

**MENGUJI EFEKTIVITAS JKN DAN RASIONALITAS DANA
PENDAMPING APBD DALAM MEWUJUDKAN EFFECTIVE
UNIVERSAL HEALTH COVERAGE DI KALIMANTAN SELATAN**

Ahyar Wahyudi

Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan; Surveior GEMA. Banjarbaru,
Kalimantan Selatan, Indonesia
orange.kelabu@gmail.com

ABSTRAK

Capaian kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mendekati universal belum serta-merta menunjukkan tercapainya effective universal health coverage (UHC). Penelitian ini bertujuan menganalisis kesenjangan antara population coverage, active coverage, dan effective coverage, sekaligus menguji rasionalitas dana pendamping Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dalam memperkuat perlindungan kesehatan di Kalimantan Selatan. Penelitian menggunakan paradigma post-positivistik dengan pendekatan kuantitatif deskriptif-analitik dan policy analysis. Analisis dilakukan melalui coverage gap, activation rate, perbandingan antarwilayah, serta analisis cost-opportunity, yang kemudian diintegrasikan dengan perspektif financial protection, risk pooling, strategic purchasing, dan governance. Hasil menunjukkan bahwa tingginya population coverage belum identik dengan perlindungan efektif. Dari 4.324.807 peserta JKN, hanya 3.686.585 berstatus aktif, sehingga terdapat sekitar 638.222 peserta yang mengalami activation gap. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa tantangan UHC telah bergeser dari ekspansi kepesertaan menuju kesinambungan perlindungan, pemanfaatan pelayanan, mutu, dan perlindungan finansial. Dana pendamping APBD memiliki legitimasi sebagai targeted safety net bagi kelompok yang benar-benar berada di luar perlindungan JKN, tetapi berisiko berubah menjadi parallel financing apabila digunakan untuk menutup persoalan klaim, administrasi, atau kelemahan provider. Penelitian merekomendasikan penerapan prinsip JKN First Policy, financial additionality, pemisahan fungsi pelayanan dan pengawasan, serta penguatan Dinas Kesehatan sebagai policy gatekeeper untuk memastikan APBD memperkuat, bukan menggantikan, JKN.

Kata Kunci: *JKN; Universal Health Coverage; Effective Coverage; Dana Pendamping APBD; Active Coverage; Risk Pooling; Strategic Purchasing.*

ABSTRACT

Near-universal enrollment in the National Health Insurance (JKN) does not necessarily indicate the achievement of effective universal health coverage (UHC). This study aims to examine the gaps between population coverage, active coverage, and effective coverage, while assessing the rationality of complementary financing from the Regional Budget (APBD) in strengthening health protection in South Kalimantan. The study adopts a post-positivist paradigm using a descriptive-analytical quantitative approach combined with policy analysis. The analysis

applies coverage gap, activation rate, inter-regional comparison, and cost-opportunity analysis, integrated with the perspectives of financial protection, risk pooling, strategic purchasing, and governance. The findings demonstrate that high population coverage does not necessarily translate into effective health protection. Of 4,324,807 JKN participants, only 3,686,585 were actively enrolled, leaving approximately 638,222 participants within the activation gap. This indicates that the UHC policy challenge has shifted from enrollment expansion toward continuity of coverage, service utilization, quality, and financial protection. APBD complementary financing may be justified as a targeted safety net for populations genuinely outside JKN protection, but it risks evolving into parallel financing when used to compensate for claims, administrative deficiencies, or provider-related weaknesses. The study recommends a JKN First Policy, financial additionality, segregation of service and oversight functions, and stronger positioning of the Health Office as a policy gatekeeper to ensure that APBD strengthens rather than substitutes JKN.

Keywords: *JKN; Universal Health Coverage; Effective Coverage; APBD Complementary Financing; Active Coverage; Risk Pooling; Strategic Purchasing.*

A. LATAR BELAKANG

Universal Health Coverage (UHC) tidak berhenti pada keberhasilan mencatat sebanyak mungkin penduduk sebagai peserta jaminan kesehatan. UHC menuntut agar penduduk dapat memperoleh pelayanan yang dibutuhkan dengan mutu memadai tanpa menghadapi kesulitan finansial. Karena itu, population coverage belum cukup untuk menggambarkan keberhasilan perlindungan kesehatan. Konsep effective coverage menempatkan akses, pemanfaatan, dan kualitas pelayanan sebagai bagian penting dari keberhasilan UHC (Ng et al., 2014). Seseorang dapat tercatat sebagai peserta, tetapi tetap tidak terlindungi ketika status kepesertaannya tidak aktif, pelayanan tidak tersedia, terdapat hambatan administratif, atau masih muncul pengeluaran dari kantong sendiri.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan instrumen utama Indonesia untuk mewujudkan UHC. Sejak 2014, JKN telah memperluas akses dan perlindungan kesehatan secara signifikan. Namun, perluasan tersebut belum menghapus persoalan ketimpangan geografis, missing middle, keterbatasan fasilitas dan tenaga kesehatan, serta keberlanjutan pembiayaan (Agustina et al., 2019). Susilo et al. (2025) juga menunjukkan bahwa ketika kepesertaan telah mendekati universal, persoalan bergeser pada keaktifan kepesertaan, kemampuan membayar iuran kelompok informal, ketimpangan pelayanan, kualitas data peserta subsidi, serta tekanan finansial dan administratif fasilitas kesehatan. Dengan demikian, pertanyaan kebijakan tidak lagi semata-mata berapa banyak penduduk yang terdaftar, tetapi berapa banyak yang benar-benar terlindungi ketika membutuhkan pelayanan.

Hubungan tersebut semakin penting karena kepesertaan JKN tidak selalu identik dengan perlindungan finansial. Maulana et al. (2022) menunjukkan bahwa peserta JKN cenderung memiliki beban out-of-pocket (OOP) lebih rendah

dibandingkan penduduk tanpa jaminan, terutama kelompok miskin dan rentan. Namun, manfaat tersebut tetap dipengaruhi ketersediaan fasilitas dan keterlibatan provider dalam sistem JKN. Pada kelompok penyandang disabilitas, kepemilikan JKN juga belum sepenuhnya menghilangkan OOP dan catastrophic health expenditure (Azizatunnisa et al., 2025). Artinya, kepesertaan merupakan syarat penting, tetapi belum dapat diperlakukan sebagai hasil akhir UHC.

Persoalan tersebut terlihat di Kalimantan Selatan. Dari 4.383.912 penduduk, sebanyak 4.324.807 orang atau 98,65% telah menjadi peserta JKN. Namun, peserta aktif hanya 3.686.585 orang atau 84,09% dari jumlah penduduk. Terdapat sekitar 638.222 penduduk yang tercatat sebagai peserta tetapi tidak aktif. Angka tersebut menunjukkan bahwa keberhasilan mencapai cakupan 98,65% belum sepenuhnya berbanding lurus dengan keberhasilan perlindungan. Persoalan UHC di daerah dengan cakupan sangat tinggi justru perlu diarahkan pada kontinuitas kepesertaan, pemanfaatan hak, mutu pelayanan, dan perlindungan finansial.

Dalam keadaan tersebut muncul kebijakan dana pendamping APBD bagi masyarakat miskin atau kurang mampu yang belum memperoleh jaminan kesehatan. RSUD Ulin Banjarmasin, misalnya, menyediakan sekitar Rp5 miliar untuk membantu pasien yang belum terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan dan dapat dimanfaatkan masyarakat dari 13 kabupaten/kota sesuai persyaratan dan proses verifikasi. Secara sosial, kebijakan ini dapat dibenarkan karena pemerintah tidak seharusnya membiarkan masyarakat kehilangan pelayanan akibat persoalan kepesertaan. Namun, secara kebijakan publik, pertanyaan yang lebih mendasar adalah apakah dana tersebut benar-benar menutup kebutuhan yang belum dijangkau JKN atau justru membentuk jalur pembiayaan lain di luar sistem JKN.

Pertanyaan tersebut penting karena fragmentasi pembiayaan dapat mengurangi kemampuan sistem melakukan redistribusi risiko dan sumber daya. Mathauer et al. (2020) menunjukkan bahwa pooling yang terfragmentasi dapat menghambat pemerataan pembiayaan, sementara Lim et al. (2023) mengidentifikasi fragmentasi skema sebagai salah satu tantangan pencapaian UHC di Asia Tenggara. Karena itu, dana pendamping dapat berfungsi sebagai safety net apabila benar-benar digunakan untuk kebutuhan yang bersifat sementara dan belum terlindungi. Sebaliknya, apabila digunakan secara rutin untuk membayar pelayanan yang seharusnya menjadi tanggung jawab JKN, dana tersebut berisiko berkembang menjadi parallel financing yang memperpanjang fragmentasi pembiayaan.

Risiko tersebut semakin penting ketika dana ditempatkan pada rumah sakit yang sekaligus memberikan pelayanan. Rumah sakit berada dekat dengan proses pelayanan, dokumentasi, penentuan kebutuhan tindakan, pengajuan klaim, dan transaksi pembiayaan. Kondisi tersebut tidak dengan sendirinya menunjukkan penyimpangan, tetapi membutuhkan pemisahan fungsi pengendalian, verifikasi independen, dan keterlacakan transaksi agar pihak yang memberikan pelayanan tidak sekaligus menjadi satu-satunya pihak yang menentukan kelayakan pembiayaan. Kebutuhan tersebut semakin kuat mengingat persoalan klaim JKN dapat berasal dari berbagai faktor, seperti ketidakakuratan kode diagnosis, kelengkapan dokumen, aspek medis, kompetensi petugas, dan koordinasi antarunit (Zalukhu & Permanasari, 2025). Karena itu, dana pendamping tidak semestinya

digunakan untuk menutup persoalan klaim tanpa terlebih dahulu memastikan akar masalahnya.

Keterlibatan Dinas Kesehatan juga menjadi penting. Pengelolaan dana yang terlalu terpusat pada fasilitas pelayanan berisiko mempersempit pengawasan pada transaksi pasien, sementara pemerintah daerah membutuhkan pengendalian yang lebih luas terhadap pemerataan, mutu, efisiensi, kesinambungan pembiayaan, dan kesesuaian dengan kebijakan kesehatan daerah. Prinsip *collaborative governance* menempatkan koordinasi antaraktor sebagai unsur penting dalam penyelenggaraan kebijakan publik (Ansell & Gash, 2008; Emerson & Nabatchi, 2015), tetapi koordinasi harus disertai pembagian kewenangan dan pertanggungjawaban yang jelas.

Persoalan akhirnya bukan apakah masyarakat miskin perlu dibantu, melainkan apakah bentuk bantuan yang dipilih merupakan penggunaan APBD yang paling tepat. Dana yang digunakan untuk membayar pelayanan saat seseorang sakit pada saat yang sama tidak dapat digunakan untuk mengaktifkan kepesertaan JKN, memperbaiki data penerima, membayar iuran kelompok rentan, memperkuat pelayanan primer, atau memperbaiki sistem rujukan. World Bank (2026) menegaskan bahwa UHC membutuhkan penguatan pelayanan primer, ketersediaan obat dan diagnostik, mutu pelayanan, mekanisme pembayaran provider, dan dukungan pembiayaan pemerintah daerah. Dengan demikian, APBD seharusnya memperkuat sistem JKN, bukan menggantikannya.

Literatur telah banyak membahas perluasan JKN, perlindungan finansial, keaktifan peserta, fragmentasi pembiayaan, dan persoalan klaim. Namun, masih terbatas kajian yang secara bersamaan menguji kesenjangan antara *population coverage*, *active coverage*, dan *effective coverage* serta implikasinya terhadap rasionalitas dana pendamping APBD pada daerah dengan cakupan JKN hampir universal. Belum banyak pula kajian yang menilai dana tersebut dari sisi *safety net* atau *parallel financing*, efisiensi APBD, risiko pembiayaan ganda, tata kelola rumah sakit, independensi pengawasan, dan posisi Dinas Kesehatan.

