

**BAB III**

**PELAKSANAAN PENERIMA BANTUAN IURAN DAN  
PERSOALAN PESERTA YANG MENUNGGAK IURAN BPJS  
KESEHATAN DALAM PRAKTEK**

**A. Profil Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan**

**1. Sejarah Pembentukan BPJS Kesehatan**

BPJS Kesehatan adalah singkatan dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, lembaga ini dibentuk sesuai dengan UU Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. BPJS Kesehatan sebelumnya bernama Askes (Asuransi Kesehatan) dan Askes berubah menjadi BPJS Kesehatan sejak 1 Januari 2014. PT Askes (Persero) merupakan BUMN pengelola jaminan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya.

Pada tahun 1984, sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1984 BPDPK berubah menjadi Perusahaan Umum Husada Bhakti. Untuk meningkatkan program jaminan kesehatan bagi peserta dan dikelola secara profesional maka pemerintah menerbitkan PP Nomor 22 Tahun 1984 tentang Pemeliharaan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun (PNS, ABRI dan Pejabat Negara) beserta anggota keluarganya.

Pada tahun 1992, sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992 Perum Husada Bhakti berubah menjadi PT. Askes (Persero), dengan pertimbangan fleksibilitas pengelolaan keuangan, kontribusi kepada

Pemerintah dapat dinegosiasi untuk kepentingan pelayanan kepada peserta dan manajemen lebih mandiri.

Di era PT Askes (Persero), pemerintah juga pernah memberikan penugasan terhadap pengelolaan Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (PJKMM), Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) dan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Hingga akhirnya pada 1 Januari 2014, sesuai dengan Undang-Undang No. 24 tahun 2011 tentang BPJS, PT Askes (persero) berubah menjadi BPJS Kesehatan yang mengelola Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS).<sup>99</sup>

## **2. Mitra BPJS Kesehatan**

Seiring dengan berjalannya Program Jaminan Kesehatan-Nasional Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) menuju tahun kelima, BPJS Kesehatan kian merentangkan jaringan kerja sama dengan perbankan Indonesia. Tak hanya terkait kemudahan akses pembayaran iuran bagi peserta JKN-KIS, namun juga dalam hal menjaga likuiditas fasilitas kesehatan (faskes) mitra BPJS Kesehatan melalui Supply Chain Financing (SCF). Program SCF merupakan program pembiayaan oleh bank yang khusus diberikan untuk membantu percepatan penerimaan pembayaran klaim pelayanan kesehatan faskes mitra BPJS Kesehatan melalui pengambilalihan invoice sebelum jatuh tempo pembayaran. Sejumlah perbankan baik nasional maupun swasta siap memberikan manfaat

---

<sup>99</sup> Fitri Riyanti, Sejarah BPJS Kesehatan, diakses dari <https://www.panduanbpjs.com/tentang-bpjs-kesehatan/>, diakses pada tanggal 7 mei 2020, pukul 19:04 wib.

pembiayaan tagihan pelayanan kesehatan melalui SCF. Ini bisa dimanfaatkan oleh fasilitas kesehatan agar arus finansial rumah sakit berjalan baik. Saat ini, BPJS Kesehatan juga sudah menjalin sinergi dengan perbankan syariah.

Selain Bank Syariah Bukopin, sejumlah bank syariah yang mengimplementasikan SCF adalah Bank Muamalat dan Bank Syariah Mandiri. BPJS Kesehatan juga telah meneken perjanjian kerja sama dengan bank mitra, baik pemerintah maupun swasta, yaitu Bank Mandiri, BNI, Bank KEB Hana, Bank Permata, Bank Bukopin, Bank Woori Saudara, Bank BJB, CIMB Niaga, serta sejumlah *multifinance* yaitu TIFA Finance dan MNC Leasing.

Upaya lainnya adalah melalui telekolekting. Sampai dengan Juni 2018, BPJS Kesehatan telah menghubungi lebih dari 1 juta peserta JKN-KIS yang menunggak dan berhasil mengumpulkan Rp 33 miliar dari usaha penagihan iuran melalui telepon tersebut. Sementara itu, untuk mempermudah peserta menunaikan kewajibannya membayar iuran, BPJS Kesehatan juga memperluas kanal pembayaran. Hingga akhir Juli 2018, ada lebih dari 681.389 titik pembayaran iuran JKN-KIS yang tersebar di seluruh Indonesia. Tak sampai di situ, BPJS Kesehatan juga terus berkoordinasi dengan kementerian/lembaga dan pemerintah daerah untuk meningkatkan kepatuhan publik terkait pemenuhan kewajiban badan iuran, baik dari segmen badan usaha maupun peserta perorangan. Jumlah peserta JKN-KIS telah mencapai 202.160.855 jiwa. Dalam hal memberikan pelayanan

kesehatan, BPJS Kesehatan telah bekerja sama dengan 22.531 FKTP, 2.434 rumah sakit (termasuk di dalamnya klinik utama), 1.546 apotek, dan 1.093 optik.<sup>100</sup>

### **3. Persoalan dan Hambatan yang Dihadapi BPJS Kesehatan dalam Memberikan Jaminan Sosial Kesehatan kepada Masyarakat**

Ketidakcukupan Dana menjadi masalah utama yang dihadapi oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) menganggap sejumlah masalah perlu dibenahi dalam menanggulangi masalah tersebut.

Menurut Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan (BPKP) ada beberapa faktor yang membuat jumlah uang yang diterima oleh BPJS Kesehatan tidak sebanding dibandingkan dengan jumlah manfaat yang telah diterima peserta, di antaranya:

- a. Banyak peserta yang menunggak iuran BPJS Kesehatan
- b. Rumah sakit bersikap curang dengan memainkan kategori saat pelaporan yang seharusnya masuk dalam kategori B berubah menjadi A
- c. Banyak perusahaan yang melakukan kecurangan dengan melaporkan jumlah karyawan yang lebih sedikit.
- d. Pelayanan BPJS Kesehatan lebih banyak daripada jumlah peserta

---

<sup>100</sup> Bpjs Kesehatan, Geliat Perbankan Jajaki Skema Pembiayaan Tagihan Faskes Mitra BPJS Kesehatan, diakses dari <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/arsip/detail/1070>, diakses pada tanggal 7 mei 2020, pukul 19:50 wib.

- e. Data yang tidak sesuai akibat dari perubahan data peserta tidak update secara otomatis, jadi terjadi data ganda.<sup>101</sup>

Kendala dalam pelaksanaan JKN BPJS Kesehatan salah satunya adalah defisit anggaran BPJS Kesehatan. Pada tahun 2015 BPJS Kesehatan mengalami defisit sekitar 5,58 Triliyun, hal tersebut disebabkan karena tingginya klaim yang harus dibayarkan tidak bisa ditutupi oleh iuran peserta. Untuk menyiasatinya BPJS Kesehatan mengajukan permohonan suntikan dana dari pemerintah sebesar Rp 5 Triliyun dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Perubahan (APBNP) 2015 yang lalu. Namun dana tambahan tersebut diperkirakan masih belum cukup untuk BPJS Kesehatan menjalankan fungsinya sebagai badan sosial. Maka dari itu, hal yang perlu dilakukan untuk mengatasi defisit yang dialami BPJS, alternatif salah satunya adalah mengedepankan upaya promotif dan preventif untuk menjaga masyarakat tetap sehat.<sup>102</sup>

Masalah yang selama ini dianggap sebagai bagian dari penghambat program JKN/KIS yaitu diantaranya:<sup>103</sup>

- a. Aspek, yaitu penggunaan Nomor Induk Kependudukan (NIK) sebagai syarat pendaftaran peserta JKN/KIS. Ini diatur dalam Peraturan BPJS

---

<sup>101</sup> Aufl Ramadhania Pasha, Sanksi dan denda bagi peserta penunggak iuran BPJS Kesehatan, diakses dari <https://www.cermati.com/artikel/peserta-perlu-tahu-ini-sanksi-dan-denda-bagi-penunggak-iuran-bpjs-kesehatan>, diakses pada tanggal 13 mei 2020, pukul 8:33 wib.

