

“10 th” JKN

Pertemuan 3: Sesi 1

Hambatan meningkatkan Keadilan Sosial dalam Industri sektor Kesehatan di masa BPJS

Laksono Trisnantoro, Faozi Kurniawan, Eva Tirtabayu, Puti Aulia
Rahma, Elisabeth Listyani, Srimurni Rarasati

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan

FK-KMK UGM

Pertemuan 3:

(1) Analisis kebijakan dalam konteks keberlanjutan pelaksanaan JKN pada masa mendatang dengan prinsip keadilan sosial dalam industri kesehatan; dan

(2) Rekomendasi kebijakan untuk Pemerintah dan respons strategis para tenaga medik dan tenaga kesehatan serta organisasi-organisasi Pelayanan RS/Asosiasi dan organisasi Profesi. Pembahasan dilakukan dengan melalui diskusi mengenai:

- * Skenario pendanaan BPJS berbasis segmen anggota BPJS;
- * Skenario pendanaan non BPJS;

(1) Analisis kebijakan dalam konteks keberlanjutan pelaksanaan JKN pada masa mendatang dengan prinsip keadilan sosial dalam industri kesehatan; dan

- a. 10 tahun JKN dengan 3 tahun Covid19**
- b. Bagaimana Keadilan Sosial bagi Seluruh Rakyat Indonesia dalam masa JKN**
- c. Memahami keterkaitan prinsip Industri Kesehatan selama JKN.**

a. 10 Tahun Kebijakan JKN
diselingi 3 tahun
Pandemik Covid19

Pra JKN:

Di awal Reformasi (tahun 2000an)

Ada Krisis Ekonomi yang berimpact pada Politik

Pergantian dari Orde Baru ke Masa Reformasi. Ada euforia untuk mengurangi:

- a. otoritas pemerintah pusat dengan kebijakan desentralisasi kesehatan, dan
- b. memecah otoritas Departemen Kesehatan

Ditandai dengan rangkaian UU dalam desentralisasi politik, dan UU Praktik Kedokteran 2004

+ Kebijakan untuk memperhatikan masyarakat miskin yang terkena imbas krisis moneter di tahun 1990an akhir.

Social Safety Net/Jaring Pengaman Sosial

Social Safety Net/Jaring Pengaman Sosial

- JPS-Bidang Kesehatan
- Jamkesmas,
- Askeskin

Ideologi: Menolong yang miskin dan terpinggirkan.

Keadilan Sosial bagi seluruh bangsa Indonesia

**Berkembang
menjadi BPJS**

**Apakah terjadi
pergeseran Nilai?
Apa keberhasilannya?**

Apa indikator keberhasilan JKN?
Apakah berdasarkan
ideologi/nilai-nilai di UUD 1945,
UU SJSN (2004) dan UU BPJS
(2011)

Pasal 34 UUD 1945 menyatakan

Pasal 34

- (1) Fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara.****)
- (2) Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.****)
- (3) Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.****)
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pasal ini diatur dalam undang-undang.****)

Asas dan Tujuan UU SJSN (2004)

BAB II

ASAS, TUJUAN, DAN PRINSIP PENYELENGGARAAN

Pasal 2

Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Prinsip:

Pasal 19

- (1) Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.
- (2) Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Catatan: Manfaat berarti termasuk indikator mutu pemeliharaan kesehatan

b. UU BPJS (2011)

Pasal 2

BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas:

- a. kemanusiaan;
- b. manfaat; dan
- c. keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

masa JKN sebelum Covid19 (2014 - 2019):

- ❑ Revenue
Collection
- ❑ Pooling
- ❑ Purchasing

Revenue Collection

- Sumber dana dari APBN dan APBD yang terbatas, dan sejak awal terpengaruh oleh aspek politik.
- Revenue BPJS tergantung pada PBI APBN.
- Berbeda dengan Thailand, ada segmen PBPU yang membayar dengan 3 kelas, namun sejak tahun awal sudah bermasalah.
- Akibat tidak berhasilnya wajib bagi PBPU, terjadi moral hazard. BPJS menarik peserta PBPU yang mempunyai kecenderungan sakit.
- BPJS kurang berhasil menarik dana dari masyarakat. Peserta PBPU banyak yang tidak tertib membayar premi.

Pooling

- Dengan menggunakan kebijakan single pool, terjadi penggunaan dana yang seharusnya untuk orang miskin/tidak mampu (PBI APBN) ke anggota yang lebih mampu.
- PBPU mempunyai ciri askes komersial, bukan sosial. Sejak tahun 1 sudah mengalami defisit.
- Tidak ada penggunaan pool regional. Dengan demikian dana PBI APBN yang seharusnya untuk masyarakat di regional sulit, terpakai ke regional yang maju.
- Ini berarti terjadi pula penggunaan dana yang seharusnya untuk daerah sulit, tersedot ke daerah yang banyak SDM dan RSnya.

Purchasing

- BPJS dimulai pada saat distribusi RS dan SDM dokter spesialis masih buruk dalam sebuah negara kepulauan. Purchasing berdasarkan fee-for-service. Semakin banyak RS semakin besar klaim.
- Anggaran Kemenkes (walaupun lebih dari 5% APBN) terpakai banyak untuk BPJS (PBI APBN)
- Dengan model Klaim INA-CBG, BPJS harus membayar pelayanan dengan tidak ada jaminan mutu
- BPJS belum menggunakan strategic purchasing

Catatan untuk Sistem Single Pool

Dalam model Klaim INA-CBG yang bersifat fee-for-service menambah disparitas. Sejak awal, sumber dana untuk menutup defisit berasal dari APBN

Terjadi subsidi salah sasaran: Sebagian peserta PBPU yang seharusnya mampu untuk membayar lebih, mendapat dana dari segmen-segmen lain, dengan yang paling banyak dari PBI APBN.

Sudah dibahas oleh UGM sejak tahun 2014, namun tidak ada respon adekuat,

Analisis per Segmen tidak dilakukan sejak, padahal masalah prinsip tentang askes sosial ada di segmen.

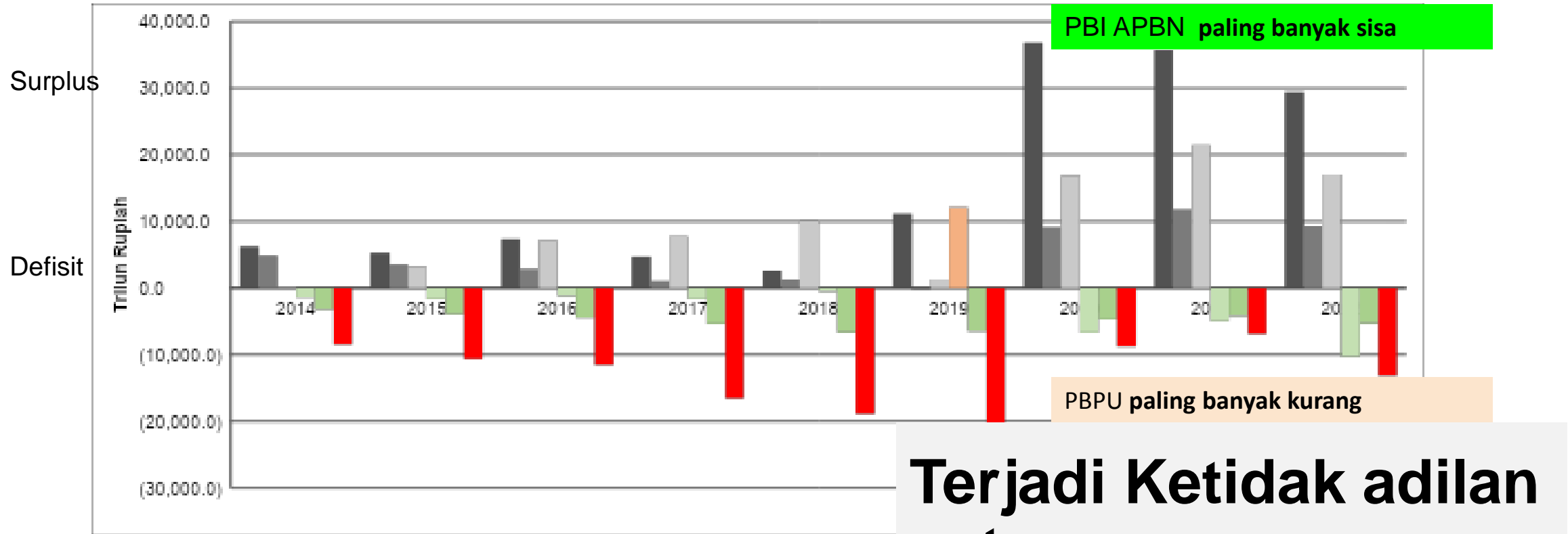
Apa akibatnya: Klaim Rasio Segmen Peserta JKN

(The claims ratio is the percentage of claims costs incurred in relation to the premiums earned).

