

KETAHANAN PEMBIAYAAN KESEHATAN DALAM MENDUKUNG SUSTAINABILITY JKN: FRAUD, UTILITAS, PEMBAYARAN PROVIDER, DAN ARAH KEBIJAKAN

Mega Assyfaa Fauzia¹, Ria Rosjayanti², Laila Dwi Nur Arfah³, Amelia Nopia Agus⁴, Tubagus Mumtaz Elfikri⁵, Nugroho Dwi Atmojo⁶, Moh. Saleh Al-Amin Raja Alam⁷, Zeny Dermawan⁸, Nurmala Dewi Ria Lestari⁹, Budi Hartono¹⁰

assyfaamega@gmail.com¹, riarosrosja@gmail.com², lailadwinurarfah@gmail.com³, amelianopiaagus@gmail.com⁴, tbmumtaz.08@gmail.com⁵, satrimonugroho100811@gmail.com⁶, rjalam53@gmail.com⁷, zenydermawan09@gmail.com⁸

Universitas Respati Indonesia^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}, Universitas Hang Tuah Pekanbaru¹⁰

ABSTRAK

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan instrumen utama perlindungan finansial kesehatan di Indonesia. Keberlanjutan program tidak hanya ditentukan oleh luasnya cakupan kepesertaan, tetapi juga oleh kemampuan sistem menjaga keseimbangan pembiayaan, mengendalikan biaya, memastikan ketepatan sasaran subsidi, mengoptimalkan mekanisme pembayaran provider, dan mencegah fraud serta moral hazard. Artikel ini bertujuan menyintesis materi kelompok mengenai struktur dan tantangan implementasi JKN, utilitas asuransi kesehatan, pembayaran provider, digitalisasi, analisis kebijakan, dan strategi ketahanan pembiayaan. Metode yang digunakan adalah kajian naratif-deskriptif terhadap materi perkuliahan, regulasi, publikasi kelembagaan, teori ekonomi kesehatan, dan pendapat ahli yang telah dihimpun dalam naskah kelompok. Hasil kajian menunjukkan bahwa tekanan pembiayaan JKN berkaitan dengan peningkatan pemanfaatan layanan, penyakit berbiaya tinggi, kepatuhan iuran, ketepatan sasaran PBI, ketimpangan fasilitas kesehatan, serta risiko fraud. Perspektif Hasbullah Thabrany, Nailul Huda, Timbul Siregar, dan Febriansyah Budi Pratama memperkuat pentingnya disiplin iuran, transparansi data, pengendalian moral hazard, penegakan anti-fraud, perlindungan finansial, dan penguatan pelayanan primer. Ketahanan pembiayaan perlu didukung strategic purchasing, pembayaran provider yang berorientasi mutu dan efisiensi, Health Technology Assessment, digitalisasi, penguatan promotif-preventif, integrasi data, serta tata kelola yang akuntabel. Dengan strategi tersebut, sustainability JKN dapat dijaga tanpa mengurangi prinsip gotong royong, keadilan, dan akses terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

Kata Kunci: JKN, Ketahanan Pembiayaan, Sustainability, Fraud, Utilitas Asuransi Kesehatan, Provider.

ABSTRACT

The National Health Insurance (JKN) program is the primary instrument for health financial protection in Indonesia. The program's sustainability depends not only on the breadth of membership coverage but also on the system's ability to maintain financial balance, control costs, ensure accurate subsidy targeting, optimize provider payment mechanisms, and prevent fraud and moral hazard. This article aims to synthesize group materials regarding the structure and implementation challenges of JKN, health insurance utilization, provider payment, digitalization, policy analysis, and financing resilience strategies. A narrative-descriptive review method was employed, analyzing lecture materials, regulations, institutional publications, health economics theories, and expert opinions compiled in the group manuscript. The findings indicate that financial pressures on JKN are linked to increased service utilization, high-cost diseases, contribution compliance, the accurate targeting of subsidized members (PBI), disparities in health facilities, and fraud risks. Perspectives from Hasbullah Thabrany, Nailul Huda, Timbul Siregar, and Febriansyah Budi Pratama underscore the importance of contribution discipline, data transparency, moral hazard control, anti-fraud enforcement, financial protection, and the strengthening of primary care. Financing resilience requires support through strategic purchasing, quality- and efficiency-oriented provider payments, Health Technology Assessment, digitalization, the strengthening of promotive and preventive services, data integration, and accountable governance. Through these strategies, JKN sustainability can be maintained without compromising the principles of mutual assistance (*gotong royong*), equity, and

access to necessary healthcare services.

Keywords: *JKN, Financing Resilience, Sustainability, Fraud, Health Insurance Utilization, Provider.*

PENDAHULUAN

Fraud dalam asuransi kesehatan merupakan segala bentuk tindakan yang dilakukan secara sengaja oleh individu maupun organisasi untuk memperoleh keuntungan finansial melalui cara-cara yang bertentangan dengan ketentuan yang berlaku dalam sistem pembiayaan kesehatan. Dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), fraud dapat dilakukan oleh berbagai pihak, mulai dari peserta, fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, penyedia obat dan alat kesehatan, hingga penyelenggara program. Praktik tersebut dapat berupa manipulasi klaim, pemberian kode diagnosis yang tidak sesuai kondisi pasien (upcoding), pengajuan klaim atas pelayanan yang tidak pernah diberikan (phantom billing), maupun pemberian pelayanan yang sebenarnya tidak memiliki indikasi medis. Tindakan tersebut tidak hanya melanggar etika profesi dan regulasi, tetapi juga menyebabkan pemborosan anggaran kesehatan yang pada akhirnya mengganggu keberlanjutan sistem JKN.

Menurut Association of Certified Fraud Examiners (ACFE), "The use of one's occupation for personal enrichment through the deliberate misuse or misapplication of the employing organization's resources or assets" (ACFE, 2024). Definisi tersebut menjelaskan bahwa fraud merupakan penyalahgunaan jabatan atau kewenangan untuk memperoleh keuntungan pribadi melalui penggunaan sumber daya organisasi secara tidak sah. Dalam konteks JKN, penyalahgunaan tersebut berdampak pada meningkatnya pengeluaran Dana Jaminan Sosial (DJS) dan berkurangnya kemampuan sistem dalam membiayai pelayanan kesehatan bagi peserta yang benar-benar membutuhkan.

Pencegahan fraud memerlukan komitmen seluruh pemangku kepentingan. Menurut drg. Oscar Primadi, MPH, Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, "Upaya pencegahan fraud tidak hanya menyasar satu pihak, tetapi seluruh pihak yang berpotensi melakukan kecurangan dalam penyelenggaraan JKN." (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Pernyataan tersebut menegaskan bahwa pengendalian fraud tidak hanya menjadi tanggung jawab BPJS Kesehatan, tetapi juga melibatkan pemerintah, rumah sakit, puskesmas, tenaga kesehatan, organisasi profesi, penyedia obat, serta masyarakat sebagai peserta JKN. Oleh karena itu, penguatan regulasi, audit klaim, digitalisasi sistem informasi kesehatan, dan peningkatan integritas seluruh aktor menjadi langkah penting dalam mencegah terjadinya kecurangan.

