program Jaminan Kesehatan.
- (2) Iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulannya pada Bank yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- (3) Besaran iuran Jaminan Kesehatan bagi peserta Jaminan Kesehatan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

Pasal 34

- (1) BPJS Kesehatan melakukan pengumpulan dan penagihan pembayaran iuran kepada peserta.
- (2) Tagihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit memuat rincian:
 - a. data Peserta; dan
 - b. nominal tagihan.

Pasal 35

- (1) Pemberi Kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, membayar iuran yang menjadi tanggung jawabnya, dan menyetor iuran tersebut kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.
- (2) Untuk Pemberi Kerja pemerintah daerah, penyetoran iuran kepada BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui rekening kas negara paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.
- (3) Apabila tanggal 10 (sepuluh) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya.
- (4) Keterlambatan pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) oleh pemberi kerja selain pemberi kerja

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.

- (5) Dalam hal keterlambatan pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) lebih dari 3 (tiga) bulan, penjaminan dapat diberhentikan sementara.

Pasal 36

Iuran peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (1) dibayarkan bagi:

- a. Peserta PBI Jaminan Kesehatan;
- b. Pemberi Kerja;
- c. Pekerja Bukan Penerima Upah;
- d. Bukan Pekerja; dan
- e. Anggota keluarga yang lain.

Bagian Kedua

Peserta PBI Jaminan Kesehatan

Pasal 37

- (1) Iuran peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf a dibayarkan oleh Menteri sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.
- (2) BPJS Kesehatan setelah menerima pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melakukan rekonsiliasi data dengan Menteri.
- (3) Rekonsiliasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan setiap 6 (enam) bulan.
- (4) Apabila hasil rekonsiliasi data sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terjadi kurang atau lebih pembayaran, kelebihan atau kekurangan pembayaran tersebut akan diperhitungkan pada pembayaran iuran berikutnya.
- (5) Ketentuan mengenai tata cara penyediaan, pencairan dan pertanggungjawaban dana iuran dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Keuangan.

Bagian Ketiga

Pemberi Kerja

Paragraf 1

Umum

Pasal 38

Pemberi kerja terdiri atas:

- a. Pemberi kerja penyelenggara negara; dan
- b. Pemberi kerja selain penyelenggara negara

Paragraf 2

Pemberi Kerja Penyelenggara Negara

Pasal 39

Pemberi Kerja penyelenggara negara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 38 huruf a terdiri atas:

- a. pemerintah; dan
- b. pemerintah daerah.

Pasal 40

- (1) Pemerintah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 39 huruf a membayarkan iuran peserta Jaminan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil Pusat, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri Pusat
- (2) Iuran peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disetorkan melalui rekening kas negara kepada BPJS Kesehatan setiap bulan.
- (3) BPJS Kesehatan setelah menerima penyeteroran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) melakukan rekonsiliasi data dengan Menteri Keuangan.
- (4) Rekonsiliasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan.
- (5) Apabila hasil rekonsiliasi data sebagaimana dimaksud pada ayat (4) terjadi kurang atau lebih pembayaran, kelebihan atau kekurangan pembayaran tersebut akan diperhitungkan pada pembayaran iuran berikutnya.

- (6) Tata cara penghitungan, penyediaan, pencairan dan pertanggungjawaban dana iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

Pasal 41

- (1) Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud dalam pasal 39 huruf b membayarkan iuran peserta Jaminan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil Daerah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri Daerah.
- (2) Iuran peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disetorkan melalui rekening kas negara kepada BPJS Kesehatan setiap bulan.
- (3) BPJS Kesehatan setelah menerima penyetoran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) melakukan rekonsiliasi data dengan Pemerintah Daerah.
- (4) Rekonsiliasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan.
- (5) Apabila hasil rekonsiliasi data sebagaimana dimaksud pada ayat (4) terjadi kurang atau lebih pembayaran, kelebihan atau kekurangan pembayaran tersebut akan diperhitungkan pada pembayaran iuran berikutnya.
- (6) Tata cara penghitungan, penyediaan, pencairan dan pertanggungjawaban dana iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

Paragraf 3

Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara

Pasal 42

- (1) Pemberi kerja selain penyelenggara negara sebagaimana dimaksud dalam pasal 38 huruf b membayar iuran Jaminan Kesehatan bagi Pekerja dan dirinya dan menyetorkannya kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.
- (2) Pekerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. Pegawai swasta; dan
 - b. Pekerja yang menerima upah selain pekerja yang iurannya dibayarkan oleh pemberi kerja penyelenggara negara.

- (3) Penyetoran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui rekening *Virtual Account* yang diberikan oleh BPJS Kesehatan pada saat pendaftaran.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur dan tata cara pembayaran iuran diatur dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

Bagian Keempat

Pekerja Bukan Penerima Upah

Pasal 43

- (1) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf c membayar iuran Jaminan Kesehatan bagi Pekerja dan dirinya dan menyetorkannya kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.
- (2) Penyetoran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ke rekening *Virtual Account* yang diberikan oleh BPJS Kesehatan pada saat pendaftaran.
- (3) Pembayaran Iuran dapat dilakukan untuk masa waktu 1 (satu) bulan, 3 (tiga) bulan, 6 (enam) bulan dan 1 (satu) tahun.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur dan tata cara pembayaran iuran bagi Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja diatur dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

Bagian Kelima

Bukan Pekerja

Pasal 44

- (1) Peserta Bukan Pekerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf d membayar iuran Jaminan Kesehatan bagi dirinya dan menyetorkannya kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.
- (2) Peserta Bukan Pekerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang merupakan Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan Penerima pensiun, iuran kepesertaannya dibayarkan oleh Pemerintah.
- (3) Pemerintah membayarkan tambahan iuran bagi Penerima Pensiun sebagaimana dimaksud pada ayat (2) yang menjadi tanggung jawab Pemerintah kepada BPJS Kesehatan setiap bulan.

