

Masa Depan JKN Menuju UHC

Tergantung Penguasa yang TIDAK
BERPIHKAK pada Kesehatan

Hasbullah Thabraney

Center for Health Economics and Policy Studies

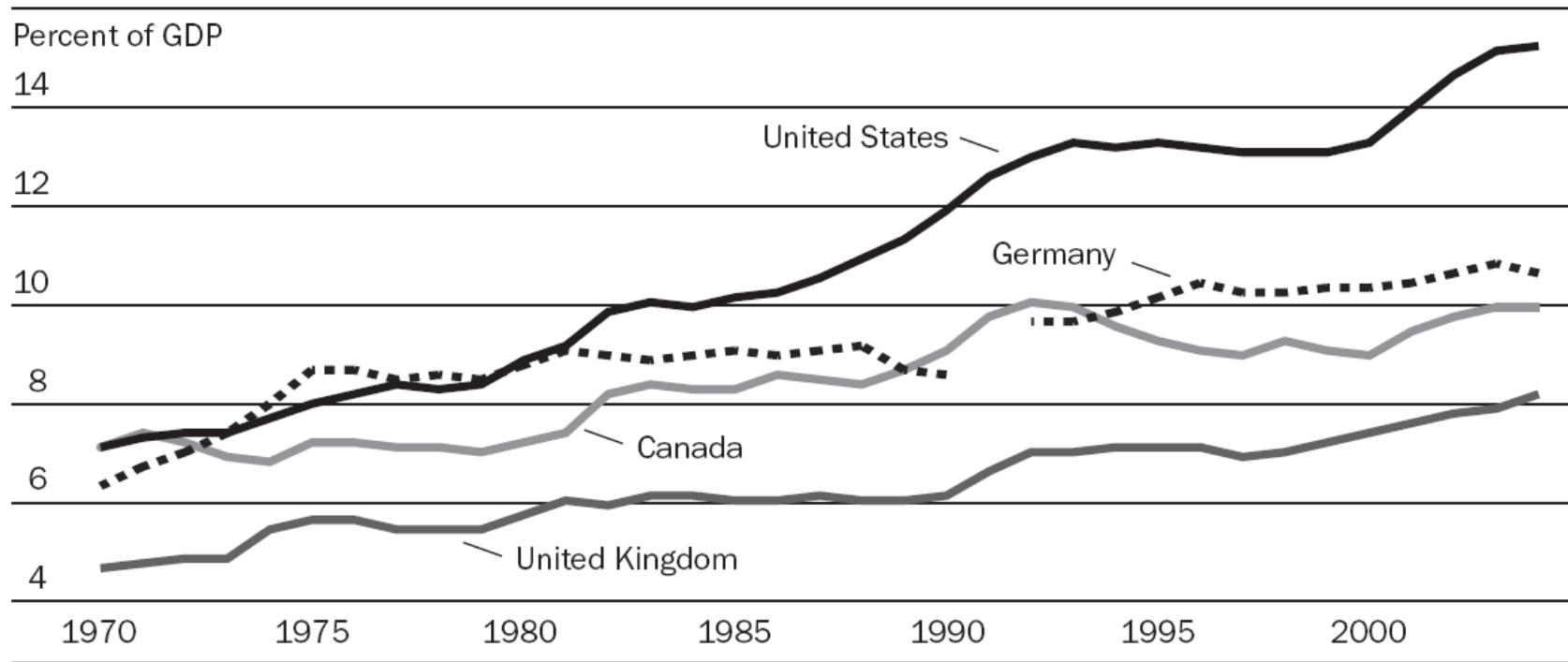
*Universitas Indonesia and Senior Health Financing Adviser to
the DJSN, the National Social Security Council*

Surabya 23 Maret 2018

Personal view, hasbullah.thabraney@gmail.com

Wrong HC Financing System Leads to Expensive Future Health Care

Health Spending As A Share Of Gross Domestic Product (GDP) In Four Selected High-Income Countries, 1970–2004



