



LAPORAN AKHIR KAJIAN FORMULASI PROPORSI PEMBIAYAAN PELAYANAN KESEHATAN BAGI PESERTA PBPU DAN BP YANG DIDAFTARKAN OLEH PEMERINTAH KAB/KOTA DI JAWA BARAT



**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN DAERAH
PROVINSI JAWA BARAT
TAHUN 2024**



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI JAWA BARAT
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN DAERAH

Jalan : Kawalayaan Indah Raya Nomor 6 Telepon : (022) 87328066 - 87326081
Faksimile : (022) 87327001 Website : www.bp2d.jabarprov.go.id E-mail : bp2d@jabarprov.go.id
Bandung - 40286

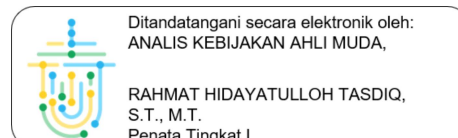
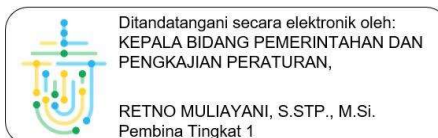
LEMBAR PENGESAHAN

1. Judul Kegiatan : Kajian Formulasi Proporsi Pembiayaan Pelayanan Kesehatan bagi Peserta PBPU dan BP yang didaftarkan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota di Jawa Barat.
2. Nama Unit Kerja : Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Provinsi Jawa Barat
3. Alamat Unit Kerja : Jl. Kawalayaan Indah Raya No. 6, Bandung
4. Diusulkan Melalui DPA : Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Provinsi Jawa Barat
5. Status Penelitian/Pengkajian : Baru
6. Jenis Kegiatan : Rapat Koordinasi, Survey, FGD
7. Ketua Tim Kajian
 - a. Nama : Rahmat Hidayatulloh Tasdiq, ST., MT
 - b. Pangkat/Golongan : Penata Tk.I / III-d
 - c. Jabatan : Analis Kebijakan Ahli Muda
8. Jangka Waktu Penelitian : 1 (satu) Tahun
9. Tahun Kegiatan Dimulai : 2024
10. Waktu Pelaksanaan : Januari 2024 s.d Desember 2024
11. Biaya Kegiatan : Rp. 147.676.340

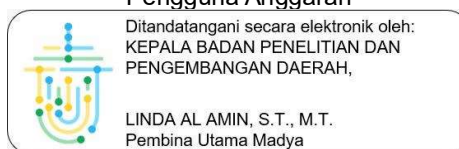
Bandung, Desember 2024

Menyetujui,
Kepala Bidang Pemerintahan dan
Pengkajian Peraturan
Selaku
Pejabat Pembuat Komitmen

Ketua Tim Kajian



Mengetahui,
Kepala Badan
Penelitian dan Pengembangan Daerah Provinsi Jawa Barat
Selaku
Pengguna Anggaran



SUSUNAN PERSONALIA

TIM KAJIAN PEMETAAN POTENSI SUMBER PENDANAAN PEMBANGUNAN DAERAH PROVINSI JAWA BARAT PADA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN DAERAH PROVINSI JAWA BARAT TAHUN 2024

Pengarah	: Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Provinsi Jawa Barat
Penanggungjawab	: Kepala Bidang Pemerintahan dan Pengkajian Peraturan BP2D Provinsi Jawa Barat
Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan	: Rahmat Hidayatulloh Tasdiq, ST., MT (Analisis Kebijakan Ahli Muda BP2D Provinsi Jawa Barat)
Bendahara	: Yayat Achdiat (Pengadministrasi Keuangan BP2D Provinsi Jawa Barat)
Ketua Tim	: Dewi Gartika, S.Si., M.Si (Peneliti Ahli Madya BP2D Provinsi Jawa Barat)
Anggota	: 1. Dewi Gartika, S.Si., M.Si (Peneliti Ahli Madya BP2D Provinsi Jawa Barat) 2. Fahmi Zamzam, S.E (Analisis Hasil Penelitian BP2D Provinsi Jawa Barat) 3. Eka Novian Gunawan, S.I.Kom, M.A (Analisis Penelitian BP2D Provinsi Jawa Barat) 4. Isak Rohendi (Pengadministrasi Umum Evaluasi Kerjasama Penelitian BP2D Provinsi Jawa Barat) 5. Septian Adi Nugraha, SIP (Analisis Kebijakan Ahli Pertama BP2D Provinsi Jawa Barat) 6. Deni Saeful R, S.I.P (Tenaga Teknis Pendukung Kegiatan Kelitbangan BP2D Provinsi Jawa Barat) 7. Nidya Waskita Hapsari, S.Tr.Keb., M.Tr.A.P (Tenaga Teknis Pendukung Kegiatan Kelitbangan BP2D Provinsi Jawa Barat) 8. Sarah Nurkarimah, S.E (Tenaga Teknis Pendukung Kegiatan Kelitbangan BP2D Provinsi Jawa Barat) 9. Suhendar, S.STP, M.H. (Analisis Keuangan Pusat Daerah Ahli Muda BPKAD Provinsi Jawa Barat) 10. Setiady, S.S.T. (Analisis Keuangan Pusat dan Daerah Ahli Pertama BPKAD Provinsi Jawa Barat) 11. Zahra Nia Chairiza Humairoh, S.STP (Analisis Keuangan Pusat dan Daerah Ahli Pertama)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya kami dapat menyelesaikan laporan akhir kajian Formulasi Proporsi Pembiayaan Pelayanan Kesehatan PBPU dan BP yang Didaftarkan oleh oleh Pemerintah Kab/Kota di Provinsi Jawa Barat.

Laporan akhir ini berisikan mengenai dasar pendistribusian pembiayaan kesehatan PBPU dan BP yang didaftarkan oleh Pemerintah Kab/Kota di Provinsi Jawa Barat beserta rekomendasi besaran pembiayaan per kabupaten/kota. Kami berharap dengan disusunnya laporan awal ini diperoleh masukan berharga bagi pengambilan kebijakan mengenai penetapan proporsi pembiayaan kesehatan PBPU dan BP yang didaftarkan oleh Pemerintah Kab/Kota di Provinsi Jawa Barat.

Kami mengucapkan terima kasih kepada para pihak yang terkait dalam penulisan laporan ini, terutama BPKAD, BAPPEDA, dan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.

Bandung, 30 November
2024

TIM PENYUSUN KAJIAN

Daftar Isi

Kata Pengantar	1
1.1. Latar Belakang.....	3
1.2. Tujuan dan Sasaran.....	5
a. Tujuan.....	5
b. Sasaran.....	5
2.1. Regulasi Universal Health Coverage (UHC) dan Jaminan Kesehatan di Indonesia.....	6
2.3. Best practice dalam Model Pendanaan UHC di Berbagai Negara.....	11
3.1. Unit analisis & Ruang lingkup kajian	18
3.2. Data & sumber data	18
3.3. Skenario Simulasi.....	18
3.3.1 Kemandirian Fiskal	19
3.3.2 Kinerja Layanan Kesehatan Daerah	20
3.4 Formulasi	24
4.1. Gambaran Jamkesda Jawa Barat	27
5.1. Alokasi Hibah berdasarkan Formula 1	46
5.2. Alokasi Hibah berdasarkan Formula 2	58
5.3 Alokasi Hibah berdasarkan Formula 3	67
5.4. Alokasi Hibah berdasarkan Formula 4	75

1. Pendahuluan

1.1. Latar Belakang

Provinsi dan kabupaten/kota di Indonesia memiliki peran krusial dalam pemenuhan layanan publik, terutama di sektor kesehatan. Peran ini dikuatkan oleh regulasi otonomi daerah yang memberikan kewenangan luas kepada pemerintah daerah untuk mengelola urusan rumah tangganya sendiri, termasuk layanan kesehatan. Pemenuhan layanan kesehatan yang memadai merupakan salah satu indikator utama keberhasilan pembangunan manusia, karena kesehatan adalah salah satu pilar penting dalam peningkatan kualitas hidup masyarakat (Kemkes, 2010).

Dalam konteks Indonesia, Universal Health Coverage (UHC) atau Jaminan Kesehatan Semesta menjadi prioritas utama pemerintah untuk memastikan setiap warga negara mendapatkan akses layanan kesehatan yang adil dan merata (Prakarsa, 2017). UHC adalah komitmen global yang bertujuan agar semua individu dan komunitas menerima layanan kesehatan yang mereka butuhkan tanpa mengalami kesulitan finansial. Hal ini sangat relevan dengan visi Indonesia Emas 2045, yang bertujuan menjadikan Indonesia sebagai negara maju dengan kualitas hidup yang tinggi.

Untuk mencapai pelayanan kesehatan universal, Pemerintah Indonesia memperkenalkan skema asuransi kesehatan nasional, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pada tahun 2014. Skema ini menggabungkan beberapa sistem jaminan kesehatan yang ada menjadi satu. Saat ini, JKN mencakup 92 persen penduduk Indonesia (World Bank, 2023). Namun, JKN masih memerlukan perbaikan berkelanjutan untuk melindungi masyarakat dari risiko biaya kesehatan yang besar (Arch Public Health, 2023; USAID, 2023; World Bank, 2023).

Di Jawa Barat, mencapai target UHC merupakan tantangan besar yang memerlukan upaya konsisten dan berkelanjutan. Saat ini, masih banyak Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) yang belum tercakup dalam skema UHC. Berdasarkan data yang ada, sejumlah besar penduduk Jawa Barat masih belum mendapatkan akses jaminan kesehatan yang memadai, menunjukkan adanya kesenjangan signifikan dalam penyediaan layanan kesehatan. Kebutuhan layanan kesehatan di Provinsi Jawa Barat sangat beragam, mencakup pelayanan dasar,

Laporan Akhir

Kajian Formulasi Proporsi Pembiayaan Kesehatan PBPU dan BP yang Didaftarkan oleh Pemerintah Kab/Kota di Jawa Barat

kesehatan ibu dan anak, serta penanganan penyakit menular dan tidak menular. Salah satu tantangan utama adalah disparitas pelayanan kesehatan antara daerah perkotaan dan pedesaan. Fasilitas kesehatan di daerah terpencil seringkali kurang memadai dengan keterbatasan tenaga medis, sehingga masyarakat harus menempuh jarak jauh untuk mendapatkan layanan kesehatan yang layak (BPS, 2023). Selain itu, tingginya angka penyakit menular seperti tuberkulosis dan peningkatan kasus penyakit tidak menular seperti diabetes dan hipertensi menambah kompleksitas masalah kesehatan di provinsi ini (Dinkes Jabar, 2024).

Untuk mengatasi tantangan ini, Provinsi Jawa Barat telah mengambil langkah proaktif melalui Peraturan Gubernur No. 41 yang bertujuan mendukung pendanaan jaminan kesehatan daerah¹. Peraturan ini memberikan kerangka kerja bagi provinsi dalam mengalokasikan anggaran untuk jaminan kesehatan bagi masyarakat yang kurang mampu. Dengan adanya bantuan keuangan yang terarah dan efektif, diharapkan semua lapisan masyarakat, termasuk yang berada di daerah terpencil, dapat menikmati layanan kesehatan yang setara dan berkualitas. Hal ini sejalan dengan visi pemerintah Provinsi Jawa Barat untuk menciptakan masyarakat yang sehat dan sejahtera. Namun, implementasi peraturan ini menghadapi berbagai tantangan, terutama dalam hal pendanaan.

Salah satu tantangan utama adalah perubahan regulasi melalui Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (UU HKPD) yang memberikan lebih banyak kewenangan pajak kepada kabupaten/kota². Perubahan ini berdampak pada berkurangnya potensi penerimaan provinsi secara signifikan (Kemkes, 2021). Di sisi lain, provinsi masih harus menanggung 60% dari jaminan kesehatan daerah yang menambah beban finansial bagi pemerintah provinsi.

Dengan strategi yang tepat dan kolaborasi yang erat antara pemerintah provinsi dan kabupaten/kota, Provinsi Jawa Barat dapat mencapai Universal Health Coverage yang tidak hanya menjamin akses layanan kesehatan bagi seluruh penduduk tetapi juga memastikan keberlanjutan finansial dari sistem jaminan kesehatan tersebut.

¹ <https://idih.jabarprov.go.id/page/info/produk/26117?tentang=peraturan-gubernur-jawa-barat-nomor-41-tahun-2021-tentang-pembiayaan-dan-jaminan-kesehatan-daerah>

² <https://djpk.kemenkeu.go.id/?p=22499>

Laporan Akhir

Kajian Formulasi Proporsi Pembiayaan Kesehatan PBPU dan BP yang Didaftarkan oleh Pemerintah Kab/Kota di Jawa Barat

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) Badan Siber dan Sandi Negara. Dokumen digital yang asli dapat diperoleh dengan memindai QR Code,

1.2. Tujuan dan Sasaran

a. Tujuan

Terbentuknya formulasi proporsi bantuan pembiayaan kesehatan untuk peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) terhadap Kabupaten/Kota berdasarkan peta kapasitas fiskal regional Provinsi Jawa Barat. Salah satu tujuan utamanya adalah melakukan simulasi formula yang ideal untuk menentukan alokasi bantuan keuangan yang adil dan proporsional dengan mempertimbangkan kemampuan keuangan Pemerintah Provinsi Jawa Barat.

b. Sasaran

1. Mengidentifikasi dan menentukan variabel-variabel yang relevan dalam formulasi bantuan pembiayaan kesehatan untuk peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) di Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat.
2. Melakukan analisis kapasitas fiskal regional untuk menentukan proporsi bantuan keuangan yang adil dan proporsional.
3. Mengembangkan dan menguji simulasi formula alokasi bantuan keuangan untuk memastikan keefektifan dan keadilan distribusi.
4. Menyusun rekomendasi kebijakan berdasarkan hasil simulasi untuk implementasi yang optimal oleh Pemerintah Provinsi Jawa Barat.

Berdasarkan tujuan dan sasarannya, output dari kajian ini adalah rekomendasi kebijakan mengenai proporsi bantuan pembiayaan kesehatan bagi peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) di Kabupaten/Kota. Rekomendasi ini disusun berdasarkan peta kapasitas fiskal regional Provinsi Jawa Barat dan diharapkan menjadi bahan pertimbangan bagi pengambil kebijakan.

2. Tinjauan Pustaka

2.1. Regulasi Universal Health Coverage (UHC) dan Jaminan Kesehatan di Indonesia

Regulasi terkait Universal Health Coverage (UHC) dan jaminan kesehatan di Indonesia telah mengalami beberapa pembaruan penting yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas dan aksesibilitas layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat (WHO, [2023](#)). Landasan utama dari sistem ini adalah Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial melalui berbagai program jaminan sosial, termasuk jaminan kesehatan yang menjadi dasar pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sistem JKN bertujuan untuk memastikan seluruh warga negara Indonesia memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang memadai dan berkualitas (Undang-Undang SJSN)³.

Selain itu, pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, yang bertanggung jawab dalam menyelenggarakan JKN dan memainkan peran kunci dalam mengelola iuran jaminan kesehatan serta memastikan akses layanan kesehatan yang memadai bagi seluruh penduduk Indonesia (Undang-Undang BPJS)⁴. BPJS Kesehatan berfungsi sebagai lembaga yang mengumpulkan iuran dari peserta JKN dan mengelola dana tersebut untuk membiayai pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh peserta.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyediakan kerangka kerja hukum yang komprehensif untuk seluruh aspek kesehatan di Indonesia. Regulasi ini mencakup promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, dan rehabilitasi, serta menetapkan standar pelayanan kesehatan dan kewajiban pemerintah dalam menyediakan fasilitas kesehatan yang memadai (Undang-Undang Kesehatan). Hal ini berperan penting dalam memastikan bahwa setiap warga negara Indonesia mendapatkan akses terhadap pelayanan kesehatan yang diperlukan.

³ [UU No. 40 Tahun 2004 \(bpk.go.id\)](#)

⁴ [UU No. 24 Tahun 2011 \(bpk.go.id\)](#)

Laporan Akhir

Kajian Formulasi Proporsi Pembiayaan Kesehatan PBP dan BP yang Didaftarkan oleh Pemerintah Kab/Kota di Jawa Barat

Pembaruan terbaru dalam regulasi kesehatan di Indonesia adalah melalui Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menekankan pentingnya promosi dan pencegahan kesehatan serta penguatan sistem kesehatan nasional untuk mendukung pencapaian UHC. Pembaruan ini juga menggarisbawahi penggunaan teknologi dalam layanan kesehatan dan penguatan sumber daya manusia kesehatan. Dengan adanya regulasi ini, diharapkan sistem kesehatan Indonesia dapat lebih responsif terhadap perkembangan teknologi dan kebutuhan masyarakat yang terus berubah (Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023)⁵.

Implementasi dari regulasi-regulasi ini menghadapi berbagai tantangan. Pemerintah Indonesia menetapkan target ambisius untuk mencapai 98% UHC pada tahun 2024. Untuk mencapai target ini, pemerintah daerah diminta untuk lebih proaktif dalam mendaftarkan penduduk rentan ke BPJS Kesehatan, memastikan jaminan kesehatan bagi para pekerja, dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui penyediaan fasilitas dan tenaga kesehatan yang memadai. Pentingnya sinergi antara BPJS Kesehatan, kementerian/lembaga, dan pemerintah daerah juga ditegaskan untuk memastikan seluruh penduduk dilindungi dalam program JKN ((Sekretariat Negara, 2023)

Tantangan implementasi juga mencakup pendanaan yang berkelanjutan, registrasi peserta yang komprehensif, serta penyediaan layanan kesehatan yang merata dan berkualitas. Pemerintah telah melakukan berbagai upaya untuk mengatasi tantangan ini, termasuk melalui advokasi dan kerja sama dengan pemerintah daerah dan fasilitas kesehatan. Pada tahun 2023, BPJS melaporkan bahwa lebih dari 90% penduduk Indonesia telah terdaftar dalam Program JKN-KIS, menunjukkan kemajuan signifikan dalam cakupan layanan kesehatan (Kementerian Kesehatan RI).

Dengan upaya yang konsisten dan kolaborasi yang erat antara pemerintah pusat dan daerah, serta dukungan dari berbagai pihak, Indonesia diharapkan dapat mencapai tujuan UHC dan memberikan jaminan kesehatan yang lebih baik bagi seluruh masyarakatnya. Hal ini juga sejalan dengan tujuan pembangunan berkelanjutan (SDGs) yang menetapkan kesehatan yang baik dan kesejahteraan sebagai salah satu prioritas utama. Sebagai bagian dari upaya tersebut, peningkatan penggunaan teknologi dalam

⁵ [UU No. 17 Tahun 2023 \(bpk.go.id\)](https://www.bpk.go.id)

Laporan Akhir

Kajian Formulasi Proporsi Pembiayaan Kesehatan PBP dan BP yang Didaftarkan oleh Pemerintah Kab/Kota di Jawa Barat

layanan kesehatan dan penguatan sumber daya manusia menjadi aspek penting yang harus terus dikembangkan (Kebijakan Kesehatan Indonesia).

2.2. Pentingnya UHC dalam meningkatkan pembangunan manusia

Universal Health Coverage (UHC) merupakan elemen esensial dalam kebijakan kesehatan global yang bertujuan untuk menjamin akses semua individu terhadap layanan kesehatan penting tanpa kesulitan finansial. Pentingnya UHC terlihat dari berbagai aspek, seperti dampak positif terhadap kesehatan masyarakat, manfaat ekonomi, pengurangan ketidaksetaraan dalam akses layanan kesehatan, perlindungan finansial, serta penguatan sistem Kesehatan (Feyisa, 2022).

UHC meningkatkan hasil kesehatan masyarakat dengan menyediakan akses ke berbagai layanan kesehatan komprehensif, termasuk layanan pencegahan, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan Bank Dunia (World Bank) menekankan bahwa UHC sangat penting untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraan yang lebih baik bagi semua individu, yang mengarah pada penurunan angka morbiditas dan mortalitas di seluruh populasi (WHO dan World Bank, 2023). Memastikan akses universal ke vaksinasi dan pemeriksaan kesehatan rutin memfasilitasi deteksi dini dan pengobatan penyakit, sehingga meningkatkan standar kesehatan secara keseluruhan.

Tujuan utama dari UHC adalah untuk mengurangi ketidaksetaraan kesehatan dengan memastikan akses yang setara ke layanan kesehatan. Hal ini sangat penting bagi kelompok rentan dan terpinggirkan yang sering menghadapi hambatan dalam mengakses layanan kesehatan. Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menyoroti bahwa pengurangan ketidaksetaraan sangat penting untuk pembangunan berkelanjutan dan kohesi sosial (UN, 2024). Dengan mempromosikan inklusivitas, UHC membantu menjembatani kesenjangan antara kelompok sosial-ekonomi yang berbeda, memastikan bahwa setiap orang menerima intervensi kesehatan yang diperlukan.

Investasi dalam UHC memberikan manfaat ekonomi yang signifikan. Bank Dunia menunjukkan bahwa perbaikan kesehatan berkontribusi pada pertumbuhan ekonomi dan pengurangan kemiskinan dengan meningkatkan produktivitas dan mengurangi biaya kesehatan bagi individu dan keluarga (World Bank, 2020). Tenaga kerja yang

sehat lebih produktif dan cenderung tidak memerlukan cuti sakit, sehingga berdampak positif pada ekonomi. Selain itu, UHC mengurangi beban ekonomi pada keluarga, mencegah mereka jatuh ke dalam kemiskinan akibat biaya kesehatan yang tinggi.

UHC memberikan perlindungan finansial dengan melindungi individu dari biaya medis yang tinggi. Ini sangat penting untuk mencegah kemiskinan medis, di mana individu atau keluarga terdorong ke dalam kemiskinan karena biaya medis. WHO menegaskan bahwa UHC memastikan bahwa orang tidak perlu memilih antara kesehatan dan kebutuhan penting lainnya, yang mempromosikan stabilitas ekonomi (WHO & World Bank, 2017). Perlindungan finansial ini sangat penting di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah di mana pengeluaran dari kantong sendiri bisa menjadi hambatan signifikan untuk mengakses perawatan.

Implementasi UHC membutuhkan sistem kesehatan yang kuat yang mampu memberikan perawatan komprehensif dan berkualitas tinggi. Hal ini memerlukan investasi yang signifikan dalam infrastruktur kesehatan, pengembangan tenaga kerja, dan penyampaian layanan. WHO menyoroti bahwa sistem kesehatan yang tangguh sangat penting untuk mencapai UHC dan menanggapi krisis kesehatan secara efektif (WHO, 2024). Penguatan sistem kesehatan tidak hanya meningkatkan efisiensi dan efektivitas penyampaian layanan kesehatan tetapi juga meningkatkan ketahanan sektor kesehatan secara keseluruhan.

Berbagai negara telah mengadopsi model dan strategi yang berbeda untuk mencapai UHC. Sementara beberapa negara telah berhasil mencapainya, yang lain masih berjuang. Keberhasilan dan tantangan yang dihadapi oleh negara-negara yang telah mencapai UHC dapat menjadi pelajaran bagi negara lain. Salah satu tantangan terbesar adalah kesulitan mencakup individu yang bekerja sendiri dan mereka yang bekerja di sektor informal (Orjine et al, 2022). Di Jerman, misalnya, butuh 58 tahun untuk memasukkan berbagai jenis pekerja mandiri dalam skema asuransi mereka, sehingga mencakup seluruh populasi dengan layanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau Carrin & James, 2005).

Temuan dari negara-negara dengan UHC menunjukkan bahwa negara-negara tersebut memiliki skema asuransi kesehatan untuk populasi yang lanjut usia atau pengangguran. Di Jepang, Korea, dan Jerman, upaya untuk mencakup seluruh populasi mendorong inklusi kelompok-kelompok ini ke dalam skema asuransi kesehatan meskipun mereka tidak dapat berkontribusi. Di Korea, sebuah rencana alternatif selain skema kesehatan

nasional yang disebut MAP didirikan dan sepenuhnya didanai oleh pemerintah untuk menyediakan layanan medis gratis bagi populasi yang tidak tercakup dalam skema kesehatan nasional (Mathauer et al., 2009)

Pencapaian ini lahir dari komitmen politik yang kuat dan subsidi pemerintah yang luas di negara-negara tersebut. Di China, kampanye advokasi dilakukan untuk memperkenalkan skema kesehatan kepada masyarakat, yang membantu masyarakat memahami dan menerima skema tersebut (Mao, 2020). Penelitian menunjukkan bahwa pembiayaan kesehatan yang lebih baik dan penguatan sistem kesehatan akan memainkan peran kunci dalam membantu mencapai UHC, terutama ketika prioritas global bergeser dari program vertikal ke pendekatan sistem kesehatan. Ini sangat penting untuk memastikan upaya yang bermakna dapat berkelanjutan.

Implementasi UHC di berbagai negara menghadapi berbagai tantangan, termasuk pendanaan yang berkelanjutan, registrasi peserta yang komprehensif, serta penyediaan layanan kesehatan yang merata dan berkualitas. Di Indonesia, pemerintah telah menetapkan target ambisius untuk mencapai 98% UHC pada tahun 2024. Untuk mencapai target ini, langkah-langkah strategis telah diambil, termasuk pendaftaran penduduk rentan ke BPJS Kesehatan, memastikan jaminan kesehatan bagi pekerja, serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui penyediaan fasilitas dan tenaga kesehatan yang memadai. Upaya ini melibatkan sinergi antara BPJS Kesehatan, kementerian/lembaga, dan pemerintah daerah untuk memastikan seluruh penduduk dilindungi dalam program JKN (Feyisa, 2022).

Tantangan dalam implementasi UHC juga mencakup masalah pendanaan yang berkelanjutan, kebutuhan registrasi peserta yang menyeluruh, serta penyediaan layanan kesehatan yang merata dan berkualitas. Pemerintah Indonesia telah melakukan berbagai upaya untuk mengatasi tantangan ini, termasuk melalui advokasi dan kerja sama dengan pemerintah daerah dan fasilitas kesehatan. Pada tahun 2023, BPJS melaporkan bahwa lebih dari 90% penduduk Indonesia telah terdaftar dalam Program JKN-KIS, menunjukkan kemajuan signifikan dalam cakupan layanan kesehatan (Kemkes, 2021).

Dengan upaya yang konsisten dan kolaborasi yang erat antara pemerintah pusat dan daerah, serta dukungan dari berbagai pihak, Indonesia diharapkan dapat mencapai tujuan UHC dan memberikan jaminan kesehatan yang lebih baik bagi seluruh masyarakatnya. Hal ini sejalan dengan tujuan pembangunan berkelanjutan (SDGs)

[Laporan Akhir](#)

Kajian Formulasi Proporsi Pembiayaan Kesehatan PBP dan BP yang Didaftarkan oleh Pemerintah Kab/Kota di Jawa Barat

yang menetapkan kesehatan yang baik dan kesejahteraan sebagai salah satu prioritas utama. Peningkatan penggunaan teknologi dalam layanan kesehatan dan penguatan sumber daya manusia menjadi aspek penting yang harus terus dikembangkan untuk mencapai target ini (Agustina et al., 2019).

2.3. Best practice dalam Model Pendanaan UHC di Berbagai Negara

Dalam upaya mencapai cakupan kesehatan universal (UHC), berbagai negara telah menerapkan model pendanaan yang beragam dan inovatif. Best practice dalam model pendanaan UHC ini memainkan peran penting dalam memastikan akses yang adil dan berkelanjutan terhadap layanan kesehatan bagi seluruh penduduk. Melalui pembelajaran dari pengalaman internasional, kita dapat mengidentifikasi strategi dan kebijakan yang paling efektif dalam mendanai UHC, dengan fokus pada meningkatkan kualitas layanan, efisiensi penggunaan dana, serta keadilan dalam distribusi sumber daya. Pengetahuan ini sangat berharga bagi pembuat kebijakan dan pemangku kepentingan di sektor kesehatan dalam merancang dan mengimplementasikan sistem pendanaan yang tangguh dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat.

Investasi yang berfokus pada kaum miskin dan perempuan dalam bidang kesehatan dan pembangunan sosial telah menunjukkan dampak positif yang signifikan di berbagai negara. Di Bangladesh, inisiatif seperti Program Imunisasi yang Diperluas dan skema kredit mikro untuk perempuan telah menghasilkan keuntungan nyata dalam bidang kematian anak, perawatan antenatal, dan metode keluarga berencana (Adams et al., 2013). Upaya ini tidak hanya secara signifikan mengurangi tingkat kematian anak tetapi juga mengatasi ketidaksetaraan gender dalam kematian anak. Keberhasilan ini mencerminkan pentingnya strategi yang proaktif dalam mengatasi isu-isu kesehatan yang spesifik bagi kelompok rentan.

Pengenalan sistem cakupan kesehatan universal (UHC) di Indonesia pada tahun 2014 menandai kemajuan signifikan dalam lanskap kesehatan nasional. Sistem UHC ini memperluas pusat kesehatan primer dan meningkatkan fasilitas kesehatan, pelayanan rawat jalan rujukan, dan pelayanan rawat inap. Selain itu, sistem ini meningkatkan keanggotaan asuransi kesehatan dan pendapatan dari koleksi premi. Dampak positif dari UHC ini terlihat pada peningkatan harapan hidup, penurunan tingkat kematian bayi, dan tingkat fertilitas total. Selain itu, perluasan cakupan kesehatan ini juga memperkuat

[Laporan Akhir](#)

Kajian Formulasi Proporsi Pembiayaan Kesehatan PBP dan BP yang Didaftarkan oleh Pemerintah Kab/Kota di Jawa Barat

sistem kesehatan nasional, meningkatkan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat, termasuk mereka yang berada di daerah terpencil (Aungkulanon, 2016).

