

# PENGANTAR EKONOMI KESEHATAN



**USAID**  
DARI RAKYAT AMERIKA



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA



# PENGANTAR EKONOMI KESEHATAN

SERI EKONOMI KESEHATAN

## BUKU I

### Penulis

Abdillah Ahsan  
Andrianna Bella  
Dian Kusuma  
Hasbullah Thabrany  
Relia Ariany  
Rifqi Abdul Fattah  
Riki Relaksana  
Yunita Nugrahani



# Seri Ekonomi Kesehatan I

## Pengantar Ekonomi Kesehatan

©2021 PPJK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Penulisan buku ini dimungkinkan atas dukungan rakyat Amerika melalui *United States Agency for International Development (USAID)* yang diproduksi melalui kontrak *Health Financing Activity USAID No. 72049719C00002*. Materi yang disampaikan, baik berupa informasi narasi dan visualisasi infografik sepenuhnya menjadi tanggung jawab ThinkWell, dan tidak mencerminkan pandangan USAID atau Pemerintah Amerika Serikat.

Buku ini dapat diakses dari <https://thinkwell.global/> dan <http://ppjk.kemkes.go.id/> dan dapat disebarluaskan secara cuma-cuma kepada siapa saja yang membutuhkannya. PPJK Kementerian Kesehatan RI, *United States Agency for International Development (USAID)* (2021). *Pengantar Ekonomi Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

- Pengarah** : dr. Kalsum Komaryani MPPM  
(Kepala PPJK Kementerian Kesehatan RI)
- Koordinator** : Prof. dr. Hasbullah Thabrany, MPH, DrPH  
Chief of Party for the Indonesia Health Financing Activity (HFA)
- Manager Program & PJ Penerbitan Buku** : Ryan R. Nugraha
- Penyelia Buku** : Abdillah Ahsan
- Penulis** : Andrianna Bella, Dian Kusuma, Hasbullah Thabrany, Relia Ariany, Rifqi Abdul Fattah, Riki Relaksana, Yunita Nugrahani
- Penyelarasan Akhir** : Dwi Joko Widiyanto, Sonta Frisca Manalu

Diterbitkan oleh:

**PPJK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia**

Cetakan I, Februari 2022

Ukuran Buku : 21 x 29,6 cm

Tebal Buku : xvi, 98 hlm

### Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

368.42

Ind Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Sekretariat  
p Jenderal

**Pengantar Ekonomi Kesehatan : Seri ekonomi kesehatan I.—**

Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.2021

ISBN 978-623-301-245-4

- I. Judul I. HEALTH CARE ECONOMICS AND ORGANIZATIONS
- II. HEALTHCARE FINANCING
- III. HEALTH PLANNING
- IV. GOVERNMENT PROGRAMS

**PPJK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia**

Jl. H.R. Rasuna Said Kav 4-9

Jakarta 12950 Indonesia

Phone: (62-21) 5201587, 5201591

Email: kontak@depkes.go.id

Website: <http://www.depkes.go.id>

# Tim Penyusun

- Pengarah** : dr. Kalsum Komaryani MPPM  
(Kepala PPJK Kementerian Kesehatan RI)
- Koordinator** : Prof. dr. Hasbullah Thabrany, MPH, DrPH  
Chief of Party for the Indonesia Health Financing Activity (HFA)
- Manager Program & PJ Penerbitan Buku** : dr. Ryan R. Nugraha, M.P.H.
- Anggota** : dr. Yuli Farianti, M.Epid  
dr. Ackhmad Afflazir, M.K.M.  
Nana Tristiana Indriasari, SE, Ak., M.M.  
Amalia Zulfah DHW, S.K.M., M.K.M.  
Andhika Nurwin Maulana, S.E., M.S.E.  
Mutia Astrini Pratiwi, M.P.A
- Penyelia Buku** : Dr. Abdillah Ahsan, S.E., M.S.E
- Penulis** : Adrianna Bella, S.E., M.H. Econ.  
DR. Dian Kusuma, S.K.M., M.P.H., Sc.D.  
Prof. dr. Hasbullah Thabrany, M.P.H., Dr. PH  
Relia Ariany, S.K.M.  
Rifqi Abdul Fattah, S.K.M., M.A.  
Riki Relaksana, S.E., M.Si.  
Yunita Nugrahani, dr., M.Sc.
- Penyelaras Akhir** : Dwi Joko Widiyanto  
Sonta Frisca Manalu



# Kata Pengantar

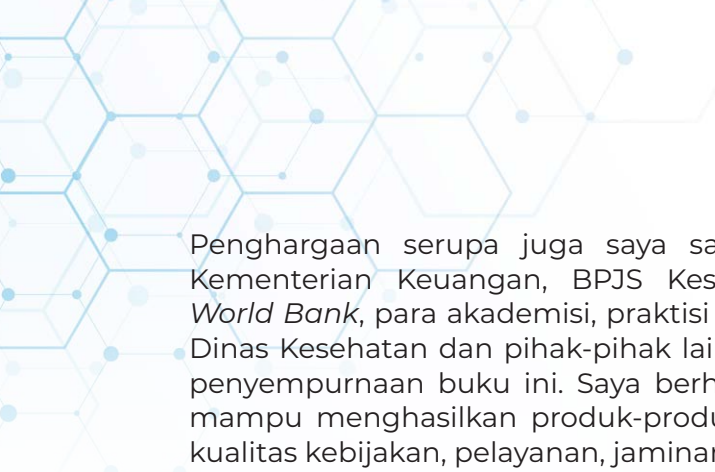
Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK) Kementerian Kesehatan telah berkomitmen untuk membangun ekosistem pembiayaan dan jaminan kesehatan yang kuat dan berkelanjutan. Komitmen ini diwujudkan dalam bentuk inisiatif PPJK untuk secara ekstensif meningkatkan kapasitas akademisi dan praktisi kesehatan dalam bidang pembiayaan kesehatan.

Beberapa upaya peningkatan kapasitas yang telah dilakukan, antara lain bimbingan rekapitulasi biaya program Kesehatan Masyarakat dengan menggunakan aplikasi SISCOBIKES, peningkatan kapasitas Penilaian Teknologi Kesehatan (PTK), dan tata kelola *Casemix Based Groups* (CBGs) kepada rumah sakit di seluruh Indonesia.

PPJK menyadari bahwa upaya peningkatan kapasitas dalam bidang pembiayaan dan jaminan kesehatan tersebut membutuhkan dukungan referensi dan sumber daya pengetahuan yang kuat, baik yang bersumber dari disiplin ilmu maupun praktik kebijakan ekonomi kesehatan. Pengetahuan ini berguna baik sebagai sumber inspirasi panduan dalam pengambilan kebijakan jaminan dan pembiayaan kesehatan.

Karena itulah PPJK menyambut baik dan memberikan apresiasi tinggi terhadap USAIDThinkWell LLC yang telah memprakarsai *Health Financing Activity* (HFA). Melalui program *Young Health Economists* (YHE), HFA telah menghimpun tenaga-tenaga ahli muda dalam bidang ekonomi kesehatan dan mendorong mereka untuk memberikan kontribusi keilmuan dan pemikiran bagi peningkatan kualitas pembiayaan dan jaminan kesehatan. Saya berharap YHE dapat menjadi sebuah komunitas praktisi (*community of practice*) ekonomi kesehatan yang di masa depan dapat menjadi motor penggerak sistem kesehatan, serta *hub* bagi para ahli dalam mengembangkan tatanan sistem pembiayaan kesehatan.

*Seri Ekonomi Kesehatan* ini adalah salah satu produk penting YHE. Saya mengucapkan terima kasih atas kesediaan para tenaga ahli muda mencurahkan ilmu dan pengalaman mereka dalam buku ini; juga para koordinator penulisan yang telah membantu memastikan kualitas dan kesesuaian buku dengan konteks perkembangan sistem kesehatan Indonesia. Melalui berbagai telaah, analisis kasus, dan refleksi terhadap praktik-praktik pembiayaan kesehatan yang mereka bahas tuntas dalam buku ini, saya berharap buku dapat menjadi katalisator untuk mempercepat proses perbaikan jaminan dan pembiayaan kesehatan di Indonesia.



Penghargaan serupa juga saya sampaikan kepada Kementerian PPN/BAPPENAS, Kementerian Keuangan, BPJS Kesehatan, organisasi non-pemerintah seperti *the World Bank*, para akademisi, praktisi kebijakan ekonomi kesehatan baik di rumah sakit, Dinas Kesehatan dan pihak-pihak lain yang telah memberikan berbagai masukan bagi penyempurnaan buku ini. Saya berharap kolaborasi ini akan terus berlanjut sehingga mampu menghasilkan produk-produk pengetahuan yang berguna bagi peningkatan kualitas kebijakan, pelayanan, jaminan, dan pembiayaan kesehatan di Indonesia.

Jakarta, 2 Juni 2021

**dr. Kalsum Komaryani MPPM.**

Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan  
Kementerian Kesehatan RI

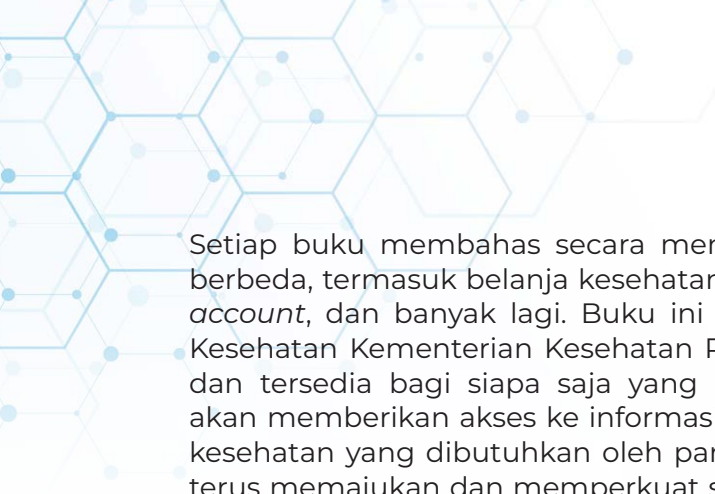
# Kata Pengantar

**D**i Indonesia dan negara-negara mitra lainnya di seluruh dunia, *United States Agency for International Development* (USAID) atau Badan Pembangunan Internasional Amerika Serikat bekerja untuk memobilisasi pendekatan seluruh masyarakat dalam mengoptimalkan sistem kesehatan untuk mencapai potensi penuhnya. Kami menyadari perlunya visi bersama untuk memastikan kolaborasi yang efektif dalam lingkungan yang terus berkembang dan berubah. Dengan bekerja sama, kita dapat mempercepat kemajuan menuju sistem kesehatan yang lebih tangguh dan lebih mampu memajukan perawatan preventif, promotif, dan kuratif. Untuk mencapai tujuan yang ambisius tetapi realistis ini, USAID tetap berkomitmen untuk membantu Pemerintah Indonesia membangun dan memperkuat sistem kesehatan yang kuat dan berkelanjutan—khususnya dalam program prioritas seperti HIV, TB, dan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Melalui USAID, Pemerintah Amerika Serikat berinvestasi untuk mengembangkan kekayaan sumber daya manusia Indonesia—termasuk pelajar dan profesional—agar lebih banyak lagi penduduk Indonesia yang dapat menikmati kesehatan yang lebih baik. *Health Financing Activity* (HFA) USAID memperkuat kemampuan para profesional Indonesia, termasuk pejabat pemerintah, untuk menggunakan fakta dan data dalam proses pembuatan kebijakan. Hal ini akan meningkatkan efisiensi pembiayaan dan pengeluaran domestik untuk kesehatan, meningkatkan mekanisme dan kapasitas belanja kesehatan strategis, serta mengoptimalkan manajemen tenaga kesehatan, yang pada akhirnya akan meningkatkan kualitas manajemen pembiayaan kesehatan masyarakat.

Elemen kunci dari kemitraan penting ini adalah program *fellowship* HFA USAID, yang dirancang untuk memperdalam kemampuan *Young Health Economists* (YHE) atau ekonom kesehatan muda generasi berikutnya di Indonesia melalui aktivitas akademik yang ketat. Program YHE membekali akademisi, praktisi, dan ekonom kesehatan yang sedang berkembang agar dapat menerapkan prinsip-prinsip kebijakan berbasis bukti dalam merencanakan, menganalisis, dan merancang kebijakan pembiayaan kesehatan dalam sistem kesehatan yang kompleks. Sejauh ini, 30 orang ekonom kesehatan muda yang luar biasa telah lulus dari program ini dan telah diterima di *Indonesian Health Economics Association* (InaHEA) atau Asosiasi Ekonomi Kesehatan Indonesia yang bergengsi.

Untuk mempertahankan dan melembagakan pertukaran pengetahuan dan pembelajaran yang difasilitasi oleh *fellowship* ini, HFA USAID dan 30 ekonom kesehatan muda tersebut mengembangkan enam buku referensi ekonomi kesehatan ini untuk mendefinisikan konsep ekonomi dan mengembangkan ide-ide transformatif untuk meningkatkan pembiayaan kesehatan di Indonesia.



Setiap buku membahas secara mendalam berbagai aspek ekonomi kesehatan yang berbeda, termasuk belanja kesehatan strategis, pembiayaan kesehatan, *national health account*, dan banyak lagi. Buku ini diterbitkan oleh Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, yang merupakan mitra USAID, dan tersedia bagi siapa saja yang membutuhkannya. Saya berharap buku-buku ini akan memberikan akses ke informasi yang komprehensif dan relevan tentang ekonomi kesehatan yang dibutuhkan oleh para pemimpin sistem kesehatan di Indonesia untuk terus memajukan dan memperkuat sistem kesehatan Indonesia. USAID berharap dapat melihat bagaimana informasi yang terkandung dalam buku-buku ini dapat meningkatkan pendanaan kesehatan dan kebijakan berbasis bukti.

Sebagai penutup, izinkan saya mewakili USAID untuk mengucapkan terima kasih kepada Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, para ekonom kesehatan muda, Bappenas, Kementerian Keuangan, BPJS Kesehatan, dan tim HFA USAID. Terima kasih atas kontribusi Anda dalam penerbitan buku-buku yang informatif dan inspiratif ini. Kami berharap kolaborasi dan publikasi ini dapat membawa perubahan nyata: kesehatan yang lebih baik untuk lebih banyak orang Indonesia.

**Pamela Foster**

Director, Office of Health  
USAID/Indonesia

# Prakata

**K**emajuan teknologi kesehatan, kompleksitas layanan kesehatan, serta tuntutan untuk menyediakan layanan kesehatan bagi seluruh penduduk mengharuskan adanya sinergi antara teknologi kedokteran dan kesehatan serta ketersediaan sumber daya di berbagai negara. Kondisi ini mendorong berkembangnya ilmu ekonomi kesehatan dalam tiga dekade terakhir dan telah mendapat tempat yang luas di berbagai negara. Namun di Indonesia, ilmu ekonomi kesehatan berjalan relatif stagnan.

USAID melalui *Health Financing Activity* (HFA) bekerja sama dengan Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK) membantu Pemerintah Indonesia untuk mengembangkan proses *sustainable health financing* melalui proyek-proyek pembiayaan kesehatan di tahun 2019-2024. Proyek USAID mengidentifikasi kendala dalam sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia yaitu terbatasnya kapasitas dan jumlah orang yang memahami tentang ekonomi kesehatan.

Didorong oleh alasan tersebut, proyek HFA dengan senang hati berterima kasih para penulis *Young Health Economists* (YHE), yaitu anak-anak muda yang disupervisi oleh *health economists* senior, yang telah menyelesaikan 6 buku ekonomi kesehatan.

Salah satu tema yang dibahas dalam buku ekonomi kesehatan tersebut adalah pembiayaan kesehatan. Tema ini dibahas karena, sebagaimana dituangkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024, Pembiayaan Kesehatan merupakan fondasi penting dalam mencapai tatanan sistem kesehatan yang baik, yang pada akhirnya mempengaruhi pencapaian derajat kesehatan. Tema ini membahas secara mendalam konsep serta aplikasi pembiayaan kesehatan, metode serta siklus pembiayaan dan peruntukannya, serta kesetaraan dalam layanan kesehatan sebagai bagian dari capaian pembiayaan kesehatan dengan fokus pembahasan pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Buku ini diharapkan menjadi referensi bagi siapa saja yang ingin mengembangkan dan memperbaiki sistem kesehatan di Indonesia melalui disiplin ilmu ekonomi kesehatan. Kami berharap buku ini bermanfaat bagi perguruan tinggi, pemangku kebijakan dalam bidang kesehatan, dan berbagai pihak lain yang mempunyai interest dan kemauan mendalami ilmu ekonomi kesehatan.

Salam,

**Hasbullah Thabrany**

Chief of Party for the Indonesia Health Financing Activity



# Daftar Singkatan

Asabri	:	Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia
Askeskin	:	Asuransi Kesehatan Miskin
ARV	:	Antiretroviral
BPDPK	:	Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan
BPJS	:	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BLU	:	Badan Layanan Umum
BMHP	:	Bahan Medis Habis Pakai
BOR	:	<i>Bed Occupancy Ratio</i>
BPPSDMK	:	Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Kesehatan
BPJS	:	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
CBG	:	<i>Coronary Bypass Graft</i>
CBA	:	<i>Cost Benefit Analysis</i>
CEA	:	<i>Cost Effective Analysis</i>
CEO	:	<i>Chief Executive Officer</i>
CMA	:	<i>Cost Minimization Analysis</i>
CUA	:	<i>Cost Utility Analysis</i>
DTKP	:	Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan
DJSN	:	Dewan Jaminan Sosial Nasional
Faskes	:	Fasilitas Kesehatan
FKRTL	:	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut
FKTP	:	Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer
Fornas	:	Formularium Nasional
HIAA	:	<i>Health Insurance Association of America</i>
HET	:	Harga Eceran Tertinggi
HPV	:	<i>Human Papilloma Virus</i>
HTA	:	<i>Health Technology Assessment</i>
INA-CBGs	:	<i>Indonesian Case Base Groups</i>
INAHEA	:	<i>Indonesian Health Economics Association</i>
LPEM	:	Lembaga Penyelidikan Ekonomi dan Masyarakat
Jamsostek	:	Jaminan Sosial Tenaga Kerja
JKN	:	Jaminan Kesehatan Nasional
JPKM	:	Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat
JKS	:	Jaminan Kesehatan Semesta
JPS	:	Jaring Pengaman Sosial
Jamkesda	:	Jaminan kesehatan daerah
JPS-BK	:	Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan
JKN	:	Jaminan Kesehatan Nasional



Jamkesmas	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
ODHA	: Orang dengan HIV/AIDS
PBI	: Penerima Bantuan Iuran
PBPU	: Pekerja Bukan Penerima Upah (pekerja informal)
PKPS-BBM	: Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak.
PPU	: Pekerja Penerima Upah.
PTM	: Penyakit Tidak Menular
Pamjaki	: Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia
PBI JKN	: Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional
PBPU	: Pekerja Bukan Penerima Upah
PDB	: Produk Domestik Bruto
PNBP	: Penerimaan Negara Bukan Pajak
Poskesdes	: Pos Kesehatan Desa
Poskestren	: Pos Kesehatan Pesantren
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
PPEKI	: Perhimpunan Peminat Ekonomi Kesehatan
PTK	: Penilaian Teknologi Kesehatan
PMK	: Peraturan Menteri Keuangan
PPF	: <i>Production Possibility Frontier</i>
QALY	: <i>Quality-Adjusted Live Years</i>
Risikesdas	: Riset Kesehatan Dasar
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional
SKN	Sistem Kesehatan Nasional
USAID	: <i>United States Agency for International Development</i>
UCS	: <i>Universal Coverage Scheme</i>
UU SJSN	: Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional
VSL	: <i>Value of statistical life</i>

# Daftar Isi

<b>Kata Pengantar Kementerian Kesehatan RI</b>	<b>v</b>
<b>Kata Pengantar USAID</b>	<b>vii</b>
<b>Prakata <i>Health Finance Activity</i></b>	<b>ix</b>
<b>Daftar Singkatan</b>	<b>xi</b>
<b>Daftar Isi</b>	<b>xiii</b>
<b>Prolog</b>	<b>xv</b>
<b>BAB 1. PENGANTAR EKONOMI KESEHATAN</b>	<b>1</b>
1.1. Mengapa Kesehatan?	1
1.2. Sistem Kesehatan Indonesia	3
1.3. Mengapa Penting Ekonomi Kesehatan?	7
1.4. Penerapan Ilmu Ekonomi Kesehatan	10
1.5. Penerapan Ilmu Ekonomi Kesehatan dalam Perjalanan Kebijakan Kesehatan di Indonesia	12
<b>BAB 2. KONSEP MAKROEKONOMI DALAM KESEHATAN</b>	<b>15</b>
2.1. Kesehatan dan Ekonomi Makro	16
2.1.1. Kesehatan dalam Fungsi Produksi Makroekonomi Klasik	16
2.1.2. Kesehatan dan Ekonomi dalam Konsep Modern	19
2.2. Peran Kesehatan dalam Pembangunan Ekonomi	20
2.2.1. Kesehatan dan Produktivitas Tenaga Kerja	20
2.2.2. Implikasi Kesehatan terhadap Tabungan dan Investasi	22
2.2.3. Implikasi kesehatan pada tabungan dan investasi	23
2.3. Peran Ekonomi terhadap Peningkatan Kualitas Kesehatan	24
2.3.1. Pengeluaran Kesehatan dan Peningkatan PDB	24
2.3.2. Kebijakan Fiskal untuk Kesehatan	26
2.3.3. Kemiskinan dan Kesehatan	29
<b>BAB 3. KONSEP MIKROEKONOMI DAN KESEHATAN</b>	<b>33</b>
3.1. Keterbatasan di Sektor Kesehatan	34
3.2. Permintaan dan Penawaran	36
3.3. Interaksi Pasar	37
3.4. Konsep Elastisitas di Sektor Kesehatan	39
3.5. Struktur Industri di Sektor Kesehatan	42

---

**BAB 4. CIRI DAN PASAR PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA** **45**

4.1.	Ketidakpastian dalam Pelayanan Kesehatan	46
4.2.	Asimetri Informasi dalam Pelayanan Kesehatan	48
4.3.	Kompleksitas dan Variasi Pelayanan Kesehatan	50
4.4.	Kegagalan Pasar Pelayanan Kesehatan	50
4.5.	Eksternalitas dalam Pelayanan Kesehatan	51
4.6.	Barang Publik	52
4.7.	Monopoli dan Oligopoli	53
4.8.	Intervensi Pemerintah	54

---

**BAB 5 POLITIK EKONOMI JAMINAN KESEHATAN SEMESTA** **59**

5.1.	Apa dan Mengapa Jaminan Kesehatan Semesta?	59
5.2.	Komitmen Jaminan Kesehatan Semesta di Dunia	60
5.3.	Studi Kasus UHC di Thailand dan Filipina	62
5.4.	Jaminan Kesehatan Nasional: Komitmen UHC di Indonesia	64
5.5.	Aspek Ekonomi Politik JKN: Adopsi, Ekspansi dan Keadilan	66

---

**Glosarium** **73****Tentang Penulis** **93**

---

# Prolog

## **Health Finance Activity dan Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Kesehatan**

Lanskap pembiayaan kesehatan Indonesia telah mengalami perubahan besar sejak dilaksanakannya Program Jaminan Kesehatan Nasional pada 2014, dari *supply side financing* menjadi *demand side financing*. Perubahan ini telah melahirkan perkembangan dan inovasi ekonomi kesehatan yang cukup pesat.

JKN telah memudahkan masyarakat mendapatkan akses terhadap layanan kesehatan tanpa harus takut dengan biaya yang mahal, atau dengan kata lain melindungi rumah tangga dari pengeluaran kesehatan besar yang dapat memiskinkan rumah tangga akibat penyakit katastropik. Berbagai instrumen pembiayaan kesehatan publik telah dikembangkan, termasuk alokasi sistem monitoring serta efisiensi pembiayaan kesehatan demi peningkatan layanan kesehatan berkelanjutan.

Kecepatan perubahan, inovasi, dan reformasi sistem kesehatan tersebut membutuhkan kapasitas yang mumpuni dari seluruh sumber daya kesehatan, terutama para tenaga kesehatan dan akademisi kesehatan, untuk terus-menerus mendorong dan mengembangkan perbaikan kebijakan pelayanan kesehatan.

Kapasitas kunci yang diperlukan antara lain melakukan advokasi pembiayaan, mendorong pemerintah daerah untuk mengaplikasikan sistem perencanaan dan penganggaran kesehatan yang lebih baik sehingga mampu meningkatkan kualitas program kesehatan masyarakat. Akademisi kesehatan yang ada di setiap perguruan tinggi sudah semestinya terlibat dalam proses advokasi perubahan ini dengan menjadikan dirinya sebagai pusat rujukan dalam teori serta praktik ekonomi kesehatan bagi pemerintah daerah.

Dalam rangka meningkatkan kapasitas sumber daya kesehatan itulah Program *Health Finance Activity* dirancang. Program ini merupakan kolaborasi *United States Agency for International Development* (USAID) dan Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Program ini akan berlangsung selama lima tahun dengan tujuan spesifik mengembangkan analisis atas *evidence data* dan fakta kesehatan untuk menyokong pembiayaan kesehatan yang tepat guna dan berkelanjutan.

Implementasi program ini digarap oleh *ThinkWell* sebagai lembaga pelaksana kegiatan, bekerja sama dengan Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Universitas Gadjah Mada, *Results for Development* (R4D), serta mitra pemerintah lainnya seperti Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).

Berbagai upaya peningkatan kapasitas yang sudah dilakukan USAID HFA dan PPJK Kementerian Kesehatan antara lain serial seminar, diskusi pertukaran pengalaman, dan

pelatihan tentang berbagai topik ekonomi kesehatan yang melibatkan tenaga kesehatan dan akademisi kesehatan bagi dari lingkungan pemerintah dan nonpemerintah. Beberapa contoh kegiatan yang bisa disebut misalnya “Pelatihan “Pelatihan Jurnalistik bidang Ekonomi Kesehatan” dan “Pelatihan Analisis Sosioekonomi dan Kesehatan”.

## **Seri Ekonomi Kesehatan untuk Akademisi Muda**

Salah satu perhatian HFA adalah konsolidasi dan peningkatan kapasitas ilmu ekonomi kesehatan di kalangan ahli dan akademisi muda. Untuk tujuan ini, HFA dan PPJK telah melaksanakan program *The Young Health Economists*, yang menghasilkan seri buku didaktik di bidang ekonomi kesehatan.

*Seri Ekonomi Kesehatan* terdiri dari enam buku, yaitu (1) Pengantar Ekonomi Kesehatan; (2) Pembiayaan Kesehatan: Konsep dan Praktik Terbaik di Indonesia; (3) Belanja Strategis Kesehatan: Konsep dan Praktik Terbaik di Indonesia; (4) Evaluasi Ekonomi dan Penilaian Teknologi Kesehatan: Konsep dan Praktik Terbaik di Indonesia; (5) Akun Kesehatan Nasional; dan (6) Manajemen Keuangan dan Akuntansi dalam Ekonomi Kesehatan.

Buku seri ini ditulis dengan niat besar mendorong dan memperkenalkan ilmu ekonomi kesehatan sebagai *insight* dan jalan keluar bagi pengembangan sistem kesehatan di Indonesia. Ekonomi kesehatan, yang pertama kali digaungkan oleh ekonom Kenneth Arrow pada 1963, pada akhirnya mengobservasi interaksi antar-faktor determinan kesehatan dan fungsi sistem layanan kesehatan demi menghasilkan derajat kesehatan terbaik.

Buku seri ini diharapkan dapat menjadi sumber belajar dan referensi bagi akademisi dan praktisi kesehatan, serta para perencana kebijakan kesehatan baik di tingkat pusat maupun daerah, terutama mereka yang ingin melakukan penelitian atau mendesain program-program pelayanan kesehatan secara efisien dan tepat sasaran.

## **Metode Penyusunan Seri Ekonomi Kesehatan**

Proses penyusunan *Seri Ekonomi Kesehatan* ini menempuh jalan panjang. Serial modul ini merupakan hasil dari rangkaian kegiatan peningkatan kapasitas, pelatihan, dan diskusi intensif banyak pihak yang diselenggarakan oleh Program HFA.

*Seri Ekonomi Kesehatan* ditulis secara kolaboratif oleh para ekonom muda yang menjadi peserta kegiatan peningkatan kapasitas dengan latar belakang profesi yang beragam. Di dalam modul yang ditulisnya kita akan melihat bagaimana mereka memandang ekonomi kesehatan dari perspektif dan kepakarannya masing-masing.

Para penulis mengembangkan buku ini dengan bimbingan seorang penyelia pada setiap topik. Dalam waktu yang cukup lama, penulis dan penyelia ini bersama-sama mendalami dan mengembangkan setiap topik sehingga menghasilkan buku yang komplet seperti sekarang. Materi buku juga telah melewati proses *review* yang melibatkan beragam pemangku kebijakan di sektor kesehatan. Merekalah yang memberikan masukan terhadap konten buku dari sisi praktikal terhadap setiap topik pembahasan. Melalui proses ini, HFA USAID dan PPJK Kemenkes RI berharap buku ini memiliki kedalaman konten yang memadai, baik dari sisi teoretis maupun praktik pengelolaan pembiayaan kesehatan.

Buku Seri I yang tengah Anda baca ini berjudul Pengantar Ekonomi Kesehatan. Buku akan mengantarkan Anda untuk mendalami Pengantar Ekonomi Kesehatan, Konsep Makroekonomi dan Kesehatan, Konsep Mikroekonomi dan Kesehatan, Ciri dan Pasar Pelayanan Kesehatan di Indonesia, dan Politik Ekonomi Jaminan Kesehatan Semesta.



# Introduksi Ekonomi Kesehatan

Yunita Nugrahani, Abdillah Ahsan



## 1.1. Mengapa Kesehatan?

Pada akhirnya tujuan manusia bukan semata akhir hidup yang baik, namun kehidupan yang bermartabat sampai akhir hayat (Atul Gawande, *Being Mortal*, 2014).

Hidup sehat adalah impian semua orang yang harus diwujudkan. Inilah yang mendasari negara untuk mengatur dan memastikan setiap orang berhak hidup sehat dan memperoleh pelayanan kesehatan. Sistem kesehatan dibangun untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan setinggi-tingginya, bagi yang sehat maupun yang sakit, sehingga setiap masyarakat dapat hidup berkualitas dan produktif secara sosial dan ekonomis sesuai kondisi kesehatannya. Membangun sistem kesehatan yang kuat artinya memberikan penghormatan kepada manusia sesuai haknya. Masyarakat yang sehat dan bermartabat merupakan modal terciptanya sumber daya manusia berkualitas untuk bangsa yang maju dan sejahtera.

Bayangkan suatu negara dapat menyediakan akses mobilisasi dan transportasi publik yang baik bagi penyandang disabilitas. Menyediakan jamban yang layak di pedesaan. Vaksin esensial gratis bagi seluruh balita dan populasi berisiko. Mencegah kekerdilan (*stunting*) melalui pemeriksaan kehamilan rutin dan memberi gizi seimbang pada wanita usia produktif. Memantau kualitas udara di

**Masyarakat yang sehat dan bermartabat merupakan modal terciptanya sumber daya manusia berkualitas untuk bangsa yang maju dan sejahtera.**

Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

kota metropolitan. Menggunakan pajak rokok untuk pembiayaan kesehatan. Surveilans kesehatan untuk mencegah berbagai penyakit dan wabah. Menyediakan jaminan kesehatan bagi seluruh warga negara. Menyediakan obat-obatan berkualitas bagi pasien sampai ke pelosok. Memajukan penelitian dan pengembangan obat dalam negeri. Mendekatkan fasilitas kesehatan (faskes) dengan sarana prasarana cukup kepada masyarakat di daerah terpencil. Memperpendek waktu tunggu pengobatan. Pelayanan kesehatan jiwa yang komprehensif. Perawatan paliatif bagi penderita penyakit terminal. Apakah sebuah negara dapat memenuhi semua keinginan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakatnya? Bagaimana caranya?

Indonesia kaya sumber daya alam dan memiliki keanekaragaman hayati terkaya kedua di dunia (Rintelen, K. V., Arida, E., Häuser C., 2017), juga merupakan negara dengan jumlah penduduk terbanyak keempat di dunia (Aisyah, R., Gorbiano, M. I., 2019). Menurut peraih nobel ekonomi, Amartya Sen, manusia adalah aset negara sesungguhnya (Klugman, J., 2010). Masyarakat yang sehat secara fisik, mental, spiritual, dan intelektual akan membentuk sumber daya manusia yang unggul, yang dapat mengelola sumber daya alamnya sehingga berdampak pada pertumbuhan ekonomi dan kesejahteraan.

Untuk mencapai hal tersebut, diperlukan sistem kesehatan yang dapat memastikan kesehatan seluruh masyarakat di setiap siklus hidup dan tingkat kesehatannya, masyarakat yang sakit dapat memperoleh pelayanan kesehatan untuk mengembalikan fungsi kesehatan fisik dan mentalnya secara optimal, bahkan kembali normal, dan masyarakat yang sehat akan tetap sehat serta dapat dicegah dari berbagai penyakit fisik maupun mental.

Indonesia menjamin hak warga negaranya untuk hidup sejahtera seperti tercantum dalam Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 pasal 28H ayat 1: "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan." Di sinilah peran sistem kesehatan yang perlu menjadi komitmen pemerintah. Sistem kesehatan yang dikelola dengan baik akan memastikan anak-anak tumbuh dengan berat dan tinggi badan yang cukup. Seorang seniman dengan *multiple sclerosis* tetap dapat berkarya dengan penyakit yang diderita dan memenuhi kebutuhan ekonomi. Seorang pelajar dengan gagal ginjal kronis tetap dapat belajar dan berprestasi dengan kondisi yang dimilikinya, seorang *Chief Executive Officer* (CEO) perusahaan besar dengan hipertensi derajat II tetap dapat menyejahterakan pegawainya karena memperoleh pelayanan kesehatan yang baik. Pasien tuberkulosis (TB) paru tetap dapat mengejar cita-citanya menjadi seorang atlet yang membanggakan bangsa, dan insidens Covid-19 dapat ditekan sehingga perekonomian dapat bangkit kembali. Hal ini akan mendorong Indonesia menjadi bangsa yang bermartabat.

Bukan semata karena pertumbuhan ekonominya, namun karena masyarakat yang sejahtera lahir dan batin, yang dapat mendorong perekonomian dan prestasi bangsanya. Sebagaimana dikemukakan Joseph Stiglitz, *“development is about transforming the lives of people, not just transforming economies”* (Stiglitz, J. E. (2006).

## 1.2. Sistem Kesehatan Indonesia

Indonesia menjamin pemenuhan hak kesehatan masyarakatnya melalui sistem kesehatan yang memberikan fungsi pengobatan dan pencegahan penyakit. Sistem kesehatan tersebut diuraikan dalam Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN). SKN memiliki beberapa subsistem yang terdiri dari upaya kesehatan; penelitian dan pengembangan kesehatan; pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat.

Indonesia telah menerapkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang bersinergi dengan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sejak 1 Januari 2014 dan telah mencakup sedikitnya 80 persen penduduk Indonesia per Desember 2021 (BPJS Kesehatan, 2020). JKN bertujuan menjamin pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar bagi seluruh warga negara dan memberikan perlindungan finansial dari biaya kesehatan yang dapat memiskinkan masyarakat yang sakit. JKN dikelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang menjadi pembayar tunggal (*single payer*) jaminan sosial kesehatan terbesar di dunia saat ini.

Kehadiran JKN memberikan dampak positif bagi masyarakat (Dartanto, T., et al., 2017). Kajian yang dilakukan oleh Lembaga Penyelidikan Ekonomi dan Masyarakat (LPEM) Universitas Indonesia (UI) menunjukkan bahwa JKN memberikan dampak berupa pertumbuhan ekonomi jangka pendek dan jangka panjang. Selain itu, 100 persen kepesertaan JKN dapat meningkatkan angka harapan hidup penduduk sebesar 2.9 tahun.

Bila bercermin pada dimensi cakupan kesehatan semesta World Health Organization (WHO, 2021), Indonesia telah mencakup hampir seluruh warga negaranya dan implementasi JKN telah menurunkan pembayaran dari kantong sendiri (*out of pocket*) dari 49 persen pada tahun 2013 menjadi 35 persen pada tahun 2017. JKN juga telah meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan, khususnya pada kelompok masyarakat dengan tingkat sosioekonomi rendah (Soewondo, P., et al., 2017). Hal ini karena subsidi yang diberikan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah melalui segmen populasi Penerima Bantuan Iuran (PBI). Berbagai kajian menunjukkan bahwa JKN telah meningkatkan pemanfaatan dan belanja pelayanan kesehatan pada masyarakat

**Indonesia telah menerapkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang bersinergi dengan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sejak 1 Januari 2014.**

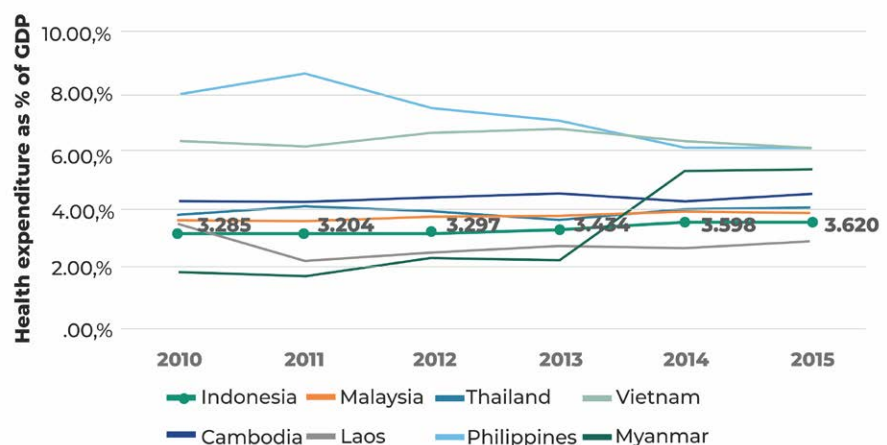
dengan tingkat ekonomi rendah, di wilayah timur Indonesia dan daerah pedesaan (Soewondo, P., et al., 2017; Shihab, A. N., Nurdin, A., Kadir, A., Thabrany, H., Paturusi, I., 2017; Johar, M., Soewondo, P., Adji, A., Pujisubekti, R., Satrio, H. K., Wibisono, I.D, 2018).

Meskipun telah memberikan banyak hal positif, JKN masih mempunyai banyak pekerjaan-pekerjaan rumah yang harus dituntaskan. Hal-hal yang masih menjadi tantangan JKN diantaranya adalah keberlanjutan keuangan, masih adanya ketimpangan akses pada berbagai kelompok usia dan wilayah, serta kesiapan dan kualitas layanan kesehatan mulai dari infrastruktur, ketersediaan obat, hingga alat kesehatan (Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Suparmi, Achadi, E. L., Taher, A., Wirawan, F., Sungkar, S., Sudarmono, P., Shankar, A. H., Thabrany, H., 2019; Mboi, N., 2015). Peningkatan program JKN tak lepas dari perbaikan yang masih harus dilakukan pada sistem kesehatan sehingga peningkatan JKN perlu diiringi dengan peningkatan SKN.

Pembiayaan kesehatan adalah salah satu aspek terpenting yang menopang sebuah sistem kesehatan. Kepedulian negara terhadap sektor kesehatan dapat tercermin dalam perbandingan belanja kesehatan nasional terhadap produk domestik bruto (PDB). Persentase belanja kesehatan nasional dibandingkan PDB Indonesia merupakan salah satu yang terendah di antara negara-negara ASEAN, walaupun persentasenya lebih tinggi setelah adanya JKN di tahun 2014 (Gani, A., 2019). Namun, komitmen pemerintah pada pembiayaan kesehatan semakin terlihat setelah adanya JKN. Persentase kontribusi pemerintah terhadap belanja kesehatan total terus meningkat setelah tahun 2014 (Saptati, R., 2020). Sebaliknya, persentase pembayaran dari kantong sendiri terhadap total belanja kesehatan terus menurun.

**Gambar 1.1.**  
**Persentase**  
**Belanja Kesehatan**  
**terhadap GDP di**  
**Indonesia**

(Anderson, I.,  
Meliala, A., Marzoeki,  
P., Pambudi, E.,  
2014)



Pemerintah mengalokasikan anggaran untuk PBI JKN sebesar 48,8 triliun di tahun 2020 dan angka ini mengalami kenaikan dari tahun-tahun sebelumnya (Saptati, R., 2020). Seperti kita ketahui, JKN telah menghadapi tantangan defisit keuangan

sejak awal implementasinya. Salah satu alasan utamanya adalah ketidaksesuaian tarif peserta dan tingginya rasio klaim rumah sakit (*Health Policy Plus and National Team for the Acceleration of Poverty Reduction*, 2018).


Dengan subsidi yang telah dialokasikan pemerintah, JKN masih mengalami kesulitan dalam pengelolaan arus keuangannya (*Health Policy Plus and National Team for the Acceleration of Poverty Reduction*, 2018). Pemerintah perlu terus mengevaluasi prioritas dan alokasi anggaran belanja negara, khususnya untuk sektor kesehatan. Selain itu, JKN perlu melakukan strategi seperti menentukan kepastian skema pembayaran iuran bagi sektor informal, penerapan belanja strategis, dan pemilihan skema pembiayaan faskes yang tepat dan efisien (Agustina, R., et al., 2019).

Aspek kunci lainnya dalam sistem kesehatan adalah upaya pelayanan kesehatan yang didukung oleh sumber daya manusia kesehatan dan ketersediaan obat serta alat kesehatan. Walaupun JKN telah meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, pemerataan pelayanan kesehatan masih perlu menjadi perhatian. Salah satu penyebabnya adalah distribusi tenaga kesehatan yang belum merata di seluruh penjuru Indonesia (Anderson, I., et al., 2014). Kurangnya tenaga kesehatan, terutama dokter dan perawat, berakibat pada kurangnya kapasitas pelayanan di tingkat primer dan meningkatnya beban di tingkat rumah sakit (Rajan, V., et al., 2018). Distribusi tenaga kesehatan juga berakibat pada sulitnya pelayanan kesehatan di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan.

Selain tenaga kesehatan, obat dan alat kesehatan memiliki peran krusial dalam pemberian pelayanan kesehatan. Dokter memiliki kewenangan untuk memberikan obat sesuai pilihannya kepada pasien yang membayar dari kantong sendiri. JKN telah mendorong dokter untuk memilih obat yang efektif dan efisien melalui cara pembayaran faskes yang berbasis efisiensi menggunakan kapitasi dan *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs). Faskes diharuskan untuk membuat rencana kebutuhan obat dengan berpedoman pada Formularium Nasional (Fornas) dan melakukan pembelian melalui *e-purchasing* sesuai e-katalog.

Namun, tidak semua obat yang diperlukan faskes terdaftar di dalam Fornas (Soewondo, P., et al., 2020). Hal ini memungkinkan adanya celah pembayaran obat dari kantong sendiri bagi pasien JKN. Harga obat yang ditekan pada era JKN juga perlu menjadi perhatian para pembuat kebijakan untuk memastikan kualitas obat yang diberikan di bawah skema JKN (Pisani, E., et al., 2019). Namun, JKN telah mendorong penerapan *health technology assessment* (HTA) untuk mengevaluasi obat-obat dalam Fornas menggunakan metode evaluasi ekonomi. Tidak hanya obat, HTA juga digunakan untuk mengevaluasi teknologi kesehatan lainnya seperti vaksin dan alat-alat kesehatan.

**Aspek kunci lainnya dalam sistem kesehatan adalah upaya pelayanan kesehatan yang didukung oleh sumber daya manusia kesehatan dan ketersediaan obat serta alat kesehatan.**



**Dalam sistem JKN, pelayanan kesehatan baik yang disediakan oleh pemerintah maupun swasta, diberikan secara berjenjang mulai dari FKTP melalui Puskesmas dan klinik.**

Dalam sistem JKN, pelayanan kesehatan baik yang disediakan oleh pemerintah maupun swasta, diberikan secara berjenjang mulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer (FKTP) melalui Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan klinik. Peran FKTP dititikberatkan pada upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, sedangkan upaya kesehatan kuratif dan rehabilitatif menjadi domain Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yang diberikan oleh rumah sakit (RS) daerah, swasta, dan RS sub spesialis.


Konsep Puskesmas diluncurkan pada tahun 1969 dan sempat dijadikan contoh oleh negara-negara lain pada Deklarasi Alma Ata di tahun 1978. Sejatinya, Puskesmas adalah ujung tombak pelayanan kesehatan dengan mengedepankan upaya promotif dan preventif, dan berfungsi sebagai penjaga gerbang rujukan (*gate keeper*) dalam sistem kesehatan (Humas BPJS Kesehatan, 2017). Namun, tidak semua Puskesmas memiliki kapasitas yang memadai untuk melakukan fungsinya secara optimal.

Selain distribusi tenaga kesehatan yang belum merata, kurangnya memadainya infrastruktur dan sarana prasarana dapat mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan pada masyarakat (Rajan, V. et al, 2018). Sejak implementasi JKN, pengeluaran JKN lebih banyak terjadi di tingkat rumah sakit melalui klaim INA-CBGs. Biaya di tingkat RS yang lebih mahal dapat berpengaruh kepada pengeluaran JKN sehingga fungsi FKTP sebagai penjaga gerbang rujukan perlu untuk terus ditingkatkan untuk mengurangi angka rujukan.

Pemenuhan dan peningkatan infrastruktur dan sarana prasarana faskes milik pemerintah merupakan peran pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Sejak diimplementasikannya otonomi daerah di tahun 1999, pemerintah pusat dan daerah memiliki peran masing-masing dalam sektor kesehatan. Pemerintah pusat, dalam hal ini Kementerian Kesehatan, memiliki fokus pada fungsi regulasi, supervisi, penyediaan dan pendistribusian sumber daya kesehatan (tenaga kesehatan, alat kesehatan, dan obat), serta pengelolaan rumah sakit tersier dan sub spesialis.

Pemerintah daerah fokus pada perencanaan dan manajemen pemberian pelayanan kesehatan pada faskes milik pemerintah daerah. Pemerintah daerah juga berperan dalam mendorong pemberdayaan dan partisipasi masyarakat dalam peningkatan status kesehatan menggunakan sumber daya dan kearifan lokal. Contoh pemberdayaan masyarakat antara lain Desa Siaga, Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren), dan lainnya.

Indonesia memiliki beban penyakit ganda berupa masih banyaknya penyakit menular, termasuk masih adanya penyakit tropis terabaikan, dan meningkatnya prevalensi penyakit tidak menular (PTM) dalam beberapa dekade terakhir. Indonesia menduduki peringkat ke-3



dalam jumlah kasus TB dan insiden pandemi Covid-19 yang terus meningkat (Mboi, N., et al., 2018; Komite Penanganan Covid-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional, 2020). Penyebab kematian terbanyak dan disabilitas didominasi oleh PTM dan penyakit katastropik seperti penyakit kardiovaskular dan sirosis hati (IHME, 2020). Beban kesehatan lainnya meliputi lambatnya penurunan angka kematian ibu, tingginya prevalensi kekerdilan di sebagian besar provinsi, dan cakupan alat kontrasepsi yang belum mencapai target nasional (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Dengan adanya JKN, tidak berarti sistem kesehatan fokus pada upaya pengobatan penyakit. Upaya promotif dan preventif perlu dilakukan secara terstruktur dimulai di tingkat nasional melalui pembentukan pedoman dan dorongan kepada seluruh pihak oleh Kemenkes RI, pelaksanaan upaya pencegahan penyakit dan kesehatan lingkungan di Puskesmas, surveilans epidemiologi terpadu oleh dinas kesehatan dan faskes sebagai umpan balik pencegahan dan penanggulangan penyakit, dan pemberdayaan masyarakat dengan menggali potensi dan budaya setempat. Sudah selayaknya sistem kesehatan memprioritaskan upaya pencegahan penyakit. Sesuai Peraturan Presiden nomor 72 tahun 2012, SKN adalah pengelolaan kesehatan yang dilakukan secara terpadu oleh seluruh komponen bangsa dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dengan menekankan pada upaya promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif, bukan sebaliknya.

### 1.3. Mengapa Penting Ekonomi Kesehatan?

*“Economics is an inquiry into the nature and causes of the wealth of nations.” (Adam Smith, *The Wealth of Nations*, 1776)*

Ekonomi adalah ilmu mengenai alokasi sumber daya yang terbatas dalam meningkatkan kesejahteraan hidup manusia (Bhattacharya, Hyde, Tu, 2014). Ilmu ekonomi kesehatan merupakan penerapan ilmu ekonomi dalam sektor kesehatan yang diprakarsai oleh Kenneth Arrow melalui publikasi pada *The American Economic Review* di tahun 1963 berjudul *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care* (Clarke & Erreygers, 2018; Arrow, Kenneth, 1963).

Alasan diperlukannya ilmu ekonomi kesehatan adalah adanya kesenjangan antara keinginan dan sumber daya dalam pemberian pelayanan kesehatan. Contohnya adalah keinginan masyarakat agar iuran JKN tidak mengalami kenaikan, namun dibatasi oleh kapasitas keuangan BPJS Kesehatan dan tingginya pemanfaatan JKN. Contoh lainnya adalah wacana pemerintah untuk menjamin iuran JKN bagi segmen populasi pekerja bukan penerima upah (PBU), namun mempertimbangkan kapasitas keuangan BPJS Kesehatan dan dampak dari alokasi anggaran tersebut. Selain itu,

**Alasan diperlukannya ilmu ekonomi kesehatan adalah adanya kesenjangan antara keinginan dan sumber daya dalam pemberian pelayanan kesehatan.**



keinginan pemerintah untuk mendistribusikan tenaga kesehatan secara merata di seluruh penjuru tanah air, namun terbentur oleh ketersediaan insentif moneter dan nonmoneter yang layak bagi tenaga kesehatan.

Indonesia berikrar untuk memberikan pelayanan kesehatan yang merata bagi semua melalui UUD 45, Undang-undang SJSN Nomor 40 tahun 2004, dan Undang-undang Kesehatan Nomor 36 tahun 2009. Dengan keterbatasan sumber daya manusia, infrastruktur dan keuangan, diperlukan upaya alokasi sumber daya yang terbatas tersebut untuk menjamin pemerataan pelayanan kesehatan dan efisiensi. Ilmu ekonomi kesehatan dapat menunjang pemilihan prioritas alokasi sumber daya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Di era keterbukaan dan kebebasan informasi seperti saat ini, masyarakat difasilitasi untuk semakin kritis terhadap intervensi medis yang diberikan oleh dokter. Masyarakat ingin mengetahui apakah biaya yang dikeluarkan untuk pelayanan kesehatan sesuai dengan hasil yang diperoleh. Hal ini mendorong pemberi layanan kesehatan untuk semakin transparan dan memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien berbasis bukti. Di tingkat kebijakan, masyarakat juga ingin mengetahui dasar pemilihan kebijakan kesehatan oleh pemerintah. Contohnya adalah kajian-kajian yang menjadi dasar pemilihan paket manfaat dalam JKN. Kajian evaluasi ekonomi dapat memberikan bukti dalam penentuan paket manfaat JKN. Analisis ekonomi dapat membantu menentukan pilihan kebijakan yang efektif dan efisien sesuai kapasitas keuangan yang dimiliki pemerintah dan yang memberikan hasil kesehatan terbaik bagi masyarakat. Hal ini dapat diaplikasikan dalam menjawab pertanyaan seperti: Apakah bedah sesar perlu dijamin JKN? Dan lain-lain.

Ekonomi dan kesehatan memiliki hubungan timbal balik. Derajat kesehatan suatu bangsa berdampak pada pertumbuhan ekonomi dan kesejahteraan penduduknya. Sebaliknya, pertumbuhan ekonomi dapat menjadi sarana peningkatan alokasi anggaran kesehatan yang dibutuhkan untuk penelitian dan pengembangan teknologi kesehatan dalam negeri, peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, dan lain-lain (Murti, 2019).

**Pelayanan kesehatan memiliki karakteristik dan kekhususan yang menjadi salah satu alasan ekonomi kesehatan menjadi cabang tersendiri.**

Pelayanan kesehatan memiliki karakteristik dan kekhususan yang menjadi salah satu alasan ekonomi kesehatan menjadi cabang tersendiri. Kenneth Arrow memiliki argumen bahwa pasar pemberian pelayanan kesehatan memiliki perbedaan yang fundamental dengan pasar bebas umumnya. Beberapa karakteristik pasar pelayanan kesehatan tersebut antara lain (Murti, 2019; Arrow, Kenneth, 1963) adalah:

1. Memiliki ketidakpastian, yaitu kejadian penyakit bersifat tidak pasti dipengaruhi oleh berbagai faktor, dan memiliki risiko berbiaya mahal, kualitas pelayanan medis sulit dipastikan, kesembuhan pasien dipengaruhi oleh berbagai faktor,

- permintaan, penggunaan, dan besarnya biaya pelayanan medis bersifat tidak pasti;
2. Produsen pelayanan kesehatan memiliki informasi yang lebih baik daripada penerima layanan asimetri informasi (*asymmetric information*), sehingga pihak yang mengetahui kualitas produk dapat memanipulasi pihak yang tidak atau sedikit memiliki informasi. Hal ini dapat menimbulkan bahaya moral (*moral hazard*) dan seleksi yang tidak diinginkan (*adverse selection*)
  3. Hubungan prinsipal-agen yang dilatarbelakangi oleh asimetri informasi. Pasien memberikan wewenang kepada dokter untuk membuat keputusan atas nama pasien;
  4. Adanya hambatan masuk, yang membuat pesaing baru sulit memasuki industri atau area bisnis. Hal ini diakibatkan oleh berbagai regulasi pemerintah seperti pajak khusus dan lisensi, loyalitas konsumen, dan lain-lain
  5. Padat karya berupa kecenderungan pembentukan spesialis dan sub spesialis yang menyebabkan komponen biaya pelayanan kesehatan semakin besar Adanya eksternalitas atau akibat tidak langsung dari penggunaan pelayanan kesehatan yang dialami pihak ketiga yang tidak terlibat dalam transaksi. Contohnya eksternalitas positif, yaitu pembangunan rumah sakit yang tidak hanya bermanfaat bagi pasien, namun juga menciptakan lapangan pekerjaan bagi masyarakat.
  6. Adanya intervensi pemerintah yang dapat membantu menurunkan biaya pelayanan kesehatan, memperluas cakupan asuransi kesehatan, dan memperbaiki akses pelayanan kesehatan dengan mengoreksi kegagalan pasar dan memberikan subsidi biaya.

Karakteristik-karakteristik di atas dapat menyebabkan pasar bebas gagal mengalokasikan sumber daya secara efisien yang disebut kegagalan pasar (*market failure*) dalam pasar pelayanan kesehatan, sehingga diperlukan intervensi pemerintah untuk mengoreksi pasar bebas (Murti, 2019). Ekonomi kesehatan berperan penting dalam menjawab permasalahan-permasalahan yang ada pada sistem kesehatan yang diakibatkan oleh karakteristik pelayanan kesehatan tersebut dan memberikan bukti dalam pengambilan kebijakan oleh pemerintah. Sebagaimana dikemukakan Hasbullah Thabrany, "Ilmu ekonomi kesehatan adalah tulang punggung peningkatan sistem kesehatan Indonesia" (Thabrany, 2020).

**Ekonomi kesehatan berperan penting dalam menjawab permasalahan-permasalahan yang ada pada sistem kesehatan yang diakibatkan oleh karakteristik pelayanan kesehatan tersebut dan memberikan bukti dalam pengambilan kebijakan oleh pemerintah.**

## **1.4. Penerapan Ilmu Ekonomi Kesehatan**

Ilmu ekonomi kesehatan berperan dalam memberikan pemahaman mengenai aspek-aspek dalam berbagai pilihan sumber daya kesehatan (Murti, 2019; Arrow, Kenneth, 1963). Aspek-aspek dalam pilihan tersebut adalah efisiensi, efektivitas, nilai, dan perilaku pengguna layanan kesehatan (Arrow & Kenneth, 1963). Ilmu ekonomi kesehatan bermanfaat dalam memberikan informasi kepada pembuat keputusan, baik pemerintah maupun swasta, tentang



pilihan yang efisien dan adil untuk memenuhi kebutuhan kesehatan serta kesejahteraan individu dan masyarakat (Arrow, Kenneth J., 1963). Dalam penerapannya, ekonomi kesehatan memiliki beberapa metode yang sering digunakan, antara lain *economic reasoning*, evaluasi ekonomi (menggunakan *cost benefit analysis* (CBA), *cost effective analysis* (CEA), *cost utility analysis* (CUA), atau *cost minimization analysis* (CMA)), *costing*, ekonometrik, dan lain-lain.

***Economic reasoning* adalah kerangka pikir yang dapat membantu dalam pembuatan keputusan.**

*Economic reasoning* adalah kerangka pikir yang dapat membantu dalam pembuatan keputusan. Beberapa contoh prinsip dalam *economic reasoning* adalah: setiap orang membuat pilihan yang paling menguntungkan, perilaku manusia dipengaruhi oleh peraturan/regulasi, insentif, biaya, dan konsekuensi pilihan di masa depan; biaya adalah insentif yang paling berpengaruh. Contoh penerapan *economic reasoning* dalam sektor kesehatan antara lain membantu perumusan masalah atau hipotesis kajian seperti “apakah perlindungan kebijakan secara ketat untuk obat originator dapat meningkatkan inovasi?” dan “apakah penerapan pajak makanan berlemak dapat membuat masyarakat lebih sehat?” (Arrow & Kenneth, 1963).

Evaluasi ekonomi digunakan untuk membandingkan dua atau lebih intervensi, program, strategi, atau kebijakan kesehatan dari aspek sumber daya yang dialokasikan dan efek (*outcome*) yang dihasilkan dari pilihan-pilihan tersebut (Drummond, et al., 2005). Tujuan evaluasi ekonomi adalah mendapatkan pilihan yang efisien, yang dapat memberikan hasil terbaik terhadap status kesehatan atau pelayanan kesehatan. Evaluasi ekonomi memiliki beberapa metode, yaitu CBA, CMA, CEA, dan CUA (Trisnantoro, 2018). Evaluasi ekonomi merupakan metode analisis yang digunakan dalam farmakoekonomi untuk membandingkan biaya dan manfaat obat-obatan yang dipilih. Evaluasi ekonomi berperan penting dalam PTK dan dapat mendukung pembuatan keputusan untuk paket manfaat yang dijamin atau tidak dijamin dalam asuransi/jaminan kesehatan.

CBA dilakukan untuk menganalisis biaya dan manfaat secara agregat, untuk membedakan alternatif mana yang mempunyai manfaat lebih besar dibandingkan dengan biaya yang terjadi (Arrow & Kenneth, 1963; Drummond, et al., 2005). Secara umum CBA digunakan untuk memilih intervensi atau strategi kesehatan yang optimal dan mengetahui kesediaan untuk membayar (*willingness to pay*) intervensi tersebut dari perspektif individu, organisasi, atau pemerintah. Contoh kajian yang menggunakan metode CBA adalah analisis manfaat program dibanding biaya yang dikeluarkan untuk intervensi kekerdilan dalam menginformasikan peningkatan dan tindak lanjut implementasi program (Qureshy, et. al., 2013).

CMA hanya digunakan untuk mengukur efek dari biaya pilihan-pilihan intervensi. Opsi intervensi yang diukur memiliki efek kesehatan yang identik atau diasumsikan sebagai identik (Drummond, et al., 2005). Contoh penggunaan CMA adalah analisis

minimalisasi biaya obat generik dibandingkan dengan obat *originator* untuk pengobatan (Akku, et.al., 2016).

CEA digunakan ketika opsi intervensi memiliki beberapa jenis keluaran sehingga perlu memilih dimensi efek yang ingin diukur, dari segi kuantitas atau kualitas, sehingga bersifat satu dimensi (Arrow & Kenneth, 1963; Drummond, M. F. et al., 2005). Efek yang digunakan merupakan unit dasar seperti tekanan darah, angka kolesterol, kematian, atau jumlah tahun hidup yang diperoleh (Drummond, et al., 2005). Contoh aplikasi CEA adalah CEA terapi pemeliharaan metadon untuk pencegahan HIV pada daerah prevalensi tinggi dan CEA alokasi biaya penelitian dan pengembangan untuk menjawab kebutuhan inovasi obat di Indonesia (Wammes, et. al., 2012).

CUA digunakan ketika efek intervensi terhadap status kesehatan memiliki dua dimensi atau lebih. CUA mengukur efek dari segi kualitas dan kuantitas dalam satu ukuran, contohnya *Quality-Adjusted Live Years* (QALYs) (Arrow & Kenneth, 1963; Drummond, et al. 2005). CUA dapat digunakan untuk membandingkan opsi intervensi untuk suatu penyakit atau antar penyakit. Contohnya adalah CUA vaksinasi Human Papilloma Virus (HPV) dan *screening* untuk pencegahan kanker serviks (Setiawan, et. al., 2016).

*Costing* merupakan metode yang digunakan untuk mengetahui total atau unit biaya dari sebuah intervensi atau program kesehatan dengan cara mengumpulkan data-data terkait biaya yang digunakan untuk melakukan intervensi atau program tersebut (Špacírová, et. al., 2020). *Costing* dapat digunakan untuk mendukung analisa pada evaluasi ekonomi atau untuk mengetahui kemampuan pemerintah dalam membiayai sebuah program kesehatan. Contoh kajian yang menggunakan metode *costing* adalah analisis biaya rawat jalan bagi pasien diabetes mellitus di rumah sakit (Mursalin & Soewondo, 2016).

Ekonometrik merupakan gabungan ilmu statistik, matematika, dan ekonomi (Stock & Watson, 2011). Ekonometrik diaplikasikan melalui pengujian statistik data kuantitatif yang menggambarkan fenomena aktual serta membandingkan dan mengkontras hasil pengujian tersebut dengan dengan teori yang ingin diuji atau teori sudah yang ada (Stock & Watson, 2011). Ekonometrik dapat digunakan untuk memprediksi tren di masa depan dengan menggunakan data historis. *Tool* dasar untuk ekonometrik adalah regresi linier berganda (Stock & Watson, 2011). Contoh aplikasi ekonometrik pada kesehatan adalah *modeling* biaya pelayanan kesehatan menggunakan data survei untuk menginformasikan kebijakan.

Aplikasi dan pemilihan metode ekonomi kesehatan yang telah disebutkan di atas perlu disesuaikan dengan konteks kajian, kebutuhan analisis, juga ketersediaan data.

**Costing dapat digunakan untuk mendukung analisis pada evaluasi ekonomi atau untuk mengetahui kemampuan pemerintah dalam membiayai sebuah program kesehatan.**

Sejarah cikal bakal warisan jaminan kesehatan di Indonesia telah dapat ditelusuri sejak zaman kolonialisme di sekitar abad ke-19.

## 1.5. Peran Ekonomi Kesehatan dalam Perjalanan Kebijakan Kesehatan Indonesia

Ilmu ekonomi kesehatan tidak terpisahkan dari topik jaminan kesehatan. Sejarah cikal bakal warisan jaminan kesehatan di Indonesia telah dapat ditelusuri sejak zaman kolonialisme di sekitar abad ke-19 (Trisnantoro, 2018). Pada saat itu, jaminan kesehatan hanya ditujukan untuk golongan tertentu dan belum ada pemerataan kesehatan untuk seluruh masyarakat. Indonesia mengalami kesulitan dalam pendanaan kesehatan pada masa pasca-revolusi karena berkurangnya subsidi dari luar negeri (Trisnantoro, 2018). Walaupun telah memiliki Undang-undang Nomor 18 tahun 1953 tentang Merawat Orang-Orang Miskin dan Orang-Orang yang Kurang Mampu dan Undang-undang Nomor 48 tahun 1953 yang mengatur rumah sakit swasta untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi orang-orang tidak mampu, pelaksanaan kedua Undang-undang tersebut masih tidak jelas (Trisnantoro, 2018).

*Pilot project* pelayanan kesehatan untuk semua dilakukan pada tahun 1960 di Jakarta, namun masih ditemukan berbagai kendala dan kekurangan dalam implementasinya (Trisnantoro, 2018). Di tahun 1974, dibentuklah Dana Sehat, yaitu dana yang dikumpulkan dan dihimpun dari berbagai kelompok masyarakat dan digunakan oleh masyarakat untuk pemeliharaan kesehatan (Thabrany, 2020). Hal ini menunjukkan bahwa upaya-upaya pembentukan jaminan kesehatan sudah dilakukan Indonesia sejak lama. Di tahun 1980-an, didirikanlah Perhimpunan Peminat Ekonomi Kesehatan (PPEKI) (Gani, 2020). Perkumpulan ini dibentuk oleh Ascobat Gani yang menjadi wadah bagi para peminat ekonomi kesehatan di masa tersebut dan menjadi awal dikembangkannya ilmu ekonomi kesehatan.

Penerapan ilmu ekonomi di Indonesia semakin nyata dengan adanya perubahan-perubahan kebijakan kesehatan pada tahun 1990-an berkaitan dengan situasi ekonomi pada saat itu. Salah satu kebijakan yang diberlakukan adalah kebijakan swadana Badan Layanan Umum (BLU) bagi faskes milik pemerintah yang membolehkan faskes untuk mencari penghasilan secara mandiri. Karena rendahnya tarif puskesmas dan rumah sakit pemerintah di masa itu, dilakukanlah perhitungan *unit cost* pelayanan kesehatan yang didukung oleh *United States Agency for International Development* (USAID) dan World Bank (WB) (Thabrany, 2020). Hal ini dilakukan untuk mengoreksi tarif puskesmas dan RS pemerintah yang sangat kecil atau *cost recovery* dan untuk mengetahui kemampuan membayar (*ability to pay*) masyarakat atas pelayanan kesehatan. Namun hal ini menimbulkan bahaya moral pada faskes sehingga dibentuklah peraturan Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) di tahun 1997 yang mengharuskan pendapatan faskes pemerintah untuk diserahkan kepada pemerintah (Thabrany, 2020).

Perubahan kebijakan lainnya adalah dibentuknya Undang-undang

Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek) di tahun 1992 yang mewajibkan pegawai swasta untuk menjadi peserta Jaminan Pemeliharaan Jamsostek (JPK) Jamsostek. Selain itu dibentuk pula Undang-undang Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian yang membolehkan asuransi jiwa dan kerugian untuk menjual asuransi kesehatan dan Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang mempromosikan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM).

Adanya kebijakan-kebijakan ini menciptakan kebutuhan pemahaman mengenai asuransi/jaminan kesehatan sehingga dibentuklah pendidikan profesi asuransi pekerja atas kerja sama *Health Insurance Association of America* (HIAA). Di tahun 1998, Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia (Pamjaki) dibentuk sebagai organisasi profesi yang dapat memberikan pendidikan berkelanjutan pada anggotanya mengenai manajemen asuransi kesehatan (Thabrany, 2020). Semua hal ini mendorong semakin meluasnya pembiayaan kesehatan berbasis asuransi dan memperluas aplikasi ilmu ekonomi kesehatan.

Tahun 1998 merupakan tahun yang bergejolak di Indonesia. Salah satu catatan sejarahnya adalah terjadinya krisis ekonomi yang mengakibatkan terguncangnya nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing. Kondisi ini mengakibatkan melonjaknya harga-harga barang dan meningkatnya kemiskinan. Berbagai kebijakan dibentuk untuk merespons kondisi tersebut, salah satunya adalah pembentukan jaringan pengaman sosial (*social safety net*) menggunakan konsep JPKM untuk mencegah masyarakat yang jatuh miskin tidak mampu berobat, sehingga dibentuklah pra-badan penyelenggara JPKM yang bertugas sebagai penyelenggara JPKM (Thabrany, 2020).

Di tahun 1999 kemiskinan semakin meningkat dan 99 persen bahan baku obat serta alat kesehatan diimpor dengan harga yang tinggi yang mengakibatkan biaya pengobatan menjadi semakin mahal. Di titik inilah Indonesia semakin mengukuhkan hak kesehatan bagi seluruh rakyatnya pada amandemen UUD 1945. Pada amandemen ini dibuatlah pasal 28 ayat 1 h yang menyatakan "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan." Pasal ini menjadi fondasi reformasi kesehatan yang salah satunya tertuang dalam Undang-undang SJSN dan pencetus kebutuhan yang lebih banyak atas kajian-kajian berbasis ekonomi kesehatan.

Proses pembentukan Undang-undang SJSN Nomor 40 tahun 2004 melibatkan pembentukan tim Jaminan Sosial Nasional dan pengujian materi Undang-undang. Setelah Undang-undang SJSN dibentuk, ilmu ekonomi kesehatan semakin luas diimplementasikan antara lain untuk penghitungan iuran dan subsidi pemerintah

**Penerapan ilmu ekonomi di Indonesia semakin nyata dengan adanya perubahan-perubahan kebijakan kesehatan pada tahun 1990an berkaitan dengan situasi ekonomi pada saat itu.**

Semakin  
tingginya  
kebutuhan  
kajian ekonomi  
kesehatan,  
ilmu ekonomi  
kesehatanpun  
semakin  
berkembang  
dan dikenal di  
Indonesia.


untuk segmen populasi PBI, penghitungan tarif kapitasi, dan penghitungan tarif INA-CBGs.

Semakin tingginya kebutuhan kajian ekonomi kesehatan, ilmu ekonomi kesehatanpun semakin berkembang dan dikenal di Indonesia. Hal ini melatarbelakangi dibentuknya *Indonesian Health Economics Association* (INAHEA) di tahun 2014 (Thabrany, 2020). INAHEA telah menjadi sarana bagi para penggiat ilmu ekonomi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman mengenai berbagai aspek ekonomi dalam sistem kesehatan di Indonesia. Asosiasi ini beranggotakan praktisi dan akademis dari sektor pemerintah, swasta, dan universitas yang tersebar di seluruh Indonesia. Dengan keanggotaan yang semakin meluas, INAHEA terus berupaya untuk berkontribusi nyata dalam meningkatkan sistem dan status kesehatan masyarakat melalui aplikasi ilmu ekonomi kesehatan di Indonesia, karena masyarakat yang sehat merupakan modal terciptanya sumber daya manusia berkualitas untuk bangsa Indonesia yang maju dan sejahtera.

## Daftar Pustaka

- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Suparmi, Achadi, E. L., Taher, A., Wirawan, F., Sungkar, S., Sudarmono, P., Shankar, A. H., Thabrany, H. Universal Health Coverage in Indonesia: Concept, Progress, and Challenges. *The Lancet*, 393 (10166), 75-102. Reterived from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673618316477>
- Aisyah, R., Gorbiano, M. I. (2019, August 19). 'Break Away from the Natural Resources Curse': Jokowi Sets Sights on Human Development. *The Jakarta Post*. Retrieved from <https://www.thejakartapost.com/news/2019/08/19/whats-next-after-resource-boom-jokowi-says-its-humans-of-indonesia.html>
- Akku, S., Garg, A., Khandarkar, S. Cost-minimization Analysis of Gneric Equivalents (Bortezomib, Decitabine and Capecitabine) in Comparison to the Originator Brand Medicines in Colombia. (2016). *Generics and Biosimilars Initiative Journal*, 5 (4), 164. Retreived from <https://go.gale.com/ps/s?id=GALE%7CA530009054&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=20336403&p=HRCA&sw=w>
- Anderson, I., Meliala, A., Marzoeki, P., Pambudi, E. (2014). The Production, Distribution and Performance of Physicians, Nurses and Midwives in Indonesia: An Update. World Bank. Retrived from <http://documents1.worldbank.org/curated/en/912471468254690409/pdf/913240WP0UHC0C00Box385331B00PUBLIC0.pdf>

- Arrow, Kenneth J. 1963. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 53(5): 941-973
- Bhattacharya, J., Hyde, T., Tu, P. (2014). *The Palgrave MacMillan Health Economics*. London: Palgrave Macmillan.
- BPJS Kesehatan. (2020). Peserta Program JKN [diagram]. Retrieved from <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/>
- Clarke, P., Erreygers, G. Introduction to the Special Issue: Contributions to the History of Health Economics. *Oeconomia*, 8(3), 275-277. Retrieved from <https://journals.openedition.org/oeconomia/4068#quotation>
- Dartanto, T., Hanum, C., Usman, Bintara H., Bella, A., Putro P. (2017). Dampak JKN\_KIS pada Perekonomian Indonesia. BPJS Kesehatan. Retrieved from <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/22307a61e9670fee4d14b5138241507e.pdf>
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Torrance, G. W., O'Brien, B. J., Stoddart, G. L. (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford University Press
- Gani, A. (August 18, 2020). Personal communication [interview]
- Gani, A. *Pembiayaan Kesehatan dan JKN. Kajian Sektor Kesehatan*. (2019). Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kedeputan Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan Bappenas. Retrieved from [https://www.bappenas.go.id/files/4315/9339/2341/FA\\_Preview\\_HSR\\_Book08.pdf](https://www.bappenas.go.id/files/4315/9339/2341/FA_Preview_HSR_Book08.pdf)
- Gawande, A. (2014). *Being Mortal : Medicine and What Matters in the End*. New York :Metropolitan Books, Henry Holt and Company
- Health Policy Plus and National Team for the Acceleration of Poverty Reduction. (2018). *The Financial Sustainability of Indonesia's National Health Insurance Scheme: 2017-202*. Health Policy Plus. Retrieved from: [http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/8225-8395\\_HPPlusIndonesiaJKNFinSustBrief.pdf](http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/8225-8395_HPPlusIndonesiaJKNFinSustBrief.pdf)
- Humas BPJS Kesehatan. (2017, October 22). Faskes Diminta Optimalkan Perannya. BPJS Kesehatan. Retrieved from <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2017/576/Faskes-Diminta-Optimalkan-Perannya>
- IHE. (2020). What Causes the Most Death and Disability Combined? [diagram]. Retrieved from. <http://www.healthdata.org/indonesia>



Johar, M., Soewondo, P., Adji, A., PujiSubekti, R., Satrio, H. K., Wibisono, I.D. The Impact of Indonesia's Rapid Move Towards Universal Health Insurance on Total Health Care Expenditure. TNP2K Working Paper 3. Retrieved from <http://www.tnp2k.go.id/images/uploads/downloads/working-paper-the-impact-of-indonesia's-rapid-move-january-2018.pdf>

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Retrieved from <https://www.kemkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-profil-kesehatan.html>

Klugman, J. (2010). Human Development Report 2010 – 20th Anniversary Edition. The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development. SSRN. Retrieved from <https://ssrn.com/abstract=2294686>

Komite Penanganan Covid-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional. (2020). Tren Nasional (Akumulasi Data). Peta Sebaran Covid-19 [graph]. Retrieved from <https://covid19.go.id/peta-sebaran>

Mboi, N. (2015). Indonesia: On the Way to Universal Health Care. *Health Systems & Reform*, 1(2), 91-97, 10.1080/23288604.2015.1020642

Mboi, N., Surbakti, I. M., Trihandini, I., Elyazar, I., Smith, K. H., Ali, P. B., Kosen, S., Flemons, K., Ray, S. E., Cao, J., Glenn, S. D., Miller-Petrie, M. K., Mooney, M. D., Ried, J. L., Ningrum, D. N. A., Idris, F., Siregar, K. N., Harimurti, P., Bernstein, R. S., Pangestu, T., Sidharta, Y., Naghavi, M., Murray, C. J. L., Hay, S. I. (2018). On the road to universal health care in Indonesia, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 392 (10147), 581-591. Retrieved from [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30595-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30595-6/fulltext)

Mursalin. Soewondo, P. (2016). Analisis Estimasi Biaya Langsung Medis Penderita Rawat Jalan Diabetes Mellitus Tipe 2 di RSUD Dr. Abdul Aziz Singkawang Tahun 2013. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1 (2). Retrieved from <http://journal.fkm.ui.ac.id/jurnal-eki/article/view/1770>

Murti, B. (2019). *Ekonomi Kesehatan Edisi 2*. Surakarta: Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pascasarjana, Universitas Sebelas Maret

Pisani, E., Nistor, A., Hasnida, A., Parmaksiz, K., Xu, J., Kok, M. O. (2019). Identifying Market Risk for Substandard and Falsified Medicines: An Analytic Framework based on Qualitative Research in China, Indonesia, Turkey and

Romania. Wellcome Open Res., 4 (70). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6518437/#>

Qureshy, L.F., Alderman, H., Rokx, C., Pinto, R., Wai-Poi, M., Tandon, A. (2013). Positive returns: cost-benefit analysis of a stunting intervention in Indonesia. *Journal of Development Effectiveness*, 5 (4), 447-465. Retrieved from <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19439342.2013.848223>

Rajan, V., Patil, A., Pambudi, E. S., Junedi. (2018). Is Indonesia Ready to Serve? An Analysis of Indonesia's Primary Health Care Supply-Side Readiness. World Bank. Retrieved from <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/30623/130496-WP-P154841-PUBLIC-Is-Indonesia-Ready-to-Serve-21Sep2018-lores.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rintelen, K. V., Arida, E., Häuser C. (11 Sep 2017). A Review of Biodiversity-related Issues and Challenges in Megadiverse Indonesia and Other Southeast Asian Countries. *Research Ideas and Outcomes* 3: e20860. Retrieved from <https://riojournal.com/article/20860>


Saptati, R. (2020, February). Menghelat Program Kaya Manfaat. *Media Keuangan Transparansi Informasi Kebijakan Fiskal*. XV (149), pp.12-16. Retrieved from <https://mediakeuangan.kemenkeu.go.id/Documents/pdf/mewujudkan-perlindungan-memadai.pdf>

Setiawan, D., Dolk, F. C., Suwantika, A. A., Westra, T. A., Wllschut, J. C., Postma, M. J. (2016). Cost-Utility Analysis of Human Papillomavirus Vaccination and Cervical Screening on Cervical Cancer Patient in Indonesia. *Value in Health Regional Issues*, 9, 84-92. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212109915001065>

Shihab, A. N., Nurdin, A., Kadir, A., Thabrany, H., Paturusi, I. (2017). National Health Insurance Effects on Inpatient Utilization in Indonesia. *International Journal of Health Sciences & Research*, 7, 96-106. Retrieved from [https://www.ijhsr.org/IJHSR\\_Vol.7\\_Issue.4\\_April2017/16.pdf](https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.7_Issue.4_April2017/16.pdf)

Soewondo, P., Sarnianto, P., Irawati, D. O., Pujisubekti, R. (2020). Kajian Kebijakan Pengadaan Obat untuk Program Jaminan Kesehatan Nasional 2014-2018. TNP2K. Retrieved from [http://www.tnp2k.go.id/download/29882Kajian%20Kebijakan%20Obat%202014-2018%2026%20Juni%202020%20\(1\).pdf](http://www.tnp2k.go.id/download/29882Kajian%20Kebijakan%20Obat%202014-2018%2026%20Juni%202020%20(1).pdf)

Soewondo, P., Teplitskaya, L., Dutta, A., Adji, A., Nugroho D. (2017).



Trends in Inpatient and Outpatient Utilization Before and After JKN. The 4th inaHEA Annual Scientific Meeting & International Seminar on Health Economics, National Health Insurances Implementation. Retrieved from <http://conference.unair.ac.id/index.php/inahea/Current/paper/view/619>

Špacírová, Z., Epstein, D., García-Mochón, L. Rovira, J., Lima, O. D. L., Espín, J. (2020). *The European Journal of Health Economics*, 21, 529–542. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-019-01157-9#citeas>

Stiglitz, J. E. (2006). *Making globalization work*. New York: W.W. Norton & Co.

Stock, J. H., Watson, M. W. (2011). *Introduction to Econometrics* (3rd Edition). New York: Pearson

Thabrany, H. (August 21, 2020). Personal communication [interview]

Trisnantoro, L. (2018). *Kebijakan Pembiayaan dan Fragmentasi Sistem Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press

Undang-Undang 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 1

Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H Ayat (1)

Wammes, J. J. G., Siregar, A. Y., Hidayat, T., Raya, R. P., Crevel, R. V., Van der Ven. A. J., Baltussen R. (2012). Cost-effectiveness of methadone maintenance therapy as HIV prevention in an Indonesian high-prevalence setting: A mathematical modeling study. *International Journal of Drug Policy*, 23 (5), 358-364. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395912001065>

WHO. (2021). *Progressive Realization: Three Dimensions (Policy Choices) of Universal Health Coverage*. Retrieved from [https://www.who.int/health\\_financing/topics/benefit-package/UHC-choices-facing-purchasers/en/](https://www.who.int/health_financing/topics/benefit-package/UHC-choices-facing-purchasers/en/)



# Konsep Makroekonomi dan Kesehatan

Adrianna Bella dan Abdillah Ahsan



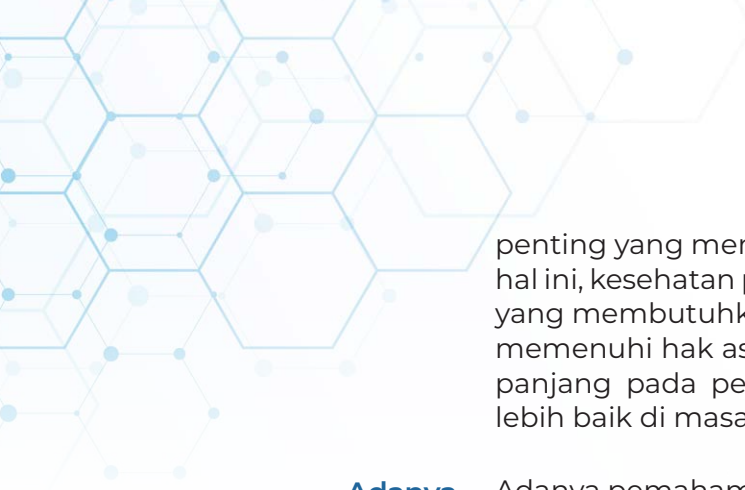
## 2.1. Pengantar

Berbeda dengan konsep mikroekonomi yang mempelajari tentang pembuatan keputusan dan transaksi di tingkat individu dan perusahaan, konsep makroekonomi merupakan studi tentang ekonomi secara luas dan pada tingkat agregat, yang mencakup pertumbuhan ekonomi, kebijakan ekonomi, dan indikator agregat lainnya (Mankiw, 2016). Dalam konteks kesehatan, konsep makroekonomi mencakup aktivitas ekonomi yang terkait dengan kesehatan secara agregat dan bermanfaat dalam penentuan alokasi dan prioritas sumber daya yang digunakan dalam program peningkatan kesehatan (Tulchinsky & Varavikova, 2014).

Layaknya pemenuhan kebutuhan akan komoditas lainnya, pemenuhan kebutuhan akan peningkatan kesehatan di level agregat terbentur oleh sumber daya yang terbatas, misalnya keterbatasan jumlah tenaga kesehatan dan ketersediaan anggaran yang perlu dialokasikan ke sektor non-kesehatan. Maka, mengetahui hubungan antara konsep makroekonomi dan kesehatan mampu membantu alokasi masukan (*input*) yang optimal dan menentukan target luaran (*output*) kesehatan yang sesuai dengan sumber daya yang ada.

Disisi lain, pemahaman akan peran kesehatan dalam pembangunan ekonomi diperlukan untuk menekankan bahwa, layaknya faktor modal manusia lainnya, kesehatan merupakan salah satu faktor

Dalam konteks kesehatan, konsep makroekonomi mencakup aktivitas ekonomi yang terkait dengan kesehatan secara agregat dan bermanfaat dalam penentuan alokasi dan prioritas sumber daya yang digunakan dalam program peningkatan kesehatan.



penting yang memengaruhi kualitas sumber daya manusia. Dalam hal ini, kesehatan perlu dipandang bukan hanya sebagai komponen yang membutuhkan banyak biaya dan hanya perlu dipenuhi untuk memenuhi hak asasi manusia, tetapi juga sebagai investasi jangka panjang pada peningkatan kualitas sumber daya manusia yang lebih baik di masa depan.

**Adanya pemahaman akan peran kesehatan ini diharapkan mampu memosisikan kesehatan agar mendapat perhatian dan alokasi sumber daya yang cukup seimbang dengan komponen investasi modal manusia lainnya.**

Adanya pemahaman akan peran kesehatan ini diharapkan mampu memosisikan kesehatan agar mendapat perhatian dan alokasi sumber daya yang cukup seimbang dengan komponen investasi modal manusia lainnya. Bab ini akan dimulai dengan pembahasan mengenai konsep makroekonomi dan kesehatan pada teori ekonomi klasik maupun modern, yang menunjukkan adanya hubungan timbal balik antara ekonomi dan kesehatan. Selanjutnya, bab ini membahas secara terperinci bagaimana peran kesehatan dalam perekonomian maupun pengaruh kebijakan dan kondisi ekonomi terhadap kesehatan.

## **2.2. Kesehatan dan Ekonomi Makro**

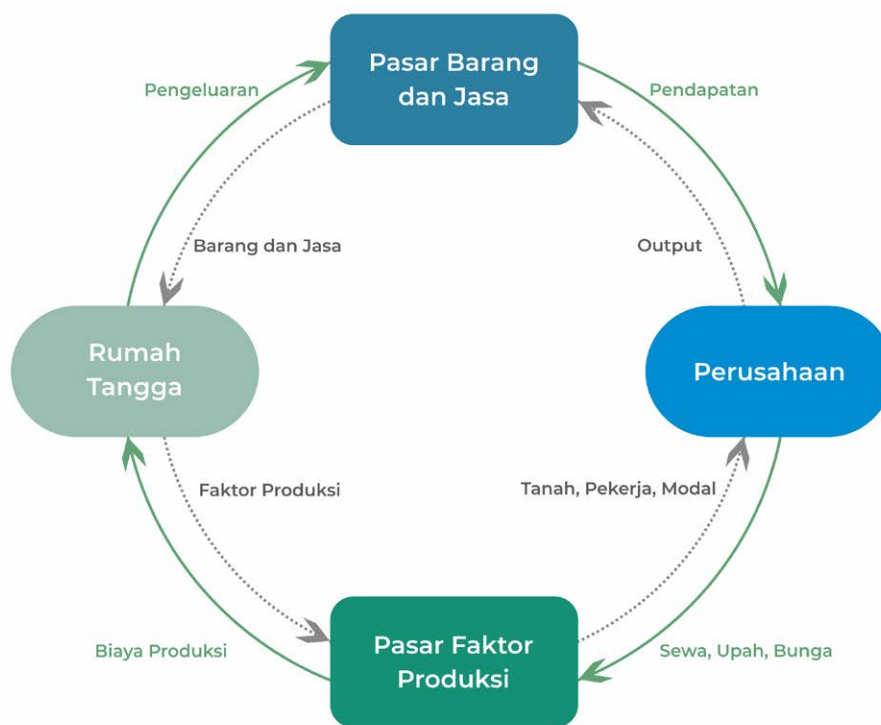
Analisis hubungan antara kesehatan dan makroekonomi dapat dibagi ke dalam dua tahap berdasarkan periodenya, yaitu (1) analisis melalui konsep makroekonomi klasik; dan (2) analisis melalui konsep ekonomi modern. Dalam konsep makroekonomi klasik, peran kesehatan sebagai salah satu komponen modal manusia yang mampu meningkatkan produktivitas ekonomi seringkali luput dari pembahasan karena pemusatan perhatian pada pendidikan dan keahlian sebagai modal manusia utama.

Selain itu, hubungan antara kesehatan dan ekonomi dalam konsep makroekonomi klasik adalah hubungan searah, yang mana kesehatan sebagai bagian dari modal manusia dapat memengaruhi tingkat produktivitas ekonomi. Dalam konsep makroekonomi modern, peran kesehatan sebagai salah satu komponen penting modal manusia semakin mendapat perhatian, meskipun hal ini menyebabkan mulai munculnya perdebatan di kalangan peneliti terdahulu terkait arah dan signifikansi hubungan tingkat kesehatan dan pembangunan ekonomi. Konsep modern juga menegaskan adanya hubungan timbal balik antara ekonomi dan kesehatan, yang mana bukan hanya kesehatan yang memengaruhi ekonomi melainkan juga pembangunan ekonomi yang mampu meningkatkan kualitas kesehatan.

### **2.2.1. Kesehatan dalam Fungsi Produksi Makroekonomi Klasik**

Dalam konsep makroekonomi klasik, kinerja perekonomian dari suatu negara dapat diukur dengan suatu indikator yang disebut Produk Domestik Bruto (PDB), yaitu nilai pasar dari seluruh barang dan jasa yang diproduksi oleh suatu negara dalam jangka waktu tertentu

(Mankiw, 2018). Serupa dengan konsep perekonomian individu, pengeluaran dan pemasukan dari perekonomian secara total haruslah sama, sehingga PDB pun dapat diukur melalui pendekatan pengeluaran dan pendekatan pemasukan. Melalui pendekatan pengeluaran, PDB merupakan fungsi dari belanja rumah tangga dan perusahaan, belanja modal, belanja pemerintah, dan surplus ekspor; sedangkan melalui pendekatan pendapatan, PDB merupakan fungsi dari pembayaran sewa, upah, dan bunga/imbil hasil investasi. Interaksi dalam pasar yang menggambarkan pembentukan PDB pada suatu perekonomian terlihat pada Gambar 2.1.



**Gambar 2.1.**  
**Diagram Arus**  
**Melingkar**  
**Kegiatan Ekonomi**

Kompilasi Penulis

Pada Gambar 2.1. di atas, terlihat bahwa faktor produksi merupakan salah satu komponen penentu besaran barang dan jasa (PDB) yang dapat diproduksi oleh suatu negara. PDB berbagai negara yang merupakan hasil pemanfaatan faktor-faktor produksi sangatlah bervariasi: mulai dari sangat miskin hingga paling kaya. Salah satu faktor yang memicu adanya perbedaan kondisi perekonomian berbagai negara di dunia adalah produktivitas, yaitu jumlah barang dan jasa yang dapat dihasilkan oleh setiap pekerja. Produktivitas suatu negara ditentukan oleh empat faktor produksi: modal fisik (*physical capital*), modal manusia (*human capital*), sumber daya alam (*natural resources*), dan teknologi. Hubungan antara keempat faktor produksi ini dengan PDB dan produktivitas tertuang dalam fungsi produksi (1.1) dan persamaan produktivitas (1.2) di bawah ini (Mankiw, 2016, 2018):

$$Y = A f(L, K, H, N) \quad (1.1)$$

$$\frac{Y}{L} = A f\left(1, \frac{K}{L}, \frac{H}{L}, \frac{N}{L}\right) \quad (1.2)$$



di mana  $Y$  merupakan produksi barang dan jasa (PDB),  $Y/L$  merupakan *output* per tenaga kerja atau disebut produktivitas,  $A$  merupakan teknologi,  $L$  adalah tenaga kerja,  $K$  adalah modal fisik,  $H$  adalah modal manusia, dan  $N$  adalah sumber daya alam. Teknologi merupakan penemuan masyarakat dalam menciptakan produksi dengan cara yang paling efektif dan efisien. Teknologi menempati posisi yang istimewa dalam fungsi produksi, karena peningkatan teknologi akan memengaruhi luaran dari seluruh faktor produksi lainnya. Modal fisik merupakan bentuk modal dalam bentuk barang yang biasanya digambarkan sebagai mesin dan alat-alat produksi. Semakin lengkap alat yang digunakan seorang pekerja, maka akan semakin banyak pula produk yang dapat dihasilkan.

**Faktor penentu produktivitas dalam perekonomian adalah sumber daya alam.**

Modal manusia merupakan modal 'tak berwujud' (*intangible*) yang biasanya digambarkan dalam bentuk kualitas pendidikan dan pengalaman dalam konsep makroekonomi klasik. Meningkatnya modal manusia seorang pekerja akan membuatnya semakin mampu menciptakan produk barang dan jasa dengan efektivitas dan efisiensi yang lebih tinggi. Faktor penentu produktivitas dalam perekonomian adalah sumber daya alam, baik yang dapat diperbaharui seperti pohon dan ikan maupun yang tidak dapat diperbaharui (dalam waktu singkat) seperti minyak dan gas bumi.

Mayoritas buku dan studi terdahulu mengenai konsep makroekonomi klasik menggambarkan modal manusia dalam bentuk pendidikan dan pengalaman, serta mengesampingkan pentingnya peran kesehatan dalam membentuk modal manusia (Becker, 2007; Bloom et al., 2001, 2004). Berdasarkan hal ini, Bloom et al. (2004) menginisiasi sebuah fungsi produksi yang secara spesifik memasukkan kesehatan sebagai salah satu faktor produksi modal manusia yang memengaruhi produktivitas tenaga kerja, yang tertuang dalam persamaan berikut:

$$Y = A f(L, K, e) \tag{1.3}$$

$$e = f(s, exp, h) \tag{1.4}$$

di mana  $s$  merupakan tahun sekolah (*years of schooling*),  $exp$  merupakan pengalaman kerja, dan  $h$  merupakan kesehatan. Dalam model ini, angka harapan hidup di saat lahir (*life expectancy at birth*) digunakan sebagai *proxy* dari kesehatan. Studi ini menemukan bahwa setiap kenaikan angka harapan hidup saat lahir sebanyak satu tahun akan menyebabkan produksi barang dan jasa meningkat sebanyak 4%. Hasil dari penelitian ini menegaskan tentang peran kesehatan sebagai salah satu faktor produksi yang diperhitungkan dalam peningkatan pertumbuhan ekonomi dan produktivitas tenaga kerja.

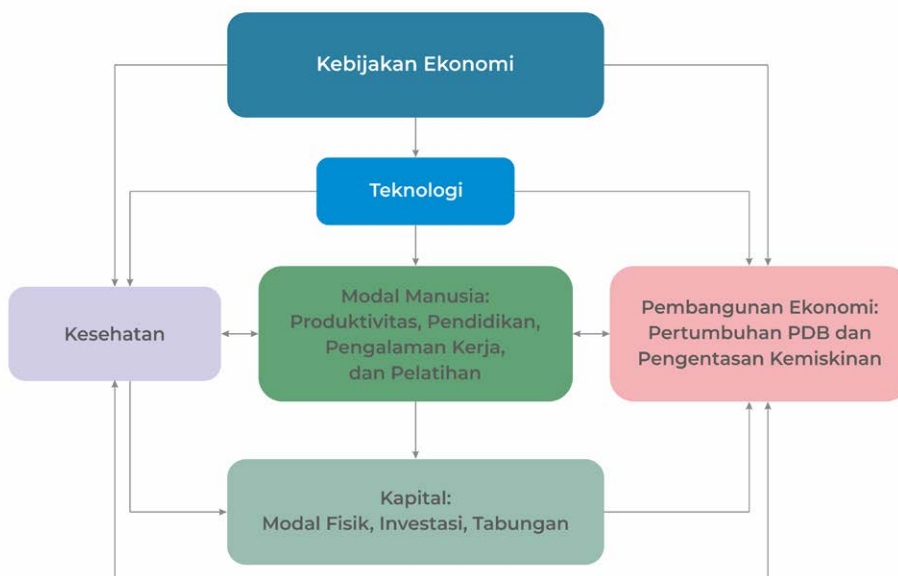
## 2.2.2. Kesehatan dan Ekonomi dalam Konsep Modern

Dalam konsep makroekonomi klasik, kesehatan seringkali terabaikan sebagai bagian dari modal manusia dalam faktor produksi; sedangkan dalam konsep ekonomi modern, pengaruh kesehatan terhadap ekonomi menjadi perdebatan di antara para ekonom dunia. Acemoglu & Johnson (2007) mengawali perdebatan ini dengan menyatakan bahwa peningkatan kesehatan secara signifikan, yang ditunjukkan oleh indikator makro angka harapan hidup, tidak terbukti memiliki dampak signifikan terhadap pendapatan per kapita.

Hal ini disanggah oleh kebanyakan studi lain yang menyatakan bahwa dampak kesehatan terhadap pembangunan ekonomi telah banyak terbukti melalui studi ekonomi mikro, dampak peningkatan kesehatan dapat membutuhkan 'jeda' yang cukup panjang, peran kesehatan dapat melalui 'dampak tidak langsung' yang seringkali terabaikan dalam studi, dan bahwa hubungan kesehatan dan ekonomi bersifat timbal balik (Bleakley, 2010, 2006; Bloom et al., 2009; Weil, 2007).

Pada konsep makroekonomi non-klasik, peran kesehatan terhadap ekonomi lebih dari sekadar bagian dari modal manusia yang memengaruhi produktivitas tenaga kerja. Kesehatan juga memengaruhi ekonomi melalui perannya dalam penguatan faktor produksi lainnya, yaitu pendidikan dan investasi (Sachs et al., 2001). Selain itu, hubungan antara kesehatan dan ekonomi bukanlah hubungan searah, melainkan hubungan timbal balik (Bloom & Canning, 2003a; Sachs et al., 2001).

Kesehatan memengaruhi ekonomi secara langsung melalui produktivitas dan tidak langsung melalui faktor produksi lainnya; sedangkan ekonomi memengaruhi kesehatan melalui kebijakan ekonomi, peningkatan PDB per kapita, peningkatan modal manusia, dan pengentasan kemiskinan. Hubungan antara kesehatan dan ekonomi yang cukup kompleks ini dapat terlihat dalam Gambar 2.2. di bawah ini:



**Gambar 2.2.** Hubungan antara Kesehatan dan Ekonomi

Sachs, et.al. (2001). Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. In Report of the Commission on Macroeconomics and Health. <https://doi.org/10.1038/nm0602-551b>



Hubungan antara kesehatan dan ekonomi juga dapat diukur dengan beberapa teori lain selain pendekatan faktor produksi, antara lain melalui pendekatan 1) biaya penyakit (*costs of illnesses*), 2) perubahan struktur demografi, dan 3) *value of statistical life* (VSL) (Husain, 2010). Pendekatan pertama menyatakan bahwa adanya penyakit dapat memperburuk perekonomian melalui i) biaya langsung kesehatan dan pengobatan, ii) biaya tidak langsung melalui hilangnya produktivitas, dan iii) biaya tak berwujud akibat adanya kehilangan anggota keluarga yang meninggal karena penyakit (Suhrcke et al., 2006); pendekatan kedua berargumen bahwa kesehatan merupakan pemicu awal perubahan struktur demografi yang dapat menguntungkan pembangunan ekonomi (Bloom, Canning, & Sevilla, 2003); sedangkan pendekatan terakhir menyatakan bahwa pengkerdilan dampak kesehatan terhadap ekonomi adalah akibat kekurangan PDB dalam mengkuantifikasi kesehatan, sehingga diperlukan adanya pendekatan baru berupa VSL (Suhrcke et al., 2006; Viscusi, 2014).

**Dalam konsep ekonomi modern, terdapat berbagai pendekatan yang digunakan untuk menggambarkan pentingnya kesehatan dalam perekonomian.**

Dalam konsep ekonomi modern, terdapat berbagai pendekatan yang digunakan untuk menggambarkan pentingnya kesehatan dalam perekonomian. Terlepas dari pendekatan mana yang paling baik, kesehatan merupakan suatu indikator penting yang patut diperhitungkan sebagai salah satu faktor yang memengaruhi pembangunan ekonomi. Selain itu, hubungan antara kesehatan dan ekonomi merupakan hubungan positif dua arah, dimana peningkatan indikator yang satu akan turut meningkatkan indikator yang satunya, dan sebaliknya.

## **2.3. Peran Kesehatan dalam Pembangunan Ekonomi**

### **2.3.1. Kesehatan dan Produktivitas Tenaga Kerja**

Pada pendekatan fungsi produktivitas sebelumnya, telah dijelaskan bahwa kesehatan merupakan bagian dari modal manusia yang memengaruhi pertumbuhan ekonomi. Bloom & Canning (2008) mengemukakan bahwa kesehatan sebagai modal manusia memengaruhi perekonomian melalui produktivitas tenaga kerja dalam jangka panjang dan jangka pendek. Dalam jangka panjang, kesehatan di masa kanak-kanak mampu memengaruhi beberapa indikator tenaga kerja di masa dewasa.

Hubungan antara kesehatan di usia anak dan capaian ketenagakerjaan di usia dewasa dihubungkan melalui dua jalur utama, yaitu melalui i) kesehatan di masa dewasa dan ii) capaian pendidikan (Currie & Goodman, 2020; Haas et al., 2011). Beberapa studi terdahulu, yang umumnya menggunakan pendekatan mikro ekonomi, menemukan bahwa tinggi badan, kecukupan nutrisi, kesehatan mental, paparan terhadap intervensi kesehatan, kesehatan di saat lahir, dan penilaian status kesehatan (*self-*

*assessed health*) di masa kecil memiliki hubungan positif dengan beberapa indikator tenaga kerja di masa dewasa, seperti status bekerja, besaran pendapatan/gaji, dan partisipasi angkatan kerja (Baird et al., 2016; Case & Paxson, 2010; Currie & Widom, 2010; Haas et al., 2011; Johnson & Schoeni, 2011; Martorell et al., 2010).

Dalam jangka pendek, kesehatan pekerja dapat memiliki pengaruh negatif pada produktivitas, yaitu *output* (produksi) yang dihasilkan per unit input tenaga kerja. Kesehatan memengaruhi produktivitas melalui pengaruhnya pada input tenaga kerja, yang dapat diukur dalam bentuk kuantitas (mis. jam kerja) dan kualitas (mis. kemampuan dan efektivitas kerja) (Zhang et al., 2011). Menurunnya status kesehatan seorang tenaga kerja akan memengaruhi kuantitas input tenaga kerja dalam bentuk *absenteeism*—yaitu hilangnya jumlah hari kerja akibat masalah kesehatan—dan *presenteeism*—yakni menurunnya kualitas pekerjaan seseorang karena isu kesehatan (Holden et al., 2011; Mitchell & Bates, 2011; Van Den Heuvel et al., 2010). Bukti ilmiah juga menunjukkan bahwa masalah kesehatan yang dialami pekerja atau penduduk usia kerja dapat menurunkan kuantitas dan kualitas pekerja dalam beberapa bentuk lainnya, seperti partisipasi angkatan kerja, status pengangguran, tingkat pendapatan pekerja, dan jumlah produksi (Forbes et al., 2010; Frijters et al., 2010; Haan & Myck, 2009; Halla & Zweimüller, 2013; Hessels et al., 2020; Holter, 2010; Jäckle & Himmler, 2010; Levinson et al., 2010; McNamara et al., 2012).

Studi terdahulu mengenai dampak kesehatan terhadap produktivitas dan indikator tenaga kerja lainnya di Indonesia masih cukup terbatas. Salah satu studi pelopor studi ini di Indonesia adalah penelitian dalam lingkup ekonomi mikro yang dilakukan oleh Basta, Soekirman, Karyadi, & Scrimshaw (1979), yang menunjukkan bahwa kekurangan zat besi pada pekerja kerah biru secara signifikan menurunkan produksi pekerja. Selanjutnya studi ini disusul oleh beberapa studi lain dengan topik serupa (Scholz et al., 1997; Thomas et al., 2004; Untoro et al., 1998).

Pada periode terkini, studi lainnya di tingkat ekonomi mikro juga menganalisis peran kesehatan dalam memengaruhi produktivitas tenaga kerja, seperti dampak tinggi badan terhadap pendapatan (Sohn, 2015) dan keuntungan ekonomi pengentasan *stunting* di Indonesia (Qureshy et al., 2013). Dalam ruang lingkup makro, sebuah studi menunjukkan bahwa angka harapan hidup pekerja berbanding lurus dengan PDB di Indonesia (Baharin et al., 2020). Meskipun analisis dampak kesehatan terhadap produktivitas di Indonesia masih terbatas, studi terdahulu menunjukkan bahwa kesehatan dapat memengaruhi capaian produktivitas tenaga kerja di Indonesia.

**Studi terdahulu mengenai dampak kesehatan terhadap produktivitas dan indikator tenaga kerja lainnya di Indonesia masih cukup terbatas.**

### 2.3.2. Pengaruh Kesehatan Terhadap Pendidikan Sebagai Modal Manusia

Kesehatan sebagai modal manusia tidak hanya memengaruhi perekonomian melalui produktivitas tenaga kerja, melainkan juga melalui hubungannya terhadap pendidikan.

Kesehatan sebagai modal manusia tidak hanya memengaruhi perekonomian melalui produktivitas tenaga kerja, melainkan juga melalui hubungannya terhadap pendidikan. Studi terdahulu memprediksi adanya hubungan positif timbal balik antara kesehatan dan pendidikan, sehingga peningkatan salah satu indikator akan meningkatkan indikator lainnya secara simultan (Chandola et al., 2006; Hansen, 2013; Raji, 2020; Sujianto, 2018). Di satu sisi, pendidikan akan berdampak pada peningkatan kesehatan melalui paling tidak melalui tiga jalur mediasi, yakni (1) dampak pendidikan terhadap status sosial ekonomi, (2) pengaruh pendidikan terhadap kemampuan memahami pesan promosi kesehatan, yang selanjutnya memengaruhi perilaku kesehatan, dan (3) peran pendidikan dalam memengaruhi kendali atas diri sendiri (*sense of personal control*) (Chandola et al., 2006).

Di sisi lain, bukti ilmiah terdahulu juga menyatakan bahwa peningkatan kesehatan dapat memengaruhi capaian pendidikan setidaknya melalui dua mekanisme utama, yaitu (1) kesehatan, melalui penurunan tingkat mortalitas, meningkatkan insentif untuk berinvestasi pada pendidikan anak, dan (2) kesehatan dapat memengaruhi kemampuan kognitif dan kehadiran seseorang/anak di sekolah (Bloom & Canning, 2008).

Studi terdahulu pada mekanisme pertama cukup terbatas dan dilakukan pada masa lampau. Beberapa penelitian terkait menemukan bahwa menurunnya tingkat mortalitas akibat peningkatan kesehatan akan menurunkan ketidakpastian (*uncertainty*) akan kelangsungan hidup anak, sehingga menurunkan permintaan berjaga-jaga terhadap anak (*precautionary demand for children*<sup>1</sup>) (Kalemli-Ozcan, 2002, 2003; Kalemli-Ozcan et al., 2000). Sesuai dengan teori adanya *trade-off* antara kuantitas dan kualitas anak (Becker & Lewis, 1973), penurunan permintaan anak inilah yang selanjutnya meningkatkan tingkat pendidikan.

Pada mekanisme kedua, kesehatan dapat memengaruhi kemampuan kognitif dan kehadiran di sekolah, yang selanjutnya memengaruhi capaian pendidikan, melalui empat hal utama: 1) kesehatan sebelum (*in utero*) dan saat kelahiran (*at birth*), 2) kecukupan nutrisi, 3) penurunan penyakit, dan 4) kondisi lingkungan (Almond & Currie, 2011; Chandola et al., 2006; Currie & Goodman, 2020; Currie & Vogl, 2013). Sebagai contoh, penelitian sebelumnya menemukan bahwa berbagai intervensi untuk menurunkan penyakit, seperti malaria dan cacangan, memiliki hubungan positif

<sup>1</sup> *Precautionary demand for children* pertama kali berasal dari teori *tradeoff* kuantitas-kualitas permintaan anak oleh Becker & Barro (1988), yang mana rumah tangga merespons risiko kematian yang dihadapi oleh anak dengan meningkatkan jumlah anak yang ingin dimiliki oleh sebuah keluarga untuk menjaga kestabilan jumlah anak di masa depan.

dengan pendaftaran (*enrollment*) dan kehadiran di sekolah, nilai tes kemampuan kognitif, dan jumlah tahun pendidikan (Baird et al., 2016; Barofsky et al., 2015; Bleakley, 2007; Venkataramani, 2012).

Meskipun telah banyak bukti ilmiah yang menguatkan adanya hubungan positif timbal balik antara kesehatan dan pendidikan, segelintir studi masih mempertanyakan hubungan timbal balik ini dan memiliki argumen masing-masing mengenai indikator mana yang memiliki dampak lebih besar terhadap lainnya (Liu et al., 2018; Tang & Lai, 2011).

Terkait studi di Indonesia, penelitian yang menganalisis hubungan antara kesehatan dan pendidikan masih cukup minim. Salah satu studi yang melakukan analisis di tingkat ekonomi makro di Indonesia menemukan bahwa anggaran kesehatan pemerintah memiliki hubungan positif dengan anggaran pendidikan, dan sebaliknya, sehingga secara tidak langsung mencerminkan bahwa pendidikan dan kesehatan memiliki hubungan timbal balik yang signifikan (Sujianto, 2018).

**Terkait studi di Indonesia, penelitian yang menganalisis hubungan antara kesehatan dan pendidikan masih cukup minim.**

### **2.3.3 Implikasi kesehatan pada tabungan dan investasi**

Kesehatan memiliki dampak tidak langsung terhadap perekonomian melalui pengaruhnya pada tabungan dan investasi, yaitu dua indikator utama yang membentuk kapital pada model fungsi produksi sebelumnya. Kesehatan memengaruhi tabungan dan investasi setidaknya melalui tiga hal: 1) menurunnya tabungan akibat pengeluaran (*out of pocket*) untuk biaya pengobatan, 2) meningkatnya angka harapan hidup yang memberi insentif lebih menabung untuk masa depan, dan 3) meningkatnya investasi akibat adanya peningkatan produktivitas tenaga kerja (Bloom & Canning, 2008).

Pada mekanisme pertama, buruknya kesehatan dan penyakit akan meningkatkan pengeluaran medis dan perawatan kesehatan. Pengeluaran kesehatan katastrofik yang berasal dari pengeluaran saku dapat menyebabkan berbagai konsekuensi keuangan, seperti meningkatnya utang, berkurangnya aset, menurunnya konsumsi, meningkatnya kemungkinan jatuh miskin, serta digunakannya/berkurangnya tingkat tabungan rumah tangga (Kim & Yang, 2011; Manoochehr et al., 2009; Minh et al., 2013; Wagner et al., 2011).

Dalam jangka panjang, kesehatan juga memengaruhi tabungan dengan menurunkan tingkat mortalitas dan menciptakan penduduk yang berumur panjang (*longevity*), sehingga mereka memiliki insentif lebih untuk merencanakan masa depan dalam bentuk tabungan, terutama tabungan masa pensiun. Melalui model tabungan siklus hidup (*life-cycle saving*), beberapa studi sebelumnya menemukan bahwa peningkatan umur panjang dan angka harapan hidup memiliki korelasi positif dengan rasio tabungan, tingkat tabungan per kapita, meskipun rasio tersebut



dapat berkurang akibat meningkatnya rasio ketergantungan (*dependency ratio*) dan ketiadaan sistem jaminan hari tua pada suatu negara (Bloom et al., 2007; Bloom, Canning, & Graham, 2003; El Mekkaoui de Freitas & Oliveira Martins, 2014; Li et al., 2007; Sheshinski, 2006).

Selain memengaruhi tabungan, kesehatan penduduk suatu negara juga memengaruhi tingkat investasi, terutama investasi yang berasal dari luar negeri. Salah satu rujukan utama yang mengeksplorasi hubungan ini dilakukan oleh Alsan, Bloom, & Canning (2006), yang menemukan adanya hubungan positif antara peningkatan angka harapan hidup dengan *foreign direct investment* (FDI). Temuan ini juga didukung oleh beberapa studi lainnya yang mengeksplorasi adanya hubungan negatif antara tingkat infeksi penyakit menular, seperti HIV/AIDS, malaria, dan tuberkulosis, dengan FDI (Asiedu et al., 2015; Azémar & Desbordes, 2009; Ghosh & Renna, 2015); dan hubungan positif antara vaksinasi dengan FDI (Bärnighausen et al., 2013, 2014).

**Salah satu contoh kasus adanya hubungan antara kesehatan dan investasi adalah berkurangnya arus modal dan FDI pada suatu negara akibat wabah COVID-19.**

Salah satu contoh kasus adanya hubungan antara kesehatan dan investasi adalah berkurangnya arus modal dan FDI pada suatu negara akibat wabah COVID-19. Keberadaan wabah ini diprediksi akan menyebabkan menurunnya FDI global sebesar 40% dan jatuhnya arus modal sebesar lebih dari -100% sejak awal kasus COVID-19 di negara-negara *emerging economies*, termasuk Indonesia (OECD, 2020; UNCTAD, 2020). Dampak penurunan arus modal dan investasi akibat sebuah wabah penyakit ini ternyata sekitar 4-5 kali lebih besar dibandingkan krisis finansial 2008 dan dampak kepanikan akan pengumuman kebijakan moneter Amerika Serikat pada 2013 (OECD, 2020). Di Indonesia sendiri, peningkatan kasus COVID-19 sejak awal Maret 2020 memicu turunnya arus modal sebanyak \$11.7 miliar atau sekitar minus 70 persen sejak akhir Februari 2020 hingga April 2020 (Qibthiyah et al., 2020). Melalui hal ini, terlihat bahwa menurunnya tingkat kesehatan, terutama melalui keberadaan wabah, mampu mengguncang perekonomian melalui penurunan investasi/ arus modal.

## **2.4. Peran Ekonomi terhadap Peningkatan Kesehatan**

### **2.4.1. Pengeluaran Kesehatan (*Health Expenditure*) dan Peningkatan**

Kerangka pikir pada figur 1 sebelumnya telah menjelaskan bahwa ekonomi, yang terwakilkan dalam PDB, juga dapat memengaruhi kesehatan. Dalam hal ini, pengeluaran kesehatan agregat (*health expenditure*), yang merupakan salah satu komponen PDB melalui pendekatan pengeluaran/konsumsi, dapat menjadi salah satu penghubung utama antara ekonomi (PDB) dan kesehatan. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa peningkatan

pengeluaran kesehatan beriringan dengan peningkatan PDB, meskipun besaran peningkatannya bervariasi bergantung pada nilai elastisitas pengeluaran kesehatan terhadap PDB atau pendapatan di setiap negara (Ke et al., 2011; Nyamwange, 2013; Sülkü & Caner, 2011).

Studi terdahulu telah membuktikan bahwa peningkatan pengeluaran kesehatan, terutama yang berasal dari anggaran negara, memiliki dampak positif pada berbagai indikator kesehatan. Beberapa studi menemukan bahwa pengeluaran kesehatan publik memiliki dampak positif pada berbagai indikator kesehatan anak, seperti penurunan tingkat kematian bayi dan anak serta tingkat kelangsungan hidup balita (Baldacci et al., 2008; Boachie & Ramu, 2016; Hu & Mendoza, 2013; Novignon et al., 2012).

Penelitian lainnya juga menemukan bahwa peningkatan pengeluaran kesehatan sebagai proporsi dari PDB memiliki korelasi positif dengan angka harapan hidup, penurunan tingkat mortalitas, penurunan jumlah penyakit kronis, dan morbiditas penyakit menular (Becchetti et al., 2017; Erwin et al., 2012; Gallet & Doucouliagos, 2017). Bukti ilmiah tersebut menunjukkan bahwa pengeluaran kesehatan, yang merupakan komponen PDB dan ekonomi, memegang peranan penting dalam memperbaiki berbagai capaian kesehatan, terutama pada negara berkembang seperti Indonesia.

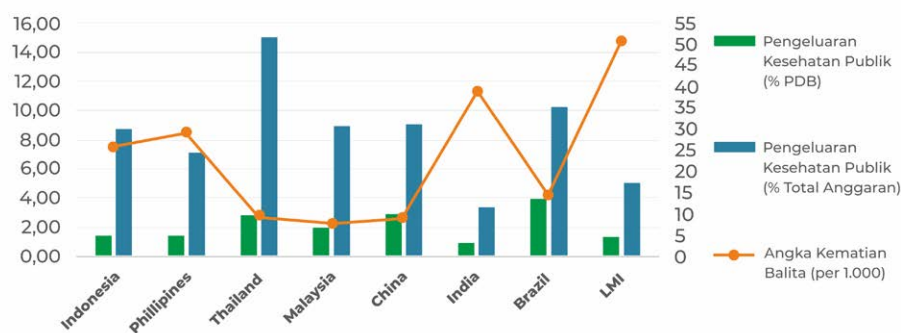
Pengeluaran kesehatan pada suatu negara dapat dibentuk oleh pengeluaran publik dan swasta. Demi mencapai tujuan kesehatan melalui peningkatan pengeluaran kesehatan, pemerintah dapat lebih berperan melalui otoritasnya dalam menentukan pengeluaran kesehatan publik dibandingkan pengeluaran kesehatan swasta. Dalam kasus Indonesia, pengeluaran kesehatan publik diatur dalam UU Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan, yang menyatakan bahwa alokasi anggaran kesehatan pemerintah adalah sebesar minimal 5% dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) di luar gaji.

Sementara itu, anggaran kesehatan untuk pelayanan publik hanya dimandatkan sebesar  $\frac{2}{3}$  dari total anggaran kesehatan, atau sekitar 3,3 persen dari APBN. Seperti terlihat pada Gambar 2.3, proporsi pengeluaran kesehatan Indonesia terhadap PDB masih tertinggal dari beberapa negara lain dengan kondisi ekonomi yang serupa. Besaran proporsi pengeluaran kesehatan publik Indonesia, meskipun telah melampaui batas bawah UU dengan 8,73 persen pengeluaran kesehatan dari APBN, ternyata hanya sebesar 1,45% dari total PDB di tahun 2017. Pada figur tersebut terlihat pula bahwa negara yang memiliki proporsi pengeluaran kesehatan terhadap PDB yang lebih rendah cenderung memiliki angka kematian balita yang lebih tinggi.

**Demi mencapai tujuan kesehatan melalui peningkatan pengeluaran kesehatan, pemerintah dapat lebih berperan melalui otoritasnya dalam menentukan pengeluaran kesehatan publik dibandingkan pengeluaran kesehatan swasta.**

**Gambar 2.3.**  
**Proporsi Anggaran**  
**Kesehatan dan**  
**Angka Kematian**  
**Balita pada 2017**

World Bank. (2020).  
 Health, Nutrition,  
 and Population  
 Indicators.  
 DataBank.  
<https://databank.worldbank.org/source/health-nutrition-and-population-statistics/Type/TABLE/preview/on>



Proporsi pengeluaran kesehatan publik terhadap PDB di Indonesia masih di bawah rekomendasi WHO untuk melindungi dari risiko pengeluaran katastropik dan penurunan akses kesehatan yang diakibatkan oleh biaya kesehatan yang harus ditanggung sendiri (*out-of-pocket health expenditure*) (WHO, 2010). Studi lainnya juga menyatakan bahwa proporsi pengeluaran kesehatan publik *minimum* yang dimiliki suatu negara sebaiknya adalah sebesar 5 persen dari total PDB untuk dapat mencapai jaminan kesehatan semesta (McIntyre et al., 2017).

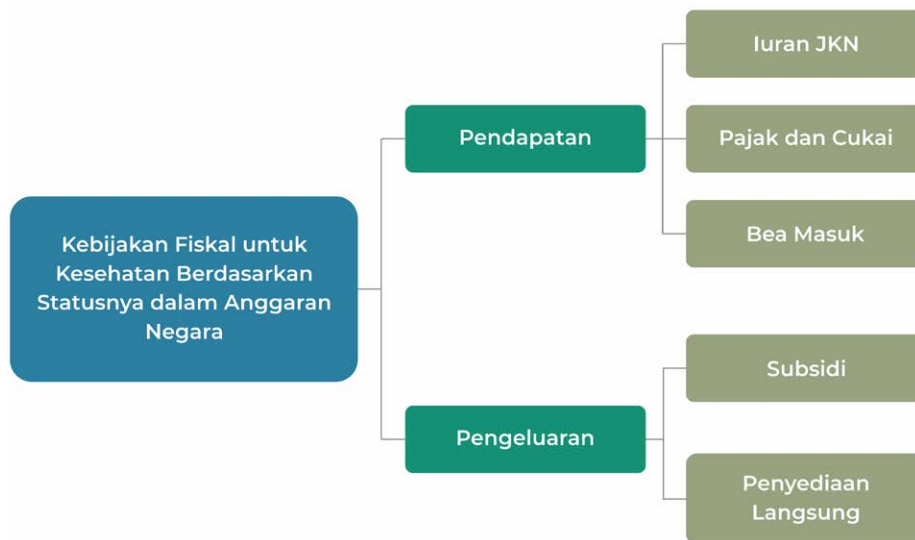
Berdasarkan adanya hubungan positif antara pengeluaran kesehatan—terutama pengeluaran kesehatan publik—dan kesehatan, serta adanya rekomendasi terkait proporsi pengeluaran kesehatan minimal sebuah negara, Indonesia perlu mengevaluasi besaran pengeluaran kesehatan demi mencapai berbagai indikator kesehatan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) dan jaminan kesehatan semesta yang berkesinambungan.

### 2.4.2. Kebijakan Fiskal untuk Kesehatan

Salah satu bentuk intervensi pemerintah dalam perekonomian yang dapat secara langsung memengaruhi kesehatan masyarakat adalah kebijakan fiskal. Tujuan kebijakan fiskal untuk kesehatan dapat dibagi ke dalam tiga hal utama, yaitu: 1) menekan perilaku tidak sehat (*unhealthy behaviours*), 2) mempromosikan perilaku sehat dan pencegahan penyakit, serta 3) memperluas cakupan dan akses layanan kesehatan (Nugent & Knaul, 2006). Selain tiga hal utama tersebut, pemerintah juga menerapkan kebijakan fiskal pada beberapa komoditas yang secara tidak langsung memengaruhi kesehatan, seperti sanitasi dan air bersih, makanan pokok, dan listrik.

Kebijakan fiskal untuk kesehatan juga dapat dibagi berdasarkan statusnya dalam anggaran negara, yaitu pengeluaran dan pemasukan. Pada sisi pendapatan pemerintah, kebijakan fiskal untuk kesehatan dapat berupa iuran (asuransi kesehatan publik), pajak dan cukai komoditas tertentu, dan pengaturan bea masuk alat-alat atau komoditas kesehatan; sedangkan pada sisi pengeluaran pemerintah, kebijakan fiskal untuk kesehatan bisa dalam bentuk subsidi atau pengadaan langsung. Penggunaan kebijakan fiskal

untuk kesehatan berdasarkan posisinya dalam anggaran negara dapat terlihat pada Gambar 2.4. berikut.



**Gambar 2.4.**  
**Kebijakan Fiskal untuk Kesehatan Berdasarkan Sumbernya**

Sumber: Dimodifikasi dari Nugent & Knaul (2006)

Terdapat beberapa contoh penggunaan kebijakan fiskal yang ditujukan untuk memengaruhi komoditas/perilaku tertentu. Dalam hal kebijakan fiskal untuk menekan perilaku tidak sehat, kebijakan fiskal yang biasa dipilih adalah dalam bentuk pajak dosa (*sin tax*), seperti pajak untuk tembakau/rokok, minuman beralkohol, dan minuman berpemanis (*sugar-sweetened beverages*). Sebagai contoh, mayoritas negara di dunia menunjukkan efektivitas pajak rokok untuk menurunkan tingkat konsumsi rokok dan prevalensi merokok, termasuk di Indonesia (Azagba et al., 2015; Barkat et al., 2012; Hidayat & Thabrany, 2010; Yeh et al., 2017); sedangkan pajak minuman berpemanis yang berpotensi dapat menurunkan tingkat kelebihan berat badan dan diabetes masih menuai perdebatan di kalangan peneliti (Barrientos-Gutierrez et al., 2018; Hanks et al., 2013; Quirnbach et al., 2018).

Pemerintah juga dapat menerapkan kebijakan fiskal untuk mendorong promosi perilaku sehat dan pencegahan penyakit, yang pada umumnya dilakukan melalui subsidi dan penyediaan langsung. Sebagai ilustrasi, subsidi untuk kawat nyamuk di daerah endemik malaria mampu secara efektif menurunkan tingkat infeksi malaria sebanyak 53-60 persen (Fink & Masiye, 2012); dan subsidi total atau penyediaan langsung vaksin pneumococcal dapat menyelamatkan nyawa sekitar lebih dari sepuluh ribu anak dan sekitar hampir 95 ribu kasus (Tate et al., 2011).

Kebijakan fiskal juga dapat diterapkan pada penyediaan hal terkait layanan kesehatan, seperti asuransi kesehatan, obat-obatan, dan biaya layanan kesehatan. Studi terdahulu menunjukkan bahwa subsidi biaya layanan kesehatan di Ghana dan asuransi kesehatan untuk

**Secara umum, bukti praktis dan studi terdahulu menunjukkan adanya dampak positif kebijakan fiskal untuk kesehatan melalui pengaruhnya terhadap perilaku tidak sehat, promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, dan layanan kesehatan.**

kaum miskin di Indonesia mampu meningkatkan utilisasi layanan kesehatan, yang selanjutnya dapat meningkatkan status kesehatan masyarakat (Powell-Jackson & Ansah, 2015; Sparrow et al., 2013).

Selain ketiga hal sebelumnya, kebijakan fiskal juga dapat menysasar hal lain yang secara tidak langsung memengaruhi kesehatan, seperti subsidi makanan pokok, subsidi alat kontrasepsi, penyediaan air bersih dan sanitasi yang cukup, dan subsidi penitipan anak dan pendidikan anak usia dini. Sebuah studi di Indonesia menunjukkan bahwa anak-anak dari rumah tangga miskin yang mendapat subsidi beras memiliki status antropometri, seperti *stunting* dan *wasting*, yang lebih baik dibandingkan anak-anak dari rumah tangga serupa yang tidak mendapat subsidi beras (Gupta & Huang, 2018).

Secara umum, bukti praktis dan studi terdahulu menunjukkan adanya dampak positif kebijakan fiskal untuk kesehatan melalui pengaruhnya terhadap perilaku tidak sehat, promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, dan layanan kesehatan.

Kebijakan fiskal untuk kesehatan di Indonesia masih memiliki banyak ruang untuk perbaikan, seperti belum optimalnya pengenaan tarif cukai dan pajak rokok atau belum diterapkannya pengenaan pajak minuman berpemanis yang memiliki potensi (Rosyada & Ardiansyah, 2018; World Bank Group, 2018). Dalam hal kebijakan fiskal untuk menekan perilaku merokok, peraturan yang ada saat ini masih membatasi ruang gerak peningkatan harga rokok melalui penetapan batas maksimal cukai rokok yang hanya diperbolehkan maksimal sebesar 57% dari harga jual eceran (HJE) serta sistem pengenaan cukai bertingkat yang kompleks (PEBS FEBUI, 2019; World Bank Group, 2018).

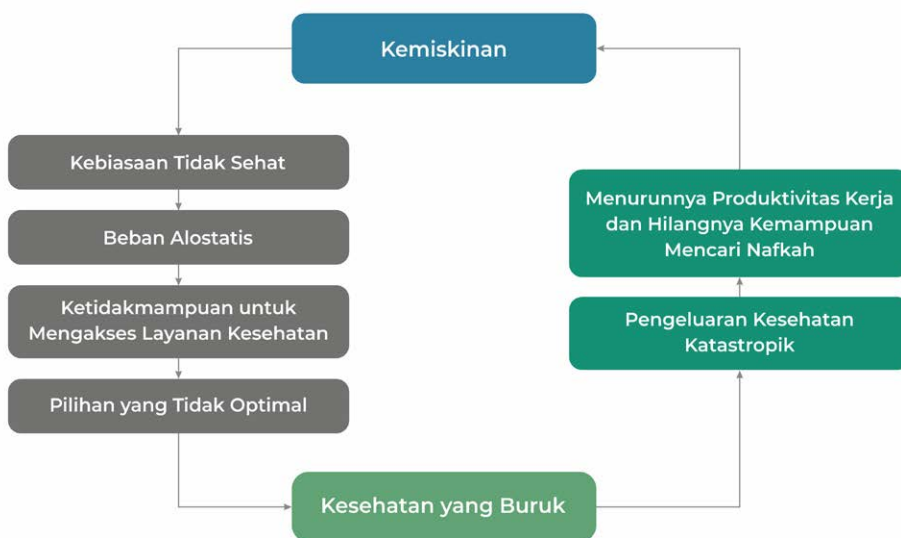
Sejalan dengan hal tersebut, rata-rata proporsi cukai rokok terhadap HJE sesuai Peraturan Kementerian Keuangan Nomor 152 tahun 2019 tentang tarif cukai hasil tembakau hanya sekitar 39%, yang masih jauh di bawah rekomendasi WHO untuk target minimal tarif cukai sebesar 70% dari harga jual (WHO, 2011). Sebagai akibat dari belum optimalnya kebijakan cukai di Indonesia, harga rokok di tahun 2016 sekitar dua kali lipat makin terjangkau dibandingkan dengan keterjangkauan harga rokok di tahun 1980-an (Zheng et al., 2018). Kondisi ini diperparah dengan adanya peningkatan keterjangkauan harga rokok di tahun 2019 setelah sebelumnya mengalami penurunan keterjangkauan secara konsisten sejak tahun 2011 (Indonesia Ministry of Finance, 2020).

Belum optimalnya kebijakan fiskal untuk menekan perilaku merokok di Indonesia sangat disayangkan paling tidak karena hilangnya tiga potensi manfaat, yaitu (1) peningkatan pendapatan negara dari cukai dan pajak rokok, (2) penurunan konsumsi rokok dan prevalensi perokok, dan (3) peningkatan kesehatan sumber daya manusia dan penurunan beban biaya kesehatan akibat merokok. Peningkatan cukai rokok sebanyak 25 persen per tahun

dan penyederhanaan tarif cukai menjadi 5 tingkat selama 3 tahun hingga 2022 dapat meningkatkan pendapatan negara sekitar 102 triliun rupiah, menurunkan jumlah perokok sebanyak 4,8 juta, dan mencegah terjadinya sekitar lebih dari 1 juta kematian prematur akibat rokok (WHO, 2020). Dengan demikian, masih diperlukan adanya perbaikan kebijakan fiskal untuk menekan perilaku merokok guna meminimalisir dampak kesehatan dan ekonomi yang ditimbulkan.

### 2.4.3. Kemiskinan dan Kesehatan

Kemiskinan merupakan suatu masalah perekonomian yang memiliki dampak pada kesehatan. Hubungan antara kemiskinan dan kesehatan bukanlah hubungan searah, melainkan hubungan timbal balik, yang mana peningkatan kemiskinan akan menurunkan kesehatan, dan sebaliknya (Bloom & Canning, 2003b). Di satu sisi, kemiskinan dapat memperburuk kesehatan dan meningkatkan ketimpangan kesehatan di suatu negara; di sisi lain menurunnya kesehatan juga dapat memengaruhi kemampuan seseorang untuk bekerja dan meningkatkan kemungkinan jatuh miskin akibat biaya berobat. Hubungan timbal balik antara kesehatan dan kemiskinan, beserta faktor yang memediasi keduanya, dapat terlihat pada Gambar 2.5.



**Gambar 2.5.** Hubungan Timbal Balik antara Kemiskinan dan Kesehatan

Kompilasi Penulis

Kemiskinan mampu memengaruhi kesehatan melalui perannya terhadap peningkatan kebiasaan tidak sehat, beban alostatis, tingginya tingkat pekerjaan yang memiliki risiko kesehatan di kalangan kaum miskin, ketidakmampuan mengakses layanan kesehatan, dan pilihan tidak optimal yang terpaksa dilakukan sebagai konsekuensi status kemiskinan. Pada mekanisme pertama, kerentanan dan kemiskinan yang dialami secara terus-menerus akan cenderung menimbulkan kebiasaan yang tidak sehat, seperti merokok, makan makanan tidak sehat, dan kegiatan fisik yang kurang sehat (Aue et al., 2016).



Selain itu, kemiskinan juga meningkatkan beban alostatis yang dialami oleh seseorang, yaitu “keausan (*wear and tear*) tubuh” akibat aktivasi berlebih dari respons fisiologis yang diakibatkan oleh tekanan sosial dan lingkungan yang menyebabkan stres dan trauma (McEwen, 1998a).


Kemiskinan dapat meningkatkan tingkat diskriminasi lingkungan yang dialami terus menerus sehingga menjadi beban alostatis, yang selanjutnya berkorelasi positif dengan berbagai penyakit fisik, seperti penyakit jantung koroner, diabetes, hipertensi, kanker, asma, penurunan kognitif, dan penyakit mental (Fuller-Rowell et al., 2012; McEwen, 1998b). Penduduk miskin juga umumnya memiliki pilihan pekerjaan yang lebih sedikit karena tingkat pendidikan yang rendah, sehingga mereka terpaksa melakukan pekerjaan dengan risiko kesehatan yang tinggi (Dahlgren & Whitehead, 2006).

Selain itu, kemiskinan juga menyebabkan minimnya kemampuan untuk membayar (*ability to pay*) layanan kesehatan, sehingga penduduk miskin tidak mendapatkan pengobatan atau layanan kesehatan yang mereka butuhkan (Fuller-Rowell et al., 2012; Peterson & Litaker, 2010). Alhasil, kebutuhan akan layanan kesehatan yang tidak terpenuhi akan menyebabkan memburuknya suatu penyakit dan mampu menurunkan kesehatan kaum miskin dalam jangka panjang. Salah satu konsekuensi lain dari kemiskinan adalah terbatasnya pilihan konsumsi karena keterbatasan kemampuan finansial, sehingga kaum miskin terpaksa mengonsumsi barang/jasa yang memiliki dampak merugikan terhadap kesehatan (Bloom & Canning, 2003b). Sebagai ilustrasi, penduduk miskin lebih mungkin menggunakan bahan bakar yang menciptakan polusi tinggi, sehingga akan memiliki dampak kesehatan yang lebih tinggi.

Menurunnya kesehatan memiliki peranan dalam peningkatan kemiskinan melalui beberapa hal, yaitu penurunan produktivitas kerja dan pendapatan, hilangnya kemampuan mencari nafkah secara total, serta meningkatnya pengeluaran kesehatan katastrofik akibat pengeluaran saku kesehatan yang tinggi. Rendahnya tingkat kesehatan dapat menurunkan produktivitas kerja, terutama pada penduduk miskin yang umumnya memiliki pekerjaan informal dan tidak tetap, sehingga menurunnya pendapatan; atau bahkan mampu menghilangkan secara total kemampuan mencari nafkah dari pencari nafkah utama (Bloom & Canning, 2003b).

Di sisi lain, penurunan kesehatan pada kaum miskin juga dapat meningkatkan kemungkinan untuk jatuh miskin akibat pengeluaran kesehatan katastrofik (Minh et al., 2013). Kaum miskin yang tidak memiliki asuransi kesehatan dan kemampuan membayar yang cukup akan menjual berbagai aset, berhutang, dan mengurangi konsumsi rutin untuk menanggulangi biaya kesehatan yang tinggi, sehingga terdorong ke dalam kemiskinan.

**Penurunan kesehatan pada kaum miskin juga dapat meningkatkan kemungkinan untuk jatuh miskin akibat pengeluaran kesehatan katastrofik.**



**Studi dan data di Indonesia menunjukkan bahwa tingkat kemiskinan berkontribusi terhadap ketimpangan kondisi kesehatan di Indonesia.**

Studi dan data di Indonesia menunjukkan bahwa tingkat kemiskinan berkontribusi terhadap ketimpangan kondisi kesehatan di Indonesia: semakin miskin seseorang, maka semakin buruk tingkat kesehatannya. Gambaran statistik ketimpangan kesehatan di Indonesia oleh WHO (2017) menunjukkan bahwa kelompok penduduk yang semakin miskin memiliki prevalensi yang semakin tinggi dalam hal kematian bayi dan bayi lahir rendah, *stunting* dan *underweight*, malaria dan tuberkulosis, dan penyakit mental. Berkaitan dengan kondisi tersebut, sebuah studi di Indonesia menemukan bahwa setiap 1 persen penurunan pengeluaran per kapita masyarakat berkorelasi dengan 0,05 persen peningkatan indeks depresi dan bahwa penduduk berstatus miskin memiliki risiko depresi 5 persen lebih tinggi dibandingkan dengan penduduk non-miskin (Tampubolon & Hanandita, 2014).

Pemahaman tentang hubungan antara ekonomi makro dan kesehatan diperlukan untuk dapat menganalisis sebab dan akibat dari perubahan dan kebijakan pada satu indikator terhadap indikator lainnya. Meskipun peran kesehatan terhadap perekonomian sempat terabaikan oleh para peneliti dan pembuat kebijakan terdahulu, kini peran kesehatan dalam perekonomian semakin mendapat perhatian dalam dunia ilmiah maupun kebijakan publik.

Selain itu, hubungan antara ekonomi secara agregat dan kesehatan tak lagi dipandang sebagai hubungan satu arah, melainkan sebagai hubungan timbal balik yang mana kondisi dan kebijakan ekonomi makro juga mampu memengaruhi tingkat kesehatan masyarakat. Kesehatan memengaruhi ekonomi secara langsung melalui peningkatan produktivitas sumber daya manusia dan secara tidak langsung melalui pengaruhnya terhadap pendidikan dan tingkat investasi dan tabungan; sedangkan ekonomi makro dapat memengaruhi tingkat kesehatan melalui pengeluaran kesehatan agregat, kebijakan fiskal untuk kesehatan, dan tingkat kemiskinan.

Pengaruh langsung kesehatan terhadap ekonomi dapat diperhitungkan sebagai investasi sumber daya manusia yang akan meningkatkan produktivitas dalam jangka pendek dan jangka panjang. Secara tidak langsung, kesehatan juga memengaruhi pembangunan ekonomi melalui peningkatan komponen modal manusia lainnya, yaitu pendidikan. Peningkatan kesehatan dapat memengaruhi capaian pendidikan melalui peningkatan insentif bagi orang tua untuk berinvestasi pada pendidikan anak dan peningkatan kognitif serta kehadiran anak di sekolah. Selain itu, kesehatan juga memiliki dampak pada tingkat tabungan dan investasi setidaknya melalui tiga hal, yakni (1) menurunnya tabungan akibat pengeluaran (*out of pocket*) untuk biaya pengobatan, (2) meningkatnya angka harapan hidup yang memberi insentif lebih menabung untuk masa depan, dan (3) meningkatnya investasi akibat adanya peningkatan produktivitas tenaga kerja.



Kondisi perekonomian suatu negara memiliki korelasi positif dengan peningkatan pengeluaran kesehatan, yang selanjutnya memengaruhi tingkat kesehatan. Peningkatan pengeluaran kesehatan, terutama yang berasal dari anggaran negara, memiliki dampak positif pada berbagai indikator kesehatan, seperti tingkat kelangsungan hidup bayi dan anak, angka harapan hidup, penurunan tingkat mortalitas, dan penurunan jumlah penyakit kronis. Selain itu, kebijakan fiskal, yang merupakan salah satu bentuk kebijakan ekonomi, dapat secara khusus diperuntukkan untuk meningkatkan kesehatan.

Kebijakan fiskal untuk kesehatan secara umum dapat memengaruhi tingkat kesehatan melalui tiga jalur utama, yaitu (1) penurunan perilaku tidak sehat seperti merokok dan minum minuman beralkohol, (2) promosi perilaku sehat dan pencegahan penyakit, serta (3) peningkatan akses dan kualitas layanan kesehatan.

**Kemiskinan dapat memiliki dampak negatif terhadap kesehatan melalui peningkatan kebiasaan tidak sehat.**

Komponen ekonomi lainnya yang memengaruhi kualitas kesehatan adalah tingkat kemiskinan. Kemiskinan dapat memiliki dampak negatif terhadap kesehatan melalui peningkatan kebiasaan tidak sehat, peningkatan stres yang memicu penyakit fisik dan mental, meningkatnya risiko kesehatan dari pekerjaan yang umumnya dilakukan oleh kelompok miskin, ketidakmampuan mengakses layanan kesehatan, dan pilihan tidak optimal yang terpaksa dilakukan sebagai konsekuensi status kemiskinan.

Melalui pemahaman tentang peran kesehatan terhadap pembangunan ekonomi dan sebaliknya, pemerintah dan para pengambil kebijakan publik perlu menimbang dampak ekonomi dari keputusan di bidang kesehatan maupun dampak terhadap kesehatan yang ditimbulkan dari kebijakan ekonomi. Dalam pengambilan keputusan bagi masyarakat, kesehatan dan ekonomi tidak dapat dilihat sebagai dua entitas terpisah, melainkan sebagai dua indikator yang saling terkait layaknya sebuah lingkaran yang tidak terputus.

Selain itu, mengingat masih minimnya penelitian dan bukti empiris terkait di Indonesia, diperlukan sumbangsih dan perhatian yang lebih besar dari para peneliti dan akademisi untuk dapat memberikan bukti ilmiah yang dapat digunakan untuk pembuatan kebijakan berbasis bukti yang mempertimbangkan peran kesehatan dalam pembangunan ekonomi dan pengaruh indikator-indikator ekonomi terhadap kesehatan.

## **Daftar Pustaka**

Acemoglu, D., & Johnson, S. (2007). Disease and development: The effect of life expectancy on economic growth. *Journal of Political Economy*, 115(6), 925–985. <https://doi.org/10.1086/529000>


- 
- Almond, D., & Currie, J. (2011). Human capital development before age five. In *Handbook of Labor Economics* (Vol. 4b, pp. 1315–1486). [https://doi.org/10.1016/S0169-7218\(11\)02413-0](https://doi.org/10.1016/S0169-7218(11)02413-0)
- Alsan, M., Bloom, D. E., & Canning, D. (2006). The effect of population health on foreign direct investment inflows to low- and middle-income countries. *World Development*, 34(4), 613–630. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2005.09.006>
- Asiedu, E., Jin, Y., & Kanyama, I. K. (2015). The impact of HIV/AIDS on foreign direct investment: Evidence from Sub-Saharan Africa. *Journal of African Trade*, 2(1–2), 1. <https://doi.org/10.1016/j.joat.2015.01.001>
- Aue, K., Roosen, J., & Jensen, H. H. (2016). Poverty dynamics in Germany: Evidence on the relationship between persistent poverty and health behavior. *Social Science and Medicine*, 153, 62–70. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.040>
- Acemoglu, D., & Johnson, S. (2007). Disease and development: The effect of life expectancy on economic growth. *Journal of Political Economy*, 115(6), 925–985. <https://doi.org/10.1086/529000>
- Almond, D., & Currie, J. (2011). Human capital development before age five. In *Handbook of Labor Economics* (Vol. 4b, pp. 1315–1486). [https://doi.org/10.1016/S0169-7218\(11\)02413-0](https://doi.org/10.1016/S0169-7218(11)02413-0)
- Alsan, M., Bloom, D. E., & Canning, D. (2006). The effect of population health on foreign direct investment inflows to low- and middle-income countries. *World Development*, 34(4), 613–630. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2005.09.006>
- Asiedu, E., Jin, Y., & Kanyama, I. K. (2015). The impact of HIV/AIDS on foreign direct investment: Evidence from Sub-Saharan Africa. *Journal of African Trade*, 2(1–2), 1. <https://doi.org/10.1016/j.joat.2015.01.001>
- Aue, K., Roosen, J., & Jensen, H. H. (2016). Poverty dynamics in Germany: Evidence on the relationship between persistent poverty and health behavior. *Social Science and Medicine*, 153, 62–70. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.040>
- Azagba, S., Burhoo, P., Chaloupka, F. J., & Fong, G. T. (2015). Effect of cigarette tax increase in combination with mass media campaign on smoking behaviour in Mauritius: Findings from the ITC Mauritius survey. *Tobacco Control*, 24, iii71–iii75. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2014-052096>
- Azémar, C., & Desbordes, R. (2009). Public governance, health and foreign direct investment in Sub-Saharan Africa. *Journal of African Economies*, 18(4), 667–709. <https://doi.org/10.1093/jae/ejn028>

- 
- Baharin, R., Halal, R., Aji, S., Yussof, I., & Saukani, N. M. (2020). Impact of Human Resource Investment on Labor Productivity in Indonesia. *Iranian Journal of Management Studies*, 13(1), 139–164. <https://doi.org/10.22059/ijms.2019.280284.673616>
- Baird, S., Hicks, J. H., Kremer, M., & Miguel, E. (2016). Worms at Work: Long run impacts of a child health investment. *The Quarterly Journal of Economics*, 131(4). [http://emiguel.econ.berkeley.edu/assets/miguel\\_research/11/Worms-at-Work\\_2013-06-20-CLEAN.pdf](http://emiguel.econ.berkeley.edu/assets/miguel_research/11/Worms-at-Work_2013-06-20-CLEAN.pdf)
- Baldacci, E., Clements, B., Gupta, S., & Cui, Q. (2008). Social Spending, Human Capital, and Growth in Developing Countries. *World Development*, 36(8), 1317–1341. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2007.08.003>
- Barkat, A., Uddin Chowdhury, A., Nargis, N., Rahman, M., Shahnewaz Khan, M., Kumar Pk, A., Bashir, S., & Chaloupka, F. J. (2012). The Economics of Tobacco and Tobacco Taxation in Bangladesh. In *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*.
- Bärnighausen, T., Bloom, D. E., Cafiero-Fonseca, E. T., & O'Brien, J. C. (2014). Valuing vaccination. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(34), 12313–12319. <https://doi.org/10.1073/pnas.1400475111>
- Bärnighausen, T., Bloom, D. E., Cafiero, E. T., & O'Brien, J. C. (2013). Valuing the broader benefits of dengue vaccination, with a preliminary application to Brazil. *Seminars in Immunology*, 25(2), 104–113. <https://doi.org/10.1016/j.smim.2013.04.010>
- Barofsky, J., Anekwe, T. D., & Chase, C. (2015). Malaria eradication and economic outcomes in sub-Saharan Africa: Evidence from Uganda. *Journal of Health Economics*, 44, 118–136. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.08.002>
- Barrientos-Gutierrez, T., Zepeda-Tello, R., Rodrigues, E. R., Colchero-Aragone, A., Rojas-Martõ, R., Lazcano-Ponce, E., Hernandez-Avila, M., Rivera-Dommarco, J., & Meza, R. (2018). Expected population weight and diabetes impact of the 1-peso-per-litre tax to sugar sweetened beverages in Mexico. *Plos One*, 13(1), 1–15.
- Basta, S. S., Soekirman, Karyadi, D., & Scrimshaw, N. S. (1979). Iron deficiency anemia and the productivity of adult males in Indonesia. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 32, 916–925.
- Becchetti, L., Conzo, P., & Salustri, F. (2017). The impact of health expenditure on the number of chronic diseases. *Health Policy*, 121(9), 955–962. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.07.008>

- 
- Becker, G. S. (2007). Health as human capital: Synthesis and extensions. *Oxford Economic Papers*, 59(3), 379–410. <https://doi.org/10.1093/oeq/gpm020>
- Becker, G. S., & Barro, R. J. (1988). A Reformulation of the Economic Theory of Fertility. *The Quarterly Journal of Economics*, 103(1), 1–25.
- Becker, G. S., & Lewis, H. G. (1973). On the Interaction between the Quantity and Quality of Children. *Journal of Political Economy*, 81(2).
- Bleakley, H. (2007). Disease and Development: Evidence from Hookworm Eradication in the American South. *The Quarterly Journal of Economics*, 122(1), 73–117. <http://www.jstor.org/stable/25098838>
- Bleakley, H. (2010). Health, Human Capital, and Development. *Annual Review of Economics*, 2, 283–310.
- Bleakley, H. (2006). Disease and Development: Comments on Acemoglu and Johnson (2006). NBER Summer Institute, EFG Meeting, 1–12. [http://www-personal.umich.edu/~hoytb/Bleakley\\_Comments\\_Acemoglu\\_Johnson.pdf](http://www-personal.umich.edu/~hoytb/Bleakley_Comments_Acemoglu_Johnson.pdf)
- Bloom, D. E., & Canning, D. (2003a). Health as Human Capital and its Impact on Economic Performance. *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice*, 28(2), 304–315. <https://doi.org/10.1111/1468-0440.00225>
- Bloom, D. E., & Canning, D. (2003b). The Health and Poverty of Nations: From theory to practice. *Journal of Human Development*, 4(1), 47–71. <https://doi.org/10.1080/1464988032000051487>
- Bloom, D. E., & Canning, D. (2008). Population Health and Economic Growth. In *Commission on Growth and Development*.
- Bloom, D. E., Canning, D., & Fink, G. (2009). Disease and Development Revisited. In *NBER Working Paper Series* (NBER Working Paper No. 15137). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Bloom, D. E., Canning, D., & Graham, B. (2003). Longevity and Life-cycle Savings. *Scandinavian Journal of Economics*, 105(3), 319–338.
- Bloom, D. E., Canning, D., Mansfield, R. K., & Moore, M. (2007). Demographic change, social security systems, and savings. *Journal of Monetary Economics*, 54(1), 92–114. <https://doi.org/10.1016/j.jmoneco.2006.12.004>



- Bloom, D. E., Canning, D., & Sevilla, J. (2001). The Effect of Health on Economic Growth: Theory and evidence. In NBER Working Paper Series (No. 8587; NBER Working Paper). <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2003.07.002>
- Bloom, D. E., Canning, D., & Sevilla, J. (2003). The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change. RAND.
- Bloom, D. E., Canning, D., & Sevilla, J. (2004). The effect of health on economic growth: A production function approach. *World Development*, 32(1), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2003.07.002>
- Boachie, M. K., & Ramu, K. (2016). Effect of public health expenditure on health status in Ghana. *International Journal of Health*, 4(1), 6. <https://doi.org/10.14419/ijh.v4i1.5794>
- Case, A., & Paxson, C. (2010). Causes and consequences of early-life health. *Demography*, 47, 65–85. <https://doi.org/10.1353/dem.2010.0007>
- Chandola, T., Clarke, P., Morris, J. N., & Blane, D. (2006). Pathways between education and health: A causal modelling approach. *Journal of the Royal Statistical Society. Series A: Statistics in Society*, 169(2), 337–359. <https://doi.org/10.1111/j.1467-985X.2006.00411.x>
- Currie, J., & Goodman, J. (2020). Parental socioeconomic status, child health, and human capital. In *The Economics of Education*. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-815391-8.00018-5>
- Currie, J., & Vogl, T. (2013). Early-life health and adult circumstance in developing countries. *Annual Review of Economics*, 5, 1–36. <https://doi.org/10.1146/annurev-economics-081412-103704>
- Currie, J., & Widom, C. S. (2010). Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child Maltreatment*, 15(2), 111–120. <https://doi.org/10.1177/1077559509355316>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). Levelling up (part 2) : a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health (p. EUR/06/5062295). Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
- El Mekkaoui de Freitas, N., & Oliveira Martins, J. (2014). Health, pension benefits and longevity: How they affect household savings? *Journal of the Economics of Ageing*, 3, 21–28. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2014.03.001>


- 
- Erwin, P. C., Mays, G. P., & Riley, W. J. (2012). Resources that may matter: The impact of local health department expenditures on health status. *Public Health Reports*, 127(1), 89–95. <https://doi.org/10.1177/003335491212700110>
- Fink, G., & Masiye, F. (2012). Assessing the impact of scaling-up bednet coverage through agricultural loan programmes: Evidence from a cluster randomised controlled trial in Katete, Zambia. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 106(11), 660–667. <https://doi.org/10.1016/j.trstmh.2012.07.013>
- Forbes, M., Barker, A., & Turner, S. (2010). The Effects of Education and Health on Wages and Productivity. In *Productivity Commission Staff Working Paper*.
- Frijters, P., Johnston, D., & Shields, M. (2010). Mental health and labour market participation: Evidence from IV panel data models. *IZA Discussion Paper*, 4883.
- Fuller-Rowell, T. E., Evans, G. W., & Ong, A. D. (2012). Poverty and Health: The Mediating Role of Perceived Discrimination. *Psychological Science*, 23(7), 734–739. <https://doi.org/10.1177/0956797612439720>
- Gallet, C. A., & Doucouliagos, H. (2017). The impact of healthcare spending on health outcomes: A meta-regression analysis. *Social Science and Medicine*, 179, 9–17. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.024>
- Ghosh, S., & Renna, F. (2015). The Relationship Between Communicable Diseases and FDI Flows: An Empirical Investigation. *World Economy*, 38(10), 1574–1593. <https://doi.org/10.1111/twec.12261>
- Gupta, P., & Huang, B. (2018). In-Kind Transfer and Child Development: Evidence from Subsidized Rice Program in Indonesia (No. 826; ADBI Working Paper, Issue 826). <https://www.adb.org/publications/kind-transfer-and-child-development-evidence-indonesia>
- Haan, P., & Myck, M. (2009). Dynamics of health and labor market risks. *Journal of Health Economics*, 28(6), 1116–1125. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.09.001>
- Haas, S. A., Glymour, M. M., & Berkman, L. F. (2011). Childhood health and labor market inequality over the life course. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(3), 298–313. <https://doi.org/10.1177/0022146511410431>
- Halla, M., & Zweimüller, M. (2013). The effect of health on earnings: Quasi-experimental evidence from commuting accidents. *Labour Economics*, 24, 23–38. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2013.04.006>

- 
- Hanks, A., Wansink, B., Just, D., Smith, L., Cawley, J., Kaiser, H., Sobal, J., Wethington, E., & Schulze, W. (2013). From Coke to Coors: A Field Study of a Fat Tax and its Unintended Consequences. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 45(4), S40. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jneb.2013.04.108>
- Hansen, C. W. (2013). Life expectancy and human capital: Evidence from the international epidemiological transition. *Journal of Health Economics*, 32(6), 1142–1152. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.09.011>
- Hessels, J., Rietveld, C. A., & van der Zwan, P. (2020). The Relation Between Health and Earnings in Self-Employment. *Frontiers in Psychology*, 11(May), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00801>
- Hidayat, B., & Thabrany, H. (2010). Cigarette smoking in Indonesia: Examination of a myopic model of addictive behaviour. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(6), 2473–2485. <https://doi.org/10.3390/ijerph7062473>
- Holden, L., Scuffham, P. A., Hilton, M. F., Ware, R. S., Vecchio, N., & Whiteford, H. A. (2011). Which health conditions impact on productivity in working Australians? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(3), 253–257. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31820d1007>
- Holter, H. (2010). Health and Labour Force Participation (No. 10/03; New Zealand Treasury Working Paper).
- Hu, B., & Mendoza, R. U. (2013). Public Health Spending, Governance and Child Health Outcomes: Revisiting the Links. *Journal of Human Development and Capabilities*, 14(2), 285–311. <https://doi.org/10.1080/19452829.2013.765392>
- Husain, M. J. (2010). Contribution of Health to Economic Development: A Survey and Overview. *Economics: The Open-Access, Open-Assessment E-Journal*, 4(2010–14), 1. <https://doi.org/10.5018/economics-ejournal.ja.2010-14>
- Indonesia Ministry of Finance. (2020). Raising tax to finance public health system in responding to covid-19 and preventing future pandemics (Issue July). <https://pebs-febui.org/download/webinar-raising-tax-id-speakers/>
- Jäckle, R., & Himmler, O. (2010). Health and wages: Panel data estimates considering selection and endogeneity. *Journal of Human Resources*, 45(2), 364–406. <https://doi.org/10.3368/jhr.45.2.364>

- 
- Johnson, R. C., & Schoeni, R. F. (2011). The influence of early-life events on human capital, health status, and labor market outcomes over the life course. *The B.E. Journal of Economic Analysis and Policy*, 11(3). <https://doi.org/10.2202/1935-1682.2521>
- Kalemli-Ozcan, S. (2002). Does the mortality decline promote economic growth? *Journal of Economic Growth*, 7(4), 411–439. <https://doi.org/10.1023/A:1020831902045>
- Kalemli-Ozcan, S. (2003). A stochastic model of mortality, fertility, and human capital investment. *Journal of Development Economics*, 70(1), 103–118. [https://doi.org/10.1016/S0304-3878\(02\)00089-5](https://doi.org/10.1016/S0304-3878(02)00089-5)
- Kalemli-Ozcan, S., Ryder, H. E., & Weil, D. N. (2000). Mortality decline, human capital investment, and economic growth. *Journal of Development Economics*, 62(1), 1–23. [https://doi.org/10.1016/S0304-3878\(00\)00073-0](https://doi.org/10.1016/S0304-3878(00)00073-0)
- Ke, X., Saksena, P., & Holly, A. (2011). The Determinants of Health Expenditure: A Country-Level Panel Data Analysis. In Working Paper of the R4D. [http://www.who.int/health\\_financing/documents/report\\_en\\_11\\_deter-he.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/report_en_11_deter-he.pdf)
- Kim, Y., & Yang, B. (2011). Relationship between catastrophic health expenditures and household incomes and expenditure patterns in South Korea. *Health Policy*, 100(2–3), 239–246. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.08.008>
- Levinson, D., Lakoma, M. D., Petukhova, M., Schoenbaum, M., Zaslavsky, A. M., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., De Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, A. N., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Browne, M. O., Okoliyski, M., ... Kessler, R. C. (2010). Associations of serious mental illness with earnings: Results from the WHO World Mental Health surveys. *British Journal of Psychiatry*, 197(2), 114–121. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.073635>
- Li, H., Zhang, J., & Zhang, J. (2007). Effects of longevity and dependency rates on saving and growth: Evidence from a panel of cross countries. *Journal of Development Economics*, 84(1), 138–154. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2006.10.002>
- Liu, S. Y., Wu, P. C., & Huang, T. Y. (2018). Nonlinear Causality between Education and Health: the Role of Human Development Index. *Applied Research in Quality of Life*, 13(3), 761–777. <https://doi.org/10.1007/s11482-017-9557-0>
- Mankiw, N. G. (2016). *Macroeconomics* (9th ed.). Worth Publishers.



