

**ANALISIS PENYEBAB DEFISIT ANGGARAN BADAN
PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS)
KESEHATAN**

OLEH:

NELISYA PUTRI

NIM. 0501162165

PROGRAM STUDI
EKONOMI ISLAM



**FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS ISLAM
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA**

MEDAN

2021

**ANALISIS PENYEBAB DEFISIT ANGGARAN BADAN
PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN**

SKRIPSI

***Diajukan Untuk melengkapi dan Memenuhi Syarat-syarat Guna
Mencapai Gelar Sarjana Ekonomi Islam (SE)
pada program Studi Ekonomi Islam***

OLEH :

NELISYA PUTRI

NIM. 0501162165

Program Studi
EKONOMI ISLAM



**FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS ISLAM
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA
MEDAN
2021**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nelisya Putri
NIM : 0501162165
Tempat/Tanggal Lahir : Karang Sari, 03 Mei 1998
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. Pahlawan, Gg Melati Medan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang berjudul “**ANALISIS PENYEBAB DEFISIT ANGGARAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN**” benar karya asli saya, kecuali kutipan-kutipan yang disebutkan sumbernya. Apabila terdapat kesalahan dan kekeliruan di dalamnya, sepenuhnya menjadi tanggung jawab saya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Medan, 26 Februari 2021
Yang membuat pernyataan

Nelisya Putri
NIM. 0501162165

PERSETUJUAN

Skripsi Berjudul :

**ANALISIS PENYEBAB DEFISIT ANGGARAN BADAN
PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN**

Oleh :

Nelisya Putri

NIM 0501162165

Dapat disetujui Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana

Ekonomi Islam (S.E) Pada Program Studi Ekonomi Islam

Medan, 26 Februari 2021

Pembimbing I



Dr. Kamilah, SE. Ak, M.Si, CA
NIDN. 2023107901

Pembimbing II



Aqwa Naser Daulay, M.Si
NIDN. 2024128801

Mengetahui

Ketua Jurusan Ekonomi Islam




Imsar, M.Si
NIDN.2003038701

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “ANALISIS PENYEBAB DEFISIT ANGGARAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN” atas nama Nelisya Putri, NIM. 0501162165, program studi Ekonomi Islam telah dimunaqasyahkan dalam sidang Munaqasyah Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam UIN-SU Medan pada tanggal 26 Maret 2021. Skripsi ini telah diterima untuk memenuhi syarat memperoleh gelar Sarjana Ekonomi (SE) Pada Program Studi Ekonomi Islam.


Medan, 08 April 2021
Panitia Sidang Munaqasyah Skripsi
Program Studi Ekonomi Islam UIN-SU

Ketua,



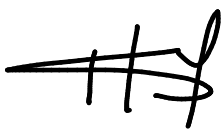
Imsar, M.Si
NIDN.2003038701

Pembimbing I



Dr. Kamilah, SE. Ak. M.Si. CA
NIDN. 2023107901

Penguji I



Hendra Harmain, SE. M.Pd
NIDN. 2010057302


Sekretaris



Rahmat Daim Harahap, M.Ak
NIDN. 0126099001


Anggota

Pembimbing II



Aqwa Naser Daulay, M.Si
NIDN. 2024128801

Penguji II



Rahmat Daim Harahap, M.Ak
NIDN. 0126099001

Mengetahui,
Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam
UIN-SU Medan

Dr. Muhammad Yafiz, M.Ag
NIDN. 2023047602

ABSTRAK

Nelisya Putri, 0501162165, Analisis Faktor Penyebab Defisit Anggaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Penelitian ini dibawah bimbingan Pembimbing I Ibu Dr. Kamilah, SE.Ak, M.Si, CA dan Pembimbing II Bapak Aqwa Naser Daulay, M.Si

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Faktor penyebab defisit anggaran Badan Penyelenggara Jamian Sosial (BPJS) Kesehatan. Penelitian ini penting dilakukan guna mengetahui akar permasalahan defisit Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan mendapatkan solusinya sehingga keberlanjutan BPJS dapat dipastikan. Penelitian ini berfokus pada fenomena yang terjadi pada BPJS Kesehatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengkaji akar permasalahan defisit anggaran BPJS dan Peran pemerintah dalam mengatasi defisit BPJS kesehatan. Jenis penelitian ini adalah Deskriptif Kualitatif. Dalam pengumpulan data penelitian menggunakan teknik wawancara dan dengan menggunakan informan sebagai sumber informasi serta Annual report sebagai objek yang digunakan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor penyebab defisit anggaran BPJS Kesehatan yaitu Besarnya iuran yang belum mencukupi untuk membiayai pengeluaran pelayanan apalagi beban pelayanan kesehatan untuk penyakit katastrofik sangat tinggi dan terus meningkat. Pengelolaan keuangan BPJS Kesehatan tersebut dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program sebesar-besarnya dan kepentingan peserta. Kemudian sudah banyak opsi Kebijakan yang dilakukan pemerintah untuk mengatasi defisit anggaran BPJS kesehatan yaitu dengan menaikkan iuran. Peneliti juga melihat bahwa rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya asuransi kesehatan dan pemahaman yang salah tentang prinsip asuransi sosial serta memberikan sosialisasi pada masyarakat terutama menanamkan azas gotong-royang pada seluruh insan masyarakat indonesia.

Kata kunci : Defisit, Anggaran, BPJS Kesehatan

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wa Rahmatullahi Wa Barakatuh

Alhamdulillahirobbil alamin Syukur Alhamdulillah penulis ucapkan kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala atas segala limpahan anugerah dan rahmat yang diberikan-Nya sehingga penulisan skripsi ini dapat diselesaikan sebagaimana yang diharapkan. Tidak lupa sholawat dan salam penulis hadiahkan kepada junjungan Nabi Muhammad Shallallahu Alaihi Wasallam yang merupakan contoh tauladan dalam kehidupan manusia menuju jalan yang diridhai Allah Subhanahu Wa Ta'ala.

Skripsi ini berjudul “Analisis Penyebab Defisit Anggaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan”.

Skripsi ini merupakan tugas dan kewajiban guna melengkapi syarat untuk mencapai gelar Sarjana Ekonomi pada Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam di Universitas Islam Negeri Sumatera Utara. Dalam penulisan skripsi ini penulis menyadari masih terdapat banyak kekurangan dan untuk itu kiranya pembaca dapat memberikan kritik dan saran yang membangun. Semoga skripsi ini dapat berguna bagi penyusun khususnya dan pihak lain yang berkepentingan pada umumnya. Skripsi ini dipersembahkan untuk orang-orang terhebat dan istimewa dalam hidup penulis yaitu Ayahanda tercinta Muliadi dan Ibunda tercinta Nurmiati yang senantiasa selalu memberikan kasih sayang, dukungan dan do'a yang tulus dan ikhlas untuk penulis. Penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga atas segala doa, perhatian, dorongan serta pengorbanannya baik moral maupun materil selama penulis dalam pendidikan hingga selesai.

Selama menyelesaikan penyusunan skripsi ini penulis telah banyak memperoleh bantuan dari berbagai pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung. Untuk itu, dengan segala kerendahan hati dan ketulusan jiwa, penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah banyak membantu dalam penulisan skripsi ini kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Syahrin Harahap, MA Selaku Rektor Universitas Islam Negeri Sumatera Utara

2. Bapak Dr. Muhammad Yafiz, M.Ag selaku Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam Universitas Islam Negeri Sumatera Utara.
3. Bapak Imsar, M.Si selaku sekretaris jurusan Ekonomi Islam, Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam Universitas Islam Negeri Sumatera Utara.
4. Ibu Neila Susanti, MS selaku Penasehat Akademik yang turut membantu penulis dalam proses perkuliahan dan penyusunan proposal skripsi.
5. Ibu Dr. Kamilah SE. Ak, M.Si, CA selaku Dosen Pembimbing Skripsi I yang sangat baik sekali kepada penulis dan selalu memberikan bimbingan dan juga masukan dalam proses pengerjaan skripsi ini, dimana dalam pengerjaan ini kondisi berbeda dari sebelumnya karena dimasa Covid-19.
6. Bapak Aqwa Naser Daulay, M.Si selaku Pembimbing Skripsi II yang sangat amat baik sekali yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberikan pengarahannya dan bimbingan yang sangat membantu penulis dalam menyelesaikan penelitian ini. sehingga skripsi ini dapat terselesaikan sebagaimana yang diharapkan.
7. Seluruh staf pengajar dan pegawai di lingkungan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam Universitas Islam Negeri Sumatera Utara atas segala didikan dan bantuannya selama masa perkuliahan.
8. Kedua orang tua tercinta dan tersayang Bapak Muliadi dan Mama Nurmiati, sungguh tidak ada kasih Sayang abadi selain kasih dan sayang yang kalian beri, dan sungguh tiada balasan yang cukup mampu membalas itu semua. Semoga bapak dan mama selalu dalam perlindungan Allah, serta sehidup sesurga dengan kita semua kelak, Aamiin.
9. Teristimewa kepada yang tersayang adik saya Vivi Agpina, Teguh Rizki, Fazra Nurindiani, Fania Azzura dan Keluarga besar. Atas segala do'a, dukungan dan kasih sayang serta telah membimbing dan membantu penelitian, semoga kita selalu bisa membanggakan bapak dan mama. Aamiin,
10. Sahabat-sahabat seperjuangan keluh kesah Dinda Wisdayanti, Jayanti Pertiwi, Heny Yusvita, Ismi Darlina, dan Suci Ardianti, terima kasih banyak telah membantu penulis,

11. Teman-teman seperjuangan Ekonomi Islam C stambuk 2016, Dewi Herlina, Indah Hasanah, Anisa Irmayana, Fira Almayasari, Ashabul Anhar, Rinaldi, Samsul, Budi, Ayu, Aini, Yenti, Aulia, Maya, dan seluruh teman-teman Seperjuangan Ekonomi Islam C angkatan 2016 yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang selalu berjuang bersama dalam proses perkuliahan.
12. Teman-teman KKN Ewdah Afifah, Fida, Fizah, Dewi, Ayu, dan Dian yang telah menemani semasa KKN di Secanggang.
13. Serta terima kasih kepada semua yang telah membantu dan memberikan masukan serta arahnya dalam pembuatan skripsi ini.
14. *Last but no least, I wanna thank me, I wanna thank me for believing in me, I wanna thank me for doing all this hard work, I wanna thank me for having no days off, I wanna thank me for never quitting for just being me at all times.*

Semoga Allah Subhanahu Wa Ta'ala membalas kebaikan dan ketulusan semua pihak yang telah membantu untuk menyelesaikan skripsi ini dengan melimpahkan rahmat dan karunianya. Semoga skripsi ini memberikan manfaat dan kebaikan bagi semua pihak serta dipergunakan sebagaimana mestinya. Dan penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan skripsi ini. Kritik dan saran sangat membangun dalam menyempurnakan skripsi ini. Penulis berharap skripsi ini dapat membantu dan berguna bagi pembaca dan pihak yang membutuhkannya. *Aamiin Ya Rabbal 'Alaamiin..*

Wassalamualaikum warahmatullahi Wabarakatuh.

Medan, 26 Februari 2021

Penulis



Nelisya Putri
NIM. 0501162165

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN	i
PERSETUJUAN	ii
PENGESAHAN.....	iii
ABSTRAK.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian.....	9
E. Batasan Istilah	10
BAB II KAJIAN TEORITIS	11
A. Defisit Anggaran	11
1. Pengertian Defisit Anggaran.....	11
2. Penyebab Terjadinya Defisit	11
B. Keuangan Negara	13
1. Pengertian Keuangan Negara.....	13
2. Sumber-Sumber Keuangan Negara	15
C. Jaminan Sosial.....	16
1. Pengertian Jaminan Sosial	16
2. Asas Dan Prinsip Jaminan Sosial	19
3. Jaminan Sosial Dalam Ekonomi Islam	22
4. Tujuan Dan Manfaat Jaminan Sosial.....	23
D. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan	24
1. Pengertian BPJS Kesehatan	24
2. Tujuan Dan Prinsip BPJS Kesehatan.....	25

3. Hak Dan Kewajiban Peserta BPJS Kesehatan	26
4. Sistem Pembayaran BPJS Kesehatan	27
5. Perkembangan BPJS Kesehatan	30
E. Jaminan Kesehatan Nasional	32
1. Pengertian Dan Ruang Lingkup jaminan Kesehatan Nasional	33
2. Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Di Indonesia	34
3. Kebijakan Pendanaan Dan Pembayaran Jaminan Kesehatan	36
F. Penelitian Terdahulu	37
G. Kerangka Pemikiran	42
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	44
A. Jenis Penelitian	44
B. Tempat Dan Waktu Penelitian	45
C. Subjek Dan Informan Penelitian	45
D. Jenis Dan Sumber Data	45
E. Teknik Instrumen Pengumpulan Data	46
F. Teknik Analisis Data	47
BAB IV TEMUAN PENELITIAN
A. Gambaran Umum Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan	49
1. Sejarah Berdirinya Badan Penyelenggara Jaminan Sisial (BPJS) Kesehatan	49
2. Visi dan Misi	51
3. Struktur Organisasi BPJS Kesehatan	53
4. Asas, Tujuan, dan Prinsip BPJS Kesehatan	54
B. Hasil Penelitian	55
1. Faktor Penyebab Defisit anggaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan	55
2. Pengelolaan keuangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan	61
3. Pemerintah Mengatasi Defisit Anggaran BPJS Kesehatan	63
C. Pembahasan	66

1. Analisis Faktor penyebab defisit anggaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.....	66
2. Pengelolaan Keuangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di tinjau dari perspektif keuangan negara	67
3. Pemerintah mengatasi defisit anggaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.....	69
BAB V PENUTUP	71
A. Kesimpulan	71
B. Saran	72
DAFTAR PUSTAKA	73
CURRICULUME VITAE	78
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Pendapatan dan Beban Program JKN tahun 2014 – 2018	6
Tabel 1.2 Defisit anggaran BPJS Kesehatan	7
Tabel 2.1 Cakupan Kepesertaan BPJS Kesehatan untuk setiap segmen	30
Tabel 2.2 penelitian terdahulu	37
Tabel 4.1 Realisasi Beban Penyakit Katastropik	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Pemikiran	42
Gambar 4.1 Struktur organisasi BPJS Kesehatan.....	53
Gambar 4.2 grafik iuran	56
Gambar 4.3 pendapatan iuran.....	59
Gambar 4.4 cakupan kepesertaan	60

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Perekonomian dan kesehatan merupakan dua hal penting yang melekat pada kehidupan. Keduanya saling memiliki hubungan, baik itu perekonomian akan mempengaruhi kesehatan bisa juga kesehatan yang akan mempengaruhi perekonomian. Dimana ketika seseorang meningkatkan produktivitas dalam bekerja maka pertumbuhan ekonomi juga akan meningkat. Sehingga individu tersebut dapat memenuhi kebutuhan hidupnya dengan cara hidup yang sehat, mengkonsumsi makanan dan minuman yang sehat, jam tidur teratur dan lainnya. Hal tersebut bisa menentukan kesehatan pada seseorang. Bahkan ketika seseorang itu sakit dia bisa mendapatkan pengobatan dengan hasil kerja kerasnya, dan sebaliknya, ketika kesehatan mempengaruhi pada kinerja individu yang dapat mendorong produktivitas seseorang dalam bekerja. Ketika terjadi peningkatan produktivitas maka akan menyebabkan pertumbuhan ekonomi meningkat. Dengan tingkat ekonomi yang baik seseorang mampu memenuhi kebutuhannya dan hidup sejahtera. Pembangunan ekonomi dapat dimaknai sebagai suatu proses untuk mengubah suatu keadaan menjadi lebih baik lagi dari sebelumnya, atau meningkatkan kualitas suatu keadaan menjadi kualitas yang lebih baik lagi sehingga kesejahteraan dan kemakmuran akan semakin tinggi.¹

On March 11, 2020 the World Health Organization has announced the status of a global pandemic of corona virus disease 2019 or also called corona virus disease 2019 (COVID-19). The World Health Organization defines this disease as a pandemic because all citizens of the world are potentially exposed to COVID-19 infection. With the establishment of the global pandemic status, WHO also confirmed that COVID-19 was an international emergency. The trend of digitalization is becoming a new business trend to develop and survive in the midst of a crisis due to this pandemic. The online buying and selling market,

¹Isnaini Harahap, *Ekonomi Pembangunan (Pendekatan Transdisipliner)*, (Medan: Perdana Publishing, 2018), h. 3

digital payments and electronic health services, from online training classes to consulting with doctors via the internet, continue to increase.

[Pada maret 2020 Organisasi Kesehatan Dunia telah mengumumkan status pandemi global penyakit virus corona. Organisasi Kesehatan Dunia mendefinisikan penyakit ini sebagai pandemi karena seluruh warga dunia berpotensi terpapar infeksi COVID-19. Dengan ditetapkannya status pandemi global, WHO pun memastikan bahwa COVID-19 merupakan keadaan darurat internasional. Tren digitalisasi menjadi tren bisnis baru yang berkembang dan bertahan di tengah krisis akibat pandemi ini. Pasar jual beli online, pembayaran digital dan layanan kesehatan elektronik, dari kelas pelatihan online hingga konsultasi dengan dokter melalui internet, terus meningkat].²

Tolak ukur keberhasilan pembangunan suatu negara dapat juga ditentukan oleh pelayanan kesehatan yang baik dan mampu memenuhi kebutuhan rakyatnya dalam hal kesehatan. Perkembangan akan kesadaran terhadap pentingnya kesehatan atau dapat dikatakan pula kesehatan menjadi kebutuhan penting bagi setiap rakyat maka pemerintah berupaya untuk menciptakan program kesehatan yang bisa meningkatkan pelayanan kesehatan secara menyeluruh. Jika dilihat dari awal lagi, tujuan dari pelayanan tidak lain untuk meningkatkan kesehatan seluruh rakyat Indonesia. Dengan tingkat kesehatan yang tinggi, kesejahteraan hidup di Indonesia pun akan meningkat. Maka dari itu pemerintah membuat keputusan dengan menciptakan suatu program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang di selenggarakan oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS).

Untuk mewujudkan amanat Undang-undang, Pemerintah Negara Republik Indonesia melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia sejak 1 Januari 2014 telah meluncurkan program di bidang kesehatan berupa Jaminan Kesehatan Nasional untuk menjamin kesehatan masyarakat. Program tersebut didirikan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). BPJS Kesehatan merupakan suatu program jaminan kesehatan yang dibuat oleh pemerintah. Penyelenggaraan BPJS

² Nasution, Muhammad Irwan Padli, et al. "Face Recognition Login Authentication for Digital Payment Solution at COVID-19 Pandemic." *2020 3rd International Conference on Computer and Informatics Engineering (IC2IE)*. IEEE, 2020.

Kesehatan pertama kali mulai pada tanggal 1 Januari 2014. Dengan adanya BPJS Kesehatan pemerintah mengharapkan agar rakyat Indonesia lebih mudah untuk menerima jaminan kesehatan. Yang mana dengan adanya BPJS Kesehatan, rakyat Indonesia bisa merasakan perbedaan sebelum dan sesudah adanya BPJS Kesehatan. Misalnya seperti ringannya biaya pengobatan, lebih mudah mendapatkan pelayanan kesehatan, dan lainnya.³

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan salah satu upaya pemerintah untuk mencapai *Universal Health Coverage* (UHC). Hal ini tertuang dalam UU No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang menjamin hak yang sama bagi setiap orang untuk memperoleh akses pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Upaya tersebut relevan dengan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan, termasuk perlindungan risiko finansial, akses terhadap layanan kesehatan esensial yang berkualitas, dan akses terhadap obat-obatan dan vaksin esensial yang aman, efektif, berkualitas, dan terjangkau bagi semua.

