

2,7 JUTA WARGA SULTENG MILIKI JAMINAN KESEHATAN



Sumber: <https://www.paluekspres.fajar.co.id>

Berdasarkan data Pemerintah Provinsi Sulawesi Tengah hingga tahun 2019, sebanyak 2.720.942 orang atau 91,63 persen penduduk Sulteng telah memiliki jaminan kesehatan, kata Gubernur Sulteng Longki Djanggola. “Saya berharap jumlah tersebut dapat terus bertambah sehingga nantinya seluruh penduduk di Sulteng telah memiliki jaminan kesehatan,” katanya pada acara penandatanganan perjanjian kerja sama antara pemerintah daerah (pemda) se-Sulteng dengan BPJS Kesehatan tentang kepesertaan program jaminan kesehatan nasional bagi penduduk di ruang rapat Polibu, Kantor Gubernur Sulteng, di Palu, Senin.

Menurut Gubernur, langkah tersebut sebagai bukti dan komitmen seluruh jajaran pemda se-Sulteng dalam memberikan kepastian jaminan kesehatan kepada masyarakat demi meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). “Sebagaimana yang diamanatkan UU No 40 tahun 2004 tentang Pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional dan UU No 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial bahwa penduduk Indonesia harus memiliki jaminan sosial, salah satunya jaminan kesehatan,” jelasnya. Namun demikian, peningkatan jumlah cakupan kepesertaan jaminan kesehatan nasional, lanjut Longki, tentunya harus diiringi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

“Untuk mewujudkan hal tersebut harus ada sinergi dan harmonisasi antara semua pihak terkait. Pertama BPJS kesehatan harus berperan aktif memberikan sosialisasi secara langsung maupun tidak langsung terkait prosedur pemanfaatan pelayanan kesehatan kepada seluruh lapisan masyarakat, “terangnya. Dan, sambungnya, berkoordinasi secara intensif dengan pemda, Organisasi Perangkat Daerah (OPD) di lingkungan Pemprov, Pemkot dan Pemkab dan fasilitas kesehatan untuk memastikan pelayanan kesehatan yang diberikan telah sesuai dengan ketentuan dan prosedur yang berlaku.

Kedua, dinas kesehatan mesti mengawasi fasilitas-fasilitas kesehatan (faskes) baik tingkat pertama maupun lanjutan agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik kepada seluruh masyarakat “Ketiga, dinas sosial segera mempercepat proses verifikasi dan validasi data sehingga semua masyarakat miskin dan tidak mampu dapat didaftarkan sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang dibiayai melalui APBN,” katanya. Keempat, Longki menyebut dinas tenaga kerja harus memastikan para pemberi kerja memberikan jaminan kesehatan kepada seluruh pekerjanya,

Sumber Berita:

1. <https://paluekspres.co.id>, “2,7 Juta Warga Sulteng Miliki Jaminan Kesehatan”, Rabu, 25 Desember 2019.
2. <https://antaranews.com>, “Penduduk Sulteng 2,7 Juta Orang Miliki Jaminan Kesehatan”, Senin, 23 Desember 2019.

Catatan:

1. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional:
 - a. Pasal 5 ayat (1). Badan Penyelenggara Jaminan Nasional harus dibentuk dengan Undang-Undang. ayat (3). Badan Penyelenggara Jaminan Nasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah: Perusahaan Perseroan (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK); Perusahaan Perseroan (Persero) Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (TASPEN); Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI); dan Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES).
 - b. Jaminan Kesehatan 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.
 - c. Peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah. Setiap peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain yang menjadi tanggungannya dengan penambahan iuran.
 - d. Kepesertaan jaminan kesehatan tetap berlaku paling lama 6 (enam) bulan sejak seorang peserta mengalami pemutusan hubungan kerja dalam hal peserta setelah 6 (enam) bulan belum memperoleh pekerjaan dan tidak mampu, iurannya dibayar oleh pemerintah, sedangkan peserta yang mengalami cacat total tetap dan tidak mampu, iurannya dibayar oleh Pemerintah.
 - e. Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, peserta dikenakan urun biaya.
 - f. Manfaat jaminan kesehatan diberikan pada fasilitas kesehatan milik Pemerintah atau swasta yang menjalin kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Nasional dalam keadaan darurat, pelayanan jamina kesehatan dapat diberikan pada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam hal suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medik sejumlah peserta, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib memberikan kompensasi dalam hal peserta membutuhkan rawat inap rumah sakit, maka kelas pelayananan di rumah sakit diberikan berdasarkan kelas standar.

- g. Besarnya pembayaran kepada fasilitas kesehatan untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan asosiasi kesehatan di wilayah tersebut. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak permintaan pembayaran diterima. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial mengembangkan sistem pelayanan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas jaminan kesehatan.
 - h. Besarnya iuran jaminan kesehatan untuk peserta penerima upah ditentukan berdasarkan persentase dari upah sampai batas tertentu, yang secara bertahap ditanggung bersama oleh pekerja dan pemberi kerja. Besarnya iuran jaminan kesehatan untuk peserta yang tidak menerima upah ditentukan berdasarkan nominal yang ditinjau secara berkala. Besarnya iuran jaminan kesehatan untuk penerima bantuan iuran ditentukan berdasarkan nominal yang ditinjau secara berkala. Batas upah ditinjau secara berkala;
 - i. Pekerja yang memiliki anggota keluarga lebih dari 5 (lima) orang dan ingin mengikutsertakan anggota keluarga yang lain wajib membayar tambahan iuran
2. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Nasional:
- a. BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas: kemanusiaan; manfaat; dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.
 - b. BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya.
 - c. BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional 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-besar kepentingan Peserta.
 - d. Berdasarkan Undang-Undang ini dibentuk BPJS; ayat (2) BPJS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah: BPJS Kesehatan; dan BPJS Ketenagakerjaan.
 - e. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program: jaminan kecelakaan kerja; jaminan hari tua; jaminan pensiun; dan jaminan kematian.
 - f. BPJS adalah badan hukum publik berdasarkan Undang-Undang ini BPJS bertanggung jawab kepada Presiden.
 - g. Dalam melaksanakan fungsinya, BPJS bertugas untuk: melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta; memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja; menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah; mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan

Peserta; mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial; membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.

- h. Dalam melaksanakan tugasnya, BPJS berwenang untuk: menagih pembayaran Iuran; menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai; melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional; membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah; membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan; mengenakan sanksi administratif kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya; melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar Iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan; dan melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial. BPJS berkewajiban untuk: memberikan nomor identitas tunggal kepada Peserta; mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta; memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya; memberikan Manfaat kepada seluruh Peserta sesuai dengan Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional; memberikan informasi kepada Peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku; memberikan informasi kepada Peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya; memberikan informasi kepada Peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun; memberikan informasi kepada Peserta mengenai besar hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun; membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuarial yang lazim dan berlaku umum; melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial; dan melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.
- i. Dalam melaksanakan kewenangannya, BPJS berhak untuk: memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan/atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan; dan memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan.