

Analisis Kebijakan Pembayaran Iuran *Autodebet* Rekening Peserta JKN-KIS Dalam Upaya Menurunkan Tunggakan Iuran Di Kabupaten Bengkulu Utara

Nanang Jayadi¹⁾, Kamaludin²⁾, Fadli³⁾

Mahasiswa PS Megister Manajemen, Universitas Bengkulu¹⁾

Dosen PS Megister Manajemen, Universitas Bengkulu^{2),3)}

Corresponding Author kamaludin@unib.ac.id

Abstract. The objectives of this study are (1) Knowing the implementation of the BPJS Kesehatan participant account auto debit payment policy in an effort to reduce dues arrears in North Bengkulu Regency and (2) Knowing the factors that influence the compliance of BPJS Kesehatan participants in paying dues in North Bengkulu Regency. This research is a type of survey research, namely research that takes a sample from a population using a questionnaire as a data collection tool. The type of data used is primary data obtained through a questionnaire. Research respondents were BPJS Kesehatan participants registered at the North Bengkulu Branch of BPJS Kesehatan. The method of taking respondents used is purposive sampling with the same proportion (proportional) consisting of 100 active participants and 100 inactive participants. So, the number of research respondents was 200 people. The sampling method used was a census. The data analysis method used is descriptive analysis and factor analysis. Based on the results of the data analysis, it is known that: (1) The implementation of the auto-debit account policy for BPJS participants has been quite effective in being selected as one of the modes of payment for BPJS contributions. The autodebet mode can be an alternative that makes it easy for participants to fulfill their obligations; and (2) reduction of the 27 initial factors obtained 8 factors that affect the compliance of BPJS Kesehatan participants in meeting the obligation to pay contributions. These factors are a combination and a combination of the initial factors which are grouped according to the factor rotation. These factors are: Demographic characteristics of BPJS participants, BPJS service administration factors, tariff factors and the ability to pay contributions; participant awareness factor; service trust factor; the factor of the sanction mechanism and law enforcement; factor of quality of medicine and factor of ease of service

Keywords: Autodebet Policy, Compliance, and Factors That Shaping Compliance

Pendahuluan

Penetapan program Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang dikukuhkan dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) telah memberi landasan kokoh secara konstitusional untuk mengembangkan sebuah sistem jaminan sosial dan kesehatan bagi seluruh Rakyat Indonesia (*universal health coverage*). Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional – Kartu Indonesia Sehat (JKN - KIS) diharapkan mampu mengatasi ketimpangan akses layanan kesehatan serta memberi proteksi finansial bagi seluruh warga negeri Indonesia. Penetapan regulasi ini memperlihatkan sebagai kemajuan yang sangat penting dari kebijakan masa sebelumnya yang

hanya tersedia secara terbatas pada pegawai pemerintah atau militer dan pengaturan sistem jaminan bagi pekerja penerima upah saja.

JKN – KIS merupakan asuransi sosial yang wajib diikuti oleh seluruh penduduk Indonesia. Namun, dalam pelaksanaannya, implementasinya masih dilakukan secara bertahap. Pada fase awal, sasaran implementasi JKN - KIS adalah penduduk yang bekerja di sektor formal dan penduduk iurannya dibayar oleh pemerintah. Guna memperluas cakupan, dibuka kepesertaan penduduk dari sektor informal atau yang disebut Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) / Peserta Mandiri. Dari data yang di-*release* BPJS Kesehatan, terdapat dua juta peserta PBPU aktif mendaftar sebagai peserta JKN - KIS yang harus membayar iuran rutin setiap bulannya.

Hasil penelitian Putra (2014) di beberapa wilayah Indonesia ditemukan hasil yang beragam. Pada umumnya pekerja mandiri yang mendaftar menjadi peserta BPJS Kesehatan adalah mereka yang memiliki penyakit kronis, usia tua atau bahkan sudah dijadwal melakukan terapi. Hal tersebut dikarenakan peserta yang telah terdaftar dapat langsung menggunakan haknya untuk mengakses layanan kesehatan yang mereka butuhkan.

Potensi kebangkrutan pada skema asuransi sosial sangat kecil, tingginya *adverse selection* pada fase awal implementasi JKN - KIS berpotensi menimbulkan kerugian, sehingga diperlukan cadangan dalam jumlah besar (Nopiyan *et al.*, 2015). Guna memberikan jaminan adekuasi sustainabilitas dari pembiayaan JKN- KIS, maka upaya untuk meningkatkan cakupan peserta adalah sama pentingnya dengan upaya meningkatkan kepatuhan dan keberlanjutan pembayaran iuran oleh peserta. Fenomena yang terjadi, peserta bukan penerima upah atau peserta mandiri memiliki potensi yang lebih besar untuk tidak patuh membayar iuran karena berbeda dengan pekerja sektor formal yang pada umumnya dikelola oleh organisasi di mana mereka bekerja dan dipotong langsung dari gaji, sementara pekerja sektor informal harus mengelola pembayaran iurannya sendiri.

Fenomena lain yang mungkin terjadi adalah peserta mandiri hanya membayar iuran saat memerlukan akses terhadap layanan kesehatan dan tidak lagi

melanjutkan pembayaran saat mereka tidak lagi membutuhkan layanan kesehatan (Nopiyani *et al.*, 2015). Fenomena tersebut tentunya merupakan hal yang perlu disikapi terutama di fase awal di mana cakupan JKN-KIS masih rendah dan jumlah dana yang terkumpul belum optimal. Oleh karena itu, pada Tahun 2016, Direksi BPJS Kesehatan mengeluarkan Peraturan Nomor 16 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penagihan dan Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan Nasional. Dalam ketentuan pada Pasal 9 ayat (2) dan (3) disebutkan bahwa pembayaran iuran BPJS dapat dilakukan melalui lembaga perbankan dan non-perbankan. *Channel* perbankan yang dapat dipilih oleh peserta JKN - KIS adalah ATM (*automatic teller machine*), EDC (*electronic data capture*), *autodebet*, *teller*, *SMS banking* atau *internet banking*. Sedangkan *channel* non perbankan dapat dilakukan melalui Kantor Pos, Kantor Pegadaian dan PPOB (*Payment Point Online Bank*).

Fenomena menarik dari kebijakan pembayaran yang dijalankan oleh BPJS Kesehatan pada awal Tahun 2019 adalah sistem pembayaran *autodebet*, metode pembayaran sistem *autodebet* pada peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBBU)/Peserta mandiri berjalan cukup efektif menurunkan tunggakan iuran peserta JKN – KIS. Hal tersebut terjadi pada hampir seluruh wilayah kerja BPJS Kesehatan di kabupaten/kota di seluruh Indonesia, termasuk di wilayah kerja BPJS Kesehatan Kabupaten Bengkulu Utara. Diketahui dari data penerimaan iuran iuran pekerja mandiri cenderung mengalami peningkatan dari bulan-ke-bulan sepanjang Tahun 2019, dibandingkan dengan Tahun 2018. Hal tersebut menunjukkan bahwa kebijakan cara pembayaran iuran menggunakan sistem *autodebet* perbankan cukup efektif untuk meningkatkan kepatuhan peserta JKN-KIS, sehingga meningkatkan jumlah penerimaan Iuran BPJS Kesehatan.