Penelitian ini bertujuan menganalisis secara kritis penyelenggaraan UHC di Kalimantan Selatan dengan menilai kesenjangan antara *population coverage*, *active coverage*, dan *effective coverage*; mengidentifikasi faktor yang berkaitan dengan ketidakaktifan dan perlindungan kesehatan; mengkaji rasionalitas dana pendamping APBD sebagai *safety net* atau *parallel financing*; menilai efisiensi dan biaya kesempatan penggunaannya; menganalisis risiko pembiayaan ganda serta tata kelola, verifikasi, pengawasan, dan pemisahan fungsi pengelolaannya; serta merumuskan alternatif kebijakan yang lebih terintegrasi, akuntabel, berkelanjutan, dan memperkuat JKN sebagai instrumen utama UHC.

B. METODE PENELITIAN

Penelitian ini berlandaskan paradigma *post-positivistik*, dengan pendekatan analitis-kritis yang menempatkan kebijakan pembiayaan kesehatan sebagai fenomena yang dapat diuji melalui bukti empiris, indikator terukur, dan hubungan antarkomponen sistem. Paradigma ini dipilih karena capaian UHC tidak cukup dipahami melalui angka kepesertaan, tetapi perlu diuji melalui kesenjangan antara *population coverage*, *active coverage*, dan *effective coverage*, serta konsekuensi

fiskal dan tata kelola dana pendamping. Dengan demikian, angka agregat tidak diperlakukan sebagai kesimpulan, melainkan sebagai evidence untuk menguji asumsi kebijakan. Penelitian menggunakan desain kuantitatif deskriptif-analitik dengan pendekatan policy analysis. Unit analisis mencakup penduduk, peserta JKN, peserta aktif, serta mekanisme penggunaan dana pendamping APBD di Kalimantan Selatan. Analisis diawali dengan pengukuran coverage gap melalui selisih absolut dan proporsi antara jumlah penduduk, peserta JKN, dan peserta aktif. Selanjutnya dihitung *activation rate*, *inactive rate*, serta kontribusi dana pendamping terhadap kebutuhan pembiayaan pelayanan.

Secara statistik, analisis menggunakan distribusi frekuensi, proporsi, cross-tabulation, gap analysis, dan perbandingan antarwilayah kabupaten/kota. Apabila ketersediaan data memungkinkan, hubungan antara tingkat keaktifan JKN dengan karakteristik sosial-ekonomi, kapasitas fiskal, serta indikator pelayanan dianalisis menggunakan korelasi Pearson/Spearman dan regresi linear atau regresi logistik, sesuai skala dan distribusi variabel. Analisis cost-opportunity digunakan untuk membandingkan alternatif penggunaan dana pendamping: pembiayaan langsung pelayanan, aktivasi kepesertaan, pembayaran iuran kelompok rentan, dan penguatan sistem pelayanan. Kerangka analisis kemudian mengintegrasikan temuan statistik dengan dimensi safety net, parallel financing, financial protection, strategic purchasing, dan governance, sehingga kesimpulan tidak hanya menjawab seberapa besar kesenjangan, tetapi juga menilai apakah instrumen fiskal yang digunakan mampu menutup kesenjangan secara efektif dan berkelanjutan. Desain ini sejalan dengan fokus penelitian yang membedakan capaian administratif dari perlindungan aktual.

C. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Capaian Kepesertaan JKN dan Posisi UHC Kalimantan Selatan

Capaian kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kalimantan Selatan menunjukkan perkembangan yang sangat kuat dari sisi population coverage. Berdasarkan data yang dianalisis, jumlah penduduk Kalimantan Selatan mencapai 4.383.912 jiwa, sedangkan peserta JKN mencapai 4.324.807 jiwa atau 98,65% dari total penduduk. Secara kuantitatif, angka tersebut menunjukkan bahwa hampir seluruh penduduk telah masuk ke dalam ekosistem perlindungan JKN. Dengan demikian, persoalan cakupan di Kalimantan Selatan tidak lagi tepat dibaca semata-mata sebagai persoalan ekspansi kepesertaan, melainkan mulai bergeser pada pertanyaan yang lebih substantif: apakah kepesertaan tersebut benar-benar menghasilkan perlindungan kesehatan yang efektif ketika penduduk membutuhkan pelayanan?

Pergeseran cara pandang tersebut penting karena UHC tidak identik dengan sekadar banyaknya penduduk yang tercatat sebagai peserta. Literatur mengenai UHC menempatkan cakupan penduduk, cakupan pelayanan, dan perlindungan finansial sebagai dimensi yang saling berkaitan. Dalam pengalaman Indonesia, JKN memang telah menjadi instrumen utama untuk memperluas akses dan memperbaiki pemerataan perlindungan kesehatan, tetapi keberhasilan ekspansi tersebut sejak awal juga diikuti persoalan kesenjangan akses, kelompok yang belum terlindungi,

distribusi sumber daya kesehatan, serta keberlanjutan pembiayaan (Indonesian Health Systems Group, 2019).

Karena itu, angka 98,65% harus diperlakukan sebagai indikator keberhasilan *coverage*, bukan sebagai bukti final tercapainya *effective coverage*. Perbedaan ini bukan sekadar terminologis. Penduduk yang tercatat sebagai peserta tetapi tidak memiliki status aktif, tidak mampu mengakses fasilitas pelayanan yang dibutuhkan, atau masih menghadapi hambatan finansial dan geografis, belum tentu memperoleh manfaat perlindungan sebagaimana tujuan UHC. Bahkan, penelitian mengenai JKN menunjukkan bahwa kepesertaan memang menurunkan kemungkinan dan besaran *out-of-pocket* (OOP), terutama pada kelompok miskin, tetapi manfaat tersebut masih dipengaruhi oleh ketersediaan fasilitas, keterlibatan fasilitas swasta, dan keterbatasan infrastruktur di wilayah tertentu (Maulana et al., 2022).

Temuan tersebut memberikan sanggahan penting terhadap capaian Kalimantan Selatan. Jika 98,65% dianggap sebagai bukti bahwa persoalan UHC telah selesai, maka terdapat risiko *measurement fallacy*: indikator yang mudah dihitung diperlakukan sebagai representasi keseluruhan keberhasilan kebijakan. Padahal, *coverage* dapat tinggi sementara efektivitas perlindungan tetap menghadapi celah. Dengan kata lain, keberhasilan memasukkan penduduk ke dalam sistem belum identik dengan keberhasilan memastikan penduduk tetap terlindungi di dalam sistem tersebut.

Persoalan menjadi semakin jelas ketika *population coverage* dibandingkan dengan keaktifan kepesertaan. Data Kalimantan Selatan menunjukkan 3.686.585 peserta aktif, atau sekitar 84,09% dari total penduduk. Jika dibandingkan dengan jumlah peserta JKN, proporsi peserta aktif mencapai sekitar 85,24%. Artinya, terdapat jarak yang cukup berarti antara jumlah penduduk yang tercatat sebagai peserta dan jumlah penduduk yang pada saat bersamaan berada dalam status aktif. Selisih tersebut merupakan *policy gap* yang tidak dapat diselesaikan hanya dengan menambah jumlah peserta baru. Secara sederhana, ekspansi *coverage* telah mendekati titik jenuh, sementara tantangan berikutnya adalah mempertahankan kesinambungan kepesertaan.

Studi Ainy dan Pujiyanto (2025) memperkuat pembacaan tersebut. Analisis terhadap 479 kabupaten/kota menunjukkan bahwa keaktifan JKN masih bervariasi antarwilayah. Penelitian tersebut menemukan bahwa literasi dan status pekerjaan berhubungan positif dengan keaktifan kepesertaan, sedangkan pengeluaran rumah tangga menunjukkan hubungan negatif; meskipun modelnya signifikan, variabel yang digunakan hanya menjelaskan sekitar 8,47% variasi keaktifan. Temuan ini penting karena menunjukkan bahwa persoalan *active membership* bersifat multidimensional dan tidak dapat direduksi menjadi persoalan administratif kepesertaan semata.

Dengan demikian, posisi Kalimantan Selatan perlu dibaca secara lebih hati-hati. 98,65% merupakan capaian yang sangat tinggi dalam dimensi *population coverage*, tetapi 84,09% menunjukkan bahwa capaian perlindungan efektif masih menyisakan ruang perbaikan. Bahkan, angka keaktifan tersebut menunjukkan bahwa sebagian penduduk yang secara administratif telah masuk dalam sistem belum berada dalam posisi perlindungan yang sama kuatnya. Pada titik ini, pertanyaan kebijakan berubah dari “berapa banyak penduduk yang sudah

terdaftar?” menjadi “berapa banyak penduduk yang secara berkelanjutan dapat menggunakan hak pelayanan kesehatan ketika membutuhkan?”

Kondisi tersebut sekaligus menggeser orientasi kebijakan dari *expansion-oriented policy* menuju *retention and activation-oriented policy*. Literatur tentang JKN menunjukkan bahwa kepatuhan pembayaran iuran merupakan salah satu persoalan penting, khususnya pada kelompok peserta non-PBI dan pekerja informal. Ainy dan Pujiyanto (2025) sendiri menempatkan literasi, pekerjaan, dan kondisi ekonomi sebagai faktor yang relevan terhadap keaktifan peserta. Dengan demikian, rendahnya keaktifan tidak semata-mata dapat dibaca sebagai kegagalan individu membayar iuran, tetapi juga sebagai persoalan desain pembiayaan, kapasitas ekonomi, literasi, dan mekanisme perlindungan sosial.

Pada saat yang sama, tingginya cakupan JKN tetap merupakan capaian yang tidak dapat diabaikan. Agustina et al. (2019) menunjukkan bahwa JKN telah berkembang menjadi salah satu skema *single-payer* terbesar di dunia dan memperluas pemerataan serta akses pelayanan kesehatan di Indonesia. Oleh karena itu, kritik terhadap kesenjangan *active coverage* tidak seharusnya dimaknai sebagai penolakan terhadap JKN. Justru sebaliknya, semakin besar cakupan JKN, semakin kuat alasan untuk memastikan bahwa sumber daya publik diarahkan untuk memperkuat fungsi inti sistem tersebut.

Implikasinya menjadi penting bagi kebijakan pembiayaan kesehatan daerah. Jika masalah utama Kalimantan Selatan telah bergeser dari *population coverage* menuju *active coverage* dan efektivitas perlindungan, maka respons kebijakan seharusnya diuji berdasarkan kemampuannya memperkuat kesinambungan kepesertaan dan integrasi sistem JKN, bukan sekadar menyediakan mekanisme pembiayaan alternatif ketika terjadi masalah. Hal ini sejalan dengan Gatome-Munyua et al. (2025) yang memperingatkan bahwa proliferasi skema dan aliran pembiayaan yang terpisah dapat menciptakan fragmentasi, dengan konsekuensi terhadap efisiensi, pemerataan, dan efektivitas pelayanan kesehatan.

Dengan demikian, capaian 98,65% tidak seharusnya menjadi titik akhir evaluasi UHC Kalimantan Selatan. Angka tersebut justru menjadi titik awal untuk menguji kualitas perlindungan yang berada di balik angka cakupan. Ketika hampir seluruh penduduk telah terdaftar tetapi sekitar 15% peserta belum aktif, persoalan kebijakan yang lebih mendesak bukan lagi sekadar bagaimana memasukkan penduduk ke dalam sistem, melainkan bagaimana memastikan mereka tetap aktif, terlindungi, dapat mengakses pelayanan, dan memperoleh perlindungan finansial secara berkelanjutan. Celah inilah yang menjadi dasar untuk menganalisis lebih lanjut apakah kebijakan pembiayaan daerah perlu diarahkan pada penguatan JKN atau justru membentuk mekanisme pendamping di luar sistem.