Di Indonesia Dampak positif dari program JKN telah dirasakan secara langsung oleh masyarakat. JKN telah meningkatkan pemenuhan hak dasar kesehatan seluruh lapisan masyarakat, tidak terkecuali kelompok masyarakat miskin dan kurang mampu melalui skema Penerima Bantuan Iuran (PBI). JKN juga secara langsung dapat mengurangi beban biaya yang ditanggung oleh masyarakat untuk mengakses fasilitas kesehatan di Indonesia.⁴

BPJS Kesehatan memiliki tugas yang mulia, yaitu menjamin pembiayaan Program JKN-KIS bagi seluruh masyarakat Indonesia. Program JKN-KIS merupakan Program Pemerintah Pusat yang menjamin pembiayaan pengobatan dalam rangka kesehatan masyarakat. Program JKN-KIS diharapkan dapat mendukung upaya kesejahteraan masyarakat. Sistem yang digunakan adalah

³ Anisa nurfiani, estro dariatni, "Pengaruh Perekonomian Keluarga terhadap Penggunaan BPJS Kesehatan Desa Cileles Jatinangor". h. 83-84

⁴ Djamhari, Eka Afrina, dkk, "Defisit Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Mengapa dan Bagaimana Mengatasinya?", PRAKARSA, januari 2020, h. 1-2

skema asuransi sosial, di mana orang yang mampu harus membayar iuran (premi) yang ditetapkan berdasarkan kelas fasilitasnya, sedangkan orang yang tidak mampu dibayarkan iurannya oleh Pemerintah dengan fasilitas kelas III. Jadi prinsipnya semua orang harus membayar iuran (premi) untuk biaya pengobatan dirinya.⁵

Penyelenggaraan program layanan kesehatan melalui BPJS menuntut adanya partisipasi aktif seluruh warga negara dengan menggunakan prinsip subsidi silang. Untuk itu seluruh Warga Negara Indonesia (WNI) wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Tidak hanya WNI, orang asing yang telah bekerja sedikitnya enam bulan di Indonesia juga wajib membayar iuran. Kepesertaan BPJS Kesehatan ini bersifat wajib, meskipun yang bersangkutan sudah memiliki Jaminan Kesehatan lain.

Pada tahun 2014 saat pertama kali program JKN-KIS diimplementasikan, peserta BPJS Kesehatan adalah sebesar 133,4 juta jiwa atau 53 persen penduduk Indonesia. Selang empat tahun berjalan, jumlah peserta BPJS Kesehatan telah meningkat menjadi 207,8 juta jiwa atau 78 persen penduduk Indonesia pada Desember 2018. Seiring dengan peningkatan jumlah peserta tersebut, jumlah pemanfaatan pelayanan kesehatan juga meningkat dari 92,3 juta pada tahun 2014 menjadi 223,4 juta pada tahun 2017. Hal ini mengindikasikan bahwa keberadaan program JKN-KIS membuat layanan kesehatan semakin mudah diakses dan masyarakat semakin sadar tentang pentingnya pemanfaatan layanan kesehatan. Selain itu, pada tahun 2016, kontribusi program JKN-KIS terhadap perekonomian Indonesia diperkirakan sebesar Rp152,2 triliun, penciptaan lapangan kerja sebesar 1,45 juta orang, serta meningkatkan angka harapan hidup sebesar 2,9 tahun.⁶

Dampak positif dari program JKN telah dirasakan secara langsung oleh masyarakat. JKN telah meningkatkan pemenuhan hak dasar kesehatan seluruh lapisan masyarakat, tidak terkecuali kelompok masyarakat miskin dan kurang

⁵ Hartini retnaningsih, "Defisit BPJS Kesehatan dan Wacana Sharing Cost PEeserta JKN-KIS Mandiri berpenyakit Katastropik", *Majalah Info Singkat*, November 2017, h. 10

⁶ Niar Afdhal Luthfi, "Efektifitas Penggunaan Pajak Rokok dan Intercept Dana Alokasi Umum Dalam Mengurangi Defisit Dana Jaminan Sosial Kesehatan", *Jurnal Anggaran dan Keuangan Negara Indonesia (AKURASI)* Vol. 1 No. 2 (2019), h. 144

mampu melalui skema Penerima Bantuan Iuran (PBI). JKN juga secara langsung dapat mengurangi beban biaya yang ditanggung oleh masyarakat untuk mengakses fasilitas kesehatan di Indonesia. Menurut *World Health Organization/WHO*, UHC meliputi 3 dimensi perlindungan. Pertama, perlindungan mendapatkan layanan kesehatan esensial yang bermutu sesuai dengan kebutuhan. Kedua, perlindungan terhindar dari pengeluaran kesehatan katastrofis (*catastrophic healthcare expenditure*), yaitu pengeluaran kesehatan rumah tangga melebihi 40 persen dari pendapatan yang tersisa setelah memenuhi kebutuhan hidup. Ketiga, perlindungan layanan kesehatan untuk seluruh masyarakat.

Namun, sejak awal pelaksanaannya, program JKN terus mengalami defisit. Bahkan, defisit diprediksi mencapai Rp 28 triliun hingga akhir 2019 Menurut BPJS Kesehatan, defisit disebabkan oleh tingginya jumlah penduduk yang menderita penyakit kronis sehingga biaya pelayanan kesehatan meningkat. Lebih lanjut, tingginya beban kesehatan tidak diimbangi dengan besaran iuran yang memadai. Penyebab utama dari defisit adalah pembiayaan untuk peserta JKN-KIS Mandiri dengan penyakit katastrofik. Menurut Direktur Utama BPJS Kesehatan, Fachmi Idris, pengeluaran lebih besar dari pendapatan iuran karena sebgaiian besar penyakit yang ditanggung berbiaya mahal. Hampir 30% dana BPJS Kesehatan terserap untuk penyakit katastrofik yang membutuhkan penanganan lanjutan dan berbiaya besar. Selama 3 tahun terakhir, 10 (sepuluh) penyakit katastrofik (yang umumnya dipicu oleh rokok dan pola hidup tidak sehat lainnya) telah menyerap sekitar Rp36,9 triliun. Untuk penyakit jantung saja, pada tahun 2016 menyerap biaya sekitar Rp7,4 triliun.

Jika permasalahan defisit ini tidak segera diatasi, maka akan berdampak pada menurunnya kualitas layanan kesehatan, kepercayaan penyedia layanan serta pengguna layanan sehingga kesejahteraan masyarakat akan berkurang. Apabila permasalahan defisit tidak segera diatasi, maka UHC akan sulit tercapai.⁷

⁷ Cut Nurul Aidha, Adrian Chrisnahunama." Defisit Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Usulan Alternatif Pendanaan yang Berkelanjutan" PRAKARSA Policy Brief (2020), h. 1-2

Tabel 1.1
Pendapatan dan Beban Program JKN tahun 2014 – 2018 (dalam juta Rupiah)

	2014	2015	2016	2017	2018
Pendapatan					
Pendapatan Iuran	40.719.862	52.778.121	67.404.011	74.246.641	81.975.180
Pendapatan Lain	62.326	143.439	65.453	220.237	266.600
Pendapatan Investasi	713.632	118.596	111.041	150.941	20.387
Kontribusi BPJS Kesehatan	-	1.071.070		135.271	-
Hibah dari BPJS Kesehatan	-	1.540.000	-	-	
Pajak rokok	-	-	-	-	682.387
Bantuan pemerintah	-	-	6.827.891	3.600.000	10.256.466
Total	41.513.820	55.651.226	74.408.396	78.353.090	93.201.020
Beban					
Beban jaminan kesehatan	42.658.701	57.083.273	67.247.884	84.444.864	94.296.845
Beban Operasional	2.476.992	2.554	3.625.662	3.809.233	3.768.829
Beban Investasi	134.872	27.457	14.018	28.216	2.075

Beban penyisihan piutang	121.317	710.272	854.212	375.525	683.728
Beban lain	10.590	149.921	18.115	45.887	432.886
Beban cadangan teknis	(579.507)	3.437.821	2.140.071	4.113.837	6.324.220
Total	44.822.965	61.411.298	73.899.962	92.817.562	104.888.583
Pendapatan beban	(3.309.145)	(5.760.072)	508.434	(14.464.472)	(11.687.563)

Sumber: jurnal Prakarsa

Dapat dilihat pada tabel 1 sumber pendapatan BPJS Kesehatan hampir seluruhnya bertumpu pada iuran peserta. Sementara itu, pendapatan sumber lain seperti penghasilan investasi, sumbangan hibah pemerintah, dan dana pajak rokok daerah masih belum maksimal.

Tabel 1.2.

Defisit anggaran BPJS Kesehatan

Tahun	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Defisit anggaran	Rp 3,3 T	Rp 5,7 T	Rp 9,7 T	Rp 9,8 T	Rp10,9 T	Rp 32,8 T

Sumber: jurnal Info singkat

Indikasi permasalahan defisit JKN berasal dari berbagai faktor antara lain:

1. Beban layanan kesehatan yang membengkak, melebihi sumber pendapatan
2. Kontribusi iuran yang masih rendah, jauh di bawah klaim terhadap jaminan yang disediakan. Pada 2018, rata-rata iuran peserta adalah Rp 394.009 per tahun, sementara klaim jaminan kesehatan adalah Rp 453.232 per tahun atau selisih Rp 59.223 per peserta per tahun
3. Kurangnya transparansi atas pengelolaan keuangan BPJS Kesehatan

4. Belum maksimalnya cakupan kepesertaan, baik dari kategori PBI, Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU), maupun Peserta Penerima Upah (PPU), serta kurangnya kepatuhan peserta dalam membayar iuran khususnya pada kategori PBPU
5. Beban pendanaan kesehatan untuk penyakit katastropik terus meningkat. Pada September 2018 beban penyakit katastropik (jantung, kanker, stroke, dll) mencapai 22 persen dari total biaya kesehatan atau 14,5 triliun rupiah

Pemerintah pusat telah berupaya untuk menambal defisit JKN dengan mengalokasikan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT), kontribusi pajak rokok dari daerah dan pemotongan Dana Alokasi Umum (DAU) untuk pendanaan JKN. Kemudian, pemerintah pusat pada tahun 2019 juga telah memberikan suntikan dana sebesar 14 triliun rupiah juga melakukan upaya untuk menambal defisit JKN, Oleh karena itu, berdasarkan Peraturan Presiden No. 75 Tahun 2019 pemerintah menaikkan iuran pada semua kelas (PBI, PPU, PBPU dan BP) hingga dua kali lipat berdasarkan per 1 Januari 2020. Rinciannya adalah untuk iuran BPJS Kesehatan PBPU menjadi Rp 160.000 untuk kelas 1, Rp 110.000 untuk kelas 2 dan Rp 42.000 untuk kelas 3.⁸

Dari latar belakang masalah diatas, peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian dengan judul **“Analisis Penyebab Defisit Anggaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan”**.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka permasalahan yang diteliti dirumuskan sebagai berikut:

1. Apa faktor penyebab terjadi defisit anggaran di BPJS kesehatan ?
2. Bagaimana pengelolaan dan pertanggung jawaban keuangan BPJS kesehatan di tinjau dari perspektif keuangan Negara?
3. Bagaimana pemerintah mengatasi defisit anggaran BPJS kesehatan ?

⁸ Ibid, h. 2

C. Tujuan Penelitian

Setiap penelitian apapun itu pastinya memiliki tujuan. Hal ini sangat lah di perlukan untuk acuan bagi setiap kegiatan penelitian yang akan di lakukan, karena tujuan adalah tolak ukur dan menjadi target dari kegiatan penelitian tersebut. Berdasarkan masalah penelitian yang telah di rumuskan, maka dapun tujuan penelitian ini adalah sesuai dengan rumusan masalah yaitu:

1. Untuk mengetahui faktor penyebab terjadi defisit anggaran BPJS Kesehatan.
2. Untuk mengetahui pengelolaan dan pertanggung jawaban keuangan BPJS kesehatan di tinjau dari perspektif keuangan negara.
3. Untuk mengetahui pemerintah mengatasi defisit anggaran BPJS kesehatan.

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini di harapkan dapat memberikan kontribusi akademis dalam program studi Ekonomi Islam mengenai penyebab Defisit Anggaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. diharapkan berguna sebagai suatu karya ilmiah yang dapat menunjang perkembangan ilmu pengetahuan dan sebagai bahan masukan yang dapat mendukung bagi peneliti maupun pihak lain yang tertarik dalam bidang penelitian yang sama.

2. Manfaat Praktis

Secara praktis, penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan positif bagi pihak pemerintah dan BPJS Kesehatan.

3. Batasan Istilah

Adapun batasan istilah dari penelitian ini adalah:

1. Defisit anggaran adalah selisih antara anggaran pendapatan dengan anggaran belanja yang nilainya negatif artinya yaitu biaya dengan pengeluaran negara semakin besar dari pada penerimaan negara.
2. Pengelolaan Keuangan adalah kegiatan mengkoordinir semua sumber daya yang tersedia untuk mencapai sasaran yang diinginkan secara sistematis tanpa menyebabkan efek samping yang merugikan suatu pengelolaan terhadap fungsi-fungsi keuangan.
3. Pertanggung jawaban keuangan negara adalah kewajiban Pemerintah dan lembaga negara untuk melaksanakan pengelolaan keuangan negara secara tertib, taat pada peraturan perundang-undangan, efisien, ekonomis, efektif, dan transparan dengan memperhatikan rasa keadilan dan kepatutan.

BAB II

KAJIAN TEORITIS

A. Defisit Anggaran

1. Pengertian Defisit Anggaran

Defisit secara umum adalah suatu keadaan keuangan pada suatu organisasi atau dalam lingkup negara, dimana pengeluaran lebih besar dibandingkan dengan pemasukan. Sedangkan menurut pendapat lain mengatakan defisit adalah sesuatu keadaan kekurangan keuangan dalam kas sebagai akibat pengeluaran yang lebih besar dari pada penghasilan.

Dapat disimpulkan bahwa defisit Anggaran adalah keadaan dimana pengeluaran keuangan pemerintah lebih besar daripada pendapatan. Keadaan defisit pada sebuah negara itu bisa ditutupi dengan memaksimalkan berbagai sumber keuangan negara, baik dari di dalam negeri atau juga dari luar negeri. Di Indonesia, defisit APBN ini pernah terjadi sehingga hal tersebut kemudian mengharuskan pemerintah RI meminjam uang dari Bank Sentral, ialah Bank Indonesia untuk dapat membiayai berbagai kegiatannya.

2. Penyebab Terjadinya Defisit

Ada beberapa penyebab terjadinya defisit anggaran, yaitu:

- a. Mempercepat pertumbuhan ekonomi. Untuk mempercepat pembangunan diperlukan investasi yang besar dan dana yang besar pula. Apabila dana dalam negeri tidak mencukupi, biasanya negara melakukan pilihan dengan meminjam ke luar negeri untuk menghindari pembebanan warga negara apabila kekurangan itu ditutup melalui penarikan pajak. Negara memang di bebani tanggung jawab yang besar dalam meningkatkan kesejahteraan warga negaranya.
- b. Pemerataan pendapatan masyarakat. Pengeluaran ekstra juga diperlukan dalam rangka menunjang pemerataan di seluruh wilayah, sehingga pemerintah mengeluarkan biaya yang besar

untuk pemerataan pendapatan tersebut. Misalnya pengeluaran subsidi transportasi ke wilayah yang miskin dan terpencil, agar masyarakat di wilayah itu dapat menikmati hasil pembangunan yang tidak jauh berbeda dengan wilayah yang lebih maju.

- c. Melemahnya nilai tukar. Bila suatu negara melakukan pinjaman luar negeri, maka negara tersebut akan mengalami masalah bila ada gejolak nilai tukar setiap tahunnya.
- d. Pengeluaran akibat krisis ekonomi. Krisis ekonomi akan menyebabkan meningkatnya pengangguran, sedangkan penerimaan pajak akan menurun akibat menurunnya sektor-sektor ekonomi sebagai dampak krisis itu, padahal negara harus bertanggung jawab untuk menaikkan daya beli masyarakat yang tergolong miskin. Dalam hal ini negara terpaksa mengeluarkan dana ekstra untuk program-program kemiskinan dan pemberdayaan masyarakat terutama di wilayah pedesaan yang miskin itu.
- e. Realisasi yang menyimpang dari rencana. Apabila realisasi penerimaan negara meleset dibanding dengan yang telah direncanakan, atau dengan kata lain rencana penerimaan negara tidak dapat mencapai sasaran seperti apa yang direncanakan, maka berarti beberapa kegiatan proyek atau program harus dipotong.
- f. Pengeluaran karena inflasi. Penyusunan anggaran negara pada awal tahun, didasarkan menurut standar harga yang telah ditetapkan. Harga standar itu sendiri dalam perjalanan tahun anggaran, tidak dapat dijamin ketepatannya. Dengan kata lain, selama perjalanan tahun anggaran standar harga itu dapat meningkat tetapi jarang yang menurun. Apabila terjadi inflasi, dengan adanya kenaikan harga-harga itu berarti biaya pembangunan program juga akan meningkat, sedangkan anggaran tetap sama.⁹

⁹ Khoirul Anwar, "Analisis Dampak Defisit Anggaran terhadap Ekonomi Makro di Indonesia". *Jejaring Administrasi Publik*. Tahun VI, No. 2, Juli-Desember 2014, h. 595

B. Keuangan Negara

1. Pengertian Keuangan Negara

Secara umum, Keuangan negara adalah semua hak yang dapat dinilai dengan uang, yang dapat dijadikan milik negara. Sesuai dengan ketentuan Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara yang berbunyi:

“Keuangan Negara adalah semua hak dan kewajiban negara yang dapat dinilai dengan uang, serta segala sesuatu, baik berupa uang maupun berupa barang yang dapat dijadikan milik negara berhubung dengan pelaksanaan hak dan kewajiban tersebut.”

Pengertian keuangan negara memiliki substansi yang dapat ditinjau dalam arti luas dan arti sempit. Keuangan negara dalam arti luas meliputi anggaran pendapatan dan belanja negara; anggaran pendapatan dan belanja daerah; dan keuangan negara pada badan usaha milik negara/badan usaha milik daerah. Sedangkan dalam arti sempit hanya meliputi keuangan negara yang dikelola oleh tiap badan hukum yang dipertanggungjawabkan masing-masing.¹⁰

Ruang lingkup keuangan negara sebagaimana yang dimaksud dalam Pasal 2 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara yaitu :

- 1) Hak negara untuk memungut pajak, mengeluarkan dan mengedarkan uang, dan melakukan pinjaman
- 2) Kewajiban negara untuk menyelenggarakan tugas layanan umum pemerintahan negara dan membayar tagihan pajak ketiga
- 3) Penerimaan negara;
- 4) Pengeluaran negara
- 5) Penerimaan daerah
- 6) Pengeluaran daerah
- 7) Kekayaan negara / kekayaan daerah yang dikelola sendiri atau oleh pihak lain berupa uang, surat berharga, piutang, barang serta hak-hak lain yang dapat dinilai dengan uang, termasuk kekayaan yang dipisahkan pada perusahaan negara / perusahaan daerah

¹⁰ Adelia Intan Dea Pramita, Skripsi “ *Pengelola Keuangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dalam Perspektif keuangan negara*” (Universitas Jember, 2019), h. 11

- 8) Kekayaan pihak lain yang dikuasai oleh pemerintah dalam rangka penyelenggaraan tugas pemerintahan dan/atau kepentingan umum
- 9) Kekayaan pihak lain yang diperoleh dengan menggunakan fasilitas yang diberikan pemerintah.

Adapun pengertian keuangan negara yang terdapat didalam buku yang berjudul administari keuangan negara yang di tulis oleh Sahya Anggara, keuangan negara adalah kekayaan yang dikelola oleh pemerintah, yang meliputi uang yang dimiliki; kertas berharga yang bernilai uang yang dimiliki; hak dan kewajiban yang dapat dinilai dengan uang; dana-dana pihak ketiga yang terkumpul atas dasar potensi yang dimiliki dan/atau yang dijamin baik oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, badan-badan usaha, yayasan, maupun institusi lainnya. Dari penjelasan diatas secara ringkas, keuangan ialah semua hak yang dapat dinilai dengan uang, yang dapat dijadikan milik negara.¹¹ Dalam hal ini negara mempunyai hak yang dapat dinilai dengan uang seperti:

- a) Mengenaikan pajak kepada warga negara
- b) Mencetak uang kertas maupun logam
- c) Mengadakan pinjaman paksa kepada warga negara

Adapun kewajiban negara yang dapat dinilai dengan uang adalah:

- (1) Menyelenggarakan tugas negara demi kepentingan masyarakat seperti pemeliharaan keamanan dan keteriban, perbaikan jalan raya, pembangunan waduk, pelabuhan, dan pengairan
- (2) Kewajiban membayar atau hak-hak tagihan pemborong, setelah barang /bangunan diterima dengan baik oleh instansi pemesan.