<sup>102</sup> Sarmaulina Sitompul (dkk.), "Analisis Pelaksanaan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) BPJS Kesehatan pada Dokter Keluarga di Kabupaten Pekalongan Tahun 2016", *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, Volume 4, No 4, Oktober 2016, Hlm. 2.

<sup>103</sup> Ady, Masalah-masalah BPJS Kesehatan, diakses dari <https://www.hukumonline.com/berita/baca/lt57bd0ba444be5/8-masalah-penghambat-jaminan-kesehatan-nasional>, pada tanggal 7 mei 2020, pukul 20:48 wib.

Kesehatan No. 1 Tahun 2014 dan Surat Edaran (SE) BPJS Kesehatan No. 17 Tahun 2016. dalam mekanisme pendaftaran itu karena Peraturan Presiden (Perpres) No. 19 Tahun 2016 yang telah diubah menjadi Perpres No. 28 Tahun 2016 menyebut NIK bukan syarat wajib kepesertaan. Syarat kepesertaan adalah identitas. Jika NIK belum bisa disediakan oleh instansi yang bertanggungjawab, BPJS Kesehatan mestinya menyediakan identitas sementara untuk peserta yang belum punya NIK.

- b. Persoalan pelayanan, menyangkut prinsip portabilitas, Prinsip portabilitas dalam program JKN/KIS yang berjalan selama ini belum optimal. Portabilitas artinya setiap peserta dapat menikmati layanan kesehatan berkelanjutan di seluruh wilayah Indonesia. Kalaupun seorang peserta pergi ke daerah lain, ia tetap bisa mendapatkan layanan. Namun, dari sejumlah fasilitas kesehatan (faskes) yang ditemui DJSN menyebut ada kebijakan BPJS Kesehatan yang membatasi pelayanan bagi peserta yang berobat di luar faskes tingkat pertama (FKTP) tempat peserta terdaftar. Peserta bisa mendapat pelayanan di FKTP itu maksimal 3 kali. Ada juga FKTP menolak melayani peserta dari FKTP wilayah lain dengan alasan mekanisme pembayaran untuk portabilitas belum jelas. Jika tetap ingin dilayani, ia harus menghubungi layanan di daerah asal. Pemantauan DJSN menunjukkan portabilitas pada kasus darurat relatif berjalan. Tapi hal serupa tidak ditemui dalam portabilitas pelayanan non darurat. DJSN merekomendasikan agar pembatasan pelayanan sebanyak 3 kali itu ditujukan kepada peserta yang terdaftar di faskes yang masih dalam satu

kabupaten/kota; menyediakan petugas di daerah untuk pelayanan portabilitas; dan mengembangkan pola pembayaran khusus kepada FKTP yang memberi pelayanan kepada peserta yang berasal dari FKTP daerah lain.

- c. Menyangkut regionalisasi rujukan, Pelayanan dalam program JKN/KIS dilaksanakan secara berjenjang mulai dari FKTP sampai faskes rujukan tingkat lanjutan (FKRTL). Beberapa provinsi seperti Sumatera Selatan dan Jakarta mengatur rujukan itu berdasarkan wilayah administratif pemerintahan daerah. DJSN menilai regionalisasi rujukan tidak tepat karena menyebabkan peserta terhambat untuk mengakses pelayanan kesehatan. Peserta harus menempuh jarak yang jauh dengan biaya yang besar untuk mencapai sebuah faskes. Masalah rujukan juga dialami peserta karena FKTP hanya boleh merujuk ke RS tipe C terlebih dulu. Padahal, tidak semua RS tipe C punya fasilitas dan SDM yang bisa melayani peserta sesuai diagnosa rujukan. Itu menimbulkan kesan pelayanan terhadap peserta diperlambat atau dipersulit. Bahkan bisa menyebabkan kondisi penyakit yang diderita peserta lebih parah dan meningkatkan biaya transportasi rujukan yang ditanggung BPJS Kesehatan. Untuk mengatasi masalah rujukan itu DJSN mengusulkan agar regionalisasi rujukan diatur berdasarkan 'konsep jangkauan' dan 'kemampuan' faskes.
- d. Persoalan kriteria gawat darurat, Selama dua tahun program JKN/KIS berjalan, kriteria gawat darurat jadi kendala pelaksanaan pelayanan kesehatan di lapangan. Belum ada regulasi yang detail mengelompokkan

kondisi-kondisi yang tergolong gawat darurat atau bukan. Penjaminan BPJS Kesehatan dalam kasus gawat darurat di faskes yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan hanya mengacu diagnosa, bukan kriteria yang dimaksud darurat. Misalnya, kasus stroke dianggap darurat, kondisi apa yang dianggap masih darurat? Kriteria stabil, seperti apa dianggap stroke stabil? Apakah penurunan kesadaran dianggap stabil?. DJSN merekomendasikan BPJS Kesehatan, IDI dan perhimpunan profesi untuk menetapkan kriteria darurat dan stabil. BPJS Kesehatan dituntut mampu mengumpulkan informasi tentang kemampuan dan ketersediaan tempat tidur di faskes yang bekerjasama. Sehingga pasien darurat dapat dipindahkan ke RS yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

e. Perihal pembagian kelas, Pembagian kelas perawatan rawat inap yang ada saat ini dinilai DJSN tidak sesuai dengan amanat UU SJSN dan UU BPJS. Regulasi itu jelas menyebut kelas perawatan bagi peserta yang membutuhkan rawat inap menggunakan kelas standar tanpa ada pembagian kelas. Pembagian kelas I, II dan III sebagaimana berlangsung saat ini berdampak terhadap diskriminasi pelayanan karena tarif yang dibayar berbeda, tergantung kelas perawatannya. Diskriminasi ini bertentangan dengan prinsip kemanusiaan sebagaimana amanat dan UU BPJS.

f. Persoalan pengadaan obat-obatan, DJSN berpendapat item obat dalam tidak dapat memenuhi kebutuhan. Karena itu bukan satu-satunya cara untuk pengadaan obat dalam program JKN/KIS. Item obat yang tidak ada

di dapat mengacu harga pasar. Tetapi terkendala Permenkes No. 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Beleid ini menyebut pengajuan klaim atas obat program rujuk balik, obat penyakit kronis dan kemoterapi serta biaya pelayanan kefarmasian mengacu pada harga dasar obat sesuai e-catalog. DJSN merekomendasikan agar Permenkes itu ditinjau ulang.

g. Terkait klasifikasi tarif INA-CBGs. Pasal 24 ayat (1) UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN mengamanatkan besarnya pembayaran kepada faskes untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara BPJS dan asosiasi faskes di wilayah tersebut. Zaenal mengatakan ketentuan itu tidak terpenuhi karena tarif INA-CBGs sudah ditetapkan berdasarkan regional sehingga menutup ruang kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan asosiasi faskes untuk menaikkan tariff. DJSN menilai pembagian tarif INA-CBGs berdasarkan tipe RS berdampak pada mutu pelayanan di daerah terpencil sehingga tidak terwujud prinsip ekuitas sebagaimana amanat UU SJSN. Padahal RS tipe paling rendah sampai tinggi memberikan standar pelayanan yang sama. Pembayaran berdasarkan kelas di RS itu dianggap DJSN bertentangan dengan pasal 19 ayat (1) UU SJSN. Untuk membenahi masalah klasifikasi tarif INA-CBGs itu DJSN merekomendasikan Kementerian Kesehatan membuat kisaran tarif sebagai ruang untuk kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan asosiasi faskes. Kemudian, membuat tarif yang acuannya bukan tipe kelas RS tapi

kemampuan RS. BPJS Kesehatan perlu menegosiasikan tarif kepada setiap faskes berdasarkan nilai kredensialing.

- h. Pembagian jasa medis di RS pemerintah. Selama ini pengaturan pembagian jasa medis di RS pemerintah berstatus badan layanan umum (BLU) hanya mencantumkan presentase maksimal. Dikhawatirkan ini disalahgunakan manajemen RS dan merugikan tenaga medis. Sementara RS atau faskes pemerintah daerah yang belum BLUD pembagian remunerasinya dapat tertunda dan tidak pasti. Jelas kondisi tersebut menurunkan motivasi tenaga pelaksana, sehingga berpengaruh terhadap mutu pelayanan peserta JKN/KIS. Terpisah, Kepala Humas BPJS Kesehatan, Irfan Humaidi mengatakan intinya BPJS Kesehatan menerima masukan dari berbagai pihak termasuk DJSN. Namun, ada beberapa hal yang menurutnya perlu ditanggapi dari hasil monitoring dan evaluasi DJSN pada semester I tahun 2016 itu. Diantaranya, soal NIK, BPJS Kesehatan menerima peserta yang sudah ataupun belum memiliki NIK, mengacu peraturan perundang-undangan, BPJS Kesehatan bisa menerbitkan identitas kepesertaan. Itu diterbitkan bagi peserta yang sudah punya NIK atau belum. Bagi peserta yang sudah punya NIK, keuntungannya ketika kartu kepesertaannya hilang dan ingin mendapat pelayanan kesehatan, dia hanya perlu menunjukan KTP nya ke faskes.

Mengenai persoalan yang tengah dihadapi BPJS Kesehatan dengan mitranya, menurut Menteri Keuangan Sri Mulyani, masalah yang terjadi yaitu datang dari kemitraan Rumah Sakit seperti banyak masyarakat yang

datang ke Rumah Sakit tidak bisa memposisikan hak-haknya yang seharusnya mereka dapatkan sesuai dengan aturan yang berlaku. Contohnya banyak masyarakat yang menginginkan porsi fasilitas yang tidak sesuai dengan haknya, mereka membayar di faskes kelas III tetapi menginginkan pelayanan di kelas II dan membayar di kelas II ingin dilayani di kelas I. hal demikian mengenai masalah tersebut tentu harus segera dilakukan kategorisasi yang harus benar-benar sesuai. Menurut informasinya, Masalah kategorisasi di rumah sakit yang harus benar-benar sesuai akan dilakukan oleh Kementerian Kesehatan. agar berlangsungnya kemajuan BPJS Kesehatan itu sendiri.<sup>104</sup>

Terkait fasilitas yang diperjanjikan antara BPJS Kesehatan dengan mitra, seperti pada Bank Muamalat yang membantu perlanar arus finansial faskes dengan menjadi Mitra SCF (Supply Chain Financing) BPJS Kesehatan. Program SCF bagi mitra faskes BPJS Kesehatan merupakan program pembiayaan oleh bank yang khusus diberikan kepada faskes mitra BPJS Kesehatan untuk membantu percepatan penerimaan pembayaran klaim pelayanan kesehatan melalui pengambilalihan invoice sebelum jatuh tempo pembayaran. Selain membantu likuiditas faskes tetap terjaga, SCF juga diharapkan dapat mendorong faskes untuk tetap memberikan pelayanan seoptimal mungkin kepada para peserta Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS). Ikatan kerja sama ini ditandai dengan

---

<sup>104</sup> Lidya Julita S, *Begini ternyata kondisi parahnya BPJS Kesehatan*, diakses dari <https://www.cnbcindonesia.com/news/20190906132702-4-97613/ya-ampun-begini-ternyata-kondisi-parahnya-bpjs-kesehatan>, diakses pada tanggal 22 juni 2020, pukul 20:17 wib.

penandatanganan nota kesepahaman antara BPJS Kesehatan dengan Bank Muamalat yang diwakili oleh Direktur Keuangan dan Investasi BPJS Kesehatan Kemal Imam Santoso dan Chief Executive Officer (CEO) Bank Muamalat Achmad K. Permana, Rabu (29/08). Turut hadir Direktur Bisnis Korporasi Bank Muamalat Indra Yurana Sugiarto dan Chief Risk Officer Bank Muamalat Avianto Istihardjo. Bank Muamalat adalah bank syariah pertama yang berkomitmen menerapkan SCF bagi faskes mitra BPJS Kesehatan. Saat ini sejumlah perbankan baik nasional maupun swasta siap memberikan manfaat pembiayaan tagihan pelayanan kesehatan melalui SCF. Ini bisa dimanfaatkan oleh faskes agar likuiditas rumah sakit berjalan baik. Sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku, BPJS Kesehatan wajib membayar klaim atas pelayanan yang telah diberikan oleh faskes kepada peserta paling lambat 15 hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap. Hal ini merupakan peluang bagi Bank Muamalat untuk memberikan fasilitas pembiayaan modal kerja berupa talangan tagihan kepada pihak faskes selaku mitra BPJS Kesehatan. Dalam memberikan pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan kesehatan telah bekerja sama dengan 22.390 FKTP yang terdiri atas 9.884 Puskesmas, 5.058 Dokter Praktik Perorangan, 5.544 Klinik Non Rawat Inap, 676 Klinik Rawat Inap, 21 RS Kelas D Pratama, serta 1.207 Dokter Gigi. Sementara itu di tingkat FKTRL, BPJS Kesehatan telah bermitra dengan 2.424 RS dan Klinik Utama, 1.579 Apotek, dan 1.080 Optik.<sup>105</sup>

---

<sup>105</sup> Humas, *Bantu Perlancair Arus Finansial Faskes Bank Muamalat jadi Mitra SCF BPJS*

## **B. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Non Penerima Bantuan yang terdaftar di BPJS Kesehatan.**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Kesehatan mencatat, jumlah peserta keseluruhan saat ini mencapai 224,1 juta atau 83% dari total penduduk Indonesia 269 juta orang. Dari jumlah tersebut, Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan tahun 2018 se-Indonesia sudah ditetapkan oleh Menteri Sosial dengan jumlah 92.400.000 orang. Direktur Utama BPJS Kesehatan Fachmi Idris mengungkapkan jumlah peserta program JKN-KIS sampai akhir tahun 2018 mencapai 208.054.199 jiwa. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan tahun 2018 ditetapkan dengan Surat Keputusan Menteri Sosial Nomor 5/HUK/2018 tentang Penetapan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang diputuskan dan ditetapkan pada waktu itu tanggal 2 Januari 2018 yang lalu oleh Menteri Sosial RI pada masa pimpinan Khofifah Indar Parawansa.<sup>106</sup>

Pada tahun 2019 data BPJSK sampai akhir November 2019, jumlah peserta yang terdaftar baru sekitar 222.815.475 orang. Jumlah ini baru mencapai 84 persen dari total penduduk tahun 2019 yang menurut data Kependudukan dan Catatan Sipil (Dukcapil) Kementerian Dalam Negeri (Kemdagri) adalah 266.534.836 jiwa. Desember 2019 hingga Mei 2020 Perpindahan kelas ini terjadi di rentang waktu dua kali kenaikan iuran BPJS

---

*Kesehatan*, diakses dari <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2018/890/Bantu-Perlancar-Arus-Finansial-Faskes-Bank-Muamalat-Jadi-Mitra-SCF-BPJS-Kesehatan>, diakses pada tanggal 22 juni 2020, pukul 20:51 wib.

<sup>106</sup> No Name, Penetapan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan 2018, diakses dari web <https://www.jogloabang.com/kesehatan/penerima-bantuan-iuran-jaminan-kesehatan-2018>, pada tanggal 1 Juli 2020, Pukul 12.00 WIB.

Kesehatan. Saat ini terdapat 30,68 juta orang yang tercatat sebagai peserta mandiri. Jumlah peserta yang turun ke kelas III tercatat mencapai 1,9 juta orang, terdiri dari penurunan kelas I ke kelas III sebanyak 510.728 dan kelas II ke kelas III mencapai 1,48 juta orang. Adapun, perpindahan peserta kelas I ke kelas II mencapai 317.611 orang.<sup>107</sup>

Pada tahun 2018, Penerima Bantuan Iuran (PBI) sebanyak 92,1 juta jiwa. Kemudian sebagai bentuk komitmen pemerintah di tahun 2019, jumlah kepesertaan PBI ditingkatkan menjadi 96,8 juta jiwa.<sup>108</sup> Pemerintah menambah kuota Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) menjadi 96,8 juta jiwa. Peserta PBI-JK menerima Rp 23 ribu per bulan untuk layanan kelas 3. Penambahan kuota PBI-JK dilakukan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 01/HUK/2019, tentang Penetapan Penerimaan Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Tahun 2019. Data peserta sudah termasuk bayi dari peserta PBI-JK yang didaftarkan pada tahun 2019. Untuk menjamin keabsahan data PBI-JK, Kementerian Sosial (Kemensos) melakukan verifikasi dan validasi (verivali) sepanjang 2018 bersama BPJS Kesehatan dan Kementerian Dalam Negeri. Proses verivali dilakukan melalui pemadanan data catatan sipil yang berbasis Nomer Induk Kependudukan (NIK). Dengan pemadanan data, ada sebagian peserta PBI-JK yang terhapus karena sudah menjadi Pekerja Penerima Upah (PPU), meninggal dunia, atau memiliki NIK

---

<sup>107</sup> Rr Ariyani yakti, Peserta Mandiri BPJS Kesehatan Turun Kelas, diakses dari <https://today.line.me/id/pc/article/2+3+Juta+Peserta+Mandiri+BPJS+Kesehatan+Turun+Kelas-79YgkQ>, diakses pada tanggal 8 agustus 2020, pukul 21:19 wib.

<sup>108</sup> Raras Prawitaningrum, BPJS Kesehatan 2019 Peserta Meningkat, diakses dari <https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-4564006/bpjs-kesehatan-mei-2019-peserta-meningkat-jadi-221580743-jiwa>, diakses pada tanggal 8 agustus 2020, pada pukul 21:06 wib.

ganda. Setiap bulan BPJS Kesehatan melaporkan pembaruan data PBI, yang dilaporkan pada Kementerian Kesehatan dan Kemensos. Bila sudah dikoordinasikan lintas sektor, BPJS Kesehatan akan menerima pembaruan data peserta PBI-JK. Penambahan kuota PBI-JK meningkatkan jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang hingga 03 Januari 2019 tercatat sebanyak 215.860.046 jiwa.<sup>109</sup>

### **C. Kendala dan Problematika yang dihadapi Peserta Non Penerima Bantuan Iuran.**

Pelayanan kesehatan yang diberikan petugas dan jajaran yang terkait sangatlah penting dalam proses memberikan pelayanan terhadap masyarakat peserta BPJS Kesehatan. Sarwono, (2011) menyebutkan bahwa proses dari persepsi sosial membentuk kesan tentang orang lain berdasarkan pada informasi yang tersedia di lingkungan, sikap terdahulu dapat berupa keramahan, baik hati, judes, pelit pemarah dan sebagainya. Dalam hal ini kesan yang diberikan petugas dan jajaran terkait banyak sekali tanggapan negatif.<sup>110</sup>

Kesan yang dirasakan warga di Kota Bogor, Yayah Rukiyah (64) warga Kelurahan Pasir Kuda, Kecamatan Bogor Barat, Kota Bogor, yang mengalami sesak nafas dan kaki tidak bisa digerakkan, dan langsung tidak sadarkan diri. Lalu warga tersebut mendapatkan pelayanan yang kurang baik dari RS X, pihak keluarga meminta agar pasien dirawat inap dengan BPJS Mandiri yang

<sup>109</sup> Rosmha Widiyani, Kado Tahun Baru, Kuota PBI-JK BPJS Kesehatan Tambah, diakses dari web <https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-4377463/kado-tahun-baru-kuota-pbi-jk-bpjs-kesehatan-tambah>, pada tanggal 1 Juli 2020, Pukul 10.30 WIB.

<sup>110</sup> Fitri Permatasari, "Persepsi Masyarakat Pengguna Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Mandiri Dalam Pelayanan RSUD Lubuk Basung Kabupaten Agam", *Jom Fisip*, Volume 2, No. 2, Oktober 2015, Hlm. 12.

dimiliki, namun dari pihak RS tersebut meminta untuk rawat inap dengan umum saja, jangan dengan BPJS. dengan kasus yang terjadi pada warga tersebut tentu seakan pasien BPJS tidak mendapatkan pelayanan yang seharusnya.<sup>111</sup>

Kasus lain mengenai fasilitas pelayanan kesehatan juga terdapat pada masyarakat di Garut, Jawa Barat yang mengeluhkan buruknya layanan BPJS Kesehatan terkait pelayanan kelas rawat inap saat perawatan di Rumah Sakit, seperti pasien yang seharusnya dirawat dikelas 1 tapi dirawat dikelas 2. Dalam hal ini jelas tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku dalam BPJS itu sendiri, dan tentu merugikan peserta yang tidak seharusnya mendapatkan pelayanan yang tidak sesuai.<sup>112</sup>

Masyarakat dalam hal ini juga mengeluhkan mengenai perlakuan buruk dari RS itu sendiri bahkan seorang dokter pun ikut terlibat. Bahwa adanya dugaan malpraktik yang dilakukan oleh dokter dan perawat yang di tunjuk oleh BPJS Kesehatan terhadap pasien BPJS yang ditanganinya yang mengakibatkan pasien meninggal dunia. Diduga dokter melanggar disiplin profesional kedokteran seperti tidak melakukan tes alergi obat suntikan terhadap pasien pada masuk Rumah sakit. Juga tidak merujuk pasien kepada dokter spesialis jantung yang mana hasil EKG pada masuk ke UGD rumah sakit, hasilnya terlihat pasien lemah jantung, melakukan tindakan atau asuhan medis tanpa peroleh persetujuan dari keluarga pasien, visit pasien ke ruangan sering

---

111 Kupas Merdeka, *Warga Pemegang BPJS Mandiri Keluhkan pelayanan Buruk di RS*, diakses dari <https://www.kupasmerdeka.com/2018/12/warga-pemegang-bpjs-mandiri-keluhkan-pelayanan-buruk-di-rs-pmi-bogor/amp/>, diakses pada tanggal 31 mei 2020, pada pukul 18:00 wib.

112 Fani Ferdiansyah, *Warga Garut Keluhkan Pelayanan BPJS Kesehatan*, diakses dari <https://daerah.sindonews.com/berita/1108736/21/warga-garut-keluhkan-layanan-bpjs-kesehatan>, diakses pada tanggal 22 juni 2020, pada pukul 22:31 wib.

terlambat dengan berbagai alasan yang tidak masuk akal dikarenakan pasien BPJS. Membuat keterangan medis yang tidak didasarkan kepada hasil pemeriksaan yang diketahuinya secara benar dan patut. Dimana kondisi pasien lemah dan tidak dapat makan. Sejak masuk rumah sakit tersebut malahan diberikan obat suntikan. (diduga melebihi dosis) tanpa melalui prosedur infus cairan tetapi langsung di suntikan ke tangan yang kemudian pasien sesak nafas dan meninggal dunia seketika.<sup>113</sup>

Beberapa RS lain juga masih banyak kendala yang dihadapi oleh rumah sakit dalam upaya pemberian transfusi darah, sehingga dalam pemberian transfusi darah masih saja ada kasus pasien yang dirugikan bahkan sampai meninggal dunia. Padahal salah satu hak pasien sebagaimana tercantum di dalam Pasal 32 huruf n Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit adalah “Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit.” Hak ini tidak boleh dilanggar oleh siapapun juga termasuk oleh dokter ataupun rumah sakit selaku pemberi pelayanan kesehatan, sehingga pelanggaran terhadap hak ini akan menjadi salah satu dasar gugatan pasien kepada dokter ataupun rumah sakit.<sup>114</sup>

Persoalan juga timbul dari pelayanan kesehatan yaitu permasalahan antara pelayanan kesehatan yang diterima dengan tuntutan pengajuan klaim dan rumah sakit, yaitu pengajuan klaim tidak sesuai dengan prosedur dan tarif dalam Perjanjian Kerjasama (PKS) sehingga menimbulkan masalah bagi

---

<sup>113</sup> Liswar Mahdi, *Mohon Perhatian BPJS Kesehatan Pusat*, diakses dari <https://www.radarbandung.id/2020/06/05/mohon-perhatian-bpjs-kesehatan-pusat/>, diakses pada tanggal 22 juni 2020, pada pukul 23:11 wib.

<sup>114</sup> Sri Ratna Suminar, “Analisis Hukum Terhadap Pemberian Transfusi Darah Di Rumah Sakit Berdasarkan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit”, *Syar Hukum FH Unisba*, Volume XIII, No. 3, September 2011, Hlm. 3.

RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano. RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano menunjukkan beberapa masalah dalam pengajuan klaim BPJS kesehatan antara lain; kurangnya pengetahuan dan pemahaman dari dokter, perawat, dan petugas rekam medik terhadap kelengkapan dokumen rekam medis, dokumen klaim dan lambatnya penyerahan dokumen klaim dari ruangan perawatan ke petugas ruangan medik dan ke ruangan klaim rumah sakit, sehingga operasional rumah sakit terhambat karena dana klaim harus disetor terlebih dahulu ke kas daerah. Dalam hal ini jelas menghambat proses peserta dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.<sup>115</sup>

Kasus serupa mengenai perlakuan buruk di RS juga terjadi Kabupaten Majalengka, Jawa Barat, bahwa Ketua Dewan Pimpinan Daerah Majalengka LSM Penjara Indonesia menyampaikan keluhan yang terjadi di masyarakat kepada pihak BPJS hingga adu mulutpun terjadi antara keduanya. Kejadian ini dialami oleh salah satu warga yang berada di Desa Prapatan Panjalin, Kecamatan Sumberjaya, Kabupaten Majalengka. Pasien tersebut ikut dalam kepesertaan BPJS Kesehatan dan pasien rajin membayar tiap bulannya. Namun, dalam kondisi masih keadaan dirawat, pasien malah sudah harus dipulangkan oleh pihak RS. Hal demikian tentu sangat tidak pantas dilakukan pada pasien yang seharusnya mendapatkan pelayanan yang layak. Kejadian seperti ini bukan yang pertama kali terjadi di Rumah Sakit tersebut sudah banyak rentetan kejadian di masa lalu dengan kasus yang hampir sama tetapi tidak tuntas penyelesaiannya. Dari beberapa kasus yang terjadi diatas, mungkin

---

<sup>115</sup> Taliana D. Malonda (dkk.), "Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano", *Artike Penelitian JIKMU*, Volume 5, No. 2b, April 2015, Hlm. 1-3.

kita menilai bahwa BPJS Kesehatan sangat tidak baik dalam melayani peserta BPJS dan memang dalam faktanya dapat kita katakan demikian. Dibeberapa mitra BPJS yang terkait tidak melaksanakan kewajiban dengan benar bahkan sampai merugikan dan menya-nyiakan kesempatan hidup pasien. Namun perlu kita ketahui juga mengenai pelayanan kesehatan pada mitra-mitra BPJS Kesehatan lain yang justru benar-benar memberikan manfaat bagi peserta BPJS Kesehatan, tidak semua perlakuan buruk terjadi disemua RS. Keberadaan Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat telah memberikan banyak manfaat kepada pesertanya. Salah satunya dirasakan oleh Gantini, seorang guru yang merasakan manfaat Program BPJS Kesehatan sewaktu almarhum suaminya didiagnosa mengidap penyakit jantung ia merasakan sangat terbantu dalam hal biaya, selama 3 tahun juga suami dari Gantini selalu keluar masuk RS. Tanpa adanya bantuan dari BPJS Kesehatan mungkin Gantini tidak dapat membawa almarhum suaminya ke RS, dalam hal ini Gantini sangat bersyukur dengan adanya program jaminan kesehatan tersebut dan menganggap bahwa sangat penting untuk mendaftarkan kepersertaan BPJS Kesehatan.<sup>116</sup>

Pelayanan dan perlakuan dari berbagai Rumah Sakit terbilang tidak dapat disama ratakan. Karena meskipun dari beberapa RS memperlakukan pasien dengan buruk namun masih banyak juga perlakuan baik dari RS lain. Karena pada dasarnya selama Peserta BPJS dimanapun sesuai dengan aturan sudah

---

<sup>116</sup> Fabiola Febrinastris, *Suami Didagnosis Sakit Jantung Gantini Terbantu Karena BPJS Kesehatan*, diakses dari <https://www.suara.com/bisnis/2020/06/22/122716/suami-didiagnosis-sakit-jantung-gantini-terbantu-karena-bpjs-kesehatan>, diakses pada tanggal 22 juni 2020, pada pukul 23:53 wib.

memenuhi kewajiban akan kepesertaan yang telah terdaftar maka akan mendapat pelayanan hingga pasien dalam keadaan membaik, bilamana terjadi suatu pelayanan kurang baik serta mendapati perlakuan buruk kemungkinan bukan dari Pelayanan dari BPJS, melainkan dari Rumah Sakit itu sendiri.<sup>117</sup>

