

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pemerintah membentuk sebuah sistem yang menjamin kebutuhan masyarakat salah satunya di bidang kesehatan yaitu Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mengamanatkan bahwa adanya jaminan sosial yang diwajibkan bagi seluruh penduduk Indonesia yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang ditetapkan dalam Undang-undang No. 24 tahun 2011 dan mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014. BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan (UU, 2011).

SJSN memiliki manfaat yang dijamin oleh program JKN berupa pelayanan kesehatan perseorangan yang komprehensif, mencakup pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) termasuk obat dan bahan medis. Dengan tujuan untuk menyejahterakan masyarakat dalam segi kesehatan agar terhindar dari resiko sakit terutama sakit biaya mahal. Pemberian manfaat tersebut dengan menggunakan teknik layanan terkendali mutu dan biaya (managed care) (Putri, 2014).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau yang disingkat BPJS dibedakan menjadi dua, yakni BPJS Ketenagakerjaan yang menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian. Sedangkan BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan atau yang saat ini dikenal dengan Jaminan Kesehatan Nasional atau yang disingkat JKN. Peserta Jaminan Kesehatan meliputi PBI (Penerima Bantuan Iuran) dan bukan PBI (non-PBI). Peserta PBI adalah orang yang tergolong fakir miskin dan orang yang tidak mampu. Berdasarkan Buku Panduan Layanan bagi peserta JKN, PBI dibagi menjadi 2 macam yaitu PBI yang dibayar oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Peserta PBI APBD adalah yang iurannya dibayarkan

dan ditetapkan oleh pemerintah daerah provinsi atau pemerintah daerah kabupaten/kota berdasarkan Keputusan Menteri Sosial RI. Menurut informasi dari jawaban atas Surat Terbuka Menteri Keuangan, sebanyak 37,3 juta peserta PBI dibiayai oleh APBD dan 96,8 juta peserta PBI dibiayai oleh APBN. Sehingga total peserta PBI yang telah dicakup oleh BPJS sekitar 134 juta jiwa. Peserta bukan PBI merupakan peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas pekerja penerima upah (PNS, anggota TNI, POLRI, pejabat negara, pegawai swasta, pegawai pemerintah non pegawai negeri, pimpinan dan anggota DPRD yang menerima upah) dan anggota keluarganya, pekerja bukan penerima upah (Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri) dan anggota keluarganya, dan bukan pekerja (seperti investor, veteran, penerima pensiun) dan anggota keluarganya (Perpres, 2018).

Salah satu peserta bukan Penerima Bantuan Iuran adalah pekerja mandiri (bukan penerima upah) yang mendapatkan penghasilan dari usaha sendiri sehingga ketika mereka menjadi peserta JKN harus membayarkan iuran setiap bulannya. Iuran untuk peserta ditetapkan berbeda-beda untuk kelas dan jenis kepesertaannya. Dalam implementasi program JKN di Indonesia, banyak sekali kendala yang menghambat kinerja BPJS Kesehatan. Salah satu kendala tersebut yaitu kondisi BPJS Kesehatan yang mengalami defisit. Salah satu penyebab kondisi tersebut adalah peserta PBPU atau mandiri yang tidak patuh dalam membayar iuran. Hal tersebut dijelaskan dalam jawaban atas Surat Terbuka Menteri Keuangan bahwa peserta mandiri tidak tertib dalam membayar iuran. Pada akhir tahun 2018 tingkat keaktifan peserta mandiri hanya sebesar 53,7% dan 46,3% sisanya menunggak iuran. Sejak 2016 sampai dengan 2018 besar tunggakan peserta mandiri mencapai 15 triliun rupiah.

Penyebab peserta mandiri tidak taat dalam membayar iuran disebabkan oleh penghasilan mereka tidak menentu, ATM sering offline, lama proses bayar, dan iuran terlalu tinggi. Selain itu, ada persepsi bahwa pelayanan yang diberikan kepada pasien yang menggunakan BPJS kurang maksimal. Persepsi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang telah bekerjasama

dengan badan penyelenggara asuransi kesehatan dapat memengaruhi keinginan masyarakat untuk terus membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara teratur. Pengalaman pertama yang tidak menyenangkan pada pelayanan kesehatan yang diterima masyarakat akan berpengaruh terhadap pembentukan persepsi personal terhadap kebutuhan untuk memperpanjang masa kepesertaannya serta keteraturan masyarakat dalam membayar iuran JKN (Widyanti, 2018).

