
PROGRAM UNIVERSAL HEALTH COVERAGE (UHC) DI INDONESIA

Anung Ahadi Pradana^{1*}, Casman Casman², Rohayati Rohayati³, Musaddad Kamal⁴, Andi Sudrajat⁵, Aris Teguh Hidayat⁶

¹Program Studi S1 Keperawatan, STIKes Mitra Keluarga

*Email korespondensi: ahadianung@gmail.com

²Program Studi Diploma Tiga Keperawatan, STIKes RS Husada

email: casman@alumni.ui.ac.id

³Program Studi Ners, STIKes Mitra Keluarga

email: athearobiansyah@gmail.com

⁴Program Studi S1 Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Faletehan

email: musaddadkamal118@gmail.com

⁵Kepala Pendidikan & Pelatihan (Diklat), RSUD Adjidarmo Rangkasbitung

email: andisudrajat175@gmail.com

⁶Akademi Keperawatan Kesdam II/Sriwijaya Palembang

Email: arishidayat@gmail.com

Submitted : 13-07-2022, Reviewed:25-07-2022, Accepted:27-07-2022

DOI: <http://doi.org/10.22216/jen.v7i2.1363>

ABSTRACT

Universal Health Coverage (UHC) as a global agreement to provide quality health services for all humans without discrimination with the aim of achieving social inclusion for all community groups is not always smooth in its implementation. This study aims to describe the concept of UHC in Indonesia using literature review method. The search method was carried out on 2010-2022 articles from several databases such as Google Scholar, PubMed, ProQuest, ScienceDirect, and Researchgate. The results show that Indonesia as a member country of the United Nations is actively involved in developing UHC through the implementation of the National Health Insurance which is supported by the policies of the SJSN Law No. 40/2004 and BPJS Law no. 24/2011. Some of the problems faced by Indonesia in implementing UHC consist of limited equitable infrastructure, lack of availability of health workers spread throughout the country, low participation from the community and other parties in implementation, and the lack of continuous evaluation and monitoring. Four lessons are important for countries wishing to develop comprehensive national social health insurance: Strong political commitment, Comprehensive examination of our health care system, Multistakeholder participation in development, and Continuous monitoring and assessment.

Keywords: National health insurance; Universal Health Coverage; BPJS Kesehatan.

ABSTRAK

Universal Health Coverage (UHC) sebagai kesepakatan global untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi seluruh manusia tanpa diskriminasi dengan tujuan agar tercapainya inklusi sosial bagi seluruh kelompok masyarakat mengalami pasang surut dalam pelaksanaannya. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan konsep UHC di Indonesia menggunakan metode penelusuran literatur terdahulu. Pencarian artikel dilakukan pada periode 2010-2022 dari beberapa database seperti Google Scholar, PubMed, ProQuest, ScienceDirect, dan Researchgate. Hasil menunjukkan bahwa Indonesia sebagai Negara anggota PBB turut aktif dalam mengembangkan UHC melalui pelaksanaan Jaminan

Kesehatan Nasional yang didukung dalam kebijakan UU SJSN No.40/2004 dan UU BPJS No. 24/2011. Beberapa permasalahan yang dihadapi oleh Indonesia dalam pelaksanaan UHC terdiri atas terbatasnya infrastruktur yang merata, minimnya ketersediaan tenaga kesehatan yang tersebar di seluruh negeri, masih rendahnya partisipasi dari masyarakat dan pihak lain dalam pelaksanaan, serta masih minimnya evaluasi dan pemantauan yang berkelanjutan. Empat pelajaran penting bagi negara-negara yang ingin mengembangkan asuransi kesehatan sosial nasional yang komprehensif: Komitmen politik yang kuat, Pemeriksaan komprehensif sistem perawatan kesehatan kita, Partisipasi multipihak dalam pembangunan, serta pemantauan dan penilaian berkelanjutan.

Kata kunci: Jaminan Kesehatan Nasional; Universal Health Coverage; BPJS Kesehatan

PENDAHULUAN

Konsep dasar *Universal Health Coverage* (UHC) mulai dicanangkan pada September 2012 pada pertemuan PPP dengan tujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas baik bagi semua orang tanpa menyebabkan kesulitan keuangan pada individu (Rodin & Ferranti, 2012). Kesehatan adalah hak asasi manusia yang mendasar, hingga saat ini diketahui Sekitar 400 juta orang tidak memiliki akses akses ke layanan kesehatan esensial dan 40% populasi dunia tidak memiliki perlindungan sosial, dan UHC merupakan salah satu jalan penting untuk mencapai tercapainya hak tersebut. UHC juga berkontribusi pada inklusi sosial, kesetaraan gender, pengentasan kemiskinan, pertumbuhan ekonomi, dan martabat manusia (World Health Organization (WHO), 2021). Cakupan UHC dapat terdiri dari berbagai layanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif, dan khususnya cakupan dengan layanan yang terkait dengan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) terkait kesehatan saat ini dan penyakit tidak menular dan cedera (Kieny & Evans, 2013). Lebih lanjut, cakupan pelayanan UHC secara umum dapat dikategorikan menjadi upaya pencegahan dan pengobatan, serta perlindungan finansial bagi masyarakat miskin dari pemiskinan akibat biaya kesehatan yang tinggi (Wagstaff et al., 2016).