- (4) Penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas:
 - a. Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
 - b. Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
 - c. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
 - d. janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c yang mendapat hak pensiun;
 - e. penerima pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c; dan
 - f. janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf e yang mendapat hak pensiun.
- (5) Penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada ayat (3) membayarkan iuran Jaminan Kesehatan yang menjadi kewajibannya melalui pemotongan uang pensiun oleh pihak ketiga pembayar Pensiun.
- (6) Pihak ketiga pembayar pensiun menyetorkan potongan Iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (5) kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.
- (7) BPJS Kesehatan setelah menerima penyetoran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2) dan ayat (3) melakukan rekonsiliasi data dengan Menterian Keuangan dan pihak ketiga pembayar pensiun.
- (8) Rekonsiliasi data sebagaimana dimaksud pada ayat (7) dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan.
- (9) Apabila hasil rekonsiliasi data sebagaimana dimaksud pada ayat (7) terjadi kurang atau lebih pembayaran, kelebihan atau kekurangan pembayaran tersebut akan diperhitungkan pada pembayaran iuran berikutnya.
- (10) Tata cara penyediaan, pencairan dan pertanggungjawaban dana iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

Pasal 45

- (1) Peserta Bukan Pekerja selain yang dimaksud dalam Pasal 44 ayat (2) dan ayat (3), membayar dan menyetor iuran Jaminan Kesehatan bagi dirinya kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.

- (2) Penyetoran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melalui rekening *Virtual Account* yang diberikan oleh BPJS Kesehatan pada saat pendaftaran peserta.
- (3) Pembayaran Iuran dapat dilakukan untuk masa waktu 1 (satu) bulan, 3 (tiga) bulan, 6 (enam) bulan dan 1 (satu) tahun.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur dan tata cara pembayaran iuran bagi Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja diatur dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

Bagian Keenam

Anggota keluarga yang lain

Pasal 46

- (1) Iuran peserta bagi anggota keluarga yang lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf e dari peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan dibayarkan oleh peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 dan disetorkan kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.
- (2) Penyetoran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui rekening *Virtual Account* yang diberikan oleh BPJS Kesehatan pada saat pendaftaran peserta.
- (3) Pembayaran Iuran dapat dilakukan untuk masa waktu 1 (satu) bulan, 3 (tiga) bulan, 6 (enam) bulan dan 1 (satu) tahun.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur dan tata cara pembayaran iuran bagi Anggota keluarga yang lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

BAB IV

PENYELENGGARA PELAYANAN KESEHATAN

Bagian kesatu

Umum

Pasal 47

- (1) Setiap peserta berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk

pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.

- (2) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi semua fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, fasilitas kesehatan lainnya yang ditetapkan oleh Menteri yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan termasuk fasilitas kesehatan penunjang yang terdiri atas:
- a. laboratorium;
 - b. instalasi farmasi Rumah Sakit;
 - c. apotek;
 - d. unit transfusi darah/Palang Merah Indonesia;
 - e. optik;
 - f. pemberi pelayanan *Consumable Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD);
dan
 - g. praktek Bidan/Perawat atau yang setara.
- (3) Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan terdiri atas:
- a. pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama;
 - b. pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan;
 - c. pelayanan gawat darurat;
 - d. pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medik habis pakai;
 - e. pelayanan ambulance;
 - f. pelayanan skrining kesehatan; dan
 - g. pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri;

Bagian Kedua

Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Paragraf 1

Umum

Pasal 48

- (1) Pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 ayat (3) huruf a bagi Peserta dilakukan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar.

- (2) Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang lain dalam jangka waktu paling sedikit 3 (tiga) bulan.
- (3) Fasilitas kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. Puskesmas atau yang setara;
 - b. praktik dokter;
 - c. praktik dokter gigi;
 - d. klinik Pratama atau yang setara termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama milik TNI/POLRI; dan
 - e. Rumah sakit Kelas D Pratama atau yang setara.

Pasal 49

Pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama terdiri atas:

- a. Pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama;
- b. Pelayanan kesehatan rawat inap tingkat pertama;
- c. Pelayanan kesehatan gigi; dan
- d. Pelayanan kesehatan oleh bidan dan perawat.

Paragraf 2

Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama

Pasal 50

- (1) Pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama harus memiliki fungsi pelayanan kesehatan yang komprehensif berupa pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan kebidanan dan pelayanan kesehatan gawat darurat termasuk pelayanan penunjang yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana dan pelayanan farmasi.
- (2) Pelayanan kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk pelayanan medis mencakup:
 - a. kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di pelayanan Kesehatan tingkat pertama;
 - b. kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan;
 - c. kasus medis rujuk balik;

- d. pemeriksaan, pengobatan dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama;
 - e. pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita oleh bidan atau dokter; dan
 - f. rehabilitasi medik dasar.
- (3) Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama meliputi pelayanan kesehatan non spesialisik yang mencakup:
- a. administrasi pelayanan yang meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama;
 - b. pelayanan promotif dan preventif yang meliputi kegiatan penyuluhan kesehatan perorangan, imunisasi dasar, keluarga berencana, skrining kesehatan;
 - c. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
 - d. pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, dan bayi;
 - e. upaya penyembuhan terhadap efek samping kontrasepsi;
 - f. tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
 - g. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 - h. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama berupa pemeriksaan darah sederhana (Hemoglobin, apusan darah tepi, trombosit, leukosit, hematokrit, eosinofil, eritrosit, golongan darah, laju endap darah, malaria), urine sederhana (warna, berat jenis, kejernihan, pH, leukosit, eritrosit), feses sederhana (benzidin tes, mikroskopik cacing), gula darah sewaktu;
 - i. pemeriksaan penunjang sederhana lain yang dapat dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama;
 - j. pelayanan rujuk balik dari fasilitas kesehatan lanjutan;
 - k. pelayanan program rujuk balik;
 - l. pelaksanaan prolanis dan *home visit*; dan
 - m. rehabilitasi medik dasar.

