

## **BAB IV**

### **DESKRIPSI LOKASI PENELITIAN**

#### **4.1. Sejarah Ringkas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan**

Jaminan pemeliharaan kesehatan di Indonesia sebenarnya sudah ada sejak zaman kolonial belanda. Setelah kemerdekaan pada tahun 1949, setelah indonesia diakui kedaulatannya oleh pemerintah belanda, usaha untuk menjamin kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat indonesia, khususnya pegawai negeri sipil beserta keluarga, tetap dilanjutkan . Prof. G.A. Siwabessy, selaku menteri kesehatan yang sedang menjabat pada masa itu, mengusulkan sebuah gagasan untuk segera menyelenggarakan program asuransi kesehatan, yang pada saat itu diselenggarakan oleh banyak negara maju dan negara berkembang.

Namun pada saat itu, kepesertaannya masih mencakup pegawai negeri sipil beserta anggota keluarganya. Namun Siwabessy yakin pada suatu saat nanti pembangunan kesehatan di Indonesia akan semakin baik, dan dapat menjamin seluruh warga negara Indonesia.

Era Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) (1968- 1988), masa ini diharapkan dapat menjadi cikal bakal terwujudnya jaminan kesehatan rakyat semesta. Pada tahun 1968, pemerintah mengeluarkan kebijakan yang jelas mengatur tentang pemeliharaan kesehatan bagi pegawai negara dan penerima pensiun beserta anggota keluarganya.

Berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan No.1 tahun 1968, pemerintah membentuk BPDPK, pada saat itu, pelayanan didasarkan pada sistem *fee for servicereimbursement*, yaitu BPDPK akan emngganti seluruh biaya kesehatan berdasarkan jumlah pelayanan yang digunakan oleh peserta.

Dalam perjalanannya, BPDPK pernah mengalami kesulitan dana, sehingga untuk mengatasi masalah tersebut, pada tahun 80-an BPDPK mulai memperkenalkan kebijakan pembiayaan dengan sistem kapitasi, rujukan dengan sistem *all-in*, serta membatasi klaim perorangan. Setelah itu, pada tahun 1980/1981, BPDPK berhasil melakukan efisiensi, peningkatan mutu pelayanan, dan jumlah obat yang digunakan.

Era Perum Husada Bakti (PHB) (1988-1992), untuk lebih meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, pemerintah mengeluarkan peraturan pemerintah no. 22 dan 23 tahun 1984, dan BPDPK pun berubah menjadi sebuah badan dilingkungan BUMN, yaitu Perum Husada Bakti, yang melayani jaminan kesehatan bagi PNS, Pensiunan PNS, veteran, perintis kemerdekaan dan anggota keluarganya.

Seiring berjalannya waktu, PHB tumbuh dan berkembang kearah yang lebih baik. Untuk memperluas cakupan kepesertaan dalam rangka mewujudkan cita-cita *universal coverage*, PHB berubah status menjadi PT Askes (Persero) melalui peraturan pemerintah No.6 Tahun 1992.

Era PT. Askes (Persero) (1992-2000), sebagai direktur PH, Dr. Sonja Roesmana, SKM., harus bergerak cepat dalam menghadapi

tantangan dimasa transmisi PHB menjadi PT. Askes (Persero). sebagai langkah awal, PT Askes (Persero) mulai menjangkau karyawan BUMN melalui program Askes Komersial, tahun 1993, PT Askes (Persero) mulai menjalin kerjasama dengan 148 Rumah Sakit non Pemerintah.

Setiap tahunnya, PT Askes (Persero) terus mengalami peningkatan pendapatan disertai mutu berstandar tinggi. Kualitas pelayanan pun senantiasa diutamakan melalui sistem manajemen mutu ISO versi 1999:1994, yang dilanjutkan dengan pemutakhiran ISO 9002:2000.

Tahun 2001, PT Askes (Persero) sukses meraih predikat “sehat sekali” dan predikat “wajar tanpa pengecualian (WTP)” tersebut terus disandang PT Askes hingga kini bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan. Januari 2005, PT Askes (Persero) dipercaya oleh pemerintah untuk melaksanakan pprogram jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (PJKMM). Selanjutnya, progran tersebut dikenal dengan nama Askeskin dengan sasaran peserta masyarakat miskin dan tidak mampu.

