

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

2.1.1 Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Menurut Wisma ⁽²⁰²²⁾ Berdasarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari sistem jaminan sosial nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (mandatory). Program Jaminan Kesehatan Nasional merupakan program pemerintah yang bertujuan untuk memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap warga Negara Indonesia agar Penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Manfaat program ini diberikan dalam bentuk pelayanan kesehatan perseorangan yang komprehensif, diantaranya mencakup pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan (kuratif), dan pemulihan (rehabilitative) termasuk obat-obatan dan bahan medis dengan menggunakan Teknik layanan terkait mutu dan biaya (managed care). Program Jaminan Kesehatan diselenggarakan berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis yang terkait dengan besarnya iuran yang telah dibayarkan.

Prinsip ini diwujudkan dengan pembayaran iuran sebesar persentase tertentu dari upah yang peserta bayarkan dari peserta yang memiliki penghasilan dan bagi Pemerintah yang membayarkan iuran kepada peserta yang tidak mampu (fakir miskin). Peserta program jaminan kesehatan adalah setiap orang yang telah membayarkan iuran atau iuran yang dibayarkan oleh pemerintah (fakir miskin atau orang yang tidak mampu). Kepesertaan bersifat berkesinambungan sesuai prinsip portabilitas dengan memberlakukan program di seluruh wilayah Indonesia.

Jaminan Kesehatan Nasional yang biasa di sebut Program JKN adalah suatu program pemerintah dan masyarakat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia. Agar penduduk di Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan suatu mekanisme yang diselenggarakan dari asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh warna Indonesia terlindungi. Yang terdapat pada system asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan tersebut dapat diberikan kepada warga yang telah membayar iuran. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yaitu salah satu program yang didirikan oleh Pemerintah yang bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan kepada seluruh masyarakat Indonesia. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) termasuk dalam program yang didirikan

atau diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan sosial (BPJS) Kesehatan. JKN sendiri didirikan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan kepada masyarakat Indonesia yang layak. JKN diberikan kepada masyarakat yang telah membayarkan iuran bulanan atau iuran yang dibayarkan oleh Pemerintah.

Menurut Reski Ananda Putri ⁽²⁰²⁴⁾ JKN adalah program jaminan sosial yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi dan prinsip ekuitas dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar Kesehatan. Seperti yang diketahui bersama Jaminan sosial merupakan hak setiap warga negara yang di lindungi oleh undang-undang. Pada pasal 34 ayat 3 UUD 1945 menyatakan bahwa Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

2.1.2 Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memberikan manfaat penting bagi masyarakat Indonesia. Program ini memastikan bahwa layanan Kesehatan dapat diakses oleh semua orang tanpa memandang status ekonomi sehingga membantu meringankan beban biaya pengobatan yang sering kali memberatkan dan membebankan masyarakat. Melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) masyarakat memiliki kesempatan mendapatkan layanan

medis kapan pun yang diperlukan baik untuk pemeriksaan rutin maupun penanganan penyakit serius. Kesehatan masyarakat dapat lebih terjaga dan masalah kesehatan bisa dicegah atau ditangani lebih cepat. Selain itu JKN juga berkontribusi terhadap peningkatan infrastruktur dan kualitas pelayanan di rumah sakit dan puskesmas. Melalui perlindungan Kesehatan yang merata JKN mendukung masyarakat untuk hidup lebih sehat, aman, dan sejahtera.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia memiliki beberapa manfaat penting bagi masyarakat Indonesia. Berikut adalah beberapa manfaat JKN antara nya : Akses layanan kesehatan yang merata memiliki arti JKN membantu meningkatkan akses layanan kesehatan untuk seluruh masyarakat, terutama masyarakat yang kurang mampu; Perlindungan finansial memiliki arti JKN mampu membantu meringankan beban kesehatan yang sering kali melonjak tinggi; Kepastian layanan kesehatan memiliki arti dengan menjadi peserta JKN maka masyarakat memiliki kesempatan untuk mendapatkan pengobatan yang tinggi; Meningkatkan Kesehatan masyarakat memiliki arti dengan adanya jaminan kesehatan masyarakat terdorong untuk memeriksa kesehatannya secara berskala; Meningkatkan produktivitas memiliki arti dengan kesehatan yang terjamin masyarakat bisa bekerja atau beraktifitas lebih produktif, hal ini dapat berpengaruh positif terhadap ekonomi

karena masyarakat yang sehat bisa berkontribusi lebih baik dalam berbagai bidang pekerjaan.

