



## IDENTIFIKASI PERMASALAHAN FINANSIAL PADA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN NASIONAL

Mas'udin

Politeknik Keuangan Negara STAN  
[masudin@pknstan.ac.id](mailto:masudin@pknstan.ac.id)

### INFORMASI ARTIKEL

**Diterima Pertama**  
[29 September 2017]

**Dinyatakan Diterima**  
[13 November 2017]

**KATA KUNCI:**  
*National Health Security; Financial Distress*

### ABSTRAK

*The national social health security program (JKN) is a government program that aims to provide social insurance of health care for all Indonesian people. Within three years of implementation, the JKN program has provided many benefits to the community. However, there is a financial problem indicated by the financial statements of social health insurance program. This study aims to identify financial problem of social health insurance program, which is estimated experiencing financial distress. To predict financial distress, this study analyzed using Altman (Z-Score) model and Zmijewski (X-Score) model. Data is taken from Healthcare and Social Security Agency (BPJS) financial statement year 2014 – 2016. The result of the study shows that the social health security program has financial distress.*

Program jaminan kesehatan nasional (JKN) merupakan program Pemerintah yang bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia. Dalam tiga tahun pelaksanaannya, program JKN telah memberikan banyak manfaat bagi masyarakat. Namun, laporan keuangan program jaminan sosial kesehatan menunjukkan adanya permasalahan finansial. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi permasalahan finansial pada program jaminan sosial kesehatan yang diduga mengalami *financial distress*. Untuk memprediksi *financial distress* studi ini menggunakan model Altman (Z-Score) dan model Zmijewski (X-Score). Data bersumber dari laporan keuangan BPJS Kesehatan tahun 2014 s.d 2016. Hasil studi menunjukkan bahwa Program Jaminan Sosial Kesehatan mengalami *financial distress*.

## 1. PENDAHULUAN

Program jaminan sosial kesehatan nasional (JKN) mulai diimplementasikan sejak 1 Januari 2014. Program tersebut merupakan amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. JKN merupakan bagian dari sistem jaminan sosial nasional yang diselenggarakan dengan mekanisme asuransi kesehatan yang bersifat wajib. JKN diimplementasikan secara bertahap dan diharapkan mencapai *universal health coverage* pada tahun 2019. Badan hukum publik yang disertai tugas dan tanggung jawab untuk menyelenggarakan program JKN yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dalam penyelenggaraan sistem jaminan sosial nasional, BPJS Kesehatan mengaplikasikan beberapa prinsip antara lain kegotongroyongan, nirlaba, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.

Tujuan pelayanan kesehatan sebagaimana amanat Undang-Undang Kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Jaminan kesehatan merupakan jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Peserta program jaminan kesehatan meliputi setiap orang termasuk orang asing yang bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia. Peserta program JKN meliputi peserta penerima bantuan iuran (PBI) dan peserta non-PBI. Peserta PBI terdiri dari fakir miskin dan orang tidak mampu, sedangkan peserta non PBI terdiri dari pekerja penerima upah (PPU) dan anggota keluarganya seperti PNS, anggota TNI/POLRI, pejabat negara, karyawan perusahaan swasta, pekerja bukan penerima upah (PBPU) dan anggota keluarganya atau pekerja mandiri, bukan pekerja dan anggota keluarganya seperti pemberi kerja/pengusaha, investor, para pensiunan, veteran, dan lain sebagainya.

Dalam rentang waktu tiga tahun, perkembangan jumlah peserta JKN mengalami peningkatan yang signifikan. Pada tahun 2014 jumlah peserta JKN mencapai 133,4 juta jiwa meningkat menjadi 171,9 juta pada tahun 2016 atau hampir mencapai 70 persen dari total penduduk Indonesia. Seiring dengan peningkatan peserta, fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan rujukan tingkat lanjutan mengalami penambahan. Fasilitas kesehatan tingkat pertama meliputi Puskesmas, dokter praktik perorangan, dan klinik pratama. Pada tahun 2014 terdapat 18.437 fasilitas kesehatan tingkat pertama

meningkat menjadi 20.708 unit pada tahun 2016. Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan meliputi rumah sakit, baik rumah sakit Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, ataupun rumah sakit swasta. Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan juga mengalami peningkatan dari 1.681 pada tahun 2014 menjadi 2.068 rumah sakit. Pemanfaatan pelayanan kesehatan melalui JKN oleh masyarakat juga mengalami peningkatan yang signifikan. Total pemanfaatan pelayanan kesehatan baik di FKTP, poliklinik rawat jalan rumah sakit, dan rawat inap rumah sakit pada tahun 2014 sebesar 92,3 juta pemanfaatan menjadi 192,9 juta pada tahun 2016.

Selama rentang waktu tiga tahun implementasi JKN, studi-studi tentang pelaksanaan JKN telah banyak dilakukan. Suprianto, et al (2017) melakukan studi tentang hubungan *stakeholder*, model pembiayaan dan *outcome* JKN di Kabupaten Bantul Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Hasil studinya menemukan bahwa terdapat hubungan antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan yang diatur dalam PP No.85 Tahun 2013 tentang kerja sama dalam meningkatkan pelayanan kesehatan. Kerjasama BPJS Kesehatan dengan rumah sakit dan puskesmas selama ini berjalan cukup baik. Berdasarkan model pembiayaan asuransi kesehatan dinilai cukup ideal dan dalam kategori baik. Sedangkan dari nilai indeks rata-rata *outcome* termasuk kategori baik yang diartikan bahwa program JKN mempunyai manfaat yang cukup baik bagi pesertanya.

Hasil studi Budiono, et al (2016) menemukan bahwa implementasi pelayanan jaminan kesehatan nasional di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Wilayah (BKPM) Wilayah Semarang masih belum optimal. Pada aspek pembiayaan masih ada ketidaksesuaian tarif pelayanan BPJS Kesehatan dengan biaya riil pengeluaran BKPM Wilayah Semarang. Prasarana yang kurang memadai, dan lamanya waktu tunggu antrian pelayanan. Disamping itu pelayanan kepada pasien perlu ditingkatkan meskipun tingkat kepuasan pasien termasuk dalam kategori memuaskan. Aulia et.al (2015) menghitung *cost recovery rate* program jaminan kesehatan nasional BPJS Kesehatan. Pembayaran pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh fasilitas tingkat lanjut menggunakan tarif INA CBG's banyak mendapatkan keluhan karena dianggap merugikan rumah sakit. Studi mereka menemukan sebaliknya, yaitu *cost recovery rate* sebesar 93% artinya rumah sakit memperoleh keuntungan 7% dengan menggunakan tarif INA CBG's.

Wulansari (2015) melakukan studi pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional di Kabupaten Temanggung menemukan bahwa masih banyak keluhan yang muncul di masyarakat terkait dengan pelaksanaan jaminan kesehatan nasional seperti tidak tahu dimana tempat fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) peserta terdaftar, peserta merasa tidak diberikan pelayanan maksimal akibat

jumlah pasien yang membludak, obat yang diberikan standar, adanya pemulangan dini akibat klaim yang sudah habis. Dari sisi pemberi pelayanan, peserta mengeluhkan perubahan regulasi yang terus menerus terjadi, dan kurangnya koordinasi dari BPJS dan pemberi pelayanan (FKTP). Dilain pihak, masih banyak warga miskin yang belum tercover oleh JKN sebagai peserta PBI. Disamping itu, kurangnya kesadaran dari warga masyarakat akan pentingnya jaminan kesehatan dan banyak yang masih merasa keberatan atas iuran bulanan yang ditentukan.

Laporan keuangan dana jaminan sosial (DJS) terdiri dari laporan posisi keuangan, laporan aktivitas, dan laporan arus kas. Laporan posisi keuangan menyajikan posisi keuangan DJS Kesehatan meliputi asset, liabilitas, dan ekuitas. Laporan aktivitas menyajikan rincian pendapatan DJS Kesehatan, dan beban, serta surplus/defisit yang terjadi. Sedangkan laporan arus kas menyajikan aliran kas masuk dan aliran kas keluar program DJS Kesehatan melalui aktivitas erasi, investasi, dan pendanaan. Berdasarkan data-data yang ditunjukkan dalam laporan keuangan DJS Kesehatan tahun 2014 s.d 2016, program jaminan kesehatan menghadapi beberapa permasalahan. *Pertama*, dalam rentang waktu tiga tahun pelaksanaan program JKN posisi ekuitas dana jaminan kesehatan menunjukkan saldo negatif. Laporan posisi keuangan menyajikan bahwa total liabilitas lebih besar dibandingkan dengan total asset sehingga asset netto nya negatif. *Kedua*, dalam tahun 2014 dan 2015 terjadi defisit dalam laporan aktivitasnya, artinya pendapatan program JKN lebih kecil jika dibandingkan dengan beban yang terjadi. Defisit tersebut akan menyebabkan penurunan nilai ekuitas program JKN. Sedangkan, pada tahun 2016 laporan aktivitas JKN menunjukkan saldo surplus, namun pada tahun tersebut terdapat intervensi Pemerintah melalui penambahan penyertaan modal negara kepada BPJS Kesehatan untuk keberlanjutan program JKN. Dari permasalahan tersebut menarik untuk dikaji lebih lanjut. Pertanyaan penelitian yang akan dijawab dalam studi kasus ini adalah apakah DJS Kesehatan mengalami permasalahan keuangan yang diduga *financial distress*?

## 2. LANDASAN TEORI

### a. *Financial Distress*

*Financial distress* merupakan suatu kondisi dimana keuangan perusahaan dalam keadaan tidak sehat atau sedang krisis (Platt and Platt, 2002). Brigham E and Gapenski L (1997) menyampaikan berbagai jenis *distress* dapat menyebabkan terjadinya kebangkrutan yaitu: (1) kegagalan ekonomi (*economic failure*), merupakan suatu keadaan ekonomi dimana pendapatan perusahaan tidak dapat menutup total biaya. (2). kegagalan bisnis (*business failure*)

merupakan kegagalan usaha akibat kehilangan kreditur sehingga perusahaan menghentikan kegiatan operasinya, (3) kegagalan keuangan (*financial failure*), merupakan kegagalan insolvensi yang dapat berupa *technical insolvency* maupun *insolvency in bankruptcy*. Perusahaan mengalami insolvensi teknis apabila tidak dapat mengatasi kewajiban yang jatuh tempo akibat kekurangan likuiditas. Sementara itu, perusahaan mengalami *insolvency in bankruptcy* apabila nilai buku dari total kewajiban melebihi nilai pasar dari asset perusahaan. Kondisi tersebut lebih serius dibandingkan *technical insolvency*, karena secara umum terdapat tanda dari *economic failure* dan mengarah ke likudasi bisnis.

### b. Model Prediksi *Financial Distress*

Beberapa model yang digunakan untuk memprediksi *financial distress*, yaitu model prediksi Altman (Z-score), model prediksi Zmijewski (X-Score), model prediksi Ohlson (Y-score), dan model Myser.

#### Model Altman (Z-score)

Altman (2006) menyusun model linear yang menggunakan variabel rasio keuangan dengan bobot tertentu untuk memprediksi kondisi kesehatan keuangan perusahaan. Model Altman pertama kali disusun tahun 1968 dengan menggunakan sampel 66 perusahaan, meliputi 33 perusahaan bangkrut dan 33 perusahaan sehat. Awalnya, Altman mengumpulkan 22 rasio keuangan perusahaan. Berdasarkan rasio-rasio tersebut, Altman melakukan pengujian-pengujian sehingga terpilih 5 rasio yang menjadi variabel independen dalam memprediksi kesehatan keuangan perusahaan, yaitu *working capital/total asset*, *retained earnings/total asset*, *earning before interest and taxes/total asset*, *market value of equity/book value of total debt*, dan *sales/total asset*. Selanjutnya, pada tahun 1993 model tersebut direvisi. Altman mengubah pembilang *market value of equity* menjadi *book value of equity* agar dapat digunakan untuk perusahaan perorangan mengingat perusahaan perorangan tidak memiliki harga pasar untuk ekuitasnya. Kemudian pada tahun 1995, Altman mengubah kembali modelnya dengan mengeliminasi variabel *sales/total asset* karena rasio ini sangat bervariasi pada industri dengan ukuran aset yang berbeda-beda. Model Altman sebagai berikut:

$$Z\text{-score} = 3,25 + 6,56 X 1 + 3,26 X 2 + 6,72 X 3 + 1,05 X 4$$

Keterangan:

X 1 = *working capital/total asset*

X 2 = *retained earnings / total asset*

X 3 = *earning before interest and taxes/total asset*

X 4 = *book value of equity/book value of total debt*

Jika nilai Z-Score kurang dari 0 hal tersebut mengindikasikan bahwa perusahaan mengalami *financial distress*. Hal tersebut harus ditangani

dengan manajemen yang tepat. Jika terlambat, dan tidak tepat penanganannya, perusahaan dapat mengalami kebangkrutan.

### Model Zmijewski (X-Score)

Model Zmijewski (X-Score) dikembangkan pada tahun 1983. Model tersebut menambahkan validitas rasio keuangan sebagai alat deteksi kegagalan keuangan perusahaan. Zmijewski melakukan studi dengan memilih rasio-rasio keuangan berdasarkan penelitian-penelitian terdahulu dengan sampel 75 perusahaan yang bangkrut, serta 3.573 perusahaan sehat selama tahun 1972 sampai dengan 1978. Rasio-rasio kelompok *rate of return*, *liquidity*, *leverage*, *turnover*, *fixed payment coverage*, *trends*, *firm size*, dan *stock return volatility*, menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara perusahaan yang sehat dan yang tidak sehat. Model yang dirumuskan oleh Zmijewski adalah sebagai berikut:

$$X\text{-score} = -4,3 - 4,5X_1 + 5,7X_2 - 0,004X_3$$

Keterangan variabel

$X_1 = EAT / Total Assets \times 100\%$  (Return On Asset)

$X_2 = Total Debt / Total Asset \times 100\%$  (Debt Ratio atau Leverage)

$X_3 = Current Asset / Current Liabilities$  (Current Ratio atau Likuiditas)

Penentuan klasifikasi kesehatan keuangan perusahaan berdasarkan nilai *cut-off point* sebesar 0 (nol). Apabila nilai X-Score dibawah *cut-off point*, maka perusahaan berada pada kondisi yang sehat. Namun, jika X-Score berada diatas *cut-off point* maka perusahaan berada pada kondisi *financial distress*.

### Model Ohlson (Y-Score)

Model Ohlson (Y-Score) dikembangkan pada tahun 1980 oleh James A. Ohlson. Persamaan model Ohlson adalah sebagai berikut;

$$Y\text{-score} = -1,32 - 0,407 \text{ SIZE} + 6,03 \text{ TLTA} - 1,43 \text{ WCTA} + 0,0757 \text{ CLCA} - 2,37 \text{ NITA} - 1,83 \text{ FUTL} + 0,285 \text{ INTWO} - 1,72 \text{ OENEG} - 0,52 \text{ CHIN}$$

Keterangan:

$X_1$  (SIZE) = Log (total asset / indeks tingkat harga PNB)

$X_2$  (TLTA) = Total utang / total aset

$X_3$  (WCTA) = Modal kerja / total aset

$X_4$  (CLCA) = Utang lancar / aset lancar

$X_5$  (NITA) = Pendapatan bersih / total aset

$X_6$  (FUTL) = Dana dari kegiatan operasi / total utang

$X_7$  (INTWO) = 1 jika pendapatan bersih dua tahun terakhir negative 0 untuk kondisi lainnya

$X_8$  (OENEG) = 1 jika total utang > total aset; 0 untuk kondisi sebaliknya

$X_9$  (CHIN) =  $(Ni_t - Ni_{t-1}) / (|Ni_t| + |Ni_{t-1}|)$ , dimana  $Ni_t$  adalah pendapatan bersih untuk periode tahun yg diteliti.

Ohlson menjelaskan bahwa model ini tidak menentukan *cut-off point* tertentu dalam menentukan batasan yang menyatakan perusahaan

tersebut bangkrut atau tidak bangkrut. Model ini memperbolehkan peneliti untuk menentukan sendiri tingkat toleransi yang akan digunakan.

### Model Myser

Ketiga model yang disampaikan diatas merupakan model untuk memprediksi kesehatan keuangan perusahaan yang berorientasi pada keuntungan (*profit*). Model kesehatan keuangan untuk organisasi non profit dikembangkan oleh Myser pada tahun 2016 melalui desertasinya di University of Kansas. Organisasi non profit seringkali mempunyai risiko kegagalan yang tinggi. Beberapa karakteristik yang melekat pada organisasi non profit antara lain memiliki margin operasi yang tipis, berkompetisi dengan sektor swasta, dan tergantung dari pendapatan hibah dan kontrak perjanjian dengan sektor publik yang sulit diprediksi. Organisasi non profit yang berkompetisi dengan perusahaan swasta tidak memiliki akses terhadap pemodal yang sama dengan sektor swasta. Hal itu merupakan kerugian dari organisasi non profit. Mereka juga tunduk terhadap perubahan kebijakan yang mempengaruhi kontrak perjanjian dengan Pemerintah, *fee*, atau pajak. Organisasi non profit seringkali memprioritaskan program pelayanan sehingga menuntut ekspansi dalam pengumpulan dana (*fundraising*) yang hal tersebut sulit dilakukan (Myser, 2016).

Myser mengungkapkan berbagai rasio-rasio keuangan untuk memprediksi tingkat kesehatan keuangan pada organisasi-organisasi non profit antara lain : *external economic indicators* (e.g. *inflation*), *net assets or change in net assets*, *fund operating surplus (deficit)*, *debt ratio*, *total margin*, *asset allocation efficiency*, *fundraising efficiency*, *dependence on contributions and grants*, *program demand*, *revenues per employee*, *days in payables*, dan *defensive interval ratio*.

### c. Penelitian-Penelitian Terdahulu

Penelitian-penelitian tentang *financial distress* sudah banyak dilakukan. Gameel et al (2016) melakukan kajian yang bertujuan mendapatkan skenario terbaik dalam memprediksi *financial distress* pada bursa efek di Mesir dengan menggunakan *neural network model*. Gameel menggunakan sampel 37 perusahaan yang terdaftar pada EGX100 selama 8 tahun dari 2001 sampai dengan 2008. Hasil studi menemukan bahwa perusahaan yang mengalami *financial distress* merupakan perusahaan-perusahaan yang likuiditasnya mengalami penurunan, pendapatan tunai dari penjualan mengalami penurunan, dan *leverage* mengalami peningkatan.

Vinh (2015) melakukan kajian prediksi *financial distress* di bursa efek Ho Chi Minh Vietnam. Dengan menggunakan model regresi logistik untuk memprediksi *financial distress* hasil risetnya menunjukkan bahwa rasio keuangan dapat digunakan

sebagai peringatan awal (*early warning*) karena rasio keuangan berkorelasi secara signifikan dengan probabilitas *financial distress* perusahaan.

Omar, et al (2013) melakukan kajian pengembangan model kerentanan finansial pada organisasi nirlaba di Malaysia dengan menggunakan delapan rasio keuangan sebagai empat indikator utama kerentanan finansial. Indikator yang digunakan yaitu *debt ratio*, *cash ratio*, *revenue concentration index*, *reliance ration ratio*, *administrative ratio*, *management cost rate ratio*, *net operating margin and primary reserve ratio*. Hasil studi menyimpulkan bahwa kerentanan finansial pada organisasi nirlaba disebabkan karena pendapatannya tidak terdiversifikasi dengan baik, pendapatan yang diperoleh sangat tergantung pada sumber pendapatan utama, biaya administrasi yang rendah, dan tidak memiliki surplus selama terjadi gejolak keuangan. Secara keseluruhan, model kerentanan finansial berguna untuk menilai tingkat risiko organisasi nirlaba.

Hasil penelitian-penelitian tersebut menunjukkan bahwa rasio keuangan dapat digunakan untuk memprediksi *financial distress* dan memprediksi kerentanan finansial organisasi nirlaba. Hasil penelitian tersebut juga memperkuat model yang sebelumnya dikemukakan oleh Altman, Zmijewski, dan Ohlson.

### 3. METODE PENELITIAN

#### 3.1 Data

Penelitian ini menggunakan data sekunder, yang diperoleh dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Data yang digunakan yaitu data Laporan Keuangan 2014 s.d 2016, meliputi laporan posisi keuangan, laporan aktivitas, dan laporan arus kas Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan.

#### 3.2 Metode Prediksi *Financial Distress*

Untuk memprediksi *financial distress*, studi ini menggunakan model Altman (Z-Score) dan model Zmijewski (X-Score). Studi ini mengaplikasikan kedua model tersebut karena kedua model tersebut memiliki nilai ambang batas (*cut-off point*) tertentu dalam menentukan batasan *financial distress*. Model yang dirumuskan Altman dan Zmijewski dalam memprediksi *financial distress* adalah sebagai berikut :

$$Z\text{-score} = 3,25 + 6,56 X_1 + 3,26 X_2 + 6,72 X_3 + 1,05 X_4$$

$$X\text{-score} = -4,3 - 4,5X_5 + 5,7X_6 - 0,004X_7$$

Definisi variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

$$X_1 = \text{working capital} / \text{total asset}$$

$$X_2 = \text{retained earnings} / \text{total asset}$$

$$X_3 = \text{earning before interest and taxes} / \text{total asset}$$

$$X_4 = \text{book value of equity} / \text{book value of total debt}$$

$$X_5 = \text{EAT} / \text{Total Assets} \times 100\% \text{ (Return On Asset)}$$

$$X_6 = \text{Total Debt} / \text{Total Asset} \times 100\% \text{ (Debt Ratio atau Leverage)}$$

$$X_7 = \text{Current Asset} / \text{Current Liabilities} \text{ (Current Ratio atau Likuiditas)}$$

Pengukuran variabel penelitian tersebut menggunakan satuan persentase.

## 4. HASIL PENELITIAN

### 4.1. Data Laporan Keuangan DJS Kesehatan

Laporan posisi keuangan DJS Kesehatan menyajikan posisi asset, liabilitas, dan ekuitas dana jaminan sosial (DJS) Kesehatan. Berdasarkan laporan tersebut, posisi asset dan liabilitas program DJS Kesehatan menunjukkan *trend* peningkatan dalam kurun waktu tiga tahun pelaksanaan jaminan kesehatan nasional. Jumlah liabilitas lebih besar dibandingkan dengan jumlah asset sehingga ekuitas (asset netto) negatif. Berdasarkan hal ini, total aset DJS Kesehatan tidak mampu untuk membayar seluruh kewajiban-kewajibannya, sebagaimana yang ditunjukkan pada Tabel 1.

Tabel 1  
LAPORAN POSISI KEUANGAN DJS KESEHATAN  
Dalam Jutaan Rupiah

KETERANGAN	2014	2015	2016
<b>ASET</b>			
Kas dan Bank	494,118	1,936,559	1,273,542
Deposito	975,290	-	5,340,000
Piutang Luran	1,603,755	2,399,187	1,771,724
Piutang Hasil Investasi	16,865	6,694	4,304
Piutang Kepada BPJS Kesehatan	15,477	-	10,655
Piutang lain-lain	11,478	27,969	3,625
Uang Muka	102,060	950	1,642
Investasi	1,101,966	348,774	254,466
Jumlah Aset	<b>4,321,009</b>	<b>4,720,133</b>	<b>8,659,957</b>
<b>LIABILITAS</b>			
Utang Jaminan Kesehatan	1,543,385	2,420,183	2,412,605
Pendapatan Diterima Dimuka	570,464	662,279	798,452
Utang kepada BPJS Kesehatan	-	1,872,255	3,082,000
Cadangan Teknis	5,297,239	8,735,060	10,875,131
Liabilitas Lain	219,066	99,571	52,551
Jumlah Liabilitas	<b>7,630,154</b>	<b>13,789,349</b>	<b>17,220,739</b>
<b>ASET NETTO</b>	<b>(3,309,145)</b>	<b>(9,069,216)</b>	<b>(8,560,782)</b>
<b>LIABILITAS DAN ASET NETTO</b>	<b>4,321,009</b>	<b>4,720,133</b>	<b>8,659,957</b>

Sumber : Laporan Keuangan BPJS Kesehatan 2014 s.d 2016 (*audited*)

Laporan aktivitas program JKN menyajikan pendapatan, beban, dan surplus (defisit) dari Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan. Pada tahun 2014 dan 2015 laporan aktivitas program DJS Kesehatan menunjukkan defisit. Total pendapatan dalam tahun 2014 sebesar Rp41,5 triliun lebih rendah dibandingkan dengan total beban sebesar Rp44,8 triliun sehingga

terjadi defisit Rp3,3 triliun. Sedangkan pada tahun 2015, pendapatan DJS Kesehatan Rp55,5 triliun lebih rendah dibandingkan dengan total beban sebesar Rp61,3 triliun sehingga terjadi defisit Rp5,8 triliun. Berdasarkan hal tersebut dapat diidentifikasi bahwa pada awal-awal tahun pelaksanaannya, pendapatan program JKN tidak mampu untuk menutup semua pengeluaran-pengeluaran yang terjadi. Laporan aktivitas DJS Kesehatan selengkapnya disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2  
LAPORAN AKTIVITAS DJS KESEHATAN  
Dalam Jutaan Rupiah

KETERANGAN	2014	2015	2016
<b>PENDAPATAN</b>			
Iuran	40,719,862	52,691,113	67,404,011
Kontribusi dari BPJS Kesehatan	-	1,071,070	-
Hibah dari BPJS Kesehatan	-	1,540,000	6,827,891
Investasi	731,632	118,596	111,041
Lain-lain	62,326	116,839	65,453
Jumlah Pendapatan	<b>41,513,821</b>	<b>55,537,618</b>	<b>74,408,396</b>
<b>BEBAN</b>			
Jaminan Kesehatan	42,658,702	57,109,295	67,247,884
Cadangan Teknis	(579,507)	3,437,821	2,140,071
Operasional BPJS Kesehatan	2,476,992	2,554	3,625,662
Investasi	134,872	27,457	14,018
Penyisihan Piutang	121,317	710,272	854,212
Lain-lain	10,590	10,290	18,115
Jumlah Beban	<b>44,822,965</b>	<b>61,297,689</b>	<b>73,899,962</b>
<b>Surplus (Defisit)</b>	<b>(3,309,144)</b>	<b>(5,760,071)</b>	<b>508,434</b>

Sumber : Laporan Keuangan BPJS Kesehatan 2014 s.d 2016 (audited)

Sementara itu, pada tahun 2016 laporan aktivitas DJS Kesehatan menunjukkan surplus sebesar Rp508,4 miliar, dengan total pendapatan sebesar Rp74,4 triliun melebihi total beban sebesar Rp73,9 triliun. Namun, pada tahun tersebut terdapat intervensi Pemerintah melalui injeksi bantuan keuangan melalui penyertaan modal kepada BPJS Kesehatan untuk diteruskan kepada DJS Kesehatan. Realisasi bantuan anggaran Pemerintah untuk mendukung keberlanjutan program JKN sebesar Rp5,0 triliun pada tahun 2015, dan Rp6,8 triliun pada tahun 2016. Bantuan anggaran Pemerintah untuk mendukung keberlanjutan program JKN tersebut, dicatat oleh DJS Kesehatan sebagai pendapatan program JKN. Intervensi Pemerintah tersebut memperkecil defisit program JKN. Jika tidak ada intervensi Pemerintah, maka program JKN menunjukkan defisit yang makin melebar.

Laporan arus kas DJS Kesehatan menunjukkan aliran kas untuk aktivitas operasi, investasi, dan pendanaan. Aliran kas masuk aktivitas operasi terutama bersumber dari iuran peserta program JKN sedangkan aliran kas keluar terutama digunakan untuk mendanai biaya jaminan pelayanan kesehatan. Aliran kas masuk aktivitas investasi berasal dari pelepasan investasi sedangkan aliran kas keluar digunakan untuk perolehan investasi. Sementara itu arus kas masuk dari aktivitas pendanaan berasal dari penerimaan dana talangan BPJS Kesehatan. Laporan arus kas DJS Kesehatan selengkapnya disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3  
LAPORAN ARUS KAS DJS KESEHATAN (Audited)  
Dalam Jutaan Rupiah

