Politik Kesehatan

Hasbullah Thabrany*
Senior Policy Adviser, ThinkWell Global
Ketua Indonesian Health Economic Association (InaHEA)

**) pandangan pribadi & sebagian bahan ini telah disajikan pada Rapat RPJMN Bappenas, Juni 2018*

Politik

- Poly tactic
  - Memperoleh, umumnya peran, perorangan atau grup
  - Formal/praktis: Grup—secara khusus memperjuangkan "kepentingannya"
  - Kepentingan langsung (kontrol sumber daya) dan tidak langsung (citra, jangka panjang
- Objek Politik praktis: "kepentingan orang banyak".

Kesehatan

- Kepentingan orang banyak—seluruh manusia
  - Deklarasi HAM– Fundamental human right
  - UUD 45, pasal 28H adan 34 ayat 2 dan 3
  - Kebutuhan tak terduga dan "mengerikan". Mudah tarik simpati
- Modern: Willingness to pay tinggi, maka bisnis masuk. Right vs fight!
- Bisnis layanan kesehatan ➔ lebih banyak masalah hak.
- Kesehatan: "barang publik"

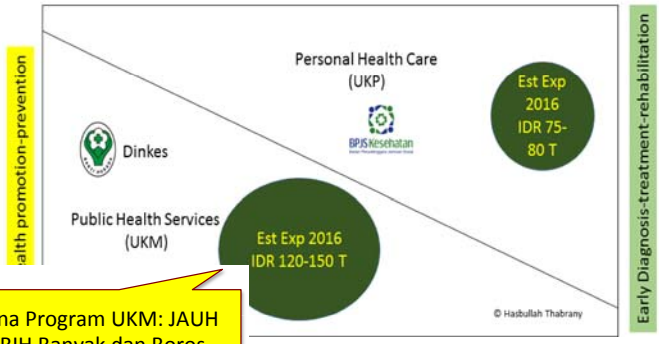
JKN: Pendanaan/Layanan Publik. Pendanaan Publik?

Hasil reviu Jamkes Komprehensif Bappenas, 2000

- Seperti Jalan raya didanai pajak. Semua wajib, tidak ada opt out, bayar. Semua punya hak sama (ekuitas). Boleh tidak gunakan—jalan tol atau naik heli (swasta)
- Tidak ada hubungan, dan TIDAK PERLU diungkap, antara kontribusi dan klaim/ utilisasi. Dana Amanat milik bersama/ publik.
- Mobilisasi dana dari berbagai sumber
- Iuran wajib JKN adalah *earmarked tax*

Pendanaan JKN dirancang TIDAK MEMBEBANI APBN. Sumber iuran SHI menjadi tulang punggung

Pembagian Pendanaan Publik, UU 36/09 "Terjebak suara nyaring JKN"



Dana Program UKM: JAUH LEBIH Banyak dan Boros. Biaya Personil besar TUGAS penyediaan fasilitas kesehatan belum optimal

Banyak yang omong JKN Defisit karena tidak menjalankan upaya Promotif-Preventif. KELIRU!!

Kenapa UKM tidak Ramai Dibahas?

- Orientasi politik:
  - Masyarakat pendidikan dan income rendah, PRAGMATIS dan Short sighted
  - Efek program UKM tidak nyata dan cepat tampak
  - Banyak politisi tidak faham UKM
  - Ekonomis menilai belanja UKM "tidak efektif"
- Kemampuan SDM UKM berkomunikasi politik lemah
- Media tidak mendapat imbal hasil cukup dengan berita UKM

Mengapa Model Asuransi?

- Asuransi:
  - Komersial (sukarela), iuran/premi *risk based*. TIDAK BAGUS. TIDAK AKAN PERNAH UHC
  - Sosial (wajib): iuran *income based*. Menjamin affordability sekaligus SUSTAIN.
- Model Asuransi Sosial (SHI) dimotori Jerman, 1883. Semakin populer di dunia
- Model NHS (National Health Service) – tax funded, dimotori Inggris 1948.
- Indonesia sudah menerapkan SHI 50 tahun lalu

Yg lulus ujian AMJAKI lebih mudah faham

HANYA NHS, SHI dan Kombinasinya yang memungkinkan UHC

Tujuan JKN

(Th 2015 menjadi Komitmen DUNIA dalam SDGs)

