

BAB III

PERTANGGUNGJAWABAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN TERHADAP PESERTA YANG TIDAK MENDAPATKAN HAKNYA DALAM PELAYANAN KESEHATAN

A. Pertanggungjawaban BPJS Kesehatan terhadap peserta BPJS Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan

Tanggung jawab dari BPJS kesehatan terhadap peserta BPJS yang mengalami hal yang mengecewakan, ketidakpuasan, terkait dengan layanan kesehatan di faskes tingkat pertama (puskesmas) atau di faskes tingkat lanjutan (rumah sakit) yaitu BPJS Kesehatan menerima laporan dan wajib untuk menindak lanjutinya.

Hal tersebut dijelaskan dalam Peraturan Presiden Nomor 19 tahun 2016 tentang jaminan kesehatan pasal 45 sebagaimana berikut : ¹

“(1) Dalam hal Peserta tidak puas terhadap pelayanan Jaminan Kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, Peserta dapat menyampaikan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan.

(3) Penyampaian pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) harus memperoleh penanganan dan penyelesaian secara memadai dan dalam waktu yang singkat serta diberikan umpan balik ke pihak yang menyampaikan.”

¹ Dr. Zahid Rusyad, 2018, *Hukum Perlindungan Pasien*, Malang : Setara Press, hlm.67.

Perlindungan hukum yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan yaitu peserta berhak untuk menyampaikan keluhan dan pengaduan tentang layanan kesehatan yang diterimanya sesuai yang diatur dalam pasal 25 ayat (1) huruf e Peraturan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan nomor 1 tahun 2014 tentang penyelenggaraan jaminan kesehatan yang berbunyi :

“(1) Setiap peserta mempunyai hak untuk: menyampaikan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan yang bekerja sama”

Peserta dapat meminta informasi sekaligus menyampaikan keluhan, kritik, ataupun saran melalui email, call center BPJS Kesehatan 1500400, media sosial resmi milik BPJS Kesehatan seperti instagram atau twitter, serta dapat langsung datang ke kantor BPJS Kesehatan di wilayah masing-masing dan menemui petugas Penanganan Informasi dan Pengaduan Peserta (PIPP).

Jika ada pengaduan yang masuk maka akan langsung ditindak lanjuti oleh petugas PIPP dengan mengkonfirmasi kepada peserta terkait keluhan dan masalahnya kemudian konfirmasi ke fasilitas kesehatan terkait dengan aduan tersebut, setelah itu petugas PIPP mengecek kronologis kebenaran dan mencari jalan keluar atas keluhan yang dialami oleh peserta. Setelah itu petugas PIPP akan memediasi peserta dan wakil dari Fasilitas kesehatan untuk mencapai kesepakatan.²

Penyelesaian Pengaduan sesuai yang dijelaskan pada pasal 48 undang-undang nomor 24 tahun 2011 tentang BPJS Kesehatan, yaitu :

² Wawancara dengan petugas Penerima Informasi dan Pengaduan Peserta PIPP BPJS Kesehatan Kantor Cabang Mojokerto.

1. BPJS wajib membentuk sebuah unit pengendali mutu pelayanan penanganan pengaduan peserta
2. BPJS wajib menangani pengaduan paling lama (lima) 5 hari kerja sejak diterimanya pengaduan

Sengketa dapat diselesaikan melalui jalan mediasi sesuai dengan Pasal 49 Undang-undang nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial dengan tata cara sebagai berikut :

1. Penyelesaian sengketa dapat dilakukan melalui mekanisme mediasi
2. Mekanisme mediasi dilakukan dengan bantuan mediator yang disepakati oleh kedua belah pihak yang bersangkutan secara tertulis
3. Penyelesaian sengketa dengan mediasi dilakukan paling lama 30 (tiga puluh) hari kerja sejak penandatanganan kesepakatan
4. Penyelesaian sengketa melalui mekanisme mediasi bersifat final dan mengikat setelah ada kesepakatan dari kedua belah pihak

Berdasarkan Pasal 32 huruf (q) dan (r) Undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit menjelaskan bahwa Perlindungan hukum yang diberikan kepada pasien yang mengalami tindakan diskriminatif atau penolakan oleh rumah sakit dalam pelayanan kesehatan, maka pasien berhak untuk :

“Setiap pasien mempunyai hak:

- q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan

r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.”

Dalam pasal 46 undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit dijelaskan bahwa :

“Rumah Sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit.”

