

BAB I. DEFISIT DAN SURPLUS BPJS KESEHATAN DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

**Intan Zainafree¹, Chatila Maharani¹, Nadia Syukria¹, Maria
Margareta Rosaria Patriajati², Deva Amanda Putri¹, Sabrina
Luthfi Tsurroya¹, Ragil Ayu Wigatie¹, Wulan Apriyani Gusti
Putri¹, Maria Vila Bela¹**

¹Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran,
Universitas Negeri Semarang

²Pusat Layanan Kesehatan, Universitas Negeri Semarang
intan.zainafree@mail.unnes.ac.id

ABSTRAK

Konsep *Universal Health Coverage* (UHC) diluncurkan *World Health Organization* (WHO) sejak tahun 1948 pada Konstitusi WHO dan terus diperbaharui dan dipertegas tahun 2005 melalui *World Health Assembly Resolution* 58.33. UHC di Indonesia terealisasi dalam bentuk Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang masuk pada program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program JKN telah dimulai pada tahun 2014 dan diharapkan dapat memberikan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia. Secara spesifik program ini bertujuan untuk memberikan akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau bagi seluruh masyarakat Indonesia tanpa terkecuali. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dibentuk Presiden sebagai institusi khusus penyelenggara program JKN. BPJS Kesehatan bertanggung jawab atas pengelolaan pendaftaran peserta, pengumpulan iuran, pembayaran klaim, dan pengawasan penyedia layanan kesehatan. Paparan ini membahas kondisi keuangan BPJS Kesehatan dari waktu ke waktu dan menjabarkan faktor-faktor yang mempengaruhi kondisi keuangan tersebut.

Kata kunci: jaminan kesehatan nasional, BPJS Kesehatan, Indonesia

PENDAHULUAN

Jaminan kesehatan merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial oleh Pemerintah untuk menjamin seluruh rakyat Indonesia dapat mengakses fasilitas dan pelayanan kesehatan dengan terjangkau. Sebagai bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), jaminan kesehatan nasional diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS). BPJS Kesehatan diresmikan pada 1 Januari 2014. Sejak BPJS Kesehatan dioperasikan, terjadi pula pengalihan program-program pelayanan kesehatan yang mulanya dikelola oleh PT Askes (Persero) bertransformasi kepada BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) merupakan badan hukum publik yang bertanggung jawab secara khusus kepada Presiden untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia sesuai dengan amanat UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (Pemerintah Republik Indonesia, 2011). Peserta BPJS Kesehatan berdasarkan Undang-undang terbagi menjadi dua yaitu peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan bukan Penerima Bantuan Iuran (non PBI). Disebutkan peserta PBI adalah masyarakat yang tergolong fakir miskin atau keluarga miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah, sedangkan peserta non PBI merupakan peserta yang terdiri atas Pekerja Penerima Upah (PPU), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) beserta anggota keluarganya yang diharuskan membayarkan iuran setiap bulannya. Seluruh masyarakat Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS, termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran (Pemerintah Republik Indonesia, 2004).

Program JKN-KIS diselenggarakan melalui mekanisme asuransi kesehatan nasional, dimana masyarakat sebagai peserta wajib membayar iuran dalam jumlah tertentu. Dalam pelaksanaannya program JKN-KIS menjamin berbagai pelayanan kesehatan perseorangan yang komprehensif, mencakup pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan (kuratif), serta pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang termasuk kedalamnya pengadaan obat dan bahan medis. Manfaat tersebut diberikan melalui layanan terkendali mutu dan biaya (*managed care*) (Indonesia, 2014).

KONDISI KEUANGAN BPJS KESEHATAN TAHUN 2014-2020

Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah dijalankan sejak 2014 dan selalu mengalami defisit secara struktural sampai dengan tahun 2019. Defisit keuangan yang dialami BPJS Kesehatan sejak tahun 2014-2019 yaitu berturut-turut Rp.3,3 triliun pada 2014. Kemudian naik menjadi Rp.5,7 triliun pada 2015. Kemudian melonjak sampai dengan Rp9,7 triliun pada 2016 dan Rp.9,75 triliun pada 2017. Kemudian sempat menurun Rp.9,1 triliun pada 2018 dan kembali melonjak hingga Rp.18,9 triliun pada 2019 (Trisnantoro, 2019). Berikut grafik perkembangan defisit BPJS Kesehatan tahun 2014-2019.

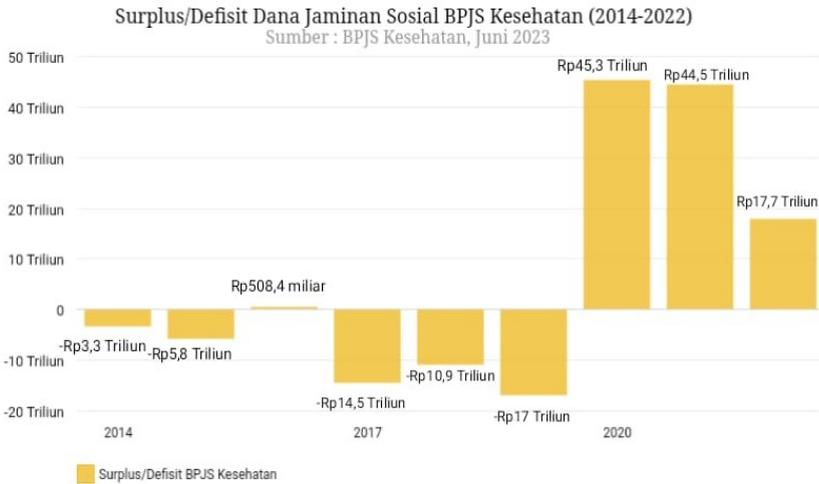


Gambar 1.1. Perkembangan Defisit BPJS Kesehatan Tahun 2014-2019

Sumber: Trisnantoro, 2019

Berdasarkan laporan BPJS Kesehatan yang dibahas dalam webinar PK FKKMK UGM, Dana Jaminan Sosial (DJS) meraih surplus sebesar Rp.18,7 triliun pada 2020 (Kurniawan, 2021). Angka surplus tersebut bisa terlaksana dengan rincian total penerimaan iuran selama tahun 2020 mencapai Rp.133,94 triliun. Sementara, total pembayaran terhadap pelayanan kesehatan sebesar Rp.111,47 triliun.

