

Efisiensi dan Produktivitas BPJS Kesehatan Tahun 2014 – 2021 (Metode *Data Envelopment Analysis* dan *Malmquist Index*)

Selvia Rustyani¹, Diah Sofiawati², Beti Rahmawati³

¹⁻³ BPJS Kesehatan Kantor Cabang Jakarta Selatan, e-mail: selvia.rustyani@bpjs-kesehatan.go.id

Abstract: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) is a legal entity formed to administer the National Health Insurance program (named JKN) with the principles of social health insurance. Management of social security funds (named DJS) carries high risks. To measure the sustainability of the JKN program, BPJS Kesehatan is required to perform efficiently and productively. This study aims to measure Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) 's efficiency and productivity from 2014 to 2021. The calculations in this study are relative, not absolute. This non-parametric quantitative research uses Data Envelopment Analysis (DEA) and Malmquist Productivity Index (MPI) methods. This study uses an intermediation approach with BPJS Operational Expenses (X1) as input variables, then Contribution Income (Y1) and Health Insurance Expenses (Y2) as output variables. The results showed that BPJS Kesehatan had inefficiencies in 2014, 2016, 2017 and 2018. As for 2015, 2019, 2020, and 2021, BPJS Kesehatan has achieved an optimal efficiency value of 100%. The Malmquist Index measurement shows that BPJS Kesehatan has experienced an increase in productivity with a score of > 1 , except in the second year (2015 – 2016).

Keywords: Efficiency; Productivity; BPJS Kesehatan; Health Insurance.

Abstrak: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) merupakan lembaga berbadan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan prinsip asuransi kesehatan sosial. Pengelolaan Dana Jaminan Sosial (DJS) memiliki risiko yang tinggi. Untuk menakar keberlanjutan program JKN, BPJS Kesehatan dituntut agar dapat berkinerja secara efisien dan produktif. Penelitian ini bertujuan untuk mengukur tingkat efisiensi dan produktivitas BPJS Kesehatan periode tahun 2014 sampai dengan tahun 2021. Perhitungan dalam penelitian ini bersifat relatif, bukan absolut. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif non parametrik dengan menggunakan metode Data Envelopment Analysis (DEA) dan Malmquist Productivity Index (MPI). Penelitian ini menggunakan pendekatan intermediasi dengan Beban Operasional BPJS (X1) sebagai variabel input serta Pendapatan Iuran (Y1) dan Beban Jaminan Kesehatan (Y2) sebagai variabel output. Hasil penelitian menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan mengalami inefisiensi pada tahun 2014, 2016, 2017, dan 2018. Adapun pada tahun 2015, 2019, 2020 dan 2021 BPJS Kesehatan telah mencapai nilai efisiensi yang optimal yaitu 100%. Pengukuran

Malmquist Index menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan telah mengalami peningkatan produktivitas dengan skor > 1 kecuali pada tahun kedua yaitu 2015 – 2016.

Kata kunci: Efisiensi; Produktivitas; BPJS Kesehatan; Asuransi Kesehatan.

PENDAHULUAN

Indonesia melalui Undang-Undang Dasar (UUD) Negara Republik Indonesia tahun 1945 mengakui hak asasi warga negaranya atas kesehatan. Pada tanggal 15 Juli 1968, terbit Keputusan Presiden Republik Indonesia No. 230 Tahun 1968 Tentang Peraturan Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri, Penerima Pensiun serta anggota keluarganya. Atas dasar tersebut, maka tanggal 15 Juli 1968 dimaknai sebagai hari lahir BPDPK yang merupakan cikal bakal BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Nasional. Pemerintah kemudian mengeluarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang di dalamnya terdapat program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai bentuk komitmen pemerintah dalam memberikan hak jaminan sosial kesehatan yang menyeluruh bagi setiap orang. Ada hak, ada kewajiban, maka setiap warga negara juga memiliki kewajiban untuk turut serta dalam penyelenggaraan program JKN.

Langkah nyata dalam mencapai cakupan kesehatan semesta dibuktikan dengan lahirnya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan bertransformasinya PT. Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014. Keseriusan pemerintah dalam program JKN kembali dinyatakan dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 yang mewajibkan seluruh masyarakat Indonesia untuk terdaftar dan menjadi peserta JKN. Hal ini bertujuan untuk mengurangi risiko masyarakat menanggung biaya kesehatan yang jumlahnya sulit diprediksi bahkan terkadang memerlukan biaya yang sangat besar dan berdampak pada perekonomian keluarga. Namun, untuk mencapai tujuan tersebut, asuransi kesehatan saja tidak cukup, diperlukan sistem asuransi kesehatan sosial dengan konsep gotong royong. Gotong royong merupakan sikap tolong-menolong yang sudah menjadi bagian dari budaya bangsa Indonesia. Dengan adanya prinsip gotong royong dalam asuransi kesehatan sosial, masyarakat bisa mendapatkan manfaat yang komprehensif dengan premi yang terjangkau. Prinsip ini juga merupakan penerapan sistem redistribusi pendapatan yaitu masyarakat yang kaya membantu masyarakat yang miskin dalam hal pemerataan akses layanan kesehatan baik yang bersifat promotif, preventif maupun kuratif serta perlindungan ekonomi. Oleh karena tujuan tersebut, keberadaan BPJS Kesehatan menjadi sangat penting dalam penyelenggaraan program JKN.

Dalam mencapai tujuan di atas, berbagai tantangan mengiringi perjalanan BPJS Kesehatan sejak berdirinya di tahun 2014 sampai dengan saat ini. Permasalahan seperti rendahnya tingkat pemahaman masyarakat terkait konsep asuransi kesehatan sosial dan prosedur pelayanan kesehatan, masih ditemukannya tindakan kecurangan dan diskriminasi yang dilakukan oleh mitra fasilitas

kesehatan (selanjutnya disebut Faskes), dan layanan administrasi yang dinilai belum memberikan kemudahan bagi peserta JKN menjadi tantangan yang dihadapi dalam penyelenggaraan program JKN.

BPJS Kesehatan sebagai lembaga yang berfungsi untuk menyelenggarakan program JKN, dituntut agar dapat mengelola Dana Jaminan Sosial (DJS) dengan sebaik-baiknya. Pengelolaan dana dalam konsep asuransi memiliki tingkat risiko yang tinggi. Hal ini dikarenakan BPJS Kesehatan harus menjamin seluruh peserta terdaftar yang tidak dapat diketahui kapan peserta akan sakit atau membutuhkan pelayanan kesehatan, berapa banyak peserta yang mengakses layanan kesehatan, serta seberapa besar biaya klaim yang harus ditanggung. Tidak dapat dimungkiri, karena tingginya risiko menjadikan pengelolaan dana jaminan sosial tidaklah mudah. Kenyataan menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan sejak tahun 2014 sampai dengan tahun 2019 tercatat selalu mengalami defisit keuangan. Kondisi keuangan BPJS Kesehatan merupakan hal utama yang memengaruhi keberlanjutan (*sustainability*) program JKN dalam sistem pembiayaan kesehatan. Untuk menakar keberlanjutan BPJS Kesehatan dalam menyelenggarakan program JKN tersebut perlu dilakukan pengukuran kinerja. Menurut TRADE dalam (Faizal et al., 2020), pengukuran kinerja terdiri dari Efektivitas (*Effectiveness*), Efisiensi (*Efficiency*), Kualitas (*Quality*), Ketepatan Waktu (*Timeliness*), Produktivitas (*Productivity*) dan Keamanan (*Safety*). Adapun efisiensi dan produktivitas merupakan kinerja yang memiliki keterkaitan erat. Keduanya dapat diukur dengan metode yang sama yaitu perbandingan antara *output* dengan *input*.

Pengukuran tingkat efisiensi dan produktivitas organisasi merupakan hal yang sangat penting dilakukan secara berkala untuk menakar keberlanjutan BPJS Kesehatan dalam menyelenggarakan program JKN. Hal ini karena BPJS Kesehatan memiliki tingkat risiko defisit keuangan yang tinggi dalam pengelolaan dana jaminan kesehatan. Oleh karena belum terdapat penelitian yang mengukur tingkat efisiensi dan produktivitas BPJS Kesehatan, maka tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat efisiensi dan produktivitas BPJS Kesehatan.

METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan frontier non parametrik. Dalam penelitian ini, yang menjadi objek penelitian adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Alasan memilih BPJS Kesehatan sebagai objek penelitian adalah belum adanya penelitian yang membahas tentang efisiensi dan produktivitas pada BPJS Kesehatan. Populasi dalam penelitian ini adalah BPJS Kesehatan. Adapun teknik pemilihan sampel dilakukan dengan teknik sampling jenuh yaitu penentuan sampel bila semua anggota populasi dijadikan sampel (Sugiyono, 2022). Dalam penelitian ini populasinya hanya terdapat satu dan sekaligus menjadi sampel penelitian yaitu BPJS Kesehatan.

Jenis data yang digunakan pada penelitian ini adalah data sekunder. Data yang digunakan dalam penelitian ini berupa laporan keuangan BPJS Kesehatan periode tahun 2014-2021 khususnya DJS. Selain itu, sebagai penunjang, dipakai pula literatur kepustakaan seperti buku-buku, penelitian sebelumnya, dan artikel yang berhubungan dengan materi yang dibahas. Penelitian ini menggunakan pendekatan intermediasi dalam penentuan variabelnya. Tabel di bawah ini merupakan ringkasan variabel input dan output yang digunakan untuk mengukur nilai efisiensi dan produktivitas BPJS Kesehatan dengan pendekatan intermediasi. Pendekatan ini menganggap lembaga sebagai perantara yang mengumpulkan, mengelola dan menyalurkan aset-aset keuangan dari unit-unit surplus kepada unit-unit defisit.

Tabel 1. Variabel Input dan Output

Input (X)	Output (Y)
Beban Operasional (X1)	Pendapatan Iuran (Y1)
	Beban Jaminan Kesehatan (Y2)

Sumber: ilustrasi penulis

Alat yang digunakan untuk mengukur tingkat efisiensi adalah Banxia Frontier Analyst versi 4.3 (*Frontier Analyst Manual Version 4.3.*, 2015), sedangkan alat untuk mengukur produktivitas adalah DEAP versi 2.1. Berikut adalah penjelasan mengenai teknik analisis yang digunakan dalam penelitian ini:

Data Envelopment Analysis (DEA) adalah sebuah metode pengukur efisiensi dengan pendekatan non-parametrik yang menggunakan teknik pemrograman linear matematis. DEA mengukur efisiensi relatif dari kumpulan *decision making unit* (DMU) dalam mengelola sumber daya (*input*) dengan jenis yang sama sehingga menghasilkan *output* dengan jenis yang sama pula, dimana hubungan bentuk fungsi dari *input* ke *output* tidak diketahui (Sanjaya & Budi, 2020). Menurut Ramanathan dalam (Nadia, 2015), jumlah DMU yang diteliti harus minimal dua sampai tiga kali lebih besar dari jumlah input dan output. Penelitian ini memiliki tiga variabel yaitu satu variabel input dan dua variabel output, sehingga jumlah DMU yang diteliti harus minimal enam unit. Jumlah DMU dalam penelitian ini berjumlah delapan DMU, yaitu satu lembaga dengan delapan periode tahun yang diteliti.

DEA pada awalnya dikembangkan oleh M. J. Farrell pada tahun 1957 yang mengukur efisiensi teknik satu input dan satu output menjadi multi-input dan multi-output. DEA dipopulerkan oleh Charness, Cooper dan Rhodes pada tahun 1978 dengan asumsi *Constan Return to Scale* (CRS) dan dikembangkan lagi oleh Banker, Charnes dan Cooper pada tahun 1984 dengan asumsi *Variabel Return to Scale* (VRS). Model CRS mengasumsikan bahwa setiap penambahan satu unit input harus menghasilkan penambahan satu unit output. Rumus model CRS (Nadia, 2015) dapat dituliskan sebagai berikut:

Max θ (Efisiensi DMU Model CRS) (1)

$$\sum_j^n = 1 \quad x_{ij} \geq \theta x_{i0} \quad i = 1, 2, \dots, m$$

$$\sum_j^n = 1 \quad y_{rj} \geq y_{r0} \quad r = 1, 2, \dots, s$$

$$\sum_j^n = 1 \quad \lambda_j \geq 0 \quad j = 1, 2, \dots, n$$

Di mana:

θ = Efisiensi Teknis (CRS)

n = Jumlah DMU

m = Jumlah *Input*

s = Jumlah *Output*

x_{ij} = Jumlah *Input* Tipe ke- i dari DMU ke- j

y_{rj} = Jumlah *Output* Tipe ke- r dari DMU ke- j

λ_j = Bobot DMU j untuk DMU yang Dihitung

Adapun model VRS mengasumsikan bahwa setiap penambahan satu unit input tidak berarti diikuti dengan penambahan satu unit output, penambahan outputnya bisa lebih besar dari satu (*increasing return to scale*), kurang dari satu (*decreasing return to scale*) ataupun tetap (*constant return to scale*). Berikut rumus model VRS (Nadia, 2015):

Max θ (Efisiensi DMU Model VRS) (2)

$$\sum_j^n = 1 \quad x_{ij} \geq \theta x_{i0} \quad i = 1, 2, \dots, m$$

$$\sum_j^n = 1 \quad y_{rj} \geq y_{r0} \quad r = 1, 2, \dots, j$$

$$\sum_j^n = 1 \quad \lambda_j \geq 1 \quad j = 1, 2, \dots, n$$

$$\sum_j^n = 1 \quad \lambda_j \geq 0$$

Di mana:

θ = Efisiensi Teknis (CRS)

n = Jumlah DMU

m = Jumlah *Input*

s = Jumlah *Output*

x_{ij} = Jumlah *Input* Tipe Ke- i dari DMU Ke- j

y_{rj} = Jumlah *Output* Tipe Ke- r dari DMU Ke- j

λ_j = Bobot DMU j untuk DMU yang Dihitung

Malmquist Productivity Index (MPI) pertama kali diperkenalkan oleh Caves, Christensen dan Diewert pada tahun 1982, sebuah pendekatan fungsi jarak untuk menggambarkan teknologi dalam mendefinisikan indeks *input*, *output*, dan produktivitas. Estimasi *Total Factor Productivity*

