

BAB II

GAMBARAN UMUM PERUSAHAAN

2.1 Sejarah BPJS Kesehatan

Jaminan Kesehatan Nasional adalah program pemerintah yang bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia tanpa membedakan orang kaya maupun miskin untuk dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera, hal ini sesuai dengan UU No. 40 Tahun 2004, tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan mekanisme Asuransi Sosial dimana setiap peserta wajib membayar iuran guna memberikan perlindungan atas risiko sosial ekonomi yang menimpa peserta dan atau keluarganya.

Seiring dengan dimulainya Jaminan Kesehatan Nasional pada tanggal 1 Januari 2014 semua program kesehatan yang telah dijalankan oleh pemerintah, serta untuk masyarakat kurang mampu juga di fasilitasi pemerintah yang diintegrasikan ke dalam suatu lembaga yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah badan hukum publik yang dibentuk oleh pemerintah untuk mewujudkan program Jaminan Kesehatan Nasional yang ditunjukkan bagi seluruh masyarakat Indonesia.

Kepesertaan dari JKN sendiri terbagi menjadi peserta Penerima Bantuan Iuran dan Non Penerima Bantuan Iuran. Penerima Bantuan Iuran JKN meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang yang tidak mampu yang preminya dibayarkan oleh pemerintah, sedangkan untuk peserta Non Penerima Bantuan Iuran adalah peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu. Peserta Non Penerima Bantuan Iuran salah satunya adalah peserta mandiri yang setiap bulannya harus membayar premi sesuai dengan kelas perawatan yang mereka inginkan.

2.2 Landasan Hukum BPJS Kesehatan

1. Undang – Undang Dasar 1945
2. Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
3. Undang – Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

2.3 Visi dan Misi BPJS Kesehatan

Visi BPJS Kesehatan

Terwujudnya Jaminan Kesehatan (JKN-KIS) yang berkualitas dan berkesinambungan bagi seluruh penduduk Indonesia pada tahun 2019 berlandaskan gotong royong yang berkeadilan melalui BPJS Kesehatan yang handal, unggul dan terpercaya.

Misi BPJS Kesehatan

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

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

2.4 Tata Nilai Organisasi BPJS Kesehatan

1. Integritas

Merupakan prinsip dalam menjalankan setiap tugas dan tanggung jawab melalui keselarasan berpikir, berkata dan berilaku sesuai keadaan sebenarnya.

2. Professional

Merupakan karakter dalam menjalankan tugas dengan kesungguhan, sesuai kompetensi dan tanggung jawab yang diberikan.

3. Pelayanan Prima

Merupakan tekad dalam memberikan pelayanan terbaik dengan ikhlas kepada seluruh peserta.

4. Efisiensi Operasional

Merupakan upaya untuk mencapai kinerja optimal melalui perencanaan yang tepat dan penggunaan anggaran yang rasional sesuai kebutuhan.

2.5 Prinsip BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan prinsip:

- a. Prinsip Kegotongroyongan

Prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena

kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk, tanpa pandang bulu. Dengan demikian, melalui prinsip gotong royong jaminan social bagi seluruh rakyat Indonesia.

b. Prinsip Nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.

c. Prinsip Portabilitas

Prinsip Portabilitas jaminan social dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

d. Prinsip Kepesertaan Bersifat Wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggara program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dapat mencakup seluruh rakyat.

e. Prinsip Dana Amanat

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

f. Prinsip Hasil Pengelolaan Dana Jaminan Sosial

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.

Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas. Prinsip – prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

