

KEBIJAKAN BPJS KESEHATAN DALAM PENJAMINAN BIAYA KECELAKAAN LALU LINTAS TUNGGAL: ANALISIS HUKUM PERDATA ATAS BATASAN TANGGUNG JAWAB DAN SYARAT LAPORAN POLISI

Gunawan Widjaja

Senior Lecturer, Faculty of Law Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta,
widjaja_gunawan@yahoo.com

Abstract

This article analyses BPJS Kesehatan's policy on the coverage of costs arising from single-vehicle road traffic accidents, focusing on the limits of liability and the requirement for a police report from a civil law perspective. This study is important because, in practice, the coverage of single-vehicle accidents often gives rise to legal and administrative issues, particularly regarding active membership status, accident classification, relationships with other insurers, and the obligation to submit a police report as the basis for claim verification. Normatively, BPJS Kesehatan provides health insurance within the framework of the National Social Security System and the provisions on Health Insurance set out in Presidential Regulation No. 82 of 2018 and its amendments, whilst the practice of accident coverage indicates that victims of single-vehicle road traffic accidents are, in principle, eligible for coverage provided they meet certain conditions, including that the accident is not a work-related accident and that they are not covered under another insurer's scheme. This study employs a literature review method using a normative legal approach. The results of the analysis indicate that BPJS Kesehatan's liability in single-vehicle accidents is limited and conditional, rather than absolute, as it depends on the participant's active status, the type of accident, and the outcome of administrative verification. In this context, the police report plays a crucial role as an initial verification tool for determining the chronology, cause and classification of the accident, whilst also establishing the authorised insurer responsible for covering the costs of healthcare services. From a civil law perspective, the requirement for a police report can be justified as an instrument of administrative evidence and legal certainty; however, its application must be proportionate so as not to become an obstacle to participants' rights to access healthcare services. This article emphasises that BPJS Kesehatan's policies must be implemented with a balance between legal certainty, participant protection and administrative efficiency, so that the objectives of social security in the health sector are achieved.

Keywords: BPJS Kesehatan, single-vehicle road traffic accident, police report, civil law, cost coverage, health insurance.

Abstrak

Artikel ini menganalisis kebijakan BPJS Kesehatan dalam penjaminan biaya kecelakaan lalu lintas tunggal dengan fokus pada batasan tanggung jawab dan syarat laporan polisi dalam perspektif hukum perdata. Kajian ini penting karena penjaminan kecelakaan tunggal dalam praktik sering menimbulkan persoalan hukum dan administratif, terutama terkait status kepesertaan aktif, klasifikasi kecelakaan, hubungan dengan penjamin lain, serta kewajiban melampirkan laporan polisi sebagai dasar verifikasi klaim. Secara normatif, BPJS Kesehatan menyelenggarakan jaminan kesehatan berdasarkan

kerangka Sistem Jaminan Sosial Nasional dan ketentuan Jaminan Kesehatan yang diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 beserta perubahannya, sementara praktik penjaminan kecelakaan menunjukkan bahwa korban kecelakaan lalu lintas tunggal pada prinsipnya dapat dijamin apabila memenuhi syarat tertentu, termasuk tidak termasuk kecelakaan kerja dan tidak berada dalam skema tanggungan penjamin lain. Penelitian ini menggunakan metode kajian pustaka dengan pendekatan yuridis normatif. Hasil analisis menunjukkan bahwa tanggung jawab BPJS Kesehatan dalam kecelakaan tunggal bersifat terbatas dan bersyarat, bukan tanggung jawab mutlak, karena bergantung pada keaktifan peserta, jenis kecelakaan, dan hasil verifikasi administratif. Laporan polisi dalam konteks ini memiliki kedudukan penting sebagai alat verifikasi awal untuk menentukan kronologi, penyebab, dan klasifikasi kecelakaan, sekaligus untuk menetapkan pihak penjamin yang berwenang menanggung biaya pelayanan kesehatan. Dari perspektif hukum perdata, syarat laporan polisi dapat dibenarkan sebagai instrumen pembuktian administratif dan kepastian hukum, tetapi penerapannya harus proporsional agar tidak berubah menjadi hambatan terhadap hak peserta untuk memperoleh layanan kesehatan. Artikel ini menegaskan bahwa kebijakan BPJS Kesehatan perlu dijalankan dengan keseimbangan antara kepastian hukum, perlindungan peserta, dan efisiensi administrasi agar tujuan jaminan sosial di bidang kesehatan tetap tercapai.