(TFP) dengan pendekatan DEA menggunakan pendekatan *index*. Ilustrasi TFP indeks seperti berikut: Jika suatu perusahaan dapat menghasilkan *output* yang sama pada periode t dan $t+1$, namun menggunakan *input* yg berbeda, yaitu $t+1$ hanya 75% dari *input* periode t , maka TFP *index* akan meningkat sebesar $1/0.75$ atau 1,3. Contoh ilustrasi lain, jika perusahaan menggunakan *input* yang sama pada periode t dan $t+1$, namun menghasilkan *output* yang berbeda yaitu *output* periode $t+1$ meningkat sebesar 30% dari *output* periode t , maka TFP *index* sebesar 1,3 (Rustyani & Rosyidi, 2018). Selain itu TFPCH juga dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$\text{TFPCH} = \text{EFFCH} + \text{TECHCH} + \text{SECH} \dots\dots\dots (3)$$

Mengingat perhitungan MPI dibangun berdasarkan asumsi CRS, maka hanya ada dua sumber pertumbuhan produktivitas, yaitu *efficiency change* dan *technical change*. Total faktor produktivitas adalah hasil dari perkalian antara perubahan efisiensi teknis (EFFCH) dan perubahan teknologi (TECHCH), maka peningkatan dan penurunan produktivitas dapat dipastikan dengan membandingkan nilai-nilai EFFCH dan TECHCH. Hal ini dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$\text{TFPCH} = \text{EFFCH} \times \text{TECHCH} \dots\dots\dots (4)$$

Dengan kata lain, peningkatan produktivitas dapat dijelaskan menjadi hasil dari peningkatan atau penurunan efisiensi, peningkatan atau penurunan teknologi atau keduanya. Demikian pula, perubahan efisiensi keseluruhan (*overall efficiency*) dalam hal ini ditunjukkan pada nilai EFFCH adalah hasil perkalian dari efisiensi teknis murni (*pure efficiency change/PECH*) dengan perubahan efisiensi skala (*scale efficiency change/SECH*). Dengan kata lain, nilai efisiensi skala sangat ditentukan oleh nilai-nilai EFFCH dan PECH yang juga dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$\text{EFFCH} = \text{SECH} \times \text{PECH} \text{ atau } \text{SECH} = \text{EFFCH} / \text{PECH} \dots\dots\dots (5)$$

HASIL

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI Online, 2023), pengertian efisiensi adalah ketepatan cara (usaha, kerja) dalam menjalankan sesuatu (dengan tidak membuang waktu, tenaga, dan biaya. Suatu perusahaan dikatakan efisien apabila dapat meminimalkan biaya dalam menghasilkan *output* tertentu (*input orientated*) atau dapat memaksimalkan keuntungannya dengan menggunakan kombinasi *input* yang ada (*output orientated*). Adapun pengertian produktivitas menurut (KBBI Online, 2023) adalah kemampuan untuk menghasilkan sesuatu. Produktivitas

merupakan bagaimana menghasilkan atau meningkatkan hasil setinggi mungkin dengan memanfaatkan sumber daya secara efisien.

Efisiensi dan produktivitas merupakan konsep yang mengukur rasio antara *output* dan *input*. Dalam interpretasi hasil, efisiensi memiliki nilai skala 0 (nol) hingga 1 (satu) atau $0 \leq e \leq 1$, dengan e adalah skor efisiensi. Nilai $e = 1$ memiliki arti efisien, sedangkan nilai $e < 1$ berarti inefisien. Berikut adalah hasil skor efisiensi dengan *software* Banxia Frontier Analyst versi 4.3 yang nilainya dikonversi ke dalam persentase dengan nilai 100% sebagai skor efisiensi yang optimal.

Tabel 2. Nilai Efisiensi BPJS Kesehatan tahun 2018-2021 (dalam persen)

Tahun	Skor Efisiensi (%)
2014	48,4
2015	100
2016	65,5
2017	80,5
2018	90,3
2019	100
2020	100
2021	100

Sumber: Hasil olah data Banxia Frontier Analyst versi 4.3

Tabel 2. menunjukkan bahwa pada tahun 2014 BPJS Kesehatan memiliki skor efisiensi sebesar 48,4% yang berarti terjadi inefisiensi sebesar 51,6%. Adapun tahun berikutnya, BPJS Kesehatan telah mencapai nilai efisiensi yang optimal yaitu 100%. Namun, nilai efisiensi tersebut tidak dapat dipertahankan, BPJS Kesehatan kembali mengalami inefisiensi. Di tahun 2016, nilai efisiensi BPJS Kesehatan tercatat sebesar 65,6%, nilai ini meningkat dibanding dengan tahun 2014. Terlihat upaya yang signifikan dilakukan BPJS Kesehatan untuk meningkatkan nilai efisiensi sehingga pada tahun 2017 dapat mencapai skor 80,5% dan 90,3% di tahun 2018. Terbukti pada tahun 2019 sampai dengan tahun 2021, BPJS Kesehatan terus mempertahankan capaian nilai efisiensi 100% dalam 3 tahun berturut-turut.

Potential improvement merupakan persentase selisih perbandingan antara nilai aktual dengan target pada DMU yang mengalami inefisien. *Potential improvement* ini bertujuan untuk memperbaiki input dan output yang kurang optimal agar DMU dapat mencapai titik efisien. Berikut adalah tabel *potential improvement* pada BPJS Kesehatan yang mengalami inefisiensi.

Tabel 3. *Potential Improvement* BPJS Kesehatan tahun 2014, 2016, 2017 dan 2018

Variabel	Value (Jutaan Rupiah)	Target (Jutaan Rupiah)	Potential Improvement (%)
2014			
Beban Operasional BPJS	2.476.992	2.476.992	0,00
Beban Jaminan Kesehatan	42.658.702	88.186.854	106,73
Pendapatan Iuran	40.719.862	88.436.417	117,18
2016			
Beban Operasional BPJS	3.625.662	3.625.662	0,00
Beban Jaminan Kesehatan	67.247.884	102.613.507	52,59
Pendapatan Iuran	67.404.011	105.029.905	55,82
2017			
Beban Operasional BPJS	3.809.233	3.809.233	0,00
Beban Jaminan Kesehatan	84.444.864	104.919.056	24,25
Pendapatan Iuran	74.246.641	107.681.740	45,03
2018			
Beban Operasional BPJS	3.768.829	3.768.829	0,00
Beban Jaminan Kesehatan	94.296.845	104.411.604	10,73
Pendapatan Iuran	85.439.880	107.098.071	25,35

Sumber: hasil olah data dengan software Banxia.

