**PENGATURAN DAN PELAKSANAAN PELAYANAN BADAN PENYELENGGARAAN JAMINAN SOSIAL DI RUMAH SAKIT DALAM PERSPEKTIF SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL MENURUT UNDANG-UNDANG DASAR 1945**

***REGULATION AND IMPLEMENTATION OF THE SERVICES OF THE SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION AGENCY IN HOSPITALS IN THE PERSPECTIVE OF THE NATIONAL SOCIAL SECURITY SYSTEM ACCORDING TO THE 1945 CONSTITUTION***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NAMA | : | WIWIN TRIYUNARTI |
| NPM | : | 199030003 |
| Konsentrasi | : | Hukum Tata Negara |

OLEH



**PROGRAM STUDI DOKTOR ILMU HUKUM**

**PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS PASUNDAN**

**BANDUNG**

**2023**

**ABSTRAK**

Proses pelaksanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melibatkan Badan Penyelenggara jaminan sosial (BPJS) kesehatan sebagai badan penyelenggara, Rumah sakit sebagai kesehatan yang menunjang terlaksananya program Jaminan Kesehatan Nasional dan masyarakat yang telah membayar iuran sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Hubungan para pihak tersebut merupakan hubungan yang didasarkan atas hukum. BPJS dalam menyelenggarakan pelayanan membuat perjanjian kerja sama dengan rumah-rumah sakit yang ada di Indonesia. Peserta BPJS dapat menggunakan rumah-rumah sakit tersebut sesuai dengan sistem rujukan berjenjang, kecuali dalam keadaan darurat.

Penelitian ini menggunakan metode yuridis normatif yaitu dengan mengkaji hukum yang dikonsepkan sebagai norma atau kaidah yang berlaku dalam masyarakat dengan menggunakan pendekatan yuridis melalui pendekatan perundang-undangan, pendekatan sejarah, pendekatan filosofis dan pendekatan futuristik. Sumber data yang diperoleh dengan cara studi kepustakaan studi kepustakaan ini dilakukan untuk mencari data sekunder terkait dengan konsepsi-konsepsi, teori-teori, pendapat-pendapat yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

Negara menjamin seluruh kesulitan biaya, memperbaiki layanan kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan sebagai upaya dalam penerapan *Universal Health Coverage*. Kemudahan proses berobat menggunakan asuransi dianggap sebagai manfaat yang sangat penting sebagai wujud dari amanah Undang-undang Dasar dimana masyarakat dapat dengan mudah meng akses pelayanan kesehatan. Penjaminan atas biaya kesehatan bagi masyarakat juga merupakan wujud dari UUD 1945, sehingga dalam pembiayaan kesehatan, pemerintah juga dapat mengendalikan mutu dan biaya kesehatan yang diselenggarakan rumah sakit mengingat dampak yang diterima oleh masyarakat sebagai penerima layanan.

Kata kunci : **Jaminan Kesehatan Nasional, Badan penyelenggara jaminan Sosial dan Rumah Sakit**

***ABSTRACT***

*The process of implementing the National Health Insurance (JKN) involves the Health Social Security Administering Body (BPJS) as the organizing body, the hospital as the health care provider that supports the implementation of the National Health Insurance program and the public who have paid dues as participants in the National Health Insurance (JKN). The relationship between the parties is a relationship based on law. BPJS in providing services makes cooperation agreements with hospitals in Indonesia. BPJS participants can use these hospitals according to a tiered referral system, except in an emergency.*

*This study uses a normative juridical method, namely by examining the law which is conceptualized as a norm or rule that applies in society by using a juridical approach through a statutory approach, a historical approach, a philosophical approach and a futuristic approach. Sources of data obtained by means of library research. This literature study was conducted to find secondary data related to conceptions, theories, and opinions related to the problem under study.*

*The state guarantees all costs to improve health services and improves health status as an effort to implement Universal Health Coverage. The ease of the treatment process using insurance is considered a very important benefit as a manifestation of the mandate of the Constitution where people can easily access health services. The guarantee of health costs for the community is also a manifestation of the 1945 Constitution so that in health financing, the government can also control the quality and costs of health services provided by hospitals considering the impact received by the community as service recipients.*

*Keywords:* ***National Health Insurance, Social Security Organizing Agency and Hospitals***

1. **Pendahuluan**

Jaminan Kesehatan yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional. Peraturan yang mendasari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) tersebut adalah Undang-undang No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Dalam Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) tersebut menyatakan bahwa jaminan Kesehatan merupakan prinsip asuransi sosial yaitu kepersertaan yang bersifat wajib, besaran premi berdasarkan presentase pendapatan dan semua anggota mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama. Melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) ini, semua masyarakat akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang akan berdampak pada peningkatan derajat Kesehatan.

Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) ini merupakan langkah awal dan juga merupakan pintu gerbang terbukanya sistem perasuransian yang baik dan terstruktur di Indonesia, seperti yang tertulis dalam Pasal 3 Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang menyebutkan bahwa Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mempunyai tujuan yaitu untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Proses pelaksanaan Jaminan Kesehatan nasional (JKN) terdapat beberapa pihak yang terlibat didalamnya, antara lain Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yaitu pihak yang berperan sebagai badan penyelenggara, Rumah Sakit berperan sebagai Kesehatan yang menunjang terlaksanannya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dan masyarakat yang telah membayar iuran sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Hubungan para pihak tersebut merupakan hubungan yang didasarkan atas hubungan hukum. Fasilitator kesehatan yaitu rumah sakit, adalah salah satu penyedia fasilitas kesehatan dan pelayanan Kesehatan yang mendukung penyelenggaraan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.[[1]](#footnote-1) Penyelenggaraan pelayanan rumah sakit adalah untuk mempermudah akses masyarakat dalam memperoleh pelayanan Kesehatan.[[2]](#footnote-2) Rumah sakit bukan *persoon* yang terdiri dari manusia sebagai *naturlijk persoon* melainkan rumah sakit diberikan kedudukan hukum sebagai *persoon* yang merupakan *rechtpersoon* sehingga rumah sakit diberikan hak dan kewajiban menurut hukum.[[3]](#footnote-3)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) dalam memberikan pelayanannya, membuat perjanjian kerja sama dengan rumah sakit-rumah sakit yang ada di Indonesia, baik itu rumah sakit milik pemerintah maupun rumah sakit milik swasta. Perjanjian Kerjasama yang dibuat antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan seluruh rumah sakit yang ada di Indonesia, mengatur mengenai hak dan kewajiban rumah sakit dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) itu sendiri. Selain itu, di dalam perjanjian tersebut juga mengatur mengenai hak pasien yang menggunakan atau pengguna Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di rumah sakit tersebut.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah bagian dari Sistem Jaminan Sosial (SJSN) dan diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan bersifat wajib. Setiap peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini mempunyai hak untuk memperoleh pelayanan Kesehatan yang bersifat menyeluruh dan juga diberikan secara berjenjang, efektif, dan efisien yang juga menerapkan prinsip kendali mutu dan kendali biaya berdasarkan indikasi medis. Untuk memperoleh pelayanan Kesehatan tersebut, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKTL) wajib menerapkan sistem rujukan. Sistem rujukan pelayanan Kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan Kesehatan yang di dalam nya mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan Kesehatan secara timbal balik, baik secara vertikal maupun secara horizontal.[[4]](#footnote-4) Sistem rujukan ini dilakukan secara berjenjang dimulai dari pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan pelayanan Kesehatan rujukan tingkat lanjut yang terdiri atas pelayanan Kesehatan tingkat kedua (spesialistik) dan pelayanan Kesehatan tingkat ketiga (subspesialistik). Dalam hal ini, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) tidak akan mempergunakan fasilitas pelayanan Kesehatan dalam sistem pelayanan Kesehatan apabila fasilitas Kesehatan tersebut tidak menerapkan sistem rujukan.[[5]](#footnote-5) Tingginya rasio rujukan mengakibatkan pelaksanaan rujukan yang tidak sesuai dengan alur jenjangnya dan mengakibatkan penumpukan pasien di salah satu pemberi pelayanan Kesehatan (PPK) dan pada akhirnya berdampak pada penurunan kualitas pelayanan.[[6]](#footnote-6) Hal itu menyebabkan kerugian secara finansial dan berpengaruh terhadap pencapaian kinerja di bidang Kesehatan.[[7]](#footnote-7) Pihak Badan Penyelenggara Jamian Sosial (BPJS) apabila fasilitas Kesehatan primer merujuk pasien secara berlebihan dan tidak proporsional maka Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) akan mengalami kerugian dikarenakan harus membayar kasus-kasus rujukan difasilitas sekunder dan tersier yang sebenarnya tidak harus dirujuk dengan sistem pembayaran kapitasi pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).[[8]](#footnote-8)

Sistem berjenjang yang diterapkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)[[9]](#footnote-9), terdiri dari fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan fasilitas Kesehatan tingkat Tingkat Lanjutan (FKTL) yang terdiri dari pelayanan Kesehatan tingkat kedua (sekunder ) dan pelayanan Kesehatan tingkat ketiga (tersier).[[10]](#footnote-10) Pasien yang ingin mendapatkan pelayanan Kesehatan harus menyesuaikan dengan sistem berjenjang tersebut . Pasien tidak dapat langsung mendapatkan pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL), namun melewati proses berjenjang dengan sistem rujukan.[[11]](#footnote-11) Alih-alih mampu mencegah defisit anggaran, aturan baru sistem rujukan berjenjang ini justru mempersulit berbagai pihak, khususnya para pasien. Kenyataan di lapangan menunjukan bahwa sistem rujukan Badan penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) ini membuat penumpukan antrean di berbagai tempat pelayanan Kesehatan, karena setiap pasien yang memerlukan rujukan ke rumah sakit akan ditujukan ke rumah sakit tipe D lebih dahulu. Padahal sebelumnya pasien Badan penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bebas memilih rumah sakit langganannya dan yang dekat dengan rumah tinggal. Adanya mekanisme yang baru diterapkan tersebut membuat pasien harus menempuh proses rujukan yang Panjang.