Segmen	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
PBI APBN	69%	74%	70%	82%	85%	69%	24%	24%	33%	43%
PPU ASN	62%	73%	80%	93%	95%	92%	53%	45%	60%	72%
PPU BU	95%	71%	60%	64%	58%	58%	53%	46%	60%	68%
PBI APBD	208%	171%	134%	132%	134%	102%	139%	128%	187%	230%
BP	342%	341%	375%	424%	452%	442%	347%	310%	421%	518%
PBPU	552%	328%	302%	347%	310%	299%	157%	143%	219%	249%

di tahun 2014-2022:

Dana PBI APBN “sisa” bersama yang lainnya , dan dipakai kelompok yang lebih mampu (PBPU) dan yang lainnya.

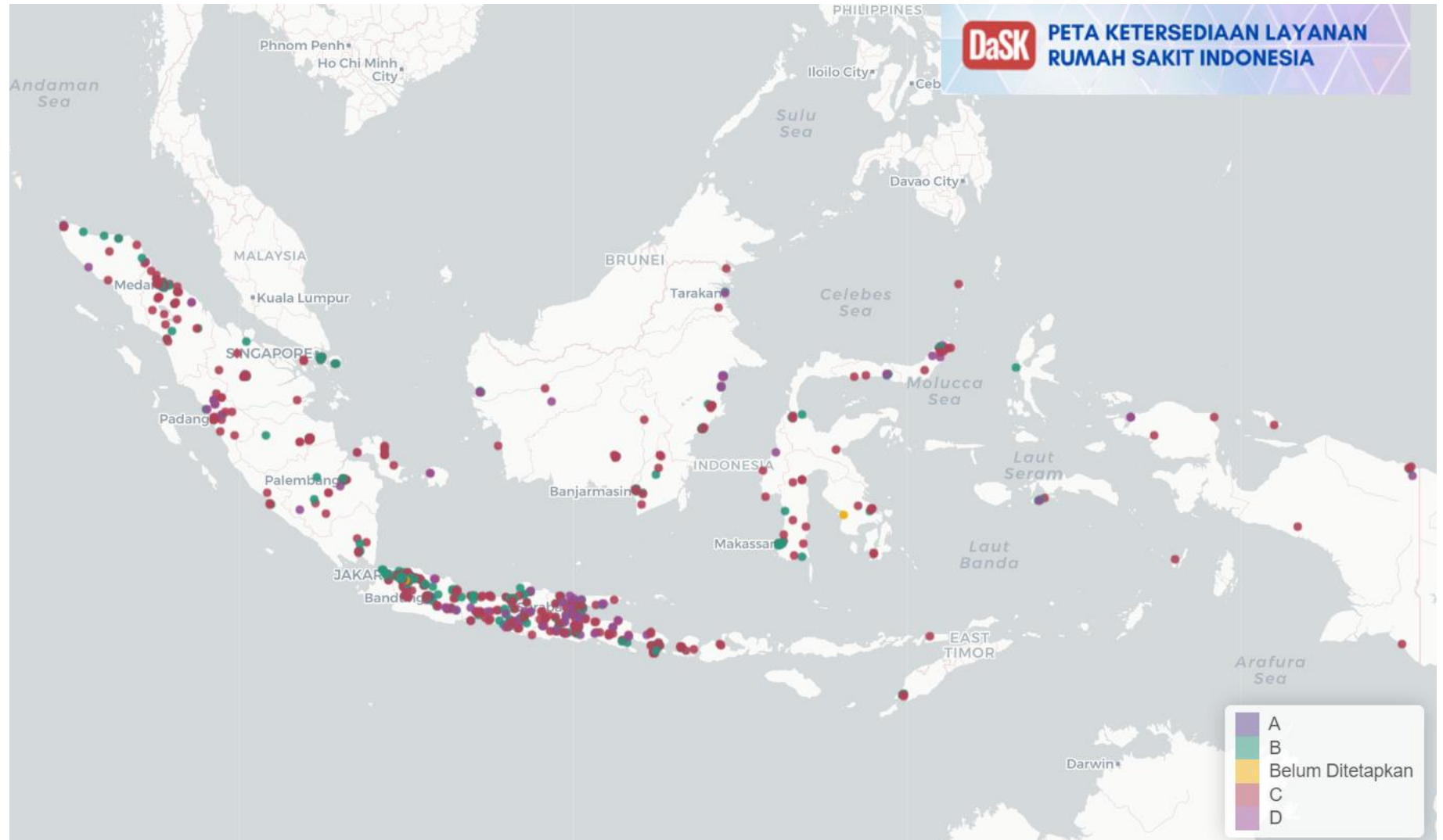


Terjadi Ketidakadilan antar segmen

- 2014-2019 terjadi defisit pada penyelenggaraan JKN
- 2016 mengalami surplus karena ada kenaikan iuran
- 2020-2021 terjadi surplus □ pandemic COVID-19 dan kenaikan iuran thn 2019
- Segmen peserta yg defisit setiap tahun adalah PBI-APBD, BP dan PBPU, meskipun ada perbaikan besaran iuran

Peta Ketersediaan Layanan Rumah Sakit di Indonesia masih buruk: Contoh untuk Jantung

Pelayanan medis spesialisik jantung dan pembuluh darah □ lebih banyak terdapat di Jawa dan Sumatera dibanding wilayah lainnya



Sumber: SIRS (Juni 2020)

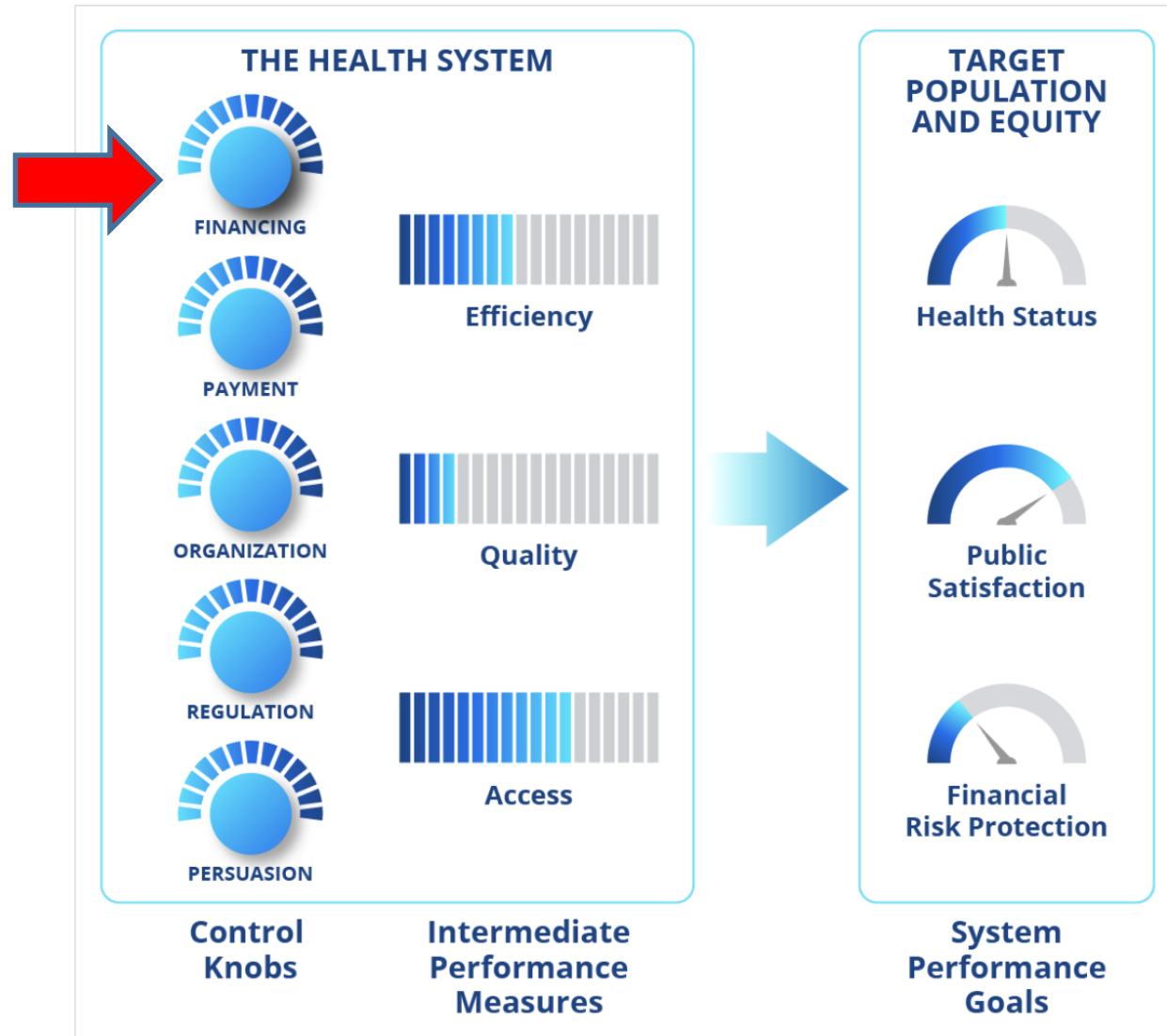
Catatan terkait Reform:

