

Rangkuman

Seri Webinar “Pendanaan Kesehatan di Indonesia: Dulu, Sekarang, dan Masa Depan”

Sesi 6: Skenario Sumber dan Besaran Dana Kesehatan

Narasumber

Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M. Sc., Ph.D (Guru Besar Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, FK-KMK UGM)

Paparan Sesi Pertama: Skenario Pendanaan Kesehatan di Indonesia dan Implikasi untuk para pemimpin di sektor kesehatan (THE PAST)

Pendanaan Kesehatan Masa Lalu dan Saat Ini (Hingga 2023)

Profesor Laksono Trisnantoro memulai dengan mengutip Stephen Ambrose: "Masa lalu adalah sumber pengetahuan, dan masa depan adalah sumber harapan," ("**the past is a source of knowledge, and the future is a source of hope,**") menekankan pentingnya belajar dari sejarah untuk merancang masa depan. Prof laksono menjelaskan mengenai kerangka analisis industri rumah sakit menggunakan Porter's Five Forces, melihat rumah sakit sebagai industri yang bersaing secara domestik dan di Asia Tenggara. Rumah sakit berfungsi sebagai lokomotif bagi industri kesehatan lainnya (alat kesehatan, obat-obatan, SDM)

1. Kerangka Konseptual dan Industri Rumah Sakit

Kerangka konsep yang digunakan dan dijelaskan Prof laksono, menggunakan Porter's Five Forces. Prof. Laksono menyatakan rumah sakit kini adalah industri "cross border, lintas-batas sampai ke Asia Tenggara," namun Indonesia "bukan pelaku ya, bukan pemain kunci dalam persaingan rumah sakit di Asia Tenggara". Pertumbuhan rumah sakit swasta tinggi terutama di Jawa dan sebagian Sumatra, sementara di daerah lain "cenderung stagnan". Rumah sakit asing sangat agresif menarik pasien Indonesia; jaringan IHH melaporkan "65 persen pasien asing berasal dari Indonesia," menjadikan Indonesia "lebih banyak sebagai pasar pengguna". Industri farmasi, alat kesehatan, dan ketersediaan dokter spesialis dalam negeri belum berkembang pesat atau mengalami kekurangan, menyebabkan suplai rumah sakit terkendala.

2. Situasi Industri Rumah Sakit

a. Tren Industri Rumah Sakit di Indonesia

Dimana pertumbuhan rumah sakit swasta lebih tinggi dibandingkan pemerintah, terutama di Jawa dan Sumatera. Wilayah seperti Papua cenderung stagnan. Jaringan rumah sakit swasta berkembang pesat, namun pasar utamanya adalah pasien BPJS Kesehatan. Rumah sakit luar negeri sangat agresif menarik pasien Indonesia; Indonesia menjadi pasar pengguna, bukan pemain kunci dalam persaingan regional.

Contoh: 65% pasien asing di jaringan rumah sakit IHH (Malaysia) berasal dari Indonesia.

b. Situasi Pemasok (Obat, Alkes, Dokter)

Konsumsi farmasi dan alat kesehatan domestik masih rendah, dapat karena banyak pasien berobat ke luar negeri. Indonesia mengalami kekurangan dokter spesialis yang kronis, tidak seperti Thailand atau Malaysia yang lebih terbuka terhadap dokter asing/diaspora.

3. Pendanaan Kesehatan Nasional di Indonesia

- a. Belanja kesehatan total Indonesia stagnan sekitar 3% dari PDB selama 15 tahun terakhir (dibandingkan Malaysia 4.1%, Thailand 4.36%). Hal ini menciptakan ekosistem yang kurang baik bagi pelaku kesehatan". Sumber dana publik didominasi BPJS dan APBN/APBD dan sedikit menurun setelah pandemi COVID-19. Sementara asuransi kesehatan swasta (PHI) "**relatif tidak banyak bergerak**" dan stagnan di sekitar 4% dari total belanja kesehatan selama 20 tahun.
- b. *Out-of-pocket* (OOP) masih tinggi, terutama untuk kelompok mampu (desil-10) yang cenderung menggunakan untuk layanan kuratif di luar BPJS, bahkan ke luar negeri, mengindikasikan ketidakpuasan terhadap layanan BPJS atau pilihan asuransi swasta.

