

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Jaminan Sosial

Jaminan sosial adalah perlindungan yang diberikan oleh masyarakat bagi setiap anggotanya untuk risiko-risiko atau peristiwa-peristiwa tertentu dengan tujuan, sejauh mungkin, untuk menghindari peristiwa-peristiwa tersebut yang dapat mengakibatkan hilangnya atau turunya sebagian besar penghasilan, dan untuk memberikan pelayanan medis dan/atau jaminan keuangan terhadap konsekuensi ekonomi dari terjadinya peristiwa tersebut, serta jaminan untuk tunjangan keluarga dan anak.¹ Secara singkat jaminan sosial diartikan sebagai bentuk perlindungan sosial yang menjamin seluruh rakyat agar dapat mendapatkan kebutuhan dasar yang layak.

Di dalam program BPJS jaminan sosial dibagi kedalam 5 jenis program jaminan sosial dan penyelenggaraan yang dibuat dalam 2 program penyelenggaraan, yaitu :

1. Program yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, dengan programnya adalah Jaminan Kesehatan yang berlaku mulai 1 Januari 2014.
2. Program yang diselenggarakan oleh BPJS Ketenagakerjaan, dengan programnya adalah Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun, dan Jaminan Kematian yang direncanakan dapat dimulai mulai 1 Juli 2015.

¹ Zaeni Asyhadie, **Aspek-Aspek Hukum Jaminan Sosial Tenaga Kerja di Indonesia**, Rajawali Pers, Mataram, 2007, hlm. 33

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah peleburan 4 (empat) badan usaha milik negara menjadi satu badan hukum, 4 (empat) badan usaha yang dimaksud adalah PT TASPEN, PT JAMSOSTEK, PT ASABRI, dan PT ASKES. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ini berbentuk seperti asuransi, nantinya semua warga Indonesia diwajibkan untuk mengikuti program ini. Dalam mengikuti program ini peserta BPJS dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu untuk masyarakat yang mampu dan kelompok masyarakat yang kurang mampu. Peserta kelompok BPJS dibagi 2 kelompok yaitu:

1. PBI (yang selanjutnya disebut Penerima Bantuan Iuran) jaminan kesehatan

Peserta PBI adalah peserta Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan Undang-undang SJSN yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah sebagai peserta program Jaminan Kesehatan. Peserta PBI adalah fakir miskin yang ditetapkan oleh pemerintah dan diatur melalui Peraturan Pemerintah.

2. Bukan PBI jaminan kesehatan.²

² Unggul Tri Ratomo, 2013, **Tanya jawab BPJS Kesehatan (1) (online)**, ANTARANEWS.COM, <https://www.antaraneWS.com/berita/376166/tanya-jawab-bpjs-kesehatan-1> (25 Desember 2017)

Peserta bukan PBI Jaminan kesehatan merupakan peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:

- a) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya;
 - 1) Pegawai Negeri Sipil;
 - 2) Anggota TNI;
 - 3) Anggota Polri;
 - 4) Pejabat Negara;
 - 5) Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;
 - 6) Pegawai swasta; dan
 - 7) Pekerja yang tidak termasuk diatas yang menerima upah.
- b) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya; dan
 - 1) Pekerja diluar hubungan kerja atau pekerja mandiri; dan
 - 2) Pekerja yang tidak termasuk diatas yang bukan penerima upah.
- c) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya.
 - 1) Investor;
 - 2) Pemberi Kerja;
 - 3) Penerima Pensiun;
 - 4) Veteran;

- 5) Perintis Kemerdekaan; dan
- 6) Bukan Pekerja yang termasuk diatas yang mampu membayar iuran.