Sustainability atau keberlanjutan dalam asuransi kesehatan merupakan kemampuan suatu sistem pembiayaan kesehatan untuk terus memberikan perlindungan finansial dan pelayanan kesehatan yang bermutu kepada masyarakat dalam jangka panjang. Keberlanjutan tidak hanya ditentukan oleh besarnya dana yang tersedia, tetapi juga dipengaruhi oleh efektivitas pengelolaan pembiayaan, efisiensi penggunaan sumber daya, kepatuhan peserta dalam membayar iuran, serta kemampuan pemerintah dalam mengendalikan peningkatan biaya pelayanan kesehatan.

Menurut World Health Organization (WHO), "Health financing should ensure that all people can use the health services they need without suffering financial hardship." (WHO, 2010). Pernyataan tersebut menegaskan bahwa tujuan utama pembiayaan kesehatan adalah menjamin seluruh masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa mengalami kesulitan finansial. Oleh karena itu, sistem pembiayaan harus mampu menghimpun dana secara memadai, mengelola risiko melalui mekanisme risk pooling, serta menggunakan dana secara efektif dan efisien agar pelayanan kesehatan dapat terus berlangsung secara berkelanjutan.

Dalam konteks Indonesia, sustainability JKN menghadapi berbagai tantangan, seperti meningkatnya jumlah peserta, tingginya prevalensi penyakit katastropik, kenaikan harga obat dan alat kesehatan, serta perubahan pola penyakit dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular. Apabila tantangan tersebut tidak diimbangi dengan pengelolaan pembiayaan

yang baik, maka Dana Jaminan Sosial berpotensi mengalami tekanan fiskal yang dapat memengaruhi kualitas pelayanan kesehatan. Kondisi ini menunjukkan bahwa sustainability JKN tidak hanya dipengaruhi oleh kecukupan penerimaan, tetapi juga oleh utilisasi, mekanisme pembayaran provider, fraud, moral hazard, kepesertaan aktif, dan perlindungan finansial.

Hubungan Fraud dengan Sustainability

Fraud dan sustainability merupakan dua konsep yang saling berkaitan dalam sistem asuransi kesehatan. Tingginya angka fraud akan meningkatkan pengeluaran yang tidak semestinya sehingga mengurangi efisiensi penggunaan Dana Jaminan Sosial. Kondisi tersebut dapat menyebabkan ketidakseimbangan antara penerimaan dan pengeluaran BPJS Kesehatan, bahkan berpotensi menimbulkan defisit apabila tidak segera dikendalikan. Oleh karena itu, upaya menjaga keberlanjutan sistem JKN tidak dapat dilepaskan dari penguatan strategi pencegahan fraud.

Hal tersebut juga sejalan dengan pendapat Prof. Hasbullah Thabrany, pakar pembiayaan kesehatan Indonesia, yang menyatakan bahwa "JKN adalah bentuk gotong royong nasional. Yang sehat membantu yang sakit, yang mampu membantu yang kurang mampu." (BPJS Kesehatan, 2023). Pernyataan tersebut menegaskan bahwa JKN dibangun atas prinsip solidaritas sosial. Dana yang dihimpun dari seluruh peserta digunakan untuk membantu peserta lain yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, praktik fraud tidak hanya merugikan BPJS Kesehatan secara finansial, tetapi juga mengurangi hak peserta lain untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang layak.

Selain menyebabkan kerugian ekonomi, fraud juga menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap sistem JKN. Ketika masyarakat menilai bahwa dana iuran tidak dikelola secara transparan dan masih terdapat berbagai praktik penyalahgunaan, maka kepercayaan terhadap penyelenggara asuransi kesehatan dapat menurun. Oleh sebab itu, pencegahan fraud harus menjadi bagian dari strategi besar untuk menjaga sustainability melalui penguatan tata kelola (good governance), transparansi, akuntabilitas, pemanfaatan teknologi informasi, serta pengawasan yang berkesinambungan.

Tekanan terhadap sustainability JKN dapat terlihat dari perkembangan rasio klaim yang meningkat dari 78,78% pada 2022 menjadi 104,72% pada 2023 dan tetap berada di atas 100% pada Juni dan November 2024. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa pertumbuhan beban manfaat telah melampaui penerimaan iuran pada periode tersebut. Tekanan pembiayaan juga perlu dilihat bersama dengan peningkatan pemanfaatan pelayanan, kepesertaan aktif, dan risiko ketidaktepatan klaim. Dengan demikian, persoalan sustainability JKN tidak hanya berkaitan dengan kecukupan penerimaan, tetapi juga efisiensi penggunaan dana, mekanisme pembayaran provider, pengendalian fraud dan moral hazard, serta perlindungan finansial peserta. Faktor pendorong defisit mencakup tingginya volume pemanfaatan layanan, inflasi biaya medis, serta stagnasi penerimaan iuran akibat besarnya proporsi peserta yang tidak aktif membayar.

Rendahnya Keaktifan Peserta Mandiri

Meskipun cakupan kepesertaan JKN telah mendekati 99 persen penduduk, sebagian besar berasal dari segmen Pekerja Bukan Penerima Upah (PBBU)/peserta mandiri belum aktif atau tidak rutin membayar iuran bulanan, sehingga potensi penerimaan iuran tidak tercapai secara optimal dan turut memperberat tekanan pada arus kas DJS Kesehatan.

Ketimpangan Distribusi dan Mutu Fasilitas Kesehatan

Distribusi fasilitas kesehatan, tenaga medis, dan paramedis antarwilayah masih timpang, terutama antara wilayah perkotaan dan pedesaan atau kawasan terpencil, sehingga mutu dan akses layanan bagi peserta JKN tidak merata. Kesiapan FKTP dalam menghadapi perluasan manfaat JKN juga menjadi perhatian, mengingat kapasitas layanan primer di sejumlah daerah belum memadai.

Kompleksitas Administrasi dan Sistem Rujukan

Prosedur administratif dan teknis pelayanan, termasuk mekanisme rujukan berjenjang, masih dinilai kompleks bagi sebagian peserta maupun fasilitas kesehatan. Beberapa kajian mencatat kendala seperti keterlambatan proses rujukan pada kondisi darurat serta pembatasan rujukan mandiri antarfasilitas, yang berpotensi menghambat akses layanan tepat waktu.

Fraud, Moral Hazard, dan Kendali Mutu Biaya

Potensi kecurangan (fraud) klaim oleh oknum fasilitas kesehatan maupun perilaku pemanfaatan berlebihan oleh sebagian peserta (moral hazard) menjadi tantangan tersendiri dalam menjaga efisiensi pembiayaan. BPJS Kesehatan bersama Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) secara berkelanjutan memperkuat sistem pengawasan klaim dan verifikasi pelayanan untuk menekan potensi penyimpangan.