- Mankiw, N. G. (2018). *Principles of Economics* (8th Editio). Cengage Learning.
- Manoochehr, K., Farid, N., & Behzad, K. M. (2009). Catastrophic health expenditures in Kermanshah, West of Iran: Magnitude and distribution. *Journal of Research in Health Sciences*, 9(2), 36–40. <https://doi.org/10.34172/jrhs9249>
- Martorell, R., Melgar, P., Maluccio, J. A., Stein, A. D., & Rivera, J. A. (2010). The Nutrition Intervention Improved Adult Human Capital and Economic Productivity. *The Journal of Nutrition*, 411–414. <https://doi.org/10.3945/jn.109.114504>. Dietary
- McEwen, B. S. (1998a). Protective and Damaging Effects of Stress Mediators. *The New England Journal of Medicine*, 338(3), 171–179. <https://doi.org/10.1056/NEJM199801153380307>
- McEwen, B. S. (1998b). Stress, Adaptation, and Disease: Allostasis and Allostatic Load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840(1), 33–44. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x>
- McIntyre, D., Meheus, F., & Rottingen, J. A. (2017). What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage? *Health Economics, Policy and Law*, 12(2), 125–137. <https://doi.org/10.1017/S1744133116000414>
- McNamara, P. E., Ulimwengu, J. M., & Leonard, K. L. (2012). Do Health Investments Improve Agricultural Productivity? Lessons from Agricultural Household and Health Research. In *Reshaping agriculture for nutrition and health* (pp. 113–120).
- Minh, H. Van, Nguyen, T. K. P., Saksena, P., James, C. D., & Xu, K. (2013). Financial burden of household out-of pocket health expenditure in Viet Nam: Findings from the National Living Standard Survey 2002-2010. *Social Science and Medicine*, 96, 258–263. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.028>
- Mitchell, R. J., & Bates, P. (2011). Measuring health-related productivity loss. *Population Health Management*, 14(2), 93–98. <https://doi.org/10.1089/pop.2010.0014>
- Novignon, J., Olakojo, S. A., & Nonvignon, J. (2012). The effects of public and private health care expenditure on health status in sub-Saharan Africa: New evidence from panel data analysis. *Health Economics Review*, 2(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/2191-1991-2-22>

- 
- Nugent, R., & Knaul, F. (2006). Fiscal Policies for Health Promotion and Disease Prevention. In *Disease Control Priorities in Developing Countries* (2nd Editio, pp. 211–224). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-6179-5/chpt-11>
- Nyamwange, M. (2013). Economic Growth and Public Health Expenditure in Kenya (1982 – 2012). In MPRA Paper (No. 43707; MPRA Paper, Issue No. 43707). <https://doi.org/10.1227/01.NEU.0000349921.14519.2A>
- OECD. (2020). COVID-19 and Global Capital Flows (Issue July).
- PEBS FEBUI. (2019). Kebijakan Cukai Produk Tembakau yang Ideal. <https://pebs-febui.org/download/policy-brief-kebijakan-cukai-produk-tembakau-yang-ideal/>
- Peterson, L. E., & Litaker, D. G. (2010). County-level poverty is equally associated with unmet health care needs in rural and urban settings. *Journal of Rural Health*, 26(4), 373–382. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2010.00309.x>
- Powell-Jackson, T., & Ansah, E. K. (2015). The indirect effects of subsidised healthcare in rural Ghana. *Social Science and Medicine*, 144, 96–103. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.09.021>
- Qibthiyah, R. M., Sabrina, S., Desdiani, N. A., Riefky, T., Cesarina, A., & Husna, M. (2020). Indonesia Economic Outlook Q2-2020: Enduring the COVID-19 Pandemic Crisis. In *Macroeconomic Analysis Series* (Macroeconomic Analysis Series). [https://books.google.co.id/books?id=X3\\_C&pg=PA71&dq=salah+satu+pencapaian+pembangunan+kesehatan&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwjAwdGS9bznAhVDXsSKHZ9QBS4Q6AEIKTAA#v=onepage&q=salah satu pencapaian pembangunan kesehatan&f=true](https://books.google.co.id/books?id=X3_C&pg=PA71&dq=salah+satu+pencapaian+pembangunan+kesehatan&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwjAwdGS9bznAhVDXsSKHZ9QBS4Q6AEIKTAA#v=onepage&q=salah+satu+pencapaian+pembangunan+kesehatan&f=true)
- Quirmbach, D., Cornelsen, L., Jebb, S. A., Marteau, T., & Smith, R. (2018). Effect of increasing the price of sugar-sweetened beverages on alcoholic beverage purchases: an economic analysis of sales data. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 72, 324–330.
- Qureshy, L. F., Alderman, H., Rokx, C., Pinto, R., Wai-Poi, M., & Tandon, A. (2013). Positive returns: cost-benefit analysis of a stunting intervention in Indonesia. *Journal of Development Effectiveness*, 5(4), 447–465. <https://doi.org/10.1080/19439342.2013.848223>
- Raji, R. O. (2020). Nutrition Intake, Health Status, Education and Economic Growth: A Causality Investigation. *Econometric Research in Finance*, 5(2). <https://doi.org/10.2478/erfin-2020-0005>

- 
- Rosyada, H., & Ardiansyah, B. G. (2018). Analisis Fisibilitas Pengenaan Cukai Atas Minuman Berpemanis (Sugar-Sweetened Beverages). *Kajian Ekonomi & Keuangan*, 1(3), 229–241. <https://doi.org/10.31685/kek.v1i3.291>
- Sachs, J. D., Ahluwalia, I. J., Amoako, K. Y., Aninat, E., Cohen, D., Diabre, Z., Doryan, E., Feachem, R. G. A., Fogel, R., Jamison, D., Kato, T., Lustig, N., Mills, A., Moe, T., Singh, M., Panitchpakdi, S., Tyson, L., & Varmus, H. (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. In Report of the Commission on Macroeconomics and Health. <https://doi.org/10.1038/nm0602-551b>
- Scholz, B. D., Gross, R., Schultink, W., & Sastroamidjojo, S. (1997). Anaemia is associated with reduced productivity of women workers even in less-physically-strenuous tasks. *British Journal of Nutrition*, 77(1), 47–57. <https://doi.org/10.1017/s0007114500002877>
- Sheshinski, E. (2006). Longevity and Aggregate Savings. In CESifo Working Paper (No. 1828; CESifo Working Paper).
- Sohn, K. (2015). The height premium in Indonesia. *Economics and Human Biology*, 16, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2013.12.011>
- Sparrow, R., Suryahadi, A., & Widyanti, W. (2013). Social health insurance for the poor: Targeting and impact of Indonesia's Askeskin programme. *Social Science and Medicine*, 96, 264–271. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.09.043>
- Suhrcke, M., McKee, M., Stuckler, D., Sauto Arce, R., Tsoлова, S., & Mortensen, J. (2006). The contribution of health to the economy in the European Union. In *Public Health* (Vol. 120, Issue 11). <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2006.08.011>
- Sujianto, A. E. (2018). Hubungan Kausalitas Toda-Yamamoto Anggaran Pendidikan, Kesehatan, dan Gross Domestic Product di Indonesia. *Cahaya Abadi*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Sülkü, S. N., & Caner, A. (2011). Health care expenditures and gross domestic product: The Turkish case. *The European Journal of Health Economics*, 12(1), 29–38. <https://doi.org/10.1007/s10198-010-0221-y>
- Tampubolon, G., & Hanandita, W. (2014). Poverty and mental health in indonesia. *Social Science and Medicine*, 106, 20–27. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.012>
- Tang, C. F., & Lai, Y. W. (2011). The Causal Relationship between Health and Education Expenditures in Malaysia. *Theoretical and Applied Economics*, 18(8), 61–74.

- Tate, J. E., Kisakye, A., Mugenyi, P., Kizza, D., Odiit, A., & Braka, F. (2011). Projected health benefits and costs of pneumococcal and rotavirus vaccination in Uganda. *Vaccine*, 29(17), 3329–3334. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2010.12.122>
- Thomas, D., Frankenberg, E., Friedman, J., Habicht, J.-P., Jones, N., McKelvey, C., Pelto, G., Sikoki, B., Smith, J., Sumantri, C., & Suriastini, W. (2004). Causal Effect of Health on Labor Market Outcomes: Evidence from a Random Assignment Iron Supplementation Intervention. In UCLA On-Line Working Paper Series.
- Tulchinsky, T. H., & Varavikova, E. A. (2014). Chapter 11 - Measuring Costs: The Economics of Health. In T. H. Tulchinsky & E. A. Varavikova (Eds.), *The New Public Health (Third Edition)* (Third Edit, pp. 575–611). Academic Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-415766-8.00011-2>
- UNCTAD. (2020). *World Investment Report 2020*.
- Untoro, J., Gross, R., Schultink, W., & Sediaoetama, D. (1998). The association between BMI and haemoglobin and work productivity among Indonesian female factory workers. *European Journal of Clinical Nutrition*, 52(2), 131–135. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1600527>
- Van Den Heuvel, S. G., Geuskens, G. A., Hooftman, W. E., Koppes, L. L. J., & Van Den Bossche, S. N. J. (2010). Productivity loss at work; Health-related and work-related factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), 331–339. <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9219-7>
- Venkataramani, A. S. (2012). Early life exposure to malaria and cognition in adulthood: Evidence from Mexico. *Journal of Health Economics*, 31(5), 767–780. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.06.003>
- Viscusi, W. K. (2014). The Value of individual and societal risks to life and health. *Handbook of the Economics of Risk and Uncertainty*, 1(4), 385–452. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53685-3.00007-6>
- Wagner, A. K., Graves, A. J., Reiss, S. K., LeCates, R., Zhang, F., & Ross-Degnan, D. (2011). Access to care and medicines, burden of health care expenditures, and risk protection: Results from the World Health Survey. *Health Policy*, 100(2–3), 151–158. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.08.004>
- Weil, D. N. (2007). Accounting for the Effect of Health on Economic Growth. *The Quarterly Journal of Economics*, 122(3), 1265–1306.



WHO. (2010). Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk.

WHO. (2011). WHO technical manual on tobacco tax administration.

WHO. (2017). State of Health Inequality: Indonesia.

WHO. (2020). Raise Tobacco Taxes and Prices for a Healthy and Prosperous Indonesia. [https://www.who.int/docs/default-source/searo/indonesia/indonesia-tobacco-tax-paper-2020.pdf?sfvrsn=67c3d89a\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/searo/indonesia/indonesia-tobacco-tax-paper-2020.pdf?sfvrsn=67c3d89a_2)

World Bank. (2020). Health, Nutrition, and Population Indicators. DataBank. <https://databank.worldbank.org/source/health-nutrition-and-population-statistics/Type/TABLE/preview/on>

World Bank Group. (2018). The Economics of Tobacco Taxation and Employment in Indonesia. In The Economics of Tobacco Taxation and Employment in Indonesia (Issue May). The World Bank Group. <https://doi.org/10.1596/29814>

Yeh, C.-Y., Schafferer, C., Lee, J. M., Ho, L. M., & Hsieh, C. J. (2017). The effects of a rise in cigarette price on cigarette consumption, tobacco taxation revenues, and of smoking-related deaths in 28 EU countries - Applying threshold regression modelling. *BMC Public Health*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4685-x>

Zhang, W., Bansback, N., & Anis, A. H. (2011). Social Science & Medicine Measuring and valuing productivity loss due to poor health : A critical review. *Social Science & Medicine*, 72(2), 185–192. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.10.026>

Zheng, R., Marquez, P. V., Ahsan, A., Wang, Y., & Hu, X. (2018). Cigarette Affordability in Indonesia: 2002-2017. In World Bank Group. <https://doi.org/10.1596/30027>



# Konsep Mikroekonomi dalam Kesehatan

Riki Relaksana, Relia Ariany, & Abdillah Ahsan



## 3.1. Pengantar

Bab ini membahas peranan ilmu ekonomi, khususnya perspektif mikroekonomi pada kesehatan. Hal ini dimulai dengan ruang lingkup dan adanya keterbatasan sumber daya di sektor kesehatan yang menyebabkan analisis ekonomi dibutuhkan. Kelangkaan (*scarcity*) yang dihadapi oleh setiap pelaku di sektor kesehatan menimbulkan konsekuensi adanya pilihan (*choice*).

Terdapat perbedaan lingkup ilmu ekonomi antara makroekonomi dan mikroekonomi. Mikroekonomi merupakan cabang ilmu ekonomi yang membahas perilaku individu/rumah tangga maupun perusahaan dalam membuat pilihan terkait alokasi sumber daya dan interaksi antara kedua pelaku ekonomi tersebut. Makroekonomi merupakan pembahasan ilmu ekonomi dari yang berfokus pada perubahan agregat dalam ekonomi, seperti pertumbuhan ekonomi, pengangguran, pendapatan nasional, dan inflasi.

Dalam layanan kesehatan, individu/rumah tangga atau masyarakat berusaha mencapai tingkat kesehatan yang lebih baik sehingga kepuasan (*utility*) dapat lebih tinggi atau maksimum (Zweifel, Breyer, and Kifman, 2009). Jika pemerintah menyediakan berbagai fasilitas dan pelayanan kesehatan sebagai wujud konstitusi, sebagian besar fasilitas dan pelayanan kesehatan swasta berorientasi memaksimalkan keuntungan (*profit oriented*) (Wonderling et al., 2005).

Dalam layanan kesehatan, individu/rumah tangga atau masyarakat berusaha mencapai tingkat kesehatan yang lebih baik sehingga kepuasan dapat lebih tinggi atau maksimum.

Pilihan masyarakat terhadap layanan kesehatan tidak bisa lepas dari adanya permintaan dan penawaran. Adanya permintaan dan penawaran tersebut menimbulkan adanya permintaan turunan (*derived demand*) dan penawaran terhadap gedung/bangunan, perlengkapan, obat-obatan, alat kesehatan, dan jasa tenaga kesehatan (Folland, Goodman, and Stano, 2013). Dalam lingkup mikroekonomi juga dibahas analisis responsif atau elastisitas dari kuantitas barang/jasa yang diminta dan ditawarkan terhadap faktor lainnya, misalkan harga dari layanan kesehatan.

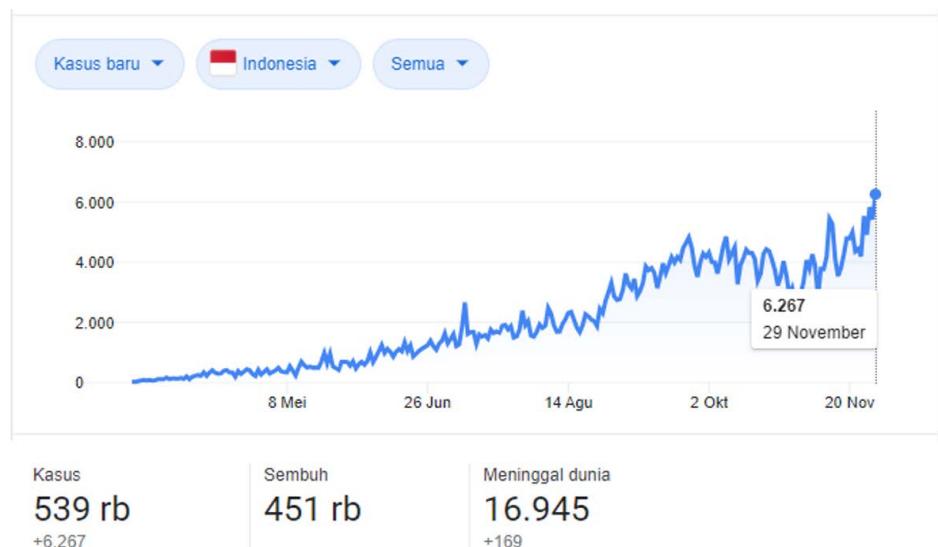
Di tahap akhir, struktur ekonomi berupa banyaknya jumlah konsumen dan produsen memunculkan adanya kekuatan pasar dalam menentukan harga dan kuantitas barang yang ada. Kekuatan pasar menjadi hal yang sangat penting di sektor kesehatan karena dapat memengaruhi biaya dan jumlah layanan kesehatan yang dapat diterima oleh masyarakat. Mikroekonomi dapat membantu memahami bagaimana mekanisme pasar bekerja dalam sektor kesehatan yang dapat memberikan dampak bagi kesehatan masyarakat.

### 3.2. Keterbatasan di Sektor Kesehatan

Keterbatasan di sektor kesehatan dapat digambarkan dengan melihat kasus penanganan pandemi Covid-19. Peningkatan kasus Covid-19 di Indonesia mengalami kecenderungan peningkatan dilihat dari kasus harian sejak 15 Maret 2020 sebanyak 21 kasus, hingga 29 November mencapai 6.267 kasus (Pemerintah Republik Indonesia, 2020) Jumlah kasus yang naik membawa implikasi semakin dibutuhkannya Alat Pelindung Diri (APD) secara cepat, masif, dan serentak sehingga memungkinkan terjadinya ketimpangan antara jumlah APD yang dibutuhkan dengan jumlah sumber daya yang tersedia. Kelangkaan ini terjadi karena tenaga medis bekerja serentak melayani ribuan pasien, sedangkan di sisi lain pasokan APD belum dapat dipenuhi oleh produsen (Husein et al., 2020).

**Gambar 3.1.**  
**Perubahan Kasus**  
**Harian COVID-19 di**  
**Indonesia**

Pemerintah Republik  
Indonesia. (2020). [https://  
covid19.go.id/](https://covid19.go.id/).

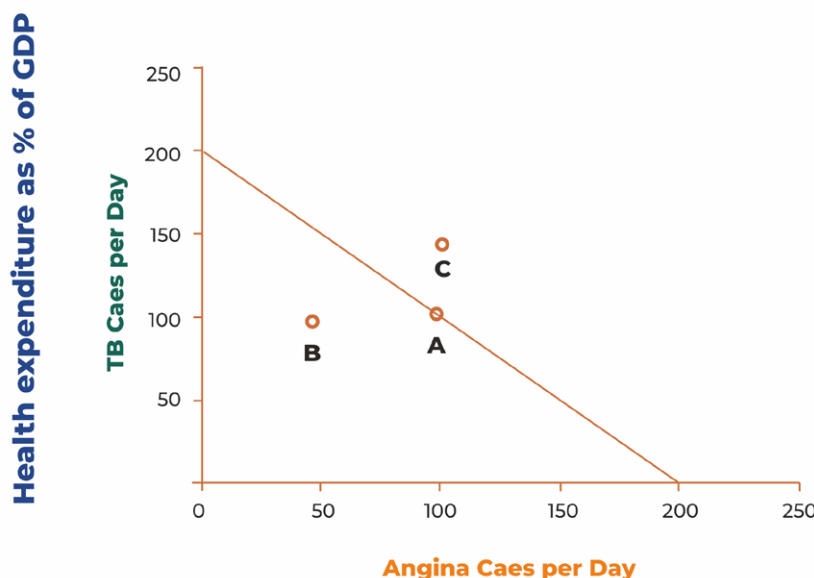


Selain APD, sumber daya lain yang digunakan rumah sakit untuk melayani pasien Covid-19 adalah tempat tidur. Berdasarkan data RS Online Kementerian Kesehatan per 6 Oktober 2020 data di Provinsi Riau dari 16 Tempat Tidur ICU dengan jumlah Angka Penggunaan Tempat Tidur (*Bed Occupancy Ratio*) atau BOR sebanyak 94 persen atau terisi 15 tempat tidur ICU. Sementara itu, dari 538 tempat tidur isolasi yang ada, terisi sebesar 76 persen atau sebanyak 414 tempat tidur isolasi. Jika dirata-ratakan, maka BOR di Rumah Sakit Provinsi Riau terisi sebanyak 77 persen (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Keterbatasan dalam penggunaan sumber daya berupa faktor produksi atau input dapat dipahami melalui sebuah kurva batas kemungkinan produksi (*Production Possibility Frontier*) atau PPF pada sebuah klinik, dengan asumsi, input hanyalah waktu konsultasi, waktu konsultasi untuk kasus TB dan Angina sama, maksimum konsultasi adalah sebanyak 200 per hari.

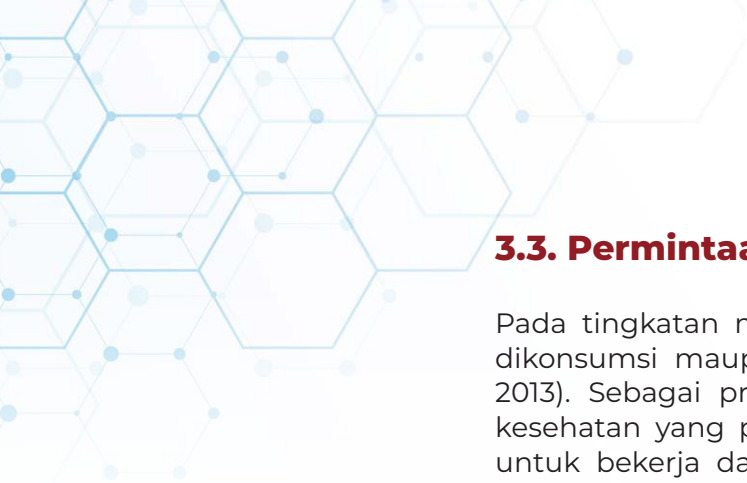
Terlepas dari waktu konsultasi yang digunakan untuk kasus manapun pada keduanya, batasan pelayanan di klinik tersebut adalah 200 kasus sehari. Titik B menunjukkan alokasi yang tidak efisien karena berada di bawah kurva batas kemungkinan produksi. Lain halnya dengan Titik A menunjukkan input untuk konsultasi sejumlah 100 kasus TB dan Angina.

Titik tersebut dikatakan efisien karena seluruh sumber daya digunakan untuk memaksimalkan batasan produksi. Titik C adalah titik yang menandakan alokasi tidak mungkin terjangkau (*unaffordable*). Kurva PPF memperlihatkan adanya pengorbanan (*trade-off*) berupa konsultasi kasus Angina ketika menambah konsultasi kasus TB, begitupun sebaliknya. Hal ini bisa dihadapi dalam berbagai macam kasus, termasuk contoh sebelumnya yaitu sumber daya atau input untuk penanganan kasus Covid-19.



**Gambar 3.2. Kurva PPF di Klinik**

Wonderling, D., Black, N., Editors, S., Black, N., Raine, R., Wonderling, D., ... Black, N. (2005). *Introduction to Health* (1st ed.). New York: London School of Hygiene & Tropical Medicine.



### 3.3. Permintaan dan Penawaran

Pada tingkatan mikro, kesehatan merupakan produk yang bisa dikonsumsi maupun diproduksi (Folland, Goodman, and Stano, 2013). Sebagai produk yang dikonsumsi, berada dalam kondisi kesehatan yang positif dapat mengalokasikan lebih banyak hari untuk bekerja dan meningkatkan pendapatan atau melakukan aktivitas lain (Santerre and Neun, 2010).

**Kesehatan juga dapat diproduksi melalui pelayanan kesehatan yang mampu mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatan, memelihara serta menyembuhkan penyakit dan juga memulihkan kesehatan perorangan, kelompok, keluarga, dan ataupun publik masyarakat.**

Kesehatan juga dapat diproduksi melalui pelayanan kesehatan yang mampu mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatan, memelihara serta menyembuhkan penyakit dan juga memulihkan kesehatan perorangan, kelompok, keluarga, dan ataupun publik masyarakat. Konsep perilaku (*behaviour*) produsen dan konsumen dalam suatu produk yaitu kesehatan, menjadi sangat terkait dengan mikroekonomi yang dapat membantu memahami bagaimana interaksi yang terjadi antara keduanya.

#### 3.3.1 Individu dan Permintaan Pasar

Permintaan pasar dalam konsep ekonomi terkait dengan hubungan berbagai tingkat harga/biaya layanan kesehatan dengan berbagai jumlah layanan yang akan diakses oleh individu-individu (Stiglitz, 2000). Terdapat miskonsepsi bahwa teori permintaan di dalam ekonomi tidak relevan karena permintaan layanan medis seperti kondisi serangan jantung merupakan permintaan yang tidak lagi mempertimbangkan faktor harga. Pada kenyataannya tidak setiap permintaan pada layanan medis merupakan darurat/emergency dan ada pertimbangan harga, pilihan fasilitas kesehatan, serta kepuasan dalam mengakses layanan tersebut (Santerre and Neun, 2010).

Hubungan harga/biaya pelayanan dengan permintaan pasar adalah negatif atau semakin tinggi harga/biaya pelayanan, semakin rendah layanan diminta. Sebaliknya, semakin rendah harga/biaya pelayanan, permintaan layanan tersebut semakin tinggi. Asumsi yang digunakan dalam melihat hubungan tersebut adalah *ceteris paribus*, faktor lain dianggap tetap, Penting untuk menggunakan asumsi ini agar dapat terfokus melihat hubungan keduanya dan melakukan simplifikasi untuk memahami fenomena (Case, Fair, and Oster, 2012).

#### 3.3.2. Produksi dan Penawaran Pasar

Sama halnya dengan permintaan pasar, penawaran pasar merupakan akumulasi jumlah layanan dari setiap perusahaan/fasilitas kesehatan yang ada. Hubungan harga dari layanan kesehatan terhadap jumlah layanan kesehatan yang ditawarkan adalah positif, semakin tinggi harga dari layanan kesehatan, semakin tinggi jumlah layanan yang ditawarkan, begitu pula jika harga semakin rendah, penawaran semakin rendah.

Pada harga yang berlaku terdapat komponen biaya produksi dalam layanan tersebut yang ditanggung oleh perusahaan atau provider fasilitas kesehatan. Semakin besar selisih harga dan biaya yang ditanggung oleh perusahaan, semakin besar potensi keuntungan. Kondisi provider yang menanggung biaya lebih tinggi dibandingkan dengan harga yang ditetapkan akan mengalami kerugian.

Biaya dapat dibedakan menjadi biaya tetap (*fixed costs*) dan biaya variabel (*variable cost*) dalam layanan kesehatan yang harus ditanggung oleh provider. Contoh biaya tetap adalah gedung yang digunakan, tidak tergantung dengan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan, biaya gedung tetaplah dibayarkan sesuai dengan besaran biaya pembangunan/sewa. Lain halnya dengan biaya variabel, dalam menyediakan layanan *Coronary Bypass Graft (CBG)*, tenaga kesehatan diberikan balas jasa sesuai dengan jumlah layanan yang ditangani.

**Biaya dapat dibedakan menjadi biaya tetap dan biaya variabel dalam layanan kesehatan yang harus ditanggung oleh provider.**

### 3.3.3 Keseimbangan Pasar

Berdasarkan kurva permintaan dan penawaran pasar, akumulasi berbagai jumlah layanan kesehatan dari berbagai tingkat harga berpotongan pada suatu titik. Titik tersebut dikatakan sebagai titik keseimbangan atau *equilibrium*, menunjukkan harga dan kuantitas layanan yang berlaku di pasar layanan kesehatan.

Keseimbangan pasar dapat berubah seiring dengan pergeseran kurva permintaan dan penawaran yang dapat diakibatkan oleh perubahan-perubahan di luar harga/biaya layanan itu sendiri. Naiknya pendapatan masyarakat, preferensi masyarakat, jumlah penduduk, dan kebijakan pemerintah dapat mengubah keseimbangan harga dan kuantitas layanan kesehatan.

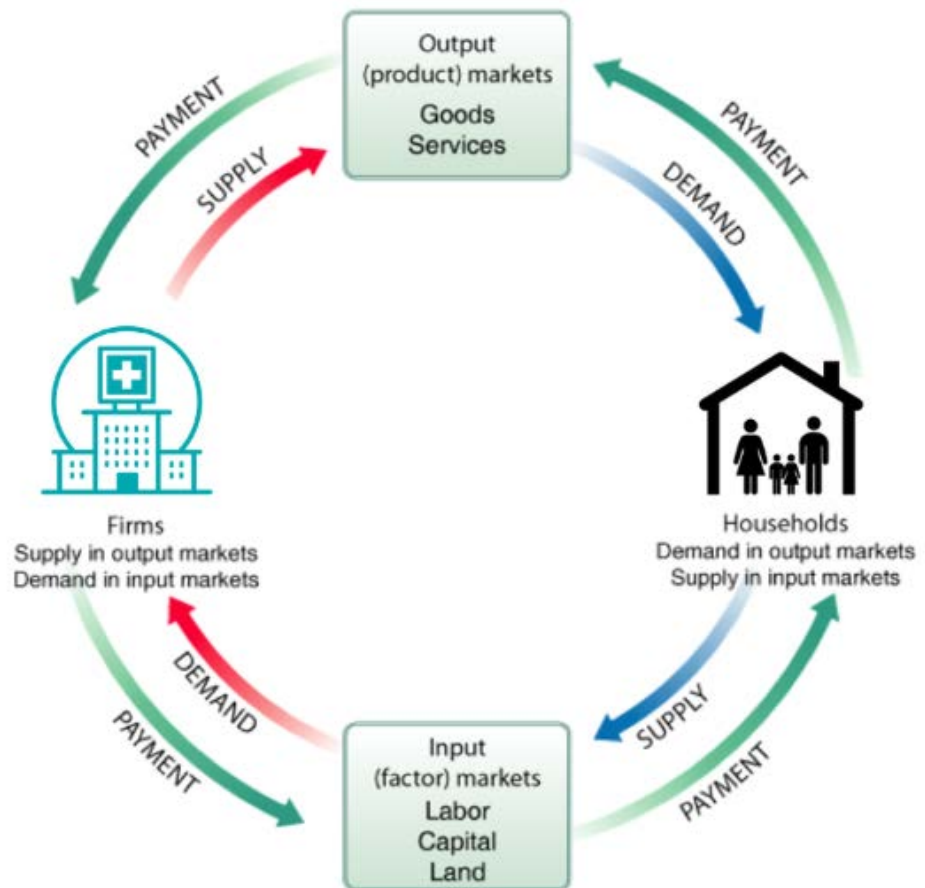
### 3.4. Interaksi Pasar

Di sektor kesehatan terdapat keterkaitan antara pelaku di dalamnya, baik yang melibatkan permintaan dan penawaran berupa output, jasa pelayanan kesehatan, maupun berhubungan dengan permintaan dan penawaran input atau faktor produksi. Diagram sederhana ini dapat memperlihatkan interaksi dua pelaku, yaitu rumah tangga dan perusahaan, dalam hal ini *provider* dari fasilitas atau pelayanan kesehatan di pasar *input* dan *output*.

Interaksi dan keterkaitan dua pelaku di pasar *output* terlihat di panah berwarna merah menunjukkan penawaran fasilitas atau pelayanan kesehatan dari perusahaan (*firm*) berinteraksi dengan permintaan dari rumah tangga, biaya pelayanan dibayarkan oleh rumah tangga ke perusahaan sebagai balas jasa fasilitas atau pelayanan kesehatan. Sebaliknya, pada pasar input/faktor produksi, penawaran dilakukan oleh rumah tangga, dapat berupa tanah/bangunan, modal, atau tenaga kerja (*labor*). Berikut merupakan pembahasan interaksi di masing-masing pasar.

**Gambar 3.3.**  
**Diagram Arus**  
**Kegiatan Ekonomi**

Case, K. E., Fair, R. C.,  
& Oster, S. M. (2012).  
*Principles of Economics*  
(10th ed.). Boston: Donna  
Battista.



### 3.4.1. Interaksi di Pasar Input

Fasilitas kesehatan menggunakan berbagai input seperti tenaga kerja (*labor*) dan perlengkapan medis seperti obat-obatan dan alat kesehatan (*alkes*) atau (*capital*) untuk memproduksi jasa layanan kesehatan (Santerre and Neun, 2010). Di Indonesia, Puskesmas merupakan faskes terdepan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar. Umumnya, kekurangan Sumber daya Manusia (SDM) atau SDM tidak sesuai standar, ketersediaan obat/vaksin/alat kesehatan (*alkes*) dan bahan medis habis pakai (BMHP) menghambat kinerja Puskesmas (Kementerian PPN/Bappenas, 2018).

Kebutuhan akan SDM dan alkes sebagai input produksi layanan kesehatan di puskesmas, yaitu standar kecukupan dokter gigi di Puskesmas adalah minimal satu orang. Kebutuhan tenaga dokter gigi di Puskesmas cukup tinggi dilihat dari data Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Kesehatan (BPPSDMK). Sebanyak 44,36 persen Puskesmas di Indonesia mengalami kekurangan dokter gigi (Kementerian Kesehatan RI, 2019) dan hanya 10,2% penduduk Indonesia yang memiliki masalah gigi mulut mendapat perawatan oleh tenaga medis (Kementerian Kesehatan RI, 2019)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, "Hasil Utama Riskedas."

### 3.4.2. Interaksi di Pasar Output

Interaksi permintaan dan penawaran obat *antiretroviral* (ARV) sebagai obat penanganan virus HIV/AIDS dilihat dari peningkatan jumlah kasus HIV/AIDS yang berimplikasi pada peningkatan jumlah permintaan obat ARV. Jumlah orang dengan HIV/AIDS (ODHA) yang sedang mendapatkan pengobatan ARV dari tahun 1987 sampai dengan Maret 2017 sebanyak 79.833 orang. *Ketersediaan* obat ARV yang dilakukan pemerintah mengalami keterbatasan. Kekosongan ARV kerap terjadi pada bulan-bulan tertentu, yakni Juni-Agustus, Oktober-November, dan Desember. Bahkan kekosongan ini terus-menerus terjadi dari tahun ke tahun di sejumlah daerah, terutama di daerah Kabupaten. Keterbatasan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, di antaranya harga obat ARV yang mahal dan produksi obat ARV dalam negeri masih terbatas (Jegalus et al., 2020).

Perubahan *permintaan dan penawaran* juga dapat dilihat dari kasus Indonesia dalam menghadapi pandemi COVID-19. Pemerintah Indonesia menunjuk 100 Rumah Sakit Umum dalam negeri sebagai Rumah Sakit rujukan pasien COVID-19 pada 3 Maret 2020. Lima hari berselang tepatnya pada 8 Maret 2020, Indonesia meningkatkan jumlah Rumah Sakit Rujukan menjadi 227 untuk mengatasi jumlah pasien COVID-19 yang terus meningkat (Putri, 2020).

### 3.5. Konsep Elastisitas di Sektor Kesehatan

Konsep pasar pada mikroekonomi bukan hanya mencakup hubungan positif dan negatif harga terhadap permintaan dan penawaran serta interaksi keduanya tetapi juga membahas seberapa besar perubahan jumlah barang yang diminta dan ditawarkan terhadap perubahan harga barang tersebut, harga barang lainnya (substitusi atau komplementer) dan pendapatan (Case, Fair, and Oster, 2012). Respons terhadap permintaan dan penawaran tersebut disebut dengan elastisitas.

Di sektor kesehatan, elastisitas permintaan dapat dikaitkan dengan respons permintaan secara agregat terhadap perubahan harga. Berdasarkan salah satu contoh permintaan barang medis, dapat dikatakan elastis apabila terjadi kenaikan harga obat tertentu sebesar 1 persen, Rp 100.000 menjadi Rp 101.000 kemudian permintaan berubah kurang dari 1 persen, dari 1.000 unit menjadi 992 unit (Mendoza, 2020). Apabila perubahannya menjadi 980 unit dengan perubahan harga yang sama, dikatakan permintaannya elastis.

Menggunakan pertimbangan barang yang tersedia, elastisitas harga menjadi penting untuk pertimbangan pemerintah dalam menetapkan harga obat. Menteri Kesehatan setiap tahun menetapkan Harga Eceran Tertinggi (HET) obat generik berdasarkan rekomendasi dari tim evaluasi harga obat. Harga tersebut ditetapkan

Di sektor kesehatan, elastisitas permintaan dapat dikaitkan dengan respons permintaan secara agregat terhadap perubahan harga.

