



DEFISIT BPJS KESEHATAN DAN WACANA SHARING COST PESERTA JKN-KIS MANDIRI BERPENYAKIT KATASTROPIK

Hartini Retnaningsih*)

Abstrak

Sejak mulai beroperasi pada 1 Januari 2014, hingga kini BPJS Kesehatan terus mengalami defisit anggaran untuk pelayanan kesehatan peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional dan Kartu Indonesia Sehat (Program JKN-KIS). Penyebab utama adalah pembiayaan yang besar untuk peserta berpenyakit katastropik (jantung, stroke, kanker, thalasemia, dsb.). Hal ini membuat Pemerintah terus berupaya keras mengatasinya. Alasannya, BPJS Kesehatan harus dapat bekerja secara konsisten dan berkelanjutan dalam rangka mengemban amanat UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Tulisan ini menyimpulkan, defisit BPJS Kesehatan harus diatasi secara cermat dan bijak, karena BPJS Kesehatan adalah lembaga asuransi sosial. Peserta Program JKN-KIS Mandiri yang berpenyakit katastropik tidak perlu dibebani biaya lebih besar, karena hal ini akan menjauhkan BPJS Kesehatan dari amanat konstitusi. DPR RI perlu mendorong Pemerintah untuk mengatasi defisit BPJS Kesehatan tanpa mengurangi rasa sejahtera masyarakat.

Pendahuluan

Beberapa waktu terakhir ini media massa kembali marak memberitakan tentang defisit anggaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di bidang kesehatan (BPJS Kesehatan), sehingga badan tersebut meminta Pemerintah untuk menyuntikkan sejumlah dana agar lembaganya bisa terus beroperasi membiayai kesehatan masyarakat. Masalah defisit BPJS Kesehatan memang

merupakan masalah yang sangat penting untuk dicari solusinya, karena BPJS Kesehatan merupakan badan resmi di bawah Presiden yang ditunjuk untuk mengemban jaminan sosial di bidang kesehatan untuk masyarakat. Dan jaminan sosial itu sendiri merupakan amanat konstitusi, dalam rangka perwujudan sistem jaminan sosial nasional sebagaimana tercantum dalam Pasal 34 Ayat

*) Peneliti Madya pada Bidang Kesejahteraan Sosial, Pusat Penelitian, Badan Keahlian DPR RI.
Email: hartini.retnaningsih@dpr.go.id & hartiniretnaning@yahoo.com



2 Undang-Undang Dasar Negara Kesatuan Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945) yang berbunyi, “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”.

Secara umum dapat dikatakan bahwa Indonesia saat ini masih dalam masa transisi menuju penyelenggaraan jaminan sosial yang sistematis. BPJS Kesehatan merupakan badan yang diamanatkan untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan nasional secara sistematis berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) dan UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS).

Tulisan ini mengkaji masalah defisit BPJS Kesehatan dalam kaitannya dengan penyakit katastrofik (jantung, stroke, kanker, thalasemia, dsb.) yang harus ditanggung oleh BPJS Kesehatan. Hal ini penting untuk dikaji, agar Pemerintah tidak salah langkah dalam mengambil kebijakan yang dapat mengganggu rasa sejahtera masyarakat. Selama ini adanya BPJS Kesehatan telah dinilai positif oleh masyarakat sebagai lembaga penjamin biaya kesehatan para peserta Program JKN-KIS. Namun BPJS Kesehatan terus mengalami defisit. Penyebab utama adalah banyaknya biaya yang dikeluarkan untuk pasien berpenyakit katastrofik. Dalam salah satu diskusi untuk mengatasi defisit, ada wacana agar peserta Program JKN-KIS Mandiri membayar iuran lebih tinggi jika yang bersangkutan memiliki/mengidap penyakit katastrofik. Hal ini tentu akan menyinggung rasa kesejahteraan yang sebenarnya ingin dibangun oleh adanya Program JKN-KIS dan BPJS Kesehatan.

