

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Pendahuluan

Kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan merupakan kebutuhan esensial yang mendukung manusia untuk menjalani kehidupan yang layak, produktif, serta menjadi modal penting dalam mempertahankan negara, terutama di bidang perekonomian Indonesia. Dengan menciptakan generasi yang sehat, baik secara fisik maupun mental, kesehatan berperan sebagai penunjang utama dalam menjalankan berbagai aktivitas dan meningkatkan produktivitas demi kemajuan pribadi dan kemajuan bangsa. Agen-agen ekonomi dalam kesehatan nasional melibatkan beberapa pihak termasuk rumah tangga, industri asuransi, dan pemerintah untuk mendukung kesejahteraan masyarakat melalui penyediaan layanan kesehatan yang adil dan merata pada setiap rumah tangga. Kebijakan fiskal yang efektif menjadi sangat krusial dalam memastikan tersedianya dana yang cukup untuk pembiayaan layanan kesehatan secara nasional (Kementerian Kesehatan Indonesia, 2019).

Indonesia memperkuat upaya dalam mencapai target setiap indikator dengan pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs) yaitu tercapai Cakupan Kesehatan Semesta atau *Universal Health Coverage* (UHC) yang menjadi komitmen global dunia bertujuan untuk memastikan bahwa semua individu dan komunitas memiliki akses yang adil dan merata terhadap layanan kesehatan yang berkualitas tanpa harus menghadapi kesulitan finansial. Di Indonesia, sistem asuransi kesehatan sosial telah diberlakukan konsep *Universal Health Coverage* (UHC) sejak 1 Januari 2014, yang dikenal sebagai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dikelola oleh BPJS Kesehatan sebagai langkah

strategis untuk mewujudkan pencapaian tersebut. Salah satu tujuan dalam program JKN yakni meningkatkan akses pelayanan kesehatan dengan cakupan 95% serta program ini bertujuan memberikan perlindungan finansial bagi seluruh peserta JKN, sehingga mereka terhindar dari beban biaya kesehatan yang berlebihan dan dilakukan untuk mencapai tingkat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. (Tarigan, 2017).

Namun demikian, upaya untuk mencapai target UHC tersebut masih menghadapi beberapa tantangan. Beberapa tantangan utama dalam sektor kesehatan Indonesia saat ini terutama dalam peningkatan angka kesehatan yang masih naik turun serta jaminan sosial meliputi belum meratanya akses untuk mendapatkan layanan Kesehatan. Tantangan lain berkaitan dengan kondisi geografis, sosiodemografi dan disparitas kesejahteraan antar wilayah tidak merata. Sektor perekonomian dan sumber daya yang ada terdapat ketimpangan di setiap antar wilayah menjadi tantangan besar tersendiri untuk pemerintah Indonesia. Tantangan yang ada mencakup dalam hal seperti Indonesia memiliki wilayah yang luas dan berbagai pulau, sehingga memberikan tingkat kesulitan yang tinggi dalam aksesibilitas dan distribusi layanan kesehatan secara merata (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024).

