

## Analisis Iuran dan Beban Kesehatan dalam Rangka Evaluasi Program Jaminan Kesehatan

Kekeu Kirani Firdaus<sup>1</sup>, Ludovicus Sensi Wondabio<sup>2</sup>

Magister Akuntansi, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia<sup>1</sup>

Magister Akuntansi, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia<sup>2</sup>

**Abstract.** *The purpose of this study was to evaluate the National Health Insurance program (JKN) by analyzing the income and expenses of the Social Security Fund from 2014-2018 to find out more about the causes of the deficit. This study focuses on phenomena that occur in Health BPJS. The data used in this study is divided into qualitative data and quantitative data. Qualitative data obtained from interviews conducted with internal BPJS Health was analyzed using condens analysis and descriptive analysis methods, while quantitative data in the form of DJS Health financial reports and Health BPJS from 2014-2018 were analyzed using descriptive qualitative analysis. Through the analysis of contributions and income in the report of activities carried out, it was found that contribution income is always lower each year when compared to the costs incurred. The biggest cost of benefits that absorbs the burden of BPJS Kesehatan is services at advanced hospitalization. This advanced level of hospitalization refers to the Hospital in collaboration with BPJS Kesehatan.*

**Keywords.** *deficit; social security fund; BPJS Kesehatan.*

**Abstrak.** Tujuan dari dilakukannya penelitian ini adalah untuk mengevaluasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan menganalisis pendapatan dan beban Dana Jaminan Sosial Kesehatan dari tahun 2014-2018 untuk mengetahui lebih dalam penyebab terjadinya defisit. Penelitian ini berfokus pada fenomena yang terjadi pada BPJS Kesehatan. Data yang digunakan dalam penelitian ini terbagi menjadi data kualitatif dan data kuantitatif. Data kualitatif didapat dari hasil wawancara yang dilakukan dengan pihak internal BPJS Kesehatan dianalisis dengan menggunakan metode analisis konden dan analisis deskriptif, sedangkan data kuantitatif berupa laporan keuangan DJS Kesehatan dan BPJS Kesehatan dari tahun 2014-2018 dianalisis dengan menggunakan analisis qualitative deskriptif. Melalui analisis iuran dan pendapatan dalam laporan aktivitas yang dilakukan, ditemukan bahwa pendapatan iuran selalu lebih rendah setiap tahunnya bila dibandingkan dengan beban biaya yang timbul. Biaya manfaat terbesar yang menyerap beban BPJS Kesehatan adalah pelayanan pada rawat inap tingkat lanjutan. Rawat inap tingkat lanjutan ini merujuk pada Rumah Sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

**Kata kunci.** defisit; dana jaminan sosial; BPJS Kesehatan

**Corresponding Author.** kekeukiranifirdaus95@gmail.com, lwondabio@gmail.com

**How to Cite This Article.** Firdaus, Kekeu K & Wondabio, Ludovicus S. (2019). Analisis Iuran dan Beban Kesehatan Dalam Rangka Evaluasi Program Jaminan Kesehatan: Studi Kasus Pada BPJS Kesehatan. *Jurnal ASET (Akuntansi Riset)*, 11 (1), 147-158.

**History of Article.** Received : Januari 2019, Revision: Maret 2019 Published: Juni 2019

Online ISSN: 2541-0342. Print ISSN: 2086-2563. DOI : 10.17509/jaset.v11i1.16898

Copyright©2019. Jurnal ASET (Akuntansi Riset) Program Studi Akuntansi FPEB UPI

### PENDAHULUAN

Gaya hidup manusia terus berubah. Perubahan dalam gaya hidup dan perilaku masyarakat saat ini tentu tidak lepas dari globalisasi. Dengan dimudahkan dalam memperoleh informasi di era gloalisasi ini tentu dapat mendorong masyarakat di negara-negara berkembang untuk meniru bahkan mengimbangi gaya hidup modern seperti budaya Barat. Misalnya saja berubahnya pola

makan masyarakat dari pola makan tradisional ke pola makan budaya Barat yang serba praktis seperti makanan cepat saji (*fast food*). Hal ini dapat mempengaruhi gaya hidup menjadi tidak sehat sehingga dapat meningkatkan risiko terkena berbagai macam penyakit. Sehingga untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, diperlukan pelayanan kesehatan yang memadai.

Ratminto dan Winarsih (2005) mendefinisikan pelayanan sebagai aktivitas yang terjadi dari akibat adanya interaksi antara karyawan dengan konsumen dimana perusahaan memberikan pelayanan yang dimaksudkan untuk memecahkan permasalahan yang dimiliki oleh konsumen. Pelayanan kesehatan adalah hak mendasar masyarakat dimana penyediannya wajib diselenggarakan oleh Pemerintah. Hal ini diatur dalam UUD 1945 Pasal 28 H ayat (1) dan diatur juga dalam Pasal 34 Ayat (3). Untuk itu, pemerintah membentuk suatu badan milik negara untuk mewujudkan program Jaminan Kesehatan Nasional yang dikenal dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Sejak berjalannya pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dari tahun 2014 hingga sekarang, banyak tanda-tanda bahaya yang muncul dari keberlangsungan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tersebut. Tanda-tanda bahaya ini menurut Fachmi Idris selaku Direktur Utama BPJS Kesehatan dilihat dari kondisi keuangan Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan yang dikelola oleh BPJS Kesehatan yang begitu mengkhawatirkan (<https://money.kompas.com>). DJS yang dikelola oleh BPJS Kesehatan ini terus menghadapi persoalan defisit.

Persoalan defisit sudah menimpa BPJS Kesehatan sejak diresmikan pada 1 Januari 2014. Permasalahan defisit ini berdampak pada pelayanan Jaminan Kesehatan yang diberikan kepada masyarakat serta menimbulkan permasalahan dari para pemangku kepentingan. Dari hasil wawancara yang dilakukan dengan pihak internal BPJS Kesehatan, defisit yang terjadi menimbulkan banyak klaim atas tagihan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dan Rumah Sakit yang tertunda pembayarannya. Sejumlah rumah sakit yang berlokasi di Karawang melakukan penundaan pembayaran honor kepada karyawannya lantaran klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan tak kunjung cair (<https://regional.k>). Selain itu, timbulnya defisit BPJS Kesehatan ini juga berakibat pada menurunnya kualitas layanan kesehatan yang diberikan kepada para peserta. Taufik

Hidayat selaku anggota Panel Ahli Perkumpulan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia mengatakan bahwa masih banyak komplain masyarakat tentang pelayanan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan (<https://www.republika.co.id>).

