

## TATA KELOLA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN



sindonews.com

### I. PENDAHULUAN

Akhir tahun 2017, dunia kesehatan dikejutkan dengan berita defisit Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebesar Rp9 triliun. Berita tersebut diikuti kabar bahwa BPJS Kesehatan sudah tidak menanggung lagi delapan penyakit katastropik, yang kemudian dibantah oleh Kepala Humas BPJS Kesehatan.<sup>1</sup> Selama tiga tahun terakhir keuangan BPJS selalu negatif. Pada tahun 2014 defisit anggaran perusahaan publik itu mencapai Rp3,3 triliun. Angka itu membengkak menjadi Rp5,7 triliun pada tahun 2015 dan Rp9,7 triliun pada 2016, serta pada akhir tahun 2017 menjadi sekitar Rp9 triliun.<sup>2</sup>

Disinyalir defisit atau ketidaksesuaian antara iuran dengan pelayanan kesehatan (*mismatch*) terjadi karena iuran yang diterima tidak sebanding dengan biaya yang dikeluarkan. Selain itu, terdapat *moral hazard* peserta Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) utamanya Pekerja Bukan Penerima Upah (PbPU). Ia menyinggung banyak peserta JKN-KIS yang sesudah mendapatkan pelayanan kesehatan ternyata tidak membayar lagi.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> <https://nasional.sindonews.com/read/1261140/16/bpjs-kesehatan-defisit-1511796879>, diakses 13 Maret 2018.

<sup>2</sup> <http://www.bbc.com/indonesia/indonesia-42138297>, BPJS Kesehatan terus defisit, bakal terapkan konsep berbagi biaya atau tarik pajak rokok?, diakses 13 Maret 2018.

<sup>3</sup> <http://nasional.republika.co.id/berita/nasional/umum/17/12/20/p190rh423-bpjs-kesehatan-defisit-rp-9-triliun-ini-penyebabnya>, diakses 13 Maret 2018.

Besarnya defisit BPJS Kesehatan menjadi tanya bagi sejumlah kalangan. Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI) misalnya menyatakan bahwa penyedia layanan medis berpotensi melakukan kecurangan (*fraud*) yang dapat menguras keuangan BPJS. Menurut YLKI, sekitar 80% biaya manfaat habis untuk rumah sakit, baik rumah sakit pemerintah maupun swasta sehingga perlu dicek kewajarannya, khususnya untuk swasta.<sup>4</sup> Untuk mengatasi defisit, Pemerintah menyiapkan beberapa opsi, antara lain adalah rencana alokasi pajak rokok untuk BPJS, keaktifan pemerintah daerah untuk membantu pendanaan warganya, dan lain-lain.<sup>5</sup> Tulisan Hukum ini akan membahas mengenai pengelolaan BPJS Kesehatan.

## II. PERMASALAHAN

Berdasarkan hal-hal tersebut, permasalahan yang akan dibahas adalah sebagai berikut.

1. Bagaimana kelembagaan BPJS Kesehatan?
2. Bagaimana pengelolaan keuangan BPJS Kesehatan?
3. Bagaimana pertanggungjawaban keuangan BPJS Kesehatan?

## III. PEMBAHASAN

### 1. Kelembagaan BPJS Kesehatan

BPJS adalah badan hukum publik berdasarkan Undang-Undang yang bertanggung jawab kepada Presiden.<sup>6</sup> BPJS hanya dapat dibubarkan dengan Undang-Undang<sup>7</sup>, dan tidak dapat dipailitkan berdasarkan ketentuan perundangan-undangan mengenai kepailitan.<sup>8</sup>

BPJS berkedudukan dan berkantor pusat di ibu kota Negara Republik Indonesia, dan dapat mempunyai kantor perwakilan di provinsi dan kantor cabang di

<sup>4</sup> <http://www.bbc.com/indonesia/indonesia-42138297>, BPJS Kesehatan terus defisit, bakal terapkan konsep berbagi biaya atau tarik pajak rokok?, diakses 13 Maret 2018.