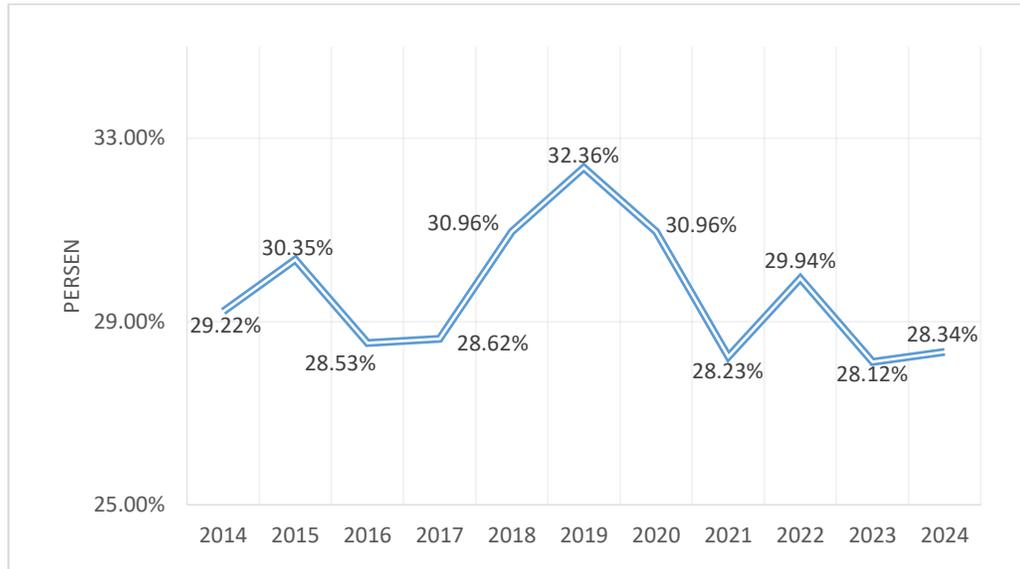
Salah satu isu utama dalam sektor kesehatan di Indonesia berkaitan dengan kebijakan alokasi anggaran. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pemerintah menetapkan kebijakan *mandatory budget* yang mewajibkan alokasi anggaran kesehatan minimal sebesar 5% dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dan 10% dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Tujuan utama dari kebijakan ini adalah untuk menjamin tersedianya dana yang memadai guna mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan nasional. Data BPS (2022)

memperlihatkan anggaran kesehatan yang dialokasikan berada pada 5,6% sehingga alokasi dana sesuai dengan aturan *mandatory budget*. Salah satu persoalan yang mencuat adalah rendahnya efektivitas penggunaan dana. Dalam banyak kasus, alokasi dana yang besar tidak sebanding dengan peningkatan kualitas layanan kesehatan yang diterima masyarakat. Hal ini menunjukkan adanya ketidaksesuaian antara dana yang dialokasikan dan *output*, sehingga mengakibatkan inefisiensi dalam pengelolaan belanja kesehatan (Taufiqi, 2024).

Pada tahun 2023, pemerintah mengesahkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan, yang mencabut ketentuan *mandatory budget* dalam UU sebelumnya. Kebijakan ini mengubah pendekatan penganggaran dari sistem berbasis persentase menjadi berbasis kinerja, kebutuhan program, serta hasil (*output*) agar lebih fleksibel dan efisiensi anggaran. Penghapusan *mandatory budget* memunculkan tantangan baru, seperti potensi ketimpangan alokasi anggaran antar daerah, rendahnya realisasi belanja kesehatan, dan risiko berkurangnya alokasi anggaran keberlanjutan program jaminan kesehatan nasional, terutama jika alokasi anggaran tahunan menurun dan berefek pada keberlanjutan pembiayaan layanan terganggu. Isu ini diangkat kedalam Debat Pilpres 2024 dengan fokus kepada optimalisasi pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional dan tingkat kesehatan masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan. (kumparanNEWS, 2024).

Menurut BPS (2022), angka kesakitan adalah alat yang digunakan untuk mengukur status keluhan kesehatan berdasarkan konsep self-reported morbidity (*morbidity by perception*). Angka yang lebih tinggi menunjukkan bahwa tingkat kesehatan penduduk negara tersebut semakin memburuk, sedangkan angka yang lebih rendah menunjukkan

bahwa tingkat kesehatan penduduk negara tersebut semakin baik. Penyakit seperti batuk, pilek, demam, penyakit kronis, keluhan akibat kecelakaan, masalah kesehatan ibu hamil, dan keluhan psikologis adalah keluhan kesehatan (BPS, 2024).

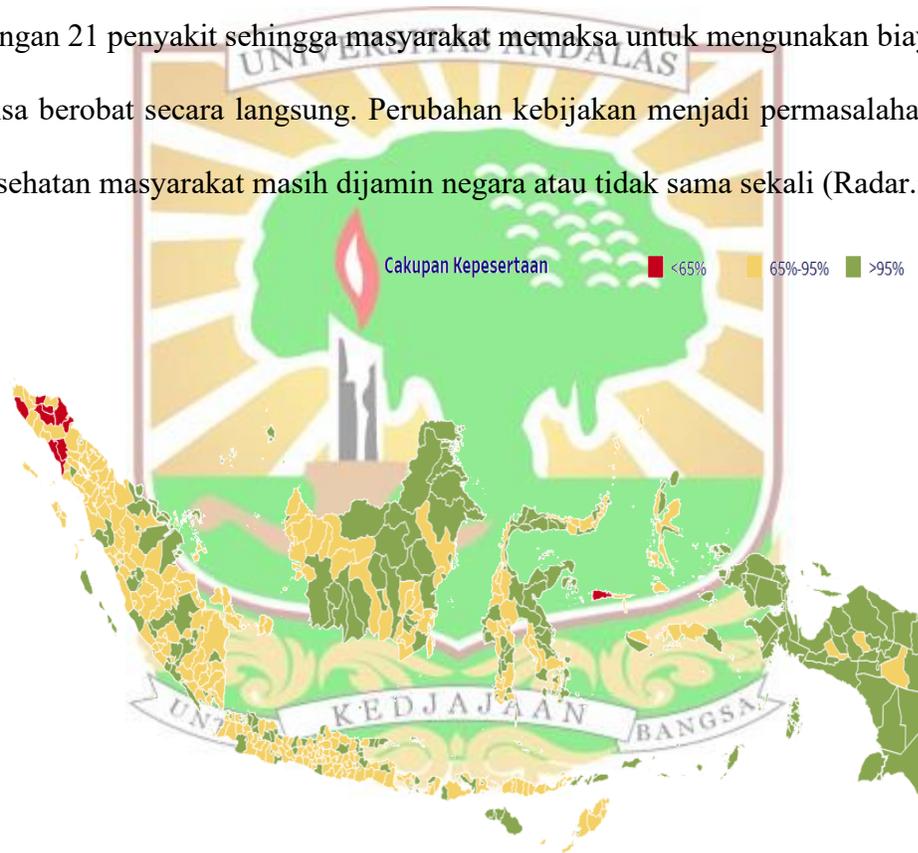


Gambar 1. 1. Status keluhan kesehatan Penduduk Indonesia tahun 2014-2024

Sumber: Badan Pusat Statistik, 2024

Berdasarkan Gambar 1.1, tren rata-rata status keluhan kesehatan penduduk Indonesia selama 2014-2024 mengalami fluktuasi signifikan. Pada 2014, status keluhan kesehatan berada di 29,22%, meningkat menjadi 30,35% pada 2015, lalu turun ke 28,53% pada 2016. Puncaknya tercapai pada 2019 dengan 32,36%, namun menurun tajam hingga 27,23% pada 2021 dan mencapai titik terendah 26,27% pada 2023, sebelum naik lagi menjadi 28,34% di 2024. Sismonev (2024) mencatat partisipasi BPJS Kesehatan mencapai 97%, pengeluaran *Out of Pocket* tetap tinggi, menunjukkan disparitas cakupan layanan kesehatan antar daerah, terutama di lima pulau besar Indonesia. Kualitas dan akses layanan BPJS masih sangat bervariasi.

Selain itu laporan dari BPJS (2023) mencatat defisit sekitar Rp15 triliun pada 2023 sehingga keterbatasan alokasi ini berdampak langsung pada kualitas layanan kesehatan yang tersedia, subsidi pemerintah dalam alokasi asuransi kesehatan, dan Perilaku konsumsi rumah tangga dalam pengeluaran (*Out of Pocket*) yang tinggi dapat berdampak pada terganggunya status keluhan kesehatan di Indonesia (RRI.co.id, 2024). Hal lain peranan BPJS berkurang dimulai dari penghapusan *mandatory budget* dan menghapus tanggungan 21 penyakit sehingga masyarakat memaksa untuk menggunakan biaya sendiri agar bisa berobat secara langsung. Perubahan kebijakan menjadi permasalahan dimana hak kesehatan masyarakat masih dijamin negara atau tidak sama sekali (Radar.id, 2025).



Gambar 1. 2. Cakupan Kepesertaan BPJS Kesehatan Indonesia tahun 2024

Sumber: SISMONEV BPJS Kesehatan, 2024

Gambar 1.2. memperlihatkan angka cakupan kepesertaan BPJS Kesehatan di seluruh daerah di Indonesia. Salah satu indikator penting dalam menilai keberhasilan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan adalah

cakupan kepesertaan di tingkat kabupaten/kota. Cakupan yang tinggi menjadi prasyarat tercapainya *Universal Health Coverage* (UHC), yang berarti setiap penduduk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas tanpa mengalami kesulitan finansial. Namun demikian, peta cakupan kepesertaan BPJS Kesehatan di Indonesia menunjukkan bahwa distribusi kepesertaan belum merata di seluruh wilayah dan menyebabkan ketimpangan terkhususnya daerah yang sulit diakses oleh pemerintah (Sismonev, 2024).

Dari 514 kabupaten/kota di Indonesia, masih terdapat 290 kabupaten/kota dengan cakupan peserta BPJS Kesehatan lebih rendah dari 95% sesuai standar dari WHO. Perbedaan dari cakupan UHC mengindikasikan bahwa efektivitas BPJS Kesehatan di setiap daerah masih rendah. Menurut Trisnantoro (2020), UHC yang tidak mencapai standar minimum menjadi tantangan dan mengarah langsung kepada rumah tangga cenderung membayar biaya kesehatan itu dengan uang pribadi (*Out of Pocket*) yang tinggi. OOP tinggi meningkatkan risiko pengeluaran kesehatan yang signifikan, terutama individual atau rumah tangga dengan pendapatan rendah.

Tabel 1.1. Skema Belanja Kesehatan Indonesia Tahun 2020-2023 (Dalam Persentase %)

Skema Belanja Kesehatan	2020	2021	2022	2023	Rata-Rata
Skema Kemenkes	11.50	24.20	7.40	11.50	13.65
Skema K/L lain	4.90	4.50	2.40	4.90	4.18
Skema Pemda	24.80	20.90	23.90	23.70	23.33
Skema Askes Sosial	16.60	14.10	21.80	27.10	19.90
Skema Askes Swasta	2.90	2.90	4.20	5.00	3.75
LSM	1.30	1.00	1.30	1.20	1.20
Korporasi	8.90	7.20	8.40	7.90	8.08
Skema Pembiayaan RT/OOP	29.20	26.20	30.60	28.60	28.65

Sumber: *National Health Accounts Indonesia, 2023*

Tabel 1.1. menggambarkan bahwa proporsi belanja kesehatan di Indonesia dengan skema yang berbeda dalam rentang 2020-2023. Sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia bersumber dari berbagai skema yang melibatkan pemerintah pusat, pemerintah daerah, badan penyelenggara jaminan sosial, sektor swasta, lembaga non-pemerintah, hingga pengeluaran langsung oleh rumah tangga. Pembiayaan rumah tangga atau *Out Of-Pocket* menjadi persentase terbesar dalam belanja kesehatan di Indonesia dalam 4 tahun terakhir sementara skema pembiayaan dari asuransi kesehatan sosial dari BPJS Kesehatan menunjukkan tren meningkat setiap tahunnya hingga pada tahun 2023 berada di titik 27,10% dan skema pembiayaan pemda dari APBD berada di urutan ke 3 tertinggi dengan tren relatif stabil selama 4 tahun terakhir (Sismonev, 2024).

Meskipun peran BPJS semakin besar, tingginya porsi OOP menjadi tantangan tersendiri dalam mewujudkan *Universal Health Coverage* (UHC) yang berkeadilan. Tingginya konsumsi rumah tangga di kesehatan mengindikasikan bahwa masyarakat cenderung berobat lebih banyak menggunakan uang pribadi dibandingkan dengan asuransi kesehatan sosial. Tinggi pengeluaran kesehatan dapat menurunkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan preventif maupun promotif, karena sebagian besar pengeluaran masih terkonsentrasi pada layanan kuratif. Hal ini berdampak pada meningkatnya beban kuratif dan memperlebar ketimpangan kesehatan antar kelompok pendapatan. Pembiayaan pengobatan secara langsung menunjukkan masih adanya beban biaya kesehatan yang ditanggung langsung oleh masyarakat, yang dapat menimbulkan risiko finansial terutama bagi rumah tangga berpendapatan rendah sehingga meningkatkan angka kuratif serta resiko pengeluaran rumah tangga dari beban biaya yang harus mereka tanggung (Qosaj et al, 2018).

**Tabel 1.2. Proporsi Pengeluaran Kesehatan Berdasarkan Sosial Demografi
Tahun 2021-2023 (%)**

Proporsi Berdasarkan Demografi	2021		2022		2023	
	OOP	Non-OOP	OOP	Non-OOP	OOP	Non-OOP
Status Ekonomi						
Kuintil 1	63.12	36.88	63.57	36.43	68.49	31.51
Kuintil 2	59.24	40.76	61.47	38.53	67.18	32.82
Kuintil 3	63.82	36.18	59.24	40.76	65.09	34.91
Kuintil 4	57.45	42.55	56.54	43.46	62.56	37.44
Kuintil 5	51.22	48.78	40.93	59.07	59.73	40.27
Pendidikan Kepala RT						
Tidak Sekolah	53.44	46.56	49.67	50.33	64.48	35.52
SD/Sederajat	51.67	48.33	52.81	47.19	63.26	36.74
SMP/Sederajat	53.22	46.78	55.83	44.17	62.28	37.72
SMA/Sederajat	48.19	51.81	43.15	56.85	59.10	40.90
Perguruan Tinggi	43.65	56.35	41.84	58.16	63.03	36.97
Klasifikasi Tempat Tinggal						
Perkotaan	57.44	42.56	43.21	56.79	59.30	40.70
Pedesaan	40.12	59.88	58.14	41.86	61.22	38.78

Sumber: BPS Kesehatan dalam Angka, 2023

Tabel 1.2. menggambarkan bahwa sebagian besar proporsi pembiayaan kesehatan tahun 2021–2023, pengeluaran kesehatan masyarakat masih didominasi oleh skema *Out of Pocket* (OOP) atau pembiayaan langsung dari kantong rumah tangga, khususnya pada kelompok ekonomi bawah (kuintil 1–3) yang angkanya konsisten di atas 59% dan bahkan mencapai 68,49% pada kuintil 1 di tahun 2023. Sementara itu, skema NonOOP yang mencakup pembiayaan dari APBN/APBD melalui Kementerian/Lembaga dan pemerintah daerah, serta pembiayaan sosial seperti BPJS Kesehatan lebih besar proporsinya pada kelompok ekonomi atas (kuintil 5) dan penduduk dengan pendidikan lebih tinggi. Dilihat dari klasifikasi tempat tinggal menunjukkan kecenderungan meningkatnya beban biaya kesehatan langsung bagi masyarakat di semua wilayah. Kebijakan pemerintah dan skema jaminan sosial sudah menjangkau sebagian penduduk,

ketergantungan pada OOP masih tinggi terutama pada kelompok miskin, berpendidikan rendah, dan di pedesaan, sehingga beban finansial kesehatan tetap menjadi tantangan utama (BPS, 2023).

Ekonomi dan kesehatan saling terkait dan berperan penting untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat. Tingkat status keluhan kesehatan suatu negara memengaruhi pertumbuhan ekonomi dan kesejahteraan penduduknya. Sebaliknya, pertumbuhan ekonomi dapat mendukung peningkatan anggaran kesehatan yang diperlukan untuk penelitian, pengembangan teknologi kesehatan domestik, serta peningkatan kualitas layanan kesehatan (Murti, 2019). Winslow (1941) menyatakan program asuransi kesehatan nasional memberikan kontribusi pada kesejahteraan masyarakat khususnya fisik dan sosial melalui pengurangan beban biaya kesehatan. Penerapan ekonomi dalam upaya kesehatan yang layak bertujuan untuk status keluhan kesehatan optimal sehingga masyarakat menikmati hidup secara produktif.

Amartya Sen, peraih Nobel Ekonomi 1998, menyatakan bahwa kesehatan dan manusia adalah aset utama suatu negara. Masyarakat yang sehat secara fisik, mental, spiritual, dan intelektual sehingga mendukung pertumbuhan ekonomi dan meningkatkan taraf kesejahteraan. Untuk mewujudkannya, diperlukan sistem asuransi kesehatan yang mampu menjamin kesehatan masyarakat di setiap tahap kehidupan. Selain itu, layanan kesehatan dan asuransi kesehatan yang memadai harus tersedia untuk membantu memulihkan kondisi fisik dan mental masyarakat yang sakit secara optimal (Klugman, 2010).

Studi empiris dari Handel et al. (2023) di Belanda menemukan bahwa asuransi kesehatan dipengaruhi oleh faktor sosiodemografi dan kesehatan. Faktor sosiodemografi

meliputi gaya hidup rumah tangga, seperti usia, etnis, status pernikahan, lokasi tempat tinggal, tingkat pendidikan, status pekerjaan, pendapatan, dan jumlah tanggungan. Sementara itu, faktor kesehatan mencakup efektivitas penggunaan asuransi pada status keluhan kesehatan rumah tangga, akses terhadap layanan kesehatan, serta kepuasan terhadap pelayanan yang diterima.

Studi dari Yujun et al. (2020) menemukan bahwa pengeluaran kesehatan (*Out of Pocket*) di Taiwan memengaruhi status keluhan kesehatan, terutama dalam menciptakan ketimpangan regional. Jaminan Kesehatan Nasional terbukti efektif mengurangi ketimpangan tersebut dengan meningkatkan akses layanan kesehatan dan menekan pengeluaran medis tambahan, baik di berbagai wilayah maupun kelompok pendapatan. Temuan ini berbeda dengan penelitian Mercy (2023) di Kenya yang menunjukkan bahwa meskipun asuransi kesehatan mampu menurunkan angka kematian, ketidakseimbangan perlindungan finansial masih terjadi, terutama di kalangan kelompok rentan, sehingga subsidi pemerintah tetap diperlukan untuk mewujudkan UHC.

Azad et al. (2020) dengan studi empiris menganalisis akses layanan kesehatan nasional di negara Malawi dari sisi aspek sosial dengan temuan berupa perempuan menghadapi hambatan yang mengakibatkan mereka lebih mungkin memiliki keluhan kesehatan lebih besar dan lebih menunda atau tidak mencari perawatan yang diperlukan. Tingkat kesehatan rendah mengarah kepada kesejahteraan dan status keluhan kesehatan tidak merata untuk seluruh rakyat di negara tersebut. Karakteristik dari sosial ekonomi dari individu turut serta mempengaruhi efektivitas dari adanya asuransi kesehatan memiliki efek langsung pada kesehatan masyarakat. Cakupan asuransi meningkat secara nasional, namun terdapat ketimpangan dalam hal pemanfaatan layanan kesehatan di

daerah cakupan rendah sehingga efektivitas asuransi di setiap daerah perlu reformasi lebih lanjut (Mentari, 2022).

Secara umum, temuan studi empiris ini memperlihatkan gambaran status keluhan kesehatan disebabkan karna kondisi sosial ekonomi terkhususnya pelayanan asuransi dan konsumsi kesehatan dalam pengeluaran *Out-Of Pocket* (OOP). Perbedaan kepesertaan terkhususnya implementasi asuransi nasional belum di eksplorasi lebih dalam di aspek geografis di Indonesia. Adanya asuransi kesehatan yang efisien tujuan untuk mengurangi ketimpangan dan meningkatkan kesehatan masyarakat secara global. Maka dari itu urgensi dari penelitian ini guna membuktikan bahwa seberapa besar peranan asuransi kesehatan nasional dari BPJS Kesehatan dalam memberikan dampak terhadap status keluhan kesehatan serta melihat perbandingan antar 5 pulau di Indonesia untuk efektivitas program BPJS Kesehatan dalam memberikan perlindungan kesehatan di Indonesia.

1.2. Rumusan Masalah

Permasalahan utama mengenai kesehatan di Indonesia adalah angka status keluhan kesehatan mengalami tren naik turun. Tingkat status keluhan kesehatan dapat dipengaruhi oleh efektivitas program asuransi kesehatan dalam menanggulangi permasalahan tersebut. Di sisi lain, meskipun cakupan kepesertaan BPJS terus meningkat, program BPJS memiliki kendala dimana pemerintah Indonesia telah meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan sebagai upaya untuk menjamin akses pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk, namun perubahan dari penghapusan *mandatory budget* memberikan tantangan terbaru khususnya disparitas status keluhan kesehatan antar individu dan antarwilayah masih menjadi tantangan serius.

Ketimpangan akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas, terutama di wilayah luar Jawa, serta beban biaya kesehatan yang masih ditanggung sendiri oleh rumah tangga (*Out-Of Pocket*), menunjukkan bahwa distribusi program BPJS Kesehatan belum merata secara nasional.

BPJS Kesehatan dirancang untuk memberikan kemudahan masyarakat dalam mengakses kesehatan dengan subsidi dari pemerintah dimana tujuannya adalah meningkatkan status keluhan kesehatan masyarakat Indonesia secara merata tanpa adanya kekhawatiran terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan (OOP) yang besar sehingga asuransi bisa melindungi masyarakat dari terjadinya *catastrophic health expenditure*. Dalam konteks BPJS Kesehatan, OOP seharusnya diminimalkan karena peserta sudah membayar premi/iuran dan mendapatkan layanan kesehatan secara *cashless* di fasilitas yang bekerja sama.

Hal tersebut mengindikasikan bahwa terjadi ketidaksesuaian antara program yang diciptakan dengan kondisi yang terjadi. Berdasarkan penjelasan dan permasalahan dari kondisi kesehatan di Indonesia, maka judul penelitian ini adalah “**Analisis Program BPJS Kesehatan Terhadap Probabilitas Status Keluhan Kesehatan Di Indonesia**”

1.3. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan dari latar belakang dan permasalahan diatas, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana karakteristik sosial ekonomi dari program BPJS Kesehatan terhadap Status Keluhan Kesehatan di Indonesia?

2. Bagaimana perbedaan program BPJS Kesehatan terhadap Status Keluhan Kesehatan antar 5 pulau di Indonesia?

1.4. Tujuan Penelitian

1. Menganalisis karakteristik sosial ekonomi dari program BPJS Kesehatan terhadap Status Keluhan Kesehatan di Indonesia.
2. Membandingkan Status Keluhan Kesehatan di 5 pulau Indonesia yang memiliki BPJS Kesehatan.

1.5. Manfaat Penelitian

1. Pemerintah sebagai referensi dalam merumuskan kebijakan untuk meningkatkan efektivitas BPJS Kesehatan.
2. Masyarakat, terutama rumah tangga, dalam memahami dampak kepemilikan BPJS Kesehatan terhadap status keluhan kesehatan penduduk dan juga besaran efektivitas program BPJS Kesehatan tersebut
3. Akademisi sebagai sumber informasi untuk penelitian lebih lanjut mengenai ketimpangan kesehatan antar wilayah di Indonesia.