Beberapa penelitian terdahulu yang ditemukan telah melakukan penelitian dengan topik terkait dengan BPJS Kesehatan. Pranata & Pujo (2015) meneliti tentang Tingkat Kepuasan Keluarga Pasien Pengguna Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Terhadap Kualitas Pelayanan Perawatan Pasien Instalasi Rawat Intensif (IRIN) di RSUP Dr. Kariadi Semarang. Hasil dari penelitian ini adalah sebagian besar keluarga pasien yang menggunakan program BPJS pada IRIN di RSUP Dr. Kariadi Semarang menyatakan puas. Indikator tingkat kepuasan keluarga pasien berdasarkan daya tangkap, bukti fisik, daya tangkap, keandalan, jaminan dan empati.

Irwandy (2016) dalam Kajian Literatur: Evaluasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia mengevaluasi implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional. Hasil dari penelitian ini menunjukkan per-1 Januari 2014 masih terdapat beberapa kendala seperti kesiapan *stakeholders* yang masih rendah dalam hal sarana prasana baik di Puskesmas maupun Rumah Sakit yang diakibatkan kurangnya sosialisasi kepada pihak penyedia fasilitas pelayanan kesehatan.

Mutiarin (2015) melakukan penelitian yang berjudul *Evaluation of Universal Health Coverage Policy: A Comparison Study Between Indonesia and Thailand*. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa pelaksanaan *Universal Health Coverage* di Thailand pada umumnya berhasil karena Pemerintah Thailand mampu mempertahankan standar fasilitas layanan kesehatan dan kualitas layanan kesehatan yang ada di rumah sakit. Sedangkan pelaksanaan *Universal Health Coverage* di Indonesia mengalami pemasalahan dalam pencapaian target, kurangnya dana untuk pelayanan kesehatan serta kualitas pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia.

Sumpri (2015) meneliti tentang Pelayanan Kesehatan Ruang Rawat Inap Peserta Pengguna BPJS di RSUD Dr. Soedarso Kalimantan Barat. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa pelayanan serta fasilitas yang diberikan oleh RSUD Dr. Soedarso sudah cukup baik, hanya saja masih ada beberapa fasilitas yang kurang baik yang berkaitan dengan fasilitas didalam ruangan rawat inap yang menyebabkan pasien beserta keluarganya menjadi kurang nyaman bila sedang beristirahat.

Wahyuningsih (2015) melakukan penelitian tentang Evaluasi Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Penelitian ini menunjukkan permasalahan yang muncul dari penerapan Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Dr. Moewardi Surakarta seperti sering penuhnya bangsal perawatan kelas III yang mengakibatkan pasien Jaminan Kesehatan Nasional kelas Penerima Bantuan Iuran (PBI) sering mengantri agar bisa mendapatkan perawatan rawat inap di IGD RSUD Dr. Moewardi Surakarta atau bahkan pasien terpaksa dipindahkan ke rumah sakit lainnya.

Rante & Mutiarin (2016) meneliti tentang Persepsi Masyarakat Terhadap Layanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di RSUD Morangan Sleman DIY. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara persepsi masyarakat yang digolongkan dalam Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan masyarakat yang digolongkan dalam Bukan Penerima Bantuan Iuran (BPBI). Namun perbedaan persepsi antara kedua golongan tersebut muncul berdasarkan pembayaran manfaat kesehatan dan informasi tentang penyelenggaraan program BPJS Kesehatan.

Suprianto & Mutiarin (2017) melakukan penelitian tentang Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Sosial (Studi Tentang Hubungan *Stakeholder*, Model Pembiayaan dan *Outcome* JKN di Kabupaten Bantul Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta). Hasil

dari penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa adanya hubungan antara BPJS dengan *stakeholders* yang mana diatur dalam Peraturan Pemerintah No. 85 Tahun 2013. Model pembiayaan BPJS dinilai cukup ideal sehingga dianggap pembayaran yang dilakukan BPJS Kesehatan baik kepada Rumah Sakit maupun Puskesmas dinilai positif. Selain itu, *outcome* JKN juga dinilai cukup baik dari besaran persentase yang dihasilkan yaitu 73% dari jumlah keseluruhan penduduk yang tinggal di Kabupaten Bantul.

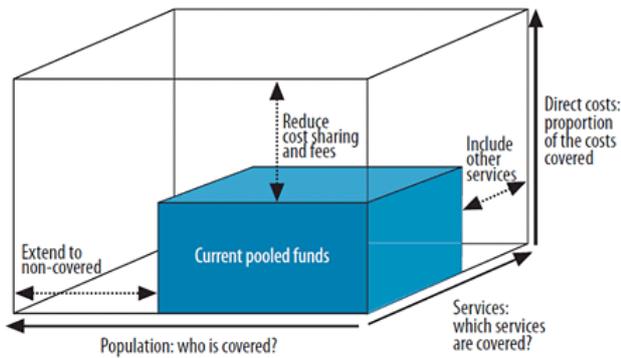
Mengetahui persoalan defisit yang terjadi pada BPJS Kesehatan terkait program Jaminan Kesehatan Nasional, penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi kinerja BPJS Kesehatan dengan melakukan analisis pendapatan dan beban yang terjadi dari tahun 2014-2018.

Penelitian yang dilakukan saat ini jelas berbeda dengan penelitian-penelitian maupun kajian terdahulu seperti yang disebutkan diatas. Tentunya studi kasus ini akan menjadi unik karena sejauh pengetahuan penulis belum pernah dilakukan penelitian dan kajian oleh peneliti lain. Melalui penelitian ini diharapkan dapat memberikan pertimbangan bagi BPJS Kesehatan untuk melakukan kesinambungan antara iuran dan beban program Jaminan Kesehatan Nasional. Rumusan masalah penelitian ini adalah: 1) Jika dilihat dari sisi iuran dan beban, hal-hal apakah yang menyebabkan defisit BPJS Kesehatan terjadi? 2) Bagaimana usulan bagi BPJS Kesehatan agar dapat mengatasi perosalan defisit yang terjadi?

## KAJIAN LITERATUR

### *Universal Health Coverage*

Istilah *Universal Health Coverage* (pada penulisan berikutnya disingkat UHC) datang dari *World Health Organization* (WHO) yang mana UHC memastikan seluruh masyarakat mendapatkan akses ke layanan kesehatan yang mereka butuhkan.



