

ORASI ILMIAH: RISET DAN INOVASI

OPTIMALISASI KEMITRAAN PEMERINTAH DENGAN SWASTA DALAM MEMPERCEPAT EKUITAS AKSES LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

**ORASI ILMIAH PROFESOR RISET
ILMU KESEHATAN
BIDANG KESEHATAN MASYARAKAT
KEPAKARAN PEMBIAYAAN DAN MANAJEMEN KESEHATAN**



OLEH:

WAHYU PUDJI NUGRAHENI

BADAN RISET DAN INOVASI NASIONAL

ISSN 3090-8485

**OPTIMALISASI KEMITRAAN PEMERINTAH
DENGAN SWASTA DALAM MEMPERCEPAT
EKUITAS AKSES LAYANAN KESEHATAN DI
INDONESIA**

Diterbitkan pertama pada 2026 oleh Penerbit BRIN

Tersedia untuk diunduh secara gratis: penerbit.brin.go.id



Buku ini di bawah lisensi Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0).

Lisensi ini mengizinkan Anda untuk berbagi, mengopi, mendistribusikan, dan mentransmisi karya untuk penggunaan personal dan bukan tujuan komersial, dengan memberikan atribusi sesuai ketentuan. Karya turunan dan modifikasi harus menggunakan lisensi yang sama.

Informasi detail terkait lisensi CC BY-NC-SA 4.0 tersedia melalui tautan: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



ISSN 3090-8485

ORASI ILMIAH: RISET DAN INOVASI

**OPTIMALISASI KEMITRAAN PEMERINTAH DENGAN
SWASTA DALAM MEMPERCEPAT EKUITAS AKSES
LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA**

**ORASI PENGUKUHAN PROFESOR RISET
ILMU KESEHATAN
BIDANG KESEHATAN MASYARAKAT
KEPAKARAN PEMBIAYAAN DAN MANAJEMEN KESEHATAN**

**OLEH:
WAHYU PUDJI NUGRAHENI**

Penerbit BRIN

© 2026 Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN)
Pusat Riset Kesehatan Masyarakat dan Gizi

Katalog dalam Terbitan (KDT)

Optimalisasi Kemitraan Pemerintah dengan Swasta dalam Mempercepat Ekuitas Akses
Layanan Kesehatan di Indonesia/Wahyu Pudji Nugraheni. Jakarta - Penerbit BRIN, 2026

viii + 102 hlm.; 14,8 x 21 cm

ISSN 3090-8485

1. Kemitraan Pemerintah Swasta
2. Ekuitas Akses Layanan Kesehatan
3. Layanan Kesehatan

362.10425

Copy editor : Hilda Yunita

Proofreader : Hilda Yunita

Penata Isi : Hilda Yunita

Desainer Sampul : Hilda Yunita

Edisi pertama : Juli 2026



Diterbitkan oleh:
Penerbit BRIN, Anggota Ikapi
Direktorat Repositori, Multimedia, dan Penerbitan Ilmiah
Gedung B.J. Habibie Lt. 8, Jl. M.H. Thamrin No.8,
Kb. Sirih, Kec. Menteng, Kota Jakarta Pusat,
Daerah Khusus Ibukota Jakarta 10340
Whatsapp: +62 811-1064-6770
E-mail: penerbit@brin.go.id
Website: penerbit.brin.go.id
 PenerbitBRIN
 @Penerbit_BRIN
 @penerbit.brin

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR gambar	vii
BIODATA RINGKAS	1
PRAKATA PENGUKUHAN	3
BAB I. PENDAHULUAN.....	5
BAB II. DINAMIKA PERKEMBANGAN KEMITRAAN PEMERINTAH DENGAN SWASTA DALAM LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA	11
A. Era Sebelum JKN	12
B. Era JKN	13
C. Masa Depan/Prospektif.....	21
BAB III. OPTIMALISASI KEMITRAAN PEMERINTAH DENGAN SWASTA DALAM LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA	25
A. Skema Pembiayaan Fleksibel Dalam Kemitraan	28
Pemerintah dengan Swasta	28
B. Peran Teknologi Digital dalam Memperkuat	30
Konektivitas Layanan.....	30
C. Optimalisasi Kemitraan Berbasis Karakteristik	32
dan Kebutuhan Daerah	32
BAB IV. IMPLEMENTASI MODEL OPTIMALISASI KEMITRAAN PEMERINTAH DENGAN SWASTA MELALUI PILAR FLEKSIBILITAS PEMBIAYAAN, DIGITALISASI LAYANAN, DAN SESUAI KARAKTERISTIK KEBUTUHAN DAERAH.....	37
A. Kerangka Konsep Kemitraan Pemerintah dengan Swasta	37
B. Dukungan Regulasi dan Implementasi Tiga Pilar dalam Optimalisasi Kemitraan Pemerintah dengan Swasta	42

C. Simulasi Optimalisasi Kemitraan Pemerintah dengan Swasta dalam Layanan Telemedisin	45
BAB VI. PENUTUP.....	51
UCAPAN TERIMA KASIH	55
DAFTAR PUSTAKA.....	59
DAFTAR SINGKATAN.....	73
DAFTAR CAPAIAN DALAM BIDANG IPTEK, RISET, DAN INOVASI.....	75
DAFTAR CAPAIAN DALAM BIDANG IPTEK, RISET, DAN INOVASI.....	77
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	91

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Konsep kemitraan pemerintah dengan swasta pada Tahap Implementasi JKN (2014–2015).....	15
Gambar 2.2	Konsep kemitraan pemerintah dengan swasta pada tahap ekspansi (2016–2018).....	17
Gambar 2.3	Konsep kemitraan pemerintah dengan swasta pada tahap Penguatan Regulasi dan Efisiensi (2019–2021).....	19
Gambar 2.4	Konsep kemitraan pemerintah dengan swasta pada tahap digitalisasi dan inovasi kolaboratif (2022–sekarang).....	20
Gambar 2.5	Skema/kerangka konsep tahap Prospektif.....	22
Gambar 2.6	Evolusi model kemitraan pemerintah dengan swasta dalam layanan kesehatan di era JKN.....	23
Gambar 4.1	Kerangka konsep model optimalisasi kemitraan pemerintah dengan swasta	40

BIODATA RINGKAS



Wahyu Pudji Nugraheni, lahir di Madiun, pada tanggal 7 Juli 1973 adalah puteri dari Bapak Drs Poedjo Prajitno (Alm) dan Ibu Hj. Roesmini Sastrowiyono (Alm). Menikah dengan B Indra Kusuma (Alm) dan dikaruniai dua orang putra, yaitu: Ir. Aghadhia Firaz Uno Kusuma dan Azka Tristan Virsano Kusuma.

Berdasarkan Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 46/M Tahun 2023, tanggal 13 Oktober 2023 yang bersangkutan diangkat sebagai Peneliti Ahli Utama di BRIN.

Berdasarkan Keputusan Kepala Badan Riset dan Inovasi Nasional Nomor 135/I/HK/ 2026 Tanggal 3 Juni 2026 yang bersangkutan melakukan orasi pengukuhan Profesor Riset.

Menamatkan Sekolah Dasar Negeri Oro Oro Ombo II Madiun tahun 1985, Sekolah Menengah Pertama Negeri I Madiun tahun 1988, dan Sekolah Menengah Atas Negeri II Madiun tahun 1991. Memperoleh gelar Sarjana Muda dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga tahun 1995, gelar Magister Kesehatan dari Universitas Indonesia tahun 2002 dan gelar Doktor bidang Kesehatan Masyarakat dari Universitas Indonesia tahun 2017.

Mengikuti beberapa pelatihan yang terkait dengan bidang kompetensinya, antara lain: *Universal Health Coverage Academy* di Korea Selatan (tahun 2018, 2020, 2023 dan 2025), *Global Burden of Disease* di Yunani tahun 2018, *Social Health Insurance* di Korea Selatan tahun 2013 dan 2014, *Health Equity* di Hanoi Vietnam tahun 2012, *Cost of Illness* di Thailand tahun 2012, *Sains and Technology Writing Skill* di Singapura tahun 2010, *System Health Account* di

Korea Selatan tahun 2010 dan beberapa pelatihan lainnya. Serta pernah mengikuti program Postdoctoral di *Paris School of Economics and Research Director at the National Center for Scientific Research – CNRS* di Paris Perancis tahun 2024.

Jabatan fungsional peneliti diawali sebagai Asisten Peneliti Muda Golongan III/a tahun 2002, Peneliti Ahli Muda golongan III/b tahun 2012, Peneliti Ahli Madya golongan III/a tahun 2018, dan memperoleh jabatan Peneliti Ahli Utama golongan IV/a tahun 2023.

Menghasilkan 70 karya tulis ilmiah (KTI) baik yang ditulis sendiri maupun bersama penulis lain dalam dan luar negeri, dalam bentuk buku, jurnal dan prosiding. Sebanyak 48 KTI ditulis dalam Bahasa Inggris dan 22 KTI dalam Bahasa Indonesia. Selain itu, telah menghasilkan 7 Hak Cipta Kekayaan Intelektual.

Ikut serta dalam pembinaan kader ilmiah, yaitu sebagai pembimbing jabatan fungsional peneliti pada 2017–2021; pembimbing skripsi (S-1) di Universitas Airlangga dan universitas Indonesia, penguji dan pembimbing tesis (S-2) di Universitas Sriwijaya, Universitas Airlangga, dan Universitas Indonesia; pembimbing dan penguji disertasi (S-3) di universitas Airlangga, Universitas Sriwijaya dan Universitas Indonesia. Aktif dalam organisasi profesi ilmiah, yaitu sebagai anggota PPI (2017–sekarang).

Menerima berbagai penghargaan, antara lain: Penghargaan Satyalancana Karya Satya X dari Presiden Republik Indonesia Tahun 2024, Penghargaan Sebagai Penulis Artikel ilmiah Berkualitas Tinggi Bidang Kesehatan dan Obat dari Ristek BRIN tahun 2020, dan Penghargaan Bakti Karya Husada Dwi Windu dari Menteri Kesehatan RI tahun 2015.

PRAKATA PENGUKUHAN

Bismillaahirrahmaanirrahiim.

Assalaamu'alaikum warahmatullaahi wabarakaatuh.

Salam sejahtera untuk kita semua.

Majelis Pengukuhan Profesor Riset, Kepala Badan Riset dan Inovasi Nasional yang mulia dan hadirin yang saya hormati.

Pertama-tama marilah kita panjatkan puji dan syukur ke hadirat Allah Swt. atas segala rahmat, nikmat, dan karunia-Nya sehingga dalam kesempatan ini kita dapat berkumpul dan bersama-sama hadir pada acara orasi ilmiah pengukuhan Profesor Riset di Badan Riset dan Inovasi Nasional.

Pada kesempatan yang berbahagia ini, dengan segala kerendahan hati, izinkan saya pada tanggal 16 Juli 2026 menyampaikan orasi ilmiah dengan judul:

"OPTIMALISASI KEMITRAAN PEMERINTAH DENGAN SWASTA DALAM MEMPERCEPAT EKUITAS AKSES LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA"

Pada orasi ini, akan disampaikan perkembangan terkini kemitraan pemerintah dengan swasta dalam layanan kesehatan di Indonesia dan pentingnya penguatan kolaborasi strategis antara sektor publik dan swasta sebagai upaya mempercepat pemerataan layanan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia. Orasi ini menyoroti masih lebarnya kesenjangan akses dan mutu layanan, terutama antara wilayah perkotaan dan daerah terpencil, serta tantangan keterbatasan kapasitas pembiayaan dan infrastruktur pemerintah. Melalui kemitraan yang dirancang secara transparan, akuntabel, dan berorientasi pada kepentingan masyarakat, sektor swasta dapat

berperan dalam memperluas cakupan layanan, memperkuat inovasi teknologi dan digitalisasi, meningkatkan efisiensi pembiayaan, serta mendukung penyediaan layanan yang sesuai dengan kebutuhan lokal. Pada akhirnya, optimalisasi kemitraan ini diposisikan sebagai salah satu strategi kunci untuk mempercepat pencapaian sistem kesehatan yang lebih adil, inklusif, dan berkelanjutan.

BAB I. PENDAHULUAN

Perkembangan sistem kesehatan di Indonesia ditandai oleh berbagai upaya reformasi dalam tata kelola, pembiayaan, dan penyediaan layanan. Akses terhadap layanan kesehatan yang adil dan merata merupakan salah satu pilar utama dalam pembangunan kesehatan dan pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan (Dalgıç, 2025). Ekuitas akses kesehatan tidak hanya mencerminkan ketersediaan layanan, tetapi juga mencakup kemampuan seluruh kelompok masyarakat untuk memperoleh pelayanan yang bermutu tanpa hambatan geografis, sosial, ekonomi, maupun budaya. Oleh karena itu, upaya memperluas akses layanan kesehatan harus dipahami sebagai bagian dari komitmen negara untuk menjamin hak dasar kesehatan bagi seluruh warga.

Dalam konteks Indonesia, tantangan dalam mewujudkan ekuitas akses layanan kesehatan masih sangat kompleks (Nugraheni, 2025d; Paramashanti et al., 2024a). Kondisi geografis kepulauan, ketimpangan pembangunan antarwilayah, serta distribusi fasilitas dan tenaga kesehatan yang belum merata menyebabkan disparitas akses antara wilayah perkotaan dan perdesaan, serta antara daerah maju dan tertinggal, yang masih berlangsung hingga saat ini (Laksmiarti & Nugraheni, 2014; Wulandari et al., 2025). Fakta menunjukkan bahwa akses masyarakat Indonesia terhadap fasilitas layanan kesehatan masih menghadapi tantangan signifikan meskipun keberadaan berbagai layanan dasar seperti Puskesmas dan rumah sakit telah berkembang; data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 menunjukkan bahwa tingkat kemudahan akses ke fasilitas kesehatan yang diukur berdasarkan moda transportasi, waktu tempuh, dan biaya transportasi dikategorikan menjadi akses mudah, sulit, dan sangat sulit, dan kurang dari 50% populasi nasional tergolong memiliki akses mudah ke berbagai layanan kesehatan termasuk puskesmas, klinik,

laboratorium, dan rumah sakit. Selain itu, laporan tematik SKI 2023 mencatat bahwa sekitar 71,3% penduduk Indonesia memiliki akses ke fasilitas pelayanan kesehatan melalui kepesertaan jaminan kesehatan, sementara 27,8% penduduk masih belum atau rendah aksesnya, dengan disparitas geografi yang cukup besar antar provinsi seperti di wilayah Papua dan Maluku Utara (Wulandari et al., 2024). Masalah lain yang memperburuk akses adalah distribusi sumber daya manusia kesehatan dan ketimpangan kepesertaan asuransi, yang berdampak pada kemampuan masyarakat, terutama di daerah terpencil, untuk memanfaatkan layanan kesehatan secara optimal (Nugraheni et al., 2025d). Situasi ini berdampak pada perbedaan dalam pemanfaatan layanan kesehatan dan capaian derajat kesehatan masyarakat.

Selain tantangan geografis dan distribusi sumber daya, keterbatasan kapasitas fiskal pemerintah juga menjadi kendala utama dalam memperluas dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan (Kusnali et al., 2026; Wulandari et al., 2023). Kebutuhan investasi yang besar untuk pembangunan infrastruktur kesehatan, penguatan sumber daya manusia, serta pemanfaatan teknologi kesehatan menuntut pembiayaan yang berkelanjutan. Sementara itu, kemampuan pembiayaan publik memiliki batasan, sehingga diperlukan sumber daya tambahan di luar anggaran pemerintah.

Fakta lain menunjukkan bahwa saat ini, komitmen dan pemahaman mengenai orientasi, peran, fungsi, serta tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam ekosistem pelayanan kesehatan di Indonesia masih menghadapi tantangan konsistensi, terutama dalam konteks desentralisasi kesehatan. Secara normatif, pemerintah pusat berperan dalam penetapan kebijakan nasional, standarisasi, regulasi, pembinaan, serta penguatan sistem pembiayaan dan program prioritas kesehatan; sementara pemerintah daerah memiliki mandat penting dalam perencanaan, penganggaran, penyediaan fasilitas, pengelolaan sumber daya manusia (SDM) kesehatan, serta pelaksanaan layanan sesuai dengan kebutuhan lokal. Namun, dalam praktiknya, masih

sering terjadi ketidaksinkronan kebijakan pusat–daerah, variasi kapasitas fiskal dan manajerial antarwilayah, serta perbedaan tingkat pemahaman terhadap tata kelola layanan kesehatan sebagai ekosistem yang terintegrasi (promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif). Kondisi ini berimplikasi pada fragmentasi implementasi program, ketimpangan mutu layanan antardaerah, serta perlambatan percepatan ekuitas akses, sehingga memperkuat urgensi penguatan tata kelola kolaboratif lintas sektor dan kemitraan strategis pemerintah dengan swasta sebagai bagian dari solusi sistemik untuk menjamin pemerataan layanan kesehatan di Indonesia (Nugraheni & Suryati, 2007).

Dalam kondisi tersebut, keterlibatan sektor swasta menjadi semakin relevan sebagai mitra strategis bagi pemerintah dalam penyediaan layanan kesehatan. Sektor swasta memiliki potensi dalam hal pendanaan, efisiensi manajemen, inovasi teknologi, serta fleksibilitas operasional yang dapat melengkapi peran pemerintah, khususnya dalam menjangkau wilayah yang sulit diakses serta kelompok masyarakat yang belum terlayani secara optimal.

Di Indonesia, praktik kemitraan pemerintah dengan swasta di sektor kesehatan masih menghadapi sejumlah tantangan. Permasalahan regulasi yang belum sepenuhnya harmonis (Rahman, 2024), perbedaan kepentingan antara pihak (Kurniati et al., 2015). Selain itu, integrasi tujuan kemitraan dengan agenda ekuitas akses layanan kesehatan belum sepenuhnya terwujud secara sistematis. Kemitraan pemerintah dengan swasta dalam layanan kesehatan di Indonesia telah memiliki dasar hukum melalui skema kerja sama pemerintah dan badan usaha, regulasi sektor kesehatan, serta sistem perizinan berusaha berbasis risiko (*Online Single Submission/OSS*), namun optimalisasinya belum tercapai karena kerangka tersebut masih terfragmentasi dan bersifat administratif. Kewenangan yang tersebar dalam sistem desentralisasi menyebabkan variasi kapasitas dan kualitas kontrak antardaerah, sementara mekanisme kerja sama dan pembiayaan masih berfokus pada kepatuhan prosedural dan volume layanan, belum berbasis kinerja

dan pembagian risiko yang jelas. Di sisi lain, meskipun perizinan telah terdigitalisasi, proses teknis sektor kesehatan tetap berlapis dan sering kali berbeda interpretasinya antarwilayah, sehingga meningkatkan biaya transaksi dan ketidakpastian bagi swasta. Ditambah dengan dinamika perubahan kebijakan teknis dan belum adanya model kemitraan pemerintah dengan swasta di bidang kesehatan sektoral yang terstandar secara nasional, regulasi yang ada cenderung menyediakan ruang kemitraan secara normatif, tetapi belum cukup terintegrasi dan adaptif untuk mendorong kemitraan yang efisien, berkelanjutan, dan berorientasi pada pemerataan (Alvianty et al., 2025).

Kemitraan pemerintah dengan swasta merupakan salah satu pendekatan kebijakan yang dinilai mampu menjawab keterbatasan kapasitas sektor publik. Melalui skema tersebut, pemerintah dan swasta dapat berbagi peran, risiko, dan manfaat dalam penyediaan layanan kesehatan yang tetap berorientasi pada kepentingan publik. Pendekatan ini tidak hanya dipandang sebagai alternatif pembiayaan, tetapi juga sebagai instrumen untuk mempercepat penyediaan layanan serta meningkatkan efisiensi sistem kesehatan.

Berbagai pengalaman internasional menunjukkan bahwa implementasi kemitraan pemerintah dengan swasta di sektor kesehatan dapat berkontribusi dalam memperluas cakupan layanan (Raman & Björkman, 2008), meningkatkan kualitas pelayanan (McIntosh et al., 2015), serta mempercepat pembangunan dan pengelolaan fasilitas kesehatan (Ali et al., 2022). Namun demikian, keberhasilan kemitraan sangat ditentukan oleh kerangka regulasi, desain kelembagaan, serta mekanisme pengawasan yang memastikan bahwa tujuan pelayanan publik dan prinsip keadilan sosial tetap menjadi prioritas utama.

Upaya optimalisasi kemitraan pemerintah dengan swasta sangat diperlukan agar pelaksanaan kemitraan tersebut tidak hanya berfokus pada efisiensi ekonomi dan keberlanjutan finansial, tetapi juga mampu berkontribusi secara nyata dalam mempercepat ekuitas akses layanan

kesehatan. Optimalisasi tersebut mencakup penguatan regulasi, penajaman desain kontrak, pemberian insentif yang tepat, serta pengembangan sistem monitoring dan evaluasi yang berorientasi pada hasil dan keadilan.

Optimalisasi kemitraan pemerintah dengan swasta perlu ditempatkan dalam kerangka pembangunan sistem kesehatan yang berorientasi pada ketahanan dan keberlanjutan. Kemitraan yang dirancang dengan baik dapat memperkuat kapasitas sistem kesehatan dalam menghadapi tantangan jangka panjang, termasuk transisi epidemiologi, meningkatnya beban penyakit tidak menular, serta kebutuhan layanan kesehatan yang semakin kompleks dan berbiaya tinggi.

Selain aspek pembiayaan dan penyediaan layanan, kemitraan pemerintah dengan swasta di sektor kesehatan memiliki potensi besar untuk mendorong inovasi, khususnya melalui pemanfaatan teknologi digital dan pengembangan model layanan kesehatan baru (Nugraheni, 2024b). Kolaborasi dengan sektor swasta dapat mempercepat adopsi telemedisin, sistem informasi kesehatan terintegrasi, serta inovasi layanan berbasis komunitas yang relevan untuk wilayah terpencil dan kepulauan, sehingga memperluas jangkauan layanan secara lebih inklusif.

Namun demikian, penguatan peran swasta melalui skema kemitraan juga memerlukan perhatian serius terhadap aspek tata kelola dan akuntabilitas. Tanpa mekanisme pengendalian yang memadai, kemitraan pemerintah dengan swasta berisiko menimbulkan fragmentasi layanan, ketimpangan kualitas, serta orientasi profit yang tidak sejalan dengan tujuan ekuitas. Oleh karena itu, peran pemerintah sebagai regulator dan penjamin kepentingan publik menjadi sangat krusial untuk memastikan kemitraan berjalan secara transparan dan berkeadilan.