Paragraf 3

Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Tingkat Pertama

Pasal 51

- (1) Pelayanan kesehatan rawat inap tingkat pertama mencakup :
 - a. rawat inap pada pengobatan/perawatan kasus yang dapat diselesaikan secara tuntas di pelayanan kesehatan tingkat pertama;
 - b. pertolongan persalinan pervaginam bukan risiko tinggi;
 - c. pertolongan persalinan dengan komplikasi dan/atau penyulit pervaginam bagi puskesmas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED);
 - d. pertolongan neonatal dengan komplikasi; dan
 - e. pelayanan transfusi darah sesuai kompetensi fasilitas kesehatan dan/atau kebutuhan medis.
- (2) Pelayanan kesehatan rawat inap tingkat pertama meliputi pelayanan kesehatan non spesialisik yang mencakup :
 - a. Administrasi pelayanan terdiri atas biaya pendaftaran pasien dan biaya administrasi lain yang terjadi selama proses perawatan atau pelayanan kesehatan pasien
 - b. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
 - c. perawatan dan akomodasi di ruang perawatan;
 - d. tindakan medis kecil/ sederhana oleh Dokter ataupun paramedis;
 - e. persalinan per vaginam tanpa penyulit maupun dengan penyulit;
 - f. pemeriksaan penunjang diagnostik selama masa perawatan;
 - g. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai selama masa perawatan; dan
 - h. pelayanan transfusi darah sesuai indikasi medis.

Paragraf 4

Pelayanan Kesehatan Gigi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Pasal 52

- (1) Pelayanan kesehatan gigi meliputi :
 - a. Administrasi pelayanan terdiri atas biaya pendaftaran pasien dan biaya administrasi lain yang terjadi selama proses perawatan atau pelayanan kesehatan pasien;
 - b. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
 - c. premedikasi;
 - d. kegawatdaruratan oro-dental;
 - e. pencabutan gigi sulung (topikal, infiltrasi) ;
 - f. pencabutan gigi permanen tanpa penyulit;
 - g. obat pasca ekstraksi;
 - h. tumpatan komposit/GIC; dan
 - i. skeling gigi.
- (2) Pelayanan kesehatan gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh dokter gigi.

Paragraf 5

Pelayanan Kesehatan oleh Bidan dan Perawat
di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Pasal 53

- (1) Dalam hal di suatu kecamatan tidak terdapat dokter berdasarkan penetapan kepala dinas kesehatan kabupaten/kota setempat, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dapat bekerja sama dengan praktik bidan dan/atau perawat sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Pemberian pelayanan kesehatan oleh Bidan dan Perawat dalam hal suatu kecamatan tidak terdapat dokter sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan bidan dan perawat dengan cakupan pelayanan bidan dan perawat sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.
- (3) Bidan dan perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama kecuali dalam Pertolongan persalinan, kondisi

gawat darurat atau pasien dengan kondisi khusus di luar kompetensi dokter atau dokter gigi fasilitas Kesehatan tingkat pertama.

Bagian Ketiga

Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan

Paragraf 1

Umum

Pasal 54

- (1) Pelayanan Kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan sebagaimana dimaksud dalam pasal 47 ayat (3) huruf b harus diberikan kepada peserta berdasarkan rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan.
- (2) Fasilitas kesehatan tingkat lanjutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. Klinik utama atau yang setara;
 - b. Rumah sakit umum; dan
 - c. Rumah sakit khusus.
- (3) Rumah Sakit umum dan Rumah Sakit khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dan c dapat berupa Rumah Sakit milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, TNI, Polri maupun Rumah Sakit Swasta yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Pasal 55

- (1) Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, Fasilitas kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (3) wajib melakukan sistem rujukan berjenjang dengan mengacu pada:
 - a. peraturan Menteri;
 - b. pedoman sistem rujukan nasional; dan
 - c. pedoman administrasi pelayanan BPJS Kesehatan.
- (2) Dalam menjalankan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, Fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan wajib melakukan sistem rujukan berjenjang.
- (3) Fasilitas kesehatan dapat melakukan rujukan horizontal dan vertikal.

- (4) Rujukan horizontal dilakukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap.
- (5) Rujukan vertikal dilakukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan, dapat dilakukan dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya.

Pasal 56

- (1) Peserta dapat dikecualikan dari sistem pelayanan kesehatan rujukan berjenjang pada fasilitas kesehatan pertama apabila:
 - a. terjadi keadaan gawat darurat;
 - b. bencana;
 - c. kekhususan permasalahan kesehatan pasien;
 - d. pertimbangan geografis; dan
 - e. pertimbangan ketersediaan fasilitas
- (2) Kekhususan permasalahan kesehatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c hanya untuk kasus yang sudah ditegakkan rencana terapinya dan terapi tersebut hanya dapat dilakukan di fasilitas kesehatan lanjutan.

Pasal 57

- (1) Fasilitas kesehatan wajib memberikan pelayanan secara paripurna termasuk penyediaan obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan dan pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan.
- (2) Dalam hal pelayanan yang dibutuhkan berupa pelayanan rawat jalan maka pelayanan kesehatan tersebut dapat diberikan dalam satu tempat atau melalui kerjasama fasilitas kesehatan dengan jejaringnya.
- (3) Pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), sudah termasuk dalam pembayaran kapitasi atau non kapitasi untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama, dan INA CBG's untuk fasilitas kesehatan tingkat lanjutan.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur pelayanan kesehatan diluar kapitasi maupun diluar INA CBG's yang diberikan oleh fasilitas kesehatan ditur dengan peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

Pasal 58

Pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan terdiri atas:

- a. pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan; dan
- b. pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan.

