

**ASPEK HUKUM KARTU INDONESIA SEHAT**

**Zahry Vandawati, Hilda Yunita Sabrie,  
Widhayani Dian dan Rizky Amalia**  
zahry\_vandawati@yahoo.co.id  
Universitas Airlangga

**Abstract**

*Assurance is an important element in financial planning, but because of the low public awareness and myths that circulate in society around the insurance makes people reluctant to buy insurance products. Insurance is also known only for the upper middle class. On the other hand the realization of a prosperous society, one of which is assessed from the level of good public health. For that the government issued a compulsory social insurance in which the entire community on the mandate of the law shall be a participant of the program. Since 2011, the government has issued a regulation related to the National Social Security System and implemented through Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) in 2014. However, in the event it was due to political dynamics, the government under Jokowi leadership reissued Kartu Indonesia Sehat (KIS) A presidential regulation that functions the same as the existence of BPJS. This is what needs to be studied more deeply, because it is feared there will be overlapping roles and functions between BPJS and KIS them.*

**Keywords:** BPJS; KIS; Insurance; Government.

**Abstrak**

Asuransi merupakan salah satu elemen penting dalam perencanaan keuangan, namun dikarenakan rendahnya kesadaran masyarakat dan mitos miring yang beredar di masyarakat seputar asuransi membuat masyarakat enggan untuk membeli produk asuransi. Asuransi juga dikenal hanya untuk kalangan menengah keatas. Pada sisi lain terwujudnya masyarakat yang sejahtera, salah satunya dinilai dari tingkat kesehatan masyarakatnya yang baik. Untuk itu pemerintah mengeluarkan asuransi sosial wajib dimana seluruh masyarakat atas amanat dari undang-undang wajib menjadi peserta dari program tersebut. Sejak tahun 2011, pemerintah telah mengeluarkan ketentuan terkait Sistem Jaminan Sosial Nasional dan diimplementasikan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di tahun 2014. Namun dalam perjanjannya ternyata karena adanya dinamika politik, pemerintah dibawah kepemimpinan Jokowi, mengeluarkan kembali Kartu Indonesia Sehat (KIS) melalui peraturan presiden yang fungsinya sama dengan keberadaan BPJS. Hal ini yang perlu di kaji lebih dalam, karena dikhawatirkan akan terjadi tumpang tindih peran dan fungsi antara BPJS dan KIS tersebut.

**Kata Kunci:** BPJS; KIS; Asuransi; Pemerintah.

**Pendahuluan**

Kegiatan manusia selalu penuh dengan risiko, yang berasal dari berbagai hal yang tidak diharapkan dan mungkin akan mengancam kehidupan manusia, seperti meninggal, menderita suatu penyakit, kecelakaan atau kehilangan harta

benda.<sup>1</sup> Hal inilah yang sering memicu perencanaan dalam melangkah untuk membuat suatu perencanaan. Risiko yang dihadapi tentunya dapat dikelola, minimal diminimalisir. Upaya yang dapat dilakukan oleh manusia untuk mengatasi risiko adalah sebagai berikut,<sup>2</sup> yaitu pertama dengan menghindari, menyingkir, atau menjahui (*avoidance*) adalah suatu cara menghadapi risiko. Seseorang yang menjauh atau menghindar dari suatu benda yang penuh mengandung risiko, berarti dia berusaha menghindari risiko itu sendiri. Kedua, mencegah (*prevention*), dengan cara mencegah suatu risiko mungkin akan teratasi sehingga beberapa berakibat buruk yang tidak dihedaki dapat dihindari. Ketiga, mengalihkan (*transfer*). Dengan model ini, yakni cara mengalihkan risiko diartikan bahwa seseorang yang menghadapi risiko meminta kepada orang atau pihak lain untuk menerima risiko itu. Pengalihan risiko dilakukan dengan suatu perjanjian. Termasuk dalam hal ini pertanggungan (asuransi). Keempat, menerima (*assumption or retention*). Melalui model ini berarti seseorang telah bersiap diri menerima risiko yang ia tanggung. Hal itu bisa diakibatkan karena risiko yang dihadapi tidak terlalu besar.

Upaya yang ditempuh untuk menanggulangi risiko tergantung pilihan masing-masing individu dengan memperhatikan kondisi yang saat itu dialami. Dalam melakukan management risiko atau pengelolaan risiko, pelaku usaha maupun perencanaan keuangan skala rumah tangga memiliki kecenderungan untuk mengalihkan (*transfer*) risiko kepada pihak lain. Asuransi merupakan salah satu elemen penting dalam perencanaan keuangan, namun dikarenakan rendahnya kesadaran masyarakat dan mitos miring yang beredar di masyarakat seputar asuransi membuat masyarakat enggan untuk membeli produk asuransi. Banyak timbul pertanyaan yang muncul di masyarakat adalah, seberapa penting asuransi di dalam kehidupan? Jawabnya adalah sangat penting.

Orang Indonesia belum terbiasa dengan yang namanya asuransi. Setiap ada agen asuransi yang mendekati, maka kebanyakan dari kita akan berusaha menjauh dan menolaknya. Padahal jika dilihat dengan perspektif yang lebih luas, asuransi merupakan

---

<sup>1</sup> Zahry Vandawati Chumaida, 'Menciptakan Itikad Baik Yang Berkeadilan Dalam Kontrak Asuransi Jiwa' (2014) 29 Yuridika.[246].

<sup>2</sup> Sentosa Serimbing, *Hukum Asuransi* (Nuansa Aulia 2014).[6].

suatu kebutuhan. Manusia tidak bisa memastikan kalau tubuh ini akan selalu sehat dan siap digunakan untuk melakukan berbagai aktivitas. Itulah yang membuat asuransi merupakan suatu keharusan untuk menjamin biaya pengobatan saat sakit. Setiap sakit, biaya yang harus dikeluarkan kadang tidak bisa diprediksi. Untuk penyakit-penyakit yang ringan seperti demam, sakit kepala, batuk dan pilek, mungkin biaya yang dikeluarkan tidak akan terlalu besar. Tapi bagaimana jika penyakit yang menyerang kita adalah penyakit yang cukup berat seperti demam berdarah, tifus, hepatitis dan jantung. Tentu biaya yang harus dikeluarkan sangat besar. Sehingga pastinya kita harus dirawat di rumah sakit dan biayanya bisa menembus puluhan juta rupiah. Itulah sebabnya asuransi itu sangat penting untuk menjamin biaya perawatan saat sakit.