Kebijakan JKN di masa pra Pandemic Covid19 terbatas pada kebijakan pendanaan kesehatan.

Bukan sebuah Reform menyeluruh. Sistem Kesehatan bahkan menjadi fragmented (Trisnantoro 2018)

Belum mampu memberikan pengaruh positif pada Equity dan Mutu

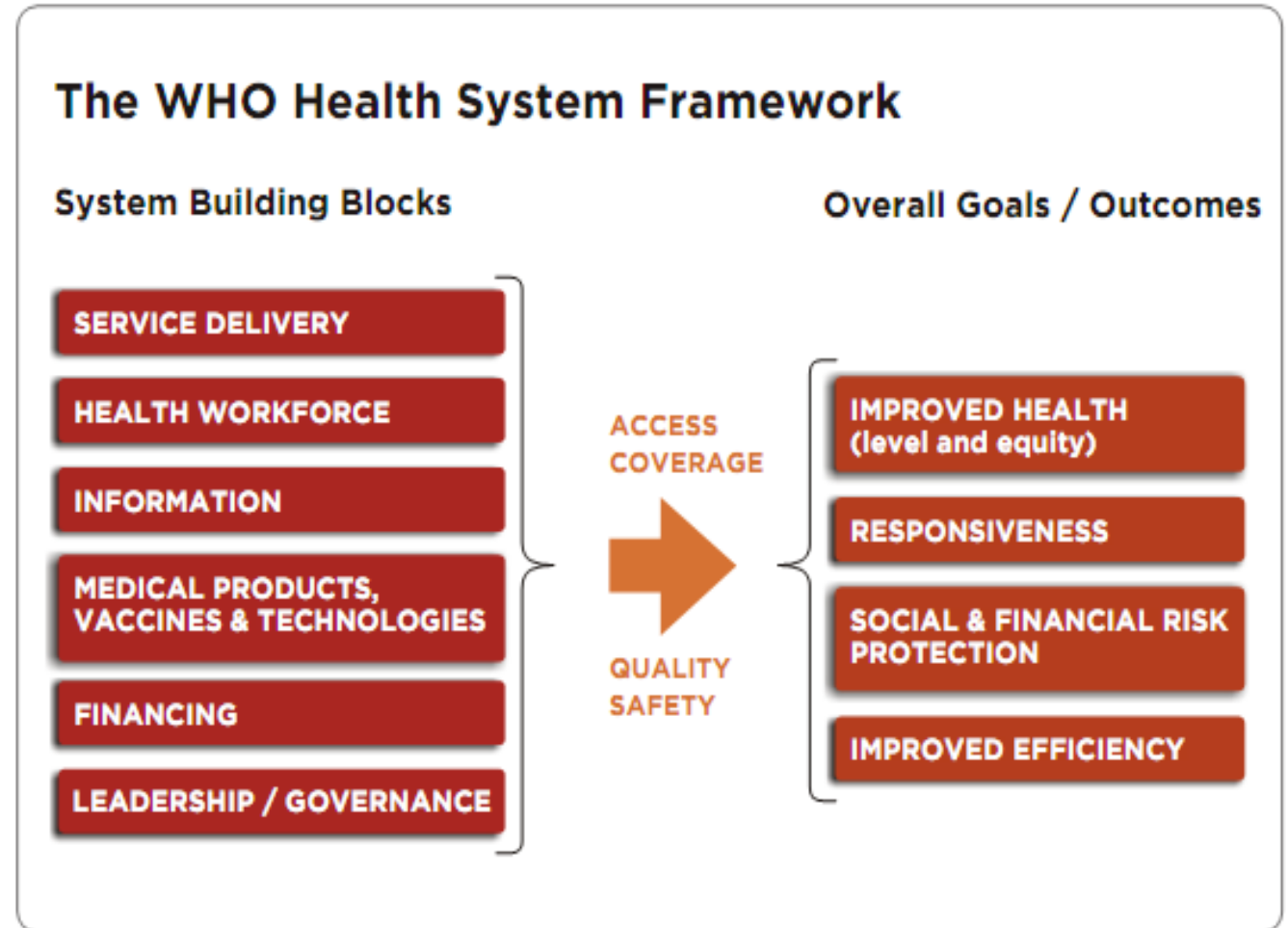
Figure 3-1: Health system control knobs, intermediate and final performance measures



Source: adapted from GHRR, p. 27.

**Dengan pendekatan WHO
hasilnya sama:**

Belum ada Reform yang jelas



Apa akibatnya?

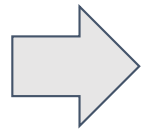
- Disparitas antar segmen dan antar region dalam hal akses dan cakupan menunjukkan pemburukan. Data di berbagai penyakit catastropik menunjukkan semakin banyaknya disparitas.
- Quality dan safety belum dijamin
- Tidak adanya sumber-sumber dana baru dalam pelayanan kesehatan sampai dengan tahun 2019.
- Kepastian hukum dalam fraud masih belum terbangun
- Program Pencegahan belum jelas.

Masa Pandemi (2020 - 2022)

Apa yang terjadi?

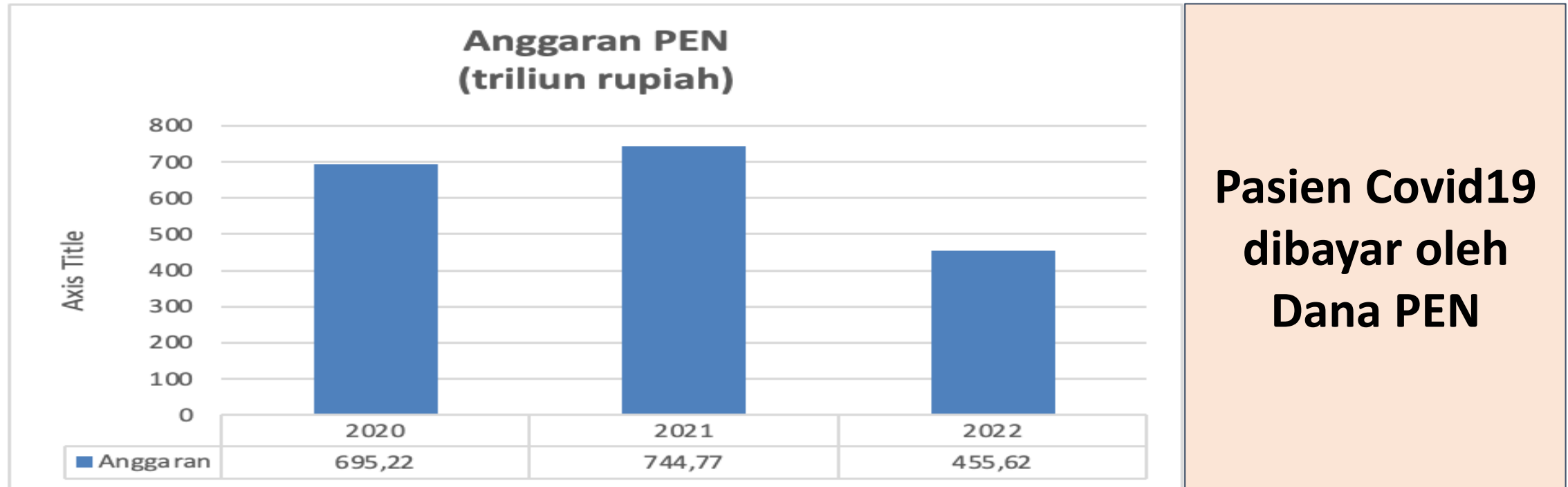
- Sistem JKN yang dikelola oleh BPJS berubah sekali

**Pendanaan
sangat berubah**



Dikelola dengan UU Wabah sejak adanya Kepres no 10 tahun 2020 tentang penetapan wabah

Ada Anggaran Pemulihan Ekonomi Nasional (PEN) yang sangat besar



Sumber: Kemnekeu, 2020-2022

- Anggaran PEN meningkat tahun 2020-2021, turun 2022
- Anggaran untuk Kesehatan rata-rata 23%

Jumlah pasien yang datang ke fasilitas kesehatan menurun akibat Covid19

Ditambah dengan:

**Kenaikan PBI APBN
yang signifikan di
tahun 2019**

Apa akibatnya?