¹¹ Sahya Anggara, Administrasi Keuangan Negara, Pustaka Setia. Bandung. 2016, hlm. 261

Sebagaimana terdapat di QS Al-Hadid (57): 7

ءَامِنُوا بِاللّٰهِ وَرَسُوْلِهِ وَاَنْفِقُوْا مِمَّا جَعَلَكُمْ مُّسْتَخْلِفِيْنَ فِيْهِۗ فَاَلَّذِيْنَ ءَامَنُوْا مِنْكُمْ وَاَنْفَقُوْا
لَهُمْ اَجْرٌ كَبِيْرٌ

Artinya: Sebagian dari hartamu yang Allah Telah menjadikan kamu menguasainya. Maka orang-orang yang beriman di antara kamu dan menafkahkan (sebagian) dari hartanya memperoleh pahala yang besar QS Al-Hadid (57) ayat 7.¹²

Berdasarkan arti kata di atas, kata *mustakhlafina* pada ayat di atas bermakna bahwa Allah SWT telah menunjuk manusia sebagai penguasa terhadap harta. Manusia diberikan Allah kewenangan untuk mengelola dan mengembangkan harta. Disebabkan wewenang dan pemberi kuasa tersebut adalah Allah SWT, maka menjadi keharusan bagi manusia untuk mengelola dan memanfaatkannya sesuai dengan ketentuan sang pemberi kuasa, Allah SWT. Salah satu bentuk penggunaan harta yang digariskan Allah adalah dengan melakukan distribusi kepada orang lain lewat jalur infaq.

2. Sumber-Sumber Keuangan Negara

Keuangan negara dan pemerinahan bersumber dari berbagai penerimaan. Seluruh sumber keuangnan negara dan pemerintahan diperhitungkan dengan hati-hati, cermat, dan akuntabel sehingga seluruh pendapatan dapat dialokasikan menjadi anggaran yang jelas peruntukannya. Pada prinsipnya seluruh penggunaan keuangan negara bertujuan meningkatkan taraf hidup masyarakat.

Semua jenis sumber keuangan negara merupakan sumber keuangan dana umum. Sumber keuangan tersebut dapat berasal dari pajak properti, pajak penjualan, pajak penghasilan, perizinan, perparkiran, dan beban jasa. Sumber keuangan lainnya adalah bantuan (grant) dari unit pemerintah lain, seperti federal dan donasi dari pihak lain yang diterima oleh pemerintah. Sumber daya,

¹² QS Al-Hadid (57) :7

yang umumnya kas digunakan dana umum untuk membelanjai operasi, seperti penggajian, pemerolehan material dan supplies, pemeliharaan dan aktifitas lain.

Pembangunan menjadi salah satu faktor pemicu defisit anggaran jika hasilnya tidak sebanding dengan pengeluaran negara. Meskipun selalu mengalami defisit anggaran, porsi anggaran untuk pembangunan dalam APBN Indonesia selalu mengalami peningkatan setiap tahun karena di sisi lain, pembangunan dapat menggerakkan pertumbuhan ekonomi. Pada titik inilah Pemerintah berpikir keras dan dituntut berpikir kreatif untuk mengeksplorasi secara maksimal penerimaan negara, termasuk melirik pemanfaatan dana umat muslim yang notabene sebagai penduduk mayoritas di Indonesia sebagai kontribusi sukarela (*voluntary contribution*). Kontribusi sukarela dalam keuangan publik (*the voluntary theory in public finance*) telah menjadi salah satu bentuk inovasi dalam keuangan publik di abad ke-21 untuk mengatasi meningkatnya kendala anggaran dan meningkatnya permintaan dari pemerintah.¹³

C. Jaminan Sosial

1. Pengertian Jaminan Sosial

Jaminan sosial dalam bahasa Inggris disebut dengan istilah Social Security. Istilah yang dipakai pertama kali secara resmi oleh Amerika Serikat dalam suatu Undang-Undang yang bernama The Social Security Act Of 1935. Menurut ILO (Internasional Labour Organization): Social Security pada prinsipnya adalah sistem perlindungan yang diberikan oleh masyarakat untuk para warganya melalui berbagai usaha dalam menghadapi risiko-risiko ekonomi atau sosial yang dapat mengakibatkan terhentinya atau sangat berkurangnya penghasilan.

Jaminan sosial secara etimologi terdiri atas dua kata, yaitu jaminan dan sosial. Dalam hal ini, jaminan merupakan tanggungan atas pinjaman yang diterima atau janji satu pihak untuk menanggung kewajiban pihak lain. Sedangkan sosial adalah

¹³ Nasution, J. "Islam Dan Ekonomi Publik: Analisis Persepsi Publik Terhadap Pemanfaatan Wakaf Sebagai Alternatif Pembiayaan Anggaran Negara, 2020.

sesuatu yang berkenaan dengan masyarakat atau rakyat. Kedua arti tersebut, jika dianalogikan pihak yang satu adalah negara serta pihak yang lain adalah masyarakat (warga negara), sehingga dapat diambil sebuah pengertian bahwa seseorang dalam suatu negara wajib untuk menyetorkan iuran kepada negara secara kolektif dan universal guna menanggung dan menjamin kehidupan setiap warga negaranya yang membutuhkan.

Menurut Monika Queisser, tidak ada definisi baku yang menyumbangkan pemaknaan jaminan sosial secara global. Menurutnya, jaminan sosial sebenarnya dipahami sebagai jumlah total semua nilai atau aturan sosial yang dirancang tidak hanya untuk menjamin kelangsungan hidup fisik suatu kelompok individu atau masyarakat, tetapi juga untuk memberikan perlindungan yang komprehensif dari risiko yang mungkin mengacu pada penurunan daya hidup yang tidak dapat diramalkan dan konsekuensi yang dapat ditanggung sendiri oleh mereka yang terkena dampak. Sementara itu, Purwoko mengemukakan bahwa konsep jaminan sosial sebagai suatu skema proteksi yang ditujukan untuk tindakan pencegahan, khususnya bagi masyarakat yang memiliki penghasilan terhadap berbagai risiko atau peristiwa yang terjadi secara alami seperti sakit, kecelakaan, kematian, PHK sebelum usia pensiun, dan hari tua. Oleh karena itu, kehadiran jaminan sosial adalah selain untuk menjamin atau melindungi individu secara fisik, juga untuk meminimalisir adanya risiko yang mungkin terjadi.

Islam meninggalkan pesan-pesan melalui sejarah kebudayaan yang erat dengan keadilan dan kesejahteraan. Keadilan sosial ini tentu saja bukan hanya untuk negara Islam, namun konsep ini harus dimiliki oleh semua negara di dunia. Jika meninjau kembali skema jaminan sosial yang berujung pada kesejahteraan, maka dalam prosesnya terdapat distribusi kekayaan dalam bentuk penjaminan. Sedangkan dana jaminan dalam hal ini salah satunya adalah diambil dari dana warga negaranya, yaitu berupa zakat, infak, dan sedekah. Selain itu, Umar Chapra menegaskan bahwa kewajiban untuk menciptakan suatu kesejahteraan yang dicerminkan dengan adanya penjaminan pun diwajibkan bagi manusia baik

individu maupun kolektif, terlebih negara yang bertugas menaungi seluruh warganya.

Dengan demikian, dapat dipahami bahwa jaminan sosial merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial yang diberikan kepada masyarakat, baik dalam bentuk sandang, pangan, papan, kesehatan, pendidikan, keamanan, dan keadilan bagi usia produktif maupun usia lanjut. Dengan tambahan penjelasan bahwa tunjangan hari tua hanya akan diberikan setelah seseorang melewati batas usia produktif. Sedangkan untuk jaminan keamanan, keadilan, pemerataan ekonomi yang terangkum dalam sandang, pangan, dan papan adalah hak masyarakat baik dalam usia produktif maupun non-produktif.¹⁴

Pengertian Jaminan Sosial diartikan secara luas dan secara sempit dalam pengertian yang luas jaminan sosial ini meliputi usaha-usaha yang berupa :

- a. Pencegahan dan pengembangan, yaitu di bidang kesehatan, keagamaan, keluarga berencana, pendidikan, bantuan hukum dan lain-lain yang dapat dikelompokkan menjadi pelayanan sosial (social security)
- b. Pemulihan dan penyembuhan, seperti bantuan untuk bencana alam, lanjut usia, yatim piatu, penderita cacat dan berbagai ketentuan yang dapat dikelompokkan dalam pengertian berupa bantuan sosial (social assistance)
- c. Pembinaan, dalam bentuk perbaikan gizi, perusahaan, transmigrasi, koperasi dan lain-lain yang dapat dikategorikan dalam sarana sosial (social infra structure)

¹⁴ Naerul Edwin Kiky Aprianto. "Kontruksi Sistem Jaminan Sosial dalam Perspektif Ekonomi Islam" *Economica: Jurnal Ekonomi Islam*, – Volume 8, Nomor 2 (2017), h. 240-241.

Sedangkan jaminan sosial dalam arti secara sempit hanya meliputi usaha-usaha dibidang perlindungan ketenagakerjaan, yang berupa bantuan sosial dan asuransi sosial.¹⁵

2. Asas dan Prinsip Jaminan Sosial

Menurut pasal 2 Undang –Undang no 40 Tahun 2004 tentang Sistem jaminan Sosial, terdapat 3 asas penyelenggaraan sistem jaminansosial nasional, yaitu sebagai berikut:

- a. Asas kemanusiaan, berkaitan dengan penghargaan terhadap martabat manusia
- b. Asas manfaat, adalah asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif.
- c. Asas keadilan, yaitu asas yang bersifat adil.

Asas tersebut untuk mengangkat dan melindungi harga diri manusia sebagai hak dasar bagi seluruh warga negara. Sebagaimana yang terdapat dalam al-Qur'an bahwa adanya persamaan antar manusia di hadapan Allah swt, hanya saja yang membedakan adalah ketakwaannya sebagaimana firman Allah swt. dalam QS. Al-Hujurat [49]: 13:

يَأَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ ذَكَرٍ وَأُنْثَىٰ وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ أَتَقْوَاهُ إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ خَبِيرٌ (١٣)

“Hai manusia, sesungguhnya Kami menciptakanmu dari seorang laki-laki dan seorang perempuan dan menjadikanmu berbangsa bangsa dan bersuku-suku supaya kalian saling kenal-mengenal. Sesungguhnya orang yang paling mulia di antaramu di sisi Allah ialah orang yang paling takwa di antaramu. Sesungguhnya Allah Maha Mengetahui lagi Maha Mengenal.” (QS. al-Hujurat [49]: 13).¹⁶

Asas manfaat tercermin dengan pemberian nilai tunai dan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pokok bagi kehidupan seseorang yang layak, seperti

¹⁵ Zainal Asikin, Ed 1 Cet 5, Dasar-dasar Hukum Perburuhan, PT Raja Grafindo Persada, 2004, h. 98-99

¹⁶ Kementerian Agama Republik Indonesia, Q.S Al-Hujurat (49): 13

sandang, pangan, papan, penjaminan pensiun, tabungan hari tua, kesehatan, kecelakaan kerja, kematian, pendidikan, serta perumahan, sebagaimana firman Allah swt. dalam QS. An-Nisa [4]: 36:

﴿وَأَعْبُدُوا اللَّهَ وَلَا تُشْرِكُوا بِهِ شَيْئًا ۚ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا وَبِذِي الْقُرْبَىٰ وَالْيَتَامَىٰ
وَالْمَسْكِينِ وَالْجَارِ ذِي الْقُرْبَىٰ وَالْجَارِ الْجُنُبِ وَالصَّاحِبِ بِالْجَنبِ وَابْنِ السَّبِيلِ وَمَا
مَلَكَتْ أَيْمَانُكُمْ ۚ إِنَّ اللَّهَ لَا يُحِبُّ مَن كَانَ مُخْتَالًا فَخُورًا﴾

“Sembahlah Allah dan janganlah kalian mempersekutukan-Nya dengan sesuatu pun. Dan berbuat baiklah kepada kedua orang tua kerabat-karib, anak-anak yatim, orang-orang miskin, tetangga yang dekat dan tetangga yang jauh, dan teman sejawat, ibnu sabil dan hamba sahayamu. Sesungguhnya Allah tidak menyukai orang-orang yang sombong dan membangga-banggakan diri.” (QS. An-Nisa [4]: 36.¹⁷

Asas keadilan berarti jaminan yang didistribusikan adalah merata kepada seluruh warga negara dengan tidak memandang status, pangkat, jabatan, kaya, hampir miskin, dan bahkan miskin sekalipun akan mendapatkan perlakuan dan hak yang sama, sebagaimana firman Allah swt. dalam QS. al-Ma’idah [5]: 8:

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا كُونُوا قَوِّمِينَ لِلَّهِ شُهَدَاءَ بِالْقِسْطِ ۚ وَلَا يَجْرِمَنَّكُمْ شَنَاٰنُ أَنْ قَوْمٍ
عَلَىٰ ءَآلَا تَعْدِلُوا أَعْدِلُوا هُوَ أَقْرَبُ لِلتَّقْوَىٰ وَاتَّقُوا اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ خَبِيرٌ بِمَا تَعْمَلُونَ

“Wahai orang-orang yang beriman, jadilah kalian sebagai penegak keadilan karena Allah (ketika) menjadi saksi dengan adil. Dan janganlah kebencianmu terhadap suatu kaum mendorongmu untuk berlaku tidak adil. Berlaku adillah, karena (adil) itu lebih dekat kepada takwa. Dan bertakwalah kepada Allah, sesungguhnya Allah Maha mengetahui apa yang kalian kerjakan.” (QS. al-Ma’idah [5]: 8).¹⁸

Ketiga asas ini merupakan landasan asas yang sustainable dan relatable, di mana antara asas yang satu dengan yang lain akan saling berdampingan dan tidak

¹⁷ Kementerian Agama Republik Indonesia, Q.S An-Nisa (4): 36

¹⁸ Kementerian Agama Republik Indonesia, Q.S Al-Ma’idah (5): 8

dapat berdiri sendiri untuk menopang dari sifat jaminan sosial. Artinya, menghilangkan satu asas dari ketiga asas tersebut dalam sistem jaminan sosial, maka akan mengurangi makna dari jaminan sosial itu sendiri.

Disamping sangat dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan hidup masyarakat, dalam penjelasan Undang-Undang No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, jaminan memiliki 9 prinsip yang diuraikan sebagai berikut:¹⁹

- 1) Kegotongroyongan, merupakan prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dalam pembayaran iuran rutin sesuai dengan tingkat penghasilan
- 2) Nirlaba, dimana penyelenggaraan sistem jaminan sosial dilakukan berdasarkan prinsip pengelolaan usaha dengan mengutamakan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat.
- 3) Keterbukaan, adalah prinsip yang mempermudah seluruh peserta untuk mengakses informasi lengkap.
- 4) Kehati-hatian, dimana penyelenggaraan sistem jaminan sosial dilakukan dengan cara mengelola dana secara cermat, teliti, aman dan tertib
- 5) Akutabilitas, dimana pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan dilakukan dengan akurat dan dapat dipertanggung jawabkan
- 6) Portabilitas, adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan walaupun peserta pindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam lingkup negara kesatuan Republik Indonesia
- 7) Kepesertaan bersifat wajib, berarti bahwa sistem jaminan sosial mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial
- 8) Dana amanat, yang mana iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan semaksimal mungkin bagi kepentingan anggotanya

¹⁹ Andika Wijaya, Hukum Jaminan Sosial Indonesia, Sinar Grafika. Jakarta, 2008, h. 30

- 9) Hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar kepentingan peserta jaminan sosial.

3. Sistem Jaminan Sosial Dalam Islam

Jaminan sosial sering diartikan sebagai kesejahteraan sosial (*social welfare*). Istilah kesejahteraan sosial merupakan kondisi terpenuhinya kebutuhan material dan non-material. Dalam hal ini, kondisi sejahtera terjadi manakala kehidupan manusia aman dan bahagia karena kebutuhan dasar akan gizi, kesehatan, pendidikan, tempat tinggal, pendapatan dapat dipenuhi, serta manakala manusia memperoleh perlindungan dari risiko-risiko utama yang mengancam kehidupannya.

Pada tinjauan yang lebih luas seperti yang telah diterapkan dan dilaksanakan oleh berbagai negara di dunia, jaminan sosial tidak hanya berporos pada terwujudnya kesejahteraan masyarakat saja. Namun demikian, jaminan sosial telah bermetamorfosa menjadi sebuah sistem, di mana sistem tersebut dibangun sesuai dengan identitas dan kondisi masing-masing negara. Menurut Subianto, jaminan sosial sebagai suatu sistem akan dapat memberikan energi bagi setiap warga negara untuk membangun cita-cita negaranya menuju masyarakat yang adil, makmur, dan sejahtera.

Aplikasi dan pemahaman jaminan sosial sebagai suatu sistem yang baik sesuai dengan filosofinya akan mengantarkan pada kondisi negara yang sejahtera, aman, stabil dalam berbagai bidang, mengembangkan ekonomi negara baik mikro maupun makro. Hal ini senada dengan pandangan Muhammad Akram Khan yang menjelaskan bahwa kesejahteraan (*falāh*) meliputi kelangsungan hidup, kebebasan berkeinginan, serta kekuatan dan harga diri dengan beberapa aspek yang dipenuhi baik secara mikro maupun makro.

Islam telah menugaskan negara untuk menyediakan jaminan sosial guna memelihara standar hidup seluruh individu dalam masyarakat Islam. Lazimnya,

negara menunaikan kewajibannya ini dalam dua bentuk. Pertama, negara memberi individu kesempatan yang luas untuk melakukan kerja produktif, sehingga ia bisa memenuhi kebutuhan hidupnya dari kerja dan usahanya sendiri. Namun, ketika seorang individu tidak mampu melakukan kerja produktif dan memenuhi kebutuhan hidupnya dari usahanya sendiri atau ketika ada keadaan khusus di mana negara tidak bisa menyediakan kesempatan kerja baginya, maka berlakulah bentuk kedua. Dalam hal ini, bentuk kedua adalah negara mengaplikasikan prinsip jaminan sosial dengan cara menyediakan uang dalam jumlah yang cukup untuk membiayai kebutuhan individu tersebut dan untuk memperbaiki standar hidupnya.

Sistem jaminan sosial dalam ekonomi Islam meliputi jaminan individu terhadap dirinya (jaminan individu), antara individu dengan keluarganya (jaminan keluarga), individu dengan masyarakatnya (jaminan masyarakat), dan antara masyarakat dalam suatu negara (jaminan negara).²⁰

4. Tujuan dan Manfaat Jaminan Sosial

Sesuai dengan definisinya, secara umum jaminan sosial bertujuan untuk mensejahterakan seluruh rakyat dengan cara memenuhi seluruh kebutuhan hidup rakyat dengan baik. Tujuan adanya jaminan sosial diatur dalam pasal 3 Undang – Undang No 40 Tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial, yang berbunyi²¹

“Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhnya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan atau anggota keluarganya.”

Yang artinya, dengan adanya jaminan sosial bertujuan untuk menjamin agar terpenuhnya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta maupun anggota keluarganya.

Di dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional disebutkan bahwa jaminan sosial adalah salah satu bentuk

²⁰ Naerul Edwin Kiky Aprianto, *Op. Cit.*, h. 243-245

²¹ Undang- Undang Nomor 40 tahun 2004

perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Menurut Afzalur Rahman, jaminan sosial dalam Islam mencakup pemberian standar hidup yang layak, termasuk penyediaan pangan, pakaian, perumahan, kesehatan, pendidikan, dan lain sebagainya.²²

Program jaminan sosial diselenggarakan unruk memebrikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh rakyat, seperti memberi perlindungan bagi para masyarakat khususnya bagi para peserta maupun anggota keluarganya. Manfaat yang dimaksud bagi jaminan sosial ini dapat berupa beberapa jaminan kesehatan, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Jaminan tersebut diadakan dengan maksud untuk mensejahterakan kehidupan rakyat indonesia.

D. BPJS Kesehatan

1. Pengertian BPJS Kesehatan

Sistem jaminan sosial nasional merupakan program Negara yang memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat.²³ Untuk mewujudkan tujuan sistem jaminan sosial nasional perlu di bentuk badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum publik berdasarkan prinsip jaminan sosial, yaitu dengan membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di atur dalam Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (selanjutnya UU BPJS) menurut pasal 1 angka 1 BPJS merupakan merupakan badan hukum yang di bentuk untuk peogram jaminan sosial. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Merupakan badan Hukum publik yang bertanggungjawab langsung kepada presiden yang dipercaya oleh Negara untuk memberikan perlindungan sosial yang bersifat mendasar bagi seluruh rakyat indonesia.

BPJS dibagi menjadi dua bagian, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS kesehatan merupakan Badan penyelenggara jaminan sosial

²²Naerul Edwin Kiky Aprianto, *Op. Cit.*, h. 241

²³ Dikutip dari Undang-Undang Dasar tahun 1945

dalam program kesehatan. Sedangkan BPJS Ketenagakerjaan merupakan badan penyelenggara dalam program jaminan kematian, hari tua, serta pensiun. Perlindungan tersebut diberikan dalam rangka menjaga setiap orang dari risiko-risiko yang muncul misalnya sakit, kecelakaan, meninggal dunia dan risiko lainnya yg berpotensi menyebabkan kemiskinan.