Indonesia memiliki jumlah kurang lebih 250 juta jiwa, namun hanya 148 juta jiwa (63,18%) yang memiliki asuransi kesehatan, berarti masih ada 102 juta jiwa penduduk Indonesia yang belum memiliki asuransi kesehatan.<sup>3</sup> Setiap negara menginginkan status kesehatan negara yang baik termasuk Indonesia, maka sudah saatnya Indonesia menjamin seluruh penduduk Indonesia agar setiap penduduk Indonesia bisa memperoleh pelayanan kesehatan sehingga diharapkan dapat meningkatkan status kesehatan nasional. Jaminan yang bisa diterapkan di Indonesia adalah asuransi kesehatan sosial. Sebenarnya banyak yang mengerti kalau asuransi merupakan suatu hal yang penting. Namun apa daya, besarnya premi yang harus dibayar menjadi suatu penghalang kita untuk mengambil produk asuransi. Alih-alih membayar premi asuransi, uang tersebut lebih baik digunakan untuk memenuhi kebutuhan pokok yang lebih penting. Pemerintah menyadari hal itu, maka diluncurkan program BPJS (Badan Penyelenggara jaminan Sosial) Kesehatan yang merupakan produk asuransi kesehatan terjangkau yang dikelola langsung oleh pemerintah.

Terhitung mulai 01 Januari 2014, pemerintah secara resmi memberlakukan program kesehatan melalui BPJS. Pelaksanaan program ini sesuai amanat UU BPJS Kesehatan, yaitu Undang-Undang 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (selanjutnya disebut dengan UU JSN) dan Undang-Undang 24 Tahun 2011

---

<sup>3</sup> Aras Utami, 'Penerapan Asuransi Kesehatan Sosial Di Inonesia, Sesuainkah ?' <<http://www.kpmak-ugm.org>> accessed 14 February 2016.

Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (selanjutnya disebut dengan UU BPJS). Hingga tahun 2019 ditargetkan semua warga negara telah mendaftar program ini. Melalui program ini, pemerintah hendak memastikan tersedianya pelayanan kesehatan yang murah bahkan bagi orang yang tak mampu gratis bagi seluruh warga negara.

Belum genap pelaksanaan BPJS hingga 2016 sebagaimana yang ditargetkan, Pemilu Presiden 2014 membawa konsekuensi baru. Sebagai wujud realisasi janji kampanye, Presiden terpilih Republik Indonesia juga merilis Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada tanggal 3 November 2014.<sup>4</sup> Disebutkan bahwa program tersebut akan ditujukan untuk 1,289 juta masyarakat miskin dalam tahap. Dengan total anggaran sebesar Rp 6,44 Triliun, menggunakan anggaran bantuan sosial dari Kementerian Sosial.<sup>5</sup> BPJS kesehatan merupakan bentuk asuransi atau jaminan kesehatan yang bisa digunakan oleh seluruh rakyat Indonesia. Selain biaya premi yang murah, pendaftarannya pun mudah. Calon anggota BPJS bisa mendaftar secara *offline* dengan cara datang langsung ke kantor BPJS maupun secara online via website BPJS.

Ada kartu BPJS adapula kartu KIS, apabila ditinjau dari tujuannya KIS tentu merupakan sebuah program yang baik, yang menjadi permasalahan adalah pasca dirilisnya program tersebut, reaksi yang muncul adalah landasan formil dan materiil program KIS. BPJS memiliki landasan hukum berupa undang-undang yang telah disahkan oleh DPR. Tidak bisa dipungkiri, BPJS merupakan sebuah program yang melalui perencanaan yang matang guna mewujudkan suatu sistem penjaminan sosial yang baik. Hal ini tidak terjadi pada KIS. Pelaksanaan KIS dinilai sejumlah pihak sebagai sebuah langkah yang immature mengingat program tersebut baru diluncurkan selang sebulan pasca pelantikan Joko Widodo sebagai Presiden ketujuh republik Indonesia. Terlebih terdapat sejumlah keraguan berkenaan dengan sumber dana yang akan digunakan untuk melaksanakan KIS, mengingat pada saat itu masih berjalan APBD rezim pemerintahan sebelumnya yaitu Presiden keenam Republik Indonesia Susilo Bambang Yudhoyono. Berdasarkan uraian latar

---

<sup>4</sup> Putu Merta Surya Putra, 'Apa Itu Kart Indonesia Sehat Dan Kartu Indonesia Pintar' <Liputan6.com.> accessed 14 February 2016.

<sup>5</sup> *ibid.*

belakang di atas, maka dapat dirumuskan masalah adalah tentang Landasan hukum Kartu Indonesia Sehat (KIS) dan Akibat hukum pelaksanaan program Kartu Indonesia sehat (KIS) terhadap usaha perasuransian swasta dan jaminan sosial pemerintah yang telah dulu ada.

### **Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia**

Pertumbuhan ekonomi di Indonesia dari waktu ke waktu memiliki dampak besar pada kehidupan masyarakat. Hal tersebut mempengaruhi pola pikir dan pola hidup masyarakat Indonesia untuk mencari penghasilan yang lebih baik dengan mencari pekerjaan di kota-kota besar. Tingginya tingkat urbanisasi di Indonesia menyebabkan penumpukan penduduk di kota-kota besar, kemacetan, polusi udara dan suara, penumpukan sampah dan limbah dan yang lainnya. Kondisi tersebut berpengaruh pula terhadap perubahan gaya hidup dimana pekerjaan-pekerjaan di kota besar lebih banyak menuntut masyarakat Indonesia untuk diam di tempat dalam suatu pengerjaan yang memicu stress yang tinggi, pola makan yang tidak teratur dan cenderung memilih makanan praktis yang tidak sehat, serta tingkat individualism yang meninggi dengan ditandai kurang interaksi dalam hubungan sosial antar masyarakat. Beberapa uraian tersebut merupakan akar dari gangguan kesehatan yang terjadi pada mayoritas masyarakat di Indonesia seperti peningkatan tekanan darah, peningkatan gula darah, peningkatan kadar lemak gerak dan peningkatan berat badan yang tidak ideal. Oleh karena itu, pemerintah Indonesia harus berperan secara aktif dalam hal yang berhubungan dengan kesehatan karena kesehatan memiliki dampak yang sangat besar baik bagi kelangsungan hidup maupun pertumbuhan ekonomi di Indonesia.