Defisit BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan memiliki tugas yang mulia, yaitu menjamin pembiayaan Program JKN-KIS bagi seluruh masyarakat Indonesia. Program JKN-KIS merupakan Program Pemerintah Pusat yang menjamin pembiayaan pengobatan dalam rangka kesehatan masyarakat. Program JKN-KIS diharapkan dapat mendukung upaya kesejahteraan masyarakat. Sistem yang digunakan adalah skema asuransi sosial, di mana orang yang mampu harus membayar iuran (premi) yang ditetapkan berdasarkan kelas fasilitasnya,

sedangkan orang yang tidak mampu dibayarkan iurannya oleh Pemerintah dengan fasilitas kelas III. Jadi prinsipnya semua orang harus membayar iuran (premi) untuk biaya pengobatan dirinya.

BPJS Kesehatan yang mulai beroperasi pada 1 Januari 2014, hingga kini jumlah pesertanya terus meningkat. Berdasarkan data BPJS Kesehatan, sekarang ini telah lebih dari 70% penduduk Indonesia menjadi peserta BPJS Kesehatan. Perkembangan jumlah peserta BPJS Kesehatan dapat dijelaskan sebagai berikut: Pada tahun 2014 jumlah peserta BPJS Kesehatan adalah 133.432.635 orang. Jumlah ini meningkat menjadi 156.790.287 orang pada tahun 2015. Kemudian pada tahun 2016 jumlah peserta BPJS Kesehatan meningkat lagi menjadi 171.939.254 orang, dan pada tahun 2016 jumlah peserta meningkat menjadi 177.697.336 orang.

Sejak BPJS Kesehatan beroperasi pada awal 2014, pelayanan kesehatan untuk peserta BPJS Kesehatan juga terus meningkat. Pada tahun 2014 pemanfaatan fasilitas kesehatan sebanyak 92,3 juta dengan rincian jumlah peserta Program JKN-KIS yang berobat di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) seperti Puskesmas, dokter praktik, dan klinik pertama sebanyak 66,8 juta orang; Peserta JKN-KIS yang berobat di Poliklinik Rawat Jalan RS sebanyak 21,3 juta orang; dan jumlah peserta JKN-KIS yang menggunakan fasilitas Rawat Inap RS sebanyak 4,2 juta orang. Selama tahun 2015 ada 146,7 juta orang yang menggunakan fasilitas kesehatan dengan rincian 100,6 juta di FKTP; 39,8 juta orang di Poliklinik Rawat Jalan RS; dan 6,3 orang di Rawat Inap RS. Sedangkan selama tahun 2016, jumlah peserta BPJS Kesehatan yang menggunakan fasilitas kesehatan sebanyak 177,8 juta orang dengan rincian 120,9 juta orang di FKTP; 49,3 juta orang di Poliklinik Rawat Jalan RS, dan 7,6 juta orang di Rawat Inap RS.

Sejak pertama beroperasi, BPJS Kesehatan terus mengalami defisit anggaran hingga kini. Penyebab utama dari defisit adalah pembiayaan untuk peserta JKN-KIS Mandiri dengan penyakit katastrofik. Menurut Direktur Utama BPJS Kesehatan, Fachmi Idris, pengeluaran lebih besar dari pendapatan iuran karena sebagian besar penyakit yang ditanggung berbiaya mahal. Hampir 30% dana BPJS Kesehatan terserap untuk penyakit

Tabel 1. Defisit BPJS Kesehatan

Tahun	2014	2015	2016	2017 (per Agustus)	Total
Defisit	Rp3,3 T	Rp5,7 T	Rp9,7 T	Rp8,5 T (Diprediksikan mencapai Rp11 T pada akhir Tahun 2017)	Rp27,2 T (Diprediksikan mencapai Rp29,7 T pada akhir Tahun 2017)

Sumber: BPJS Kesehatan, 2017.

katastropik yang membutuhkan penanganan lanjutan dan berbiaya besar. Selama 3 tahun terakhir, 10 (sepuluh) penyakit katastropik (yang umumnya dipicu oleh rokok dan pola hidup tidak sehat lainnya) telah menyerap sekitar Rp36,9 triliun. Untuk penyakit jantung saja, pada tahun 2016 menyerap biaya sekitar Rp7,4 triliun.