Kesenjangan Population Coverage, Active Coverage, dan Effective Coverage

Capaian kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kalimantan Selatan sebesar 98,65% secara administratif menunjukkan tingkat perluasan cakupan yang sangat tinggi. Dengan 4.324.807 penduduk tercatat sebagai peserta dari total populasi, angka tersebut secara sepintas dapat dipahami sebagai keberhasilan mendekati *universal health coverage* (UHC). Namun demikian, menyimpan persoalan metodologis: siapa yang terdaftar tidak selalu sama dengan siapa yang terlindungi secara aktif, dan siapa yang aktif belum tentu memperoleh

perlindungan kesehatan yang efektif. Literatur UHC semakin menegaskan bahwa cakupan kepesertaan hanyalah salah satu dimensi dari sistem perlindungan kesehatan yang lebih kompleks (Endalamaw et al., 2025). Bahkan, Lestari dan Kusumo (2025) menunjukkan bahwa literatur UHC dan JKN berkembang dari isu kepesertaan menuju persoalan akses yang adil dan berkualitas.

Kesenjangan pertama terlihat ketika *population coverage* dibandingkan dengan *active coverage*. Dari 4.324.807 peserta terdaftar, hanya 3.686.585 yang berstatus aktif. Dengan demikian, sekitar 638.222 peserta berada dalam kesenjangan antara status terdaftar dan aktif. Jika dibandingkan dengan jumlah penduduk, peserta aktif hanya mencapai 84,09%, sedangkan proporsi peserta aktif terhadap seluruh peserta terdaftar sekitar 85,24%. Artinya, capaian 98,65% tidak sepenuhnya merepresentasikan populasi yang berada dalam kondisi perlindungan aktual. Angka 98,65% dengan demikian lebih tepat dipahami sebagai *administrative coverage*, bukan sebagai bukti final bahwa 98,65% penduduk telah memperoleh perlindungan kesehatan yang efektif.

Temuan tersebut menjadi penting karena literatur JKN sendiri menunjukkan bahwa persoalan kepesertaan tidak berhenti pada status terdaftar. Putri dan Suryawati (2022), misalnya, menempatkan aspek kepesertaan sebagai bagian penting dalam pencapaian UHC, tetapi keberhasilan kepesertaan tidak dapat dilepaskan dari implementasi pelayanan dan kemampuan sistem mempertahankan perlindungan tersebut. Dalam perspektif yang lebih luas, *coverage* juga tidak semestinya diperlakukan sebagai variabel biner—terdaftar atau tidak terdaftar—karena terdapat proses kehilangan efektivitas sepanjang *coverage cascade*.

Pada titik inilah konsep *effective coverage* menjadi penting. Ng et al. (2014) secara eksplisit mengkritik keterbatasan indikator tunggal dalam mengukur UHC dan mengembangkan *effective coverage* dengan mempertimbangkan setidaknya tiga komponen: *need*, *use*, dan *quality*. Dengan demikian, seseorang baru dapat dikatakan memperoleh cakupan yang efektif apabila kebutuhan pelayanan ada, pelayanan digunakan, dan pelayanan tersebut menghasilkan manfaat kesehatan yang memadai (Ng et al., 2014). Karim dan de Savigny (2023) memperkuat argumen tersebut dengan menunjukkan bahwa efektivitas pelayanan dapat mengalami *decay* akibat berbagai faktor sistem kesehatan, termasuk kualitas pelayanan, sehingga *intervention coverage* yang tinggi tidak selalu menghasilkan manfaat kesehatan yang setara (Karim & de Savigny, 2023).

Konsekuensinya sangat tajam bagi capaian Kalimantan Selatan. Jika 98,65% merupakan *population coverage* dan 84,09% merupakan *active coverage*, maka berapa besar *effective coverage* yang sebenarnya? Pertanyaan ini belum dapat dijawab hanya dari data kepesertaan. Data yang tersedia mampu menunjukkan bahwa terdapat *coverage gap* sebesar 638.222 peserta antara status terdaftar dan aktif, tetapi belum mampu membuktikan bahwa seluruh 3.686.585 peserta aktif telah memperoleh pelayanan yang dibutuhkan, dapat mengakses fasilitas kesehatan, benar-benar menggunakan hak kepesertaannya, menerima pelayanan berkualitas, dan terlindungi dari beban finansial.

Kerangka Tanahashi memperjelas persoalan tersebut. Cakupan pelayanan bergerak melalui tahapan ketersediaan, aksesibilitas, penerimaan, kontak/pemanfaatan, hingga kualitas. McCollum et al. (2019) menunjukkan bahwa

peningkatan ketersediaan dan akses finansial tidak otomatis diikuti peningkatan penggunaan dan kualitas pelayanan. Bahkan, perhatian terhadap ekspansi cakupan dapat berjalan lebih cepat daripada perhatian terhadap kualitas. Chowdhury et al. (2022) juga menunjukkan melalui Tanahashi framework bahwa berbagai bottleneck—ketersediaan tenaga, obat, transportasi, pengetahuan, dan *out-of-pocket expenditure*—dapat mengurangi efektivitas cakupan meskipun layanan secara formal tersedia.

Bukti Indonesia memperkuat kritik tersebut. Sujarwoto et al. (2026) menemukan bahwa UHC tidak cukup diukur melalui enrolmen karena sebagian peserta yang telah diasuransikan tidak menggunakan JKN ketika membutuhkan pelayanan. Bahkan, dalam data SUSENAS 2023, 48,3% peserta yang menggunakan pelayanan rawat jalan tidak menggunakan JKN, sedangkan pada rawat inap angkanya 11,0%. Temuan ini menunjukkan adanya underutilisation gap: seseorang dapat terdaftar dan bahkan memiliki status kepesertaan, tetapi perlindungan tersebut tidak selalu diwujudkan dalam pemanfaatan pelayanan.

Namun, kritik terhadap indikator kepesertaan tidak berarti bahwa JKN gagal. Justru sebaliknya, Maulana et al. (2022) menunjukkan bahwa JKN memberikan manfaat nyata dalam mengurangi *out-of-pocket* (OOP), khususnya pada kelompok miskin dan masyarakat rural. Peserta JKN memperoleh penghematan biaya dibandingkan kelompok tidak diasuransikan, meskipun studi tersebut juga menemukan persoalan keterbatasan sisi penawaran, terutama di wilayah rural dan keterlibatan fasilitas swasta. Dengan demikian, JKN berfungsi sebagai instrumen perlindungan finansial, tetapi efektivitasnya tidak seragam dan masih bergantung pada kapasitas sistem pelayanan.

Di sinilah Azizatunnisa et al. (2025) memberikan sanggahan penting terhadap kesimpulan yang terlalu optimistis. Pada penyandang disabilitas di Indonesia, kepesertaan JKN tidak sepenuhnya menghilangkan kesenjangan pemanfaatan maupun beban finansial. Kelompok tersebut tetap mengalami OOP dan catastrophic health expenditure yang tinggi meskipun memiliki JKN. Dengan kata lain, insurance coverage dapat menjadi necessary condition, tetapi belum tentu sufficient condition bagi financial protection.

Oleh karena itu, pertanyaan metodologis yang lebih tepat bukan lagi “Apakah 98,65% penduduk telah tercakup?”, melainkan “Sejauh mana cakupan administratif tersebut dikonversikan menjadi perlindungan kesehatan yang aktif, digunakan, berkualitas, memenuhi kebutuhan, dan memberikan perlindungan finansial?” Endalamaw et al. (2025) bahkan menegaskan bahwa UHC secara praktis tidak sepenuhnya universal karena cakupan layanan, konteks implementasi, dan kapasitas sistem berbeda antarwilayah.

Dengan demikian, capaian 98,65% seharusnya tidak didelegitimasi, tetapi ditafsirkan secara lebih presisi. Angka tersebut merupakan *necessary condition* bagi UHC karena tanpa kepesertaan tidak terdapat fondasi perlindungan finansial. Namun, ia bukan *sufficient condition*. Kesenjangan 638.222 peserta menunjukkan persoalan active coverage; potensi underutilisation menunjukkan persoalan konversi kepesertaan menjadi pemanfaatan; sementara OOP, kualitas, akses, dan kebutuhan pelayanan menunjukkan persoalan effective coverage. Karena itu,

capaian administratif yang tinggi dapat hidup berdampingan dengan coverage deficit yang substantif.

Di Kalimantan Selatan, persoalan tersebut menghasilkan satu *research gap* yang penting: data agregat kepesertaan telah mampu menunjukkan keberhasilan ekspansi JKN, tetapi belum mampu menjelaskan kedalaman perlindungan yang benar-benar diterima penduduk. Justru di antara angka 98,65%, 84,09%, dan gap 638.222 peserta tersebut terdapat ruang analitis untuk menilai apakah keberhasilan administratif telah berhasil dikonversikan menjadi *effective universal health coverage*. Dengan perspektif ini, UHC tidak lagi diperlakukan sebagai persoalan “berapa banyak yang terdaftar”, tetapi sebagai persoalan berapa banyak penduduk yang benar-benar terlindungi ketika membutuhkan pelayanan kesehatan.

Disparitas Keaktifan JKN Antarwilayah

Keberhasilan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) selama lebih dari satu dekade terutama terlihat dari kemampuannya memperluas kepesertaan secara masif. Cakupan nasional telah mendekati universal, sehingga perluasan kepesertaan layak dipandang sebagai salah satu capaian terbesar reformasi pembiayaan kesehatan Indonesia. World Bank (2026) mencatat bahwa jumlah peserta JKN meningkat dari sekitar 121 juta orang pada 2014 menjadi sekitar 280 juta pada Juli 2025 atau sekitar 98% penduduk Indonesia. Namun, keberhasilan tersebut tidak dengan sendirinya membuktikan bahwa perlindungan kesehatan telah berlangsung secara merata. World Bank justru menegaskan bahwa perluasan cakupan asuransi harus berjalan bersamaan dengan penguatan pelayanan primer, ketersediaan obat dan diagnostik, perbaikan mekanisme pembayaran fasilitas kesehatan, serta pengurangan kesenjangan pemanfaatan layanan antarwilayah.

Persoalan tersebut menjadi lebih jelas ketika ukuran keberhasilan digeser dari coverage menuju active membership. Ainy dan Pujiyanto (2025) melalui analisis terhadap 479 kabupaten/kota menunjukkan bahwa keaktifan kepesertaan JKN masih berbeda antarwilayah. Literasi dan pekerjaan berpengaruh positif terhadap keaktifan, sedangkan pengeluaran rumah tangga menunjukkan pengaruh negatif. Akan tetapi, model tersebut hanya mampu menjelaskan 8,47% variasi keaktifan kepesertaan ($R^2 = 0,0847$). Temuan ini penting bukan semata karena menunjukkan adanya faktor sosial-ekonomi, tetapi karena secara tidak langsung menunjukkan keterbatasan penjelasan yang hanya menempatkan karakteristik penduduk sebagai penyebab ketidakaktifan. Jika lebih dari 90% variasi belum diterangkan oleh model, maka terdapat ruang yang besar bagi faktor kelembagaan, kebijakan daerah, administrasi kepesertaan, kapasitas fiskal, dan ketersediaan pelayanan untuk menjelaskan perbedaan tersebut.

Dengan demikian, pandangan bahwa ketidakaktifan terutama disebabkan rendahnya literasi atau ketidakmampuan masyarakat membayar iuran perlu ditempatkan secara proporsional. Penelitian mengenai kepatuhan pembayaran memang memperlihatkan bahwa faktor ekonomi, karakteristik peserta, dan perilaku pembayaran berhubungan dengan keberlangsungan kepesertaan (Sunjaya et al., 2022; Trisnasari et al., 2023). Namun, menjadikan faktor tersebut sebagai penjelasan utama akan menggeser persoalan dari kegagalan sistem mempertahankan perlindungan menjadi kegagalan individu memenuhi kewajiban. Padahal, Ainy dan Pujiyanto (2025) sendiri menunjukkan rendahnya daya jelas

model sosial-ekonomi. Artinya, perilaku peserta penting, tetapi belum memadai untuk menerangkan disparitas keaktifan JKN secara keseluruhan.

Kalimantan Selatan memperlihatkan persoalan tersebut secara lebih konkret. Hingga 31 Mei 2026, kepesertaan JKN di provinsi ini telah mencapai 4,32 juta jiwa atau 99,34% penduduk. Angka tersebut secara administratif menunjukkan keberhasilan yang sangat tinggi dalam mencapai UHC. Namun, pemerintah daerah pada saat yang sama mengakui bahwa tingginya kepesertaan harus diikuti dengan pelayanan yang mudah diakses, cepat, berkualitas, dan setara. Antrean, ketersediaan obat, kesesuaian jadwal dokter, kebutuhan tenaga kesehatan, sarana-prasarana, pengendalian mutu dan biaya, hingga pengawasan terhadap pelayanan masih menjadi agenda yang harus diperbaiki.

Di sinilah muncul gap antara registered coverage dan effective coverage. Angka 99,34% dapat menjelaskan berapa banyak penduduk yang tercatat dalam sistem, tetapi tidak menjelaskan apakah seluruh peserta tersebut berada dalam status aktif ketika membutuhkan pelayanan, apakah fasilitas kesehatan tersedia di dekat tempat tinggal mereka, apakah dokter dan obat tersedia, serta apakah proses pelayanan dapat diperoleh tanpa hambatan administratif maupun geografis. Dengan kata lain, cakupan administratif belum tentu berubah menjadi perlindungan aktual.

Argumentasi tersebut sejalan dengan Agustina et al. (2018), yang menunjukkan bahwa ekspansi JKN tidak secara otomatis menghapus ketimpangan akses terhadap pelayanan berkualitas. Distribusi fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang tidak merata menyebabkan kemampuan peserta untuk memperoleh layanan berbeda menurut wilayah. Pertumbuhan pelayanan kesehatan juga lebih banyak terkonsentrasi pada sektor swasta dan kawasan perkotaan dibandingkan wilayah rural. Temuan tersebut sekaligus menyanggah asumsi bahwa satu skema pembiayaan nasional secara otomatis menghasilkan akses yang seragam. Keceragaman skema pembiayaan tidak identik dengan keseragaman kapasitas pelayanan.

Persoalan geografis tersebut perlu dipertemukan dengan temuan Ainy dan Pujiyanto (2025). Jika keaktifan JKN berbeda antarwilayah, tetapi faktor sosial-ekonomi hanya menjelaskan sebagian kecil variasinya, maka analisis kebijakan perlu bergerak dari pertanyaan “mengapa masyarakat tidak aktif?” menuju pertanyaan “mengapa sistem menghasilkan kemampuan mempertahankan kepesertaan yang berbeda antarwilayah?” Pergeseran pertanyaan ini penting karena pemerintah daerah tidak hanya berperan sebagai pelaksana administratif, tetapi juga berhubungan dengan pembiayaan, validasi data, koordinasi fasilitas kesehatan, penguatan pelayanan primer, serta penyelesaian masalah kepesertaan.

Penelitian Ahyar Wahyudi (2025) memperkuat argumentasi tersebut dengan menunjukkan bahwa tata kelola JKN di Kalimantan Selatan menghadapi kesenjangan antara keberhasilan administratif dan perlindungan layanan yang efektif. Enam dimensi yang dianalisis—regulasi, kelembagaan, pembiayaan, pelayanan, data dan teknologi, serta pengawasan dan akuntabilitas—menunjukkan bahwa persoalan JKN tidak dapat dipahami hanya sebagai persoalan kepesertaan. Fragmentasi kelembagaan, ketidakpastian pembiayaan, variasi mutu pelayanan, lemahnya integrasi data, dan dominannya pengawasan administratif merupakan bagian dari persoalan tata kelola yang memengaruhi kualitas perlindungan.

Bukti DJSN di Kalimantan Selatan bahkan memperlihatkan bahwa persoalan tata kelola telah masuk pada level operasional pelayanan. DJSN menemukan ketidakselarasan hasil verifikasi klaim, variasi penetapan kasus, perbedaan penerapan sistem yang memengaruhi kelayakan klaim, serta perbedaan rujukan regulasi di lapangan. DJSN kemudian merekomendasikan harmonisasi SOP verifikasi, dashboard klaim terintegrasi, penguatan Forum Komunikasi dan Koordinasi JKN, serta pemanfaatan data klaim untuk analisis akar masalah. Persoalan ini menunjukkan bahwa disparitas perlindungan tidak berhenti pada status peserta, tetapi berlanjut ke kemampuan institusi menerjemahkan hak peserta menjadi pelayanan yang benar-benar dapat diterima.

Karena itu, pendekatan *good public governance* perlu dibaca secara kritis. Ansell dan Gash (2008) menempatkan kolaborasi antarpemangku kepentingan sebagai unsur penting dalam penyelesaian persoalan publik yang kompleks, sementara Emerson dan Nabatchi (2015) melihat tata kelola kolaboratif sebagai rezim yang membutuhkan koordinasi berkelanjutan antaraktor. Pendekatan tersebut relevan bagi JKN karena pemerintah daerah, BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, DJSN, organisasi profesi, dan masyarakat memiliki kepentingan serta kewenangan yang saling beririsan. Namun, kolaborasi tidak boleh berhenti pada forum koordinasi. Jika koordinasi tidak menghasilkan perbaikan status kepesertaan, waktu tunggu, ketersediaan obat, penyelesaian klaim, dan pemerataan tenaga kesehatan, maka kolaborasi hanya menghasilkan *administrative coordination without service transformation*.

Dengan demikian, disparitas keaktifan JKN antarwilayah seharusnya diposisikan sebagai indikator penting untuk menguji kualitas implementasi kebijakan JKN. Evaluasi tidak cukup menggunakan satu indikator kepesertaan, tetapi sekurang-kurangnya harus membedakan tiga lapisan persoalan: coverage gap, yaitu selisih antara penduduk dan peserta; activation gap, yaitu selisih antara peserta terdaftar dan peserta aktif; dan effective protection gap, yaitu selisih antara peserta aktif dan kemampuan memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, tepat waktu, dan setara. Kerangka ini lebih mampu menjelaskan mengapa suatu daerah dapat mencapai angka kepesertaan hampir 100%, tetapi masih menghadapi persoalan pelayanan dan ketidaksetaraan akses.

Atas dasar itu, capaian UHC Kalimantan Selatan sebesar 99,34% tidak seharusnya diperlakukan sebagai titik akhir evaluasi. Angka tersebut justru menjadi baseline untuk menguji kualitas perlindungan setelah penduduk tercatat sebagai peserta. Pertanyaan kebijakan yang lebih tajam adalah apakah tingkat keaktifan antar kabupaten/kota relatif seragam, faktor apa yang menjelaskan perbedaannya, apakah disparitas tersebut berkorelasi dengan kapasitas fiskal dan kualitas tata kelola daerah, serta sejauh mana perbedaan ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan memengaruhi kemampuan peserta menggunakan haknya. Dengan demikian, keberhasilan JKN tidak lagi diukur hanya dari kemampuan negara memasukkan penduduk ke dalam sistem, tetapi dari kemampuan sistem memastikan bahwa status kepesertaan benar-benar berubah menjadi perlindungan kesehatan yang aktif, setara, dan dapat digunakan ketika dibutuhkan.

Dana Pendamping APBD sebagai Respons terhadap Coverage Gap

Keberadaan dana pendamping APBD bagi pasien yang belum memperoleh pembiayaan JKN pada awalnya tampak sebagai kebijakan yang rasional: pemerintah daerah hadir ketika terdapat penduduk miskin yang belum terlindungi. Namun, setelah JKN menjadi instrumen utama menuju *Universal Health Coverage* (UHC), rasionalitas tersebut perlu diuji kembali. Persoalannya bukan apakah masyarakat miskin harus dilindungi—jawabannya jelas harus—melainkan apakah rumah sakit merupakan tempat yang tepat untuk menempatkan dana publik tersebut, dan apakah dana pendamping benar-benar menyelesaikan *coverage gap* atau justru mempertahankan kesenjangan yang seharusnya ditutup melalui sistem JKN.

Di Kalimantan Selatan, dana pendamping pernah dialokasikan kepada rumah sakit untuk membantu masyarakat kurang mampu yang belum terdaftar BPJS. RSUD Ulin, misalnya, mengelola sekitar Rp5 miliar, sementara RSUD Ansari Saleh memperoleh sekitar Rp1–1,5 miliar. Mekanisme tersebut dimaksudkan sebagai jaring pengaman agar masyarakat miskin tetap memperoleh pelayanan. Secara sosial, tujuan ini *legitimate*. Tetapi secara kebijakan publik, tujuan yang baik tidak otomatis menjadikan instrumennya tepat.

Persoalan pertama adalah definisi *coverage gap*. Apabila kesenjangan terjadi karena seseorang belum terdaftar, status kepesertaannya tidak aktif, data kependudukannya tidak sinkron, atau peserta belum masuk dalam skema PBI, maka dana pendamping sebenarnya hanya membiayai konsekuensi dari kegagalan administrasi kepesertaan. Pemerintah daerah kemudian membayar pelayanan di hilir, sementara persoalan perlindungan penduduk di hulu tetap ada. Model demikian berpotensi menghasilkan *policy substitution*: APBD menggantikan kebutuhan untuk memperbaiki mekanisme kepesertaan JKN.

Persoalan kedua bahkan lebih fundamental: tidak setiap biaya pelayanan yang tidak dibayar JKN merupakan *coverage gap*. Biaya dapat muncul karena klaim *pending*, *reject*, ketidaksesuaian diagnosis, *coding*, kelengkapan rekam medis, administrasi, atau perselisihan hasil verifikasi. Penelitian mengenai moral hazard pada rumah sakit di Indonesia menunjukkan bahwa persoalan perilaku provider dalam skema asuransi sosial bukan sekadar kemungkinan teoritis. Dari 360 rekam medis, ditemukan indikasi *unnecessary admission* sebesar 17,8%, up-coding 11,9%, dan readmission 2,8%. Penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa karakteristik dokter dan coder berhubungan dengan munculnya moral hazard (Syafrawati et al., 2023).

Temuan tersebut harus membuat kebijakan dana pendamping lebih berhati-hati. Jika klaim JKN gagal dibayar karena persoalan yang berasal dari proses pelayanan, dokumentasi, atau pengodean rumah sakit, maka menutup kekurangan tersebut dengan APBD dapat menciptakan insentif yang salah. Rumah sakit memperoleh sumber pembiayaan alternatif untuk biaya yang semestinya diselesaikan melalui mekanisme JKN. Di titik inilah dana pendamping berpotensi bergeser dari social safety net menjadi *financial safety valve* bagi kelemahan tata kelola pelayanan.