Berdasarkan penelitian umum secara garis besar kendala yang dihadapi peserta mandiri atau non penerima bantuan BPJS Kesehatan dikarenakan kondisi ekonomi yang memburuk membuat peserta BPJS mandiri yang pada awalnya mampu untuk membayar iuran bulanan, menjadi tidak mampu membayar lagi. Kendala lain seperti yang pada awalnya segala sesuatunya termasuk tanggungan iuran bulanan BPJS Kesehatan ditanggung oleh kepala keluarga yaitu suami kemudian pada saat yang tak terduga suami tersebut meninggal dunia. Disinilah titik permasalahan yang kerap terjadi pada lapisan masyarakat itu sendiri. tidak hanya itu, kendala lain yang dirasakan oleh peserta non Penerima Bantuan Iuran BPJS Kesehatan diantaranya yaitu beberapa dari mereka yang bekerja serabutan, yang dimana pendapatan mereka naik turun sesuai dengan pekerjaannya. Dan mereka yang awalnya bekerja pada sebuah perusahaan benefit, di waktu yang tak terduga mengalami PHK atau dikeluarkan secara sepihak, dengan hal ini tentu pendapatan mereka menjadi turun karena tidak ada lagi pemasukan seperti biasanya. Lalu ada juga dari mereka yang awalnya salah satu dari keluarganya menjadi TKI (tenaga kerja asing) yang pada mulanya ia dapat dengan mudah membayar iuran, namun terhenti karena kontrak yang diperjanjikan habis. Lalu beberapa suami

---

<sup>117</sup> Liswar Mahdi, *Op. Cit.*

dari mereka juga ada yang bekerja sebagai PNS, dan meninggal, meskipun sang istri mendapatkan uang tunjangan dari pensiunan PNS dari suaminya, namun uang tersebut hanya cukup untuk biaya hidup keluarganya saja sehingga iuran pun tertunggak karena tidak lagi mampu membayarnya. Kemudian ada diantaranya yang awalnya memiliki banyak usaha tetapi mengalami kebangkrutan.<sup>118</sup>

Seperti terjadi kasus pada salah satu warga Kecamatan Beji, Kota Depok. Sopiah (49) mendatangi kantor BPJS Kesehatan Kota Depok. Kedatangannya untuk meminta pelayanan kesehatan bagi sang suami, Slamet Riyadi (50) seolah tak berbuah hasil. Bersama puluhan warga Depok lainnya yang mengatasnamakan Dewan Kesehatan Rakyat (DKR) Kota Depok, Sopiah meminta keadilan, kebijaksanaan yang memihak bagi sang suami. Sopiah punya alasan tersendiri mengapa berunjuk rasa ke kantor BPJS Depok. Sejak suaminya sakit jantung dan dirawat di RSUD Kota Depok beberapa waktu lalu, pelayanannya terpaksa harus dihentikan pihak rumah sakit. Pasalnya, sang suami, sudah dinonaktifkan dari kepesertaan BPJS Kesehatan gara-gara menunggak bayar iuran selama setahun. Dia ingin suaminya diberikan pelayanan kesehatan dan memperoleh fasilitas BPJS meskipun kepesertaannya nonaktif. Dia berdalih, prinsip gotong royong yang digaungkan pihak BPJS belum menyentuh secara langsung pada masyarakat yang membutuhkan. Di sinilah perkara penolakan pelayanan Slamet oleh rumah sakit terjadi. Slamet memang sempat terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan Mandiri kelas III.

---

<sup>118</sup> Inews siang, Tunggakan BPJS Kesehatan, <https://www.youtube.com/watch?v=yL14jXKy6SU>, diakses pada tanggal 11 maret 2020, pukul 5:12 wib

Namun, di tengah jalan dia tak mampu membayar iuran jaminan kesehatan tersebut. Alasannya sederhana. Boro-boro untuk membayar iuran, untuk makan sehari-hari saja dia dan keluarganya merasa kesulitan.<sup>119</sup>

Dari data yang di dapatkan di BPJS Kesehatan ada beberapa masalah yang menyebabkan peserta BPJS Kesehatan Bukan Penerima Bantuan Iuran tidak membayar iuran BPJS yaitu penghasilan peserta tidak menentu, dan alasan lainnya (BPJS Kesehatan, 2017). Semakin tinggi pendapatan seseorang maka semakin tinggi kesadaran masyarakat dalam berasumsi dan membayar iuran. Begitu pula dengan pengaruh pendapatan dengan keteraturan masyarakat dalam membayar iuran BPJS Kesehatan. Pendapatan seseorang memegang peranan penting tingginya kesadaran seseorang terhadap keteraturan dalam membayar iuran BPJS. Pendapatan yang rendah mampu menurunkan keteraturan masyarakat dalam membayar iuran BPJS karena masih banyak kebutuhan yang harus dipenuhi oleh keluarga sehingga tidak ada alokasi pendapatan yang digunakan peserta untuk membayar iuran tersebut. Lain halnya dengan yang berpendapatan tinggi dan mempunyai tingkat kesejahteraan menengah keatas memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi dalam membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional (BPJS Kesehatan). Dari berbagai macam kendala yang dihadapi oleh peserta mandiri, dengan demikian berarti masyarakat dengan kondisi apapun dapat berubah sesuai dengan kondisi dan tekanan yang mereka hadapi dari waktu ke waktu. Dengan negara Indonesia

---

<sup>119</sup> Miftahul Khoer, BPJS Kesehatan Ketika Si Miskin Sulit Memperoleh Pelayanan, diakses dari <https://finansial.bisnis.com/read/20160318/215/529465/bpjs-kesehatan-ketika-si-miskin-sulit-memperoleh-pelayanan>, diakses pada tanggal 11 agustus 2020, pukul 19:48 wib.

yang masih berkembang ini tidak menutup kemungkinan untuk rakyatnya mengalami banyak perubahan. Dengan berbagai macam kendala yang dihadapi tentu menjadi kendala untuk mereka mendapatkan pelayanan kesehatan. maka dengan demikian pentingnya untuk masyarakat mengetahui bahwa yang awalnya mereka mendapati kepesertaan mandiri atau non PBI dapat dengan mudah untuk mengganti kepesertaan mereka hanya dengan melengkapi persyaratan yang sudah ditentukan.<sup>120</sup>

#### **D. Kendala dan Problematika yang Dihadapi Oleh Peserta Penerima Bantuan Iuran BPJS Kesehatan.**

Kendala atau persoalan yang dihadapi peserta Penerima Bantuan Iuran PBI yaitu seperti kasus yang terjadi mengenai sulitnya mengganti kepesertaan dimana kasus tersebut merupakan suatu gambaran ternyata di beberapa daerah terdapat masyarakat yang sulit untuk mendapatkan kesempatan menjadi peserta penerima bantuan iuran jaminan kesehatan BPJS. Masyarakat tersebut sebenarnya masuk ke dalam kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu. Kasus pertama, Pasien bernama Rosidah (34 tahun), pekerjaan suami sebagai pedagang tukang kopi keliling atau bekerja sebagai kuli bangunan. Hanya Rosidah yang mendapat peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) sedangkan anak dan suaminya harus rela ke kelas BPJS Kesehatan Mandiri, (PBPU) dengan membuat Kartu Keluarga (KK) secara terpisah. Sudah berulang kali keluarga ini memohon ke Dinas sosial setempat agar satu keluarga masuk dalam peserta

---

120 ST.Rosmaleny, Ketidapatuhan Membayar Iuran BPJS Kesehatan Peserta Non PBI, diakses dari [http://digilib.unhas.ac.id/uploaded\\_files/temporary/DigitalCollection/MGNjYTEyN2ZiYj14YzljNWE2ZGM0ODZkMTdhNjNINDM4YjQ3MDg4ZA==.pdf](http://digilib.unhas.ac.id/uploaded_files/temporary/DigitalCollection/MGNjYTEyN2ZiYj14YzljNWE2ZGM0ODZkMTdhNjNINDM4YjQ3MDg4ZA==.pdf). Diakses pada pukul 15:53 pada tanggal 28 juni 2020 wib.