Selain berdampak pada pasien, sistem baru rujukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) ini juga berpengaruh pada operasional dan banyaknya obat yang akhirnya tidak terpakai, sehingga berdampak pada distributor obat yang akan mengunci pasokan obat ke rumah sakit tersebut. Dampak lebih lanjut adalah tidak maksimalnya pelayanan Kesehatan di puskesmas maupun rumah sakit. Bagi rumah sakit, sistem rujukan berjenjang ini menyebabkan jumlah pasien di rumah sakit menurun sampai dengan 40 % dan berdampak pula pada turunnya pendapatan rumah sakit. Bila merujuk PP No 93 tahun 2015 tentang bahwa pasien dari Fasilitas Kesehatan tingkat pertama (FKTP) bisa langsung ke rumah sakit tipe B, namun Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan melalui SK Direktur harus melalui rujukan berjenjang. Namun kemudian pada tanggal 14 Januari 2020 Menteri Kesehatan Republik Indonesia menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No 3 tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah sakit, yang menegaskan bahwa klasifikasi tipe rumah sakit berfokus pada kapasitas tempat tidur, dan jumlah serta kualifikasi sumber daya manusia (SDM) disesuaikan dengan hasil analisis beban kerja, kebutuhan dan kemampuan pelayanan rumah sakit.[[12]](#footnote-12) Berdasarkan telaahan PMK tersebut maka pemetaan perjenjangan rujukan tidak lagi berdasarkan tipe rumah sakit, tapi berdasarkan kompetensi penanganan penyakit. Sistem rujukan berjenjang berbasis kompetensi, ditetapkan atas dasar kebutuhan medis pada suatu penyakit dan kompetensi dari fasilitas pelayanan Kesehatan rumah sakit. Rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dapat langsung ke tipe A apabila rumah sakit tipe B,C dan D tidak memiliki kompetensi penanganan penyakit yang dimaksud. Sistem ini membutuhkan keterlibatan Dinas Kesehatan tingkat Provinsi untuk menyusun peta kompetensi dan sistem rujukan yang akan dibangun. Setiap provinsi memiliki kompetensi yang berbeda.

Munculnya (PMK) No 3 tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah sakit ini tidak dibarengi dengan perubahan mengenai metode pembayaran Badan Penyelenggara jaminan Sosial (BPJS), sehingga pembayaran tetap dilakukan dengan dasar dari PMK Nomor 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs). PMK petunjuk teknis di peruntukan untuk rujukan lanjutan, yang artinya ditujukan ke Rumah Sakit sebagai fasilitas lanjutan baik sekunder maupun tersier.

Pelaksanaan nya memang disesuaikan dengan PMK No 3 tahun 2020, di mana pasien dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) seperti puskesmas, klinik dll dapat memilih tempat rujukan lanjutan sesuai dengan kebutuhan dan jarak atau lokasi rumah pasien, namun itu hanya berlaku ketika dalam kegawat daruratan ataupun rawat inap. Sementara untuk pasien rawat jalan hal tersebut tidak berlaku. Artinya ketika pasien akan berobat jantung, sementara rumah sakit terdekat dari rumah tinggalnya (rumah sakit tipe B) maka pasien tetap diarahkan ke rumah sakit tipe C lainnya yang mempunyai fasilitas tersebut. Pasien tidak bisa masuk ke rumah sakit tipe B yang ada didekat pasien, padahal rumah sakit tipe B lebih berkompeten dengan fasilitas yang dibutuhkan oleh pasien. Hal tersebut berkaitan dengan sistem pembayaran BPJS Kesehatan yang masih bertumpu pada PMK nomor 7 tahun 2014. Apabila pasien tetap memaksa untuk rujukan lanjutan di rumah sakit dengan tipe yang lebih tinggi, pembiayaan nya tidak dapat diklaim ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

Keadaan tersebut merugikan bagi pihak rumah sakit dengan tipe yang lebih tinggi dan juga pasien sebagai pengguna layanan. Dampak tersebut antara lain:

1. Pasien sebagai pengguna layanan, harus mencari rumah sakit tipe C atau sekunder untuk mencari fasilitas yang dibutuhkan, terkadang membuat pasien dirugikan terkait jarak tempuh dan waktu, akhirnya pasien menggunakan pembiayaan umum (bayar mandiri) karena proses yang ditempuh terlalu panjang
2. Adanya penumpukan antrian pasien di rumah sakit sekunder, sehingga pelayanan tidak maksimal dan hak pasien pun terbengkalai
3. Rumah sakit tersier atau rumah sakit yang mempunyai tipe lebih tinggi, menunggu rujukan pasien setelah kuota yang diberikan Badan Penyelenggara Jaminan sosial (BPJS) terpenuhi di rumah sakit tipe D
4. Rujukan berjenjang yang masih berlaku dalam sistem pembayaran Badan penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) ini menyebabkan dokter spesialis dan sub spesialis tidak bekerja maksimal, begitu juga ketersediaan obat yang tidak digunakan dan akhirnya banyak tidak terpakai.
5. **Metode Penelitian**

Metode penelitian yang digunakan adalah yuridis normatif, yaitu mengkaji hukum yang dikonsepkan sebagai norma atau kaidah yang berlaku dalam masyarakat dan menjadi acuan perilaku setiap orang. Metode yuridis normatif disebut juga penelitian yuridis yang bersifat teoritis dan dogmatik. Metode yuridis normatif yaitu metode yang menggunakan data sekunder sebagai sumber utama yang diperoleh melalui penelitian kepustakaan. Metode penelitian yuridis normatif menggunakan metode berpikir deduktif serta kriterium kebenaran koheren. Dimaksud dengan metode berpikir deduktif adalah cara berpikir dalam penarikan kesimpulan yang ditarik dari sesuatu yang sifatnya umum yang sudah dibuktikan bahwa dia benar dan kesimpulan itu ditujukan untuk sesuatu yang sifatnya khusus, sedangkan yang dimaksud dengan kebenaran koheren, adalah suatu pengetahuan, teori, pernyataan, proposisi, atau hipotesis dianggap benar kalau sejalan dengan pengetahuan, teori, pernyataan, proposisi, atau hipotesis lainnya, yaitu kalau proposisi itu meneguhkan dan konsisten dengan proposisi sebelumnya yang di anggap benar.

Penelitian ini menerapkan metode Deskriptif Analitikal, sebuah penelitian yang menggambarkan serta menganalisa sebuah masalah, dan termasuk dalam jenis metode penelitian kepustakaan (*library research)*. Jadi penelitian ini dipahami sebagai penelitian kepustakaan yaitu penelitian terhadap data sekunder.[[13]](#footnote-13) Dikatakan dengan istilah analisis maksudnya mengelompokkan, menghubungkan dan memberi makna aspek-aspek mengenai pelayanan badan penyelenggara jaminan sosial di Rumah Sakit dalam perspektif sistem jaminan sosial nasional menurut Undang-undang Dasar 1945 , yang diperoleh dan diteliti melalui studi kepustakaan dan di analisis secara kualitatif.

1. **Hasil dan Pembahasan**
2. **Alur pelayanan Kesehatan berdasarkan mekanisme Badan Penyelenggara Jaminan sosial (BPJS)**

Pemerintah bertanggung jawab melindungi masyarakat atas kesehatan, masyarakat juga dijamin berdasarkan Undang-undang Dasar 1945,[[14]](#footnote-14) Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, dan Undang-undang nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia dan Kovenan Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya yang telah diratifikasi oleh Undang-undang Nomor 12 tahun 2005. Hak-hak kesehatan[[15]](#footnote-15) yang dapat diperoleh oleh masyarakat adalah sebagai berikut :

1. Hak memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. Pengakuan dan penegasan ha katas kesehatan sebagai bagian dari HAM tentu semakin menegasakan tanggung jawab negara dalam pemenuhannya. Negara memiliki tanggung jawab untuk menyediakan fasilitas kesehatan dan fasilitas umum bagi semua warga negaranya. Disisi lain setiap warga negara harus terjamin dalam meperoleh akses pelayanan kesehatan yang disediakan oleh negara tanpa adanya pembedaan yang bersifat diskriinatif atas dasar apapun.
2. Hak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau.Pasal 4 Undang-undang Kesehatan menyatakan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan. Hak atas kesehatan yang dimaksud adalah hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Hak menandakan bahwa siapapun berhak mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang layak dan wujudnya dapat berupa pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau dalam arti tidak meninggalkan kualitas pelayanan
3. Berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya
4. Hak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan[[16]](#footnote-16)
5. Berhak untuk mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab
6. Berhak emperoleh informasi tentang data kesehatan diri sendiri termasuk Tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan.

Sebagai kebutuhan dasar masyarakat, maka dituntut adanya pemenuhan dan penyediaan sumber-sumber daya yang memang dibutuhkan oleh masyarakat guna mewujudkan kesehatan tersebut. Menyangkut hal tersebut, maka dalam teori ekonomi dikenal adanya interaksi antara *supply and demand*, permintaan dalam arti kebutuhan untuk sehat dan ketersediaan dalam arti adanya pelayanan kesehatan yang memadai. Sebagai yang telah diketahui, kebutuhan manusia (termasuk kesehatan) senantiasa terbatas, sementara ketersediaan sumber daya adakalanya terbatas, oleh sebab itu diperlukan cara-cara dan alternatif terbaik didalam penggunaan sumber daya yang ada. Berbeda dengan kebutuhan lain yang relatif lebih mudah dipahami konsumen, maka pengetahuan mengenai kebutuhan akan pelayanan kesehatan (jasa medis) apalagi yang membutuhkan jasa super spesialisasi adalah semata milik penyedia jasa pelayanan utamanya.