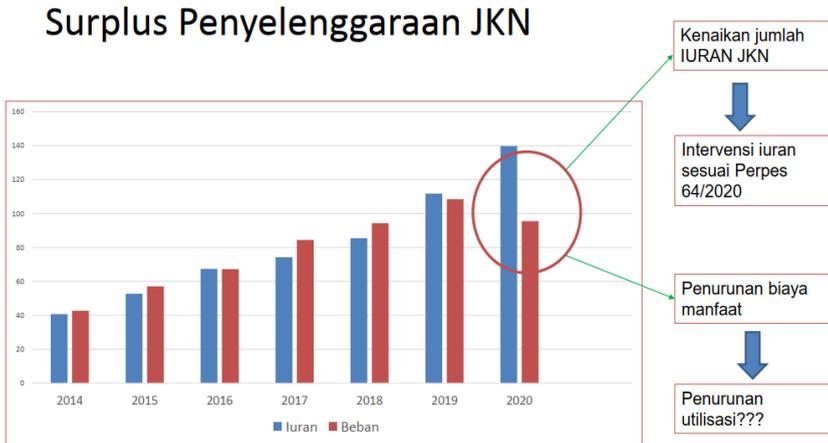
Adapun menurut Laporan Keuangan BPJS Kesehatan per Juni Tahun 2023 yang dikutip dalam databoks.katadata.co.id bahwa BPJS Kesehatan sempat surplus Rp.508,4 miliar pada tahun berjalan dan terjadi penurunan defisit menjadi Rp6 triliun di akhir tahun 2016 karena ada kenaikan tarif iuran. Namun kembali melonjak pada 2017-2019 yaitu berturut-turut Rp.14,5 triliun (2017), Rp.10,9 triliun (2018), dan Rp.17 triliun (2019). BPJS Kesehatan mencatatkan surplus pertama kali sejak awal berdirinya dengan jumlah surplus sebesar Rp.45,3 triliun pada 2020, seperti yang terlihat pada diagram berikut.



Gambar 1.2. Perkembangan Defisit BPJS Kesehatan Tahun 2014-2022

Sumber: databoks.katadata.co.id

Penyebab surplus BPJS Kesehatan tahun 2020 berasal dari kenaikan tarif iuran. Kenaikan besaran tarif iuran tersebut telah diatur melalui Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 atas Perubahan Kedua Perpres No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Pemerintah Republik Indonesia, 2020). Dengan adanya kenaikan besaran tarif iuran menyebabkan pendapatan BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara JKN juga menjadi naik. Berikut diagram ilustrasi perbandingan iuran dan beban pengeluaran yang mengakibatkan surplus BPJS Kesehatan tahun 2020.

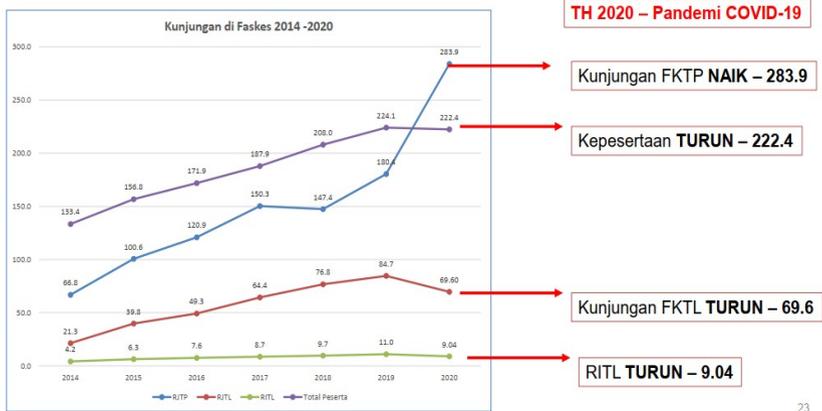


Gambar 1.3. Perbandingan Iuran dan Beban Pengeluaran Jaminan Kesehatan.

Sumber: PK FKKMK UGM (2021)

Selain itu, terjadinya surplus BPJS Kesehatan dipicu oleh kondisi pandemi Covid-19 yang memberikan dampak luar biasa pada sistem kesehatan. Salah satu dampaknya yaitu menurunnya klaim beban pelayanan kesehatan atau biaya manfaat sepanjang tahun 2020. Hal ini dikarenakan rendahnya kunjungan sakit dan sehat di faskes-faskes (utilisasi menurun) terutama pada kunjungan FKTL dan RITL yang masing-masing sebanyak 69,6 juta kunjungan dan 9,04 juta kunjungan yang ditunjukkan pada grafik berikut.

Penurunan utilisasi JKN Th 2020



23

Gambar 1.4. Jumlah Utilisasi JKN Tahun 2020

Sumber: PK FKKMK UGM (2021)

KONDISI KEUANGAN BPJS KESEHATAN TAHUN 2021-2022

1. Pendapatan dan Beban Pengeluaran BPJS Kesehatan

Pendapatan BPJS Kesehatan pada tahun 2022 mencapai Rp.4,86 triliun. Jumlah tersebut mengalami penurunan 8,50% dibandingkan tahun sebelumnya sebesar Rp.5,32 triliun. Pendapatan BPJS Kesehatan tahun 2022 meliputi pendapatan operasional sebesar Rp.4,03 triliun. Selanjutnya, pendapatan investasi dan pendapatan lain yang berturut-turut sebesar Rp.721,62 miliar dan Rp.118,93 miliar. Sementara, total beban yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan tahun 2022 sebesar Rp.4,98 triliun. Jumlah tersebut mengalami kenaikan 5,78% dibandingkan tahun sebelumnya sebesar Rp.4,70 triliun. Beban yang ditanggung terdiri atas beban operasional sebesar Rp.4,57 triliun. Kemudian beban investasi dan beban lain yang masing-masing sebesar Rp.68,53 miliar dan Rp.337,16 miliar.