Deklarasi PBB tentang Hak Asasi Manusia tahun 1948 melalui Pasal 25 ayat 1 menyatakan bahwa setiap orang berhak atas derajat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya termasuk hak atas pangan, pakaian, perumahan dan perawatan kesehatan serta pelayanan sosial yang diperlukan dan berhak atas jaminan pada saat menganggur, menderita sakit, cacat, menjadi janda/duda, mencapai usia lanjut atau keadaan lainnya yang mengakibatkan kekuarangan nafkah, yang berada di luar kekuasaannya. Hal yang serupa juga

diakui dalam konstitusi kita dimana Indonesia mengakui hak asasi warga atas kesehatan yang dituangkan dalam Pasal 28 H dan Pasal 34 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (selanjutnya disebut UUD 1945). Selain itu dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (selanjutnya disebut dengan UU Kesehatan) ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau, sebaliknya setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial. Dengan di latar belakang hal tersebut maka pemerintah Indonesia perlu mengatur mengenai jaminan nasional kesehatan di Indonesia melalui UU SJSN.

SJSN seperti yang tertuang dalam Pasal 4 No. 40/2004 diselenggarakan berdasarkan prinsip-prinsip:

1. Prinsip kegotongroyongan, prinsip ini diwujudkan dalam mekanisme gotong royong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepersertaan wajib bagi seluruh rakyat, peserta yang beresiko rendah membantu yang beresiko tinggi dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Melalui prinsip kegotongroyongan ini jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia;
2. Prinsip nirlaba, bahwa pengelolaan dana amanat tidak dimaksudkan untuk mencari keuntungan bagi badan penyelenggara jaminan sosial, melainkan untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta;
3. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektifitas, prinsip-prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan dari hasil pengembangannya;
4. Prinsip kehati-hatian, pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman dan tertib;
5. Prinsip akuntabilitas, pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan;
6. Prinsip Portabilitas, bahwa jaminan sosial yang dimaksud untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal, tetapi masih dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Bertambah majunya pertumbuhan ekonomi lebih lancarnya transportasi nusantara dan meluasnya usaha-usaha pemerintah maupun sektor swasta di seluruh nusantara menyebabkan penduduk akan lebih sering berpindah-pindah;

7. Prinsip kepersertaan yang bersifat wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat Indonesia menjadi peserta walaupun dalam penerapannya tetap menyesuaikan dan mempertimbangkan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Peserta dimulai dari pekerja pada sektor formal dan pekerja pada sektor informal yang dapat menjadi peserta acara sukarela;
8. Prinsip dana amanat, bahwa dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dan tersebut untuk kesejahteraan peserta;
9. Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial nasional bahwa hasil berupa deviden dari para pemegang saham dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan nasional.

Berdasarkan uraian prinsip-prinsip tersebut maka dengan adanya UU No. 40/2004 dimaksudkan untuk memberikan jaminan dasar yang layak bagi seluruh masyarakat karena hal tersebut menjadi kewajiban konstitusional pemerintah terhadap rakyatnya yang harus dikelola langsung oleh pemerintah agar terciptanya suatu pemerataan dan keadilan di seluruh Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Jaminan kesehatan merupakan salah satu dari 5 (lima) jaminan sosial yang diamanatkan dalam UU SJSN. Jaminan kesehatan tersebut dinamakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang penyelenggaraannya dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagaimana dituangkan dalam UU BPJS. Adapun berikut ini adalah peraturan perundang-undangan terkait yang dapat dijadikan acuan dalam pelaksanaan JKN, antara lain:

1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN);
2. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;

3. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan;
4. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan;
5. Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 Tentang Perubahan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan;
6. Peraturan Presiden Nomor 107 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Tertentu Berkaitan dengan Operasional Kementerian Pertahanan, TNI, dan POLRI;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Jaminan Kesehatan Nasional;
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 69 Tahun 2013 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
9. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan;
10. Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor HK/Menkes/31/I/2014 Tentang Pelaksanaan Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
11. Surat Edaran Menteri Kesehatan RI No. HK/Menkes/32/I/2014 Tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Adapun definisi mengenai program jaminan kesehatan nasional yaitu “program jaminan sosial yang menjamin biaya pemeliharaan kesehatan serta pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang diselenggarakan nasional secara bergotong royong wajib oleh seluruh penduduk Indonesia dengan membayar iuran berkala atau iurannya dibayari oleh pemerintah kepada badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan nirlaba. Pengertian lainnya dapat ditemukan dalam Pasal 1 angka 1

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan (selanjutnya disebut Perpres Jaminan Kesehatan) menetapkan bahwa yang dimaksud dengan jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Jaminan kesehatan menurut Pasal 19 ayat 1 UU SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Prinsip asuransi sosial meliputi kegotongroyongan antara yang kaya dan yang miskin, yang sehat dan yang sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah; kepersertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif; iuran berdasarkan presentase upah atau penghasilan; bersifat nirlaba.

Tujuan diselenggarakannya jaminan kesehatan yaitu menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Keuntungan yang dapat diperoleh dari jaminan kesehatan nasional/asuransi kesehatan sosial antara lain memberikan manfaat yang komprehensif dengan premi yang terjangkau, asuransi kesehatan sosial menerapkan prinsip kendali biaya dan mutu, asuransi kesehatan sosial menjamin sustainability (kepastian pembiayaan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan), dan asuransi kesehatan sosial memiliki portabilitas sehingga dapat digunakan di seluruh wilayah Indonesia.<sup>6</sup>

Filosofi jaminan sosial sebagaimana dimaksud dalam UU No. 40/2004 berakar pada sistem kapitalisme karena jaminan sosial diterjemahkan sebagai strategi penyediaan cadangan dana mengatasi risiko ekonomi yang timbul secara sistemik dalam siklus ekonomi kapitalisme (krisis).<sup>7</sup> Jaminan sosial sebagaimana diamanatkan dalam UU No. 40/2004 diselenggarakan oleh empat badan penyelenggara yaitu, Perusahaan Perseroan (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek); Perusahaan Perseroan (Persero) Dana Tabungan dan Asuransi pegawai Negeri (Taspen); Perusahaan Perseroan (Persero)

---

<sup>6</sup> Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Buku Pegangan Sosialisasi: Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional* (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia).[14].

