

Transisi Epidemiologi Global dan Implikasinya terhadap Asuransi Kesehatan di Indonesia

Global Epidemiological Transition and Its Implications for Health Insurance in Indonesia

Saula Bellatrix Lumbantobing^{1*}, Almeria Annisa Putri², Riswandy Wasir³

^{1,2,3}Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Sarjana UPN
“Veteran” Jakarta, Indonesia

*Email Korespondensi : saulatobing2004@gmail.com

Abstrak

Latar belakang: Transisi epidemiologi global menggeser beban penyakit dari penyakit menular ke Penyakit Tidak Menular (PTM), yang kini menjadi penyebab utama kematian. Lonjakan prevalensi PTM di Indonesia seperti penyakit jantung, stroke, dan diabetes menimbulkan tekanan serius terhadap sistem pembiayaan kesehatan.

Tujuan: Mengkaji implikasi transisi epidemiologi global terhadap keberlanjutan sistem asuransi kesehatan di Indonesia.

Metode: Kajian literatur dilakukan terhadap tujuh artikel nasional dan internasional yang dipilih melalui pencarian sistematis di Google Scholar, ScienceDirect, dan PubMed dengan kriteria tertentu.

Hasil: Transisi epidemiologi berdampak langsung terhadap meningkatnya biaya perawatan jangka panjang, memperbesar kesenjangan akses layanan, dan memperdalam ketimpangan sosial-ekonomi. Sistem JKN belum sepenuhnya adaptif terhadap pola penyakit kronis dan multimorbiditas, serta masih didominasi pendekatan kuratif.

Kesimpulan: Reformasi sistem pembiayaan kesehatan perlu diarahkan pada penguatan pencegahan, integrasi layanan primer, dan kebijakan distribusi layanan yang adil. Tanpa intervensi sistemik, transisi epidemiologi berisiko melemahkan perlindungan jaminan kesehatan nasional dalam jangka panjang.

Kata Kunci: Asuransi Kesehatan; Pembiayaan Kesehatan; Penyakit Tidak Menular; Strategi Kebijakan; Transisi Epidemiologi.

Abstract

Background: The global epidemiological transition has shifted the disease burden from infectious diseases to non-communicable diseases (NCDs), now the leading cause of death worldwide. In Indonesia, the rising prevalence of NCDs—particularly heart disease, stroke, and diabetes—has placed significant pressure on the health financing system.

Objective: To examine the implications of the global epidemiological transition on the sustainability of Indonesia's health insurance system.

Method: A literature review was conducted on six selected national and international articles identified through systematic searches in Google Scholar, ScienceDirect, and PubMed based on predefined criteria.

Results: The transition has increased long-term care costs, widened access gaps, and exacerbated social and economic inequalities. Indonesia's National Health Insurance (JKN) system remains insufficiently responsive to the chronic and multimorbid nature of NCDs, with a continued reliance on curative approaches.

Conclusion: Health financing reform must prioritize prevention, strengthen primary care integration, and ensure equitable distribution of services. Without systemic interventions, the epidemiological transition may undermine the long-term sustainability of national health insurance.

Keywords: *Epidemiological Transition; Health Insurance; Health Financing; Non-Communicable Diseases; Policy Strategies.*

PENDAHULUAN

Dalam tiga dekade terakhir, dunia telah mengalami transisi epidemiologi yang ditandai dengan pergeseran beban penyakit dari penyakit menular ke Penyakit Tidak Menular (PTM). PTM saat ini menjadi penyebab utama kematian global, dengan estimasi sekitar 41 juta kematian setiap tahun, atau sekitar 74% dari total kematian di dunia. Dari jumlah tersebut, penyakit kardiovaskular merupakan kontributor terbesar, menyebabkan 17,9 juta kematian per tahun, diikuti oleh kanker (9,3 juta), penyakit pernapasan kronis (4,1 juta), dan diabetes (2 juta), termasuk komplikasi seperti penyakit ginjal kronik (1). Fenomena transisi epidemiologi ini juga terlihat jelas di Indonesia. Berdasarkan Riskesdas 2018, terjadi peningkatan prevalensi PTM dibandingkan tahun 2013, terutama pada stroke, penyakit jantung, diabetes, dan hipertensi (2).

Transisi epidemiologi ini memiliki dampak yang signifikan terhadap sistem pembiayaan kesehatan, khususnya dalam konteks asuransi kesehatan nasional seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Peningkatan prevalensi penyakit tidak menular (PTM) menuntut sistem pembiayaan yang mampu mendukung kebutuhan perawatan jangka panjang dan berkelanjutan. Berbeda dengan penyakit menular yang umumnya bersifat akut dan dapat disembuhkan dalam waktu singkat, PTM seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung memerlukan pengobatan rutin, pemeriksaan berkala, serta manajemen komplikasi sepanjang hidup pasien. Hal ini menyebabkan biaya layanan kesehatan per individu dengan PTM menjadi jauh lebih tinggi dan berlangsung dalam periode yang panjang, sehingga menambah tekanan terhadap alokasi anggaran JKN(3,4).

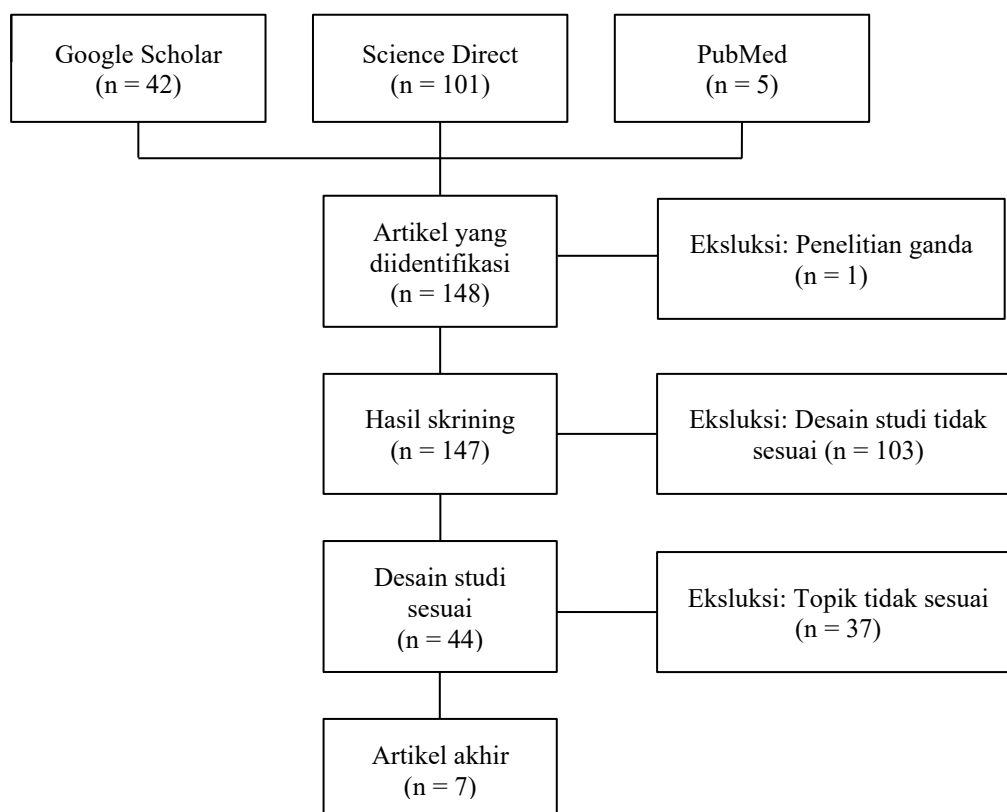
Berdasarkan laporan BPJS Kesehatan tahun 2022, sekitar 30% dari total klaim pelayanan kesehatan berasal dari pembiayaan penyakit katastropik, di mana penyakit jantung, gagal ginjal, stroke, dan kanker menempati urutan teratas sebagai penyumbang terbesar. Beban biaya ini semakin diperparah dengan fakta bahwa sebagian besar layanan untuk PTM memerlukan intervensi lanjutan di tingkat layanan sekunder dan tersier, yang biayanya jauh lebih mahal dibandingkan layanan primer. Jika tren ini berlanjut tanpa penguatan sistem layanan primer dan program pencegahan efektif, maka risiko defisit keuangan JKN akan terus meningkat dan berpotensi mengancam keberlanjutan program jaminan kesehatan nasional di masa depan (5,6). Selain itu, ketimpangan dalam distribusi beban penyakit antara daerah kaya dan miskin di Indonesia menambah kompleksitas dalam penyediaan layanan kesehatan yang merata dan berkualitas. Studi oleh Fatihaturahmi, Yuliana, dan Yulastri (2023) menunjukkan bahwa banyak wilayah dengan sumber daya terbatas masih mengalami kendala dalam penanganan PTM, baik dari segi ketersediaan fasilitas, tenaga kesehatan terlatih, maupun akses terhadap pengobatan berkelanjutan. Daerah terpencil dan miskin sering kali tidak hanya memiliki insiden PTM yang tinggi, tetapi juga mengalami keterlambatan diagnosis dan perawatan yang suboptimal, memperparah komplikasi dan beban biaya kesehatan (7).