Dampak Defisit terhadap Rumah Sakit Mitra

Berdasarkan uraian tersebut, artikel ini membahas ketahanan pembiayaan kesehatan dalam mendukung sustainability JKN dengan mengintegrasikan materi yang sebelumnya tersebar dalam beberapa bab, yaitu konsep fraud dan sustainability, struktur dan mekanisme JKN, utilitas asuransi kesehatan, pembayaran provider, digitalisasi, serta analisis kebijakan pembiayaan kesehatan.

METODE PENELITIAN

Artikel ini menggunakan pendekatan kajian naratif-deskriptif. Sumber kajian berasal dari materi yang telah dihimpun kelompok dalam tugas OBE Asuransi Kesehatan, meliputi materi perkuliahan, regulasi dan publikasi kelembagaan, literatur ekonomi kesehatan, teori utilitas, konsep fraud dan moral hazard, mekanisme pembayaran provider, serta bahan diskusi dan webinar yang telah dicantumkan dalam naskah.

Tahap penyusunan dilakukan dengan menelaah kembali seluruh materi, mengelompokkan isi berdasarkan tema, kemudian menyusun ulang materi ke dalam sistematika artikel jurnal. Materi yang sebelumnya tersebar pada BAB I sampai BAB V dikelompokkan menjadi pendahuluan, tinjauan literatur, hasil, dan pembahasan. Pendapat ahli yang telah terdapat dalam naskah ditempatkan pada bagian hasil, sedangkan teori dan kerangka konseptual digunakan untuk membahas temuan tersebut.

Kajian ini tidak menggunakan pengumpulan data primer. Untuk memperkuat reliabilitas dan ketajaman analisis, naskah dilengkapi dengan data sekunder resmi dari BPJS Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Badan Pusat Statistik (BPS)/Susenas, Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK), serta artikel ilmiah Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional. Data dipilih berdasarkan relevansinya dengan ketahanan pembiayaan, utilisasi, perlindungan finansial, kepesertaan aktif, dan risiko fraud. Data yang berbeda periode pelaporan disajikan dengan penanda tahun/bulan agar tidak ditafsirkan sebagai seri yang sepenuhnya sebanding.

Analisis dilakukan secara tematik melalui enam kelompok bahasan, yaitu: (1) sustainability dan ketahanan pembiayaan JKN; (2) utilitas asuransi kesehatan; (3) mekanisme pembayaran provider; (4) fraud dan moral hazard; (5) digitalisasi; dan (6) kebijakan serta strategi ketahanan pembiayaan kesehatan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Gambaran Tekanan Pembiayaan Dan Tantangan JKN

Data sekunder menunjukkan bahwa tekanan terhadap ketahanan pembiayaan JKN meningkat kembali setelah periode 2020–2022. DJSN mencatat rasio klaim sebesar 78,78% pada 2022, meningkat menjadi 104,72% pada 2023, dan mencapai 107,93% pada Juni 2024. Pada November 2024 rasio klaim masih berada pada 106,5%. Kondisi rasio klaim di atas

100% menunjukkan bahwa pertumbuhan beban jaminan telah melampaui pendapatan iuran pada periode tersebut (DJSN, 2024a; DJSN, 2024b).

Tabel 1 Perkembangan Indikator Tekanan Pembiayaan JKN

Periode	Rasio klaim	Aset neto DJS Kesehatan	Makna utama
2022	78,78%	Rp56,51 triliun	Beban klaim masih di bawah penerimaan
2023	104,72%	Rp56,67 triliun	Rasio klaim kembali melampaui 100%
Juni 2024	107,93%	Rp55,56 triliun	Tekanan berlanjut; utilisasi RJTL/RITL meningkat
November 2024	106,5%	Rp52,40 triliun	Aset neto menurun dan rasio klaim tetap >100%

Sumber: DJSN, *Monthly Report Monitoring JKN Juni dan November 2024*; data BPJS Kesehatan diolah DJSN.

Data menunjukkan bahwa rasio klaim meningkat dari 78,78% pada 2022 menjadi lebih dari 100% pada 2023 dan 2024. Kondisi tersebut menunjukkan adanya tekanan pembiayaan yang perlu direspons melalui pengendalian pertumbuhan biaya, peningkatan efisiensi, dan penguatan mekanisme pembelian pelayanan kesehatan.

Utilitas Dan Nilai JKN Bagi Peserta

Nilai JKN bagi peserta terlihat dari perluasan akses dan perlindungan finansial, namun manfaat tersebut belum sepenuhnya menghilangkan pengeluaran langsung rumah tangga. BPS melalui Susenas 2024 masih mencatat pengeluaran kesehatan sebagai bagian dari pengeluaran bukan makanan rumah tangga. Data Susenas juga digunakan BPS untuk menilai pengeluaran kesehatan out-of-pocket (OOP), yaitu biaya pelayanan kesehatan yang benar-benar dibayar rumah tangga dari sumber dayanya sendiri (BPS, 2024a; BPS, 2024b).

Tabel 2 Indikator Sekunder yang Menggambarkan Utilitas dan Perlindungan Finansial JKN

Indikator	Tahun	Temuan	Sumber
Pemanfaatan layanan	2014–2023	92,3 juta → 606,7 juta	BPJS
Beban jaminan	2022–2023	Rp102,54 T → Rp143,02 T	BPJS
Cakupan peserta	2024	270,5 juta	DJS/DJSN
Peserta aktif	2024	±215 juta	DJSN
OOP	Sesuai tahun data	Sesuai Susenas	BPS

Sumber: BPJS Kesehatan (2024), DJSN (2024d), dan BPS/Susenas (2024).

Angka pengeluaran kesehatan BPS yang dicantumkan merupakan data publikasi Susenas pada wilayah yang dilaporkan sumber dan digunakan sebagai ilustrasi indikator OOP, bukan estimasi nasional. Temuan tersebut menunjukkan bahwa utilitas JKN perlu dinilai secara multidimensional. Peningkatan pemanfaatan menunjukkan terbukanya akses, tetapi keberhasilan pembiayaan juga harus dilihat dari kemampuan mengurangi OOP, menjaga kepesertaan tetap aktif, serta memastikan layanan yang digunakan bernilai klinis dan tidak mendorong overutilization.

Peningkatan pemanfaatan layanan JKN tidak dapat langsung dipandang sebagai inefisiensi. Dalam perspektif Nyman, peningkatan penggunaan dapat mencerminkan access utility karena kepesertaan memungkinkan peserta memperoleh pelayanan yang sebelumnya tidak terjangkau secara finansial. Namun, ketika peningkatan utilisasi berlangsung bersamaan dengan rasio klaim yang berada di atas 100%, perlu dibedakan antara pemanfaatan yang memberikan manfaat kesehatan dan pemanfaatan yang berlebihan. Dengan demikian, pengendalian sustainability JKN tidak seharusnya dilakukan melalui pembatasan akses, tetapi melalui peningkatan value for money dan penguatan kendali mutu serta biaya.