Three dimensions to consider when moving towards universal coverage

Sumber : www.who.int 2019

Gambar 1. *Universal Health Coverage Dimensions*

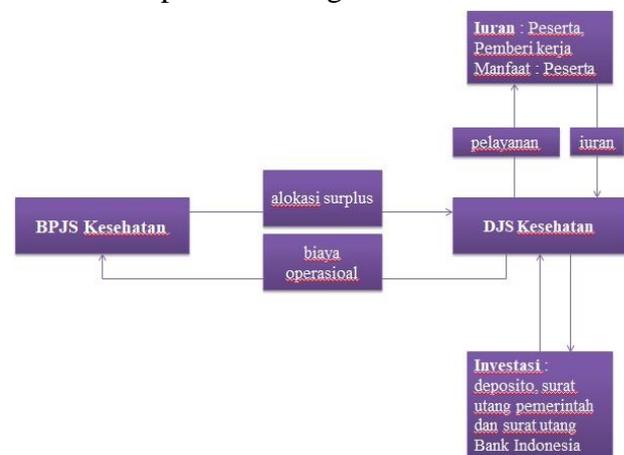
Dimensi pertama *universal coverage* menurut WHO adalah jumlah besaran penduduk yang dijamin layanan kesehatannya. Dimensi kedua, kelengkapan layanan kesehatan yang dijamin. Dimensi ketiga, besaran proporsi *direct cost* yang ditanggung oleh penerima layanan kesehatan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ketiga dimensi tersebut saling berkaitan dimana semakin banyak penduduk yang mendapatkan layanan kesehatan, maka paket layanan kesehatan semakin komprehensif sehingga besaran biaya yang harus ditanggung oleh masyarakat semakin kecil. Bila alokasi atau dana yang terkumpul terbatas akan berpengaruh komprehensif tidaknya layanan kesehatan serta besaran biaya pengobatan atau perawatan yang dijamin (Mundiharno, 2012).

### Penilaian Evaluasi

Ada dua hal yang dapat digunakan untuk menilai keberhasilan atau kegagalan sebagai penilaian dalam evaluasi pada kebijakan yang sudah berjalan (Lester dan Stewart, 2003), yaitu: Penilaian terhadap evaluasi kinerja (*outcome*). Evaluasi ini hanya bisa dilakukan pada kegiatan yang telah berjalan sehingga hasil dari evaluasi *outcome* nantinya dapat digunakan untuk penyempurnaan kegiatan selanjutnya, dan penilaian terhadap dampak yang mana evaluasi ini lebih fokus terhadap *output* atau dampak daripada prosesnya yang berguna untuk menilai hasil, atau target jangka panjang dari suatu kebijakan.

### BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan adalah suatu lembaga milik negara yang secara khusus mengemban tugas penting untuk menyelenggarakan jaminan dan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat Indonesia yang diresmikan oleh Pemerintah Indonesia pada 1 Januari 2014. Melalui rumah sakit atau lembaga kesehatan lainnya yang ditunjuk atau bekerja sama, BPJS Kesehatan pun resmi beroperasi dan melayani seluruh masyarakat Indonesia. BPJS Kesehatan bertanggungjawab atas pengelolaan aset badan (BPJS Kesehatan) dan aset peserta (DJS Kesehatan) secara terpisah. Dengan kata lain, aset DJS Kesehatan bukan bagian dari aset BPJS Kesehatan. Pada Pasal 41 dalam UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, dijelaskan lebih mendalam tentang perolehan aset BPJS Kesehatan dan DJS Kesehatan itu sendiri. Sebagian besar aset DJS Kesehatan bersumber dari iuran peserta yang kemudian disebut sebagai aset peserta digunakan untuk mendanai penyelenggaraan manfaat jaminan kesehatan bagi para peserta. Aset BPJS Kesehatan sebagian besar berasal dari aset DJS Kesehatan yang digunakan untuk mendanai operasional BPJS Kesehatan dan pembangunan kapasitas pelayanan. Menteri Keuangan, setiap tahunnya, menetapkan proporsi iuran bagi BPJS Kesehatan yang boleh digunakan untuk mendanai operasional organisasi.



Sumber : Seri Buku Saku-2: Paham BPJS (telah diolah kembali) 2019

Gambar 2. Model Bisnis BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan akan mengembalikan surplus dana pengelolaan badan kepada DJS Kesehatan yang ditujukan untuk penguatan manfaat program-program jaminan sosial. Pada saat pembubaran PT. Askes (Persero), BPJS Kesehatan mendapatkan pengalihan aset milik organisasi sebelumnya yang hanya didapatkan satu kali sejak dibentuknya BPJS Kesehatan. aset yang dialihkan tersebut dicatat dalam dua akun yaitu, akun aset DJS Kesehatan untuk pengalihan dana peserta Askes dan akun aset BPJS Kesehatan untuk pengalihan aset PT. Askes (Persero).

### Laporan Keuangan BPJS Kesehatan

Laporan BPJS Kesehatan dengan DJS kesehatan tidak dikonsolidasikan. Dasar pertimbangannya adalah karena program jaminan sosial merupakan entitas pelaporan, hanya saja badan penyelenggara tidak memiliki pengendalian atas program sehingga laporan keuangan program disajikan terpisah dari laporan keuangan badan penyelenggara. Laporan keuangan BPJS Kesehatan menggunakan PSAK Umum dengan alasan, yaitu : Prinsip-prinsip yang digunakan untuk transaksi jaminan sosial sesuai dengan yang berlaku dalam SAK, SAK bersifat *principle-based* (bukan *rule-based/industry-based*), dan beberapa negara lain juga menggunakan SAK yang berlaku umum untuk program jaminan sosialnya, seperti Korea Selatan menggunakan *National Pension Services*, Australia menggunakan *Social Security Appeals Tribunal*, dan Filipina menggunakan *Social System Security*.

Berbeda dari BPJS Kesehatan yang menggunakan PSAK 1, DJS Kesehatan menggunakan justru menggunakan PSAK 45 dengan alasan : DJS Kesehatan tidak memiliki kepemilikan sebagaimana entitas komersial dan Program jaminan kesehatan merupakan program asuransi jangka pendek.

### Teknik Analisis Laporan Keuangan

Menurut Prastowo dan Julianti (2005) analisis laporan keuangan dapat dilakukan dengan menggunakan dua metode, yaitu: analisis horizontal dan analisis vertikal.

### Metode Horizontal

Simamora (2000) mendefinisikan analisis horizontal atau dikenal juga sebagai analisis trend sebagai teknik yang digunakan untuk mengevaluasi data-data dalam laporan keuangan selama periode tertentu.

### Metode Vertikal

Analisis vertikal merupakan metode yang digunakan untuk menganalisis laporan keuangan pada periode tertentu dengan melakukan analisis perbandingan pada setiap pos-pos dalam laporan keuangan. Teknik-teknik analisis yang termasuk dalam metode vertical antara lain: (a) Analisis persentase per komponen; (b) *common-size*; (c) analisis ratio; (d) analisis impas.