<sup>7</sup> Salamuddin Daeng, *Jaminan Sosial Dan Posisi Konstitusi UUD 1945* (Desember, Free Trade Watch 2011).

Asuransi Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI); Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Kesehatan (ASKES).

Dengan diundangkannya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (selanjutnya disebut UU No. 24/2011), badan penyelenggara program jaminan sosial, semula diselenggarakan empat badan penyelenggara jaminan sosial bertransformasi menjadi dua badan penyelenggara dan berbentuk menjadi bentuk badan hukum publik sebagaimana dinyatakan dalam Pasal 5 UU No. 24/2011 yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan tiga unsur penting yaitu bagaimana dana dikumpulkan, bagaimana risiko ditanggung secara bersama, dan bagaimana dana yang terkumpul digunakan seefisien dan seefektif mungkin.<sup>8</sup>

Penyelenggaraan jaminan kesehatan terdiri dari beberapa aspek yang saling berkaitan satu sama lainnya yaitu aspek regulasi, aspek kepesertaan, aspek manfaat dan iuran, dan aspek kesehatan. Semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran. Kelompok peserta BPJS kesehatan terdiri dari dua kelompok yaitu penerima bantuan iuran jaminan kesehatan dan bukan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan. Adapun manfaat yang diperoleh dari peserta BPJS dan keluarganya adalah setiap peserta berhak memperoleh jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif dan kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Manfaat jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud terdiri atas manfaat medis dan manfaat non-medis.

### **Latar Belakang dan Landasan Hukum Kartu Indonesia Sehat (KIS)**

Kesehatan merupakan hak daripada seluruh Warga Negara Indonesia, yang termaktub dalam tujuan negara, yakni memajukan kesejahteraan umum. Hal tersebut

---

<sup>8</sup> Normand Charles dan Axel Weber, *Social Health Insurance, A Guidebook For Planning* (2nd edn, ADB, GTZ, ILO, and WHO, VAS 2009).[16].

juga telah diatur dalam Konstitusi,<sup>9</sup> yakni Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (selanjutnya disebut UUD NRI 1945) sebagai *staatsverfassung* Bangsa Indonesia, serta peraturan perundang-undangan di Indonesia. Maka dari itu, Pemerintah sebagai wakil dan pelaksana kebijakan negara haruslah mampu mewujudkan masyarakat yang sehat dan sejahtera, karena dengan badan yang sehat, masyarakat bisa lebih produktif untuk bekerja dan mendukung negara mewujudkan cita-citanya.

Sebagai upaya untuk mewujudkan masyarakat yang sehat ini, pemerintah memang telah memulai agendanya sejak lama yakni pada tahun 1968. Pada saat itu, pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan yang secara jelas mengatur pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri dan Penerima Pensiun (PNS dan ABRI) beserta anggota keluarganya berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968. Pada saat itu pemerintah juga mendirikan Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (selanjutnya disingkat BPDPK) yang menjadi cikal bakal asuransi kesehatan nasional.

Pada tahun 1984, pemerintah kembali mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1984 yang menyatakan status badan penyelenggara diubah menjadi Perusahaan Umum Husada Bhakti. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991, maka pada tahun 1991 kepesertaan program jaminan pemeliharaan kesehatan yang dikelola Perum Husada Bhakti ditambah dengan Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya. Selain itu, dengan peraturan tersebut, perusahaan diijinkan memperluas jangkauan kepesertaannya ke badan usaha dan badan lainnya sebagai peserta sukarela.

Tahun 1992, Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992 status Perum kemudian diubah menjadi Perusahaan Perseroan (PT Persero) dengan mempertimbangkan fleksibilitas pengelolaan keuangan, kontribusi kepada Pemerintah dapat dinegosiasi untuk kepentingan pelayanan kepada peserta dan manajemen lebih mandiri. PT Askes (Persero) ini kemudian diberi tugas oleh

---

<sup>9</sup> Brian Thompson, *Textbook on Constitutional and Administrative Law* (3rd edn, Blackstone Ltd 1997).[3]; O. Hood Philips, *Constitutional and Administrative Law* (7th edn, Sweet and Maxwell 1987).[5]; I Dewa Gede Palguna, *Pengaduan Konstitusional: Upaya Hukum Terhadap Pelanggaran Hak-Hak Konstitusional Warga Negara* (Sinar Grafika 2013).[23].

Pemerintah melalui Departemen Kesehatan RI sebagai Penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PKMM/ASKESKIN) pada tahun 2005. Pada tanggal 1 Januari 2014, sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, PT Askes Indonesia (Persero) kemudian diubah menjadi BPJS Kesehatan.

Meski telah memiliki BPJS Kesehatan sebagai badan negara yang menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi masyarakat, namun pada tanggal 3 November 2014 tahun lalu, Presiden Joko Widodo mengeluarkan program kesehatan lain yang bernama Kartu Indonesia Sehat (selanjutnya disingkat KIS) Pasangan Jokowi-JK pada saat kampanye pernah menjanjikan, bahwa jika dirinya terpilih dan diberi amanah oleh Rakyat Indonesia untuk menjadi Presiden dan Wakil Presiden, maka akan membuat program untuk rakyat untuk menjamin kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan keluarga. Setelah terpilih dan belum lama menjabat sebagai Presiden janjinya pun ditepati. Presiden Jokowi telah resmi meluncurkan 3 (tiga) kartu sakti yang menjadi andalannya. Ketiga kartu tersebut diberi nama KIS, Kartu Indonesia Pintar (selanjutnya disingkat KIP) dan Kartu Keluarga Sejahtera (selanjutnya disingkat KKS).

Seperti disebutkan sebelumnya, KIS merupakan program yang dikeluarkan oleh Presiden Joko Widodo dan Wakil Presiden Jusuf Kalla untuk membuat rakyat lebih sehat dan sejahtera. Berselang 14 (empat belas) hari setelah dilantik sebagai Presiden RI ke-7, Joko Widodo resmi meluncurkan KIS bersamaan juga dengan KIP dan KKS. Saat itu kehadiran KIS ini memang banyak membuat orang kebingungan. Pasalnya pada saat KIS ini diluncurkan, sudah ada program Jaminan Kesehatan Nasional (selanjutnya disingkat JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (selanjutnya disingkat BPJS).

KIS merupakan kartu yang memiliki fungsi untuk memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis. Penggunaannya sendiri dapat menggunakan fungsi KIS ini di setiap fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjut. Kartu ini sendiri merupakan program yang bertujuan untuk melakukan perluasan dari program kesehatan yang sebelumnya yaitu BPJS Kesehatan yang telah diluncurkan oleh Mantan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono pada tanggal 1 Maret 2014 kemarin.