Risiko tersebut dapat dijelaskan melalui konsep *soft budget constraint*. Wright (2016) menunjukkan bahwa ketika rumah sakit publik memperkirakan

pemerintah akan memberikan tambahan anggaran ketika sumber dananya tidak mencukupi, disiplin anggaran dapat melemah. Ekspektasi terhadap *bailout* membuat organisasi memiliki insentif lebih kecil untuk mengendalikan pengeluaran dan menyesuaikan perilakunya dengan batas anggaran. Dana pendamping APBD tentu tidak identik dengan *bailout*, tetapi karakteristik risikonya menjadi relevan apabila dana tersebut digunakan untuk menutup kekurangan pembiayaan rumah sakit tanpa terlebih dahulu membuktikan penyebab kekurangan tersebut.

Persoalan berikutnya adalah penempatan dana. Ketika rumah sakit yang memberikan pelayanan juga menjadi lokasi pengelolaan dana pendamping, muncul persoalan yang lebih serius daripada sekadar administrasi keuangan. Rumah sakit mengetahui kondisi pasien, menentukan pelayanan yang diberikan, memiliki informasi medis, mengadministrasikan transaksi, dan berada sangat dekat dengan proses penggunaan dana. Dalam desain seperti ini terdapat konsentrasi fungsi yang dapat memperbesar *conflict-of-interest exposure* dan *information asymmetry*.

Istilah yang lebih tepat untuk menjelaskan persoalan tersebut adalah *control independence risk*—risiko lemahnya independensi pengendalian karena pihak yang menjalankan pelayanan berada terlalu dekat dengan proses pembiayaan yang digunakan untuk pelayanan tersebut. Ini bukan berarti rumah sakit harus dicurigai menyalahgunakan dana. Justru prinsip pengendalian internal dibangun atas premis bahwa sistem yang baik tidak boleh bergantung pada asumsi bahwa semua pihak selalu benar; sistem harus tetap aman ketika terjadi kesalahan, tekanan, konflik kepentingan, atau perbedaan kepentingan.

Di sinilah muncul persoalan *institutional trust deficit*. Kepercayaan publik terhadap penggunaan APBD tidak cukup dibangun melalui pernyataan bahwa dana diperuntukkan bagi masyarakat miskin. Kepercayaan membutuhkan independent verification, traceability, audit trail, transparansi penerima, dan pemisahan antara pihak yang memberikan pelayanan dengan pihak yang memverifikasi kelayakan pembiayaan. Semakin besar dana publik ditempatkan dekat dengan titik transaksi pelayanan, semakin penting pula *independent oversight*.

Persoalan ini menjadi lebih tajam ketika Dinas Kesehatan tidak memiliki posisi yang kuat dalam proses pengendalian. Jika rumah sakit menjadi pelaksana sekaligus pengelola dana, sementara Dinas Kesehatan tidak terlibat secara substantif dalam verifikasi, pengawasan pemanfaatan, evaluasi mutu, dan rekonsiliasi dengan kepesertaan JKN, maka terbentuk *regulatory oversight gap*. Pemerintah daerah membiayai, rumah sakit melaksanakan, tetapi fungsi regulator tidak memperoleh posisi yang memadai untuk menguji apakah pembayaran tersebut memang layak, diperlukan, dan additional terhadap manfaat JKN.

Padahal, dana pendamping semestinya memenuhi prinsip *financial additionality*: setiap rupiah APBD harus membiayai kebutuhan yang benar-benar berada di luar manfaat JKN, bukan menggantikan pembayaran JKN, menutup claim dispute, membayar klaim yang seharusnya diperbaiki oleh rumah sakit, atau menjadi kompensasi atas kelemahan administrasi pelayanan. Tanpa prinsip ini, batas antara perlindungan masyarakat miskin dan subsidi terhadap inefisiensi provider menjadi kabur.

Karena itu, mekanisme verifikasi yang saat ini melibatkan Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, kelurahan dan kecamatan memang menunjukkan adanya upaya menjaga ketepatan sasaran. Namun, keberadaan banyak aktor verifikasi tidak dengan sendirinya menjamin *accountability*. Yang jauh lebih penting adalah siapa yang memiliki kewenangan memutuskan, siapa yang mengendalikan uang, siapa yang memverifikasi pelayanan, siapa yang mengaudit, dan siapa yang bertanggung jawab ketika terjadi kesalahan.

Dengan demikian, persoalan dana pendamping APBD seharusnya tidak berhenti pada pertanyaan apakah masyarakat miskin masih membutuhkan bantuan. Pertanyaan yang lebih substantif adalah mengapa kesenjangan tersebut masih harus dibayar melalui rumah sakit ketika negara telah memiliki mekanisme JKN? Jika masalahnya adalah kepesertaan, perbaiki kepesertaan. Jika masalahnya data, perbaiki integrasi data. Jika masalahnya claim rejection, perbaiki mutu klaim. Jika masalahnya pelayanan, perbaiki mutu dan kendali biaya. Jika masalahnya kelompok yang benar-benar berada di luar cakupan JKN, barulah dirancang instrumen top-up yang terukur dan berada di bawah pengawasan independen.

Dengan pendekatan tersebut, kebijakan daerah tidak terjebak pada logika *semakin besar dana pendamping, semakin besar perlindungan*. Justru indikator keberhasilan UHC seharusnya bergerak ke arah sebaliknya: semakin efektif sistem JKN dan tata kelola kepesertaan, semakin kecil kebutuhan terhadap pembiayaan paralel APBD. Dana pendamping yang terus dipertahankan tanpa batas yang jelas berpotensi menjadikan *coverage gap* sebagai kondisi permanen, padahal tujuan kebijakan publik seharusnya adalah menutup gap tersebut, bukan membiayainya tanpa akhir.

Lebih jauh, bila dana tetap dipertahankan, desain yang lebih dapat dipertanggungjawabkan adalah dana tidak ditempatkan sebagai sumber pembiayaan bebas pada rumah sakit, tetapi dikelola melalui mekanisme yang memisahkan fungsi eligibility assessment, pelayanan, verifikasi, pembayaran, dan pengawasan. Dinas Kesehatan harus memiliki fungsi *regulatory oversight* yang nyata; rumah sakit bertindak sebagai *service provider*; sementara verifikasi dan audit harus memiliki independensi yang memadai. Dengan demikian, APBD benar-benar menjadi instrumen terakhir untuk menutup *residual protection gap*, bukan dana cadangan untuk menyelesaikan persoalan yang sebenarnya berada dalam ranah JKN atau tata kelola rumah sakit.

Dana Pendamping: Safety Net atau Parallel Financing?

Jika sebelumnya persoalan utama terletak pada mengapa dana pendamping diperlukan ketika mekanisme JKN belum sepenuhnya mampu menjamin perlindungan, maka persoalan yang lebih mendasar adalah bagaimana membedakan dana pendamping sebagai instrumen perlindungan masyarakat (*safety net*) dari dana pendamping sebagai pembiayaan paralel bagi fasilitas pelayanan kesehatan (*parallel financing*). Perbedaan ini penting karena keberadaan lebih dari satu sumber pembiayaan tidak dengan sendirinya menunjukkan penguatan UHC. Dalam perspektif health financing, kualitas suatu sistem tidak terutama ditentukan oleh banyaknya sumber dana, tetapi oleh bagaimana dana tersebut dihimpun, dipool, dialokasikan, dan digunakan untuk membeli pelayanan kesehatan secara adil, efisien, dan akuntabel (Mathauer et al., 2020). WHO secara eksplisit menempatkan

pooling sebagai fungsi penting karena memungkinkan risiko keuangan didistribusikan di antara populasi; sebaliknya, fragmentasi pool membatasi redistribusi dan dapat menciptakan inefisiensi sistemik.

Di Indonesia, persoalan tersebut menjadi lebih kompleks karena JKN pada dasarnya telah dirancang sebagai mekanisme *risk pooling* berskala nasional. Konsolidasi berbagai skema jaminan kesehatan ke dalam JKN merupakan langkah penting untuk mengurangi fragmentasi pembiayaan dan menyatukan fungsi purchasing dalam satu sistem. Literatur mutakhir bahkan menempatkan Indonesia sebagai contoh negara yang berhasil mengonsolidasikan berbagai skema publik ke dalam satu pool nasional, meskipun aliran pembiayaan lain dari pemerintah pusat dan daerah tetap berjalan di luar JKN untuk fungsi kesehatan tertentu. Karena itu, keberadaan dana APBD di luar JKN tidak otomatis bermasalah. Persoalannya terletak pada fungsi dan relasi dana tersebut terhadap pool JKN. Apabila APBD digunakan untuk membiayai fungsi kesehatan masyarakat, promotif-preventif, penguatan kapasitas layanan, atau kelompok penduduk yang secara eksplisit belum terlindungi, maka keberadaannya dapat dipandang sebagai pembiayaan komplementer. Namun, apabila dana tersebut digunakan untuk membayar kembali pelayanan yang sebenarnya merupakan kewajiban skema JKN, maka batas antara komplementaritas dan pembiayaan paralel mulai menjadi kabur.

Dengan demikian, istilah safety net seharusnya tidak dipahami sekadar sebagai "dana cadangan" ketika rumah sakit mengalami kekurangan pendapatan. Secara konseptual, safety net berorientasi pada perlindungan individu atau kelompok yang menghadapi risiko tidak memperoleh pelayanan atau mengalami kesulitan finansial. Fokus kebijakannya adalah pasien dan kebutuhan kesehatannya, bukan posisi keuangan provider. Prinsip ini konsisten dengan tujuan UHC yang menempatkan akses terhadap pelayanan yang dibutuhkan tanpa kesulitan finansial sebagai inti perlindungan kesehatan. Sebaliknya, ketika dana pendamping diberikan karena rumah sakit mengalami kekurangan penerimaan, tanpa terlebih dahulu mengidentifikasi apakah kekurangan tersebut berasal dari populasi yang tidak terlindungi, manfaat yang tidak tercakup, atau kegagalan proses klaim, maka orientasi kebijakan telah bergeser dari financial risk protection menjadi provider financing. Pergeseran kecil dalam desain tersebut memiliki konsekuensi besar terhadap akuntabilitas kebijakan.

Kritik ini menjadi semakin penting karena tidak semua kekurangan penerimaan rumah sakit merupakan coverage gap. Dalam sistem JKN, terdapat perbedaan antara pelayanan yang memang tidak dijamin oleh skema dan pelayanan yang sebenarnya dijamin tetapi pembayarannya tertunda akibat persoalan administrasi, klinis, kodifikasi, dokumentasi, atau verifikasi. Bukti empiris di Indonesia menunjukkan bahwa pending claims merupakan persoalan multifaktor. Scoping review Zalukhu dan Permanasari (2025), misalnya, mengidentifikasi lima kelompok penyebab utama, yaitu ketidakakuratan kode diagnosis dan prosedur, ketidaklengkapan dokumen klaim, keterbatasan sistem informasi, kompetensi sumber daya manusia, serta inkonsistensi SOP dan lemahnya koordinasi antarunit. Temuan penelitian lain pada 908 berkas pending claim di RSUD Waled menunjukkan bahwa aspek kodifikasi mencapai 41,9%, aspek medis 35,0%, dan aspek administratif 23,1%. Temuan tersebut memperlihatkan bahwa masalah arus

kas akibat klaim tertunda tidak dapat serta-merta diterjemahkan sebagai kekurangan pembiayaan publik.

Implikasinya sangat kritis bagi desain dana pendamping. Jika setiap pending claim diperlakukan sebagai kebutuhan yang dapat ditutup APBD, pemerintah daerah secara tidak langsung dapat menciptakan insentif untuk mengalihkan risiko manajemen klaim dari provider kepada pemerintah. Rumah sakit tetap memperoleh pelayanan finansial melalui JKN, tetapi ketika proses klaim bermasalah, pemerintah daerah hadir sebagai pembayar alternatif. Dalam perspektif tata kelola, kondisi demikian berpotensi menghasilkan moral hazard, karena konsekuensi finansial dari kelemahan dokumentasi, kodifikasi, koordinasi internal, atau kepatuhan prosedural tidak sepenuhnya dirasakan oleh organisasi yang menghasilkan masalah tersebut. Sebaliknya, beban tersebut dipindahkan kepada anggaran publik. Hal ini bertentangan dengan prinsip strategic purchasing, yang menghendaki agar pembayaran kepada provider dikaitkan dengan informasi mengenai kinerja, kebutuhan populasi, kualitas, dan efisiensi pelayanan (World Health Organization [WHO], 2017, 2019).

Dalam hal ini, dana pendamping harus dibedakan secara tegas antara *financing the patient* dan *financing the provider*. *Financing the patient* berarti pemerintah menggunakan sumber daya publik untuk memastikan seseorang tetap memperoleh pelayanan ketika terdapat celah perlindungan yang sah dan teridentifikasi. *Financing the provider*, sebaliknya, berarti pemerintah memberikan sumber daya untuk menjaga kemampuan finansial fasilitas pelayanan tanpa terlebih dahulu memastikan bahwa kebutuhan tersebut berasal dari kewajiban perlindungan pasien. Perbedaan tersebut bukan hanya persoalan teknis anggaran, tetapi merupakan perbedaan paradigma. Yang pertama berangkat dari prinsip equity dan financial protection, sedangkan yang kedua berpotensi berangkat dari logika institutional sustainability. Keduanya memang dapat bertemu, tetapi tidak boleh dipertukarkan tanpa mekanisme verifikasi yang ketat.

Risiko tersebut semakin besar apabila dana pendamping diberikan langsung kepada rumah sakit tanpa mekanisme purchasing yang jelas. WHO mendefinisikan purchasing sebagai proses mengalokasikan dana kepada provider untuk memperoleh pelayanan kesehatan dan menekankan bahwa strategic purchasing harus menjawab tiga pertanyaan mendasar: pelayanan apa yang dibeli, dari siapa pelayanan tersebut dibeli, dan bagaimana serta pada tingkat berapa provider dibayar. Pembayaran yang strategis harus menggunakan informasi mengenai kebutuhan populasi dan kinerja provider sebagai dasar keputusan. Karena itu, apabila APBD diberikan kepada rumah sakit hanya berdasarkan besaran kekurangan atau klaim yang belum dibayar, tanpa mengaitkannya dengan kebutuhan populasi, jenis layanan, mutu, efisiensi, dan status kepesertaan pasien, mekanisme tersebut sesungguhnya lebih dekat dengan subsidi institusional daripada strategic purchasing.

Masalah berikutnya adalah fragmentasi pembiayaan. Mathauer et al. (2020) menunjukkan bahwa semakin terfragmentasi pooling arrangements, semakin terbatas kemampuan sistem melakukan redistribusi risiko dan sumber daya. Mereka mengidentifikasi konsolidasi pool, cross-subsidization, serta harmonisasi manfaat dan metode pembayaran sebagai alternatif reformasi untuk mengurangi

fragmentasi. Temuan tersebut relevan untuk membaca dana pendamping daerah. Apabila APBD membentuk jalur pembayaran tersendiri untuk kelompok pelayanan yang sebenarnya sudah berada dalam cakupan JKN, maka daerah tidak sekadar "menambah dana", tetapi menciptakan lapisan pembiayaan baru yang memiliki aturan, verifikasi, dan alur pembayaran sendiri. Dalam jangka pendek hal tersebut mungkin terlihat pragmatis karena dapat membantu rumah sakit menjaga likuiditas. Namun dalam jangka panjang, ia berpotensi memperlemah integrasi sistem, menyulitkan pelacakan pembiayaan, dan menciptakan ketidakjelasan mengenai siapa sebenarnya yang bertanggung jawab atas suatu pelayanan.

Persoalan ini telah terlihat dalam pengalaman negara lain. Khatri et al. (2025), melalui kajian sistem pembiayaan kesehatan Nepal, menemukan bahwa keberadaan berbagai skema perlindungan sosial secara bersamaan dapat menghasilkan fragmented risk pooling dan menurunkan efisiensi pembiayaan. Mereka menempatkan harmonisasi atau penggabungan skema sebagai salah satu agenda reformasi penting, bersamaan dengan penguatan pembiayaan publik dan strategic purchasing. Pelajaran yang relevan bagi Indonesia bukan bahwa semua sumber pembiayaan daerah harus dihapus, tetapi bahwa setiap sumber pembiayaan harus memiliki fungsi yang jelas dalam arsitektur sistem secara keseluruhan. Dana tambahan yang tidak memiliki batas fungsi justru dapat menghasilkan sistem yang lebih kompleks tanpa memberikan perlindungan tambahan yang sepadan.

Dalam perspektif tersebut, keberadaan dana pendamping seharusnya diuji melalui pertanyaan yang lebih ketat: apakah kebutuhan tersebut merupakan risiko pasien, risiko sistem, atau risiko provider? Jika merupakan risiko pasien, dana pendamping dapat dibenarkan sebagai safety net. Jika merupakan risiko sistem, misalnya terdapat kekosongan desain manfaat atau keterbatasan mekanisme pembiayaan pada kondisi tertentu, maka diperlukan intervensi kebijakan untuk memperbaiki desain sistem. Namun jika merupakan risiko provider yang timbul karena kelemahan pengelolaan internal, persoalan tersebut semestinya pertama-tama diselesaikan melalui perbaikan tata kelola rumah sakit, manajemen klaim, kualitas rekam medis, kodifikasi, sistem informasi, dan mekanisme verifikasi. Literatur Indonesia tentang pending claims secara konsisten menunjukkan bahwa dimensi tersebut merupakan bagian penting dari akar persoalan, bukan sekadar persoalan kurangnya dana.

Atas dasar itu, Dinas Kesehatan seharusnya tidak hanya berfungsi sebagai administrator anggaran, tetapi menjadi policy gatekeeper yang memastikan bahwa dana pendamping tetap berada dalam koridor kebijakan kesehatan daerah. Hal ini penting karena rumah sakit memiliki kepentingan langsung terhadap keberlanjutan penerimaan, sedangkan Dinas Kesehatan memiliki mandat yang lebih luas untuk menjaga keterjangkauan, pemerataan, mutu, dan arah pembangunan kesehatan. Kajian mengenai pembiayaan kesehatan di era JKN juga menekankan pentingnya data pembiayaan daerah yang mampu menunjukkan siapa yang membiayai pelayanan, berapa besar dana yang digunakan, jenis pelayanan yang dibiayai, dan siapa yang memperoleh manfaat sebagai dasar pengambilan keputusan berbasis bukti dan peningkatan akuntabilitas pemerintah daerah. Dengan demikian, keterlibatan Dinas Kesehatan diperlukan bukan semata untuk menambah lapisan

birokrasi, melainkan untuk memastikan bahwa keputusan pembiayaan tidak didominasi oleh perspektif hospital financial rescue.

Lebih jauh, desain dana pendamping perlu mempertimbangkan risiko terjadinya soft budget constraint. Ketika rumah sakit mengetahui bahwa kekurangan pendapatan pada akhirnya dapat ditutup oleh APBD, maka tekanan untuk memperbaiki efisiensi, memperkuat sistem klaim, mempercepat penyelesaian pending claims, atau meningkatkan kepatuhan terhadap standar dapat berkurang. Dana pendamping yang terlalu mudah diakses justru dapat menciptakan paradoks kebijakan: pemerintah daerah bermaksud menjaga kesinambungan pelayanan, tetapi desain kebijakannya dapat melemahkan insentif organisasi untuk memperbaiki sumber masalah. Karena itu, safety net yang sehat harus bersifat targeted, conditional, transparent, and accountable, bukan otomatis dan tanpa batas.

Hal tersebut juga menunjukkan bahwa sustainability rumah sakit tidak boleh disamakan dengan sustainability pembiayaan JKN. Keduanya memang saling berhubungan, tetapi memiliki objek kebijakan yang berbeda. Keberlanjutan rumah sakit menyangkut kemampuan organisasi mempertahankan operasional dan kualitas pelayanan; sedangkan keberlanjutan JKN menyangkut keseimbangan antara penerimaan, risk pooling, manfaat, utilisasi, dan pembayaran kepada provider. Jika APBD digunakan terus-menerus untuk menutup kesenjangan keuangan rumah sakit, pemerintah daerah mungkin berhasil mempertahankan keberlanjutan institusi dalam jangka pendek, tetapi belum tentu memperbaiki keberlanjutan sistem pembiayaan kesehatan. Bahkan, pembiayaan publik yang tidak disertai reformasi pooling dan purchasing dapat hanya memindahkan masalah dari satu neraca ke neraca lainnya.

Dengan demikian, dana pendamping idealnya tidak ditempatkan sebagai "uang tambahan bagi rumah sakit", melainkan sebagai instrumen korektif terhadap celah perlindungan yang dapat diidentifikasi dan diverifikasi. Dana tersebut dapat digunakan ketika terdapat kelompok penduduk yang belum terlindungi, pelayanan tertentu yang secara sah berada di luar manfaat JKN tetapi dipandang sebagai kebutuhan prioritas daerah, kondisi transisional yang belum terakomodasi sistem, atau keadaan khusus yang menimbulkan risiko finansial serius bagi masyarakat. Sebaliknya, dana pendamping seharusnya tidak digunakan untuk membayar kembali klaim JKN yang tertunda hanya karena persoalan administrasi internal, kesalahan kodifikasi, ketidaklengkapan dokumentasi, atau kelemahan koordinasi provider. Dalam kasus semacam itu, solusi kebijakan yang lebih tepat adalah memperbaiki claims management, bukan menciptakan pembayar kedua.

Pada akhirnya, batas antara safety net dan parallel financing ditentukan bukan oleh sumber dananya, tetapi oleh fungsi, sasaran, mekanisme pembayaran, dan akuntabilitasnya. APBD yang digunakan untuk melindungi pasien yang berada di luar jangkauan perlindungan JKN dapat memperkuat UHC. Sebaliknya, APBD yang digunakan untuk menutup kekurangan penerimaan provider tanpa verifikasi terhadap akar persoalannya berpotensi menciptakan parallel financing yang memperbesar fragmentasi dan mengaburkan akuntabilitas. Dalam kerangka ini, tantangan kebijakan bukan memilih antara JKN dan APBD, melainkan membangun hubungan komplementer antara keduanya tanpa menciptakan pembiayaan ganda dan distorsi insentif. Prinsip WHO bahwa reformasi pembiayaan harus bergerak

menuju pengurangan fragmentasi pooling, peningkatan strategic purchasing, serta keterkaitan pembayaran dengan kinerja provider dan kebutuhan populasi memberikan dasar teoritis yang kuat untuk posisi tersebut.