Regulasi ini dilandasi oleh ketentuan Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mengamanatkan Negara untuk mengadakan suatu perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat Indonesia dalam rangka untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Untuk BPJS Kesehatan diatur lebih lanjut dalam Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2015 tentang Tata Cara Pendaftaran dan Pembayaran Iuran Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah.

2. Tujuan dan Prinsip BPJS Kesehatan

Kesehatan Dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial telah diatur mengenai tujuan BPJS, yaitu untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak. BPJS Kesehatan memiliki tujuan yaitu untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan kesehatan yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya sebagai pemenuhan kebutuhan dasar hidup penduduk Indonesia.

Sesuai Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Pasal 19 ayat (1) menerangkan bahwa Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Menurut Pasal 4 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan.

Sosial, prinsip BPJS Kesehatan sama halnya dengan prinsip jaminan sosial pada umumnya, yaitu sebagai berikut :²⁴

²⁴ Adelia Intan Dea Pramita, Skripsi, *Op Cit*, h. 29-30

- a. Kegotongroyongan, merupakan prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dalam pembayaran iuran rutin sesuai dengan tingkat penghasilan.
- b. Nirlaba, di mana penyelenggaraan sistem jaminan sosial dilakukan berdasarkan prinsip pengelolaan usaha dengan mengutamakan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat.
- c. Keterbukaan, adalah prinsip yang mempermudah seluruh peserta untuk mengakses informasi lengkap.
- d. Kehati-hatian, di mana penyelenggaraan sistem jaminan sosial dilakukan dengan cara mengelola dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.
- e. Akutabilitas, di mana pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan dilakukan dengan akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.
- f. Portabilitas, adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan walaupun peserta pindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam lingkup Negara Kesatuan Republik Indonesia.
- g. Kepesertaan bersifat wajib, berarti bahwa sistem jaminan sosial mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial.
- h. Dana amanat, yang mana iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan semaksimal mungkin bagi kepentingan anggotanya.

Hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar kepentingan peserta jaminan sosial.

3. Hak dan Kewajiban Peserta BPJS Kesehatan

Hak dan kewajiban peserta dalam menjamin terselenggaranya Jaminan Kesehatan yang mencakup seluruh penduduk Indonesia dijelaskan dalam Peraturan BPJS No. 1 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dimana setiap peserta BPJS Kesehatan memiliki hak dan kewajiban untuk

terselenggaranya program jaminan kesehatan, hak peserta BPJS Kesehatan diatur dalam Pasal 25 ayat (1) yakni sebagai berikut :

- a. Mendapatkan identitas peserta;
- b. Mendapatkan nomor Virtual Account;
- c. Memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;
- d. Memperoleh manfaat Jaminan Kesehatan;
- e. Menyampaikan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan yang bekerja sama;
- f. Mendapatkan informasi pelayanan kesehatan
Mengikuti program asuransi kesehatan tambahan.

Selain untuk kepentingan berobat, Peserta BPJS Kesehatan juga mendapatkan bantuan layanan kesehatan lainnya seperti rawat inap, operasi, persalinan, dan subsidi dalam alat bantu kesehatan. Sedangkan untuk kewajiban bagi Peserta BPJS Kesehatan diatur dalam ketentuan Pasal 26 yaitu sebagai berikut:

- a. Membayar iuran
- b. Melaporkan perubahan data kepesertaan
- c. Melaporkan perubahan status kepesertaan
- d. Melaporkan kerusakan dan/atau kehilangan kartu identitas Peserta Jaminan Kesehatan.

Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) Pasal 15 ayat (2), bahwa wajib memberikan informasi tentang hak dan kewajiban kepada peserta untuk mengikuti ketentuan yang berlaku.

4. Sistem Pembayaran BPJS Kesehatan

Hubungan antara iuran dengan kepesertaan BPJS merupakan penerapan terhadap prinsip gotong royong dan dana amanat yang dianut oleh Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Besaran dan mekanisme pembayaran iuran yang bermacam-macam yang dilakukan peserta BPJS sesuai dengan kewajibannya, setiap peserta membayar iuran berdasarkan dengan tingkat gaji, upah, ataupun penghasilannya. Iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan dan kesejahteraan Peserta Jaminan Sosial.

Metode pembayaran yang diterapkan oleh BPJS agar masyarakat dapat membayar iuran wajib setiap bulan dapat melalui ATM, penodebitan Bank unit tertentu saja, serta dapat juga melalui Indomaret dan Alfamart. Untuk pembayaran iuran yang dilakukan oleh peserta BPJS Kesehatan sesuai dengan Perpres Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan dibagi menjadi dua, yaitu iuran peserta Peserta Bantuan Iuran (PBI) dan iuran peserta bukan Peserta Bantuan Iuran (Non PBI).

Iuran peserta Jaminan Kesehatan Nasional diatur dalam Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018. Iuran peserta Jaminan Kesehatan Nasional dibagi menjadi iuran PBI dan iuran bukan PBI. Peserta yang terdaftar sebagai penerima bantuan iuran (PBI) tidak mengeluarkan biaya untuk pembayaran iuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara pribadi melainkan pembayaran iuran tersebut sudah ditanggung pemerintah menggunakan anggaran APBN atau APBD.

Iuran peserta bukan PBI untuk peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) yang terdiri atas Pegawai Negeri Sipil, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara, dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri sebesar 5% (lima persen) dari gaji atau upah per bulan. Iuran sebagaimana dimaksud dibayar dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. 3% (tiga persen) dibayar oleh Pemberi Kerja
- b. 2% (dua persen) dibayar oleh Peserta, jika peserta menambahkan keluarga tambahan (orang tua, mertua anak ke 4 dan seterusnya maka iuran peserta ditambah 1% setiap anggota yang ditambahkan

Peserta Pekerja Penerima Upah (Pegawai Swasta) Iuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi peserta penerima upah pegawai swasta atau badan usaha

(PPU – BU) sebesar 5% (lima persen) dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan yaitu:

- a. 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja
- b. 1% (satu persen) dibayar oleh Peserta, jika peserta menambahkan keluarga tambahan (orang tua, mertua anak ke 4 dan seterusnya maka iuran peserta ditambah 1% setiap anggota yang ditambahkan

Kategori hak kelas perawatan dalam pelayanan kesehatan untuk pegawai penerima upah hanya terdapat Kelas I dan Kelas II. Kelas I untuk gaji karyawan lebih dari 4 juta rupiah dan untuk gaji karyawan kurang dari sama dengan 4 juta rupiah tergolong mendapatkan hak perawatan Kelas II. Iuran Jaminan Kesehatan untuk setiap Peserta Bukan Penerima Upah / Pekerja Mandiri (PBPU) dan bukan pekerja meliputi:

Kelas I iuran sebesar : Rp. 80.000,00

Kelas II iuran sebesar : Rp. 51.000,00

Kelas III iuran sebesar : Rp. 25.500,00

Pembayaran iuran bagi peserta yang kategori bukan penerima bantuan iuran dilakukan tanggal 1 – 10 setiap bulan dengan menggunakan nomor virtual account/nomor peserta yang terdapat di kartu JKN. Pembayaran iuran JKN karyawan badan usaha/perusahaan dilakukan oleh badan usaha/perusahaan setiap tanggal 1 – 10 setiap bulan sesuai tagihan iuran badan usaha/perusahaan yang ditetapkan BPJS Kesehatan. Pembayaran iuran untuk badan usaha/perusahaan menggunakan virtual account badan usaha masing – masing. Peserta JKN dapat mengetahui semua informasi tentang JKN seperti iuran, tata cara pendaftaran, perubahan data kepesertaan dan fasilitas kesehatan, keluhan, dan lainnya pada aplikasi Mobile JKN yang dapat diunduh di smart phone peserta atau website BPJS Kesehatan atau care center 1500400.

Peserta yang sudah memiliki kartu peserta JKN dan terdaftar peserta aktif (tidak memiliki tunggakan iuran) dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang sudah peserta pilih dan tercetak

di kartu JKN masing – masing peserta. Jika peserta dalam kondisi gawat darurat/emergency dapat langsung ke IGD rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan wajib mengelola iuran yang telah diterima dari peserta dengan baik dari segi administratif maupun investasinya. Iuran yang telah dibayarkan oleh peserta tersebut, selanjutnya akan dikelola oleh BPJS Kesehatan. Sesuai dengan Perpres Nomor 12 Tahun 2013, BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan yang memberikan layanan kepada Peserta.

5. Perkembangan BPJS Kesehatan

Perkembangan JKN dapat dilihat dari cakupan kepesertaan, perkembangan penggunaan layanan kesehatan dan dampak dari program JKN. Sejak diimplementasi pada 2014, JKN yang dijalankan oleh BPJS Kesehatan telah mengalami banyak perkembangan. Dari segi kepesertaan, BPJS Kesehatan sudah mencakup lebih dari 80 persen penduduk Indonesia.²⁵

Tabel 2.1
cakupan kepesertaan BPJS kesehatan untuk setiap segmen

Segmen peserta	2014	2015	2016	2017	2018	September 2019	Rata-rata
PBI	95.1 67.2 29	98.999.2 28	106.514 .567	112.69 4.625	121.980. 981	133.934.0 08	-
% dari total	71,3 3%	63,14%	61,95%	59,95%	58,63%	59,97%	62,49%
% kenaikan	-	4,03%	7,59%	5,80%	8,24%	9,80%	7,09%

²⁵ Djamhari, Eka Afrina, dkk, "Defisit Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Mengapa dan Bagaimana Mengatasinya?", PRAKARSA, januari 2020, h. 7-8

n							
PPU	24,3 27.1 49	37.862.5 22	41.027. 229	44.891. 042	49.833.0 95	51.66.716	-
% dari total	18,2 3%	24,15%	23,86%	23,88%	23,95%	23,13%	22,87%
% Kenaikan	-	55,64%	8,36%	9,42%	11,01%	3,68%	17,62%
BPPU	9.05 2.85 9	14.961.7 68	19.336. 531	25.397. 828	31.100.2 48	32.58.888	-
% dari total	6,79 %	9,54%	11,25%	13,51%	14,95%	14,59%	11,77%
% kenaikan	-	65,27%	29,24%	31,35%	22,45%	4,79%	30,62%
BP	4.87 6.41 6	4.966.76 9	5.060.9 27	5.008.4 54	5.139.87 5	5.157.942	-
% dari total	3,65 %	3,17%	2,94%	2,66%	2,47%	2,31%	2,87%
% kenaikan	-	1,85%	1,90%	-1,04%	2,62%	0,35%	1,14%
Jumlah total	233. 423. 654	156.790. 288	171.939 .255	187.99 1.950	208.054. 200	223.347.5 55	-

Penduduk Indonesia	255.100.000	255.587.900	258.496.500	261.355.500	264.161.600	266.911.900	-
JKN/Populasi	52%	61%	67%	72%	79%	84%	-
% kenaikan	0%	17,51%	9,66%	9,34%	10,67%	7,35%	10,91%

Sumber : jurnal Prakarsa

Berdasarkan data Tabel 2.1 cakupan kepesertaan JKN terus meningkat dari 52 persen di tahun 2014 menjadi 84 persen tahun di 2019. Rata-rata peningkatan adalah sebesar 10,9 persen per tahun dan peningkatan peserta paling besar terjadi di tahun 2015 (17,5 persen) namun kemudian menurun sebesar 7,35 persen di tahun 2019. Rata-rata kenaikan terbesar terjadi pada segmen PBPU (30,6 persen) diikuti PPU (17,6 persen). Peserta paling banyak adalah PBI yang mencakup lebih dari 60 persen, diikuti PPU (23,1 persen), PBPU (14,6 persen) dan PB (2,3 persen).

Keterangan:

- PBI : penerima bantuan iuran
- PPU : Pekerja penerima upah
- PBPU : pekerja bukan penerima upah

BP: Bukan pekerja

E. Jaminan Kesehatan Nasional

1. Pengertian dan Ruang Lingkup Jaminan Kesehatan Nasional

JKN merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai jaminan kesehatan sosial. JKN merupakan asuransi sosial kesehatan nasional yang bersifat wajib berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Program ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak, baik kepada yang telah membayar iuran secara mandiri atau dibayarkan oleh pemerintah. JKN memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui dua fasilitas kesehatan yaitu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL).

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) merupakan salah satu upaya pemerintah untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC). Hal ini tertuang dalam UU No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang menjamin hak yang sama bagi setiap orang untuk memperoleh akses pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Upaya tersebut relevan dengan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals/SDGs) yakni mencapai jaminan kesehatan universal, termasuk perlindungan risiko finansial, akses terhadap layanan kesehatan esensial yang berkualitas, dan akses terhadap obat-obatan dan vaksin esensial yang aman, efektif, berkualitas, dan terjangkau bagi semua.

BPJS Kesehatan telah membuat indikator pencapaian dari program JKN. Menurut laporan pengelolaan program dan kinerja keuangan tahunan, indikator capaian program JKN adalah:

- a. jumlah penduduk yang menjadi peserta program JKN
- b. jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang telah menjadi mitra BPJS Kesehatan
- c. jumlah pelayanan rawat jalan dan rawat inap,

- d. kepuasan pelanggan dan kualitas layanan fasilitas kesehatan.
- e. Indikator-indikator yang digunakan BPJS Kesehatan dalam upaya pencapaian UHC (jaminan kesehatan semesta) masih dari sisi kepesertaan saja. Sementara ukuran kinerja jaminan kesehatan yang sesuai dengan indikator WHO lebih luas yakni dilihat dari jumlah kepesertaan, out of pocket dalam pelayanan kesehatan, kepuasan peserta dan efektivitas pelayanan.²⁶

JKN telah meningkatkan pemenuhan hak dasar kesehatan seluruh lapisan masyarakat, tidak terkecuali kelompok masyarakat miskin dan kurang mampu melalui skema Penerima Bantuan Iuran (PBI). JKN juga secara langsung dapat mengurangi beban biaya yang ditanggung oleh masyarakat untuk mengakses fasilitas kesehatan di Indonesia. Menurut World Health Organization/WHO (2013), UHC meliputi 3 dimensi perlindungan. Pertama, perlindungan mendapatkan layanan kesehatan esensial yang bermutu sesuai dengan kebutuhan. Kedua, perlindungan terhindar dari pengeluaran kesehatan katastrofis (catastrophic healthcare expenditure), yaitu pengeluaran kesehatan rumah tangga melebihi 40 persen dari pendapatan yang tersisa setelah memenuhi kebutuhan hidup. Ketiga, perlindungan layanan kesehatan untuk seluruh masyarakat.²⁷

2. Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia

Asuransi kesehatan sosial di Indonesia sesungguhnya sudah dirintis sejak tahun 1968 melalui PT Askes, PT Asabri, dan PT Jamsostek (Persero) yang melayani antara lain pegawai negeri sipil, penerima pensiun, tentara, polisi, veteran, dan pegawai swasta (Setiyono, 2018). Akan tetapi cakupan layanan mereka masih sangat terbatas. Sehingga pada masa awal reformasi, muncul gagasan penyediaan jaminan layanan kesehatan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di tingkat pusat dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di tingkat daerah. Walaupun demikian, program dan skema-skema tersebut masih terfragmentasi,

²⁶ Ibid, h. 7

²⁷ Ibid, h. 2

terbagi-bagi dalam berbagai macam instansi yang tidak terkoneksi satu sama lain. Besaran biaya asuransi kesehatan, standar mutu pelayanan, dan cakupan subsidi pembayaran menjadi sangat bervariasi dan sulit terkendali..

Baru pada tahun 2014, dalam rangka pelaksanaan jaminan sosial bagi seluruh masyarakat Indonesia dalam bidang kesehatan, pemerintah melakukan transformasi terhadap PT Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan. Kehadiran UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) membuat pemerintah harus membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan hal tersebut diwujudkan melalui pengesahan UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, di mana PT Askes (Persero) Persero resmi dibubarkan tanpa likuidasi dan menjadi BPJS Kesehatan Per 1 Januari 2014. BPJS Kesehatan ini kemudian menggantikan sejumlah lembaga jaminan sosial yang ada di Indonesia, seperti yang tercantum dalam UU No. 24 tahun 2011 yang menyebutkan bahwa Jaminan Sosial Nasional dikelola oleh BPJS, untuk Jaminan Kesehatan Nasional secara khusus diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan (Humas BPJS, 2013).

Pelaksanaan program JKN yang dimulai pada tanggal 1 Januari tahun 2014 telah memberikan andil yang cukup besar terhadap reformasi sistem pelayanan dan pembiayaan kesehatan di Indonesia. Untuk mendapatkan jaminan tersebut, besaran iuran yang harus dibayar relatif kecil. Untuk masyarakat tidak mampu, iuran dibayar oleh pemerintah. Untuk kelompok pekerja, iuran dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja itu sendiri. Sementara untuk sektor informal bisa mendaftar secara mandiri dengan pilihan kelas sesuai kemampuan.²⁸

3. Kebijakan Pembiayaan dan Pendanaan Jaminan Kesehatan Nasional

Kebijakan pengumpulan dana dapat dikatakan sebagai akumulasi dari seluruh penerimaan JKN-BPJS Kesehatan yang akan digunakan untuk membiayai fasilitas

²⁸ Niar Afdhal Luthfi, "Op.Cit", h.148.

kesehatan. Menurut WHO, kebijakan dalam skema pengumpulan dana bertujuan untuk memenuhi dua tujuan akhir dari UHC yaitu:

- a. Keadilan dalam distribusi sumberdaya, yaitu setiap masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan mendapatkan haknya, dan
- b. Proteksi keuangan, yaitu melindungi masyarakat berpenghasilan rendah agar tidak terbebani dengan biaya kesehatan yang tinggi.

WHO menentukan indikator karakteristik kebijakan pengumpulan dana yang terdiri dari jumlah dana yang dikumpulkan relatif besar, adanya gabungan dari risiko tinggi dan rendah, serta partisipasi wajib setiap warga. Berdasarkan indikator-indikator tersebut, kebijakan pengumpulan dana seharusnya tidak terfragmentasi artinya semua dana yang masuk dari masyarakat dikumpulkan dalam satu tempat. Kebijakan ini akan menggabungkan resiko dari setiap individu, seperti masyarakat dengan usia muda berpenghasilan tinggi diasumsikan tidak memiliki risiko penyakit yang tinggi sehingga dapat memberikan manfaat kepada masyarakat lanjut usia (lansia) yang memiliki risiko penyakit yang tinggi. Selain itu, kewajiban dalam pembayaran diperlukan untuk menjamin tersedianya dana.

Sumber pendanaan JKN yang tertuang dalam Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011 berasal dari:

- 1) Iuran jaminan sosial
- 2) Hasil pengembangan dana jaminan sosial,
- 3) Hasil pengalihan aset program jaminan sosial yang menjadi hak peserta dari Badan Usaha Milik Negara (BUMN) yang menyelenggarakan program jaminan sosial, dan
- 4) Sumber lain yang sah sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Dalam undang-undang tersebut juga diatur kebijakan pengumpulan dana untuk program JKN yaitu berasaskan gotong royong dan kewajiban seluruh masyarakat dari berbagai segmen untuk berkontribusi, baik secara langsung atau tidak langsung.

Pemerintah daerah juga berkontribusi dalam pembiayaan JKN dengan mendaftarkan peserta Jamkesda ke dalam program JKN sebagai PBI. Selain itu, mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 bahwa daerah wajib menyisihkan sebesar 75 persen dari 50 persen pendapatan dari pajak rokok untuk digunakan sebagai pendanaan JKN.

Peningkatan pendapatan yang digunakan oleh pemerintah berupa kebijakan fiskal untuk meningkatkan kapasitas keuangan program JKN dan pencapaian UHC. Menurut WHO (2016) tujuan peningkatan pendapatan adalah:

- a) Meningkatkan sumber pendanaan yang layak untuk meningkatkan progress JKN,
- b) Sumber pendanaan menitikberatkan pada sumber publik, Memastikan beban keuangan tersebar secara merata, dan
- c) ²⁹Memastikan sumber pendanaan stabil dan dapat diprediksi.