UHC merupakan tindak lanjut dari poin 3.8 dalam SDGs yang memiliki target:

mencapai UHC, termasuk perlindungan risiko keuangan, akses ke layanan perawatan kesehatan esensial yang berkualitas dan akses ke obat-obatan dan vaksin esensial yang aman, efektif, berkualitas, dan terjangkau untuk semua (Ghebreyesus, 2017). Gerakan UHC secara global ini mengikuti 2 transisi besar di bidang kesehatan lainnya, yakni transisi demografis dan transisi epidemiologis. Transisi demografis ditandai dengan meningkatnya kesehatan masyarakat melalui program pembuatan saluran pembuangan dan sanitasi dasar, sementara transisi epidemiologis ditandai dengan pengendalian penyakit menular serta peningkatan tindakan pencegahan penyakit tidak menular (Rodin & Ferranti, 2012). Majelis Kesehatan Dunia juga menyarankan kepada WHO untuk mendorong negara-negara anggota untuk mengevaluasi dampak perubahan sistem pembiayaan kesehatan pada layanan kesehatan saat mereka bergerak menuju *Universal Health Coverage*. Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di beberapa negara dapat meningkatkan akses perawatan, pemanfaatan dan kualitas pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada seluruh warga negara (Misnaniarti & Ayuningtyas, 2015).

Penyelenggaraan UHC telah diputuskan untuk dilaksanakan oleh banyak negara namun implementasi pencapaian UHC di beberapa negara tidak serta merta tercapai, sehingga dibutuhkan waktu dan dukungan dari dunia internasional. Beberapa poin UHC

yang perlu mendapat perhatian antara lain aspek pendaftaran universal yang melibatkan seluruh warga negara, sumber pembiayaan yang progresif dan berkelanjutan, paket manfaat yang komprehensif, dan perluasan cakupan secara bertahap untuk penyakit yang dapat menyebabkan pengeluaran katastrofik, peningkatan kapasitas dan mobilisasi sumber daya yang didukung (Misnaniarti & Ayuningtyas, 2015). Hambatan utama untuk kemajuan UHC termasuk infrastruktur yang buruk, dengan ketersediaan fasilitas dasar yang terbatas, kelemahan dalam desain kebijakan pembiayaan premi, kekurangan dan distribusi petugas kesehatan berkualitas yang tidak efisien, obat-obatan dan produk medis berkualitas baik yang sangat mahal, dan kurangnya akses ke kesehatan digital dan teknologi inovatif (World Health Organization (WHO), 2021).

Permasalahan global yang dialami oleh khalayak umum terkait pelayanan kesehatan adalah ketika dihadapkan pada kondisi sakit, mereka dihadapkan pada pilihan antara menolak mencari bantuan kesehatan dan menjadi semakin sakit atau mencari bantuan kesehatan dan menghadapi kehancuran finansial, sehingga untuk waktu yang sangat lama masalah fiskal dalam bidang kesehatan masih cenderung menjadi masalah dominan (Rodin & Ferranti, 2012). Meskipun dalam beberapa tahun terakhir terjadi penurunan pengeluaran uang oleh masyarakat di bidang kesehatan, angka kemiskinan akibat pengeluaran ini masih tergolong tinggi. Meningkatnya kemiskinan dan menyusutnya pendapatan akibat resesi ekonomi global kemungkinan akan meningkatkan hambatan keuangan untuk mengakses perawatan dan kesulitan keuangan karena pengeluaran kesehatan dari kantong mereka yang mencari perawatan, terutama di antara kelompok rentan (World Health Organization (WHO), 2021). Selain itu komunitas kesehatan global telah mulai mempertimbangkan dan berusaha mengatasi hambatan tambahan untuk

perawatan kesehatan di luar model keuangan akses kesehatan, seperti jarak geografis, perbedaan budaya, norma gender, kewarganegaraan, determinan sosial dan sebagainya (Wong, 2015).

Pengembangan sistem perawatan kesehatan membutuhkan lebih dari sekadar pertimbangan pembiayaan dan sumber daya manusia. Meskipun penting, komponen-komponen ini harus diintegrasikan ke dalam kerangka keseluruhan untuk mengatur dan memberikan perawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan populasi. Di sinilah UHC harus dihubungkan kembali dengan perawatan kesehatan primer (Stigler et al., 2015). Pada hakekatnya, UHC adalah diperolehnya pelayanan kesehatan yang baik secara *de facto* tanpa rasa takut akan kesulitan keuangan. Ini tidak dapat dicapai kecuali jika layanan kesehatan dan sistem perlindungan risiko keuangan dapat diakses, terjangkau, dan dapat diterima. Tanpa akses universal, UHC menjadi tujuan yang tidak dapat dicapai. Syarat pemenuhan capaian UHC bagi layanan kesehatan antara lain: (Evans et al., 2015)

1. Dapat diakses secara fisik, Persyaratan bahwa layanan dapat diakses secara fisik dipenuhi jika tersedia, berkualitas baik dan terletak dekat dengan orang-orang. Kesiapan layanan dikatakan ada ketika input yang dibutuhkan untuk menghasilkan layanan (misalnya gedung, peralatan, tenaga kesehatan, produk kesehatan, teknologi) juga tersedia dan berkualitas baik.
2. Terjangkau secara finansial, Keterjangkauan keuangan dapat ditingkatkan dengan mengurangi pembayaran langsung dan tidak langsung melalui pembayaran di muka dan pengumpulan asuransi atau melalui stimulus sisi permintaan seperti bantuan tunai bersyarat dan voucher.
3. Dapat diterima oleh pasien, Aksesibilitas sosial dan budaya dapat ditingkatkan

dengan memastikan bahwa petugas kesehatan dan sistem kesehatan secara lebih umum memperlakukan semua pasien dan keluarganya dengan bermartabat dan hormat.

Secara lebih luas, UHC juga membutuhkan kolaborasi multi-sektor. Keterlibatan dengan kementerian dan lembaga yang berurusan dengan kebijakan fiskal dan moneter dan pendidikan, dan untuk memungkinkan jenis pekerja kesehatan yang sesuai untuk dilatih. Kolaborasi dengan kementerian tenaga kerja dan jaminan sosial untuk memastikan bahwa perlindungan sosial menjadi universal dan tidak terbatas pada sektor formal (Evans et al., 2012). UHC pada akhirnya merupakan pilihan politik, dimana hal ini adalah tanggung jawab setiap negara dan pemerintah nasional. Peran Badan Kesehatan Dunia (WHO) dalam pencapaian UHC adalah untuk memberikan bantuan teknis kepada negara-negara berdasarkan kebutuhan khusus mereka, di berbagai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan yang terkait dengan kesehatan (Ghebreyesus, 2017). Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran lengkap tentang bagaimana pencapaian pelaksanaan program UHC di Indonesia.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan konsep *Universal Health Coverage* (UHC) di Indonesia menggunakan metode telaah literatur sederhana. Pencarian artikel dilakukan pada periode 2010-2022 dari beberapa database seperti Google Scholar, PubMed, ProQuest, ScienceDirect, dan Researchgate. Kata kunci yang digunakan dalam penelusuran artikel meliputi “*Universal Health Coverage*”, “*UHC*”, “BPJS Kesehatan”, “Sistem Jaminan Sosial Nasional/ SJSN”, dan “Jaminan Kesehatan Nasional/JKN”. Kriteria

inklusi yang diterapkan dalam pemilihan artikel meliputi: (a) Artikel membahas tentang UHC di Indonesia, (b) artikel ditulis dalam bahasa Indonesia dan Inggris, (c) Literatur yang berasal dari Website dan *Report Paper* yang dipergunakan berasal dari Kementerian atau Badan Pemerintah lain.

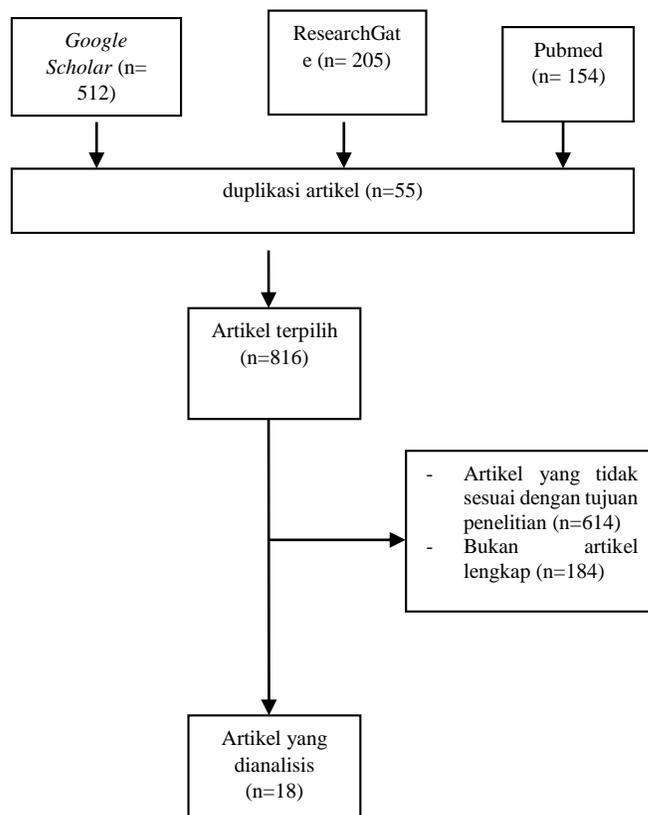


Diagram 1. Analisis PRISMA

HASIL DAN PEMBAHASAN

Negara Indonesia sebagai salah satu negara anggota Perserikatan Bangsa-Bangsa yang berperan aktif dalam penentuan sasaran SDGs merasa perlu mengadakan penyelarasan dalam pelaksanaan UHC yang menjadi bagian dari program SDGs (Pemerintah Republik Indonesia, 2019). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan UHC sebagai akses perawatan kesehatan berkualitas tanpa kesulitan keuangan (Wasir et al., 2019). Pada tahun 2014, Indonesia memulai kampanye

reformasi asuransi kesehatan nasional yang diupayakan dapat memberikan pertanggungjawaban bagi seluruh masyarakatnya sebagai upaya mencapai UHC. Program asuransi kesehatan nasional yang ditujukan bagi seluruh rakyat Indonesia ini akan dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan diharapkan dapat secara efektif memecahkan hambatan keuangan yang dialami oleh masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan (Budiyati et al., 2015). Skema asuransi kesehatan nasional yang dikembangkan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini membuat semua skema asuransi yang dimiliki oleh pemerintah diintegrasikan ke dalam satu asuransi nasional yang ditargetkan dapat mencapai cakupan universal secara bertahap (Kurniawan et al., 2016).

