

# Defisit BPJS: Tinjauan terhadap Kebijakan Penanganan BPJS Kesehatan Perspektif Politik Ekonomi Islam

Antoni

Institut Agama Islam (IAI) Nurul Hakim Kediri Lombok Barat

email: [antonysaej@gmail.com](mailto:antonysaej@gmail.com)

## Abstrak

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan bertujuan memberi jaminan kesehatan kepada rakyat dengan sistem *universal health coverage*. Artikel ini bertujuan mengkaji kebijakan penanganan defisit dalam perspektif politik ekonomi Islam. Defisit BPJS Kesehatan terjadi karena rasio klaim lebih tinggi dibanding pendapatan iuran yang menyebabkan *mismatch*. Ketidakseimbangan rasio disebabkan oleh besaran iuran *underpriced* dan *adverse selection* pada peserta mandiri. Solusinya, BPJS melakukan restrukturisasi struktural terkait, besaran iuran yang tidak sesuai nilai aktuarial dan efisiensi operasional. Namun, kebijakan tersebut akan menimbulkan problem baru. Mengingat karakteristik peserta hampir 70% berada pada kelompok masyarakat di bawah kelas menengah. Sementara rendahnya tarif kesehatan juga berakibat pada kualitas pelayanan dan tingkat kepuasan. Dalam perspektif politik ekonomi Islam prinsip *takaful ijtima'i* harus dikedepankan untuk mencapai kemaslahatan bangsa. Strategi dan kebijakan operasional BPJS Kesehatan tidak semata-mata diambil untuk mencegah defisit. Akan tetapi dengan mendukung negara sebagai *ri'ayatul ummah* untuk menjaga kepentingan rakyat. Sehingga tidak ada politisasi kebijakan dan pengelolaan. Upaya untuk mengatasi defisit dapat dilakukan dengan peningkatan struktur keuangan dan peningkatan manajemen mutu pengelolaan BPJS. Peningkatan ekonomi Indonesia melalui sistem politik ekonomi dengan nilai dan prinsip persatuan, *good state governance*, berkeadilan, dan kebersamaan akan membantu pemerintah mewujudkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

*Keyword: Jaminan Sosial Nasional, defisit anggaran, politik ekonomi Islam.*

## Pendahuluan

Saat ini negara-negara di dunia telah menerapkan satu sistem jaminan sosial dikenal dengan *Universal Health Coverage* (UHC) sebagai bentuk pengembangan sistem pembiayaan kesehatan yang menjamin tersedianya akses bagi masyarakat.<sup>1</sup> Untuk tujuan itu, Indonesia telah memberlakukan Undang-Undang SJSN No.40/2004 dengan dibentuknya beberapa lembaga penyelenggara lembaga jaminan kesehatan sosial yaitu; PT. Askes Persero, PT. Asabri, PT. Taspen dan PT. Jamsostek Persero. Termasuk juga mentransformasi Jamkesmas dan Jamkesda. Akan tetapi, keempat lembaga tersebut dianggap belum mampu menjawab masalah jaminan kesehatan yang menyuluruh bagi rakyat Indonesia.

Pemerintah kemudian melakukan reformasi dengan menerbitkan UU No.36/2009 yang menegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam

---

<sup>1</sup> Kemenkes RI, "Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional," 2013, hlm. 1–30.

memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial.<sup>2</sup> Sehingga dengan terbitnya UU tersebut, dibentuklah Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk menjangkau semua elemen bangsa. Maka untuk menjawab permasalahan tersebut, pemerintah kemudian memberlakukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sejak tanggal 1 Januari 2014.<sup>3</sup> Sehingga sistem jaminan sosial kesehatan diselenggarakan dalam dua bentuk, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

Berdasarkan penelusuran penulis, kehadiran BPJS sebagai badan tunggal yang merepresentasikan fungsi SJKN ternyata mengalami perjalanan yang tidak mulus. Dalam empat tahun terakhir tidak sedikit masalah bermunculan, bahkan sebelum diterapkan. Di antara permasalahan yang muncul mulai dari perdebatan tentang transformasi empat lembaga jaminan yang sudah ada ternyata berpolemik,<sup>4</sup> protes tenaga kerja atas dasar prinsip keadilan dan pemerataan, tentang skema pembiayaan, maupun perdebatan tentang status hukum BPJS dalam pandangan Islam. Hingga permasalahan kemampuan BPJS untuk membayar klaim peserta yang menyebabkan pemerintah selalu menopang biaya operasional.

Permasalahan mendasar yang dihadapi BPJS setiap tahunnya mengalami defisit anggaran. Di mana pemasukan selalu lebih rendah dari pengeluaran. Defisit terjadi karena ketidakmampuan BPJS dalam membayar klaim (gagal bayar) pertanggung jawaban kesehatan dari tahun ke tahun.<sup>5</sup> Salah satu penyebab utamanya akibat peserta mandiri yang mayoritas menderita penyakit katastropik (penyakit kronis dan berbiaya tinggi) dan cenderung setelah memakai manfaat BPJS Kesehatan, peserta mandiri kemudian tak lagi membayar. Profil morbiditas penduduk Indonesia cukup tinggi. Kondisi ini melahirkan perdebatan ketika BPJS menetapkan akan biaya tambahan tentang iuran

---

<sup>2</sup> *Ibid.*

<sup>3</sup> Editor, "Hari Ini, Presiden Luncurkan BPJS," 2013/12/31, accessed March 8, 2019, <https://nasional.kompas.com>.

<sup>4</sup> Benny Rian, "Polemik Peleburan 4 Jenis Asuransi Menjadi BPJS Oleh," accessed March 9, 2019, <https://www.kompasiana.com>.

<sup>5</sup> Editor, "Penyebab Defisit BPJS Kesehatan Bengkulu: Peserta Tak Rutin Bayar Iuran," 17/9/2018 19:27 WIB, accessed March 9, 2019, <https://kumparan.com/>.

bayar dan selisih bayar sebagai cara yang dilakukan BPJS untuk mengatasi defisit<sup>6,7</sup> Kebijakan ini kemudian memicu serikat buruh untuk berdemonstrasi menolak kebijakan tersebut.

Artikel ini menganalisis kebijakan pemerintah dalam mengatasi defisit anggaran BPJS Kesehatan perspektif politik ekonomi Islam menggunakan pendekatan *literature review*. Data dikumpulkan dari sumber sekunder tentang defisit anggaran BPJS berupa informasi publik dari BPJS Kesehatan, DJSN, maupun informasi lainnya yang relevan. Artikel, media online, maupun pernyataan umum yang disampaikan ke publik. Data yang digunakan untuk menjelaskan posisi keuangan BPJS adalah data tahun 2018 di mana pada tahun ini BPJS mulai mengalami gagal bayar dan menunggak pembayaran kepada *provider* kesehatan. Beberapa data akan diperkuat dengan perkembangan BPJS hingga tahun 2020. Data yang terkumpul dikaji dan dianalisis menggunakan pendekatan politik ekonomi Islam untuk mengkaji kebijakan dalam mengatasi defisit BPJS Kesehatan. Sehingga artikel ini akan menjawab permasalahan berikut; Bagaimana skema pembiayaan yang digunakan BPJS Kesehatan? Apakah penyebab defisit anggaran BPJS Kesehatan? Bagaimana kebijakan pemerintah dalam menangani defisit BPJS Kesehatan? Bagaimana pandangan politik ekonomi Islam tentang BPJS dan defisit anggaran?

### **Politik Ekonomi dan Urgensi Jaminan Sosial dalam Islam**

Politik erat kaitannya dengan kekuasaan dan keputusan penguasa. Berdasarkan sudut pandang *output*, politik menghasilkan kebijakan. Pengertian politik dalam Islam berasal dari kata *siyasah* menunjuk pada pengaturan urusan masyarakat dalam segala aspek kehidupan. Karena konsep politik dalam Islam berorientasi pada sebuah sistem politik yang meletakkan rakyat sebagai pihak yang harus dilayani dan sebaliknya, pemerintah adalah sebagai pihak yang harus melayani rakyat atau warga negara. Prinsip-prinsip siyasah tampak pada pola kepemimpinan *khalifah* (pengelola), *amir al-mu'minin* (yang mengurus orang mukmin), maupun *ulul amr* (yang mengemban urusan). Sistem

---

<sup>6</sup>Editor, "BPJS Kesehatan Bakal Tetapkan Aturan Urun Biaya Untuk Peserta JKN," 18/01/2019, accessed March 10, 2019, <https://www.liputan6.com/health/>.

<sup>7</sup>Editor, "Lingkaran Setan Defisit BPJS Kesehatan," 28/9/2018, accessed March 9, 2019, <https://tirto.id>.

politik Islam dapat dilihat prakteknya pada masa ke-emasan Islam, pada masa Rasulullah SAW, *Khulafa' al-Rasyidin*, dan pada dinasti setelahnya, kekhalifahan *Umayyab* dan *Abbasiyah*.

Dalam sejarah teori politik Islam telah muncul berbagai konsep negara, seperti yang dikemukakan; al-Farabi (870-950 M) tentang *al-Madinah al-Fadhiblah*, Ibnu Sina (980-1037 M) tentang *Siyasah al-Rajul*, Ibnu Rusyd (1126-1198 M) tentang *al-Jumburiyah wa al-Abkam*, Ibnu Taimiyah (1263-1329 M) tentang *al-Siyasah al-Syar'iyah fi Ishlah al-Ra'i wa al-Ra'iyah*, Ibnu Khaldun (1332-1406 M) tentang *al-'Ashabiyah wa al-Iqtishad*. Pemikiran tentang teori politik Islam tersebut cenderung pada kebijakan publik (*public policy*).<sup>8</sup> Pada sistem pemerintahan Islam klasik, Islam memiliki konsep yang jelas dan dipraktekkan pada kebijakan negara dalam pengelolaan tunjangan sosial bagi rakyat (*social securities*) dalam bentuk tunjangan pensiun janda dan veteran, tunjangan orang cacat dan orang sakit, tunjangan kemiskinan dan pengangguran, tunjangan bagi bayi yang lahir dan ibu yang menyusui, serta yang terakhir adalah tunjangan-tunjangan yang berkaitan dengan pendidikan.<sup>9</sup> Namun belum ditemukan teori yang spesifik mengkaji kebijakan sosial (*social policy*) untuk menciptakan jaminan ekonomi rakyat.