Menurun Tajam.
khususnya di PBI
APBN, PPU ASN, dan
PBPU

Klaim Ratio

Segmen	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Dibawah 100%										
→ PBI APBN	69%	74%	70%	82%	85%	69%	24%	24%	33%	43%
→ PPU ASN	62%	73%	80%	93%	95%	92%	53%	45%	60%	72%
→ PPU BU	95%	71%	60%	64%	58%	58%	53%	46%	60%	68%
Di atas 100%										
→ PBI APBD	208%	171%	134%	132%	134%	102%	139%	128%	187%	230%
→ BP	342%	341%	375%	424%	452%	442%	347%	310%	421%	518%
→ PBPU	552%	328%	302%	347%	310%	299%	157%	143%	219%	249%

Hal yang Luar Biasa dan tidak menggunakan kaidah-kaidah pendanaan dalam JKN

Isu Fraud JKN Tergeser oleh Isu Fraud Covid 19

- Dalam masa pandemi COVID 19, isu-isu terkait fraud JKN mulai tergeser oleh isu fraud COVID 19
- Kegiatan terkait pencegahan fraud program JKN juga sementara dihentikan karena seluruh sumber daya yang terlibat dalam penyelenggaraan program JKN diarahkan untuk percepatan penanggulangan COVID 19
- Kasus fraud COVID 19 tidak sama dengan fraud JKN karena sumber pembiayaannya berbeda (meskipun BPJS Kesehatan membantu dalam proses audit layanan Covid 19)

**3 tahun masa
pandemik
Covid19 bukan
sebuah masa
yang biasa.**

Dalam riwayat 10 tahun perjalanan JKN,
masa 3 tahun harus dipisahkan

.

Dengan demikian ada kekeliruan kalau ada
penyebutan 10 tahun riwayat JKN dengan
pelaksanaan BPJS.

Kalimat yang lebih tepat adalah: masa
JKN dengan BPJS berjalan selama 6 tahun,
dan karena Covid19 berubah sementara
selama 3 tahun menjadi masa Pandemi.

Apabila tahun-tahun 2020 - 2022 dianggap sebagai tahun-tahun JKN biasa, akan terjadi salah penafsiran:

Year	Revenues (IDR - Trillion)	Expenditures (IDR - Trillion)	Surplus/Deficit (IDR - Trillion)
2014	40,7	42,6	-1,9
2015	52,8	56,9	-4,1
2016	67,4	67,3	0,1
2017	74,3	84,4	-10,1
2018	81,8	94,1	-12,3
2019	117,7	108,4	-3,1
2020	139,8	95,5	44,3
2021	143,3	90,3	53
2022	144,4	113,5	30,6
2023	151,7	158,9	-7,2

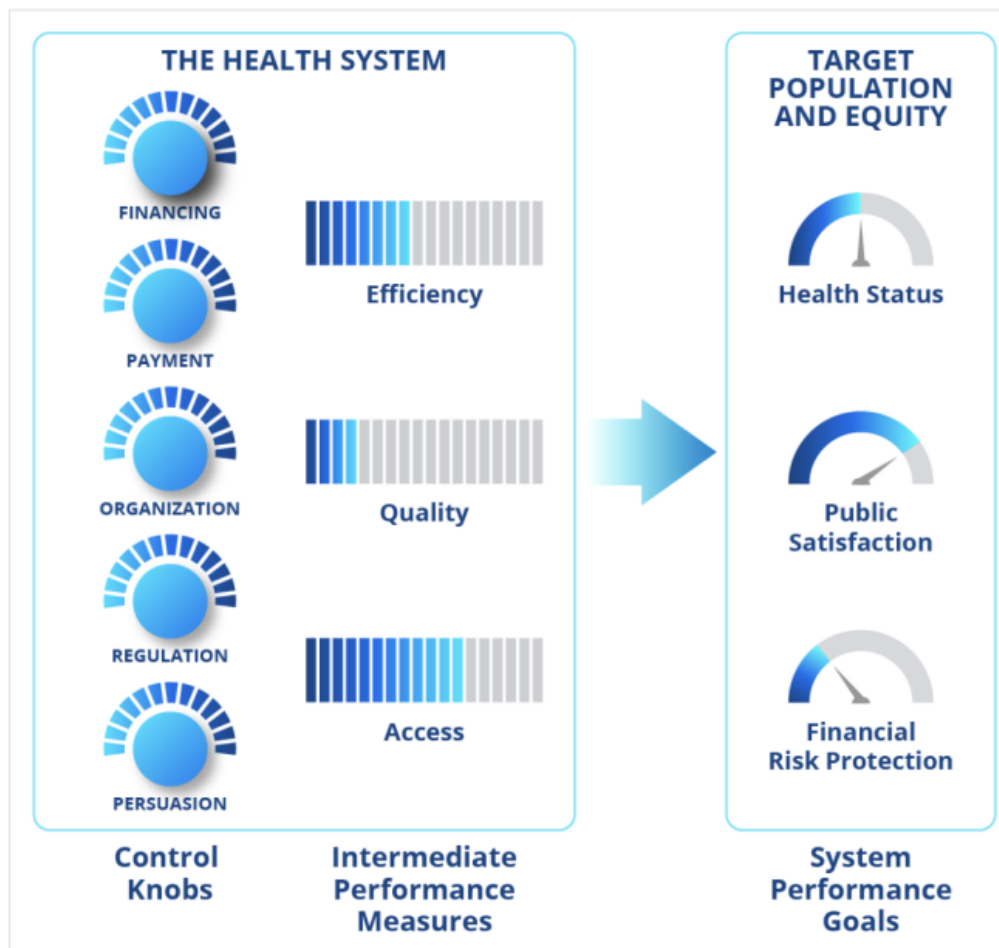
Hal ini terutama dengan adanya Surplus yang sangat besar.

Surplus yang terjadi adalah karena Covid19, dalam perspektif BPJS adalah “windfall”

+ kenaikan tarif PBI APBN di tahun 2019

**Covid
19
Years**

Figure 3-1: Health system control knobs, intermediate and final performance measures



Source: adapted from GHRR, p. 27.