Sistem kesehatan Indonesia yang bertransisi menuju UHC dengan target untuk menyediakan jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat setidaknya memiliki 4 dimensi dan 14 indikator yang digunakan untuk melihat cakupan layanan UHC di Indonesia. Dimensi dan indikator yang dimaksudkan adalah:

Dimensi Kesehatan Reproduksi dan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)

Dimensi ini terdiri dari indikator penggunaan KB modern, kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan terampil, imunisasi dasar lengkap dan penggunaan *Oral Rehydration Solution* (ORS) untuk diare pada anak.

Dimensi penyakit menular

Dimensi ini terdiri dari indikator efektifitas perawatan tuberkulosis (TBC) yang dihitung dari *case detection rate* dan *treatment success rate*, penderita *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yang mendapatkan pengobatan antiretroviral dan penggunaan sanitasi dasar di masyarakat.

Dimensi penyakit tidak menular

Dimensi ini terdiri dari indikator tekanan darah, penderita diabetes yang mendapatkan perawatan, skrining kanker serviks untuk wanita usia 30-49 tahun dan persentasi masyarakat usia di atas 10 tahun yang tidak merokok dalam 30 hari terakhir.

Dimensi kapasitas and akses layanan

Dimensi ini terdiri dari indikator jumlah tempat tidur di rumah sakit per kapita, kepadatan tenaga kesehatan, dan akses terhadap obat-obatan esensial di puskesmas (Herawati et al., 2020).

Sebagaimana yang telah disebutkan sebelumnya bahwa sistem JKN yang terdapat di Indonesia dilaksanakan melalui BPJS. Adapun BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya (Pemerintah Republik Indonesia, 2011). Jenis program jaminan sosial yang dilayani oleh BPJS sebagaimana yang diamanatkan Undang-Undang terdiri atas jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian (Pemerintah Republik Indonesia, 2012). BPJS Kesehatan adalah badan publik nirlaba yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden Indonesia. BPJS Kesehatan ditugaskan untuk menyatukan skema kesehatan ini, menciptakan satu kumpulan risiko yang besar. BPJS Kesehatan bertanggung jawab untuk menerapkan paket manfaat tunggal yang menyeluruh secara nasional, kecuali untuk beberapa batasan dan pengecualian. Paket manfaat komprehensif akan mencakup rawat jalan dan rawat inap di tingkat primer hingga rumah sakit tersier yang pelaksanaannya akan dilakukan dalam beberapa tahap (Trisnantoro et al., 2014).

Berdasarkan *Road Map* yang telah disusun, UHC ditargetkan tuntas pada bulan Januari 2019, tetapi dalam kenyataan masih

banyak kendala di lapangan sehingga target tersebut masih belum dapat dicapai. UHC idealnya mencakup jaminan kesehatan dan pelayanan dengan segala fasilitas yang dibutuhkan dalam Program JKN, tetapi dalam kenyataannya kesuksesan Program JKN selama ini masih dinilai hanya sebatas sarana/fisik yang dibutuhkan dan belum mengarah pada upaya pembentukan masyarakat yang berpola hidup sehat. Dengan demikian, pelayanan kesehatan yang diberikan masih banyak bersifat kuratif (Retnaningsih et al., 2019). Sistem asuransi publik di Indonesia melindungi banyak pasien rawat inap, terutama yang paling miskin, dari pengeluaran yang berlebihan. Namun, pihak lain terutama di Indonesia Timur, tidak dapat memperoleh manfaat karena hanya sedikit layanan yang tersedia. Untuk mencapai pemerataan kesehatan, pemerintah Indonesia perlu mengatasi kendala sisi pasokan dan mengurangi kekurangan dana struktural (Pratiwi et al., 2021).

Beberapa tantangan umum muncul yang dihadapi dalam pelaksanaan UHC, antara lain: (a) Bagaimana memastikan cakupan sektor informal sehingga UHC benar-benar universal, (b) Bagaimana merancang paket manfaat yang responsif dan sesuai dengan tantangan kesehatan saat ini, namun berkelanjutan secara fiskal, dan (c) Bagaimana memastikan ketersediaan dan kualitas layanan, yang merupakan kondisi yang diperlukan untuk menerjemahkan cakupan ke dalam peningkatan hasil kesehatan (Bredenkamp et al., 2015).