Kajian tentang politik ekonomi muncul pada pemikiran Islam kontemporer, seperti Abdul Wahhab Khallaf (1888-1956 M) dalam karyanya *al-Siyasah al-Syar'iyah* yang membahas tentang politik keuangan Islam, kebijakan fiskal, juga banyak membahas hak jaminan sosial dan tunjangan ekonomi bagi rakyat. Dalam sistem politik negara modern saat ini, konsep *wealth state*, *welfare state*, berkembang sebagai konsep negara yang bertumpu pada terciptanya negara sejahtera. Konsep *welfare state* juga muncul dalam pemikiran politik Ibnu Khaldun yang dikembangkan Chapra dengan konsep *the Islamic welfare state*. Menurut Chapra tugas pokok negara adalah menghapuskan kemiskinan dan menciptakan lapangan kerja secara penuh bagi rakyatnya, memberikan jaminan sosial bagi rakyat dan mengupayakan distribusi ekonomi yang merata di kalangan rakyatnya. Dengan tetap mengacu pada nilai dan

---

<sup>8</sup> Agus Triyanta, *Hukum Ekonomi Islam; Dari Politik Hukum Islam Sampai Pranata Ekonomi Syariah*, ed. Ni'matul Huda and R. Nazriyah (Yogyakarta: FH UII Press, 2012), hlm. 7.

<sup>9</sup> Agus Triyanta, "Jaminan Ekonomi Rakyat Dalam Pemerintahan Islam Klasik," *Sosio Religia* 3, no. 4 (2004), hlm. 710.

prinsip dasar ajaran Islam yang universal termasuk dalam sistem ekonomi, yaitu; prinsip tauhid (persatuan), khalifah, dan keadilan,<sup>10</sup> dan takaful.<sup>11</sup>

Urgensi politik ekonomi dalam sistem jaminan sosial sederhananya diartikan sebagai kebijakan ekonomi untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat dengan berbagai aspeknya. Secara makro, ekonomi berkaitan dengan aspek moneter, fiskal, produksi, perdagangan luar negeri, harga dan upah, sosial dan ketenagakerjaan. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa aspek politik ekonomi Islam dapat dibagi menjadi dua aspek penting, yaitu kebijakan sosial yang mengatur sistem ekonomi dan keuangan untuk meningkatkan pendapatan negara dan warga negara. Kedua, kebijakan sosial yang mengatur jaminan sosial bagi terciptanya hak dasar warga negara.

Berdasarkan teori dan pemikiran politik Islam dapat disimpulkan bahwa Islam memberi perhatian terhadap kesejahteraan sosial yang harus dimanifestasikan dalam konsep bernegara. Terlepas dari berbagai teori dan pandangan tentang pentingnya peran negara dalam memberikan jaminan sosial. Urgensi kebijakan sosial (*social policy*) menjadi isu strategis untuk menjawab masalah ekonomi, jaminan hak rakyat dan isu kesejahteraan lainnya seperti kesehatan. Sehingga untuk menopang terciptanya kesejahteraan bangsa negara harus mampu mengakomodir (legitimasi) prinsip dan nilai ajaran Islam melalui kebijakan sistem jaminan sosial.

Prinsip-prinsip jaminan sosial dalam Islam sebenarnya relevan dengan berbagai sistem negara dan konsep politik yang humanis, antara pemimpin dan umatnya. Prinsip bagi pemimpin dalam mewujudkan jaminan sosial tersebut antara lain; pemimpin bertanggung jawab terhadap semua aspek kehidupan rakyat, larangan penyalahgunaan kekuasaan (*abuse of power*), perlakuan sama terhadap warga negaranya (*equal treatment*). Sedangkan prinsip bagi warga negara untuk mewujudkan kesejahteraan yaitu, hak mendapatkan bantuan bagi kaum ekonomi lemah, hak saling memikul beban ekonomi bersama (takaful), kewajiban akan pembebasan kaum marginal dari keterpinggiran, perhatian terhadap orang yang rawan ekonomi.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> M. Umer Chapra, *Islam and the Economic Challenge*, Islamic Ec. (Riyadh, Saudi Arabia: The Islamic Foundation, 1992), hlm. 201.

<sup>11</sup> P3EI, *Ekonomi Islam*, ed. Munrokhim Misanam, Priyonggo Suseno, and M. Bhekti Hendrieanto (Jakarta, Indonesia: Raja Grafindo Persada, 2014), hlm. 58-64.

<sup>12</sup> Triyanta, *Hukum Ekonomi Islam; Dari Politik Hukum Islam Sampai Pranata Ekonomi Syariah*, hlm. 39-53.

Untuk mewujudkan implementasi kebijakan jaminan sosial tersebut maka diperlukan pelembagaan berbagai bidang sesuai dengan tujuan dan fungsinya untuk mendukung terciptanya sistem proses politik yang dianut oleh sebuah negara melalui berbagai sektor publik dan kelembagaan.

### **Skema Pembiayaan BPJS; Peserta, Iuran dan Pertanggung**

Biaya kesehatan merupakan besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Berdasarkan pengertian ini, maka biaya kesehatan dapat ditinjau dari dua sudut yaitu berdasarkan; Pertama, Penyedia Pelayanan Kesehatan (*Health Provider*). Besarnya dana bagi penyedia pelayanan kesehatan lebih menunjuk kepada seluruh biaya investasi (*investment cost*) serta seluruh biaya operasional (*operational cost*). Kedua, Pemakai Jasa Pelayanan (*Health consumer*), merupakan biaya kesehatan pemakai jasa pelayanan lebih menunjuk pada jumlah uang (premi/iuran) yang harus dikeluarkan (*out of pocket*) untuk mendapatkan manfaat kesehatan.<sup>13</sup>

Untuk menjalankan fungsinya, BPJS telah menetapkan sumber pembiayaan untuk memberikan pertanggung biaya kesehatan masyarakat melalui beberapa sumber, yaitu; iuran dari peserta dan pemberi kerja, bantuan iuran (hibah) negara, pengelolaan dana jaminan untuk kepentingan peserta.

Beberapa skema pembiayaan asuransi dapat dibedakan menjadi dua, asuransi umum dan asuransi khusus.<sup>14</sup> Pertama, Asuransi umum, dibedakan menjadi 2 macam; a) *General taxation* merupakan model asuransi yang sumber pembiayaannya diambil dari pajak pendapatan secara proporsional dari seluruh populasi yang kemudian dialokasikan untuk berbagai sektor. Alokasi pada sektor kesehatan biasanya berupa *budget* pada fasilitas kesehatan dan gaji staf kesehatan. Rendahnya pendapatan masyarakat (ekonomi negara) akan menurunkan nilai pajak, alokasi biaya pada pelayanan kesehatan sehingga mendorong rendahnya cakupan dan mutu pelayanan sehingga pada akhirnya biaya pelayanan kesehatan akan kembali ditanggung langsung

---

<sup>13</sup> Febri Endra Budi Setyawan, "Sistem Pembiayaan Kesehatan," *Jurnal Berkala Ilmiah Kedokteran dan Kesehatan* 2, no. 4 (2018). Hlm. 59.

<sup>14</sup> *Ibid*, hlm. 66-67.

oleh individu. b) *Earmarked Payroll tax*, sistem ini memiliki karakteristik yang hampir serupa dengan *general taxation* hanya saja penarikan pajak dialokasikan langsung bagi pelayanan kesehatan sehingga lebih bersifat transparan dan dapat mendorong kesadaran pembayaran pajak karena kejelasan penggunaan.

*Kedua*, Asuransi bersifat khusus. Dibandingkan dengan sistem umum, asuransi selektif mempunyai perbedaan dalam hal kontribusi dan tanggungan hanya ditujukan pada suatu kelompok tertentu dengan paket pelayanan yang telah ditetapkan. Asuransi khusus dibedakan menjadi; a) *Social insurance* mempunyai karakteristik khusus yang membedakan dengan *private insurance*, yaitu: keanggotaan bersifat wajib, kontribusi (premi) sesuai dengan besaran gaji, cakupan pelayanan kesehatan yang diasuransikan sesuai dengan besaran kontribusi, pelayanan dirupakan dalam bentuk paket, dikelola oleh organisasi yang bersifat otonom, biasanya merupakan bagian dari sistem jaminan sosial yang berskala luas, umumnya terjadi *cross* subsidi. b) *Voluntary community*. Perbedaan utama sistem ini dengan asuransi sosial adalah keanggotaan yang bersifat sukarela serta skala cakupan tertanggung yang lebih sempit. Biasanya asuransi ini berkembang pada kelompok masyarakat yang tidak tertanggung oleh asuransi sosial yaitu kelompok yang tidak memiliki pekerjaan formal, yang tidak memungkinkan untuk dilakukan penarikan kontribusi rutin dari penghasilan. Contoh penerapan dari sistem ini adalah kartu sehat/jamkesda yang dikembangkan pemerintah daerah dan ditujukan pada kelompok tertentu (masyarakat miskin). c) *Private Insurance*. Perbedaan utama *private insurance* dan *social insurance* adalah tidak adanya *risk pooling* dan bersifat *voluntary*. Di samping itu, *private insurance* juga memperhitungkan resiko kesakitan individu dengan besaran premium dan cakupan pelayanan asuransi yang diberikan. Model ini mempunyai mekanisme lebih rumit mengingat harus memperhitungkan tingkat resiko tertanggung.

Model Asuransi kesehatan yang paling mutakhir adalah *managed care*, di mana sistem pembiayaan dikelola secara terintegrasi dengan sistem pelayanan. *Managed care* adalah suatu sistem di mana pelayanan kesehatan terlaksana secara terintegrasi dengan sistem pembiayaan kesehatan, yang mempunyai 5 elemen sebagai berikut: 1) Penyelenggara pelayanan kesehatan oleh provider tertentu (*selected provider*). 2) Ada kriteria khusus untuk penetapan provider. 3) Mempunyai program pengawasan mutu

dan manajemen utilisasi. 4) Penekanan pada upaya *promotive* dan *preventive*. 5) Ada *financial incentive* bagi peserta yang melaksanakan pelayanan sesuai prosedur.<sup>15</sup>

Berdasarkan uraian di atas dapat dijelaskan bahwa karakter BPJS kesehatan yang tergolong sebagai asuransi sosial juga menganut model asuransi *managed care* dengan berbagai macam penyesuaian dengan karakter sosial, ekonomi, maupun budaya bangsa Indonesia. Dengan demikian, unsur utama dalam penyelenggaraan BPJS adalah peserta, iuran dan pertanggungungan.

