

**BAB IV**  
**ANALISIS PENERAPAN KETENTUAN MENGENAI**  
**PENERIMA BANTUAN IURAN BPJS KESEHATAN**  
**TERHADAP PESERTA YANG MENUNGGAK IURAN**  
**DIHUBUNGKAN DENGAN PRINSIP MASLAHAH**  
**MURSALAH**

**A. Implementasi UU BPJS mengatur mengenai Peserta Penerima Bantuan Iuran BPJS Kesehatan di Indonesia.**

UU BPJS mewajibkan kepada setiap orang dan keluarganya ikut serta sebagai peserta Jaminan Kesehatan yang dikelola oleh BPJS. UU BPJS mengharapkan dengan keikutsertaan masyarakat dalam Jaminan Kesehatan, dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak, termasuk mereka yang tergolong Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu. Masyarakat yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu menurut UU BPJS, tergolong ke dalam peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI). Perihal peserta PBI dalam Pasal 18 UU BPJS mengatur bahwa pemerintah mendaftarkan penerima Bantuan Iuran dan anggota keluarganya sebagai Peserta kepada BPJS. Penerima Bantuan Iuran wajib memberikan data mengenai diri sendiri dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada Pemerintah untuk disampaikan kepada BPJS.

Hak peserta PBI itu sendiri sama seperti hak dari peserta bukan PBI yaitu diantaranya peserta PBI Jaminan kesehatan berhak atas pelayanan BPJS kelas III, sedangkan untuk bukan PBI berhak atas kelas I, kelas II dan kelas III.

Menurut Pasal 1 angka 5 PP Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PP PBI Jaminan Kesehatan), memberikan defenisi fakir miskin yaitu orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan/atau keluarganya. Sementara Orang Tidak Mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian, gaji atau upah, yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak namun tidak mampu membayar Iuran bagi dirinya dan keluarganya. PP PBI Jaminan Kesehatan ini, merupakan peraturan pelaksanaan dari Pasal 18 UU BPJS, ketentuan mengenai peserta PBI.

Fakir miskin dan orang yang tidak mampu yang akan didaftarkan pemerintah menjadi peserta BPJS penerima bantuan iuran, terlebih dahulu dilakukan pendataan oleh Badan Pusat Statistik, sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) PP PBI Jaminan Kesehatan. Hasil dari pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu, dikoordinasikan dengan Menteri Keuangan, untuk kemudian dilakukan verifikasi dan validasi data oleh Menteri Keuangan. Data terpadu tersebut yang ditetapkan oleh menteri tersebut berdasarkan PP, dirinci menurut Provinsi dan Kabupaten/Kota, yang akan menjadi dasar bagi penentuan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan.

Data terpadu tersebut selanjutnya disampaikan oleh Menteri Keuangan kepada Menteri Kesehatan dan Dewan Jaminan Sosial Nasional. Berikutnya sesuai Pasal 7 PP PBI Kaminan Kesehatan, Menteri Kesehatan mendaftarkan

jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan yang telah ditetapkan sebagai peserta program Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan, untuk diberikan nomor identitas tunggal kepada peserta Jaminan Kesehatan yang telah didaftarkan.

Berdasarkan informasi yang diperoleh peneliti, Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan tahun 2018 se-Indonesia sudah ditetapkan oleh Menteri Sosial dengan jumlah 92.400.000 orang. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan tahun 2018 ditetapkan dengan Surat Keputusan Menteri Sosial Nomor 5/HUK/2018 tentang Penetapan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang diputuskan dan ditetapkan pada waktu itu tanggal 2 Januari 2018 yang lalu oleh Menteri Sosial RI pada masa pimpinan Khofifah Indar Parawansa.

Pada tahun 2019, Pemerintah menambah kuota Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) menjadi 96,8 juta jiwa. Peserta PBI-JK menerima Rp 23 ribu per bulan untuk layanan kelas 3. Penambahan kuota PBI-JK dilakukan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 01/HUK/2019, tentang Penetapan Penerimaan Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Tahun 2019. Data peserta sudah termasuk bayi dari peserta PBI-JK yang didaftarkan pada tahun 2019. Untuk menjamin keabsahan data PBI-JK, Kementerian Sosial (Kemensos) melakukan verifikasi dan validasi (verivali) sepanjang 2018 bersama BPJS Kesehatan dan Kementerian Dalam Negeri. Proses verivali dilakukan melalui pemadanan data catatan sipil yang berbasis Nomer Induk Kependudukan (NIK). Dengan pemadanan data, ada sebagian peserta PBI-JK yang terhapus karena sudah menjadi Pekerja Penerima Upah

(PPU), meninggal dunia, atau memiliki NIK ganda. Setiap bulan BPJS Kesehatan melaporkan pembaruan data PBI, yang dilaporkan pada Kementerian Kesehatan dan Kemensos. Bila sudah dikoordinasikan lintas sektor, BPJS Kesehatan akan menerima pembaruan data peserta PBI-JK. Penambahan kuota PBI-JK meningkatkan jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang hingga 03 Januari 2019 tercatat sebanyak 215.860.046 jiwa.

Menurut peneliti, berdasarkan hasil ulasan teori diatas bahwa atas pemenuhan hak dan kewajiban peserta sudah berjalan dengan baik yaitu sudah sesuai harapan yang terkandung dalam UU BPJS itu sendiri yang dimana masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak. Dengan Pemerintah menambah kuota Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) tahun lalu, tentu akan semakin bertambahnya manfaat dalam pemenuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat peserta PBI, dengan bertambahnya usia dari masyarakat itu sendiri dari tahun ketahun tentu perubahan-perubahan tidak bisa dihindari. Seperti yang sudah dijelaskan diatas bahwa Kementerian Sosial (Kemensos) melakukan verifikasi dan validasi (verivali) bersama dengan BPJS Kesehatan untuk terus melakukan pembaharuan melalui pepadanan data catatan sipil yang berbasis Nomer Induk Kependudukan (NIK). Dengan adanya pembaharuan data PBI tersebut tentu akan mengurangi jumlah peserta PBI-JKN setiap tahunnya dengan begitu pemerintah dapat terus menambah peserta dan mendapati masyarakat yang benar-benar membutuhkan bantuan pelayanan kesehatan tersebut.

Berkaitan dengan kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu, yang akan mendapatkan fasilitas sebagai peserta PBI Jaminan Kesehatan, diatur dalam Keputusan Menteri Sosial Nomor 146/HUK/2013 tentang Penetapan Kriteria Dan Pendataan Fakir Miskin Dan Orang Tidak Mampu, ditentukan fakir miskin dan orang tidak mampu meliputi 2 kategori yaitu fakir miskin dan orang tidak mampu yang teregister dan fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister.