Jumlah beban yang ditanggung BPJS Kesehatan tersebut lebih besar dibandingkan pendapatan yang diperoleh sepanjang tahun 2022. BPJS Kesehatan harus menanggung kerugian sebesar Rp.4,94 miliar meski ada penambahan manfaat pajak penghasilan sebesar Rp.104,09 miliar. Jumlah tersebut bertolak belakang pada

tahun sebelumnya yang mana BPJS Kesehatan meraih laba sebesar Rp.497,15 miliar. Adapun besar pendapatan dan beban yang ditanggung BPJS Kesehatan ditunjukkan pada tabel berikut.

Tabel 1.1. Rincian Pendapatan dan Beban Pengeluaran BPJS Kesehatan Tahun 2021-2022

BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN LAPORAN KINERJA KEUANGAN (LAPORAN LABA RUGI DAN PENGHASILAN KOMPREHENSIF LAIN)		UNTUK TAHUN YANG BERAKHIR PADA 31 DESEMBER 2022 DAN 2021 (Angka-angka disajikan dalam jutaan Rupiah, kecuali dinyatakan lain)	
KETERANGAN	31 Des 2022 (Auditan)	31 Des 2021 (Auditan)	
PENDAPATAN OPERASIONAL			
Pendapatan Operasional Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan	4.026.365	4.093.331	
BEBAN OPERASIONAL			
Beban Operasional Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan	4.570.254	4.287.041	
PENGHASILAN (BEBAN) OPERASIONAL	(543.889)	(193.710)	
PENDAPATAN (BEBAN) NON-OPERASIONAL			
Pendapatan Investasi	721.617	577.385	
Pendapatan Lain	118.929	648.321	
Beban Investasi	(68.532)	(69.941)	
Beban Lain	(337.156)	(346.997)	
Jumlah Pendapatan (Beban) Non-Operasional	434.858	808.768	
PENGHASILAN (BEBAN) SEBELUM PAJAK MANFAAT (BEBAN) PAJAK PENGHASILAN	(109.031)	615.058	
PENGHASILAN (BEBAN) NETO	(4.941)	497.150	
PENGHASILAN (BEBAN) KOMPREHENSIF LAIN	80.028	(28.958)	
JUMLAH PENGHASILAN (BEBAN) KOMPREHENSIF	75.087	468.192	

Sumber: Laporan Pengelolaan Program Tahun 2022 & Laporan Keuangan Tahun 2022 (Auditan), BPJS Kesehatan (2023)

Lebih lanjut, tercatat total aset BPJS Kesehatan sebesar Rp.14,15 triliun pada 2022. Jumlah tersebut naik 1,1% dibandingkan pada tahun sebelumnya sebesar Rp.13,99 triliun. Aset BPJS Kesehatan terdiri dari aset lancar dan aset tidak lancar

yang masing-masing senilai Rp.7,67 triliun dan Rp.6,47 triliun. Selain itu BPJS Kesehatan pada tahun 2022 membukukan liabilitas sebesar Rp.3,39 triliun. Jumlah tersebut meningkat 0,96% dibandingkan pada 2021 sebesar Rp.3,36 triliun. Tercatat liabilitas jangka pendek sebesar Rp.1,7 triliun dan liabilitas jangka panjang mencapai Rp.1,69 triliun pada periode yang sama. Sementara, total ekuitas yang dimiliki BPJS Kesehatan sebesar Rp.10,75 triliun pada 2022. Angka tersebut meningkat 1,2% dibandingkan pada 2021 sebesar Rp.10,63 triliun. Berikut adalah besaran nilai aset dan ekuitas yang dimiliki BPJS Kesehatan tahun 2021 dan 2022

Tabel 1.2. Nilai Aset dan Ekuitas BPJS Kesehatan Tahun 2021-2022

BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN			PER 31 DESEMBER 2022 DAN 2021		
LAPORAN POSISI KEUANGAN			(Angka-angka disajikan dalam jutaan Rupiah, kecuali dinyatakan lain)		
KETERANGAN	31 Des 2022 (Auditan)	31 Des 2021 (Auditan)	KETERANGAN	31 Des 2022 (Auditan)	31 Des 2021 (Auditan)
ASET			LIABILITAS DAN EKUITAS		
ASET LANCAR			LIABILITAS JANGKA PENDEK		
Kas dan Setara Kas - Bersih	3.824.416	3.853.455	Utang kepada Pihak Ketiga	17.448	19.343
Deposito Berjangka - Bersih	-	664.873	Utang Pajak	35.599	43.290
Piutang Biaya Operasional	72.615	-	Utang kepada Program DJS Kesehatan	-	473
Piutang Hasil Investasi - Bersih	54.778	67.923	Liabilitas Jangka Pendek Lain	1.642.190	500.826
Piutang Talangan - Bersih	-	249.335	Jumlah Liabilitas Jangka Pendek	1.695.237	563.932
Piutang Lain-lain - Bersih	2.934	1.987	LIABILITAS JANGKA PANJANG		
Uang Muka	-	143	Liabilitas Sewa Jangka Panjang	316	5.218
Biaya Dibayar Dimuka	119.806	122.317	Liabilitas Imbalan Pasca Kerja	1.697.477	2.791.592
Investasi Jangka Pendek - Bersih	3.597.226	3.006.411	Jumlah Liabilitas Jangka Panjang	1.697.793	2.796.810
Aset Tidak Lancar Dimiliki untuk Dijual	0	-	Jumlah Liabilitas	3.393.030	3.360.742
Jumlah Aset Lancar	7.671.775	7.966.444	EKUITAS		
ASET TIDAK LANCAR			Modal	21.479.704	21.479.704
Investasi Jangka Panjang - Bersih	4.247.781	3.779.558	Tambahan Modal Disetor	391.104	391.104
Investasi pada Entitas Asosiasi - Bersih	0	0	Saldo Penghasilan (Beban)	(11.076.505)	(11.211.409)
Aset Pajak Tangguhan	742.166	681.377	Penyesuaian Nilai Wajar Aset Keuangan yang Diukur pada Nilai Wajar Melalui Penghasilan Komprehensif Lain	(40.654)	(28.418)
Properti Investasi	12.992	8.047	Jumlah Ekuitas	10.753.649	10.630.981
Aset Tetap - Bersih	1.418.375	1.464.215			
Aset Hak Guna - Bersih	43.710	45.330			
Aset Tak Berwujud - Bersih	-	40.657			
Aset Tidak Lancar Lain	9.880	6.095			
Jumlah Aset Tidak Lancar	6.474.904	6.025.279			
JUMLAH ASET	14.146.679	13.991.723			

