

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Pembangunan yang ingin dicapai oleh bangsa Indonesia yaitu tercapainya bangsa yang maju. Masalah utama pembangunan yang sifatnya kompleks dan multidimensional di Indonesia adalah kemiskinan. Masalah kemiskinan bukan hanya berdimensi ekonomi tetapi juga berdimensi sosial, budaya, dan politik.

Di beberapa negara Eropa, usaha penanggulangan kemiskinan dilakukan dengan mengembangkan sistem Undang-Undang Kemiskinan (*Poor Law*). Dengan berlakunya *Poor Law* tersebut, orang miskin berhak mendapat bantuan secara sah dari negara. Undang-Undang tersebut ternyata tidak efektif karena terlalu merendahkan martabat orang yang menerima bantuan. Namun dengan adanya Undang-Undang tersebut maka terjadi sebuah pengakuan kewajiban masyarakat atau pemerintah untuk membantu orang miskin. Oleh sebab itu, peraturan ini bisa dianggap sebagai cikalbakal dari sistem jaminan sosial.

Di Negara Skandinavia, memulai sistem jaminan sosialnya dengan program yang dinamakan bantuan sosial. Pembiayaan program ini lebih banyak diambil dari anggaran negara dibanding iuran-iuran peserta. Sementara itu di beberapa negara seperti Australia dan New Zealand, sistem jaminan sosialnya menggabungkan beberapa program bantuan sosial. Demikian juga di negara-negara yang mengandalkan sistem jaminan sosialnya pada asuransi sosial.

Sementara itu di Indonesia, sistem jaminan sosial diwujudkan dalam bentuk program pelayanan kesehatan berbiaya rendah bagi setiap penduduk yang tidak mampu. Usaha ini dirintis pemerintah dengan menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial seperti di bidang kesehatan melalui PT Askes dan PT Jamsostek yang melayani antara lain pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta. Sementara untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah memberikan jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).

Namun, sistem tersebut masih terfragmentasi. Biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali. Kebaikan sistem ini terletak pada keluasan pesertanya, sehingga pelayanan lebih merata. Sedangkan kelemahannya terletak pada pembiayaan yang terlalu besar. Oleh sebab itu, diperlukan penyelenggaraan jaminan sosial kesehatan yang baru, sehingga mampu menjangkau seluruh lapisan masyarakat dan mampu mengatasi masalah dari segi pembiayaannya.

Sebagai alternatif permasalahan tersebut, Pemerintah menyatukan seluruh program jaminan sosial pada satu badan penyelenggara. Diharapkan dengan disatukannya pengelolaan pada satu badan penyelenggaraan, jaminan sosial di Indonesia dapat lebih efektif. Dengan dikeluarkannya Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, maka penyelenggaraan berbagai bentuk jaminan sosial kemudian disentralisasi di bawah BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial). Jaminan kesehatan yang dulu dikelola oleh PT Askes dan PT Jamsostek, saat ini dikonsolidasikan di bawah BPJS Kesehatan.

Akibat perubahan tersebut, tata kelola penyelenggaraan jaminan sosial juga mengalami perubahan. Perubahan tata kelola mencakup 4 (empat) hal utama, yaitu prinsip pengelolaan, pemisahan program jaminan sosial, pemisahan aset jaminan sosial, serta penyertaan dana pemerintah dan perlindungan kesehatan keuangan oleh Negara. Prinsip pengelolaan jaminan sosial diantaranya yaitu, kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan kepentingan peserta.

BPJS memisahkan aset jaminan sosial menjadi dua bagian yaitu Aset BPJS dan Aset Dana Jaminan Sosial (DJS). Aset BPJS berasal dari modal awal pemerintah yang dikelola dengan prinsip ekuitas. Sementara Aset DJS berasal dari iuran masyarakat yang dikelola dengan prinsip nirlaba. Pemisahan ini dilakukan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas penyelenggaraan jaminan sosial. Pemisahan ini juga dilakukan agar terjadi fleksibilitas dalam pengelolaan dana.

Namun, tidak semua berjalan sebagai mana mestinya, ada kendala-kendala dalam penyelenggaraan Jaminan sosial kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Sejak mulai beroperasi pada 1 Januari 2014, BPJS Kesehatan dihadapi berbagai permasalahan. Keluhan demi keluhan dilayangkan masyarakat maupun rumah sakit provider BPJS Kesehatan. Seperti sistem pembayaran klaim kepada pihak ketiga yang dinilai memberatkan pihak rumah sakit, sehingga hal tersebut berdampak pada pelayanan kesehatan yang diterima oleh masyarakat selaku peserta BPJS. Hal-hal tersebut menyebabkan BPJS

Kesehatan dinilai belum mampu mengelola program jaminan kesehatan nasional dengan baik.<sup>1</sup> Selain itu, dalam penempatan investasi yang diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 87 tahun 2013, terlihat adanya mekanisme dimana BPJS dirancang bukan hanya untuk memberikan perlindungan jaminan sosial, tetapi juga untuk menggalang dana dari masyarakat dalam rangka membantu keuangan Negara. Sehingga BPJS juga harus beroperasi dengan logika bisnis, menambah pendapatan dan menekan pengeluaran.<sup>2</sup>

Terjadinya kenaikan jumlah peserta yang melebihi prediksi atau target juga menjadi masalah tersendiri bagi BPJS Kesehatan. Berdasarkan data sampai tahun 2015 jumlah kepesertaan jaminan kesehatan sudah mencapai 168 juta orang yang telah terdaftar menjadi peserta aktif, sehingga kenaikan jumlah peserta belum diimbangi dengan ketersediaan fasilitas kesehatan. Selain itu, meskipun kenaikan jumlah peserta menyebabkan peningkatan penerimaan iuran, namun permintaan klaim juga semakin banyak. Hal tersebut mengakibatkan terjadi mismatch (ketidaksesuaian) rasio klaim. Total iuran premi yang didapat pada akhir Desember 2014 adalah Rp. 41,06 triliun, sementara biaya klaim yang dikeluarkan mencapai Rp. 42,6 triliun, sehingga terjadi mismatch rasio klaim sebesar 103,88%. Akibatnya, Pemerintah menyalurkan bantuan dalam bentuk penyertaan modal Negara sebesar Rp5 triliun.

