

Rangkuman Seminar

“Development of a National Health Insurance - Roles and Functions in supporting Universal health coverage (UHC) in Middle Income Countries (MIC)”

Kuala Lumpur, Malaysia 14-15 Oktober 2025

Hari Pertama, Selasa, 14 Oktober 2025

A. Sambutan dari Ketua ANHSS (Prof. Dr. Laksono Trisnantoro)



Seminar dengan topik "Pengembangan Asuransi Kesehatan Nasional (AKN): Peran dan Fungsi dalam Mendukung Cakupan Kesehatan Universal (UHC) di Negara-negara Berpenghasilan Menengah (MIC)", dengan fokus khusus pada konteks Malaysia dan perbandingan dengan pengalaman Indonesia, Thailand, Hong Kong, dan negara-negara lain. Seminar dibuka dengan sambutan dari Prof. Dr. Laksono Trisnantoro (Ketua ANHSS dan Guru Besar Universitas Gadjah Mada Indonesia) dan Prof. Dr. Hanafiah Haruna Rashid (Wakil Rektor Universiti Kebangsaan Malaysia).

Prof. Laksono memperkenalkan *Asia-Pacific Network of Health Systems Strengthening* (ANHSS), sebuah jaringan yang dibentuk pada tahun 2009 untuk berbagi informasi dan membangun kapasitas dalam kebijakan kesehatan di kawasan Asia Pasifik. Seminar ini berfokus pada perubahan sistem asuransi nasional untuk mengembangkan Cakupan Kesehatan Universal (UHC) di negara-negara berpenghasilan menengah, dengan perhatian khusus pada Malaysia yang memiliki sistem kuat namun menghadapi tantangan keuangan. Tujuan utama seminar yaitu menjelajahi opsi politik untuk menggabungkan pembiayaan kesehatan publik dan swasta, mengidentifikasi tantangan dan masalah dalam sistem kesehatan berbasis pajak dan sosial, menganalisis interaksi tarif penggunaan, asuransi swasta, sosial, dan paket manfaat. memperkenalkan kemajuan dalam keamanan, transfer, dan audit asuransi nasional, termasuk mitigasi penipuan, dan merumuskan strategi implementasi dan evaluasi integrasi asuransi sosial dan swasta. Prof Laksono mengucapkan terima kasih kepada UKM sebagai tuan rumah dan berharap seminar ini menghasilkan diskusi produktif dan pembelajaran yang akan memperkuat sistem kesehatan serta memajukan UHC di kawasan Asia Pasifik.

B. Pidato Khusus Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) oleh Mr. Lluis Vinyals Torres



Mr. Lluis Vinyals Torres, Direktur Sistem dan Pelayanan Kesehatan WHO, menyampaikan beberapa poin penting mengenai implementasi asuransi kesehatan nasional (NHI):

- 1) Fokus pada Fungsi, Bukan Institusional, yaitu penting untuk membahas *fungsi* yang ingin dicapai dalam sistem kesehatan (yaitu, kemajuan cakupan kesehatan universal) daripada semata-mata membentuk institusi NHI baru. Mekanisme pembayaran dapat diperbaiki tanpa memerlukan institusi baru.

- 2) Malaysia menunjukkan kinerja yang sangat baik dalam pemberian pelayanan kesehatan dan perlindungan finansial dibandingkan dengan negara-negara lain di kawasan Pasifik Barat, yang memberinya titik awal yang kuat.
- 3) Pelajaran dari Negara Pengimplementasi NHI:
 - a) Pendanaan umumnya kombinasi kontribusi premium dan subsidi pajak.
 - b) Cakupan populasi dimulai dari pekerja formal, meluas ke informal, dan kemudian masyarakat miskin melalui subsidi, dengan tantangan dalam menjaga keanggotaan sektor informal tetap aktif.
 - c) Sulit mengendalikan biaya rumah sakit dan mengembangkan paket manfaat yang eksplisit.
 - d) Pada aspek tata kelola, perlu perjuangan antara Kementerian Kesehatan dan institusi NHI mengenai peran masing-masing.
- 4) Tidak ada mekanisme pembayaran pelayanan yang sempurna, dan perlu adaptasi dinamis setiap 3-4 tahun untuk menyesuaikan insentif.
- 5) Refleksi untuk Malaysia
 - a) Pertimbangkan kembali pembentukan institusi pengumpul pendapatan terpisah.
 - b) Hindari pooling dana yang terfragmentasi; integrasi pooling lebih baik.
 - c) Mekanisme pembayaran harus selaras dengan tujuan kebijakan dan terus beradaptasi.
 - d) Gunakan reformasi keuangan kesehatan sebagai kesempatan untuk membentuk model pemberian pelayanan (misalnya, mengintegrasikan rumah sakit dan perawatan primer).

C. Pidato dan Peresmian Seminar oleh Prof. Dr. Hanafiah Haruna Rashid (Wakil Rektor UKM Kuala Lumpur)



Prof. Dr. Hanafiah Haruna Rashid, sebagai Wakil Rektor Kampus Kuala Lumpur Universiti Kebangsaan Malaysia, menyampaikan poin-poin penting sebagai berikut:

- 1) Mengucapkan salam dan selamat datang kepada para tamu serta peserta seminar. Beliau dengan rendah hati mengakui bahwa sebagai ahli bedah vaskular, pengetahuannya di luar bidang tersebut terbatas, namun menekankan bahwa seminar ini berfokus pada isu keuangan dalam kesehatan.
- 2) Tantangan Sistem Kesehatan Malaysia
 - a) Beliau mengapresiasi sistem kesehatan Malaysia yang didanai pajak (mirip sistem Inggris) yang berkinerja baik, tetapi menyatakan bahwa keberlanjutan sistem ini menghadapi tantangan besar.
 - b) Meskipun ada peningkatan anggaran 2,8% dari pemerintah, jumlah ini masih jauh dari ideal untuk mempertahankan cakupan kesehatan universal gratis di tengah peningkatan biaya.
 - c) Peningkatan biaya disebabkan oleh populasi yang menua, peningkatan penyakit tidak menular (NCDs), kemajuan teknologi yang pesat (misalnya, robotik, obat-obatan baru), dan infrastruktur rumah sakit yang menua serta biaya PFI (Private Finance Initiative).
 - d) Lebih dari 60% anggaran operasional hanya untuk gaji, membatasi dana untuk pelayanan pasien.
 - e) Di garis bawah ada dikotomi sektor publik-swasta, dimana 70% pasien dilayani di sektor publik, tetapi 70% spesialis berada di sektor swasta, menyebabkan ketidakseimbangan beban kerja dan eksodus SDM dari publik ke swasta demi gaji dan lingkungan kerja yang lebih baik.

- f) Disebutkan ada dokumen *Kertas Putih Kesehatan* mencakup 15 poin selain pembiayaan yang perlu diselesaikan.
- 3) Arah Pembiayaan Kesehatan
- a) Sistem pembayaran yang efektif sangat penting dan perlu disesuaikan setiap beberapa tahun sesuai kebutuhan negara yang berbeda.
 - b) Mendukung pengenalan sistem *casemix* dan DRG (*Diagnosis-Related Groups*) yang baru-baru ini dianggarkan sebagai titik awal yang baik, serta memuji peran UKM dalam informatika kesehatan.
 - c) Model pembiayaan kesehatan nasional harus adil bagi penerima, pembayar, dan penyedia.
 - d) Menyoroti tiga tantangan kritis, yaitu menjaga kualitas pelayanan saat ini, mendapatkan investasi yang cukup untuk modernisasi, dan memastikan kapasitas pendanaan yang memadai untuk pengembangan di masa depan.
- 4) Keinginan Politik dan Peran Akademisi
- a) Transformasi sistem kesehatan yang hampir gratis menjadi sistem berbayar memerlukan kemauan politik yang kuat, karena perubahan tersebut akan memiliki konsekuensi harga.
 - b) Mendorong kolaborasi erat antara akademisi dan pembuat kebijakan. Akademisi harus memberikan saran berdasarkan pengetahuan yang benar, sementara pembuat kebijakan mempertimbangkan risiko dan penerimaan masyarakat.

Sebagai penutup, Wakil Rektor UKM berterima kasih kepada komite penyelenggara dan secara resmi membuka seminar, berharap akan ada diskusi yang produktif.

D. Sistem Kesehatan Malaysia, kekuatan dan tantangan, mengapa usulan untuk perubahan



Prof. Dr. Sharifa Ezat Wan Puteh (Dekan Fakultas Ilmu Pengetahuan Umum dan Profesor Manajemen Rumah Sakit dan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, UKM)

Prof. Dr. Sharifa Ezat Wan Puteh menyampaikan poin-poin penting sebagai berikut:

- 1) Sistem kesehatan Malaysia yang dual-tier bertujuan untuk UHC. Publik didanai pajak, pelayanan minimal atau gratis (ada usulan kenaikan biaya dari RM1 menjadi RM10-50). Swasta berkembang pesat, menawarkan standar lebih tinggi, antrian lebih pendek, teknologi lebih canggih, untuk mereka yang mampu membayar sendiri atau memiliki asuransi swasta
- 2) Masalah dan Kebutuhan untuk Reformasi
 - a) Peningkatan pembayaran *out-of-pocket* (OOP) meskipun ada tujuan UHC.
 - b) Beban PTM yang tinggi (kardiovaskular, diabetes, hipertensi), dan peningkatan kematian akibat pneumonia.
 - c) Kelompok berpenghasilan menengah berada dalam posisi "putus asa", tidak mampu mengikuti akses swasta, namun dianggap terlalu "kaya" untuk subsidi publik.
 - d) Cakupan asuransi kesehatan swasta yang relatif rendah (22%, dari jumlah orang).
 - e) Skema perlindungan sosial (PeKa B40, Skim Madani) tidak 100% komprehensif.
 - f) Adanya pemborosan dan penipuan/Fraud dalam sistem.
 - g) Gaya hidup modern yang mengkhawatirkan (vaping, merokok).
- 3) Model pembiayaan yang dipertimbangkan yaitu Asuransi kesehatan sosial, asuransi swasta sukarela, atau hibrida. Ada kekhawatiran Dana Asuransi Kesehatan Malaysia

(MHIF) yang memungkinkan penarikan dana EPF untuk asuransi swasta, berpotensi merusak asuransi kesehatan sosial.

- E. **Kerangka kerja, peran, dan fungsi NHI dalam mendukung UHC di negara berpendapatan menengah ke bawah (LMIC) oleh Prof. Eng-kiong YEOH, GBS, OBE, JP** - Direktur, Pusat Penelitian Sistem Kesehatan dan Kebijakan, JC Sekolah Kesehatan Masyarakat dan Pelayanan Primer. Fakultas Kedokteran, Universitas Cina Hong Kong, Hong Kong



Prof. Dr. Eng-kiong YEOH (juga disebut Prof. E.K), sebagai pendiri Asia-Pacific Network of Health System Strengthening (NSSS) dan dosen Chinese University of Hong Kong, menyampaikan pandangan komprehensif mengenai asuransi kesehatan nasional (NHI) dan tantangannya, dengan penekanan pada konteks Asia dan kesamaan dengan Malaysia. Beliau menyampaikan poin sebagai berikut:

- 1) Tujuan Cakupan Kesehatan Universal (UHC) yaitu sistem pembiayaan kesehatan harus memungkinkan *setiap orang* untuk mengakses layanan kesehatan yang *diperlukan, efektif, dan berkualitas* tanpa kesulitan finansial (pengeluaran katastrofik). Beliau menekankan pentingnya kesetaraan (equity) karena masyarakat yang kurang beruntung lebih rentan terhadap risiko kesehatan dan dampaknya.
- 2) Komponen Pembiayaan Kesehatan (Kerangka WHO):
 - a) Sumber Pendapatan dapat dari Pajak, asuransi sosial, tunjangan kerja, dan kontribusi individu.
 - b) Pooling, pentingnya pengumpulan dana (pooling) untuk menyebarkan risiko.

- c) Pembelian Strategis yang terdiri dari paket manfaat yang eksplisit (siapa menerima apa, apa yang dibayar, co-payment) dan pembelian layanan dari penyedia.
 - d) Tujuan UHC, yaitu realisasi layanan versus kebutuhan, kesetaraan, dan efisiensi.
- 3) Efisiensi dalam Sistem Kesehatan, beliau mengutip angka global bahwa 30% pengeluaran kesehatan adalah pemborosan (10% karena kesalahan, 60% karena mengikuti protokol klinis yang mungkin tidak efisien). Malaysia, seperti Hong Kong, memiliki sistem yang terfragmentasi (rumah sakit publik, perawatan primer swasta) yang perlu diatasi.
- 4) NHI vs. Asuransi Kesehatan Sosial, dimana Prof EK menjelaskan bahwa istilah ini sering tumpang tindih. Ciri NHI meliputi keanggotaan universal dan wajib, manfaat tidak tergantung kemampuan membayar, serta pembayaran di muka (prepayment) dan pooling risiko. Payer-provider separation sering membedakan NHI dari sistem kesehatan nasional (NHS) yang lebih terintegrasi.
- 5) Tantangan Implementasi NHI
- a) Sistem NHI seringkali menghadapi masalah efisiensi, over-utilisasi, dan pembayaran out-of-pocket yang tinggi pada awalnya (contoh Taiwan).
 - b) Meskipun rasionalnya untuk menghasilkan pendapatan dan mengurangi pemborosan, bukti menunjukkan bahwa biaya pengguna (user fee) dapat menjadi penghalang akses dan menyebabkan pengeluaran katastrofik, terutama bagi masyarakat miskin.
 - c) Peningkatan biaya di sektor publik dapat mendorong sektor swasta untuk menaikkan harga lebih lanjut (inflasi medis).
 - d) Malaysia, seperti Hong Kong, memiliki sistem terfragmentasi di mana perawatan primer sering diabaikan demi perawatan rumah sakit, padahal integrasi penting untuk penyakit kronis.
- 6) Saran untuk Malaysia
- a) Perlu mempertimbangkan bagaimana NHI akan mengintegrasikan sektor publik dan swasta.
 - b) Mengatasi masalah pemborosan (administratif, klinis, duplikasi layanan).
 - c) Memastikan NHI tidak memperburuk risiko finansial bagi masyarakat miskin.
 - d) Perlu ada *political will* yang kuat untuk perubahan, mengingat sistem "gratis" saat ini.
 - e) Memperkuat perawatan primer dan memfasilitasi pembentukan jaringan penyedia untuk perawatan terintegrasi dan berkualitas.