Sumber: Laporan Pengelolaan Program Tahun 2022 & Laporan Keuangan Tahun 2022 (Auditan), BPJS Kesehatan (2023)

2. Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan

Pada tahun 2022 BPJS Kesehatan tercatat surplus Dana Jaminan Sosial (DJS) sebesar Rp.17,7 triliun. Capaian tersebut menjadi kali ketiga bagi BPJS Kesehatan dalam hal surplus DJS. Meski demikian, surplus DJS tahun 2022 lebih rendah 60,1% dibandingkan tahun sebelumnya yaitu sebesar Rp.44,45 triliun. Perbandingan surplus DJS lebih rinci ditunjukkan pada tabel berikut.

Tabel 1.3. Perbandingan Surplus BPJS Kesehatan Tahun 2021 dan 2022

DANA JAMINAN SOSIAL (DJS) KESEHATAN		UNTUK TAHUN YANG BERAKHIR PADA
LAPORAN PERUBAHAN ASET NETO		31 DESEMBER 2022 DAN 2021
		(Angka-angka disajikan dalam jutaan Rupiah, kecuali dinyatakan lain)
KETERANGAN		Aset Neto
Saldo pada tanggal 1 Januari 2021		(5.685.412)
Penghasilan Komprehensif		
Surplus Tahun Berjalan		44.450.194
Saldo pada tanggal 31 Desember 2021		38.764.782
Penghasilan Komprehensif		
Surplus Tahun Berjalan		17.744.760
Saldo pada tanggal 31 Desember 2022		56.509.542

Sumber: Laporan Pengelolaan Program Tahun 2022 & Laporan Keuangan Tahun 2022 (Auditan), BPJS Kesehatan (2023)

Penurunan surplus ini terjadi karena kenaikan beban yang lebih tinggi dibandingkan pendapatan DJS yang dikelola BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan memperoleh pendapatan DJS tahun 2022 sebesar Rp.148,13 triliun meningkat 1,05% dibandingkan pada tahun sebelumnya sebesar Rp.146,59 triliun. Jumlah itu utamanya dipengaruhi oleh pendapatan iuran sebesar Rp.144,04 triliun atau naik 0,51% yang sebelumnya Rp.143,32 triliun. Kemudian, pendapatan investasi sebesar Rp.2,89 triliun atau melonjak 102,3% yang sebelumnya Rp.1,43 triliun.

Sementara itu, BPJS Kesehatan mencatatkan beban DJS sebesar Rp.130,39 triliun pada 2022. Angka tersebut lebih tinggi 78,33% dibandingkan pada 2021 sebesar Rp.102,14 triliun. Peningkatan itu disebabkan oleh bertambahnya beban jaminan kesehatan sebesar 25,6% yaitu dari Rp.90,33 triliun menjadi Rp.113,47 triliun. Kemudian, kenaikan cadangan teknis sebesar 159,45% dari Rp.4,41 triliun menjadi Rp.11,45 triliun. Secara rinci besar pendapatan dan beban DJS dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 1.4. Perbandingan Pendapat dan Beban DJS Tahun 2021 dan 2022

DANA JAMINAN SOSIAL (DJS) KESEHATAN		UNTUK TAHUN YANG BERAKHIR PADA	
LAPORAN PENGHASILAN KOMPREHENSIF		31 DESEMBER 2022 DAN 2021	
		(Angka-angka disajikan dalam jutaan Rupiah, kecuali dinyatakan lain)	
KETERANGAN	31 Des 2022	31 Des 2021	
	(Auditan)	(Auditan)	
PENDAPATAN			
Pendapatan iuran	144.044.636	143.318.305	
Pendapatan Kontribusi Pajak Rokok	269.707	1.087.520	
Pendapatan SiLPA Kapitasi	377.986	274.383	
Pendapatan Investasi	2.885.703	1.426.723	
Pendapatan Lain	554.884	480.849	
Jumlah Pendapatan	148.132.916	146.587.780	
BEBAN			
Beban Jaminan Kesehatan	113.472.538	90.333.791	
Beban Kenaikan (Penurunan) Cadangan Teknis	11.446.099	4.411.610	
Beban Operasional BPJS Kesehatan	4.026.365	4.093.331	
Beban Cadangan Penurunan Nilai Piutang iuran	1.405.083	3.279.248	
Beban Lain	38.071	19.606	
Jumlah Beban	130.388.156	102.137.586	
SURPLUS (DEFISIT)	17.744.760	44.450.194	
TOTAL PENGHASILAN KOMPREHENSIF	17.744.760	44.450.194	

Sumber: Laporan Pengelolaan Program Tahun 2022 & Laporan Keuangan Tahun 2022 (Auditan), BPJS Kesehatan (2023)

Beban jaminan kesehatan pada tahun 2022 meningkat seiring besarnya pemanfaatan pelayanan kesehatan. Tercatat

sebanyak 189,3 juta kunjungan sakit dan sehat sepanjang tahun 2022. Jumlah tersebut bertambah 18,5% dibandingkan tahun 2021 yaitu 159,8 juta kunjungan. Untuk lebih jelasnya seperti yang ditunjukkan pada gambar berikut.