Rumah sakit sebagai industry jasa kesehatan pada dasarnya bertujuan untuk memberikan kepuasan bagi pelanggan nya yaitu para pasien. Konsep perspektif mutu total (*perspective Total Quality*) dikatakan bahwa pasien merupakan penilai terakhir dari kualitas, sehingga kualitas dapat dijadikan salah satu hal yang akan dipertahankan oleh pasien dimasa yang akan datang sehingga kualitas pelayanan sangat penting dalam meningkatkan kepuasan pasien[[17]](#footnote-17) dan dengan sendirinya akan menumbuhkan citra rumah sakit[[18]](#footnote-18). Bila pasien menunjukan hal-hal yang bagus mengenai pelayanan kesehatan terutama pelayanan yang diberikan dan pasien menunjukan dengan perilaku positifnya, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa pasien memang puas dengan pelayanan yang diberikan.[[19]](#footnote-19)

Kepuasan tersebut bertitik tolak adanya kaitan dengan mutu pelayanan, maka suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai bermutu apabila pelayanan tersebut dapat menyembuhkan pasien serta Tindakan yang dilakukan aman. Dimensi mutu menurut Zeithaml dan Bitner ada 5 dimensi pokok yang berhubungan dengan mutu pelayanan jasa, yaitu kehandalan (*realibility*), daya tanggap (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), empati (*emphaty*) dan bukti fisik (*tangible*)[[20]](#footnote-20). Rumah sakit dibedakan berdasarkan pendirian dan penyelenggaraan menjadi rumah sakit pemerintah[[21]](#footnote-21), rumah sakit pemerintah daerah[[22]](#footnote-22) dan rumah sakit swasta.[[23]](#footnote-23) Rumah sakit pemerinta diselenggarakan oleh, Kementerian Kesehatan, Pemeritah Daerah, TNI dan Badan Usaha Milik Negara. Sementara swasta[[24]](#footnote-24) diselenggarakan berasaskan kemandirian dengan prinsip wirausaha dengan tetap melaksanakan fungsi soial.

Klasifikasi rumah sakit menurut peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 3 Tahun 2020 berdasarkan pada pelayanan, sumber daya manusia, peralatan dan bangunan serta prasarana. Berdasarkan klasifikasi nya, rumah sakit umum dibagi beberapa tipe, antara lain:

1. Rumah sakit umum tipe A[[25]](#footnote-25) menyediakan layanan medik umum, pelayanan gawat darurat, pelayanan medik spesialis dasar, pelayanan spesialis penunjang medik, pelayanan medik spesialis lain, pelayanan medik spesialis gigi dan mulut, pelayanan medik sub spesialis, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan penunjang klinik dan penunjang non klinik.

Untuk bisa dikatakan sebagai rumah sakit kelas A, harus memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 medik spesialis dasar, 5 spesialis penunjang medik, 12 medik spessialis lain dan 13 sub spesialis. Selain itu jumlah tempat tidur rumah sakit A[[26]](#footnote-26) harus minimal berjumalh 400 tempat tidur.

Baik sarana dan prasarana serta peralatan rumah sakit tipe A harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri. Selain itu peralatan radiologi dan kedokteran nuklir harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan undang-undang.

1. Rumah sakit umum kelas B[[27]](#footnote-27) harus menyediakan beberapa layanan mencakup pelayanan medik umum, pelayanan gawat darurat, pelayanan medik spesialis dasar, pelayanan spesialis penunjang medik, pelayanan medik spesialis lain, pelayanan medik spesialis gigi dan muut, pelayanan medik sub spesialis, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan penunjang klinik serta pelayanan peunjang non klinik.

Untuk bisa disebut dengan rumah sakit kelas B, setidaknya menyediakan fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar, 4 spesialis penunjang medik, 8 spesialis lainnya dan 2 sub spesialis dasar. Selain itu jumlah kamar tidur minimalnya sebanyak 200 tempat tidur.

1. Rumah sakit umum kelas C[[28]](#footnote-28), lebih membatasi pelayanan mediknya, yang mana paling sakit menyediakan pelayanan medik umum, gawat darurat, medik spesialis dasar, spesialis penunjang medik, medik spesialis gigi mulut, keperawatan dan kebidanan, serta pelayanan penunjang klinik dan non klinik.

Untuk disebut sebagai rumah sakit umum tipe C, mesti memberikan pelayanan setidaknya 4 medik spesialis dasar dan 4 spesialis penunjang medik. Jumlah tempat tidur yang menjadi persyaratan rumah sakit kelas C harus berjumlah paling sedikit 100 tempat tidur.

1. Pada rumah sakit umum kelas D[[29]](#footnote-29), harus menyediakan sedikitnya dua pelayanan medik spesialis dasar, dengan fasilitas dan kemampuan pelayanan medik umum, gawat darurat, medik spesialis dasar, keperawatan dan kebidanan serta pelayanan penunjang klinik. Selain itu minimal jumalh tempat tidur berjumlah 50 tempat tidur[[30]](#footnote-30). Perbandingan tenaga keperawatan dan tempat tidur adalah 2:3 dengan kualifikasi tenaga keperawatan sesuai dengan pelayanan di rumah sakit

Peran dan fungsi rumah sakit sebagai tempat untuk melakukan pelayanan medis yang professional akan erat kaitannya dengan 3 unsur yang antara lain 1. Unsur mutu yang dijamin kualitasnya, 2. Unsur keuntungan atau manfaat yang tercermin dalam mutu pelayanan dan 3. Hukum yang mengatur perumahsakitan secara umum.[[31]](#footnote-31) Unsur-unsur sebagaimana dimaksud mempunyai manfaat bagi pasien, tenaga medis dan rumah sakit, hal ini disebabkan karena adanya hubungan yang saling melengkapi dari ketiga unsur tersebut. Pelayanan kesehatan memang membutuhkan kualitas, mutu pelayanan yang baik dan maksimal, dengan manfaat yang dapa dirasakan oleh para penerima jasa pelayanan kesehatan yang dalam hal ini adalah pasien dan juga pemberi jasa pelayanan kesehatan dalam hal ini dokter/tenaga kesehatan dan rumah sakit.[[32]](#footnote-32)

Pelayanan kesehatan adalah hal yang penting untuk dijaga dan ditingkatkan kualitasnya sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku, agar masyarakat sebagai konsumen dapat merasakan pelayanan yang diberikan. Peningkatan kualitas sesuai dengan standar mutu pelayanan kesehatan dapat dikaji antara lain dengan berdasarkan tingkat pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan oleh masyarakat dan juga dari tingkat efisiensi institusi sarana pelayanan kesehatan.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang menjalin Kerjasama dengan BPJS Kesehatan. Pasal 36 ayat (2) Peraturan presiden Nomor 12 Tahun 2013 mewajibkan fasilitas kesehatan pemerintah dan pemerintah daerah yang memenuhi persyaratan untuk bekerjasama dengan BPJS, artinya fasilitas kesehatan tidak diwajibkan untuk bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Kerjasama fasilitas kesehatan milik swasta dengan BPJS Kesehatan bersifat optional atau didasarkan pada kesepakatan kedua belah pihak. Fasilitas kesehatan yang dianggap memenuhi persyaratan apabila fasilitas kesehatan yang bersangkutan diakui dan memiliki izin dari instansi pemerintah yang bertanggung jawab dibidang kesehatan. Kerjasama fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan dilaksanakan dengan membuat perjanjian tertulis.[[33]](#footnote-33)

BPJS Kesehatan menerapkan sistem rujukan berjenjang[[34]](#footnote-34). Sejarah sistem rujukan di negara berkembang, dimana sistem rujukan diawali dengan tidak adanya akses Sebagian besar penduduk terhadap pelayanan rumah sakit dan direkomendasikan untuk membentuk faskes primer dengan biaya murah dan kualitas pada bidang tertentu. Menurut WHO, sistem rujukan (*referal system*) adalah proses dimana petugas kesehatan yang memiliki sumberdaya terbatas untuk menangani kondisi klinis (obat, peralatan, kemampuan) pada satu level sistem kesehatan, melakukan pencarian bantuan kepada fasilitas kesehatan yang lebih baik atau memiliki sumberdaya tertentu pada level yang sama atau diatasnya atau mengambilalih penanganan kasus pasien. Melihat definisi tersebut, maka menyatakan bahwa : a. sistem rujukan dilakukan oleh faskes yang memiliki sumberdaya terbatas ke faskes yang setingkat atau diatasnya, b. sistem rujukan, faskes yang dirujuk berhak mengambil alih penanganan kasus tersebut.

Sementara definisi sistem rujukan yang ada dalam Undang-undang tentang Rumah Sakit merupakan penyelenggaraan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggungjawab secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal, structural maupun fungsional terhadap kasus penyakit atau permasalahan kesehatan, maka dari definisi tersebut dapat disimpulkan:

Sistem rujukan dirumah sakit merupakan pelimpahan tugas dan tanggung jawab[[35]](#footnote-35)

Sistem rujukan dilakukan secara timbal balik antar rumah sakit, baik vertikal atau horizontal, maupun struktul dan fungsional. Artinya dalam sistem rujukan tehnologi oleh rumah sakit level tinggi ke level rendah. Disamping itu rumah sakit dengan level yang lebih tinggi akan lebih memfokuskan pelayanan pada keunggulan yang dimilikinya. Sementara itu rujukan juga dapat berlangsung antara fungsional dengan struktural. Permasalahan-permasalahan manajemerial rumah sakit yang tidak dapat ditangani oleh unit struktural sebaiknya dilimpahkan ke unit fungsional dan sebaiknya

Subyek sistem rujukan di rumah sakit adalah kasus/masalah penyakit atau permasalahan kesehatan

Sementara menurut BPJS Kesehatan[[36]](#footnote-36), bahwa sistem rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan keehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dan keseluruhan fasilitas kesehatan (BPJS Kesehatan, n.d), dari definisi sistem rujukan pelayanan kesehatan dapat diambil kesimpulan, bahwa:

* + - 1. Sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan pelimpahan tugas dan tanggungjawab artinya rujukan pelayanan kesehatan menjamin proses penanganan pasien yang sesuai dengan kompetensi faskes atau petugas medis
			2. Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilakukan secara timbal balik antar fasilitas kesehatan, baik vertikal atau horizontal. Artinya dalam sistem rujukan berjenjang akan terjadi timbal balik baik dalam bentuk ilmu pengetahuan dan tehnologi oleh faskes level tinggi ke level rendah. Disamping itu fasilitas kesehatan dengan level yang lebih tinggi akan lebih memfokuskan pelayanan pada keunggulan yang dimilikinya
			3. Sistem rujukan pelayanan kesehatan wajib dijalankan oleh peserta jaminan kesehatan dan seluruh fasilitas kesehatan. Pada negara yang sudah menerapkan jaminan kesehatan dalam bentuk asuransi kesehatan sosial, maka sistem ini dalam rangka menjamin efisiensi dan kualitas pelayanan.

