

**STRATEGI BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS)  
KESEHATAN CABANG KOTA PALANGKARAYA DALAM  
MENANGANI PESERTA YANG MENUNGGAK  
PREMI ATAU IURAN  
(STUDI PADA KANTOR BPJS KESEHATAN KOTA PALANGKA RAYA)**

Halvi Yanti, Riamona Sadelman Tulis

**Abstrak**

Pelayanan publik bisa dilakukan dimana saja termasuk di tempat pemberi layanan publik seperti di Kantor BPJS Kesehatan. Penelitian ini mengangkat tentang bagaimana strategi BPJS Palangka Raya dalam menangani peserta yang menunggak premi atau iuran. Tujuan penelitian ini adalah untuk menjelaskan bagaimana strategi pihak BPJS Kesehatan Kota Palangka Raya. Metode yang digunakan oleh peneliti adalah metode penelitian kualitatif. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teori Empat dimensi pokok strategi menurut Robbins dalam Kusdi (2009:90) yaitu : inovasi, diferensiasi pasar, jangkauan dan pengendalian biaya. Hasil dari penelitian ini adalah pihak BPJS Palangka Raya sudah melakukan semua strategi sesuai dengan empat dimensi di atas. Inovasi yang diciptakan agar mengendalikan penunggakan iuran peserta, diferensiasi pasar yang di laksanakan dengan tujuan memudahkan peserta dalam hal pembayaran iuran peserta, jangkauan yang dimaksimalkan agar semua kalangan masyarakat bisa bergabung menjadi peserta BPJS Kesehatan dan pengendalian biaya yang di lakukan agar iuran yang dibayarkan peserta tepat waktu sehingga dana yang masuk dan keluar dari iuran peserta terus berkesinambungan dan tidak memberikan kerugian untuk pihak BPJS Kesehatan

**Kata kunci:** strategi, BPJS

**PENDAHULUAN**

Pelayanan publik didefinisikan sebagai serangkaian aktivitas yang dilakukan oleh birokrasi publik untuk memenuhi kebutuhan warga pengguna. Pengguna yang dimaksud adalah warga negara yang membutuhkan pelayanan publik, seperti pembuatan akta kelahiran, pembuatan KTP, akta nikah, akta kematian, sertifikat. Dapat disimpulkan definisi pelayanan publik adalah pemberian pelayanan (melayani) yang dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan publik (pemerintah) sebagai upaya untuk pemenuhan kebutuhan dan keperluan penerima pelayanan atau masyarakat maupun pelaksana ketentuan peraturan perundang-undangan yang mempunyai kepentingan pada organisasi tersebut sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan. Kebutuhan

dalam hal ini bukanlah kebutuhan secara individual akan tetapi kebutuhan berbagai kebutuhan yang sesungguhnya diharapkan masyarakat.

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu hak mendasar masyarakat yang penyediannya wajib diselenggarakan oleh pemerintah sebagaimana telah diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) yaitu: "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan" dan Pasal 34 ayat (3) "Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak".

Melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diatur dalam UU

No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial sebagai salah satu upaya yang dilakukan oleh pemerintah untuk perlindungan sosial bagi seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Untuk mewujudkan jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, maka pemerintah yang bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat mengupayakannya melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program ini diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang merupakan lembaga yang dibentuk berdasarkan UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.

Berdasarkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 5 Tahun 2018, yang tertera pada pasal 1 bahwa “Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan atau iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah”

Jaminan kesehatan ini memiliki prinsip kepesertaan yang artinya wajib bagi seluruh rakyat sesuai UU SJSN, yaitu seluruh penduduk wajib jadi peserta asuransi sosial kesehatan JKN dan wajib membayar premi/iuran tiap bulannya. Pelaksanaan JKN dalam UU SJSN (Pasal 19 Ayat 1) diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.

Prinsip asuransi sosial adalah suatu mekanisme pengumpulan dana yang bersifat wajib yang berasal dari

iuran guna memberikan perlindungan atas risiko sosial ekonomi yang menimpa peserta dan/atau anggota keluarganya. Adapun yang dimaksud dengan prinsip ekuitas adalah tiap peserta yang membayar iuran akan mendapat pelayanan kesehatan sebanding dengan iuran yang dibayarkan, dimana JKN ini adalah asuransi kesehatan sosial.