Sama-sama sebagai program fasilitas kesehatan dari negara, ternyata KIS dan BPJS Kesehatan memang memiliki perbedaan. Perbedaan utamanya sebenarnya nampak dengan jelas pada sasaran atau orang yang menerimanya. Jika BPJS merupakan sebuah program yang anggotanya harus mendaftar dan membayar iuran, maka KIS anggotanya diambil dari masyarakat yang tidak mampu dan pemberian kartunya ditetapkan oleh pemerintah serta pembayaran iurannya ditanggung oleh pemerintah. Perbedaan lain dari BPJS dan KIS adalah:

1. KIS merupakan jaminan kesehatan yang diperuntukan bagi masyarakat yang tidak mampu, sedangkan BPJS yaitu sebuah badan atau lembaga yang menyelenggarakan dan mengelola jaminan kesehatan tersebut;
2. KIS hanya diperuntukan bagi seseorang yang di mana kondisinya sangat lemah, sedangkan BPJS merupakan jaminan kesehatan yang diwajibkan bagi setiap Warga Negara Indonesia baik yang mampu atau pun tidak mampu. Bagi rakyat yang tidak mampu, iurannya ditanggung oleh pemerintah;
3. Pemakaian KIS dapat dilakukan di mana saja, baik di klinik, puskesmas atau di rumah sakit mana pun yang ada di Indonesia. Sedangkan pemakaian BPJS hanya berlaku di klinik atau puskesmas yang telah didaftarkan saja;
4. KIS dapat digunakan tidak hanya untuk pengobatan saja, tetapi juga dapat digunakan untuk melakukan pencegahan. Sedangkan penggunaan BPJS hanya dapat digunakan jika kondisi kesehatan peserta sudah benar-benar sakit atau harus dirawat;
5. KIS merupakan jenis jaminan kesehatan yang mendapatkan subsidi dari pemerintah, sedangkan pengguna BPJS diwajibkan untuk membayar iuran setiap bulannya dengan jumlah yang telah ditentukan.

KIS merupakan perluasan dari Jaminan Kesehatan Nasional JKN yang di jalankan oleh BPJS Kesehatan. Apabila ada sebuah keluarga pemegang kartu KIS dia sudah termasuk peserta BPJS Kesehatan termasuk anak-anaknya. KIS ini ditujukan bagi masyarakat yang tidak mampu yang seharusnya masuk peserta Penerima Bantuan Iuran (selanjutnya disingkat PBI) dalam BPJS Kesehatan namun belum terjangkau. KIS memiliki kelebihan, yaitu bisa menanggung Penyandang

Masalah Kesejahteraan Sosial (selanjutnya disingkat PMKS). JKN yang sering dipakai oleh masyarakat Indonesia untuk berobat, dapat digunakan kembali oleh anggota KIS. KIS merupakan program yang terintegrasi dengan JKN, sistem yang digunakan untuk pelayanan kesehatan KIS sama dengan peserta JKN lainnya. Jadi setiap masyarakat dapat menggunakannya sesuai peraturan, namun memang nama kartunya saja yang berbeda yaitu KIS. KIS memberikan tambahan manfaat, layanan preventif, promotif dan deteksi dini yang akan dilaksanakan secara lebih intensif dan terintegrasi. KIS juga memberikan jaminan bahwa pelayanan oleh fasilitas kesehatan tidak membedakan peserta berdasarkan status sosial. Perlu ditegaskan bahwa layanan kesehatan bagi pasien pemegang kartu lain yang dikeluarkan BPJS berlangsung seperti biasa dengan manfaat yang sama dengan pemegang KIS. Penggantian Kartu BPJS menjadi KIS akan berlangsung bertahap.

Adapun dipilihnya KIS, karena masih banyak masyarakat miskin yang belum mempunyai kartu BPJS sehingga dengan ini diharapkan semua lapisan masyarakat bisa menikmati akses kesehatan dengan mudah. Para penerima KIS tidak memerlukan administrasi yang sulit karena para gelandangan, pengamen, serta pengemis pun dapat memilikinya meskipun mereka tidak mempunyai data yang lengkap. Dengan KIS ini diharapkan semua pihak tidak ada lagi diskriminasi dalam penanganan kesehatan. Implementasi dari KIS adalah Negara akan siap menjamin hak dari setiap masyarakatnya untuk mendapatkan akses kesehatan tanpa terkecuali seperti apa yang telah diamanatkan UUD NRI 1945 yang juga menjadi tujuan Negara. KIS Pada tahap pertama sampai akhir 2014 akan dibagikan ke 19 Provinsi. Sedangkan provinsi lainnya akan disalurkan pada tahap selanjutnya. Pada 2015, diharapkan seluruh penduduk prasejahtera di Indonesia sudah memiliki kartu tersebut.

Pendistribusian akan dibantu oleh PT Pos Indonesia dan perbankan nasional yaitu Bank Mandiri. Adapun keluarga miskin yang menjadi penerima bantuan iuran JKN, yaitu sebanyak 86,4 jiwa, akan tetap ditanggung dengan Kartu Indonesia Sehat. Namun, anak dari keluarga miskin bisa langsung menggunakan KIS tanpa harus mendaftar lagi. Jumlah penerima KIS bertambah karena juga menanggung

penyanggah masalah kesejahteraan sosial yang selama ini tak masuk data penerima bantuan iuran seperti para gelandangan dibawah jembatan.

Kendala dan hambatan KIS ini adalah dari data yang akan diberikan masih kurang valid. Banyak pihak yang mempertanyakan dari mana pemerintah menyimpulkan data masyarakat miskin yang notabene makin tahun makin bertambah. Kita tentu tidak ingin bahwa KIS ini yang semula ditujukan untuk niat baik malah menjadi boomerang yang bisa menimbulkan permusuhan. Kendala lainnya adalah belum adanya sosialisasi tentang program tersebut sehingga banyak masyarakat maupun pihak-pihak yang nantinya terlibat belum paham betul dengan maksud baik ini. Hambatan lain dirasa bahwa dana yang dikeluarkan sangat tinggi dikhawatirkan nantinya akan menimbulkan pembengkakan terhadap pengeluaran nasional.