Dengan mempertimbangkan berbagai peluang dan tantangan tersebut, pengembangan kerangka kebijakan dan model implementasi kemitraan pemerintah dengan swasta yang kontekstual menjadi kebutuhan mendesak bagi Indonesia. Pendekatan berbasis bukti, analisis dampak terhadap ekuitas akses, serta pelibatan pemangku kepentingan secara inklusif diharapkan dapat menghasilkan rekomendasi kebijakan yang relevan dan dapat diterapkan. Pada akhirnya, optimalisasi kemitraan pemerintah dengan swasta diharapkan mampu menjadi salah satu strategi kunci untuk mempercepat pencapaian ekuitas akses layanan kesehatan serta memperkuat sistem kesehatan nasional secara berkelanjutan.

Sejalan dengan latar belakang yang telah dipaparkan mengenai pentingnya optimalisasi kemitraan antara pemerintah dan sektor swasta untuk mewujudkan ekuitas akses layanan kesehatan di Indonesia, menjadi jelas bahwa capaian pemerataan layanan kesehatan tidak dapat hanya ditopang oleh upaya satu pihak saja; berbagai tantangan seperti ketimpangan distribusi fasilitas, keterbatasan sumber daya manusia kesehatan, serta disparitas antarwilayah menuntut kolaborasi yang lebih dinamis dan terstruktur. Oleh karena itu, Bab 2 akan mengulas secara komprehensif dinamika, bentuk-bentuk, serta faktor pendorong dan penghambat kemitraan pemerintah dengan swasta dalam penyelenggaraan layanan kesehatan di Indonesia sebagai dasar bagi rekomendasi strategis dalam orasi ini.

BAB II. DINAMIKA PERKEMBANGAN KEMITRAAN PEMERINTAH DENGAN SWASTA DALAM LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

Kemitraan antara pemerintah dan sektor swasta telah menjadi bagian penting dalam pembangunan layanan kesehatan di Indonesia. Keterbatasan kapasitas fiskal, distribusi fasilitas kesehatan yang belum merata, serta meningkatnya kebutuhan masyarakat akan layanan kesehatan bermutu mendorong pemerintah untuk melibatkan sektor swasta secara lebih sistematis. Dalam konteks ini, kemitraan pemerintah dengan swasta tidak hanya dipandang sebagai pelengkap peran negara, tetapi juga sebagai strategi untuk memperluas akses, meningkatkan efisiensi, dan memperkuat keberlanjutan sistem layanan kesehatan nasional.

Dinamika kemitraan tersebut berkembang seiring dengan perubahan kebijakan dan reformasi sistem kesehatan, khususnya sejak era desentralisasi dan implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Nugraheni, 2025d). Perubahan ini menunjukkan adanya pergeseran paradigma dari hubungan yang bersifat komplementer menuju kemitraan yang lebih terintegrasi dalam sistem kesehatan.

Meskipun demikian, perkembangan kemitraan pemerintah dengan swasta dalam layanan kesehatan di Indonesia tidak terlepas dari berbagai tantangan, seperti kesenjangan akses antarwilayah, isu regulasi dan tata kelola, serta potensi ketimpangan mutu layanan. Oleh karena itu, pemahaman yang komprehensif mengenai proses, pola, dan dinamika kemitraan ini menjadi penting sebagai dasar untuk merumuskan kebijakan yang lebih adaptif dan berkeadilan. Bagian ini akan menguraikan secara sistematis perjalanan dan perkembangan kemitraan antara pemerintah dan swasta dalam layanan kesehatan di Indonesia, serta implikasinya bagi penguatan sistem kesehatan nasional.

Lebih lanjut, perkembangan ini menunjukkan peningkatan maturitas melalui transformasi dari hubungan kontraktual semata menjadi kemitraan strategis yang menciptakan nilai bersama (*shared value*) dan berkelanjutan pada fase prospektif. Paralel dengan hal tersebut, terjadi perluasan lingkup kemitraan dari sektor kesehatan tradisional menuju ekosistem lintas sektor yang melibatkan *fintech*, logistik, riset, dan filantropi. Alur perkembangan ini merefleksikan kedalaman kolaborasi dan orientasi nilai jangka panjang yang semakin matang, tidak hanya dalam cakupan dan kompleksitas, tetapi juga dalam membangun sistem kesehatan yang berkelanjutan.

A. Era Sebelum JKN

Pada awal 1990-an, sistem pelayanan kesehatan Indonesia didominasi oleh intervensi pemerintah di sektor kesehatan masyarakat, sementara pelayanan kesehatan personal lebih banyak diserahkan kepada mekanisme pasar dan hanya menyediakan jaminan bagi aparatur sipil negara. Rumah sakit swasta masih terbatas terutama di kota besar dan ditujukan bagi kelompok masyarakat berpenghasilan tinggi (Mulyanto et al., 2019). Layanan kesehatan swasta lebih dominan di perkotaan dan mudah diakses oleh kelompok berpenghasilan tinggi, sementara masyarakat miskin dan di daerah terpencil bergantung pada fasilitas publik yang terbatas. Skema pra-JKN seperti Askeskin dan Jamkesmas hanya mencakup segmen tertentu dan belum secara efektif melibatkan penyedia layanan swasta untuk pemerataan akses. Akibatnya, kontribusi sektor swasta terhadap ekuitas masih parsial dan berorientasi pada pasar, sehingga ketimpangan akses dan kualitas layanan tetap terjadi (Nugraheni & Suryati, 2007).

Krisis ekonomi 1997 mendorong pemerintah untuk mengembangkan program jaring pengaman sosial, seperti JPS-BK, yang kemudian berkembang menjadi Askeskin. Tahun 1999, program ini diperluas menjadi Jamkesmas pada 2004 untuk menjangkau

kelompok kurang mampu (Mulyanto et al., 2019). Pada era otonomi daerah, kemitraan lokal berkembang, termasuk model KSO rumah sakit antara pemerintah dan pihak swasta. Pada awal 2000-an, program ini bertransformasi menjadi Jamkesmas untuk memperluas akses bagi kelompok rentan, namun masih menghadapi masalah penargetan dan keberlanjutan. Evaluasi menegaskan pentingnya penguatan monitoring-evaluasi, tata kelola anggaran, dan kesiapan infrastruktur agar kemitraan pemerintah dengan swasta lebih efektif dan inklusif menjelang JKN (Nugraheni et al., 2011).

Kerja Sama Operasional (KSO) merupakan bentuk nyata kemitraan pemerintah dengan swasta yang paling awal dan paling luas diterapkan di RS daerah. Model ini dimanfaatkan sebagai strategi untuk mengatasi keterbatasan anggaran, serta menghadirkan akses dan peningkatan kualitas layanan kesehatan (Basabih, 2023) access, and quality of health services. PPP on the operational cooperation (KSO. Namun, studi menunjukkan bahwa kerangka kebijakan KSO masih lemah: tidak adanya rentang perjanjian tingkat layanan, indikator kinerja pengawasan yang minim, otonomi rumah sakit yang terbatas, dan variasi substansi peraturan di berbagai daerah.

B. Era JKN

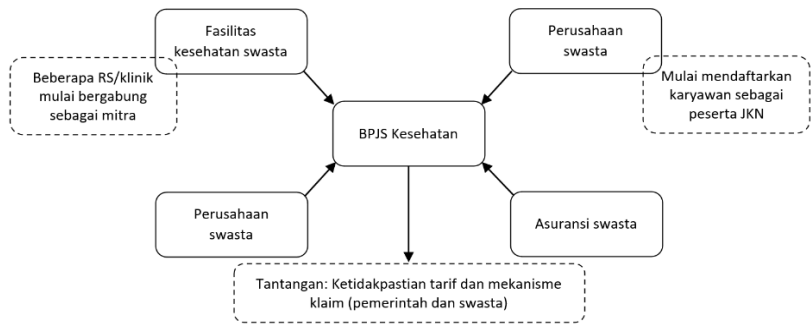
Pada era JKN yang dikelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan), akses layanan meningkat signifikan, termasuk bagi penduduk miskin melalui subsidi PBI. Pemanfaatan layanan di fasilitas publik dan swasta turut naik, meski disparitas masih ada. Secara umum, JKN menunjukkan kemajuan dalam ekuitas akses dan membuka peluang kemitraan pemerintah dengan swasta yang lebih strategis untuk pemerataan layanan. (Cheng et al., 2025) JKN.

1. Awal Implementasi JKN (2014–2015)

Pada masa awal implementasi JKN tahun 2014–2015, akses layanan kesehatan di Indonesia masih berada pada tahap awal perluasan, ketika program JKN baru mulai diluncurkan sebagai upaya pemerintah untuk mencapai cakupan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage*) (Nugraheni, 2017). Menurut data historis, jumlah total pemanfaatan layanan JKN pada 2014 tercatat sekitar 252 ribu per hari, dengan tingkat kepesertaan yang mulai meningkat sejak tahun tersebut. Sementara itu, hasil SKI 2023 yang menyajikan data akses fasilitas kesehatan dalam konteks JKN menunjukkan bahwa kurang dari 50% masyarakat memiliki akses yang tergolong mudah ke berbagai fasilitas kesehatan seperti puskesmas, klinik, laboratorium, dan rumah sakit. Hal ini mengindikasikan bahwa meskipun program JKN telah berjalan hampir satu dekade, tantangan akses pada masa-masa awal implementasi masih memengaruhi dinamika akses layanan kesehatan hingga data terbaru tercatat.

Tahap awal implementasi JKN pada 2014–2015 berfokus pada pembangunan fondasi sistem jaminan kesehatan nasional menuju cakupan kesehatan semesta (Gambar 1). Dinamika kemitraan pemerintah dengan swasta dalam layanan kesehatan di Indonesia diawali dengan transisi dari model kemitraan lokal yang sporadis, seperti KSO di tingkat daerah pada era pra-JKN. BPJS Kesehatan mulai menjalin kemitraan dengan fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta, sambil menyusun dan menyempurnakan regulasi, sistem klaim, serta mekanisme pembiayaan (Nugraheni, 2025d; Shihab et al., 2017). Integrasi berbagai skema jaminan kesehatan sebelumnya ke dalam satu sistem BPJS Kesehatan menjadi tonggak transformasi tata kelola pembiayaan kesehatan nasional (Agustina et al., 2019). Pada tahap awal, peran swasta lebih banyak terkonsentrasi pada

penyediaan layanan kuratif di wilayah perkotaan dan kelompok masyarakat berpendapatan menengah ke atas. Namun, seiring waktu, ruang kolaborasi semakin meluas mencakup pembiayaan, penyediaan fasilitas dan tenaga kesehatan, pengadaan obat dan alat kesehatan, hingga pemanfaatan inovasi teknologi kesehatan.



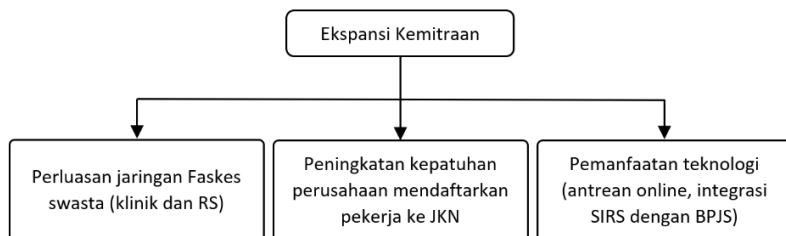
Gambar 2.1 Konsep kemitraan pemerintah dengan swasta pada Tahap Implementasi JKN (2014-2015)

Keterlibatan sektor swasta pada fase ini masih terbatas namun krusial. Sejumlah rumah sakit dan klinik swasta bergabung sebagai mitra BPJS Kesehatan, terutama untuk pelayanan tingkat pertama, sementara perusahaan swasta mulai mendaftarkan karyawan sebagai peserta JKN (Nugraheni & Hartono, 2017b). Namun, partisipasi swasta diwarnai kehati-hatian akibat ketidakpastian tarif, kerumitan proses klaim, dan kekhawatiran atas keberlanjutan program (Nugraheni, 2025a). Sektor asuransi swasta juga belum aktif terlibat karena menganggap JKN sebagai pesaing produk komersial mereka (Nugraheni, 2025c).

Fase ini memberikan pembelajaran penting tentang perlunya kolaborasi lintas sektor. Kendala infrastruktur, integrasi sistem, dan komunik antar-pemangku kepentingan merefleksikan bahwa JKN membutuhkan partisipasi aktif swasta tidak hanya sebagai penyedia layanan, tetapi juga sebagai mitra strategis (Laksono et al., 2022; Nugraheni et al., 2025b). Pengembangan sistem klaim elektronik (*e-claim*) menjadi fondasi awal menuju sistem pembiayaan kesehatan yang akuntabel dan efisien.

2. Ekspansi Kemitraan (2016–2018)

Pada periode 2016 hingga 2018, Program JKN memasuki tahap ekspansi kemitraan seiring dengan peningkatan cakupan JKN yang pada 2018 tercatat telah mencapai sekitar 75% dari kepesertaan penduduk. Fokus utama pemerintah adalah memperluas cakupan layanan dan memperkuat kemitraan strategis, terutama dengan sektor swasta (Gambar 2). Perkembangan berlanjut dengan pergeseran fokus dari ekspansi kuantitas mitra pada Fase 2 menuju peningkatan kualitas melalui pengelolaan terstandar yang menekankan akuntabilitas dan mutu layanan pada Fase 3. Transformasi signifikan terjadi melalui evolusi dari kemitraan konvensional antara rumah sakit dan klinik menuju ekosistem kolaboratif yang melibatkan pelaku teknologi dan inovasi digital pada Fase 4. Dalam upaya mengejar target cakupan semesta, BPJS Kesehatan secara aktif mendorong peningkatan jumlah fasilitas kesehatan yang bermitra, termasuk klinik dan rumah sakit swasta (Laksono et al., 2022). Perluasan ini penting untuk menjawab tantangan akses layanan kesehatan yang belum merata di seluruh wilayah Indonesia, terutama di daerah perkotaan yang padat maupun di wilayah pinggiran yang belum terjangkau fasilitas publik (World Health Organization, 2017).



Gambar 2.2 Konsep kemitraan pemerintah dengan swasta pada tahap ekspansi (2016–2018)

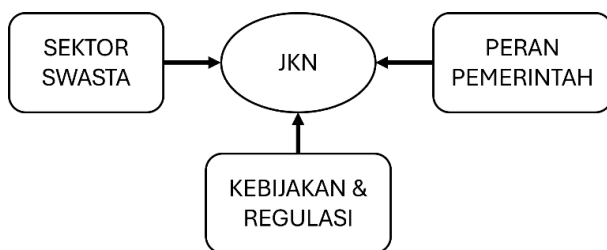
Di tahap ini, keterlibatan swasta mulai menunjukkan peningkatan yang signifikan (Agustina et al., 2019) and presents unique challenges for health systems and universal health coverage (UHC). Semakin banyak fasilitas kesehatan swasta yang mengajukan kerjasama dengan BPJS Kesehatan setelah melihat potensi kepastian jumlah pasien dan arus pendapatan yang stabil (Nugraheni & Hartono, 2017a). Di sisi lain, perusahaan swasta sebagai pemberi kerja juga semakin patuh dalam mendaftarkan karyawan mereka sebagai peserta JKN, seiring dengan penguatan regulasi dan pengawasan dari pemerintah (Nugraheni, 2025b). Kemajuan teknologi mulai dimanfaatkan, seperti penerapan sistem antrean *online* dan peningkatan integrasi sistem informasi rumah sakit dengan BPJS Kesehatan, meskipun masih menghadapi tantangan teknis di lapangan (Nugraheni et al., 2020a; Nugraheni et al., 2025b) the actual number of HF hospitalizations remains >1 million annually. More than 80% of patients who are hospitalized are initially seen in the emergency department (ED).

Namun demikian, ekspansi kemitraan ini juga dihadapkan pada tantangan baru, terutama terkait kapasitas dan kualitas layanan. Beban pasien yang meningkat di fasilitas kesehatan swasta memerlukan

penguatan sumber daya manusia dan sistem manajemen internal yang lebih baik (Nugraheni et al., 2025b). Di samping itu, masih terdapat keluhan dari penyedia layanan swasta mengenai sistem pembayaran berbasis INA-CBGs yang dianggap tidak sepenuhnya mencerminkan biaya aktual (Nugraheni, 2025d; Nugraheni et al., 2020b). Meski demikian, periode ini berhasil memperkuat fondasi kemitraan pemerintah dengan swasta, menandai transisi JKN dari sistem yang didominasi oleh sektor publik menuju model kemitraan yang lebih inklusif dan berkelanjutan.

3. Penguatan Regulasi dan Efisiensi (2019–2021)

Pada periode 2019 hingga 2021, Program JKN memasuki fase konsolidasi melalui penguatan regulasi dan efisiensi pembiayaan (Gambar 3) (Nugraheni, 2024a, 2025d). Pemerintah menyempurnakan kebijakan pengendalian biaya, mutu layanan, dan tata kelola program, termasuk penyesuaian iuran serta penyempurnaan sistem klaim INA-CBGs dan kapitasi berbasis kinerja (Nugraheni, 2024c, 2025d; Nugraheni et al., 2022). Penerapan prinsip pemerintahan yang baik diperkuat dengan sistem *Digital Claim Verification* dan *Health Financing Dashboard* untuk meningkatkan transparansi dan akuntabilitas (Dewan Jaminan Sosial Nasional, 2024; Nugraheni, 2024c). Pada masa ini meski penguatan JKN terus dilakukan, Survei Kesehatan Indonesia 2023 menunjukkan ketimpangan akses layanan primer masih nyata: hanya 32,2% masyarakat pedesaan menilai akses puskesmas mudah, dibandingkan 62,6% di perkotaan, dengan hambatan terbesar pada kelompok ekonomi rendah.



Gambar 2.3 Konsep kemitraan pemerintah dengan swasta pada tahap Penguatan Regulasi dan Efisiensi (2019–2021)

Sektor swasta berperan penting sebagai mitra penyedia layanan dengan tuntutan standar akreditasi dan pelaporan yang lebih ketat (Ulandari, 2021). Keterlibatan swasta meluas ke pengadaan obat dan alat kesehatan melalui e-katalog nasional untuk meningkatkan efisiensi biaya. Perusahaan asuransi swasta mulai mengembangkan produk asuransi pelengkap, menandai pergeseran peran dari sekadar penyedia layanan menjadi mitra strategis (Nugraheni et al., 2025b).

Fase ini juga menjadi momentum transformasi digital melalui kolaborasi dengan para pelaku health-tech. Inovasi seperti *Mobile JKN*, telemedisin, dan integrasi rekam medis elektronik mempercepat digitalisasi layanan kesehatan (Nugraheni, 2025b). Kombinasi penguatan regulasi dan pemanfaatan teknologi ini menciptakan fondasi bagi sistem JKN yang lebih berkelanjutan, akuntabel, dan efisien (Nugraheni, 2024b).

4. Digitalisasi dan Inovasi Kolaboratif (2022–sekarang)

Pada tahap keempat, yang berlangsung sejak tahun 2022 hingga sekarang, Program JKN mulai memasuki fase transformasi digital dan inovasi kolaboratif (Gambar 4) (Nugraheni, 2025a). Periode ini ditandai dengan komitmen kuat pemerintah dan BPJS Kesehatan

untuk memodernisasi sistem pelayanan melalui pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi. Tujuan utama dari fase ini adalah meningkatkan akses, kualitas, dan efisiensi layanan kesehatan secara nasional. Digitalisasi dimulai dengan integrasi rekam medis elektronik, sistem antrian *online*, pemanfaatan aplikasi *Mobile JKN*, hingga peluncuran *dashboard* pemantauan layanan kesehatan yang memungkinkan pengawasan secara *real-time* (Nugraheni, 2024a).



Gambar 2.4 Konsep kemitraan pemerintah dengan swasta pada tahap digitalisasi dan inovasi kolaboratif (2022–sekarang)

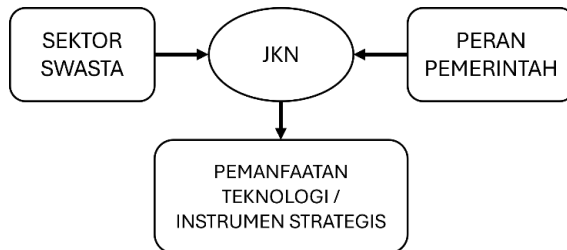
Sektor swasta memainkan peran yang semakin aktif dalam mendukung transformasi digital ini. Berbagai perusahaan teknologi kesehatan, *startup*, dan penyedia layanan telemedisin mulai terlibat dalam penyediaan solusi digital berbasis kebutuhan JKN (Nugraheni et al., 2024b)(Nugraheni, Rachmawati, et al., 2024. *Platform konsultasi*

daring, pengiriman obat berbasis aplikasi, hingga sistem pengingat jadwal kunjungan pasien merupakan contoh kolaborasi nyata antara sektor swasta dan BPJS Kesehatan (Nugraheni, 2025c). Rumah sakit dan klinik swasta juga mulai mengintegrasikan sistem informasi manajemen mereka dengan sistem BPJS Kesehatan, sehingga proses klaim menjadi lebih cepat dan lebih transparan (Nugraheni et al., 2025b).

Fase ini juga membuka ruang bagi model kemitraan baru yang lebih inovatif dan adaptif. Pemerintah mulai mengeksplorasi kolaborasi lintas sektor, termasuk dengan perusahaan logistik untuk distribusi obat dan alat kesehatan ke daerah terpencil, serta kerja sama dengan sektor keuangan untuk memperluas akses pembiayaan kesehatan (Nugraheni, 2025d). Muncul pula inisiatif pilot project untuk menerapkan kecerdasan buatan (*artificial intelligence/AI*) dalam penapisan klaim dan deteksi fraud (Nugraheni et al., 2020a). Melalui berbagai inovasi ini, JKN diharapkan mampu bergerak menuju sistem yang lebih responsif, efisien, dan berkelanjutan dengan peran swasta sebagai mitra transformasional, bukan sekadar pelaksana layanan.