Sebaliknya bagi peserta asuransi kesehatan yang memiliki persepsi positif terhadap tempat pelayanan kesehatan akan meningkatkan keteraturannya dalam membayar iuran asuransi kesehatan karena peserta telah mendapatkan pelayanan serta pengalaman yang baik saat mendapatkan pelayanan kesehatan sehingga akan meningkatkan kemauan dalam membayar iuran peserta JKN Mandiri. Alasan lain masyarakat tidak rutin membayar iuran yaitu peserta merasa kalau dirinya tidak sakit, uang mereka akan hilang begitu saja dan walaupun sakit cukup beli obat di warung, Widyanti (2018). Padahal masalah ini sudah diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan No.5 Tahun 2018 bahwa apabila peserta atau pemberi kerja tidak membayar iuran sampai dengan akhir bulan maka penjaminan peserta dihentikan sementara sejak tanggal 1 pada bulan berikutnya.

Faktor yang berhubungan dengan kepatuhan peserta mandiri membayar iuran JKN adalah tingkat pengetahuan, riwayat penyakit katastropik, jumlah anggota keluarga, jumlah pendapatan, dukungan keluarga (Efriyani, 2017).

Terdapat faktor lain yang mempengaruhi kepatuhan membayar iuran menunjukkan bahwa faktor- faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan pembayaran iuran adalah pengetahuan, kelas sosial, pengalaman masa lalu, dukungan keluarga. (Chaerunnisa, 2017) Tempat pembayaran iuran, pendapatan, pengeluaran rata-rata perbulan, dan motivasi memiliki hubungan signifikan terhadap keteraturan membayar iuran pada pasien peserta mandiri JKN.

Ketidakteraturan peserta JKN mandiri dalam membayar iuran akan berdampak pada penjaminan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang tersedia. Apabila pasien peserta JKN mandiri belum membayar iuran,

maka pasien diwajibkan untuk melunasi iuran, dan jika tidak melunasi iuran tersebut maka pasien peserta mandiri tidak dapat menggunakan JKN sebagai penjamin dari biaya perawatan di fasilitas kesehatan. Hal tersebut berdampak pada pasien rawat inap yang harus menjadi pasien umum sehingga pasien atau keluarga harus menanggung biaya perawatan sendiri karena tidak lagi dijamin oleh BPJS Kesehatan. (Arfilayah, 2016).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, rumusan masalah penelitian ini adalah apa faktor-faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan peserta JKN mandiri dalam membayar iuran di Desa Slorok Kabupaten Malang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum :

Menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan peserta JKN mandiri dalam membayar iuran di Desa Slorok Kabupaten Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengidentifikasi faktor predisposisi (Pendidikan, Pengetahuan, Pendapatan, Pekerjaan) terhadap kepatuhan membayar iuran pada peserta JKN mandiri.
2. Untuk mengidentifikasi faktor pendukung (Tempat pembayaran, jarak menuju tempat pembayaran) terhadap kepatuhan membayar iuran pada peserta JKN mandiri.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini, diharapkan bermanfaat bagi:

1.4.1 BPJS Kesehatan

Sebagai bahan masukan dan saran dalam pengembangan kebijakan BPJS mengenai keteraturan membayar dan perluasan peserta.

1.4.2 Program Studi D3 Asuransi Kesehatan

Sebagai bahan tambahan kajian dan pengembangan ilmu di bidang Asuransi Kesehatan khususnya mengenai keteraturan peserta dalam membayar iuran.

1.4.3 Penulis

Sebagai tambahan ilmu bagi peneliti serta dapat mengembangkan pengetahuan dan praktek dalam proses penelitian mengenai keteraturan peserta JKN mandiri dalam membayar iuran.