KETERANGAN	2014	2015	2016
<b>ARUS KAS DARI AKTIVITAS OPERASI</b>			
<b>Penerimaan</b>			
Iuran	39,631,878	51,426,322	67,266,452
Kontribusi dari BPJS Kesehatan	-	1,071,070	-
Hibah dari BPJS Kesehatan	-	1,540,000	6,827,891
Lain-lain	510,239	153,013	72,691
Jumlah Penerimaan	<b>40,142,116</b>	<b>54,190,405</b>	<b>74,167,034</b>
<b>Pengeluaran</b>			
Jaminan Kesehatan	(41,289,906)	(56,305,010)	(67,256,154)
Biaya operasional BPJS Kesehatan	(2,476,992)	(2,299)	(3,636,572)
Lain-lain	(667,581)	(139,063)	(1,047)
Jumlah Pengeluaran	<b>(44,434,479)</b>	<b>(56,446,373)</b>	<b>(70,893,773)</b>
<b>Arus Kas Netto Aktivitas Operasi</b>	<b>(4,292,363)</b>	<b>(2,255,968)</b>	<b>3,273,261</b>
<b>ARUS KAS DARI AKTIVITAS INVESTASI</b>			
Penerimaan dari Pelepasan Investasi	8,429,357	8,654,027	193,722
Pengeluaran untuk Perolehan Investasi	(4,573,454)	(6,827,618)	(5,340,000)
<b>Arus Kas Netto Aktivitas Investasi</b>	<b>3,855,903</b>	<b>1,826,409</b>	<b>(5,146,278)</b>
<b>ARUS KAS DARI AKTIVITAS PENDANAAN</b>			
Penerimaan dari Talangan BPJS Kesehatan	-	1,872,000	1,210,000
Penerimaan lain-lain	562,983	-	-
<b>Arus Kas Netto Aktivitas Pendanaan</b>	<b>562,983</b>	<b>1,872,000</b>	<b>1,210,000</b>
<b>Kenaikan (Penurunan) Arus Kas</b>	<b>126,523</b>	<b>1,442,441</b>	<b>(663,017)</b>
<b>Kas dan Bank Awal Periode</b>	<b>367,595</b>	<b>494,118</b>	<b>1,936,559</b>
<b>Kas dan Bank Akhir Periode</b>	<b>494,118</b>	<b>1,936,559</b>	<b>1,273,542</b>

Sumber : Laporan Keuangan BPJS Kesehatan, 2014 s.d 2016

#### 4.2 Prediksi *financial distress* Program DJS Kesehatan.

Berdasarkan data-data yang telah disajikan pada bagian sebelumnya, maka pada bagian ini akan diestimasi tingkat kesulitan keuangan (*financial distress*) program DJS Kesehatan. Pada model Altman (Z-score) terdapat 4 variabel yang dapat digunakan untuk memprediksi *financial distress* yaitu *working capital/total asset*, *retained earnings/total asset*, *earning before interest and taxes/total asset*, dan *book value of equity/book value of total debt*. Sedangkan Model Zmijewski (X-Score) menggunakan 3 variabel dalam memprediksi *financial distress* yaitu *return on asset*, *debt ratio* atau *Leverage*, dan *current ratio* atau *Likuiditas*.

Tabel 4 menyajikan perhitungan nilai Z-Score dalam memprediksi *financial distress* program DJS Kesehatan. Berdasarkan hasil perhitungan tersebut, nilai Z-Score selama rentang periode 2014 s.d 2016 menunjukkan nilai negatif, yaitu sebesar -11,56 pada tahun 2014, -22,72 pada tahun 2015, dan sebesar -3,38 pada tahun 2016. Oleh karena nilai Z-Score kurang dari 0, maka sesuai model Altman program DJS Kesehatan mengalami *financial distress*.

Tabel 4  
Perhitungan Z-Score

Variabel	2014	2015	2016
X <sub>1</sub>	-6.70	-13.09	-6.68
X <sub>2</sub>	-2.50	-3.98	0.19
X <sub>3</sub>	-5.16	-8.22	0.38
X <sub>4</sub>	-0.46	-0.69	-0.52
Konstanta	3.25	3.25	3.25
Z-Score	-11.56	-22.72	-3.38

Sumber : Data diolah

Tabel 5 menyajikan perhitungan nilai X-Score dalam memprediksi *financial distress* program

DJS Kesehatan. Berdasarkan hasil perhitungan nilai X-Score dalam rentang periode 2014 s.d 2016 menunjukkan nilai positif yaitu sebesar 9,2 pada tahun 2014, dan 17,8 pada tahun 2015, serta 6,77 pada tahun 2016. Model Zmijewski menyatakan bahwa apabila nilai X-Score berada diatas 0 maka perusahaan berada pada kondisi *financial distress*.

**Tabel 5**  
Perhitungan X-Score

	2014	2015	2016
X1	3.45	5.49	-0.26
X2	10.07	16.65	11.33
X3	0.00	0.00	0.00
Konstanta	-4.30	-4.30	-4.30
X-Score	9.21	17.84	6.77

Sumber : Data diolah

Hasil perhitungan Z-Score dan X-Score tersebut menghasilkan kesimpulan yang sama yaitu program DJS Kesehatan berada dalam kondisi *financial distress*. Dari sisi jenisnya, *distress* yang dialami oleh Program DJS Kesehatan termasuk dalam kategori *economic failure*, yaitu merupakan suatu keadaan ekonomi dimana pendapatan yang ada tidak dapat menutup total beban (biaya).

Peserta program jaminan kesehatan nasional (JKN) meliputi pekerja penerima upah (PPU), pekerja bukan penerima upah atau peserta mandiri (PBPU), bukan pekerja (pemberi kerja, investor, penerima pensiunan, veteran non tuvet, Perintis Kemerdekaan dan lainnya), fakir miskin dan orang tidak mampu penerima bantuan iuran APBD (PBI APBD), dan fakir miskin dan orang tidak mampu penerima bantuan iuran APBN (PBI APBN). Berdasarkan perbandingan antara pendapatan iuran dan biaya pelayanan kesehatan menurut segmen peserta, defisit program JKN terutama bersumber dari *mismatch* pendapatan iuran dan biaya pelayanan kesehatan pekerja mandiri atau pekerja bukan penerima upah (PBPU), bukan pekerja, dan PBI APBD, sebagaimana ditunjukkan pada Tabel 6.