Dari sisi input, variabel Beban Operasional BPJS Kesehatan telah mencapai nilai yang optimal, sehingga tidak terdapat nilai target yang harus dicapai pada seluruh tahun yang mengalami inefisiensi. Adapun dari sisi output, BPJS Kesehatan harus meningkatkan Pendapatan Iuran sebesar 117,18% di tahun 2014, sebesar 55,82% di tahun 2016, sebesar 45,03% di tahun 2017 dan sebesar 25,35% di tahun 2018. Selain itu, BPJS Kesehatan juga perlu meningkatkan nilai Beban Jaminan Kesehatan pada tahun 2014 sebesar 106,73%, tahun 2016 sebesar 52,59%, tahun 2017 sebesar 24,25% dan tahun 2018 sebesar 10,73%. Jumlah target yang harus dicapai semakin menurun setiap tahunnya, hal ini membuktikan bahwa BPJS Kesehatan telah berupaya untuk mencapai tingkat efisiensi yang optimal.

Sementara itu, pengukuran produktivitas dengan *software* DEAP dapat menghasilkan lima nilai sebagai berikut: pertama, EFFCH: perubahan efisiensi (relatif dengan perhitungan CRS), kedua TECHCH: perubahan teknologi, ketiga PECH: perubahan efisiensi teknis murni (relatif dengan

perhitungan VRS), keempat SECH: perubahan efisiensi skala (EFFCH/PECH), dan kelima adalah tabel TFPCH: perubahan faktor produktivitas total dan nilai inilah yang menunjukkan tingkat produktivitas. TFPCH memiliki tiga interpretasi yaitu $TFPCH < 1$ yang menunjukkan penurunan produktivitas, $TFPCH = 1$ yang menunjukkan tidak ada peningkatan maupun penurunan produktivitas (stagnasi), dan $TFPCH > 1$ yang menunjukkan peningkatan produktivitas. Berikut adalah hasil skor produktivitas dengan aplikasi DEAP 2.1:

Tabel 4. Hasil pengolahan data pada *Malmquist Productivity Index* (MPI)

Tahun	Effch	Techch	Pech	Sech	Tfpch
2014 – 2015	1,0001371	1,572	1,000	1,0001371	1,572
2015 – 2016	1,000	0,001	1,000	1,000	0,001
2016 – 2017	1,000	1,099	1,000	1,000	1,099
2017 – 2018	1,000	1,130	1,000	1,000	1,130
2018 – 2019	1,000	1,009	1,000	1,000	1,009
2019 – 2020	1,000	1,078	1,000	1,000	1,078
2020 – 2021	1,000	1,070	1,000	1,000	1,070
Rata-rata	1,000	1,080	1,000	1,000	1,080

Sumber: hasil olah data dengan DEAP 2.1

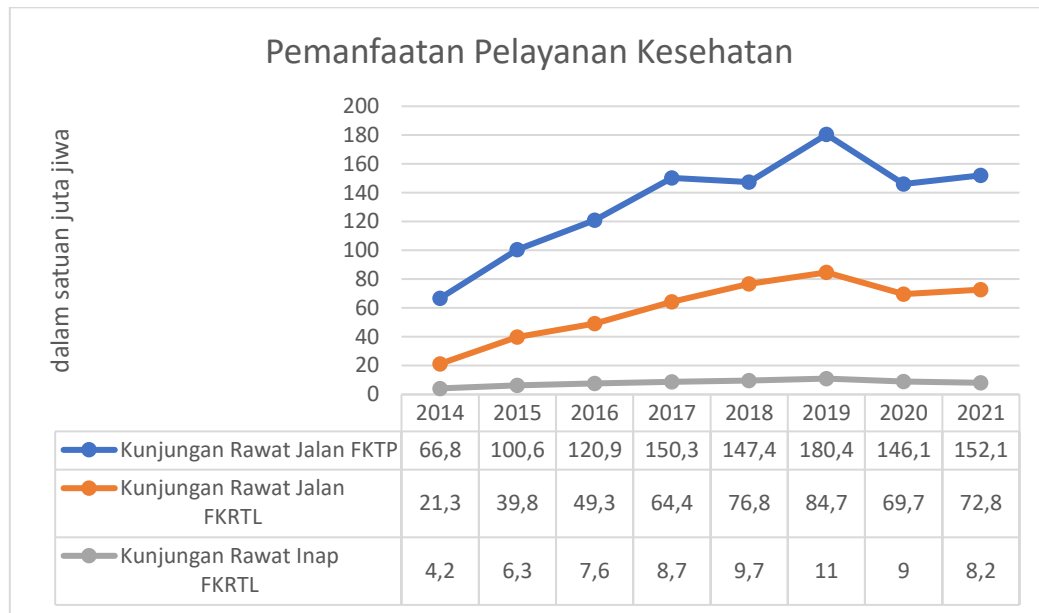
Dari delapan periode yang diteliti, terdapat tujuh hasil pengolahan data. Hal tersebut dikarenakan perhitungan produktivitas merupakan nilai perubahan atas *total factor productivity*. Perubahan tersebut melibatkan sekurang-kurangnya dua *production technology sets*. Berdasarkan tabel 4 di atas, dapat diketahui bahwa BPJS Kesehatan selalu mengalami peningkatan produktivitas dengan skor $TFPCH > 1$, kecuali pada tahun kedua karena nilai $TFPCH$ sebesar 0,001 atau kurang dari satu yang berarti terjadi penurunan produktivitas dari tahun 2015 ke tahun 2016.

PEMBAHASAN

Analisis Variabel

Pandemi Covid-19 yang terjadi pada tahun 2020 berdampak sangat besar terhadap berbagai macam sektor termasuk ekonomi. Masyarakat dunia tak terkecuali Indonesia juga mengalami kesulitan, banyak pekerja mengalami pemutusan hubungan kerja (PHK) karena banyak perusahaan yang terpaksa menghentikan operasionalnya dan mengalami kesulitan keuangan. Di sisi lain, saat banyak perusahaan yang berjatuh, BPJS Kesehatan justru mengalami surplus pada laporan keuangan tahun 2020 setelah mengalami defisit sejak tahun 2014 sampai dengan tahun 2019. (Azizah et al., 2021) mengungkapkan hasil penelitiannya yaitu salah satu alasan terjadinya surplus BPJS Kesehatan di tahun 2020 adalah karena Pandemi Covid-19 yang berdampak pada

berkurangnya pelayanan kesehatan bukan Covid-19 di fasilitas kesehatan. Hal ini terjadi karena masyarakat enggan melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan yang memiliki potensi penyebaran virus yang lebih tinggi. Penurunan angka kunjungan ini juga berdampak pada biaya klaim yang menurun. Perhatikan Grafik 1 di bawah ini.



Gambar 1. Jumlah Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Program JKN

Sumber: Laporan Tahunan BPJS Kesehatan Tahun 2014-2021, diolah.

Gambar di atas menunjukkan bahwa jumlah kunjungan peserta ke Faskes pada tahun 2020 memang mengalami penurunan sebesar 19,01%. Hal ini menyebabkan jumlah beban jaminan kesehatan juga mengalami penurunan dari tahun 2019 yang mencapai Rp. 108.459.688.000.000 menjadi Rp. 95.511.820.000.000 di tahun 2020 atau sebesar 11,94% (Lihat Tabel 5 di bawah ini).