Pertanggungjawaban tersebut dapat berupa pemberian ganti rugi, seperti yang diatur dalam Pasal 32 huruf q Undang –undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Ganti rugi yang dimaksud sebagaimana dijelaskan dalam Pasal 58 Undang-undang nomor 39 tahun 2009 tentang kesehatan yaitu :³

“setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang , tenaga kesehatan, dan atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterima”

Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan yang berperan penting dalam mendukung pelayanan kesehatan jaminan kesehatan nasional BPJS Kesehatan, mengingat pengaduan didominasi oleh peserta yang mengeluhkan tentang pelayanan kesehatan di rumah sakit, maka pelayanan kesehatan di rumah sakit harus dilaksanakan dan dijalankan berdasarkan Pancasila dan ketentuan undang-undang, asas keadilan, asas kemanusiaan, asas manfaat, dan profesional sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Berdasarkan Pasal 29 (1) Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban :

³ Safitri Hariyati, 2004, *Sengketa Medik : Alternatif penyelesaian perselisihan antara dokter dengan pasien*. Jakarta : Sinar grafika, hlm 174.

- b. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat
- c. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, efektif, dan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
- d. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanan
- e. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya
- f. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin
- g. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu atau miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan
- h. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien
- i. Menyelenggarakan rekam medis
- j. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak seperti sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia
- k. Melaksanakan sistem rujukan
- l. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan
- m. Memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien

- n. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien
- o. Melaksanakan etika rumah sakit
- p. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana
- q. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun secara nasional
- r. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya
- s. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*)
- t. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas
- u. Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok

Sebagai sarana utama fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, rumah sakit dilarang melakukan tindakan diskriminatif serta melakukan penolakan pasien dengan alasan apapun, termasuk pasien BPJS Kesehatan. Hal ini dapat dikategorikan sebagai pelanggaran kewajiban pelayanan kesehatan dan diancam oleh sanksi. Berdasarkan Undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Pasal 29 ayat (2) rumah sakit yang terbukti melakukan pelanggaran dikenakan sanksi administratif berupa:

- a. teguran;
- b. teguran tertulis atau
- c. denda dan pencabutan izin Rumah Sakit.

B. Pertanggungjawaban BPJS Kesehatan Kantor Cabang Mojokerto atas Pengaduan Peserta BPJS Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan dalam pelayanan kesehatan di wilayah Mojokerto

Teknis Pertanggungjawaban BPJS Kesehatan Kantor Cabang Mojokerto terhadap pengaduan peserta atas pelayanan kesehatan ditangani langsung oleh bidang Penerimaan Informasi dan Pengaduan peserta (PIPP) secara langsung paling cepat 1x24 jam dan paling lama lima (5) hari. Petugas PIPP mengkonfirmasi kronologi peristiwa yang dialami oleh peserta kemudian meminta peserta untuk menuliskan form pengaduan untuk kemudian dapat ditindaklanjuti.

Peserta wajib menuliskan masalah yang dialami beserta kronologisnya untuk dijadikan sebuah eviden dan dasar penanganan serta penindaklanjutan seperti pada data form pengaduan peserta BPJS Kesehatan Kantor Cabang Mojokerto yang terlampir dalam penelitian ini.

Didalam draft surat Perjanjian Kerjasama BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan baik fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) atau fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (FKTL) diterangkan mengenai hak dan kewajiban masing-masing antara BPJS Kesehatan sebagai Pihak Pertama dengan Fasilitas Kesehatan sebagai pihak Kedua dalam Pasal 4 yaitu :

1. Hak Pihak Pertama

- a. Melakukan evaluasi dan penilaian atas pelayanan kesehatan yang diberikan Pihak Kedua
- b. Mendapatkan data dan informasi tentang Sumber Daya Manusia dan sarana prasarana Pihak Kedua
- c. Mendapatkan informasi tentang pelayanan kepada peserta (termasuk melihat rekam medis) yang dianggap perlu oleh Pihak Pertama yang didasarkan pada persetujuan umum (*General Consent*) yang salah satunya berisi persetujuan pasien untuk melepaskan informasi kepada pembayar
- d. Menerima laporan bulanan yang mencakup pencatatan atas jumlah kasus dan biaya
- e. Memberikan teguran dan atau peringatan tertulis kepada Pihak Kedua dalam hal terjadinya penyimpangan terhadap pelaksanaan kewajiban Pihak Kedua dalam Perjanjian ini
- f. Meninjau kembali Perjanjian ini apabila Pihak Kedua tidak memberikan tanggapan terhadap peringatan tertulis ditembuskan ke PERSI Daerah
- g. Mengakhiri Perjanjian (tidak melanjutkan kerjasama) apabila Pihak Kedua tidak lulus tahap evaluasi dan penilaian atas kesiapan dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi Peserta sesuai ketentuan perundang-undangan.