- f) Sistem pembeli tunggal (*single pool*) dalam NHI perlu menetapkan harga secara strategis untuk mendapatkan layanan terbaik dengan biaya terendah.
- 7) Prof EK berinteraksi dengan Dr. Ravindra, menyarankan bahwa NHI tidak harus menaikkan semua harga ke tingkat swasta, tetapi dapat menggunakan tarif yang berbeda. Ditekankan bahwa transisi ke NHI adalah masalah politik yang signifikan, bukan hanya teknis, terutama dalam menghadapi resistensi dari penyedia swasta atau kebutuhan untuk subsidi silang yang lebih besar dari pembayar pajak berpenghasilan tinggi.

F. Tantangan dan isu yang dihadapi oleh sistem kesehatan berbasis pajak (isu keberlanjutan) dan sistem kesehatan asuransi sosial oleh Prof. Laksono Trisnantoro



Prof. Laksono Trisnantoro memulai dengan menegaskan tujuan pembiayaan kesehatan untuk *Universal Health Coverage* (UHC), yaitu memastikan akses terhadap layanan berkualitas dan perlindungan finansial. Ia kemudian menggarisbawahi tantangan umum dalam pembiayaan kesehatan, antara lain:

- 1) Peningkatan biaya pelayanan kesehatan akibat pola demografi (masyarakat menua), penyakit kronis, dan perkembangan teknologi medis yang mahal.
- 2) Sumber pembiayaan kesehatan yang terbatas, dari pajak maupun kontribusi asuransi.

Perbandingan Data Keuangan Kesehatan (Indonesia, Thailand, Malaysia)

- 1) Pembiayaan Pemerintah vs. Swasta, Malaysia cukup stabil, Thailand semakin didominasi publik, sementara Indonesia menunjukkan fluktuasi.

- 2) Rasio Pajak terhadap PDB, Indonesia, Malaysia, dan Thailand memiliki rasio pajak yang rendah dibandingkan negara maju (masing-masing sekitar 10%, 13%, 17%). Ini menunjukkan pentingnya pembiayaan swasta.
- 3) Asuransi Swasta, Indonesia sangat terbatas (sekitar 4,6% dari total belanja kesehatan dan stagnan selama 20 tahun), Thailand mengalami pertumbuhan signifikan (3,2% menjadi 18,1%), dan Malaysia juga meningkat (5,3% menjadi 9,3%).
- 4) Pembayaran *Out-of-Pocket* (OOP), Indonesia masih tinggi, Malaysia meningkat, sedangkan Thailand menurun drastis setelah implementasi UHC.
- 5) Pengeluaran Kesehatan sebagai % PDB Semua negara ini masih rendah (sekitar 4%) dibandingkan negara maju (AS 16%, Jepang 8%).

Isu dan Kebijakan Pembiayaan Kesehatan:

- 1) Thailand, Mengalami *underfunding* kronis, peningkatan permintaan rawat jalan/rawat inap, kendala keuangan rumah sakit, distribusi infrastruktur dan SDM yang tidak merata, serta tantangan keberlanjutan finansial akibat populasi menua.
- 2) Indonesia, Menghadapi masalah ekuitas karena wilayah yang luas dan kepulauan, kesulitan mengumpulkan pembayaran dari anggota yang membayar premi, serta disparitas dalam pemanfaatan asuransi sosial yang cenderung *pro-rich* (lebih banyak dinikmati orang kaya). Sifat single pool membuat dana yang seharusnya untuk masyarakat miskin dapat terpakai anggota BPJS yang relatif lebih mampu. Hal ini terkait dengan akses, bukan karena masyarakat miskin lebih sehat.
- 3) Malaysia, Sistem berbasis pajak berada di bawah tekanan anggaran terbatas, kualitas layanan terancam, dan adanya "brain drain" SDM dari sektor publik ke swasta.

Tantangan Sistem Pembiayaan Berbasis Pajak

- 1) Volatilitas Pendanaan: Bergantung pada pendapatan pajak dan siklus ekonomi, serta keputusan politik.
- 2) Persaingan Anggaran: Sektor kesehatan harus bersaing dengan sektor lain.
- 3) Basis Pajak Sempit: Sektor informal yang besar sulit dipajaki.
- 4) Tekanan Biaya: Dari demografi dan teknologi.
- 5) Inefisiensi: Akibat kapasitas administratif yang lemah.

Tantangan Sistem Asuransi Sosial

- 1) Cakupan Tidak Lengkap Terutama kesulitan mengumpulkan kontribusi dari sektor informal.

- 2) Fragmentasi *Pooling* Dapat melemahkan solidaritas (seperti di Thailand).
- 3) Kepatuhan Kontribusi Masalah dalam pengumpulan premi dan administrasi.
- 4) Tekanan Biaya Dari perubahan demografi dan teknologi.
- 5) Masalah Insentif Potensi penggunaan berlebihan dan penipuan (*fraud*).

Pesan Utama

- 1) Tujuan UHC (akses layanan berkualitas dan perlindungan finansial) harus dicapai dengan cepat.
- 2) Kebijakan harus *pro-poor*, memprioritaskan mereka yang kurang mampu dalam alokasi sumber daya pajak.
- 3) Tidak ada model pembiayaan UHC tunggal yang sempurna; setiap sistem memiliki tantangan.
- 4) Asuransi swasta sangat penting untuk melengkapi asuransi sosial; diperlukan kebijakan, regulasi, dan pengembangan pasar untuk asuransi swasta.
- 5) Sistem pelayanan swasta dapat menarik SDM, sehingga dampak negatif terhadap sistem publik harus dikendalikan.

G. Perspektif ekuitas dalam pembiayaan kesehatan - pandangan makro (perspektif Thailand) oleh Prof. Siripen Supakankunti - Direktur, Pusat Ekonomi Kesehatan, Fakultas Ekonomi, Universitas Chulalongkorn



Prof. Dr. Siripen Supakankunti dari Thailand menjelaskan pengalaman negaranya dalam mencapai Cakupan Kesehatan Universal (UHC) dan tantangan ekuitas dalam pembiayaan kesehatan.

- 1) Model Pembiayaan Thailand, Dimana Thailand memiliki tiga skema pembiayaan kesehatan utama: Skema UHC (berbasis pajak umum), Skema Jaminan Sosial (berbasis kontribusi untuk pekerja formal), dan Skema Tunjangan Medis (untuk pegawai pemerintah). Skema UHC didanai terutama oleh pajak tidak langsung.
- 2) Terkait Ekuitas vs. Kesetaraan, Ptof Siripen menekankan pentingnya ekuitas (memberikan sumber daya berdasarkan kebutuhan) daripada kesetaraan (memberikan semua orang hal yang sama) dalam pembiayaan kesehatan. Pembiayaan UHC harus memungkinkan kontribusi berdasarkan kemampuan membayar dan penerimaan manfaat berdasarkan kebutuhan perawatan.
- 3) Pencapaian UHC Thailand, dimana Thailand berhasil mengurangi pembayaran *out-of-pocket* (OOP) dan pengeluaran kesehatan katastropik secara signifikan, meskipun anggaran kesehatan sebagai persentase PDB relatif rendah (~3-4%).
- 4) Tantangan
 - a) Sulitnya mengumpulkan kontribusi dari sektor informal yang besar, mendorong Thailand untuk beralih ke skema berbasis pajak untuk UHC.
 - b) Penyediaan layanan gratis melalui UHC meningkatkan permintaan, menciptakan beban kerja berlebih bagi penyedia (rumah sakit).
 - c) Kesenjangan kekayaan yang signifikan di Thailand (10% terkaya mengontrol 75% kekayaan) menunjukkan bahwa pembiayaan kesehatan saja tidak dapat mengatasi masalah sosial ini secara penuh.
 - d) Kesulitan menentukan paket manfaat "esensial" karena masyarakat cenderung menginginkan cakupan penuh, yang menghambat pengenalan skema kontribusi.
- 5) Thailand menghadapi tekanan dari populasi menua dan pertumbuhan ekonomi yang lambat. Diperlukan kemauan politik yang kuat dan pemahaman publik untuk reformasi sistem pembiayaan.
- 6) Prof. Siripen menyarankan pengembangan kapasitas analitik nasional untuk kebijakan berbasis bukti dan memperkuat tim multidisiplin dalam membangun sistem kesehatan.

H. Bagaimana asuransi kesehatan mempengaruhi keadilan di kalangan populasi (dibandingkan dengan sistem bayar per layanan/FFS) oleh Prof. Eng-kiong YEOH, GBS, OBE, JP



Prof. E.K membahas peran asuransi kesehatan dalam konteks *Universal Health Coverage* (UHC) dan isu-isu ekuitas yang mempengaruhinya, terutama dibandingkan dengan sistem *fee-for-service* (FFS).

1. Konteks UHC dan Karakteristik Asuransi Kesehatan Nasional (NHI):

- 1) Memastikan akses terhadap layanan kesehatan yang dibutuhkan, berkualitas, efektif, dan tanpa menimbulkan kesulitan finansial.
- 2) Sistem kesehatan harus mengatasi perbedaan dalam paparan risiko, kerentanan, akses layanan, dan konsekuensi finansial bagi populasi yang kurang beruntung.
- 3) Karakteristik NHI seperti Pendaftaran universal wajib, hak tanpa memandang kapasitas membayar, sumber pendapatan prabayar wajib (pajak/iuran Jaminan Sosial), *pooling* risiko tunggal, pembeli tunggal (*single purchaser*), pemisahan pembeli dan penyedia layanan (*purchaser-provider separation*), serta melibatkan penyedia layanan publik dan swasta.

2. Isu dan Tantangan dalam Pembiayaan Kesehatan

- 1) Penting untuk menganalisis kesenjangan layanan kesehatan, ekuitas akses, kontribusi finansial yang adil, alokasi sumber daya, dan perlindungan finansial.
- 2) Pembayaran *Out-of-Pocket* (OOP)
 - a) Terjadi di setiap sistem (biaya pengguna, item tidak tercakup, *co-payment*, *deductible*).
 - b) Rasionalitas (Pro) Sumber pendapatan, mengatasi *moral hazard*, sinyal penggunaan efisien, keberlanjutan finansial.
 - c) Kelemahan (Kontra) Tidak ada *risk pooling*, menghalangi perawatan yang diperlukan, membebani kelompok berpenghasilan rendah, menyebabkan kemiskinan, inflasi harga, asimetri informasi, insentif penyedia layanan (FFS).

3. Efisiensi dalam Sistem Kesehatan

- 1) Penggunaan input yang optimal untuk mencapai hasil kesehatan terbaik.
- 2) WHO memperkirakan 20-40% sumber daya kesehatan global terbuang.
- 3) Sumber Pemborosan yaitu Kompleksitas sistem, pemanfaatan layanan yang tidak perlu, duplikasi layanan/investigasi, perawatan bernilai rendah, inefisiensi operasional, perawatan terfragmentasi, kurang koordinasi. Contoh Polifarmasi, menggambarkan bagaimana spesialisasi dan masalah sistem (misalnya, pasien menemui dokter yang berbeda, waktu konsultasi singkat) menyebabkan inefisiensi dan kesalahan medis.

4. Fragmentasi Pelayanan Kesehatan (Studi Kasus Hong Kong)

- 1) Sistem Hong Kong (mirip Malaysia dan Singapura), Perawatan spesialis dan rumah sakit didanai publik, sedangkan perawatan primer sebagian besar swasta dan didanai secara pribadi.
- 2) Konsekuensi, Segmentasi layanan, kesulitan mendapatkan perawatan, terutama untuk penyakit kronis yang memerlukan tim multidisiplin dan perawatan terintegrasi.
- 3) Integrasi, Penting untuk menggeser sumber daya ke perawatan primer yang lebih efektif dan murah.

5. Pembelian Strategis dan Tata Kelola

- 1) Pembelian Strategis, penting untuk alokasi sumber daya yang efektif. Meliputi *apa* yang akan dibeli (paket manfaat yang adil, layanan terintegrasi) dan *dari siapa* (mempertimbangkan kualitas dan efisiensi).
- 2) Pemisahan Pembeli-Penyedia: Memungkinkan kontrol biaya yang lebih baik, namun memerlukan persiapan sektor publik untuk bersaing.
- 3) Tata Kelola, akuntabilitas bersama dan pertimbangan politik sangat penting dalam mengelola sistem dengan banyak pemangku kepentingan.

Prof. EK juga menyoroti pentingnya mempertimbangkan kapasitas sektor publik dan swasta, serta bagaimana melibatkan swasta secara efektif dalam mencapai UHC.

