

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hak tingkat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya merupakan hak asasi manusia dan diakui oleh segenap bangsa-bangsa di dunia, termasuk Indonesia. Falsafah dan dasar negara Pancasila terutama sila ke-5 mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hak ini juga termaktub dalam Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28H dan Pasal 34, dan diatur dalam Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 yang kemudian diganti dengan Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Undang-undang 36 Tahun 2009 ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial.¹

Di Indonesia mengenal banyak jenis asuransi, salah satunya adalah Asuransi Kesehatan. Tujuan dari asuransi adalah mengalihkan segala risiko yang ditimbulkan oleh peristiwa-peristiwa yang tidak diharapkan terjadinya itu kepada orang lain yang mengambil risiko itu untuk mengganti kerugian.² Asuransi kesehatan di Indonesia saat ini diselenggarakan oleh pemerintah dan juga oleh pihak swasta. Pemerintah menyelenggarakan asuransi kesehatan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang sebelumnya bernama PT. Askes (Persero).

¹ <http://www.jkn.kemkes.go.id> diakses pada Kamis, 18 Februari 2016 pada pukul 19.27 WIB

² Emy Pangaribuan Simanjuntak, dalam Djoko Prakoso dan I Ketut Murtika. 1998. *Hukum Asuransi Indonesia*. Jakarta. Rineka Cipta, hlm.7.

Perseroan Terbatas (PT) dulu disebut *Naamloze vennootschaap* (NV), adalah suatu persekutuan untuk menjalankan usaha yang memiliki modal, terdiri atas saham-saham di mana pemiliknya memiliki bagian sebanyak saham yang dimilikinya.³ Karena modalnya terdiri atas saham-saham yang dapat diperjualbelikan, perubahan kepemilikan perusahaan dapat dilakukan tanpa perlu membubarkan perusahaan.

Oleh karena itu, Perseroan Terbatas mengembangkan usahanya berdasarkan modal dan berusaha mendapatkan keuntungan yang sebesar-besarnya melebihi modal mereka, begitu juga dengan PT. Asuransi Kesehatan (Persero) yang bergerak di bidang Asuransi. Akan tetapi, setelah PT. Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan yang diutamakan adalah melayani Peserta dengan baik dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam pelaksanaan pelayanan dan memberikan kenyamanan kepada konsumen tentu pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan harus sesuai dengan Undang-Undang, sebagaimana kita ketahui dalam menggunakan produk asuransi kesehatan dari BPJS Kesehatan tentu konsumen ingin mendapatkan kepastian hukum terhadap penggunaan asuransi tersebut agar kepentingan konsumen tetap terlindungi setelah PT. Askes (Persero) berubah menjadi BPJS Kesehatan, maka disusunlah Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang didalamnya telah memuat ketentuan-ketentuan tentang penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan dan Jaminan Sosial Ketenagakerjaan.

Dalam Pasal 1 ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menyatakan bahwa, Badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Salah satunya adalah jaminan sosial kesehatan yang bertujuan untuk

³Farida Hasyim. 2011. *Hukum Dagang*. Jakarta. Sinar Grafika, hlm. 148-149.

menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia dari semua golongan profesi.

Dalam Pasal 7 ayat (1) dan ayat (2), Pasal 9 ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada Presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Dalam Pasal 246 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD), Asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian, dengan mana seorang penanggung meningkatkan diri kepada seorang tertanggung, dengan menerima suatu premi, untuk memberikan penggantian kepadanya karena suatu kerugian, kerusakan, atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan dideritanya karena suatu peristiwa yang tak tertentu. Asuransi atau pertanggungan (*Verzekering*), di dalamnya tersirat pengertian adanya suatu risiko yang terjadi belum dapat dipastikan, dan adanya pelimpahan tanggung jawab memikul beban risiko tersebut, kepada pihak lain yang sanggup mengambil alih tanggung jawab. Sebagai kontrapretasi dari pihak lain yang melimpahkan tanggung jawab ini, ia diwajibkan membayar sejumlah uang kepada pihak yang menerima pelimpahan tanggung jawab.⁴

