

BAB I

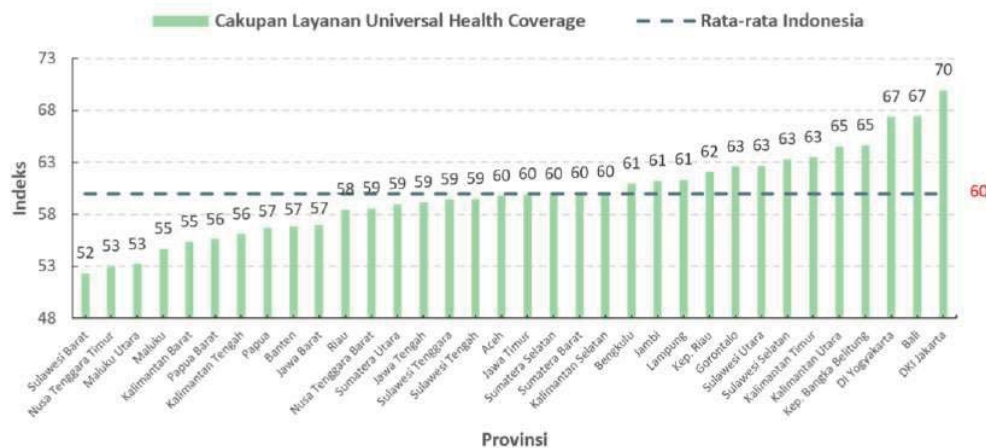
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tercapainya *Universal Health Coverage* saat ini masih menjadi salah satu tujuan utama kesehatan di berbagai negara yang juga merupakan upaya mencapai poin 3.8 dari *Sustainable Development Goals*. *Universal Health Coverage* berfokus pada ketersediaan akses masyarakat pada kebutuhan akan pelayanan kesehatan, di saat dan di mana dibutuhkan tanpa adanya kesulitan secara finansial (World Health Organization, 2010). Dalam upaya mencapai *Universal Health Coverage*, sistem kesehatan harus memaksimalkan 3 dimensi kritis menurut (Supriyanto, Ernawaty dan Budi, 2018) , yaitu *who is covered* (keikutsertaan masyarakat), *what services are covered* (kebermanfaatan paket kesehatan yang diberikan) dan *how much of the cost is covered* (besaran pengeluaran kesehatan yang ditanggung). Sehingga, dapat mencapai tujuan akhir dan utama dari penerapan *Universal Health Coverage*, yaitu memberikan proteksi risiko finansial, meningkatkan akses pada pelayanan kesehatan, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Supriyanto, Ernawaty dan Budi, 2018). Dalam upaya mengimplementasikan *Universal Health Coverage*, *Universal Access* perlu diperhatikan untuk mampu mendukung keterjaminan hak seluruh masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Sudah lebih dari 5 tahun sejak 1 Januari 2014 BPJS Kesehatan menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia. Sebagai program yang berupaya mencapai target *Universal Health Coverage*, maka program JKN dan sistem kesehatan di Indonesia harus mampu mencapai ketiga

tujuan akhir dari *Universal Health Coverage*. Herawati, Franzone dan Chrisnahutama (2020) menyoroti cakupan layanan *Universal Health Coverage* di Indonesia yang masih berada pada rerata 60.



Sumber: Herawati, Franzone dan Chrisnahutama (2020)

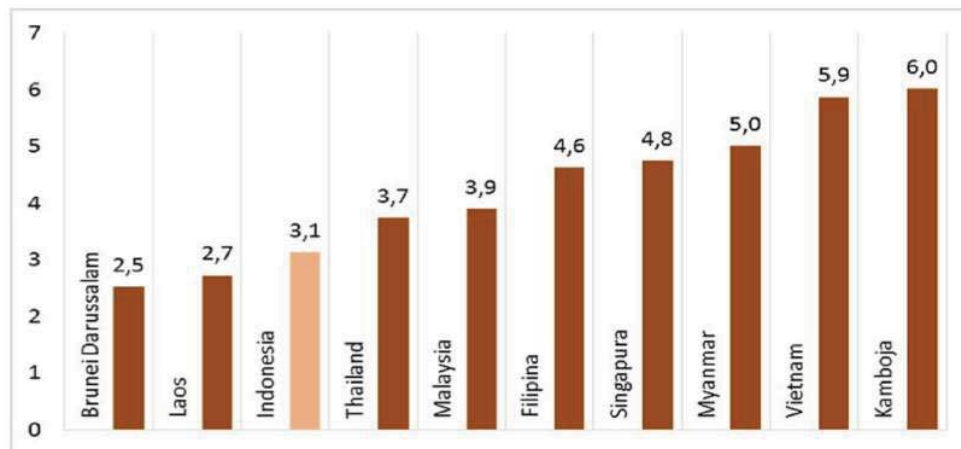
Gambar 1. 1 Indeks Cakupan Layanan Universal Health Coverage di Indonesia, menurut Provinsi tahun 2017

