



PRAKARSA
Welfare Initiative for Better Societies

CAKUPAN LUAS, PROTEKSI RENTAN: CAPAIAN UNIVERSAL HEALTH COVERAGE INDONESIA

point
Healthy
good health
free from



Cakupan Luas, Proteksi Rentan: Capaian *Universal Health Coverage* Indonesia 2024

Broad Coverage, Vulnerable Protection: Indonesia's Progress Toward Universal Health Coverage by 2024

PRAKARSA. 2026. Cakupan Luas, Proteksi Rentan: Capaian *Universal Health Coverage* Indonesia 2024. Perkumpulan PRAKARSA: Jakarta.

Penulis Utama:

Bintang Aulia Lutfi, Pierre Bernando Ballo

Penulis Studi Kasus:

Ahmad Nabil Putra Priono, Daffa Tora Sadewo

Editor:

Roby Rushandie

Reviewer:

Prof. dr. Hasbullah Thabrany, MPH, Dr PH, Dr. Kurnia Sari, S.K.M., M.S.E., Nirman Maulana, S.E., M.Sc., Adrian Chrisnahutama, Roby Rushandie

Penanggung Jawab:

Dr. Victoria Faggidae

Desain dan Tata Letak:

Bambang Nurjaman

Penerbit:

Perkumpulan PRAKARSA
Komplek Rawa Bambu 1
Jl. A No. 8 E Kel/Kec. Pasar Minggu
Jakarta Selatan, DKI Jakarta, Indonesia 12520



Kata Pengantar

Perjalanan Indonesia menuju Jaminan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage* atau UHC) terus menunjukkan kemajuan yang patut diapresiasi. Pada tahun 2024, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mencatatkan capaian yang sangat baik dengan kepesertaan melampaui 98% dari total populasi. Namun, pencapaian administratif ini perlu diimbangi dengan evaluasi mendalam terhadap efektivitas proteksi finansial dan kualitas layanan di lapangan.

Laporan ini disusun untuk memberikan evaluasi berbasis bukti terhadap sistem kesehatan nasional. Kami menemukan bahwa di balik tingginya angka kepesertaan terutama dari sisi permintaan, masih terdapat tantangan struktural pada ketersediaan infrastruktur, tenaga medis, dan pemerataan layanan pada sisi penawaran yang perlu diatasi, khususnya mengingat adanya ketimpangan fasilitas antara Pulau Jawa dan daerah lainnya.

Sebagai pembaruan dari kajian sebelumnya, laporan ini menghadirkan beberapa pendekatan kebaruan. Pertama, kami menggunakan lanskap data pascapandemi (Susenas 2024 dan Statistik Kesehatan Indonesia 2023) untuk memotret kondisi riil sistem kesehatan. Kedua, kami menerapkan pengukuran perlindungan finansial dengan mengadopsi ambang pengeluaran 40% dan garis kemiskinan *Purchasing Power Parity* (PPP) 2021 dari Bank Dunia untuk memetakan kerentanan ekonomi masyarakat secara lebih akurat. Ketiga, laporan ini turut memasukkan komponen biaya non-medis bagi pasien rujukan, seperti biaya transportasi dan akomodasi pendamping (rumah singgah), yang sering kali menjadi pemicu utama beban finansial rumah tangga. Keempat, kami menautkan temuan kuantitatif dengan dinamika kebijakan 2018–2024 untuk memberikan rekomendasi yang selaras dengan transformasi sistem kesehatan nasional.

Kami mengucapkan terima kasih kepada tim peneliti dan berbagai pihak yang telah memberikan masukan dan pandangan kritis, termasuk BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, WHO Indonesia, anggota DPR RI, dan akademisi, serta rekan-rekan masyarakat sipil. Harapan kami, laporan penelitian ini dapat menjadi referensi yang objektif bagi para pemangku kepentingan untuk merumuskan kebijakan yang menjembatani kesenjangan antara “cakupan administratif” dan “proteksi finansial yang efektif” bagi seluruh rakyat Indonesia.

Jakarta, Agustus 2026

Victoria Fanggidae, Ph.D

Direktur Eksekutif The PRAKARSA

Ringkasan Eksekutif

Universal Health Coverage adalah komitmen global yang Indonesia telah ratifikasi melalui Sustainable Development Goals 3.8. Indonesia juga telah membangun salah satu sistem jaminan kesehatan sosial terbesar di dunia melalui Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola BPJS Kesehatan, dengan cakupan kepesertaan mencapai 98,11% populasi pada September 2024 (DJSN, 2024). Namun, laporan ini mengungkapkan bahwa cakupan administrasi tidak otomatis setara dengan proteksi finansial yang efektif.

Laporan ini menghadirkan asesmen lanjutan yang lebih komprehensif dengan kebaruan metodologis yang penting untuk dipertimbangkan oleh para pengambil kebijakan, akademisi, dan masyarakat sipil. Adapun empat temuan fundamental dalam penelitian ini yakni:

1

Kemajuan antardimensi yang timpang.

Skor capaian pada dimensi kesehatan ibu dan anak tercatat 52, penyakit menular 75, penyakit tidak menular 69, dan kapasitas layanan 47. Variasi ini mencerminkan bahwa Indonesia belum berhasil mengintegrasikan seluruh komponen sistem kesehatan secara seimbang. Beban penyakit tidak menular yang terus meningkat memerlukan investasi yang lebih substansial, sementara kapasitas layanan masih menjadi titik lemah yang membatasi efektivitas program kesehatan di lapangan.

2

Beban pengeluaran out-of-pocket rumah tangga masih menjerat.

Pengukuran insiden pengeluaran katastrofik menunjukkan bahwa rumah tangga di provinsi-provinsi tertentu menanggung beban OOP yang melebihi 10% dari total pengeluaran rumah tangga. Komponen biaya non-medis seperti transportasi, akomodasi pendamping pasien rujukan, dan rumah singgah belum tertangkap dalam pertanggungan JKN, padahal komponen tersebut dapat menjadi pemicu utama pemiskinan rumah tangga.

3

Dampak OOP terhadap pemiskinan jauh lebih besar dari yang umumnya dilaporkan.

Dengan menggunakan tiga garis kemiskinan internasional *Purchasing Power Parity* 2021 yang dirilis Bank Dunia pada Juni 2025, laporan ini mengestimasi bahwa 20,9% populasi Indonesia atau sekitar 58 juta jiwa berada di bawah garis kemiskinan USD 4,20 PPP setelah membayar OOP. Angka ini lebih dari dua kali lipat tingkat kemiskinan nasional yang dilaporkan BPS sebesar 9%. Selisih tersebut mengindikasikan adanya zona kerentanan ekonomi yang luas dan belum tertangkap dalam statistik kemiskinan resmi. Lebih lanjut, dampak OOP terutama terjadi sebagai pemiskinan yang lebih dalam pada rumah tangga yang sudah miskin, bukan sekadar mendorong rumah tangga baru jatuh miskin. Rasio pemiskinan lebih dalam terhadap pemiskinan baru mencapai 16 kali lipat pada garis USD 4,20.

4

Ketimpangan antarprovinsi sangat tajam.

Kondisi ini memerlukan respons kebijakan yang berbeda untuk masing-masing tipologi wilayah. Laporan ini mengidentifikasi tiga arketipe provinsi. Provinsi seperti Jawa Tengah, Jawa Timur, dan DI Yogyakarta menunjukkan pola *affluent vulnerable* dengan banyak rumah tangga kelas menengah rentan yang dapat tergelincir akibat biaya kesehatan. Provinsi seperti Nusa Tenggara Timur, Gorontalo, Sulawesi Barat, dan provinsi-provinsi pemekaran Papua menunjukkan pola *deep poverty trap* dengan rasio pemiskinan lebih dalam yang ekstrem. Sebaliknya, provinsi seperti Kepulauan Bangka Belitung, Kalimantan Utara, Kalimantan Timur, DKI Jakarta, dan Kepulauan Riau menunjukkan pola *effective protection* yang dapat menjadi referensi praktik baik.

Temuan-temuan tersebut hadir di tengah transformasi besar regulasi kesehatan Indonesia. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 telah memberikan kerangka konsolidasi yang lebih adaptif. Namun, pencabutan ketentuan *mandatory health spending* yang sebelumnya mewajibkan alokasi minimal 5% APBN dan 10% APBD untuk kesehatan menimbulkan kekhawatiran serius terhadap keberlanjutan kapasitas fiskal pemerintah dalam melindungi rumah tangga miskin.

Penelitian ini merekomendasikan prioritas kebijakan perlu segera dipertimbangkan.

Perluasan komponen pertanggunggunaan JKN untuk biaya non-medis terutama transportasi dan akomodasi pasien rujukan luar daerah.

1

Penguatan kapasitas layanan tersier di provinsi yang masih bergantung pada rujukan luar daerah.

2

Integrasi data antara JKN, BPS, dan Kementerian Sosial untuk identifikasi rumah tangga rentan yang lebih akurat.

3

Pemeliharaan komitmen fiskal kesehatan meskipun *mandatory spending* telah dicabut, melalui mekanisme alokasi berbasis kebutuhan dan kinerja yang transparan dan akuntabel.

4



Laporan ini sebagai pengingat bahwa cakupan administratif adalah satu hal, sedangkan proteksi finansial yang efektif adalah hal yang berbeda. Di balik angka 98% kepesertaan JKN, masih terdapat puluhan juta penduduk Indonesia yang menanggung beban kesehatan yang mendorong mereka ke dalam atau memperdalam kemiskinan. Tugas kita semua adalah mempersempit jarak antara kedua angka tersebut.

Daftar Isi

Kata Pengantar	ii
Ringkasan Eksekutif	iii
Daftar Isi	vi
Daftar Tabel	viii
Daftar Gambar	viii
Bab 01 Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang Masalah	2
1.2 Pertanyaan penelitian	5
1.3 Tujuan penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
Bab 02 Memaknai <i>Universal Health Coverage</i>	7
2.1 <i>Primary Health Care</i> (PHC)	8
2.2 SDGs 3.8: Mencapai Cakupan Kesehatan Universal	9
2.3 <i>Out of Pocket</i> dalam Pengeluaran Kesehatan	12
Bab 03 Metodologi Pengukuran Indeks <i>Universal Health Coverage</i> dan <i>Out of Pocket</i> Kesehatan	17
3.1 Pendekatan Penelitian	18
3.2 Sumber Data	18
3.3 Indikator <i>Universal Health Coverage</i>	18
3.4 Indikator Pengukuran <i>Out of Pocket</i> Kesehatan	21
3.5 Pemiskinan Akibat OOP	22
Bab 04 Dinamika Kebijakan Kesehatan Nasional dan Arah Pencapaian <i>Universal Health Coverage</i>	27
Bab 05 Capaian <i>Universal Health Coverage</i> Indonesia	33
5.1 Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)	38
5.2 Penyakit Menular	40
5.3 Penyakit Tidak Menular	42
5.4 Kapasitas dan Akses Layanan	44



Bab 06	Dinamika Pengeluaran <i>Out of Pocket</i> Kesehatan di Indonesia	51
6.1	<i>Out-of-Pocket</i> Kesehatan (<i>Threshold</i> 10%)	52
6.2	<i>Out-of-Pocket</i> Kesehatan (<i>Threshold</i> 25%)	55
6.3	<i>Out of Pocket</i> Kesehatan (<i>Threshold</i> 40%)	58
6.4	Insiden Pemiskinan karena Pengeluaran Kesehatan (PPP 2021)	62
Bab 07	Indeks Cakupan Layanan Kesehatan dan Perlindungan Finansial	67
Bab 08	Kesimpulan dan Rekomendasi	75
8.1	Kesimpulan	76
8.2	Rekomendasi	78
	Daftar Pustaka	83



Daftar Tabel

Tabel 1.	Indikator UHC	19
Tabel 2.	Komponen Pengeluaran <i>Out of Pocket</i> Kesehatan	22
Tabel 3.	Perubahan Kebijakan Kesehatan 2018 – 2024	28
Tabel 4.	Estimasi Pemiskinan Akibat OOP pada Tiga Garis Kemiskinan PPP 2021	63

Daftar Gambar

Gambar 1.	Capaian Indeks UHC Indonesia 2000 – 2021	3
Gambar 2.	Kubus UHC	10
Gambar 3.	Pemiskinan dan Kesulitan Finansial Akibat Pengeluaran OOP Kesehatan	14
Gambar 4.	Perbandingan Skor Capaian UHC Indonesia	34
Gambar 5.	Grafik Indeks UHC Indonesia 2024	36
Gambar 6.	Peta Indeks UHC Indonesia 2024	37
Gambar 7.	Grafik Indeks Kesehatan Ibu dan Anak	38
Gambar 8.	Peta Indeks Kesehatan Ibu dan Anak	39
Gambar 9.	Grafik Indeks Penyakit Menular	40
Gambar 10.	Peta Indeks Penyakit Menular	41
Gambar 11.	Grafik Indeks Penyakit Tidak Menular	42
Gambar 12.	Peta Indeks Penyakit Tidak Menular	43
Gambar 13.	Grafik Indeks Kapasitas dan Akses Layanan Kesehatan	44
Gambar 14.	Peta Indeks Kapasitas dan Layanan Kesehatan	45
Gambar 15.	Grafik Pengeluaran Katastropik Kesehatan (10%)	52
Gambar 16.	Peta Pengeluaran Katastropik Kesehatan (10%)	53
Gambar 17.	Grafik Pengeluaran Katastropik Kesehatan (25%)	55
Gambar 18.	Peta Pengeluaran Katastropik Kesehatan (25%)	56
Gambar 19.	Grafik Pengeluaran Katastropik Kesehatan (40%)	58
Gambar 20.	Peta Pengeluaran Katastropik Kesehatan (40%)	59
Gambar 21.	<i>IMPOVERISHMENT</i> US\$ 3,00	64
Gambar 22.	<i>IMPOVERISHMENT</i> US\$ 4,20	64
Gambar 23.	<i>IMPOVERISHMENT</i> US\$ 8,30	64
Gambar 24.	Indeks Cakupan Kesehatan dan Perlindungan Finansial	68
Gambar 25.	<i>Heatmap</i> Perubahan Kinerja Indikator Kesehatan Antarprovinsi (2020–2024)	70



Bab 01

Pendahuluan



1.1 Latar Belakang Masalah

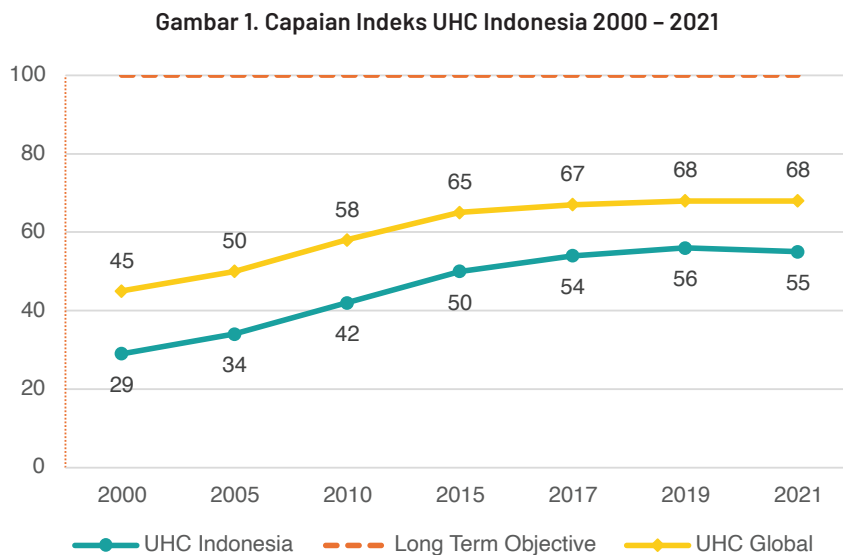
Pandemi Covid-19 menjadi guncangan terbesar terhadap sistem kesehatan global dalam satu dekade terakhir, termasuk di Indonesia. Disrupsi tidak hanya terjadi pada layanan kesehatan, tetapi juga pada dinamika sosial-ekonomi rumah tangga yang berdampak langsung pada kemampuan mengakses dan membiayai layanan kesehatan (WHO & World Bank, 2023). Krisis ini memperlihatkan bahwa kekuatan sistem kesehatan Indonesia belum sepenuhnya sebanding dengan cakupan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Meskipun cakupan administratif telah mencapai 98,11% atau 277,1 juta jiwa per September 2024, tingkat kepesertaan aktif hanya 77,87% dari populasi atau sekitar 79% dari total peserta. Hal ini menggambarkan gap antara coverage formal dan proteksi efektif (DJSN, 2024).

Secara paralel, Indonesia menjalani serangkaian transformasi kebijakan kesehatan pascapandemi. Dalam rentang 2020–2024, pemerintah menetapkan sejumlah regulasi yang mengubah lanskap pembiayaan dan penyelenggaraan layanan kesehatan: penyesuaian iuran JKN melalui Perpres 64/2020, penerapan Rekam Medis Elektronik melalui Permenkes 24/2022, penataan tarif kapitasi dan INA-CBG melalui Permenkes 3/2023, konsolidasi regulasi sektor kesehatan melalui UU 17/2023 (Omnibus Kesehatan), pencabutan status pandemi melalui Keppres 17/2023, hingga penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) melalui Perpres 59/2024. Reformasi ini mengindikasikan pergeseran orientasi kebijakan dari perluasan kepesertaan menuju penguatan efektivitas perlindungan kesehatan.

Dinamika ini berlangsung di atas landasan epidemiologis dan fiskal yang juga bergeser. *Share out-of-pocket* (OOP) Indonesia dalam total belanja kesehatan turun dari 30,6% pada 2022 menjadi 28,6% pada 2023, namun tetap berada di atas ambang yang direkomendasikan WHO untuk menekan risiko katastrofik, sementara belanja kesehatan pemerintah hanya mencapai 2,9% dari PDB (WHO, 2025). Tingkat pengeluaran katastrofik pada ambang 25% dilaporkan turun dari 0,9% pada 2017 menjadi 0,4% pada 2018 (WHO Indonesia, 2023), namun data terkini pascapandemi belum terdokumentasi secara sistematis di tingkat sub-nasional. Dalam konteks ini, kepesertaan JKN yang tinggi belum otomatis berarti *Universal Health Coverage* (UHC) telah tercapai secara substantif. Fuady *et al.* (2020) menunjukkan bahwa meskipun JKN telah berjalan, biaya medis langsung tetap menjadi komponen terbesar pengeluaran pasien tuberkulosis, terutama pada pasien pedesaan dan berpendidikan rendah. Hal ini menjelaskan bahwa proteksi finansial masih menghadapi kesenjangan secara struktural.

Sejak diadopsinya Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB/SDGs) pada tahun 2015, Indonesia sebagai negara anggota Perserikatan Bangsa-Bangsa telah menyatakan komitmen untuk mendukung pencapaian seluruh agenda global tersebut. Salah satu

indikator utama dalam kerangka SDGs adalah *Universal Health Coverage*, yang saat ini menunjukkan kecenderungan stagnasi dalam pencapaiannya di Indonesia. Kondisi ini menjadikan UHC sebagai indikator prioritas yang membutuhkan perhatian dan intervensi strategis agar dapat mencapai target yang telah ditetapkan (UN, 2021).



Universal Health Coverage memiliki peran strategis dalam mendukung SDGs, mengingat indikator ini menjadi fondasi bagi terwujudnya hasil pembangunan yang inklusif dan berkelanjutan di sektor kesehatan. Sejak disepakatinya agenda SDGs pada tahun 2015, Indonesia menunjukkan tren peningkatan capaian UHC selama lima tahun pertama. Namun, pandemi Covid-19 yang terjadi sejak tahun 2019 memicu disrupsi besar terhadap sistem kesehatan global, termasuk di Indonesia, sehingga menghambat laju pembangunan, pemerataan layanan, dan perbaikan kualitas kesehatan masyarakat. Berdasarkan data tahun 2021, nilai UHC Indonesia tercatat sebesar 55 dari skala 100, hal ini menunjukkan masih rendahnya cakupan dan efektivitas layanan kesehatan yang tersedia bagi seluruh populasi.

Pengukuran capaian UHC di Indonesia juga dilakukan oleh PRAKARSA pada tahun 2020. Kajian tersebut menghasilkan sejumlah temuan penting yang menjadi baseline kajian ini yaitu: (1) skor UHC Indonesia sebesar 60 dengan rentang antarprovinsi 52–70, memperlihatkan ketimpangan struktural antara Indonesia bagian barat dengan Indonesia bagian timur; (2) sekitar 13 juta jiwa (3,62% populasi) mengalami pengeluaran katastrofik pada ambang 10%; (3) sekitar 2,5 juta jiwa (0,63%) pada ambang 25%; dan

(4) terdapat paradoks statistik di mana provinsi dengan OOP rendah justru merupakan provinsi dengan cakupan layanan rendah, mengindikasikan *unmet need* alih-alih proteksi finansial yang kuat (PRAKARSA, 2020).

Namun pengukuran studi PRAKARSA (2020) tersebut menggunakan data 2018, fenomena sebelum pandemi, dan lima tahun sebelum reformasi struktural melalui UU 17/2023 serta implementasi KRIS. Sejumlah dinamika pascapandemi yang belum terpotret dalam kajian 2020 bersifat substantif seperti pergeseran pola utilisasi layanan primer dan rujukan pasca-disrupsi, perubahan struktur pengeluaran rumah tangga dalam konteks pemulihan ekonomi, kenaikan harga layanan dan obat, serta reorientasi kebijakan pembiayaan JKN. Selain itu, metodologi pengukuran proteksi finansial internasional mengalami penyesuaian. Pada Juni 2025, Bank Dunia memperkenalkan garis kemiskinan berbasis PPP 2021 yang menggantikan PPP 2017, dengan tiga ambang bertingkat (USD 3,00, USD 4,20, dan USD 8,30 per kapita per hari) yang memungkinkan identifikasi lebih tajam terhadap kerentanan kelompok *near-poor* dan kelas menengah rentan (World Bank, 2025). Hal ini menjadikan urgensi pengukuran ulang agar diagnosis kebijakan tetap relevan.

Kajian ini merupakan pembaharuan dari laporan PRAKARSA 2020 dengan empat kebaruan utama. Pertama, pengukuran dilakukan menggunakan data SUSENAS 2024 untuk estimasi OOP dan pemiskinan, serta sumber sekunder 2023–2024 untuk indikator cakupan layanan sehingga hasil analisis memotret kondisi pascapandemi, bukan kondisi prapandemi. Kedua, pengukuran proteksi finansial diperluas dengan menambahkan ambang OOP 40% yang menangkap beban pengeluaran paling ekstrem (WHO & World Bank, 2023), serta mengadopsi tiga garis kemiskinan PPP 2021 World Bank untuk menggantikan pendekatan PPP 2017. Ketiga, komponen OOP diperluas dengan memasukkan biaya rumah singgah untuk pasien rujukan luar daerah dan biaya rehabilitasi medik dimana komponen yang sebelumnya tidak ditangkap dalam estimasi 2020 namun signifikan dalam konteks sistem rujukan pascapandemi. Keempat, kajian ini mengintegrasikan analisis dinamika kebijakan kesehatan 2018–2024 sebagai konteks interpretatif bagi perubahan skor UHC dan OOP antarperiode.

Dengan pembaruan ini, kajian bertujuan mengidentifikasi sejauh mana capaian UHC Indonesia pascapandemi baik dalam dimensi cakupan layanan maupun proteksi finansial serta bagaimana dinamika ini bervariasi antarprovinsi. Hasil pengukuran diharapkan memberikan dasar empiris bagi pemerintah pusat dan daerah untuk mengidentifikasi *gap* pencapaian UHC di wilayah masing-masing, serta menjadi basis evaluasi bagi reformasi kebijakan kesehatan yang telah berjalan selama 2020–2024.

1.2 Pertanyaan penelitian

Berdasarkan latar belakang pada sub bab sebelumnya dapat dirumuskan beberapa pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana capaian dari cakupan pelayanan kesehatan (*service coverage*) di Indonesia periode 2023 dan bagaimana perkembangannya dibandingkan periode 2018?
2. Bagaimana pengeluaran katastropik dan masyarakat yang jatuh miskin akibat biaya *out-of-pocket* (*financial hardship*) untuk kesehatan di Indonesia?
3. Bagaimana capaian cakupan layanan Kesehatan di Indonesia antara periode 2018 dan 2023?

1.3 Tujuan penelitian

Berdasarkan pertanyaan penelitian tersebut maka tujuan penelitian yang dirumuskan pada penelitian ini adalah:

1. Untuk mengetahui cakupan pelayanan kesehatan di Indonesia pada periode 2023.
2. Untuk mengetahui pengeluaran katastropik dan masyarakat yang jatuh miskin akibat biaya *out-of-pocket* untuk kesehatan di Indonesia periode 2023.
3. Untuk melakukan komparasi capaian cakupan layanan kesehatan di Indonesia antara periode 2018 dengan 2023.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Pemantauan cakupan layanan kesehatan berdasarkan SDG 3, target 3.8 dan indikator 3.8.1 dan 3.8.2 lebih mendalam dimana pengukuran dengan cakupan nasional dan provinsi.
2. Sebagai rekomendasi pada kebijakan pemerintah pusat dan provinsi dalam menentukan fokus pada masalah bidang kesehatan masyarakat.

Halaman ini sengaja dikosongkan.





Bab 02

Memaknai *Universal Health Coverage*



2.1 Primary Health Care (PHC)

Didefinisikan oleh WHO (2025), PHC merujuk pada pendekatan holistik terhadap kesehatan masyarakat yang mencakup *end-to-end* spektrum kesehatan, mulai dari promosi, pencegahan, pengobatan, dan perawatan paliatif. Secara historis, konsep PHC muncul dari advokasi negara-negara berkembang dan kebutuhan terhadap akses kesehatan dasar yang berkualitas, yang kemudian dimaterialisasikan sebagai prinsip dasar layanan kesehatan dalam Deklarasi Alma Alta 1978 dan target *Health for All by the Year 2000* oleh WHO dan UNICEF (Behera, *et al*, 2021). Materialisasi PHC memiliki implikasi sosial-politik yang mendorong negara-negara untuk mengadopsi pendekatan PHC (PHC Approach/PHCA) dalam layanan kesehatan mereka. Termasuk di dalam pendekatan ini adalah aksesibilitas universal dan ketercukupan layanan dasar, perawatan komprehensif dengan penekanan pada pencegahan dan promosi kesehatan, keterlibatan komunitas dan individual untuk sistem kesehatan yang independen, dan teknologi kesehatan yang layak serta efisien secara biaya (Hall & Taylor, 2003).

PHC terbukti efisien secara ekonomi. Di negara maju, layanan ini dapat mengurangi kebutuhan rawat inap dan menekan penggunaan layanan gawat darurat yang tidak mendesak. Negara berkembang juga menunjukkan hasil serupa. Banyak intervensi kesehatan penting dalam UHC dapat dijalankan melalui PHC. Bahkan, pendekatan ini mampu menyumbang sebagian besar pencapaian target kesehatan global (Hanson, *et al.*, 2022). Studi oleh Stenberg *et al.* (2019) menunjukkan bahwa 91% dari intervensi penting dalam UHC dapat dilaksanakan melalui PHC, dan hingga 75% dari manfaat kesehatan yang ditargetkan dalam SDGs dapat dicapai melalui pendekatan ini. Investasi dalam layanan kesehatan ibu dan anak diperkirakan memberikan manfaat ekonomi hingga 11 kali lipat dari biaya di negara berpendapatan menengah ke bawah, dan investasi PHC antara 2020 hingga 2030 diperkirakan dapat mencegah hingga 64 juta kematian di 67 negara berkembang. Oleh karena itu, capaian kualitas UHC yang tinggi tidak terlepas dalam perbaikan PHC secara menyeluruh (WHO, 2018).

Berdasarkan Kementerian Kesehatan (2023), Layanan kesehatan primer mencakup pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) serta upaya pencegahan di luar FKTP. Pada tahun 2021, Total perkiraan pengeluaran untuk layanan ini mencapai Rp253,2 triliun atau setara dengan 37,4% dari total belanja kesehatan. Selama sepuluh tahun terakhir, pengeluaran untuk layanan kesehatan primer menunjukkan tren peningkatan, meskipun jika dilihat dari sisi per kapita dan persentasenya terhadap PDB, angkanya masih berada di bawah rata-rata negara dengan pendapatan menengah (Kementerian Kesehatan, 2023).