Kata kunci: BPJS Kesehatan, kecelakaan lalu lintas tunggal, laporan polisi, hukum perdata, penjaminan biaya, jaminan kesehatan.

Pendahuluan

Kecelakaan lalu lintas tunggal sering menimbulkan persoalan hukum yang tidak sederhana, terutama ketika korban mengajukan klaim pembiayaan pelayanan kesehatan melalui BPJS Kesehatan. Dalam praktiknya, peserta kerap berhadapan dengan syarat administratif yang dianggap teknis, tetapi sebenarnya memiliki konsekuensi hukum yang besar, seperti kewajiban melampirkan laporan polisi. Situasi ini memunculkan pertanyaan tentang sejauh mana BPJS Kesehatan wajib menanggung biaya perawatan korban kecelakaan tunggal, serta apakah syarat laporan polisi sejalan dengan prinsip perlindungan hukum dan keadilan bagi peserta jaminan kesehatan (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011; Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018).

Dalam konteks hukum perdata, hubungan antara peserta dan BPJS Kesehatan dapat dipahami sebagai hubungan hukum yang menimbulkan hak dan kewajiban timbal balik. Peserta berhak memperoleh pelayanan kesehatan sesuai ketentuan, sedangkan BPJS Kesehatan berkewajiban membayar biaya pelayanan yang menjadi tanggung jawabnya. Namun, hak tersebut tidak bersifat absolut karena dibatasi oleh aturan normatif, klasifikasi kasus, dan mekanisme koordinasi dengan lembaga lain, terutama dalam perkara kecelakaan lalu lintas (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018). Kecelakaan lalu lintas tunggal memiliki karakteristik berbeda dengan kecelakaan yang melibatkan dua pihak atau lebih. Pada kecelakaan tunggal, tidak selalu

terdapat pihak lawan yang dapat dimintai pertanggungjawaban secara langsung, sehingga proses penentuan penanggung biaya menjadi lebih kompleks. Kompleksitas ini memunculkan kebutuhan akan kejelasan norma mengenai lembaga mana yang menanggung biaya perawatan, dalam keadaan apa BPJS Kesehatan dapat digunakan, dan kapan peserta harus menanggung sendiri risiko tersebut (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 22 Tahun 2009).

Masalah lain yang tidak kalah penting adalah syarat laporan polisi sebagai dasar klaim. Dalam banyak kasus, laporan polisi diposisikan sebagai alat bukti administratif untuk memastikan bahwa peristiwa kecelakaan benar-benar terjadi dan dapat diverifikasi. Secara teoritis, syarat ini dapat dipahami sebagai mekanisme kehati-hatian agar pembiayaan jaminan sosial tidak disalahgunakan. Namun, dari sisi hak peserta, syarat tersebut bisa menjadi hambatan jika korban berada dalam kondisi darurat, tidak sempat membuat laporan, atau tidak mengetahui prosedur yang harus ditempuh (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018).

Persoalan ini juga harus dilihat dari prinsip tanggung jawab dalam hukum perdata. Tanggung jawab hukum tidak hanya berkaitan dengan siapa yang wajib membayar, tetapi juga dengan dasar pembebanan risiko dan pembagian kerugian secara adil. Dalam konteks kecelakaan lalu lintas tunggal, pembagian risiko antara peserta, BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, dan lembaga penjamin lain perlu dianalisis secara normatif agar tidak terjadi kekosongan hukum. Apabila aturan yang berlaku tidak memberikan kejelasan, maka peserta berada dalam posisi yang rentan karena harus menanggung beban biaya sebelum status klaimnya diputuskan (Khasanah dkk., 2023). Selain itu, problem penjaminan biaya kecelakaan tunggal juga berhubungan dengan fungsi sosial negara dalam bidang kesehatan. Negara berkewajiban memastikan bahwa setiap warga negara memperoleh perlindungan kesehatan tanpa diskriminasi, termasuk saat mengalami kecelakaan yang tidak disengaja. Namun, dalam praktiknya, kebijakan jaminan sering dihadapkan pada pembatasan administratif yang membuat perlindungan itu tidak selalu mudah diakses. Hal ini menimbulkan ketegangan antara idealisme jaminan sosial dan realitas birokrasi (Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945; Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004).

