

BAB II

KONDISI OBYEKTIF DAN LOKASI

A. Letak Geografis dan Struktur Perusahaan BPJS Kesehatan Cilegon

Kantor Layanan Operasional Kota Cilegon terletak di Ruko Bonakarta Blok C No. 12 Kota Cilegon. Untuk KLOK Cilegon mulai beroperasi pada Bulan Oktober 2014.¹ Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah tanda kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang komprehensif pada fasilitas kesehatan melalui mekanisme sistem rujukan berjenjang dan atas indikasi medis. KIS diterbitkan oleh BPJS Kesehatan untuk seluruh peserta jaminan kesehatan termasuk penerima bantuan iuran (PBI). Kepesertaan KIS ada 2 kelompok:

1. Kelompok masyarakat yang wajib mendaftar dan membayar iuran, baik membayar sendiri, ataupun berkontribusi bersama pemberi kerjanya;
2. Kelompok masyarakat miskin dan tidak mampu yang didaftarkan oleh pemerintah dan iurannya dibayari oleh pemerintah.

¹ Novi Apriani, Staf BPJS Kesehatan Center, wawancara pribadi, tanggal 3 Februari 2016.

B. Profil dan Sejarah Perusahaan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial)

Di dalam Pasal 5 ayat (1) UUSJSN dijelaskan: “Badan Penyelenggara Jaminan Sosial harus dibentuk dengan Undang-Undang” Mengacu kepada ketentuan ini, untuk menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional, dibutuhkan “Badan Penyelenggara yang pembentukannya harus dibuat dalam suatu undang-undang Jangka waktu untuk pembentukan badan penyelenggara yang dimaksud paling lambat 5 (lima) tahun sejak diundangkannya UUSJSN”. Hal ini dijabarkan dalam Pasal 52 ayat (2) UUSJSN, sebagai berikut. Semua ketentuan yang mengatur mengenai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial disesuaikan dengan Undang-Undang ini paling lambat 5 (lima) tahun sejak undang-undang ini diundangkan. Untuk itu, sesuai dengan apa yang dijabarkan dalam Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 ayat (2) UUSJSN, pemerintah menerbitkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional (UUBPJS).² Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS merupakan Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, terutama untuk Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa.

² Abdulkadir Muhammad, *Hukum Asuransi Indonesia*, (Bandung: Citra Aditya Bakti, 2015), h. 110.

BPJS Kesehatan adalah perusahaan asuransi yang kita kenal sebelumnya sebagai PT Askes, perusahaan ini merupakan Badan Usaha Milik Negara, menjual produk yang berupa asuransi kesehatan bagi para Pegawai Negeri Sipil, maupun bagi masyarakat yang memerlukannya.³ BPJS Ketenagakerjaan merupakan transformasi dari Jamsostek (Jaminan Sosial Tenaga Kerja) merupakan program pemerintah dalam kesatuan Nasional (JKN) yang diresmikan pada tanggal 31 Desember 2013. Lembaga ini bertanggung jawab terhadap Presiden. BPJS berkantor pusat di Jakarta dan bisa memiliki kantor perwakilan di tingkat provinsi serta kantor cabang di tingkat kabupaten kota. JKN adalah singkatan dari Jaminan Kesehatan Nasional, JKN merupakan nama programnya, sedangkan BPJS merupakan badan penyelenggaranya yang kinerjanya nanti diawasi oleh DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional). Pada awal 2014, PT Askes akan menjadi BPJS Kesehatan, selanjutnya pada 2015 giliran PT Jamsostek mejadi BPJS Ketenagakerjaan.

BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program:

- a. Jaminan kecelakaan kerja
- b. Jaminan hari tua
- c. Jaminan pensiun
- d. Jaminan kematian.

³ Mulyadi Nitisusastro, *Asuransi dan Usaha Perasuransian di Indonesia*, (Bandung, Alfabeta 2013), Cet Ke-1, h. 143.

Pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan yang secara jelas mengatur pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil dan Penerima Pensiun (PNS dan ABRI) beserta anggota keluarganya berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968. Menteri Kesehatan membentuk Badan Khusus di lingkungan Departemen Kesehatan RI yaitu Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK), dimana oleh Menteri Kesehatan RI pada waktu itu dinyatakan sebagai cikal bakal Asuransi Kesehatan Nasional. Untuk lebih meningkatkan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi peserta dan agar dapat dikelola secara profesional, Pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 1984 tentang Pemeliharaan Kesehatan bagi pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun, (PNS, ABRI dan Pejabat Negara) beserta anggota keluarganya. Dengan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1984, status badan penyelenggara diubah menjadi Perusahaan Umum Husada Bhakti.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991, kepesertaan program jaminan pemeliharaan kesehatan yang dikelola Perum Husada Bhakti ditambah dengan Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya. Disamping itu, perusahaan diijinkan memperluas jangkauan kepesertaannya ke badan usaha dan badan lainnya sebagai peserta sukarela. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992 status Perum diubah menjadi Perusahaan Perseroan (PT Persero) dengan pertimbangan fleksibilitas

pengelolaan keuangan, kontribusi kepada Pemerintah dapat dinegosiasi untuk kepentingan pelayanan kepada peserta dan manajemen lebih mandiri.

