

Rangkuman Seminar Sesi 1

Prof. Laksono menyampaikan pengantar dan memoderasi diskusi mengenai perkembangan kebijakan pendanaan kesehatan di Indonesia. Poin-poin utama yang disampaikan beliau meliputi, fokus webinar yang membahas sejarah pendanaan/pembiayaan kesehatan di Indonesia, dari masa reformasi hingga pasca COVID-19, sebagai komponen penting yang memengaruhi sistem kesehatan. Proses Berkelanjutan ("History in the Making") yang menekankan bahwa perkembangan pendanaan kesehatan adalah proses yang belum selesai dan akan terus berlanjut, dengan kemungkinan perbaikan, stagnasi, atau kemunduran. Beliau memperkenalkan Pak Bahauddin (sejarawan) dan Mas Fauzi Kurniawan (ahli pembiayaan kesehatan) untuk dialog lintas ilmu. Kemudian beliau menyoroti mengenai dinamika pendanaan, bagaimana kebijakan dan dinamika politik, termasuk Undang-Undang Keuangan Negara, SISN, BPJS, dan Kesehatan, memengaruhi pendanaan. Serta menggarisbawahi perubahan signifikan di masa pandemi, di mana BPJS Kesehatan mengalami surplus (disebabkan oleh kenaikan iuran, penurunan kunjungan non-COVID, dan klaim pasien COVID-19 yang dibiayai oleh dana Pemulihan Ekonomi Nasional/ PEN dan pinjaman asing, bukan BPJS). Namun, pasca pandemi, BPJS kembali defisit, menunjukkan pola "sejarah berulang."

Tantangan dan isu kunci yang disampaikan antara lain: kapasitas APBN dan APBD, keterarahan dana pemerintah untuk masyarakat miskin sesuai amanat UUD 1945, prospek pendanaan swasta dan industrialisasi sektor kesehatan, perdebatan ideologis antara jaring pengaman sosial (menolong yang miskin) dan cakupan universal (kepemilikan kartu), dampak populisme politik terhadap kebijakan pendanaan, seperti kenaikan iuran BPJS yang tidak populer, peran teknologi (misalnya, perluasan teknologi KJSU ke daerah terpencil) yang meningkatkan klaim dan menuntut sumber dana lebih besar, serta memunculkan pertanyaan mengenai kemungkinan revisi Undang-Undang SISN dan BPJS yang sudah puluhan tahun tidak direvisi. Beliau menyimpulkan bahwa ketidakpastian masih tinggi dan tantangan akan terus ada, yang mana membutuhkan eksplorasi mendalam tentang skenario pendanaan dari pemerintah maupun masyarakat.

Dalam pengantarnya, Bapak Bahauddin memaparkan tinjauan historis yang komprehensif mengenai evolusi pendanaan kesehatan di Indonesia, yang terstruktur dalam empat periode utama sebagaimana diuraikan dalam buku yang menjadi landasan diskusi webinar ini, yaitu periode 1999-2009, 2009-2016, 2020-2023, dan pasca COVID-19. Analisis ini menggunakan pendekatan building block WHO, yang menempatkan pendanaan sebagai elemen krusial dalam sistem kesehatan. Akar historis pendanaan kesehatan di Indonesia dapat ditelusuri hingga era kolonial Belanda, dengan rancangan pembiayaan kesehatan terbatas yang lebih menguntungkan kalangan elit. Setelah kemerdekaan, fokus beralih pada pembangunan sistem kesehatan nasional, didukung oleh amanat Pasal 34 UUD 1945 yang menekankan tanggung jawab negara terhadap kesehatan rakyat miskin. Meskipun Prof. Dr. Siwabesi mengusulkan konsep asuransi kesehatan pada tahun 1964, implementasinya terbatas pada PNS dan keluarga mereka, dibiayai oleh anggaran negara. Periode Orde Baru menyaksikan pembentukan Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) pada tahun 1968, yang kemudian bertransformasi menjadi Perum Husada Bhakti pada tahun 1984, dan selanjutnya menjadi PT ASKES (Persero) pada tahun 1992, menandai

ekspansi program komersial. Krisis ekonomi tahun 1997 mendorong pemerintah meluncurkan Jaring Pengaman Sosial (JPS) Kesehatan. Transisi menuju universal coverage terwujud melalui ASKESkin (2005) dan Jamkesmas (2008). Puncak transformasi ini adalah pembentukan BPJS Kesehatan pada tahun 2014, yang merupakan hasil dari perjalanan panjang upaya implementasi jaminan kesehatan sebagai bagian integral dari UUD 1945, meskipun implementasinya tidak terlepas dari berbagai tantangan.

Presentasi yang disampaikan oleh Bapak Fauzi Kurniawan menguraikan secara komprehensif evolusi kebijakan pendanaan kesehatan di Indonesia, mulai dari era reformasi hingga periode pasca pandemi COVID-19. Analisis dimulai dengan menyoroti ketergantungan pendanaan kesehatan pemerintah pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), di tengah tren peningkatan Produk Domestik Bruto (PDB) yang signifikan namun tidak diikuti oleh peningkatan penerimaan pajak yang sepadan, menimbulkan pertanyaan mengenai implikasinya terhadap sumber daya yang tersedia untuk sektor kesehatan. Landasan hukum yang mendasari kebijakan kesehatan selama masa reformasi politik dan desentralisasi (1999-2009) mencakup serangkaian Undang-Undang penting, termasuk UU Keuangan Negara (2003), UU Pemerintahan Daerah, UU Sistem Jaminan Sosial Nasional (SISN), dan UU Kesehatan (2009), yang mengamanatkan alokasi mandatory spending untuk kesehatan (5% APBN, 10% APBD). Berbagai inisiatif jaring pengaman sosial seperti JPS Kesehatan, ASKESkin, Jamkesda, dan Jamkesmas diluncurkan dengan tujuan meningkatkan akses layanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan rentan, meskipun dihadapkan pada tantangan disparitas pendanaan antar daerah dan akurasi data kemiskinan. Transisi menuju Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada tahun 2014 menunjukkan keberhasilan dalam menurunkan pengeluaran pribadi (out-of-pocket) masyarakat, namun juga memunculkan masalah defisit BPJS Kesehatan yang disebabkan oleh ketidakseimbangan antara iuran dan beban klaim. Pada masa pandemi COVID-19, terjadi peningkatan signifikan dalam anggaran kesehatan yang dialokasikan untuk program-program penanggulangan pandemi melalui Program Pemulihan Ekonomi Nasional (PEN), mencakup vaksinasi, insentif tenaga kesehatan, klaim pasien COVID-19, dan pengadaan alat kesehatan.

Selama periode pandemi COVID-19 (2020-2023), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan justru mencatatkan surplus yang signifikan. Fenomena ini didorong oleh kombinasi beberapa faktor, meliputi kenaikan iuran peserta, penurunan drastis kunjungan non-COVID ke fasilitas kesehatan, peningkatan kepatuhan masyarakat dalam pembayaran iuran, serta efisiensi yang diupayakan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Lebih lanjut, klaim pasien COVID-19 secara substansial ditanggung oleh program Pemulihan Ekonomi Nasional (PEN) dan didukung oleh pinjaman internasional dari lembaga keuangan seperti Bank Dunia, ASEAN, Bank Pembangunan Asia (ADB), Bank Investasi Infrastruktur Asia (AIIB), dan Bank Pembangunan Islam (ISDB) yang dialokasikan untuk pengadaan alat kesehatan, sehingga tidak membebani anggaran BPJS Kesehatan secara langsung. Pasca pandemi, kebijakan pendanaan berfokus pada transformasi sistem kesehatan yang diperkuat oleh Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, termasuk implementasi Sistem Informasi Rujukan Nasional (Siren) Shopee dan Impulse (program pengadaan alat kesehatan senilai Rp 60 triliun selama 4,5 tahun), pengembangan National Health Account (NHA), penerapan Health Technology Assessment (HTA), serta konsolidasi pembiayaan kesehatan. NHA dan HTA diharapkan dapat berkontribusi pada peningkatan kualitas layanan dan

aksesibilitas masyarakat, serta mendorong alokasi pembiayaan yang lebih efektif dan efisien, contohnya melalui evaluasi obat-obatan dengan harga tinggi seperti resezumab untuk pengobatan kanker. Kendati demikian, Indonesia masih mengandalkan pinjaman asing, dengan menganggarkan sekitar Rp 90 triliun dari sumber dana eksternal (2023-2024) untuk mendukung pelayanan kesehatan dan pengadaan alat kesehatan, mengindikasikan kebutuhan anggaran kesehatan yang berkelanjutan. Tantangan politis terkait kenaikan iuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang rentan terhadap sensitivitas publik, serta potensi defisit yang berulang, memerlukan perhatian khusus. Iuran JKN awal yang ditetapkan lebih rendah dari rekomendasi perhitungan aktuarial akibat negosiasi politik telah berkontribusi pada defisit. Meskipun anggaran kesehatan secara nominal meningkat, proporsinya terhadap Produk Domestik Bruto (PDB) dapat mengalami penurunan. Advokasi yang kuat berbasis bukti sangat diperlukan untuk memastikan alokasi anggaran yang memadai. Dana Alokasi Khusus (DAK) yang dialokasikan ke daerah seringkali tidak mencukupi untuk mengatasi permasalahan kesehatan yang kompleks di tingkat lokal, karena cenderung terbagi dalam jumlah yang terlalu kecil. Pola defisit BPJS cenderung berulang pada kondisi normal, sementara surplus terjadi pada masa "tidak normal" seperti pandemi COVID-19, mengindikasikan bahwa BPJS rentan terhadap defisit ketika tidak ada suntikan dana khusus di luar mekanisme pendanaan reguler. Selain itu, iuran Penerima Bantuan Iuran (PBI) harus benar-benar ditujukan kepada masyarakat miskin dan tidak dicampur dengan peserta mampu yang memilih kelas 3, untuk memastikan keberlanjutan sistem pembayaran iuran.

Diskusi Tanya Jawab

Berikut adalah rangkuman seluruh diskusi selama webinar:

1. Pertanyaan (Prof. Laksono kepada Pak Fauzi): Berapa rupiah dana Bank Dunia yang terpakai di BPJS saat COVID-19, dan digunakan untuk apa?

a) Jawaban (Pak Fauzi):

- 1) Dana tersebut, termasuk hibah \$24.9 juta dari *pandemic fund* dan pinjaman dari Bank Dunia, utamanya digunakan untuk memperkuat sistem kesehatan di masa COVID-19.
- 2) Alokasi terbesar adalah untuk pemenuhan alat-alat kesehatan, APD (Alat Pelindung Diri), insentif penanganan pasien COVID-19, serta klaim pasien COVID-19 ke rumah sakit (bukan dari BPJS, melainkan dari program Pemulihan Ekonomi Nasional/PEN dan pinjaman internasional).
- 3) Klaim pasien COVID-19 saja diperkirakan mencapai Rp 6-11 triliun hingga tahun 2022.

2. Pertanyaan (Prof. Laksono kepada Pak Bahauddin): Benarkah ada pola berulang defisit-surplus-defisit pada JKN/BPJS di tiga periode (sebelum COVID, saat COVID, dan pasca COVID)?

a) Jawaban (Pak Bahauddin):

- 1) Ya, yang berulang adalah *polanya*, bukan peristiwa spesifiknya.
 - 2) Pola yang terlihat adalah BPJS mengalami defisit pada kondisi normal (sebelum COVID-19), kemudian surplus pada kondisi tidak normal (saat COVID-19 karena klaim COVID ditanggung dana PEN dan pinjaman asing), lalu defisit lagi pada kondisi normal (pasca COVID-19).
 - 3) Ini menunjukkan bahwa JKN cenderung defisit pada masa normal.
3. Pertanyaan (Putri Purnamasari kepada Prof. Laksono): Bagaimana teknologi dan inovasi dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas pembiayaan kesehatan, terutama di era AI?
- a) Jawaban (Prof. Laksono):
 - 1) Sejauh ini, pendanaan masih terus meningkat, belum ada penghematan signifikan dari teknologi. Perluasan teknologi seperti KJSU (jantung, stroke, uronefrologi) ke daerah terpencil justru berimplikasi pada peningkatan klaim BPJS.
 - 2) Pertanyaannya adalah apakah sumber dana kesehatan siap untuk menopang peningkatan klaim ini, mengingat adanya ketidakpastian dan risiko politik untuk menaikkan tarif.
 - b) Jawaban (Pak Fauzi):
 - 1) *Health Technology Assessment* (HTA) sebenarnya didorong untuk membuat pembiayaan lebih efektif dan efisien, contohnya dalam evaluasi obat mahal untuk kanker. Namun, implementasinya masih dalam pengembangan.
 - c) Tanggapan (Prof. Laksono dan Pak Bahauddin): Isu utamanya adalah "siapa mendapat apa" (who gets what), yakni siapa yang membayar dan siapa yang menerima manfaat, agar kebijakan tepat sasaran.
4. Pertanyaan (Chat): Dulu, dengan sistem multi-payer, tidak ada defisit. Mengapa JKN dengan single-payer kini defisit berulang, dan bagaimana mengatasinya?
- a) Jawaban (Pak Fauzi):
 - 1) Sistem multi-payer sebelumnya (misal ASKES formal/komersial) memiliki iuran yang lebih proporsional (misal 80% ditanggung ASKES), berbeda dengan JKN saat ini yang sepenuhnya di-cover BPJS dengan iuran yang tidak seimbang.
 - 2) Sistem single-payer seharusnya difokuskan murni untuk masyarakat miskin, bukan bercampur dengan kelompok mampu, karena JKN saat ini tidak murni jaminan sosial murni, melainkan ada unsur komersialnya karena iuran langsung ditarik dari masyarakat.
 - b) Jawaban (Prof. Laksono):
 - 1) Sistem *single pool* atau *single payer* harus dijalankan dengan hati-hati karena berisiko defisit jika sumber dana tidak dikontrol.