Penerima Bantuan Iuran (PBI), namun sampai hari ini masih tidak berfungsi. Kasus kedua, pasien bernama Yanuar (49 tahun), hanya pasien yang mendapatkan peserta JKN-Penerima Bantuan Iuran (PBI), sedangkan sang istri harus rela ikut di kelas BPJS Kesehatan kelas mandiri Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU). Kasus ketiga, pasien bernama Edy Mulyono usia (48 tahun), seorang duda dan sudah 6 tahun cuci darah dengan 3 orang anak, Pasien tidak lagi bekerja dan hidup dengan mengontrak di sebuah rumah petak di Jakarta. Ingin mendaftar menjadi peserta Jaminan Kesehatan BPJS Penerima Bantuan Iuran, namun tidak berdaya karena harus berjuang sendiri.

Mengenai informasi terkait kurangnya sosialisasi BPJS terhadap peserta PBI, menurut Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan Muhadjir Effendy mengatakan tidak semua peserta BPJS Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang menggunakan fasilitas kesehatannya. banyak peserta BPJS PBI yang tidak mengerti kalau mereka mendapatkan jaminan subsidi dari pemerintah, dalam hal ini berarti sosialisasi terhadap para peserta BPJS PBI masih kurang. Sehingga mereka tidak mengerti layanan kesehatan yang didapatkannya. Selain sosialisasi, kurangnya akses, minimnya infrastruktur kesehatan serta tidak memadainya tenaga kesehatan juga masih menjadi penyebab kurangnya peserta PBI menggunakan fasilitas kesehatan yang dapat mereka dapatkan.<sup>121</sup>

---

<sup>121</sup> Fahdi Fahlevi, Menko PMK; Banyak Peserta BPJS PBI Tidak Menggunakan Fasilitasnya, diakses dari <https://www.tribunnews.com/nasional/2020/06/18/menko-pmk-banyak-peserta-bpjs-pbi-tidak-menggunakan-fasilitas-kesehatannya>, diakses pada tanggal 11 agustus 2020, pukul 20:51 wib.

Terjadi kasus terkait implementasi dari UU BPJS yaitu seorang pasien korban BPJS yang diadvokasi DKR Semarang Jumat (3/7). Ibu Karsinah warga kota Semarang dengan sakit kanker payudara dirujuk oleh Puskesmas ke RSUD K.R.M.T. Wongsonegoro, Kota Semarang. Karena peralatan medis yang kurang memadai kemudian di rujuk ke Rumah Sakit Islam Sultan Agung dengan menggunakan kartu BPJS PBI (Penerima Bantuan Iuran). Ibu Karsinah kemudian dirawat sesuai dengan jaminan pelayanan kesehatan sesuai fasilitas kesehatan PBI yang dibayar oleh negara. Awalnya pasien merasa nyaman dengan pelayanan yang cukup baik. Namun beberapa waktu kemudian dokter sulit diakses oleh pasien. Setelah beberapa kali melakukan perawatan dokter meminta ibu Karsinah mengikuti kemoterapi. Namun pasien menolak kemoterapi karena merasa tidak siap secara fisik. Ibu Karsinah kemudian meminta pulang. Dokter mengizinkan pulang, namun meminta agar pasien membayar semua biaya pengobatan dan perawatan yang sudah berlangsung selama di Rumah Sakit. Keluarga pasien ketakutan dan mau tidak mau mencari pinjaman untuk menutupi biaya perawatan ibu Karsinah. Karena kalau tidak segera membayar, biaya akan tambah membengkak.<sup>122</sup>

---

<sup>122</sup> Redaksi, Pasien PBI Tetap Wajib Bayar Gotong Royong Hanya Isapan Jempol Janji Manis BPJS, diakses dari <https://independensi.com/2020/07/05/pasien-pbi-tetap-wajib-bayar-gotong-royong-hanya-isapan-jempol-janji-manis-bpjs/>, diakses pada tanggal 11 agustus 2020, pukul 21:17 wib.

### **E. Sikap dan Upaya Pemerintah Terhadap Peserta Non Penerima Bantuan yang Menunggak Iuran.**

Berdasarkan data dari Kementerian Keuangan per akhir Oktober 2018, defisit BPJS Kesehatan per Oktober 2018 sudah mencapai Rp19,4 triliun. Untuk mengatasi hal ini, pemerintah melakukan berbagai cara agar bisa meminimalisir defisit tersebut. Pemerintah mempersiapkan aturan terkait sanksi bagi para peserta yang menunggak pembayaran iuran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. ketentuan baru bagi peserta BPJS Kesehatan yang menunggak iuran akan menerima sanksi dan denda. Ketentuan ini telah tercantum dalam Perpres nomor 82 tahun 2018. Aturan Baru yang telah dibuat berkenaan dengan peserta yang menunggak membayar iuran peserta. Denda 2% sudah tidak ada lagi, akan tetapi dalam peraturan yang baru BPJS Kesehatan akan memberikan sanksi kepada peserta yang menunggak dan telat bayar iuran. Banyaknya jumlah peserta BPJS yang tidak membayar iuran sebagai kewajibannya menjadi satu diantara sekian hal yang menyebabkan BPJS mengalami defisit. Maka oleh pihak BPJS kemudian diberlakukan beberapa kebijakan, yakni pemberian sanksi bagi peserta yang menunggak. Adapun bentuk sanksinya adalah:<sup>123</sup>

#### **a. Status Kepesertaan Langsung Dihentikan**

Melalui informasi yang disampaikan di dalam situs resmi BPJS Kesehatan diketahui bahwa sejak 1 Juli 2016. Peserta yang tidak membayar

---

<sup>123</sup> Wijayayoko, jenis penunggakan iuran BPJS Kesehatan, diakses dari <https://www.wijayakomunika.co.id/inilah-jenis-sanksi-penunggakan-iuran-bpjs-kesehatan/>, diakses pada tanggal 13 mei 2020, pukul 9:12 wib.

iuran akan langsung dihentikan kepesertaannya. Sehingga praktis pelayanan kesehatan yang bisa diakses memakai kartu BPJS tidak lagi bisa digunakan. Sanksi ini akan berlaku hingga tunggakan dilunasi oleh peserta yang bersangkutan. Jika sudah dibayarkan lunas maka secara otomatis kartu peserta akan aktif kembali dan bisa memakai layanannya untuk mendapatkan layanan kesehatan. Namun, jika tidak aktif otomatis peserta dihimbau untuk datang ke kantor BPJS Kesehatan terdekat dan mengurusnya secara manua

b. Diberikan Denda yang Wajib Dibayar Peserta

Selain diberi sanksi pencabutan atau pemberhentian kepesertaan, peserta yang menunggak iuran BPJS Kesehatan juga akan diberikan sanksi berupa denda. Denda ini sesuai dengan jumlah bulan yang terlambat untuk dibayarkan oleh peserta. Nilainya sendiri adalah 2.5% dari total iuran yang menunggak sesuai kelas rawat inap yang dipilih.