Berdasarkan Pasal 4 ayat (1) dalam perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan tersebut sudah dijelaskan bahwasanya dalam rangka mengawasi dan melaksanakan program Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS Kesehatan

berhak melakukan evaluasi terhadap pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan, mendapatkan informasi atas pelayanan kesehatan yang didapatkan oleh peserta BPJS Kesehatan, serta memberikan surat teguran dan peringatan tertulis kepada fasilitas kesehatan yang tidak melaksanakan pelayanan kesehatan secara baik, professional, sesuai dengan standar prosedur operasional (SOP) tenaga kesehatan, serta sesuai dengan ketentuan perundang-undangan dan pasal-pasal yang telah disepakati dalam surat perjanjian kerjasama.

Ketika pengaduan peserta masuk ke BPJS Kesehatan, bidang PIPP kemudian menindaklanjuti ke fasilitas kesehatan yang dimaksud dengan menanyakan kronologis beserta meminta data riwayat pelayanan peserta tersebut yang kemudian akan dicocokkan sehingga muncullah suatu kesimpulan. Setelah itu petugas PIPP menginformasikan kepada peserta terkait tindak lanjut atas pengaduannya, jika peserta dapat menerima saran dan solusi atas masalah pengaduannya, maka pengaduan tersebut sudah dapat diselesaikan dan ditangani dengan baik. Namun jika peserta masih tidak terima dan menginginkan penyelesaian jalan lain maka dalam hal ini PIPP akan mengupayakan langkah mediasi antara pihak peserta dan pihak fasilitas kesehatan yang dimaksud. Mediasi dilakukan secara kekeluargaan berdasarkan mekanisme yang sudah diatur dalam Undang-undang nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial.

Jika dalam hal lain, pengaduan peserta menimbulkan kerugian atau hal yang serius dalam pelayanan kesehatan, petugas PIPP memberikan teguran kepada fasilitas kesehatan melalui surat teguran jika pelanggarannya ringan, namun jika pelanggarannya berat sampai merugikan materil dan nyawa dan tidak dapat di mediasi antara peserta dan fasilitas kesehatan maka dapat diselesaikan dengan cara jalur pengadilan dengan

peserta mengajukan permohonan kepada pengadilan negeri setempat. Dan BPJS Kesehatan dapat memutus kontrak kerjasama dalam pelayanan kesehatan kepada fasilitas kesehatan tersebut dan dapat melaporkan ke Dinas kesehatan serta persatuan Rumah Sakit Indonesia PERSI agar fasilitas kesehatan dapat mempertanggungjawabkan dan mendapatkan tindak lanjut atas kasus pelanggarannya tersebut.

Menurut pendapat penulis, jaminan perlindungan hukum peserta BPJS Kesehatan atas layanan kesehatan sudah memenuhi peraturan perundang-undangan dan sudah memenuhi berdasarkan teori Negara kesejahteraan, teori perlindungan hukum, dan teori persamaan hak asasi manusia. Peserta BPJS Kesehatan mendapatkan perlindungan penuh dalam hal pelayanan kesehatan secara preventif dan represif.

Peserta BPJS Kesehatan dapat menyampaikan pengaduannya atau keluhannya secara langsung untuk mendapatkan tindak lanjut atas pelayanan kesehatan yang dididapkannya di rumah sakit atau di fasilitas kesehatan.

Mengingat penulis adalah salah satu petugas penerima pengaduan di bidang penagihan kantor BPJS Kesehatan cabang Mojokerto, penulis menemukan fakta yang terjadi di lapangan mengenai alasan yang membuat peserta mandiri BPJS Kesehatan enggan membayar iuran secara rutin sehingga kartu BPJS Kesehatannya nonaktif yaitu karena kualitas pelayanan kesehatan yang mengecewakan dan kurang maksimal. Banyak peserta yang merasa kecewa dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit dan puskesmas ketika menggunakan BPJS seperti susah meminta surat rujukan, pengurusan administrasi yang rumit, lamanya penanganan di IGD, susah mendapatkan kamar rawat inap, serta porsi obat yang sedikit dengan kualitas generik.

Berdasarkan temuan tersebut, menurut pendapat penulis hendaknya BPJS

Kesehatan harus lebih aktif dalam mengontrol dan mengevaluasi pelayanan kesehatan di rumah sakit atau di fasilitas kesehatan tingkat pertama agar peserta BPJS Kesehatan mendapatkan pelayanan kesehatan secara baik dan tidak ada peserta yang mengeluhkan tindakan diskriminasi antara pasien umum dan pasien BPJS Kesehatan, lamanya penanganan atau kelalaian tenaga medis dalam pelayanan kesehatan. Penulis berkeyakinan bahwa jaminan kesehatan yang berkualitas bagi bangsa Indonesia akan terwujud jika BPJS Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan bekerjasama dalam melaksanakan tugas pelayanan kesehatan dengan baik dan profesional