

## Rangkuman Seminar Sesi 2

Dalam webinar Sesi 2, Prof. Laksono mengawali sesi dengan memperkenalkan Prof. Peter Berman serta memfasilitasi diskusi interaktif dengan peserta, khususnya mahasiswa, mendorong mereka untuk mengajukan pertanyaan atau berpartisipasi aktif, bahkan dalam Bahasa Indonesia, mengingat pemahaman Prof. Peter terhadap bahasa Indonesia. Lebih lanjut, beliau menyoroti kondisi pembiayaan kesehatan pasca-COVID-19, yang menempatkan Indonesia dan banyak negara lain dalam situasi yang menantang. Beliau mengakui dilema yang dihadapi BPJS dan pemerintah Indonesia terkait perluasan layanan katastrofik ke daerah terpencil, mengindikasikan adanya ketidakseimbangan "supply side" dan implikasi politik terkait pinjaman Bank Dunia. Prof. Laksono juga menekankan pentingnya peran asuransi swasta sebagai "katup pengaman" bagi BPJS, mengingat penetrasi asuransi swasta yang rendah di Indonesia. Selain itu, beliau menyampaikan bahwa sistem UHC Indonesia memiliki ambisi besar yang tercermin dalam Undang-Undang SESN, BPJS, dan peraturan terkait, sehingga menimbulkan tantangan implementasi yang signifikan. Prof. Laksono juga menyinggung tantangan UHC yang dihadapi secara global, serta pentingnya mempertimbangkan konteks politik masing-masing negara dalam implementasi kebijakan kesehatan. Beliau memperkenalkan seri webinar mendatang tentang pendanaan kesehatan di Indonesia, serta mendorong mahasiswa untuk memanfaatkan data dan informasi yang disajikan untuk keperluan penelitian. Pada akhir sesi, Prof. Laksono menutup diskusi dengan harapan dan optimisme untuk masa depan Indonesia yang lebih baik, meskipun tantangan yang ada tidak dapat diabaikan.

Pada webinar yang disampaikan oleh Professor Peter Berman, beberapa poin utama mengemuka terkait tantangan dan prospek Universal Health Coverage (UHC) di tengah tekanan finansial global pasca-COVID-19. Pertama, pandemi COVID-19 telah menciptakan defisit anggaran yang signifikan di berbagai negara, memperburuk kondisi ekonomi global, terutama di negara-negara berpenghasilan rendah, yang ditandai dengan peningkatan utang pemerintah dan inflasi. Kedua, terdapat ambiguitas dalam definisi UHC, khususnya mengenai cakupan "semua kebutuhan kesehatan" versus "kebutuhan kesehatan esensial," yang mempersulit implementasi UHC secara efektif. Ketiga, kemajuan menuju UHC berjalan lambat dan tujuan tahun 2030 terancam tidak tercapai, tidak hanya di negara miskin tetapi juga di negara kaya. Keempat, skema jaminan kesehatan nasional Indonesia (BPJS) yang ambisius menghadapi tantangan keberlanjutan finansial, diperparah oleh fokus pada layanan berbiaya tinggi yang berpotensi mengurangi kemampuan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dasar dan menciptakan ketidaksetaraan. Kelima, defisit BPJS dan pembiayaan pelayanan kesehatan primer yang tidak memadai mengancam keberlangsungan layanan dasar. Keenam, peran sektor swasta dalam menanggung layanan yang tidak mampu dibiayai sistem publik memerlukan regulasi yang ketat untuk mencegah pembebaran biaya berlebihan dan memastikan kontribusi berkelanjutan dari kelas menengah/atas pada asuransi publik. Ketujuh, kolaborasi dengan sektor swasta dan inovasi memerlukan pengakuan legal atas keterbatasan sistem nasional serta regulasi yang transparan dan akuntabel, dengan mempertimbangkan desentralisasi untuk mendorong inovasi. Terakhir, solusi untuk mengatasi defisit berkelanjutan meliputi peningkatan pendapatan dan/atau penyesuaian

paket manfaat, dengan fokus pada pencegahan penyakit kronis untuk mengurangi biaya jangka panjang, serta pergeseran pandangan UHC internasional menuju pendekatan yang lebih praktis dan berfokus pada intervensi yang paling efektif dalam mengurangi kematian.