Karena itu, proposisi yang dapat ditarik dari subbahasan ini adalah bahwa dana pendamping hanya dapat dipertahankan sebagai instrumen kebijakan publik yang legitimate apabila keberadaannya memperkuat risk pooling, menutup coverage gap, dan meningkatkan perlindungan finansial masyarakat; bukan apabila ia berfungsi sebagai mekanisme substitusi terhadap kewajiban JKN atau bailout terhadap kelemahan finansial provider. Dengan kata lain, ukuran keberhasilannya tidak boleh berhenti pada berapa besar dana yang tersalurkan atau berapa besar tunggakan rumah sakit yang tertutup, tetapi harus bergeser kepada pertanyaan yang lebih substantif: berapa banyak risiko kesehatan masyarakat yang berhasil ditutup, kelompok mana yang terlindungi, apakah terjadi duplikasi pembayaran, dan apakah intervensi tersebut memperkuat atau justru melemahkan arsitektur pembiayaan JKN. Perspektif inilah yang kemudian mengantarkan pembahasan pada persoalan berikutnya, yaitu desain kelembagaan, mekanisme verifikasi, dan posisi Dinas Kesehatan sebagai pengendali agar dana pendamping tidak berubah dari safety net menjadi parallel financing.

Novelty, Implikasi dan Kelemahan

Novelty penelitian ini terletak pada pengembangan kerangka evaluasi UHC yang tidak berhenti pada pengukuran population coverage, tetapi mengonstruksikan coverage cascade yang menghubungkan population coverage, active coverage, dan effective coverage dengan rasionalitas penggunaan dana pendamping APBD. Penelitian tidak hanya menghitung persentase kepesertaan, tetapi mengidentifikasi coverage gap, activation gap, dan effective protection gap sebagai tiga lapisan kesenjangan perlindungan kesehatan. Dengan demikian, capaian kepesertaan yang mendekati universal diperlakukan sebagai necessary condition, bukan sufficient condition, bagi tercapainya UHC. Kerangka ini relevan karena data Kalimantan Selatan menunjukkan kesenjangan antara peserta JKN terdaftar dan peserta aktif yang cukup besar.

Novelty berikutnya adalah menghubungkan analisis statistik cakupan dengan analisis ekonomi-kebijakan terhadap dana pendamping APBD. Dana tersebut dianalisis bukan sekadar sebagai belanja pelayanan, tetapi diklasifikasikan berdasarkan fungsi menjadi safety net, complementary financing, atau berpotensi menjadi parallel financing. Pendekatan ini kemudian diperdalam melalui konsep financial additionality, strategic purchasing, risk pooling, soft budget constraint, dan control independence risk.

Dengan demikian, kontribusi utama penelitian adalah menawarkan model evaluasi integratif berbasis evidence yang menghubungkan indikator coverage, efisiensi fiskal, risiko pembiayaan ganda, dan tata kelola. Penelitian ini menggeser pertanyaan evaluasi dari “berapa banyak penduduk telah dijamin?” menjadi “seberapa efektif kepesertaan tersebut menghasilkan perlindungan dan apakah APBD memperkuat atau justru menggantikan fungsi JKN?”

Implikasi penelitian terutama diarahkan pada reorientasi kebijakan pembiayaan kesehatan daerah dari ekspansi coverage menuju aktivasi, efektivitas perlindungan, dan integrasi pembiayaan. Tingginya population coverage tidak

seharusnya menjadi dasar untuk menghentikan evaluasi UHC, tetapi menjadi titik awal untuk mengidentifikasi peserta yang tidak aktif serta hambatan pemanfaatan pelayanan. Karena itu, indikator kinerja pemerintah daerah perlu diperluas dari sekadar persentase kepesertaan menjadi kombinasi active coverage, activation rate, utilisation, kualitas pelayanan, dan perlindungan finansial.

Implikasi fiskalnya adalah perlunya mengubah fungsi dana pendamping APBD dari pembiayaan residual yang bersifat reaktif menjadi instrumen korektif yang terarah. Apabila masalah berasal dari ketidakaktifan peserta, sinkronisasi data, atau kepesertaan kelompok rentan, maka sumber daya APBD secara relatif lebih strategis diarahkan untuk aktivasi kepesertaan, pembayaran iuran kelompok rentan, dan integrasi data daripada membayar pelayanan setelah pasien jatuh sakit. Sebaliknya, apabila terdapat kebutuhan yang benar-benar berada di luar manfaat JKN, dana pendamping dapat dipertahankan sebagai targeted safety net.

Implikasi kelembagaan adalah perlunya separation of functions antara eligibility assessment, pelayanan, verifikasi, pembayaran, dan audit. Dinas Kesehatan perlu ditempatkan sebagai policy gatekeeper, sedangkan rumah sakit berfungsi sebagai service provider. Mekanisme ini penting untuk mencegah APBD berubah menjadi pembiayaan alternatif atas persoalan klaim, coding, dokumentasi, atau inefisiensi provider.

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan metodologis yang perlu diperhatikan dalam menginterpretasikan hasil. Pertama, effective coverage belum dapat diestimasi secara penuh karena data yang tersedia terutama menggambarkan kepesertaan dan status aktif. Data tersebut belum secara komprehensif mengukur seluruh komponen need, utilisation, dan quality. Oleh sebab itu, effective protection gap dalam penelitian ini lebih tepat diposisikan sebagai kerangka analitis daripada estimasi kausal yang sepenuhnya terukur. Dokumen penelitian sendiri mengakui bahwa data kepesertaan belum dapat membuktikan apakah seluruh peserta aktif memperoleh pelayanan yang dibutuhkan, berkualitas, dan memberikan perlindungan finansial.

Kedua, kemampuan analisis statistik untuk menjelaskan variasi keaktifan antarwilayah masih bergantung pada kelengkapan dan granularitas data kabupaten/kota. Literatur yang digunakan menunjukkan bahwa variabel sosial-ekonomi hanya menjelaskan sekitar 8,47% variasi keaktifan, sehingga terdapat kemungkinan omitted variable bias dari faktor kelembagaan, kapasitas fiskal, kualitas pelayanan, administrasi kepesertaan, dan karakteristik geografis.

Ketiga, penelitian belum dirancang sebagai eksperimen atau quasi-experiment, sehingga hubungan antara dana pendamping dan outcome UHC tidak dapat secara langsung ditafsirkan sebagai hubungan kausal. Analisis cost-opportunity juga sangat bergantung pada kualitas data penggunaan APBD dan manfaat alternatif yang dapat diukur.

Keempat, klasifikasi dana pendamping sebagai safety net atau parallel financing merupakan hasil analisis kebijakan berbasis karakteristik desain pembiayaan, bukan pembuktian bahwa telah terjadi penyimpangan. Karena itu, hasil penelitian harus dibaca sebagai identifikasi risiko tata kelola (governance risk), bukan tuduhan terhadap institusi atau provider tertentu.

D. PENUTUP

Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis terhadap capaian kepesertaan JKN, kesenjangan active coverage, efektivitas perlindungan, serta posisi dana pendamping APBD dalam arsitektur pembiayaan kesehatan di Kalimantan Selatan, penelitian ini menghasilkan beberapa kesimpulan utama.

1. Capaian population coverage telah sangat tinggi, tetapi belum identik dengan UHC yang efektif.

Kepesertaan JKN yang telah mencapai sekitar 98–99% menunjukkan keberhasilan ekspansi cakupan secara administratif. Namun, masih terdapat kesenjangan antara penduduk yang tercatat sebagai peserta dan peserta yang berstatus aktif. Dengan demikian, persoalan UHC di Kalimantan Selatan telah bergeser dari coverage expansion menuju coverage retention, activation, dan effective protection. Angka kepesertaan yang tinggi tidak dapat digunakan sebagai satu-satunya bukti bahwa seluruh penduduk telah memperoleh perlindungan kesehatan yang efektif.

2. Terdapat activation gap yang menunjukkan bahwa sebagian penduduk telah masuk ke sistem tetapi belum sepenuhnya terlindungi ketika membutuhkan pelayanan.

Data menunjukkan 4.324.807 peserta JKN dibandingkan 3.686.585 peserta aktif, sehingga terdapat sekitar 638.222 peserta yang berada pada posisi terdaftar tetapi tidak aktif. Kondisi ini menunjukkan bahwa kebijakan penambahan peserta baru bukan lagi satu-satunya respons yang relevan. Intervensi perlu bergeser kepada keberlanjutan kepesertaan, validasi data, kemampuan membayar iuran, dan mekanisme aktivasi kembali.

3. Effective coverage masih menjadi titik lemah yang belum dapat dijelaskan hanya melalui data kepesertaan.

Peserta aktif belum otomatis memperoleh pelayanan yang tersedia, mudah diakses, tepat waktu, bermutu, dan bebas dari beban finansial. Karena itu, masih terdapat effective protection gap yang memerlukan pengukuran lebih lanjut. Penelitian ini menegaskan bahwa population coverage merupakan necessary condition, tetapi belum merupakan sufficient condition bagi UHC.

4. Dana pendamping APBD memiliki justifikasi sosial, tetapi rasionalitas instrumennya sangat bergantung pada desain dan penggunaannya.

Dana pendamping dapat dibenarkan apabila berfungsi sebagai targeted safety net untuk penduduk yang benar-benar berada di luar jangkauan perlindungan JKN. Namun, ketika dana tersebut digunakan untuk membayar pelayanan yang seharusnya menjadi tanggung jawab JKN, menutup persoalan pending claim, atau mengompensasi kelemahan administrasi dan manajemen provider, fungsinya bergeser menjadi parallel financing.

5. Risiko terbesar bukan terletak pada keberadaan dana pendamping, melainkan pada salah desain fungsi pembiayaan dan lemahnya pemisahan fungsi pengendalian.

Penempatan dana pada rumah sakit yang sekaligus memberikan pelayanan menciptakan control independence risk, terutama apabila fungsi penilaian kelayakan, pelayanan, verifikasi, pembayaran, dan pengawasan tidak

dipisahkan secara memadai. Kondisi tersebut tidak dapat langsung dimaknai sebagai penyimpangan, tetapi menciptakan kebutuhan yang lebih tinggi terhadap independent verification, audit trail, dan pengawasan eksternal.

6. Keterlibatan Dinas Kesehatan perlu diperkuat sebagai fungsi pengendalian kebijakan, bukan sekadar koordinasi administratif.

Apabila rumah sakit menjadi pelaksana pelayanan sekaligus titik utama pengelolaan dana, sementara Dinas Kesehatan tidak memiliki peran substantif dalam verifikasi, pengawasan mutu, evaluasi pemanfaatan, dan rekonsiliasi dengan sistem JKN, maka muncul regulatory oversight gap. Dana publik berisiko lebih berorientasi pada penyelesaian transaksi pasien daripada memperbaiki sistem perlindungan kesehatan secara keseluruhan.

7. Persoalan utama bukan memilih antara JKN dan APBD, tetapi memastikan APBD memperkuat JKN dan tidak menggantikannya.

Dana daerah seharusnya diarahkan untuk menutup residual protection gap yang teridentifikasi, sekaligus memperbaiki faktor penyebabnya. Dengan demikian, keberhasilan kebijakan tidak diukur dari besarnya dana yang terserap atau banyaknya pasien yang dibayarkan, tetapi dari berkurangnya kesenjangan perlindungan, meningkatnya kepesertaan aktif, menurunnya pembiayaan langsung masyarakat, dan semakin kecilnya kebutuhan terhadap pembiayaan paralel.

Saran

rekomendasi penelitian diarahkan pada perubahan desain kebijakan yang dapat diterapkan secara bertahap oleh pemerintah daerah, tanpa menghilangkan fungsi perlindungan bagi masyarakat miskin dan rentan.

1. Ubah orientasi dana pendamping dari “membayar pelayanan” menjadi “menutup residual protection gap”.

Pemerintah daerah perlu menetapkan secara tertulis kriteria bahwa dana pendamping hanya dapat digunakan setelah dipastikan bahwa kebutuhan tersebut tidak dapat ditanggung JKN dan bukan akibat kesalahan administrasi, coding, dokumentasi, atau kegagalan manajemen klaim provider. Setiap pembayaran harus memiliki dasar eligibility dan alasan pembiayaan yang terdokumentasi.

