



Dalam jangka panjang: APAKAH APBN AKAN TERUS MENJADI TUMPUAN UNTUK MENUTUP DEFISIT BPJS?

Laksono Trisnantoro, FK-KMK UGM

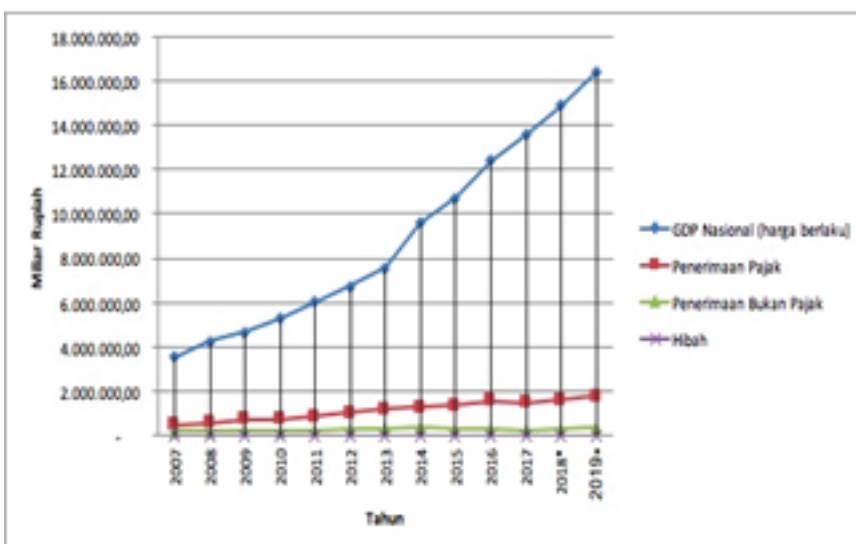
Ringkasan Eksekutif

Dalam perjalanan BPJS dari tahun 2014 - 2019, APBN selalu menjadi tumpuan untuk menutup defisit. Hal ini dapat menjadi jebakan, karena APBN Indonesia masih lemah dalam konteks Rasio Pajak yang rendah. Dampak paling berat adalah menyulitkan pelaksanaan sila Keadilan Sosial bagi seluruh bangsa Indonesia dalam JKN. Sebagian dana PBI dipergunakan oleh PBPU tanpa ada pelaksanaan kebijakan kompensasi. Dalam konteks ekonomi Indonesia, masih banyak alternatif pendanaan inovatif yang dapat dipergunakan untuk JKN antara lain: sumber pemerintah daerah untuk menutup defisit, dana masyarakat yang mampu, dan dana-dana filantropi.

Pengantar

Sistem Jaminan Kesehatan saat ini dibentuk oleh UU SJSN (2004) dan UU BPJS (2011). BPJS merupakan single payer dalam bentuk single pool. Dalam perjalanannya Single Pool BPJS menjadi salah satu penyebab permasalahan dalam aspek keadilan sosial JKN. Hal ini terkait dengan situasi Supply Side (Lihat DaSK) yang cenderung berkembang di pulau Jawa pada tahun 2014 – 2019.

