

# Analisis Prinsip Pembiayaan Kesehatan dalam Mendukung Cakupan Kesehatan Semesta di Indonesia

## *Analysis of Health Financing Principles in Supporting Universal Health Coverage in Indonesia*

Received:

5 June 2023

Accepted:

19 December 2023

Published online:

31 December 2023

\*Frita Ayu Pribadi<sup>1</sup>, Erna Setijaningrum<sup>2</sup><sup>1</sup>Magister Kebijakan Publik, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Airlangga, Surabaya, Indonesia<sup>2</sup>Departemen Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Airlangga, Surabaya, Indonesia\*Correspondence email: [frita.ayu.pribadi-2020@fisip.unair.ac.id](mailto:frita.ayu.pribadi-2020@fisip.unair.ac.id)

### Abstract

Health financing is an essential component of the health system, particularly in the pursuit of universal health care. The primary role of universal health care is financial risk protection, which includes the availability of national health insurance as well as access to safe and inexpensive essential health services. The goal of this study is to learn about the concepts of health financing in order to attain universal health care. This article employs a qualitative approach, drawing on secondary data sources such as books, scientific journals, linked internet websites, official government papers, and others. According to the findings, the effectiveness of raising income for health care finance cannot be quantified. In terms of income collection, there is still some overlap in health financing sources, particularly in the national health insurance programme (JKN). Aside from that, the JKN program's procurement of services and distribution methods are encountering difficulties due to a shortfall in the JKN budget, as well as the community's lack of discipline in making JKN contributions. Furthermore, despite the notion of decentralisation, local governments continue to rely on the central government for health financial planning and budgeting.

Keywords: Health Systems, Health Financing, Universal Health Coverage

### Abstrak

Pembiayaan kesehatan menjadi salah satu komponen penting dalam sistem kesehatan khususnya dalam mencapai cakupan kesehatan semesta. Fungsi utama dari cakupan kesehatan semesta terdiri dari perlindungan risiko finansial yang mencakup adanya jaminan kesehatan nasional, dan akses kualitas pelayanan kesehatan esensial yang aman dan terjangkau. Tujuan dalam penulisan artikel ini adalah untuk mengetahui prinsip-prinsip dalam pembiayaan kesehatan untuk mewujudkan cakupan kesehatan semesta. Metode yang digunakan dalam artikel ini adalah kualitatif dengan menggunakan sumber data sekunder seperti buku, jurnal ilmiah, website internet terkait, laporan resmi pemerintah, dan lain-lain. Hasil ditemukan bahwa peningkatan pendapatan untuk pembiayaan kesehatan masih belum dapat diukur efektivitasnya. Untuk pengumpulan pendapatan masih ditemukan tumpang tindih dari sumber pembiayaan kesehatan khususnya dalam program jaminan kesehatan nasional (JKN). Selain itu dalam program JKN, dalam pembelian layanan dan mekanisme untuk pendistribusian mengalami kendala karena adanya defisit untuk anggaran JKN, serta adanya sikap tidak disiplin masyarakat untuk pembayaran iuran JKN. Selanjutnya untuk prinsip desentralisasi, pemerintah daerah masih bergantung dengan pemerintah pusat dalam proses perencanaan dan penganggaran untuk pembiayaan kesehatan.

Kata kunci: Sistem Kesehatan, Pembiayaan Kesehatan, Cakupan Kesehatan Semesta

## Pendahuluan

Kesehatan nasional merupakan pilar penting yang harus dipikirkan secara tepat dan matang oleh pemerintah, karena hal tersebut berpengaruh ke dalam sektor ekonomi, sosial, dan berkaitan dengan kesejahteraan masyarakat. Kepemimpinan Presiden Joko Widodo menetapkan satu dari tujuh agenda pembangunan RPJMN 2020-2024 yaitu meningkatkan SDM yang berkualitas dan berdaya saing, salah satunya melalui peningkatan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta atau *Universal Health Coverage* (UHC). Selanjutnya dari adanya RPJMN, pemerintah menetapkan Rencana Kerja Pemerintah (RKP) setiap tahun untuk menetapkan kegiatan prioritas yang akan dilakukan, termasuk dalam bidang kesehatan.

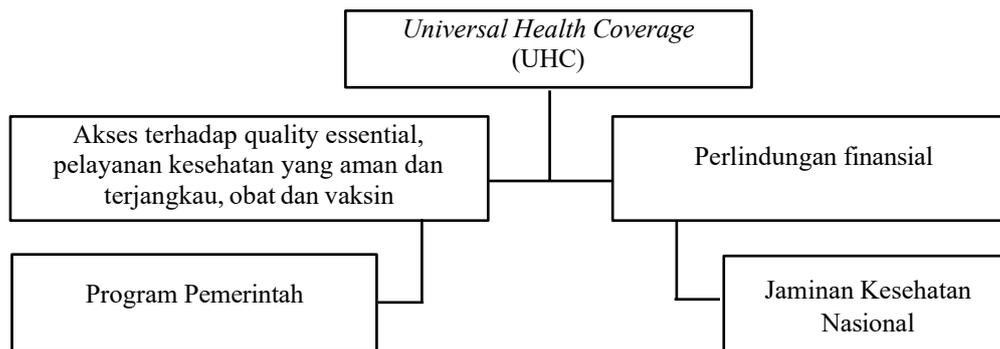
RKP tahun 2020, bidang kesehatan menjadi salah satu Program Prioritas Pemerintah Indonesia yakni Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan. Sedangkan pada RKP tahun 2021 terdapat perubahan terkait program di sektor kesehatan, hal tersebut dikarenakan adanya pandemi Covid-19 yang terjadi sejak awal triwulan pertama tahun 2020. Perubahan tersebut tertuang dalam Peraturan Presiden Nomor 122 Tahun 2020 tentang Pemutakhiran RKP 2021, yakni dengan diusulkan *Major Project* Penguatan Sistem Kesehatan Nasional. Selanjutnya untuk RKP tahun 2022 yang tertera dalam Peraturan Presiden Nomor 85 Tahun 2021 tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2022 adanya *major project* terkait sektor kesehatan, yakni Reformasi Sistem Kesehatan Nasional. Konsep tersebut lahir sebagai pembelajaran dari penanganan pandemi Covid-19; dan merespon status serta sistem kesehatan yang belum baik.

Dari *major project* pemerintah di bidang kesehatan, terlihat adanya rancangan dalam membenahan sistem kesehatan di Indonesia. Dilansir dari laporan Bappenas (2021), adanya pandemi Covid-19 menjadi titik balik bahwa pentingnya pencegahan penyakit (preventif) dan penguatan sistem kesehatan nasional menjadi hal yang diperlukan sebelum terjadinya krisis kesehatan. Pandemi Covid-19 memperlihatkan bahwa Sistem Kesehatan Nasional (SKN) di Indonesia masih lemah, hal tersebut terlihat dari kurang optimalnya pemberlakuan *testing, tracing, dan tracking*; dan rendahnya mobilisasi sumber daya kesehatan seperti fasilitas kesehatan, obat-obatan esensial, tenaga kesehatan, laboratorium, dan khususnya pembiayaan kesehatan.