Temuan Sekunder Tentang Fraud Dan Risiko Klaim

Fraud merupakan risiko langsung terhadap efisiensi DJS karena membentuk pengeluaran yang tidak menghasilkan manfaat kesehatan yang semestinya. Selain tekanan akibat peningkatan utilisasi dan beban klaim, fraud merupakan risiko lain terhadap efisiensi pembiayaan kesehatan. KPK pada 2024 memperkirakan potensi kerugian akibat fraud di sektor kesehatan dapat mencapai sekitar 10% dari pengeluaran kesehatan atau sekitar Rp20 triliun. Angka tersebut merupakan estimasi risiko fraud sektor kesehatan dan bukan jumlah fraud JKN yang telah terbukti secara nasional. Angka tersebut merupakan estimasi risiko/kerugian fraud sektor kesehatan, bukan angka kejadian fraud JKN yang telah terbukti secara nasional.

Temuan mengenai risiko fraud menunjukkan bahwa sustainability JKN tidak hanya bergantung pada kemampuan meningkatkan penerimaan iuran, tetapi juga pada kemampuan memastikan setiap pembayaran klaim sesuai dengan pelayanan yang benar-benar diberikan. Besarnya nilai sengketa klaim menunjukkan adanya ruang koreksi dalam proses klaim. Penurunan sengketa setelah penguatan clinical coding menunjukkan bahwa standarisasi coding dan verifikasi dapat menjadi instrumen pengendalian biaya. Namun, karena sengketa klaim tidak identik dengan fraud, temuan tersebut lebih tepat digunakan sebagai indikator risiko tata kelola klaim daripada sebagai angka kejadian fraud nasional.

Tabel 3 Data Sekunder Terkait Risiko Fraud dan Ketepatan Klaim

Sumber/periode	Temuan angka	Relevansi
KPK, 2024	Estimasi kerugian fraud kesehatan $\pm 10\%$ pengeluaran kesehatan atau $\pm$ Rp20 triliun	Menunjukkan materialitas risiko fraud terhadap pembiayaan
JKN, Jan 2021	440.749 kasus klaim disengketakan; nilai $\pm$ Rp873,11 miliar	Menunjukkan besarnya ruang koreksi/ketidaktepatan klaim
12 wilayah, Apr 2023	Rerata kasus sengketa turun $\pm 80,43\%$ dibanding Jan 2021	Standardisasi clinical coding berpotensi memperkuat kendali klaim

Sumber: KPK (2024) dan Surosa et al. (2025). Data sengketa klaim disajikan sebagai indikator tata kelola klaim, bukan sebagai jumlah fraud terbukti.

Pendapat Ahli Dalam Isu Pembiayaan Dan Kebijakan JKN

Pembiayaan kesehatan merupakan salah satu pilar utama dalam penyelenggaraan sistem kesehatan nasional. Sistem pembiayaan yang baik harus mampu menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu, mudah diakses, dan memberikan perlindungan finansial kepada masyarakat. Di Indonesia, implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan merupakan bentuk nyata komitmen pemerintah dalam mewujudkan Universal Health Coverage (UHC). Namun, meningkatnya jumlah peserta, tingginya beban penyakit katastropik, perkembangan teknologi kesehatan, serta kenaikan biaya pelayanan menyebabkan keberlanjutan pembiayaan JKN menjadi tantangan yang semakin kompleks.

Menurut William N. Dunn, analisis kebijakan merupakan proses sistematis untuk mengidentifikasi masalah publik, mengevaluasi berbagai alternatif kebijakan, serta memberikan rekomendasi berbasis bukti kepada pengambil keputusan. Dalam konteks pembiayaan kesehatan, analisis kebijakan diperlukan agar kebijakan yang dihasilkan tidak hanya efektif dan efisien, tetapi juga mampu menjamin keadilan serta keberlanjutan sistem kesehatan.

Dalam wawancara bertajuk "Hapus Tunggakan BPJS Kesehatan, Solusi atau Beban?" yang ditayangkan melalui CNN Indonesia, Prof. Hasbullah Thabrany menyatakan bahwa kebijakan penghapusan tunggakan (pemutihan) BPJS Kesehatan dapat dipertimbangkan sebagai langkah awal untuk mengembalikan kepesertaan masyarakat. Namun, setelah

pemutihan dilakukan, perlu dibangun kedisiplinan peserta dalam membayar iuran secara rutin agar keberlanjutan pembiayaan JKN tetap terjaga. Pandangan tersebut menunjukkan bahwa keberlanjutan sistem jaminan kesehatan tidak hanya bergantung pada kebijakan jangka pendek, tetapi juga pada kepatuhan peserta dalam memenuhi kewajiban pembayaran iuran.

Pendapat Prof. Hasbullah Thabrany tersebut sejalan dengan konsep WHO Health Financing Framework yang menekankan bahwa sistem pembiayaan kesehatan harus mampu menjamin perlindungan finansial (financial protection) sekaligus keberlanjutan pembiayaan (sustainable financing). Kebijakan pemutihan dapat menjadi solusi sementara untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, tetapi harus diikuti dengan mekanisme yang mendorong kepatuhan pembayaran iuran agar keberlangsungan JKN tetap terjaga.

Pandangan tersebut selaras dengan konsep World Health Organization (WHO) yang menempatkan financial protection dan sustainable health financing sebagai tujuan utama sistem pembiayaan kesehatan. Sistem pembiayaan dikatakan berhasil apabila masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan tanpa mengalami beban ekonomi yang berlebihan akibat biaya pengobatan. Dengan demikian, kebijakan pembiayaan kesehatan harus mampu menjaga keseimbangan antara akses pelayanan, efisiensi penggunaan sumber daya, dan keberlanjutan pendanaan.

Dalam diskusi yang sama, Nailul Huda selaku peneliti ekonomi menyoroti pentingnya keterbukaan data dalam mendukung perumusan kebijakan yang tepat sasaran. Menurutnya, akses terhadap data BPJS Kesehatan masih sangat terbatas bagi publik maupun lembaga riset. Kondisi tersebut menyulitkan proses evaluasi independen terhadap berbagai kebijakan, termasuk kebijakan pemutihan tunggakan iuran. Ia mencontohkan bahwa Indonesia Corruption Watch (ICW) pernah mengajukan permohonan akses data kepada BPJS Kesehatan, namun tidak memperoleh informasi yang diharapkan. Hal ini menunjukkan bahwa transparansi data masih menjadi tantangan dalam tata kelola JKN.