Gambar 1.5. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Tahun 2020-2022
Sumber: Laporan Pengelolaan Program Tahun 2022 & Laporan Keuangan Tahun 2022 (Auditan), BPJS Kesehatan (2023)

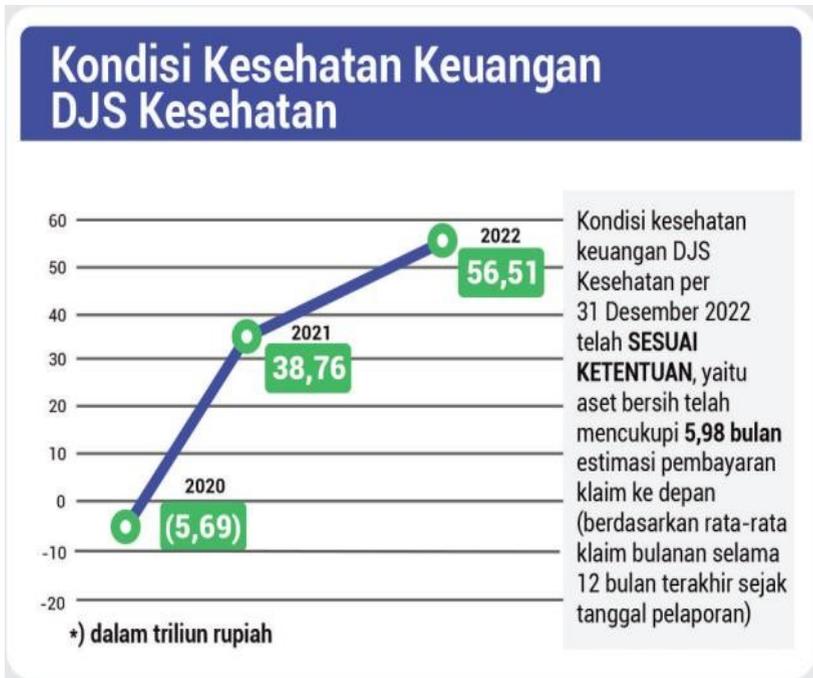
Lebih lanjut, BPJS Kesehatan membukukan aset DJS pada 2022 sebesar Rp.98,77 triliun. Jumlah tersebut meningkat 43,74% dibandingkan tahun 2021 yaitu sebesar Rp.68,71 triliun. Sementara, liabilitas DJS yang dikelola BPJS Kesehatan sebesar Rp.42,26 triliun pada 2022. Jumlah tersebut meningkat 41,1% dibandingkan pada 2021 sebesar Rp.29,95 triliun. Dengan demikian, total aset neto sebesar Rp.56,51 triliun pada 2022. Jumlah tersebut meningkat 45,8% dibandingkan tahun sebelumnya sebesar Rp.38,76 triliun. Di bawah ini adalah nilai aset dan liabilitas DJS per 31 Desember 2021 dan 2022.

Tabel 1.5. Jumlah Aset dan Liabilitas DJS Tahun 2021-2022

DANA JAMINAN SOSIAL (DJS) KESEHATAN LAPORAN POSISI KEUANGAN		PER 31 DESEMBER 2022 DAN 2021 (Angka-angka disajikan dalam jutaan Rupiah, kecuali dinyatakan lain)	
KETERANGAN	31 Des 2022 (Auditan)	31 Des 2021 (Auditan)	
ASET			
Kas dan Setara Kas - Bersih	88.266.751	63.125.986	
Piutang Iuran - Bersih	4.145.700	4.892.568	
Piutang Hasil Investasi - Bersih	254.514	97.493	
Piutang kepada BPJS Kesehatan	-	473	
Piutang Lain-lain - Bersih	290	3.570	
Uang Muka	23.363	25.731	
Investasi - Bersih	6.075.613	565.824	
Jumlah Aset	98.766.231	68.711.645	
LIABILITAS DAN ASET NETO			
LIABILITAS			
Utang Jaminan Kesehatan	1.946.594	717.879	
Pendapatan Diterima Dimuka	300.743	384.607	
Utang kepada BPJS Kesehatan	72.615	250.000	
Cadangan Teknis	39.823.231	28.377.132	
Liabilitas Lain	113.506	217.245	
Jumlah Liabilitas	42.256.689	29.946.863	
ASET NETO	56.509.542	38.764.782	
JUMLAH LIABILITAS DAN ASET NETO	98.766.231	68.711.645	

Sumber: Laporan Pengelolaan Program Tahun 2022 & Laporan Keuangan Tahun 2022 (Auditan), BPJS Kesehatan (2023)

Menurut BPJS Kesehatan, kondisi 14 aset neto tersebut telah mencukupi 5,98 bulan estimasi pembayaran klaim ke depan yang dihitung berdasarkan rata-rata klaim bulanan selama 12 bulan terakhir sejak tanggal pelaporan. Dengan begitu maka dapat dinyatakan kondisi keuangan BPJS Kesehatan telah sesuai dengan ketentuan. Hal tersebut sebagaimana yang terdapat pada grafik berikut.