- Meningkatkan akses SELURUH rakyat yang sakit, dapat berobat, tanpa kendala finansial.
- Layanan UKP komprehensif
- Mencegah penduduk jatuh miskin akibat BENCANA sakit.
- Meningkatkan kualitas layanan (dengan bayaran "Harga Keekonomian").
- Mewujudkan Sila "Kemanusiaan yang Adil dan Beradab dan Keadilan Sosial bagi SELURUH rakya

Bukti manfaat JKN sudah terlalu banyak.
Akses naik. RS penuh.
Tidak perlu diungkap lagi.

Masalah Utama JKN: Minimnya *Political Will* untuk Mencukupi Dana—Syarat Asuransi

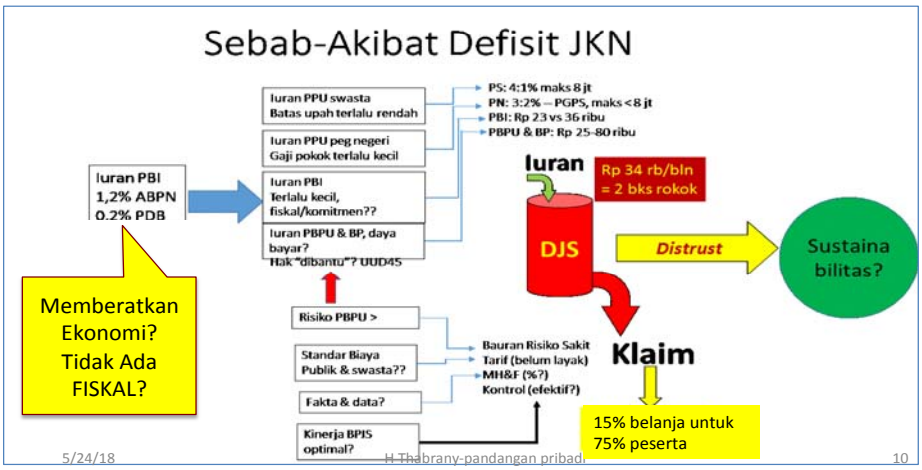
JKN Malnutrisi Berat, Nakes dan Fasilitas kesehatan Sekarat

Bottle Neck: JKN—Corrupted dan Terbajak Keputusan Politik

Best design, mobil mercy yang perlu high octane 'pertamax plus", tapi diisi solar.

- Iuran terlalu kecil untuk manfaat yang dijamin. Muangtai: Pemerintah bayar semua PBPU dan keluarga PPU sebesar Rp 117.000/org/bulan. Kita? Rp 23.000 tidak naik-naik.
- Ceiling upah sangat rendah. PNS berbasis gaji pokok.
- Besaran bayaran rata-rata di bawah harga keekonomian. Banyak pasien terpaksa bayar dan diskriminatif
- Sopir tidak patuh aturan. Syarat Transparansi tidak jalan dan hambat hak rakyat dengan syarat peserta
- DJSN tidak berfungsi sebagaimana harusnya

Pemerintah yang Menetapkan Iuran & Bayaran, Pemerintah HARUS tanggungjawab terhadap defisit



FAKTA OBJEKTIF: Iuran Terlalu KECIL Tetapi Iuran PPU Sangat Potensial

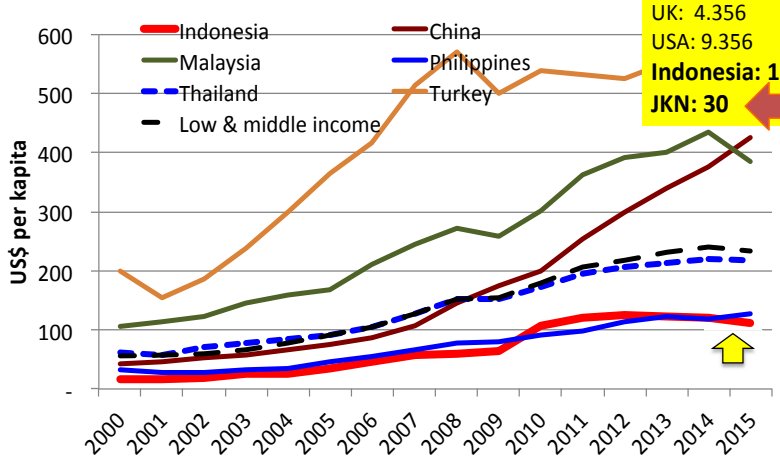
Kel Peserta	2014	2015	2016	2017*
PPU Pemerintah	71,968	72,423	71,314	63,709
PPU Badan Usaha	29,315	40,110	60,269	68,772
PBI Pusat	19,225	18,866	22,699	21,486
PBI daerah	12,852	17,631	19,809	19,267
PBPU	17,356	26,038	50,606	42,691
Pensiun PN	24,835	25,612	25,843	25,179
BP dll	71,752	50,917	37,760	49,808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