Nailul Huda menjelaskan bahwa pemerintah sebenarnya telah memiliki berbagai sumber data sosial ekonomi, seperti Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) yang kini bertransformasi menjadi Data Tunggal Sosial Ekonomi Nasional (DTSEN), serta data Registrasi Sosial Ekonomi (Regsosek). Menurutnya, data tersebut dapat dimanfaatkan untuk menentukan kelompok masyarakat yang benar-benar layak memperoleh bantuan pemerintah. Oleh karena itu, ia mengusulkan agar kebijakan pemutihan tunggakan dilakukan secara parsial, yaitu hanya diberikan kepada peserta yang memenuhi kriteria sebagai masyarakat miskin atau tidak mampu dan berpotensi menjadi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI). Dengan pendekatan tersebut, kebijakan akan lebih tepat sasaran sekaligus mengurangi risiko pemborosan anggaran.

Selain itu, Direktur Ekonomi Digital Center of Economic and Law Studies (CELIOS), Nailul Huda juga mengemukakan gagasan pemberian insentif fiskal bagi masyarakat yang disiplin membayar iuran BPJS Kesehatan. Salah satu alternatif yang diusulkannya adalah menjadikan iuran BPJS Kesehatan sebagai pengurang penghasilan kena pajak, sebagaimana mekanisme pengurangan pajak yang telah diterapkan pada pembayaran zakat. Menurutnya, insentif tersebut dapat meningkatkan kemauan masyarakat (willingness to pay) untuk membayar iuran secara rutin sekaligus memperkuat semangat gotong royong yang menjadi prinsip dasar penyelenggaraan JKN.

Usulan tersebut menunjukkan bahwa penyelesaian persoalan tunggakan iuran tidak cukup dilakukan melalui kebijakan pemutihan semata. Diperlukan dukungan transparansi data, integrasi basis data sosial ekonomi, serta kebijakan insentif yang mampu mendorong kepatuhan peserta dalam membayar iuran. Dengan demikian, kebijakan pembiayaan kesehatan tidak hanya berorientasi pada penyelesaian masalah jangka pendek, tetapi juga memperkuat keberlanjutan sistem JKN dalam jangka panjang. Pendekatan ini sejalan dengan

konsep analisis kebijakan pembiayaan kesehatan, yang menekankan bahwa setiap kebijakan harus didasarkan pada bukti (evidence-based policy), tepat sasaran, efisien, dan mampu menjaga keseimbangan antara keadilan (equity), perlindungan finansial (financial protection), serta keberlanjutan pembiayaan (sustainable financing).

Dalam Webinar BIJAKes Seri ke-4 bertema "Isu-Isu Kebijakan di Unit Utama Kementerian Kesehatan (lanjutan)" yang diselenggarakan secara virtual pada 24 Juni 2025 oleh Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK) Kementerian Kesehatan RI bersama Pusat Pengembangan Kompetensi Aparatur, Febriansyah Budi Pratama menyampaikan bahwa keberhasilan JKN tidak hanya diukur dari jumlah peserta, tetapi juga dari kemampuan sistem dalam memberikan perlindungan finansial kepada masyarakat.

Pernyataan tersebut sejalan dengan konsep yang dijelaskan WHO maupun materi pembiayaan kesehatan bahwa investasi pada kegiatan promotif dan preventif jauh lebih cost-effective dibandingkan membiayai komplikasi penyakit kronis. Pencegahan diabetes, hipertensi, obesitas, maupun deteksi dini penyakit kronis akan menurunkan kebutuhan pelayanan rujukan yang membutuhkan biaya tinggi seperti hemodialisis, operasi jantung, maupun kemoterapi. Oleh karena itu, penguatan pelayanan primer menjadi strategi penting dalam menjaga keberlanjutan pembiayaan JKN.

Menurut Timbul Siregar selaku Koordinator Advokasi BPJS Watch, kebijakan pemutihan tunggakan BPJS Kesehatan berpotensi menimbulkan moral hazard apabila tidak disertai dengan perbaikan tata kelola sistem. Beliau menjelaskan bahwa peserta yang memang tidak memiliki kemampuan membayar (ability to pay) seharusnya didaftarkan sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI). Namun, hal tersebut memerlukan komitmen pemerintah untuk menambah kuota dan anggaran PBI sesuai amanat Peraturan Presiden Nomor 36 Tahun 2023, yang menetapkan target kepesertaan PBI sebanyak 113 juta jiwa, sementara realisasi saat ini masih sekitar 96,8 juta jiwa.

Di sisi lain, bagi masyarakat yang sebenarnya memiliki kemampuan membayar tetapi tidak memiliki kemauan membayar (willingness to pay), Timbul Siregar menilai bahwa pemerintah perlu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan serta menindak tegas rumah sakit yang melakukan fraud atau melanggar hak peserta. Selain itu, penerapan sanksi administratif sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013 juga harus dilaksanakan secara konsisten. Menurutnya, lemahnya implementasi regulasi menyebabkan sebagian masyarakat memilih tidak membayar iuran karena merasa tidak ada konsekuensi yang nyata, padahal prinsip dasar JKN adalah gotong royong, yaitu peserta yang sehat dan mampu membantu membiayai peserta yang sakit maupun kurang mampu.

Lebih lanjut, Timbul Siregar menyoroti masih adanya ketidaktepatan sasaran penerima bantuan iuran. Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2024, sekitar 35% peserta PBI merupakan pekerja atau pegawai swasta, sehingga terdapat indikasi bahwa sebagian penerima bantuan sebenarnya tidak lagi memenuhi kriteria masyarakat miskin atau tidak mampu. Kondisi tersebut menyebabkan masyarakat yang benar-benar berhak justru kesulitan memperoleh status PBI karena keterbatasan kuota. Oleh karena itu, pemerintah melalui Kementerian Sosial perlu melakukan cleansing dan pemutakhiran Data Tunggal Sosial Ekonomi Nasional (DTSEN) secara akurat agar bantuan iuran benar-benar diberikan kepada kelompok sasaran yang tepat.

Pendapat Timbul Siregar tersebut menunjukkan bahwa keberhasilan kebijakan pemutihan tunggakan tidak cukup hanya dengan menghapus kewajiban pembayaran peserta. Kebijakan tersebut harus diikuti dengan perbaikan akurasi data penerima PBI, peningkatan mutu pelayanan kesehatan, penguatan pengawasan terhadap praktik fraud, serta penegakan regulasi secara konsisten. Dengan demikian, tujuan JKN untuk memberikan perlindungan finansial sekaligus menjaga keberlanjutan pembiayaan dapat tercapai tanpa menimbulkan moral hazard baru. Analisis ini juga sejalan dengan konsep WHO Health Financing

Framework, yang menekankan pentingnya keseimbangan antara perlindungan finansial (financial protection), keadilan (equity), dan keberlanjutan pembiayaan (sustainable financing) dalam sistem pembiayaan kesehatan.