Beberapa hambatan lain yang perlu menjadi perhatian dalam pencapaian UHC di Indonesia:

- a. *Community awareness* terhadap fasilitas kesehatan yang disediakan oleh pemerintah masih kurang,
- b. Tingginya prevalensi merokok dan pola hidup tidak sehat mempunyai kontribusi yang signifikan terhadap rendahnya

indeks pada dimensi penyakit tidak menular,

- c. Pengeluaran *out-of-pocket* untuk perawatan kesehatan di Indonesia masih tinggi sehingga menghambat upaya dalam menyediakan perlindungan finansial,
- d. Ketimpangan antar provinsi, provinsi di pulau Jawa dan bagian barat Indonesia cenderung mempunyai nilai indeks cakupan layanan UHC yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan daerah lainnya. Hal ini menunjukkan adanya ketimpangan di antara provinsi-provinsi tersebut. Distribusi tenaga kerja kesehatan dan terbatasnya infrastruktur di daerah-daerah miskin perlu untuk segera diatasi untuk mempercepat capaian UHC di Indonesia, dan
- e. Ada kecenderungan dimana provinsi dengan indeks cakupan layanan UHC rendah memiliki pengeluaran katastrofik untuk kesehatan yang juga rendah, begitu pula sebaliknya. Misalkan Papua dan Nusa Tenggara Timur, dua provinsi dengan angka kemiskinan yang tinggi, mempunyai indeks cakupan layanan UHC yang rendah dengan pengeluaran katastrofik yang rendah. Hal ini mengindikasikan bahwa rendahnya pengeluaran katastrofik bukan disebabkan karena tercapainya perlindungan finansial dalam mendapatkan layanan kesehatan akan tetapi adanya keterbatasan akses untuk mendapatkan layanan kesehatan (Herawati et al., 2020).

Implementasi UU SJSN No. 40/2004 dan UU BPJS No. 24/2011 yang mengedepankan sistem pembiayaan kesehatan berbasis asuransi merupakan tonggak sejarah bagi Indonesia untuk mencapai cakupan kesehatan semesta. Penyelenggara tunggal sistem jaminan kesehatan nasional diharapkan dapat mengintegrasikan sistem jaminan kesehatan

yang terfragmentasi, meningkatkan akses ke layanan kesehatan dan melindungi dari beban keuangan untuk membayar biaya pengobatan. Namun, Indonesia menghadapi masalah di mana sektor informal sering kali tidak tercakup dalam layanan kesehatan karena partisipasi sukarela sektor informal ke dalam sistem sangat rendah. Hasil riset menunjukkan bahwa meskipun memiliki keinginan untuk mengikuti program tersebut, namun kesediaan mereka untuk membayar lebih rendah dari premi yang ada saat ini. Premi saat ini tampaknya kurang terjangkau bagi mereka, oleh karena itu, hal ini dapat menjadi penghalang bagi sektor informal untuk antusias bergabung dengan sistem jaminan kesehatan yang baru (Dartanto et al., 2015).

Perlindungan finansial harus dianggap sebagai salah satu aspek dari jaminan kesehatan universal dan bukan satu-satunya agenda untuk Indonesia. Investasi yang intensif diperlukan untuk memastikan kesiapan sisi penawaran, sehingga pemerataan pemanfaatan pelayanan kesehatan dan pencapaian kesehatan dapat dicapai bahkan di daerah-daerah tertinggal di Indonesia. Pembayaran *out-of-pocket* Indonesia masih pada tingkat yang sangat tinggi karena biaya pengguna di seluruh sistem dan sebagian besar penduduk yang tetap tidak diasuransikan, meskipun ada skema asuransi kesehatan sosial yang dikelola pemerintah. Pembayaran kesehatan yang besar mungkin masih membebani banyak orang miskin sementara pemanfaatan oleh orang miskin relatif rendah dibandingkan dengan kebutuhan mereka akan perawatan kesehatan (Trisnantoro et al., 2014). Terkait dengan perlindungan finansial, lebih dari 13 juta masyarakat membelanjakan lebih dari 10 persen dari total konsumsi mereka untuk perawatan kesehatan. Hampir 2,5 juta masyarakat membelanjakan lebih dari 25 persen dari total konsumsi mereka untuk perawatan

kesehatan. Sehingga dapat dikatakan bahwa pengeluaran *out-of-pocket* untuk perawatan kesehatan di Indonesia masih relatif tinggi. Selain itu ditemukan bahwa terdapat 0,22 persen, 0,74 persen dan 0,41 persen dari total penduduk Indonesia yang mengalami pemiskinan dikarenakan pengeluaran *out-of-pocket* untuk perawatan kesehatan (Herawati et al., 2020).

Cakupan kesehatan yang lebih luas umumnya mengarah pada akses yang lebih baik ke perawatan yang diperlukan dan peningkatan kesehatan populasi, dengan keuntungan terbesar diperoleh orang miskin. Keuntungan kesehatan yang diperoleh dari cakupan yang lebih luas kemungkinan akan bergantung pada faktor-faktor seperti kerangka kelembagaan dan pengaturan tata kelola (Moreno-serra & Smith, 2012). Hasil riset menunjukkan bahwa peningkatan kesehatan berkontribusi langsung pada pembangunan manusia, seperti yang diakui dalam Indeks Pembangunan Manusia. Peningkatan kesehatan juga berkontribusi pada pertumbuhan ekonomi. Sistem pelayanan kesehatan yang baik juga memiliki manfaat positif dalam melindungi individu dari penyakit, merangsang pertumbuhan ekonomi, menjaga keharmonisan serta mengurangi kemiskinan di masyarakat (Evans et al., 2012). Peningkatan kesehatan masyarakat pada akhirnya dapat melindungi orang dari kesulitan keuangan sebagai akibat dari pengeluaran biaya kesehatan, dapat memungkinkan orang dewasa mampu bekerja dan memperoleh penghasilan serta anak-anak memperoleh pendidikan. Selain itu, dalam konsep UHC diakui bahwa pencapaian tingkat kesehatan yang setinggi-tingginya tidak mungkin dicapai tanpa sistem pembiayaan kesehatan yang menjamin perlindungan risiko finansial dan sistem kesehatan yang berfungsi dengan baik. Hanya dengan demikian orang dapat mengakses layanan kesehatan yang mereka butuhkan dengan aman karena mengetahui

bahwa mereka tidak akan menderita kesulitan keuangan akibat membayarnya (Kieny & Evans, 2013).