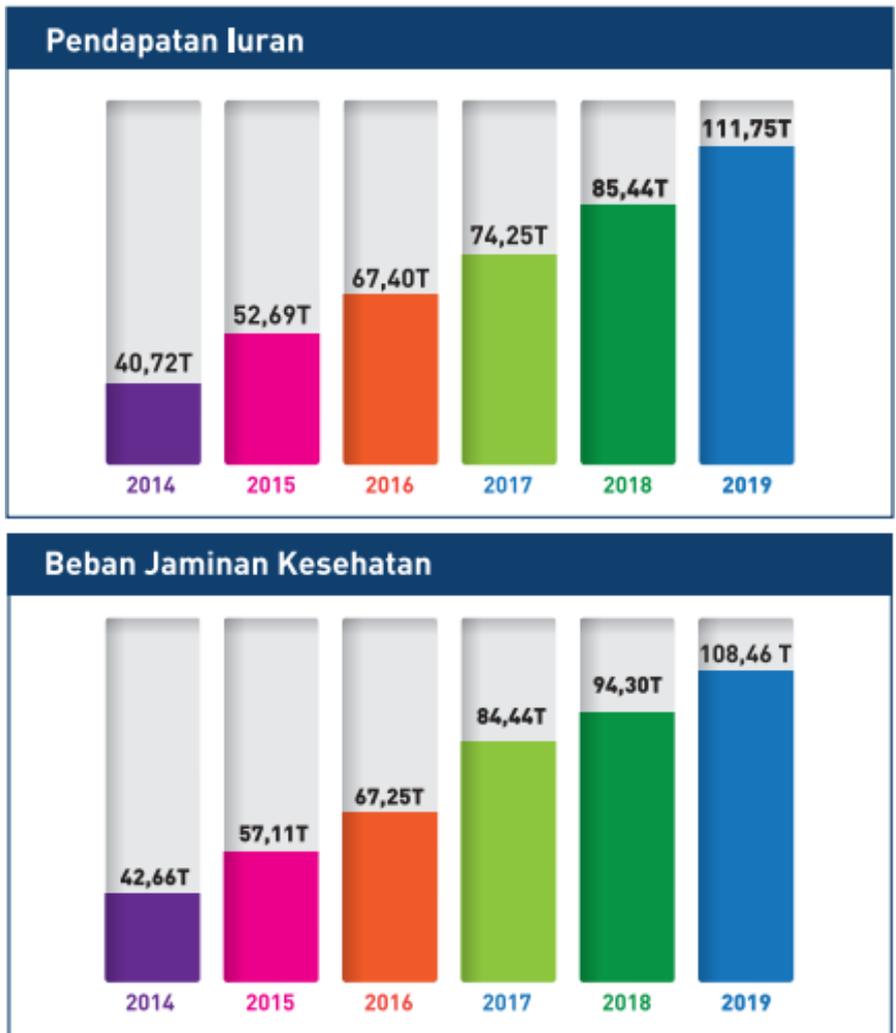
Gambar 1.6. Kondisi Keuangan DJS Tahun 2020-2022
 Sumber: Laporan Pengelolaan Program Tahun 2022 & Laporan Keuangan Tahun 2022 (Auditan), BPJS Kesehatan (2023)

FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB DEFISIT BPJS KESEHATAN TAHUN 2014-2019

1. Defisit Keuangan

Dalam menjalankan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) banyak hal yang dapat terjadi dalam pelaksanaannya, seperti semakin meningkatnya kepesertaan JKN di setiap tahunnya. Akan tetapi tetap ada tantangan krusial yang dialami oleh BPJS Kesehatan, seperti sejak tahun 2014 BPJS Kesehatan mengalami defisit yang berkelanjutan hingga tahun 2019. Berdasarkan studi LPEM UI pada tahun 2019, diprediksi jumlah defisit dapat mencapai Rp.50 triliun sampai 10 tahun kedepan apabila tidak teratasi dengan kebijakan yang strategis (Annisa, Winda, Dwisaputro, & Isnaini, 2020). Dari data Laporan Keuangan Tahun

2014-2019 BPJS Kesehatan mengalami defisit yang artinya pendapatan yang didapat melalui iuran ini lebih kecil dari besaran dana yang dikeluarkan untuk pendanaan pelayanan kesehatan.

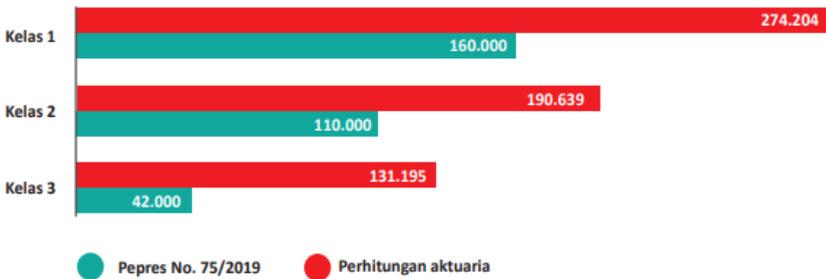


Gambar 1.7. Perbandingan Pendapatan dan Beban jaminan Kesehatan Tahun 2014-2019

Sumber: Ringkasan Eksekutif Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan BPJS Kesehatan tahun 2019 (Auditan), (BPJS Kesehatan, 2020)

2. Besaran Premi yang Tidak Sesuai Perhitungan (Sebelum Tahun 2020)

Berdasarkan dari penjelasan Deputi Direksi Bidang Manajemen Iuran BPJS Kesehatan, perhitungan aktuaria untuk kelas III yaitu Rp.36.000 namun ditetapkan oleh pemerintah sebesar Rp.25.500, sementara untuk perhitungan aktuaria untuk kelas II yaitu Rp.62.000 namun ditetapkan pemerintah sebesar Rp.51.000. Rata-rata iuran yang diterima tahun 2015 ini hanya mencapai Rp.27.000 per orang per bulan (POPB) sementara itu rata-rata beban yang harus dibayarkan mencapai sekitar Rp.33.000 POPB. Dari angka tersebut, terjadi defisit Rp.6.000 POPB (Luthfi, 2019). Berikut perbandingan besaran iuran pada segmentasi peserta PBU/BP berdasarkan penghitungan aktuaria dan penetapan pemerintah pada tahun 2019.



Gambar 1.8. Perbandingan Besaran Iuran Pada Segmentasi Peserta PBU/BP

Sumber: (Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia, 2021)

Besaran premi yang dibayarkan oleh peserta segmen PBU (Pekerja Bukan Penerima Upah) dan BP (Bukan Pekerja) telah mengalami beberapa perubahan sesuai dengan Peraturan Pemerintah. Pada tahun 2019, besaran iuran untuk kelas III sebesar Rp.42.000, kelas II sebesar Rp.110.000, dan kelas I sebesar Rp.160.000. Secara rinci berikut adalah besaran premi yang dibayarkan oleh kepesertaan berdasarkan PP yang ditetapkan.