C. Masa Depan/Prospektif

Tahap prospektif mengarah pada sistem yang inovatif dan berkelanjutan melalui kemitraan strategis pemerintah-swasta (Gambar 5) (Nugraheni, 2025d). Menghadapi tantangan kompleks seperti penuaan penduduk, penyakit katastropik, dan ketimpangan akses di daerah 3T (Tertinggal, Terdepan, Terluar), diperlukan model kolaborasi lintas sektor yang adaptif dan berwawasan. Pemerintah perlu mengintegrasikan peran swasta secara sistemik, tidak hanya sebagai penyedia layanan, tetapi juga sebagai mitra dalam mendesain sistem kesehatan masa depan.



Gambar 2.5 Skema/kerangka konsep tahap Prospektif

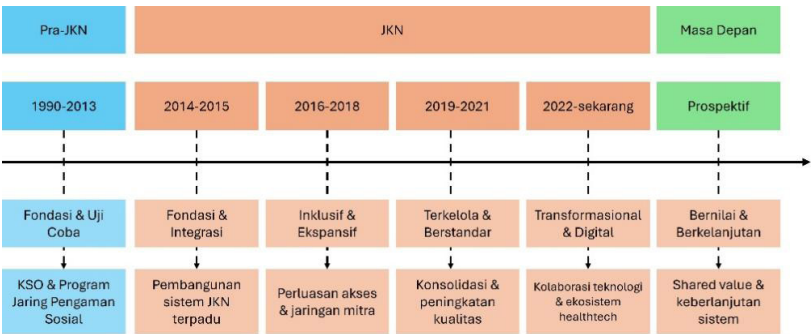
Sektor swasta diharapkan berperan dalam inovasi teknologi, pembiayaan alternatif, dan manajemen berbasis data. Kolaborasi dengan *startup* teknologi, perusahaan farmasi, dan lembaga keuangan akan menciptakan sistem yang lebih responsif (Nugraheni, 2024a). Model pembayaran berbasis nilai dan pembagian risiko antara BPJS Kesehatan dan penyedia layanan dapat menjaga keberlanjutan pembiayaan (Nugraheni et al., 2025b) the actual number of HF hospitalizations remains >1 million annually. More than 80% of patients who are hospitalized are initially seen in the emergency department (ED). Pemanfaatan *big data* dan kecerdasan buatan akan memperkuat pengambilan keputusan berbasis bukti, sementara pendekatan *open innovation* dan *public-private co-creation* akan memfasilitasi pengembangan solusi teknologi seperti monitoring pasien jarak jauh (Nugraheni, 2025c; Nugraheni et al., 2021).

Keberhasilan tahap ini bergantung pada ekosistem kolaboratif dengan regulasi yang akomodatif dan insentif inovasi (Nugraheni et al., 2025b) the actual number of HF hospitalizations remains >1 million annually. More than 80% of patients who are hospitalized are initially seen in the emergency department (ED). Pemerintah perlu membuka ruang pembiayaan bauran (*blended finance*) dan skema alternatif seperti dampak investasi dan obligasi Kesehatan sosial (*social health bonds*) (Nugraheni, 2025d; Nugraheni et al., 2020a). Dengan tata kelola

yang transparan, model pembiayaan campuran ini dapat memperkuat kemandirian fiskal JKN jangka panjang (Nugraheni, 2024b).

Pada akhirnya, kemitraan strategis ini merupakan kolaborasi berbasis nilai bersama dimana pemerintah sebagai penentu kebijakan dan penjamin akses, sementara swasta menjadi motor inovasi dan efisiensi operasional (Nugraheni et al., 2020b; Nugraheni & Hartono, 2017a, 2017b). Sinergi ini diharapkan mentransformasi JKN menjadi instrumen yang memastikan layanan kesehatan berkualitas, adaptif teknologi, dan berkelanjutan secara ekonomi bagi seluruh masyarakat Indonesia (Nugraheni, 2025d).

Sebagai rangkuman dinamika perkembangan kemitraan pemerintah dengan swasta dalam layanan kesehatan di Indonesia dapat dilihat dalam Gambar 6 berikut:



Gambar 2.6 Evolusi model kemitraan pemerintah dengan swasta dalam layanan kesehatan di era JKN

BAB III. OPTIMALISASI KEMITRAAN PEMERINTAH DENGAN SWASTA DALAM LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

Kemitraan pemerintah dengan swasta berperan penting dalam memperkuat sistem kesehatan nasional dengan mengatasi keterbatasan sumber daya, memperluas akses, dan meningkatkan mutu layanan. Pemerintah bertindak sebagai regulator, sementara swasta berkontribusi melalui investasi dan inovasi. Sinergi ini mendukung sistem kesehatan yang lebih inklusif, responsif, dan berkelanjutan.

Layanan kesehatan merupakan pilar utama dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Di Indonesia, sistem ini terus berkembang melalui berbagai kebijakan, termasuk JKN, untuk memastikan akses yang merata dan terjangkau bagi seluruh masyarakat (Nugraheni, 2024c). Namun, pelaksanaan di lapangan menunjukkan bahwa tantangan masih banyak, mulai dari keterbatasan infrastruktur hingga kesenjangan distribusi tenaga kesehatan (Nugraheni et al., 2025b) the actual number of HF hospitalizations remains >1 million annually. More than 80% of patients who are hospitalized are initially seen in the emergency department (ED

Kemitraan pemerintah dengan swasta berpotensi mengoptimalkan sumber daya dan mendorong inovasi dalam layanan kesehatan. Namun, tantangan seperti ketidakseimbangan insentif, regulasi yang belum adaptif, dan perbedaan orientasi publik–komersial masih menghambat. Karena itu, optimalisasi kemitraan diperlukan agar efisien sekaligus menjamin keadilan, akses, dan mutu layanan. Kemitraan pemerintah dengan swasta perlu dipandang sebagai bagian integral dari penguatan sistem kesehatan, bukan sekadar pelengkap saat kapasitas publik terbatas. Kemitraan ini merupakan instrumen

strategis untuk menjembatani kesenjangan fiskal, distribusi, dan mutu layanan antarwilayah. (Nugraheni et al., 2025; Nyström et al., 2018).

Berbagai kajian menunjukkan bahwa lemahnya dan tidak seragamnya regulasi kemitraan pemerintah dengan swasta kesehatan di pusat dan daerah menjadi hambatan utama bagi kemitraan pemerintah dengan swasta. Ketidakjelasan mekanisme, ketiadaan unit teknis khusus, serta keterbatasan kapasitas pemerintah dalam merancang dan memantau kontrak menimbulkan ketidakpastian dalam tata kelola. Karena itu, harmonisasi regulasi dan penguatan kerangka hukum sangat diperlukan agar kemitraan menjadi lebih efektif dan berkelanjutan.

Sektor swasta semakin menunjukkan komitmen untuk bermitra dengan pemerintah melalui investasi dan kolaborasi dalam program kesehatan. Pemerintah juga mendorong keterlibatan swasta dengan menciptakan iklim investasi yang kondusif dan berorientasi pada tanggung jawab sosial. Namun, kemitraan ini perlu dijalankan secara transparan, berkelanjutan, dan seimbang antara tujuan profit dan pelayanan publik agar efektif dalam mempercepat pemerataan layanan kesehatan.

Secara operasional, kemitraan pemerintah dengan swasta dalam layanan kesehatan di Indonesia merujuk pada berbagai bentuk kolaborasi antara institusi pemerintah dan entitas swasta dalam pembiayaan, penyediaan, pengelolaan, dan pengembangan layanan kesehatan. Dalam sejumlah publikasi tentang kemitraan pemerintah dengan swasta dan pembiayaan layanan kesehatan, kemitraan dipahami tidak terbatas pada kontrak formal atau skema investasi bersama, tetapi mencakup integrasi peran swasta dalam sistem pembiayaan publik, khususnya melalui JKN (Nugraheni, 2025c, 2025d). Rumah sakit swasta, klinik, laboratorium, dan penyedia layanan kesehatan lainnya berperan sebagai penyedia layanan yang dibiayai oleh skema

publik (Nugraheni, 2024a), sementara pemerintah bertindak sebagai regulator, pembayar, dan penjamin perlindungan masyarakat.

Secara konseptual, kemitraan yang optimal dibangun di atas prinsip pembagian peran yang jelas, mekanisme pembiayaan yang adaptif, serta tata kelola yang menjamin akuntabilitas dan keberlanjutan. Pengalaman panjang Indonesia dalam berbagai skema pembiayaan, mulai dari Jamkesmas (Nugraheni et al., 2011) hingga JKN (Nugraheni & Hartono, 2017a) menunjukkan bahwa relasi pemerintah dan swasta yang tidak terintegrasi cenderung menghasilkan fragmentasi layanan dan ketimpangan akses. Kerangka optimalisasi tersebut menempatkan kemitraan sebagai bagian dari sistem pembiayaan dan pelayanan yang terkoordinasi secara nasional, namun fleksibel secara lokal.

Kemitraan pemerintah dengan swasta dalam konteks Indonesia mencerminkan mekanisme pembagian risiko dan tanggung jawab antara negara dan pasar dalam memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat (Nugraheni, 2024b). Temuan dari berbagai kajian mengenai pemanfaatan layanan (Idris et al., 2024), biaya perawatan (Nugraheni & Hartono, 2017b), dan ketimpangan akses (Paramashanti et al., 2024c) menunjukkan bahwa keterlibatan sektor swasta tidak dapat dilepaskan dari kerangka kebijakan publik yang mengatur tarif, mutu, dan aksesibilitas layanan. Kemitraan ini dimaknai sebagai hubungan fungsional yang diatur oleh kebijakan kesehatan nasional, di mana sektor swasta berkontribusi dalam memperluas kapasitas dan inovasi layanan, sementara pemerintah memastikan bahwa layanan tersebut tetap sejalan dengan prinsip keadilan, efisiensi, dan keberlanjutan sistem kesehatan.

Optimalisasi kemitraan mensyaratkan perubahan paradigma dari hubungan komplementer menjadi hubungan kolaboratif yang terintegrasi dalam sistem pembiayaan dan pelayanan kesehatan (Nugraheni, 2025d). Dalam kerangka ini, kemitraan tidak hanya diukur dari jumlah fasilitas swasta yang terlibat, tetapi juga dari

kontribusinya terhadap peningkatan akses, efisiensi biaya, dan keadilan sosial (Ali et al., 2022). Kerangka konseptual tersebut menjadi dasar bagi pembahasan sub-bab berikutnya, khususnya terkait pembiayaan, teknologi, dan pendekatan berbasis daerah.

A. Skema Pembiayaan Fleksibel Dalam Kemitraan Pemerintah dengan Swasta

Pembiayaan merupakan fondasi utama dalam menentukan efektivitas kemitraan pemerintah dengan swasta. Berbagai studi tentang JKN menunjukkan bahwa skema pembiayaan yang kaku berpotensi menurunkan partisipasi sektor swasta dan membatasi inovasi layanan (Nugraheni et al., 2025c; Nugraheni et al., 2020c). Pembiayaan fleksibel menjadi kunci untuk memastikan bahwa kemitraan mampu menjawab kebutuhan layanan yang beragam tanpa mengorbankan prinsip keadilan (Gosling et al., 2020).

Pengalaman implementasi JKN menunjukkan bahwa pembiayaan berbasis tarif tunggal tanpa fleksibilitas kontekstual berpotensi menciptakan inefisiensi dan ketimpangan mutu layanan (Laksono et al., 2025; Mukhlisa et al., 2020). Analisis terhadap pemanfaatan layanan rumah sakit dan biaya perawatan menunjukkan bahwa sektor swasta tetap berperan signifikan, terutama di wilayah perkotaan dan kelompok sosial ekonomi tertentu (Nugraheni et al., 2018). Hal ini mengindikasikan perlunya skema pembiayaan yang mampu mengakomodasi variasi biaya, kompleksitas kasus, dan karakteristik wilayah.

Skema pembiayaan fleksibel dalam penyelenggaraan layanan kesehatan di Indonesia merujuk pada mekanisme pembiayaan yang mampu menyesuaikan dengan variasi kebutuhan layanan, karakteristik wilayah, serta kompleksitas kasus kesehatan tanpa menghilangkan prinsip kendali biaya dan keadilan akses (Nugraheni et al., 2022). Skema ini tidak hanya berfokus pada penetapan tarif standar, tetapi

juga membuka ruang penyesuaian melalui mekanisme pembayaran berbasis kinerja, diferensiasi tarif, atau insentif tertentu bagi layanan prioritas dan wilayah dengan keterbatasan akses (Nugraheni, 2017).

Secara operasional, pembiayaan fleksibel diwujudkan melalui integrasi berbagai instrumen pembiayaan dalam satu kerangka sistem kesehatan nasional, khususnya JKN (Laksono et al., 2023). Temuan dari analisis klaim JKN, biaya perawatan, dan evaluasi efisiensi program menunjukkan bahwa fleksibilitas diperlukan agar penyedia layanan tetap berkelanjutan secara finansial sekaligus terdorong untuk meningkatkan mutu dan efisiensi (Lestyoningrum et al., 2025). Dalam konteks ini, pembiayaan fleksibel memungkinkan pemerintah mengombinasikan pembayaran kapitasi, paket layanan berbasis INA-CBGs, serta insentif berbasis *output* atau *outcome* kesehatan. Skema pembiayaan tersebut tidak hanya berfungsi sebagai alat pembayaran, tetapi juga sebagai instrumen kebijakan untuk mengarahkan perilaku penyedia layanan dan memperkuat kinerja sistem kesehatan secara keseluruhan.

Skema pembiayaan fleksibel mencakup integrasi pembayaran berbasis kinerja, mekanisme pembiayaan bauran, serta pemanfaatan data klaim JKN untuk perencanaan dan prediksi biaya. Temuan dari analisis klaim JKN dan studi efektifitas biaya (*cost-effectiveness*) menunjukkan bahwa pendekatan berbasis *output* dan dampak lebih efektif dalam mendorong efisiensi dan kualitas layanan dibandingkan pembiayaan input semata (Aminde et al., 2024; Nugraheni et al., 2025a). Dengan demikian, kemitraan pemerintah dengan swasta dapat diarahkan untuk tidak hanya memperluas kapasitas layanan, tetapi juga meningkatkan nilai dalam sistem kesehatan nasional.

Dalam konteks kemitraan pemerintah dengan swasta untuk layanan kesehatan, pembiayaan yang fleksibel yang memungkinkan alokasi sumber daya sesuai kebutuhan proyek, respons terhadap perubahan kondisi lapangan, dan pengaturan insentif yang adaptif

terbukti menjadi faktor penting untuk optimalisasi kolaborasi antara kedua pihak karena dapat mengurangi hambatan biaya, mempercepat implementasi layanan, dan mempermudah penyesuaian kontrak agar tetap relevan dengan tujuan pelayanan publik. Konsep pembiayaan inovatif seperti mekanisme insentif berbasis kinerja telah diterapkan dalam sejumlah skema kemitraan di berbagai negara dengan tujuan menciptakan nilai jangka panjang dan menarik partisipasi sektor swasta yang lebih besar. Sebaliknya, sejumlah kajian mengenai implementasi kemitraan pemerintah dengan swasta menunjukkan bahwa pembiayaan yang tidak fleksibel termasuk struktur pembayaran yang kaku, kurangnya mekanisme alokasi dana yang responsif, dan pembatasan dalam renegotiasi kontrak dapat menjadi hambatan yang signifikan sehingga kemitraan tidak berjalan optimal, karena hal tersebut meningkatkan risiko keuangan bagi pihak swasta dan mengurangi insentif mereka untuk berinovasi atau menyesuaikan layanan sesuai kebutuhan masyarakat. Top of Form Bottom of Form

B. Peran Teknologi Digital dalam Memperkuat Konektivitas Layanan

Pemanfaatan teknologi kesehatan merupakan pengungkit penting dalam optimalisasi kemitraan pemerintah dengan swasta, khususnya untuk mengatasi tantangan geografis dan ketimpangan akses. Publikasi tentang telekesehatan dan pemanfaatan teknologi dalam layanan promotif, preventif, dan manajemen penyakit kronis (Paramashanti et al., 2025) menunjukkan bahwa teknologi mampu memperluas jangkauan layanan tanpa harus selalu menambah infrastruktur fisik (Nugraheni et al., 2024b).

Peran teknologi digital dalam memperkuat konektivitas layanan kesehatan di Indonesia dimaknai sebagai pemanfaatan sistem dan aplikasi digital untuk menghubungkan berbagai tingkat dan jenis layanan kesehatan, baik publik maupun swasta, dalam satu alur

pelayanan yang terintegrasi. Dalam berbagai kajian mengenai telekesehatan dan pemanfaatan teknologi untuk layanan promotif dan preventif, teknologi digital dipahami sebagai sarana untuk mengatasi hambatan geografis, keterbatasan tenaga kesehatan, dan fragmentasi sistem pelayanan (Nugraheni et al., 2024b; Paramashanti et al., 2025). Secara operasional, teknologi berfungsi sebagai penghubung antara fasilitas layanan primer, rujukan, dan layanan penunjang melalui sistem informasi kesehatan, rekam medis elektronik, serta *platform* konsultasi jarak jauh yang memungkinkan kesinambungan pelayanan bagi pasien (Abdul et al., 2024).

Teknologi digital juga berperan dalam memperkuat konektivitas dari sisi pembiayaan dan tata kelola layanan. Temuan dari analisis pemanfaatan layanan dan klaim JKN menunjukkan bahwa digitalisasi proses administrasi, klaim, dan pelaporan dapat meningkatkan efisiensi, transparansi, dan akuntabilitas dalam penyelenggaraan layanan kesehatan (Idris et al., 2024; Nugraheni, 2024b). Dalam konteks kemitraan pemerintah dengan swasta, teknologi memungkinkan integrasi data dan koordinasi antarpenyedia layanan, sehingga pemerintah dapat memantau kinerja dan melakukan perencanaan berbasis bukti, sementara penyedia layanan memperoleh kepastian proses dan pembayaran (Nugraheni, 2025c). Dengan demikian, teknologi digital tidak hanya mendukung akses layanan, tetapi juga memperkuat konektivitas sistem kesehatan secara menyeluruh dan berkelanjutan

Pengalaman satu dekade implementasi telekesehatan di Indonesia memperlihatkan bahwa kolaborasi antara pemerintah sebagai regulator dan pembayar, serta swasta sebagai penyedia *platform* dan inovasi, dapat memperluas jangkauan layanan tanpa meningkatkan beban biaya secara signifikan (Nugraheni et al., 2024b). Teknologi memungkinkan layanan kesehatan menjangkau wilayah terpencil melalui konsultasi jarak jauh, pemantauan penyakit kronis, dan penguatan layanan primer. Hal ini sejalan dengan temuan tentang

ketimpangan akses layanan kesehatan yang masih menjadi tantangan utama sistem kesehatan nasional (Nugraheni et al., 2026b).

Dalam kerangka kemitraan, teknologi berperan sebagai penghubung antara fasilitas publik dan swasta melalui interoperabilitas sistem informasi, digitalisasi klaim, serta pemanfaatan data kesehatan untuk pengambilan keputusan (Nugraheni, 2025c). Pengalaman satu dekade implementasi telekesehatan di Indonesia memperlihatkan bahwa kolaborasi pemerintah dan swasta dalam penyediaan *platform*, pembiayaan, dan regulasi dapat memperkuat kesinambungan layanan, terutama di wilayah dengan keterbatasan tenaga kesehatan (Nugraheni et al., 2024b).

C. Optimalisasi Kemitraan Berbasis Karakteristik dan Kebutuhan Daerah

Ketimpangan akses layanan kesehatan antarwilayah merupakan isu yang konsisten muncul dalam berbagai publikasi tentang ketidaksetaraan sosial ekonomi dan regional dalam pemanfaatan layanan kesehatan serta kepesertaan JKN.

Di wilayah perkotaan, kemitraan pemerintah dengan swasta cenderung berkembang pesat, terutama dalam layanan rujukan dan layanan spesialisik. Namun, di daerah tertinggal dan kepulauan, keterbatasan infrastruktur dan tenaga kesehatan membuat peran swasta menjadi lebih selektif (Nugraheni & Hartono, 2017a). Studi tentang pemanfaatan layanan kesehatan di daerah tertinggal menunjukkan bahwa tanpa intervensi kebijakan yang tepat, kemitraan justru berpotensi memperlebar kesenjangan akses (Faisal et al., 2024; Kusnali et al., 2026).

Hal ini menegaskan bahwa kemitraan pemerintah dengan swasta tidak dapat diterapkan secara seragam di seluruh daerah. Optimalisasi kemitraan perlu disesuaikan dengan karakteristik daerah, baik dari

sisi geografis, sosial ekonomi, maupun kapasitas sistem layanan (Juhairiyah et al., 2025; Nugraheni & Hartono, 2018) the actual number of HF hospitalizations remains >1 million annually. More than 80% of patients who are hospitalized are initially seen in the emergency department (ED). Di wilayah perkotaan, kemitraan dapat difokuskan pada peningkatan mutu dan efisiensi layanan rujukan, sementara di daerah tertinggal dan kepulauan, kemitraan lebih diarahkan pada perluasan akses layanan dasar melalui kombinasi pembiayaan publik, peran swasta lokal, dan dukungan teknologi (Idris et al., 2024; Lestyoningrum et al., 2026; Wahidin et al., 2020). Pendekatan kontekstual ini memungkinkan kemitraan berfungsi sebagai instrumen untuk mengurangi kesenjangan, bukan justru memperlebar disparitas.

Optimalisasi kemitraan berbasis karakteristik dan kebutuhan daerah dalam penyelenggaraan layanan kesehatan di Indonesia dimaknai sebagai penyesuaian bentuk, peran, dan mekanisme kemitraan antara pemerintah dan swasta sesuai dengan kondisi geografis, sosial ekonomi, serta kapasitas sistem kesehatan di masing-masing daerah (Gysen & Laenen, 2005; Ridha et al., 2025). Dalam kajian mengenai ketimpangan akses layanan dan variasi pemanfaatan JKN antarwilayah, ditegaskan bahwa perbedaan konteks daerah sangat memengaruhi efektivitas penyediaan layanan kesehatan (Nugraheni et al., 2026a). Oleh karena itu, kemitraan operasional tidak dapat diterapkan secara seragam, melainkan harus dirancang secara adaptif agar mampu menjawab kebutuhan spesifik masyarakat setempat.

