

PASAR PELAYANAN KESEHATAN DAN PRAKTIKNYA DI INDONESIA

Salsabila Firdausy



Magister Administrasi Publik
Fakultas Ilmu Sosial dan Politik
Universitas Gadjah Mada



iNSIGHT

Penulis:
Salsabila Firdausy

Mahasiswa MAP DMKP FISIPOL UGM

Penyunting:
Kurnia Cahyaningrum Effendi

Penanggungjawab:
Yuyun Purbokusumo, PhD

Desain Sampul & Tata Letak:
Wahyu Budi Utomo

Diterbitkan oleh:

Institute of Governance and Public Affairs

Magister Administrasi Publik

Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik

Universitas Gadjah Mada

Dan

IGPA Press

Magister Administrasi Publik, DMKP Fisipol UGM

Jalan Prof DR Sardjito, Sekip, Terban, Kecamatan Gondokusuman, Kota

Yogyakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta. Kode Pos: 55223

No. Telp. : +62 813 9135 5393

Website : igpa.map.ugm.ac.id

Instagram : [igpa.mapfsipolugm](https://www.instagram.com/igpa.mapfsipolugm)

Email : igpa@ugm.ac.id

*Dipersilahkan menyebarluaskan sebagian atau seluruh isi buletin ini
untuk tujuan pendidikan, namun tidak untuk tujuan komersial.*

Setiap tindak pembajakan akan diproses sesuai hukum yang berlaku.

*Pengutipan untuk kepentingan akademis, jurnalistik, penyebarluasan
gagasan, dan advokasi diperkenankan.*

Pasar Pelayanan Kesehatan dan Praktiknya di Indonesia

Salsabila Firdausy

Pengantar

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk memberikan kualitas, kesetaraan, dan akses universal kesehatan kepada warga negara baik secara individu maupun kolektif. Saat ini, banyak negara dari berbagai tingkat pembangunan telah melakukan upaya untuk memastikan pencapaian tujuan ini tercapai melalui berbagai pendekatan baik kuratif dan preventif yang terpadu. Namun salah satu tantangan terberatnya adalah sistem pembiayaan yang harus sesuai dan kompatibel dengan tuntutan sektor pelayanan kesehatan, termasuk memastikan dana minimal yang dibutuhkan dengan memperhatikan universalitas, kesetaraan, dan keberlanjutan di sektor ini. Di Indonesia, pemenuhan hak kesehatan bagi warga negara dijamin oleh regulasi dan wajib dilindungi oleh negara (UU No. 40/2004; UU No.36/2009; UU No. 13/ 2011). Meskipun negara harus melindungi dan memenuhi hak-hak warga negaranya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, namun kesadaran untuk mengupayakan hidup sehat dan menjaga kesehatan merupakan pilihan bagi setiap individu sebagai warga negara. Hal ini menjadi alasan diskursus penyedia pelayanan kesehatan di Indonesia secara umum sering lebih berkisar pada kuantitas dibanding kualitas dari pelayanan kesehatan dari BPJS vis a vis pelayanan kesehatan yang ditawarkan sektor swasta.

Realisasi jaminan kesehatan bagi masyarakat tidak hanya perlindungan sosial, tetapi juga berkaitan dengan aspek ekonomi yang bersinggungan dengan kegagalan pasar, peran negara, dan lain sebagainya (Folland et al., 2013). Dalam konteks ini, peran negara sangat diperlukan karena berkaitan dengan kegagalan pasar, keadilan, distribusi pendapatan, penanganan eksternalitas, biaya administratif, kapasitas untuk memaksa masyarakat dalam pembiayaan asuransi, serta pertumbuhan ekonomi jangka panjang (Gruber, 2016; Ulbrich, 2011). Folland et al. (2013) menambahkan bahwa di banyak kasus, negara juga memiliki

peran yang dominan untuk mengatur, memproduksi, serta membiayai layanan kesehatan. Dalam konteks yang lebih luas, campur tangan pemerintah dalam kegiatan masyarakat merupakan bagian yang disebut sebagai kebijakan publik. Dengan atau tanpa intervensi negara, masyarakat terus berubah. Ketika dinamika dan perubahan sosial terjadi, berbagai masalah sosial muncul. Ketika suatu masalah sosial dianggap lebih baik ditangani oleh pemerintah, maka diperlukan intervensi publik. Seberapa jauh pemerintah harus bertindak? Apakah intervensi akan membuat perbedaan? Pertimbangan apa saja yang perlu diperhatikan apabila intervensi merupakan suatu pilihan? Salah satu analisis yang dapat menentukan apakah suatu kebijakan publik (alokasi sumber daya) akan menghasilkan efisiensi atau apakah manfaat dari pilihan intervensi yang dilakukan lebih besar daripada biayanya (biaya peluang) dapat ditarik dari kajian ekonomi publik.