Dalam buku panduan resmi memperoleh jaminan kesehatan dari BPJS, Jaminan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan, diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Jaminan kesehatan ini juga berlaku bagi warga negara asing (WNA) yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia dan telah membayar iuran. BPJS Kesehatan juga melakukan kerja sama dengan penyelenggara asuransi kesehatan tambahan (asuransi komersial) dalam bentuk koordinasi manfaat atau *coordination of benefit* (CoB) yang mana BPJS Kesehatan akan menjamin pelayanan kesehatan sesuai tarif yang berlaku pada program jaminan kesehatan, sedangkan selisihnya akan menjadi tanggung jawab asuransi komersial selama sesuai dengan prosedur yang berlaku.

Dana jaminan sosial itu wajib disimpan dan diadministrasikan di bank kustodian yang merupakan BUMN. Sehingga Bank BUMN bisa mendapat sumber dana baru, sesuai amanat Pasal 11 UU BPJS. Dana itu dapat diinvestasikan, misalnya dalam bentuk deposit berjangka, surat utang, obligasi korporasi, reksadana, properti dan penyertaan langsung. BPJS Kesehatan mulai diberlakukan sejak tahun 2014.

Diberlakukan sistem mandiri bagi peserta kategori Pekerja Bukan Penerima Upah (PBBPU) yang sistem

pembayarannya ditagihkan secara per individu. Namun dengan sistem ini didapati rendahnya tingkat kepatuhan terutama terjadi pada peserta mandiri mencapai 50 persen lebih dari total 19 juta persen peserta pada 2015 lalu.

Karenanya BPJS Kesehatan membuat sistem baru yakni 1 Virtual Account untuk meningkatkan tingkat kepatuhan masyarakat untuk aktif sebagai peserta BPJS Kesehatan dan menekankan sistem gotong royong sebagai peserta BPJS Kesehatan. Status aktivasi peserta sebelum pembayaran bulan September 2016 akan disesuaikan dengan status aktivasi pada masing-masing peserta sebelumnya. Sedangkan status peserta yang telah membayar iuran pada bulan September 2016 adalah sama aktif untuk seluruh anggota keluarganya. Sistem pembayaran BPJS mulai 1 September 2016, peserta Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) di kategori Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) atau mandiri dapat melakukan pembayaran dengan sistem satu VA untuk seluruh anggota keluarganya atau VA keluarga.

Dalam sistem baru ini peserta mandiri diharuskan membayar iuran secara kolektif yang mencakup seluruh nama dalam satu Kartu Keluarga (KK) yang terdaftar. Artinya, setiap bulan peserta mandiri harus membayar total tagihan seluruh anggota keluarga secara akumulatif. Seluruh anggota keluarga wajib mengikuti dan membayar iuran BPJS Kesehatan agar anggota keluarga lain bisa dinyatakan aktif mengikuti BPJS Kesehatan.

Data dari total capaian Universal Health Coverage (UHC) BPJS Cabang Palangka Raya, Kota Palangka Raya memiliki jumlah kepesertaan BPJS Kesehatan yaitu 59,26 persen. Dan 636.684 jiwa pada

tahun 2018 (Dinas Komunikasi Informatika, Statistik Dan Persandian Kota Palangka Raya, 2018). Dan meningkat 5 menjadi 90.91 persen atau 240.615 jiwa pada tahun 2019 (Dinas Komunikasi Informatika, Statistik Dan Persandian Kota Palangka Raya, 2019).

Namun, dalam perjalanannya memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, BPJS Kesehatan menemui beberapa kendala dilapangan baik kendala internal di badan BPJS Kesehatan itu sendiri maupun kendala eksternal. Salah satu contoh kendala yang di alami oleh BPJS Kesehatan adalah pelanggaran yang dilakukan oleh peserta, yaitu tidak membayar atau menunggak iuran/premi meski mereka berstatus sebagai peserta BPJS Kesehatan.

Data dari kantor Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kota Palangka Raya, jumlah peseta JKN-KIS sgmenn peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) yang menunggak iuran di wilayah kerja BBPJS Kesehatan Cabang Kota Palangka Raya per 1 Februari 2020 sebanyak 92.264 jiwa dengan jumlah tunggakan Rp.59.228.169.544,-.