Lebih jauh lagi, menurut Kementerian Kesehatan RI (2023), meskipun JKN secara teori menjamin akses layanan kesehatan untuk seluruh penduduk, dalam praktiknya masih terdapat kesenjangan dalam kualitas layanan yang diterima antara wilayah perkotaan dan pedesaan. Perbedaan ini disebabkan oleh faktor geografis, distribusi fasilitas kesehatan yang tidak merata, serta variabilitas dalam kemampuan fasilitas kesehatan dalam memberikan layanan manajemen PTM yang memadai (8). Ketidakmerataan ini berisiko memperdalam ketimpangan kesehatan antarwilayah dan menambah tantangan dalam upaya memperkuat sistem kesehatan nasional. Oleh karena itu, penting untuk dilakukan kajian literatur yang mendalam mengenai implikasi transisi epidemiologi global terhadap sistem asuransi kesehatan di Indonesia, guna memahami

arah kebijakan pembiayaan yang berkelanjutan dan adil di tengah pergeseran pola penyakit yang sedang berlangsung.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain studi kajian literatur dengan proses penelusuran atau pencarian literatur melalui *database* ilmiah Google Scholar untuk artikel nasional, ScienceDirect dan PubMed untuk artikel internasional. Kata kunci yang digunakan dalam proses penelusuran adalah “transisi epidemiologi” AND “asuransi kesehatan” untuk artikel nasional dan “*epidemiological transition*” AND “*health insurance*” untuk artikel internasional. Literatur yang relevan kemudian diseleksi berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan. Kriteria inklusi mencakup: (1) artikel yang dipublikasi dalam rentang tahun 2020-2025, (2) *full-text*. Sementara itu, kriteria eksklusi yang diterapkan: (1) artikel dengan topik tidak sesuai, (2) studi dengan metodologi yang kurang relevan, seperti editorial, laporan kasus, opini tanpa analisis data, atau studi dengan desain yang tidak menjelaskan metode secara eksplisit. Artikel yang telah terpilih kemudian dilakukan analisis dengan alur pencarian pada Gambar 1.



Gambar 1. Alur Pencarian Literatur

HASIL

Hasil tinjauan literatur didapatkan sebanyak tujuh jurnal penelitian yang tercantum dalam Tabel 1.

Tabel 1. Hasil tinjauan literatur

Peneliti	Judul	Tujuan	Metode	Hasil
Husnayain A, Ekadinata N, Sulistiawan	<i>Multimorbidity Patterns of Chronic</i>	Mengidentifikasi pola si pola multimorbidita	Analisis data sekunder dari sampel BPJS	Penyakit kronis seperti hipertensi dan diabetes sering terjadi

Peneliti	Judul	Tujuan	Metode	Hasil
D, Su ECY (2020)	<i>Diseases among Indonesians: Insights from Indonesian National Health Insurance (INHI) Sample Data.</i>	s penyakit kronis di Indonesia	(<i>cross-sectional</i>)	bersamaan, membentuk pola multimorbiditas, dan menunjukkan dominasi penyakit kronis dalam beban penyakit
Jimenez M, Arroyave I (2020)	<i>How Educational Inequalities in Cardiovascular Mortality Evolve While Healthcare Insurance Coverage Grows: Colombia, 1998 to 2015</i>	Menilai perubahan kesenjangan pendidikan dalam mortalitas kardiovaskular selama perluasan cakupan asuransi di Kolombia	Analisis data mortalitas dan pendidikan nasional (longitudinal)	PTM masih menjadi penyebab utama kematian meski adanya akses. Kesenjangan mortalitas tetap tinggi meskipun cakupan asuransi meningkat
Zhao Y, Oldenburg B, McPake B, et al. (2020)	<i>Multimorbidity, health service use, and catastrophic health expenditure by socioeconomic groups in China</i>	Menganalisis hubungan antara multimorbiditas dan pengeluaran kesehatan berdasarkan status sosial ekonomi	Analisis data panel populasi berbasis survei	Multimorbiditas lebih tinggi di kelompok miskin dan meningkatkan risiko pengeluaran kesehatan katastrofik
Yadav J, Allarakha S, Menon GR, et al. (2021)	<i>Socioeconomic Impact of Hospitalization Expenditure for Treatment of Noncommunicable Diseases in India</i>	Menilai dampak ekonomi dari biaya rawat inap akibat PTM di India	Analisis data NSS (National Sample Survey) 2004–2018	Biaya rawat inap PTM memberikan beban finansial besar terutama pada kelompok miskin
Wu YC, Lo WC, Lu TH, et al. (2021)	<i>Mortality, morbidity, and risk factors in Taiwan, 1990–2017: Global Burden of Disease Study</i>	Menyajikan tren mortalitas dan morbiditas di Taiwan berdasarkan GBD Study	Studi beban penyakit (GBD), analisis kuantitatif jangka panjang	Penyakit kronis seperti jantung dan kanker menjadi penyebab utama kematian
Schaefer J, Wenang S, Afdal A, et al. (2022)	<i>Coverage and healthcare processes for cancer during implementation</i>	Menganalisis proses layanan kanker selama implementasi JKN	Studi berbasis populasi, data layanan dan cakupan	Layanan kanker meningkat sejak implementasi JKN, namun masih terdapat gap layanan