Digitalisasi Dalam Asuransi Kesehatan

Digitalisasi asuransi kesehatan dipahami sebagai integrasi teknologi informasi ke dalam seluruh ekosistem layanan asuransi, mulai dari pendaftaran peserta, pengelolaan data, hingga proses pengajuan klaim. (Rajebta dkk., 2025) Adapun manfaatnya yaitu pertama, Efisiensi Operasional: Meminimalkan kesalahan input data manual dan mempercepat proses pengumpulan berkas. Kedua, Transparansi & Aksesibilitas: Membantu peserta memantau status klaim dan sisa limit manfaat mereka secara real-time.

Platform asuransi digital di era industri 4.0 merupakan wadah terintegrasi berbasis teknologi mutakhir (seperti big data dan blockchain) yang menghubungkan ekosistem asuransi, fasilitas kesehatan, dan kebutuhan proteksi siklus hidup pasien. Manfaatnya memecah hambatan geografis dan kelas sosial dengan mempermudah masyarakat di daerah terpencil untuk membeli atau membandingkan proteksi sesuai kondisi finansial. Secara umum, digitalisasi asuransi kesehatan adalah transformasi menyeluruh dari sistem asuransi konvensional menuju ekosistem berbasis digital yang saling terintegrasi (menghubungkan faskes, perusahaan asuransi, dan nasabah).

Dikutip berdasarkan berita OJK tahun 2023 Kepala Eksekutif Pengawas Perasuransian, Penjaminan dan Dana Pensiun Otoritas Jasa Keuangan (OJK) Ogi Prastomiyono menyampaikan bahwa potensi pemanfaatan teknologi pada sektor asuransi sangat besar. Pemanfaatan tersebut dapat digunakan untuk memperluas jangkauan dan layanan asuransi, serta mencegah mis selling dalam proses pemasaran asuransi, seperti penggunaan analisis big data dan kecerdasan buatan untuk memastikan kesesuaian produk yang ditawarkan dengan profil, preferensi dan kebutuhan pemegang polis. Oleh karena itu, perusahaan asuransi di Indonesia perlu beradaptasi dengan era digitalisasi ini dan menentukan langkah-langkah strategis untuk dapat mendukung implementasi proses bisnis mereka guna meningkatkan kualitas layanan kepada konsumen. Tetapi perlu diingat bahwa penerapan teknologi baru ini juga dapat menciptakan risiko bagi perusahaan asuransi dan pemegang polis yang perlu dikelola dengan hati-hati oleh penyedia layanan serta melalui pengembangan kerangka kerja regulasi dan pengawasan yang sesuai.

Menurut Dody Dalimunthe sebagai praktisi asuransi, penguatan asuransi retail tidak dapat dilepaskan dari transformasi digital. Integrasi produk asuransi dalam ekosistem digital atau dikenal sebagai embedded insurance-membuka peluang distribusi yang sebelumnya sulit dijangkau. Industri asuransi Indonesia saat ini berada pada momentum penting. Digitalisasi, pertumbuhan ekonomi digital, serta meningkatnya kesadaran risiko membuka peluang besar bagi penguatan pasar retail. Asuransi retail bukan sekadar segmen pasar, melainkan fondasi baru bagi resiliensi industri asuransi di era modern. Dengan produk yang sederhana, distribusi digital yang luas, serta strategi berbasis volume, perusahaan asuransi dapat membangun portofolio yang lebih stabil dan berkelanjutan.

Pembahasan

Fraud Sebagai Risiko Ketahanan Pembiayaan

Temuan KPK mengenai estimasi kerugian fraud kesehatan sekitar Rp20 triliun mempertegas bahwa fraud bukan hanya masalah kepatuhan, tetapi persoalan alokasi sumber daya. Dalam kerangka sustainability, setiap pembayaran yang timbul dari phantom billing, manipulasi coding, atau pelayanan tanpa indikasi mengurangi ruang fiskal DJS untuk membiayai pelayanan yang bernilai. Temuan penurunan sengketa klaim setelah penguatan clinical coding menunjukkan bahwa pencegahan tidak cukup mengandalkan sanksi; intervensi pada kualitas dokumentasi, kompetensi coder, interoperabilitas data, dan analitik klaim juga penting. Hal ini sejalan dengan Ridwan et al. (2024) yang menempatkan

whistleblowing system sebagai salah satu instrumen penguatan pencegahan fraud di pelayanan kesehatan.

Utilitas, OOP, Dan Batas Pengendalian Biaya

Peningkatan tekanan pembiayaan juga berlangsung bersamaan dengan peningkatan pemanfaatan layanan. Peningkatan tekanan pembiayaan juga berlangsung bersamaan dengan peningkatan pemanfaatan layanan. Pemanfaatan layanan JKN meningkat dari sekitar 92,3 juta layanan pada 2014 menjadi 606,7 juta layanan pada 2023. Peningkatan tersebut menunjukkan keberhasilan JKN dalam memperluas akses pelayanan, tetapi sekaligus meningkatkan kebutuhan pengendalian biaya dan mutu pelayanan. Peningkatan tersebut menunjukkan keberhasilan JKN dalam memperluas akses pelayanan, tetapi sekaligus meningkatkan kebutuhan pengendalian biaya dan mutu pelayanan. Dalam kerangka Nyman, sebagian peningkatan utilisasi merupakan access utility karena asuransi memungkinkan peserta memperoleh pelayanan yang sebelumnya tidak terjangkau. Karena itu, kebijakan kendali biaya harus membedakan pemanfaatan yang bernilai dari overutilization. Keberadaan OOP dalam data Susenas juga menunjukkan bahwa cakupan JKN yang luas belum otomatis identik dengan perlindungan finansial sempurna. Pengendalian biaya yang terlalu ketat berisiko memindahkan beban kepada rumah tangga, sedangkan pengendalian yang terlalu longgar dapat mempercepat tekanan DJS.

Kepesertaan Aktif Dan Ketahanan Penerimaan

Perbedaan antara cakupan 270,5 juta peserta dan sekitar 215 juta peserta aktif pada April 2024 menunjukkan bahwa UHC administratif perlu dibedakan dari effective coverage. Sekitar 15,1 juta peserta nonaktif karena menunggak menandakan adanya risiko pada sisi penerimaan, khususnya segmen PBPU. Dengan demikian, kebijakan ketahanan pembiayaan tidak cukup hanya menaikkan penerimaan secara agregat, tetapi perlu memperbaiki retensi kepesertaan, kemudahan pembayaran, penagihan yang proporsional, serta akurasi subsidi bagi kelompok yang memang tidak mampu. Pendekatan ini menjaga prinsip gotong royong tanpa mengurangi perlindungan kelompok rentan.