- 2) Pencampuran kelompok kaya dan miskin, serta perbedaan besar dalam *supply side* layanan antar daerah (misal Jawa dan luar Jawa), menyebabkan yang banyak menggunakan adalah kelompok menengah ke atas yang memiliki akses lebih baik.
- 3) Negara lain seperti Thailand, meskipun undang-undang meminta *single pool*, kenyataannya tidak menerapkan *single pool* murni dan defisit jarang terjadi karena subsidi untuk masyarakat miskin ditanggung pemerintah dan sektor komersial berjalan baik (17% dari pengeluaran kesehatan). Di Indonesia, akses komersial masih sangat kecil (4-5%).

5. Komentari/Pertanyaan (Bu Aseh): Menyoroti kompleksitas JKN terkait lonjakan iuran, subsidi, utilisasi, dan defisit yang berulang.

a) Poin-poin Bu Aseh:

- 1) Lonjakan iuran JKN (terutama 2018-2019) dan subsidi yang besar dari pemerintah.
- 2) Pagu upah bawah turun dan pagu atas naik, memperluas cakupan.
- 3) Terjadi COVID, utilisasi turun, menyebabkan cadangan BPJS mencapai 5.6 bulan (mendekati batas maksimal 6 bulan).
- 4) Tahun 2023, utilisasi melonjak 46 triliun (30%), dengan 75% disebabkan oleh volume (frekuensi penggunaan) dan 25% dari kenaikan tarif.
- 5) Jaringan faskes meluas, mengurai antrian, menunjukkan JKN belum mencapai titik maturitas karena masih berproses mendekatkan akses geografis.
- 6) Iuran sejak awal sudah di bawah perhitungan aktuarial yang diusulkan, menyebabkan JKN cenderung pro-defisit.
- 7) Intervensi benefit (promotif, preventif, *screening*, perluasan faskes) memicu utilisasi baru, namun tidak diimbangi kenaikan iuran atau subsidi yang sejalan.
- 8) Jumlah penduduk mangkir membayar iuran semakin melebar, mencapai 26% dari total peserta terdaftar.

b) Tanggapan (Pak Fauzi):

- 1) Penting agar iuran PBI yang disubsidi pemerintah benar-benar menyasar masyarakat miskin yang wajib dibiayai.
- 2) Ada kasus di daerah di mana kelompok mampu yang memilih kelas 3 JKN juga dibiayai pemerintah daerah, padahal dana tersebut seharusnya dialokasikan untuk masyarakat miskin agar keberlangsungan pembayaran iuran lebih terjaga.

c) Tanggapan (Prof. Laksono): Ini adalah tantangan di mana APBN/APBD harus mampu menyubsidi yang miskin dan memastikan subsidi itu benar-benar sampai kepada yang miskin, serta mendorong kesadaran publik bahwa negara tidak mungkin membayar semuanya, dan dana yang terbatas harus fokus pada yang miskin dan tidak mampu.

6. Pertanyaan (Pak Donovi Datmopo): Sejauh apa pergerakan politik nasional mempengaruhi dinamika kebijakan pembiayaan kesehatan di Indonesia?

a) Jawaban (Pak Fauzi):

- 1) Politik anggaran kesehatan menjadi isu politik penting. Contohnya, kenaikan iuran JKN selalu menimbulkan tarik ulur politik, terutama yang disubsidi pemerintah (iuran PBI).
- 2) Penetapan iuran JKN (misal Rp 19.225 yang lebih rendah dari rekomendasi aktuarial) adalah hasil negosiasi politik, menyebabkan penerimaan iuran BPJS kecil dan menjadi alasan defisit. Defisit terutama terjadi pada segmen PBI yang dibayar pemerintah.
- 3) Alokasi anggaran kesehatan, meskipun nominalnya naik, secara persentase terhadap PDB mungkin turun. Advokasi kuat berbasis bukti diperlukan di DPR untuk alokasi anggaran yang memadai, terutama untuk daerah terpencil.

b) Tanggapan (Pak Donovi): Di negara lain, kebijakan pembiayaan sangat terkait dengan filosofi partai yang berkuasa (nasionalisasi vs. ekonomi pasar). Di Indonesia, filosofi partai mungkin tidak begitu berbeda, melainkan lebih ke arah level praktis.

c) Tanggapan (Prof. Laksono): Di Indonesia, kebijakan pembiayaan lebih banyak dipengaruhi oleh populisme politik. Contohnya, niat menaikkan premi BPJS oleh mantan Menteri Keuangan (Sri Mulyani) ditolak habis-habisan oleh publik karena tidak populer. Ini menunjukkan bahwa siapa pun presidennya, populisme menjadi faktor penting.

Tanggapan (Pak Donovi): Populisme memang mempengaruhi pemilih. Kebijakan seringkali fokus pada level praktis (misal: nominal iuran), bukan filosofi utama seperti akses yang adil (*equitable access*). Sejarah kebijakan kesehatan perlu dikaitkan dengan dinamika pemilu dan DPR.