B. Jaminan Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan badan pelaksana Jaminan Kesehatan berdasarkan Pasal 18 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Adapun jenis program jaminan sosial yang dijalankan dengan prinsip tersebut:

1. Jaminan kesehatan;
2. Jaminan kecelakaan kerja;
3. Jaminan hari tua;
4. Jaminan pensiun; dan
5. Jaminan kematian.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial. Bersifat wajib bagi seluruh masyarakat Indonesia dan orang asing yang yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Tujuannya untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak, yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diatur dalam Pasal 19 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

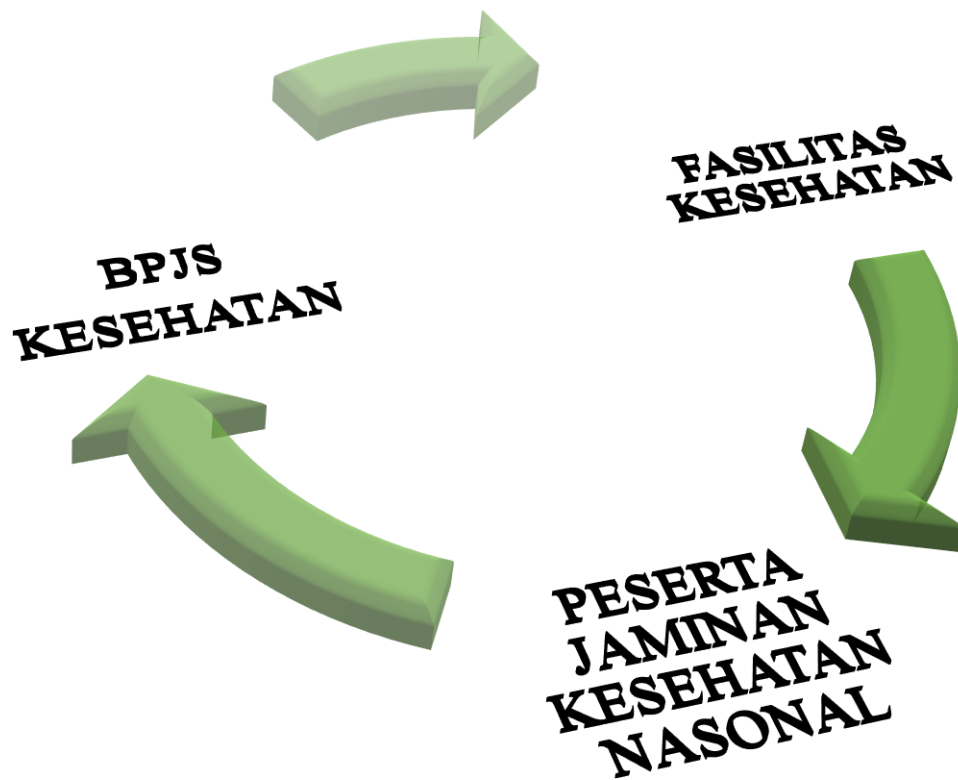
(SJSN), jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, serta diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Maksud dari prinsip asuransi sosial disini meliputi :

1. Kegotong-royongan antara yang kaya dan yang miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang beresiko tinggi dan rendah;
2. Kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selekti;
3. Iuran berdasarkan presentase upah/penghasilan; dan
4. Bersifat nirlaba.

Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial bahwa badan yang menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional adalah BPJS kesehatan. Untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan maka terdapat beberapa pihak yang terlibat yaitu, badan penyelenggara dalam hal ini BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, dan peserta hal ini dapat dilihat dari Bagan I. berikut :

Bagan 1.

Pihak Yang Terlibat Dalam Penyelenggaraan JKN



Sumber: *Data Sekunder, diolah, 2013.*

B.1 Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mulai berlaku di Indonesia pada tanggal 1 Januari 2014 serta mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) berikut:³

1. Prinsip kegotongroyongan

Gotong royong sesungguhnya sudah menjadi salah satu prinsip dalam hidup bermasyarakat dan juga merupakan salah satu akar dalam kebudayaan kita. Dalam SJSN, 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 sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

2. Prinsip nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Sebaliknya, tujuan utama adalah

³ Tim Penyusun Bahan Advokasi dan Sosialisasi JKN, **Buku Pegangan Sosialisasi JKN**, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta, 2014, hlm. 17

untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya, akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk 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.

3. Prinsip portabilitas

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

4. 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 penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dapat mencakup seluruh rakyat.

5. 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.