Pada 1 September 2016 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan mengeluarkan inovasi sistem pembayaran baru bagi peserta JKN dimana teknis pembayaran iuran dilakukan secara kolektif dalam satu kali transaksi. Sistem terbaru dalam melakukan pembayaran cukup dilakukan melalui 1 (satu) *Virtual Account* (VA) kolektif yang mengacu ke kartu keluarga (KK) sehingga tagihan yang keluar langsung mencakup tagihan seluruh anggota

keluarga dalam satu KK yang terdaftar dalam kepesertaan. Sistem 1 VA keluarga merupakan inovasi pelayanan yang diberikan dengan tujuan untuk mempermudah peserta BPJS Kesehatan dalam melakukan pembayaran. Selama ini, sebelum diberlakukannya sistem 1 VA keluarga, peserta BPJS Kesehatan membayar iuran satu per satu, dengan di tetapkannya sistem pembayaran yang baru, ada juga peserta yang keberatan akan aturan baru tersebut karena merasa keberatan jika harus membayar untuk satu keluarga sekaligus. Terlebih lagi jika biasanya dalam satu keluarga melakukan pembayaran sendiri-sendiri. Metode pembayaran melalui VA, dapat dilakukan pada loket pembayaran yang telah ditunjuk oleh BPJS maupun menggunakan *autodebet* rekening peserta JKN-KIS.

Penelitian ini dilakukan pada peserta mandiri BPJS Kesehatan di Kantor Kabupaten Bengkulu Utara yang merupakan bagian dari wilayah kerja Kantor BPJS Kesehatan Kantor Cabang Curup. Urgensi dari pemilihan lokasi penelitian didasarkan pada dua pertimbangan, yakni: *Pertama*, Kantor BPJS Kabupaten Bengkulu Utara memiliki jumlah peserta mandiri tertinggi di wilayah kerja Kantor Cabang Curup. *Kedua*, jumlah peserta mandiri yang menunggak membayar iuran BPJS relatif tinggi, yakni sekitar 65% dibandingkan dengan Kabupaten Kepahiang, Rejang Lebong dan Lebong.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul **“Analisis Kebijakan Pembayaran Iuran *Autodebet* Rekening Peserta JKN-KIS Dalam Upaya Menurunkan Tunggakan Iuran Di Kabupaten Bengkulu Utara”**

KAJIAN PUSTAKA

Teori Piutang

Smith (2000) menjelaskan bahwa piutang dalam arti luas adalah semua hak atau klaim terhadap pihak lain atas uang, barang atau jasa. Sedangkan dalam arti sempit, piutang yaitu berupa klaim yang diharapkan akan diselesaikan melalui penerimaan kas. Menurut Shadily (2006) piutang adalah tagihan uang perusahaan kepada pelanggan yang diharapkan akan dilunasi dalam waktu paling lama satu

tahun sejak tanggal keluarnya tagihan. Piutang pada umumnya dapat dikelompokkan menjadi piutang dagang dan piutang lain-lain. Piutang yang berasal dari penjualan barang dan jasa yang merupakan kegiatan utama perusahaan disebut piutang dagang atau piutang usaha (*trade receivables*). Di samping piutang dagang terdapat piutang jenis lain misalnya piutang pegawai, piutang bunga, piutang persero, dan lain-lain (PSAP, 2005).

Menurut Akbar (2004: 199) pengertian piutang meliputi semua hak atau klaim perusahaan pada organisasi lain untuk menerima sejumlah kas, barang atau jasa dimasa yang akan datang sebagai akibat kejadian pada masa lalu. Pembayaran pada umumnya diberikan tempo 30 hari (tiga puluh hari) sampai 90 hari (sembilan puluh hari). Piutang merupakan harta perusahaan yang sangat likuid sehingga perlu disusun suatu prosedur yang baik demi berjalannya suatu perusahaan. Jadi prosedur penagihan berfungsi membuat surat perjanjian jatuh tempo dan mengirimkan kepada debitur.

Berdasarkan definisi sebelumnya, maka dapat diambil kesimpulan mengenai pengertian penagihan piutang, yaitu tagihan kepada pihak luar (yang dapat ditagih oleh seseorang) akibat adanya penjualan atau penyerahan barang atau jasa secara kredit, yang diharapkan akan melunasi sesuai dengan periode yang telah ditetapkan sebelumnya. Piutang merupakan salah satu elemen yang paling penting dalam modal kerja suatu perusahaan. Sebagian piutang dapat dimasukkan dalam modal kerja yaitu bagian piutang yang terdiri dari dana yang diinvestasikan dalam produk yang terjual dan sebagian lain yang termasuk modal kerja potensial yaitu bagian yang merupakan keuntungan. Piutang merupakan elemen modal kerja yang selalu dalam keadaan berputar secara terus menerus dalam rantai perputaran modal kerja yaitu kas – persediaan – piutang – kas.

Sumber Pendanaan BPJS Kesehatan

Mewujudkan cita-cita Jaminan Kesehatan Semesta atau *Universal Health Coverage (UHC)* merupakan upaya BPJS Kesehatan. BPJS menargetkan bahwa pada tahun 2019 seluruh penduduk Indonesia telah menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional – Kartu Indonesia Sehat dengan tetap memperhatikan kualitas

layanan kesehatan yang diberikan. Mekanisme asuransi sosial menjadi model yang banyak digunakan oleh negara di dunia saat ini untuk memberikan layanan jaminan kesehatan khususnya negara berkembang, karena keterbatasan anggaran negara untuk mendanai layanan kesehatan. Anggaran yang dibutuhkan untuk mendanai populasi dan kualitas layanan yang dibutuhkan oleh suatu negara ditentukan oleh kondisi demografis, harapan penduduk atas kualitas layanan kesehatan yang diinginkan, kapasitas lembaga lembaga negara, dan juga kapasitas individual untuk mendanai layanan kesehatan.

Konsep UCHC dikembangkan umumnya di negara-negara berkembang yang memiliki tantangan fiskal seperti pendapatan dari iuran BPJS yang belum optimal, dan juga kendala sosiologis maupun geografis. Oleh karena itu, peningkatan atau perluasan jumlah peserta menjadi target BPJS Kesehatan setiap tahun. Sejak beroperasi di tahun 2014 hingga akhir tahun 2016, tercatat total 171.939.254 penduduk Indonesia telah menjadi peserta BPJS Kesehatan. Alasan penting perluasan peserta adalah konsekuensi dari format BPJS Kesehatan yang berupa asuransi sosial. Dengan bentuknya sebagai asuransi sosial, selain dari alokasi anggaran dari APBN, BPJS Kesehatan harus mengandalkan pengumpulan dana publik yang diperoleh dari iuran kepesertaan. Sejak tahun 2014 iuran yang diterima oleh BPJS Kesehatan terus meningkat mulai dari 40,7 triliun rupiah (2014), menjadi 52,7 triliun rupiah (2015), dan meningkat menjadi 67,4 triliun rupiah pada 2016.

Berdasarkan UU No. 36 Tahun 2009 pasal 171, besar anggaran kesehatan yang dialokasikan pemerintah adalah minimal 5% dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) di luar gaji. APBN tahun 2017 mempertahankan alokasi lima persen anggaran dengan alokasi kepada bidang kesehatan sebesar 104,7 triliun rupiah. Dari total APBN untuk bidang kesehatan tersebut, Kementerian Kesehatan mengalokasikan anggaran untuk PBI BPJS Kesehatan sebesar kurang lebih (Rp 23.000,- x 94,4 juta jiwa x 12 bulan) Rp 26,054 Triliun. Penerimaan iuran sebesar yang kurang lebih Rp. 67 triliun pada tahun 2016, maka secara keseluruhan BPJS Kesehatan telah memiliki anggaran sebesar Rp 67 T dari penerimaan iuran + Rp. 25,5 T dari APBN = Rp. 92,5 T. Total anggaran yang

dimiliki tersebut, dari tahun ke tahun BPJS Kesehatan kerap mengalami ancaman defisit. Ancaman Defisit Anggaran BPJS Kesehatan sejak tahun 2015- 2017). Untuk mengatasi defisit anggaran maka BPJS Kesehatan menaikkan harga iuran peserta pada bulan April 2016 sebesar 17 persen untuk kelas III (kelas PBI).