Disebutkan dalam Kepmensos tersebut, fakir miskin dan orang tidak mampu yang teregister yang berasal dari Rumah Tangga memiliki kriteria tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar, mempunyai pengeluaran sebagian besar digunakan untuk memenuhi konsumsi makanan pokok dengan sangat sederhana, tidak mampu atau mengalami kesulitan untuk berobat ke tenaga medis, kecuali Puskesmas atau yang disubsidi pemerintah, tidak mampu membeli pakaian satu kali dalam satu tahun untuk setiap anggota rumah tangga, mempunyai kemampuan hanya menyekolahkan anaknya sampai jenjang pendidikan Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama, mempunyai dinding rumah terbuat dari bambu/kayu/tembok dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah, termasuk tembok yang sudah usang/berlumut atau tembok tidak diplester, kondisi lantai terbuat dari tanah atau kayu/semen/keramik dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah, atap terbuat dari ijuk/rumbia atau genteng/seng/asbes dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah, atap terbuat dari ijuk/rumbia atau genteng/seng/asbes dengan

kondisi tidak baik/ kualitas rendah, mempunyai penerangan bangunan tempat tinggal bukan dari listrik atau listrik tanpa meteran, luas lantai rumah kecil kurang dari 8 m<sup>2</sup>/orang, dan mempunyai sumber air minum berasal dari sumur atau mata air tak terlindung/air sungai/air hujan/lainnya.

Sementara kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister menurut Kepmensos tersebut, terdapat di dalam Lembaga Kesejahteraan Sosial maupun di luar Lembaga Kesejahteraan Sosial. Lembaga Kesejahteraan Sosial dimaknai sebagai a. panti sosial; b. Rumah Singgah; c. Rumah Perlindungan Sosial Anak; d. Lembaga Perlindungan Sosial Anak; e. Panti/balai rehabilitasi sosial; f. Taman Anak Sejahtera/Tempat Penitipan Anak miskin; g. Rumah Perlindungan dan Trauma Centre; atau h. nama lain yang sejenis. Pada Diktum Keenam Kepmensos tersebut, ditentukan Fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister terdiri atas a. gelandangan; b. pengemis; c. perseorangan dari Komunitas Adat Terpencil; d. perempuan rawan sosial ekonomi; e. korban tindak kekerasan; f. pekerja migran bermasalah sosial; g. masyarakat miskin akibat bencana alam dan sosial pasca tanggap darurat sampai dengan 1 (satu) tahun setelah kejadian bencana h. perseorangan penerima manfaat Lembaga Kesejahteraan Sosial; i. penghuni Rumah Tahanan/Lembaga Pemasyarakatan; j. penderita Thalassaemia Mayor; dan k. penderita Kejadian Ikutan Paska Imunisasi (KIPI).

Sehubungan dengan kriteria Penerima Bantuan Iuran yang disampaikan di atas, peneliti menemukan fakta, terdapat beberapa kasus sebagaimana telah peneliti sampaikan pada Bab III dalam skripsi ini, dimana kasus tersebut

merupakan suatu gambaran ternyata di beberapa daerah terdapat masyarakat yang sulit untuk mendapatkan kesempatan menjadi peserta penerima bantuan iuran jaminan kesehatan BPJS. Masyarakat tersebut sebenarnya masuk ke dalam kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu. Kasus pertama, Pasien bernama Rosidah (34 tahun), pekerjaan suami sebagai pedagang tukang kopi keliling atau bekerja sebagai kuli bangunan. Hanya Rosidah yang mendapat peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) sedangkan anak dan suaminya harus rela ke kelas BPJS Kesehatan Mandiri, (PBPU) dengan membuat Kartu Keluarga (KK) secara terpisah. Sudah berulang kali keluarga ini memohon ke Dinas sosial setempat agar satu keluarga masuk dalam peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), namun sampai hari ini masih tidak berfungsi. Kasus kedua, pasien bernama Yanuar (49 tahun), hanya pasien yang mendapatkan peserta JKN-Penerima Bantuan Iuran (PBI), sedangkan sang istri harus rela ikut di kelas BPJS Kesehatan kelas mandiri Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU). Kasus ketiga, pasien bernama Edy Mulyono usia (48 tahun), seorang duda dan sudah 6 tahun cuci darah dengan 3 orang anak, Pasien tidak lagi bekerja dan hidup dengan mengontrak di sebuah rumah petak di Jakarta. Ingin mendaftar menjadi peserta Jaminan Kesehatan BPJS Penerima Bantuan Iuran, namun tidak berdaya karena harus berjuang sendiri.

Persoalan lain juga datang terkait informasi pelayanan peserta PBI BPJS Kesehatan, berdasarkan informasi dalam faktanya bahwa kurangnya sosialisasi BPJS terhadap peserta PBI juga menjadi persoalan, bahwa dalam informasinya tidak semua peserta BPJS Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang menggunakan

fasilitas kesehatannya. banyak peserta BPJS PBI yang tidak mengerti kalau mereka mendapatkan jaminan subsidi dari pemerintah, dalam hal ini berarti sosialisasi terhadap para peserta BPJS PBI masih kurang. Sehingga mereka tidak mengerti layanan kesehatan yang didapatkannya. Selain sosialisasi, kurangnya akses, minimnya infrastruktur kesehatan serta tidak memadainya tenaga kesehatan juga masih menjadi penyebab kurangnya peserta PBI menggunakan fasilitas kesehatan yang dapat mereka dapatkan.

Kasus terkait implementasi dari UU BPJS seperti seorang pasien korban BPJS yang diadvokasi DKR Semarang Jumat (3/7). Ibu Karsinah warga kota Semarang dengan sakit kanker payudara dirujuk oleh Puskesmas ke RSUD K.R.M.T. Wongsonegoro, Kota Semarang. Karena peralatan medis yang kurang memadai kemudian di rujuk ke Rumah Sakit Islam Sultan Agung dengan menggunakan kartu BPJS PBI (Penerima Bantuan Iuran). Ibu Karsinah kemudian dirawat sesuai dengan jaminan pelayanan kesehatan sesuai fasilitas kesehatan PBI yang dibayar oleh negara. Awalnya pasien merasa nyaman dengan pelayanan yang cukup baik. Namun beberapa waktu kemudian dokter sulit diakses oleh pasien. Setelah beberapa kali melakukan perawatan dokter meminta ibu Karsinah mengikuti kemoterapi. Namun pasien menolak kemoterapi karena merasa tidak siap secara fisik. Ibu Karsinah kemudian meminta pulang. Dokter mengizinkan pulang, namun meminta agar pasien membayar semua biaya pengobatan dan perawatan yang sudah berlangsung selama di Rumah Sakit. Keluarga pasien ketakutan dan mau tidak mau mencari

pinjaman untuk menutupi biaya perawatan ibu Karsinah. Karena kalau tidak segera membayar, biaya akan tambah membengkak.