Dari sudut pandang akademik, kajian mengenai kebijakan BPJS Kesehatan dalam penjaminan biaya kecelakaan lalu lintas tunggal masih relevan dan penting. Kajian ini dapat mempertemukan dua ranah sekaligus, yaitu hukum jaminan sosial dan hukum perdata, sehingga menghasilkan analisis yang lebih utuh mengenai batas tanggung jawab dan syarat pembuktian administratif. Fokus pada laporan polisi juga penting karena syarat ini sering diperlakukan sebagai hal teknis, padahal dampaknya langsung terhadap akses korban terhadap pelayanan kesehatan (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018).

Berangkat dari latar belakang tersebut, artikel ini perlu menelaah dua persoalan utama. Pertama, bagaimana batasan tanggung jawab BPJS Kesehatan dalam

penjaminan biaya kecelakaan lalu lintas tunggal. Kedua, bagaimana kedudukan syarat laporan polisi ditinjau dari perspektif hukum perdata dan perlindungan peserta jaminan kesehatan. Kedua persoalan ini saling berkaitan karena penentuan tanggung jawab tanpa kejelasan bukti administratif dapat menimbulkan ketidakpastian dalam pelaksanaan klaim. Dengan analisis yang sistematis, artikel ini diharapkan mampu memberikan gambaran yang lebih jelas mengenai arah kebijakan yang adil, rasional, dan sesuai dengan prinsip perlindungan hukum bagi peserta BPJS Kesehatan.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan kajian pustaka sebagai metode penelitian, yaitu dengan menelaah berbagai sumber tertulis yang relevan seperti peraturan perundang-undangan, buku, jurnal nasional dan internasional, dan dokumen lainnya (Eliyah & Aslan, 2025). Pendekatan yang digunakan adalah yuridis normatif, karena penelitian ini berfokus pada analisis norma hukum, asas hukum, dan sinkronisasi antarperaturan untuk menilai batas tanggung jawab BPJS Kesehatan serta syarat administratif dalam penjaminan klaim. Data dikumpulkan melalui studi kepustakaan, lalu dianalisis secara kualitatif dengan cara mengelompokkan, membandingkan, dan menafsirkan bahan hukum primer dan sekunder secara sistematis agar diperoleh kesimpulan yang logis, relevan, dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah (Zed, 2008).

Hasil dan Pembahasan

Batasan Tanggung Jawab BPJS Kesehatan dalam Kecelakaan Lalu Lintas Tunggal

Dalam sistem jaminan sosial nasional, BPJS Kesehatan dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi setiap peserta yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Perpres No. 82 Tahun 2018 menegaskan bahwa jaminan kesehatan adalah perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan, sehingga titik tolak tanggung jawab BPJS ada pada status kepesertaan dan ruang lingkup manfaat yang dijamin (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018; Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004).

Tanggung jawab BPJS Kesehatan dalam kasus kecelakaan lalu lintas tunggal tidak dapat dibaca secara terpisah dari struktur pembagian penjaminan dalam hukum positif Indonesia. Dalam praktik penjaminan kecelakaan, terdapat perbedaan antara kecelakaan tunggal, kecelakaan ganda, kecelakaan kerja, dan kecelakaan pada moda angkutan umum resmi, sehingga BPJS hanya masuk dalam ruang tanggung jawab tertentu yang dibatasi oleh jenis peristiwa hukumnya (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 22 Tahun 2009; Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018).

Batas pertama terletak pada status peserta aktif. Dalam praktik yang dijelaskan BPJS Kesehatan, korban kecelakaan lalu lintas tunggal dapat dijamin apabila terdaftar sebagai peserta JKN aktif, sedangkan peserta yang tidak aktif tidak dapat memperoleh penjaminan atas biaya perawatannya. Ini sejalan dengan desain jaminan sosial yang mensyaratkan kepesertaan aktif sebagai dasar lahirnya hak atas manfaat (Yuditia dkk., 2021).