Cara yang dilakukan BPJS Kesehatan untuk meningkatkan pendapatan melalui iuran adalah dengan menaikkan iuran atau besar iuran. Pada bulan April 2016, melalui Peraturan Presiden No. 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, iurang BPJS Kesehatan mengalami kenaikan. Kenaikan ini khususnya dikenakan bagi peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja, yang secara umum dapat dikategorikan sebagai peserta mandiri. Hernowo dan Wahyudi (2018) menyebutkan dua kelemahan dalam strategi meningkatkan pemasukkan dengan cara menaikkan iuran peserta yang sudah aktif menjadi peserta BPJS Kesehatan. Pertama, kenaikan iuran tersebut tidak memberikan insentif lebih bagi peserta aktif, apalagi apabila tidak diiringi dengan peningkatan kualitas dan jumlah layanan kesehatan. Kedua, akibatnya bagi masyarakat yang belum menjadi peserta, strategi ini tidak memotivasi mereka untuk menjadi anggota BPJS Kesehatan. Dengan demikian maka BPJS Kesehatan dan pemerintah perlu mengembangkan strategi lain untuk mengatasi defisit anggaran.

Masalah lainnya menurut Hernowo dan Wahyudi (2018) adalah masih rendahnya komitmen sektor swasta dan BUMN untuk mendaftarkan pekerjanya menjadi peserta BPJS Kesehatan. Potensi tambahan pemasukkan dan perluasan peserta BPJS Kesehatan seharusnya dapat menargetkan sektor swasta bahkan BUMN. Sebagaimana diatur dalam UU No. 9 Tahun 2016 tentang Jaminan Kesehatan, pasal 11 ayat (1) menyebutkan bahwa pemberi kerja wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta jaminan kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Sanksi bagi perusahaan yang tidak mendaftarkan pekerjanya menjadi anggota BPJS Kesehatan berdasarkan UU No. 9 Tahun 2016 tersebut sebetulnya cukup keras. Sanksi terberat termasuk pencabutan ijin usaha. Namun pengawasan maupun penegakan hukum oleh pemerintah dan BPJS Kesehatan terhadap perusahaan yang melanggar belum berjalan dengan efektif.

Keengganan sektor swasta untuk mendaftarkan pekerjanya menjadi peserta BPJS Kesehatan disebabkan oleh setidaknya dua hal. Pertama, sektor swasta—khususnya perusahaan-perusahaan besar telah memberikan asuransi kesehatan dengan kualitas layanan yang lebih baik. Kedua, lemahnya upaya dari kementerian tenaga kerja dan BPJS untuk mendorong dan memberikan sanksi bagi perusahaan-perusahaan yang tidak mau mendaftarkan pekerjanya menjadi peserta BPJS Kesehatan. Pemerintah dan BPJS Kesehatan perlu memperkuat upaya untuk memperluas kepesertaan BPJS Kesehatan dari Pekerja Penerima Upah yang dibayarkan oleh sektor swasta atau perusahaan. Dengan jumlah penerimaan iuran yang lebih besar, maka prinsip gotong-royong dari JKN - KIS - KIS semakin kuat. Namun pemerintah perlu memikirkan pula strategi insentif untuk mengajak dan sekaligus memberi sanksi tegas bagi sektor swasta dalam perluasan kepesertaan BPJS Kesehatan ini (Hernowo & Wahyudi, 2018).

Sistem Pembayaran Iuran Iuran BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan memang telah mengeluarkan inovasi pembayaran baru bagi peserta program Jaminan Kesehatan Nasional - Kartu Indonesia Sehat (JKN – KIS)^b bagi pekerja bukan penerima upah (PBPU) dan bukan pekerja (BP) atau lebih dikenal dengan peserta mandiri. Inovasi terbaru itu adalah sistem tagihan pembayaran satu VA (*Virtual Account*) untuk keluarga. Lewat sistem ini, tagihan iuran dilakukan secara kolektif untuk seluruh keluarga. Artinya, masing-masing peserta yang terdaftar pada Kartu Keluarga (KK) atau yang sudah didaftarkan sebagai anggota keluarga, tagihannya bisa digabungkan.

Pembayaran iuran satu keluarga ini bebas administrasi di seluruh *channel* perbankan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan (BRI, BNI, BTN, dan Mandiri) melalui ATM, *Teller*, *Internet banking*, *SMS/Mobile Banking*. Khusus pembayaran melalui *channel* pembayaran swasta PPOB, seperti, Indomaret, Alfamart, Pegadaian, POS dan JNE, peserta dikenakan biaya administrasi sebesar Rp2.500, per transaksi pembayaran. bagi peserta yang ingin memastikan pembayaran VA keluarga yang telah peserta lakukan sudah mencakup seluruh anggota keluarga, hal itu dapat dilakukan pengecekan secara mandiri di website

BPJS Kesehatan. Caranya, dengan masuk ke menu Cek Iuran, atau datang ke Kantor Cabang BPJS Kesehatan setempat untuk mendapatkan informasi yang dibutuhkan. Selain kemudahan yang bisa dinikmati peserta, filosofi yang mendasari dikeluarkannya kebijakan VA Keluarga adalah:

- 1) Melanjutkan kebijakan manajemen yang telah diterapkan dalam Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2015 tentang Tata Cara Pendaftaran dan Pembayaran Iuran Bagi Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Peserta (BP).
- 2) Untuk meningkatkan kolektabilitas iuran karena peserta tidak bisa memilih hanya membayar iuran anggota keluarga yang sakit saja.
- 3) Peserta akan tertib dalam membayar iuran setiap bulannya. Kekurangtertiban peserta dalam membayar iuran setiap bulannya tergambar dari kondisi saat ini dimana banyak yang membayar iuran dalam satu keluarga
- 4) Memudahkan peserta dalam melakukan pembayaran. Pembayaran iuran selama ini dilakukan permasing-masing peserta berdasarkan nomor VA, sehingga jika keluarganya ada 5 orang yang terdiri dari suami sebagai kepala keluarga, istri dan 3 anak, maka pembayaran yang dilakukan selama ini sebanyak 5 kali *entri* pada *channel* pembayaran seperti di Bank, ATM, Internet Bank, dan *channel* pembayaran *Payment Point Online Bank (PPOB)* dan lain sebagainya. Hal tersebut menyulitkan peserta dalam melaksanakan pembayaran sehingga kadang peserta lupa sudah melakukan pembayaran kepada siapa saja. Dengan penerapan VA 1 Keluarga cukup memasukkan satu kali nomor VA dari salah satu anggota keluarganya.
- 5) Efisiensi dalam membayar iuran. Jika peserta membayar iuran melalui *channel* pembayaran seperti *Internet Banking* atau melalui PPOB, misalnya minimarket (Indomart/Alfamart/Pegadaian dan lainnya) selama ini mereka dibebani biaya sebanyak jumlah keluarganya dikali Rp2.500. Sedangkan dengan VA 1 Keluarga maka biaya administrasi yang dikenakan hanya satu kali yaitu sebesar Rp 2.500, sehingga terjadi efisiensi pengeluaran untuk peserta BPJS Kesehatan.