Pembayaran Provider Dalam Konteks Tekanan Pembiayaan

Mekanisme pembayaran provider merupakan instrumen penting dalam menentukan perilaku fasilitas kesehatan karena metode pembayaran menciptakan insentif yang berbeda terhadap volume, efisiensi, dan mutu pelayanan. Dalam perspektif strategic purchasing, pembayaran seharusnya tidak hanya didasarkan pada volume pelayanan, tetapi juga mempertimbangkan kebutuhan populasi, kinerja provider, mutu, dan outcome. WHO menempatkan strategic purchasing sebagai mekanisme untuk menghubungkan alokasi dana dengan kinerja provider dan kebutuhan kesehatan populasi, dengan tujuan meningkatkan efisiensi, mengendalikan pertumbuhan pengeluaran, dan meningkatkan mutu.

Dalam konteks JKN, kapitasi pada FKTP dan INA-CBG pada FKRTL perlu dilihat sebagai bagian dari sistem insentif. Kapitasi dapat mendorong efisiensi pelayanan primer, sedangkan INA-CBG mendorong pengendalian biaya berdasarkan kelompok kasus. Namun, apabila insentif tidak disertai indikator mutu, audit, dan penyesuaian risiko, dapat muncul perilaku yang tidak sesuai dengan tujuan sistem, seperti under-service atau upcoding. Karena itu, desain pembayaran provider perlu diarahkan pada strategic purchasing yang menggabungkan efisiensi, mutu, equity, dan outcome.

WHO juga menekankan bahwa metode pembayaran provider memengaruhi perilaku provider dan penggunaan sumber daya, sehingga sistem pembayaran yang tidak selaras dapat menghasilkan insentif yang tidak mendukung tujuan UHC.

Digitalisasi sebagai Infrastruktur Kendali

Digitalisasi menjadi relevan terhadap judul artikel ketika ditempatkan sebagai infrastruktur untuk sustainability, bukan sekadar inovasi layanan. Integrasi data kepesertaan, rekam medis, rujukan, coding, dan klaim memungkinkan verifikasi lebih cepat serta deteksi

pola tidak wajar. Namun, manfaat tersebut bergantung pada kualitas data dan interoperabilitas. Data yang terfragmentasi dapat menghasilkan false positive dalam deteksi fraud atau justru melewatkan penyimpangan. Oleh karena itu, transformasi digital perlu disertai tata kelola data, perlindungan data pribadi, audit trail, dan mekanisme tindak lanjut yang jelas.

Sintesis Arah Kebijakan Ketahanan Pembiayaan JKN

Secara keseluruhan, data menunjukkan hubungan yang konsisten antara pertumbuhan utilisasi, rasio klaim di atas 100%, kepesertaan yang belum seluruhnya aktif, risiko fraud, dan kebutuhan menjaga perlindungan finansial. Karena itu, ketahanan pembiayaan JKN perlu dibangun melalui strategic purchasing yang mengaitkan pembayaran dengan mutu dan outcome; penguatan layanan primer dan promotif-preventif untuk menekan kebutuhan layanan berbiaya tinggi; HTA untuk memprioritaskan intervensi yang memberikan value for money; penguatan anti-fraud berbasis audit dan analitik data; serta kebijakan kepesertaan yang meningkatkan kolektabilitas tanpa mengurangi equity. Alur ini menjawab judul artikel: sustainability JKN ditentukan oleh kemampuan sistem menyeimbangkan utilitas bagi peserta, insentif pembayaran provider, pengendalian fraud, dan arah kebijakan pembiayaan.

Table 1 Ketahanan Pembiayaan JKN

Dimensi	Indikator	Temuan	Sumber	Makna
Pembiayaan	Rasio klaim	78,78% → 104,72% → >100%	DJSN	Tekanan pembiayaan
Utilisasi	Pemanfaatan layanan	92,3 juta → 606,7 juta	BPJS	Akses meningkat
Beban	Beban jaminan	Rp102,54 T → Rp143,02 T	BPJS	Beban meningkat
Kepesertaan	Peserta aktif	215 juta dari 270,5 juta	DJSN	Effective coverage belum optimal
Perlindungan finansial	OOP	Data Susenas	BPS	Masih ada beban rumah tangga
Fraud	Sengketa klaim	440.749 kasus	Surosa et al.	Risiko ketidaktepatan klaim
Fraud	Estimasi risiko	±Rp20 T	KPK	Materialitas risiko

Dengan demikian, ketahanan pembiayaan JKN tidak dapat dicapai melalui satu intervensi. Peningkatan utilisasi perlu diarahkan pada pelayanan yang bernilai, pembayaran provider perlu menghasilkan insentif efisiensi dan mutu, fraud perlu dikendalikan melalui tata kelola klaim dan integrasi data, sedangkan kepesertaan aktif dan perlindungan finansial perlu dipertahankan. Interaksi seluruh aspek tersebut menjadi dasar bagi kebijakan strategic purchasing yang mendukung sustainability JKN.

WHO juga menempatkan strategic purchasing sebagai salah satu fungsi utama reformasi pembiayaan untuk meningkatkan efisiensi, equity, mutu, dan pengendalian pertumbuhan pengeluaran.

KESIMPULAN

Simpulan

BPJS Kesehatan merupakan instrumen kelembagaan negara dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai upaya mewujudkan Universal Health Coverage (UHC). Penyelenggaraannya didukung oleh landasan konstitusional dan peraturan perundang-undangan serta tata kelola organisasi yang melibatkan Direksi dan Dewan Pengawas dengan jaringan pelayanan hingga tingkat daerah. Mekanisme JKN melalui kepesertaan, prinsip gotong royong, sistem rujukan berjenjang, serta mekanisme pembayaran kepada fasilitas kesehatan seperti kapitasi dan INA-CBG dirancang untuk menjamin akses

pelayanan sekaligus mendukung pengendalian mutu dan biaya pelayanan kesehatan.

Dari perspektif ekonomi kesehatan, keberadaan asuransi kesehatan tidak hanya memberikan perlindungan terhadap risiko finansial, tetapi juga menciptakan manfaat yang lebih luas bagi peserta. Expected Utility Theory (EUT) menjelaskan bahwa individu yang memiliki sifat risk-averse bersedia mengalihkan risiko finansial melalui pembayaran premi atau iuran untuk memperoleh kepastian ketika menghadapi risiko sakit. Sementara itu, Access Utility Framework dari Nyman memperluas pemahaman tersebut dengan menunjukkan bahwa nilai asuransi juga terletak pada kemampuannya meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan yang sebelumnya sulit dijangkau karena keterbatasan finansial.

Manfaat asuransi kesehatan selanjutnya dapat dinilai berdasarkan hasil kesehatan dan kualitas hidup melalui pendekatan seperti Quality-Adjusted Life Years (QALY) dan Disability-Adjusted Life Years (DALY). Selain itu, pengalaman dan persepsi peserta dapat dinilai melalui indikator kepuasan, sedangkan CIPP Framework memberikan pendekatan yang lebih sistemik untuk mengevaluasi kesesuaian antara konteks kebutuhan, kecukupan input, pelaksanaan proses, serta hasil program. Dengan demikian, evaluasi JKN perlu dilakukan secara multidimensional dengan mempertimbangkan aspek perlindungan finansial, akses dan pemanfaatan pelayanan, kualitas pelayanan, hasil kesehatan, kepuasan peserta, serta efektivitas penyelenggaraan program.