<sup>5</sup> <http://www.bbc.com/indonesia/indonesia-42138297>, BPJS Kesehatan terus defisit, bakal terapkan konsep berbagi biaya atau tarik pajak rokok?, diakses 13 Maret 2018.

<sup>6</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 7.

<sup>7</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 47.

<sup>8</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 48.

kabupaten/kota.<sup>9</sup> BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.<sup>10</sup> BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.<sup>11</sup>

BPJS bertugas untuk:

- a. melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta;
- b. memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja;
- c. menerima bantuan iuran dari Pemerintah;
- d. mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta;
- e. mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial;
- f. membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial; dan
- g. memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.<sup>12</sup>

Dalam melaksanakan tugas, BPJS berwenang untuk:

- a. menagih pembayaran iuran;
- b. menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;
- c. melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;
- d. membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah;
- e. membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;
- f. mengenakan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;

---

<sup>9</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 8.

<sup>10</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 5.

<sup>11</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 9.

<sup>12</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 10.

- g. melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidapatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- h. melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.<sup>13</sup>

Organ BPJS terdiri atas Dewan Pengawas dan Direksi.<sup>14</sup>

a. Dewan Pengawas

Dewan Pengawas terdiri atas 7 (tujuh) orang profesional, dengan susunan 2 (dua) orang unsur Pemerintah, 2 (dua) orang unsur pekerja, dan 2 (dua) orang unsur pemberi kerja, serta 1 (satu) orang unsur tokoh masyarakat. Anggota Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Presiden.<sup>15</sup>

Dewan Pengawas berfungsi melakukan pengawasan atas pelaksanaan tugas BPJS. Dalam menjalankan fungsinya, Dewan Pengawas bertugas untuk:

- 1) melakukan pengawasan atas kebijakan pengelolaan BPJS dan kinerja Direksi;
- 2) melakukan pengawasan atas pelaksanaan pengelolaan dan pengembangan Dana Jaminan Sosial oleh Direksi;
- 3) memberikan saran, nasihat, dan pertimbangan kepada Direksi mengenai kebijakan dan pelaksanaan pengelolaan BPJS; dan
- 4) menyampaikan laporan pengawasan penyelenggaraan Jaminan Sosial sebagai bagian dari laporan BPJS kepada Presiden dengan tembusan kepada Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).<sup>16</sup>

Dalam menjalankan tugas tersebut, Dewan Pengawas berwenang untuk:

- 1) menetapkan rencana kerja anggaran tahunan BPJS;
- 2) mendapatkan dan/atau meminta laporan dari Direksi;
- 3) mengakses data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS;

<sup>13</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 11.

<sup>14</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 20.

<sup>15</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 21.

<sup>16</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 22 ayat (2).

- 4) melakukan penelaahan terhadap data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS; dan
- 5) memberikan saran dan rekomendasi kepada Presiden mengenai kinerja Direksi.<sup>17</sup>

b. Direksi

Direksi terdiri atas paling sedikit 5 (lima) orang anggota yang berasal dari unsur profesional, yang semuanya diangkat dan diberhentikan oleh Presiden. Direksi berfungsi melaksanakan penyelenggaraan kegiatan operasional BPJS yang menjamin Peserta untuk mendapatkan manfaat sesuai dengan haknya.

Dalam menjalankan fungsi tersebut, Direksi bertugas untuk:

- 1) melaksanakan pengelolaan BPJS yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi;
- 2) mewakili BPJS di dalam dan di luar pengadilan; dan
- 3) menjamin tersedianya fasilitas dan akses bagi Dewan Pengawas untuk melaksanakan fungsinya.<sup>18</sup>

Dalam melaksanakan tugas tersebut, Direksi berwenang untuk:

- 1) melaksanakan wewenang BPJS;
- 2) menetapkan struktur organisasi beserta tugas pokok dan fungsi, tata kerja organisasi, dan sistem kepegawaian;
- 3) menyelenggarakan manajemen kepegawaian BPJS termasuk mengangkat, memindahkan, dan memberhentikan pegawai BPJS serta menetapkan penghasilan pegawai BPJS;
- 4) mengusulkan kepada Presiden penghasilan bagi Dewan Pengawas dan Direksi;
- 5) menetapkan ketentuan dan tata cara pengadaan barang dan jasa dalam rangka penyelenggaraan tugas BPJS dengan memperhatikan prinsip transparansi, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas;

---

<sup>17</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 22 ayat (3).

<sup>18</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 24 ayat (2).

- 6) melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS paling banyak Rp100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah) dengan persetujuan Dewan Pengawas;
- 7) melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS lebih dari Rp100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah) sampai dengan Rp500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah) dengan persetujuan Presiden; dan
- 8) melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS lebih dari Rp500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah) dengan persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia.<sup>19</sup>

## 2. Pengelolaan keuangan BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan semula bernama PT Askes (Persero). Namun pada saat BPJS Kesehatan mulai beroperasi, Askes dinyatakan bubar tanpa likuidasi dan semua aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum Askes menjadi aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum BPJS Kesehatan. Selain itu, semua pegawai Askes menjadi pegawai BPJS Kesehatan.

Kuangan BPJS dibagi dua yang harus dipisahkan, yaitu aset BPJS dan aset Dana Jaminan Sosial:<sup>20</sup>

### a. aset BPJS

Aset BPJS bersumber dari:

- 1) modal awal dari Pemerintah, yang merupakan kekayaan negara yang dipisahkan dan tidak terbagi atas saham;
- 2) hasil pengalihan aset Badan Usaha Milik Negara yang menyelenggarakan program jaminan sosial;
- 3) hasil pengembangan aset BPJS;
- 4) dana operasional yang diambil dari Dana Jaminan Sosial; dan/atau
- 5) sumber lain yang sah sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

<sup>19</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 24 ayat (3).

<sup>20</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 40.

Aset BPJS dapat digunakan untuk:

- 1) biaya operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial;
- 2) biaya pengadaan barang dan jasa yang digunakan untuk mendukung operasional penyelenggaraan Jaminan Sosial;
- 3) biaya untuk peningkatan kapasitas pelayanan; dan
- 4) investasi dalam instrumen investasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Kesehatan keuangan aset BPJS Kesehatan, paling sedikit diukur berdasarkan:

- 1) rasio beban terhadap pendapatan operasional ditambah pendapatan investasi;
- 2) rasio aset lancar terhadap liabilitas lancar; dan
- 3) rasio ekuitas terhadap liabilitas.<sup>21</sup>

Dalam hal aset BPJS Kesehatan mengalami surplus pada suatu tahun maka surplus tersebut tidak disetor ke negara, melainkan digunakan untuk menambah aset bersih BPJS Kesehatan dan/atau memperkuat aset Dana Jaminan Sosial Kesehatan.<sup>22</sup>

Namun demikian, dalam hal keuangan aset BPJS Kesehatan tidak sehat, maka paling sedikit dapat dilakukan:

- 1) penyesuaian rencana kerja anggaran tahunan;
- 2) pengajuan penyesuaian dana operasional kepada Menteri; dan/atau
- 3) tindakan lain yang dilakukan berdasarkan hasil pengawasan dari Otoritas Jasa Keuangan.<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> PP Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan sebagaimana diubah dengan PP Nomor 84 Tahun 2015, Pasal 35.

<sup>22</sup> PP Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan sebagaimana diubah dengan PP Nomor 84 Tahun 2015, Pasal 34.

<sup>23</sup> PP Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan sebagaimana diubah dengan PP Nomor 84 Tahun 2015, Pasal 35A.

b. aset Dana Jaminan Sosial.

Aset Dana Jaminan Sosial bersumber dari:<sup>24</sup>

- 1) Iuran jaminan sosial termasuk bantuan iuran;
  - a) Iuran jaminan sosial
 

Iuran jaminan sosial berasal dari peserta yang membayar mandiri atau dibayar oleh pemberi kerja, yang dibedakan dalam tiga kategori:

    - (1) Pemberi kerja, dengan cara membayar sendiri.<sup>25</sup>
    - (2) Pekerja, dengan cara dibayarkan oleh pemberi kerja.<sup>26</sup>
    - (3) Pihak lain: setiap orang, selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan Penerima Bantuan Iuran, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang memenuhi persyaratan kepesertaan dalam program Jaminan Sosial.<sup>27</sup>

Iuran Jaminan Sosial wajib dibayarkan oleh setiap peserta paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulannya pada Bank yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.<sup>28</sup>
  - b) Bantuan iuran, yaitu iuran yang dibayar oleh Pemerintah bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai Peserta program Jaminan Sosial.<sup>29</sup>
- 2) hasil pengembangan Dana Jaminan Sosial;
- 3) hasil pengalihan aset program jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dari Badan Usaha Milik Negara yang menyelenggarakan program jaminan sosial; dan
- 4) sumber lain yang sah sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Aset Dana Jaminan Sosial digunakan untuk:

- 1) pembayaran manfaat atau pembiayaan layanan jaminan sosial;
- 2) dana operasional penyelenggaraan program jaminan sosial; dan

<sup>24</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 43 ayat (1).

<sup>25</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 15 ayat (2).

<sup>26</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 15 ayat (2).

<sup>27</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 14 dan 16.

<sup>28</sup> Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, Pasal 33

<sup>29</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 1 angka 7.

- 3) investasi dalam instrumen investasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Kesehatan keuangan aset Dana Jaminan Sosial Kesehatan diukur berdasarkan aset bersih Dana Jaminan Sosial Kesehatan dengan ketentuan:

- a. paling sedikit harus mencukupi estimasi pembayaran klaim untuk satu setengah bulan ke depan; dan
- b. paling banyak sebesar estimasi pembayaran klaim untuk 6 (enam) bulan ke depan.<sup>30</sup>

Dalam hal terjadi kesulitan likuiditas, BPJS Kesehatan dapat memberikan dana talangan kepada aset Dana Jaminan Sosial Kesehatan, dengan ketentuan paling banyak 25% (dua puluh lima persen) dari aset BPJS Kesehatan yang tercatat dalam laporan keuangan bulan sebelumnya. Pemberian dana talangan harus memperhatikan rasio beban, aset, dan ekuitas.<sup>31</sup>

Pada tahun 2018, Pemerintah mengeluarkan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 10/PMK.02/2018 tentang Tata Cara Penyediaan, Pencairan, dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan Kesehatan Penerima Bantuan Iuran, yang mengatur bahwa dalam hal terdapat kebijakan yang menyangkut perubahan jumlah kepesertaan dan/atau besaran iuran dari Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang mengakibatkan terlampauinya pagu yang telah dialokasikan dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, kekurangannya dapat dipenuhi dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara-Perubahan atau Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara tahun anggaran berikutnya.<sup>32</sup> Selain itu, dalam hal terjadi kesulitan likuiditas dana jaminan sosial kesehatan, BPJS Kesehatan dapat menyampaikan surat tagihan dana Iuran PBI kepada KPA untuk paling banyak 3 (tiga) bulan ke depan. Kesulitan likuiditas dana jaminan sosial

---

<sup>30</sup> PP Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan sebagaimana diubah dengan PP Nomor 84 Tahun 2015, Pasal 37

<sup>31</sup> PP Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan sebagaimana diubah dengan PP Nomor 84 Tahun 2015, Pasal 39

<sup>32</sup> Peraturan Menteri Keuangan Nomor 10/PMK.02/2018 tentang Tata Cara Penyediaan, Pencairan, dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan Kesehatan Penerima Bantuan Iuran, Pasal 3.