Program KIS yang dicanangkan oleh Presiden Joko Widodo merupakan program jaminan Kesehatan yang berlaku secara nasional dalam kerangka Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Program KIS secara regulasi sebenarnya sejalan dengan yang tercantum dalam:

- a) Pasal 15 ayat 1 UU SJSN “bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib memberikan nomor identitas tunggal kepada setiap peserta dan anggota keluarganya”.
- b) Pasal 13 huruf (a) UU BPJS “bahwa dalam melaksanakan tugasnya, BPJS berkewajiban untuk memberikan nomor identitas tunggal kepada peserta”.
- c) Pasal 8 Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2011 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan bahwa “BPJS Kesehatan wajib memberikan nomor identitas tunggal kepada peserta jaminan kesehatan yang telah didaftarkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan”.

Program KIS merupakan program percepatan kepesertaan semesta jaminan kesehatan yang sejalan dengan SJSN. Melalui KIS maka jaminan kesehatan *universal coverage* dapat diwujudkan dalam waktu yang cepat sehingga tidak harus menunggu sampai 2019. KIS merupakan pelaksana amanat dari beberapa regulasi dengan kewajiban penyelenggara Jaminan Kesehatan dalam memberikan

identitas tunggal kepada peserta dan anggota keluarganya. Pada program KIS maka pemenuhan hak-hak penduduk untuk mendapatkan jaminan kesehatan yang merupakan hak dasar tercapai. KIS merupakan program penyempurnaan pelaksanaan SJSN bidang jaminan kesehatan agar sejalan dengan SJSN maka supaya tidak ada tumpang tindih harus ada pengaturan dalam memberikan kewenangan dibidang regulasi, pengawasan dan penyelenggaraannya. Hal ini perlu dilakukan agar antara Kementerian Kesehatan, Kementrian Sosial, Sistem Jaminan Sosial Nasional dan BPJS Kesehatan bisa sejalan membuat suatu aturan, sehingga secara pragmatik dengan KIS, seluruh program Jaminan Kesehatan dapat terintegrasikan dalam SJSN-BPJS Kesehatan

#### **Akibat Hukum Pelaksanaan Program Kartu Indonesia Sehat (KIS) terhadap Usaha Perasuransian Swasta dan Jaminan Sosial Pemerintah yang Telah Dulu Ada.**

Pertumbuhan ekonomi mendukung pertumbuhan asuransi pada suatu negara. Pada negara maju, industri jasa perasuransian memegang peranan yang besar dalam perekonomian negara. Peranan yang penting tersebut membuat hampir tidak ada kegiatan perekonomian pada negara maju yang tidak berhubungan dengan jasa perasuransian, mulai dari kegiatan perorangan, keluarga, korporasi dan negara. Pada negara maju industri asuransi bahkan lebih kuat dari sektor perbankan. Industri asuransi menjadi salah satu sumber pendanaan pembangunan yang besar. Industri asuransi juga memiliki peran strategis dalam mendorong pembangunan di kawasan ASEAN. Sebagai contoh, asuransi selama ini telah menjadi salah satu sumber pendanaan bagi penerbitan obligasi baik oleh pemerintah maupun swasta untuk membiayai pembangunan maupun ekspansi usaha. Itu sebabnya, dengan berkembangnya perusahaan-perusahaan asuransi, maka negara-negara di ASEAN akan memiliki lebih banyak sumber pendanaan bagi pembangunannya.

Pertumbuhan industri asuransi di Indonesia merupakan salah satu hal yang sedang berkembang. Dalam laporannya, *fitch ratings* juga menunjukkan bahwa pada tahun 2014, industri asuransi di Indonesia, baik itu asuransi jiwa maupun

industri asuransi umum akan tumbuh secara stabil.<sup>10</sup> Industri asuransi di Indonesia masih menawarkan peluang pertumbuhan yang menarik serta didukung oleh pertumbuhan kelas menengah. Tingginya pertumbuhan kelas menengah tersebut akan memunculkan dampak meningkatnya permintaan akan produk-produk asuransi. Tetapi perlu diakui bahwa sangat sulit meyakinkan masyarakat terhadap pentingnya asuransi bagi diri pribadi, keluarga maupun harta benda. Meskipun demikian hal ini tidak menyurutkan semangat usaha perasuransian untuk terus melakukan inovasi dengan mengeluarkan produk asuransi yang lebih menarik bagi calon tertanggung. Hal ini dilakukan agar tingkat kesadaran masyarakat Indonesia untuk berasuransi meningkat. Makin meningkatnya kesadaran masyarakat untuk berasuransi, membuat makin banyaknya perusahaan asuransi yang menawarkan berbagai produknya dalam rangka membagi resiko atas kemungkinan terjadinya peristiwa tidak pasti. Usaha asuransi adalah usaha jasa keuangan yang dengan menghimpun dana masyarakat melalui pengumpulan premi asuransi memberikan perlindungan kepada anggota masyarakat pemakai jasa asuransi terhadap kemungkinan timbulnya kerugian karena suatu peristiwa tidak pasti atau terhadap hidup atau meninggalnya seseorang. Selain usaha perasuransian yang berbentuk konvensional, terdapat pula usaha perasuransian yang berdasarkan syariah.

Salah satu tujuan dari diadakannya perjanjian asuransi adalah peralihan resiko dari tertanggung kepada penanggung. Menurut teori pengalihan risiko (*risk transfer theory*), tertanggung menyadari bahwa ada ancaman bahaya terhadap jiwa dan/atau harta benda. Jika bahaya tersebut menimpa jiwanya, dia akan menderita kerugian atau korban jiwa atau cacat raga, hal tersebut akan mempengaruhi perjalanan hidup penerima manfaat atau ahli warisnya.<sup>11</sup> Untuk mengurangi atau menghilangkan beban resiko tersebut, pihak tertanggung berupaya mencari jalan agar ada pihak lain (penanggung) yang bersedia mengambil alih beban resiko dan sebagai imbalannya dia sanggup membayar kontra prestasi yang disebut premi. Tertanggung mengadakan perjanjian asuransi dengan tujuan mengalihkan resiko

---

<sup>10</sup> Dinna Winedar, 'Perkiraan Pertumbuhan Industri Asuransi Di Indonesia' <[www.imoney.com](http://www.imoney.com).> accessed 1 January 2014.