Paragraf 2

Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan

Pasal 59

- (1) Pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58 huruf a merupakan pelayanan yang bersifat spesialisik dan subspecialistik.
- (2) Pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup:
 - a. administrasi pelayanan terdiri atas biaya pendaftaran pasien dan biaya administrasi lain yang terjadi selama proses perawatan atau pelayanan kesehatan pasien
 - b. pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspecialis;
 - c. tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis;
 - d. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 - e. pelayanan alat kesehatan;
 - f. pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 - g. rehabilitasi medis;
 - h. pelayanan darah;
 - i. pelayanan kedokteran forensik klinik meliputi pembuatan *visum et repertum* atau surat keterangan medik berdasarkan pemeriksaan forensik orang hidup dan pemeriksaan psikiatri forensik; dan
 - j. Pelayanan jenazah diberikan terbatas hanya bagi Peserta meninggal dunia pasca rawat inap di Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan tempat pasien dirawat berupa pemulasaran jenazah dan tidak termasuk peti mati.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan diatur dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

Paragraf 3

Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Tingkat lanjutan

Pasal 60

- (1) Pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58 huruf b kepada peserta dilakukan apabila diperlukan berdasarkan indikasi medis yang dibuktikan dengan surat perintah rawat inap dari dokter.
- (2) Pelayanan kesehatan berupa rawat inap tingkat lanjutan mencakup semua pelayanan kesehatan yang diberikan pada rawat jalan tingkat lanjut ditambah dengan akomodasi yang berupa:
 - a. perawatan inap non intensif; dan
 - b. perawatan inap intensif.
- (3) Akomodasi atau ruang perawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah sebagai berikut:
 - a. ruang perawatan kelas III bagi:
 1. Peserta PBI Jaminan Kesehatan; dan
 2. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.
 - b. ruang perawatan kelas II bagi:
 1. Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
 2. Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
 3. Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
 4. Peserta Pekerja Penerima Upah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri dengan gaji atau upah sampai dengan 1,5 (satu koma lima) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya; dan
 5. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja

yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.

- c. ruang perawatan kelas I bagi:
1. Pejabat Negara dan anggota keluarganya;
 2. Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun pegawai negeri sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
 3. Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
 4. Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
 5. Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya;
 6. janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan;
 7. Peserta Pekerja Penerima Upah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri dengan gaji atau upah mulai 1,5 (satu koma lima) sampai dengan 2 (dua) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya; dan
 8. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.

Pasal 61

- (1) Dalam hal ruang rawat inap yang menjadi hak peserta penuh, peserta dapat dirawat di kelas perawatan satu tingkat lebih tinggi.
- (2) Dalam hal terjadi keadaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan membayar kelas perawatan peserta sesuai haknya.
- (3) Apabila kelas perawatan sesuai dengan hak peserta telah tersedia, peserta ditempatkan di kelas perawatan yang menjadi haknya.
- (4) Perawatan satu tingkat lebih tinggi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling lama 3 (tiga) hari.

- (5) Dalam hal terjadi perawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) lebih dari 3 (tiga) hari, selisih biaya tersebut menjadi tanggung jawab fasilitas kesehatan yang bersangkutan atau berdasarkan persetujuan pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan yang setara.
- (6) Dalam hal terjadi kondisi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (5), peserta tidak dikenakan urun biaya.

Pasal 62

- (1) Peserta dapat meningkatkan kelas ruang perawatan lebih tinggi dari yang menjadi haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan berdasarkan tarif INA-CBG's dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan.
- (2) Peningkatan kelas ruang perawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan.

Bagian Keempat

Pelayanan Gawat darurat

Pasal 63

- (1) Pelayanan gawat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 ayat (3) huruf c dapat dilakukan darurat sesuai dengan indikasi medis pelayanan gawat darurat.
- (2) Pelayanan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan pelayanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah kematian, keparahan, dan/atau kecacatan, sesuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan dengan kriteria tertentu sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pelayanan gawat darurat dapat diberikan oleh :
 - a. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama;
 - b. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan;baik yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan maupun tidak bekerjasama.
- (4) Fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus segera merujuk ke fasilitas

kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan setelah keadaan daruratnya teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan.

Pasal 64

- (1) Pembayaran pelayanan gawat darurat yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sudah termasuk dalam komponen kapitasi.
- (2) Pelayanan gawat darurat yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan ditagihkan secara langsung oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai pembayaran pelayanan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

Pasal 65

- (1) Penagihan pelayanan gawat darurat yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dibayar sesuai dengan INA-CBG's.
- (2) Penagihan pelayanan gawat darurat yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan ditagihkan secara langsung oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan.
- (3) Pembayaran pelayanan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menggunakan tarif INA-CBG's yang berlaku di wilayah tersebut.
- (4) Tarif INA-CBG's sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sesuai dengan kelas Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Menteri.
- (5) Rumah Sakit yang belum memiliki penetapan kelas, menggunakan tarif INA-CBG's Rumah Sakit kelas D.

Pasal 66

Fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan gawat darurat baik yang bekerjasama maupun yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, tidak diperkenankan menarik biaya kepada peserta.

Bagian Kelima
Pelayanan Obat, Alat Kesehatan, dan
Bahan Medis Habis Pakai

Pasal 67

- (1) Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medik habis pakai yang dibutuhkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 ayat (3) huruf d sesuai dengan indikasi medis merupakan hak peserta jaminan kesehatan.
- (2) Pelayanan obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan pada pelayanan kesehatan rawat jalan dan/atau rawat inap baik di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan.
- (3) Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang diberikan kepada Peserta berpedoman pada daftar obat, dan bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Fasilitas kesehatan dan jejaringnya wajib menyediakan pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan oleh Peserta sesuai indikasi medis.

