

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Definisi Asuransi

Menurut Undang-Undang Nomor 40 tahun 2014 tentang Perasuransian, asuransi merupakan perjanjian antara dua pihak, yaitu perusahaan asuransi dan pemegang polis, yang menjadi dasar bagi penerimaan premi oleh perusahaan asuransi sebagai imbalan untuk :

1. Memberikan penggantian kepada tertanggung atau pemegang polis karena kerugian, kerusakan, biaya yang timbul, kehilangan keuntungan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita tertanggung atau pemegang polis, dan atau
2. Memberikan pembayaran yang didasarkan pada meninggalnya tertanggung atau pembayaran yang didasarkan pada hidupnya tertanggung dengan manfaat yang besarnya telah ditetapkan dan atau didasarkan pada hasil pengelolaan dana.

Menurut Ketentuan Pasal 246 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD), Asuransi atau Pertanggungan adalah perjanjian dengan mana penanggung mengikatkan diri kepada yang tertanggung dengan menerima premi untuk memberikan penggantian atas kerugian, kerusakan atau untung yang diharapkan yang mungkin diderita karena peristiwa yang tidak tentu.

Menurut AAJI, Asuransi Jiwa adalah program perlindungan dalam bentuk risiko ekonomis atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan. Asuransi jiwa erat kaitannya dengan pengendalian risiko dalam kehidupan. Menghindari risiko merupakan suatu yang akan dilakukan oleh semua orang. Namun, pada saat ini risiko tidak dapat dicegah, maka satu-satunya cara dengan mengalihkan risiko tersebut.

Menurut (Guntara, 2016) bahwa unsur-unsur yang harus terdapat dalam asuransi adalah:

1. Subyek hukum (penanggung dan tertanggung),
2. Persetujuan bebas antara penanggung dan tertanggung,
3. Benda asuransi dan kepentingan tertanggung,
4. Tujuan yang ingin dicapai,
5. Resiko dan premi,
6. Evenemen (peristiwa yang tidak pasti) dan ganti kerugian,
7. Syarat-syarat yang berlaku,
8. Polis asuransi.

2.1.2 Definisi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Menurut buku pegangan sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (2014), JKN yang telah dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Tujuannya agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Nasional yang bersifat wajib atau (mandatory).

Menurut Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya. Pembentukan dan ruang lingkup BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan yang menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. BPJS Kesehatan menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

2.1.3 Prinsip – Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional

Menurut Undang – Undang Nomor 24 Tahun 2014 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial berdasarkan prinsip :

1. Kegotong-royongan adalah prinsip kebersamaan peserta dalam menanggung beban jaminan kesehatan yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran.
2. Nirlaba adalah pengelolaan penggunaan hasil pengembangan dana sebesar-besarnya dari seluruh peserta.
3. Keterbukaan adalah prinsip mempermudah peserta mengakses informasi yang jelas, lengkap, dan benar.
4. Kehati-hatian adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, tertib dan aman.
5. Akuntabilitas adalah prinsip pengelolaan dan pelaksanaan program keuangan dapat dipertanggungjawabkan.
6. Portabilitas adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Indonesia.
7. Kepesertaan bersifat wajib adalah prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk wajib menjadi peserta JKN.
8. Dana amanat adalah dana yang terkumpul berupa titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya untuk kepentingan peserta.
9. Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial adalah semua pengelolaan dana dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan Peserta.

2.1.4 Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) terdapat dua jenis manfaat kesehatan yaitu manfaat medis meliputi layanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi

akomodasi dan ambulans. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan :

1. Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
2. Imunisasi dasar, meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis B (DPTHB), Polio, dan Campak.
3. Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan atau Pemerintah Daerah.
4. Skrining kesehatan, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu. Meskipun manfaat yang dijamin dalam JKN bersifat komprehensif, masih ada manfaat yang tidak dijamin meliputi :
 - a. Tidak sesuai prosedur
 - b. Pelayanan di luar Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS
 - c. Pelayanan bertujuan kosmetik
 - d. General checkup
 - e. Pengobatan untuk mendapatkan keturunan, pengobatan impotensi
 - f. Pelayanan kesehatan pada saat bencana
 - g. Pasien Bunuh Diri atau Penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri sendiri atau Bunuh Diri atau Narkoba.