Deklarasi Alma Alta 1978 secara spesifik menurunkan PHC ke dalam delapan elemen programatik, yaitu ketercukupan suplai air bersih dan sistem sanitasi yang layak, promosi nutrisi yang layak, layanan kesehatan untuk ibu hamil dan anak beserta perencanaan keluarga, imunisasi, kontrol terhadap penyakit menular, pendidikan kesehatan, dan

pengadaan obat-obatan esensial. Kedelapan elemen ini diklasifikasikan ke dalam empat kategori intervensi, yaitu area Reproduksi, Kehamilan, dan Kesehatan Anak; area Penyakit Menular; area Penyakit Tidak Menular; dan area Kapasitas dan Akses Pelayanan Kesehatan.

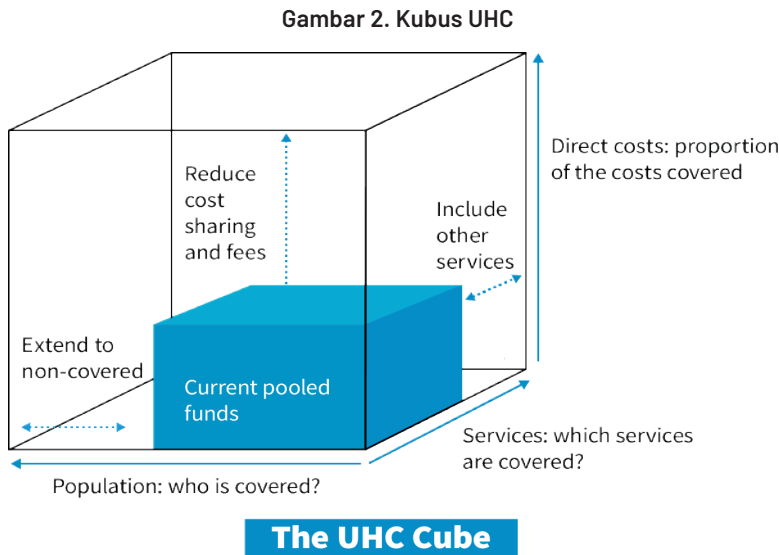
Hingga saat penyusunan penelitian ini, proses ketercapaian PHC sudah terlihat di beberapa elemen, seperti peningkatan eksponensial pada tingkat imunisasi, di mana pada tahun 1978 tingkat imunisasi 20% dan mengalami peningkatan di tahun 2005 menjadi 78%, menurunnya tingkat kematian ibu melahirkan, infeksi pernafasan, dan diare pada anak. Sekalipun, pada beberapa metrik lainnya, seperti halnya kematian dikarenakan tuberkulosis dan HIV masih mengalami progress yang terbatas. Permasalahan ketimpangan juga masih eksis, seperti ketersediaan sanitasi, obat-obatan terjangkau, dan masalah kelaparan yang masih berlangsung di negara-negara berkembang (Hall & Taylor, 2003). Dalam perjalanannya, interpretasi yang berbeda-beda terhadap PHC juga muncul, terkhususnya pada spektrum yang memperdebatkan PHC sebagai suatu “pendekatan” atau secara praktikal sebagai “bentuk perawatan medis” tingkat pertama yang mengutilisasi penanganan penyakit umum.

2.2 SDGs 3.8: Mencapai Cakupan Kesehatan Universal

Per 2030, WHO melalui SDG 3.8 menargetkan 80% dari total populasi untuk dapat mengakses layanan kesehatan berkualitas terlepas dari status sosial-ekonomi dan geografi. Termasuk di dalam hal tersebut adalah *Universal Health Coverage* (UHC), yang didefinisikan oleh WHO (2025) sebagai kondisi di mana setiap orang memiliki akses terhadap layanan kesehatan berkualitas yang mereka butuhkan, kapan dan di mana mereka membutuhkannya, dan tanpa memberatkan secara finansial (WHO, 2025). Definisi ini mencakup keseluruhan layanan kesehatan esensial, dari promosi, pencegahan, pengobatan, rehabilitasi, dan perawatan paliatif, melalui tiga komponen utama: 1) perlindungan dari risiko finansial; 2) akses pada *primary health care* yang berkualitas; dan 3) akses terhadap obat dan vaksin yang aman, efektif, berkualitas, dan terjangkau (UN Department of Economic and Social Affairs, 2015). Secara holistik, SDG 3.8 adalah salah satu tujuan turunan dari SDG 3, yang bertujuan untuk “memastikan kesehatan dan mempromosikan kesejahteraan terhadap semua usia”, diturunkan dalam 13 target termasuk mengurangi angka kematian ibu melahirkan, kematian neo-natal dan kematian balita, mengakhiri wabah Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular (PTM).

Cakupan kesehatan universal tidak hanya mencakup kuantitas kepesertaan, tetapi juga faktor kualitas layanan dan keterjangkauan, sebagaimana divisualisasikan dalam Kubus UHC WHO. Proses ketercapaian UHC dimonitor melalui *Global Monitoring Reports* yang melakukan asesmen terhadap cakupan layanan kesehatan esensial (indikator 3.8.1) dan

perlindungan finansial (indikator 3.8.2). Sementara indikator 3.8.1 diukur melalui Indeks Cakupan Layanan (*Service Coverage Index/SCI*) yang mengukur rata-rata berat tertimbang dari 16 indikator pada empat area, indikator 3.8.2 lebih berfokus pada proporsi dan prevalensi pengeluaran OOP pada tingkat rumah tangga (WHO, 2010).



WHO mencatat bahwa sekalipun progres indeks rata-rata cakupan UHC meningkat dari 45 pada tahun 2000, menjadi 68 pada tahun 2021, dan proporsi penduduk tidak tercakup UHC menurun sebesar 15% pada rentang waktu tersebut, masih ada dua miliar orang yang menghadapi kesulitan finansial pada aspek kesehatan, termasuk satu juta di antaranya yang mengalami OOP kesehatan katastrofis, dan 344 juta orang menjadi miskin dan ekstrem miskin dikarenakan pengeluaran kesehatan (WHO, 2025).

Dalam konteks Indonesia, capaian cakupan UHC nasional merupakan salah satu capaian yang patut dibanggakan, dengan 98% populasi sudah menjadi bagian dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sejak pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pada tahun 2014, pengeluaran kesehatan katastrofis berkurang dari 4,5% pada 2017, menjadi 2% pada tahun 2021. Bagi masyarakat yang rentan miskin, miskin, dan ekstrem miskin, pemerintah juga memiliki program Penerima Bantuan Iuran JKN (PBI – JKN) atau Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang mencakup 96,8 juta penerima, di mana pemerintah menanggung dan/atau menyubsidi iuran kesehatan mereka. Dalam 10 tahun terakhir juga, pemerintah telah mengalokasikan Rp361 triliun untuk PBI-JKN/ KIS, menjadikannya salah satu program dengan pembiayaan APBN terbesar sepanjang sejarah.

Selain program-program tersebut, terdapat juga beberapa kebijakan dan/atau program yang juga mendukung ketercapaian UHC di Indonesia:

2.2.1. Program Kefarmasian dan Alat Kesehatan

Salah satu kebijakan yang mendukung implementasi UHC di Indonesia adalah Program Kefarmasian dan Alat Kesehatan, yang dirancang untuk memastikan distribusi obat-obatan dan alat kesehatan yang memadai ke seluruh wilayah, terutama daerah-daerah terpencil. Program ini memiliki relevansi langsung dengan tujuan UHC, karena akses terhadap obat-obatan dan alat kesehatan yang cukup merupakan salah satu faktor penting dalam mewujudkan sistem kesehatan yang inklusif dan dapat dijangkau oleh seluruh masyarakat. Namun, meskipun pengadaan obat dan alat kesehatan dapat memperbaiki kualitas layanan, masih ada tantangan dalam hal pemerataan distribusi serta manajemen logistik yang efisien, yang dapat mempengaruhi keberlanjutan akses layanan kesehatan.

2.2.2. Program Pembinaan Kesehatan Masyarakat

Program Pembinaan Kesehatan Masyarakat menunjukkan pendekatan yang lebih preventif dan promotif terhadap kesehatan masyarakat, yang merupakan bagian integral dari konsep UHC. Pendekatan ini menekankan pada pencegahan penyakit dan pemberdayaan masyarakat untuk hidup sehat, yang dapat mengurangi ketergantungan pada layanan medis yang mahal dan meningkatkan kualitas hidup. Dengan demikian, pembinaan kesehatan masyarakat bukan hanya mengurangi beban pembiayaan bagi negara, tetapi juga meningkatkan ketahanan sistem kesehatan terhadap tekanan dari penyakit menular dan tidak menular. Namun, tantangan dalam implementasi program ini terletak pada penyuluhan yang efektif di seluruh masyarakat dan integrasi layanan kesehatan preventif dalam sistem yang lebih besar, terutama di daerah yang lebih sulit dijangkau.

2.2.3. Digital Health Transformation

Transformasi layanan kesehatan berbasis teknologi digital juga memberikan dimensi baru dalam mendukung kebijakan UHC, dengan menggunakan teknologi untuk meningkatkan efisiensi, jangkauan, dan kualitas layanan kesehatan. Implementasi *digital health* memungkinkan peningkatan akses ke layanan medis, termasuk *telemedicine*, yang sangat penting untuk daerah-daerah yang sulit dijangkau secara fisik. Digitalisasi juga memfasilitasi pengelolaan data kesehatan yang lebih terstruktur dan memungkinkan pengawasan yang lebih baik terhadap distribusi layanan kesehatan. Meskipun demikian, transformasi digital menghadapi hambatan, seperti kesenjangan digital antara daerah perkotaan dan pedesaan, serta kesiapan infrastruktur yang masih terbatas di beberapa wilayah, yang dapat menghambat keberhasilan inisiatif ini dalam mendukung UHC.

2.2.4. Coordination of Benefits (Peraturan BPJS Kesehatan No 4 Tahun 2016)

Di sisi lain, Peraturan BPJS Kesehatan No. 4 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Koordinasi Manfaat (*Coordination of Benefit/COB*) memperkenalkan sistem koordinasi antara BPJS Kesehatan dan asuransi lainnya untuk mengurangi beban finansial yang ditanggung individu. Kebijakan ini memungkinkan individu yang terdaftar dalam lebih dari satu program asuransi kesehatan untuk mendapatkan manfaat dari keduanya, sehingga mengurangi kemungkinan terjadinya masalah finansial akibat tingginya biaya perawatan kesehatan. Di sisi lain, implementasi COB menghadapi tantangan dalam hal integrasi data antar lembaga asuransi, serta risiko kompleksitas administrasi yang dapat memperburuk pengalaman pasien dalam mengakses layanan kesehatan. Lebih lanjut, kebijakan ini menunjukkan pentingnya pembiayaan yang terintegrasi untuk mendukung prinsip inklusivitas dalam UHC.

Kebijakan pembiayaan kesehatan yang bertujuan mengurangi ketimpangan harus beradaptasi dengan berbagai kondisi yang terus berubah, seperti pertumbuhan dan pergeseran demografi, perubahan pola penyakit, kemunculan penyakit baru, serta tantangan akibat ketidakstabilan sosial dan ekonomi. Situasi yang tidak menentu ini menuntut agar pengambilan keputusan dalam pembiayaan kesehatan didasarkan pada data yang kuat, namun tetap memiliki kelenturan untuk menghadapi ketidakpastian. Keputusan-keputusan tersebut akan memengaruhi kebutuhan dan ketersediaan layanan kesehatan, baik di tingkat individu maupun populasi, serta menentukan sejauh mana sumber daya finansial dan teknis dapat dimobilisasi untuk menjawab kebutuhan tersebut (Gottret & Schieber, 2006).

Kebijakan-kebijakan ini, meskipun saling mendukung, mencerminkan tantangan yang lebih besar dalam mewujudkan UHC yang sepenuhnya inklusif dan berkelanjutan di Indonesia. Akses terhadap layanan kesehatan tidak hanya bergantung pada penyediaan layanan yang memadai, tetapi juga pada kualitas distribusi, pengelolaan pembiayaan yang efisien, dan integrasi sistem yang dapat mengatasi ketimpangan antar wilayah. Selain itu, masih terdapat jutaan penduduk Indonesia yang mengalami kesulitan finansial dikarenakan OOP katastropis, termasuk jutaan lainnya yang menjadi miskin karenanya. Oleh karena itu, meskipun Indonesia telah mengadopsi berbagai kebijakan untuk mendekatkan diri dengan UHC, masih diperlukan langkah-langkah lebih lanjut untuk memastikan bahwa semua lapisan masyarakat, termasuk mereka yang berada dalam kelompok paling rentan, dapat merasakan manfaat dari sistem kesehatan nasional ini secara adil dan merata.

2.3 Out of Pocket dalam Pengeluaran Kesehatan

Konsep *out-of-pocket* atau biaya yang ditanggung sendiri (selanjutnya disebut OOP) dalam pembiayaan Kesehatan merujuk pada segala pengeluaran untuk biaya pengobatan dan tidak mendapatkan penggantian baik dari asuransi maupun program pemerintah. WHO membatasi bahwa OOP hanya sebagai pembayaran yang dilakukan langsung untuk biaya penggunaan barang dan layanan Kesehatan. Pada beberapa kasus penyakit, OOP tidak hanya meliputi pembiayaan secara langsung selama pengobatan, melainkan juga biaya tidak langsung seperti hilangnya waktu untuk pengobatan, penyesuaian anggaran rumah tangga untuk Pendidikan, sampai pada dampak biaya psikososial seperti kecemasan dan depresi selama pengobatan (Pisu *et al.*, 2010).

Beban OOP yang luas, termasuk dampak tidak langsung dan psikososial, dapat menjadi hambatan besar bagi keberlanjutan pengobatan, terutama dalam kasus penyakit kronis atau berbiaya tinggi. Dalam konteks ini, peran asuransi kesehatan menjadi sangat krusial dalam meringankan beban tersebut dan memastikan pasien tetap melanjutkan pengobatan hingga tuntas. Indrawaswari *et al.* (2021) menjelaskan bahwa kepemilikan asuransi terbukti menjadi faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan pengobatan, tidak hanya bagi keluarga miskin tetapi juga pada kelompok sosial ekonomi yang lebih tinggi.

OOP telah menjadi salah satu target capaian untuk mewujudkan akses kesehatan yang setara. Adanya peningkatan OOP tidak hanya menimbulkan kemiskinan, tetapi juga menyebabkan seseorang dapat enggan untuk berobat karena takut “miskin” karena biaya pengobatan. Lebih jauh dampaknya dapat membuat akses kesehatan semakin timpang. Upaya penghapusan OOP masuk dalam salah satu target turunan Target Pembangunan Berkelanjutan (TPB/SDGs), yakni pada SDG 3.8.2 yang mengukur penduduk yang mengalami pengeluaran Kesehatan katastrofik, atau pengeluaran yang diatas ambang batas. Poin ini menentukan batas pengeluaran Kesehatan penduduk tidak lebih dari 10-25% (WHO & World Bank, 2023). Indikator ini sejatinya untuk melihat sejauh mana sistem kesehatan suatu negara melindungi masyarakat dari beban finansial akibat biaya layanan kesehatan yang tinggi. Sehingga, negara dapat mencapai target UHC.

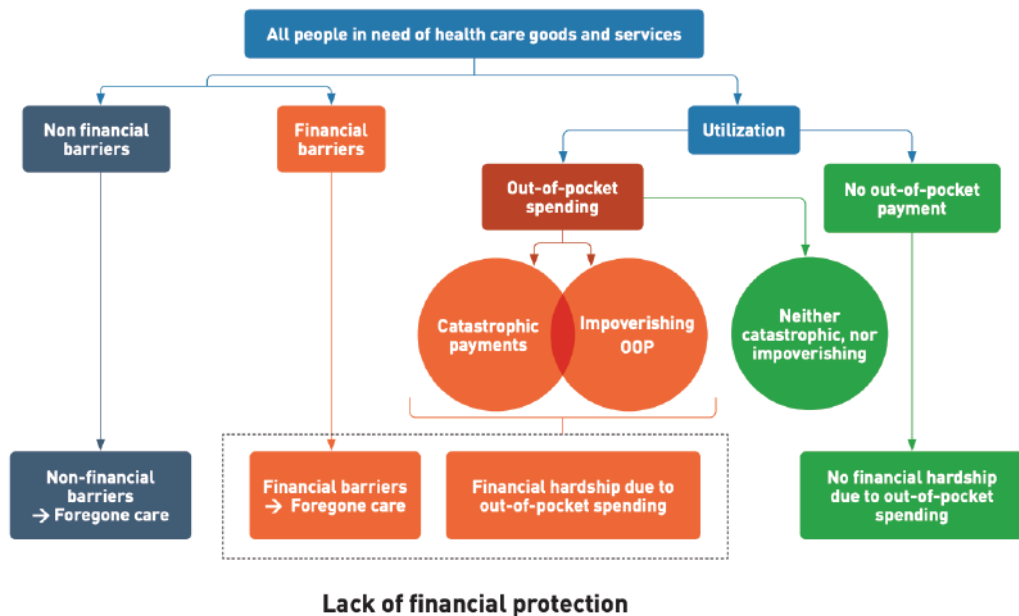
Pada tahun 2023, WHO dan Bank Dunia mengembangkan kerangka indikator untuk mengukur pengeluaran kesehatan yang bersifat *catastrophic* (katastropik) dan *impoverishing* (memiskinkan) guna memantau kesulitan keuangan dalam mencapai cakupan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage* atau UHC). Kerangka ini menggabungkan dua pendekatan utama dalam menghitung beban finansial kesehatan: *budget share* dan kebutuhan dasar.

Pendekatan *budget share*, yang digunakan dalam pemantauan indikator SDG 3.8.2, menghitung pengeluaran kesehatan rumah tangga dengan ambang batas 10% atau 25%

dari total pendapatan atau pengeluaran. Namun, metode ini lebih banyak mencerminkan kondisi kelompok berpenghasilan menengah ke atas, karena rumah tangga dapat memiliki sumber pendanaan tambahan seperti pinjaman atau hasil penjualan aset. Akibatnya, pendekatan ini kurang mampu menangkap beban finansial kesehatan yang dialami kelompok miskin.

Sebagai alternatif, pendekatan berbasis kebutuhan dasar mengukur beban pengeluaran kesehatan setelah memperhitungkan konsumsi atau pendapatan rumah tangga yang telah digunakan untuk kebutuhan pokok, seperti pangan, sandang, dan papan. Perhitungan ini didasarkan pada garis kemiskinan absolut dan relatif global. Dengan pendekatan ini, jika suatu rumah tangga menghabiskan seluruh pendapatan bulannya hanya untuk memenuhi kebutuhan dasar dan tidak memiliki sisa anggaran untuk layanan kesehatan, maka rumah tangga tersebut dapat dikategorikan miskin serta mengalami kesulitan keuangan dalam mengakses layanan kesehatan. Dibandingkan dengan *budget share*, pendekatan berbasis kebutuhan dasar lebih sensitif dalam mengidentifikasi tantangan keuangan yang dihadapi oleh kelompok miskin dan rentan dalam mendapatkan layanan kesehatan.

Gambar 3. Pemiskinan dan Kesulitan Finansial Akibat Pengeluaran OOP Kesehatan



Source: WHO & World Bank (2021).

Bagan di atas menggambarkan alur yang mungkin dihadapi seseorang saat mengakses layanan kesehatan. Pertama, terdapat hambatan non-finansial, seperti kesulitan dalam mengakses fasilitas kesehatan atau kurangnya fasilitas yang memadai. Kondisi ini bisa menghalangi seseorang untuk mendapatkan layanan kesehatan yang sesuai. Kedua, hambatan finansial juga bisa menjadi penghalang, di mana seseorang mungkin tidak mampu mengakses layanan kesehatan yang memadai. Jika seseorang harus membayar biaya sendiri (OOP), ini dapat menimbulkan risiko biaya yang tinggi dan membebani keuangan, sehingga menghalangi akses ke layanan kesehatan dan meningkatkan risiko kesulitan finansial. Terakhir, pada bagian kolom hijau, jika seseorang tidak perlu membayar biaya kesehatan secara langsung, maka hambatan finansial untuk mendapatkan perawatan tidak akan muncul.

Dengan menggunakan kerangka di atas, penelitian ini bertujuan untuk menggali dimensi dan indikator kesulitan pembiayaan layanan kesehatan. Pendekatan gabungan dari WHO dan Bank Dunia menawarkan analisis yang komprehensif mengenai hambatan finansial dalam akses layanan kesehatan di semua lapisan ekonomi. Ini sangat relevan, mengingat meskipun cakupan jaminan kesehatan nasional sudah lebih dari 90% dari populasi, kesulitan pembiayaan masih menjadi penghalang signifikan bagi banyak individu, terutama dari kelompok ekonomi rentan. Oleh karena itu, penting untuk mengkaji lebih dalam bagaimana pembiayaan kesehatan dapat mempengaruhi akses yang setara dan berkualitas bagi seluruh masyarakat.

Halaman ini sengaja dikosongkan.





Bab 03

Metodologi Pengukuran Indeks *Universal Health Coverage* dan *Out of Pocket Kesehatan*



3.1 Pendekatan Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif deskriptif yang bertujuan untuk menghitung dan menganalisis skor *Universal Health Coverage* serta mengestimasi proporsi pengeluaran langsung masyarakat (OOP) terhadap pembiayaan kesehatan di Indonesia. Pendekatan kuantitatif dalam studi ini bersifat numerik dan objektif, dengan fokus pada proses kalkulasi skor berdasarkan indikator-indikator terukur yang relevan. Menurut Creswell (2014), pendekatan kuantitatif memungkinkan peneliti untuk mengukur variabel-variabel yang dapat dianalisis secara statistik, sehingga memberikan gambaran empiris atas fenomena yang diteliti.

3.2 Sumber Data

Penelitian ini menggunakan berbagai sumber data sekunder yang bersifat kuantitatif dan terdokumentasi secara resmi, guna menjamin validitas pengukuran indikator UHC dan estimasi pengeluaran langsung (OOP) masyarakat terhadap layanan kesehatan. Untuk mengukur capaian UHC secara nasional, data yang digunakan berasal dari dokumen Statistik Kesehatan Indonesia (SKI) sebagai data umum. Selain itu, untuk memperkuat kalkulasi pada indikator-indikator spesifik seperti cakupan pengobatan Tuberkulosis (TBC), HIV/AIDS, imunisasi, dan layanan kesehatan esensial lainnya, penelitian ini turut mengacu pada berbagai laporan tematik, seperti Profil Kesehatan Indonesia, Laporan Penanggulangan TBC, Laporan Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK) serta dokumen teknis lain yang relevan dan tersedia secara publik.

Sementara itu, pengukuran OOP dan dampaknya terhadap pemiskinan akibat pengeluaran kesehatan menggunakan data dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) tahun 2024. Data ini dipilih karena memiliki cakupan yang luas, representatif secara nasional dan regional, serta mampu memberikan gambaran pengeluaran rumah tangga secara rinci. Rincian lengkap mengenai setiap sumber data yang digunakan akan dijelaskan secara lebih mendalam pada bagian pembahasan indikator UHC.

3.3 Indikator *Universal Health Coverage*

Indikator UHC dalam penelitian ini merujuk pada indikator yang disusun oleh WHO (2023), yang mencakup empat komponen utama: Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Penyakit Menular (PM), Penyakit Tidak Menular (PTM), serta Akses dan Kapasitas Layanan. Namun indikator dilakukan penyesuaian dan pengembangan berdasarkan konteks di Indonesia. Skor agregat yang dihasilkan menjaga komparabilitas dengan laporan sebelumnya (PRAKARSA, 2020), namun tidak dapat dibandingkan langsung dengan skor UHC SCI WHO yang menggunakan *geometric mean* dan set indikator yang berbeda. Pengambilan data untuk setiap komponen tidak berasal dari satu sumber yang sama, sehingga diperlukan beberapa sumber data untuk membentuk data set yang komprehensif. Secara lebih rinci, dimensi dalam penelitian ini dapat disusun sebagai berikut.

Tabel 1. Indikator UHC

Dimensi	Indikator	Item	Sumber Data
Reproduksi, kelahiran, kesehatan ibu dan anak	Penggunaan KB	Sterilisasi, IUD/AKDS/Spiral, Suntikan 3 bln, Suntikan 1 Bln, Susuk KB, PII, Kondom	SKI, 2023
	Kelahiran didampingi tenaga kerja terampil	Proporsi Antenatal Care (ANC)	
	Imunisasi	Imunisasi Dasar Lengkap Anak 12-23 bulan (HB-0, BCG, DPT-HB-Hib lengkap, Polio, Campak Rubella (MR)	
	ORS untuk diare anak	Balita mendapatkan Oralit dan Zinc	Profil Kesehatan Indonesia, 2023
Penyakit menular	Penanganan TBC	Cakupan Temuan TBC	Laporan Penanggulangan TBC 2023
	HIV	Memulai pengobatan ARV per provinsi	SIHA Laporan KT, 2023
	Masyarakat yang menggunakan sanitasi dasar	Akses sanitasi aman rumah tangga	SKI, 2023
Penyakit tidak menular	<i>Treatment</i> terhadap hipertensi	Mendapatkan Edukasi pengobatan hipertensi, minum obat anti hipertensi	
	Diabetes	Jenis pengobatan Diabetes Melitus pada penduduk semua umur berdasarkan diagnosis dokter (Obat anti DM, Injeksi insulin, Kombinasi OAD+Injeksi)	
	<i>Tobacco control</i>	Persentase masyarakat merokok +15th (rokok elektronik)	Profil statistik kesehatan 2023, BPS
		Prevalensi anak yang merokok menggunakan rokok elektrik selama 1 bulan terakhir	

Penyakit tidak menular	<i>Tobacco control</i>	Prevalensi penduduk yang merokok menggunakan tembakau +15	Profil statistik kesehatan 2023, BPS
	Pemeriksaan Kanker serviks	Skrining Kanker Serviks (Papsmear/Tes IVA)	
Kapasitas dan akses layanan	Ranjang rumah sakit per kapita	Rasio tempat tidur per 100.000 orang. Rasio diatas 18 ranjang per 10.000, akan mendapatkan nilai 100. (Berdasarkan metode WHO, 2021)	Profil Kesehatan Indonesia (Kemenkes)
	Kepadatan jumlah petugas kesehatan	Terdiri dari jumlah total dokter (ambang 0,9 per 1000) dan ahli bedah (ambang 14 per 100.000), dan jumlah perawat, bidan, dan petugas kesehatan masyarakat (jumlah ketiganya dibagi 100 kemudian dibagi dengan ambang batas 4,45, kemudian dibagi tiga.	Profil Kesehatan Indonesia (Kemenkes), Statistik Indonesia (BPS), SISDMK
	Akses terhadap obat-obatan	Ketersediaan obat esensial di Indonesia tahun 2023 terlapor dari kabupaten/kota	Profil Kesehatan Indonesia (Kemenkes)
	Akses layanan kesehatan dan nonkesehatan yang dimanfaatkan dalam pengobatan psikosis/ skizofrenia	Penyandang gangguan jiwa yang memperoleh layanan di fasilitas layanan kesehatan	

Sumber: Diolah Penulis

Berdasarkan Tabel 1, tidak terdapat pengurangan indikator dalam pengukuran UHC jika dibandingkan dengan versi sebelumnya. Namun, terdapat penambahan indikator pada dimensi kapasitas akses layanan, yaitu mencakup pemanfaatan layanan kesehatan dan non-kesehatan dalam penanganan kasus psikosis atau skizofrenia. Penambahan ini merupakan bentuk pengembangan dari indikator sebelumnya dan bertujuan untuk

mengakomodasi isu terkini terkait ketersediaan layanan bagi gangguan kesehatan mental, khususnya pada penyakit psikologis yang memerlukan pendekatan multidisipliner. Berdasarkan indikator tersebut maka diformulasikan perhitungan UHC sebagai berikut.

$$\frac{\text{KIA} + \text{PM} + \text{PTM} + \text{KAL}}{4} = \text{Indeks Cakupan Layanan Kesehatan (UHC)}$$

3.4 Indikator Pengukuran *Out of Pocket* Kesehatan

Indikator yang disarankan untuk mengukur cakupan perlindungan finansial mencakup proporsi pengeluaran kesehatan pribadi (OOP) terhadap total pengeluaran, terhadap kemampuan membayar, dan terhadap pengeluaran nonpangan. Selain itu, dalam kerangka UHC, perlindungan finansial juga dianjurkan untuk diukur melalui persentase penduduk yang tidak terdorong ke dalam kemiskinan, baik berdasarkan pengeluaran bersih maupun kotor setelah OOP, yang masih berada di atas garis kemiskinan internasional atau tingkat konsumsi pangan minimum. Penilaian juga mencakup proporsi penduduk yang tidak semakin jatuh ke dalam kemiskinan akibat pengeluaran kesehatan, serta proporsi penduduk yang sama sekali tidak mengeluarkan OOP dan tidak mengalami tekanan finansial tambahan karena biaya Kesehatan (Harimurti *et al.*, 2016).