DATA BANK DUNIA

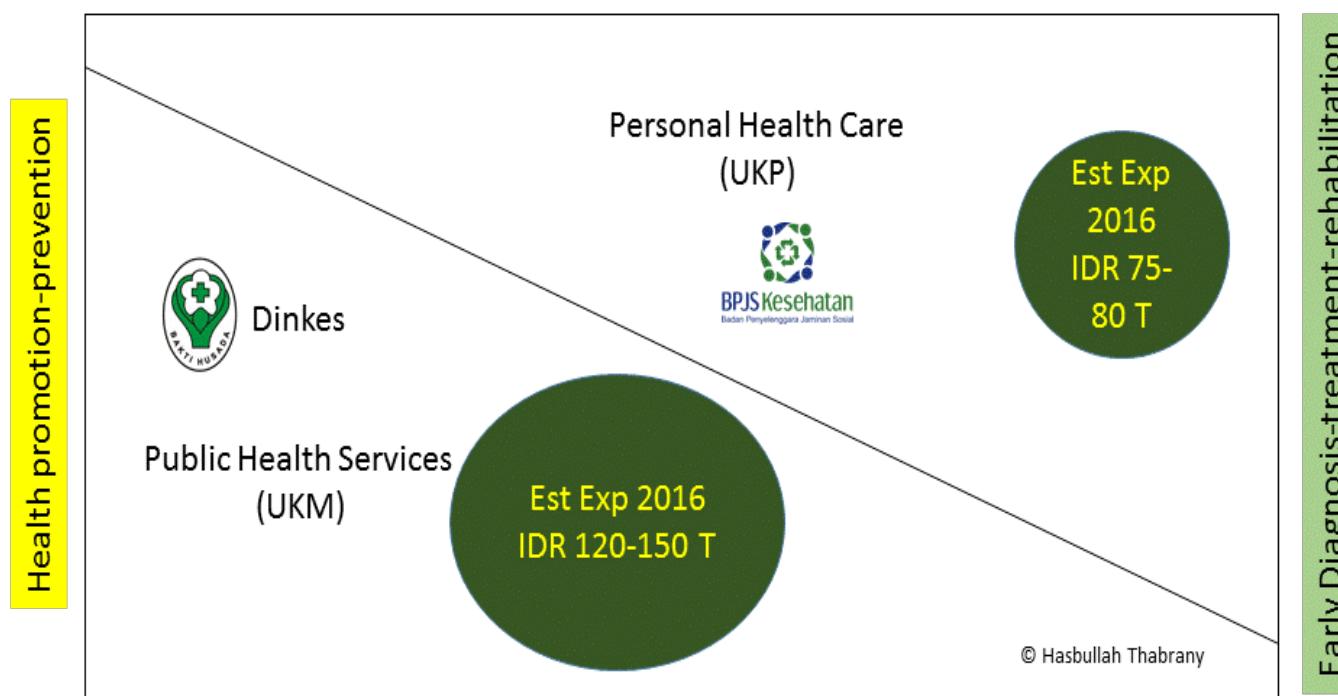
Negara	PDB per Kapita (US\$)	Kesehatan per Kapita (US\$)	Dari Pemtah & BPJS (US\$)
Uzbekistan	2.037	124	66
Vietnam	2.052	142	77
Papua Nugini	2.268	92	75
Filipina	2.873	135	46
Ukraina	3.105	203	103
Morocco	3.187	190	64
Egypt	3.366	178	68
Indonesia	3.500	99	37
Sri Lanka	3.853	127	71
Tunisia	4.329	305	173
Jordan	4.831	359	250

Fakta Objektif

—
Belanja
Kesehatan
PUBLIK
(Pemerintah +
BPJS) /Capita/
Tahun 2014,
Indonesia
yang
TERENDAH

Pembagian Tugas: UU No 36/2009

Division of Labors in the National Health System –
some overlapping “purchases” occurred



BELANJA KESEHATAN INDONESIA 2010-2015, DALAM RP TRILIUN, NATIONAL HEALTH ACCOUNT DATA

Financing Agents (Rp Triliun)	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Belanja Kesehatan Publik	73.5	83.1	101.4	121.1	156.2	194.8
Kementerian Kesehatan	12.2	13.2	16.6	18.0	18.5	22.1
Kementerian/Lembaga Lainnya	3.7	3.9	4.0	4.9	4.4	4.5
Pemerintah Provinsi	14.5	16.1	19.4	22.7	26.5	32.2
Pemerintah Kab/Kota	31.6	35.2	43.9	51.5	57.8	71.3
Dana Jaminan Sosial/BPJS	11.5	14.7	17.4	24.0	49.0	64.6
Belanja Kesehatan Swasta	161.5	178.6	189.4	201.9	218.4	232.7
Asuransi Swasta	5.3	4.4	5.4	6.5	6.3	7.3
OOP, Out of Pocket.	131.5	144.1	150.9	157.6	171.2	184.4
LSM	1.7	1.9	2.0	2.1	2.3	2.3
BUMN	6.0	7.3	7.9	8.7	9.6	9.6
Perusahaan Swasta	16.9	21.0	23.3	26.9	29.0	29.0
Lainnya	2.2	2.5	2.7	2.9	3.2	3.2
Total Belanja Kesehatan	237.2	264.2	293.5	325.9	377.8	430.6
Belanja Kesehatan per kapita (Rp)	994,515	1,091,720	1,195,919	1,309,636	1,498,091	1,685,732
Belanja Kesehatan per kapita (US\$)	109	124	127	125	126	126