Pendekatan Reformasi Kesehatan seperti model Harvard University tidak dapat dipergunakan selama masa Covid19

Setelah mereda Pandemi resmi berakhir di bulan Juni 2023

20 Sep 2023

Keppres 17/2023: Berakhirnya Status Pandemi COVID-19 di Indonesia



Tipe Dokumen	Peraturan Perundang-undangan
Judul	Keputusan Presiden (Keppres) Nomor 17 Tahun 2023 tentang Penetapan Berakhirnya Status Pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) di Indonesia
T.E.U.	Indonesia, Pemerintah Pusat
Nomor	17
Bentuk	Keputusan Presiden (Keppres)
Bentuk Singkat	Keppres
Tahun	2023
Tempat Penetapan	Jakarta
Tanggal Penetapan	22 Juni 2023

Masa Pasca Covid (2023 -
2024)

Indonesia masuk kembali ke sistem pendanaan JKN



Dengan pengalaman pengalaman Covid19 ..
ada Percepatan Reformasi Sistem Kesehatan
yang disebut dengan Transformasi Sistem
Kesehatan



Transformasi

Adalah proses perubahan yang
relative cepat

Contoh:

Ulat menjadi Kupu-kupu

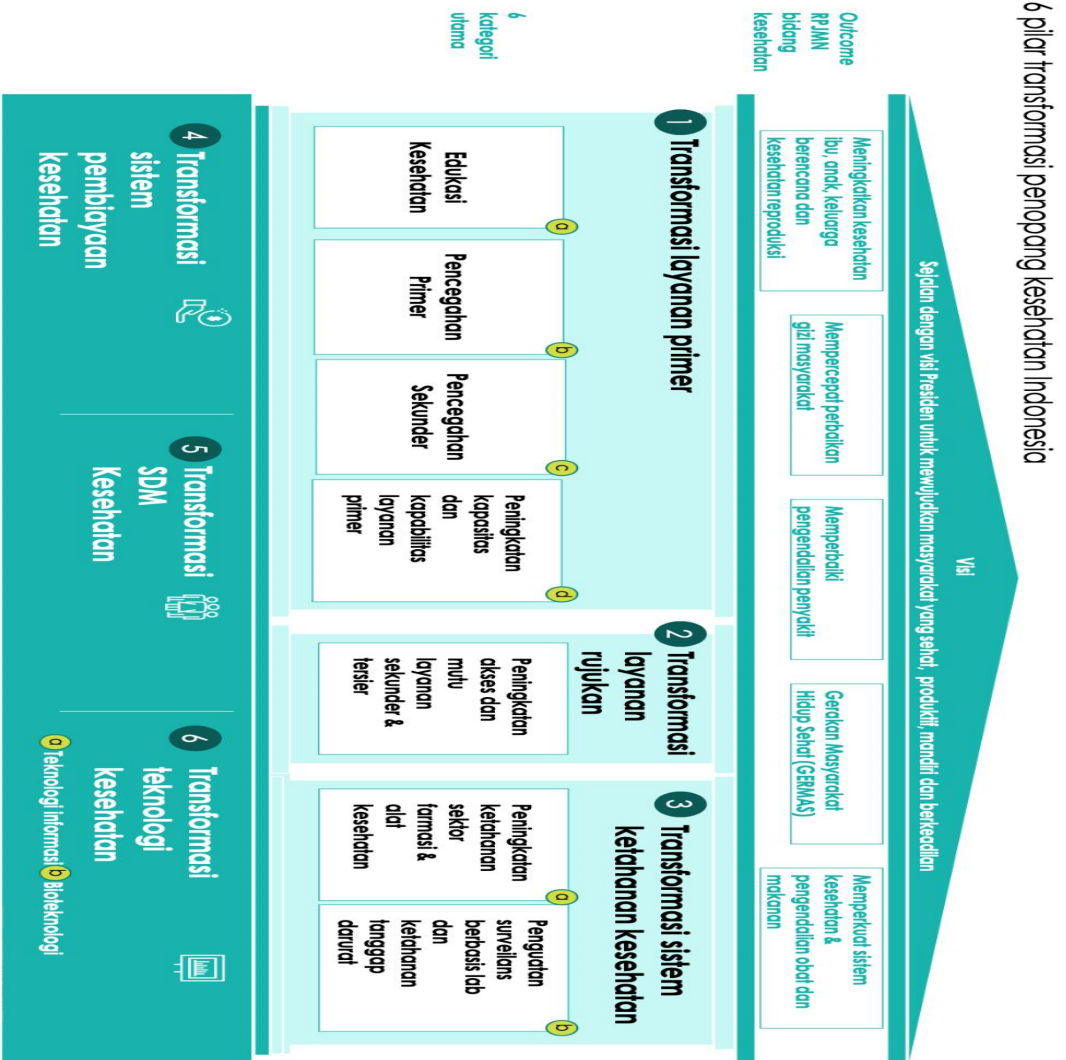


Kemenkes berkomitmen untuk melakukan transformasi sistem kesehatan

6 pilar transformasi penopang kesehatan Indonesia

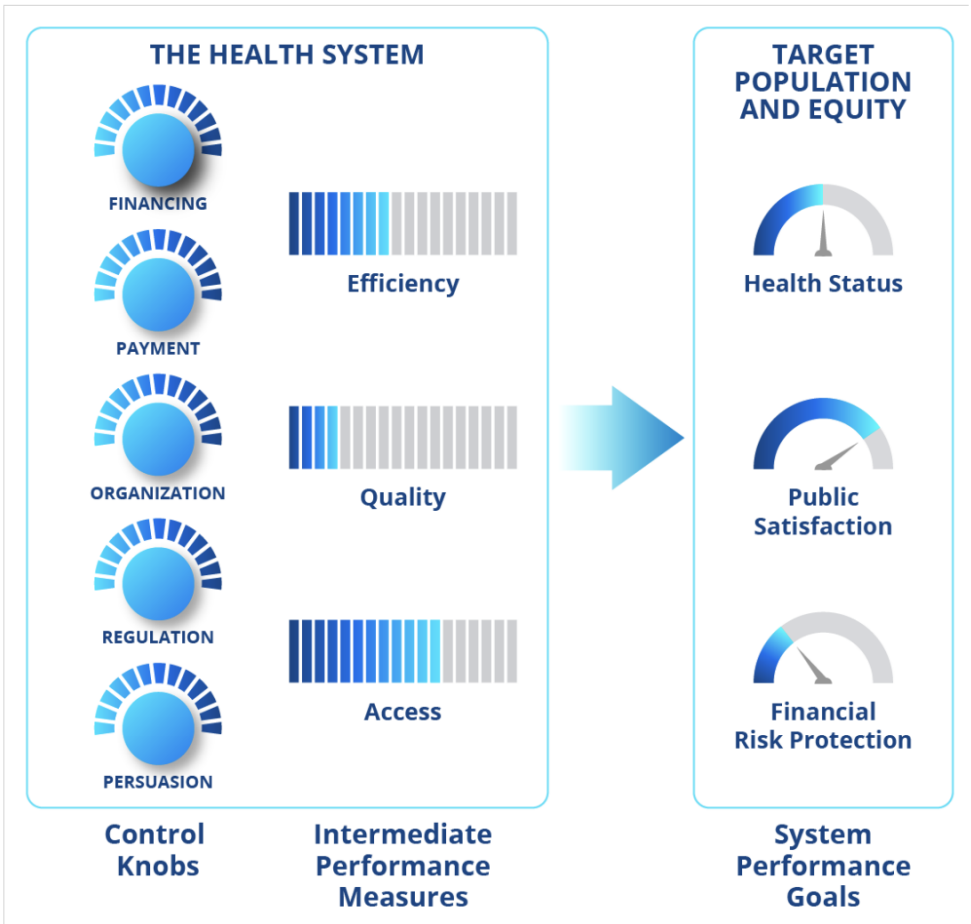


Diputar 90 derajat



Kemendes berkomitmen untuk melakukan transformasi sistem kesehatan

Figure 3-1: Health system control knobs, intermediate and final performance measures



Source: adapted from GHRR, p. 27.