Dalam kenyataan memang Pemerintah terus berupaya mengatasi defisit BPJS Kesehatan. Banyak opsi dipertimbangkan, dan salah satunya adalah menaikkan iuran (premi) seperti yang dilakukan Pemerintah pada April tahun 2016 lalu terhadap peserta BPJS Kesehatan kelas I dan II masing-masing dari Rp59.500 dan Rp42.500 menjadi Rp80.000 dan Rp51.000. Namun demikian, kenaikan iuran tersebut belum juga bisa mengatasi defisit BPJS Kesehatan. Berdasarkan perhitungan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), besaran iuran penduduk kurang mampu yang tergolong dalam segmen Penerima Bantuan Iuran (PBI) sebesar Rp23.000, padahal sesuai aktuaria seharusnya Rp36.000 per orang per bulan.

Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (6/11/2017) menggelar rapat koordinasi dengan Menteri Keuangan, Menteri Kesehatan, Menteri Dalam Negeri, dan Direktur Utama BPJS Kesehatan untuk mencari opsi terbaik dalam mengatasi defisit. Opsi-opsi yang didiskusikan antara lain masalah efisiensi operasional BPJS Kesehatan melalui strategi *purchasing*, penyempurnaan sistem rujukan, optimalisasi *sharing cost* dari Pemerintah Daerah melalui pajak rokok untuk membiayai penyakit-penyakit katastropik, dan optimalisasi *sharing* BPJS Ketenagakerjaan untuk penyakit akibat kerja. Menurut Menteri Keuangan, saat ini banyak Pemerintah Daerah yang mendaftarkan penduduknya sebagai peserta JKN-KIS,

sehingga diharapkan tahun 2018 nanti APBD sudah mencantumkan komitmen daerah terkait kontribusi pembayaran untuk Program JKN-KIS. Sedangkan opsi menaikkan iuran peserta belum menjadi pertimbangan.

Berdasarkan rapat koordinasi tersebut, langkah-langkah yang kemudian diambil Pemerintah untuk mengatasi defisit BPJS Kesehatan adalah: 1) Melibatkan daerah dalam membiayai Program JKN-KIS mulai tahun 2018; 2) Melibatkan BPJS Ketenagakerjaan untuk membiayai penyakit yang terjadi akibat pekerjaan; 3) Melakukan efisiensi operasional termasuk mengatasi *fraud* (klaim biaya berobat yang tidak sesuai); 4) Memberikan suntikan atau modal tambahan kepada BPJS Kesehatan.

Sharing Cost Peserta JKN-KIS Mandiri Berpenyakit Katastropik?

Di tengah ramainya perdebatan terkait upaya untuk mengatasi defisit BPJS Kesehatan, seorang pengamat asuransi Irvan Rahardjo mengemukakan perlunya *sharing cost* yang lebih besar bagi peserta JKN-KIS Mandiri yang mengidap penyakit katastropik. Alasannya kelompok ini merupakan kelompok yang paling banyak memanfaatkan biaya kesehatan. Sedangkan pengamat yang lain, Hotbonar Sinaga berpendapat bahwa besaran iuran harus diperhitungkan dengan matang agar tidak memberatkan seluruh golongan peserta JKN-KIS. Terkait defisit, Pemerintah dapat melakukan tindakan-tindakan khusus guna menjamin terpeliharanya tingkat kesehatan keuangan BPJS.