Di Jepang, pengembangan sumber daya manusia dalam kesehatan (HRH) melalui empat fase yang berbeda menghasilkan peningkatan indikator kesehatan seperti tingkat kematian akibat pneumonia dan tuberkulosis (Bloom, 2017). Namun, terdapat perdebatan mengenai apakah peningkatan tenaga kesehatan adalah satu-satunya faktor di balik perbaikan ini. Elemen lain seperti pengenalan perawatan baru dan perbaikan nutrisi juga memainkan peran penting dalam peningkatan ini. Investasi berkelanjutan dalam pelatihan dan pengembangan tenaga kesehatan terbukti penting untuk menjaga dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan.

Di Thailand, penerapan program cakupan kesehatan universal membawa penurunan signifikan dalam tingkat kematian secara keseluruhan, terutama kematian akibat HIV di antara orang dewasa berusia 15-44 tahun (Aungkulanon, 2016). Keberhasilan ini sebagian besar disebabkan oleh program pencegahan HIV yang efektif dan cakupan pengobatan antiretroviral yang tinggi. Program ini menunjukkan bagaimana kebijakan kesehatan yang komprehensif dan terkoordinasi dapat menghasilkan hasil yang signifikan dalam mengatasi krisis kesehatan tertentu.

Rencana transisi kesehatan di Turki mencakup berbagai reformasi dan program, termasuk pekerjaan berbasis kontrak untuk tenaga kesehatan, perubahan harga dan pajak pertambahan nilai di sektor farmasi, dan pengenalan arahan hak pasien (Atun et al., 2013). Reformasi ini menghasilkan peningkatan kesetaraan, kepuasan pengguna yang lebih tinggi, dan perlindungan finansial yang lebih baik. Akibatnya, cakupan asuransi untuk populasi termiskin meningkat secara signifikan, dan akses ke layanan kesehatan ibu dan anak yang penting membaik, yang mengarah pada pengurangan tingkat kematian anak di bawah 5 tahun, bayi, dan neonatal. Pendekatan komprehensif ini menunjukkan bagaimana reformasi sistemik dalam sektor kesehatan dapat meningkatkan keadilan dan akses bagi semua kelompok masyarakat.

Selain contoh-contoh tersebut, banyak negara lain yang telah menerapkan program kesehatan dan pembangunan sosial yang efektif. Di Rwanda, program Mutuelles de santé meningkatkan pemanfaatan perawatan medis dan melindungi rumah tangga dari pengeluaran kesehatan yang katastrofik (Lu, et al., 2012). Skema Cakupan Universal di Thailand telah memperluas cakupan asuransi kesehatan dan mengurangi pengeluaran

pribadi(Aungkulanon, 2016) Nepal telah mencapai kemajuan signifikan dengan program cakupan kesehatan universal yang meningkatkan akses ke layanan kesehatan dan perlindungan finansial (Adhikari, 2018). Di Zambia, penerapan kebijakan dan program telah meningkatkan akses dan kesetaraan layanan kesehatan (Aantjes, Quinlan & Bunders, 2016). Transisi ke cakupan perawatan kesehatan primer universal di Brasil meningkatkan akses ke layanan kesehatan (Andrade et al., 2018). Skema asuransi kesehatan sosial di China memperluas cakupan dan mengurangi hambatan finansial untuk perawatan kesehatan(Meng & Xu, 2014). Sistem asuransi kesehatan nasional di Madagaskar meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan(Garchitorena et al., 2017). Program cakupan kesehatan universal di Kolombia meningkatkan akses ke layanan kesehatan bagi populasinya.

Selain contoh-contoh tersebut, banyak negara lain yang telah menerapkan program kesehatan dan pembangunan sosial yang efektif. Di Rwanda, program Mutuelles de santé meningkatkan pemanfaatan perawatan medis dan melindungi rumah tangga dari pengeluaran kesehatan yang katastrofik(Lu, et al., 2012). Skema Cakupan Universal di Thailand telah memperluas cakupan asuransi kesehatan dan mengurangi pengeluaran pribadi(Aungkulanon, 2016) Nepal telah mencapai kemajuan signifikan dengan program cakupan kesehatan universal yang meningkatkan akses ke layanan kesehatan dan perlindungan finansial (Adhikari, 2018). Di Zambia, penerapan kebijakan dan program telah meningkatkan akses dan kesetaraan layanan kesehatan (Aantjes, Quinlan & Bunders, 2016). Transisi ke cakupan perawatan kesehatan primer universal di Brasil meningkatkan akses ke layanan kesehatan (Andrade et al., 2018). Skema asuransi kesehatan sosial di China memperluas cakupan dan mengurangi hambatan finansial untuk perawatan kesehatan(Meng & Xu, 2014). Sistem asuransi kesehatan nasional di Madagaskar meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan(Garchitorena et al., 2017). Program cakupan kesehatan universal di Kolombia meningkatkan akses ke layanan kesehatan bagi populasinya.

Koohpayehzadeh et al (2020)⁶ dalam studinya mengupas tentang intervensi yang berhasil untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC) untuk kasus di 40 negara. Berdasarkan hasil studinya, intervensi untuk mencapai UHC dapat dikategorikan berdasarkan dimensi UHC, meliputi perlindungan finansial, cakupan layanan, cakupan

⁶ Koohpayehzadeh, J., Azami-Aghdash, S., Derakhshani, N., Rezapour, A., Kalajahi, R. A., Khasraghi, J. S., ... & Soleimanpour, S. (2021). Best practices in achieving universal health coverage: A scoping review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 35.

Laporan Akhir

Kajian Formulasi Proporsi Pembiayaan Kesehatan PBP dan BP yang Didaftarkan oleh Pemerintah Kab/Kota di Jawa Barat

populasi, dan kualitas. Intervensi-intervensi tersebut terbagi menjadi 40 intervensi pada perlindungan finansial yang dikategorikan ke dalam 14 item, 31 intervensi pada cakupan layanan yang dikategorikan ke dalam 7 item, 36 intervensi pada cakupan populasi yang dikategorikan ke dalam 9 item, dan 18 intervensi pada kualitas yang dikategorikan ke dalam 7 item. Perlindungan finansial dan kualitas adalah kategori intervensi dengan jumlah terbanyak dan paling sedikit, masing-masing. Keberhasilan hasil intervensi juga dibedakan berdasarkan dimensi UHC yang dicapai oleh negara-negara tersebut. Hasil-hasil tersebut dikategorikan ke dalam beberapa bagian, yaitu perlindungan finansial dengan 14 item, cakupan layanan dengan 7 item, cakupan populasi dengan 9 item, dan kualitas dengan 7 item.

Secara ilustratif, praktik baik dari berbagai negara diatas diiustasikan dalam gambar 2.1 yang secara komprehensif menggambarkan langkah-langkah dan hasil yang diperlukan untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC) yang efektif dan berkelanjutan. Gambar 2.1 menjelaskan praktik terbaik dalam mencapai Universal Health Coverage (UHC) dengan menyoroti empat elemen kunci: *Services Coverage*, *Population Coverage*, *Financing Protection*, dan *Quality*. Dengan pendekatan holistik yang menekankan pada peningkatan layanan, cakupan populasi yang lebih luas, reformasi sistem pembiayaan, dan peningkatan kualitas layanan, langkah-langkah ini bertujuan untuk memastikan bahwa setiap individu memiliki akses ke layanan kesehatan yang berkualitas tanpa harus menghadapi beban finansial yang berat.

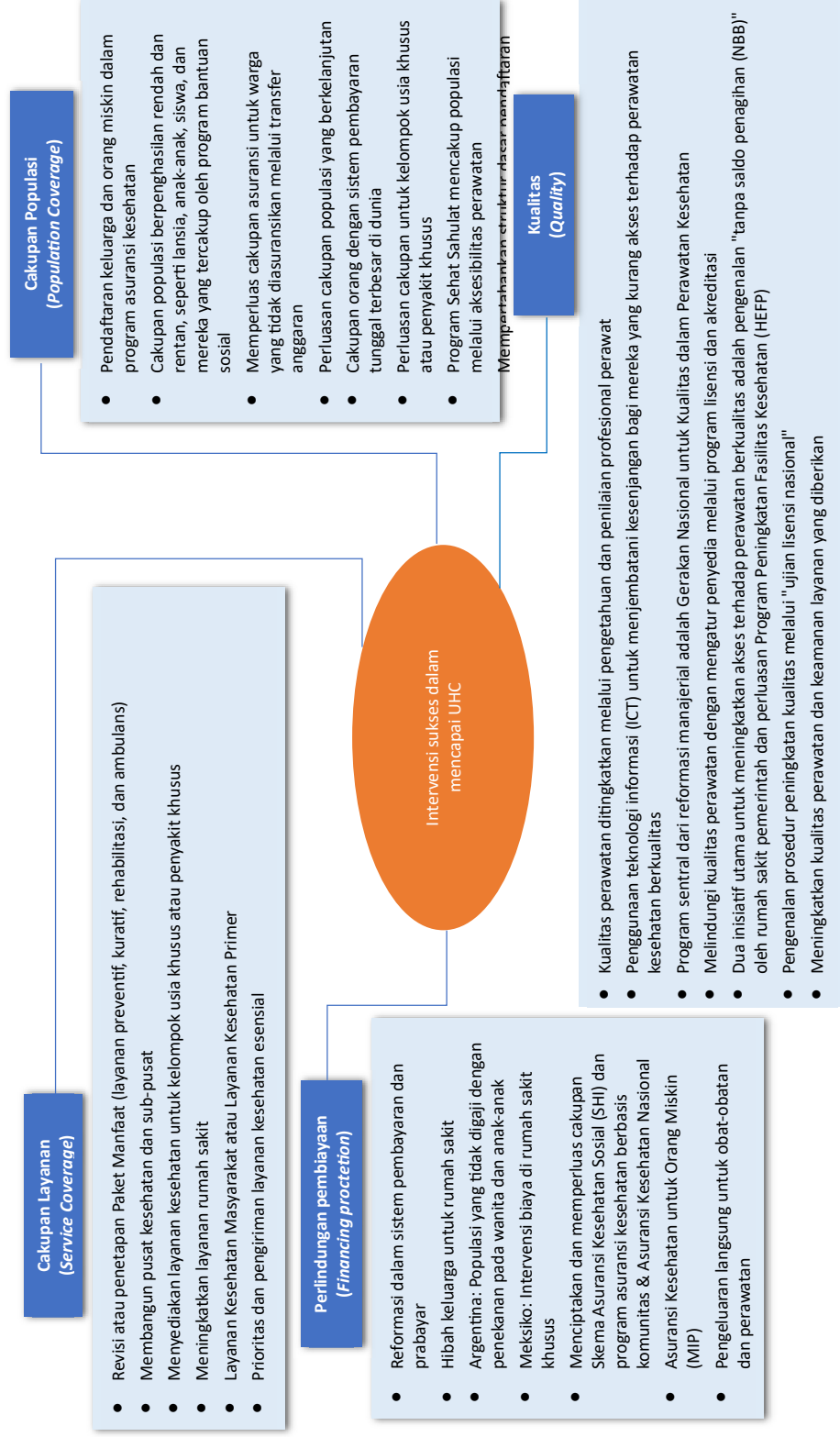
Services Coverage menekankan pada pentingnya memperluas dan memperkuat cakupan layanan kesehatan. Hal ini meliputi peninjauan atau pembentukan paket manfaat yang mencakup layanan preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif. Ada dorongan untuk membangun pusat kesehatan dasar dan satelit yang dapat memberikan layanan kesehatan yang penting bagi masyarakat. Layanan kesehatan dasar ini juga harus mencakup fasilitas kesehatan khusus bagi kelompok tertentu seperti ibu hamil, anak-anak, dan orang tua, dengan memberikan perhatian khusus pada kebutuhan kesehatan mental. Upaya ini termasuk memperkuat pelayanan kesehatan berbasis masyarakat dan menghilangkan hambatan untuk akses ke layanan kesehatan.

Population Coverage difokuskan pada peningkatan jumlah individu dan kelompok yang memiliki akses terhadap layanan kesehatan. Hal ini dapat dicapai melalui peningkatan registrasi keluarga miskin dan rentan dalam program kesehatan, meningkatkan inklusi populasi melalui pendekatan berbasis hak, serta mempromosikan akses universal

terhadap kesehatan ibu dan anak. Dalam konteks ini, program seperti Subsidi Premium untuk kelompok populasi tertentu dan pemanfaatan teknologi informasi untuk memperluas jangkauan layanan sangat penting. Selain itu, program kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesetaraan akses terhadap layanan kesehatan bagi semua kelompok masyarakat juga mendapatkan penekanan khusus.

Financing Protection berfokus pada reformasi sistem pembiayaan untuk memberikan perlindungan keuangan yang lebih baik kepada masyarakat. Ini termasuk penghapusan biaya di muka dan sistem pembayaran berbasis pra-bayar, yang bertujuan untuk mengurangi beban keuangan pada keluarga miskin. Pendanaan kesehatan harus dikelola dengan baik melalui penerapan skema pembiayaan yang berkelanjutan dan adil. Dukungan keuangan juga harus diperluas untuk mencakup subsidi bagi individu yang tidak mampu membayar premi asuransi kesehatan. Sistem pembiayaan kesehatan yang lebih inklusif dan ramah bagi masyarakat miskin dapat diwujudkan dengan memperluas skema jaminan kesehatan nasional.

Quality menekankan pada peningkatan kualitas layanan kesehatan melalui penerapan standar profesional dan pengetahuan terbaru. Penggunaan teknologi informasi untuk mempermudah akses layanan kesehatan, terutama bagi mereka yang terkunci dari akses kesehatan yang memadai, adalah langkah penting. Selain itu, peningkatan keselamatan pasien dan perawatan berkualitas melalui reformasi sistem kesehatan menjadi fokus utama. Memastikan kesetaraan dalam kualitas perawatan di seluruh fasilitas kesehatan dan memfasilitasi akses bagi kelompok rentan menjadi prioritas dalam upaya ini.



Gambar 2. 1 Intervensi Sukses dalam Mencapai Cakupan Kesehatan Universal (UHC) di Berbagai Negara
Sumber:

Pada dasarnya, secara umum berdasarkan berbagai praktik baik di berbagai negara, investasi yang ditargetkan dalam bidang kesehatan dan pembangunan sosial, bersama dengan pengenalan sistem cakupan kesehatan universal, telah menyebabkan peningkatan signifikan dalam berbagai indikator kesehatan. Upaya ini menekankan pentingnya kebijakan kesehatan yang komprehensif dan inklusif dalam mencapai hasil kesehatan yang lebih baik dan memastikan kesetaraan dalam akses ke layanan kesehatan. Negara-negara yang berhasil menerapkan program-program ini menunjukkan bahwa komitmen terhadap investasi berkelanjutan dan reformasi sistem kesehatan dapat menghasilkan manfaat jangka panjang bagi kesejahteraan masyarakat⁷.

Selain itu, penting untuk mencatat bahwa keberhasilan program kesehatan tidak hanya bergantung pada aspek finansial tetapi juga pada integrasi dan koordinasi berbagai elemen sistem kesehatan. Ini termasuk penguatan infrastruktur kesehatan, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, penerapan teknologi medis terbaru, serta edukasi dan pemberdayaan masyarakat dalam menjaga kesehatan mereka. Kolaborasi lintas sektor dan partisipasi aktif dari seluruh pemangku kepentingan juga merupakan kunci untuk mencapai tujuan kesehatan yang komprehensif dan berkelanjutan.

Dengan demikian, pelajaran yang dapat diambil dari berbagai negara ini adalah bahwa investasi dalam kesehatan dan pembangunan sosial harus terus dilakukan dengan pendekatan yang holistik dan inklusif. Hanya dengan cara ini, kita dapat memastikan bahwa semua orang, tanpa memandang latar belakang sosial atau ekonomi mereka, memiliki akses ke layanan kesehatan yang mereka butuhkan untuk mencapai kehidupan yang sehat dan produktif.

⁷ Lihat lampiran tabel A1 untuk detail best practice terkait UHC di berbagai negara

3. Metode Kajian

3.1. Unit analisis & Ruang lingkup kajian

Untuk memenuhi tujuan riset yaitu formulasi bantuan hibah Jamkesda di level kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat, maka dilakukan penyusunan formula dan simulasi untuk menentukan besaran bantuan jaminan kesehatan daerah dari Provinsi Jawa Barat ke kabupaten/kota di Jawa Barat. Oleh karena itu unit analisis dari kajian ini adalah Provinsi Jawa Barat. Adapun ruang lingkup kajian ini adalah hibah Jamkesda untuk PBI dan PBPU yang berasal dari APBD Provinsi.

3.2. Data & sumber data

Data yang digunakan dalam kajian ini merupakan data-data sekunder yang diperoleh melalui publikasi maupun berasal dari data internal di lingkup pemerintahan Kabupaten/Kota maupun pemerintah Provinsi Jawa Barat. Adapun data dan sumber data tersebut antara lain:

- Data yang terkait dengan kondisi fiskal daerah: Indeks Kapasitas Fiskal (Kementerian Keuangan Republik Indonesia); Penerimaan APBD; Dana Bagi Hasil Kabupaten/Kota; Estimasi Dana Bagi Hasil Kabupaten/Kota (Bappeda)
- Data yang terkait dengan aspek kesehatan: peserta dan ajuan dana jaminan kesehatan baik PBI, BPBU PB; tingkat capaian UHC; prevalensi stunting; Angka Kematian Bayi; Angka Kematian Ibu; Angka Neonatal; Angka Cakupan TBC (Dinas Kesehatan)
- Data yang terkait dengan aspek sosioekonomi: Jumlah Penduduk (Disdukcapil); Angka Ketergantungan; Persentase pekerja informal (BPS)

3.3. Skenario Simulasi

Formulasi untuk penentuan bantuan Jamkesda bagi PBPU dan BP dalam kajian ini dibangun atas 2 faktor utama, yaitu:

- Kemandirian fiskal daerah; dan
- Kinerja kesehatan daerah

3.3.1 Kemandirian Fiskal

Aspek kemandirian diwakili oleh Indeks Kapasitas Fiskal (IKF) daerah kabupaten/kota. Mengingat terdapatnya beberapa perubahan dalam formulasi IKF selama implementasi otonomi daerah, maka kajian ini menggunakan 3 alternatif IKF, yaitu berdasarkan:

- Peraturan Menteri Keuangan Nomor 120/PMK.07/2020 Tahun 2020 tentang Peta Kapasitas Fiskal Daerah (selanjutnya disebut sebagai PMK 120/2020)
- Peraturan Menteri Keuangan Nomor 193/PMK.07/2022 Tahun 2022 tentang Peta Kapasitas Fiskal Daerah (selanjutnya disebut sebagai PMK 193/2022)
- Peraturan Menteri Keuangan Nomor 084/PMK.07/2023 Tahun 2023 tentang Peta Kapasitas Fiskal Daerah (selanjutnya disebut sebagai PMK 084/2023)

Rentang Rasio Kapasitas Fiskal Daerah (RKFD) dan kategori Kapasitas Fiskal Daerah (KFD) kabupaten/kota berdasarkan masing-masing PMK di atas adalah sebagaimana tercantum dalam Tabel 3.1. adapun kategori KFD setiap kabupaten/kota terdapat dalam Tabel 3.2.

Tabel 3.1 Kategori KFD dan Rentang RKFD berdasarkan 3 PMK

Kategori KFD	Rentang RKFD		
	PMK 120/2020	PMK 193/2022	PMK 084/2023
Sangat rendah	$RKFD < 0,277$	$RKFD < 1,171$	$RKFD < 1,302$
Rendah	$0,277 \leq RKFD \leq 0,564$	$1,171 \leq RKFD \leq 1,504$	$1,302 \leq RKFD < 1,799$
Sedang	$0,564 \leq RKFD \leq 0,934$	$1,504 \leq RKFD \leq 1,838$	$1,799 \leq RKFD < 2,296$
Tinggi	$0,934 \leq RKFD \leq 1,920$	$1,838 \leq RKFD \leq 2,171$	$2,296 \leq RKFD < 2,793$
Sangat tinggi	$1,920 \leq RKFD$	$2,171 \leq RKFD$	$2,793 \leq RKFD$

Sumber: DJPK Kementerian Keuangan

Tabel 3. 2 Kategori KFD dan Rentang RKFD Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat berdasarkan 3 PMK

No	Kabupaten/Kota	PMK 120/2020		PMK 193/2022		PMK 084/2023	
		Indeks	Status	Indeks	Status	Indeks	Status
1	Kab. Bogor	4.343	Sangat tinggi	1.984	Tinggi	2.110	Sangat tinggi
2	Kab. Sukabumi	2.585	Sangat tinggi	1.746	Sedang	1.582	Tinggi

Laporan Akhir

Kajian Formulasi Proporsi Pembiayaan Kesehatan PBP dan BP yang Didaftarkan oleh Pemerintah Kab/kota di Jawa Barat

3	Kab. Cianjur	2.808	Sangat tinggi	1.804	Sedang	1.440	Sedang
4	Kab. Bandung	2.641	Sangat tinggi	1.905	Tinggi	1.777	Sangat tinggi
5	Kab. Garut	2.384	Sangat tinggi	1.270	Rendah	1.245	Sedang
6	Kab. Tasikmalaya	1.427	Tinggi	1.174	Rendah	0.999	Rendah
7	Kab. Ciamis	1.069	Sedang	1.165	Sangat Rendah	0.740	Sangat rendah
8	Kab. Kuningan	1.532	Tinggi	1.329	Rendah	1.063	Rendah
9	Kab. Cirebon	1.877	Tinggi	1.376	Rendah	1.006	Rendah
10	Kab. Majalengka	2.364	Sangat tinggi	1.901	Tinggi	1.159	Rendah
11	Kab. Sumedang	1.151	Sedang	1.045	Sangat Rendah	0.914	Sangat rendah
12	Kab. Indramayu	2.186	Sangat tinggi	1.088	Sangat Rendah	1.003	Rendah
13	Kab. Subang	2.207	Sangat tinggi	1.134	Sangat Rendah	0.985	Rendah
14	Kab. Purwakarta	1.438	Tinggi	1.371	Rendah	1.311	Sedang
15	Kab. Karawang	2.104	Tinggi	1.731	Sedang	1.414	Sedang
16	Kab. Bekasi	4.686	Sangat tinggi	1.688	Sedang	1.662	Tinggi
17	Kab. Bandung Barat	1.910	Tinggi	1.432	Rendah	1.182	Rendah
18	Kab. Pangandaran	0.598	Rendah	2.186	Sangat Tinggi	2.010	Sangat tinggi
19	Kota Bogor	1.168	Tinggi	1.434	Rendah	1.817	Sangat tinggi
20	Kota Sukabumi	0.969	Sedang	1.191	Rendah	1.075	Rendah
21	Kota Bandung	4.726	Sangat tinggi	1.301	Rendah	1.489	Tinggi
22	Kota Cirebon	1.381	Tinggi	1.471	Rendah	1.400	Sedang
23	Kota Bekasi	5.873	Sangat tinggi	1.505	Sedang	1.658	Tinggi
24	Kota Depok	2.521	Sangat tinggi	2.625	Sangat Tinggi	2.481	Sangat tinggi
25	Kota Cimahi	0.942	Sedang	1.059	Sangat Rendah	1.200	Rendah
26	Kota Tasikmalaya	0.881	Sedang	1.162	Sangat Rendah	0.975	Rendah
27	Kota Banjar	0.698	Rendah	1.032	Sangat Rendah	0.953	Rendah
28	Jawa Barat					2.460	Tinggi

Sumber: DJPK Kementerian Keuangan

3.3.2 Kinerja Layanan Kesehatan Daerah

Kinerja layanan kesehatan daerah merupakan ukuran yang dibangun untuk mengestimasi kinerja daerah dalam pemenuhan UHC dan pencapaian indikator

Laporan Akhir

Kajian Formulasi Proporsi Pembiayaan Kesehatan PBP dan BP yang Didaftarkan oleh Pemerintah Kab/kota di Jawa Barat

kesehatan terpilih dibandingkan dengan estimasi kemampuan keuangan pembiayaan Jamkesda oleh Kabupaten/Kota. Kemampuan keuangan Kabupaten/Kota dihitung berdasarkan kenaikan DBH, termasuk didalamnya opsen DBH. Dalam hal ini, maka terdapat dua vektor yang digunakan, yaitu yang mencerminkan:

- kebutuhan layanan kesehatan dan Jamkesda; dan
- potensi peningkatan kapasitas pendanaan daerah diluar PAD dan DAU

Masing-masing vektor terdiri dari beberapa variabel yang kemudian diberikan bobot. Penentuan variabel dilakukan berdasarkan hasil FGD yang dihadiri oleh tim peneliti, perwakilan Dinas Kesehatan, perwakilan BP2D, dan perwakilan Bappeda Provinsi Jawa Barat. Adapun penentuan bobot dilakukan berdasarkan regresi dan FGD sebagaimana penentuan variabel. Pada prinsipnya, variabel-variabel yang mencerminkan kebutuhan layanan kesehatan merupakan variabel terpilih dengan prevalensi atau insidens yang tinggi di Jawa Barat dan memerlukan pendanaan besar, baik yang mewakili jenis penyakit menular maupun penyakit tidak menular. Tabel 3.3. memberikan informasi mengenai vektor, variabel, arah vektor dan bobot setiap variabel yang digunakan dalam kajian berdasarkan hasil FGD.

Tabel 3. 3 Variabel dan Bobot

No.	Aspek	Variabel	Simbol	Tahun	Arah bobot	Bobot (%)
1	Kapasitas Fiskal	IKF (sangat rendah=1; sangat tinggi=5)*	IKF		Positif	
2	Kinerja Layanan Jamkes (Beban & Potensi Jamkes)	ILK (sangat rendah=1; sangat tinggi=5)	IKLK		Positif/ Negatif	
	a. Jamkes	Porsi non-JKN terhadap penduduk	UHC	2022	Negatif	22.5
		Rasio Peserta PBI APBD real vs diajukan Kab/kot	PBI	2022	Negatif	22.5
		Rasio biaya PBI diajukan terhadap realisasi	CPBI	2022	Negatif	15
	b. Kesehatan	Prevalensi stunting	STU	2022	Negatif	10
		Angka Kematian Ibu	AKI	2022	Negatif	5
		Angka Kematian Balita	AKB	2022	Negatif	5
		Capaian Penemuan TBC	TBC	2022	Negatif	5

	c. Sosioekonomi	Angka Ketergantungan	<i>DEP</i>	2022	Negatif	5
		Rasio Pekerja Informal	<i>INF</i>	2023	Negatif	5
	d. Potensi tambahan dana Jamkes	Estimasi DBH Opsen	<i>OPS</i>	2024	Positif	60
		Estimasi kenaikan DBH	<i>DBH</i>	2024	Positif	40

Ket: Menggunakan PMK 120/2020; PMK 193/2022 dan PMK 084/2023

Sumber: Perhitungan Tim Peneliti & Hasil FDG

- Aspek kebutuhan layanan kesehatan dan Jamkesda

Variabel yang mewakili Jamkesda direpresentasikan oleh rasio penduduk yang tidak termasuk ke dalam skema UHC, rasio besarnya peserta APBD yang diajukan Kabupaten/Kota dan rasio biaya PBI yang diajukan Kabupaten/Kota ke provinsi terhadap realisasinya. Semakin rendah UHC atau semakin tinggi cakupan penduduk yang belum UHC di suatu Kabupaten/Kota maka beban layanan kesehatan di daerah tersebut makin tinggi. Demikian pula semakin tinggi rasio peserta PBI APBD yang diajukan menunjukkan adanya kebutuhan pendanaan Jamkesda semakin besar.

Pada aspek kesehatan, semakin tinggi prevalensi stunting, AKI, AKB, dan TBC di suatu Kabupaten/Kota secara langsung menunjukkan bahwa daerah yang bersangkutan memiliki capaian kinerja kesehatan yang lebih rendah dan berpotensi memerlukan Jamkesda lebih tinggi dibanding daerah lainnya.

Variabel-variabel yang mewakili aspek sosioekonomi merupakan variabel yang diperkirakan dapat mempertinggi kebutuhan Jamkseda. Semakin tinggi rasio ketergantungan di suatu Kabupaten/Kota mencerminkan banyaknya masyarakat yang *idle*, atau tidak produktif, sehingga jaminan kesehatan dari kelompok PPU relatif rendah. Demikian pula jika rasio pekerja informal tinggi di suatu daerah, maka jaminan kesehatan kelompok PPU rendah karena pekerja informal tidak memperoleh benefit kerja. Dengan rendahnya jaminan kesehatan PPU maka kebutuhan PBI APBD menjadi tinggi.