Peserta BPJS sebagaimana Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 dan Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Berdasarkan peraturan perundangan, maka kepesertaan BPJS bersifat wajib (*mandatory*) bagi rakyat Indonesia. Sedangkan kelompok peserta BPJS secara umum dibagi menjadi 2 kelompok. *Kelompok pertama*, Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) yaitu; fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, terdiri dari PBI-APBN (Jamkesmas) dan PBI-APBD (Jamkesda). *Kelompok kedua*, Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI) terdiri dari tiga segmen; Pekerja Penerima Upah (PPU), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), dan Bukan Pekerja (BP).

Jumlah peserta BPJS hingga 2019 yang terus mengalami peningkatan mencapai 218.132.478. Peningkatan jumlah peserta diharapkan mempengaruhi pendapatan iuran sehingga mendukung beban operasional BPJS. Jumlah peserta BPJS kelompok umum menurut persentase mencapai, PBI 60.2% dan non-PBI 39.8%. Berdasarkan komposisi ini pemerintah memiliki kewajiban untuk membayar iuran peserta yang ditanggungnya dengan jumlah yang lebih besar. PBI diklasifikasi menjadi PBI Pusat dan PBI Daerah. Sedangkan Non-PBI diklasifikasi berdasarkan segmen Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), Pekerja Penerima Upah (PPU), Bukan Pekerja (BP). Segmentasi peserta dilakukan untuk membedakan jumlah iuran yang harus dibayarkan peserta untuk mendapatkan manfaat kesehatan yang sama karena BPJS menganut sistem tanggung

---

<sup>15</sup> Juanita, "Peran Asuransi Kesehatan Dalam Benchmarking Rumah Sakit Dalam Menghadapi Krisis Ekonomi," *Library.Usu.Ac.Id* (2002), hlm. 1–10.



renteng (*joint several liability*) atau gotong royong. Proporsi kepesertaan berdasarkan segmen PBPU sebesar 14.4 % dari total peserta BPJS. Segmen ini diklaim sebagai penyumbang defisit terbesar akibat penyakit katastropik yang diderita.

Sistem *Universal Health Coverage* dengan kepesertaan semesta yang mampu direalisasikan oleh pemerintah patut mendapatkan apresiasi sebagai bentuk kesungguhan dalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat yang sehat dan sejahtera. Sangat bermanfaat bagi 200 juta lebih peserta, terutama bagi masyarakat yang berpenyakit kronis, degenerative, dan berbiaya mahal. Manfaat lainnya dapat mencegah pemiskinan karena sakit. Harapan ini menjadi paradoks dengan kondisi riil di mana tercatat jumlah peserta tidak aktif terus meningkat lebih dari 1 juta setiap bulannya.

Ketidaktifan peserta tersebut menjadi bumerang bagi BPJS karena akan menjadi kontra-produktif tidak mampu meningkatkan postur permodalan yang akan menambah anggaran untuk menyelesaikan klaim ataupun dimanfaatkan untuk menambah cadangan biaya. Walaupun tidak memberi arti terhadap kinerja keuangan karena peserta kategori tidak akan mendapatkan manfaat sampai mengaktifkan kembali status kepesertaannya. Akan tetapi jika jumlah peserta tidak aktif bertambah maka pemerintah dianggap gagal dalam memberikan jaminan sosial menuju kesehatan semesta bagi rakyatnya.

**Tabel 1**

**Mekanisme dan Iuran Peserta BPJS Kesehatan Tahun 2013-2018**

No	Perpres 111 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan			Perpres 19 Tahun 2016 Tentang Jaminan Kesehatan			Perpres 28 tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan			Perpres 82 tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan			
					Usulan DISN Juli 2015								
1	PBI	19.225		PBI	36.000	23.000		PBI	23.000		PBI	23.000	
2	PPU PN	5%	3% Pemberi kerja, 2% peserta	PPU PN		5%	3% Pemberi kerja, 2% peserta	PPU PN	5%	3% Pemberi kerja, 2% peserta	PPU PN	5%	3% Pemberi kerja, 2% peserta
3	PPU BU	4,5%	4% Pemberi kerja, 0,5% pekerja	PPU BU		5% (1 Juli 2015)	4% Pemberi Kerja 1% Pekerja	PPU BU	5% (1 Juli 2015)	4% Pemberi Kerja 1% Pekerja	PPU BU	5% (1 Juli 2015)	4% Pemberi Kerja 1% Pekerja
	Batas atas 2 X PTKP, status kawin, 1 anak. Dasar perhitungan : gaji/upah + tunjangan keluarga	2014-30 Juni 2015)		Batas atas paling tinggi Rp8.000. 000				Batas atas paling tinggi Rp8.000.000			Batas atas paling tinggi Rp8.000.000		
		5% (1 Juli 2015)	4% Pemberi Kerja 1%								Batas bawah upah minimum kabupaten/ kota		
4	PBPU			PBPU				PBPU			PBPU		
	Kelas III	25.500		Kelas III	53.500	30.000		Kelas III	25.500		Kelas III	25.500	
	Kelas II	42.500		Kelas II	63.000	51.000		Kelas II	51.000		Kelas II	51.000	
	Kelas I	59.500		Kelas I	80.000	80.000		Kelas I	80.000		Kelas I	80.000	

Pada tahun 2020 pemerintah telah mengambil kebijakan menaikkan iuran BPJS melalui peraturan presiden No.64 Tahun 2020 sebagai peraturan perubahan kedua atas

peraturan presiden No.82 Tahun 2018 tentang jaminan kesehatan. Sehingga kenaikan iuran untuk PBPU saat ini sesuai kelas menjadi; kelas III Rp.42.000, kelas II Rp.100.000 dan kelas I Rp.150.000. Untuk tahun 2020 pemerintah memberikan bantuan iuran sebesar Rp.16.500 sehingga peserta membayar Rp.25.500 dan per 1 Januari pemerintah hanya memberikan bantuan sebesar Rp.7000. sedangkan untuk kelas II dan kelas I berlaku sebagaimana peraturan terbaru.

Sedangkan pembayaran klaim kepada penyedia layanan kesehatan dilakukan dengan menggunakan skema kapitasi dan INA-CBGs. Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) berdasarkan jumlah Peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Sedangkan tarif INA-CBGs merupakan sistem pembayaran dengan sistem paket, berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Rumah Sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA-CBGs yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan untuk suatu kelompok diagnosis.

Karakter peserta BPJS menggambarkan kondisi demografi dari populasi penduduk Indonesia yang sudah terdaftar sebagai peserta BPJS yang diklasifikasi berdasarkan usia, jenis kelamin, status sosial, tingkat pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, penghasilan, ras dan sebagainya. Karakteristik peserta berdasarkan sebaran demografis tersebut tentu akan mempengaruhi dinamika kepesertaan. Karakteristik berdasarkan usia dan jenis kelamin tentu akan mempengaruhi persentase potensi peserta yang akan melakukan klaim pertanggung jawaban akibat tingkat kesehatan penduduk berdasarkan kedua karakter tersebut. Sedangkan dari karakteristik sosial ekonomi tentu akan mempengaruhi kemampuan peserta untuk membayar iuran dan tingkat kepatuhan dalam membayar iuran.

### **Kinerja Keuangan dan Penyebab Defisit Anggaran BPJS Kesehatan**

Berdasarkan skema pembiayaan, sumber pembiayaan BPJS berasal dari tiga sumber; iuran, pengelolaan dana BPJS, dan hibah pemerintah melalui APBN. Secara operasional pembiayaan BPJS diperoleh dari akumulasi iuran jaminan sosial serta hasil pengembangannya yang dapat digunakan BPJS untuk membiayai kegiatan operasional penyelenggaraan program jaminan sosial. BPJS berhak memperoleh dana operasional

untuk penyelenggaraan program jaminan sosial yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan/atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Pasal 12a UU No. 24 Tahun 2011). Dana operasional yang bersumber dari aset DJS dibatasi dengan ketentuan paling tinggi 10% dari total iuran BPJS Kesehatan dan 10% dari BPJS Ketenagakerjaan. Dengan demikian untuk menilai kinerja keuangan BPJS dapat dilihat dari laporan keuangan, apakah kondisi keuangan surplus atau defisit.

Mengukur kesehatan keuangan BPJS Kesehatan dapat dilakukan menggunakan Permenkeu No.251/PMK.02/2016 tentang kesehatan keuangan aset BPJS Kesehatan pada pasal 2 menjelaskan tentang standar kesehatan keuangan; 1) BPJS Kesehatan wajib menjaga kesehatan keuangan Aset BPJS Kesehatan. 2) Kesehatan keuangan Aset BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit diukur berdasarkan: a. Rasio beban terhadap pendapatan operasional ditambah pendapatan investasi; b. Rasio Aset Lancar terhadap Liabilitas Lancar; dan c. Rasio Ekuitas terhadap Liabilitas.<sup>16</sup> Kinerja keuangan BPJS berdasarkan ketiga indikator tersebut dipaparkan berdasarkan data laporan kinerja BPJS tahun 2018,<sup>17</sup> sebagai berikut:

#### 1. Rasio Beban terhadap Pendapatan Operasional

Rasio beban operasional terhadap pendapatan operasional dapat dihitung menggunakan rasio BOPO yaitu membandingkan beban operasional dengan pendapatan operasional bertujuan untuk mengetahui seberapa besar kemampuan BPJS dalam mengelola beban operasional agar tidak membengkak. Semakin besar nilai BOPO maka semakin tidak efisien manajemen dalam mengelola beban operasionalnya. Rasio yang bagus adalah rasio BOPO yang semakin kecil. Berdasarkan AMC 2017 rasio BOPO sebesar 99.13 % (capaian 100.88%).

Berdasarkan permenkeu No.251/PMK.02/2016 standar yang ditetapkan sebagaimana tertulis dalam pasal 3 tentang Rasio Beban Terhadap Pendapatan Operasional Ditambah Pendapatan Investasi yaitu; 1) Rasio beban terhadap pendapatan operasional ditambah pendapatan investasi paling banyak sebesar 95% (sembilan puluh lima persen). 2) Beban sebagaimana dimaksud pada ayat (1)

---

<sup>16</sup> Menteri Keuangan, *Permenkeu No. 251/PMK.02/2016 Tentang Kesehatan Keuangan Aset BPJS Kesehatan* (Indonesia, 2016).

<sup>17</sup> BPJS, *Laporan Pengelolaan Program Dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2017, 2018*, hlm. xxix.

meliputi beban operasional dan beban non operasional pada BPJS Kesehatan. Dengan demikian rasio BOPO BPJS melampaui rasio yang telah ditetapkan oleh kementerian keuangan.