Beberapa rekomendasi yang diberikan untuk meningkatkan program JKN antara lain peningkatan cakupan, ketersediaan, aksesibilitas, dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang ada di Indonesia (Fuady, 2014). Selain itu, Retnaningsih dkk di tahun 2019 menjelaskan lebih lanjut beberapa rekomendasi yang dikemukakan untuk perbaikan implementasi Program JKN antara lain: (a) BPJS Kesehatan perlu terus berupaya menuntaskan angka kepesertaan Program JKN hingga mencapai UHC 100%. Upaya ini perlu didukung oleh segenap lembaga terkait dari tingkat pusat hingga daerah, (b) BPJS Kesehatan bersama mitra-mitra kerjanya perlu terus meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan agar masyarakat dapat memanfaatkan Program JKN secara optimal, dan (c) Pemerintah perlu terus menjalankan tugas dan fungsinya dalam rangka mengawal keberlangsungan Program JKN, demi terciptanya sebuah sistem jaminan sosial nasional yang mampu melindungi dan menjamin kesehatan masyarakat (Retnaningsih et al., 2019).

Lebih lanjut, (Dartanto dkk. (2015) dalam tulisannya menambahkan beberapa rekomendasi untuk pengembangan implementasi program JKN, diantaranya: (a) Ketersediaan layanan dan aksesibilitas layanan adalah dua kondisi yang diperlukan untuk menarik orang untuk bergabung dalam program; Oleh karena itu, baik Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah harus bekerja sama untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, misalnya melalui pembiayaan bersama, (b) BPJS Kesehatan bekerja sama dengan Otoritas Jasa Keuangan harus melakukan kampanye besar-besaran untuk meningkatkan literasi asuransi. Prioritas kampanye harus fokus pada literasi asuransi daripada berfokus pada BPJS Kesehatan saja,

(c) Mengkaji kemungkinan regionalisasi premium, terutama untuk daerah dengan pemanfaatan yang rendah, infrastruktur dan pelayanan kesehatan yang kurang, pangsa sektor informal yang tinggi dan pendapatan yang rendah. Kebijakan ini akan membenahi ketidakadilan iuran dan juga menarik masyarakat di kawasan timur Indonesia untuk bergabung dalam BPJS Kesehatan, (d) Tanpa intervensi yang masif, target JKN yang tertuang dalam Perpres No. 111/2013 harus direvisi secara lebih masuk akal, (e) Penting bagi pemerintah untuk menyusun strategi kampanye yang tepat guna meningkatkan kemandirian kepesertaan JKN, (f) Membujuk sektor swasta untuk mengisi kesenjangan infrastruktur kesehatan. Hal ini disebabkan oleh kesenjangan yang lebar antara infrastruktur pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan, dan karena meningkatnya kemampuan sektor swasta dalam menyediakan layanan tersebut, dan (g) Mengembangkan kebijakan yang tepat untuk meyakinkan manfaat sumber daya tenaga kerja yang melimpah untuk menjadi tenaga kesehatan, misalnya dengan memberikan beasiswa atau insentif kepada kaum muda untuk mengisi kesenjangan tenaga kesehatan di daerah terpencil.

Pemerintah Indonesia bertujuan untuk mencapai UHC pada tahun 2019 melalui konsolidasi skema yang terfragmentasi dan perluasan cakupan ke populasi sektor informal yang tidak miskin melalui premi yang disubsidi sebagian. Dalam melakukannya, Indonesia menghadapi tantangan yang sama dengan negara-negara berkembang untuk mencoba menutupi populasi sektor informal yang besar. Kurangnya peningkatan sumber daya untuk menyediakan sumber daya yang lebih profesional, persyaratan pembagian biaya dan perancangan ulang paket manfaat ditambah dengan investasi dalam input sektor kesehatan dapat meningkatkan permintaan akan layanan perawatan kesehatan yang

disediakan untuk publik dan mengatasi defisit JKN (Ly, 2018). JKN diwujudkan sebagai salah satu pemecahan masalah pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia. JKN harus bersinergi dengan tantangan yang ada saat ini antara lain integrasi dari jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) sebelumnya, fasilitas kesehatan, paket manfaat, masalah pembiayaan serta masalah defisit yang terjadi karena iuran yang dibuat oleh polis JKN lebih rendah daripada klaim yang tinggi oleh layanan kesehatan (Asyary, 2018).