- I. **Asuransi kesehatan sosial, isu-isu dalam mempertahankan cakupan di Indonesia oleh Dr Diah Ayu Puspendari** – Ketua Pusat Kebijakan Pembiayaan Kesehatan dan Manajemen Asuransi Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada



Dr. Diah Ayu Puspandari menyampaikan penjelasan komprehensif mengenai tantangan dan isu dalam mempertahankan cakupan asuransi kesehatan sosial di Indonesia, khususnya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan.

Rangkuman poin-poin yang beliau disampaikan:

- 1) Latar Belakang & Implementasi JKN
 - a) JKN diluncurkan tahun 2014, mengkonsolidasi skema-skema sebelumnya (ASKES, militer, pekerja).
 - b) Prosesnya membutuhkan waktu sekitar 10 tahun untuk kematangan regulasi dan infrastruktur.
 - c) Cakupan JKN kini mencapai 98.3% populasi.
- 2) Isu Keberlanjutan Cakupan:
 - a) Anggota Tidak Aktif, Sekitar 20.42% dari total anggota JKN tidak aktif, dengan porsi terbesar (26%) berasal dari segmen non-wajib (pekerja informal, wiraswasta, PBP). Hal ini mengurangi kemampuan sistem untuk berfungsi optimal.
 - b) Rasio klaim terus meningkat (mencapai 113.39% pada Januari 2025), menunjukkan pengeluaran lebih tinggi dari pendapatan. Ini menjadi masalah politik karena kenaikan premi tidak populer.
 - c) Pemicu Kenaikan Biaya, seperti pergeseran pola penyakit ke Penyakit Tidak Menular (NCDs), populasi menua, kemajuan teknologi medis, serta kurangnya fungsi *gatekeeping* yang efektif di layanan primer.
 - d) Rendahnya literasi kesehatan masyarakat (<40%) dan tantangan aksesibilitas fasilitas kesehatan di negara kepulauan.
 - e) Paket manfaat yang sangat komprehensif ("A ke Z") menimbulkan tantangan dalam pengelolaan dan penyesuaian.

- f) Contoh kasus klaim fiktif (*phantom clinics*) yang menyebabkan kerugian finansial signifikan (misal, klaim psikoterapi tanpa laporan medis).
- 3) Strategi Mengatasi Tantangan
 - a) Meningkatkan Kepatuhan Pembayaran Premi
 - i. *Auto-debit, e-wallet, micro-payments*, kerja sama koperasi, skema cicilan (*rehab*).
 - ii. Pemanfaatan Zakat (BASNAS), CSR, dan kolaborasi dengan ekosistem sektor informal (aplikasi *ride-sharing*).
 - iii. Pengingat, norma sosial, masa tenggang, insentif non-tunai kecil (misal, akses gratis ke fasilitas kebugaran).
 - b) Meningkatkan Efisiensi
 - i. Menghapus data duplikasi atau anggota meninggal (menghemat Rp 242,6 juta).
 - ii. Identifikasi klaim fiktif (menghemat Rp 35 juta dari satu kasus).
 - iii. Mengembangkan protokol standar untuk perawatan.
 - iv. Pembentukan tim Penjaminan Mutu dan Pengendalian Biaya.
 - c) Mengoptimalkan Kebijakan Kontribusi. Penargetan subsidi yang tepat dan pertimbangan sumber pendanaan alternatif (pajak tembakau, gula).
 - d) Mendorong asuransi swasta sebagai pelengkap untuk produk komplementer dan menggeser pembayaran *out-of-pocket* untuk perawatan kuratif.
 - e) Mengatasi Akses Geografis dengan Telemedicine atau fasilitas bergerak untuk daerah terpencil.
 - f) Membangun Kepercayaan melalui testimoni dan kisah nyata masyarakat.
- 4) Pesan Kunci: Tidak ada model UHC yang sempurna. Pembiayaan kesehatan harus "pro-poor" (prioritas dana publik untuk kaum miskin, mendorong yang mampu menggunakan pembiayaan swasta). Penting untuk memperkuat produk sosial ini demi pencapaian jangka panjang masyarakat.

J. Transisi dari sistem kesehatan yang didanai pajak ke sistem asuransi: dampak potensial terhadap kesetaraan populasi? Oleh Dr Ravindra P. Rannan-Eliya Direktur Institut Kebijakan Kesehatan, Sri Lanka



Dr. Ravindra P. Rannan-Eliya, Fellow dan Direktur Eksekutif Institute for Health Policy (IHP), seorang dokter dan ekonom dengan latar belakang ilmu politik dan ekonomi kesehatan dari Universitas Cambridge dan Harvard. Dr. Ravindra menyampaikan pandangan mendalam mengenai tantangan transisi menuju Asuransi Kesehatan Nasional (NHI) di Malaysia. Dr. Ravindra berbicara dari Delhi dan telah terlibat dengan Kementerian Kesehatan Malaysia selama hampir tiga dekade, termasuk dalam penetapan Malaysia Health Accounts, studi Komisi Kesehatan, dan proyek Transformasi Sistem Kesehatan.

Poin-poin utama yang disampaikan adalah

- 1) Upaya berulang kali untuk mengimplementasikan NHI di Malaysia sejak tahun 1970-an selalu gagal karena alasan ekonomi politik, bukan teknis. Memahami mengapa ini terjadi sangat penting.
- 2) **Sistem Kesehatan Malaysia yang "Atypic" (Tidak Biasa)**
 - a) Kinerja Baik dengan Biaya Rendah, dimana Malaysia memiliki sistem kesehatan yang berkinerja baik dalam hasil kesehatan dasar (misalnya, angka kematian, harapan hidup) dengan tingkat pengeluaran kesehatan per kapita dan sebagai persentase PDB yang relatif rendah dibandingkan negara-negara sejenis atau bahkan maju.
 - b) Cakupan Universal (UHC) Sudah Tercapai, dimana UHC di Malaysia dicapai melalui kombinasi sistem publik yang didanai pajak dan bebas di titik penggunaan (terhubung ke semua warga Malaysia) serta sektor swasta yang didanai oleh warga kaya yang secara sukarela memilih layanan swasta. Ini meringankan beban biaya pada pembayar pajak.
 - c) Studi menunjukkan bahwa perlindungan risiko finansial di Malaysia (mengukur pengeluaran kesehatan katastrofik) lebih baik daripada 95% negara berpenghasilan

menengah lainnya, dan bahkan lebih baik dari rata-rata negara berpenghasilan tinggi, termasuk Jepang dan Taiwan yang memiliki NHI.

- d) Meskipun proporsi OOP dalam total pembiayaan tinggi, hal ini karena pengeluaran publik yang rendah. OOP didominasi oleh warga kaya yang memilih layanan swasta, bukan tersebar secara merata dan menyebabkan kesusahan bagi masyarakat miskin.
- e) Tidak seperti banyak negara berkembang, penggunaan layanan sektor publik di Malaysia bersifat pro-miskin, sementara sektor swasta pro-kaya. Secara keseluruhan, penggunaan layanan kesehatan adil.

3) **Motivasi untuk Reformasi (Bukan Peningkatan Perlindungan Finansial)**

- a) Motivasi utama untuk NHI di Malaysia adalah *politik*, untuk mengatasi ketidakpuasan kelas menengah (M40) yang merasa biaya layanan swasta mahal tetapi dianggap terlalu kaya untuk sepenuhnya bergantung pada sektor publik. Ini bukan untuk meningkatkan perlindungan risiko finansial, karena Malaysia sudah berkinerja baik dalam aspek tersebut.

4) **Implikasi Distributif Simulasi NHI di Malaysia**

- a) NHI baru akan membayar penyedia swasta dengan tarif pasar swasta saat ini (atau lebih tinggi), dan akan didanai oleh pajak/premi yang progresif.
- b) 80% penduduk Malaysia akan *lebih baik* (menerima lebih banyak manfaat NHI daripada yang mereka bayar dalam pajak/premi tambahan). Namun, 20% penduduk terkaya (decile pendapatan teratas) akan *lebih buruk* karena mereka harus membayar pajak/premi yang jauh lebih tinggi untuk membiayai NHI bagi 80% lainnya, termasuk memberikan akses ke layanan swasta yang mahal bagi semua orang.
- c) Ini menciptakan barrier politik yang signifikan, karena kelompok terkaya (yang secara finansial paling terkena dampak) akan menentang perubahan tersebut.

5) **NHI Lebih Menantang bagi Malaysia Dibandingkan Negara Lain**

- a) Negara-negara seperti Jepang, Korea, dan Taiwan berhasil mengimplementasikan NHI karena mereka memulai dengan sistem asuransi sosial yang kuat untuk sektor formal dan rumah sakit publik mereka *tidak gratis* (membebankan biaya pengguna bahkan kepada orang miskin). NHI mereka kemudian *memperluas* cakupan untuk orang miskin yang sebelumnya membayar.
- b) Malaysia, sebaliknya, sudah memberikan layanan publik gratis yang baik kepada masyarakat miskin. NHI di Malaysia akan berarti menyediakan akses ke *layanan swasta yang mahal* bagi semua orang, termasuk orang miskin jika mereka

memilihnya, yang akan memerlukan peningkatan pembiayaan publik yang jauh lebih besar dan lebih mahal.

- 6) Transisi ke NHI di Malaysia adalah masalah *ekonomi politik* dan bukan teknis. Ini membutuhkan kemauan politik yang kuat untuk menaikkan pajak/premi secara signifikan dan meyakinkan kelompok kaya untuk membayar lebih demi manfaat yang akan dirasakan oleh sebagian besar masyarakat, yang sebagian besar sudah menerima layanan yang memadai secara gratis.

K. Rangkuman Seluruh Diskusi – Tanya Jawab



Sesi Diskusi Umum (Setelah presentasi Prof. EK)

- 1) **Pertanyaan (Penanya_1 kepada Prof. EK):** Mengingat Prof. EK menyebutkan 30% dari setiap dolar yang dibelanjakan adalah pemborosan, bagaimana cara meminimalkan pemborosan ini? Apakah ini juga terjadi pada asuransi kesehatan?
 - o **Jawaban (Prof. EK):** Pemborosan dalam layanan kesehatan memang rumit. Terkait asuransi kesehatan, ada masalah dalam menentukan paket manfaat dan mekanisme pembayaran. Seringkali tidak ada kontrol biaya layanan oleh dokter, dan di Malaysia, meskipun layanan dokter swasta diregulasi, layanan rumah sakit swasta tidak, menyebabkan kesulitan dalam mengendalikan biaya. Transisi ke asuransi kesehatan nasional (NHI) perlu mengatasi masalah efisiensi ini agar tidak menciptakan masalah baru.
- 2) **Pertanyaan (Peserta kepada Prof. Laksono Trisnantoro):** Apakah ada studi atau data tentang penggunaan zakat di Indonesia dan Malaysia untuk pembiayaan kesehatan, dan seberapa besar proporsinya?
 - o **Jawaban (Prof. Laksono Trisnantoro):** Sumber dana seperti zakat termasuk dalam filantropi. Di Indonesia, rumah sakit muslim semakin berkembang menggunakan jalur Wakaf (tanah/sumber daya modal) dan Sadaqah/Zakat (biaya operasional). Potensi zakat di Indonesia sangat besar (sekitar 500 triliun Rupiah),

namun baru sebagian kecil yang termanfaatkan dan tidak hanya untuk kesehatan. Di Malaysia, ada perusahaan Wakaf yang juga mulai berkembang, namun masih perlu dipastikan bagaimana penggunaannya tidak menimbulkan ketidakadilan, terutama jika hanya kelompok tertentu yang mendapat manfaat atau membayar lebih sedikit.

- 3) **Pertanyaan (Peserta kepada Prof. Dr. Sharifah Ezat):** Apa kebijakan utama Malaysia? Apakah Malaysia akan memiliki asuransi kesehatan sosial atau tidak?

- **Jawaban (Prof. Dr. Sharifah E):** Ada banyak diskusi. Awalnya ada inisiatif seperti MHIT (Malaysia Health Insurance Fund) untuk populasi berpenghasilan rendah. Meskipun belum sepenuhnya dipromosikan, ada kemungkinan akan mengarah ke asuransi sosial sebagai bagian dari NHI. Saat ini, *casemix* dan DRG sedang diimplementasikan untuk tujuan tersebut, dan paket manfaat masih dalam pengembangan.
- **Tambahan (Prof. Dr. Sharifah):** Prof. Sharifah juga menyatakan kekhawatirannya tentang inisiatif MHIT yang memungkinkan penarikan dana EPF (Employee Provident Fund) untuk membeli asuransi kesehatan swasta. Beliau khawatir ini akan menghambat pengembangan asuransi kesehatan sosial karena dapat mengurangi potensi dana yang bisa digunakan untuk subsidi di masa depan. Beliau secara pribadi tidak setuju dengan penggunaan dana EPF untuk tujuan tersebut.

- 4) **Pertanyaan (Peserta kepada Prof. Dr. Sharifah):** Apakah ada mekanisme yang ditetapkan tarif dalam dua jenis penyedia layanan kesehatan (publik dan swasta) di Malaysia? Bagaimana dua jenis penyedia ini menetapkan tarif mereka, terutama untuk layanan yang sama?