4. Perbandingan dengan Thailand dan Indonesia

- a. Pengeluaran Kesehatan Total (sebagai % PDB), Indonesia flat di sekitar 3%, sementara Malaysia naik dari 3,3% menjadi 4,1%, dan Thailand dari 3,5% menjadi 4,36%.
- b. Indonesia memiliki rasio pajak terendah (sekitar 10% dari PDB) dibandingkan Malaysia (13%) dan Thailand (17%), menunjukkan keterbatasan daya fiskal pemerintah.
- c. PHI meningkat signifikan dari 3% menjadi 18.1%. Ini terjadi karena UHC Thailand yang lebih lama menyebabkan rumah sakit publik "penuh, antrean panjang," mendorong kelas menengah ke atas untuk membeli PHI demi akses layanan swasta tanpa antrean. Thailand memiliki tiga pool UHC terpisah dan tidak ada peserta yang membayar seperti PBPU di Indonesia. Mereka bahkan memiliki semboyan "**proud to pay**" untuk asuransi swasta.
- d. Indonesia mengandalkan single pool BPJS. Segmen Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) mengalami defisit besar (rasio klaim hingga 500% di awal, kini 249%) - menunjukkan *adverse selection* (peserta sakit cenderung bergabung), yang ditutupi oleh surplus PBI-PBN (pemerintah) - Dana PBI-APBN (untuk masyarakat miskin) sering surplus (terutama saat COVID-19 berkat dana PEN) dan digunakan untuk menutupi defisit PBPU- dan PPU (pekerja). Hal ini "praktis meruang sebuah segmen askes komersial di BPJS" dan "menghambat perkembangan ASKES swasta," karena kelompok mampu cenderung ikut BPJS dengan premi rendah daripada membeli PHI. Premi PBPU BPJS dianggap "terlalu rendah, politis" untuk

dinaikkan. Meliputi semua segmen masyarakat, termasuk yang mampu, dengan premi yang relatif rendah (terutama PBPU – Pekerja Bukan Penerima Upah).

5. Kesimpulan "The Past"

- a. Masyarakat mampu menggunakan BPJS (kelas 1 atau 2), PHI terbatas, atau OOP untuk layanan di dalam/luar negeri. Data menunjukkan "60 persen" pasien agregat di Malaysia adalah orang Indonesia.
- b. Indonesia berada dalam situasi "memprihatinkan," dengan hanya sekitar 3% dari 3.100 rumah sakit yang melayani non-BPJS. Rumah sakit non-BPJS inilah yang bersaing dalam medical tourism.
- c. Sistem kesehatan "gagal mendapatkan dana cukup dari masyarakat," mengakibatkan belanja kesehatan yang terus rendah. Prof. Laksono menggarisbawahi perlunya peningkatan belanja kesehatan dari 3% menjadi 4,5% PDB, yang setara dengan penambahan sekitar Rp300 triliun, untuk menciptakan "ekosistem yang terus buruk" menjadi lebih sehat.

Paparan Sesi Kedua: Skenario Pendanaan Kesehatan di Indonesia dan Implikasi untuk para pemimpin di sektor kesehatan (THE Future)

Prof. Laksono Trisnanto melanjutkan paparan kedua dengan membahas skenario pendanaan kesehatan di Indonesia di masa depan ("The Future"), menekankan bahwa meskipun masa lalu mungkin kelam, "**future is a source of hope**" dan kita tidak boleh hanya pasrah pada takdir.

1. Kerangka Skenario

Beliau menjelaskan bahwa skenario melibatkan identifikasi:

- a. Hal-hal Pasti di Masa Depan, seperti peningkatan kebutuhan rumah sakit (populasi menua, penyakit bertambah, teknologi meningkat), pemerataan akses (program Kemenkes KJSU), globalisasi (persaingan antarnegara), dan perbedaan status sosial-ekonomi.
- b. Hal-hal Tidak Pasti di Masa Depan, seperti keberlanjutan pendanaan kesehatan dari pemerintah dan swasta, serta keberlangsungan finansial BPJS. Pertanyaan kunci adalah apakah BPJS akan menjadi "**jaminan untuk semua orang dengan kayak kasur empuk ini, nyaman untuk semuanya**" atau kembali ke "**social safety net. Jaring pengaman sosial.**"

2. Ketidakpastian Pendanaan BPJS dan Non-BPJS

Prof. Laksono menguraikan ketidakpastian ini dari berbagai sumber, antara lain:

- a. BPJS Kesehatan
 - 1) PBI-PBN (Pemerintah)
 - Klaim rasio segmen ini selalu di bawah 100% (surplus) sejak 2014, bahkan sisa luar biasa saat COVID-19. Namun, dengan program pemerataan seperti

KJSU di daerah (misalnya NTT/Maluku Utara), klaim rasio mungkin akan meningkat karena akses yang lebih baik.