Terhadap masing-masing variabel ini dibentuk suatu bobot yang merepresentasikan rasio capaian variabel bersangkutan di masing-masing Kabupaten/Kota terhadap rata-rata capaian di Provinsi Jawa Barat. Sebagai contoh, bobot capaian UHC untuk merepresentasikan kebutuhan Jamkesda dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$IUHC_i = \frac{(1-UHCR)_i}{\sum_{i=1}^{27} (1-UHC)} \dots\dots\dots (1)$$

dimana,

$IUHC$: Bobot penduduk yang belum mencapai UHC per kabupaten/kota
 i : Kabupaten/Kota i
 $UHCR$: Tingkat capaian UHC kabupaten/kota

Selanjutnya, dengan mengalikan bobot berdasarkan formula (1) dan (2) dengan bobot variabel pada Tabel 3.3. maka dibangun Indeks kebutuhan layanan kesehatan daerah, sehingga diperoleh Indeks Jamkesda (IKJ_i) dengan rumus:

$$IKJ_i = (IUHC_i \times WUHC) + (ISTU_i \times WST) + \dots (IINF_i \times WINF) \dots\dots (2)$$

dimana,

IKJ : Indeks Kebutuhan Jamkes kabupaten/kota
 i : Kabupaten/Kota i
 $WUHC$: Bobot variabel UHC

- Aspek potensi peningkatan kemampuan pendanaan daerah

Terdapat potensi peningkatan kemampuan pendanaan daerah di luar PAD dan DAU, yaitu berasal dari DBH dan Opsen DBH. Dengan menggunakan estimasi DBH dan Opsen DBH yang dilakukan oleh Bappeda Provinsi Jawa Barat, maka formula (1) diaplikasikan pada variabel-variabel pembentuk aspek potensi peningkatan kemampuan pendanaan daerah sehingga diperoleh formula (3) sebagai berikut:

$$IPJ_i = (IDBH_i \times WDBH) + (IOP_i \times WOP) \dots\dots (3)$$

Dimana,

IPJ : Indeks Potensi Pendanaan Jamkes kabupaten/kota
 $IDBH$: Bobot Dana Bagi Hasil Kabupaten/Kota i
 $WDBH$: Bobot variabel Dana Bagi Hasil
 IOP : Bobot Penerimaan Opsen DBH Kabupaten/Kota i
 OP : Bobot variabel penerimaan Opsen DBH

Tahap selanjutnya adalah membangun Indeks Gap Jamkesda (IGJ). Angka IGJ diperoleh dari mengurangi IKJ_i dari IPJ_i . Berdasarkan selisih tersebut maka dibentuk Indeks Kemandirian Layanan Kesehatan IKL_i , dimana⁸

$$IKL_i = IGJ_i,$$

dimana : jika $IGJ_i \leq 0$ maka $IKL_i = 0$ (4)

Status kapasitas fiskal daerah dan kapasitas layanan kesehatan menentukan besarnya bobot bantuan Jamkesda yang diberikan kepada Kabupaten/Kota. Oleh karena itu terhadap besaran nilai variabel IKF_i dan IKL_i dilakukan pembagian kelas berdasarkan kuintil, dengan klasifikasi sebagai berikut:

Tabel 3. 4 Kelas dan Status Kapasitas Fiskal dan Kemandirian Layanan Kesehatan

Kelas IKF_i		IKL_i	
Kelas	Status Kemandirian	Kelas	Status Kemandirian
1	Sangat rendah	1	Sangat rendah
2	Rendah	2	Rendah
3	Sedang	3	Sedang
4	Tinggi	4	Tinggi
5	Sangat Tinggi	5	Sangat Tinggi

Ket: Kelas IKF berbeda sesuai PMK yang digunakan

Sumber: Tim Peneliti & Hasil FDG

3.4 Formulasi

Terdapat 4 formula yang diajukan untuk menentukan besaran hibah Jamkesda dari Provinsi ke Kabupaten/Kota di Jawa Barat. Untuk memperoleh bobot dasar bantuan, dilakukan perkalian antara kelas IKF_i dan IKL_i sehingga, dengan mengaplikasikan PMK yang berbeda. Keempat formula tersebut kemudian dikalikan dengan estimasi nilai bantuan setiap kabupaten/kota. Adapun keempat formula tersebut adalah sebagai berikut:

⁸ Indeks Kapasitas Layanan Kesehatan yang dibangun dalam kajian ini hanya berlaku untuk kepentingan internal kajian ini.

- Formula 1:

$$BWA_i = [-\alpha_1(KIKF_i \times KIKL_i) + \alpha_0] \dots\dots\dots (5)$$

dimana,

BWA : Bobot Bantuan formula ke-1
 α : Konstanta
KIKF : Kelas Indeks Kapasitas Fiskal
KIKL : Kelas Indeks Kapasitas Fiskal
i : Kabupaten/Kota

Pada formula di atas, $\alpha_1 = 1$. Dengan mempertimbangkan adanya kenaikan Opsen DBH dan DBH di Kabupaten Kota serta bertambahnya beban P3K di level provinsi, maka α_0 ditetapkan sebesar 40, sehingga:

$$AdjBWA_i = Adj[-(KIKF_i \times KIKL_i) + 40] \dots\dots\dots (6)$$

Untuk menghasilkan formula pada alternatif ke-1 maka dilakukan penyesuaian (adjustment) pada nilai sesuai dengan kriteria sehingga besaran bobot akan merupakan porsi sesuai dengan Tabel 3.5 berikut:

Tabel 3. 5 Pembobotan Formula ke-1

Kriteria kebutuhan bantuan	BWA_i	$AdjBWA_i$
1 (sangat rendah)	< 20	10%
2	$\geq 20 - < 25$	20%
3	$\geq 25 - < 30$	30%
4	$\geq 30 - < 35$	40%
5 (sangat tinggi)	≥ 35	50%

Sumber: Tim Peneliti & Hasil FGD

- Formula 2:

$$BWB_i = [-\alpha_1(KIKF_i \times KIKL_i) + \alpha_0] + \beta_3 (KIKF_i \times KIKL_i) \dots\dots\dots (7)$$

dimana,

BWB : Bobot Bantuan formula ke-2
 α, β : Konstanta
KIKF : Kelas Indeks Kapasitas Fiskal

$KIKL_i$: Kelas Indeks Kapasitas Fiskal
 i : Kabupaten/Kota

$$BWB_i = [-(KIKF_i \times KIKL_i) + 40] + 0.25 (KIKF_i \times KIKL_i) \dots\dots\dots (8)$$

- Formula 3:

Formula ke-3 merupakan replikasi dari formula ke-2 yang dipetakan berdasarkan kekuatan kapasitas fiskal dan kapasitas layanan kesehatan daerah sebagaimana pada Tabel 3.6

$$AdjBWC_i = [-(KIKF_i \times KIKL_i) + 40] + 0.25 (KIKF_i \times KIKL_i) \dots\dots\dots (10)$$

Tabel 3. 6 Pembobotan Formula ke-3

Kriteria kebutuhan bantuan	$KIKF_i \times KIKL_i$	$AdjBWC_i$
1 (sangat rendah)	> 20	10%
2	$> 15 - \leq 20$	20%
3	$> 10 - \leq 15$	30%
4	$> 5 - \leq 10$	40%
5 (sangat tinggi)	≤ 5	50%

Sumber: Tim Peneliti & Hasil FGD

- Formula 4:

Formula ke-4 merupakan penggabungan antara formulasi ke-1, formulasi ke-3 dengan pagu anggaran di level Provinsi Jawa Barat.

$$BWD_i = [-(KIKF_i \times KIKL_i) + 30] + 0.3 (KIKF_i \times KIKL_i) \quad \text{s.t } M \leq 550.000.000 \dots\dots\dots (9)$$

Dimana M adalah anggaran yang dialokasikan untuk bantuan hibah Jamkesda oleh Provinsi Jawa Barat sebesar Rp 550.000.000,-.

4. Gambaran Indikator Relevan

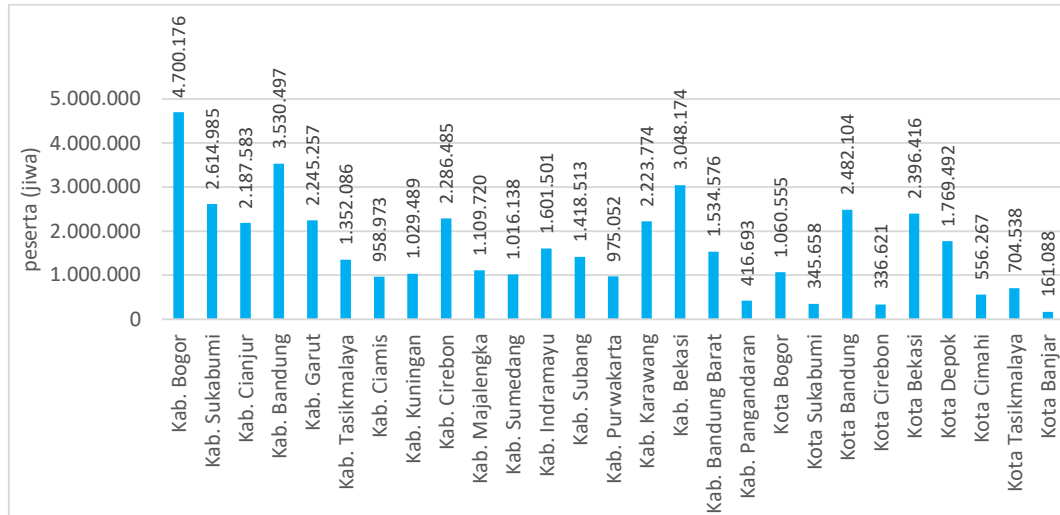
4.1. Gambaran Jamkesda Jawa Barat

- **Cakupan Kepesertaan Jaminan Kesehatan**

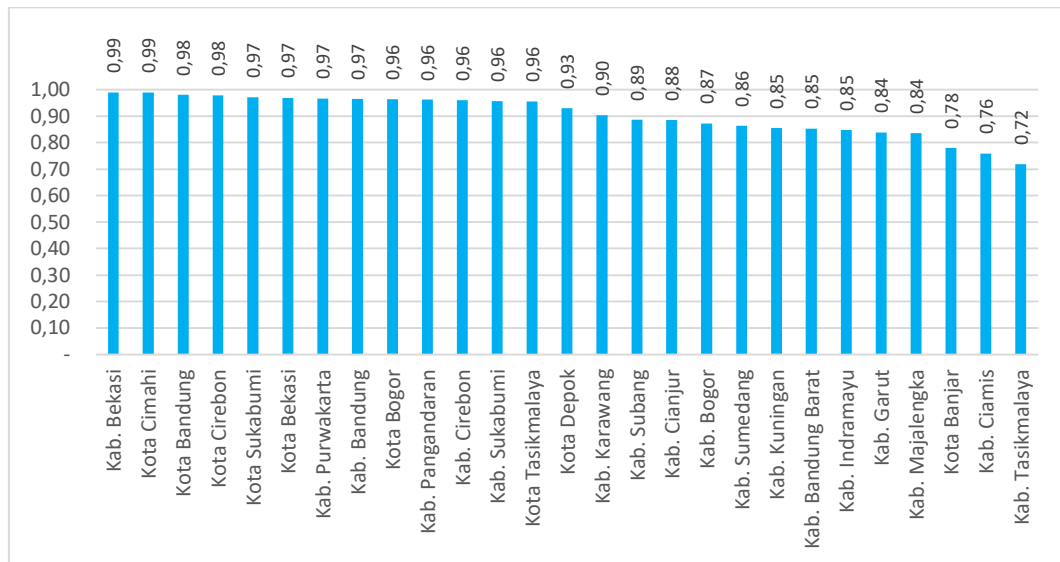
UHC dikatakan telah tercapai apabila seluruh penduduk sudah memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang komprehensif dan bermutu, baik upaya promotif, preventif, deteksi dini, pengobatan, rehabilitatif dan paliatif tanpa terkendala biaya. Dalam rangka mewujudkan UHC, sejak tahun 2014 pemerintah menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN/KIS) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Hal ini berdasarkan UU No.40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Nasional (SJSN). Pada tahun 2024 pemerintah menargetkan bahwa capaian UHC adalah 98%.

Dalam mencapai target tersebut, pemerintah daerah sangat strategis, yaitu dengan turut memperluas cakupan kesehatan jaminan nasional (JN-KIS) di wilayahnya. Oleh karenanya, melalui Jamkesda sebagai instrumen tambahan terhadap JKN, masyarakat miskin yang tidak mampu berobat namun belum tercakup oleh Jamkesmas berhak mendapatkan jaminan kesehatan. Gambar di bawah ini memperlihatkan jumlah penduduk yang menjadi peserta program jaminan kesehatan, baik yang berasal dari pusat maupun daerah.

Grafik 4.1. memberikan informasi mengenai jumlah kepesertaan jaminan kesehatan, baik yang berasal dari PBI APBD, PBI APBN, Bukan Pekerja, Pekerja Bukan Penerima Upah, maupun Pekerja Penerima Upah. Dengan menjumlahkan berbagai elemen kepesertaan tersebut maka berdasarkan grafik di atas, Kabupaten Bogor merupakan daerah dengan jumlah kepesertaan jaminan kesehatan paling banyak, diikuti oleh Kabupaten Bandung. Pada tahun 2023 terdapat sekitar 4,7 juta penduduk yang telah tercakup dalam program jaminan kesehatan. Angka ini tidak sepenuhnya merepresentasikan JKN, karena terdapat potensi overlapping kepesertaan. Namun demikian angka ini sementara itu di posisi kedua yaitu Kabupaten Bandung, sekitar 3,5 juta penduduk telah tercakup oleh jaminan kesehatan. Adapun Kota Banjar merupakan yang paling rendah, yaitu 161.088 jiwa.



Grafik 4.1. Total peserta Jaminan Kesehatan per Kabupaten/Kota di Jawa Barat (jiwa), 2023
Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat



Grafik 4.2 Kepesertaan Jaminan Kesehatan per Kabupaten/Kota di Jawa Barat (%), 2023
Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat

Dengan membagi seluruh elemen kepesertaan jaminan kesehatan dengan jumlah penduduk, diperoleh rasio kepesertaan jaminan kesehatan pada tahun 2022 sebagaimana terlihat pada grafik 4.2. Secara umum dapat dilihat dari grafik di bawah ini bahwa daerah kota memiliki cakupan kepesertaan yang lebih tinggi dari daerah

kabupaten, dengan pengecualian Kabupaten Bekasi yang memiliki capaian tertinggi (99%) dan Kota Banjar yang memiliki capaian rendah (72%). Menggunakan angka-angka pada grafik di bawah sebagai proksi UHC, maka dapat dikatakan bahwa di Jawa Barat masih banyak Kabupaten/Kota yang belum memenuhi target capaian UHC. Demikian pula pada spektrum kanan grafik, terlihat bahwa 3 Kabupaten/Kota yang berada di bagian selatan Jawa Barat masih sangat tertinggal, yaitu Kota Banjar, Kabupaten Ciamis dan Kabupaten Tasikmalaya yang capaiannya belum mencapai 80%, atau sangat jauh dari target UHC.

Tabel 4.1 berikut memperlihatkan detilasi kepesertaan jaminan kesehatan mandiri dan kepesertaan yang dananya bersumber dari APBD. Berdasarkan tabel diperoleh bahwa peserta PBI yang berasal dari APBD pada tahun 2022 banyaknya hampir mencapai 6,2 juta jiwa. Banyaknya kepesertaan tersebut sekitar 8 kali banyaknya peserta PBI mandiri. Kabupaten Bekasi merukan daerah dengan peserta PBI APBD paling banyak, yaitu sekitar 690 ribu jiwa, diikuti oleh Kota Bandung dengan angka mendekati 670 ribu jiwa. Adapun Kota Banjar merupakan yang paling rendah dengan jumlah kepesertaan PBI APBD 37 ribu jiwa.

Pemerintah daerah Provinsi Jawa Barat dan pemerintah masing-masing Kabupaten/Kota sesuai dengan Peraturan Gubernur No.41/2021 telah mengalokasikan dana jaminan kesehatan daerah bagi peserta PBPU dan BP yang didaftarkan oleh pemerintah daerah. Berdasarkan tabel dapat dilihat bahwa pada tahun 2022 dana jaminan kesehatan daerah mencapai sekitar 875,6 trilyun. Kabupaten Bandung dengan penduduk yang tinggi memperoleh realisasi alokasi dana PBI APBD paling besar atau mencapai sekitar 106,1 triliun rupiah, diikuti oleh Kabupaten Bogor dengan realisasi jaminan kesehatan sebesar 70 triliun rupiah. Besarnya realisasi alokasi tersebut antara lain dipengaruhi oleh jumlah penduduk.

Tabel 4. 1 Kepesertaan PBI dan BP di Jawa Barat 2022

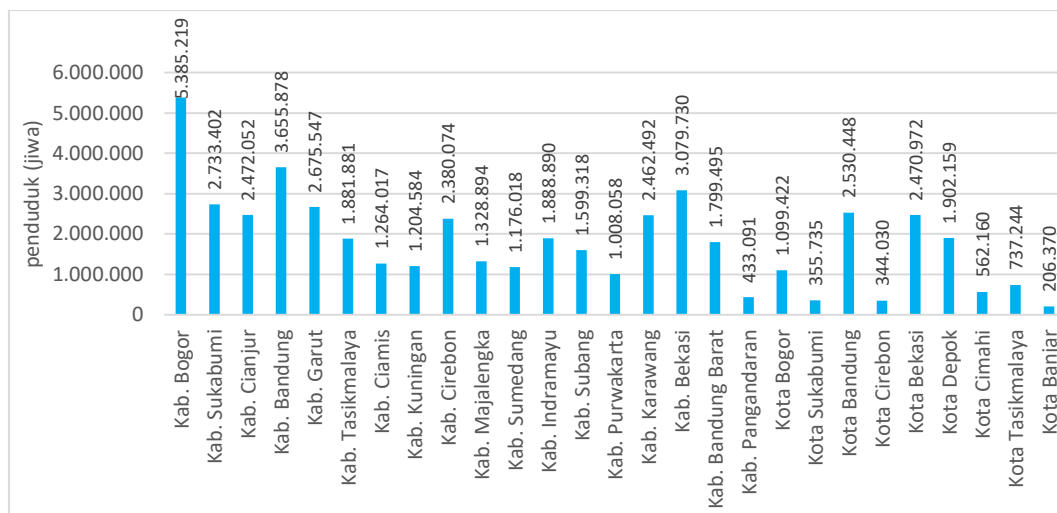
No	Kabupaten/Kota	Peserta PBI Mandiri	Peserta BP Mandiri	Peserta PBI APBD	Realisasi Dana PBI APBD
1	Kab. Bogor	59,444	1,395,018	465,901	70,027,272,494
2	Kab. Sukabumi	27,530	541,469	415,042	68,541,704,372
3	Kab. Cianjur	35,731	370,793	286,732	48,300,677,726
4	Kab. Bandung	60,670	1,012,918	612,972	106,143,236,996
5	Kab. Garut	50,108	372,933	175,000	34,482,723,048
6	Kab. Tasikmalaya	19,427	201,944	123,327	25,216,407,404
7	Kab. Ciamis	22,780	164,918	136,000	18,619,915,105
8	Kab. Kuningan	17,231	201,837	55,000	5,155,920,000
9	Kab. Cirebon	20,292	445,488	350,610	50,462,241,309
10	Kab. Majalengka	20,973	236,361	113,250	17,641,505,505
11	Kab. Sumedang	32,745	247,036	110,578	18,101,721,590
12	Kab. Indramayu	11,766	245,557	221,243	23,408,409,677
13	Kab. Subang	27,486	383,677	165,000	17,701,754,000
14	Kab. Purwakarta	14,369	311,718	95,579	12,382,317,967
15	Kab. Karawang	22,830	756,362	120,000	11,249,280,000
16	Kab. Bekasi	19,567	1,195,451	692,000	64,870,848,000
17	Kab. Bandung Barat	29,761	386,740	121,250	16,678,004,881
18	Kab. Pangandaran	5,564	50,077	80,000	7,813,935,000
19	Kota Bogor	27,771	353,090	186,539	26,800,329,490
20	Kota Sukabumi	9,791	113,060	45,615	5,497,907,446
21	Kota Bandung	84,075	831,522	668,614	93,157,759,800
22	Kota Cirebon	7,696	101,779	107,248	10,053,856,512
23	Kota Bekasi	60,676	1,047,289	372,963	53,856,336,306
24	Kota Depok	45,852	772,946	234,459	40,226,574,267
25	Kota Cimahi	19,164	222,485	83,000	12,900,126,579

26	Kota Tasikmalaya	12,735	155,492	123,247	10,659,798,288
27	Kota Banjar	4,230	45,882	37,000	5,675,976,934
	Jawa Barat	770,264	12,163,842	6,198,169	875,626,540,696

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat

• Populasi

Populasi Jawa Barat pada tahun 2021 berdasarkan laporan Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil (Disdukcapil) adalah sebesar 48.637.180 jiwa. Gambar di bawah ini memperlihatkan bahwa Kabupaten Bogor merupakan daerah dengan populasi terbesar, yaitu hampir mencapai 5,4 juta jiwa atau 11% dari total populasi Jawa Barat. Dua wilayah dengan populasi terbesar setelah Kabupaten Bogor adalah Kabupaten Bandung dan Kabupaten Bekasi, yang masing-masing dihuni oleh sekitar 3,65 juta jiwa (7,52%) dan 3,01 juta jiwa (6,33%). Sementara itu, Kota Banjar, Kota Cirebon dan Kota Sukabumi merupakan 3 wilayah dengan penduduk paling sedikit di Jawa Barat. Pada tahun 2021, terdapat sekitar 206 ribu jiwa (0,42%) penduduk di Kota Banjar. Adapun di Kota Cirebon dan Kota Sukabumi masing-masing berpenduduk sekitar 344 ribu jiwa (0,71%) dan 355 ribu jiwa (0,74%). Semakin banyak jumlah penduduk mengisyaratkan semakin besar layanan kesehatan yang diperlukan oleh suatu daerah, sehingga semakin tinggi pendanaan yang dibutuhkan.



Grafik 4. 3 Jumlah Penduduk per Kabupaten/Kota di Jawa Barat (jiwa), 2021

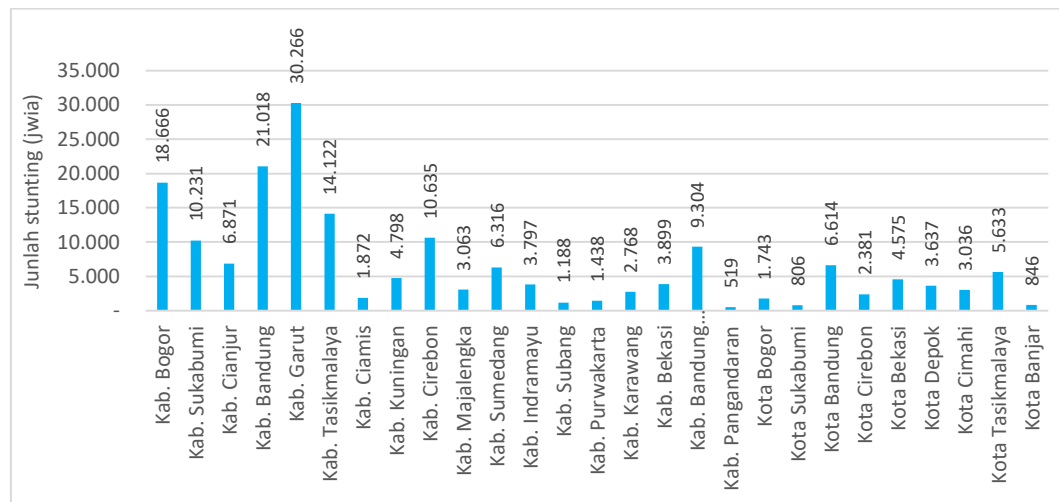
Sumber: Disdukcapil Provinsi Jawa Barat

Laporan Akhir

Kajian Formulasi Proporsi Pembiayaan Kesehatan PBP dan BP yang Didaftarkan oleh Pemerintah Kab/kota di Jawa Barat

- **Stunting**

Tengkes (*stunting*) adalah kondisi pendek atau sangat pendek berdasarkan panjang / tinggi badan menurut usia yang kurang dari -2 standar deviasi (SD) pada kurva pertumbuhan WHO yang terjadi dikarenakan kondisi irreversibel akibat asupan nutrisi yang tidak adekuat dan/atau infeksi berulang / kronis yang terjadi dalam 1000 HPK (WHO, 2022). Grafik di bawah memperlihatkan data stunting berdasarkan Profil Kesehatan Jawa Barat dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat 2022. Dari data tersebut, kejadian stunting balita paling banyak terjadi di Kabupaten Garut, yaitu mencapai 30.026 orang. Di posisi kedua adalah Kabupaten Bandung dengan 21.018 balita dan di posisi ke-3 adalah Kabupaten Bogor yang mencapai 18.666 balita. Sementara itu di Kabupaten Pangandaran, dengan angka 519 balita diikuti oleh Kota Sukabumi dan Kota Banjar dengan masing-masing 806 balita dan 846 balita.



Grafik 4. 4 Jumlah Balita Stunting per Kabupaten/Kota di Jawa Barat (%), 2022
 Sumber: Profil Kesehatan Jawa Barat, 2022 Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat

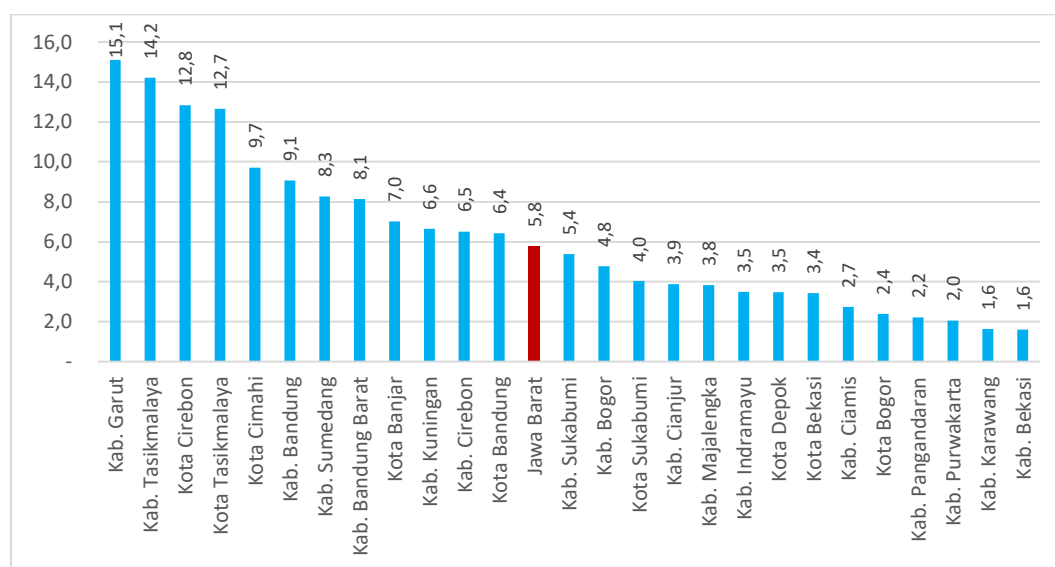
Grafik 4.5 di bawah memperlihatkan prevalensi stunting per kabupaten kota pada 2022. Di Jawa Barat, dari 3.113.365 balita yang diukur tinggi badan pada tahun 2022, maka 180.042 balita atau setara 5,8% mengalami stunting. Terdapat 12 kabupaten/kota dengan prevalensi stunting lebih tinggi dari rata-rata Jawa Barat. Kabupaten Garut merupakan wilayah dengan prevalensi stunting tertinggi (15,1%), dimana terdapat 30.266 balita stunting dari 200.276 balita yang diukur tingginya. Prevalensi tertinggi kedua stunting adalah Kabupaten Tasikmalaya, yaitu 14,2% atau terdapat 14.122 balita

Laporan Akhir

Kajian Formulasi Proporsi Pembiayaan Kesehatan PBP dan BP yang Didaftarkan oleh Pemerintah Kab/kota di Jawa Barat

stunting dari 99.433 balita yang diukur tinggi badanya. Di peringkat ke-3 prevalensi tertinggi stunting adalah oleh Kabupaten Cirebon dengan angka 12,8% atau terdapat 2.381 balita stunting 18.561 balita yang diukur tinggi badannya. Di sisi lain, dengan jumlah penduduk menempati urutan ke-3 terbanyak di Jawa Barat, Kabupaten Bekasi merupakan wilayah dengan prevalensi stunting terendah yaitu 1,6%, atau terdapat 3.899 balita stunting dari 344.045 balita yang diukur tinggi badannya.

Menurut WHO, stunting dalam jangka pendek terkait dengan tingginya mortalitas dan morbiditas. Balita stunting juga rentan mengalami berat badan rendah, terganggunya pertumbuhan, bahkan memiliki potensi kematian lebih besar. Hal ini tentunya memerlukan layanan kesehatan yang lebih banyak. Demikian pula dalam jangka panjang, stunting berdampak pada kurang produktifnya sumber daya manusia. Oleh karena itu pemerintah meluncurkan berbagai intervensi melalui program yang terintegrasi dari pusat hingga ke daerah dalam menurunkan angka stunting. Bagi pemerintah daerah, tingginya angka stunting merupakan indikasi tingginya layanan kesehatan yang harus disiapkan, dan tingginya pendanaan kesehatan yang diperlukan. Oleh karena itu semakin tinggi prevalensi stunting di suatu daerah akan meningkatkan potensi kebutuhan dana jaminan kesehatan di daerah tersebut.



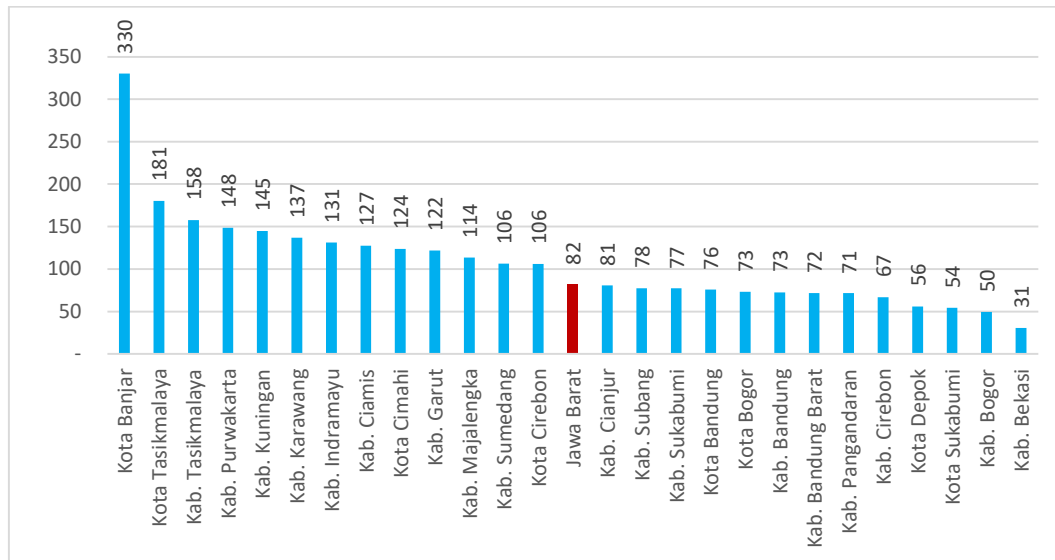
Grafik 4. 5 Prevalensi Stunting per Kabupaten/Kota di Jawa Barat (%), 2022
 Sumber: Profil Kesehatan Jawa Barat, 2022 Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat

Laporan Akhir

Kajian Formulasi Proporsi Pembiayaan Kesehatan PBP dan BP yang Didaftarkan oleh Pemerintah Kab/kota di Jawa Barat

Angka kematian ibu memberikan wawasan penting tentang efektivitas layanan kesehatan maternal dan neonatal, membantu memperbaiki kebijakan kesehatan, dan mendukung usaha penelitian untuk mengurangi risiko terkait. Data ini juga esensial dalam evaluasi kemajuan tujuan pembangunan berkelanjutan dan meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap perawatan kesehatan ibu.