Secara operasional, optimalisasi kemitraan berbasis daerah diwujudkan melalui diferensiasi peran sektor swasta dalam sistem layanan kesehatan lokal (Nugraheni et al., 2022). Di wilayah perkotaan, kemitraan dapat difokuskan pada peningkatan mutu dan efisiensi layanan rujukan serta penguatan layanan spesialisik (Nugraheni et al., 2023), sementara di daerah tertinggal, kepulauan, dan perbatasan, kemitraan lebih diarahkan pada perluasan akses layanan dasar melalui kombinasi pembiayaan publik, peran penyedia swasta lokal, dan

pemanfaatan teknologi digital (Paramashanti et al., 2024c). Temuan dari studi tentang pemanfaatan layanan kesehatan di daerah tertinggal menunjukkan bahwa pendekatan kontekstual ini memungkinkan kemitraan pemerintah dengan swasta berfungsi sebagai instrumen untuk mengurangi ketimpangan, sekaligus memperkuat pemerataan layanan kesehatan secara nasional.

Pengalaman global menunjukkan bahwa kemitraan pemerintah dengan swasta menjadi instrumen penting dalam penyelenggaraan layanan kesehatan, baik dalam sistem asuransi nasional maupun sistem pluralistik. Kemitraan ini berkembang untuk mengatasi keterbatasan fiskal dan meningkatnya kebutuhan akan layanan bermutu (Das, 2007). Dalam konteks ini, kemitraan pemerintah dengan swasta dipahami sebagai mekanisme kolaboratif yang dirancang untuk memperkuat peran negara dalam menjamin akses dan mutu layanan kesehatan, bukan sebagai bentuk pengalihan tanggung jawab publik kepada sektor swasta (Waring & Crompton, 2015).

Pengalaman Korea Selatan menunjukkan kemitraan antara pemerintah dan swasta dalam sistem asuransi kesehatan nasional (*National Health Insurance*) yang universal. Pemerintah berperan kuat sebagai regulator dan pembayar tunggal. Sebagian besar rumah sakit dan klinik dikelola oleh sektor swasta (Park & Chung, 2021). Kemitraan ini bersifat struktural dan operasional, di mana negara menetapkan standar pelayanan, struktur tarif, dan mekanisme pengendalian biaya, sementara sektor swasta menjalankan fungsi penyediaan layanan secara langsung (Choi, 2018). Pengalaman Korea menunjukkan bahwa kemitraan pemerintah dengan swasta efektif dalam jaminan kesehatan nasional jika didukung regulasi ketat, pembayaran yang konsisten, dan pengawasan berbasis teknologi. Dominasi swasta tidak melemahkan negara selama fungsi pengaturan, pengarahan, dan pengawasan (*stewardship*) kesehatan pemerintah tetap kuat.

Di Inggris, kemitraan pemerintah dengan swasta dijalankan dengan negara sebagai pengendali utama dalam sistem kesehatan. Pemerintah mengontrak penyedia swasta untuk mendukung layanan elektif dan pengembangan fasilitas tanpa mengurangi prinsip universalitas. Keterlibatan swasta efektif mengurangi tekanan layanan publik jika didukung regulasi jelas, kontrak transparan, dan pengawasan kuat (Santandrea et al., 2016).

Pengalaman Kanada menunjukkan bahwa kemitraan pemerintah dengan swasta difokuskan pada pembangunan dan pengelolaan infrastruktur kesehatan. Dalam sistem yang didanai publik, swasta dilibatkan melalui skema kemitraan pemerintah-swasta untuk membangun dan memelihara rumah sakit. Model ini mempercepat penyediaan infrastruktur sekaligus menjaga kendali pemerintah atas pembiayaan dan akses layanan (Whiteside, 2011).

Di Turki, kemitraan pemerintah dengan swasta berkembang melalui pembangunan rumah sakit terintegrasi berskala besar dalam sistem jaminan kesehatan nasional, memanfaatkan pendanaan dan manajemen swasta untuk mempercepat penyediaan fasilitas modern, namun tetap menuntut desain kontrak dan tata kelola yang ketat (Öntaş & Çöl, 2024). Di Australia, keberhasilan kemitraan pemerintah dengan swasta ditentukan oleh kejelasan peran, indikator kinerja terukur, dan evaluasi berkelanjutan (Sciulli, 2008), sementara Jepang memperluas kemitraan ke riset dan inovasi obat serta vaksin melalui kolaborasi pemerintah–industri (Nakatani et al., 2021).

India menunjukkan praktik kemitraan pemerintah dengan swasta berbasis tiga pilar, yaitu pembiayaan, digitalisasi, dan kesesuaian kebutuhan daerah, melalui telemedisin dan layanan primer adaptif yang meningkatkan akses kelompok miskin dan wilayah rural (Casprini & Palumbo, 2022; Ganapathy et al., 2021), termasuk dalam

transformasi digital yang memperluas akses dan menyetarakan mutu antarwilayah (Nundy et al., 2021).

BAB IV. IMPLEMENTASI MODEL OPTIMALISASI KEMITRAAN PEMERINTAH DENGAN SWASTA MELALUI PILAR FLEKSIBILITAS PEMBIAYAAN, DIGITALISASI LAYANAN, DAN SESUAI KARAKTERISTIK KEBUTUHAN DAERAH

Kemitraan pemerintah dengan swasta menjadi strategi penting untuk mengatasi keterbatasan pembiayaan, ketimpangan akses, serta tuntutan peningkatan mutu layanan kesehatan di Indonesia. Agar optimal dan berkelanjutan, diperlukan kerangka konseptual yang secara sistematis mengintegrasikan peran dan keunggulan masing-masing pihak. Model ini bertumpu pada tiga pilar: pembiayaan fleksibel, digitalisasi layanan, dan kemitraan yang adaptif terhadap kebutuhan daerah guna mewujudkan layanan yang inklusif dan berkeadilan.

A. Kerangka Konsep Kemitraan Pemerintah dengan Swasta

Kemitraan antara pemerintah dan sektor swasta berpotensi memperkuat layanan kesehatan melalui sumber daya, inovasi, dan efisiensi yang melibatkan kedua sektor. Kemitraan dalam layanan kesehatan berfokus pada peningkatan akses, kualitas layanan, efisiensi biaya, dan kesinambungan layanan, yang penting di tengah tantangan pembiayaan publik yang terbatas serta meningkatnya kebutuhan layanan. Studi menunjukkan bahwa kemitraan pemerintah dengan swasta mampu meningkatkan indikator kinerja pelayanan kesehatan (Basabih, 2023) access, and quality of health services. PPP on the operational cooperation (KSO, namun implementasinya menghadapi tantangan terkait perjanjian kontraktual (Nugraheni, 2025c), kapasitas pengelolaan (Nugraheni et al., 2025b). Optimalisasi kemitraan pemerintah dengan swasta dalam layanan kesehatan yang

disarankan penulis adalah dengan menerapkan tiga pilar utama dalam implementasinya yaitu:

1. Pembiayaan yang fleksibel

Pembiayaan fleksibel berarti sumber dana dan mekanisme pembiayaan yang responsif terhadap kebutuhan layanan, termasuk skema pembiayaan campuran (anggaran pemerintah, investasi sektor swasta, asuransi publik/swasta, dan skema insentif lainnya) untuk mendukung keberlanjutan layanan kesehatan. Dimensi utama pembiayaan ini terdiri dari:

- a. Diversifikasi sumber pembiayaan: Menggabungkan APBN/APBD, investasi swasta, dana filantropi, dan mekanisme berbagi risiko.
- b. Strategi pembiayaan inovatif: Termasuk pembiayaan berbasis kinerja (*pay-for-performance*), kredit pembangunan kesehatan, dan hasil berbasis *outcome*.
- c. Insentif bagi keterlibatan swasta: menawarkan kejelasan risiko, perlindungan investasi, dan kompensasi yang adil agar swasta mau berkontribusi dalam layanan yang bersifat publik

Pilar ini menekankan pentingnya diversifikasi dan inovasi sumber pembiayaan dalam layanan kesehatan. Pembiayaan tidak hanya bersumber dari APBN dan APBD, tetapi juga melibatkan investasi swasta, skema asuransi kesehatan, serta mekanisme pembiayaan berbasis kinerja. Fleksibilitas pembiayaan memungkinkan pemerintah dan swasta berbagi risiko dan manfaat, sekaligus menjamin keberlanjutan layanan kesehatan terutama di tengah keterbatasan fiskal pemerintah.

2. Digitalisasi layanan kesehatan

Digitalisasi layanan kesehatan mencakup penggunaan teknologi informasi, sistem elektronik, telemedisin, interoperabilitas data, dan *platform* digital untuk meningkatkan akses, efektivitas, serta kualitas layanan kesehatan. Dimensi utama digitalisasi layanan kesehatan meliputi tiga hal penting yaitu:

- a. Infrastruktur digital: Sistem rekam medis elektronik, integrasi data antarfasilitas, serta perangkat teknologi klinis untuk mempercepat diagnosis dan perawatan.
- b. *Platform* layanan berbasis digital: telekesehatan/telemedisin, aplikasi *mobile* untuk pendaftaran, konsultasi, monitoring pasien, dan pembayaran.
- c. Pemberdayaan data dan interoperabilitas: Standardisasi data, keamanan informasi, dan kolaborasi dengan pihak swasta untuk memaksimalkan pemanfaatan data dalam pengambilan keputusan layanan.

Pilar kedua ini menggambarkan peran teknologi digital sebagai pendorong kemitraan. Digitalisasi mencakup penerapan telemedisin, sistem rekam medis elektronik, serta interoperabilitas data antarfasilitas kesehatan. Dalam konteks kemitraan, sektor swasta berperan sebagai penyedia inovasi dan teknologi, sementara pemerintah memastikan regulasi, standardisasi, dan perlindungan data. Digitalisasi memungkinkan peningkatan efisiensi layanan, perluasan akses terutama di daerah terpencil, serta peningkatan kualitas pengambilan keputusan berbasis data.

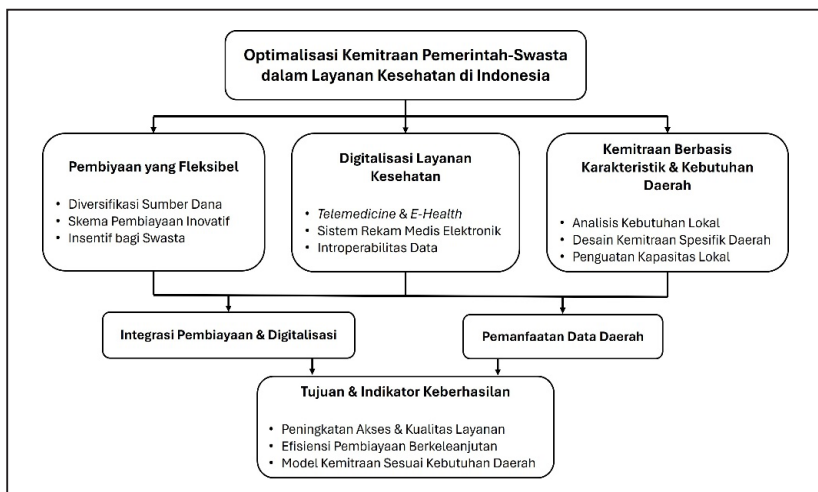
3. Kemitraan berbasis karakteristik dan kebutuhan daerah

Kemitraan harus disesuaikan dengan karakteristik sosial-ekonomi, demografi, akses infrastruktur, budaya, dan kebutuhan pelayanan kesehatan spesifik di tiap wilayah. Dimensi utama meliputi:

- a. Analisis kebutuhan lokal: Survei wilayah terhadap masalah kesehatan (misalnya daerah terpencil, perkotaan/pedesaan) dan kapasitas layanan yang tersedia.
- b. Desain kemitraan spesifik daerah: Kontrak dan model kemitraan pemerintah dengan swasta yang sesuai dengan kapasitas pemerintah lokal dan potensi sektor swasta di setiap daerah.
- c. Penguatan kapasitas lokal: Pelatihan, panduan pelaksanaan, serta dukungan teknis untuk pemerintahan daerah agar dapat memfasilitasi kerjasama yang efektif.

Pilar ketiga ini menunjukkan bahwa kemitraan tidak bersifat seragam, melainkan harus disesuaikan dengan kondisi sosial, geografis, demografis, dan epidemiologis masing-masing daerah (Paramashanti et al., 2024b). Analisis kebutuhan lokal menjadi dasar dalam merancang model kemitraan, baik dalam bentuk pengelolaan fasilitas kesehatan, penyediaan layanan spesifik, maupun pemanfaatan teknologi digital. Pendekatan ini juga menekankan penguatan kapasitas pemerintah daerah agar mampu mengelola dan mengawasi kemitraan secara efektif.

Integrasi pembiayaan dan digitalisasi memungkinkan penggunaan data digital untuk mendukung skema pembiayaan berbasis kinerja. Sementara itu, pemanfaatan data daerah menjadi dasar untuk menyesuaikan model kemitraan dengan kebutuhan spesifik wilayah. Roda gigi ini juga merepresentasikan kolaborasi multi-pihak yang dinamis antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, sektor swasta, dan masyarakat (Gambar 4.1).



Gambar 4.1 Kerangka konsep model optimalisasi kemitraan pemerintah dengan swasta

Kerangka konsep ini menjelaskan bahwa optimalisasi kemitraan pemerintah dengan swasta dalam layanan kesehatan hanya dapat dicapai apabila ketiga pilar utama, yaitu pembiayaan yang fleksibel, digitalisasi layanan, dan pendekatan berbasis kebutuhan daerah, diintegrasikan secara sistematis dan berkelanjutan. Ketiga pilar tersebut harus dilaksanakan melalui mekanisme integrasi, yaitu integrasi pembiayaan dan digitalisasi, pemanfaatan data daerah, serta penggunaan data tersebut sebagai dasar perencanaan dan pengambilan keputusan. Integrasi ini menunjukkan bahwa optimalisasi kemitraan hanya dapat tercapai jika pembiayaan, teknologi, dan data saling terhubung dalam satu sistem tata kelola yang koheren. Selanjutnya, keberhasilan upaya optimalisasi kemitraan pemerintah dengan swasta ini dapat diukur melalui tiga indikator, yaitu peningkatan akses dan kualitas layanan kesehatan (Nugraheni, 2017), efisiensi dan keberlanjutan pembiayaan, serta terbentuknya model kemitraan yang sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik daerah. Secara umum, optimalisasi kemitraan pemerintah dengan swasta merupakan strategi sistemik, yang menempatkan sektor swasta sebagai mitra integral dalam sistem kesehatan nasional, dengan pemerintah tetap memegang peran kunci sebagai regulator, penjamin kepentingan publik, dan penjaga prinsip keadilan serta keberlanjutan.

Secara rinci implementasi upaya optimalisasi ini terdapat 3 aktor utama yang memiliki peran masing-masing, yaitu

1. Pemerintah: berperan sebagai regulator, penjamin mutu, perumus kebijakan, penyedia insentif, serta pengelola risiko publik.
2. Swasta: berperan sebagai investor, inovator, penyedia teknologi dan layanan, serta mitra operasional
4. Masyarakat/pasien: berperan sebagai penerima manfaat, pengguna layanan dan sumber umpan balik untuk peningkatan kualitas.

B. Dukungan Regulasi dan Implementasi Tiga Pilar dalam Optimalisasi Kemitraan Pemerintah dengan Swasta

Dukungan regulasi yang kuat dan adaptif merupakan kunci utama agar kemitraan pemerintah dengan swasta dalam layanan kesehatan di Indonesia dapat berjalan secara optimal, berkelanjutan, dan berorientasi pada kepentingan publik (Nugraheni et al., 2025b). Pemerintah berperan tidak hanya sebagai regulator, tetapi juga sebagai fasilitator yang memastikan bahwa kerangka hukum mampu menjembatani kepentingan pelayanan publik dengan logika investasi dan inovasi di sektor swasta. Dalam konteks ini, regulasi perlu dirancang secara terintegrasi dengan tiga pilar utama kemitraan, yaitu pembiayaan yang fleksibel, digitalisasi layanan kesehatan, serta kemitraan berbasis kebutuhan dan karakteristik daerah.

Pertama, untuk mendukung pilar pembiayaan yang fleksibel, pemerintah perlu menyediakan regulasi yang memberi ruang bagi penerapan berbagai skema pembiayaan inovatif, dengan tetap menjamin akuntabilitas keuangan negara. Regulasi harus memungkinkan penggunaan pembiayaan campuran, pembayaran berbasis kinerja dan hasil layanan, serta pembayaran berbasis ketersediaan layanan yang selaras dengan sistem JKN. Penyelarasan aturan penganggaran, pengadaan, dan pembayaran menjadi penting agar pemerintah pusat dan daerah dapat melakukan kontrak kemitraan jangka menengah dan panjang tanpa terhambat oleh rigiditas administrasi keuangan. Dengan demikian, kepastian pendanaan dapat terjaga sekaligus mendorong partisipasi swasta dalam penyediaan layanan kesehatan.

Kedua, dukungan regulasi terhadap pilar digitalisasi layanan kesehatan perlu difokuskan pada penciptaan ekosistem digital yang terstandar, aman, dan interoperabel. Pemerintah harus menetapkan regulasi yang mengatur standar sistem informasi kesehatan, pertukaran data antarpelenggara layanan, serta perlindungan data pribadi pasien. Regulasi ini penting untuk memastikan bahwa pemanfaatan

teknologi digital dalam kemitraan, seperti rekam medis elektronik, telemedisin, dan sistem rujukan digital, dapat meningkatkan efisiensi, transparansi, dan mutu layanan (Nugraheni et al., 2025b). Selain itu, kerangka regulasi yang adaptif terhadap inovasi digital akan mencegah fragmentasi sistem dan mendukung pengawasan kemitraan berbasis data secara berkelanjutan.

Ketiga, untuk mendukung pilar kemitraan berbasis kebutuhan dan karakteristik daerah, regulasi perlu dirancang dengan pendekatan asimetris dan kontekstual (Lestyoningrum et al., 2026). Pemerintah pusat berperan dalam menyediakan regulasi payung, pedoman teknis, serta standar minimum layanan, sementara pemerintah daerah diberikan ruang diskresi untuk menyesuaikan model kemitraan dengan kondisi setempat. Penyesuaian tersebut mencakup faktor geografis, kapasitas fiskal, beban penyakit, ketersediaan infrastruktur, dan kesiapan sumber daya manusia kesehatan (Nugraheni, 2025d; Widyastuti et al., 2021). Regulasi yang fleksibel terhadap keragaman daerah akan mencegah penerapan model kemitraan yang seragam dan tidak efektif, sekaligus mendorong pemerataan layanan kesehatan antarwilayah.

Selain itu, dukungan regulasi perlu diperkuat melalui tata kelola dan mekanisme akuntabilitas yang jelas. Pemerintah harus mengatur pembagian peran dan risiko, indikator kinerja utama, standar mutu layanan, serta sistem pemantauan dan evaluasi yang transparan. Regulasi juga perlu mengatur insentif dan sanksi yang proporsional agar kemitraan tetap berorientasi pada peningkatan mutu layanan dan perlindungan pasien, bukan semata pada efisiensi ekonomi.

Secara keseluruhan, dukungan regulasi yang efektif dalam kemitraan pemerintah dengan swasta di sektor kesehatan harus bersifat integratif, fleksibel, dan berorientasi pada hasil. Dengan mengaitkan regulasi secara konsisten pada tiga pilar utama. Dengan pembiayaan yang fleksibel, digitalisasi layanan kesehatan, dan kemitraan berbasis kebutuhan serta karakteristik daerah, pemerintah

dapat memastikan bahwa kemitraan berkembang sebagai instrumen strategis untuk memperluas akses, meningkatkan kualitas, dan menjamin keberlanjutan layanan kesehatan di Indonesia.

Sebagai rangkuman usulan ide naskah orasi ini bisa dijelaskan bahwa optimalisasi kemitraan pemerintah dengan swasta dalam layanan kesehatan di Indonesia memerlukan penguatan tiga pilar utama, yaitu pembiayaan yang fleksibel, digitalisasi teknologi layanan, dan responsivitas terhadap kebutuhan daerah, yang seluruhnya harus ditopang oleh reformasi regulasi yang komprehensif. Pembiayaan fleksibel perlu dirancang melalui mekanisme campuran dan insentif berbasis kinerja agar risiko dan manfaat dapat dibagi secara proporsional serta mendorong investasi di wilayah yang kurang diminati pasar. Digitalisasi harus memastikan interoperabilitas sistem informasi, integrasi data kinerja, serta pemanfaatan telekesehatan untuk memperluas jangkauan layanan dan meningkatkan transparansi tata kelola. Responsivitas daerah menuntut perencanaan berbasis kebutuhan (*need-based planning*) serta kontrak kemitraan yang disesuaikan dengan profil epidemiologis, kapasitas fiskal, dan kondisi geografis setempat. Ketiga pilar tersebut hanya dapat berjalan efektif apabila didukung reformasi regulasi yang menyederhanakan perizinan, mengharmonisasikan kebijakan pusat–daerah, memberikan kepastian usaha, serta memungkinkan fleksibilitas kontraktual berbasis kinerja dan diferensiasi geografis, sehingga regulasi berfungsi sebagai instrumen strategis untuk menyelaraskan kepentingan publik dan keberlanjutan swasta secara berkeadilan.

Reformasi regulasi yang menyederhanakan perizinan dalam kemitraan pemerintah dengan swasta di sektor kesehatan harus diarahkan pada penurunan biaya transaksi, percepatan waktu proses, dan peningkatan kepastian hukum tanpa mengurangi standar mutu dan keselamatan pasien (Roehrich et al., 2014). Secara operasional, reformasi ini mencakup integrasi seluruh proses perizinan fasilitas pelayanan kesehatan dan alat kesehatan ke dalam sistem digital

terpadu berbasis OSS, penghapusan duplikasi persyaratan antara kementerian dan pemerintah daerah, penetapan batas waktu layanan (*service level agreement*) yang jelas untuk setiap tahapan izin, serta transparansi persyaratan teknis dan biaya resmi. Selain itu, perlu dilakukan harmonisasi regulasi lintas tingkat pemerintahan agar tidak terjadi tumpang tindih kewenangan atau perbedaan interpretasi atas standar yang sama, termasuk penyederhanaan prosedur perubahan izin (misalnya penambahan layanan atau perluasan kapasitas). Reformasi juga harus mengadopsi pendekatan perizinan berbasis risiko (*risk-based licensing*), di mana persyaratan dan intensitas pengawasan disesuaikan dengan tingkat risiko layanan yang diberikan, sehingga inovasi dan ekspansi layanan, terutama di daerah dengan keterbatasan akses, tidak terhambat oleh prosedur administratif yang berlebihan (Coglianese et al., 2003). Dengan demikian, perizinan berfungsi sebagai mekanisme pengendalian mutu yang efisien, bukan sebagai hambatan struktural bagi investasi dan perluasan layanan kesehatan.