Sebagai isu kebijakan publik, kesehatan mempunyai banyak topik yang dapat dikaji dari sudut pandang ekonomi publik. Secara khusus, paper ini akan menganalisis pasar pelayanan kesehatan dan praktiknya di Indonesia. Tulisan ini mencoba menjelaskan (1) perbedaan khas antara pasar pelayanan kesehatan dengan pasar lainnya; (2) implikasi pasar pelayanan kesehatan bagi para pemangku kepentingan; (3) intervensi pemerintah untuk melindungi kesehatan masyarakat; dan (4) rekomendasi kebijakan untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang lebih baik dan memenuhi kebutuhan masyarakat pengguna jasa.

Pasar Pelayanan Kesehatan vs. Pasar Umum

Berbeda dengan pasar pada umumnya, Mankiw (2017) mengemukakan beberapa hal yang menjadi kekhasan pasar pelayanan kesehatan. **Pertama, adanya eksternalitas.** Eksternalitas merupakan implikasi yang ditimbulkan di luar mekanisme pasar dan membawa dampak yang dirasakan oleh pihak lain baik disengaja maupun tidak disengaja. Jika implikasi atau akibat yang ditimbulkan membawa dampak negatif, maka disebut eksternalitas negatif. Sebaliknya, jika dampak atau implikasi yang ditimbulkan membawa dampak positif maka disebut dengan eksternalitas positif (Mankiw, 2021). Dalam pasar kesehatan, beberapa contoh eksternalitas positif diantaranya orang yang melakukan vaksin sehingga berpotensi tidak tertular, maupun adanya penemuan baru di bidang kesehatan yang memperkaya pengetahuan medis.

Kedua, sulitnya memantau kualitas pelayanan kesehatan. Dalam pasar umum, pembeli dapat secara langsung memberikan penilaian atas barang/jasa yang diterimanya. Namun demikian dalam pasar pelayanan kesehatan, pasien kerap tidak mengetahui proses dan jenis pengobatan yang diberikan. **Ketiga, kesehatan merupakan hak warga negara.** Pelayanan kesehatan merupakan jasa yang dibutuhkan setiap warga. Namun demikian, tidak semua orang yang membutuhkan memiliki kemampuan untuk membayarnya. Itulah mengapa negara mempunyai kewajiban untuk menyediakannya. Di Indonesia, jaminan

kesehatan sebagai hak warga negara diamanatkan dalam berbagai peraturan perundang – undangan, diantaranya UU No. 40/2004, UU No.36/2009 dan UU No. 13/ 2011.

Keempat, melibatkan pasar asuransi dalam pelaksanaannya. Berbeda dengan pasar umum dimana transaksi dilakukan secara langsung, pasar pelayanan kesehatan melibatkan pihak ketiga yakni perusahaan asuransi pemerintah maupun asuransi swasta. Dalam pelaksanaannya, Mankiw (2017) menyebutkan tiga aturan main dalam pasar asuransi. *Aturan pertama*, menentukan siapa yang membayar asuransi dan berapa banyak mereka membayar. *Aturan kedua*, pengaturan akses pasien terhadap layanan kesehatan. Dalam sistem asuransi, pasien tidak membayar biaya marginal dari setiap pelayanan medis yang didapatkannya sehingga memungkinkan terjadinya penggunaan berlebih. Dalam rangka meminimalisasi munculnya *moral hazard*, perusahaan asuransi memiliki aturan untuk membatasi akses tertentu terhadap layanan medis dengan berbagai pertimbangan. *Aturan ketiga*, pembayaran dari perusahaan asuransi ke penyedia layanan, terkait apa yang akan dibayarkan dan berapa banyak jumlah yang dibayarkan.

Aturan mengenai pembiayaan, akses, dan pembayaran saling terkait, dan bersama-sama membentuk jenis sistem pelayanan kesehatan yang dimiliki suatu negara. Tidak seperti di Amerika yang didominasi oleh perusahaan asuransi swasta, di Indonesia sistem pelayanan kesehatan nasional dikelola pemerintah melalui Badan Pengelola Jaminan Sosial (BPJS). Berkaitan dengan akses, pemerintah melalui BPJS juga membatasi akses untuk meminimalisasi terjadinya *moral hazard*. Sebagai contoh, pembatasan jumlah permohonan rujukan dua kali dalam satu tahun bagi perantau. Selain itu, pemerintah juga menetapkan beberapa penyakit yang dikecualikan untuk ditanggung, diantaranya penyakit hepatitis akibat penggunaan jarum suntik narkoba, serta kerusakan ginjal akibat konsumsi minuman keras.