Grafik 4.6 menampilkan angka kematian ibu per kabupaten/kota di Jawa Barat untuk tahun 2022, yang diukur dalam jumlah kematian per 100.000 kelahiran hidup. Kota Banjar mencatat angka tertinggi dengan 331 kematian per 100.000 kelahiran hidup, menandakan tingkat risiko yang sangat tinggi bagi kesehatan ibu di wilayah tersebut. Sementara itu, Kabupaten Tasikmalaya dan Kota Sukabumi juga memiliki angka yang cukup tinggi, dengan masing-masing mencapai 148 dan 146 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Sebaliknya, beberapa kabupaten dan kota seperti Kota Bekasi, Kota Depok, dan Kota Bandung menunjukkan angka kematian ibu yang jauh lebih rendah, dengan Kota Bekasi mencatat angka terendah di provinsi tersebut, yaitu hanya 31 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Hal ini mungkin mencerminkan kualitas layanan kesehatan yang lebih baik, aksesibilitas yang lebih tinggi ke fasilitas kesehatan, serta implementasi program kesehatan ibu dan anak yang lebih efektif di area urban dibandingkan dengan beberapa wilayah lainnya. Perbedaan ini menunjukkan disparitas signifikan dalam hasil kesehatan maternal antar wilayah di Jawa Barat, menekankan pentingnya intervensi yang ditargetkan untuk mengurangi risiko kematian ibu, terutama di daerah dengan angka kematian yang tinggi. Data ini dapat digunakan oleh pembuat kebijakan untuk mengalokasikan sumber daya dengan lebih efektif, meningkatkan layanan kesehatan, dan menyusun strategi yang spesifik guna menangani masalah kesehatan maternal secara regional.



Grafik 4. 6. Angka Kematian Ibu per Kabupaten/Kota di Jawa Barat, 2022

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat

Grafik 4.7 menyajikan gambaran tentang sebaran angka kematian neonatal per kabupaten/kota di Jawa Barat untuk tahun 2022, diukur dalam jumlah kematian per 100.000 penduduk. Gambaran mengenai hal ini penting dalam mengidentifikasi daerah-daerah di Jawa Barat yang memerlukan intervensi kesehatan maternal dan neonatal yang lebih intensif. Informasi ini sangat berharga bagi pembuat kebijakan untuk mengalokasikan sumber daya secara efisien, meningkatkan layanan kesehatan, dan merancang program yang ditargetkan untuk mengurangi mortalitas neonatal. Kematian neonatal yang tinggi menunjukkan kebutuhan mendesak untuk perbaikan dalam pengawasan kehamilan, perawatan persalinan, dan layanan pascapersalinan, serta pendidikan kesehatan masyarakat tentang praktik-praktik perawatan bayi yang aman.

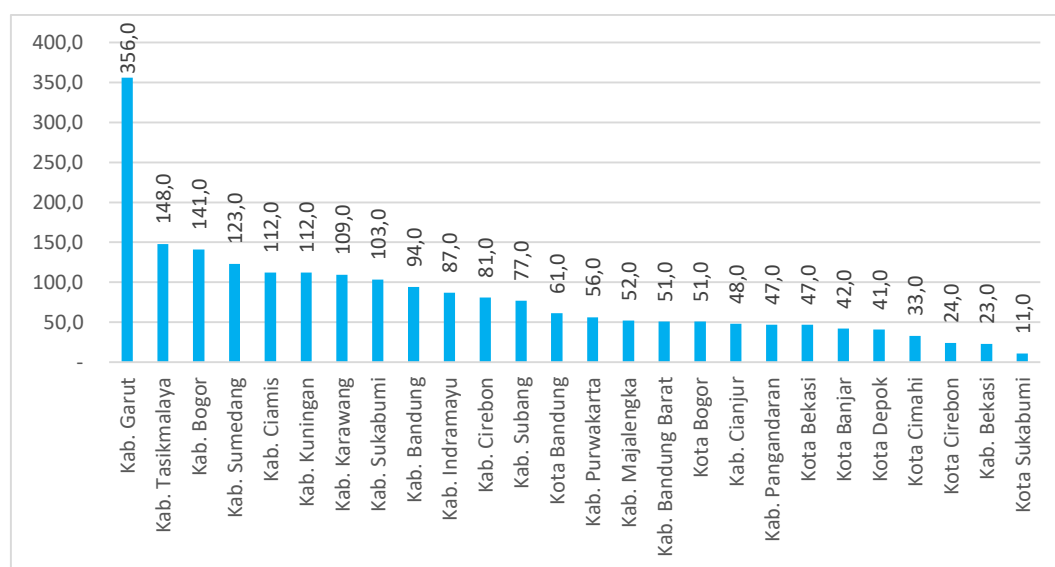
Kabupaten Garut mencatat angka kematian neonatal tertinggi, mencapai sekitar 350 kematian per 100.000 penduduk, yang menandakan area kritis yang memerlukan perhatian kesehatan tambahan. Angka ini secara dramatis lebih tinggi dibandingkan dengan kabupaten/kota lain di Jawa Barat, yang rata-rata berada di bawah 150 kematian per 100.000 penduduk. Selanjutnya, Kabupaten Tasikmalaya dan Kabupaten Majalengka juga mencatat angka yang relatif tinggi, masing-masing sekitar 148 dan 132 kematian per 100.000 penduduk. Angka-angka ini menunjukkan bahwa walaupun lebih rendah dari Garut, masih ada tantangan signifikan dalam mengurangi mortalitas neonatal di daerah-daerah tersebut. Sementara, Kabupaten dan kota lainnya menunjukkan angka yang lebih rendah, dengan sebagian besar wilayah mencatat

Laporan Akhir

Kajian Formulasi Proporsi Pembiayaan Kesehatan PBP dan BP yang Didaftarkan oleh Pemerintah Kab/kota di Jawa Barat

antara 30 hingga 120 kematian per 100.000 penduduk. Kota-kota seperti Kota Depok, Kota Bekasi, dan Kota Bandung mencatat angka paling rendah, menunjukkan bahwa intervensi kesehatan neonatal di daerah urban mungkin lebih efektif, atau ada akses yang lebih baik ke fasilitas kesehatan.

Kondisi diatas menunjukkan adanya disparitas signifikan dalam angka kematian neonatal di berbagai kabupaten dan kota di Jawa Barat. Kabupaten Garut, dengan angka kematian neonatal mencapai 350 per 100.000 penduduk, jauh lebih tinggi dibandingkan dengan rata-rata di provinsi tersebut dan membutuhkan perhatian kesehatan mendesak. Meskipun Kabupaten Tasikmalaya dan Kabupaten Majalengka memiliki angka yang lebih rendah dibandingkan Garut, mereka tetap mencatat angka yang relatif tinggi, menandakan bahwa masalah kesehatan neonatal masih menjadi tantangan serius di wilayah-wilayah tersebut. Di sisi lain, kota-kota besar seperti Kota Depok, Kota Bekasi, dan Kota Bandung menunjukkan angka kematian neonatal yang lebih rendah, yang mungkin mencerminkan efektivitas intervensi kesehatan neonatal dan akses yang lebih baik ke fasilitas kesehatan. Data ini menekankan perlunya upaya yang lebih terfokus dan sumber daya yang dialokasikan secara strategis untuk mengatasi masalah kesehatan neonatal di Jawa Barat, terutama di kabupaten dengan angka kematian yang tinggi.



Grafik 4. 7 Angka Neontal per Kabupaten/Kota di Jawa Barat, 2022
Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat

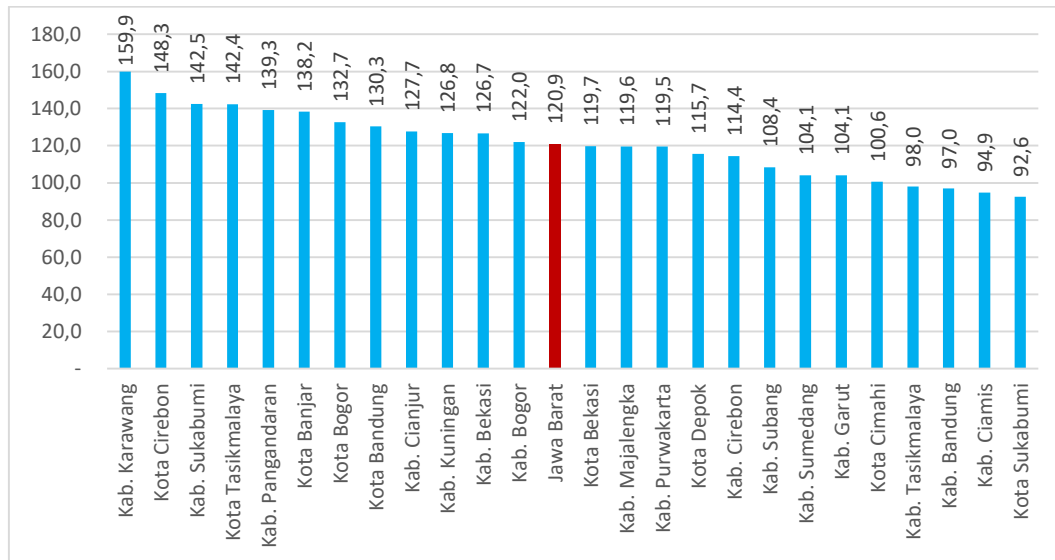
Tuberkulosis (TBC) masih menjadi tantangan kesehatan utama di Jawa Barat. Data yang menggambarkan distribusi temuan kasus TBC sangat vital untuk perencanaan kesehatan publik, yang memungkinkan deteksi cepat dan akurat terhadap kasus-kasus baru. Hal ini penting untuk menghentikan penyebaran penyakit dan memastikan implementasi strategi pencegahan dan pengobatan yang lebih efektif dan merata di seluruh wilayah Jawa Barat.

Grafik 4.8 memberikan gambaran mengenai angka cakupan penemuan TBC di kabupaten/kota di Jawa Barat untuk tahun 2022. Berdasarkan grafik tersebut, Kabupaten Karawang tercatat sebagai wilayah dengan angka cakupan penemuan TBC tertinggi di Jawa Barat, mencapai sekitar 179,9 kasus per 100.000 penduduk. Sementara itu, Kota Sukabumi juga menunjukkan angka yang signifikan, yakni sekitar 162,8 kasus per 100.000 penduduk, yang mengindikasikan upaya yang intensif dalam mengidentifikasi dan menangani kasus TBC.

Sejumlah kabupaten/kota lainnya seperti Kota Tasikmalaya dan Kota Cimahi, mencatatkan angka yang moderat, yaitu 130,7 dan 128,2 kasus per 100.000 penduduk. Angka-angka ini mungkin mencerminkan perbedaan dalam efektivitas program deteksi TBC atau variabilitas dalam pelaporan dan registrasi kasus.

Sementara itu, Kabupaten Ciamis dan Kota Cirebon menunjukkan angka cakupan yang lebih rendah, yakni sekitar 92,9 dan 94,0 kasus per 100.000 penduduk. Angka yang lebih rendah ini mungkin disebabkan oleh kurangnya fasilitas kesehatan yang memadai, kekurangan sumber daya untuk skrining TBC, atau adanya hambatan geografis yang menghalangi akses ke layanan kesehatan.

Gambaran diatas tidak hanya memberikan ilustrasi mengenai keberhasilan dan kekurangan dalam upaya penemuan kasus TBC di Jawa Barat, tetapi juga menyoroti pentingnya intervensi yang ditargetkan dan peningkatan infrastruktur kesehatan. Ini mendorong tindakan yang dapat mengoptimalkan pendeteksian TBC dan penanganan kasus secara lebih efisien, dengan harapan mengurangi beban TBC di seluruh provinsi dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat.



Grafik 4. 8 Angka Cakupan Penemuan TBC per Kabupaten/Kota di Jawa Barat, 2022

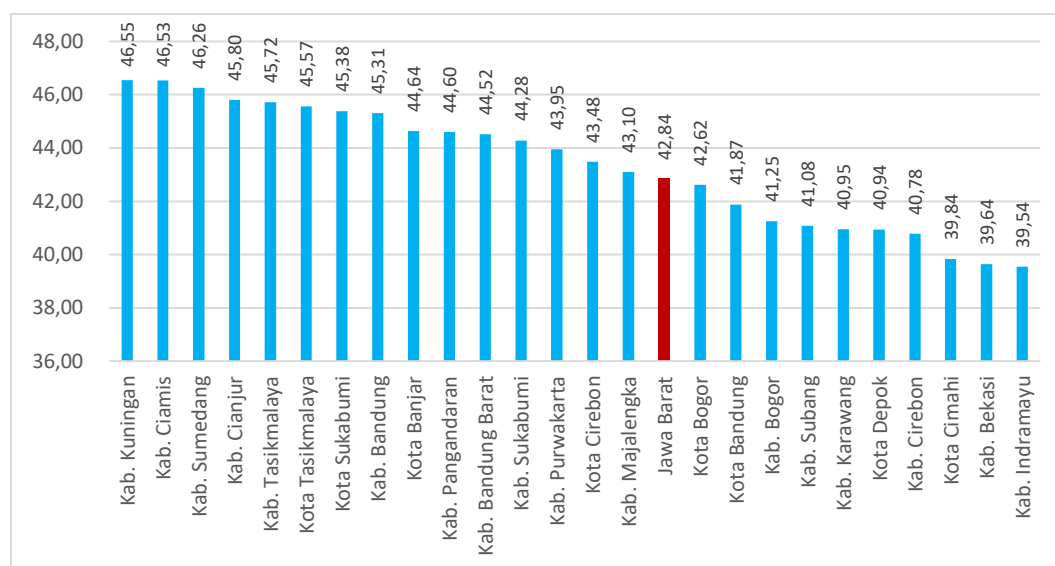
Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat

Angka Ketergantungan per Kabupaten/Kota di Jawa Barat untuk tahun 2023 pada grafik 4.9 menunjukkan proporsi penduduk yang tidak berada dalam usia kerja dibandingkan dengan mereka yang berada dalam usia kerja. Berdasarkan grafik tersebut, Kabupaten Kuningan tercatat memiliki angka ketergantungan tertinggi, sekitar 48,50%, mengindikasikan bahwa hampir setengah dari populasi di kabupaten tersebut bergantung pada separuh lainnya yang produktif. Angka ini menandakan beban signifikan terhadap sumber daya ekonomi dan sosial daerah tersebut.

Selanjutnya, Kabupaten Ciamis dan Kota Tasikmalaya juga menunjukkan angka ketergantungan yang tinggi, masing-masing sekitar 46,50% dan 46,00%. Situasi ini menunjukkan bahwa proporsi besar dari penduduk non-produktif memerlukan dukungan ekonomi yang substansial dari populasi yang berada di usia produktif. Sebaliknya, Kota Bekasi, Kota Depok, dan Kota Cirebon mencatat angka ketergantungan yang lebih rendah, berkisar antara 39,00% hingga 40,00%, yang mungkin mencerminkan adanya populasi muda yang lebih besar dan infrastruktur ekonomi yang lebih maju yang memungkinkan lebih banyak orang untuk berada dalam kelompok usia kerja.

Di ujung spektrum, Kabupaten Indramayu menunjukkan angka ketergantungan terendah pada grafik, yaitu sekitar 39,54%. Hal ini bisa jadi menandakan distribusi usia

yang lebih seimbang atau keberhasilan dalam kebijakan yang mendukung peningkatan jumlah angkatan kerja. Meskipun angka ketergantungan yang lebih rendah mungkin mengindikasikan potensi lebih besar untuk investasi dan pengembangan ekonomi, daerah-daerah dengan angka yang tinggi menghadapi tantangan yang lebih besar dalam membiayai pensiun, jaminan sosial, dan infrastruktur untuk mendukung penduduk yang lebih tua atau yang tidak bekerja.



Grafik 4. 9 Angka Ketergantungan per Kabupaten/Kota di Jawa Barat (%), 2023
Sumber: BPS Provinsi Jawa Barat

Daerah dengan angka ketergantungan yang tinggi perlu merumuskan strategi untuk meningkatkan partisipasi tenaga kerja dan mungkin mengadopsi teknologi untuk mengurangi beban pada populasi pekerja. Sementara itu, daerah dengan angka yang lebih rendah memiliki peluang untuk memanfaatkan sumber daya mereka untuk pertumbuhan dan pengembangan lebih lanjut, yang dapat meningkatkan kesejahteraan ekonomi dan sosial secara keseluruhan. Gambaran mengenai hal ini akan sangat berguna untuk membantu pembuat kebijakan dalam merumuskan kebijakan publik dan program yang ditargetkan untuk meningkatkan kesejahteraan di Jawa Barat.

Jumlah pekerja informal per kabupaten/kota di Jawa Barat pada tahun 2023 pada grafik 4.10 memberikan gambaran kondisi keternagakerjaan yang bervariasi antar wilayah kabupaten/kota di Jawa Barat. Kota Bogor mencatat jumlah pekerja informal tertinggi,

dengan total mencapai hampir 2.5 juta jiwa, sebuah angka yang signifikan mengingat ukuran dan dinamika ekonomi kota tersebut. Angka ini menunjukkan pentingnya sektor informal dalam menyediakan lapangan kerja bagi sebagian besar penduduknya, yang mengindikasikan belum optimalnya sektor pekerjaan formal dalam menyerap angkatan kerja di wilayah tersebut.

Di urutan kedua, Kabupaten Bogor juga menunjukkan jumlah yang tinggi, dengan lebih dari 2 juta jiwa pekerja informal. Ini menandakan bahwa kedua wilayah ini, yang berdekatan secara geografis, bersama-sama menjadi pusat aktivitas ekonomi informal di provinsi Jawa Barat. Lebih jauh ke arah timur, Kabupaten Bandung mencatat sekitar 1.8 juta jiwa pekerja informal, menegaskan bahwa sektor ini masih menjadi tumpuan bagi sebagian penduduk dalam ekonomi lokal.

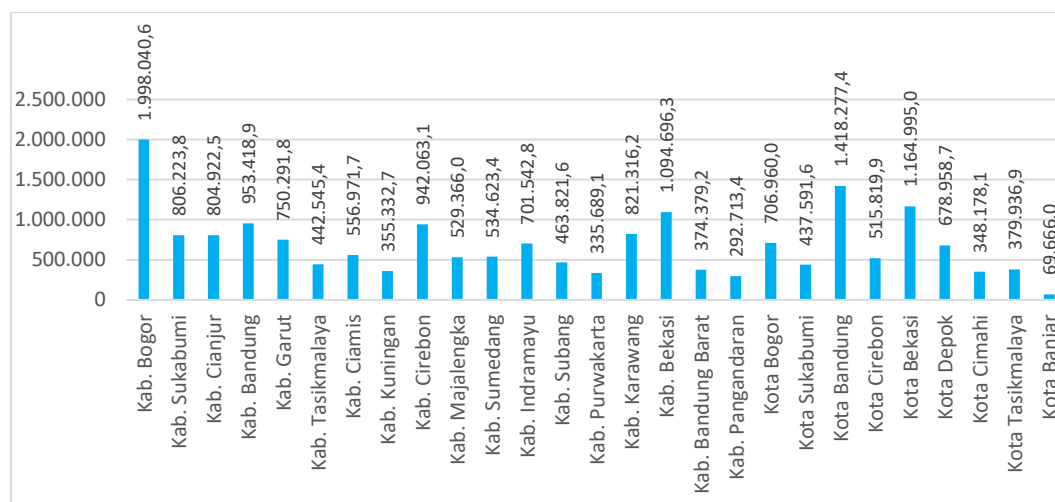
Kota-kota lain seperti Kota Sukabumi dan Kota Cirebon menunjukkan jumlah pekerja informal yang lebih moderat, berkisar antara 800 ribu hingga 900 ribu jiwa. Sementara itu, Kota Tasikmalaya, meskipun lebih kecil, tetap mencatat angka yang relatif tinggi, sekitar 950 ribu pekerja informal. Ini menunjukkan bahwa sektor informal adalah komponen kunci dalam struktur pekerjaan di berbagai wilayah Jawa Barat, tidak terbatas hanya pada area urban yang lebih besar.

Sementara itu, Kabupaten Indramayu dan Kota Cimahi masing-masing memiliki sekitar 500 ribu dan 550 ribu pekerja informal. Angka-angka ini, lebih rendah dibandingkan dengan pusat-pusat urban lainnya, masih memberikan gambaran pentingnya pekerjaan informal sebagai sumber penghidupan bagi banyak penduduk yang tidak terserap di sektor pekerjaan formal.

Penting untuk memperhatikan bahwa sektor informal sering kali terdiri dari pekerjaan yang tidak terdaftar dan tidak terlindungi oleh undang-undang tenaga kerja formal. Ketergantungan yang luas pada pekerjaan informal ini menyoroti kebutuhan untuk kebijakan yang dapat mengintegrasikan pekerja informal ke dalam sistem perlindungan sosial yang lebih luas, meningkatkan kondisi kerja mereka, dan menyediakan lebih banyak kesempatan untuk transisi ke sektor formal.

Pemahaman mengenai kondisi ini tidak hanya memberikan wawasan tentang distribusi pekerja informal di Jawa Barat tetapi juga menyoroti pentingnya sektor ini dalam ekonomi regional. Pendekatan kebijakan yang sensitif terhadap kebutuhan pekerja informal dan yang menargetkan peningkatan akses ke sumber daya serta peluang

ekonomi bisa menjadi langkah penting dalam mendorong pertumbuhan ekonomi yang lebih inklusif dan berkelanjutan di seluruh wilayah provinsi Jawa Barat.



Grafik 4. 10 Jumlah Pekerja Informal per Kabupaten/Kota di Jawa Barat (jiwa), 2023
Sumber: BPS Provinsi Jawa Barat

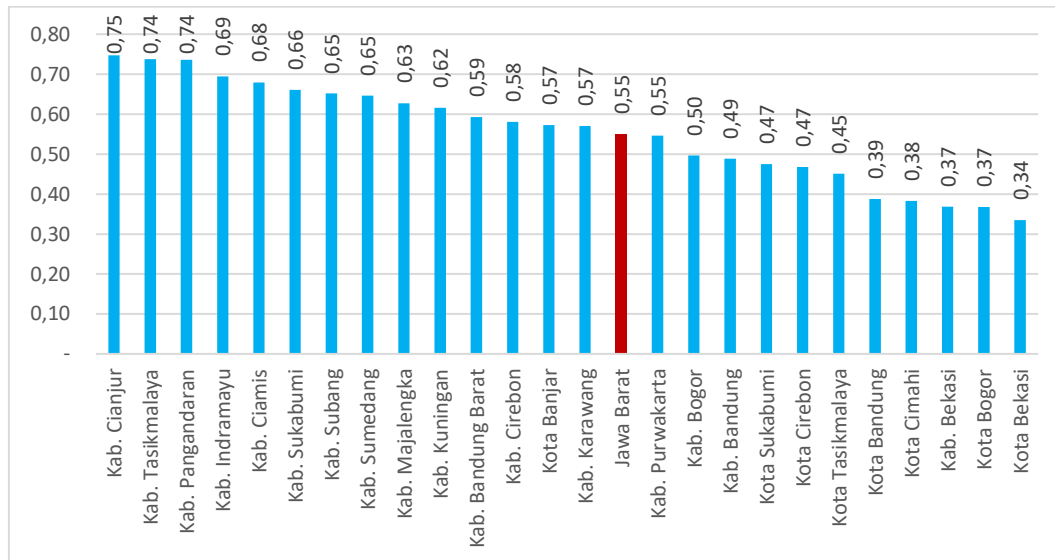
Grafik 4.11 memberikan gambaran tentang persentase pekerja di setiap wilayah kabupaten/kota di provinsi Jawa Barat yang terlibat dalam sektor pekerjaan informal⁹. Kabupaten Cianjur menempati posisi tertinggi dalam share pekerja informal dengan persentase sekitar 75%, menunjukkan bahwa tiga perempat dari tenaga kerja di daerah tersebut bekerja di sektor informal. Angka tinggi ini bisa disebabkan oleh dominasi sektor pertanian dan usaha kecil yang tidak terdaftar secara resmi. Selanjutnya, Kabupaten Tasikmalaya dan Kabupaten Pangandaran memiliki share pekerja informal sebesar 74% dan 69% masing-masing. Hal ini mungkin berkaitan dengan ekonomi lokal yang didominasi oleh sektor informal seperti perdagangan kecil, kerajinan, dan pertanian.

Daerah seperti Kabupaten Garut, Kabupaten Indramayu, dan Kabupaten Sukabumi memiliki share pekerja informal antara 65% hingga 68%, menandakan bahwa meskipun ada kehadiran sektor formal, pekerjaan informal tetap menjadi pilihan utama bagi banyak penduduk. Sementara itu, beberapa daerah seperti Kota Bekasi dan Kota Bogor menunjukkan persentase pekerja informal yang lebih rendah, berkisar antara 34%

⁹ Pekerjaan informal biasanya mencakup pekerjaan tanpa perlindungan sosial, tidak terikat kontrak formal, dan sering berada di luar jangkauan regulasi ketenagakerjaan secara resmi.

hingga 37%, menunjukkan bahwa daerah-daerah ini memiliki lebih banyak peluang kerja di sektor formal, mungkin disebabkan oleh urbanisasi yang lebih tinggi dan kehadiran industri besar. Kota Bandung dan Kota Cimahi, misalnya, masing-masing memiliki persentase pekerja informal sebesar 38% dan 45%, yang dapat diatribusikan kepada industrialisasi dan urbanisasi yang lebih tinggi serta kehadiran sektor jasa dan manufaktur formal yang kuat. Secara umum, kabupaten cenderung memiliki share pekerja informal lebih tinggi dibandingkan kota, kemungkinan disebabkan oleh perbedaan karakteristik ekonomi, di mana kabupaten lebih fokus pada pertanian dan sektor informal lainnya, sedangkan kota lebih berorientasi pada sektor industri dan jasa formal.

Beberapa faktor yang mempengaruhi tingginya share pekerja informal antara lain ketergantungan pada sektor pertanian dan perikanan, kurangnya peluang kerja formal, dominasi usaha kecil dan mikro, serta keterbatasan pendidikan dan keterampilan. Daerah yang ekonominya didominasi oleh pertanian dan perikanan cenderung memiliki tingkat pekerjaan informal yang tinggi karena banyak pekerja terlibat dalam usaha tani kecil atau nelayan skala kecil tanpa kontrak formal. Selain itu, keterbatasan industri dan perusahaan formal di daerah pedesaan atau terpencil mendorong penduduk untuk mencari nafkah di sektor informal. Usaha kecil dan mikro, seperti pedagang kaki lima, tukang ojek, dan pekerja rumahan, yang tidak terdaftar juga merupakan bagian signifikan dari sektor informal. Selain itu, penduduk dengan pendidikan dan keterampilan terbatas lebih cenderung bekerja di sektor informal karena akses ke pekerjaan formal memerlukan kualifikasi yang lebih tinggi.



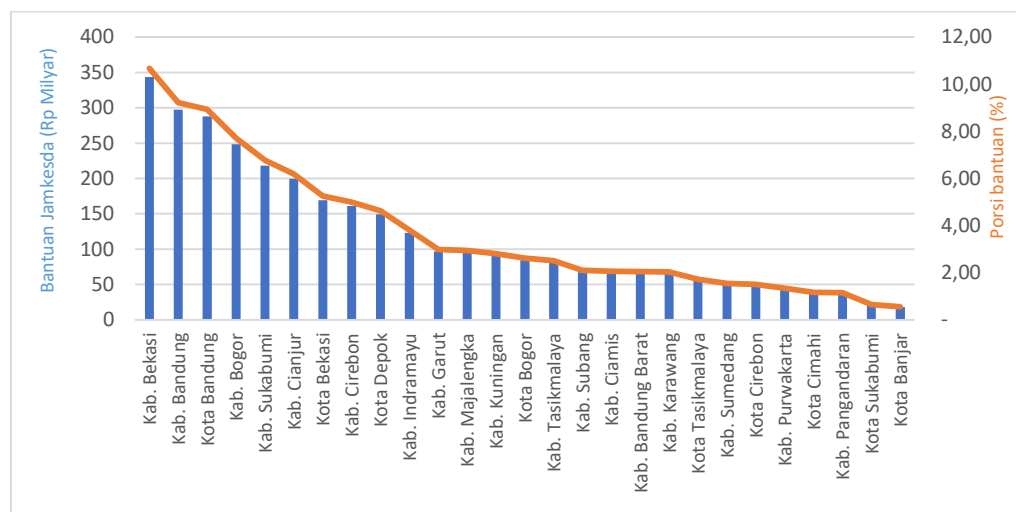
Grafik 4. 11 Share Pekerja Informal per Kabupaten/Kota di Jawa Barat (%), 2023

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat

Dampak dari tingginya share pekerja informal termasuk kurangnya perlindungan sosial bagi pekerja, yang umumnya tidak mendapatkan manfaat seperti jaminan kesehatan, pensiun, dan tunjangan pengangguran, membuat mereka rentan terhadap ketidakpastian ekonomi. Selain itu, pekerjaan informal sering kali menawarkan pendapatan yang tidak stabil dan lebih rendah dibandingkan pekerjaan formal, yang dapat berdampak pada kesejahteraan ekonomi keluarga. Tingginya tingkat pekerja informal juga dapat menjadi tantangan dalam upaya pembangunan ekonomi yang berkelanjutan, karena kontribusi ekonomi dari sektor ini sering kali tidak tercatat dan tidak sepenuhnya berkontribusi pada pajak dan pendapatan daerah. Grafik ini memberikan gambaran penting tentang distribusi pekerja informal di berbagai kabupaten dan kota di Jawa Barat, yang dapat menjadi dasar bagi pemerintah daerah dan pembuat kebijakan dalam merumuskan strategi peningkatan ekonomi yang lebih inklusif. Hal ini dapat dilakukan dengan memfokuskan pada transisi pekerja dari sektor informal ke sektor formal melalui peningkatan pelatihan keterampilan, pendidikan, dan penciptaan lapangan kerja formal.