Konsep pelayanan BPJS Kesehatan menggunakan sistem rujukan[[37]](#footnote-37) berjenjang. Sistem rujukan mengatur alur dari mana dan harus kemana seseorang (pasien) yang mempunyai masalah kesehatan tertentu akan melakukan pemeriksaan atas masalah kesehatannya. Dalam sistem rujukan ini diharapkan semua memperoleh keuntungan, seperti :

* + - 1. Pemerintah, sebagai penentu, dimana kebijakan kesehatan (*policy maker*), manfaat yang akan diperoleh diantaranya, membantu penghematan dana dan memperjelas sistem pelayanan kesehatan
			2. Masyarakat, sebagai pemakai jasa pelayanan akan meringankan biaya pengobatan karena pelayanan yang diperoleh sangat mudah.
			3. Pelayanan kesehatan (*health provider*), mendorong jenjang karier tenaga kesehatan, selain meningkatkan pengetahuan maupun ketrampilan serta meringankan beban tugas.

Pelayanan kesehatan BPJS kesehatan dilaksanakan secara berjenjang[[38]](#footnote-38) sesuai kebutuhan medis dan kemampuan dan kompetensi fasilitas kesehatan dimulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dimana peserta terdaftar, kecuali dalam kondisi kegawat daruratan medis. Pada pelayanan kesehatan tingkat pertama, peserta dapat berobat ke fasilitas kesehatan primer[[39]](#footnote-39) seperti puskesmas, klinik atau dokter keluarga/praktek mandiri[[40]](#footnote-40) yang tercantum pada kartu BPJS Kesehatan. Penentuan rujukan disesuaikan dengan kompetensi, jarak dan kapasitas rumah sakit. Kualitas pelayanan pada fasilitas kesehatanan primer yang diterima oleh masyarakat, serta tingkat efisiensi pembiayaan kesehatan juga akan sangat dipengaruhi oleh seberapa optimalnya pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP).

Apabila peserta memerlukan pelayanan lanjutan oleh dokter spesialis, maka peserta dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua atau fasilitas kesehatan sekunder, dalam hal ini FKTL (fasilitas kesehatan tingkat lanjutan). Pelayanan kesehatan ditingkat ini hanya bisa diberikan jika peserta mendapatkan rujukan dari fasilitas primer/FKTP. Rujukan ini hanya diberikan apabila pasien benar-benar membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik dan fasilitas kesehatan primer yang ditunjuk untuk melayani pasien, tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan psien dikarenakan adanya keterbatasan fasilitas, baik itu fasilitas pelayanan maupun ketenagaan nya.[[41]](#footnote-41) Apabila penyakit yang diderita oleh pasien belum dapat tertangani difasilitas kesehatan sekunder, maka peserta dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tersier. Rujukan fasilitas tersier disini, pasien akan mendapatkan penanganan dari dokter sub spesialis yang menggunakan pengetahuan dan tehnologi kesehatan sub spesialistik.

Peserta BPJS harus mengikuti sistem rujukan yang ada. Sakit apapun kecuali pada saat kegawat daruratan, harus berobat ke fasilitas kesehatan primer dan tidak boleh langsung ke rumah sakit atau dokter spesialis. Jika hal ini dilanggar oleh pasien peserta BPJS maka pasien harus membayar sendiri biaya pengobatan. Sistem rujukan ini bersifat wajib dalam menjalankan pelayanan kesehatan. Fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan wajib melakukan sistem rujukan dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku. Peserta yang ingin mendapatkan pelayanan yang tidak sesuai dengan sistem rujukan dapat dimasukkan dalam kategori pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur sehingga tidak dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan.

Fasilitas kesehatan yang tidak menerapkan sistem rujukan maka BPJS Kesehatan akan melakukan *recredensialing[[42]](#footnote-42)* terhadap kinerja fasilitas kesehatan tersebut dan dapat berdampak pada kelanjutan kerjasama. Pelayanan rujukan dapat dilakukan dengan secara horizontal maupun vertikal. Rujukan horizontal adalah rujukan yang 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.

Rujukan vertikal adalah rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan, dapat dilakukan dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi ataupun sebaliknya. Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi dilakukan apabila :

* + - 1. Pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik atau subspesialistik
			2. Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan atau ketenagaan

Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih tinggi ketingkatan pelayanan yang lebih rendah dilakukan apabila :

1. Permasalahan kesehatan pasien dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan yang lebih rendah sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya
2. Kompetensi dan kewenangan pelayanan tingkat pertama atau kedua lebih baik dalam menangani pasien tersebut
3. Pasien membutuhkan pelayanan lanjutan yang dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah dan untuk alasan kemudahan, efisiensi dan pelayanan jangka Panjang/pendek
4. Perujuk tidak dapat memberiksn pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana, prasarana, peralatan dan/atau ketenagaan.

Sementara itu dalam hal mekanisme pembayaran, terdapat dua sistem pembayaran yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan, yang antara lain:

1. Bagi fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP),[[43]](#footnote-43) sistem pembayaran yang diterapkan adalah sistem kapitasi[[44]](#footnote-44). Kapitasi ini dihitung berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar di suatu fasilitas kesehatan tangkat pertama, namun bukan jumlah peserta yang datang berobat kemudian dikalikan dengan besaran kapitasi per jiwa. sistem pemayaran yang dimuka atau prospektif dengan konsekuensi pelayanan kesehatan dilakukan secara pra upaya atau sebelum peserta BPJS jatuh sakit. Sistem ini mendorong agar fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat bertindak secara efektif dan efisien serta mengutamakan kegiatan preventif. BPJS Kesehatan sesuai ketentuan wajib[[45]](#footnote-45) membayarkan kapitasi kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama paling lambat tanggal 15 setiap bulannya.
2. Sementara untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKTL), sistem pembayaran yang digunakan adalah sistem tarif INA CBG’s[[46]](#footnote-46). Sistem INA CBG’s adalah tarif paket pelayanan kesehatan yang mencakup seluruh komponen biaya RS, mulai dari pelayanan non medis hingga Tindakan medis. Tarif INA CBG’s ini dihitung berdasarkan data di berbagai RS di Indonesia (pemerintah ataupun swasta). Data tersebut meliputi tindakan medis yang dilakukan, obat-obatan, jasa dokter dan barang medis habis pakai kepada pasien, termasuk profit yang diperoleh oleh RS. Data tersebut kemudian dihitung dalam rumus yang berlaku secara internasional dan diambil besaran rata-rata. Sistem paket tersebut, RS dan dokter dituntut efektif dan efisien dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

Namun pada kenyataannya, kehadiran BPJS saat ini yang seharusnya membantun masyrakat, tetapi banyak menuai keluhan yang terjadi, salah satunya adalah masyarakat kesulitan untuk mendapatkan pelayanan yang baik sesuai dengan kelas. Sementara dalam Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 menjelaskan tentang jaminan sosial yang akan diselenggarakan oleh BPJS baik BPJS Ketengakerjaan ataupun BPJS kesehatan. Implementasi BPJS kesehatan secara umum yaitu akan melaksanakan jaminan kesehatan nasional. Secara operasional, pelaksanaan JKN dituangkan dalam peraturan pemerintah dan peraturan presiden yaitu Peraturan Pemerintah no. 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran[[47]](#footnote-47), Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan[[48]](#footnote-48) dan Peta Jalan JKN (roadmap Jaminan Kesehatan Nasional).[[49]](#footnote-49)

Rumah sakit sebagaimana yang telah kita ketahui merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang dimiliki harus mempunyai peran yang sangat penting dan juga strategis sebagai upaya untuk mempercepat peningkatan dan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Peran strategis ini harus diperoleh rumah sakit karena rumah sakit mempunyai fasilitas dan tehnologi. Setiap penyelenggaraan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan peserta BPJS berhak memperoleh pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan serta sarana dan prasarana yang ada. Pemberian pelayanan kesehatan sebagi bentuk pemberian hak peserta[[50]](#footnote-50) BPJS kesehatan di rumah sakit diatrur dalan Bab IV mengenai pelayanan kesehatan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, bahwa setiap peserta mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan[[51]](#footnote-51)

Sehingga peserta mendapatkan jaminan[[52]](#footnote-52) yang berupa perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan oleh pemerintah kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Pelaksanaan pelayanan melalui fasilitas kesehatan dirumah sakit seringkali menemui permasalahan, yang dirasakan memberatkan peserta BPJS, yang antara lain dimana BPJS menerapkan alur pelayanan dengan rujukan berjenjang[[53]](#footnote-53). Sebelum ke rumah sakit atau ke dokter spesialis, peserta wajib terlebih dahulu ke fasilitas kesehatan (faskes) tingkat pertama yang telah ditunjuk., yang antara lain puskesmas, dokter keluarga ataupun klinik untuk mendapatkan surat rujukan. Kecuali gawat darurat, maka peserta tidak bisa langsung ke rumah sakit atau ke dokter spesialis. Selama masalah kesehatan peserta bisa ditangani oleh faskes pertama, maka peserta tidak perlu dirujuk ke rumah sakit ataupun ke dokter spesialis. Keputusan merujuk ke rumah sakit adalah kewenangan faskes pertama. Kondisi demikian sangatlah berbeda dengan proses di asuransi kesehatan, dengan asuransi peserta tidak membutuhkan rujukan dan bisa langsung ke rumah sakit atau ke dokter spesialis sesuai dengan pilihannya. Artinya proses rujukan berjenjang itu rumit dan memakan waktu, mengapa demikian? Karena saat pasien peserta BPJS sakit, maka harus mendapatkan perawatan terlebih dahulu di faskes tingkat pertama, faskes tingkat pertama ini dilayani oleh dokter umum. Ketika penyakit tidak dapat ditangani di faskes pertama maka akan mendapatkan rujukan ke faskes tingkat ke dua yaitu rumah sakit.