Era PT Askes (Persero) gencar melakukan advokasi pemerintah daerahkabupaten, kota, dan provinsi akan pentingnya jaminan kesehatan bagi masyarakat. Untuk itu, diciptakanlah program jaminan kesehatan masyarakat umum (PJKMU), yang ditujukan untuk masyarakat yang belum termasuk dalam Jamkesmas, askes sosial, maupun asuransi swasta.

Pertumbuhan peserta askes yang pesat, mendorong PT Askes (Persero) untuk terus mengembangkan jaringan layanan diseluruh

Indonesia untuk mempermudah akses peserta Askes. Perluasan jaringan layanan kesehatan maupun *service point* tersebut diharapkan dapat memperbanyak pilihan peserta. Dengan demikian, peserta dapat memperoleh pelayanan yang lebih cepat, lebih dekat dan kualitas layanan yang lebih baik dari masa ke masa.

Sebagai perusahaan asuransi kesehatan yang telah berkiprah selama puluhan tahun, PT Askes (Persero) senantiasa melakukan evaluasi untuk memberikan pelayanan yang lebih baik. Inovasi yang terus dikembangkan PT Askes secara berkelanjutan disertai dengan pengelolaan *human capital* secara tepat turut membawa perusahaan ini semakin bersinar. Kinerja yang semakin hari kian meningkat, terbukti mampu mendorong layanan melampaui harapan peserta Askes.

Era PT Askes (Persero) pada masa transisi (2013-2014), pada masa ini, pemerintah mengeluarkan Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional sebagai cikal bakal terwujudnya *universal health coverage*. Kemudian tahun 2011, pemerintah menetapkan undang-undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan menunjuk PT Askes (Persero) untuk menjalankan jaminan sosial dibidang kesehatan. PT Askes juga dengan tanggap melakukan berbagai persiapan disegala aspek.

Salah satunya adalah meregenerasi sumber daya manusia yang berkompeten senantiasa dilakukan untuk terus mendorong inovasi dan pertumbuhan perusahaan. Dan pada awal Januari 2015, Kementrian

BUMN melantik Direksi PT Askes periode 2013 yang siap membawa PT Askes membentangkan sayap lebih lebar, dibawah kepemimpinan Direktur Utama PT Askes (Persero) yang baru.

Tak hanya itu, PT Askes juga berupaya memperkokoh sinergi dengan berbagai kelembagaan demi mensukseskan implementasi program jaminan kesehatan yang mempuni. Komunitas yang baik, dengan segenap elemen masyarakat, pers, hingga pemerintah, baik pusat, maupun daerah, terbukti membawa nama PT Askes kian cemerlang.

Sebagai perusahaan yang mampu mengelola program jaminan kesehatan selama hampir 44 Tahun lamanya, PT Askes pada dasarnya siapdalam mengelola program jaminan kesehatan nasional yang diamanahkan UU BPJS. Kualitas pelayanan kepada masyarakat terus diupayakan agar lebih baik dari hari ke hari.

Berbagai persiapan transformasi PT Askes menuju BPJS Kesehatan telah dilakukan, mulai dari penyediaan teknologi informasi yang menunjang, peningkatan kompetensi SDM, pengencaran sosialisasi implementasi UU BPJS Kesehatan untuk menyamakan persepsi, hingga meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan berbasis *managed care* yangkedepannya akan terus dioptimalkan.

Era Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (2014), dalam upaya memenuhi kebutuhan masyarakat Indonesia akan jaminan kesehatan, BPJS Kesehatan telah mengalami berbagai macam dinamika perjalanan. Tingginya antusiasme masyarakat Indonesia

terhadap keberadaan BPJS Kesehatan terlihat pada antrian panjang di sejumlah titik pendaftaran, meningkatnya jumlah pasien difasilitas kesehatan, serta meningkatnya jumlah pengunjung website BPJS Kesehatan yang ingin melakukan pendaftaran online.

Dengan target *universal health coverage* tercapai pada 1 Januari 2019, BPJS Kesehatan dapat berjalan secara efektif, efisien dan terkoordinir. Melalui berbagai kerjasama tersebut, informasi mengenai BPJS Kesehatan dan program yang diembannya juga disosialisasikan kepada fasilitas kesehatan, organisasi masyarakat, setiap pemberi kerja, serikat pekerja/buruh, dan organisasi pengusaha, wadah, atau kelompok pekerja mandiri.