Tabel 1. Pasar Umum Vs. Pasar Pelayanan Kesehatan

PASAR UMUM	EKONOMI KESEHATAN
Stakeholder utama mencakup penjual dan pembeli	Adanya kepentingan dari pihak ketiga, seperti perusahaan asuransi dan pemerintah
Pembeli dapat melakukan penilaian kepuasan terhadap barang/jasa yang dijual	Pasien memiliki informasi yang terbatas terkait proses dan jenis pengobatan yang diberikan, sehingga tidak dapat melakukan penilaian secara rasional
Transaksi pembayaran antara penjual dan pembeli terjadi secara langsung atas barang/jasa yang diperjualbelikan	Penyedia layanan tidak langsung dibayar oleh pasien, melainkan melalui penyedia asuransi baik pemerintah maupun swasta
<i>Invisible hand</i> berperan dalam mengalokasikan sumber daya secara efektif	Tidak adanya <i>invisible hand</i> yang menyebabkan inefisiensi alokasi sumber daya

Sumber: Mankiw (2017), diolah.

Implikasi Pasar Pelayanan Kesehatan terhadap Stakeholders

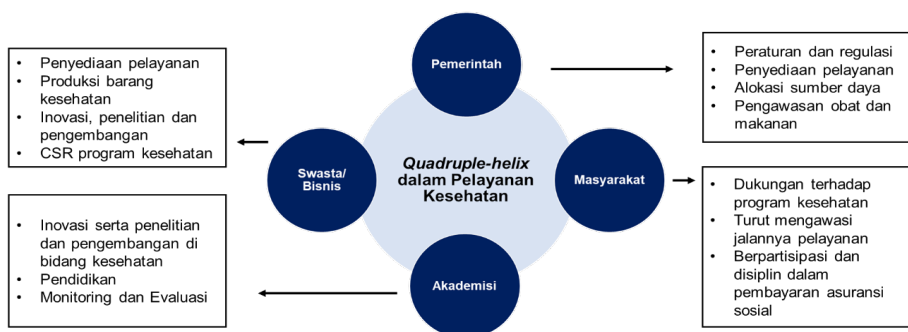
Begitu kompleksnya urusan kesehatan masyarakat menyebabkan pemerintah saja tidak cukup menanganinya, baik dari sisi pembiayaan maupun penyediaan layanan. Dalam hal pembiayaan misalnya, Schmitt et al. (2020) dalam penelitiannya membuktikan bahwa belum ada satu negara pun di dunia yang mampu menanggung pembiayaan jaminan sosial, termasuk jaminan kesehatan nasional secara menyeluruh. Dalam konteks ini, peran pemerintah perlu dibarengi dengan peran sektor swasta/bisnis, akademisi dan masyarakat itu sendiri - yang terkonvergensi dalam sebuah *quadruple-helix* (Brooks, 2008).

Konsep *quadruple-helix* dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat diilustrasikan sebagai berikut. *Pertama*, pemerintah berperan menetapkan aturan dan regulasi yang berkaitan dengan kesehatan, seperti mekanisme asuransi kesehatan, larangan penggunaan narkoba, kewajiban vaksinasi, besaran subsidi penelitian kesehatan, dan lain sebagainya. Pemerintah juga berperan dalam penyediaan layanan kesehatan, seperti penyediaan rumah sakit dan puskesmas, serta pemerataan SDM kesehatan. Selanjutnya melalui Balai Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM), pemerintah berperan menjamin keamanan obat dan makanan yang dikonsumsi masyarakat.

Kedua, swasta/bisnis turut serta dalam pemberian layanan kesehatan seperti rumah sakit dan klinik, maupun menyediakan asuransi swasta. Swasta/

bisnis juga dapat mendukung pembiayaan inovasi di bidang kesehatan melalui program tanggung jawab sosialnya. *Ketiga*, akademisi melalui kajian dan analisisnya dapat turut serta menciptakan inovasi dan terobosan baru di bidang kesehatan, seperti teknologi dan obat – obatan. Akademisi sebagai pihak independen juga dapat turut serta melakukan monitoring dan evaluasi berbagai kebijakan pelayanan kesehatan pemerintah. *Keempat*, masyarakat dapat senantiasa mendukung program – program kesehatan pemerintah, melakukan pembayaran premi asuransi BPJS mandiri secara teratur, dan turut mengawasi proses pelayanan.

Gambar 1. *Quadruple-helix* dalam Pelayanan Kesehatan



Sumber: diolah penulis.

Intervensi Pemerintah dalam Pasar Pelayanan Kesehatan

Sebagaimana dijelaskan sebelumnya, pelayanan kesehatan merupakan jasa yang dibutuhkan oleh semua orang. Namun demikian, tidak semua orang yang membutuhkan memiliki kemampuan untuk membayarnya. Dalam konteks ini, peran negara sangat dibutuhkan dalam penyediaan layanan kesehatan mengingat Pelayanan kesehatan merupakan hak dasar setiap warga negara. Stiglitz (2014) menegaskan pentingnya campur tangan pemerintah di pasar pelayanan kesehatan, diantaranya (1) adanya asimetris informasi antara penyedia jasa layanan dengan pengguna layanan; (2) adanya monopoli atau derajat persaingan yang rendah dalam penyediaan layanan; serta (3) tidak pentingnya peran profit dalam pengambilan keputusan.