Tabel 5. Tabulasi Data

Tahun	Beban Operasional	Pendapatan Iuran	Beban Jaminan Kesehatan
2014	Rp 2.476.992.000.000	Rp 40.719.862.000.000	Rp 42.658.702.000.000
2015	Rp 2.554.000.000	Rp 52.691.113.000.000	Rp 57.109.295.000.000
2016	Rp 3.625.662.000.000	Rp 67.404.011.000.000	Rp 67.247.884.000.000
2017	Rp 3.809.233.000.000	Rp 74.246.641.000.000	Rp 84.444.864.000.000
2018	Rp 3.768.829.000.000	Rp 85.439.880.000.000	Rp 94.296.845.000.000
2019	Rp 4.091.143.000.000	Rp 111.754.163.000.000	Rp 108.459.688.000.000
2020	Rp 4.098.664.000.000	Rp 139.852.375.000.000	Rp 95.511.820.000.000
2021	Rp 4.093.331.000.000	Rp 143.318.305.000.000	Rp 90.333.791.000.000

Sumber: Laporan Keuangan BPJS Kesehatan Tahun 2014-2021 melalui PPID (BPJS Kesehatan, 2022a)

Pada tabel di atas juga dapat dilihat bahwa pendapatan iuran selalu mengalami peningkatan setiap tahunnya dengan rata-rata peningkatan sebesar 16%. Menurut Direktur Utama BPJS

Kesehatan periode 2014 – 2021, Fachmi Idris, terjadinya defisit keuangan sudah diprediksi sebelumnya, hal ini karena adanya ketidaksesuaian (*mismatch*) perhitungan anggaran beban jaminan kesehatan dengan besaran iuran peserta yang ditetapkan pemerintah masih di bawah nilai aktuarial (Sugiarsono, 2019). Nilai klaim yang dibayarkan BPJS Kesehatan sampai kapanpun akan selalu lebih besar dari pendapatan iuran yang diterima dari peserta bahkan jika seluruh peserta membayar iuran tepat waktu, belum lagi jika peserta menunggak. Oleh karena itu, melalui Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020, dilakukan penyesuaian besaran premi iuran peserta pada Januari 2020 atau sebelum terjadinya pandemi Covid-19. Penyesuaian besaran premi iuran peserta yang berdampak pada peningkatan pendapatan iuran ini juga merupakan salah satu faktor utama yang memengaruhi terjadinya surplus BPJS Kesehatan yang terjadi mulai tahun 2020. Selain penurunan jumlah kunjungan peserta ke Faskes, tidak dimungkiri bahwa BPJS Kesehatan telah berupaya untuk meningkatkan kinerjanya agar dapat mencapai surplus keuangan. Peningkatan pendapatan iuran ini juga didukung oleh peningkatan cakupan peserta, peningkatan strategi kolektabilitas iuran yang dilakukan BPJS Kesehatan bagi peserta menunggak, peningkatan kemudahan layanan pembayaran, serta peningkatan pemahaman peserta tentang program JKN, peningkatan kualitas mutu layanan kesehatan dan dukungan pemerintah. Adapun beban operasional BPJS Kesehatan merupakan persentase tertentu dari pendapatan iuran yang ditentukan oleh Kementerian Keuangan, maka jumlah beban operasional cenderung dapat dikontrol (*controlled input variable*).

Temuan menarik lainnya, pada hasil penelitian ini menunjukkan bahwa surplus/defisit tidak selalu berarti sejalan dengan tingkat efisiensi, dapat kita lihat pada tabel 6 di bawah ini bahwa BPJS Kesehatan di tahun 2015 dan 2019 mengalami defisit keuangan namun kinerjanya sudah mencapai efisiensi yang optimal.

Tabel 6. Perbandingan Surplus/Defisit dengan Tingkat Efisiensi

Tahun	Tingkat Efisiensi	Surplus/Defisit
2014	Inefisien	Defisit
2015	Efisien	Defisit
2016	Inefisien	Defisit
2017	Inefisien	Defisit
2018	Inefisien	Defisit
2019	Efisien	Defisit
2020	Efisien	Surplus
2021	Efisien	Surplus

Sumber: ilustrasi penulis

Analisis Efisiensi

Pada tabel 3, *potential improvement* pada tahun-tahun yang mengalami inefisiensi menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan harus meningkatkan variabel Pendapatan Iuran dan Beban Jaminan Kesehatan. Adapun nilai targetnya semakin menurun, hal ini dapat membuktikan bahwa BPJS Kesehatan telah berupaya dengan sebaik-baiknya untuk mencapai nilai efisiensi yang optimal. Selain itu, variabel beban operasional telah mencapai target, bahkan di tahun 2015 BPJS Kesehatan berhasil mencapai nilai efisiensi karena nilai beban operasionalnya yang rendah (dapat dilihat pada tabel 5).

Pendapatan iuran merupakan variabel yang sangat penting, ia bagaikan nyawa bagi BPJS Kesehatan agar program JKN tetap terus dapat berjalan dan memberi manfaat seluas-luasnya bagi masyarakat Indonesia. Terdapat dua faktor yang memengaruhi pendapatan iuran yaitu kemampuan peserta untuk membayar (*Ability to Pay/ATP*) dan kemauan peserta untuk membayar (*Willingness to Pay/WTP*). Faktor ATP sangat erat kaitannya dengan kondisi perekonomian masyarakat Indonesia, hal ini merupakan ranah pemerintah dalam membuat kebijakan ekonomi yang dapat membuka akses pasar serta mendorong masyarakat untuk memproduksi barang dan jasa. Selain itu banyak faktor-faktor lainnya yang memengaruhi tingkat kesejahteraan ekonomi seperti stabilitas moneter dan kualitas sumber daya manusia dalam pendidikan maupun kesehatan. Oleh karena itu, pemerintah memiliki kewajiban untuk menanggung iur biaya jaminan kesehatan bagi masyarakat yang tidak mampu. Dalam hal ini, BPJS Kesehatan memiliki segmen kepesertaan PBI (Penerima Bantuan Iuran) yang bersumber dari anggaran negara dan hingga tahun 2021 jumlah peserta PBI merupakan persentase terbesar dalam komposisi peserta JKN, yaitu sebesar 42,42%. Pemerintah juga harus melakukan peninjauan secara berkala terkait akurasi data dan kelayakan peserta PBI.

Adapun faktor utama yang memengaruhi WTP adalah pemahaman dan kesadaran (*awareness*) peserta terhadap pentingnya program JKN serta konsep gotong royong dalam pembiayaan kesehatan. Tidak dimungkiri bahwa hingga saat ini masih ditemukan peserta yang belum memahami dengan baik terkait konsep gotong royong dalam program JKN dengan perilaku peserta yang hanya mau melakukan pembayaran jika membutuhkan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Perilaku tersebut dapat menyebabkan kecenderungan *Adverse Selection* yaitu hanya orang-orang yang sakit atau pekerja yang memiliki risiko lebih besar saja yang mendaftar menjadi peserta JKN. Kajian yang dilakukan BPJS Kesehatan tahun 2019 menunjukkan bahwa sebesar 64,7% ibu hamil baru mendaftarkan diri sebagai peserta JKN satu bulan sebelum mendapatkan pelayanan persalinan bahkan sebesar 43,2% mulai menunggak iuran sebulan setelah memperoleh manfaat pelayanan persalinan (BPJS Kesehatan, 2019). Untuk mengurangi *adverse selection*, pada tahun 2016, BPJS Kesehatan memberlakukan pendaftaran dan pembayaran dengan *Virtual Account* (VA) berbasis kartu Keluarga (BPJS Kesehatan, 2016). Pada dasarnya, tujuan perubahan sistem berbasis kartu