### METODE ANALISIS

Melalui penelitian kualitatif penulis berusaha mengamati dan mengungkap fenomena yang terjadi pada BPJS Kesehatan. Jenis dan sumber data dalam penelitian ini terbagi menjadi *primary data* dan *secondary data*. *Primary data* berasal dari catatan dari hasil wawancara yang dilakukan dengan pihak internal terkait, sedangkan *secondary data* berasal dari laporan keuangan BPJS Kesehatan dan DJS Kesehatan (*audited*). *Primary data* yang telah dikumpulkan dianalisis dengan menggunakan metode *content analysis* dan *descriptive analysis*. Menurut Fraenkel (2006), *content analysis* adalah teknik yang digunakan untuk mendalami perilaku individu secara tidak langsung melalui informasi tertulis maupun cetak dalam media massa. Sedangkan *descriptive analysis* memudahkan peneliti untuk menjelaskan lebih spesifik permasalahan yang sedang terjadi (Neuman, 2014). Selanjutnya untuk *secondary data* dianalisis dengan menggunakan *qualitative descriptive analysis* untuk menggambarkan dan memaparkan data-data tersebut dengan kata-kata secara jelas dan rinci. Tujuannya tidak lain untuk memberikan *summary* dari data yang didapatkan agar penulis dapat menginformasikan permasalahan yang sedang terjadi.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Program JKN ini didanai dari iuran yang dibayarkan masyarakat kepada BPJS Kesehatan sebagai lembaga yang bertanggungjawab sebagai pengelola. Iuran masyarakat ini kemudian disebut sebagai DJS Kesehatan karena iuran yang dibayarkan masyarakat merupakan dana amanat masyarakat yang nantinya digunakan untuk membayar biaya manfaat atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan serta untuk membiayai operasional program jaminan sosial. Bila dilihat dari laporan keuangan DJS Kesehatan dari tahun 2014-2017 mengalami defisit. Atas kondisi ini pemerintah membuat kebijakan untuk memberikan suntikan dana berupa penyeteroran modal kepada BPJS Kesehatan yang nantinya sebagian dari setoran modal tersebut dihibahkan dari BPJS Kesehatan ke DJS Kesehatan dan hal ini diharapkan dapat menekan defisit yang terjadi pada DJS Kesehatan.

### Hasil

Defisit yang terjadi pada BPJS Kesehatan sejak didirikan pada tahun 2014 lalu disebabkan oleh beberapa hal. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan pihak internal Kedeputusan Bidang Akuntansi BPJS Kesehatan, pihak internal menyebutkan beberapa hal yang menjadi penyebab defisit yang dijelaskan sebagai berikut:

### **Mismatch antara pendapatan iuran dan beban manfaat**

Defisit yang terjadi pada BPJS Kesehatan diakibatkan tidak sebandingnya pendapatan iuran yang masuk dengan beban manfaat yang dikeluarkan. Hal ini sudah terjadi lima tahun sejak BPJS Kesehatan dibentuk. Ketidak seimbangan yang terjadi seperti dijelaskan pada kutipan wawancara dibawah ini:

“Kondisi *mismatch* ini sudah kita prediksi sejak program Jaminan Kesehatan Nasional ini diselenggarakan. Hal ini terjadi karena

premi peserta JKN belum menggunakan perhitungan aktuarial secara penuh. Baik premi Penerima Bantuan Iuran dan premi Pekerja Bukan Penerima Upah sebagaimana diatur dalam Peraturan Presiden No. 28 Tahun 2016 masih belum sesuai dengan perhitungan aktuarial khususnya untuk Kelas II dan III. Padahal Dewan Jaminan Sosial Nasional sudah melakukan perhitungan aktuarial untuk besaran premi peserta yang ideal.” (Responden 1, 2019)

Dari hasil wawancara diatas, dapat disimpulkan bahwa pemerintah perlu mempertimbangkan untuk menaikkan premi bulanan peserta Jaminan Kesehatan agar dapat terciptanya kesinambungan antara iuran dan beban dengan melakukan evaluasi kembali pada premi kepesertaan. Lester dan Stewart (2000) menjelaskan bahwa penilaian terhadap *outcome* diperlukan untuk menyempurnakan kegiatan selanjutnya. Dengan begitu, defisit BPJS Kesehatan dapat segera diatasi.

### **Premi kepesertaan berada dalam posisi *underpriced***

Premi peserta sistem Jaminan Kesehatan Nasional yang ada saat ini tidak seimbang dengan biaya manfaat yang dibayarkan. Bila ini dibiarkan terus-menerus terjadi setiap tahunnya, tentu akan terus menyebabkan defisit dan akan mempengaruhi kinerja keuangan bagi BPJS Kesehatan. Seperti yang dijelaskan pada kutipan wawancara berikut :

“Walaupun besaran iuran program JKN dalam posisi *underpriced*, bila dilakukan penyesuaian akan cenderung mendapat reaksi negatif dari masyarakat. Iuran peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) sudah diubah tiga kali sejak pertama kali dikeluarkan Peraturan Presiden No. 111 Tahun 2013 yang besaran iurannya ditentukan Kelas I Rp 59,500, Kelas II Rp 42,500, dan Kelas III Rp 25.500. Perubahan kedua pada tahun 2016 dilakukan dengan

mengeluarkan Peraturan Presiden No. 19 Tahun 2016 yang mengubah besaran iuran kepesertaan BPJS Kesehatan menjadi Kelas I Rp 80,000, Kelas II Rp 51.000, dan Kelas III Rp 30,000. Perubahan ketiga dilakukan dengan mengeluarkan Peraturan Presiden No. 28 Tahun 2016 yang mengubah besaran iuran kepesertaan BPJS Kesehatan menjadi Kelas I Rp 80,000, Kelas II Rp 51.000, dan Kelas III Rp 25,500. Kenaikan besaran iuran Kelas I dan II segmen peserta PBPB yang tidak diiringi kenaikan besaran iuran Kelas III, menyebabkan permasalahan baru: peserta PBPB Kelas I dan II terdorong untuk pindah ke Kelas III, terutama saat tidak membutuhkan pelayanan kesehatan.” (Responden 1, 2019)

“Dari data yang ada sampai dengan Agustus 2018 besaran biaya per orang per bulan lebih (BPOP) besar dibandingkan premi per orang per bulan (PPOP) sehingga timbul selisih antara BPOP dan PPOP yang kian meningkat setiap tahunnya. Tahun 2016, selisih yang timbul antara PPOP (Rp 33,776) dan BPOP (Rp 35,802) adalah sebesar Rp 2,026. Tahun 2017, selisih yang timbul antara PPOP (Rp 34,119) dan BPOP (Rp 39,744) adalah sebesar Rp 5,65. Tahun 2018, selisih yang timbul antara PPOP (Rp 34,095) dan BPOP (Rp 40,120) adalah sebesar Rp 6,025. Untuk melakukan penyesuaian jelas tidak mudah karena cenderung mendapat reaksi negatif dari masyarakat.” (Responden 1, 2019)

Dari kutipan wawancara tersebut, dapat disimpulkan bahwa iuran yang terlalu rendah menjadi penyebab defisit BPJS Kesehatan membengkak. Kenaikan iuran Kelas I dan II segmen peserta PBPB menjadi masalah karena tidak diiringi dengan kenaikan iuran Kelas III. Tidak hanya premi kenaikan premi yang tidak seimbang, masalah lainnya diakibatkan

oleh BPOP yang lebih besar daripada PPOP. Sehingga, pemerintah perlu melakukan pengkajian ulang atas besaran iuran Jaminan Kesehatan. Hal ini sesuai dengan yang diatur dalam Peraturan Presiden No. 111 Tahun 2013 Pasal 16I sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16A, 16B, 16C, 16F, 16G dan 16H bahwa besaran iuran ditinjau paling lama dua tahun sekali.