Batas kedua adalah bahwa kecelakaan tersebut harus benar-benar dikualifikasikan sebagai kecelakaan lalu lintas tunggal. Untuk klaim pelayanan kesehatan dapat diajukan kepada BPJS Kesehatan khusus untuk kecelakaan tunggal, yaitu kecelakaan yang tidak melibatkan kendaraan lain. Penegasan ini penting karena jika suatu peristiwa ternyata melibatkan pihak lain, maka konstruksi penjaminannya berubah dan BPJS tidak lagi berada pada posisi penjamin utama (Trisnawati & Afrita, 2024).

Batas ketiga adalah bahwa kecelakaan tunggal tersebut bukan kecelakaan kerja. Perpres No. 82 Tahun 2018 menyebutkan bahwa kecelakaan kerja sebagai kecelakaan yang terjadi dalam hubungan kerja, termasuk perjalanan dari rumah menuju tempat kerja atau sebaliknya. Karena itu, kecelakaan dalam perjalanan kerja atau commuting accident tidak dibebankan kepada BPJS Kesehatan, melainkan masuk ke rezim penjaminan kecelakaan kerja sesuai skema yang berlaku (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018).

Batas keempat muncul pada relasi antara BPJS Kesehatan dan Jasa Raharja. Dalam kecelakaan lalu lintas ganda, Jasa Raharja diposisikan sebagai penjamin pertama sampai batas santunan tertentu, lalu BPJS Kesehatan dapat berfungsi sebagai penjamin lanjutan untuk sisa biaya sesuai ketentuan. Namun pada kecelakaan tunggal, konstruksi yang dijelaskan dalam praktik penjaminan menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan dapat menjadi penjamin bagi peserta aktif sepanjang kasus tersebut tidak masuk kategori yang dikecualikan (Santoso & Wardhana, 2025).

Batas kelima berkaitan dengan pengecualian berdasarkan sifat perbuatan. BPJS Kesehatan menjelaskan bahwa tidak semua kecelakaan tunggal ditanggung, terutama jika kecelakaan itu timbul dari tindakan yang membahayakan diri seperti balapan liar. Keterangan ini menunjukkan adanya penilaian normatif terhadap sebab kecelakaan, sehingga tanggung jawab BPJS dibatasi ketika peristiwa lahir dari perilaku yang secara sosial dan hukum dipandang menyimpang atau berisiko tinggi (Yuditia dkk., 2021).

Batas keenam terletak pada kebutuhan pembuktian administratif. Dalam praktik, laporan polisi diperlukan untuk memastikan bahwa peristiwa tersebut benar merupakan kecelakaan tunggal dan bukan kecelakaan ganda atau jenis kecelakaan lain. BPJS akan menerima klaim biaya perawatan untuk kecelakaan tunggal apabila ada laporan polisi dari kepolisian, sehingga tanggung jawab BPJS tidak hanya bergantung pada fakta kecelakaan, tetapi juga pada pembuktian formal atas fakta itu (Santoso & Wardhana, 2025).

Batas ketujuh dapat dilihat dari sudut kepastian klasifikasi hukum. Polisi lalu lintas memiliki peran penting dalam menentukan apakah suatu kejadian termasuk kecelakaan tunggal atau ganda. Karena klasifikasi ini menjadi dasar siapa penjamin yang harus menanggung biaya, BPJS Kesehatan tidak dapat secara sepihak memperluas tanggung jawabnya tanpa dukungan dokumen resmi yang menunjukkan jenis kecelakaan dimaksud. Dalam konteks ini, tanggung jawab BPJS bersifat administratif sekaligus normatif karena lahir setelah kategori peristiwa hukumnya jelas (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 22 Tahun 2009).

Batas kedelapan berkaitan dengan cakupan manfaat pelayanan kesehatan. Perpres No. 82 Tahun 2018 menyatakan bahwa setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sesuai kebutuhan medis. Artinya, sekalipun kecelakaan tunggal masuk dalam tanggung jawab BPJS, penjaminan tetap tunduk pada jenis layanan yang dijamin, indikasi medis, serta mekanisme pelayanan dalam sistem JKN, sehingga BPJS tidak menanggung semua biaya secara tanpa batas di luar koridor manfaat yang telah ditetapkan (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018).

Batas kesembilan adalah bahwa BPJS Kesehatan bekerja dalam kerangka norma koordinasi manfaat, bukan sebagai penanggung universal atas semua kecelakaan. Ketika ada lembaga lain yang lebih dahulu bertanggung jawab berdasarkan rezim hukum khusus, maka BPJS baru masuk setelah batas tanggung jawab penjamin pertama terpenuhi atau ketika kasus memang sejak awal berada dalam ruang lingkup BPJS. Pola ini menjaga agar tidak terjadi tumpang tindih pembiayaan antarlembaga dan menunjukkan bahwa tanggung jawab BPJS bersifat terukur, bukan absolut (Santoso & Wardhana, 2025).