Folland et al. (2013) menjelaskan bahwa hampir tidak ada kegiatan ekonomi yang bebas dari campur tangan pemerintah, baik dalam hal penyediaan barang/jasa, redistribusi, maupun regulasi. Dalam konteks ekonomi kesehatan,

Folland et al. (2013) menyoroti berbagai variasi intervensi pemerintah sebagai berikut. **Pertama, pemberian subsidi dan stimulus fiskal.** Secara umum, subsidi yang diberikan pemerintah kepada produsen/penyedia layanan dapat membantu biaya produksi, sehingga harga barang/jasa dengan permintaan tinggi di masyarakat dapat ditekan (Samuelson dan Nordhaus, 2010). Dalam konteks pelayanan kesehatan, subsidi diberikan pemerintah untuk menekan biaya yang harus ditanggung masyarakat dalam mengakses kesehatan. Sebagai contoh, subsidi pemerintah menutup biaya asuransi kesehatan bagi keluarga kurang sejahtera atau Penerima Bantuan Iuran (PBI), dan mengurangi besaran biaya yang ditanggung peserta non-PBI.

Tabel 2. Proporsi Biaya Asuransi Kesehatan BPJS yang Ditanggung Masyarakat

Kelas	Perpres 111/2013	Perpres 19/2016	Perpres 28/2016	Perpres 82/2018	Perpres 75/2019	Perpres 64/2020
III	22.500	30.000	25.500	25.500	42.000	42.000*
II	42.500	51.000	51.000	51.000	110.000	100.000
I	59.500	80.000	80.000	80.000	160.000	150.000

*) Besaran subsidi pemerintah pada tahun 2020 dan 2021 berturut – turut Rp16.500 dan Rp 7.000.

Sumber: diolah dari berbagai sumber

Kedua, penetapan pajak dan cukai. Dalam kaitannya dengan kesehatan, pemberian pajak dimaksudkan untuk meminimalisasi dampak buruk dari eksternalitas negatif yang merugikan masyarakat (Folland et al., 2013). Di Indonesia, pemberian pajak dikenakan pada produk yang memiliki pengaruh terhadap penurunan kesehatan masyarakat (*sin-tax*), seperti pajak dan cukai rokok, tembakau, minuman manis, maupun pajak polusi. Selain mendorong tingkat kesehatan masyarakat, penetapan ‘pajak dosa’ tersebut juga dapat meningkatkan pendapatan negara (Barber et al., 2008)

Ketiga, penetapan ketentuan umum dan regulasi terkait pemberian pelayanan kesehatan. Pemerintah menetapkan beberapa aturan umum terkait: (1) *Apa*, jenis pelayanan kesehatan apa yang akan diberikan; (2) *Bagaimana*, pelayanan kesehatan dilaksanakan sendiri oleh pemerintah atau melalui kontrak dengan sektor swasta; serta (3) *Siapa*, cakupan penerima layanan (universal, kelompok, atau perseorangan), dan pembiayaan layanan (pajak, asuransi sosial, gratis). Di Indonesia, berbagai ketentuan umum ditetapkan oleh pemerintah untuk diimplementasikan oleh *stakeholders* terkait termasuk BPJS sebagai pelaksana teknis. Beberapa ketentuan tersebut diantaranya tertuang dalam UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, PP. No. 101 Tahun 2012 tentang PBI, Perpres No.

12/2013 tentang Jaminan Kesehatan, Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 44 Tahun 2012 Tentang Penetapan Tarif Rumah Sakit, *Road Map* Jaminan Kesehatan Nasional, Rencana Aksi Pengembangan Pelayanan Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan, dan berbagai peraturan lainnya. Selain ketentuan umum, pemerintah juga menetapkan berbagai regulasi terkait kesehatan, seperti larangan penggunaan obat – obatan terlarang, regulasi harga, serta penetapan kuantitas dan kualitas pelayanan (Folland et al., 2013).

Keempat, pelaksanaan program transfer. Program transfer merupakan dukungan negara yang dikelola oleh daerah untuk pemerataan pendapatan dan keadilan. Di Indonesia, program transfer sebagai bagian dari upaya perlindungan sosial antara lain dilaksanakan melalui Program Keluarga Harapan, Bantuan Pangan Non-Tunai (BPNT), jaminan orang tua dan disabilitas, bantuan tunai bagi keluarga miskin, dan lain sebagainya. Data Kementerian Keuangan menunjukkan bahwa persentase rata – rata program transfer di Indonesia berkisar 2,8% dari total PDB atau 0,84% di luar anggaran untuk subsidi. Persentase ini relatif lebih rendah jika dibandingkan dengan rata – rata pengeluaran negara berpenghasilan menengah lainnya (1,5%) (DPR RI, 2021).