*Angka sementara

TIDAK ADA satupun perusahaan asuransi yang mampu menjual asuransi kesehatan dg benefit/manfaat yang sama dengan Premi/Iuran 5x iuran JKN.

Per Capita Total Health Expenditures Remain Low

Year of 2015:
S Kore: 2.013
UK: 4.356
USA: 9.356
Indonesia: 112.
JKN: 30



From various World Bank Data, 2018.

Adakah Solusi?
Banyak. Asal ada Kemauan Politik

Potensi Dana Publik dari Pajak, Pajak Kendaraan Bermotor, Cukai, dan Alihan Subsidi Cukup Untuk Penuhi HAK RAKYAT.

HANY SAJA BANYAK PEJABAT BELUM MELEK

Fakta Kebijakan Fiskal DISKRIMINATIF terdahap HAK RAKYAT

- Ketika Pemerintah ingin tarif listrik dibawah harga keeonomian, PLN disubsidi Pemerintah. 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 kelas III dari Rp 30.000 menjadi Rp 25.500, **BPJS tidak disubsidi**. ***Pasti defisitnya.*** Hitungan aktuaria Rp 50.000
- Iuran PBI, BUKAN subsidi Pemerintah ke BPJS, tetapi **kewajiban** Pemerintah. Besar iuran Pemerintah HANYA, Rp 25 Triliun untuk 96,4 juta rakyat. Jauh dibawah subsidi PLN dan Pertamina

Data NHA—Evidence Based Policy

Belanja kesehatan masih didominasi oleh Pendanaan Swasta: Paling Regresif dan Paling Inekuitas

OOP (*Out of Pocket*): masih stagnan sejak 20 tahun lalu, pada 45-50% BEBAN TERSEMBUNYI bagi Rakyat yg tidak disadari

POTENSI MENAIKAN IURAN, Dengan Hitungan Benar masih besar. Tapi…Pemerintah Linglung/ Tidak Berani??

Data NHA: Potensi Mobilisasi Besar dan Indikasi JKN masih JAUH Capai Tujuan UHC, OOP <20%

Financing Schemes	2012	2013	2014	2015	2016*	2012	2013	2014	2015	2016*
HF.1 Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes	**85.8**	**105.7**	**124.2**	**154.3**	**191.5**	**30.2%**	**32.3%**	**32.7%**	**37.0%**	**40.7%**
HF.1.1.1.1 Ministry of Health	12.3	14.4	15.1	19.9	22.7	4.3%	4.4%	4.0%	4.8%	4.8%
HF.1.1.1.2 Other ministries	3.8	4.6	4.3	4.7	5.0	1.3%	1.4%	1.1%	1.1%	1.1%
HF.1.1.2.1 Provincial government	16.6	19.4	21.3	20.1	23.3	5.8%	5.9%	5.6%	4.8%	5.0%
HF.1.1.2.2 District government	35.6	43.3	36.1	48.2	70.0	12.5%	13.2%	9.5%	11.5%	14.9%
HF.1.2.1 Social health insurance	17.4	24.1	47.3	61.5	70.4	6.1%	7.3%	12.4%	14.7%	15.0%
HF.2 Voluntary health care payment schemes	**41.0**	**53.2**	**70.8**	**64.4**	**66.7**	**14.4%**	**16.2%**	**18.6%**	**15.4%**	**14.2%**
HF.2.1 Voluntary health insurance	8.3	9.7	10.2	10.5	13.1	2.9%	3.0%	2.7%	2.5%	2.8%
HF.2.2.1 NPISH	2.0	2.1	2.3	3.4	3.5	0.7%	0.7%	0.6%	0.8%	0.7%
HF.2.3 Enterprise	30.7	41.3	58.4	50.6	50.1	10.8%	12.6%	15.3%	12.1%	10.7%
HF.3 Household out-of-pocket payment	**157.2**	**168.9**	**185.2**	**198.7**	**212.0**	**55.4%**	**51.5%**	**48.7%**	**47.6%**	**45.1%**
Total (Rp trillion)	**284.0**	**327.8**	**380.2**	**417.4**	**470.1**	100%	100%	100%	100%	100%
Share of THE (% of GDP)	**3.3**	**3.4**	**3.6**	**3.6**	**3.8**					
THE per Capita (USD)	**123**	**126**	**127**	**122**	**137**					