Pasal 68

- (1) Pelayanan alat kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama sudah termasuk dalam komponen kapitasi yang dibayarkan BPJS Kesehatan.
- (2) Pelayanan alat kesehatan di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan sudah termasuk dalam paket INA-CBG's.
- (3) Fasilitas kesehatan dan jejaringnya wajib menyediakan alat kesehatan yang dibutuhkan oleh Peserta sesuai indikasi medis.
- (4) Alat kesehatan yang tidak masuk dalam paket INA-CBG's dibayar dengan klaim tersendiri oleh BPJS Kesehatan.
- (5) Jenis alat kesehatan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (3) ditetapkan oleh Menteri.
- (6) Dalam kondisi khusus untuk keselamatan pasien, alat kesehatan yang tidak termasuk dalam paket INA-CBG's sebagaimana dimaksud ayat (4) dapat ditetapkan oleh Dewan Pertimbangan Klinis bersama BPJS Kesehatan.

- (7) Alat kesehatan yang sudah termasuk dalam paket INA-CBGs tidak dapat ditagihkan tersendiri kepada BPJS Kesehatan dan tidak dapat dibebankan kepada Peserta.
- (8) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara dan prosedur pelayanan alat kesehatan yang tidak termasuk dalam paket INA-CBG's sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diatur dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

Pasal 69

- (1) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai di fasilitas kesehatan tingkat pertama sudah termasuk dalam komponen kapitasi yang dibayarkan BPJS Kesehatan.
- (2) Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan merupakan salah satu komponen yang dibayarkan dalam paket INA-CBG's.
- (3) Dalam hal obat yang dibutuhkan sesuai indikasi medis pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan tidak tercantum dalam Formularium Nasional, dapat digunakan obat lain berdasarkan persetujuan Komite Medik dan Kepala/Direktur Rumah Sakit.
- (4) Pelayanan obat yang sudah termasuk dalam paket INA-CBGs, baik mengacu pada Formularium Nasional, tidak dapat ditagihkan tersendiri kepada BPJS Kesehatan serta tidak dapat dibebankan kepada Peserta.

Pasal 70

- (1) BPJS Kesehatan menjamin kebutuhan obat dan pemeriksaan penunjang program rujuk balik.
- (2) Program rujuk balik merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjang yang dilaksanakan di fasilitas Kesehatan tingkat pertama atas rekomendasi/rujukan dari dokter spesialis/sub spesialis yang merawat.
- (3) Jenis penyakit kronis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), hipertensi dan diabetes mellitus tipe 2 dan dapat disesuaikan dengan kebijakan yang berlaku.

Pasal 71

- (1) Obat program rujuk balik diperoleh melalui Apotek atau depo farmasi fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- (2) Pemeriksaan penunjang program rujuk balik diberikan oleh laboratorium yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan atau sebagai jejaring fasilitas kesehatan tingkat pertama.
- (3) Obat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pemeriksaan penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibayar oleh BPJS Kesehatan diluar biaya kapitasi.
- (4) Obat program rujuk balik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pemeriksaan penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditagihkan secara kolektif melalui klaim tersendiri kepada BPJS Kesehatan.
- (5) Biaya obat program rujuk balik terdiri atas harga obat yang mengacu pada Formularium Nasional yang ditetapkan oleh Menteri dan ditambah dengan faktor pelayanan dan embalage.
- (6) Pembiayaan obat dan pemeriksaan penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur pelayanan, ketentuan restriksi, dan persepan maksimal serta pemeriksaan penunjang program rujuk balik diatur dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

Bagian Keenam
Pelayanan Ambulans

Pasal 72

- (1) Pelayanan ambulans sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 ayat (3) huruf e merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan disertai dengan upaya atau kegiatan menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien.

- (2) Kondisi tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi ketentuan:
 - a. kondisi pasien sesuai indikasi medis berdasarkan rekomendasi medis dari dokter yang merawat;
 - b. kondisi kelas perawatan sesuai hak peserta penuh dan pasien sudah dirawat paling sedikit 3 (tiga) hari dikelas satu tingkat diatas haknya; atau
 - c. pasien rujuk balik rawat inap yang masih memerlukan pelayanan rawat inap di fasilitas Kesehatan tujuan.
- (3) Pelayanan ambulans hanya dijamin bila rujukan dilakukan pada fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS atau pada kasus gawat darurat dari fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dengan tujuan penyelamatan nyawa pasien.
- (4) Pelayanan ambulans tidak dijamin untuk pelayanan sebagai berikut:
 - a. jemput pasien selain dari fasilitas kesehatan (rumah, jalan, lokasi lain);
 - b. mengantar pasien ke selain fasilitas kesehatan;
 - c. rujukan parsial (antar jemput pasien atau spesimen dalam rangka mendapatkan pemeriksaan penunjang atau tindakan, yang merupakan rangkaian perawatan pasien di salah satu fasilitas kesehatan);
 - d. ambulans/mobil jenazah; dan
 - e. pasien rujuk balik rawat jalan.
- (5) Pembiayaan untuk pelayanan ambulans tidak termasuk dalam tarif kapitasi dan INA-CBG's.
- (6) Dalam hal keadaan gawat darurat, pelayanan ambulans dari fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dapat dilakukan penagihan kepada BPJS Kesehatan.
- (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai pembiayaan pelayanan ambulans dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketujuh
Pelayanan Skrining Kesehatan