- 6) Meningkatkan validitas data kepesertaan seperti data anggota keluarga yang menjadi tanggung jawab peserta, peserta meninggal dunia yang belum dilaporkan, membantu proses perbaikan data keluarga berdasarkan NIK dan Kartu Keluarga.
- 7) Mengurangi risiko denda pelayanan bagi peserta sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 dan anggota keluarga karena ada kepastian pembayaran iuran satu keluarga.

Piutang dari Tunggakan Iuran Peserta

Timbulnya piutang dilingkungan pemerintah pada umumnya terjadi karena adanya tunggakan punggutan pendapatan dan pemberian pinjaman serta transaksi lainnya yang menimbulkan hak tagih sehubungan dengan pelayanan yang diberikan, piutang dipemerintahan dapat diproses dalam sistem akuntansi apabila telah ditetapkan SAP (2005). Sumber utama piutang BPJS Kesehatan adalah piutang iuran denda dan piutang denda, piutang denda timbul karena adanya tunggakan pendapatan berupa denda keterlambatan pembayaran iuran dengan batas waktu pembayaran iuran program BPJS Kesehatan pada tanggal 15 (lima belas) setiap bulannya dan denda akan mulai dihitung setiap tanggal akhir bulan bersamaan dengan pembentukan piutang iuran.

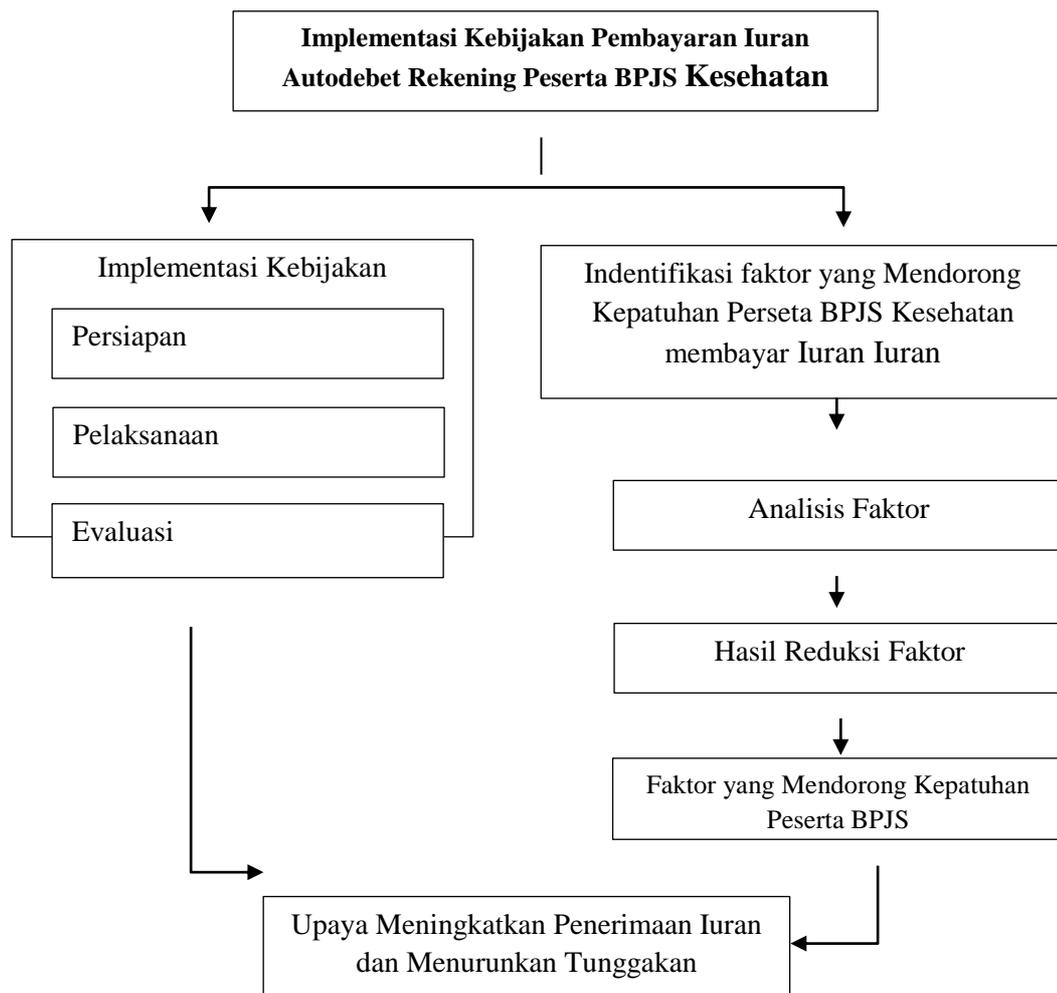
Pada setiap tanggal akhir periode bersamaan dengan terbentuknya piutang iuran, BPJS Kesehatan akan membuat pencatatan piutang perusahaan yang telah menjadi peserta BPJS Kesehatan atas masing-masing program ketenagakerjaan yang telah diikuti. Piutang iuran dapat diakui setelah terkirimnya Surat Peringatan Iuran (SPI) yang dikirimkan ke alamat perusahaan yang terhutang, Surat Peringatan Iuran (SPI) yang akan dikirimkan sebagai pemberitahuan piutang iuran beserta perhitungan besaran dendanya memiliki 3 (tiga) jenis tipe surat yang digunakan sesuai dengan kebutuhannya.

Kerangka Pemikiran

Tujuan penelitian adalah menganalisis implementasi kebijakan penerapan kebijakan pembayaran resmi melalui autodebet dan mengidentifikasi faktor-

faktor yang mendorong kepatuhan peserta membayar iuran. Berkaitan dengan pemaparan tersebut, maka untuk menjawab permasalahan dan tujuan penelitian, kerangka analisis pada penelitian ini digambarkan pada Gambar 2.1.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan Badan Hukum yang bertanggungjawab untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, sehingga diharapkan semua lapisan masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan secara mudah dan tidak terbatas karena biaya. Permasalahan yang terjadi selama ini di BPJS Kesehatan peserta BPJS mandiri akan membayar iuran ketika sudah mengalami sakit kemudian mereka baru akan mengurus dan membayar iuran BPJS Kesehatan. Selama ini banyak peserta yang menunggak tidak mau membayar iuran dengan alasan iuran yang harus dibayar dirasa memberatkan.



Gambar 2.1 Kerangka Analisis

Metode Penelitian

Sugiyono (2013: 2) metode penelitian merupakan cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian deskriptif dengan jenis pendekatan kuantitatif. Penelitian deskriptif yaitu penelitian yang berusaha untuk menuturkan pemecahan masalah yang ada sekarang berdasarkan data-data tertentu.

Selanjutnya penelitian kuantitatif menurut Moleong (2010: 6) adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan, dan lain-lain, secara holistik, dan dengan cara deskripsi dan pengolahan data kuantitatif. Bogdan dan Taylor (Moleong, 2010: 4) pun mengemukakan bahwa metodologi kuantitatif sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif kuantitatif berupa angka-angka dan deskripsi tertulis dari objek yang diteliti. Pendekatan kuantitatif melakukan pengolahan data statistik sebagai prosedur utama dalam pemecahan masalah penelitian.