2) PPU (Pekerja)

- Klaim rasio PPU-ASN/BUMN juga tidak pernah di atas 100%, menyumbang untuk segmen lain. PPU Badan Usaha trennya meningkat.

3) PBPU (Bukan Pekerja Penerima Upah)

Kelompok Ini adalah segmen paling bermasalah, dengan klaim rasio mencapai 542% di awal dan kini 249%. Segmen ini dianggap "faktor itu askes komersial di dalam BPJS" karena adanya *adverse selection* (orang sakit cenderung mendaftar) dan kontribusi premi yang rendah secara politis. Ini menyebabkan defisit signifikan yang diutakati oleh pemerintah melalui dana tambahan (misalnya Rp20 triliun dari Pak Purbaya).

b. Non-BPJS

- 1) Prospek asuransi kesehatan swasta (PHI) yang "**masih terus 4%, stagnan terus nih.**"
- 2) Dana masyarakat dari filantropi (saat ini lebih banyak untuk *capital expenditure* daripada operasional).
- 3) *Out-of-pocket* yang masih tinggi, terutama dari kelompok kaya untuk kuratif, menunjukkan mereka "nggak percaya askes swasta, atau nggak mau beli askes swasta."

3. Empat Skenario Pendanaan Kesehatan

Dengan mengkombinasikan prospek BPJS (membuat/memburuk) dan non-BPJS (membuat/memburuk), beliau memaparkan empat skenario untuk industri rumah sakit:

a. **Skenario A (Terbaik)**

BPJS membaik dan non-BPJS membaik. Belanja kesehatan bisa meningkat hingga 4,5% dari PDB (tambahan sekitar Rp300 triliun dari swasta dan pemerintah).

b. **Skenario B**

BPJS membburuk, tetapi non-BPJS membaik (masyarakat lebih banyak belanja kesehatan di swasta, bersaing dengan luar negeri).

c. **Skenario C**

BPJS membaik, tetapi non-BPJS membburuk (masyarakat sangat bergantung pada BPJS, kelompok mampu cenderung ke luar negeri).

d. **Skenario D (Terburuk)**

BPJS dan non-BPJS memburuk. Ini akan menjadi "**disaster betul untuk kita rumah sakit kita.**"

4. Respon dan Rekomendasi

Prof. Laksono menekankan perlunya "**ikhtiar dulu sama-sama**" dari regulator, pembuat kebijakan, operator, dan pimpinan institusi agar "**jangan sampai konflik terus (mengeluh)**" dan tidak "**pasrah ke takdir.**"

a. **Kebijakan Publik**

- 1) Mendorong masyarakat mampu untuk berkontribusi lebih melalui asuransi kesehatan swasta (target 20% PHI) daripada OOP. Mengarahkan BPJS agar lebih fokus sebagai jaring pengaman sosial (*safety net*) untuk masyarakat menengah ke bawah, bukan "kasur empuk" untuk semua. Implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) secara ideologis beliau setujui untuk memisahkan kelompok mampu dari tidak mampu agar yang mampu membayar lebih. Mendorong filantropi.

b. **Peran Rumah Sakit**

- 1) Rumah sakit yang sangat bergantung pada BPJS (80%) harus fokus pada **efisiensi tanpa mengurangi mutu klinis.**
- 2) Rumah sakit yang kurang bergantung pada BPJS (non-BPJS) harus **berinovasi, memperluas layanan, dan bersaing di tingkat internasional.** Indonesia perlu memiliki "**wakil-wakil Indonesia dalam ASEAN Games Rumah Sakit**" (rumah sakit yang mampu bersaing global), bukan hanya menjadi "**penonton terus atau pengguna.**"
- 3) Target 100% kepesertaan UHC di Indonesia secara politis dinilai dari jumlah kartu, padahal WHO menekankan *effective coverage* (cakupan efektif), yang masih rendah di Indonesia (dibawah Thailand dan Malaysia). Pemerintah ke depan harus fokus pada peningkatan cakupan efektif, seperti yang diupayakan Kemenkes melalui program KCSU.
- 4) Solusi untuk masalah pembiayaan layanan di daerah terpencil (misalnya residen yang tidak bisa diklaim BPJS) ada di tangan **Presiden**, karena BPJS berada langsung di bawah tanggung jawab Presiden. Perguruan tinggi, organisasi profesi, dan asosiasi rumah sakit harus bersatu untuk melakukan "**lobby negosiasi**" atau advokasi kepada Presiden.