Persoalan atau kasus lain yang dihadapi peserta Penerima Bantuan Iuran PBI yaitu seperti kasus yang terjadi mengenai sulitnya mengganti kepesertaan dimana kasus tersebut merupakan suatu gambaran ternyata di beberapa daerah terdapat masyarakat yang sulit untuk mendapatkan kesempatan menjadi peserta penerima bantuan iuran jaminan kesehatan BPJS. Masyarakat tersebut sebenarnya masuk ke dalam kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu. Kasus pertama, Pasien bernama Rosidah (34 tahun), pekerjaan suami sebagai pedagang tukang kopi keliling atau bekerja sebagai kuli bangunan. Hanya Rosidah yang mendapat peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) sedangkan anak dan suaminya harus rela ke kelas BPJS Kesehatan Mandiri, (PBPU) dengan membuat Kartu Keluarga (KK) secara terpisah. Sudah berulang kali keluarga ini memohon ke Dinas sosial setempat agar satu keluarga masuk dalam peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), namun sampai hari ini masih tidak berfungsi. Kasus kedua, pasien bernama Yanuar (49 tahun), hanya pasien yang mendapatkan peserta JKN-Penerima Bantuan Iuran (PBI), sedangkan sang istri harus rela ikut di kelas BPJS Kesehatan kelas mandiri Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU). Kasus ketiga, pasien bernama Edy Mulyono usia (48 tahun), seorang duda dan sudah 6 tahun cuci darah dengan 3 orang anak, Pasien tidak lagi bekerja dan hidup dengan mengontrak di sebuah rumah petak di Jakarta. Ingin mendaftar menjadi peserta Jaminan Kesehatan BPJS Penerima Bantuan Iuran, namun tidak berdaya karena harus berjuang sendiri.

Menurut peneliti, jika melihat kasus-kasus fakta diatas yang menjelaskan bahwa secara implementasi BPJS belum benar-benar menjalankan perintah dari UU BPJS maupun Perpres itu sendiri. yang dimana BPJS masih mengabaikan Hak-hak dari peserta yang seharusnya mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik. Apalagi dengan melihat kasus dimana pasien diperlakukan tidak sepatutnya dilakukan oleh lembaga yang berwenang melaksanakan program jaminan kesehatan di Indonesia ini. Serta apabila menyimak apa yang diatur dalam Kepmensos di atas mengenai kriteria penerima PBI Jaminan Kesehatan, seharusnya kasus di atas tidak terjadi, karena jika dilihat dari beberapa kasus diatas sudah cukup jelas bahwa masyarakat tersebut masuk ke dalam kriteria atau golongan masyarakat fakir miskin dan orang tidak mampu yang seharusnya sudah teregister. Jika kita lihat lagi bagaimana amanah dari UU BPJS Kesehatan yang merupakan sebuah lembaga hukum yang mana dibuat untuk perlindungan sosial dalam menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak sekaligus dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia.

BPJS Kesehatan bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya. serta penyelenggaraan SJSN adalah wujud tanggungjawab negara dalam membangun perekonomian nasional dan kesejahteraan sosial sebagaimana tercantum dalam UUD Negara RI Tahun 1945 Pasal 34 ayat (2) menetapkan bahwa negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan manusia yang lemah

dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Dilihat dari bagaimana perlakuan dari Dinas sosial dan jajaran terkait beberapa kasus tersebut tentu bertolak belakang dengan beberapa peraturan mengenai hak yang seharusnya masyarakat dapatkan terutama pelayanan kesehatan. dan juga tidak sesuai dengan amanah dari UU BPJS Kesehatan maupun UU SJSN yang seharusnya diterapkan atau dilaksanakan untuk masyarakat khususnya bagi masyarakat fakir miskin dan orang yang tidak mampu. asas Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, yang dimana ketiga asas tersebut dimaksudkan untuk menjamin kelangsungan program dan hak peserta. Tetapi dalam faktanya, amanat yang dituangkan melalui asas tersebut tidak benar-benar direalisasikan malah cenderung diabaikan.

Selanjutnya, tidak lepas pula dalam penelitian ini dibahas mengenai pelayanan kesehatan yang menjadi hak peserta PBI. Bahwa dari perundang-undangan yang mengatur mengenai peserta PBI, tidak mengatur secara spesifik sehingga hukum peserta PBI dapat diasumsikan sama dengan hak peserta Non PBI. Yang disebutkan pada Pasal 1 ayat (5) UU BPJS Kesehatan, yaitu memberikan manfaat/faedah jaminan sosial yang menjadi hak peserta dan/atau anggota keluarganya. serta hak lain yaitu; a. Mendapatkan kartu peserta sebagai bukti sah untuk memperoleh pelayanan kesehatan; b. Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku; c. Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan; d.

Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke kantor BPJS Kesehatan.

Secara pengaturan, menurut peneliti semua peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai peserta PBI Jaminan Kesehatan, bahwa Peraturan yang mengatur yang dibuat oleh Pemerintah mengenai Penerima Bantuan Iuran BPJS Kesehatan sudah baik.

Hanya saja jika dilihat secara implementasi dari ketentuan yang mengatur peserta PBI tersebut, melihat banyak sekali fakta-faktanya bahwa dalam pelaksanaan atau proses pelayanan BPJS Kesehatan kepada peserta ternyata masih banyak peserta yang mengeluhkan akan pelayanan dan fasilitas yang diberikan BPJS Kesehatan maupun pihak-pihak yang terkait. Dalam hal ini berarti secara implementasi dari ketentuan yang mengatur mengenai peserta PBI BPJS Kesehatan belum benar-benar dilaksanakan dengan baik dan merata. Seharusnya tugas pemerintah untuk memperhatikan dan membuat program BPJS Kesehatan berjalan sesuai dengan aturan yang berlaku agar Jaminan Kesehatan di Indonesia adil dan merata.

Secara Implementasinya di Indonesia mengenai Peraturan Penerima Bantuan Iuran BPJS Kesehatan itu sendiri menurut peneliti, pemerintah sudah melaksanakan dan merealisasikan program peserta Penerima Bantuan Iuran BPJS jaminan kesehatan, akan tetapi belum maksimal dan belum ada pemerataan. Walaupun pemerintah telah menyampaikan informasi melalui media massa, mengenai jumlah peserta penerima PBI Jaminan Kesehatan BPJS

dari tahun 2018 ke tahun 2019 meningkat jumlahnya, dan menunjukkan pemerintah sudah melakukan kerjanya dalam mewujudkan pemerataan terkait program ini, namun fakta kasus di atas mengenai sulitnya akses bagi masyarakat untuk mendapat kesempatan diterima pendaftarannya menjadi peserta PBI, juga dapat membuktikan pemerintah ada melakukan pengabaian terhadap masyarakat dibalik cerita kesuksesan yang diinfokan pemerintah di media massa tersebut.

Padahal harusnya sesuai dengan tujuan BPJS Kesehatan dalam undang-undang yaitu guna memberikan perlindungan sosial dalam menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak sekaligus dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia.

Selain itu kita tidak bisa menutup mata dimana menurut peneliti, masih banyak kekurangan yang didapatkan peserta dalam mengakses pelayanan jaminan kesehatan, seperti yang sudah dijelaskan diatas, bahwa peserta masih banyak kesulitan dalam mendapatkan surat rujukan yang sifatnya berjenjang, yang prosesnya cukup rumit. Jika dibutuhkan secara mendadak peserta akan kualahan bahkan tidak mendapatkan penanganan akibat rumitnya proses perpanjangan surat rujukan. Hal tersebut jelas menghambat pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan.