C. Simulasi Optimalisasi Kemitraan Pemerintah dengan Swasta dalam Layanan Telemedisin

Kemitraan pemerintah dan swasta dalam layanan telemedisin untuk menjangkau daerah terpencil dapat dioperasionalkan melalui pembagian peran yang jelas, di mana pemerintah berfungsi sebagai penjamin akses terhadap layanan kesehatan dasar, sedangkan swasta menjadi penyedia teknologi dan pengelola sistem layanan digital. Pemerintah (Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, dan Dinas Kesehatan daerah) menyiapkan regulasi, standar pelayanan klinis, integrasi sistem rujukan, serta memastikan fasilitas layanan primer seperti puskesmas, puskesmas pembantu, atau pos kesehatan desa memiliki sarana pendukung telemedisin (ruang konsultasi, perangkat komunikasi, alat pemeriksaan dasar, dan koneksi internet). Sementara itu, pihak swasta menyediakan aplikasi telemedisin, sistem antrian digital, layanan konsultasi dokter jarak jauh, resep elektronik, serta

sistem pengelolaan data pasien yang dapat dihubungkan dengan sistem pemerintah. Dalam aspek koordinasi manfaat, pola yang dapat diterapkan adalah pembagian penjaminan manfaat antara pemerintah dan swasta, yaitu BPJS Kesehatan membayar layanan telemedisin yang termasuk dalam manfaat JKN (misalnya konsultasi dokter umum, tindak lanjut penyakit kronis, edukasi kesehatan), sedangkan asuransi swasta atau perusahaan mitra menanggung layanan tambahan di luar manfaat JKN (misalnya konsultasi spesialis tertentu, pemantauan kesehatan jarak jauh, layanan psikologi tambahan, atau pengiriman obat). Dengan demikian, pasien tetap mendapatkan pelayanan dasar yang dijamin negara, namun juga dapat memperoleh layanan tambahan melalui skema pembiayaan swasta tanpa menimbulkan pembayaran ganda.

Namun demikian, pelaksanaan koordinasi manfaat dalam layanan telemedisin di Indonesia hingga saat ini belum berjalan optimal karena masih terdapat berbagai hambatan dalam sistem pembiayaan dan tata kelola layanan kesehatan digital. Salah satu kendala utama adalah belum adanya pedoman teknis yang secara rinci mengatur pembagian tanggung jawab pembiayaan antara BPJS Kesehatan dan asuransi swasta dalam layanan telemedisin (Budiyantri et al., 2022). Selain itu, sistem informasi yang digunakan oleh pemerintah, fasilitas kesehatan, perusahaan asuransi, dan penyedia telemedisin masih berjalan sendiri-sendiri sehingga pertukaran data pasien, verifikasi layanan, dan proses klaim belum dapat dilakukan secara terintegrasi (Zhang & Saltman, 2022). Kondisi ini meningkatkan potensi terjadinya pembayaran ganda, perbedaan penilaian terhadap jenis layanan yang dijamin, serta keterlambatan dalam proses klaim. Di sisi lain, belum meratanya kesiapan infrastruktur digital dan kapasitas sumber daya manusia di daerah juga membuat implementasi koordinasi manfaat menjadi sulit diterapkan secara seragam (Wijaya et al., 2022). Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa pengembangan telemedisin di Indonesia masih menghadapi tantangan regulasi, interoperabilitas

sistem, perlindungan data pasien, dan mekanisme pembiayaan layanan kesehatan digital (Ahmad et al., 2021). Oleh karena itu, diperlukan penguatan regulasi, integrasi sistem informasi kesehatan, standarisasi mekanisme klaim, serta kejelasan pembagian manfaat antara pemerintah dan swasta agar koordinasi manfaat dalam layanan telemedisin dapat berjalan lebih efektif, efisien, dan berkelanjutan.

Mekanisme pembayaran dalam kemitraan ini dapat menggunakan kombinasi sistem kapitasi, pembayaran per layanan, dan insentif berbasis kinerja. Untuk layanan telemedisin yang melekat pada fasilitas kesehatan tingkat pertama, BPJS dapat tetap membayar melalui kapitasi, namun ditambah komponen insentif apabila puskesmas memenuhi target pemanfaatan telemedisin, mutu pelayanan, serta ketepatan rujukan. Untuk konsultasi dokter spesialis jarak jauh, pembayaran dapat dilakukan melalui tarif paket per konsultasi yang disepakati, dan klaim dibayarkan berdasarkan hasil verifikasi rekam medis digital. Perhitungan biaya satuan tenaga medis dalam telemedisin dapat dilakukan dengan pendekatan biaya berbasis aktivitas, yaitu dengan menghitung seluruh komponen biaya yang benar-benar digunakan dalam satu sesi layanan. Komponen biaya tersebut mencakup waktu konsultasi dokter (misalnya 15–20 menit), waktu pencatatan rekam medis dan validasi resep elektronik, biaya tenaga pendukung (perawat atau petugas puskesmas yang mendampingi pasien saat telekonsultasi), serta biaya operasional sistem seperti server, keamanan data, pemeliharaan aplikasi, dan layanan bantuan teknis. Secara praktis, biaya satuan dokter dihitung dengan membagi total biaya jasa dokter per bulan (gaji, honor, dan insentif telemedisin) dengan jumlah jam layanan konsultasi efektif, kemudian dikonversi menjadi tarif per sesi konsultasi (misalnya tarif per 15 menit). Untuk menjaga keberlanjutan, sistem dapat menambahkan insentif mutu, misalnya, dokter memperoleh tambahan pembayaran jika konsultasi memenuhi standar klinis, rekam medis lengkap, dan rujukan dilakukan secara tepat. Dengan model ini, pemerintah menjamin keterjangkauan

dan pemerataan akses, sedangkan swasta memperkuat efisiensi layanan, teknologi, dan kesinambungan operasional telemedisin di wilayah terpencil.

BAB V. KESIMPULAN

Optimalisasi kemitraan pemerintah dengan swasta merupakan salah satu kunci untuk mempercepat ekuitas akses layanan kesehatan di Indonesia, terutama di tengah tantangan ketimpangan geografis, kapasitas fasilitas kesehatan, dan distribusi tenaga medis yang belum merata. Optimalisasi dilaksanakan dengan 3 pilar, yaitu pembiayaan yang fleksibel, digitalisasi layanan, kesesuaian dengan karakteristik kebutuhan daerah, serta dukungan reformasi regulasi. Kemitraan yang dirancang secara strategis dapat memperkuat rantai layanan dari hulu ke hilir, menghadirkan inovasi pembiayaan, dan membuka ruang kolaborasi yang sebelumnya tidak terjangkau oleh mekanisme layanan publik konvensional. Pendekatan ini bukan sekadar menutup kesenjangan, tetapi juga mendorong transformasi sistem kesehatan agar lebih adaptif dan berorientasi pada kebutuhan masyarakat di seluruh wilayah Indonesia.

Di sisi lain, keterlibatan sektor swasta melalui model inovatif, mulai dari telespesialis, logistik kesehatan berbasis teknologi, hingga skema pendanaan campuran, berpotensi memperkuat kemampuan sistem kesehatan dalam menyediakan layanan yang lebih cepat, berkualitas, dan efisien. Integrasi teknologi dan kapasitas manajerial sektor swasta memberikan nilai tambah bagi pemerintah dalam memperluas cakupan layanan, meningkatkan keberlanjutan pembiayaan, serta meningkatkan mutu pelayanan klinis tanpa membebani struktur birokrasi yang sudah ada (Nugraheni et al., 2006). Dengan tata kelola yang kuat, transparansi, dan akuntabilitas, kemitraan pemerintah dengan swasta dapat menjadi katalis untuk mempercepat pencapaian target nasional dalam pemerataan layanan kesehatan. Pengalaman berbagai negara menunjukkan bahwa optimalisasi kemitraan pemerintah dengan swasta melalui tiga pilar utama, yaitu pembiayaan yang fleksibel, digitalisasi

layanan, dan desain kemitraan yang sesuai dengan kebutuhan daerah, mampu meningkatkan ekuitas akses layanan kesehatan. Integrasi ketiga pilar ini membantu memperluas jangkauan layanan, menekan hambatan biaya dan geografis, serta menjaga mutu dan keberlanjutan sistem. Dengan tata kelola yang kuat, kemitraan menjadi instrumen efektif untuk mengurangi kesenjangan akses antarwilayah dan antarkelompok sosial.

Pada akhirnya, keberhasilan optimalisasi kemitraan pemerintah dengan swasta dalam percepatan ekuitas akses layanan JKN bergantung pada keberanian dan komitmen pemerintah untuk melakukan reformasi sistemik, memperkuat regulasi, mengintegrasikan data lintas sektor, meningkatkan insentif bagi inovasi swasta, serta menempatkan kepentingan masyarakat sebagai pusat kolaborasi. Dengan visi yang terarah dan komitmen bersama, kemitraan pemerintah dengan swasta dapat menjadi fondasi baru bagi Indonesia untuk mewujudkan sistem kesehatan yang inklusif, tangguh, dan berkeadilan. Orasi ini menegaskan bahwa kemitraan bukan hanya pilihan, tetapi keharusan strategis untuk memastikan setiap warga Indonesia memperoleh haknya atas layanan kesehatan yang layak dan bermutu.

BAB VI. PENUTUP

Mewujudkan ekuitas akses layanan kesehatan di Indonesia merupakan komitmen jangka panjang untuk memastikan setiap warga memperoleh layanan bermutu tanpa memandang latar belakangnya. Dalam konteks ini, kemitraan pemerintah dengan swasta menjadi strategi penting untuk mempercepat pemerataan dan memperkuat sistem kesehatan, namun implementasinya masih menghadapi tantangan pada tiga pilar utama: pembiayaan yang fleksibel, digitalisasi layanan, dan kesesuaian dengan kebutuhan daerah. Pada pilar pembiayaan, tantangan utama meliputi keterbatasan fiskal, rigiditas anggaran tahunan, serta belum optimalnya mekanisme pembayaran berbasis kinerja dalam JKN, sehingga skema pembagian risiko dan kepastian pendanaan masih lemah dan kurang menarik bagi investasi swasta di wilayah terpencil (Misnaniarti et al., 2025; Amalia & Wardhana, 2025). Pada pilar digitalisasi, hambatan utama mencakup fragmentasi sistem, rendahnya interoperabilitas, kesenjangan kapasitas teknologi antar fasilitas, serta isu keamanan dan perlindungan data yang belum kuat, sehingga integrasi telemedisin dengan sistem layanan dan pembiayaan belum berjalan optimal (Nugraheni et al., 2018; Nugraheni et al., 2024b; Nugraheni, 2024b). Sementara itu, pada pilar kesesuaian kebutuhan daerah, tantangan terletak pada disparitas geografis dan kapasitas kelembagaan daerah dalam merancang, mengawasi, serta memastikan kemitraan berjalan efektif sesuai konteks lokal, yang seringkali tidak sejalan dengan regulasi yang terlalu seragam (Nugraheni, 2025d; Nugraheni et al., 2018). Tantangan lintas pilar yang memperburuk implementasi adalah lemahnya koordinasi lintas sektor dan lintas tingkat pemerintahan dalam menyelaraskan kebijakan kesehatan, fiskal, perencanaan, dan teknologi informasi (Mukhlisa et al., 2020).

Untuk menjawab tantangan tersebut, diperlukan solusi terintegrasi yang memperkuat ketiga pilar secara simultan. Pada pilar pembiayaan, pemerintah perlu mendorong skema pembayaran campuran yang mengombinasikan pembayaran berbasis volume dengan insentif berbasis kinerja dan insentif ketersediaan layanan, terutama untuk wilayah dengan kelayakan ekonomi rendah, disertai kontrak standar multi-tahun dan pembagian risiko yang jelas guna meningkatkan kepastian investasi swasta (Misnaniarti et al., 2025; Amalia & Wardhana, 2025). Pada pilar digitalisasi, solusi diarahkan pada penerapan standar interoperabilitas nasional, integrasi rekam medis elektronik dan telemedisin dengan sistem pembiayaan serta pelaporan kinerja, serta penguatan kapasitas SDM daerah dan protokol perlindungan data dalam kontrak kemitraan (Nugraheni et al., 2018; Nugraheni et al., 2024b; Nugraheni, 2024b). Pada pilar berbasis kebutuhan daerah, pemerintah pusat perlu menyediakan opsi model kemitraan yang terstandar namun fleksibel untuk disesuaikan dengan kebutuhan lokal, serta memperkuat kapasitas kelembagaan daerah melalui unit khusus kemitraan dan pemanfaatan data daerah untuk perencanaan dan evaluasi (Nugraheni, 2025d). Dengan penguatan koordinasi lintas sektor dan kepemimpinan yang konsisten, kemitraan publik–swasta dapat menjadi pendorong utama pemerataan akses layanan kesehatan yang berkelanjutan, sejalan dengan agenda cakupan kesehatan semesta di Indonesia (Mboi, 2015; Mboi et al., 2022).

Optimalisasi kemitraan pemerintah dengan swasta untuk mempercepat akses layanan kesehatan yang lebih adil di Indonesia membutuhkan pembagian peran yang tegas dan terintegrasi dalam tiga pilar: pembiayaan yang fleksibel, digitalisasi, dan kesesuaian dengan kebutuhan daerah. Kementerian Kesehatan berperan menetapkan arah kebijakan, standar layanan, dan tata kelola jejaring fasilitas; Kementerian Keuangan dan Bappenas memastikan dukungan fiskal serta integrasi dalam perencanaan dan penganggaran; serta Kemendagri memperkuat kapasitas dan tata kelola pemerintah daerah.

BPJS Kesehatan berfungsi sebagai *strategic purchaser* melalui kontrak layanan dan skema pembayaran berbasis kinerja, sementara Dinas Kesehatan daerah memimpin implementasi melalui pemetaan kebutuhan, pengelolaan kontrak, dan pengawasan mutu. Dalam pilar digitalisasi, Kemenkes dan Kominfo memastikan interoperabilitas dan keamanan data, sedangkan swasta menyediakan teknologi, inovasi layanan seperti telemedisin, serta investasi untuk memperluas akses di wilayah sulit. BRIN mendukung melalui evaluasi berbasis bukti dan pemantauan indikator ekuitas untuk memastikan kemitraan meningkatkan pemerataan layanan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Pada akhir orasi pengukuhan Profesor Riset ini, izinkan saya menyampaikan ucapan terima kasih, apresiasi, dan penghargaan kepada semua pihak yang telah membantu dan mendukung karier fungsional saya sebagai peneliti.

Ucapan terima kasih saya sampaikan kepada Presiden Republik Indonesia Bapak Prabowo Subianto dan Presiden ke-7 Indonesia Bapak Joko Widodo; Kepala Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN), Prof. Dr. Arif Satria, S.P, M.Si, Wakil Kepala BRIN, Prof. Dr. Ir. Amarullah Octavian, S.T., M.Sc., DESD., IPU., ASEAN. Eng; Kepala Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN) periode tahun 2021-2025 Dr. Laksana Tri Handoko, M.Sc, Ketua Majelis Pengukuhan Profesor Riset BRIN, Prof. Dr. Ir. Wimpie Agoeng Noegroho Aspar, MSCE., Ph.D, Sekretaris Majelis Pengukuhan Profesor Riset BRIN, Prof. Dr. Ir. Zainal Arifin, MSc.

Terima kasih kepada Tim Penelaah Naskah Orasi Ilmiah, Prof. Dr. Dede Anwar Musadad, SKM, M.Kes, Prof. Dr. Rustika, SKM, M.Kes, Prof. Sunarno, M.Si.Med. Serta kepada Penelaah External dari Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan/Universitas Gajah Mada Prof. dr. Ali Ghufroon Mukti, M.Sc., Ph.D., AAK yang telah memberikan saran dan masukan sehingga naskah orasi ini layak disampaikan pada sidang terbuka pengukuhan ini.

Kepada Sekretaris Utama BRIN, Nur Tri Aries Suestiningtyas, S.IP, M.A, Kepala BOSDM-BRIN, Ratih Retno Wulandari, S.Sos., M.Si; serta Panitia Pelaksana Orasi Pengukuhan Profesor Riset atas bantuan dan dukungan hingga terlaksananya pengukuhan profesor riset hari ini dengan baik dan lancar.

Terima kasih Kepada Kepala Organisasi Riset Kesehatan Prof. Dr. NLP Indi Dharmayanti, M.Si., Kepala Pusat Riset Biomedis Prof. Dr. Sunarno, M.Si.Med, Kepala Pusat Riset Kedokteran Preklinis dan Klinis Dr. dr. Harimat Hendarwan, M.Kes, Kepala Pusat Riset Bahan Baku Obat dan Obat Tradisional Dr. Sofa Fajriah, Kepala Pusat Riset Vaksin dan Obat Prof. Dr. Masteria Yunovilsa Putra, S.Si., Kepala Pusat Riset Veteriner drh. Harimurti Nuradji, Ph.D. dan Kepala Pusat Riset Biomolekuler Eijkman Elisabeth Farah Novita Coutrier, S.Si., Ph.D serta Tim sekretariat dan Akselerasi Profesor Riset OR Kesehatan atas bantuan dan dukungannya selama ini.

Ucapan terima kasih kepada semua guru-guru saya mulai dari Sekolah Dasar hingga Sekolah Menengah Atas. Serta para dosen dan pembimbing Akademik dari S-1, S-2 dan S-3. Pembimbing S-1 saya di FKM Universitas Airlangga Dr. Bagus Qomaruddin, Pembimbing S-2 saya di FKM Universitas Indonesia Prof. Dr. Drg. Mardiaty Nadjib, MSc, serta Promotor S-3 saya di FKM Universitas Indonesia Prof. dr. Hasbullah Thabrany, MPH, DrPH, Prof. Budi Hidayat, S.K.M., MPPM, PhD, dan Prof. Dr. drg. Mardiaty Nadjib, MSc.

Terimakasih saya ucapkan kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan Dr. dr.Trihono, MSc, Dr. Siswanto, MPH yang telah memberikan dukungan dan bimbingan selama menjadi peneliti di Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan dan Teknologi Kesehatan, Balitbangkes Kementerian Kesehatan. Tidak lupa saya ucapkan terima kasih kepada Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan dan Teknologi Kesehatan periode tahun 1998–2002, Prof.dr.Agus Soewandono, MPH, Dr.PH yang telah membimbing dan menuntun saya menjadi peneliti serta memberi kesempatan kepada saya untuk melanjutkan sekolah S-2. Terimakasih Kepada Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan dan Teknologi Kesehatan tahun 2014–2015, Drg. Agus Suprpto, M.Kes yang telah memberikan ijin, kesempatan dan dukungan kepada saya untuk melanjutkan sekolah S-3. Tak lupa

ucapan terimakasih yang tulus saya ucapkan kepada orang tua ilmiah saya, peneliti senior dan juga sebagai Ketua Kelompok Peneliti di Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan Eks Balitbangkes Kementerian Kesehatan Dr. Soewarta Kosen, MSc, DrPH dan dr. Ridwan Malik, MPH yang telah membimbing, menempa dan mengenalkan dunia Kebijakan dan Ekonomi Kesehatan kepada saya serta memberi kesempatan belajar di dalam dan luar negeri dari awal saya masuk sebagai CPNS sampai dengan beliau purna tugas.

Ucapan terima kasih yang tulus saya ucapkan kepada seluruh Ketua Kelompok Riset Pusat Riset Kesehatan Masyarakat dan Gizi, seluruh civitas Pusat Riset Kesehatan Masyarakat dan Gizi dan Sekretaris pimpinan yang telah memberikan dukungan kepada saya selama ini sampai menjadi Profesor Riset di Badan Riset dan Inovasi Nasional

Terima kasih tak terhingga saya ucapkan kepada kedua orang tua saya Almarhumah Ibunda Hajjah Roesmini Satrowiyono dan Almarhum Ayahanda Drs. Bikan Poedjo Prajitno yang telah mendidik dan membesarkan saya dengan segala jerih payah yang mereka lalui. Tak lupa terima kasih saya ucapkan kepada seluruh keluarga besar dan saudara kandung saya, khususnya Kakak sulung saya Ir. Bambang Setyo Roesdyoko atas perhatian, dedikasi dan dukungannya sebagai pengganti orang tua dalam membimbing saya hingga berhasil menyelesaikan pendidikan S-1 di Universitas Airlangga Surabaya. Tak lupa ucapan terimakasih kasih kepada Almarhum suami Indra Kusuma yang telah mengizinkan dan mendukung saya untuk meneruskan jenjang pendidikan S2 dan S3, serta dua buah hati tercinta Aghadhia Firaz Uno Kusuma dan Azka Tristan Virsano Kusuma yang menjadi sumber semangat sekaligus penguat langkah saya dalam menempuh perjalanan panjang hingga sampai pada pengukuhan Profesor Riset hari ini. Semoga capaian ini menjadi inspirasi bagi kalian untuk terus belajar, berjuang, dan tidak pernah berhenti bermimpi. Terimakasih atas kesabaran, dan pengertiannya selama ini, terutama ketika waktu

banyak tersita untuk pekerjaan, penelitian, dan berbagai tanggung jawab yang harus Mama jalankan. Kehadiran kalian membuat setiap proses panjang ini terasa lebih ringan dan lebih indah untuk dijalani.

Akhir kata, terima kasih saya sampaikan kepada seluruh undangan yang hadir sehingga acara ini dapat terselenggara dengan baik dan mendengarkan orasi ini dengan penuh kesabaran sampai akhir. Dengan mengucapkan alhamdulillah, saya mengakhiri orasi ilmiah ini dan mohon maaf atas kekurangan dan kekhilafan dalam menyampaikan orasi ilmiah ini.