### **Besarnya jumlah tunggakan pembayaran iuran kepesertaan**

“Besarnya tunggakan pembayaran iuran Jaminan Kesehatan Nasional dikarenakan para peserta masih memiliki tingkat kepatuhan yang belum optimal. Ada berbagai alasan kenapa peserta bisa menunggak membayar iuran. Ada yang lupa membayar iuran, ada juga peserta yang tidak mampu untuk membayar iuran, dan lain-lain. Namun, untuk mempermudah peserta dalam membayarkan iuran BPJS bekerja sama dengan beberapa pihak terkait seperti Bank dengan menerapkan *auto-debit*, peserta juga bisa membayarkan iuran secara rutin setiap bulannya melalui Alfamart, Indomaret, Tokopedia, dan lain sebagainya.” (Responden 2, 2019)

Dari kutipan diatas dapat disimpulkan apabila tunggakan iuran dapat segera dilunasi oleh para peserta Jaminan Kesehatan seharusnya defisit BPJS Kesehatan dapat ditutupi. Sehingga Pemerintah perlu membuat suatu regulasi serta memberikan dukungan untuk memberikan sanksi bagi peserta yang menunggak membayar iuran.

### **Besarnya biaya pelayanan kesehatan disebabkan banyaknya penduduk yang menderit penyakit kronis**

Berdasarkan hasil wawancara dengan pihak internal Kedeputusan Bidang Akuntansi BPJS Kesehatan, pemicu defisit keuangan BPJS Kesehatan disebabkan oleh penyakit katastropik. Menurut BPJS Kesehatan, insiden

penyakit kronis masyarakat Indonesia cukup tinggi. Seperti yang diketahui penyakit katastropik memerlukan pelayanan kesehatan yang cukup lama bahkan bisa seumur hidup. BPJS Kesehatan saat ini mengcover setidaknya delapan penyakit katastropik antara lain jantung, kanker, stroke, gagal ginjal, thalassaemia, haemophilia, cirrhosis hepatitis, dan leukaemia. Dari delapan penyakit katastropik tersebut tiga diantaranya paling memakan biaya BPJS Kesehatan adalah penyakit jantung, kanker, dan stroke. Selain itu, jumlah kasus yang ditangani saja setiap tahunnya terus meningkat bersamaan dengan biaya pelayanan kesehatan. Untuk melakukan efisiensi mengatasi defisit yang terjadi, BPJS Kesehatan mendorong fasilitas kesehatan primer untuk memberikan pelayanan yang baik ketika di fasilitas kesehatan yang bersangkutan sehingga dapat meminimalisir rujukan ke rumah sakit. Tentunya efisiensi yang dilakukan ini lebih kepada memaksimalkan pelayanan di fasilitas kesehatan, bukan untuk mengurangi manfaat pelayanan kesehatan yang diberikan.

## **PEMBAHASAN**

Untuk lebih menggali penyebab defisit BPJS Kesehatan peneliti melakukan analisis ada iuran dan beban dari data yang bersumber dari laporan keuangan BPJS Kesehatan. Dalam melakukan analisis ini penulis menggunakan metode horizontal dan vertikal yang disajikan dalam tabel yang kemudian ditarik kesimpulan dari kenaikan dan penurunan persentase yang ada pada setiap pos dalam laporan aktivitas.

### **Analisis Pendapatan Iuran**

Pendapatan Iuran DJS Kesehatan bersumber dari Penerima Bantuan Iuran (PBI), Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), dan Bukan Pekerja. Tahun 2014, pendapatan iuran DJS Kesehatan secara keseluruhan adalah Rp. 40,7 Triliun dengan uraian kontribusi dari total iuran PBI sebesar Rp 21,2 Triliun, total iuran Non PBI sebesar Rp 16,2 Triliun, total iuran PBPU sebesar Rp 1,88 Triliun dan total iuran Bukan Pekerja sebesar

Rp 1,32 Triliun. Tahun 2015, pendapatan iuran DJS Kesehatan naik sebesar Rp. 52,7 Triliun dengan uraian kontribusi dari total iuran PBI sebesar Rp 22,2 Triliun, total iuran Non PBI sebesar Rp 24,2 Triliun, total iuran PBPU sebesar Rp 4,67 Triliun dan total iuran Bukan Pekerja sebesar Rp 1,65 Triliun. Tahun 2016, pendapatan DJS Kesehatan naik sebesar Rp 67,4 Triliun dengan uraian kontribusi dari total iuran PBI sebesar Rp 28,4 Triliun, total iuran Non PBI Rp 31,5 Triliun, total iuran PBPU Rp 5,72 Triliun dan total iuran Bukan Pekerja sebesar Rp 1,62 Triliun. Tahun 2017, pendapatan DJS Kesehatan naik sebesar Rp 74,2 Triliun dengan uraian kontribusi dari total iuran PBI sebesar Rp 30,5 Triliun, total iuran Non PBI Rp 35,3 Triliun, total iuran PBPU Rp 6,71 Triliun dan total iuran Bukan Pekerja sebesar Rp 1,65 Triliun.

### **Analisis Beban**

Beban Jaminan Kesehatan pada tahun 2014 terdiri atas rawat jalan tingkat pertama, rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat pertama rawat inap tingkat lanjutan, pelayanan kesehatan khusus, Jamkesmen, Jamkestama, pelayanan kesehatan penyakit khusus katastropik dan promotif dan preventif dengan total Rp 42, 65 Triliun. Bila diuraikan kontribusi beban rawat jalan tingkat pertama sebesar Rp 8,63 Triliun, rawat inap tingkat pertama sebesar Rp 444,8 Miliar, rawat jalan tingkat lanjutan sebesar Rp 8,16 Triliun, rawat inap tingkat lanjutan sebesar Rp 25,15 Triliun, pelayanan kesehatan khusus sebesar Rp 410,8 Juta, Jamkesmen sebesar Rp 3,59 Miliar, Jamkestama sebesar Rp 3,68 Miliar, pelayanan kesehatan penyakit khusus katastropik sebesar Rp 97,7 Miliar dan promotif dan preventif sebesar Rp 146, 9 Miliar.