**Tabel 6**

Pendapatan iuran dan Biaya Pelayanan Kesehatan Per Segmen Peserta Program JKN, Tahun 2016 (Jutaan Rupiah)

Peserta	Pendapatan	Biaya	Deviasi	%
PBI APBN	24,814,348	17,402,842	7,411,506	29.9
PBI APBD	3,664,322	4,375,495	(711,173)	-19.4
PPU	31,577,027	20,663,811	10,913,215	34.6
PBPU	5,726,023	18,508,930	(12,782,907)	-223.2
Bukan Pekerja	1,622,292	6,296,807	(4,674,515)	-288.1
Jumlah Biaya Layanan	67,404,011	67,247,886	156,125	0.2

Sumber : BPJS Kesehatan, 2017

Adanya *mismatch* antara pendapatan dan beban menurut segmen peserta program DJS Kesehatan tersebut perlu dibenahi demi keberlangsungan program jaminan kesehatan nasional.

### 4.3 Upaya Menjaga Keberlanjutan Jaminan Kesehatan Nasional

Untuk mengurangi defisit program DJS Kesehatan, secara finansial dapat dilakukan dengan meningkatkan pendapatan iuran dan/atau mengurangi biaya pelayanan kesehatan.

#### Skenario I : Peningkatan Pendapatan Iuran

Pendapatan iuran dapat ditingkatkan dengan meningkatkan tingkat kolektibilitas iuran, kenaikan tarif (premi), dan/atau meningkatkan jumlah peserta program JKN. Menurut Pemerintah, secara rata-rata tingkat kolektibilitas seluruh segmen JKN cukup tinggi yaitu sebesar 98,7 persen pada tahun 2014 dan 96,7 persen pada tahun 2015. Namun, tingkat kolektibilitas iuran pada segmen PBPU masih tergolong rendah. Tingkat kolektibilitas segmen PBPU pada tahun 2014 sebesar 74,9 persen dan tahun 2015 sebesar 79,5 persen (Republik Indonesia, 2017). Berdasarkan data tersebut, kolektibilitas iuran yang dapat ditingkatkan terutama dari segmen pekerja mandiri (sektor informal/PBPU). Namun, jika tingkat kolektibilitas iuran PBPU mencapai 100%, maka tambahan pendapatan iuran yang diterima DJS Kesehatan pun diperkirakan hanya sebesar Rp631,8 miliar pada tahun 2014 dan Rp1,5 triliun pada tahun 2016. Jumlah tersebut belum cukup menutup besaran defisit yang berasal dari kedua segmen tersebut.

Disamping itu, upaya meningkatkan pendapatan juga dapat dilakukan dengan kenaikan tarif iuran. Upaya untuk meningkatkan tarif iuran berkaitan dengan kemampuan membayar (*ability to pay*) dari para peserta. Studi terkait kemampuan membayar terutama sektor informal telah dilakukan oleh peneliti-peneliti sebelumnya. Noormalasari (2015) meneliti kemampuan membayar iuran jaminan kesehatan nasional bagi nelayan di Kabupaten Jember dan menemukan bahwa sebagian besar responden (54,5%) mampu membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional untuk kelas rawat 3 yang besar nominalnya Rp25.500,- per orang per bulan. Studi Hermanto (2014) meneliti kemampuan membayar iuran jaminan kesehatan nasional bagi sektor informal (sopir truk kontainer) di kota Semarang. Berdasarkan perhitungan *ability to pay* sebagian besar subyek penelitian mampu membayar premi Rp25.500, tetapi kemauan *willingness to pay* hanya Rp5.000 – Rp10.000 per orang per bulan. Sebagian besar subyek penelitian mampu untuk membayar premi hanya untuk dirinya sendiri, namun jika dihitung dengan jumlah inti anggota keluarga lima orang maka seluruh subyek penelitian tidak dapat membayar jaminan kesehatan.

Berdasarkan hasil riset tersebut, jika kenaikan iuran ditingkatkan, maka segmen PBPU terutama sektor informal diperkirakan menghadapi kendala terkait tingkat kolektibilitasnya, mengingat dengan besaran premi yang berlaku pada saat ini tingkat kolektibilitas iuran segmen PBPU masih dibawah 80 persen.

Upaya untuk meningkatkan pendapatan iuran dengan meningkatkan jumlah peserta program JKN. Jumlah peserta program JKN pada tahun 2016 sebesar 171,9 juta atau hampir mencapai 70 persen dari total penduduk Indonesia. Berdasarkan data tersebut, masih terdapat sekitar 30 persen penduduk Indonesia yang belum ikut dalam program JKN Kesehatan, dan berpotensi untuk meningkatkan pendapatan iuran.

#### Skenario 2 : Penurunan Biaya Pelayanan Kesehatan

Sementara itu, dari sisi penurunan biaya pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan *cost sharing*, baik *cost sharing* dengan peserta maupun Pemda. *Cost sharing* selain dapat mengurangi defisit program JKN juga dapat menghindari *moral hazard*. *Cost sharing* dapat menghindari utilisasi pelayanan kesehatan yang berlebihan bagi peserta (konsumen). Kontribusi peserta JKN melalui *cost sharing* antara lain dapat berupa (1) pembayaran *deductible* yang merupakan jumlah biaya tertentu yang harus dikeluarkan oleh peserta sebelum BPJS Kesehatan membayar kewajibannya, (2) *coinsurance* merupakan persentase biaya yang harus dibayar oleh peserta dan sisanya dibayar oleh BPJS Kesehatan, (3) *copayment* merupakan jumlah biaya tertentu yang harus dibayar oleh peserta, di atas jumlah tersebut baru diganti, (4) limit pertanggungan merupakan jumlah tertentu dibayar oleh BPJS Kesehatan dan sisanya dibayar oleh peserta (Djuhaeni, 2007).