**Elastisitas  
bermanfaat  
juga untuk  
pengendalian  
konsumsi produk  
tertentu yang  
akan berakibat  
terhadap  
kesehatan  
masyarakat.**

melalui Keputusan Menteri Kesehatan dengan tujuan menjamin keterjangkauan harga obat sebagai upaya memenuhi akuntabilitas dan transparansi pada masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Elastisitas bermanfaat juga untuk pengendalian konsumsi produk tertentu yang akan berakibat terhadap kesehatan masyarakat. Pemerintah dapat mengendalikan harga melalui cukai, yaitu pungutan negara terhadap barang-barang tertentu yang mempunyai sifat atau karakteristik konsumsinya perlu dikendalikan, peredarannya perlu diawasi, pemakaiannya dapat menimbulkan dampak negatif bagi masyarakat atau lingkungan hidup atau pemakaiannya perlu pembebanan pungutan negara demi keadilan dan keseimbangan (Pemerintah Republik Indonesia, 2007).

Pemerintah Indonesia sementara ini menetapkan cukai untuk tiga jenis barang kena cukai secara umum, di antaranya etil alkohol, minuman yang mengandung etil alkohol, dan hasil tembakau. Tidak menutup kemungkinan jenis barang dapat bertambah (Kementerian Keuangan Republik Indonesia, 2020). Elastisitas dapat memberikan gambaran bagaimana respons peningkatan cukai terhadap pengendalian jenis-jenis barang tersebut.

### **3.5.1. Elastisitas pada Permintaan Layanan Medis**

Kategori barang/jasa yang berhubungan dengan kesehatan dasar termasuk barang/layanan medis menyangkut hidup dan matinya seseorang, sifatnya *inelastis* sempurna, artinya berapapun perubahan harga tidak akan mengubah jumlah barang/jasa yang digunakan (Folland, Goodman, and Stano, 2013). Harga bukan lagi menjadi faktor penting untuk menggunakan barang/jasa tersebut.

Namun, tidak seluruh layanan medis bersifat *inelastis/baku*, layanan medis elektif seperti operasi kecantikan (*cosmetic surgery*), lebih bersifat suatu kemewahan dibandingkan dengan desakan konsumsi. Hasilnya, harga menjadi faktor yang dipertimbangkan dalam konsumsi. Tingkatan yang lebih rendah seperti perawatan gigi dan optik juga termasuk pada kategori permintaan yang elastis. Semakin dapat ditangguhkan layanan medis tertentu, semakin berbeda tingkatan elastisitasnya (Santerre and Neun, 2010).

### **3.5.2. Elastisitas Melalui Tarif Cukai**

Dampak yang ditimbulkan dari konsumsi alkohol sangat terkait dengan faktor risiko kesehatan masyarakat dan memiliki dampak langsung terhadap target *Sustainable Development Goals (SDGs)*, meliputi kesehatan ibu dan anak, penyakit menular (*HIV, viral hepatitis, tuberculosis*), penyakit tidak menular, kesehatan mental, cedera dan keracunan (WHO, 2018).

Pengurangan konsumsi alkohol juga termasuk ke target 3C yaitu melaksanakan kebijakan untuk mendorong aktifitas fisik dan pola pangan yang sehat, mengurangi perilaku tidak sehat seperti penggunaan tembakau sebanyak 30 persen dan penggunaan alkohol yang berbahaya sebanyak 20 persen, dengan indikator yang didapatkan dari prevalensi peminum alkohol 12 bulan dan 1 bulan terakhir (Badan Pusat Statistik, 2014).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, proporsi konsumsi minuman beralkohol yang berlebihan pada penduduk umur  $\geq 10$  tahun sebesar 0,8 persen untuk tingkat nasional dan 3,2 persen di tingkat nasional tertinggi, yaitu NTT (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Selain mengendalikan produk alkohol yang ilegal, Pemerintah mengatur konsumsi alkohol melalui tarif cukai yang diatur oleh Menteri Keuangan. Harapannya target dari SDG tercapai, khususnya pengurangan konsumsi alkohol.

Pada Tabel 3.1 dapat terlihat tarif dari 3 Peraturan Menteri Keuangan (PMK) terakhir terkait penetapan tarif cukai Minuman Mengandung Etil Alkohol (MMEA). Penetapan cukai yang sama dibebankan untuk kadar etil alkohol sampai dengan 5 persen, naik setiap pergantian periode tersebut, pada produksi dalam negeri maupun impor. Kadar etil alkohol lebih dari 5-20 persen dan lebih dari 20 persen untuk produk impor ditetapkan tarif lebih tinggi dibandingkan produksi dalam negeri. Secara umum seluruh kadar etil mengalami peningkatan, artinya pemerintah, selain mengatur penerimaan negara, juga berusaha mengendalikan konsumsi alkohol.

**Tabel 1 Tarif Cukai MMEA Tahun 2010, 2013, dan 2018**

Golongan	Kadar Etil Alkohol	Tarif Cukai (Per Liter)					
		Produksi Dalam Negeri			Impor		
		2010	2013	2018	2010	2013	2018
A	Sampai dengan 5%	Rp11.000	Rp13.000	Rp15.000	Rp11.000	Rp13.000	Rp15.000
B	Lebih dari 5% sampai dengan 20%	Rp40.000	Rp33.000	Rp33.000	Rp40.000	Rp44.000	Rp44.000
C	Lebih dari 20%	Rp75.000	Rp80.000	Rp80.000	Rp130.000	Rp139.000	Rp139.000

Kementerian Keuangan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Keuangan tentang Tarif Cukai Alkohol (2018).

Hasil dari 112 studi mengenai pengaruh harga terhadap perilaku meminum alkohol, elastisitas permintaan terhadap harga berkisar antara -0.46 (inelastic) hingga mendekati elastis sebesar -0.80, semakin besar kadar alkohol dalam minuman tersebut, semakin sensitif terhadap harga (Wagenar, Salois, and Komro, 2009). Nilai elastisitas permintaan  $> 1$  adalah elastis, artinya persentase perubahan harga lebih kecil dibandingkan dengan perubahan persentase barang yang diminta. Sementara itu, nilai elastisitas permintaan  $< 1$ , artinya persentase perubahan harga lebih besar

dibandingkan dengan perubahan persentase barang yang diminta (Case, Fair, and Oster, 2012)..

### **3.6. Struktur Industri di Sektor Kesehatan**

Struktur pasar menetapkan lingkungan keseluruhan setiap perusahaan beroperasi. Karakteristik struktur pasar esensial meliputi jumlah dan distribusi ukuran penjual dan pembeli, jenis produk yang ditawarkan untuk dijual, hambatan input produksi, dan asimetris informasi antara pembeli dan penjual (Santerre and Neun, 2010).

Karakteristik banyaknya penjual dengan pangsa pasar yang kecil dan produk yang sama merepresentasikan bahwa terdapat persaingan yang cukup besar dalam industri (Santerre & Neun, 2010). Contoh pasar ini dalam industri kesehatan adalah industri layanan kesehatan yang diproduksi oleh praktik dokter perorangan, praktik bidan perorangan, industri rumah sakit, dan industri farmasi. Perilaku kompetitif di antara perusahaan medis merupakan pemandangan yang disambut baik (Santerre and Neun, 2010).

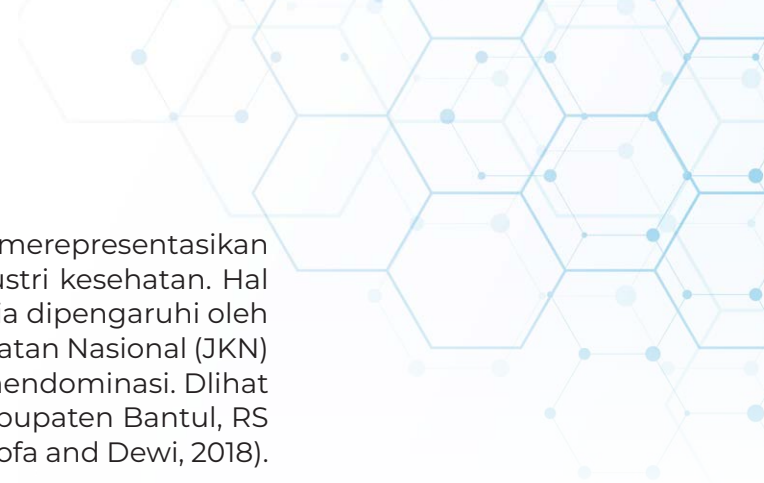
**Perkembangan industri kesehatan di Indonesia cukup pesat dilihat dari meningkatnya jumlah praktik mandiri dokter umum, jumlah klinik kesehatan, jumlah rumah sakit, dan jumlah industri farmasi.**

Perkembangan industri kesehatan di Indonesia cukup pesat dilihat dari meningkatnya jumlah praktik mandiri dokter umum, jumlah klinik kesehatan, jumlah rumah sakit, dan jumlah industri farmasi.

Struktur pasar sering berbeda antar industri karena variasi dalam kondisi dasar, termasuk pemanfaatan teknologi, lingkungan hukum, kondisi permintaan, dan skala ekonomi. Persaingan sempurna di suatu pasar berarti bahwa setiap perusahaan di pasar tersebut berusaha keras untuk memperoleh pangsa pasar terbesar dengan harga rendah. Sayangnya persaingan sempurna tidak berlaku di beberapa pasar kesehatan, ini karena produksi perawatan medis umumnya dilakukan secara nirlaba atau dengan pengaturan publik, meskipun tidak menutup kemungkinan untuk mencari keuntungan (Santerre and Neun, 2010).

#### **3.6.1. Kekuatan Pasar dan Kompetisi Industri Rumah Sakit**

Industri rumah sakit (RS) tidak terlepas dari persaingan antar pelakunya. Berbagai rumah sakit yang ada berupaya memperoleh kepercayaan masyarakat dengan mengemukakan pelayanan yang efisien dan berkualitas (Supartiningsih, 2017). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, di Indonesia Rumah Sakit dikelompokkan berdasarkan penyelenggaraan, yaitu rumah sakit pemerintah, rumah sakit pemerintah daerah (rumah sakit provinsi dan rumah sakit daerah) dan rumah sakit swasta (Kementerian Kesehatan RI, 2018).



Struktur pasar industri rumah sakit di Indonesia merepresentasikan contoh persaingan tidak sempurna dalam industri kesehatan. Hal ini karena pasar industri rumah sakit di Indonesia dipengaruhi oleh regulasi. Implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menempatkan rumah sakit milik pemerintah mendominasi. Dilihat dari jumlah kunjungan pasien tahun 2015 di Kabupaten Bantul, RS pemerintah menguasai 69,9 persen pasar (Mustofa and Dewi, 2018).

Kekuatan monopoli memberikan contoh klasik kegagalan pasar. Model monopoli umumnya diterapkan pada pasar di mana satu atau sedikit penjual dominan. Beberapa pasar perawatan kesehatan tampaknya memiliki potensi untuk menjalankan kekuasaan monopoli (Folland, Goodman, and Stano, 2013).

### **3.6.2. Praktek Monopoli di Industri Farmasi**

Obat di Indonesia dapat dikategorikan sebagai obat paten dan obat generik. Obat paten berlaku hingga 20 tahun. Perusahaan farmasi tidak dapat memperpanjangnya tetapi dapat diproduksi kembali oleh perusahaan farmasi lain dalam bentuk obat generik bermerk atau obat generik berlogo (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Sebagai upaya memenuhi ketersediaan obat generik sehingga terjangkau oleh masyarakat melalui fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah, obat generik yang esensial wajib disediakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk kebutuhan Puskesmas dan Unit Pelaksana Teknis lainnya sesuai kebutuhan (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Di Indonesia, industri farmasi tidak sepenuhnya lepas dari peran pemerintah dalam penentuan harga. Dalam menjamin keterjangkauan harga obat sebagai upaya memenuhi akuntabilitas dan transparansi pemerintah Indonesia mengatur pemberian informasi harga eceran tertinggi obat. Hal ini merupakan salah satu upaya untuk menyeimbangkan informasi antara produsen dan konsumen dan mengurangi praktik monopoli.

**Di Indonesia, industri farmasi tidak sepenuhnya lepas dari peran pemerintah dalam penentuan harga.**

HET merupakan harga jual tertinggi obat di apotek, toko obat, dan instalasi farmasi rumah sakit/klinik (Kementerian Kesehatan, 2014). Pemerintah juga membangun sistem informasi elektronik yang memuat daftar, jenis, spesifikasi teknis, dan harga barang tertentu dari berbagai penyedia barang/jasa pemerintah atau disebut dengan katalog elektronik (*e-catalogue*) (Kementerian Kesehatan RI, 2014).



## Daftar Pustaka

- Badan Pusat Statistik. (2014). *Kajian Indikator Sustainable Development Goals (SDGs)*. Retrieved from 07330.14113
- Case, K. E., Fair, R. C., & Oster, S. M. (2012). *Principles of Economics* (10th ed.). Boston: Donna Battista.
- Folland, S., Goodman, A. C., & Stano, M. (2013). *The Economics of Health and Health Care*. (D. Alexander, Ed.), *The Economics of Health and Health Care*. New Jersey. <https://doi.org/10.2190/ENIT-F9A1-LV0P-BLLR>
- Husein, B., Sidipratomo, P., Meilia, P. D. I., & Christianto, G. M. (2020). Tinjauan Etik Prioritas Alat Pelindung Diri (APD) untuk Profesional Pemberi Asuhan (PPA) Kedokteran dan Kesehatan. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 4(2). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.26880/jeki.v4i2.47>
- Jegalus, D., Sirait, R. W., Dodo, D. O., & Kendjam, Y. (2020). Manajemen Logistik Obat Antiretroviral dalam Program Penanggulangan HIV/AIDS (Studi Kasus di RSUD Manggarai, Kabupaten Manggarai, Nusa Tenggara Timur) *Timorese Journal of Public Health* Manajemen Logistik Obat Antiretroviral dalam Program Penanggulan. *Timorese Journal of Public Health*, 1 (Juni). <https://doi.org/e-ISSN:2685-4457>
- Kementerian Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pemberian Informasi Harga Eceran Tertinggi (HET) Obat, Pub. L. No. 98 (2015). Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. PERMENKES Tentang Kewajiban Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah (2010). Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Peredaran Obat Generik*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Hasil Utama Riskesdas*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Profil Kesehatan Indonesia 2018*. Jakarta.
- Kementerian Keuangan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Keuangan tentang Tarif Cukai Alkohol (2018). 158.
- Kementerian Keuangan Republik Indonesia. (2020). Indeks Cukai. Retrieved from <https://www.beacukai.go.id/arsip/cuk/cukai.html>

- 
- Kementerian PPN/Bappenas. (2018). *Penguatan pelayanan kesehatan dasar di puskesmas*. (L. Komariah & N. Imani, Eds.) (I). Jakarta: Direktorat Kesehatan Gizi Masyarakat.
- Mendoza, R. L. (2020). Effects of innovation and insurance coverage on price elasticity of demand for prescription drugs : some empirical lessons in pharmacoeconomics prescription drugs : some empirical lessons in pharmacoeconomics. *Journal of Medical Economics*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/13696998.2020.1772797>
- Mustofa, A., & Dewi, A. (2018). Analisis Kebijakan Regionalisasi Rujukan terhadap Jumlah Kunjungan dan Kepuasan Peserta Jaminan Kesehatan Nasional. *Journal of Health Studies*, 2(1), 1–11. <https://doi.org/http://doaj.org/toc/2549-3353>
- Pemerintah Republik Indonesia. Undang-undang Republik Indonesia tentang Cukai, Pub. L. No. 39 (2007).
- Pemerintah Republik Indonesia. (2020). <https://covid19.go.id/>.
- Putri, R. N. (2020). Indonesia dalam Menghadapi Pandemi Covid-19. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 20(2), 705–709. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v20i2.1010>
- Santerre, R. E., & Neun, S. P. (2010). *Health Economics*. Irwin. <https://doi.org/10.1007/978-3-540-68540-1>
- Stiglitz, J. E. (2000). *Economics of the Public Sector*. (E. Parsons, Ed.) (3rd ed.). Newyork/London: W.W Norton & Company.
- Supartiningsih, S. (2017). Kualitas Pelayanan Kepuasan Pasien Rumah Sakit : Kasus pada Pasien Rawat Jalan. *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 6(April), 9–15. <https://doi.org/10.18196/jmmr.6122>
- Wagenar, A. ., Salois, M. ., & Komro, K. . (2009). Meta Analysis of Alcohol Price. *Epidemiology & Health Policy Research*.
- Wonderling, D., Black, N., Editors, S., Black, N., Raine, R., Wonderling, D., ... Black, N. (2005). *Introduction to Health* (1st ed.). New York: London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Switzerland.
- Zweifel, P., Breyer, F., & Kifman, M. (2009). *Health Economics*. New York.





# Ciri dan Pasar Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Rifqi Abdul Fattah, Abdillah Ahsan, Hasbullah Thabrany



## 4.1. Pengantar

Setiap orang di Indonesia berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, terjangkau, merata, dan nondiskriminatif sebagaimana telah diamanatkan dalam Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 dan Pasal 5 ayat (2) dan Pasal 54 ayat (1) Undang-Undang (UU) Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Lebih lanjut, dalam perubahan keempat UUD 1945 tahun 2002 yaitu dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Pelayanan kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit (preventif), peningkatan kesehatan (promotif), pengobatan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif). Pemerintah pusat maupun pemerintah daerah bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Ahli ekonomi kesehatan berkebangsaan Amerika Serikat yang sangat berpengaruh dalam menemukan model permintaan atas kesehatan (*demand for health models*), Michael Grossman, pada tahun 1972 mengemukakan bahwa permintaan atas pelayanan kesehatan (*demand for healthcare*) merupakan turunan dari

**Pemerintah pusat maupun pemerintah daerah bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan.**

Pada prinsipnya, dalam pelayanan kesehatan, pasien membeli 'informasi' untuk kemudian dokter memeriksa kondisi pasien dan diakhiri dengan dokter menyimpulkan kebutuhan pasien baik berupa pemberian resep obat atau nasihat kesehatan.

permintaan atas kesehatan (*demand for health*), yaitu keinginan memiliki kesehatan yang baik untuk dapat berpartisipasi dalam pekerjaan dan aktivitas lainnya. Artinya, ketika membeli kesehatan, seseorang tidak membeli sehat, melainkan membeli pelayanan kesehatan (Grossman, 1972).

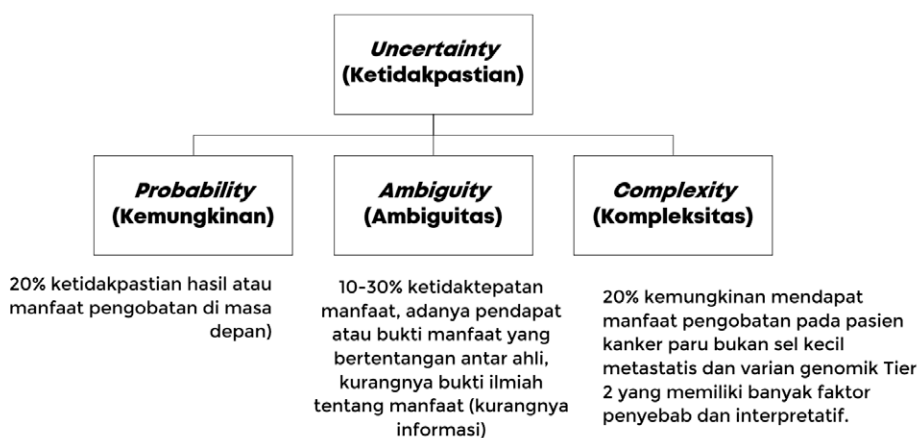
Status sehat adalah status prima manusia dalam memaksimalkan fungsi fisiologis tubuh. Permintaan atas kesehatan merupakan persepsi individu yang diwujudkan dalam bentuk pembelian atau mengonsumsi input-input yang memungkinkan individu berada pada status kesehatan tertentu. Misalnya, individu mendaftarkan diri menjadi anggota pusat kebugaran untuk dapat berolahraga setiap hari atau manusia mengonsumsi sayuran dan buah-buahan karena bermanfaat bagi kesehatan tubuh. Sementara jika individu khawatir terkena tuberculosis (TB), misalnya, kemudian berkunjung ke rumah sakit untuk disuntik vaksin BCG (*Bacille Calmette-Guérin*) agar tetap sehat, maka hal tersebut termasuk ke dalam permintaan atas pelayanan kesehatan. Pada prinsipnya, dalam pelayanan kesehatan, pasien membeli 'informasi' untuk kemudian dokter memeriksa kondisi pasien dan diakhiri dengan dokter menyimpulkan kebutuhan pasien baik berupa pemberian resep obat atau nasihat kesehatan.

## 4.2. Ketidakpastian dalam Pelayanan Kesehatan

Ketidakpastian (*uncertainty*) merupakan hal esensial dan fundamental yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Ketidakpastian dapat didefinisikan sebagai perspektif subjektif dari ketidaktahuan, berperan penting dalam mendorong berbagai penelitian medis, mendorong pasien mengunjungi pelayanan kesehatan, dan merangsang intervensi medis (Han, P. K. J., Klein, W. M. P., & Arora, N. K., 2011). Pelayanan kesehatan berbeda dengan sebagian besar barang atau komoditas lain karena adanya ketidakpastian ini. Kenneth Arrow (1963) dalam tulisannya menyatakan bahwa ketidakpastian dalam pelayanan kesehatan dapat terjadi baik dari sisi permintaan atau pasien/pengguna layanan kesehatan dan dari sisi penawaran atau penyedia layanan kesehatan (Arrow, K. J., 1963). Pasien tidak pasti mengetahui kejadian penyakit sementara dokter tidak pasti mengetahui kemanjuran pengobatan yang diberikannya. Selain itu, administrasi pelayanan kesehatan, pembayar pelayanan kesehatan, pembuat kebijakan, dan para peneliti juga menghadapi tantangan ketidakpastian dalam melayani, membayar, mengatur, dan mengkajinya (Arrow, 1963).

Dalam memahami kompleksitas ketidakpastian dalam pelayanan kesehatan, terdapat konsep taksonomi ketidakpastian dalam pelayanan kesehatan. Han et al. (2019) mengembangkan konsep taksonomi ini dengan cara mengklasifikasikan tiga dimensi independen fundamental, yaitu *source* (sumber), *issue* (isu), dan *locus* (lokus). Sumber utama ketidakpastian meliputi *probability* (kemungkinan), *ambiguity* (ambiguitas), dan *complexity* (kompleksitas).

Ketidakpastian diawali dari kemungkinan (*probability*) atau dikenal sebagai risiko atas manfaat yang akan diperoleh di waktu mendatang. Sementara ambiguitas adalah kondisi ketidakcukupan informasi terkait probabilitas sehingga menimbulkan ketidakpastian dalam layanan kesehatan. Informasi yang tidak cukup dapat berupa informasi terkait risiko yang tidak tersedia, tidak memadai, atau tidak tepat. Sumber ketidakpastian yang terakhir adalah kompleksitas layanan kesehatan. Kompleksitas dapat diartikan sebagai sulitnya memahami informasi-informasi risiko atas layanan kesehatan akibat adanya hubungan yang kompleks antara faktor risiko, hasil, dan keputusan alternatif dalam layanan kesehatan. Gambar 4.1. (Han, et al., 2019) di bawah ini menjelaskan sumber-sumber ketidakpastian dalam pelayanan pengobatan pasien kanker paru.



**Gambar 4.1.**  
**Contoh Sumber**  
**Ketidakpastian**  
**dalam Respons**  
**terhadap**  
**Pengobatan**  
**Kanker Paru**

Dimensi kedua dalam taksonomi ketidakpastian adalah issue (isu). Isu atau masalah terkait ketidakpastian dalam pelayanan kesehatan mencakup 3 (tiga) kategori yaitu *scientific* (keilmuan), *practical* (praktik), dan *personal* (pribadi) (Han et al., 2019). Isu pertama adalah ketidakpastian terhadap keilmuan pada sebuah pengobatan penyakit, mencakup proses diagnosis (penentuan jenis penyakit dengan pemeriksaan tanda dan gejalanya), prognosis (prediksi perjalanan penyakit yang didasarkan pada informasi diagnosis yang tersedia), hubungan sebab akibat, dan rekomendasi pelayanan kesehatan.

Sementara itu, isu kedua adalah isu praktik yang berfokus pada ketidakpastian mengenai struktur dan kompetensi layanan kesehatan, seperti ketidakpastian tentang kompetensi dokter, kualitas atau prosedur pelayanan kesehatan. Isu terakhir yaitu ketidakpastian pribadi yang meliputi permasalahan psikososial atau pandangan pribadi terhadap efek pelayanan kesehatan tertentu. Sebagai contoh, seorang pria memiliki permasalahan ketidakpastian ketika akan memutuskan apakah akan melakukan operasi pengangkatan sebagian atau seluruh kelenjar prostat akibat adanya kanker prostat.



Beberapa isu ketidakpastian yang mungkin terjadi adalah potensi timbulnya kembali kanker pasca-operasi, kompetensi ahli bedah dan kualitas pelayanan kesehatan yang akan diberikan. Sementara isu ketidakpastian personal dapat berupa kemampuan beradaptasi dengan efek samping operasi, dampak efek samping operasi pada hubungan seksual dengan sang istri, hingga dampak efek samping operasi terhadap kesejahteraan dan tujuan hidup pria tersebut.

Dimensi terakhir dalam ketidakpastian adalah lokus. Lokus mengacu pada ketidakpastian yang dihadapi para pihak dalam pelayanan kesehatan. Dalam pelayanan medis tertentu, ketidakpastian dapat terjadi dalam pikiran pasien, atau dokter, atau keduanya, atau tidak keduanya. Hal ini menunjukkan karakteristik hubungan dalam pelayanan kesehatan. Gambar 4.2. menunjukkan lokus ketidakpastian dalam pelayanan kesehatan (Han et al., 2019).

**Gambar 4.2. Lokus Ketidakpastian dalam Pelayanan Kesehatan**

		Ketidakpastian dokter	
		Hadir	Absen
Ketidakpastian pasien	Hadir	ketidakpastian bersama	ketidakpastian sepihak
	Absen	ketidakpastian sepihak	ketidaktahuan bersama

Persepsi pasien adalah sumber dari ketidakpastian terhadap permintaan pelayanan kesehatan karena kebutuhan akan pelayanan kesehatan tidak pernah dapat diprediksi, sehingga terjadi permasalahan pada saat membayar harga layanan kesehatan (*ability to pay*). Misalnya, risiko pemiskinan atau *impoverishment catastrophic* dapat terjadi pada individu yang telah divonis memiliki penyakit kronis. Karena ketidakmampuan ekonomi, individu tersebut terpaksa harus membayar layanan kesehatan dengan menjual harta benda. Oleh karena itu, SDGs, khususnya yang berkaitan dengan pencapaian UHC disepakati untuk memberikan perlindungan risiko finansial bagi setiap penduduk.

### 4.3. Asimetris Informasi dalam Pelayanan Kesehatan

Hubungan antara pasien dan penyedia layanan kesehatan merupakan hubungan yang utama dalam sistem pelayanan kesehatan. Dalam banyak studi ekonomi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan, dokter memiliki keunggulan informasi dalam memberikan layanan kesehatan daripada pasien. Situasi seperti ini

sering disebut dengan asimetris atau ketidaksetaraan informasi, yang merupakan salah satu karakteristik utama dalam pelayanan kesehatan. Pasien tidak mampu menentukan jumlah yang dikonsumsi karena informasi yang asimetris serta tidak mampu menilai kualitas jasa dan barang layanan kesehatan.


Arrow (1963) menjelaskan bahwa karena kerumitan ilmu kedokteran, informasi yang dimiliki dokter mengenai konsekuensi dan kemungkinan pelayanan kesehatan yang diberikan jelas jauh lebih banyak daripada yang dimiliki pasien. Lebih lanjut, kedua belah pihak menyadari ketidaksetaraan informasi pengetahuan dan pilihan layanan kesehatan. Sebagai contoh, pasien mungkin dapat menjelaskan gejala suatu penyakit, tetapi mereka memiliki informasi yang tidak memadai untuk menghubungkan kondisi mereka dengan jenis pengobatan yang dipilih. Hubungan ini menciptakan kekuatan yang tidak sama antara penyedia dan pengguna layanan kesehatan sehingga kemungkinan terjadi penyalahgunaan kepentingan.

Adanya asimetris informasi antara dokter dan pasien dapat menimbulkan kondisi di mana dokter dapat memanipulasi permintaan pasien akan layanan medis untuk menciptakan permintaan tambahan layanan tersebut. Istilah ini dikenal dengan *supplier-induced demand (SID)* atau penyedia barang/jasa meningkatkan permintaan. Fenomena SID ini dapat muncul dari tindakan dokter yang terkait dengan kepentingan pribadi atau upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien mereka.

Praktik SID terbukti telah ada dalam pelayanan kesehatan di Indonesia. Analisis data *Indonesian Family Life Survey (IFLS)* 2012 menunjukkan bahwa praktik SID oleh penyedia layanan kesehatan di daerah perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan di pedesaan. Hal tersebut disebabkan karena kompetisi antar penyedia layanan kesehatan di perkotaan lebih tinggi daripada di pedesaan. Hasil lain melalui Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) dan Potensi Desa (Podes) 2012 menunjukkan angka probabilitas dokter yang mendorong kunjungan pasien rawat jalan semakin tinggi seiring dengan semakin banyaknya jumlah dokter dalam populasi (persaingan antar dokter) (Hidayat, Budi., 2016).

Fenomena SID perlu juga dikaji lebih mendalam, terutama SID yang dilakukan dalam hal kebaikan pasien dan masyarakat. Sebagai contoh, jika dokter menemukan penderita *corona virus diseases* 2019 (COVID-19), dokter dapat meminta orang-orang terdekat pasien atau yang pernah kontak dengan pasien untuk melakukan tes deteksi keberadaan virus tersebut, yaitu pemeriksaan *polymerase chain reaction (PCR)*. Pada kasus seperti ini, praktik SID oleh dokter merupakan praktik yang bagus dan bermanfaat. Dengan demikian, SID oleh penyedia layanan kesehatan tidak selamanya berkonotasi negatif.

**Fenomena SID perlu juga dikaji lebih mendalam, terutama SID yang dilakukan dalam hal kebaikan pasien dan masyarakat.**



Seiring dengan perkembangan teknologi internet dan ketersediaan serta kemudahan akses informasi, termasuk informasi kesehatan, fenomena asimetris informasi semakin menurun. Hal ini terutama terjadi di negara-negara maju di mana asimetris informasi mengenai gejala, diagnosis, dan pilihan pengobatan, antara pasien dan dokter telah sangat menurun. Namun, terkait asimetris informasi dalam hal kompetensi masih tetap berlaku, yaitu dokter lebih banyak mengetahui bagaimana menganalisis dan mengobati gejala penyakit (Major, 2019).

#### 4.4. Kompleksitas dan Variasi Pelayanan Kesehatan

**Karakteristik lain dalam pelayanan kesehatan adalah kompleksitas dan variasinya.**

Karakteristik lain dalam pelayanan kesehatan adalah kompleksitas dan variasinya. Karakteristik ini merupakan bagian penting dalam memahami kebijakan kesehatan. Kebutuhan dan selera konsumen bervariasi sehingga berdampak juga terhadap jenis dan kualitas layanan kesehatan. Situasi layanan kesehatan yang bersifat sangat heterogen, sangat spesifik, dan ditujukan kepada pasien dengan kondisi latar belakang yang berbeda, menyebabkan sektor ini sulit mencapai skala ekonominya.

Sebagai contoh pada pengobatan kanker. Saat ini terdapat terapi target (*targeted therapy*) yang dapat mendeteksi sel kanker yang berbahaya dengan menggunakan teknologi tinggi dalam menciptakannya (National Cancer Institute, 2020). Akibatnya, produk yang ditawarkan sangat mahal. Pasien kanker juga dapat memilih bentuk pengobatan kanker tradisional seperti terapi radiasi, kemoterapi, dan operasi kanker. Artinya, satu jenis penyakit dapat memiliki berbagai jenis pilihan pengobatan.

Pasar pelayanan kesehatan memiliki karakteristik unik dan berbeda dibandingkan dengan pasar barang/jasa lainnya sebagaimana telah dibahas sebelumnya di atas. Salah satu isu penting lain dalam pasar pelayanan kesehatan adalah adanya kegagalan pasar (*market failure*).

#### 4.5. Kegagalan Pasar Pelayanan Kesehatan

Dalam sebuah transaksi pasar, pembeli dan penjual membuat perjanjian sukarela yang menguntungkan kedua belah pihak. Transaksi semacam itu disebut *Pareto Improvement* atau Pareto, karena setiap pihak yang terlibat menjadi lebih baik (atau, paling tidak, tidak lebih buruk) (Bhattacharya, Hyde, & Tu, 2014). *Pareto Improvement* akan terus berproses jika *Pareto efficiency* (efisiensi pareto) tercapai. Efisiensi pareto terjadi pada kondisi di mana tidak ada lagi perubahan yang dapat meningkatkan keuntungan atau kesejahteraan pihak tertentu tanpa mengorbankan pihak lain. Untuk mencapai efisiensi, produsen dan konsumen perlu berada dalam sebuah pasar persaingan sempurna.

Istilah kegagalan pasar digunakan untuk mencakup keadaan di mana efisiensi Pareto tidak tercapai oleh pasar (Dewar, 2010). Sebagian besar pasar pelayanan kesehatan jarang mencapai efisiensi Pareto tersebut karena ada penyimpangan dari pasar persaingan sempurna. Beberapa penyebab kegagalan pasar pelayanan kesehatan dibahas di bawah ini.

#### 4.6. Eksternalitas dalam Pelayanan Kesehatan

Dalam pelayanan kesehatan terdapat masalah besar yang bukan saja berhubungan dengan penyedia atau pengguna layanan kesehatan, tetapi juga berhubungan dengan efek yang ditimbulkan pada masyarakat atau yang disebut eksternalitas pelayanan kesehatan. Eksternalitas merupakan segala efek positif atau negatif yang ditimbulkan oleh transaksi pasar terhadap pihak ketiga, yaitu orang lain selain pembeli atau penjual (Bhattacharya et al, 2014). Terdapat dua kelompok eksternalitas, yaitu eksternalitas positif dan eksternalitas negatif.

Tindakan seseorang dalam mengonsumsi atau menggunakan layanan kesehatan yang dapat menimbulkan efek baik untuk orang lain disebut eksternalitas positif. Sebagai contoh *herd immunity* atau kekebalan kelompok (komunitas) dalam kasus penyakit-penyakit menular. Kekebalan kelompok adalah kekebalan yang diperoleh sekelompok masyarakat yang tidak divaksinasi saat masyarakat lain divaksinasi. Setiap kali seseorang melakukan vaksinasi terhadap penyakit infeksi tertentu, maka individu tersebut melindungi dirinya dan orang-orang di sekitarnya dari penyebaran penyakit infeksi tersebut. Umumnya, karena manfaat sosial yang diperoleh lebih besar daripada manfaat pribadi, pasar swasta menghasilkan lebih sedikit vaksinasi (Bhattacharya et al, 2014).

Di Indonesia terdapat 5 (lima) vaksinasi wajib yang harus diberikan melalui imunisasi, yaitu hepatitis B, polio, BCG, DPT, dan campak. Kekebalan kelompok telah tercapai pada penyakit polio. Pada Maret 2020, Indonesia sukses menjadi negara yang tidak lagi terjangkau polio, namun tetap rentan akan terinfeksi kembali oleh virus polio (Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI, 2020). Melalui program imunisasi dasar, pemerintah mewajibkan bayi mendapatkan imunisasi polio sebanyak 4 kali. Dalam mempertahankan status bebas polio, pemerintah harus terus menjalankan program imunisasi wajib ini kepada bayi berusia satu hingga empat bulan. Penelitian di India mengungkapkan bahwa investasi upaya eliminasi polio di India bermanfaat besar bagi kesehatan dan ekonomi India (Nandi, Barter, Prinja, & John, 2016).

Pada saat memutuskan untuk melakukan vaksinasi, seseorang cenderung menilai antara keuntungan pribadi yang akan didapat dan biaya pribadi yang dikeluarkan. Biaya tersebut antara lain biaya vaksin, kemungkinan adanya efek samping, biaya perjalanan

**Eksternalitas merupakan segala efek positif atau negatif yang ditimbulkan oleh transaksi pasar terhadap pihak ketiga, yaitu orang lain selain pembeli atau penjual.**



menuju tempat vaksinasi, dan sebagainya. Seseorang tersebut kemudian mengabaikan manfaat sosial dari kekebalan kelompok. Karena permintaan lebih cenderung memperlihatkan manfaat pribadi, hal tersebut membuat pasar memproduksi vaksin lebih sedikit daripada jumlah yang seharusnya dapat memberikan manfaat yang optimal bagi masyarakat. Akhirnya, pasar bekerja tidak efisien atau dengan kata lain timbulnya kegagalan pasar (Murti, 2000).

Sebaliknya, dalam pasar layanan kesehatan, terdapat produk-produk yang memiliki eksternalitas buruk terhadap orang lain. Eksternalitas ini dikategorikan sebagai eksternalitas negatif. Di Indonesia, produk tembakau seperti rokok mempunyai eksternalitas negatif. Perokok pasif memiliki risiko terkena berbagai penyakit (Cao, Yang, Gan, & Lu, 2015) karena terpapar asap rokok dari banyaknya jumlah perokok aktif di Indonesia.

#### 4.7. Barang Publik

Barang publik memiliki karakteristik khas yaitu tanpa persaingan (*non-rivalry*) dan tidak dapat dikecualikan (*non-excludability*).

Dalam ilmu ekonomi, barang publik merupakan barang yang manfaatnya tidak dapat dibagi ke seluruh masyarakat, terlepas dari keinginan individu untuk mengonsumsi barang publik (Samuelson & Nordhaus, 2009). Barang publik memiliki karakteristik khas yaitu tanpa persaingan (*non-rivalry*) dan tidak dapat dikecualikan (*non-excludability*) (Dewar, 2010). Barang publik bersifat tanpa persaingan (*non-rivalry*) berarti setiap orang dapat mengonsumsi barang atau jasa tanpa adanya pencegahan dari orang lain untuk mengonsumsi barang atau jasa yang sama. Sementara barang publik dikatakan tidak dapat dikecualikan (*non-excludability*) artinya tidak mungkin memberikan barang atau jasa hanya kepada satu orang tanpa membiarkan orang lain juga mengonsumsinya (Dewar, 2010). Jadi, dalam memahami apakah sebuah barang dikatakan barang publik atau bukan, persoalan membayar atau tidak membayar bukan merupakan hal yang dipersoalkan.