Sebagai bentuk pengembangan dari program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diluncurkan sebelumnya dan dikelola oleh BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014, KIS memperoleh cakupan, baik secara kuantitas maupun kualitas, pada sistem jaminan kesehatan yang sudah ada. BPJS Kesehatan pun selaku penyelenggara jaminan sosial di bidang kesehatan, siap menjalankan dan menerima peserta KIS.

Berkat kerja keras bersama serta dukungan dari berbagai pihak, pada tahun pertamanya, BPJS Kesehatan berhasil memperoleh rapor hijau dari unit kerja Presiden bidang Pengawasan dan Pengendalian Pembangunan (UKP4).

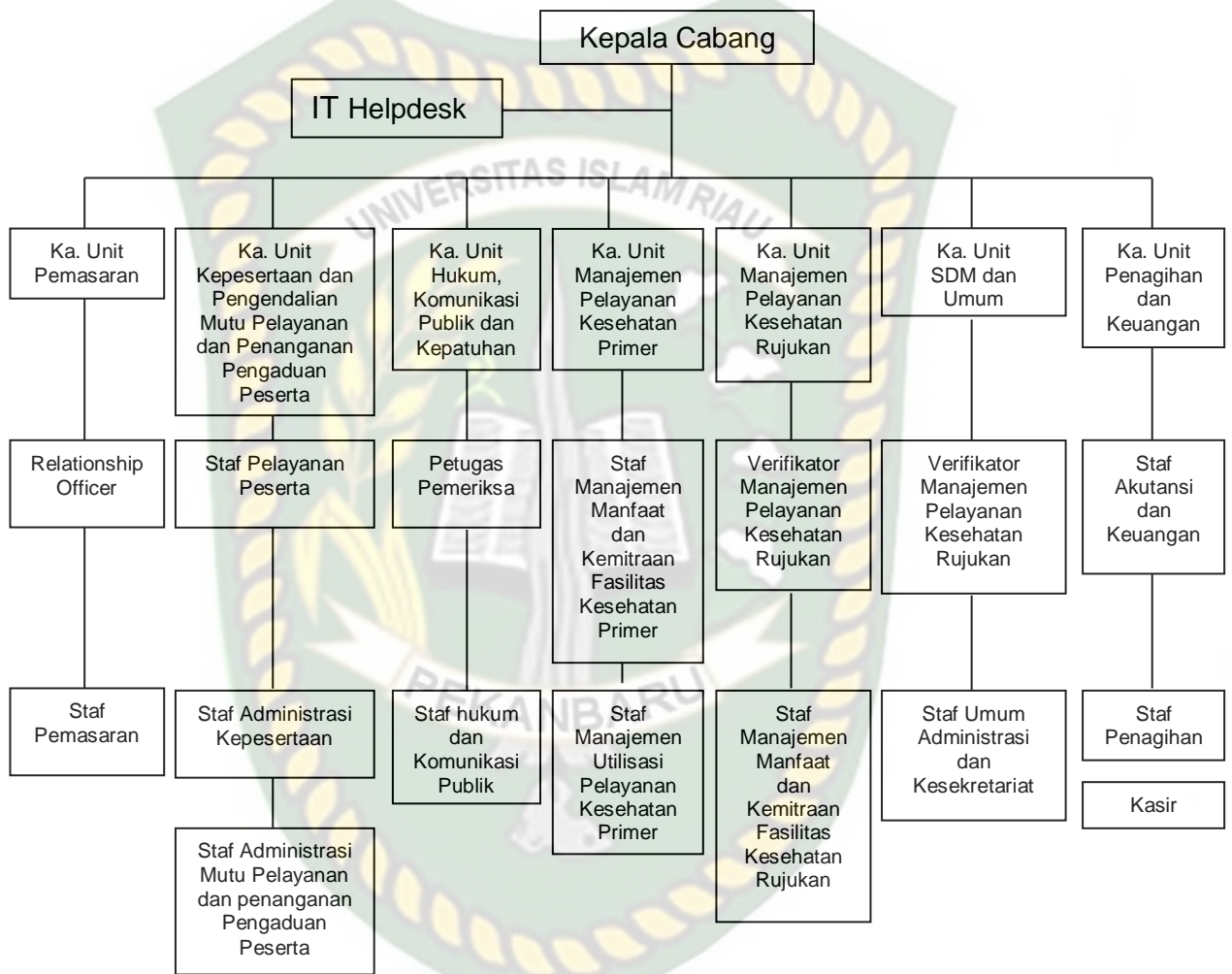
Usai melewati pergolakan dimasa transisi, perlahan namun pasti masyarakat dan fasilitas kesehatan mulai memahami pentingnya