Seperti kasus yang terjadi pada salah satu RS yang dimana seorang dokter tidak melaksanakan kewajibannya dengan baik malah melakukan tindakan yang merugikan pasien, hal ini sangat tidak etis bagi seorang dokter

melakukan tindakan-tindakan yang seharusnya mereka sembuhkan. Tidak bisa kita sangka bahwa dokter yang kita sebut penyelamat menjadi sebaliknya hanya karena keserakahan. Dalam hal ini peneliti berharap bahwa pihak-pihak yang berwenang segera melakukan tindakan atau membuat sanksi tegas untuk tindakan penyalahgunaan wewenang atau kelalaian yang dimana seorang dokter atau sejenisnya melakukan tindakan yang tidak sepatasnya.

Terlepas dari kekurangan yang dibuat BPJS Kesehatan, secara garis besar memang dengan adanya beberapa peraturan yang dibuat untuk peserta mandiri maupun PBI diakui sangat membantu masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai. Jika dilihat dari beberapa sisi memang terlihat tidak selaras antara peraturan dan implementasinya, akan tetapi sisi keuntungan lebih banyak didapatkan oleh peserta terutama peserta PBI dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

Banyak dari masyarakat itu sendiri mengakui bahwa dengan adanya program BPJS Kesehatan sangat membantu mereka dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, berbagai penyakit pastinya menyerang siapa saja, dalam hal ini tentu dari kalangan masyarakat menengah kebawah sangat kesusahan untuk mengatasinya, dengan keuangan yang tidak pas-pasan sangat sulit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. namun dengan adanya program tersebut benar-benar sangat diuntungkan bagi masyarakat miskin untuk mendapatkan pengobatan dan pelayanan yang baik.

Berharap dengan kejadian banyaknya kasus yang terjadi di negeri ini dapat segera Pemerintah pikirkan untuk memperbarui aturan-aturan yang dibuat oleh jajarannya yang terkait. Karena dalam hal ini yang dirugikan tidak hanya pasien, tetapi dari pihak BPJS Kesehatan juga mengalami kerugian.

Akibat permasalahan yang timbul tersebut, menurut peneliti program BPJS Kesehatan tidak benar-benar menjalankan atau merealisasikan (Asas manfaat) yaitu asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efektif dan efisien. Karena beberapa aturan yang dibuat BPJS Kesehatan tidak efektif dan efisien yang justru malah menghambat masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang cepat dan layak.

Berdasarkan paparan penjelasan diatas, dapat ditarik kesimpulan sementara terkait pelaksanaan dan penerapan peraturan mengenai PBI BPJS Jaminan Kesehatan tersebut, bahwa untuk sejauh ini secara implementasi dan perkembangannya di Indonesia belum maksimal dan belum merata.

Dari sisi pemerintah, penyelenggaraan dalam proses pemerataan kesehatan masyarakat khususnya program Penerima Bantuan Iuran BPJS Kesehatan di Indonesia tentu sangat penting meningkatkan pembangunan di bidang kesehatan, dalam hal ini pemerintah juga ikut serta dalam proses untuk mencapai hasil yang optimal melalui penempatan tenaga, sarana, dan prasarana baik dalam hitungan jumlah (kuantitas) maupun mutu (kualitas). Peran pemerintah maupun pemerintah daerah dalam ikut serta melaksanakan fungsi dan tanggungjawabnya di bidang kesehatan dengan tujuan agar program

tersebut berjalan dengan baik, yaitu antara lain: 1. Pengawasan program SJSN, agar sesuai dengan ketentuan; 2. Menyediakan anggaran tambahan untuk iuran, baik untuk penerima bantuan iuran ataupun masyarakat yang lain; 3. Penentu peserta penerima bantuan iuran; 4. Penyediaan/pengadaan dan pengelolaan sarana penunjang; 5. Mengusulkan pemanfaatan/investasi dana SJSN di daerah terkait; dan 6. Saran/usul kebijakan penyelenggara SJSN.

**B. Implementasi Penerapan Ketentuan Penerima Bantuan Iuran BPJS Kesehatan terhadap Peserta yang Menunggak Iuran Dihubungkan dengan Prinsip Masalah Mursalah.**

Berdasarkan UU SJSN dan UU BPJS, peserta BPJS Jaminan Kesehatan selain peserta Penerima Bantuan Iuran, juga ada peserta Non Penerima Bantuan Iuran.

Peserta Non PBI diantaranya menurut undang-undang tersebut yaitu Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya, Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya, Bukan Pekerja dan anggota keluarganya.

Jaminan kesehatan bagi masyarakat di suatu negara sangat penting yaitu untuk memberikan jaminan pada setiap warga untuk memperoleh akses yang baik terhadap berbagai kebutuhan dasar manusia dan jaminan social. Berbicara tentang proteksi negara bagi warga terhadap kondisi-kondisi yang potensial mendegradasi harkat dan martabat manusia, seperti kemiskinan, usia lanjut,

cacat, dan pengangguran. Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin agar setiap rakyat dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak.

Tujuan Nasional sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 yaitu melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia, memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut memelihara ketertiban dunia dan keadilan sosial. Dalam Perubahan keempat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, tujuan tersebut semakin dipertegas yaitu dengan mengembangkan sistem jaminan sosial bagi kesejahteraan seluruh rakyat. Dijelaskan dalam Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 28H ayat (3) UUD 1945 tersebut, ditafsirkan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyebutkan setiap orang berhak atas kesehatan, mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan, hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman bermutu dan terjangkau, serta berhak secara mandiri dan bertanggungjawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan baginya.

Sesuai dengan berjalannya program Penerima Bantuan Iuran BPJS Kesehatan tersebut dengan demikian, Masyarakat sudah tidak ada alasan untuk tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik dan mengkhawatirkan mengenai bagaimana seharusnya mereka mendapatkan pelayanan kesehatan. Dalam kesempatan ini, masyarakat dengan kepesertaan Mandiri yang merasa sudah tidak mampu lagi untuk membayarkan iuran bulanan BPJS Kesehatan

dikarenakan segala kondisi yang terjadi diluar keinginan dan tentu sudah tidak memungkinkan untuk melanjutkan iuran tersebut, harus segera beralih kepesertaan menjadi Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), yaitu dengan mendaftarkan dirinya langsung ke kantor BPJS Kesehatan terdekat, dengan syarat harus terpenuhinya syarat dan ketentuan mengenai kriteria kepesertaan penerima bantuan iuran BPJS Kesehatan.