Meskipun JKN muncul untuk mengatasi ketimpangan pelayanan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia, namun Jamkesda yang sudah mapan di beberapa daerah, terutama daerah dengan pendapatan daerah yang tinggi, menjadikan integrasi JKN sebagai kemunduran pembiayaan kesehatan di daerahnya. Keterbatasan fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan juga menjadi kendala dalam pelaksanaan JKN serta kerugian finansial yang diakibatkan oleh ketidaksesuaian antara biaya pengobatan dengan klaim JKN sesuai paket. Disimpulkan bahwa kemauan politik untuk memilih beberapa opsi termasuk untuk mencegah defisit JKN tergantung pada komitmen pemimpin untuk menjadikan JKN bukan untuk perjalanan lain tetapi akan menjadi tujuan pembiayaan kesehatan di Indonesia (Asyary, 2018). Untuk membantu menutup kesenjangan ini, terutama di kalangan masyarakat miskin, pemerintah Indonesia saat ini menerapkan serangkaian reformasi kebijakan UHC yang mencakup integrasi skema asuransi pemerintah yang tersisa ke dalam JKN, perluasan jaringan penyedia, restrukturisasi sistem pembayaran penyedia, akreditasi semua fasilitas kesehatan yang dikontrak dan berbagai inisiatif sisi permintaan untuk meningkatkan penyerapan asuransi, terutama di sektor informal (Wiseman et al., 2018).

Dalam meninjau apa yang telah dicapai Indonesia, ada empat pelajaran penting bagi negara-negara yang ingin mengembangkan asuransi kesehatan sosial nasional yang komprehensif: Komitmen politik yang kuat, Pemeriksaan komprehensif sistem perawatan kesehatan kita, Partisipasi multipihak dalam pembangunan, Pemantauan dan penilaian berkelanjutan (Mboi, 2015). Selain kemauan politik, UHC membutuhkan staf yang cukup terlatih dan termotivasi dengan sumber daya yang memadai untuk pencegahan, diagnosis, pengobatan, dan pengembangan profesional, dan budaya tata pemerintahan yang baik dan sikap yang aspiratif (The Lancet, 2012). Infrastruktur asuransi sosial yang lemah dapat menciptakan hambatan bagi pendaftaran universal dan menunjukkan bahwa solusi jangka panjang untuk cakupan universal hanya dapat dilakukan melalui penguatan struktur administrasi secara keseluruhan (Banerjee et al., 2019). Bonus demografi dapat juga membawa keuntungan atau kerugian bagi pemerintah terkait dengan promosi UHC. Porsi tenaga kerja yang besar dapat menyebabkan peningkatan kemampuan keuangan pemerintah melalui peningkatan efek ekonomi. Di sisi lain, hal itu dapat mendorong anggaran pemerintah dengan meningkatkan jumlah orang yang ditargetkan yang preminya sepenuhnya dibiayai oleh pemerintah (Ariteja, 2017).

SIMPULAN

Konsep UHC dibentuk dengan tujuan agar kesehatan sebagai hak dasar dari seluruh manusia dapat mengakses pelayanan kesehatan tanpa mengalami diskriminasi. UHC dibentuk karena 40% populasi dunia tidak memiliki akses ke pelayanan kesehatan esensial dan tidak memiliki perlindungan sosial. Indonesia sebagai Negara anggota PBB turut aktif dalam mengembangkan UHC melalui pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional yang didukung dalam kebijakan UU SJSN No.40/2004 dan UU BPJS No.

24/2011. Pelaksanaan UHC di Indonesia memiliki efek positif pada kelompok masyarakat rentan dan miskin dalam kaitannya kepada akses yang lebih baik ke perawatan yang diperlukan dan peningkatan kesehatan populasi. Beberapa permasalahan yang dihadapi oleh Indonesia dalam pelaksanaan UHC terdiri atas terbatasnya infrastruktur yang merata, minimnya ketersediaan tenaga kesehatan yang tersebar di seluruh negeri, masih rendahnya partisipasi dari masyarakat dan pihak lain dalam pelaksanaan, serta masih minimnya evaluasi dan pemantauan yang berkelanjutan. Empat pelajaran penting bagi negara-negara yang ingin mengembangkan asuransi kesehatan sosial nasional yang komprehensif: Komitmen politik yang kuat, Pemeriksaan komprehensif sistem perawatan kesehatan kita, Partisipasi multipihak dalam pembangunan, serta Pemantauan dan penilaian berkelanjutan.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis mengucapkan terima kasih atas bantuan yang didapat oleh segala pihak baik institusi tempat penulis bekerja maupun pihak lain yang turut membantu dalam penulisan artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariteja, S. (2017). Demographic Bonus for Indonesia: Challenges and Policy Implications of Promoting Universal Health Coverage. *The Indonesian Journal of Development Planning*, 1(3), 265–274. <https://doi.org/10.1080/17441730500317451.6>
- Asyary, A. (2018). Indonesian Primary Care through Universal Health Coverage Systems: A Feeling in Bones. *Public Health of Indonesia*, 4(3), 138–145. <https://doi.org/10.36685/phi.v4i3.200>
- Banerjee, A., Finkelstein, A., Hanna, R., Olken, B. A., Ornaghi, A., & Sumarto, S. (2019). *The Challenges of Universal Health Insurance in Developing Countries: Evidence From a Large-Scale Randomized Experiment in Indonesia* (No. 26204; 26204). <https://doi.org/10.3386/w26204>
- Bredenkamp, C., Evans, T., Lagrada, L., Langenbrunner, J., Nachuk, S., & Palu, T. (2015). Social Science & Medicine Emerging challenges in implementing universal health coverage in Asia. *Social Science & Medicine*, 145, 243–248. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.07.025>
- Budiyati, S., Yumna, A., Saputri, N. S., Wahyu, Y. F. M., Kartawijaya, & Kurniawan, A. (2015). *The Indonesia Universal Health Coverage (UHC): Initial Assessment of Challenges and Opportunities for Maternal and Child Health Care*. SMERU Research Institute.
- Dartanto, T., Rezki, J. F., Usman, Siregar, C. H., Bintara, H., & Pramono, W. (2015). *Expanding Universal Health Coverage in the Presence of Informality in Indonesia: Challenges and Policy Implications* (No. 004; 004).
- Evans, D. B., Hsu, J., & Boerma, T. (2015). Universal health coverage and universal access. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 10–11. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.125450>
- Evans, D. B., Marten, R., & Etienne, C. (2012). Universal health coverage is a development issue. *The Lancet*, 380(9845), 864–865. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61483-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61483-4)
- Fuady, A. (2014). Moving Toward Universal Health Coverage of Indonesia: where is the Position? In *ResearchGate* (Issue July 2013). Erasmus University Rotterdam.
- Ghebreyesus, T. A. (2017). Comment All roads lead to universal health coverage.