Hubungan antar pasal

Kemenkes berkomitmen untuk melakukan transformasi sistem kesehatan

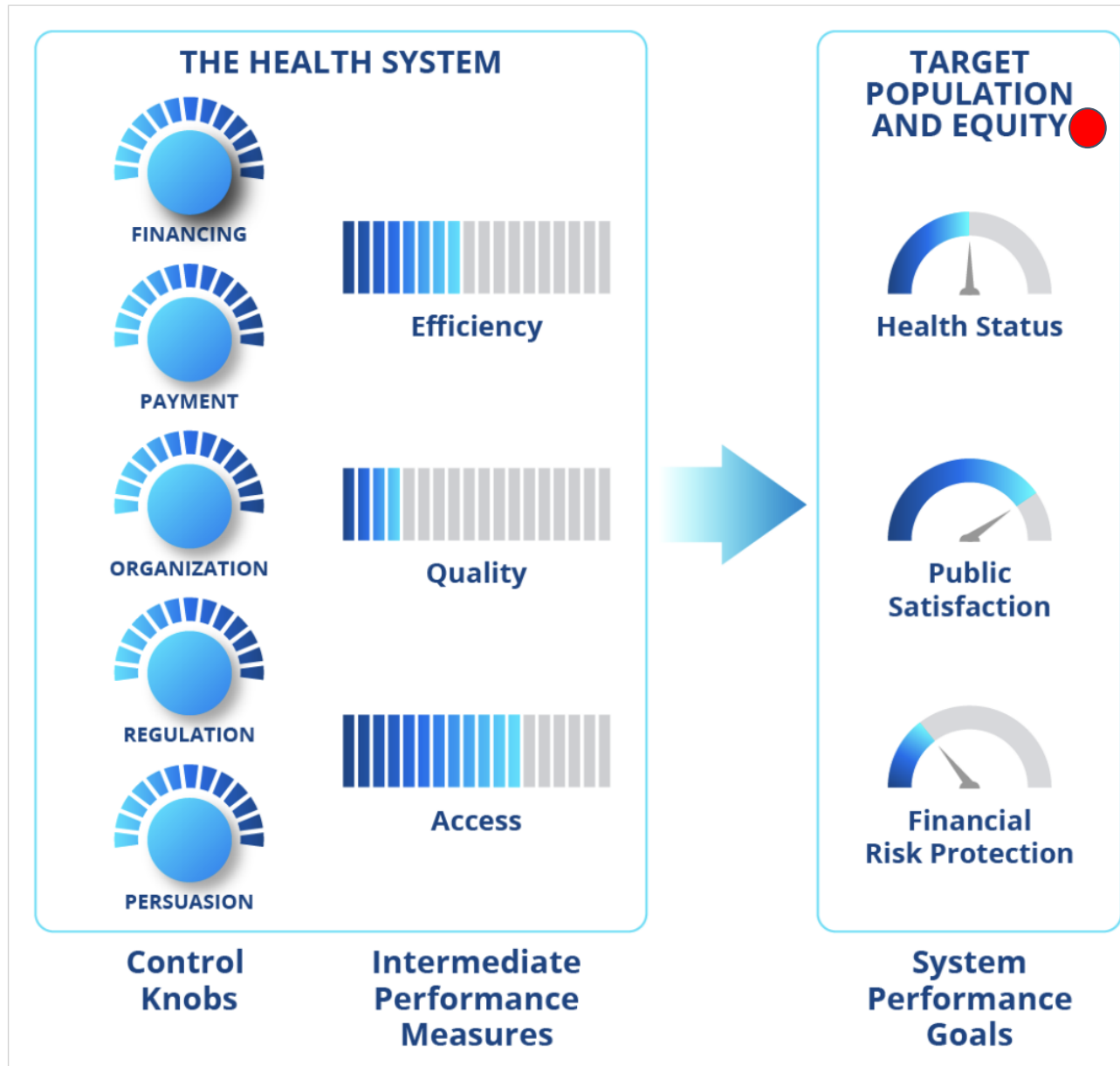
6 pilar transformasi penopang kesehatan Indonesia



Figure 3-1: Health system control knobs, intermediate and final performance measures

**Merupakan
sebuah
Reformasi
total, dengan
R besar:
semua tombol diatur
bersama**

**bukan r kecil
tidak semua tombol
diatur bersama**



Source: adapted from GHRR, p. 27.

Apa ideologi UU Kesehatan 2023?

- Menggunakan

**Ideologi: Menolong yang miskin dan terpinggirkan.
Keadilan Sosial bagi seluruh bangsa Indonesia.**

Bukan untuk:

Meningkatkan ekonomi

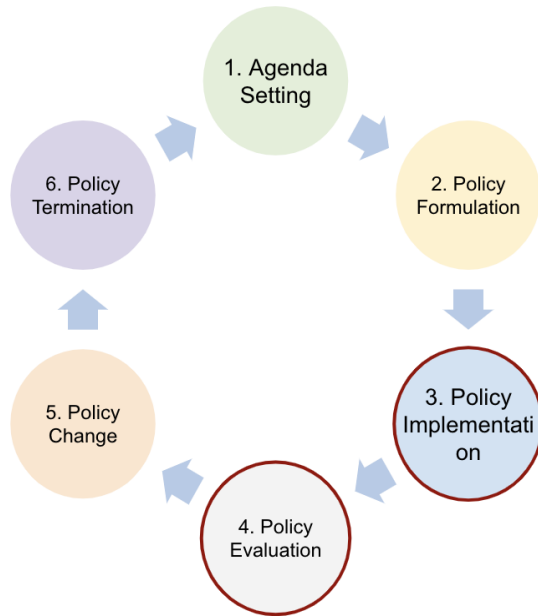
- **Menjadi UHC dengan pencapaian 95%**

-

b.

**Bagaimana Keadilan
Sosial bagi Seluruh
Rakyat Indonesia
dalam masa JKN**

Pertanyaan utama:



Apakah perintah UUD 1945 dijalankan, dan Asas serta Tujuan UU SJSN (2004) dan UU BPJS (2011) telah tercapai?

Di masa sebelum Covid19

2014	2015	2016	2017	2018	2019

Penggunaan sistem pendanaan JKN belum sesuai UUD 1944



Pasal 34

- (1) Fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara.****)
- (2) Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.****)
- (3) Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.****)
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pasal ini diatur dalam undang-undang.****)

Azas dan Tujuan UU SJSN dan UU BPJS belum tercapai



Pasal 19

- (1) Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.
- (2) Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Jaminan mendapat pelayanan kesehatan yang bermutu (1):

- Saat ini ada berbagai fakta terjadinya intervensi BPJS dalam proses penanganan klinis misal: adanya perubahan threshold untuk indikasi pengobatan, kuota pelayanan
- Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya belum efektif karena kurang dana dan cenderung tidak independen.

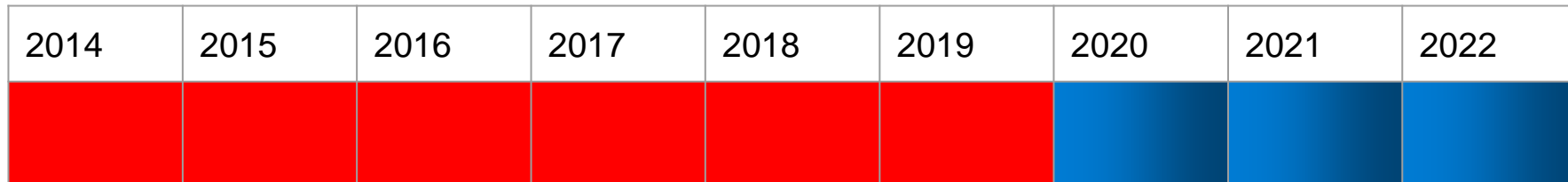
Ada risiko:

- Proses Klinis semakin ditentukan oleh ketersediaan dana
- Terjadinya penurunan mutu pelayanan klinisi akibat tidak adanya monitoring mutu secara independen

Jaminan mendapat pelayanan kesehatan yang bermutu (2):

- Saat ini ada pertanyaan besar mengenai fraud yang terjadi di sistem BPJS
- KPK turun tangan setelah 10 tahun memberi tenggang waktu untuk persuasi, bukan penindakan
- **Memberikan indikasi bahwa penanganan mutu pelayanan dalam frase “kendali mutu dan kendali biaya” belum berjalan dengan baik.**
- **Ada risiko semakin meningkatnya in-efisiensi pelayanan klinis BPJS**

Di masa Covid19 (2020 - 2022)



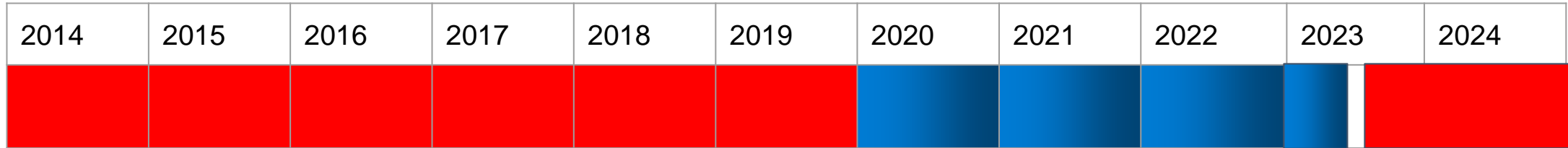
Penggunaan sistem pendanaan JKN belum sesuai UUD 1944

Penggunaan sistem pendanaan Wabah

Di masa Covid19 kebijakan adalah melakukan vaksinasi dan mengakhiri pandemik secepat mungkin dengan pendanaan PEN

Masalah mutu dan equity, tidak diperhatikan khusus

Di masa Pasca Covid19



Penggunaan sistem pendanaan JKN belum sesuai UUD 1944

Penggunaan sistem pendanaan Wabah

Di tahun 2023, UU Kesehatan menekankan mengenai akses dan mutu

Namun pasca Covid19 ada masalah Keberlangsungan Finansial BPJS

- Premium revenue increases every year.
- Health services expenditure increases every year.
- Premium revenue is smaller than Health services expenditure --> deficit.
- Deficit occurs every year except 2016, and u=in Covid years (2020, 2021 and 2022).

