

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keberhasilan suatu Negara dapat dilihat dari terwujudnya tujuan pembangunan Nasional. Dan salah satu tolok ukur keberhasilan tersebut adalah tingkat kesejahteraan masyarakat. Kesejahteraan menjadi poin utama karena berkenaan dengan penghidupan yang layak bagi setiap masyarakat seperti tersedianya sarana dan prasarana pendidikan hingga yang menyangkut kebutuhan dasar kesehatan. Karena permasalahan kesehatan menjadi fokus utama pemerintah dalam memperbaiki tingkat kesejahteraan masyarakat yang tercantum didalam Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 34 ayat (3) yang berbunyi “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”.¹

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diseleggarakan secara Nasional berdasarkan prinsip Asuransi Sosial dan Prinsip Ekuitas, serta bersifat layanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang menyangkut pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Selain itu, melalui program ini setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau

¹ UUD NKRI Tahun 1945 Ayat 34

berkurangnya pendapatan karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan dan memasuki usia lanjut atau pensiun.

Sehingga untuk mendukung pelaksanaan program tersebut pemerintah membentuk suatu badan penyelenggara sistem jaminan sosial nasional yang kemudian disahkan pada tanggal 29 Oktober 2011 dan dirumuskan ke dalam Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

BPJS Kesehatan hadir sebagai sebuah Badan Hukum Pemerintahan yang memiliki tugas khusus yaitu menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, terutama untuk pegawai Negeri Sipil, penerima pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemedekaan Peserta keluarganya dan Usaha Badan lainnya ataupun rakyat biasa. Selain itu juga bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemeberian jaminan kesehatan yang layak bagi setiap peserta dan/ atau anggota keluarganya. Badan publik ini terbentuk dari transformasi PT Askes (Persero) yang pelaksanaannya mulai diberlakukan pada tanggal 1 Januari 2014.

Berdasarkan data yang diperoleh dari BPJS Kesehatan, dapat diketahui bahwa pada Tanggal 1 April 2016 tercatat jumlah masyarakat yang terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan adalah sebesar 163.327.183 jiwa. Peningkatan jumlah peserta ini sangat luar biasa dan peserta BPJS terbagi menjadi tiga. Penerima bantuan iuran (PBI) adalah 103.735.804 peserta PBI paling banyak dengan 63% dari semua peserta BPJS. Pekerja Penerima Upah (PPU) adalah peserta terbanyak kedua dengan jumlah peserta 38.697.609 atau 24% dari

jumlah total peserta. Peserta Mandiri dengan jumlah peserta 20.993.770 atau sekitar 13%.²

Daftar di atas menggambarkan bahwa jumlah peserta BPJS kesehatan selalu mengalami peningkatan dari tahun ke tahun dan menandakan bahwa masyarakat mulai menyadari akan pentingnya pemeliharaan kesehatan. Tingginya animo masyarakat terhadap kebijakan ini juga diiringi dengan penyediaan fasilitas kesehatan (Faskes). Pemerataan penyediaan faskes yang layak menjadibahkan pertimbangan karena keberadaannya sangat mendukung, proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan di masing-masing daerah, tidak hanya dipertanian, tetapi juga di perdesaan sampai wilayah yang sulit untuk dijangkau.

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan sebuah sistem jaminan sosial yang diberlakukan di Indonesia. Jaminan Sosial ini merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan oleh Negara Republik Indonesia guna menjamin warga negaranya untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak, sebagaimana dalam Deklarasi PBB tentang Hak Asasi Manusia (HAM) tahun 1948 dan Konvensi ILO No. 102 Tahun 1952 (Kemenkes RI, 2012). (Kemenkes RI, 2012).³

Jaminan Kesehatan merupakan jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap

²Infobpjs.net

³Kesehatan, 2014, *Data Pengguna BPJS Kesehatan*, BPJS Kesehatan. Hal 30

orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Kemenkes RI, 2012).⁴

Peserta jaminan adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia. Peserta Jaminan Kesehatan Non PBI merupakan peserta yang tidak masuk dalam golongan fakir miskin dan orang tidak mampu, meliputi pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, pekerja bukan penerima upah dan keluarganya, bukan pekerja dan anggota keluarganya. Peserta Non PBI Mandiri meliputi pekerja penerima upah dan bukan pekerja. Yang dimaksud dengan pekerja bukan penerima upah adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas resiko sendiri, sedangkan yang dimaksud dengan pekerja adalah setiap orang yang tidak bekerja tetapi mampu membayar iuran Jaminan Kesehatan secara mandiri (Perpres RI, 2013).⁵