Isu Terkait Pelayanan Kesehatan di Indonesia: Program JKN KIS

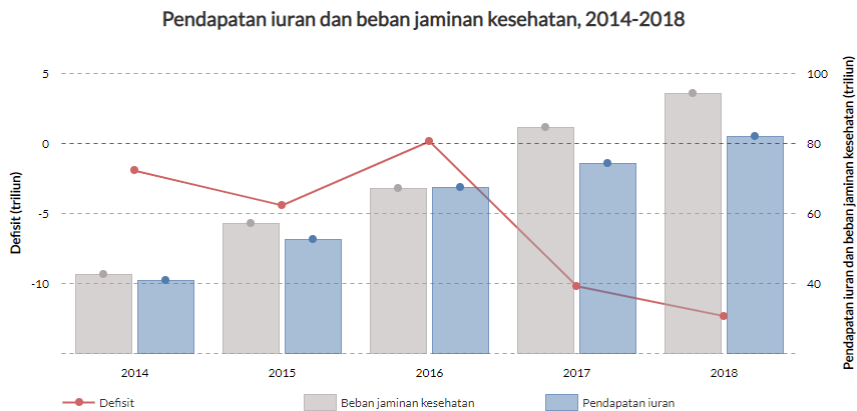
Sebagaimana praktik di banyak negara, penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Indonesia dibiayai melalui mekanisme asuransi sosial yang dikelola oleh BPJS. Asuransi sosial menekankan pada kontribusi pihak yang menerima manfaat untuk bersama – sama menjamin kebutuhan hidup dasarnya, termasuk kesehatan. Setidaknya terdapat 3 (tiga) isu strategis yang diidentifikasi, mencakup aspek tata kelola dan pembiayaan, kualitas pelayanan, dan keadilan distributif.

Pertama, aspek tata kelola dan pembiayaan. Amanat terkait desentralisasi sistem kesehatan nasional di Indonesia menjadi ambigu ketiga dihadapkan pada sistem BPJS yang sangat sentralistis. Hal ini menyebabkan penyelenggaraan program pelayanan kesehatan di daerah menjadi kurang optimal karena adanya fragmentasi sistem pemerintahan. Peran masing – masing *stakeholders* di Pemerintah daerah menjadi tidak jelas, disertai banyaknya kebijakan yang tumpang tindih (Trisnantoro, 2019). Kondisi ini diperparah dengan sistem dan data kesehatan yang belum terintegrasi (Antaraneews, 2022)

Selanjutnya dalam hal pembiayaan, isu defisit anggaran menjadi isu krusial yang belum teratasi bahkan hingga saat ini (Djamhari et al., 2020). Stimulus fiskal yang diberikan pemerintah terus meningkat setiap tahunnya, namun tetap saja tidak mampu mencegah terjadinya defisit penganggaran BPJS. Beberapa hal yang menyebabkan terjadinya defisit anggaran antara lain sebagai berikut. *Pertama*, penerimaan jauh lebih kecil dibandingkan beban pengeluaran. Terkait hal ini,

Djamhari et al., (2020) dalam penelitiannya menunjukkan rendahnya kedisiplinan peserta mandiri BPJS. Hanya 52,7% dari total peserta mandiri yang membayarkan premi setiap bulannya. *Kedua*, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang belum menjalankan fungsinya secara optimal sehingga menyebabkan beban biaya yang tinggi pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut. *Ketiga*, maraknya kasus KKN dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional (Smeru, 2020).

Gambar 2. Iuran Vs Beban

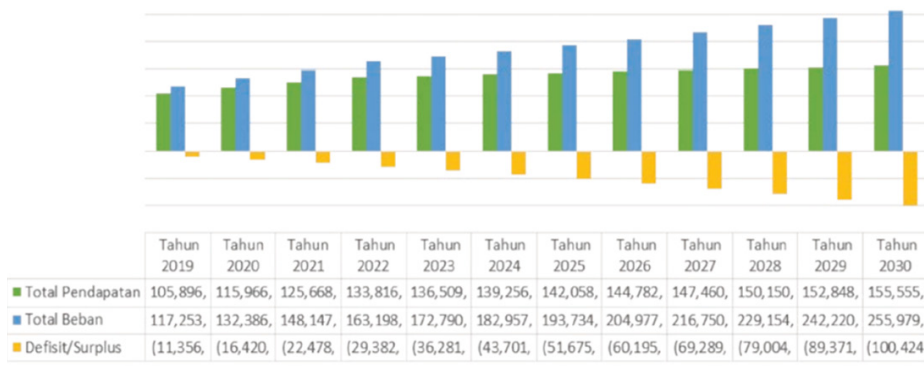


Sumber: BPSJ dalam Lokadata (2019)