Wa billaahittaufiq wal hidayah. Wassalaamualaikum wa rahmatullaahi wa barakaatuh.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul, S., Adeghe, E. P., Adegoke, B. O., Adegoke, A. A., & Udedeh, E. H. (2024). Public-Private Partnerships in Health Sector Innovation: Lessons From Around the World. *Magna Scientia Advanced Biology and Pharmacy*, 12(1), 45–49. <https://doi.org/10.30574/msabp.2024.12.1.0032>
- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Achadi, E. L., Taher, A., Wirawan, F., Sungkar, S., Suparmi, Achadi, E. L., Taher, A., Wirawan, F., Sungkar, S., Sudarmono, P., Shankar, A. H., Thabrany, H., Susiloretni, K. A., Soewondo, P., Ahmad, S. A., ... Khusun, H. (2019). Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *The Lancet*, 393(10166), 75–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7)
- Ahmad, R. W., Salah, K., Jayaraman, R., Yaqoob, I., Ellahham, S., & Omar, M. (2021). The role of blockchain technology in telehealth and telemedicine. *International Journal of Medical Informatics*, 148, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104399>
- Ali, D., Woldegiorgis, A. G.-Y., Tilaye, M., Yilma, Y., Berhane, H. Y., Tewahido, D., Abelti, G., Neill, R., Silla, N., Gilliss, L., & Mandal, M. (2022). Integrating private health facilities in government-led health systems: a case study of the public–private mix approach in Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08769-7>
- Alvianty, R. A., Arvian, S. R., & Wasir, R. (2025). Literature Review: Analisis Transformasi Digital Layanan Kesehatan di Indonesia Terhadap Peran Sektor Publik dan Swasta. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 28(02), 56–60. <https://doi.org/10.22146/jmpk.v28i02.20958>
- Amalia, P., & Wardhana, Y. M. A. (2025). Legal strengthening through infrastructure development financing support in public-private

- partnership (PPP) scheme. *Malaysian Journal of Syariah and Law*, 13(2), 557–571. <https://doi.org/10.33102/mjssl.vol13no2.1238>
- Aminde, L. N., **Nugraheni, W. P.**, Mubasyiroh, R., Rachmawati, T., Dwirahmadi, F., Martini, S., Kusumawardani, N., & Veerman, J. L. (2024). Cost-effectiveness analysis of low-sodium potassium-rich salt substitutes in Indonesia: an equity modelling study. *The Lancet Regional Health - Southeast Asia*, 26, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2024.100432>
- Basabih, M. (2023). Potrait of Public Private Partnership Policy Substances in Regional Hospitals in Indonesia. *Journal of Indonesian Health Policy and Administration*, 8(1), 28. <https://doi.org/10.7454/ihpa.v8i1.6570>
- Basabih, M., Prasajo, E., & Rahayu, A. Y. S. (2025). Emerson's framework on the output of public-private partnership on hemodialysis services in Indonesia regional hospitals. *Global Transitions*, 7, 56–68. <https://doi.org/10.1016/j.glt.2025.01.001>
- Budiyaniti, R. T., Suryawati, C., Murni, M., & Hanifah, M. (2022). User Expectations on Telemedicine Financing in the National Health Insurance Era. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 10(3), 209–217. <https://doi.org/10.14710/jmki.10.3.2022.209-217>
- Casprini, E., & Palumbo, R. (2022). Reaping the benefits of digital transformation through Public-Private Partnership: A service ecosystem view applied to healthcare. *Global Public Policy and Governance*, 2(4), 453–476. <https://doi.org/10.1007/s43508-022-00056-9>
- Cheng, Q., Fattah, R. A., Susilo, D., Satrya, A., Haemmerli, M., Kosen, S., Novitasari, D., Puteri, G. C., Adawiyah, E., Hayen, A., Mills, A., Tangcharoensathien, V., Jan, S., Thabrany, H., Asante, A., & Wiseman, V. (2025). Determinants of healthcare utilization under the Indonesian national health insurance system – a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 25(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11951-8>

- Choi, T. (2018). Collaboration and performance evaluation: Context and indicators. In *Public Management in Korea: Performance Evaluation and Public Institutions* (pp. 314–343). Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9781351061384-13>
- Coglianese, C., Nash, J., & Olmstead, T. (2003). Performance-Based Regulation: Prospects and Limitations in Health, Safety, and Environmental Protection. *Administrative Law Review*, 705–730. https://scholarship.law.upenn.edu/faculty_scholarship/2815/
- Dalgiç, P.N. (2025). The role of Sustainable Development Goals (SDGs) in reducing health inequalities. In *Sustainable Development Goals (SDG) and Its Intersection With Health and Well-Being* (pp. 491–520). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/979-8-3693-9755-8.ch017>
- Das, A. (2007). Public-private partnerships for providing healthcare services. *Indian Journal of Medical Ethics*, 4(4), 174–175. <https://doi.org/10.20529/ijme.2007.069>
- Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2024). *DJSN dan BPJS Kesehatan Bahas Hasil Monitoring dan Evaluasi Penyelenggaraan dan Capaian Program JKN 2023*. <https://djsn.go.id/berita/djsn-dan-bpjs-kesehatan-bahas-hasil-monitoring-dan-evaluasi-penyelenggaraan-dan-capaian-program-jkn-2023?>
- Faisal, D. R., Noveyani, A. E., Purwatiningsih, Y., Lestyoningrum, S. D., Putro, W. G., Mikrajab, M. A., & **Nugraheni, W. P.** (2024). Prevalence and Associated Factors of Children Tuberculosis in Southeast Asia Countries : A Systematic Review. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 31(6), 112–125. <https://doi.org/10.21315/mjms2024.31.6.9>
- Ganapathy, K., Das, S., Reddy, S., Thaploo, V., Nazneen, A., Kosuru, A., & Shankar Nag, U. (2021). Digital Health Care in Public Private Partnership Mode. *Telemedicine and E-Health*, 27(12), 1363–1371. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0499>
- Gosling, R., Chimumbwa, J., Uusiku, P., Rossi, S., Ntuku, H., Harvard, K., White, C., Tatarsky, A., Chandramohan, D., & Chen, I. (2020).

- District-level approach for tailoring and targeting interventions: a new path for malaria control and elimination. *Malaria Journal*, 19(1), 125. <https://doi.org/10.1186/s12936-020-03185-w>
- Gysen, C., & Laenen, G. (2005). Public-Private Partnership in the sector of health care and welfare. *Acta Hospitalia*, 45(4), 5–28.
- Idris, H., **Nugraheni, W. P.**, Rachmawati, T., Kusnali, A., Yulianti, A., Purwatiningsih, Y., Nuraini, S., Susianti, N., Faisal, D. R., Arifin, H., & Maharani, A. (2024). How Is Telehealth Currently Being Utilized to Help in Hypertension Management within Primary Healthcare Settings? A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 21(1), 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph21010090>
- Juhairiyah, J., Ridha, M. R., Indriyati, L., Yudhastuti, R., Garjito, T. A., Hidajat, M. C., **Nugraheni, W. P.**, Hidayah, N., Isnawati., & Jassey, B. Implementation of Insecticide for Fogging and Larvicidation in Dengue Fever Control and Its Impact on Vector Resistance in Banjarmasin City: A Qualitative Analysis. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, 17(2), 99-109. <https://doi.org/10.20473/jkl.v17i2.2025.99-109>
- Kurniati, A., Roskam, E., Afzal, M. M., Suryowinoto, T. B., & Mukti, A. G. (2015). Strengthening Indonesia's health workforce through partnerships. *Public Health*, 129(9), 1138–1149. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.04.012>
- Kusnali, A., **Nugraheni, W. P.**, Mubasyiroh, R., Latifah, L., Laksono, A. D., Warouw, T. S., Rachmawati, T., Ardani, I., & Yunitawati, D. (2026). Urban-rural disparities in primary health care utilization in Indonesia: a cross-sectional study. *Korean Journal of Family Medicine*, 1-8. <https://doi.org/10.4082/kjfm.25.0092>
- Laksmiarti, T., & **Nugraheni, W. P.** (2014). Analisis Kebijakan Pembiayaan Kesehatan di Kabupaten Kepulauan Aru (Policy Analysis: Health Financing in Aru Island). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 16(3), 321–329.

- Laksono, A. D., **Nugraheni, W. P.**, Ipa, M., Rohmah, N., & Wulandari, R. D. (2023). The role of government-run insurance in primary health care utilization: a cross-sectional study in Papua Region, Indonesia, in 2018. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*, 53(1), 85–93. <https://doi.org/10.1177/00207314221129055>
- Laksono, A. D., **Nugraheni, W. P.**, Rohmah, N., & Wulandari, R. D. (2022). Health insurance ownership among female workers in Indonesia: does socioeconomic status matter? *BMC Public Health*, 22(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14189-3>
- Laksono, A. D., Wulandari, R. D., **Nugraheni, W. P.**, Nandini, N., & Sutarsa, I. N. (2025). Regional Inequalities of National Health Insurance Enrollment in Indonesia in 2019. *Journal of Public Health and Development*, 23(2), 58–69. <https://doi.org/10.55131/jphd/2025/230205>
- Lestyoningrum, S. D., Noveyani, A. E., Faisal, D. R., **Nugraheni, W. P.**, Nuraini, S., Pawitaningtyas, I., & Putri, L. M. (2026). Factors associated with lymphatic filariasis in Indonesia. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 37, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2025.102277>
- Lestyoningrum, S. D., Noveyani, A. E., Putro, W. G., Faisal, D. R., Purwatiningsih, Y., Mikrajab, M. A., & **Nugraheni, W. P.** (2025). The Cost of Treatment for Pediatric Tuberculosis Patients: a Cross-Sectional Study. *Indonesian Journal of Health Administration*, 13(2), 142–151. <https://doi.org/10.20473/jaki.v13i2.2025.142-151>
- Mboi, N. (2015). Indonesia: On the way to universal health care. *Health Systems and Reform*, 1(2), 91-97. <https://doi.org/10.1080/23288604.2015.1020642>
- Mboi, N., Syailendrawati, R., Ostroff, S. M., Elyazar, I. R. F., Glenn, S. D., Rachmawati, T., **Nugraheni, W. P.**, Ali, P. B., Trisnantoro, L., Adnani, Q. E. S., Agustiya, R. I., Laksono, A. D., Aji, B., Amalia, L., Ansariadi, A., Antriyandarti, E., Ardani, I., Ariningrum, R.,

- Aryastami, N. K., ... Mokdad, A. H. (2022). The state of health in Indonesia's provinces, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Global Health*, 10(11), 1632–1645. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00371-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00371-0)
- McIntosh, N., Grabowski, A., Jack, B., Nkabane-Nkholongo, E. L., & Vian, T. (2015). A public-private partnership improves clinical performance in a hospital network in Lesotho. *Health Affairs*, 34(6), 954–962. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0945>
- Misnaniarti, **Nugraheni, W. P.**, Laksono, A. D., Kusnali, A., Ardani, I., Latifah, L., Mubasyiroh, R., Yunitawati, D., & Warouw, T. S. (2025). National health insurance membership in Indonesia: Do socio-economic elements matter? *PLOS ONE*, 20(8), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0329781>
- Mukhlisa, M. N., Haryani, W., Yoga, I., Estetika, R., & **Nugraheni, W. P.** (2020). Assessing Promotive and Preventive Programs Efficiency in Indonesia: A Data Envelopment Analysis and Qualitative Approach. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 23(2), 108–114.
- Mulyanto, J., Kringos, D. S., & Kunst, A. E. (2019). The evolution of income-related inequalities in healthcare utilisation in Indonesia, 1993–2014. *PLOS ONE*, 14(6), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218519>
- Nakatani, H., Machida, F., Honda, Y., Kobayashi, H., Kitano, E., Inamura, T., & Kondo, T. (2021). Approach of Medical Excellence JAPAN to create platforms of collaboration in Asia. *Global Health and Medicine*, 3(6), 401–405. <https://doi.org/10.35772/ghm.2021.01054>
- Nugraheni, W. P.** (2017). *Dampak Program Jaminan Kesehatan Nasional Terhadap Ekuitas Akses Layanan Rawat Inap Rumah Sakit*. Disertasi Program Doktor Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

- Nugraheni, W. P.** (2024a). Control Budget. In Asriati & Rahmawati (Eds.), *Manajemen Program Kesehatan* (pp. 113–142). Eureka Media Aksara.
- Nugraheni, W. P.** (2024b). Isu-Isu Masa Depan Manajemen Kesehatan. In Suhadi & I. P. Sudayasa (Eds.), *Manajemen Kebijakan Pelayanan Kesehatan* (pp. 251–276). Eureka Media Aksara.
- Nugraheni, W. P.** (2024c). Kebijakan Ekonomi Kesehatan di Indonesia. In Y. L. Samodra (Ed.), *Ekonomi Kesehatan* (pp. 1–25). Future Science Publisher.
- Nugraheni, W. P.** (2025a). Antropologi dan Ekonomi Kesehatan. In Y. L. Samodra (Ed.), *Antropologi Kesehatan dan Kebugaran* (pp. 37–55). Future Science Publisher.
- Nugraheni, W. P.** (2025b). Beradaptasi Strategis Terhadap Kebijakan Baru di Bidang Pelayanan Kesehatan dan Pembiayaan Kesehatan. In Asriati & I. M. A. Kasman (Eds.), *Regulasi, Hukum dan Kebijakan Kesehatan* (pp. 46–66). Eureka Media Aksara.
- Nugraheni, W. P.** (2025c). Karakteristik Industri dan Layanan Kesehatan. In A. S. Nasution (Ed.), *Ekonomi dan Pembiayaan Kesehatan* (pp. 33–50). Future Science Publisher.
- Nugraheni, W. P.** (2025d). Sistem Pembayaran di Fasilitas Kesehatan. In Asriati & I. M. A. Kasman (Eds.), *Asuransi dan Jaminan Kesehatan* (pp. 141–162). Eureka Media Aksara.
- Nugraheni, W. P.,** Ernawaty, E., Hartono, R. K., & Kusuma, D. (2025a). Out-of-pocket costs for child immunization in Indonesia: Can national health insurance truly protect families? *International Journal of Healthcare Management*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/020479700.2025.2545222>
- Nugraheni, W. P., & Hartono, R. K.** (2017a). Analisis Pola Layanan Kesehatan Rawat Jalan pada Tahun Pertama Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). *Media Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*, 27(1), 9–16. <https://doi.org/10.22435/mpk.v27i1.6000.9-16>

- Nugraheni, W. P., & Hartono, R. K.** (2017b). Determinan Pengeluaran Kesehatan Katastropik Rumah Tangga Indonesia Pada Tahun Pertama Implementasi Program JKN. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 45(1), 27–36. <https://doi.org/10.22435/bpk.v45i1.6069.27-36>
- Nugraheni, W. P., & Hartono, R. K.** (2018). Strategi Penguatan Program Posbindu Penyakit Tidak Menular di Kota Bogor. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 9(3), 198–206. <https://doi.org/10.26553/jikm.2018.9.3>
- Nugraheni, W. P., Hartono, R. K., & Thabrany, H.** (2022). The Experience of Health Services in Handling Covid-19 Pandemic in Nine Provinces of Indonesia. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 16(1), 1237–1250. <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v16i1.17665>
- Nugraheni, W. P., Hidayat, B., Nadjib, M., Pambudi, E., Kosen, S., Trihandini, I., & Thabrany, H.** (2018). Impact Evaluation of National Health Insurance toward Access Hospital Inpatient Care in Indonesia. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 9(2), 196–200. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2018.00118.3>
- Nugraheni, W. P., Jasmariyadi, Suparmi, & Hartono, R. K.** (2020a). Analisis Biaya Satuan Program Pendampingan Ibu Hamil. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 23(1), 46–52.
- Nugraheni, W. P., Laksmiarti, T., & Harimat.** (2011). Penilaian Pasien Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) Terhadap Pelayanan Rumah Sakit. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 12(2), 115–125.
- Nugraheni, W. P., Laksono, A. D., Kusnali, A., Latifah, L., Ardani, I., Researcher, J., Mubasyiroh, R., Yunitawati, D., Warouw, T. S., & Rachmawati, T.** (2026a). Expanding national health insurance coverage in Indonesia's remote areas: who should be prioritized? *Rural and Remote Health*, 26(9761), 1–8. <https://doi.org/10.22605/RRH9761>

- Nugraheni, W. P.**, Lestyoningrum, S. D., Kusnali, A., Faisal, D. R., Kurniasih, D. A. A., Rachmat, B., Purwatiningsih, Y., & Paramashanti, B. A. (2025b). *Public Private Mix Dalam Layanan Kesehatan* (I. P. Sudayasa & Asriati (eds.)). Eureka Media Aksara.
- Nugraheni, W. P.**, Lestyoningrum, S. D., Pawitaningtyas, I., Nuraini, S., Putri, L. M., Ristiyanto, & Milcent, C. (2025c). The Hidden Economic Burden of Leptospirosis: Healthcare Costs and Patient Impact. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 13(1), 98–109. <https://doi.org/10.20473/jaki.v13i1.2025.98-109>
- Nugraheni, W. P.**, Lestyoningrum, S. D., Ristiyanto, Putro, W. G., Pawitaningtyas, I., Nuraini, S., Putri, L. M., Faisal, D. R., Noveyani, A. E., & Mikrajab, M. A. (2024a). Economic Loss of Leptospirosis: Is It Still Appropriate to be Tropical Neglected Zoonosis Disease? *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 19(5), 61–69. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v19isp1.1098>
- Nugraheni, W. P.**, Mubasyiroh, R., & Hartono, R. K. (2020b). The influence of Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) on the cost of delivery services in Indonesia. *PLoS ONE*, 15(7), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235176>
- Nugraheni, W. P.**, Nuraini, S., Garjito, T. A., Pawitaningtyas, I., Lestyoningrum, S. D., Putri, L. M., Nursafingi, A., Kusnali, A., Noveyani, A. E., & Dhewantara, P. W. (2026b). Assessing the epidemiological and economic impact of dengue from 1990 to 2021 in Indonesia. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 38, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2026.102303>
- Nugraheni, W. P.**, Nuraini, S., & Hartono, R. K. (2022). The Effect of the Covid-19 Pandemic on the Utilization and Catastrophic Costs of National Health Insurance. *Health Science Journal of Indonesia*, 13(1), 9-16. <https://doi.org/10.22435/hsji.v13i1.6028>
- Nugraheni, W. P.**, Paramashanti, B. A., Lestyoningrum, S. D., Kurniasih, D. A. A., & Idris, H. (2025d). Decomposition of socioeconomic inequalities in smoking status in Indonesia: a

- decade of widening gaps. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 35, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2025.102147>
- Nugraheni, W. P.**, Rachmawati, T., Susianti, N., Yulianti, A., Kusnali, A., Nuraini, S., Faisal, D. R., Purwatiningsih, Y., Idris, H., & Arifin, H. (2024b). A decade of telehealth implementation for promotive and preventive care in Indonesia: a scoping review. *Asian Journal of Social Health and Behavior*, 7(3), 123–133. https://doi.org/10.4103/shb.shb_160_24
- Nugraheni, W. P.**, Retnaningsih, E., Mubasyiroh, R., & Rachmawati, T. (2023). Effects of the COVID-19 pandemic on cardiovascular disease financing in Indonesia (JKN claims data analysis 2019–2020). *Frontiers in Public Health*, 11, 1-18. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1148394>
- Nugraheni, W. P.**, & Suryati, T. (2007). *State of Health Inequality: Indonesia*. (pp. 108-113), World Health Organization
- Nugraheni, W. P.**, Trihono, & Nurwati, S. (2006). Gambaran Cakupan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal pada Peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin di Provinsi Jawa Barat. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 9(2), 75–81.
- Nugraheni, W. P.**, Zahroh, A. H., & Hartono, R. K. (2021). Best Practice of Hospital Management Strategy to thrive in the National Health Insurance Era. *Indonesian Journal of Health Administration (Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia)*, 9(1), 9–22. <https://doi.org/10.20473/jaki.v9i1.2021.9-22>
- Nugraheni, W. P.**, Zahroh, A. H., Hartono, R. K., Nugraha, R. R., & Chun, C. B. (2020c). National Health Insurance Deficit in Indonesia: Identification of Causes and Solutions for Resolution. *Global Journal of Health Science*, 12(13), 58-66. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v12n13p58>
- Nundy, M., Sharma, S., Anjaney, Jain, M., & Kotwal, A. (2021). *Public-Private Partnerships in Health Care under the National Health Mission in India: A Review* (Issue December). National

- Health Systems Resource Centre (NHSRC). https://nhsrcindia.org/sites/default/files/2022-09/PPP BOOK 27.05.2022_0.pdf
- Nyström, M. E., Karlton, J., Keller, C., & Andersson Gäre, B. (2018). Collaborative and partnership research for improvement of health and social services: Researcher's experiences from 20 projects. *Health Research Policy and Systems*, 16(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0322-0>
- Öntaş, E., & Çöl, M. (2024). Health Ministry and Health Ministers in the Hundred Years of the Republic of Türkiye. *Community and Physician*, 39(1), 47–67.
- Paramashanti, B. A., Dibley, M. J., Huda, T. M., Nugraheny, E., Suparmi, S., **Nugraheni, W. P.**, Rahmawati, W., & Alam, N. A. (2024a). Caregiver perceptions of complementary feeding in rural and urban Indonesia: A qualitative comparative study. *Midwifery*, 138, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104146>
- Paramashanti, B. A., **Nugraheni, W. P.**, Faisal D. R., Puspita T., & Rachmat, B. (2025). Determinants of electronic cigarette use in Indonesia: Results from the 2021 Global Adult Tobacco Survey. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 14, 25-31. https://doi.org/10.4103/WHO-SEAJPH.WHO-SEAJPH_34_25
- Paramashanti, B. A., Nugraheny, E., Suparmi, S., Afifah, T., **Nugraheni, W. P.**, Lestyoningrum, S. D., Tumaji, T., Sulistiyowati, N., Masitoh, S., Rahayu, H. K., & Afifah, E. (2024b). Breastfeeding Status and Infectious Diseases among Children Aged 6–23 Months in Indonesia Abstract. *Asian Journal of Social Health and Behavior*, 7, 149–156. https://doi.org/10.4103/shb.shb_70_24
- Paramashanti, B. A., Nugraheny, E., Suparmi, S., Afifah, T., **Nugraheni, W. P.**, Purwatiningsih, Y., Oktarina, O., Mikrajab, M. A., Afifah, E., & Paratmanitya, Y. (2024c). Social determinants and socioeconomic inequities in adherence to antenatal iron-folic acid supplementation in urban and rural Indonesia. *Rural and Remote Health*, 24(4), 1-11. <https://doi.org/10.22605/RRH8722>