Peneliti	Judul	Tujuan	Metode	Hasil
	<i>of national healthcare insurance in Indonesia</i>			
Halder P, Dixit J, Gupta N, Mehra N, Singh A, Malhotra P, et al. (2024)	<i>Access to timely cancer treatment initiation in India: extent, determinants and trends</i>	Menilai sejauh mana keterlambatan inisiasi pengobatan kanker di India, mengidentifikasi faktor-faktor penentu, serta menilai tren keterlambatan, khususnya pengaruh program asuransi kesehatan PM-JAY	Studi analisis retrospektif, menggunakan regresi logistik multivariat dan Cox Proportional Hazard model	Adanya peningkatan akses pengobatan yang tepat waktu sejak peluncuran PM-JAY, dengan akses lebih cepat 90% di antara peserta PM-JAY. Faktor seperti status ekonomi rendah, pendidikan rendah, dan lokasi pedesaan berkontribusi terhadap keterlambatan

PEMBAHASAN

Dominasi Penyakit Tidak Menular (PTM) dalam Transisi Epidemiologi

Berdasarkan studi *Global Burden of Disease* (GBD) 2017 ditemukan bahwa setelah lebih dari dua dekade sejak kebijakan jaminan kesehatan nasional (NHI) diterapkan, Taiwan mengalami fase transisi epidemiologi yang signifikan meskipun Taiwan memiliki cakupan jaminan kesehatan nasional (NHI) yang hampir menyeluruh dan tingkat pemanfaatan layanan yang sangat tinggi. Data menunjukkan bahwa sebagian besar beban penyakit berasal dari penyakit tidak menular (PTM), seperti stroke, penyakit jantung iskemik, diabetes, dan kanker, menggantikan penyakit menular yang sebelumnya dominan (9).

Beban penyakit yang didominasi oleh PTM sebesar 60%, seperti penyakit jantung iskemik, penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), dan stroke, terjadi pula di India. Perubahan tersebut dipicu oleh peningkatan harapan hidup, penurunan angka kematian, serta perubahan gaya hidup masyarakat. Model transisi yang dikembangkan oleh Omran mengklasifikasikan pergeseran ini dalam berbagai kecepatan tergantung pada kondisi sosial ekonomi negara, di mana negara berkembang seperti India mengalami beban ganda antara penyakit menular dan PTM. Pergeseran ini menuntut transformasi sistem kesehatan untuk fokus pada pencegahan dan penanganan penyakit kronis yang bersifat jangka panjang (10).

Kondisi serupa juga terjadi di Vietnam, di mana data survei nasional menunjukkan peningkatan prevalensi komorbiditas hipertensi dan diabetes dari 0,44% (2010) menjadi 3,92% (2021) pada populasi usia 25 – 64 tahun. Urbanisasi yang cepat, tingginya indeks massa tubuh, dan rendahnya cakupan layanan pencegahan di daerah perkotaan berkontribusi terhadap peningkatan beban PTM secara signifikan (11).

Penyakit tidak menular kini menjadi penyebab utama kematian di banyak negara, seiring dengan meningkatnya urbanisasi, pola hidup tidak sehat, dan penuaan populasi. Penyakit jantung dan pembuluh darah menyumbang hampir 31% dari seluruh kematian global, dengan faktor risiko utama seperti hipertensi, merokok, dan obesitas. Diabetes, khususnya tipe 2, juga

mengalami peningkatan signifikan, dengan lebih dari 500 juta orang hidup dengan diabetes di seluruh dunia, disebabkan oleh pola makan buruk dan kurangnya aktivitas fisik. Sementara itu, kanker menjadi penyebab kematian nomor dua, dengan kanker paru dan payudara menjadi yang paling umum (12,13).