Dalam penelitian ini, data-data yang akan dikumpulkan diperoleh dari beberapa sumber, yakni :

1. Data Primer. Data primer adalah data yang diperoleh dari penelitian lapangan yang dilakukan dengan melakukan wawancara. Dalam penelitian ini, data primer menyangkut jawaban informan terhadap pertanyaan yang diajukan.
2. Data Sekunder. Data sekunder adalah data-data yang diperoleh dengan melakukan penggalian dokumentasi, laporan administrasi, laporan keuangan, dan dokumen lainnya berkaitan dengan pelaksanaan penerapan mekanisme pembayaran iuran iuran BPJS Kesehatan melalui *autodebet* rekening pada Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Bengkulu Utara.

Informan adalah sumber informan utama yang mengetahui dengan baik kondisi dan permasalahan yang diselidiki (Ghozali, 2014). Dalam penelitian ini yang menjadi informan adalah orang-orang yang terlibat langsung dalam mekanisme pembayaran iuran iuran BPJS Kesehatan melalui *autodebet* rekening pada Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Bengkulu Utara. Metode penetapan

informan dilakukan dengan teknik *purposive sampling*. Informan penelitian sebanyak 5 orang terdiri dari 3 orang Pejabat / Karyawan Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Bengkulu Utara dan 2 orang Pejabat / Karyawan bank rekanan Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Bengkulu Utara. Informan penelitian yang dipilih tersebut berdasarkan kriteria: (1) informan kunci yakni orang yang terlibat langsung dalam mekanisme pembayaran iuran iuran BPJS Kesehatan melalui *autodebet* rekening pada Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Bengkulu Utara; dan (2) orang yang mengetahui dan mengerti mekanisme pembayaran iuran iuran BPJS Kesehatan melalui *autodebet* rekening pada Kantor BPJS Kesehatan Cabang Bengkulu Utara.

Responden penelitian merupakan peserta BPJS Kesehatan yang terdaftar di Kantor BPJS Kesehatan Cabang Bengkulu Utara. Jumlah populasi peserta BPJS Kesehatan di Kabupaten Bengkulu Utara adalah sebanyak 40.463 orang terdiri dari 12.363 peserta aktif dan 28.100 peserta menunggak. Metode pengambilan responden digunakan adalah *purposive sampling* sebanyak 200 orang dengan proporsi 100 orang peserta aktif dan 100 orang peserta tidak aktif. Guna menjawab permasalahan dan tujuan penelitian, maka metode yang digunakan adalah analisis deskriptif, analisis faktor dan analisis kualitatif. Analisis ini bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik responden yang diteliti serta menggambarkan persepsi responden terhadap indikator-indikator penelitian dalam bentuk tabulasi dan uraian yang disertai tabel distribusi frekuensi dan persentase serta nilai rata-rata (*mean*) (Sugiyono, 2013). Pada penelitian ini tabel distribusi frekuensi dan persentase, nilai rata-rata dan *cross-tabulation* digunakan untuk mengumpulkan fenomena penerapan pembayaran iuran iuran BPJS Kesehatan dengan *autodebet* rekening.

Analisis faktor adalah suatu alat analisis *multivariate* yang digunakan untuk mereduksi atau meringkas faktor-faktor yang asal yang lebih banyak menjadi lebih sedikit (Ghozali, 2014). Analisis faktor dibedakan menjadi dua model, yakni *Exploratory Factor Analysis* (EFA) dan *Confirmatory Factor Analysis* (CFA). EFA dirancang untuk suatu situasi dimana hubungan antara variabel-variabel terobservasi dan variabel laten tidak diketahui atau tidak jelas.

Sementara CFA digunakan untuk riset di mana peneliti sudah mempunyai pengetahuan mengenai struktur variabel laten yang melandasinya. Didasarkan pada teori atau riset empiris, yang bersangkutan membuat postulat/asumsi/*reasoning* hubungan antara pengukuran yang diobservasi dengan faktor-faktor yang mendasari sebelumnya, kemudian melakukan pengujian struktur hipotesis ini secara statistic (Sugiyono, 2014).

Kesimpulannya adalah model analisis faktor EFA dan CFA berfokus pada variabel laten yang mendasarinya. Dengan kata lain, model analisis ini berfokus pada sejauh mana variabel-variabel terobservasi ini dihasilkan oleh variabel-variabel laten yang mendasarinya. Dengan demikian, kekuatan seluruh jalur regresi dari semua faktor tersebut ke arah semua variabel yang diobservasi secara langsung (koefisien regresi/factor loadings) menjadi fokus analisisnya. Karena hanya berfokus pada hubungan antara faktor-faktor dan semua variabel yang diukur, khususnya CFA disebut *measurement model* dalam perspektif SEM (Sugiyono, 2013).

Hasil Penelitian

Pelaksanaan Kebijakan Pembayaran Iuran Autodebit

Kebijakan pembayara iuran BPJS menggunakan sistem autodebet Bank ditunjukkan untuk meningkatkan tingkat peningkatan iuran iuran yang masuk ke BPJS. Hal ini dilakukan untuk menjaga kesinambungan program JKN-KIS. Autodebit ini khusus untuk peserta kategori pekerja bukan penerima upah (PBPU). Saat ini autodebit diprioritaskan untuk peserta PBPU yang baru mendaftar. Ketika melakukan pendaftaran melalui kantor cabang BPJS Kesehatan, calon peserta akan diminta nomor rekeningnya. Ada 4 bank yang telah bermitra dengan BPJS Kesehatan untuk menjalankan autodebit iuran yakni BRI, Mandiri, BNI, dan BCA.

Berdasarkan data rekapitulasi autodebet pada Kantor Cabang BPJS Kabupaten Bengkulu Utara, jumlah kolektabilitas iuran BPJS mengalami peningkatan sebagaimana Tabel 1.

Tabel 1

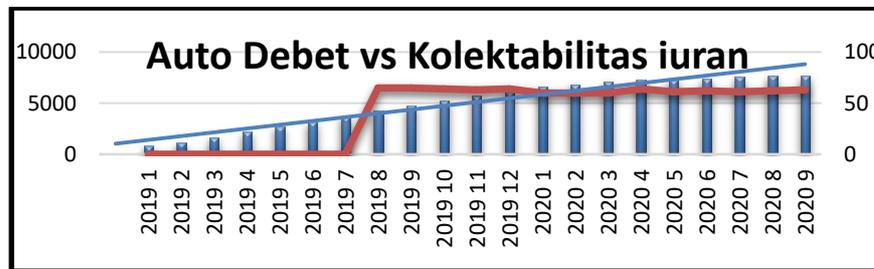
Rekapitulasi Pertumbuhan Peserta Auto Debet

Bulan	Jumlah Pertumbuhan Peserta Auto Debet	Kolektabilitas (%)
2019 1	812	0
2019 2	1.174	0
2019 3	1.645	0
2019 4	2.166	0
2019 5	2.728	0
2019 6	3.135	0
2019 7	3.713	0
2019 8	4.252	65
2019 9	4.691	65
2019 10	5.217	64
2019 11	5.692	63
2019 12	6.066	64
2020 1	6.585	60
2020 2	6.837	60
2020 3	7.072	60
2020 4	7.246	64
2020 5	7.335	61
2020 6	7.436	62
2020 7	7.578	61
2020 8	7.668	62
2020 9	7.671	63

Sumber: Hasil Penelitian 2020

Tabel 1 menunjukkan bahwa tingkat kolektabilitas secara umum mengalami peningkatan. Penerapan kebijakan autodebet dilakukan pada bulan Januari 2019, namun angka kolektabilitas meningkat mulai terlihat pada bula

Agustus 2019. Hingga September 2020, angka kolektabilitas peserta yang membayar iuran BPJS meningkat menjadi 63%. Hal ini juga terlibat pada Gambar 4.1.