Pasal 73

- (1) Pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 ayat (3) huruf f diberikan secara perorangan dan selektif.
- (2) Pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu meliputi:
 - a. diabetes mellitus tipe 2;
 - b. hipertensi ;
 - c. kanker leher rahim;
 - d. kanker payudara; dan
 - e. penyakit lain yang ditetapkan oleh Menteri.
- (3) Pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dan huruf b dimulai dengan analisis riwayat kesehatan, yang dilakukan sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sekali.
- (4) Dalam hal peserta teridentifikasi mempunyai risiko berdasarkan riwayat kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilakukan penegakan diagnosa melalui pemeriksaan penunjang diagnostik tertentu.
- (5) Peserta yang telah terdiagnosa penyakit tertentu berdasarkan penegakan diagnosa sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diberikan pengobatan sesuai dengan indikasi medis.
- (6) Pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c sampai dengan huruf e dilakukan sesuai dengan indikasi medis.
- (7) Pembiayaan skrining kesehatan tidak termasuk dalam tarif kapitasi dan INA-CBGs.
- (8) Ketentuan lebih lanjut mengenai pembiayaan skrining kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB V

PENINGKATAN MUTU DAN PENAMBAHAN MANFAAT JAMINAN KESEHATAN

Pasal 74

- (1) Peningkatan mutu dan penambahan manfaat Jaminan Kesehatan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dapat dilakukan dengan menggunakan hasil pengembangan teknologi kesehatan (*health technology assessment*).
- (2) Pengembangan penggunaan teknologi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah dilakukan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*).
- (3) Penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan berdasarkan usulan dari Asosiasi Fasilitas Kesehatan, Organisasi Profesi kesehatan, dan BPJS Kesehatan.
- (4) Penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan oleh Tim *Health Technology Assessment* (HTA) yang dibentuk oleh Menteri.
- (5) Tim *Health Technology Assessment* (HTA) sebagaimana dimaksud pada ayat (4) bertugas melakukan penilaian terhadap pelayanan kesehatan yang dikategorikan dalam teknologi baru, metode baru, obat baru, keahlian khusus, dan pelayanan kesehatan lain dengan biaya tinggi.
- (6) Tim *Health Technology Assessment* (HTA) memberikan rekomendasi kepada Menteri mengenai kelayakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) untuk dimasukkan sebagai pelayanan kesehatan yang dijamin.
- (7) BPJS Kesehatan melakukan analisis dampak finansial dan resiko terhadap implementasi hasil Penilaian Teknologi Kesehatan (*Health Technology Assessment*).
- (8) Analisis dampak finansial dan resiko sebagaimana dimaksud pada ayat (7) diajukan kepada Menteri sebagai pertimbangan penerapan hasil *Health Technology Assessment* (HTA).

BAB VI KOMPENSASI

Pasal 75

- (1) Kompensasi wajib diberikan oleh BPJS Kesehatan kepada peserta apabila dalam suatu daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medisnya.
- (2) Penentuan daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta ditetapkan oleh Dinas Kesehatan setempat atas pertimbangan BPJS Kesehatan dan Asosiasi Fasilitas Kesehatan.
- (3) Kantor Cabang melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk penetapan daerah belum tersedia fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2).
- (4) Kompensasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dalam bentuk:
 - a. penggantian uang tunai;
 - b. pengiriman tenaga kesehatan; atau
 - c. penyediaan fasilitas kesehatan tertentu.

Pasal 76

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

Pasal 77

- (1) Untuk dapat memperoleh kompensasi uang tunai, peserta yang tinggal di wilayah tidak ada fasilitas Kesehatan memenuhi syarat harus mengikuti prosedur pelayanan rujukan berjenjang sesuai ketentuan yang berlaku.

- (2) Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta mendatangi fasilitas kesehatan tingkat pertama yang terdekat.
- (3) Apabila fasilitas kesehatan tingkat pertama terdekat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tersebut adalah fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, maka pembayaran atas pelayanan kesehatan sudah termasuk dalam komponen kapitasi tidak ditagihkan tersendiri.
- (4) Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tidak diperkenankan memungut tambahan biaya kepada Peserta.
- (5) Apabila fasilitas kesehatan tingkat pertama terdekat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah fasilitas Kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, maka peserta membayarkan biaya pelayanan kesehatan terlebih dahulu, kemudian peserta menagih kepada BPJS Kesehatan melalui klaim perorangan.
- (6) Klaim perorangan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) hanya diberlakukan pada peserta yang mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- (7) Dalam kondisi gawat darurat, peserta dapat langsung menuju Rumah Sakit tanpa mengikuti sistem rujukan berjenjang yang berlaku.
- (8) Biaya yang timbul akibat pelayanan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (7) ditagihkan oleh Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan, dan peserta tidak dikenakan urun biaya.
- (9) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur dan persyaratan administrasi klaim kompensasi uang tunai sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diatur dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

Pasal 78

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

Pasal 79

- (1) Apabila suatu daerah ditetapkan sebagai daerah tidak tersedia fasilitas Kesehatan memenuhi syarat, maka Kantor Cabang melakukan analisa kebutuhan tenaga kesehatan tertentu.
- (2) Penyediaan fasilitas kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud pada Ayat (1) berupa penyediaan tim tenaga kesehatan yang dilengkapi dengan peralatan medis untuk memberikan pelayanan medis tertentu sesuai dengan kebutuhan di wilayah yang akan dikunjungi.
- (3) Kantor Cabang BPJS Kesehatan selanjutnya berkoordinasi dengan dinas kesehatan, organisasi profesi kesehatan, dan/atau asosiasi fasilitas kesehatan untuk menentukan mekanisme pengiriman tenaga kesehatan yang antara lain meliputi:
 - a. jadwal;
 - b. jenis tenaga kesehatan; dan
 - c. jumlah tenaga kesehatan.
- (4) Pengiriman tenaga kesehatan yang dijamin BPJS kesehatan dapat dilakukan melalui kerjasama dengan dinas setempat, instansi pemerintah lainnya, maupun swasta.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur tata cara pengiriman tenaga kesehatan diatur dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