Indikator *Out of Pocket* Kesehatan merepresentasikan potensi risiko finansial yang dihadapi individu atau keluarga ketika mengakses layanan kesehatan, serta menjadi salah satu penentu utama dalam menilai keadilan sistem pembiayaan kesehatan nasional. Pengeluaran langsung yang tinggi dapat menyebabkan tekanan ekonomi hingga pemiskinan, terutama di kelompok rentan. Oleh karena itu, identifikasi komponen-komponen OOP secara rinci menjadi langkah krusial dalam mengukur perlindungan finansial masyarakat terhadap beban biaya kesehatan. Tabel 2 berikut menyajikan dimensi, indikator, serta sumber data yang digunakan untuk mengestimasi pengeluaran OOP dalam studi ini.

Tabel 2. Komponen Pengeluaran *Out of Pocket* Kesehatan

Dimensi	Indikator	Item
Out of Pocket dalam kesehatan	Biaya Medis atau Kuratif (Termasuk biaya pengiriman dan obat-obatan yang tidak dapat ditentukan)	SUSENAS, 2024
	Biaya untuk obat-obatan yang dibeli di apotek	
	biaya langganan pencegahan	
	biaya transportasi untuk mencari layanan kesehatan	
	Biaya rumah singgah untuk pasien dari luar daerah ke FKRTL rujukan	
	Biaya rehabilitasi medik	

Pengeluaran katastrofik pada kesehatan akan dianalisis melalui tiga skenario, yaitu pada ambang batas 10%, 25%, dan 40%. Dalam pendekatan ini, kita mengamati seberapa besar proporsi pengeluaran kesehatan terhadap total pengeluaran rumah tangga. Jika persentase pengeluaran kesehatan melebihi 10%, 25%, atau 40% dari total pengeluaran rumah tangga, maka rumah tangga tersebut dianggap mengalami beban finansial yang signifikan akibat biaya kesehatan, yang disebut sebagai pengeluaran katastrofik. Berdasarkan penjelasan tersebut maka diformulasikan pengeluaran *out of pocket* sebagai berikut:

Pengukuran *Out-of-Pocket* untuk kesehatan kesehatan

$$\text{Beban OOP} = \frac{\text{Total OOP}}{\text{Total Exp RT}} \times 100\%$$

Keterangan:

- Beban OOP : Beban Pengeluaran *Out of Pocket* Kesehatan
- Total OOP : Total pengeluaran *Out of Pocket* Kesehatan
- Total Exp RT : Total pengeluaran rumah tangga

3.5 Pemiskinan Akibat OOP

Pengukuran pemiskinan akibat pengeluaran kesehatan (*impoverishment due to out-of-pocket health spending*) dilakukan dengan membandingkan tingkat konsumsi rumah tangga sebelum dan sesudah pembayaran OOP. Pendekatan ini mengikuti metodologi Bank Dunia dan WHO yang menempatkan OOP sebagai *shock* terhadap kemampuan rumah

tangga memenuhi kebutuhan dasar (WHO & World Bank, 2023). Pengukuran dilakukan pada tingkat individu dengan menggunakan bobot SUSENAS, sehingga estimasi nilai absolut dan persentase merepresentasikan populasi Indonesia.

Konsumsi per kapita sebelum OOP dihitung dengan membagi total pengeluaran rumah tangga per bulan dengan jumlah anggota rumah tangga. Konsumsi per kapita setelah OOP dihitung dengan mengurangi total pengeluaran dengan komponen OOP, kemudian membaginya dengan jumlah anggota rumah tangga yang sama. Perbandingan kedua nilai ini memungkinkan identifikasi apakah pengeluaran kesehatan menyebabkan penurunan konsumsi yang cukup signifikan untuk mengubah status kesejahteraan rumah tangga.

$$C_h^{pre} = \frac{C_h}{R_h}, C_h^{post} = \frac{C_h - O_h}{R_h}$$

Keterangan

- R_h : Jumlah anggota rumah tangga
- C_h : Total Pengeluaran Rumah Tangga Perbulan
- O_h : Total Pengeluaran Kesehatan OOP per bulan
- W_i : Bobot

Pengukuran ini menggunakan tiga garis kemiskinan internasional berbasis *Purchasing Power Parity* (PPP) 2021 yang dirilis Bank Dunia pada Juni 2025, yaitu USD 3,00, USD 4,20, dan USD 8,30 per kapita per hari (World Bank, 2025). Tiga garis kemiskinan ini menggantikan garis kemiskinan PPP 2017 sebelumnya (USD 2,15; USD 3,65; USD 6,85). USD 3,00 PPP merupakan *international poverty line* yang berbasis median garis kemiskinan negara berpendapatan rendah dan menangkap kemiskinan ekstrem global. USD 4,20 PPP berbasis median garis kemiskinan negara berpendapatan menengah-bawah, kelompok di mana Indonesia diklasifikasikan, dan menjadi garis paling relevan untuk konteks Indonesia. USD 8,30 PPP berbasis median garis kemiskinan negara berpendapatan menengah-atas dan dapat menangkap kerentanan kelompok kelas menengah rentan.

Konversi garis kemiskinan dari USD PPP ke Rupiah dilakukan menggunakan PPP *conversion factor* untuk *private consumption* Indonesia 2021 sebesar 5.067,27 LCU per *international dollar* (World Bank, 2024), bukan menggunakan kurs nominal pasar. Pendekatan ini diperlukan karena PPP secara metodologis menyesuaikan perbedaan tingkat harga antara Indonesia dan negara referensi, sehingga memberikan ukuran daya beli yang setara antarnegara.

Karena data SUSENAS yang digunakan adalah tahun 2024 sedangkan PPP *conversion factor* merupakan *benchmark* 2021, dilakukan penyesuaian terhadap inflasi kumulatif



Indonesia periode 2021 hingga 2024. Berdasarkan data BPS, inflasi tahunan Indonesia pada 2022 sebesar 4,21%, 2023 sebesar 2,61%, dan 2024 sebesar 2,30%, sehingga inflasi kumulatif 2021-2024 mencapai 9,4%. Faktor konversi efektif untuk harga 2024 dengan demikian adalah 5.543,55 Rupiah per *international dollar*.

Konversi garis kemiskinan dari USD PPP per hari ke rupiah per kapita per bulan menggunakan formula berikut:

$$Z_u = USD_u \times PPP_{2024} \times d$$

Keterangan:

Z_u	: Garis kemiskinan dalam Rupiah per kapita per bulan untuk garis u
USD_u	: Garis kemiskinan dalam USD PPP per kapita per hari
PPP_{2024}	: Faktor konversi PPP 2024 (5.543,55 Rupiah per <i>international dollar</i>)
d	: Jumlah hari per bulan rata-rata (30,4167)

Identifikasi *Push into Poverty*

Seorang individu dikategorikan *pushed into poverty* atau jatuh miskin akibat OOP apabila rumah tangganya berada di atas garis kemiskinan sebelum membayar OOP namun jatuh ke bawah garis kemiskinan setelah OOP. Pemiskinan akibat OOP dengan demikian ditentukan oleh dua kondisi simultan, yaitu konsumsi per kapita sebelum OOP berada di atas garis kemiskinan, dan konsumsi per kapita setelah OOP turun di bawah garis kemiskinan.

Indikator Individu Jatuh miskin akibat OOP

$$I_i^{(u)} = 1(C_h^{pre} \geq z_u) \cdot 1(C_h^{post} < z_u)$$

Keterangan:

C_h^{pre}	: Konsumsi per kapita sebelum OOP
C_h^{post}	: Konsumsi per kapita sesudah OOP
z_u	: Garis kemiskinan bulanan dalam rupiah
u	: Garis kemiskinan bulanan dalam rupiah
$I_i^{(u)}$	: Indikator 1/0 apakah individu i jatuh miskin akibat OOP

Identifikasi *Further Impoverishment*

Selain *push into poverty*, pengukuran ini juga menangkap *further impoverishment*, yaitu rumah tangga yang sudah berada di bawah garis kemiskinan sebelum OOP dan tetap berada di bawah garis tersebut setelah OOP. Indikator ini melengkapi *push into poverty* dengan menangkap dampak OOP pada kelompok yang sudah miskin sebelum membayar biaya kesehatan, yang sering luput dari pengukuran *push*.

$$I_i^{further}(u) = \mathbb{1}(C_h^{pre} < z_u) \times \mathbb{1}(C_h^{post} < z_u)$$

Keterangan:

$I_i^{further}(u)$: Indikator biner apakah individu i mengalami *further impoverishment* pada garis kemiskinan

Penambahan indikator *further impoverishment* merupakan kebaruan metodologis dalam laporan ini dibandingkan PRAKARSA 2020 yang hanya melaporkan *push into poverty*. Pelaporan kedua indikator sejalan dengan rekomendasi WHO Global Monitoring Report yang menempatkan kedua indikator sebagai komponen pelengkap dalam pengukuran proteksi finansial (WHO & World Bank, 2023).

Identifikasi *Total Impoverishment*

Total impoverishment merupakan gabungan *push into poverty* dan *further impoverishment*, yaitu seluruh individu yang berada di bawah garis kemiskinan setelah OOP, terlepas dari status mereka sebelum OOP. Indikator ini memberikan gambaran agregat tentang beban kemiskinan total pasca-OOP.

$$I_i^{total}(u) = \mathbb{1}(C_h^{post} < z_u)$$

Estimasi Populasi Terdampak

Penghitungan jumlah dan persentase individu yang terdampak dilakukan dengan mengakumulasi bobot seluruh individu yang memenuhi masing-masing kondisi. Penghitungan dilakukan pada tingkat provinsi dan tingkat nasional menggunakan formula berikut:

$$N_p^k(u) = \sum_{i \in p} (W_i \times I_i^k(u))$$

$$Pct_p^k(u) = \frac{N_p^k(u)}{N_p} \times 100$$

Keterangan:

- $N_p^k(u)$: Jumlah individu di provinsi p yang mengalami kondisi k pada garis kemiskinan u
- W_i : Bobot individu i dari SUSENAS
- N_p : Total populasi tertimbang provinsi p
- $Pct_p^k(u)$: Persentase populasi provinsi p yang mengalami kondisi k pada garis kemiskinan u
- k : Kondisi pemiskinan (pushed, further, atau total)



Bab 04

Dinamika Kebijakan Kesehatan Nasional dan Arah Pencapaian *Universal Health Coverage*



Sejak tahun 2018 hingga 2024, arah kebijakan kesehatan nasional menunjukkan dinamika yang cukup signifikan dalam upaya memperbaiki sistem kesehatan dan memperkuat pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC). Pergeseran kebijakan terjadi pada hampir seluruh subsistem kesehatan, mulai dari pembiayaan, tata kelola pelayanan, sumber daya manusia, hingga sistem informasi kesehatan. Dalam kurun waktu tersebut, pemerintah melakukan serangkaian reformasi struktural yang ditujukan untuk meningkatkan efisiensi, mutu, dan akses layanan kesehatan secara nasional. Periode ini juga ditandai oleh penguatan kebijakan digitalisasi data kesehatan, standardisasi mutu layanan, serta konsolidasi pembiayaan melalui program jaminan kesehatan sosial yang semakin luas cakupannya (Kemenkes RI, 2023; DJSN, 2024).

Selain perubahan kebijakan yang bersifat struktural, faktor eksternal seperti pandemi Covid-19 turut memberikan tekanan besar terhadap sistem kesehatan dan mendorong percepatan transformasi pada sektor pelayanan publik. Krisis tersebut memperlihatkan tantangan ketahanan kesehatan nasional, termasuk kapasitas layanan primer dan mekanisme pembiayaan kesehatan publik (WHO, 2021; Kemenko PMK, 2022). Situasi ini mempercepat reformasi pada bidang kesiapsiagaan, sistem rujukan, serta inovasi pelayanan berbasis teknologi. Berdasarkan perkembangan tersebut, berikut disajikan rangkuman kebijakan kesehatan utama selama periode 2018–2024 yang secara substantif berpengaruh terhadap arah pembangunan kesehatan dan sistem UHC di Indonesia.

Tabel 3. Perubahan Kebijakan Kesehatan 2018 – 2024

Tahun	Judul Peraturan / Regulasi	Substansi Pokok Kebijakan
2018	Perpres No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Menetapkan kerangka hukum utama penyelenggaraan JKN, termasuk peserta, iuran, manfaat, dan tata kelola sistem jaminan kesehatan nasional.
2019	Perpres No. 75 Tahun 2019 (perubahan atas Perpres 82/2018)	Mengatur kenaikan iuran JKN untuk keberlanjutan pembiayaan; dibatalkan sebagian oleh Putusan MA No. 7P/HUM/2020.
Pengumuman Pandemi Covid-19 melalui Keputusan Presiden No. 11/2020		
2020	Perpres No. 64 Tahun 2020 (perubahan kedua Perpres 82/2018)	Menyesuaikan besaran iuran dan mekanisme subsidi bagi peserta PBI; menjaga stabilitas keuangan BPJS Kesehatan.
	Perpres No. 18 Tahun 2020 (RPJMN 2020–2024)	Menetapkan arah kebijakan pembangunan kesehatan dengan target UHC $\geq 98\%$ penduduk pada 2024.



2020	PP No. 21 Tahun 2020 tentang PSBB	Menjadi dasar hukum penanganan pandemi Covid-19; memperkuat kesiapsiagaan dan transformasi sistem layanan kesehatan.
2021	PP No. 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perumahsakit	Memberikan mandat awal penyediaan pelayanan rawat inap kelas standar di rumah sakit sebagai dasar konseptual KRIS.
	Perpres No. 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting	Mengatur strategi nasional lintas sektor dalam percepatan penurunan stunting dan penguatan layanan primer.
2022	Permenkes No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis	Mewajibkan penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) dan integrasi data kesehatan nasional melalui platform SATUSEHAT.
Berakhirnya Status Covid-19 melalui Keputusan Presiden No. 17/2023		
2023	Permenkes No. 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan JKN	Menetapkan standar tarif kapitasi, non-kapitasi, dan INA-CBG; memperkuat efisiensi dan kesinambungan pembiayaan JKN.
	UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan	Menyatukan regulasi sektor kesehatan (omnibus law) mencakup SDM, pelayanan, pembiayaan, farmasi, dan ketahanan kesehatan.
2024	Perpres No. 59 Tahun 2024 (perubahan ketiga Perpres 82/2018)	Menjadi dasar hukum operasional penerapan KRIS dalam sistem JKN; tenggat implementasi nasional paling lambat 30 Juni 2025.
	PP No. 28 Tahun 2024 (Pelaksanaan UU No. 17/2023)	Mengatur pelaksanaan sistem kesehatan nasional, pembiayaan, SDM, dan tata kelola pasca-Omnibus Law.
	Capaian UHC Nasional 2024	Pemerintah menyatakan cakupan kepesertaan JKN telah melampaui 98% penduduk, menandai tercapainya UHC administratif.

Sumber: Database Peraturan JDIH BPK, diolah peneliti

Berdasarkan tabel 3, dapat dilihat bahwa dinamika kebijakan kesehatan Indonesia selama periode 2018-2024 menunjukkan dinamika reformasi yang cukup komprehensif dan berlapis. Reformasi ini tidak hanya menyentuh aspek teknis penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional tetapi juga mencakup restrukturisasi tata kelola sistem kesehatan melalui perubahan regulasi di berbagai tingkat hukum. Sejumlah peraturan

seperti Perpres 82 Tahun 2018 dan turunannya hingga Perpres 59 Tahun 2024 menandai penataan ulang aspek pembiayaan dan manfaat jaminan kesehatan. Kebijakan tersebut memiliki tujuan rasional yaitu memastikan keberlanjutan pembiayaan kesehatan dan pemerataan akses layanan sebagai bagian dari strategi menuju pencapaian UHC (DJSN, 2024).

Periode ini juga memperlihatkan pergeseran fokus dari perluasan kepesertaan menuju penguatan efektivitas perlindungan kesehatan. Reformasi melalui Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan peraturan pelaksanaannya menegaskan upaya integrasi sistem kesehatan secara nasional. Aspek pelayanan, sumber daya manusia, dan pendanaan mulai dirancang dalam satu kerangka hukum yang lebih adaptif terhadap kebutuhan pelayanan universal (Kemenkes RI, 2023). Di sisi lain, kebijakan seperti penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) melalui Perpres 59 Tahun 2024 menggambarkan langkah konkret menuju pemerataan mutu layanan antar lapisan peserta JKN. Namun, keberhasilan reformasi tersebut masih bergantung pada kesiapan infrastruktur, rumah sakit, dan sistem pembiayaan yang seimbang dengan kapasitas fiskal.

Dalam konteks pembiayaan, penyesuaian tarif melalui Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 menjadi salah satu instrumen penting untuk mengendalikan biaya layanan dan memperkuat keberlanjutan JKN. Penataan struktur tarif ini menunjukkan adanya kesadaran teknokratis bahwa efisiensi sistem harus berjalan beriringan dengan peningkatan mutu pelayanan. Pada saat yang sama, digitalisasi sistem kesehatan melalui Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 juga mencerminkan transformasi signifikan dalam tata kelola data dan transparansi pembiayaan. Integrasi rekam medis elektronik dengan platform SATUSEHAT diharapkan memperbaiki akurasi klaim, meminimalkan duplikasi, dan meningkatkan akuntabilitas penyedia layanan (Kemenkes RI, 2022).

Berdasarkan Bappenas (2022), salah satu tantangan utama dalam sistem informasi kesehatan saat ini adalah belum terintegrasinya aplikasi dan sistem pelaporan yang digunakan. Di tingkat pusat, Kementerian Kesehatan mengelola sekitar 207 sistem informasi yang tersebar di berbagai unit, yang membuka peluang terjadinya pengisian data ganda dan memperbesar beban administratif di fasilitas pelayanan kesehatan. Meskipun telah ada inisiatif untuk menyatukan seluruh data tersebut, implementasi sistem pencatatan dan pelaporan terpadu dengan model *single entry* masih belum terlaksana. Di tingkat daerah, masing-masing unit kerja menggunakan sistem informasi sendiri dengan format pelaporan dan pencatatan yang berbeda-beda, bahkan beberapa proses pelaporannya masih dilakukan secara manual. Situasi ini menambah beban kerja administrasi di lapangan karena tingginya risiko duplikasi dan ketidaksesuaian data antara sistem informasi pusat dan daerah.

Faktor eksternal seperti pandemi Covid-19 turut memengaruhi arah kebijakan pada periode ini. Melalui Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat dan Keputusan Presiden Nomor 17 Tahun 2023 tentang Pencabutan Status Pandemi, terlihat bahwa krisis kesehatan global telah mempercepat proses transformasi kesehatan nasional. Pandemi menyoroti ketergantungan sistem pada pembiayaan publik dan kapasitas layanan primer, sekaligus mempercepat integrasi sistem surveilans dan telemedisin (WHO, 2021; Kemenko PMK, 2022). Dinamika ini menunjukkan bahwa tekanan eksternal dapat berfungsi sebagai katalis bagi pembaruan sistemik dalam kerangka UHC yang lebih tangguh dan responsif.

Dengan demikian, dari sisi regulasi, periode 2018-2024 telah menghasilkan sejumlah pembaruan penting yang memperkuat fondasi kelembagaan dan kebijakan pembiayaan kesehatan nasional. Meskipun arah kebijakan telah bergerak menuju konsolidasi UHC dan pengendalian biaya kesehatan, efektivitasnya tetap memerlukan pengujian melalui data implementatif. Oleh karena itu, penelitian ini tidak hanya menelaah evolusi regulasi, tetapi juga akan mengkaji bagaimana perubahan kebijakan tersebut memengaruhi dinamika capaian UHC serta proporsi *out-of-pocket expenditure* masyarakat, untuk menilai apakah reformasi regulatif telah diikuti oleh perbaikan nyata dalam akses dan perlindungan kesehatan.

Halaman ini sengaja dikosongkan.



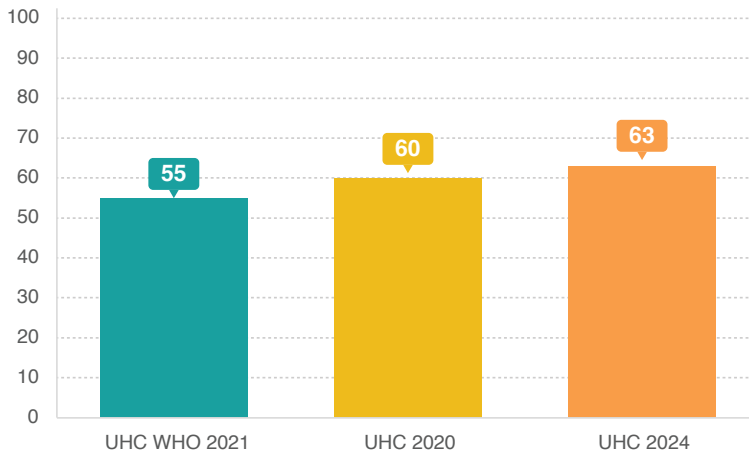


Bab 05

Capaian *Universal Health Coverage* Indonesia



Gambar 4. Perbandingan Skor Capaian UHC Indonesia



Sumber: WHO 2021 dan Diolah Penulis

Penelitian ini menemukan bahwa skor *Universal Health Coverage* Indonesia pada tahun 2024 mencapai 63. Capaian ini meningkat jika dibandingkan skor 60 dalam penelitian PRAKARSA sebelumnya tahun 2020 serta skor 55 yang dirilis WHO dalam publikasi global UHC tahun 2021 (WHO, 2023; PRAKARSA, 2020). Kenaikan skor tersebut menunjukkan adanya perbaikan dalam cakupan layanan esensial dan peningkatan efektivitas pembiayaan kesehatan. Namun demikian, posisi Indonesia masih berada di bawah rerata global yang dilaporkan WHO sebesar 68, sebagaimana dicatat WHO, yang menunjukkan bahwa tantangan pemerataan layanan antarwilayah masih signifikan dan bersifat struktural. peningkatan skor nasional sering kali tidak diikuti penyempitan kesenjangan antarwilayah, terutama di negara berpendapatan menengah dengan disparitas kapasitas layanan yang besar (WHO, 2024). Perlu dicatat bahwa skor PRAKARSA dan UHC SCI WHO menggunakan metodologi yang tidak identik sehingga kedua angka tidak dapat diperbandingkan langsung, melainkan hanya menunjukkan arah capaian relatif.

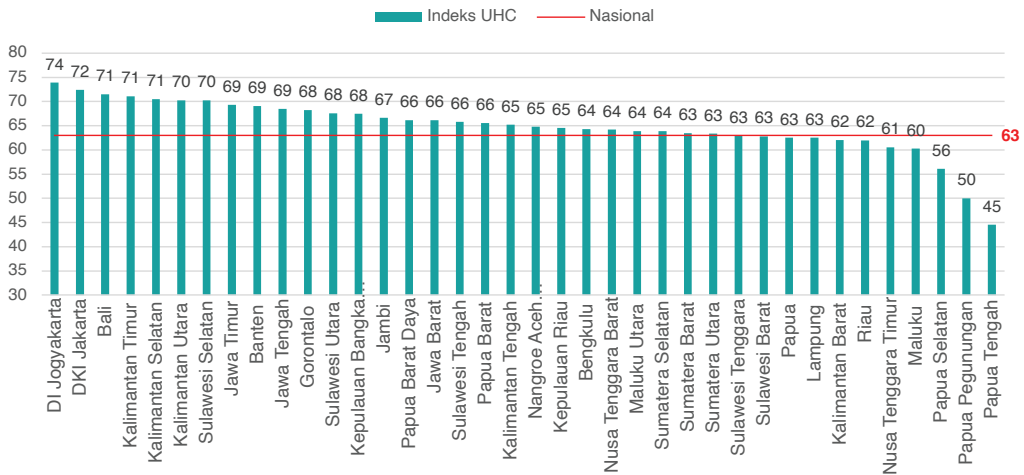
Dinamika skor UHC ini berlangsung bersamaan dengan serangkaian reformasi kebijakan kesehatan 2018–2024 sebagaimana telah diulas pada bab sebelumnya. Beberapa kebijakan memiliki kaitan *plausible* dengan dimensi capaian yang meningkat. Penguatan layanan primer melalui revitalisasi puskesmas dan integrasi platform SATUSEHAT (Permenkes 24/2022) memberikan fondasi bagi perbaikan surveilans penyakit menular serta manajemen penyakit kronis di tingkat FKTP, yang konsisten dengan peningkatan skor dimensi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular. Penataan tarif JKN melalui

Permenkes 3/2023 dan upaya konsolidasi pembiayaan mendukung keberlanjutan akses layanan rujukan, meskipun efek penuh KRIS (Perpres 59/2024) belum dapat tertangkap dalam data 2024 karena tenggat implementasi nasional baru ditetapkan pada 30 Juni 2025. Sementara itu, konsolidasi regulasi sektorkesehatan melalui UU 17/2023 membuka ruang integrasi antara pembiayaan, SDM, dan layanan, tetapi sebagai omnibus law yang baru berumur kurang dari dua tahun saat pengukuran, dampak operasionalnya masih bersifat awal.

Di sisi lain, sejumlah kebijakan yang secara normatif bertujuan memperkuat UHC tampak belum tertransmisi secara jelas ke perubahan skor. Target UHC $\geq 98\%$ penduduk dalam RPJMN 2020–2024 (Perpres 18/2020) telah tercapai secara administratif melalui kepesertaan JKN 98,11% pada September 2024, tetapi proporsi peserta aktif hanya 77,87% dari populasi (DJSN, 2024). Kesenjangan antara cakupan formal dan proteksi efektif ini sejalan dengan temuan bahwa peningkatan skor UHC belum merata antar provinsi, fenomena yang akan dibahas lebih lanjut pada sub bab berikutnya. Temuan ini memperkuat relevansi pergeseran fokus kebijakan dari perluasan kepesertaan menuju efektivitas perlindungan sebagaimana telah diulas pada bab sebelumnya, meskipun implementasinya belum sepenuhnya tercermin pada hasil di lapangan.

Selain itu, perbaikan skor juga sejalan dengan proses pemulihan sistem kesehatan pascapandemi Covid-19. Sejak 2022, Pemerintah Indonesia memperkuat layanan kesehatan primer, termasuk revitalisasi puskesmas, integrasi teknologi informasi kesehatan, dan perluasan cakupan Jaminan Kesehatan Nasional (Kemenkes, 2021). Upaya tersebut sejalan dengan evaluasi WHO bahwa reformasi layanan primer merupakan penggerak utama peningkatan cakupan layanan esensial pada negara berpendapatan menengah (WHO, 2024). Meskipun demikian, ketimpangan antardaerah tetap terlihat, khususnya terkait densitas tenaga kesehatan, kapasitas fasilitas, dan efektivitas rujukan, yang dapat memperlambat pencapaian target UHC 2030 untuk pemulihan sistem kesehatan di negara berkembang (UNDP, 2023).