Kebanyakan peserta telah menggunakan manfaat tetapi enggan membayar iuran atau peserta yang hanya menunaikan kewajiban bayar iuran tetapi ketika peserta telah mendapat manfaat mereka enggan membayar iuran yang menjadi tanggung jawabnya.

Macetnya iuran yang harus dibayarkan peserta akan berpengaruh pada peserta lain, karena apabila terdapat banyak iuran yang macet, maka mobilitas dan BPJS Kesehatan yang menggunakan prinsip tolong-menolong tersebut akan terganggu dan salah satu akibat yang ditimbulkan

adalah naiknya iuran bagi peserta BPJS Kesehatan yang lain.

## **KAJIAN PUSTAKA**

### **Strategi**

Strategi pihak BPJS Kesehatan dalam menangani masalah penunggakan iuran atau premi oleh peserta sangat penting untuk memaksimalkan jaminan kepada masyarakat yang menjadi bagian sebagai peserta BPJS Kesehatan Palangka Raya. Untuk itulah pentingnya pihak BPJS Kesehatan merencanakan dan merumuskan beberapa unsur yang akan mendukung tujuan mereka.

Menurut Robbins dalam Kusdi (2009:90) mengungkapkan ada 4 dimensi yang ada dalam suatu strategi yang mampu menangani masalah penunggakan iuran atau premi peserta BPJS kesehatan.

1. Inovasi
2. Diferensiasi Pasar
3. Jangkauan
4. Pengendalian Biaya

### **METODE**

Metode yang digunakan oleh peneliti adalah metode penelitian kualitatif. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teori Empat dimensi pokok strategi menurut Robbins dalam Kusdi (2009:90) yaitu, inovasi, diferensiasi pasar, jangkauan dan pengendalian biaya. Data dikumpulkan melalui observasi, wawancara dan dokumentasi. Sedangkan teknik analisis data yang digunakan yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan/verifikasi.

### **PEMBAHASAN**

Dalam strategi pihak BPJS Kesehatan dalam menangani masalah penunggakan iuran atau premi oleh peserta sangat penting untuk

memaksimalkan jaminan kepada masyarakat yang menjadi bagian sebagai peserta BPJS Kesehatan Palangka Raya. Untuk itulah pentingnya pihak BPJS Kesehatan merencanakan dan merumuskan beberapa unsur yang akan mendukung tujuan mereka.

Menurut Robbins dalam Kusdi (2009:90) mengungkapkan ada 4 dimensi yang ada dalam suatu strategi yang mampu menangani masalah penunggakan iuran atau premi peserta BPJS kesehatan.

#### **1. Inovasi**

Untuk dimensi pertama menurut Robbins dalam Kusdi (2009:90) Inovasi secara khusus dilakukan oleh perusahaan-perusahaan yang mengutamakan inovasi sebagai sumber keunggulan bersaing. Artinya inovasi ini adalah pembaharuan strategi apa saja yang telah dilakukan pihak BPJS Kesehatan untuk meningkatkan kepatuhan peserta dalam pembayaran iuran atau premi yang menjadi tanggung jawab bagi peserta. Sesuai dengan wawancara sebelumnya dengan informan dapat di analisis bahwa pihak BPJS Kesehatan Palangka Raya sudah melakukan semua hal termasuk penyampaian informasi terkait BPJS sendiri, kepesertaan, pembiayaan maupun sebagainya. Pihak BPJS Kesehatan juga telah memberikan informasi saat peserta mendaftar, melakukan penyuluhan atau sosialisasi diberbagai media sosial, kemudian jika memang peserta menunggak premi atau iuran BPJS Kesehatan akan melakukan penagihan via SMS Blast maupun telepon, hingga bekerjasama dengan Kader JKN untuk melaksanakan penagihan ke rumah peserta.

Jadi inovasi dalam hal ini pihak BPJS kesehatan Palangka Raya sudah melakukan hal-hal yang bisa memudahkan masyarakat untuk memperoleh semua informasi yang ingin diperlukan sebagai calon peserta maupun peserta BPJS Kesehatan. Dan berusaha melakukan penagihan kepada peserta yang menunggak sehingga menghindari resiko yang akan diterima peserta.