- Park, J., & Chung, E. (2021). Learning from past pandemic governance: Early response and Public-Private Partnerships in testing of COVID-19 in South Korea. *World Development*, 137, 1–22. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105198>
- Rahman, H. Z. (2024). Risk assessment of public-private partnership water projects in Indonesia. *Journal of Infrastructure, Policy and Development*, 8(10), 1–18. <https://doi.org/10.24294/jipd.v8i10.6657>
- Raman, A. V, & Björkman, J. W. (2008). Public-private partnerships in health care in India: Lessons for developing countries. In *Public-Private Partnerships in Health Care in India: Lessons for Developing Countries*. Routledge Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780203886557>
- Ridha, M. R., Yudhastuti, R., Garjito, T. A., Hidajat, M. C., Juhairiyah, J., Indriati, L., Rahayu, N., Diyanah, K. C., Jassey, B., Yahya, Y., Fajriannor, M., Hidayah, N., **Nugraheni, W. P.**, & Rahman, A. A. (2025). Incidence Trend and Climate Influence on Dengue Fever in Banjarmasin, Indonesia: A Path Analysis Approach. *Journal of Health Science and Medical Research*, 1-12. <https://doi.org/10.31584/jhsmr.20251231>
- Roehrich, J. K., Lewis, M. A., & George, G. (2014). Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Social Science & Medicine*, 113, 110–119. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.037>
- Santandrea, M., Bailey, S., & Giorgino, M. (2016). Value for money in UK healthcare public-private partnerships: A fragility perspective. *Public Policy and Administration*, 31(3), 260–279. <https://doi.org/10.1177/0952076715618003>
- Sciulli, N. (2008). Public private partnerships: An exploratory study in health care. *Asian Review of Accounting*, 16(1), 21–38. <https://doi.org/10.1108/13217340810872454>
- Sekhri, N., Feachem, R., & Ni, A. (2011). Public-Private Integrated Partnerships Demonstrate The Potential To Improve Health Care

- Access, Quality, And Efficiency. *Health Affairs*, 30(8), 1498–1507. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0461>
- Shihab, A. N., Nurdin, A. A., Kadir, A., Thabrany, H., & Paturusi, I. (2017). Equity in Utilization of Inpatient for National Health Insurance (JKN) Program in Indonesia. *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research (IJSBAR)*, 31(2), 58–74. <http://gssrr.org/index.php?journal=JournalOfBasicAndApplied>
- Ulandari, L. P. S. (2021). Strategy Implementation of National Health Insurance Using Balanced Scorecard Method: a Case Study in an – Nisa Hospital in Tangerang. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 5(2), 41–60. <https://doi.org/10.7454/eki.v5i2.4265>
- Wahidin, M., **Nugraheni, W. P.**, & Nurlaela, N. (2020). Cervical Cancer Screening Financing in Bogor City, West Java, 2018. *Advances in Health Sciences Research*, 22, 541–545. <https://doi.org/10.2991/ahsr.k.200215.104>
- Waring, J., & Crompton, A. (2015). Culture Shock and the NHS Diaspora: Coping with Cultural Difference in Public-Private Partnerships. In *Organizational Behaviour in Healthcare: Vol. Part F4360* (pp. 222–237). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/9781137518163_15
- Whiteside, H. (2011). Unhealthy policy: The political economy of Canadian public-private partnership hospitals. *Health Sociology Review*, 20(3), 258–268. <https://doi.org/10.5172/hesr.2011.20.3.258>
- Widyastuti, N. N., **Nugraheni, W. P.**, Yunis Miko Wahyono, T., & Yovsyah. (2021). Hubungan Status Gizi dan Kejadian Tuberculosis Paru pada Anak Usia 1-5 Tahun di Indonesia (Analisis Data Riskesdas 2018). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 24(2), 89–96. <https://doi.org/10.22435/hsr.v24i2.3793>
- Wijaya, J. H., Octavius, G. S., & Hwei, L. R. Y. (2022). A Literature Review of Telemedicine in Indonesia: Past, Present, and Future Prospective. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia (Online)*, 10(2), 261–272. <https://doi.org/10.20473/jaki.v10i2.2022.261-272>

- Wiseman, V., Thabrany, H., Asante, A., Haemmerli, M., Kosen, S., Gilson, L., Mills, A., Hayen, A., Tangcharoensathien, V., & Patcharanarumol, W. (2018). An evaluation of health systems equity in Indonesia: Study protocol. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0822-0>
- World Health Organization. (2017). *State of Health Inequality: Indonesia*. World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/259685>
- Wulandari, R. D., Laksono, A. D., **Nugraheni, W. P.**, Suryati, T., Latifah, L., Yunitawati, D., Mubasyiroh, R., Ardani, I., Kusnali, A., & Alruwaili, A. S. (2025). Hospital inpatient in Indonesia: Does national health insurance matter? *Clinical Epidemiology and Global Health*, 35, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2025.102155>
- Wulandari, R. D., Laksono, A. D., Rohmah, N., Latifah, L., & Ashar, H. (2023). Determine The Target to Increase Primary Healthcare Utilization in Indonesia's Disadvantaged Areas. *Indonesian Journal of Health Administration (Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia)*, 11(2), 299–310. <https://doi.org/10.20473/jaki.v11i2.2023.299-310>
- Wulandari, R. D., Latifah, L., Laksono, A. D., **Nugraheni, W. P.**, Suryati, T., Rachmawati, T., Yunitawati, D., Mubasyiroh, R., Ardani, I., & Kusnali, A. (2024). National Health Insurance Role in Hospital Utilisation in Disadvantaged Areas: Evidence from Indonesia. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 31(6), 205–216. <https://doi.org/10.21315/mjms2024.31.6.16>
- Zhang, X., & Saltman, R. (2022). Impact of Electronic Health Record Interoperability on Telehealth Service Outcomes. *JMIR Medical Informatics*, 10(1), 1–9. <https://doi.org/10.2196/31837>

DAFTAR SINGKATAN

SKI	: Survei Kesehatan Indonesia
SDM	: Sumber Daya Manusia
OSS	: <i>Online Single Submission</i>
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
JPS-BK	: Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan
Askeskin	: Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin
Jamkesmas	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
KSO	: Kerja Sama Operasional
BPJS Kesehatan	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan
INA-CBGs	: <i>Indonesian Case Base Groups</i>
AI	: <i>Artificial Intelligence</i>
3T	: Tertinggal, Terdepan, Terluar
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
PBI	: Penerima Bantuan Iuran
DJSN	: Dewan Jaminan Sosial Nasional
BRIN	: Badan Riset dan Inovasi Nasional

DAFTAR CAPAIAN DALAM BIDANG IPTEK, RISET, DAN INOVASI

Karya Tulis Ilmiah

- | | | |
|----|--------------------------------|---------|
| 1. | Buku Nasional | 2 buah |
| 2. | Bagian dari Buku Internasional | 1 buah |
| 3. | Bagian dari Buku Nasional | 8 buah |
| 4. | Jurnal Internasional | 42 buah |
| 5. | Jurnal Nasional | 14 buah |
| 6. | Prosiding Internasional | 3 buah |

Kekayaan Intelektual

- | | | |
|----|-----------|---------|
| 7. | Hak Cipta | 10 buah |
|----|-----------|---------|

DAFTAR CAPAIAN DALAM BIDANG IPTEK, RISET, DAN INOVASI

Karya Tulis Ilmiah

Buku Nasional

1. **Nugraheni, W. P.** (2017). *Dampak Program Jaminan Kesehatan Nasional Terhadap Ekuitas Akses Layanan Rawat Inap Rumah Sakit*. Disertasi Program Doktor Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
2. **Nugraheni, W. P.**, Lestyoningrum, S. D., Kusnali, A., Faisal, D. R., Kurniasih, D. A. A., Rachmat, B., Purwatiningsih, Y., & Paramashanti, B. A. (2025b). *Public Private Mix Dalam Layanan Kesehatan* (I. P. Sudayasa & Asriati (eds.)). Eureka Media Aksara.

Bagian dari Buku Internasional

3. Kusnali, A., **Nugraheni, W. P.**, Idris, H., Budiman, H., & Akhmaddhian, S. Disaster Housing Rights in Indonesia: Bridging Legal Norms and Public Health Realities. In Joseph, L. (Ed.), *Housing Vulnerability and Disaster Risk in the Global South*. IGI Global Scientific Publishing. <https://doi.org/10.4018/979-8-3373-5253-4.ch002>

Bagian dari Buku Nasional

4. **Nugraheni, W. P.** (2024a). Control Budget. In Asriati & Rahmawati (Eds.), *Manajemen Program Kesehatan* (hal. 113–142). Eureka Media Aksara.
5. **Nugraheni, W. P.** (2024b). Isu-Isu Masa Depan Manajemen Kesehatan. In Suhadi & I. P. Sudayasa (Eds.), *Manajemen Kebijakan Pelayanan Kesehatan* (hal. 251–276). Eureka Media Aksara.

6. **Nugraheni, W. P.** (2024c). Kebijakan Ekonomi Kesehatan di Indonesia. In Y. L. Samodra (Ed.), *Ekonomi Kesehatan* (hal. 1–25). Future Science Publisher.
7. **Nugraheni, W. P.** (2025a). Antropologi dan Ekonomi Kesehatan. In Y. L. Samodra (Ed.), *Antropologi Kesehatan dan Kebugaran* (hal. 37–55). Future Science Publisher.
8. **Nugraheni, W. P.** (2025b). Beradaptasi Strategis Terhadap Kebijakan Baru di Bidang Pelayanan Kesehatan dan Pembiayaan Kesehatan. In Asriati & I. M. A. Kasman (Eds.), *Regulasi, Hukum dan Kebijakan Kesehatan* (hal. 46–66). Eureka Media Aksara.
9. **Nugraheni, W. P.** (2025c). Karakteristik Industri dan Layanan Kesehatan. In A. S. Nasution (Ed.), *Ekonomi dan Pembiayaan Kesehatan* (hal. 33–50). Future Science Publisher.
10. **Nugraheni, W. P.** (2025d). Sistem Pembayaran di Fasilitas Kesehatan. In Asriati & I. M. A. Kasman (Eds.), *Asuransi dan Jaminan Kesehatan* (hal. 141–162). Eureka Media Aksara.
11. **Nugraheni, W. P., & Suryati, T.** (2007). *State of Health Inequality: Indonesia*. (hal. 108–113), World Health Organization

Jurnal Internasional

12. Aminde, L. N., **Nugraheni, W. P.**, Mubasyiroh, R., Rachmawati, T., Dwirahmadi, F., Martini, S., Kusumawardani, N., & Veerman, J. L. (2024). Cost-effectiveness analysis of low-sodium potassium-rich salt substitutes in Indonesia: an equity modelling study. *The Lancet Regional Health - Southeast Asia*, 26, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2024.100432>
13. Faisal, D. R., Noveyani, A. E., Purwatiningsih, Y., Lestyoningrum, S. D., Putro, W. G., Mikrajab, M. A., & **Nugraheni, W. P.** (2024). Prevalence and Associated Factors of Children Tuberculosis in Southeast Asia Countries: A Systematic Review. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 31(6), 112–125. <https://doi.org/10.21315/mjms2024.31.6.9>

14. Hartono, R. K., **Nugraheni, W. P.**, Ratih, S. P., Lestari, N. E., Elda, F., Mawarni, D., Tama., T. D., & Deniati, N. (2023). The Souteast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 54(2), 379-405
15. Idris, H., **Nugraheni, W. P.**, Rachmawati, T., Kusnali, A., Yulianti, A., Purwatiningsih, Y., Nuraini, S., Susianti, N., Faisal, D. R., Arifin, H., & Maharani, A. (2024). How Is Telehealth Currently Being Utilized to Help in Hypertension Management within Primary Healthcare Settings? A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(1), 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph21010090>
16. Juhairiyah, J., Ridha, M. R., Indriyati, L., Yudhastuti, R., Garjito, T. A., Hidajat, M. C., **Nugraheni, W. P.**, Hidayah, N., Isnawati., & Jassey, B (2025). Implementation of Insecticide for Fogging and Larvicidation in Dengue Fever Control and Its Impact on Vector Resistance in Banjarmasin City: A Qualitative Analysis. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, 17(2), 99-109. <https://doi.org/10.20473/jkl.v17i2.2025.99-109>
17. Kurniasih, D. A. A., Paramashanti B. A., **Nugraheni, W. P.**, Puspita T., Rachmat, B., & Faisal D. R. (2025). Factors associated with intention to quit smoking in Indonesia: findings from a cross-sectional Global Adult Tobacco Survey. *Korean Journal of Family Medicine*, 1-7. <https://doi.org/10.4082/kjfm.25.0016>
18. Kusnali, A., **Nugraheni, W. P.**, Mubasyiroh, R., Latifah, L., Laksono, A. D., Warouw, T. S., Rachmawati, T., Ardani, I., & Yunitawati, D. (2026). Urban-rural disparities in primary health care utilization in Indonesia: a cross-sectional study. *Korean Journal of Family Medicine*, 1-8. <https://doi.org/10.4082/kjfm.25.0092>
19. Laksono, A. D., **Nugraheni, W. P.**, Ipa, M., Rohmah, N., & Wulandari, R. D. (2023). The role of government-run insurance in primary health care utilization: a cross-sectional study in Papua Region, Indonesia, in 2018. *International Journal of Social*

Determinants of Health and Health Services, 53(1), 85–93.
<https://doi.org/10.1177/00207314221129055>

20. Laksono, A. D., **Nugraheni, W. P.**, Rohmah, N., & Wulandari, R. D. (2022). Health insurance ownership among female workers in Indonesia: does socioeconomic status matter? *BMC Public Health*, 22(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14189-3>
21. Laksono, A. D., Wulandari, R. D., **Nugraheni, W. P.**, Nandini, N., & Sutarsa, I. N. (2025). Regional Inequalities of National Health Insurance Enrollment in Indonesia in 2019. *Journal of Public Health and Development*, 23(2), 58–69. <https://doi.org/10.55131/jphd/2025/230205>
22. Lestyoningrum, S. D., Noveyani, A. E., Putro, W. G., Faisal, D. R., Purwatiningsih, Y., Mikrajab, M. A., & **Nugraheni, W. P.** (2025). The Cost of Treatment for Pediatric Tuberculosis Patients: a Cross-Sectional Study. *Indonesian Journal of Health Administration*, 13(2), 142–151. <https://doi.org/10.20473/jaki.v13i2.2025.142-151>
23. Lestyoningrum, S. D., Noveyani, A. E., Faisal, D. R., **Nugraheni, W. P.**, Nuraini, S., Pawitaningtyas, I., & Putri, L. M. (2026). Factors associated with lymphatic filariasis in Indonesia. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 37, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2025.102277>
24. Mboi, N., Syailendrawati, R., Ostroff, S. M., Elyazar, I. R. F., Glenn, S. D., Rachmawati, T., **Nugraheni, W. P.**, Ali, P. B., Trisnantoro, L., Adnani, Q. E. S., Agustiya, R. I., Laksono, A. D., Aji, B., Amalia, L., Ansariadi, A., Antriandarti, E., Ardani, I., Ariningrum, R., Aryastami, N. K., ... Mokdad, A. H. (2022). The state of health in Indonesia's provinces, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Global Health*, 10(11), 1632–1645. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00371-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00371-0)
25. Misnaniarti, **Nugraheni, W. P.**, Laksono, A. D., Kusnali, A., Ardani, I., Latifah, L., Mubasyiroh, R., Yunitawati, D., & Warouw,

- T. S. (2025). National health insurance membership in Indonesia: Do socio-economic elements matter? *PLOS ONE*, 20(8), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0329781>
26. Nabiha, P. Z., Azizah, R., Zulkarnain, O. F., Rizaldi, M. A., Febriani, A. K., **Nugraheni, W. P.**, & Mahmudah, M. (2023). Risk analysis of temperature, humidity, ventilation, use of mosquito repellent, and smoking behaviour on the incidence of acute respiratory infections (ARI) in Toddlers. *Journal of Air Pollution and Health*, 8(4), 501-516. <https://doi.org/10.18502/japh.v8i4.14543>
 27. **Nugraheni, W. P.**, Ernawaty, E., Hartono, R. K., & Kusuma, D. (2025a). Out-of-pocket costs for child immunization in Indonesia: Can national health insurance truly protect families? *International Journal of Healthcare Management*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/20479700.2025.2545222>
 28. **Nugraheni, W. P.**, Hartono, R. K., & Thabrany, H. (2022). The Experience of Health Services in Handling Covid-19 Pandemic in Nine Provinces of Indonesia. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 16(1), 1237-1250. <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v16i1.17665>
 29. **Nugraheni, W. P.**, Hidayat, B., Nadjib, M., Pambudi, E., Kosen, S., Trihandini, I., & Thabrany, H. (2018). Impact Evaluation of National Health Insurance toward Access Hospital Inpatient Care in Indonesia. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 9(1), 196-200. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2018.00118.3>
 30. **Nugraheni, W. P.**, Laksono, A. D., Kusnali, A., Latifah, L., Ardani, I., Researcher, J., Mubasyiroh, R., Yunitawati, D., Warouw, T. S., & Rachmawati, T. (2026a). Expanding national health insurance coverage in Indonesia's remote areas: who should be prioritized? *Rural and Remote Health*, 26(9761), 1-8. <https://doi.org/10.22605/RRH9761>

31. **Nugraheni, W. P.**, Lestyoningrum, S. D., Pawitaningtyas, I., Nuraini, S., Putri, L. M., Ristiyanto, & Milcent, C. (2025c). The Hidden Economic Burden of Leptospirosis: Healthcare Costs and Patient Impact. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 13(1), 98–109. <https://doi.org/10.20473/jaki.v13i1.2025.98-109>
32. **Nugraheni, W. P.**, Lestyoningrum, S. D., Ristiyanto, Putro, W. G., Pawitaningtyas, I., Nuraini, S., Putri, L. M., Faisal, D. R., Noveyani, A. E., & Mikrajab, M. A. (2024a). Economic Loss of Leptospirosis: Is It Still Appropriate to be Tropical Neglected Zoonosis Disease? *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 19(5), 61–69. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v19isp1.1098>
33. **Nugraheni, W. P.**, Mubasyiroh, R., & Hartono, R. K. (2020b). The influence of Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) on the cost of delivery services in Indonesia. *PLoS ONE*, 15(7), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235176>
34. **Nugraheni, W. P.**, Nuraini, S., Garjito, T. A., Pawitaningtyas, I., Lestyoningrum, S. D., Putri, L. M., Nursafingi, A., Kusnali, A., Noveyani, A. E., & Dhewantara, P. W. (2026b). Assessing the epidemiological and economic impact of dengue from 1990 to 2021 in Indonesia. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 38, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2026.102303>
35. **Nugraheni, W. P.**, Nuraini, S., & Hartono, R. K. (2022). The Effect of the Covid-19 Pandemic on the Utilization and Catastrophic Costs of National Health Insurance. *Health Science Journal of Indonesia*, 13(1), 9-16. <https://doi.org/10.22435/hsji.v13i1.6028>
36. **Nugraheni, W. P.**, Paramashanti, B. A., Kurniasih, D. A. A., Kusnali, A., Nuraini, S., & Faisal, D. R. (2025). Poor and non-poor gaps in antibiotic misuse in Indonesia: A Blinder-Oaxaca decomposition analysis. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 36, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2025.102172>
37. **Nugraheni, W. P.**, Paramashanti B. A., Kurniasih, S. A. A., Lestyoningrum, S. D., Nuraini, S., Faisal, D. R., & Kusnali, A. (2026). Socioeconomic Inequalities in Antibiotic Misuse for

Upper Respiratory Tract Infections in Indonesia: A Concentration Index Decomposition Analysis. Pre-print *BMC Infectious Diseases*, 1-26. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-8765460/v1>

38. **Nugraheni, W. P.**, Paramashanti, B. A., Lestyoningrum, S. D., Kurniasih, D. A. A., & Idris, H. (2025d). Decomposition of socioeconomic inequalities in smoking status in Indonesia: a decade of widening gaps. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 35, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2025.102147>
39. **Nugraheni, W. P.**, Rachmawati, T., Susianti, N., Yulianti, A., Kusnali, A., Nuraini, S., Faisal, D. R., Purwatiningsih, Y., Idris, H., & Arifin, H. (2024b). A decade of telehealth implementation for promotive and preventive care in Indonesia: a scoping review. *Asian Journal of Social Health and Behavior*, 7(3), 123–133. https://doi.org/10.4103/shb.shb_160_24
40. **Nugraheni, W. P.**, Retnaningsih, E., Mubasyiroh, R., & Rachmawati, T. (2023). Effects of the COVID-19 pandemic on cardiovascular disease financing in Indonesia (JKN claims data analysis 2019–2020). *Frontiers in Public Health*, 11, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1148394>
41. **Nugraheni, W. P.**, Zahroh, A. H., & Hartono, R. K. (2021). Best Practice of Hospital Management Strategy to thrive in the National Health Insurance Era. *Indonesian Journal of Health Administration* (Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia), 9(1), 9–22. <https://doi.org/10.20473/jaki.v9i1.2021.9-22>
42. **Nugraheni, W. P.**, Zahroh, A. H., Hartono, R. K., Nugraha, R. R., & Chun, C. B. (2020c). National Health Insurance Deficit in Indonesia: Identification of Causes and Solutions for Resolution. *Global Journal of Health Science*, 12(13), 58-66. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v12n13p58>
43. Paramashanti, B. A., Dibley, M. J., Huda, T. M., Nugraheny, E., Suparmi, S., **Nugraheni, W. P.**, Rahmawati, W., & Alam, N. A. (2024a). Caregiver perceptions of complementary feeding in rural