keluarga ini bertujuan untuk memudahkan peserta melakukan pembayaran iuran sehingga tidak perlu berkali-kali melakukan transaksi dan menghemat biaya administrasi pembayaran serta untuk memastikan bahwa iuran anggota keluarganya tidak ada yang terlewat sehingga kepesertaan dapat selalu aktif dan terlindung oleh program JKN. Selain itu, kebijakan lain untuk mengurangi *adverse selection* yaitu terdapat waktu tunggu (masa administrasi) selama 14 hari bagi peserta yang baru mendaftar untuk mengakses layanan kesehatan. Adapun kebijakan masa tunggu (*waiting period*) ini juga dilakukan di berbagai negara yang mengelola jaminan sosial seperti di Ghana dengan masa tunggu 6 bulan, Vietnam memiliki masa tunggu selama 12 bulan bahkan ada juga negara yang memberlakukan *waiting period* lebih lama lagi. Perilaku *adverse selection* ini mencerminkan bahwa masyarakat belum memandang program JKN secara utuh sebagai konsep perlindungan risiko kesehatan dan keuangan keluarga di masa depan (asuransi kesehatan) serta manfaat gotong royong bagi masyarakat Indonesia secara keseluruhan (asuransi sosial). Untuk meningkatkan pemahaman peserta, strategi yang dapat dilakukan adalah melakukan sosialisasi dan edukasi kepada masyarakat secara massif dan terus menerus.

Faktor lain yang memengaruhi WTP yaitu kepuasan peserta terhadap pelayanan kesehatan. Berdasarkan penelitian (Afrina et al., 2020), terdapat temuan lapangan berupa permasalahan yang sering dijumpai di beberapa daerah yaitu terjadi penolakan pasien peserta JKN oleh Faskes, diskriminasi pelayanan antara pasien peserta JKN dan pasien umum seperti antrean, pembatasan jumlah hari rawat inap, ketersediaan ruang rawat inap dan obat-obatan, adanya biaya lain yang harus dikeluarkan oleh peserta (*out of pocket*). Hal ini dapat terjadi karena faktor pertama yaitu ketidaktahuan peserta terkait prosedur pelayanan. Untuk mengatasi hal ini, diperlukan sosialisasi kepada peserta terkait prosedur pelayanan kesehatan dan kemudahan akses pemberian informasi yang lengkap dan jelas, dalam hal ini BPJS Kesehatan memiliki petugas khusus yang ditugaskan di rumah sakit yaitu BPJS SATU (BPJS Siap Membantu), namun jumlah petugas masih terbatas sehingga satu orang dapat bertugas di beberapa rumah sakit secara bergantian (*mobile*). Faktor kedua yaitu karena adanya *moral hazard* yang dilakukan oleh Faskes. Hal ini merupakan potensi tindak kecurangan (*fraud*) dari sistem pembayaran INA CBGs dan dilakukan Faskes agar mendapatkan nilai klaim maksimal namun pengeluaran aktual bisa lebih murah daripada biaya paket (Afrina et al., 2020). BPJS Kesehatan memiliki kewajiban untuk memastikan bahwa setiap Faskes dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada peserta JKN dan menyediakan sistem klaim yang dapat mengurangi potensi kecurangan (*fraud*).

Target nilai *potential improvement* selanjutnya yaitu variabel Beban Jaminan Kesehatan. Sebagai lembaga intermediasi, BPJS Kesehatan dengan prinsip asuransi sosial memiliki konsep gotong royong yaitu masyarakat yang kaya dapat membantu masyarakat yang miskin serta masyarakat yang sehat dapat menolong masyarakat yang sakit. BPJS Kesehatan mengelola dana

pembiayaan kesehatan (Dana Jaminan Sosial/DJS) untuk membayar biaya kesehatan (klaim) kepada fasilitas kesehatan sebagai nilai manfaat yang diterima oleh Peserta. Variabel Beban Jaminan Kesehatan yang merupakan variabel *output* ditargetkan meningkat seiring dengan peningkatan Pendapatan Iuran. Hal ini karena semakin besar nilai klaim jaminan kesehatan maka mencerminkan seberapa besar BPJS Kesehatan dapat memberi manfaat kepada peserta melalui program JKN. Tingkat kebermanfaatannya program JKN menjadi sangat penting, semakin banyak peserta yang dapat merasakan manfaatnya maka semakin besar tingkat kesadaran peserta (*awareness*) untuk berpartisipasi dalam program JKN serta meningkatkan kemauan membayar iuran (*willingness to pay*). Selain itu, sebagai lembaga keuangan publik yang mengelola dana masyarakat, BPJS Kesehatan juga wajib melakukan pengelolaan keuangan secara sehat, transparan, dan akuntabel. Sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 84 Tahun 2015 Tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan, kesehatan keuangan BPJS Kesehatan dapat diukur berdasarkan aset DJS dengan ketentuan paling sedikit harus mencukupi estimasi pembayaran klaim untuk satu setengah bulan ke depan dan paling banyak sebesar estimasi pembayaran klaim untuk enam bulan ke depan. Penentuan batasan paling banyak ini mengindikasikan bahwa surplus keuangan DJS juga tidak boleh berlebihan, agar dapat memberikan manfaat yang lebih besar bagi masyarakat Indonesia.

Peningkatan Variabel Beban Jaminan Kesehatan dapat dilakukan dengan memperkuat program yang bersifat promotif-preventif. Program JKN tidak hanya mencakup manfaat yang bersifat kuratif saja, namun juga promosi kesehatan (*Promotive*) dan upaya pencegahan penyakit (*Preventive*). Kegiatan yang bersifat promotif preventif yaitu penyuluhan kesehatan, imunisasi rutin, keluarga berencana (KB), skrining riwayat kesehatan, dan program pengelolaan penyakit kronis (prolanis). Langkah ini dilakukan selain untuk mengoptimalkan pelayanan bagi peserta JKN, juga memberikan dampak pada pencegahan penyakit katastrofik yang berbiaya tinggi sehingga meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia. Saat ini kegiatan promotif-preventif belum dikelola secara optimal serta belum ada *monitoring* yang dilaksanakan secara rutin (BPJS Kesehatan, 2022).

Selain memperkuat kegiatan promotif-preventif, BPJS Kesehatan dapat mengembangkan program kuratif seperti konsultasi dokter jarak jauh atau berobat *online* (*telemedicine*) di FKTP dan optimalisasi antrean *online* terintegrasi pada Aplikasi Mobile JKN. Dalam program kuratif, strateginya yaitu mengoptimalkan fungsi dan peran FKTP melalui pemerataan distribusi tenaga kesehatan dan fasilitas atau alat-alat kesehatan yang memadai sehingga peserta dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas di FKTP untuk mengurangi rujukan yang tidak perlu ke FKRTL serta meningkatkan kepuasan masyarakat terhadap mutu layanan kesehatan di FKTP.