Pada tahun 2015, 2016 dan 2017 pelayanan kesehatan khusus, Jamkesmen, Jamkestama, pelayanan kesehatan penyakit khusus katastropik sudah tidak masuk lagi ke dalam Beban Jaminan Kesehatan. Di tahun 2015 total Beban Jaminan Kesehatan adalah Rp 57,08 Triliun yang bila diuraikan terdiri dari pendapatan rawat jalan tingkat pertama sebesar 10,79 Triliun, rawat inap tingkat

pertama sebesar Rp 710,8 Miliar, rawat jalan tingkat lanjutan sebesar Rp 13,61 Triliun, rawat inap tingkat lanjutan sebesar Rp 31,85, dan promotif dan preventif sebesar Rp 99,32 Miliar. Di tahun 2016 total Beban Jaminan Kesehatan adalah Rp 67,24 Triliun yang bila diuraikan terdiri dari pendapatan rawat jalan tingkat pertama sebesar Rp 12,30 Triliun, rawat inap tingkat pertama sebesar Rp 768,2 Miliar, rawat jalan tingkat lanjutan sebesar Rp 16,53 Triliun, rawat inap tingkat lanjutan sebesar Rp 37,48 Triliun, dan promotif dan preventif Rp 142,4 Miliar. Di tahun 2017 total Beban Jaminan Kesehatan adalah Rp 84,44 Triliun yang bila diuraikan terdiri dari pendapatan rawat jalan tingkat pertama sebesar Rp 12,77 Triliun, rawat inap tingkat pertama sebesar Rp 894,5 Miliar, rawat jalan tingkat lanjutan sebesar Rp 23,52 Triliun, rawat inap tingkat lanjutan sebesar Rp 47,04 Triliun, dan promotif dan preventif Rp 207,7 Miliar.

Dari hasil analisis pendapatan dan beban DJS Kesehatan diatas, dapat dilihat bahwa kenaikan pendapatan selalu dibarengi dengan kenaikan beban DJS Kesehatan yang terus bertambah dari tahun ke tahun. Pendapatan iuran DJS Kesehatan yang terus meningkat dari tahun 2014 hingga 2017. Di tahun 2014, pendapatan DJS Kesehatan secara keseluruhan adalah Rp 41,51 Triliun dengan kontribusi 98% dari pos pendapatan iuran sebesar Rp 40,71 Triliun. Di tahun 2015, pendapatan DJS Kesehatan keseluruhan naik sebesar Rp 55,65 Triliun dengan kontribusi 95% dari pos pendapatan iuran sebesar Rp 52,77 Triliun. Di tahun 2016, pendapatan DJS Kesehatan naik sebesar Rp 74,40 Triliun dengan kontribusi 91% dari pos pendapatan iuran sebesar Rp 67,40 Triliun. Berbeda dari tahun-tahun sebelumnya, pendapatan DJS Kesehatan pada tahun 2017 diketahui sebesar Rp 78,35 Triliun. Kontribusi pos pendapatan iuran pada tahun 2017 ini lebih tinggi dari tahun-tahun sebelumnya yaitu 99%. Kontribusi yang tinggi ini dikarenakan pada tahun 2017 Pemerintah memberikan bantuan dana sebesar Rp 3,6 Triliun. Apabila tidak ada bantuan dari Pemerintah maka besaran pos pendapatan iuran DJS Kesehatan pada tahun

2017 tidak jauh berbeda dari tahun sebelumnya hanya sebesar Rp 74,75 Triliun.

Sedangkan untuk beban DJS Kesehatan juga terjadi kenaikan setiap tahunnya dari laporan keuangan DJS Kesehatan tahun 2014 hingga 2017. Hal ini dipengaruhi oleh Beban Jaminan Kesehatan yang memberikan kontribusi terbesar bagi beban DJS Kesehatan. Pada tahun 2014 beban DJS Kesehatan tercatat sebesar Rp 42,65 Triliun dengan porsi 95% dari total beban yaitu Rp 44,82 Triliun. Tahun 2015 beban DJS Kesehatan naik menjadi Rp 57,08 Triliun dengan porsi 93% dari total beban yaitu Rp 61,41 Triliun. Tahun 2016 naik menjadi Rp 67,24 Triliun dengan porsi 91% dari total beban yaitu Rp 73,89 Triliun. Terakhir pada tahun 2017 Beban Jaminan Kesehatan naik drastis menjadi Rp 84,44 Triliun dengan porsi 91% dari total beban yaitu Rp 92,81 Triliun.

Dari hasil wawancara yang dilakukan dengan pihak internal BPJS Kesehatan, ada beberapa indikasi yang menurut pihak internal menjadi penyebab defisit BPJS Kesehatan. Pertama, pihak internal menyebutkan bahwa fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan kecurangan. Pasien yang seharusnya masih belum boleh dipulangkan karena masih membutuhkan perawatan lebih lanjut justru dipulangkan dan diminta untuk melakukan *re-check in* kembali agar pihak fasilitas kesehatan dapat melakukan klaim berkali-kali kepada BPJS Kesehatan. Hal ini tentu melanggar Perjanjian Kerja Sama (PKS) yang disepakati. Kedua, banyak pasien yang tidak patuh dalam membayarkan iuran khususnya kepesertaan mandiri. Menurut pihak internal BPJS Kesehatan dari wawancara yang dilakukan, ketidakpatuhan membayar iuran yang dilakukan kepesertaan mandiri menyebabkan pendapatan iuran program jaminan kesehatan defisit. Ketiga, pihak internal BPJS Kesehatan menyebutkan bahwa para peserta masih belum bisa diajak untuk memanfaatkan kemudahan yang ditawarkan oleh fasilitas kesehatan. Peserta yang khususnya membutuhkan pelayanan hemodialisis atau dikenal dengan cuci darah di rumah sakit ini sebenarnya sudah bisa dilakukan secara mandiri dirumah. Prosedur

ini dikenal dengan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD). Selain mempermudah pasien agar tidak perlu bolak-bali rumah sakit untuk mendapatkan pelayanan cuci darah, bagi BPJS Kesehatan pelayanan CAPD ini jauh lebih murah biaya manfaatnya bila dibandingkan dengan hemodialisis.

## SIMPULAN

Terkait dengan defisit yang dialami oleh BPJS Kesehatan dari tahun 2014-2017, maka penelitian ini dilakukan untuk mengevaluasi program jaminan kesehatan menganalisis iuran dan beban. Analisis yang digunakan untuk menganalisis data kualitatif dan data kuantitatif adalah *descriptive analysis* dan *content analysis*. Data kualitatif dikumpulkan melalui observasi dan wawancara yang dilakukan dengan pihak internal BPJS Kesehatan, sedangkan data kuantitatif berupa *secondary data* yang didapat dari BPJS Kesehatan. Hasil analisis menunjukkan bahwa defisit yang terjadi diakibatkan beberapa hal, diantaranya: Biaya manfaat yang dibayarkan setiap tahunnya lebih tinggi daripada pendapatan iuran yang ada dan beban yang paling menyerap biaya BPJS Kesehatan adalah beban jaminan kesehatan. Khususnya beban jaminan kesehatan pada pelayanan rawat inap tingkat lanjutan.