Year	Revenues (IDR - Trillion)	Expenditures (IDR - Trillion)	Surplus/Deficit (IDR - Trillion)
2014	40,7	42,6	-1,9
2015	52,8	56,9	-4,1
2016	67,4	67,3	0,1
2017	74,3	84,4	-10,1
2018	81,8	94,1	-12,3
2019	117,7	108,4	-3,1
2020	139,8	95,5	44,3
2021	143,3	90,3	53
2022	144,4	113,5	30,6
2023	151,7	158,9	-7,2

**Covid
19
Years**

Financial Sustainability?

Di tahun 2024

Problem Equity
masih ada pasca
Covid19

+ +

- . Belum terjaminnya mutu pelayanan kesehatan + fraud
- . Keberlangsungan Keuangan SJSN

Klaim Rasio di th 2023 menunjukkan trend meningkat

Segmen	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
PBI APBN	69%	74%	70%	82%	85%	69%	24%	24%	33%	43%
PPU ASN	62%	73%	80%	93%	95%	92%	53%	45%	60%	72%
PPU BU	95%	71%	60%	64%	58%	58%	53%	46%	60%	68%
PBI APBD	208%	171%	134%	132%	134%	102%	139%	128%	187%	230%
BP	342%	341%	375%	424%	452%	442%	347%	310%	421%	518%
PBPU	552%	328%	302%	347%	310%	299%	157%	143%	219%	249%

2023 – Estimasi – Laporan Keuangan BPJS Kesehatan belum publish

C.

**Memahami
keterkaitan prinsip
Industri Kesehatan
dengan BPJS**

selama 10 tahun JKN dengan diselingi 3 tahun Covid19 telah terjadi proses yang tidak dipedomani oleh nilai keadilan



Bagaimana hubungan BPJS dengan perkembangan industri kesehatan

Industri Kesehatan sudah terjadi lama di Indonesia sebelum masa BPJS, misal

- di Industri RS.
- Penyebaran SDM dokter dan tenaga kesehatan lainnya
- Industri Farmasi dan Alat Kesehatan

Definisi Health Care industry

<https://www.definitions.net/definition/health+care+industry>

- The health care industry, or medical industry, is a sector within the economic system that provides goods and services to treat patients with curative, preventive, rehabilitative, and palliative care.
- The modern health care sector is divided into many sub-sectors, and depends on interdisciplinary teams of trained professionals and paraprofessionals to meet health needs of individuals and populations.

Ciri:

- The health care industry is one of the world's largest and fastest-growing industries.
- Consuming over 10 percent of gross domestic product of most developed nations, health care can form an enormous part of a country's economy.

Kasus: Industri RS Indonesia















- RS Indonesia sudah lama berada dalam persaingan global.
- Masalah yang terjadi adalah posisi RS-RS di Indonesia di Asia Tenggara masih belum menjadi pelaku.
- Hanya sedikit RS di Indonesia yang dapat menarik pasien dari luar negeri.
- Masyarakat Indonesia masih menjadi pasar dari RS-RS luar negeri.
- Pasien Indonesia yang ke Malaysia, sebelum masa Pandemi mencapai sekitar 700 ribu orang (2019). Daftar 15 RS terbaik di Asia Tenggara, tidak ada satupun RS dari Indonesia.

“Lebih dari **670 ribu** wisatawan medis berasal dari **Indonesia** yang datang ke Malaysia sepanjang **2019**”

Mohd Daud Moh Arif
CEO MHTC, 2022

Sampai tahun 2022: 15 RS terbaik di Asia Tenggara

South East Asia

ranking	World Rank	Instituto	Country	Size	Visibilidad	Ficheros ricos	scholar
1	216	Queen Sirikit National Institute of Child Health		208	3936	364	12
2	299	Singapore National University Hospital		2283	835	313	209
3	314	Fort Suranaree Hospital		217	158	1080	2394
4	343	Bma Medical College and Vajira Hospital		338	1334	425	322
5	351	Phyathai Hospital Phya Thai's One Stop Center		482	201	705	2394
6	480	Bumrungrad Internacional Hospital		1397	349	2887	860
7	497	Phyathai Sriracha General Hospital		819	254	1681	2394
8	527	Singhealth		1741	922	687	610
9	657	Singapore General Hospital		1939	737	633	1328
10	659	Laser Vision Lasik Center of Thailand		2131	87	6897	2394
11	719	Bangkok Hospital		1160	392	2310	2394
12	784	Tan Tock Seng Hospital		2202	1163	881	931
13	857	Samitivej Hospital Sukhumvit		329	540	4605	2394
14	867	Kk Women's & Children's Hospital		3601	1278	2586	462
15	877	University Malaya Medical Centre		1468	2067	834	634

Data Rangking 15 RS terbaik Asia Tenggara didominasi oleh RS_RS Thailand, Singapura dan Malaysia.

Indonesia dengan 270 juta rakyat menjadi pasar.

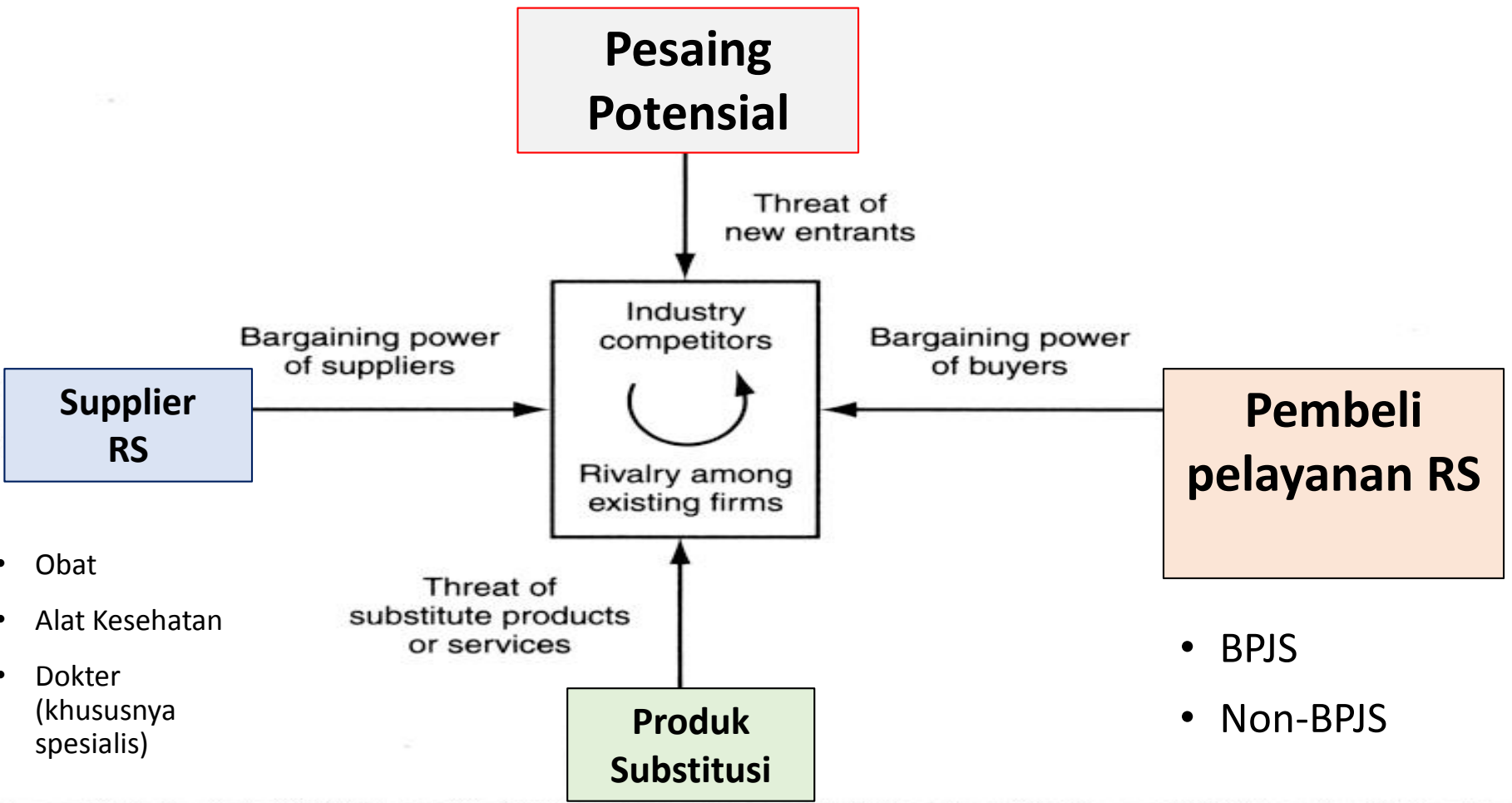
Mengapa RS Indonesia masih dalam kondisi memprihatinkan dibanding Asia Tenggara?

