



INOVATIF
PROGRESIF
ASPIRATIF

PPI Brief

Perhimpunan Pelajar Indonesia se-Dunia

Tinjauan Sistem Pembiayaan

Kesehatan di Indonesia: Menilai

Kesiapan Indonesia menuju Cakupan

Kesehatan Semesta

Komisi Kesehatan PPI Dunia, PPI Brief No. 8 / 2020

Penulis: Yoser Thamtono

RINGKASAN EKSEKUTIF

- 6 tahun semenjak dicanangkannya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, berbagai hambatan masih dijumpai dalam mencapai target cakupan kesehatan semesta
- Hambatan yang dijumpai diantaranya: masih jelasnya ketimpangan taraf kesehatan dan sebaran fasilitas kesehatan, kualitas kesehatan yang tidak mumpuni, sistem pembayaran BPJS yang belum cukup progresif dan memberi ruang untuk terjadinya *adverse selection* dan cakupan proteksi finansial yang belum mumpuni
- Di sisi lain, adanya defisit anggaran BPJS Kesehatan dan rendahnya anggaran kesehatan Indonesia mengancam keberlangsungan program JKN
- Untuk menyokong tercapainya cakupan kesehatan semesta, pemerintah perlu melakukan optimalisasi terhadap: anggaran kesehatan dan dana untuk JKN, kualitas pelayanan kesehatan, distribusi, dan pengadaan obat-obatan, serta pencegahan terhadap perilaku *adverse selection* oleh peserta JKN dan *fraud* oleh pelaku kesehatan.

Pendahuluan

Badan Kesehatan Dunia (WHO) dalam World Health Report 2010 merumuskan 3 pilar utama untuk mencapai cakupan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage*), yakni tercapainya ekuitas (kesetaraan) dalam akses dan pelayanan kesehatan, tersedianya pelayanan kesehatan berkualitas, dan proteksi finansial dari biaya kesehatan katastropik⁽¹⁾. Sejak 1 Januari 2014, Indonesia telah memulai langkah menuju cakupan kesehatan semesta melalui pencanangan Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS).

Pemerintah Indonesia menargetkan semua penduduk Indonesia terdaftar dalam skema asuransi JKN di akhir tahun 2019, namun per Mei 2019 cakupan peserta JKN baru mencapai 221,6 juta jiwa dari total 265 juta penduduk⁽²⁾. Di sisi lain, berbagai masalah masih menyelumuti penyelenggaraan sistem asuransi kesehatan nasional pertama yang dimiliki Indonesia ini. Di kajian ini, penulis akan menyajikan potret kesiapan Indonesia menuju cakupan kesehatan semesta dan memberi masukan untuk penyelenggaraan JKN ke depannya.

Sistem Pembiayaan kesehatan di Indonesia

Ada 3 fungsi utama sistem pembiayaan kesehatan: mengumpulkan dana kesehatan (*revenue collection*), menempatkan dana kesehatan yang terkumpul dalam satu wadah (*pooling*) dan

pembayaran fasilitas kesehatan (*purchasing*). Berikut adalah paparan singkat mekanisme Badan Penyelenggara jaminan sosial (BPJS), sebagai badan yang bertanggungjawab untuk penyelenggaraan JKN, dalam menjalankan ke-3 fungsi tersebut.

Pertama, dalam mengumpulkan dana kesehatan, **program Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia merupakan gabungan dari sistem asuransi model Beveridge (pembiayaan dari pajak) dan Bismarck (sistem asuransi kesehatan yang didanai oleh penyedia kerja dan karyawan melalui pemotongan gaji)**. Sumber dana kesehatan utama berasal dari iuran yang dibayarkan oleh peserta, dimana terdapat dua jenis kepesertaan dalam JKN: Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI)⁽³⁾. Peserta PBI, yang mencakup fakir miskin dan penduduk dengan disabilitas, iurannya dibayarkan oleh Pemerintah. Peserta PBI di Indonesia mencakup 94 juta orang atau sekitar 40% dari seluruh populasi⁽⁴⁾.

Adapun iuran bagi Peserta PPU (Pekerja Penerima Upah) yaitu sebesar 5 persen dari Gaji atau Upah per bulan⁽³⁾, dimana pembayarannya dilakukan bersama antara pemberi kerja (4%) dan peserta PPU (1%). Di sisi lain, untuk mereka yang termasuk dalam pekerja bukan penerima upah atau peserta mandiri dapat membeli iuran berdasarkan kelas perawatan yang diinginkan. Keanggotaan bersifat wajib, namun pada kenyataannya untuk peserta mandiri dan bukan PPU, tidak ada sanksi bila tidak terdaftar dalam JKN. Sumber dana kesehatan lain termasuk kontribusi pemerintah lewat pajak penghasilan, cukai rokok, dan dana dari organisasi pemberi bantuan internasional⁽⁴⁾.

Kedua, dalam menjalankan fungsi *pooling*, **BPJS menggunakan sistem unitary risk pooling** dimana dana dikumpulkan dalam satu wadah yang dikelola hanya oleh BPJS Kesehatan. Sistem ini menjamin pembiayaan kesehatan bagi seluruh penduduk tanpa memperhatikan besaran kontribusi yang dibayarkan masing-masing peserta. Dengan demikian akan terjadi mekanisme subsidi silang dari mereka dengan status sosial yang lebih tinggi ke mereka yang berpenghasilan rendah⁽⁵⁾. Selain itu, dengan adanya sistem *pooling* nasional, masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan dimanapun tanpa memandang asal wilayah tinggal, sepanjang masih berada dalam wilayah NKRI.

Ketiga, dalam menjalankan fungsi pembayaran (*purchasing mechanism*), **JKN menggunakan sistem subsidi pada penyedia jasa (supply-side subsidy)**. Pembayaran pada pada fasilitas kesehatan tingkat pertama (puskesmas atau klinik) menggunakan sistem kapitasi; sedangkan,

pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (rumah sakit) pembayaran dilakukan secara prospektif menggunakan sistem INA-CBGs.

1. Kelemahan sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia

1.1. Masalah dalam mencapai Ekuitas

Prinsip ekuitas atau kesetaraan dalam kesempatan untuk mencapai taraf kesehatan yang optimal merupakan salah satu komponen utama dalam mencapai cakupan kesehatan semesta. Konsep ekuitas sejatinya sejalan dengan gagasan keadilan yang tertuang dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28H Ayat (2) yang berbunyi, “Setiap orang berhak mendapatkan kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan”.

Di Indonesia saat ini, pencapaian ekuitas di bidang layanan kesehatan masih terhambat oleh berbagai masalah diantaranya sebaran fasilitas kesehatan yang belum merata dan ketimpangan taraf angka kesakitan dan kematian di berbagai daerah. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa nilai indeks konsentrasi layanan rumah sakit di Indonesia bertambah dari 0.0336 pada tahun 2015 ke 0.0382 pada tahun 2016⁽⁶⁾, yang menunjukkan adanya penambahan ketimpangan dalam hal akses dan utilisasi layanan kesehatan oleh penduduk kaya daripada penduduk miskin. Di sisi lain, ketimpangan taraf kesehatan masih sangat nyata di Indonesia. Angka kematian ibu di provinsi berpenghasilan rendah tercatat 66% lebih tinggi daripada di provinsi berpenghasilan tinggi, seperti di Jawa dan Bali⁽⁷⁾. Hal senada dijumpai pada angka kematian neonatal, dimana pada kelompok rumah tangga berpenghasilan paling rendah, angka kematian neonatal mencapai 3 kali lipat lebih tinggi daripada di rumah tangga berpenghasilan tinggi⁽⁸⁾. Untuk angka kematian balita (AKABA), Papua mencatat angka kematian hingga 116.2 per 1000 kelahiran bila dibandingkan dengan provinsi Riau yang memiliki AKABA terendah sebesar 27.4 kematian per 1000 kelahiran⁽⁹⁾.