Batas kesepuluh juga menyentuh aspek kepesertaan dan kepatuhan iuran. Perpres No. 82 Tahun 2018 mengatur bahwa ketika peserta atau pemberi kerja tidak membayar iuran sampai akhir bulan berjalan, penjaminan peserta diberhentikan sementara sejak tanggal 1 bulan berikutnya. Dengan demikian, hak atas penjaminan kecelakaan tunggal tidak hanya ditentukan oleh jenis kecelakaannya, tetapi juga oleh keberlanjutan status kepesertaan yang aktif pada saat layanan dibutuhkan (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018).

Batas kesebelas dapat dianalisis dari perspektif hukum perdata mengenai hubungan hak dan kewajiban. Peserta memang memiliki hak untuk memperoleh manfaat jaminan kesehatan, tetapi hak itu lahir dan dijalankan dalam kerangka syarat yang telah ditentukan peraturan. Karena itu, tanggung jawab BPJS Kesehatan dalam kecelakaan tunggal bukan tanggung jawab mutlak, melainkan tanggung jawab yang bersyarat, yaitu hanya muncul bila syarat kepesertaan, klasifikasi kecelakaan, dan dokumen pembuktian telah terpenuhi (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011; Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018).

Batas kedua belas tampak pada kondisi ketika kecelakaan tunggal terjadi pada angkutan umum resmi. Kecelakaan tunggal tertentu yang justru penjaminnya adalah Jasa Raharja, misalnya pada moda angkutan umum resmi yang telah membayar retribusi. Ini menunjukkan bahwa istilah “kecelakaan tunggal” tidak otomatis identik dengan tanggung jawab BPJS, karena status kendaraan dan rezim penjaminan khusus tetap menentukan pihak yang lebih dahulu wajib menanggung biaya korban (Putra dkk., 2024).

Batas ketiga belas menyangkut implementasi di lapangan yang sering menimbulkan ketidakpastian bagi pasien. Walaupun secara normatif BPJS dapat menjamin kecelakaan tunggal, pasien atau keluarga tetap harus bergerak cepat mengurus layanan medis dan administrasi, termasuk laporan polisi, agar pembiayaan dapat diproses. Maka dengan itu, pentingnya surat kepolisian sebagai dasar penjaminan, sehingga kelemahan praktik bukan semata pada norma, tetapi juga pada kemampuan peserta memenuhi syarat administratif dalam situasi darurat (Trisnawati & Afrita, 2024).

Batas keempat belas, yang juga menjadi simpul analisis, adalah bahwa tanggung jawab BPJS Kesehatan dalam kecelakaan lalu lintas tunggal dibangun di atas empat syarat kumulatif: peserta harus aktif, peristiwa harus benar-benar merupakan kecelakaan tunggal, kasus tersebut tidak termasuk kecelakaan kerja atau rezim penjaminan khusus lain, dan pembuktiannya harus didukung dokumen administratif terutama laporan polisi. Selama syarat-syarat itu terpenuhi, BPJS dapat menjalankan fungsi penjaminan biaya pelayanan kesehatan sesuai manfaat JKN. Sebaliknya, ketika salah satu syarat tidak terpenuhi, tanggung jawab BPJS menjadi gugur atau beralih ke lembaga lain sesuai ketentuan hukum yang berlaku (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018).

Syarat Laporan Polisi dalam Klaim BPJS: Analisis Hukum Perdata

Dalam praktik penjaminan kecelakaan lalu lintas tunggal, laporan polisi bukan sekadar syarat administratif biasa, tetapi dokumen kunci yang menentukan klasifikasi peristiwa, identitas penjamin, dan kelayakan klaim pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan (Widiastuti, 2017). Laporan polisi menjadi penting karena BPJS Kesehatan tidak dapat menilai sendiri secara sepihak apakah suatu insiden benar-benar merupakan kecelakaan tunggal. Dari keterangan Korlantas Polri bahwa BPJS akan menerima klaim biaya perawatan jika ada laporan polisi untuk kecelakaan tunggal, dan tanpa laporan tersebut BPJS tidak dapat memberikan bantuan perawatan sesuai regulasi yang berlaku (Trisnawati & Afrita, 2024).