---

<sup>1</sup> Sindonews, 2015, *Warga Kembali Keluhkan BPJS*, <http://daerah.sindonews.com/read/935501/151/warga-kembali-keluhkan-bpjs-1418205663>, diakses pada tanggal 02 Mei 2016 pukul 21.00

<sup>2</sup> Indoprogress, 2015, *BPJS Kesehatan: Perlindungan Kesehatan atau Jasa Keuangan Negara?*, <http://indoprogress.com/2015/07/bpjs-kesehatan-perlindungan-kesehatan-atau-jasa-keuangan-negara/>, diakses pada tanggal 02 Mei 2016 pukul 20.30

Defisit jaminan kesehatan diperkirakan terus meningkat tanpa adanya pengelolaan yang baik, maka sudah menjadi keharusan bagi BPJS untuk menciptakan efektifitas pengelolaan dana jaminan sosial kesehatan. Terjadinya inefektifitas pengelolaan dana jaminan sosial akan menyebabkan pelaksanaan program kesehatan nasional yang direncanakan pemerintah menjadi tidak optimal.

Berdasarkan kondisi tersebut, menjadikan penulis merasa perlu adanya penelitian terhadap efektivitas pengelolaan aset dana jaminan sosial kesehatan pada BPJS Kesehatan. Untuk menilai apakah BPJS Kesehatan telah mengelola dana jaminan sosial dengan efektif, diperlukan perhatian khusus. Prinsip pengelolaan BPJS yang nirlaba menyebabkan BPJS tidak boleh mengalami kerugian namun tidak boleh juga mengalami keuntungan yang berlebihan. Memiliki keuntungan yang terlalu besar membuktikan bahwa BPJS tidak mampu menyalurkan dananya dengan baik.

Oleh sebab itu, pengukuran finansial tidak bisa menjadi faktor utama dalam pengelolaan dana jaminan sosial, melainkan persepsi atau pendapat dari penerima manfaat jaminan sosial. Namun tidak mengungkiri bahwa diperlukan pula pengukuran finansial untuk memberikan informasi pendukung mengenai pengelolaan aset jaminan sosial. Efektivitas pengelolaan aset tersebut akan dilihat dari tiga aspek, yaitu perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasinya.

Dari latar belakang yang sudah dijelaskan diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Efektivitas Pengelolaan Aset Dana Jaminan Sosial Kesehatan pada BPJS Kesehatan”.

## **B. Perumusan Masalah**

Masalah terjadi karena adanya perbedaan antara harapan dengan kenyataan.

Beberapa identifikasi masalah sebagai berikut :

1. Bagaimana proses Perencanaan Pengelolaan Aset Dana Jaminan Sosial pada BPJS Kesehatan?
2. Apakah Pelaksanaan Pengelolaan Aset Dana Jaminan Sosial oleh BPJS Kesehatan sudah efektif?
3. Apakah upaya-upaya yang dilakukan BPJS Kesehatan sebagai bentuk evaluasi dalam meningkatkan pengelolaan Aset Dana Jaminan Sosial?

## **C. Tujuan dan Manfaat**

### **1. Tujuan Penulisan**

Tujuan penulisan penelitian ini adalah :

- a. Untuk mengetahui proses perencanaan yang dilakukan BPJS Kesehatan dalam mengelola aset dana jaminan sosial.
- b. Untuk mengetahui keefektifan pelaksanaan pengelolaan aset dana Jaminan sosial oleh BPJS Kesehatan melalui tingkat pertumbuhan dalam analisis laporan keuangan dan mengidentifikasi bagaimana BPJS Kesehatan mengelola dan menggunakan dana yang ada melalui sumber-sumber yang dimiliki.
- c. Untuk mengetahui upaya-upaya yang dilakukan BPJS Kesehatan sebagai bentuk evaluasi dalam meningkatkan pengelolaan Aset Dana Jaminan Sosial.

## **2. Manfaat Penulisan :**

Selain tujuan yang ingin dicapai penulis juga mengharapkan penelitian ini dapat memberikan manfaat. Manfaat disini tidak hanya berguna bagi penulis melainkan kepada perusahaan, pembaca, dan berbagai pihak lainnya. Adapun manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah:

### **a. Bagi Penulis**

- 1) Penulis berharap dengan adanya penelitian ini dapat menerapkan teori yang pernah diperoleh di bangku perkuliahan serta dapat menambah wawasan dan pengetahuan mengenai pengelolaan dana jaminan sosial
- 2) Serta sebagai bahan pembanding untuk melakukan penelitian di tempat lain dimasa yang akan datang

### **b. Bagi Perusahaan**

- 1) Sebagai sumbang saran pemikiran yang dapat dijadikan referensi;
- 2) Memperoleh rekomendasi untuk perbaikan perusahaan ke depannya.

### **c. Bagi pembaca**

Melalui hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi penambah ilmu dan informasi terkait pelaksanaan pengelolaan aset dana jaminan sosial oleh BPJS Kesehatan.