Indeks Cakupan Layanan Universal Health Coverage ini didasari oleh empat dimensi pelayanan yang ditetapkan oleh World Health Organization dan The World Bank, 2017 yaitu Kesehatan Reproduksi dan KIA, Penyakit Menular, Penyakit Tidak Menular, dan Kapasitas dan Akses Layanan. Penelitian oleh Herawati, Franzone dan Chrisnahutama (2020) menunjukkan bahwa masih terdapat ketimpangan antara daerah yang memiliki penduduk yang padat seperti Pulau Jawa dengan daerah di luar Pulau Jawa. Terlihat pada tabel 1.1 bahwa dari 34 provinsi di Indonesia, sebanyak 17 provinsi berada di bawah nilai indeks rata-rata nasional yaitu 60. Serta, hanya provinsi DKI Jakarta yang memiliki cakupan layanan yang cukup baik dengan nilai indeks 70. Indikator cakupan layanan ini menggambarkan upaya suatu negara dalam menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas untuk

masyarakatnya (World Health Organization dan The World Bank, 2017). Maka, apabila indikator ini dinilai sebagai pengukuran yang efektif, kinerja JKN di Indonesia masih jauh dari mencapai hasil yang optimal.

Upaya dalam mengimplementasikan *Universal Health Coverage* di adalah dengan mengupayakan *Universal Access*. Dalam hal ini, WHO juga menyebutkan istilah *Universal Access* yang memiliki tiga dimensi. Ketiga dimensi itu adalah *Financial Affordability* (Keterjangkauan Finansial), *Physical Accessibility* (Aksesibilitas Fisik) dan *Acceptability* (Akseptabilitas).

Keterjangkauan finansial dalam hal ini melihat ukuran kemampuan masyarakat untuk membayar perawatan kesehatan yang dibutuhkannya tanpa mengalami kesulitan keuangan. Keterjangkauan finansial ini dipengaruhi oleh

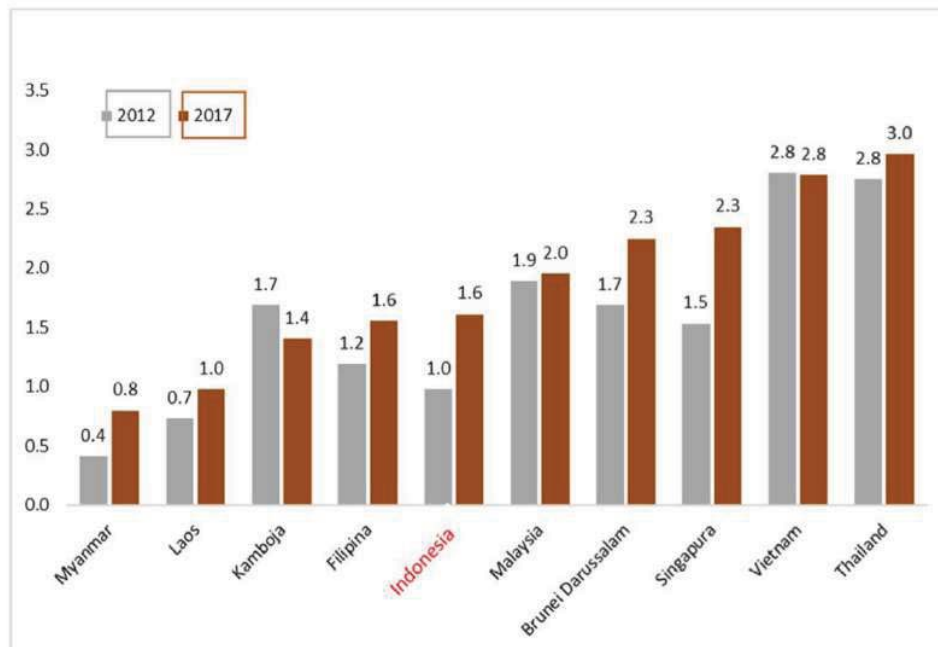


Sumber: National Health Account 2018 oleh Kementerian Kesehatan RI (2020)

Gambar 1. 2 Proporsi Belanja Kesehatan Negara ASEAN terhadap PDB tahun 2017

Berkaitan dengan sistem pembiayaan kesehatan, berdasarkan National Health Account 2018, Indonesia masih tergolong rendah dalam proporsi total pembelanjaan kesehatan yang bernilai 3,1% dari Produk Domestik Bruto (PDB).