Di Indonesia, penyakit jantung dan kanker adalah penyebab kematian utama, dengan prevalensi diabetes juga terus meningkat. Menurut data Riskesdas 2018, kanker payudara dan serviks menjadi yang paling banyak ditemukan di kalangan wanita Indonesia, sementara penyakit jantung terus menjadi penyebab utama kematian. Faktor-faktor seperti pola makan tidak sehat, kurangnya kesadaran akan gaya hidup sehat, serta keterbatasan akses terhadap perawatan kesehatan menjadi tantangan dalam mengatasi masalah ini (2)

Multimorbiditas sebagai Dampak Lanjutan Transisi

Tren peningkatan multimorbiditas telah menjadi perhatian global seiring dengan bertambahnya usia populasi dan tingginya prevalensi penyakit tidak menular (PTM). Studi di Indonesia menemukan bahwa sekitar 43,1% pasien dengan penyakit kronis di Indonesia yang mengakses layanan kesehatan tingkat sekunder pada tahun 2015–2016 mengalami multimorbiditas. Penyakit yang paling sering muncul bersamaan adalah hipertensi, diabetes melitus, stroke iskemik, dan penyakit jantung iskemik kronis. Faktor usia lanjut menjadi penentu utama meningkatnya risiko multimorbiditas, diikuti oleh jenis kelamin perempuan dan status pernikahan. Tingginya angka ini sebagian besar terjadi di Pulau Jawa, seiring dengan tingginya akses dan pemanfaatan fasilitas kesehatan di wilayah tersebut. Studi ini juga menunjukkan bahwa sistem surveilans penyakit kronis di Indonesia belum optimal. Masih ditemukannya pasien tidak mengakses layanan primer sebelumnya, menunjukkan bahwa pasien penyakit kronis sering datang dalam kondisi buruk dan langsung dirujuk ke layanan sekunder. Masalah peningkatan kasus multimorbiditas berisiko menyebabkan lonjakan beban layanan kesehatan di masa depan (3)

Sementara itu, studi longitudinal di Tiongkok yang dilakukan oleh Zhao et al. menunjukan bahwa bahwa 61,9% penduduk usia 50 tahun ke atas mengalami multimorbiditas fisik pada tahun 2015. Penyakit-penyakit seperti hipertensi, diabetes, penyakit jantung, dan stroke menjadi kombinasi umum yang menyebabkan peningkatan signifikan dalam jumlah kunjungan rawat jalan, rawat inap, dan pengeluaran kesehatan yang bersifat katastropik. Multimorbiditas lebih tinggi ditemukan pada perempuan, kelompok berpendidikan tinggi, dan individu dengan status sosial ekonomi tinggi yang lebih banyak terjadi di wilayah yang kurang berkembang (14).

Perbandingan dengan temuan Husnayain et al. di Indonesia, meskipun karakteristik demografi multimorbiditas mungkin sedikit berbeda (misalnya, di Tiongkok lebih banyak pada kelompok berpendidikan tinggi), keduanya mengindikasikan beban yang signifikan pada sistem kesehatan dan keuangan individu, menunjukkan kesamaan tantangan global terkait multimorbiditas (3)

Studi Zhao et al. juga menyoroti bahwa meskipun cakupan asuransi kesehatan di Tiongkok sudah luas, perlindungan keuangan bagi penderita multimorbiditas masih belum memadai. Multimorbiditas sangat membebani individu dan sistem kesehatan. Pengeluaran pribadi untuk obat-obatan dapat merusak perlindungan terhadap risiko keuangan (14). Kedua negara menunjukkan urgensi untuk menata ulang sistem pelayanan kesehatan agar mampu merespons tren penyakit kronis yang kompleks dan saling terkait.

Beban Ekonomi dan Ketimpangan Sosial akibat PTM

Penyakit Tidak Menular (PTM) seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung memberikan dampak signifikan pada ekonomi keluarga, terutama mereka yang berpenghasilan rendah atau