## **Diskusi Tanya Jawab**

Berikut adalah rangkuman seluruh diskusi dalam webinar:

1. Pertanyaan dari Pak Juju (melalui Prof. Laksono):

a) Pertanyaan: Bagaimana beban negara dalam memastikan aksesibilitas pembiayaan kesehatan yang terus meningkat, terutama terkait kebijakan perluasan layanan katastrofik (kanker, jantung, stroke, uro-neurologi) ke daerah terpencil? Ini menjadi dilema bagi BPJS karena akan meningkatkan klaim katastrofis, sementara di daerah infrastruktur belum memadai. Apa komentar Professor Peter mengenai hal ini?

b) Jawaban Professor Peter Berman:

- 1) Pengembangan akses ke layanan berbiaya tinggi akan meningkatkan tekanan finansial BPJS secara signifikan.
- 2) Kecepatan peningkatan klaim akan dibatasi oleh ketersediaan penyedia (rumah sakit, peralatan, SDM), namun investasi di sisi penyediaan akan meningkatkan tekanan ini.
- 3) BPJS saat ini beroperasi dengan defisit, dan perluasan layanan ini akan memperbesar defisit tersebut.
- 4) Sistem tidak bisa terus-menerus defisit tanpa adanya pihak lain yang membayar (pemerintah) atau pengurangan volume layanan.
- 5) Ada kekhawatiran tentang pembiayaan pelayanan kesehatan primer; dana kapitasi BPJS mungkin hanya mencakup 10-20% dari biaya primer. Jika defisit rumah sakit meningkat, dukungan untuk kesehatan primer bisa terancam.
- 6) Indonesia memiliki struktur finansial yang kompleks dengan insentif rumit, yang perlu dipahami dan diperjelas prioritasnya.

c) Tambahan dari Prof. Laksono:

- 1) Data 10 tahun BPJS menunjukkan klaim katastrofik lebih banyak di Jawa dan kota besar, mengindikasikan masalah "supply side" (kurangnya infrastruktur di luar Jawa).
- 2) Kesenjangan antara Jawa dan luar Jawa sangat besar. Kompensasi juga belum berjalan.
- 3) Investasi infrastruktur seringkali dibiayai pinjaman luar negeri (misalnya Bank Dunia), yang memunculkan masalah politik dan perdebatan tentang efektivitasnya di daerah terpencil.

- 4) Undang-Undang SESP dan BPJS mengusung prinsip ekuitas, sehingga sulit jika layanan hanya tersedia di daerah tertentu.
- 5) Resistensi publik terhadap kenaikan premi, terutama dari kelas menengah (PBPU) yang vokal, menambah kesulitan finansial BPJS.

2. Pertanyaan dari Sri Budhyani (melalui chat):

- a) Pertanyaan: Sejauh mana kemampuan sektor swasta untuk berkontribusi pada pendanaan UHC tanpa mengkompromikan ekuitas?
- b) Jawaban Professor Peter Berman:
  - 1) Sektor swasta bisa berkontribusi dengan mengidentifikasi layanan atau manfaat yang tidak mampu dibiayai oleh sistem pemerintah saat ini.
  - 2) Perlu sistem yang diregulasi dengan baik untuk pembiayaan swasta guna melindungi masyarakat dari penipuan atau kualitas layanan yang buruk.
  - 3) Banyak negara memiliki asuransi publik dan swasta yang berjalan berdampingan, namun dengan manfaat yang berbeda.
  - 4) Beberapa negara (seperti Jerman, Belanda, bahkan AS) menggunakan perusahaan swasta untuk menyalurkan asuransi kesehatan sosial, dengan argumen bahwa mereka lebih efisien dari birokrasi pemerintah.
  - 5) Pertanyaan ekuitas memang menantang karena jika ada perbedaan akses, itu tidak sama. Namun, mungkin perlu pragmatisme tentang seberapa banyak ekuitas yang dapat ditanggung dan apa yang paling baik dibayar secara adil.
  - 6) Contoh Kanada menunjukkan bahwa meskipun ada sistem universal, banyak layanan (seperti terapi fisik, obat non-rumah sakit) tidak dibiayai publik, dan sektor swasta mengisi kekosongan tersebut.