Porsi pembelanjaan kesehatan Indonesia masih jauh dari standar yang ditetapkan oleh WHO yaitu minimal sebesar 5% dari PDB negara. Dalam hal ini, negara di ASEAN yang telah menerapkan standar yang ditetapkan oleh WHO adalah Filipina (sebesar 5,9%) dan Kamboja (sebesar 6%).

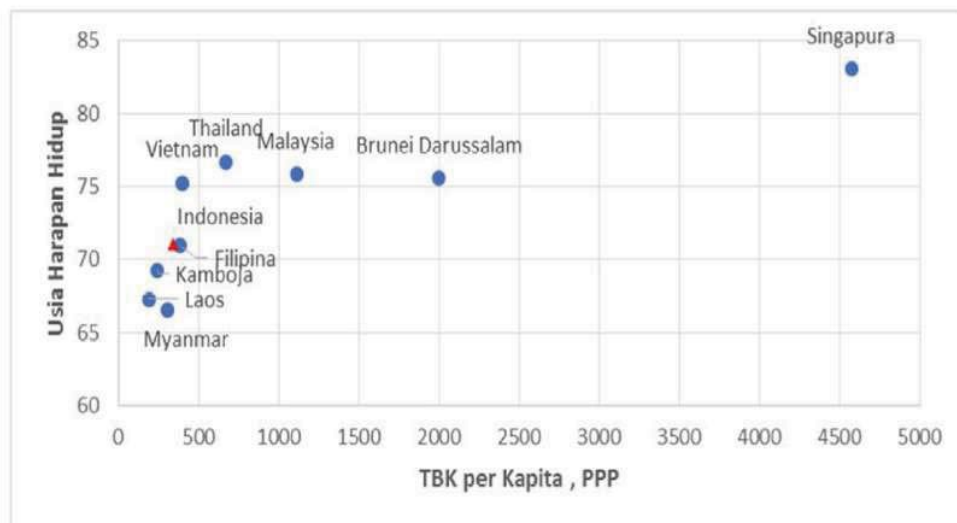


Sumber: National Health Account 2018 oleh Kementerian Kesehatan RI (2020)

Gambar 1. 3 Proporsi Belanja Kesehatan Sektor Publik terhadap PDB ASEAN tahun 2012 dan 2017

Berkaitan dengan alokasi pembelanjaan kesehatan, porsi alokasi belanja kesehatan sangatlah penting, dalam hal ini dapat dibagi menjadi 2 yaitu dari sektor publik dan privat. Untuk proporsi total belanja kesehatan sektor publik terhadap PDB, Indonesia lebih tinggi dibandingkan empat negara lainnya dengan proporsi sebesar 1,6 persen. Apabila dibandingkan dengan Malaysia dan Thailand, Indonesia masih tertinggal dengan Malaysia memiliki proporsi sebesar 2% dan Thailand sebesar 3% dari PDB. Namun, terlihat perkembangan yang signifikan untuk total belanja

kesehatan Indonesia sejak 2012 yang didukung dengan implementasi program JKN. Dalam hal ini terlihat pula walaupun negara Kamboja dan Myanmar memiliki Proporsi Pembelanjaan Kesehatan yang telah memenuhi standar 5% dari WHO, pembelanjaan kesehatan masih didominasi dari sektor privat yang mana hal ini dapat memberatkan masyarakat dalam upaya mengakses layanan kesehatan.

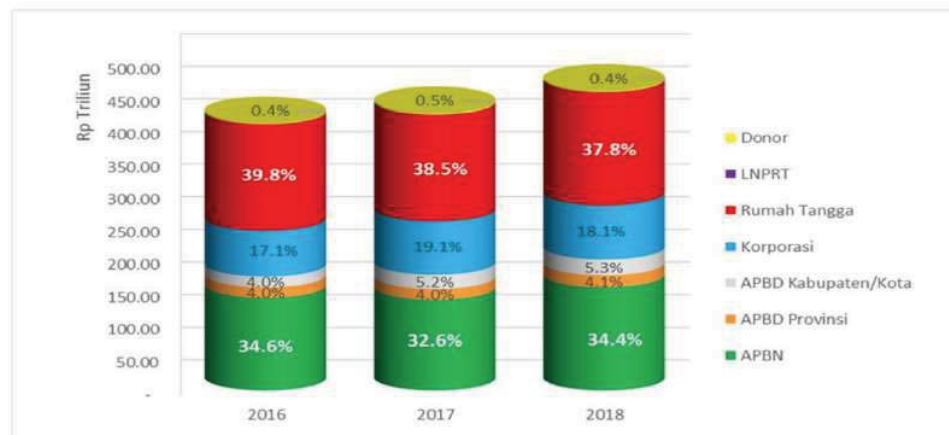


Sumber: National Health Account 2018 oleh Kementerian Kesehatan RI (2020)