berpendidikan rendah. Beban finansial akibat pengobatan jangka panjang sering kali menyebabkan pengeluaran katastrofik, yang terjadi ketika biaya pengobatan melebihi ambang batas kemampuan keluarga (15). Dalam konteks ini, meskipun individu terdaftar dalam sistem asuransi kesehatan, biaya yang tidak tercakup atau biaya tambahan untuk pengobatan spesialisik dapat membebani rumah tangga. Hal ini berpotensi memperburuk keadaan ekonomi keluarga yang sudah rentan, mengarah pada kemiskinan dan penurunan kualitas hidup (16). Kesenjangan ekonomi yang ditimbulkan oleh PTM sangat terasa pada keluarga dengan status sosial ekonomi rendah. Meskipun sistem asuransi kesehatan dapat memberikan proteksi finansial, individu dengan pendapatan rendah sering kali kesulitan mengakses layanan kesehatan yang memadai, yang memperburuk kesenjangan dalam hasil kesehatan (14). Mereka lebih cenderung menderita PTM yang lebih parah dan lebih awal, serta mengalami penurunan produktivitas kerja akibat penyakit, yang semakin memperburuk kondisi ekonomi mereka. Hal serupa juga ditemukan di Afrika Selatan, dimana individu dari kelas ekonomi bawah memiliki tingkat kematian akibat PTM dua kali lipat lebih tinggi dibanding kelompok ekonomi atas, meskipun keduanya tercakup dalam program asuransi nasional. (17) Ini menunjukkan bahwa asuransi saja tidak mengatasi ketimpangan jika akses dan literasi kesehatan tetap rendah,

Pendidikan juga berperan penting dalam memperburuk ketidaksetaraan hasil kesehatan meskipun ada asuransi. Individu dengan tingkat pendidikan rendah cenderung kurang menyadari pentingnya pencegahan PTM atau kesulitan dalam menavigasi sistem kesehatan yang kompleks (16). Hal ini menyebabkan mereka tidak dapat memanfaatkan manfaat penuh dari asuransi kesehatan, meskipun mereka terdaftar dalam sistem tersebut. Studi di Kolombia mendukung argumen ini, menunjukkan bahwa kesenjangan mortalitas kardiovaskular tetap tinggi meskipun cakupan asuransi meningkat, dan faktor pendidikan berperan dalam hal tersebut (15). Ketidaksetaraan dalam akses dan pemanfaatan layanan kesehatan, meskipun ada asuransi, menunjukkan bahwa faktor ekonomi dan pendidikan tetap menjadi penghalang utama dalam mengurangi kesenjangan kesehatan di masyarakat (14).

Respons Sistem Asuransi Kesehatan di Indonesia dan Perbandingan secara Global

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia telah berupaya merespons tantangan Penyakit Tidak Menular (PTM) dengan berbagai program, seperti Prolanis (Program Pengelolaan Penyakit Kronis) yang dirancang untuk memantau dan mengelola pasien dengan penyakit kronis, termasuk diabetes dan hipertensi. Program ini bertujuan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut yang dapat membebani biaya perawatan yang lebih tinggi di kemudian hari (6). Selain itu, untuk penanganan penyakit kanker, JKN menyediakan cakupan bagi pengobatan kemoterapi dan terapi lainnya.

Namun, tantangan terbesar yang dihadapi JKN adalah beban pembiayaan yang terus meningkat, seiring dengan tingginya kebutuhan perawatan jangka panjang untuk PTM. Dibandingkan penyakit menular, PTM sering kali memerlukan perawatan intensif dan berkelanjutan, sehingga memperbesar tekanan terhadap anggaran kesehatan nasional (3). Selain beban biaya, ketimpangan dalam distribusi layanan kesehatan menjadi masalah serius. Daerah terpencil masih menghadapi keterbatasan fasilitas, kekurangan tenaga medis, serta sulitnya mengakses layanan spesialis, terutama untuk penyakit kronis dan kanker (7).

Studi internasional, seperti yang dilakukan oleh Halder et al. (2024) di India, juga menunjukkan bahwa keberadaan asuransi kesehatan nasional saja tidak cukup untuk menjamin pemerataan akses pengobatan penyakit kronis. Hambatan geografis, sosial, dan ekonomi tetap menghalangi pasien dalam memulai pengobatan yang tepat waktu. Temuan ini mencerminkan kondisi di Indonesia, di mana meskipun JKN telah meningkatkan cakupan, masalah keterlambatan diagnosis, rujukan berjenjang yang kompleks, dan terbatasnya kapasitas layanan spesialis tetap menjadi kendala utama (18).