- **Jawaban (Prof. Dr. Sharifah):** (Prof. Dr. Sharifah mengarahkan pertanyaan ini ke Dr. Ravi Rannan Eliya untuk dijawab)

Sesi Diskusi (Setelah presentasi Dr. Ravi Rannan Eliya)

- **Pertanyaan (Prof. Laksono Trisnantoro kepada Dr. Ravi Rannan Eliya):** Dalam konteks Malaysia, apakah Anda menyarankan bahwa Malaysia tidak sebaiknya tidak perlu merubah sistem pendanaan?
 - **Jawaban (Dr. Ravi Rannan Eliya):** Bukan itu maksud saya. Yang saya katakan adalah sistem Malaysia (seperti Hong Kong, Australia, Irlandia, Siprus) memiliki masalah politik kronis, yaitu ketidakpuasan kelas menengah atas terhadap biaya perawatan swasta. Ini adalah motivasi untuk reformasi. Namun, transisi ke NHI di Malaysia akan membutuhkan peningkatan pembiayaan publik yang signifikan, karena harus memberikan akses yang sama ke layanan swasta yang lebih mahal kepada semua orang, termasuk yang miskin. Ini akan membuat 20% penduduk

terkaya membayar jauh lebih banyak, yang menimbulkan hambatan politik besar. Pengalaman global menunjukkan bahwa upaya transisi serupa sering gagal karena alasan ekonomi-politik.



- **Pertanyaan (Prof. Laksono Trisnantoro kepada Dr. Ravi Rannan Eliya):** Tapi jika Malaysia tidak mengubah struktur, fenomena *two-tier system* di mana sektor swasta semakin menarik dan banyak SDM beralih dari publik ke swasta akan terus terjadi.
 - **Jawaban (Dr. Ravi Rannan Eliya):** Betul, sistem *two-tier* ini memang menimbulkan ketidakpuasan di kelas menengah. Namun, sistem Malaysia juga memiliki fitur positif: layanan publiknya "pro-poor" (melayani masyarakat miskin) dan kualitasnya setara atau bahkan lebih baik dari swasta dalam beberapa kasus. Masyarakat miskin menerima perawatan yang memadai secara gratis. Mengatasi masalah ini melalui NHI akan berarti memaksa kelompok kaya untuk membayar lebih banyak untuk menyediakan akses yang sama ke layanan swasta yang mahal bagi semua orang, yang secara politik sangat sulit, seperti yang ditunjukkan oleh sejarah kegagalan reformasi di negara-negara dengan sistem serupa.
- **Pertanyaan (Peserta kepada Dr. Ravi Rannan Eliya):** Apa mekanisme penetapan tarif di antara penyedia layanan kesehatan publik dan swasta di Malaysia, terutama untuk layanan yang sama?
 - **Jawaban (Dr. Ravi Rannan Eliya):** Di Malaysia, layanan sektor publik pada dasarnya gratis (dengan biaya penggunaan minimal). Sektor swasta menetapkan harga berdasarkan pasar, yang seringkali dua hingga empat kali lebih tinggi dari biaya produksi di sektor publik untuk layanan yang sama. Ada beberapa regulasi harga, tetapi sebagian besar adalah pasar bebas. Asuransi swasta sebagian besar untuk rawat inap di rumah sakit swasta, sementara asuransi rawat jalan swasta hampir tidak ada.



- **Pertanyaan (Prof. Yeung Keong kepada Dr. Ravi Rannan Eliya):** Saya setuju tentang asumsi Anda yang menarik tentang harga, karena banyak masalah yang Anda bicarakan adalah harga yang diletakkan pada sektor pribadi, yang tentu adalah masalah politik yang besar. Tetapi dalam ekonomi politik, Apakah tidak lebih mudah untuk mengatasi segmen kecil ini, ketika yang lainnya menguntungkan? Karena asumsi Anda adalah bahwa Anda ingin meningkatkan semua harga secara praktis, efektif, karena Anda melakukan harga pribadi. Tapi jika Anda menggunakan tarif yang berbeda, rata yang berbeda, itu akan menjadi senario yang sangat berbeda. Anda tidak harus meningkatkan revenue terlalu banyak. Jadi itu pertanyaan yang baik.
 - **Jawaban (Dr. Ravi Rannan Eliya):** Pengalaman global selama 60-70 tahun menunjukkan bahwa ketika pemerintah memperkenalkan skema publik untuk membayar penyedia swasta, mereka harus menetapkan harga di atas harga pasar swasta, setidaknya pada fase transisi awal (mungkin di sekitar persentil ke-75 dari harga pasar swasta). Jika tidak, penyedia swasta tidak akan berpartisipasi. Meskipun setelah kontrol monopsoni terbentuk (seperti di Jepang atau NHS Inggris), pemerintah dapat menurunkan harga, fase transisi awalnya selalu membutuhkan pembayaran tinggi. Ini adalah pertimbangan politik, bukan teknis.
- **Pertanyaan (Prof. EK kepada Dr. Ravi Rannan Eliya):** Saya setuju tentang ekonomi publik itu adalah sesuatu yang tidak mudah dibuat oleh pemerintah. Tapi saya mempunyai intensi berkaitan dengan pemerintah yang Anda sebutkan. Salah satu hal yang Anda juga menunjukkan adalah bahwa penawar utama di pejabat hospital adalah publik. Jadi pemerintah tidak perlu datang. dan mereka bergantung pada pendapatan umum. Jadi, itu berasal dari asuransi nasional. Jadi, jelas sekali, pilihan lainnya adalah untuk mengembalikan undang-undang, membutuhkan semua orang untuk menjadi pengasas. Itu juga sesuatu yang bisa Anda lakukan. Jadi, jika saya menjadi pemerintah, saya lebih ingin bertempur dengan pengasas pribadi daripada bertempur dengan populasi. Karena manfaatnya adalah untuk populasi. Jadi, kenapa saya harus mengembalikan harganya dan tidak menyebabkan itu adalah pendapat.
 - **Jawaban (Dr. Ravi Rannan Eliya):** Itu bukan bagaimana cara kerjanya dalam praktik. Jika NHI diperkenalkan, semua warga Malaysia akan memiliki hak untuk

mengakses layanan rumah sakit swasta. Ini akan memaksa peningkatan pembiayaan yang signifikan, karena layanan swasta lebih mahal. Meskipun jangka panjang mungkin ada efisiensi, biaya awal bagi pembayar pajak akan sangat besar. Tidak ada contoh global yang signifikan di negara demokratis yang berhasil melakukan transisi ini tanpa menghadapi resistensi politik yang kuat terhadap peningkatan pajak dan premi.

- **Pertanyaan (Dr. Shohada (online) kepada Dr. Ravi Rannan Eliya):** Malaysia saat ini menawarkan perlindungan finansial yang lebih baik bagi masyarakat miskin daripada sistem NHI yang sudah matang seperti Jepang atau Korea, karena layanan publiknya pada dasarnya gratis. Jika NHI diperkenalkan dengan pembayaran wajib untuk semua, desain subsidi progresif apa yang harus disediakan untuk memastikan masyarakat tidak mengalami risiko finansial yang lebih besar?
 - **Jawaban (Dr. Ravi Rannan Eliya):** Ada dua pendekatan. Salah satunya adalah meniru NHS Inggris tahun 1948 yang menyediakan cakupan penuh tanpa pembayaran di titik layanan dengan peningkatan pajak yang besar (1% dari PDB pada waktu itu). Ini sangat mahal. Pendekatan NHI di Asia (Jepang, Korea, Taiwan) mempertahankan struktur pembayaran bersama (co-payment dan premi) meskipun disubsidi untuk orang miskin. Ini dilakukan karena alasan ideologis (mencegah penyalahgunaan sistem) dan politik (mempertahankan dukungan dari pemilih yang lebih kaya). Jika bahkan pembayaran kecil dari orang miskin dihilangkan, itu dapat menghambat dukungan politik keseluruhan untuk NHI. Transisi ini membutuhkan peningkatan pajak atau premi yang signifikan, dan itu adalah hambatan politik utama yang telah membuat upaya NHI di Malaysia gagal selama 30 tahun.

Sesi Diskusi Kelompok (FGD) - Dipimpin oleh Prof. Dr. Sharifah

- **Pertanyaan (Prof. Dr. Sharifah kepada Prof. Dr. Siripen):** Siapa yang menentukan apa yang "esensial" dan apa yang "tambahan" dalam paket manfaat?
 - **Jawaban (Prof. Dr. Siripen):** Ini tidak mudah. Di Thailand, ada kelompok kerja di bawah Perdana Menteri yang mencoba mendefinisikan paket manfaat "esensial" dan "tambahan". Pekerjaan ini sedang berlangsung, namun masih diperdebatkan karena masyarakat cenderung menginginkan cakupan penuh dan tidak mudah menerima batasan. Jika tidak ada paket esensial yang jelas, sulit untuk memperkenalkan skema kontribusi.
- **Pertanyaan (Prof. Dr. Sharifah Ezat kepada Prof. EK):** Dalam konteks sistem fragmented seperti Malaysia, apakah tidak ada *golden rule* untuk menangani *overload* layanan dan memastikan akses ke sistem perawatan yang berbeda?

- **Jawaban (Prof. EK):** Sistem yang besar memang memiliki keuntungan dan masalahnya sendiri. NHI dapat membeli layanan dari sektor publik dan swasta. Tantangannya adalah menentukan peran sektor swasta dan bagaimana mengintegrasikan perawatan primer dan rumah sakit. Pemerintah perlu mendorong pembentukan jaringan penyedia layanan (seperti yang dilakukan Singapura dengan GP), memberikan insentif untuk perawatan terintegrasi, dan memastikan kualitas serta efisiensi. Ini tentang insentif dan koordinasi di seluruh sistem.
- **Pertanyaan (peserta kepada Prof. EK):** Ketika mengimplementasikan NHI di negara dengan penyedia layanan kesehatan ganda (publik dan swasta), dan Malaysia memiliki proporsi yang hampir sama, apa proporsi terbaik atau mekanisme untuk mengatasi masalah beban kerja dan meningkatkan kualitas layanan?

Jawaban (Prof. EK): Masalahnya serupa dengan pengalaman Hong Kong yang mengotonomikan rumah sakit pada tahun 1991. NHI harus membeli layanan dari kedua sektor (publik dan swasta). Otonomi dapat membantu, tetapi perlu ada pembelian strategis yang memastikan harga terbaik untuk layanan terbaik. Penting untuk memprioritaskan pembelian layanan perawatan primer yang berkualitas dan terintegrasi, bukan hanya teknologi mahal. Ini juga memerlukan pengembangan kapasitas SDM dan mendorong dokter keluarga yang berkualifikasi. Integrasi penyedia dan pembayar (seperti model Kaiser Permanente di AS) juga dapat menjadi insentif untuk meningkatkan kesehatan populasi dan mengurangi biaya.

Hari Kedua, Rabu, 15 Oktober 2025



Sesi 3 The Pooling, Payment, and Benefit Packages

- A. Perbedaan fungsi dan peran mekanisme pembayaran China: Pengalaman China oleh Associate Professor Shimeng Liu**

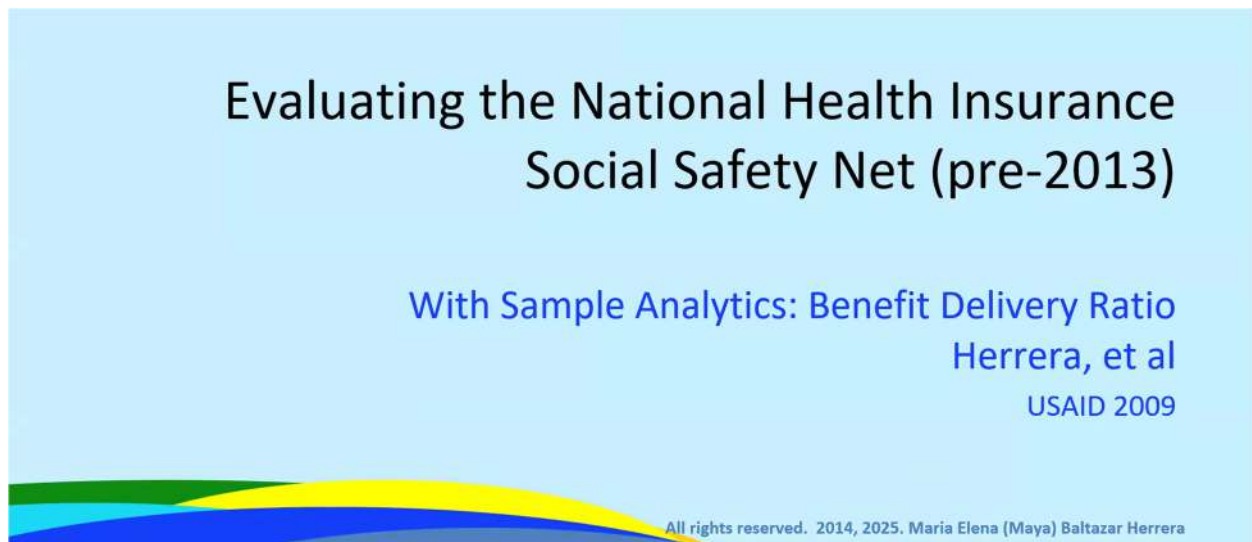


Profesor Shimeng liu dari Sekolah Kesehatan Masyarakat di Universitas Fudan China mempresentasikan "Perbedaan fungsi dan peran mekanisme pembayaran China: Pengalaman China." Poin-poin yang disampaikan antara lain:

1. Profil Negara & Sistem Jaminan Kesehatan
 - a) Tiongkok menghadapi populasi menua (65+ tahun meningkat dari 9% menjadi 15,6% pada 2011-2024).
 - b) Total pengeluaran kesehatan meningkat setiap tahun.
 - c) Sistem asuransi kesehatan multi-tier mencakup lebih dari 95% populasi, namun ada tantangan keberlanjutan dan efisiensi.
2. Mekanisme Pembayaran Asuransi Kesehatan
 - a) Sistem pembayaran retrospektif, Seperti *fee-for-service*, sederhana namun berisiko pengeluaran berlebih (tidak ada kendali biaya).
 - b) Sistem pembayaran prospektif
 - 1) Kapitasi yang mendorong perawatan primer dan pengendalian biaya, namun berisiko pemilihan pasien (*adverse selection*) dan pelayanan kurang.
 - 2) Pembayaran per kasus (DRG/DIP)
 - i. DRG (Diagnosis Related Groups) yang mengontrol biaya, meningkatkan transparansi dan efisiensi klinis.
 - ii. DIP (Diagnosis Intervention Packet) yang mengakomodasi kompleksitas klinis, namun berpotensi perilaku penyedia yang merugikan (seperti upcoding).
3. Tantangan Utama
 - a) Ada dua kelompok tantangan utama dalam model pembayaran layanan (DRG dan DIP). Untuk mengatasinya, disarankan membangun platform data nasional terstandar, menggabungkan keunggulan logika klinis DRG dengan presisi berbasis data dari DIP, serta menerapkan model pembayaran campuran yang disertai penilaian kinerja.
 - b) Tantangan Inti Pada DRG (case-based/grouping):
 - 1) Pengelompokan yang statis dan bertumpu pada ahli membuatnya kurang responsif terhadap pembaruan klinis yang cepat.
 - 2) Hambatan adopsi tinggi karena butuh standardisasi data dan infrastruktur yang memadai.
 - 3) Tekanan pembatasan biaya menyulitkan integrasi inovasi medis baru.
 - c) Tantangan Inti Pada DIP (data-driven grouping):
 - 1) Rentan disalahgunakan ("gaming"), sehingga memerlukan pengawasan perilaku penyedia yang lebih canggih.
 - 2) Pembersihan data historis dari berbagai inefisiensi merupakan tantangan besar untuk menetapkan baseline yang valid.
 - 3) Sulit mencapai tujuan makro-kebijakan, misalnya mendorong sistem layanan berjenjang (tiered care).