Adapun strategi lain yaitu meningkatkan tarif biaya pelayanan kesehatan. Melalui Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023, tarif biaya pelayanan kesehatan yang ditanggung BPJS Kesehatan dan dibayarkan kepada Faskes dinaikkan. Kenaikan tarif ini juga secara otomatis

akan meningkatkan nilai variabel Beban Jaminan Kesehatan karena BPJS Kesehatan akan membayar biaya pelayanan kesehatan lebih besar kepada Faskes. Peningkatan tarif pelayanan kesehatan ini dapat mengakomodir kesesuaian biaya layanan kesehatan karena nilai klaim yang dibayarkan BPJS Kesehatan dapat sesuai dengan biaya yang dikeluarkan oleh Faskes sehingga tidak menimbulkan kerugian bagi Faskes. Hal ini tentu dapat meningkatkan kepuasan Faskes dan membuat Faskes berlomba-lomba untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada peserta JKN. Dengan mendorong penguatan kualitas pelayanan di Faskes, maka akan meningkatkan kepuasan peserta JKN sehingga akan meningkatkan kemauan peserta JKN untuk membayar iuran (*willingness to pay*).

BPJS Kesehatan telah melakukan berbagai strategi yaitu di bidang kepesertaan, bidang pengumpulan iuran, serta mutu pelayanan kesehatan. Di bidang kepesertaan strategi yang telah dilakukan yaitu 1). memperluas cakupan kepesertaan dengan adanya Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2022 Tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, 2). memberi kemudahan layanan administrasi seperti Pelayanan Administrasi melalui Whatsapp (Pandawa), Aplikasi Mobile JKN dan BPJS Keliling (*mobile customer service*).

Strategi di bidang pengumpulan iuran yaitu 1). memperluas mitra untuk kemudahan pembayaran (bank dan non-bank), 2). meningkatkan strategi kolektabilitas iuran seperti *Telecollecting*, Kader JKN, dan Donasi. Untuk kader JKN, saat ini hanya berfokus pada penagihan peserta menunggak dengan imbal jasa diberikan jika terdapat peserta yang melunasi tunggakan. Adapun fungsi sosialisasi, edukasi dan pendampingan masyarakat belum dilaksanakan secara optimal.

Adapun strategi dalam bidang mutu pelayanan kesehatan yaitu 1). memperluas jumlah dan sebaran mitra Faskes hingga pelosok negeri, 2). pelayanan BPJS SATU (BPJS siap membantu) di rumah sakit untuk menangani keluhan serta pemberian informasi kepada peserta, 3). meningkatkan tarif Faskes melalui Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) nomor 3 tahun 2023 agar tingkat kepuasan Faskes naik sehingga dapat melayani peserta JKN dengan baik.

Analisis Produktivitas

Sementara itu, hasil analisis MPI menunjukkan bahwa pada tahun kedua BPJS Kesehatan memiliki nilai TFPCH kurang dari satu, yaitu 0,001, yang artinya terjadi penurunan produktivitas sebesar 0,1%. Hal itu disebabkan oleh penurunan *technical change* (TECHCH) atau tingkat teknologi yang digunakan sebesar 0,1%. Hal ini dapat terjadi karena BPJS Kesehatan ingin mempertahankan nilai efisiensinya sehingga melakukan penghematan dengan mengurangi biaya yang dikeluarkan untuk teknologi. Adapun tahun – tahun yang lainnya mengalami peningkatan produktivitas, dengan peningkatan tertinggi terjadi pada tahun pertama, yaitu sebesar 57,2%. Nilai

ini terdiri dari peningkatan *efficiency change* (EFFCH) sebesar 0,01% dan peningkatan *technical change* (TECHCH) sebesar 57,2%. Peningkatan teknologi ini juga merupakan upaya untuk meningkatkan efisiensi, misalnya BPJS Kesehatan mengeluarkan biaya untuk membuat teknologi *e-learning* bagi pegawai yaitu Aplikasi Dian Sipintar. Hal ini dapat mengurangi biaya operasional yaitu biaya pelatihan yang diselenggarakan secara *offline* seperti sewa tempat, konsumsi, transportasi, dan lain sebagainya.

Secara keseluruhan, BPJS Kesehatan mengalami peningkatan produktivitas melalui teknologi hal ini dikarenakan adanya regulasi atau kebijakan internal terkait inovasi pegawai dan tuntutan digitalisasi pada badan pelayanan publik. Pada tahun kelima, BPJS Kesehatan mengalami peningkatan produktivitas yang bersumber dari peningkatan teknologi sebesar 0,9%. Peningkatan ini merupakan yang terendah, hal ini dapat terjadi karena BPJS Kesehatan berupaya meningkatkan teknologi namun penggunaannya masih kurang optimal. Rendahnya tingkat produktivitas dapat disebabkan oleh belum siapnya lembaga dalam hal pengadaan teknologi atas dampak dari diberlakukannya regulasi. Selain itu, keputusan dalam pengadaan teknologi juga harus dibarengi dengan kualitas sumber daya manusia (SDM) yang mampu memanfaatkan teknologi tersebut secara optimal. Jika SDM belum siap, maka akan menurunkan tingkat efisiensi akibat dari biaya yang dikeluarkan untuk pengadaan teknologi. Sebagai contoh, BPJS Kesehatan mengembangkan Aplikasi telepon otomatis melalui *Website* dengan tujuan meningkatkan kolektabilitas iuran melalui *telecollecting* serta mengurangi biaya pulsa dan pengadaan *handphone* untuk telekolektor, namun penggunaannya masih belum efektif sehingga biaya pengembangan teknologi yang sudah dikeluarkan belum optimal untuk mencapai tujuan tersebut.

Efisiensi dan produktivitas merupakan dua kinerja yang dapat berjalan searah dan juga dapat berlawanan (Rustyani, 2018). Berjalan searah karena efisiensi juga merupakan bagian dari komponen produktivitas. Dapat dilihat pada rumus (4), total faktor produktivitas (TFPCH) merupakan hasil dari perkalian antara perubahan efisiensi teknis (EFFCH) dan perubahan teknologi (TECHCH). Oleh karena itu, peningkatan efisiensi juga dapat meningkatkan produktivitas. Adapun yang berjalan berlawanan bagi lembaga yang tidak mampu mengoptimalkan sumber daya yang ada, baik teknologi maupun SDM. Pengadaan teknologi dapat memunculkan biaya, jika teknologi tidak dimanfaatkan secara optimal, maka biaya yang dikeluarkan akan tidak sebanding dengan hasil yang diperoleh. Adapun pilihan untuk tidak menggunakan teknologi juga harus sejalan dengan peningkatan kualitas dan kuantitas SDM. Peningkatan kualitas SDM ini juga tidak terlepas dari biaya, misalnya biaya pelatihan.