Perbandingan antara pendapatan operasional yang terus mengalami peningkatan per triwulan hingga akhir Desember jauh lebih rendah dibandingkan beban operasional BPJS. Artinya beban operasional yang semakin membengkak tidak bisa menghindarkan BPJS dari defisit anggaran untuk membiayai beban operasional. Beban tersebut disebabkan antara lain karena pembayaran klaim yang meningkat.

## 2. Rasio Aset Lancar terhadap Liabilitas Lancar

Rasio lancar (*current ratio*) adalah ukuran kemampuan sebuah perusahaan untuk membayar utang dan kewajiban jangka pendek. Rasio lancar sangat penting dalam menentukan sehat atau tidaknya kondisi keuangan suatu perusahaan. Rasio yang lebih rendah mengindikasikan ketidakmampuan perusahaan untuk membayar utang.

Nilai Rasio Likuiditas BPJS 745.07% (capaian 120.76%). Berdasarkan permenkeu pasal 4 tentang Rasio Aset Lancar Terhadap Liabilitas Lancar pada ayat; (1) Rasio Aset Lancar terhadap Liabilitas Lancar paling sedikit sebesar 200% (dua ratus persen). (2) Aset Lancar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi seluruh Aset Lancar yang dimiliki oleh BPJS Kesehatan. (3) Liabilitas Lancar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi seluruh Liabilitas Lancar yang dimiliki oleh BPJS Kesehatan.

Nilai capaian rasio likuiditas BPJS sebesar 120.76 % masih jauh lebih rendah dibandingkan standar minimal 200%. Mengindikasikan kemampuan keuangan BPJS untuk membiayai hutang klaim dan kapitasi masih rendah atau tidak bisa menutupi semua beban lancarnya. Kondisi inilah yang menyebabkan BPJS pada tahun 2015-2016 menaikkan biaya iuran peserta (lihat tabel 1). Namun hal ini menuai banyak protes. Sehingga pemerintah mengurungkan rencana tersebut. Demikian pula halnya dengan pendapatan investasi tidak mampu menopang keuangan BPJS.

3. Rasio Ekuitas terhadap Liabilitas Lancar

Nilai rasio likuiditas BPJS 745.07% (capaian 120.76%), Rasio Solvabilitas BPJS 516.55% (capaian 88.60%). Berdasarkan capaian nilai rasio tersebut capaian kinerja BPJS 2017 belum mencapai standar yang telah ditentukan dalam permenkeu. Namun kinerja mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, mengingat semakin meningkatnya jumlah peserta menuju capaian semesta. Pada permenkeu Pasal 5 dijelaskan bahwa; 1) Rasio Ekuitas terhadap Liabilitas paling sedikit sebesar 150%. 2) Ekuitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi seluruh Ekuitas yang dimiliki oleh BPJS Kesehatan. 3) Liabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi seluruh Liabilitas yang dimiliki oleh BPJS Kesehatan.

Liabilitas adalah kewajiban program jaminan sosial sebagaimana dimaksud dalam peraturan perundang-undangan di bidang sistem jaminan sosial nasional (Pasal 1 angka (9) PP No. 99 Tahun 2013). Kewajiban program jaminan sosial mencakup seluruh pengeluaran terkait penyelenggaraan program jaminan sosial dan pembayaran manfaat kepada Peserta.

Dengan demikian, berdasarkan laporan keuangan yang diukur melalui tiga indikator utama tersebut dapat diketahui bahwa BPJS Kesehatan mengalami defisit anggaran. Defisit berarti kekurangan dalam kas keuangan. Defisit biasa terjadi ketika suatu organisasi (biasanya pemerintah) memiliki pengeluaran lebih banyak daripada pendapatan. Lawan dari defisit adalah surplus. Kekurangan pendanaan merupakan masalah klasik bagi pemerintah di banyak negara yang juga mengenal defisit anggaran.

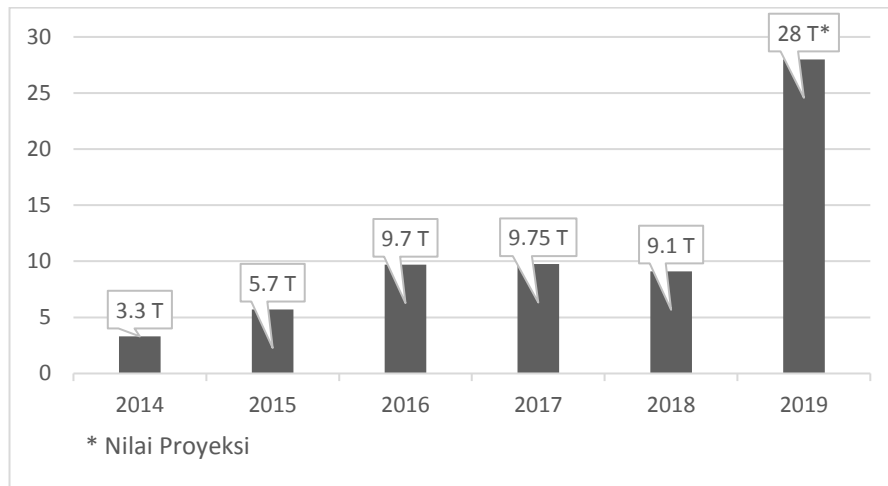
Capaian kinerja keuangan yang tidak mampu membukukan surplus bahkan nilai defisit yang terus meningkat dari tahun ke tahun menyisakan banyak masalah yang harus dihadapi pemerintah dengan alternatif-alternatif solusi guna meningkatkan pendanaan BPJS.

Direksi BPJS Kesehatan menyatakan bahwa iuran yang diterima pada tahun 2015 rata-rata hanya Rp. 27.000 per orang per bulan (POPB) sementara klaim yang harus dibayar rata-rata mencapai Rp.33.000 POPB. Berdasarkan angka tersebut, terjadi defisit Rp. 6.000 POPB. Berdasarkan laporan evaluasi keuangan BPJS Kesehatan 2014-2017 oleh DJSN nilai defisit tidak mampu dibendung oleh pemerintah. Dengan strategi menaikkan iuran pada tahun 2015, defisit 2016 menurun karena ada kenaikan iuran.

Tahun 2017 terjadi peningkatan defisit hampir tiga kali lipat dari tahun 2016 dengan rasio klaim 110,80% (2016) menjadi 131,43% (2017).<sup>18</sup>

**Grafik 1**

**Nilai Defisit Anggaran BPJS Kesehatan**



Hasil evaluasi DJSN menjelaskan bahwa penyebab utama defisit adalah: 1) Pertama kali iuran PBI JKN ditetapkan dalam Perpres Nomor 111 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebesar Rp. 19.225,- (mulai berlaku 1 Januari 2014). 2) Sejak beroperasi mulai tahun 2014 BPJS Kesehatan mengalami defisit (penerimaan dari iuran tidak seimbang dengan pembayaran klaim). 3) Dengan memperhitungkan nilai keekonomian iuran, pada tahun 2015 DJSN mengusulkan besaran iuran PBI sebesar Rp. 36.000,- (melalui surat DJSN kepada Menteri Keuangan No 384/DJSN/VII/2015 tertanggal 14 Juli 2015), untuk diberlakukan mulai tahun 2016. 4) Pemerintah menetapkan besaran iuran PBI sebesar Rp. 23.000, (Perpres Nomor 19 Tahun 2016).

Kementerian keuangan juga menilai bahwa penyebab utama terjadinya defisit adalah besaran iuran yang *underpriced* dan *adverse selection* pada PBPU/peserta mandiri. Banyak peserta mandiri yang hanya mendaftar pada saat sakit dan memerlukan layanan kesehatan yang berbiaya mahal, namun setelah sembuh berhenti membayar iuran dan tidak disiplin membayar iuran. Tingkat keaktifan PBPU/peserta mandiri hanya 53,7 persen dengan tunggakan mencapai sekitar 15 triliun. Sedangkan *Claim ratio* mencapai 313%. Total klaim PBPU/peserta mandiri mencapai 27.9 triliun sementara total iuran yang dikumpulkan hanya Rp8,9 triliun.

<sup>18</sup> Asih Eka Putri, *Defisit (Struktural) JKN 2014-2018 & Restrukturisasi JKN* (Jakarta, 2018).

Di samping kedua penyebab utama ini, tentu juga terdapat faktor-faktor yang lain, seperti inefisiensi layanan, belum sempurnanya manajemen klaim, serta belum sempurnanya *strategic purchasing*. Oleh karena itu, dalam rangka menjaga keberlangsungan program JKN, perbaikan pada keseluruhan sistem JKN ini akan dilakukan oleh BPJS Kesehatan serta lembaga-lembaga terkait.

Sebagai pengawas internal yang memiliki fungsi monitoring dan evaluasi DJSN telah menyampaikan pandangannya bahwa BPJS mengalami defisit secara struktural dan harus diselesaikan melalui restrukturisasi BPJS. Defisit anggaran struktural menegaskan bahwa kondisi BPJS tetap akan mengalami defisit walaupun dalam keadaan kepesertaan penuh dengan estimasi peserta aktif dan tidak ada yang menunggak iuran. Hal ini terjadi karena besaran iuran yang ditetapkan tidak sesuai dengan nilai aktuarial.

Posisi keuangan dana jaminan kesehatan dapat dijelaskan bahwa BPJS mengalami gagal bayar sejak Agustus 2018. Artinya BPJS berhutang kepada *provider* layanan kesehatan untuk membayar klaim peserta selama tiga bulan berturut-turut mulai Agustus-Oktober 2018. Kondisi ini semakin memperparah *cashflow* keuangan BPJS yang tidak *liquid* untuk menyelesaikan kewajiban jangka pendeknya.

Mencermati kondisi yang dihadapi terutama kinerja keuangan yang tidak *liquid* dan menyebabkan defisit, pemerintah dan BPJS harus segera mengambil langkah-langkah strategis dan kebijakan yang tepat berdasarkan asas dan prinsip dalam SJSN sehingga BPJS mampu menopang beban operasional. Terutama untuk menyelesaikan klaim dan tunggakan pembayaran kepada *provider* layanan kesehatan.

### **Strategi dan Kebijakan Menghadapi Defisit Anggaran BPJS**

Tingginya biaya kesehatan bukanlah masalah yang hanya dialami oleh negara-negara berkembang, tetapi negara maju pun isu inflasi biaya kesehatan selalu menjadi topik diskusi yang hangat terutama disaat situasi ekonomi dunia yang belum sepenuhnya pulih.

