

BAB II

GAMBARAN UMUM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) DI INDONESIA

A. Perlunya Pembentukan JKN

Tak ada yang abadi dalam kehidupan ini kecuali perubahan itu sendiri. Setiap manusia mengalami perubahan, dari kecil, dewasa, lalu tua, dan renta. Itu sudah pasti. Namun dalam kepastian itu, ada beberapa hal yang datang tak terduga. Sakit, misalnya, bisa datang kapanpun, tak dinyanannya. Sakit bisa datang ketika kita masih produktif, berpenghasilan cukup, sehingga mampu menjangkau biaya pengobatan. Tetapi sakit juga bisa datang ketika kita sudah tua dengan penghasilan mulai menurun atau menjadi tidak berpenghasilan karena sakit. Dalam keadaan seperti ini, kita juga mesti bisa mendapatkan perawatan dan pelayanan kesehatan yang memadai, terjangkau, kapan saja, dan di mana saja¹

Asuransi kesehatan mengurangi risiko masyarakat menanggung biaya kesehatan dari kantong sendiri *out of pocket*, dalam jumlah yang sulit diprediksi dan kadang-kadang memerlukan biaya yang sangat besar. Untuk itu diperlukan suatu jaminan dalam bentuk asuransi kesehatan karena peserta membayar premi dengan besaran tetap. Dengan demikian pembiayaan kesehatan ditanggung bersama secara gotong royong oleh keseluruhan peserta, sehingga tidak memberatkan secara orang per orang.

¹Tim Penyusun Bahan Sosialisasi dan Advokasi JKN, *op.cit.*, h. 13

Tetapi asuransi kesehatan saja tidak cukup. Diperlukan Asuransi Kesehatan Sosial atau Jaminan Kesehatan Sosial (JKN). Karena *Pertama*, premi asuransi komersial relatif tinggi sehingga tidak terjangkau bagi sebagian besar masyarakat. *Kedua*, manfaat yang ditawarkan umumnya terbatas. Sebaliknya, asuransi kesehatan sosial memberikan beberapa keuntungan sebagai berikut: *Pertama*, memberikan manfaat yang komprehensif dengan premi terjangkau. *Kedua*, asuransi kesehatan sosial menerapkan prinsip kendali biaya dan mutu. Itu berarti peserta bisa mendapatkan pelayanan bermutu memadai dengan biaya yang wajar dan terkendali, bukan “terserah dokter” atau terserah “rumah sakit”. *Ketiga*, asuransi kesehatan sosial menjamin *sustainability* (kepastian pembiayaan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan). *Keempat*, asuransi kesehatan sosial memiliki *portabilitas*, sehingga dapat digunakan di seluruh wilayah Indonesia. Oleh sebab itu, untuk melindungi seluruh warga, kepesertaan asuransi kesehatan sosial/ JKN bersifat wajib.²

B. Pengertian JKN (Asuransi Kesehatan Sosial)

Sebelum membahas pengertian asuransi kesehatan sosial, beberapa pengertian yang patut diketahui terkait dengan asuransi tersebut adalah:

1. Asuransi sosial merupakan mekanisme pengumpulan iuran yang bersifat wajib dari peserta, guna memberikan perlindungan kepada peserta atas risiko sosial ekonomi yang menimpa mereka dan atau anggota keluarganya.

²*Ibid*, h. 14

2. Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.
3. Jaminan Sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Dengan demikian, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.³

C. Landasan Hukum JKN

Di Indonesia, falsafah dan dasar negara Pancasila terutama sila ke-5 juga mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hak ini juga termaktub dalam UUD 45 pasal 28H dan pasal 34 mengenai kesejahteraan hidup setiap orang dan pengembangan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat terutama fakir miskin dan anak terlantar. Dan diatur dalam UU No. 23/1992 yang kemudian diganti dengan UU 36/2009 tentang Kesehatan. Dalam UU 36/2009 ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan

³*Ibid.*

kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial. Untuk mewujudkan komitmen global dan konstitusi ini, pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi kesehatan perorangan. Pemerintah menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan, diantaranya adalah melalui PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero) yang melayani antara lain pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta. Untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah memberikan jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Namun demikian, skema-skema tersebut masih terfragmentasi, terbagi- bagi. Biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali. Untuk mengatasi hal itu, pada 2004, dikeluarkan Undang-Undang No.40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU 40/2004 ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 juga menetapkan, Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Secara operasional, pelaksanaan JKN dituangkan dalam Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden, antara lain: Peraturan Pemerintah No.101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI);

Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan; dan Peta Jalan JKN (*Roadmap* Jaminan Kesehatan Nasional).⁴

D. Prinsip-prinsip Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) berikut:⁵

1. Prinsip Kegotongroyongan

Gotongroyong sesungguhnya sudah menjadi salah satu prinsip dalam hidup bermasyarakat dan juga merupakan salah satu akar dalam kebudayaan kita. Dalam SJSN, prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk, tanpa pandang bulu. Dengan demikian, melalui prinsip gotong-royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

2. Prinsip nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya, akan di manfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

⁴*Ibid.*

⁵*Ibid*, h. 17

3. Prinsip Keterbukaan

Prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.

4. Prinsip Kehati-hatian

Adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.

5. Prinsip Akuntabilitas

Adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

6. Prinsip Portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

7. Prinsip kepesertaan bersifat wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dapat mencakup seluruh rakyat.

8. Prinsip Dana Amanat

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

9. Prinsip Hasil Pengelolaan Dana Jaminan Sosial

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

E. Kepesertaan JKN⁶

1. Tahap pertama mulai tanggal 1 Januari 2014, paling sedikit meliputi :

- a. PBI Jaminan Kesehatan
- b. Anggota TNI/Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya
- c. Anggota Polri/Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Polri dan anggota keluarganya
- d. Peserta asuransi kesehatan Perusahaan Persero (Persero)Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES) dan anggota keluarganya
- e. Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Perusahaan Persero (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK) dan anggota keluarganya

2. Tahap kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai Peserta BPJS Kesehatan paling lambat pada tanggal 1 Januari 2019.

⁶*Ibid*, h. 25

F. Iuran

Iuran jaminan kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja dan/atau pemerintah untuk program jaminan kesehatan. Iuran jaminan kesehatan bagi anggota keluarga tambahan dari peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja yang memiliki jumlah anggota keluarga lebih dari 5 (lima) orang termasuk peserta, dibayar oleh peserta dengan ketentuan yang akan diatur lebih lanjut dengan Peraturan Presiden. Pemberi kerja wajib membayar lunas iuran jaminan kesehatan seluruh peserta yang menjadi tanggung jawabnya pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya. Keterlambatan pembayaran lunas iuran jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud, dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) per bulan dari total iuran yang tertunggak dan ditanggung pemberi kerja. Dalam hal keterlambatan pembayaran lunas iuran jaminan kesehatan disebabkan karena kesalahan pemberi kerja, maka pemberi kerja wajib membayar pelayanan kesehatan pekerjanya sebelum dilakukan pelunasan pembayaran iuran oleh pemberi kerja. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja wajib membayar Iuran Jaminan Kesehatan pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Besaran iuran jaminan

kesehatan sebagaimana dimaksud di atas ditinjau paling lama 2 (dua) tahun sekali yang ditetapkan dengan Peraturan Presiden.⁷

Jika terjadi kelebihan atau kekurangan iuran jaminan kesehatan sesuai dengan gaji atau upah peserta, maka:

1. BPJS Kesehatan menghitung kelebihan atau kekurangan iuran jaminan kesehatan sesuai dengan gaji atau upah peserta.
2. Dalam hal terjadi kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran sebagaimana dimaksud, BPJS Kesehatan memberitahukan secara tertulis kepada pemberi kerja dan/atau peserta selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari sejak diterimanya iuran.
3. Kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diperhitungkan dengan pembayaran iuran bulan berikutnya.

⁷*Ibid*, h. 26