Ketimpangan tidak hanya dijumpai dalam hal akses ke layanan kesehatan tapi juga pada mekanisme pengumpulan dana kesehatan JKN. Sejatinya, sistem pembiayaan kesehatan harus bersifat progresif sesuai dengan kemampuan masyarakat untuk membayar; dengan kata lain, mereka yang berpenghasilan tinggi sepatutnya membayar iuran yang lebih tinggi⁽¹⁰⁾. Meski bagi pekerja PPU pembayaran iuran JKN bersifat mengikat dan progresif

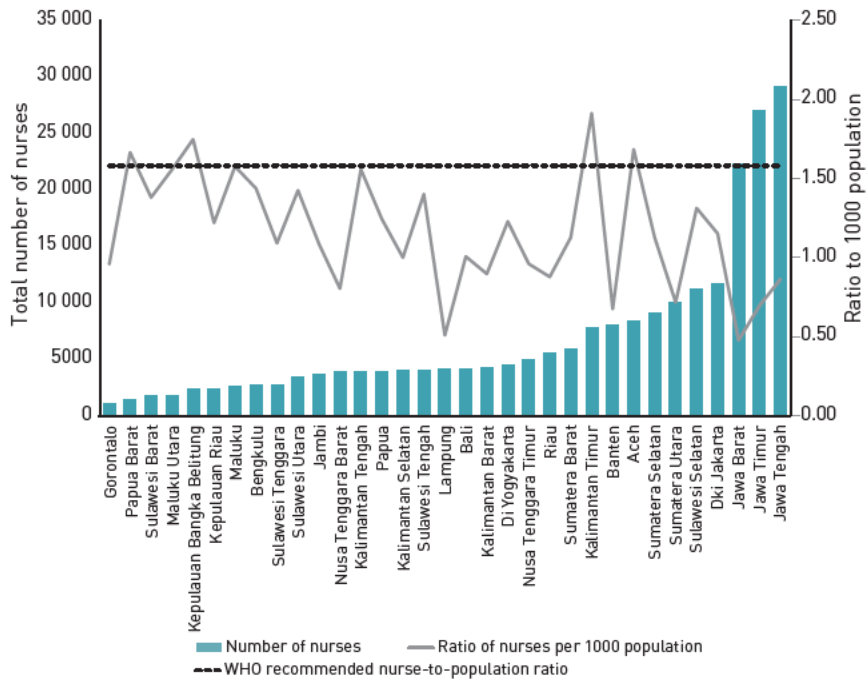
sesuai dengan pendapatan, namun bagi peserta non PPU keanggotaan bersifat sukarela. Untuk mendaftar, peserta dapat memilih membayar iuran yang berkisar dari Rp 25.500 untuk kelas 3, hingga Rp 80.000 untuk kelas 1. Masalahnya, sistem kelas ini bersifat sukarela dan tidak mempertimbangkan penghasilan peserta; dengan demikian, peserta yang kaya bisa saja dengan mudah memilih membayar iuran setara kelas 3. Hal ini menyebabkan mekanisme subsidi silang antara kelompok berpenghasilan tinggi dan berpenghasilan rendah tidak berjalan sebagaimana mestinya.

Di sisi lain, sistem iuran yang bersifat sukarela ini sangat rentan untuk dimanfaatkan oleh peserta yang dapat dengan mudah mendaftarkan diri ketika memerlukan pengobatan dan berhenti membayar iuran sesudah mendapatkan pengobatan (*adverse selection*). Hal-hal seperti ini tentu perlu menjadi perhatian bagi pemerintah dalam merumuskan arah kebijakan JKN ke depannya.