PT Askes (Persero) diberi tugas oleh Pemerintah melalui Departemen Kesehatan RI, sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1241/MENKES/SK/XI/2004 dan Nomor 56/MENKES/SK/I/2005, sebagai Penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM/ASKESKIN).

- Dasar penyelenggaraan:
 - UUD 1945
 - UUD No. 23/1992 tentang Kesehatan
 - UU No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)
 - Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/MENKES/SK/XI/2004 dan Nomor 56/MENKES/SK/I/2005
- Prinsip Penyelenggaraan mengacu pada :
 - Diselenggarakan secara serentak di seluruh Indonesia dengan azas gotong royong sehingga terjadi subsidi silang.
 - Mengacu pada prinsip asuransi kesehatan sosial.
 - Pelayanan kesehatan dengan prinsip *managed care* dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang.
 - Program diselenggarakan dengan prinsip nirlaba.
 - Menjamin adanya portabilitas dan ekuitas dalam pelayanan kepada peserta.

- Adanya akuntabilitas dan transparansi yang terjamin dengan mengutamakan prinsip kehati-hatian, efisiensi dan efektifitas.

Mulai tanggal 1 Januari 2014, PT Askes Indonesia (Persero) berubah nama menjadi BPJS Kesehatan sesuai dengan Undang-Undang no 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Setiap warga negara Indonesia dan warga asing yang sudah berdiam di Indonesia selama minimal enam bulan wajib menjadi anggota BPJS. Ini sesuai pasal 14 UU BPJS. Setiap perusahaan wajib mendaftarkan pekerjanya sebagai anggota BPJS. Sedangkan orang atau keluarga yang tidak bekerja pada perusahaan wajib mendaftarkan diri dan anggota keluarganya pada BPJS. Setiap Peserta BPJS akan ditarik iuran yang besarnya ditentukan kemudian. Sedangkan bagi warga miskin, iuran BPJS ditanggung pemerintah melalui Program Bantuan Iuran. Menjadi peserta BPJS tidak hanya wajib bagi pekerja di sektor formal, namun juga di sektor informal. Pekerja informal juga wajib menjadi anggota BPJS Kesehatan. Para pekerja wajib mendaftarkan dirinya dan membayar iuran sesuai dengan tingkatan manfaat yang diinginkan. Jaminan kesehatan secara universal diharapkan bisa dimulai secara bertahap pada 2014 dan pada 2019, diharapkan seluruh warga Indonesia sudah memiliki jaminan kesehatan tersebut.

C. Visi dan Misi

Visi BPJS Kesehatan :⁴

“Terwujudnya JKN-KIS Semesta yang Berkualitas dan Berkesinambungan”

Misi BPJS Kesehatan :

“ Terwujudnya JKN KIS semesta yang berkualitas dan Berkesinambungan “

1. Menjaga kesinambungan program JKN-KIS dengan mengoptimalkan kolektibilitas iuran, sistem pembayaran fasilitas kesehatan, dan pengelolaan keuangan secara transparan dan akuntabel.
2. Memperluas peserta JKN-KIS mencakup seluruh penduduk Indonesia paling lambat 1 Januari 2019 melalui peningkatan kemitraan dengan seluruh pemangku kepentingan dan mendorong partisipasi masyarakat, serta meningkatkan kepatuhan kepesertaan.
3. Meningkatkan kualitas layanan yang berkeadilan kepada peserta, pemberi pelayanan kesehatan dan pemangku kepentingan lainnya melalui sistem kerja yang efektif dan efisien.
4. Meningkatkan harmonisasi hubungan antar lembaga untuk memperkuat kebijakan dan implemetasi program JKN-KIS melalui peningktan kemitraan, koordinasi dan komunikasi dengan seluruh pemangku kepentingan.

⁴ <http://www.bpjs-kesehatan.go.id/>, diunduh pada 12 Feb. 2014, pukul 19.21 WIB.

5. Memperkuat kapasitas dan tata kelola organisasi dengan didukung SDM yang professional, penelitian, perencanaan dan evaluasi, pengelolaan proses bisnis dan manajemen risiko yang efektif dan efisien, serta infrastruktur dan teknologi informasi yang handal.