Pasien peserta BPJS tidak dapat memilih rumah sakit rujukan. Dalam prosedur rujukan pasien akan dirujuk ke faskes tingkat kedua, yaitu rumah sakit tipe C, dan apabila tidak dapat tertangani pasien baru akan dirujuk ketingkat selanjutnya, dan terakhir kondisi tidak dapat di berikan pelayanan kesehatan atau membutuhkan dokter spesialis maka akan dirujuk ke tipe B dan terakhir ke rumah sakit tipe A.[[54]](#footnote-54) semua itu menggunakan surat rujukan, tanpa rujukan dari faskes pertama, maka biaya pengobatan pasien dirumah sakit tidak ditanggung. Tidak jarang pasien peserta BPJS akhirnya tidak menggunakan fasilitas BPJS dengan melakukan pembayaran secara umum.[[55]](#footnote-55) Persoalan selanjutnya adalah peserta BPJS hanya bisa berobat di rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS, namun apabila berobat dirumah sakit yang belum kerja sama dengan BPJS, pasien peserta BPJS tidak bisa menggunakan jaminan kesehatan BPJS. Masalahnya tidak semua rumah sakit swasta bekerja sama dengan BPJS. Sementara dalam asuransi kesehatan, seharusnya pasien peserta bisa berobat disemua rumah sakit. Apabila berobat di rumah sakit yang sudah bekerja sama dengan BPJS, maka pasien peserta BPJS cukup menunjukan kartu (*cashless*)[[56]](#footnote-56) dan apabila berobat di rumah sakit yang belum bekerja sama, pembayaran dilakukan dengan sistem *reimbursement*.[[57]](#footnote-57)

 Fasilitas kamar pasien peserta BPJS hanya sampai kelas 1, tidak ada kelas VIP ke atas. Meskipun perawatan dan kualitas dokter tidak dibedakan antar kelas, namun kenyamanan kamar tentunya berbeda antar kelas. Asuransi kesehatan, kelas kamar yang ditawarkan lebih tinggi, peserta bisa menikmati kelas VIP dan diatas VIP. Beberapa hal yang selalu menjadi masalah dan dihadapi oleh peserta BPJS dalam pelayanan kesehatan antara lain : 1. Antri Panjang di Rumah Sakit,[[58]](#footnote-58) 2. Kesulitan mendapatkan kamar rawat inap karena kamar untuk peserta BPJS sering penuh, 3. Ada obat-obatan yang tidak dijamin oleh BPJS sehingga pasien peserta harus menanggung sendiri[[59]](#footnote-59), 4. Meskipun gratis atau sesuai dengan kelas, pasien peserta harus membayar juga kelebihan plafond, yang apabila tidk dibayarkan maka rumah sakit enggan untuk melayani. Semua kondisi tersebut terjadi karena adanya lonjakan peserta BPJS, dan akan terus bertambah. Kenaikan permintaan ini muncul karena ada nya kewajiban perusahaan untuk ikut serta dan murahnya iuran, apabila perusahaan tidak mengikutinya maka akan diberikan sanksi selain perusahaanan, peserta PBI yang ditanggung oleh pemerintah pusat dan daerah terus bertambah. Sementara disisi lain, ketersediaan kamar dan tenaga medis di rumah sakit tidak bisa dengan cepat ditingkatkan, khususnya apabila berhadapan dengan peserta BPJS. Metode BPJS dalam membayar tagihan rumah sakit sesuai dengan standar biaya perawatan yang diputuskan oleh pemerintah dengan skema INA-CBG, yang mungkin jumlahnya lebih rendah dari biaya aktual rumah sakit. Metode ini juga mempengaruhi kemauan rumah sakit untuk menyediakan jumlah kamar untuk peserta BPJS. Asuransi kesehatan membayar sesuai biaya aktual yang ditagihkan oleh rumah sakit, jarang sekali terjadi kekurangan jumlah kamar bagi pasien dengan asuransi kesehatan.

Rujukan berjenjang dirasakan masih belum efektif dan efisien karena menyebabkan banyak masyarakat yang belum menjangkau pelayanan kesehatan, dan akibatnya terjadi penumpukan pasien yang luar biasa di rumah sakit tertentu. Penumpukan ini terjadi karena rujukan berjenjang dari fasilitas kesehatan tingkat pertama lalu dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, yaitu rumah sakit tipe D atau C, sehingga pasien tidak dapat memilih rumah sakit yang dikehendaki. Dampaknya adalah adanya antrian Panjang di rumah sakit tertentu. Pemahaman masyarakat tentang alur rujukan pun sangat rendah sehingga mereka tidak mendapatkan pelayanan sebagaimana mestinya. Pasien masih menganggap sistem rujukan birokrasinya cukup rumit, sehingga pasien langsung merujuk dirinya sendiri untuk mendapatkan kesehatan tingkat kedua dan ketiga, yang tentu saja membuat pasien membayar secara umum dan tidak menggunakan kepesertaan nya di BPJS.[[60]](#footnote-60) Kondisi ini mungkin akan lebih parah apabila masyarakat tinggal dikepulauan. Perjalanan jauh yang ditempuh dengan menyebrangi pulau dan biaya tidak sedikit menjadi sia-sia karena rumah sakit terpaksa menolak pasien karena bukan merupakan rumah sakit yang menjadi rujukan fasilitas kesehatan tingkat pertama (misal nya rumah sakit tipe B). transportasi di daerah tersebut pun tidak jarang disediakan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama, seperti heli ambulan yang seharusnya digunakan untuk merujuk pasien ke jenjang berikutnya. Semua ini berdampak pada turunnya mutu pelayanan rumah sakit.

1. **Konsep pelayanan Kesehatan yang sesuai dengan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menurut UUD 1945**

Pelaksanaan JKN pada dasarnya merupakan amanat Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional (UU BPJS), dimana jamanan kesehatan merupakan jaminan 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. Secara sedehananya jaminan kesehatan nasional yang dikembangakan oleh pemerintah merupakan bagian dari sisyem jaminan sosial nasional yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-undang sistem jaminan sosial nasional, oleh karena itu semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh badan penyelenggara jaminan sosial termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat selama 6 bulan di Indonesia dan sudah membayar premi.

Undang-undang sistem jaminan sosial nasional secara fundamental telah mengubah kewajiban negara dalam memberikan jaminan kesehatan menjadi kewajiban rakyat. Hak rakyat diubah menjadi kewajiban rakyat. Konsekuensinya, rakyat kehilangan haknya untuk mendapatkan jaminan kesehatan yang seharusnya dipenuhi oleh negara, hal ini tidak sesuai dengan ketentuan Pasal 28 H ayat (3) dan Pasal 34 ayat (2) Undang-undang Dasar Tahun 1945 yang mengamanahkan jaminan sosial, jaminan kesehatan sebagai hak warga negara yang menjadi kewajiban negara untuk mewujudkannya.

Berdasarkan Pasal 20 Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, negara telah menjamin kesehatan masyarakat dengan memberikan pelayanan kesehatan yang dijaminkan melalui jaminan kesehatan nasional (JKN). JKN ini dieselenggarakan oleh Badan Penyelenggra Jaminan Sosial (BPJS), dimana BPJS ini mengatur hubungan negara dengan warga negara di bidang peayanan umum, yang dalam hal ini adalah menyelenggarakan program jaminan sosial demi tercapainya kesejahteraan sosial.

Secara konstitusional, setiap warga negara berhak atas penghidupan yang layak dan jaminan sosial untuk meningkatkan harkat dan martabat manusia. Jaminan sosial adalah pilar dasar untuk kesejahteraan rakyat.[[61]](#footnote-61) Negara dan jaminan sosial adalah komponen yang menyatu dengan sistem perlindungan sosial. Komponen-komponen negara yang meliputi rakyat, pemerintah, parlemen dan yudikatif pada prinsipnya memerlukan sistem jaminan sosial untuk mencapai keamanan sosial ekonomi, yaitu suatu kondisi terpenuhinya kebutuhan pendidikan, kesempatan kerja dan prasarana untuk berusaha mandiri guna menunjang penyelenggaraan sistem jaminan sosial nasional secara efektif.

Kebijakan jaminan kesehatan nasional oleh BPJS Kesehatan seharusnya dapat meningkatkan akses pelayanan kesehatan dan pelayanan kesehatan yang bermutu kepada seluruh warga Indonesia dengan asas keadilan. Namun pada pelaksanaan nya masih banyak permasalahan yang dihadapi oleh para peserta BPJS saat menggunakan fasilitas kesehatan. Beberapa hal yag dikeluhkan masyarakat peserta BPJS antara lain peserta BPJS kesehatan hanya dapat mendapatkan pelayanan di rumah sakit yang terdaftar dan bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Apabila peserta merujuk ke rumah sakit yang tidak ada dalam daftar, maka pelayanan kesehatan dengan menggunakan BPJS tidak dapat diberlakukan.

Program jaminan kesehatan nasional yang dilaksanakan dipercayakan kepada BPJS Kesehatan masih jauh dari makna keadilan. Penerapan BPJS kesehatan masih memiliki persoalan dalam banyak hal. Buruknya pelayanan peserta BPJS kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit menimbulkan rasa ketidak adilan dalam pelayanan kesehatan yang maksimal. Terkadang rumah sakit tidak memberikan pelayanan aman dan bermutu dan lebih ke arah diskriminatif bagi para pasien peserta BPJS. Pelayanan yang aman dan bermutu yang kurang baik ditambah dengan tidak menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat miskin terutama pasien yang mendapatkan bantuan sepenuhnya oleh pemerintah. Hak-hak pasien telah dilanggar dimana hak pasien dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dengan mudah, meskipun pasien tersebut merupakan pasien peserta BPJS.

Semua permasalahan yang dihadapi oleh peserta badan penyelenggara jaminan sosial semakin kompleks ketika denda dan sanksi peserta terlambat membayar iuran badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan yang tidak mau ikut menjadi peserta badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan terutama untuk keluarga yang pas-pas an saja, kalua untuk keluarga menegah ke atas hal ini tidak menjadi masalah, keluarga yang tidak mampu sama sekali juga tidak menjadi masalah karena masuk dalam tanggungan pemerintah. Imbas dari masyarakat yang tidak ikut menjadi peserta badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan tidak akan mendapatkan pelayanan publik seperti SIM, STNK, sertifikat tanah. Sanksi yang dijatuhkan bagi orang yang melanggar regulasi terkait badan penyelenggara jaminan sosial berupa administrasi, denda dan pidana.