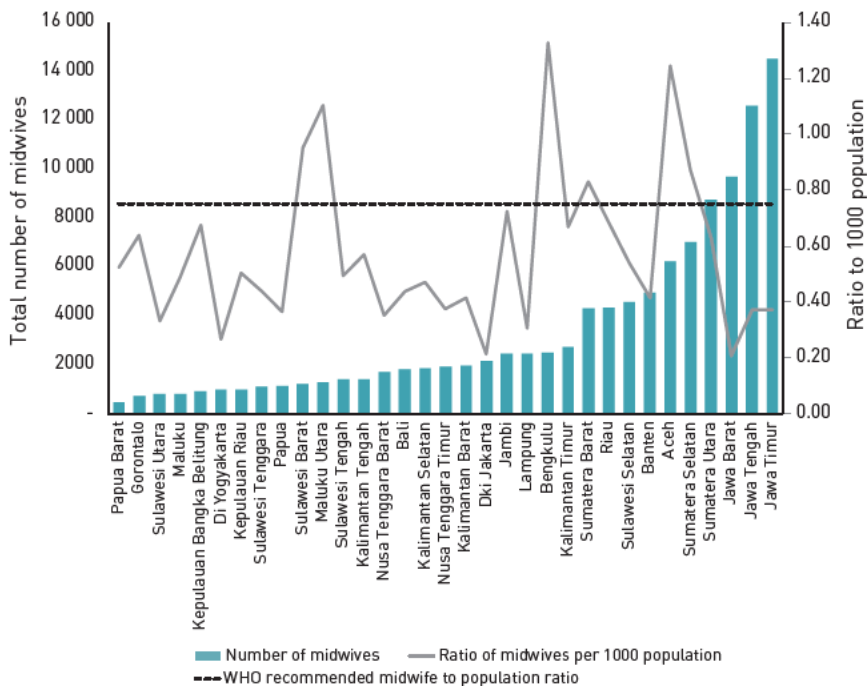
1.2. Kualitas pelayanan kesehatan yang tidak merata

Secara cakupan kesehatan, BPJS sebenarnya cukup sukses mengingat bila dibandingkan dengan tahun 2016, jumlah FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan) yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan meningkat dari 2068 menjadi 2455 FKRTL di akhir tahun 2018. Peningkatan juga dialami pada jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang telah mencapai 23.298 di akhir tahun 2018⁽¹¹⁾. Namun begitupun, masalah masih dijumpai pada jumlah tenaga kesehatan dan kualitas fasilitas kesehatan yang sebarannya tidak merata di seluruh wilayah di Indonesia.

Dalam hal sebaran tenaga kesehatan, kepadatan rasio dokter masih sangat timpang dimana di Jakarta terdapat 65 dokter per 100,000 penduduk sementara di Maluku dan Nusa Tenggara Timur rasio dokter adalah 14 per 100,000 penduduk⁽¹²⁾. Hal serupa dijumpai pada sebaran perawat dan bidan yang terpusat di provinsi besar (gambar 1 dan 2)⁽¹³⁾.



Gambar 1 Distribusi dan rasio perawat di Indonesia⁽¹³⁾



Gambar 2 Distribusi dan rasio bidan di Indonesia⁽¹³⁾

Sebaran tenaga kesehatan yang tidak merata ini sebenarnya sejalan dengan sebaran fasilitas kesehatan yang juga terpusat di kota-kota besar daripada daerah pedesaan^(14,15). Untuk cakupan sebaran puskesmas di kecamatan saja, misalnya, hanya 63.1% di Papua, sementara di provinsi besar seperti di DKI Jakarta, Bali, dan Nusa Tenggara Barat, ketersediaan

puskesmas mencapai 100% kecamatan⁽⁹⁾. Untuk ketersediaan dokter umum di fasilitas kesehatan regional, angka tertinggi dijumpai di DI Yogyakarta mencapai 99.2% dan terendah di Papua dengan cakupan hanya 34.4%⁽⁹⁾. Sama halnya dengan sebaran dokter spesialis yang masih terpusat di daerah perkotaan⁽¹³⁾.

Kualitas fasilitas pelayanan kesehatan juga masih belum optimal. Kurang dari 80% puskesmas di Indonesia bagian Timur yang melaporkan kelengkapan cakupan vaksin wajib: campak, DPT, polio dan BCG⁽¹³⁾. Begitu pula untuk penanganan penyakit tidak menular seperti diabetes-mellitus, hanya 54% puskesmas di Indonesia yang memiliki alat untuk memeriksa kadar gula darah dan pemeriksaan urin⁽¹³⁾.