Gambar 3. Anggaran Kesehatan & Defisit JKN-BPJS



Sumber: Kementerian Kesehatan (2020); Smeru (2020)

Gambar 4. Proyeksi Defisit JKN Tahun 2019 – 2030

Sumber: Mundiharno et al., (2015) dalam Djamhari et al (2020)

Kedua, aspek kualitas pelayanan. Upaya peningkatan aksesibilitas pelayanan kesehatan melalui asuransi sosial tidak dibarengi dengan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di berbagai daerah (Trisnantoro, 2019; Smeru 2020). Hal ini ditunjukkan dengan Sumber Daya Manusia bidang kesehatan, infrastruktur, dan fasilitas kesehatan yang belum merata. Hal ini diperkuat dari Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) juga menunjukkan bahwa terdapat *gap* yang cukup besar dalam cakupan pelayanan kesehatan antar provinsi sebab masih banyak provinsi dengan cakupan kesehatan di bawah 50%, dan ada pula provinsi dengan cakupan lebih dari 90% (Trisnantoro, 2019).

Ketiga, aspek keadilan distributif. Isu terkait keadilan distributif dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Indonesia masih menjadi isu strategis, khususnya di pemerintah daerah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah penerima manfaat dari peserta non-PBI jauh lebih besar dibandingkan peserta PBI. Artinya, asuransi sosial justru lebih banyak dimanfaatkan keluarga sejahtera dibandingkan keluarga yang kurang sejahtera (Trisnantoro, 2019). Hasil penelitian Trisnantoro (2019) juga menunjukkan bahwa pemerintah daerah dengan kapasitas ekonomi tinggi, seperti Daerah Istimewa Yogyakarta, Jawa Timur, Jawa Tengah dan Sumatera Utara lebih banyak mengklaim atau menerima manfaat dibandingkan daerah yang relatif miskin, seperti Bengkulu dan NTT. Ditambah lagi hingga saat ini, tidak ada pengaturan terkait kompensasi biaya rujukan ke daerah lain yang letaknya relatif jauh. Selain itu, kompensasi untuk pembangunan fasilitas yang memadai bagi daerah yang lebih miskin juga belum diatur sebagai bagian dari upaya pemerataan fasilitas kesehatan.

Rekomendasi Kebijakan: Mewujudkan Pelayanan Kesehatan yang Lebih Baik

Analisis terkait isu strategis penyelenggaraan pelayanan kesehatan di atas tampaknya tidaklah lengkap tanpa disertai dengan rekomendasi kebijakan. Beberapa rekomendasi kebijakan yang dapat diberikan pada umumnya saling berhubungan satu sama lain. Ada yang menjadi sebab atau akibat, ada pula yang menjadi kondisi prasyarat atau *prerequisite condition* dari kebijakan lainnya.

Beberapa rekomendasi kebijakan yang dapat diberikan terkait pemberian pelayanan kesehatan antara lain sebagai berikut. **Pertama, rekomendasi pada aspek tata kelola dan pembiayaan.** BPJS bukan satu - satunya aktor dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional. Oleh karenanya, peningkatan peran Pemerintah Daerah dan *stakeholders* lain dalam pelayanan kesehatan menjadi penting untuk diperhatikan. Selain itu, integrasi sistem (termasuk *database*) kesehatan nasional antar kementerian, seperti Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, Pemerintah Daerah dan BPJS Kesehatan perlu dibangun secara komprehensif. Dengan demikian, berbagai kebijakan terkait kesehatan dapat didasarkan pada basis data yang komprehensif dan andal.

Selanjutnya dalam hal pembiayaan, defisit anggaran dapat diatasi dengan mendorong kepatuhan pembayaran premi peserta mandiri dan menggali sumber pembiayaan alternatif lain untuk kesehatan. Sumber pembiayaan alternatif dapat digali misalnya dengan menerapkan *sin-tax* untuk produk – produk yang berdampak negatif pada kualitas kesehatan seseorang. Dalam penelitiannya, Djamhari et al. (2020) menyebutkan bahwa potensi cukai rokok mencapai 10,7 – 30 Triliun Rupiah, sedangkan kendaraan bermotor mencapai 37 Triliun Rupiah.

Kedua, rekomendasi pada aspek kualitas pelayanan. Dibutuhkan pemerataan SDM dan infrastruktur/fasilitas kesehatan di berbagai daerah, sehingga pemanfaatan asuransi kesehatan dapat berjalan optimal. Pemerataan bisa dilakukan dengan memberikan alokasi pembiayaan khusus atau kompensasi pada daerah – daerah yang relatif lebih miskin. Selain itu, penyelenggaraan pelayanan kesehatan juga perlu berfokus pada upaya promotif dan preventif yang melibatkan peran masyarakat dibanding upaya kuratif dan rehabilitatif. Peningkatan kapasitas dan kualitas pelayanan pada FKTP juga perlu dilakukan untuk menjangkau cakupan kesehatan yang lebih luas.