## **2. Diferensiasi Pasar**

Diferensiasi Pasar menurut Robbins dalam Kusdi (2009:90) yaitu ditujukan untuk menciptakan loyalitas konsumen melalui suatu produk atau jasa yang bersifat unik, dalam arti berbeda dari apa yang telah di pasar. Artinya pihak BPJS Kesehatan Palangka Raya memikirkan dan merumuskan langkah-langkah yang dilakukan untuk menunjang tercapainya loyalitas dari masyarakat untuk selalu tepat waktu dalam menyelesaikan kewajiban iuran atau preminya dengan tenggang waktu yang sudah ditentukan.

Dalam hal ini BPJS Kesehatan secara tidak langsung memberikan kemudahan atau akses yang akan melancarkan semua kewajiban dari para peserta BPJS Kesehatan untuk memaksimalkan jaminan mereka di bidang kesehatan di kemudian hari. Hal-hal yang dimudahkan adalah dalam hal membayar iuran yang bisa dilakukan melalui berbagai lokasi yaitu berbagai macam BANK, indomaret, alfamart, maupun aplikasi yang ada dalam genggam tangan atau telepon genggam (android).

## **3. Jangkauan**

Untuk dimensi selanjutnya Menurut Robbins dalam Kusdi

(2009:90) Jangkauan (Breadth) adalah dalam penetapan ruang lingkup pasar yang akan dilayani oleh organisasi, ragam atau jenis konsumen, cakupan geografisnya, dan jenis produk atau jasa yang akan ditawarkan. Dalam strategi ini adalah bagaimana pihak BPJS Kesehatan Palangka Raya untuk menentukan jangkauan bagi pesertanya, artinya siapa saja yang bisa menjadi bagian dari peserta BPJS Kesehatan dan solusi yang diberikan pihak BPJS Kesehatan untuk menangani kendala masyarakat yang akan menjadi peserta.

Dalam hal ini pihak BPJS Kesehatan telah memberikan kemudahan untuk peserta. BPJS Kesehatan membagi kelompok BPJS Kesehatan menjadi 2 segmen, yang mana salah satu segmennya disediakan untuk masyarakat menengah kebawah dimana peserta yang termasuk didalam segmen ini akan dibantu pemerintah dalam membayar iuran wajibnya. Dan untuk segmen mandiri juga disediakan dengan beberapa golongan sehingga masyarakat bisa memilih sendiri golongan kepesertaan mereka.

## **4. Pengendalian Biaya**

Menurut Robbins dalam Kusdi (2009:90) Pengendalian Biaya (costcontrol), dimaksudkan adalah sejauh mana perusahaan mengontrol biaya atau anggaran secara ketat. Artinya pihak BPJS Kesehatan mengatur strategi untuk meminimalisir kerugian yang akan dialami karena adanya penunggakan iuran atau oleh peserta dan dampak-dampak buruk lainnya.

Dalam hal ini pihak BPJS Kesehatan telah memberikan kemudahan bagi peserta dalam penetapan besaran iuran yang ditentukan dengan melihat kemampuan masyarakat. Pihak BPJS Kesehatan juga telah menyusun strategi untuk mencegah kekurangan dana iuran yang dikumpulkan yang nantinya akan dibayarkan oleh BPJS Kesehatan ke penyedia fasilitas pelayanan. Strategi tersebut adalah dengan membuat kebijakan denda pelayanan dan menon-aktifkan status kepesertaan bagi peserta yang menunggak sehingga peserta yang menunggak iuran tidak bisa menggunakan hak mereka sebagai BPJS Kesehatan sebelum melaksanakan kewajibannya.

## **PENUTUP**

### **Kesimpulan**

Berdasarkan hasil dari wawancara di bab hasil penelitian sebelumnya dapat disimpulkan bahwa Strategi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Cabang Kota Palangka Raya Dalam Menangani Peserta Yang Menunggak Premi atau Iuran sudah sesuai dengan empat dimensi dalam strategi menurut Robbins dalam Kusdi (2009:90).