Pemerintah dalam menerapkan program jaminan kesehatan khususnya upaya pemerintah dalam menyikapi mengenai peserta mandiri yang menunggak iuran BPJS Kesehatan masih tidak berjalan dengan semestinya. Berdasarkan data dari Kementerian Keuangan per akhir Oktober 2018, defisit BPJS Kesehatan per Oktober 2018 sudah mencapai Rp19,4 triliun. Untuk mengatasi hal ini, pemerintah melakukan berbagai cara agar bisa meminimalisir defisit tersebut. Pemerintah mempersiapkan aturan terkait sanksi bagi para peserta yang menunggak pembayaran iuran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. sehingga pemerintah memperbarui ketentuan baru bagi peserta BPJS Kesehatan yang menunggak iuran akan menerima sanksi dan denda. Ketentuan ini telah tercantum dalam Perpres nomor 82 tahun 2018. Aturan Baru yang telah dibuat berkenaan dengan peserta yang menunggak membayar iuran peserta. Denda 2% sudah tidak ada lagi, Akan tetapi dalam peraturan yang baru BPJS Kesehatan akan memberikan sanksi kepada peserta yang menunggak dan telat bayar iuran.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Kesehatan mencatat setidaknya terdapat 10 Juta peserta yang menunggak iuran BPJS Kesehatan.

Dalam hal ini jelas bahwa peserta mandiri tersebut sudah tidak sanggup lagi untuk membayar iuran setiap bulannya. Berdasarkan penelitian umum secara garis besar kendala yang dihadapi peserta mandiri atau non penerima bantuan BPJS Kesehatan diantaranya dalam perkembangannya terjadi hambatan atau kendala untuk membayar iuran BPJS Kesehatan yakni kondisi ekonomi yang sudah tidak lagi mumpuni. Dengan kondisi ekonomi peserta yang semakin hari semakin memburuk Oleh karenanya sudah tidak memungkinkan lagi untuk membayarnya sehingga banyaknya peserta yang menunggak pembayaran iuran BPJS Kesehatan tersebut.

Melalui program PBI BPJS Kesehatan kita mengharapkan kerja keras lebih dari Pemerintah atau pihak-pihak terkait program tersebut dalam melaksanakan program PBI Jaminan Kesehatan agar masyarakat dapat dengan mudah mengetahui dan memahami segala informasi yang berkaitan dengan pelayanan serta prosedur mengenai Jaminan Kesehatan dengan tujuan pemenuhan hak dan kebutuhan masyarakat menengah kebawah dalam mengakses pelayanan kesehatan.

Hak dan kewajiban peserta Non PBI yaitu: hak peserta untuk mendapatkan kartu peserta, memperoleh manfaat serta informasi terkait peraturan yang berlaku, mendapatkan pelayanan kesehatan, menyampaikan keluhan/pengaduan dan kritikan ke Kantor BPJS. Sedangkan kewajiban peserta yaitu mendaftarkan dirinya sebagai peserta serta membayar iuran yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku, melaporkan perubahan data

peserta, menjaga kartu peserta agar tidak hilang, mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan.

Perbedaan PBI dengan Peserta Non PBI yaitu:

1. Peserta BPJS PBI hanya untuk warga miskin dan kurang mampu menurut data Dinas Sosial sedangkan peserta BPJS Non PBI untuk warga mampu yang meliputi pekerja bukan penerima upah, bukan pekerja (BP) seperti Pemilik perusahaan dll, dan juga pekerja penerima upah (PPU).
2. Peserta BPJS PBI hanya berhak atas bpjs kelas 3, sedangkan untuk non PBI berhak atas kelas 1, kelas 2 dan kelas 3.
3. Peserta BPJS PBI hanya dapat berobat di faskes tingkat 1 puskesmas kelurahan atau desa, sedangkan peserta BPJS Non PBI dapat memilih fasilitas kesehatan yang telah ditentukan.
4. Peserta BPJS PBI dan non pbi yang mengambil kelas 3 tidak bisa naik kelas ketika di rawat, sedangkan untuk peserta BPJS non PBI yang khusus mengambil kelas I dan 2 bisa naik kelas perawatan apabila kondisi kamar yang menjadi haknya di rumah sakit penuh.
5. Peserta BPJS PBI dan Non PBI yang mengambil kelas 3 tidak perlu memiliki rekening bank, sedangkan untuk peserta Non PBI mandiri yang mengambil kelas 1 dan 2 harus memiliki rekening bank ketika mendaftar.

Syarat dan ketentuan yang harus dipenuhi peserta yaitu; a. Pengguna Layanan Pendaftaran BPJS Kesehatan harus memiliki usia yang cukup secara hukum untuk melaksanakan kewajiban hukum yang mengikat dari setiap kewajiban apapun yang mungkin terjadi akibat penggunaan Layanan

Pendaftaran BPJS Kesehatan; b. Mengisi dan memberikan data dengan benar dan dapat dipertanggungjawabkan; c. Mendaftarkan diri dan semua anggota keluarga yang terdaftar di kartu keluarga menjadi peserta BPJS Kesehatan; d. Melaporkan kehilangan dan kerusakan identitas (kartu peserta) peserta yang diterbitkan oleh BPJS Kesehatan; e. Menyetujui melakukan pencetakan kartu BPJS elektronik sebagai identitas peserta; f. erubahan susunan anggota keluarga dapat dilakukan di Kantor Cabang BPJS Kesehatan terdekat. Serta syarat pendaftaran peserta BPJS Kesehatan yang tidak termasuk dalam golongan PBI bisa mengurus secara mandiri di kantor cabang seluruh Indonesia dengan memenuhi persyaratan yaitu; 1. KTP (Kartu Tanda Penduduk); 2. KK (Kartu Kelurga); 3. Buku tabungan BNI, BRI atau Mandiri; 4. Foto 3x4.

BPJS Kesehatan mengakui bahwa telah memberikan kemudahan bagi para peserta yang selama ini menunggak iuran. Ketentuannya diatur dalam Perpres No 64 Tahun 2020 yaitu dalam Pasal 42 yang intinya bahwa pemerintah dalam hal ini yang menyusun dibawah leading sector kemenkeu memberikan relaksasi, caranya pemberian relaksasi kepada peserta yang menunggak agar mengaktifkan kepesertaannya kembali. jika yang menunggak sudah 10 bulan atau 12 bulan bahkan 30 bulan, mereka cukup membayar 6 bulan dulu aktif, 6 bulannya bayar kedepannya. Namun jika peserta tetap tidak membayar, BPJS mengancam akan mencabut status peserta. Solusi lain yang diberikan BPJS Kesehatan yaitu dengan mengajukan sebagai peserta PBI

jaminan kesehatan, jika peserta benar-benar tidak bisa membayar untuk kelas III maka mengajukan diri mendaftar peserta PBI adalah terbaiknya.

BPJS Kesehatan juga saat ini tengah meluncurkan program relaksasi pembayaran tunggakan iuran bagi peserta mandiri program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) semasa pandemic ini. Program ini dalam rangka memberikan keringanan finansial bagi peserta JKN-KIS di masa pandemi Covid-19. Program tersebut antara lain bisa dimanfaatkan oleh peserta dalam kategori pekerja bukan penerima upah (PBPU) dan bukan pekerja (BP) yang memiliki tunggakan iuran lebih dari enam bulan. Mereka bisa melunasi tunggakan paling lambat sampai Desember 2021. Peserta yang ingin memanfaatkan program relaksasi tunggakan iuran dapat mendaftar melalui aplikasi mobile JKN atau menghubungi telepon layanan pelanggan 1500 400 atau mendatangi Kantor Cabang BPJS Kesehatan setempat. BPJS mengimbau kepada peserta JKN-KIS yang kartu KIS-nya nonaktif karena menunggak cukup lama agar segera mendaftar program relaksasi iuran agar kartu KIS nya dapat aktif kembali dengan cukup membayar enam bulan dan satu bulan berjalan sehingga dapat berobat menggunakan kartu JKN-KIS.