Atas persoalan defisit tersebut, BPJS Kesehatan perlu melakukan upaya untuk mengatasi defisit yang terjadi dengan melakukan: menaikkan besaran iuran para peserta BPJS Kesehatan agar lebih proporsional dikarenakan pelayanan kesehatan yang diberikan BPJS Kesehatan terus meningkat sehingga perlu dilakukannya penyesuaian besaran iuran, tidak lagi menerapkan sistem *fully-funded* untuk semua kelompok penyakit agar lebih meringankan beban BPJS Kesehatan dalam membayarkan klaim kepada fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan dapat fokus mendanai kelompok penyakit tertentu, dan membuat sanksi tegas untuk para peserta yang tidak patuh membayarkan iuran.

Namun demikian, penulis menyadari adanya keterbatasan dalam mengumpulkan

data dan analisis yang dilakukan. Penelitian ini hanya menganalisis iuran dan beban program jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan dari tahun 2014-2017 sehingga hanya berfokus kepada BPJS Kesehatan. Selain itu, keterbatasan penelitian lainnya tidak melihat dari sisi Rumah Sakit, Peserta, dan Regulator. Oleh karena itu, bagi para peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengkaji kebenaran indikasi-indikasi yang diduga sebagai penyebab defisit BPJS Kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- BPJS Kesehatan. (2014). *Laporan Keuangan BPJS Kesehatan Tahun 2014*. Jakarta
- BPJS Kesehatan. (2015). *Laporan Keuangan BPJS Kesehatan Tahun 2015*. Jakarta
- BPJS Kesehatan. (2016). *Laporan Keuangan BPJS Kesehatan Tahun 2016*. Jakarta
- BPJS Kesehatan. (2017). *Laporan Keuangan BPJS Kesehatan Tahun 2017*. Jakarta
- DJS Kesehatan. (2014). *Laporan Keuangan DJS Kesehatan Tahun 2014*. Jakarta
- DJS Kesehatan. (2015). *Laporan Keuangan DJS Kesehatan Tahun 2015*. Jakarta
- DJS Kesehatan. (2016). *Laporan Keuangan DJS Kesehatan Tahun 2016*. Jakarta
- DJS Kesehatan. (2017). *Laporan Keuangan DJS Kesehatan Tahun 2017*. Jakarta
- Indonesia (1945). Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia. Jakarta: Komite Nasional Pusat (KNIP).
- Indonesia (2011). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Jakarta: Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia.
- Irwandy. (2016). Kajian Literature: Evaluasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*, 5(3), 110–114. <https://doi.org/10.22146/JKKI.V5I3.30650>
- Indonesia (2014). Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 Tentang Perasuransian. Jakarta: Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia.

- Kompas. (2017). Dana Jaminan Sosial Defisit, Apakah Manfaat Untuk Peserta Akan Dikurangi?. Diperoleh 26 April, 2019, dari <https://money.kompas.com/read/2017/06/21/213859626/dana.jaminan.sosial.defisit.apakah.manfaat.untuk.peserta.akan.dikurangi>.
- Kompas. (2018). *Klaim BPJS Kesehatan Belum Cair, Beberapa Rumah Sakit Tunda Honor Karyawan*. Diperoleh 26 April, 2019, dari <https://regional.kompas.com/read/2018/09/12/13381921/klaim-bpjs-kesehatan-belum-cair-beberapa-rumah-sakit-tunda-honor-karyawan>
- Lester, James P, & Joseph Stewart, Jr. (2000). *Public Policy: An Evolutionary Approach*. Belmont, CA : Wadsworth.
- Mundiharno. (2012). Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional (Road Map to A Universal Health coverage), 9(1), 207–222.
- Mutiarin, D. (2015). Evaluation of Universal Health Coverage Policy : A Comparison Study Between Indonesia and Thailand, 597(November), 1–98. Retrieved from <http://repository.umy.ac.id/handle/123456789/1920>
- Neuman, L. W. (2014). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. Pearson Education Limited.
- Pranata, E. C., & Pujo, J. L. (2015). Tingkat Kepuasan Keluarga Pasien Pengguna Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Terhadap Kualitas Pelayanan Perawatan Pasien Instalasi Rawat Intensif (IRIN) di RSUD Dr. Kariadi Semarang. *Kesehatan Masyarakat*, 4(4), 659–668. Retrieved from [http://download.portalgaruda.org/article.php?article=365158&val=4695&title=TINGKAT KEPUASAN KELUARGA PASIEN PENGGUNA PROGRAM BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL %28BPJS%29 TERHADAP KUALITAS PELAYANAN PERAWATAN PASIEN INSTALASI RAWAT INTENSIF %28IRIN%29 DI](http://download.portalgaruda.org/article.php?article=365158&val=4695&title=TINGKAT%20KEPUASAN%20KELUARGA%20PASIEN%20PENGGUNA%20PROGRAM%20BADAN%20PENYELENGGARA%20JAMINAN%20SOSIAL%20TERHADAP%20KUALITAS%20PELAYANAN%20PERAWATAN%20PASIEN%20INSTALASI%20RAWAT%20INTENSIF%20DI)
- Putri, Asih Eka. (2014). *Seri Buku Saku 2: Paham BPJS*. Jakarta: CV Komunitas Pejaten Mediatama.
- Rante, H., & Mutiarin, D. (2016). Persepsi Masyarakat Terhadap Layanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di RSUD Morangan Sleman DIY. *Ilmu Pemerintahan Dan Kebijakan Publik*, 3(1), 1–20.
- Ratminto & Atik Septi Winarsih. (2005). *Manajemen Pelayanan*. Yogyakarta: Pustaka pelajar.
- Republika. (2018). *BPJS Diminta Ukur Kualitas Pelayanan Kesehatan*. Diperoleh 26 April 2019, dari <https://www.republika.co.id/berita/gaya-hidup/info-sehat/18/11/08/phvgj8399-bpjs-diminta-ukur-kualitas-pelayanan-kesehatan>.
- Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Kualitatif, Kuantitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sekaran, U. (2009). *Research Method for Business 6<sup>th</sup> Edition*. Wiley Library.
- Sukmadinata, Nana Syaodih. (2009). *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Sumpri, M. (2015). Pelayanan Kesehatan Ruang Rawat Inap Peserta Pengguna BPJS di RSUD Dr. Soedarso Kalimantan Barat. *Ilmu Administrasi Negara*, 4(4), 1–11. Retrieved from <https://docplayer.info/31154718-Pelayanan-kesehatan-ruang-rawat-inap-peserta-pengguna-bpjs-di-rsud-dr-soedarso-kalimantan-barat.html>
- Suprianto, A., & Mutiarin, D. (2017). Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (Studi Tentang Hubungan Stakeholder, Model Pembiayaan dan Outcome JKN di Kabupaten Bantul Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta). *Journal of Governance and Public Policy*, 4(1), 71–107. <https://doi.org/10.18196/jgpp.4172>
- Wahyuningsih, S. (2015). Evaluasi Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di

- RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *INFOKES*, 5(2), 1–14.
- Walpole, Ronald, E., Raymond H. Myers. (1995). *Ilmu luang dan Statistika untuk Insinyur dan Ilmuwan*. Bandung: ITB.
- Fraenkel, J. R., & Wallen, N. E. (20016). *How to Design and Evaluate Research In Education* (6th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.