Gambar 1. 4 Kapasitas dan Akses Pelayanan Kesehatan di Indonesia, menurut Provinsi tahun 2017

Berdasarkan pengolahan data yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan RI, (2020) dalam National Health Account, terlihat bahwa negara dengan proporsi total belanja kesehatan per kapita yang besar, maka semakin tinggi pula usia harapan hidup masyarakatnya. Tingginya usia harapan hidup masyarakat suatu negara juga menjadi ukuran keberhasilan penyelenggaraan *Universal Health Coverage* di negara tersebut yang menandakan terjadinya peningkatan derajat kesehatan masyarakatnya. Hal ini didukung dengan oleh studi lain yang menyebutkan bahwa

peningkatan total belanja kesehatan suatu negara memiliki dampak terhadap perbaikan ekonomi melalui peningkatan produktivitas masyarakat dan peningkatan penghasilan.



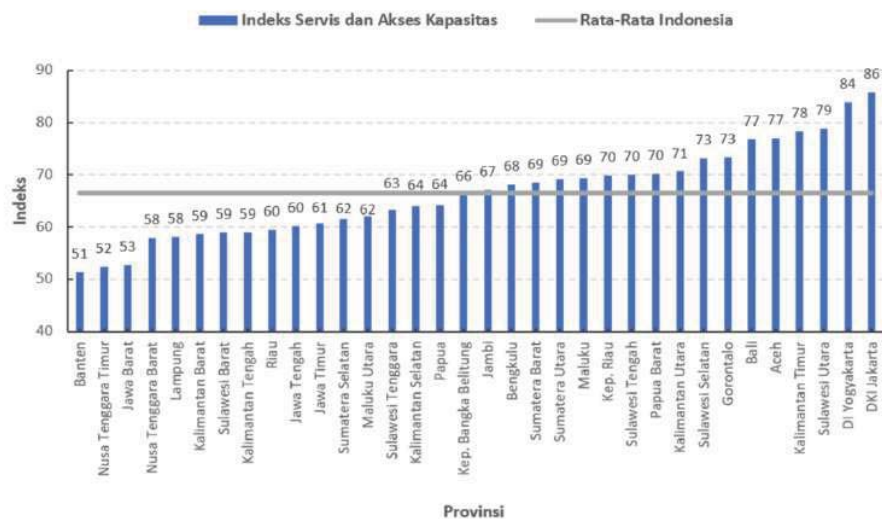
Sumber: National Health Account 2018 oleh Kementerian Kesehatan RI (2020)

Gambar 1. 5 Belanja Kesehatan menurut Sumber Dana di Indonesia tahun 2016-2018

Implementasi JKN secara umum menurunkan besaran *Out-of-Pocket Payment* di Indonesia secara stabil setiap tahunnya, walaupun besaran proporsi ini masih tergolong besar. Penurunan yang stabil terlihat dari tahun 2016 yang sebesar 39,8% menjadi 37,8% pada tahun 2018. Persentase tersebut cukup memuaskan dibandingkan sebelum era JKN yang sebesar 49,6% pada tahun 2012. Penurunan yang signifikan ini masih belum memuaskan apabila dibandingkan dengan Thailand yang pada 2018 besaran *Out-of-Pocket Payment*nya sebesar 11,01% (The World Bank, 2020b) dan Malaysia sebesar 35,12% (The World Bank, 2020a).

AKSESIBILITAS PELAYANAN KESEHATAN

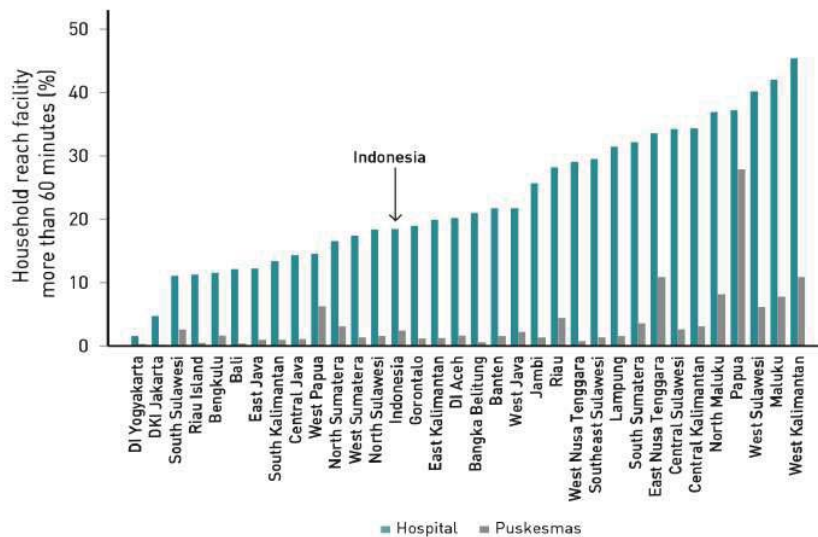
Aksesibilitas fisik adalah tersedianya layanan kesehatan yang berkualitas dalam jangkauan yang wajar bagi masyarakat yang membutuhkannya. Mulai dari jam buka, sistem rujukan, dan aspek-aspek lain dari pelayanan yang memungkinkan masyarakat untuk memperoleh layanan ketika dibutuhkan.



Sumber: Herawati, Franzone dan Chrisnahunata (2020)

Gambar 1. 6 Kapasitas dan Akses Pelayanan Kesehatan di Indonesia, menurut Provinsi tahun 2017

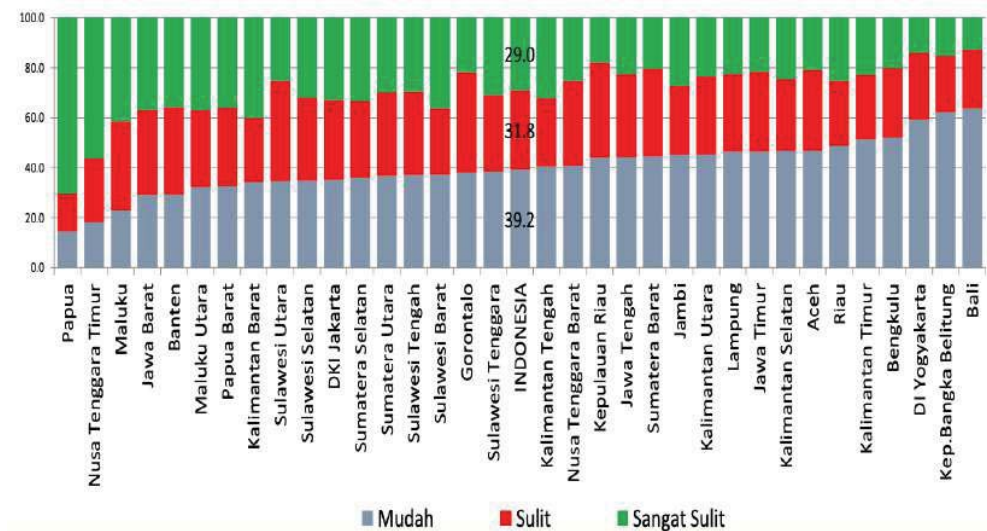
Secara umum, kapasitas dan akses pelayanan kesehatan di Indonesia berada pada nilai indeks 67. Pada gambar 1.6 terlihat bahwa kesenjangan yang tinggi terlihat antara daerah dengan nilai indeks rendah di banyak daerah yang berkisar di angka 50-60 dan nilai indeks DKI Jakarta yang bernilai 86. Indeks ini diukur melalui tiga dimensi yaitu, ranjang rumah sakit per kapita, rasio tenaga kesehatan, dan akses terhadap obat-obatan penting.



Sumber: Mahendradhata *et al.* (2017)

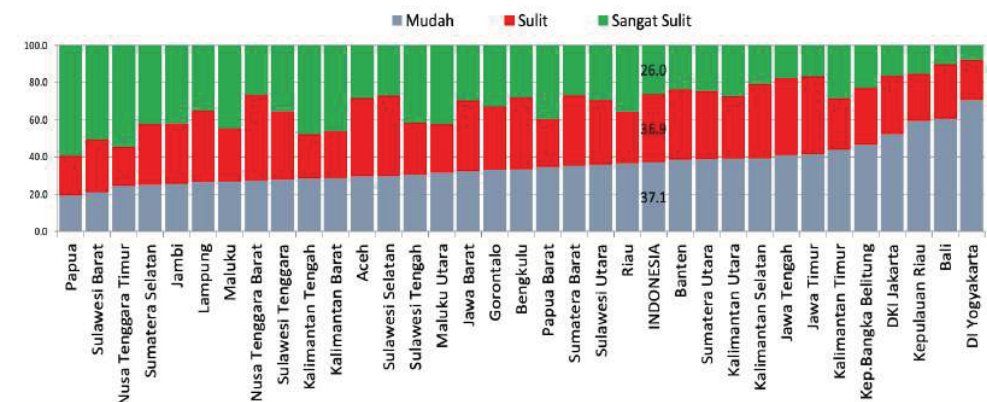
Gambar 1. 7 Waktu yang Dibutuhkan untuk Mencapai Rumah Sakit Pemerintah dan Puskesmas Terdekat di Indonesia, menurut Provinsi tahun 2013

Berdasarkan penelitian Mahendradhata *et al.* (2017), terlihat pada gambar 1.7 bahwa banyak rumah tangga yang memerlukan waktu yang lebih dari satu jam untuk mengakses pelayanan kesehatan seperti rumah sakit pemerintah di daerah di luar pulau Jawa. Bahkan di Papua, hampir 30% rumah tangga memerlukan waktu lebih dari satu jam untuk mencapai Puskesmas terdekat.



Sumber: Riset Kesehatan Dasar 2018 oleh Kementerian Kesehatan RI 2018

Gambar 1. 8 Indeks Pengetahuan Rumah Tangga Terkait Kemudahan Akses ke Puskesmas/Pustu/Pusling/Bidan Desa Berdasarkan Provinsi tahun 2018



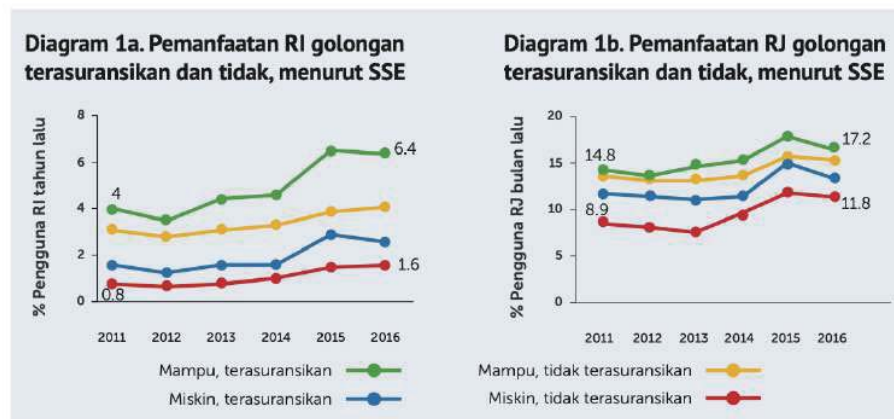
Sumber: Riset Kesehatan Dasar 2018 oleh Kementerian Kesehatan RI 2018

Gambar 1. 9 Indeks Pengetahuan Rumah Tangga Terkait Kemudahan Akses ke Rumah Sakit Berdasarkan Provinsi tahun 2018

Berdasarkan data terbaru Riset Kesehatan Dasar 2018, aksesibilitas fisik baik ke rumah sakit dan Puskesmas/Pustu/Pusling/Bidan Desa, masih beragam di seluruh daerah di Indonesia. Secara rata-rata Indonesia, mayoritas masyarakat

masih menganggap bahwa akses kepada pelayanan kesehatan berada pada rentang sulit dan sangat sulit.

Selanjutnya mengenai akseptabilitas yang menangkap kesediaan masyarakat untuk mencari layanan. Akseptabilitas dinilai rendah apabila pasien menganggap layanan kesehatan yang diterimanya tidak efektif ataupun ketika faktor sosial, budaya, etnis dan lainnya membuat masyarakat enggan mencari pelayanan kesehatan.



Sumber: Healthy Policy Plus dan Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (2018).

Gambar 1. 10 Pemanfaatan Rawat Jalan dan Rawat Inap dari Golongan Terasuransikan dan Tidak tahun 2011-2016

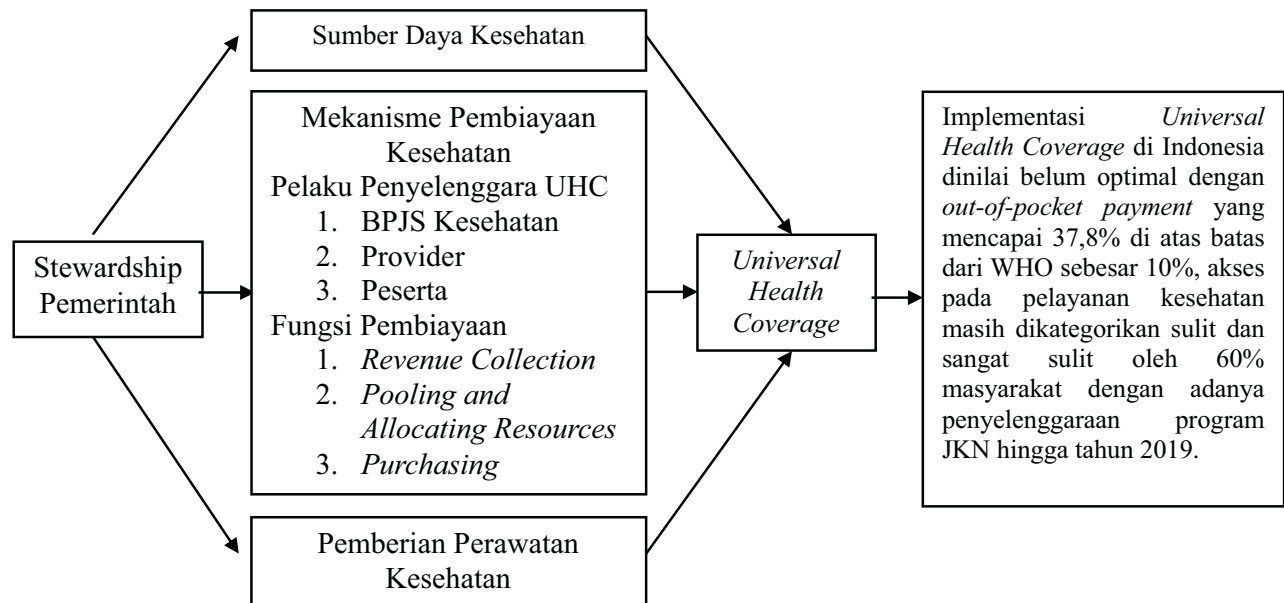
Untuk aspek akseptabilitas pelayanan kesehatan, tren penggunaan atau utilisasi layanan kesehatan meningkat sejak adanya JKN baik dikalangan yang mampu maupun yang miskin secara signifikan.

Berdasarkan dari beberapa hasil pencarian studi literatur pendahuluan tersebut dapat disimpulkan bahwa dalam implementasi *Universal Health Coverage* di Indonesia dinilai belum optimal dengan *out-of-pocket payment* yang mencapai 37,8% di atas batas dari WHO sebesar 10%, akses pada pelayanan kesehatan masih dikategorikan sulit dan sangat sulit oleh 60% masyarakat dengan adanya

penyelenggaraan program JKN hingga tahun 2019. Diketahui pula bahwa fungsi *stewardship* pemerintah terhadap sistem pembiayaan kesehatan dan peran dari seluruh lembaga yang terlibat dalam sistem kesehatan mempengaruhi ketercapaian *Universal Health Coverage* di Indonesia.

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi penyelenggaraan *Universal Health Coverage* pada pelayanan kesehatan di Indonesia dibandingkan dengan Thailand dan Malaysia sebagai negara yang lebih dahulu menerapkan *Universal Health Coverage* berdasarkan metode *literature review*. Metode *literature review* digunakan pada penelitian ini untuk mengkaji, memahami, dan menafsirkan dari penelitian yang telah dilakukan sebelumnya sesuai dengan topik penelitian (Sugiyono, 2018). Pada penelitian ini, penulis akan menganalisis dan melakukan sintesis informasi berdasarkan data yang diperoleh dari artikel hasil penelitian yang telah dilakukan oleh berbagai peneliti sebelumnya. Dengan menggunakan metode *literature review*, penulis dapat mengidentifikasi implementasi *Universal Health Coverage* pada pelayanan kesehatan di Indonesia dan membandingkannya dengan negara Thailand dan Malaysia melalui berbagai sudut pandang hasil penelitian yang telah dilakukan sebelumnya.

1.2 Kajian Masalah



Gambar 1.11 Identifikasi Masalah dan Penyebab Masalah Ketercapaian Tujuan Akhir dari *Universal Health Coverage* Dipengaruhi oleh Beberapa Faktor/Komponen Sistem Kesehatan (Kutzin *et al.*, 2017; Supriyanto, Ernawaty dan Budi, 2018)

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka identifikasi faktor penyebab masalah yakni pada gambar 1.1 yang menunjukkan bahwa ketercapaian tujuan akhir *Universal Health Coverage* dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

1. *Stewardship* Pemerintah

Stewardship Pemerintah dalam hal ini adalah memastikan pengawasan, regulasi, dan akuntabilitas semua pelaku yang terlibat dalam

ketiga fungsi pembiayaan kesehatan. Salah satunya adalah dengan adanya reformasi otonomi keuangan di pelayanan kesehatan, maka dibutuhkan dukungan yang kuat dari Dinas Kesehatan. Dalam hal ini, Dinas Kesehatan sebagai pengurus dan pengatur (steward) dalam praktiknya lemah dalam menjalankan fungsi stewardship ini. Peran penting ini harusnya berjalan untuk memastikan pelayanan kesehatan bekerja secara maksimal.

2. Sumber Daya Kesehatan

Sumber daya kesehatan dalam hal ini tidak hanya sumber daya fisik, tetapi juga sumber daya manusia. Indonesia telah menjalani kemajuan dalam infrastruktur kesehatan baik pada FKTP maupun FKTL. Namun, masih terdapat kekurangan baik dalam rasio tempat tidur dan Puskesmas terhadap populasi, serta rasio tenaga kesehatan terhadap populasi. Tercukupinya sumber daya kesehatan ini akan mendorong peningkatan aksesibilitas masyarakat pada perawatan kesehatan yang akan mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

3. Mekanisme Pembiayaan Kesehatan

Mekanisme pembiayaan kesehatan secara langsung mempengaruhi keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat. Mekanisme pembiayaan kesehatan juga mempengaruhi kualitas dari pelayanan kesehatan dan kecenderungan masyarakat untuk mencari pelayanan kesehatan. Dalam hal ini, mekanisme pembiayaan kesehatan harus mampu mendukung kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat untuk menjamin ketercapaian Universal Health Coverage.

4. Pemberian Perawatan Kesehatan

Pemberian perawatan kesehatan yang dilakukan oleh pelayanan kesehatan harus efektif dan efisien untuk mendukung penyelenggaraan *Universal Health Coverage*. Terkait hal ini, peran pemerintah juga diperlukan untuk memastikan mutu pelayanan yang diberikan oleh pelayanan kesehatan yang paripurna.

1.3 Pembatasan dan Rumusan Masalah

1.3.1 Pembatasan Masalah

Terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi implementasi *Universal Health Coverage* di Indonesia. Maka, perlu dilakukan pembatasan masalah agar penelitian dapat terfokus dalam membahas aspek tertentu. Penelitian ini hanya membatasi pada fungsi stewardship pemerintah, fungsi pembiayaan kesehatan dan pelaku penyelenggara *Universal Health Coverage*. Selain itu, diantara negara-negara anggota ASEAN, peneliti hanya memilih dua negara yaitu Thailand dan Malaysia sebagai pembanding terhadap implementasi *Universal Health Coverage* di Indonesia. Thailand dan Malaysia dipilih karena memiliki kesamaan tingkat pendapatan negara yaitu sebagai negara berpendapatan menengah atas dan keduanya menerapkan *Universal Health Coverage* terlebih dahulu dibandingkan Indonesia. Sehingga, diharapkan penelitian ini dapat menjelaskan kelebihan dan kekurangan dari implementasi *Universal Health Coverage* di kedua negara tersebut. Serta, mempelajari masalah yang dihadapi oleh kedua negara tersebut selama perkembangan implementasi *Universal Health Coverage* di negaranya.

1.3.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah tersebut maka rumusan masalah penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana *stewardship* pemerintah dalam implementasi *Universal Health Coverage* di Indonesia dibandingkan dengan Malaysia dan Thailand?
2. Bagaimana peran Badan Penyelenggara, *Provider* dan Peserta dalam implementasi *Universal Health Coverage* di Indonesia dibandingkan dengan Malaysia dan Thailand?
3. Bagaimana fungsi pembiayaan kesehatan dalam implementasi *Universal Health Coverage* di Indonesia dibandingkan dengan Malaysia dan Thailand?

1.4 Tujuan dan Manfaat Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mempelajari implementasi *Universal Health Coverage* di Indonesia, Malaysia dan Thailand

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi *stewardship* pemerintah dalam penyelenggaraan *Universal Health Coverage* di Indonesia, Malaysia dan Thailand
2. Mengidentifikasi peran Badan Penyelenggara, *Provider* dan Peserta dalam penyelenggaraan *Universal Health Coverage* di Indonesia, Malaysia dan Thailand
3. Mempelajari fungsi pembiayaan kesehatan (*revenue collection, risk pooling dan purchasing*) dalam penyelenggaraan *Universal Health Coverage* di Indonesia, Malaysia dan Thailand

1.4.3 Manfaat Penelitian

1. Bagi Penulis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan, dan pengetahuan penulis mengenai implementasi *Universal Health Coverage* khususnya di Indonesia, Malaysia dan Thailand

2. Bagi Fakultas

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan gagasan ilmiah bagi instansi yang terkait kedepannya dan dapat digunakan sebagai pengembangan ilmu, sebagai bahan untuk pengembangan ilmu lebih lanjut mengenai implementasi *Universal Health Coverage* di Indonesia, Malaysia dan Thailand.

3. Bagi masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan pengetahuan mengenai upaya pemenuhan kebutuhan kesehatan masyarakat oleh pemerintah Indonesia dibandingkan dengan Malaysia dan Thailand. Selain itu, penelitian ini diharapkan dapat menggambarkan tujuan mekanisme program JKN dengan lebih jelas. Sehingga, masyarakat dapat memahami pentingnya keberlangsungan JKN dan mendukung jalannya program JKN di Indonesia.