Dalam perspektif hukum perdata, syarat laporan polisi dapat dibaca melalui rezim pembuktian. Pasal 1866 KUHPerdata menempatkan bukti tulisan atau surat sebagai salah satu alat bukti utama dalam perkara perdata, dan kajian dalam *Diponegoro Law Journal* menegaskan bahwa bukti surat merupakan alat bukti yang

sangat penting dalam praktik penyelesaian perkara perdata di pengadilan (Khasanah dkk., 2023). Meski laporan polisi bukan selalu akta otentik dalam pengertian klasik hukum perdata, dokumen ini tetap memiliki nilai pembuktian administratif yang kuat untuk menunjukkan adanya suatu peristiwa hukum. Dalam sengketa atau keberatan terkait klaim BPJS, laporan polisi dapat berfungsi sebagai dasar awal untuk membuktikan kronologi, waktu, lokasi, dan kategori kecelakaan, yang kemudian menentukan ada atau tidaknya hak peserta atas penjaminan biaya (Anggriani, 2016).

Dari sisi kebijakan penjaminan, laporan polisi dipakai untuk membedakan kecelakaan tunggal dari kecelakaan ganda. Perbedaan ini penting karena kecelakaan tunggal pada peserta JKN aktif dapat dijamin BPJS Kesehatan, sedangkan kecelakaan yang melibatkan kendaraan lain pada prinsipnya lebih dahulu masuk ke skema Jasa Raharja sampai batas santunan tertentu. Karena itu, tanpa laporan polisi, BPJS tidak memiliki dasar yang cukup untuk menentukan posisinya sebagai penjamin utama, penjamin lanjutan, atau bukan penjamin sama sekali (Widiastuti, 2017).

Dalam analisis hukum perdata, fungsi laporan polisi juga dapat dipahami sebagai instrumen untuk mencegah moral hazard dan klaim yang tidak dapat diverifikasi. BPJS Kesehatan bahwa laporan kepolisian diperlukan sebagai bentuk pengamanan agar status pasien benar-benar dapat dipastikan sebagai korban kecelakaan tunggal, bukan akibat peristiwa lain yang kemudian diklaim sebagai kecelakaan lalu lintas (Malik, 2019).

Namun demikian, kedudukan laporan polisi tidak boleh dipahami sebagai syarat yang berdiri sendiri tanpa memperhatikan asas itikad baik dan perlindungan peserta. Dalam hukum perdata, hubungan hukum antara peserta dan BPJS dibangun atas pemenuhan kewajiban masing-masing pihak, tetapi pelaksanaan hak peserta tidak semestinya dibebani prosedur yang tidak proporsional. Karena itu, syarat laporan polisi harus dibaca sebagai sarana verifikasi yang rasional, bukan sebagai alat untuk mempersulit akses terhadap manfaat jaminan kesehatan (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011; Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018).

Masalah muncul ketika korban berada dalam kondisi darurat dan keluarga belum segera mengurus laporan polisi. BPJS Kesehatan menegaskan bahwa laporan kepolisian sangat penting untuk segera diurus karena menjadi dasar penjaminan pasien kecelakaan lalu lintas. Ini menunjukkan bahwa dari sisi praktik, rumah sakit dapat memberikan pertolongan lebih dahulu, tetapi kepastian penjaminan pembiayaannya tetap sangat bergantung pada kelengkapan dokumen tersebut (Putra dkk., 2024).

Dari sudut pembuktian perdata, kondisi ini menimbulkan isu tentang proporsionalitas beban bukti. Peserta berada dalam posisi lemah ketika harus membuktikan jenis kecelakaan di tengah situasi medis yang mendesak, sementara BPJS memerlukan dasar formal untuk menanggung biaya. Karena itu, laporan polisi pada dasarnya berfungsi sebagai alat bukti permulaan yang memperjelas fakta hukum, bukan sebagai tujuan akhir dari perlindungan jaminan sosial itu sendiri (Anggriani, 2016).