2. Terapkan prinsip financing the patient, bukan financing the provider.

Penerima manfaat harus menjadi pusat kebijakan. Dana tidak diberikan berdasarkan kebutuhan finansial rumah sakit, tetapi berdasarkan status perlindungan dan kebutuhan pasien. Dengan prinsip ini, pemerintah dapat membedakan secara jelas antara pasien yang memang membutuhkan safety net dengan persoalan keuangan provider.

3. Bangun mekanisme “JKN First Policy”.

Setiap pasien yang akan menggunakan dana pendamping terlebih dahulu dilakukan eligibility screening terhadap status kepesertaan JKN. Apabila pasien masih dapat diaktifkan, didaftarkan, atau dialihkan ke skema JKN yang sesuai, maka penyelesaian melalui JKN harus diprioritaskan. Dana pendamping menjadi instrumen terakhir, bukan pilihan pertama.

4. Perkuat peran Dinas Kesehatan sebagai policy gatekeeper.

Dinas Kesehatan perlu memiliki kewenangan substantif dalam menetapkan kriteria pelayanan, melakukan policy review, memantau pola penggunaan dana, melakukan rekonsiliasi dengan data JKN, dan mengevaluasi dampaknya terhadap mutu serta pemerataan pelayanan. Dengan demikian, fungsi regulator tidak berada di luar proses pembiayaan.

5. Pisahkan fungsi pelayanan, verifikasi, pembayaran, dan pengawasan. Rumah sakit tetap menjadi service provider, tetapi tidak seharusnya menjadi satu-satunya pihak yang menentukan kelayakan pembiayaan. Perlu dibangun segregation of duties antara pihak yang memberikan pelayanan, pihak yang memverifikasi kelayakan, pihak yang melakukan pembayaran, dan pihak yang melakukan audit. Desain ini secara langsung mengurangi control independence risk dan memperkuat auditability.
6. Bangun dashboard coverage-to-protection tingkat provinsi. Pemerintah daerah perlu mengintegrasikan sedikitnya lima indikator: population coverage, active coverage, activation gap, utilisation, dan indikator perlindungan finansial. Dashboard tersebut sebaiknya dilengkapi dengan data kabupaten/kota sehingga dapat diketahui wilayah dengan activation gap tertinggi dan menjadi dasar penargetan intervensi APBD.
7. Gunakan dana pendamping sebagai instrumen transisi, bukan pembiayaan permanen. Setiap kategori penggunaan dana perlu memiliki batas waktu dan exit strategy. Apabila suatu kelompok berulang kali menggunakan dana pendamping karena persoalan kepesertaan, maka kasus tersebut harus dikembalikan ke mekanisme perbaikan JKN. Dengan demikian, keberhasilan program justru ditandai oleh menurunnya kebutuhan terhadap dana pendamping dari waktu ke waktu.
8. Alihkan sebagian dana dari pembiayaan hilir ke intervensi hulu apabila terbukti lebih cost-effective. Apabila analisis menunjukkan bahwa dana yang digunakan untuk membayar pelayanan dapat menghasilkan manfaat yang lebih besar apabila dialihkan untuk aktivasi peserta, pembayaran iuran kelompok rentan, perbaikan integrasi data, pelayanan primer, atau penguatan sistem rujukan, maka APBD perlu direalokasikan berdasarkan prinsip opportunity cost. Ini akan mengubah APBD dari instrumen reactive spending menjadi preventive system strengthening.
9. Tetapkan indikator kinerja yang mengukur hasil, bukan sekadar serapan anggaran. Evaluasi dana pendamping sebaiknya menggunakan indikator seperti penurunan jumlah peserta tidak aktif, penurunan penggunaan dana pendamping per 1.000 penduduk, persentase kasus yang berhasil dialihkan ke JKN, waktu penyelesaian verifikasi, jumlah kasus pembiayaan ganda, serta proporsi dana yang benar-benar menjangkau kelompok yang tidak terlindungi.
10. Lakukan evaluasi tahunan terhadap status dana: safety net atau parallel financing.

Pemerintah daerah perlu melakukan annual policy review dengan pertanyaan sederhana tetapi menentukan: siapa yang dibiayai, mengapa tidak ditanggung JKN, apakah pembiayaan tersebut benar-benar additional, apakah terdapat alternatif yang lebih efisien, dan apakah penggunaan dana memperkuat atau memperlemah JKN? Hasil evaluasi tersebut harus menjadi dasar untuk mempertahankan, mengubah, atau menghentikan skema.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Suparmi, Achadi, E. L., et al. (2019). Universal health coverage in Indonesia: Concept, progress, and challenges. *The Lancet*, 393(10166), 75–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7)
- Ainy, A., & Pujiyanto, P. (2025). Active membership in Indonesian National Health Insurance: A district level analysis. *Journal of Public Health and Pharmacy*, 6(1), 77–86. <https://doi.org/10.56338/jphp.v6i1.6036>
- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Asante, A., Cheng, Q., Susilo, D., Satrya, A., Haemmerli, M., Fattah, R. A., et al. (2023). The benefits and burden of health financing in Indonesia: Analyses of nationally representative cross-sectional data. *The Lancet Global Health*, 11(5), e770–e780. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00064-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00064-5)
- Azizatunnisa, L., Probandari, A., Kuper, H., & Banks, L. M. (2025). Health insurance coverage, healthcare use, and financial protection amongst people with disabilities in Indonesia: Analysis of the 2021 National Socioeconomic Survey. *The Lancet Regional Health – Southeast Asia*, 39, 100631. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2025.100631>
- Chowdhury, M. A. K., Karim, F., Hasan, M. M., Ali, N. B., Khan, A. N. S., Siraj, M. S., et al. (2022). Bottleneck analysis of maternal and newborn health services in hard-to-reach areas of Bangladesh using ‘TANAHASHI’ framework: An explanatory mixed-method study. *PLOS ONE*, 17(5), e0268029. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268029>
- Contreras-Montiel, P., Armijo, N., Vera, M., Arteaga, O., Góngora-Salazar, P., Balmaceda, C., & Espinoza, M. A. (2026). Fragmentation of health benefits plans in Chile: Findings from a comparative policy analysis and implications for advancing Universal Health Coverage. *Health Policy*, 164, 105507. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105507>
- Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2025). Tindak lanjut permasalahan Jaminan Kesehatan Nasional di Provinsi Kalimantan Selatan. DJSN.
- Emerson, K., & Nabatchi, T. (2015). Collaborative governance regimes. Georgetown University Press.
- Endalamaw, A., Mengistu, T. S., Khatri, R. B., Wolka, E., Erku, D., Zewdie, A., et al. (2025). Universal health coverage—Exploring the what, how, and why using realist review. *PLOS Global Public Health*, 5(3), e0003330. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003330>

- Fhalyang, W. (2026). Rethinking strategic purchasing for the financial sustainability of Indonesia's National Health Insurance or Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): An opinion. *Health Economics Insights Journal*, 1(2). <https://doi.org/10.55942/heij.v1i2.2137>
- Gatome-Munyua, A., Sparkes, S., Mtei, G., Sabignoso, M., Soewondo, P., Yameogo, P., Hanson, K., & Cashin, C. (2025). Reducing fragmentation of primary healthcare financing for more equitable, people-centred primary healthcare. *BMJ Global Health*, 10(1), e015088. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-015088>
- Indonesian Health Systems Group. (2019). Universal health coverage in Indonesia: Concept, progress, and challenges. *The Lancet*, 393(10166), 75–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7)
- Karim, A., & de Savigny, D. (2023). Effective coverage in health systems: Evolution of a concept. *Diseases*, 11(1), 35. <https://doi.org/10.3390/diseases11010035>
- Lestari, T. D., & Kusumo, M. P. (2025). Universal health coverage (UHC): Turning equitable and quality health care access for all. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 35(2), 420–435. <https://doi.org/10.34011/jmp2k.v35i2.2679>
- Lim, M. Y., Kamaruzaman, H. F., Wu, O., & Geue, C. (2023). Health financing challenges in Southeast Asian countries for universal health coverage: A systematic review. *Archives of Public Health*, 81, 148. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01159-3>
- Maulana, N., Soewondo, P., Adani, N., Limasalle, P., & Pattnaik, A. (2022). How Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) coverage influences out-of-pocket (OOP) payments by vulnerable populations in Indonesia. *PLOS Global Public Health*, 2(7), e0000203. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000203>
- McCollum, R., Taegtmeier, M., Otiso, L., Mireku, M., Muturi, N., Martineau, T., & Theobald, S. (2019). Healthcare equity analysis: Applying the Tanahashi model of health service coverage to community health systems following devolution in Kenya. *International Journal for Equity in Health*, 18, 65. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0967-5>
- Ng, M., Fullman, N., Dieleman, J. L., Flaxman, A. D., Murray, C. J. L., & Lim, S. S. (2014). Effective coverage: A metric for monitoring universal health coverage. *PLoS Medicine*, 11(9), e1001730. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001730>
- Putri, S. S., & Suryawati, C. (2022). Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional pada aspek kepesertaan untuk mencapai Universal Health Coverage. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 21(2), 118–123. <https://doi.org/10.14710/mkmi.21.2.118-123>
- RSUD dr. H. Moch. Ansari Saleh. (2026). Dana pendamping pelayanan kesehatan bagi masyarakat tidak mampu. Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan.
- RSUD Ulin. (2026). Dana pendamping pasien tidak mampu bersumber dari APBD. Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan.

- Sujarwoto, S., Holipah, H., & Maharani, A. (2026). Hidden inequities in universal health coverage: Determinants of health insurance underutilization in Indonesia. *BMC Public Health*, 26, 1265. <https://doi.org/10.1186/s12889-026-26841-3>
- Sunjaya, D. K., Herawati, D. M. D., Sihalo, E. D., Hardiawan, D., Relaksana, R., & Siregar, A. Y. M. (2022). Factors affecting payment compliance of the Indonesia national health insurance participants. *Risk Management and Healthcare Policy*, 15, 277–288. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S347823>
- Susilo, D., Wulandari, L. P. L., Sukmayeti, E., Asante, A., Jan, S., Thabrany, H., Tangcharoensathien, V., Wiseman, V., & Liverani, M. (2025). Can Indonesia achieve universal health coverage? Organisational and financing challenges in implementing the national health insurance system. *SSM – Health Systems*, 5, 100138. <https://doi.org/10.1016/j.ssmhs.2025.100138>
- Syafrawati, S., Machmud, R., Aljunid, S. M., & Semiarty, R. (2023). Incidence of moral hazards among health care providers in the implementation of social health insurance toward universal health coverage: Evidence from rural province hospitals in Indonesia. *Frontiers in Public Health*, 11, 1147709. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1147709>
- Trisnasari, T., Laosee, O., Rattanapan, C., & Janmaimool, P. (2023). Assessing the determinants of compliance with contribution payments to the national health insurance scheme among informal workers in Indonesia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(23), 7130. <https://doi.org/10.3390/ijerph20237130>
- Wahyudi, A. (2025). Tata kelola jaminan kesehatan nasional di Kalimantan Selatan: Peran pemerintah daerah dalam menjamin keberlanjutan, akuntabilitas, dan mutu pelayanan. *EZRA Science Bulletin*, 3(2), 2210–2226. <https://doi.org/10.58526/ezrasciencebulletin.v3i2.510>
- World Bank. (2026). Lessons from Indonesia's 10-year journey towards universal health coverage. World Bank.
- Wright, D. J. (2016). Soft budget constraints in public hospitals. *Health Economics*, 25(5), 578–590. <https://doi.org/10.1002/hec.3174>