BAB VII

KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 80

- (1) Kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan dilakukan untuk menjamin agar pelayanan kesehatan kepada Peserta sesuai dengan mutu yang ditetapkan dan diselenggarakan secara efisien.
- (2) Kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:

- a. penilaian atas teknologi kesehatan (*Health Technology Assessment*) terhadap pengembangan penggunaan pelayanan kesehatan dengan teknologi;
 - b. pertimbangan klinis (*Clinical Advisory*) terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan kepada Peserta;
 - c. kajian dan evaluasi atas Manfaat Jaminan Kesehatan bagi Peserta; dan
 - d. monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan Jaminan Kesehatan oleh fasilitas kesehatan.
- (3) Kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan kepada Peserta, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) ditetapkan oleh Menteri.
- (4) Untuk menjamin kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan kepada peserta, fasilitas kesehatan dalam memberikan pelayanan:
- a. obat harus mengacu pada Formularium Nasional; dan
 - b. Alat Kesehatan harus mengacu pada Kompedium Alat Kesehatan.

Pasal 81

- (1) Pelayanan kesehatan kepada peserta jaminan kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya.
- (2) Penerapan sistem kendali mutu pelayanan jaminan kesehatan dilakukan secara menyeluruh meliputi pemenuhan standar mutu fasilitas kesehatan, memastikan proses pelayanan kesehatan berjalan sesuai standar yang ditetapkan, serta pemantauan terhadap luaran kesehatan peserta.

Pasal 82

Penyelenggaraan kendali mutu dan biaya oleh fasilitas kesehatan dilakukan melalui:

- a. pengaturan kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi;
- b. *utilization review* dan audit medis;
- c. pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan; dan/atau

- d. pemantauan dan evaluasi penggunaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dalam pelayanan kesehatan secara berkala yang dilaksanakan melalui pemanfaatan sistem informasi kesehatan.

Pasal 83

Penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya oleh BPJS Kesehatan dilakukan melalui:

- a. pemenuhan standar mutu Fasilitas Kesehatan;
- b. pemenuhan standar proses pelayanan kesehatan; dan
- c. pemantauan terhadap luaran kesehatan Peserta.

Bagian Kedua

Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya

Pasal 84

Dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya, BPJS Kesehatan membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri dari unsur organisasi profesi, akademisi, dan pakar klinis yang terbagi dalam Tim Koordinasi dan Tim Teknis.

Pasal 85

- (1) Tim Koordinasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 berada di tingkat:
 - a. Pusat;
 - b. Divisi Regional; dan
 - c. Cabang
- (2) Tim koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki fungsi dan wewenang melakukan:
 - a. sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi;
 - b. *utilization review* dan audit medis;
 - c. pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan; dan
 - d. berkoordinasi dengan fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan

BPJS Kesehatan dalam hal:

1. pengaturan kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi;
2. utilization *review* dan audit medis; dan
3. pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan.

Pasal 86

- (1) Tim teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 berada di setiap fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- (2) Tim teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki fungsi dan wewenang sebagai berikut :
 - a. meminta dan mendapatkan informasi untuk kasus tertentu mengenai identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, dan riwayat pengobatan peserta dalam bentuk salinan/fotokopi rekam medis kepada Fasilitas Kesehatan sesuai kebutuhan; dan
 - b. melakukan pemantauan dan evaluasi penggunaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dalam pelayanan kesehatan secara berkala melalui pemanfaatan sistem informasi kesehatan.

Pasal 87

Untuk menjamin kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan kepada Peserta BPJS Kesehatan, Menteri menetapkan standar tarif pelayanan kesehatan yang menjadi acuan bagi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Pasal 88

- (1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada fasilitas kesehatan yang telah memberikan layanan kepada Peserta.
- (2) Besaran pembayaran yang dilakukan BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di setiap provinsi serta mengacu kepada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.
- (3) Asosiasi fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan mengacu pada Keputusan Menteri.

- (4) Dalam hal besaran pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak disepakati oleh asosiasi fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan, besaran pembayaran atas program Jaminan Kesehatan sebagaimana yang diputuskan oleh Menteri.

BAB VIII

PELAPORAN DAN UTILIZATION REVIEW

Pasal 89

- (1) Fasilitas Kesehatan wajib membuat laporan kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan secara berkala setiap bulan kepada BPJS Kesehatan.
- (2) Fasilitas Kesehatan wajib menerapkan *Utilization Review* secara berkala dan berkesinambungan.
- (3) BPJS Kesehatan melakukan pelaksanaan *utilization review* dengan mengukur pemanfaatan pelayanan berdasarkan indikator *rate*, *ratio* serta *unit cost*.
- (4) BPJS Kesehatan berdasarkan indikator *rate*, *ratio* serta *unit cost* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) melakukan evaluasi dan umpan balik.
- (5) BPJS Kesehatan melakukan tindak lanjut atas hasil evaluasi dan umpan balik sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dalam rangka pengendalian biaya pelayanan kesehatan.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai mekanisme pelaporan, *Utilization Review* ditetapkan dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

BAB IX

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 90

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan ini mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2014.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 1 Januari 2014

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
KESEHATAN

ttd

FACHMI IDRIS

Diundangkan di Jakarta
Pada tanggal 1 Januari 2014

MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPULIK INDONESIA

ttd

AMIR SYAMSUDIN

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2014 NOMOR 1

Salinan sesuai dengan aslinya

BPJS KESEHATAN
Pjs. Kepala Grup Hukum dan Regulasi


Feryanita





PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN
NOMOR 2 TAHUN 2014
TENTANG
UNIT PENGENDALI MUTU PELAYANAN DAN PENANGANAN
PENGADUAN PESERTA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 48 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial perlu menetapkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan tentang Unit Pengendali Mutu dan Penanganan Pengaduan Peserta;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
 2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 4. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik



Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);

5. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 264, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5372);
6. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah Diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 tahun 2013 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 255);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN TENTANG UNIT PENGENDALI MUTU PELAYANAN DAN PENANGANAN PENGADUAN PESERTA.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan ini yang dimaksud dengan:

1. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disebut BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
2. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.