Namun untuk sanksi berupa denda ini sepertinya sudah tidak diberlakukan lagi. Hanya saja keterlambatan atau penunggakan iuran diberi batas waktu maksimal hanya 12 bulan. Jika lebih maka perlu mengurus kartu lagi dari awal. BPJS Kesehatan membantu masyarakat di semua lapisan untuk merasakan layanan kesehatan berkualitas tanpa khawatir masalah biaya. Agar program ini memberi manfaat optimal peserta tentu perlu ikut andil. Yakni enggan membayar iuran secara tertib, jika terlambat maka akan dikenai beberapa sanksi di atas. Aturan sanksi tak mendapatkan layanan public bila

iuran BPJS Kesehatan menunggak, namun pemerintah dinilai belum siap mengimplementasikan karena ego sektoral lembaga terkait masih dominan.<sup>124</sup>

Bagi peserta yang terlambat membayar iuran juga BPJS Kesehatan akan menerapkan sanksi bagi penunggak iuran tidak dapat mengakses pelayanan publik lainnya seperti pengurusan Surat Izin Mengemudi (SIM) dan Surat Tanda Nomor Kendaraan (STNK). Wacana pemberlakuan sanksi ini dilakukan untuk meningkatkan pengumpulan iuran dari peserta BPJS Kesehatan yang masih rendah. Tercatat, keaktifan peserta BPJS Kesehatan hanya mencapai 54 persen. Sementara tingkat penggunaan asuransi sangat tinggi. Hal ini juga menjadi salah satu faktor defisit keuangan BPJS Kesehatan.<sup>125</sup>

Sesuai dengan kewajiban pelayanan kesehatan yang seharusnya Pemerintah berikan terhadap masyarakatnya, maka pemerintah memberikan solusi bagi peserta mandiri yang tidak mendapatkan pelayanan kesehatan dikarenakan kesulitan dalam membayar iuran maka pemerintah menghimbau untuk mengganti kepersertaan menjadi Penerima Bantuan Iuran atau PBI, agar masyarakat mandiri tersebut mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis yaitu biaya iuran ditanggung oleh Pemerintah. Selain itu, Menkes juga mengusulkan alternatif yakni mengusulkan subsidi pemerintah atas selisih

---

<sup>124</sup> *Ibid.*

<sup>125</sup> Mochamad Januar Rizki, Polemik Sanksi Ganjil Tunggakan Iuran BPJS Kesehatan, diakses dari <https://www.hukumonline.com/berita/baca/lt5d9edb9695c88/polemik-sanksi-ganjil-tunggakan-iuran-bpjs-kesehatan?page=all>, diakses pada tanggal 11 agustus 2020, pukul 00:27 wib.

kenaikan iuran BPJS Kesehatan pada peserta mandiri kelas III. Namun alternatif tersebut masih menunggu persetujuan Pemerintah.<sup>126</sup>

Upaya lain yaitu disampaikan oleh Humas BPJS Kesehatan bahwa bagi peserta mandiri yang dimungkinkan beralih ke peserta PBI, menurutnya, kemudahan pengalihan itu tercantum pada Pasal 20 dan Pasal 21 Perpres 82 Tahun 2018. Peserta mandiri yang memiliki tunggakan iuran dapat dialihkan sebagai PBI Jaminan Kesehatan untuk menjamin keberlanjutannya tanpa harus melunasi tunggakan iuran terlebih dahulu. Terkait mekanisme beberapa prosedur yang harus dilakukan untuk memenuhi ketentuan dari Dinas Sosial. Pertama, peserta melaporkan data diri dan anggota keluarganya ke Dinas Sosial dengan membawa Data Kependudukan (KTP dan Kartu Keluarga) serta Kartu Indonesia Sehat atau BPJS.<sup>127</sup>

Pada tahun 2020 saat ini, BPJS Kesehatan menyatakan bahwa Pemerintah telah membuat peraturan baru untuk meringankan peserta mandiri atau Non PBI Kelas III. bagi peserta mandiri kelas III sesuai dengan aturan terbaru tentang BPJS Kesehatan Berdasarkan Peraturan Presiden (Perpres) 64/2020 tentang Perubahan Kedua atas Perpres 82/2018 tentang Jaminan Kesehatan bahwa pemerintah akan memberikan bantuan iuran bagi peserta mandiri Kelas III yang aktif. Peserta itu pun cukup membayar sebagian iurannya saja. Perpres itu mengatur iuran peserta mandiri Kelas III sebesar

---

<sup>126</sup> Agatha Olivia Victoria, Iuran BPJS Kesehatan naik, Ini Solusi dari Menkes. Diakses dari <http://katadata.co.id/berita/2019/12/12/iuran-bpjs-kesehatan-naik-ini-solusi-menkes-untuk-peserta-mandiri>. Diakses pada tanggal 28 juni 2020, pukul 18:22 wib.

<sup>127</sup> Retia Kartika Dewi, Prosedur Peserta Mandiri Menjadi PBI, diakses dari <http://www.kompas.com/tren/read/2020/01/09/130155865/iuran-bpjs-naik-ini-prosedur-peserta-mandiri-menjadi-pbi>, diakses pada tanggal 28 juni 2020, pukul 20:36 wib.

Rp42.000. Mulai Juli 2020, pemerintah akan memberikan bantuan iuran senilai Rp16.500, sehingga peserta mandiri Kelas III cukup membayar iuran Rp25.500.<sup>128</sup>

BPJS Kesehatan juga saat ini tengah meluncurkan program relaksasi pembayaran tunggakan iuran bagi peserta mandiri program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) semasa pandemi. Program ini dalam rangka memberikan keringanan finansial bagi peserta JKN-KIS di masa pandemi Covid-19. Program tersebut antara lain bisa dimanfaatkan oleh peserta dalam kategori pekerja bukan penerima upah (PBPU) dan bukan pekerja (BP) yang memiliki tunggakan iuran lebih dari enam bulan. Mereka bisa melunasi tunggakan paling lambat sampai Desember 2021. Peserta yang ingin memanfaatkan program relaksasi tunggakan iuran dapat mendaftar melalui aplikasi mobile JKN atau menghubungi telepon layanan pelanggan 1500 400 atau mendatangi Kantor Cabang BPJS Kesehatan setempat. BPJS mengimbau kepada peserta JKN-KIS yang kartu KIS-nya nonaktif karena menunggak cukup lama agar segera mendaftar program relaksasi iuran agar kartu KIS nya dapat aktif kembali dengan cukup membayar enam bulan dan satu bulan berjalan sehingga dapat berobat menggunakan kartu JKN-KIS.<sup>129</sup>

---

<sup>128</sup> Wibi Pangestu Pratama, 11 Juta Peserta Mandiri BPJS Kesehatan Akan Terima Bantuan Iuran, diakses dari <https://finansial.bisnis.com/read/20200514/215/1240573/11-juta-peserta-mandiri-bpjs-kesehatan-akan-terima-bantuan-iuran>, diakses pada tanggal 8 agustus 2020, pukul 22:32 wib.

<sup>129</sup> Agus Raharjo, Peserta BPJS Kesehatan Menunggak Iuran 11 Miliar, diakses dari <https://republika.co.id/berita/qcme39436/peserta-bpjs-kesehatan-menunggak-iuran-rp-11-miliar>, diakses pada tanggal 10 agustus 2020, Pukul 17:26 wib.