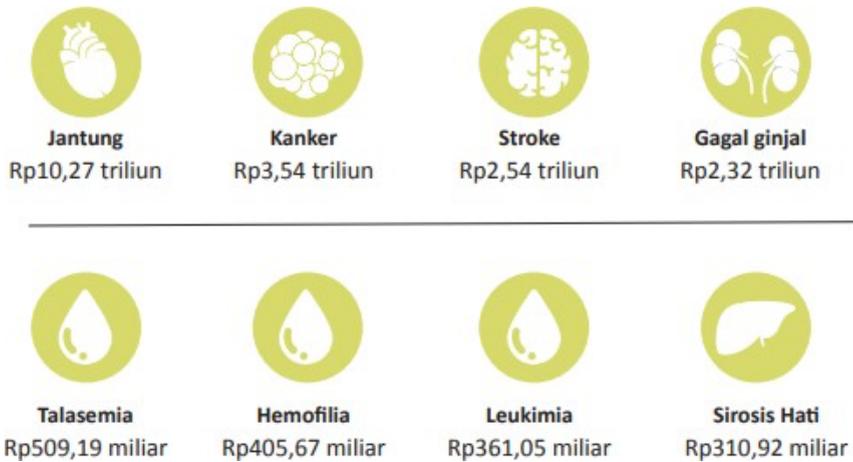
Tabel 1.6. Besaran Premi Peserta PBPU/BP Menurut Peraturan Pemerintah

Jenis kepersertaan	Besaran iuran/orang/bulan						
	PP No. 111/2013	PP No. 19/2016	PP No. 28/2016	PP No. 82/2018	PP No. 75/2019 perubahan PP 82/2018	PP No. 64/2020 perubahan ke-2 PP 82/2018	
PBPU & BP						Th 2020	Thn 2021 dst
- Kelas III	Rp. 25.500,-	Rp. 30.000,-	Rp. 25.500,-	idem	Rp. 42.000,-	Rp. 25.500 → peserta Rp. 16.500 → pmrth pusat sbg bantuan iuran	Rp. 35.000 → peserta Rp. 7.000 → pmrth pusat dan daerah sbg bantuan iuran
- Kelas II	Rp. 42.500,-	Rp. 51.000,-	idem	idem	Rp. 110.000,-	Rp. 100.000,-	
- Kelas I	Rp. 59.500,-	Rp. 80.000,-	idem	idem	Rp. 160.000,-	Rp. 150.000,-	

3. Pengeluaran untuk Penyakit Katastropik

Masih tingginya angka penderita penyakit katastrofik menyebabkan meningkatnya biaya pelayanan penyakit katastrofik yang pada akhirnya membebani keuangan DJS Kesehatan. Salah satu penyebabnya yaitu pelayanan kesehatan promotif dan preventif pada FKTP juga belum berjalan optimal dalam penanganan penyakit tidak menular. Beberapa penyakit tidak menular tersebut antara lain diabetes, kanker dan jantung.

Dari data BPK (2017) dalam Luthfi (2019) disebutkan bahwa total biaya katastrofik ini sendiri mencapai Rp14,9 triliun. Sebanyak 51% digunakan untuk membiayai penyakit jantung, 17% untuk penyakit kanker, 12 persen untuk gagal ginjal dan 12% untuk stroke. Pada tahun 2019 terdapat 8 jenis pelayanan kesehatan penyakit katastrofik yang membebani keuangan DJS Kesehatan sebanyak Rp.20,26 triliun atau 21,98% dari total biaya pelayanan kesehatan tingkat lanjutan sebesar Rp.92,18 triliun, dengan perinciannya sebagai berikut.



Gambar 1.9. Jenis Penyakit Katastropik yang Membebani Keuangan DJS Kesehatan

Sumber: (Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia, 2021)

4. Ketidapatuhan Membayar Premi

Jumlah peserta informal pada tahun 2014 yang terdaftar mencapai 9,05 juta jiwa, akan tetapi yang aktif membayar iuran hanya sebanyak 8,2 juta jiwa. Pada tahun 2017 untuk jumlah peserta informal ini yang terdaftar mencapai 25,39 juta jiwa, tetapi peserta yang aktif membayar iuran hanya sebanyak 13,79 juta jiwa atau 45,7 persen peserta informal memiliki tunggakan. Salah satu hal yang menyebabkan ketidapatuhan dalam membayar premi karena kelompok informal umumnya yaitu kelompok menengah yang tidak tergolong sebagai masyarakat miskin atau tidak mendapat bantuan pemerintah tetapi juga rentan mengalami kemiskinan. Selain itu hal ini dapat terjadi karena kurangnya kesadaran peserta akan konsep asuransi sosial yang mana iuran dibayarkan untuk membantu masyarakat lain dalam arti gotong royong (Luthfi, 2019).

Menurut Kementerian Keuangan, salah satu penyebab defisit BPJS Kesehatan yaitu karena adanya *adverse selection* pada peserta segmen PBU. Banyak peserta yang hanya mendaftar ketika sakit atau memerlukan pelayanan kesehatan lalu berhenti membayar iuran ketika sudah sehat. Bahkan tingkat keaktifan

segmen PBPB hanya sebesar 53,7 persen (Antoni, 2021). Tingkat keaktifan yang rendah dan tingkat pelayanan kesehatan yang tinggi tidak diimbangi dengan kepatuhan dalam membayar iuran inilah yang menjadi penyebab defisit (PKMK FKMK UGM, 2020).