Berdasarkan data publik dan kajian-kajian yang sudah dilakukan pemerintah muncul beberapa kondisi yang harus dikritisi untuk memberikan titik terang masalah dan sumber masalah dari defisit anggaran BPJS. Defisit yang cenderung meningkat dari

tahun ke tahun dapat dipahami sebagai keadaan pemerintah yang belum siap untuk mendanai BPJS.

Defisit anggaran mengindikasikan suatu lembaga mengalami kekurangan dana untuk membiayai kegiatan operasional atau tingkat kemampuan untuk menyelesaikan kewajiban-kewajibannya. Secara ekonomi, pemerintah harus meningkatkan kemampuan fiskalnya. Untuk mengatasi permasalahan ini, pemerintah harus mampu memberikan solusi pembiayaan guna menutup defisit tersebut. Pembiayaan dapat dilakukan melalui dua jalan, yaitu pembiayaan utang maupun non-utang. Pembiayaan utang dapat dilakukan melalui utang luar negeri dan utang dalam negeri. Sedangkan pembiayaan non-utang dapat berupa penerimaan cicilan pengembalian penerusan pinjaman, penggunaan dana Saldo Anggaran Lebih (SAL), privatisasi, dan hasil pengelolaan aset. Pembiayaan non-utang apabila dilakukan secara optimal memiliki potensi mengurangi stok utang pemerintah sehingga kesinambungan fiskal dapat terwujud.<sup>19</sup>

Menurut DJSN defisit yang sangat signifikan dan berkepanjangan mengindikasikan telah terjadi defisit yang sifatnya struktural. Defisit Struktural tidak cukup dilakukan pembenahan prosedural (efisiensi) namun sudah diperlukan restrukturisasi menyeluruh, baik tarif INA CBG's, besaran iuran, sistem layanan dan lain-lain.<sup>20</sup>

Sebagai regulator, pemerintah dapat mengambil kebijakan khusus atau tindakan khusus untuk menjaga kesehatan keuangan dan menjamin kelangsungan program Jaminan Sosial, bila: terdapat kebijakan fiskal dan moneter yang mempengaruhi tingkat solvabilitas BPJS (Pasal 56 ayat (2) UU No. 24 Tahun 2011), terjadi krisis keuangan dan kondisi tertentu yang memberatkan perekonomian (Pasal 56 ayat (3) UU No. 24 Tahun 2011). Tindakan khusus yang dilakukan Pemerintah paling sedikit melalui (Pasal 37 ayat (5) PP No. 87 Tahun 2013 dan Pasal 48 ayat (2) PP No. 99 Tahun 2013); penyesuaian besaran iuran, penyesuaian manfaat, dan pemberian dana tambahan untuk kecukupan Dana Jaminan Sosial.

---

<sup>19</sup> Todo Filipi Anderson, *Optimalisasi Pembiayaan Defisit Anggaran Melalui Pembiayaan Non-Utang Sebagai Alternatif Dalam Mengurangi Stok Utang Pemerintah* (Banten: STAN, 2015).

<sup>20</sup> Putri, *Defisit (Struktural) JKN 2014-2018 & Restrukturisasi JKN*.



Menyikapi masalah defisit yang mendera BPJS. Setidaknya ada enam bauran kebijakan dalam lingkup Kementerian Keuangan terkait defisit anggaran BPJS;<sup>21</sup>

1. Kebijakan mencegah tunggakan pemerintah daerah. Hal ini seiring pemberlakuan Peraturan Menteri Keuangan (PMK) Nomor 183 Tahun 2017 tentang Tata Cara Penyelesaian Tunggakan Iuran Jaminan Kesehatan Pemerintah Daerah Melalui Pemotongan Dana Alokasi Umum dan/atau Dana Bagi Hasil.
2. Kebijakan penggunaan paling sedikit 50% Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBH CHT) guna mendukung Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara tidak langsung, seperti kegiatan promotif-preventif dan penyediaan atau perbaikan sarana fasilitas kesehatan. Kebijakan ini seiring pemberlakuan PMK 222 Tahun 2017 tentang Penggunaan DBH-CHT.
3. Kebijakan efisiensi dana operasional BPJS. Kebijakan ini seiring berlakunya PMK Nomor 209 Tahun 2017 tentang Dana Operasional BPJS Kesehatan.
4. Kebijakan percepatan pencairan dana iuran peserta BPJS Kesehatan kategori Penerima Bantuan Iuran (PBI). Hal ini seiring pemberlakuan PMK Nomor 10 Tahun 2018 tentang Tata Cara Penyediaan, Pencairan, dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan Kesehatan PBI.
5. Kebijakan potongan pajak rokok yang dikirimkan ke rekening Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan. Hal ini sesuai PMK Nomor 128 Tahun 2018 tentang Tata Cara Pemotongan Pajak Rokok Sebagai Kontribusi Dukungan Program Jaminan Kesehatan.
6. Efisiensi pembayaran layanan kesehatan melalui sinergi dengan badan penyelenggara lainnya. PMK ini sudah ditandatangani oleh Menteri Keuangan dan sedang dalam proses pengundangan oleh Kemenkumham.

Di luar bauran kebijakan ini, Kementerian Keuangan juga telah menyuntik bantuan kepada BPJS Kesehatan dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) 2018 sebesar Rp 4,993 triliun.

Berdasarkan uraian tingkat dan pola defisit yang terjadi terus menerus dikhawatirkan kondisi ini berpotensi mengancam kesinambungan program dan

---

<sup>21</sup> Editor, "Kemenkeu Siapkan Enam Kebijakan Perkecil Defisit BPJS Kesehatan," *29/10/2018, 22.15 WIB*, accessed March 9, 2019, <https://katadata.co.id>.

keadaan fiskal yang telah menghabiskan dana mendekati ratusan triliun. Pemerintah hendaknya segera mengambil sikap dan kebijakan yang lebih mengarah pada peningkatan kapasitas fiskal guna mencukupi kebutuhan anggaran kesehatan dan Jaminan Sosial Nasional.

Adapun iuran kepesertaan BPJS yang ditanggung pemerintah adalah iuran untuk peserta kelompok PBI yang terdiri dari PBI Pusat dan PBI Daerah. Pembiayaan kedua jenis iuran tersebut dianggarkan dari APBN dan APBD. Berdasarkan postur APBN, anggaran kesehatan di Indonesia 3-5%. Dalam beberapa tahun terakhir pemerintah telah menaikkan anggaran kesehatan, dimana pada tahun 2020 mencapai 5%. Yaitu sebesar 132.2 T naik 13 T dari tahun 2019. Salah satu alokasi anggaran untuk membayar iuran peserta PBI melalui JKN sejumlah 96.8 juta jiwa dengan alokasi anggaran mencapai 48.8 T. Selain itu anggaran juga dialokasikan untuk perbaikan fasilitas kesehatan (FKTP).

Berdasarkan postur anggaran kesehatan di Indonesia, jumlah anggaran yang dialokasikan tergolong rendah bila dibandingkan dengan negara-negara lain, bahkan lebih rendah dari negara miskin. Sementara masalah defisit anggaran BPJS dapat dikatakan sebagai isu klasik, karena terjadi setiap tahun bahkan sejak mulai beroperasi. Oleh karena itu, ada dua pilihan untuk mengatasinya, yaitu: 1) menambah alokasi anggaran kesehatan, dan 2) menekan biaya.<sup>22</sup> Filipina baru saja berhasil meloloskan kebijakan *sin-tax* dari tembakau untuk menambah anggaran kesehatan. Tambahan anggaran ini khususnya diperuntukkan bagi perluasan pelayanan *Phil Health* dan renovasi/modernisasi fasilitas kesehatan. Kebijakan yang sama juga telah diterapkan Thailand sejak bulan Agustus 2012, dimana cukai dari tembakau dan alkohol dialokasikan untuk kesehatan. Bagaimana dengan Indonesia?

Tidak jauh berbeda dengan negara-negara lain di dunia. Skema asuransi dengan sistem iuran menjadi strategi yang banyak digunakan. Sebagai contoh Tanzania menerapkan sistem UHC dengan skema pembiayaan *Community Health Fund (CHF)* yang dananya disediakan dari pusat dengan skema asuransi kesehatan sukarela untuk sektor pedesaan informal. Penetapan biaya ekonomi (*Utilitas*) untuk memperkirakan

---

<sup>22</sup> Shita Listya Dewi, "Kebijakan Untuk Mengatasi Inflasi Biaya Kesehatan," *Kebijakan Kesehatan Indonesia* 01, no. 04 (2012), hlm. 181.

biaya dan analisis sumber pembiayaannya, berhasil menyediakan dana cadangan lebih dari 70% pendapatannya untuk layanan pembiayaan.<sup>23</sup> Ghana Afrika Selatan menetapkan sistem pembiayaan asuransi kesehatan nasional dari pajak komprehensif kepada seluruh masyarakat dengan tambahan PPN sebesar 2.5%. Zimbabwe menetapkan tambahan 3% atas penghasilan pribadi dan pajak perusahaan untuk membantu intervensi penanganan AIDS. Alokasi ini membantu menambah ruang fiskal, sekalipun pada prakteknya tidak murni untuk alokasi pembiayaan sumber daya kesehatan. Dana ini dibiayai oleh pungutan 2.5 persen pada semua barang dan jasa (baik yang diproduksi di Ghana maupun impor), premi yang berhubungan dengan upah 2.5 persen pada orang-orang di sektor formal, serta transfer anggaran pajak umum. Pungutan 2.5 persen atas barang dan jasa serta upah menyediakan 77 persen dari pembiayaan untuk dana kesehatan tersebut.<sup>24</sup>

Sistem pembiayaan yang digunakan di Indonesia tidak jauh berbeda. Seperti halnya sistem yang terfragmentasi pra BPJS yang ditangani oleh PT. Askes maupun PT. Jamsostek justru lebih relevan konsep dalam pembiayaan. Inovasi yang perlu dilakukan adalah pengembangan sistem pembiayaan yang lebih luas sebagaimana keputusan pemerintah untuk menerapkan BPJS. Namun tidak menghilangkan keberhasilan atau kinerja empat lembaga sebelumnya. Defisit anggaran BPJS salah satunya disebabkan karena tunggakan iuran dan klaim yang cukup besar di sektor Informal. Tidak bisa dipungkiri BPJS saat ini masih mengandalkan kepesertaan aktif dari penduduk yang cenderung bekerja pada pemerintah, PNS, Polri/TNI, karyawan BUMN yang jumlahnya kurang lebih 20%. Sedangkan sektor informal dengan jumlah yang lebih besar belum tertangani dengan baik. Hal ini diperkuat dengan riset Andria terhadap status kepesertaan sektor informal di Bogor yang belum maksimal hanya mencapai 30% dari 70% pekerja informal.<sup>25</sup> Alternatif lain untuk menekan defisit dengan melakukan *sharing cost* terhadap klaim pembiayaan penyakit berbiaya tinggi. Sehingga isu menaikkan iuran Peserta Program JKN-KIS Mandiri yang berpenyakit

---

<sup>23</sup> Dominick Mboya et al., "Looking at the Bigger Picture: How the Wider Health Financing Context Affects the Implementation of the Tanzanian Community Health Funds," *Health Policy and Planning* (2018), hlm. 1–12.