- d) Arah Perbaikan (Path Forward)
 - 1) Bangun platform data nasional terstandar untuk menghilangkan duplikasi dan mendukung integrasi sistem.
 - 2) Kombinasikan logika klinis DRG dengan presisi berbasis data dari DIP untuk menghasilkan metodologi pengelompokan yang lebih unggul.
 - 3) Implementasikan model pembayaran campuran (mixed-payment) dan penilaian kinerja untuk menyeimbangkan pengendalian biaya dengan mutu layanan dan inovasi.
- 4. Saran untuk kedepan yaitu mengembangkan platform data nasional, mengintegrasikan DRG dan DIP, model pembayaran campuran, dan penilaian kinerja.

B. Bagaimana Pengembangan Paket Manfaat untuk Pasien Jangka Panjang dan Penyakit Langka - Masalah dan Rekomendasi - Pengalaman Philhealth oleh Profesor Maria Elena B. Herrera (Dosen Tamu di Asian Institute of Management, Kota Makati, Metro, Manila, Filipina)



Prof. Maria Elena Herrera memaparkan pengalaman PhilHealth Filipina dalam mengembangkan paket manfaat untuk penyakit jangka panjang dan langka. Berikut Poin-poin yang disampaikan:

1. Konteks & Evolusi

Sistem jaminan kesehatan nasional (NHI) dimulai tahun 1995, dengan PhilHealth (PHIC) yang kini mencakup 98% populasi. Awalnya berfokus pada perawatan pasien umum, lalu diperluas ke sektor informal. UU NHI 2013 mewajibkan cakupan dan subsidi pemerintah.

2. Cakupan & Pembiayaan

Rasio dukungan manfaat historisnya 50-66%. Pengeluaran pribadi (out-of-pocket) masih tinggi (44,4%). Pendanaan diperkuat dengan "sin taxes" (2020).

3. Pengembangan Paket Manfaat

- a) Awalnya, paket maternitas berbasis klinik diperkenalkan dengan sukses.
- b) Tahun 2012, "Z-benefits" diperkenalkan untuk penyakit katastropik, berdasarkan insiden, bukti ilmiah, dan rasionalitas ekonomi.
- c) Perubahan terbaru berfokus pada penyakit beban tinggi, dengan peningkatan signifikan pada tarif untuk intervensi seperti transplantasi ginjal dan sesi hemodialisis (dari 90 menjadi 156 per tahun).
- d) Penambahan manfaat baru meliputi kesehatan mulut, perawatan darurat non-rawat inap, peningkatan cakupan kanker, penghapusan batas rawat inap 45 hari, paket pasca-transplantasi ginjal, optometri anak, dan perluasan Z-benefits untuk penyakit langka.

4. Pelajaran Penting

Desain manfaat yang efektif membutuhkan prioritas yang jelas, bukti, dan manajemen data yang baik. NHI menjadi fondasi untuk pengumpulan informasi, namun UHC adalah perjalanan yang memerlukan prioritas berkelanjutan karena sumber daya terbatas.

C. Paket manfaat kesehatan untuk perawatan primer; pembayaran kapitasi, peran dan perkembangannya - Pengalaman Thailand, oleh Prof. Siripen Supakankunti (Direktur, Pusat Ekonomi Kesehatan, Fakultas Ekonomi, Universitas Chulalongkorn)



Prof. Siripen dari Center for Health Economics, Universitas Mahidol, Thailand, mempresentasikan tentang "Paket Manfaat Kesehatan untuk Perawatan Primer; Pembayaran Kapitasi, Peran dan Perkembangannya - Pengalaman Thailand." Berikut poin-poin yang disampaikan:

1. Konteks Sistem Kesehatan Thailand

- a) Sistem kesehatan Thailand didominasi oleh sektor publik dengan infrastruktur yang kuat sejak tahun 1970-an, namun pelayanan swasta juga ada sebagai pelengkap, terutama di perkotaan.
- b) Thailand mencapai cakupan kesehatan universal (UHC) pada tahun 2002 melalui evolusi gradual, dengan tiga skema utama yang ada saat ini: untuk pegawai negeri sipil, pekerja sektor formal (Jaminan Sosial), dan sisa populasi (Universal Coverage Scheme/UCS). Cakupan populasi mencapai hampir 100%.

2. Cakupan dan Paket Manfaat

- a) Meskipun terdapat tiga skema utama, semua skema tersebut menyediakan paket manfaat yang sangat komprehensif, yang merupakan faktor penting dalam memengaruhi peran asuransi kesehatan swasta.
- b) Undang-Undang Perawatan Kesehatan Primer tahun 2019 menetapkan paket manfaat komprehensif untuk perawatan primer, mencakup layanan medis dan kesehatan masyarakat yang berfokus pada individu, promosi kesehatan, pencegahan penyakit, perawatan kuratif, paliatif, serta mencakup seluruh tahapan kehidupan.

3. Pendanaan dan Pembayaran Kapitasi untuk Pelayanan Kesehatan Primer

- a) Thailand menggunakan sistem pembayaran kapitasi untuk pelayanan kesehatan primer, di mana penyedia menerima jumlah tetap per orang yang terdaftar.
- b) Tujuannya untuk mendorong penyedia untuk menjaga kesehatan populasi terdaftar dan mengelola sumber daya secara efisien.
- c) Dampaknya untuk meningkatkan akses dan kontrol biaya, namun juga berpotensi risiko pemberian layanan yang kurang (*under-serving*) atau rujukan yang tidak perlu karena strategi minimisasi biaya penyedia.
- d) Tantangan yang dihadapi yaitu peningkatan biaya kesehatan, populasi menua, penurunan tarif kapitasi, dan disparitas antar skema.

4. Arah Masa Depan dan Rekomendasi

- a) Meninjau ulang dan menyesuaikan tarif kapitasi agar sesuai dengan kebutuhan kesehatan masyarakat dan biaya aktual.
- b) Memperkenalkan mekanisme pembayaran campuran, seperti pembayaran berbasis nilai (*value-based payment*) atau berbasis kinerja.
- c) Berinvestasi dalam infrastruktur dan tenaga kerja perawatan primer.

- d) Memperkuat koordinasi dan tata kelola sistem.
- e) Mengembangkan model berbasis komunitas dan memanfaatkan *big data* serta kecerdasan buatan (AI) untuk peningkatan kualitas.

Sesi 4 Quality and Value Based Principle in Health Insurance

D. Kebijakan Sistem Mutu untuk Penerapan Prinsip Berbasis Nilai dalam Asuransi Kesehatan Sosial dan Swasta oleh Dr. Hanevi Djasri, MARS. FISQua (Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Indonesia)



Dr. Hanevi Djasri memaparkan kebijakan sistem mutu di Indonesia untuk penerapan prinsip berbasis nilai dalam asuransi kesehatan sosial dan swasta. Poin-poin yang disampaikan antara lain:

1. Konsep Kualitas vs. Biaya

Beliau mengutip Michael Porter yang menekankan *value-based healthcare* (layanan berkualitas tinggi dengan hasil pasien terbaik dan paling efisien biaya).

2. Kebijakan Sistem Mutu Indonesia

a) Regulasi Sistem Kesehatan

Lebih berfokus pada peningkatan kualitas (hasil pasien) melalui indikator mutu, laporan insiden keselamatan pasien, dan akreditasi, namun kurang seimbang dengan efisiensi biaya.

b) Regulasi Sistem Asuransi Kesehatan (JKN)

Fokus utama pada efisiensi biaya. Tarif standar (DRG/kapitasi) ditetapkan berdasarkan kemampuan fasilitas, indeks harga konsumen, dan indeks biaya regional, bukan secara eksplisit berdasarkan kualitas. Mekanisme pembayaran berbasis kinerja untuk rumah sakit belum dikembangkan. Tim kualitas dan kontrol (TKMKB) lebih mengedepankan efisiensi biaya.

3. Tantangan & Rekomendasi

- a) Sistem kesehatan memerlukan reformasi untuk meningkatkan efisiensi pendanaan.
- b) Sistem asuransi nasional perlu mengembangkan mekanisme keuangan yang memperkuat kualitas (misal: insentif untuk kualitas baik, dukungan finansial untuk standar input).
- c) Fasilitas kesehatan didorong mengambil inisiatif proaktif untuk mengurangi biaya (misal: manajemen jaringan, penggunaan IT) dan meningkatkan hasil pasien (misal: jalur klinis, pengukuran hasil/pengalaman pasien) tanpa kenaikan biaya signifikan.

Sesi Diskusi - Tanya Jawab

1) Pertanyaan kepada Profesor Maria Elena Herrera

Seorang peserta bertanya seberapa sering tarif diperbarui di Filipina dan bagaimana dukungan dari sektor swasta diperoleh. Prof. Herrera menjelaskan bahwa dukungan swasta berasal dari konsultasi yang luas dan memastikan kebijakan yang memungkinkan rumah sakit swasta tetap menghasilkan keuntungan, serta pilot proyek dengan penyedia swasta. Tarif asuransi nasional dinegosiasikan agar lebih rendah dari standar rumah sakit swasta, tetapi memungkinkan rumah sakit swasta menghasilkan uang dengan menawarkan layanan yang lebih tinggi biayanya (misalnya, kamar pribadi). Ia juga menyebutkan pemeriksaan dan audit berkelanjutan terhadap protokol layanan.

2) Pertanyaan kepada Profesor Siripen.

Seorang peserta bertanya tentang peran dan hubungan antara Kementerian Kesehatan dan NHI di Thailand dalam menetapkan pembayaran manfaat, dan bagaimana teknologi baru diatur. Prof. Siripen menjelaskan bahwa tarif dan manfaat disesuaikan melalui negosiasi asuransi dan penilaian teknologi kesehatan (HTA), termasuk analisis dampak anggaran. Pertanyaan lain mengenai resiliensi sistem kapitasi Thailand terhadap kejadian tak terduga (misalnya COVID-19). Prof. Siripen menjelaskan bahwa pemerintah turun tangan dengan anggaran tambahan dalam krisis dan terus menyesuaikan tingkat kapitasi berdasarkan kebutuhan kesehatan masyarakat dan biaya aktual, tetapi menjaga kualitas tetap menjadi tantangan.

3) Pertanyaan kepada Dr. Hanevi Djasri.

Seorang peserta bertanya bagaimana Indonesia menyesuaikan tarif dengan perbedaan geografis dan tingkat fasilitas. Dr. Djasri menjelaskan bahwa DRG di rumah sakit memiliki tarif yang berbeda antar wilayah

berdasarkan indeks biaya regional. Untuk fasilitas, tarif bergantung pada kompetensi layanan, bukan hanya tipe rumah sakit. Ada juga kapitasi khusus untuk daerah terpencil dengan kepadatan penduduk rendah.

E. Peran dan fungsi audit dan regulasi dalam mitigasi penipuan di NHI oleh Prof. Dr. Azimatun Noor Aizuddin (Kepala Pusat Internasional untuk Casemix dan Koding Klinis (ITCC), Rumah Sakit Canselor Tuanku Muhriz (HCTM) UKM)



Prof. Dr. Azimatun Duraisuddin memaparkan peran krusial audit dan regulasi dalam mitigasi penipuan pada sistem pembiayaan kesehatan nasional (NHI). Poin-poin yang beliau sampaikan yaitu:

1. Pentingnya Audit

Audit esensial untuk menjaga stabilitas finansial, integritas, dan kepercayaan publik terhadap NHI, karena penipuan mengikis sumber daya dan kualitas pelayanan.

2. Jenis Penipuan (Fraud)

Melibatkan penyedia layanan (misalnya *upcoding*, *phantom billing*, *unbundling*), pasien (pencurian identitas, penyalahgunaan informasi), dan administratif (klaim palsu, korupsi).

3. Dampak Penipuan (Fraud)

Merugikan secara finansial (premi tinggi, pengeluaran tidak berkelanjutan), merusak kepercayaan publik, dan menurunkan kualitas serta keselamatan pasien.

4. Kerangka & Fungsi Audit

Didukung oleh audit eksternal, internal, dan pengawasan pemerintah. Fungsi utamanya adalah:

- a) Pencegahan (Deterrence), melalui pengawasan yang terlihat dan publikasi temuan.
- b) Deteksi dengan menggunakan analisis data, inspeksi lapangan, *sampling* statistik, dan pelaporan anonim.
- c) Resolusi melalui investigasi, restitusi, dan tindakan hukum.
- d) Pencegahan (Prevention) dengan memperkuat kontrol internal dan meninjau kebijakan.

5. **Pengalaman Malaysia**

Telah menerapkan audit finansial dan klinis, peninjauan biaya, kontrol internal, dan metode deteksi penipuan seperti audit acak.

6. **Tantangan**

Keterbatasan sumber daya, privasi data, kompleksitas penipuan yang terus berkembang, resistensi, dan adaptasi teknologi.

7. **Arah Masa Depan**

Mengintegrasikan Kecerdasan Buatan (AI) untuk analitik prediktif, deteksi *real-time*, dan sistem yang saling terhubung guna meningkatkan kualitas dan mencegah penipuan.

Audit merupakan alat multidimensional yang vital untuk melindungi NHI, memastikan kesehatan finansial, integritas, dan kepentingan kesehatan masyarakat.

F. Mitigasi Penipuan dan Perlindungan Konsumen dalam Asuransi (Pengalaman Eropa dan Indonesia) oleh Rimawan Pradiptyo, S.E., M.Sc., Ph.D (Kepala Departemen Ekonomi, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Gadjah Mada Indonesia)



Dr. Rimawan Pradipto, bersama dengan Ms. Putih, menyampaikan paparan mengenai mitigasi penipuan dan perlindungan konsumen dalam asuransi, dengan fokus pada pengalaman Indonesia. Poin-poin utama yang disampaikan antara lain:

1. Konteks Kejahatan dan Korupsi di Indonesia

Adanya "rasa krisis" dan kelembapan dalam sistem, terlihat dari ambisi Indonesia mencapai Universal Health Coverage (UHC) dalam 5 tahun dibandingkan negara lain yang memerlukan puluhan tahun, menyebabkan defisit anggaran dan ketidakseimbangan infrastruktur/SDM.

2. Tiga Masalah Utama

- a) Ketidakpahaman terhadap "musuh" (penipuan) dan diri sendiri.
- b) Kompleksitas karena dominasi sektor informal (60% PDB).
- c) Aspek institusional yang lemah.

3. Perbandingan dengan Malaysia

Malaysia telah mengambil langkah lebih maju dalam mengatasi korupsi sektor swasta (2018) meskipun mengadopsi UNCAC lebih lambat. Di Indonesia, Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) melemah setelah tahun 2019.

4. Kualitas Institusi & Penipuan

Indeks Persepsi Korupsi (CPI) Indonesia menunjukkan penurunan. Regulasi asimetris antara sektor publik (terregulasi ketat) dan swasta (kurang regulasi) menciptakan lingkungan bisnis yang rentan penipuan.

5. **Penipuan dalam Program JKN (oleh Ms. Puti)**



- a) BPJS Kesehatan mengalami defisit karena klaim meningkat dan kurangnya kontribusi berkelanjutan dari peserta mandiri.
- b) Semua pihak (pasien, penyedia, BPJS, industri farmasi, pemerintah) berpotensi melakukan penipuan.
- c) Contoh penipuan: penggunaan identitas palsu, tagihan fiktif, *upcoding*, penyedia fiktif, tagihan ganda, *kickback*, penggelapan dana.
- d) Penyebab: gaji rendah tenaga kesehatan, asimetri informasi (pasien kurang paham prosedur), tindakan anti-penipuan yang tidak efektif, dan regulasi yang tidak jelas tentang eskalasi sanksi.

6. **Rekomendasi**

Indonesia telah mengembangkan kursus etika, otomatisasi/digitalisasi (e-katalog, aplikasi BPJS Kesehatan, rekam medis elektronik), serta tim pencegahan dan penanganan penipuan JKN.

7. **Arah ke Depan**

Memanfaatkan Kecerdasan Buatan (AI) untuk identifikasi dan deteksi penipuan secara *real-time*, serta mengoptimalkan Nomor Induk Kependudukan (NIK) sebagai data tunggal untuk sinkronisasi dan deteksi dini penipuan.

Diskus dan Tanya Jawab

- 1) Pertanyaan kepada Profesor Azimatun Noor Aizuddin. Seorang peserta meminta penjelasan lebih lanjut tentang tindakan pencegahan penipuan sebelum audit. Prof. Azimatun menyebutkan sistem keputusan klinis dalam EMR dan sistem farmasi yang dapat menandai klaim yang tidak biasa atau berulang. Pertanyaan lain mengenai 'perilaku tidak profesional' penyedia layanan kesehatan dan apakah ini harus diintegrasikan ke dalam kurikulum. Prof. Azimatun mengakui adanya masalah moral hazard, terutama di sektor swasta, dan pentingnya pengingat etika dan sistem insentif yang kuat.
- 2) Pertanyaan kepada Dr. Rimawan Pradityo & Ms. Puti. Seorang peserta bertanya tentang prevalensi korupsi di Indonesia sebelum UHC dan apakah penipuan lebih umum di tingkat atas jabatan. Dr. Rimawan menjelaskan bahwa data penipuan sebelumnya sulit diperoleh karena keterbatasan hukum (hanya sektor publik yang bisa dituntut korupsi). Ms. Puti menambahkan bahwa penipuan terjadi di berbagai tingkatan, didorong oleh gaji rendah dan asimetri informasi, dan bahwa insentif pembayaran yang lebih baik diperlukan untuk mengurangi penipuan. Mereka juga mengakui bahwa orang di posisi tinggi mungkin mengharapkan 'pembayaran tambahan' karena sistem insentif yang bermasalah.

Diskusi Kelompok Malaysia:

- 1) Diskusi Kelompok Malaysia – Pembiayaan Berbasis Pajak. Kelompok ini membahas tantangan tata kelola dalam pembiayaan berbasis pajak Malaysia, mengusulkan reformasi tata kelola dengan pembentukan Komisi Kesehatan Nasional untuk pembelian strategis dan reformasi mekanisme pembayaran. Mereka juga membahas integrasi sektor swasta.
- 2) Diskusi Kelompok Malaysia – Asuransi Kesehatan Swasta. Kelompok ini menganalisis situasi asuransi kesehatan swasta di Malaysia, menyoroti pentingnya integrasi PHI untuk melengkapi dana publik dan mengurangi pengeluaran pribadi. Usulan mencakup standarisasi manfaat, inovasi produk, dan reformasi regulasi.
- 3) Diskusi Kelompok Malaysia – Asuransi Kesehatan Nasional. Kelompok ini mendukung pergeseran Malaysia menuju model asuransi kesehatan nasional, menekankan pentingnya kerangka tata kelola dan kebijakan yang kuat, sumber daya yang berkelanjutan, pemerataan, inklusivitas, dan kemitraan publik-swasta.

Sesi 5. The way forward and scoping review of PHI (Dr April)

Diskusi Penutup: Situasi Private Health Insurance dan prospek ke depannya untuk mendukung Universal Health Insurance.

Fasilitator: Prof Laksono Trisnantoro

G. Sesi Khusus tentang PHI (sebelum panel) 30 menit oleh Asisten Profesor Peneliti - Dr. April Yushan WU, Sekolah Kesehatan Masyarakat dan Pelayanan Kesehatan Primer JC. Fakultas Kedokteran, Universitas Cina Hong Kong, Hong Kong



Dr. April Wu mempresentasikan hasil *scoping review* mengenai Peran Asuransi Kesehatan Swasta (AKS) dan dampaknya terhadap Cakupan Kesehatan Universal (UHC). Poin-poin yang disampaikan adalah:

Definisi dan Konsep Dasar

- 1) Asuransi kesehatan swasta didefinisikan sebagai cakupan layanan kesehatan yang dibiayai secara privat melalui pembayaran non-terkait pendapatan kepada entitas asuransi
- 2) Penelitian mencakup semua jenis asuransi kesehatan swasta: individual, kelompok, wajib, dan sukarela

Alasan Orang Membeli Asuransi Kesehatan Swasta

1. Meningkatkan perlindungan finansial
2. Mendapatkan lebih banyak pilihan dokter dan layanan
3. Mengalihkan pasien dari layanan kesehatan publik yang padat ke layanan swasta

Peran Asuransi Kesehatan Swasta

- 1) Peran suplementer
- 2) Peran komplementer
- 3) Peran substitutif
- 4) Di Malaysia dan Hong Kong dengan sistem berbasis pajak, asuransi kesehatan swasta umumnya berperan suplementer atau komplementer

Metodologi Penelitian

- 1) Tinjauan literatur dari 5 basis data utama
- 2) Konsep pencarian, universal health coverage dan private health insurance
- 3) Dari sekitar 2.000 makalah awal, akhirnya diidentifikasi 51 makalah untuk ditinjau
- 4) Mayoritas studi adalah analisis statistik dengan data sekunder dan desain cross-sectional

Penelitian mencakup makalah dari berbagai wilayah dunia, mayoritas dari Pasifik Barat dan Eropa

April Wu menyimpulkan beberapa temuan utama:

1. Semua studi melaporkan dampak positif asuransi kesehatan swasta, tetapi ada masalah kesetaraan karena asuransi kesehatan swasta lebih banyak dimiliki oleh orang kaya, berpendidikan tinggi, dan tinggal di daerah perkotaan.
2. Asuransi kesehatan swasta berhubungan positif dengan penggunaan layanan rawat jalan, namun untuk rawat inap hasilnya beragam di berbagai negara.
3. Semua studi menunjukkan efek protektif asuransi swasta terhadap pengeluaran katastrofik, tetapi untuk pengeluaran *out-of-pocket* hasilnya beragam.

Kesenjangan penelitian yang diidentifikasi

- 1) Sebagian besar studi bersifat cross-sectional, tidak menunjukkan hubungan sebab-akibat
- 2) Banyak studi tidak membedakan jenis asuransi swasta yang berbeda
 - a) Perlu lebih banyak penelitian yang menggunakan pengeluaran katastrofik sebagai hasil ukuran

Dr. Wu menekankan bahwa AKS dapat menjadi alat yang efektif untuk meningkatkan cakupan asuransi dan melindungi dari pembayaran katastrofik, tetapi perlu dipertimbangkan dengan cermat terhadap isu ekuitas dan efektivitas dalam konteks sistem kesehatan yang ada.

H. Peraturan dalam pengembangan asuransi kesehatan swasta dan penyedia layanan kesehatan swasta oleh Prof. Asnawi Abdullah, BSc.PH, MHSM, MSc.HPPF, DLSHTM, PhD Kepala Badan Pengembangan Kebijakan Kesehatan Kementerian Kesehatan, Indonesia



Prof. Asnawi Duraisuddin memaparkan strategi Indonesia dalam mengembangkan peran asuransi kesehatan swasta (AKS) dan penyedia layanan kesehatan swasta dalam sistem kesehatan Indonesia. Poin-poin yang disampaikan antara lain:

Latar Belakang

- 1) Pengeluaran kesehatan Indonesia telah meningkat rata-rata 8,9% per tahun, lebih cepat dari pertumbuhan ekonomi Indonesia
- 2) Pengeluaran tinggi tidak otomatis menghasilkan outcome kesehatan yang lebih baik (contoh: AS)
- 3) Sebagian besar pengeluaran digunakan untuk mengobati penyakit tidak menular seperti penyakit jantung, kanker, dan stroke

Tantangan Sistem Kesehatan Indonesia

- 1) Hanya sekitar 12% anggaran digunakan untuk layanan kesehatan primer
- 2) Akses ke layanan rujukan tidak merata di seluruh Indonesia (hanya 48 dari 500+ kabupaten yang memiliki layanan kateterisasi jantung)
- 3) Keterbatasan peralatan dan dokter spesialis di sebagian besar wilayah Indonesia
- 4) Skor Universal Health Coverage (UHC) masih rendah meskipun cakupan asuransi mencapai 98,8%
- 5) Pembayaran out-of-pocket masih signifikan (sekitar 29%)

Transformasi Sistem Kesehatan Indonesia

- 1) Indonesia melakukan transformasi besar-besaran dengan enam pilar transformasi sistem kesehatan
- 2) Fokus pada transformasi pelayanan kesehatan primer, sekunder, ketahanan sistem kesehatan, peralatan, vaksin, serta pembiayaan dan tata kelola
- 3) Indonesia sedang melakukan reformasi sektor kesehatan, termasuk pembiayaan. Asuransi kesehatan sosial dominan (95.4% anggaran), sementara peran AKS kecil. Namun, ada potensi besar untuk AKS di kalangan berpendapatan tinggi dan menengah. Pemerintah menargetkan peningkatan cakupan AKS dari 5% menjadi 20%.

Peran dan Potensi Asuransi Kesehatan Swasta

- 1) Saat ini kontribusi asuransi kesehatan swasta relatif kecil (sekitar 5%)
- 2) Target ambisius untuk meningkatkan peran asuransi kesehatan
- 3) Strategi Integrasi AKS
 - a) Mempelajari model dari negara-negara dengan asuransi sosial dominan (misal, Jerman, Vietnam) untuk insentif dan pilihan.
 - b) Mengembangkan "model koordinasi" di mana AKS dapat menutupi perbedaan biaya untuk layanan kelas atas dalam sistem asuransi sosial.
 - c) Fokus pada regulasi dan pengembangan produk inovatif (roadmap hingga 2030).
- 4) Pembelajaran Utama

Negara dengan OOP tinggi sering memiliki cakupan AKS lebih tinggi (komplementer/substitutif). Insentif untuk individu/perusahaan umum. Model Jerman butuh kehati-hatian di Indonesia.
- 5) Kesimpulan

AKS memiliki peluang untuk mengurangi tekanan pada pembiayaan publik dan menawarkan pilihan, namun harus diatur cermat untuk mencegah efek negative. Peningkatan akses ke perawatan primer dan kualitas layanan rujukan tetap krusial.