Grafik 1. Pertumbuhan GDP dan Pengumpulan Pajak

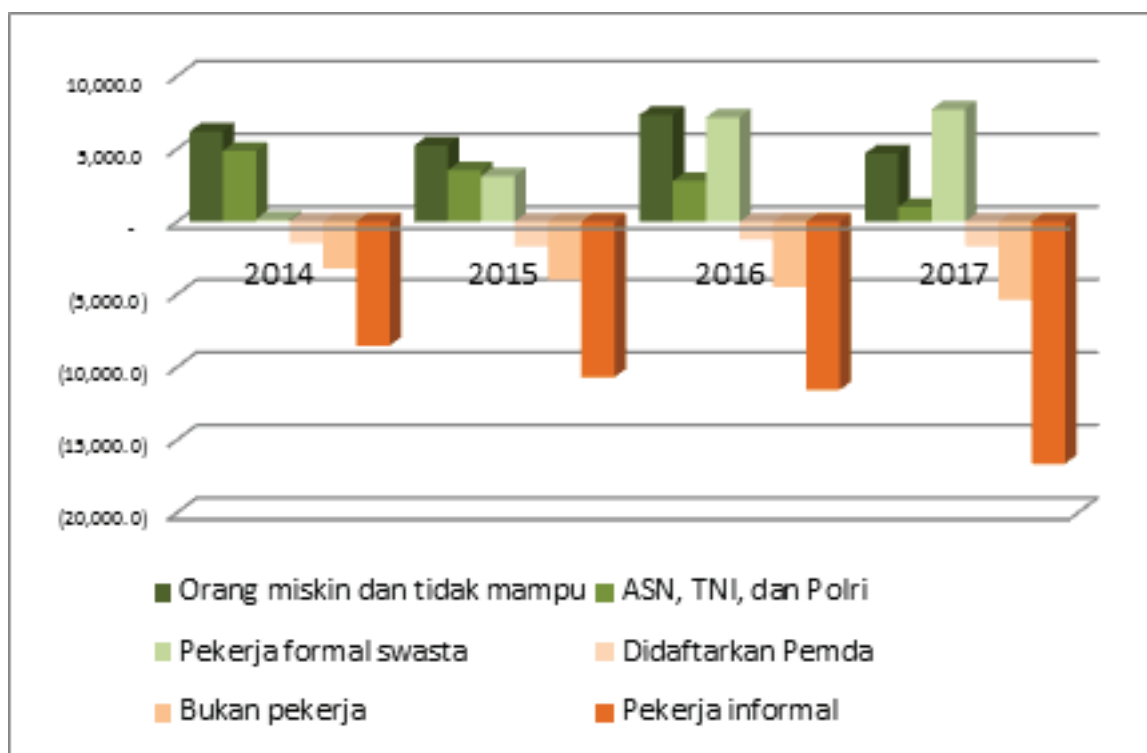


Sistem JKN dimulai pada tahun 2014, dengan suatu kenyataan bahwa GDP Indonesia berkembang pesat namun mempunyai pengumpulan pajak yang lemah (Tax Ratio sekitar 10%) sehingga APBN juga lemah (Lihat Grafik 1).

BPJS banyak bertumpu pada APBN yang lemah. Dana masyarakat tidak masuk banyak di BPJS. Dana APBD masuk ke BPJS melalui mekanisme PBI. Dana filantropi belum tergarap. Situasi saat ini mengakibatkan Belanja untuk kesehatan sulit bertambah (3.2% sekitar 450 T). Pertumbuhan ekonomi Indonesia dimanfaatkan sektor bukan kesehatan. Dalam perjalanan JKN terjadi defisit BPJS yang semakin besar yang menjadi tanggung jawab APBN yang lemah. Sementara itu APBD tidak menanggung defisit karena memang tidak ada perintah di UU SJSN dan UU BPJS.

Segmen Sumber Defisit adalah justru masyarakat anggota BPJS yang relatif lebih mampu (2014 – 2017). Karena masih belum ada pagar di dalam BPJS yang single pool maka sebagian dana PBI yang seharusnya untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, dipergunakan oleh PBP yang defisit.

Grafik 2. Sumber Defisit BPJS



(Sumber data: Kementerian Keuangan 2018)

Daerah-daerah yang mempunyai fasilitas kesehatan (faskes) yang banyak, “menarik dana” dari daerah yang kurang faskes. Sebagai gambaran setiap tahun Provinsi Jawa Tengah selalu terjadi “defisit” besar, sementara di Kabupaten Malaka NTT, BPJS mengalami “surplus”. Akibat single pool, dana tidak terpakai dari Kabupaten Malaka dapat dipakai di Jawa. Terjadi ketidakadilan dalam perjalanan JKN.

Bagaimana mengatasi defisit? Ada 2 cara: 1. Menambah pendanaan; dan (2) mengurangi pengeluaran (efisiensi). Policy Brief ini hanya membahas penambahan pendanaan yang merupakan wewenang pemerintah.

Pada bulan Oktober 2019, pemerintah mengeluarkan Perpres 75/2019 yang menaikkan premi di semua segmen masyarakat. Keputusan Pemerintah Pusat menaikkan premi: PBI APBN (31 Agustus 2019). Memberikan subsidi RP 19.000 ke PBI Daerah. Menaikkan PPU..1 Januari 2020. Menaikkan premi PPU dan PBP dan BP (1 Januari 2020).

Masalah Kebijakan dalam kenaikan Premi

Perpres 75/2019 menunjukkan komitmen pemerintah untuk menutup defisit yang membengkak. Perpres ini telah memperhitungkan utilisasi di setiap segmen. Namun besaran premi di kelompok PBPU semua kelas, masih di bawah Biaya Per Orang per Bulan. Dalam prosesnya, DPR menolak keras kenaikan Premi kelas III PBPU dan BP. Sementara premi yang dibayar pemerintah pusat untuk PBI (APBN) jauh di atas Biaya per Orang per Bulan. Kenaikan tarif ini juga belum memperhitungkan perbedaan klaim antar daerah karena perbedaan akses, dan pendanaan kebijakan kompensasi untuk daerah sulit. Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa sebagian dana PBI dipergunakan untuk mengatasi defisit di kelompok PBPU dan Bukan Pekerja. Dalam konteks pendanaan APBD, strategi kebijakan kenaikan ini bertumpu pada sumber dana pemerintah APBN, walaupun sudah meningkatkan pendanaan dari masyarakat (PBPU). Akan tetapi kebijakan ini belum memaksa pemerintah daerah ikut serta membayar defisit.

Bagaimana kalau kebijakan menutup defisit terus bertumpu pada APBN?