SIMPULAN

BPJS Kesehatan mengalami inefisiensi pada tahun 2014 sebesar 51,6%, tahun 2016 sebesar 34,4%, tahun 2017 sebesar 19,5%, dan tahun 2018 sebesar 9,7%. Adapun pada tahun 2015, 2019, 2020 dan 2021 BPJS Kesehatan telah mencapai nilai efisiensi yang optimal yaitu 100%. Pengukuran Malmquist Index menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan telah mengalami peningkatan produktivitas dengan skor > 1 kecuali pada tahun kedua yaitu 2015 – 2016 dengan skor 0,001. *Potential improvement* pada tahun-tahun yang mengalami inefisiensi menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan harus meningkatkan pendapatan iuran dan beban jaminan kesehatan. Adapun nilai targetnya semakin menurun, hal ini dapat membuktikan bahwa BPJS Kesehatan telah berupaya dengan sebaik-baiknya untuk mencapai nilai efisiensi yang optimal.

Saran strategi yang dapat dilakukan BPJS Kesehatan yaitu, 1) Meningkatkan sosialisasi dan edukasi masyarakat terkait pentingnya program JKN beserta manfaatnya, konsep gotong royong dalam asuransi kesehatan sosial, serta prosedur pelayanan administrasi dan pelayanan kesehatan di Faskes. Sosialisasi dan edukasi dapat secara langsung ke masyarakat maupun secara digital melalui media sosial berupa konten video menarik. 2) Meningkatkan mutu pelayanan di Faskes dengan turut mengawasi pelaksanaan layanan kesehatan salah satunya dengan strategi “satu rumah sakit satu petugas BPJS SATU”. 3) Mengelola dan memonitoring kegiatan yang bersifat promotif-preventif secara rutin serta mengoptimalkan fungsi dan peran FKTP dalam program kuratif. 4) Mengembangkan strategi kolektabilitas untuk meningkatkan pendapatan iuran seperti optimalisasi fungsi Kader JKN untuk sosialisasi dan edukasi serta pendampingan agar dapat hadir di tengah masyarakat. 5) Meningkatkan kompetensi SDM dan pengembangan teknologi secara rutin dan berkelanjutan.

Penulis menyadari bahwa terdapat batasan pada penelitian ini, maka usulan riset lanjutan yang dapat direkomendasikan yaitu melakukan analisis mendalam untuk menentukan variabel-variabel yang digunakan dengan metode ANP (*analytic network process*) atau regresi, melakukan penelitian kualitatif seperti wawancara mendalam (*indept interview*) atau *focus group discussion* (FGD) yang melibatkan informan-informan utama di BPJS Kesehatan baik Direksi maupun pegawai yang berkaitan dengan topik pembahasan agar hasil analisis lebih mendalam dan menyeluruh.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Bapak Rizki selaku Kepala Bagian SDM, Umum dan Komunikasi atas dukungan yang telah diberikan.

DAFTAR RUJUKAN

- Afrina, E., Cut, D., Aidha, N., Ramdlaningrum, H., Wahyudi, D., Silvia, K., Fanggidae, J., Dwi, H., Ningrum, R., Thaariq, R. M., Kartika, W., & Chrisnahutama, A. (2020). *Defisit Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Mengapa dan Bagaimana Mengatasinya?*
- Azizah, A., Widiastuti, M., & Khikmah, N. (2021). *BPJS: PANDEMI PEMBUAT SURPLUS*. <https://www.researchgate.net/publication/357419459>
- BPJS Kesehatan. (2016). *1 VA Untuk Pembayaran Seluruh Anggota Keluarga*. <https://bpjs-kesehatan.go.id/BPJS/index.php/post/read/2016/402/1-VA-Untuk-Pembayaran-Seluruh-Anggota-Keluarga>
- BPJS Kesehatan. (2019). *Dorong Peserta Disiplin Bayar Iuran BPJS Kesehatan Paparkan Hasil Kajian Layanan Persalinan*. <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/post/read/2019/1321/Dorong-Peserta-Disiplin-Bayar-Iuran-BPJS-Kesehatan-Paparkan-Hasil-Kajian-Layanan-Persalinan>
- BPJS Kesehatan. (2022a). *Laporan Keuangan BPJS Kesehatan Tahun 2014-2021*. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/arsip/categories/MzA/publikasi>
- BPJS Kesehatan. (2022b). *Puskesmas Berperan Penting dalam Penguatan Promotif dan Preventif Peserta JKN*. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/post/read/2022/2240/Puskesmas-Berperan-Penting-dalam-Penguatan-Promotif-dan-Preventif-Peserta-JKN>
- Faizal, A., Santi, R., Eri Gunawan, C., Informasi, S., Sains dan Teknologi, F., & Raden Fatah Palembang, U. (2020). Analisis Kinerja Sistem Informasi Akademik Menggunakan Metode TRADE Pada Universitas Tridinanti Palembang. In *Journal of Software Engineering Ampera* (Vol. 1, Issue 1). <https://journal-computing.org/index.php/journal-sea/index>
- Frontier Analyst Manual version 4.3*. (2015). Banxia Holdings Ltd. <https://banxia.com/downloads/>
- Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2022 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. (2022). <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/195699/inpres-no-1-tahun-2022>
- KBBI Online. (2023). Kamus Besar Bahasa Indonesia. In <http://kbbi.web.id/pusat>.
- Nadia, D. (2015). *ANALISIS PERBANDINGAN EFISIENSI KERJASAMA ASURANSI PENJAMINAN DI BANK BRISYARIAH KCI CITARUM BANDUNG DENGAN METODE DATA ENVELOPMENT ANALYSIS (DEA)*. Universitas Islam Bandung.
- Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*. (2023). <https://www.kemkes.go.id/downloads/resources/download/lain/PERMENKES-NO-3-TAHUN-2023-TTG-STANDAR-TARIF-PELAYANAN-KESEHATAN-DALAM-PENYELENGGARAAN-JAMINAN-KESEHATAN-1.pdf>

- Peraturan Pemerintah Nomor 84 Tahun 2015 tentang Perubahan Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan.* (2015). <https://peraturan.bpk.go.id/Details/65352/pp-no-84-tahun-2015>
- Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018.* (2020). <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/64a546a33ec58c97a5b732aa58b94830.pdf>
- Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.* (2018). <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/arsip/detail/1064>
- Rustyani, S. (2018). *Analisis Efisiensi dan Produktivitas Lembaga Amil Zakat di Indonesia dengan Metode Data Envelopment Analysis (DEA) dan Malmquist Productivity Index (MPI)* [Universitas Airlangga]. <https://repository.unair.ac.id/>
- Rustyani, S., & Rosyidi, S. (2018). Measurement of Efficiency and Productivity of Zakat Institutions in Indonesia using Data Envelopment Analysis and the Malmquist Productivity Index. *International Journal of Zakat*, 3(3), 69–82. <https://puskasbaznas.com/12-journal-ijaz?start=5>
- Sanjaya, D., & Budi, S. (2020). Prediksi Pencapaian Target Kerja Menggunakan Metode Deep Learning dan Data Envelopment Analysis. *Jurnal Teknik Informatika Dan Sistem Informasi*, 6(2). <https://doi.org/10.28932/jutisi.v6i2.2678>
- Sugiarsono, J. (2019, January 13). *Fachmi Idris, Dirut BPJS Kesehatan: “Kami Lebih Suka Menyebutnya Mismatch.”* Swa.Co.Id. <https://swa.co.id/swa/trends/fachmi-idris-dirut-bpjs-kesehatan-kami-lebih-suka-menyebutnya-mismatch>
- Sugiyono. (2022). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Alfabeta.