Pembiayaan kesehatan menjadi salah satu komponen penting dalam sistem kesehatan. Pembiayaan kesehatan merupakan hal yang vital dalam mencapai tujuan kesehatan dari tingkat daerah (kabupaten/kota dan provinsi) hingga tingkat nasional. Adanya proses pembiayaan kesehatan yang lalai menyebabkan alokasi dana tidak sesuai sasaran, sehingga berdampak pada jumlah tenaga kesehatan, obat-obatan yang ada, dan mengurangi promosi kesehatan (Evans & Etienne, 2010). Pembiayaan kesehatan menjadi dasar dalam mencapai tatanan sistem kesehatan yang efektif, sehingga hal tersebut berdampak pada pencapaian derajat kesehatan. Pembiayaan kesehatan merujuk pada pengelolaan sumber daya keuangan untuk meyakinkan bahwa sistem kesehatan mampu

mencukupi kebutuhan kesehatan secara keseluruhan (WHO, 2010). Selain itu, pembiayaan kesehatan sebagai salah satu faktor kinerja sistem kesehatan dalam hal pemerataan, efisiensi, dan *outcome* kesehatan (Schieber dkk, 2006)

Pembiayaan kesehatan sebagai elemen penting dalam pencapaian sistem kesehatan nasional di Indonesia, khususnya sebagai tujuan mencapai cakupan kesehatan semesta atau *Universal Health Coverage* (UHC) sesuai dengan agenda pemerintah melalui RPJMN (2020- 2024). UHC merupakan sistem kesehatan untuk masyarakat dengan akses pelayanan yang adil dan merata, serta pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang berkualitas dengan biaya yang terjangkau. Sedangkan menurut WHO, UHC didefinisikan sebagai visi dimana semua orang memiliki akses layanan dan perawatan kesehatan berkualitas dimanapun dan kapanpun mereka membutuhkannya, tanpa mengalami kesulitan keuangan. Gambar 1 merupakan fungsi utama dari UHC yang terdiri dari perlindungan risiko finansial yang mencakup adanya jaminan kesehatan nasional, selanjutnya adanya akses kualitas kesehatan yang esensial, pelayanan kesehatan yang aman dan terjangkau, hal tersebut mencakup program pemerintah terkait layanan dan perawatan kesehatan.



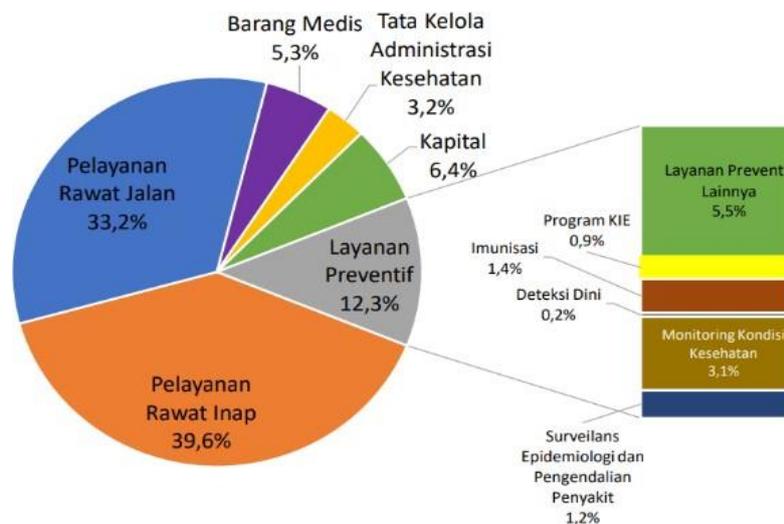
Gambar 1. Fungsi utama Universal Health Coverage (UHC) (Setiawan et al., 2021)

Berdasarkan fungsi utama dari UHC (Gambar 1), diketahui bahwa dalam mewujudkan UHC dipengaruhi dengan pembiayaan kesehatan. Hal tersebut selaras dengan tujuan pemerintah menuju UHC melalui pembiayaan kesehatan yang telah ada dalam 20 tahun terakhir. Tahun 2014 ada Jaminan Kesehatan Nasional sebagai salah satu wujud nyata dalam praktiknya (Setiawan et al, 2021). Di Indonesia, JKN menjadi salah satu indikator dalam perbaikan kesehatan khususnya dari segi pembiayaan kesehatan. Adanya JKN mampu mengurangi kemandirian belanja masyarakat untuk akses pelayanan kesehatan. Selain itu, pembiayaan dalam sektor kesehatan berasal dari beberapa sumber. Terdapat empat sumber utama dalam pembiayaan di sektor kesehatan yaitu pembiayaan dari pemerintah; pembiayaan dari sektor swasta; pembiayaan dari asuransi kesehatan; dan pembiayaan dari sumber eksternal (Kutzin et al., 2017)

Terlihat pentingnya pembiayaan kesehatan karena berpengaruh terhadap penyelenggaraan

pelayanan kesehatan untuk mewujudkan pembangunan kesehatan suatu negara, serta mewujudkan cakupan kesehatan semesta (UHC). Namun dalam praktik dari pembiayaan kesehatan di Indonesia masih ditemukan berbagai kendala dalam pengelolaan-nya, antara lain kurangnya pembiayaan promotif dan preventif kesehatan; kurang melibatkan non- pemerintah dalam mekanisme pembiayaan kesehatan; JKN yang kurang dalam pengembangan pelayanan; dan belum optimalnya sistem mekanisme dalam mengukur efektivitas pembiayaan kesehatan di Indonesia.

Upaya promotif kesehatan menurut WHO adalah upaya masyarakat untuk menjaga dan meningkatkan kesehatannya. Sedangkan upaya preventif merupakan upaya pencegahan dari penyakit/masalah kesehatan yang dapat mengancam diri sendiri dan/atau masyarakat luas di masa yang akan datang. Upaya promotif dan preventif merupakan langkah awal yang penting untuk menciptakan cakupan kesehatan semesta (UHC), namun upaya tersebut terhalang dari kurangnya pembiayaan kesehatan dalam praktiknya. Mayoritas anggaran preventif promotif bersumber dari APBN dengan nominal yang relatif kecil, yakni 12,3% pada tahun 2018 (Soewondo, 2020). Hal tersebut terlihat dari Gambar 2 yang menjelaskan total belanja kesehatan berdasarkan fungsi.



Gambar 2. Total belanja kesehatan menurut fungsi tahun 2018 (Soewondo, 2020)

Gambar 2 menjelaskan bahwa lebih besar biaya untuk upaya kuratif dalam kesehatan dibandingkan untuk biaya preventif. Kurangnya pembiayaan kesehatan untuk promotif dan preventif dikarenakan masih kurangnya keterlibatan sektor non-pemerintah (swasta) dalam mobilisasi pembiayaan kesehatan. Sektor swasta sebagai salah satu pemegang peran penting dalam kerangka sistem kesehatan nasional (SKN). Sektor swasta menjadi salah satu subjek yang seharusnya ikut serta berperan dalam pembangunan kesehatan di Indonesia.

Selain itu JKN di Indonesia masih kurang dikembangkan dari aspek pelayanannya. JKN yang berprinsip UHC masih dihadapkan fakta bahwa belum seluruh masyarakat Indonesia memiliki akses yang sama dalam pelayanan kesehatan. Dalam program JKN, fasilitas kesehatan tingkat pertama

(FKTP) dibayar dengan kapitasi, sedangkan rumah sakit berdasarkan *case-based groups*. Mekanisme tersebut menjadi insentif bagi fasilitas pelayanan kesehatan primer untuk merujuk ke rumah sakit, sementara rumah sakit memiliki insentif yang terbatas untuk mengendalikan biaya. Hal tersebut mengakibatkan tingginya jumlah biaya kesehatan untuk kasus sederhana di rumah sakit, dan rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan dasar. Persoalan lainnya adalah terkait belum optimalnya sistem mekanisme dalam mengukur efektivitas pembiayaan kesehatan di Indonesia. Serta adanya duplikasi pembiayaan dan belum mampu mengantisipasi *overlapping* antarsumber pembiayaan kesehatan.

Berdasarkan permasalahan terkait pembiayaan kesehatan di Indonesia yang menghambat dalam mewujudkan cakupan kesehatan semesta (UHC), maka diperlukan analisis untuk melihat prinsip dalam pembiayaan kesehatan. Prinsip pembiayaan tersebut akan dianalisis oleh penulis menggunakan konsep dari Kutzin et al (2017) dan Atim et al (2021) terkait prinsip-prinsip pembiayaan kesehatan dalam mendukung cakupan kesehatan semesta. Prinsip-prinsip tersebut disajikan untuk masing-masing sub fungsi dan bidang kebijakan pembiayaan kesehatan, antara lain 1) *revenue raising*; 2) *pooling revenues*; 3) *purchasing services*; 4) *benefit design and rationing mechanism*; dan 5) *governance and institutional arrangements, including decentralization*.