Belanja kesehatan masih didominasi oleh Sektor Swasta

berasal dari OOP (Out of Pocket) yang merupakan BEBAN TERSEMBUGI

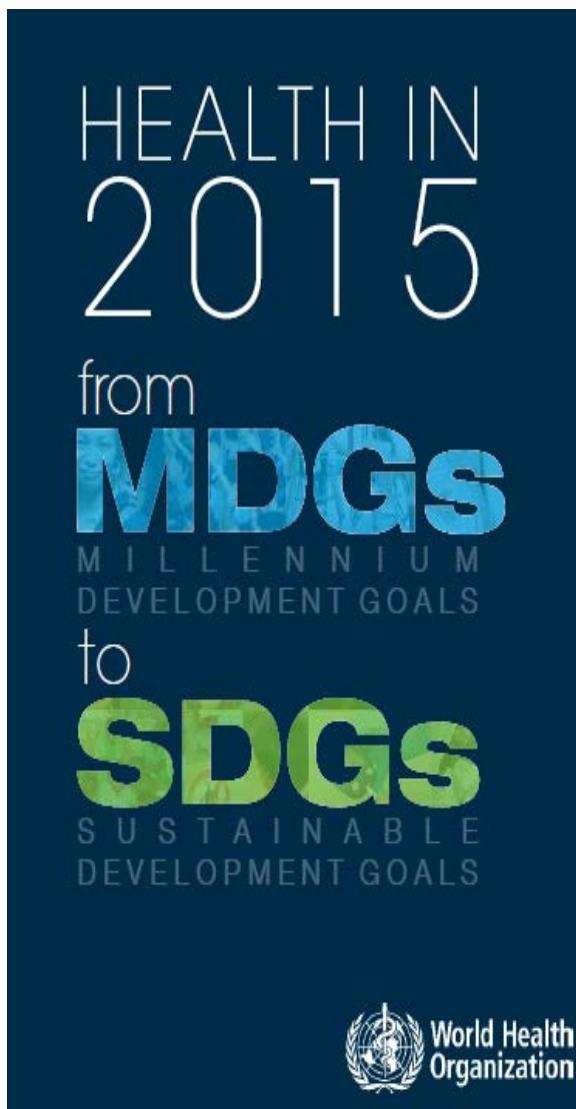
POTENSI NAIKAN IURAN



The 17 SDGs

- 1 End poverty in all its forms everywhere
- 2 End hunger, achieve food security and improved nutrition and promote sustainable agriculture
- 3 Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages
- 4 Ensure inclusive and equitable quality education and promote lifelong learning opportunities for all
- 5 Achieve gender equality and empower all women and girls
- 6 Ensure availability and sustainable management of water and sanitation for all
- 7 Ensure access to affordable, reliable, sustainable and modern energy for all
- 8 Promote sustained, inclusive and sustainable economic growth, full and productive employment and decent work for all
- 9 Build resilient infrastructure, promote inclusive and sustainable industrialization and foster innovation
- 10 Reduce inequality within and among countries
- 11 Make cities and human settlements inclusive, safe, resilient and sustainable
- 12 Ensure sustainable consumption and production patterns
- 13 Take urgent action to combat climate change and its impacts^a
- 14 Conserve and sustainably use the oceans, seas and marine resources for sustainable development
- 15 Protect, restore and promote sustainable use of terrestrial ecosystems, sustainably manage forests, combat desertification, and halt and reverse land degradation and halt biodiversity loss
- 16 Promote peaceful and inclusive societies for sustainable development, provide access to justice for all and build effective, accountable and inclusive institutions at all levels
- 17 Strengthen the means of implementation and revitalize the global partnership for sustainable development