1.3. Cakupan proteksi finansial JKN belum mumpuni

Program JKN masih belum mampu memberikan proteksi finansial yang optimal kepada seluruh rakyat Indonesia. Data dari Bank Dunia menunjukkan di tahun 2015 terdapat lebih dari 9 juta orang di Indonesia yang mengeluarkan lebih dari 10% pendapatannya untuk biaya kesehatan dan 1 juta diantaranya mengeluarkan lebih dari 25% dari penghasilannya⁽¹⁶⁾. Sementara itu, masih banyak pengeluaran kesehatan yang dikeluarkan dari kantong sendiri atau *Out-of-Pocket* (OOP). Meski JKN telah berhasil menurunkan persentase OOP dari 56% di tahun 2012 ke 37.3% di tahun 2016⁽¹⁷⁾, angka ini masih jauh dari rekomendasi OOP minimal untuk perlindungan finansial sebesar 15-20%⁽¹⁸⁾.

Penelitian dari Prakarsa di tahun 2017 menunjukkan bahwa komponen obat merupakan penyebab tertinggi OOP di era JKN dengan kontribusi sebesar 75.16%⁽¹⁹⁾. Terdapat dua alasan kenapa pasien harus mengeluarkan biaya tambahan untuk membeli obat: distribusi obat yang tidak merata di rumah sakit dan tidak dijaminnya jenis obat tertentu oleh BPJS⁽¹⁹⁾. Di sisi lain, sebagai akibat dari sebaran fasilitas kesehatan yang tidak merata, di daerah-daerah tertentu masyarakat masih harus mengeluarkan pengeluaran tidak langsung yang cukup tinggi untuk biaya transportasi, akomodasi, dan makanan selama berobat. Di Papua, misalnya jarak rata-rata dari rumah tangga menuju ke pusat layanan kesehatan terdekat mencapai 30 km, delapan kali lebih tinggi dari angka di Jawa⁽¹³⁾. Lebih lagi, masih ditemukan pungutan tambahan di rumah sakit baik *untuk cost-sharing* obat yang tidak ditanggung BPJS maupun biaya untuk fasilitas kesehatan lainnya^(19,20).

1.4. Defisit anggaran yang membebani keberlangsungan program JKN

Permasalahan lain yang dihadapi BPJS adalah keberlanjutan pembiayaan kesehatan. BPJS menghadapi defisit keuangan yang semakin bertambah setiap tahunnya. Defisit pada akhir tahun 2019 diperkirakan mencapai Rp 32 triliun⁽²¹⁾. Besar kemungkinan terjadinya defisit disebabkan oleh biaya klaim yang lebih besar dibanding pendapatan iuran peserta. Pada dasarnya, permasalahan paling mendasar yang dihadapi BPJS adalah tidak sesuainya iuran yang harus dibayarkan peserta dengan hitungan akturia yang lazim digunakan dalam program seperti ini⁽²²⁾. Jika pengelolaan dana kesehatan tidak kunjung membaik, maka dapat diprediksi defisit akan terus membesar, linier dengan jumlah kepesertaan yang terus meningkat. Lebih lagi, adanya fenomena *adverse selection*, lemahnya regulasi dan kendali tingkat utilisasi, dan potensi *marking-up* di rumah sakit dapat memperparah defisit yang dialami BPJS.

1.5. Alokasi anggaran kesehatan Indonesia belum efisien

Untuk menilai efisiensi dan ketepatan alokasi anggaran kesehatan di Indonesia, ada dua hal yang bisa dilihat yakni alokasi anggaran belanja negara untuk sektor kesehatan dan alokasi anggaran kesehatan tersebut sendiri secara spesifik. Dalam hal alokasi anggaran belanja negara, pengeluaran sektor kesehatan Indonesia terhadap produk domestik bruto di tahun 2016 menurut *World Bank* baru 3,12%⁽²³⁾. Angka ini tentu masih sangat rendah bila dibandingkan dengan target ideal untuk mencapai cakupan kesehatan semesta sebesar 5%⁽²⁴⁾. Di sisi lain, di sektor kesehatan sendiri, anggaran kesehatan masih lebih banyak dialokasikan untuk kuratif (30%) daripada preventif dan promotif (8.5%)⁽¹³⁾.

Selain efisiensi dalam hal alokasi anggaran, negara perlu mewujudkan pula efisiensi teknis dengan mencapai *output* kesehatan yang optimal dengan biaya seminimal mungkin. Dalam upaya menekan biaya dan mencapai efisiensi teknis, BPJS memberlakukan sistem tendering lewat *e-catalogue* dan formularium nasional dan membentuk komite penilaian teknologi kesehatan untuk melakukan evaluasi ekonomis terhadap teknologi dan obat baru. Namun dalam prakteknya, sekitar 40% dari obat yang diresepkan dokter berasal dari obat-obat di luar formularium nasional, yang juga menjadi alasan tingginya angka *Out-of-Pocket cost* di Indonesia⁽²⁵⁾.