Prof. Laksono menutup dengan pesan kuat bahwa sinergi kebijakan makro dan strategi mikro sangat penting. "**Jangan pasrah. Pokoknya berdoa terus. Gak bisa. Harus ada ikhtiarnya. Berdoa dan ikhtiar. Betul gak? Gak bisa pasrah. Atau meratap terus.**" Beliau menyerukan agar manajer rumah sakit memahami peran mereka dalam menghadapi skenario masa depan ini.

Tanya Jawab dan Diskusi

Berikut adalah rangkuman seluruh pertanyaan dan jawaban selama webinar berlangsung.

1. Ibu Susi (SPK_4)

- a. **Pertanyaan 1:** Mengapa pengeluaran kesehatan Indonesia tampak flat di sekitar 3% dari PDB, padahal pengeluaran BPJS dan defisitnya tinggi, dan apakah ini sudah termasuk pengeluaran di luar BPJS?
 - o **Jawaban Prof. Laksono:** Ya, sudah termasuk. Masalahnya adalah meskipun anggaran kesehatan nominalnya naik (sekitar Rp600 triliun), pertumbuhan PDB lebih tinggi, sehingga rasionya terhadap PDB tetap sekitar 3%. Berbeda dengan Malaysia atau Thailand yang rasionya meningkat.
- b. **Pertanyaan 1a:** Mengapa pertumbuhan pengeluaran kesehatan di Malaysia/Thailand bisa naik drastis, sementara Indonesia tidak, mengingat pertumbuhan penduduk?
 - o **Jawaban Prof. Laksono:** Thailand yang menerapkan UHC lebih dulu (20-25 tahun lalu) mengalami rumah sakit publik yang penuh dan antrean panjang. Kelas menengah ke atas di sana didorong untuk membeli asuransi kesehatan swasta (PHI) agar bisa mengakses layanan swasta tanpa antrean, meningkatkan *willingness to pay* mereka. Di Indonesia, BPJS dengan premi rendah untuk semua (termasuk kaya) membuat PHI tidak menarik. Ini menyebabkan kelompok mampu cenderung ikut BPJS, mengakibatkan rasio klaim BPJS yang tinggi dan defisit, sementara PHI stagnan di 4% selama 20 tahun.
- c. **Pertanyaan 1b:** Dengan defisit BPJS yang terus-menerus, apakah arah BPJS akan semakin membatasi layanan, seperti layanan yang harus dilayani di fasilitas primer?
 - o **Jawaban Prof. Laksono:** Ini akan dibahas di sesi kedua (tentang masa depan).

2. Bapak Sintag Gunawan

- a. **Pertanyaan 2:** Apakah ada rincian penggunaan dana kesehatan untuk layanan primer, sekunder, preventif, atau kuratif? Apakah ada perubahan prioritas, dan bagaimana dengan negara lain?
 - o **Jawaban Prof. Laksono:** Anggaran Kemenkes untuk primer/preventif cenderung stagnan. Peningkatan anggaran Kemenkes pasca-BPJS banyak dialokasikan untuk PBI-APBN (cenderung kuratif). Undang-Undang Kesehatan 2023 memang berupaya meningkatkan alokasi untuk preventif-promotif, namun secara historis, prioritas kuratif masih sangat tinggi.
- b. **Pertanyaan 2a (konfirmasi & follow-up):** Layanan rujukan JKN menghabiskan lebih dari 50%, bahkan mungkin 70% dana, padahal negara maju proporsinya lebih seimbang.
 - o **Jawaban Prof. Laksono:** Setuju, seharusnya preventif-promotif ditingkatkan, namun anehnya anggaran preventif di kementerian kadang tidak habis. Untuk

rumah sakit ke depan, pertanyaan krusialnya adalah apakah kenaikan biaya (termasuk klaim BPJS) akan ditanggung pemerintah sepenuhnya, atau masyarakat akan berkontribusi melalui asuransi swasta (yang masih stagnan) atau *out-of-pocket*. Angka kuratif pasti meningkat, dan banyak orang masih mencari pengobatan ke luar negeri karena ketidakpuasan.