Gambar 4.1

Trend Auto Debet dan Kolektabilitas Iuran BPJS

Di Kantor Cabang Bengkulu Utara

Deskripsi Faktor-faktor yang Mendorong Kepatuhan Peserta BPJS Membayar Iuran

1) Karakteristik Demografi Peserta BPJS

Karakteristik demografi peserta BPJS merupakan faktor pertama yang mendorong kepatuhannya dalam memenuhi kewajiban membayar iuran BPJS. Karakteristik demografi merupakan ciri-ciri khusus yang melekat pada pribadi-pribadi peserta mandiri, yang berbeda satu sama lain. Kondisi ini akan mendorong pendapat, persepsi, motivasi dan kesadarannya dalam memenuhi kewajiban membayar iuran. Persentase tingkat kepatuhan peserta mandiri dalam membayar iuran program JKN lebih tinggi jika dilihat dari karakteristik demografi yakni sebesar 26,708%, terutama terkait dengan pendapatannya. Tingkat pendapatan yang tinggi, akan membuat peserta memiliki kemampuan secara ekonomi membayar iuran, sebaliknya, jika kemampuannya rendah, maka kemampuan finansialnya juga rendah.

Menurut Lawrence Green dalam Priyoto (2014) salah satu faktor yang mendorong perilaku adalah faktor predisposisi, yang merupakan faktor yang mempermudah terjadinya perilaku dan berasal dari dalam diri individu, seperti pengetahuan. Salah satu faktor yang mendorong pengetahuan peserta mandiri adalah informasi. Informasi yang semakin sering diberikan kepada peserta

mandiri akan semakin baik dan akan mendorong tingkat pengetahuan peserta mandiri. Informasi tersebut dapat disampaikan melalui buku pedoman, media massa seperti majalah, koran, ataupun televisi, saling bertukar informasi atau pengalaman, dan juga dari internet. Dari sumber informasi yang disediakan oleh BPJS Kesehatan, peserta mandiri program JKN dapat belajar dan memperoleh informasi lebih banyak sehingga pengetahuannya akan bertambah.

2) Administrasi Pelayanan BPJS

Faktor administrasi pelayanan BPJS merupakan faktor yang juga urgen. Kualitas administrasi pelayanan adalah pelayanan yang dapat memberikan kepuasan kepada pelanggan dan tetap dalam batas memenuhi standar pelayanan yang dapat dipertanggungjawabkan serta harus dilakukan secara terus-menerus. Secara sederhana definisi kualitas adalah suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa manusia, proses, dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan pihak yang menginginkannya.

Standar kualitas pelayanan prima kepada peserta BPJS akan terpenuhi bilamana SDM melakukan tugasnya secara profesional, disiplin, dan transparan. Dalam kondisi peserta BPJS merasa puas atas pelayanan yang diberikan kepadanya, maka mereka akan cenderung akan melaksanakan kewajiban membayar iuran BPJS sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Apabila ketentuan perpajakan dibuat sederhana, mudah dipahami oleh peserta BPJS, maka pelayanan BPJS atas hak dan kewajiban mereka dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien. Studi Suyatmin (2004) menunjukkan bahwa semakin seseorang merasa puas dengan pelayanan yang diberikan oleh pemerintah, seseorang tersebut akan merasa berkewajiban untuk patuh terhadap hukum, termasuk membayar iuran. Hal ini mengisyaratkan bahwa kepuasan terhadap pelayanan kesehatan dapat menentukan kadar kepatuhan Peserta BPJS.

3) Kemampuan Bayar Iuran

Kemampuan membayar iuran merupakan faktor penentu selanjutnya yang dapat mendorong kepatuhan peserta BPJS. Tarif yang dikenakan pada peserta mandiri adalah 3 tingkatan sesuai dengan kelas-kelas perawatan yang diinginkan oleh peserta mandiri. Peserta BPJS yang memiliki kelas perawatan tertinggi

(Kelas I) akan membayar iuran yang lebih tinggi. Sedangkan kelas perawatan terendah (Kelas III) membayar iuran yang lebih rendah.

Faktor pemilihan kelas perawatan yang dibuat oleh peserta BPJS salah satunya didasarkan pada jumlah anggota keluarga yang ditanggung. Semakin banyak jumlah anggota keluarga yang ditanggung, maka misalnya jika keluarga dalam KK beranggotakan 6 orang, maka cenderung memilih iuran kelas III. Pendapatan seseorang memegang peranan penting tingginya kesadaran seseorang terhadap keteraturan dalam membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pendapatan yang rendah mampu menurunkan keteraturan masyarakat dalam membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) karena masih banyak kebutuhan yang harus dipenuhi oleh keluarga sehingga tidak ada alokasi pendapatan yang digunakan peserta untuk membayar iuran tersebut. Pendapatan tinggi dan mempunyai tingkat kesejahteraan menengah keatas memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi dalam membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional

4) Kesadaran Peserta

Kesadaran peserta BPJS dalam membayar kewajiban iuran BPJS akan meningkat bilamana dalam masyarakat muncul persepsi positif terhadap pajak. Meningkatnya pengetahuan masyarakat melalui pendidikan baik formal maupun non-formal akan berdampak positif terhadap kesadaran peserta BPJS untuk membayar iuran BPJS. Karakteristik peserta BPJS yang dicerminkan oleh kondisi budaya, sosial, dan ekonomi akan dominan membentuk perilaku peserta BPJS yang tergambar dalam tingkat kesadaran mereka dalam membayar iuran. Penyuluhan dan informasi yang dilakukan secara intensif dan kontinyu akan dapat meningkatkan pengetahuan peserta BPJS tentang kewajiban membayar iuran BPJS sebagai wujud kegotong-royongan nasional dalam menghimpun dana untuk kepentingan pembiayaan pemerintahan dan pembangunan nasional di bidang kesehatan.

Kesadaran merupakan unsur dalam manusia dalam memahami realitas dan bagaimana cara bertindak atau menyikapi terhadap realitas. Kesadaran yang dimiliki oleh manusia kesadaran dalam diri, akan diri sesama, masa silam, dan kemungkinan masa depannya (Widayati dan Nurlis, 2010). Kesadaran yang tinggi

itu sendiri muncul tidak lain berasal dari adanya motivasi Peserta BPJS. Apabila kesadaran Peserta BPJS tinggi yang datang dari motivasi untuk membayar iuran BPJS, maka kemauan untuk membayar iuran BPJS pun akan tinggi dan pendapatan Negara dari pajak akan meningkat (Handayani, Faturokhman, dan Pratiwi (2012).

5) Kepercayaan Layanan

Untuk dapat mempertahankan hubungan jangka panjang dengan peserta BPJS, pihak BPJS perlu menganut konsep kepuasan pelanggan (*customer satisfaction*). Agar dapat bertahan hidup dalam era teknologi seperti sekarang ini, pihak BPJS harus mempunyai pelanggan loyal (*customer loyalty*) sehingga akan bersedia memenuhi seluruh kewajibannya, di samping mendapatkan hak-haknya.

