

**IDENTIFIKASI DAN MITIGASI RISIKO STRATEJIK MENGGUNAKAN IFE-EFE MATRIX:
STUDI KASUS BPJS KESEHATAN**

Dewi Hanggraeni, Dea R. Triana, Luna S. Kuswanto, M. Iqbal Alfarisi, Renata H. Rahayu
Universitas Indonesia

ARTICLE INFO

Keywords: *Strategic Risk; IFE and EFE Matrix; BPJS Kesehatan, UCS Thailand*

Kata Kunci: *Risiko Strategik; IFE dan EFE Matrix; BPJS Kesehatan, UCS Thailand*

Corresponding author:
M. Iqbal Alfarisi
mohammad.iqbal61@ui.ac.id

Abstract: *This study identifies and analyzes strategic risks experienced by the Badan Pengelola Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. This health insurance program has a deficit due to the number of claims exceeding income and there is no detection system for the number of claims that are not appropriate. This research is explanatory by using the IFE-EFE Matrix as a basis for identifying and mitigating the strategic risk of BPJS Kesehatan. The Analysis results shows the need for more accurate and transparent calculations, intense socialization, pricing of tariff should be adjusted to the ability of the people, as well as a fraud detection system by BPJS Kesehatan.*

Abstrak: Penelitian ini mengidentifikasi dan menganalisis risiko strategik yang dialami Badan Pengelola Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Program jaminan kesehatan ini mengalami defisit akibat jumlah klaim melebihi pendapatan dan belum terdapat sistem pendeteksi adanya jumlah klaim yang tidak sesuai. Penelitian ini bersifat eksplanatori dengan menggunakan IFE-EFE Matrix sebagai dasar untuk melakukan identifikasi dan mitigasi risiko strategik BPJS Kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan perlunya penghitungan yang lebih akurat dan transparan, sosialisasi yang lebih gencar, penentuan kenaikan tarif yang disesuaikan dengan kemampuan rakyat, serta sistem pendeteksi fraud oleh BPJS Kesehatan.

PENDAHULUAN

Banyak keluarga kecil sangat rentan terhadap potensi penurunan gaji yang memengaruhi akses pangan mereka (Smith, 2016). Studi empiris yang dilakukan di negara berkembang pada umumnya juga membuktikan bahwa rumah tangga memiliki kemampuan yang sangat terbatas dalam memastikan kesehatan anggota keluarganya (Sparrow, et al., 2014), tak terkecuali Indonesia. Selama dekade terakhir, walaupun tingkat kemiskinan di Indonesia menurun dari 19 menjadi 11 persen, tingkat kekurangan nutrisi dan akses kesehatan tidak menunjukkan penurunan yang signifikan (Silva & Sumarto, 2018). Alokasi pendapatan yang proposional pada program kesehatan menjadi penting untuk meningkatkan ketahanan pangan, dan menjaga kesehatan anggota keluarga (Stevens, et al., 2012).

Hal ini kemudian mendasari pemerintah Indonesia dalam menciptakan akses perlindungan kepada masyarakat melalui asuransi. Suatu sistem asuransi kesehatan baru bernama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) diluncurkan pada 1 Januari 2014 yang memiliki visi mampu menjangkau seluruh penduduk Indonesia pada akhir 2019 (Suryanto, Plummer, & Boyle, 2016). BPJS di Indonesia terdiri atas dua entitas, (a) BPJS Kesehatan dan (b) BPJS Ketenagakerjaan. Pelaksanaan BPJS diregulasi dalam Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Setelah beroperasi selama empat tahun, BPJS kesehatan pada praktiknya mengalami kesuksesan dalam menjangkau mayoritas penduduk Indonesia (Dwidienawati & Abdinagoro, 2018). Sampai 31 Mei 2019, BPJS Kesehatan memiliki 222.002.996 anggota yang merupakan 83,71 persen penduduk Indonesia. Tingkat kepuasan peserta BPJS Kesehatan juga dalam status *on the track* yakni 79,7 persen dari target 85 persen pada akhir tahun 2019. BPJS Kesehatan dinobatkan sebagai lembaga pembayar tunggal terbesar dalam program jaminan kesehatan nasional terbesar di dunia (Teh, 2015).

Di balik kesuksesannya, BPJS Kesehatan dihadapkan pada risiko strategik yang berdampak sistemik. Rugi tahun berjalan selalu menjadi akun yang menutup laporan keuangannya. Pada tahun 2018, BPJS Kesehatan membukukan rugi tahun berjalan sebesar 12,33 triliun rupiah, naik sebesar 2,14 persen dibanding tahun 2017 yang bernilai 10,19 triliun rupiah. Rugi ini berasal dari jumlah anggota yang melakukan klaim terlampaui jauh melebihi jumlah kotor premi yang dihimpun dari peserta. Hal ini berimbas pada risiko keterlambatan pembayaran biaya rumah sakit, risiko pemberhentian layanan rumah sakit bagi pasien BPJS Kesehatan, hingga risiko penurunan kualitas pelayanan rumah sakit mitra BPJS Kesehatan.

Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, dapat dirumuskan beberapa rumusan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana analisis kondisi internal dan eksternal BPJS Kesehatan jika dibandingkan UCS?
2. Bagaimana pengelolaan risiko strategik di BPJS Kesehatan berdasarkan analisis internal dan eksternal?

Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini mencakup:

1. Mengidentifikasi kondisi internal dan eksternal BPJS Kesehatan dibandingkan dengan UCS
2. Mengetahui pengelolaan risiko strategik di BPJS Kesehatan berdasarkan analisis internal dan eksternal

TINJAUAN PUSTAKA

Risiko seringkali dipandang hanya sebagai suatu hal yang negatif, seperti kehilangan, bahaya, dan adanya konsekuensi lainnya. Kerugian tersebut merupakan bentuk ketidakpastian yang seharusnya dipahami dan dikelola secara efektif oleh organisasi sebagai bagian dari strategi sehingga dapat menjadi nilai tambah dan mendukung pencapaian tujuan organisasi (Lokobal, Sumajouw, & Sompie, 2014). Risiko strategi sesungguhnya adalah bagian dari risiko usaha (*enterprise risk*) yang tertuju pada ketidakpastian terkait tujuan finansial perusahaan (Rejda & McNamara, 2014). Risiko strategi adalah risiko yang berdampak pada

pendapatan atau modal yang muncul dari suatu keputusan bisnis yang dirasakan merugikan atau penerapan yang tidak tepat dari keputusan tersebut. Risiko ini merupakan fungsi kesesuaian antara tujuan strategik perusahaan, strategi dari bisnis yang dikembangkan untuk menggapai tujuan tersebut, sumber daya yang diutilisasi untuk menggapai tujuan ini dan kualitas penerapan. Risiko strategi berfokus pada bagaimana rencana, sistem, dan implementasinya berdampak pada nilai perusahaan (Mango, 2007).

Di Indonesia, Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan Nomor 10/SEOJK.05/2016 menjelaskan risiko strategik sebagai suatu kemungkinan akan kegagalan organisasi dalam mewujudkan kewajiban kepada pemegang polis/ tertanggung/ nasabah akibat ketidakmampuan dalam melakukan perencanaan, penetapan dan pengimplementasian strategi, pengambilan keputusan organisasi yang tepat, dan/atau kurang baiknya respon perusahaan terhadap perubahan dari eksternal. (Ojiako, 2012) menambahkan bahwa risiko ini biasanya bersumber dari strategi yang dimiliki dan dijalankan perusahaan tidak sesuai dengan kondisi lingkungannya, kebijakan perusahaan yang diterapkan tidak sesuai dengan posisi strategis perusahaan. Selain itu, risiko strategi disebabkan pula oleh ketidakmampuan organisasi dalam merumuskan dan mengaktualisasi strategi bisnis organisasi yang sesuai dapat menyebabkan perusahaan menjadi terpapar risiko strategik sehingga perusahaan menjadi sulit dalam bersaing dan mempertahankan posisi keunggulan kompetitif yang dimilikinya (Hanggraeni, 2016).

Dalam hal perusahaan asuransi dapat dikatakan sebagai perusahaan yang optimal apabila selalu berhasil dalam memenuhi permintaan klaim dari pelanggan-pelanggannya dan mesegala kewajiban finansialnya. Perusahaan asuransi memasang target untuk memenuhi kesehatan perusahaan dan apabila perusahaan tersebut tidak mampu memenuhi kewajibannya maka dapat mengganggu perkembangan perusahaan (Tarigan & Mahfud, 2015). Beberapa aspek yang dimungkinkan mampu memengaruhi hal tersebut ialah ketidakcukupan modal, hasil premi, pendapatan, dan beban dari perusahaan asuransi itu sendiri (Pitselis, 2006). Para aktuaris harus mampu memprediksi kemungkinan kerugian di masa depan yang diharapkan pada tingkat yang akurat. Ini penting dalam membantu pemberi asuransi menentukan tingkat premi yang diberikan. Perusahaan asuransi harus menetapkan premi yang baik untuk membayar seluruh kerugian dan beban klaim selama masa periode polis. Akan tetapi, tingkat premium tentu harus bersifat *economically feasible* atau mampu untuk dibayarkan oleh peserta asuransi. Kadang kala ini menuntut perusahaan asuransi untuk memberikan premium rendah guna dapat menarik pelanggan (Rejda & McNamara, 2014).

Masyarakat di beberapa negara, khususnya negara berkembang, mendapatkan pemenuhan asuransi kesehatan dasar dari asuransi kesehatan publik yang mempunyai sistem premium tidak diperbolehkan bergantung pada status kesehatan individunya. Hal tersebut karena layanan kesehatan lebih lanjut bisa didapatkan melalui asuransi kesehatan komplementer. Perusahaan asuransi kesehatan publik akan memberikan premium berdasarkan *community-rated* sedangkan perusahaan asuransi kesehatan komplementer akan memberikan premium berdasarkan *risk-adjusted* (Kiffman, 2006). Selain itu, premium pada asuransi kesehatan publik kerap proporsional terhadap pendapatan individu (dengan beberapa batasan plafon) (Grunow & Nuscheler, 2014). Skema asuransi kesehatan publik adalah adanya peralihan dari *low-risks* ke *high-risks* dengan mendorong masyarakat masuk ke suatu kontrak asuransi kesehatan dengan premium yang seragam (*uniform premium*) (Kiffman & Roeder, 2011).

Pemberian premium yang tidak tepat dapat menurunkan efisiensi perusahaan asuransi. Keberhasilan suatu perusahaan asuransi pun datang dari dua pihak – pemberi jaminan dan peserta asuransi – yang harus terinformasikan. Sesungguhnya asuransi akan efisien ketika individu dengan risiko kesehatan yang tinggi membayar premium yang lebih tinggi berdasarkan kemungkinan risikonya dan begitu pula sebaliknya dimana individu dengan risiko kesehatan yang rendah membayar premi lebih kecil. Akan tetapi mengingat asuransi kesehatan publik yang berdasarkan pada *uniform premium* maupun tingkat pendapatan dapat meningkatkan risiko ketidakefisienan pada perusahaan asuransi yang kemudian dapat diperparah lagi dengan adanya faktor-faktor seperti *adverse selection* dan *moral hazard* (Barr, 2010).

Perusahaan asuransi publik pun dituntut untuk memiliki kemampuan pengendalian risiko strategi yang baik, khususnya dalam hal ini yakni penentuan premi. Pengelolaan risiko memiliki dua tujuan yang dikelompokkan menjadi (1) *pra-loss objectives*; dan (2) *post-loss objectives*. Adapun dalam proses pengelolaan risiko terdapat empat tahapan yakni (1) mengidentifikasi paparan kerugian (*loss exposures*); (2) mengkuantifikasi dan menganalisis *loss exposures*; (3) menyusun kombinasi teknik pengendalian risiko yang tepat; dan (4) menerapkan dan mengendalikan program manajemen risiko yang telah dipilih. Strategi penetapan premi yang tepat sebaiknya dilakukan pada tahap awal sebelum kerugian terjadi dan tidak lupa analisis laporan keuangan secara berkala pun wajib dilakukan sebagai tindakan pencegahan terjadinya kerugian yang lebih besar (Rejda & McNamara, 2014).

Dalam manajemen strategis dikenal dua matriks evaluasi yakni *Internal Factor Evaluation Matrix* (IFE) dan *External Factor Evaluation Matrix* (EFE). Matriks ini berfungsi untuk merangkum dan mengevaluasi kekuatan serta kelemahan utama organisasi hingga peluang dan ancaman yang muncul dari faktor-faktor diluar kontrol organisasi / perusahaan semisal faktor sosial, ekonomi, demografis, politik, lingkungan, pemerintah, regulasi, teknologi, serta informasi persaingan. Pada akhirnya matriks-matriks tersebut dapat membantu perusahaan dalam membangun strategi internal maupun eksternal.

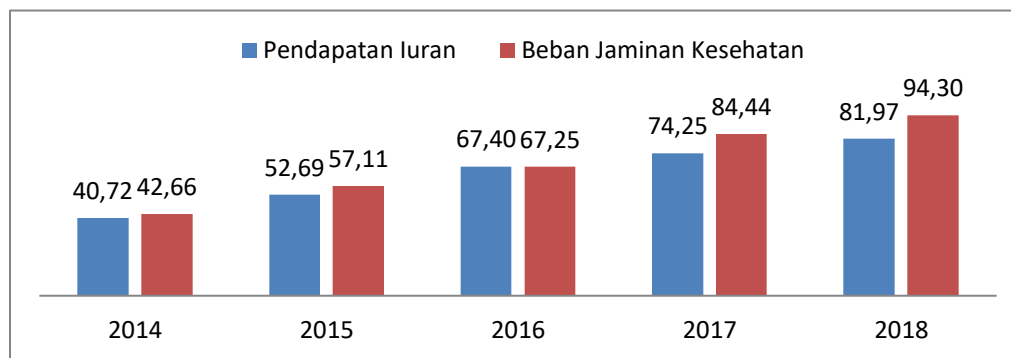
METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan metode *benchmarking* dan *desk research*. *Benchmarking* adalah bentuk perbandingan sistematis dari proses dan kinerja organisasi untuk menciptakan standar baru atau untuk meningkatkan proses (Zhu, 2014). Dengan kata lain, *benchmarking* digunakan untuk menentukan seberapa baik kinerja unit bisnis, divisi, organisasi atau perusahaan jika dibandingkan dengan organisasi serupa lainnya. Sementara itu, *desk research* adalah teknik penelitian dengan sistem pengumpulan data sekunder yang informasinya kemudian digunakan sebagai *benchmark* dalam proses penelitian (Wahyuni, 2012). Adapun data yang diproses dalam penelitian ini ialah data sekunder yang berasal dari pelbagai sumber, semisal laman resmi milik BPJS Kesehatan, artikel dan jurnal-jurnal penelitian terdahulu, serta berita-berita terkait BPJS Kesehatan. Berikutnya, penelitian ini menggunakan alat bantu yakni *Internal Factor Evaluation Matrix* (IFE) dan *External Factor Evaluation Matrix* (EFE). Kedua matriks ini membantu peneliti dalam mengidentifikasi risiko-risiko strategik mulai dari sisi internal hingga eksternal BPJS Kesehatan (David & David, 2016).