I. Penggunaan pembiayaan kesehatan swasta sebagai pelengkap asuransi kesehatan nasional, oleh Prof. Dr. Sharifa Ezat Wan Puteh (Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat, Spesialis Kedokteran Kesehatan Masyarakat, Profesor dalam Manajemen Rumah Sakit dan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, UKM)



Prof. Dr. Sharifa Ezat Wan Puteh memaparkan tentang penggunaan pembiayaan kesehatan swasta (PHI) sebagai pelengkap asuransi kesehatan nasional di Malaysia. Poin-poin yang disampaikan antara lain:

1. Konteks dan Pentingnya PHI

- a) Pembiayaan kesehatan nasional didominasi oleh publik (sekitar 62% dari pemerintah), dengan PHI hanya mencakup sekitar 22% populasi (NHMS 2019), terutama di kalangan berpenghasilan tinggi.
- b) Pengeluaran *out-of-pocket* (OOP) masih tinggi (sekitar 30%). PHI penting untuk melengkapi dana publik, memperluas cakupan, mengurangi OOP, dan memperkuat regulasi sesuai tujuan UHC.

2. Kekuatan dan Kelemahan Situasi Saat Ini

- a) Kekuatan yaitu Pasar terbuka, premi Takaful yang berkembang, produk beragam, melengkapi sektor publik dengan akses lebih cepat (khususnya di perkotaan). Kebijakan Bank Negara Malaysia (BNM) meningkatkan perlindungan konsumen.
- b) Kelemahan yaitu Cakupan tidak cukup untuk perlindungan finansial penuh (OOP tinggi), inflasi medis meningkatkan premi, produk kompleks/kurang transparan.

3. Peluang dan Tantangan

- a) Peluang antara lain Pemanfaatan alat digital/bancassurance, inovasi produk (paket modular, terjangkau, inklusif untuk penyakit kronis), reformasi regulasi (penetapan harga yang adil).
 - b) Tantangan yaitu Inflasi medis yang tinggi (proyeksi hingga 14-20%), kecenderungan PHI untuk menolak perpanjangan/membatasi cakupan bagi lansia atau penderita NCD, serta potensi *moral hazard* (penggunaan berlebihan layanan).
4. Strategi ke Depan (Integrasi PHI ke dalam Sistem Kesehatan Nasional)

Visi Kebijakan, memposisikan PHI sebagai pelengkap (bukan pengganti) pembiayaan publik untuk mengurangi OOP dan memperkuat perlindungan.

Rencana Pembiayaan Kesehatan Nasional, mengintegrasikan dana publik, asuransi sosial, dan PHI. Mendesak pembentukan basis data pembiayaan kesehatan nasional yang terintegrasi (saat ini EMR rumah sakit/klinik berbeda-beda).

Reformasi Pasar, menstandarisasi paket dasar, mempromosikan *benchmarking* antar rumah sakit swasta, dan meningkatkan transparansi rasio klaim.

Asuransi Mikro, mengembangkan PHI mikro untuk kelompok berpenghasilan rendah/sektor informal, didukung kemitraan publik-swasta.

Transformasi Digital dan Integrasi Data, pemanfaatan platform *e-claims* nasional dan AI untuk deteksi penipuan *real-time* dan prediksi risiko.

Tata Kelola dan Akuntabilitas, laporan transparansi tahunan, pembentukan dewan multi-pemangku kepentingan, dan pemantauan kinerja berbasis indikator.

5. Private Health Insurance (PHI) terhadap National Health Insurance (NHI) di Malaysia.
- a) PHI di Malaysia semakin meningkat penggunaannya dari tahun ke tahun, meskipun Malaysia menggunakan sistem berbasis pajak.
 - b) Terjadi peningkatan pengeluaran out-of-pocket masyarakat Malaysia, dengan sekitar 20% populasi menggunakan PHI terutama untuk layanan rawat jalan.
 - c) Pembicara menunjukkan bahwa kelompok B40 (40% penduduk berpenghasilan terendah) adalah pengguna terbesar layanan kesehatan baik di sektor publik maupun swasta.
 - d) Premi asuransi kesehatan swasta di Malaysia meningkat sekitar 10% per tahun, yang menyebabkan Bank Negara (bank sentral Malaysia) menetapkan pembatasan kenaikan premi tahunan.
 - e) Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kenaikan premi termasuk:
 - i. Kemajuan dalam perawatan dan peralatan medis
 - ii. Prevalensi tinggi penyakit tidak menular

- iii. Penuaan populasi
 - iv. Berkurangnya manfaat
 - v. Desain polis
- f) Studi menunjukkan bahwa sekitar 54% sampel penelitian di Malaysia Timur membeli PHI, dengan permintaan lebih tinggi di kalangan pekerja, kelompok berpenghasilan menengah dan tinggi, serta penduduk perkotaan.
 - g) Prof Puteh menyebutkan bahwa pengenalan PHI dapat mengakibatkan pergeseran perhatian dari layanan publik, waktu tunggu lebih lama di sistem publik, dan campuran kasus yang lebih kompleks di sektor pub

6. Kesimpulan

PHI di Malaysia perlu bertransisi dari sekadar "privilege" menjadi bagian terstruktur dari sistem pembiayaan kesehatan yang transparan dan inklusif, untuk mencapai UHC yang berkelanjutan dan adil bagi semua.

Di Malaysia, penggunaan asuransi kesehatan swasta (PHI) mengalami peningkatan meskipun negara telah memiliki sistem layanan kesehatan berbasis pajak yang mapan. Peningkatan ini didorong oleh beberapa faktor, termasuk inflasi medis, kemajuan teknologi pengobatan, prevalensi penyakit tidak menular, populasi yang menua, dan desain kebijakan asuransi. Sekitar 20% populasi Malaysia menggunakan PHI, terutama untuk layanan rawat jalan dan perawatan bagi lansia. Meskipun kelompok B40 (40% penduduk berpenghasilan terendah) memiliki akses ke layanan kesehatan publik dan swasta, premi asuransi kesehatan yang terus meningkat menimbulkan kekhawatiran. Bank Negara Malaysia berperan dalam mengatur operator asuransi swasta dan memberlakukan pembatasan kenaikan premi. Pemerintah juga mempertimbangkan skema asuransi kesehatan nasional sebagai bagian dari reformasi kesehatan secara menyeluruh, dengan fokus pada keterjangkauan bagi kelompok berpenghasilan rendah.

J. PHI Sukarela dan Jaminan Kesehatan Universal (JKN) Sistem Kesehatan Thailand oleh Prof. Dr. Chantal Herberholz, Direktur Pusat Keunggulan Ekonomi Kesehatan, Fakultas Ekonomi, Universitas Chulalongkorn, Bangkok, Thailand



Berdasarkan paparan Prof. Dr. Chantal Herkul-Holtz mengenai "Peran kesejahteraan pribadi di bawah Kabinet Kesejahteraan Universal Thailand," poin-poin yang disampaikan antara lain:

Overview tentang asuransi kesehatan swasta (*private health insurance*) di Thailand:

1. Thailand telah mencapai cakupan kesehatan universal (UHC) sejak 2002, dengan sistem kesehatan yang didominasi sektor publik. Dominan sektor publik dengan infrastruktur yang kuat sejak tahun 1970-an. Sektor swasta tetap ada sebagai pelengkap, terutama di daerah perkotaan
2. Meskipun memiliki sistem kesehatan publik yang komprehensif, Thailand juga memiliki sektor kesehatan swasta yang berkembang, terutama di daerah perkotaan.
3. Peran asuransi kesehatan swasta di Thailand bersifat suplemen, memberikan akses ke fasilitas swasta dengan pelayanan hotel yang lebih baik.
4. Penetrasi AKS di Thailand secara historis rendah (<9%), namun mengalami peningkatan signifikan dalam dekade terakhir, mencapai sekitar 18% dari total pengeluaran kesehatan pada tahun 2022.
5. Kepemilikan asuransi kesehatan swasta meningkat tajam dalam dekade terakhir, meskipun sedikit menurun setelah pandemi COVID-19.
6. Asuransi kesehatan swasta terutama dibeli oleh warga Thailand dari kelompok pendapatan tertinggi (kuartil teratas) dan yang tinggal di daerah perkotaan.

7. Mereka yang memiliki asuransi ganda (publik dan swasta) cenderung mengunjungi penyedia layanan non-designated dan mengalami pengeluaran out-of-pocket yang lebih tinggi.
8. Pasar asuransi kesehatan swasta didominasi oleh beberapa perusahaan besar, dengan total 82 perusahaan asuransi resmi pada 2018.
9. Asuransi kesehatan biasanya terkait dengan kontrak asuransi jiwa atau dijual secara terpisah sebagai asuransi non-jiwa.
10. Komisi Asuransi (OIC) didirikan pada tahun 2007 sebagai komisi independen untuk melindungi konsumen dan mengatasi masalah seperti penolakan perpanjangan polis atau pembatasan cakupan

Tantangan asuransi kesehatan swasta (private health insurance) di Thailand

1. Penetrasi asuransi di Thailand relatif rendah - lebih rendah dari rata-rata global dan regional. Ini tidak hanya berlaku untuk asuransi kesehatan tapi seluruh segmen asuransi. Perlu peningkatan kesadaran akan pentingnya asuransi dan kepercayaan konsumen.
2. Premi asuransi yang tinggi - premi asuransi kesehatan swasta sangat mahal, sehingga hanya terjangkau oleh masyarakat dengan pendapatan tertinggi. Jika asuransi kesehatan swasta ingin berperan lebih besar dalam cakupan kesehatan universal, maka premi harus lebih terjangkau terutama bagi mereka di sektor informal.
3. Masalah pembaruan polis - sebelumnya ada kecenderungan perusahaan asuransi menolak memperbarui polis ketika nasabah benar-benar menggunakan asuransi kesehatan. Hal ini telah diubah melalui peraturan baru.
4. Pembatasan cakupan untuk lansia - perusahaan asuransi akan memeriksa kondisi yang sudah ada sebelumnya dan menolak memberikan asuransi kesehatan swasta kepada lansia. Komisi Asuransi saat ini sedang mengembangkan produk di mana praktik ini tidak lagi diperbolehkan.
5. Biaya medis yang meningkat - Thailand memiliki tingkat inflasi medis yang sangat tinggi (sekitar 14% dan diproyeksikan meningkat hingga 20%). Ini disebabkan oleh berbagai faktor termasuk masyarakat yang menua dan akses ke layanan kesehatan swasta yang berkontribusi pada peningkatan biaya kes

Kesimpulan tentang private health insurance di Thailand adalah

1. Private health insurance di Thailand bersifat "supplementary" (pelengkap), bukan "complementary". Ini berarti asuransi kesehatan swasta memberi pemegang polis pilihan yang lebih besar untuk mengakses fasilitas kesehatan swasta dan memungkinkan mereka untuk menghindari waktu tunggu.

2. Thailand memiliki paket manfaat yang komprehensif dengan hampir tidak ada copayment dalam sistem asuransi kesehatan publiknya, sehingga asuransi kesehatan swasta tidak bersifat "complementary".
3. Peran asuransi kesehatan swasta mungkin berubah di masa depan karena keberlanjutan universal health coverage Thailand dipengaruhi oleh beberapa faktor, terutama inflasi medis.
4. Mengubah sistem saat ini, seperti memperkenalkan copayment, sulit secara politis.
5. Untuk perawatan jangka panjang (long-term care), pasar belum berkembang dengan baik, dan Office of Insurance Commission sedang bekerja dengan para pemangku kepentingan untuk mengembangkannya.

Saat ini, private health insurance terutama berfungsi sebagai pelengkap yang memberikan pilihan penyedia layanan swasta yang lebih besar dan memungkinkan pemegang polis untuk menghindari waktu tunggu.

Diskusi dan Tanya Jawab Panel discussion on healthcare financing, benefit packages, sustainability of care

Berikut adalah rangkuman seluruh pertanyaan dan jawaban pada sesi "*Private Health Insurance*" dan *Panel Discussion "Healthcare Financing, Benefit Packages, Sustainability of Care"*:

I. Sesi Diskusi Panel: Pembiayaan Kesehatan, Paket Manfaat, dan Keberlanjutan Pelayanan (Diskusi Kelompok)

- **Kelompok 1: Pembiayaan Berbasis Pajak (Tax-Based Financing)**
 - Pertanyaan/Komentar (Prof. K.Y.):
 - Pentingnya analisis akun kesehatan nasional untuk melacak alokasi dana publik dan swasta.
 - Fokus pada *value-based budgeting* (pembiayaan berbasis nilai) dan perawatan primer yang lebih efisien.
 - Pertanyaan (Penanya 1):
 - Bagaimana agenda politik dapat digerakkan untuk reformasi kesehatan di Malaysia, mengingat perlunya kepemimpinan yang kuat melampaui Menteri Kesehatan?
 - Apakah Menteri Kesehatan saat ini tidak cukup kompeten, mengingat adanya pengaruh dari sektor publik dan swasta?