Menutup defisit dengan menggunakan dana PBI memang merupakan komitmen pemerintah untuk menyelesaikan masalah akibat timbulnya defisit BPJS. Hal ini merupakan kebijakan pembiayaan kesehatan jangka pendek. Bagaimana di masa mendatang kalau tidak ada perubahan? Sebagian dana PBI-APBN dan PPU akan terpakai terus untuk menutup defisit di PBPU. Dampak yang akan terjadi adalah:

- Peserta PBPU akan bertumpu pada dana APBN untuk jaminan kesehatannya. Akan ada pemburukan keadilan di mana peserta PBI semakin sedikit menikmati manfaat BPJS.
- Pemerataan manfaat antar daerah akan semakin besar. Hal ini akan diperburuk apabila kebijakan kompensasi tidak dapat didanai.
- Kementerian Kesehatan akan mendapat tekanan berupa pengurangan dana dari APBN untuk kegiatan kesehatan lainnya.
- Kebijakan ini juga tidak akan sustain dan akan menjadi jebakan bangsa.

Rekomendasi Kebijakan

Sektor Kesehatan di Indonesia perlu lepas dari jebakan bertumpu pada APBN yang lemah, dan tidak adil. Sumber Pembiayaan Kesehatan perlu ditata ulang agar lebih berkelanjutan (sustainable) dengan menggunakan berbagai inovasi dalam pembiayaan kesehatan. Potensi dana kesehatan secara matematis dapat dihitung sebagai berikut:

Saat ini baru 3.2% dari 14 000 Triliun GDP untuk sektor kesehatan. Besaran ini setara sekitar Rp 450 Triliun. Dengan menggunakan tolok ukur di China sekitar 5%, masih ada potensi 1,8% untuk sektor kesehatan. Potensi ini setara dengan sekitar Rp 250 triliun. Apabila dana ini tidak digunakan untuk sektor kesehatan akan digunakan untuk yang lainnya.

Pertanyaan pentingnya adalah apakah mungkin kenaikan ini bertumpu pada APBN yang lemah? Jawabannya tentu tidak. Oleh karena itu diperlukan Pendanaan dari Pemerintah dan Masyarakat secara bersamaan (blended), dan menghindari dari dominasi APBN yang lemah. Dianjurkan agar ada penguatan dana pemerintah dan dana masyarakat yang inovatif.

Penguatan dana Pemerintah:

APBN: Diharapkan APBN meningkat dananya dengan fokus pada masyarakat miskin dan tidak mampu. Disamping itu APBN diperlukan pula untuk menyeimbangkan faskes dan SDM di daerah serta untuk mendanai kegiatan preventif dan promotif

APBD: Akibat perbedaan faskes maka perlu PBI Pemda yang berbeda tarifnya. Pemda ikut aktif menyeimbangkan faskes dan pemerataan SDM. Pemda diharap ikut share membayar defisit di daerahnya. Dengan ikut share defisit maka diharapkan ada: insentif untuk melakukan kontrol pengeluaran; insentif untuk melakukan kegiatan preventif dan promotif; insentif untuk mengelola peserta PBPU yang menunggak, serta rasa memiliki

Penguatan Dana Masyarakat

Keadaan ekonomi masyarakat dengan Tax Ratio rendah merupakan peluang untuk peningkatan pendanaan dari masyarakat yang mempunyai kemampuan. Masyarakat diharapkan memberikan pendanaan melalui berbagai mekanisme antara lain:

Askes Komersial: Masyarakat mampu dipersilahkan untuk menggunakan askes komersial, Walaupun menjadi anggota BPJS diharap tidak menggunakan BPJS kalau sakit: akan terjadi 2 tier system namun Industri Kesehatan akan berkembang.

Cost sharing di BPJS: Masyarakat mampu diharapkan bisa melakukan cost-sharing. Dapat di FKTP ataupun di FKTL. Diharapkan pula ada batas maksimum yang dapat dibayarkan oleh BPJS untuk masyarakat mampu. Dengan demikian kebijakan ini mendorong berlangsungnya askes komersial untuk penyakit katastropik.

Premi BPJS yang sesuai dengan biaya. Premi PPU dan PBPU diharapkan meningkat sesuai dengan biaya yang dikeluarkan BPJS dan kemampuan peserta. Pengumpulan premi harus baik dan jangan sampai ada peserta BPJS yang menunggak.

Filantropi (Dana Kemanusiaan) sektor kesehatan.

Diharapkan masyarakat dapat mendukung kelompok PBPU yang gagal bayar dan menjadi miskin namun tidak masuk PBI. Akan ada kegiatan crowdfunding seperti di www.kitabisa.com. Perlu juga untuk mengembangkan dana kemanusiaan untuk mendukung biaya pasien PBI seperti transportasi, akomodasi dll. Dana filantropi juga penting untuk mendukung RS-RS yang kekurangan dana.

Informasi lebih lanjut:

Laksono Trisnantoro – PKMK FK-KMK UGM
Gedung Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, FK-KMK UGM
Telp. 0274 549425
e-mail: trisnantoro@ugm.ac.id