ANALISIS DAN PEMBAHASAN

Hadirnya BPJS Kesehatan di Indonesia bertujuan untuk menunjang layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia. Namun ironis karena BPJS Kesehatan sendiri tidak "sehat" dari sisi keuangan. Pemerintah berusaha mengidentifikasi penyebab defisit keuangan yang dialami oleh BPJS Kesehatan. Salah satu penyebab utama defisit keuangan BPJS Kesehatan adalah ketidakmampuan BPJS Kesehatan untuk mengumpulkan penerimaan yang seharusnya (Herlina, 2019). Hal ini selaras dengan data perbandingan nilai pendapatan iuran dan beban jaminan kesehatan di bawah ini.

Grafik 1: Perbandingan Nilai Pendapatan Iuran dan Beban Jaminan Kesehatan BPJS Kesehatan Tahun 2014 – 2018 (dalam satuan triliun)



Sumber: Laporan Keuangan Tahun 2018 (Auditan) BPJS Kesehatan

Dapat dilihat bahwasanya nilai pendapatan iuran dan beban jaminan kesehatan BPJS Kesehatan selalu mengalami kenaikan sejak tahun 2014 hingga 2018. Namun, nilai beban jaminan kesehatan hampir selalu lebih besar dibandingkan pendapatan iuran sehingga terjadi defisit. Pada tahun pertama kehadirannya, selisih antara nilai beban jaminan kesehatan dengan pendapatan iuran sebesar Rp1,94 triliun. Tahun 2015, selisih antara nilai beban jaminan kesehatan dengan pendapatan iuran menjadi Rp4,42 triliun atau naik sebesar 28 persen dari tahun 2014. Berbeda dari dua tahun sebelumnya, di tahun 2016 nilai pendapatan iuran lebih besar dibandingkan nilai beban jaminan kesehatan sehingga terdapat surplus sebesar Rp0,15 triliun. Pada tahun 2017, beban jaminan kesehatan nilainya kembali lebih besar dibandingkan pendapatan iuran yaitu Rp10,19 triliun. Selanjutnya pada tahun 2018, selisih antara nilai beban jaminan kesehatan dengan pendapatan iuran BPJS Kesehatan mengalami kenaikan sebesar 21 persen yaitu Rp12,33 triliun.

Diperkirakan defisit BPJS Kesehatan akan terus terjadi hingga beberapa tahun kedepan. Defisit keuangan BPJS diproyeksikan mencapai 28,5 triliun rupiah pada tahun 2019. Hal ini dikarenakan *carry over* defisit tahun 2018 ditambah dengan beban yang belum dibayarkan kepada rumah sakit sejak dimulainya pada tahun 2018 (Wicaksono, 2019). Potensi pembengkakan defisit BPJS Kesehatan tahun 2020 hingga 2024 secara berturut-turut sebesar Rp 39,5 triliun, Rp 50,1 triliun, Rp 58,6 triliun, Rp 67,3 triliun, dan Rp 77,9 triliun (Sukmana Y. , 2019).

Tidak hanya itu, BPJS Kesehatan juga dibayangi oleh tunggakan yang belum dibayarkan kepada fasilitas kesehatan (faskes) sebagai mitranya. Besarnya tunggakan BPJS Kesehatan ke Faskes per 30 Agustus 2019 sebesar Rp13 triliun, jumlah ini belum termasuk denda yang harus dibayarkan sebesar 1 persen dari nilai klaim yang ditagihkan (Hadyan, 2019). Hal ini lantas membuat kegiatan operasional rumah sakit terganggu. Kas untuk operasional sehari-hari menjadi sangat terbatas dan rumah sakit juga tiada memiliki cukup uang tunai dikarenakan tunggakan BPJS Kesehatan (Setiawan, 2019).

Untuk mengatasi masalah tersebut, pemerintah Indonesia menjanjikan untuk membuat peraturan mengenai tarif iuran BPJS Kesehatan baru yang akan diberlakukan tahun 2020. Pemerintah ingin menaikkan nilai iuran peserta BPJS Kesehatan sebesar 100 persen (CNN Indonesia, 2019). Besarnya iuran BPJS Kesehatan baru pada kelas I menjadi sebesar Rp 160.000 dari awalnya Rp80.000 dan kelas II menjadi sebesar Rp110.000 dari awalnya Rp59.000 (Kompas.com, 2019). Rencana kenaikan iuran BPJS Kesehatan ini tentu menuai pro dan kontra dari pelbagai lapisan masyarakat.

Reputasi BPJS Kesehatan semakin terancam akibat terdapat pencucian uang terhadap dana klaim BPJS Kesehatan oleh beberapa birokrat di sektor kesehatan. Penemuan uang sebesar Rp2,451 miliar pada rekening pribadi tersangka berasal dari dana kapitasi pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) yang berlokasi di Gresik dari BPJS Kesehatan (Ika, 2018). Selain itu, di lain tempat juga ditemukan kasus korupsi terhadap dana BPJS Kesehatan oleh pengelola faskes yang telah merugikan keuangan negara mencapai

Rp7,7 miliar (Widyastuti, 2019). Kenyataannya, dana kapitasi yang ditransfer oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sangat rawan untuk dikorupsi oleh birokrat tingkat daerah di industri kesehatan karena jumlahnya yang sangat besar (ICW, 2018).

Pemerintah Indonesia dapat mengembangkan skema asuransi kesehatan yang lebih baik melalui BPJS dengan mempelajari skema *universal health coverage* pada negara lain, seperti Thailand, Kamboja, dan Vietnam (Suryanto, Plummer, & Boyle, 2016). Sebagai negara berkembang dengan pendapatan menengah, Thailand memiliki program asuransi yang dapat dikatakan sudah sangat berhasil dan dapat dijadikan *benchmark* oleh negara-negara kelas menengah lainnya. Thailand telah mencapai *Universal Health Coverage* pada tahun 2002 melalui implementasi dari *Universal Coverage Scheme* (UCS) sebagai program asuransi kesehatan sosial utama di Thailand yang telah menanggung 75 persen atau sekitar 47 juta penduduk Thailand. Sebelum pemerintah Thailand meluncurkan program UCS, terdapat empat program asuransi yang diberikan oleh pemerintah Thailand, yaitu Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS), Social Security Scheme (SSS), Medical Welfare Scheme (MWS) atau yang biasa dikenal dengan Low-Income Card Scheme, dan Voluntary Health Card Scheme (VHCS). CSMBS dan SSS merupakan program asuransi kesehatan yang diperuntukkan bagi para pekerja dalam sektor formal, sedangkan MWS dan VHCS diperuntukkan bagi para pekerja yang berasal dari sektor non-formal (Seung Chun Paek, 2016).

Keempat program asuransi tersebut dimaksudkan untuk dapat menjangkau seluruh populasi penduduk Thailand. Akan tetapi, MWS dan VHCS mengalami beberapa masalah operasional yang menyebabkan 30 persen atau sekitar 18 juta penduduk belum diasuransikan. MWS mengalami masalah karena *mis-targeting* yang diakibatkan oleh kesulitan menilai pendapatan pekerja dari sektor informal (Seung Chun Paek, 2016). Oleh karena itu, pemerintah Thailand membuat program UCS pada tahun 2002 dengan mengintegrasikan program MWS dan VHCS. Ketiga program asuransi tersebut telah berhasil menjangkau seluruh penduduk Thailand dengan komposisi CSMBS sebesar 9 persen, SSS sebesar 16 persen, dan UCS sebesar 75 persen dari populasi (Seung Chun Paek, 2016).