Rekomendasi

Bila dilihat dari capaian sejauh ini, kita sebenarnya patut mengapresiasi BPJS karena telah berhasil meningkatkan cakupan JKN melebihi angka minimal 80% untuk cakupan kesehatan semesta. Begitupun, luasnya cakupan jaminan kesehatan bukan satu-satunya faktor yang dipertimbangkan dalam cakupan kesehatan semesta. Prinsip ekuitas, kualitas pelayanan, dan perlindungan finansial terhadap biaya kesehatan katastrofik, merupakan komponen penting lainnya yang masih belum ideal penerapannya saat ini. Untuk itu beberapa rekomendasi berikut ini sebaiknya dipertimbangkan oleh pemerintah dan BPJS

1. Pemerintah perlu menaikkan anggaran kesehatan Indonesia

Anggaran kesehatan Indonesia saat ini masih terlalu rendah untuk menciptakan pelayanan kesehatan optimal. Dengan anggaran kesehatan 3.12% dari produk domestik bruto, pengeluaran Indonesia untuk sektor kesehatan menjadi salah satu yang paling rendah dibanding negara ASEAN lainnya. Sebagai patokan relatif, paling tidak diharapkan Indonesia dapat menganggarkan 5% dari total PDB-nya untuk sektor kesehatan untuk mencapai cakupan kesehatan semesta⁽²⁶⁾. Selain itu, pemerintah perlu menambah anggaran kesehatan untuk sektor preventif dan promotif mengingat saat ini fokus pendanaan lebih terpusat pada sektor kuratif.

2. Meningkatkan kualitas layanan kesehatan di Indonesia

Perhatian lebih perlu diberikan oleh pemerintah untuk memastikan pembangunan infrastruktur di bidang kesehatan, antara lain pembangunan fasilitas kesehatan dasar, akses jalan menuju fasilitas kesehatan, dan transportasi ambulan yang merata di seluruh Indonesia. Pembangunan perlu difokuskan untuk mencapai rasio fasilitas kesehatan dengan jumlah penduduk di daerah yang merata di seluruh Indonesia.

Selain itu, pemerintah perlu memberikan perhatian pada upaya membangun SDM tenaga kesehatan dan merekrut tenaga kesehatan tersebut ke daerah. Hal ini mengharuskan pemerintah memberikan subsidi atau beasiswa untuk pendidikan kedokteran, keperawatan, dan kesehatan lainnya karena bila tidak sangat tidak mungkin untuk memaksakan tenaga kesehatan berpraktik di daerah.

3. Optimalisasi distribusi dan pembiayaan obat-obatan

Distribusi dan pengadaan obat-obatan di seluruh wilayah Indonesia perlu menjadi salah satu fokus di faktor kesehatan ke depannya mengingat obat-obatan merupakan penyumbang biaya OOP pelayanan kesehatan terbesar di Indonesia. Selain itu, formularium nasional perlu terus diperbarui dan peran komite penilaian teknologi kesehatan perlu dioptimalkan untuk dapat memastikan evaluasi ekonomis obat-obatan yang dapat ditanggung BPJS. Sosialisasi perlu dilakukan kepada tenaga medis mengenai persepan untuk pasien JKN. Mekanisme kontrol dan deteksi dini *fraud* juga perlu diberlakukan, misalnya dengan memperkuat sistem verifikator dan investigator di pelayanan primer dan rujukan, untuk mengurangi angka persepan di luar formularium nasional dan *fraud* di fasilitas kesehatan.