Tantangan yang sama juga dihadapi oleh negara-negara lain yang berupaya menangani PTM. Misalnya, di China, meskipun ada sistem asuransi kesehatan yang luas, ketidaksetaraan dalam akses perawatan tetap menjadi masalah besar. Penduduk di daerah pedesaan seringkali kesulitan mendapatkan pengobatan untuk PTM akibat terbatasnya fasilitas medis dan profesional kesehatan yang terlatih (14). India menghadapi masalah serupa, di mana ketergantungan pada sistem asuransi kesehatan swasta dan pengeluaran pribadi mengarah pada ketidaksetaraan dalam perawatan kesehatan untuk PTM. Pemerintah India telah memperkenalkan program seperti Ayushman Bharat untuk meningkatkan cakupan kesehatan, namun layanan untuk PTM masih terbatas dan lebih menekankan pada perawatan rumah sakit daripada pencegahan (16). Di Kolombia, sistem asuransi kesehatan universal yang lebih matang telah berhasil meningkatkan akses, tetapi ketidaksetaraan dalam kualitas layanan dan ketergantungan pada sistem yang lebih fokus pada perawatan kuratif daripada pencegahan terus menjadi tantangan dalam menghadapi PTM.

Meskipun cakupan asuransi kesehatan penting untuk mengurangi beban finansial akibat PTM, masalah ini belum sepenuhnya teratasi tanpa adanya reformasi dalam layanan kesehatan itu sendiri (14–16). Perbandingan dengan negara-negara ini menggarisbawahi bahwa masalah yang dihadapi JKN di Indonesia bukanlah kasus terisolasi, melainkan cerminan tantangan global dalam mengelola PTM dalam sistem asuransi kesehatan. Studi-studi dari Tiongkok (14), India (16), dan Kolombia (15) semuanya menyoroti bahwa cakupan asuransi yang luas tidak secara otomatis mengatasi masalah akses, kualitas, dan orientasi kuratif. Ini memperkuat argumen bahwa tanpa penguatan dalam pencegahan, pendidikan kesehatan, dan distribusi yang lebih adil dari layanan medis, sistem asuransi seperti JKN di Indonesia atau program serupa di negara lain hanya akan menjadi solusi parsial.

Reformasi kebijakan yang mencakup pengembangan sistem kesehatan yang lebih inklusif, berfokus pada pencegahan dan pengelolaan penyakit kronis secara efektif, serta mengurangi ketimpangan dalam akses layanan adalah langkah yang sangat diperlukan agar sistem asuransi dapat benar-benar memberikan manfaat maksimal bagi seluruh lapisan masyarakat (6,14).

SIMPULAN

Transisi epidemiologi yang ditandai oleh dominasi Penyakit Tidak Menular (PTM) telah mengubah pola beban penyakit di berbagai negara, termasuk Indonesia. Pergeseran ini meningkatkan prevalensi multimorbiditas, terutama pada kelompok usia lanjut dan populasi rentan secara sosial-ekonomi. Dampaknya mencakup kompleksitas layanan, eskalasi biaya kesehatan, dan ketimpangan akses. Meskipun program JKN telah merespons, tantangan seperti ketimpangan layanan, dominasi pendekatan kuratif, dan beban pembiayaan jangka panjang masih membatasi efektivitas perlindungan. Pengalaman internasional menunjukkan bahwa tanpa transformasi sistem layanan yang berorientasi pada pencegahan dan penguatan layanan primer, cakupan asuransi yang luas hanya mampu memberi perlindungan yang terbatas dan tidak berkelanjutan.

SARAN

Perlu dilakukan reformasi sistem kesehatan yang menekankan pencegahan dan pengelolaan penyakit kronis berbasis komunitas. Penguatan program promosi kesehatan harus diintegrasikan dengan kebijakan yang lebih inklusif dan responsif terhadap ketimpangan sosial. Pemerataan distribusi fasilitas, peningkatan kapasitas tenaga medis di daerah, serta pengembangan sistem rujukan yang efisien menjadi prioritas. Di sisi lain, edukasi kesehatan masyarakat perlu ditingkatkan untuk membentuk budaya sadar risiko sejak dini. Ketahanan sistem kesehatan nasional dalam menghadapi beban PTM sangat bergantung pada keberhasilan