Mengenai kriteria perubahan status kepesertaan dari bukan PBI menjadi peserta PBI diatur dalam Peraturan BPJS Nomor 1 Tahun 2014 tentang Jaminan Kesehatan, Bahwa dijelaskan pada ketentuan isi Pasal 30 ayat (1) dan (2) yaitu mengenai perubahan status kepesertaan dari peserta bukan PBI jaminan kesehatan menjadi peserta PBI Jaminan kesehatan yang mana dapat dilakukan bagi: peserta bukan PBI jaminan kesehatan yang mengalami cacat

total tetap dan tidak mampu, Peserta bukan PBI Jaminan kesehatan yang mengalami PHK dan tidak mendapatkan pekerjaan kembali dalam waktu 6 (enam) bulan dan dinyatakan tidak mampu untuk menjadi peserta bukan PBI Jaminan kesehatan.<sup>130</sup> Perubahan status dari kepesertaan bukan PBI menjadi peserta PBI Jaminan kesehatan dengan kriteria peserta tersebut mengalami cacat total dan Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan yang mengalami Pemutusan Hubungan Kerja dan tidak mendapatkan pekerjaan kembali dalam waktu 6 (enam) bulan, peserta tersebut melaporkan kepada Pemerintah Daerah setempat dengan menyertakan surat keterangan tidak mampu dari pejabat yang berwenang.

Mengenai penerapan peserta yang menunggak iuran menjadi peserta PBI tersebut, secara jelas diatur dalam Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, yaitu dijelaskan pada Pasal 20 dan Pasal 21 yang berisikan status kepesertaan dapat berubah untuk menjamin keberlanjutan kepesertaan, namun perubahan kepesertaan tidak menghapuskan kewajiban bagi peserta yang menunggak iuran tersebut untuk membayar iuran, kewajiban peserta yang menunggak iuran (kewajiban peserta, pemberi kerja, atau Pemerintah daerah) untuk melunasi tunggakan iuran dilakukan paling lama 6 (enam) bulan sejak status kepesertaan berubah. Perubahan status kepesertaan tetap mewajibkan peserta untuk mendaftarkan diri dan/ atau anggota keluarganya ke jenis kepesertaan yang baru, kewajiban membayar tunggakan tidak terputusnya manfaat jaminan kesehatan.

---

<sup>130</sup> Pasal 30 ayat (1) Peraturan BPJS Nomor 1 Tahun 2014 tentang Jaminan Kesehatan.

Menurut peneliti, dalam ketentuan dan program yang dibuat oleh pemerintah tersebut sudah sangat baik, dengan dibentuknya Perpres yang dijelaskan bahwa bagi peserta yang menunggak iuran mengenai kewajiban membayar tunggakan yang tidak mengakibatkan terputusnya manfaat jaminan kesehatan bagi peserta tersebut, dapat diartikan bahwa ketentuan tersebut sangat menguntungkan dan membantu peserta. Kemudian jika ketentuan tersebut diterapkan terhadap peserta yang menunggak iuran yang memang dalam faktanya peserta tersebut sudah tidak ada kemampuan untuk membayar iuran, peserta yang menunggak tersebut masuk ke dalam kriteria peserta PBI yang sudah teregister yaitu peserta yang sudah tidak mampu membayar biaya ke RS dan tidak mempunyai sumber mata pencaharian atau mempunyai namun tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan hidup yang layak. Dengan demikian bagi peserta yang menunggak iuran berkesempatan untuk merubah kepesertaan menjadi PBI dengan syarat dan ketentuan yang memang sudah terpenuhi. Serta dengan peraturan yang dibuat pemerintah bagi peserta yang menunggak iuran tentu sangat bermanfaat juga membantu bagi peserta tersebut yang benar-benar sudah tidak mampu lagi untuk membayar iuran.

Pada tahun 2020 saat ini, BPJS Kesehatan menyatakan bahwa Pemerintah telah membuat peraturan baru untuk meringankan peserta mandiri atau Non PBI Kelas III. bagi peserta mandiri kelas III sesuai dengan aturan terbaru tentang BPJS Kesehatan Berdasarkan Peraturan Presiden (Perpres) 64/2020 tentang Perubahan Kedua atas Perpres 82/2018 tentang Jaminan

Kesehatan bahwa pemerintah akan memberikan bantuan iuran bagi peserta mandiri Kelas III yang aktif. Peserta itu pun cukup membayar sebagian iurannya saja. Perpres itu mengatur iuran peserta mandiri Kelas III sebesar Rp42.000. Mulai Juli 2020, pemerintah akan memberikan bantuan iuran senilai Rp16.500, sehingga peserta mandiri Kelas III cukup membayar iuran Rp25.500.

Dampak dari iuran jaminan kesehatan yang menunggak tersebut ternyata berimbas kepada diberhentikannya sebagai anggota penerima jaminan kesehatan BPJS dalam waktu sementara. Diberhentikannya sebagai peserta penerima jaminan kesehatan, berarti peserta tersebut juga akan tidak mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal ini dapat dikembalikan lagi kepada Pemerintah sebagai pihak yang diberi amanah oleh UUD 1945 untuk memastikan pemenuhan jaminan kesehatan bagi masyarakatnya. Persoalan penunggakan iuran oleh peserta jaminan kesehatan yang bukan penerima bantuan iuran, seyogyanya mendapatkan penyelesaian dari Pemerintah.

Bagi peserta yang terlambat membayar iuran juga BPJS Kesehatan akan menerapkan sanksi bagi penunggak iuran tersebut agar tidak dapat mengakses pelayanan publik lainnya seperti pengurusan Surat Izin Mengemudi (SIM) dan Surat Tanda Nomor Kendaraan (STNK) dan dilarang mendaftarkan anak sekolah. Wacana pemberlakuan sanksi ini dilakukan untuk meningkatkan pengumpulan iuran dari peserta BPJS Kesehatan yang masih rendah. Tercatat, keaktifan peserta BPJS Kesehatan hanya mencapai 54 persen. Sementara

tingkat penggunaan asuransi sangat tinggi. Hal ini juga menjadi salah satu faktor defisit keuangan BPJS Kesehatan.