3. Ibu Aisyah Zuhrotul

- a. **Pertanyaan 3:** Adakah pembelajaran dari negara lain di kawasan ASEAN terkait inovasi pembiayaan kesehatan yang bisa dan cocok diadaptasi Indonesia?
 - o **Jawaban Prof. Laksono:** Thailand adalah yang paling cocok. Mereka memiliki rasio pajak lebih tinggi (17%) dan tiga *pool* UHC terpisah (bukan *single pool* seperti Indonesia). Mereka mendorong masyarakat mampu ke asuransi kesehatan swasta (PHI), yang tumbuh signifikan dari 3% menjadi 18,1%. BPJS di Indonesia, dibawah tekanan politik, harus mencakup manfaat yang luas (termasuk obat mahal), menghambat perkembangan PHI. Thailand menunjukkan pentingnya diversifikasi pendanaan, bukan hanya bertumpu pada satu sumber seperti BPJS. Rumah sakit swasta di Thailand juga sangat kompetitif secara global dan melayani *medical tourism*.

4. Bapak Ritonga

- a. **Pertanyaan 4:** Sejauh mana evaluasi penjaminan asuransi kesehatan swasta (ASKES swasta)? Ada keluhan premi mahal tapi penjaminan penyakit katastrofik terbatas.
 - o **Jawaban Prof. Laksono:** UGM dan Kemenkes sedang meneliti hal ini. ASKES swasta saat ini dianggap rumit, dan data OJK menunjukkan banyak yang merugi. Jadi, baik asuransi sosial (BPJS) maupun swasta sama-sama menghadapi masalah finansial.

5. Bapak Arhamad Santoso

- a. **Pertanyaan 5:** Apakah memungkinkan pembiayaan kesehatan berasal dari dana CSR, filantropi, sektor swasta, pajak kesehatan (rokok, alkohol, minuman berpemanis)?
 - o **Jawaban Prof. Laksono:** Mungkin, tetapi saat ini terbatas. Thailand memiliki inovasi sin-tax untuk promotif-preventif. Filantropi di Indonesia masih banyak digunakan untuk *capital expenditure* (misalnya wakaf untuk membangun rumah sakit), bukan operasional, dan belum bisa diandalkan secara luas, meskipun harus terus dikembangkan.

6. Bapak Hargo Wahyu (SPK_5)

- a. **Pertanyaan 6:** Apakah struktur pengelolaan asuransi sosial di Indonesia (pengawas, pembuat aturan, pelaksana) sudah lengkap dan berjalan optimal? Setelah 10 tahun, rumah sakit masih melihat banyak yang perlu diperbaiki.

- **Jawaban Prof. Laksono:** Pengawasnya OJK, di bawah undang-undang asuransi umum, bukan khusus asuransi kesehatan. ASKES swasta kurang didukung dan diregulasi dengan baik selama era BPJS; Kemenkes sendiri belum punya sistem regulasi mutu layanan atau pengendalian tarif. Ini adalah titik lemah. Sektor ASKES swasta perlu di-*overhaul* karena keluhan regulasi berlebihan, premi tidak cukup, dan kerugian. Share-nya stagnan di 4%, jauh di bawah Thailand/Malaysia.
- b. **Pertanyaan 6a (follow-up):** Apakah ada masalah struktural yang belum terselesaikan, di mana regulator, pelaksana, penyedia layanan, dan pengawas tidak saling mengawasi secara optimal, dan kehadiran regulator kurang terasa?
 - **Jawaban Prof. Laksono:** BPJS sebagai desain asuransi sosial berada langsung di bawah Presiden. Isu kunci yang UGM selalu ingatkan adalah penanganan kelompok PBU (Pekerja Bukan Penerima Upah), yang berfungsi seperti asuransi komersial dalam BPJS. Kelompok ini seringkali yang lebih banyak sakit (adverse selection) dan menyebabkan defisit, dan Thailand tidak punya kelompok ini. Kebijakan publik ini perlu ditelaah. Implementasi KRIS (Kelas Rawat Inap Standar) diharapkan dapat memisahkan kelompok mampu dari tidak mampu, sehingga yang mampu membayar lebih dan BPJS fokus pada menengah ke bawah.