3. Pertanyaan dari Bukatika Widayasi:

- a) Pertanyaan:
  1. Mengingat rumah sakit swasta mengalami tekanan karena BPJS gagal membayar tepat waktu, apakah rumah sakit swasta harus menyesuaikan tarif paket layanannya, atau ada strategi alternatif yang direkomendasikan? Pasien ICU misalnya, butuh biaya lebih tinggi daripada perawatan biasa.
  2. Apa perbedaan sistem kesehatan di Indonesia dengan sistem kesehatan di Eropa?
- b) Jawaban Professor Peter Berman:
  - a. Mengenai tarif rumah sakit: Penentuan tarif untuk rumah sakit swasta vs. pemerintah adalah masalah yang sulit. Rumah sakit pemerintah memiliki banyak biaya yang ditanggung oleh anggaran pemerintah (konstruksi, investasi modal, gaji

staf), sehingga tarif mereka bisa lebih rendah. Pertanyaannya adalah seberapa besar insentif yang diperlukan agar rumah sakit swasta mau melayani.

- b. Sistem pembayaran BPJS bisa mengendalikan biaya rumah sakit swasta sebagai "pembuat pasar", namun harus cukup untuk memberi insentif agar mereka menerima pasien dan tidak menciptakan hambatan atau bahkan korupsi.
- c. Indonesia memiliki struktur yang kompleks dengan rumah sakit pemerintah dan swasta yang dibiayai dari berbagai sumber. Di AS, rumah sakit bisa melakukan "balance billing", menagih pasien selisih yang tidak dibayar asuransi. Di Kanada, rumah sakit harus menerima pembayaran pemerintah secara penuh jika ingin berpartisipasi dalam sistem asuransi kesehatan publik.
- d. Mengenai perbandingan dengan Eropa: Perbedaan terbesar adalah jumlah dana yang tersedia. Negara-negara Eropa Barat menghabiskan ribuan dolar AS per kapita per tahun untuk paket manfaat komprehensif, sementara Indonesia mungkin hanya 5% dari itu.
- e. Sumber daya harus disesuaikan dengan paket manfaat. Eropa memiliki berbagai struktur UHC (pemerintah murni, atau campuran dengan asuransi dan penyedia swasta), namun tidak ada model sempurna dan semuanya dipengaruhi oleh sejarah dan politik.

4. Pertanyaan dari Ibu Adhiana:

- a) Pertanyaan: Pasca-COVID-19, banyak masyarakat miskin bertambah. Pemerintah daerah, terutama di daerah terpencil, memiliki kemampuan terbatas dan bergantung pada dana pusat. Karena keterbatasan anggaran (pemerintah juga harus membiayai infrastruktur), pemerintah menerapkan strategi pembiayaan hanya untuk "miskin ekstrem", yang membuat kelompok "miskin tapi tidak ekstrem" menjadi beban BPJS dan menyebabkan tunggakan. Apakah strategi ini adil atau bagaimana menurut Professor Peter?

b) Jawaban Professor Peter Berman:

- 1) Sulit menggunakan istilah "adil" atau "equitable" secara langsung. Ketika sumber daya terbatas, kesempurnaan tidak dapat dicapai. Perlu menyeimbangkan berbagai hal dan melihat kemajuan positif yang bisa dicapai seiring waktu.
- 2) Upaya pemerintah untuk memberi manfaat kepada kelompok "miskin ekstrem" dan yang kurang miskin adalah hal positif. Namun, kemampuan untuk melakukannya secara merata di daerah terpencil dan kota besar akan membutuhkan waktu.
- 3) Ada perbedaan antara "mengumumkan janji" dan "menyampaikan janji". Intensinya positif, namun tantangannya adalah bagaimana mewujudkannya ketika ideal dan realitas tidak seimbang.

5. Pertanyaan dari Pak Ikhwan Rudin Noryanto (melalui chat):

a) Pertanyaan: Bagaimana strategi inovatif dapat meningkatkan kolaborasi dengan sektor swasta untuk mengatasi kekurangan keuangan pemerintah jangka panjang di Indonesia?

b) Jawaban Professor Peter Berman:

- 1) Pertama, dibutuhkan pengakuan secara legal bahwa kapasitas sistem nasional tidak cukup untuk memenuhi semua yang dijanjikan. Ini adalah langkah besar karena sejarah politik di balik sistem yang ada.
- 2) Setelah pengakuan itu ada, diperlukan sistem yang kuat, transparan, dan akuntabel untuk mengembangkan aturan dan regulasi kerja sama dengan sektor swasta.
- 3) Perlu ditentukan apa yang akan dikerjakan swasta, apa tanggung jawabnya, dan bagaimana mengukur kualitas dan ekuitasnya.
- 4) Sistem di Indonesia yang sangat sentralistik (semuanya di tingkat nasional) mungkin perlu sedikit desentralisasi untuk memungkinkan inovasi di berbagai daerah, mengingat Indonesia adalah negara yang besar dan beragam.

c) Tambahan dari Prof. Laksono:

- 1) Implementasinya tidak mudah karena BPJS beroperasi dengan skema manfaat berbasis paket, sementara asuransi swasta memiliki skema manfaat yang berbeda (misalnya *charge* dan *inner limit*). Ini adalah masalah besar.