5. Hasil Simulasi

Kebutuhan bantuan Jamkesda Kabupten/Kota di Jawa Barat pada tahun 2024 berdasarkan estimasi Bappeda Provinsi Jawa Barat adalah sebesar Rp 3,2 trilyun. Gambar 4.1. berikut memperlihatkan distribusi bantuan Jamkesda, dimana porsi terbesar adalah Kabupaten Bekasi dengan nominal sekitar Rp 343,75 milyar atau 10,7% dari total estimasi bantuan Jamkesda. Di tempat kedua dan ketiga adalah Kabupaten Bandung dan Kota Bandung, dengan nominal estimasi bantuan Jamkesda masing-masing sebesar Rp 297,5 milyar (9,23%) dan Rp 287,278 milyar (8,9%). Sebaliknya 3 Kabupaten/Kota dengan porsi bantuan terkecil adalah Kota Banjar, Kota Sukabumi dan Kota Pangandaran, dengan masing-masing nominal bantuan diestimasi sebesar Rp 18,1 milyar (0,56%); Rp 20,7 milyar (0,64%) dan 37,2% (1,15%).



Grafik 5. 1 Estimasi Bantuan Jamkesda 2024
Sumber: Bappeda Provinsi Jawa Barat

Membandingkan Grafik 5.1 dengan 4.3 maka tampak bahwa distribusi bantuan Jamkesda berkorelasi dengan besarnya populasi di Kabupaten/Kota bersangkutan. Dari 48,67 juta jiwa penduduk Jawa Barat, Gambar 4.2 di bawah ini memperlihatkan bahwa Kabupaten Bogor dan Kabupaten Bekasi termasuk ke dalam daerah dengan 5 populasi terbesar. Masing-masing kabupaten/kota tersebut dihuni oleh 5,38 juta jiwa (11%) dan 3,08 Juta jiwa (6,33%). Sebaliknya Kota Banjar, Kota Sukabumi dan Kabupaten

Laporan Akhir

Kajian Formulasi Proporsi Pembiayaan Kesehatan PBP dan BP yang Didaftarkan oleh Pemerintah Kab/kota di Jawa Barat

Pangandaran merupakan daerah dengan populasi paling rendah di Jawa Barat dengan besaran populasi masing-masing adalah 206 ribu jiwa (0,42%), 356 ribu jiwa (0,73%) dan 433 ribu jiwa (0,89%).

Namun demikian jika dikaitkan dengan penduduk yang telah tercakup ke dalam jaminan kesehatan sebagaimana Grafik 4.2, dapat dilihat berdasarkan Gambar 5.1 di atas bahwa Kabupaten Bekasi yang menerima besaran bantuan Jamkesda terbesar telah mencapai cakupan jaminan kesehatan sebesar 99%. Demikian pula Kota Bandung, yang cakupan jaminan kesehatannya telah mencapai 98%. Sebaliknya, Kota Banjar dengan cakupan jaminan kesehatan 78% atau menempati urutan ke-3 terendah se-Jawa Barat merupakan daerah dengan penerimaan bantuan Jamkesda terendah pula.

Hasil simulasi yang dijelaskan pada sub-bagian di bawah ini diharapkan dapat memberikan distribusi bantuan Jamkseda yang lebih merata namun dengan mempertimbangkan kesanggupan Provinsi Jawa Barat.

5.1. Alokasi Hibah berdasarkan Formula 1

- **Menggunakan PMK 120/2020**

Simulasi formula pertama dengan menggunakan PMK 120/2020 terlihat pada Tabel 5.1. Berdasarkan skenario dasar (simulasi A.1.1), besarnya bantuan Jamkesda yang dibutuhkan adalah Rp 692.120.257.416,-. Dengan menggunakan simulasi tersebut, secara rata-rata setiap kabupaten/kota memperoleh alokasi sebesar Rp 25.634.083.608,-. Terdapat 12 kabupaten/kota dengan besaran bantuan Jamkesda di atas rata-rata alokasi, sedangkan 15 sisanya berada di bawah rata-rata alokasi Jamkesda.

Berdasarkan simulasi A.1.1, Kota Banjar hanya mendapat nilai skor bantuan 1. Hal tersebut dikarenakan kapasitas fiskal kota Banjar berdasarkan PMK 120/2020 sangat rendah dan pada saat yang bersamaan indeks kapasitas Jamkesda nya pun sangat rendah. Dengan demikian Kota Banjar merupakan daerah dengan bobot alokasi bantuan yang paling besar, yaitu 38%. Berdasarkan bobot tersebut, alokasi bantuan hibah Jamkesda kota Banjar pada tahun 2024 adalah Rp 6.894.720.000,-. Walaupun secara relatif bobot bantuan Kota Banjar paling besar, namun secara nominal bantuan hibah Jamkesda kota Banjar merupakan yang terendah.

Selain Kota Banjar, terdapat 11 kabupaten/kota dengan nilai skor bantuan di bawah 5. Kabupaten/kota tersebut antara lain: Kota Tasikmalaya, Kota Cirebon, Kabupaten Sumedang, Kabupaten Kuningan, Kabupaten Tasikmalaya, Kabupaten Garut, Kota Cimahi, Kabupaten Subang, Kabupaten Indramayu, Kabupaten Ciamis dan Kota Sukabumi. Kesebelas daerah tersebut mendapatkan bobot bantuan antara 36%-38%. Diantara kesebelas daerah tersebut jika dilihat berdasarkan kapasitas Jamkesda-nya, Kabupaten Garut, Kabupaten Tasikmalaya, Kabupaten Kuningan dan Kota Cirebon merupakan daerah dengan indeks kapasitas Jamkesda paling rendah.

Walaupun bobot bantuan Jamkesda cukup tinggi, namun terdapat kabupaten/kota dengan nilai nominal bantuan di bawah Rp 10.000.000.000,-, yaitu Kota Banjar dan Kabupaten Sukabumi. Hal ini dikarenakan nilai estimasi kebutuhan bantuan Jamkesda PBI Kota Banjar dan Kabupaten Sukabumi pada tahun 2024 masing-masing hanya bernilai Rp 18.144.000.000,- untuk Kota Banjar dan Rp 20.690.964.000,- untuk Kabupaten Sukabumi.

Secara nominal, Kabupaten Bekasi merupakan daerah dengan alokasi bantuan hibah Jamkesda tertinggi, yaitu Rp 51.562.344.960,- diikuti oleh Kabupaten Cianjur dengan alokasi nilai bantuan Jamkesda sebesar Rp 49.896.000.000,-. Secara proporsi, dibandingkan dengan besaran ajuan PBI dari masing-masing kabupaten/kota, besaran alokasi Kabupaten Bekasi berdasarkan simulasi A.1.1. adalah 15% dari total ajuan PBI Kabupaten Bekasi. Besarnya proporsi tersebut juga berlaku bagi 5 kabupaten/kota lainnya dengan kapasitas fiskal sangat tinggi berdasarkan PMK 120/2020 dan indeks Jamkesda tertinggi, yaitu Kabupaten Bogor, Kabupaten Bandung, Kota Bandung, Kota Bekasi dan Kota Depok.

Simulasi A.1.1. memberikan koefisien variasi sebesar 0,51 atau 51%. Artinya terdapat keragaman signifikan dalam data alokasi hibah jamkesda berdasarkan simulasi tersebut. Angka 51% tersebut lebih baik dari koefisien variasi yang diperoleh dari data 100% kebutuhan PBI yang besarnya 77%. Sementara itu jika membandingkan hibah terbesar (Kabupaten Bekasi) dan terkecil (Kota Banjar), diperoleh bahwa alokasi Kabupaten Bekasi besarnya adalah 7,47 kali alokasi Kota Banjar. Angka ini pun lebih besar dari yang diperoleh berdasarkan estimasi 100% kebutuhan pembiayaan PBI kabupaten kota yang besarnya 18,9 kali. Berdasarkan hal tersebut dapat dikatakan bahwa alokasi menurut simulasi A.1.1 lebih merata dibandingkan dengan alokasi estimasi 100% kebutuhan PBI kabupaten/kota.

Sebagai alternatif, dengan menggunakan penyesuaian terhadap Formula 1, simulasi A.1.2 memperlihatkan bahwa bantuan Jamkesda yang dibutuhkan sebesar Rp 715.2479.990.640,-. Dengan jumlah bantuan tersebut, secara rata-rata per kabupaten/kota mendapatkan alokasi sebesar Rp 26.491.666.320,-. Terdapat 14 kabupaten/kota dengan besaran alokasi lebih kecil dari rata-rata, sedangkan 13 sisanya mendapat alokasi lebih tinggi dari rata-rata.

Berdasarkan simulasi A.1.2, terdapat 6 Kabupaten Kota yang mendapatkan bobot porsi bantuan Jamkesda tertinggi, yakni 50%. Keenam kabupaten/kota tersebut adalah Kota Banjar, Kota Cirebon, Kabupaten Pangandaran, Kabupaten Kuningan, Kabupaten Tasikmalaya dan Kabupaten Garut. Sebaliknya, terdapat 6 kabupaten/kota dengan bobot bantuan paling kecil, yaitu 10%. Keenam kabupaten/kota tersebut adalah

Kabupaten Bogor, Kabupaten Bandung, Kabupaten Bekasi, Kota Bandung, Kota Bekasi dan Kota Depok.

Secara nominal Kabupaten Cianjur dan Kabupaten Garut merupakan dua daerah dengan alokasi hibah Jamkesda paling besar, yaitu masing-masing senilai Rp 59.875.200.00,- untuk Kabupaten Cianjur dan Rp 48.250.112.400,- untuk Kabupaten Garut. Sebaliknya Kota Sukabumi merupakan daerah dengan alokasi hibah Jamkesda paling rendah berdasarkan skenario A.1.2, yaitu sebesar Rp 8.276.385.600,-. Daerah dengan alokasi kedua terendah adalah Kota Banjar dengan besaran hibah Rp 9.072.000.000,-.

Hampir sama dengan simulasi sebelumnya, simulasi A.1.2 memberikan koefisien variasi sebesar 0,5 atau 50%. Hal ini menunjukkan adanya variasi signifikan dalam distribusi besaran hibah Jamkesda PBI antar kabupten/kota di Jawa Barat. Jika dilihat dari besaran alokasi hibah terbesar (Kabupten Bekasi) dibandingkan alokasi terkecil (Kota Sukabumi), diperoleh angka 7,23. Rasio tersebut juga lebih rendah dibandingkan rasio berdasarkan distribusi total ajuan kabupten/kota.

Berdasarkan kedua simulasi di atas, diperoleh informasi bahwa terdapat 3 daerah yang selalu berada di posisi 5 besar dengan porsi bobot Jamkseda tertinggi. Hal ini berarti ketiga daerah tersebut memiliki skor bantuan Jamkesda sangat rendah. Adapun ketiga daerah tersebut adalah Kota Banjar, Kota Cirebon dan Kabupaten Kuningan. Walaupun Kota Cirebon dan Kabupaten Kuningan memiliki kapasitas fiskal yang tinggi berdasarkan PMK 120/2022 namun kedua daerah tersebut memiliki indeks kapasitas Jamkesda yang sangat rendah.

Tabel 5. 1 Simulasi Besaran Jamkesda PBI APBD dengan mengaplikasikan Formula ke-1 dan berdasarkan pada IKF PMK 120/2020

No	Kabupaten/Kota	IKF PMK 120/2020	IKM	KIKL	KIKF	KIKL x KIKF	BWA	Adj. BWA	Estimasi 100% Kebutuhan Kabkot PBI 2024	Simulasi A.1.1 BWA x Kebutuhan 2024	Simulasi A.1.2 Adj BWA x Kebutuhan 2024	Selisih Kebutuhan - A.1.1	Selisih Kebutuhan - A.1.2
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
1	Kab. Bogor	4.343	0.00	5	5	25	15	10	248,447,606,400	37,267,140,960	24,844,760,640	-211,180,465,440	-223,602,845,760
2	Kab. Sukabumi	2.585	0.05	4	5	20	20	20	218,200,651,200	43,640,130,240	43,640,130,240	-174,560,520,960	-174,560,520,960
3	Kab. Cianjur	2.808	0.31	3	5	15	25	30	199,594,000,000	49,896,000,000	59,875,200,000	-149,688,000,000	-139,708,800,000
4	Kab. Bandung	2.641	0.00	5	5	25	15	10	297,510,343,200	44,626,551,480	29,751,034,320	-252,883,791,720	-267,759,308,880
5	Kab. Garut	2.384	0.78	1	5	5	35	50	96,500,224,800	33,775,078,680	48,250,112,400	-62,725,146,120	-48,250,112,400
6	Kab. Tasikmalaya	1.427	0.85	1	4	4	4	36	81,070,113,600	29,185,240,896	40,535,056,800	-51,884,872,704	-40,535,056,800
7	Kab. Ciamis	1.069	0.49	3	3	9	31	40	66,225,600,000	20,529,936,000	26,490,240,000	-45,695,664,000	-39,735,360,000
8	Kab. Kuningan	1.532	0.69	1	4	4	36	50	90,802,101,600	32,688,756,576	45,401,050,800	-58,113,345,024	-45,401,050,800
9	Kab. Cirebon	1.877	0.00	5	4	20	20	20	161,304,696,000	32,260,939,200	32,260,939,200	-129,043,756,800	-129,043,756,800
10	Kab. Majalengka	2.364	0.61	2	5	10	30	40	95,256,000,000	28,576,800,000	38,102,400,000	-66,679,200,000	-57,153,600,000
11	Kab. Sumedang	1.151	0.58	2	4	8	32	40	50,158,180,800	16,050,617,856	20,063,272,320	-34,107,562,944	-30,094,908,480
12	Kab. Indramayu	2.186	0.17	3	5	15	25	30	122,971,413,600	30,742,853,400	36,891,424,080	-92,228,560,200	-86,079,989,520
13	Kab. Subang	2.207	0.12	3	5	15	25	30	67,592,296,800	16,898,074,200	20,277,689,040	-50,694,222,600	-47,314,607,760
14	Kab. Purwakarta	1.438	0.20	3	4	12	28	30	43,354,634,400	12,139,297,632	13,006,390,320	-31,215,336,768	-30,348,244,080
15	Kab. Karawang	2.104	0.00	5	4	20	20	20	65,414,109,600	13,082,821,920	13,082,821,920	-52,331,287,680	-52,331,287,680
16	Kab. Bekasi	4.686	0.00	5	5	25	15	10	343,748,966,400	51,562,344,960	34,374,896,640	-292,186,621,440	-309,374,069,760
17	Kab. Bandung Barat	1.91	0.09	4	4	16	24	20	65,953,440,000	15,828,825,600	13,190,688,000	-50,124,614,400	-52,762,752,000
18	Kab. Pangandaran	0.598	0.63	2	2	4	36	50	37,195,200,000	13,390,272,000	18,597,600,000	-23,804,928,000	-18,597,600,000
19	Kota Bogor	1.168	0.00	5	4	20	20	20	84,614,090,400	16,922,818,080	16,922,818,080	-67,691,272,320	-67,691,272,320
20	Kota Sukabumi	0.969	0.51	2	3	6	34	40	20,690,964,000	7,034,927,760	8,276,385,600	-13,656,036,240	-12,414,578,400
21	Kota Bandung	4.726	0.00	5	5	25	15	10	287,779,716,000	43,166,957,400	28,777,971,600	-244,612,758,600	-259,001,744,400
22	Kota Cirebon	1.381	0.86	1	4	4	36	50	48,647,692,800	17,513,169,408	24,323,846,400	-31,134,523,392	-24,323,846,400
23	Kota Bekasi	5.873	0.00	5	5	25	15	10	169,176,016,800	25,376,402,520	16,917,601,680	-143,799,614,280	-152,258,415,120
24	Kota Depok	2.521	0.00	5	5	25	15	10	149,272,048,800	22,390,807,320	14,927,204,880	-126,881,241,480	-134,344,843,920
25	Kota Cimahi	0.942	0.40	3	3	9	31	40	37,648,800,000	11,671,128,000	15,059,520,000	-25,977,672,000	-22,589,280,000
26	Kota Tasikmalaya	0.881	0.58	2	3	6	34	40	55,904,839,200	19,007,645,328	22,361,935,680	-36,897,193,872	-33,542,903,520
27	Kota Banjar	0.698	1.66	1	2	2	38	50	18,144,000,000	6,894,720,000	9,072,000,000	-11,249,280,000	-9,072,000,000
28	Jawa Barat								692,120,257,416	715,274,990,640			

Sumber: Perhitungan tim peneliti

- **Menggunakan PMK 193/2022**

Dengan mengaplikasikan formula dasar menggunakan PMK 193/2022, besaran bantuan jamkesda keseluruhan di provinsi Jawa Barat menghasilkan kebutuhan dana alokasi Jamkesda PBI APBD sebesar Rp 920,968,705,944 sebagaimana terlihat pada Tabel 5.2 (Simulasi A.2.1). Berdasarkan simulasi tersebut rata-rata setiap kabupaten/kota adalah Rp 34.109.952.072,-. Terdapat 10 kabupaten/kota yang mendapat alokasi hibah Jamkesda di atas angka rata-rata, sedangkan 17 sisanya mendapatkan dibawah nilai rata-rata.

Sebagaimana simulasi A.1.1., berdasarkan simulasi dasar (A.2.1) Kota Banjar hanya mendapat nilai skor bantuan 1. Hal tersebut dikarenakan kapasitas fiskal kota Banjar berdasarkan PMK 193/2022 sangat rendah. Dengan indeks kapasitas Jamkesda-nya yang sangat rendah, Kota Banjar merupakan daerah dengan bobot alokasi bantuan yang paling besar, yaitu 39% berdasarkan simulasi A.2.1. Berdasarkan bobot tersebut, alokasi bantuan hibah Jamkesda kota Banjar pada tahun 2024 adalah Rp 7.076.160.000,-.

Selain Kota Banjar, terdapat 11 kabupaten/kota dengan skor bantuan Jamkesda di bawah 5. Kabupaten/kota tersebut antara lain: Kabupaten Garut, Kabupaten Tasikmalaya, Kabupaten Kuningan, Kabupaten Sumedang, Kota Cirebon, Kota Tasikmalaya, Kabupaten Ciamis, Kabupaten Indramayu, Kabupaten Subang, , Kota Cimahi dan Kota Sukabumi. Kesebelas daerah tersebut mendapatkan bobot bantuan antara 36%-38%. Diantara keduabelas daerah dengan skor bantuan Jamkesda rendah tersebut, tujuh kabupten/kota memiliki kapasitas fiskal sangat rendah, yaitu: Kota Banjar, Kota Tasikmalaya, Kota Cimahi, Kabupaten Subang, Kabupaten Indramayu, Kabupaten Sumedang, Kabupaten Ciamis.

Berdasarkan simulasi A.2.1 tersebut, secara nominal Kota Bandung merupakan daerah dengan alokasi hibah Jamkesda PBI APBD paling tinggi, yaitu sebesar Rp 86.333.914.800,- diikuti oleh Kabupaten Bekasi dengan alokasi bantuan sebesar Rp 85.937.241.600,-. Sebaliknya, daerah dengan alokasi terkecil adalah Kota Banjar, dengan estimasi dana sebesar Rp 7.076.160.000,-. Kota Sukabumi merupakan daerah dengan alokasi terkecil kedua, yaitu Rp 7.448.747.040,-.

Skenario A.2.1 memberikan koefisien variasi sebesar 0,64 atau 64%. Angka tersebut lebih tinggi dari koefisien variasi yang didapat berdasarkan simulasi A.1.1. dan A.1.2 pada Tabel 5.2. Dengan demikian variasi distribusi bantuan lebih besar pada skenario A.2.1 dibandingkan dengan skenario sebelumnya. Berdasarkan skenario A.2.1, rasio besarnya bantuan tertinggi (Kota Bandung) terhadap nominal bantuan terkecil (Kota Banjar) adalah 12,2 kali. Angka tersebut lebih tinggi dari rasio pada skenario A.1.1. dan A.1.2 namun masih lebih rendah dibandingkan dengan rasio berdasarkan ajuan bantuan Jamkesda PBI oleh kabupaten/kota yang besarnya 18,9 kali.

Jika menggunakan rasio alternatif dan tetap mendasarkan peta kapasitas fiskal pada PMK 193/2022 (simulasi A.2.2), besaran kebutuhan hibah jamkesda PBI APBD provinsi Jawa Barat adalah sebesar Rp 1.131.275.542.320,-. Berdasarkan simulasi tersebut secara rata-rata besaran alokasi hibah per kabupaten/kota adalah Rp 41.899.094.160,-. Terdapat 16 kabupaten/kota yang nilai alokasinya dibawah rata-rata, sedangkan 11 kabupaten/kota lainnya berada di atas rata-rata.

Berdasarkan simulasi A.2.1, terdapat 12 kabupaten/kota dengan bobot bantuan Jamkesda 50%. Daerah dengan kapasitas fiskal sangat rendah dan indeks kapasitas Jamseda sangat rendah yang mendapat bobot bantuan 50% adalah Kota Banjar. Adapun daerah dengan kapasitas fiskal rendah dan kapasitas jamkesda rendah, atau daerah dengan kapasitas fiskal sangat rendah dan kapasitas jamkesda rendah adalah yang mendapat bobot bantuan 50% adalah: Kabupaten Garut, Kabupaten Tasikmalaya, Kabupaten Kuningan, Kabupaten Sumedang, Kota Cirebon dan Kota Tasikmalaya.

Secara nominal, Kota Bandung merupakan daerah dengan alokasi hibah Jamkesda terbesar, yaitu Rp 115.111.886.400,-. Alokasi Kota Bandung tersebut setara dengan 40% estimasi kebutuhan Jamkesda PBI-nya, sedangkan alokasi Kota Bekasi adalah 30% dari ajuan Jamkesda PBI-nya. Adapun alokasi hibah Jamkesda paling rendah adalah untuk Kota Banjar, yaitu sebesar Rp 9.072.000.000,- diikuti oleh Kota Sukabumi dengan alokasi Rp 10.345.482.000,-.

Skenario A.2.2 memberikan koefisien variasi yang sama dengan skenario A.2.1, yaitu sebesar 0,64 atau 64%. Berdasarkan skenario A.2.2, rasio besarnya bantuan tertinggi (Kota Bandung) terhadap nominal bantuan terkecil (Kota Banjar) adalah 12,7 kali. Angka tersebut lebih tinggi dari rasio pada skenario sebelumnya namun masih lebih rendah

dibandingkan dengan rasio berdasarkan ajuan bantuan Jamkesda PBI oleh kabupaten/kota yang besarnya 18,9 kali.

Tabel 5.2 Simulasi Besaran Jamkesda PBI/APBD dengan mengaplikasikan Formula ke-1 dan berdasarkan pada IKF PMK 193/2022

No (1)	Kabupaten/Kota (2)	IKF PMK 193/ 2022 (3)	IKM (4)	KIKL (5)	KIKF (6)	KIKL x KIKF (7)	BWA (8)	Adj. BWA (9)	Estimasi 100% Kebutuhan Kabkot PBI 2024 (10)	Simulasi A.2.1 BWA x Kebutuhan 2024 (11)	Simulasi A.2.2 Adj BWA x Kebutuhan 2024 (12)	Selisih Kebutuhan - A.2.1 (13)	Selisih Kebutuhan - A.2 (14)
1	Kab. Bogor	1.984	0.00	5	4	20	20	20	248.447.606.400	49.689.521.280	49.689.521.280	-198.758.085.120	-198.758.085.120
2	Kab. Sukabumi	1.746	0.05	4	3	12	28	30	218.200.651.200	61.036.182.336	65.460.195.360	-157.104.468.864	-152.740.455.840
3	Kab. Cianjur	1.804	0.31	3	3	9	31	40	199.584.000.000	61.871.040.000	79.833.600.000	-137.712.960.000	-119.750.400.000
4	Kab. Bandung	1.905	0.00	5	4	20	20	20	297.510.343.200	59.502.088.640	59.502.088.640	-238.008.274.560	-238.008.274.560
5	Kab. Garut	1.27	0.78	1	2	2	38	50	96.500.224.800	36.670.085.424	48.250.112.400	-59.830.139.376	-48.250.112.400
6	Kab. Tasikmalaya	1.174	0.85	1	2	2	38	50	81.070.113.600	30.806.643.168	40.535.056.800	-50.263.470.432	-40.535.056.800
7	Kab. Ciamis	1.165	0.49	3	1	3	37	50	66.225.600.000	24.503.472.000	33.112.800.000	-41.722.128.000	-33.112.800.000
8	Kab. Kuningan	1.329	0.69	1	2	2	38	50	90.802.101.600	34.504.798.608	45.401.050.800	-56.297.302.992	-45.401.050.800
9	Kab. Cirebon	1.376	0.00	5	2	10	30	40	161.304.696.000	48.391.408.800	64.521.878.400	-112.913.287.200	-96.782.817.600
10	Kab. Majalengka	1.901	0.61	2	4	8	32	40	95.256.000.000	30.481.920.000	38.102.400.000	-64.774.080.000	-57.153.600.000
11	Kab. Sumedang	1.045	0.58	2	1	2	38	50	50.158.180.800	19.060.108.704	25.079.090.400	-31.098.072.096	-25.079.090.400
12	Kab. Indramayu	1.088	0.17	3	1	3	37	50	122.971.413.600	45.499.423.032	61.485.706.800	-77.471.990.568	-61.485.706.800
13	Kab. Subang	1.134	0.12	3	1	3	37	50	67.592.296.800	25.009.149.816	33.796.148.400	-42.583.146.984	-33.796.148.400
14	Kab. Purwakarta	1.371	0.20	3	2	6	34	40	43.354.634.400	14.740.575.696	17.341.853.760	-28.614.058.704	-26.012.780.640
15	Kab. Karawang	1.731	0.00	5	3	15	25	30	65.414.109.600	16.353.527.400	19.624.232.880	-49.060.582.200	-45.789.876.720
16	Kab. Bekasi	1.688	0.00	5	3	15	25	30	343.748.966.400	85.937.241.600	103.124.689.920	-257.811.724.800	-240.624.276.480
17	Kab. Bandung Barat	1.432	0.09	4	2	8	32	40	65.953.440.000	21.105.100.800	26.381.376.000	-44.848.339.200	-39.572.064.000
18	Kab. Pangandaran	2.186	0.63	2	5	10	30	40	37.195.200.000	11.158.560.000	14.878.060.000	-26.036.640.000	-22.317.120.000
19	Kota Bogor	1.434	0.00	5	2	10	30	40	84.614.090.400	25.384.227.120	33.845.636.160	-59.229.863.280	-50.768.454.240
20	Kota Sukabumi	1.191	0.51	2	2	4	36	50	20.690.964.000	7.448.747.040	10.345.482.000	-13.242.216.960	-10.345.482.000
21	Kota Bandung	1.301	0.00	5	2	10	30	40	287.779.716.000	86.333.914.800	115.111.886.400	-201.445.801.200	-172.667.829.600
22	Kota Cirebon	1.471	0.86	1	2	2	38	50	48.647.692.800	18.486.123.264	24.323.846.400	-30.161.569.536	-24.323.846.400
23	Kota Bekasi	1.505	0.00	5	3	15	25	30	169.176.016.800	42.294.004.200	50.752.805.040	-126.882.012.600	-118.423.211.760
24	Kota Depok	2.625	0.00	5	5	25	15	10	149.272.048.800	22.390.807.320	14.927.204.880	-126.881.241.480	-134.344.843.920
25	Kota Cimahi	1.059	0.40	3	1	3	37	50	37.648.800.000	13.930.056.000	18.824.400.000	-23.718.744.000	-18.824.400.000
26	Kota Tasikmalaya	1.162	0.58	2	1	2	38	50	55.904.839.200	21.243.838.896	27.952.419.600	-34.661.000.304	-27.952.419.600
27	Kota Banjar	1.032	1.66	1	1	1	39	50	18.144.000.000	7.076.160.000	9.072.000.000	-11.067.840.000	-9.072.000.000
28	Jawa Barat								920.968.705.944	1.131.275.542.320	2.302.199.040.456	2.091.892.204.080	2.091.892.204.080

Sumber: Perhitungan tim peneliti

- **Menggunakan PMK 084/2023**

Tabel 5.3. memperlihatkan simulasi menggunakan formula dasar berdasarkan pada PMK 084/2023. Berdasarkan hasil simulasi menggunakan skenario dasar (A.3.1), besaran kebutuhan bantuan hibah jamkesda PBI APBD diestimasi sebesar Rp 810.738.657.792,-. Berdasarkan skenario tersebut, rata-rata hibah Jamkseda per kabupaten/kota adalah Rp 30.027.357.696,-. Terdapat 8 kabupaten/kota dengan alokasi hibah di atas rata-rata, sedangkan sisanya 19 kabupaten/kota berada di bawah rata-rata.

Kota Banjar, Kabupaten Tasikmalaya, Kabupaten Sumedang, dan Kabupaten Kuningan merupakan 4 daerah dengan skor Jamkesda terendah. Oleh karenanya, keempat kabupaten/kota tersebut mendapatkan bobot bantuan tertinggi, yaitu 38%. Di sisi lain, terdapat 4 kabupaten/kota dengan kapasitas sangat tinggi berdasarkan PMK 084/2023 sekaligus memiliki indeks kapasitas kesehatan yang juga sangat tinggi. Keempat kabupaten/kota tersebut adalah Kabupaten Bogor, Kota Bogor, Kota Bandung dan Kota Depok. Masing-masing daerah tersebut mendapat alokasi 15% terhadap total ajuan hibah jamkseda PBI kabupaten/kota masing-masing.