Ketika barang memiliki karakteristik tanpa persaingan (*non-rivalry*) dan tidak dapat dikecualikan (*non-excludability*), barang tersebut tidak akan tersedia pada pasar swasta. Hal ini dikarenakan tidak adanya insentif bagi mereka yang bersedia membayar barang publik tersebut. Implikasi dari barang publik yang bersifat *non-rivalry* ini adalah barang tersebut cenderung memiliki manfaat eksternal marginal yang besar yang membuatnya sangat diinginkan oleh masyarakat luas, tetapi secara pribadi tidak menguntungkan untuk disediakan. Sementara itu, barang publik juga sering menimbulkan masalah *free-rider*, yaitu mereka yang menikmati barang publik tanpa membayar. Implikasinya adalah jika setiap orang menjadi *free-rider*, barang tersebut tidak akan diberikan sama sekali, sehingga merugikan masyarakat (Dewar, 2010).

Kegagalan pasar muncul apabila pasar gagal menawarkan barang publik tersebut. Umumnya, barang publik disediakan oleh pemerintah, yang kemudian memaksa individu untuk membiayai penyediaannya melalui pengenaan pajak.

Dalam pasar layanan kesehatan, melihat dua karakteristik khas dari barang publik, sebagian besar produk dan layanan kesehatan bukan barang publik. Hal tersebut dikarenakan setiap orang bersaing dan dapat dikecualikan dalam mendapatkan produk maupun layanan kesehatan. Sebagai contoh pada saat tempat tidur rumah sakit penuh, dan pasien lain datang, maka pasien yang telah mendapatkan tempat tidur tersebut mencegah pasien baru menggunakan tempat tidur yang sama pada saat itu. Namun, terdapat program layanan kesehatan yang memiliki aspek-aspek dari barang publik, yaitu upaya meningkatkan kesehatan masyarakat seperti pengendalian penyakit infeksi menular atau kampanye informasi kesehatan kepada masyarakat melalui berbagai media. Selain itu, implementasi cakupan kesehatan semesta (*universal health coverage*) berupa program asuransi kesehatan sosial atau asuransi kesehatan yang dibiayai publik di setiap negara akan semakin mendekatkan pelayanan kesehatan menjadi barang publik (Galea, 2016).

#### 4.8. Monopoli dan Oligopoli

Berbagai aspek dari sektor pelayanan kesehatan secara alamiah membatasi jumlah pemain atau penyedia layanan kesehatan (*barrier to entry*). Dalam pasar kompetitif, penjual bisnis kecil dapat masuk dan bersaing untuk memberikan peluang bagi mereka mendapatkan penghasilan yang mapan. Namun, sejumlah faktor menghambat hal tersebut seperti hanya perusahaan yang memiliki modal awal besar yang mampu membuka bisnis tertentu.

Monopoli merupakan kondisi pasar di mana hanya terdapat penyedia atau penjual tunggal suatu barang atau layanan dengan tidak ada barang atau layanan pengganti yang menyamainya. Dalam pasar persaingan tidak sempurna juga terdapat istilah oligopoli, yang merupakan pasar dengan beberapa penyedia suatu barang atau layanan yang jumlahnya tidak sebanding dengan banyaknya jumlah konsumen (Dewar, 2010). Efek dari praktik monopoli dan oligopoli adalah proses produksi yang tidak efisien dan ketidakadilan bagi konsumen.

Praktik monopoli maupun oligopoli dapat ditemukan dalam penyediaan rumah sakit. Hanya pasar yang sangat besar, terutama hanya di kota besar, yang mampu menawarkan lebih dari satu rumah sakit untuk bersaing. Selain itu, skala ekonomi juga dapat menghambat masuknya banyak perusahaan ke pasar penyedia rumah sakit. Praktik monopoli maupun oligopoli memiliki persaingan yang sangat ketat. Dalam mencegah masuknya

**Efek dari praktik monopoli dan oligopoli adalah proses produksi yang tidak efisien dan ketidakadilan bagi konsumen.**



perusahaan atau produsen baru, produsen lama menerapkan strategi seperti menaikkan harga pasar yang sangat tinggi dan kemudian menurunkan harga pasaran dalam jangka waktu yang lama. Hambatan untuk masuk ke dalam pasar beriringan dengan tingginya biaya yang ditimbulkan (Mc.Pake, B., Kumaranayake, L., & Normand, C., 2002).

Contoh lain dari praktik monopoli dalam sektor kesehatan dapat dilihat dari hanya ada sebuah pabrik obat yang memiliki hak jual dan memproduksi obat karena hak paten. Dengan hak paten yang bersifat monopoli ini, pabrik dapat bebas menetapkan harga setinggi mungkin untuk mendapatkan profit sebesar-besarnya. Baru-baru ini perusahaan farmasi Johnson & Johnson (J&J) mengumumkan penurunan harga obat *bedaquiline*, yang merupakan obat penting rekomendasi Badan Kesehatan Dunia (World Health Organization – WHO) dalam penyelamatan pasien TB. Perusahaan J&J yang merupakan perusahaan satu-satunya yang berhak memproduksi obat paten tersebut akhirnya menurunkan harga atas desakan masyarakat (Médécins Sans Frontières, 2020).

Sejumlah langkah dibutuhkan untuk mendorong alokasi sumber daya kesehatan yang efisien dan menangani kegagalan pasar dalam pasar pelayanan kesehatan. Salah satu hal penting adalah melalui kebijakan pemerintah. Berikut merupakan beberapa respons yang perlu atau telah dilakukan pemerintah dalam menangani kegagalan pasar pelayanan kesehatan.

#### 4.9. Intervensi Pemerintah

**Intervensi atas setiap eksternalitas menuntut pendanaan publik baik eksternalitas positif maupun negatif.**

Pemerintah harus merespon berbagai jenis kegagalan pasar yang terjadi, khususnya dalam pelayanan kesehatan. Pemerintah melakukan intervensi agar dapat meningkatkan efisiensi maupun pemerataan akses layanan kesehatan. Hubungan eksternalitas dengan efek yang dirasakan bersifat jangka panjang sehingga sering tidak dapat mendeteksi efek tersebut tanpa adanya kajian ilmiah yang dilakukan secara longitudinal. Intervensi atas setiap eksternalitas menuntut pendanaan publik baik eksternalitas positif maupun negatif. Pada eksternalitas positif, bentuk intervensi yang dapat dilakukan pemerintah adalah dengan memberikan subsidi yang didanai dari dana publik atas konsumsi yang harus dilakukan masyarakat.

Contoh dari efek intervensi pemerintah pada eksternalitas positif misalnya ditunjukkan dengan keberhasilan Indonesia sebagai negara bebas polio. Hal ini tidak lepas dari program imunisasi dasar (termasuk vaksinasi polio) yang diinisiasi dan didanai oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, pembagian tanggungjawab antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah cukup jelas tertuang, mulai dari perencanaan hingga pemantauan dan evaluasi. Pembiayaan subsidi imunisasi

dasar ini berasal dari Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN) di tingkat pusat, Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) di tingkat provinsi, serta APBN (tugas perbantuan), dana alokasi umum (DAU) dan dana alokasi khusus (DAK) pada tingkat kabupaten/kota.

Walaupun sistem desentralisasi telah berjalan di Indonesia dan mengingat masih rentannya Indonesia terkena penyakit yang bersumber dari virus, termasuk polio, tanggungjawab pendanaan program pencegahan penyakit yang cukup mahal ini tetap harus memiliki porsi yang besar dari APBN. Selain itu, karena adanya perbedaan kapasitas fiskal kabupaten/kota, pemerintah provinsi wajib mendanai kabupaten/kota yang tidak mampu mendanai aktivitas program imunisasi tersebut (Yulianti, A., & Indriasih, E., 2018).

Terkait intervensi pada program yang memiliki eksternalitas negatif, pemerintah dapat melakukan intervensi dengan melarang sebuah tindakan atau mengubah perilaku dengan instrumen kebijakan yang tersedia. Misalnya kebijakan menaikkan cukai rokok atau menerapkan pajak. Ketika barang atau jasa menghasilkan eksternalitas negatif, seperti rokok, harga yang semakin terjangkau dari waktu ke waktu tentu menjadi tantangan bagi sektor kesehatan. Oleh karena itu, pemerintah harus serius mengendalikan konsumsi rokok. Selain telah terbukti menimbulkan bahaya kesehatan bagi perokok aktif, asap rokok juga sangat membahayakan orang-orang di sekitar perokok aktif tersebut. Indonesia masih menjadi surga bagi para perokok aktif karena 33,8% dari total penduduk usia di atas 15 tahun merupakan perokok aktif (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018). Saat ini, harga rokok di Indonesia masih sangat rendah dan di bawah rata-rata harga rokok global (Blecher, 2018).

Pengendalian rokok di Indonesia tidak terlepas dari pentingnya komitmen pemerintah terhadap kebijakan peningkatan cukai hasil tembakau dan penyederhanaan struktur tarif cukai hasil tembakau. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2020-2024, pemerintah terus menggali potensi penerimaan negara, salah satunya dengan reformasi kebijakan cukai melalui penyederhanaan struktur tarif cukai hasil tembakau dan peningkatan tarif cukai hasil tembakau.

Dalam rangka menurunkan konsumsi rokok, pemerintah Indonesia harus terus menaikkan cukai rokok secara reguler dan menaikkan harga rokok eceran setinggi-tingginya. Selain itu, kebijakan pengendalian konsumsi rokok di Indonesia dengan menggunakan berbagai macam metode dalam waktu yang bersamaan tetap harus berjalan. Pemerintah harus tetap melibatkan metode pendekatan gabungan seperti pajak, pemberian informasi kesehatan yang berkelanjutan, dan penyusunan dan implementasi serta pengawasan atas regulasi dalam program pengendalian rokok di Indonesia.

**Terkait intervensi pada program yang memiliki eksternalitas negatif, pemerintah dapat melakukan intervensi dengan melarang sebuah tindakan atau mengubah perilaku dengan instrumen kebijakan yang tersedia.**



Pemerintah dapat mengatasi kegagalan pasar layanan kesehatan dalam menyediakan barang publik adalah dengan memberikan subsidi bagi upaya kesehatan masyarakat. Tujuan dari intervensi pemerintah dalam hal ini adalah untuk meningkatkan kesejahteraan dan derajat kesehatan masyarakat. Intervensi terhadap barang publik biasanya berkaitan dengan perbaikan regulasi, pengembangan inovasi dan protokol kesehatan, penyebaran informasi kesehatan dalam rangka mengubah perilaku kesehatan masyarakat, dan upaya pengendalian vektor seperti penyemprotan nyamuk (Gaudin, Smith, Soucat, & Yazbeck, 2019).

Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 50 Tahun 2017 tentang Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan dan Persyaratan Kesehatan untuk Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit serta Pengendaliannya. Peraturan ini mengatur tanggung jawab masing-masing dari pemerintah pusat, pemerintah provinsi, hingga pemerintah kabupaten/kota, sumber daya, peralatan/bahan, pendanaan, keterlibatan masyarakat, hingga pengawasan program pengendalian penyakit yang dibawa oleh vektor dan binatang ini. Pada intervensi barang publik, biasanya masyarakat baru akan memperoleh sebagian besar manfaat di masa mendatang.

**Indonesia sejak lama memiliki undang-undang anti monopoli, yaitu Undang-undang Nomor 5 Tahun 1999 tentang Larangan Praktek Monopoli dan Persaingan Usaha Tidak Sehat.**

Demikian pula, intervensi pemerintah yang bertujuan untuk memperbaiki kegagalan pasar kompetitif yang disebut monopoli dapat dilakukan melalui regulasi dan pengawasan yang tepat, memastikan bahwa monopoli tidak membatasi akses melalui harga tinggi dan menghasilkan produk berkualitas tinggi terlepas dari kurangnya pasar kesehatan yang kompetitif. Indonesia sejak lama memiliki undang-undang anti monopoli, yaitu Undang-undang Nomor 5 Tahun 1999 tentang Larangan Praktik Monopoli dan Persaingan Usaha Tidak Sehat. Produk hukum ini juga membentuk Komisi Pengawas Persaingan Usaha (KPPU) sebagai pengawas implementasi undang-undang ini. Monopoli layanan kesehatan juga termasuk dalam bagian yang diatur dalam undang-undang tersebut.

Terkait obat paten di Indonesia yang diisukan sebagai pelaksanaan monopoli pada industri obat-obatan, Undang-undang Nomor 13 Tahun 2016 tentang Paten memang mengatur masa berlaku paten, yaitu selama 20 tahun sejak tanggal penerimaan paten tersebut. KPPU perlu berkoordinasi secara berkelanjutan dengan Kementerian Kesehatan dalam mengawasi dan mencegah praktik monopoli di industri kesehatan, seperti farmasi, pelayanan kesehatan, pembiayaan kesehatan, maupun fasilitas kesehatan.


Pasar pelayanan kesehatan memiliki karakteristik yang unik dan berbeda dari barang dan pelayanan ekonomi lainnya. Mekanisme pasar persaingan sempurna merupakan mekanisme ideal untuk mencapai efisiensi sumber daya. Namun, sebagian besar pelayanan kesehatan tidak dapat mencapai efisiensi tersebut sehingga terjadi

kegagalan pasar pada pelayanan kesehatan. Penyebab kegagalan pada pasar pelayanan kesehatan antara lain eksternalitas, barang publik, dan praktik monopoli dan oligopoli. Intervensi pemerintah dalam mengatasi kegagalan pasar perlu dilakukan secara konsisten dan terus-menerus, serta bersinergis dengan para pemangku kepentingan agar efisiensi sumber daya kesehatan dan pemerataan terhadap akses pelayanan kesehatan dapat dicapai.

## Daftar Pustaka

- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973. Retrieved from [www.jstor.org/stable/1812044](http://www.jstor.org/stable/1812044)
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2018). Laporan nasional riset kesehatan dasar 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2014). *Health economics*. London: The Palgrave Macmillan.
- Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI. (2020). WHO akhiri KLB polio di Papua. Retrieved from <https://www.kemkes.go.id/article/view/20061600003/who-akhiri-klb-polio-di-papua.html>
- Blecher, E. (2018). *Cigarette affordability in Indonesia: A tobacco economics policy brief*. Chicago: University of Illinois
- Cao, S., Yang, C., Gan, Y., & Lu, Z. (2015). The health effects of passive smoking: an overview of systematic reviews based on observational epidemiological evidence. *PLoS ONE*, 10(10), e0139907-e0139907. doi:10.1371/journal.pone.0139907
- Dewar, D., M. (2010). *Essentials of health economics*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Galea, S. (2016). Public health as a public good. Retrieved from <https://www.bu.edu/sph/2016/01/10/public-health-as-a-public-good/>
- Gaudin, S., Smith, P. C., Soucat, A., & Yazbeck, A. S. (2019). Common goods for health: economic rationale and tools for prioritization. *Health Systems & Reform*, 5(4), 280-292. doi:10.1080/23288604.2019.1656028
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/1830580>

- 
- Han, P. K. J., Klein, W. M. P., & Arora, N. K. (2011). Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Medical decision making: an international journal of the Society for Medical Decision Making*, 31(6), 828-838. doi:10.1177/0272989x11393976
- Han, P. K. J., Babrow, A., Hillen, M. A., Gulbrandsen, P., Smets, E. M., & Ofstad, E. H. (2019). Uncertainty in health care: Towards a more systematic program of research. *Patient Education and Counseling*, 102(10), 1756-1766. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.06.012>
- Hidayat, Budi. (2016). Terapi sistemik defisit JKN: Bahan refleksi bagi semua pihak. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(1), 65-71.
- Major, I. (2019). Two-sided information asymmetry in the healthcare industry. *International Advances in Economic Research*, 25(2), 177-193. doi:10.1007/s11294-019-09732-9
- Mc.Pake, B., Kumaranayake, L., & Normand, C. (2002). *Health economics an international perspective*. London: Routledge.
- Médecins Sans Frontières. (2020). Johnson & Johnson TB drug price reduction is important step, and governments need to urgently scale up better treatment. Retrieved from <https://msfaccess.org/johnson-johnson-tb-drug-price-reduction-important-step-and-governments-need-urgently-scale-better>
- Murti, B. (2000). Mekanisme pasar di sektor kesehatan dan eksternalitas. *Medika*, 26(3), 182-184.
- Nandi, A., Barter, D. M., Prinja, S., & John, T. J. (2016). The estimated health and economic benefits of three decades of polio elimination efforts in India. *Indian Pediatrics*, 53 Suppl 1, S7-S13.
- National Cancer Institute. (2020). Targeted cancer therapies. Retrieved from <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/7629.pdf>
- Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2020 – 2024. Retrieved from <http://jdih.bappenas.go.id/peraturan/detailperaturan/1037>
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi. Retrieved from [http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk\\_hukum/PMK\\_No.\\_12\\_ttg\\_Penyelenggaraan\\_Imunisasi\\_.pdf](http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No._12_ttg_Penyelenggaraan_Imunisasi_.pdf)

- 
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 50 Tahun 2017 tentang Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan dan Persyaratan Kesehatan untuk Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit serta Pengendaliannya. Retrieved from [http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk\\_hukum/PMK\\_No\\_50\\_ttg\\_Standar\\_Baku\\_mutu\\_KESLING\\_dan\\_Persyaratan\\_Kesehatan\\_Vektor\\_.pdf](http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No_50_ttg_Standar_Baku_mutu_KESLING_dan_Persyaratan_Kesehatan_Vektor_.pdf)
- Samuelson, P.A. & Nordhaus, W.D. (2009). Economics nineteenth edition. New York: McGraw-Hill.
- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Retrieved from <http://www.dpr.go.id/jdih/uu1945>
- Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1999 tentang Larangan Praktek Monopoli dan Persaingan Usaha Tidak Sehat. Retrieved from [http://www.dpr.go.id/dokjdih/document/uu/UU\\_1999\\_5.pdf](http://www.dpr.go.id/dokjdih/document/uu/UU_1999_5.pdf)
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Retrieved from <https://jdih.setneg.go.id/Produk>
- Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2016 tentang Paten. Retrieved from <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/37536/uu-no-13-tahun-2016>
- Yulianti, A., & Indriasih, E. (2018). Pendanaan program imunisasi dasar di 71 kabupaten/kota di Indonesia tahun 2013-2014. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 121-132. doi:10.22435/jpppk.v2i2.128





# Politik Ekonomi Jaminan Kesehatan Semesta

Dian Kusuma dan Abdillah Ahsan



## 5.1. Apa dan Mengapa Jaminan Kesehatan Semesta?

Jaminan Kesehatan Semesta (JKS) atau lebih dikenal dengan *Universal Health Coverage* (UHC) yaitu semua individu dan komunitas menerima pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa mengalami kesulitan finansial (WHO, 2019). UHC memiliki paling tidak mencakup tiga dimensi, yaitu cakupan peserta, cakupan pelayanan, dan cakupan pembiayaan. Gambar 5.1. memberikan ilustrasi hubungan ketiga dimensi tersebut dan kondisi ideal yang ingin dicapai. Kotak ditengah menggambarkan cakupan peserta, pelayanan, dan biaya yang sekarang ditanggung. Tanda panah horizontal ke kiri menunjukkan pilihan kebijakan untuk menaikkan cakupan peserta (*Population: who is covered?*); tanda panah horizontal ke dalam menunjukkan cakupan pelayanan (*Services: which services are covered?*); tanda panah vertikal ke atas menunjukkan cakupan biaya yang ditanggung (*Direct costs proportion of the costs covered*).

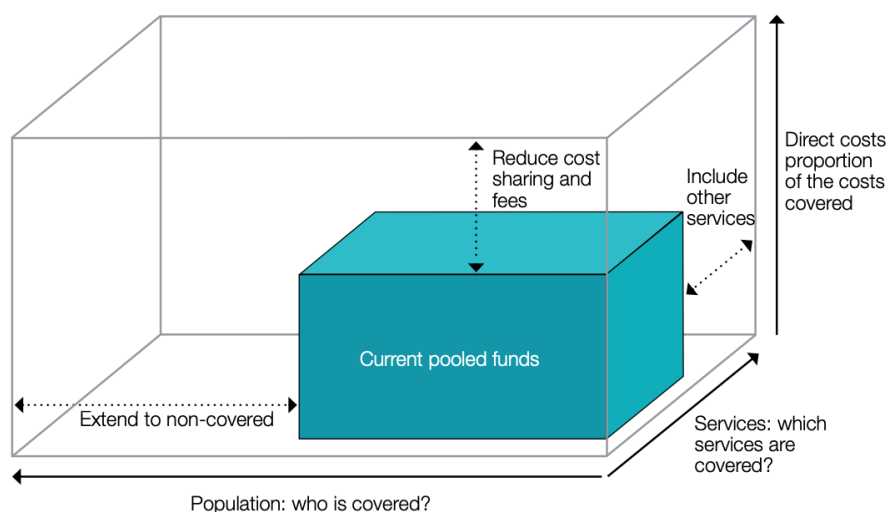
Untuk cakupan peserta, idealnya semua individu dan komunitas di suatu negara atau daerah menjadi peserta UHC, termasuk pegawai negeri sipil, pekerja swasta sektor formal, kelompok miskin, pekerja sektor non-formal, dan pekerja asing. Untuk cakupan pelayanan, idealnya UHC terdiri dari pelayanan kesehatan yang esensial dan berkualitas tinggi termasuk program promotif, preventif, pengobatan,

UHC memiliki paling tidak mencakup tiga dimensi, yaitu cakupan peserta, cakupan pelayanan, dan cakupan pembiayaan.

rehabilitasi, dan perawatan paliatif. Untuk cakupan pembiayaan, idealnya tidak ada peserta yang mengalami kesulitan finansial atau menjadi miskin karena membutuhkan pelayanan kesehatan. Dengan mempertimbangkan sumber daya yang ada, pembuat kebijakan di nasional dan daerah dihadapkan pada pilihan untuk menaikkan satu dimensi, dua dimensi, atau tiga dimensi sekaligus.

**Gambar 5.1. Tiga Dimensi Jaminan Kesehatan Semesta**

WHO (2019) Global Monitoring Report Universal Health Coverage: Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage. World Health Organization. Jenewa



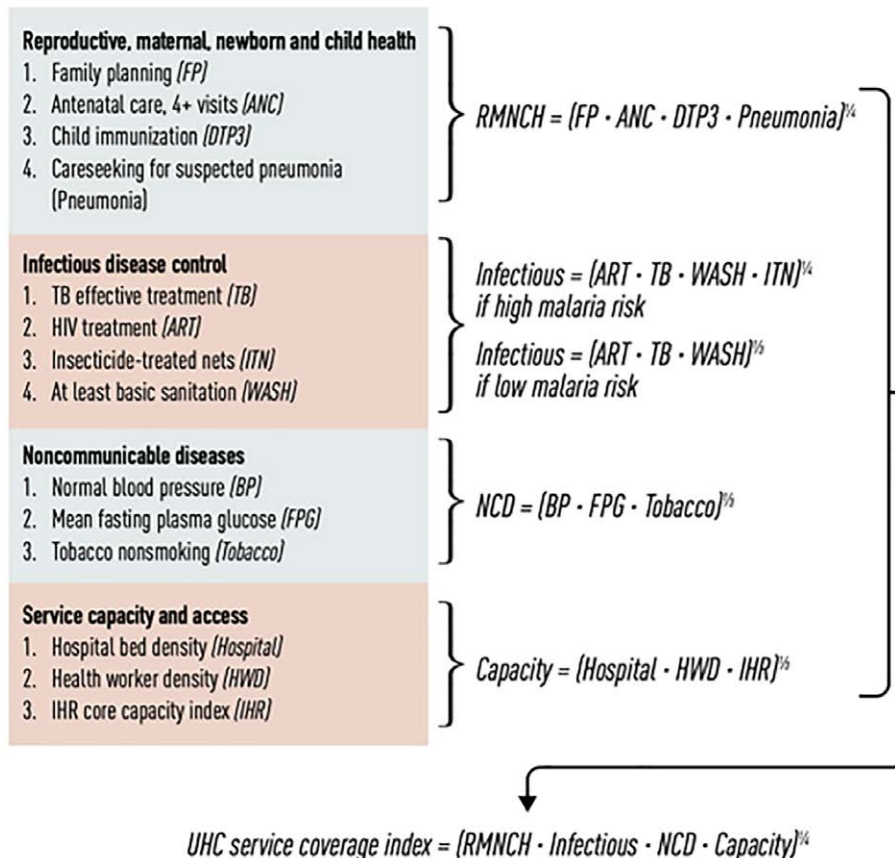
## 5.2. Komitmen Jaminan Kesehatan Semesta di Dunia

Negara-negara di seluruh dunia telah membangun komitmen bersama pencapaian UHC sebagaimana tercantum dalam *Sustainable Development Goals (SDG)*. Target 3.8 SDGs menyebutkan setiap negara wajib memberikan jaminan perlindungan dari risiko finansial dan akses kepada pelayanan kesehatan esensial yang berkualitas kepada seluruh warga negara.

Saat ini ada dua ukuran indeks yang digunakan di dunia untuk memantau pencapaian UHC. Pertama, WHO mengembangkan indeks cakupan pelayanan UHC (*Service coverage index*) yang merupakan rerata geometri (skala 0-100) dari beberapa pelayanan kesehatan seperti cakupan pelayanan antenatal, imunisasi anak, pengobatan tuberculosis, tekanan darah normal, tidak merokok, dan densitas tempat tidur rumah sakit (WHO, 2019). Indeks ini mempunyai keterbatasan yaitu belum memasukkan dimensi cakupan pembiayaan dalam indeks. Kedua, untuk mengatasi keterbatasan itu, Bank Dunia mengembangkan indeks UHC (*UHC index*) yang menghitung rerata geometri beberapa indikator dari dimensi cakupan pelayanan kesehatan dan satu indikator cakupan perlindungan finansial (proporsi pengeluaran kesehatan katastrofik ketika pengeluaran kesehatan rumah tangga melebihi 10 persen dari pendapatan atau pengeluaran) (Wagstaff & Neelsen, 2020).

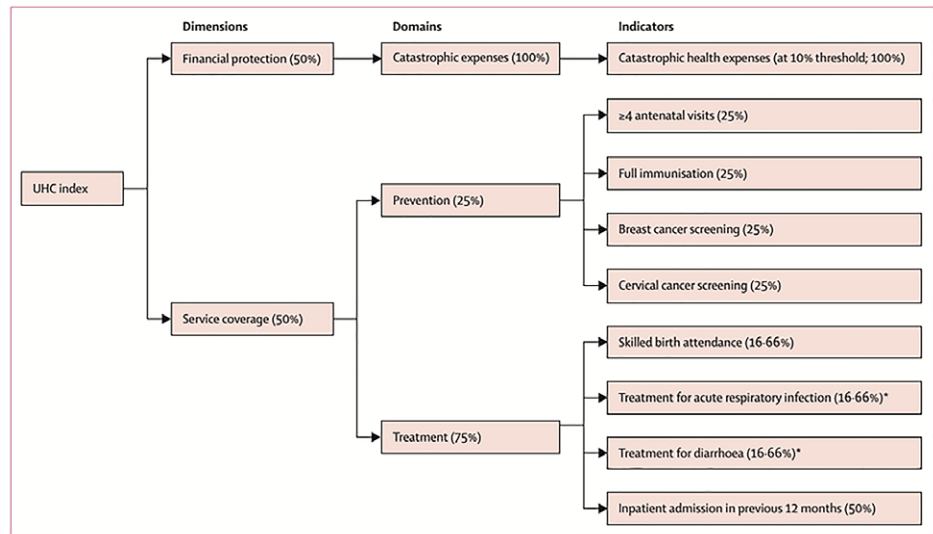
Gambar 5.2. memperlihatkan perbandingan indikator yang digunakan oleh WHO (panel a) dan Bank Dunia (panel b). Pemahaman terhadap indikator-indikator penyusun indeks (Gambar 5.2.) penting untuk memberikan kesadaran bahwa selain dimensi perlindungan finansial, pencapaian UHC juga ditentukan oleh dimensi pelayanan seperti akses rawat jalan dan rawat inap, kesehatan ibu anak, dan pencegahan dan pengendalian penyakit.

Karena lebih komprehensif dengan memasukkan dimensi pelayanan dan pembiayaan, kami memberikan contoh indeks UHC dari Bank Dunia. Gambar 5.3. menunjukkan peta pencapaian di masing-masing negara. Warna hijau tua menunjukkan nilai indeks UHC yang sangat tinggi di atas 90 yang terdiri dari banyak negara maju seperti negara di Eropa Barat seperti Jerman dan Inggris, Amerika Utara seperti Amerika Serikat dan Kanada, dan Australia. Sebaliknya, warna merah menunjukkan nilai indeks UHC yang rendah 30-39 seperti yang beberapa negara di sub-Sahara Afrika seperti Ethiopia, dan Pantai Gading. Untuk wilayah Asia Tenggara, negara yang memiliki nilai indeks tertinggi adalah Malaysia 80-89, Thailand 70-79, dan Filipina 60-69. Sedangkan Indonesia dan Laos masih memiliki nilai indeks UHC antara 50-59. Pencapaian UHC di Indonesia masih tergolong sedang. Walaupun mayoritas penduduk sudah menjadi peserta JKN, pencapaian sedang ini menunjukkan pentingnya memastikan bahwa peserta mendapatkan pelayanan kesehatan yang diperlukan di fasilitas kesehatan yang cukup dan didukung tenaga kesehatan yang mumpuni.



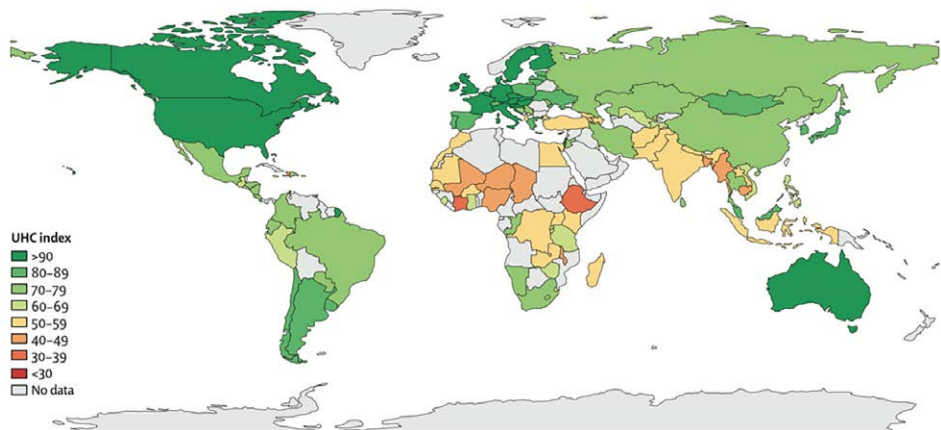
**Gambar 5.2.**  
**Indikator Indeks**  
**UHC dari WHO**  
**(WHO, 2019) dan**  
**Bank Dunia**

Wagstaff, A., & Neelsen, S. (2020). A Comprehensive Assessment of Universal Health Coverage in 111 Countries: a Retrospective Observational Study. *The Lancet Global Health*, 8(1), e39-e49.



**Gambar 5.3. Indeks UHC di Dunia**

Wagstaff, A., & Neelsen, S. (2020). A Comprehensive Assessment of Universal Health Coverage in 111 Countries: a Retrospective Observational Study. *The Lancet Global Health*, 8(1), e39-e49.



### 5.3. Studi Kasus UHC di Thailand dan Filipina

Thailand dan Filipina adalah dua negara di dunia yang menjadi rujukan pencapaian UHC karena dinilai berhasil meningkatkan jumlah penduduk yang dicakup perlindungan finansial. Selanjutnya kita akan mencoba melihat dan mengambil pelajaran dari pengalaman jaminan kesehatan nasional di kedua negara ini.

Di Thailand, UHC pertama kali diperkenalkan pada tahun 2001, awalnya dikenal sebagai kebijakan 30 Baht. Tabel 5.1. menunjukkan tiga skema yang diterapkan, yaitu skema pembiayaan bagi pegawai pemerintah sebesar 4.4 juta orang peserta, skema pembiayaan bagi pegawai swasta sebesar 10,6 juta orang peserta, berbasis pekerjaan dan satu skema cakupan semesta (*Universal Coverage Scheme, UCS*) sebesar 48 juta peserta.

Terlihat bahwa skema UCS yang didanai pajak memiliki cakupan peserta terbesar yaitu lebih dari 75 persen dari penduduk. Secara nasional, cakupan peserta meningkat menjadi 71 persen penduduk pada 2002, menjadi 95 persen penduduk pada 2003, dan 98 persen

penduduk pada 2011. Dari sisi cakupan pelayanan, saat ini semua penduduk Thailand dapat mengakses pelayanan kesehatan esensial termasuk preventif, kuratif, dan paliatif. Paket manfaat bagi peserta termasuk rawat inap dan rawat jalan di fasilitas terakreditasi serta akses ke obat resep (Rieger, Wagner, & Bedi, 2017). Saat ini masih terdapat berbagai tantangan dihadapi Thailand antara lain masih adanya kesenjangan cakupan pembiayaan di dalam negeri, beban penyakit di antara penduduk yang semakin menua, dan keberlangsungan dukungan finansial untuk UCS (Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A., 2018) (Sumriddetchkajorn, et al., 2019).

**Tabel 5.1. Karakteristik Skema Pembiayaan di Thailand pada 2017**

	<b>Skema Manfaat Medis Pegawai Negeri Sipil</b>	<b>Asuransi Kesehatan Sosial</b>	<b>Skema Jaminan Kesehatan Universal</b>
Regulasi	Royal Decree 1980	<i>Social Security Act</i> 1990	<i>National Health Security Act</i> 2002
Pembeli	Departemen Pengawas Keuangan, Kementerian Keuangan	Kantor Jaminan Sosial, Kementerian Tenaga Kerja	National Health Security Office
Cakupan Populasi	4,4 juta	10,6 juta	48 juta
Sumber Keuangan	Berbasis pajak, non-kontribusi	Kontribusi tripartit oleh pemberi kerja, karyawan, dan pemerintah	Berbasis pajak, non-kontribusi
Penganggaran	Anggaran terbuka	Anggaran tertutup	Anggaran tertutup
Belanja 2016 (Bath)	71,02 miliar	37,7 miliar	109,3 miliar
Metode Pembayaran	Rawat jalan: <i>fee-for-service</i> ;  Rawat inap: DRGs dengan banyak group biaya	Rawat jalan: Kapitasi;  Rawat inap: DRGs dengan <i>global budget</i>	Rawat jalan, pencegahan penyakit, promosi kesehatan: kapitasi;  Rawat inap: DRGs dengan <i>global budget</i> ; <i>Fee schedule</i> untuk prosedur mahal tertentu

Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A. (2018). Health systems Development in Thailand: A Solid Platform for Successful Implementation of Universal Health Coverage. *The Lancet*, 391(10126), 1205-1223.

Di Filipina, pemerintah pertama kali memulai program UHC dengan mendirikan *PhilHealth* pada tahun 2001. Tabel 5.1. menunjukkan struktur anggota *PhilHealth* yang terdiri dari pekerja formal (e.g. pegawai pemerintah 5,9 juta termasuk anggota keluarga dan swasta 23,3 juta), pekerja informal (e.g. pekerja migran 1,6 juta, pekerja informal 5,5. juta, bekerja sendiri 996 ribu, dan pekerja informal lain 34 ribu), penduduk miskin (43,5 juta), dan penduduk lanjut usia. Terlihat bahwa penduduk miskin memiliki cakupan peserta terbesar yaitu lebih dari 46 persen dari seluruh peserta. Selain itu, Filipina juga berhasil mencakup banyak pekerja informal yaitu total 8,1 juta orang atau 8,7 persen dari semua peserta.

Secara nasional, cakupan peserta saat ini adalah 93,4 juta penduduk atau sekitar 88 persen dari total penduduk. Perkembangan terbaru adalah pada September 2017, parlemen Filipina menyetujui Undang-undang UHC 5784 dan pada bulan Maret 2019, Presiden menandatangani Undang-undang Republic Act 11223 yang secara otomatis memasukkan semua penduduk ke dalam PhilHealth. Dari sisi cakupan pelayanan, semua peserta dapat mengakses pelayanan kesehatan esensial yang komprehensif termasuk preventif, kuratif, dan paliatif melalui fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta terakreditasi oleh PhilHealth. Pemerintah menghadapi berbagai tantangan termasuk masih tingginya pengeluaran kesehatan yang ditanggung sendiri atau *out-of-pocket*, akses pelayanan kesehatan untuk penduduk miskin, dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Querri, et al., 2018) (Obermann, Jowett, & Kwon, 2018).

**Tabel 5.2. Struktur Peserta dalam PhilHealth 2018**

Kategori		Anggota	Tanggung	Total	% dari semua anggota
Formal	Swasta	12.465.283	10.839.327	23.304.610	25,0
	Pemerintah	2.102.361	3.783.503	5.885.864	6,3
	Formal lainnya	68.544	51.273	119.817	0,1
Informal	Pekerja migran	659.311	951.543	1.610.854	1,7
	Pekerja informal	2.177.414	3.349.326	5.526.740	5,9
	<i>Self-earning</i>	409.751	586.676	996.427	1,1
	Informal lainnya	14.335	19.855	34.190	0,0
Miskin		14.641.685	28.844.119	43.485.804	46,6
Bersponsor		1.217.941	1.560.458	2.778.399	3,0
Seumur hidup		1.229.641	854.183	2.083.824	2,2
Lanjut usia		6.245.583	1.328.749	7.574.332	8,1
Semua peserta		41.231.849	52.169.012	93.400.861	

Obermann, K., Jowett, M., & Kwon, S. (2018). The Role of National Health Insurance for Achieving UHC in the Philippines: a Mixed Methods Analysis. *Global Health Action*, 11(1), 1483638.

**Peserta: Mereka yang berkontribusi ke PhilHealth; Tanggungan: Mereka yang ditanggung secara otomatis karena peserta yang sebelumnya berkontribusi. Sumber: PhilHealth Corporate Planning**

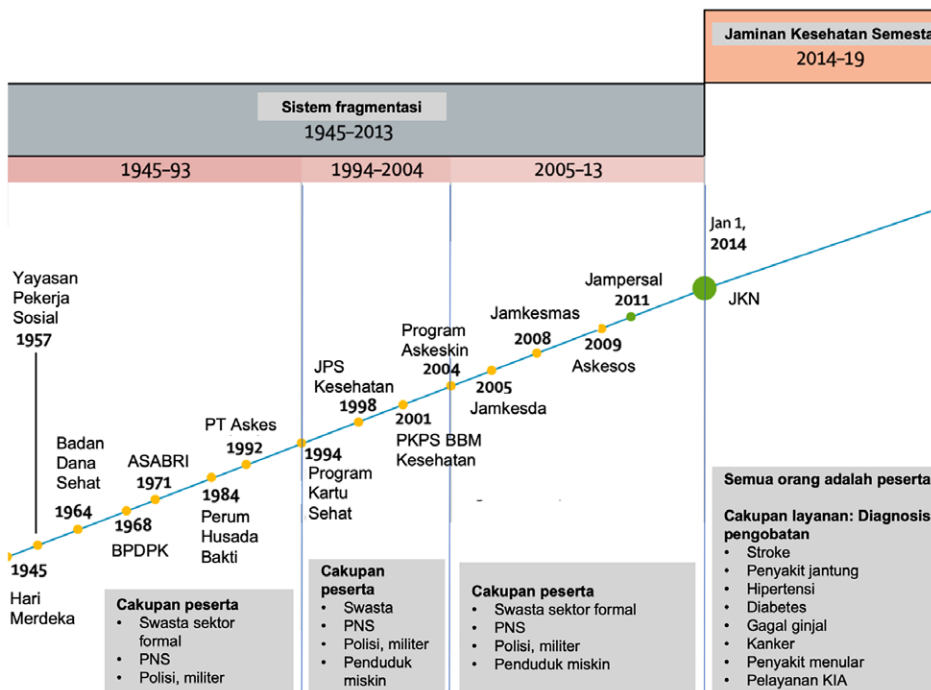
Untuk Indonesia, pengalaman Thailand memperlihatkan komitmen besar dari pemerintah untuk mencakup penduduk miskin dan pekerja informal dalam skema UHC sehingga dalam waktu relatif cepat mencapai cakupan semesta. Selanjutnya, pengalaman Filipina memperlihatkan upaya-upaya yang bisa dilakukan untuk meningkatkan cakupan peserta JKN dari pekerja informal.