kesehatan merupakan suatu kondisi di mana dalam perencanaan kas dan jaminan sosial kesehatan untuk 3 (tiga) bulan ke depan diperkirakan akan terjadi saldo negatif paling singkat pada bulan kesatu dan/atau bulan kedua walaupun telah diberikan dana talangan dari BPJS Kesehatan.<sup>33</sup>

### 3. Pertanggungjawaban keuangan BPJS Kesehatan.

BPJS wajib menyampaikan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan yang telah diaudit oleh akuntan publik kepada Presiden dengan tembusan kepada Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) paling lambat tanggal 30 Juni tahun berikutnya. Semua laporan tersebut dipublikasikan dalam bentuk ringkasan eksekutif melalui media massa elektronik dan paling sedikit 2 (dua) media massa cetak yang memiliki peredaran luas secara nasional, paling lambat tanggal 31 Juli tahun berikutnya.<sup>34</sup>

Direksi bertanggung jawab secara tanggung renteng atas kerugian finansial yang ditimbulkan atas kesalahan pengelolaan Dana Jaminan Sosial.<sup>35</sup> Hal ini karena Direksi merupakan organ BPJS yang berwenang dan bertanggung jawab penuh atas pengurusan BPJS untuk kepentingan BPJS, sesuai dengan asas, tujuan, dan prinsip BPJS, serta mewakili BPJS, baik di dalam maupun di luar pengadilan, sesuai dengan ketentuan Undang-Undang.<sup>36</sup> Pada akhir masa jabatan, Dewan Pengawas dan Direksi wajib menyampaikan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.<sup>37</sup>

---

<sup>33</sup> Peraturan Menteri Keuangan Nomor 10/PMK.02/2018 tentang Tata Cara Penyediaan, Pencairan, dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan Kesehatan Penerima Bantuan Iuran, Pasal 7 ayat (1) dan (2)

<sup>34</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 37.

<sup>35</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 38.

<sup>36</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 1 Angka 13.

<sup>37</sup> UU Nomor 24 Tahun 2011, Pasal 38.

#### **IV. PENUTUP**

1. BPJS adalah badan hukum publik berdasarkan Undang-Undang yang bertanggung jawab kepada Presiden. BPJS berkedudukan dan berkantor pusat di ibu kota Negara Republik Indonesia, dan dapat mempunyai kantor perwakilan di provinsi dan kantor cabang di kabupaten/kota. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
2. Keuangan BPJS dibagi dua yang harus dipisahkan, yaitu aset BPJS dan aset Dana Jaminan Sosial. Dalam hal terjadi kesulitan likuiditas, BPJS Kesehatan dapat memberikan dana talangan kepada aset Dana Jaminan Sosial Kesehatan, dengan ketentuan paling banyak 25% (dua puluh lima persen) dari aset BPJS Kesehatan yang tercatat dalam laporan keuangan bulan sebelumnya. Pemberian dana talangan harus memperhatikan rasio beban, aset, dan ekuitas.
3. Tanggung jawab atas kerugian finansial yang ditimbulkan atas kesalahan pengelolaan Dana Jaminan Sosial ada pada direksi secara tanggung renteng.

## V. DAFTAR PUSTAKA

### Peraturan

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan sebagaimana diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 84 Tahun 2015

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

### Internet

<http://nasional.sindonews.com/read/1261140/16/bpjs-kesehatan-defisit-1511796879>, diakses 13 Maret 2018.

<http://www.bbc.com/indonesia/indonesia-42138297>, BPJS Kesehatan terus defisit, bakal diterapkan konsep berbagi biaya atau tarik pajak rokok?, diakses 13 Maret 2018.

<http://nasional.republika.co.id/berita/nasional/umum/17/12/20/p190rh423-bpjs-kesehatan-defisit-rp-9-triliun-ini-penyebabnya>, diakses 13 Maret 2018.

### Penulis:

Tim JDIH BPK, 2018.

### *Disclaimer:*

*Seluruh informasi yang disediakan dalam Tulisan Hukum adalah bersifat umum dan disediakan untuk tujuan pemberian informasi hukum semata dan bukan merupakan pendapat instansi.*