Ketiga, aspek keadilan distributif. Beberapa rekomendasi yang dapat dilakukan untuk menjamin keadilan distributif diantaranya dengan memisahkan pembiayaan khusus bagi peserta PBI atau keluarga yang kurang mampu. Hal ini sebagaimana penjelasan sebelumnya bahwa asuransi kesehatan lebih banyak dimanfaatkan keluarga yang relatif sejahtera. Selain itu, mekanisme *cost – sharing* biaya bagi peserta mandiri yang mampu juga dapat dijadikan sebagai salah satu alternatif pembiayaan guna mendorong keadilan distributif.

Kesimpulan

Pasar pelayanan kesehatan memiliki karakteristik khusus yang mengharuskan adanya intervensi pemerintah di dalamnya. Rasionalisasi intervensi pemerintah dalam pasar pelayanan kesehatan dikarenakan adanya kegagalan pasar yang mencakup eksternalitas, asimetris informasi terkait kualitas pelayanan dan mekanisme asuransi. Adapun bentuk intervensi pemerintah dalam pelayanan kesehatan, diantaranya penetapan pajak dan subsidi, penyediaan layanan, penetapan ketentuan umum dan regulasi, serta program transfer bagi keluarga yang kurang mampu. Dalam praktiknya, masih terdapat beberapa tantangan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, baik dari aspek tata kelola dan pembiayaan, kualitas pelayanan, maupun keadilan distributif. Beberapa alternatif kebijakan yang dapat diberikan, diantaranya kolaborasi antar aktor, integrasi sistem, kolaborasi pengawasan, pencarian sumber pembiayaan alternatif, pemerataan fasilitas kesehatan, prioritas pembiayaan untuk PBI, serta *cost sharing* pembiayaan pelayanan kesehatan.

Acknowledge

Tema Paper ini merupakan salah satu topik mata kuliah Ekonomi Kebijakan Publik yang diselenggarakan MAP DMKP FISIPOL UGM tahun 2022.

Referensi

- Anonim. (2019). Pendapatan iuran dan beban jaminan kesehatan, 2014-2018, *lokadata. beritagar online*, diakses <https://lokadata.beritagar.id/chart/preview/pendapatan-iuran-dan-beban-jaminan-kesehatan-2014-2019-1568003004#>
- Anonim. (2021). Reformasi Perlindungan Sosial, Berkas DPR, diakses di <http://berkas.dpr.go.id/puskajianggaran/infografis/public-file/infografis-public-70.pdf>
- Barber, S., Shsan, A., Adioetomo, S. M., Setyonaluri, D. (2008). *Tobacco Economics in Indonesia*. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease diakses https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/tobacco_Barber.pdf
- Brooks, A. C. (2008). *Social Entrepreneurship: A Modern Approach to Social Value Creation*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education Inc.
- Dewi, A. P. (2022, Oktober). "Data tidak terintegrasi tantangan sistem kesehatan di Indonesia," *Antaranews online*, diakses <https://www.antaranews.com/berita/3179449/data-tidak-terintegrasi-tantangan-sistem-kesehatan-di-indonesia>

- Djamhari, E. A., Aidha, C. N., Ramdlaningrum, H., Kurniawan, D. W., Fanggidae, S. J., Herawati, H., Ningrum, D. R., Thaariq, R. M., Kartika, W., & Chrisnahutama, A. (2020). *Defisit Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Mengapa dan bagaimana mengatasinya?* [Social Security Program Deficit: Why and how to solve it?]. Jakarta: Perkumpulan PRAKARSA. Diakses di <http://theprakarsa.org/wp-content/uploads/2020/04/Defisit-Jaminan-Kesehatan-Nasional-JKN-Mengapa-dan-Bagaimana-Mengatasinya-2020.pdf>
- Folland, S., Goodman, A. C., Stano, M. (2013). *The Economics of Health and Health Care 7th Edition*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Gruber, Jonathan. (2016). *Public Finance and Public Policy Fifth Edition*. New York: Worth Publishers.
- Mankiw, N. G. (2017). *The Economics of Healthcare* diakses di https://scholar.harvard.edu/files/mankiw/files/economics_of_healthcare.pdf
- Mankiw, N. G. (2021). *Principles of Economic 9th edition*. Cengage Learning, Inc diakses di <http://repo.darmajaya.ac.id/5062/1/Principles%20Of%20Economics%20by%20N.%20Gregory%20Mankiw%20%28z-lib.org%29.pdf>
- Samuelson, P. A. & Nordhaus, W. D. (2010) *Economics 19th Edition*. New York: y McGraw-Hill/Irwin
- Schmitt, C., Liese, H., Obinger, H. (2020). Funding Social Protection: Mapping and Explaining Welfare State Financing in a loba Perspective. *Global Social Policy*, 20(2), 143–164 <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1468018120906671>
- Smeru. (2020). Menjajaki Opsi - Opsi Kebijakan Untuk Pembiayaan JKN yang Berkelanjutan. *Catatan Kebijakan*, 6, diakses di <https://smeru.or.id/id/publication-id/menjajaki-opsi-opsi-kebijakan-untuk-pembiayaan-jkn-yang-berkelanjutan>
- Stiglitz, Joseph E. (2014). *Economic of the Public Sectors*. New York: Norton & Company.
- Trisnantoro, Laksono. (2020). *Laporan Hasil Penelitian Evaluasi Kebijakan JKN di 13 Provinsi Indonesia*. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran. Yogyakarta: Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan UGM. <https://kebijakankehatanindonesia.net/images/2020/Laporan-hasil-penelitian-evaluasi-kebijakan-JKN-2020.pdf>
- Ulbrich, Holley H. (2011). *Public Finance in Theory and Practice Second Edition*. New York: Routledge
- Undang – Undang Nomor 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin.
- Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.