F. Penelitian Terdahulu

Adapun penelitian terdahulu, yang pernah dilakukan penelitian sebelumnya mengenai Analisis Faktor Penyebab Defisit Anggaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2
Penelitian Terdahulu

N o	Nama peneliti dan judul	Judul penelitian	Metode penelitaian	Hasil	Persamaan dan perbedaan
1	Eka Afrina Djamhari, dkk (2020).	Defisit Jaminan kesehatan Nasional (JKN):	Pendekata n kualitatif dan kuantitatif.	Hasil penelitian menyatakan bahwa 1. Besaran iuran belum sesuai dengan perhitungan aktuarial	Persamaan: penelitian terdahulu dengan penelitian

²⁹ Djamhari , Opcit, h. 13-15

		<p>mengapa dan bagaimana mengatasinya?</p>		<p>dan tidak mencukupi untuk membiayai pengeluaran pelayanan apalagi beban pelayanan kesehatan untuk penyakit katastropik sangat tinggi dan terus meningkat. Iuran yang saat ini berjalan tidak mampu menopang beban yang ada.</p> <p>2. Di sisi kepesertaan, peserta PBPU dan perluasan kepesertaan PPU masih belum optimal. Rendahnya kepesertaan dari PBPU dan PPU menunjukkan bahwa komitmen semua pihak terhadap pelaksanaan jaminan kesehatan sosial masih rendah. Hal ini juga disebabkan adanya pemahaman yang kurang tentang pentingnya asuransi</p>	<p>ini adalah sama-sama membahas tentang defisit BPJS kesehatan. Perbedaan: penelitian terdahulu ini membahas cara mengatasi defisit dan juga menggunakan metode Kuantitatif.</p>
--	--	--	--	---	---

				<p>sosial kesehatan sebagai jalan pencapaian jaminan kesehatan semesta dan jalan menuju kehidupan berbangsa yang lebih sehat dan kualitas.</p> <p>3. Di dalam laporan kinerja dan laporan keuangan BPJS Kesehatan tidak mencantumkan secara detail mengenai pengeluaran sesuai dengan yang telah diatur dalam UU BPJS Nomor 24 tahun 2011.</p> <p>4. Kurangnya transparansi dan akuntabilitas dapat menciptakan kondisi yang memungkinkan kesalahan manajemen keuangan, baik sengaja maupun</p>	
--	--	--	--	---	--

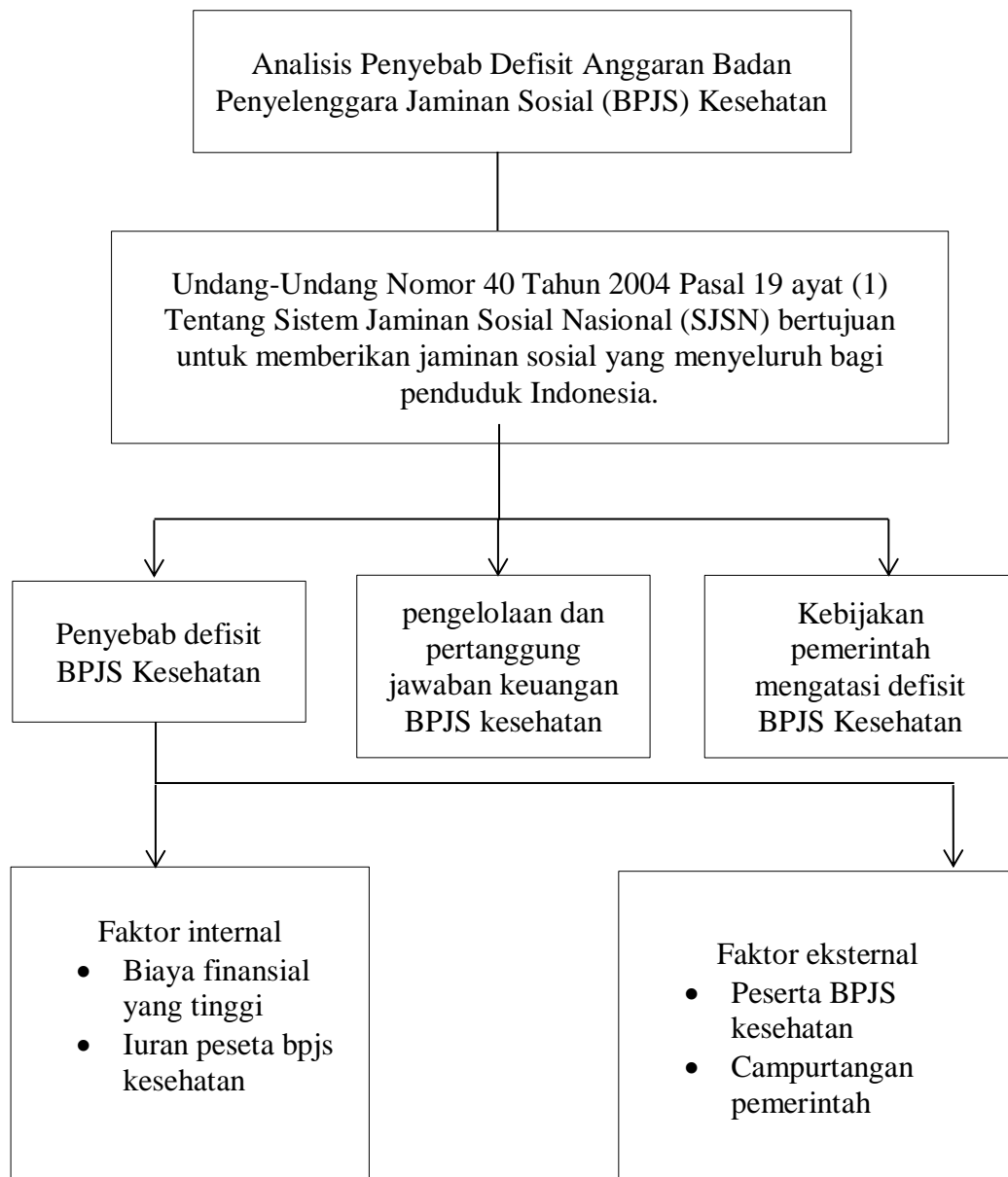
				<p>tidak sengaja. Di tingkat penyelenggaraan layanan (FKTP-FKTRL) dan pemerintah daerah juga terjadi penyelewengan atau penyalahgunaan dana JKN. Di beberapa daerah, kepala daerah dan pejabat di rumah sakit telah divonis oleh pengadilan karena tindak korupsi dana JKN-BPJS Kesehatan. Banyak rumah sakit dan klinik yang diduga melakukan “mark-up” klaim dana BPJS Kesehatan.³⁰</p>	
2	Hartini Retnaningsih (2017)	Defisit BPJS kesehatan dan wacana sharing cost	Kualitatif.	Hasil dalam penelitian ini adalah Terkait dengan defisit BPJS Kesehatan, sebaiknya Pemerintah melakukan langkah-	Persamaan: sama- sama membahas tentang defisit BPJS

³⁰ Djamhari, Eka Afrina, dkk,” *Defisit Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Mengapa dan Bagaimana Mengatasinya?*”, PRAKARSA, januari 2020, h, 97-99.

		peserta JKN-KIS mandiri berpenyakit katastropik.		langkah berdasarkan fungsi kelembagaan dengan menggali secara maksimal potensipotensi nasional yang ada. Selain bertumpu pada iuran peserta, pilihan-pilihan terbaik untuk mengatasi dan mencegah defisit BPJS Kesehatan di antaranya adalah melalui pajak dan/atau donasi sosial. Memang menaikkan iuran peserta merupakan opsi yang paling praktis dalam rangka mengatasi defisit. Namun demikian, sebaiknya Pemerintah menghindari opsi ini, karena hal ini akan membebani masyarakat. ³¹	Kesehatan. Perbedaan: penelitian terdahulu lebih fokus membahas tentang sharing cost terhadap penyakit katastropik.
--	--	--	--	---	--

³¹ Hartini Retnaningsih, "Defisit BPJS kesehatan dan wacana sharing cost peserta JKN-KIS mandiri berpenyakit katastropik". Info singkat, November 2017, h. 12.

G. Kerangka Pemikiran



Gambar 2.1 Kerangka Pemikiran

Dari bagan di atas dapat dilihat alur logika berjalannya penelitian ini. Pertama yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di atur dalam Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang bertujuan untuk memberikan jaminan sosial yang menyeluruh bagi penduduk Indonesia. Namun BPJS Kesehatan mengalami defisit dari faktor internal dan faktor eksternal. struktur pendanaan untuk program kesehatan yang ditujukan untuk

mencapai tujuan menengah dan akhir. Maka jaminan kesehatan semestinya harus didasari dengan pembuatan kebijakan pendanaan agar mampu mencapai tujuan akhir dari UHC yaitu utilisasi kepada yang membutuhkan, proteksi finansial dan keadilan dalam keuangan, kualitas dan efektifitas pelayanan.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif yaitu salah satu metode penelitian yang bertujuan untuk mendapatkan pemahaman tentang kenyataan melalui proses berpikir induktif. Dimana tujuan utama penelitian kualitatif adalah untuk memahami fenomena atau gejala sosial dengan lebih menitik beratkan pada gambaran yang lengkap tentang fenomena yang dikaji.³²

Penelitian kualitatif merupakan penelitian yang menekankan pada aspek pemahaman secara mendalam terhadap suatu masalah daripada melihat permasalahan untuk penelitian generalisai. Metode penelitian ini menggunakan teknik analisis mendalam (in-dept analysis), yaitu mengkaji masalah secara kasus perkasus. Penelitian kualitatif dilakukan pada kondisi alamiah dan bersifat penemuan. Dalam penelitian kualitatif, adalah instrumen kunci. Oleh karena itu, penelitian harus memiliki bekal teori dan wawasan yang luas jadi bisa bertanya, menganalisis, dan mengkontruksi obyek yang diteliti menjadi lebih jelas.³³

Pendekatan yang digunakan ialah pendekatan deskriptif yang umumnya berbentuk kata-kata, gambar-gambar, atau rekaman.

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan Kualitatif. Penelitian kualitatif umumnya bersifat deskriptif dan cenderung menggunakan analisis dengan pendekatan induktif dan dilakukan dengan situasi yang wajar (Natural setting) dimana landasan teori dimanfaatkan sebagai pemandu agar fokus penelitian dan sebagai bahan pembahasan penelitian. Pendekatan kualitatif adalah pendekatan yang bertujuan untuk mendeskripsikan dan menganalisis fenomena, peristiwa, atau aktivitas sosial yang berlangsung di

³² Kresno. *Metodologi Penelitian Kualitatif*, (Jakarta: Rajawali Pers, 2016)

³³ Rahmani, N. A. B. (2016). *Metodelogi Penelitian Ekonomi*. Cetakan Pertama. Medan: FEBI UINS PRESS

masyarakat. Metode ini digunakan untuk meneliti kondisi obyek yang alami atau alamiah yang dilakukan secara langsung oleh peneliti.³⁴

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi dan waktu penelitian merupakan wilayah geografis dan kronologis keberadaan Populasi penelitian. Kegiatan sampling dilakukan atas populasi yang dibatasi wilayah geografis dan kronologinya.³⁵

Penelitian ini mengambil lokasi penelitian untuk BPJS Kesehatan wilayah Indonesia. Waktu penelitian dilakukan di bulan September 2020 – Januari 2021 diawali dengan pencarian data- data tersebut sampai selesai.

C. Subjek dan Objek Penelitian

Subjek penelitian ini adalah orang yang dijadikan sebagai sumber data atau sumber informasi oleh peneliti. Subjek dalam penelitian ini adalah tata kelola bagian anggaran BPJS Kesehatan.

Objek penelitian ini adalah bahan yang dijadikan sebagai sumber data atau sumber informasi oleh peneliti.³⁶ Objek dari penelitian ini berasal dari Laporan Tahunan (*Annual Report*) yang di akses melalui website resmi BPJS Kesehatan dari tahun 2017-2019.

D. Jenis dan Sumber Data

1. Jenis Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data Kualitatif.

2. Sumber Data

Data sekunder merupakan data yang diperoleh secara tidak langsung seperti berbagai sumber tertulis yang memungkinkan dapat dimanfaatkan dalam

³⁴ Tarigan A, Dkk, “*Metodologi Penelitian Ekonomi Islam*”, Medan:La Tansa Press

³⁵ Purwanto, *Metodelogi Penelitian Kuantitatif Untuk Psikologi dan Pendidikan*, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2010), h. 240.

³⁶ Budi Trianto, *Riset Modeling: Teori, Konsep dan Prosedur Melakukan Penelitian*, (Pekanbaru: Adh-Dhuha Institusi, 2016), h. 60

penelitian ini. Diantaranya buku-buku, literatur, internet, atau jurnal ilmiah, arsip, dokumen pribadi dan dokumen-dokumen resmi lembaga terkait dengan penelitian ini.³⁷

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder. Data sekunder yang digunakan berupa laporan tahunan 2017-2019. Sumber data di peroleh dari situs resmi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

E. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data adalah cara yang digunakan untuk mendapatkan data dan informasi yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan penelitian.³⁸ Adapun teknik pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu:

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari objek yang diteliti.

a. Dokumentasi Wawancara

Wawancara untuk meminta keterangan atau pendapat mengenai suatu hal. Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu. Data yang dikumpulkan melalui wawancara yang dimaksud dengan ahli. Dalam proses ini penulisan melakukan wawancara yang tidak berstruktur yaitu melakukan wawancara yang bersifat bebas menurut para ahli.

2. Data Skunder

Data sekunder adalah data-data yang dijadikan pelengkap guna melancarkan proses penelitian, data sekunder ini dilakukan melalui studi kepustakaan, baik dari pustaka buku maupun dokumentasi atau arsip yang berkaitan dengan objek penelitian.

³⁷ Tarigan A, Dkk “*Metodologi Penelitian Ekonomi Islam*”, Medan: La-Tansa Press

³⁸ Sugiono, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*, (Bandung: Alfabeta, 2013), h. 16.

- a. Studi kepustakaan yaitu mengumpulkan data yang diperoleh dari buku-buku, literature, internet dan sumber-sumber lain yang terkait dengan penelitian ini.
- b. Studi dokumentasi yaitu teknik pengumpulan data dengan menggunakan catatan atau dokumen yang ada dilokasi penelitian atau sumber-sumber lain yang terkait dengan objek penelitian. Mengumpulkan data dalam penelitian ini adalah metode arsip (dokumentasi). Basis data diperoleh dengan melakukan penelusuran dan pencatatan informasi yang diperlukan dari data sekunder yaitu laporan tahunan (*annual report*).

F. Teknik Analisis Data

Analisis data penelitian ini adalah analisis data deskriptif kualitatif. Analisis data kualitatif yaitu penyajian data dalam bentuk tulisan dan menerangkan apapun sesuai dengan data yang diperoleh. Tujuan utama menggunakan metode deskriptif adalah dengan menggambarkan sifat suatu keadaan yang sementara berjalan pada saat penelitian dilakukan, dan memeriksa sebab-sebab suatu gejala tertentu.³⁹

Analisis data disebut juga pengolahan data dan penafsiran data. Analisis data adalah rangkaian kegiatan penelaahan, pengelompokan, sistematis, penafsiran dan verifikasi data agar sebuah fenomena memiliki nilai sosial, akademis dan ilmiah.⁴⁰

Hasil penelitian ini akan dianalisis secara deskriptif kualitatif, yaitu dengan menggambarkan, meringkas berbagai kondisi, berbagai situasi atau berbagai fenomena realitas sosial yang ada dimasyarakat yang menjadi objek penelitian dan berupaya menarik realitas itu kepermukaan sebagai suatu ciri, karakter, sifat model, tanda atau gambaran tentang kondisi, situasi ataupun fenomena tertentu. Tahapan-tahapan yang dilakukan adalah:

³⁹ Consuelo G Sevilla, *Pengantar Metode Penelitian, cet2*, (Jakarta: UI Press, 1999), h. 71.

⁴⁰ Rahmani N, *Metodologi Penelitian Ekonomi*, Medan: FEBI UIN-SU Press, 2016

1. Mengumpulkan data, yaitu data yang dikumpulkan berasal dari Laporan Tahunan (*Annual report*).
2. Analisis data dilakukan secara tabulasi dan deskriptif. Analisis deskriptif merupakan metode penelitian dengan cara mengumpulkan data-data sesuai dengan yang sebenarnya kemudian data-data tersebut disusun, diolah dan dianalisis untuk dapat memberikan gambaran mengenai masalah yang ada.
3. Mengklarifikasi materi data, langkah ini digunakan untuk memilih data yang dapat dijadikan acuan untuk penelitian selanjutnya. Mengklarifikasi materi data dapat dilakukan dengan mengelompokkan data yang diperoleh dari hasil .
4. Pengeditan, yaitu melakukan penelaahan terhadap data yang terkumpul melalui teknik-teknik yang digunakan kemudian dilakukan penelitian dan pemeriksaan kebenaran serta perbaikan apabila terdapat kesalahan sehingga mempermudah proses penelitian lebih lanjut.
5. Menyajikan data, yaitu data yang telah ada di deskripsikan secara verbal kemudian diberikan penjelasan dan uraian berdasarkan pemikiran yang logis serta memberikan argumentasi dan dapat ditarik kesimpulan.

BAB IV

TEMUAN PENELITIAN

A. Gambaran Umum Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

1. Sejarah Berdirinya BPJS Kesehatan

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan di Indonesia sudah berlangsung sejak zaman kolonial Belanda. Pelayanan kesehatan dilanjutkan setelah zaman kemerdekaan Indonesia. Setelah mendapat pengakuan kedaulatan oleh Pemerintah Belanda, Pemerintah Indonesia melanjutkan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, khususnya bagi Pegawai Negeri Sipil (PNS) beserta keluarga.

Menteri Kesehatan Prof. G.A. Siwabessy periode 1966-1978, mengajukan sebuah gagasan untuk menyelenggarakan Program Asuransi Kesehatan, karena program ini mulai diberlakukan di sejumlah Negara maju. Programnya berkembang dengan pesat. Pada saat penerapan Program Asuransi Kesehatan, penerima manfaat dari program ini masih terbatas bagi PNS beserta keluarga. Namun Prof. G.A. Siwabessy sudah yakin, kelak suatu saat, Program Asuransi Kesehatan bisa dinikmati seluruh masyarakat Indonesia ini demi terjaminnya pelayanan kesehatan. Sejarah BPJS Kesehatan mencakup 4 (empat) periode yaitu:

- a. 1968 – Pemerintah Indonesia menertibkan Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 1 Tahun 1968 dengan membentuk Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan kesehatan bagi pegawai negeri (PNS) dan penerima pensiun beserta keluarganya.
- b. 1984 – Pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 dan 23 Tahun 1984. BPDPK berubah status dari sebuah badan di lingkungan Departemen Kesehatan menjadi BUMN, yaitu Perum Husada Bhakti (PHB). Tugas PHB adalah melayani jaminan kesehatan bagi PNS, pensiunan PNS, veteran, perintis kemerdekaan, dan anggota keluarganya.
- c. 1992 – PHB berubah status menjadi PT Askes (Persero) melalui peraturan pemerintah Nomor 6 Tahun 1992. PT Askes (Persero) mulai menjangkau karyawan BUMN melalui Program Askes Komersial. Pada Januari 2005,

PT Askes (Persero) dipercaya pemerintah untuk melaksanakan Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM). Program ini kemudian dikenal menjadi program Askeskin dengan sasaran peserta masyarakat miskin dan tidak mampu sebanyak 60 juta jiwa. Pemerintah Pusat menanggung biaya iuran. PT Askes (Persero) juga menciptakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PJKMU), yang ditujukan bagi masyarakat yang belum dilayani oleh Jamkesmas, Askes Sosial, maupun asuransi swasta. PJKMU adalah Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dengan pengelolaan diserahkan kepada PT Askes (Persero). Pada periode tersebut, tercatat sebanyak 6,4 juta jiwa yang berasal dari 200 kabupaten/kota telah menjadi peserta PJKMU.

- d. 2014 – Pada tanggal 1 Januari 2014, BPJS Kesehatan mulai resmi beroperasi. Hal ini berawal pada tahun 2004 saat pemerintah mengeluarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Pada tahun 2011, pemerintah menetapkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) serta menunjuk PT Askes (Persero) sebagai penyelenggara program jaminan sosial di bidang kesehatan. Sehingga PT Askes (Persero) berubah menjadi BPJS Kesehatan.⁴¹

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan merupakan suatu program jaminan kesehatan yang dibuat oleh pemerintah. Penyelenggaraan BPJS Kesehatan pertama kali mulai pada tanggal 1 Januari 2014. Dengan adanya BPJS Kesehatan pemerintah mengharapkan agar rakyat Indonesia lebih mudah untuk menerima jaminan kesehatan. Yang mana dengan adanya BPJS Kesehatan, rakyat Indonesia bisa merasakan perbedaan sebelum dan sesudah adanya BPJS Kesehatan. Misalnya seperti ringannya biaya pengobatan, lebih mudah mendapatkan pelayanan kesehatan, dan lainnya. Maka dari itu pemerintah membuat keputusan dengan menciptakan suatu program Jaminan Kesehatan

⁴¹ BPJS Kesehatan https://id.m.wikipedia.org/wiki/BPJS_Kesehatan, diunduh pada tanggal 3 februari 2021

Nasional (JKN) yang di selenggarakan oleh Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS).