4. Peningkatan dana untuk sistem JKN

Dalam hal ini ada dua hal yang perlu dilakukan yakni merumuskan sistem iuran JKN yang bersifat progresif dan optimalisasi sumber dana di luar iuran peserta JKN. **Pertama**, pemerintah perlu bekerja sama dengan tenaga ahli ekonomi kesehatan untuk merumuskan peningkatan tarif iuran peserta JKN mengingat iuran saat ini masih tidak sesuai dengan perhitungan aktuarial. Perhatian perlu diberikan pada upaya menerapkan sistem pembayaran yang progresif sesuai dengan kemampuan membayar dan bukan sukarela memilih jumlah pembayaran sesuai kelas. Penyesuaian juga perlu dilakukan untuk tarif regional mengingat UMP dan biaya hidup dasar di Indonesia saat ini belum merata sehingga penerapan iuran nasional bisa saja memberatkan penduduk di daerah tertentu.

Kedua, perlu optimalisasi dana di luar iuran, misalnya dengan optimalisasi cukai rokok dan peralihan subsidi dari sektor lain. Tentu hal ini perlu dilakukan dengan pertimbangan matang dan perlu dilakukan evaluasi manfaat risiko yang mumpuni sebelum pemerintah memutuskan pengalihan subsidi dari sektor lain ke JKN. Pilihan lain untuk mengatasi defisit, adalah meredefinisi dan mengurangi paket manfaat program untuk mereka yang mampu. Namun hal ini kurang direkomendasikan karena akan berakibat pada berkurangnya minat peserta mandiri dalam mendaftarkan diri.

5. Audit keuangan atas BPJS kesehatan yang berkelanjutan, terbuka dan transparan

Selain memastikan tidak ada *fraud* di pelaku kesehatan, pemerintah tentu perlu memperkuat sistem *anti-fraud* di tubuh BPJS sendiri. Perlu adanya audit yang regular dan terbuka di

BPJS selain untuk acuan penalangan defisit juga untuk memastikan pengelolaan anggaran yang tepat sasaran di BPJS.

6. Mencegah perilaku *adverse selection*

Perlu adanya mekanisme yang mengikat untuk memastikan peserta tidak melakukan *adverse selection* dan mengurangi peserta yang menunggak pembayaran iuran setelah tidak membutuhkan pelayanan kesehatan lagi (*turnout*). Pemerintah perlu memikirkan cara untuk meningkatkan dan mewajibkan cakupan JKN bagi peserta mandiri bila pemerintah tetap ingin menargetkan cakupan 100% kepesertaan, mengingat saat ini tidak ada sanksi dan regulasi yang mengikat peserta non PPU dan mandiri untuk mendaftarkan diri dalam JKN.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. [Internet]. 2010 [cited 2019 Jul 11]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf?sequence=1
2. Deloitte Indonesia. Memastikan Keberlangsungan JKN-KIS untuk Masyarakat Indonesia. Deloitte Indonesia Perspectives [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 7]; Available from: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/id/Documents/about-deloitte/id-about-dip-edition-1-chapter-1-id-sep2019.pdf>
3. BPJS Kesehatan. Panduan Praktis Tentang Kepesertaan Dan Pelayanan Kesehatan Yang Diselenggarakan Oleh BPJS Kesehatan Berdasarkan Regulasi Yang Sudah Terbit [Internet]. [cited 2019 Dec 5]. Available from: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/a9c04aa825ffc12d24aeee668747f284.pdf>
4. Agustina R, Dartanto T, Sitompul R, Susiloretni K, Suparmi S, Achadi E, et al. Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *Lancet*. 2018 Dec 1;393.
5. Smith PC, Witter SN. Risk Pooling in Health Care Financing: The Implications for Health System Performance [Internet]. 2004 [cited 2019 Jul 18]. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13651/315950HNPOChap1tterRiskPoolingFinal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Ariani DS, Pujiyanto. Ekuitas Layanan Rawat Inap Rumah Sakit di Indonesia. *J Ekon Kesehat Indones*. 2019;4(1):21–31.