<sup>24</sup> Bella Desia and M.A Sodik, "Sistem Asuransi Kesehatan Benua Afrika," *INA-Rxiv*, no. 2018-10–20 (2018).

<sup>25</sup> Fredi Andria and Nandang Kusnadi, "Model Alternatif Pembiayaan Jaminan Kesehatan Bagi Pekerja Informal Di Bogor," *Pakuan Law Review* 4, no. 2 (2018), hlm. 175–215.

katastropik tidak perlu dibebani biaya lebih besar, karena hal ini akan menjauhkan BPJS Kesehatan dari amanat konstitusi.<sup>26</sup>

Sektor informal memiliki potensi kontribusi yang besar terhadap perekonomian di Negara-negara berkembang seperti Indonesia. Sekaligus dapat menjadi penyebab defisit jika sektor ini tidak fit. Menurut ILO ekonomi informal terdiri dari unit-unit ekonomi yang termarginalisasi dan pekerja-pekerja yang memiliki karakteristik; mengalami defisit dalam pekerjaan yang layak, defisit dalam hal standar perburuhan, defisit dalam hal produktivitas dan kualitas pekerjaan, defisit dalam hal perlindungan sosial dan defisit dalam hal organisasi dan hak suara.<sup>27</sup>

### **Islam, Jaminan Sosial dan Sistem Pembiayaan BPJS Perspektif Politik Ekonomi Islam**

Dalam sistem bernegara, Islam agama yang *rahmatan lil alamin*, mengedepankan prinsip *mashlahah al-ummah*. Pondasi ini dibangun oleh Nabi Muhammad saw pada tatanan masyarakat Madinah dengan berpegang pada prinsip persaudaraan, persamaan, kebebasan, dan keadilan.<sup>28</sup> Konsep kesejahteraan sosial dalam Islam telah banyak dikaji oleh intelektual Muslim, Siddiqi, Yusuf Qardhawi, dan lain-lain. Kesejahteraan akan terpenuhi melalui sistem ekonomi. Menurut Umer Chapra, prinsip-prinsip dasar ekonomi Islam adalah prinsip: tauhid, khilafah, dan keadilan. Chapra kemudian merumuskan konsep pembangunan negara menggunakan pendekatan dinamika khaldun, yang menegaskan bahwa negara tidak lepas dari pemerintah (*Government*) yang memiliki peran sentral terhadap kesejahteraan rakyat. Kekuatan dan kelemahan negara terletak pada kekuatan dan kelemahan penguasa politik.<sup>29</sup> Dengan demikian, kebijakan dan strategi pemerintah yang akan menentukan arah kemajuan dan kemunduran bangsa. Termasuk fungsi sentral negara dalam hal ini pemerintah harus berperan sebagai *ri'ayatul ummah*, yaitu negara berperan untuk mengurus kepentingan rakyat. Konsep *ri'ayah* dimaknai sebagai bentuk perhatian pemerintah terhadap masalah-

---

<sup>26</sup> Hartini Retnaningsih, "Defisit BPJS Kesehatan Dan Wacana Sharing Cost Peserta JKN-KIS Mandiri," *Info kesejahteraan sosial IX*, no. 22 (2017), hlm. 11.

<sup>27</sup>ILO, *Decent Work and the Informal Economy, International Labour Conference, 90th Session*, 2002.

<sup>28</sup> Adiwarman Azwar Karim, *Sejarah Pemikiran Ekonomi Islam*, 3rd ed. (Jakarta: Rajawali Pers, 2014), hlm. 24.

<sup>29</sup> M. Umer Chapra, *The Future of Economics: An Islamic Perspective*, ed. M.I Sigit Pramono (Jakarta: SEBI, 2001).

masalah sosial kemasyarakatan, termasuk bidang kesehatan. Sehingga melalui sistem jaminan sosial, pemerintah harus mengedepankan kepentingan rakyat di atas kepentingan individu, kelompok maupun golongan.

Secara teologis-normatif maupun rasional-filosofis, Islam adalah agama yang sangat peduli untuk mewujudkan kesejahteraan sosial.<sup>30</sup> Konsep kesejahteraan sosial pada prinsipnya adalah mengintegrasikan *habl min Allah wa habl min an-nas*.<sup>31</sup> Konsep jaminan sosial Islam dapat diterapkan berdasarkan tingkatan kemampuan rakyat yang dikelompokkan menjadi empat tahapan;<sup>32</sup> Jaminan individu, berupa kewajiban bekerja untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Jaminan keluarga, dapat berupa pembagian harta waris. Jaminan masyarakat, merupakan hubungan individu dengan masyarakat dapat berupa pendistribusian zakat, infak, sedekah, dan wakaf. Jaminan negara merupakan hubungan antara masyarakat dalam suatu negara, dapat berupa pembentukan lembaga jaminan sosial masyarakat seperti halnya di Indonesia, membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Menurut Aprianto, konstruksi sistem jaminan sosial dalam ekonomi Islam ini menggambarkan bahwa jaminan itu berlapis-lapis. Pertama, apabila jaminan sosial mampu diselesaikan oleh individu, maka cukup di level individu. Namun apabila tak bisa diselesaikan di level individu, maka akan diselesaikan di level keluarga. Apabila tak selesai di level keluarga, maka akan diselesaikan di level masyarakat. Apabila jaminan sosial tak selesai di masyarakat, maka kewajiban negara menyelesaikannya.

Berdasarkan tingkatan jaminan sosial Islam tersebut, negara dapat berperan lebih pada level jaminan masyarakat dan jaminan negara. Jaminan sosial pada level tiga secara lebih spesifik dijelaskan sebagai peranata dan lembaga yang secara langsung berhubungan dengan upaya penciptaan kesejahteraan sosial, seperti wakaf, infaq dan sedekah, zakat dan sebagainya dapat dikelola oleh negara. Zakat berfungsi sebagai salah satu media untuk distribusi keadilan sosio-ekonomi dan juga dapat meningkatkan kesejahteraan orang miskin. Bentuk *sosial security* yang diperankan oleh zakat adalah

---

<sup>30</sup>Nur Kholis, "Kesejahteraan Sosial Di Indonesia Perspektif Ekonomi Islam," *Akademika* 20, no. 2 (2015), hlm. 244–260.

<sup>31</sup>Dalam al-Quran anjuran untuk beriman selalu diiringi dengan amal shaleh untuk tujuan kesejahteraan sosial (lebih dari 15 Ayat). Lihat. Al-Quran, "QS. 5:9; 13:29; 14:23; 18:30; 18:88; 18:107; 19:60; 19:96; 22:56; 26:227; 28:80; 29:7; 30:45; 42:22; 84:25" (Goheer.com, n.d.).

<sup>32</sup> Naerul Edwin Kiky Aprianto, "Kontruksi Sistem Jaminan Sosial Dalam Perspektif Ekonomi Islam," *Economica: Jurnal Ekonomi Islam* 8, no. 2 (2017), hlm. 237.

dengan menyediakan bantuan material kepada orang miskin dan pihak lain yang membutuhkan. Bentuk lainnya adalah dengan menyediakan bantuan material kepada anak yatim piatu, janda, orang tua, dan lain-lain. Di samping itu, zakat juga berperan sebagai ekspresi persaudaraan, *goodwill*, kerjasama, dan sikap toleran dalam masyarakat. Dengan demikian, ZISWAF yang dikelola oleh negara melalui Badan Amil Zakat Nasional (BAZNAS) sangat potensial dalam meningkatkan kesejahteraan rakyat.

Sedangkan pada level empat (jaminan negara) melalui BPJS, negara hadir untuk memberikan *universal health coverage*, layanan kesehatan menyeluruh bagi rakyat Indonesia dengan berpegang pada prinsip jaminan sosial sebagaimana diamanahkan dalam UUD 1945. Dengan demikian, BPJS adalah perpanjangan tangan pemerintah sebagai penjamin kesehatan rakyat. Sebagaimana dijelaskan dalam kaidah fikih, "*Kebijakan pemimpin terhadap rakyat harus mengikuti kepada kemaslahatan (masyarakat)*".

Konsep BPJS sebenarnya merupakan model yang dapat meringankan dan menurunkan beban biaya kesehatan masyarakat. Program BPJS terintegrasi antara pemerintah, provider fasilitas kesehatan, dan masyarakat. Dalam konteks penyelenggaraan BPJS, DSN-MUI juga telah mengeluarkan fatwa No. 98/DSN-MUI/XII/2015 tentang jaminan sosial kesehatan syariah nasional. Mengacu pada fatwa tersebut, penyelenggaraan BPJS Kesehatan menurut MUI belum sesuai syariah.<sup>33</sup> Selain sistem administrasi yang belum rapi, terdapat beberapa penyimpangan dari sisi hukum Islam.<sup>34</sup> Terlepas dari pendapat hukum BPJS tersebut, terdapat beberapa hal yang perlu dikaji karena masih menyisakan masalah, dan beberapa penyimpangan yang terjadi. Operasionalisasi BPJS dapat diidentifikasi dari berbagai unsur; sistem kepesertaan dan iuran, sistem perlindungan, hak yang tidak bisa diwariskan, sanksi dan denda, sampai pada masalah manajemen layanan kesehatan yang tidak optimal atau tidak memenuhi SOP.

BPJS yang sudah beroperasi selama hampir enam tahun menggunakan model asuransi sosial menghadapi masalah kekurangan anggaran hingga mengalami defisit berkepanjangan. Mengacu pada dua permasalahan utama penyebab defisit, yaitu

---

<sup>33</sup> DSN-MUI, *Fatwa Dewan Syariah Nasional Majelis Ulama Indonesia No: 98/SN-MUI/XII/2015 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan Syariah*, 2015.