Menurut Riska Nur ⁽²⁰¹⁹⁾ berdasarkan Perpres RI Nomor 2013 tentang manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotive, preventif, kuratif, dan rehabilitative termasuk pelayanan obat dan bahan habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.

2.1.3 Tujuan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iuran nya di bayar oleh Pemerintah. (Permenkes Nomor 28, 2014).

2.1.4 Pelaku Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dilaksanakan dalam melibatkan 4 (empat) pihak utama, yaitu Para peserta, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), Fasilitas Kesehatan, dan Pemerintah. Memiliki pengertian masing-masing (Dewan Jaminan Sosial Nasional, 2014) :

1. Para Peserta

Para peserta JKN yaitu bagi setiap orang bahkan termasuk orang asing yang bekerja di Indonesia paling singkat

6 bulan bekerja di Indonesia yang telah membayar iuran, peserta berhak atas manfaat JKN. Untuk tetap memperoleh jaminan pelayanan kesehatan peserta wajib membayar iuran JKN secara teratur dan terus menerus. Peserta JKN terbagi atas dua kelompok utama diantaranya penerima bantuan iuran dan bukan penerima bantuan iuran. Penerima bantuan iuran mendapatkan subsidi iuran JKN dari Pemerintah. Sedangkan, Bukan penerima bantuan iuran wajib membayar iuran.

2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial kesehatan. BPJS Kesehatan dibentuk dengan UU No 40 tahun 2004 tentang SJSN dan UU No 24 tahun 2011 tentang BPJS. BPJS Kesehatan berbadan hukum publik yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden. Kantor pusat BPJS Kesehatan berada di Ibu Kota Negara RI, sedangkan kantor cabang BPJS Kesehatan memiliki di setiap Kabupaten atau Kota.

3. Fasilitas Kesehatan

BPJS Kesehatan membangun jaringan fasilitas kesehatan dengan cara bekerja sama dengan fasilitas kesehatan milik pemerintah atau swasta untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi peserta JKN dan keluarganya.

Jaringan fasilitas kesehatan dibagi dalam tiga kelompok utama, yaitu :

a. Fasilitas kesehatan tingkat pertama

Fasilitas kesehatan tingkat pertama menyelenggarakan pelayanan kesehatan non spesialisik.

b. Fasilitas kesehatan tingkat lanjut

Fasilitas kesehatan tingkat lanjut menyelenggarakan pelayanan kesehatan spesialisik dan subspecialistik.

c. Fasilitas kesehatan tingkat pendukung

Fasilitas kesehatan tingkat pendukung melayani pelayanan obat, optik, dan kebutuhan medis lainnya.

4. Pemerintah

Pemerintah berperan penting dalam penentuan kebijakan, pembinaan, dan pengawasan penyelenggaraan program JKN. Pemerintah pusat berupaya langsung dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yaitu ada kementerian kesehatan. Kementerian kesehatan sendiri mengatur berbagai banyak hal teknis pelayanan di JKN yang di antara lain prosedur pelayanan kesehatan, standar fasilitas kesehatan, standar tarif pelayanan, formularium obat, dan asosiasi fasilitas kesehatan. Sedangkan Pemerintah daerah mengatur penyelenggaraan JKN di wilayah administratif. Berdasarkan UU No 32 tahun 2004 tentang pemerintahan daerah.

Pemerintah daerah berkewajiban membangun sistem jaminan sosial nasional, kewajiban tersebut diimplementasikan antara lain menjamin ketersediaan fasilitas kesehatan, turut mensubsidi iuran JKN, mengawasi penyelenggaraan JKN di wilayah kerjanya, dan membangun dukungan publik terhadap JKN-SISN.

2.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

2.2.1 Pengertian Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang memiliki singkatan BPJS adalah salah satu program yang didirikan oleh pemerintah yang dibentuk untuk menyelenggarakan atau melaksanakan program kesehatan yang ada di wilayah Indonesia. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bertujuan untuk melakukan dan atau menerima pendaftaran peserta, memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta, menerima bantuan iuran dari pemerintah, mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta, mengumpulkan data peserta program jaminan sosial, membayarkan manfaat dan atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial, memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat (syafii, 2017).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) memiliki dua jenis yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Dari kedua nya memiliki peran nya masing-masing dan pastinya memiliki ciri khas nya sendiri-sendiri. Di antara lain,

A. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan merupakan Program yang diselenggarakan oleh pemerintah yang merupakan hasil transformasi atau peralihan dari program JAMSOSTEK sebelumnya. Program ini khusus memberikan jaminan sosial ekonomi untuk para pekerja yang bekerja di Indonesia, baik warga negara Indonesia maupun warga negara asing yang sudah bekerja di Indonesia minimal 6 bulan (Adolph, 2017). BPJS Ketenagakerjaan adalah badan hukum yang menyelenggarakan program jaminan sosial yang bertujuan untuk melindungi para pekerja yang ada di Indonesia.

BPJS Ketenagakerjaan memiliki beberapa program yang di antara nya :

1. Program Jaminan Pensiun (JP)
2. Program Jaminan Kematian (JKM)
3. Program Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK)
4. Program Hari Tua (JHT)

5. Program Kehilangan Pekerjaan (JKP)

Iuran pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan dibayarkan secara bersama oleh perusahaan dan pekerja. Dengan rincian 2% dari perusahaan, 1% dari pekerja, dan 5,7% dari upah pekerja untuk jaminan di hari tua.

B. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

Menurut Fadlyansyah ⁽²⁰²³⁾ Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah Badan hukum publik yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden serta memiliki fungsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan merupakan salah satu badan hukum yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Uang dari iuran yang dibayarkan oleh peserta BPJS Kesehatan akan dikelola oleh BPJS dan akan dimanfaatkan bagi peserta BPJS yang sedang membutuhkan layanan jaminan kesehatan baik berupa pelayanan medis maupun obat-obatan. Untuk mengelolah keuangannya agar BPJS tidak kekurangan dana, maka dari pihak BPJS Kesehatan akan memberikan sanksi berupa denda kepada peserta BPJS Kesehatan yang mengalami keterlambatan pada saat pembayaran bahkan tunggakan yang dialami oleh peserta BPJS Kesehatan pada saat proses pembayaran

iuran bulanan BPJS Kesehatan. Iuran tersebut akan dikelola oleh pihak BPJS Kesehatan dengan mengembangkannya melalui investasi jangka pendek dan investasi jangka panjang. Pihak BPJS Kesehatan akan mempertimbangkan aspek kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai. Pada dasarnya pembiayaan jaminan kesehatan yang diberikan oleh pihak BPJS Kesehatan merupakan dana dari masyarakat atau dana dari peserta BPJS yang nantinya dikelola oleh pihak BPJS Kesehatan dan diberikan oleh peserta tersebut.

BPJS Kesehatan sendiri menjelaskan bahwasanya sumber pembiayaan adalah dari iuran yang dibayarkan peserta setiap bulan, dimana nanti dari pihak BPJS Kesehatan akan mengelola uang tersebut untuk membiayai seluruh peserta program jaminan kesehatan. Ketika dari peserta menunggak pembayaran maka peserta tersebut harus melunasi tunggakannya dan jika peserta tersebut masuk rumah sakit maka dari peserta atau dari pihak peserta harus membayar tunggakan beserta denda yang didapatkan. Dalam rumah sakit selama waktu 45 hari setelah kartu peserta aktif kembali maka peserta akan dikenakan denda sebesar 5% sebagai sanksi apabila peserta tidak membayar tagihan iuran bulanan, maka secara otomatis kartu kepesertaan BPJS dinyatakan tidak aktif yang artinya kartu peserta BPJS Kesehatan tersebut

sudah tidak bisa lagi digunakan dalam proses pelayanan medis maupun obat-obatan.

Denda dalam BPJS Kesehatan itu sendiri adalah sanksi atau hukuman yang diterapkan dalam bentuk keharusan untuk membayar sejumlah uang yang telah ter teran. Denda BPJS kesehatan merupakan denda yang dibayarkan oleh peserta yang telat membayar iuran bulanan BPJS Kesehatan. Perlu diketahui, menurut (Peraturan Presiden Nomer 64 Tahun 2020, 2020) Denda tidak akan diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan yang belum menjalani rawat inap di rumah sakit yang arti nya denda akan diberikan oleh peserta BPJS Kesehatan ketika peserta di rawat inap. Peserta perlu cek tunggakan yang ada di BPJS Kesehatan untuk mengetahui berapa jumlah uang yang dibayarkan untuk membayar iuran atau berapa besar jumlah uang yang harus dibayarkan untuk membayar denda.

2.2.2 Tujuan Badan Penyelenggara Jaminan sosial (BPJS)

Menurut (undang-undang No 24 tahun 2011, 2011) tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Tugas Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial yaitu :

1. Melakukan atau menerima pendaftaran peserta
2. Memungut dan mengumpulkan iuran atau biaya dari peserta
3. Menerima bantuan iuran dari pemerintah
4. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta

5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial
6. Membayarkan manfaat atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan oleh program jaminan sosial
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta BPJS Kesehatan.

2.2.3 Wewenang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Menurut undang-undang No 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Wewenang Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial, yaitu :

1. Menagih pembayaran iuran bulanan kepada semua peserta
2. Menempatkan dana jaminan sosial untuk investasi pendek maupun jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai
3. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas keputusan peserta BPJS Kesehatan dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan dalam peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional (JKN)
4. Memberikan manfaat kepada seluruh peserta sesuai dengan undang-undang tentang sistem jaminan sosial nasional (JKN)

5. Memberikan informasi kepada peserta BPJS Kesehatan mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan
6. Memberikan informasi kepada peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajiban sebagai peserta BPJS Kesehatan
7. Memberikan informasi kepada peserta mengenai saldo jaminan hari tua
8. Memberikan informasi kepada peserta mengenai besar hak pensiun
9. Melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggara jaminan sosial
10. Melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 bulan sekali kepada presiden dengan tembusan kepada DJSN.

2.2.4 Kewajiban Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Menurut Undang-undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Kewajiban Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yaitu :

1. Memberikan nomor identitas tunggal kepada peserta
2. Mengembangkan aset dana jaminan sosial dan aset BPJS untuk kepentingan peserta BPJS

3. Memberikan manfaat kepada seluruh peserta sesuai dengan undang-undang tentang sistem jaminan sosial nasional (JKN)
4. Memberikan informasi kepada peserta BPJS Kesehatan mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku pada badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan
5. Memberikan informasi kepada peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya sebagai peserta BPJS Kesehatan
6. Memberikan informasi kepada peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya yang dilakukan selama 1 kali dalam 1 tahun
7. Membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuarial yang lazim dan berlaku umum
8. Melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan jaminan sosial
9. Melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan secara berkala 6 bulan sekali kepada presiden dengan tembusan kepada DJSN

2.2.5 Iuran Bulanan BPJS Kesehatan

Iuran bulanan BPJS Kesehatan yaitu kontribusi yang dikeluarkan oleh peserta BPJS Kesehatan untuk mendapatkan jaminan kesehatan dari BPJS Kesehatan (BPJS kesehatan, 2025). Iuran dibayarkan setiap satu bulan sekali yang bertujuan untuk

memastikan kepesertaan tetap aktif. Badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) Kesehatan merupakan salah satu lembaga penyelenggara program jaminan kesehatan nasional (JKN) BPJS Kesehatan memiliki 3 tipe atau 3 kelas, yang terdiri dari kelas I, kelas II, kelas III. Program JKN berskema asuransi sosial yang artinya bagi semua peserta wajib membayar iuran sesuai dengan tipe atau kelas yang telah didaftarkan dari awal. Sedangkan bagi masyarakat yang kurang mampu iuran nya akan dibayarkan oleh negara.

2.2.6 Jenis-jenis Kepesertaan

Pada dasarnya kepesertaan dibagi menjadi 2 jenis yang di dalamnya terdapat beberapa kategori peserta BPJS Kesehatan. Masing-masing dari situ terdapat perbedaan dalam pembayaran iuran, di antara lain (Khasnawiyati, 2019):

A. Peserta penerima bantuan iuran jaminan kesehatan (PBI JK)

Masuk kedalam iuran kelas III yang dibayarkan oleh pemerintah. Peserta PBI JK dibagi menjadi 2, yaitu :

1. Penerima bantuan iuran anggaran pendapatan dan belanja negara (PBI APBN)

PBI APBN adalah program pemerintah untuk memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat yang tidak mampu. Iuran yang dibayarkan oleh pemerintah pusat.

2. Penerima bantuan iuran anggaran pendapatan dan belanja daerah (PBI APBD)

PBI APBD adalah program pemerintah untuk memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat yang tidak mampu. Iuran yang dibayarkan oleh pemerintah daerah.

B. Peserta bukan penerima bantuan iuran (NON PBI)

1. Peserta pekerja penerima Upah (PPU)

2. Peserta pekerja bukan penerima upah (PBPU)

3. Peserta bukan pekerja (BP)

a. Peserta Pekerja Penerima Uph (PPU)

Peserta Pekerja Penerima Uph (PPU) Di dalam nya yang mencakup badan usaha milik negara, badan usaha milik daerah, pegawai negari sipil (PNS), anggota TNI, anggota Polri, pejabat negara, dan pegawai pemerintah non-pegawai negeri. Iuran BPJS dari 5% gaji atau upah perbulan, dengan 4% dibayar oleh pemberi kerja dan 1% dibayar oleh peserta. Sedangkan,

b. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan

Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja biasa nya sering di sebut peserta BPJS Kesehatan mandiri. PBPU dan Bukan adalah peserta yang membayar iuran mereka secara mandiri dimana besaran iuran nya dihitung per orang dan per bulan. Jenis BPJS

Kesehatan ini terdiri dari tiga kelas, bagi setiap peserta berhak memiliki kelas nya pada saat pertama mendaftar menjadi kepesertaan di BPJS Kesehatan. Dimana besaran iuran terbagi dalam beberapa jenis kelas yang memiliki perbedaan dalam pembayaran nya. Perbedaan harga dalam pembayaran iuran bulanan di sesuaikan berdasarkan kelas nya yang di mulai dari kelas I, kelas II, kelas III.

Iuran badan penyelenggara jaminan sosial sebagai berikut :

a. BPJS Kesehatan Mandiri Kelas III

BPJS Kesehatan mandiri kelas III : Rp 42.000, Pemerintah memberikan bantuan iuran berupa potongan pada saat peserta pembayaran iuran di kelas III sebesar Rp 7.000. Peraturan ini berlaku dari per 1 Januari 2021. Jadi Pembayaran iuran bulanan pada peserta BPJS Kesehatan kelas III sebesar Rp 35.000 per bulan.

b. BPJS Kesehatan Mandiri Kelas II

Pembayaran iuran bulanan pada peserta BPJS Kesehatan kelas II sebesar Rp 100.000 per bulan.

c. BPJS Kesehatan Mandiri Kelas I

Pembayaran iuran bulanan pada peserta BPJS Kesehatan kelas I sebesar Rp 150.000 per bulan nya.

2.2.7 Cara Membayarkan Iuran Bulanan BPJS Kesehatan

Membayar iuran bulanan pada BPJS Kesehatan sangat mudah dan dapat dilakukan dimana saja bisa dibayarkan lewat apa saja, yang di antara nya yaitu :

- A. Menggunakan aplikasi mobile JKN
- B. Bisa lewat marketplace atau dompet digital

Seperti :Tokopedia Shopee

LinkAja Gopay

- C. Bisa lewat gerai minimarket

Seperti :Indomaret Alfamart

- D. Bisa membayar langsung di kantor BPJS Kesehatan

- E. Menggunakan ATM, Internet banking atau mobile banking dan bank mitra

Cara membayar lewat Bank atau ATM :

1. Masukan ATM dan PIN kemudian pilih menu pembayaran
2. Pilih BPJS lalu ikuti petunjuk

Cara membayar lewat Internet banking atau mobile banking :

1. Buka mobile banking, pilih menu pembayaran BPJS
2. Masukan nomor Virtual account dan nominal yang harus dibayarkan

2.2.8 Cara Mengecek Tunggakan di BPJS Kesehatan

Pada Peraturan Presiden (Perpres) No 64 tahun 2020 tentang perubahan kedua atas perpres nomor 82 tahun 2018 tentang

jaminan kesehatan. Peserta yang tidak membayar iuran bulanan tidak akan dikenakan denda. Namun status kepesertaan pada BPJS Kesehatan akan dihentikan sementara sejak tanggal 1 pada bulan berikutnya. Untuk mempertahankan status kepesertaan menjadi aktif kembali, maka peserta harus membayar atau melunasi sisa iuran bulanan yang masih tertunggak. Apabila mana peserta mengalami rawat inap maka dari pihak peserta wajib untuk membayar tunggakan beserta denda yang didapatkan dari tunggakan.

Sebagai peserta dari BPJS Kesehatan bisa mengecek berapa banyak bulan tunggakan yang belum dibayarkan atau berapa jumlah iuran dari tunggakan yang peserta harus dibayarkan ke pihak BPJS Kesehatan. Dalam pengecekan tunggakan di BPJS Kesehatan memiliki banyak cara.

Berikut langkah-langkah agar peserta bisa mengecek tunggakan nya, yang di antaranya sebagai berikut :

1. Menggunakan metode offline atau langsung

Peserta BPJS bisa mengecek tagihan secara langsung di kantor pos dan minimarket terdekat.

2. Menggunakan metode daring atau menggunakan metode online

Dalam metode daring, beberapa cara mengeceknya di antaranya sebagai berikut :

a. Lewat Layanan Pandawa

Peserta juga bisa memanfaatkan sistem pelayanan administrasi melalui whatsapp atau nomor pandawa untuk meminta informasi terkait tunggakan iuran yang di alami nya.

Langkah-langkah untuk mengakses Nomor pandawa :

- Kirim pesan melalui nomer pandawa 08118165165
- Pilih menu informasi
- Klik pada opsi cek status kepesertaan. Lalu klik kirim
- Ketik NIK atau noka lalu klik kirim
- Selanjutnya masukan tanggal lahir
- Kemudian sistem pandawa akan menampilkan nya

b. Lewat Aplikasi Mobile JKN

Peserta dapat memanfaatkan menu informasi iuran pada aplikasi mobile JKN.

Langkah untuk mengakses lewat aplikasi mobile JKN:

- Buka aplikasi mobile JKN, lalu klik daftar
- Isi formulir pendaftaran akun, ketik kode verifikasi
- Centang kolom syarat dan ketentuan
- Klik selajutnya
- Pada halaman verifikasi, isi kode OTP
- Klik registrasi, Pada halaman utama pilih menu lainnya
- Klik tombol informasi iuran
- Kemudian sistem akan menampilkan jumlah tagihan.

c. Lewat E-Commerce

Berikut langkah untuk mengakses lewat E-Commerce, khususnya di Tokopedia :

- Masuk ke akun tokopedia atau login ke akun tokopedia
- Pada halaman beranda, pilih menu top-up dan tagihan
- Ketuk menu BPJS, pilih yang jenis BPJS Denda
- Memasukan 13 digit nomor virtual akun BPJS Kesehatan
- Lalu tekan opsi BPJS

d. Lewat M-Banking

Berikut langkah untuk mengakses lewat M-Banking :

- Login ke aplikasi BRI mo
- Pada halaman utama pilih menu tagihan
- Pilih menu BPJS
- Klik pembayaran baru
- Pilih menu BPJS Denda
- Masukan noka (nomor kartu BPJS)
- Tekan tombol lanjutkan untuk melihat tunggakan

e. Lewat E-Wallet

Berikut langkah untuk mengakses layanan Lewat e-Wallet :

- Login ke GoPay, pilih menu tagihan & pulsa
- Pilih opsi BPJS, lalu klik lanjut
- Pilih layanan BPJS Denda, masukan ID Pelanggan

- Lalu klik lanjut, kemudian sistem menampilkan jumlah tunggakan iuran BPJS Kesehatan

f. Lewat Aplikasi Ojek Online

Berikut langkah-langkah untuk mengakses layanan Lewat Aplikasi Ojek Online :

- Login ke aplikasi Gojek
- Di halaman beranda, pilih apsi Go Tagihan
- Pada bagian bayar & Tagihan
- Klik pada BPJS, pilih layanan BPJS Denda
- Masukkan ID Pelanggan, lalu klik tombol lanjut

2.3 Sistem akan menampilkan tunggakan iuran Denda Keterlambatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

2.3.1 Pengertian Denda

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan menerapkan ketentuan denda atas keterlambatan bagi peserta yang tidak membayar iuran bulanan secara tepat waktu atau mengalami tunggakan pada saat pembayaran. Ketentuan ini terdapat dalam peraturan BPJS Kesehatan No 82 Tahun 2018, yang menjelaskan bahwa peserta yang telat membayar iuran akan dikenakan denda administrasi. Denda ini tidak hanya berfungsi sebagai sanksi, tetapi juga sebagai mekanisme untuk mendorong peserta membayar tepat waktu.