- The Lancet Global Health*, 5(9), e839–e840. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30295-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30295-4)
- Herawati, Franzone, R., & Chrisnahutama, A. (2020). *Universal Health Coverage: Mengukur Capaian Indonesia* (E. A. Djamhari, C. N. Aidha, & H. Ramdhaningrum (eds.)). Perkumpulan PRAKARSA: Jakarta.
- Kieny, M., & Evans, D. B. (2013). Universal Health Coverage. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 19(5), 305–306.
- Kurniawan, A., Yumna, A., Budiyati, S., Saputri, N. S., Fajar, Y., & Wijaya, K. (2016). Universal health care scheme consequences on local health financing: Indonesia's experience. *Fourth Global Symposium on Health Systems Research*.
- Ly, C. (2018). *Essays On Universal Health Coverage In Indonesia*. University of Pennsylvania.
- Mboi, N. (2015). Indonesia : On the Way to Universal Health Care. *Health Systems & Reform*, 1(2), 91–97. <https://doi.org/10.1080/23288604.2015.1020642>
- Misnaniarti, M., & Ayuningtyas, D. (2015). Achieving Universal Coverage; Lessons from the Experience of Other Countries for National Health Insurance Implementation in Indonesia. *Munich Personal RePEc Archive*, 65915, 1–14.
- Moreno-serra, R., & Smith, P. C. (2012). Universal Health Coverage 1 Does progress towards universal health coverage improve population health? *The Lancet*, 380(9845), 917–923. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61039-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61039-3)
- Pemerintah Republik Indonesia. (2011). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial* (UU No.24 Tahun 2011).
- Pemerintah Republik Indonesia. (2012). Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. *Pemerintah Republik Indonesia*, XXXIII(2), 81–87. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Pemerintah Republik Indonesia. (2019). *Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan* (PP RI No.59 Tahun 2017).
- Pratiwi, A. B., Setiyaningsih, H., Kok, M. O., Hoekstra, T., Mukti, A. G., & Pisani, E. (2021). Is Indonesia achieving universal health coverage? Secondary analysis of national data on insurance coverage, health spending and service availability. *BMJ Open*, 11(e050565), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050565>
- Retnaningsih, H., Rini, T., Lestari, P., Yuningsih, R., Sholikah, N., & Suni, P. (2019). *Universal Health Coverage (UHC): Perspektif Kesehatan dan Kesejahteraan* (A. Huraerah (ed.); 1st ed.). Inteligencia Intrans Publishing.
- Rodin, J., & Ferranti, D. De. (2012). Universal health coverage: the third global health transition? *The Lancet*, 380(9845), 861–862. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61340-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61340-3)
- Stigler, F. L., Macinko, J., Pettigrew, L. M., & Kumar, R. (2015). No universal health coverage without primary health care Universal. *The Lancet*, 387(10030), 1811. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30315-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30315-4)
- The Lancet. (2012). The struggle for universal health coverage. *The Lancet*, 380(9845), 859. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61485-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61485-8)
- Trisnantoro, L., Marthias, T., & Harbianto, D. (2014). *Universal Health Coverage Assessment Indonesia* (Issue

- December).
- Wagstaff, A., Cotlear, D., Eozenou, H., & Buisman, L. R. (2016). Measuring progress towards universal health coverage: with an application to 24 developing countries. *Oxford Review of Economic Policy*, 32(1), 147–189. <https://doi.org/10.1093/oxrep/grv019>
- Wasir, R., Postma, M., Schans, J. van der, Mukti, A. G., & Buskens, E. (2019). Implementation of Universal Health Coverage In Indonesia. *Value in Health Journal*, 22(Supplement 3), S782. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.09.2024>
- Wiseman, V., Thabrany, H., Asante, A., Haemmerli, M., Kosen, S., Gilson, L., Mills, A., Hayen, A., Tangcharoensathien, V., & Patcharanarumol, W. (2018). An evaluation of health systems equity in Indonesia: study protocol. *International Journal for Equity in Health*, 17(138), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0822-0>
- Wong, J. (2015). Achieving universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(9), 663–664. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.149070>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global Monitoring Report*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1596/36724>