7. Ibu (SPK_6) dari Bajawa, NTT

- a. **Pertanyaan 7:** Bagaimana pandangan Prof. Laksono terhadap konflik antara akses dan pendanaan? Di daerah terpencil, masyarakat punya KIS tapi terbebani biaya transportasi rujukan (Rp10 juta untuk non-ambulans melalui udara yang tidak ditanggung BPJS). Dari sisi *provider*, rumah sakit (terutama swasta tipe A/B) mengalami *underpayment* dari BPJS, sehingga menaikkan tarif non-BPJS yang memberatkan masyarakat. Ini menghambat RS swasta berekspansi ke daerah terpencil, dan KRIS berpotensi mengurangi kapasitas tempat tidur.
 - **Jawaban Prof. Laksono:** Ini adalah konsekuensi dari sistem *single pool* BPJS di mana anggota mampu mendapat banyak manfaat. BPJS tidak mungkin menanggung biaya akomodasi/transportasi di daerah. *Pooling* geografis mungkin diperlukan karena dana kapitasi di daerah seperti NTT sering bersisa (kurangnya spesialis), sementara di Jawa BPJS rugi, menyiratkan dana NTT mengalir ke Jawa. Dengan hampir semua rumah sakit bergantung pada BPJS, masyarakat miskin di daerah terpencil akan tersisih. Kemenkes dengan program KCSU (Kanker, Jantung, Stroke, Uro-nefrologi) berupaya meratakan akses, namun ini juga berpotensi meningkatkan klaim BPJS. Ini adalah isu ideologis tentang keadilan sosial Pancasila. Selain itu, kepergian pasien kaya ke luar negeri juga merugikan pekerjaan dokter/perawat domestik. Penting untuk meningkatkan belanja kesehatan dari 3% ke 4,5% PDB (+Rp300 triliun) agar ekosistem lebih sehat.

8. Bapak Andi Sulaimana (melalui Moderator SPK_3)

a. **Pertanyaan 8:** Mengapa Indonesia begitu wajib menargetkan 100% kepesertaan UHC, padahal di luar negeri UHC tidak selalu wajib, dan dampaknya (seperti pengalokasian dana transfer daerah untuk PBI) mengganggu anggaran daerah dan menghambat pembangunan promotif-preventif? UHC di Indonesia paradoks karena hanya membanggakan jumlah kartu, bukan cakupan efektif.

- **Jawaban Prof. Laksono:** UHC di Indonesia memang menjadi politis, diukur dari jumlah kartu (kepesertaan KIS), bukan *effective coverage* (cakupan efektif) yang ditekankan WHO. Contoh di Bajawa, punya kartu tapi tidak dapat akses layanan jantung, menunjukkan cakupan efektif yang buruk. Negara lain seperti Thailand memiliki UHC dengan tiga *pool* dan PHI komersial. Indonesia telah menjebak diri sendiri dengan kebijakan UHC yang *all-inclusive*. Pemerintah mendatang harus mengubah fokus ke *effective coverage*. Hasil pengukuran WHO menunjukkan *effective coverage* Indonesia masih rendah di Asia Tenggara. Kemenkes sudah mulai bergerak ke arah *effective coverage* dan program KCSU, yang merupakan langkah yang benar meskipun akan menghadapi tantangan SDM dan infrastruktur. Ini adalah masalah politis, dan UGM sejak awal telah mengkritik penggunaan kartu KIS sebagai satu-satunya indikator keberhasilan.

9. Ibu Julita (SPK_7)

a. **Pertanyaan 9:** Kemenkes telah memperluas program rumah sakit pengampuan (KCSU+KIA), di mana RS mampu mengirim residen tingkat akhir beserta pembimbingnya ke daerah terpencil untuk memperluas akses. Namun, layanan residen ini tidak bisa diklaim ke BPJS. Bagaimana solusinya?