Untuk diketahui, asuransi kesehatan adalah salah satu jenis produk asuransi yang secara khusus menjamin biaya kesehatan atau perawatan para anggota asuransi tersebut jika mereka jatuh sakit atau mengalami kecelakaan. Secara garis besar ada dua perawatan yang ditawarkan perusahaan-perusahaan asuransi, yaitu: rawat inap (*in-patient treatment*) dan rawat jalan (*out-patient treatment*). Asuransi adalah sebuah sistem untuk merendahkan kehilangan finansial dengan menyalurkan resiko kehilangan dari seseorang ke badan lainnya. Seseorang yang menyalurkan resiko disebut tertanggung, sedangkan badan yang menerima resiko disebut penanggung. Perjanjian antara kedua badan ini disebut kebijakan,

⁴Sri Rejeki Hartono. 2008. *Hukum Asuransi dan Perusahaan Asuransi*. Jakarta. Sinar Grafika, hlm. 12.

ini adalah sebuah kontrak legal yang menjelaskan setiap istilah dan kondisi yang dilindungi. Biaya yang dibayar bertanggung kepada penanggung untuk resiko yang ditanggung disebut premi, yang biasanya ditentukan oleh penanggung. PT. Asuransi Kesehatan Indonesia atau juga dikenal dengan nama PT. Askes Indonesia (Persero) adalah merupakan Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya.⁵

BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) merupakan yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan hal tersebut bagi seluruh rakyat, terutama untuk penerima pensiun PNS dan Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia. Ada 4 (empat) pihak yang terkait dalam pelaksanaan PT. Askes/BPJS Kesehatan, yaitu:

1. Pemerintah
2. Badan asuransi/BPJS Kesehatan
3. Pemberi layanan kesehatan
4. Peserta

Sebelum beralih menjadi BPJS Kesehatan, PT. Askes (Persero) hanya memberikan pelayanan kepada PNS, TNI/POLRI, veteran dan lain-lain dimana dananya di tarik oleh pemerintah dengan pemotongan 2% dari gaji perbulan yang kemudian disetorkan kepada

⁵<https://askes.wordpress.com/sejarah-asuransi-kesehatan.html> diakses pada Sabtu, 19 Maret 2016 pada pukul 20.00 WIB

badan Asuransi (Askes). Nantinya pihak Askeslah yang menyalurkan dana tersebut ke pihak pemberi layanan kesehatan, seperti Puskesmas atau Rumah Sakit jika peserta melakukan klaim ketika sakit atau kecelakaan.

Setelah berubah menjadi BPJS Kesehatan, pesertanya tidak terbatas pada PNS, TNI/POLRI, atau veteran saja, akan tetapi negara memberikan penyertaan untuk mendapatkan hak dalam pemberian layanan kesehatan ini dimana rakyat miskin yang tidak memiliki apa-apa bahkan seluruh elemen masyarakat berhak menikmati BPJS Kesehatan ini. Dengan dibentuknya BPJS kesehatan maka terbukalah peluang bagi seluruh penduduk Indonesia untuk mendapatkan jaminan akan kesehatannya yang berupa biaya berobat, biaya perawatan, dan biaya operasi sesuai dengan tingkat jaminan yang dibayarkan. Masyarakat mendapat kepastian akan jaminan kesehatan, karena masyarakat tidak akan tahu kemungkinan apa yang akan terjadi pada masa yang akan datang. Kemungkinan tersebut hanya bisa kita cegah dengan cara mendaftarkan diri dalam perusahaan asuransi atau badan penjamin jaminan sosial yang mana sangat berguna jika suatu saat terjadi hal-hal yang tidak terduga dalam kesehatan.

Lahirnya BPJS Kesehatan menggantikan ASKES tentunya memuat makna yang dalam bahwa akan ada peningkatan pelayanan jaminan sosial kesehatan di Indonesia yang menjangkau semua elemen masyarakat dan meningkatkan kemudahan akses pelayanan oleh masyarakat. Kemudahan tersebut tentunya harus diimbangi dengan peningkatan mutu Sumber Daya Manusia (SDM) dibidang pelayanan dan peningkatan ketersediaan fasilitas-fasilitas oleh pemerintah. Menurut Man S. Sastrawidjaja dan Endang, yang dikutip oleh A.Junaedy Ganie menyatakan bahwa :

Dengan adanya kegunaan positif dari perlindungan asuransi maka keberadaan asuransi perlu dipertahankan dan dikembangkan. Untuk mengembangkan usaha ini banyak faktor yang perlu diperhatikan antara lain peraturan perundang-undangan yang memadai, kesadaran masyarakat, kejujuran para pihak, pelayanan yang baik,

tingkat pendapatan masyarakat, pemahaman akan kegunaan asuransi, serta pemahaman yang baik terhadap peraturan perundang-undangan yang terkait.⁶

merujuk dari pendapat tersebut, pemerintah telah mewujudkan peraturan perundang-undangan yang baru yaitu Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS untuk mengembangkan jaminan sosial kesehatan. Ini merupakan upaya positif dalam memberikan pelayanan yang prima kepada peserta jaminan sosial kesehatan.