3/19/18

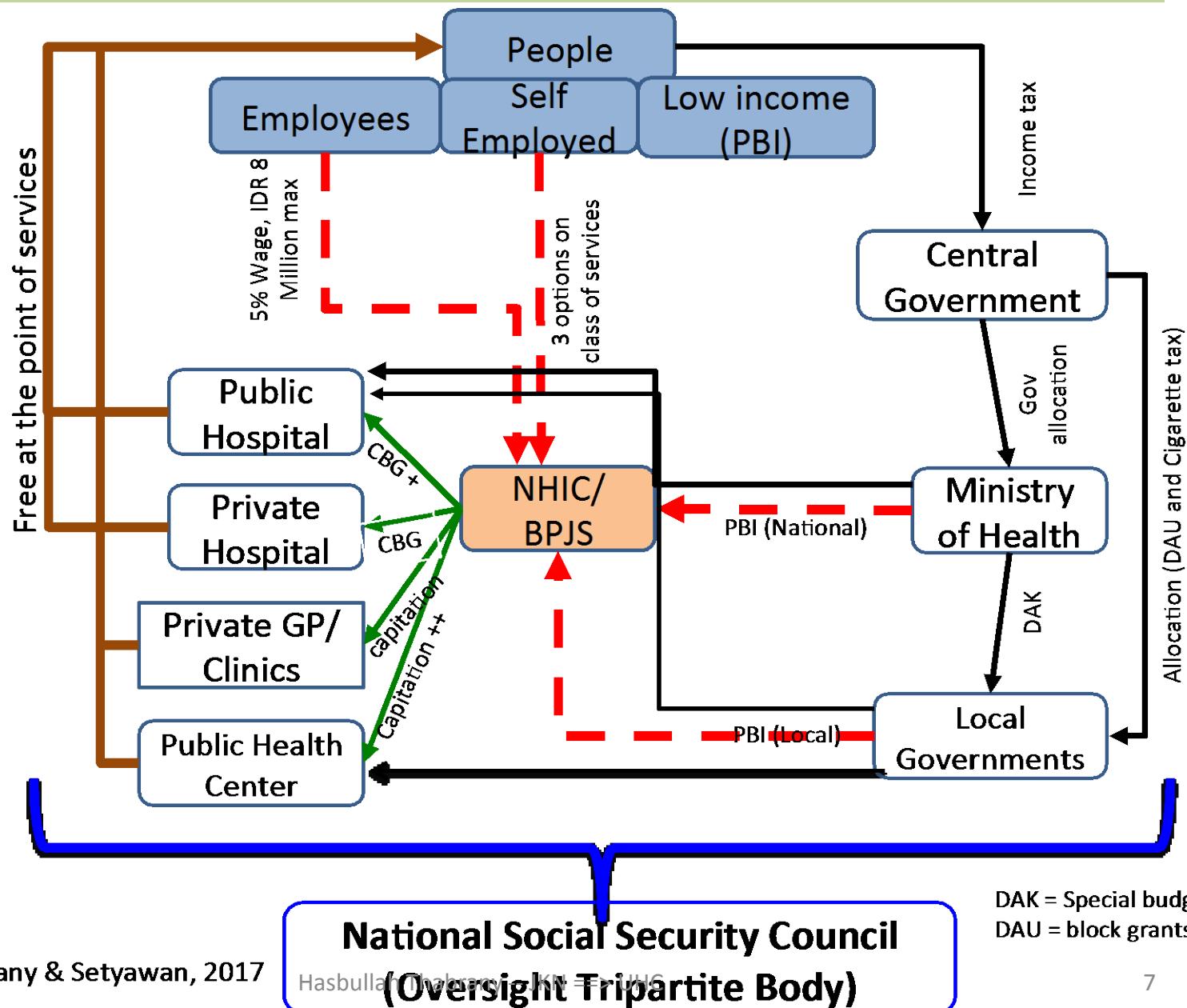


Hasbullah Thabranay -- JKN ==> UHC

Health targets in SDG 3

- 3.1 By 2030, reduce the global maternal mortality ratio to less than 70 per 100 000 live births
- 3.2 By 2030, end preventable deaths of newborns and children under five years of age, with all countries aiming to reduce neonatal mortality to at least as low as 12 per 1000 live births and under-five mortality to at least as low as 25 per 1000 live births
- 3.3 By 2030, end the epidemics of AIDS, tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases and combat hepatitis, waterborne diseases and other communicable diseases
- 3.4 By 2030, reduce by one third premature mortality from noncommunicable diseases through prevention and treatment and promote mental health and well-being
- 3.5 Strengthen the prevention and treatment of substance abuse, including narcotic drug abuse and harmful use of alcohol
- 3.6 By 2020, halve the number of global deaths and injuries from road traffic accidents
- 3.7 By 2030, ensure universal access to sexual and reproductive health-care services, including for family planning, information and education, and the integration of reproductive health into national strategies and programmes
- 3.8 Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all
- 3.9 By 2030, substantially reduce the number of deaths and illnesses from hazardous chemicals and air, water and soil pollution and contamination
- 3.a Strengthen the implementation of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control in all countries, as appropriate
- 3.b Support the research and development of vaccines and medicines for the communicable and noncommunicable diseases that primarily affect developing countries, provide access to affordable essential medicines and vaccines, in accordance with the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health, which affirms the right of developing countries to use to the full the provisions in the Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights regarding flexibilities to protect public health, and, in particular, provide access to medicines for all
- 3.c Substantially increase health financing and the recruitment, development, training and retention of the health workforce in developing countries, especially in least-developed countries and small island developing States
- 3.d Strengthen the capacity of all countries, in particular developing countries, for early warning, risk reduction and management of national and global health risks

Aliran Dana dan layanan dalam JKN





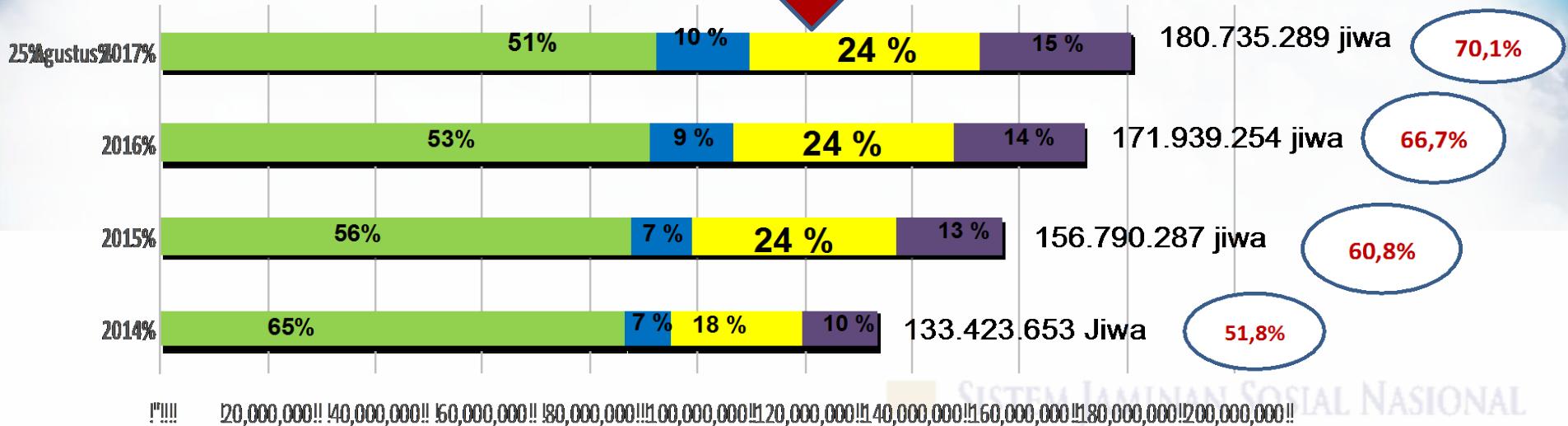
Tujuan JKN

- Meningkatkan akses rakyat yang sakit, dapat berobat, tanpa kendala finansial terapi.
- Mencegah penduduk jatuh miskin akibat BENCANA sakit.
- Meningkatkan kualitas layanan, dengan bayaran “Harga Keekonomian”
- Mewujudkan Kemanusiaan yang Adil dan Beradab dan Keadilan Sosial bagi SELURUH rakyat



Sejauh Mana Sudah Tercapai?