- Pertanyaan (Penanya 1):
 - Komentar mengenai pembelian strategis dan hubungan antara pembeli dan pengguna. Apakah ada mekanisme (misal: saluran keluhan) untuk meningkatkan pembelian strategis?
- Jawaban (Grup 1/Penanya 2):
 - (Secara implisit, presentasi mereka mengusulkan reformasi tata kelola dan pembentukan komisi pembeli strategis yang baru).
 - Kepemimpinan harus bersedia mengambil risiko dan kesempatan.
- **Kelompok 2: Asuransi Kesehatan Swasta (Private Health Insurance)**
 - Pertanyaan/Komentar (Prof. K.Y.):
 - Komentar tentang analisis SWOT (perlu mendefinisikan peran Asuransi Kesehatan Pribadi (AKP) dalam konteks UHC, membedakan faktor internal/eksternal, memprioritaskan tindakan).
 - Menyoroti masalah dengan asuransi swasta: pengiriman yang tidak terduga, seleksi yang merugikan (*adverse selection*), asimetri informasi, dan perlunya asuransi kelompok.
- **Kelompok 3: Asuransi Kesehatan Nasional (National Health Insurance)**
 - Pertanyaan (Penanya 3):
 - Apa komentar para pembicara mengenai kelayakan implementasi Asuransi Kesehatan Nasional di Malaysia, terutama mengingat pernyataan Dr. Ravi sebelumnya bahwa Malaysia mungkin tidak membutuhkan asuransi kesehatan sosial?
 - Jawaban (Prof. K.Y.):
 - Menekankan "jendela peluang" (misalnya setelah krisis seperti COVID-19) untuk perubahan.
 - Pentingnya definisi luas tentang "pemerintah" (kepemimpinan, pengawasan, regulasi, kerja sama dengan akademisi) dan kebutuhan data serta kolaborasi antara pemerintah dan akademisi.
 - Jawaban (Prof. Siripen):
 - Kenaikan asuransi kesehatan swasta di Thailand adalah konsekuensi dari pergeseran pembiayaan kesehatan publik dari sisi suplai ke sisi permintaan.

- Ini menyebabkan peningkatan permintaan, antrean panjang di fasilitas publik, sehingga mendorong kelompok mampu ke opsi swasta.
- Menyoroti tantangan bagi lansia dan perlunya regulasi kuat jika AKP diperluas, serta pertanyaan apakah harus wajib atau sukarela.

II. Sesi "Masa Depan Asuransi Kesehatan Swasta"

Diskusi – Tanya Jawab

- 1) Pertanyaan kepada Dr. April. Dr. Lutfan menanyakan tentang temuan negatif PHI pada perlindungan finansial. Dr. April menjelaskan bahwa hasil studi PHI secara global sangat bervariasi karena perbedaan konteks dan jenis PHI. Ia mencatat bahwa studi cross-sectional mungkin menunjukkan korelasi, tetapi sulit untuk menyimpulkan kausalitas. Namun, PHI secara konsisten menunjukkan efek positif pada perlindungan terhadap pengeluaran katastrofik, meskipun ini perlu diinterpretasikan dalam konteks sistem kesehatan publik yang ada.
- 2) Pertanyaan kepada Profesor Asnawi Abdullah. Seorang peserta bertanya tentang motivasi di balik target Kementerian Kesehatan Indonesia untuk meningkatkan cakupan PHI dari 5% menjadi 20%. Prof. Asnari menjelaskan bahwa ini bertujuan untuk mengurangi beban pembiayaan asuransi kesehatan sosial (JKN) yang sebagian besar ditanggung pemerintah, serta memanfaatkan potensi dari kelompok berpenghasilan tinggi yang mampu membeli asuransi swasta. Data tunggal nasional mempermudah penargetan kelompok ini.
- 3) Apa saja negatif effect dari PHI?

Beberapa efek negatif dari private health insurance (PHI) yang disebutkan adalah:

1. Terkait perlindungan finansial, beberapa negara seperti China, Perancis, Jerman, dan India melaporkan efek positif pada pengeluaran out-of-pocket, yang berarti PHI justru meningkatkan pengeluaran out-of-pocket pasien.
2. Untuk pelayanan rawat inap, beberapa negara seperti Australia, China, Brasil, dan India melaporkan efek negatif atau tidak ada efek dari PHI pada pemanfaatan layanan rawat inap.
3. Dr. April menyebutkan bahwa hasil penelitian bersifat campuran (mixed), dan kebanyakan studi bersifat cross-sectional sehingga tidak bisa menunjukkan hubungan kausal yang jelas.
4. Dari studi di Malaysia, disebutkan bahwa PHI potensial menimbulkan perilaku moral hazard di kalangan pemilik PHI.
5. PHI juga dapat mengakibatkan pergeseran perhatian dari layanan publik, yang bisa mengakibatkan waktu tunggu yang lebih lama bagi pasien di sistem publik, campuran kasus yang lebih kompleks di sektor publik, dan biaya publik yang lebih tinggi.
6. Masalah ekuitas juga diangkat, karena PHI lebih banyak dimanfaatkan oleh kelompok berpenghasilan tinggi, berpendidikan tinggi, dan tinggal di daerah

perkotaan, sehingga orang yang benar-benar membutuhkannya mungkin tidak tercakup.

Dalam diskusi, Diah mengangkat poin penting bahwa keberadaan asuransi kesehatan swasta (private health insurance) tidak harus diartikan sebagai bukti bahwa sistem asuransi publik berkinerja buruk. Dia menyebutkan bahwa meskipun ada masalah seperti antrian panjang dan kinerja di bawah standar dalam sistem publik, asuransi swasta tidak semata-mata ada karena alasan ini.

Dr. Puteh menanggapi dengan menjelaskan bahwa konteks setiap negara sangat penting untuk dipertimbangkan. Dia menjelaskan bahwa di Malaysia, sistem kesehatan publik telah berjalan dengan sangat baik selama bertahun-tahun hingga beberapa tahun terakhir. Masalah-masalah seperti waktu tunggu yang panjang dan dokter yang meninggalkan sistem menjadi pendorong reformasi kesehatan.

Rafute juga menjelaskan bahwa asuransi kesehatan swasta dapat membantu mengisi kesenjangan bagi mereka yang memiliki preferensi berbeda, bukan hanya karena sistem publik berkinerja buruk. Dalam konteks tertentu, seperti di negara-negara yang sangat kaya, mereka bahkan mungkin tidak memerlukan asuransi kesehatan swasta karena pemerintah dapat mengirim pasien ke luar negeri untuk perawatan dengan biaya yang ditanggung pemerintah.

Kesimpulannya, asuransi kesehatan swasta ada untuk melengkapi sistem yang sudah ada dan memberikan pilihan tambahan bagi mereka yang mencari layanan berbeda atau tambahan, bukan semata-mata sebagai respons terhadap kekurangan dalam sistem kesehatan publik.

Pertanyaan untuk Prof Asnawi: Bagaimana menaikkan peran pembiayaan PHI atau swasta menjadi 20%

Menurut penjelasan Prof. Asnawi, ada tiga alasan utama mengapa Menteri Kesehatan Indonesia ingin meningkatkan peran asuransi kesehatan swasta dari 5% menjadi 20%:

1. Untuk mengurangi beban pada sistem asuransi kesehatan sosial (BPJS). Sekitar 65% anggaran asuransi kesehatan sosial berasal dari pemerintah untuk membayar premi masyarakat miskin. Dengan mendorong asuransi kesehatan swasta, beban pada sistem asuransi sosial bisa dikurangi.
2. Banyak orang kaya yang masih menggunakan asuransi kesehatan sosial padahal mereka mampu membayar asuransi kesehatan swasta. Pemerintah ingin memberikan insentif bagi kelompok masyarakat yang mampu untuk beralih ke asuransi kesehatan swasta.
3. Indonesia sekarang memiliki sistem data tunggal yang memudahkan pemerintah untuk membedakan tingkat ekonomi masyarakat. Dengan data ini, pemerintah dapat lebih

tepat sasaran dalam menentukan siapa yang seharusnya didorong untuk membeli asuransi kesehatan swasta.

Narasumber juga menyebutkan bahwa ide ini mendapat banyak protes, sehingga pemerintah masih mencari model terbaik dari berbagai negara yang tidak berdampak negatif pada cakupan kesehatan universal.

Pembahasan oleh Prof Siripen:

Beliau menjelaskan tentang situasi asuransi kesehatan di Thailand. Beliau menjelaskan mengapa terjadi peningkatan penggunaan asuransi kesehatan swasta di Thailand.

Intinya, beliau menjelaskan bahwa Thailand beralih dari mekanisme pembiayaan sisi penawaran (supply-side mechanism) ke mekanisme pembiayaan sisi permintaan (demand-side mechanism) seperti sistem kapitasi. Ketika pemerintah mulai membayar atas nama masyarakat, permintaan layanan kesehatan meningkat drastis (dua hingga tiga kali lipat), sementara sisi penyedia layanan tidak bertambah.

Akibatnya, fasilitas kesehatan publik menjadi sangat padat dan antrian sangat panjang. Orang-orang miskin yang sebelumnya tidak bisa mengakses rumah sakit karena hambatan keuangan, kini bisa mengakses layanan tersebut. Namun, keluarga kelas menengah dan berpenghasilan tinggi yang sebelumnya menikmati fasilitas publik, kini harus menghadapi kepadatan di fasilitas kesehatan publik. Inilah yang mendorong mereka untuk membeli asuransi kesehatan swasta agar dapat mengakses penyedia layanan kesehatan swasta.

Penyedia layanan swasta pada saat itu memiliki tingkat hunian tempat tidur kurang dari 50% (bahkan hanya 20-30%), tetapi biayanya sangat tinggi. Jadi, jika seseorang ingin mengakses penyedia layanan swasta, mereka harus membeli asuransi kesehatan swasta.

Beberapa poin penting tentang provider di Thailand

1. Ketika Thailand menerapkan UHC (Universal Health Coverage), permintaan layanan kesehatan meningkat drastis (dua hingga tiga kali lipat), tetapi jumlah provider tetap hampir sama.
2. Akibatnya, fasilitas kesehatan publik menjadi sangat padat dan antrian sangat panjang.
3. Provider swasta pada saat itu memiliki tingkat okupansi tempat tidur kurang dari 50% (bahkan hanya 20-30%), tetapi biaya aksesnya sangat tinggi.
4. Banyak provider swasta tidak berpartisipasi dalam skema jaminan sosial karena pembayaran kapitasi yang relatif rendah.
5. Situasi ini mendorong masyarakat kelas menengah dan berpenghasilan tinggi untuk membeli asuransi kesehatan swasta agar bisa mengakses provider swasta tanpa antrian panjang.
6. Pemberi kerja juga mulai membeli asuransi kesehatan swasta untuk karyawan mereka karena tidak banyak provider swasta yang berpartisipasi dalam skema jaminan sosial. Inilah yang menyebabkan peningkatan peran provider swasta dan pertumbuhan asuransi kesehatan swasta di Thailand.

Prof. Siripen dari Thailand menyarankan yang harus dilakukan jika ingin menaikkan asuransi kesehatan swasta dari 5% menjadi 20%:

1. Asuransi kesehatan swasta harus bersifat fungsional terlebih dahulu.
2. Penyedia layanan kesehatan swasta perlu diatur dengan baik, memerlukan kolaborasi yang baik untuk menciptakan regulasi.
3. Penyedia layanan kesehatan swasta harus berfungsi dengan sangat baik, artinya penyedia layanan publik harus mampu bersaing dengan penyedia layanan swasta.
4. Perlu diputuskan apakah asuransi kesehatan swasta akan bersifat wajib (mandatory) atau sukarela (voluntary). Pembicara menyarankan bahwa jika ingin mencapai target tersebut, asuransi kesehatan swasta sebaiknya bersifat wajib, bukan hanya sebagai opsi.
5. Tidak bisa membiarkan masyarakat masuk dan keluar dari sistem asuransi sesuka hati (opt in dan opt out), perlu ada mekanisme yang jelas.
6. Perlu mempertimbangkan siapa yang akan mendapat manfaat dari kebijakan tersebut (benefit incidence).

Pembicara juga menyoroti pentingnya mengatur biaya kesehatan, karena tanpa regulasi yang baik untuk penyedia layanan swasta dan asuransi kesehatan swasta, bisa terjadi masalah dalam pengendalian biaya kesehatan.

Konklusi Sesi PHI



Prof Laksono menyampaikan konklusi tentang asuransi kesehatan swasta (Private Health Insurance) sebagai berikut:

1. Asuransi kesehatan swasta di setiap negara harus dipahami dengan lebih baik karena konteksnya dipengaruhi oleh banyak faktor.
2. Di beberapa negara, regulasi asuransi kesehatan swasta masih belum cukup atau belum dipahami dengan baik.
3. ANHSS akan melakukan analisis dan penelitian yang lebih mendalam tentang asuransi kesehatan swasta di masa depan.
4. Beberapa negara seperti Indonesia sudah mulai melakukan diskusi kelompok dengan berbagai pihak terkait topik ini, begitu juga di Hong Kong.

Prof Laksono juga menyebutkan bahwa sesi diskusi ini akan dilanjutkan dengan:

1. Penelitian lebih detil di setiap negara jaringan, mulai bulan November 2025 sampai Maret 2026.
2. Penelitian ini diharapkan langsung dipergunakan untuk bahan komunikasi bagi policy makers. Tidak terbatas untuk keperluan penulisan jurnal. Para peneliti diharapkan melakukan komunikasi terus ke policy maker.
3. Pembahasan bersama di tahun depan, awal Juni 2026 di Hongkong untuk membahas lebih lanjut tentang peran asuransi kesehatan swasta dalam mendukung cakupan kesehatan universal.

Acara ditutup pukul 17.00 Waktu Kuala Lumpur.