2.1.5 Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional

Berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 84 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, peserta adalah setiap orang, termasuk orang

asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar Iuran Jaminan Kesehatan. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdiri dari Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Non Penerima Bantuan Iuran (PBI) dengan rincian sebagai berikut :

1. Peserta PBI meliputi dari orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
2. Peserta Non PBI meliputi dari orang yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu, yang terdiri dari :
 - a. Pekerja Penerima Upah (PPU) adalah setiap orang yang bekerja pada Pemberi Kerja dengan menerima Gaji atau Upah, yaitu Pejabat Negara, pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat, Pegawai Negeri Sipil, Prajurit, Anggota Polri, Kepala Desa dan Perangkat Desa, dan Pegawai Swasta.
 - b. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri, yaitu pekerja di luar hubungan kerja dan pekerja mandiri.
 - c. Bukan Pekerja adalah setiap orang yang bukan termasuk kelompok PPU, PBPU, PBI, dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah, yaitu Investor, Pemberi Kerja, Penerima Pensiun, Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan janda, duda, atau anak yatim dan/atau piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan.

2.1.6 Konsep Iuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2020 tentang Jaminan Kesehatan, iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Iuran adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah untuk program Jaminan Kesehatan. Menurut Peraturan Direksi Badan Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 16 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis dan Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan Nasional, tagihan iuran mandiri dilakukan secara kolektif untuk seluruh anggota keluarga yang terdaftar dalam

Kartu Keluarga. Tagihan iuran Jaminan Kesehatan kepada peserta dilakukan setiap bulan. Apabila peserta mengalami keterlambatan dalam pembayaran iuran maka akan diinformasikan melalui Surat, Email atau SMS. Pembayaran iuran dengan uraian sebagai berikut :

1. Iuran peserta PBI yaitu sebesar Rp42.000,00 (empat puluh dua ribu rupiah) per orang per bulan mulai berlaku pada tanggal 1 Agustus 2019.

2. Iuran Non PBI yang terdiri atas :

a. Iuran Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) yaitu sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan :

1) 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja.

2) 1% (satu persen) dibayar oleh Peserta.

Dengan batas tinggi Gaji atau Upah sebesar Rp12.000.000,00 (dua belas juta rupiah) dan batas rendah Gaji atau Upah sebesar upah minimum kabupaten atau kota.

b. Iuran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) dengan berbagai kelas :

1) Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yaitu sama dengan besaran Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan.

a) Untuk tahun 2020

(1) Sebesar Rp25.500,00 (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dibayar oleh Peserta PBPU dan Peserta BP.

(2) Sebesar Rp16.500,00 (enam belas ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dibayar oleh Pemerintah Pusat sebagai bantuan Iuran kepada Peserta PBPU dan Peserta BP.

b) Untuk tahun 2021

(1) Sebesar Rp35.000,00 (tiga puluh lima ribu rupiah) per orang per bulan dibayar oleh Peserta PBPU dan Peserta BP atau pihak lain atas nama Peserta.

- (2) Sebesar Rp7.000,00 (tujuh ribu rupiah) per orang per bulan dibayar oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sebagai bantuan Iuran kepada Peserta PBPU dan Peserta BP
- 2) Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II yaitu sebesar Rp100.000,00 (seratus ribu rupiah) per orang per bulan dibayar oleh Peserta PBPU dan Peserta BP atau pihak lain atas nama Peserta.
- 3) Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I yaitu sebesar Rp150.000,00 (seratus lima puluh ribu rupiah) per orang per bulan dibayar oleh Peserta PBPU dan Peserta BP atau pihak lain atas nama Peserta.
 - a) Untuk bulan Januari, bulan Februari, dan bulan Maret 2020, iuran bagi Peserta PBPU dan Peserta BP yaitu sebesar:
 - (1) Rp42.000,00 (empat puluh dua ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III.
 - (2) Rp110.000,00 (seratus sepuluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
 - (3) Rp160.000,00 (seratus enam puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.
 - b) Untuk bulan April, bulan Mei, dan bulan Juni 2020, Iuran bagi Peserta PBPU dan Peserta BP yaitu sebesar:
 - (1) Rp25.500,00 (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III.
 - (2) Rp51.000,00 (lima puluh satu ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
 - (3) Rp80.000,00 (delapan puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.