Dalam Laporan Keuangan DJS Kesehatan Tahun 2019 (*audited*) dituliskan bahwa Piutang Iuran segmen PBPB sebesar Rp.11,35 triliun dengan Penyisihan Piutang sebesar Rp.10,40 triliun (93,33%). Hal tersebut menunjukkan bahwa peserta PBPB adalah pembayar iuran dengan kolektibilitas rendah. Namun, peserta PBPB ternyata memiliki rasio klaim tertinggi yaitu sebesar 232,42 persen jika dibandingkan dengan peserta pada segmen lain (Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia, 2021). Secara ideal, rasio klaim dapat ditolerir apabila nilainya kurang atau sama dengan 90 persen, sehingga masih terdapat 10 persen yang dapat dijadikan sebagai cadangan (Hidayat, 2017).

5. Penanganan Kasus Nonspesialistik FKTP yang belum optimal

Dari hasil pemeriksaan BPK tahun 2018, penetapan dana kapitasi belum sepenuhnya memperhitungkan norma kapitasi berupa SDM yang berkualitas dan kelengkapan sarana prasarana yang dimiliki FKTP. Hal ini berakibat pada penanganan kasus nonspesialistik pada FKTP tidak optimal. Berdasarkan Laporan BPJS Kesehatan bulan Juni 2018 menunjukkan bahwa sampai dengan 30 Juni 2018 hanya 425 Puskesmas dari 9.852 Puskesmas (4,31%) yang mampu menuntaskan 144 diagnosa penyakit nonspesialistik (Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia, 2021).

Dari hasil pemeriksaan tahun 2018, terdapat rujukan nonspesialistik dari FKTP milik Pemerintah sebanyak 3.267.074 (20%) dan rujukan nonspesialistik dari FKTP swasta sebanyak 2.031.529 (23%). Berdasarkan data tersebut, BPK melakukan pemeriksaan secara uji petik pada FKTP milik pemerintah juga swasta, dan menemukan 752.658 rujukan nonspesialistik sebesar Rp.142,73 miliar yang semestinya ini dapat dituntaskan pengobatannya pada FKTP. Kondisi tersebut berdampak pada peningkatan biaya pelayanan pada FKRTL yang harus ditanggung

oleh DJS Kesehatan sehingga menyebabkan terjadinya defisit (Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Annisa, R., Winda, S., Dwisaputro, E., & Isnaini, K. N. (2020). Mengatasi Defisit Dana Jaminan Sosial Kesehatan Melalui Perbaikan Tata Kelola. *INTEGRITAS: Jurnal Antikorupsi*, 6 (2): 2019-224.
- Antoni. (2021). Defisit BPJS: Tinjauan terhadap Kebijakan Penanganan BPJS Kesehatan Perspektif Politik Ekonomi Islam. *Muslimpreneur*, 1 (1): 1-30.
- Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia. (2021). *Pendapat BPK: Pengelolaan Atas Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia.
- BPJS Kesehatan. (2020). *Ringkasan Eksekutif Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan BPJS Kesehatan tahun 2019 (Audit)*.
- BPJS Kesehatan. (2023). *Laporan Pengelolaan Program Tahun 2022 & Laporan Keuangan Tahun 2022 (Audit)*.
- Databoks.katadata.co.id. (2023). *Surplus/Defisit Dana Jaminan Sosial BPJS Kesehatan (2014-2022)*. Diakses di: <https://databoks.katadata.co.id/index.php/datapublish/2023/06/27/beban-bertambah-surplus-bpjs-kesehatan-turun-pada-2022>
- Djasri, H. (2021). *Surplus BPJS Kesehatan: Tinjauan Mutu Pelayanan Kesehatan (Webinar Diskusi dengan topik "Mengapa BPJS Kesehatan Bisa Surplus Penyelenggaraan JKN di Tahun 2020 dan apa dampak pada kebijakan kompensasi?")*. Diunduh dari: <https://www.kebijakankesehatanindonesia.net/23-agenda/4283-surplus-bpjs-kesehatan-tahun-2020-dan-dampaknya>
- Hidayat, B. (2017). *Keberlangsungan Program Jaminan Kesehatan Nasional Dalam Sistem Jaminan Sosial*. Retrieved from <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/>

- Indonesia, K. K. B. K. R. R. (2014). Seri Buku Saku-2: Paham BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial). In *Friedrich-Ebert-Stiftung Kantor perwakilan Indonesia*.
- Kurniawan, M. F. (2021). *Surplus JKN dan Dampak Bagi Pemerataan Pelayanan Kesehatan (Webinar Diskusi dengan topik "Mengapa BPJS Kesehatan Bisa Surplus Penyelenggaraan JKN di Tahun 2020 dan apa dampak pada kebijakan kompensasi?")*. Diunduh dari: <https://www.kebijakankesehatanindonesia.net/23-agenda/4283-surplus-bpjs-kesehatan-tahun-2020-dan-dampaknya>
- Luthfi, N. A. (2019). Efektivitas Penggunaan Pajak Rokok Dan Intercept Dana Alokasi Umum Dalam Mengurangi Defisit Dana Jaminan Sosial Kesehatan. *Jurnal Anggaran Dan Keuangan Negara Indonesia*, 1(2), 143– 163.
- Pemerintah Republik Indonesia. (2004). *Undang-Undang (UU) Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*.
- Pemerintah Republik Indonesia. (2011). *Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*.
- Pemerintah Republik Indonesia. (2013). *Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 Tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan*.
- Pemerintah Republik Indonesia. (2013). *Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan*.
- Pemerintah Republik Indonesia. (2016). *Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 Tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan*.
- Pemerintah Republik Indonesia. (2018). *Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan*.
- Pemerintah Republik Indonesia. (2019). *Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 Tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan*.

- Pemerintah Republik Indonesia. (2020). *Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan*.
- PKMK FKMK UGM. (2020). *Laporan Hasil Penelitian Evaluasi Kebijakan JKN di 13 Provinsi Indonesia*. Yogyakarta: Knowledge Sector Initiative (KSI).
- Trisnantoro, L. (2019). *Evaluasi pelaksanaan JKN: mencermati akar masalah UU SJSN dan UU BPJS*. Diunduh dari: <https://dokumen.tips/documents/p-evaluasi-persi-pasal-22-uu-sjsn-1-manfaat-jaminan-kesehatan-bersifat-pelayanan.html?page=>