BPJS Kesehatan sebagai badan hukum baru dalam menyelenggarakan jaminan sosial kesehatan di Indonesia tentunya mempunyai program baru yang menjadi pembeda dan merupakan pengembangan dari yang dilakukan oleh PT.ASKES Indonesia sebelumnya. Dalam Pasal 6 ayat (1) Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS dinyatakan bahwa BPJS kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf a menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Dalam hal masa transisi dari kegiatan penyelenggaraan asuransi ini, tentu juga ada kendala dan permasalahan yang dihadapi baik dari BPJS maupun dari masyarakat atau konsumen dalam hal perlindungan kepentingan konsumen itu sendiri terutama menyangkut dengan iuran wajib yang mesti disetorkan oleh peserta BPJS baik itu yang disetorkan oleh pemerintah, pemberi kerja, maupun oleh diri pribadi peserta BPJS itu sendiri sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 16 ayat (1), (2), dan (3).

Terkait iuran wajib yang mesti disetorkan oleh peserta BPJS tidak semua peserta yang rutin menyetorkan iuran wajib tersebut, hal tersebut tidak menjadi masalah sebenarnya, akan tetapi jika dari 600 orang peserta BPJS kesehatan ada 400 orang peserta yang menunggak hal tersebut tentu akan menjadi masalah demi keberlangsungan BPJS itu sendiri. Sedangkan dalam pelaksanaan penagihan iuran yang ditunggak oleh peserta tentu BPJS tetap harus sesuai dengan asas-asas BPJS itu sendiri yang tertuang dalam Pasal 2a Undang-undang

⁶A. Junaedy Ganie. 2011. *Hukum Asuransi Indonesia*. Jakarta. Sinar Grafika. Hlm 3.

Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, bahwa BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas kemanusiaan.

Dalam mengatasi permasalahan bagi peserta yang tidak membayarkan iuran wajibnya BPJS melakukan penagihan melalui kolektor preminya yang mana hal tersebut tidak diatur secara spesifik didalam Undang-undang manapun yang menyangkut tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Dikarenakan tidak adanya aturan didalam BPJS tentang kolektor premi tersebut dapat mengakibatkan kesimpang siuran bahkan perbuatan melawan hukum dalam pelaksanaan penagihan mengingat tidak adanya kejelasan tentang tata cara penagihan yang baku kepada peserta didalam BPJS. Disamping itu siapapun yang menjadi kolektor premi mungkin tidak jadi masalah jika fungsi dan peran dari kolektor premi tersebut hanya mengumpulkan premi yang ditunggak oleh pesertanya, akan tetapi bagaimana jika fungsi dan peran seorang kolektor premi juga memberikan edukasi kepada para peserta BPJS tentang pentingnya premi yang dibayarkanya bagi orang-orang yang membutuhkannya, atau edukasi-edukasi lainnya terkait dengan BPJS yang memang perlu diketahui oleh peserta BPJS, hal ini tentu membutuhkan keahlian khusus dibidang tersebut dan akan menjadi masalah jika diberikan kepada orang yang tidak menguasai keahlian tersebut.

Berdasarkan latar belakang permasalahan diatas tersebut penulis sangat tertarik untuk meneliti dan ingin mengetahui tentang keberadaan kolektor premi serta fungsi dan perannya didalam BPJS mengingat tidak adanya kejelasan tentang tata cara penagihan yang baku kepada peserta didalam BPJS. Oleh karena itu penulis berkeinginan untuk menuangkan permasalahan ini dalam bentuk proposal dengan judul :

“Pelaksanaan Penagihan Iuran Bagi Peserta Yang Tidak membayar Premi Pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Kota Padang”

B. Perumusan masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas maka penulis dapat merumuskan dua pokok permasalahan tentang BPJS kesehatan ini, yaitu:

1. Bagaimana pelaksanaan penagihan iuran yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan Kota Padang kepada peserta yang tidak membayar?
2. Apa saja kendala yang dihadapi oleh BPJS Kesehatan Kota Padang dalam penagihan iuran yang tidak dibayarkan oleh peserta ?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan pokok permasalahan yang penulis uraikan, penelitian ini bertujuan sebagai berikut :