Secara nominal, Kabupaten Bekasi mendapat alokasi terbesar dengan besaran bantuan jamkesda Rp 68.749.793.280,- dan diikuti oleh Kota Cianjur, dengan besaran hibah Rp 61.871.040.000,-. Adapun alokasi terkecil adalah Kota Banjar sebesar Rp 6.894.720.000,-. Adapun alokasi bantuan Kota Banjar adalah Rp 6.894.720.000,- sekaligus merupakan yang terkecil dibandingkan alokasi nominal kabupaten/kota lain.

Simulasi A.3.1 memberikan koefisien variasi sebesar 0,57 atau 57%. Koefisien ini menandakan adanya variasi yang signifikan dalam distribusi bantuan hibah jamkes ke kabupaten/kota, lebih besar dari skenario dengan menggunakan PMK 120/2020. Namun demikian variasi tersebut masih lebih rendah dibandingkan dengan skenario menggunakan PMK 193/2022 dan ajuan bantuan jamkseda PBI dari kabupaten/kota. Jika membandingkan besaran alokasi nominal terbesar (Kabupaten Bekasi) dibandingkan terkecil (Kota Banjar), diperoleh angka 9,97 kali. Artinya bahwa alokasi hibah Jamkesda PBI Kabupaten Bekasi besarnya hampir kali lipat dari alokasi hibah Jamkesda PBI Kota Banjar.

Dengan menggunakan skenario alternatif dan tetap mendasarkan pada PMK 084/2023 (simulasi A.3.2), maka diperoleh bahwa besaran hibah Jamkesda PBI APBD yang diperlukan adalah sebesar Rp 907.331.362.560,- . Rata-rata besaran hibah Jamkesda PBI yang diterima masing-masing kabupaten/kota yaitu Rp 33.604.865.280,-. Berdasarkan skenario ini lebih besar dari skenario A.3.1. Terdapat 11 kabupaten/kota dengan nilai bantuan di atas rata-rata, sementara itu sisanya 16 kabupaten/kota berada di bawah rata-rata.

Sebanyak 10 kabupaten/kota mendapatkan porsi bobot bantuan 50%. Kesepuluh kabupaten/kota tersebut adalah: Kabupaten Garut, Kabupaten Tasikmalaya, Kabupaten Ciamis, Kabupaten Kuningan, Kabupaten Majalengka, Kabupaten Sumedang, Kota Sukabumi, Kota Cirebon, Kota Tasikmalaya dan Kota Banjar. Sementara itu bobot alokasi terkecil yaitu 10% diberikan kepada dua daerah, yaitu Kabupaten Bogor dan Kota Bogor.

Secara nominal, Kabupaten Cianjur mendapatkan alokasi terbesar hibah Jamkesda PBI yaitu sebesar Rp 79.833.600.000,- diikuti oleh Kabupaten Bekasi sebesar 68.749.793.280,-. Kedua daerah tersebut mendapatkan bobot alokasi sebesar 40%. Sebaliknya, alokasi terendah adalah Kota Bogor dengan nilai hibah Rp 8.461.409.040,- . Hal tersebut dikarenakan Kota Bogor hanya mendapatkan bobot hibah Jamkesda PBI 10%.

Simulasi A.3.2 memberikan koefisien variasi sebesar 0,57 atau 57%. Koefisien ini menandakan adanya variasi yang signifikan dalam distribusi bantuan hibah jamkes ke kabupaten/kota, lebih besar dari skenario dengan menggunakan PMK 120/2020. Namun demikian variasi tersebut masih lebih rendah dibandingkan dengan skenario menggunakan PMK 193/2022 dan ajuan bantuan jamkseda PBI dari kabupaten/kota. Jika membandingkan besaran alokasi nominal terbesar (Kabupaten Cianjur) dibandingkan terkecil (Kota Bogor), diperoleh angka 9,4 kali. Artinya bahwa alokasi hibah Jamkesda PBI Kabupaten Cianjur besarnya 9,4 kali dari alokasi hibah Jamkesda Kota Bogor.

Dengan menggunakan peta kapasitas fiskal berdasarkan PMK 084/2023 untuk simulasi A.3.1 dan A.3.2 terdapat 4 Kabupaten/Kota dengan skor Jamkesda terendah, sehingga

mendapat bobot bantuan terbesar. Keempat kabupaten/kota tersebut adalah: Kabupaten Tasikmalaya, Kabupaten Kuningan, Kabupaten Sumedang dan Kota Banjar.

Tabel 5.3 Simulasi Besaran Jamkesda PBI APBD dengan mengaplikasikan Formula ke-1 dan berdasarkan pada IKF PMK 084/2023

No (1)	Kabupaten/Kota (2)	IKF PMK 084/ 2023 (3)	IKM (4)	KIKL (5)	KIKF (6)	KIKL x KIKF (7)	BWA (8)	Adj. BWA (9)	Estimasi 100% Kebutuhan Kabkot PBI 2024 (10)	Simulasi A.3.1 BWA x Kebutuhan 2024 (11)	Simulasi A.3.2 Adj BWA x Kebutuhan 2024 (12)	Selisih Kebutuhan - A.3.1 (13)	Selisih Kebutuhan - A.3.2 (14)
1	Kab. Bogor	2.11	0.00	5	5	25	15	10	248.447.606.400	37.267.140.960	24.844.760.640	-211.180.465.440	-223.602.845.760
2	Kab. Sukabumi	1.582	0.05	4	4	16	24	20	218.200.651.200	52.368.156.288	43.640.130.240	-165.832.494.912	-174.560.520.960
3	Kab. Cianjur	1.44	0.31	3	3	9	31	40	199.584.000.000	61.871.040.000	79.833.600.000	-137.712.960.000	-119.750.400.000
4	Kab. Bandung	1.777	0.00	5	5	25	15	10	297.510.343.200	44.626.551.480	29.751.034.320	-252.883.791.720	-267.759.308.880
5	Kab. Garut	1.245	0.78	1	3	3	37	50	96.500.224.800	35.705.083.176	48.250.112.400	-60.795.141.624	-48.250.112.400
6	Kab. Tasikmalaya	0.999	0.85	1	2	2	38	50	81.070.113.600	30.806.643.168	40.535.056.800	-50.263.470.432	-40.535.056.800
7	Kab. Ciamis	0.74	0.49	3	1	3	37	50	66.225.600.000	24.503.472.000	33.112.800.000	-41.722.128.000	-33.112.800.000
8	Kab. Kuningan	1.063	0.69	1	2	2	38	50	90.802.101.600	34.504.798.608	45.401.050.800	-56.297.302.992	-45.401.050.800
9	Kab. Cirebon	1.006	0.00	5	2	10	30	40	161.304.696.000	48.391.408.800	64.521.878.400	-112.913.287.200	-96.782.817.600
10	Kab. Majalengka	1.159	0.61	2	2	4	36	50	95.256.000.000	34.292.160.000	47.628.000.000	-60.963.840.000	-47.628.000.000
11	Kab. Sumedang	0.914	0.58	2	1	2	38	50	50.188.180.800	19.060.108.704	25.079.090.400	-31.098.072.096	-25.079.090.400
12	Kab. Indramayu	1.003	0.17	3	2	6	34	40	122.971.413.600	41.810.280.624	49.188.565.440	-81.161.132.976	-73.782.848.160
13	Kab. Subang	0.985	0.12	3	2	6	34	40	67.592.296.800	22.981.380.912	27.036.918.720	-44.610.915.888	-40.555.378.080
14	Kab. Purwakarta	1.311	0.20	3	3	9	31	40	43.354.634.400	13.439.936.664	17.341.863.760	-29.914.697.736	-26.012.780.640
15	Kab. Karawang	1.414	0.00	5	3	15	25	30	65.414.109.600	16.353.527.400	19.624.232.880	-49.060.582.200	-45.789.876.720
16	Kab. Bekasi	1.682	0.00	5	4	20	20	20	343.748.966.400	68.749.793.280	68.749.793.280	-274.999.173.120	-274.999.173.120
17	Kab. Bandung Barat	1.182	0.09	4	2	8	32	40	65.953.440.000	21.105.100.800	26.381.376.000	-44.848.339.200	-39.572.064.000
18	Kab. Pangandaran	2.01	0.63	2	5	10	30	40	37.195.200.000	11.158.560.000	14.878.080.000	-26.036.640.000	-22.317.120.000
19	Kota Bogor	1.817	0.00	5	5	25	15	10	84.614.090.400	12.692.113.560	8.461.409.040	-71.921.976.840	-76.152.681.360
20	Kota Sukabumi	1.075	0.51	2	2	4	36	50	20.690.964.000	7.448.747.040	10.345.482.000	-13.242.216.960	-10.345.482.000
21	Kota Bandung	1.489	0.00	5	4	20	20	20	287.779.716.000	57.555.943.200	57.555.943.200	-230.223.772.800	-230.223.772.800
22	Kota Cirebon	1.4	0.86	1	3	3	37	50	48.647.692.800	17.999.646.336	24.323.846.400	-30.648.046.464	-24.323.846.400
23	Kota Bekasi	1.688	0.00	5	4	20	20	20	169.176.016.800	33.835.203.360	33.835.203.360	-135.340.813.440	-135.340.813.440
24	Kota Depok	2.481	0.00	5	5	25	15	10	149.272.048.800	22.390.807.320	14.927.204.880	-126.881.241.480	-134.344.843.920
25	Kota Cimahi	1.2	0.40	3	2	6	34	40	37.648.800.000	12.800.592.000	15.059.520.000	-24.848.208.000	-22.589.280.000
26	Kota Tasikmalaya	0.975	0.58	2	2	4	36	50	55.904.839.200	20.125.742.112	27.952.419.600	-35.779.097.088	-27.952.419.600
27	Kota Banjar	0.953	1.66	1	2	2	38	50	18.144.000.000	6.894.720.000	9.072.000.000	-11.249.280.000	-9.072.000.000
28	Jawa Barat								810.738.657.792	907.331.362.560	907.331.362.560	- 2.412.429.088.608	2.315.836.383.840

Sumber: Perhitungan tim peneliti

5.2. Alokasi Hibah berdasarkan Formula 2

- **Menggunakan PMK 120/2020**

Simulasi formula pertama menggunakan PMK 120/2020 terlihat pada Tabel 5.4. Berdasarkan skenario dasar (simulasi B.1.1), besarnya bantuan Jamkesda yang dibutuhkan adalah Rp 692.120.257.416,-. Dengan menggunakan simulasi tersebut, secara rata-rata setiap kabupaten/kota memperoleh alokasi sebesar Rp 25.634.083.608,-. Terdapat 12 kabupaten/kota dengan besaran bantuan Jamkesda di atas rata-rata alokasi, sedangkan 15 sisanya berada di bawah rata-rata alokasi Jamkesda. Simulasi B.1. menghasilkan angka setara dengan simulasi A.1.1.

Berdasarkan simulasi B.1.2, Kota Banjar merupakan daerah dengan bobot porsi bantuan Jamkesda tertinggi, yakni 79,5%. Selain itu, terdapat 5 kabupaten/kota dengan bobot bantuan di atas 50%, yaitu: Kota Cirebon, Kabupaten Tasikmalaya, Kabupaten Garut, Kabupaten Kuningan dan Kabupaten Pangandaran. Sebaliknya, terdapat 6 kabupaten/kota dengan bobot bantuan paling kecil, yaitu 15%. Keenam kabupaten/kota tersebut adalah Kabupaten Bogor, Kabupaten Bandung, Kabupaten Bekasi, Kota Bandung, Kota Bekasi dan Kota Depok.

Secara nominal Kabupaten Cianjur dan Kabupaten Garut merupakan dua daerah dengan alokasi hibah Jamkesda paling besar, yaitu masing-masing senilai Rp 66.436.025.250,- untuk Kabupaten Cianjur dan Rp 52.620.237.422,- untuk Kabupaten Garut. Sebaliknya Kota Sukabumi merupakan daerah dengan alokasi hibah Jamkesda paling rendah berdasarkan skenario A.1.2, yaitu sebesar Rp 9.659.040.503,-. Daerah dengan alokasi kedua terendah adalah Kabupaten Karawang dengan besaran hibah Rp 13.082.821.920,-.

Simulasi B.1.2 memberikan koefisien variasi sebesar 0,48 atau 48%. Hal ini menunjukkan adanya variasi signifikan dalam distribusi besaran hibah Jamkesda PBI antar kabupaten/kota di Jawa Barat. Jika dilihat dari besaran alokasi hibah terbesar (Kabupaten Bekasi) dibandingkan alokasi terkecil (Kota Sukabumi), diperoleh angka 6,77. Rasio tersebut lebih rendah dibandingkan rasio berdasarkan distribusi total ajuan kabupaten/kota.

Berdasarkan kedua simulasi di atas, diperoleh informasi bahwa terdapat 4 daerah yang selalu berada di posisi 5 besar dengan porsi bobot Jamkseda tertinggi. Hal ini berarti keempat daerah tersebut memiliki skor bantuan Jamkesda sangat rendah. Adapun keempat daerah tersebut adalah Kota Banjar, Kota Cirebon, Kabupaten Kuningan dan Kabupaten Pangandaran. Walaupun Kota Cirebon dan Kabupaten Kuningan memiliki kapasitas fiskal yang tinggi berdasarkan PMK 120/2020 namun kedua daerah tersebut memiliki indeks kapasitas Jamkesda yang sangat rendah.

Tabel 5. 4 Simulasi Besaran Jamkesda PBI APBD dengan mengaplikasikan Formula ke-2 dan berdasarkan pada IKF PMK 120/2020

No (1)	Kabupaten/Kota (2)	IKF PMK 120/ 2020	IKM	KIKL	KIKF	KIKL x KIKF	BWA	Adj. BWA	Estimasi 100% Kebutuhan Kabkot PBI 2024	Simulasi B.1.1 BWA x Kebutuhan 2024		Simulasi B.1.2 Adj BWA x Kebutuhan 2024		Selisih Kebutuhan - B.1.1	Selisih Kebutuhan - B.1.2
		(3)								(11)	(12)	(13)	(14)		
1	Kab. Bogor	4.343	0.00	5	5	25	15	15.00	248,447,606.400	37,267,140.960	37,267,140.960	-211,180,465.440	-211,180,465.440		
2	Kab. Sukabumi	2.585	0.05	4	5	20	20	21.21	218,200,651.200	43,640,130.240	46,275,492.486	-174,560,520.960	-174,560,520.960		
3	Kab. Cianjur	2.808	0.31	3	5	15	25	32.79	199,584,000.000	49,896,000.000	65,436,025.250	-149,888,000.000	-149,888,000.000		
4	Kab. Bandung	2.641	0.00	5	5	25	15	15.00	297,510,343.200	44,626,551.480	44,626,551.480	-252,883,791.720	-252,883,791.720		
5	Kab. Garut	2.384	0.78	1	5	5	35	54.53	96,500,224.800	33,775,078.680	52,620,237.422	-62,725,146.120	-62,725,146.120		
6	Kab. Tasikmalaya	1.427	0.85	1	4	4	36	57.22	81,070,113.600	29,185,240.896	46,387,799.159	-51,884,872.704	-51,884,872.704		
7	Kab. Ciamis	1.069	0.49	3	3	9	31	43.28	66,225,600.000	20,529,936.000	28,662,130.385	-45,695,664.000	-45,695,664.000		
8	Kab. Kuningan	1.532	0.69	1	4	4	36	53.18	90,802,101.600	32,688,756.576	48,285,843.292	-58,113,345.024	-58,113,345.024		
9	Kab. Cirebon	1.877	0.00	5	4	20	20	20.00	161,304,696.000	32,260,939.200	32,260,939.200	-129,043,756.800	-129,043,756.800		
10	Kab. Majalengka	2.364	0.61	2	5	10	30	45.14	95,256,000.000	28,576,800.000	42,998,681.939	-66,679,200.000	-66,679,200.000		
11	Kab. Sumedang	1.151	0.58	2	4	8	32	46.39	50,158,180.800	16,050,617.856	23,266,304.196	-34,107,562.944	-34,107,562.944		
12	Kab. Indramayu	2.186	0.17	3	5	15	25	29.29	122,971,413.600	30,742,853.400	36,014,684.895	-92,228,580.200	-92,228,580.200		
13	Kab. Subang	2.207	0.12	3	5	15	25	28.08	67,592,296.800	16,898,074.200	18,976,765.799	-50,694,222.600	-50,694,222.600		
14	Kab. Purwakarta	1.438	0.20	3	4	12	28	33.08	43,354,634.400	12,139,297.632	14,341,134.458	-31,215,336.768	-31,215,336.768		
15	Kab. Karawang	2.104	0.00	5	4	20	20	20.00	65,414,109.600	13,082,821.920	13,082,821.920	-52,331,287.680	-52,331,287.680		
16	Kab. Bekasi	4.686	0.00	5	5	25	15	15.00	343,748,966.400	51,562,344.960	51,562,344.960	-292,186,621.440	-292,186,621.440		
17	Kab. Bandung Barat	1.91	0.09	4	4	16	24	26.34	65,953,440.000	15,828,825.600	17,372,317.551	-50,124,614.400	-50,124,614.400		
18	Kab. Pangandaran	0.598	0.63	2	2	4	36	51.87	37,195,200.000	13,390,272.000	19,294,661.342	-23,804,928.000	-23,804,928.000		
19	Kota Bogor	1.168	0.00	5	4	20	20	20.00	84,614,090.400	16,922,818.080	16,922,818.080	-67,691,272.320	-67,691,272.320		
20	Kota Sukabumi	0.969	0.51	2	3	6	34	46.68	20,690,964.000	7,034,927.760	9,659,040.503	-13,656,036.240	-13,656,036.240		
21	Kota Bandung	4.726	0.00	5	5	25	15	15.00	287,779,716.000	43,166,957.400	43,166,957.400	-244,612,758.600	-244,612,758.600		
22	Kota Cirebon	1.381	0.86	1	4	4	36	57.42	48,647,692.800	17,513,169.408	27,931,658.569	-31,134,523.392	-31,134,523.392		
23	Kota Bekasi	5.873	0.00	5	5	25	15	15.00	169,176,016.800	25,376,402.520	25,376,402.520	-143,799,614.280	-143,799,614.280		
24	Kota Depok	2.521	0.00	5	5	25	15	15.00	149,272,048.800	22,390,807.320	22,390,807.320	-126,881,241.480	-126,881,241.480		
25	Kota Cimahi	0.942	0.40	3	3	9	31	41.05	37,648,800.000	11,671,128.000	15,453,702.202	-25,977,672.000	-25,977,672.000		
26	Kota Tasikmalaya	0.881	0.58	2	3	6	34	48.46	55,904,839.200	19,007,645.328	27,089,287.238	-36,897,193.872	-36,897,193.872		
27	Kota Banjar	0.698	1.66	1	2	2	38	79.48	18,144,000.000	6,894,720.000	14,421,175.197	-11,249,280.000	-11,249,280.000		
28	Jawa Barat								692,120,257.416	841,143,725.721	841,143,725.721	-2,531,047,488.984	-2,531,047,488.984		

- **Menggunakan PMK 193/2022**

Penerapan formulai kedua dengan menggunakan PMK 193/2022, besaran bantuan jamkesda keseluruhan di provinsi Jawa Barat menghasilkan kebutuhan dana alokasi Jamkesda PBI APBD sebesar Rp 920,968,705,944 sebagaimana terlihat pada simulasi B.2.1 Tabel 5.5. Jika dirata-ratakan, maka besarnya alokasi jamkses PBI setiap kabupaten/kota adalah Rp 34.109.952.072. Terdapat 10 kabupaten/kota dengan alokasi di atas rata-rata, sedangkan 17 sisanya berada di bawah rata-rata. Hasil simulasi B.2.1 sama dengan Simulasi A.2.1.

Simulasi B.2.2. pada Tabel 5.5 menggambarkan skenario alternatif dengan tetap berpegang pada peta kapasitas fiskal berdasarkan pada PMK 193/2020. Besaran kebutuhan jamksda PBI APBD Provinsi Jawa Barat menurut simulasi tersebut adalah Rp 1.069.992.174.249,-. Secara rata-rata, setiap kabupaten/kota mendapatkan alokasi sebesar Rp 39.629.339.787,-. Terdapat 14 kabupaten/kota yang mendapatkan alokasi hibah di bawah rata-rata, sedangkan 13 daerah sisanya mendapatkan alokasi hibah di bawah angka rata-rata.

Kota Banjar merupakan daerah dengan bobot alokasi tertinggi berdasarkan simulasi B.2.2, yaitu sebesar 80,48%. Selain Kota Banjar, terdapat 6 kabupaten/kota yang mendapatkan bobot alokasi di atas 50%, yaitu Kota Cirebon (59,42%), Kabupaten Tasikmalaya (59,22%), Kabupaten Garut (57,53%), Kabupaten Kuningan (55,18%), Kota Tasikmalaya (52,46%), dan Kabupaten Sumedang (52,39%). Sebaliknya, daerah dengan bobot bantuan terendah adalah Kota Depok, yaitu 15%.

Secara nominal, alokasi terbesar adalah untuk Kota Bandung, sebanyak Rp 86.333.914.800,- dan diikuti oleh Kabupaten Bekasi dengan alokasi dana hibah sebesar Rp 85.937.241.600,-. Adapun alokasi paling rendah adalah untuk Kota Sukabumi, yaitu sebesar Rp 10.072.859.783,- dan diikuti oleh Kabupaten Banjar seebgai daerah terendah kedua dari sisi alokasi nominal bantuan, yaitu sebesar Rp 14.602.615.197,-.

Skenario B.2.2 memberikan koefisien variasi sebesar 0,55 atau 55%, yang menunjukkan signifikkannya variasi dalam bantuan Jamkesda antar kabupaten/kota. Angka koefisien variasi ini lebih rendah dari yang diperoleh pada estimasi kebutuhan hibah Jamkesda setiap kabupaten/kota tahun 2024. Demikian pula jika melihat pada perbandingan besaran nominal hibah Jamkesda tertinggi (Kabupaten Bekasi)

[Laporan Akhir](#)

Kajian Formulasi Proporsi Pembiayaan Kesehatan PBP dan BP yang Didaftarkan oleh Pemerintah Kab/kota di Jawa Barat

dibandingkan dengan terendah (Kota Banjar), maka diperoleh rasio sebesar 8,57. Artinya, besaran nominal hibah Jamkesda daerah dengan nominal bantuan tertinggi (Kabupaten Bekasi) adalah hampir 9 kali lipat dibandingkan dengan bantuan hibah Jamkesda daerah dengan penerima nominal bantuan terkecil (Kota Banjar).

Berdasarkan masing-masing simulasi menggunakan formula ke-2 dan peta kapasitas fiskal menurut PMK 193/2022 diperoleh terdapat 3 kabupaten/kota yang selalu masuk ke dalam 5 besar kabupaten/kota dengan bobot alokasi hibah Jamkesda paling tertinggi, yaitu Kota Banjar, Kota Cirebon, Kabupaten Tasikmalaya, Kabupaten Garut. Hal ini berarti bahwa kelima kabupaten/kota tersebut perlu mendapatkan prioritas berdasarkan formula ke-2 dan mengacu pada PMK 193/2022 (Tabel 5.5).

Tabel 5. 5 Simulasi Besaran Jamkesda PBI APBD dengan mengaplikasikan Formula ke-2 dan berdasarkan pada IKF PMK 193/2022

No (1)	Kabupaten/Kota (2)	IKF PMK 193/ 2022	IKM (4)	KIKL (5)	KIKF (6)	KIKL x KIKF (7)	BWA (8)	Adj. BWA (9)	Estimasi 100% Kebutuhan Kabkot PBI 2024 (10)	Simulasi B.2.1 BWA x Kebutuhan 2024 (11)	Simulasi B.2.2 Adj BWA x Kebutuhan 2024 (12)	Selisih Kebutuhan - A.1.1 (13)	Selisih Kebutuhan - A.1.2 (14)
		(3)											
1	Kab. Bogor	1.984	0.00	5	4	20	20	20.00	248.447.606.400	49.689.521.280	49.689.521.280	-198.758.085.120	-198.758.085.120
2	Kab. Sukabumi	1.746	0.05	4	3	12	28	29.21	218.200.651.200	61.096.182.336	63.731.544.582	-157.104.468.864	-154.469.106.618
3	Kab. Cianjur	1.804	0.31	3	3	9	31	38.79	199.584.000.000	61.871.040.000	77.411.065.250	-137.712.960.000	-122.172.934.750
4	Kab. Bandung	1.905	0.00	5	4	20	20	20.00	297.510.343.200	59.502.088.640	59.502.088.640	-238.008.274.560	-238.008.274.560
5	Kab. Garut	1.27	0.78	1	2	2	38	57.53	96.500.224.800	36.670.085.424	55.515.244.166	-59.830.139.376	-40.984.980.634
6	Kab. Tasikmalaya	1.174	0.85	1	2	2	38	59.22	81.070.113.600	30.806.643.168	48.009.201.431	-50.263.470.432	-33.060.912.169
7	Kab. Ciamis	1.165	0.49	3	1	3	37	49.28	66.225.600.000	24.503.472.000	32.635.666.385	-41.722.128.000	-33.589.933.615
8	Kab. Kuningan	1.329	0.69	1	2	2	38	55.18	90.802.101.600	34.504.798.608	50.101.885.324	-56.297.302.992	-40.700.216.276
9	Kab. Cirebon	1.376	0.00	5	2	10	30	30.00	161.304.696.000	48.391.408.800	48.391.408.800	-112.913.287.200	-112.913.287.200
10	Kab. Majalengka	1.901	0.61	2	4	8	32	47.14	95.256.000.000	30.481.920.000	44.903.801.939	-64.774.080.000	-50.352.198.061
11	Kab. Sumedang	1.045	0.58	2	1	2	38	52.39	50.158.180.800	19.060.108.704	26.275.795.044	-31.098.072.096	-23.882.385.756
12	Kab. Indramayu	1.088	0.17	3	1	3	37	41.29	122.971.413.600	45.499.423.032	50.771.254.527	-77.471.990.588	-72.200.159.073
13	Kab. Subang	1.134	0.12	3	1	3	37	40.08	67.592.296.800	25.009.149.816	27.087.841.415	-42.583.146.984	-40.504.455.385
14	Kab. Purwakarta	1.371	0.20	3	2	6	34	39.08	43.354.634.400	14.740.575.696	16.942.412.522	-28.614.058.704	-26.412.221.878
15	Kab. Karawang	1.731	0.00	5	3	15	25	25.00	65.414.109.600	16.353.527.400	16.353.527.400	-49.060.582.200	-49.060.582.200
16	Kab. Bekasi	1.688	0.00	5	3	15	25	25.00	343.748.966.400	85.937.241.600	85.937.241.600	-257.811.724.800	-257.811.724.800
17	Kab. Bandung Barat	1.432	0.09	4	2	8	32	34.34	65.953.440.000	21.105.100.800	22.648.592.751	-44.848.339.200	-43.304.847.249
18	Kab. Pangandaran	2.186	0.63	2	5	10	30	45.87	37.195.200.000	11.158.560.000	17.062.949.342	-26.036.640.000	-20.132.250.658
19	Kota Bogor	1.434	0.00	5	2	10	30	30.00	84.614.090.400	25.384.227.120	25.384.227.120	-59.229.863.280	-59.229.863.280
20	Kota Sukabumi	1.191	0.51	2	2	4	36	48.68	20.690.964.000	7.448.747.040	10.072.859.783	-13.242.216.960	-10.618.104.217
21	Kota Bandung	1.301	0.00	5	2	10	30	30.00	287.779.716.000	86.333.914.800	86.333.914.800	-201.445.801.200	-201.445.801.200
22	Kota Cirebon	1.471	0.86	1	2	2	38	59.42	18.486.123.264	28.904.612.425	28.904.612.425	-30.161.569.536	-19.743.080.375
23	Kota Bekasi	1.505	0.00	5	3	15	25	25.00	169.176.016.800	42.294.004.200	42.294.004.200	-126.882.012.600	-126.882.012.600
24	Kota Depok	2.625	0.00	5	5	25	15	15.00	149.272.048.800	22.390.807.320	22.390.807.320	-126.881.241.480	-126.881.241.480
25	Kota Cimahi	1.059	0.40	3	1	3	37	47.05	37.648.800.000	13.930.056.000	17.712.630.202	-23.718.744.000	-19.936.169.798
26	Kota Tasikmalaya	1.162	0.58	2	1	2	38	52.46	55.904.839.200	21.243.838.896	29.325.480.806	-34.661.000.304	-26.579.358.394
27	Kota Banjar	1.032	1.66	1	1	1	39	80.48	18.144.000.000	7.076.160.000	14.602.615.197	-11.067.840.000	-3.541.384.803
28	Jawa Barat								920.968.705.944	1.069.992.174.249	1.069.992.174.249	-2.302.199.040.456	-2.153.175.572.151

- **Menggunakan PMK 084/2023**

Tabel 5.6. memperlihatkan simulasi menggunakan skenario dasar dengan pemetaan kapasitas fiskal pada PMK 084/2023. Hasil simulasi tersebut sama dengan simulasi A.3.1. Adapun hasil simulasi B.3.2 pada Tabel 5.6 menunjukkan penggunaan skenario alternatif berdasarkan formula ke-2, dimana besaran kebutuhan bantuan hibah jamkesda PBI APBD pada tahun 2024 diestimasi sebesar Rp 959.762.126.097,. Berdasarkan skenario tersebut dasar menggunakan formula kedua, rata-rata hibah Jamkseda per kabupaten/kota adalah Rp 35.546.745.411,-. Terdapat 11 kabupaten/kota dengan alokasi hibah di atas rata-rata, sedangkan sisanya 16 kabupaten/kota berada di bawah rata-rata.