partisipasi mereka dalam program jaminan sosial kesehatan. Mekanisme rujukan berjenjang, mulai terniasa dijalankan oleh masyarakat, kendali mutu dan kendali biaya pun kian baik diterapkan oleh provider. Meskipun saat itu sudah berjalan cukup lancar, sebagai bentuk refleksi dan evaluasi kinerja tahun lalu, BPJS Kesehatan bertekad akan terus mendorong mutu pelayanan kesehatan dan kesejahteraan provider, sehingga dapat tercipta pelaksanaan program jaminan kesehatan yang adil bagi peserta maupun provider BPJS Kesehatan.

#### **4.2. Struktur Organisasi**

Untuk melihat lebih jelas lagi, penulis mencoba menjabarkan kembali mengenai struktur organisasi di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kota Pekanbaru. Dengan adanya struktur organisasi maka dapat dilihat bagian-bagian yang ada di kantor Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kota Pekanbaru.

Gambar IV.1: Struktur Organisasi di Kantor Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kota Pekanbaru



Sumber : BPJS Kesehatan, 2017

#### 4.3. Fungsi dan Tugas Unit Organisasi

Kepala Kantor Cabang merupakan pimpinan tertinggi pada BPJS Kesehatan Cabang Kota Pekanbaru yang membawahi:

1. Kepala Unit Pemasaran
2. Kepala Unit Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer



3. Kepala Unit Manajemen Pelayanan Kesehatan Rujukan
4. Kepala Unit Manajemen Kepesertaan dan Unit Pengendalian Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta
5. Kepala Unit Hukum, Komunikasi Publik, dan Kepatuhan
6. Kepala Unit Umum dan Keuangan
7. Kepala Layanan Operasional Kabupaten
8. IT Helpdesk

Berikut ini merupakan tugas organisasi BPJS Kesehatan Cabang Kota Pekanbaru:

1. Kepala Kantor Cabang, uraian tugas Kepala Cabang adalah: Menyusun rencana kerja dan anggaran, merencanakan kegiatan kerja untuk pencapaian kinerja kantor cabang, merencanakan dan mengarahkan penyusunan peta potensi kepesertaan untuk tercapainya target pemasaran, mengarahkan dan mengendalikan terselenggaranya pelayanan bagi peserta, melakukan koordinasi dan kerja sama dengan mitra dalam rangka perluasan, pembiayaan, kepesertaan, dan peningkatan pelayanan.

2. Kepala Unit Pemasaran, tugasnya adalah :Memperoleh data potensi pasar, mengendalikan kegiatanpetugas lapangan, menjamin tercapainya target kepesertaan, pengarsipan data peserta tahun berjalan, memberikan pelayanan informasi program BPJS Kesehatan, dan membuat laporan.Dalam menjalankan tugasnya, Kepala Unit Pemasaran dibantuoleh:Staf Administrasi Pemasaran dan Staf Relationship Officer.

3. Kepala Unit Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer, tugasnya adalah :Meningkatkan hubungan kemitraan dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), meneliti dokumen penagihan FKTP, mengendalikan pelayanan di FKTP, membuat laporan. Dalam menjalankan tugasnya Kepala Unit Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer dibantu oleh: Verifikator, Staf Manajemen Manfaat dan Kemitraan Fasilitas Kesehatan Primer, Staf Manajemen Utilisasi Pelayanan Kesehatan dan Anti Fraud.