Menurut penulis, masalah defisit BPJS Kesehatan bukan sekedar bagaimana menyuntikkan dana kepada lembaga tersebut, namun perlu melihat kembali cita-cita awal lahirnya UU SJSN dan UU BPJS, di mana konstitusi telah mengamanatkan negara untuk mengembangkan sistem jaminan sosial dalam rangka kesejahteraan masyarakat. Oleh

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

Terkait dengan defisit BPJS Kesehatan, sebaiknya Pemerintah melakukan langkah-langkah berdasarkan fungsi kelembagaan dengan menggali secara maksimal potensi-potensi nasional yang ada. Selain bertumpu pada iuran peserta, pilihan-pilihan terbaik untuk mengatasi dan mencegah defisit BPJS Kesehatan di antaranya adalah melalui pajak dan/atau donasi sosial. Memang menaikkan iuran peserta merupakan opsi yang paling praktis dalam rangka mengatasi defisit. Namun demikian, sebaiknya Pemerintah menghindari opsi ini, karena hal ini akan membebani masyarakat. Apalagi jika peserta Program JKN-KIS Mandiri harus dibebani *sharing cost* yang lebih besar, hal ini akan membawa BPJS Kesehatan menjauh dari gagasan awal SJSN yang diamanatkan konstitusi.

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

Penutup

Defisit BPJS Kesehatan perlu diatasi secara cermat dan bijak, tanpa mengurangi rasa sejahtera masyarakat. Upaya mengatasi defisit tersebut dapat dilakukan dengan cara menggali dan memaksimalkan potensi-potensi nasional yang ada, seperti pajak dan/atau donasi sosial misalnya, agar tidak memberatkan beban finansial masyarakat. *Sharing cost* peserta JKN-KIS harus

terus diupayakan seimbang berdasarkan kemampuan bayar masyarakat, dan bukan berdasarkan penyakit yang diderita.

Melalui fungsi pengawasan, DPR RI perlu terus mengawal jalannya Program JKN-KIS dan kinerja BPJS Kesehatan. DPR RI perlu mendorong Pemerintah agar terus melakukan evaluasi dan mencari solusi terbaik dalam rangka mengatasi defisit BPJS Kesehatan. Perlu terus diingatkan bahwa Program JKN-KIS dan BPJS Kesehatan adalah amanat konstitusi untuk terwujudnya sistem jaminan sosial yang seharusnya menyejahterakan masyarakat.

Referensi

- “BPJS Kesehatan Tekor Rp 9 Triliun, Begini Langkah Pemerintah”, https://finance.detik.com/moneter/d-3715220/bpjs-kesehatan-tekor-rp-9-triliun-begini-langkah-pemerintah?_ga=2.150175038.969570455.1509931259-52508337.1441965637, diakses 6 November 2017.
- “BPJS Kesehatan Terancam Bocor Rp 9 Triliun”, <https://www.cnnindonesia.com/ekonomi/20170926063912-78-244028/bpjs-kesehatan-terancam-bocor-rp9-triliun/>, diakses 26 September 2017.
- “Defisit BPJS Kesehatan Teratasi”, *SK Suara Pembaruan*, hlm. 1-2.
- “Defisit Anggaran BPJS Kesehatan: Perlu Ada Pembagian Biaya”, *SK Suara Pembaruan*, hlm. 4.
- “Iuran BPJS Kesehatan Belum Sesuai Hitungan Aktuaria”, *SK Suara pembaruan*, hlm. 4.
- “Menambal Defisit BPJS Kesehatan”, *SK Suara Pembaruan*, hlm. 12.
- “Sri Mulyani Rapat di Kantor Puan Bahas Defisit BPJS Kesehatan”, https://finance.detik.com/berita-ekonomi-bisnis/d-3714935/sri-mulyani-rapat-di-kantor-puan-bahas-defisit-bpjs-kesehatan?_ga=2.212006556.969570455.1509931259-52508337.1441965637, diakses 6 November 2017.
- Undang-Undang Dasar Negara Kesatuan Republik Indonesia Tahun 1945.
- Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.