*Cost sharing* dengan Pemda dapat dilakukan karena sesuai amanat Undang-undang tentang Pemerintahan Daerah, urusan kesehatan merupakan kewenangan daerah. Namun demikian, *cost sharing* dengan Pemda harus memperhatikan kapasitas keuangan Pemda. Terdapat beberapa permasalahan keuangan pemerintah daerah pada saat integrasi dengan JKN. Aulia (2014) menemukan bahwa sebelum diimplementasikannya jaminan kesehatan nasional (JKN), Pemerintah Daerah sudah menerapkan jaminan kesehatan daerah (Jamkesda). Terdapat variasi sistem Jamkesda di berbagai daerah dalam hal sistem pengelolaan, paket manfaat yang diterima peserta jamkesda, dan sasaran penerima bantuan iuran (PBI). Variasi sistem tersebut dipengaruhi oleh faktor kemampuan fiskal daerah, komitmen pimpinan daerah serta penyesuaian regulasi antara daerah dengan pusat. Paket standar yang dijamin dalam program JKN, belum memberikan cukup space bagi daerah yang mampu (kapasitas fiskal tinggi / sangat tinggi) untuk memberikan manfaat lebih atau tambahan. Sedangkan, bagi daerah yang tidak mampu dengan kemampuan fiskal rendah/ sedang,

besaran PBI untuk JKN menjadi beban karena pada umumnya melebihi iuran yang dijamin di Jamkesda.

#### 4. KESIMPULAN

Berdasarkan data-data dan analisis yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa jaminan sosial kesehatan nasional menghadapi permasalahan finansial. Hasil perhitungan Z-Score dan X-Score menghasilkan kesimpulan yang sama yaitu bahwa program DJS Kesehatan berada dalam kondisi *financial distress*. Dari sisi jenisnya, *distress* yang dialami oleh Program DJS Kesehatan termasuk dalam kategori *economic failure*, yang bersumber dari defisit program JKN.

Rekomendasi kebijakan dalam rangka menjaga keberlanjutan program JKN Kesehatan dapat dilakukan dengan dua skenario yaitu menaikkan pendapatan iuran dan penurunan biaya pelayanan kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Altman, Edward I. Edith Hotchkiss. 2006. *Corporate Financial Distress and Bankruptcy: predict and avoid bankruptcy, analyze and invest in distressed debt*. Third Edition. John Wiley & Sons, Inc.
- Aulia, Puti. 2014. *Polemik Kebijakan Integrasi Jaminan Kesehatan Daerah Ke Sistim Jaminan Kesehatan Nasional*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas. Diterbitkan oleh Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas.
- Aulia, Sandra. Supriadi, Dewi Kartika Sari, Arthaingan Mutiha. 2015. *Cost Recovery Rate Program Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan*. AKUNTABILITAS. Vol. VIII, No. 2, Agustus 2015. P-ISSN: 1979-858X. Halaman 111 – 120.
- BPJS Kesehatan. 2015. Laporan Pengelolaan Program Tahun 2014 dan Laporan Keuangan Tahun 2014 (Auditan).
- \_\_\_\_\_. 2016. Laporan Pengelolaan Program Tahun 2015 dan Laporan Keuangan Tahun 2015 (Auditan).
- \_\_\_\_\_. 2017. Laporan Pengelolaan Program Tahun 2016 dan Laporan Keuangan Tahun 2016 (Auditan).
- Brigham, E and Gapenski L. 1997. *Intermediate Financial Management, 5<sup>th</sup> edition*, USA : The Dryden Harcourt Brace College Publishers.
- Budiono, Agus. Sutopo Patria Jati. Chriswardani Suryawati. 2016. *Evaluasi Implementasi Pelayanan JKN pada Balai Kesehatan Paru Masyarakat Wilayah Semarang Terikat Kerjasama Dengan BPJS Kesehatan*.
- Djuhaeni, Henni. 2007. *Asuransi Kesehatan dan Managed Care*. Modul Pascasarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Padjajaran Bandung.
- Gameel S. Mohamed, El-Geziry Khairy. 2016. *Predicting Financial Distress: Multi Scenarios Modeling Using Neural Network*. International Journal of Economics and Finance; Vol. 8, No. 11.
- Hermanto, Ajeng Silvira, H. Etty R. Dyah E. 2014. *Kesiapan Pekerja Sektor Informal (Sopir Truk Container) dalam Membayar Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kota Semarang*. VISIKES. Jurnal Kesehatan. Vol 13 No 2. September 2014.
- Myser, Suzette. 2016. *Financial Health Of Nonprofit Organizations*. The Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy of the University of Kansas.
- Noormalasari. 2015. *Kemampuan Membayar Iuran Jaminan Kesehatan Nasional Bagi Nelayan di Kabupaten Jember*. e-Jurnal Pustaka Kesehatan, vol. 3 (no. 1).
- Omar, Norliza. Roshayani Arshad. Wan Ainul Asyiqin Wan Mohd Razali. 2013. *Assessment of Risk Using Financial Ratios in Non-Profit Organisations*. Journal of Energy Technologies and Policy, Vol.3, No.11.
- Platt Harlan. D, Platt Marjorie B. 2002. *Predicting corporate financial distress: Reflections on choice based sample bias*. Journal of Economics and Finance, vol 26, issue 2, pp 184-199 June 2002.
- Republik Indonesia. 2017, *Nota Keuangan dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara 2017*.
- Suprianto, Arip dan Dyah Mutiarin. 2017. *Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Journal of Governance And Public Policy*.
- Vinh, Vo Xuan (2015). *Using Accounting Ratios in Predicting Financial Distress: An Empirical Investigation in the Vietnam Stock Market*. Journal of Economics and Development, Vol.17, No.1, April 2015, pp. 41-49 ISSN 1859 0020
- Wulansari, Ritriani Ika (2015) *Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Di Kabupaten Temanggung*. Website : [ejournals1.undip.ac.id/index.php](http://ejournals1.undip.ac.id/index.php)