6. Prinsip hasil pengelolaan

Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.⁴

Dari berbagai prinsip asuransi sosial yang dijelaskan tersebut, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan untuk melindungi kesejahteraan peserta BPJS Kesehatan.

B.2 Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialisik mencakup:
 - a) Administrasi pelayanan;
 - b) Pelayanan promotif dan preventif;
 - c) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis;
 - d) Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
 - e) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 - f) Transfusi darah sesuai kebutuhan medis;

⁴ Tim Penyusun Bahan Advokasi dan Sosialisasi JKN, loc.cit.

- g) Pemeriksaan penunjang diagnosis laboratorium tingkat pertama;
dan
 - h) Rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi.
2. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan mencakup:
- a) Rawat jalan, meliputi :
 - 1) Administrasi pelayanan ;
 - 2) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan sub spesialis ;
 - 3) Tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis ;
 - 4) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai ;
 - 5) Pelayanan alat kesehatan implant ;
 - 6) Pelayanan penunjang diagnostic lanjutan sesuai dengan indikasi medis ;
 - 7) Rehabilitasi medis ;
 - 8) Pelayanan darah ;
 - 9) Pelayanan kedokteran forensik ; dan
 - 10) Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan.
 - b) Rawat Inap yang meliputi :
 - 1) Perawatan inap non intensif ;
 - 2) Perawatan inap di ruang intensif ; dan
 - 3) Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.⁵

⁵ Admin BPJS, 2014, **Manfaat** (online), BPJS Kesehatan, <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2014/12> (25 November 2017)

Meskipun manfaat yang dijamin dalam JKN bersifat komprehensif, masih ada manfaat yang tidak dijamin meliputi⁶:

- a) Tidak sesuai prosedur;
- b) Pelayanan diluar Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS;
- c) Pelayanan bertujuan kosmetik;
- d) General checkup, pengobatan alternatif;
- e) Pengobatan untuk mendapatkan keturunan, pengobatan impotensi;
- f) Pelayanan kesehatan pada saat bencana; dan
- g) Pasien Bunuh Diri /Penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri sendiri/ Bunuh Diri/Narkoba.

C. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Sejak diundangkannya UU SJSN pada 19 Oktober 2004, menghadirkan identitas baru dalam penyelenggaraan program jaminan sosial di Indonesia. UU BPJS membentuk dua Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia. BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian bagi seluruh pekerja Indonesia termasuk orang asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia. Empat BUMN Persero penyelenggara program jaminan sosial – PT ASKES (Persero), PT ASABRI

⁶ Tim Penyusun Bahan Advokasi dan Sosialisasi JKN, op.cit. hlm 31

(Persero), PT JAMSOSTEK (Persero), dan PT TASPEN (Persero) akan bertransformasi menjadi BPJS. UU BPJS telah menetapkan PT ASKES (Persero) untuk bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan dan PT JAMSOSTEK akan bertransformasi menjadi BPJS Ketenagakerjaan. UU BPJS belum mengatur mekanisme transformasi PT ASABRI (Persero) dan PT TASPEN (Persero) dan mendelegasikan pengaturannya ke Peraturan Pemerintah.

Perintah Transformasi kelembagaan badan penyelenggara jaminan sosial diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN). Penjelasan Umum alinea kesepuluh UU SJSN menjelaskan bahwa, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang dibentuk oleh UU SJSN adalah transformasi dari badan penyelenggara jaminan sosial yang tengah berjalan dan dimungkinkan membentuk badan penyelenggara baru. Transformasi badan penyelenggara diatur lebih rinci dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS). UU BPJS adalah pelaksanaan Putusan Mahkamah Konstitusi atas Perkara No. 007/PUU-III/2005. Penjelasan Umum UU BPJS alinea keempat mengemukakan bahwa UU BPJS merupakan pelaksanaan Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 UU SJSN pasca Putusan Mahkamah Konstitusi. Kedua pasal ini mengamankan pembentukan BPJS dan transformasi kelembagaan PT ASKES (Persero), PT ASABRI (Persero), PT JAMSOSTEK (Persero) dan PT TASPEN (Persero) menjadi BPJS. Transformasi kelembagaan diikuti adanya pengalihan peserta, program, aset dan liabilitas, serta hak dan kewajiban.

Transformasi UU SJSN dan UU BPJS memberi arti kata ‘transformasi’ sebagai perubahan bentuk BUMN Persero yang menyelenggarakan program jaminan sosial, menjadi BPJS. Perubahan bentuk bermakna perubahan karakteristik badan penyelenggara jaminan sosial sebagai penyesuaian atas perubahan filosofi penyelenggaraan program jaminan sosial. Perubahan karakteristik berarti perubahan bentuk badan hukum yang mencakup pendirian, ruang lingkup kerja dan kewenangan badan yang selanjutnya diikuti dengan perubahan struktur organisasi, prosedur kerja dan budaya organisasi.

Keempat BUMN Persero penyelenggara program jaminan sosial PT. ASKES, PT. ASABRI, PT. JAMSOSTEK, dan PT. TASPEN adalah empat badan privat yang terdiri dari persekutuan modal dan bertanggung jawab kepada pemegang saham. Keempatnya menurut Pasal 13 Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2003 Tentang BUMN bertindak sesuai dengan kewenangan yang diberikan oleh dan sesuai dengan keputusan pemilik saham yang tergabung dalam Rapat Umum Pemegang Saham (RUPS). Sebagai badan hukum privat, BUMN Persero tidak didirikan oleh penguasa Negara dengan Undang-Undang, melainkan ia didirikan oleh perseorangan selayaknya perusahaan umum lainnya, didaftarkan pada notaris dan diberi keabsahan oleh Kementerian Hukum dan HAM. Dalam Pasal 7 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2007 tentang Perseroan Terbatas, menteri mendirikan persero setelah berkonsultasi dengan Presiden dan setelah dikaji oleh Menteri Teknis dan Menteri Keuangan. Sebaliknya, menurut Pasal 5 ayat (1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pendirian BPJS

oleh penguasa Negara dengan Undang-undang, yaitu UU SJSN dan UU BPJS. Pendirian BPJS tidak didaftarkan pada notaris dan tidak perlu pengabsahan dari lembaga pemerintah. RUPS adalah organ Persero yang memegang kekuasaan tertinggi dalam Persero dan memegang wewenang yang tidak diberikan kepada Direksi atau Komisaris. Transformasi kelembagaan jaminan sosial mengeluarkan badan penyelenggara jaminan sosial dari tatanan Persero yang berdasar pada kepemilikan saham dan kewenangan RUPS, menuju tatanan badan hukum publik sebagai pelaksana amanat konstitusi dan peraturan perundangan. Selanjutnya, perubahan berlanjut pada organisasi badan penyelenggara. Didasari pada kondisi bahwa kekayaan Negara dan saham tidak dikenal dalam SJSN, maka RUPS tidak dikenal dalam organ BPJS. Menurut Pasal 20, Pasal 22 ayat (1), Pasal 24 ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Organ BPJS terdiri dari Dewan Pengawas dan Direksi. Dewan Pengawas berfungsi melakukan pengawasan atas pelaksanaan tugas BPJS, sedangkan Direksi berfungsi melaksanakan penyelenggaraan kegiatan operasional BPJS. Anggota Direksi diangkat dan diberhentikan oleh Presiden. Berbeda dengan Dewan Pengawas BUMN Persero, Dewan Pengawas BPJS ditetapkan oleh Presiden. Pemilihan Dewan Pengawas BPJS dilakukan oleh Presiden dan DPR. Presiden memilih anggota Dewan Pengawas dari unsur Pemerintah, sedangkan DPR memilih anggota Dewan Pengawas dari unsur Pekerja, unsur Pemberi Kerja dan unsur tokoh masyarakat. Sebagai badan hukum privat, keempat BUMN Persero tersebut tidak memiliki kewenangan publik yang seharusnya dimiliki oleh badan penyelenggara jaminan sosial. Hambatan utama yang dialami oleh

keempat BUMN Persero adalah ketidakefektifan penegakan hukum jaminan sosial karena ketiadaan kewenangan untuk mengatur, mengawasi maupun menjatuhkan sanksi kepada peserta. Sebaliknya, BPJS selaku badan hukum publik memiliki kekuasaan dan kewenangan untuk mengatur publik melalui kewenangan membuat peraturan-peraturan yang mengikat publik. Sebagai badan hukum publik, BPJS wajib menyampaikan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya kepada pejabat publik yang diwakili oleh Presiden. BPJS menyampaikan kinerjanya dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan yang telah diaudit oleh akuntan publik kepada Presiden, dengan tembusan kepada DJSN, paling lambat 30 Juni tahun berikutnya. Perubahan terakhir dari serangkaian proses transformasi badan penyelenggara jaminan sosial adalah perubahan budaya organisasi. Reposisi kedudukan peserta dan kepemilikan dana dalam tatanan penyelenggaraan jaminan sosial mengubah perilaku dan kinerja badan penyelenggara. Pasal 40 ayat (2) UU BPJS mewajibkan BPJS memisahkan aset BPJS dan aset Dana Jaminan Sosial. Pasal 40 ayat (3) UU BPJS menegaskan bahwa aset Dana Jaminan Sosial bukan merupakan aset BPJS. Penegasan ini untuk memastikan bahwa Dana Jaminan Sosial merupakan dana amanat milik seluruh peserta yang tidak merupakan aset BPJS.

UU BPJS mengatur seluruh ketentuan pembubaran dan pengalihan PT ASKES (Persero) dan PT JAMSOSTEK (Persero). Ketentuan pembubaran BUMN Persero tidak berlaku bagi pembubaran PT ASKES (Persero) dan PT JAMSOSTEK (Persero). Pembubaran kedua Persero tersebut tidak perlu diikuti dengan likuidasi, dan tidak perlu ditetapkan dengan Peraturan

Pemerintah. Namun, UU BPJS tidak jelas mengatur apakah ketentuan ini juga berlaku bagi pembubaran dan transformasi PT ASABRI (Persero) dan PT TASPEN (Persero). Proses transformasi keempat BUMN Persero tersebut tidaklah sederajat. Ada tiga derajat transformasi dalam UU BPJS. Tingkat tertinggi adalah transformasi tegas. UU BPJS dengan tegas mengubah PT JAMSOSTEK (Persero) menjadi BPJS Ketenagakerjaan, membubarkan PT JAMSOSTEK (Persero) dan mencabut Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992 tentang JAMSOSTEK. Tingkat kedua adalah transformasi tidak tegas. UU BPJS tidak secara eksplisit mengubah PT ASKES (Persero) menjadi BPJS Kesehatan, maupun pencabutan peraturan perundangan terkait pembentukan PT ASKES (Persero). UU BPJS hanya menyatakan pembubaran PT ASKES (Persero) menjadi BPJS Kesehatan sejak beroperasinya BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014. Perubahan PT ASKES (Persero) menjadi BPJS Kesehatan tersirat dalam kata pembubaran PT ASKES (Persero) dan beroperasinya BPJS Kesehatan. Tingkat ketiga adalah tidak bertransformasi. UU BPJS tidak menyatakan perubahan maupun pembubaran PT ASABRI (Persero) dan PT TASPEN (Persero). UU BPJS hanya mengalihkan program dan fungsi kedua Persero sebagai pembayar pensiun ke BPJS Ketenagakerjaan selambatnya pada tahun 2029. Bagaimana nasib kedua Persero tersebut masih menunggu rumusan peraturan Pemerintah yang didelegasikan oleh Pasal 66 UU BPJS. Di samping terdapat tingkatan transformasi, UU BPJS menetapkan dua kriteria proses transformasi BPJS. UU BPJS memberi tenggat 2 tahun sejak pengundangan UU BPJS pada 25 November 2011 kepada PT ASKES (Persero) dan PT JAMSOSTEK (Persero) untuk beralih dari Perseroan menjadi

badan hukum publik BPJS. Namun, saat mulai beroperasi BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan terpaut 1,5 tahun. Kriteria pertama adalah transformasi simultan. PT ASKES (Persero) pada waktu yang sama bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan dan beroperasi. Mulai 1 Januari 2014 PT ASKES (Persero) berubah menjadi BPJS Kesehatan dan pada saat yang sama BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan sesuai ketentuan Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Kriteria kedua adalah transformasi bertahap. PT JAMSOSTEK (Persero) bertransformasi dan beroperasi secara bertahap. Pada 1 Januari 2014, PT JAMSOSTEK (Persero) bubar dan berubah menjadi BPJS Ketenagakerjaan, namun tetap melanjutkan penyelenggaraan tiga program PT JAMSOSTEK (Persero) – jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian dan jaminan hari tua. BPJS Ketenagakerjaan diberi waktu 1,5 tahun untuk menyesuaikan penyelenggaraan ketiga program tersebut dengan ketentuan Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan menambahkan program jaminan pensiun ke dalam pengelolaannya. Selambat-lambatnya pada 1 Juli 2015, BPJS Ketenagakerjaan telah menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian, jaminan hari tua dan jaminan pensiun sesuai Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

C.1 Transformasi PT ASKES (Persero) Menjadi BPJS Kesehatan

Masa persiapan transformasi PT ASKES (Persero) menjadi BPJS Kesehatan adalah selama dua tahun terhitung mulai 25 November 2011 sampai dengan 31 Desember 2013. Dalam masa persiapan, Dewan Komisaris dan Direksi PT Askes (Persero) ditugasi untuk menyiapkan operasional BPJS

Kesehatan, serta menyiapkan pengalihan asset dan liabilitas, pegawai serta hak dan kewajiban PT Askes (Persero) ke BPJS Kes. Penyiapan operasional BPJS

Kesehatan mencakup:

1. penyusunan sistem dan prosedur operasional BPJS Kesehatan
2. sosialisasi kepada seluruh pemangku kepentingan
3. penentuan program jaminan kesehatan yang sesuai dengan UU SJSN.
4. Koordinasi dengan Kementerian Kesehatan untuk mengalihkan penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)
5. Kordinasi dengan KemHan, TNI dan POLRI untuk mengalihkan penyelenggaraan program pelayanan kesehatan bagi anggota TNI/POLRI dan PNS di lingkungan KemHan, TNI/POLRI.
6. koordinasi dengan PT Jamsostek (Persero) untuk mengalihkan penyelenggaraan program jaminan pemeliharaan kesehatan Jamsostek.

Penyiapan pengalihan asset dan liabilitas, pegawai serta hak dan kewajiban PT Askes (Persero) ke BPJS Kesehatan, mencakup penunjukan kantor akuntan publik untuk melakukan audit atas:

1. laporan keuangan penutup PT Askes(Persero) ;
2. laporan posisi keuangan pembukaan BPJS Kesehatan ; dan
3. laporan posisi keuangan pembukaan dana jaminan kesehatan.

Pada saat BPJS Kesehatan mulai beroperasi pada 1 Januari 2014, PT Askes (Persero) dinyatakan bubar tanpa likuidasi. Semua aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum PT Askes (Persero) menjadi aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum BPJS Kesehatan, dan semua pegawai PT Askes (Persero) menjadi pegawai BPJS Kesehatan. Pada saat yang sama, Menteri BUMN selaku RUPS mengesahkan laporan posisi keuangan penutup PT Askes (Persero) setelah dilakukan audit kantor akuntan publik. Menteri Keuangan mengesahkan laporan posisi keuangan pembuka BPJS Kes dan laporan keuangan pembuka dana jaminan kesehatan. Untuk pertama kali, Dewan Komisaris dan Direksi PT Askes (Persero) diangkat menjadi Dewan Pengawas dan Direksi BPJS Kesehatan untuk jangka waktu paling lama 2 tahun sejak BPJS Kesehatan mulai beroperasi. Mulai 1 Januari 2014, program-program jaminan kesehatan sosial yang telah diselenggarakan oleh pemerintah dialihkan kepada BPJS Kesehatan. Kementerian kesehatan tidak lagi menyelenggarakan program Jamkesmas. Kementerian Pertahanan, TNI dan POLRI tidak lagi menyelenggarakan program tersebut.