- **Jawaban Prof. Laksono:** Ini masuk skenario buruk BPJS. Namun, BPJS seharusnya bisa mendanai jika ada upaya kolektif, lobi, dan negosiasi. Beliau mengutip pengalaman saat residen di Aceh dan NTT dapat dibayar (Rp30 juta/bulan) setelah kompetensi mereka diakui. Isu ini kembali pada apakah BPJS harus menjadi jaring pengaman sosial (*safety net*) untuk menengah ke bawah dan daerah terpencil, atau kasur empuk untuk semua. BPJS sebaiknya fokus pada yang pertama, sementara PHI melayani kelompok mampu.

b. **Pertanyaan 9a (follow-up):** Strategi ini baik untuk pemerataan, mengapa tidak disinkronkan dengan sistem pembiayaan? Rumah sakit tidak bisa klaim, siapa yang membayar? Apakah regulasi yang harus diubah atau hanya lobi?

- **Jawaban Prof. Laksono:** Solusi pada akhirnya ada pada Presiden, karena BPJS langsung di bawah tanggung jawab Presiden. Presiden yang meresmikan rumah sakit di daerah terpencil seharusnya memastikan BPJS membayar layanan dokter/residen di sana. Lobi dan advokasi ke Presiden sangat penting. Keputusan Kemenkes untuk KCSU sudah benar, tinggal masalah pendanaannya yang harus diselesaikan Presiden.

c. **Pertanyaan 9b (follow-up):** Apakah bisa membuat *policy brief* akademis dari HPM/pusat untuk dikirim ke Presiden?

- **Jawaban Prof. Laksono:** Ya, ini harus upaya bersama dari semua pihak: perguruan tinggi, organisasi profesi (IDI, ahli jantung), dan asosiasi rumah sakit, untuk menunjukkan solidaritas dan tidak hanya memikirkan kepentingan Jakarta.

10. Ibu Wiwi (SPK_8)

a. **Pertanyaan 10:** Kasus Indonesia unik; BPJS dari awal dibuka untuk semua (kaya/miskin) atas dasar kesetaraan, padahal UHC idealnya untuk menengah-bawah. Ini menciptakan "masyarakat bahagia" dengan BPJS yang menanggung segalanya, tapi juga memanjakan rumah sakit (publik dan swasta), membuat mereka terlalu bergantung pada BPJS. Masyarakat jadi enggan membayar di luar BPJS. Mengingat pengalaman Prof. Laksono selama 20 tahun, GDP naik tapi rasio pajak stagnan, apa skenario paling mungkin untuk pendanaan kesehatan Indonesia ke depan?

- **Jawaban Prof. Laksono:** Ada dua level: makro (kebijakan) dan mikro (strategi RS). Di level makro, kebijakan masa lalu menyebabkan anggaran terbatas karena masyarakat mampu pun bersandar pada BPJS, menghambat pertumbuhan PHI. Pembuat kebijakan harus mendorong masyarakat mampu untuk lebih berkontribusi melalui PHI. Kebijakan juga harus bervariasi; kelompok atas yang ingin layanan lebih baik harus bisa mendapatkan di dalam negeri, daripada ke luar negeri. Di level mikro, strategi RS akan berbeda tergantung pada tingkat ketergantungan BPJS. RS yang sangat bergantung pada BPJS harus efisien dan berkualitas, sementara RS non-BPJS harus berinovasi dan bersaing internasional. Makro dan mikro harus selaras; tingginya *out-of-pocket* kuratif oleh orang kaya adalah tidak sehat, PHI harus lebih banyak.

b. **Pertanyaan 10a (follow-up):** Solusi terbaik dari sisi kebijakan. Jalur tercepat apa untuk melibatkan tim agar kebijakan berubah? (Mengeluh tentang lamanya RPMK keluar).

- **Jawaban Prof. Laksono:** Kebijakan pemerataan (seperti program Presiden ke daerah terpencil) sudah jelas. RS di kota besar juga didorong untuk bersaing internasional. Ini adalah "dua medan perang" (internal dan eksternal). Yang terpenting, manajer rumah sakit harus paham peran mereka: RS non-BPJS harus berani bersaing global, tidak hanya jago kandang. RS BPJS harus efisien, berkualitas, dan sederhana. Ini memerlukan ikhtiar kolektif dari level kebijakan dan mikro-organisasi. ***"Jangan pasrah. Pokoknya berdoa terus. Gak bisa. Harus ada ikhtiarnya. Berdoa dan ikhtiar. Betul gak? Gak bisa pasrah. Atau meratap terus."**undefined