Menurut peneliti, secara implementasi mengenai ketentuan dan penetapan sanksi yang dibuat untuk peserta yang menunggak iuran tersebut, tidak tepat, selain menambah beban peserta juga justru penetapan sanksi tersebut menunjukkan BPJS Kesehatan melakukan tindakan yang merugikan peserta. Apalagi diinfokan mengenai dilarangnya untuk mendaftarkan anaknya ke sekolah. Tentu sanksi demikian tidak etis dan sangat merugikan masyarakat. Dalam hal ini jelas management BPJS Kesehatan dalam membuat sanksi tidak mempertimbangkan dampak buruk bagi peserta yang menunggak iuran, apalagi peserta yang menunggak adalah peserta yang memang faktanya sudah tidak mampu lagi untuk membayar iuran. Selain dampak buruk yang akan diterima peserta berkenaan dengan sanksi tersebut, hak ini juga berisiko menurunkan jumlah kepesertaan yang dapat merugikan BPJS Kesehatan. seharusnya BPJS Kesehatan lebih bijak dalam mengatasi persoalan defisit, yaitu dengan lebih fokus meningkatkan pelayanan kesehatan sehingga menimbulkan kepercayaan publik. Karena jika kedepannya penetapan dari sanksi tersebut menimbulkan dampak yang merugikan, tentu ini dapat mengancam jabatan Direksi BPJS Kesehatan itu sendiri. karena pada UU BPJS Kesehatan Pasal 34, Anggota Dewan Pengawas atau anggota Direksi diberhentikan dari jabatannya karena merugikan BPJS dan kepentingan Peserta Jaminan Sosial karena kesalahan kebijakan yang diambil.

Ketentuan mengenai penerapan bagi peserta yang menunggak iuran tersebut secara implementasi dari Perpres Nomor 82 tahun 2018 maupun dari Perpres Nomor 101 tahun 2011 tentang Jaminan Kesehatan, dalam faktanya masih banyak dari masyarakat atau peserta yang menunggak iuran itu tidak mendapatkan pelayanan kesehatan atau diberhentikan kepesertaan karena penunggakan iuran tersebut. Seperti pada kasus yang terjadi di daerah Sukmajaya Depok, tercatat 3000 warga menunggak iuran kepesertaan BPJS kesehatan mandiri, umumnya mereka yang menunggak adalah warga yang menerima fasilitas kesehatan kelas II dan III. Dari catatan petugas kelurahan tunggakan 3000 warga Mekaryaja Depok mencapai 9 miliar rupiah. Banyaknya warga menunggak iuran BPJS mandiri, menurut pengakuannya, warga menunggak karena tidak sanggup lagi membayar iuran kepesertaan BPJS Kesehatan. Ketua RT warga Depok JAWA BARAT tersebut melakukan sosialisasi penagihan iuran BPJS bagi peserta yang menunggak. Dari temuan RT warga menunggak karena enar tidak sanggup membayar iuran. Seperti yang dialami Ibu Sumirah menurut pengakuannya sejak suaminya meninggal tidak mampu memenuhi pembayaran iuran BPJS Kesehatan.

Terjadi kasus juga kasus terkait dampak BPJS Kesehatan dalam memberikan sanksi diberhentikan peserta yang menunggak iuran. Seperti terjadi kasus pada salah satu warga Kecamatan Beji, Kota Depok. Sopiah (49) mendatangi kantor BPJS Kesehatan Kota Depok. Kedatangannya untuk meminta pelayanan kesehatan bagi sang suami, Slamet Riyadi (50) seolah tak berbuah hasil. Bersama puluhan warga Depok lainnya yang mengatasnamakan

Dewan Kesehatan Rakyat (DKR) Kota Depok, Sopiah meminta keadilan, kebijaksanaan yang memihak bagi sang suami dengan alasan tersendiri mengapa berunjuk rasa ke kantor BPJS Depok. Sejak suaminya sakit jantung dan dirawat di RSUD Kota Depok beberapa waktu lalu, pelayanannya terpaksa harus dihentikan pihak rumah sakit. Karena sang suami, sudah dinonaktifkan dari kepesertaan BPJS Kesehatan gara-gara menunggak bayar iuran selama setahun. Dia ingin suaminya diberikan pelayanan kesehatan dan memperoleh fasilitas BPJS meskipun kepesertaannya nonaktif. Slamet memang sempat terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan Mandiri kelas III. Namun, di tengah jalan dia tak mampu membayar iuran jaminan kesehatan tersebut. Alasannya sederhana. Boro-boro untuk membayar iuran, untuk makan sehari-hari saja dia dan keluarganya merasa kesulitan.

Menurut peneliti, menilai bahwa melihat banyaknya fakta kasus yang terjadi pada peserta yang menunggak iuran, BPJS Kesehatan sebenarnya belum menerapkan prinsip gotong royong yang digaungkan pihak BPJS, yang dimana seharusnya membantu untuk kesejahteraan peserta. Tetapi pada kenyataannya berdasarkan kasus-kasus diatas bahwa prinsip tersebut belum menyentuh secara langsung pada masyarakat yang benar-benar membutuhkan. Terlebih masyarakat yang tidak mampu. berkaitan dengan Perpres yang menjelaskan bahwa bagi peserta yang menunggak iuran mengenai kewajiban membayar tunggakan yang tidak mengakibatkan terputusnya manfaat jaminan kesehatan bagi peserta. Seharusnya dengan ketentuan tersebut bagi peserta yang menunggak iuran masih mendapatkan pelayanan kesehatan selagi berusaha

dalam melunasi penunggakan iuran BPJS tersebut. dalam hal ini berarti secara implementasi dari peraturan yang dibuat pemerintah mengenai ketentuan bagi peserta penunggak iura masih belum benar-benar diterapkan dengan baik dan merata, karena pada fakta kasus diatas menunjukkan bahwa masih banyak dari peserta yang menunggak iuran yang benar-benar tidak mendapatkan pelayanan kesehatan, bahkan sampai diberhentikan kepesertaan akibat tertunggaknya iuran.

Terlepas dari banyaknya kekurangan secara implemantasi dari peraturan yang dibuat Pemerintah yaitu meskipun demikian, menurut peneliti, Pemerintah sudah sangat membantu masyarakat khususnya peserta yang menunggak iuran yang tidak mendapatkan pelayanan kesehatan. dengan dibuatnya Perpres yang mengatur mengenai perpindahan itu saja Pemerintah sudah menunjukkan kepeduliannya terhadap peserta yang menunggak iuran. Ditambah dengan adanya program baru yang dibuat pada masa pandemi ini yaitu BPJS Kesehatan juga meluncurkan program relaksasi pembayaran tunggakan iuran bagi peserta mandiri program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) semasa pandemic ini. Program ini dalam rangka memberikan keringanan finansial bagi peserta JKN-KIS di masa pandemi Covid-19. Melalui Program tersebut peserta dalam kategori pekerja bukan penerima upah (PBPU) dan bukan pekerja (BP) yang memiliki tunggakan iuran lebih dari enam bulan mereka bisa melunasi tunggakan sampai dengan Desember 2021, Peserta bisa memanfaatkan program relaksasi

tunggakan iuran tersebut untuk memudahkan peserta dalam hal melunasi tunggakan yang ia miliki.