PROPORSI PESERTA PPU TIDAK NAIK



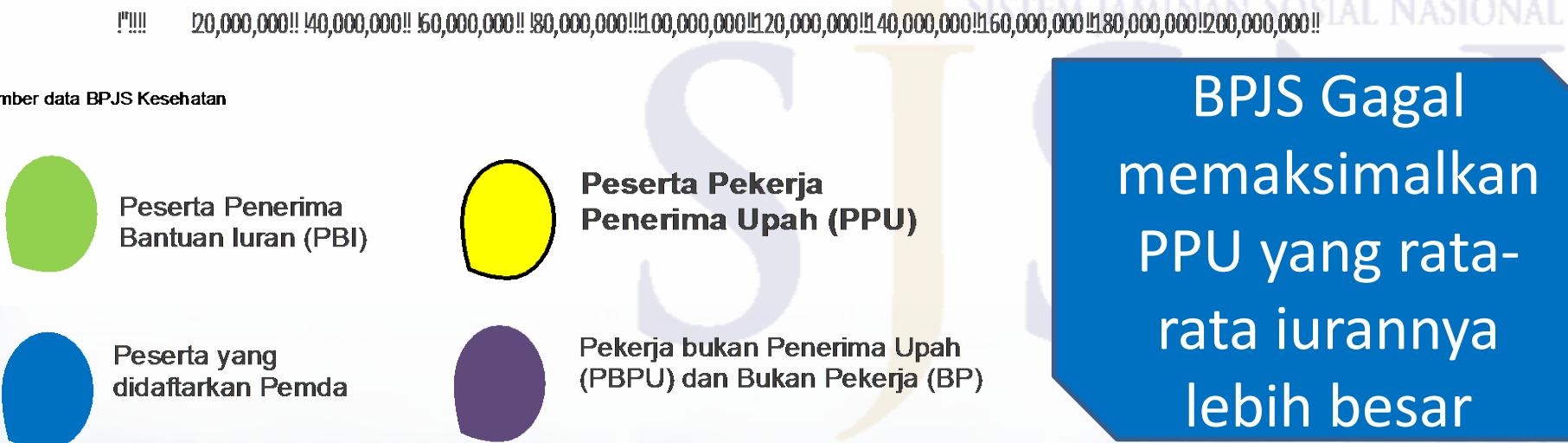
Sumber data BPJS Kesehatan



Peserta Penerima
Bantuan Iuran (PBI)