UCS juga dikenal dengan "*30-Baht Scheme*", yaitu kebijakan untuk membayar sebesar 30 Baht untuk setiap konsultasi bagi masyarakat yang belum terdaftar dalam CSMBS dan SSS. Akan tetapi, kebijakan ini tidak dikenakan kepada anak berusia di bawah 12 tahun, penduduk berusia di atas 60 tahun, dan penduduk miskin. Adapun manfaat yang diberikan UCS mencakup rawat inap, rawat jalan, operasi, dan obat-obatan.

Pemerintah Thailand membentuk lembaga negara otonom baru, yaitu *National Health Security Office* (NHSO) yang ada di bawah wewenang *National Health Security Board* (NHSB). Menurut peraturannya, dewan berwenang untuk menentukan jenis dan batasan layanan kesehatan untuk penerima UCS. Adapun NHSO bertanggung jawab atas pendaftaran penerima manfaat dan penyedia layanan, dan juga mengelola dana serta membayar klaim sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan oleh NHSB (Hanvoravongchai, 2013). NHSO akan menerima anggaran UCS dari pemerintah berdasarkan jumlah penerima manfaat dan tingkat kapitasi per penerima manfaat. Setiap tahunnya NHSO memperkirakan biaya penyediaan layanan berdasarkan studi *unit cost*-nya dan jumlah penerima manfaat yang akan ditanggungnya. Tingkat kapitasi kemudian diajukan untuk disetujui oleh kabinet pemerintah. Total anggaran berdasarkan tingkat kapitasi kemudian diserahkan bersama dengan biaya operasi NHSO sebagai bagian dari anggaran pemerintah untuk disetujui oleh parlemen. Pada awalnya, sistem pembiayaan adalah dengan alokasi anggaran dari Ministry of Public Health (MOPH) pusat ke penyedia layanan kesehatan berdasarkan ukuran fasilitas, jumlah staf, dan kinerja. Akan tetapi, terdapat perbedaan antara sistem pembiayaan sebelumnya dan saat ini, perbedaan tersebut adalah pengenalan sistem pembeli dan penyedia yang berbeda dengan *strategic purchasing*. Saat ini UCS memiliki NHSO yang berperan sebagai pembeli yang membuat kontrak dengan penyedia layanan jasa kesehatan untuk menyediakan layanan kesehatan bagi para penerima manfaatnya, dimana MOPH dan jaringan rumah sakit merupakan kontraktor utama NHSO.

Tabel 1: Perbandingan BPJS Kesehatan Indonesia dan UCS Thailand

	BPJS Kesehatan Indonesia	UCS Thailand
Cakupan kepesertaan	208.054.199 jiwa atau 78,46 persen dari total penduduk	48 juta jiwa atau lebih dari 98 persen dari total penduduk
Sumber pendanaan	Skema dibiayai oleh APBN, APBD, dan penarikan iuran peserta	Skema dibiayai oleh pajak pendapatan umum
Biaya yang dikeluarkan oleh pengguna	Tarif iuran BPJS Kesehatan: <ul style="list-style-type: none"> • Tingkat 1: Rp80.000 per bulan • Tingkat 2: Rp51.000 per bulan • Tingkat 3: Rp25.500 per bulan 	Sepenuhnya gratis untuk warga negara Thailand yang memegang kartu Universal Coverage Health
Fasilitas yang diberikan	Layanan kesehatan yang ditanggung BPJS Kesehatan diantaranya: <ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan kesehatan tingkat pertama • Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yang mencakup layanan kesehatan rawat jalan (<i>outpatient</i>) dan rawat inap (<i>inpatient</i>). • Persalinan; dan • Ambulans 	Paket manfaat yang diberikan UCS secara komprehensif antara lain: <ul style="list-style-type: none"> • <i>inpatient care</i> (rawat inap), • <i>outpatient care</i> (rawat jalan), • <i>prevention</i>, • <i>promotion</i>, dan • <i>rehabilitation</i>
Klaim	<ul style="list-style-type: none"> • Kunjungan di poliklinik rawat jalan rumah sakit: 76,8 juta • Kasus rawat inap: 9,7 juta Sumber: Hasil Olahan Penulis	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Inpatient care</i>: 6,02 juta • <i>Outpatient care</i>: 184,28 juta

Dalam praktiknya, akan sangat sulit bagi BPJS Kesehatan untuk mengimplementasi setiap skema yang diterapkan oleh Thailand karena kesuksesannya dalam menerapkan *Universal Health Coverage* melalui UCS sudah diakui dan dijadikan *benchmark* oleh beberapa negara *middle-low* lainnya. Maka dari itu, berikut dilampirkan hasil analisis faktor-faktor internal (*Strength* dan *Weakness*) serta faktor-faktor eksternal (*Opportunity* dan *Threat*) menggunakan matriks IFE dan EFE sehingga analisis risiko dan pengelolaan yang tepat dapat diketahui.

Tabel 2: Analisis Internal BPJS Kesehatan (Matriks IFE)

No.	<i>Strength</i>	<i>Weight</i>	<i>Rating</i>	<i>Score</i>
1.	Diwajibkan oleh pemerintah Indonesia melalui Undang-Undang.	0,2	4	0,8

2.	Dapat menjangkau seluruh kalangan masyarakat	0,1	3	0,3
3.	Memiliki 3 jenis layanan yang dapat disesuaikan dengan kemampuan masyarakat	0,05	3	0,15
4.	Dijamin oleh APBN dan APBD untuk masyarakat yang tidak mampu	0,1	4	0,4
5.	Bekerjasama dengan Rumah Sakit milik pemerintah dan swasta	0,05	3	0,15
JUMLAH Strength (S)				1,8
No.	Weakness	Weight	Rating	Score
1.	Proses yang lebih panjang karena menggunakan sistem rujukan berjenjang	0,1	1	0,1
2.	Hanya bisa digunakan di Faskes yang bekerjasama dengan BPJS	0,05	1	0,05
3.	Terbatasnya biaya dan jenis pengobatan yang ditanggung	0,15	1	0,15
4.	Kurangnya kontrol terhadap administrasi seperti data diri peserta serta jumlah dan validitas klaim	0,05	1	0,05
5.	Sistem penghitungan iuran yang belum sesuai dengan yang seharusnya	0,15	1	0,15
JUMLAH Weakness (W)				0,5
JUMLAH Strength (S) & Weakness (W)		1,0		2,3

Sumber: Hasil olahan penulis

Sebagai sebuah Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh Pemerintah dan memiliki tujuan untuk mencapai *Universal Health Coverage*, pemerintah Indonesia mewajibkan semua masyarakat untuk memiliki dan terdaftar dalam program BPJS Kesehatan. Hal ini tentunya menjadi sebuah keunggulan karena BPJS Kesehatan tidak perlu bersaing dengan para penyedia jasa asuransi lainnya dalam hal mendapatkan nasabah. Dengan diwajibkannya program BPJS Kesehatan bagi keseluruhan rakyat Indonesia sebagaimana yang telah diatur dalam konstitusi, program kesehatan ini mampu menjangkau seluruh kalangan masyarakat melalui sistem iuran dengan tiga pilihan kelas tarif yang berbeda sehingga masyarakat dapat menyesuaikan dengan penghasilan dan kemampuannya masing-masing. Selain iuran yang terbagi ke dalam tiga kelas, BPJS Kesehatan juga memberikan subsidi bagi fakir dan miskin serta orang yang tidak mampu atau disebut sebagai golongan Penerima Bantuan Iuran (PBI). Sebagaimana yang diamanatkan dalam UU SJSN, iuran PBI dibayarkan oleh Pemerintah sebagai peserta program Jaminan Kesehatan. Untuk mendukung program Jaminan Kesehatan Nasional ini, BPJS Kesehatan sudah bermitra dengan 21.763 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan 2.268 Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) pada tahun 2017 (BPJS Kesehatan, 2017), jumlah tersebut pun meningkat di tahun 2018 dan 2019.