Faktor kepercayaan (*trust*) menjadi hal yang sangat penting dalam penggunaan jasa melalui jaringan internet dalam transaksi. Konsep kepercayaan ini berarti bahwa pelanggan percaya terhadap keandalan pihak bank dapat menjamin keamanan (*security*) dan kerahasiaan (*privacy*) akun pelanggan. Keamanan berarti bahwa penggunaan TI itu aman, risiko hilangnya data atau informasi sangat kecil, dan risiko pencurian (*hacking*) rendah. Sedangkan kerahasiaan berarti bahwa segala hal yang berkaitan dengan informasi pribadi pengguna terjamin kerahasiaannya, tidak ada pihak ketiga yang dapat mengetahuinya.

Menurut Gerrard dan Cunningham (2003), pihak pelanggan meragukan aspek *trust-ability* pada kebijakan keamanan dan kerahasiaan (*security and privacy policy*) bank. Kepercayaan (*trust*) memiliki pengaruh yang signifikan pada keinginan pelanggan untuk terlibat dalam transaksi finansial secara *online* dan pemberian informasi yang bersifat rahasia (seperti kerahasiaan *user id* dan *password*, akun pribadi, dan lain-lain).

6) Mekanisme Sanksi

Jaminan kesehatan nasional merupakan bentuk asuransi kesehatan sosial sehingga kepesertaan bersifat wajib dan tiap peserta harus membayar iuran. Besaran iuran merupakan kunci dari kesinambungan, kualitas Jaminan Kesehatan, dampak terhadap pemiskinan baru, dan peningkatan produktifitas penduduk. Iuran

dari peserta merupakan salah satu sumber pendapatan untuk pengelolaan skema asuransi kesehatan. Oleh karena itu, kepatuhan peserta asuransi untuk membayar iuran sangat penting bagi keberlangsungan skema asuransi kesehatan tersebut.

Ketiadaan jaminan dan insentif bagi peserta mandiri terhadap pelayanan kesehatan apabila dalam periode berjalan tidak dapat memenuhi kewajiban membayar iuran. Penerapan denda dan sanksi justru dikenakan kepada peserta mandiri atau non-PBI yang telat membayar atau menunggak. Namun dalam periode tunggakan tersebut seseorang peserta mandiri tidak mendapatkan jaminan pelayanan.

7) Kualitas Obat

Kualitas obat dan risiko yang dipertimbangkan oleh peserta BPJS juga turut mendorong tingkat kepatuhan para peserta BPJS dari kelompok peserta mandiri. Kualitas obat yang diberikan kepada peserta BPJS adalah obat yang sudah distandarkan oleh pemerintah, sehingga para peserta akan mendapatkan obat-obat yang sesuai dengan sakit yang diderita oleh peserta BPJS. Walaupun di lapangan, ada beberapa jenis obat yang terkadang harus dibeli sendiri oleh peserta BPJS, namun hal tersebut masih membuat sebagian peserta BPJS patuh membayar iuran sebagaimana kewajibannya.

Hasil penelitian ini sesuai dengan Pratiwi (2016) bahwa faktor-faktor penghambat kepatuhan pembayaran iuran berdasarkan persepsi peserta salah satunya yaitu motivasi yang berhubungan dengan ketidakpuasan akan kualitas layanan kesehatan yang diterima dengan menggunakan BPJS. Sesuai juga dengan hasil penelitian Rismawati *et al* (2017) di Wilayah Kerja Puskesmas Batalaiwaro Kabupaten Muna, bahwa persepsi peserta mandiri terhadap pelayanan kesehatan program JKN berhubungan dengan kepatuhan membayar iuran BPJS mandiri.

Persepsi merupakan suatu proses yang diawali oleh rangsangan yang diterima dari luar yang kemudian diorganisasikan dan diinterpretasikan sehingga menimbulkan suatu pemahaman. Persepsi terhadap pelayanan kesehatan merupakan perbandingan antara harapan peserta mandiri terkait pelayanan kesehatan dengan kenyataan pelayanan kesehatan yang diterima. Pembentukan persepsi sangat dipengaruhi oleh informasi atau rangsangan yang pertama kali

diperolehnya. Persepsi peserta program JKN terhadap pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dapat mendorong keinginan masyarakat untuk membayar iuran program JKN.

Pengalaman baik yang dirasakan oleh peserta dapat mendorong peserta untuk tetap membayarkan iuran secara rutin, sebaliknya pengalaman buruk yang dirasakan oleh peserta akan mendorong peserta untuk tidak melakukan pembayaran iuran. Pelayanan kesehatan yang didapatkan kurang baik, seperti adanya tambahan biaya obat yang dialami peserta dan tidak ada penjelasan mendetail yang diberikan kepada peserta, kamar rawat inap yang tidak sesuai dengan hak kelas rawatan peserta, antrian yang panjang dan perbedaan perlakuan antara peserta JKN dengan pasien umum yang dialami oleh peserta.

8) Kemudahan Layanan

Faktor kemudahan layanan merupakan faktor kunci lainnya dalam meningkatkan kepatuhan peserta BPJS. Ketersedian tempat pembayaran iuran merupakan salah satu bentuk pelayanan publik yang dilaksanakan oleh pemerintah sebagai pemenuhan kebutuhan masyarakat. Salah satu kebutuhan masyarakat adalah mendapatkan pelayanan kesehatan dengan adanya jaminan kesehatan berarti bagi masyarakat peserta mandiri JKN harus membayar iuran pada tempat pembayaran yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan agar dapat memperoleh pelayanan di fasilitas kesehatan dan dijamin oleh BPJS Kesehatan (BPJS Kesehatan, 2014). Dalam memberikan kemudahan-kemudahan kepada peserta BPJS, saat ini BPJS Kesehatan membuat empat skema pembayaran iuran iuran, yakni dengan cara membayar pada kantor BPJS, membayar sesuai *Virtual Account* dengan sistem PPOB, membayar dengan JKN-Mobile dan dapat membayar dengan autodebet rekening peserta. Skema pembayaran yang dikeluarkan oleh BPJS sebagai bentuk kebijakan untuk memberi kemudahan kepada peserta dalam memenuhi kewajibannya membayar iuran.

Implikasi Hasil Penelitian

Dari hasil penelitian, maka dapat dikemukakan beberapa implikasi hasil penelitian, baik dari sisi teoritis dan praktis sebagai berikut.

Implikasi Teoritis

Hasil pengukuran model penelitian yang mendari penelitian ini menunjukkan faktor-faktor yang mendorong kepatuhan peserta iuran relatif sama. Hal ini berarti bahwa kepatuhan peserta secara teoritis terkonstruksi dan penjabaran dari teori perilaku terencana (*planned behavior theory*) yang akan mendorong seseorang memenuhi kewajibannya. Oleh karena itu, penelitian sejenis yang terkait topik yang sama dapat dilakukan untuk memberi bukti yang menguatkan hasil temuan penelitian.