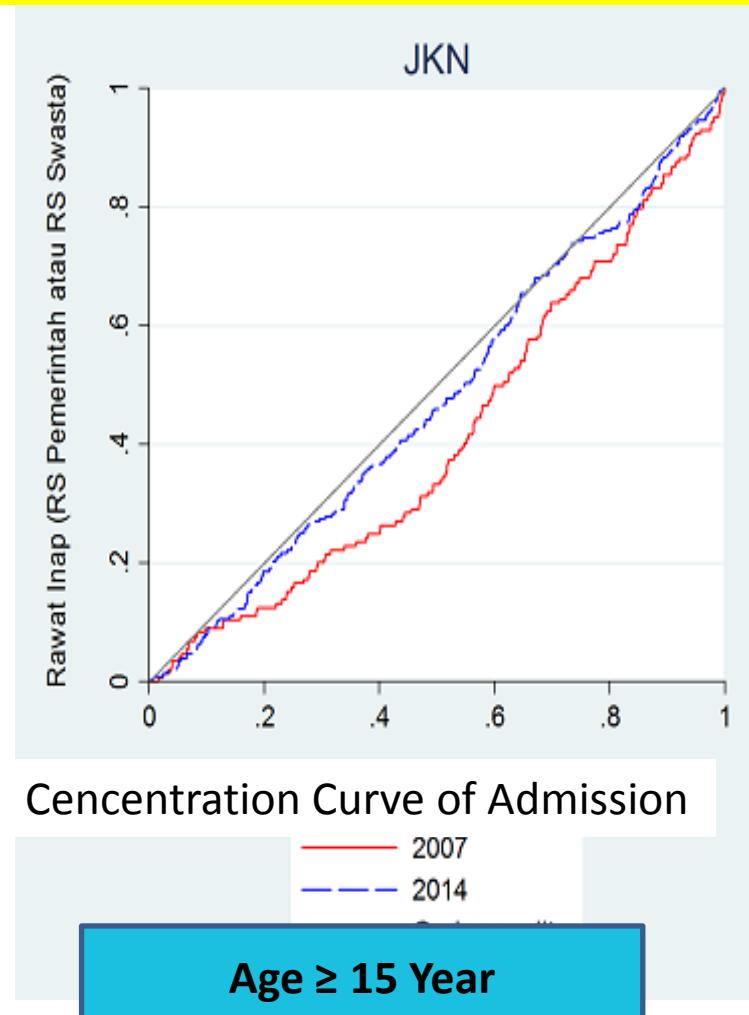
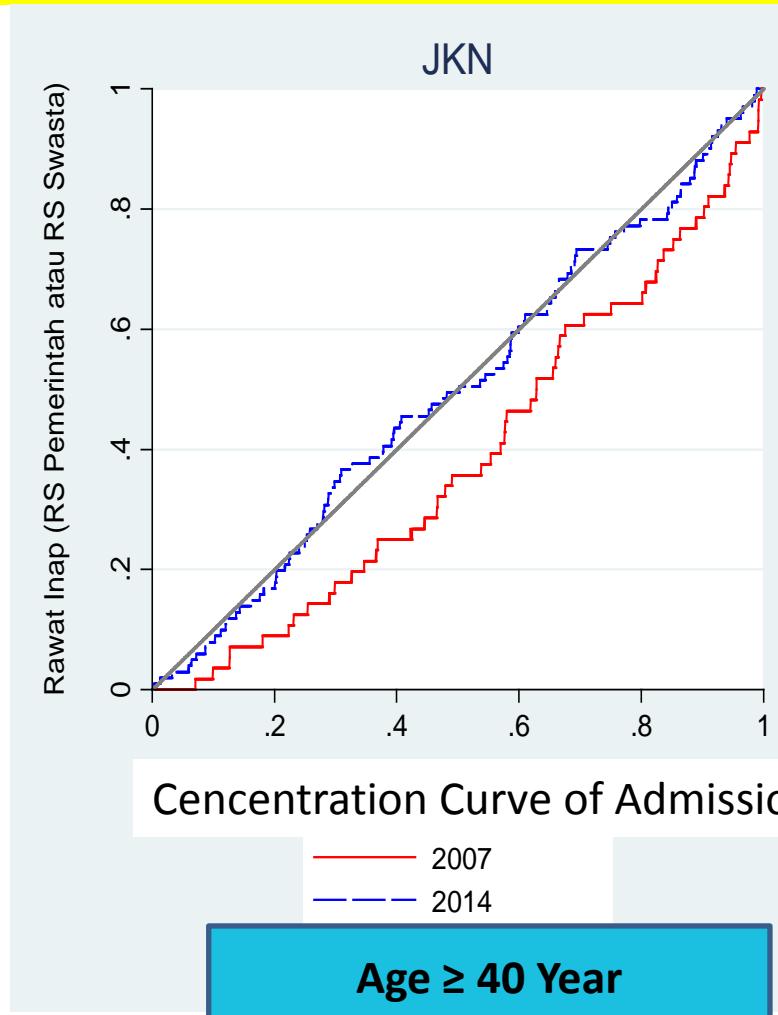


Peserta yang
didaftarkan Pemda



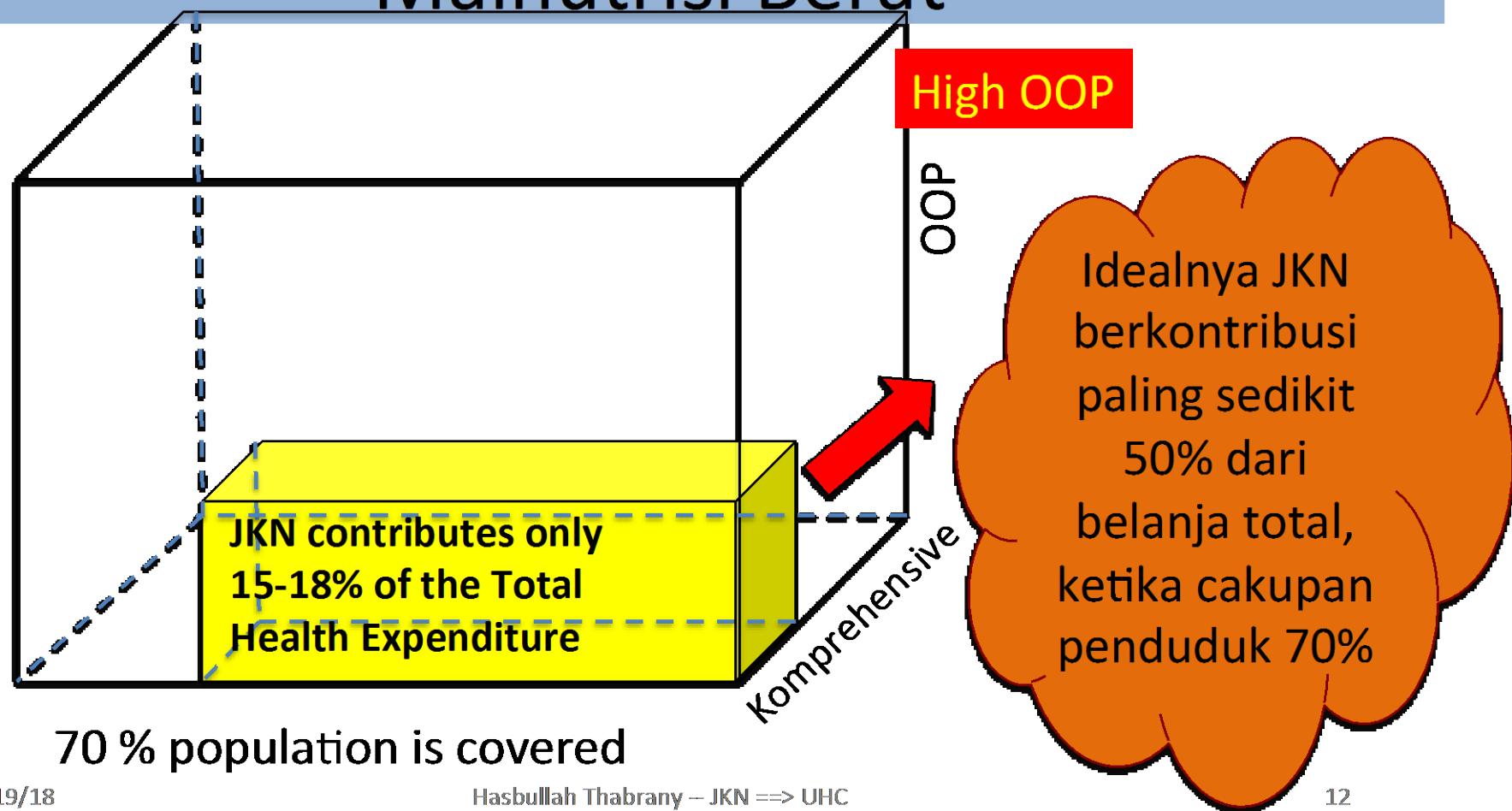
**BPJS Gagal
memaksimalkan
PPU yang rata-
rata iurannya
lebih besar**