Di sisi lain, dari hasil matriks IFE di atas dapat dilihat bahwa total nilai dari faktor-faktor internal BPJS Kesehatan ini masih tergolong rendah (di bawah 2,5). Dengan kata lain, BPJS Kesehatan masih lemah dalam hal internalnya. Kelemahan tersebut diakibatkan oleh beberapa hal, diantaranya adalah terkait dengan penerapan sistem yang cukup rumit bagi para peserta BPJS. Peserta BPJS Kesehatan tidak dapat langsung mendatangi rumah sakit-rumah sakit yang menjadi mitra BPJS begitu saja, melainkan peserta perlu melalui beberapa tahapan, yaitu pergi ke FKTP terlebih dahulu, apabila dokter di FKTP merasa pasien perlu mendapatkan penanganan lebih lanjut oleh rumah sakit, maka pasien akan dirujuk ke FKRTL. Selain itu, biaya dan layanan yang ditanggung oleh BPJS pun terbatas. Hal lainnya yang menjadi kelemahan BPJS Kesehatan adalah kurangnya kontrol terhadap Fasilitas Kesehatan (Faskes) serta data peserta. Hal ini berpengaruh pada ancaman yang mungkin dihadapi oleh BPJS Kesehatan, yaitu kecurangan (*fraud*) yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan. Sebagai contoh nyata, banyaknya data peserta BPJS Kesehatan yang

ganda sehingga kartunya dinonaktifkan. Penyebab yang kedua adalah peserta yang mulanya tercatat sebagai peserta BPJS Mandiri atau BPJS PBI, kemudian peserta yang terikat pekerjaan dalam suatu perusahaan, dan perusahaan mendaftarkan kembali peserta menjadi peserta BPJS Kesehatan lewat perusahaan. Kepesertaan yang ganda dapat disebabkan oleh peserta yang sebelumnya telah terdaftar sebagai peserta BPJS PBI pemegang kartu KIS yang iuran tiap bulannya dibayarkan oleh pemerintah tanpa sepengetahuannya, namun peserta tetap melakukan pendaftaran BPJS mandiri maupun perusahaan (Khoirunisa, 2019).

Permasalahan terbesar yang turut berkontribusi terhadap pelemahan BPJS Kesehatan adalah kemampuan untuk menilai dan menghitung iuran agar sesuai dengan beban atau jumlah klaim yang harus dibayarkan. Seperti yang sudah dipaparkan sebelumnya, polemik BPJS Kesehatan belakangan ini adalah jumlah beban yang perlu dibayarkan lebih besar jika dikomparasikan dengan pendapatan yang diterima. Hal ini tentunya menjadi kelemahan yang sangat perlu untuk diawasi mengingat akan berdampak pada keberlangsungan BPJS Kesehatan ini kedepannya.

Setelah ditinjau lebih lanjut, BPJS Kesehatan dan UCS Thailand memiliki perbedaan dalam faktor-faktor internalnya yang dapat dilihat dari tabel analisis internal UCS di bawah ini.

Tabel 3: Analisis Internal UCS (Matriks IFE)

No.	<i>Strength</i>	<i>Weight</i>	<i>Rating</i>	<i>Score</i>
1.	Didanai oleh penghasilan pajak negara	0,2	4	0,8
2.	Memiliki sistem evaluasi dan <i>internal monitoring</i>	0,15	4	0,6
3.	Prosedur pemberian layanan cepat dengan lingkup nasional	0,1	4	0,4
4.	Bekerjasama dengan Rumah Sakit milik pemerintah dan swasta	0,1	4	0,4
5.	Menanggung biaya rawat jalan, rawat inap, rehabilitasi, dan layanan khusus lainnya.	0,05	3	0,15
JUMLAH <i>Strength</i> (S)				2,35
No.	<i>Weakness</i>	<i>Weight</i>	<i>Rating</i>	<i>Score</i>
1.	Sistem anggaran tidak sesuai dengan tindakan medis yang dibutuhkan.	0,06	2	0,12
2.	Hanya bisa diakses di rumah sakit mitra UCS	0,1	2	0,2
3.	Diagnosa masih kurang baik, sehingga muncul klaim yang tidak diperlukan.	0,1	1	0,1
4.	Anggaran skema meningkat tiga kali lipat dari 2003 hingga 2017 menimbulkan kritik bahwa program <i>unsustainable</i>	0,04	2	0,08
5.	Bergantung pada pencairan dana dari pemerintah	0,1	1	0,1
JUMLAH <i>Weakness</i> (W)				0,5
TOTAL <i>Strength</i> (S) & <i>Weakness</i> (W)		1,0		2,85

Sumber: Hasil olahan penulis

Berdasarkan hasil analisis faktor internal UCS melalui matriks IFE di atas, dapat dilihat bahwa secara internal, UCS lebih kuat dibandingkan dengan BPJS Kesehatan. Meskipun BPJS Kesehatan dan UCS mendapatkan dukungan dana dari pemerintah, namun pendanaan UCS sepenuhnya bersumber dari penghasilan pajak negara tanpa membebankan tarif iuran kepada pesertanya. UCS telah menjalin kerjasama dengan penyedia layanan kesehatan, yaitu Rumah Sakit milik pemerintah dan swasta. Pada tahun 2017, UCS telah bekerjasama dengan 12.109 rumah sakit (NHSO, 2017). Berbeda dengan BPJS Kesehatan, masyarakat yang memiliki “*gold card*” (peserta UCS) dapat datang ke rumah sakit manapun yang

bekerjasama dengan UCS tanpa harus melalui tahapan panjang. Selain itu, UCS juga menanggung biaya untuk beberapa layanan khusus, seperti rehabilitasi. Meskipun demikian, UCS tentunya tetap memiliki kelemahan dalam praktiknya. Sama seperti BPJS Kesehatan, peserta UCS hanya dapat menggunakan kartunya atau mendapatkan layanan di rumah sakit yang sudah bekerjasama dengan UCS. Selain itu, sistem penetapan anggaran dianggap masih belum sesuai dengan kenyataan dalam lapangan, dimana tidak jarang banyak pasien yang terkadang mendapatkan pelayanan yang tidak diperlukan, sehingga alokasi dana dapat dikatakan masih belum baik.

Untuk mengidentifikasi risiko-risiko strategik yang mungkin terjadi pada BPJS Kesehatan dan mengetahui pengelolaan yang tepat, maka tidak hanya diperlukan analisis internal namun juga diperlukan adanya analisis eksternal guna mengetahui faktor-faktor yang mampu *men-support* maupun menghambat keberlangsungan BPJS Kesehatan. Berbicara mengenai faktor eksternal, banyak hal yang tentunya dapat memengaruhi keberlangsungan BPJS Kesehatan. Dari berbagai sumber yang digunakan oleh penulis, faktor-faktor tersebut dapat dirangkum dalam matriks EFE berikut ini.