2.1.7 Konsep Autodebet

Autodebet adalah penarikan saldo rekening secara otomatis yang sesuai dengan kesepekatan sebelumnya. Autodebet mulai dilaksanakan pada awal tahun 2019, bagi peserta mandiri BPJS Kesehatan (Media BPJS Kesehatan Edisi 75:6). Tujuan pembayaran peserta mandiri dengan autodebet untuk memberikan kenyamanan kepada peserta agar lebih efisien dalam membayar iuran. Melalui autodebet peserta hanya perlu mengisi saldo di rekeningnya dengan sesuai kebutuhan, sehingga pada tanggal tertentu rekening tersebut dapat dipotong sesuai dengan tagihan yang tertera.

Metode autodebet saat ini diprioritaskan kepada peserta mandiri yang baru mendaftar. Ketika mendaftarkan menjadi peserta, maka akan diminta nomor rekening yang sesuai dengan mitra BPJS Kesehatan, yaitu Bank BRI, Bank Mandiri, Bank BCA, dan Bank BNI. Adapun kelebihan menggunakan autodebet yaitu memudahkan untuk mencapai tujuan pembayaran, meminimalisir penggunaan dokumen, dan mengontrol pengeluaran uang. Namun, ada kekurangannya juga yaitu cukup sulit jika ingin merubah ke pembayaran manual, terlalu nyaman dengan pembayaran yang minimum, dan kurang aktif mengatur keuangan sendiri. Usman, 2009).

2.1.8 Teknik Pembayaran Iuran

Peserta Mandiri Jaminan Kesehatan Nasional wajib melakukan pembayaran pada tiap bulannya. Pada awal tahun 2019 peserta Mandiri wajib melakukan pembayaran iuran melalui autodebet. BPJS Kesehatan mengembangkan dua jenis pembayaran iuran autodebet, yaitu autodebet konvensional dan autodebet non konvensional. Dimana, autodebet konvensional salah satu anggota dalam Kartu Keluarga harus mempunyai buku rekening. Jika pendaftar belum mempunyai buku rekening akan disarankan membuat buku rekening terdahulu yang sesuai dengan mitra BPJS Kesehatan. Apabila dari salah satu anggota pada Kartu Keluarga sudah mempunyai buku rekening, maka pendaftar harus mengisi formulir autodebet. Selanjutnya, formulir autodebet akan diproses oleh bank yang bersangkutan. Bagi peserta

mandiri yang mendaftar pada tanggal 1-4 akan dilakukan pendebitan pada tanggal 20. Untuk peserta mandiri yang melakukan pendaftaran diatas tanggal 5 akan dilakukan pendebitan pada tanggal 5. Proses tersebut terkait dengan ketentuan aktivasi peserta mandiri selama 14 hari. Untuk pendebitan selanjutnya akan dilakukan setiap tanggal 5 atau 20. Apabila pada tanggal 5 pendebitan saldo tidak mencukupi, maka akan dilakukan pendebitan pada tanggal 20. Jika pada tanggal 20 saldonya masih tidak mencukupi, maka kartu kepesertaan menjadi tidak aktif, sehingga peserta harus memastikan saldo pada rekening cukup untuk di autodebetkan. Kedua, autodebet non konvensional dimana peserta tidak perlu membuat buku rekening tetapi harus akun pada aplikasi *e-wallet* atau *e-money*. Sistem autodebet non konvensional masih dalam tahap perkembangan, kedepannya akan pada aplikasi Mobile JKN akan ditempelkan produk *fintech* yaitu M-Cash.

2.1.9 Definisi Efisien

Kata efisien berasal dari Bahasa Latin yang artinya menghasilkan, mengadakan, menjadikan. Efisiensi dapat dirumuskan menurut suatu pengertian tertentu yaitu memaksimalkan perbandingan antara hasil bersih yang nyata dengan pengorbanan yang diberikan. Dalam pengertian umum, efisien merupakan sebagai suatu ukuran berhasilnya sebuah kegiatan atau proyek yang dinilai berdasarkan sumber biaya serta sumber daya yang digunakan untuk mencapai hal yang diinginkan. Efisien adalah perbandingan terbaik antara input dengan output serta hasil biaya (Hasibuan, 1984:233-4). Menurut Mulyadi (2007:63), efisien adalah ketepatan cara dalam menjalankan sesuatu tanpa membuang waktu, tenaga, dan biaya.