BPJS Kesehatan diciptakan agar rakyat Indonesia bisa merasakan adanya pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah. Hal tersebut merupakan upaya pemerintah agar memperingan beban rakyat khusus nya rakyat Indonesia yang kurang mampu.

2. Visi dan Misi

a. Visi BPJS Kesehatan:

Terwujudnya Jaminan Kesehatan yang Berkualitas Tanpa Diskriminasi.

b. Misi BPJS Kesehatan:

- 1) Memberikan Layanan Terbaik Kepada Peserta dan Masyarakat.
- 2) Memperluas Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Mencakup Seluruh Penduduk Indonesia.
- 3) Bersama Menjaga Kestinambungan Finansial Program Jaminan Kesehatan.⁴²

c. Fungsi tugas dan Wewenang BPJS Kesehatan

1) Fungsi BPJS Kesehatan

UU BPJS menentukan bahwa “BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan”. Jaminan kesehatan menurut UU SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

2) Tugas BPJS Kesehatan Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana tersebut diatas BPJS bertugas untuk:

- a) Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta

⁴² <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/pages/detail/2010/2>. Diunduh pada tanggal 3 februari 2021

- b) Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja
- c) Menerima bantuan iuran dari Pemerintah
- d) Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta
- e) Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial
- f) Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial
- g) Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

3) Wewenang BPJS Kesehatan

Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud diatas BPJS berwenang:

- a) Menangih pembayaran iuran.
- b) Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai.
- c) Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional.
- d) Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tariff yang ditetapkan oleh pemerintah.
- e) Membuat dan menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan.
- f) Mengenakan sanksi administrative kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya.
- g) Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau

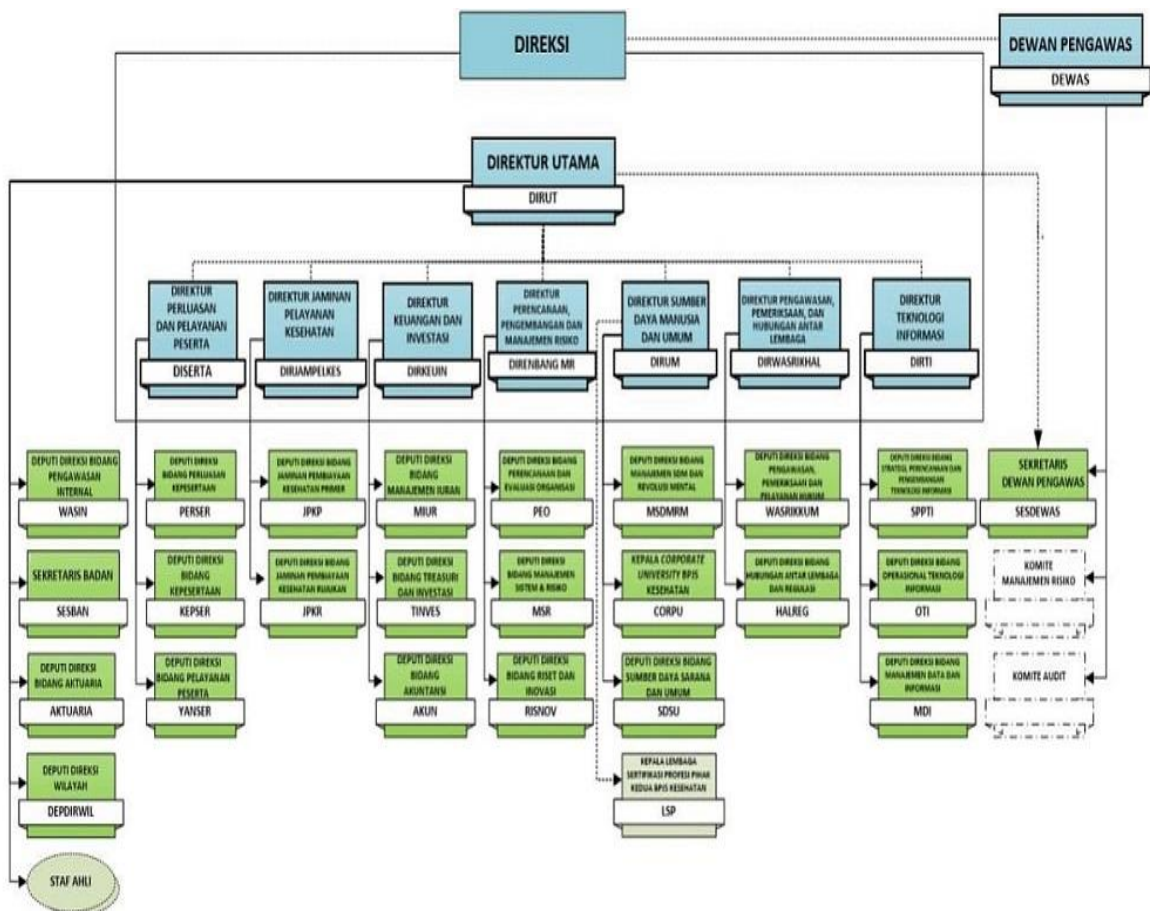
dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- h) Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

Kewenangan menagih pembayaran iuran dalam arti meminta pembayaran dalam hal terjadi penunggakan, kemacetan, atau kekurangan pembayaran, kewenangan melakukan pengawasan dan kewenangan mengenakan sanksi administrative yang diberikan kepada BPJS memperkuat kedudukan BPJS sebagai badan hukum publik.

3. Struktur Organisasi

Peraturan Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 55 Tahun 2019 Tentang Struktur Organisasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2019.



Gambar 4.1 Struktur organisasi BPJS Kesehatan

4. Asas, Tujuan, dan Prinsip BPJS Kesehatan

- a. Asas BPJS Kesehatan BPJS Kesehatan menyelenggarakan Jaminan Kesehatan berdasarkan asas sebagai berikut:
 - 1) Kemanusiaan Asas kemanusiaan adalah asas yang terkait dengan penghargaan terhadap martabat manusia.
 - 2) Manfaat
Asas manfaat adalah asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efektif dan efisien.
 - 3) Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia Asas keadilan bagi sosial bagi seluruh rakyat Indonesia adalah asas yang bersifat idiil.
- b. Tujuan BPJS Kesehatan Mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan kesehatan yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya sebagai pemenuhan kebutuhan dasar hidup penduduk Indonesia. (UU No. 24 Tahun 2011 Pasal 3).
- c. Prinsip BPJS Kesehatan Terdapat 9 (Sembilan) prinsip penyelenggaraan BPJS Kesehatan (UU No.24 Tahun 2011 Pasal 4) yaitu:
 - 1) Kegotong-royongan Prinsip kegotong-royongan adalah prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya Jaminan Sosial yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah, atau penghasilannya.
 - 2) Nirlaba Prinsip nirlaba adalah prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta.
 - 3) Keterbukaan Prinsip keterbukaan adalah prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta
Kehati-hatian Prinsip kehati-hatian adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.

- 4) Akuntabilitas Prinsip akuntabilitas adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.
- 5) Portabilitas Prinsip portabilitas adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
- 6) Kepesertaan bersifat wajib Prinsip kepesertaan bersifat wajib adalah prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial yang dilaksanakan secara bertahap.
- 7) Dana amanat Prinsip dana amanat adalah bahwa iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta Jaminan Sosial.
- 8) Hasil pengelolaan dana jaminan kesehatan dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.⁴³

B. Hasil Penelitian

1. Faktor Penyebab Terjadi Defisit Anggaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

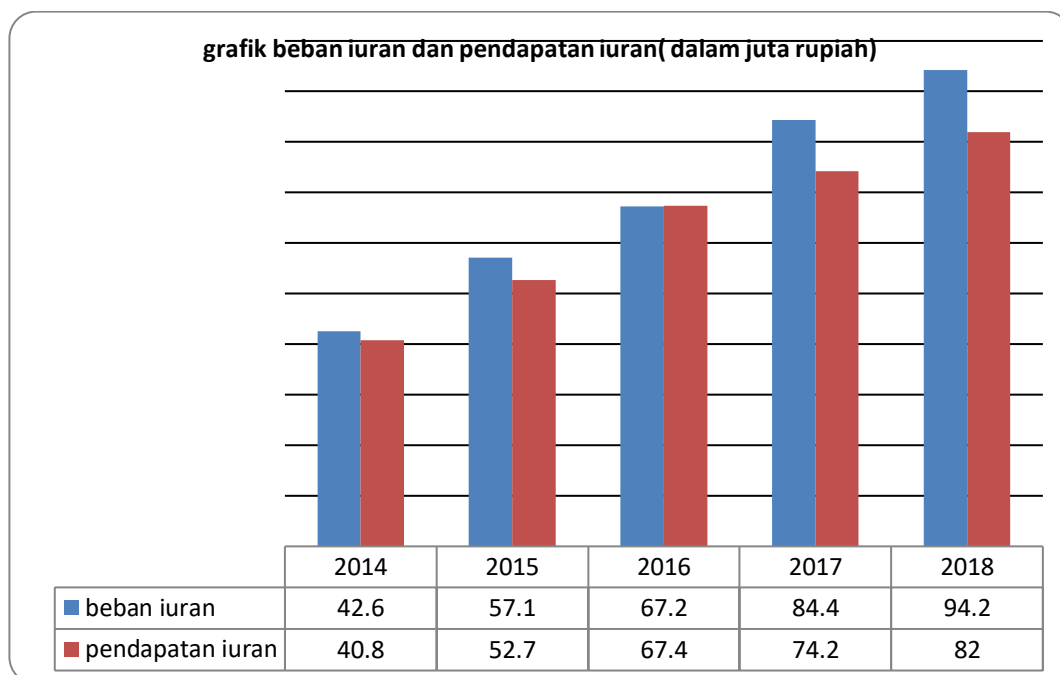
Beberapa indikasi akar penyebab defisit jaminan kesehatan nasional, baik yang berasal dari internal maupun eksternal adalah: Pendapatan dan beban yang tidak seimbang; Kontribusi iuran yang masih rendah; Belum maksimalnya kepesertaan dan masih rendahnya kedisiplinan peserta; Beban pembiayaan kesehatan untuk penyakit katastrofik terus meningkat; Berikut adalah uraiannya.

⁴³ Topik, Asas, Tujuan, dan Prinsip, <http://jkn.jamsosindonesia.com/topik/detail/asas/-tujuan-dan-prinsip>, Diunduh pada tanggal 3 februari 2021

a. Pendapatan dan beban yang tidak seimbang

Penyebab utama defisit adalah pengeluaran yang lebih besar daripada pemasukan. Pemasukan utama BPJS Kesehatan adalah iuran peserta yang mencakup 99 persen dari total pemasukan.

Gambar 4.2 grafik iuran



Sumber : Jurnal Prakarsa

Grafik tersebut menunjukkan adanya selisih antara pendapatan iuran/premi per orang per bulan (popb) dan beban iuran/premi popb dari program JKN tahun 2014-2019. Grafik tersebut menunjukkan bahwa beban iuran lebih besar daripada pendapatan iuran, sehingga program JKN selalu mengalami defisit. Hal ini didukung dengan adanya pengakuan dari bapak Direktur utama BPJS Fachmi idris, mengatakan:

“Premi yang ditetapkan pemerintah belum sesuai hitungan aktuaria. Untuk kelas 2 misalnya besarnya iuran saat ini sebesar Rp 51.000 per bulan dari seharusnya Rp 63.000. ”Sehingga di kelas ini saja pemerintah harus mensubsidi Rp 12.000 per peserta,

Potensi terjadinya defisit bukan sesuatu yang tiba-tiba. Sebab setiap tahun BPJS Kesehatan bersama dengan Kementerian Kesehatan dan Dewan Jaminan

Sosial Nasional (DJSN) setiap kali membuat program kerja sudah memperkirakan akan terjadi defisit. Penyebab utamanya karena nilai iuran yang tidak sesuai dan tidak seimbang”⁴⁴

Pernyataan yang hampir sama juga dikemukakan oleh ibu menteri keuangan Sri mulyani

“Jadi iuran terlalu kecil dengan manfaat yang terlalu banyak, maka resikonya terlalu tinggi karena peserta juga banyak,”⁴⁵

Dari pernyataan di atas kita dapat ketahui bahwa kontribusi iuran peserta tidak mencukupi biaya yang dikeluarkan. BPJS Kesehatan mengelola sumber pendanaan JKN sesuai Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011. Berdasarkan peraturan tersebut, pendapatan BPJS Kesehatan adalah iuran peserta, aset dari badan jaminan sosial sebelumnya, hasil investasi dan sumber lain. Kemudian Peraturan Presiden No. 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan pada pasal 99 dan 100 juga menegaskan pemerintah daerah wajib menyisihkan 75 persen dari 50 persen pendapatan pajak rokok untuk pendanaan JKN dengan perkiraan sebesar 1,48 triliun rupiah.

b. Kontribusi Iuran yang Masih Rendah

Defisit BPJS Kesehatan saat ini hanya dilihat dari sisi pengeluaran yang terlalu tinggi dan bukan dari sisi penerimaan yang rendah. Salah satu masalah utama yang dihadapi BPJS Kesehatan adalah pendapatan yang masuk dari iuran peserta tidak sebanding dengan besarnya dana yang dikeluarkan atau terjadinya ketidak sesuaian (*mismatch*) untuk membayar biaya kesehatan. Hal ini di dukung dengan adanya pengakuan dari bapak Direktur Utama BPJS Fachmi idris, mengatakan:

“Konsep BPJS Kesehatan adalah gotong-royong yakni warga mampu memberikan subsidi kepada yang kurang mampu belum berjalan penuh.

⁴⁴ Fachmi Idris, Direrktur Utama BPJS Kesehatan, wawancara <https://news.detik.com/berita/d-4698262/bpjs-kesehatan-ungkap-5-penyebab-tekor-sehingga-iuran-harus-naik>, diunduh pada tanggal 20 Januari 2021

⁴⁵ Sri mulyani, Menteri keuangan, wawancara <https://katadata.co.id/agustiyanti/finansial/5e9a5033ad096/sri-mulyani-beberkan-empat-penyebab-defisit-bpjs-keuangan>, diunduh pada tanggal 20 Januari 2021

*Kenyataannya, masih banyak peserta mandiri yang membayar iuran hanya pada saat sakit dan selanjutnya menunggak*⁴⁶

Hal tersebut juga di sampaikan oleh bapak Hasbullah Thabrany:

*“Penyebab utama defisit adalah revenuenya yang kurang. Iuran rendah, ditambah lagi banyak yang tidak melaporkan upah yang sebenarnya”*⁴⁷

Hal senada juga disampaikan oleh ibu menteri keuangan Sri mulyani

*“Tingkat keaktifan peserta mandiri atau informal yang cukup rendah atau hanya sekitar 54%. Sementara, tingkat utilisasi atau penggunaannya dinilai sangat tinggi.”*⁴⁸

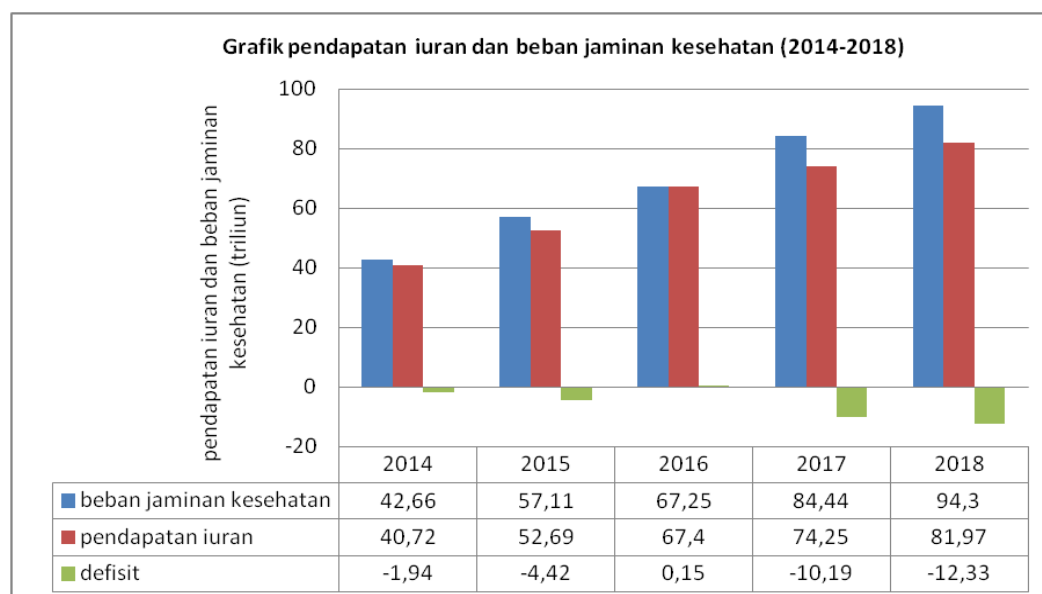
Dari wawancara di atas dapat di simpulkan bahwa peserta yang berkontribusi untuk membayar iuran hanya pada saat sakit sehingga tidak sebanding dengan besarnya dana yang dikeluarkan untuk membayar biaya kesehatan. Berdasarkan UU SJSN No 40 Tahun 2004 dalam pasal 4 disebutkan bahwa kepesertaan bersifat wajib. Disebut wajib karena sesuai dengan prinsip penyelenggaraan SJSN yaitu kegotong royongan yakni 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 untuk seluruh penduduk, tanpa memandang status sosial, gender, atau usia. Jaminan sosial bertujuan untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabat menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil, dan makmur. Oleh karena itu, sosialisasi pemahaman prinsip asuransi sosial perlu dilakukan lebih baik lagi.

⁴⁶ Fachmi Idris, Direktur utamaBPJS Kesehatan, wawancara <https://news.detik.com/berita/d-4698262/bpjs-kesehatan-ungkap-5-penyebab-tekor-sehingga-iuran-harus-naik>, diunduh pada tanggal 20 Januari 2021

⁴⁷ Hasbullah Thabrany, Pakar kesehatan Universitas Indonesia, wawancara detik.com, diunduh pada tanggal 20 Januari 2021

⁴⁸ Sri mulyani, menteri keuangan, wawancara <https://katadata.co.id/agustiyanti/finansial/5e9a5033ad096/sri-mulyani-beberkan-empat-penyebab-defisit-bpjs-keuangan>, diunduh pada tanggal 20 Januari 2021

Gambar 4.3 pendapatan iuran



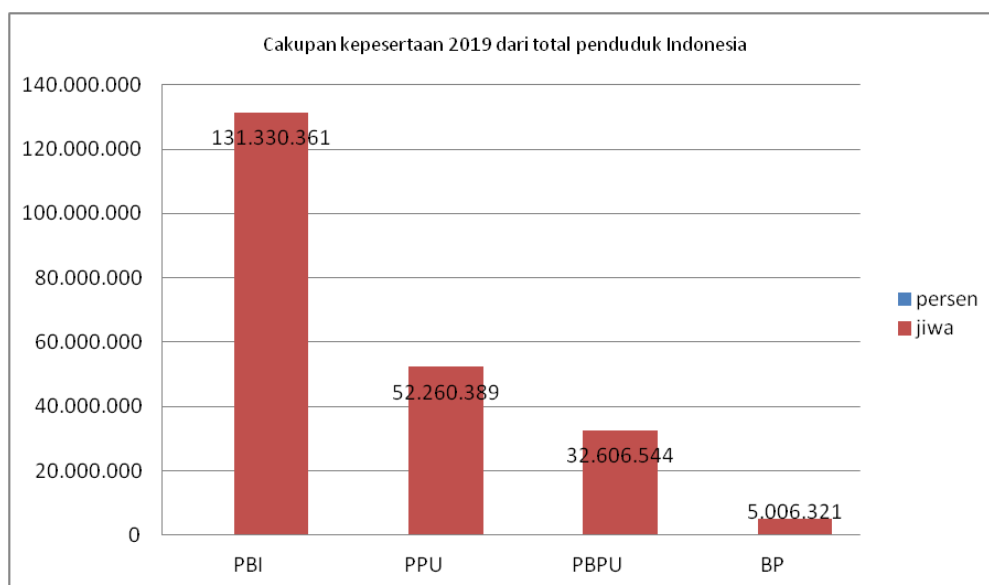
Sumber : BPJS Kesehatan

Total pendapatan iuran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan tahun 2018 yakni Rp 81,97 triliun. Sementara, beban jaminan kesehatan mencapai Rp94,30 triliun. Hal tersebut menyebabkan BPJS Kesehatan defisit Rp 12,33 triliun.

c. Belum Maksimalnya Kepesertaan dan Masih Rendahnya Kedisiplinan Peserta

Cakupan kepesertaan JKN per September 2019 sebesar 82 persen dari total jumlah penduduk Indonesia dan kepesertaan paling banyak didominasi oleh PBI yaitu 59 persen (131.330.361 jiwa), PPU sebanyak 24 persen (52.260.389 jiwa), PBPU 15 sebanyak persen (32.606.544 jiwa), dan BP sebesar dua persen (5.006.321 jiwa) Cakupan kepesertaan belum maksimal karena data kepesertaan PBI yang masih bermasalah, rendahnya kepesertaan PBPU, dan perluasan kepesertaan PPU belum maksimal.