Institute of Governance and Public Affairs (IGPA) adalah institusi yang didirikan dengan tujuan untuk melakukan penelitian serta melakukan diseminasi dan publikasi hasil penelitian di Magister Administrasi Publik (MAP) Universitas Gadjah Mada. IGPA merupakan upaya revitalisasi kegiatan penelitian yang telah dilaksanakan MAP UGM yang berdiri sejak 1994.

Persoalan mengenai studi maupun pengembangan sektor publik di Indonesia dalam era kontemporer menghadapi berbagai tantangan dan problem yang tidak sederhana. Rendahnya kualitas kebijakan publik, lemahnya kapasitas aparat publik, belum efektifnya kinerja organisasi publik, tantangan mewujudkan good governance, maupun kebutuhan untuk penguatan citizenship, jelas membutuhkan jawab dan solusi yang efektif sekaligus komprehensif. Oleh karena itu, IGPA didirikan dan dikembangkan dengan fokus melakukan analisis dinamika organisasi sektor public, citizenship dan governance di Indonesia. Dengan latar belakang pemikiran tersebut, IGPA diharapkan mampu menghasilkan berbagai penelitian yang berkualitas untuk dimanfaatkan oleh seluruh stakeholder kebijakan publik.

IGPA

Institute of Governance and Public Affairs



ILMU ADMINISTRASI PUBLIK

PROGRAM STUDI
MAGISTER DAN DOKTOR

#MAP
rumahide
dansolusi

Pendaftaran,
Jadwal Seleksi,
dan persyaratan lengkap
dapat dilihat di:

- um.ugm.ac.id

- 0811 255 9944 (Gayatri)

- admisi.map.ugm@gmail.com

PROGRAM S2

SYARAT PENDAFTARAN

Ijazah S1 dari perguruan tinggi yang terakreditasi dan transkrip nilai.

Sertifikat tes potensi akademik PAPs UGM, TPDA PLTI, atau TPA Bappenas minimum skor 450.

Sertifikat kemampuan Bahasa Inggris minimum AcEPT UGM (149), TOEP PLTI (26), IELTS (4.0), iBT TOEFL (31), atau ITP TOEFL (400).

CV lengkap (Riwayat Hidup, Pekerjaan, Penelitian, Karya Ilmiah/Jurnal).

Esai 2.000 Kata (sudah termasuk daftar pustaka, bukan tulisan skripsi, tema: administrasi publik).

Tes Wawancara.

BIAYA PENDIDIKAN

Biaya Pendaftaran : Rp. 500.000
UKT/Semester : Rp. 12.000.000

DIVISI PENDUKUNG

1. Diklat Mandiri (Indikator Kinerja untuk Perencanaan dan Akuntabilitas, Penyusunan Proses Bisnis untuk Instansi Pemerintah, Monitoring dan Evaluasi Kebijakan dan tema lain terkait isu kepublikan, perencanaan, manajemen sdm, peningkatan *soft skill*, dll)

PROGRAM S3

Ijazah S2 dari perguruan tinggi yang terakreditasi dan transkrip nilai.

Sertifikat tes potensi akademik PAPs UGM, TPDA PLTI, atau TPA Bappenas minimum skor 500.

Sertifikat kemampuan Bahasa Inggris minimum AcEPT UGM (209), TOEP PLTI (39), IELTS (5.0), iBT TOEFL (50), atau ITP TOEFL (450).

CV lengkap (Riwayat Hidup, Pekerjaan, Penelitian, Karya Ilmiah/Jurnal).

Statement of Interest 3.000 Kata.

Tes Wawancara.

Biaya Pendaftaran : Rp. 750.000
UKT/Semester : Rp. 20.000.000

2. IGPA (divisi penelitian MAP)
3. Penguatan *Soft Skill*