2.6 Tugas BPJS Kesehatan

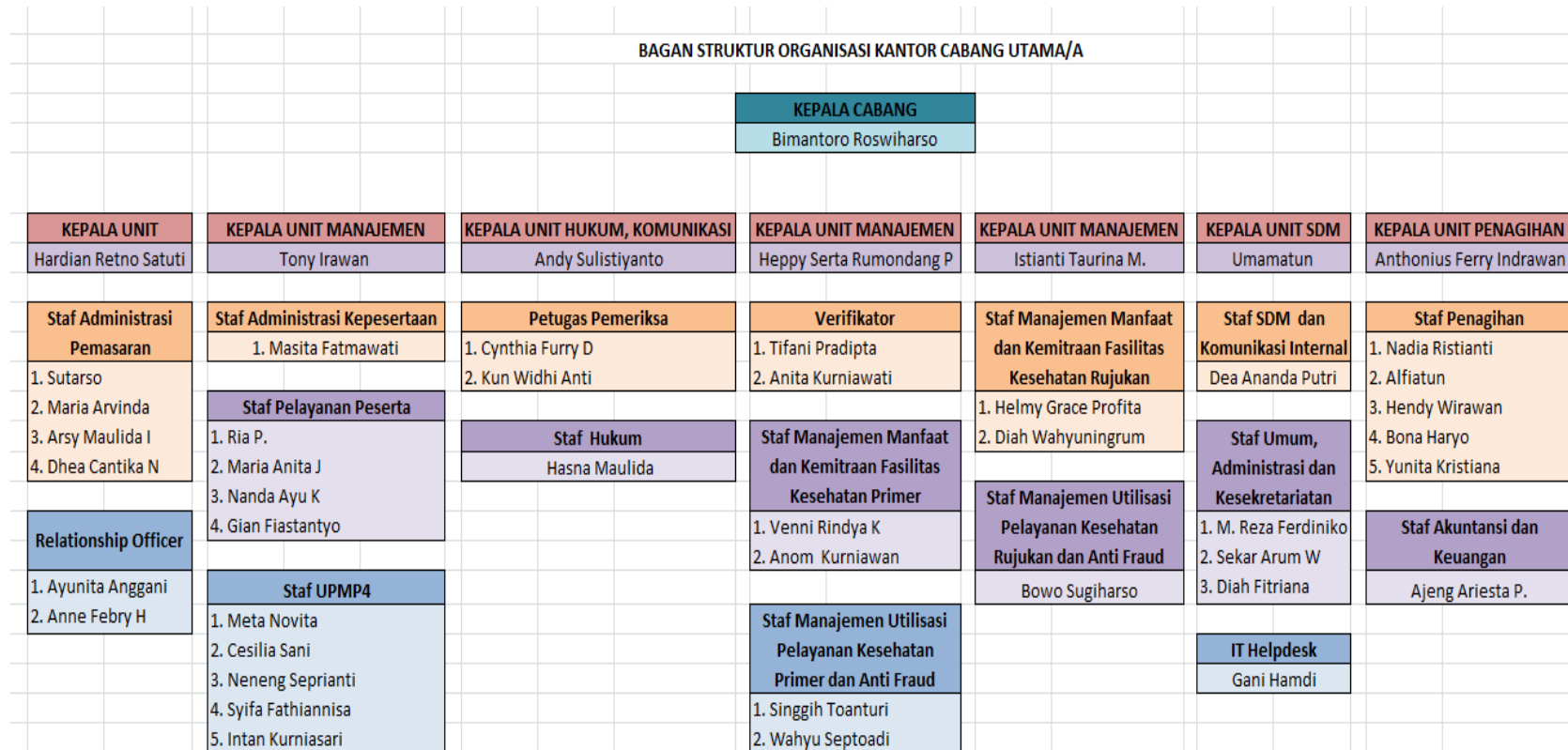
Dalam fungsinya, BPJS Kesehatan mempunyai tugas, antara lain:

1. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta
2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja
3. Menerima bantuan iuran dari Pemerintah
4. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk Kepentingan Peserta
5. Mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial
6. Membayar manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat

2.7 Struktur Organisasi BPJS Kesehatan KCU Semarang

Struktur organisasi merupakan suatu kerangka yang memperlihatkan sejumlah tugas dan wewenang masing-masing entitas untuk bersama-sama mencapai tujuan organisasi. Struktur organisasi menggambarkan dengan jelas pemisahan kegiatan pekerjaan antara yang satu dengan yang lain dan bagaimana hubungan aktivitas dan fungsi dibatasi. Bentuk struktur organisasi antara satu perusahaan dengan perusahaan lainnya akan berbeda-beda. Hal ini terjadi karena struktur organisasi dalam perusahaan disusun sesuai dengan bidang usaha, kondisi, kebutuhan dan jumlah pegawai. Hal ini dilakukan perusahaan demi tercapainya efisiensi dan efektifitas kerja yang ada pada masing-masing bagian dalam perusahaan.

Gambar 2.1
Struktur Organisasi BPJS Kesehatan KCU Semarang



Sumber: BPJS Kesehatan KCU Semarang