Gambar 4.4 cakupan kepesertaan



Sumber : Jurnal Prakarsa

Hal ini di dukung dengan adanya pengakuan dari ibu menteri keuangan Sri mulyani, mengatakan:

“Banyaknya Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) dari sektor mandiri atau informal yang hanya mendaftar pada saat sakit lalu berhenti membayar iuran setelah mendapatkan layanan kesehatan. tentu harus diantisipasi dengan memperbaiki kebijakan, Ini kalau dalam ekonomi namanya adverse selection. Jadi yang sering sakit, menjadi pendaftar. Sedangkan orang-orang yang sehat merasa tidak butuh, jadi enggak bayar,”⁴⁹

Dari wawancara tersebut peneliti dapat menyimpulkan bahwa, rendahnya kepesertaan PBPU disebabkan rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya asuransi kesehatan dan pemahaman yang salah tentang prinsip asuransi sosial. Keengganan masyarakat mengikuti program dikarenakan rendahnya pengetahuan mengenai program, kurangnya sosialisasi, dan kurangnya media promosi kesehatan. Umumnya peserta mandiri mendaftarkan diri menjadi peserta JKN jika sudah sakit berat dan butuh biaya banyak. Kecenderungan yang terjadi di masyarakat, peserta PBPU yang telah menerima pelayanan tidak membayar lagi

⁴⁹ Sri mulyani, menteri keuangan, wawancara
<https://katadata.co.id/agustiyanti/finansial/5e9a5033ad096/sri-mulyani-beberkan-empat-penyebab-defisit-bpjs-keuangan>, diunduh pada tanggal 20 Januari 2021

iurannya. Banyaknya masyarakat yang mendaftarkan diri menjadi PBPU setelah didiagnosa sakit membuktikan strategi sosialisasi yang telah dilaksanakan belum maksimal.

Beberapa hal yang menjadi penyebab rendahnya cakupan kepesertaan PPU antara lain: 1) rendahnya kepercayaan badan usaha terhadap kualitas layanan JKN, 2) keengganan mematuhi alur pelayanan kesehatan berjenjang, dan 3) belum maksimalnya sanksi dan penegakan hukum bagi badan usaha yang menunggak dan yang tidak mendaftarkan pekerjanya menjadi peserta JKN.

d. Beban Pembiayaan Kesehatan Untuk Penyakit Katastropik Terus Meningkat

Biaya program JKN yang tinggi menjadi konsekuensi yang tidak bisa dihindarkan, mengingat program ini menanggung kurang lebih 200 juta penduduk Indonesia. Hal ini di dukung dengan adanya pengakuan dari bapak Direktur utama BPJS Fachmi Idris, mengatakan:

“fasilitas kesehatan (faskes) yang semakin banyak. Kemudian juga ditemukan semakin banyak penyakit yang harus ditanggung menggunakan BPJS Kesehatan. Biaya pelayanan penyakit katastropik yang semakin besar menjadi salah satu penyebab defisit. Beban kesehatan bisa dilihat dari tingginya biaya yang dikeluarkan untuk penyakit katastropik.”⁵⁰

Hal senada juga di sampaikan oleh ibu menteri keuangan sri mulyani:

“Permasalahan yang terakhir yaitu beban pembiayaan BPJS Kesehatan pada penyakit katastropik yang sangat besar. Tercatat, beban pembiayaan mencapai lebih dari 20% dari total biaya manfaat”.⁵¹

Dari wawancara di atas dapat di simpulkan bahwa Penyakit katastropik yang paling banyak menghabiskan biaya adalah penyakit katastropik yang terkait dengan konsumsi rokok adalah penyakit jantung, stroke, dan kanker.

⁵⁰ Fachmi Idris, Dirut BPJS Kesehatan, wawancara <https://news.detik.com/berita/d-4698262/bpjs-kesehatan-ungkap-5-penyebab-tekor-sehingga-iuran-harus-naik>, diunduh pada tanggal 20 Januari 2021

⁵¹ Sri mulyani, menteri keuangan, wawancara <https://katadata.co.id/agustiyanti/finansial/5e9a5033ad096/sri-mulyani-beberkan-empat-penyebab-defisit-bpjs-keuangan>, diunduh pada tanggal 20 Januari 2021

Tabel 4.1 Realisasi Beban Penyakit Katastropik (dalam juta rupiah)

Jenis penyakit	2014	2015	2016	2018	2019*
Jantung	4.040.777	6.690.228	7.423.001	10.545.486	7.732.781
Kanker	1.537.694	2.289.092	2.295.619	3.406.309	2.715.553
Stroke	741.969	1.064.204	1.274.228	2.565.602	1.938.776
Total	6.320.440	10.043.524	10.992.848	16.517.396	12.387.110
Biaya kesehatan	42.658.701	57.079.390	67.247.884	94.296.844	81.996.530
% biaya	15%	18%	16%	18%	15%

Sumber : Paparan BPJS Kesehatan dan Laporan 2018

Berdasarkan data tahun 2014 hingga 2019, klaim penyakit yang terkait rokok berkisar 5-6 persen dari total biaya jaminan kesehatan atau senilai 2 – 4 triliun rupiah.

2. Pengelolaan Keuangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

Jaminan yang diberikan BPJS kesehatan kepada peserta hanya berupa pembiayaan kesehatan, sehingga BPJS harus bergandengan dengan pihak pemberi layanan kesehatan untuk memberikan layanan kesehatan kepada peserta. ini disebabkan BPJS tidak bertujuan untuk membangun fasilitas kesehatan sendiri, BPJS bertugas menghimpun dana iuran dan mengelolanya kemudian membayarkan tagihan biaya layanan kesehatan peserta kepada pihak pemberi layanan kesehatan yang bersangkutan. Berikut pernyataan dari Direktur Utama BPJS Kesehatan Fachmi Idris

“BPJS Kesehatan dalam membuat transaksi bisnis dengan mitra keuangan dan investasi memiliki filosofi Independent atau tidak dibawah tekanan maupun pengaruh dari pihak lain, berdasarkan prinsip kehati-hatian (duty of care and of loyalty), tidak mengandung potensi benturan kepentingan (conflict of interest rule), dan sesuai dengan ketentuan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku (duty abiding the laws),”

*“BPJS Kesehatan juga secara khusus membentuk unit kerja Manajemen Data Informasi dalam pengelolaan data-data penting-program JKN-KIS BPJS Kesehatan melakukan pengembangan manajemen data (termasuk data riset), pengembangan business intelligence, pelaksanaan fungsi dan tugas PPID. Hal tersebut juga diharapkan dapat memenuhi amanah Pepres 25 tahun 2020 yang menekankan perlunya transparansi dan kemudahan akses data dan informasi sebagai syarat tata kelola BPJS yang baik.”*⁵²

Berdasarkan wawancara tersebut dapat disimpulkan bahwa Iuran yang dikumpulkan dari peserta dikelola BPJS dengan mengembangkannya melalui investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai.

Pengalokasian dana iuran yang sudah terhimpun berdasarkan pasal 43 ayat 2 UU nomor 24 tahun 2011 tentang BPJS diperuntukkan untuk pembiayaan jaminan kesehatan, biaya operasional penyelenggara jaminan sosial, dan investasi dengan tujuan untuk pengembangan dana sosial. Menurut pasal 40 UU nomor 24 tahun 2011 tentang BPJS menjelaskan bahwa BPJS memisahkan antara aset BPJS dan aset jaminan sosial. Tujuan pemisahan tersebut agar aset jaminan sosial beserta hasil pengembangannya yang bersumber dari iuran memang hanya untuk jaminan sosial sebagai dana amanah.

hal ini sesuai pasal 11 ayat b UU nomor 24 tahun 2011 tentang BPJS. tujuan pengembangan dana tersebut agar menambah daya pemberian pembiayaan kepada peserta yang terdaftar. Sehingga pada dasarnya pembiayaan jaminan kesehatan yang diberikan BPJS hanya merupakan dana masyarakat itu sendiri yang dikembalikan kepada peserta dalam bentuk jaminan kesehatan. Asas gotong royong yang diemban BPJS menandakan bahwa pesertalah yang bersama-sama membiayai dirinya sendiri. Adapun tugas pemerintah ikut memberikan bantuan bagi peserta yang tidak mampu membayar iuran dan membuat regulasi-regulasi mengenai pengelolaan BPJS demi kepentingan masyarakat.⁵³

⁵² Fachmi Idris, direktur utama bpjs kesehatan, siaran pers BPJS Kesehatan BPJS Kesehatan https://id.m.wikipedia.org/wiki/BPJS_Kesehatan, diunduh pada tanggal 20 januari 2021

⁵³ Cahuur Usman, *“Analisis Pengelolaan BPJS Kesehatan dalam Perspektif Ekonomi Islam (Studi kasus BPJS Kesehatan Makassar)”*, 2016, skripsi hal 68-70

Pengelolaan BPJS adalah dengan menanggung jaminan kesehatan bagi setiap masyarakat yang tercatat dalam daftar BPJS, dimana bagi setiap masyarakat diwajibkan untuk membayar berupa sejumlah iuran dengan nominal tertentu. Dalam BPJS, dana BPJS dibagi menjadi dua macam yaitu, asset BPJS dan asset dana jaminan sosial, yang mana iuran dari peserta BPJS ini termasuk ke dalam asset dana jaminan sosial. Hasil pengelolaan dana tersebut dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program sebesar-besarnya dan kepentingan peserta. Pengelolaan Dana Jaminan Sosial (DJS) dan asset BPJS Kesehatan diatur lebih lanjut dalam Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan.

3. Pemerintah mengatasi defisit anggaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan

Dalam rangka mendukung keberlangsungan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dukungan pemerintah terus meningkat melalui; Pembayaran iuran JKN kelompok Pekerja Penerima Upah Pemerintah (PNS, TNI, Polri), Pembayaran iuran kelompok masyarakat miskin (Penerima Bantuan Iuran/PBI), Memberikan bantuan atau suntikan dana untuk menutup defisit djs kesehatan.

Mengatasi persoalan defisit pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, diperlukan kajian komprehensif. Menteri Keuangan Sri Mulyani Indrawati mengatakan:

“Ada tiga aspek, yakni tarif, manfaat, dan kemampuan BPJS mengumpulkan iuran.

Aspek pertama yang perlu dibenahi adalah tarif karena terkait kegotong-royongan peserta BPJS Kesehatan, utamanya soal pembiayaan selisih biaya kenaikan iuran BPJS Kesehatan bagi Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) kelas III. Selain itu, permasalahan data peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan peran serta Pemerintah Daerah dalam Program JKN.

Tarif itu adalah masalah isu kegotong-royongan. Artinya yang mampu membayar lebih. Yang agak sedikit mampu, membayar agak kurang. Yang tidak mampu, dibayar pemerintah. Pemerintah tidak mampu membayarnya. Yang

*mampu membayar itu sistem kegotong-royongan Sementara aspek manfaat, harus ada definisi pelayanan kesehatan dasar, sehingga iuran dapat terukur dan sepadan dengan manfaat. hal itu harus dibenahi oleh Menteri Kesehatan dan BPJS Kesehatan secara bersama. Sebab, perundang-undangan mengamanatkan agar terdapat defenisi baku perihal pelayanan kesehatan dasar. Karena kalau pelayanannya unlimited, tidak terbatas, ya mau dibuat iuran berapa pun akan jebol. Sedangkan aspek kemampuan BPJS untuk mengumpulkan atau mendapatkan iuran, harus bisa dipastikan peserta tidak membayar hanya saat sakit. Pembayaran harus berkelanjutan dan tertib membayar”.*⁵⁴

Juga di sampaikan oleh presiden Joko widodo mengatakan:

“Kebijakan untuk mengatasi defisit tersebut antara lain menaikkan iuran JKN sesuai kaidah aktuarial yang berlaku dan mempertimbangkan kemampuan daya beli masyarakat, serta upaya efisiensi melalui bauran kebijakan yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan

*Bauran kebijakan dimaksud diharapkan dapat berkontribusi mengurangi defisit. Kekurangan biaya layanan kesehatan yang belum cukup tertutupi melalui intervensi pemerintah dapat menjadi risiko DJS Kesehatan pada tahun selanjutnya”.*⁵⁵

Lain halnya dengan direktur utama BPJS kesehatan Fachmi Idris yang mengatakan bahwa:

“Sebenarnya saya sudah sering bicara BPJS Kesehatan dan selama itu, penyesuaian iuran itu merupakan pilihan terakhir. Maka dari itu, nantinya ada sekitar enam sampai tujuh peraturan Menteri Keuangan (PMK) yang sudah di siapkan, bilamana Perpers diterbitkan. Insyaallah itu bisa membantu tutup defisit

⁵⁴ Sri mulyani, menteri keuangan, wawancara AyoSemarang. com, diunduh pada tanggal 20 Januari 2021

⁵⁵ Joko widodo, Presiden RI, wawancara <https://www.cnbcindonesia.com/news/20190820080547-4-93180/sederet-jurus-jokowi-tuntaskan-masalah-defisit-bpjs-kesehatan>, diunduh pada tanggal 21 januari 2021

2019 dan tidak membebani rakyat, karena sudah dianggarkan di APBN dan APBD,

Rendanya Tingkat Keaktifan peserta atau PBPU hanya berjumlah 54% sementara tingkat utilitas (penggunaan asuransi) sangat tinggi, Hal ini yang membuat keuangan BPJS kesehatan bleeding, ini yang harus diperbaiki,

Untuk penyesuaian iuran yang dilakukan, maka semua harus semua sepakat mengatakan bukan naik dua kali lipat, tapi peserta harus dikit berhemat, seperti peserta kelas 1 jadi menabung Rp 5000/hari, kelas 2 jadi menabung Rp 3000/hari dan kelas 3 jadi menabung 2000/hari. Hal tersebut diharapkan tidak membebani masyarakat dengan adanya rencana penyesuaian iuran. Paslanya dalam menetapkan besaran iuran yang baru, pemerintah pasti telah mengkaji dan mempertimbangkan kemampuan finansial serta daya beli masyarakat. Apalagi, besar iuran yang akan disesuaikan tak sebanding dengan besarnya manfaat yang diberikan program JKN-KIS untuk membiayai pelayanan kesehatan peserta yang membutuhkan.

Sehingga saat ini juga sangat membantu membiayai iuran masyarakat miskin, sudah ada 96,8 juta peserta yang iurannya ditanggung oleh pemerintah dengan dana APBN. Jadi dalam hal ini, pemerintah sudah hadir untuk masyarakatnya. Salah besar jika program ini dibilang membebani masyarakat.”⁵⁶

Berdasarkan wawancara di atas peneliti dapat menyimpulkan terkait dengan defisit BPJS Kesehatan, sebenarnya Pemerintah sudah melakukan langkah-langkah berdasarkan fungsi kelembagaan dengan menggali secara maksimal potensi-potensi nasional yang ada. Selain bertumpu pada iuran peserta, pilihan-pilihan terbaik untuk mengatasi dan mencegah defisit BPJS Kesehatan di antaranya adalah melalui pajak dan/atau donasi sosial. Memang menaikkan iuran peserta merupakan opsi yang paling praktis dalam rangka mengatasi defisit.

⁵⁶ Fachmi Idris, dirut bpjs kesehatan, siaran pers BPJS Kesehatan BPJS Kesehatan https://id.m.wikipedia.org/wiki/BPJS_Kesehatan, diunduh pada tanggal 20 januari 2021

C. Pembahasan

1. Analisis Faktor Penyebab Defisit Anggaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

BPJS Kesehatan yang berperan sebagai lembaga penyelenggara JKN dibentuk pada 1 Januari 2014. Sesuai dengan UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS Kesehatan bertugas untuk melakukan/menerima pendaftaran peserta, memungut dan mengumpulkan iuran peserta dan pemberi kerja, menerima bantuan iuran dari pemerintah, mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta, mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial, membayarkan manfaat atau membiayai pelayanan kesehatan hingga memberikan informasi mengenai penyelenggara program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

Adapun indikasi faktor penyebab defisit anggaran BPJS Kesehatan yaitu:

- a. Pendapatan dan Beban yang tidak seimbang
- b. Kontribusi Iuran yang masih rendah

Pendapatan yang masuk dari iuran peserta tidak sebanding dengan besarnya dana yang dikeluarkan atau terjadinya ketidaksesuaian (mismatch) untuk membayar biaya kesehatan.

- c. Belum Maksimalnya Kepesertaan dan Masih Rendahnya Kedisiplinan Peserta

Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011 mengatur kebijakan pengumpulan dana untuk program JKN yaitu berasaskan gotong royong dengan kewajiban seluruh masyarakat dari seluruh segmen berkontribusi dalam program JKN untuk membantu masyarakat miskin dan hampir miskin yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Rendahnya kepesertaan PBPJ disebabkan rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya asuransi kesehatan dan pemahaman yang salah tentang prinsip asuransi sosial. Keengganan masyarakat mengikuti program dikarenakan rendahnya pengetahuan mengenai program, kurangnya sosialisasi, dan kurangnya media promosi kesehatan. Umumnya peserta mandiri mendaftarkan diri menjadi peserta JKN jika sudah sakit berat dan butuh biaya banyak.

d. **Beban Pembiayaan Kesehatan Untuk Penyakit Katastropik Terus Meningkat**

Penyakit yang ditanggung berbiaya mahal hampir 30% dana BPJS Kesehatan terserap untuk penyakit katastropik yang membutuhkan penanganan lanjutan dan berbiaya besar. Diantara penyakit katastropik yang terkait dengan konsumsi rokok adalah penyakit jantung, stroke, dan kanker. ketiga penyakit tersebut bisa dikaitkan dengan konsumsi rokok. Biaya penyakit yang terkait dengan rokok terus meningkat sejak 2014.

2. Pengelolaan Keuangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di tinjau dari perspektif keuangan Negara

Dalam pelaksanaan program dana kapitasi JKN harus dikelola secara efektif dan efisien dan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terpadu dari berbagai pihak terkait baik pusat maupun daerah. Dan diharapkan pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan dengan sebaik – baiknya untuk mewujudkan peningkatan derajat kesehatan masyarakat seutuhnya. Hal ini sejalan dengan apa yang mendukung proses implementasi agar tujuan jangka pendek dapat terwujud dengan baik harus didukung oleh tata kelola. Tata kelola mendorong pengelolaan perusahaan yang professional dengan cara meningkatkan prinsip keterbukaan, akuntabilitas, dan efektifnya sistem pengendalian internal.