Kota Banjar merupakan daerah dengan bobot bantuan tertinggi, yaitu 79,48%. Selain itu, terdapat kabupaten/kota dengan bobot alokasi bantuan di atas 50%, yaitu: Kabupaten Tasikmalaya (59,22%), Kota Cirebon (58,42%), Kabupaten Garut (56,53%), Kabupaten Kuningan (55,18%), Kabupaten Sumedang (52,39%), Kabupaten Majalengka (51,14%), dan Kota Tasikmalaya (50,46%). Di sisi lain, terdapat 4 kabupaten/kota dengan kapasitas sangat tinggi berdasarkan PMK 084/2023 sekaligus memiliki indeks kapasitas kesehatan yang juga sangat tinggi. Keempat kabupaten/kota tersebut adalah Kabupaten Bogor, Kabupaten Bandung, Kota Bogor, dan Kota Depok. Masing-masing daerah tersebut mendapat alokasi 15% terhadap total ajuan hibah jamkseda PBI kabupaten/kota masing-masing.

Secara nominal, Kabupaten Cianjur mendapatkan alokasi terbesar yaitu Rp 77.411.065.250,-dan diikuti oleh Kabupaten Bekasi dengan besaran bantuan jamkesda Rp 68.749.793.280,-. Sebaliknya, alokasi terkecil adalah Kota Sukabumi dengan nominal alokasi Rp 19.072.859.783,- dan diikuti oleh Kota Bogor dengan alokasi sebesar Rp 12.692.113.560,-.

Simulasi B.3.2 memberikan koefisien variasi sebesar 0,52 atau 52%. Koefisien ini menandakan adanya variasi yang signifikan dalam distribusi bantuan hibah jamkes ke kabupaten/kota, lebih besar dari skenario dengan menggunakan PMK 083/2023. Namun demikian variasi tersebut masih lebih rendah dibandingkan dengan skenario menggunakan PMK 193/2022 dan ajuan bantuan jamkseda PBI dari kabupaten/kota. Jika membandingkan besaran alokasi nominal terbesar (Kabupaten Cianjur) dibandingkan terkecil (Kota Bogor), diperoleh angka 7,69 kali. Artinya bahwa alokasi

hibah Jamkesda PBI Kabupaten Cianjur besarnya hampir 8 kali lipat dari alokasi hibah Jamkesda PBI Kota Bogor.

Tabel 5. 6 Simulasi Besaran Jamkesda PBI APBD dengan mengaplikasikan Formula ke-2 dan berdasarkan pada IKF PMK 084/2023

No (1)	Kabupaten/Kota (2)	IKF PMK 084/ 2023	IKM (4)	KIKL (5)	KIKF (6)	KIKL x KIKF (7)	BWA (8)	Adj. BWA (9)	Estimasi 100% Kebutuhan Kabkot PBI 2024 (10)	Simulasi B.3.1 BWA x Kebutuhan 2024 (11)	Simulasi B.3.2 Adj BWA x Kebutuhan 2024 (12)	Selisih Kebutuhan - A.1.1 (13)	Selisih Kebutuhan - A.1.2 (14)
		(3)											
1	Kab. Bogor	2.11	0.00	5	5	25	15	15.00	248,447,606,400	37,267,140,960	37,267,140,960	-211,180,465,440	-211,180,465,440
2	Kab. Sukabumi	1.582	0.05	4	4	16	24	25.21	218,200,651,200	52,368,156,288	55,003,518,534	-165,832,494,912	-163,197,132,666
3	Kab. Cianjur	1.44	0.31	3	3	9	31	38.79	199,584,000,000	61,871,040,000	77,411,065,250	-137,712,960,000	-122,172,934,750
4	Kab. Bandung	1.777	0.00	5	5	25	15	15.00	297,510,343,200	44,626,551,480	44,626,551,480	-252,883,791,720	-252,883,791,720
5	Kab. Garut	1.245	0.78	1	3	3	37	56.53	96,500,224,800	35,705,083,176	54,550,241,918	-60,795,141,624	-41,949,982,882
6	Kab. Tasikmalaya	0.999	0.85	1	2	2	38	59.22	81,070,113,600	30,806,643,168	48,009,201,431	-50,263,470,432	-33,060,912,169
7	Kab. Ciamis	0.74	0.49	3	1	3	37	49.28	66,225,600,000	24,503,472,000	32,635,666,385	-41,722,128,000	-33,589,933,615
8	Kab. Kuningan	1.063	0.69	1	2	2	38	55.18	90,802,101,600	34,504,798,608	50,101,885,324	-56,297,302,992	-40,700,216,276
9	Kab. Cirebon	1.006	0.00	5	2	10	30	30.00	161,304,696,000	48,391,408,800	48,391,408,800	-112,913,287,200	-112,913,287,200
10	Kab. Majalengka	1.159	0.61	2	2	4	36	51.14	95,256,000,000	34,292,160,000	48,714,041,939	-60,963,840,000	-46,541,958,061
11	Kab. Sumedang	0.914	0.58	2	1	2	38	52.39	50,158,180,800	19,060,108,704	26,275,795,044	-31,098,072,096	-23,882,385,756
12	Kab. Indramayu	1.003	0.17	3	2	6	34	38.29	122,971,413,600	41,810,280,624	47,082,112,119	-81,161,132,976	-75,889,301,481
13	Kab. Subang	0.985	0.12	3	2	6	34	37.08	67,592,296,800	22,981,380,912	25,060,072,511	-44,610,915,888	-42,532,224,289
14	Kab. Purwakarta	1.311	0.20	3	3	9	31	36.08	43,354,634,400	13,439,936,664	15,641,773,490	-29,914,697,736	-27,712,860,910
15	Kab. Karawang	1.414	0.00	5	3	15	25	25.00	65,414,109,600	16,353,527,400	16,353,527,400	-49,060,582,200	-49,060,582,200
16	Kab. Bekasi	1.662	0.00	5	4	20	20	20.00	343,748,966,400	68,749,793,280	68,749,793,280	-274,999,173,120	-274,999,173,120
17	Kab. Bandung Barat	1.182	0.09	4	2	8	32	34.34	65,953,440,000	21,105,100,800	22,648,592,751	-44,848,339,200	-43,304,847,249
18	Kab. Pangandaran	2.01	0.63	2	5	10	30	45.87	37,195,200,000	11,158,560,000	17,062,949,342	-26,036,640,000	-20,132,250,658
19	Kota Bogor	1.817	0.00	5	5	25	15	15.00	84,614,090,400	12,692,113,560	12,692,113,560	-71,921,976,840	-71,921,976,840
20	Kota Sukabumi	1.075	0.51	2	2	4	36	48.68	20,690,964,000	7,448,747,040	10,072,859,783	-13,242,216,960	-10,618,104,217
21	Kota Bandung	1.489	0.00	5	4	20	20	20.00	287,779,716,000	57,555,943,200	57,555,943,200	-230,223,772,800	-230,223,772,800
22	Kota Cirebon	1.4	0.86	1	3	3	37	58.42	48,647,692,800	17,999,646,336	28,418,135,497	-30,648,046,464	-20,229,557,303
23	Kota Bekasi	1.658	0.00	5	4	20	20	20.00	169,176,016,800	33,835,203,360	33,835,203,360	-135,340,813,440	-135,340,813,440
24	Kota Depok	2.481	0.00	5	5	25	15	15.00	149,272,048,800	22,390,807,320	22,390,807,320	-126,881,241,480	-126,881,241,480
25	Kota Cimahi	1.2	0.40	3	2	6	34	44.05	37,648,800,000	12,800,592,000	16,583,166,202	-24,848,208,000	-21,065,633,798
26	Kota Tasikmalaya	0.975	0.58	2	2	4	36	50.46	55,904,839,200	20,125,742,112	28,207,384,022	-35,779,097,088	-27,697,455,178
27	Kota Banjar	0.953	1.66	1	2	2	38	79.48	18,144,000,000	6,894,720,000	14,421,175,197	-11,249,280,000	-3,722,824,803
28	Jawa Barat								810,738,657,792	959,762,126,097	-2,412,429,088,608	-2,263,405,620,303	-2,263,405,620,303

5.3 Alokasi Hibah berdasarkan Formula 3

- **Menggunakan PMK 120/2020**

Simulasi C.1.1 pada Tabel 5.7 adalah simulasi skenario dasar menggunakan formula ketiga dengan peta kapasitas fiskal berdasarkan PMK 120/2020. Besarnya bantuan Jamkesda ke kabupaten/kota yang diperlukan untuk tahun 2024 adalah sekitar Rp 715.274.990.640 (simulasi C.1.1). Berdasarkan skenario tersebut, rata-rata alokasi bantuan Jamkesda per kabupaten/kota adalah Rp 26.491.666.320,-. Simulasi C.1.1 memberikan angka yang sama dengan simulasi A.1.2.

Dengan menggunakan skenario alternatif simulasi C.1.2 memberikan gambaran bahwa kebutuhan pembiayaan Jamkesda se-Jawa Barat adalah Rp 864.298.458.945,-. Berdasarkan simulasi tersebut, rata-rata alokasi per kabupaten/kota adalah sebesar Rp 32.011.054.035,-. Terdapat 11 kabupaten/kota dengan alokasi hibah Jamkesda di atas rata-rata, adapun 16 kabupaten/kota lainnya mendapatkan alokasi di bawah rata-rata.

Simulasi C.1.2 merupakan simulasi dengan dengan bobot maksimum alokasi tertinggi, dimana Kota Banjar merupakan daerah dengan bobot alokasi tertinggi, yaitu 91,4% atau hampir setara dengan estimasi ajuan hibah Jamkesda daerah tersebut. Terdapat 11 kabupaten/kota lainnya selain Kota Banjar, yang mendapat bobot alokasi di atas 50%. Kesebelas kabupaten/kota tersebut adalah: Kota Cirebon (71,42%), Kabupaten Tasikmalaya (71,22%), Kabupaten Garut (69,53%), Kabupaten Kuningan (67,18%), Kabupaten Pangandaran (65,87%), Kota Tasikmalaya (54,46%), Kabupaten Majalengka (55,14%), Kabupaten Sumedang (54,39%), Kota Sukabumi (52,68%), Kabupaten Ciamis (52,28%), dan Kota Cimahi (50,05%). Sebaliknya, terdapat 4 kabupaten/kota dengan porsi alokasi terendah yaitu: Kabupaten Bekasi, Kota Bandung, Kota Bekasi dan Kota Depok.

Secara nominal, Kabupaten Cianjur mendapatkan alokasi hibah Jamkesda yang paling tinggi, yaitu Rp 75.415.225.250,- dan diikuti oleh Kabupaten Bandung dengan alokasi hibah Jamkesda sebesar Rp 67.095.271.142,-. Sebaliknya, Kota Sukabumi mendapatkan alokasi hibah Jamkesda terkecil yaitu Rp 10.900.498.343,- dan diikuti oleh Kabupaten Karawang dengan alokasi hibah sebesar Rp 13.082.821.920,-.

Besaran koefisien variasi dari Simulasi C.1.2 adalah sebesar 0,55 atau 55%. Angka tersebut menyiratkan variasi signifikan dalam distribusi bantuan Jamkesda antar kabupaten/kota. Namun demikian, namun lebih baik jika dibandingkan dengan koefisien variasi yang diperoleh dari data 100% kebutuhan PBI yang besarnya 77%.

Jika membandingkan hibah terbesar (Kabupaten Cianjur) dan terkecil (Kota Sukabumi), diperoleh angka 6,92. Hal tersebut berarti bahwa alokasi Kabupaten Cianjur besarnya adalah hampir 7 kali alokasi Kota Sukabumi. Rasio ini merupakan yang terkecil dibandingkan dengan simulasi sebelumnya.

Tabel 5. 7 Simulasi Besaran Jamkesda PBI APBD dengan mengaplikasikan Formula ke-3 dan berdasarkan pada IKF PMK 120/2020

No (1)	Kabupaten/Kota (2)	IKF PMK 120/ 2020	IKM	KIKL	KIKF	KIKL x KIKF	BWA	Adj. BWA	Estimasi 100% Kebutuhan Kabkot PBI 2024	Simulasi C.1.1 BWA x Kebutuhan 2024	Simulasi C.1.2 Adj BWA x Kebutuhan 2024	Selisih Kebutuhan - A.1.1	Selisih Kebutuhan - A.1.2
		(3)											
		(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	
1	Kab. Bogor	4.343	0.00	5	5	25	10.00	10.00	248.447.606.400	24.844.760.640	223.602.845.760	-223.602.845.760	
2	Kab. Sukabumi	2.585	0.05	4	5	20	20.00	20.01	218.200.651.200	43.640.130.240	-174.560.520.960	-174.528.896.613	
3	Kab. Cianjur	2.808	0.31	3	5	15	30.00	30.09	199.584.000.000	59.875.200.000	-139.708.800.000	-139.522.319.687	
4	Kab. Bandung	2.641	0.00	5	5	25	10.00	10.00	297.510.343.200	29.751.034.320	-267.759.308.880	-267.759.308.880	
5	Kab. Garut	2.384	0.78	1	5	5	50.00	50.23	96.500.224.800	48.250.112.400	-48.250.112.400	-48.023.970.495	
6	Kab. Tasikmalaya	1.427	0.85	1	4	4	50.00	50.25	81.070.113.600	40.535.056.800	-40.535.056.800	-40.328.626.101	
7	Kab. Ciamis	1.069	0.49	3	3	9	40.00	40.15	66.225.600.000	26.490.240.000	-39.735.360.000	-39.637.773.667	
8	Kab. Kuningan	1.532	0.69	1	4	4	50.00	50.21	90.802.101.600	45.401.050.800	-45.401.050.800	-45.213.885.759	
9	Kab. Cirebon	1.877	0.00	5	4	20	20.00	20.00	161.304.696.000	32.260.939.200	-129.043.756.800	-129.043.756.800	
10	Kab. Majalengka	2.364	0.61	2	5	10	40.00	40.18	95.256.000.000	38.102.400.000	-57.153.600.000	-56.980.537.417	
11	Kab. Sumedang	1.151	0.58	2	4	8	40.00	40.17	50.158.180.800	20.063.272.320	-30.094.908.480	-30.008.320.244	
12	Kab. Indramayu	2.186	0.17	3	5	15	30.00	30.05	122.971.413.600	36.891.424.080	-86.079.989.520	-86.016.727.542	
13	Kab. Subang	2.207	0.12	3	5	15	30.00	30.04	67.592.296.800	20.277.689.040	-47.314.607.760	-47.289.663.461	
14	Kab. Purwakarta	1.438	0.20	3	4	12	30.00	30.06	43.354.634.400	13.006.390.320	-30.348.244.080	-30.321.822.038	
15	Kab. Karawang	2.104	0.00	5	4	20	20.00	20.00	65.414.109.600	13.082.821.920	-52.331.287.680	-52.331.287.680	
16	Kab. Bekasi	4.686	0.00	5	5	25	10.00	10.00	343.748.966.400	34.374.896.640	-309.374.069.760	-309.374.069.760	
17	Kab. Bandung Barat	1.91	0.09	4	4	16	20.00	20.03	65.963.440.000	13.190.688.000	-52.762.752.000	-52.744.230.097	
18	Kab. Pangandaran	0.598	0.63	2	2	4	50.00	50.19	37.195.200.000	18.597.600.000	-18.597.600.000	-18.526.747.328	
19	Kota Bogor	1.168	0.00	5	4	20	20.00	20.00	84.614.090.400	16.922.818.080	-67.691.272.320	-67.691.272.320	
20	Kota Sukabumi	0.969	0.51	2	3	6	40.00	40.15	20.690.964.000	8.307.874.953	-12.414.578.400	-12.383.089.047	
21	Kota Bandung	4.726	0.00	5	5	25	10.00	10.00	287.779.716.000	28.777.971.600	-259.001.744.400	-259.001.744.400	
22	Kota Cirebon	1.381	0.86	1	4	4	50.00	50.26	48.647.692.800	24.323.846.400	-24.323.846.400	-24.198.824.530	
23	Kota Bekasi	5.873	0.00	5	5	25	10.00	10.00	169.176.016.800	16.917.601.680	-152.258.415.120	-152.258.415.120	
24	Kota Depok	2.521	0.00	5	5	25	10.00	10.00	149.272.048.800	14.927.204.880	-134.344.843.920	-134.344.843.920	
25	Kota Cimahi	0.942	0.40	3	3	9	40.00	40.12	37.648.800.000	15.059.520.000	-22.589.280.000	-22.543.889.110	
26	Kota Tasikmalaya	0.881	0.58	2	3	6	40.00	40.17	55.904.839.200	22.458.915.383	-33.542.903.520	-33.445.923.817	
27	Kota Banjar	0.698	1.66	1	2	2	50.00	50.50	18.144.000.000	9.162.317.462	-9.072.000.000	-8.981.682.538	
28	Jawa Barat								715.274.990.640	717.063.272.260	-2.507.892.755.760	-2.506.104.474.140	

- **Menggunakan PMK 193/2022**

Penerapan formula ketiga dengan menggunakan PMK 193/2022, besaran bantuan jamkesda keseluruhan di provinsi Jawa Barat menghasilkan kebutuhan dana alokasi Jamkesda PBI APBD sebesar Rp 1.131.275.542.320 sebagaimana terlihat pada simulasi C.2.1 Tabel 5.8. Jika dirata-ratakan, maka besarnya alokasi jamkses PBI setiap kabupaten/kota adalah Rp 41.899.094.160.-. Terdapat 11 kabupaten/kota dengan alokasi di atas rata-rata, sedangkan 16 sisanya berada di bawah rata-rata. Hasil simulasi B.2.1 sama dengan Simulasi A.2.1.

Berdasarkan simulasi C.2.1, Kota Banjar merupakan daerah dengan kapasitas fiskal sangat rendah dan kapasitas jamkesda sangat rendah. Dengan demikian, Kota Banjar mendapatkan bobot alokasi bantuan sebesar 50%. Bobot tersebut juga diberikan kepada daerah dengan skor perkalian indeks kapasitas fiskal dan indeks kapasitas Jamkesda di bawah 5. Selain Kota Banjar, terdapat 11 daerah lain yang mendapatkan alokasi bobot bantuan Jamkesda 50%, yaitu: Kabupaten Garut, Kabupaten Tasikmalaya, Kabupaten Ciamis, Kabupaten Kuningan, Kabupaten Sumedang, Kabupaten Indramayu, Kabupaten Subang, Kabupaten Sukabumi, Kabupaten Bandung, Kota Cirebon, Kota Cimahi dan Kota Tasikmalaya. Sebaliknya, Kota Depok merupakan daerah dengan bobot alokasi paling rendah (10%), diikuti oleh Kabupaten Bogor dan Kabupaten Bandung yang masing-masing mendapatkan alokasi bobot 20%.

Dilihat berdasarkan nominalnya, Kota Bandung merupakan daerah dengan alokasi paling tinggi, yaitu Rp 115.111.886.400,-. Di tempat kedua adalah Kabupaten Bekasi dengan nominal sebesar Rp 103.124.689.920,-. Sebaliknya, Kota Banjar merupakan daerah dengan nominal alokasi Jamkseda terkecil, yaitu 9.072.000.000,-. Angka tersebut sekaligus menjadikan Kota Banjar sebagai satu-satunya daerah dengan alokasi Jamkseda di bawah Rp 10 milyar.

Simulasi C.2.1 memberikan koefisien variasi sebesar 0,64 atau 64%. Artinya, simulasi ini memberikan variasi lebih tinggi dari simulasi menggunakan formula ke-3 dan PMK 120/2020. Jika membandingkan nominal hibah Jamkesda PBI tertinggi yang dialokasikan untuk Kabupaten Bandung dengan nominal terendah hibah Jamkesda PBI yang dialokasikan untuk Kota Banjar, diperoleh rasio sebesar 12,69. Rasio tersebut termasuk ke dalam rasio tertinggi jika dibandingkan dengan rasio-rasio yang diperoleh dari simulasi sebelumnya.

Simulasi C.2.2. pada Tabel 5.8 menggambarkan skenario alternatif dengan tetap berpegang pada peta kapasitas fiskal berdasarkan pada PMK 193/2022. Besaran kebutuhan jamksda PBI APBD Provinsi Jawa Barat menurut simulasi tersebut adalah Rp 1.280.299.010.625,-. Secara rata-rata, setiap kabupaten/kota mendapatkan alokasi sebesar Rp 47.418.481.875,-. Terdapat 13 kabupaten/kota yang mendapatkan alokasi hibah di atas rata-rata, sedangkan 14 daerah sisanya mendapatkan alokasi hibah di bawah angka rata-rata.

Kota Banjar merupakan daerah dengan bobot alokasi tertinggi berdasarkan simulasi C.2.2, yaitu sebesar 91,48%, diikuti oleh Kota Cirebon dengan belasan alokasi 71,42%, Selain Kota Banjar dan Kota Cirebon, terdapat 12 kabupaten/kota yang mendapatkan bobot alokasi di atas 50%. Sebaliknya, porsi terendah adalah Kota Depok dengan bobot alokasi sebesar 10%, diikuti oleh Kabupaten Bogor dan Kabupaten Bandung dengan bobot bantuan masing-masing 20%.

Secara nominal, alokasi terbesar adalah untuk Kota Bandung, sebanyak Rp 115.111.886.400,- dan diikuti oleh Kabupaten Bekasi dengan alokasi dana hibah sebesar Rp 103.124.689.920,-. Adapun alokasi paling rendah adalah untuk Kota Sukabumi, yaitu sebesar Rp 12.969.594.743,- dan diikuti oleh Kota Depok sebagai daerah terendah kedua dari sisi alokasi nominal bantuan, yaitu sebesar Rp 14.927.204.880,-.

Skenario C.2.2 memberikan koefisien variasi sebesar 0,57 atau 57%, yang menunjukkan signifikkannya variasi dalam bantuan Jamkesda antar kabupaten/kota. Angka koefisien variasi ini lebih rendah dari yang diperoleh pada estimasi kebutuhan hibah Jamkesda setiap kabupaten/kota tahun 2024. Demikian pula jika melihat pada perbandingan besaran nominal hibah Jamkesda tertinggi (Kota Bandung) dibandingkan dengan terendah (Kota Sukabumi), maka diperoleh rasio sebesar 8,88. Artinya, besaran nominal hibah Jamkesda daerah dengan nominal bantuan tertinggi (Kota Bandung) adalah hampir 9 kali lipat dibandingkan dengan bantuan hibah Jamkseda daerah dengan penerima nominal bantuan terkecil (Kota Sukabumi).

Tabel 5. 8 Simulasi Besaran Jamkesda PBI APBD dengan mengaplikasikan Formula ke-3 dan berdasarkan pada IKF PMK 193/2022

No (1)	Kabupaten/Kota (2)	IKF PMK 193/ 2022 (3)	IKM (4)	KIKL (5)	KIKF (6)	KIKL x KIKF (7)	BWA (8)	Adj. BWA (9)	Estimasi 100% Kebutuhan Kabkot PBI 2024 (10)	Simulasi C.2.1 BWA x Kebutuhan 2024 (11)	Simulasi C.2.2 Adj BWA x Kebutuhan 2024 (12)	Selisih Kebutuhan - A.1.1 (13)	Selisih Kebutuhan - A.1.2 (14)
1	Kab. Bogor	1.984	0.00	5	4	20	20.00	20.00	248,447,606.400	49,689,521,280	49,689,521,280	-198,758,085,120	-198,758,085,120
2	Kab. Sukabumi	1.746	0.05	4	3	12	30.00	31.21	218,200,651,200	65,460,195,360	68,095,557,606	-152,740,455,840	-150,105,093,594
3	Kab. Cianjur	1.804	0.31	3	3	9	40.00	47.79	199,584,000,000	79,833,600,000	95,373,625,250	-119,750,400,000	-104,210,374,750
4	Kab. Bandung	1.905	0.00	5	4	20	20.00	20.00	297,510,343,200	59,502,068,640	59,502,068,640	-238,008,274,560	-238,008,274,560
5	Kab. Garut	1.27	0.78	1	2	2	50.00	69.53	96,500,224,800	48,250,112,400	67,095,271,142	-48,250,112,400	-29,404,953,658
6	Kab. Tasikmalaya	1.174	0.85	1	2	2	50.00	71.22	81,070,113,600	40,535,056,800	57,737,615,063	-40,535,056,800	-23,332,498,537
7	Kab. Ciamis	1.165	0.49	3	1	3	50.00	62.28	66,225,600,000	33,112,800,000	41,244,994,385	-33,112,800,000	-24,980,605,615
8	Kab. Kuningan	1.329	0.69	1	2	2	50.00	67.18	90,802,101,600	45,401,050,800	60,998,137,516	-45,401,050,800	-29,803,964,084
9	Kab. Cirebon	1.376	0.00	5	2	10	40.00	40.00	161,304,696,000	64,521,878,400	64,521,878,400	-96,782,817,600	-96,782,817,600
10	Kab. Majalengka	1.901	0.61	2	4	8	40.00	55.14	95,256,000,000	38,102,400,000	52,524,281,939	-57,153,600,000	-42,731,718,061
11	Kab. Sumedang	1.045	0.58	2	1	2	50.00	64.39	50,158,180,800	25,079,090,400	32,294,776,740	-25,079,090,400	-17,863,404,060
12	Kab. Indramayu	1.088	0.17	3	1	3	50.00	54.29	122,971,413,600	61,485,706,800	66,757,538,295	-61,485,706,800	-56,213,875,305
13	Kab. Subang	1.134	0.12	3	1	3	50.00	53.08	67,592,296,800	33,796,148,400	35,874,339,999	-33,796,148,400	-31,717,456,801
14	Kab. Purwakarta	1.371	0.20	3	2	6	40.00	45.08	43,354,634,400	17,341,853,760	19,543,690,586	-26,012,780,640	-23,810,943,814
15	Kab. Karawang	1.731	0.00	5	3	15	30.00	30.00	65,414,109,600	19,624,232,880	19,624,232,880	-45,789,876,720	-45,789,876,720
16	Kab. Bekasi	1.688	0.00	5	3	15	30.00	42.34	343,748,966,400	103,124,689,920	27,924,867,951	-39,572,064,000	-38,028,572,049
17	Kab. Bandung Barat	1.432	0.09	4	2	8	40.00	55.87	65,963,440,000	26,381,376,000	20,782,469,342	-22,317,120,000	-16,412,730,658
18	Kab. Pangandaran	2.186	0.63	2	5	10	40.00	40.00	37,195,200,000	14,876,080,000	20,782,469,342	-50,768,454,240	-50,768,454,240
19	Kota Bogor	1.434	0.00	5	2	10	40.00	40.00	84,614,090,400	33,845,636,160	33,845,636,160	-10,345,482,000	-7,721,369,257
20	Kota Sukabumi	1.191	0.51	2	2	4	50.00	62.68	20,690,964,000	10,345,482,000	12,969,594,743	-172,667,829,600	-172,667,829,600
21	Kota Bandung	1.301	0.00	5	2	10	40.00	40.00	287,779,716,000	115,111,886,400	115,111,886,400	-24,323,846,400	-13,905,357,239
22	Kota Cirebon	1.471	0.86	1	2	2	50.00	71.42	48,647,692,800	24,323,846,400	34,742,335,561	-118,423,211,760	-118,423,211,760
23	Kota Bekasi	1.505	0.00	5	3	15	30.00	30.00	169,176,016,800	50,752,805,040	50,752,805,040	-134,344,843,920	-134,344,843,920
24	Kota Depok	2.625	0.00	5	5	25	10.00	10.00	149,272,048,800	14,927,204,880	14,927,204,880	-18,824,400,000	-15,041,825,798
25	Kota Cimahi	1.059	0.40	3	1	3	50.00	60.05	37,648,800,000	18,824,400,000	22,606,974,202	-9,072,000,000	-9,072,000,000
26	Kota Tasikmalaya	1.162	0.58	2	1	2	50.00	64.46	55,904,839,200	27,952,419,600	16,598,455,197	-2,091,892,204,080	-1,942,868,735,775
27	Kota Banjar	1.032	1.66	1	1	1	50.00	91.48	18,144,000,000	9,072,000,000	1,280,299,010,625	-1,545,544,803	-1,545,544,803
28	Jawa Barat								1,131,275,542,320	1,131,275,542,320	1,280,299,010,625	-2,091,892,204,080	-1,942,868,735,775

- **Menggunakan PMK 084/2023**

Tabel 5.9. memperlihatkan simulasi menggunakan skenario dasar dengan pemetaan kapasitas fiskal pada PMK 084/2023. Hasil simulasi tersebut sama dengan simulasi A.3.1. Adapun hasil simulasi C.3.2 pada Tabel 5.9 menunjukkan penggunaan skenario alternatif berdasarkan formula ke-3, dimana besaran kebutuhan bantuan hibah jamkesda PBI APBD pada tahun 2024 diestimasi sebesar Rp 1.056.354.830.865,. Berdasarkan skenario tersebut dasar menggunakan formula kedua, rata-rata hibah Jamkseda per kabupaten/kota adalah Rp 39.124.252.995,-. Terdapat 11 kabupaten/kota dengan alokasi hibah di atas rata-rata, sedangkan sisanya 16 kabupaten/kota berada di bawah rata-rata.

Kota Banjar merupakan daerah dengan bobot bantuan tertinggi, yaitu 91,48%. Selain itu, terdapat 11 kabupaten/kota dengan bobot alokasi bantuan di atas 50%, yaitu: Kabupaten Tasikmalaya (71,22%), Kota Cirebon (71,42%), Kabupaten Garut (69,53%), Kabupaten Kuningan (67,18%), Kabupaten Sumedang (64,39%), Kabupaten Majalengka (65,14%), Kota Tasikmalaya (64,46%), Kota Sukabumi (62,68%), Kabupaten Ciamis (62,28%), Kabupaten Pangandaran (55,87%) dan Kota Cimahi (50,05%). Di sisi lain, terdapat 4 kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal sangat tinggi berdasarkan PMK 084/2023 sekaligus memiliki indeks kapasitas kesehatan yang juga sangat tinggi. Keempat kabupaten/kota tersebut adalah Kabupaten Bogor, Kabupaten Bandung, Kota Bogor, dan Kota Depok. Masing-masing daerah tersebut mendapat alokasi 10% terhadap total ajuan hibah jamkseda PBI kabupaten/kota masing-masing.