7. Cameron L, Contreras Suarez D, Cornwell K. Understanding the determinants of maternal mortality: An observational study using the Indonesian Population Census. *PLoS One*. 2019 Jun 3;14(6):e0217386–e0217386.
8. UNICEF. Maternal and Newborn Health Disparities in Indonesia [Internet]. 2017. Available from: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/country_profiles/Indonesia/country_profile_IDN.pdf
9. WHO. State of health inequality: Indonesia. Geneva: World Health Organisation; 2017.
10. Asante A, Price J, Hayen A, Jan S, Wiseman V. Equity in Health Care Financing in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of Evidence from Studies Using Benefit and Financing Incidence Analyses. Ho Y-S, editor. *PLoS One*. 2016 Apr 11;11(4):e0152866–e0152866.
11. BPJS Kesehatan. Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan Tahun 2018 (auditan) [Internet]. Jakarta; 2019. Available from: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/unduh/index/1328>
12. Laksono A, Ridlo I, ernawaty. Distribution Analysis of Doctors in Indonesia [Internet]. 2019. Available from: <https://osf.io/preprints/inarxiv/df6ns/download>
13. Mahendradhata Y, Trisnantoro L, Listyadewi S, Soewondo P, MArthias T, Harimurti P, et al. The Republic of Indonesia Health System Review [Internet]. Hort K, Patcharanarumol W, editors. Vol. 7. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2017; 2017 [cited 2019 Dec 13]. 1 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254716/9789290225164-eng.pdf>
14. Laksono A, Dwi Wulandari R, Soedirham O. Urban and Rural Disparities in Hospital Utilization among Indonesian Adults. *Iran J Public Health*. 2019 Feb 6;48:247–55.
15. Johar M, Soewondo P, Pujisubekti R, Satrio HK, Adji A. Inequality in access to health care, health insurance and the role of supply factors. *Soc Sci Med*. 2018 Sep 1;213:134–45.
16. World Bank. Number of people spending more than 25% of household consumption or income on out-of-pocket health care expenditure - Indonesia | Data [Internet]. [cited 2019 Dec 11]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.UHC.OOPC.25.TO?end=2015&locations=ID&start=2001&view=chart>
17. World Bank. Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) - Indonesia | Data [Internet]. [cited 2019 Dec 11]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=ID>
18. Schieber G, Cashin C, Saleh K, Lavado R. Health Financing in Ghana. Washington DC: The World Bank; 2012.
19. Prakarsa. Jaminan Kesehatan Nasional: Implementasi, Koreksi dan Keberlanjutan (Policy Brief Juni 2018) [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 11]. Available from: <http://theprakarsa.org/wp-content/uploads/2019/01/Jaminan-Kesehatan-Nasional.pdf>

20. Yuniarti E, Prabandari YS, Kristin E, Suryawati S. Rationing for medicines by health care providers in Indonesia National Health Insurance System at hospital setting: a qualitative study. *J Pharm policy Pract.* 2019 May 7;12:7.
21. Julita L. Wamenkeu Ungkap Borok BPJS Kesehatan Hingga Defisit Rp 32 T [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 13]. Available from: <https://www.cnbcindonesia.com/news/20191007153718-4-104993/wamenkeu-ungkap-borok-bpjs-kesehatan-hingga-defisit-rp-32-t>
22. BPJS Kesehatan. RINGKASAN EKSEKUTIF: Pengelolaan Program Dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan, Laporan. 2016.
23. World Bank. Current health expenditure (% of GDP) - Indonesia | Data [Internet]. [cited 2019 Dec 13]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=ID>
24. McIntyre D, Garshong B, Mtei G, Meheus F, Thiede M, Akazili J, et al. Beyond fragmentation and towards universal coverage: Insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ.* 2008;86(11):871–6.
25. Wasir R, Irawati S, Makady A, Postma M, Goettsch W, Buskens E, et al. Use of medicine pricing and reimbursement policies for universal health coverage in Indonesia. *PLoS One.* 2019 Feb 19;14:e0212328.
26. Jowett M, Brunal MP, Flores G, Cylus J. Spending targets for health: no magic number [Internet]. 2016 [cited 2019 Jul 12]. Available from: http://www.who.int/health_financing

Tentang Penulis



Yoser Thamtono adalah Anggota Divisi Kajian Komisi Kesehatan PPI Dunia 2019/2020 dan Mahasiswa Master of Public Health dalam bidang Health Economic dan Master of Health Management di University of New South Wales, Australia.



INOVATIF
PROGRESIF
ASPIRATIF

PPI Brief

Perhimpunan Pelajar Indonesia se-Dunia