1. Kepala Unit Manajemen Pelayanan Kesehatan Rujukan, tugasnya adalah: Meningkatkan hubungan kemitraan dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL), meneliti dokumen penagihan dari FKTL, mengendalikan biaya pelayanan di FKTL, dan membuat laporan. Dalam menjalankan tugasnya Kepala Unit Manajemen Pelayanan Kesehatan Rujukan dibantu oleh: Verifikator, Staf Manajemen Manfaat dan Kemitraan Fasilitas Kesehatan Rujukan, Staf Manajemen Utilisasi Pelayanan Kesehatan dan Anti Fraud

2. Kepala Unit Manajemen Kepesertaan dan Unit Pengendalian Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta, tugasnya adalah Menerima dokumen, meneliti kelengkapan, dan keabsahan dokumen pendaftaran, dokumen pembayaran iuran dan dokumen pengajuan pembayaran jaminan untuk menjamin pelayanan yang baik dan benar, mengani keluhan dari pesertadan fasilitas kesehatan untuk meningkatkan

mutu pelayanan menjadi lebih baik, dan membuat laporan. Dalam menjalankan tugasnya Kepala Unit Manajemen Kepesertaan dan Unit Pengendalian Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta dibantu oleh: Staf Administrasi Kepesertaan, Staf Pelayanan Peserta, Staf Unit Pengendalian Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta.

3. Kepala Unit Hukum, Komunikasi Publik, dan Kepatuhantugasnya adalah: Menyusun rencana kerja pengawasan dan kepatuhan, melakukan koordinasi untuk melakukan tindakan yang diperlukan, menerbitkan surat konfirmasi dan pengecekan data atau pemeriksaan lapangan terhadap peserta yang menunggak pembayaran iuran, dan membuat laporan. Dalam menjalankan tugasnya Kepala Unit Hukum, Komunikasi Publik, dan Kepatuhan dibantu oleh : Petugas Pemeriksa, Staf Hukum dan Komunikasi Publik.

4. Kepala Unit Umum dan Keuangan tugasnya adalah: Menerbitkan neraca perolehan kantor cabang, menandatangani cek, bilyet giro untuk pembayaran bersama kepala kantor cabang atau pejabat yang ditunjuk, mengendalikan anggaran, menandatangani voucher penerimaan dan pengeluaran kas/bank, monitoring dan evaluasi terhadap penerimaan iuran, melakukan verifikasi atas semua bukti transaksi keuangan, mengkoordinir pembuatan laporan manajemen, mengendalikan tertib administrasi, distribusi, pengarsipan, melaporkan semua jenis pajak, membina sumber daya manusia dan memenuhi sarana kantor, serta membuat laporan. Dalam menjalankan tugasnya Kepala Unit Umum dan

Keuangan dibantu oleh: Staf Sumber Daya Manusia, Staf Umum, Administrasi, dan Kesekretariatan, Staf Penagihan, Staf Akuntansi dan Keuangan dan Kasir.

5. Kepala Layanan Operasional Kabupaten tugasnya adalah: sebagai perwakilan dari kantor cabang Kabupaten, yang merupakan perpanjangan tangan dari seluruh unit yang ada di kantor menurut daerah kerja masing-masing kabupaten, dan membuat laporan. Dalam menjalankan tugasnya Kepala Layanan Operasional Kabupaten dibantu oleh Staf Pemasaran Kepesertaan dan Unit Pengendalian Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta.

6. IT Helpdesk tugasnya adalah: melakukan pemeliharaan penjaminan keamanan database, melakukan pengiriman data kepesertaan dan iuran ke kantor pusat, mengatur kewenangan pemakai sistem, melakukan back up untuk kelangsungan operasional (back up, security, dan recovery), melakukan pengelolaan dan pemeliharaan fasilitas komputer berupa hardware, software, dan jaringan untuk memastikan pemakaian yang optimal.

#### **4.4. Sumber Daya Organisasi**

Sumber daya manusia perlu direncanakan, terseleksi, serta dikelola dengan baik, sehingga berdaya-guna (optimal dan maksimal), sesuai makna SDM sebagai suatu investasi. SDM yang tidak terencana merupakan pemborosan yang berpengaruh signifikan terhadap energi, waktu dan uang. Ujung-ujungnya adalah kinerja.

Sedangkan dalam konteks 'sense of belonging', Man sebagai 'M' yang pertama tidak dapat dipisahkan dari Market sebagai 'M' yang terakhir, baik dalam aktifitas organisasi secara internal maupun eksternal. *Desk to desk service* merupakan *internal marketing* dalam proses produksi suatu produk dan jasa.

Pada aktifitas pemasaran (external), produk adalah *Customer Solution* dalam metode 4C, yang merupakan pengembangan dari konsep 4P (*product-price-place-promotion*). Terlebih pada era globalisasi dengan iklim pasar bebas, aktifitas organisasi mau tidak mau berorientasi pada pasar atau publik, dimana kepuasan pasar (pelanggan/konsumer) merupakan alat ukur kinerja yang telah baku.