3. Unit Pengendali Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta adalah organ yang dibentuk oleh BPJS Kesehatan untuk menangani pengaduan peserta BPJS Kesehatan.
4. Pengaduan adalah penyampaian ketidakpuasan peserta atas pelayanan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan.
5. Sengketa adalah perselisihan antara Peserta dengan BPJS Kesehatan yang muncul akibat ketidakpuasan atas pelayanan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan, dan tidak dapat diselesaikan oleh Unit Pengendali Mutu Pelayanan Dan Penanganan Pengaduan Peserta.
6. Pusat Layanan Informasi BPJS Kesehatan (*Call Center* 500 400) adalah pelayanan pengaduan dan pemberian informasi pelayanan yang diberikan selama 24 (dua Puluh empat) jam.
7. Unit Kerja BPJS Kesehatan adalah Grup atau Departemen di Kantor Pusat, Divisi Regional, dan Kantor Cabang.

BAB II

UNIT PENGENDALI MUTU PELAYANAN DAN PENANGANAN PENGADUAN PESERTA

Bagian Kesatu Organisasi Pelaksana

Pasal 2

- (1) Pengendali mutu pelayanan dan penanganan pengaduan peserta di tingkat Pusat dilakukan oleh Departemen Unit Pengendali Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta di lingkungan Grup Kepesertaan.
- (2) Pengendali mutu pelayanan dan penanganan pengaduan peserta di tingkat Divisi Regional dilakukan secara

Sr

fungsional oleh Departemen Pemasaran dan Kepesertaan.

- (3) Pengendali mutu pelayanan dan penanganan pengaduan Peserta di tingkat Cabang dilakukan secara fungsional oleh Unit Kepesertaan dan Pelayanan Peserta.
- (4) Pengendali mutu pelayanan dan penanganan pengaduan Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (3) juga dilakukan melalui:
 - a. BPJS Kesehatan Center;
 - b. Kantor Layanan Operasional Kabupaten (KLOK); dan
 - c. *Liaison Office (LO)*.
- (5) Ketentuan mengenai struktur organisasi, dan tata kerja atas fungsi Unit Pengendali Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta dapat diatur lebih lanjut melalui Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

Bagian Kedua

Mekanisme Penanganan Pengaduan Peserta

Pasal 3

- (1) Peserta yang tidak puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan dapat menyampaikan pengaduan kepada BPJS Kesehatan.
- (2) BPJS Kesehatan wajib menangani pengaduan dari Peserta paling lama 5 (lima) hari kerja sejak diterimanya pengaduan.
- (3) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung.
- (4) Pengaduan secara langsung sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan melalui:
 - a. tatap muka, yaitu Peserta bertemu dengan petugas BPJS Kesehatan di Kantor BPJS Kesehatan atau

- pada saat kunjungan Petugas BPJS Kesehatan ke lokasi Peserta; dan
- b. media telepon yang berupa Pusat Layanan Informasi BPJS Kesehatan (*Call Center 500 400*), *hotline service* di setiap unit kerja.
- (5) Pengaduan secara tidak langsung sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan melalui :
- a. surat menyurat;
 - b. *sms gateway*;
 - c. *email*;
 - d. *website*; dan
 - e. media sosial atas nama BPJS Kesehatan.

BAB III PENYELESAIAN SENGKETA

Bagian Kesatu Mediasi

Pasal 4

- (1) Peserta yang merasa dirugikan karena pengaduan yang disampaikan tidak dapat terselesaikan maka dapat mengajukan penyelesaian sengketa melalui mediasi.
- (2) Proses penyelesaian sengketa melalui mediasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan mengenai arbitrase dan alternatif penyelesaian sengketa.
- (3) Peserta dan BPJS Kesehatan menunjuk Mediator untuk melakukan penyelesaian melalui mediasi.
- (4) Penunjukan Mediator sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan secara tertulis disertai dengan kesepakatan untuk menerima hasil mediasi.

Sr

Pasal 5

- (1) Mediator melakukan penyelesaian paling lama 30 (tiga puluh) hari kerja sejak penandatanganan kesepakatan.
- (2) Hasil mediasi yang telah disepakati oleh Peserta dan BPJS Kesehatan dibuat secara tertulis, bersifat final, dan mengikat.
- (3) Hasil mediasi yang tidak disepakati oleh Peserta dan BPJS Kesehatan diselesaikan melalui Pengadilan

Bagian Kedua

Penyelesaian Sengketa melalui Pengadilan

Pasal 6

- (1) Apabila Peserta dan BPJS Kesehatan tidak sepakat untuk menyelesaikan sengketa melalui Mediasi atau hasil mediasi tidak disepakati oleh Peserta dan BPJS Kesehatan, maka Peserta atau BPJS Kesehatan dapat mengajukan penyelesaian sengketa melalui Pengadilan.
- (2) Pengajuan penyelesaian sengketa melalui Pengadilan diajukan kepada Pengadilan Negeri sesuai domisili Peserta atau BPJS Kesehatan.
- (3) Proses penyelesaian sengketa melalui Pengadilan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB IV

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 7

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan ini mulai berlaku sejak tanggal diundangkan.

fr

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 1 April 2014
DIREKTUR UTAMA BADAN PENYELENGGARA
JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

ttd

FACHMI IDRIS

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 7 April 2014
MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

AMIR SYAMSUDIN

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2014 NOMOR 443

Salinan sesuai dengan aslinya
BPJS KESEHATAN

 Pjs. Kepala Grup Hukum dan Regulasi




Feryanita