Praktik juga menunjukkan adanya variasi soal tenggat pelaporan. Kepolisian memberikan toleransi pelaporan dalam rentang waktu tertentu, sedangkan disisi lain melaporkan adanya pembatasan 2 x 24 jam pada praktik tertentu di wilayah Jembrana. Perbedaan ini menunjukkan bahwa implementasi administratif di lapangan tidak selalu seragam, dan ketidaksamaan tersebut berpotensi menimbulkan ketidakpastian hukum bagi peserta BPJS Kesehatan (Malik, 2019).

Dalam analisis hukum perdata, ketidaksamaan praktik tenggat ini penting karena salah satu unsur kepastian hukum adalah adanya standar yang dapat diketahui dan dipatuhi oleh subjek hukum. Jika kewajiban laporan polisi menjadi syarat penentu lahir atau gugurnya hak klaim, maka standar waktunya seharusnya jelas, seragam, dan mudah diakses oleh masyarakat. Tanpa itu, peserta dapat kehilangan manfaat bukan karena tidak berhak, tetapi karena tidak memahami prosedur administratif yang berbeda-beda (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004; Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018). Selain itu, laporan polisi juga menentukan ada tidaknya peralihan tanggung jawab ke penjamin lain. Dari laporan polisi akan terlihat kronologis, penyebab, dan lokasi kejadian yang menentukan siapa penjamin yang tepat, apakah BPJS Ketenagakerjaan, PT Taspen, PT ASABRI, pemberi kerja, Jasa Raharja, atau BPJS Kesehatan. Dalam konteks ini, laporan polisi bukan hanya alat bukti, tetapi juga alat distribusi tanggung jawab hukum antarlembaga penjamin (Trisnawati & Afrita, 2024).

Secara teoritis, jika dikaitkan dengan hukum perdata, laporan polisi dapat diletakkan sebagai surat bukan akta yang memiliki relevansi kuat dalam membangun persangkaan hukum tentang adanya suatu peristiwa. Bukti tulisan dalam hukum perdata memiliki posisi penting dalam proses pembuktian, dan jenis surat di luar akta tetap dapat dipergunakan untuk memperkuat keyakinan hakim atau otoritas administrasi sepanjang relevan dengan pokok perkara (Khasanah dkk., 2023).

Dengan demikian, syarat laporan polisi dalam klaim BPJS atas kecelakaan lalu lintas tunggal dapat dibenarkan secara hukum perdata sejauh diposisikan sebagai alat verifikasi objektif untuk menentukan jenis kecelakaan, dasar penjaminan, dan pembagian tanggung jawab. Akan tetapi, syarat ini harus diterapkan secara proporsional, tidak diskriminatif, dan tidak boleh meniadakan hak peserta hanya karena kendala administratif yang tidak seragam di lapangan. Dalam kerangka perlindungan hukum, laporan polisi seharusnya menjadi instrumen kepastian, bukan sumber hambatan baru bagi korban kecelakaan yang membutuhkan layanan kesehatan segera.

Kesimpulan

Kebijakan BPJS Kesehatan dalam penjaminan biaya kecelakaan lalu lintas tunggal pada dasarnya mengakui bahwa korban kecelakaan tunggal dapat memperoleh jaminan pelayanan kesehatan, tetapi tanggung jawab tersebut tidak bersifat mutlak. Tanggung jawab BPJS dibatasi oleh beberapa syarat kumulatif, yaitu peserta harus berstatus aktif

dalam program JKN, peristiwa yang terjadi harus benar-benar merupakan kecelakaan tunggal, kasus tersebut tidak termasuk kecelakaan kerja atau kategori yang lebih dahulu dijamin oleh skema lain, dan layanan yang diberikan tetap harus berada dalam cakupan manfaat JKN sesuai ketentuan yang berlaku. Dengan demikian, dari perspektif hukum perdata, tanggung jawab BPJS Kesehatan merupakan tanggung jawab yang lahir dari hubungan hukum bersyarat, sehingga pelaksanaannya tunduk pada ketentuan normatif yang membatasi hak dan kewajiban para pihak.