1. Untuk mengetahui bagaimana pelaksanaan penagihan iuran yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan Kota Padang kepada peserta yang tidak membayar.
2. Untuk mengetahui apa sajakah kendala yang dihadapi oleh BPJS Kesehatan Kota Padang dalam rangka menagih iuran yang tidak dibayarkan oleh peserta.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi penulis dan pembaca yang terkait berupa :

1. Manfaat teoritis

Untuk memperkaya khazanah ilmu pengetahuan khususnya dalam bidang ilmu itu sendiri maupun penegakkan hukum pada umumnya, serta dapat menerapkan ilmu yang selama ini telah didapat dalam perkuliahan dan dapat berlatih dalam melakukan penelitian yang baik.

2. Manfaat praktis

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan perbandingan bagi BPJS Kesehatan Kota Padang terhadap kinerja dan efektifitas BPJS dalam menyelenggarakan jaminan kesehatan.

- b. Untuk memberikan saran-saran kepada BPJS Kesehatan Kota Padang terhadap kendala-kendala yang dihadapi dalam menyelenggarakan jaminan sosial kesehatan.
- c. Sumbangan pemikiran kepada pembaca dan sebagai literatur tambahan dalam rangka mencari informasi tentang BPJS Kesehatan.

E. Metode penelitian

Pendekatan masalah yang digunakan dalam penelitian ini adalah bersifat yuridis sosiologis (*sociological research*) yang menekankan pada kenyataan dilapangan dikaitkan dengan aspek hukum atau perundang-undangan yang berlaku berkenaan dengan objek penelitian yang dibahas dan melihat norma-norma hukum yang berlaku kemudian dihubungkan dengan kenyataan atau fakta-fakta yang terdapat dalam masyarakat. Untuk melaksanakan metode penelitian diatas diperlukan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Sifat Penelitian

Penelitian ini bersifat deskriptif⁷ yaitu penelitian yang terkonsentrasi pada upaya untuk menjawab siapa, dimana, kapan, bagaimana yang dimaksudkan untuk menemukan informasi seluas-luasnya tentang variabel yang bersangkutan, dan tidak bermaksud melakukan telaah tentang hubungan antar varibel sehingga dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat memperoleh gambaran yang menyeluruh, lengkap dan sistematis tentang objek yang akan diteliti.

2. Sumber dan Jenis Data

A. Sumber data

Sumber data dalam penelitian ini diperoleh penulis melalui:

⁷Nico Ngani. 2012. *Metodologi Penelitian dan Penulisan Hukum*. Yogyakarta. Pustaka Yustisia, hlm.

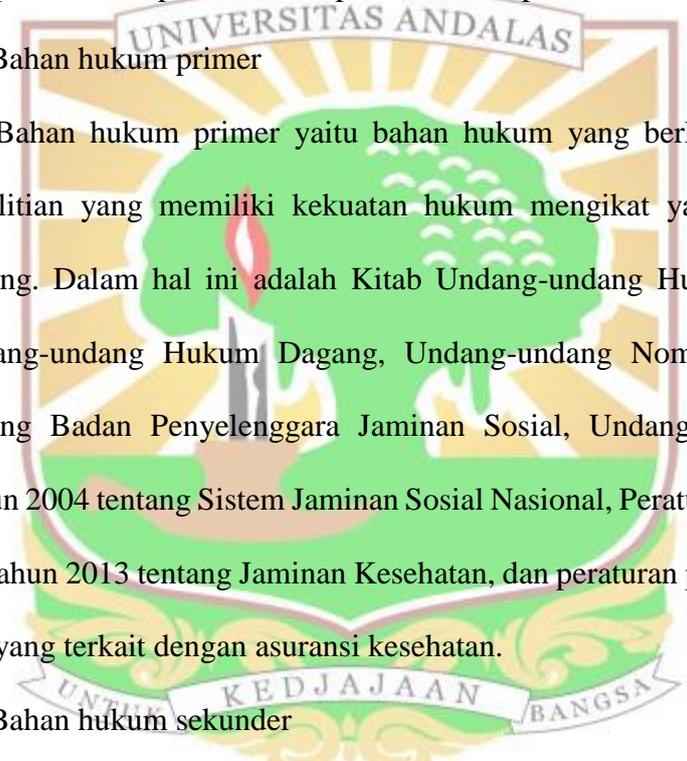
1. Penelitian kepustakaan

Data diperoleh dengan cara membaca buku-buku, dokumen-dokumen, dan peraturan yang berhubungan dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Penelitian kepustakaan ini dilakukan pada:

- a. Perpustakaan Universitas Andalas
- b. Perpustakaan Fakultas Hukum Universitas Andalas
- c. Buku-buku dan literatur yang penulis miliki

Dari hasil penelitian kepustakaan ini penulis mendapatkan bahan-bahan hukum yaitu:

a. Bahan hukum primer



Bahan hukum primer yaitu bahan hukum yang berkaitan dengan objek penelitian yang memiliki kekuatan hukum mengikat yaitu berupa undang-undang. Dalam hal ini adalah Kitab Undang-undang Hukum Perdata, Kitab Undang-undang Hukum Dagang, Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, dan peraturan perundang-undangan lain yang terkait dengan asuransi kesehatan.

b. Bahan hukum sekunder

Bahan hukum sekunder yaitu bahan hukum yang erat kaitanya dengan bahan hukum primer dan dapat membantu menganalisa, memahami dan menjelaskan bahan hukum primer, antara lain: hasil-hasil penelitian, karya tulis dari kalangan praktisi hukum, serta pendapat para sarjana yang terkait dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.

c. Bahan hukum tersier

Bahan hukum tersier yaitu bahan hukum yang memberikan petunjuk maupun penjelasan mengenai bahan hukum primer dan sekunder (bahan penunjang). Bahan hukum tersier ini diantaranya adalah Kamus Besar Bahasa Indonesia dan Kamus Hukum.

2. Penelitian Lapangan

Penelitian lapangan dilakukan pada kantor Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kota Padang. Penelitian ini dilakukan dengan maksud mendapatkan data yang berhubungan dengan permasalahan yang dibahas sehingga dapat memberikan jawaban terhadap permasalahan yang dimaksud.

B. Jenis data

Jenis data yang dikumpulkan adalah:

1. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh melalui studi kepustakaan. Studi kepustakaan dapat dilakukan dengan mempelajari bahan-bahan atau buku-buku yang berkaitan dengan masalah yang dibahas.

2. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dilapangan terhadap objek penelitian melalui wawancara dengan pihak-pihak terkait. Maksudnya adalah bahan pertanyaan dan alat-alat perlengkapannya telah dipersiapkan terlebih dahulu, baik mengenai daftar pertanyaan maupun pembahasan masalah.

3. Teknik Pengumpulan Data

A. Studi Dokumen

Pengumpulan data yang dipergunakan untuk memperoleh data sekunder dengan cara menggali sumber-sumber tertulis baik dari perpustakaan, instansi terkait maupun literatur yang berkaitan dengan penelitian.

B. Teknik Wawancara

Teknik wawancara yang digunakan adalah semi terstruktur, yaitu wawancara dengan pertanyaan yang diajukan telah dipersiapkan sebelumnya, namun dimungkinkan untuk keluar dari pertanyaan yang telah dipersiapkan tersebut demi jelasnya suatu permasalahan kepada pihak BPJS Kesehatan Kota Padang dan peserta BPJS Kesehatan Kota Padang.

C. Populasi dan Sampel

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah *non probability sampling*⁸ yaitu tidak memberikan kesempatan yang sama terhadap populasi. Bentuk *non probability sampling* ini adalah *purposive sampling*. Adapun dalam penelitian ini yang menjadi populasi adalah seluruh peserta jaminan kesehatan bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan Kota Padang, dan sampelnya adalah 5% dari populasi.

4. Pengolahan dan Analisis Data

Setelah mengumpulkan data-data dilapangan, maka pengolahan dan analisis data akan dilakukan sebagai berikut:

A. Pengolahan Data

Teknik pengolahan data yang dipakai adalah editing, yaitu proses merapikan dan pemeriksaan data yang telah diperoleh, yaitu berupa informasi, berkas, catatan, dan dokumen yang didapat dari hasil penelitian. Hal ini bertujuan untuk mempersiapkan data secara baik untuk dianalisis.

⁸Nico Ngani. 2012. *Metodologi Penelitian dan Penulisan Hukum*. Yogyakarta. Pustaka Yustisia. hlm 35-36

B. Analisis Data

Analisis data yang digunakan adalah analisis kualitatif, yaitu analisis yang didasarkan pada peraturan perundang-undangan, pandangan para pakar, termasuk pengetahuan yang didapat kemudian diuraikan dalam bentuk kalimat-kalimat.