Gambar 5. Grafik Indeks UHC Indonesia 2024



Sumber: Diolah Penulis

Secara deskriptif, Indeks *Universal Health Coverage* (UHC) tahun 2024 memperlihatkan pola peningkatan yang merata di sebagian besar provinsi Indonesia dibandingkan dengan tahun 2020. Skor tertinggi dicapai oleh Daerah Istimewa Yogyakarta dengan nilai 74, diikuti oleh DKI Jakarta (72) serta Bali dan Kalimantan Timur (71). Sebanyak 17 provinsi berada di atas rata-rata nasional (63), menunjukkan capaian yang relatif baik di wilayah barat dan tengah Indonesia. Jika dibandingkan dengan tahun 2020, peningkatan rata-rata skor nasional sebesar tiga poin menunjukkan adanya perbaikan dalam perluasan layanan kesehatan dasar. Namun, ketimpangan masih tampak jelas pada wilayah timur, terutama di Papua dan provinsi hasil pemekaran yang hanya mencatat skor antara 45-56. Perbedaan kapasitas fasilitas kesehatan, ketersediaan tenaga kesehatan, dan kemampuan fiskal daerah menjadi faktor utama dalam variasi pencapaian UHC antardaerah (PRAKARSA, 2020; Agustina et al., 2018).

Gambar 6. Peta Indeks UHC Indonesia 2024

Universal Health Coverage Indonesia 2024



Sumber: Diolah Penulis

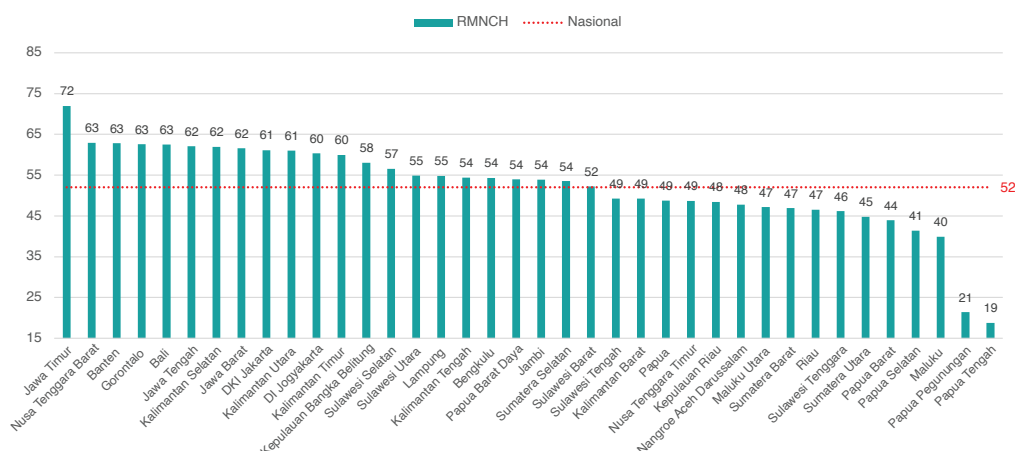
Dinamika spasial ini juga menunjukkan bahwa desentralisasi dan pemekaran wilayah dapat memperdalam kesenjangan bila tidak diikuti dengan penguatan tata kelola Kesehatan di tingkat daerah. Papua Tengah mencatat skor terendah 45, sementara Papua Pegunungan dan Papua Selatan berada sedikit lebih tinggi. Wilayah ini umumnya memiliki cakupan layanan rendah, terutama pada fasilitas rujukan dan tenaga medis. Meski indikator kesehatan ibu dan anak di Papua relatif tinggi, hal itu belum mampu menyeimbangkan lemahnya kapasitas layanan dan penyakit menular. Kemenkes (2021) menegaskan bahwa daerah dengan kapasitas infrastruktur rendah cenderung tertinggal dalam pencapaian layanan primer dan rujukan meskipun telah terjadi perluasan program Jaminan Kesehatan Nasional. Selain itu, indikator layanan dasar di wilayah timur masih berada di bawah rata-rata nasional, terutama pada cakupan imunisasi, tenaga kesehatan per penduduk, dan akses fasilitas (Profil Kesehatan Indonesia, 2023).

Jika dibandingkan dengan tahun 2020, berdasarkan gambar 6 pola spasial UHC menunjukkan tren peningkatan pada provinsi berkapasitas tinggi dan stagnasi di wilayah tertinggal. Provinsi-provinsi seperti DKI Jakarta, DI Yogyakarta, dan Bali memperkuat posisinya sebagai kelompok dengan indeks tertinggi, dengan kenaikan rata-rata 4-7 poin selama empat tahun terakhir. Di sisi lain, daerah seperti Nusa Tenggara Timur, Maluku, dan Sulawesi Barat tidak mengalami peningkatan berarti dan tetap berada di bawah rata-rata nasional. Hal ini menunjukkan bahwa konvergensi antarwilayah masih berjalan lambat. Pola ini konsisten dengan laporan *Progress Toward Universal Health Coverage in ASEAN* yang mencatat bahwa negara dengan struktur kewenangan kesehatan yang terdesentralisasi membutuhkan dukungan fiskal dan teknis tambahan

agar wilayah dengan kebutuhan tinggi tidak tertinggal dalam pencapaian UHC (ASEAN, 2022). Dengan demikian, tantangan utama bukan hanya peningkatan skor nasional, tetapi percepatan konvergensi antarwilayah agar target UHC 2030 dapat dicapai secara lebih merata.

5.1 Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

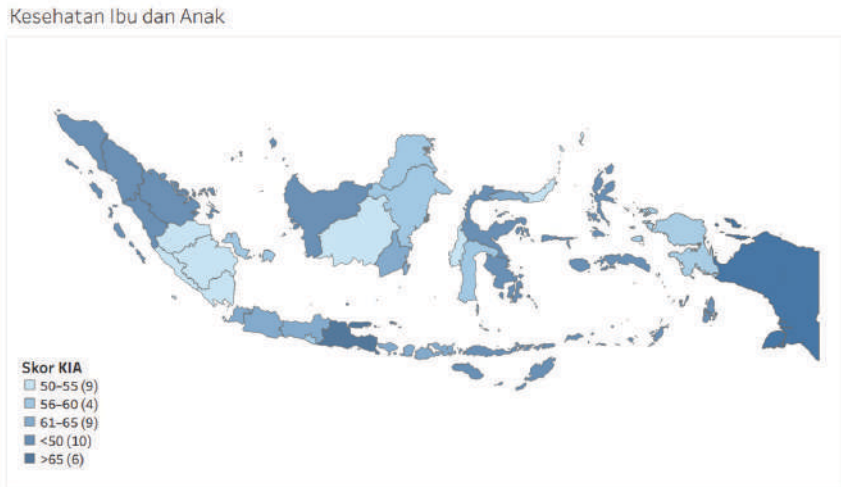
Gambar 7. Grafik Indeks Kesehatan Ibu dan Anak



Sumber: Diolah Penulis

Berdasarkan grafik, hanya 10 provinsi yang mempertahankan skor di atas rata-rata nasional. Jawa Timur menempati posisi tertinggi dengan indeks 72, diikuti Nusa Tenggara Barat, Banten, Gorontalo, dan Bali yang masing masing mencapai 63. Jawa Timur dan Nusa Tenggara Barat menunjukkan konsistensi pada indikator pemanfaatan kontrasepsi modern dan cakupan ANC. Kedua indikator tersebut merupakan komponen fundamental untuk stabilitas layanan maternal dan penurunan risiko kematian ibu (WHO, 2023). Sebaliknya, provinsi di kawasan timur menempati posisi terendah, terutama Papua Tengah dengan skor 19 dan Papua Pegunungan dengan skor 21. Temuan ini sekaligus mengoreksi gambaran yang mungkin muncul pada pembahasan sub bab sebelumnya bahwa capaian KIA di wilayah Papua tinggi. Gambaran tersebut sebetulnya berlaku untuk provinsi Papua induk dan Papua Barat, sementara provinsi hasil pemekaran di wilayah pegunungan dan tengah Papua justru mencatat skor KIA paling rendah di Indonesia.

Gambar 8. Peta Indeks Kesehatan Ibu dan Anak



Sumber: Diolah Penulis

Dinamika antarprovinsi memperlihatkan pergeseran pola capaian yang sebelumnya bervariasi dalam rentang 51 sampai 76 pada 2020 menjadi semakin timpang pada 2024 dengan rentang 19 sampai 72. Penurunan paling tajam terjadi pada provinsi Papua dan NTT yang mengalami degradasi skor lebih dari 10 poin, sedangkan Maluku mengalami penurunan sekitar 5 poin. Upaya pemulihan layanan pascapandemi tampaknya belum terdistribusi secara proporsional. Keterbatasan transportasi sering mengalami gangguan kesinambungan layanan, yang berdampak langsung pada indikator maternal dan neonatal (WHO, 2023). Wilayah kepulauan dan terpencil memiliki tingkat kesenjangan akses *maternal health* hingga dua kali lipat dibanding wilayah perkotaan (OECD, 2023; Minh *et al.*, 2014). Sementara itu, provinsi seperti DKI Jakarta, Jawa Tengah, dan Bali relatif stabil karena memiliki sistem pelayanan rujukan yang lebih kuat dan rasio tenaga medis yang tinggi.

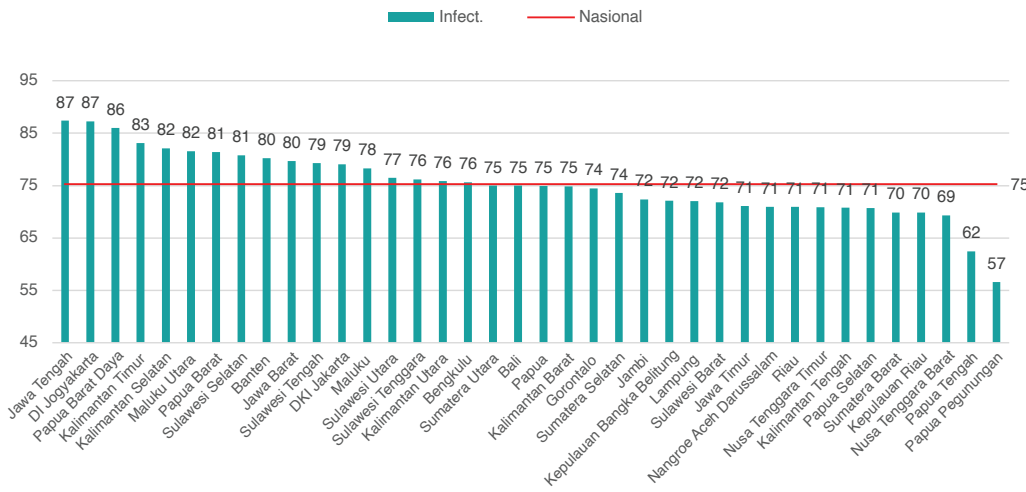
Dari sisi indikator spesifik, Jawa Timur dan Nusa Tenggara Barat unggul pada hampir seluruh komponen. Jawa Timur mencatat cakupan ANC 98,2% dan penggunaan kontrasepsi modern 77,8%, sedangkan Nusa Tenggara Barat mencapai 82,1% untuk kontrasepsi modern dan 98,7% untuk ANC. Bali mencatat cakupan IDL tertinggi pada 73,5%, relatif lebih baik dibandingkan provinsi lain meskipun masih di bawah target nasional 90%. DKI Jakarta unggul pada indikator persalinan dengan cakupan hampir universal 99,6%. Sebaliknya, Papua, Papua Tengah, dan Maluku memperlihatkan kelemahan pada cakupan imunisasi dan ketersediaan tenaga kesehatan. Papua Tengah hanya mencatat cakupan ANC 41% dan IDL 10,3%, menjadi salah satu indikasi bahwa pemekaran wilayah tanpa penguatan kapasitas layanan dapat memperdalam kesenjangan.

Pada konteks kebijakan, Perpres 72/2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting dan RPJMN 2020–2024 (Perpres 18/2020) menempatkan KIA sebagai prioritas pembangunan kesehatan, namun implementasi pada tingkat daerah menunjukkan variasi yang lebar. Pascapandemi, Kementerian Kesehatan meluncurkan Bulan Imunisasi Anak Nasional pada 2022 untuk memulihkan cakupan imunisasi yang sempat turun selama pembatasan sosial (Kemenkes, 2022). Meskipun program tersebut berhasil mengejar sebagian ketertinggalan imunisasi pada tingkat nasional, distribusi hasilnya belum merata dan wilayah dengan kapasitas sistem kesehatan rendah tetap tertinggal. Temuan ini memperkuat argumen bahwa reformasi regulasi nasional perlu diiringi intervensi yang sensitif terhadap kapasitas daerah.

Ketimpangan distribusi fasilitas maternal dan imunisasi di Indonesia masih menjadi determinan utama rendahnya kualitas layanan KIA (WHO, 2023). Dengan demikian, intervensi kebijakan perlu difokuskan pada penguatan sistem primer dan distribusi tenaga kesehatan di provinsi dengan indeks di bawah 50 untuk mempersempit kesenjangan layanan antarwilayah. Mekanisme implementasi UU 17/2023 melalui PP 28/2024 memberikan kerangka hukum bagi redistribusi sumber daya kesehatan, namun efektivitasnya bergantung pada sinergi dengan kebijakan fiskal daerah seperti Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan.

5.2 Penyakit Menular

Gambar 9. Grafik Indeks Penyakit Menular



Sumber: Diolah Penulis

Dimensi Penyakit Menular (PM) tahun 2024 menunjukkan peningkatan yang cukup signifikan dibandingkan dengan tahun 2020, dengan rata-rata nasional naik dari 59 menjadi 75. Peningkatan ini menandakan efektivitas penguatan sistem surveilans dan pengendalian penyakit menular di berbagai wilayah Indonesia setelah masa pandemi. Dimensi Penyakit Menular pada 2024 mencatat rata-rata nasional 75, meningkat dari skor 59 pada pengukuran PRAKARSA (2020). Sebagaimana pada dimensi sebelumnya, perubahan skor ini perlu dibaca bersama perubahan operasionalisasi indikator. Pada 2020, indikator TBC adalah rata-rata tingkat deteksi kasus dan tingkat keberhasilan pengobatan, sedangkan pada 2024 indikator yang digunakan adalah cakupan temuan TBC dari laporan program nasional. Indikator sanitasi juga bergeser dari sanitasi dasar menjadi akses sanitasi aman rumah tangga. Sebagian peningkatan skor kemungkinan mencerminkan pemulihan program pengendalian penyakit menular pascapandemi.

Tiga provinsi dengan capaian tertinggi yaitu Jawa Tengah (87), DI Yogyakarta (87), dan Papua Barat Daya (86). Ketiga provinsi tersebut menunjukkan penanganan HIV dan peningkatan akses sanitasi dasar yang relatif tinggi dimana masing-masing berkisar antara 68-71. Laporan Program Penanggulangan TBC (2023) dan Laporan Tahunan HIV (2023) menegaskan bahwa provinsi dengan kapasitas layanan primer dan jejaring laboratorium yang kuat cenderung mencapai kinerja lebih stabil dalam deteksi kasus dan penanganan infeksi menular.

Gambar 10. Peta Indeks Penyakit Menular



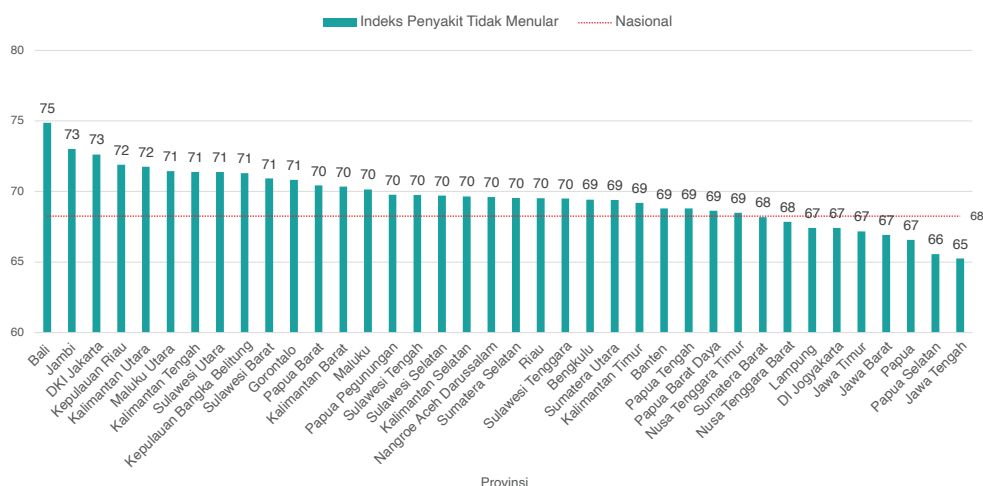
Sumber: Diolah Penulis

Sebaliknya, kesenjangan antarwilayah masih terlihat mencolok. Papua Tengah (57) dan Papua Pegunungan (62) menempati posisi terendah dimana masih rendahnya prevalensi akses terhadap sanitasi dasar hanya 23-24. Kondisi ini menggambarkan bahwa capaian intervensi klinis belum diimbangi oleh peningkatan lingkungan hidup sehat. Di wilayah-wilayah lain seperti Nusa Tenggara Barat (70) dan Riau (70), meski tingkat deteksi HIV relatif tinggi (>83), capaian sanitasi dasar masih berada di bawah 70, yang dapat meningkatkan risiko reemergence penyakit berbasis air dan lingkungan. Kesenjangan ini menekankan perlunya pendekatan lintas-sektoral antara kesehatan dan infrastruktur publik, terutama dalam konteks air bersih, sanitasi, dan higiene (WASH)(OECD, 2023).

Peningkatan skor dimensi Penyakit Menular juga berlangsung bersamaan dengan serangkaian kebijakan pada periode 2018-2024 yang telah dibahas pada bab sebelumnya. Perpres 67/2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis menargetkan eliminasi TBC pada 2030 dan mendorong penguatan jejaring laboratorium serta sistem rujukan TBC di tingkat FKTP. Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) yang berjalan berkelanjutan turut mendukung perluasan akses sanitasi dasar meskipun capaian sanitasi aman masih jauh dari target (Kemenkes, 2023). Integrasi rekam medis elektronik melalui Permenkes 24/2022 dan platform SATUSEHAT membuka kemungkinan peningkatan akurasi pelaporan kasus TBC dan HIV di tingkat FKTP, meskipun hasil akhirnya bergantung pada kualitas input data di fasilitas layanan. Konsolidasi regulasi kesehatan melalui UU 17/2023 menempatkan pengendalian penyakit menular sebagai bagian dari sistem kesehatan nasional yang lebih terintegrasi.

5.3 Penyakit Tidak Menular

Gambar 11. Grafik Indeks Penyakit Tidak Menular

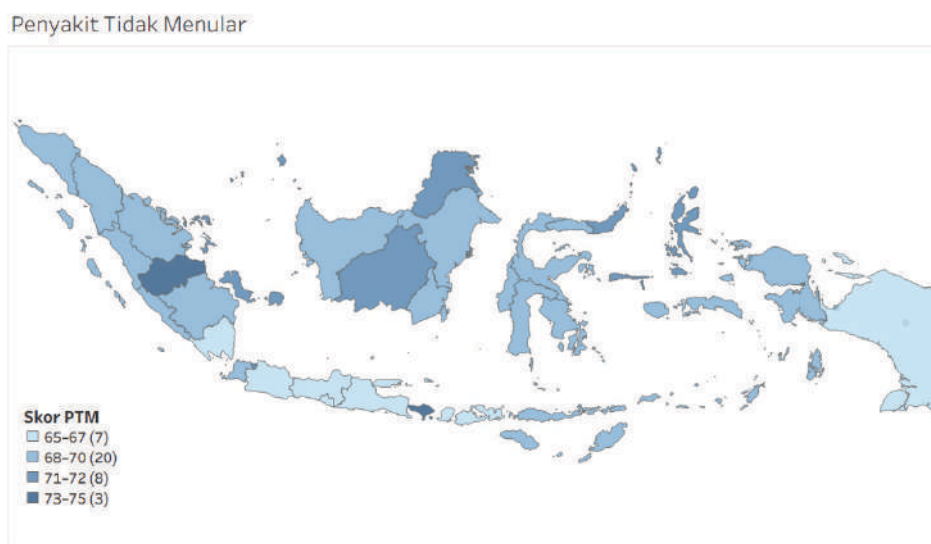


Sumber: Diolah Penulis

Dimensi Penyakit Tidak Menular (PTM) tahun 2024 menunjukkan peningkatan substansial dibandingkan dengan 2020, di mana rata-rata nasional naik dari 49 menjadi 69. Peningkatan ini menunjukkan adanya peningkatan pada sistem deteksi dini dan manajemen penyakit kronis di tingkat layanan primer. Tiga provinsi dengan capaian tertinggi adalah Bali (75), Jambi (73), dan DKI Jakarta (73). Ketiganya mencerminkan efektivitas intervensi terpadu antara skrining, pengobatan berkelanjutan, dan pengendalian faktor risiko. Bali menonjol pada seluruh indikator dengan capaian *treatment* hipertensi 89,8%, diabetes 94,2%, dan *tobacco control* 96,1%. DKI Jakarta dan Jambi juga menunjukkan capaian tinggi dalam pengobatan hipertensi di atas 88%, serta tingkat kepatuhan terhadap pengendalian tembakau dan skrining kanker serviks yang meningkat dibanding tahun 2020.

Namun disisi lain, data prevalensi PTM pada populasi justru menunjukkan tren yang berbeda. Prevalensi diabetes mellitus pada penduduk dewasa Indonesia meningkat dari 8,5% pada 2018 menjadi 11,7% pada 2023, prevalensi hipertensi tetap tinggi pada kisaran 30% populasi dewasa, dan prevalensi obesitas terus naik (Kemenkes, 2024). Dengan demikian, beban PTM di Indonesia justru semakin berat secara epidemiologis, meskipun cakupan *treatment* pada yang terdiagnosis dilaporkan baik. Skor dimensi PTM yang meningkat dalam laporan ini lebih mencerminkan perluasan layanan pada yang terdiagnosis, bukan penurunan beban penyakit di populasi.

Gambar 12. Peta Indeks Penyakit Tidak Menular



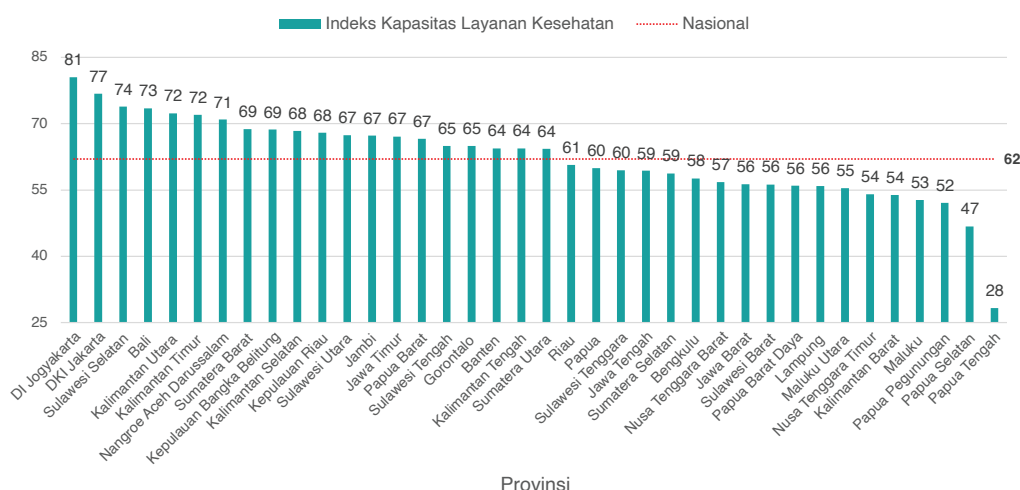
Sumber: Diolah Penulis

Variasi antarprovinsi pada dimensi PTM relatif lebih sempit dibandingkan dimensi KIA atau PM, dengan rentang skor 65 sampai 75. Skor terendah tercatat di Jawa Tengah dengan skor 65, Papua Selatan dengan skor 66, Jawa Barat dan Papua dengan skor 67. Temuan bahwa Jawa Tengah menempati posisi terendah menarik untuk dicatat karena pada dimensi Penyakit Menular provinsi ini berada di peringkat tertinggi. Perbedaan kinerja Jawa Tengah antar dimensi kemungkinan mencerminkan kekuatan sistem kesehatan di program vertikal seperti TBC dan HIV, dibandingkan layanan horizontal untuk PTM yang bergantung pada sistem layanan primer yang komprehensif. Pola inikonsisten dengan observasi bahwa negara dengan sistem kesehatan matang sering menghadapi tantangan berbeda di era transisi epidemiologi dari penyakit menular ke PTM (WHO, 2024)

Pada indikator skrining kanker serviks, variasi antarprovinsi sangat lebar. DKI Jakarta mencatat cakupan skrining tertinggi nasional pada 16,5%, diikuti beberapa provinsi dengan cakupan 10-14%. Provinsi dengan cakupan terendah termasuk Papua Selatan, Jawa Tengah, dan Papua Pegunungan dengan cakupan di bawah 8%. Bahkan cakupan tertinggi di Indonesia masih jauh di bawah target *WHO Cervical Cancer Elimination Initiative* yang menargetkan 70% perempuan pada usia 35 dan 45 tahun telah diskriming dengan tes berkualitas tinggi setidaknya sekali seumur hidup (WHO, 2020). Indonesia dengan demikian menghadapi gap yang sangat besar dalam pencapaian target eliminasi kanker serviks, dan kesenjangan ini tidak hanya menjadi persoalan provinsi tertinggal tetapi persoalan sistem kesehatan nasional secara keseluruhan.

5.4 Kapasitas dan Akses Layanan

Gambar 13. Grafik Indeks Kapasitas dan Akses Layanan Kesehatan

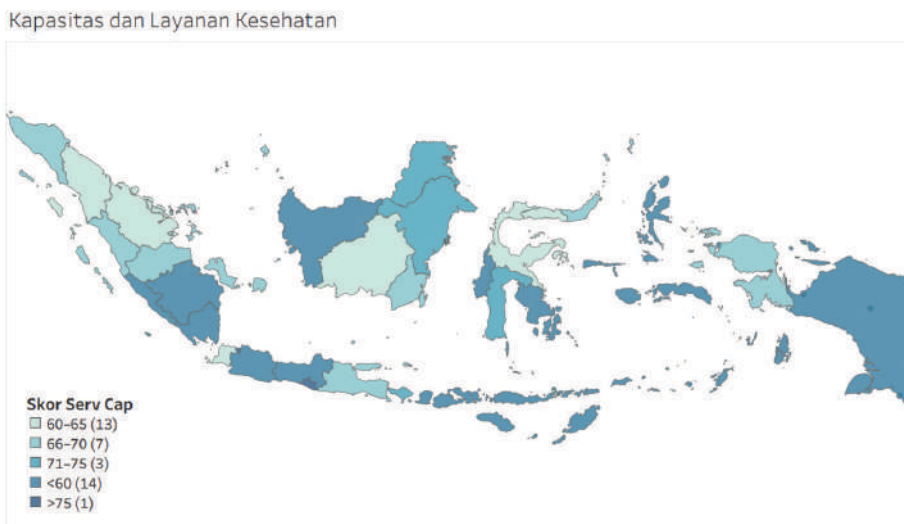


Sumber: Diolah Penulis

Dimensi Kapasitas dan Akses Layanan Kesehatan pada 2024 mencatat rata-rata nasional 62, lebih tinggi dari skor 60 pada pengukuran penelitian sebelumnya (PRAKARSA, 2020). Kenaikan dua poin ini relatif kecil dibandingkan tiga dimensi UHC lainnya. Yang lebih mencolok adalah pola distribusi skor antarprovinsi yang sangat tidak merata. Berdasarkan pemetaan skor pada peta provinsi, hanya satu provinsi yang masuk kategori skor di atas 75, sedangkan 14 provinsi berada di bawah skor 60. Pola ini menunjukkan bahwa kapasitas dan akses layanan tetap menjadi tantangan struktural utama bagi sistem kesehatan Indonesia, terutama pada aspek pemerataan antarwilayah.

Berdasarkan grafik 13, skor tertinggi tercatat di DI Yogyakarta dengan skor 81, diikuti DKI Jakarta 77, Sulawesi Selatan 74, Bali 73, dan Kalimantan Utara serta Kalimantan Timur yang masing masing mencatat skor 72. Yogyakarta menempati posisi tertinggi pada beberapa indikator utama, termasuk kepadatan tenaga kesehatan yang tinggi dan akses terhadap layanan psikosis-skizofrenia yang relatif lebih baik dibandingkan provinsi lain. DKI Jakarta unggul pada ketersediaan obat esensial dan rasio fasilitas terhadap penduduk. Komposisi provinsi pada peringkat atas menunjukkan bahwa provinsi dengan PDRB per kapita tinggi dan kepadatan penduduk perkotaan cenderung memiliki kapasitas layanan yang lebih kuat. Pola ini konsisten dengan literatur yang menunjukkan korelasi antara kapasitas fiskal daerah, kepadatan penduduk, dan ketersediaan layanan kesehatan (Agustina *et al.*, 2019).

Gambar 14. Peta Indeks Kapasitas dan Layanan Kesehatan



Sumber: Diolah Penulis

Perbandingan antarprovinsi juga memperlihatkan adanya ketimpangan yang dalam antara kawasan barat dan timur Indonesia. Daerah-daerah di kawasan timur seperti Papua Tengah (51), Papua Selatan (52), dan Papua Pegunungan (53) masih berada jauh di bawah rata-rata nasional. Di Papua Tengah, misalnya, kapasitas rumah sakit baru mencapai 20% dengan tenaga kesehatan hanya 36 orang per 10.000 penduduk, sementara akses layanan psikosis masih 0%. Kondisi ini menunjukkan lemahnya integrasi antara infrastruktur kesehatan dan sumber daya manusia. OECD (2023) menilai bahwa pemerataan tenaga kesehatan perlu menjadi prioritas, dengan memperkuat redistribusi dan pembiayaan berbasis kebutuhan wilayah. Namun sebagian dari indikator yang dilaporkan untuk Papua Tengah, terutama akses layanan psikosis-skizofrenia, kemungkinan mencerminkan keterbatasan data baseline pada provinsi pemekaran daripada absennya layanan secara mutlak.

Dari sisi indikator, tiga provinsi dengan performa terbaik menunjukkan pola keunggulan yang berbeda. DKI Jakarta dan Kalimantan Timur mencapai skor tinggi pada aspek fasilitas dan obat esensial, sementara DI Yogyakarta dan Sulawesi Selatan menonjol dalam pemanfaatan layanan berbasis komunitas serta respons sistem terhadap kebutuhan mental masyarakat. Sebaliknya, provinsi seperti Papua Selatan, Papua Tengah, dan Papua Pegunungan masih menunjukkan ketimpangan yang ekstrem antara kapasitas fisik dan layanan non-fisik. Meski Papua Selatan memiliki ketersediaan obat mencapai 100%, cakupan layanan psikososial hanya 4%, memperlihatkan lemahnya integrasi layanan mental dalam sistem kesehatan. UNDP (2023) menekankan bahwa peningkatan kapasitas layanan harus diiringi dengan strategi pelayanan terpadu dan inklusif agar UHC dapat tercapai secara berkelanjutan.

Dinamika skor pada dimensi ini berlangsung bersamaan dengan serangkaian kebijakan terkait kapasitas sistem kesehatan. UU 17/2023 menempatkan pendayagunaan tenaga kesehatan, distribusi fasilitas, dan integrasi sistem informasi sebagai bagian dari kerangka kesehatan nasional. Pelaksanaan melalui PP 28/2024 mengatur mekanisme penugasan khusus, redistribusi tenaga kesehatan, dan kerangka pendanaan. Permenkes 3/2023 tentang tarif kapitasi dan INA-CBG mempengaruhi viabilitas finansial rumah sakit daerah, yang pada gilirannya berkaitan dengan kapasitas pelayanan rujukan. Permenkes 24/2022 dan platform SATUSEHAT memperkuat integrasi data fasilitas dan tenaga kesehatan, yang menjadi prasyarat bagi pemetaan distribusi kapasitas yang akurat. Penerapan KRIS melalui Perpres 59/2024 akan mengubah standar fasilitas rumah sakit untuk peserta JKN. Efek penuh dari kebijakan-kebijakan ini belum sepenuhnya tertangkap dalam pengukuran 2024 karena beberapa di antaranya baru diimplementasikan atau memiliki tenggat implementasi setelah waktu pengumpulan data.

Variasi antarprovinsi pada dimensi ini menunjukkan bahwa peningkatan skor nasional 2 poin tidak diikuti oleh konvergensi antarwilayah. Provinsi dengan kapasitas tinggi

cenderung mempertahankan posisinya, sedangkan provinsi dengan kapasitas terbatas terutama di wilayah Papua mengalami pelebaran kesenjangan. Implikasinya adalah bahwa instrumen kebijakan nasional yang seragam belum cukup untuk mengatasi disparitas kapasitas.

Genealogi Pencegahan dan Penanganan Terhadap Tuberkulosis di Indonesia

Berdasarkan laporan Global TB Report 2024 yang dikeluarkan oleh WHO, Indonesia menempati posisi kedua negara dengan beban kasus TBC terbesar di dunia, hanya satu ranking di bawah India. Setiap tahunnya, data Kementerian Kesehatan menunjukkan ada sekitar 1.09 juta kasus TBC, dengan angka mortalitas mencapai 125 ribu orang, atau 14 orang meninggal karena TBC tiap jam-nya (WHO, 2024). Kasus TBC juga ditemukan di seluruh lapisan demografi, baik laki-laki, perempuan, maupun anak-anak usia 0-14 tahun.

Pencegahan dan penanganan TBC sudah dimulai sejak lama, dan mulai menemukan bentuknya dan efektivitasnya saat adopsi dan ekspansi program Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS) tahun 1995. Diperkenalkan oleh WHO, DOTS dibangun berdasarkan lima pilar: komitmen politik, pemeriksaan mikroskopis dahak atau pemeriksaan Basil Tahan Asam (BTA), kemoterapi jangka pendek terstandar dengan pengawasan langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO), pengadaan obat dengan mutu terjamin, dan sistem *monitoring* dan pelaporan yang mumpuni (Kemenkes RI, 2020). Dalam dekade awal, DOTS mengalami proses yang signifikan, dengan rasio deteksi kasus mencapai 68%, dan rasio penanganan yang berhasil mencapai 87% pada tahun 2004. Namun, seiring berjalan waktu, *detection gap* mulai terjadi dan berimplikasi pada 690 ribu kasus tidak terlapor pada tahun 2009 (Lestari *et al.*, 2020).

Tahun 2006, Indonesia mulai mengadopsi rencana lima tahunan untuk penanganan TBC yang dikoordinasi melalui Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan TBC (GERDUNAS – TBC). Melalui rencana jangka menengah ini, program DOTS diintegrasikan dengan skema-skema Kerjasama Pemerintah dan Badan Usaha (KPBU), yang mengintegrasikan sistem kepatuhan (*compliance*) program DOTS dengan kriteria akreditasi yang dimiliki Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2011). Namun, evaluasi menunjukkan bahwa 19 – 53% kasus TB di KPBU – DOTS tidak dilaporkan dan ditangani sesuai standar DOTS, mengulang kembali kegagalan berupa under-reporting yang terjadi di program DOTS awal (Lestari *et al.*, 2020).

Evaluasi program-program pencegahan dan penanganan TBC masih menyisakan dua permasalahan utama. Dari sisi suplai, terdapat permasalahan tata kelola lintas kelembagaan. *Underreporting* kasus TBC terjadi dikarenakan penyelenggara pelayanan kesehatan di luar rumah sakit umum, layaknya RS privat, dokter-dokter umum, pengobatan tradisional seperti tabib, Klinik Paru dan Balai Kesehatan Paru Masyarakat,

berada di luar rantai manajemen program nasional pencegahan dan penanganan TB. Di sisi permintaan, *underreporting* terjadi karena terbatasnya jumlah masyarakat yang melakukan cek kesehatan. Data Susenas (BPS, 2021) menunjukkan bahwa per 100 orang, hanya 40 orang yang memiliki inisiatif untuk melakukan cek kesehatan, dengan 60 sisanya tidak. Data lainnya yang kami jadikan *proxy* adalah utilisasi fasilitas pelayanan rawat jalan (*outpatient facility utilization*), atau penggunaan pelayanan atau fasilitas kesehatan yang tidak memerlukan rawat inap, di mana dalam tahun-tahun menjelang penerapan JKN, angkanya justru mengalami penurunan, dari 33.4% di 2008, menjadi 27.1% di 2014 (BPS dalam Agustina *et al.*, 2019). Data ini menunjukkan adanya kesenjangan antara *coverage* BPJS Kesehatan dan utilisasi fasilitas kesehatan, setidaknya untuk skrining kesehatan.

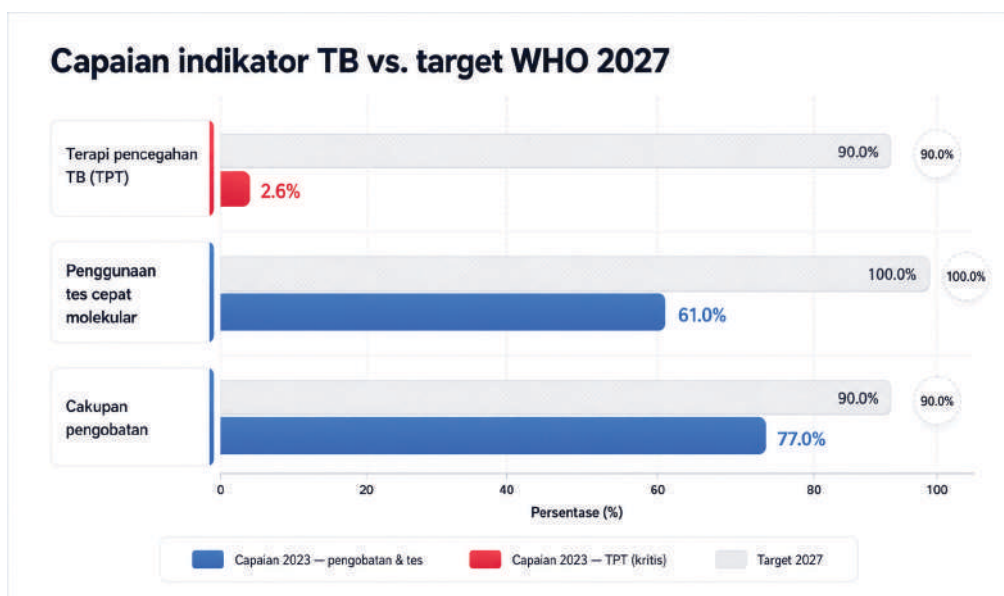
Strategi Nasional Penanggulangan TBC 2020 – 2024 & Perpres 67 Tahun 2021

Menanggapi permasalahan di sisi suplai dan permintaan, Kementerian Kesehatan kemudian merilis Strategi Nasional Penanggulangan TBC 2020 – 2024, dengan tujuan utama untuk mengakselerasi eliminasi TBC di Indonesia tahun 2030. Stranas ini memperkenalkan dua pendekatan baru penanganan TBC. Pertama, *single unified database* melalui Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB) yang menyatukan Sistem Informasi Tuberkulosis Terpadu (SITT) dan eTB Manager. Sistem data ini dibangun dengan tujuan mengurangi jumlah *underreporting* kasus TBC. Kedua, pengintegrasian dan ko-manajemen pencegahan dan penanganan TBC dengan penyakit lainnya seperti HIV dan stunting.

Stranas ini kemudian menjadi landasan diterbitkannya Peraturan Presiden (Perpres) No. 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis. Melalui peraturan ini, penanganan TBC menjadi program prioritas nasional yang menyeluruh, melibatkan 18 kementerian atau lembaga lintas sektor dan pemerintah daerah di dalam Tim Percepatan Penanganan Tuberkulosis (TP2TB). Beberapa mandat utama Tim TP2TB adalah untuk mengurangi rasio kasus TBC menjadi 65 per 100 ribu orang, dan angka mortalitas menjadi 6 dari 100 ribu orang pada tahun 2030. Selain itu, Perpres 67/2021 juga memandatkan pemerintah pusat maupun daerah untuk menyediakan pelayanan dan jaminan kesehatan bagi pasien TBC dan komunitas yang terdampak. Hal strategis lainnya adalah integrasi Perpres ini dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) yang mengharuskan pemerintah di level provinsi maupun kabupaten/kota untuk mengalokasikan penanganan TBC dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) tahun berjalan.

Namun, sekalipun dengan adanya Perpres, penanganan TBC masih mengalami hambatan, terkhususnya di level Pemda. Target Rencana Kerja Pemerintah (RKP),

yang juga merefleksikan target daerah melalui RKP-D menargetkan prevalensi TBC pada angka 297 dari 100 ribu orang (Kemenkes RI, 2023). Salah satu permasalahan utamanya adalah pendekatan yang digunakan oleh pemerintah yang masih berfokus pada penanganan, bukan pencegahan melalui skrining.



Sumber: Lestari, et al. (2025). Diolah penulis.

Menanggapi dinamika ini, setelah terpilih pada tahun 2024, pemerintah mengeluarkan Program Hasil Terbaik Cepat (PHTC) atau *quick wins*, yang salah satunya adalah penyelenggaraan Cek Kesehatan Gratis (CKG) dan pengentasan TBC. Beberapa paket pelayanan yang diberikan antara lain: 1) Pembaruan pendekatan pembiayaan, yang meliputi kewajiban pelaporan TBC untuk klaim pelayanan kesehatan melalui JKN, serta ujicoba insentif finansial untuk pemeriksaan rontgen serta penyelesaian pengobatan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (FKTP) di enam kota; 2) Skrining rumah tangga dan kontak erat di 25 kabupaten/kota, 376 lembaga pemasyarakatan, dan pasien dengan diabetes melitus; 3) Investigasi kontak terpadu menggunakan unit rontgen portabel dan terapi pencegahan tuberkulosis (TPT); 4) Implementasi nasional program pengobatan jangka pendek dengan pemberian obat generik berupa bedakuilin, pretomanid, linezolid, dan/atau mosifloksasin; 5) Peningkatan keterlibatan fasilitas swasta; dan 6) Penguatan kapasitas tenaga kesehatan secara inovatif (Lestari, et al., 2025).

Pada dokumen Kerangka Ekonomi Makro dan Pokok-Pokok Kebijakan Fiskal (KEM – PPKF) Tahun 2027, Pemerintah menetapkan beberapa Program Kerja Prioritas Nasional (PKPN) di sektor kesehatan. Termasuk di antara program ini adalah: 1) Program MBG untuk 3B (Ibu Hamil, Ibu Menyusui, dan Balita non-PAUD); 2) Peningkatan Cakupan Cek Kesehatan Gratis (CKG); 3) Percepatan Penuntasan Tuberkulosis; dan 4) Revitalisasi Rumah Sakit.



Bab 06

Dinamika Pengeluaran *Out of Pocket* Kesehatan di Indonesia

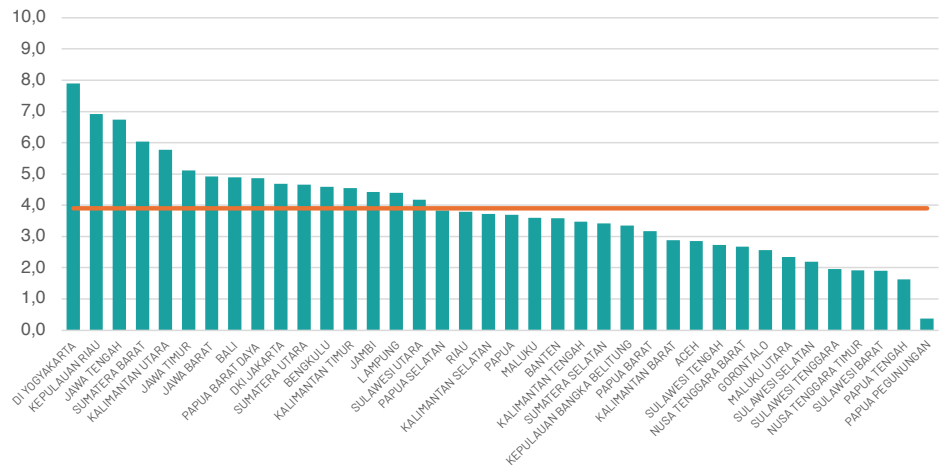


Setelah pengukuran capaian UHC pada dimensi cakupan layanan, bab ini membahas dimensi perlindungan finansial sebagaimana diatur pada SDG 3.8.2. Sebagaimana dijelaskan pada Bab 3, pengukuran proteksi finansial dalam laporan ini menggunakan tiga ambang katastrofik (10%, 25%, dan 40% dari pengeluaran rumah tangga) serta tiga garis kemiskinan internasional berbasis PPP 2021 (USD 3,00; USD 4,20; dan USD 8,30 per kapita per hari). Penambahan ambang 40% dan adopsi PPP 2021 merupakan pembaruan metodologis dibandingkan pengukuran PRAKARSA 2020 yang menggunakan PPP 2017 dan dua ambang katastrofik (10% dan 25%).

Out-of-Pocket health expenditure juga menjadi tantangan struktural dalam pembangunan sistem kesehatan Indonesia. Meskipun perluasan jaminan kesehatan nasional telah meningkatkan akses layanan, namun proporsi OOP Indonesia masih berada pada tingkat yang rentan menimbulkan beban finansial, terutama bagi kelompok miskin dan hampir miskin. Tingginya biaya OOP kesehatan sering kali terkait dengan ketidakseimbangan kualitas layanan, keterbatasan obat esensial di fasilitas primer, serta kebutuhan masyarakat untuk mencari layanan di tingkat rujukan dengan biaya lebih tinggi (ADB, 2023). Selain itu, risiko *catastrophic health expenditure* meningkat signifikan ketika sistem pembiayaan tidak mampu mengurangi biaya yang harus ditanggung langsung oleh rumah tangga (WHO, 2024).

6.1 Out-of-Pocket Kesehatan (Threshold 10%)

Gambar 15. Grafik Pengeluaran Katastropik Kesehatan (10%)



Sumber: Diolah Penulis

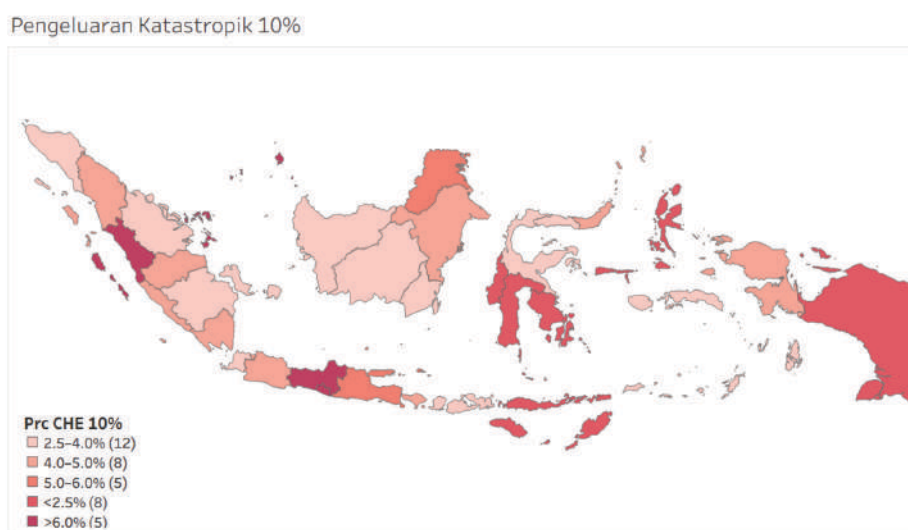
Pengukuran katastrofik kesehatan pada ambang 10% dari total pengeluaran rumah tangga merupakan indikator standar dalam SDG 3.8.2. Pada 2024, penelitian ini mengestimasi sekitar 12,85 juta penduduk Indonesia atau 4,56% populasi mengalami pengeluaran katastrofik pada ambang ini, dengan rata-rata nasional proporsi rumah



tangga sebesar 3,9%. Sebagai pembanding, Penelitian PRAKARSA (2020) sebelumnya menggunakan data SUSENAS 2018 melaporkan sekitar 13 juta jiwa atau 3,62% populasi mengalami pengeluaran katastrofik pada ambang yang sama. Meskipun jumlah absolut relatif stabil, proporsi populasi yang mengalami katastrofik 10% justru meningkat dari 3,62% menjadi 4,56%.

Analisis longitudinal terhadap pengeluaran kesehatan *out-of-pocket* (OOP) pada ambang 10% menunjukkan perubahan struktur risiko finansial rumah tangga antardaerah dalam periode 2020-2024. Pada 2020, sebagian besar provinsi berada pada tingkat OOP yang relatif rendah, dengan 28 dari 34 provinsi mencatat proporsi di bawah 5%. Pada 2024, hanya 18 provinsi yang berada pada tingkat OOP di bawah 4%, sementara beberapa provinsi menunjukkan peningkatan proporsi rumah tangga yang menanggung beban pengeluaran kesehatan di atas 4-5%. Pemulihan layanan, penyesuaian tarif layanan kesehatan, serta kenaikan harga obat dan bahan medis berkontribusi terhadap peningkatan pengeluaran langsung rumah tangga, terutama pada negara dengan sistem pembiayaan campuran seperti Indonesia (WHO, 2023; World Bank, 2023).

Gambar 16. Peta Pengeluaran Katastropik Kesehatan (10%)



Sumber: Diolah Penulis

Variasi antarprovinsi menunjukkan pola yang tidak seragam. Lima provinsi mencatat insiden katastrofik 10% di atas 6%, yaitu DI Yogyakarta dengan 7,9%, Kepulauan Riau dengan 6,9%, Jawa Tengah dengan 6,7%, Sumatera Barat dengan 6,0%, dan Kalimantan Utara dengan 5,8%. Pada ujung lain, provinsi dengan insiden terendah meliputi Papua Pegunungan dengan 0,4%, Papua Tengah dengan 1,6%, dan Sulawesi Barat dengan 1,9%. Pola ini perlu dibaca bersama temuan pada dimensi cakupan layanan UHC.

Provinsi dengan skor UHC rendah seperti Papua Pegunungan dan Papua Tengah juga menunjukkan insiden katastrofik yang sangat rendah, sedangkan provinsi dengan skor UHC tinggi seperti DI Yogyakarta justru mencatat insiden katastrofik yang tinggi. Pola ini konsisten dengan paradoks *unmet need* yang ditemukan penelitian sebelumnya, di mana proporsi katastrofik yang rendah di wilayah tertentu mencerminkan keterbatasan akses layanan, bukan proteksi finansial yang efektif.

Perbandingan dua titik waktu memperlihatkan reorientasi distribusi katastrofik antarprovinsi yang cukup signifikan. Pada 2018, lima provinsi dengan beban katastrofik tertinggi adalah DI Yogyakarta dengan 8,6%, Jawa Tengah 8,0%, Jawa Timur 6,7%, Bali 5,8%, dan Bengkulu 5,1%. Pada 2024, komposisi *top tier* berubah menjadi DI Yogyakarta 7,9%, Kepulauan Riau 6,9%, Jawa Tengah 6,7%, Sumatera Barat 6,0%, dan Kalimantan Utara 5,8%. Tiga provinsi yang sebelumnya tidak masuk *top tier* (Kepulauan Riau, Sumatera Barat, Kalimantan Utara) kini menggantikan posisi Bali dan Bengkulu, sementara provinsi puncak Jawa mengalami penurunan absolut meskipun tetap berada di atas rata-rata nasional.

Berdasarkan dinamika ini, dapat diidentifikasi tiga pola yang berbeda antarprovinsi. Pola pertama mencakup provinsi yang konsisten berada pada kelompok beban OOP tinggi pada kedua periode dengan kecenderungan menurun namun tetap di atas rata-rata nasional. Jawa Tengah turun dari 8,04% pada 2018 menjadi 6,74% pada 2024, DI Yogyakarta turun dari 8,64% menjadi 7,90%, dan Jawa Timur turun dari 6,68% menjadi 5,11%. Tiga provinsi ini memiliki karakter sama yaitu densitas fasilitas kesehatan yang tinggi dan utilisasi layanan sekunder serta tersier yang tinggi.

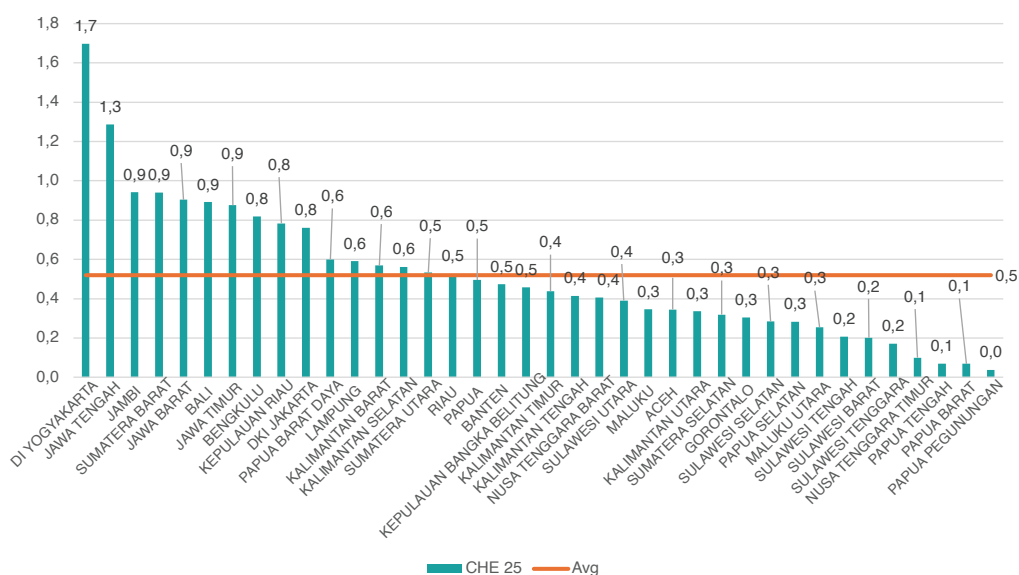
Pola kedua mencakup provinsi yang mempertahankan insiden katastrofik rendah pada kedua periode. Sulawesi Selatan turun dari 2,63% menjadi 2,19%, Sulawesi Tenggara turun dari 2,14% menjadi 1,95%, dan Sulawesi Barat naik tipis dari 1,8% menjadi 1,91%. Pola ketiga mencakup provinsi yang mengalami kenaikan signifikan dibandingkan periode sebelumnya. Maluku naik dari 0,84% menjadi 3,60%, Papua Barat naik dari 1,24% menjadi 3,17%, dan Kalimantan Utara naik dari 3,07% menjadi 5,77%. Provinsi dengan dinamika seperti ini perlu menjadi perhatian khusus karena pola transisi dari *unmet need* ke utilisasi tinggi tanpa proteksi finansial yang memadai dapat menimbulkan beban katastrofik signifikan pada rumah tangga.

Secara agregat, perbandingan dua titik waktu menunjukkan bahwa disparitas OOP antardaerah tidak hanya bertahan tetapi juga mengalami reorientasi. Provinsi di Jawa tetap mendominasi kelompok dengan beban OOP tertinggi meskipun mengalami penurunan signifikan, sedangkan beberapa provinsi seperti Kepulauan Riau, Sumatera Barat, dan Kalimantan Utara naik ke kelompok beban tertinggi. Provinsi di Indonesia Timur seperti Maluku dan Papua Barat mengalami pergeseran dari kategori risiko sangat rendah ke kategori risiko menengah, yang mengindikasikan transisi dari *unmet need* ke utilisasi yang lebih tinggi. Sebaliknya, provinsi di Sulawesi mempertahankan

performa proteksi finansial relatif terbaik secara konsisten. Temuan ini memperkuat pentingnya strategi diferensiasi kebijakan perlindungan finansial lintas wilayah, dengan mempertimbangkan tidak hanya ketersediaan layanan tetapi juga karakteristik pola utilisasi dan biaya yang dihadapi rumah tangga di setiap wilayah. Tanpa penanganan kedua aspek tersebut, peningkatan akses layanan akan terus diiringi peningkatan beban OOP, dan paradoks *unmet need* akan tetap muncul di wilayah dengan kapasitas layanan terbatas.

6.2 Out-of-Pocket Kesehatan (Threshold 25%)

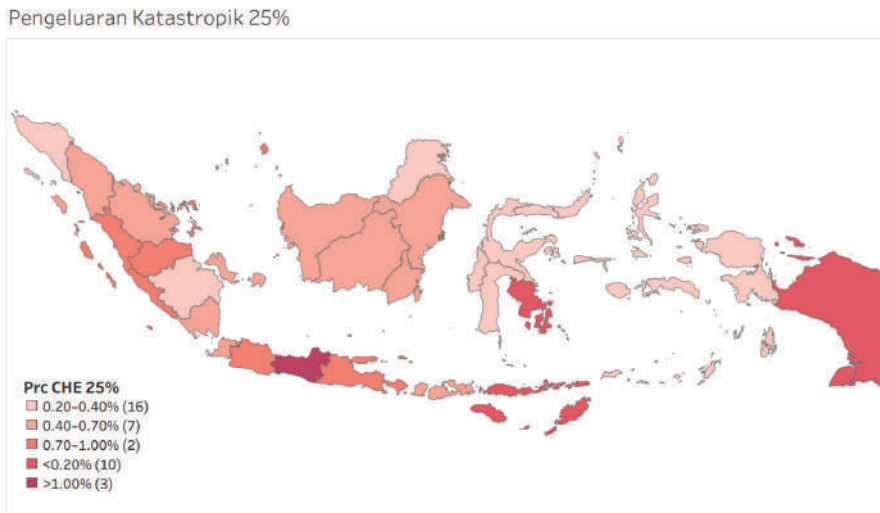
Gambar 17. Grafik Pengeluaran Katastropik Kesehatan (25%)



Sumber: Diolah Penulis

Pengukuran katastropik kesehatan pada ambang 25% memotret rumah tangga dengan beban OOP yang lebih ekstrem dibandingkan ambang 10%. Pada 2024, penelitian ini mengestimasi sekitar 2,07 juta penduduk Indonesia atau 0,73% populasi mengalami pengeluaran katastropik pada ambang ini, dengan rata-rata antarprovinsi sebesar 0,5%. Sebagai pembandingan, PRAKARSA 2020 menggunakan data SUSENAS 2018 melaporkan sekitar 2,5 juta jiwa atau 0,63% populasi mengalami katastropik pada ambang yang sama. Berbeda dengan dinamika pada ambang 10%, jumlah absolut penduduk yang terdampak pada ambang 25% justru menurun dari 2,5 juta menjadi 2,07 juta, meskipun proporsi populasi nasional mengalami sedikit kenaikan dari 0,63% menjadi 0,73%.

Gambar 18. Peta Pengeluaran Katastropik Kesehatan (25%)



Sumber: Diolah Penulis

Pola distribusi pada ambang 25% sangat berbeda dari ambang 10%. Pada ambang ini, beban katastrofik terkonsentrasi pada sedikit provinsi sedangkan mayoritas provinsi berada pada kelompok rendah. Berdasarkan pemetaan, hanya tiga provinsi yang mencatat insiden di atas 1%, sedangkan 16 provinsi berada pada rentang 0,20 sampai 0,40%, dan 10 provinsi berada di bawah 0,20%. Distribusi yang *right-skewed* ini mencerminkan karakteristik beban OOP ekstrem yang lebih banyak dipengaruhi oleh utilisasi layanan tersier dengan biaya tinggi seperti rawat inap rujukan, prosedur invasif, dan terapi penyakit kronis stadium lanjut. Provinsi tanpa fasilitas tersier yang memadai memiliki insiden katastrofik 25% yang rendah karena rumah tangga tidak menjalani prosedur dengan biaya ekstrem, bukan karena proteksi finansial yang kuat.

Variasi antarprovinsi pada 2024 menunjukkan DI Yogyakarta sebagai provinsi dengan risiko tertinggi pada 1,7%, diikuti Jambi 1,3%, dan Jawa Tengah 1,29%. Provinsi lain di *top tier* meliputi Jawa Barat 0,9%, Jawa Timur 0,9%, dan Kepulauan Riau 0,8%. Pada ujung distribusi, provinsi dengan insiden terendah meliputi Papua Barat dengan 0,04%, Nusa Tenggara Timur dengan 0,1%, Sulawesi Barat dengan 0,2%, dan beberapa provinsi pemekaran Papua dengan insiden di bawah 0,1%. Wilayah dengan keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan formal sering kali menunjukkan tingkat pengeluaran katastrofik yang rendah bukan karena tingginya proteksi finansial, melainkan karena rendahnya konsumsi layanan berbiaya tinggi (WHO, 2020; WHO, 2024).

Perbandingan dua titik waktu memperlihatkan pola dinamika yang berbeda dari ambang 10%. Pada ambang 25%, sebagian besar provinsi *top tier* 2018 mengalami penurunan yang lebih jelas. Jawa Tengah turun dari 1,82% menjadi 1,29%, Jawa Timur turun dari

1,40% menjadi 0,88%, dan Bali mencatat penurunan paling tajam dari 1,36% menjadi sekitar 0,4%. Penurunan ini mengindikasikan adanya perbaikan pada beban OOP ekstrem di provinsi dengan utilisasi layanan tersier yang tinggi, kemungkinan dipengaruhi oleh penataan tarif INA-CBG melalui Permenkes 3/2023 yang memperkuat kontrol biaya layanan tersier dalam sistem JKN. Pengecualian yang menonjol adalah DI Yogyakarta yang justru naik dari 1,34% pada 2018 menjadi 1,7% pada 2024, menjadikannya satu-satunya provinsi *top tier* yang menunjukkan tren meningkat baik pada ambang 10% maupun 25%. Langelo *et al.* (2023) juga menunjukkan bahwa provinsi-provinsi besar menghadapi tekanan biaya yang lebih tinggi akibat kompleksitas kebutuhan layanan.

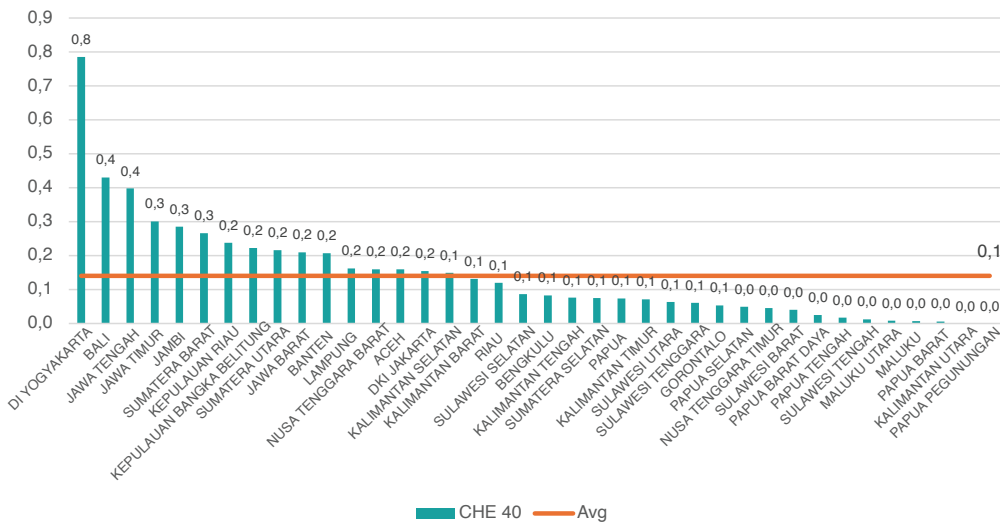
Sebaliknya, beberapa provinsi mengalami peningkatan kecil namun terlihat pada OOP 25% antara dua periode, seperti Bengkulu (dari 0,77% menjadi 0,82%), Sumatera Barat (dari 0,66% menjadi 0,94%), dan Jambi (dari 0,68% menjadi 0,94%). Peningkatan tersebut dapat mengindikasikan adanya eskalasi biaya kesehatan atau meningkatnya penggunaan layanan tertentu yang tidak sepenuhnya dijamin dalam skema perlindungan finansial. Literatur ADB (2023) menunjukkan bahwa provinsi yang berada dalam fase urbanisasi menengah dan peningkatan akses layanan sering kali mengalami kenaikan OOP berat sebelum stabilisasi terjadi.

Sebagian besar provinsi di Indonesia Timur mempertahankan insiden OOP 25% yang rendah pada kedua periode. Papua Pegunungan mencatat 0,04%, Papua Tengah 0,07%, Papua Barat 0,07%, dan Nusa Tenggara Timur 0,10%. Sebagaimana telah dibahas pada sub bab sebelumnya, risiko rendah pada provinsi-provinsi tersebut mencerminkan keterbatasan struktural dalam penyediaan layanan tersier, bukan hasil dari sistem pembiayaan yang lebih protektif. Pasien yang membutuhkan layanan tersier umumnya harus dirujuk ke provinsi lain, dengan biaya transportasi dan akomodasi yang substansial namun tidak selalu memadai untuk dianalisis pada ambang 25% di SUSENAS karena tergantung pada bagaimana biaya rujukan luar daerah dilaporkan.

Secara keseluruhan, pola 2020-2024 menunjukkan bahwa OOP 25% di Indonesia tidak meningkat secara drastis secara nasional, namun struktur geografis risiko mengalami pergeseran, dengan wilayah Jawa tetap memegang proporsi tertinggi dan sejumlah provinsi luar Jawa menunjukkan dinamika campuran antara perbaikan dan stagnasi. Kesenjangan infrastruktur, kekurangan tenaga kesehatan di daerah terpencil dan pedesaan, serta tingginya biaya kesehatan yang harus dibayar langsung oleh pasien.

6.3 Out of Pocket Kesehatan (Threshold 40%)

Gambar 19. Grafik Pengeluaran Katastropik Kesehatan (40%)



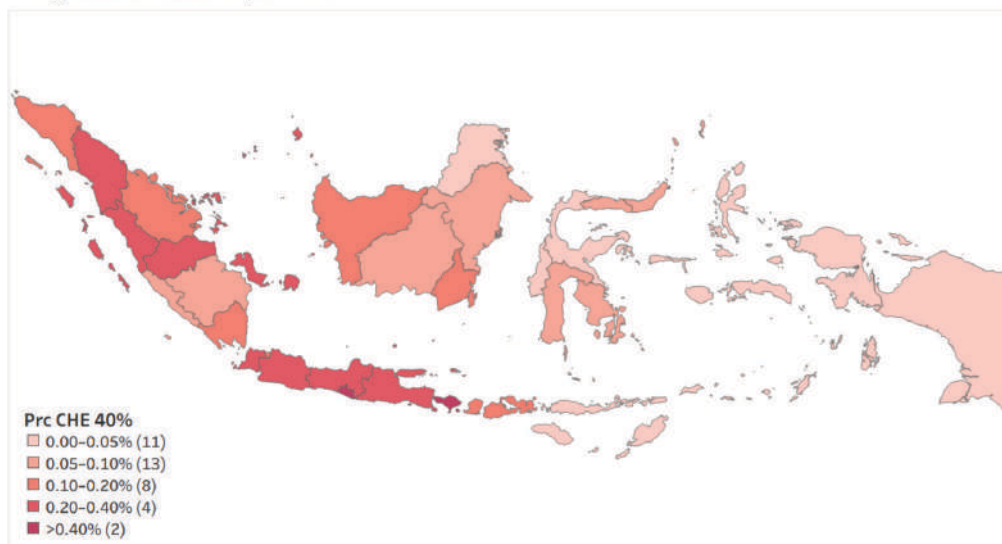
Sumber: Diolah Penulis

Meskipun proporsi pengeluaran kesehatan yang melebihi 10% dan 25% dari total belanja rumah tangga menunjukkan tren perbaikan, data terbaru memperlihatkan bahwa sebagian penduduk Indonesia masih mengalami pengeluaran kesehatan katastropik pada ambang 40% dari kapasitas membayar. Indikator ini digunakan secara luas dalam pemantauan perlindungan finansial karena dianggap menangkap beban biaya kesehatan yang paling ekstrem dan paling berpotensi menurunkan kesejahteraan rumah tangga. Pendekatan ini konsisten dengan metodologi *Global Monitoring Report on Financial Protection in Health* (WHO & World Bank, 2023), yang menempatkan OOP sebagai indikator utama kemampuan rumah tangga menyerap kejutan biaya kesehatan.

Pada kelompok prevalensi menengah, Jambi mencatat 0,3% dan Kepulauan Riau 0,3% pada ambang 40%. Kedua provinsi ini juga muncul konsisten di *top tier* pada ambang 10% dan 25%, mengindikasikan pola peningkatan beban OOP yang konsisten lintas ambang. Penjelasan *plausible* meliputi peningkatan utilisasi layanan tersier setelah perluasan akses, kenaikan kasus penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, dan kanker yang memerlukan terapi jangka panjang, serta pertumbuhan biaya layanan yang belum sepenuhnya terkompensasi dalam paket manfaat JKN.

Gambar 20. Peta Pengeluaran Katastropik Kesehatan (40%)

Pengeluaran Katastropik 40%



Sumber: Diolah Penulis

Penelitian ini mengestimasi sekitar 621 ribu penduduk Indonesia mengalami pengeluaran katastropik pada ambang 40%, dengan rata-rata nasional proporsi rumah tangga sebesar 0,14%. Variasi antarprovinsi terlihat jelas. Di Yogyakarta mencatat prevalensi tertinggi pada 0,79%, diikuti Bali pada 0,43% dan Jawa Tengah pada 0,40%. Tiga provinsi ini juga merupakan provinsi *top tier* pada ambang 25%, mengindikasikan konsentrasi beban OOP ekstrem yang konsisten di provinsi dengan utilisasi layanan tersier tinggi. Pada provinsi berpenduduk besar seperti Jawa Barat dan DKI Jakarta, prevalensi relatif rendah namun jumlah absolut penduduk yang terdampak tetap signifikan karena basis populasinya yang besar. Daerah berpenduduk besar memiliki risiko absolut lebih tinggi karena lebih banyak penduduk yang terpapar layanan berbiaya tinggi, sehingga tekanan fiskal dan risiko kerentanan sosial tetap signifikan (World Bank & Kementerian Kesehatan, 2021).

Pada kelompok prevalensi menengah seperti Jambi (0,28%) dan Sumatera Barat (0,27%). Peningkatan beban penyakit tidak menular di negara berpendapatan menengah menyebabkan eskalasi pengeluaran kesehatan rumah tangga, terutama pada layanan rawat jalan dan terapi jangka panjang (IHME, 2023). Selain itu, *Indonesia Health Profile 2023* menunjukkan bahwa pemanfaatan layanan untuk penyakit kronis meningkat signifikan pada beberapa provinsi, termasuk Sumatera Barat dan Jambi, sehingga meningkatkan potensi paparan biaya tinggi. Sebaliknya, provinsi-provinsi timur seperti Papua Tengah dan Papua Barat Daya mencatat prevalensi yang sangat rendah (0,02%).

Namun, nilai rendah di wilayah dengan hambatan akses sering kali mencerminkan *unmet need* atau tidak terlayannya kebutuhan kesehatan, bukan perlindungan finansial yang kuat (WHO, 2020).

Secara nasional, prevalensi OOP 40% Indonesia sebesar 0,14% memang terlihat kecil, tetapi tetap merepresentasikan bentuk beban biaya kesehatan yang paling ekstrem dalam kerangka perlindungan finansial. Kecilnya prevalensi OOP 40% dapat berdampak signifikan pada kemiskinan dan kerentanan rumah tangga (WHO, 2023). Variasi antardaerah juga mengonfirmasi bahwa provinsi dengan utilisasi layanan kesehatan tinggi memerlukan proteksi finansial yang lebih kuat untuk layanan berbiaya besar, sementara provinsi dengan utilisasi rendah menghadapi risiko *unmet need* akibat keterbatasan akses (Asante, 2023). Pola ini konsisten dengan temuan WHO (2023) dan tinjauan OECD (2023) yang menekankan urgensi memperkuat simultanitas antara perluasan akses, ketersediaan layanan, dan pengurangan beban biaya langsung untuk menurunkan risiko pengeluaran katastrofik.

Konteks pembiayaan kesehatan yang lebih luas juga perlu disinggung untuk memahami bagaimana sistem fiskal mempengaruhi dinamika OOP. Sebelum berlakunya UU 17/2023, terdapat kewajiban hukum alokasi minimal 5% APBN dan 10% APBD untuk kesehatan sesuai UU 36/2009. UU 17/2023 mencabut ketentuan *mandatory spending* tersebut dengan argumen bahwa alokasi anggaran kesehatan perlu berbasis kinerja dan kebutuhan, bukan persentase tetap. Kebijakan ini masih menimbulkan diskursus di kalangan organisasi masyarakat kesehatan dan akademisi, dengan kekhawatiran bahwa penghapusan *mandatory spending* dapat menurunkan komitmen fiskal pemerintah terhadap sektor kesehatan, yang pada gilirannya mempengaruhi kemampuan sistem JKN dan layanan publik untuk menutup biaya yang sebelumnya menjadi beban OOP rumah tangga. Selain itu, kompleksitas pembiayaan kesehatan yang melibatkan multi-sumber dana, mulai dari APBN, APBD, DAK fisik dan non-fisik, hingga dana otonomi khusus, menyulitkan koordinasi dan akuntabilitas alokasi.

Peningkatan alokasi dana kesehatan mulai terlihat sejak pandemi Covid-19, terutama pada tahun 2020 dan 2021 ketika pemerintah memberikan perhatian khusus terhadap anggaran kesehatan untuk penanganan pandemi. Dalam hal pengelolaan dana, sistem ini berfokus pada program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai mekanisme utama dalam mengumpulkan dan mengelola dana kesehatan. Meskipun begitu, proses pengumpulan dan alokasi dana masih mengalami kendala karena tumpang tindih antara berbagai sumber pendanaan (Pribadi, 2023). Hal ini bisa dilihat dari banyaknya jenis pembiayaan yang berasal dari kementerian, lembaga, dana alokasi khusus fisik maupun non-fisik, serta dana transfer lain seperti dana otonomi khusus. Akibatnya, sistem pembiayaan kesehatan menjadi kompleks dan tidak mudah untuk disederhanakan.

Secara keseluruhan, temuan pada ambang 40% menunjukkan tiga karakteristik utama. Pertama, beban katastrofik ekstrem tersebar pada beberapa lapisan provinsi, dengan DI Yogyakarta sebagai outlier tertinggi, diikuti Jawa Tengah, Bali, Jambi, dan Kepulauan Riau pada lapisan kedua dan ketiga. Kedua, paradoks *unmet need* terlihat sangat tajam pada ambang ini, di mana provinsi pemekaran Papua, Maluku, dan Kalimantan Utara mencatat prevalensi sangat rendah karena keterbatasan akses prosedur kompleks. Ketiga, pola DIY dan Kepulauan Riau yang konsisten di *top tier* semua ambang memerlukan analisis lanjutan untuk memahami struktur beban OOP yang berbeda dari pola umum. Strategi proteksi finansial pada ambang 40% perlu menempatkan penguatan paket manfaat JKN untuk delapan penyakit katastrofik dan penanganan biaya non-medis pada pasien rujukan luar daerah sebagai prioritas. Tanpa intervensi pada lapisan ini, kenaikan akses ke layanan tersier yang sedang berlangsung di provinsi-provinsi luar Jawa berpotensi menimbulkan lonjakan insiden katastrofik 40% pada periode mendatang.

Case Box 1

Rumah Singgah sebagai Inisiatif dalam Menekan Pengeluaran *Out-of-Pocket* Pasien Kanker

Rumah singgah merupakan salah satu bentuk dukungan yang memiliki kesinambungan antara aspek fisik, psikologis, spiritual, dan sosial (Sudrami & Sutaryo, 2019). Rumah singgah hadir sebagai alternatif layanan kesehatan untuk pasien yang memiliki kesulitan finansial selama menjalani masa pengobatan (Darayana, *et al.*, 2025). Biaya sewa yang murah tentunya menjadi manfaat tersendiri bagi pasien kanker yang tinggal rumah singgah. Namun, rumah singgah yang disediakan oleh rumah sakit belum banyak jumlahnya, misalnya salah satu rumah sakit di daerah Jakarta Barat yang belum memiliki layanan rumah singgah untuk pasien dan pendamping, sehingga salah satu pasien rujukannya menyewa kamar kost dengan ukuran 4x3 meter. Biaya yang ditanggung perbulannya pun cukup besar, yaitu Rp1,2 juta. Ukurannya juga sangat kecil dan tidak nyaman untuk pasien dan perawat. Ini menggambarkan perlu adanya penambahan rumah singgah bagi pasien kanker rujukan dari luar daerah di setiap Rumah Sakit.

CISC (*Cancer Information & Support Club*) yang merupakan komunitas pasien dan penyintas kanker secara inisiatif mendirikan rumah singgah bagi para

pasien kanker. Rumah singgah ini jaraknya dekat dengan salah satu rumah sakit di daerah Jakarta Pusat, sehingga memudahkan pasien ketika ingin melakukan pengobatan. Di rumah singgah ini, pasien hanya perlu fokus pada pengobatannya karena bahan makanan, seperti beras dan susu telah disediakan di rumah singgah. Terdapat biaya administrasi bagi pasien yang ingin tinggal di rumah singgah ini, biayanya sebesar Rp10.000 yang dibayarkan per hari. Di sisi lain, ada keringanan bagi pasien yang kurang mampu, sehingga digratiskan. Hal ini sejalan dengan penelitian The PRAKARSA (2023) yang menggambarkan pengalaman pasien kanker selama tinggal di rumah singgah. Pasien yang tinggal di rumah singgah milik yayasan tidak mengeluarkan uang untuk membayar sewa selama tinggal di rumah singgah, mereka hanya membayar uang air minum sebesar Rp5.000. Mekanisme untuk tinggal di rumah singgah juga mudah, hanya memberikan kartu tanda pengenalan dan tidak ada batasan durasi tinggal.

Minimnya rumah singgah yang disediakan oleh rumah sakit untuk pasien yang berasal dari luar pulau tentu akan meningkatkan biaya langsung non medis (*out of pocket*). Kebanyakan rumah singgah diinisiasi oleh lembaga swadaya masyarakat (The PRAKARSA, 2023). Jika tidak ada rumah singgah yang disediakan oleh yayasan, pasien harus menyewa kost dengan biaya yang tinggi selama masa perawatan. Beban finansial pengobatan tidak terbatas pada administrasi medis di rumah sakit saja. Terdapat biaya langsung non medis (*out of pocket*) yang dikeluarkan oleh para pasien tatkala menjadi beban finansial yang mendalam. Oleh karena itu, membangun rumah singgah di setiap rumah sakit menjadi urgensi untuk menekan biaya *out of pocket* yang dikeluarkan oleh pasien. Hadirnya rumah singgah akan membantu pasien selama masa pengobatan karena dinilai efektif dan efisien dari aspek jarak dan biaya akomodasi (The PRAKARSA, 2023). Dengan begitu, akan mengurangi beban *out of pocket* para peserta.

6.4 Insiden Pemiskinan karena Pengeluaran Kesehatan (PPP 2021)

Pengukuran pemiskinan akibat OOP pada laporan ini menggunakan tiga garis kemiskinan internasional PPP 2021 yaitu USD 3,00, USD 4,20, dan USD 8,30 per kapita per hari, serta tiga lapis dampak yaitu *push into poverty*, *further impoverishment*, dan *total impoverishment*, sebagaimana dijelaskan pada Bab 3. Bagian ini menyajikan hasil estimasi pada tingkat nasional dan variasi antarprovinsi.

Hasil estimasi nasional menunjukkan tiga lapis dampak OOP terhadap kemiskinan dengan magnitudo yang berbeda. Pada lapis pertama, *push into poverty* atau penduduk yang baru jatuh miskin akibat OOP, jumlahnya sekitar 1,22 juta pada garis USD 3,00, 3,36 juta pada USD 4,20, dan 4,24 juta pada USD 8,30. Pada lapis kedua, *further impoverishment* atau penduduk miskin yang menjadi semakin miskin akibat OOP, jumlahnya jauh lebih besar yaitu 17,46 juta pada USD 3,00, 55,01 juta pada USD 4,20, dan 175,90 juta pada USD 8,30. Pada lapis ketiga, *total impoverishment* atau seluruh penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan setelah OOP, jumlahnya mencapai 18,68 juta pada USD 3,00, 58,37 juta pada USD 4,20, dan 180,14 juta pada USD 8,30.

Tabel 4. Estimasi Pemiskinan Akibat OOP pada Tiga Garis Kemiskinan PPP 2021

Indikator	US\$ 3,00	US\$ 4,20	US\$ 8,30
<i>Push into poverty</i> (juta orang)	1,22	3,36	4,24
<i>Push into poverty</i> (% populasi)	0,44	1,20	1,52
<i>Further impoverishment</i> (juta orang)	17,46	55,01	175,90
<i>Further impoverishment</i> (% populasi)	6,25	19,69	62,97
<i>Total impoverishment</i> (juta org)	18,68	58,37	180,14
<i>Total impoverishment</i> (% populasi)	6,69	20,90	64,49

Sumber: Diolah Penulis dari SUSENAS 2024

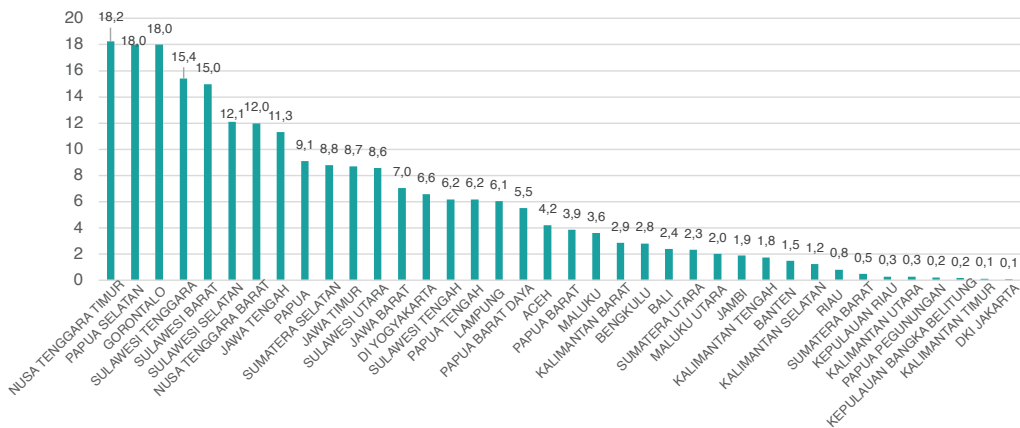
Dua observasi penting muncul dari hasil agregat ini. Pertama, dampak OOP terhadap kemiskinan jauh lebih banyak terjadi sebagai *further impoverishment* daripada *push into poverty*. Pada garis USD 4,20 yang paling relevan untuk Indonesia, jumlah orang yang mengalami *further impoverishment* 16 kali lebih besar daripada yang mengalami *push into poverty*. Pada garis USD 8,30, rasio tersebut mencapai 41 kali lipat. Artinya, dampak OOP terutama mengenai rumah tangga yang sudah miskin sebelum OOP, bukan rumah tangga yang baru tergelincir akibat OOP. Kedua, *total impoverishment* pada garis USD 4,20 mencapai 20,90% populasi Indonesia setelah OOP. Angka ini lebih tinggi dari tingkat kemiskinan nasional yang dilaporkan BPS sekitar 9%. Selisih ini menunjukkan adanya kelompok rumah tangga yang berada dekat garis kemiskinan internasional dan rentan terhadap *shock* biaya kesehatan, namun belum tertangkap dalam statistik kemiskinan resmi BPS.

Variasi antarprovinsi pada masing-masing garis kemiskinan ditampilkan dalam tiga grafik berikut. Setiap grafik menampilkan komposisi *push into poverty* dan *further impoverishment* per provinsi dalam bentuk *stacked bar*, dengan total tinggi

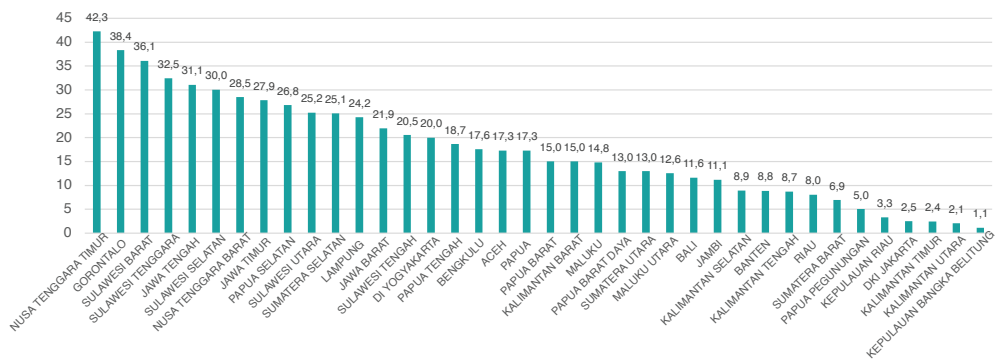


bar mencerminkan *total impoverishment*. Provinsi diurutkan berdasarkan *total impoverishment* USD 4,20 untuk konsistensi pembacaan antar grafik.

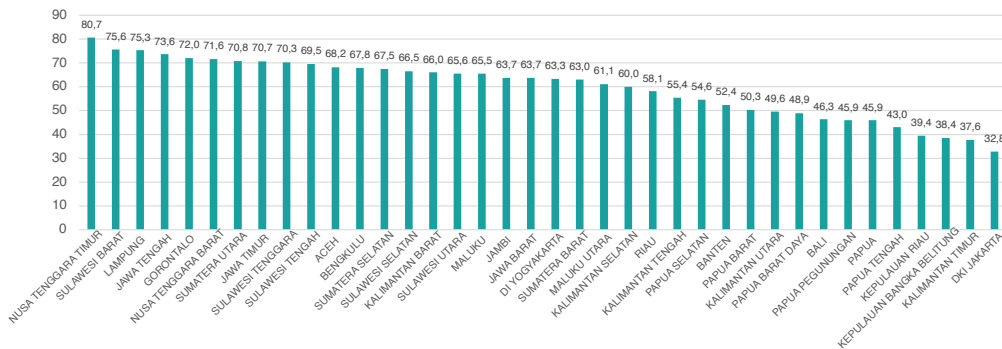
Gambar 21. IMPOVERISHMENT US\$ 3,00



Gambar 22. IMPOVERISHMENT US\$ 4,20



Gambar 23. IMPOVERISHMENT US\$ 8,30



Pola visual antarprovinsi menunjukkan reorientasi *top tier* yang signifikan ketika garis kemiskinan dinaikkan. Pada garis USD 3,00 yang menangkap kemiskinan ekstrem, *top tier push* didominasi Jawa Tengah dengan 1,08%, Sulawesi Tengah 0,83%, dan DI Yogyakarta 0,78%. Provinsi-provinsi ini bukan termasuk wilayah dengan tingkat kemiskinan ekstrem yang tinggi, tetapi memiliki kelompok penduduk yang berada sangat dekat dengan garis dan tergelincir akibat OOP. Pada garis USD 8,30 yang menangkap kerentanan kelas menengah, *top tier push* berubah menjadi Papua dengan 2,63%, Maluku 2,52%, dan Sumatera Barat 2,48%. Pergeseran ini mencerminkan perbedaan struktur sosio-ekonomi antarwilayah. Provinsi dengan banyak rumah tangga di kelas menengah rentan menjadi lebih sensitif pada garis tinggi, sedangkan provinsi dengan kelompok dekat kemiskinan ekstrem terlihat lebih sensitif pada garis rendah.

Komposisi antara *push* dan *further* juga berubah sesuai garis. Pada garis USD 3,00, kontribusi *push* relatif lebih besar terhadap *total impoverishment* karena hanya rumah tangga yang berada sangat dekat garis kemiskinan ekstrem yang mengalami *push*. Sebagian besar rumah tangga miskin *baseline* sudah berada di atas USD 3,00 sehingga tidak masuk kategori *further*. Pada garis USD 8,30, *further* mendominasi total karena banyak penduduk Indonesia memang berada di bawah garis tersebut bahkan sebelum OOP. Bar pada Grafik USD 8,30 didominasi warna *further* untuk hampir semua provinsi, sedangkan bar pada Grafik USD 3,00 menunjukkan komposisi *push* yang lebih terlihat untuk beberapa provinsi seperti Jawa Tengah dan DI Yogyakarta.

Berdasarkan kombinasi *push* dan *further* pada garis USD 4,20, provinsi Indonesia dapat dikelompokkan dalam tiga arketipe. Arketipe pertama adalah *affluent vulnerable*, yaitu provinsi dengan *push* tinggi dan *further* moderat. Pola ini mencerminkan provinsi dengan banyak rumah tangga kelas menengah rentan yang dapat tergelincir akibat biaya kesehatan. Jawa Tengah mencatat *push* tertinggi nasional pada 1,81%, diikuti Sulawesi Utara 1,66%, Jawa Timur 1,54%, Lampung 1,51%, Nusa Tenggara Barat 1,49%, dan DI Yogyakarta 1,36%. Provinsi dalam arketipe ini umumnya memiliki akses layanan kesehatan yang relatif baik dan utilisasi tinggi. Karena rumah tangga kelas menengah aktif memanfaatkan layanan, mereka juga menanggung beban OOP yang signifikan.

Arketipe kedua adalah *deep poverty trap*, yaitu provinsi dengan *push* rendah tetapi *further* sangat tinggi. Pola ini mencerminkan provinsi dengan tingkat kemiskinan dasar yang tinggi, di mana sebagian besar dampak OOP terjadi sebagai pemiskinan yang lebih dalam pada rumah tangga yang sudah miskin. Nusa Tenggara Timur mencatat *further* tertinggi pada 41,09% dengan *push* hanya 1,20%. Pola serupa terlihat di Gorontalo dengan *further* 37,40% dan *push* 0,96%, serta Sulawesi Barat dengan *further* 35,48% dan *push* 0,61%. Pada provinsi pemekaran Papua polanya bahkan lebih ekstrem. Papua Pegunungan mencatat *further* 26,30% dengan *push* hanya 0,54%. Papua Barat Daya mencatat *further* 18,49% dengan *push* hanya 0,18%, dengan rasio *further* terhadap *push* mencapai 105 kali lipat. Hampir seluruh dampak OOP di provinsi tersebut terjadi pada

rumah tangga yang sudah miskin sebelum membayar biaya kesehatan. Arah kebijakan untuk arketipe ini berbeda dari arketipe pertama. Penguatan JKN saja tidak cukup karena tantangan utama bukan mencegah orang jatuh miskin, tetapi mengurangi kedalaman kemiskinan rumah tangga yang sudah berada di bawah garis.

Arketipe ketiga adalah *effective protection*, yaitu provinsi dengan *push* dan *further* yang sama-sama rendah. Pola ini dapat mencerminkan kombinasi ekonomi yang relatif kuat, sistem JKN yang berjalan baik, dan beban OOP yang terkendali. Kepulauan Bangka Belitung mencatat *total impoverishment* terendah pada 1,14%, diikuti Kalimantan Utara 2,09%, Kalimantan Timur 2,39%, DKI Jakarta 2,52%, dan Kepulauan Riau 3,32%. Provinsi dalam arketipe ini umumnya memiliki PDRB per kapita relatif tinggi dan struktur ekonomi yang lebih beragam. Namun, pola Kepulauan Riau perlu dicatat karena pada dimensi OOP katastropik dan ambang USD 8,30 yang lebih tinggi, provinsi ini muncul di kelompok teratas. Artinya, proteksi efektif pada Kepulauan Riau berlaku pada lapisan kemiskinan ekstrem dan moderat, tetapi kelas menengah rentan tetap menanggung beban OOP yang signifikan.

Dinamika pemiskinan akibat OOP perlu dibaca dalam konteks kebijakan kesehatan. Program JKN-PBI yang membebaskan iuran bagi penduduk miskin merupakan instrumen utama untuk menurunkan *push* pada garis USD 3,00 dan USD 4,20. Namun temuan ini menunjukkan biaya non-medis seperti transportasi, akomodasi, dan biaya pendukung lain yang berada di luar lingkup JKN tetap dapat menyebabkan pemiskinan, terutama pada provinsi yang membutuhkan rujukan luar daerah. Penambahan komponen biaya rumah singgah dan rehabilitasi medik dalam pengukuran 2024 berkontribusi pada estimasi yang lebih realistis terhadap beban total OOP. Konsolidasi regulasi melalui UU 17/2023 dan PP 28/2024 memberikan kerangka untuk integrasi sistem kesehatan, namun pencabutan ketentuan *mandatory health spending* dalam UU 17/2023 menimbulkan kekhawatiran terhadap keberlanjutan kapasitas fiskal pemerintah untuk melindungi rumah tangga miskin dari *shock* biaya kesehatan.



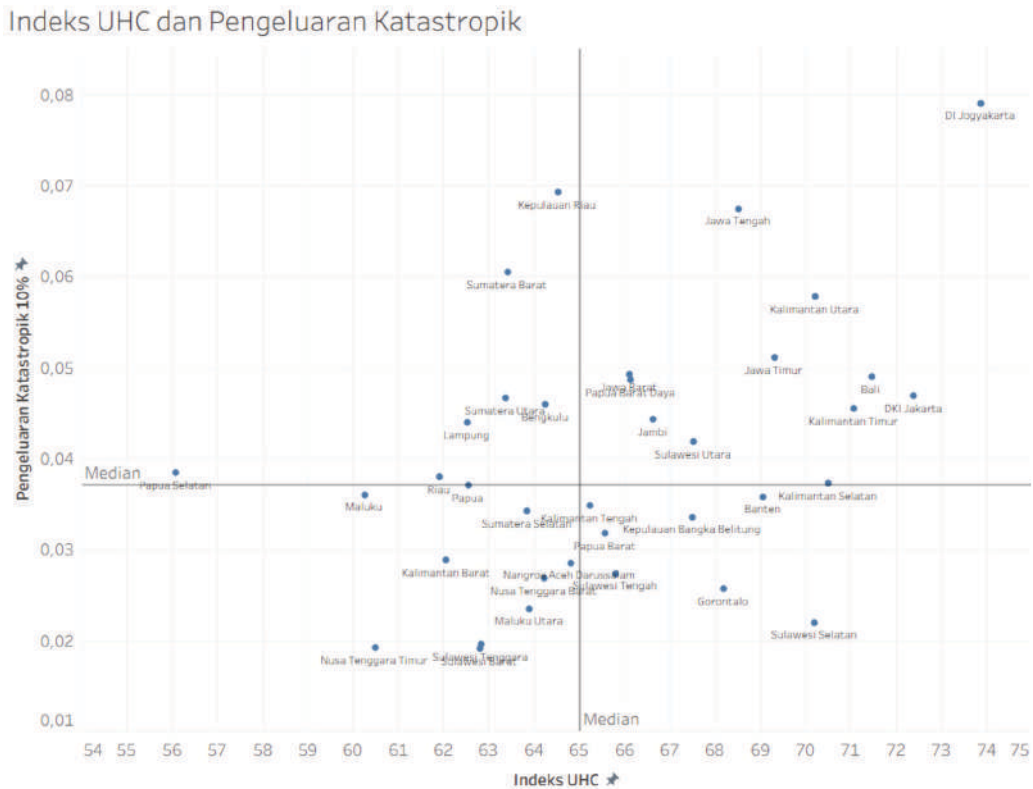
Bab 07

Indeks Cakupan Layanan Kesehatan dan Perlindungan Finansial



Bagian-bagian sebelumnya menganalisis kinerja layanan dan beban finansial secara terpisah. Bab ini memetakan keduanya secara simultan untuk mengidentifikasi tipologi provinsi berdasarkan kombinasi Indeks UHC 2024 dan proporsi rumah tangga dengan pengeluaran katastrofik di ambang 10% (OOP10). Gambar 24 menyajikan *scatter plot* kedua dimensi tersebut, sementara Gambar 26 melengkapi analisis dengan *heatmap* perubahan kinerja lintas indikator dari 2020 ke 2024.

Gambar 24. Indeks Cakupan Kesehatan dan Perlindungan Finansial



**Outlier: Papua Pegunungan dan Papua Tengah
Sumber: Diolah Penulis*

Pola distribusi pada Gambar 24 memperlihatkan heterogenitas yang signifikan, dengan konsentrasi provinsi pada kisaran UHC 63–68 dan OOP10 0,025–0,040. Kelompok moderat ini, yang mencakup sekitar 20 provinsi, merepresentasikan kondisi perlindungan finansial yang belum kuat sekaligus kinerja layanan yang belum optimal – termasuk Lampung, Sumatera Selatan, Kalimantan Barat, dan Sulawesi Tenggara. Posisi ini mengindikasikan bahwa mayoritas provinsi Indonesia belum berhasil keluar dari *equilibrium* menengah dalam kedua dimensi secara bersamaan.

Kuadran dengan kombinasi paling menguntungkan (UHC di atas median nasional ~65, OOP10 di bawah median ~0,038) ditempati sejumlah provinsi yang relatif terbatas. Sulawesi Selatan dan Gorontalo adalah contoh representatif, dengan skor UHC masing-masing sekitar 70 dan 68, serta proporsi OOP10 di bawah 0,025. Pola ini konsisten dengan profil provinsi yang relatif berhasil mengintegrasikan penguatan layanan primer dengan mekanisme proteksi finansial melalui JKN. Meski demikian, jumlah provinsi di kuadran ini masih terbatas, sehingga belum cukup untuk menyimpulkan bahwa perbaikan kinerja layanan secara sistemik berkorelasi dengan penurunan risiko finansial di tingkat nasional.

Kuadran dengan UHC tinggi namun OOP10 juga tinggi didominasi oleh provinsi berpenduduk besar dan dengan utilisasi layanan sekunder-tersier yang intensif, yakni DI Yogyakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur, Bali, dan DKI Jakarta. DI Yogyakarta menempati posisi ekstrem dengan skor UHC tertinggi (~74) sekaligus OOP10 tertinggi (~0,079). Pola ini konsisten dengan literatur yang menunjukkan bahwa wilayah dengan infrastruktur layanan yang kuat cenderung menarik pasien rujukan, sehingga meningkatkan utilisasi layanan berbiaya tinggi dan pada akhirnya menekan perlindungan finansial rumah tangga. Kalimantan Utara muncul sebagai anomali yang perlu dicatat tersendiri: skor UHC-nya termasuk tertinggi (~71), namun OOP10 tetap tinggi (~0,058). Kondisi ini dapat mencerminkan karakteristik DOB dengan kapasitas fiskal dari SDA yang cukup besar, namun belum diterjemahkan ke efisiensi perlindungan finansial — suatu pertanyaan yang memerlukan investigasi lebih lanjut.

Kuadran dengan UHC rendah dan OOP10 tinggi, yang menggambarkan kondisi paling rentan secara ganda, ditempati oleh Kepulauan Riau (~64; ~0,067) dan Sumatera Barat (~62; ~0,060). Kombinasi ini mengindikasikan keterbatasan layanan esensial yang berjalan bersamaan dengan beban pengeluaran kesehatan yang berat, kemungkinan mencerminkan pola *medical tourism* ke luar wilayah yang tidak tertanggung oleh mekanisme JKN lokal.

Provinsi dengan UHC rendah dan OOP10 rendah, seperti Nusa Tenggara Timur (~57; ~0,019) dan Papua Selatan (~56; ~0,037), perlu dibaca secara hati-hati. OOP10 yang rendah di sini bukan indikator proteksi finansial yang efektif, melainkan kemungkinan besar mencerminkan *unmet need* — kondisi di mana rumah tangga tidak mengeluarkan banyak untuk kesehatan bukan karena terlindungi, melainkan karena tidak mengakses layanan. Ini konsisten dengan profil kedua provinsi yang memiliki rasio *further impoverishment* jauh lebih tinggi dibandingkan *push impoverishment* (lihat sub-bab 6.4). Papua Pegunungan dan Papua Tengah tidak ditampilkan dalam *scatter plot* karena posisinya berada sangat jauh dari distribusi utama sebagai *outlier* struktural, yang mencerminkan keterbatasan ekstrem dalam aksesibilitas dan pelaporan data layanan kesehatan.

Gambar 25. Heatmap Perubahan Kinerja Indikator Kesehatan Antarprovinsi (2020-2024)

Provinsi	UHC	KIA	PM	PTM	ServCap	00P10	00P25	Impov300	Impov420
Aceh	Green	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Red	Green
Sumatera Utara	Green	Red	Green	Green	Red	Red	Green	Red	Green
Sumatera Barat	Green	Red	Green	Green	Yellow	Red	Red	Red	Red
Riau	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Green
Jambi	Green	Red	Green	Green	Yellow	Red	Red	Red	Red
Sumatera Selatan	Green	Red	Green	Green	Red	Red	Green	Red	Red
Bengkulu	Green	Red	Green	Green	Red	Green	Red	Red	Green
Lampung	Green	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Red	Green
Kepulauan Bangka Belitung	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red
Kepulauan Riau	Green	Red	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Red
DKI Jakarta	Green	Red	Green	Green	Red	Red	Green	Red	Red
Jawa Barat	Green	Red	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Red
Jawa Tengah	Green	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Red	Red
DI Yogyakarta	Green	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Red	Red
Jawa Timur	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red
Banten	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red
Bali	Green	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Red	Red
Nusa Tenggara Barat	Green	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Red	Red
Nusa Tenggara Timur	Green	Red	Green	Green	Green	Red	Green	Red	Green
Kalimantan Barat	Green	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Red	Green
Kalimantan Tengah	Green	Red	Green	Green	Green	Red	Green	Red	Red
Kalimantan Selatan	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red
Kalimantan Timur	Green	Red	Green	Green	Red	Red	Green	Red	Red
Kalimantan Utara	Green	Red	Green	Green	Green	Red	Green	Red	Red
Sulawesi Utara	Green	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Red	Red
Sulawesi Tengah	Green	Red	Green	Green	Red	Red	Green	Red	Green



Sulawesi Selatan									
Sulawesi Tenggara									
Gorontalo									
Sulawesi Barat									
Maluku									
Maluku Utara									
Papua Barat									
Papua Barat Daya	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na
Papua									
Papua Selatan	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na
Papua Tengah	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na
Papua Pegunungan	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na
Indonesia									

Gambar 25 melengkapi gambaran ini dengan dimensi temporal. *Heatmap* perubahan kinerja 2020–2024 menunjukkan pola yang tidak seragam di 34 provinsi: sebagian besar provinsi memperlihatkan warna hijau pada kolom PM (penyakit menular) dan PTM (penyakit tidak menular), namun merah pada kolom KIA dan OOP25. Empat provinsi Papua baru (Papua Tengah, Papua Selatan, Papua Pegunungan, Papua Barat Daya) ditampilkan sebagai NA di seluruh kolom, yang mengonfirmasi keterbatasan data dasar untuk wilayah hasil pemekaran 2022.

Temuan ini mempertegas argumen bahwa peningkatan Indeks UHC nasional tidak secara otomatis diiringi perbaikan perlindungan finansial. Bukti dari analisis distribusi manfaat dan beban pembiayaan di Indonesia menunjukkan bahwa kelompok berpenghasilan rendah menerima manfaat yang lebih sedikit dari belanja kesehatan publik dibandingkan kelompok berpenghasilan tinggi, dan menanggung beban pembayaran kesehatan yang lebih berat secara proporsional terhadap kemampuan finansial mereka (Asante *et al.*, 2023). Studi yang secara spesifik menganalisis insiden pembiayaan kesehatan selama 2015–2019 juga menunjukkan pola regresif yang persisten, meski dengan sedikit perbaikan pada 2019 (Cheng *et al.*, 2022). Kedua temuan ini, meski menggunakan data prapandemi, memberikan konteks struktural yang relevan untuk memahami mengapa wilayah dengan infrastruktur layanan yang berkembang pesat belum secara bersamaan mengalami perbaikan perlindungan finansial yang proporsional.

Case Box 2

Beban Ekonomi akibat Malaria di Indonesia yang dipicu oleh Perubahan Iklim

Perubahan iklim yang kian berlanjut memiliki andil dalam mempengaruhi kesehatan manusia baik secara langsung maupun tidak langsung. Selain memicu perubahan cuaca ekstrem, peningkatan suhu rata-rata, dan penurunan kualitas udara, perubahan iklim juga dapat meningkatkan risiko timbulnya berbagai macam penyakit. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 35 Tahun 2012, penyakit tular vektor merupakan penyakit yang dipengaruhi oleh perubahan iklim bersamaan dengan penyakit tular air dan makanan, penyakit tular udara, dan penyakit tidak menular.

Salah satu penyakit tular vektor yang dipengaruhi oleh perubahan iklim adalah Malaria, yang ditularkan melalui nyamuk *Anopheles* sebagai vektor parasit *Plasmodium*. Perubahan iklim dapat memperbesar risiko Malaria melalui beberapa faktor. Peningkatan suhu rata-rata dapat mengakselerasi pembentukan larva, tingkat reproduksi nyamuk, dan frekuensi penghisapan darah (Margersa & Luo, 2025). Curah hujan yang tinggi dapat menyebabkan banjir yang mendorong penambahan lokasi perkembangbiakan nyamuk. Kelembaban yang tinggi dapat meningkatkan aktivitas nyamuk. Hal ini diperparah dengan faktor-faktor tersebut yang menjadikan upaya pencegahan dan kontrol Malaria semakin sulit (BCG, 2024).

Indonesia menjadi negara kedua di wilayah Asia Tenggara, setelah India, yang memiliki angka malaria tertinggi, yakni sebanyak 636,833 kasus positif pada 2025 (Dashboard Malaria Kementerian Kesehatan) dengan estimasi mencapai 1.090.000 kasus dari 263 juta kasus global pada 2023 (WHO, 2024). Tanah Papua (Papua Barat Daya, Papua Barat, Papua Tengah, Papua, Papua Pegunungan, dan Papua Selatan) merupakan wilayah dengan kasus Malaria tertinggi nasional, mencapai angka 281.944 kasus Malaria pada 2025 (Dashboard Malaria Kementerian Kesehatan).

Tingginya angka kasus Malaria tidak hanya berdampak aspek kesehatan, melainkan berkaitan erat dengan aspek ekonomi. Pada tingkat nasional, Biaya rata-rata perawatan rawat jalan Malaria sebesar US\$16,2 dan US\$228,7 untuk

perawatan rawat inap memberikan beban ekonomi pada rumah tangga akibat adanya *productivity loss* dan pengeluaran *out-of-pocket* untuk penanganan penyakit (Setiawan et al., 2025). Hal tersebut sejalan dengan temuan studi oleh Sari (2024) pada RSUD Abepura, Kota Jayapura, Provinsi Papua yang menunjukkan bahwa rata-rata biaya medis langsung penanganan Malaria mencapai Rp4.165.851 dengan biaya non medis langsung sebesar Rp657.716 per episode rawat inap.

Dengan beban biaya medis langsung sebesar 80% dan beban biaya yang ditanggung pasien sebesar 33,70% per episode rawat inap, tentunya hal ini dapat menambah beban ekonomi karena mengharuskan adanya penambahan alokasi penanganan Malaria. Selama beberapa tahun terakhir anggaran penanganan Malaria didominasi oleh dana Global Fund, dengan alokasi dana daerah (APBD) dengan porsi yang kecil (Kemenkes, 2024). Ketergantungan yang besar pada pendanaan eksternal sangat berisiko karena keberlanjutan program pengendalian Malaria di Indonesia akan sangat bergantung pada stabilitas dukungan internasional. Oleh karena itu, diperlukan strategi pembiayaan kesehatan yang lebih berkelanjutan untuk mengurangi potensi kerugian ekonomi akibat hilangnya produktivitas dan meningkatnya beban fiskal yang harus ditanggung negara.

Halaman ini sengaja dikosongkan.



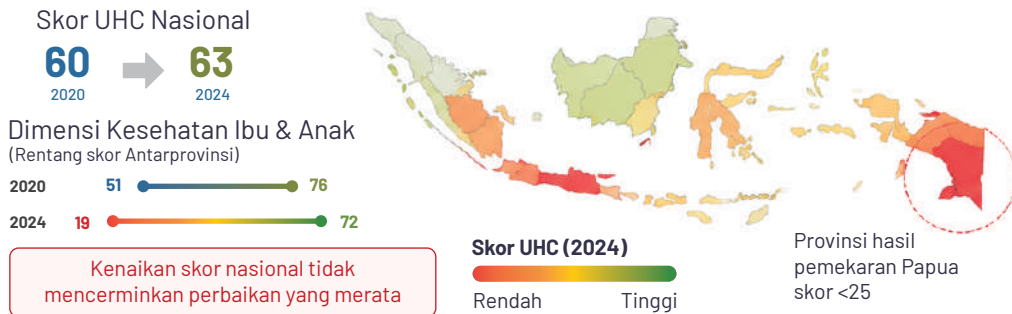


Bab 08

Kesimpulan dan Rekomendasi



8.1 Kesimpulan



Temuan penelitian ini menghasilkan gambaran yang lebih bernuansa daripada sekadar trajektori peningkatan indeks UHC. Skor UHC nasional naik dari 60 pada 2020 menjadi 63 pada 2024. Dimensi yang secara distribusional paling kritis, yaitu kesehatan ibu dan anak menunjukkan regresi: rentang skor antarprovinsi melebar dari 51-76 pada 2020 menjadi 19-72 pada 2024, dengan provinsi hasil pemekaran Papua mencatat skor di bawah 25. Dengan demikian, kenaikan skor nasional tidak mencerminkan perbaikan yang merata, bahkan pada dimensi tertentu ia menyembunyikan pelebaran kesenjangan antarwilayah.

Paradoks yang lebih dalam terlihat pada dimensi penyakit tidak menular. Meskipun cakupan pengobatan bagi yang terdiagnosis meningkat, beban epidemiologis justru memburuk: prevalensi diabetes pada penduduk dewasa naik dari 8,5% pada 2018 menjadi 11,7 % pada 2023, sementara prevalensi hipertensi tetap di kisaran 30% populasi dewasa. Peningkatan skor PTM pada laporan ini lebih mencerminkan perluasan layanan bagi yang sudah terdiagnosis, bukan penurunan beban penyakit di populasi. Dalam konteks pembiayaan kesehatan, kombinasi kenaikan prevalensi PTM dan perluasan utilisasi layanan kronis memiliki implikasi fiskal jangka panjang yang signifikan bagi keberlanjutan JKN.

Pada dimensi perlindungan finansial, hubungan antara kinerja layanan dan beban OOP tidak linear. Provinsi dengan indeks UHC tertinggi seperti DI Yogyakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Bali justru secara konsisten menempati posisi teratas dalam insiden pengeluaran katastropik pada ambang 10 %, 25 %, dan 40 %. DIY mencatat OOP10 sebesar 7,9 % dan OOP40 sebesar 0,79% di mana nilai ini tertinggi secara nasional di kedua ambang. Sebaliknya, Kepulauan Riau dan Sumatera Barat merepresentasikan risiko ganda: skor UHC di bawah median nasional berjalan bersamaan dengan beban OOP10 yang termasuk tertinggi, kemungkinan mencerminkan pola rujukan keluar wilayah yang tidak bertanggung secara penuh oleh JKN lokal. Sementara itu, provinsi-provinsi di kawasan timur seperti Papua, NTT, dan Maluku mencatat OOP rendah yang justru mengindikasikan *unmet need* yakni rumah tangga tidak mengeluarkan banyak untuk kesehatan bukan karena terlindungi, melainkan karena tidak dapat mengakses layanan berbiaya tinggi.

Analisis pemiskinan akibat OOP mengungkap temuan struktural yang lebih jauh. Dampak OOP terhadap kemiskinan jauh lebih dominan terjadi sebagai *further impoverishment* – memperdalam kondisi rumah tangga yang sudah miskin sebelum membayar biaya kesehatan – dibandingkan *push into poverty*. Pada garis kemiskinan USD 4,20 yang paling relevan untuk Indonesia, jumlah penduduk yang mengalami *further impoverishment* (55,01 juta) 16 kali lebih besar daripada yang mengalami *push* (3,36 juta). Rasio ini meningkat menjadi 41 kali lipat pada garis USD 8,30. Temuan ini mengindikasikan bahwa JKN relatif berhasil mencegah orang baru jatuh miskin akibat biaya kesehatan, tetapi belum efektif mengurangi kedalaman kemiskinan rumah tangga yang sudah berada di bawah garis. Perbedaan ini memiliki implikasi kebijakan yang berbeda dari apa yang selama ini menjadi fokus utama perluasan kepesertaan JKN.

Variasi antarprovinsi pada dimensi pemiskinan dapat dikelompokkan dalam tiga arketipe. Pertama, *affluent vulnerable*: provinsi dengan *push* tinggi dan *further* moderat, mencerminkan banyaknya rumah tangga kelas menengah rentan yang tergelincir akibat biaya kesehatan. Jawa Tengah, Sulawesi Utara, Jawa Timur, Lampung, Nusa Tenggara Barat, dan DI Yogyakarta termasuk kelompok ini. Kedua, *deep poverty trap*: provinsi dengan *push* rendah tetapi *further* sangat tinggi, mencerminkan tingkat kemiskinan dasar yang dalam. NTT mencatat *further* 41,09% dengan *push* hanya 1,20%; Papua Barat Daya bahkan menunjukkan rasio *further* terhadap *push* mencapai 105 kali lipat. Ketiga, *effective protection*: provinsi dengan keduanya rendah seperti Kepulauan Bangka Belitung, Kalimantan Utara, Kalimantan Timur, dan DKI Jakarta, yang umumnya memiliki PDRB per kapita relatif tinggi dan struktur ekonomi yang lebih beragam. Tiga arketipe ini membutuhkan arah kebijakan yang berbeda dan tidak dapat ditangani dengan instrumen nasional yang seragam.

Secara keseluruhan, temuan penelitian ini menegaskan bahwa sistem kesehatan Indonesia bergerak dalam dua kecepatan yang tidak sinkron: perluasan cakupan layanan yang terekam dalam skor UHC, dan beban finansial rumah tangga yang tidak menurun secara proporsional. Risiko peningkatan skor indikator tanpa disertai penurunan OOP yang bermakna atau penguatan kesetaraan layanan menjadi nyata ketika kenaikan skor UHC sebagian besar bersumber dari perubahan operasionalisasi indikator dan bukan dari perbaikan akses yang merata. Faktor risiko struktural yang perlu dicatat adalah pencabutan ketentuan *mandatory health spending* (5% APBN dan 10% APBD) dalam UU 17/2023: apabila tidak diiringi mekanisme pengganti yang setara dalam menjamin alokasi fiskal untuk kesehatan, keberlanjutan kapasitas sistem untuk melindungi rumah tangga miskin dari *shock* biaya kesehatan perlu dipantau secara ketat. Dengan demikian, keberhasilan Indonesia mencapai UHC 2030 secara substantif bergantung pada tiga langkah simultan: konvergensi kapasitas layanan ke wilayah tertinggal, penguatan perlindungan finansial yang sensitif terhadap heterogenitas arketipe provinsi, dan jaminan fiskal yang tidak sepenuhnya bergantung pada kebijaksanaan alokasi anggaran tahun per tahun.

8.2 Rekomendasi

1. Reformulasi Bobot Alokasi DAK Non-fisik Bidang Kesehatan Berbasis Arketipe Provinsi

Bantuan Operasional Kesehatan yang disalurkan melalui DAK non-fisik berdasarkan Permenkes Nomor 18 Tahun 2024 saat ini menggunakan formula alokasi yang mempertimbangkan jumlah penduduk, kinerja program kesehatan, dan kondisi geografis. Formula ini bersifat *input-oriented* dan belum membedakan provinsi berdasarkan profil risiko pemiskinan akibat OOP. Temuan tiga arketipe provinsi pada bab sebelumnya menunjukkan bahwa instrumen fiskal yang seragam akan menghasilkan dampak yang berbeda di tiap arketipe. Provinsi *deep poverty trap* seperti NTT (*further 41,09%*), Gorontalo (37,40%), dan Papua Barat Daya (rasio *further:push* 105 kali lipat) memerlukan bobot alokasi yang lebih besar pada komponen layanan primer dan biaya operasional fasilitas dasar. Provinsi *affluent vulnerable* seperti Jawa Tengah, Sulawesi Utara, dan DI Yogyakarta memerlukan komponen yang berbeda dimana bukan ekspansi layanan, melainkan instrumen perlindungan finansial yang diperkuat. Tanpa diferensiasi ini, alokasi yang sama akan terserap dalam ekspansi utilisasi yang justru memperberat OOP di provinsi *affluent vulnerable*, dan tidak cukup mengangkat kapasitas *baseline* di provinsi *deep poverty trap*.

Secara operasional, DJPK dapat menambahkan bobot risiko pemiskinan akibat OOP ke dalam formula alokasi DAK non-fisik mulai TA 2026, dengan menggunakan rasio *further impoverishment* terhadap garis USD 4,20 sebagai proksi ketertinggalan struktural. Kementerian Kesehatan menyusun *menu of interventions* yang dibedakan per arketipe sebagai turunan teknis Permenkes BOK, sehingga dinas kesehatan provinsi memiliki rambu yang jelas dalam menyusun rencana penggunaan dana. Bappenas memimpin sinkronisasi antara DAK non-fisik dengan Dana Otonomi Khusus Papua dan dana insentif daerah agar instrumen-instrumen fiskal ini tidak saling tumpang tindih atau saling melemahkan. Mekanisme akuntabilitas dapat dirancang berbasis *outcome indicator* yang spesifik per arketipe: untuk *deep poverty trap* diukur dengan penurunan rasio *further*, untuk *affluent vulnerable* diukur dengan penurunan insiden katastrofik OOP10, dan untuk *effective protection* diukur dengan stabilitas kinerja seiring pertumbuhan penduduk.

2. Perluasan Cakupan JKN ke Komponen Biaya Non-Medis untuk Pasien Rujukan Lintas Daerah dengan Penyakit Katastropik

Temuan sebelumnya memperlihatkan bahwa beban OOP pasien rujukan luar daerah tidak terbatas pada biaya medis yang ditanggung INA-CBG, melainkan mencakup biaya transportasi antarpulau, akomodasi pendamping, dan biaya hidup selama perawatan jangka panjang. Untuk delapan penyakit katastropik yang pada 2023 menyerap Rp34,7 triliun klaim BPJS Kesehatan, biaya non-medis dapat mencapai puluhan juta rupiah per kasus pada pasien yang harus dirujuk ke pusat layanan tersier di Jakarta, Surabaya, atau Yogyakarta. Komponen biaya ini menjelaskan mengapa provinsi seperti Kepulauan Riau dan Sumatera Barat dimana tidak memiliki kapasitas tersier penuh tetap mencatat OOP10 dan OOP40 pada lapisan tertinggi secara nasional, dan mengapa provinsi *deep poverty trap* mengalami *further impoverishment* yang dalam meskipun layanan medis formalnya sudah ditanggung JKN. Inisiatif lembaga swadaya masyarakat seperti CISC dan rumah singgah berbasis yayasan menunjukkan bahwa kebutuhan ini riil, namun bersifat sporadis dan tidak memiliki kepastian jangkauan.

DJSN dapat memimpin penyusunan rekomendasi perluasan paket manfaat JKN yang mencakup *non-medical referral allowance* dengan plafon yang dibedakan berdasarkan jarak rujukan dan tingkat kompleksitas prosedur, terbatas pada delapan penyakit katastropik dan diberikan untuk peserta dari segmen Penerima Bantuan Iuran (PBI) serta peserta mandiri kelas III. BPJS Kesehatan menyusun mekanisme klaim yang terintegrasi dengan SATUSEHAT untuk memastikan bahwa biaya non-medis dibayarkan langsung ke fasilitas penyedia akomodasi (rumah singgah berlisensi) atau pasien melalui skema *cashless* berbasis kartu, sehingga tidak menambah beban administratif pada rumah tangga. Kementerian Kesehatan perlu mengembangkan *registry* rumah singgah berlisensi yang memenuhi standar minimum sanitasi, jarak ke rumah sakit rujukan, dan kapasitas tampung. Pendanaan tambahan ini dapat bersumber dari realokasi efisiensi pada paket manfaat lain yang prevalensinya rendah, atau dari skema *risk pool* khusus yang dibiayai melalui surplus iuran pekerja segmen formal. Pertimbangan teknis perlu memastikan bahwa perluasan cakupan ini tidak menciptakan *moral hazard* berupa rujukan yang tidak diperlukan secara klinis, sehingga pembatasan informasi di FKTP dan kriteria klinis untuk eligibilitas perlu diperketat secara paralel.

3. Substitusi Penghapusan *Mandatory Health Spending* dengan Mekanisme *Outcome-Based Fiscal Rule* dan Pengawasan Legislatif Tahunan

Pencabutan ketentuan alokasi minimal 5% APBN dan 10% APBD untuk kesehatan melalui UU Nomor 17 Tahun 2023 didasarkan pada argumen bahwa alokasi anggaran perlu berbasis kinerja dan kebutuhan, bukan persentase tetap. Argumen ini secara teknokratik dapat dipertahankan, tetapi pencabutan tanpa instrumen pengganti yang setara akan menciptakan *fiscal commitment gap* di mana tidak ada lagi *floor legal* yang melindungi alokasi kesehatan dari pemotongan anggaran ketika ruang fiskal menyempit. Risiko ini menjadi sangat relevan dalam konteks temuan laporan ini, di mana sekitar 6,69% populasi mengalami pemiskinan akibat OOP pada garis USD 3,00 dan 20,90% pada garis USD 4,20 dimana angka yang akan langsung membesar jika kapasitas JKN melemah karena penurunan transfer fiskal pemerintah pusat dan daerah. Tanpa *floor legal* yang dapat ditegakkan secara konsisten, keberlanjutan perlindungan finansial bergantung pada kebijaksanaan politik anggaran tahun per tahun, yang secara empiris sangat sensitif terhadap siklus politik dan tekanan fiskal jangka pendek.

Sebagai pengganti yang lebih *outcome-oriented*, Kementerian Keuangan bersama Bappenas dapat mengembangkan *fiscal rule* berbasis tiga indikator hasil yang harus tercermin dalam Nota Keuangan tahunan, seperti prevalensi pengeluaran katastropik OOP10, rasio *further impoverishment* pada garis USD 4,20, dan cakupan layanan esensial pada provinsi dengan skor UHC di bawah 60. Apabila salah satu indikator memburuk dalam dua tahun fiskal berturut-turut, pemerintah memiliki kewajiban untuk menyajikan *fiscal response plan* dengan minimum alokasi tambahan yang ditetapkan secara teknis. Kementerian Kesehatan menyiapkan dasbor publik berbasis SATUSEHAT yang menampilkan ketiga indikator tersebut secara *real-time* per provinsi sehingga memungkinkan pengawasan publik. Komisi IX dan Komisi XI DPR melakukan *joint hearing* tahunan dengan agenda khusus menilai keselarasan antara alokasi APBN kesehatan dan ketiga indikator hasil, dengan kewenangan menahan persetujuan rancangan anggaran apabila *fiscal response plan* dinilai tidak proporsional. Mekanisme ini secara substantif tidak mengembalikan rezim *mandatory spending*, melainkan menggantikan *floor* yang berbasis *input* dengan *floor* yang berbasis hasil, yang lebih sejalan dengan filosofi reformasi UU 17/2023 namun tetap memberikan jaminan akuntabilitas.

4. Program Akselerasi Khusus KIA dan Kapasitas Layanan Dasar di Empat Provinsi Pemekaran Papua

Temuan bab sebelumnya menunjukkan regresi distribusional yang sangat tajam pada dimensi KIA, dengan rentang skor antarprovinsi melebar dari 51-76 pada 2020 menjadi 19-72 pada 2024. Papua Tengah mencatat skor KIA 19, dengan cakupan ANC hanya 41% dan IDL 10,3% dimana angka ini berada jauh di bawah target program nasional dan secara epidemiologis menunjukkan kondisi maternal-neonatal yang berisiko tinggi. *Heatmap* pada Gambar 26 mengkonfirmasi bahwa empat provinsi hasil pemekaran (Papua Tengah, Papua Selatan, Papua Pegunungan, Papua Barat Daya) tampil sebagai NA pada seluruh kolom indikator, yang mencerminkan kelemahan sistem pencatatan dan pelaporan dasar selain ketertinggalan layanan substantifnya. Kondisi ini memerlukan pendekatan yang berbeda dari program nasional reguler seperti Bulan Imunisasi Anak Nasional, karena akar masalahnya bukan pada cakupan kampanye, melainkan pada absennya infrastruktur fasilitas, distribusi tenaga kesehatan, dan sistem pelaporan dasar.

Kementerian Kesehatan dapat memimpin penyusunan Program Akselerasi KIA Papua sebagai program multi-tahun (2026-2030) dengan pendekatan tiga pilar. Pilar pertama, penugasan khusus tenaga kesehatan melalui revitalisasi skema Nusantara Sehat yang dialokasikan secara prioritas ke 13 kabupaten/kota di empat provinsi pemekaran, dengan insentif tambahan dan jaminan rotasi yang lebih pendek untuk mengatasi tingkat *turnover* yang tinggi. Pilar kedua, pengadaan layanan bergerak (*mobile health unit*) dan integrasi telemedisin yang terhubung ke rumah sakit rujukan di Jayapura dan Manado, untuk memberikan akses ANC dan konsultasi obstetri pada wilayah pegunungan dan kepulauan dengan akses transportasi sangat terbatas. Pilar ketiga, penguatan sistem pencatatan dan pelaporan dasar melalui *light-version* SATUSEHAT yang dapat dioperasikan dengan koneksi internet intermiten dan literasi digital yang terbatas. Kementerian Dalam Negeri melalui Direktorat Jenderal Bina Pembangunan Daerah memastikan keselarasan antara program ini dan rencana pembangunan jangka menengah daerah, sementara Badan Pengarah Otonomi Khusus Papua mengkoordinasikan pemanfaatan Dana Otsus untuk komponen yang tidak terjangkau oleh APBN reguler. Kerangka kelembagaan ini perlu diikat dalam Peraturan Presiden khusus yang menetapkan target tahunan, mekanisme pelaporan ke wakil presiden selaku Ketua Tim Pengarah Otsus Papua, dan sanksi administratif apabila target tidak tercapai.

5. Realignment Insentif Kapitasi Puskesmas Berbasis Kinerja Preventif PTM untuk Mengurangi Tekanan Sisi Kuratif

Bab sebelumnya mengungkap paradoks epidemiologis yang signifikan, dimana skor dimensi PTM nasional naik dari 49 ke 69 karena indikatornya bergeser ke cakupan pengobatan bagi yang terdiagnosis, sementara prevalensi diabetes pada penduduk dewasa naik dari 8,5% pada 2018 menjadi 11,7% pada 2023 dan prevalensi hipertensi tetap di kisaran 30%. Implikasi fiskal jangka panjang dari paradoks ini terlihat pada beban klaim BPJS Kesehatan untuk delapan penyakit katastropik yang mencapai Rp34,7 triliun pada 2023, dengan penyakit jantung, stroke, dan gagal ginjal dimana sebagian besar merupakan komplikasi PTM yang tidak terkendali menyumbang porsi terbesar. Sistem pembiayaan saat ini secara struktural mengalami *cost spiral*: semakin banyak diagnosis PTM yang masuk ke sistem, semakin tinggi klaim katastropik di lapis tersier, semakin terbatas ruang fiskal untuk investasi preventif di lapis primer, dan siklus ini terus berulang. Tanpa pemutusan siklus ini di sisi *upstream*, tekanan pada OOP rumah tangga pada provinsi *affluent vulnerable* akan terus membesar seiring transisi epidemiologi.

BPJS Kesehatan dapat memimpin reformasi formula kapitasi puskesmas dengan menambahkan komponen *performance-based capitation* yang dibedakan dari tarif kapitasi dasar pada Permenkes Nomor 3 Tahun 2023. Komponen ini diberikan kepada puskesmas yang mencapai target cakupan skrining hipertensi, diabetes, dan kanker serviks pada populasi sasaran wilayahnya, dengan target yang dibedakan berdasarkan profil epidemiologis daerah. Kementerian Kesehatan menyusun protokol skrining berbasis komunitas yang mengintegrasikan kader posyandu, posbindu PTM, dan tenaga kesehatan puskesmas dalam satu alur layanan, sehingga skrining tidak bergantung pada inisiatif kunjungan pasien ke fasilitas. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggung jawab atas verifikasi capaian skrining melalui SATUSEHAT dan audit periodik untuk memastikan integritas data. Insentif kinerja preventif ini secara fiskal dapat dipandang sebagai investasi *upstream* yang akan mengurangi tekanan klaim katastropik dalam jangka 5-10 tahun, sebuah *time horizon* yang konsisten dengan periode RPJPN 2025-2045 dan perlu dievaluasi dengan kerangka analisis biaya-manfaat lintas dekade. Pertimbangan implementasi yang penting adalah memastikan bahwa skrining tidak menjadi target-driven yang mendorong *over-diagnosis* dengan menetapkan kriteria klinis yang ketat, serta memastikan bahwa rujukan dari skrining ke layanan tindak lanjut di FKTP tidak menambah beban OOP pada rumah tangga miskin.

Daftar Pustaka

- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Suparmi, Achadi, E. L., Taher, A., Wirawan, F., Sungkar, S., Sudarmono, P., Shankar, A. H., & Thabrany, H. (2019). Universal health coverage in Indonesia: Concept, progress, and challenges. *The Lancet*, 393(10166), 75–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7)
- Asante, A., Cheng, Q., Susilo, D., Satrya, A., Haemmerli, M., Fattah, R. A., Kosen, S., Novitasari, D., Puteri, G. C., Adawiyah, E., Hayen, A., Mills, A., Tangcharoensathien, V., Jan, S., Thabrany, H., & Wiseman, V. (2023). *The benefits and burden of health financing in Indonesia: Analyses of nationally representative cross-sectional data*. *The Lancet Global Health*, 11(5), e770–e782.
- Bagheri Nejad, S., Abrampah, N. M., & Neilson, M. (2018). *Quality in primary health care*. World Health Organization.
- Behera, B. K., & Prasad, R. (2021). Primary health-care goal and principles. In *Healthcare strategies and planning for social inclusion and development* (pp. 221–239). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-90446-9.00008-3>
- Bappenas. (2022). *Buku Putih Reformasi Sistem Kesehatan Nasional*. Kementerian PPN/ Bappenas.
- Badan Pusat Statistik. (2021). *Persentase penduduk yang berobat jalan sebulan terakhir menurut provinsi, dan tempat/cara berobat, 2009–2022*. Badan Pusat Statistik. <https://www.bps.go.id/id/statistics-table/1/MTYyMCMx>
- Badan Pusat Statistik. (2024). *Statistik Indonesia 2024: Statistical Yearbook of Indonesia 2024 (Vol. 52)*. Badan Pusat Statistik.
- Brikci, N., Njefi-Pene, K., Erlangga, D., Balabanova, D., & Hanson, K. (2023). *Digital technologies supporting health financing: A systematic review and expert discussion (Working Paper No. 10)*. LSHTM.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Cheng, Q., Asante, A., Susilo, D., Satrya, A., Man, N., Fattah, R. A., Haemmerli, M., Kosen, S., Novitasari, D., Puteri, G. C., Adawiyah, E., Hayen, A., Gilson, L., Mills, A., Tangcharoensathien, V., Jan, S., Thabrany, H., & Wiseman, V. (2022). Equity of health financing in Indonesia: A 5-year financing incidence analysis (2015–2019). *The Lancet Regional Health – Western Pacific*, 21, 100400. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2022.100400>



- Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2024). Monthly report monitoring JKN per 30 September 2024. DJSN. https://kesehatan.djsn.go.id/kesehatan/doc/laporan-bulanan/Monthly_Report_JKN_b9_2024.pdf
- Fuady, A., Houweling, T. A. J., Mansyur, M., Burhan, E., & Richardus, J. H. (2020). *Cost of seeking care for tuberculosis since the implementation of universal health coverage in Indonesia*. BMC Health Services Research, 20, 1-10.
- Gottret, P., & Schieber, G. (2006). Health financing revisited: A practitioner's guide. World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/874011468313782370>
- Global Preparedness Monitoring Board (GPMB). (2023). *A world in turmoil, a future at stake*. World Health Organization.
- Hall, J. J., & Taylor, R. (2003). Health for all beyond 2000: The demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. Medical Journal of Australia, 178(1), 17-20. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05033.x>
- Hanson, K., Brikci, N., Erlangga, D., Alebachew, A., De Allegri, M., Balabanova, D., Blecher, M., Cashin, C., Esperato, A., Hipgrave, D., Kalisa, I., Kurowski, C., Meng, Q., Morgan, D., Mtei, G., Nolte, E., Onoka, C., Powell-Jackson, T., Roland, M., ... Wurie, H. (2022). The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: Putting people at the centre. The Lancet Global Health, 10(5), e715-e772. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5)
- Harimurti, Pandu; Masaki, Emiko; Pinto, Rebekah Kathryn. 2016. Indonesia - Health financing system assessment : spend more, right, and better (English). Policy brief Washington, D.C. : World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/165591486975596621>
- Hoang Van Minh, Pocock, N. S., Chaiyakunapruk, N., Chhorvann, C., Duc, H. A., Hanvoravongchai, P., Lim, J., Lucero-Prisno, D. E. III, Ng, N., Phaholyothin, N., Phonvisay, A., Soe, K. M., & Sychareun, V. (2014). *Progress toward universal health coverage in ASEAN*. Global Health Action, 7(1), 25856.
- Indraswari, B. W., Kelling, E., Vassileva, S. M., Sitaresmi, M. N., Danardono, D., Mulatsih, S., Supriyadi, E., Widjajanto, P. H., Sutaryo, S., Kaspers, G. L., & Mostert, S. (2021). Impact of universal health coverage on childhood cancer outcomes in Indonesia. Pediatric Blood & Cancer, 68(8), e29186. <https://doi.org/10.1002/pbc.29186>
- Jauhar, A., & Nadjib, M. (2024). *The role of social health insurance in achieving universal health coverage in Asia: A systematic review*. Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, 9(2), 1-17.
- Kementerian Dalam Negeri (2021). *Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 28 Tahun 2021 tentang Penyusunan Dokumen Perencanaan Pembangunan Daerah*.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Pedoman nasional pengendalian tuberkulosis*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan (2023). *Profil Kesehatan Indonesia 2023*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan (2023). *Statistik Kesehatan Indonesia 2023*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Rencana kerja pemerintah bidang kesehatan 2024*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan (2023). *Laporan Program Penanggulangan TBC Tahun 2023*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan (2022). *Laporan Tahunan Program TBC 2022*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan(2023). *Laporan tahunan dan triwulan HIV & PIMS 2023*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Strategi nasional penanggulangan tuberkulosis 2020–2024*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *National Health Accounts Indonesia Tahun 2021 (Vol. 6)*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kosen, S., et al. (2023). *Equity challenges in Indonesian health care*. The Lancet Global Health.
- Lestari, B. W., McAllister, S., Hadisoemarto, P. F., Afah, N., Jani, I. D., Murray, M., van Crevel, R., Hill, P. C., & Alisjahbana, B. (2020). Patient pathways and delays to diagnosis and treatment of tuberculosis in an urban setting in Indonesia. *BMC Public Health*, 20, 815. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08925-2>
- Lestari, B. W., Basri, C., Chin, A. T., Harries, A. D., Alisjahbana, B., & Ruslami, R. (2025). Tuberculosis in Indonesia: Challenges and future directions. *Lancet Respiratory Medicine*, 13(6), 487–490. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(25\)00168-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(25)00168-7)
- Lim, M. Y., Kamaruzaman, H. F., Wu, O., & Geue, C. (2023). *Health financing challenges in Southeast Asian countries for universal health coverage: A systematic review*. Archives of Public Health, 81, 148.
- Liu, X., et al. (2023). *Addressing the adherence challenge in tuberculosis treatment: More than digital technologies*. The Lancet Global Health.



- Mills, A., et al. (2023). *Progress toward universal health coverage in ASEAN*. The Lancet Regional Health.
- Nguyen, H. A., Ahmed, S., & Turner, H. C. (2023). *Overview of the main methods used for estimating catastrophic health expenditure*. Cost Effectiveness and Resource Allocation, 21, 50.
- PRAKARSA (2020). *Universal health coverage: Mengukur capaian Indonesia*. Perkumpulan PRAKARSA.
- Pisu, M., Azuero, A., McNees, P., Burkhardt, J., Benz, R., & Meneses, K. (2010). The out of pocket cost of breast cancer survivors: A review. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(3), 202–209. <https://doi.org/10.1007/s11764-010-0125-y>
- Pribadi, F. A., & Setijaningrum, E. (2023). Analisis prinsip pembiayaan kesehatan dalam mendukung cakupan kesehatan semesta di Indonesia. *Jejaring Administrasi Publik*, 15(2), 60–78. <https://doi.org/10.20473/jap.v15i2.49582>
- Saputro, C. R. A., & Fathiyah, F. (2022). *Universal health coverage: Internalisasi norma di Indonesia*. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 2(2), 204–216.
- Sudrani, S., & Sutaryo, S. (2019). Manfaat rumah singgah bagi pasien kanker (Lesson learned dari Sasana Marsudi Husada YKI Cabang DIY). *Berita Kedokteran Masyarakat*, 35(4). <https://doi.org/10.22146/bkm.44110>
- Sheehy, S., et al. (2023). *Recommendations against breastfeeding require consensus and transparency*. Bulletin of the World Health Organization.
- Stenberg, K., Hanssen, O., Bertram, M., Brindley, C., Meshreky, A., Barkley, S., & Tan-Torres Edejer, T. (2019). Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: A modelling study. *The Lancet Global Health*, 7(11), e1500–e1510. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30416-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30416-4)
- UNDP. (2023). *Human development report 2023/2024: Breaking the gridlock—Reimagining cooperation in a polarized world*. United Nations Development Programme. <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2023-24>
- UNICEF, WHO, & World Bank Group. (2023). *Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report*. World Health Organization.
- WHO. (2016). *Universal Health Coverage: Moving Towards Better Health. Action Framework for the Western Pacific Region*.
- WHO. (2018). *Technical series on primary health care: Quality in primary health care*. World Health Organization.



- WHO. (2023). *Health financing for UHC: DRUM report (Domestic Resource Use Mobilization)*. World Health Organization.
- WHO. (2024). *Global tuberculosis report 2024*. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>
- World Bank Group. (2019). *Driving sustainable, inclusive growth in the 21st century: High-performance health financing for universal health coverage*. World Bank Group.
- World Bank Group. (2025). *Poverty & Equity Brief: Indonesia (October 2025)*. World Bank Group.
- Zafar, S., et al. (2020). *Surgery: A crucial ally for universal palliative care access*. The Lancet Global Health.





PRAKARSA

Welfare Initiative for Better Societies

The PRAKARSA adalah lembaga penelitian dan advokasi kebijakan, sebuah "*think tank*" yang berbasis organisasi masyarakat sipil. The PRAKARSA didirikan untuk menciptakan masyarakat yang demokratis, adil, dan makmur melalui pengembangan ide, reformasi kebijakan dan institusi, serta inovasi pemecahan masalah berbasis bukti. The PRAKARSA fokus pada isu kebijakan fiskal, kebijakan sosial, dan pembangunan berkelanjutan.

Kami melakukan kegiatan penelitian, analisis kebijakan, dan pelatihan di berbagai topik terkait isu kesejahteraan. Dalam melaksanakan berbagai kegiatan, kami secara konsisten mengadopsi pendekatan kolaboratif dan engagement untuk bekerja sama dengan berbagai pihak: pemerintah, parlemen, organisasi masyarakat sipil, universitas, lembaga penelitian, organisasi internasional, sektor swasta, lembaga donor pembangunan, dan media massa.

Kami percaya bahwa pendekatan multi-stakeholder ini akan memperkuat karya dan inisiatif kami dalam produksi dan penyebaran pengetahuan serta proses pembuatan kebijakan berbasis bukti. Kami juga percaya bahwa jaringan akan memfasilitasi dan memperkuat satu sama lain. Oleh karena itu, kami telah menerima dukungan dari berbagai donor dan berpartisipasi dalam berbagai inisiatif bersama mitra The PRAKARSA.

www.theprakarsa.org

Komplek Rawa Bambu 1
Jl. A No. 8E Kel. Pasar Minggu,
Kec. Pasar Minggu, Jakarta Selatan



+62 21 7811 798



perkumpulan@theprakarsa.org



The PRAKARSA



PRAKARSA Podcast