Implikasi Praktis

- (1) Dengan ditemukannya delapan faktor yang berhubungan dengan kepatuhan peserta BPJS, diharapkan pada manajemen BPJS agar melakukan pembenahan-pembenahan dan penambahan-penambahan fasilitas medis dan nonmedis, sehingga peserta cenderung berperilaku bertanggungjawab dan patuh memenuhi kewajibannya.
- (2) Mengingat bahwa rumah sakit umum adalah rujukan terakhir yang dituju oleh pasien dari peserta BPJS, hendaknya pelayanan dipermudah dan tingkatkan kualitasnya, sehingga peserta BPJS betul-betul menerima manfaat kesehatan atas kepesertaannya.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pengujian data dengan analisis faktor disimpulkan bahwa:

- (1) Pelaksanaan kebijakan autodebet rekening kepada peserta BPJS sudah cukup efektif dipilih sebagai salah satu moda pembayaran iuran BPJS. Moda autodebet tersebut dapat menjadi salah satu alternatif yang memberi kemudahan kepada peserta dalam memenuhi kewajibannya.
- (2) Reduksi terhadap 27 faktor awal mendapatkan 8 faktor yang mendorong kepatuhan peserta BPJS Kesehatan memenuhi kewajiban membayar iuran. Faktor-faktor tersebut merupakan gabungan dan kombinasi dari faktor-faktor awal yang mengelompok sesuai dengan rotasi faktor. Faktor-faktor tersebut

adalah: Faktor karakteristik demografi peserta BPJS, faktor administrasi pelayanan BPJS, faktor Kemampuan Bayar Iuran; faktor kesadaran peserta; faktor kepercayaan layanan; faktor mekanisme sanksi dan penegakan hukum; faktor kualitas obat dan faktor kemudahan layanan.

Saran

Saran-saran yang dapat dipertimbangkan terkait dengan hasil penelitian adalah:

- 1) Pihak BPJS Kesehatan sebaiknya meningkatkan upaya sosialisasi mengenai berbagai alternatif cara pembayaran iuran JKN, cara pengecekan status pembayaran iuran dan konsekuensi dari keterlambatan pembayaran iuran melalui media yang dapat dijangkau oleh seluruh masyarakat.
- 2) Pihak BPJS Kesehatan bekerjasama dengan Dinas Kesehatan hendaknya menggiatkan upaya untuk meningkatkan kualitas layanan penyedia layanan kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS, terutama Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
- 3) Pihak BPJS Kesehatan hendaknya berkoordinasi dengan pihak Bank untuk memastikan sistem pembayaran yang lebih sederhana dan lebih reliabel. Opsi untuk pembayaran iuran secara kolektif serta pencantuman periode bulan yang dibayarkan pada tanda bukti pembayaran merupakan alternatif yang dapat dikembangkan untuk meningkatkan pembayaran melalui ATM.

Referensi

- Ajzen, I. (2005). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50: 179-211
- Akbar, R. (2004). *Pengantar Akuntansi*, Yogyakarta: UPP AMP YKPN.
- Devano dan Rahayu (2006). *Perpajakan: Konsep, Teori dan Isu*, Jakarta: Kencana.
- Dewi N.L.P (2017). Tanggung Jawab Peserta Jaminan Sosial yang tidak Melaksanakan Pembayaran Iuran pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Cabang Kota Denpasar. *Jurnal Universitas Udayana*, Bali.
- Dunn, W. (2004). Teori Kebijakan Publik (*Public Policy*). New Jersey: Prentice Hall. *Jurnal Kebijakan dan Manajemen Publik*. doi: <https://doi.org/10.18196/jgpp.2014.0017>.

- Ghozali, I. (2014). *Analisis Multivariate dengan Program IBM-SPSS*, Undip Press, Semarang
- Hair, J.F., W.C. Black, B.J. Babin & R.E. Anderson (2010). *Multivariate Data Analysis*. New Jersey : McGraw-Hill.
- Hernowo & I. Wahyudi (2018). Analisis Tarif Layanan Kesehatan BPJS Kesehatan (INA-CBGS) dan Efisiensi Layanan Tahun 2017. *JRPMA*, 2 (1).
- Intiasari, A.D. (2017). Strategi Switching Iuran dalam Pengumpulan Dana Masyarakat Sektor Informal sebagai Upaya Pencegahan Keterlambatan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Kesmas Indonesia*, 9 (1).
- Kasmir (2003). *Analisa Laporan Keuangan*, Jakarta: Rajawali Press.
- Keswan, A.P. & D. Mutiari (2014). Implementasi Kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta.
- Lestari, E.R. (2018). Evaluasi Sistem Penagihan Tunggal Iuran BPJS Kesehatan sebagai Upaya Pencegahan Keterlambatan Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Ekonomi Universitas Tidar*.
- Lokataru Foundation (2018). *Laporan Penelitian : Formulasi dan Pelaksanaan Kepersertaan BPJS Kesehatan dan Implikasinya terhadap Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia*, Lokataru Foundation, Jakarta.
- Mardiasmo (2009). *Akuntansi Keuangan Publik*, Jakarta: Salemba Empat.
- Mardiasmo (2016). *Manajemen Keuangan Daerah*, Jakarta: Salemba Empat.
- Maysharoh, N. & I.F. Agustina (2018). Efektivitas Pembayaran Iuran BPJS Kesehatan dengan Sistem 1 Virtual Account (VA) Keluarga. *Jurnal Kebijakan dan Manajemen Publik*.doi: <https://doi.org/10.21070/jkmp.v5i1.849>
- Moleong, L.J. (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung: Penerbit PT Remaja Rosdakarya. Offset
- Muhadjir (2002). *Metode Penelitian*, Jakarta : Ghalia Indonesia
- Muliari, M.K. dan P.E. Setiawan (2011). Pengaruh Persepsi Tentang Sanksi Perpajakan dan Kesadaran Peserta BPJS Pada Kepatuhan Pelaporan Peserta BPJS Orang Pribadi Di Kantor Pelayanan kesehatan Pratama Depansar Timur. *Jurnal Akuntansi dan Bisnis*, Volume 2
- Mulyadi (2010). *Auditing*, Jakarta: Salemba Empat.
- Nopiyani, N.M.S., P.A.I.Rina & Listyowati (2015). Analisis Determinan Kepatuhan dan Pengembangan Strategi Peningkatan Kepatuhan Pembayaran Iuran pada Peserta JKN Non PBI Mandiri di Kota Denpasar. Denpasar: BPJS Kesehatan
- Peraturan Nomor 16 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penagihan dan Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan Nasional
- Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan
- Peraturan Presiden No. 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan
- Putra, S.I.P. (2014). Pengaruh Kualitas Pelayanan, Kewajiban Moral Dan Sanksi Perpajakan Terhadap Kepatuhan Peserta BPJS Dalam Membayar iuran

- BPJS Hotel. E-Jurnal Akuntansi Universitas Udayana ISSN: 2302-8556
7.1 (2014): 207-222
- Roong, L. (2015). Sistem Penagihan Piutang pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Cabang Manado. *Jurnal Politeknik Negeri Manado*.
- SAP, 2005. *Standar Akuntansi Pemerintahan Berbasis Kas Menuju Akrua*, Jakarta: PSAP.
- Shadily, H. (2006). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Yogyakarta: BPFE.
- Smith, J.M. (2000). *Akuntansi Intermediate*, Jakarta: Erlangga.
- Sugiyono (2013). *Metode Penelitian Bisnis*. Bandung: Alfabeta.
- Tatiana, R.V. & H.A. Priyo (2009). Dampak Program Sunset Policy terhadap Faktor-faktor yang Mendorong Kemauan Membayar. *Simposium Perpajakan II*, Jakarta.
- Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 *tentang* Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)
- Wulandari, A. N.A.Syah & T. Emawati (2020). Faktor-faktor yang Mendorong Kepatuhan Peserta Mandiri dalam Pembayaran Iuran Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Solok. *Jurnal Kesehatan Andalan*, 9 (1).