<sup>11</sup> Abdul Kadir Muhammad, *Hukum Asuransi Indonesia* (Citra Aditya Bakti 2006).[12].

yang mungkin akan diderita tertanggung. Dengan harapan nantinya penanggung akan memberikan uang pertanggungan apabila terjadi peristiwa tidak pasti. Akan tetapi untuk mendapatkan pembayaran uang pertanggungan, penerima manfaat yang ditunjuk harus mengajukan klaim kepada penanggung terlebih dahulu dengan memenuhi syarat-syarat yang telah diatur di dalam polis, karena pada pokoknya tidak semua permohonan klaim yang diajukan secara otomatis akan dibayarkan oleh penanggung. Pembayaran klaim asuransi oleh penanggung pada dasarnya harus memenuhi asas-asas yang ada dalam Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD) yaitu asas itikad baik, asas kepentingan, asas subrogasi dan asas indemnity.

Asuransi atau pertanggungan, menurut Pasal 246 KUHD didefinisikan sebagai berikut:

”Asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian, dengan mana seorang penanggung mengikatkan 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 dalam Pasal 1 ayat 1 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 Tentang Perasuransian (selanjutnya disebut dengan UU Perasuransian), didefinisikan sebagai berikut:

”Asuransi adalah perjanjian antara dua pihak, yaitu perusahaan asuransi dan pemegang polis, yang menjadi dasar bagi penerimaan premi oleh perusahaan asuransi sebagai imbalan untuk memberikan penggantian kepada tertanggung atau pemegang polis karena kerugian, kerusakan, biaya yang timbul, kehilangan keuntungan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita tertanggung atau pemegang polis karena terjadinya suatu peristiwa yang tidak pasti atau memberikan pembayaran yang didasarkan pada meninggalnya tertanggung atau pembayaran yang didasarkan pada hidupnya tertanggung dengan manfaat yang besarnya telah ditetapkan dan/atau didasarkan pada hasil pengelolaan dana”.

Sehingga dari pasal tersebut diatas, pada pokoknya terdapat dua jenis asuransi yaitu asuransi kerugian (*schade verzekering*), yang meliputi asuransi kebakaran, asuransi pertanian, asuransi laut, serta asuransi pengangkutan dan asuransi jumlah (*sommen verzekering*), meliputi asuransi jiwa dan asuransi kesehatan.

Ada beberapa hal mendasar yang membedakan antara asuransi jumlah dengan asuransi kerugian. Perbedaan pertama terletak pada konsep penerapan suatu peristiwa tidak pasti. Pada asuransi jumlah, suatu peristiwa dikatakan sebagai peristiwa tidak pasti apabila terjadi gangguan terhadap kesehatan tertanggung atau kematian tertanggung selama tenggang waktu yang disebutkan dalam polis, hal ini berbeda dalam asuransi kerugian. Pada asuransi kerugian, suatu peristiwa dikatakan sebagai peristiwa tidak pasti apabila pada masa tenggang waktu yang tersebut dalam polis terjadi hal-hal yang mengakibatkan kerugian pada obyek yang diasuransikan, misalnya obyek asuransi tersebut hilang, rusak atau terbakar. Perbedaan kedua terletak pada penetapan besarnya uang pertanggungan. Untuk asuransi jumlah, besar uang pertanggungan telah ditetapkan terlebih dahulu, sedangkan pada asuransi kerugian besarnya uang pertanggungan dihitung dengan cara membandingkan harga barang yang rusak sebagai akibat hilang atau terbakar dengan harga barang sebelum timbul kehilangan atau kebakaran.

Untuk hukum asuransi kita mengenal berbagai macam istilah, ada yang mempergunakan istilah hukum pertanggungan, dalam bahasa Belanda disebut *verzekering recht*, dan dalam istilah bahasa Inggris disebut *insurance law*, sedangkan dalam praktek sejak zaman Hindia Belanda sampai sekarang banyak dipakai orang istilah asuransi (*assurantie*).<sup>12</sup> Selain pengelompokan menurut jenis usahanya, usaha asuransi dapat pula dibagi berdasarkan sifat dari penyelenggaraan usahanya menjadi 2 (dua) kelompok, yaitu usaha asuransi sosial dalam rangka penyelenggaraan program asuransi sosial yang bersifat wajib (*compulsory*) berdasarkan undang-undang dan memberikan perlindungan dasar untuk kepentingan masyarakat dan usaha asuransi komersil dalam rangka penyelenggaraan program asuransi kerugian dan asuransi jiwa yang bersifat kesepakatan (*voluntary*) berdasarkan kontrak asuransi dengan tujuan memperoleh keuntungan (motif ekonomi).

Sesuai dengan pokok bahasan dalam penelitian ini, BPJS dan KIS merupakan kategori asuransi sosial wajib dimana dalam Pasal 1 butir 32 UU Perasuransian, dijelaskan bahwa:

---

<sup>12</sup> Abdul Muis, *Hukum Asuransi Dan Bentuk-Bentuk Perasuransian* (Fakultas Hukum USU 2005).[1].

“Program Asuransi Sosial Wajib adalah program yang diwajibkan peraturan perundang-undangan bagi seluruh atau kelompok tertentu dalam masyarakat guna mendapatkan perlindungan dan risiko tertentu, tidak termasuk program yang diwajibkan undang-undang untuk memberikan perlindungan dasar bagi masyarakat dengan mekanisme subsidi silang dalam penetapan manfaat dan Premi atau Kontribusinya”.

Oleh karena itu, asuransi sosial mempunyai ciri-ciri khusus, Asuransi Sosial secara umum meliputi penanggung (biasanya suatu organisasi dibawah wewenang pemerintah), tertanggung (biasanya masyarakat luar anggotaatau golongan masyarakat tertentu), risiko (suatu kerugian yang sudah diatur dan ditentukan lebih dahulu), wajib (berdasarkan suatu ketentuan undang-undang atau peraturan lain).

Dengan demikian ketika program BPJS dan KIS hadir di tengah-tengah masyarakat, banyak anggapan bahwa program pemerintah ini akan menggeser keberadaan dari perusahaan-perusahaan asuransi yang telah hadir lebih dulu dalam rangka melayani kebutuhan asuransi di Indonesia. Kekhawatiran perusahaan asuransi swasta akan tergerus oleh kehadiran BPJS dinilai hanya ketakutan yang mengada-ada, dikarenakan pangsa pasar keduanya sangat berbeda. BPJS lebih terfokus pada asuransi kesehatan dan ketenagakerjaan, sementara diluar itu pasar asuransi masih terbuka lebar. Kehadiran BPJS tidak akan menggerus keberadaan perusahaan asuransi swasta dan tidak akan mengakibatkan konsistensi perasuransian swasta memburuk.