Syarat laporan polisi dalam klaim BPJS untuk kecelakaan lalu lintas tunggal memiliki kedudukan penting sebagai alat verifikasi administratif dan dasar pembuktian awal atas adanya peristiwa hukum. Dalam analisis hukum perdata, laporan polisi dapat dipahami sebagai bentuk bukti tulisan yang berfungsi memperjelas kronologi kejadian, jenis kecelakaan, serta arah penentuan lembaga penjamin yang bertanggung jawab. Karena itu, syarat laporan polisi pada prinsipnya dapat dibenarkan secara hukum sepanjang dimaksudkan untuk menjamin kepastian, mencegah klaim fiktif, dan menghindari tumpang tindih tanggung jawab antara BPJS Kesehatan, Jasa Raharja, dan lembaga penjamin lainnya. Namun, syarat tersebut tidak boleh diterapkan secara kaku hingga mengorbankan hak peserta, terutama dalam keadaan darurat ketika korban lebih membutuhkan akses cepat terhadap pelayanan medis daripada beban administratif yang berlebihan.

Oleh karena itu, inti persoalan bukan terletak pada ada atau tidaknya tanggung jawab BPJS Kesehatan, melainkan pada bagaimana negara dan penyelenggara jaminan kesehatan merumuskan batas tanggung jawab yang jelas, adil, dan mudah diterapkan. Kebijakan yang baik seharusnya mampu menjaga keseimbangan antara kepastian hukum, perlindungan hak peserta, dan kebutuhan verifikasi administratif yang rasional. Dalam konteks itu, syarat laporan polisi tetap relevan, tetapi penerapannya perlu didukung oleh prosedur yang sederhana, seragam, dan responsif agar tidak berubah menjadi hambatan bagi korban kecelakaan tunggal untuk memperoleh jaminan pelayanan kesehatan yang menjadi haknya.

References

- Anggriani, S. W. (2016). KUALITAS PELAYANAN BAGI PESERTA BPJS KESEHATAN DAN NON BPJS KESEHATAN. *Jurnal Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik (JISIP)*, 5(2). <https://doi.org/10.33366/jisip.v5i2.249>
- Eliyah, E., & Aslan, A. (2025). STAKE'S EVALUATION MODEL: METODE PENELITIAN. *Prosiding Seminar Nasional Indonesia*, 3(2), Article 2.
- Khasanah, D. D., Iftitah, A., Kasiani, Abas, M., Sipayung, B., Hastarini, A., Arifuddin, Q., Dewi, S. R., Anita, A. A., Dewi, N., Jenar, S., Bhakti, I. S. G., Faried, F. S., Tarmizi, R., Ningtyas, M. A., Puspadari, R. Y., & Rohmah, A. N. (2023). *Hukum Perdata*. Sada Kurnia Pustaka.

- Malik, A. A. (2019). Implementasi kebijakan diskresi pada pelayanan kesehatan badan penyelenggara jaminan kesehatan (bpjs). *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 8(1), 1–8.
- Putra, E. A. M., Bahri, P. R., Ananda, S. R., & Safitri, B. R. A. (2024). Pelayanan Publik dalam Pelaksanaan Perlindungan Warga Negara melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. *Indonesia Berdaya*, 5(2), 749–764. <https://doi.org/10.47679/ib.2024805>
- Santoso, R. Y., & Wardhana, E. S. P. W. (2025). OPTIMALISASI SUBSIDI PEMERINTAH DALAM MENINGKATKAN KEADILAN AKSES LAYANAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT KURANG MAMPU: TINJAUAN ATAS PROGRAM BPJS KESEHATAN 2025. *NETIZEN: JOURNAL OF SOCIETY AND BUSSINESS*, 1(9), 433–444.
- Trisnawati, M., & Afrita, I. (2024). Dampak Sistem Rujukan Berjenjang dan Solusi Pemecahannya Bagi Pasien Peserta BPJS Kesehatan Di Kota Pekanbaru. *Innovative: Journal Of Social Science Research*, 4(1), 7854–7864. <https://doi.org/10.31004/innovative.v4i1.8774>
- Widiastuti, I. (2017). PELAYANAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN DI JAWA BARAT. *Public Inspiration : Jurnal Administrasi Publik*, 2(2), 91–101. <https://doi.org/10.22225/pi.2.2.2017.91-101>
- Yuditia, A., Hidayat, Y., & Achmad, S. (2021). Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Oleh Bpjs Berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. *Jurnal Magister Ilmu Hukum*, 6(1), 43–61.
- Zed, M. (2008). *Metode Penelitian Kepustakaan*. Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.
- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 22 Tahun 2009 tentang Lalu Lintas dan Angkutan Jalan
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional