


KAJIAN SEKTOR KESEHATAN

PEMBIAYAAN KESEHATAN DAN JKN



**DIREKTORAT KESEHATAN DAN GIZI MASYARAKAT
KEDEPUTIAN PEMBANGUNAN MANUSIA, MASYARAKAT DAN KEBUDAYAAN
KEMENTERIAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN NASIONAL /
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN NASIONAL**

PEMBIAYAAN KESEHATAN DAN JKN
© 2019 by Kementerian PPN/Bappenas



Pengarah

Dr. Ir. Subandi Sardjoko, MSc

Penulis

Prof. dr. Ascobat Gani, MPH., Dr.PH.

Reviewer dan Editor

Renova Glorya Montesori Siahaan, SE, MSc

Sidayu Ariteja, SE, MPP

Pungkas Bahjuri Ali, STP, MS, PhD

Foto: UNICEF Indonesia

PEMBIAYAAN KESEHATAN DAN JKN

KAJIAN SEKTOR KESEHATAN

Diterbitkan dan dicetak oleh

Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat
Kedeputan Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan
Kementerian PPN/Bappenas
Jalan Taman Suropati No. 2, Jakarta Pusat, 10310
Telp: (021) 31934379, Fax: (021) 3926603
Email: kgm@bappenas.go.id

Cetakan pertama: April 2019
ISBN: 978-623-93153-5-1

Hak Penerbitan @ Kementerian PPN/Bappenas

Dilarang mengutip dan memperbanyak tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit, sebagian atau seluruhnya dalam bentuk apapun, baik cetak, photoprint, microfilm dan sebagainya.

DIREKTORAT KESEHATAN DAN GIZI MASYARAKAT
KEDEPUTIAN PEMBANGUNAN MANUSIA, MASYARAKAT DAN KEBUDAYAAN
**KEMENTERIAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN NASIONAL/
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN NASIONAL**

KATA PENGANTAR

Menjelang akhir periode Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Kementerian PPN/Bappenas) melakukan Kajian Sektor Kesehatan (*Health Sector Review/HSR*) 2018 yang merupakan suatu proses berbasis bukti yang akan digunakan sebagai masukan dalam penyusunan target, arah kebijakan, strategi, dan prioritas pembangunan kesehatan dalam RPJMN 2020-2024.

Kajian Sektor Kesehatan 2018 dengan topik “Pembiayaan Kesehatan dan JKN” dalam rangka menghadapi tantangan pembiayaan untuk pengadaan fasilitas kesehatan yang lebih merata dan bermutu (*supply side readiness*), termasuk SDM kesehatan dan farmasi. Sementara itu, kapasitas fiskal daerah relatif kecil dibandingkan tanggung jawab daerah melaksanakan urusan wajib daerah. Kekeliruan utama dalam analisis pembiayaan kesehatan selama ini adalah mengabaikan telahaan seksama dan mendalam tentang “apa yang akan dibiayai” serta pendekatan parsial dalam analisis tersebut. Pendekatan parsial tersebut cenderung mengabaikan kebutuhan biaya untuk program-program kesehatan masyarakat (UKM) serta program untuk memperkuat sistem kesehatan (*health system strengthening*). Pendekatan ini bisa menjerumuskan Indonesia pada eskalasi biaya sementara indikator kesehatan masyarakat tidak membaik.

Hasil identifikasi isu-isu strategis pembiayaan kesehatan antara lain a) tantangan pembangunan kesehatan dan eskalasi kebutuhan biaya kesehatan, b) isu “*underspending for health*”, c) apa yang perlu dibiayai?, d) pembiayaan bias pada UKP, e) pembiayaan kesehatan komprehensif, f) pembiayaan UKP (miskonsepsi tentang UHC), g) tanggung jawab pemerintah dalam pembiayaan UKP, UKM, dan PSK, dan h) kapasitas fiskal daerah.

Laporan Kajian Sektor Kesehatan 2018 dengan Topik “Pembiayaan Kesehatan dan JKN” menganalisis situasi pembiayaan kesehatan nasional, mengidentifikasi isu strategis pembiayaan kesehatan, serta menyusun saran/rekomendasi kebijakan pembiayaan kesehatan. Akhir kata, kami mengucapkan terima kasih kepada tim penyusun dan narasumber yang telah membantu penyelesaian laporan ini. Kami sangat berharap kajian ini dapat bermanfaat bagi pemangku kepentingan terkait dalam merancang pembangunan kesehatan ke depan.

Jakarta, April 2019



Subandi Sardjoko

Deputi Bidang Pembangunan Manusia,
Masyarakat dan Kebudayaan
Kementerian PPN/Bappenas



UCAPAN TERIMA KASIH DAN PENGHARGAAN

Penghargaan dan terima kasih kepada Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan di Kementerian Kesehatan, Republik Indonesia yang telah memberikan akses bagi pemanfaatan berbagai data dari Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018, SDKI 2017, dan Riset Tenaga Kesehatan (RISNAKES) 2017, serta kajian *Burden of Disease* yang telah dan sedang dilakukan bersama IHME. Terima kasih juga disampaikan kepada Badan Pusat Statistik pada pemberian data SUPAS 2015 dan data terkait lainnya, termasuk masukan teknis pada saat konsultasi dan paparan.

Tim penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang membantu penulisan dan perbaikan laporan ini. Apresiasi yang tinggi kami berikan kepada Dr. Pungkas Bahjuri Ali sebagai Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat (KGM) Bappenas, Renova GM Siahaan, SE, M.Sc, Sidayu Ariteja, SE, MPP dan tim lainnya yang telah memberikan input untuk perbaikan tulisan, tim penulis dan sekretariat *Health Sector Review* (HSR) 2018, UNICEF, dan juga para narasumber yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Kajian ini disusun oleh sebuah tim Kajian Sektor Kesehatan (*Health Sector Review*) di bawah bimbingan Dr. Ir. Subandi Sardjoko, MSc (Deputi Bidang Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan - Bappenas) dengan arahan teknis dari Pungkas Bahjuri Ali, STP, MS, PhD (Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat - Bappenas). Adapun koordinator teknis pelaksanaan HSR 2018 adalah Renova Glorya Montesori Siahaan, SE, MSc (Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Bappenas) didukung oleh Prof. dr. Ascobat Gani sebagai *team leader* HSR 2018.

Kajian yang dilakukan pada tahun 2018 oleh Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Bappenas ini mendapatkan dukungan dari kementerian/Lembaga terkait, serta dukungan dari UNICEF and DFAT, beserta beberapa mitra pembangunan lain seperti WHO, ADB, *World Bank*, USAID, UNFPA, WFP, FAO, JICA, UNDP, GIZ, dan *Nutrition International*. Proses edit dan cetak laporan kajian ini didukung oleh UNICEF Indonesia.

Kajian sektor kesehatan dilakukan secara paralel untuk 10 topik meliputi:

- 1 Transisi Demografi dan Epidemiologi: Permintaan Pelayanan Kesehatan di Indonesia
- 2 Fungsi Kesehatan Masyarakat (*Public Health Functions*) dan *Health Security*
- 3 Kesehatan Reproduksi, Ibu, Neonatal, Anak dan Remaja
- 4 Pembangunan Gizi di Indonesia
- 5 Sumber Daya Manusia Kesehatan
- 6 Penyediaan Obat, Vaksin, dan Alat Kesehatan
- 7 Pengawasan Obat dan Makanan, termasuk Keamanan Pangan
- 8 Pembiayaan Kesehatan dan JKN
- 9 Penguatan Sistem Pelayanan Kesehatan
- 10 Penguatan Tata Kelola Pembangunan Kesehatan

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iv
Ucapan Terima Kasih dan Penghargaan	vi
Daftar Isi	vii
Daftar Tabel	viii
Daftar Gambar	ix
Daftar Singkatan	x
Ringkasan Eksekutif	xii
1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	2
1.2. Apa yang Perlu Dibiayai?	3
1.3. Kebijakan Umum Pembiayaan Kesehatan	11
2. SITUASI UMUM PEMBIAYAAN KESEHATAN NASIONAL	13
2.1. Gambaran Umum	14
2.2. Pembiayaan Kesehatan Parsial dan Terfragmentasi	19
2.3. Anggaran untuk UKM (Promotif dan Preventif)	20
2.4. Kenaikan Anggaran pada Tahun 2016	21
2.5. Ketentuan tentang Alokasi APBN dan APBD untuk Kesehatan	21
2.6. Belanja Kesehatan Daerah	23
2.7. Pembiayaan Puskesmas	26
2.8. Kapasitas Fiskal Daerah	27
2.9. Marginalisasi UKM	29
2.10. Pembiayaan JKN	32
3. ISU STRATEGIS PEMBIAYAAN KESEHATAN	35
4. SARAN/REKOMENDASI KEBIJAKAN PEMBIAYAAN KESEHATAN	39
Referensi	52

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Program Kesehatan Prioritas (UU-36/2009 dan Perpres-72/2012)	4
Tabel 2	Jenis-Jenis Kegiatan/Pelayanan Kesehatan yang menjadi Tugas Puskesmas	6
Tabel 3	Target SDGs	7
Tabel 4	Hasil Awal Penilaian Cakupan Pelayanan Kesehatan Esensial	8
Tabel 5	Belanja Kesehatan per Kapita	16
Tabel 6	Sumber-Sumber Pembiayaan Kesehatan	17
Tabel 7	Tren Kenaikan/Penurunan Belanja Kesehatan Menurut Sumber	17
Tabel 8	Tren Dana BOK	20
Tabel 9	Persentase Sumber Belanja Kesehatan di 8 Kabupaten, 2013-2014	24
Tabel 10	Belanja Kesehatan untuk Program Kesehatan di 8 Kabupaten Jatim dan NTT	25
Tabel 11	Persentase Pendapatan Asli Daerah dan BP di 299 Kabupaten di 17 Provinsi	28
Tabel 12	Penurunan Kinerja Program UKM Sejak Pelaksanaan JKN	29

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Konsep Pembiayaan Kesehatan Komprehensif	4
Gambar 2	Konsep Pembiayaan UHC	10
Gambar 3	Grafik Persentase Belanja Kesehatan terhadap GDP di Indonesia	16
Gambar 4	Tren Belanja Kesehatan Pemerintah	18
Gambar 5	Tren Belanja Kesehatan Non-Pemerintah	18
Gambar 6	Pola Belanja Kesehatan Sektor Publik	20
Gambar 7	Distribusi Anggaran Kesehatan pada Tahun 2016	21
Gambar 8	Alokasi APBN dan APBD untuk Kesehatan	22
Gambar 9	Skema Alokasi APBN dan APBD Menurut UU-36 tahun 2009	22
Gambar 10	Komposisi Sumber Belanja Kesehatan di 8 Kabupaten, 2013-2014	23
Gambar 11	Komposisi Sumber Belanja Kesehatan di 8 Kabupaten, 2013-2014	24
Gambar 12	Tren CDR Tuberculosis Provinsi Jawa Barat Tahun 2012-2015	30
Gambar 13	Jumlah Kasus Tuberculosis MDR di Jawa Barat dari Tahun 2012 s.d Tahun 2016	30
Gambar 14	Tren Cakupan Persalinan oleh Nakes di Faskes Provinsi Jawa Barat Tahun 2014-2016	30
Gambar 15	Tren Cakupan KB Provinsi Jawa Barat Tahun 2012-2015	31
Gambar 16	Tren Desa Kelurahan UCI Provinsi Jawa Barat Tahun 2012-2015	31

DAFTAR SINGKATAN

AB	Antibiotik	LKPP	Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah
AMR	<i>Anti-Microbial Resistance</i>	Monev	Monitoring dan Evaluasi
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah	NIE	Nomor Izin Edar
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara	NSAID	<i>Non-Steroid Anti-Inflammation Drug</i>
Bareskrim	Badan Reserse Kriminal	OECD	<i>Organization for Economic Co-operation and Development</i>
BBO	Bahan Baku Obat	OOP	<i>Out-of-pocket</i>
BKKBN	Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional	PADK	Pusat Analisis Determinan Kesehatan
BLUD	Badan Layanan Umum Daerah	PAK	Penyalur Alat Kesehatan
BMHP	Bahan Medis Habis Pakai	PBF	Pedagang Besar Farmasi
BMI	<i>Business Monitoring International</i>	PKRT	Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga
BPJS Kesehatan	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan	POR	Penggunaan Obat Rasional
BPOM	Badan Pengawasan Obat dan Makanan	PPNS	Penyidik Pegawai Negeri Sipil
BPS	Badan Pusat Statistik	PPOK	Penyakit Paru Obstruktif Kronis
CDOB	Cara Distribusi Obat yang Baik	PPRA	Program Pengendalian Resistensi Antimikroba
CPBBAOB	Cara Pembuatan Bahan Baku Aktif Obat yang Baik	PRB	Program Rujuk Balik
DAK	Dana Alokasi Khusus	Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
DAU	Dana Alokasi Umum	QSDS	<i>Quantitative Service Delivery Survey</i>
ESBLs	<i>Extended-spectrum-beta-lactamases</i>	Rifaskes	Riset Fasilitas Kesehatan
Ina-CBGs	<i>Indonesia Case Based Groups</i>	RIPIN	Rencana Induk Pembangunan Industri Nasional
Farmalkes	Farmasi dan Alat Kesehatan	RKO	Rencana Kebutuhan Obat
Fornas	Formularium Nasional	RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
GeMa CerMat	Gerakan Masyarakat Cerdas Minum Obat	SCM	<i>Supply Chain Management</i>
HPS	Harga Perkiraan Sendiri	SDGs	<i>Sustainable Development Goals</i>
HSR	<i>Health Sector Review</i>	SIRKESNAS	Survei Indikator Kesehatan Nasional
HTA	<i>Health Technology Assessment</i>	SKPD	Satuan Kerja Perangkat Daerah
IDAI	Ikatan Dokter Anak Indonesia	SLE	<i>Systemic lupus erythematosus</i>
IOT	Industri Obat Tradisional	SRB	Surat Rujuk Balik
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional	STR	Surat Tanda Registrasi
KIE	Komunikasi Informasi Edukasi	TNP2K	Tim Nasional Percepatan Pengentasan Kemiskinan
KPK	Komisi Pemberantasan Korupsi	VVM	<i>Vaccine Vial Monitor</i>
KPRA	Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba	WHO	<i>World Health Organization</i>
KPTK	Komite Penilaian Teknologi Kesehatan		

RINGKASAN EKSEKUTIF

Pendahuluan

Indonesia menghadapi berbagai tantangan pembangunan kesehatan yang berdampak pada kebutuhan pembiayaan yang lebih besar. Jumlah penduduk bertambah disertai struktur umur semakin tua, menyebabkan meningkatnya penyakit kronik degeneratif berbiaya tinggi. Penduduk miskin masih cukup besar dan memerlukan subsidi. Kebutuhan anggaran untuk Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) terus meningkat untuk memenuhi target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/SDGs*), Standar Pelayanan Minimal (SPM), serta program promotif dan preventif prioritas nasional seperti perbaikan gizi, KB, serta pencegahan dan pengendalian penyakit. Di samping itu, nilai *out-of-pocket payment* (OOP) masih tinggi, yang seharusnya menurun dengan adanya JKN. Pembiayaan JKN selama 5 tahun terakhir mengalami defisit yang cukup besar dan terus meningkat – yang mengancam keberlanjutan program JKN. Bantuan luar negeri seperti GAVI dan GF-ATM juga akan berakhir di tahun mendatang.

Pembangunan kesehatan juga dihadapkan pada tantangan disparitas status dan akses pelayanan kesehatan antar-wilayah, serta pembiayaan untuk pengadaan fasilitas kesehatan yang lebih merata dan bermutu (*supply side readiness*), termasuk SDM kesehatan dan farmasi. Sementara itu, kapasitas fiskal daerah relatif kecil dibandingkan tanggung jawab daerah melaksanakan urusan wajib daerah. Kekeliruan utama dalam analisis pembiayaan kesehatan selama ini adalah mengabaikan telahaan seksama dan mendalam tentang “apa yang akan dibiayai” serta pendekatan parsial dalam analisis tersebut. Pendekatan parsial tersebut cenderung mengabaikan kebutuhan biaya untuk program-program kesehatan masyarakat (UKM) serta program untuk memperkuat sistem kesehatan (*health system strengthening*). Pendekatan ini bisa menjerumuskan Indonesia pada eskalasi biaya sementara indikator kesehatan masyarakat tidak membaik.

Isu Strategis Pembiayaan Kesehatan

Pertama, tantangan pembangunan kesehatan dan eskalasi kebutuhan biaya kesehatan.

Di satu sisi pembangunan kesehatan berhasil memperbaiki beberapa indikator derajat kesehatan, disisi lain menghadapi 3 tantangan, yaitu: 1) “*unfinished agenda*” seperti penurunan kematian ibu, mengatasi *stunting* pada balita, serta belum efektifnya imunisasi (misal: *outbreak* difteri); 2) meningkatnya PTM mengikuti penuaan struktur umur penduduk; dan 3) peran penting lintas sektor yang selama ini belum digerakkan secara maksimal. Semua tantangan tersebut menyebabkan kebutuhan pembiayaan yang semakin besar.

Kedua, isu “underspending for health”. Ada argumentasi bahwa Indonesia belum cukup memobilisasi potensi ekonominya untuk membiayai kesehatan (*underspending for health*). Walaupun dasar argumentasi tersebut lemah (didasarkan pada *benchmarking* dengan negara lain), yang jelas di semua negara selalu terjadi peningkatan kebutuhan biaya kesehatan dari tahun ketahun. Isunya adalah bagaimana memobilisasi biaya kesehatan dari berbagai sumber: pemerintah, non pemerintah dan masyarakat.

Ketiga, apa yang perlu dibiayai? Seringkali rekomendasi untuk meningkatkan belanja kesehatan dirumuskan tanpa telaahan mendalam tentang apa yang perlu dibiayai. Pembiayaan lebih bersifat “*program specific driven*” yang bersifat vertical, atau “*input specific driven*” - terbatas misalnya pada SDM saja, RS saja, obat saja, dll. Pendekatan semacam ini mendorong pembiayaan menjadi parsial dan terfragmentasi. Padahal regulasi dan kebijakan formal sudah menetapkan program-program kesehatan yang perlu dilakukan, dengan target-target spesifik dan diangkat dari masalah kesehatan penduduk.

Keempat, pembiayaan bias pada UKP. Parsialisme dan fragmentasi telah mendorong dominasi UKP dalam belanja kesehatan, sementara UKM dan PSK termarginalisasi. Ini menyebabkan banyak target indikator derajat kesehatan tidak tercapai, karena sebagian besar indikator dan target tersebut utamanya memerlukan intervensi kesehatan masyarakat, seperti pemberantasan TB, menekan laju kenaikan HIV, mengatasi *stunting* pada balita, mengendalikan konsumsi rokok, menjamin akses air bersih, dll.

Kelima, pembiayaan kesehatan komprehensif. Pembiayaan komprehensif adalah pembiayaan yang direncanakan secara menyeluruh dan sinkron untuk mencukupi biaya pengobatan, pencegahan, dan penguatan sistem yang diperlukan dalam mengatasi masalah kesehatan. Upaya pengobatan, promosi dan pencegahan serta penguatan sistem ini saling berkaitan satu sama lain dan selalu dibutuhkan secara simultan, serta dan tidak boleh dilakukan dikotomi atau fragmentasi antara satu dan lainnya.

Keenam, pembiayaan UKP: miskonsepsi tentang UHC. *Universal Health Coverage* (UHC) adalah konsep komprehensif dengan tujuan agar semua penduduk mendapat akses terhadap pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk akses pada lingkungan kesehatan yang layak (WHO). Jadi UHC berarti adanya akses semua penduduk terhadap pelayanan UKP dan UKM sekaligus. Namun, konsep tersebut direduksi menjadi asuransi kesehatan dalam implementasinya. Hal ini juga terjadi di Indonesia dimana JKN diartikan sebagai UHC. Asuransi kesehatan memang diperlukan untuk menjamin akses pelayanan kuratif. Namun, tidak bisa membiayai intervensi kesehatan masyarakat atau UKM. Intervensi ini adalah “*public goods*” sehingga pembiayaannya tidak bisa melalui mekanisme tarif dan asuransi kesehatan. Pembiayaan UKM menjadi tanggung jawab pemerintah (APBN dan APBD). Masalah lain adalah pendekatan yang bias dan terfokus pada “*demand side*”, yaitu memacu kepesertaan dan *pooling* premi/iuran untuk dipergunakan sebagai “*financial protection*” kalau peserta tersebut sakit. Padahal sama pentingnya adalah ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan atau “*supply side*”. Tanpa ketersediaan dan akses pada pelayanan kesehatan, maka asuransi kesehatan akan menjadi sia-sia dari kacamata pesertanya.

Ketujuh, tanggung jawab pemerintah dalam pembiayaan UKP, UKM, dan PSK. Pola masalah kesehatan saat ini dan yang akan datang menunjukkan semakin pentingnya intervensi UKM dan penguatan sistem kesehatan. Oleh sebab itu, peran pemerintah dalam pembiayaan kesehatan tidak bisa direduksi. Pemerintah juga akan terus bertanggung jawab membiayai subsidi premi penduduk miskin dalam skema JKN. Saat ini, peran pemerintah dominan dalam penyediaan fasilitas kesehatan, pengelolaan SDM dan obat/alkes. Artinya pemerintah masih akan terus harus menanggung biaya elemen-elemen sistem kesehatan tersebut.

Kedelapan, kapasitas fiskal daerah. Setelah berlakunya UU-23/2014 (tentang pembagian urusan pemerintah) dan keluarnya PP-18/2016 (tentang standar organisasi perangkat daerah) dan PP-2/2018 (tentang SPM), tanggung jawab daerah semakin besar dalam membiayai kesehatan. Namun analisis fiskal daerah mengungkapkan bahwa kemampuan fiskal daerah sangat terbatas. Keadaan ini disebabkan oleh: a) anggaran daerah (APBD) sebagian besar berasal dari dana transfer pusat, termasuk DAK fisik dan non-fisik yang peruntukannya diatur oleh pusat; b) belanja pegawai (BP) rata-rata 46% dari APBD, sehingga kapasitas fiskal untuk belanja non gaji hanya 54%; c) daerah juga harus mengalokasikan 20% APBD untuk pendidikan; d) selain SPM kesehatan, daerah juga bertanggung jawab membiayai 5 SPM lain; dan e) daerah juga perlu membiayai pembangunan infrastruktur yang menjadi tanggung jawab daerah. Gambaran kapasitas fiskal ini menjadi tantangan besar dalam kebijakan pembiayaan kesehatan di masa mendatang.

Rekomendasi Kebijakan

Situasi dan berbagai masalah pembiayaan kesehatan yang telah disampaikan di muka memerlukan perubahan (reformasi) kebijakan pembiayaan kesehatan di masa mendatang.

1. Meningkatkan kapasitas fiskal pemerintah untuk membiayai kesehatan

(1) Kapasitas fiskal APBN untuk kesehatan

Di beberapa negara, pajak rokok *“earmarked”* untuk kesehatan dengan alasan bahwa konsumsi rokok menyebabkan gangguan kesehatan (berbiaya mahal). Apabila pajak rokok di-*“earmarked”* untuk kesehatan, maka harus ada sektor lain yang dikurangi alokasinya. Untuk menghindari *“displacement effect”* tersebut, salah satu cara adalah menaikkan cukai rokok dan penerimaan dari kenaikan tersebut di-*“earmarked”* untuk kesehatan. Hal yang sama perlu ditelaah untuk minuman/makanan yang menggunakan bahan pemanis.

(2) Kapasitas APBD untuk kesehatan

Salah satu penerimaan dalam APBD adalah Dana Bagi Hasil (DBH) dari cukai rokok, yaitu yang disebut DBHCHT (Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau). Pada tahun 2017 penerimaan cukai rokok adalah Rp 149,9 triliun, dimana Rp 49,7 triliunnya dibagi secara proporsional ke 514 kabupaten/kota. DBHCHT bisa ditingkatkan apabila skema kenaikan cukai rokok pada tingkat nasional direalisasikan dan tambahan tersebut di-*“earmarked”* untuk kesehatan.

2. Meringankan beban fiskal pemerintah nasional dan daerah

Semakin besarnya tantangan pembangunan kesehatan, diikuti dengan peningkatan pembiayaan. Pemerintah perlu membuka peluang seluas-luasnya untuk keterlibatan swasta dengan memberikan insentif untuk berinvestasi pada fasilitas dan pengadaan alat kesehatan, serta tenaganya. Kerjasama Pemerintah dan Badan Usaha (KPBU) adalah opsi lain. Di tingkat kabupaten/kota, salah satu peluang adalah memanfaatkan Dana Desa. Jumlah Dana Desa yang ada cukup signifikan untuk mendorong upaya kesehatan masyarakat di tingkat desa.

3. Mobilisasi sumber-sumber non-pemerintah untuk kesehatan

Secara teoretis dan sesuai dengan kebijakan (regulasi) tentang pembiayaan kesehatan, tugas pemerintah adalah: (1) membiayai UKM (karena bersifat *“public goods”*); (2)

membiayai kesehatan bagi penduduk miskin (subsidi premi JKN); (3) membiayai tata kelola (penyusunan kebijakan, regulasi, dan NSPK); serta (4) pengadaan fasilitas kesehatan di wilayah yang tidak diminati swasta. Artinya, pemerintah tidak perlu membiayai pembangunan fasilitas pelayanan kesehatan secara menyeluruh (klinik, RS, laboratorium). Untuk membiayai hal-hal lain, perlu alternatif sumber pembiayaan lain, seperti: 1) Pembiayaan swasta untuk pembangunan fasilitas kesehatan; 2) Kerja Sama Pemerintah dan Badan Usaha (KPBU); 3) Penerapan *“cost sharing”* (urun biaya) sesuai kemampuan membayar rumah tangga; dan 4) Percepatan kepesertaan JKN kelompok PPU dan PBP yang jumlahnya besar dapat memobilisasi dana yang lebih besar untuk JKN.

4. Penguatan daerah menerapkan pembiayaan komprehensif

Kebijakan perencanaan dan penganggaran kesehatan cenderung parsial dan terfragmentasi. Perencanaan dan penganggaran UKP terpisah dari UKM dan penguatan sistem kesehatan (PSK). Padahal semua masalah kesehatan memerlukan semuanya: pengobatan (UKP), promosi dan pencegahan (UKM) dan tata kelola (PSK). Untuk itu, pelatihan bagi daerah (kabupaten/kota) sangat diperlukan untuk melakukan *“perencanaan dan penganggaran komprehensif”* tersebut. Dengan demikian pada tingkat daerah tidak terjadi fragmentasi antara UKM, UKP dan PSK.

5. Meningkatkan pembiayaan UKM

Pembiayaan UKM hampir semuanya bergantung pada DAK nonfisik. Peningkatan DAK nonfisik bergantung pada kemampuan fiskal pusat (APBN). Tambahan peningkatan cukai rokok yang di-*earmarked* untuk kesehatan adalah satu sumber dana untuk meningkatkan kapasitas pembiayaan kesehatan. Secara konsep, konsumsi rokok berdampak luas – baik pada perokok maupun orang lain (*passive smokers*) dan mengurangi konsumsi kebutuhan pokok rumah tangga (*“negative externality”*). Pada satu sisi pemerintah memperoleh penerimaan pajak, di sisi lain masyarakat menanggung eksternalitas negatif tersebut. Dalam konsep ekonomi, suatu komoditas atau kejadian dengan eksternalitas besar (positif atau negatif) diperlakukan sebagai *“public goods”*. Dengan demikian kalau pajak rokok di-*earmarked tax* untuk kesehatan, maka penggunaannya lebih tepat untuk pelayanan kesehatan masyarakat (UKM) yang memberikan eksternalitas besar, bukan UKP (*“private goods”* dan eksternalitas kecil). Agar penyerapan BOK lebih baik, perlu disediakan insentif semacam jasa pelayanan (jaspel) dalam pembayaran kapitasi, dengan mengembangkan indikator kinerja untuk menentukan besaran Jaspel BOK tersebut. Selain itu, upaya untuk meningkatkan UKM dapat dilakukan melalui pemanfaatan Dana Desa dan dana CSR untuk UKM.

6. Sustainability pembiayaan JKN

Program JKN mengalami defisit sejak tahun pertama pelaksanaannya, karena *“cash inflow”* lebih kecil dari *“cash outflow”*. Beberapa masalah *“cash inflow”*: a) belum semua penduduk menjadi peserta; b) nilai premi diperkirakan di bawah perhitungan *actuarial*; dan c) pembayaran premi tidak teratur. Dari sisi *“cash outflow”*: a) BPJS membayar klaim RS yang lebih tinggi karena banyak peserta mampu menggunakan kelas yang lebih tinggi; b) rujukan tetap dilakukan karena kekurangan dan bahkan kekosongan tenaga dokter di puskesmas terpencil dan kepulauan; dan c) pelayanan terindikasi *fraud* seperti *“upcoding”*, readmisi tidak sesuai ketentuan hingga tindakan yang tidak perlu. Dalam jangka pendek, defisit dibayarkan oleh pemerintah bersumber dari APBN dan cukai rokok. Dalam jangka

menengah adalah merevisi premi dengan kehati-hatian (*prudent*) yaitu atas dasar (i) perhitungan aktuarial yang valid (ii) kemampuan fiskal pemerintah membiayai subsidi premi PBI, dan (iii) kemungkinan terjadinya “displacement” anggaran UKM untuk subsidi premi PBI. Selain itu adalah pembatasan jumlah rujukan, prolans dan kunjungan rumah. Solusi jangka panjang yaitu meningkatkan upaya promotif dan preventif serta pola hidup sehat. Secara spesifik, rekomendasi untuk memperkuat aspek finansial JKN adalah: 1) revisi tarif INA-CBGs; 2) rekalkulasi premi (aktuarial baru); 3) Intensifikasi pengumpulan premi; 4) menerapkan iuran biaya; 5) Mengembangkan sistem pembayaran berbasis kinerja (*Strategic purchasing*); dan 6) Mengintensifkan pelaksanaan audit medis dan *utilization review* (UR).

7. Membenahi pembiayaan Puskesmas

(1) Optimalisasi pemanfaatan anggaran puskesmas

Secara total, jumlah anggaran yang dikelola puskesmas cukup besar. Untuk mengoptimalkan daya guna anggaran, kebijakan dan langkah-langkah berikut perlu dilakukan, yaitu: a) percepatan realisasi RAPBD oleh Pemda dan DPRD agar tidak terjadi keterlambatan pemanfaatan dana DAK-nonfisik; b) penambahan tenaga pengelola laporan/administrasi; c) menyediakan “jasa pelayanan” (jaspel) sebagai insentif UKM; d) melengkapi SDM puskesmas sesuai standar (PMK-75/2004); e) melakukan pendistribusian peserta BPJS kepada puskesmas dan jaringan FKTP lain dikaitkan dengan kapasitas dan beban kerja; dan e) mendorong akreditasi puskesmas dan konversi menjadi PPK BLUD agar fleksibel dalam pemanfaatan anggaran, terutama dana kapitasi.

(2) Kebijakan afirmatif untuk puskesmas di daerah terpencil/pegunungan dan kepulauan. Sekitar 2.775 puskesmas berada di daerah terpencil, pegunungan dan kepulauan. Pemerintah telah menempatkan tenaga kesehatan langsung dari pusat (Nusantara Sehat dengan pendekatan “*team based*”). Pengamatan di beberapa puskesmas menunjukkan efektivitas tenaga tersebut terhambat karena (i) ketiadaan atau ketidakcukupan obat serta (ii) keterlambatan realisasi dana DAK-nonfisik (BOK). Oleh sebab itu, kebijakan afirmatif perlu diterapkan dalam bentuk “paket”, terdiri dari (i) penempatan tim tenaga kesehatan sesuai kebutuhan, (ii) transfer dana BOK langsung ke puskesmas dan (iii) pengadaan obat langsung dari pusat, termasuk perluasan item obat yang dapat mencakup kebutuhan sesuai RKO puskesmas.

8. Pembiayaan penguatan sistem kesehatan

Di Indonesia ada 6 subfungsi sistem kesehatan yaitu (1) regulasi, tata kelola dan dukungan sistem informasi, (2) pengelolaan SDM, (3) pengelolaan farmakes, (4) menggerakkan peran serta masyarakat, (5) pengelolaan pembiayaan kesehatan dan (6) penyediaan pelayanan kesehatan UKM dan UKP atau “*delivery system*”. Dari 6 subfungsi tersebut, fungsi pertama (regulasi, tata kelola dan sistem informasi) adalah tanggung jawab pemerintah dan pembiayaannya sulit diserahkan ke swasta. Sedangkan untuk fungsi-fungsi lain, dapat melibatkan swasta dalam pembiayaannya.

(1) Peran pemerintah

a. Penguatan regulasi

Di tingkat pusat, perlu disediakan anggaran yang cukup untuk menyusun sejumlah PP yang tertunda penyusunannya. Sebagai contoh, UU-36/2009 telah menetapkan

beberapa kebijakan dalam pembiayaan kesehatan. Selain itu, ratusan NSPK perlu disusun untuk memperlancar daerah melaksanakan kebijakan-kebijakan yang ditetapkan oleh pusat. Di tingkat daerah, banyak penyusunan regulasi yang terhambat karena tidak ada alokasi anggaran.

b. Penguatan tata kelola: kapasitas dinas kesehatan kabupaten/kota

Peran Dinas Kesehatan sangat strategis dalam pencapaian target pembangunan kesehatan. Selama 4-5 tahun terakhir, banyak kebijakan baru yang implementasinya dilakukan oleh Dinas Kesehatan kabupaten/kota dan puskesmas, termasuk diantaranya SPM, PISPK, SDGs, empat urusan kesehatan yang diserahkan ke daerah, RPJMD (UU-25), RKAT berbasis kinerja (Permendagri-26), serta pembina kesehatan wilayah termasuk dukungan dan pembinaan kepada RSUD. Dengan meningkatnya tugas daerah, perlu peningkatan kapasitas dalam mengelola pembangunan kesehatan. Penguatan Dinkes harus dilakukan secara terencana dan sistematis.

c. Penguatan sistem informasi, khususnya surveilans

Fungsi tata kelola harus didukung oleh sistem informasi yang kuat. Beberapa sistem informasi yang ada di daerah, yaitu: SP2TP/SIMPUS oleh puskesmas, SIRS oleh RSUD, SIKDA yang dikelola oleh Pemda dan laporan-laporan program termasuk P-Care, laporan kegiatan serta SPJ DAK-nonfisik. Surveilans Epidemiologi merupakan salah satu sistem informasi yang sangat penting namun lemah dalam penerapan. Berbagai peraturan mengharuskan puskesmas, RSUD dan Dinkes melakukan surveilans. Tidak hanya memantau secara rutin perkembangan kesehatan, namun juga memantau secara “*prime time*” kejadian emergensi dan wabah. Dua jenis anggaran untuk memperkuat sistem ini, yaitu: 1) *Start-up budget* untuk mereviu dan melakukan *updating* pedoman-pedoman surveilans sudah pernah dikembangkan, melakukan pelatihan bagi Dinkes kabupaten/kota, diseminasi pedoman surveilans ke seluruh puskesmas dan RSUD, serta mengembangkan dukungan IT untuk surveilans; dan 2) *routine budget* dimasing-masing unit.

(2) Peran swasta dalam pengelolaan SDM, farmasi, alkes dan sistem pelayanan kesehatan. Elemen lain untuk memperkuat sistem kesehatan adalah SDM, farmasi/alkes dan pelayanan kesehatan (primer, sekunder dan tertier). Swasta dapat berperan membiayai penguatan fungsi-fungsi tersebut. Dua hal penting yang perlu dilakukan pemerintah untuk mendukung pihak swasta, yaitu: 1) membuat peta kebutuhan SDM dan fasilitas kesehatan di setiap wilayah (kabupaten/kota dan provinsi); dan 2) memberikan insentif kepada swasta untuk berinvestasi di wilayah-wilayah tersebut, yaitu berupa kemudahan-kemudahan melakukan investasi.

1. PENDAHULUAN

PEMBIAYAAN KESEHATAN DAN JKN

KAJIAN SEKTOR KESEHATAN



1.1. LATAR BELAKANG

Kekeliruan utama dalam analisis pembiayaan kesehatan selama ini adalah mengabaikan telaahan seksama dan mendalam tentang “apa yang akan dibiayai”. *Statement* bahwa Indonesia tergolong rendah dalam belanja kesehatan didasarkan pada “*benchmarking*” dengan negara lain yang memiliki tingkat ekonomi setara. Saran untuk meningkatkan belanja kesehatan sebetulnya berlaku untuk semua negara di dunia, karena dimana-mana kebutuhan belanja kesehatan terus meningkat sejalan dengan pertumbuhan penduduk dan transisi pola penyakit. Tapi tidak kalah pentingnya adalah menjawab pertanyaan untuk apa tambahan belanja tersebut dipergunakan.

Kekeliruan lain adalah kecenderungan parsial dalam analisis tersebut. Serta merta kekurangan belanja kesehatan dikaitkan dengan pembiayaan UHC (*Universal Health Coverage*) dalam pengertian sempit; yaitu *asuransi kesehatan*. Itupun terbatas pada peningkatan premi asuransi (JKN) agar BPJS mampu membayar fasilitas kesehatan secara layak dan tepat waktu serta memacu peningkatan kepesertaan (*demand side*). Padahal dalam sistem asuransi kesehatan, banyak hal lain yang memerlukan biaya seperti pembangunan fasilitas kesehatan, penempatan tenaga kesehatan, dan pengembangan sistem rujukan (*supply side*).

Pendekatan parsial tersebut cenderung mengabaikan kebutuhan biaya untuk program-program kesehatan masyarakat (UKM) serta program untuk memperkuat sistem kesehatan (*health sistem strengthening*). Seperti nanti akan dijelaskan, pendekatan parsial ini bisa menjerumuskan Indonesia pada eskalasi biaya yang tidak terkendali sementara indikator-indikator kesehatan masyarakat tidak membaik.

Dalam *Health Sector Review* (HSR) ini disampaikan telaahan tentang pembiayaan kesehatan di Indonesia. Dalam *bagian pertama* disampaikan uraian tentang apa sebetulnya yang akan dibiayai. Ini adalah pertanyaan mendasar dalam setiap penyusunan anggaran, baik dalam skala program pemerintah, bisnis, rumah tangga maupun perorangan. Dalam bagian kedua, untuk merumuskan rekomendasi kebijakan pembiayaan kedepan harus dipahami kebijakan pembiayaan yang sudah ada selama ini. Seperti akan disampaikan, Indonesia tidaklah “kosong” dalam kebijakan pembiayaan kesehatan. Di bagian ketiga disampaikan gambaran serta masalah-masalah yang dihadapi dalam pembiayaan kesehatan. Akhirnya dalam bagian keempat disampaikan beberapa rekomendasi yang dianggap relevan dan strategis untuk menghadapi tantangan pembangunan kesehatan di masa yang akan datang, khususnya tantangan pembiayaan.

1.2. APA YANG PERLU DIBIYAI?

Dalam berbagai peraturan perundangan dan kebijakan kesehatan sudah ditetapkan berbagai program atau upaya kesehatan yang perlu dilakukan dalam meningkatkan derajat kesehatan penduduk, seperti akan disampaikan berikut ini.

UKM, UKP dan PSK

Dalam Sistem Kesehatan Nasional atau SKN (Perpres-72/2012) secara jelas dikemukakan bahwa upaya kesehatan dapat dibagi dua, yaitu (i) Upaya Kesehatan Masyarakat atau UKM dan (ii) Upaya Kesehatan Perorangan atau UKP. Bank Dunia (*World Development Report* 1993) juga mengemukakan bahwa pelayanan kesehatan dapat dibagi dua yaitu (i) *public health services* dan (ii) *individual clinical services*.

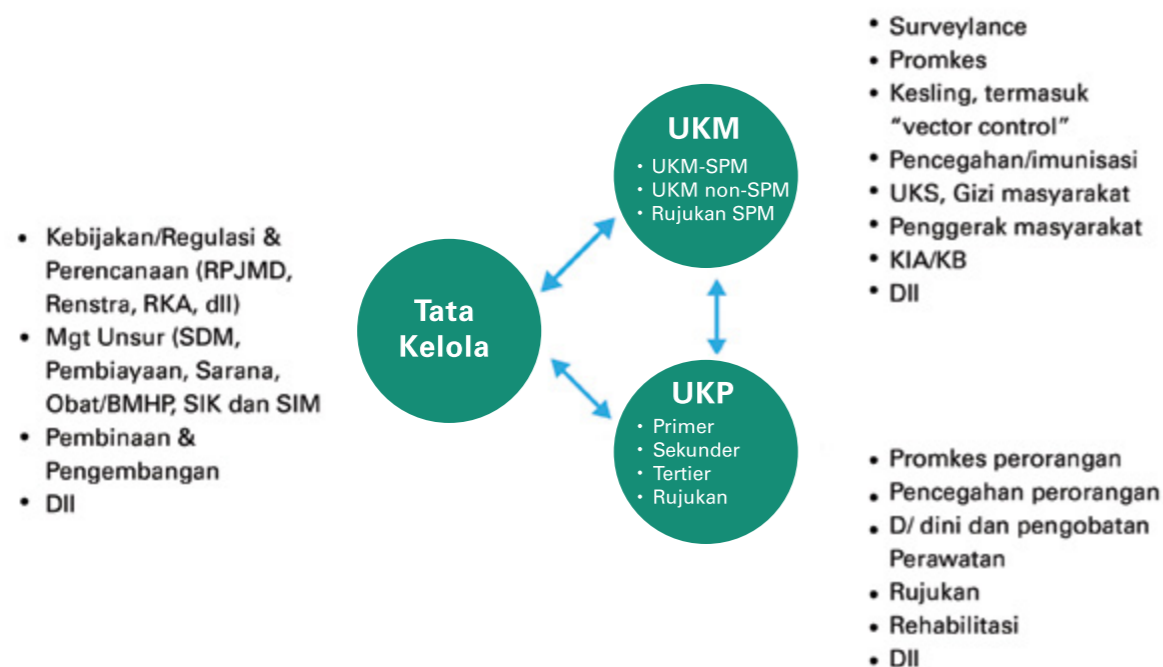
Menurut teori ekonomi, sifat kedua kelompok pelayanan atau upaya tersebut berbeda. UKM atau “*public health services*” bersifat “*public goods*” dan oleh karenanya pembiayaannya sangat tergantung pada anggaran negara (pajak). *Public goods* sulit atau bahkan tidak bisa dibiayai melalui mekanisme tarif maupun asuransi. Sebaliknya UKP atau *clinical services* umumnya bersifat “*private goods*” dan oleh karenanya bisa dibiayai melalui mekanisme asuransi atau tarif.

Dalam praktek, UKM dan UKP bukanlah suatu dikotomi. Semua jenis penyakit atau masalah kesehatan memerlukan UKM dan UKP sekaligus. Demam berdarah (DBD) misalnya – memerlukan perawatan (UKP) dan juga tidak kalah pentingnya memerlukan pemberantasan nyamuk *aedes-aegypti* (UKM). Demikian juga hipertensi – jelas memerlukan pengobatan klinis (UKP) akan tetapi juga memerlukan kampanye massal tentang perilaku hidup sehat atau “*healthy life style*” (UKM).

Selanjutnya WHO (*World Health Report 2010: Health System Strengthening*) mengemukakan bahwa salah satu sebab gagalnya program-program kesehatan adalah tidak disertai dengan penguatan sistem kesehatan. Baik program UKP dan UKM sudah disusun dan direncanakan demikian baik, tetapi menjadi tidak efektif karena elemen-elemen sistem kesehatan tidak dikembangkan. Elemen sistem kesehatan tersebut termasuk (i) regulasi dan tata kelola yang didukung oleh sistem informasi, (ii) SDM kesehatan, (iii) farmasi dan alkes, (iv) sistem pelayanan kesehatan dan (vi) sistem pembiayaan kesehatan. Artinya UKM dan UKP hanya akan berhasil baik kalau disertai dengan penguatan sistem kesehatan (PSK).

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa pembiayaan kesehatan harus komprehensif mencakup 3 area; yaitu (i) UKM, (ii) UKP dan (iii) PSK (Penguatan Sistem Kesehatan)

Gambar 1. Konsep Pembiayaan Kesehatan Komprehensif



Program Kesehatan Prioritas (UU-36/2009 dan Perpres-72/2012)

UU-36/2009 tentang kesehatan dan Perpres-72/2012 tentang SKN menetapkan sekitar 24 program kesehatan yang perlu diselenggarakan, dan oleh karenanya perlu dibiayai. Program-program tersebut adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Program Kesehatan Prioritas (UU-36/2009 dan Perpres-72/2012)

Program Kesehatan Umum:

1. Pelayanan Kesehatan
2. Pelayanan Kesehatan Tradisional, Alternatif dan Komplementer
3. Peningkatan Kesehatan dan Pencegahan Penyakit
4. Penyembuhan Penyakit dan Pemulihan Kesehatan
5. Pelayanan Kesehatan Reproduksi
6. Pelayanan KB
7. UKS
8. Kesehatan Olah Raga
9. Pelayanan Kesehatan pada Bencana
10. Pelayanan Darah
11. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut
12. Penganggulangan Gangguan Penglihatan dan Pendengaran
13. Upaya Kesehatan Matra
14. Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alkes
15. Pengamanan Makanan dan Minuman
16. Pengamanan Zat Adiktif
17. Pelayanan Forensik Klinik dan Bedah Mayat

Program Kesehatan Khusus:

1. Pelayanan Kesehatan Ibu, Bayi, Anak, Remaja, Lanjut Usia dan Penyandang cacat
2. Upaya Perbaikan Gizi
3. Upaya Kesehatan Jiwa
4. Pencegahan, Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit Menular
5. Pencegahan, Pengendalian dan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular
6. Upaya Kesehatan Lingkungan
7. Upaya Kesehatan Kerja

Penguatan Sistem Kesehatan

1. Tata Kelola/regulasi/informasi
2. SDM
3. Obat/farmalkes
4. Litbang
5. Pemberdayaan Masyarakat
6. Sistem Pembiayaan
7. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Dalam perkembangan kesehatan di Indonesia, beberapa program tersebut di atas menjadi prioritas; misalnya "stunting" berkaitan dengan masalah gizi, DM dan hipertensi berkaitan dengan PTM, TB dan HIV berkaitan dengan PM.

SPM dan Pelayanan di Puskesmas

(UU-23/2014, PP-2/2018 tentang SPM dan PMK-756 tentang Puskesmas)

Dalam konteks pembiayaan kesehatan daerah, UU-23/2014 menetapkan 4 urusan kesehatan yang menjadi tanggung jawab daerah, yaitu sbb:

1. Upaya kesehatan dan perizinan RS type C dan D
2. Pengelolaan SDM (termasuk perencanaan, pengadaan, pengangkatan, penempatan dan pembinaan)
3. Pengelolaan farmasi, alkes dan makanan minuman
4. Pemberdayaan masyarakat.

Khusus tentang urusan pertama (upaya kesehatan), sejumlah pelayanan yang bersifat pelayanan kesehatan dasar (PKD) ditetapkan dalam PP-2/2018 sebagai SPM (Standar Pelayanan Minimum). SPM terdiri dari 12 jenis pelayanan. Sebagian besar jenis-jenis pelayanan dalam SPM tersebut adalah upaya promotive dan preventif (UKM) yaitu sbb:

1. Pelayanan kesehatan ibu hamil
2. Pelayanan kesehatan ibu bersalin
3. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir
4. Pelayanan kesehatan balita
5. Pelayanan kesehatan pada usia Pendidikan dasar
6. Pelayanan kesehatan pada usia produktif
7. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut
8. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi
9. Pelayanan kesehatan penderita DM
10. Pelayanan kesehatan penderita gangguan jiwa berat
11. Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis
12. Pelayanan kesehatan orang beresiko terinfeksi HIV

Selain pelayanan dasar yang masuk dalam SPM, daerah juga harus melaksanakan program prioritas lain seperti malaria, filaria, *stunting*, KB, dan lain-lain.

Sekali lagi, yang menjadi tanggung jawab daerah adalah pembiayaan pelayanan yang bersifat promotif dan preventif (UKM), bukan pengobatan (UKP). Karena untuk pengobatan - misalnya pengobatan hipertensi dan DM, ditanggung dalam sistem asuransi (JKN).

Praktisi eksekusi semua pelayanan dalam SPM tersebut dilaksanakan oleh puskesmas. Namun perlu dilihat kebijakan lain tentang tugas pokok dan fungsi puskesmas, seperti ditetapkan dalam PMK-75/2015. Dalam PMK-75 tersebut ditetapkan bahwa puskesmas adalah pembina kesehatan wilayah dengan tugas melaksanakan 6 jenis UKM yang bersifat esensial, 8 UKM yang bersifat pengembangan dan 9 jenis UKP (di luar pelayanan UKP untuk peserta BPJS).

Tabel 2. Jenis-Jenis Kegiatan/Pelayanan Kesehatan yang Menjadi Tugas Puskesmas

SPM	6 UKM esensial	8 UKM pengembangan	9 UKP	UKP sbg FKTP BPJS	PISPK
1. Pel. bumil	1. Promkes termasuk UKS	1. Pel. Jiwa	1. Pemeriksaan umum	1. Kunjungan rumah	Kunjungan rumah untuk mencatat dan menangani 12 indikator kesehatan keluarga
2. Pel. bulin		2. Pel. Gigi masyarakat	2. Pelkes gigi mulut	2. Prolanis	
3. Pel. BBL	2. Pel. Kesling	3. Pelkes tradisional komplementer	3. KIA/KB yang bersifat UKP	3. Rujukan (plafond)	
4. Pel. Balita	3. Pel. KIA KB yang bersifat UKM	4. Pelkes olahraga	4. Pelkes Gawat darurat	4. Angka kontak	
5. Pel. usia SD	4. Pel. gizi yg bersifat UKM	5. Pelkes indra	5. Pelkes gizi yg bersifat UKP		
6. Pel. usia produktif		6. Pelkes lansia	6. Persalinan		
7. Pel. Lansia	5. Pel. pencegahan & pengendalian penyakit	7. Pelkes Kerja	7. Rawat Inap (untuk puskesmas RI)		
8. Pelkes hipertensi		8. Pelkes lainnya	8. Pel. kefarmasian		
9. Pelkes DM			9. Pel. laboratorium		
10. Pelkes suspek TB	6. Pel. keperawatan kesmas				
11. Pelkes gangguan jiwa berat					
12. Pelkes suspek HIV					

Tabel di atas menunjukkan beban kerja puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan UKM dan UKP di tingkat daerah. Bisa dikatakan bahwa sebagai besar indikator derajat kesehatan masyarakat sangat ditentukan oleh kapasitas dan kinerja Puskesmas. Oleh sebab itu, membenahi sistem pembiayaan puskesmas (dan sistem ketenagaan serta administrasi dan manajemen) adalah isu pembiayaan yang sangat strategis di Indonesia.

Sustainable Development Goals (SDGs)

Seperti diketahui, SDGs-3 mencakup 13 target yang dapat dibagi dalam (i) *unfinished* MDGs agenda, (ii) *new* SDGs-3 target dan (iii) target cara implementasi SDGs-3, seperti disampaikan dalam tabel berikut:

Tabel 3. Target SDGs




Agenda MDGs yang Belum Selesai	Target SDGs-3 Baru	Target kapasitas untuk implementasi
1. Turunkan kematian ibu	1. Turunkan kematian karena PTM dan promosi kesehatan jiwa	1. Perkuat implementasi konvensi tembakau
2. Akhiri kematian bayi dan anak yang dapat dicegah	2. Pencegahan dan pengobatan penyalahgunaan narkoba	2. Akses terhadap obat dan vaksin termasuk riset
3. Akhiri epidemi TB, HIV, malaria,	3. Kurangi kematian (50%) karena KLL	3. Tingkatkan pembiayaan dan SDM
4. Akses universal terhadap pelayanan kes. reproduksi dan seksual	4. Kurangi kematian karena polusi	4. Capai UHC, termasuk "financial risk protection" dan faskes, obat dan vaksin
		5. Tingkatkan kapasitas untuk peringatan dini, reduksi dan manajemen resiko

Dalam tabel berikut disampaikan pencapaian SDGs-3 di regional Asia (WHO-2016). Angka-angka dalam tabel tersebut menggambarkan tantangan pencapaian target SDGs-3, yang berarti pula tantangan pembiayaan kesehatan di Indonesia.

Tabel 4. Hasil Awal Penilaian Cakupan Pelayanan Kesehatan Esensial

Tracer indicators for UHC services coverage*		BAN	BHU	DPRK	IND	INO	MAV	MMR	NEP	SRL	THA	TLS	Source
RMNCH													
3.8.1.1	Family planning coverage (%)	73	85	77	64	79	43	...	56	69	89	38	DHS/MICS; 2006-2014
3.8.1.2	Antenatal care coverage (%)	20	77	94	45	88	85	...	61	93	93	55	DHS/MICS; 2006-2014
3.8.1.3	Child immunization coverage (DPT3%)	94	99	96	87	81	99	75	91	99	99	76	WHO-UNICEF estimates of national immunization coverage
3.8.1.4	Treatment for pneumonia (%)	35	74	80	67	75	74	69	50	58	83	71	WHS 2016
Infectious diseases													
3.8.1.5	Tuberculosis treatment success rate (%)	93	91	92	88	88	84	87	91	85	81	84	Global tuberculosis report, 2015
3.8.1.6	HIV antiretroviral therapy coverage (%)	11	23	...	36	6	19	35	23	18	57	...	UNAIDS (http://aidsinfo.unaids.org)
3.8.1.7	Insecticide-treated bednets or indoor residual spray coverage for malaria prevention (%)**	67	100	28	25	55	NA	83	100	NA	60	100	World Malaria Report, 2015
3.8.1.8	Improved water source and adequate sanitation (%)	74	75	92	67	74	98	80	69	95	95	66	WHS
Noncommunicable diseases- the proxy indicators are shown in italics													
3.8.1.9	<i>Prevalence of normal blood pressure level in population (%)</i>	74	73	79	75	77	78	76	73	79	79	73	GHO
3.8.1.10	<i>Prevalence of normal blood glucose level in population (%)</i>	91	88	94	90	91	90	93	91	90	90	93	Global status report in NCDs 2014
3.8.1.11	Cervical cancer screening (%)	...	64	...	...	...	...	4	...	25	...	1	STEP surveys
3.8.1.12	Tobacco non-use (%)	57	75	...	65	64	80	59	69	75	73	44	Monitoring tobacco control among adults in selected Member States of South-East Asia Region – at a glance, 2015
Service capacity and access													
3.8.1.13	Postnatal care for mothers and babies within two days of birth (%) (proxy for basic hospital access)	34	...	...	44	...	67	...	57	93	...	22	DHS / MICS 2006-2014
3.8.1.14	Health worker density, expressed as % of new global benchmark, 44.5/10 000***	17	45	100	68	66	100	36	66	67	66	46	Country reported
3.8.1.15	Access to essential medicines (%)	...	...	...	...	...	...	43	...	...	100	...	Country reported
3.8.1.16	Health security: IHR compliance (%)	88	68	73	94	96	61	84	77	71	98	71	GHO
Overall essential health services coverage index (scale of 0 to 100)		49	68	79	63	64	70	55	67	66	82	47	

* Please see individual country profiles in part 3 for exact source and year of data
 ** 2014 data as reported by the country for World Malaria Report 2015
 *** Data taken from SEAR health workforce survey April 2016, except Myanmar, which is based on WHO Global Health Observatory data
 Kindly note that the symbol ... indicates that data are not available

 >80%
 60%-80%
 40%-60%

Dengan ambang >80%, maka ada beberapa target SDGs yang perlu dikejar, yaitu sbb:

- (1) Cakupan KB
- (2) Pengobatan pneumonia
- (3) Cakupan ART untuk HIV
- (4) Pembagian kelambu untuk mencegah malaria
- (5) Cakupan air bersih dan sanitasi
- (6) Prevalensi tekanan darah normal di populasi
- (7) Reduksi konsumsi tembakau
- (8) Kunjungan nifas 2 (dua) hari pasca persalinan
- (9) Pemerataan SDMK

Sebagian besar dari 9 target tersebut di atas memerlukan UKM. Sekali lagi, seperti halnya dengan tugas-tugas puskesmas seperti disampaikan di muka, pembiayaan UKM adalah isu yang sangat strategis di masa mendatang.

Universal Health Coverage (UHC)

UHC telah menjadi agenda global dan setiap negara disarankan untuk mencapai tujuan-tujuan yang dirumuskan dalam konsep UHC tersebut. WHO mendefinisikan UHC sbb:

“Universal Health Coverage is defined as ensuring that all people have access to needed promotion, preventive, curative and rehabilitative health services, of sufficient quality to be effective, while also ensuring that people do not suffer financial hardship when paying for these services. Universal Health Coverage has therefore become a major goal for health reform in many countries and a priority objective of WHO.” (WHO, 2010)

Ada 2 kata kunci dalam definisi tersebut, yaitu:

- (i) akses terhadap pelayanan komprehensif yang terdiri dari pelayanan promotive, preventif, kuratif dan rehabilitatif
- (ii) *financial protection* bagi semua penduduk agar tidak perlu membayar ketika memperoleh pelayanan tersebut diatas

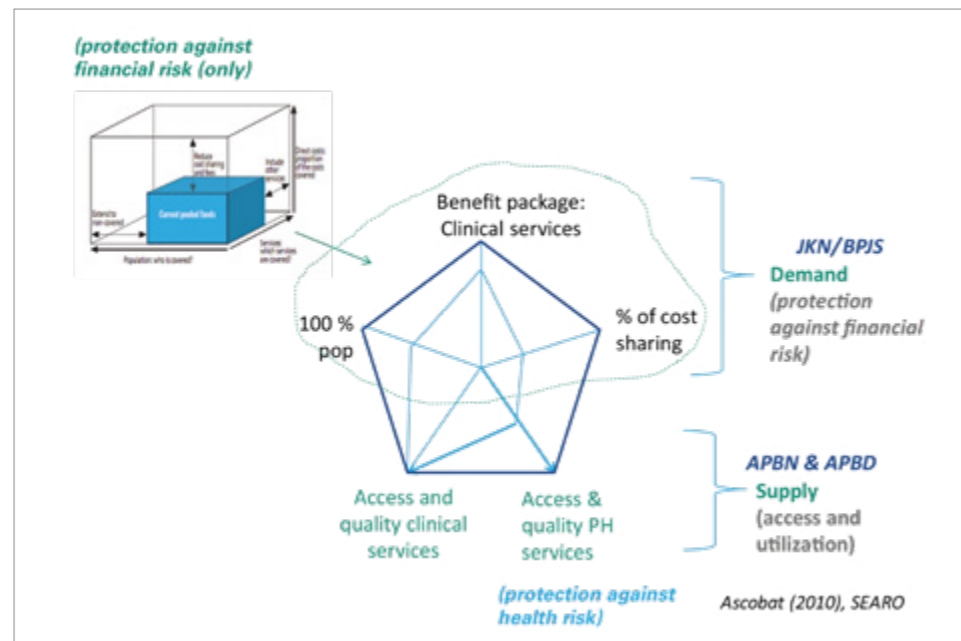
Celakanya, dalam dokumen WHO yang sama disampaikan pola pembiayaan UHC yang direduksi dalam bentuk asuransi kesehatan yang terdiri dari 3 aksis sbb:

- (1) Semua penduduk menjadi peserta
- (2) Jenis santunan yang diberikan bersifat komprehensif
- (3) Tidak ada *“cost sharing”* ketika peserta menggunakan pelayanan

Dengan perkataan lain, ada *“conceptual fallacy”* tentang cara pembiayaan UHC yang direduksi melalui sistem asuransi kesehatan. Sebagai contoh, untuk mendapatkan *fogging* DBD atau promosi kesehatan, dan lain-lain pelayanan UKM, orang tidak perlu menjadi peserta asuransi. Dan memang umumnya pelayanan semacam itu tidak memungut bayaran.

Konsep yang lebih tepat untuk pembiayaan UHC yang konsisten atau sesuai dengan definisinya bukan terdiri dari 3 aksis, tetapi terdiri dari 5 sumbu. Dari 5 sumbu tersebut, tiga sumbu sesuai dengan konsep asuransi untuk membiayai UKM, 1 sumbu untuk membiayai UKM dan 1 sumbu lagi untuk membiayai *“supply side”*. Hal tersebut digambarkan dalam diagram berikut.

Gambar 2. Konsep Pembiayaan UHC



Public Health Security

Terakhir yang perlu dipertimbangkan dalam membenahi pembiayaan kesehatan adalah tentang “public health security”; yaitu ancaman pandemi global penyakit-penyakit seperti MERS, Ebola, Anthrax, Flu burung, Nipah virus, SARS, dll. Hampir semua penyakit tersebut tergolong penyakit bersumber binatang (zoonosis) (WHO: *World Health Report 2007*).

“Public health security” sudah menjadi agenda global yang disepakati banyak negara termasuk Indonesia. Indonesia sangat rentan terhadap pandemi dan epidemi penyakit-penyakit tersebut karena wilayah yang sangat luas; terdiri dari ribuan pulau, garis pantai yang panjang, ratusan bandara dan ribuan pelabuhan, yang secara keseluruhan menyediakan ribuan pintu masuk lalu lintas manusia, hewan dan komoditas ekonomi.

Mempersiapkan diri (*preparedness*) menghadapi ancaman tersebut adalah suatu keharusan, karena tidak bisa dibayangkan berapa biaya dan kerugian ekonomi serta kehilangan modal manusia yang akan ditanggung apabila terjadi wabah penyakit-penyakit tersebut diatas. Ada 4 strategi yang disarankan untuk menghadapi ancaman pandemi tersebut, yaitu:

- (1) Membangun sistem surveilans yang kuat didukung dengan laboratorium biomedis yang terstandar yang mampu menyediakan “real time bio surveillance” data
- (2) Melibatkan lintas sektor termasuk pertanian/peternakan, kelautan, industri (khususnya industri makanan), lingkungan hidup, imigrasi, perhubungan, pertahanan-keamanan, dll.
- (3) Melibatkan sistem pemerintah di semua jenjang
- (4) Memperkuat jaringan pelayanan kesehatan (primer, sekunder, tertier) untuk siap menangani kasus-kasus penyakit tersebut diatas

Karena memerlukan keterlibatan lintas sektor yang demikian banyak, maka fungsi koordinasi menjadi sangat penting. Di tingkat pusat diperlukan koordinasi oleh Menko terkait dan Bappenas. Di tingkat provinsi diperlukan koordinasi oleh Gubernur dan Bappeda. Di tingkat kabupaten/kota diperlukan koordinasi oleh Bupati/Walikota dan Bappeda.

Upaya mengatasi epidemi dan pandemi tergolong kegiatan yang bersifat “public goods” dan oleh karenanya harus dibiayai dari APBN dan APBD. Dengan perkataan lain, 4 strategi yang disampaikan di atas adalah menjadi tanggung jawab pemerintah.

1.3. KEBIJAKAN UMUM PEMBIAYAAN KESEHATAN

Tujuan dan Azas Pembiayaan Kesehatan

Dalam UU-36/2009 tentang kesehatan disebutkan beberapa kebijakan umum tentang pembiayaan kesehatan, seperti dikutip berikut ini:

“Tujuan pembiayaan kesehatan adalah untuk menyediakan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya”.

“Pembiayaan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan kecukupan, menyeluruh, berkesinambungan, berhasil guna, berdaya guna, menjamin pemerataan, berkeadilan dan transparan serta akuntabel”.

Ada beberapa kata kunci dalam kutipan UU-36/2009 tersebut yang menentukan arah, tujuan dan azas pembiayaan kesehatan, yaitu sbb:

- (1) Kecukupan
- (2) Berkesinambungan
- (3) Alokasi yang adil
- (4) Efektif dan efisien
- (5) Menyeluruh (komprehensif)
- (6) Menjamin pemerataan
- (7) Transparan dan akuntabel

Sistem Kesehatan dan Fungsi Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan adalah salah satu fungsi dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN), baik menurut format SKN (Perpres-72/2012) maupun menurut format WHO (2000 dan 2010). Dalam Perpres-72/2012 disebutkan 7 fungsi yang saling berkaitan dalam SKN, yaitu (i) tata kelola (*governance*) yang didukung dengan sistem informasi, (ii) pengelolaan SDM Kesehatan, (iii) pengelolaan obat/alkes dan makanan/minuman, (iv) Litbangkes, (v) Pemberdayaan masyarakat, (vi) Pembiayaan kesehatan dan (vii) sistem pelayanan/upaya kesehatan.

Tujuan SKN adalah “...meningkatkan derajat kesehatan setinggi-tingginya”. Namun WHO lebih memerinci tujuan sistem kesehatan tersebut yaitu (i) meningkatkan derajat kesehatan secara merata, (ii) responsif terhadap ekspektasi masyarakat, (iii) memberikan perlindungan finansial dan (iv) meningkatkan efisiensi.

Di atas disebutkan bahwa pembiayaan adalah salah satu fungsi dalam SKN. Bank Dunia (2008) menyebutkan 3 fungsi sistem pembiayaan kesehatan, yaitu (i) *collecting*, (ii) *pooling* dan (iii)

purchasing. Tiga fungsi tersebut bertujuan dan cocok untuk memberikan “*financial protection*” kepada peserta asuransi kesehatan, jadi bukan untuk program atau upaya kesehatan yang bersifat “*public goods*.” Dengan perkataan lain, 3 fungsi tersebut adalah parsial, hanya cocok untuk upaya pelayanan klinis (pengobatan) yang dibiayai melalui sistem asuransi.

UU-36/2009 menetapkan 3 fungsi pembiayaan kesehatan, yaitu:

- (i) mobilisasi sumber-sumber pembiayaan,
- (ii) alokasi anggaran kesehatan dan
- (iii) pemanfaatan anggaran kesehatan.

Tentang mobilisasi UU-36 menyebutkan sumber pembiayaan termasuk sumber pemerintah (APBN dan APBD) dan non-pemerintah (masyarakat dan swasta) serta sumber-sumber lain yang sah.

Tentang alokasi anggaran ditetapkan cukup diskret dalam UU-36 tersebut, yaitu sbb:

- (1) Alokasi untuk kesehatan minimal 5% dari APBN setelah dikurangi gaji
- (2) Alokasi untuk kesehatan minimal 10% dari APBD setelah dikurangi gaji
- (3) 2/3 dari alokasi untuk kesehatan tersebut (dari APBN maupun APBD) dialokasikan untuk pelayanan publik.
- (4) Pelayanan publik terdiri dari UKM dan UKP. Porsi APBN dan APBD untuk UKP terbatas untuk subsidi biaya pengobatan bagi penduduk miskin (misalnya dana PBI dari APBN atau subsidi penduduk miskin dari APBD). Berarti sisa dari jumlah dua pertiga tersebut adalah untuk UKM.
- (5) Karena penduduk miskin/kurang mampu sudah ditanggung oleh APBN (dana untuk PBI), seharusnya 2/3 alokasi APBD adalah untuk UKM.
- (6) UU-36 tidak menetapkan untuk apa yang sepertiga dari alokasi kesehatan tersebut. Dalam pembahasan persiapan RPP Pembiayaan kesehatan disepakati bahwa jumlah 1/3 tersebut adalah untuk pengelolaan dan penguatan sistem kesehatan di pusat dan daerah; termasuk pembangunan infrastruktur kesehatan.

Tentang pemanfaatan anggaran kesehatan Perpres-72/2012 menetapkan bahwa prioritas pemanfaatan APBN dan APBD adalah untuk pelayanan kesehatan yang bersifat “*public goods*” (pasal 114). Sedangkan untuk pelayanan kesehatan yang bersifat “*private goods*” (pengobatan), pembiayaannya diutamakan melalui sistem asuransi, kecuali penduduk miskin yang tetap memerlukan subsidi APBN dan APBD (pasal 115).

Pembiayaan UKP

Perpres-72/2012 pasal 115 menetapkan bahwa karena UKP bersifat “*private goods*,” maka pembiayaannya dilakukan melalui mekanisme asuransi kesehatan dan/atau mekanisme tarif. Selanjutnya dalam UU-40/2004 ditetapkan tentang penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang salah satunya adalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Kemudian UU-24/2011 menetapkan BPJS sebagai penyelenggara JKN tersebut. Anggaran JKN berasal dari iuran peserta (premi). Iuran (premi) penduduk miskin dan tak mampu ditanggung oleh pemerintah (PBI). Anggaran JKN dipergunakan untuk membayar pelayanan kesehatan primer, sekunder dan tertier serta promosi kesehatan yang bersifat perorangan; yaitu promosi kesehatan yang bersifat UKP, bukan UKM.

2. SITUASI UMUM PEMBIAYAAN KESEHATAN NASIONAL

PEMBIAYAAN KESEHATAN DAN JKN

KAJIAN SEKTOR KESEHATAN



2.1. GAMBARAN UMUM

Berapa biaya kesehatan yang dibutuhkan sebuah negara? Tidak ada formula yang pasti untuk menjawab pertanyaan tersebut. Selama ini yang dilakukan adalah membandingkan belanja kesehatan antara negara (*benchmarking*) yang memberikan jawaban relatif. Secara riil kebutuhan biaya (belanja kesehatan) ditentukan banyak faktor: jumlah penduduk, struktur umur, tingkat fertilitas, pola penyakit, kondisi lingkungan, prioritas intervensi yang ditentukan oleh masing-masing negara, jejaring pelayanan kesehatan, dan permintaan (*demand*) masyarakat. Kebutuhan biaya kesehatan juga dipengaruhi oleh kebijakan pembiayaan kesehatan di Negara bersangkutan (*tax based, market based, dll*). Dengan demikian, patokan normatif untuk pembiayaan kesehatan adalah bersifat spesifik dan unik untuk masing-masing negara.

Ada beberapa *benchmark* yang dipergunakan untuk memperkirakan berapa seharusnya target belanja kesehatan, yaitu "*target relative*" dan "*target absolut*." Dari hasil studi di sejumlah negara, WHO menyimpulkan bahwa menggunakan *benchmark* – walaupun praktis - tidak begitu bermanfaat untuk kebijakan menentukan besar belanja kesehatan (*WHO: Spending targets for health: no magic number, Health Financing Working Paper No. 1, 2016*).

Pertama adalah "*target relative*," yaitu % belanja kesehatan dengan denominator tertentu, yaitu sbb:

- a. Proporsi belanja kesehatan nasional dari GDP (THE/GDP) (THE = *Total Health Expenditure*)
- b. Proporsi belanja pemerintah dari GDP (GGHE/GDP) (GGHE = *General Government Health expenditure*)
- c. Proporsi belanja pemerintah untuk kesehatan (GGHE/GGE) (GGE = *General Government Expenditure*)

Batasan THE/GDP yang sering dikemukakan adalah 5% untuk negara-negara setara Indonesia. Patokan tersebut didasarkan pada rata-rata belanja kesehatan di antara negara tersebut dan tidak dikaitkan dengan kinerja.

Batasan GGHE/GDP (*General Government Health expenditure/GDP*) sekaligus menunjukkan tingkat prioritas kesehatan di mata pemerintah dan tingkat kemampuan fiskal pemerintah membiayai kesehatan. Dalam *The Health Report 2010* (WHO) disebutkan bahwa kalau GGHE/GDP lebih kecil dari 4 – 5% GDP, sulit mencapai "*Universal Health Coverage*" di negara bersangkutan. Ada dua indikator yang dipakai untuk UHC tersebut, yaitu (i) besarnya proporsi OOP dalam belanja kesehatan nasional dan (ii) cakupan beberapa pelayanan kesehatan esensial (seperti TB, KB, imunisasi, dll).

Contoh target relatif lainnya adalah seperti yang ditetapkan dalam UU-36/2009 – yaitu bahwa pemerintah harus mengalokasikan "minimal 5% APBN setelah dikurangi gaji" dan "minimum 10% APBD setelah dikurangi gaji". Untuk APBN, pemerintah mulai menerapkan kebijakan tersebut sejak tahun 2016. Sedangkan untuk APBD, bervariasi antara daerah.

Kedua adalah "*target absolut*," yaitu nilai nominal per kapita yang diperlukan untuk belanja kesehatan. Gagasan target absolut ini sudah sejak lama dikemukakan. Bank Dunia pada tahun 1993 (*World Development Report 1993: Investing in Health*) menyarankan agar pemerintah

menginvestasikan US\$ 12/kapita per tahun. Dari jumlah tersebut, US\$ 7/kapita untuk sejumlah pelayanan klinis esensial (KIA, KB, pengobatan TB, pengobatan PMS dan balita kurang gizi) dan US\$ 5 per kapita untuk sejumlah pelayanan "*public health essential*" (Imunisasi, UKS, KIE KB dan gizi, pengendalian konsumsi tembakau, pencegahan HIV/AIDS dan regulasi/informasi tentang sanitasi rumah tangga). Pada tahun 2000, WHO menyarankan THE sebesar US\$ 34/kapita dari semua sumber, tanpa merinci untuk apa jumlah tersebut dipergunakan. Kemudian WHO memperkirakan US\$ 60 per kapita untuk membiaya beberapa pelayanan esensial yang ada dalam MDGs. Pelayanan esensial yang dimaksud adalah MDGs 1, 4, 5, 6 dan 8e (penanggulangan masalah gizi, penurunan kematian anak, penurunan kematian ibu, pengendalian ATM dan ketersediaan obat esensial).

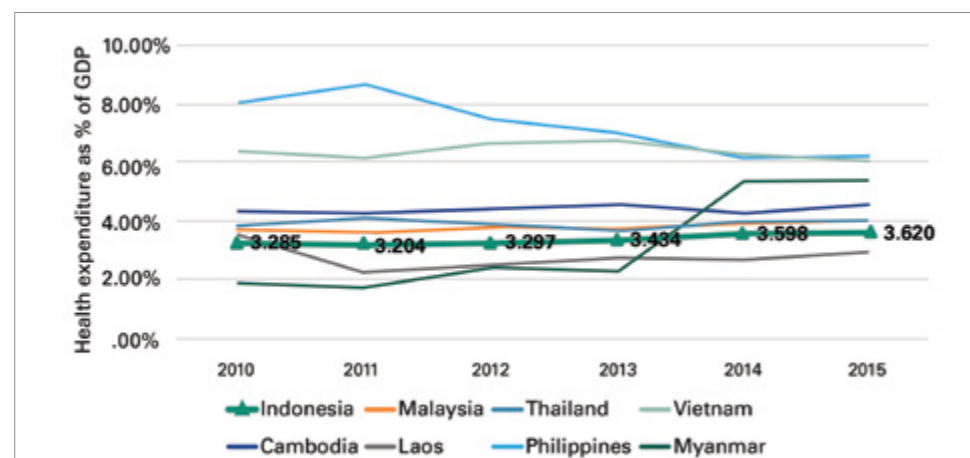
Dalam **Tabel 5** berikut disampaikan perbandingan beberapa indikator pembiayaan kesehatan antara beberapa negara (sebagian besar negara-negara di Asia); yaitu (i) belanja kesehatan per kapita, (ii) % belanja kesehatan terhadap GDP, (iii) perbandingan % anggaran pemerintah dengan asuransi sosial dan belanja kesehatan rumah tangga (OOP = *Out-of-pocket payment*). Perlu disampaikan bahwa angka-angka tersebut bersifat "*benchmarking*"; yaitu sebagai perbandingan saja karena seperti disampaikan di muka - tidak ada patokan normatif yang menetapkan berapa belanja kesehatan per kapita yang ideal, berapa % seharusnya GDP dibelanjakan untuk kesehatan dan berapa seharusnya perbandingan antara belanja pemerintah, asuransi kesehatan dan OOP. Memang dalam hal OOP, ada konsensus global untuk menekan OOP serendah mungkin karena OOP – khususnya yang bersifat katastrofik – bisa menyebabkan pemiskinan rumah tangga. Untuk pembiayaan kesehatan di Indonesia, lebih cocok dibandingkan dengan Thailand, Malaysia, Vietnam dan Filipina, yaitu negara tetangga yang relatif mempunyai beberapa kesamaan dengan Indonesia (geografis, struktur umur, jumlah penduduk dan ekonomi).

(1) Persentase Belanja Kesehatan terhadap GDP

Grafik berikut menggambarkan perbandingan salah satu indikator lainnya tentang belanja kesehatan; yaitu % belanja kesehatan terhadap GDP. Perbandingan antara 8 negara dalam grafik tersebut memperlihatkan bahwa selama tahun (2010 – 2015) nilai % tersebut relatif konstan; kecuali di Myanmar mengalami kenaikan dan di Filipina mengalami penurunan.

Secara praktis, nilai % terhadap GDP lebih bersifat komparatif dan tidak menggambarkan besaran nominal belanja kesehatan. Misalnya, pada tahun 2014, % GDP di Vietnam (6,2%) lebih tinggi dari pada Indonesia (3,6%). Tetapi seperti akan disampaikan dalam tabel berikut, belanja kesehatan per kapita di Indonesia (US\$ 122) lebih tinggi dari pada Vietnam (US\$ 117). Oleh sebab itu, perbandingan % GDP antara negara sebetulnya tidak bisa dipakai sebagai patokan untuk menentukan kebijakan berapa % seharusnya porsi belanja kesehatan dalam GDP. Angka tersebut lebih berguna untuk perbandingan antar waktu. Seperti terlihat dalam grafik tersebut, % belanja kesehatan terhadap GDP di Indonesia selama 2010 – 2015 relatif konstan pada angka 3,6%.

Gambar 3. Grafik Persentase Belanja Kesehatan terhadap GDP di Indonesia



Sumber: Soewondo, Prastuti, 2018

(2) Belanja Kesehatan Per Kapita

Dalam hal belanja kesehatan per kapita, Indonesia (US\$ 122) jauh di bawah Malaysia (US\$ 377) dan Thailand (US\$ 219), akan tetapi hampir sama dengan Filipina (US\$ 127) dan Vietnam (US\$ 117). Berapa belanja kesehatan per kapita yang ideal? Sekali lagi, tidak ada rumus yang tepat untuk menjawab pertanyaan tersebut. Banyak faktor yang mempengaruhi kebutuhan belanja kesehatan, termasuk struktur umur penduduk, pola penyakit, *demand* masyarakat, *supply* pelayanan kesehatan (fenomena *supply induced demand*) dan titik berat upaya kesehatan; apakah mengutamakan UKM atau mengutamakan UKP.

Tabel 5. Belanja Kesehatan per Kapita

	Current Health Expenditure per Capita (US\$)	Share of GDP (%)	Public Share (%)	Social Health Insurance Share (%)	Out-of-Pocket Share (%)	External Share (%)
Brazil	780	9,0	43,3	0,0	28,3	0,0
Cambodia	71	6,0	27,2	0,1	58,4	0,0
China	426	5,0	19,6	37,2	32,4	0,01
India	63	4,0	22,2	2,6	65,1	0,0
Indonesia	122*	3,4	22,2	14,7	47,6	0,0
Laos PDR	53	3	49,4	1,7	45,4	0,0
Malaysia	377	4,0	52,2	0,7	5,7	0,0
Philippines	127	4,0	17,9	14,1	53,5	0,0
Russia	524	6,0	27,3	33,8	36,4	0,0
South Africa	471	8,0	42,7	0,0	7,7	0,0
Sri Lanka	118	3,0	54,6	0,0	38,4	0,2
Thailand	219	4,0	64,5	8,6	12,2	0,3
Vietnam	117	6,0	24,2	21,8	43,5	4,4
East Asia&Pacific	188	4,7	42,0	12,0	45,0	4,0
Lower middle-income	132	6,0	44,0	9,0	40,0	12,0

Sumber: Soewondo, Prastuti, 2018

(3) Sumber-sumber Pembiayaan Kesehatan

Untuk perumusan kebijakan, data sumber-sumber pembiayaan lebih berguna secara praktis daripada proporsi GDP dan belanja per kapita seperti disampaikan di muka. Sumber-sumber pembiayaan kesehatan di Indonesia disampaikan pada tabel dan grafik berikut mencakup kurun waktu 2010 – 2016 (hasil NHA Indonesia, PPJK/Kemenkes).

Tabel 6. Sumber-Sumber Pembiayaan Kesehatan

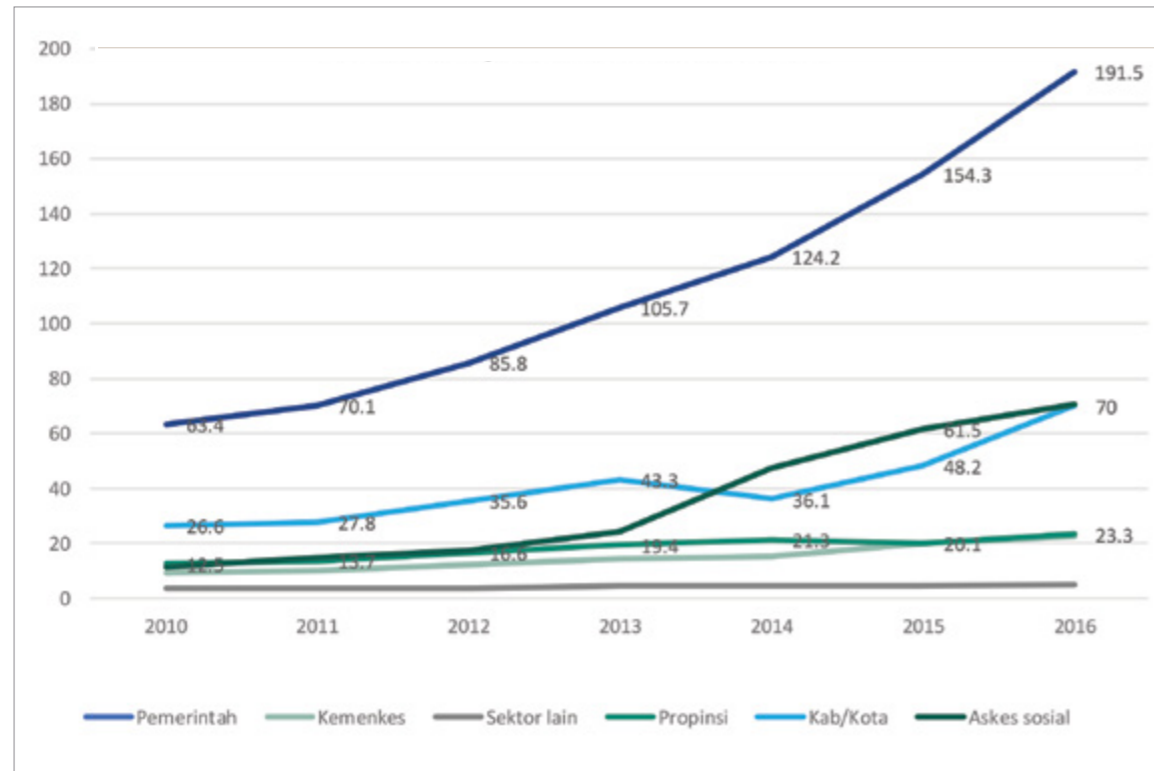
Financing schemes	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
HF.1 Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes	63.4	70.1	85.5	105.7	124.2	154.3	191.5	28.1%	27.9%	30.2%	32.3%	32.7%	37.0%	40.7%
HF.1.1.1.1 Ministry of Health	9.3	10.2	12.3	14.4	15.1	19.9	22.7	4.1%	4.1%	4.3%	4.4%	4.0%	4.8%	4.8%
HF.1.1.1.2 Other ministries	3.5	3.8	3.8	4.6	4.3	4.7	5.0	1.6%	1.5%	1.3%	1.4%	1.1%	1.1%	1.1%
HF.1.1.2.1 Provincial government	12.5	13.7	16.6	19.4	21.3	20.1	23.3	5.5%	5.5%	5.8%	5.9%	5.6%	4.8%	5.0%
HF.1.1.2.2 District government	26.6	27.8	35.6	43.3	36.1	48.2	70.0	11.8%	11.1%	12.5%	13.2%	9.5%	11.5%	14.9%
HF.1.2.1 Social health insurance	11.5	14.7	17.4	24.1	47.3	61.5	70.4	5.1%	5.9%	6.1%	7.3%	12.4%	14.7%	15.0%
HF.2 Voluntary health care payment schemes	34.1	36.0	41.0	53.2	70.8	64.4	66.7	15.1%	14.3%	14.4%	16.2%	18.6%	15.4%	14.2%
HF.2.1 Voluntary health insurance	7.0	6.8	8.3	9.7	10.2	10.5	13.1	3.1%	2.7%	2.9%	3.0%	2.7%	2.5%	2.8%
HF.2.2.1 NPISH	1.7	1.9	2.0	2.1	2.3	3.4	3.5	0.8%	0.7%	0.7%	0.7%	0.6%	0.8%	0.7%
HF.2.3 Enterprise	25.4	27.4	30.7	41.3	58.4	50.6	50.1	11.3%	10.9%	10.8%	12.6%	15.3%	12.1%	10.7%
HF.3 Household out-of-pocket payment	127.9	144.8	157.2	168.9	185.2	198.7	212.0	56.7%	57.7%	55.4%	51.5%	48.7%	47.6%	45.1%
Total (Rp Trillion)	255.5	250.9	284.0	327.8	380.2	417.4	470.1	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Share of THE (% of GDP)	3.3	3.2	3.3	3.4	3.6	3.6	3.8							
THE per Capita (USD)	104	118	123	126	127	122	137							

Sumber: Soewondo, Prastuti, 2018

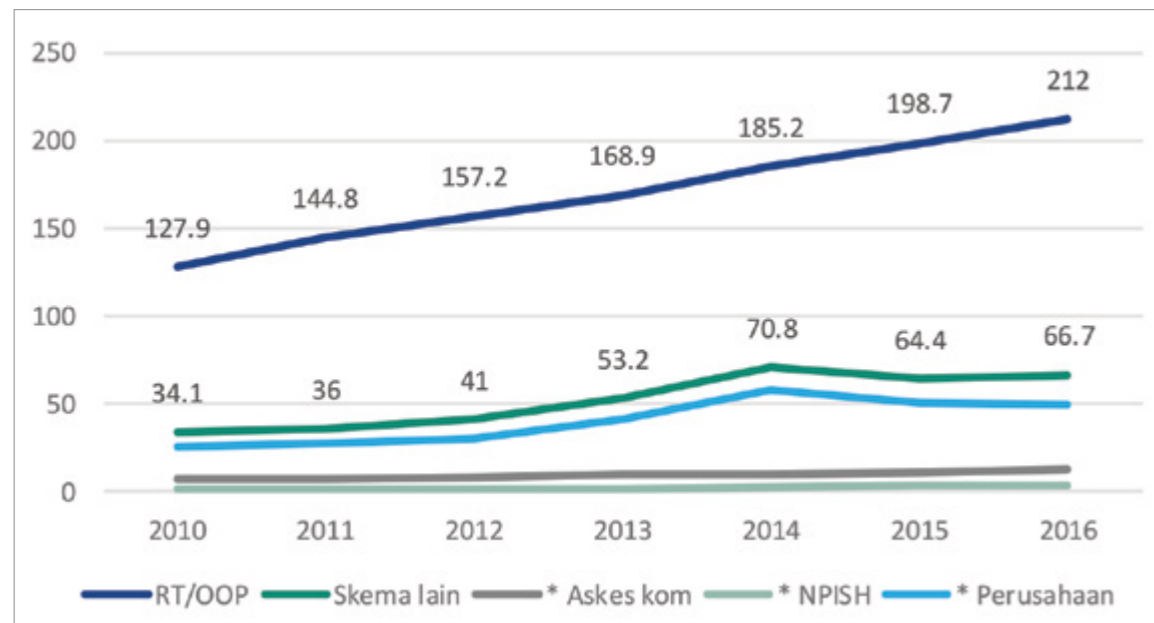
Tabel 7. Tren Kenaikan/Penurunan Belanja Kesehatan Menurut Sumber

Sumber	2010-'11	'11-12	'12-13	'13-14	'14-15	'15-16	Rata-Rata
Pemerintah	10.6%	22.4%	23.2%	17.5%	24.2%	24.1%	20.3%
· Kemenkes	9.7%	20.6%	17.1%	4.9%	31.8%	14.1%	16.3%
· Sektor lain	8.6%	0.0%	21.1%	-6.5%	9.3%	6.4%	6.5%
· Provinsi	9.6%	21.2%	16.9%	9.8%	-5.6%	15.9%	11.3%
· Kab/Kota	4.5%	28.1%	21.6%	-16.6%	33.5%	45.2%	19.4%
· SHI	27.8%	18.4%	38.5%	96.3%	30.0%	14.5%	37.6%
Skema lain	5.6%	13.9%	29.8%	33.1%	-9.0%	3.6%	12.8%
· Askeskom	-2.9%	22.1%	16.9%	5.2%	2.9%	24.8%	11.5%
· NPISH	11.8%	5.3%	5.0%	9.5%	47.8%	2.9%	13.7%
· Perusahaan	7.9%	12.0%	34.5%	41.4%	-13.4%	-1.0%	13.6%
RT (OOP)	13.2%	8.6%	7.4%	9.7%	7.3%	6.7%	8.8%
Total	11.3%	13.2%	15.4%	16.0%	9.8%	12.6%	13.1%
%GDP	-3.0%	3.1%	3.0%	5.9%	0.0%	5.6%	2.4%
Per kapita	13.5%	8.5%	-1.6%	0.8%	-3.9%	12.3%	4.9%

Gambar 4. Tren Belanja Kesehatan Pemerintah



Gambar 5. Tren Belanja Kesehatan Non-Pemerintah



Beberapa kesimpulan dapat ditarik:

- Belanja kesehatan mengalami kenaikan signifikan dalam kurun waktu 7 tahun (2010 – 2016), baik dalam jumlah total maupun per kapita. Kenaikan belanja total rata-rata adalah 13,1% selama 7 tahun, sedangkan kenaikan belanja per kapita rata-rata adalah 4,9% selama 7 tahun
- Dalam sumber pemerintah, kontributor terbesar kenaikan tersebut adalah belanja kesehatan yang berasal dari asuransi sosial yang naik signifikan sejak JKN dimulai pada tahun 2014 (rata-rata naik 37,6% per tahun). Berikutnya adalah kontribusi pemerintah kabupaten/kota (APBD) dengan rata-rata kenaikan sebesar 19,4% per tahun). Kemudian belanja Kemenkes naik rata-rata 16,3%, disusul belanja provinsi yang naik rata-rata sebesar 11,3%. Dengan tren demikian, dalam tahun-tahun mendatang diperkirakan peranan JKN dan APBD Kab/kota akan terus bertambah dominan dalam sistem pembiayaan pemerintah
- Dalam sumber non-pemerintah, peran belanja rumah tangga (OOP) tetap dominan selama 2010-2016; bahkan nilai nominalnya terus mengalami kenaikan (dari Rp 127,9 triliun pada tahun 2010 naik menjadi Rp 212 triliun pada tahun 2016). Kenaikan OOP tersebut terus terjadi pada era pelaksanaan JKN yang dimulai pada tahun 2014. Padahal dengan adanya JKN diharapkan OOP akan menurun. Ini berarti OOP yang terus meningkat walaupun JKN dilaksanakan adalah salah satu isu strategis yang perlu menjadi perhatian di masa datang
- Sumber non-pemerintah lain adalah belanja kesehatan perusahaan. Dari tahun 2010 sampai 2014, tren belanja kesehatan menunjukkan kenaikan. Tetapi mulai tahun 2014, tren tersebut menurun dan mendatar sampai 2016. Nampaknya terjadi peralihan belanja kesehatan perusahaan dari semula melalui Jamsostek dan/atau menyediakan pelayanan sendiri beralih pada JKN/BPJS dengan premi yang lebih rendah

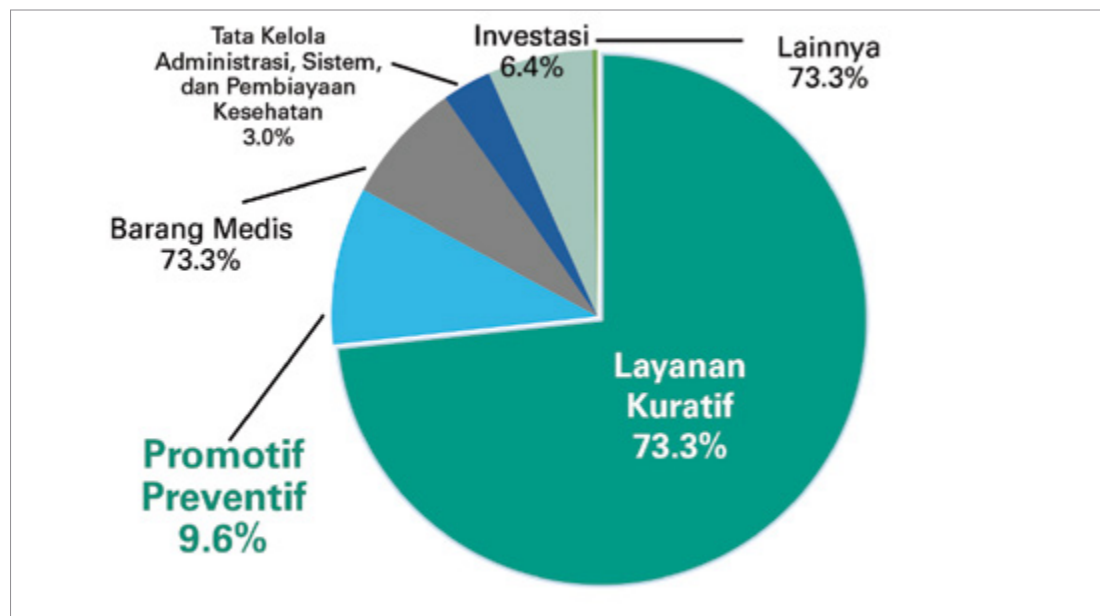
2.2. PEMBIAYAAN KESEHATAN PARSIAL DAN TERFRAGMENTASI

Selama ini, terutama sejak implementasi JKN pada tahun 2014, pembiayaan kesehatan bias ke arah upaya kuratif. Belanja untuk intervensi promosi kesehatan dan pencegahan termarginalisasi. Padahal semua jenis gangguan kesehatan memerlukan sekaligus intervensi pengobatan dan intervensi promotif dan pencegahan (Laevel & Clark, 1968). Kalau intervensi kesehatan masyarakat terabaikan, berbagai target perbaikan indikator kesehatan sulit dicapai.

Dalam diagram berikut terlihat bahwa 73,3% belanja kesehatan adalah untuk UKP. Itupun sebagian besar adalah untuk membayar pelayanan kesehatan FKTP dan FKTL oleh BPJS.

Untuk UKM hanya 9,6%. Sedangkan untuk PSK (Pengelolaan Sistem Kesehatan) adalah 16,8% (kalau diasumsikan belanja investasi, pembiayaan dan barang medis sebagai bagian dari belanja untuk sistem kesehatan).

Gambar 6. Pola Belanja Kesehatan Sektor Publik



Sumber: Hasil NHA, PPJK Kemenkes

2.3. ANGGARAN UNTUK UKM (PROMOTIF DAN PREVENTIF)

Pada tahun 2010 pemerintah/Kemenkes mengalokasikan dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) langsung ke puskesmas di seluruh Indonesia. Dana BOK adalah untuk kegiatan UKM di luar Gedung yang meliputi program KIA, KB, Gizi, Imunisasi, promosi kesehatan dan kesehatan lingkungan. Dana BOK tidak boleh dipergunakan untuk pelayanan kuratif. Pada tahun pertama (2010) dana BOK berjumlah Rp 226 miliar, dan berangsur naik setiap tahun. Pada tahun 2017 jumlahnya naik menjadi Rp 4,8 triliun.

Tabel 8. Tren Dana BOK

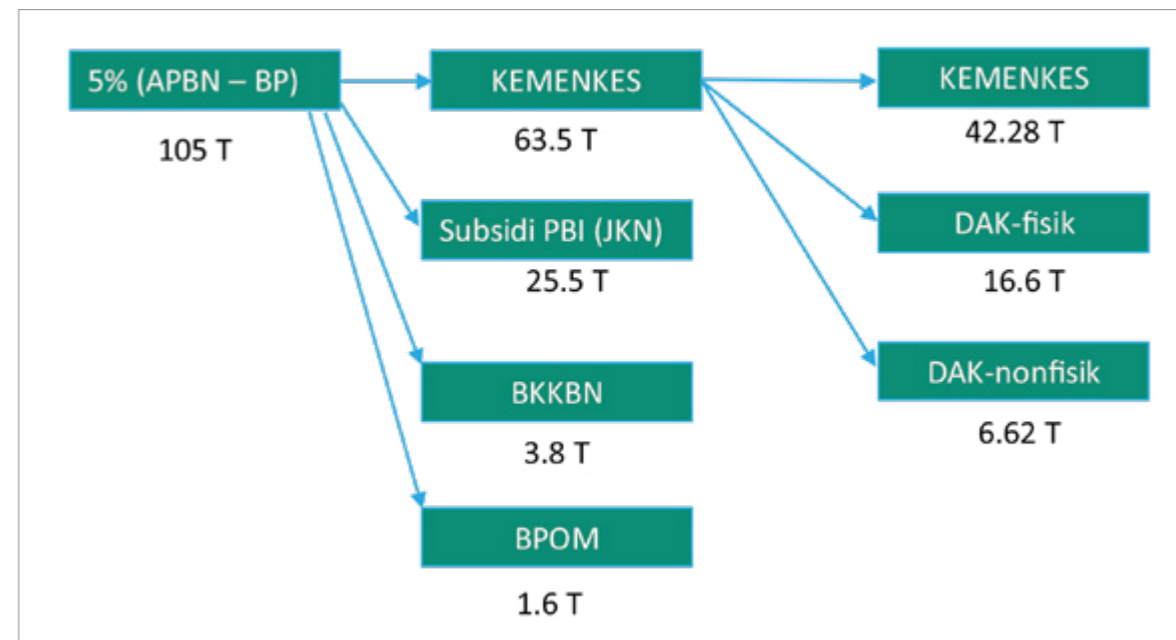
Tahun	Jumlah Puskesmas	BOK (Rp)	Channeling
2010	8.737	226.000.000.000	Tugas Pembantuan
2011	8.737	904.500.000.000	Tugas Pembantuan
2012		1.065.000.000.000	Tugas Pembantuan
2013			Tugas Pembantuan
2014		1.227.497.441.000	Tugas Pembantuan
2015		2.621.000.000.000	Tugas Pembantuan
2016		4.351.301.684.900	DAK-nonfisik
2017	9.752	4.820.000.000.000	DAK-nonfisik

Sekarang ini dana BOK adalah tumpuan pembiayaan UKM di Indonesia dan puskesmas adalah unit pelaksana utama kegiatan UKM tersebut. Kebijakan tersebut didasarkan pada temuan DHA di sejumlah banyak kabupaten/kota, yang menunjukkan bahwa belanja kesehatan daerah sebagian besar terpakai untuk pelayanan kuratif atau UKP (40%), administrasi dan sarana-prasarana atau PSK (50%). Sedangkan UKM hanya mendapat antara 3% sampai 12%. Di dalam UKM tersebut ada lebih dari 10 program; termasuk KIA, KB, imunisasi, gizi, TB, malaria, promkes, dan lain-lain. Data DHA tersebut menunjukkan bahwa program-program tersebut masing-masing hanya mendapat 0,7%.

2.4. KENAIKAN ANGGARAN PADA TAHUN 2016

Pada tahun 2016 pemerintah mengalokasikan APBN sesuai dengan ketentuan UU-36/2019, yaitu sebesar "minimal 5% dari APBN setelah dikurangi belanja pegawai". Jumlahnya mencapai Rp 105 triliun. Jumlah tersebut dibagi untuk (i) BKKBN (3,8 triliun), (ii) BPOM (1,6 triliun), (iv) subsidi premi penduduk miskin dalam program JKN (25,5 triliun) dan (v) dan Kemenkes (63,5 triliun). Dari porsi Kemenkes tersebut (63,5 triliun) - sebesar 23,2 triliun di transfer ke daerah dalam bentuk DAK-fisik (16,6 triliun) dan DAK-nonfisik (6,62 triliun).

Gambar 7. Distribusi Anggaran Kesehatan pada Tahun 2016



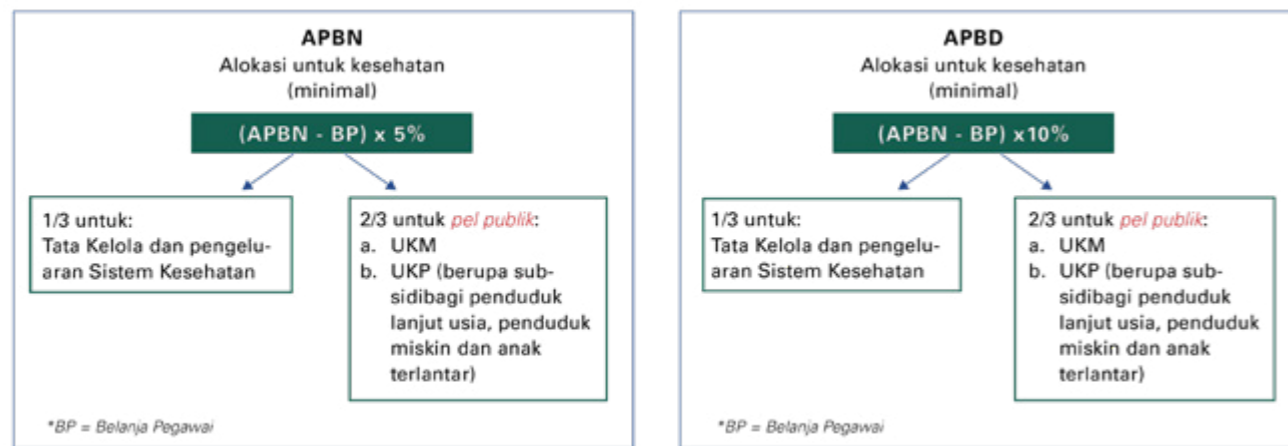
2.5. KETENTUAN TENTANG ALOKASI APBN DAN APBD UNTUK KESEHATAN

Ada dua isu penting tentang alokasi APBN dan APBD untuk kesehatan sesuai dengan UU-36/2009. Pertama, UU tersebut menetapkan bahwa 2/3 dari jumlah tersebut dialokasikan untuk "pelayanan publik". Yang dimaksud dengan pelayanan publik (menurut penjelasan UU-36 tersebut) adalah pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Ketentuan lain dalam UU-36 menyatakan bahwa porsi APBN dan APBD untuk pelayanan kuratif hanya terbatas untuk pengobatan “penduduk miskin, lansia dan anak terlantar”. Dengan ketentuan seperti di atas, seharusnya sebagian besar dana kesehatan dari APBD adalah untuk UKM, karena anggaran pengobatan untuk penduduk miskin sudah ditanggung oleh dana pusat berupa subsidi PBI.

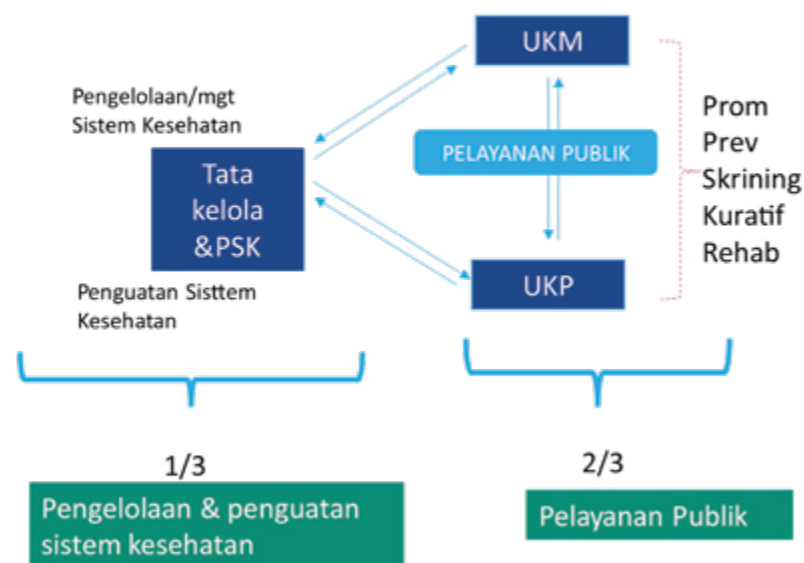
UU-36 tidak menetapkan untuk apa sisa sepertiga anggaran APBN dipergunakan. Dalam diskusi lintas sektor (Kemenkes, Kemendagri, Kemenkeu, Sekneg) disepakati bahwa sisa yang sepertiga tersebut dipergunakan untuk membiayai tata kelola dan manajemen kesehatan. Dengan demikian anatomi APBN (dan APBD) untuk kesehatan dapat digambarkan sebagai berikut.

Gambar 8. Alokasi APBN dan APBD untuk Kesehatan



UKM = *public goods tax based* (APBN dan APBD)
 UKP = *private goods asuransi* (sosial atau komersial)

Gambar 9. Skema Alokasi APBN dan APBD Menurut UU-36 tahun 2009



Sejauh ini, ketentuan dalam UU-36 tersebut belum menjadi acuan dalam mengalokasikan anggaran APBN dan APBD. Secara praktis, penetapan alokasi berdasarkan “persentase” yaitu $5\% \times (APBN - BP)$ dan $10\% \times (APBD - BP)$ adalah tidak realistis. Dengan ketentuan “minimal 5% (APBN - BP)”; maka besar anggaran kesehatan akan mengikuti fluktuasi APBN, yang besarnya tergantung pada besarnya APBN (kemampuan fiskal pemerintah). Padahal kebutuhan anggaran kesehatan akan terus meningkat; tidak fluktuatif. Yang realistis adalah melaksanakan penyusunan rencana dan anggaran program kesehatan mengikuti kaidah perencanaan dan anggaran berbasis kinerja dan berbasis satuan biaya masukan (SBM).

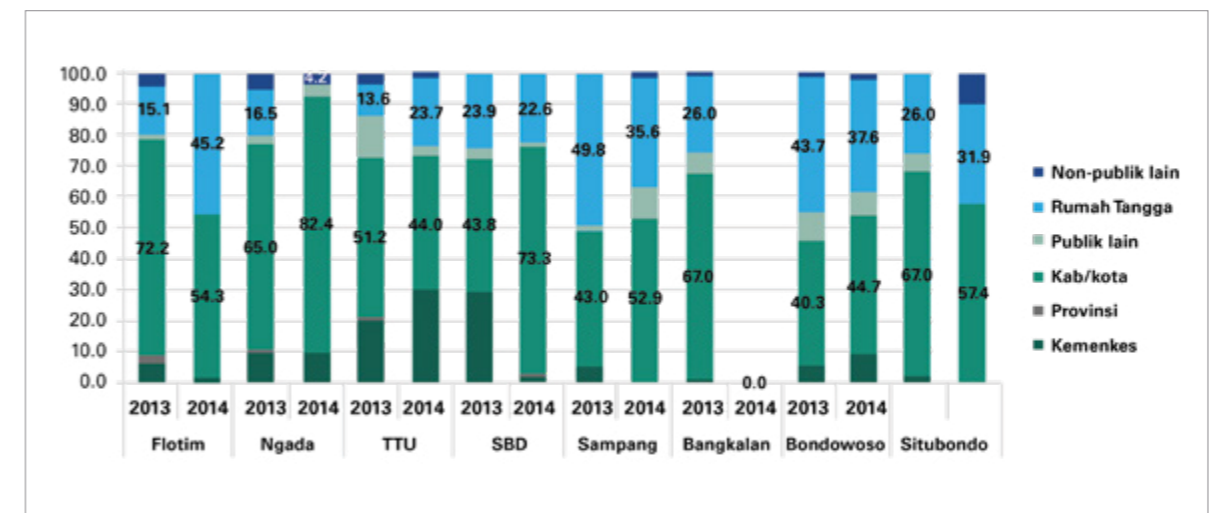
Apakah alokasi bisa dinaikkan di atas 5%? Prospek kapasitas fiskal pemerintah selama 5 tahun mendatang belum bisa dikatakan lebih cerah. Ini terkait dengan gejolak ekonomi global yang menyebabkan depresiasi nilai rupiah dan lesunya industri riil dalam negeri. Dengan demikian “*spend more*” dari perpektif APBN tidak bisa banyak diharapkan. Salah satu “ancaman” terhadap APBN adalah defisit JKN/BPJS yang harus menjadi tanggung jawab pemerintah. Kalau defisit tersebut akan ditutupi dengan porsi “5% APBN”, maka struktur anggaran kesehatan APBN akan semakin bias menjadi “pembiayaan pengobatan”.

2.6. BELANJA KESEHATAN DAERAH

Sumber Belanja Kesehatan

Hasil DHA (*District Health Account*) yang dilakukan di banyak kabupaten/kota (PKEKK-FKMUI dan PPJK) sejak 2008 menunjukkan pola yang sama dalam hal sumber pembiayaan dan program yang dibiayai. Berikut ini disampaikan contoh hasil DHA di 8 Kabupaten untuk tahun 2013-2014 (Catatan: pelaksanaan DHA di daerah menurun sejak 2014 karena *turn over* tenaga daerah yang sudah dilatih melaksanakan DHA).

Gambar 10. Komposisi Sumber Belanja Kesehatan di 8 Kabupaten, 2013-2014



Tabel 9. Persentase Sumber Belanja Kesehatan di 8 Kabupaten, 2013-2014

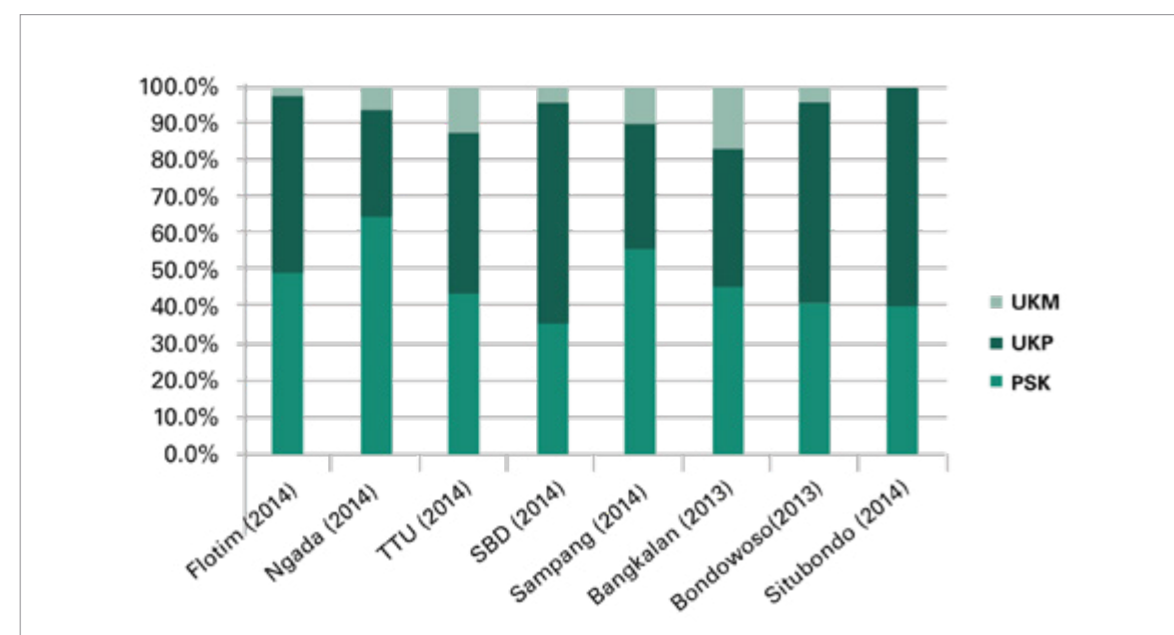
Sumber	Flotim		Ngada		TTU		SBD		Sampang		Bangkalan		Bondowoso		Situbondo	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Publik	80.8	54.8	78.6	95.8	85.6	75.8	76.1	77.4	50.2	63.4	73.5	0.0	54.9	60.8	73.6	57.4
(1) Pusat	5.6	0.5	10.6	9.3	21.3	29.1	28.8	2.4	5.8	0.3	0.5	na	5.2	8.1	1.0	0.0
(2) Provinsi	1.8	0	0.5	0.7	0.1	0.1	0.0	1.0	0.3	0.1	0.0	na	0.3	0.1	0.0	0.0
(3) Kab/Kota	72.2	54.3	65.0	82.4	51.2	44.0	43.8	73.3	43.0	52.9	67.0	na	40.3	44.7	67.0	57.4
(4) Publik lain	1.2	0.0	2.5	3.4	13.0	2.6	3.5	0.7	1.1	10.1	6.0	na	9.1	7.9	5.6	0.0
Non-Publik	19.2	45.2	21.4	4.2	14.4	24.2	23.9	22.6	49.8	36.6	26.5	0.0	45.1	39.2	26.4	42.6
(1) Rumah Tangga	15.1	45.2	16.5	4.2	13.6	23.7	23.9	22.6	49.8	36.6	26.5	na	43.7	37.6	26.0	31.9
(2) Sosial/Swasta	4.1	0.0	4.9	0.0	0.8	0.5	0.0	0.0	0.0	1.0	0.5	na	1.4	1.6	0.4	10.7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	100	100	100	100

Diagram dan tabel di atas menunjukkan bahwa sumber utama biaya kesehatan daerah adalah dari pemerintah daerah (APBD) dan rumah tangga (OOP). Porsi OOP yang besar pada tahun 2014 dapat dimengerti karena JKN yang diharapkan akan menurunkan OOP baru dimulai pada tahun tersebut.

Pola Belanja

Secara umum pola belanja di semua kabupaten juga sama, yaitu sebagian besar terpakai untuk pelayanan UKP dan belanja tidak langsung untuk administrasi/manajemen dan belanja barang modal. Rata-rata persentase untuk UKP adalah 45,4%, untuk PSK adalah 47,5%. Sedangkan untuk UKM hanya 7%.

Gambar 11. Komposisi Sumber Belanja Kesehatan di 8 Kabupaten, 2013-2014



Tabel 10. Belanja Kesehatan untuk Program Kesehatan di 8 Kabupaten Jatim dan NTT

		FLOTIM		Ngada		TTU		SBD	
1	UKM	1,630,601,033	1.2%	5,107,995,792	6.2%	15,998,860,242	12.6%	5,864,921,011	4.4%
1	KIA, Gizi, KB	956,666,525		2,654,677,115		12,994,411,688		4,835,356,832	
2	Promkes/Pencegahan	302,079,579		2,356,153,999		1,584,704,357		615,364,379	
3	Pencegahan PPM	94,329,429		81,275,678		1,356,454,197		381,847,800	
4	Pencegahan PTM	277,525,500		15,889,000		63,290,000		32,352,000	
2	UKP	64,072,993,366	49.0%	23,803,796,725	28.9%	55,625,059,720	43.7%	79,819,557,498	60.0%
1	Rawat Jalan	7,391,171,094		476,163,866		12,378,298,389		935,775,467	
2	Rawat Inap	27,000,000,000		865,836,327		8,552,942,858		32,106,455,276	
3	Rujukan	26,754,624,087		16,753,055,016		30,029,303,780		0	
4	DII UKP							46,684,591,844	
5	Farmasi/Alkes	2,927,198,185		5,708,741,516		4,664,514,693		92,734,911	
3	PSK	64,967,629,112	49.7%	53,394,820,671	64.9%	55,608,795,946	43.7%	47,304,276,237	35.6%
1	Admin/Manajemen/SDM	53,278,435,841		34,221,029,154		44,643,386,554		24,607,416,197	
2	Infrastruktur	5,703,595,163		11,369,601,903		9,481,216,966		7,949,982,540	
3	DII	5,975,598,108		7,804,189,614		1,484,192,426		14,746,877,500	
		130,661,223,511	100.0%	82,306,613,188	100.0%	127,232,715,908	100.0%	132,988,754,747	100.0%
		Sampang		Bangkalan		Bondowoso		Situbondo	
1	UKM	33,274,159,749	9.8%	69,071,850,813	17.7%	12,372,540,159	4.1%	450,921,350	0.2%
1	KIA, Gizi, KB	31,880,623,249		9,303,477,767		10,792,654,159		235,235,750	
2	Promkes/Pencegahan	560,018,500		44,328,145,189		845,387,900		10,847,500	
3	Pencegahan PPM	833,518,000		14,469,711,262		723,575,100		202,663,100	
4	Pencegahan PTM	0		970,516,595		10,923,000		2,175,000.00	
2	UKP	117,966,369,232	34.8%	146,197,584,916	37.5%	165,419,388,153	54.9%	101,213,800,805	54.6%
1	Rawat Jalan	15,598,533,000		3,491,165,500		27,495,738,181		9,714,391,310	
2	Rawat Inap	258,621,646		415,938,683		2,802,315		15,415,433,964	
3	Rujukan	80,599,296,868		69,104,352,432		100,985,666,216		346,707,250	
4	DII UKP			42,945,009,824				57,568,889,108	
5	Farmasi/Alkes	21,509,917,718		30,241,118,477		36,935,181,442		18,168,379,173	
3	PSK	188,027,858,502	55.4%	174,558,360,197	44.8%	123,650,049,864	41.0%	83,659,182,081	45.1%
1	Admin/Manajemen/SDM	86,894,076,078		64,621,881,754		45,642,619,594		40,669,116,613	
2	Infrastruktur	33,889,880,050		17,134,135,099		21,034,698,663		30,063,810,759	
3	DII	67,243,902,374		92,802,343,344		47,972,731,607		12,926,254,709	
		339,268,387,482	100.0%	389,827,795,926	100.0%	301,441,978,175	100.0%	183,323,904,236	100.0%

Angka 7% tersebut jika dibagi untuk sekitar 10 jenis program UKM (KIA, KB, TB, HIV, Gizi, Kesling, Promkes, dan lain-lain), maka praktis masing-masing jenis program UKM mendapat hanya sekitar 0,7%. Padahal program tersebut adalah program kesehatan yang menjadi prioritas nasional (RPJMN, MDGs dan SDGs).

2.7. PEMBIAYAAN PUSKESMAS

Sekarang ada sekitar 9.776 puskesmas dengan berbagai macam kategori (dengan atau tanpa perawatan, dengan atau tanpa PONEB, terpencil dan perkotaan, dll). Dari jumlah tersebut ada sekitar 2.779 puskesmas yang berada di DTPK (Daerah Terpencil Perbatasan dan Kepulauan).

Sumber utama pembiayaan puskesmas ada 5, yaitu sbb:

- (1) APBD (untuk gaji dan belanja barang)
- (2) DAK untuk infrastruktur
- (3) DAK-nonfisik untuk (a) kegiatan operasional UKM (dana BOK), (b) akreditasi dan (c) rujukan Jampersal
- (4) Kapitasi untuk fungsinya sebagai FKTP BPJS dengan 4 indikator kinerja
- (5) Klaim non kapitasi dari BPJS untuk pelayanan tertentu

Dana BOK dimulai pada tahun 2010 sebagai respons terhadap hasil DHA di puluhan kabupaten yang menunjukkan betapa kecilnya anggaran untuk UKM di tingkat kabupaten/kota. Sampai 2015, BOK disalurkan melalui mekanisme TP (Tugas Perbantuan) dan langsung di bawah kendali pusat (Kemenkes). Sejak 2016 dana tersebut disalurkan melalui DAK-nonfisik, sehingga menjadi bagian dari APBD.

Assesment tentang DAK-nonfisik (BOK) di 6 kabupaten (Bappenas 2017) menunjukkan bahwa dana BOK sangat besar manfaatnya untuk menunjang kegiatan puskesmas di luar gedung (UKM). Dana BOK menjadi tumpuan utama bagi puskesmas dan Dinkes untuk mencapai target program-program prioritas yang ada dalam RPJMN, MDGs dan SDGs seperti KIA, KB, Gizi, TB, Malaria, HIV, Kesling, Promosi kesehatan, dan lain-lain.

Beberapa kendala yang dihadapi daerah (puskesmas) adalah sebagai berikut:

- (1) Juknis dari pusat terlambat
- (2) Penyusunan laporan (SPJ) DAK-nonfisik menjadi beban kerja berat bagi puskesmas sehingga banyak menyita waktu tenaga medis. Keterlambatan penyerahan laporan berakibat terlambatnya penerimaan dana BOK bulan berikutnya
- (3) Pada tahun 2016 terjadi keterlambatan realisasi DAK-nonfisik sehingga Dinkes/ Puskesmas terpaksa “menalangi” terlebih dahulu biaya untuk ke lapangan. Ini berakibat buruk terhadap kinerja UKM di puskesmas
- (4) Dalam DAK-nonfisik tidak ada semacam “jasa pelayanan” seperti halnya dengan kapitasi (60% jaspel). Staf puskesmas mempertanyakan apakah memang kegiatan mengobati (UKP) lebih dihargai dan terhormat dibandingkan dengan kegiatan promosi dan pencegahan (UKM)

Sumber dana kedua yang cukup besar adalah kapitasi dari BPJS, yang 60% untuk jasa pelayanan dan 40% untuk biaya operasional puskesmas. *Assesment* di banyak puskesmas menemukan hal-hal sebagai berikut:

- (1) Ada ketidakadilan tentang besarnya kapitasi antara puskesmas di daerah terpencil (penduduk sedikit) dibandingkan dengan puskesmas di daerah tidak terpencil (penduduk banyak). Akibatnya jaspel bagi puskesmas terpencil lebih sedikit dibanding puskesmas ramai

- (2) Dengan penerapan kapitasi berbasis komitmen kinerja, maka staf puskesmas lebih memprioritaskan kegiatan pengobatan bagi peserta JKN/BPJS ketimbang kegiatan UKM (luar gedung) yang notabene tidak menjanjikan jasa pelayanan
- (3) Penyerapan dana kapitasi yang 40% tidak mudah karena kalau terjadi akumulasi (jumlah besar), puskesmas menghadapi peraturan tentang lelang dan sebagainya. Secara nasional, pada awal 2018 total dana kapitasi yang tidak terserap oleh puskesmas mencapai Rp 3 triliun
- (4) Masalah butir (2) dapat diatasi oleh puskesmas yang sudah berstatus PPK-BLUD (Pola Pengelolaan Keuangan BLUD). Namun sekarang belum mencapai 1.000 dari 9.776 puskesmas
- (5) Ada semacam rasa “tidak adil” dikalangan staf Dinkes kalau membandingkan jaspel yang diterima puskesmas dengan penerimaan staff Dinkes

Pola pembiayaan seperti di atas menjadi salah satu faktor kenapa kinerja UKM dibanyak puskesmas menurun sejak pelaksanaan pembayaran kapitasi dari BPJS.