Menurut JKN, pemerintah bertanggungjawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) usaha itu sebenarnya telah dirintis pemerintah dengan menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan, diantaranya adalah melalui PT ASKES (persero) dan PT Jamsostek (Persero), masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah memberikan jaminan kesehatan melalui jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) dan jaminan kesehatan daerah (Jamkesda). Jenis-jenis program tersebut ternyata masih belum efektif dan efisien. Biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali.

⁴Kemenkes RI 2003

⁵Perpres Republik Indonesia, 2013

Undang-undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJKN) ditetapkan untuk mengatasi persoalan dalam bidang kesehatan. Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk JKN melalui suatu Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS).⁶

Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan oleh BPJS di tetapkan didalam Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Sebagai tindak lanjut JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya telah dimulai sejak Januari 2014. Secara operasional, pelaksanaan JKN dituangkan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (BPI) “Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2012 tentang Jaminan Kesehatan dan peta jalan (*roadmap*) JKN yang dituangkan juga dalam Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang perubahan atas Peraturan Presiden No 12 Tahun 2012 Tentang Jaminan Kesehatan.

Pembentukan BPJS itu sendiri harus melalui mekanisme penerbitan Undang-undang, diperlukanya Undang-undang yang melandasi legalitas status BPJS merupakan amanat dari Undang-undang No 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Dimana pada Pasal 5 ayat (1) dinyatakan bahwa badan penyelenggara jaminan sosial harus di bentuk dengan Undang-undang.

⁶Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJKN).

Selain itu juga terdapat beberapa peraturan perundang-undangan yang menjadikan dasar hukum BPJS selain Undang-undang tersebut di atas antara lain:

1. Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN tanggal 14 Oktober 2004.
2. Pembacaan Putusan Mahkamah Konstitusi atas perkara No. 007/PUU/2005 pada 1 Agustus 2005.
3. Pengundangan UU No. 24 Tahun 2014 tentang BPJS pada 25 November 2011.
4. Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi No. PER-12/MEN/VI/2007.
5. Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI No. 20 Tahun 2012.

Rangkaian kronologi diatas terbagi atas dua kelompok peristiwa. Peristiwa pertama adalah pembentukan dasar hukum BPJS yang menyangkup pengundangan Undang-Undang SJSN, pembacaan Putusan Mahkamah Konstitusi dan Pengundangan Undang-Undang BPJS. Peristiwa kedua adalah transformasi badan penyelenggara jaminan⁷ Sosial dari badan hukum publik (BPJS). Transformasi meliputi pembubaran PTAskes dan PTJamsostek tanpa likuidasi dan diikuti dengan pengoperasian BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

Salah satu subsistem yang terdapat dalam sistem kesehatan ialah subsistem pembiayaan kesehatan. Untuk itu, dalam rangka memahami dengan

⁷Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang (SJSN)
2 UU No 24 Tahun 2014 Tentang BPJS

jelas dan lengkap sistem kesehatan maka perlulah dipahami pula tentang subsistem pembiayaan kesehatan. Namun, dalam kenyataan hal ini masih kurang dimengerti dan dipahami sepenuhnya dimana masih terdapat permasalahan antara pelayanan kesehatan yang diterima dengan tuntutan pengajuan klaim dan Rumah Sakit yaitu pengajuan klaim tidak sesuai dengan prosedur dan tarif dalam perjanjian kerjasama sehingga menimbulkan masalah bagi Rumah Sakit.

Banyak Rumah Sakit merasakan dampak perubahan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini dan mempengaruhi pelayanan secara umum dan khususnya pelayanan pada pasien dengan kepesertaan BPJS. Rumah Sakit yang sudah maju dan memiliki pendapatan dengan jumlah besar akan kurang mendapatkan dampaknya sebaliknya bagi RSUD sangat mempengaruhi operasional bahkan sampai kepada mutu pelayanan, hal inipun ternyata masih menjadi masalah bahkan lebih terasa dampaknya ketika di era sekarang ini melalui program JKN oleh BPJS Kesehatan dengan banyaknya kebijakan dan prosedur klaim yang harus di lengkapi oleh Rumah Sakit.