Keberhasilan upaya pemerintah dalam konsep sistem jaminan sosial nasional khususnya pada jaminan kesehatan nasional diantaranya pada kondisi *supply* dan *demand* dari pelayanan kesehatan. Secara umum *demand* dalam ekonomi kesehatan, *demand* terhadap pelayanan kesehatan diartikan sebagai barang atau jasa yang benar-benar dibeli (realisasi penggunaan) oleh pasien. Pelayanan kesehatan menjadi prioritas utama penyelenggara karena merupakan salah sat hak mendasar masyarakat serta penyediaannya wajib diselenggarakan oleh pemerintah, seperti yang tertuang dalam Pasal 28 H ayat (1) Undang-undand dasar 1945 dan Pasal 34 ayat (3) masih Undang-undang yang sama. Pemerintah meiliki kewajiban untk memberikan pelayanan kesehatan yang layak dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang dapat diperoleh terdiri dari semua fasilitas kesehatan yaitu fasilitas kesehatan tingkat pertama, fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dan fasilitas kesehatan lainnya yang bekerja sama dengan badan penyelenggara jaminan sosial. Salah satu dr fasilitas kesehatan yang sesuai dengan peraturan badan penyelenggara jaminan sosial adalah rumah sakit.

 Sebagaimana yang diatur dalam undang-undang sistem jaminan sosial nasiona, paket manfaat (layanan kesehatan yang jamin) sejak awal akan dimulai dengan paket komprehensif. Prinsip komprhensif yaitu bahwa semua pengobatan untuk penyakit yang terjadi secara alamiah akan dijamin, sedangkan penyakit yang ditimbulkan akibat kesengajaan seperti akibat penggunaan Napza atau yang bersifat konsmetik tidak dijamin. Jaminan juga mencakup alat sampai besaran tertentu seperti kaca mata atau alat bantu gerak. Melihat dari sisi pelayanan kesehatan, telah diindentifikasikan tingkat ketersediaan dan sejumlah masalah yang masih menghambat pelaksanaan sistem jaminan sosial nasional. Pada saat ini data dokter praktik umum sebanyak 85.000 dan lebih dari 25.000 dokter praktek spesialis, itupun tidak termasuk dokter gigi didalamnya. Secara nasional jumlah tersebut dianggap cukup untuk melayani seluruh rakyat berdasarkan rasio satu dokter praktik umum melayani 3000 orang. Pelayanan kesehatan juga didukung oleh sejumlah bidan dan perawat yang jumlahnya mencukupi, serta tempat tidur di rumah sakit milik pemerintah maupun milik swasta. Namun demikian, ketersediaan layanan tersebut terkendala oleh penyebarannya yang jauh lebih terfokus di kota-kota besar.

 Layanan kesehatan juga mencakup obat dan bahan medis habis pakai yang seharusnya juga mengikuti mekanisme pasar. Saat ini jumlah pabrik obat di Indonesia jumlahnya jauh melebihi kebutuhan. Untuk menjamin mengenai layanan dokter dan rumah sakit tetap pada posisi yang berkualitas, badan penyelenggara jaminan sosial, juga mengembangkan seleksi (*kredensialing*) dokter dan fasilitas kesehatan yang dikontrak. Fasilitas yang tidak memenuhi standar tidak akan diperpanjang kontraknya. Hal tersebut berpengaruh terhadap pemenuhan standa yang berlaku untuk fasilitas kesehatan agar kepuasan peserta terpenuhi. Peserta diberikan kebebasan untuk memilih dokter/fasilitas yang akan melayaninya, maka seluruh fasilitas kesehatan akan bersaing memberikan layanan yang berkualitas dan memuaskan. Pengembangan sistem dan pemantauan kepuasan peserta ini, diharapkan peserta puas dengan layanan kesehatan yang berkualitas.

 Konteks jaminan kesehatan nasional untuk layanan kesehatan perorangan, BPJS Kesehatan akan membeli layanan Kesehatan dari fasilitas kesehatan publik dan swasta dengan harga yang dinegosiasikan pada tingkat wilayah. Ketentuan cara pembayaran dan besaran tarif negosiasi antara BPJS dan asosiasi fasilitas kesehatan menggambarkan sistem kesehatan yang di pilih Indonesia berbasis pendanaan publik dan layanan oleh swasta (*Publicly funded, privately delivered*). Model ini merupakan model yang paling banyak diterapkan di dunia yang menjamin terwujudnya keadilan sosial (*ekuitas)* dengan tingkat efisiensi yang tinggi. Peran Pemda, sebagaimana diatur dalam UU 32/2004 pasal 22 adalah penyediaan fasilitas kesehatan, baik tingkat primer (dokter praktik umum) maupun sekunder-tersier oleh dokter spesialis di rumah sakit. Pemda wajib menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan karena tidak di semua di daerah pihak swasta berminat menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan karena tidak di semua daerah pihak swasta berminat menyediakan fasilitas kesehatan karena pasar dan kondisi lingkungan yang tidak memadai. Sebagaimana diatur oleh UUD 1945 pasal 34 ayat 3, Negara (telah didelegir kepada pemda berdasarkan UU 32/2004) bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan, maka tidak tertutup kemungkinan pihak swasta diberikan ijin mengadakan fasilitas kesehatan. Dengan adanya BPJS Kesehatan, yang akan menjadi pembeli tunggal layanan kesehatan, maka di suatu saat pihak swasta akan bersedia mengadakan fasilitas kesehatan di daerah-daerah. Dengan demikian, pemerataan akses terhadap layanan kesehatan akan terwujud setelah BPJS Kesehatan berperan optimal.

1. **Kesimpulan**

Alur pelayanan Kesehatan berdasarkan mekanisme Badan Penyelenggara Jaminan sosial (BPJS) yang berlangsung selama ini menggunakan sistem berjenjang, dimana para pasien melakukan langkah-langkah khusus yang harus ditempuh saat melakukan pengobatan. Ada 2 kategori pasien peserta BPJS yaitu pasien gawat darurat dan pasien bukan gawat darurat. Pasien dalam keadaan darurat yang harus segera mendapatkan pertolongan medis karena apabila tidak ditolong maka akan mengancam keselamatan pasien. Maka pasien dengan kategori ini tidak harus dimulai dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama, pasien bisa langsung datang ke fasilitas kesehatan terdekat. Lalu untuk kategori kedua yaitu pasien peserta BPJS yang bukan gawat darurat maka pasien apabila akan melakukan pengobatan harus datang pertama kali ke fasilitas kesehatan tingkat pertama sesuai yang tertera dikartu BPJS maka jika tidak menempuh prosedur tersebut, pasien akan dikenakan biaya secara mandiri. Apabila pasien tidak tertangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama maka akan dirujuk ketingkat diatas nya yaitu fasilitas kesehatan tingkat kedua dengan membawa surat rujukan dari dokter yang ada di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Begitu juga apabila tidak dapat tertangani di fasilitas tingkat kedua, maka pasien akan dirujuk oleh dokter spesialis ditingkat kedua ke fasilitas kesehatan tingkat ke 3. Hal ini memberikan masalah dengan muncul nya antrian panjang dibeberapa fasilitas kesehatan tingkat pertama atau primer. terjadinya antrian karena apabila pasien tidak mengalami keadaan kegawatdaruratan maka harus menempuh rujukan secara berjenjang. Tak jarang pasien merasa bahwa rujukan tersebut menghabiskan waktu dan rumah sakit rujukan tidak sesuai dengan keinginan pasien, sementara apabila pasien ingin menempuh secara mandiri ke rumah sakit yang diharapkan tanpa melalui rujukan, biaya tidak ditanggung oleh BPJS.

Konsep pelayanan Kesehatan yang sesuai dengan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menurut UUD 1945 berawal dari Pasal 28 H UUD 1945 pada ayat (1) bahwa setiap orang berhak untuk hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan, lalu ayat (2) dimana setiap orang berhak mendapatkan kesempatan dan manfaat yang sama dalam mencapai persamaan dan keadilan, dan terakhir pada ayat (3) setiap orang berhak atas jaminan sosial. Kemudian masih dalam UUD 1945 pada Pasal 34 ayai (1) dimana fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara, ayat (2) negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan ayat ke (3) negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan pelayanan umum yang layak. Berdasarkan amanah UUD 1945 tersebut maka munculah UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan sosial nasional. Dengan munculnya SJSN bertujuan untuk menjamin kehidupan manusia yang berpotensi mengalami resiko dapat diatasi tanpa adanya hambatan financial dimana penyelenggaraan nya menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat nasional, wajib, nirlaba, gotong royong, ekuitas, dll dan dianggap sebagai jalan keluar untuk mengatasi risiko yang mungkin terjadi dalam kehidupan manusia. Apabila seluruh warga negara sudah menjadi peserta BPJS maka hambatan finansial untuk pembiayaan kesehatan sudah teratasi. Konsep SJSN dengan keuntungan sebagai berikut dapat menekan biaya kesehatan, dapat mengendalikan biaya dan mutu pelayanan kesehatan, kepesertaannya yang bersifat wajib bagi seluruh penduduk, pembayaran dengan sistem prospektif, adanya kepastian pembiayaan pelayanan kesehatan berkelanjutan, manfaat pelayanan kesehatan yang komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) dan portabilitas nasional, yaitu peserta tetap mendapatkan jaminan kesehatan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah tempat tinggal atau tempat bekerja dalam wilayan NKRI

 **DAFTAR PUSTAKA**

1. **Buku-buku**

Amirudin dan Zainal Asikin (2010), *Pengantar Metode Penelitian Hukum*, PT Raja Grafindo, Jakarta

Anita kamilah, Bangun Serah (2012) (*Build Operte and Transfer/BOT*) Membangun Tanpa Harus Memiliki Tanah (Perspektif Hukum Agraria, Hukum Perjanjian dan Hukum Publik), Keni Media, Bandung

Arief Sidharta (2001), *Meuwissen tentang Pengembanan Hukum, Ilmu Hukum, Teori Hukum dan Filsafat Hukum*, PT. Rafika Aditama, Bandung

Bitner, Mary Jo, Zeithhaml, Valerie A (1996), *Services marketing*, Edisi 1, Boston, MCGraw Hill

E. Sumaryono (1993), *Hermeneutik Sebuah Metode Filsafat*, Penerbit Kanisius, Yogyakarta

Hermin Hadiati Koeswadji (2002), *Hukum Utuk Perumah Sakitan* , Bandung, Citra Aditya Bakti

Johannes Gunawan (2015), *bahkan kuliah Metodologi Penelitian Hukum*, Doktor Ilmu Hukum Universitas Parahyangan, Bandung