2.8. KAPASITAS FISKAL DAERAH

Pada sub-bagian sebelumnya sudah disampaikan berbagai macam program kesehatan yang menjadi urusan dan tanggung jawab daerah untuk membiayainya, termasuk 4 urusan kesehatan, 12 pelayanan dasar yang ada dalam SPM dan program prioritas nasional lainnya (di luar SPM). Sebagai catatan, daerah juga harus membiayai 5 SPM lainnya (Pendidikan, Sosial, PU, Perumahan rakyat, dan Ketertiban umum). Di luar program-program pembangunan sektoral, daerah juga harus mengeluarkan belanja pegawai yang porsinya dalam APBD sangat besar.

Analisis APBD di sejumlah 17 provinsi sampel (dari 34 provinsi) dengan total jumlah kabupaten sebanyak 299, ditemukan hal-hal sebagai berikut:

- (1) Sebagian besar APBD daerah berasal dari dana transfer melalui DAU dan DAK (fisik dan non-fisik) karena porsi PAD umumnya kecil; yaitu sekitar 10,1% dari total APBD. Dengan perkataan lain, sekitar 90% APBD sesungguhnya adalah penerimaan dari pusat berupa dana perimbangan
- (2) Belanja Pegawai (BP) merupakan jenis belanja paling besar dalam APBD, rata-rata menyerap 42,5% APBD
- (3) Artinya kapasitas fiskal daerah relatif kecil dengan pengertian bahwa kapasitas fiskal adalah APBD dikurangi BP. Kapasitas fiskal tersebut adalah 58,5% dari APBD
- (4) Selain BP, belanja lain yang sudah dipatok adalah alokasi untuk Pendidikan sebesar 20%
- (5) Sesuai ketentuan UU No. 36/2009, alokasi APBD untuk kesehatan adalah minimal 10% x (APBD – BP)

Tabel 11. Persentase Pendapatan Asli Daerah dan BP di 299 Kabupaten di 17 Provinsi

No	Provinsi	Jml Kab/Kota	Rata-rata % PAD	Rata-rata % BP
1	Aceh	23	8,6%	37,9%
2	Kepri	7	17,7%	46,6%
3	Jambi	11	8,2%	45,2%
4	Sumsel	17	9,1%	38,8%
5	Jawa Barat	27	22,3%	49,3%
6	Jawa Timur	38	15,3%	46,2%
7	Kalbar	14	5,9%	45,6%
8	Kalteng	14	6,8%	41,4%
9	Kalsel	13	9,3%	45,5%
10	Sulut	15	5,8%	39,8%
11	Sulteng	13	6,0%	40,6%
12	Sulsel	24	11,5%	44,4%
13	Bali	9	26,9%	44,2%
14	NTT	22	6,6%	41,4%
15	Maluku	11	4,6%	35,8%
16	Papua	29	3,6%	31,6%
17	Papua Barat	13	4,0%	30,6%
	Rata-rata		10,1%	41,5%

Apakah dengan pola APBD dan kemampuan fiskal seperti disampaikan di atas daerah akan mampu memenuhi pembiayaan program yang sudah ditetapkan menjadi kewajiban daerah? Pertanyaan ini baru bisa terjawab kalau kebutuhan biaya untuk semua program wajib tersebut telah dihitung. Namun dengan BP yang begitu besar (41,5%) dan kewajiban mengalokasikan 20% untuk pendidikan, dapat disimpulkan bahwa kemampuan fiskal APBD sangatlah terbatas untuk membiayai semua program kesehatan (program wajib dan program prioritas nasional) Dalam praktek selama ini, kebutuhan biaya kesehatan daerah dihitung dalam perencanaan anggaran tahunan (Renja), sesuai dengan petunjuk "Penyusunan Rencana dan Anggaran Berbasis Kinerja" (Permendagri-26/2006).

2.9. MARGINALISASI UKM

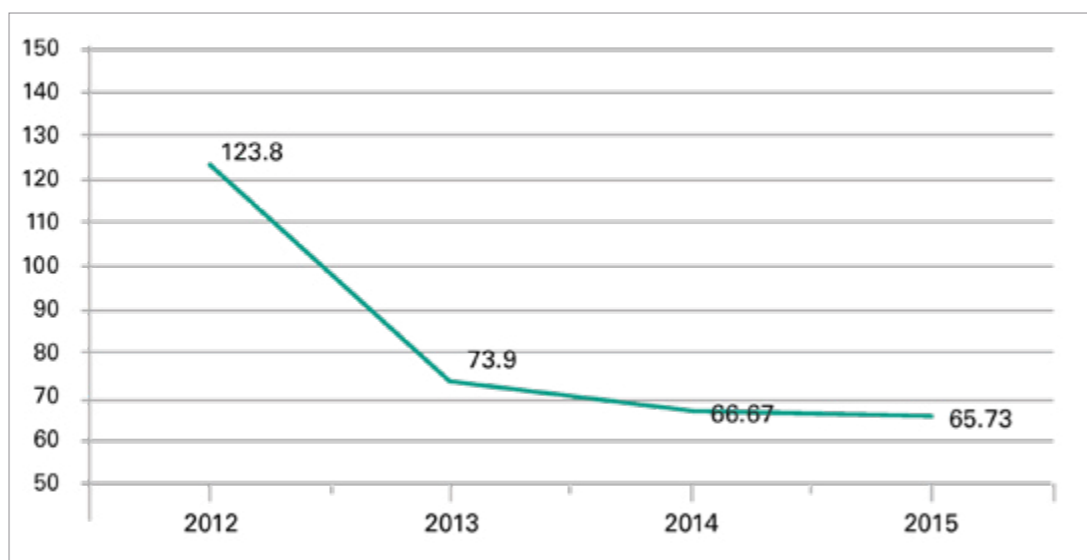
Ada data yang menunjukkan penurunan kinerja program UKM sejak JKN dilaksanakan mulai tahun 2014. Pertama adalah data Susenas 2013 dan Susenas 2015 (sebelum dan 2 tahun setelah JKN). Kedua adalah data kinerja beberapa UKM di Jawa Barat – juga sebelum dan sesudah pelaksanaan JKN. Gambaran penurunan kinerja UKM tersebut disampaikan dalam tabel-tabel berikut.

Tabel 12. Penurunan Kinerja Program UKM Sejak Pelaksanaan JKN

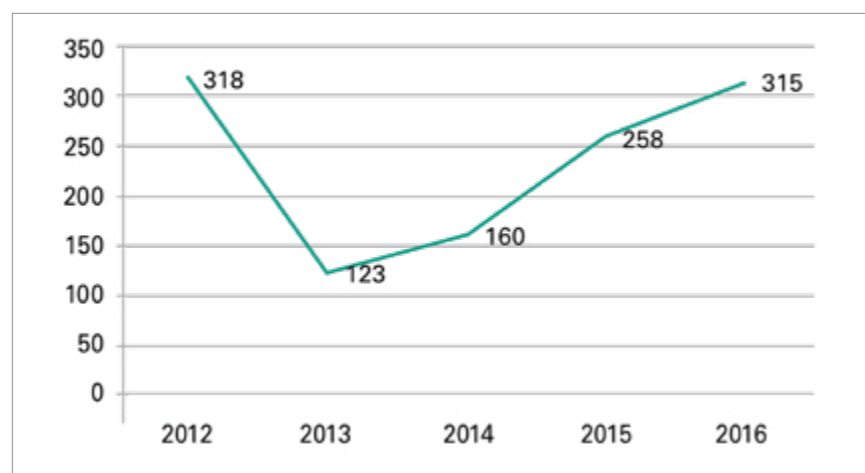
Public Health Program	Cakupan Sebelum JKN (2013)	Cakupan Setelah JKN (2015)	% Perubahan
Imunisasi			
· BCG	91.4	86.4	-5.5
· DPT	88.5	80.5	-9.0
· Polio	88.4	86.7	-1.9
· Measles	76.9	69.8	-9.2
· Hep-B	84.5	78.6	-7.0
· Imunisasi Lengkap	74.5	64.0	-14.1
ASI Eksklusif			
· 04	94.4	35.0	-62.9
· 24	94.4	0.0	-100.0
Metode kontrasepsi			
· Tubectomy	3.2	2.3	-25.9
· Vasectomy	0.6	0.2	-68.6
· IUD	5.6	4.6	-17.8
· Suntik	56.3	44.7	-20.7
· Implan	7.1	6.4	-10.3
· Pil	22.5	16.3	-27.5
· Kondom	0.7	0.7	-3.6
· Tissue	0.0	0.1	70.2
CDR Tuberculosis	60.0	60.5	+0.5

Sumber: Hidayat, Budi, 2017

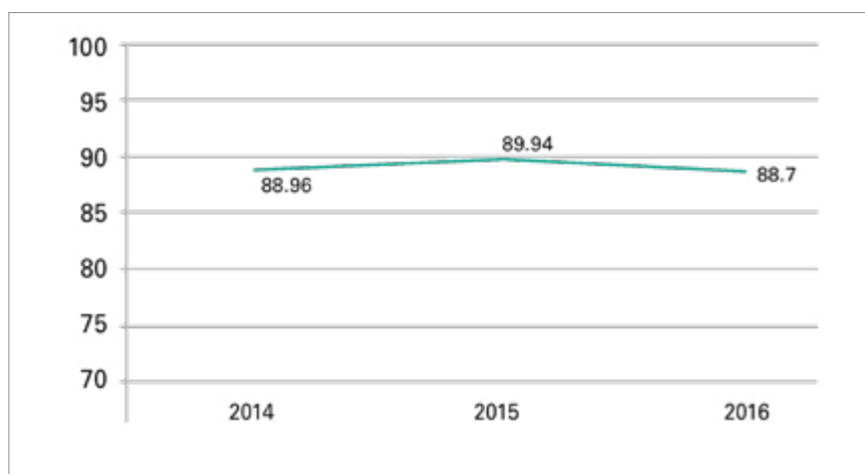
Gambar 12. Tren CDR Tuberkulosis Provinsi Jawa Barat Tahun 2012-2015



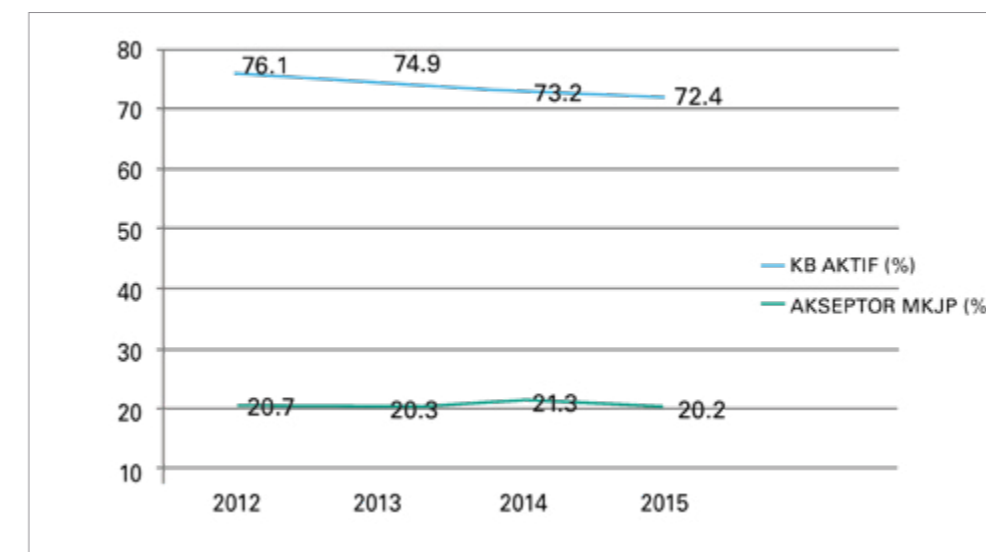
Gambar 13. Jumlah Kasus Tuberkulosis MDR di Jawa Barat dari Tahun 2012 s.d Tahun 2016



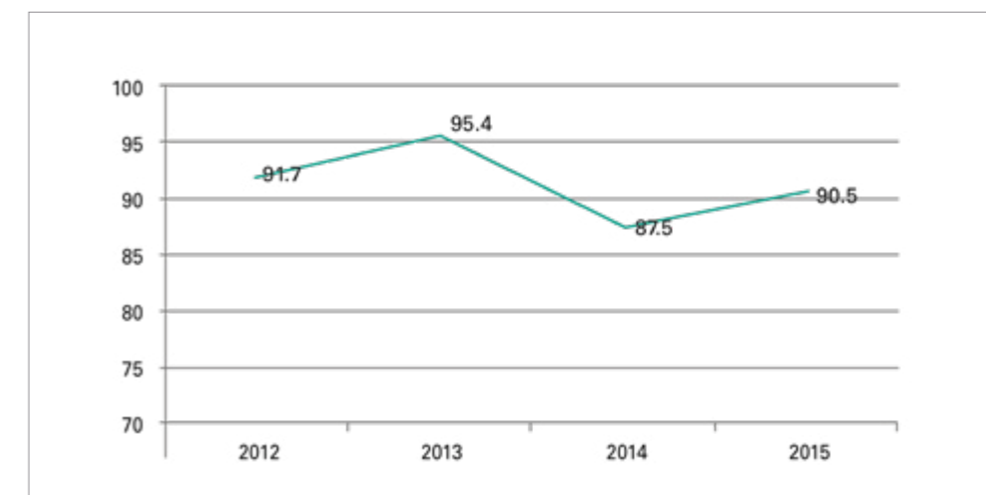
Gambar 14. Tren Cakupan Persalinan oleh Nakes di Faskes Provinsi Jawa Barat Tahun 2014-2016 (%)



Gambar 15. Tren Cakupan KB Provinsi Jawa Barat Tahun 2012-2015



Gambar 16. Tren Desa Kelurahan UCI Provinsi Jawa Barat Tahun 2012-2015 (%)



Di muka telah disampaikan bahwa ujung tombak pelaksana UKM adalah puskesmas di bawah koordinasi Dinas Kesehatan. Juga dikemukakan bagaimana kinerja UKM di puskesmas sangat terpengaruh oleh beban pelayanan kuratif untuk peserta BPJS, apalagi di tambah dengan target kinerja puskesmas yang dikaitkan dengan jasa pelayanan melalui pembayaran kapitasi. Dampak terhadap kinerja UKM tersebut dikonfirmasi melalui FGD langsung dengan staf puskesmas di sejumlah kabupaten (Tobasa, Situbondo, Ngada, Jeneponto, Maluku Tengah, Majalengka, Bogor dan Garut).

Namun ada faktor lain yang diperkirakan berkontribusi terhadap kinerja puskesmas melaksanakan UKM, yaitu kebijakan moratorium pengangkatan tenaga kesmas, gizi, sanitarian, farmasi dan analis sejak rahun 2011 (Keputusan Bersama Menpan/RB, Kemendagri dan Kemenkeu). Di sebagian besar daerah, jenis-jenis tenaga tersebut sangat kurang hampir di semua puskesmas. Padahal jenis tenaga tersebut adalah pelaksana utama program-program UKM yang dibiayai melalui DAK-nonfisik (BOK).

2.10. PEMBIAYAAN JKN

Sejak tahun pertama pelaksanaannya, JKN terus mengalami defisit dalam jumlah besar. Secara sederhana, defisit terjadi kalau *cash inflow* lebih kecil dari pada *cash outflow*.

Dari sisi *cash inflow* ada beberapa masalah dalam pelaksanaan JKN, yaitu:

- (1) Mayoritas peserta JKN/BPJS pada awalnya adalah PBI, dengan besaran premi (Rp 23.000) yang diperkirakan lebih kecil dari pada perhitungan actuarial (Rp 36.000)
- (2) Belum semua penduduk mampu menjadi peserta, termasuk karyawan beberapa BUMN
- (3) Beberapa Pemda terlambat menyetor premi pegawainya
- (4) Banyak peserta mandiri yang tidak membayar premi (10,8 juta pada tahun 2017) dan naik menjadi 14,6 juta orang pada awal 2018)

Dari sisi *cash outflow*, beberapa hal dapat dicatat:

- (1) Sistem rujukan dari FKTP belum efektif (peserta langsung ke FKTL)
- (2) Tingginya utilisasi pelayanan katastrofik (HD, jantung, stroke, dan lain-lain)
- (3) Paket benefit yang memasukkan pelayanan RI di atas yang ditetapkan dalam UU (kelas II, I dan VIP); padahal UU menetapkan kelas RI kelas III standar

Ada beberapa gagasan tentang cara-cara untuk menjamin keberlanjutan (*sustainability* JKN), yaitu:

- (1) Kepesertaan: "*enforcement*" agar semua pekerja penerima upah menjadi peserta, khususnya karyawan beberapa BUMN yang belum menjadi peserta
- (2) Lakukan "langkah cerdas" untuk mengumpulkan premi dari peserta mandiri yang tidak bayar premi secara teratur sesuai peraturan
- (3) Naikkan premi sesuai dengan nilai perhitungan actuarial
- (4) Gunakan cukai rokok ("*earmark*") untuk menutup defisit tersebut
- (5) Tetapkan tarif yang lebih realistis/rasional melalui proses penyusunan "*clinical pathway, costing and pricing*" untuk pelayanan RS (tarif INA CBGs)
- (6) Tetapkan satu kelas saja untuk RI (Kelas III)

Khusus tentang gagasan menaikkan premi untuk PBI, perlu dipertimbangkan "*displacement effect*" dalam alokasi anggaran pusat/Kemenkes. Kalau kenaikan itu berupa pengalihan alokasi dari DAK-nonfisik menjadi subsidi PBI, maka cara tersebut adalah sangat "*counter productive*" terhadap program-program UKM.

Tentang penggunaan cukai rokok untuk menutup defisit JKN/BPJS, pemerintah mengalokasikan Rp 5 triliun cukai rokok pada tahun 2018 (Perpres-xx/2018), digabung dengan Rp 9,9 triliun dari APBN; sehingga total talangan pemerintah berjumlah Rp 14,9 triliun. Ada argumentasi kontroversial tentang keputusan tersebut. Pertama, dikatakan bahwa penggunaan cukai rokok adalah suatu solusi cepat untuk mengatasi defisit BPJS. Argumentasi kedua mempertanyakan kebijakan tersebut dengan alasan sebagai berikut (hasil diskusi internal IAKMI, 2018):

- (1) Pada tahun 2017 sales rokok mencapai Rp 317 triliun. Dari jumlah tersebut pemerintah mendapat cukai sejumlah Rp 149 triliun. Sebagian dari penerimaan cukai tersebut dibagi-bagi ke daerah secara proporsional yang disebut DBHCHT (Dana Bagi Hasil Cukai Hasil tembakau). DBHCHT adalah menjadi bagian dari APBD (PP-55/2005)
- (2) Dari penjualan total tersebut sekitar 68,9 % berasal dari penduduk kuintil-4 dan kuintil-5 (hampir miskin dan miskin)

- (3) Adalah tidak tepat kalau cukai yang sebagian besar berasal dari penduduk miskin dipergunakan untuk menalangi defisit BPJS yang notabene bukan disebabkan oleh penduduk miskin/hampir miskin tersebut (lihat sebab-sebab defisit yang telah disampaikan di muka)
- (4) DBHCHT adalah bagian dari APBD sehingga penggunaannya seharusnya menjadi otonomi daerah
- (5) Kekhawatiran bahwa kebijakan tersebut akan dimanfaatkan untuk menyatakan bahwa industri rokok turut serta menyelamatkan JKN/BPJS dari krisis finansial yang terjadi

3. ISU STRATEGIS PEMBIAYAAN KESEHATAN

PEMBIAYAAN KESEHATAN DAN JKN

KAJIAN SEKTOR KESEHATAN



Dari semua yang telah disampaikan dimuka, ada beberapa isu strategis pembiayaan kesehatan yang dihadapi sekarang dan di masa yang akan datang. Isu strategis tersebut perlu dipertimbangkan dalam merumuskan kebijakan dan strategi membenahi pembiayaan kesehatan.

1. Tantangan Pembangunan Kesehatan dan Eskalasi Kebutuhan Biaya Kesehatan

Di satu sisi pembangunan kesehatan berhasil memperbaiki beberapa indikator derajat kesehatan, disisi lain dihadapi 3 tantangan. Pertama adalah “*unfinished agenda*” seperti penurunan kematian ibu, mengatasi *stunting* pada balita, belum efektifnya imunisasi (misalnya: *outbreak* difteri). Kedua adalah meningkatnya PTM mengikuti penuaan struktur umur penduduk, dengan konsekuensi pembiayaan yang terus meningkat. Ketiga adalah terungkapnya peran penting lintas sektor yang selama ini belum digerakkan secara maksimal. Semua tantangan tersebut menyebabkan kebutuhan pembiayaan yang semakin besar.

2. Isu “*Underspending for Health*”

Ada argumentasi bahwa Indonesia belum cukup memobilisasi potensi ekonominya untuk membiayai kesehatan (*underspending for health*). Walaupun dasar argumentasi tersebut lemah (didasarkan pada *benchmarking* dengan negara lain), yang jelas di semua negara selalu terjadi peningkatan kebutuhan biaya kesehatan dari tahun ke tahun. Maka isunya adalah bagaimana memobilisasi biaya kesehatan dari berbagai sumber: pemerintah, non pemerintah dan masyarakat.

3. Apa yang Perlu Dibiayai?

Seringkali rekomendasi untuk meningkatkan belanja kesehatan dirumuskan tanpa telaahan mendalam tentang apa yang perlu dibiayai. Pembiayaan lebih bersifat “*program specific driven*” yang bersifat vertikal, atau “*input specific driven*” - terbatas misalnya pada SDM saja, RS saja, obat saja, dll. Pendekatan semacam ini mendorong pembiayaan menjadi parsial dan terfragmentasi. Padahal regulasi dan kebijakan formal sudah menetapkan program-program kesehatan yang perlu dilakukan, dengan target-target spesifik dan diangkat dari masalah kesehatan penduduk.

4. Pembiayaan Bias pada UKP

Parsialisme dan fragmentasi seperti disebutkan di atas telah mendorong dominasi UKP dalam belanja kesehatan, sementara UKM dan PSK termarginalisasi. Ini menyebabkan banyak target indikator derajat kesehatan tidak tercapai, karena sebagian besar indikator dan target tersebut utamanya memerlukan intervensi kesehatan masyarakat, seperti pemberantasan TB, menekan laju kenaikan HIV, mengatasi *stunting* pada balita, mengendalikan konsumsi rokok, menjamin akses air bersih, dan lain-lain.

5. Pembiayaan Kesehatan Komprehensif

Pembiayaan komprehensif menjadi suatu keharusan di masa mendatang. Pembiayaan komprehensif adalah pembiayaan yang direncanakan secara menyeluruh dan sinkron untuk mencukupi biaya pengobatan, pencegahan, dan penguatan sistem yang diperlukan dalam mengatasi masalah kesehatan. Upaya pengobatan, promosi dan pencegahan serta penguatan sistem kesehatan saling berkaitan satu sama lain. Ketiga area tersebut selalu dibutuhkan secara simultan dan tidak boleh dilakukan dikotomi atau fragmentasi antara satu dan lainnya.

6. Pembiayaan UKP: Kesalahpahaman tentang UHC

Konsep UHC (*Universal Health Coverage*), seperti yang didefinisikan oleh WHO, adalah konsep komprehensif dengan tujuan agar semua penduduk mendapat akses terhadap pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk akses pada lingkungan kesehatan yang layak. Jadi UHC berarti adanya akses semua penduduk terhadap pelayanan UKP dan UKM sekaligus. Namun dalam implementasinya, konsep tersebut direduksi menjadi asuransi kesehatan. Hal ini juga terjadi dengan implementasi JKN di Indonesia, yaitu mengartikan JKN sebagai UHC.

Asuransi kesehatan memang diperlukan untuk menjamin akses pada pelayanan kuratif. Tetapi asuransi kesehatan tidak bisa membiayai berbagai macam intervensi kesehatan masyarakat. Seperti disampaikan dimuka, intervensi kesehatan masyarakat atau UKM adalah “*public goods*” sehingga pembiayaannya tidak bisa melalui mekanisme tarif dan mekanisme asuransi kesehatan. Pembiayaan UKM oleh karenanya menjadi tanggung jawab pemerintah (APBN dan APBD).

Masalah lain dalam pelaksanaan JKN sebagai asuransi sosial adalah pendekatan yang bias dan terfokus pada “*demand side*”, yaitu memacu kepesertaan dan *pooling* premi/iuran untuk dipergunakan sebagai “*financial protection*” kalau peserta tersebut sakit. Padahal sama pentingnya adalah ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan atau “*supply side*”. Tanpa ketersediaan dan akses pada pelayanan kesehatan, maka asuransi kesehatan akan menjadi sia-sia dari kacamata pesertanya.

7. Tanggung Jawab Pemerintah dalam Pembiayaan UKP, UKM, dan PSK

Pola masalah kesehatan saat sekarang dan perkembangannya di masa yang akan datang menunjukkan semakin pentingnya intervensi UKM dan penguatan sistem kesehatan. Oleh sebab itu peran pemerintah dalam pembiayaan kesehatan tidak bisa direduksi, bahkan kebutuhannya akan semakin meningkat. Di samping itu, pemerintah juga akan terus bertanggung jawab membiayai subsidi premi penduduk miskin dalam skema JKN.

Kenyataan sekarang menunjukan masih dominannya peran pemerintah dalam penyediaan fasilitas kesehatan, pengelolaan SDM dan pengelolaan obat/alkes. Artinya pemerintah masih akan terus harus menanggung biaya elemen-elemen sistem kesehatan tersebut.

8. Kapasitas Fiskal Daerah

Setelah berlakunya UU-23/2014 (tentang pembagian urusan pemerintah) dan keluarnya PP-18/2016 (tentang standar organisasi perangkat daerah) dan PP-2/2018 (tentang SPM), tanggung jawab daerah semakin besar dalam membiayai kesehatan. Namun analisis fiskal daerah mengungkapkan bahwa kemampuan fiskal daerah sangat terbatas. Keadaan ini disebabkan oleh hal-hal sebagai berikut:

- a. Anggaran daerah (APBD) sebagian besar berasal dari transfer dana dari pusat, termasuk DAK fisik dan DAK-nonfisik yang peruntukannya diatur oleh pusat. Peranan PAD kecil, yaitu sekitar 10%
- b. Belanja Pegawai (BP) rata-rata mencapai 46% dari APBD. Ini berarti kapasitas fiskal untuk belanja non gaji adalah 54%
- c. Daerah juga harus mengalokasikan 20% APBD untuk pendidikan
- d. Selain untuk SPM kesehatan, daerah juga bertanggung jawab membiayai 5 SPM lain. Secara total ada 29 jenis pelayanan dasar dalam 6 SPM yang menjadi kewajiban daerah
- e. Daerah juga perlu membiayai pembangunan infrastruktur yang menjadi tanggung jawab daerah (misalnya pembangunan dan pemeliharaan jalan kabupaten/kota)

Gambaran kapasitas fiskal seperti dikemukakan di atas merupakan tantangan besar dalam kebijakan pembiayaan kesehatan di masa mendatang.

4. SARAN/REKOMENDASI KEBIJAKAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

PEMBIAYAAN KESEHATAN DAN JKN

KAJIAN SEKTOR KESEHATAN



Situasi dan berbagai masalah pembiayaan kesehatan yang telah disampaikan di muka memerlukan perubahan (reformasi) kebijakan pembiayaan kesehatan di masa mendatang. Berikut ini disampaikan beberapa rekomendasi tersebut.

1. Meningkatkan Kapasitas Fiskal Pemerintah (untuk Membiayai Kesehatan)

Kapasitas fiskal APBN untuk kesehatan

Sejak tahun 2016, pemerintah mengalokasikan 5% APBN (setelah dikurangi belanja pegawai); yang nilainya adalah Rp 105 triliun. Angka 5% tersebut adalah alokasi minimal yang ditetapkan dalam UU-36/2009. Artinya alokasi tersebut bisa lebih dari 5%. Kalau pemerintah menaikkan angka 5% tersebut tentu ada dampaknya terhadap alokasi sektor lain.

Salah satu cara untuk menghindari dampak tersebut adalah memperhitungkan penerimaan APBN dari pajak rokok. Nilai total APBN pada tahun 2017 adalah Rp 1.750,3 triliun. Dari jumlah tersebut, Rp 1.339 triliun (75,6%) adalah penerimaan dari pajak dari berbagai macam jenis pajak. Dalam penerimaan pajak tersebut ada penerimaan dari cukai rokok, yaitu sebesar Rp 149,9 triliun atau 11,2% dari total penerimaan pajak. Di beberapa negara, pajak rokok “*earmarked*” untuk kesehatan dengan alasan bahwa konsumsi rokok menyebabkan gangguan kesehatan (berbiaya mahal).

Kalau pajak rokok yang ada sekarang diperlakukan sebagai “*earmarked*” untuk kesehatan, maka harus ada sektor lain yang dikurangi alokasinya. Untuk menghindari “*displacement effect*” tersebut, salah satu cara adalah menaikkan cukai rokok dan penerimaan dari kenaikan tersebut “*earmarked*” untuk kesehatan. Berikut ini adalah hasil analisis tentang kelayakan gagasan tersebut (CHEPS/FKMUI 2015).

- 1) Pada tahun 2009 tingkat cukai rokok terhadap HJE (harga jual eceran): 37%
- 2) Kalau tingkat cukai tersebut dinaikan menjadi 57%, diperkirakan akan terjadi sebagai berikut:
 - a. Jumlah perokok akan berkurang sejumlah 6,9 juta orang
 - b. Penerimaan negara dari cukai rokok akan bertambah sebesar Rp 50,1 triliun

Pertambahan penerimaan dari kenaikan cukai rokok tersebut “*earmarked*” untuk kesehatan. Cara ini tidak mengganggu alokasi untuk sektor-sektor lain. Tentang untuk apa dana dari cukai rokok tersebut dipergunakan dalam sektor kesehatan, akan dibahas dalam rekomendasi berikut. Hal yang sama perlu ditelaah terhadap minuman/makanan yang menggunakan bahan pemanis. Pajak “makanan-minuman manis” semacam ini sudah dilakukan di India, United Arab Emirate, Mexico, Portugal, Saudi Arabia dan beberapa negara lain.

Kapasitas APBD untuk Kesehatan

Bagaimana meningkatkan kapasitas fiskal daerah untuk membiayai kesehatan? Di muka sudah disampaikan bahwa umumnya kapasitas fiskal tersebut kecil, antara lain karena besarnya BP (Belanja Pegawai) dalam APBD (mencapai 46%). Selain itu, rata-rata Pendapatan Asli Daerah (PAD) juga kecil, yaitu hanya 10%. Artinya, dalam kondisi demikian upaya menaikkan kapasitas fiskal daerah sebagian besar sangat tergantung pada dana transfer dari pusat.

Selama ini salah satu penerimaan dalam APBD adalah Dana Bagi Hasil (DBH) dari cukai rokok, yaitu yang disebut DBHCHT (Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau). Pada tahun 2017 penerimaan cukai rokok adalah Rp 149,9 triliun dan Rp 49,7 triliun dari jumlah tersebut dibagi secara proporsional ke 514 kabupaten/kota.

DBHCHT bisa ditingkatkan apabila skema kenaikan cukai rokok pada tingkat nasional seperti disampaikan di muka direalisasikan. Dengan catatan bahwa tambahan kenaikan DBHCHT tersebut juga diperlakukan sebagai “*earmarked*” untuk kesehatan.

2. Meringankan Beban Fiskal Pemerintah Nasional dan Daerah

Sisi sebaliknya dari peningkatkan kapasitas fiskal adalah meringankan beban fiskal pemerintah untuk membiayai kesehatan. Ada beberapa hal yang memang harus menjadi tanggung jawab pemerintah yaitu:

- 1) Subsidi pembiayaan pengobatan untuk penduduk miskin (perintah UU) – yang pada tahun 2017 besarnya Rp 25,5 triliun
- 2) Pembiayaan UKM (karena UKM bersifat sebagai “*public goods*”) berupa dana transfer ke daerah dan disebut DAK-nonfisik
- 3) Pembiayaan untuk merumuskan kebijakan kesehatan dan peraturan perundangan sampai dengan perumusan NSPK
- 4) Pembiayaan untuk melaksanakan surveilans secara rutin

Di luar hal tersebut, bisa dibuka peluang seluas-luasnya kepada swasta. Misalnya pemerintah memberikan kemudahan-kemudahan kepada pihak swasta melakukan investasi fasilitas kesehatan dan pengadaan alat kesehatan, sekaligus dengan pengadaan tenaganya. Hal ini sudah dilaksanakan oleh beberapa pemerintah provinsi. Ada Pemprov yang menyediakan tanah untuk pembangunan RS tipe B oleh swasta. KPBU (Kerjasama Pemerintah dan Badan Usaha) adalah opsi lain untuk meringankan beban fiskal pemerintah. Prinsipnya adalah mencari berbagai peluang dan model kerja sama dengan swasta.

Di tingkat kabupaten/kota, salah satu peluang untuk meringankan beban daerah adalah memanfaatkan Dana Desa. Dalam kebijakan sekarang, sebagian Dana Desa bisa dimanfaatkan untuk kesehatan. Namun perlu dicatat bahwa penentuan peruntukan Dana Desa adalah kewenangan masyarakat desa. Sebagai contoh, di Kabupaten Ngada Dana Desa dipergunakan untuk membayar honorarium tenaga “*sukarela*” (perawat) di puskesmas; atas kesepakatan warga beberapa desa di wilayah kerja puskesmas tersebut. Di Kabupaten Tolikara, Dana Desa dipergunakan untuk renovasi honai (rumah tradisional) sehingga menjadi “*honai sehat*” antara lain untuk memasang lantai, membuat ventilasi, dan jamban.

Sebagai catatan, ada 75.000 desa di Indonesia yang mendapat alokasi rata-rata Rp 1 miliar setiap tahun. Berarti total Dana Desa setahun mencapai Rp 75 triliun. Kalau 20% saja dari dana tersebut bisa dimanfaatkan untuk kesehatan, ini bisa meringankan beban fiskal daerah sebesar Rp 15 triliun (per tahun). Atau rata-rata setiap kabupaten/kota bisa memanfaatkan Rp 29,2 miliar per tahun (dengan catatan jumlah kabupaten/kota adalah 514). Jumlah tersebut cukup signifikan untuk mendorong upaya kesehatan masyarakat di tingkat desa.

3. Mobilisasi Sumber-sumber Non-Pemerintah untuk Kesehatan

Secara teoretis dan sesuai dengan kebijakan (regulasi) tentang pembiayaan kesehatan, tugas pemerintah adalah: (1) membiayai UKM (karena bersifat “*public goods*”); (2) membiayai kesehatan bagi penduduk miskin (subsidi premi JKN); (3) membiayai tata kelola (penyusunan kebijakan, regulasi, dan NSPK); serta (4) pengadaan fasilitas kesehatan di wilayah yang tidak diminati swasta. Artinya, pemerintah tidak perlu membiayai pembangunan fasilitas pelayanan kesehatan secara menyeluruh (klinik, RS, laboratorium).

Untuk membiayai hal-hal lain, perlu alternatif sumber pembiayaan lain, seperti diuraikan berikut ini.

1. Pembiayaan swasta untuk pembangunan fasilitas kesehatan

Membuka peluang yang luas bagi swasta untuk melakukan investasi fasilitas pelayanan kesehatan seperti klinik, RS dan laboratorium medis. Pemerintah membuat pemetaan dimana klinik dan RS tersebut dibutuhkan. Swasta diberi kemudahan administrasi dan insentif lain untuk membangun RS dan klinik tersebut. Di beberapa daerah, pihak swasta membangun fasilitas kesehatan di atas lahan yang disediakan oleh pemerintah daerah setempat.

2. Kerja Sama Pemerintah dan Badan Usaha (KPBU)

Pemerintah (pusat dan daerah) bisa bekerja sama dengan Badan Usaha membangun RS yang disebut KPBU (Kerja Sama Pemerintah dan Badan Usaha). Ini akan meringankan beban pemerintah membiayai investasi pelayanan kuratif (RS) sehingga bisa lebih fokus untuk membiayai program-program UKM.

3. Penerapan “*cost sharing*” (urun biaya) sesuai kemampuan membayar rumah tangga

Salah satu indikator pencapaian jaminan kesehatan yang disebutkan oleh badan-badan dunia (WHO, dll) adalah tidak adanya “*cost sharing*” pada saat berobat (“*no out-of-pocket payment at the service point*”). Pembayaran kepada PPK semuanya harus ditanggung “*payer*”, di Indonesia adalah JKN/BPJS. Dikhawatirkan “*cost sharing*” bisa disalahgunakan oleh PPK dan menghambat peserta untuk berobat secara dini apabila sedang tidak punya dana yang “*liquid*” untuk berobat. Namun, sejauh ini belum ada studi mendalam untuk menelaah kemampuan membayar atau “*Ability to Pay*” (ATP) rumah tangga untuk membayar pelayanan kesehatan. Menghilangkan urun biaya memang membantu peserta tetapi kurang tepat dari prinsip “memandirikan masyarakat dan bertanggung jawab” dalam memelihara kesehatan, sejauh urun biaya tersebut ada dalam skala kemampuan membayar.

Oleh sebab itu, disarankan dalam waktu segera melakukan analisis tentang “ATP”. Skala ATP akan menunjukkan “*threshold*” urun biaya yang masih bisa diterapkan tanpa menghambat peserta untuk berobat dan tanpa menyebabkan “*impoverishment*”. Analisis tersebut akan memberi gambaran ATP menurut tingkat ekonomi rumah tangga dan ATP menurut wilayah. Hasilnya berguna untuk menerapkan kebijakan urun biaya sesuai dengan kaidah ekonomi yang realistis. Analisis ATP ini berguna untuk menerapkan urun biaya khususnya untuk pelayanan di FKRTL (RS), misalnya terbatas pada pelayanan rawat jalan saja. Selain akan meringankan beban JKN/BPJS, kebijakan ini juga membangun “*kemandirian dan rasa bertanggung jawab*” di kalangan peserta.

4. Percepatan Kepesertaan JKN Kelompok PPU dan PBPU

Pilihan masyarakat untuk membiayai pelayanan kesehatan adalah (i) ikut JKN/BPJS yang bersifat wajib, (ii) ikut asuransi komersial, (iii) membayar langsung ke fasilitas kesehatan (yang disebut OOP).

Jumlah peserta JKN bertambah dengan cepat (sekitar 200 juta pada bulan Juni 2018). Dari jumlah tersebut sekitar 50% adalah peserta PBI yang preminya paling rendah dibanding peserta “pekerja penerima upah” (PPU) dan “pekerja bukan penerima upah” (PBPU). Dengan asumsi semua penduduk miskin dan kurang mampu sudah dicakup dalam PBI (100 jutaan), maka sisa penduduk yang belum ikut JKN adalah PBPU dan PPU yang jumlahnya ada sekitar 56 juta.

Kalau jumlah tersebut menjadi peserta JKN pada tahun 2019 (target *road map* JKN), bisa dimobilisasi dana melalui JKN/BPJS. Misalkan jumlah tersebut mengambil premi untuk perawatan kelas-3 (Rp 25.500), maka dapat dimobilisasi sejumlah Rp 17,1 triliun per tahun.

5. Penguatan Daerah Menerapkan Pembiayaan Komprehensif

Kebijakan perencanaan dan penyusunan anggaran kesehatan selama ini cenderung parsial dan terfragmentasi. Perencanaan dan penganggaran untuk UKP terpisah dari UKM dan terpisah pula dari perencanaan dan penganggaran PSK (Pengelolaan dan penguatan sistem kesehatan). Padahal semua penyakit/masalah kesehatan memerlukan semuanya: pengobatan (UKP), promosi dan pencegahan (UKM) dan tata kelola/sumberdaya (PSK).

Pada tahun 1970-an hingga 1980-an, Johns Hopkins University (USA) menyelenggarakan “*Comprehensive Health Planning Course*” yang diikuti oleh peserta dari banyak negara, utamanya negara berkembang. Pada era 1980-an awal hingga 1990-an, model perencanaan dan penganggaran komprehensif tersebut diterapkan di Indonesia untuk melatih kabupaten/kota (dengan tim peserta terdiri dari Dinkes, Bappeda, RS, puskesmas). Pelatihan tersebut menggunakan modul yang disebut P2KT (Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu), yang dikembangkan dengan bantuan Johns Hopkins University dan WHO bekerja sama dengan Biro Perencanaan Kemenkes dan FKMUI.

Inti dari P2KT adalah meningkatkan kemampuan daerah untuk menyusun Renja Kesehatan Kabupaten/Kota, dengan mengintegrasikan UKP, UKM dan penguatan sistem kesehatan dalam wilayah kabupaten/kota bersangkutan. Jadi misalnya untuk KIA, TBC, kurang gizi, diare dan masalah kesehatan lainnya, daerah merencanakan intervensi pengobatan (UKP), promosi dan pencegahan serta sumber daya (SDM, obat, sarana) secara sekaligus untuk masalah-masalah tersebut.

Pada masa itu (1980-an hingga 1990-an), pelatihan P2KT dilakukan di hampir semua kabupaten dengan dana USAID, ADB, GTZ, WHO dan EURO. Pelatihan P2KT terhenti sejak reformasi pada tahun 2000-an. Padahal pada era desentralisasi, pelatihan semacam P2KT sangat diperlukan. Atas dasar uraian di atas, maka sangat relevan dan urgen untuk melatih daerah (kabupaten/kota) agar mampu mengaplikasikan prinsip dan metode “perencanaan dan penganggaran komprehensif” tersebut. Dengan demikian pada tingkat daerah tidak terjadi fragmentasi anatara UKM dan UKP dan PSK.

6. Meningkatkan Pembiayaan UKM

Hampir semua indikator kesehatan masyarakat memerlukan intervensi UKM, termasuk SPM, target-target SDGs, program kesehatan prioritas lain seperti KB, filaria, diare, DBD, masalah gizi, dan lain-lain. Indikator kesehatan masyarakat tersebut - walaupun mengalami perbaikan, tetapi tidak signifikan. Kurang berhasilnya UKM bisa menyebabkan biaya pengobatan (UKP) bertambah besar. Oleh sebab itu mencukupi biaya untuk UKM adalah isu strategis dan sangat mendesak.

Masalah marginalisasi pembiayaan UKM perlu segera diatasi. Semua target SDGs, SPM dan program prioritas lain (eliminasi malaria, ancaman pandemik penyakit menular, *stunting* dan kurang gizi), hanya bisa diatasi dengan intervensi UKM; tidak bisa dengan pendekatan kuratif dan asuransi kesehatan.

Pembiayaan UKM sekarang hampir semuanya tergantung pada DAK-nonfisik yang didalamnya ada BOK. Dana BOK dialokasikan ke semua puskesmas. Jumlahnya totalnya pada tahun 2017 adalah Rp 4,8 triliun (bandingkan dengan belanja JKN/BPJS yang mencapai Rp 70 triliun, atau dengan defisit JKN/BPJS sebesar Rp 9,4 triliun pada tahun 2017). Sumber dana lain untuk UKM adalah dana GAVI untuk imunisasi, dana GF untuk ATM dan dana dari beberapa badan internasional untuk air bersih dan gizi. Perlu dikemukakan bahwa dana tersebut, khususnya GAVI dan GF akan berakhir beberapa tahun mendatang.

Bagaimana meningkatkan anggaran untuk UKM? Dana DAK-nonfisik sebagai tumpuan pembiayaan UKM – walaupun merupakan bagian dari APBD – asal usulnya adalah anggaran pusat yang ditransfer ke daerah. Dengan demikian peningkatan dana DAK-nonfisik tergantung pada kemampuan fiskal pusat (APBN).

Di muka sudah disampaikan bahwa cukai rokok adalah satu sumber dana untuk meningkatkan kapasitas pembiayaan kesehatan (dalam bentuk *“earmarked tax”*). Penerimaan cukai tersebut berasal dari konsumsi tembakau yang pada tahun 2017 mencapai Rp 317 triliun. Diperkirakan sekitar 68% dari jumlah tersebut berasal dari penduduk dalam kuintil 4 dan kuintil 5 (atau penduduk miskin).

Yang menjadi pertanyaan untuk apa *“earmarked tax”* tembakau tersebut dipergunakan. Secara konseptual, konsumsi rokok berdampak luas - tidak saja kepada perokok tetapi juga kepada orang lain (*passive smokers*) dan mengurangi konsumsi kebutuhan pokok oleh rumah tangga. Dampak tersebut bersifat *“negative externality”*. Pada satu sisi pemerintah memperoleh penerimaan pajak, disisi lain masyarakat menanggung eksternalitas negatif tersebut. Dalam konsep ekonomi, suatu komoditas atau kejadian dengan eksternalitas yang besar (positif atau negatif) diperlakukan sebagai *“public goods”*. Dengan demikian kalau pajak rokok dipergunakan sebagai *“earmarked tax”* untuk kesehatan, maka dana tersebut lebih tepat dipergunakan untuk pelayanan kesehatan masyarakat (UKM) yang memberikan eksternalitas besar. Bukan untuk UKP yang bersifat *“private goods”* dan eksternalitasnya kecil.

Namun dalam bulan September 2018 pemerintah menetapkan penggunaan cukai tembakau yang diterima daerah (DBHCHT) untuk menutupi defisit yang dialami BPJS/JKN (Perpres 82/2018). Diperkirakan defisit tersebut mencapai 14,9 triliun dalam tahun 2018. Pemerintah mengeluarkan 9,9 triliun dari APBN untuk menutup defisit tersebut dan sisanya sebesar 5 triliun dari pajak rokok.

Kebijakan tersebut kurang tepat ditinjau dari konsep *“negative externality”* yang disebabkan oleh rokok seperti dijelaskan diatas. Di samping itu, sumber pajak rokok tersebut sebagian besar adalah dari penduduk miskin/kurang mampu; sedangkan defisit BPJS antara lain terjadi karena banyak peserta mandiri (mampu) tidak membayar premi setelah mendapat pelayanan (sekitar 14,2 juta orang pada tahun 2018). Dalam jangka pendek, memang penggunaan pajak rokok bisa memberikan *“quick relief”* terhadap masalah keuangan BPJS.

Yang disarankan adalah agar pemerintah juga menggunakan cukai rokok untuk UKM. Sekarang ini kegiatan UKM dilaksanakan sebagian besar oleh daerah – yaitu oleh 514 Dinas Kesehatan dan 9.800 puskesmas. Sebagian besar pendanaan untuk UKM adalah DAK-nonfisik, yang merupakan dana transfer dari pusat. Pada tahun 2017, besar DAK-nonfisik adalah Rp 4,8 triliun. Jumlah tersebut jauh dari mencukupi untuk kebutuhan pelaksanaan 12 pelayanan dasar dalam SPM dan untuk pelaksanaan program prioritas lain yang tidak termasuk dalam SPM (malaria, samijaga, *stunting*, dll). Kalau untuk menutupi defisit BPJS (UKP) dialokasikan Rp 5 triliun dari cukai rokok, paling tidak jumlah yang sama perlu dialokasikan untuk program UKM; yaitu menambahkannya pada DAK-nonfisik. Dengan demikian jumlah BOK bisa dinaikkan menjadi mendekati Rp 10 triliun.

Atau kalau cukai rokok dinaikkan dari 37% HJE (Harga Jual Eceran) menjadi 57%, akan diperoleh tambahan cukai rokok sebesar Rp 50 triliun. Dengan jumlah ini, pemerintah memiliki ruang fiskal yang cukup besar untuk menambah alokasi untuk DAK-nonfisik. Agar penyerapan BOK menjadi lebih baik, disarankan agar dalam dana tersebut disediakan insentif semacam Jasa Pelayanan (Jaspel) dalam pembayaran kapitasi. Ini dapat dilaksanakan dengan mengembangkan indikator kinerja untuk menentukan besaran Jaspel BOK tersebut.

Secara spesifik, berikut adalah rekomendasi kebijakan untuk meningkatkan pembiayaan UKM.

1. Menaikkan Dana BOK dalam DAK-nonfisik

Di muka sudah disampaikan bahwa jika cukai rokok dinaikkan (57% HJE), akan diperoleh tambahan pendapatan pajak sebesar 50,1 triliun. Jumlah ini cukup besar dibandingkan alokasi anggaran UKM saat ini (dana BOK 2017 Rp 4,8 triliun). Pertanyaannya, berapa besar yang perlu dialokasikan untuk UKM dan bagaimana menjamin bahwa tambahan alokasi tersebut akan dipergunakan secara efektif dan efisien. Berikut ini adalah kebijakan yang disarankan untuk menjawab pertanyaan tersebut:

- 1) Estimasi kebutuhan biaya UKM (melalui *costing* dan atau pelaksanaan perencanaan penganggaran berbasis kinerja).
 - a. Analisis biaya (*costing*) semua program-program UKM dengan sampel daerah yang representatif sesuai prinsip analisis biaya secara ekonomi
 - b. Memperkuat daerah (Dinas Kesehatan Kab/Kota) melakukan “Perencanaan dan penganggaran berbasis kinerja” sesuai PP-21/2004 dan Permendagri-21/2011). Perencanaan dan penganggaran berbasis kinerja tersebut akan menghasikan data empiris dari banyak daerah tentang kebutuhan anggaran untuk UKM ditingkat daerah
- 2) Mengadakan elemen “jasa pelayanan” dalam BOK. Dana BOK dipergunakan oleh puskesmas untuk UKM. Staf puskesmas selama ini mendapat jasa pelayanan dari dana kapitasi yang dibayarkan oleh BPJS. Menurut UU-40/2004, dana kapitasi dipergunakan untuk pelayanan perorangan (UKP) tidak untuk UKM. Jadi sebetulnya pembagian jasa pelayanan kepada tenaga pelaksana

UKM di puskesmas tidaklah tepat. Oleh sebab itu, disarankan agar dalam estimasi alokasi BOK (DAK-nonfisik), dimasukkan komponen jasa pelayanan berdasarkan capaian kinerja UKM. Indikator-indikator kinerja tersebut bisa dikembangkan. Hal ini dilakukan untuk mendorong peningkatan kinerja UKM (imunisasi, penimbangan, *fogging*, kunjungan rumah, *active case finding* kasus TB, dan lain-lain). Selain itu, bekerja sebagai tenaga UKM (Kesmas) harus mendapat penghargaan yang sama seperti UKP.

3) *Afirmative policy* untuk transfer dana BOK ke puskesmas DTPK.

Disarankan untuk menyalurkan dana BOK dari pusat langsung ke puskesmas di DTPK (sekitar 2770 puskesmas), tidak melalui DAK-nonfisik. Hal ini disebabkan karena: a) penyaluran melalui DAK-nonfisik sering terlambat karena menunggu penetapan anggaran daerah; b) BOK adalah anggaran operasional untuk kegiatan rutin UKM yang jadwalnya tidak boleh ditunda (jadwal imunisasi, ANC di Posyandu, penimbangan, dan lain-lain); dan c) akan mempercepat pemerataan pelayanan UKM secara nasional. Regulasi yang ada belum melegitimasi transfer langsung ke puskesmas. Sebelum 2016, BOK disalurkan melalui mekanisme TP (Tugas Perbantuan). Mekanisme TP tidak tepat untuk BOK, karena TP adalah bantuan pusat untuk infrastruktur. Oleh sebab itu, perlu disusun peraturan baru yang memungkinkan transfer dana BOK langsung ke Puskesmas di DTPK. Regulasi semacam itu sudah dikembangkan untuk penyaluran Dana Desa dari pusat ke desa-desa.

4) Kondisi yang diperlukan untuk meningkatkan manfaat BOK.

Menambah dana BOK untuk UKM tidak serta merta mendorong kinerja UKM. Beberapa hal berikut perlu dilakukan agar dana BOK tersebut dipergunakan secara efektif dan efisien, yaitu: a) melengkapi tenaga pelaksana UKM di puskesmas sesuai standar (PMK-75/2007), termasuk tenaga kesehatan masyarakat, sanitarian, dan tenaga gizi. Sekarang banyak Puskesmas tidak memiliki tenaga-tenaga tersebut. Dana BOK tidak akan terserap tanpa adanya tenaga-tenaga tersebut; b) percepatan keputusan realisasi anggaran daerah yang perlu di dukung dengan peraturan Kemendagri tentang tenggat waktu realisasi anggaran daerah; dan c) memperkiat Dinas Kesehatan untuk memberikan bimbingan dan pengawasan kepada puskesmas dalam merencanakan, melaksanakan dan menyusun laporan penggunaan dana BOK.

2. Pemanfaatan Dana Desa untuk UKM

Dana desa adalah anggaran pemerintah yang ditransfer ke setiap desa (75.000 desa). Namun pemanfaatannya ditentukan oleh masyarakat desa melalui "Survey Mawas Diri" (SMD) untuk menentukan kebutuhan masyarakat desa setempat dan disusul dengan "Musyawarah Masyarakat Desa" (MMD) untuk menentukan solusinya. Di beberapa daerah sudah dilakukan pemanfaatan Dana Desa untuk kesehatan; termasuk misalnya membangun sarana air bersih dan jamban, Dana Desa untuk memantau anak *stunting* yang pola asuhnya bermasalah, bantuan renovasi untuk rumah sehat (lantai, ventilasi, dll), serta mengontrak tenaga kesehatan untuk bekerja di puskesmas.

3. Dana CSR untuk Program UKM

Perlu didorong agar perusahaan swasta memasukkan kegiatan UKM dalam CSR masing-masing. Misalnya pertemuan atau seminar tentang "berhenti merokok," kesehatan reproduksi, dan lain-lain.

7. Sustainability Pembiayaan JKN

Sudah diketahui bahwa JKN/BPJS mengalami defisit sejak tahun pertama pelaksanaannya. Pada tahun 2014 defisit tersebut mencapai Rp 3,45 triliun. Pada tahun 2018 naik menjadi Rp 14,9 triliun. Defisit keuangan dalam jumlah besar akan mengancam "*financial sustainability*" JKN/BPJS. Secara sederhana, defisit terjadi karena "*cash inflow*" lebih kecil dari pada "*cash outflow*". Beberapa masalah berkaitan dengan "*cash inflow*" adalah:

- Belum semua penduduk selain PBI ikut menjadi peserta padahal segmen penduduk tersebut adalah "calon" pembayar premi yang lebih tinggi
- Nilai premi yang berlaku sekarang diperkirakan di bawah perhitungan aktuarial dengan menggunakan data terkini (utilisasi dan biaya satuan pelayanan)
- Banyak peserta non PBI yang tidak membayar premi secara teratur; yang jumlahnya pada tahun 2017 adalah 10.800.000 orang dan sampai pertengahan tahun 2018 jumlahnya naik menjadi 14.200.000 orang

Dari sisi "*cash outflow*", ada beberapa catatan dari diskusi dengan beberapa narasumber, yaitu sbb:

- Karena benefit rawat inap diberikan opsi kelas 3, 2 dan 1, banyak peserta mampu menggunakan kelas yang lebih tinggi dan oleh karenanya BPJS membayar klaim RS yang lebih tinggi pula, dibandingkan dengan klaim kelas 1. Kalau JKN hanya menanggung biaya rawat inap kelas 1 saja (sesuai dengan ketentuan UU-40), maka peserta mampu yang menggunakan kelas di atasnya harus membayar sendiri
- Sistem rujukan dari FKTP ke FKTL – walaupun bisa dibatasi dengan ketentuan maksimal 5% - rujukan terpaksa tetap dilakukan karena kekurangan dan bahkan kekosongan tenaga dokter di puskesmas terpencil dan kapulauan
- Adanya pelayanan terindikasi *fraud* seperti "*upcoding*"; readmisi tidak sesuai ketentuan sampai tindakan yang tidak perlu. Sebagai cacatan, pada tahun 2015, dari keseluruhan klaim tindakan persalinan, 80% adalah persalinan dengan SC

Untuk solusi jangka pendek, defisit tersebut yang jumlahnya Rp 14,9 triliun, ditalangi oleh pemerintah. Sumbernya adalah dari APBN (sebesar Rp 9,9 triliun) dan dari cukai rokok (sebesar Rp 5 triliun).

Solusi jangka menengah adalah merevisi premi dengan kehati-hatian (*prudent*) yaitu atas dasar (i) perhitungan aktuarial yang valid (ii) kemampuan fiskal pemerintah membiayai subsidi premi bagi PBI, (iii) kemungkinan terjadinya "*displacement*" anggaran kesehatan dari UKM untuk subsidi premi PBI.

Solusi jangka menengah lainnya adalah cara yang sudah dilaksanakan melalui pembayaran kapitasi berbasis kinerja, yaitu pembatasan jumlah rujukan, prolanis dan kunjungan rumah.

Solusi jangka panjang adalah meningkatkan upaya promotif dan preventif serta pola hidup sehat seperti yang sedang digencarkan dalam Germas.

Secara spesifik, berikut disampaikan beberapa rekomendasi untuk memperkuat aspek finansial JKN/BPJS.

1. Revisi tarif INA-CBGs

Tarif yang secara ekonomi realistis adalah kalau didasarkan pada (i) standar produk, (ii) *costing* dan (iii) margin di atas *cost* yang *acceptable/realistis*. Untuk itu perlu dilakukan: 1) perumusan alur klinik (*clinical pathway*) yang secara formal dilegitimasi oleh pemerintah (Kemenkes); 2) analisis biaya oleh pihak ketiga; dan 3) penentuan tarif sesuai kriteria pengelompokan INA-CBGs yang berlaku.

2. Rekalkulasi premi (aktuarial baru)

Segera melakukan perhitungan aktuarial atas dasar pola utilisasi selama 4 tahun terakhir dan estimasi biaya hasil analisis biaya seperti disebutkan di atas.

3. Intensifikasi pengumpulan premi

Selama 4 tahun yang lalu terjadi “*outstanding*” pembayaran/pengumpulan premi oleh peserta non-PBI dalam jumlah besar (10.800 peserta di 2017 dan 14.000 peserta di tahun 2018). BPJS perlu mencari berbagai cara untuk meningkatkan kepatuhan peserta (non-PBI) untuk membayar premi tepat waktu.

4. Menerapkan urun biaya

Urun biaya bisa diterapkan untuk pelayanan FKRTL yang tidak bersifat katastrofik, misalnya untuk rawat jalan. Urun biaya ini disesuaikan dengan hasil analisis kemampuan membayar (ATP). Pilihan jenis urun biaya misalnya (i) urun biaya penuh sesuai tarif FKRTL, (ii) “*deductible*” yaitu urun biaya sampai batas tertentu dan (iii) “*co-insurance*” yaitu urun biaya sebesar persen (%) tertentu dari tarif FKRTL).

5. Mengembangkan sistem pembayaran berbasis kinerja (*Strategic purchasing*)

Pembayaran strategis adalah pembayaran yang dikaitkan dengan kinerja pelayanan. Untuk FKRTL sudah dikembangkan dan diterapkan pembayaran kapitasi berbasis komitmen kinerja dengan indikator (i) angka kontak, (ii) batasan % rujukan pelayanan non spesialis, (iii) kunjungan rumah, dan (iv) program pelayanan bagi peserta dengan penyakit kronis (prolanis). Sistem pembayaran berbasis kinerja juga perlu segera dikembangkan untuk pembayaran pelayanan FKRTL. Indikator kinerja dipilih yang strategis (berkaitan dengan mutu dan efisiensi) dan memenuhi kriteria “SMART” (Spesifik, *Measurable*, *Accurate*, *Reliable*, dan *Timely*).

6. Mengintensifkan pelaksanaan audit medis dan *utilization review (UR)*

Audit medis diperlukan untuk meningkatkan mutu, efisiensi dan mencegah *fraud*. Unit yang mengendalikan dan memantau pelaksanaan audit medik oleh fasilitas kesehatan adalah TKMKB (Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya) yang bersifat independen. Dalam tahun-tahun mendatang TKMKB perlu diberdayakan untuk melaksanakan fungsinya; yaitu (i) memperkuat kelembagaannya di daerah (provinsi dan kabupaten/kota), (ii) meningkatkan kemampuan teknis TKMKB, dan (ii) kecukupan anggaran TKMKB.

8. Membenahi pembiayaan Puskesmas

Sumber pembiayaan untuk Puskesmas adalah (a) DAU untuk gaji, (b) DAK-fisik untuk sarana, (c) DAK-nonfisik untuk biaya operasional UKM, (d) dana kapitasi untuk biaya pelayanan peserta BPJS dan (e) pembayaran klaim dari BPJS untuk pelayanan tertentu yang diberikan kepada peserta BPJS.

1. Optimalisasi pemanfaatan anggaran puskesmas

Secara total, sebetulnya jumlah anggaran yang dikelola puskesmas cukup besar. Apalagi kalau pemerintah berusaha dan berhasil meningkatkan alokasi untuk DAK-nonfisik dari cukai rokok yang ada sekarang (dari cukai rokok 37% dari HJE) menjadi dari cukai rokok dengan 57% HJE. Namun jumlah besar tersebut belum termanfaatkan secara optimal karena berbagai kendala dan masalah. Untuk mengoptimalkan daya guna anggaran puskesmas yang demikian besar, kebijakan dan langkah-langkah berikut perlu dilakukan.

- Percepatan realisasi RAPBD oleh Pemda dan DPRD sehingga tidak terjadi keterlambatan pemanfaatan dana DAK-nonfisik
- Penambahan tenaga di puskesmas (D3 akuntan) untuk menyusun laporan/SPJ penggunaan DAK-nonfisik yang harus disusun setiap bulan; karena ketepatan waktu laporan SPJ tersebut menentukan realisasi DAK-nonfisik bulan berikutnya
- Menyediakan “jasa pelayanan” (jaspel) dalam BOK dikaitkan dengan kinerja pelaksanaan UKM
- Melengkapi SDM puskesmas sesuai standar (PMK-75/2004), khususnya tenaga kesehatan yang pengangkatannya sekarang dihambat oleh kebijakan moratorium pengangkatan PNS; yaitu tenaga (a) kesehatan masyarakat/promkes, (b) sanitarian, (c) gizi, (d) farmasi dan (e) analis laboratorium
- Melakukan pendistribusian peserta BPJS kepada puskesmas dan jaringan FKTP lain dikaitkan dengan kapasitas FKTP bersangkutan dan beban kerja masing-masing dalam melaksanakan (a) pelayanan kuratif, (b) pelayanan kesmas dan (c) pelaksanaan fungsi administrasi dan manajemen puskesmas
- Mendorong akreditasi puskesmas dan konversi menjadi PPK BLUD sehingga lebih fleksibel dalam pemanfaatan penerimaannya, khususnya dalam memanfaatkan 40% dana kapitasi

2. Kebijakan afirmatif untuk Puskesmas di daerah terpencil/pegunungan dan kepulauan

Dari sekitar 9.776 puskesmas, ada sekitar 2.775 puskesmas berada di daerah terpencil, pegunungan dan kepulauan. Sejak 4 tahun yang lalu pemerintah menerapkan penempatan tenaga puskesmas langsung dari pusat, yaitu program Nusantara sehat dengan pendekatan “*team based*”. Pengamatan di beberapa puskesmas menemukan bahwa efektivitas “*team tenaga*” tersebut terhambat karena (i) ketiadaan atau ketidakcukupan obat serta (ii) keterlambatan realisasi dana DAK-nonfisik (BOK).

Oleh sebab itu disarankan untuk menerapkan kebijakan afirmatif untuk 2.775 puskesmas tersebut, yaitu dalam bentuk “paket” yang terdiri dari (i) penempatan tim tenaga kesehatan sesuai kebutuhan, (ii) transfer dana BOK langsung ke puskesmas dan (iii) pengadaan kebutuhan obat langsung dari pusat (perluasan *item* dalam obat program dari pusat, untuk mencakup kebutuhan sesuai RKO puskesmas).

Dengan kebijakan afirmatif paket tersebut, diharapkan akan terjadi percepatan pembangunan kesehatan di daerah terpencil, kepulauan dan pegunungan.

9. Pembiayaan penguatan sistem kesehatan

Di Indonesia ada 6 subfungsi sistem kesehatan yaitu (1) regulasi, tata kelola dan dukungan sistem informasi, (2) pengelolaan SDM, (3) pengelolaan farmalkes, (4) menggerakkan peran serta masyarakat, (5) pengelolaan pembiayaan kesehatan dan (6) penyediaan pelayanan kesehatan UKM dan UKP atau “*delivery system*”.

Dari 6 subfungsi tersebut, fungsi pertama (regulasi, tata kelola dan sistem informasi) adalah domain tanggung jawab pemerintah dan sulit pembiayaannya diserahkan kepada swasta. Sedangkan untuk fungsi-fungsi lain – seperti yang telah terjadi selama ini – pihak swasta bisa berperan dalam pembiayaannya.

1. Peran pemerintah

a. Penguatan regulasi

Di tingkat pusat, perlu disediakan anggaran yang cukup untuk menyusun sejumlah PP yang tertunda penyusunannya. Sebagai contoh, UU-36/2009 telah menetapkan beberapa kebijakan dalam pembiayaan kesehatan; ternyata PP untuk mengoperasionalkan kebijakan tersebut baru disusun tahun 2018. Selain itu, ada ratusan NSPK yang perlu disusun untuk memperlancar daerah melaksanakan kebijakan-kebijakan yang ditetapkan oleh pusat. Penyusunan NSPK tersebut memerlukan anggaran yang tidak sedikit.

Di tingkat daerah, banyak penyusunan regulasi yang terhambat (misalnya penyusunan Perda) karena tidak ada alokasi anggaran untuk meminta pihak ketiga menyusun naskah akademik sebagai dokumen legitimasi Perda tersebut. Contoh lain, dalam rangka persiapan penyusunan RPJMD Provinsi Jawa Barat 2019-2023, Bappeda menyediakan anggaran untuk mempersiapkan dokumen “*Background Study* bidang kesehatan” – yang dilakukan oleh pihak ketiga - sebagai langkah awal penyusunan RPJMD kesehatan. Hal yang sama dilakukan oleh Pemda Kabupaten Majalengka pada tahun 2018.

b. Penguatan tata kelola: kapasitas Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Seperti telah diketahui, yang sangat menentukan keberhasilan atau kegagalan pencapaian target-target indikator pembangunan kesehatan adalah pemerintah daerah, khususnya Dinas Kesehatan yang berjumlah 514 dan puskesmas yang berjumlah 9.776.

Selama 4 - 5 tahun terakhir, banyak kebijakan-kebijakan baru yang implementasinya adalah Dinas Kesehatan Kab/Kota dan puskesmas. Itu termasuk sebagai berikut:

- Empat urusan kesehatan yang diserahkan ke daerah
- SPM yang terdiri dari 12 pelayanan kesehatan dasar
- Pelaksanaan PISPK
- Pencapaian target-target indikator dalam SDGs
- Penyusunan RPJMD yang sinkron dengan RPJMN
- Menerjemahkan RPJMD dalam RKAT berbasis kinerja
- Melaksanakan fungsi sebagai Pembina kesehatan wilayah termasuk dukungan dan pembinaan kepada RSUD

Pertanyaannya, apakah Dinkes yang jumlahnya 514 sudah memiliki semua kompetensi yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan-kebijakan tersebut. Menurut pengamatan, selama 10 tahun terakhir sedikit sekali dilakukan peningkatan kapasitas Dinkes secara komprehensif; khususnya kemampuan teknis seperti kompetensi perencanaan dan penganggaran, kompetensi pembinaan kepada RSUD, pemahaman tentang seluk beluk JKN/BPJS, dan lain-lain. Oleh sebab itu sangat disarankan agar dalam tahun-tahun mendatang dilakukan penguatan Dinkes yang terencana dan sistematis. Jumlah anggaran yang diperlukan diperkirakan tidak sedikit mengingat banyaknya jumlah Dinkes (514).

c. Penguatan sistem informasi, khususnya surveilans

Fungsi tata kelola hanya akan baik kalau didukung oleh sistem informasi yang kuat. Di daerah ada beberapa sistem informasi yang dilaksanakan, yaitu SP2TP/SIMPUS oleh puskesmas, SIRS oleh RSUD, SIKDA yang dikelola oleh Pemda dan laporan-laporan program termasuk P-Care dan Laporan kegiatan dan SPJ DAK-nonfisik.

Ada satu sistem informasi yang lemah dan sangat penting yaitu Surveilans Epidemiologi. Berbagai peraturan mengharuskan puskesmas, RSUD dan Dinkes melakukan surveilans. Bukan saja untuk memantau secara rutin perkembangan kesehatan, tetapi yang sangat penting adalah memantau secara “*prime time*” kejadian emergensi dan wabah.

Ada dua jenis anggaran yang diperlukan untuk memperkuat surveilans di tingkat kabupaten/kota, yaitu:

- “*Start-up budget*” yaitu untuk:
 - untuk me-*review* dan melakukan “*updating*” pedoman-pedoman yang surveilans sudah pernah dikembangkan
 - Melakukan pelatihan kepada 514 Dinkes kabupaten/kota
 - Diseminasi pedoman surveilans puskesmas kepada semua puskesmas (9.756 puskesmas)
 - Diseminasi pedoman surveilans RS kepada 514 RSUD
 - Mengembangkan dukungan IT untuk surveilans
- *Routine budget* dimasing-masing unit tersebut di atas yang dimasukkan dalam RKAT masing-masing

2. Peran swasta dalam pengelolaan SDM, farmasi, alkes dan sistem pelayanan kesehatan

Elemen lain untuk memperkuat sistem kesehatan adalah tentang SDM, farmasi/alkes dan pelayanan kesehatan (primer, sekunder dan tertier). Seperti telah disampaikan dimuka, pihak swasta dapat berperan banyak membiayai penguatan fungsi-fungsi tersebut. Ada dua hal penting yang perlu dilakukan pemerintah untuk mendukung pihak swasta:

- Membuat peta kebutuhan SDM dan fasilitas kesehatan di setiap wilayah (kab/kota dan provinsi)
- Memberikan insentif kepada swasta untuk berinvestasi di wilayah-wilayah tersebut, yaitu berupa kemudahan-kemudahan melakukan investasi

REFERENSI

1. Ascobat Gani. (2017). Naskah Akademik penyusunan RPP Pembiayaan Kesehatan. Jakarta: PPJK Kemenkes
2. Ascobat Gani, dkk. (2018). Background Study Bidang Kesehatan. Bandung: Bappeda Provinsi Jawa Barat
3. Ascobat Gani, dkk. (2018). Background Study Bidang Kesehatan Kabupaten Majalengka. Majalengka: Bappeda Kabupaten Majalengka
4. BPS. (2015). Hasil olahan data Susenas 2013 dan 2015 tentang cakupan Immunisasi, ASI Eksklusif dan KB
5. Dokumen SDGs 2015 – 2030
6. Hidayat, Budi. (Desember, 2017). Putus Jebakan Kuratif, Rajut Bangunan UKM. Disampaikan pada Kaleidoskop CHEPS UI 2017: Marginalisasi Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) di Era JKN yang diselenggarakan oleh PKEK UI, 21 Desember 2017
7. Kemendagri. (2017). Data APBD 2015 s/d 2017 dari 514 Kabupaten dan Kota. Jakarta: Kemendagri
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 26 tahun 2006 tentang Perencanaan dan Penganggaran Berbasis Kinerja
9. Peraturan Menteri Kesehatan tentang BOK dan DAK-nonfisik (sejak 2010 s/d 2017)
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2016 tentang Puskesmas
11. Peraturan Perundangan Nomor 2 tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimum
12. Peraturan Presiden Nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional
13. Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
14. PPJK Kemenkes & FKMI. (2018). Hasil NHA 2012 – 2016. Jakarta: Kementerian Kesehatan
15. PPJK Kemenkes & PKEK FKMI. (2015). Hasil DHA di beberapa kabupaten/kota. Jakarta: Kementerian Kesehatan
16. TSSC IAKMI. (2010). Peningkatan Cukai Tembakau dan Dampak Perekonomian. Jakarta: IAKMI
17. Rokx, Claudia dkk. (2009). Health Financing in Indonesia. Jakarta: World Bank
18. Smith, Brian Abel & E.P, Mach. Planning the finance of the Health Sector

19. Soewondo, Prastuti. (2018, Mei). Peta Pembiayaan Kesehatan Indonesia: Capaian dan Tantangan. Disampaikan pada FGD Background Study RPJMN 2020-2024 Pembiayaan Kesehatan yang diselenggarakan oleh Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Bappenas, 24-25 Mei 2018
20. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
21. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
22. Undang-Undang Nomor 23 tahun 2014 tentang Pembagian Urusan Pemerintah
23. WHO. (2001). Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Geneva: WHO
24. WHO. (2006). Spending Target for Health: No Magic Number. Geneva: WHO
25. WHO. (2007). A Safer Future: Global Public Health Security In The 21st Century. Geneva: WHO
26. WHO. (2010). World Health Report: Health System Building Blocks. Geneva: WHO
27. WHO. (2010). World Health Report: Health Financing, the Pathway Toward Universal Health Coverage. Geneva: WHO
28. WHO/SEARO. (2016). Assessment of SDGs Achievement In The Regions. Geneva: WHO
29. World Bank. (1993). World Development Report 1993: Investing in Health. Washington: World Bank
30. Zschock, Dieter. (1979). Health Care Financing in Developing Countries. USA: APHA



**Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat
Kedeputian Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan
Kementerian PPN/Bappenas**

Jalan Taman Suropati No. 2, Jakarta Pusat, 10310
Telp: (021) 31934379, Fax: (021) 3926603
Email: kgm@bappenas.go.id

ISBN 978-623-93153-5-1