<sup>34</sup> Budi Kolistiawan, "Muamalat Asuransi Kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial," *An-Nisbah* Vol.02, no. No.02 (2016), hlm. 187–218.

masalah iuran yang rendah (*underprice*) dan masalah seleksi yang buruk atau merugikan (*adverse selection*). BPJS Kesehatan bagaikan buah simalakama bagi pemerintah. Bagi lembaga asuransi komersil, kondisi ini tentu akan menyulitkan keuangan karena pemasukan tidak akan sebanding pengeluaran. Sehingga perusahaan asuransi akan menentukan premi di atas titik impas dan melakukan seleksi peserta dengan resiko rendah. Tentu hal ini tidak bisa dilakukan oleh BPJS Kesehatan, karena akan melanggar asas dan prinsip pengelolaan sebagaimana amanah UU. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa skema kepesertaan dan pembiayaan BPJS masih bermasalah.

Sistem kepesertaan yang bersifat *mandatory* memiliki konsekuensi terhadap kewajiban peserta untuk tunduk kepada aturan yang ditetapkan BPJS atau kebijakan pemerintah. Sifat kepesertaan yang seumur hidup dan kewajiban membayar iuran seumur hidup menjadi masalah di kalangan masyarakat menengah ke bawah, di mana bagi peserta mandiri harus membayar iuran tiap bulan selama hidupnya, ditambah lagi dengan tanggungan beban anggota keluarga yang harus dipenuhi. Sehingga kewajiban ini akan sangat memberatkan warga negara. Jika mengacu pada asas kemanusiaan, manfaat, dan asas keadilan sosial. Maka pembiayaan BPJS yang bersumber dari rakyat dan dikembalikan untuk rakyat, sebesar-besarnya untuk kepentingan rakyat. Sehingga program JKN tidak boleh menghitung untung rugi. Sistem kepesertaan, iuran, hak dan pertanggung jawaban yang diberikan harus benar-benar didasarkan atas asas dan prinsip jaminan sosial nasional.

Sedangkan jika dianalisis berdasarkan kelompok peserta, proporsi kelompok PBI lebih besar dari peserta non-PBI. Peserta berdasarkan kelas III mencapai 69.3%. Kondisi ini mengindikasikan bahwa porsi peserta penerima hibah dan subsidi jauh lebih besar dibandingkan peserta non-PBI yang membayar iuran penuh. Sementara salah satu penyebab utama defisit adalah besarnya pertanggung jawaban klaim dari peserta PBPU dengan kriteria pengidap penyakit katastropik, paling besar disumbang oleh pekerja sektor informal. Karakteristik peserta kategori PBI, non-PBI Kelas III, menggambarkan tingkat pendapatan dan kemampuan masyarakat untuk membayar iuran tergolong rendah. Jumlah peserta dengan kelas perawatan kelas I dan II hanya mencapai 30%. Kondisi ini didukung oleh gini ratio pada tahun 2017-2020 di atas 0.3. Di mana rata-rata ketimpangan pendapatan masyarakat perkotaan dan pedesaan

sebesar 0.381. Artinya ketimpangan pendapatan mendekati ketimpangan sempurna, atau pendapatan itu hanya diterima oleh satu atau sekelompok orang tertentu saja.

Keseimbangan tingkat kesejahteraan masyarakat melalui indikator nilai gini ratio yang jauh mendekati angka nol patut menjadi perhatian para pemangku kepentingan dalam mengambil kebijakan dan menerapkan strategi menurunkan nilai defisit BPJS. Karena kemampuan masyarakat pada umumnya cukup jauh dari angka sejahtera, apalagi dilihat dari komposisi peserta yang sebagian besar adalah penerima bantuan PBI, termasuk kelompok non-PBI sektor informal yang disinyalir menyedot keuangan BPJS hingga tekor sebagai penyebab utama defisit. Dengan demikian, akad gotong royong yang digunakan oleh BPJS patut dipertanyakan. Jika akad gotong royong yang digunakan, akan sulit dicapai karena sebagian rakyat akan merasakan ketidakadilan atau *mandatory* tersebut akan menjadi tambahan beban hidup. Karena manfaat yang akan diperoleh menjadi tidak pasti, dan haknya akan hilang ketika meninggal dunia. Pada kondisi ini dalam sistem *takaful* akad yang digunakan seharusnya akad sukarela, sehingga tidak menjadi beban tambahan rakyat.

Fungsi negara dalam politik ekonomi Islam hendaknya berjalan di atas filosofi teologis-etis, kesatuan, keadilan. Setiap kebijakan yang ditetapkan pemerintah harus didasarkan atas prinsip *ri'ayatul ummah*, yaitu semata-mata mengurus kepentingan rakyat yang tidak bersifat politis untuk memenuhi janji pemilu atau kepentingan pragmatis yang justru merugikan sistem kesehatan. Jika prinsip ini benar-benar menjadi acuan pelaksanaan sistem jaminan sosial nasional, maka dana jaminan tersebut akan dikelola sebaik mungkin untuk mendatangkan keuntungan. Sehingga solusi defisit adalah menambah penerimaan dan mengurangi pengeluaran.

Berbagai macam skema pembiayaan kesehatan telah dilakukan negara-negara di dunia untuk menjalankan sistem *universal health coverage*. Setiap negara tentu menerapkan skema yang berbeda-beda sesuai dengan kebijakan yang diatur oleh negara masing-masing. Kebijakan yang diambil tidak terlepas dari faktor situasional, struktural, kultural, lingkungan, maupun regulasi pada tiap negara.<sup>35</sup> Beberapa sumber pendanaan yang dipengaruhi oleh ideologi negara yaitu; *Pertama*, Sosialis (*welfare state*) di mana negara bertanggung jawab dan memberikan kebebasan biaya pada seluruh

---

<sup>35</sup>Desia and Sodik, "Sistem Asuransi Kesehatan Benua Afrika."



masyarakat. Model ini dipakai di negara maju seperti Eropa barat, AS, Australia. *Kedua*, Liberal-Kapitalis di mana negara tidak bertanggung jawab sepenuhnya dalam pendanaan kesehatan. Biaya kesehatan tergantung harga pasar sehingga bisa disebut juga *profit-oriented*, pembiayaan tidak dilihat dari status ekonomi masyarakat. Model ini dipakai oleh Mesir, Senegal Afrika Selatan. *Ketiga*, model kombinasi atau perpaduan antara pendanaan dari pemerintah, swasta dan masyarakat. Hal ini dimaksudnya jika ketika pemerintah tidak mampu ikut andil dalam pembiayaan kesehatan, maka dapat dibantu oleh biaya dari masyarakat atau swasta. Seperti yang diterapkan di Jerman, Belanda, dan Perancis.

Sedangkan sistem JKN yang diselenggarakan BPJS Kesehatan, menggunakan skema pembiayaan dari rakyat melalui iuran wajib dengan sistem gotong royong. Ketika dana yang terhimpun tidak mencukupi pembiayaan maka pemerintah akan menambalnya dari APBN, APBD maupun pungutan lain, seperti pungutan tambahan atas rokok (PRUK). Ketika skema tersebut tidak bisa menutupi defisit, maka pemerintah kembali menaikkan iuran BPJS. Kenaikan iuran tersebut menjadi kebijakan yang kurang populis, mengingat karakter peserta BPJS Kesehatan didominasi oleh masyarakat di bawah kelompok menengah.

Argumentasi tersebut didukung oleh data *World Bank* yang mengklasifikasi kelompok masyarakat Indonesia menjadi lima kelompok. *World Bank* menegaskan bahwa tiga kelompok yang cukup rawan adalah kelompok yang berada di bawah kelas menengah yaitu; miskin 11%, rentan 24% dan menuju kelas menengah 44%. Total kelompok di bawah kelas menengah mencapai 79%. Kelompok masyarakat menuju kelas menengah memiliki karakter yang lebih sensitif terhadap guncangan ekonomi seperti keluarga jatuh sakit dan bencana alam.

Dan ironisnya jumlah penyumbang defisit BPJS Kesehatan terbesar berada pada kelompok informal dengan potensi klaim terbesar tersebut berada pada tiga kelompok masyarakat di bawah kelompok menengah. Berdasarkan prinsip SJSN, pemangku kepentingan harus mengurai benang kusut pada kelompok peserta mandiri yang dianggap sebagai biang kerok defisit.

Oleh karena itu, berdasarkan karakter masyarakat Indonesia yang tingkat ekonominya menengah ke bawah, penghasilan pas-pasan atau dibawah sejahtera, tentu skema ini menjadi solusi yang tidak efektif. Karena masalah tunggakan iuran dan

kepesertaan yang tidak aktif akan menghantui BPJS sebagai bayang-bayang defisit. Pemerintah harus memperbesar dana hibah melalui APBN dan APBD dan memperbaiki struktur anggaran BPJS sehingga BPJS Kesehatan dapat menutupi beban anggaran untuk membiayai klaim peserta. Pendayagunaan sistem jaminan sosial melalui pemanfaatan dan pengelolaan dana ZISWAF dapat menjadi alternatif tambahan, selain alternatif tambahan pajak, suntikan dana cadangan DJS, pembatasan klaim, hingga pemotongan dana bagi hasil cukai rokok.

Tawaran restrukturisasi dari DJSN perlu menjadi kajian mendalam bagi pemerintah untuk mempertimbangkan perhitungan aktuarial untuk menemukan jalan tengah dari skema iuran dan pembayaran. Prinsip-prinsip keadilan distributif dan regulatif akan memperkecil kesenjangan dari peserta yang *segmented* dan perlu menjadi prioritas mendapatkan bantuan PBI.

Pilihan kebijakan berikutnya adalah efisiensi biaya, di negara-negara OECD misalnya, inflasi biaya kesehatan selama dekade terakhir rata-rata hanya 4% per tahun. Kebanyakan dari Negara OECD memilih kebijakan *'price control'* untuk melakukan efisiensi biaya, yaitu menetapkan *rate* tertentu yang dapat dikenakan oleh dokter kepada pasien untuk berbagai jasa pelayanan yang diterimanya.<sup>36</sup>

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional seyogyanya adalah kewajiban Negara dalam memberikan perlindungan kepada rakyatnya sebagaimana amanah UUD 45. Skema asuransi sosial dengan beban iuran kepada peserta dapat dipandang sebagai pengalihan tanggung jawab Negara kepada rakyat untuk membiayai rakyat lainnya. Siapa yang membiayai dan siapa yang dibiayai tidak bisa dibedakan karena prinsipnya adalah gotong royong (*tabarru'*). Kebijakan *rate-setting* merupakan salah satu alternatif terbaik yang bisa dilakukan suatu negara. Namun, hal ini bukannya tanpa tantangan. Di Amerika Serikat, misalnya, kebijakan *rate-setting* ini menjadi 'kartu' dalam permainan politik, hanya kekuatan kemauan politik yang mampu mengatasi tantangan ini.<sup>37</sup>

Pungutan Rokok Untuk Kesehatan (PRUK) merupakan salah satu alternatif yang sangat direkomendasikan untuk pembiayaan JKN karena: a) tidak membebani APBN, b) tidak mengurangi alokasi anggaran kesehatan, c) tidak membebani

---

<sup>36</sup> Listya Dewi, "Kebijakan Untuk Mengatasi Inflasi Biaya Kesehatan."