- and urban Indonesia: A qualitative comparative study. *Midwifery*, 138, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104146>
44. Paramashanti, B. A., **Nugraheni, W. P.**, Faisal D. R., Puspita T., & Rachmat, B. (2025). Determinants of electronic cigarette use in Indonesia: Results from the 2021 Global Adult Tobacco Survey. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 14, 25-31. https://doi.org/10.4103/WHO-SEAJPH.WHO-SEAJPH_34_25
 45. Paramashanti, B. A., Nugraheny, E., Suparmi, S., Afifah, T., **Nugraheni, W. P.**, Lestyoningrum, S. D., Tumaji, T., Sulistiyowati, N., Masitoh, S., Rahayu, H. K., & Afifah, E. (2024b). Breastfeeding Status and Infectious Diseases among Children Aged 6–23 Months in Indonesia Abstract. *Asian Journal of Social Health and Behavior*, 7, 149–156. https://doi.org/10.4103/shb.shb_70_24
 46. Paramashanti, B. A., Nugraheny, E., Suparmi, S., Afifah, T., **Nugraheni, W. P.**, Purwatiningsih, Y., Oktarina, O., Mikrajab, M. A., Afifah, E., & Paratmanitya, Y. (2024c). Social determinants and socioeconomic inequities in adherence to antenatal iron-folic acid supplementation in urban and rural Indonesia. *Rural and Remote Health*, 24(4), 1-11. <https://doi.org/10.22605/RRH8722>
 47. Ridha, M. R., Yudhastuti, R., Garjito, T. A., Hidajat, M. C., Juhairiyah, J., Indriati, L., Rahayu, N., Diyanah, K. C., Jassey, B., Yahya, Y., Fajriannor, M., Hidayah, N., **Nugraheni, W. P.**, & Rahman, A. A. (2025). Incidence Trend and Climate Influence on Dengue Fever in Banjarmasin, Indonesia: A Path Analysis Approach. *Journal of Health Science and Medical Research*, 1-12. <https://doi.org/10.31584/jhsmr.20251231>
 48. Senewe, F. P., Laksono, A. D., Massie, R. G. A., Latifah, L., Nuraini, S., Agustiya, R. A., Propiona, J. K., & **Nugraheni, W. P.** (2025). Institutional Delivery in the Philippines: Does a Minimum of 8 Antenatal Care Visits Matter? *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 58, 44-51. <https://doi.org/10.3961/jpmph.24.245>

49. Wahidin, M., **Nugraheni, W. P.**, & Nurlaela, N. (2020). Cervical Cancer Screening Financing in Bogor City, West Java, 2018. *Advances in Health Sciences Research*, 22, 541–545. <https://doi.org/10.2991/ahsr.k.200215.104>
50. Wulandari, R. D., Laksono, A. D., **Nugraheni, W. P.**, Suryati, T., Latifah, L., Yunitawati, D., Mubasyiroh, R., Ardani, I., Kusnali, A., & Alruwaili, A. S. (2025). Hospital inpatient in Indonesia: Does national health insurance matter? *Clinical Epidemiology and Global Health*, 35, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2025.102155>
51. Wulandari, R. D., Latifah, L., Laksono, A. D., **Nugraheni, W. P.**, Suryati, T., Rachmawati, T., Yunitawati, D., Mubasyiroh, R., Ardani, I., & Kusnali, A. (2024). National Health Insurance Role in Hospital Utilisation in Disadvantaged Areas: Evidence from Indonesia. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 31(6), 205–216. <https://doi.org/10.21315/mjms2024.31.6.16>
52. Wurisasuti, T., Suryaputri, I. Y., Mubasyiroh, R., & **Nugraheni, W. P.** (2025). Role of common mental disorders in uncontrolled hypertension: a longitudinal study in Bogor City, Indonesia. *Korean Journal of Family Medicine*. 1-8. <https://doi.org/10.4082/kjfm.24.0026>
53. Yunitawati, D., Laksono, A. D., Wulandari, R. D., Latifah, L., Effendi, D. E., Hidayat, T., **Nugraheni, W. P.**, & Batangan, D. B. (2025). Socioeconomic Roles in Cesarean Section Delivery in the Philippines: A Secondary Analysis of the 2022 National Demographic and Health Survey. *Nurse Media Journal of Nursing*, 15(2), 282-294. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v15i2.70599>

Jurnal Nasional

54. Kazwaini, M. & **Nugraheni, W. P.** (2014). Evaluasi Sistem Surveilans Ibu Hamil, Bayi dan Balita di Puskesmas Unit I, Puskesmas Moyo Hulu dan Dinas Kesehatan Kabupaten

- Sumbawa. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 17(1), 1-7. <https://doi.org/10.22435/bpsk.v17i1Jan.3569>
55. Laksmiarti, T., & **Nugraheni, W. P.** (2014). Analisis Kebijakan Pembiayaan Kesehatan di Kabupaten Kepulauan Aru (Policy Analysis: Health Financing in Aru Island). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 16(3), 321–329.
56. Mukhlisa, M. N., Haryani, W., Yoga, I., Estetika, R., & **Nugraheni, W. P.** (2020). Assessing Promotive and Preventive Programs Efficiency in Indonesia: A Data Envelopment Analysis and Qualitative Approach. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 23(2), 108–114.
57. **Nugraheni, W. P.** (2004). Persiapan Puskesmas Bandarjaya Menjadi Unit Swadana. *Indonesian Bulletin of Health Research*, 32(4), 163-177
58. **Nugraheni, W. P.**, & Hartono, R. K. (2017a). Analisis Pola Layanan Kesehatan Rawat Jalan pada Tahun Pertama Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). *Media Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*, 27(1), 9–16. <https://doi.org/10.22435/mpk.v27i1.6000.9-16>
59. **Nugraheni, W. P.**, & Hartono, R. K. (2017b). Determinan Pengeluaran Kesehatan Katastropik Rumah Tangga Indonesia Pada Tahun Pertama Implementasi Program JKN. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 45(1), 27–36. <https://doi.org/10.22435/bpk.v45i1.6069.27-36>
60. **Nugraheni, W. P.**, & Hartono, R. K. (2018). Strategi Penguatan Program Posbindu Penyakit Tidak Menular di Kota Bogor. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 9(3), 198–206. <https://doi.org/10.26553/jikm.2018.9.3>
61. **Nugraheni, W. P.**, Hartono, R. K., Situmorang, C., & Thabrany, H. (2022). Pengalaman Indonesia dalam Penanganan Dispute Klaim COVID-19. *Aspirasi: Jurnal Masalah-Masalah Sosial*, 13(1), 59-70

62. **Nugraheni, W. P.**, Jasmariyadi, Suparmi, & Hartono, R. K. (2020a). Analisis Biaya Satuan Program Pendampingan Ibu Hamil. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 23(1), 46–52.
63. **Nugraheni, W. P.**, Laksmiarti, T., & Harimat. (2011). Penilaian Pasien Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) Terhadap Pelayanan Rumah Sakit. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 12(2), 115–125.
64. **Nugraheni, W. P.**, Trihono, & Nurwati, S. (2006). Gambaran Cakupan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal pada Peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin di Provinsi Jawa Barat. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 9(2), 75–81.
65. Trihandoyo, B. & **Nugraheni, W. P.** (2022). Analisis Subsidi Silang Antar Unit Produksi di RSUD Wonogiri. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 5(2), 148-169
66. Trihandoyo, B., Trisnowibowo, H., & **Nugraheni, W. P.** (2001). Pelaksanaan Program Keselamatan dan Kesehatan Kerja pada Sektor Industri dalam Kaitannya dengan Produktivitas Kerja di Kawasan Industri, Kabupaten Serang. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 11(2), 1-13.
67. Widyastuti, N. N., **Nugraheni, W. P.**, Yunis Miko Wahyono, T., & Yovsyah. (2021). Hubungan Status Gizi dan Kejadian Tuberculosis Paru pada Anak Usia 1-5 Tahun di Indonesia (Analisis Data Riskesdas 2018). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 24(2), 89–96. <https://doi.org/10.22435/hsr.v24i2.3793>

Prosiding

68. **Nugraheni, W. P.** & Nuraini, S. (2021). Economic loss due to diseases caused by smoking in the younger generation in Indonesia. *Tobacco Induced Diseases*, 19(1), A61. In 13th Asia Pacific Conference on Tobacco or Health (APACT) 2021, Thailand. <https://doi.org/10.18332/tid/140913>
69. Paramashanti, B. A., Nugraheny, E., Suparmi, S., Afifah, T., **Nugraheni, W. P.**, Purwatiningsih, Y., Oktarina, O., Mikrajab,

- M. A., Affah., A., & Paratmanitya, Y. (2023). Determinants and Inequalities of Adherence to Iron-Folic Acid Supplementation during Pregnancy in Indonesia. In The International Conference on Public Health Proceeding 2023, 8(01), pp. 80-80.
70. Wahidin, M., **Nugraheni W. P.**, & Nurlaela, N. (2020). Cervical Cancer Screening Financing in Bogor City, West Java, 2018. In 4th International Symposium on Health Research (ISHR 2019). Atlantis Press. 2020; pp. 541-544.

Kekayaan Intelektual

Hak Cipta

71. Hak Cipta Buku Potret Pembiayaan Kesehatan di Indonesia Timur, 2014
72. Hak Cipta Buku Kinerja Pembangunan Kesehatan di Indonesia, 2020
73. Hak Cipta Buku Ekonomi Kesehatan, Nomor EC002024186505, 14 September 2024
74. Hak Cipta Buku Manajemen Kebijakan Pelayanan Kesehatan, Nomor EC00202472915, 27 Juli 2024
75. Hak Cipta Buku Ekonomi dan Pembiayaan Kesehatan, Nomor EC002025037948, 11 April 2025
76. Hak Cipta Buku Public Private Mix dalam Layanan Kesehatan, Nomor EC002025047211, 8 Mei 2025
77. Hak Cipta Buku Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat, Nomor EC002025089989, 15 Juli 2025
78. Hak Cipta Buku Regulasi, Hukum, dan Kebijakan Kesehatan, Nomor EC002025093242, 19 Juli 2025
79. Hak Cipta Buku Antropologi Kesehatan dan Kebugaran, Nomor EC002025108673, 9 Agustus 2025

80. Hak Cipta Buku Housing Vulnerability and Disaster Risk in the Global South, 2026

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Data Pribadi

Nama Lengkap	: Dr. Wahyu Pudji Nugraheni, SKM., M.Kes
Tempat, Tanggal Lahir	: Madiun, 07 July 1973
Jenis Kelamin	: Perempuan
Nama Ayah Kandung	: Drs. B. Poedjo Prajitno
Nama Ibu Kandung	: Hajjah Roesmini
Jumlah Anak	: 2
Nama Anak	: 1. Aghadhia Firaz Uno Kusuma 2. Azka Tristan Virsano Kusuma
Nama Unit	: Pusat Riset Kesehatan Masyarakat dan Gizi
Nama Organisasi	: Organisasi Riset Kesehatan
Nama Instansi	: Badan Riset dan Inovasi Nasional
Judul Orasi	: Optimalisasi Kemitraan Pemerintah dengan Swasta Dalam Mempercepat Ekuitas Akses Layanan Kesehatan di Indonesia
Ilmu	: Kesehatan
Bidang	: Kesehatan Masyarakat
Kepakaran	: Pembiayaan dan Manajemen Kesehatan
No. SK Pangkat Terakhir	: 47/II.2/KP/2024, tanggal 1 Maret 2024
No. SK Peneliti Ahli Utama	: 46/M Tahun 2023, tanggal 13 Oktober 2023
Tautan Scopus	: Scopus ID: 57201272608
Tautan Google Scholar	: https://scholar.google.com/citations?user=5x49Lg0AAAAJ&hl=en

B. Pendidikan Formal

No.	Jenjang	Nama Sekolah / PT / Universitas	Kota dan Negara	Tahun Lulus
1.	S-3	Universitas Indonesia	Depok, Indonesia	2017
2.	S-2	Universitas Indonesia	Depok, Indonesia	2002
3.	S-1	Universitas Airlangga	Surabaya, Indonesia	1995
4.	SMA	SMAN II	Madiun, Indonesia	1991
5.	SMP	SMPN I	Madiun, Indonesia	1988
6.	SD	SDN Oro Oro Ombo II	Madiun, Indonesia	1985

C. Pendidikan Nonformal

No.	Nama Pelatihan / Pendidikan	Tempat / Kota / Negara	Tahun
1.	Training Global Burden of Disease	Yunani	2018
2.	Training of Universal Health Coverage	Korea Selatan	2016
3.	Training of In-equality of Health	Indonesia	2015
4.	Training on Social Health Insurance	Korea Selatan	2013
5.	Training of Health Equity	Vietnam	2012
6.	Training of Trainer District Health Account	Indonesia	2012
7.	Training on Sains and Technology Writing Skill	Singapore	2010
8.	Training on Development Research Proposal		2004
9.	Training on Cost Of Illness	Thailand	2003

No.	Nama Pelatihan / Pendidikan	Tempat / Kota / Negara	Tahun
10.	The 1 st International Course on Clinical Epidemiology and Public Health Research	Jakarta	2002
11.	Training on Development Research Proposal	Singapore	2001

D. Jabatan Struktural

No.	Jabatan Pekerjaan	Nama Instansi	Tahun
1.	Kepala Pusat Riset Kesehatan Masyarakat dan Gizi	Pusat Riset Kesehatan Masyarakat dan Gizi, Organisasi Riset Kesehatan, BRIN	2022 - sekarang

E. Jabatan Fungsional

No.	Jenjang Jabatan	TMT Jabatan
1.	Peneliti Ahli Utama/	13 Oktober 2023
2.	Peneliti Ahli Madya/IVa	1 Mei 2021
3.	Peneliti Muda	1 April 2012
4.	Asisten Peneliti Muda	1 Agustus 2002

F. Penugasan Khusus Nasional/Internasional

No	Jabatan/Pekerjaan	Pemberi Tugas	Tahun
1.	Short Course Social Health Insurance di Korea Selatan	Kepala Pusat Penelitian Pelayanan Kesehatan dan Humaniora Kemenkes RI - KOFIH Internasional Korea	2013

No	Jabatan/Pekerjaan	Pemberi Tugas	Tahun
2.	Joint Learning Network Social Health Insurance di Mongolia	CCG JLN Indonesia	2016
3.	Joint Learning Network Social Domestic Resource Mobilization di Washington DC	CCG JLN Indonesia	2017
4.	Keynote Speaker pada Forum Global Conference Lead Exposure Control	Center for Global Development (CGD) - Pure Earth Global	2026
5.	Commissioner Lancet Asia Pacific	Menteri Kesehatan - The Lancet Asia Pacific Regional	2026
6	Keynote Speaker pada APEC Forum Hainan, China	Kepala BRIN - Sekretariat APEC	2026

G. Keikutsertaan dalam Kegiatan Ilmiah

No.	Nama Kegiatan	Peran / Tugas	Penyelenggara (Kota, Negara)	Tahun
1.	Developing A Strategic Financing Model to Address the Burden of Diseases Related to Climate Change	Ketua	BRIN	2025

No.	Nama Kegiatan	Peran / Tugas	Penyelenggara (Kota, Negara)	Tahun
2.	Sustainable Financing Models For Neglected Tropical Diseases (NTD) Control in Endemic Areas	Ketua	BRIN	2025
3	Collaborative Model Development for Optimizing Access to Health Services in Underdeveloped Areas in Indonesia	Anggota	BRIN	2025
4	Development of Community Empowerment Models in The Field of Health in Mitigation and Adaptation of Flood Impact Due to Climate Change	Anggota	BRIN	2025
5	Study of Development of Service Equity Index and Maternal Health Risk Factors in Indonesia	Anggota	BRIN	2025

No.	Nama Kegiatan	Peran / Tugas	Penyelenggara (Kota, Negara)	Tahun
6	CoI Application Development as A Detection Tool for Economic Burden Due to Leptospirosis (An Innovation of Disease Detection Tool from a Health Economics Perspective)	Ketua	BRIN	2024
7	Financing Study of Tuberculosis Prevention Program	Anggota	BRIN	2024
8	Study of Development of Service Equity Index and Risk Factors of Maternal Health in Indonesia	Anggota	BRIN	2024
9	Developing Model of Telehealth in Indonesia	Ketua	WHO	2023
10	Study of Funding for Leptospirosis Control Program in Central Java	Ketua	BRIN	2023
11	Cost of Illness Leptospirosis in Central Java Province	Ketua	BRIN	2022
12	Study of Community Empowerment in Treating Mental Disorders	Anggota	Kemenkes	2021

No.	Nama Kegiatan	Peran / Tugas	Penyelenggara (Kota, Negara)	Tahun
13	Model for Strengthening The Recording and Reporting System for The Application of Medical Device Facilities and Pre-Facilities (ASPAK)	Ketua	Kemenkes	2021
14	Study of The Impact of the Covid-19 Pandemic on the Financing Pattern of Catastrophic Diseases for the JKN Program	Ketua	Kemenkes	2021
15	Global Adult Tobacco Survey Indonesia	Koordinator Provinsi	Kemenkes	2021
16	Study of Covid Financing in Indonesia	Pendamping	Kemenkes	2020
17	Study of Strengthening of Immunization Reporting System	Pendamping	Kemenkes	2020
18	Study of National Health Insurance Deficit in Indonesia	Ketua	Kemenkes	2019

H. Keterlibatan dalam Pengelolaan Jurnal Ilmiah

No.	Nama Jurnal	Penerbit	Peran / Tugas	Tahun
1.	Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat	FKM UNSRI	Mitra Bestari	2020 – sekarang
2.	Frontiers in Public Health	Frontiers Media S.A	Reviewer	2020 – sekarang
3.	BMC Public Health	BioMed Central	Reviewer	2019 – sekarang
4.	Jurnal Kesmas UI	FKM Universitas Indonesia	Reviewer	2021 – sekarang
5.	Plos One	Public Library of Science	Reviewer	2018 – sekarang
6.	International Journal of Population Studies	Accscience Publishing PTE	Reviewer	2024 – sekarang

I. Capaian dalam Bidang Iptek, Riset dan Inovasi

1. Karya Tulis Ilmiah

a) Kualifikasi Karya

No.	Kualifikasi Karya	Jumlah
1.	Buku Internasional	0
2.	Buku Nasional	2
3.	Bagian dari Buku Internasional	1
4.	Bagian dari Buku Nasional	8
5.	Jurnal Internasional	42
6.	Jurnal Nasional	14
7.	Prosiding Internasional	3
8.	Prosiding Nasional	0
9.	Paten Internasional	
	Terdaftar	0
	Tersertifikasi	0

No.	Kualifikasi Karya	Jumlah
10.	Paten Nasional	
	Terdaftar	0
	Tersertifikasi	0
11.	Perlindungan Varietas Tanaman (PVT)	0
12.	Rumpun atau Galur Hewan/Ikan/Benih Unggul Tanaman Hutan	0
13.	Hak Cipta	10
14.	Desain Industri	0
15.	Desain dan Tata Letak Sirkuit Terpadu	0
16.	Transaksi Lisensi	0
	Total	80

b) Kualifikasi Penulis

No.	Kualifikasi Penulis	Jumlah
1.	Penulis Tunggal	2
2.	Penulis Bersama Penulis Lainnya	68
	Total	70

c) Kualifikasi Bahasa

No.	Kualifikasi Bahasa	Jumlah
1.	Bahasa Indonesia	22
2.	Bahasa Inggris	48
3.	Bahasa Lainnya	-
	Total	70

2. Kekayaan Intelektual

No.	Kualifikasi Karya	Jumlah
1.	Paten Internasional	
	Terdaftar	0
	Tersertifikasi	0
2.	Paten Nasional	
	Terdaftar	0

No.	Kualifikasi Karya	Jumlah
	Tersertifikasi	0
3.	Perlindungan Varietas Tanaman (PVT)	0
4.	Rumpun atau Galur Hewan/Ikan/Benih Unggul Tanaman Hutan	0
5.	Hak Cipta	10
6.	Desain Industri	0
7.	Desain dan Tata Letak Sirkuit Terpadu	0
	Total	10

3. Kerjasama Bersama Mitra

No	Kualifikasi Karya	Jumlah
1.	Transaksi Lisensi	0

J. Pembinaan Kader Ilmiah

Pejabat Fungsional Peneliti dan Perekayasa

No	Nama	Instansi	Peran/Tugas	Tahun
1.	Diah Evasari Husnul Khotimah, Ph.D	BRIN	Pembina CASN	2025

Mahasiswa

No	Nama	Instansi	Peran/Tugas	Tahun
1.	Dian Pratama Pratiwi Putri	Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga	Pembimbing Program S3	2023

K. Organisasi Profesi Ilmiah

No.	Jabatan	Nama Organisasi	Tahun
1.	Anggota	Perhimpunan Peneliti Indonesia	2018 - sekarang
2.	Anggota	APKESI	2013- sekarang

L. Tanda Penghargaan

No.	Penghargaan	Nama Organisasi	Tahun
1.	Satyalancana Karya Satya X Tahun	Presiden Republik Indonesia.	2024
2.	Penulis Artikel Ilmiah Berkualitas Tinggi	RISTEK-BRIN	2020
3	Bakti Karya Husada Dwi Windu	Kementerian Kesehatan	2015

Kesenjangan akses layanan kesehatan masih menjadi tantangan serius di Indonesia, terutama antara wilayah perkotaan dan daerah terpencil. Keterbatasan kapasitas fiskal pemerintah, distribusi tenaga medis yang tidak merata, serta kompleksitas geografis menuntut solusi sistemik yang melampaui kemampuan sektor publik semata. Buku ini menawarkan gagasan komprehensif tentang optimalisasi kemitraan pemerintah dengan swasta sebagai strategi kunci untuk mempercepat ekuitas akses layanan kesehatan.

Berdasarkan pengalaman panjang penulis dalam kajian pembiayaan dan manajemen kesehatan serta implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), buku ini mengulas secara mendalam dinamika kemitraan dari era sebelum dan sesudah JKN hingga transformasi digital saat ini. Penulis merumuskan tiga pilar utama optimalisasi: skema pembiayaan fleksibel yang menggabungkan APBN, investasi swasta, dan insentif berbasis kinerja; digitalisasi layanan melalui telemedisin, rekam medis elektronik, dan interoperabilitas data; serta pendekatan kemitraan yang disesuaikan dengan karakteristik dan kebutuhan spesifik setiap daerah.

Dilengkapi dengan kerangka konseptual dan rekomendasi regulasi yang adaptif, buku ini tidak hanya relevan bagi pembuat kebijakan dan praktisi kesehatan, tetapi juga bagi akademisi yang ingin memahami bagaimana kolaborasi publik-swasta dapat menjadi fondasi bagi sistem kesehatan Indonesia yang lebih inklusif, berkeadilan, dan berkelanjutan.