Melihat perkembangan mengenai program dari BPJS itu sendiri, untuk mengetahui perspektif dari hukum islam dalam yaitu dalam memandang bagaimana Pemerintah mengatur masyarakat untuk memenuhi Jaminan Kesehatan peserta dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, maka penulis ingin mengaitkan mengenai penerapan dari peserta bukan PBI menjadi peserta PBI ke dalam prinsip masalah mursalah, untuk mengetahui apakah peraturan yang dibuat itu sudah sesuai dengan manfaat atau maslahat itu sendiri atau sudah sesuai dengan syarat-syarat dalam prinsip masalah mursalah dalam rangka mewujudkan maslahat tanpa menimbulkan kemaslahatan atau kerusakan dan kerugian bagi masyarakat atau peserta itu sendiri atau malah aturan yang dibuat pemerintah justru menimbulkan kemudharatan.

Adapun Syarat yang harus dipenuhi untuk kemaslatan itu, yaitu :

- a. Adanya persesuaian antara maslahat yang di pandang sebagai sumber dalil yang terdiri dari tujuan tujuan syariat.
- b. Maslahat itu harus masuk akal, mempunyai sifat-sifat yang sesuai dengan pemikiran yang rasional, dimana seandainya diajukan kepada rasionalis akan diterima.
- c. Pengguna dalil maslahat ini dalam rangka menghilangkan kesulitan yang terjadi. Dalam pengertian, seandainya maslahat yang dapat diterima akal itu tidak di ambil, niscaya manusia akan mengalami kesulitan.

d. Harus benar-benar membuahkan masalah. Maksudnya ialah agar bisa diwujudkan pembentukan hukum itu mendatangkan kemanfaatan dan menolak kemudharatan. Jika masalah itu berdasarkan dugaan atau pembentukan hukum itu mendatangkan kemanfaatan tanpa pertimbangan apakah masalah itu bisa lahir lantaran pembentukan hukum itu atau tidak berarti masalah itu hanya diambil berdasarkan dugaan semata. Misalnya, masalah dalam hal merampas hak suami dalam menceraikan istrinya, kemudian hak talak itu dijadikan sebagai hak qadhi dalam seluruh suasana.

e. Masalah itu sifatnya umum, bukan bersifat perorangan, maksudnya ialah bahwa dalam kaitan dengan pembentukan hukum atas suatu kejadian atau masalah dapat melahirkan kemanfaatan bagi kebanyakan umat manusia yang benar-benar dapat terwujud atau bisa menolak mudharat, atau tidak hanya mendatangkan kemanfaatan bagi seseorang atau beberapa orang saja, karena itu hukum tidak bisa disyariatkan lantaran hanya membuahkan kemaslahatan secara khusus kepada pimpinan atau orang-orang tertentu dengan tidak menaruh perhatian kepada kemaslahatan umat. Dengan kata lain kemaslahatan itu harus memberi manfaat bagi seluruh umat.

f. Pembentukan hukum dengan mengambil kemaslahatan ini tidak berlawanan dengan tata hukum atau dasar ketetapan *nash* dan *ijma'*. Karena itu tuntutan kemaslahatan untuk mempersemakan antara hak laki-laki dan perempuan dalam hal pembagian harta warisan, merupakan

masalah yang tidak bisa di benarkan sebab masalah yang demikian ini adalah batal.

Secara implementasi peraturan perubahan status dari yang Non PBI menjadi PBI untuk sebagian peserta atau masyarakat belum benar- benar memberikan kemaslahatan kepada peserta BPJS Non PBI yang menunggak iuran, karena sebagian dari peserta belum menadapatkan manfaat dari adanya Jaminan Kesehatan itu sendiri. namun menurut prinsip penerapan dalam syarat-syarat dari aspek maslahat masalah mursalah itu sendiri sudah bersesuaian atau sudah terpenuhi semuanya, mengapa sudah terpenuhi, karena dilihat bahwasanya Pemerintah sudah memperhatikan keberlangsungan peserta yang menunggak iuran agar tetap terpenuhinya Jaminan Kesehatan, dengan diberikannya waktu selama 6 bulan bahwasanya Pemerintah memberikan keleluasaan bagi peserta untuk mengumpulkan dana guna memenuhi kewajibannya dalam membayar iuran.

Seperti penjabaran yang terkandung dalam syarat-syarat yang harus dipenuhi untuk kemaslahatan dari prinsip masalah mursalah itu sendiri memang sudah keseluruhan terpenuhi antara lain :

- a. (Sudah adanya persesuaian antara maslahat sebagai sumber dalil yang terdiri dari tujuan-tujuan syariat yaitu menjaga jiwa). Pada penerapan Perpres mengenai diperbolehkannya peserta melakukan perpindahan, peneliti menganggap telah bersesuaian dengan yang dijelaskan dalam Dalil pada Al'quran Surat Al-baqarah ayat 195 sebagai bentuk pengujinya dimana diartikan bahwasanya orang yang tidak menjaga

kesehatan termasuk orang yang menjatuhkan diri ke dalam kebinasaan. Dan dilihat dari peraturan yang dibuat pemerintah disalah satu ayat yang dijelaskan bahwa kepesertaan dapat berubah untuk menjamin manfaat Jaminan Kesehatan, yang dalam hal ini menunjukkan bahwa Pemerintah sudah melakukan upaya untuk mencegah masyarakatnya masuk ke dalam kebinasaan itu yaitu orang yang tidak memelihara kesehatannya.

وَأَنْفِقُوا فِي سَبِيلِ اللَّهِ وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ وَأَحْسِنُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ  
الْمُحْسِنِينَ

“Dan belanjakanlah (harta bendamu) di jalan Allah, dan janganlah kamu menjatuhkan dirimu sendiri ke dalam kebinasaan, dan berbuat baiklah, karena sesungguhnya Allah menyukai orang-orang yang berbuat baik.”

- b. (Maslahat itu harus masuk akal). Sudah terpenuhi, karena dalam segi kecukupan dengan Pemerintah memberi waktu selama 6 bulan itu untuk mewajibkan membayar tunggakan ini dipandang cukup untuk peserta mengumpulkan dana agar terlunasinya hutang-hutangnya.
- c. (Pengguna dalil maslahat ini dalam rangka menghilangkan kesulitan yang terjadi). Dengan adanya Perpres yang mengatur mengenai perubahan status kepesertaan bagi peserta yang menunggak iuran, peserta tersebut dapat melanjutkan kepesertaan untuk pemenuhan Jaminan Kesehatannya.

- d. (Harus benar-benar membuahakan masalah). Dalam dibentuknya program BPJS tersebut jelas memberikan manfaat bagi peserta apalagi dengan dibentuknya Perpres tersebut, tentu memberikan manfaat bagi peserta yang menunggak iuran itu sendiri.
- e. (Masalah itu bersifat umum). Ketentuan atau program yang dibuat oleh Pemerintah tentu tidak hanya bersifat satu orang tetapi untuk seluruh masyarakat Indonesia boleh melakukan perpindahan.
- f. (Pembentukan hukum dengan mengambil kemaslahatan ini tidak berlawanan dengan tata hukum atau dasar ketetapan *nash* dan *ijma*). Ketentuan yang dibuat oleh Pemerintah tidak berlawanan, melainkan bersesuaian dengan Alquran Surat Albaqarah ayat 195 dengan tujuan hukum islam salah satunya untuk melindungi jiwa bagi peserta.