Sampel dokumen klaim BPJS Kesehatan ditemukannya adanya masalah ketidak lengkapan dokumen klaim terutama pada rekapitulasi pelayanan dalam rekam medis dan berkas pendukung pasien yang merupakan sebagian dan kelengkapan dokumen dan prosedur klaim. Dalam proses penklaiman terdapat syarat kelengkapan yang harus dilengkapi antara lain surat bukti.

Pelayanan (SBP), riwayat perjalanan penyakit, tanda tangan dokter, dan kode diagnosis. Sedangkan untuk kelengkapan kartu BPJS, Foto copy

KK/KTP, rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama dan surat egibilitas pasien (SEP) atau surat keabsahan sebagai peserta BPJS.

Beberapa contoh pengajuan tentang Klaim BPJS Kesehatan antara lain: Kurangnya pengetahuan dan pemahaman dari Dokter, Perawat, dan petugas rekam medisterhadap dokumen rekam medis. Dokumen klaim dan lambatnya penyerahan dokumen klaim dari ruangan perawatan ke petugas ruangan medik dan ruangan klaim Rumah Sakit. Sehingga operasional Rumah Sakit terhambat karena dana klaim harus di setor terlebihdahulu ke kas daerah.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut diatas, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana pelaksanaan BPJS kesehatan bagi masyarakat di Kota Semarang setelah transformasi dari askes dan jamsostek menjadi BPJS Kesehatan?
2. Faktor-faktor apa saja yang menjadikan banyaknya klaim bagi BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) di kota Semarang?
3. Bagaimana penyelesaian klaim asuransi kesehatan sesuai dengan peraturan yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan di Kota Semarang?

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui pelaksanaan jaminan kesehatan bagi masyarakat dan kesehatan bagi pekerja setelah transformasi Askes dan Jamsostek menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)
2. Untuk mengetahui faktor-faktor yang menjadikan banyaknya klaim bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di kota Semarang.
3. Untuk mengetahui cara penyelesaian klaim dan prosedur klaim sesuai dengan peraturan yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan di kota Semarang?

D. Kegunaan Penelitian

1. Secara Teoritis

Bagi kepentingan penelitian itu sendiri yaitu menambah pengalaman dibidang penelitian dan mengembangkan ilmu hukum perdata terutama dalam hal perlindungan hukum hak-hak nasabah dalam pengajuan klaim asuransi.

2. Secara Praktis

- a. Bagi mahasiswa

Menambah wawasan, pengalaman dan pengetahuan pengalaman sehingga nantinya dapat ikut berpartisipasi dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan nasional.

Untuk mengetahui seberapa banyak masalah klaim yang terjadi dimasyarakat sehingga bisa melakukan sosialisasi yang bermanfaat bagi masyarakat.

b. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat disumbangkan sebagai pengetahuan pada masyarakat mengenai perlindungan hukum hak-hak nasab dalam pengajuan klaim asuransi kesehatan BPJS.

c. Bagi Praktisi Hukum

Hasil penelitian ini dapat memberikan suatu pemikiran dan pandangan hukum serta permasalahan hukum asuransi yang dapat disumbangkan kepada praktisi hukum mengenai perlindungan hukum hak-hak nasab dalam pengajuan klaim asuransi BPJS.

d. Bagi Perusahaan Asuransi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat lebih meningkatkan program asuransi BPJS mengenai perlindungan hukum hak-hak nasab dalam pengajuan klaim asuransi BPJS, hambatan dan upaya penyelesaian klaim asuransi BPJS.

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan sekaligus kritik membangun bagi pemerintah agar lebih memperhatikan kesejahteraan pelaksanaan jaminan kesehatan bagi masyarakat dan tenaga kerja.