Berdasarkan uraian tersebut diatas KIS bukanlah saingan dari asuransi swasta yang telah ada. Tujuan dari dibuatnya KIS bukanlah untuk menggerus perasuransian swasta dikarenakan segmen yang berbeda antara KIS dan asuransi swasta. Sebaliknya asuransi swasta dapat memanfaatkan celah yang ada pada KIS, yaitu dengan mengcover apa yang tidak dicover oleh KIS. Saat ini antara pemerintah sebagai pengelola KIS dan asuransi swasta saling bersinergi. Pemerintah menggandeng perasuransian swasta guna menutupi kelemahan yang ada pada KIS, yang semua hal itu dilakukan dengan tujuan bersama dari kedua belah pihak yaitu sama-sama melayani masyarakat sepenuhnya. Saat ini pemerintah mengajak asuransi swasta untuk menjadi mitra dari pemerintah dalam mensukseskan program KIS.

Saat ini BPJS yang juga sebagai badan pelaksana dari KIS menjalin kerjasama dengan 6 perusahaan asuransi swasta untuk menjalankan mekanisme koordinasi manfaat atau yang lebih dikenal dengan *Coordination of Benefit* (COB). Asuransi swasta yang menjalinkerjasama tersebut adalah PT Asuransi Sinar Mas, PT Asuransi Mitra Maparya, PT Asuransi AXA Mandiri Financial Service, PT Asuransi AXa Financial Indonesia, PT Asuransi Lippo General Insurance. Kerjasama semacam ini ditujukan untuk memenuhi keinginan masyarakat yang menginginkan ruang perawatan yang lebih tinggi daripada yang ditanggung BPJS Kesehatan. Hal ini dikarenakan ruang perawatan di fasilitas kesehatan tingkat lanjut seperti rumah sakit, BPJS Kesehatan hanya mencakup ruang perawatan paling tinggi kelas I. Mekanisme COB ini mengacu pada Pasal 24 Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan yang disempurnakan lewat Perpres Nomor 111 Tahun 2013 “Peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya dapat meningkatkan haknya dengan mengjjikuti asuransi kesehatan tambahan”.

### **Kesimpulan**

KIS merupakan pelaksana amanat dari beberapa regulasi dengan kewajiban penyelenggara Jaminan Kesehatan dalam memberikan identitas tunggal kepada peserta dan anggota keluarganya. Dengan adanya program KIS maka pemenuhan hak-hak penduduk untuk mendapatkan jaminan kesehatan yang merupakan hak dasar tercapai. KIS merupakan program penyempurnaan pelaksanaan SJSN bidang jaminan kesehatan agar sejalan dengan SJSN maka supaya tidak ada tumpang tindih harus ada pengaturan dalam memberikan kewenangan dibidang regulasi, pengawasan dan penyelenggaraannya. Hal ini perlu dilakukan agar antara Kementerian Kesehatan, Kementrian Sosial, Sistem Jaminan Sosial Nasional dan BPJS Kesehatan bisa sejalan membuat suatu aturan, sehingga secara pragmatik dengan KIS, seluruh program Jaminan Kesehatan dapat terintregasikan dalam SJSN-BPJS Kesehatan.

KIS bukanlah saingan dari asuransi swasta yang telah ada. Tujuan dari dibuatnya KIS bukanlah untuk menggerus perasuransian swasta dikarenakan

segmen yang berbeda antara KIS dan asuransi swasta. Sebaliknya asuransi swasta dapat memanfaatkan celah yang ada pada KIS, yaitu dengan mengcover apa yang tidak dicover oleh KIS. Sehingga saran yang dapat peneliti berikan adalah dengan tetap memaksimalkan keberadaan BPJS sehingga diharapkan pada tahun 2019 semua WNI telah menjadi anggota BPJS. Membuat payung hukum terhadap keberadaan KIS sehingga dalam pelaksanaannya menjadi jelas atau tidak tumpang tindih dengan BPJS (membuat aturan lebih jelas terkait hal-hal yang tercover dan tidak tercover).

### **Daftar Bacaan**

#### **Buku**

Abdul Muis, *Hukum Asuransi Dan Bentuk-Bentuk Perasuransian* (Fakultas Hukum USU 2005).

Abdul Kadir Muhammad, *Hukum Asuransi Indonesia* (Citra Aditya Bakti 2006).

Brian Thompson, *Textbook on Constitutional and Administrative Law* (3rd edn, Blackstone Ltd 1997).

IDewa Gede Palguna, *Pengaduan Konstitusional: Upaya Hukum Terhadap Pelanggaran Hak-Hak Konstitusional Warga Negara* (Sinar Grafika 2013).

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, *Buku Pegangan Sosialisasi: Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional* (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia).

Normand Charles dan Axel Weber, *Social Health Insurance, A Guidebook For Planning* (2nd edn, ADB, GTZ, ILO, and WHO, VAS 2009).

O. Hood Philips, *Constitutional and Administrative Law* (7th edn, Sweet and Maxwell 1987).

Salamuddin Daeng, *Jaminan Sosial Dan Posisi Konstitusi UUD 1945* (Desember, Free Trade Watch 2011).

Sentosa Serimbing, *Hukum Asuransi* (Nuansa Aulia 2014).

**Jurnal**

Zahry Vandawati Chumaida, 'Menciptakan Itikad Baik Yang Berkeadilan Dalam Kontrak Asuransi Jiwa' (2014) 29 Yuridika.

**Laman**

Aras Utami, 'Penerapan Asuransi Kesehatan Sosial Di Indonesia, Sesuikah ?' <<http://www.kpmak-ugm.org>.> accessed 14 February 2016.

Dinna Winedar, 'Perkiraan Pertumbuhan Industri Asuransi Di Indonesia' <[www.imoney.com](http://www.imoney.com).> accessed 1 January 2014.

Putu Merta Surya Putra, 'Apa Itu Kart Indonesia Sehat Dan Kartu Indonesia Pintar' <[Liputan6.com](http://Liputan6.com).> accessed 14 February 2016.

**HOW TO CITE:** Zahry Vandawati,*[et.,al.]*, 'Aspek Hukum Kartu Indonesia Sehat' (2016) 31 Yuridika.