Secara nominal, Kabupaten Cianjur mendapatkan alokasi terbesar yaitu Rp 95.373.625.250,- dan diikuti oleh Kabupaten Bekasi dengan besaran bantuan jamkesda Rp 68.749.793.280,-. Sebaliknya, alokasi terkecil adalah Kota Sukabumi dengan nominal alokasi Rp 8.461.409.040,- dan diikuti oleh Kota Bogor dengan alokasi sebesar Rp 12.969.594.743,-.

Simulasi C.3.2 memberikan koefisien variasi sebesar 0,56 atau 56%. Koefisien ini menandakan adanya variasi yang signifikan dalam distribusi bantuan hibah jamkes ke kabupaten/kota, lebih besar dari skenario dengan menggunakan PMK 193/2022. Jika membandingkan besaran alokasi nominal terbesar (Kabupaten Cianjur) dibandingkan terkecil (Kota Bogor), diperoleh angka 11,27 kali. Artinya bahwa alokasi hibah Jamkesda PBI Kabupaten Cianjur besarnya hampir 8 kali lipat dari alokasi hibah Jamkesda PBI Kota Bogor.

Tabel 5. 9 Simulasi Besar-an Jamkesda PBI APBD dengan mengaplikasikan Formula ke-3 dan berdasarkan pada IKF PMK 084/2023

No (1)	Kabupaten/Kota (2)	IKF PMK 084/ 2023	IKM	KIKL	KIKF	KIKL x KIKF	BWA	Adj. BWA	Estimasi 100% Kebutuhan Kabkot PBI 2024	Simulasi C.3.1 BWA x Kebutuhan 2024		Simulasi C.3.2 Adj BWA x Kebutuhan 2024		Selisih Kebutuhan - A.1.1	Selisih Kebutuhan - A.1.2
		(3)								(11)	(12)	(13)	(14)		
1	Kab. Bogor	2.11	0.00	5	5	25	10	10.00	248.447.606.400	24.844.760.640	24.844.760.640	-223.602.845.760	-223.602.845.760		
2	Kab. Sukabumi	1.582	0.05	4	4	16	20	21.21	218.200.651.200	43.640.130.240	46.275.492.486	-174.560.520.960	-171.925.158.714		
3	Kab. Cianjur	1.44	0.31	3	3	9	40	47.79	199.584.000.000	79.833.600.000	95.373.625.250	-119.750.400.000	-104.210.374.750		
4	Kab. Bandung	1.777	0.00	5	5	25	10	10.00	297.510.343.200	29.751.034.320	29.751.034.320	-267.759.308.880	-267.759.308.880		
5	Kab. Garut	1.245	0.78	1	3	3	50	69.53	96.500.224.800	48.250.112.400	67.095.271.142	-48.250.112.400	-29.404.953.658		
6	Kab. Tasikmalaya	0.999	0.85	1	2	2	50	71.22	81.070.113.600	40.535.056.800	57.737.615.063	-40.535.056.800	-23.332.498.537		
7	Kab. Ciamis	0.74	0.49	3	1	3	50	62.28	66.225.600.000	33.112.800.000	41.244.994.385	-33.112.800.000	-24.980.605.615		
8	Kab. Kuningan	1.063	0.69	1	2	2	50	67.18	90.802.101.600	45.401.050.800	60.998.137.516	-45.401.050.800	-29.803.964.084		
9	Kab. Cirebon	1.006	0.00	5	2	10	40	40.00	161.304.696.000	64.521.878.400	64.521.878.400	-96.782.817.600	-96.782.817.600		
10	Kab. Majalengka	1.159	0.61	2	2	4	50	65.14	95.256.000.000	47.628.000.000	62.049.881.939	-47.628.000.000	-33.206.118.061		
11	Kab. Sumedang	0.914	0.58	2	1	2	50	64.39	50.158.180.800	25.079.090.400	32.294.776.740	-25.079.090.400	-17.863.404.060		
12	Kab. Indramayu	1.003	0.17	3	2	6	40	44.29	122.971.413.600	49.188.585.440	54.460.396.935	-73.782.848.160	-68.511.016.865		
13	Kab. Subang	0.985	0.12	3	2	6	40	43.08	67.592.296.800	27.036.918.720	29.115.610.319	-40.555.378.080	-38.476.686.481		
14	Kab. Purwakarta	1.311	0.20	3	3	9	40	45.08	43.354.634.400	17.341.853.760	19.543.690.586	-26.012.780.640	-23.810.943.814		
15	Kab. Karawang	1.414	0.00	5	3	15	30	30.00	65.414.109.600	19.624.232.880	19.624.232.880	-45.789.876.720	-45.789.876.720		
16	Kab. Bekasi	1.662	0.00	5	4	20	20	20.00	343.748.966.400	68.749.793.280	68.749.793.280	-274.999.173.120	-274.999.173.120		
17	Kab. Bandung Barat	1.182	0.09	4	2	8	40	42.34	65.953.440.000	26.381.376.000	27.924.867.951	-39.572.064.000	-38.028.572.049		
18	Kab. Pangandaran	2.01	0.63	2	5	10	40	55.87	37.195.200.000	14.878.080.000	20.782.469.342	-22.317.120.000	-16.412.730.658		
19	Kota Bogor	1.817	0.00	5	5	25	10	10.00	84.614.090.400	8.461.409.040	8.461.409.040	-76.152.681.360	-76.152.681.360		
20	Kota Sukabumi	1.075	0.51	2	2	4	50	62.68	20.690.964.000	10.345.482.000	12.969.594.743	-10.345.482.000	-7.721.369.257		
21	Kota Bandung	1.489	0.00	5	4	20	20	20.00	287.779.716.000	57.555.943.200	57.555.943.200	-230.223.772.800	-230.223.772.800		
22	Kota Cirebon	1.4	0.86	1	3	3	50	71.42	48.647.692.800	24.323.846.400	34.742.335.561	-24.323.846.400	-13.905.357.239		
23	Kota Bekasi	1.658	0.00	5	4	20	20	20.00	169.176.016.800	33.835.203.360	33.835.203.360	-135.340.813.440	-135.340.813.440		
24	Kota Depok	2.481	0.00	5	5	25	10	10.00	149.272.048.800	14.927.204.880	14.927.204.880	-134.344.843.920	-134.344.843.920		
25	Kota Cimahi	1.2	0.40	3	2	6	40	50.05	37.648.800.000	15.059.520.000	18.842.094.202	-22.589.280.000	-18.806.705.798		
26	Kota Tasikmalaya	0.975	0.58	2	2	4	50	64.46	55.904.839.200	27.952.419.600	36.034.061.510	-27.952.419.600	-19.870.777.690		
27	Kota Banjar	0.953	1.66	1	2	2	50	91.48	18.144.000.000	9.072.000.000	16.598.455.197	-9.072.000.000	-1.545.544.803		
28	Jawa Barat								907.331.362.560	1.056.354.830.865	1.056.354.830.865	-2.315.836.383.840	-2.166.812.915.535		

5.4. Alokasi Hibah berdasarkan Formula 4

Formulasi 4 adalah formulasi menggunakan angka pagu maksimal Rp 550.000.000.000,-. Setiap simulasi pada Tabel 5.10 hingga 5.12 memberikan besaran bantuan Jamkesda ke kabupaten/kota yang diperlukan untuk tahun 2024, yaitu sekitar Rp 549.979.646.000,-

- **Menggunakan PMK 120/2020**

Dengan menggunakan skenario dasar (simulasi D.1.1), diperoleh gambaran berdasarkan Tabel 5.10 bahwa rata-rata kabupaten/kota mendapatkan alokasi Rp 20.369.616.540,-. Kabupaten Garut secara nominal mendapatkan alokasi terbesar yaitu Rp 46.871.557.225,-. Sebaliknya, daerah dengan alokasi terkecil adalah Kota Sukabumi dengan besaran hibah Jamkesda sebesar Rp 6.699.933.983,-. Berdasarkan skenario ini, diperoleh angka koefisien variasi sebesar 0,55 atau 55%. Adapun rasio besaran alokasi hibah Jamkesda di daerah terbesar terhadap daerah terkecil adalah 7 kali.

Menggunakan skenario alternatif (simulasi D.1.2), diperoleh informasi bahwa Kabupaten Garut secara nominal mendapatkan alokasi terbesar yaitu Rp 54.692.624.203,-, sedangkan daerah dengan alokasi terkecil adalah Kabupaten Karawang dengan besaran hibah Jamkesda sebesar Rp 5.203.705.228,-. Berdasarkan skenario ini, diperoleh angka koefisien variasi sebesar 0,69 atau 69%. Adapun rasio besaran alokasi hibah Jamkesda di daerah terbesar terhadap daerah terkecil adalah 10,5 kali.

- **Menggunakan PMK 193/2022**

Tabel 5.11 memberikan gambaran simulasi menggunakan skenario dasar (simulasi D.2.1). Dapat dilihat bahwa Kota Bandung secara nominal mendapatkan alokasi terbesar hibah Jamkesda yaitu Rp 57.555.943.200,-. Adapun daerah dengan alokasi terkecil adalah Kota Karawang dengan besaran hibah Jamkesda sebesar Rp 6.541.410.960,-. Berdasarkan skenario ini, diperoleh angka koefisien variasi sebesar 0,60 atau 60%. Adapun rasio besaran alokasi hibah Jamkesda di daerah terbesar terhadap daerah terkecil adalah 10,6 kali.

Skenario alternatif menggunakan formula 4 terdapat dalam Tabel 5.11 simulasi D.2.2. Berdasarkan simulasi tersebut diperoleh informasi bahwa Kabupaten Cianjur secara nominal mendapatkan alokasi hibah Jamkesda terbesar, yaitu Rp 44.194.730.480,-,

sedangkan daerah dengan alokasi terkecil adalah Kabupaten Karawang dengan besaran hibah Jamkesda sebesar Rp 4.936.339.57,-. Berdasarkan skenario ini, diperoleh angka koefisien variasi sebesar 0,56 atau 56%. Adapun rasio besaran alokasi hibah Jamkesda di daerah terbesar terhadap daerah terkecil adalah hampir 9 kali.

- **Menggunakan PMK 084/2023**

Simulasi D.3.1 pada Tabel 5.12 memberikan gambaran skenario dasar menggunakan formula keempat. Berdasarkan simulasi, Kabupaten Cianjur secara nominal mendapatkan alokasi terbesar yaitu Rp 48.133.735,6862,-. Sebaliknya, daerah dengan alokasi terkecil adalah Kota Bogor dengan besaran hibah Jamkesda sebesar Rp 5.101.601.659,-. Berdasarkan skenario ini, diperoleh angka koefisien variasi sebesar 0,56 atau 56%. Adapun rasio besaran alokasi hibah Jamkesda di daerah terbesar terhadap daerah terkecil adalah 9,4 kali.

Skenario alternatif menggunakan formula keempat dan OMK 084/2023 tercantum dalam Tabel 5.12 simulasi D.1.2. Diperoleh informasi bahwa Kabupaten Cianjur secara nominal mendapatkan alokasi terbesar yaitu Rp 50.729.918.448,-. Sebaliknya, daerah dengan alokasi terkecil adalah Kota Bogor dengan besaran hibah Jamkesda sebesar Rp3.664.713.006,-. Berdasarkan skenario ini, diperoleh angka koefisien variasi sebesar 0,64 atau 64%. Adapun rasio besaran alokasi hibah Jamkesda di daerah terbesar terhadap daerah terkecil adalah 13,8 kali.

Tabel 5. 10 Simulasi Besaran Jamkesda PBI APBD dengan mengaplikasikan Formula ke-4 dan berdasarkan pada IKF PMK 120/2020

No	Kabupaten/Kota	IKF PMK 120/2020	IKM	KIKL	KIKF	KIKL x KIKF	BWA	Adj. BWA	Estimasi 100% Kebutuhan Kabkot PBI 2024	Simulasi A.1.1 BWA x Kebutuhan 2024	Simulasi A.1.2 Adj BWA x Kebutuhan 2024	Selisih Kebutuhan - A.1.1	Selisih Kebutuhan - A.1.2
1	Kab. Bogor	4.343	0.00	5	5	25	5.0	5.00	248,447,606,400	20,112,433,633	13,176,037,159	-228,335,172,767	-235,271,569,241
2	Kab. Sukabumi	2.585	0.05	4	5	20	7.5	8.95	218,200,651,200	26,495,804,364	20,712,201,852	-191,704,846,836	-197,488,449,348
3	Kab. Cianjur	2.808	0.31	3	5	15	10.0	19.34	199,584,000,000	32,313,613,421	40,948,654,533	-167,270,386,579	-158,635,345,467
4	Kab. Bandung	2.641	0.00	5	5	25	5.0	5.00	297,510,343,200	24,084,180,643	15,778,004,038	-273,426,162,557	-281,732,339,162
5	Kab. Garut	2.384	0.78	1	5	5	30.0	53.43	96,500,224,800	46,871,557,227	54,692,624,203	-49,628,667,573	-41,807,600,597
6	Kab. Tasikmalaya	1.427	0.85	1	4	4	30.0	55.46	81,070,113,600	39,376,928,674	47,692,043,697	-41,693,184,926	-33,378,069,903
7	Kab. Ciamis	1.069	0.49	3	3	9	20.0	34.74	66,225,600,000	21,444,488,906	24,399,374,351	-44,781,111,094	-41,826,225,649
8	Kab. Kuningan	1.532	0.69	1	4	4	30.0	50.61	90,802,101,600	44,103,896,237	48,745,320,686	-46,698,205,363	-42,056,780,914
9	Kab. Cirebon	1.877	0.00	5	4	20	7.5	7.50	161,304,696,000	19,587,006,935	12,831,820,152	-141,717,689,065	-148,472,875,848
10	Kab. Majalengka	2.364	0.61	2	5	10	20.0	38.17	95,256,000,000	30,844,812,811	38,563,239,054	-64,411,187,189	-56,692,760,946
11	Kab. Sumedang	1.151	0.58	2	4	8	20.0	37.26	50,158,180,800	16,241,703,386	19,824,396,458	-33,916,477,414	-30,333,784,342
12	Kab. Indramayu	2.186	0.17	3	5	15	10.0	15.14	122,971,413,600	19,909,665,709	19,753,203,685	-103,061,747,891	-103,218,209,915
13	Kab. Subang	2.207	0.12	3	5	15	10.0	13.69	67,592,296,800	10,943,519,265	9,815,072,441	-56,648,777,535	-57,777,224,359
14	Kab. Purwakarta	1.438	0.20	3	4	12	10.0	16.09	43,354,634,400	7,019,324,675	7,400,997,685	-36,335,309,725	-35,953,636,715
15	Kab. Karawang	2.104	0.00	5	4	20	7.5	7.50	65,414,109,600	7,943,145,179	5,203,705,228	-57,470,964,421	-60,210,404,372
16	Kab. Bekasi	4.686	0.00	5	5	25	5.0	5.00	343,748,966,400	27,827,308,837	18,230,198,391	-315,921,657,563	-325,518,768,009
17	Kab. Bandung Barat	1.91	0.09	4	4	16	7.5	10.31	65,963,440,000	8,008,635,326	7,211,170,457	-57,944,804,674	-58,742,269,543
18	Kab. Pangandaran	0.598	0.63	2	2	4	30.0	49.05	37,195,200,000	18,066,247,503	19,350,667,025	-19,128,952,497	-17,844,532,975
19	Kota Bogor	1.168	0.00	5	4	20	7.5	7.50	84,614,090,400	10,274,572,387	6,731,067,460	-74,339,518,013	-77,883,022,940
20	Kota Sukabumi	0.969	0.51	2	3	6	20.0	35.22	20,690,964,000	6,699,933,983	7,729,232,888	-13,991,030,017	-12,961,731,112
21	Kota Bandung	4.726	0.00	5	5	25	5.0	5.00	287,779,716,000	23,296,462,876	15,261,955,172	-264,483,253,124	-272,517,760,828
22	Kota Cirebon	1.381	0.86	1	4	4	30.0	55.70	48,647,692,800	23,628,889,174	28,740,419,597	-25,018,803,626	-19,907,273,203
23	Kota Bekasi	5.873	0.00	5	5	25	5.0	5.00	169,176,016,800	13,695,207,048	8,971,990,175	-155,480,809,752	-160,204,026,625
24	Kota Depok	2.521	0.00	5	5	25	5.0	5.00	149,272,048,800	12,083,932,779	7,916,413,807	-137,188,116,021	-141,355,634,993
25	Kota Cimahi	0.942	0.40	3	3	9	20.0	32.06	37,648,800,000	12,191,045,063	12,801,057,394	-25,457,754,937	-24,847,742,606
26	Kota Tasikmalaya	0.881	0.58	2	3	6	20.0	37.35	55,904,839,200	18,102,526,878	22,145,648,223	-37,802,312,322	-33,759,190,977
27	Kota Banjar	0.698	1.66	1	2	2	30.0	79.78	18,144,000,000	8,812,803,660	15,353,130,766	-9,331,196,340	-2,790,869,824
28	Jawa Barat								549,979,646,580	549,979,646,580		-2,673,188,099,820	-2,673,188,099,820

Tabel 5. 11 Simulasi Besaran Jamkesda PBI/APBD dengan mengaplikasikan Formula ke-3 dan berdasarkan pada IKF PMK 193/2022

No	Kabupaten/Kota	IKF PMK 193/2022	IKM	KIKL	KIKF	KIKL x KIKF	BWA	Adj. BWA	Estimasi 100% Kebutuhan Kabkot PBI 2024	Simulasi A.1.1 BWA x Kebutuhan 2024	Simulasi A.1.2 Adj BWA x Kebutuhan 2024	Selisih Kebutuhan - A.1.1	Selisih Kebutuhan - A.1.2
1	Kab. Bogor	1.984	0.00	5	4	20	7.5	7.50	248,447,606,400	18,633,570,480	14,061,436,207	-229,814,035,920	-234,386,170,193
2	Kab. Sukabumi	1.746	0.05	4	3	12	10.0	11.45	218,200,651,200	21,820,065,120	18,852,523,611	-196,380,586,080	-199,348,127,589
3	Kab. Cianjur	1.804	0.31	3	3	9	20.0	29.34	199,584,000,000	39,916,800,000	44,194,730,480	-159,667,200,000	-155,389,269,520
4	Kab. Bandung	1.905	0.00	5	4	20	7.5	7.50	297,510,343,200	22,313,275,740	16,838,249,209	-275,167,067,460	-280,672,093,991
5	Kab. Garut	1.27	0.78	1	2	2	30.0	53.43	96,500,224,800	28,950,067,440	38,911,894,220	-67,550,157,360	-57,588,330,580
6	Kab. Tasikmalaya	1.174	0.85	1	2	2	30.0	55.46	81,070,113,600	24,321,034,080	33,931,225,399	-56,749,079,520	-47,138,888,201
7	Kab. Ciamis	1.165	0.49	3	1	3	30.0	44.74	66,225,600,000	19,867,680,000	22,356,880,793	-46,357,920,000	-43,868,719,207
8	Kab. Kuningan	1.329	0.69	1	2	2	30.0	50.61	90,802,101,600	27,240,630,480	34,680,595,234	-63,561,471,120	-56,121,506,366
9	Kab. Cirebon	1.376	0.00	5	2	10	20.0	20.00	161,304,696,000	32,260,939,200	24,345,046,433	-129,043,756,800	-136,959,649,567
10	Kab. Majalengka	1.901	0.61	2	4	8	20.0	38.17	95,256,000,000	19,051,200,000	27,436,399,345	-76,204,800,000	-67,819,600,655
11	Kab. Sumedang	1.045	0.58	2	1	2	30.0	47.26	50,158,180,800	15,047,454,240	17,889,449,262	-35,110,726,560	-32,268,731,538
12	Kab. Indramayu	1.088	0.17	3	1	3	30.0	35.14	122,971,413,600	36,891,424,080	32,613,279,010	-86,079,989,520	-90,358,134,590
13	Kab. Subang	1.134	0.12	3	1	3	30.0	33.69	67,592,296,800	20,277,689,040	17,184,505,695	-47,314,607,760	-50,407,791,105
14	Kab. Purwakarta	1.371	0.20	3	2	6	20.0	26.09	43,354,634,400	8,670,926,880	8,537,218,942	-34,683,707,520	-34,817,415,458
15	Kab. Karawang	1.731	0.00	5	3	15	10.0	10.00	65,414,109,600	6,541,410,960	4,936,339,657	-58,872,698,640	-60,477,769,943
16	Kab. Bekasi	1.688	0.00	5	3	15	10.0	10.00	34,374,966,400	34,374,896,640	25,940,300,424	-309,374,069,760	-317,808,665,976
17	Kab. Bandung Barat	1.432	0.09	4	2	8	20.0	22.81	65,963,440,000	13,190,688,000	11,351,795,105	-52,762,752,000	-54,601,644,895
18	Kab. Pangandaran	2.186	0.63	2	5	10	20.0	39.05	37,195,200,000	7,439,040,000	10,960,466,192	-29,756,160,000	-26,234,733,808
19	Kota Bogor	1.434	0.00	5	2	10	20.0	20.00	84,614,090,400	16,922,818,080	12,770,452,508	-67,691,272,320	-71,843,637,892
20	Kota Sukabumi	1.191	0.51	2	2	4	30.0	45.22	20,690,964,000	6,207,269,200	7,060,480,114	-14,483,674,800	-13,630,483,886
21	Kota Bandung	1.301	0.00	5	2	10	20.0	20.00	287,779,716,000	57,555,943,200	43,433,394,824	-230,223,772,800	-244,346,321,176
22	Kota Cirebon	1.471	0.86	1	2	2	30.0	55.70	48,647,692,800	14,594,307,840	20,447,805,961	-34,053,384,960	-28,199,886,839
23	Kota Bekasi	1.505	0.00	5	3	15	10.0	10.00	169,176,016,800	16,917,601,680	12,766,516,061	-152,258,415,120	-156,409,500,739
24	Kota Depok	2.825	0.00	5	5	25	5.0	5.00	149,272,048,800	7,463,602,440	5,632,252,267	-141,808,446,360	-143,639,796,533
25	Kota Cimahi	1.059	0.40	3	1	3	30.0	42.06	37,648,800,000	11,294,640,000	11,948,594,130	-26,354,160,000	-25,700,205,870
26	Kota Tasikmalaya	1.162	0.58	2	1	2	30.0	47.35	55,904,839,200	16,771,451,760	19,974,598,535	-39,133,367,440	-35,930,240,665
27	Kota Banjar	1.032	1.66	1	1	1	30.0	79.78	18,144,000,000	5,443,200,000	10,923,216,960	-12,700,800,000	-7,220,783,040
28	Jawa Barat								549,979,646,580	549,979,646,580	-2,673,188,099,820	-2,673,188,099,820	

Tabel 5. 12 Simulasi Besaran Jamkesda PBI APBD dengan mengaplikasikan Formula ke-3 dan berdasarkan pada IKF PMK 08/2023

No	Kabupaten/Kota	IKF PMK 08/2023	IKM	KIKL	KIKF	KIKL x KIKF	BWA	Adj. BWA	Estimasi 100% Kebutuhan Kabkot PBI 2024	Simulasi A.1.1 BWA x Kebutuhan 2024	Simulasi A.1.2 Adj BWA x Kebutuhan 2024	Selisih Kebutuhan - A.1.1	Selisih Kebutuhan - A.1.2
1	Kab. Bogor	2.11	0.00	5	5	25	5.0	5.00	248,447,606,400	14,979,546,729	10,760,491,191	-233,468,059,671	-237,687,115,209
2	Kab. Sukabumi	1.582	0.05	4	4	16	7.5	8.95	218,200,651,200	19,733,819,727	16,915,060,491	-198,466,831,473	-201,285,590,709
3	Kab. Cianjur	1.44	0.31	3	3	9	20.0	29.34	199,584,000,000	48,133,735,682	50,729,918,448	-151,450,264,318	-148,854,081,552
4	Kab. Bandung	1.777	0.00	5	5	25	5.0	5.00	297,510,343,200	17,937,665,622	12,885,442,825	-279,572,677,578	-284,624,900,375
5	Kab. Garut	1.245	0.78	1	3	3	30.0	53.43	96,500,224,800	34,909,484,080	44,665,895,662	-61,590,740,720	-51,834,329,138
6	Kab. Tasikmalaya	0.999	0.85	1	2	2	30.0	55.46	81,070,113,600	29,327,556,966	38,948,722,587	-51,742,556,634	-42,121,391,013
7	Kab. Ciamis	0.74	0.49	3	1	3	30.0	44.74	66,225,600,000	23,957,472,987	25,662,850,007	-42,268,127,013	-40,562,749,993
8	Kab. Kuningan	1.063	0.69	1	2	2	30.0	50.61	90,802,101,600	32,848,156,849	39,808,903,659	-57,953,944,751	-50,993,197,941
9	Kab. Cirebon	1.006	0.00	5	2	10	20.0	20.00	161,304,696,000	38,901,903,968	27,945,010,790	-122,402,792,032	-133,359,685,210
10	Kab. Majalengka	1.159	0.61	2	2	4	30.0	48.17	95,256,000,000	34,459,378,954	39,744,737,500	-60,796,621,046	-55,511,262,500
11	Kab. Sumedang	0.914	0.58	2	1	2	30.0	47.26	50,158,180,800	18,144,996,219	20,534,807,934	-32,013,184,581	-29,623,372,866
12	Kab. Indramayu	1.003	0.17	3	2	6	20.0	25.14	122,971,413,600	29,657,054,266	26,783,881,159	-93,314,359,334	-96,187,532,441
13	Kab. Subang	0.985	0.12	3	2	6	20.0	23.69	67,592,296,800	16,301,255,353	13,870,655,188	-51,291,041,447	-53,721,641,612
14	Kab. Purwakarta	1.311	0.20	3	3	9	20.0	26.09	43,354,634,400	10,455,850,733	9,799,639,369	-32,898,783,667	-33,554,995,031
15	Kab. Karawang	1.414	0.00	5	3	15	10.0	10.00	65,414,109,600	7,887,970,632	5,686,288,843	-57,526,138,968	-59,747,820,757
16	Kab. Bekasi	1.662	0.00	5	4	20	7.5	7.50	343,748,966,400	31,088,267,139	22,332,119,306	-312,660,699,261	-321,416,847,094
17	Kab. Bandung Barat	1.182	0.09	4	2	8	20.0	22.81	65,953,440,000	15,906,011,746	13,030,414,116	-50,047,428,254	-52,923,025,884
18	Kab. Pangandaran	2.01	0.63	2	5	10	20.0	39.05	37,195,200,000	8,970,378,013	12,581,218,395	-28,224,821,987	-24,613,981,605
19	Kota Bogor	1.817	0.00	5	5	25	5.0	5.00	84,614,090,400	5,101,601,659	3,664,713,006	-79,512,488,741	-80,949,377,394
20	Kota Sukabumi	1.075	0.51	2	2	4	30.0	45.22	20,690,964,000	7,485,069,386	8,104,531,389	-13,205,894,614	-12,586,432,611
21	Kota Bandung	1.489	0.00	5	4	20	7.5	7.50	287,779,716,000	26,026,471,532	18,696,000,802	-261,753,244,468	-269,083,715,198
22	Kota Cirebon	1.4	0.86	1	3	3	30.0	55.70	48,647,692,800	17,598,568,924	23,471,475,390	-31,049,123,876	-25,176,217,410
23	Kota Bekasi	1.658	0.00	5	4	20	7.5	7.50	169,176,016,800	15,300,087,325	10,990,750,112	-153,875,929,475	-158,185,266,688
24	Kota Depok	2.481	0.00	5	5	25	5.0	5.00	149,272,048,800	8,999,996,670	6,485,107,833	-140,272,052,130	-142,806,940,967
25	Kota Cimahi	1.2	0.40	3	2	6	20.0	32.06	37,648,800,000	9,079,772,867	10,454,255,985	-28,569,027,133	-27,194,544,015
26	Kota Tasikmalaya	0.975	0.58	2	2	4	30.0	47.35	55,904,839,200	20,223,881,323	22,928,293,570	-35,680,957,877	-32,976,545,630
27	Kota Banjar	0.953	1.66	1	2	2	30.0	79.76	18,144,000,000	6,563,691,229	12,538,461,024	-11,580,308,771	-5,605,538,976
28	Jawa Barat								549,979,646,580	549,979,646,580		-2,673,188,099,820	-2,673,188,099,820

6. Kesimpulan dan Rekomendasi

Hasil simulasi menggunakan IKF tahun berbeda dan skenario alternatif menghasilkan porsi pembiayaan yang beragam. Pada umumnya, pemberian hibah jaminan kesehatan dialokasikan berdasarkan usulan dari pihak Kabupaten/Kota. Namun adanya perubahan dalam regulasi fiskal berdampak pada peningkatan kapasitas kabupaten/kota namun di sisi lain terdapat potensi penurunan potensi penerimaan di pemerintahan provinsi disebabkan meningkatnya kebutuhan pembiayaan yang ditanggung oleh pemerintah provinsi.

Namun demikian, pencapaian UHC tetap menjadi prioritas. Oleh karenanya pemberian alokasi bantuan jaminan kesehatan diformulasikan dengan mempertimbangkan hal tersebut beserta variabel lain yang diperkirakan relevan dengan pencapaian UHC.

Berdasarkan hasil simulasi, kajian mengusulkan menggunakan formulasi B dengan menggunakan IKF berdasarkan PMK 120/2020. Hal tersebut karena distribusi bantuan yang diperoleh mencerminkan pemerataan yang paling tinggi dalam bantuan yang tercermin dari rendahnya nilai koefisien variasi. Namun demikian angka total bantuan dapat disesuaikan disesuaikan dengan rasio ketersediaan pagu.