E. Kerangka Teoritis

1. Asuransi

Istilah asuransi adalah serapan dari istilah *assuranti* (bahasa Belanda), *assurance* (bahasa Inggris) banyak dipakai dalam praktik dunia bisnis. Sedangkan dalam *verzekeringsrecht* dikenal juga

istilah *verzekeraar* yang artinya penanggung yaitu pihak yang menanggung resiko. Serta istilah *versekerdey* artinya tertanggung yaitu pihak yang mengalihkan resiko atas kekayaan atau jiwa ke pada penanggung.⁸

Menurut ketentuan pasal 246

KUH Dagang asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian, dimana penanggung dengan menikmat suatu premi mengikat dirinya terhadap pertanggung untuk membebaskan dari kerugian karena kehilangan keuntungan yang diharapkan, yang akan dapat diderita olehnya karena suatu kejadian yang tidak pasti.⁹

F. Metode Penelitian

1. Metode Pendekatan

Metode pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan yuridis sosiologis, pendekatan yuridis sosiologis yaitu penelitian yang dilakukan sesuai dengan perumusan masalah, pengumpulan data dan pembuatan desain analisis setelah secara keseluruhan diproses berakhir dengan menarik kesimpulan.¹⁰

Metode pendekatan ini dipergunakan dengan mengingat bahwa permasalahan yang diteliti berkisar pada masalah perlindungan hukum hak-hak nasabah dalam pengajuan klaim asuransi.

⁸ Abdul khadir Muhammad, Pokok-Pokok Hukum Pertanggungan, Citra Aditiya Bhakti, Bandung, 2005, hal 6.

⁹ Andi Hamzah, Kitab Undang-Undang Hukum Dagang, Rineke Cipta, Jakarta, 2008. Hal 445.

¹⁰ Ronny Hanitidjo Soemitro 1995, *metode penelitian hukum dan jurimetri*, Ghalia Indonesia, Jakarta, hal 35.

2. Spesifikasi Penelitian

Spesifikasi penelitian dalam penulisan ini bersifat deskriptif analisis.¹¹ Deskripsi analisis karena hasil penelitian ini hanya melukiskan atau menggambarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku yang dikaitkan dan dianalisis dengan teori-teori ilmu hukum dan suatu keadaan atau objek tertentu secara aktual dan akurat mengenai perlindungan hukum hak-hak nasabah dalam pengajuan klaim asuransi BPJS.

3. Sumber Data

Sumber data dalam penelitian ini diambil melalui data primer dan sekunder. Data primer berasal dari wawancara langsung dengan pihak petugaskantor BPJS dan pihak-pihak terkait sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh melalui studi kepustakaan yaitu berupa buku, literature yang berkaitan dengan masalah perlindungan hukum hak-hak nasabah dalam pengajuan klaim asuransi BPJS.

4. Metode Pengumpulan Data

Metode ini menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer merupakan sumber data yang dilaksanakan melalui wawancara atau observasi lapangan. Riset dilakukan di Kantor BPJS Kesehatan Semarang. Data kemudian disusun secara sistematis untuk dianalisis yang kemudian diambil kesimpulan secara ilmiah dan dapat dipertanggungjawabkan.

¹¹Bambang Sunggono 2003 *metode penelitian hukum*, Raja Grafindo, Jakarta, Hal 14

Data sekunder merupakan pengumpulan data yang dilakukan secara tidak langsung atau dengan penelitian kepustakaan untuk mendapatkan landasan teoritis dan beberapa pendapat maupun tulisan para ahli dan juga untuk memperoleh informasi baik dalam bentuk ketentuan formal maupun melalui naskah resmi yang ada.

5. Metode Analisis Data

Penelitian ini menggunakan metode analisis data secara kualitatif yaitu data-data yang diperoleh selama proses penelitian kemudian disusun secara sistematis dan dianalisis sehingga mencapai penjelasan permasalahan yang dibahas yaitu perlindungan hukum hak-hak nasabah dalam pengajuan klaim.

G. Sistematika Penulisan

Secara garis besar sistematika penulisan skripsi ini terbagi dalam beberapa sub sebagai berikut

BAB I PENDAHULUAN

Bab ini menguraikan mengenai latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, metode penelitian, dan sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini menguraikan mengenai pengertian BPJS, visi dan misi BPJS, dewan direksi dan dewan pengawas BPJS, Cara pendaftaran BPJS, Metode pembayaran BPJS, Manfaat BPJS Kesehatan, standar operasional prosedur (SOP) klaim asuransi BPJS, rumah sakit, kalsifikasi rumah sakit.

BAB III PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan tentang transformasi askes dan jamsostek menjadi BPJS Kesehatan, faktor-faktor yang mendasari pengajuan klaim, prosedur pengajuan klaim, metode penyelesaian klaim.

BAB IV PENUTUP

Dalam bab ini berisi mengenai kesimpulan dan saran dari hasil penelitian yang dilakukan.