Menurut Fadlyansyah⁽²⁰²³⁾ Denda adalah sanksi atau hukuman yang diterapkan dalam bentuk keharusan untuk membayar sejumlah uang. Hal tersebut terjadi karena pelanggaran terhadap perundang-undangan yang berlaku atau pengingkaran terhadap sebuah perjanjian yang telah disepakati sebelumnya. Dalam penerapannya sebuah denda dapat dilakukan atau dikenakan dengan cara membuat sebuah konsekuensi lanjutan apabila tidak ada sebuah penyelesaian yang terlaksana dari kedua belah pihak yang terlibat.

Denda pelayanan BPJS merupakan sanksi yang diterima oleh peserta BPJS karena keterlambatan pembayaran iuran dan menjalani rawat inap dalam kurang waktu 45 (empat puluh lima) hari sejak status kepesertaan aktif kembali. Besaran denda pelayanan sebesar 5% (lima persen) dari perkiraan biaya paket Indonesia Case Based Group berdasarkan diagnosis dan prosedur awal pelayanan kesehatan rawat inap dikalikan dengan jumlah bulan tunggakan. Dengan ketentuan, jumlah bulan tertunggak paling banyak 12 (dua belas) bulan, besaran denda paling tinggi Rp. 30.000.000 (tiga puluh juta rupiah), bagi peserta PPU pembayaran denda pelayanan ditanggung oleh pemberi kerja (Peraturan BPJS Kesehatan No 2 tahun 2024).

Besar denda pelayanan BPJS yang diberikan kepada peserta BPJS yaitu 5% dari total diagnosis awal dikalikan bulan tunggakan. Dengan batas tunggakan maksimal 12 bulan dan jumlah nominal paling besar Rp. 30.000.000. Denda pelayanan kesehatan ini hanya

berlaku untuk peserta BPJS Kesehatan yang mengalami rawat inap dan denda ini tidak berlaku bagi peserta yang rawat jalan. Peserta yang menunggak iuran bulanan lebih dari 4 tahun akan dinonaktifkan dari status kepesertaan atau keanggotaan BPJS Kesehatan.

Sebagaimana dalam Perpres RI No 19 Tahun 2016 tentang perubahan kedua atas Perpres RI No 12 Tahun 2013 tentang jaminan kesehatan, masyarakat banyak mempertimbangkan unsur untung rugi dalam mematuhi peraturan tersebut. Masyarakat cenderung mengabaikan berbagai kemungkinan kecelakaan kerja, hari tua, pension, dan kematian yang bisa dijamin oleh pihak BPJS dengan syarat mengikuti program jaminan kesehatan nasional (JKN) atau BPJS Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan, Kartu Indonesia Sehat (KIS), dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Pemberlakuan denda pelayanan sebesar 5% atas keterlambatan iuran jaminan kesehatan merupakan langkah serta upaya BPJS Kesehatan memberikan pelayanan optimal kepada peserta. Secara peraturan tersebut secara jelas menghitung besarnya denda sebelumnya dengan persentase 2% dari iuran tunggakan. Denda pelayanan 5% hanya berlaku pada saat peserta yang menunggak menggunakan pelayanan kesehatan berupa rawat inap di rumah sakit. Denda tidak berlaku pada pelayanan kesehatan yang lain baik itu rawat inap di puskesmas, rawat jalan dan lain sebagainya. Dan denda atas tunggakan tidak boleh lebih dari Rp. 30.000.000.