Tabel 4: Analisis Eksternal BPJS Kesehatan (Matriks EFE)

No.	<i>Opportunities</i>	<i>Weight</i>	<i>Rating</i>	<i>Score</i>
1.	Kesadaran masyarakat akan kebutuhan jaminan kesehatan	0,15	2	0,3
2.	Mahalnya biaya rumah sakit sehingga premi asuransi yang murah menjadi pilihan	0,1	2	0,2
3.	Demand akan jasa layanan BPJS Kesehatan tinggi	0,08	2	0,16
4.	Bantuan berupa suntikan dana dari pemerintah khususnya Kementerian Keuangan	0,15	3	0,45
5.	Jumlah penduduk sebanyak 269 juta jiwa atau setara 3,49% dari total populasi dunia	0,02	1	0,02
JUMLAH <i>Opportunities</i> (O)				1,13
No.	<i>Threat</i>	<i>Weight</i>	<i>Rating</i>	<i>Score</i>
1.	Penunggakan pembayaran iuran oleh peserta	0,2	1	0,2
2.	Kecurangan (<i>fraud</i>) oleh faskes mitra BPJS	0,08	2	0,16
3.	Rumah sakit yang padat dan antrian yang panjang	0,06	2	0,12
4.	Pemberian layanan yang kurang baik oleh faskes	0,08	2	0,16
5.	Sentimen kurang menyenangkan terkait pelayanan BPJS Kesehatan	0,08	1	0,08
JUMLAH <i>Threat</i> (T)				0,72
JUMLAH <i>Opportunities</i> (O) & <i>Threat</i> (T)		1,0		1,85

Sumber: Hasil olahan penulis

Hasil dari matriks EFE di atas menunjukkan bahwa performa BPJS Kesehatan masih sangat rendah. Salah satu penyebab terbesarnya adalah penunggakan pembayaran iuran oleh peserta. Dari 32 juta total peserta mandiri BPJS Kesehatan, 16 juta diantaranya tercatat tidak tertib membayar premi (Tempo.co, 2019). Selain itu, ancaman lain yang cukup signifikan dalam memengaruhi performa BPJS Kesehatan adalah belum adanya sistem yang dapat mendeteksi terjadinya kecurangan yang dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan. Sebagai contoh, beberapa rumah sakit melakukan tagihan klaim untuk beberapa kategori menjadi lebih tinggi dari yang seharusnya. Hal itu mengakibatkan tagihan rumah sakit kepada BPJS menjadi lebih mahal (*overclaim*) sehingga terjadi pembengkakan pengeluaran BPJS Kesehatan (Olivia, 2019). Kedua hal tersebut sangat memengaruhi kondisi defisit BPJS Kesehatan saat ini. Terlebih lagi, pelayanan

peserta BPJS Kesehatan dapat dikatakan masih belum optimal, terlihat dari antrian rumah sakit yang panjang sebagai akibat dari semakin banyaknya masyarakat yang mulai menyadari pentingnya fasilitas jaminan kesehatan. Akan tetapi, BPJS Kesehatan dapat memanfaatkan peluang dari faktor eksternal untuk meningkatkan performanya. Salah satu peluang tersebut adalah jumlah penduduk Indonesia yang mencapai 3,49 persen dari populasi dunia. Kesadaran masyarakat yang mulai tumbuh akan pentingnya jaminan kesehatan juga menjadi peluang agar BPJS Kesehatan dapat mencapai tujuannya untuk menjangkau seluruh populasi masyarakat Indonesia.

Matriks EFE kemudian digunakan untuk menganalisis risiko eksternal UCS. Hasil dari matriks tersebut menyatakan bahwa UCS memiliki tingkat performa yang secara umum jauh lebih baik dibandingkan dengan BPJS Kesehatan. Sama seperti BPJS Kesehatan, UCS dapat memanfaatkan peluang dari meningkatnya kesadaran masyarakat akan pentingnya jaminan kesehatan untuk menjangkau masyarakat secara lebih luas. Hal ini didukung dengan penghasilan pajak yang meningkat, dimana dana tersebut akan disalurkan untuk pembiayaan UCS. Pada tahun 2018, jumlah penghasilan pajak Thailand meningkat sebesar 70,217 USD dari tahun 2017 (CEIC, 2019). Sebagai salah satu negara berkembang pertama yang membuat kemajuan besar menuju Universal Health Coverage, Thailand berhasil mencapai peringkat empat dalam *Human Capital Index* yang dikeluarkan oleh Bank Dunia pada 2018 pada lingkup Asia Tenggara. Salah satu indikator penilaian dalam *Human Capital Index* adalah tingkat kesehatan, sehingga dapat dikatakan bahwa Thailand memiliki tingkat kesehatan yang baik. Dengan ini, UCS memiliki reputasi yang baik di mata publik.

UCS belum bisa terlepas dari bayang-bayang ancaman yang berasal dari lingkungan eksternalnya. Salah satu ancaman yang dimiliki UCS adalah penyebaran virus Zika di Thailand. Dalam kurun waktu enam belas tahun terakhir Thailand telah bergelut untuk menuntaskan penyebaran virus Zika (Asian Scientist Newsroom, 2019). Apabila virus ini secara terus menerus bertahan di Thailand maka UCS harus dapat mengakomodir proses pengobatan tersebut. Selain itu, dikarenakan cakupan kepesertaan UCS sangat luas, membuat fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan UCS menjadi ramai dikunjungi dan menimbulkan antrian yang cukup panjang. Ditambah lagi, jumlah tenaga perawat dan apoteker yang terbatas akan menghambat proses pelayanan dari UCS dan kemungkinan membuat antrian lebih panjang (Kompas.com, 2017). Ancaman lain yang perlu diwaspadai oleh UCS adalah kemungkinan dana UCS disalahgunakan oleh pihak rumah sakit yang bekerja sama.

Tabel 5: Analisis Eksternal UCS (Matriks EFE)

No.	<i>Opportunities</i>	<i>Weight</i>	<i>Rating</i>	<i>Score</i>
1.	Kesadaran akan kebutuhan jaminan kesehatan oleh masyarakat	0,15	4	0,6
2.	Penghasilan pajak meningkat sebesar 70,217 USD di tahun 2018	0,06	3	0,18
3.	Thailand adalah salah satu negara berkembang pertama yang membuat kemajuan besar menuju <i>Universal Health Coverage</i>	0,15	3	0,45
4.	Thailand berada di peringkat empat dalam HCI yang dipublikasikan Bank Dunia pada 2018 di lingkup Asia Tenggara	0,1	4	0,4
5.	Proyeksi rasio dokter terhadap penduduk di Thailand akan timpang dalam 10 tahun ke depan	0,04	3	0,12
	JUMLAH <i>Opportunities</i> (O)			1,75
No.	<i>Threat</i>	<i>Weight</i>	<i>Rating</i>	<i>Score</i>

1.	Kemungkinan penyalahgunaan dana oleh pihak RS.	0,15	2	0,3
2.	Rumah sakit yang padat dan antrian yang panjang	0,1	2	0,2
3.	Pengeluaran yang meningkat	0,1	3	0,3
4.	Proyeksi kurangnya tenaga perawat dan apoteker di Thailand	0,05	3	0,15
5.	Virus Zika bertahan di Thailand selama 16 tahun	0,1	3	0,3
JUMLAH Threat (T)				1.25
JUMLAH Opportunities (O) & Threat (T)				3
Sumber: Hasil olahan penulis				

Berdasarkan hasil analisis internal dan eksternal melalui IFE-EFE matrix, dapat diindikasikan bahwa BPJS Kesehatan memiliki risiko strategis yang perlu dimitigasi. Risiko tersebut muncul dari kurang optimalnya pengelolaan internal seperti minimnya kontrol terhadap faskes serta faktor-faktor eksternal yang hadir seperti penunggakan iuran oleh peserta. Buruknya sistem internal perusahaan membuat BPJS Kesehatan tidak mampu memberikan pelayanan terbaiknya kepada peserta. Akibatnya, performa kinerja BPJS Kesehatan juga dinilai buruk oleh peserta sehingga muncul stigma negatif yang membuat reputasi BPJS Kesehatan menjadi tidak baik. Pemerintah berusaha untuk untuk menyokong keberlangsungan BPJS Kesehatan dengan memberikan subsidi dan menutupi defisit yang dialami oleh BPJS Kesehatan. Namun, upaya pemerintah tersebut belum cukup untuk menutupi dan menanggung beban yang perlu dibayarkan. Apabila kondisi ini dibiarkan terus berlanjut, keberadaan dan keberlangsungan BPJS Kesehatan kedepannya menjadi sebuah tanya besar.