BPJS merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial untuk menjamin hak konstitusional setiap orang atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat dan sebagai pelaksanaan tugas konstitusional negara untuk mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Berdasarkan Undang-undang No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, Pasal 15 menyebutkan bahwa “peserta mendaftarkan dirinya dalam formulir pendaftaran dengan membayar iuran dan kepesertaan bersifat wajib”. Kemudian BPJS memasukkan iuran tersebut menjadi aset dana jaminan sosial. Diketahui, bahwa dalam BPJS terdapat pemisahan aset, yakni aset BPJS dan aset dana

jaminan sosial, iuran peserta tergolong asset dana jaminan sosial. Kedua aset ini boleh dikembangkan melalui kegiatan investasi, dengan memperoleh kebijakan dari Dewan Jaminan Sosial Nasional. Karena tidak ada RUPS (Rapat Umum Pemegang Saham) maka sepenuhnya kewenangan dalam melakukan pengawasan kegiatan investasi ada pada Dewan Jaminan Sosial Nasional BPJS Kesehatan adalah badan hukum bersifat nirlaba, yaitu badan hukum dengan pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta. Akad yang digunakan bukanlah tentang akad investasi antara peserta dengan BPJS Kesehatan, tetapi hanya akad dengan mendaftarkan diri kemudian peserta menulis data diri pada formulir yang sudah disiapkan BPJS Kesehatan, akad yang digunakan merupakan akad saling percaya dan tolong menolong antara kedua belah pihak dan peserta mendapatkan jaminan berupa kesehatan.⁵⁷

Pengelolaan dana dilaksanakan melalui suatu mekanisme yang merupakan kombinasi proses dan struktur, untuk menginformasikan, mengarahkan, mengelola, dan memantau kegiatan organisasi dalam rangka mencapai tata kelola organisasi yang baik, yang mana hasil pengelolaan dana tersebut dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan sebesar-besarnya kepentingan peserta. Pengelolaan Dana Jaminan Sosial (DJS) dan aset BPJS Kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan. Manajemen Kas Dana Jaminan Sosial (DJS) dikelola secara terintegrasi dengan sistem perbankan yang mencakup kegiatan : a. Distribusi, yaitu dropping dana ke Divisi Regional dan Kantor Cabang secara otomatis by sistem b. Penyimpanan, yaitu penyimpanan dana di satu rekening pooling di Kantor Pusat c. Pembayaran, yaitu pembayaran di Kantor Cabang dilakukan secara auto-debet ke rekening Kantor Pusat d. Likuiditas, yaitu jaminan

⁵⁷ Didi Sukardi, "Pengelolaan Dana Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dalam Perspektif Hukum Islam", Jurnal Kajian Hukum Islam, Vol. 1 No. 1 Juni 2016, h. 3

atas kecukupan dana untuk memenuhi kewajiban jangka pendek BPJS Kesehatan.⁵⁸

3. Pemerintah Mengatasi Defisit Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

Sistem penyelenggaraan jaminan sosial harus diupayakan sedemikian rupa agar dapat memenuhi kebutuhan dasar masyarakat. Dalam hal ini BPJS Kesehatan seharusnya dapat menjamin segala kebutuhan kesehatan dasar masyarakat. Program JKN-KIS diharapkan dapat memberikan rasa sejahtera kepada masyarakat, karena mereka tidak perlu khawatir harus mengeluarkan biaya kesehatan yang mahal. Dalam konteks ini negara hadir melalui SJSN.

Mengatasi defisit BPJS Kesehatan sebaiknya dilakukan secara cermat dan bijak, agar tidak memberatkan masyarakat. Iuran peserta hendaknya didasarkan pada kemampuan bayar masyarakat, dan bukan berdasarkan penyakitnya. Program JKN-KIS memang merupakan asuransi sehingga setiap peserta harus membayar iuran, tetapi asuransi ini adalah asuransi sosial, yang jelas berbeda dengan asuransi komersial yang lebih mendasarkan perhitungan bisnis dalam penentuan preminya. BPJS Kesehatan adalah asuransi sosial, dan negara harus hadir untuk memberikan rasa sejahtera masyarakat.

Setelah melalui diskusi yang panjang antar Kementerian Menko PMK, Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan dan BPJS Kesehatan, serta pihak-pihak terkait, diputuskan kebijakan-kebijakan yang harus dilakukan baik oleh Pemerintah maupun BPJS Kesehatan yang dituangkan dalam empat bauran kebijakan.

a. Kenaikan Iuran Berkala (Status Quo)

Dalam kebijakan ini, iuran sudah ditinjau dua kali yaitu tahun 2016 dan 2019 dengan peningkatan iuran berkisar antara 20 hingga 80 persen.

b. Pungutan Rokok untuk Kesehatan (PRUK) dan Pungutan Kendaraan Bermotor Roda Dua serta Ekstensifikasi Cukai Kendaraan Bermotor Roda Empat

⁵⁸ Adelia Intan Dea Pramita, Skripsi “*Pengelola Keuangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dalam Perspektif keuangan negara*” (Universitas Jember, 2019), h.33

Alternatif ini diperhitungkan dengan alasan: Menambah sumber pendanaan dengan membebankan pada produk yang berbahaya untuk kesehatan karena ruang fiskal pemerintah dalam membiayai program JKN masih rendah. Mengurangi efek eksternalitas negatif sehingga dapat mendorong pengurangan risiko penyakit dan mengurangi jumlah klaim kesehatan kepada BPJS. Pencapaian UHC dari sisi kepesertaan akan lebih cepat (lihat Tabel 45 tentang proyeksi cakupan peserta 2014 - 2030).

c. Kombinasi Kenaikan Iuran dan Sumber Pendanaan Lain

Kebijakan ini akan dikombinasikan dengan memaksimalkan pemasukkan lain seperti pada skenario PRUK dan ekstensifikasi cukai kendaraan bermotor. Adapun dampak alternatif ini antara lain: Menambah sumber pendanaan dengan membebankan pada produk yang berbahaya untuk kesehatan karena ruang fiskal pemerintah dalam membiayai program JKN masih rendah, dan Mengurangi biaya pengeluaran kesehatan peserta.

d. Menutup sisa defisit BPJS Kesehatan dengan sisa anggaran lebih.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan uraian yang telah dijelaskan oleh penulis dalam bab-bab sebelumnya, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Faktor Penyebab defisit anggaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

Besarnya iuran yang belum mencukupi untuk membiayai pengeluaran pelayanan apalagi beban pelayanan kesehatan untuk penyakit katastropik sangat tinggi dan terus meningkat. Dari sisi kepatuhan, peserta mandiri masih belum disiplin dalam membayar iuran dan masih banyak yang menunggak iuran. BPJS Kesehatan juga kurang optimal dalam mendorong kepatuhan mengiur di kelompok peserta mandiri. Dengan kondisi demikian maka kontribusi iuran masih rendah sehingga berkontribusi terhadap defisitnya BPJS Kesehatan.

2. Pengelolaan dan pertanggung jawaban pemerintah Keuangan BPJS Kesehatan di Tinjau dari Pesrpektif Keuangan Negara

Pengelolaan dana tersebut dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program sebesar-besarnya dan kepentingan peserta. Pengelolaan Dana Jaminan Sosial (DJS) dan asset BPJS Kesehatan diatur lebih lanjut dalam Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan. Pengelolaan dana dilaksanakan melalui suatu mekanisme yang merupakan kombinasi proses dan struktur, untuk menginformasikan, mengarahkan, mengelola, dan memantau kegiatan organisasi dalam rangka mencapai tata kelola organisasi yang baik, yang mana hasil pengelolaan dana tersebut dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan sebesar-besarnya kepentingan peserta.

3. Pemerintah mengatasi defisit BPJS Kesehatan

Mengatasi defisit BPJS Kesehatan sebaiknya dilakukan secara cermat dan bijak, agar tidak memberatkan masyarakat. Iuran peserta hendaknya didasarkan pada kemampuan bayar masyarakat, dan bukan berdasarkan penyakitnya.

Program JKN KIS memang merupakan asuransi sehingga setiap peserta harus membayar iuran, tetapi asuransi ini adalah asuransi sosial, yang jelas berbeda dengan asuransi komersial yang lebih mendasarkan perhitungan bisnis dalam penentuan preminya. BPJS Kesehatan adalah asuransi sosial, dan negara harus hadir untuk memberikan rasa sejahtera masyarakat. Melalui fungsi pengawasan, DPR RI perlu terus mengawal jalannya Program JKN-KIS dan kinerja BPJS Kesehatan. DPR RI perlu mendorong Pemerintah agar terus melakukan evaluasi dan mencari solusi terbaik dalam rangka mengatasi defisit BPJS Kesehatan.

B. Saran

Dalam hal pengelolaan keuangan, BPJS Kesehatan sebaiknya perlu meningkatkan kinerja dan memperbaiki sistem pengelolaan keuangan agar terjamin terselenggaranya program jaminan sosial dengan baik dan adil serta tidak timbul kerugian dikemudian hari.

Meningkatkan kegiatan sosialisasi dan pembangunan kesadaran publik akan pentingnya jaminan kesehatan sosial. Selain itu, kegiatan promotif dan preventif ke masyarakat harus ditingkatkan agar masyarakat semakin sadar perilaku hidup sehat sehingga berkontribusi dalam pencegahan penyakit katastropik. Pemerintah harus mengoptimalisasikan serangkaian program pengendalian biaya dan promosi pencegahan penyakit katastropik.

Konsep pengelolaan dalam BPJS kesehatan perlu ditinjau kembali oleh pemerintah selaku pengambil kebijakan agar memiliki kesesuaian.

DAFTAR PUSTAKA

- Adelia, Intan. “*Pengelola Keuangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dalam Perspektif keuangan negara*”, Skripsi. Jember: Universitas Jember, 2019
- Agatha Olivia. <https://katadata.co.id/agustiyanti/finansial/5e9a5033ad096/sri-mulyani-beberkan-empat-penyebab-defisit-bpjs-keuangan>, diunduh pada tanggal 20 Januari 2021
- Ahmadi, Nur. *Metodologi Penelitian Ekonomi*. Medan: FEBI UIN-SU Press, 2016
- Al-Qur’an Al-Karim.
- Anisa, estro dariatni. *Pengaruh Perekonomian Keluarga terhadap Penggunaan BPJS Kesehatan Desa Cileles Jatinangor*. *Journal of Economics and Business*, 3(2)Vol 3: 83-84, 2019
- Anwar, Khoirul. *Analisis Dampak Defisit Anggaran terhadap Ekonomi Makro di Indonesia*. *Jejaring Administrasi Publik*. Tahun VI vol 2: h. 595, 2014
- Azhari, Akmal dkk, *Metodologi Penelitian Ekonomi Islam*. Medan: LaTansa Press.
- Budi, Trianto. *Riset Modelig: Teori, Konsep dan Prosedur Melakukan Penelitian*. Pekanbaru: AdhDhuha Insitute, 2016
- Chandra Gian. <https://www.cnbcindonesia.com/news/20190820080547-4-93180/sederet-jurus-jokowi-tuntaskan-masalah-defisit-bpjs-kesehatan>. Diunduh pada tanggal 21 januari 2021
- D. Hanggraeni, dkk. 2019. *Identifikasi danmitigasi risiko stratejik menggunakan IFE-EFE Matrix: studi kasus BPJS Kesehatan*. *Jurnal ilmiah manajemen bisnis*. Vol.6 No.3, 2019
- Dhona, Umanto Eko Prasetyo. *Tata Kelola Kolaboratif Dalam Penanggulangan Defisit Program Sistem Jaminan Sosial Nasional*. *Jurnal Administrasi Dan Manajemen*. Vol 9 no 2
- Dimiyati, Johni. *Metode Penelitian Pendidikan dan Aplikasinya*. Jakarta: PrenadaMediaGroup, 2013

- Djamhari, Eka, dkk. *Defisit Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Mengapa dan Bagaimana Mengatasinya?*. Jakarta: PRAKARSA, 2020
- Edwin, Naerul. "Kontruksi Sistem Jaminan Sosial dalam Perspektif Ekonomi Islam" *Economica: Jurnal Ekonomi Islam*, – Vol 8, Nomor 2: h. 240-241, 2017
- G, Consuelo Sevilla. *Pengantar Metode Penelitian*, cet 2. Jakarta : UIPress, 1999
- Harahap, Isnaini. *Ekonomi Pembangunan (Pendekatan Transdisip liner)*, Medan: Perdana Publishing, 2018
- Hartini, Retnaningsih. *Defisit BPJS Kesehatan dan Wacana Sharing Cost Peserta JKN-KIS Mandiri berpenyakit Katastropik. Majalah Info Singkat. Vol. IX, No. 22(II): 10-13, 2017*
<https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/pages/detail/2010/2>. Diunduh pada tanggal 3 februari 2021
- Kekeu, Ludovicus. ".Analisis Iuran dan Beban Kesehatan Dalam Rangka Evaluasi Program Jaminan Kesehatan: Studi Kasus Pada BPJS Kesehatan". *Jurnal ASET (Akuntansi Riset)*. Vol.11 No.1, 2019
- Kresno. *Metodologi Penelitian Kualitatif* : Jakarta: Rajawali Pers. 2016
- Moeleong, Lexy J. "*Metodelogi Penelitian kualitatif*", Bandung: PT Remaja Rosdakarya, 2006
- Nasution, Juliana. "Islam Dan Ekonomi Publik: Analisis Persepsi Publik Terhadap Pemanfaatan Wakaf Sebagai Alternatif Pembiayaan Anggaran Negara." (2020).
- Nasution, Muhammad Irwan Padli, et al. "Face Recognition Login Authentication for Digital Payment Solution at COVID-19 Pandemic." *2020 3rd International Conference on Computer and Informatics Engineering (IC2IE)*. IEEE, 2020.
- Purwanto. "Metode Penelitian Kualitatif Untuk Psikologi dan Pendidikan", Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2010
- Sahya, Anggara. *Administrasi Keuangan Negara*. Bandung: Pustaka Setia, 2016
- Simulingga, Sukaria. "*Metode Penelitian*", Medan: Bibliografi, 2011

- Sugiyono. *Metode Penelitian Bisnis*. Bandung: Alfabeta, 2008
- Sugiono. *"Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D"*, Bandung: Alfabeta, 2013
- Trianto, Budi. *"Riset Modeling:Teori, Konsep dan Prosedur Melakukan"*, Pekanbaru: Adh-Dhuha Institusi, 2016
- Undang-undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- Undang-undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial
- Wijaya, Andika. *Hukum Jaminan Sosial Indonesia*. Jakarta: Sinar Grafika, 2018
- Yusuf, Muri. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan Penelitian Gabungan* . Jakarta: Kencana, 2017
- Zainal Asikin, dkk. *Dasar-dasar Hukum Perburuhan*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada Edisi 1 Cetakan ke lima, 2004

CURRICULUM VITAE

Nama : Nelisya Putri
Tempat, Tanggal Lahir : Karang Sari, 03 Mei 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Jurusan/Prodi : Ekonomi Islam
Alamat : Jl. Pahlawan Gg. Melati, Medan.
Status : Mahasiswa
No. Hp : 082367118392
Alamat E-mail : nelisyaputri03@gmail.com
Anak ke : 1 dari 5 Bersaudara
Nama Orang Tua :
Ayah : Muliadi
Ibu : Nurmiati

Riwayat Pendidikan

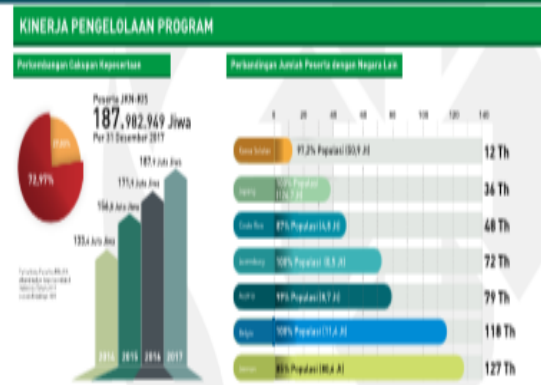
1. Tamatan SDN 117511 Karang Sari tahun 2010
2. Tamatan MTsN Damuli Pekan tahun 2013
3. Tamatan SMAN 1 Kualuh Selatan tahun 2016

Lampiran 1
Annual report





Kategori	Periode 2017		Kategori	Periode 2017		Kategori	Periode 2017	
	2017	2017		2017	2017		2017	2017
APD	157,27	158,31	157,27	158,31	157,27	158,31	157,27	
...	
Jumlah APD	1.180,75	1.177,45	1.180,75	1.177,45	1.180,75	1.177,45	1.180,75	



Kategori	Periode 2017		Kategori	Periode 2017		Kategori	Periode 2017	
	2017	2017		2017	2017		2017	2017
...	
Jumlah	



GATAPAN

Kategori	Periode 2017		Kategori	Periode 2017	
	2017	2017		2017	2017
...	
Jumlah	

Perkembangan

1.180,75 (2017) vs 1.177,45 (2016) vs 1.180,75 (2015)

187,982,949 (2017) vs 187,982,949 (2016) vs 187,982,949 (2015)

235,04 T (2017) vs 235,04 T (2016) vs 235,04 T (2015)

85,63 (2017) vs 85,63 (2016) vs 85,63 (2015)

81 Persekitor Baik (2017) vs 81 Persekitor Baik (2016) vs 81 Persekitor Baik (2015)

1.180,75 (2017) vs 1.177,45 (2016) vs 1.180,75 (2015)

187,982,949 (2017) vs 187,982,949 (2016) vs 187,982,949 (2015)

235,04 T (2017) vs 235,04 T (2016) vs 235,04 T (2015)

85,63 (2017) vs 85,63 (2016) vs 85,63 (2015)

81 Persekitor Baik (2017) vs 81 Persekitor Baik (2016) vs 81 Persekitor Baik (2015)

Kategori	Per 31 Desember 2018 dan 2017		Perubahan	Perubahan (%)
	2018	2017		
KELOMPOK SASARAN				
KELOMPOK SASARAN PERSEKUSI				
Manfaat Penerima Manfaat	5,300	5,300	0	0
Manfaat Penerima Manfaat	5,300	5,300	0	0
KELOMPOK SASARAN PERSEKUSI				
Manfaat Penerima Manfaat	5,300	5,300	0	0
Manfaat Penerima Manfaat	5,300	5,300	0	0

Kategori	Per 31 Desember 2018 dan 2017		Perubahan	Perubahan (%)
	2018	2017		
KELOMPOK SASARAN				
KELOMPOK SASARAN PERSEKUSI				
Manfaat Penerima Manfaat	5,300	5,300	0	0
Manfaat Penerima Manfaat	5,300	5,300	0	0

LAPORAN PENGELOLAAN PROGRAM

Perkembangan Cakupan Kepesertaan

Peserta Asuransi Kesehatan 2018: 222.002.996 (+8,7%)

Kepesertaan Peserta

Kepesertaan Fasilitas Kesehatan

Kategori	Per 31 Desember 2018 dan 2017		Perubahan	Perubahan (%)
	2018	2017		
PERKEMBANGAN PERANGKAT				
Perangkat Kesehatan	130,600	128,500	2,100	1,6%
PERKEMBANGAN PERANGKAT				
Perangkat Kesehatan	130,600	128,500	2,100	1,6%

Pendapatan

Perkembangan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Perkembangan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKRTL)

LAPORAN PERUBAHAN EKUITAS

Kategori	Saldo per 31 Desember 2017	Saldo per 31 Desember 2018	Perubahan
Ekuitas	10.000,00	10.000,00	0,00
Saldo per 31 Desember 2017	10.000,00	10.000,00	0,00
Saldo per 31 Desember 2018	10.000,00	10.000,00	0,00

Biaya Kesehatan

Biaya Kesehatan

Akses Pembayaran Iuran Peserta

486.735 KANAL

CATATAN

1. Laporan Keuangan (LK) dan WU-Kasbon disusun berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan (SAK) yang berlaku. Perhitungan Laporan Keuangan (LK) dan WU-Kasbon menggunakan metode akuntansi akrual.

2. Laporan Keuangan (LK) dan WU-Kasbon yang diungkapkan dalam Laporan Keuangan ini telah diperiksa oleh Kantor Akuntan Publik (KAP) yang telah terdaftar di Kementerian Keuangan Republik Indonesia.

3. Laporan Keuangan (LK) dan WU-Kasbon ini telah diperiksa oleh Kantor Akuntan Publik (KAP) yang telah terdaftar di Kementerian Keuangan Republik Indonesia.

Wajar Tanpa Modifikasi

5 Tahun berturut-turut Wajar Tanpa Modifikasi (WUTM) oleh Kantor Akuntan Publik (KAP).

Pemantauan Pelayanan Kesehatan Tahun 2014 - 2018

Indikator	2014	2015	2016	2017	2018
Kurangnya & FKTP (Pelayanan) Peserta Perseorangan	64,8 juta	102,8 juta	120,9 juta	152,3 juta	147,4 juta
Kurangnya & FKTP (Pelayanan) Peserta Perseorangan	4,2 juta	4,3 juta	4,3 juta	4,7 juta	4,7 juta
Kurangnya & FKTP (Pelayanan) Peserta Perseorangan	12,3 juta	14,7 juta	17,9 juta	22,4 juta	23,9 juta
TOTAL PEMANFATAN/TAHAN	81,3 juta	121,8 juta	143,1 juta	179,4 juta	176,0 juta

Good Governance

5 Tahun berturut-turut Wajar Tanpa Modifikasi (WUTM) oleh Kantor Akuntan Publik (KAP).

Nasional

Kepercayaan Masyarakat 85,72%

Internasional

Kepercayaan Masyarakat 85,72%

Dewan Pengawas

Direksi