Suatu kegiatan dapat dikatakan efisien apabila mencapai hasil yang maksimal dengan usaha yang diberikan. Efisien merupakan perbandingan terbaik antara suatu kegiatan dan hasil kegiatan. Efisien (daya guna) adalah proses penghematan 7M + 1I (*management, money, material, machines, methods, marketing, minutes + information*) dengan cara melakukan pekerjaan dengan benar (Usman, 2009).

Penelitian ini hanya memilih dua pokok perbandingan efisien, yaitu *methods* (metode), dan *minute + information* (waktu + informasi). Berdasarkan metode dapat mengetahui langkah – langkah yang dilakukan dalam pembayaran autodebet dan waktu+informasi dapat mengetahui lamanya dan pemberitahuan yang didapatkan peserta dalam melakukan pembayaran dengan autodebet. Dengan mengambil dua pokok perbandingan tersebut diharapkan dapat memaksimalkan pengelolaan autodebet dengan metode yang mendukung dan ketersediaan waktu dan informasi dalam transaksi pembayaran Jaminan Kesehatan Nasional.

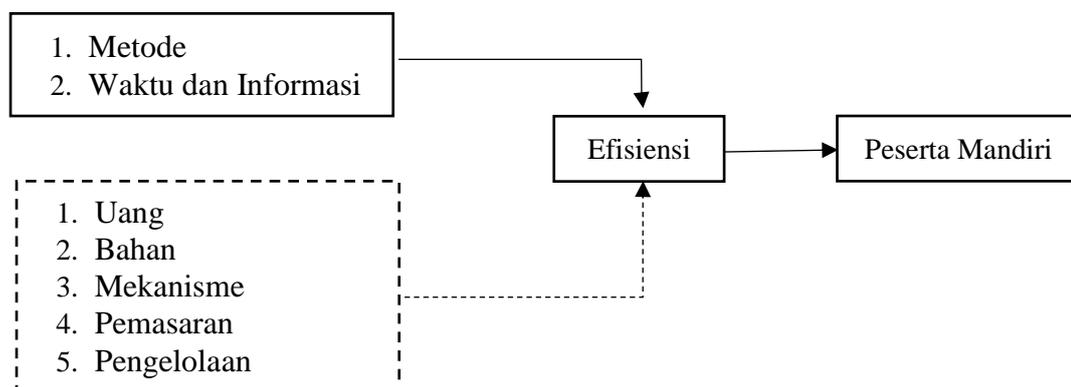
2.2.1 Konsep Efisiensi

Konsep efisiensi adalah konsep dasar dari efisiensi ekonomi. Namun, konsep efisiensi dapat didefinisikan dari berbagai sudut pandang. Pada umumnya, konsep efisiensi dapat diarahkan pada sebuah konsep ekonomi tentang pencapaian sumber daya secara optimal. Dalam teori ekonomi, terdapat dua konsep umum tentang efisiensi yaitu ditinjau dari konsep ekonomi dan ditinjau dari konsep produksi. Efisiensi ditinjau dari konsep ekonomi mempunyai cakupan yang luas dari segi makro, sedangkan efisiensi ditinjau dari konsep produksi terlihat dari sudut pandang mikro. Efisiensi dalam konsep produksi terbatas pada hubungan teknis dan operasional dalam suatu proses produksi yaitu konversi input menjadi output.

2.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi tentang hubungan atau kaitan antara konsep atau variabel yang akan diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2012). Berikut ini adalah kerangka konsep penelitian tentang “Gambaran Efisiensi Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan Nasional Dengan Metode Autodebet Bagi Peserta Mandiri di Kota Batu”.

Tabel 2.1 Kerangka konsep.



————— → Wilayah yang diteliti

- - - - - → Wilayah yang tidak diteliti

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan variabel metode, waktu dan informasi untuk mendapatkan data dari responden.