PENUTUP

Kesimpulan

Berdasarkan analisis kondisi lingkungan internal dan eksternal dari BPJS Kesehatan diperoleh beberapa poin penting, yakni:

- BPJS Kesehatan merupakan suatu badan yang eksistensinya dijamin penuh oleh negara, tetapi mitigasi risiko strategis tetap menjadi hal yang vital.
- BPJS Kesehatan diidentifikasi memiliki risiko strategis dimana sistem pengelolaan internalnya masih lemah dibandingkan dengan sistem pengelolaan internal UCS Thailand. Risiko tersebut mayoritas disebabkan oleh kondisi keuangan yang tidak *sustain* dan pelayanan pasien yang masih kurang optimal.
- Dari segi eksternal, BPJS Kesehatan diidentifikasi memiliki risiko strategis dimana sistem pengelolaan hambatan eksternal masih lemah dibanding kesiapan pengelolaan eksternal UCS Thailand. Risiko tersebut mayoritas disebabkan adanya potensi *fraud* dari petugas Faskes dan ketidaktertiban dalam membayar premi oleh peserta yang menyebabkan besarnya tunggakan.

Saran

BPJS Kesehatan perlu melakukan perhitungan aktuarial yang tepat terkait dengan wacana kenaikan tarif untuk mengatasi kondisinya yang defisit. Dalam proses perhitungannya, perlu dipertimbangkan pendapatan masyarakat yang berada di setiap golongan kelas layanan BPJS guna mengetahui kemampuan membayar dari masyarakat dan mengajukan dana subsidi dari pemerintah untuk menutupi kekurangannya. BPJS Kesehatan juga perlu untuk melakukan sosialisasi terkait perhitungan kenaikan tarif tersebut kepada masyarakat secara transparan. Akan tetapi, kenaikan tarif iuran bukan merupakan satu-satunya cara untuk memitigasi risiko-risiko strategis yang dialami. Secara internal, BPJS Kesehatan masih sangat perlu untuk

dievaluasi dan melakukan beberapa perbaikan. Melihat kontrol dan monitoring yang masih minim diterapkan oleh BPJS Kesehatan dalam hal administrasi data diri peserta serta validitas klaim yang memungkinkan terjadinya fraud oleh Faskes, BPJS Kesehatan perlu belajar pada UCS Thailand yang telah menerapkan sistem tersebut dengan cukup ketat. Dengan kata lain, BPJS Kesehatan perlu membuat sistem untuk mendeteksi fraud atau klaim yang tidak wajar sehingga mampu mengurangi risiko terjadinya *overclaim*. Hal tersebut akan membantu BPJS Kesehatan untuk menekan biaya yang perlu dikeluarkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Asian Scientist Newsroom. (2019, march 14). *Zika Virus Endemic In Thailand, Study Shows*. Retrieved from Asian Scientist: <https://www.asianscientist.com/2019/03/health/zika-virus-circulation-thailand-disease-surveillance/>
- Badan Pusat Statistik. (2019). *Berita Resmi Statistik: Pertumbuhan Ekonomi Indonesia Triwulan IV-2018*. Jakarta: Badan Pusat Statistik RI.
- Barr, N. (2010). Long-term Care: A Suitable Case for Social Insurance. *Social policy & administration*, 359-374.
- BPJS Kesehatan. (2017). *Laporan Keuangan*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- CEIC. (2019). *Thailand Penghasilan Pajak*. Retrieved from Ceic Data: <https://www.ceicdata.com/id/indicator/thailand/tax-revenue>
- CNN Indonesia. (2019, October 18). *Aturan Tarif BPJS Kesehatan Terbit Usai Pelantikan Jokowi*. Retrieved from CNN Indonesia: <https://www.cnnindonesia.com/ekonomi/20191018164214-78-440735/aturan-tarif-bpjs-kesehatan-terbit-usai-pelantikan-jokowi>
- David, F. R., & David, F. R. (2016). *Strategic Management : A Competitive Advantage Approach, Concept and Cases*. South Caroline: Pearson Education.
- Dwidienawati, D., & Abdinagoro, S. B. (2018). Generosity's antecedents and outcomes - A proposed relationship generosity and intention in Indonesia's BPJS Kesehatan. *Journal of Business and Retail Management Research (JBRMR)*, Vol. 12 Issue 2, 49-59.
- Fitra, S. (2019, August 12). *Biang Defisit yang Membuat Iuran BPJS Kesehatan Naik*. Retrieved September 27, 2019, from Katadata.co.id: <https://katadata.co.id/telaah/2019/09/12/biang-defisit-yang-membuat-iuran-bpjs-kesehatan-naik>
- Grunow, M., & Nuscheler, R. (2014). Public and private health insurance in Germany: The ignored risk selection problem. *Health Economics*, 670-687.
- Hadyan, R. (2019, September 23). *BPJS Watch : Tunggakan BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit Tembus Rp13 Triliun!* Retrieved September 29, 2019, from Bisnis.com:

<https://ekonomi.bisnis.com/read/20190923/12/1151502/bpjs-watch-tunggakan-bpjs-kesehatan-ke-rumah-sakit-tembus-rp13-triliun>