Sumber Dana Potensial dan *Drug of Choice* JKN

- PPU: Sosialisasi, Ekspansi dan penegakkan hukum
- Naikan iuran, tinggikan batas upah. Maksimum *sharing* berupah tinggi→upah rendah. PRINSIP Asuransi Sosial
- Cukai Rokok: banyak contoh sukses dunia. Tapi..Indonesia takut? Terkooptasi industri? Kedaulatan? Proxy war? (HOAX dipercaya Pemerintah!!)
- Alihkan dana fasilitas kesehatan milik Pemerintah jadi iuran/hibah ke BPJS. Naikan dan Rasionalkan bayaran kapitasi dan CBG ke swasta.

REKOMENDASI
Jangka Pendek 2018-2019

- Pemerintah Tutup kekurangan dana BPJS Kesehatan sebesar Rp 20-30 T/th, sesuai pasal 48 UU SJSN, guna menyehatkan keuangan BPJS Kesehatan. ***Jangan remehkan hak rakyat dan Pemerintah memulai perbaikan.***

(Ketimbang tambah subsidi BBM/Listrik yang Kurang TEPAT sasaran, ketika harga BBM naik)

- Naikan cukai rokok 20%, *marginal revenue* dedikasi utk JKN. Untuk turunkan prevalen perokok 1%, harga rokok harus naik 20% per tahun (elastisitas -0,05). Win-Win.

Berbeda dg Informasi Hoax yang Menjadi Acuan Kebijakan Harga Rokok di Indonesia, Bukti di Muangtai Mengatakan lain

Jangka Menengah (2-3 Th)

Mengalihkan dana UKP APBN/APBD faskes publik (bangun RS, beli alat medis, dll) ke subsidi iuran JKN/Hibah BPJS, naikan bayaran. *Switch* lengkap dana ke sisi suplai pindah ke sisi demand

- Fasilitas kesehatan publik bersaing. Mendorong kinerja dan efisiensi
- Fasilitas kesehatan swasta masuk ke daerah kecil, tingkatkan akses di daerah (ada gula ada semut). Pemda tidak perlu bangun sendiri.

Jangka Menengah (2-5 Th)

- Menaikan batas upah untuk iuran (PNS termasuk remunerasi)
  - Batas upah sd 10 juta –potensi + Rp 857 milyar/th
  - Batas upah sd 12 juta –potensi + Rp 2,24 Triliun/th
  - Batas upah sd 15 juta –potensi + Rp 2,53 Triliun/th
- Mengurangi moral hazard dg urun biaya utk faskes
  - Copayment Rp 20 ribu per kunjungan FKTP
  - Copayment Rp 20-30 ribu per kunjungan FKTL
- Secara bertahap menaikan iuran (%) menjadi 6% upah

Kesimpulan

- JKN merupakan program terbaik dalam memenuhi perintah UUD dan kebutuhan dasar rakyat
- Namun, implementasi JKN tidak konsisten dengan prinsip-prinsip kecukupan dana dan terperangkap menjadi instrumen politik.
- Masalah terbesar JKN terutama pada iuran yang terlalu kecil.
- Potensi menaikan iuran tanpa membebani APBN sangat besar, jika ada kemauan politik Pemerintah
- Bappenas dapat “menyembuhkan” JKN