JKN Telah Meningkatkan Akses Jauh Lebih Berkeadilan



Fakta Sekarang

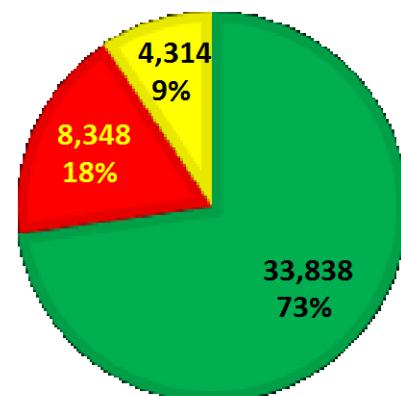
JKN Perlu Masuk ICU—Anemi dan Malnutrisi Berat



Dana JKN Mayoritas Terserap di RS

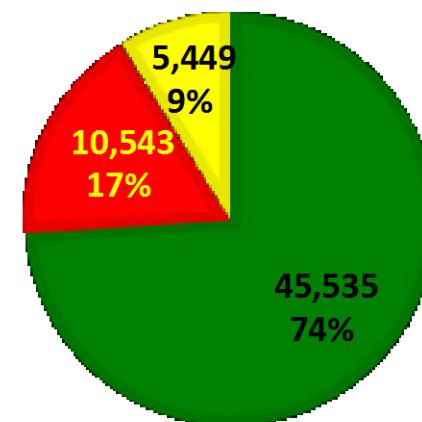
HEALTH CARE COST (IDR B & %) 2014

■ CBGs ■ Capitation ■ Non-CBGs & Non Kapitasi



HEALTH CARE COST (IDR B & %) 2015

■ CBGs ■ Capitation ■ Non-CBGs & Non Kapitasi



Terjadi inefisiensi Alokatif

Data source: Ministry of Health and BPJS Health data)

TERJADI MATURITAS, KENAIKAN ANGKA KLAIM PER 1000 PESERTA

Layanan	2014	2015	2016
RJTP	42	53	62
RJTL	13	21	25
RITL	3	3	4

Kenaikan rata-rata iuran tidak seimbang dengan kenaikan porsi peserta yang menggunakan JKN (angka klaim)

SEBERAPA BESAR TERJADI KENAIKAN KLAIM PENYAKIT BERBIAYA MAHAL?

Kluster Penyakit	Angka Klaim per 1000 peserta per tahun			Biaya Klaim (Rp) per peserta per bulan		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Jantung	31.14	38.17	35.96	3,346	3,689	3,345
Gagal Ginjal	9.95	12.75	11.64	1,128	1,301	1,168
Kanker	6.68	8.28	6.80	1,210	1,243	1,004
Stroke	3.37	4.45	4.75	508	601	604
Thalasemia	0.62	0.73	0.65	183	245	210
Hepatitis Kronis	0.66	0.75	0.64	128	127	101
Leukemia	0.31	0.40	0.34	100	95	78
Hemofilia	0.14	0.19	0.20	40	59	65

Data Objektif: hanya terjadi fluktuasi normal. **TIDAK ADA BUKTI** kenaikan penyakit berbiaya mahal

TREN KENAIKAN IURAN/PESERTA/BULAN

Peserta	2014	2015	2016	2017*
PPU Pemerintah	71,968	72,423	71,314	63,709
PPU Badan Usaha	29,315	40,110	60,269	68,772
PBI Pusat	19,225	18,866	22,699	21,486
PBI daerah	12,852	17,631	19,809	19,267
PBPU	17,356	26,038	50,606	42,691
Pensiunan PN	24,835	25,612	25,843	25,179
Bukan pekerja	71,752	50,917	37,760	49,808
SELURUH PESERTA	25,432	28,052	34,734	27,463