## **Kerangka Konseptual**

Kerangka konseptual berisi tentang penelitian terdahulu yang serupa, didalamnya tercantum teori, konsep, atau pendekatan yang berkaitan tentang prinsip pembiayaan kesehatan dalam mencapai cakupan kesehatan semesta (UHC). Terdapat lima artikel sebagai penelitian terdahulu yang menjadi rujukan dalam pembahasan ini. Penelitian terdahulu tersebut menjadi bahan masukan dalam analisis, terdiri dari:

### **1. Soonman Kwon dan Eunkyong Kim (2022). *Sustainable Health Financing for Covid- 19 Preparedness and Response in Asia and the Pacific***

Pandemi Covid-19 telah menguak lemahnya struktural dan kesenjangan sistem kesehatan di seluruh negara. Pandemi Covid-19 lebih banyak menimbulkan dampak negatif pada sektor kesehatan dan ekonomi. Dampak Covid-19 terhadap akses layanan kesehatan secara signifikan dirasakan bagi kelompok rentan seperti perempuan, anak-anak, disabilitas, orang tua, dan kelompok minoritas lainnya. Selain itu, petugas kesehatan sebagai garda terdepan menghadapi kelelahan fisik dan mental, karena memiliki risiko yang lebih besar untuk terinfeksi virus. Adanya pandemi Covid-19 juga mengganggu kegiatan sosial ekonomi global. Salah satu dampak besarnya adalah hilangnya pekerjaan dan pendapatan. Selain itu, dari adanya pandemi meningkatkan kekerasan berbasis gender dan pelecehan seksual. Risiko kekerasan meningkat karena adanya batasan pergerakan; perasaan takut

dan stres karena penularan Covid-19; dan dampak dari rendahnya pendapatan rumah tangga.

Adanya pandemi Covid-19 diperlukan pembiayaan berkelanjutan untuk ketahanan sistem kesehatan, dalam artikel ini ketahanan tersebut terdiri dari *revenue raising*, *pooling*, *purchasing*, dan *service delivery*. Ketahanan melalui *revenue raising* atau peningkatan pendapatan untuk mengatasi ketidakpastian dalam perolehan pendapatan pembiayaan kesehatan dapat dilakukan dengan kemauan pemerintah, dan proses pengelolaan keuangan publik yang fleksibel.

Ketahanan melalui *pooling* berkontribusi dalam memberikan keuntungan efisien pada ruang fiskal. Adanya pandemi, *pooling* secara tunggal dari pembiayaan iuran, koordinasi antara iuran dan anggaran pemerintah penting selama respon pandemi. Selain itu, sistem multi *pooling* adanya cakupan layanan, pemerataan risiko, dan sistem informasi yang seragam dapat memperkuat ketahanan sistem kesehatan selama krisis.

Ketahanan melalui *purchasing* terdiri dari *service coverage*, *payment system for providers*, dan *purchasing arrangement for private providers*. Untuk *service coverage*, pembiayaan kesehatan harus memberikan cakupan dan akses yang lengkap terhadap obat-obatan dan layanan kesehatan, khususnya dalam menghadapi pandemi. Di Asia dan Pasifik, layanan Covid-19 sebagian besar pendanaan dari anggaran pemerintah dan sistem asuransi publik. Selanjutnya untuk *payment system for providers*, sistem kesehatan yang tangguh dengan cepat menyesuaikan aturan prosedur *Public Financial Management* (PFM) dengan tujuan untuk mempercepat pencairan dana ke penyedia. Ketahanan *purchasing* melalui *purchasing arrangement for private providers*, negara-negara di Asia dan Pasifik menunjukkan adanya variasi dalam partisipasi sektor swasta dalam pemberian layanan. Di beberapa negara, sektor swasta menyumbang sebagian besar penyedia layanan kesehatan atau sektor swasta berkembang di bidang kesehatan dan/atau bidang kesehatan hanya bergantung pada penyedia publik.

Ketahanan melalui *service delivery innovations in improving access to care* terdiri dari *efficient service delivery*, *digital health*, dan *promoting cooperation among all levels of governments*. Peran *digital health* meningkat selama krisis pandemi. Adanya jarak sosial menjadi hambatan terhadap akses perawatan kesehatan, serta penyedia layanan juga khawatir terkait penularan akibat kunjungan pasien. Untuk *promoting cooperation among all levels of governments* menjadi penting sebagai salah satu cara dalam menanggapi darurat kesehatan. Tata kelola pemerintah diperlukan dalam menjembatani kesenjangan antara daerah dan pusat untuk koordinasi Covid-19.

## **2. Chris Atim, Indu Bhushan, Mark Blecher, Ramana Gandham, Vikram Rajan, Jonatan Daven, dan Olusoji Adeyi (2021). *Health Financing Reforms for Universal Health Coverage in Five Emerging Economies***

Deklarasi global Perserikatan Bangsa Bangsa menyatakan bahwa UHC telah menjadi pusat

kebijakan dan strategi kesehatan di berbagai negara. Namun tidak semua negara telah mencapai komitmen UHC khususnya bagi negara berkembang, sehingga terdapat kesenjangan dengan negara yang memiliki sumber daya yang maju. Berdasarkan hal tersebut, laporan keuangan *World Health Organization* (WHO) tahun 2010 berfokus pada pentingnya pembiayaan kesehatan untuk UHC, serta telah mengembangkan pengukuran dalam menilai pembiayaan kesehatan.

Artikel ini merujuk pada dimensi pembiayaan kesehatan dengan studi kasus lima negara yaitu Ghana, India, Indonesia, Kenya, dan Afrika Selatan. Kelima negara tersebut sedang dalam proses reformasi sektor kesehatan, karena memiliki hambatan dalam pembiayaan kesehatan yang rendah dan staf profesional yang kurang optimal. Artikel ini menggunakan kerangka dari WHO terkait pembiayaan kesehatan sebagai dasar acuan dalam penulisan, serta adanya tambahan dalam kerangka tersebut yakni pengaturan tata kelola dan kelembagaan. Kerangka dimensi dalam artikel ini antara lain (1) *revenue raising and funding levels*; (2) *financial and risk pooling*; (3) *strategic purchasing*; dan (4) *governance and institutional arrangements, including decentralisation*.

Dimensi pertama terkait *Financing of UHC: Inadequate funding levels for health and UHC*. Pendanaan yang tidak memadai untuk kesehatan dan UHC menjadi hambatan yang signifikan di Kenya, Indonesia, India, dan Ghana, meskipun pertumbuhan ekonomi melebihi 5% per tahun. Pengeluaran kesehatan di negara-negara ini cenderung rendah, dengan pengeluaran kesehatan domestik di bawah angka global nasional.

Dimensi kedua terkait *Financial and risk pooling: fragmented pooling arrangements contribute to incomplete coverage*. Pengumpulan keuangan menjadi salah satu kunci kemajuan dalam mencapai UHC. Negara Indonesia membuat kemajuan terbesar dalam pengumpulan (pooling) dengan memberikan jaminan kesehatan universal untuk seluruh masyarakat pada tahun 2019, yaitu JKN. Hingga Januari 2019, JKN mencakup 215,7 juta orang atau sekitar 81% dari total penduduk.

Negara India pada tahun 2018 memiliki *Ayushman Bharat (Long Live India)* yang memberikan cakupan yang luas termasuk perawatan primer, sekunder, dan tersier. *Ayushman Bharat* menyediakan perawatan primer dengan mendirikan 150.000 pusat kesehatan dan memberikan perlindungan sebesar US\$ 219 per keluarga setiap tahunnya untuk 107,4 juta keluarga. Untuk Negara Ghana pada tahun 2003 memperkenalkan *National Health Insurance Scheme (NHIS)*. Dalam praktiknya *NHIS* mengalami stagnasi kurang dari 40% dalam cakupannya, karena adanya kekurangan pendanaan, mekanisme penggantian biaya, dan beberapa program masih dibayarkan langsung oleh Kementerian Keuangan dan donor.

Negara Afrika Selatan menjadi salah satu negara yang lambat dalam pengaturan poolingnya dikarenakan adanya kelemahan dari segi manajemen dan tata kelola. Sistem kesehatan di Afrika Selatan hampir seluruhnya terpisah menjadi pembiayaan publik dan swasta. Selain itu, negara Kenya memiliki dana *National Hospital Insurance Fund (NHIF)* sebagai sarana utama implementasi UHC

yang sudah mencakup 89% bertanggung, terutama bagi pekerja di sektor formal.

Dimensi ketiga terkait *Strategic Purchasing*, pada dimensi ini dapat memberikan kemajuan dalam sektor kesehatan seperti efisiensi, kesetaraan, keberlanjutan, akuntabilitas, dan kepuasan pengguna. Di negara Ghana, adanya skema NHIS memberikan potensi yang signifikan dalam pembelian strategis. Namun sebagian besar potensi pembelian strategis NIHS belum terwujud, karena terbebani dengan paket manfaat yang tidak sesuai dan adanya ketidakpuasan publik terkait kualitas layanan NHIS.

Negara Indonesia memiliki paket manfaat murah hati yang seragam, namun program tersebut kekurangan sumber daya dalam praktiknya, serta program ini mengalami peningkatan defisit sejak awal implementasi. Selain itu proses aktivasi yang singkat untuk anggota baru atau yang kembali bergabung menjadikan banyak anggota hanya mendaftar saat sakit dan berhenti membayar setelah pengobatan diterima.

Negara Kenya memiliki sistem jaminan kesehatan nasional yang kecil dan pembelian strategis terbatas. Adanya ketidakpedulian antara fasilitas umum untuk menyiapkan penggantian sehingga mempengaruhi perawatan. Sedangkan fasilitas swasta cenderung lebih cepat karena insentif dari penyedia. Namun, negara Afrika Selatan memiliki sedikit kemajuan dalam pembelian strategis, yakni hampir seluruh masyarakat tidak menggunakan layanan dari sektor swasta dan juga tidak menggunakan pembelian strategis dalam sektor publik.

Dimensi keempat terkait *Governance, institutional arrangements, and decentralization*, sebagian besar dari lima negara tersebut memiliki sistem desentralisasi yang kompleks dan bervariasi di setiap provinsi atau negara bagiannya, sehingga mempengaruhi reformasi UHC.

### **3. Mina Anjomshoa, Ali Akbari Sari, dan Amirhossein Takian (2021). *Assessing progress in the national health financing system towards universal health coverage in Iran: a mixed-method study protocol***

Sistem pembiayaan kesehatan memiliki peran kunci dalam mencapai UHC di seluruh dunia. Namun sedikit negara yang mengetahui tentang cara terbaik untuk memantau kemajuan sistem pembiayaan kesehatan menuju UHC, khususnya bagi negara yang berpenghasilan rendah dan menengah (*low-and middle- income*) seperti negara Iran. Berdasarkan laporan yang dirilis oleh WHO dan Bank Dunia (2017), Iran dikategorikan sebagai negara dengan kinerja dan penghasilan rendah dan menengah dalam perlindungan sosial. Secara sistemik, penilaian sistem pembiayaan kesehatan merupakan pedoman untuk dialog kebijakan rencana kesehatan nasional terkait UHC dan anggarannya.

Metode yang digunakan dalam artikel ini adalah *explanatory mixed method study* yang terdiri dari dua fase, yakni fase kuantitatif dan kualitatif. Fase kuantitatif akan melihat kinerja sistem

kesehatan Iran dengan menggunakan indikator yang telah ditetapkan WHO (2019), dengan melihat pertumbuhan tahunan yang disajikan dalam interval 5 tahun dari tahun 2000. Sedangkan fase kualitatif akan menggunakan kerangka kerja dari Kutzin et al terkait *Health Financing Progress Matrices* (HFPMs) yang terdiri dari dua tahap. Pada tahap pertama, terdapat gambaran deskriptif skema jaminan kesehatan utama di negara Iran. Pada tahap kedua yang merupakan lanjutan dari pemetaan tahap pertama, yakni matriks dari serangkaian pertanyaan yang relevan dengan fungsi inti pembiayaan kesehatan dalam meningkatkan evaluasi reformasi atau kebijakan yang sedang berlangsung.

Hasil diskusi dari artikel ini, sebagian besar negara sedang bekerja keras untuk memperkuat sistem menuju UHC. Penguatan sistem kesehatan mencakup peningkatan semua komponen sistem kesehatan dalam mencapai UHC termasuk *governance, service delivery, financing, workforce, medicines and technologies, dan information*. Komponen pembiayaan kesehatan telah terbukti penting dalam memastikan kemajuan yang efektif menuju UHC, karena berdampak pada tiga tujuan tersebut yaitu efisiensi, kesetaraan, dan transparansi.

Untuk meningkatkan perumusan dan pelaksanaan kebijakan pembiayaan kesehatan, sangat penting untuk menilai status saat ini untuk mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan, serta peluang dan ancaman. Studi ini akan mengisi kesenjangan dalam literatur untuk kemajuan dalam sistem pembiayaan kesehatan nasional menuju pencapaian UHC di Iran.

#### **4. Jonathan Cali, Marty Makinen, dan Yann Derriennic (2018). *Emerging Lessons from the Development of National Health Financing Strategies in Eight Developing Countries***

Biaya perawatan kesehatan telah meningkat secara global karena penyakit tidak menular ataupun penyakit menular, dan pengembangan perawatan. Dengan demikian, pemerintah berada di bawah tekanan untuk meningkatkan sumber daya kesehatan sebagai cara melindungi warganya. Tahun 1995, Bank Dunia menyusun dan menganalisis studi kasus pembiayaan perawatan kesehatan di negara Asia, Amerika Utara, dan Eropa. Dalam publikasi tersebut dijelaskan bahwa di negara-negara berkembang hampir tidak pernah terlibat dalam perencanaan strategis pembiayaan kesehatan. Tahun 2010, Laporan Kesehatan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tentang pembiayaan untuk cakupan universal mendorong negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah untuk terlibat dalam proses kebijakan terstruktur untuk mengembangkan strategi pembiayaan kesehatan (*Health Financing Strategy/HFS*).

Artikel ini menyajikan pengalaman dari proyek yang didanai oleh *United States Agency for International Development* (USAID) dalam berinteraksi dengan proses HFS dan bekerja sama dengan pembuat kebijakan di delapan negara, yakni Bangladesh, Botswana, Cambodia, Haiti, Nigeria, Tanzania, Senegal, dan Vietnam. Hasil dari pengalaman delapan negara ini dengan mengembangkan

HFS mengungkap lima tema pelajaran dan tantangan dalam mengembangkan atau memperbarui HFS. Pertama *Use of data*, dalam tema ini menyoroti dua pelajaran yang diterima yaitu, 1) proses pengembangan HFS menumbuhkan minat data pembiayaan kesehatan bagi para pembuat kebijakan yakni meninjau data neraca kesehatan nasional, analisis ruang fiskal, dan hasil survei pembiayaan kesehatan rumah tangga; dan 2) pengembangan HFS mengungkapkan kebutuhan untuk memajukan pembangunan strategis terlepas dari kualitas data yang tersedia.

Kedua *Cross-country learning*, pembelajaran lintas negara dan pertukaran ide adalah salah satu peran mitra utama untuk mendukung proses HFS. *Health Finance and Governance Project* (HFG) menemukan bahwa menghubungkan pejabat pemerintah di negara-negara berkembang yang sedang menjalani reformasi pembiayaan kesehatan dipandang sebagai kontribusi berharga untuk proses pengembangan HFS. Ketiga *Evaluation and improvement*, Laporan Kesehatan Dunia (2010) dalam merancang dan menerapkan strategi pembiayaan kesehatan menyarankan untuk memasukkan strategi evaluasi. Dalam praktiknya dari delapan negara tersebut tidak membahas strategi evaluasi, dikarenakan tidak memiliki kapasitas dan sumber daya untuk mengevaluasi HFS.

Keempat *Leadership involvement*, negara-negara perlu mempertimbangkan seberapa dekat Menteri tingkat kabinet harus terlibat dalam pengembangan HFS. HFS dapat digunakan untuk mengadvokasi lingkungan politik dalam pengaturan pembiayaan kesehatan. Kelima *Stakeholder management*, manajemen pemangku kepentingan merupakan aspek penting bagi negara untuk dipertimbangkan ketika mengembangkan HFS. WHO merekomendasikan keterlibatan kelompok inklusif lembaga pemerintah termasuk kesehatan, keuangan, pemerintah daerah, jaminan sosial, dan pendidikan.

##### **5. Joses Muthuri Kirigia, Eyob Zere, dan James Akazili (2012). *National health financing policy in Eritrea: a survey of preliminary considerations***

Eritrea terletak di Tanduk Afrika dan memiliki populasi sebesar 5.073 juta orang pada tahun 2009. Pelayanan kesehatan di Eritrea berasal dari pendapatan pajak pemerintah, pembayaran langsung dari rumah tangga, dan pendanaan dari donor. Departemen Kesehatan menyadari bahwa kebijakan pembiayaan kesehatan pada tahun 1996 dan 1998 perlu ditinjau kembali. Kementerian Kesehatan meminta dukungan teknis eksternal untuk memulai proses pengembangan *National Health Financing Policy* (NHFP) atau Kebijakan Pembiayaan Kesehatan Nasional yang komprehensif dengan mengeksplorasi tiga fungsi pembiayaan kesehatan yaitu *revenue collection; revenue pooling and risk management; dan resource allocation dan strategic purchasing*.

Metode yang digunakan dalam artikel ini adalah penelitian deskriptif dengan kuesioner untuk staf senior (direktur) di Kementerian Kesehatan, Departemen Tenaga Kerja, Administrasi Kepegawaian, Konfederasi Pekerja Eritrea, Perusahaan Asuransi Nasional Eritrea dan Kementerian

Pemerintah Daerah. Kuesioner yang diberikan berisi kerangka pembiayaan kesehatan yang diadaptasi dari Kutzin dan Thomson et al. Kerangka tersebut memiliki empat fungsi dan empat tujuan yang jelas. Menurut WHO, penatagunaan pembiayaan terdiri dari strategi kebijakan; regulasi; transparansi dan akuntabilitas; dan penyedia informasi.

Hasil dari artikel ini menunjukkan tujuh temuan kunci antara lain, pertama terkait visi NHFP yakni kebijakan pembiayaan kesehatan harus mencakup pelayanan kesehatan berkualitas yang merata dan dapat diakses serta meningkatkan efisiensi. Kedua terkait tujuan NHFP harus mencakup pendanaan yang memadai, efisiensi, akses keuangan yang adil, dan perlindungan dari bencana keuangan. Ketiga terkait nilai inti NHP yang mencakup partisipasi masyarakat, efisiensi, transparansi, kepemilikan negara, kesetaraan dalam akses, dan pengambilan keputusan berbasis bukti.

Keempat terkait komponen NHFP harus mencakup kepengurusan; pengumpulan pendapatan dan manajemen risiko; alokasi sumber daya dan pembelian layanan kesehatan; penelitian ekonomi kesehatan; dan pengembangan sumber daya manusia untuk kesehatan. Kelima yakni adanya pembagian biaya, perpajakan dan asuransi kesehatan sosial sebagai mekanisme pengumpulan pendapatan. Keenam yakni mekanisme pembayaran penyedia pilihan adalah anggaran global. Dan terakhir terkait *agency* yakni perusahaan pemerintah harus dibentuk untuk mengelola hubungan yang kompleks antara manajemen risiko, pengumpulan pendapatan, dan pembelian layanan kesehatan.

Kelima artikel yang telah dijelaskan diatas merupakan sebuah bagian yang memiliki keterkaitan satu sama lain, meskipun tidak secara langsung. Masing-masing artikel memberikan pendekatan atau konsep sebagai dasar berfikirnya. Seperti pada artikel dari Soonman Kwon dan Eunkyong Kim (2022) yang menjelaskan terkait pembiayaan kesehatan berkelanjutan dalam ketahanan dan merespon Covid-19 di Asia dan Pasifik, dalam artikel tersebut ketahanan pembiayaan kesehatan dilihat dari *revenue raising, pooling, purchasing, dan service delivery*. Hal tersebut selaras dengan artikel reformasi pembiayaan kesehatan untuk cakupan kesehatan semesta di lima negara berkembang dari Atim et al (2021), artikel tersebut berfokus pada pentingnya pembiayaan kesehatan khususnya untuk cakupan kesehatan semesta (UHC). Analisis yang digunakan artikel tersebut untuk melihat pembiayaan kesehatan kurang lebih sama dengan artikel sebelumnya yakni terdiri dari *revenue raising and funding levels; financial and risk pooling; strategic purchasing; dan governance and institutional arrangements, including decentralization*.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Jonathan Cali et al., terkait pelajaran dari pengembangan strategi pembiayaan kesehatan di delapan negara berkembang, terdapat pelajaran dan tantangan dalam pengembangan strategi pembiayaan kesehatan. Lima pelajaran dan tantangan tersebut antara lain *use of data; cross-country learning; evaluation and improvement; leadership involvement; dan stakeholder management* (Cali, 2018). Selanjutnya penelitian oleh Joses Muthuri Kirigia et al., terkait kebijakan pembiayaan kesehatan nasional di Eritrea menggunakan kerangka dari Kutzin dan

Thomson et al. yakni strategi kebijakan; regulasi; transparansi dan akuntabilitas; dan penyedia informasi (Kirigia et al., 2012).

Dari kelima penelitian terdahulu yang telah dipaparkan tersebut, penulis akan mengelaborasi konsep Kutzin et al. (2017) dan elaborasi konsep dari artikel Atim et al. (2021). Sehingga konsep yang akan digunakan penulis dalam menganalisis prinsip pembiayaan kesehatan dalam mendukung cakupan kesehatan semesta di Indonesia yakni 1) *revenue raising* (peningkatan pendapatan); 2) *pooling revenues* (mengumpulkan pendapatan); 3) *purchasing services* (layanan pembelian); 4) *benefit design and rationing mechanism* (desain manfaat dan mekanisme pendistribusian); dan 5) *governance and institutional arrangements, including decentralization* (tata kelola dan pengaturan kelembagaan, termasuk desentralisasi).

## Metode

Menurut Neuman (2014) metodologi dapat didefinisikan sebagai pemahaman seluruh proses penelitian, termasuk pengumpulan data, analisis data, dan pelaporan hasil. Penulis menggunakan metode penelitian kualitatif yang bermaksud untuk memahami lebih mendalam terkait fenomena yang terjadi (Creswell, 2013). Metode penelitian kualitatif digunakan karena tujuan dari penulisan ini untuk mengetahui prinsip-prinsip dalam pembiayaan kesehatan untuk mewujudkan cakupan kesehatan semesta. Metode pengumpulan data dilakukan dengan literatur review yakni dengan mengumpulkan data sekunder dari buku, jurnal ilmiah, website terkait, laporan pemerintah, dan lain-lain. Kemudian diolah menggunakan konsep yang ditentukan untuk mendapatkan hasil akhir kesimpulan permasalahan tersebut (Darmalaksana, 2020).

## Hasil dan Pembahasan

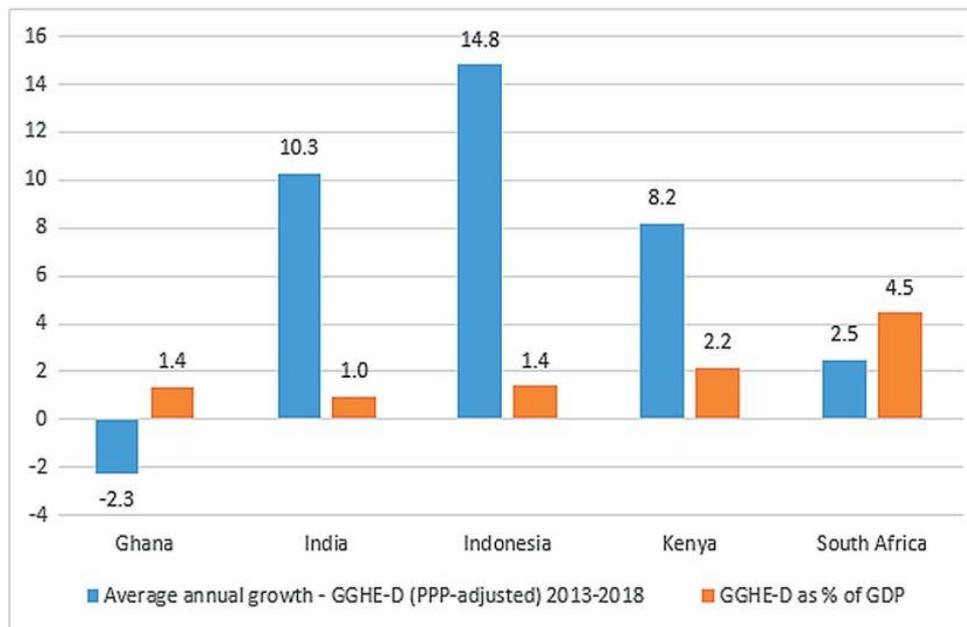
Pembiayaan kesehatan menjadi salah satu komponen utama dalam sistem kesehatan. Pembiayaan kesehatan merupakan hal yang vital dalam mencapai tujuan kesehatan dari tingkat daerah (kabupaten/kota dan provinsi) hingga tingkat nasional. Pembiayaan kesehatan sebagai elemen penting dalam pencapaian sistem kesehatan nasional di Indonesia, khususnya sebagai tujuan mencapai cakupan kesehatan semesta atau UHC sesuai dengan agenda pemerintah melalui RPJMN (2020-2024). Sehingga diperlukan adanya prinsip pembiayaan kesehatan dalam mewujudkan cakupan kesehatan semesta atau UHC di Indonesia. Dalam melihat prinsip pembiayaan kesehatan menuju UHC dapat dilihat melalui prinsip-prinsip dari Kutzin et al. (2017) dan Atim et al. (2021).

### *Revenue raising*

Prinsip pertama adalah peningkatan pendapatan bergantung pada sumber pendanaan. Dalam sistem kesehatan nasional, peningkatan pendapatan yang diawali dari pengumpulan pendapatan yakni

proses pengumpulan dana yang ditujukan untuk pembangunan kesehatan yang bersumber dari pemerintah (pemerintah pusat/daerah), pajak (umum/khusus), bantuan atau pinjaman, dan/atau sumber lainnya dengan ketentuan peraturan yang berlaku. Peningkatan pendapatan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti inflasi, tingkat permintaan, kemajuan IPTEK, perubahan pola penyakit, perubahan pelayanan kesehatan, penyalahgunaan asuransi kesehatan dan lain-lain (Setyawan, 2018).

Peningkatan pendapatan untuk kesehatan tertuang dalam UU Kesehatan, didalamnya mencantumkan bahwa alokasi anggaran harus berjumlah 5% dari APBN dan minimal 10% dari APBD untuk kesehatan. Berdasarkan Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kementerian PPN/BAPPENAS, dalam praktik penggunaan anggaran kesehatan tersebut belum dapat direviu terkait relevansi dan efektivitasnya (Solikha et al. 2022). Selain itu, berdasarkan data dari Atim et al. (2021) belanja untuk kesehatan di Indonesia mengalami peningkatan dari tahun 2013-2018. Hal tersebut dipengaruhi dari pertumbuhan ekonomi yang cepat.



Gambar 3. Pertumbuhan belanja kesehatan dari tahun 2013-2018 dan belanja kesehatan pemerintah umum domestik (Atim et al., 2021)

Berdasarkan Gambar 3 terlihat bahwa Negara Indonesia memiliki peningkatan dalam belanja kesehatan sebesar 14,8% per tahun dalam kurun waktu lima tahun (2013- 2018). Pertumbuhan belanja kesehatan yang cepat berasal dari basis yang rendah (Atim et al., 2021). Pemerintah memiliki komitmen dalam meningkatkan pendapatan kesehatan khususnya di masa pandemic Covid-19, pemerintah mengalokasikan anggaran dari APBN lebih dari 5% untuk penanganan Covid-19 seperti program vaksinasi, penguatan 3T (*testing, tracing, dan treatment*), penyediaan obat, dan insentif nakes (Dep, 2021).

*Pooling revenues*

Prinsip kedua adalah mengumpulkan pendapatan untuk kesehatan di Indonesia. Pengumpulan pendapatan mengacu pada bagaimana negara mengumpulkan dan memobilisasi dana. Prinsip ini diwujudkan dengan meningkatkan kapasitas redistribusi dana yang tersedia; mengurangi fragmentasi, duplikasi, dan tumpang tindih; serta menyederhanakan arus keuangan.

Negara Indonesia membuat kemajuan terkait *pooling revenues* dalam menuju cakupan kesehatan semesta (UHC). Adanya program JKN sebagai salah satu program jaminan kesehatan sosial dengan pembayaran tunggal terbesar (Atim et al, 2021). Di dalam JKN terdapat empat skema, yaitu 1) Akses - untuk pegawai negeri; 2) Jamsostek - untuk sektor swasta; 3) Jamkesmas - untuk masyarakat miskin yang dibentuk pemerintah pusat; dan 4) Jamkesdas - untuk masyarakat miskin yang dibentuk pemerintah daerah. Hingga Januari 2019, JKN mencakup 215,7 juta orang atau sekitar 81% dari total penduduk. JKN sebagai salah satu bentuk reformasi pembiayaan kesehatan di Indonesia, karena melalui program tersebut pemerintah berupaya dalam pengumpulan pendapatan.

Mengurangi fragmentasi, duplikasi dan tumpang tindih dalam pembiayaan kesehatan di Indonesia terkesan masih sulit untuk diwujudkan. Hal ini dikarenakan masih ditemukannya duplikasi pembiayaan kesehatan, misalnya pembiayaan kesehatan untuk penanganan anak stunting berasal dari berbagai sumber yakni belanja Kementerian/Lembaga, dana alokasi khusus, dan APBD. Selain itu, sistem keuangan terkait pembiayaan kesehatan belum dapat mengantisipasi *overlapping* atau tumpang tindih sedari awal perencanaan. Berikut grafik trend anggaran kesehatan dari tahun 2015-2022. Berdasarkan grafik dibawah ini, pembiayaan kesehatan masih tumpang tindih yakni terlihat dari adanya pembiayaan kesehatan dari kementerian atau lembaga; non kementerian atau lembaga; DAK fisik bidang kesehatan dan KB; DAK non fisik; dan perkiraan dana transfer lain, termasuk otonomi khusus.



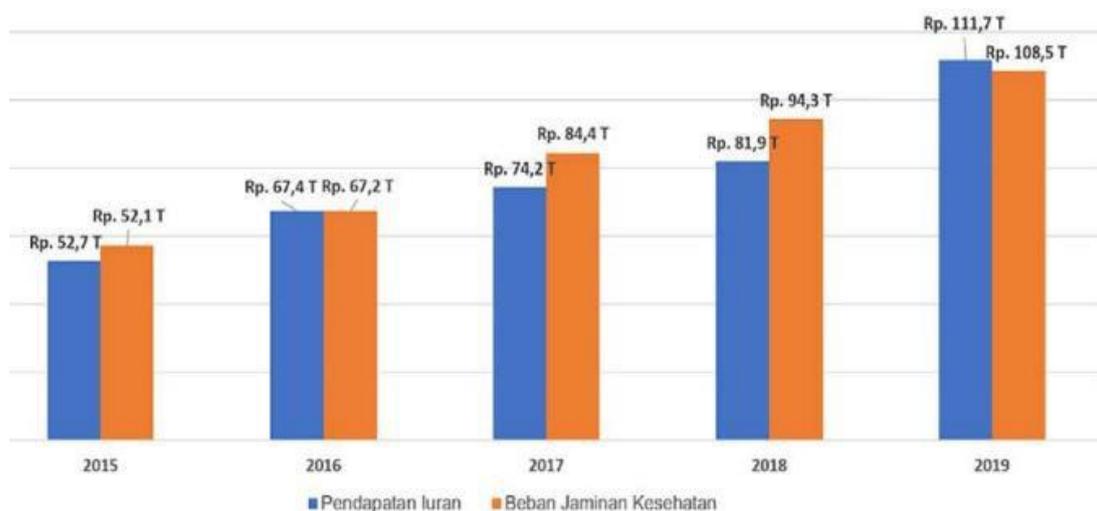
Gambar 4. Trend Anggaran Kesehatan 2015-2022 (Solikha et al., 2022)

### *Purchasing services*

Prinsip ketiga *purchasing services*, di dalam prinsip ini menilai sejauh mana alokasi sumber daya penyedia dalam memenuhi kebutuhan layanan kesehatan. Prinsip ini berkaitan dengan sasaran yang akan diberikan, kelompok mana yang mendapatkan manfaat dan bagaimana mekanisme pembayaran dalam pembiayaan pelayanan kesehatan. Prinsip pembelian layanan kesehatan dapat bersifat pasif dan strategis.

Dalam pembelian layanan kesehatan yang bersifat strategis, Indonesia memiliki paket JKN dalam layanan kesehatan. JKN menawarkan paket manfaat yang dermawan dengan beberapa pengecualian, tetapi program tersebut kekurangan sumber daya dalam praktiknya. Tahun 2021, program JKN mencakup 83% dari jumlah penduduk Indonesia. Peningkatan jumlah peserta tersebut, diikuti dengan naiknya biaya pelayanan kesehatan nasional yang dibutuhkan masyarakat.

Selain itu, program JKN telah mengalami peningkatan defisit sejak awal dan dapat meningkat lebih lanjut jika tidak segera ditangani. Tahun 2015-2019, terdapat kenaikan biaya pelayanan kesehatan sebesar 107%, khususnya untuk tingkat lanjutan. Namun demikian, adanya kenaikan biaya pelayanan tidak diimbangi dengan kenaikan jumlah pendapatan iuran. Pendapatan iuran yang diterima JKN lebih kecil dibandingkan biaya pelayanannya, sehingga hal tersebut menyebabkan defisit hingga 15,5 triliun pada tahun 2019. Berikut terlihat perbandingan antara pendapatan iuran dengan beban jaminan kesehatan dari tahun 2015 hingga tahun 2019.



Gambar 5. Perbandingan Pendapatan Iuran dan Beban Jaminan Kesehatan 2015-2019 (DJSN, 2019)

Berdasarkan Gambar 5, terlihat bahwa pada tahun 2017 dan tahun 2018, ada perbedaan yang signifikan antara pendapatan iuran dengan beban jaminan kesehatan yang diterima. Pada tahun 2017 pendapatan iuran sebesar 74,2 triliun, sedangkan beban jaminan kesehatan sebesar 84,4 triliun. Sedangkan pada tahun 2018, pendapatan iuran sebesar 81,9 triliun, sedangkan beban jaminan

kesehatan sebesar 94,3 triliun. Tidak hanya itu, untuk aktivasi program JKN sangat mudah dan memerlukan waktu yang singkat untuk anggota baru atau yang kembali; serta adanya kepatuhan iuran yang buruk untuk para pesertanya, sehingga menjadikan banyak anggota hanya mendaftar saat sakit dan berhenti membayar setelah pengobatan diterima.

#### *Benefit design and rationing mechanism*

Prinsip keempat adalah desain manfaat dan mekanisme pendistribusian. Prinsip ini terkait kesadaran masyarakat dalam hak dan kewajiban atas layanan yang mereka terima serta yang harus mereka bayar. Sejalan dengan prinsip nomor tiga, layanan kesehatan dari adanya program JKN yang memberikan paket yang dermawan yang memberikan kerugian bagi penyedia. Akibatnya program JKN tersebut memberikan defisit anggaran karena tidak disiplinnya penerima manfaat dalam membayar iuran, serta mekanisme insentif yang tidak sesuai bagi fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan rumah sakit.

FKTP dibayar dengan kapitasi, sedangkan rumah sakit berdasarkan *case-based groups*. Pembiayaan berdasarkan kapitasi merupakan pembayaran yang dibayarkan di awal setiap bulan nya oleh lembaga JKN kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa harus melihat jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Sedangkan pembayaran *case-based groups*, merupakan pembayaran klaim oleh lembaga JKN kepada FKTP tingkat lanjutan paket layanan berdasarkan diagnosis penyakit.

Mekanisme tersebut menjadi insentif bagi fasilitas pelayanan kesehatan primer untuk merujuk ke rumah sakit, sementara rumah sakit memiliki insentif yang terbatas untuk mengendalikan biaya. Hal tersebut mengakibatkan tingginya jumlah biaya kesehatan untuk kasus sederhana di rumah sakit, dan rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan dasar. Sehingga hal tersebut menimbulkan ketidakdilan antara FKTP dan rumah sakit yang bersangkutan.

#### *Governance and institutional arrangements, including decentralization*

Prinsip kelima adalah tata kelola dan pengaturan kelembagaan, termasuk desentralisasi. Dalam prinsip yang terakhir ini desentralisasi telah menekan kapasitas pemerintah daerah yang terbatas untuk melakukan perencanaan dan penganggaran kesehatan terpadu. Selain itu, adanya pembiayaan yang beragam dan adanya pemanfaatan data yang buruk (Atim et al., 2021). Sebagian besar pengeluaran kesehatan terjadi di tingkat kabupaten, namun pemerintah pusat tetap menjadi sumber pendapatan yang dominan. Pemerintah daerah masih tergantung dengan pemerintah pusat dalam pembiayaan kesehatan, beberapa instrument seperti dana perimbangan dari pemerintah pusat dalam pelaksanaannya belum optimal dalam memenuhi kebutuhan kesehatan daerah.

Berdasarkan UU Nomor 17 Tahun 2003, UU Nomor 1 Tahun 2004, UU Nomor 15 Tahun

2004, dan UU Nomor 25 Tahun 2004 terkait proses perencanaan dan penganggaran, di dalam undang-undang tersebut dijelaskan bagaimana peran pemerintah daerah dan pemerintah pusat dalam melakukan proses perencanaan serta penganggaran. Dengan adanya sistem desentralisasi, pemerintah daerah tidak bisa mengabaikan tanggung jawab dengan bergantung pada proses perencanaan dan penganggaran pada pemerintah pusat. Pemerintah daerah harus mempunyai data sendiri dan jangan bertumpu pada data milik pemerintah pusat. Selain itu, tingkat pusat memiliki tantangan kelembagaan yakni penguatan mekanisme tata kelola dan akuntabilitas untuk seluruh sektor dan alokasi fungsi antara Kementerian Kesehatan dan lembaga untuk JKN.

### **Kesimpulan dan Rekomendasi**

Pembiayaan kesehatan merupakan elemen penting dalam pencapaian sistem kesehatan nasional di Indonesia, khususnya sebagai tujuan mencapai cakupan kesehatan semesta atau UHC sesuai dengan agenda pemerintah melalui RPJMN (2020- 2024). Pembiayaan kesehatan merujuk pada pengelolaan sumber daya keuangan untuk meyakinkan bahwa sistem kesehatan mampu mencukupi kebutuhan kesehatan secara keseluruhan. Pentingnya pembiayaan kesehatan menjadikan salah satu *major project* dari RKP setiap tahun nya, sehingga diharapkan pembiayaan kesehatan menjadi lebih baik dan dapat tercapai dalam mewujudkan UHC. Untuk itu perlu untuk melihat prinsip dari pembiayaan kesehatan dalam mewujudkan UHC. *Revenue raising*, dalam prinsip tersebut sesuai dengan amanat undang-undang, pembiayaan kesehatan sebesar 5% dari APBN dan minimal 10% dari APBD. Namun hal tersebut tidak dapat diukur efektivitasnya sehingga belum dapat dipastikan apakah sesuai tujuan yang ditetapkan. Selain itu, dari segi peningkatan pendapatan sangat terlihat pergerakannya dari adanya pandemi Covid-19.

Untuk prinsip *pooling revenues*, dalam prinsip tersebut berfokus pada JKN sebagai salah satu program yang berfungsi untuk pengumpulan pendapatan kesehatan. Selain itu, dalam pengumpulan pendapatan untuk pembiayaan kesehatan masih terkendala dengan adanya *overlapping* dari berbagai lembaga terkait, sehingga pembiayaan kesehatan tidak bisa disederhanakan sumbernya. Selanjutnya untuk prinsip *purchasing services*, dalam prinsip tersebut terkait dengan layanan kesehatan khususnya layanan kesehatan program JKN. Program tersebut merupakan program yang memudahkan bagi masyarakat, namun sejak awal peluncurannya mengalami defisit anggaran.

Untuk prinsip *benefit design and rationing mechanism* terkait kesadaran masyarakat dalam hak dan kewajiban atas layanan yang mereka terima serta yang harus mereka bayar. Dalam prinsip ini dijelaskan bahwa salah satu pembiayaan kesehatan melalui JKN. Namun kepesertaan JKN mengalami kendala dalam anggarannya, salah satunya karena kurang komitmen peserta dalam membayar iuran, sehingga hal tersebut berdampak dalam pelaksanaan JKN untuk kedepannya. Selanjutnya prinsip *governance and institutional arrangements, including decentralization*, dalam

prinsip ini terlihat bahwa pemerintah daerah masih sangat bergantung dengan pemerintah pusat dalam hal perencanaan dan penganggaran kesehatan, serta pemerintah daerah memiliki sistem data yang buruk. Oleh karena itu dibutuhkan beberapa rekomendasi terkait prinsip-prinsip pembiayaan kesehatan dalam mewujudkan cakupan kesehatan semesta, rekomendasi tersebut antara lain: 1) Pengembangan skema insentif berbasis kinerja bagi puskesmas/ FKTP terutama untuk fungsi promotif dan preventif, 2) Pemerintah harus melaksanakan UU Kesehatan terkait belanja wajib yang harus dialokasikan oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, 3) Adanya kontribusi dari berbagai pihak, seperti: a. Kontribusi pihak BPJS Kesehatan dalam perbaikan strategis JKN dan *co-sharing* lembaga JKN, kapitasi berbasis kinerja (termasuk pengembangan pembiayaan UKM), b. Adanya kontribusi pemerintah daerah dalam pemenuhan pembiayaan kesehatan minimal 10% APBD (di luar gaji) dan pemenuhan cakupan kepesertaan JKN, c. Adanya kontribusi dari pihak non pemerintah dalam pembiayaan sektor kesehatan dan pengembangan insentif dalam menyediakan pelayanan kesehatan dasar, 4) Penerapan pajak secara langsung untuk dana kegiatan promosi kesehatan (Contoh negara Thailand, tahun 2001 sebesar 2% pajak tembakau dan konsumsi alcohol untuk Yayasan promosi kesehatan Thailand (Pongutta et al., 2019)).

## Daftar Pustaka

- Anjomshoa, M., Akbari Sari, A., & Takian, A. (2021). Assessing progress in the national health financing system towards universal health coverage in Iran: A mixed-method study protocol. *Health Research Policy and Systems*, 19(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00610-z>
- Atim, C., Bhushan, I., Blecher, M., Gandham, R., Rajan, V., Davén, J., & Adeyi, O. (2021). Health financing reforms for Universal Health Coverage in five emerging economies. *Journal of Global Health*, 11, 16005. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.16005>
- Cali, J., Makinen, M., & Derriennic, Y. (2018). Emerging Lessons from the Development of National Health Financing Strategies in Eight Developing Countries. *Health Systems & Reform*, 4(2), 136–145. <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1438058>
- Creswell, J. W. (2012). *Research design: Pendekatan kualitatif, kuantitatif, dan mixed* (S. Z. Qudsi, Ed.; A. Fawaid, Trans.; Ed. ke-3). Pustaka Pelajar.
- Darmalaksana, W. (2020). Metode Penelitian Kualitatif Studi Pustaka dan Studi Lapangan. *Pre-Print Digital Library UIN Sunan Gunung Djati Bandung*. <http://digilib.uinsgd.ac.id/id/eprint/32855>
- Dep. (2021). *Ini Fokus Anggaran Kesehatan dalam RAPBN 2022*. Kementerian Keuangan Republik Indonesia. <https://pen.kemenkeu.go.id/in/post/ini-fokus-anggaran-kesehatan-dalam-rapbn-2022>.
- DJSN. (2019). Fakta dan Data Capaian Program Jaminan Kesehatan Nasional. Dewan Jaminan Sosial Nasional BPJS Kesehatan.
- Evans, D. B., & Etienne, C. (2010). Health systems financing and the path to universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(6), 402. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.078741>

- Kirigia, J. M., Zere, E., & Akazili, J. (2012). National health financing policy in Eritrea: A survey of preliminary considerations. *BMC International Health and Human Rights*, 12(1), 16. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-12-16>
- Kutzin, J., Witter, S., Jowett, M., & Bayarsaikhan, D. (2017). *Developing a national health financing strategy: A reference guide*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/254757>
- Kwon, S., & Kim, E. (2022). Sustainable Health Financing for COVID -19 Preparedness and Response in Asia and the Pacific. *Asian Economic Policy Review*, 17(1), 140–156. <https://doi.org/10.1111/aepr.12360>
- Neuman, W. L. (2014). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches* (7. ed., Pearson new internat. ed). Pearson.
- Pongutta, S., Suphanchaimat, R., Patcharanarumol, W., & Tangcharoensathien, V. (2019). Lessons from the Thai Health Promotion Foundation. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(3), 213–220. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.220277>
- Preker, A. S., Cotlear, D., Kwon, S., Atun, R., & Avila, C. (2021). Universal health care in middle-income countries: Lessons from four countries. *Journal of Global Health*, 11, 16004. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.16004>
- Schieber, G., Baeza, C., Kress, D., & Maier, M. (2006). Financing Health Systems in the 21st Century. In D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, P. Jha, A. Mills, & P. Musgrove (Eds.), *Disease Control Priorities in Developing Countries* (2nd ed.). The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11772/>
- Setiawan, E., Sihalo, E. D., Yuliawati, F., van Empel, G., Idris, H., & Siregar, A. (2021). *Pembiayaan Kesehatan: Konsep Dan Best Practices Di Indonesia*. PPIJK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Soewondo et. al. (2020). National Health Accounts Indonesia 2020. Jakarta: Lembaga Penerbit BPKP.
- Solikha, D. A., Arifi, M. D., Siahaan, R. G. M., Firdaus, M. Z., Ariteja, S., Wikanestri, I., Nurlita, A. N., Ikrima, I. R., & Taqiyah, H. (2022). *Buku Putih Reformasi Sistem Kesehatan Nasional*. Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. [https://perpustakaan.bappenas.go.id/e-library/file\\_upload/koleksi/migrasi-data-publikasi/file/Policy\\_Paper/Buku%20Putih%20Reformasi%20SKN.pdf](https://perpustakaan.bappenas.go.id/e-library/file_upload/koleksi/migrasi-data-publikasi/file/Policy_Paper/Buku%20Putih%20Reformasi%20SKN.pdf)
- Thomson, S., Sagan, A., Mossialos, E., & North, J. (2020). Why private health insurance? In S. Thomson, A. Sagan, & E. Mossialos (Eds.), *Private Health Insurance: History, Politics and Performance* (pp. 1–40). chapter, Cambridge: Cambridge University Press.
- WHO. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/258734>
- WHO. (2019). World Health Statistics 2019 Monitoring Health for SDGs. World Health Organisation
- WHO & World Bank. (2017). Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report (English). Washington, D.C.: World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/Tracking-universal-health-coverage-2017-global-monitoring-report>