integrasi upaya promotif-preventif dan pemanfaatan sumber daya secara efisien untuk membangun sistem yang adil dan berkelanjutan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada dosen pengampu mata kuliah Sistem Asuransi di Berbagai Negara atas bimbingan dan arahan yang telah diberikan selama proses penulisan artikel ini. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada rekan-rekan mahasiswa atas diskusi dan masukan yang konstruktif dalam pengembangan ide kajian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. 2022. *Non Communicable Disease Progress Monitor 2022*. World Health Organization [Internet]. 2022 [dikutip 6 Juli 2025]; 234. Tersedia pada: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240047761>
2. Kementerian Kesehatan RI Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. *Laporan Nasional Riskesdas 2018* [Internet]. 2019 [dikutip 12 April 2025]. Tersedia pada: <https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/1/Laporan%20Riskesdas%202018%20Nasional.pdf>
3. Husnayain A, Ekadinata N, Sulistiawan D, Su ECY. 2020. Multimorbidity Patterns of Chronic Diseases among Indonesians: Insights from Indonesian National Health Insurance (INHI) Sample Data. *Int J Environ Res Public Health*. 1 Desember 2020;17(23):1–12.
4. BPJS Kesehatan. *Peluncuran Data Sampel BPJS Kesehatan 2023 (2015-2022)* [Internet]. 2023 [dikutip 25 April 2025]. Tersedia pada: <https://data.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs-portal/action/blog-detail.cbi?id=d07ab3fc-9d79-11ee-a7e3-a17a8b1a7a2d>
5. BPJS Kesehatan. *Laporan Pengelolaan Program Tahun 2022 & Laporan Keuangan Tahun 2022 (AUDITAN)* [Internet]. 2023 [dikutip 25 April 2025]. Tersedia pada: <https://web.bpjs-kesehatan.go.id/uploads/information/27072023114426-4f131b52-f725-4d9e-bc41-3ab9d344ee08.pdf>
6. Schaefer J, Wenang S, Afdal A, Mukti AG, Sundari S, Haier J. Population-based study on coverage and healthcare processes for cancer during implementation of national healthcare insurance in Indonesia. 2022; Tersedia pada: <https://doi.org/10.1016/j>.
7. Fatihaturahmi, Yuliana, Yulastri A. Literature Riview : Penyakit Degeneratif : Penyebab, Akibat, Pencegahan Dan Penanggulangan. *Jurnal Gizi dan Kesehatan (JGK)*. 2023;3(1):63–72.
8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2023* [Internet]. 2024 [dikutip 25 Mei 2025]. Tersedia pada: https://ppid.kemkes.go.id/toapsoot/2024/10/FINAL_LAKIP-KEMENKES-2023_compressed.pdf
9. Wu YC, Lo WC, Lu TH, Chang S Sen, Lin HH, Chan CC. Mortality, morbidity, and risk factors in Taiwan, 1990–2017: findings from the Global Burden of Disease Study 2017. *Journal of the Formosan Medical Association*. 1 Juni 2021;120(6):1340–9.
10. Modi A, Panchani R, Modi B, Asthana A. The Phenomenon of Epidemiological Transition in Health and the Necessity to Update. *NMO Journal*. Juli 2023;17(2):85–9.
11. Vu THL, Bui TTQ, Tran QB, Pham QN, Lai DT, Le TH, dkk. Comorbidities of diabetes and hypertension in Vietnam: current burden, trends over time, and correlated factors. *BMC Public Health* [Internet]. 1 Desember 2023 [dikutip 7 Juli 2025];23(1):1–8. Tersedia pada: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-023-17383-z>
12. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. 2021 [dikutip 26 April 2025]. Tersedia pada: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

13. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 2025 | Global Diabetes Data & Insights [Internet]. 2025 [dikutip 26 April 2025]. Tersedia pada: <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>
14. Zhao Y, Atun R, Oldenburg B, McPake B, Tang S, Mercer SW, dkk. The Nossal Institute for Global Health, Melbourne School of Population and Physical multimorbidity, health service use, and catastrophic health expenditure by socioeconomic groups in China: an analysis of population-based panel data. *Articles Lancet Glob Health* [Internet]. Juni 2020;8:840–89. Tersedia pada: www.thelancet.com/lancetgh
15. Jimenez M, Arroyave I. How Educational Inequalities in Cardiovascular Mortality Evolve While Healthcare Insurance Coverage Grows: Colombia, 1998 to 2015. *Value Health Reg Issues*. 1 Desember 2020;23:112–21.
16. Yadav J, Allarakha S, Menon GR, John D, Nair S. Socioeconomic Impact of Hospitalization Expenditure for Treatment of Noncommunicable Diseases in India: A Repeated Cross-Sectional Analysis of National Sample Survey Data, 2004 to 2018. *Value Health Reg Issues* [Internet]. Mei 2021;24:199–213. Tersedia pada: www.elsevier.com/locate/vhri
17. Ataguba JE, Akazili J, McIntyre D. Socioeconomic-related health inequality in South Africa: Evidence from General Household Surveys. *Int J Equity Health* [Internet]. 10 November 2011 [dikutip 7 Juli 2025];10(1):1–10. Tersedia pada: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-10-48>
18. Halder P, Dixit J, Gupta N, Mehra N, Singh A, Malhotra P, dkk. Access to timely cancer treatment initiation in India: extent, determinants and trends [Internet]. 2024. Tersedia pada: www.thelancet.com