- Hanggraeni, D. (2016). *Manajemen Risiko Perusahaan Teintegrasi Berbasis ISO 31000: Teori dan Hasil Penelitian*. Jakarta: Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Indonesia.
- Hanvoravongchai, P. (2013). Health Financing Reform in Thailand: Towards Universal Coverage Under Fiscal Constraints. *Universal Health Coverage Studies*.
- Herlina, K. (2019, August 22). *BPJS Kesehatan defisit, berikut faktor penyebabnya menurut Menkeu*. Retrieved September 23, 2019, from kontan.co.id: <https://nasional.kontan.co.id/news/bpjs-kesehatan-defisit-berikut-faktor-penyebabnya-menurut-menkeu>
- ICW. (2018, February 19). *Dana Kapitasi Sangat Rawan Dikorupsi Kepala Daerah dan Birokrat Daerah*. Retrieved September 30, 2019, from Antikorupsi.org: <https://antikorupsi.org/id/news/dana-kapitasi-sangat-rawan-dikorupsi-kepala-daerah-dan-birokrat-daerah>
- Ika, A. (2018, August 28). *Dugaan Korupsi Dana BPJS, Kepala Dinkes Ditetapkan Sebagai Tersangka*. Retrieved September 30, 2019, from Kompas.com: <https://regional.kompas.com/read/2018/08/28/19353561/dugaan-korupsi-dana-bpjs-kepala-dinkes-ditetapkan-sebagai-tersangka>
- Khoirunisa, R. (2019, June 22). *Kartu BPJS Nonaktif Karena Data Ganda Begini Cara Mengatasinya*. Retrieved November 14, 2019, from pasienbpjs.com: <http://www.pasienbpjs.com/2019/06/mengatasi-bpjs-nonaktif-kepesertaan-ganda.html>
- Kiffman, M. (2006). Risk selection and complementary health insurance: the Swiss approach. *International Journal Of Health Care Finance And Economics [Int J Health Care Finance Econ]*, 151-170.
- Kiffman, M., & Roeder, K. (2011). Premium subsidies and social health insurance: Substitutes or complements? *Journal of health economics*, 1207-1218.
- Kompas.com. (2017, November 09). *Thailand Kekurangan Tenaga Perawat dan Apoteker*. Retrieved from internasional.kompas.com: <https://internasional.kompas.com/read/2017/11/09/10395671/thailand-kekurangan-tenaga-perawat-dan-apoteker>
- Kompas.com. (2019, 9 September). *Iuran BPJS Kesehatan Naik 100 Persen Mulai 1 Januari 2020*. Retrieved from Kompas.com: <https://money.kompas.com/read/2019/09/03/083200126/iuran-bpjs-kesehatan-naik-100-persen-mulai-1-januari-2020?page=all>
- Lokobal, A., Sumajouw, M. D., & Sompie, B. F. (2014). Manajemen Risiko Pada Perusahaan Jasa Pelaksana Konstruksi di Propinsi Papua. *Jurnal Ilmiah Media Engineering Vol.4 No.2*, 109-118.
- Mango, D. (2007). An Introduction to insurer strategic risk topic 1: risk management of an insurance enterprise. *Enterprise Risk Analysis, Guy Carpenter & Company*, 144-172.
- NHSO. (2017). *Annual Report*. Thailand: NHSO.

- Ojiako, U. (2012). Examining thematic elements. *Management Research View*, 90-105.
- Olivia, G. (2019, July 31). *Ada Indikasi Kecurangan, Pemerintah Minta BJS Kesehatan Perbaiki Sistem JKN*. Retrieved September 26, 2019, from Kompas.com: <https://money.kompas.com/read/2019/07/31/155617626/ada-indikasi-kecurangan-pemerintah-minta-bpjs-kesehatan-perbaiki-sistem-jkn?page=all>
- Pitselis, G. (2006). *Risk Based Capital, Supervision of Solvency and Cross-Section Effect models*. Greece: Department of Statistics & Insurance Science.
- Rejda, G., & McNamara, M. (2014). Principles of Risk Management and Insurance. *Kiadas*, 12.
- Setiawan, S. (2019, September 13). *Jeritan Rumah Sakit hingga Klinik untuk BPJS Kesehatan*. Retrieved September 29, 2019, from Kompas.com: <https://money.kompas.com/read/2019/09/13/101800426/jeritan-rumah-sakit-hingga-klinik-untuk-bpjs-kesehatan?page=all>
- Seung Chun Paek, N. M. (2016). Thailand Universal Coverage Scheme and its Impact on Health-Seeking Behaviour. *Springer Plus*.
- Silva, I. D., & Sumarto, S. (2018). Child Malnutrition in Indonesia: Can Education, Sanitation and Healthcare Augment The Role of Income. *Journal of International Development*, 837-864.
- Sindo, K. (2019, September 3). *Masalah BPJS Kesehatan Bukan Sekedar Premi*. Retrieved September 3, 2019, from Sindonews.com: <https://nasional.sindonews.com/read/1435901/16/masalah-bpjs-kesehatan-bukan-sekadar-premi-1567467143>
- Smith, V. H. (2016). Producer insurance and risk management options for smallholder farmers. *World Bank Research Observer*, 271-289.
- Sparrow, R., Poel, E. V., Hadiwidjaja, G., Yumna, A., Warda, N., & Suryahadi, A. (2014). Coping With The Economic Consequences of Ill Health in Indonesia. *Health Economics*, 719-728.
- Stevens, G. A., Finucane, M. M., Paciorek, C. J., Flaxman, S. R., White, R. A., Donner, A. J., . . . On Behalf of Nutrition Impact Model Study Group. (2012). Trends in mild, moderate, and severe stunting and underweight, and progress towards MDG 1 in 141 developing countries: a systematic analysis of population representative data. *Lancet*, 824-834.
- Sukmana, Y. (2019, August 22). *Akar Masalah Defisit BPJS Kesehatan, Peserta yang Sudah Meninggal Pun Bisa Klaim*. Retrieved September 23, 2019, from Kompas.com: <https://money.kompas.com/read/2019/08/22/055700526/akar-masalah-defisit-bpjs-kesehatan-peserta-yang-sudah-meninggal-pun-bisa?page=all>
- Sukmana, Y. (2019, September 2). *Jika Iuran Tak Naik, Defisit BPJS Kesehatan Bisa Capai Rp77,9 Triliun*. Retrieved September 26, 2019, from Kompas.com:

<https://money.kompas.com/read/2019/09/02/161400026/jika-iuran-tak-naik-defisit-bpjs-kesehatan-bisa-capai-rp-77-9-triliun>

- Suryanto, Plummer, V., & Boyle, M. (2016). Financing Healthcare in Indonesia. *Asia Pacific Journal of Health Management* 2016; 11: 2, 33-37.
- Tarigan, A. P., & Mahfud, M. K. (2015). ANALISIS PENGARUH KEMAMPUAN MEMBAYAR KLAIM, PROFITABILITAS, RISIKO UNDERWRITING, DAN REASURANSI TERHADAP SOLVABILITAS PERUSAHAAN ASURANSI (Studi Pada Perusahaan Asuransi Yang Terdaftar di Bursa Efek Indonesia Periode 2008-2013). *Diponegoro Journal of Management*.
- Teh, I. (2015). *Universal Healthcare Coverage in Indonesia*. The Economist.
- Tempo.co. (2019, October 8). *Kemenkeu: 16 Juta Peserta Mandiri BPJS Kesehatan Menunggak Premi*. Retrieved from bisnis.tempo.co: <https://bisnis.tempo.co/read/1257029/kemenkeu-16-juta-peserta-mandiri-bpjs-kesehatan-menunggak-premi>
- Tulung, J. E., Saerang, I. S., & Pandia, S. (2018). The influence of corporate governance on the intellectual capital disclosure: a study on Indonesian private banks. *Banks and Bank Systems*, 13(4), 61-72.
- Wahyuni, S. (2012). Conducting Qualitative Research. In S. Wahyuni, *Conducting Qualitative Research*. Jakarta: Salemba.
- Wicaksono, A. (2019, August 22). *Defisit BPJS Kesehatan Diramal Bengkak Jadi Rp28,5 T di 2019*. Retrieved September 6, 2019, from CNN Indonesia: <https://www.cnnindonesia.com/ekonomi/20190822090846-78-423637/defisit-bpjs-kesehatan-diramal-bengkak-jadi-rp285-t-di-2019>
- Widyastuti. (2019, August 6). *Korupsi Dana BPJS 7,7 Miliar, 2 Pejabat RSUD Lembang Ditangkap*. Retrieved September 30, 2019, from Tempo.co: <https://bisnis.tempo.co/read/1232846/korupsi-dana-bpjs-77-miliar-2-pejabat-rsud-lembang-ditangkap>
- Zhu, J. (2014). *Quantitative Models for Performance Evaluation and Benchmarking. Data Envelopment Analysis with Spreadsheets*. Massachusetts: Springer.