Peter Muhammad Marzuki (2007), *Penelitian Hukum*, Kencana, Jakarta

Ph. Visser’t Hoft (2001), *Penemuan Hukum (Judul Asli Rechtvinding)*, Penerjemah B Arife Shidarta, Bandung: Laboratorium Hukum FH Universitas Parahiyangan

Purnomo Hari (2002), *Pengukuran kualitas pelanggan*, Yogyakarta, Graha Ilmu

S. Supriyanto dan Emawati (2010), *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*, Yogyakarta, CV. Andi Offset

Soerjono Soekanto dan Sri Mamudji (1985), *Penelitian Hukum Normatif Suatu Tinjauan Singkat*, Raja Grafindo Persada, Jakarta

Soerjono Soekanto (2006), *Pengantar Penelitian Hukum*, Grafndo, Jakarta

Thabrany, H. Setiawan (2016), E. *Report of the Study on Refferal Care*, Jakarta, Universitas Indonesia

Titk Triwulan Tutik dan Shita Febriana (2010), *perlindungan Hukum Bagi Pasien*, Cetakan pertama, PT. Prestasi Pustakarya, Jakarta

1. **Jurnal**

Puspitaningtyas, A.,Indarwati.,Kartikasari, D, *Pelaksanaan Sistem Rujukan di RSUD Banyudono*, Jurnal, Internet, 2014

Darmawan, RI, Thabrany, H, *Refleksi Implementasi jaminan Kesehatan nasional pada Pelayanan Dokter Gigi di fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Kota Tangerang Tahun 2017*, Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia, Volume 06, Nomor 04, desember 2017

Dahlan M. Setyopranoto, I, Trisnantoro, L, *Evaluasi Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Terhadap Pasien Stroke di RSUP Dr. Sardjito*, Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia, Volume 06, Nomor 02 juni 2017

1. **Peraturan Perundang-undangan**

Undang-undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit

Undang-undang Nomor 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima bantuan Iuran jaminan Kesehatan

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Pembayaran Case Base Groups (INA-CBGs)

PMK Nomor 3 Tahun 2020 tentang KUalifikasi dan Perizinan Rumah Sakit

1. **Sumber Lain**

Dirjen BUK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Pedoman Sistem Rujukan Nasional, Jakarta, Dirjen Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Ashar, Robby, Wijayanegara, Hidayat, Sutadipura, Nugraha, *Penilaian Rujukan Pasien Bersalin Peserta BPJS Kesehatan di RSUP. Dr. hasan Sadikin Berdasarkan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional Periode 1 Oktober – 31 Desember 2016*, Prosiding Pendidikan Dokter, 2014