**FAKTA OBJEKTIF:
IURAN TERLALU
KECIL**

3/19/18

TIDAK ADA satupun perusahaan asuransi yang mampu menjual asuransi kesehatan dengan benefit/manfaat yang sama dengan Premi/Iuran **6X iuran JKN.**

Hasbullah Thabranay -- JKN ==> UHC

FAKTA PERBANDINGAN BELANJA KESEHATAN

- Belanja kesehatan publik (Pemerintah dan BPJS) tahun 2014-2017 HANYA sekitar USD 37 per tahun atau sekitar Rp 500.000 per orang per tahun, TERKECIL dibanding di negara setara
- Belanja BPJS tahun 2016 HANYA sekitar Rp 400.000 per orang per tahun, atau HANYA Rp 35.000 per orang per bulan. SETARA 2 BUNGKUS Rokok. Rata-rata rakyat membeli >20 bungkus per bulan
- Apakah BENAR Indonesia TIDAK PUNYA KAPASITAS FISKAL??

Fakta Kebijakan Fiskal DISKRIMINATIF terdahap **HAK RAKYAT.**

DPR IKUT
BERKONTRIBUSI

- Ketika Pemerintah & DPR ingin tarif listrik dibawah harga keekonomian, PLN disubsidi. Tahun 2017 subsidi PLN Rp 54 Triliun. Tanpa listrik rakyat tidak mati.
- Ketika Pemerintah ingin harga solar, LPG di bawah harga keekonomian, tahun 2017 Pertamina disubsidi > Rp 60 Triliun. Pemilik mobil diesel (tidak miskin) mendapat subsidi.
- Ketika Pemerintah tahun 2016 menurunkan tarif iuran JKN dari Rp 30.000 menjadi Rp 25.500, **BPJS tidak disubsidi**. Pasti defisitnya.
- Iuran PBI, BUKAN subsidi Pemerintah ke BPJS, tetapi **kewajiban** Pemerintah. Besar iuran Pemerintah HANYA, Rp 25 Triliun untuk 92,4 juta rakyat termiskin. Jauh dibawah subsidi PLN dan Pertamina



FAKTA-FAKTA DISAJIKAN SEBELUMNYA

- Defisit JKN tidak dapat dihindari dan akan terus defisit karena IURAN ditetapkan jauh dibawah harga keekonomian
- Tidak tersedia cukup bukti bahwa KLAIM terlalu banyak (moral hazard). TREN klaim relatif stabil. Terjadi kenaikan angka utilisasi karena perbaikan sisi suplai.
- Alternatif Solusi Defisit JKN adalah SBB

SALAH SATU SOLUSI DAPAT DILAKUKAN DG:

- Menaikan batas upah (PNS termasuk remun)
 - Batas upah sd 10 juta –potensi + Rp 857 milyar/2018
 - Batas upah sd 12 juta –potensi + Rp 2,24 Triliun/2018
 - Batas upah sd 15 juta –potensi + Rp 2,53 Triliun/2018
- Mengurangi moral hazard dg urun biaya
 - Copayment Rp 20.000 per kunjungan FKTP
 - Copayment Rp 20-30 ribu per kunjungan FKTL
- Secara bertahap menaikan iuran (%) dan bayaran ke fasilitas kesehatan, sesuai hasil analisis data klaim dan kemampuan pekerja/peserta

BERDASARKAN FAKTA DAN DATA

- Masalah Utama Defisit : iuran yang ditetapkan pemerintah dibawah nilai keekonomian
- Alternatif Solusi KESINAMBUNGAN JKN, dapat kombinasi:
 - Naikan iuran. Potensi dana OOP dan belanja perusahaan yang belum ditransfer men jadi iuran masih besar sekali (Rp 184 T).
 - Naikan batas upah menjadi Rp 30 juta/bulan. Upah termasuk remunerasi/Tukin, Pegawai Negeri
 - Kurangi pembayaran fasilitas kesehatan miliki Pemerintah, duplikasi dengan APBN/APBD yang besarnya > RP 125 T
 - Berlakukan urun biaya untuk semua jenis layanan, rawat jalan dan rawat inap kecuali PBI. Urun biaya obat FKTP Rp 20.000 masih dan 10-20% tarif CBG rumah sakit terjangkau pekerja
 - Gaji, tunjangan, dan biaya perjalanan pimpinan dan pegawai BPJS Kesehatan tidak boleh naik sampai kinerja memuaskan



Prognosis JKN

- Secara sistem, JKN sudah semakin matang dan berpotensi tumbuh sehat produktif.
- Namun, bayi JKN ini berisiko makin kurang gizi dan tidak mampu mendukung pertumbuhan dan peningkatan layanan medis
- Faskes, ujung tombak yang paling menentukan keberhasilan JKN, belum berperan cukup untuk menyehatkan JKN
- Pemerintah, kepentingan politis, akan tetap mengejar UHC. Fasilitas kesehatan bisa jadi korban
- **Jika MAU PROGNOSIS BAIK, AKTIF MENGUBAH**