Namun demikian, keberlanjutan JKN masih menghadapi berbagai tantangan, antara lain kesinambungan pembiayaan, kepatuhan dan keaktifan pembayaran iuran pada sebagian segmen peserta, ketimpangan ketersediaan dan akses fasilitas kesehatan antarwilayah, kompleksitas administrasi, peningkatan kebutuhan pelayanan dan penyakit berbiaya tinggi, serta risiko fraud dan moral hazard. Perkembangan teknologi kesehatan dan meningkatnya biaya pelayanan juga menuntut adanya kebijakan pembiayaan yang adaptif dan berbasis bukti.

Oleh karena itu, penguatan tata kelola, peningkatan efisiensi pembiayaan, optimalisasi sistem pembayaran provider, penguatan Health Technology Assessment (HTA), pemerataan akses pelayanan, pengendalian fraud, serta pemanfaatan digitalisasi menjadi bagian penting dalam menjaga keberlanjutan JKN. Kebijakan yang dikembangkan perlu mempertimbangkan keseimbangan antara keadilan (equity), efisiensi, mutu pelayanan, perlindungan finansial, dan kesinambungan pembiayaan agar tujuan jaminan kesehatan semesta dapat dipertahankan dalam jangka panjang.

Berdasarkan berbagai teori dan kerangka tersebut, utilitas asuransi kesehatan dalam perspektif akademis dapat disimpulkan sebagai nilai multidimensional yang menggambarkan sejauh mana jaminan pembiayaan kesehatan mampu memberikan perlindungan terhadap risiko finansial, meningkatkan akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan, menghasilkan manfaat kesehatan dan kualitas hidup yang optimal, serta memberikan kepuasan kepada peserta dengan penggunaan sumber daya yang efisien dan berkeadilan.

Dengan demikian, keberhasilan JKN tidak cukup dinilai hanya berdasarkan luasnya cakupan kepesertaan atau kemampuan membiayai pelayanan kesehatan, tetapi juga berdasarkan sejauh mana program tersebut mampu memberikan perlindungan finansial, akses pelayanan yang adil, hasil kesehatan yang optimal, kepuasan peserta, serta keberlanjutan sistem pembiayaan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia.

Secara keseluruhan, ketahanan pembiayaan JKN merupakan hasil interaksi antara kecukupan dan kesinambungan penerimaan, efisiensi penggunaan dana, desain pembayaran provider, perilaku peserta dan fasilitas kesehatan, kualitas data, pencegahan fraud, serta kemampuan kebijakan menjaga akses dan perlindungan finansial. Pendekatan utilitas menunjukkan bahwa pengendalian biaya tetap harus mempertahankan manfaat akses, sedangkan analisis kebijakan menunjukkan perlunya koordinasi antarpemangku kepentingan dan evaluasi yang berkelanjutan.

Saran

Pemerintah dan BPJS Kesehatan perlu memperkuat integrasi data kepesertaan dan sosial ekonomi, meningkatkan kepatuhan pembayaran iuran, serta memastikan bantuan iuran diberikan secara tepat sasaran. Mekanisme pembayaran provider perlu terus dievaluasi agar mendorong mutu dan efisiensi sekaligus mengurangi peluang fraud dan moral hazard.

Penguatan pelayanan primer, promotif-preventif, strategic purchasing, Health Technology Assessment, digitalisasi, verifikasi klaim, audit, dan sistem anti-fraud perlu dijalankan secara terintegrasi. Evaluasi keberlanjutan JKN sebaiknya menggunakan indikator yang tidak hanya menggambarkan kepesertaan dan pembiayaan, tetapi juga perlindungan finansial, akses, mutu, hasil kesehatan, kepuasan peserta, efisiensi, dan keberlanjutan program.

DAFTAR PUSTAKA

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941–973.
- Association of Certified Fraud Examiners. (2024). Occupational fraud 2024: A report to the nations. Association of Certified Fraud Examiners.
- Badan Pusat Statistik. (2024a). Cerita data statistik untuk Indonesia: Kehidupan sehat dan sejahtera. Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik. (2024b). Ringkasan eksekutif pengeluaran dan konsumsi penduduk Indonesia, Maret 2024. Badan Pusat Statistik.
- BPJS Kesehatan. (2023). Publikasi mengenai prinsip gotong royong dan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan. (2024). Laporan pengelolaan program tahun 2023 dan laporan keuangan tahun 2023 (auditan). BPJS Kesehatan.
- CNN Indonesia. (2025). Tunggakan BPJS Kesehatan dihapus, solusi sosial atau beban fiskal? *Economic With Rully Kurniawan*.
- Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2024a). DJSN dan BPJS Kesehatan bahas hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan dan capaian Program JKN 2023. Dewan Jaminan Sosial Nasional.
- Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2024b). Monthly report monitoring JKN, April 2024. Dewan Jaminan Sosial Nasional.
- Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2024c). Monthly report monitoring JKN, Juni 2024. Dewan Jaminan Sosial Nasional.
- Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2024d). Monthly report monitoring JKN, November 2024. Dewan Jaminan Sosial Nasional.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). Webinar BIJAKes seri ke-4: Isu-isu kebijakan di unit utama Kementerian Kesehatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Komisi Pemberantasan Korupsi. (2024). Sinergi KPK-BPJS Kesehatan kawal layanan kesehatan anti-fraud. Komisi Pemberantasan Korupsi.
- Manning, W. G., Newhouse, J. P., Duan, N., Keeler, E. B., Leibowitz, A., & Marquis, M. S. (1987). Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment. *The American Economic Review*, 77(3), 251–277.
- Nyman, J. A. (2003). *The theory of demand for health insurance*. Stanford University Press.
- Pauly, M. V. (1968). The economics of moral hazard: Comment. *The American Economic Review*, 58(3), 531–537.
- Ridwan, R., Munadi, S., Fahlevi, H., & Nadirsyah. (2024). Fraud prevention system with whistleblowing system in health services: A systematic review. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 4(1), 13–25. <https://doi.org/10.53756/jjkn.v4i1.182>
- Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. (2007). *Evaluation theory, models, and applications*. Jossey-Bass.
- Surosa, L. Y., Langenbrunner, J., & Blake, J. (2025). Enhancing clinical coding expertise in

- Indonesia's National Health Insurance Program. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*.
- von Neumann, J., & Morgenstern, O. (1944). *Theory of games and economic behavior*. Princeton University Press.
- Walt, G., & Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9(4), 353–370.
- World Health Organization. (2010). *The world health report: Health systems financing: The path to universal coverage*. World Health Organization.