1. Lihat: Undang-undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, pada Pasal 1 ayat (1) yang berbunyi Rumah Sakit adalah Institusi pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. [↑](#footnote-ref-1)
2. Ibid, Pasal 3 yang berbunyi pengaturan penyelenggaraan rumah sakit bertujuan: a. mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan Kesehatan, b. memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit, c. meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, dan d. memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit. [↑](#footnote-ref-2)
3. Hermin Hadiati Koeswadji, Hukum Utuk Perumah Sakitan , Bandung, Citra Aditya Bakti, 2002, hlm. 91 [↑](#footnote-ref-3)
4. Lihat : Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan, pada Pasal 3 [↑](#footnote-ref-4)
5. Dirjen BUK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Pedoman Sistem Rujukan Nasional, Jakarta, Dirjen Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012 [↑](#footnote-ref-5)
6. Ashar, Robby, Wijayanegara, Hidayat, Sutadipura, Nugraha, *Penilaian Rujukan Pasien Bersalin Peserta BPJS Kesehatan di RSUP. Dr. hasan Sadikin Berdasarkan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional Periode 1 Oktober – 31 Desember 2016*, Prosiding Pendidikan Dokter, 2014 [↑](#footnote-ref-6)
7. Puspitaningtyas, A.,Indarwati.,Kartikasari, D, *Pelaksanaan Sistem Rujukan di RSUD Banyudono*, Jurnal, Internet, 2014 [↑](#footnote-ref-7)
8. Op.Cit [↑](#footnote-ref-8)
9. Thabrany, H. Setiawan, E. *Report of the Study on Refferal Care*, Jakarta, Universitas Indonesia, 2016 [↑](#footnote-ref-9)
10. Darmawan, RI, Thabrany, H, *Refleksi Implementasi jaminan Kesehatan nasional pada Pelayanan Dokter Gigi di fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Kota Tangerang Tahun 2017*, Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia, Volume 06, Nomor 04, desember 2017 [↑](#footnote-ref-10)
11. Dahlan M. Setyopranoto, I, Trisnantoro, L, *Evaluasi Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Terhadap Pasien Stroke di RSUP Dr. Sardjito*, Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia, Volume 06, Nomor 02 juni 2017 [↑](#footnote-ref-11)
12. Lihat : PMK Nomor 3 Tahun 2020 tentang KUalifikasi dan Perizinan Rumah Sakit Pasal 16 – 19 mengklasifikasikan nahwa rumah sakit tipe A memiliki setidaknya 250 tempat tidur, tipe B paling sedikit 200 tempat tidur, tipe C paling sedikit 100 tempat tidur, kelas D paling sedikit 50 tempat tidur. Sedangkan untuk rumah sakit khusus yang tipe A memiliki setidakya 100 tempat tidur, tipe B paling sedikit 75 tempat tidur, dan tipe C paling sedikt 25 tempat tidur [↑](#footnote-ref-12)
13. Soerjono Soekanto dan Sri Mamudji, *Penelitian Hukum Normatif Suatu Tinjauan Singkat*, Raja Grafindo Persada, Jakarta, 1985, hlm. 14-15. [↑](#footnote-ref-13)
14. Ditegaskan pada Pasal 28 H ayat (1) bahwa, setiap orang berhak memperoleh kesehatan, lahirnya hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan dapat dipastikan dari adanya hak sehat itu sendiri. [↑](#footnote-ref-14)
15. Hak atas kesehatan harus dipahami sebagai hak hak kewajiban negara atas pemenuhan berbagai fasilitas, pelayanan dan kondisi-kondisi yang penting bagi terealisasinya standar kesehatan yang memadai dan terjangkau secara umum oleh segenap lapisan masyarakat. [↑](#footnote-ref-15)
16. Untuk menikmati lingkungan hidup yang baik dan sehat sebagaimana yang tercantum dalam Undang-undang Nomor 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup. Pada Pasal 65 ayat (1) ditegaskan bahwa lingkungan hidup yang baik dan sehat merupakan bagian dari Hak Asasi manusia (HAM) [↑](#footnote-ref-16)
17. Kepuasan pasien adalah tingkat kepuasan dari persepsi pasien dan keluarga terhadap pelayanan kesehatan dan merupakan salah satu indikator kinerja rumah sakit [↑](#footnote-ref-17)
18. S. Supriyanto dan Emawati, *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*, Yogyakarta, CV. Andi Offset, 2010, hlm. 24 [↑](#footnote-ref-18)
19. Purnomo Hari, *Pengukuran kualitas pelanggan*, Yogyakarta, Graha Ilmu, 2002, hlm.46 [↑](#footnote-ref-19)
20. Bitner, Mary Jo, Zeithhaml, Valerie A, Services marketing, Edisi 1, Boston, MCGraw Hill, 1996, hlm 23 [↑](#footnote-ref-20)
21. Rumah sakit pemerintah adalah rumah sakit milik pemerintah pusat yang dikelola langsung oleh Kementerian Kesehatan [↑](#footnote-ref-21)
22. Baik rumah sakit pemerintah pusat dan pemerintah daerah sebagaimana muncul dalam Pasal 2 Permenkes Nomor 3 Tahun 2020, harus berbentuk unit pelaksana tehnis dari instansi yang bertugas di bidang kesehatan, instansi tertentu dengan pengelolaan Badan layanan umum (BLU) ataupun Badan layanan Umum daerah (BLUD) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. [↑](#footnote-ref-22)
23. Ibid, Pasal 4 ayat (1) rumah sakit yang didirikan oleh swasta sebagaimana dimaksud harus berbentuk badan hukum yang kegiatan usahanya hanya bergerak di bidang perumahsakitan. [↑](#footnote-ref-23)
24. Kepemilikan rumah sakit berbentuk Yayasan, perseroan terbatas (PT), koperasi dan atau badan hukum lainnya. Rumah sakit swasta yang memiliki Yayasan, perhimpunan, perkumpulan sosial, dan rumah sakit BUMN yang melayani pasien umum minimal 25 % dan rumah sakit swasta yang dimiliki pemilik modal minimal 10 % [↑](#footnote-ref-24)
25. Opcit, Permenkes Nomor 3 tahun 2020, Pasal 19 ayat (8), bahwa dalam hal di satu wilayah administrasi provinsi tidak terdapat rumah sakit umum kelas A, untuk hal tersebut maka rumah sakit umum kelas B sebagaimana dimaksud dapat menambah pelayanan mediknya paling banyak 3 spesialis lain selain spesialis dasar, 1 penunjang medik spesialis dan 9 pelayanan medik subspesialis berupa pelayanan medik subspesialis dasar dan/atau subspesialis lain selain sub spesialis dasar. [↑](#footnote-ref-25)
26. Yang termasuk dalam rumah sakit kelas A di Indonesia antara lain: RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta pusat, RSUP Dr. Hasan Sadikin, Surabaya Jawa Timur, RSUP Dr. Soetomo, Surabaya Jawa Timur, dan RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, makssar Sulawesi Selatan. [↑](#footnote-ref-26)
27. Opcit, Permenkes Nomor 3 Tahun 2020, Pasal 19 ayat (9) dalam hal di satu wilayah administrative Kabupaten/Kota tidak terdapat rumah sakit umum kelas B, maka rumah sakit umum kelas C sebagaimana dimkasud dapat menambah pelayanan mediknya paling banyak 7 spesialis lain selai spesialis dasar dan 1 penunjang medik spesialis. [↑](#footnote-ref-27)
28. Ibid,Pasal 19 ayat (10) apabila didalam hal disatu wilayah adiministrasi kabupaten/kota tidak terdapat rumah sakit umum kelas C, rumah sakit Umum kelas D sebagaimana dimaksud dapat menambah pelayanan mediknya paling banyak 7 spesialis lain selain spesialis lain selain spesialis dasar dan 1 penunjang medik spesialis [↑](#footnote-ref-28)
29. Rumah sakit umum kelas D ini ada yang tipe D pratama, dimana diselenggarakan untuk menjamin ketersediaan dan meningkatkan aksebilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan tingkat ke dua dan hanya dapat didirikan dan diselenggarakan di daerah tertinggal, perbatasan, atau kepulauan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Namun rumah sakit tipe D pratama dapat juga didirkan di kabupaten/kota apabila memenuhi kriteria sebagai berikut: a. belum tersedia rumah sakit di kabupaten/kota yang bersangkutan, b. rumah sakit yang telah beroperasi dikabupaten/kota yang bersangkutan kapasitasnya belum mencukupi, c. lokasi rumah sakit yang beroperasi sulit dijangkau secara geografis oleh Sebagian penduduk di kabupaten/kota yang bersangkutan. [↑](#footnote-ref-29)
30. Untuk rumah sakit tipe D, jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 30 % dari seluruh tempat tidur dan berlaku untuk rumah sakit milik pemerintah. Sedangkan untuk rumah sakit milik swasta, jumlah tempat tidur paling sedikit 20 % dari seluruh tempat tidur. Sementara jumlah tempat tidur perawatan intensip antara rumah sakit swasta dan pemerintah sebanyak 5 % dari seluruh tempat tidur [↑](#footnote-ref-30)
31. Titk Triwulan Tutik dan Shita Febriana, perlindungan Hukum Bagi Pasien, Cetakan pertama, PT. Prestasi Pustakarya, Jakarta, 2010, hlm. 4 - 5 [↑](#footnote-ref-31)
32. Ibid…hlm. 5 [↑](#footnote-ref-32)
33. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan tidak menatur secara rinci isi perjanjian tertulis antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan, tetapi sepenuhnya diserahkan kepada para pihak sesuai dengan asas kebebasan berkontrak. [↑](#footnote-ref-33)
34. Sistem rujukan berjenjang ini dimulai sejak sistem rujukan diawali oleh organisasi informasi medis, kemudian diikuti kesepakatan antar profesi medis yang akhirnya memberikan rekomendasi untuk menciptakan spesifikasi praktisi medis yang lebih umum atau general practitioner (GP). Sejarah sistem rujukan dinegara diakhiri dengan penerapan gatekeeping dan perhitungan biaya pelayanan kesehatan [↑](#footnote-ref-34)
35. Hal ini diartikan bahwa rujukan pelayanan kesehatan menjamin proses penanganan pasien yang sesuai dengan kompetensi rumah sakit atau petugas medis [↑](#footnote-ref-35)
36. Sebagai penyelenggara jaminan kesehatan sosial, BPJS kesehatan mengupayakan agar seluruh fasilitas kesehatan (faskes) di Indonesia dapat mendukung berjalannya program jaminan kesehatan secara optimal melalui penerapan sistem rujukan berjenjang dan pola pembayaran BPJS Kesehatan [↑](#footnote-ref-36)
37. Sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab yang timbal balik terhadap satu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertical dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horizontal dalam arti unit-unit yang setingkat kemampuannya. [↑](#footnote-ref-37)
38. Sistem rujukan berjenjang yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan yaitu dengan meluncurkan dan mengembangkan sistem rujukan berbasis online. Sistem ini adalah digitalisasi proses rujukan berjenjang yang bertujuan untuk memudahkan dan memberikan kepastian peserta dalam memperoleh layanan di rumah sakit. [↑](#footnote-ref-38)
39. Fasilitas kesehatan primer merupakan gatekeeper dalam pelayanan kesehatan di era Jaminan Kesehatan nasional, dalam artian wewenang untuk memutuskan pasien mana yang dapat ditangani secara paripurna di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) atau pasien mana yang perlu dirujuk ada ditangan FKTP. Dengan demikian, hamper selruh peserta JKN yang mengakses pelayanan kesehatan akan bersinggungan dengan FKTP. [↑](#footnote-ref-39)
40. Tempat praktek mandiri adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan secara langsung kepada pasien atau klien [↑](#footnote-ref-40)
41. Apabila memerlukan pelayanan lanjutan oleh dokter spesialis, maka peserta BPJS kesehatan dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua atau fasilitas kesehatan sekunder. [↑](#footnote-ref-41)
42. Rekredensialing merupakan suatu kegiatan dari BPJS Kesehatan untuk melakukan kualifikasi fasilitas pelayanan kesehatan dengan peninjauan dan penyimpananan data-data fasilitas pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan pelayanan profesinya yang mencakup lisensi, Riwayat malpraktek, Analisa pola praktek dan sertifikasi, serta proses evaluasi untuk menyetujui atau menolak fasilitas pelayanan kesehatan tersebut apakah dapat diikat dalam suatu Kerjasama dengan BPJS Kesehatan yang penilaiannya berdasarkan pada aspek administrasi dan teknis pelayanan. Kredensialing juga dilakukan untuk mengetahui kapasitas dan kualitas fasilitas kesehatan yang akan bekerjasama dengan BPJS sehingga peserta dapat dilayani dan tujuan pembangunan kesehatan tercapai. [↑](#footnote-ref-42)
43. Pasal 17 Permenkes 71 Tahun 2013, pelayanan kesehatan tingkat pertama dimaksud adalah pelayanan kesehatan yang mencakup : kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di pelayanan kesehatan tingkat pertama yaitu : 1. Kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan, 2. Kasus medis rujuk balik, 3. Pemeriksaan, pengobatan dan Tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama dan rehabilitasi medik dasar [↑](#footnote-ref-43)
44. Dana kapitasi adalah besaran pembayaran per bulan yang dibayar dimuka kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan [↑](#footnote-ref-44)
45. Lihat Peraturan Presiden Nomor 111 tahun 2013 Tentang Perubahan Perpres 12 Tahun 2013 pada Pasal 38, ayat yang berisi bahwa BPJS wajib membayar ke fasilitas kesehatan tingkat pertama pada tanggal 15 setiap bulan berjalan dengan menggunakan cara pembayaran pra upaya berdasarkan kapitasi [↑](#footnote-ref-45)
46. INA CBG’s merupakan sistem pembayaran dengan sistem paket, berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Rumah sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA CBG’s yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh untuk suatu kelompok diagnosis. [↑](#footnote-ref-46)
47. Lihat: Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima bantuan Iuran jaminan Kesehatan, peraturan ini merupakan pelaksanaan ketentuan Pasal 14 ayat (3) dan pasal 17 ayat (6) Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tetang Sistem jaminan Sosial Nasional. [↑](#footnote-ref-47)
48. Peraturan presiden ini sudah beberapa kali dirumah, dimulai dari Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 dan terakhir Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dimana perlu untuk disempurnakan sebagai bentuk dari peningkatan kualits dan berkesinambungan program Jaminan Kesehatan. [↑](#footnote-ref-48)
49. Secara khusus peta jalan ini disusun untuk mempersiapkan beroperasinya BPJS Kesehatan dan tercapainya jaminan kesehatan (INA Medicare) untuk seluruh penduduk Indonesia. Peta jalan ini juga merupakan wujud komitmen pemerintah untuk mengimplementasikan program jaminan kesehatan. Peta jalan ini berisi penjabaran program dan kegaiatan. [↑](#footnote-ref-49)
50. Manfaat jaminan yang diberikan kepada peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan media yang diperlukan [↑](#footnote-ref-50)
51. Lihat di pedoman pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional, bahwa hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan meliputi : 1. Pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama (RJTP) dan rawat inap tingkat pertama (RITP), 2. Pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL) dan rawat inap tingkat lanjutan (RITL), 3. Pelayanan gawat darurat, 4. Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri [↑](#footnote-ref-51)
52. Lihat pedoman pedoman pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional, manfaat jaminan yang diberikan kepada peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif0 berdasarkan kebutuhan medis yang diperlukan [↑](#footnote-ref-52)
53. Ibid….Pelayanan kesehatan dalam program JKN diberikan secara berjenjang, efektif dan efisien dengan menerapkan prinsip kendali mutu dan kendali biaya [↑](#footnote-ref-53)
54. Rumah sakit tipe A adalah rumah sakit yang ditetapkan oleh pemerintah sebagai tempat pelayanan kesehatan dengan rujukan tertinggi (*top referral hospital*) atau disebut juga rumah sakit pusat [↑](#footnote-ref-54)
55. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan juga tidak ditanggung, kecuali dalam keadaan darurat [↑](#footnote-ref-55)
56. Asuransi kesehatan dengan fitur cashless ini hanya perlu menggesek kartu saat mendapatkan pelayanan kesehatan dengan mudah dan cepat [↑](#footnote-ref-56)
57. Reimbursement adalah suatu proses penggantian dana atau uang dalam nominal tertentu dari pihak perusahaan kepada karyawan. Kegiatan reimbursement ini seringkali dilakukan sebagai suatu bentuk klaim atas dana yang dikeluarkan oleh pihak karyawan untuk kepentingan perusahaan, dengan demikian setiap perusahaan mempunyai kebijakan tersendiri dalam melakukan reimbursement. [↑](#footnote-ref-57)
58. Pasien sering dihadapkan pada antrian Panjang dan kuota pasien atau rawat inap yang terbatas, hal ini membuat pasien tidak titangani dengan cepat [↑](#footnote-ref-58)
59. Seringkali obat yang diresepkan bukanlah obat paten, sehingga harus membayar biaya lebih untuk mendapatkan obat yang terbaik. [↑](#footnote-ref-59)
60. Sistem BPJS peserta boleh memilih secara bebas fasilitas kesehatan yang pertama dimanapun sebagai tempat yang akan memberikan layanan kesehatan untuk pertama kali. Hal ini diberikan pada saat pasien peserta mendaftar sebagai peserta BPJS pertama kali, pendafataran peserta dilakukan secara online lalu web BPJS akan memunculkan atau menampilkan daftar seluruh faskes I atau pertama yang bisa dipilih. Setelah menjadi peserta dia hanya boleh ke faskes tersebut. [↑](#footnote-ref-60)
61. Kesejahteraan rakyat adalah suatu kondisi tercapainya keamanan sosial ekonomi yang berdasarkan asas-asas kemanusiaan, manfaat dan keadilan untuk mewujudkan negara kesejahteraan (welfare state). [↑](#footnote-ref-61)