## 5.4. Jaminan Kesehatan Nasional: Komitmen UHC di Indonesia

Gambar 5.4. menunjukkan perkembangan UHC di Indonesia sejak tahun 1945 sampai sekarang. Sistem jaminan kesehatan sudah ada sejak tahun 1980-an, namun sebagian besar mencakup pegawai

pemerintah dan militer. Krisis ekonomi tahun 1997 menggerakkan Jaring Pengaman Sosial (JPS) khususnya untuk penduduk miskin, termasuk JPS Bidang Kesehatan pada 1998. Pada tahun 2004, pemerintah membentuk Asuransi Kesehatan Miskin (Askeskin) yang kemudian menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) pada 2008. Pada tahun 2004, Presiden Megawati menandatangani Undang-undang 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang menjadi landasan jaminan kesehatan menyeluruh menuju UHC di Indonesia.

Sejak tahun 2005, banyak pemerintah provinsi dan kabupaten/kota membentuk Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) untuk memberi jaminan kesehatan menyeluruh kepada warganya. Data menunjukkan jumlah Jamkesda meningkat dari 60 program pada 2008 menjadi paling tidak 245 program pada 2012. Dengan aspirasi UHC untuk menjamin perlindungan risiko finansial dan menjamin akses ke pelayanan kesehatan bagi semua seperti yang diamanatkan oleh SDGs, pemerintah meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), sebuah sistem pembiayaan kesehatan nasional dengan sistem pembayaran tunggal (*single payer system*). Dari sisi cakupan pelayanan, peserta JKN dapat mengakses pelayanan kesehatan esensial yang komprehensif termasuk preventif, kuratif, dan paliatif termasuk kesehatan reproduksi, kesehatan ibu dan anak, penyakit menular, dan penyakit tidak menular seperti stroke, penyakit pembuluh, hipertensi, diabetes, gagal ginjal, dan kanker (Agustina, Dartanto, Sitompul, et al., 2019) (Pisani, Olivier Kok, Nugroho, 2017).



**Gambar 5.4.**  
**Ringkasan Sejarah**  
**UHC di Indonesia**  
**1945-2018**

Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., et al. (2019). Universal Health Coverage in Indonesia: Concept, Progress, and Challenges. *The Lancet*, 393(10166), 75-102.

Catatan: ASABRI=Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia. BPDPK=Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan. JPS=Jaring Pengaman Sosial. PKPS-BBM= Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak.

## 5.5. Aspek Ekonomi Politik JKN: Adopsi, Ekspansi, dan Keadilan

Para ahli dan komunitas kesehatan global semakin menyadari bahwa solusi kebijakan teknis yang dibuat dengan hati-hati dapat tidak terlaksana jika aspek politik ekonomi diabaikan, terutama untuk reformasi sosial dan ekonomi. Karena mendistribusikan sumber daya di sektor kesehatan dan di seluruh rumah tangga, kebijakan reformasi UHC mau tidak mau melibatkan pertukaran politik, konflik, dan negosiasi (Reich, et al., 2016). Tiga aspek politik ekonomi JKN dalam upaya menuju UHC adalah adopsi kebijakan, ekspansi atau perluasan cakupan dan dan keadilan dapat iuraikan sebagai berikut:

### 5.5.1. Adopsi Kebijakan JKN

Sebagian besar negara yang mengadopsi UHC dimulai dengan fokus kepada orang yang hidup dalam kemiskinan atau bersamaan dengan perubahan sosial, ekonomi, atau politik yang besar.

Sebagian besar negara yang mengadopsi UHC dimulai dengan fokus kepada orang yang hidup dalam kemiskinan atau bersamaan dengan perubahan sosial, ekonomi, atau politik yang besar. Misalnya, Inggris, Perancis dan Jepang mengadopsi UHC sebagai bagian dari upaya pembangunan kembali dari Perang Dunia Kedua. Selanjutnya, Thailand dan Turki mengadopsi UHC setelah terjadi krisis ekonomi (Reich, et al., 2016).

Di Indonesia, jalan menuju UHC ditandai dengan kombinasi oportunistik politik, eksperimen pemerintah lokal, dan kompromi. Dari sejarah pembiayaan kesehatan di Indonesia (lihat Gambar 5.4.), kelompok-kelompok yang memiliki kekuatan politik yang relatif besar adalah yang pertama masuk dalam cakupan. Asuransi kesehatan untuk anggota militer dan pegawai negeri diperluas pada tahun 1970-an untuk mendorong stabilitas nasional di bawah pemerintahan Suharto yang baru, sedangkan asuransi kesehatan untuk pekerja di sektor formal berkembang pada pertengahan 1980-an. Namun, upaya untuk mencakup penduduk miskin baru dimulai setelah krisis ekonomi tahun 1997 dan transisi politik besar yang menggulingkan rezim Suharto tahun 1998. Reformasi jaminan sosial menjadi prioritas di masa kepemimpinan Megawati sebagai Presiden tahun 2001 (Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., et al. 2019) (Pisani, Olivier Kok, & Nugroho, 2017).

Pemerintah kemudian membentuk tim satuan tugas untuk merancang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Proses perdebatan kebijakan memakan waktu 3 tahun dan 56 versi RUU, yang sebagian besar berpusat pada isu berikut:

1. Sifat wajib dari sistem yang diusulkan: asosiasi ketenagakerjaan, kamar dagang, dan bahkan beberapa pejabat pemerintah percaya bahwa hal ini melanggar hak asasi manusia;
2. Integrasi sistem jaminan sosial: penolakan dari dua perusahaan asuransi yang ada memperlambat pengajuan undang-undang, sampai kesepakatan tercapai bahwa sebuah dewan akan dibentuk untuk menyelaraskan sistem yang beragam;

3. Terlalu banyak kendali pemerintah: beberapa organisasi bantuan bilateral serta sektor swasta setuju dengan sifat wajib dari undang-undang tersebut tetapi menentang administrasi sistem, di mana pemerintah memiliki peran monopoli;
4. Kontribusi bersama: karyawan sektor swasta sangat menentang proposal untuk berbagi kontribusi antara pemberi kerja dan karyawan;
5. Tingkat iuran: pengusaha khawatir hukum akan menyebabkan masalah keuangan bagi mereka dengan meningkatkan iuran mereka.

Presiden Megawati akhirnya menandatangani Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) pada tahun 2004, sebuah komitmen legislatif penting yang secara khusus menyerukan pencapaian UHC. Setelah itu, beberapa pemerintah mengajukan banding ke Mahkamah Konstitusi, mengancam sifat monopoli dan mengklaimnya bertentangan dengan undang-undang desentralisasi. Enam bulan kemudian, MK memutuskan bahwa undang-undang tersebut sejalan dengan konstitusi (Marzoeki, Tandon, Bi, Pambudi, 2014) (Pisani, Olivier Kok, Nugroho, 2017).

Sayangnya, implementasi UU ini tidak menjadi fokus di masa Presiden Susilo Bambang Yudoyono sejak tahun 2004 dan dibutuhkan sepuluh tahun lagi hingga sistem jaminan sosial yang komprehensif mulai diberlakukan pada tahun 2014. Sementara itu, desentralisasi pemerintah ke tingkat kabupaten/kota pada tahun 2001 dan berakhirnya JPS-BK bagi masyarakat miskin memicu beberapa kepala daerah melakukan percobaan membuat jaminan kesehatan daerah (Jamkesda). Bertepatan dengan dimulainya pemilihan kepala daerah secara langsung tahun 2005, Jamkesda menjadi isu kampanye politik utama di tingkat lokal. Jumlah Jamkesda meningkat dari sekitar 60 pada tahun 2008 menjadi sekitar 245 pada tahun 2012. Walaupun UU SJSN mengamanatkan berbagai program Jamkesda ini untuk berintegrasi ke dalam JKN, banyak pemerintah kabupaten/kota masih mempertahankan Jamkesda untuk penyediaan layanan karena alasan politik dan anggaran (Agustina, Dartanto, Sitompul, et al., 2019) (Reich, Harris, Ikegami, et al., 2016).

### **5.5.2. Ekspansi Cakupan JKN dan Tantangan Defisit Anggaran**

Gambar 5.5. menunjukkan perkembangan cakupan peserta JKN sejak tahun 2014 hingga 2018. Pada tahun pertama terbentuk, JKN memiliki 116 juta peserta atau 46,5 persen cakupan dari total penduduk. Peserta terdiri dari 90 juta peserta miskin Penerima Bantuan Iuran (PBI), 21 juta peserta dari kelompok pekerja upah (termasuk pegawai pemerintah dan swasta), dan 5 juta peserta dari kelompok pekerja bukan penerima upah. Empat tahun kemudian pada 2018, JKN memiliki 204 juta peserta atau 75,9 persen cakupan

**Presiden Megawati akhirnya menandatangani Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) pada tahun 2004, sebuah komitmen legislatif penting yang secara khusus menyerukan pencapaian UHC.**

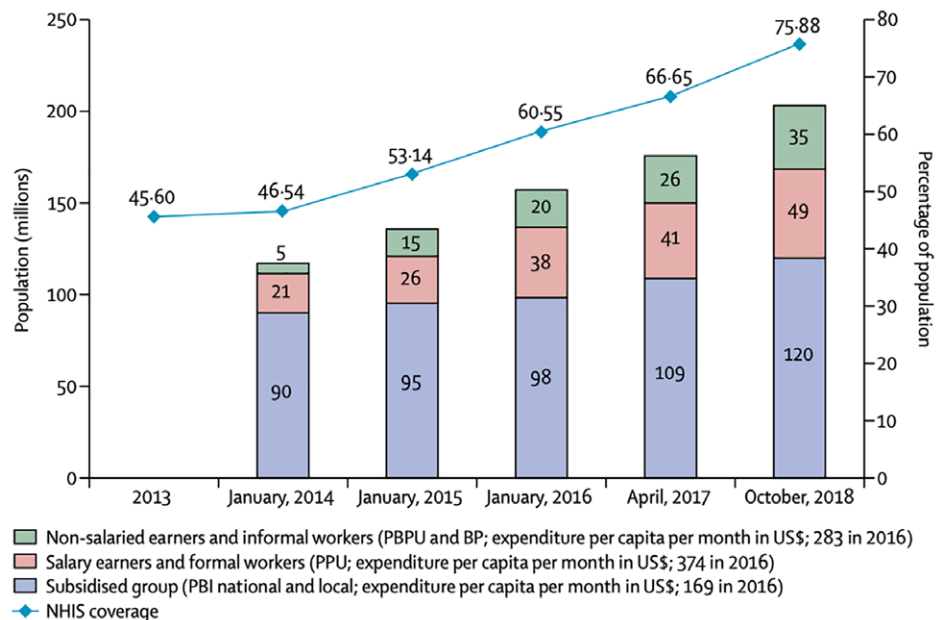
dari total penduduk. Peserta terdiri dari 120 juta peserta miskin PBI, 49 juta peserta dari kelompok pekerja upah, dan 35 juta peserta dari kelompok pekerja bukan penerima upah.

Data ini juga menunjukkan percepatan ekspansi yang berbeda antara kelompok peserta dalam kurun waktu 2014-2018. Kelompok pekerja formal meningkat sebesar 133 persen dari 21 juta menjadi 49 juta; kelompok masyarakat miskin (PBI) meningkat sebesar 33% dari 90 juta menjadi 120 juta; dan kelompok pekerja informal meningkat sebesar 600 persen (atau 6 kali lipat) dari 5 juta menjadi 35 juta. Hal ini menunjukkan komitmen pemerintah dalam mencakup masyarakat miskin (cakupan peserta sudah tinggi sejak awal) dan secara bertahap pekerja kelompok informal yang sebelum adanya JKN kemungkinan besar tidak memiliki jaminan kesehatan.

Catatan: BP=Bukan Pekerja. NHIS=JKN. PBI=Penerima Bantuan

**Gambar 5.5.**  
**Perkembangan**  
**Cakupan Peserta**  
**JKN 2014-2018**

Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., et al. (2019). Universal Health Coverage in Indonesia: Concept, Progress, and Challenges. *The Lancet*, 393(10166), 75-102.



Iuran. PBPU=Pekerja Bukan Penerima Upah (pekerja informal). PPU=Pekerja Penerima Upah

	2014	2018	Selisih	Selisih %
	[1]	[2]	[3]=[2-1]	[4]=[3/1]
Aceh	4,537,105	5,690,053	1,152,948	25%
Sumatera Utara	6,741,192	10,367,363	3,626,171	54%
Sumatera Barat	3,199,658	4,188,963	989,305	31%
Riau	2,196,813	4,146,624	1,949,811	89%
Jambi	1,384,798	2,350,671	965,873	70%
Sumatera Selatan	3,520,494	5,003,610	1,483,116	42%
Bengkulu	1,043,847	1,500,972	457,125	44%
Lampung	4,137,915	5,784,954	1,647,039	40%
Kep Bangka Belitung	497,588	1,060,217	562,629	113%
Kep Riau	924,114	1,589,459	665,345	72%
DKI Jakarta	7,934,374	17,164,565	9,230,191	116%
Jawa Barat	21,994,860	34,381,856	12,386,996	56%
Jawa Tengah	18,589,060	26,783,800	8,194,740	44%
Yogyakarta	2,283,040	3,370,478	1,087,438	48%
Jawa Timur	19,238,946	26,974,274	7,735,328	40%
Banten	5,097,551	9,590,543	4,492,992	88%
Bali	1,643,450	3,612,456	1,969,006	120%
Nusa Tenggara Barat	2,847,345	3,777,606	930,261	33%
Nusa Tenggara Timur	3,336,175	4,218,560	882,385	26%
Kalimantan Barat	2,042,122	3,285,523	1,243,401	61%
Kalimantan Tengah	904,818	2,050,152	1,145,334	127%
Kalimantan Selatan	1,323,001	2,404,511	1,081,510	82%
Kalimantan Timur	1,504,409	3,230,728	1,726,319	115%
Kalimantan Utara	331,233	629,265	298,032	90%
Sulawesi Utara	1,451,538	2,478,410	1,026,872	71%
Sulawesi Tengah	1,560,557	2,407,390	846,833	54%
Sulawesi Selatan	4,301,539	8,071,716	3,770,177	88%
Sulawesi Tenggara	1,337,032	2,226,751	889,719	67%
Gorontalo	1,033,549	1,249,477	215,928	21%
Sulawesi Barat	814,668	1,178,940	364,272	45%
Maluku	1,013,942	1,427,739	413,797	41%
Maluku Utara	505,356	850,137	344,781	68%
Papua Barat	969,674	1,279,402	309,728	32%
Papua	3,181,890	3,727,034	545,144	17%
TOTAL	133,423,653	208,054,199	74,630,546	56%

**Tabel 5.3. Cakupan Peserta JKN 2014-2018 Berdasarkan Provinsi**

Dewan Jaminan Sosial Nasional (2020) Statistik JKN 2014-2018: *Membuka Fakta dengan Data*. BPJS Kesehatan. Jakarta

*Catatan: Sumber data cakupan peserta (kolom 1 dan 2) adalah Buku Statistik JKN 2014-2018. Perhitungan selisih absolut dan persen (kolom 3 dan 4) dilakukan oleh penulis.*



Ekspansi cakupan peserta ini bervariasi berdasarkan provinsi. Tabel 5.3. menunjukkan cakupan peserta dalam kurun waktu 2014-2018. Data memperlihatkan bahwa percepatan ekspansi cakupan peserta adalah 17 persen di Papua (yaitu dari 3,2 juta menjadi 3,7 juta peserta) hingga 127% di Kalimantan Tengah (yaitu dari 904,8 ribu menjadi 2,1 juta peserta). Provinsi dengan percepatan tinggi di atas 100 persen (dua kali lipat) adalah Kalimantan Timur, Bali, DKI Jakarta dan Kep. Bangka Belitung. Provinsi dengan percepatan relatif rendah di bawah 40% antara lain Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Gorontalo, Papua Barat, Papua, Sumatera Barat, dan Aceh. Untuk empat provinsi cakupan peserta tahun 2018 telah mencakup seluruh penduduk yaitu Papua Barat (penduduk 937,5 ribu), Papua (3,3 juta), Gorontalo (1,2 juta), dan Aceh (5,3 juta) (Dewan Jaminan Sosial Nasional, 2020).

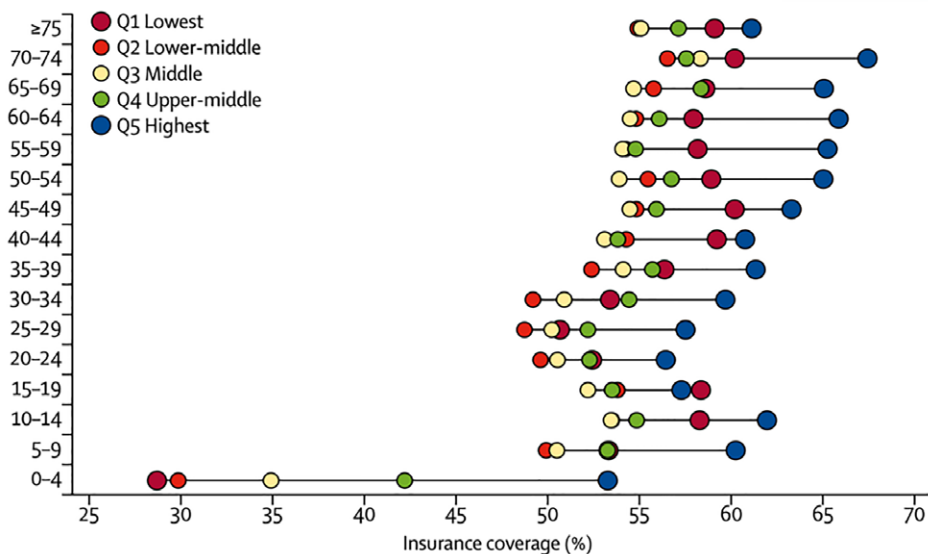
**Salah satu implikasi dari kenaikan jumlah peserta yang cepat ini adalah defisit anggaran BPJS Kesehatan.**

Salah satu implikasi dari kenaikan jumlah peserta yang cepat ini adalah defisit anggaran BPJS Kesehatan. Kementerian Keuangan menyebutkan bahwa defisit anggaran adalah sebesar 1,9 triliun tahun 2014, 9,4 triliun tahun 2015, 6,4 triliun tahun 2016, 13,8 triliun tahun 2017, 19,4 triliun tahun 2018, dan 13 triliun tahun 2019. Penurunan defisit pada tahun 2016 dikarenakan penyesuaian iuran yang dilakukan setiap dua tahun sekali (Fauzia M., 2020).

Untuk mengatasi masalah keuangan ini, empat opsi kebijakan antara lain: (a) menaikkan biaya untuk anggota yang berkontribusi, mengingat bahwa iuran saat ini lebih rendah daripada biaya perawatan medis; (b) merangkul langkah-langkah pengendalian biaya, seperti soft caps pada volume layanan; (c) meningkatkan proses penggantian biaya perawatan kesehatan dengan tinjauan klaim medis yang lebih teliti; dan (d) meningkatkan efisiensi sistem BPJS Kesehatan. Selain itu, dalam jangka panjang, investasi dalam pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular seperti jantung, stroke, diabetes adalah sangat penting sebagai kontributor klaim terbesar di antara peserta JKN (Hidayat, Mundiharjo, Rabovskaja, Rozanna, & Spatz, 2015) (Agustina, Dartanto, Sitompul, et al., 2019).

### **5.5.3. Aspek Keadilan dalam JKN**

Pengalaman di dunia menunjukkan bahwa perluasan cakupan untuk penduduk miskin dan rentan seringkali membutuhkan komitmen pemerintah yang kuat untuk memberikan suara kepada kelompok marjinal dan mengatasi politik kelompok kepentingan. Brazil dan Thailand adalah contoh negara-negara di mana gerakan sosial telah digabungkan dengan kepemimpinan politik untuk memainkan peran katalitik dalam mengatasi tantangan politik untuk mengurangi ketidakadilan dalam cakupan (Reich, et al., 2016).



**Gambar 5.6.**  
**Proporsi Peserta**  
**JKN Berdasarkan**  
**Kuintil**  
**Pendapatan 2016**


Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., et al. (2019). Universal Health Coverage in Indonesia: Concept, Progress, and Challenges. *The Lancet*, 393(10166), 75-102.

Di Indonesia, pemerintah memiliki komitmen tinggi untuk memberikan cakupan kepada masyarakat miskin (juga melanjutkan komitmen yang sama dari program JPS-BK, Askeskin, dan Jamkesmas sejak krisis ekonomi 1997). Gambar 5.6. menunjukkan proporsi peserta JKN berdasarkan kuintil pendapatan dan umur tahun 2016, dengan data bersumber dari survei SUSENAS dan data BPJS Kesehatan (Agustina, et al., 2019). Di setiap kelompok umur, data menunjukkan bahwa proporsi cakupan JKN tertinggi di 20% penduduk terkaya (kuintil Q5) dan kedua tertinggi di 20% penduduk termiskin (kuintil Q1). Selain itu, seperti disampaikan sebelumnya jumlah cakupan kelompok masyarakat miskin (PBI) meningkat sebesar 33% dari 90 juta tahun 2014 menjadi 120 juta tahun 2018. Komitmen seperti ini menunjukkan upaya pemerintah menjaga keadilan dalam akses pelayanan kesehatan di Indonesia melalui JKN.

#### 5.5.4. The Way Forward: Tantangan JKN ke Depan

Paling tidak ada tiga tantangan besar JKN ke depan: peningkatan cakupan peserta, peningkatan cakupan pelayanan, dan keberlangsungan finansial. Pertama, meskipun cakupan peserta secara nasional meningkat pesat sejak JKN mulai tahun 2014, banyak provinsi terutama di wilayah timur yang peningkatan peserta cukup lambat (DJSN, 2020). Ke depan, diperlukan usaha yang lebih baik sehingga peningkatan jumlah peserta lebih merata di semua wilayah Indonesia.

Kedua, meskipun saat ini cakupan pelayanan kesehatan sudah relatif menyeluruh, namun masih banyak masalah dengan kurang ketersediaan fasilitas kesehatan terutama di daerah luar Jawa dan jauh dari pusat kota. Ke depan, diperlukan investasi fasilitas dan tenaga kesehatan yang memadai untuk memastikan cakupan pelayanan JKN dapat diterima oleh seluruh peserta tanpa batasan geografis.



Ketiga, data menunjukkan bahwa BPJS mengalami defisit anggaran setiap tahun dari 1,9 triliun tahun 2014 menjadi 13 triliun tahun 2019. Ke depan, diperlukan strategi untuk menjamin keberlangsungan finansial ini termasuk dengan perbaikan upaya promosi, pencegahan, dan manajemen kasus untuk penyakit tidak menular seperti stroke, serangan jantung, dan diabetes sebagai penyumbang dana klaim terbesar (Kusuma, et al., 2019).

## Daftar Pustaka

- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., et al. (2019). Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *The Lancet*, 393(10166), 75-102.
- Dewan Jaminan Sosial Nasional (2020) Statistik JKN 2014-2018: Membuka Fakta dengan Data. BPJS Kesehatan. Jakarta
- Fauzia M (2020) BPJS Kesehatan, Defisit Sejak Awal hingga Rencana Penghapusan Kelas. Kompas 12 Juni 2020. <https://bit.ly/2EjjihW>
- Hidayat, B., Mundiharjo, N. J., Rabovskaja, V., Rozanna, C. S., & Spatz, J. (2015). Financial sustainability of the National Health Insurance in Indonesia: a first year review. Policy brief. Jakarta: the Indonesian-German Social Protection Programme.
- Kusuma, D., Kusumawardani, N., Ahsan, A., et al. (2019). On the verge of a chronic disease epidemic: comprehensive policies and actions are needed in Indonesia. *International health*, 11(6), 422-424.
- Marzoeki, P., Tandon, A., Bi, X., & Pambudi, E. S. (2014). Universal health coverage for inclusive and sustainable development: country summary report for Indonesia. World Bank. Jakarta
- Obermann, K., Jowett, M., & Kwon, S. (2018). The role of national health insurance for achieving UHC in the Philippines: a mixed methods analysis. *Global health action*, 11(1), 1483638.
- Pisani, E., Olivier Kok, M., & Nugroho, K. (2017). Indonesia's road to universal health coverage: a political journey. *Health policy and planning*, 32(2), 267-276.
- Querri, A., Ohkado, A., Kawatsu, L., et al. (2018). The challenges of the Philippines' social health insurance programme in the era of Universal Health Coverage. *Public health action*, 8(4), 175-180.

- 
- Reich, M. R., Harris, J., Ikegami, N., et al. (2016). Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. *The Lancet*, 387(10020), 811-816.
- Rieger, M., Wagner, N., & Bedi, A. S. (2017). Universal health coverage at the macro level: synthetic control evidence from Thailand. *Social Science & Medicine*, 172, 46-55.
- Sumriddetchkajorn, K., Shimazaki, K., Ono, T., et al. (2019). Universal health coverage and primary care, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(6), 415.
- Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A. (2018). Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*, 391(10126), 1205-1223.
- Wagstaff, A., & Neelsen, S. (2020). A comprehensive assessment of universal health coverage in 111 countries: a retrospective observational study. *The Lancet Global Health*, 8(1), e39-e49.
- WHO (2019) Global Monitoring Report Universal Health Coverage: Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage. World Health Organization. Jenewa



# Glosarium

<i>Ability to pay</i>	: Kemampuan seseorang atas jasa yang didapat berdasarkan penghasilan yang didapat.
Asimetri informasi	: Ketidaksetaraan informasi dalam sebuah transaksi di mana salah satu pihak memiliki informasi yang lebih banyak atau lebih baik dari pihak lainnya
Barang publik	: Barang yang manfaatnya tidak dapat dibagi ke seluruh masyarakat, terlepas dari keinginan individu untuk mengonsumsi barang publik
BCG ( <i>Bacille Calmette-Guérin</i> )	: Vaksin yang dibutuhkan untuk melindungi diri dari kuman TB
Beban alostatis	: “keausan (wear and tear) tubuh” akibat aktivasi berlebihan dari respons fisiologis yang dipicu oleh tekanan sosial dan lingkungan yang menyebabkan stres dan trauma
Belanja katastrofik	: Pengeluaran biaya oleh rumah tangga yang melebihi ambang batas tertentu sehingga menyebabkan risiko kemiskinan dalam rumah tangga
COVID-19 ( <i>Corona Virus Disease 2019</i> )	: Penyakit yang ditemukan tahun 2019 dan disebabkan oleh virus <i>severe acute respiratory syndrome coronavirus-2</i>
DAK (Dana Alokasi Khusus)	: Dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan kepada daerah tertentu dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional
DAU (Dana Alokasi Umum)	: Salah satu transfer dana pemerintah kepada pemerintah daerah yang bersumber dari pendapatan APBN, yang dialokasikan dengan tujuan pemerataan kemampuan keuangan antar daerah untuk mendanai kebutuhan daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi.
<i>Demand for health</i>	: Permintaan atas kesehatan di mana individu mengalokasikan sumber daya untuk menjadi sehat.
<i>Demand for healthcare</i>	: Permintaan turunan dari permintaan atas kesehatan sebagai input untuk menghasilkan kesehatan.
Eksternalitas	: Segala efek positif atau negatif yang ditimbulkan oleh transaksi pasar terhadap pihak ketiga, yaitu orang lain selain pembeli atau penjual
<i>Foreign direct investment (FDI)</i>	: investasi langsung oleh pihak asing untuk menanamkan modalnya dengan jangka waktu yang panjang di negara lain
Fungsi produksi	: investasi langsung oleh pihak asing untuk menanamkan modalnya dengan jangka waktu yang panjang di negara lain
<i>Herd immunity</i>	: Kekebalan yang diperoleh sekelompok masyarakat yang tidak divaksinasi saat masyarakat lain divaksinasi.
Intervensi pemerintah	: Segala tindakan yang dilakukan oleh Pemerintah yang memiliki dampak terhadap sebuah pasar ekonomi, termasuk pasar layanan kesehatan
IFLS ( <i>Indonesia Family Life Survey</i> )	: Survei yang bersifat multi-level (rumah tangga, individu, komunitas, dan fasilitas), multi-topik, berskala besar, dan longitudinal.

J&J (Johnson & Johnson)	:	Perusahaan multinasional asal Amerika Serikat yang mengembangkan peralatan kesehatan, farmasi, dan barang-barang kemasan konsumen
Ketidakpastian	:	Karakteristik dari pelayanan kesehatan yang merupakan perspektif subjektif dari ketidaktahuan, berperan penting dalam mendorong berbagai penelitian medis, mendorong pasien mengunjungi pelayanan kesehatan, dan merangsang intervensi medis.
Kegagalan pasar	:	Mencakup keadaan di mana efisiensi Pareto tidak tercapai oleh pasar
KPPU (Komisi Pengawas Persaingan Usaha)	:	Lembaga independen yang memiliki tugas utama melakukan penegakan hukum persaingan sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1999.
Kuratif	:	Suatu upaya kesehatan yang dilakukan untuk mencegah penyakit menjadi lebih parah melalui tindakan pengobatan.
MMEA	:	Minuman Mengandung Etil Alkohol
Monopoli	:	Kondisi pasar di mana hanya terdapat penyedia tunggal suatu barang atau layanan dengan tidak ada barang atau layanan substitusi yang dekat
Oligopoli	:	Kondisi pasar dengan beberapa penyedia suatu barang atau layanan dengan besarnya hambatan untuk masuk ke dalam pasar tersebut.
Pareto atau <i>pareto improvement</i>	:	Kondisi dalam transaksi pasar di mana pembeli dan penjual membuat perjanjian sukarela yang menguntungkan kedua belah pihak
PCR ( <i>Polymerase Chain Reaction</i> )	:	Pemeriksaan laboratorium untuk mendeteksi keberadaan material genetik dari sel, bakteri, atau virus.
Pelayanan kesehatan	:	Setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit (preventif), peningkatan kesehatan (promotif), pengobatan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif).
Permintaan atas kesehatan	:	Permintaan atas kesehatan di mana individu mengalokasikan sumber daya untuk menjadi sehat.
Permintaan atas layanan kesehatan	:	Permintaan turunan dari permintaan atas kesehatan sebagai input untuk menghasilkan kesehatan.
Podes (Potensi Desa)	:	Survei yang berfokus pada sosial, ekonomi, sarana dan prasarana, kebutuhan perencanaan regional, serta potensi yang ada di desa.
Preventif	:	Tindakan pencegahan, dalam hal ini mencegah untuk terkena penyakit
Rehabilitatif	:	Upaya mencegah penyakit semakin parah dengan cara tindakan rehabilitasi.
SDGs ( <i>Sustainable Development Goals</i> )	:	Rencana aksi global yang disepakati oleh para pemimpin dunia, termasuk Indonesia, guna mengakhiri kemiskinan, mengurangi kesenjangan dan melindungi lingkungan.
SID ( <i>Supplier-Induced Demand</i> )	:	Penyalahgunaan hubungan antara penyedia dan pengguna jasa layanan oleh penyedia jasa layanan kesehatan dalam usaha memperoleh keuntungan pribadi.
Susenas (Survei Sosial Ekonomi Nasional)	:	Survei yang menyediakan data berbagai aspek sosial ekonomi dan pemenuhan kebutuhan hidup seperti sandang, pangan, papan, pendidikan, kesehatan, keamanan dan kesempatan kerja.
TB ( <i>Tuberculosis</i> )	:	Penyakit paru-paru akibat kuman <i>Mycobacterium tuberculosis</i>
<i>Uncertainty</i>	:	Karakteristik dari pelayanan kesehatan yang merupakan perspektif subjektif dari ketidaktahuan, berperan penting dalam mendorong berbagai penelitian medis, mendorong pasien mengunjungi pelayanan kesehatan, dan merangsang intervensi medis.

# Tentang Penulis


**Dr. Abdillah Ahsan S.E., M.S.E.** Staf pengajar dan peneliti di Lembaga Demografi, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia. Abdillah memiliki keahlian dan pengalaman riset professional dalam bidang makroekonomi, mikroekonomi dan ekonomi pembangunan.

**Prof. dr. Hasbullah Thabrany, M.P.H., Dr.PH.** Ekonom kesehatan dengan pengalaman lebih dari 30 tahun di Indonesia. Thabrany berpengalaman mendesain skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dan telah menjadi penulis berbagai buku terkait jaminan sosial dan kesehatan serta pengendalian tembakau. Thabrany lulus dari Pendidikan Dokter di FKUI dan melanjutkan Pendidikan Master of Public (MPH) dan Doctor of Public Health (DrPH) dari UC Berkeley, California, America Serikat.

**DR. Dian Kusuma, S.K.M., M.P.H., Sc.D.** Ahli kesehatan masyarakat global, bekerja di *Centre for Health Economics & Policy Innovation, Imperial College Business School* di London, Inggris. Saat ini Dian tergabung dalam tim *NIHR Global Health Research Unit* dengan tugas menganalisis kebijakan penurunan risiko penyakit jantung, diabetes dan faktor risikonya seperti obesitas, diet tidak sehat, dan merokok di India, Pakistan, Bangladesh, dan Sri Lanka. Dian mendapatkan gelar sarjana dan doktor dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, *Master of Public Health* dari *Royal Tropical Institute Amsterdam*, dan *Doctor of Science* dari *Harvard TH Chan School of Public Health*.

**Yunita Nugrahani, dr. M.Sc.** Dosen Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti dengan pengalaman manajemen program kesehatan masyarakat. Selain mengajar Yunita juga menjadi manajer penelitian untuk “*Systematic Tracking of At-Risk Medicines*” (STARmeds) yang dilakukan Fakultas Farmasi Universitas Pancasila, bekerja sama dengan *Imperial College London* dan *Erasmus School of Health Policy and Management (ESHPM)*. Yunita meminati penguatan sistem kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan dan evaluasi ekonomi. Yunita mendapatkan gelar dokter dari Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti, dan *Master of Science* dari *London School of Hygiene and Tropical Medicine* and *London School of Economics and Political Science*.

**Riki Relaksana, S.E., M.Si.** Dosen dan peneliti di bidang ekonomi kesehatan di Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Padjadjaran dan *Center for Economics and Development Studies (CEDS)*. Beberapa riset yang telah dilakukan adalah evaluasi ekonomi kesehatan, terutama *cost analysis*. Riki mendapatkan gelar sarjana dan magister ilmu ekonomi dari Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Padjadjaran.



**Adrianna Bella, S.E., M.H. Econ.** Manajer riset di *Centre for Indonesia's Strategic Development Initiatives* (CISDI) yang melakukan berbagai riset terkait ekonomi tembakau dan perilaku tidak sehat, ekonomi kesehatan, evaluasi dampak, dan pembangunan kesehatan. Gelar kesarjanaan Bella diperoleh dari Universitas Indonesia, dan *Master of Health Economics* dari *School of Business, Economics, and Law (BEL) University of Queensland*.

**Relia Ariany, S.K.M.** Praktisi kesehatan masyarakat, saat ini bekerja untuk program Promosi Kesehatan di Puskesmas Pendopo Kabupaten Empat Lawang. Relia lulus dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya.

**Rifqi Abdul Fattah, S.K.M., M.A.** Peneliti di Pusat Kajian Jaminan Sosial Universitas Indonesia (PKJS-UI), pusat kajian yang berfokus pada kajian, penelitian, konsultasi, dan pelatihan dalam bidang jaminan sosial. Rifqi menyelesaikan pendidikan sarjananya di Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta, dan *Master of Arts* dalam bidang *population and sexual and reproductive health* di *Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Thailand*.



# SERI EKONOMI KESEHATAN



Buku I  
**PENGANTAR EKONOMI KESEHATAN**  
Abdillah Ahsan, dkk.



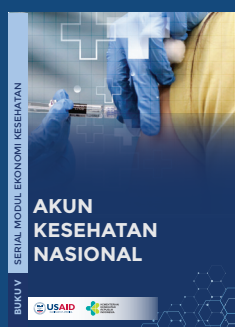
Buku II  
**PEMBIAYAAN KESEHATAN:  
KONSEP DAN *BEST PRACTICES*  
DI INDONESIA**  
Adiatma YM Siregar, dkk.



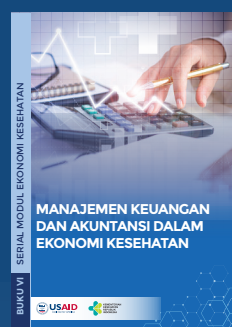
Buku III  
**BELANJA KESEHATAN STRATEGIS:  
KONSEP DAN *BEST PRACTICES*  
DI INDONESIA**  
Ackhmad Afflazir, dkk.



Buku IV  
**EVALUASI EKONOMI DAN  
PENILAIAN TEKNOLOGI KESEHATAN:  
KONSEP DAN *BEST PRACTICES*  
DI INDONESIA**  
Ayunda Dewi Jayanti Jilan Putri, dkk.



Buku V  
**AKUN KESEHATAN NASIONAL**  
Prastuti Soewondo, dkk.



Buku VI  
**MANAJEMEN KEUANGAN DAN  
AKUNTANSI DALAM EKONOMI  
KESEHATAN**  
Anedya Niedar, dkk.

ISBN 978-623-301-245-4



**USAID**  
DARI RAKYAT AMERIKA

United States Agency for  
International Development (USAID)  
Jalan Medan Merdeka Selatan No. 3-5  
Jakarta Pusat 10110



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA

Kementerian Kesehatan  
Republik Indonesia  
Jalan H. R. Rasuna Said No. Kav 4-9  
Kuningan, Jakarta Selatan, 12950