6. Pertanyaan dari (tidak disebutkan nama, melalui chat):

a) Pertanyaan: BPJS Indonesia telah menghadapi defisit tahunan yang besar, dan pemerintah/politisi berjanji untuk mengatasinya. Menurut Anda, apa strategi terbaik untuk mengatasi defisit berkelanjutan ini? Bisakah Anda memberikan contoh dari AS atau negara lain tentang bagaimana tantangan asuransi kesehatan negara yang berhasil diatasi?

b) Jawaban Professor Peter Berman:

- 1) Defisit memiliki dua sisi: pendapatan dan biaya. Solusi harus datang dari mendekatkan keduanya.
- 2) Sisi pendapatan: Meningkatkan pendapatan sangat menantang karena struktur ekonomi dan politik di Indonesia (sektor formal terbatas, sulit menaikkan premi).
- 3) Sisi biaya: Potensi untuk menyesuaikan (mengurangi) paket manfaat atau layanan yang ditanggung. Perlu debat publik dan konsensus tentang apa yang harus dibayar oleh sistem publik dan apa yang terlalu mahal. Penilaian teknologi kesehatan (HTA) tidak cukup untuk mengatasi defisit.
- 4) Perlu pergerakan di kedua sisi: pendapatan dan paket manfaat/biaya.
- 5) Contoh dari negara lain:

- i. AS: Diskusi tentang mengurangi biaya, mengatur harga obat (ditentang perusahaan farmasi), serta regulasi baru yang membuat akses manfaat pemerintah lebih sulit bagi beberapa kelompok pendapatan rendah (misalnya, harus terlibat dalam pekerjaan formal). Ini sering memicu debat panas tentang keadilan.
  - ii. Negara lain: Telah berhasil mengurangi kompensasi penyedia (dokter, spesialis) secara agresif dan memperkenalkan insentif untuk mengurangi biaya.
  - iii. Pencegahan: Semua negara (kaya maupun berkembang) perlu berinvestasi lebih banyak dalam pencegahan kondisi kronis (penyakit kardiovaskular, diabetes, dll.) yang akan menyebabkan layanan berbiaya tinggi dan defisit di masa depan.
- c) Tambahan dari Prof. Laksono:
- 1) Semua negara menghadapi tantangan UHC, baik kaya maupun miskin (meskipun yang kaya mungkin lebih ringan).
  - 2) Model Belanda (Netherlands) menarik karena menggunakan asuransi pribadi yang sangat diregulasi untuk menghasilkan paket publik, dengan argumen efisiensi lebih tinggi dari birokrasi pemerintah.

7. Pertanyaan dari Busti Wahyuni:

- a) Pertanyaan: (Menampilkan analisis tentang program asuransi di Belanda dengan elemen permintaan universal, kebutuhan terjangkau, efisiensi pasokan, regulasi, dan pengembangan jangkauan jangka panjang). Apakah analisis ini benar berdasarkan keahlian Anda, dan apakah mungkin diimplementasikan di Indonesia?
- b) Jawaban Professor Peter Berman:
  - 1) Analisis yang disajikan adalah ringkasan yang sangat baik dari elemen-elemen utama sistem kesehatan Belanda, yang berasal dari konsep "kompetisi terkelola" (managed competition) dari Alan Enthoven.
  - 2) Elemen-elemen ini dirancang untuk meningkatkan efisiensi dan ekuitas.
  - 3) Namun, perlu diingat bahwa Belanda memiliki anggaran per kapita yang jauh lebih besar daripada Indonesia.
  - 4) Meskipun struktur di Indonesia tidak bisa digantikan secara langsung, prinsip-prinsip dan pelajaran dari Belanda dapat digunakan untuk mengembangkan inovasi di Indonesia.