<sup>37</sup> *Ibid.*

pemerintah daerah, dan d) mekanisme pungutan dan pengelolaannya lebih mudah. Potensi dana yang terkumpul dari PRUK diperkirakan antara Rp 13,80 triliun hingga Rp 21,30 triliun, dapat dipakai untuk menutup defisit JKN.<sup>38</sup>

Terlepas dari kontroversi yang terjadi terkait pungutan dari cukai rokok, solusi inilah yang dapat mengeluarkan BPJS dari defisit dengan kontribusi dana paling besar dari alternatif lain. Dalam konteks ekonomi syariah hal ini menjadi paradoks karena sebagian umat Islam berbeda pendapat dalam memberikan status hukum rokok, apalagi jika dikaitkan dengan kesehatan. Penyakit di atasi dengan sumber penyakit. Sehingga tidak salah jika dikatakan BPJS berada dalam lingkaran setan sistem politik dan ekonomi. Namun dari sisi *maslahat* pendanaan dari cukai akan mengurangi defisit secara signifikan.

## Penutup

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan salah satu bentuk jaminan sosial bagi seluruh warga negara yang diselenggarakan berdasarkan sistem asuransi sosial. Di mana sistem asuransi sosial sejalan dengan nilai dan prinsip *takaful* dalam Islam. Konsep gotong royong (*ta'awun*) dengan skema tanggung renteng melalui variasi iuran kelompok peserta PBI dan Non-PBI berdasarkan kelas (I, II, III) ternyata tidak mampu mengcover beban pembayaran klaim peserta BPJS, sehingga menyebabkan defisit anggaran. Defisit terjadi karena jumlah iuran *underpriced* dan *adverse selection* pada peserta mandiri. Sumber masalah terletak pada peserta terkait besaran jumlah iuran dan perilaku wan-prestasi. Solusi menaikkan iuran berpotensi mempengaruhi kemampuan iuran peserta mandiri dan tingkat wan-prestasi karena status iuran bersifat gotong royong yang dibebankan pada peserta kategori rawan secara ekonomi.

Kebijakan untuk mengatasi defisit anggaran BPJS Kesehatan dilakukan dengan dua langkah strategis. *Pertama*, mendongkrak keuangan BPJS melalui beberapa alternatif; menaikkan besaran iuran, menambah alokasi anggaran bidang kesehatan, spesialisasi pungutan pajak kesehatan, meningkatkan investasi dan pendapatan

---

<sup>38</sup> Abdillah Ahsan, *Ringkasan Riset JKN KIS Inovasi Pendanaan Defisit Program JKN-KIS Melalui Pungutan (Tambahan) Atas Rokok Untuk Kesehatan (PRUK)*, 2017.

pengelolaan dana BPJS. *Kedua*, peningkatan mutu manajemen BPJS dengan memetakan peserta berdasarkan kelompok masyarakat di bawah kelas menengah. Hingga restrukturisasi pengelolaan BPJS secara menyeluruh, dengan kebijakan-kebijakan strategis dan kontrol ketat terhadap kesehatan keuangan BPJS.

Upaya mengatasi defisit menjadi paradoks ketika unsur kapitalisme bisnis dunia kesehatan bertemu dengan unsur sosialisme negara dalam menjamin hak kebutuhan dasar rakyat. Defisit anggaran tidak bisa dijadikan sebagai alasan untuk melanggar asas jaminan sosial. Sehingga kebijakan dalam mengatasi defisit anggaran harus pro-rakyat. Pemerintah seharusnya bertindak sebagai *ri'ayatul ummah* yang benar-benar hadir untuk memberikan jaminan sosial (*maslahah al-ummah*) dengan terus memperbaiki sistem tata kelola yang baik (*good governance*), tanpa menjadikan program jaminan sosial BPJS sebagai alat politik. Tetapi meningkatkan kemampuan negara melalui sektor-sektor ekonomi yang menopang peningkatan pendapatan negara.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Ahsan, Abdillah. *Ringkasaan Riset JKN KIS Inovasi Pendanaan Defisit Program JKN-KIS Melalui Pungutan (Tambahan) Atas Rokok Untuk Kesehatan (PRUK)*, 2017.
- Al-Quran. “QS. 5:9; 13:29; 14:23; 18:30; 18:88; 18:107; 19:60; 19:96; 22:56; 26:227; 28:80; 29:7; 30:45; 42:22; 84:25.” Goheer.com, n.d.
- Andria, Fredi, and Nandang Kusnadi. “Model Alternatif Pembiayaan Jaminan Kesehatan Bagi Pekerja Informal Di Bogor.” *Pakuan Law Review* 4, no. 2 (2018).
- Aprianto, Naerul Edwin Kiky. “Kontruksi Sistem Jaminan Sosial Dalam Perspektif Ekonomi Islam.” *Economica: Jurnal Ekonomi Islam* 8, no. 2 (2017).
- BPJS. *Laporan Pengelolaan Program Dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2017*, 2018.
- Chapra, M. Umer. *Islam and the Economic Challenge*. Islamic Ec. Riyadh, Saudi Arabia: The Islamic Foundation, 1992.
- . *The Future of Economics: An Islamic Perspective*. Edited by M.I Sigit Pramono. Jakarta: SEBI, 2001.
- Desia, Bella, and M.A Sodik. “Sistem Asuransi Kesehatan Benua Afrika.” *INA-Rxiv*, no. 2018-10–20 (2018).

- DSN-MUI. *Fatwa Dewan Syariah Nasional Majelis Ulama Indonesia No: 98/SN-MUI/XII/2015 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan Syariah*, 2015.
- Editor. “BPJS Kesehatan Bakal Tetapkan Aturan Urun Biaya Untuk Peserta JKN.” *18/01/2019*. Accessed March 10, 2019. <https://www.liputan6.com/health/>.
- . “Hari Ini, Presiden Luncurkan BPJS.” *2013/12/31*. Accessed March 8, 2019. <https://nasional.kompas.com>.
- . “Kemenkeu Siapkan Enam Kebijakan Perkecil Defisit BPJS Kesehatan.” *29/10/2018, 22.15 WIB*. Accessed March 9, 2019. <https://katadata.co.id>.
- . “Lingkaran Setan Defisit BPJS Kesehatan.” *28/9/2018*. Accessed March 9, 2019. <https://tirto.id>.
- . “Penyebab Defisit BPJS Kesehatan Bengkak: Peserta Tak Rutin Bayar Iuran.” *17/9/2018 19:27 WIB*. Accessed March 9, 2019. <https://kumparan.com/>.
- Filipi Anderson, Todo. *Optimalisasi Pembiayaan Defisit Anggaran Melalui Pembiayaan Non-Utang Sebagai Alternatif Dalam Mengurangi Stok Utang Pemerintah*. Banten: STAN, 2015.
- ILO. *Decent Work and the Informal Economy. International Labour Conference, 90th Session*, 2002.
- Juanita. “Peran Asuransi Kesehatan Dalam Benchmarking Rumah Sakit Dalam Menghadapi Krisis Ekonomi.” *Library.Usu.Ac.Id* (2002).
- Karim, Adiwarmarman Azwar. *Sejarah Pemikiran Ekonomi Islam*. 3rd ed. Jakarta: Rajawali Pers, 2014.
- Kemenkes RI. “Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional.” 1–30, 2013.
- Keuangan, Menteri. *Permenkeu No. 251/PMK.02/2016 Tentang Kesehatan Keuangan Aset BPJS Kesehatan*. Indonesia, 2016.
- Kholis, Nur. “Kesejahteraan Sosial Di Indonesia Perspektif Ekonomi Islam.” *Akademika* 20, no. 2 (2015).
- Kolistiawan, Budi. “Muamalat Asuransi Kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.” *An-Nisbah* Vol.02, no. No.02 (2016).
- Listya Dewi, Shita. “Kebijakan Untuk Mengatasi Inflasi Biaya Kesehatan.” *Kebijakan Kesehatan Indonesia* 01, no. 04 (2012).

- Mboya, Dominick, Ann Aerts, Constanze Pfeiffer, Flora Kessy, Christopher Mshana, Sabine Renggli, Christian Lengeler, Fabrizio Tediosi, and Iddy Mayumana. "Looking at the Bigger Picture: How the Wider Health Financing Context Affects the Implementation of the Tanzanian Community Health Funds." *Health Policy and Planning* (2018).
- P3EI. *Ekonomi Islam*. Edited by Munrokhim Misanam, Priyonggo Suseno, and M. Bhekti Hendricanto. Jakarta, Indonesia: Raja Grafindo Persada, 2014.
- Putri, Asih Eka. *Defisit (Struktural) JKN 2014-2018 & Restrukturisasi JKN*. Jakarta, 2018.
- Retnaningsih, Hartini. "Defisit BPJS Kesehatan Dan Wacana Sharing Cost Peserta JKN-KIS Mandiri." *Info kesejahteraan sosial* IX, no. 22 (2017).
- Rian, Benny. "Polemik Peleburan 4 Jenis Asuransi Menjadi BPJS Oleh." Accessed March 9, 2019. <https://www.kompasiana.com>.
- Setyawan, Febri Endra Budi. "Sistem Pembiayaan Kesehatan." *Jurnal Berkala Ilmiah Kedokteran dan Kesehatan* 2, no. 4 (2018).
- Triyanta, Agus. *Hukum Ekonomi Islam; Dari Politik Hukum Islam Sampai Pranata Ekonomi Syariah*. Edited by Ni'matul Huda and R. Nazriyah. Yogyakarta: FH UII Press, 2012.
- . "Jaminan Ekonomi Rakyat Dalam Pemerintahan Islam Klasik." *Sosio Religia* 3, no. 4 (2004).