Saat ini BPJS memiliki 4500 pegawai yang berasal dari PT ASKES. Untuk melayani 121,6 juta peserta JKN yang ditargetkan tahun 2014, BPJS memerlukan tambahan 1600 tenaga kerja, sehingga total karyawan BPJS berjumlah 6.100 pegawai, dengan rasio 1: 19,934 (hasil dari 121,6 juta dibagi 6.100). Namun demikian, melihat banyaknya masalah dalam 100 hari program JKN pada tahun pertama, dengan penyesuaian target menjadi 121 juta peserta, maka kebutuhan tenaga tambahan BPJS cukup 5.000 tenaga dengan ratio 1: 24.000. Dengan demikian, BPJS hanya membutuhkan tambahan 500 tenaga kerja baru ([www.kompasiana.com](http://www.kompasiana.com)).

Rencana anggaran terhadap 1.100 tenaga baru dapat dialihkan untuk alokasi biaya lainnya yang lebih strategis untuk menunjang

operasional. Jika diasumsikan biaya gaji rata-rata sebesar Rp. 3 juta/karyawan/bulan, alokasi anggaran yang dihemat dari 1100 karyawan untuk satu semester adalah Rp. 19,8 Milyar

Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan merupakan elemen yang sangat penting dan berpengaruh terhadap peningkatan seluruh aspek dalam sistem pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat. Pelaksana kebijakan jaminan kesehatan adalah unit-unit pelayanan kesehatan, mulai dari tingkat dasar sampai tingkat lanjutan (Helmizar, 2013). SDM pelaksana pelayanan kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah dokter/spesialis, dokter gigi, perawat, dan bidan (Mukti, 2013)

#### **4.5. Visi dan Misi Badan penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan**

Adapun yang menjadi visi dari BPJS Kesehatan adalah terwujudnya jaminan kesehatan yang berkualitas dan berkesinambungan bagi seluruh penduduk Indonesia pada tahun 2019 berlandaskan gotongroyong yang berkeadilan melalui BPJS Kesehatan yang handal, unggul dan terpercaya.

Untuk mewujudkan visi tersebut diatas, maka ditetapkanlah misi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Kota Pekanbaru sebagai berikut:

- a. Meningkatkan kualitas yang berkeadilan kepada peserta, pemberi pelayanan kesehatan dan pemangku kepentingan lainnya melalui sistem kerja yang efektif dan efisien.
- b. Memperluas kepesertaan JKN-KIS mencakup seluruh Indonesia paling lambat 1 Januari 2019 melalui peningkatan kemitraan dengan seluruh pemangku kepentingan dan mendorong partisipasi masyarakat serta meningkatkan kepatuhan kepesertaan.
- c. Menjaga kesinambungan program JKN-KIS dengan mengoptimalkan kolektabilitas iuran, sistem pembayaran fasilitas kesehatan dan pengelolaan keuangan secara transparan dan akuntabel.
- d. Memperkuat kebijakan dan implementasi program JKN-KIS melalui peningkatan kerjasama antar lembaga, kemitraan, koordinasi dan komunikasi dengan seluruh pemangku kepentingan.
- e. Memperkuat kapasitas dan tata kelola organisasi dan didukung dengan SDM yang profesional, penelitian, perencanaan dan evaluasi, pengelolaan proses bisnis dan manajemen resiko yang efektif dan efisien serta infrastruktur dan teknologi informasi yang handal.

#### **4.6. Prinsip-prinsip Jaminan Kesehatan Nasional**

Jaminan kesehatan nasional mengacu kepada prinsip-prinsip sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) berikut:

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 gotongroyong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang beresiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini dapat terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk, tanpa pandang bulu. Sehingga melalui prinsip gotongroyong ini jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

1. Prinsip Nirlaba

Pengelolaan dana amnat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah nirlaba bukan untuk mencari laba. Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

2. Prinsip Keterbukaan

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

3. Prinsip kehati-hatian

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

4. Prinsip Akuntabilitas



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

#### 5. Prinsip Potabilitas

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

#### 6. 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 hal tersebut, sektor informal menjadi peserta secara mandiri, yang pada akhirnya Sisten Jaminan Sosial Nasional dapat mencakup seluruh rakyat.