Dimulai dari Inovasi, yang mana dalam hal ini pihak BPJS sudah melaksanakan inovasi mereka dalam penyampaian sosialisasi atau penyuluhan untuk tenggang waktu iuran yang ditentukan melalui media sosial, menghubungi peserta via telepon dan sms hingga kader JKN yang akan langsung datang ke rumah para peserta untuk melaksanakan penagihan tunggakan iuran. Kemudian Diferensiasi Pasar, yang mana dimensi ini sendiri pihak BPJS telah berusaha

memberikan kemudahan bagi peserta dalam hal pembayaran iuran yaitu dengan cara menyediakan cara atau lokasi pembayaran yang mudah dan dapat di akses dimana saja seperti iuran yang bisa dibayarkan diberbagai BANK BUMN maupun BANK Swasta, beberapa minimarket seperti Indomaret dan Alfamart, serta berbagai aplikasi pembayaran di telepon genggam. Selanjutnya adalah Jangkauan (Breadth) untuk dimensi ini sendiri pihak BPJS sudah secara baik menyediakan wadah untuk masyarakat yang ingin memiliki jaminan kesehatan yang sewaktu-waktu akan diperlukan yang bersifat wajib bagi seluruh warga Indonesia, menyediakan golongan agar semua masyarakat bisa menjadi peserta BPJS Kesehatan 61 yang mana golongan tersebut adalah solusi yang diberikan pihak BPJS Kesehatan untuk kendala yang biasanya masyarakat alami untuk menjadi peserta. Terakhir dalam Pengendalian Biaya (cost-control), untuk dimensi ini BPJS Kesehatan mengatur strategi mencegah kerugian yang akan dialami pihak BPJS Kesehatan sendiri dengan menetapkan kebijakan atau peraturan yaitu denda pelayanan dan menon-aktifkan status kepesertaan bagi peserta yang menunggak premi atau iuran, sehingga BPJS Kesehatan tidak akan membayarkan fasilitas pelayanan yang digunakan oleh peserta yang menunggak iuran.

### **Saran**

Berdasarkan dari hasil penelitian yang dilakukan, maka penulis memberikan saran sebagai berikut :

- a. Kepada pihak BPJS Kesehatan Palangka Raya agar terus memberikan solusi dan inovasi baru untuk mengatasi berbagai

kendala yang muncul di masyarakat yang akhirnya menjadi penyebab penunggakan premi atau iuran oleh peserta guna terciptanya pelayanan yang berkualitas.

- b. Perlunya bekerjasama dengan berbagai kalangan berpengaruh di masyarakat untuk memberikan

sosialisasi pentingnya membayar iuran atau premi tepat waktu, sehingga sosialisasi yang disampaikan bisa lebih luas lagi dan mampu menjangkau masyarakat lebih banyak lagi.

## **DAFTAR PUSTAKA**

### **Buku**

- Ayu Purnama Sari, Dian. (2018). *Sistem Pembayaran Premi Dan Pengelolaan Dana*.
- Dwiyanto, Agus, (2005). *Mewujudkan Good Government Melalui Pelayanan Publik*, Yogyakarta:Gajah Mada University Press.
- Hardiyansyah. (2018). *Kualitas Pelayanan Publik*. Yogyakarta: Gava Media.
- Jackson, S.E . (2013) . Human Resource planning: Challenges for Industrial/ Organization, *Psychologist. American Psychologist*, 45(2).
- Kusdi. (2009). *Teori Organisasi dan Administrasi*. Jakarta : Salemba Humanika.
- Mulyadi, Deddy, dkk. (2018). *Administrasi Publik untuk Pelayanan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung: Alfabeta.
- Yunus, Eddy. (2016). *Manajemen Strategis*. Yogyakarta: CV. Andi.

### **Jurnal**

- Atmaja, Ari. (2018). Strategi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan Untu Meningkatkan Kesejahteraan Buruh Di Kabupaten Kuantan

Singingi. Program Studi Administrasi. Fakultas Ilmu Sosial. Universitas Islam Kuantan Singingi.

- Larasati, Nikken. (2016). Kualitas Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Nasional dalam Rangka Menjamin Perlindungan Kesehatan Bagi Peserta BPJS di RSUD DR.M.Soewandhi Kota Surabaya. *Jurnal Kebijakan dan Manajemen Publik*. Vol.4 No.2.
- Prana, Merry Martha Mahayu. (2013). Kualitas Pelayanan Kesehatan Penerima Jamkesmas di RSUD Ibnu Sina Gresik. *Jurnal Kebijakan dan Manajemen Publik*. Vol.1 No.1

### **Peraturan**

- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.