2.3.2 Tujuan Denda BPJS

Denda pelayanan memiliki tujuan yaitu untuk menumbuhkan kesadaran kepada peserta tentang pentingnya membayar iuran secara tepat waktu dan sebagai bentuk edukasi kepada peserta untuk lebih disiplin dalam memenuhi kewajiban peserta. Dengan adanya denda, BPJS Kesehatan ingin menunjukkan kepada peserta bahwa pembayaran iuran bulanan bukan hanya tentang kewajiban individu, tetapi sebagai tanggung jawab sosial untuk menjaga program jaminan kesehatan nasional (Program JKN) yang di dalamnya melibatkan banyak pihak. Disisi lain, Denda ini diharapkan dapat mengurangi resiko beban finansial pada BPJS Kesehatan yang diakibatkan karena pembayaran iuran yang tertunda, yang jika dibiarkan dapat berdampak negatif pada kualitas dan ketersediaan layanan bagi peserta lain. Dengan memberikan sanksi yang adil dan tidak memberatkan kepada peserta secara berlebihan, sistem denda ini dirancang untuk menyeimbangkan kebutuhan akan stabilitas dana.

2.3.3 Cara Cek Denda BPJS Kesehatan

Cara cek denda atau tagihan iuran BPJS Kesehatan dilakukan dengan beberapa cara. Yang diantaranya :

1. Cek Denda BPJS Melalui Mobile JKN

Langkah mengecek denda BPJS Melalui Mobile JKN :

- Buka Mobil JKN, lalu klik menu “info tagihan”
- Pilihan “menu lain” pada bagian kanan tengah halaman

- Lalu akan muncul rincian tagihan dan denda (jika ada)
- 2. Cek Denda BPJS Melalui Nomer Pandawa
- 3. Cek Denda BPJS Melalui BPJS Care Center 165
- 4. Cek Denda BPJS Melalui E-Commerce

Langkah mengecek denda BPJS Melalui E-Commerce :

- Buka aplikasi E-Commerce
- Klik menu “Tagihan” atau sejenis nya
- Pilih BPJS, kemudian akan muncul rincian tagihan

2.4 Penelitian Terdahulu

Dalam penelitian ini perlu adanya penelitian terdahulu yang dijadikan referensi dan bisa diambil sebagai bahan rujukan dan acuan dalam penelitian ini. Berikut akan dijelaskan dengan bentuk tabel, yang di antaranya :

Tabel 2. 1 Penelitian terdahulu

N O	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Fadlyansyah (2023)	Analisis pelayanan Atas keterlambatan iuran	Deskriptif kualitatif	Bagi peserta BPJS yang telah mendaftar dan telah membayar Iuran bulanan berhak mendapatkan manfaat pelayanan jaminan sosial
2.	Zuhrotul Kasnawiyati (2019)	Denda keterlambatan pembayaran iuran	Deskriptif kualitatif dengan tektik pengumpulan data wawancara	Hasil dalam penelitian ini menunjukkan bahwa denda keterlambatan

		BPJS Kesehatan dan dokumentasi dalam perspektif ekonomi islam		iuran BPJS Kesehatan yang diterapkan kepada peserta sudah baik.
3.	Riska Nurfadillah. R (2019)	Faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan masyarakat membayar premi BPJS Kesehatan kategori peserta mandiri di Kelurahan Sudiang	Menggunakan metode kuantitatif dengan menggunakan desain cross sectional study	Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel yang berpengaruh terhadap ketidakpatuhan masyarakat membayar BPJS Kesehatan kategori peserta mandiri di Kelurahan Sudiang Raya adalah Variabel pendapatan, persepsi, dan motivasi
4.	Reski Ananda Putri (2024)	Pengelolaan piutang pada BPJS Kesehatan Kantor Cabang di Kota Parepare (Analisis Akuntansi Syariah)	Metode kualitatif dan menggunakan pendekatan studi kasus (Case Study)	Hasil penelitian menunjukkan bahwa peneliti ini memberikan gambaran tentang langkah-langkah konkret yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan Kantor Cabang di Kota Parepare dengan mengelola piutang iuran.
5.	Muhammad Syafii (2017)	Penerapan denda pelayanan atas	Yuridis empiris dengan menggunakan pendekatan perundang-	Efektifitas pemberlakuan denda pelayanan masih

keterlambatan undangan (statute terkendala pada
pembayaran approach) dan kesadaran masyarakat
iuran BPJS pendekatan konseptual dan pemahaman
Kesehatan Pada (conceptual approach) masyarakat terhadap
PERPRES No. peraturan.
19 tahun 2016
