

EFEKTIVITAS PELAYANAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN DAN BPJS KETENAGAKERJAAN (Suatu Kajian Normatif)

¹ An Haris, ² Subroto, ³ Suparyanto, ⁴ Perius Gea, ⁵ Yoyon M. Darusman
^{1,2,3,4,5} Magister Hukum, Universitas Pamulang, Tangerang Selatan, Indonesia
³ ysupar20@gmail.com, ⁴ periusgea2015@gmail.com

ABSTRAK

BPJS dalam Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 adalah sebagai berikut: Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 menciptakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai lembaga yang bertanggung jawab untuk mengelola program-program jaminan sosial yang meliputi kesehatan, ketenagakerjaan, dan jaminan sosial lainnya demi kesejahteraan masyarakat Indonesia. Tujuan dalam penelitian ini adalah menilai sejauh mana badan penyelenggara dalam mencapai tujuan-tujuan utamanya dalam menyediakan perlindungan sosial kepada masyarakat seperti layanan kesehatan yang lebih baik atau jaminan sosial yang lebih luas. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah mengkaji dan menganalisis dokumen-dokumen resmi seperti perundang-undangan, laporan tahunan badan penyelenggara jaminan sosial dan kebijakan dan data-data statistik terkait BPJS.

Kata Kunci: Pekerja; Jaminan Kesehatan; Kewajiban Pemberi Kerja; Pendaftaran Iuran.

ABSTRACT

BPJS in Law No. 24 of 2011 is as follows: Law No. 24/2011 created the Social Security Provider Agency (BPJS) as an institution responsible for managing social security programs covering health, employment, and other social security for the welfare of the Indonesian people. The objective of this study is to assess the extent to which the agency has achieved its main objectives in providing social protection to the public such as better health services or broader social security. The method used in this research is to review and analyze official documents such as legislation, annual reports of the social security organizing body and policies and statistical data related to BPJS.

Keywords: Workers; Health Insurance; Employer Obligations; Contribution Registration.

PENDAHULUAN

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Indonesia berkaitan dengan perkembangan sistem jaminan sosial dan perubahan dalam upaya penyediaan perlindungan sosial kepada masyarakat. Pada awalnya, Indonesia memiliki banyak program jaminan sosial yang tersebar dan tidak terkoordinasi dengan baik. Terdapat kebutuhan untuk mengintegrasikan sistem jaminan sosial agar lebih efisien dan efektif dalam memberikan perlindungan kepada masyarakat. Sebelum BPJS Kesehatan, terdapat beberapa skema jaminan kesehatan yang tidak merata dan tidak mencakup seluruh populasi.

BPJS Ketenagakerjaan didirikan untuk menggantikan dua lembaga sebelumnya (Jamsostek dan Taspen) guna meningkatkan perlindungan bagi pekerja dan meningkatkan manajemen dana pensiun. Pemerintah Indonesia memiliki peran kunci dalam mendirikan BPJS sebagai bagian dari upaya untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat, mengurangi ketimpangan sosial, dan memenuhi komitmen terhadap tujuan pembangunan berkelanjutan. Indonesia juga mengambil pelajaran dari negara-negara lain yang telah berhasil mengimplementasikan sistem jaminan sosial yang terkoordinasi.

Kebutuhan untuk menyediakan perlindungan sosial yang memadai juga muncul sebagai tanggapan terhadap tekanan global, seperti perubahan demografis dan ekonomi. Pendirian BPJS didasarkan pada peraturan perundang-undangan, seperti Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, yang memberikan dasar hukum bagi berdirinya badan ini.

BPJS didirikan untuk mengelola program jaminan sosial yang mencakup berbagai aspek, termasuk kesehatan, ketenagakerjaan, dan jaminan sosial lainnya, sehingga menciptakan sistem jaminan sosial yang lebih holistik. Hal ini mencerminkan upaya pemerintah Indonesia untuk menyediakan perlindungan sosial yang lebih baik dan terjangkau kepada seluruh masyarakat, sekaligus meningkatkan koordinasi dan efisiensi dalam pengelolaan program-program jaminan sosial.

Tujuan dari penelitian ini adalah (1) mengetahui sejauh mana BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan dapat memberikan pelayanan yang efektif kepada pesertanya sesuai dengan tujuan pembentukannya; (2) mengetahui kendala atau masalah regulasi dalam Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 yang dapat memengaruhi pelaksanaan BPJS?

METODE

Penelitian ini termasuk penelitian yuridis-normatif bersifat eksplanatoris yaitu suatu penelitian yang bertujuan untuk menjelaskan, memperkuat atau menguji dan bahkan menolak suatu teori atau hipotesa-hipotesa serta hasil-hasil penelitian yang telah ada. Dengan menggunakan pendekatan Perundang-undangan, pendekatan komparatif, pendekatan dan pendekatan kasus.

Bahan hukum yang telah dikumpul dianalisis secara deskriptif-kualitatif kemudian dianalisis dengan metode analisis isi (*content analysis*) atau menggunakan interpretasi (*hermeneutik*) berdasarkan ajaran-ajaran hukum atau pandangan para ahli hukum. Setelah diperoleh gambaran yang jelas, maka akan disimpulkan dengan metode induksi dan metode deduksi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengertian Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) adalah sebuah lembaga di Indonesia yang bertanggung jawab menyelenggarakan program jaminan sosial, termasuk jaminan kesehatan. Pelayanan BPJS adalah berbagai layanan yang disediakan oleh BPJS kepada pesertanya, termasuk akses ke fasilitas kesehatan, pemberian manfaat kesehatan, serta informasi dan bantuan terkait dengan program jaminan sosial. Pelayanan BPJS ini mencakup pelayanan kesehatan seperti rawat inap, rawat jalan, obat-obatan, pelayanan kehamilan, dan sebagainya, yang dapat diakses oleh peserta BPJS sesuai dengan peraturan yang

berlaku. BPJS dalam Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 menciptakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai lembaga yang bertanggung jawab untuk mengelola program-program jaminan sosial yang meliputi kesehatan, ketenagakerjaan, dan jaminan sosial lainnya demi kesejahteraan masyarakat Indonesia.

Sejauh Mana BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan

Evaluasi sejauh mana Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan dapat memberikan pelayanan yang efektif kepada pesertanya sesuai dengan tujuan pembentukannya adalah perdebatan yang kompleks dan memerlukan analisis yang cermat. Ini dapat berbeda-beda dari waktu ke waktu dan tergantung pada berbagai faktor. Berikut adalah beberapa pertimbangan yang dapat mempengaruhi efektivitas keduanya:

1. Akses dan Cakupan

Salah satu tujuan utama pembentukan BPJS adalah untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan dan perlindungan ketenagakerjaan bagi seluruh masyarakat Indonesia. Evaluasi akan mencakup sejauh mana BPJS telah berhasil dalam mencapai cakupan yang luas.

2. Kualitas Pelayanan

Efektivitas BPJS harus diukur oleh tingkat kualitas pelayanan yang diberikan kepada peserta. Ini mencakup aspek-aspek seperti ketersediaan fasilitas kesehatan, keberlanjutan penyediaan layanan, dan standar perawatan medis.

3. Keberlanjutan Keuangan

BPJS perlu memiliki sumber daya keuangan yang cukup untuk memenuhi kewajibannya. Evaluasi akan mencakup keberlanjutan keuangan dan kemampuan BPJS untuk membayar klaim dan manfaat peserta.

4. Kepuasan Peserta

Tingkat kepuasan peserta adalah indikator penting efektivitas. Evaluasi akan melibatkan penilaian terhadap sejauh mana peserta puas dengan pelayanan yang diberikan.

5. Keandalan Manajemen

Manajemen dan administrasi yang efisien dan transparan sangat penting. Evaluasi akan mencakup sejauh mana BPJS memiliki proses manajemen yang baik dan mampu mencegah penyalahgunaan dan tindakan tidak etis.

6. Kebijakan dan Peraturan

Evaluasi juga akan mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang diterapkan oleh BPJS. Apakah kebijakan ini mendukung tujuan perlindungan sosial yang efektif?

7. Perubahan Sosial dan Ekonomi
Konteks sosial dan ekonomi Indonesia juga akan mempengaruhi efektivitas BPJS. Perubahan dalam ekonomi, demografi, dan epidemiologi dapat mempengaruhi tuntutan atas layanan kesehatan dan perlindungan ketenagakerjaan.
8. Ketersediaan Sumber Daya
Ketersediaan sumber daya manusia, teknologi, dan infrastruktur juga akan mempengaruhi efektivitas BPJS dalam memberikan pelayanan yang berkualitas.

Efektivitas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan adalah subjek penelitian yang kompleks, dan evaluasi yang mendalam dan berkelanjutan perlu dilakukan untuk memahami sejauh mana keduanya berhasil mencapai tujuan pembentukannya dan memberikan perlindungan yang efektif kepada peserta. Evaluasi ini harus dilakukan secara independen dan objektif, melibatkan pemangku kepentingan yang beragam, dan berdasarkan data yang valid dan relevan.

BPJS Menjaga Keberlanjutan Keuangan Dalam Menghadapi Tantangan Seperti Defisit dan Keseimbangan Antara Pendapatan dan Pengeluaran

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) menghadapi tantangan keuangan, termasuk defisit dan keseimbangan antara pendapatan dan pengeluaran. Berikut adalah beberapa strategi yang BPJS dapat gunakan untuk menjaga keberlanjutan keuangan.

1. Penyesuaian Kontribusi Peserta: BPJS dapat mengevaluasi tingkat iuran yang dibayarkan oleh peserta dan, jika perlu, menyesuaikan secara berkala untuk memastikan pendapatan yang cukup. Peningkatan iuran harus disesuaikan dengan kemampuan ekonomi peserta agar tetap terjangkau.
2. Pengelolaan Risiko: BPJS harus memiliki manajemen risiko yang efektif untuk mengantisipasi dan mengurangi potensi kerugian keuangan, termasuk risiko medis dan ketenagakerjaan. Ini melibatkan pemantauan dan pengendalian biaya klaim yang diajukan oleh peserta.
3. Optimasi Pengeluaran: BPJS perlu mengelola pengeluaran dengan cermat, termasuk negosiasi harga dengan penyedia layanan kesehatan dan manajemen biaya administrasi. Strategi ini dapat membantu mengendalikan pengeluaran operasional.
4. Pendanaan Alternatif: BPJS dapat mencari sumber pendanaan tambahan, seperti investasi keuangan yang bijaksana, yang dapat menghasilkan pendapatan tambahan untuk menutupi defisit atau mendukung program jaminan sosial.
5. Efisiensi Operasional: Menjaga efisiensi operasional dalam administrasi dan manajemen dapat mengurangi biaya yang terkait dengan pelaksanaan program. Implementasi teknologi informasi yang canggih juga dapat membantu dalam hal ini.

6. Peningkatan Partisipasi: Memperluas basis peserta dengan meningkatkan partisipasi dalam program BPJS dapat meningkatkan pendapatan. Ini dapat melibatkan promosi yang lebih baik dan penyederhanaan proses pendaftaran.
7. Koordinasi dan Kolaborasi: BPJS dapat bekerja sama dengan pihak-pihak terkait, seperti pemerintah, rumah sakit, dan pihak swasta, untuk mencari cara-cara bersama untuk mengatasi defisit dan meningkatkan efisiensi pelayanan.
8. Edukasi dan Pencegahan: Meningkatkan kesadaran peserta tentang manfaat penggunaan yang bijaksana dari layanan kesehatan atau perlindungan ketenagakerjaan dapat membantu mengurangi beban pengeluaran BPJS.
9. Reformasi Kebijakan: Evaluasi dan reformasi kebijakan jaminan sosial secara berkala untuk memastikan bahwa program-program tersebut sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan berkelanjutan dari segi keuangan.

Keberlanjutan keuangan adalah tantangan yang serius bagi BPJS, dan strategi yang tepat harus dikembangkan dan diterapkan untuk menjaga kestabilan program jaminan sosial yang diselenggarakan oleh BPJS. Upaya ini harus diarahkan untuk memastikan bahwa program-program tersebut dapat terus memberikan manfaat yang signifikan bagi peserta.

Evaluasi Sejauh Mana BPJS Dapat Memberikan Perlindungan Kesehatan dan Ketenagakerjaan yang Memadai Bagi Pesertanya

Evaluasi sejauh mana Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dapat memberikan perlindungan kesehatan dan ketenagakerjaan yang memadai bagi pesertanya adalah suatu isu kompleks dan perlu dianalisis dalam beberapa aspek:

1. Akses Kesehatan: BPJS Kesehatan memiliki tujuan utama untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia. Evaluasi akan mencakup sejauh mana BPJS Kesehatan telah meningkatkan akses pelayanan kesehatan, khususnya bagi mereka yang sebelumnya tidak memiliki asuransi kesehatan.
2. Kualitas Pelayanan: Selain akses, kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan juga penting. Evaluasi akan mempertimbangkan apakah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan mencapai standar yang memadai, termasuk aspek-aspek seperti diagnosa, perawatan, dan pelayanan pasien.
3. Kepuasan Peserta: Tingkat kepuasan peserta adalah indikator penting. Evaluasi akan melihat apakah peserta merasa puas dengan pelayanan kesehatan yang mereka terima melalui BPJS Kesehatan.
4. Perlindungan Finansial: Salah satu tujuan penting dari jaminan kesehatan adalah melindungi peserta dari beban biaya yang berlebihan akibat perawatan kesehatan. Evaluasi akan mencakup sejauh mana BPJS Kesehatan berhasil melindungi peserta secara finansial.

5. Pengelolaan Risiko: BPJS Ketenagakerjaan memiliki peran dalam melindungi pekerja dari risiko seperti kecelakaan kerja dan ketidakmampuan kerja. Evaluasi akan melihat apakah program BPJS Ketenagakerjaan berhasil dalam manajemen risiko ini.
6. Keberlanjutan Keuangan: Untuk memberikan perlindungan yang memadai, BPJS harus memiliki keberlanjutan keuangan yang baik. Evaluasi akan mempertimbangkan keuangan BPJS dan kemampuannya untuk membayar manfaat peserta.
7. Pencegahan dan Promosi Kesehatan: Perlindungan kesehatan juga mencakup upaya pencegahan dan promosi kesehatan. BPJS Kesehatan dapat diukur dalam sejauh mana mereka berpartisipasi dalam program-program ini.
8. Manajemen Administrasi: Efisiensi administratif juga penting. Evaluasi akan mempertimbangkan sejauh mana BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan dapat mengelola program-program mereka dengan baik tanpa pemborosan sumber daya.
9. Kebijakan dan Reformasi: Program jaminan sosial harus dievaluasi secara berkala dan, jika perlu, direformasi sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan perubahan kondisi ekonomi dan sosial.

Evaluasi tentang sejauh mana BPJS dapat memberikan perlindungan kesehatan dan ketenagakerjaan yang memadai adalah proses yang kompleks dan memerlukan data yang valid dan analisis yang cermat. Pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya harus terlibat dalam proses evaluasi ini untuk memastikan bahwa program jaminan sosial terus ditingkatkan agar sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Tingkat Akuntabilitas dan Transparansi BPJS Dalam Mengelola Dana dan Melaksanakan Program-Programnya

Tingkat akuntabilitas dan transparansi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dalam mengelola dana dan melaksanakan program-programnya dapat bervariasi dan tergantung pada sejumlah faktor, termasuk praktik manajemen dan kebijakan yang diterapkan oleh BPJS. Berikut adalah beberapa poin yang mencerminkan tingkat akuntabilitas dan transparansi yang dapat dimiliki oleh BPJS:

1. Keterbukaan Informasi: Tingkat transparansi dapat diukur dari sejauh mana BPJS memberikan akses publik terhadap informasi tentang kebijakan, program, anggaran, dan laporan kinerja mereka. BPJS harus menerbitkan laporan tahunan, informasi keuangan, dan data terkait program yang dapat diakses oleh masyarakat umum.
2. Kepatuhan Hukum: Tingkat akuntabilitas juga terkait dengan kepatuhan BPJS terhadap peraturan perundang-undangan yang berlaku. Mereka harus mematuhi regulasi terkait manajemen dana, pelaporan keuangan, dan perlindungan hak peserta.

3. Manajemen Dana yang Transparan: BPJS perlu menjalankan manajemen dana yang transparan dan akuntabel, termasuk pemantauan penggunaan dana, investasi yang bijaksana, dan pemisahan dana yang jelas antara program-program yang dikelola.
4. Partisipasi Pemangku Kepentingan: Tingkat akuntabilitas dapat meningkat dengan melibatkan pemangku kepentingan seperti pemerintah, organisasi masyarakat sipil, dan peserta dalam proses pengambilan keputusan dan pengawasan program.
5. Pemeriksaan Eksternal: Pemeriksaan eksternal oleh badan-badan seperti BPK (Badan Pemeriksa Keuangan) atau lembaga pemeriksa independen lainnya dapat membantu memastikan akuntabilitas BPJS. Hasil pemeriksaan ini harus diterbitkan untuk publik.
6. Ketentuan Pengaduan: BPJS perlu memiliki sistem pengaduan yang jelas dan efektif yang memungkinkan peserta atau pihak terkait untuk melaporkan masalah atau ketidakpuasan mereka terkait program atau pelayanan.
7. Pelaporan Kinerja: BPJS harus secara rutin melaporkan kinerja mereka, termasuk dalam hal capaian target, efisiensi, dan dampak program jaminan sosial.
8. Pengelolaan Risiko dan Keberlanjutan: BPJS harus dapat menjelaskan langkah-langkah yang mereka ambil untuk mengelola risiko keuangan dan memastikan keberlanjutan program jaminan sosial.
9. Keterlibatan Publik: Meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pengawasan dan perbaikan program jaminan sosial juga dapat meningkatkan akuntabilitas dan transparansi.

Tingkat akuntabilitas dan transparansi BPJS dapat menjadi subjek perdebatan dan evaluasi terus-menerus. Pemerintah, organisasi masyarakat sipil, dan masyarakat umum memiliki peran penting dalam memantau dan mendukung peningkatan akuntabilitas dan transparansi BPJS agar program-program jaminan sosial dapat berjalan sesuai dengan prinsip-prinsip etika dan kepentingan publik.

Kendala/Masalah Regulasi dalam Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 yang Dapat Memengaruhi Pelaksanaan BPJS

Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) memiliki beberapa kendala dan masalah regulasi yang dapat mempengaruhi pelaksanaan BPJS. Beberapa masalah tersebut antara lain:

1. Kekurangan Dana: Salah satu kendala utama adalah kekurangan dana. Undang-Undang tersebut mengamanatkan BPJS untuk memberikan jaminan sosial yang luas kepada masyarakat, namun keberlanjutan keuangan BPJS sering menjadi permasalahan, terutama dalam program

BPJS Kesehatan. Tingginya klaim kesehatan dan defisit keuangan dapat membatasi kemampuan BPJS untuk memberikan pelayanan yang memadai.

2. Ketidaksetaraan Pelayanan: Masalah lain adalah ketidaksetaraan dalam kualitas dan akses pelayanan kesehatan di berbagai daerah di Indonesia. Meskipun tujuannya adalah memberikan perlindungan kesehatan yang merata, masih ada ketidaksetaraan dalam akses dan kualitas pelayanan, terutama antara daerah perkotaan dan pedesaan.
3. Perubahan Kebijakan yang Cepat: Perubahan dalam kebijakan dan regulasi terkait BPJS juga dapat menjadi kendala. Perubahan yang cepat dapat membingungkan dan mempengaruhi peserta, penyedia layanan kesehatan, dan manajemen BPJS.
4. Kecukupan Fasilitas Kesehatan: Terkadang, kekurangan fasilitas kesehatan yang memadai dan tenaga medis di beberapa wilayah dapat menghambat akses peserta BPJS terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas.
5. Tata Kelola dan Manajemen Internal: Masalah terkait tata kelola dan manajemen internal BPJS, termasuk transparansi dan akuntabilitas dalam pengelolaan dana, juga perlu diperhatikan.
6. Kualitas Layanan dan Pelayanan Pelanggan: Terkadang, terdapat keluhan tentang kualitas layanan dan pengalaman peserta dalam berurusan dengan BPJS, termasuk dalam hal penyelesaian klaim atau pengaduan.
7. Perluasan Cakupan Perlindungan: Walaupun BPJS telah mencakup beberapa jenis perlindungan, masih ada sektor-sektor atau jenis perlindungan tertentu yang belum diakomodasi sepenuhnya dalam undang-undang tersebut

Hukum berfungsi untuk mengatur bagaimana manusia harus bertingkah laku di masyarakat. Secara jelas, hukum menjabarkan tentang hal apa saja yang boleh dan tidak boleh dilakukan masyarakat. Tujuannya supaya lingkungan masyarakat dapat tertib, aman, dan nyaman. Selain itu, tujuan lainnya ialah supaya tingkah laku manusia menjadi lebih terarah ke sisi yang baik. Contohnya peraturan tentang pentingnya menggunakan helm saat berkendara motor. Jika peraturan ini dilanggar, maka keselamatan diri akan terancam dan bisa mendapat sanksi tegas dari pihak polisi.

KESIMPULAN

BPJS didirikan untuk mengelola program jaminan sosial yang mencakup berbagai aspek, termasuk kesehatan, ketenagakerjaan, dan jaminan sosial lainnya, sehingga menciptakan sistem jaminan sosial yang lebih holistik.

Keberlanjutan keuangan adalah tantangan yang serius bagi BPJS, dan strategi yang tepat harus dikembangkan dan diterapkan untuk menjaga kestabilan

program jaminan sosial yang diselenggarakan oleh BPJS. Upaya ini harus diarahkan untuk memastikan bahwa program-program tersebut dapat terus memberikan manfaat yang signifikan bagi peserta.

SARAN

1. Tingkat akuntabilitas dan transparansi BPJS dapat menjadi subjek perdebatan dan evaluasi terus-menerus, perlu perbaikan dan perubahan secara kontiyu.
2. Evaluasi sejauh mana Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dapat memberikan perlindungan kesehatan dan ketenagakerjaan yang memadai bagi pesertanya, mengingat strata pengguna atau peserta BPJS dari berbagai lapisan masyarakat.
3. Sebaiknya BPJS Kesehatan manajemen nya digabungkan dengan kementerian kesehatan, dan dipimpin oleh seorang dirjen dari kementerian kesehatan supaya lebih berkeadilan , efasien & defisit dalam keuangan bisa teratasi.

DAFTAR PUSTAKA

UU No. 24 thn 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan kesehatan
Perpres Nomor 64 tahun 2020 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Permenkes Nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program jaminan kesehatan.
Asih Eka Putri. Seri Buku Saku - 2: Paham BPJS Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.