Analisis Vertikal Laporan Aktivitas DJS Kesehatan Tahun 2014-2018

	2014		2015		2016		2017		2018	
<b>PENDAPATAN</b>										
Pendapatan Iuran	40,719,862,345,220	98%	52,778,121,327,260	95%	67,404,010,657,972	91%	74,246,640,901,629	99%	81,975,180,303,390	88%
Kontribusi dari BPJS Kesehatan	-	0%	1,071,069,934,548	2%	-	0%	-	0%	-	0%
Bantuan dari Pemerintah	-	-	-	-	-	-	-	-	10,256,466,000,000	11%
Pendapatan atas Hibah dari BPJS Kesehatan	-	0%	1,540,000,000,000	3%	6,827,891,000,000	9%	135,271,239,468	0%	-	0%
Pendapatan atas Pajak Rokok	-	-	-	-	-	-	-	-	682,387,212,561	1%
Pendapatan bunga dan bagi hasil	746,310,110,679	2%	126,846,839,911	0%	75,247,633,342	0%	144,622,713,065	0%	21,164,167,747	0%
Keuntungan investasi yang telah direalisasi	-	0%	13,439,935,201	0%	14,100,654,420	0%	858,529,999	0%	(326,201,400)	0%
Kerugian investasi yang belum direalisasi	(14,677,731,538)	0%	(21,690,838,367)	0%	21,693,109,948	0%	5,459,446,431	0%	(451,462,610)	0%
Pendapatan Lain	62,326,070,638	0%	143,439,049,116	0%	65,453,441,343	0%	220,236,799,627	0%	266,600,278,440	0%
										0%
<b>Jumlah Pendapatan</b>	<b>41,513,820,794,999</b>	<b>100%</b>	<b>55,651,226,247,669</b>	<b>100%</b>	<b>74,408,396,497,025</b>	<b>100%</b>	<b>74,753,089,630,219</b>	<b>100%</b>	<b>93,201,020,298,128</b>	<b>100%</b>
<b>BEBAN</b>										
Beban jaminan kesehatan	42,658,702,022,638	95%	57,083,272,722,427	93%	67,247,884,479,608	91%	84,444,863,518,206	91%	94,296,844,759,351	101%
Beban cadangan teknis		0%		0%		0%		0%		0%
Kenaikan (penurunan) liabilitas jaminan Kesehatan dalam proses	186,187,661,195	0%	1,487,670,286,792	2%	605,731,719,177	1%	2,617,954,461,574	3%	(483,977,664,877)	-1%
Kenaikan (penurunan) liabilitas jaminan Kesehatan belum dilaporkan	2,721,763,436,529	6%	1,722,725,682,294	3%	3,436,257,889,268	5%	1,495,882,064,409	2%	6,808,199,070,915	7%
Kenaikan (penurunan) iuran yang belum merupakan pendapatan	(3,487,458,069,564)	-8%	227,424,840,270	0%	(1,901,918,480,832)	-3%	-	0%	-	0%
Beban operasional BPJS Kesehatan	2,476,992,353,231	6%	2,554,286,762	0%	3,625,661,751,855	5%	3,809,232,867,293	4%	3,768,829,000,000	4%
Beban Investasi	134,871,556,220	0%	27,456,517,697	0%	14,018,168,125	0%	28,215,520,424	0%	2,074,719,140	0%
Beban cadangan penurunan nilai piutang iuran	121,316,767,307	0%	710,272,078,425	1%	854,211,523,533	1%	375,524,836,990	0%	63,727,745,151	0%
Beban lain	10,589,504,375	0%	149,921,179,660	0%	18,115,206,532	0%	45,886,512,100	0%	432,885,102,053	0%
<b>Jumlah Beban</b>	<b>44,822,965,231,931</b>	<b>100%</b>	<b>61,411,297,594,327</b>	<b>100%</b>	<b>73,899,962,257,266</b>	<b>100%</b>	<b>92,817,559,780,996</b>	<b>100%</b>	<b>104,888,582,731,733</b>	<b>112%</b>
<b>PENURUNAN ASET NETO</b>	<b>(3,309,144,436,932)</b>		<b>(5,760,071,346,658)</b>		<b>508,434,239,759</b>		<b>(14,464,470,150,777)</b>		<b>(11,687,562,433,605)</b>	
<b>ASET NETO AWAL PERIODE</b>	<b>-</b>		<b>(3,309,144,436,932)</b>		<b>(9,069,215,783,590)</b>		<b>(8,560,781,543,831)</b>		<b>(23,025,251,694,608)</b>	
<b>ASET NETO AKHIR PERIODE</b>	<b>(3,309,144,436,932)</b>		<b>(9,069,215,783,590)</b>		<b>(8,560,781,543,831)</b>		<b>(23,025,251,694,608)</b>		<b>(34,712,814,128,213)</b>	

Sumber : Laporan Keuangan DJS Kesehatan tahun 2014-2018 (telah diolah kembali)

Analisis Horizontal Laporan Aktivitas Tahun 2014-2018

<b>PENDAPATAN</b>	<b>2014-2015</b>	<b>2015-2016</b>	<b>2016-2017</b>
Pendapatan Iuran	30%	28%	10%
Kontribusi dari BPJS Kesehatan		-	-
Pendapatan atas Hibah dari BPJS Kesehatan	-	-	-
Pendapatan bunga dan bagi hasil	-83%	-41%	92%
Keuntungan investasi yang telah direalisasi	-	-	-
Kerugian investasi yang belum direalisasi	48%	-200%	-75%
Pendapatan Lain	130%	-54%	236%
<b>Jumlah Pendapatan</b>	<b>34%</b>	<b>34%</b>	<b>0%</b>
<b>BEBAN</b>			
Beban jaminan kesehatan	34%	18%	26%
Beban cadangan teknis			
Kenaikan liabilitas jaminan			
Kesehatan dalam proses	699%	-59%	332%
Kenaikan liabilitas jaminan			
Kesehatan belum dilaporkan	-37%	99%	-56%
Kenaikan (penurunan) iuran yang belum merupakan pendapatan	107%	-936%	-100%
Beban operasional BPJS Kesehatan	-100%	141844%	5%
Beban Investasi	-80%	-49%	101%
Beban cadangan penurunan nilai piutang iuran	485%	20%	-56%
Beban lain	1316%	-88%	153%
<b>Jumlah Beban</b>	<b>37%</b>	<b>20%</b>	<b>26%</b>

Sumber : Laporan Keuangan DJS Kesehatan tahun 2014-2018 (telah diolah kembali)