- Sudah ada kebijakan BLU RS Pemerintah
- Sudah ada kebijakan akreditasi RS
- **Sudah ada dana BPJS yang besar dalam waktu 10 tahun**

Industri Kesehatan

- **Merupakan frase yang netral**
- **Ada industri kesehatan yang baik**, yang menjamin keadilan sosial seperti yang ada di negara2 Welfare
- **Ada industri kesehatan yang buruk** yang tidak menjamin keadilan sosial

Dibahas dengan
Five Forces dari
Porter dalam
konteks
Keadilan Sosial



- Bagian 1: Persaingan RS Saat ini
- Bagian 2: Kekuatan Pembeli RS
- Bagian 3: Kekuatan Supplier RS
- Bagian 4: Ancaman Produk Substitusi
- Bagian 5: Ancaman Pesaing Potensial

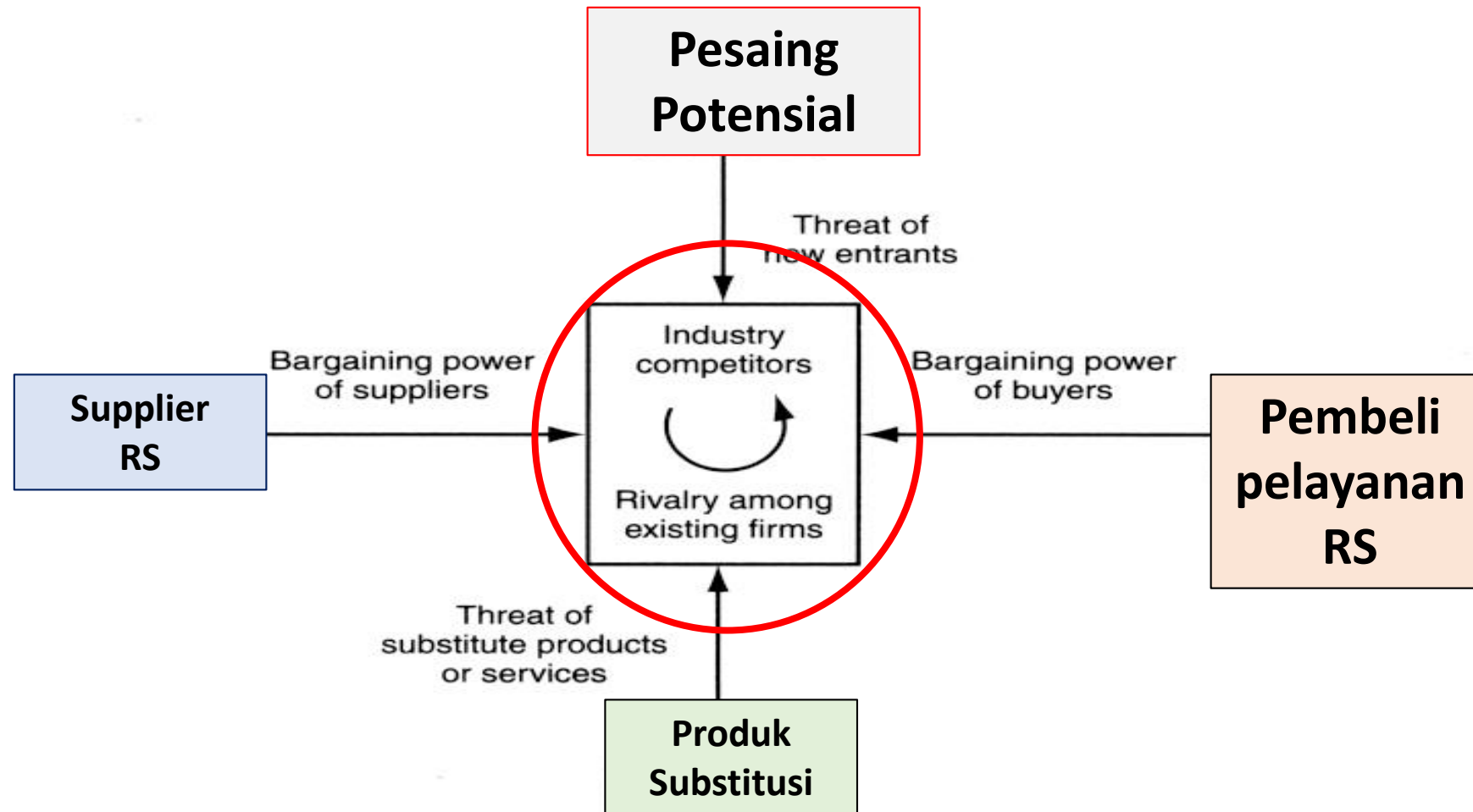
- Obat
- Alat Kesehatan
- Dokter (khususnya spesialis)

- BPJS
- Non-BPJS

Analisis Industri RS berbasis pada

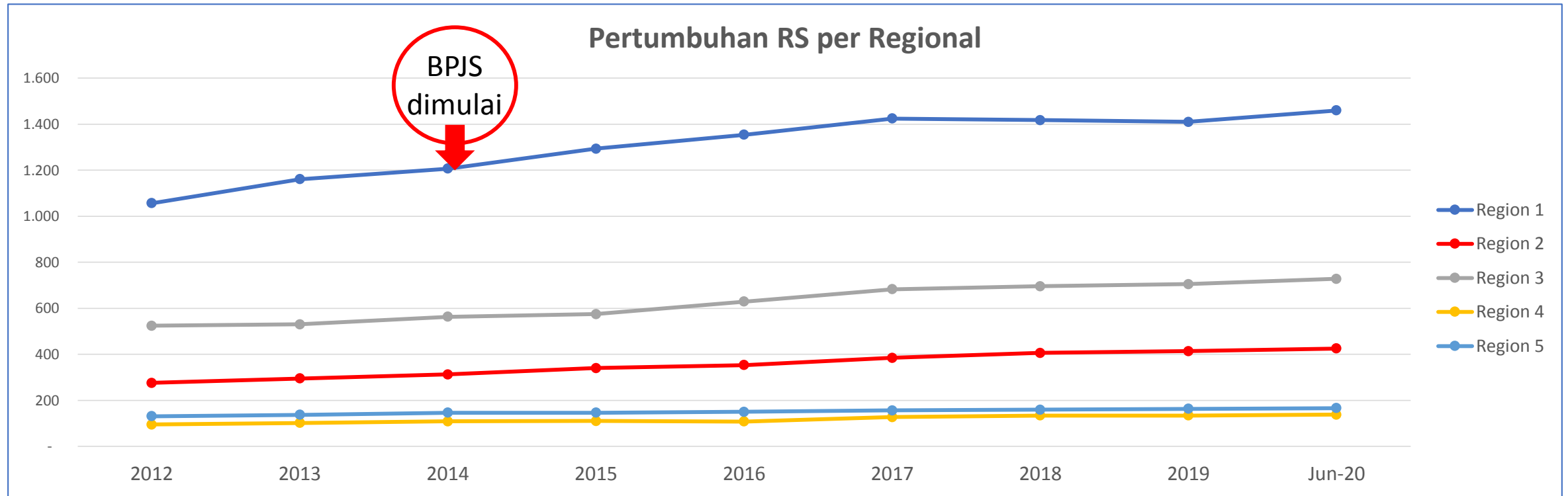
Five Forces Porter

Pada masa Pra-Covid dan saat Covid



Persaingan antar Rumahsakit
(termasuk RS di LN yang menarik pasien Indonesia)

BPJS memicu pertumbuhan RS di Regional 1



Keterangan:

Region 1: DKI, Jabar, Jateng, DIY, Jatim, Banten

Region 2: Sumbar, Riau, Sumsel, Lampung, Bali, NTB

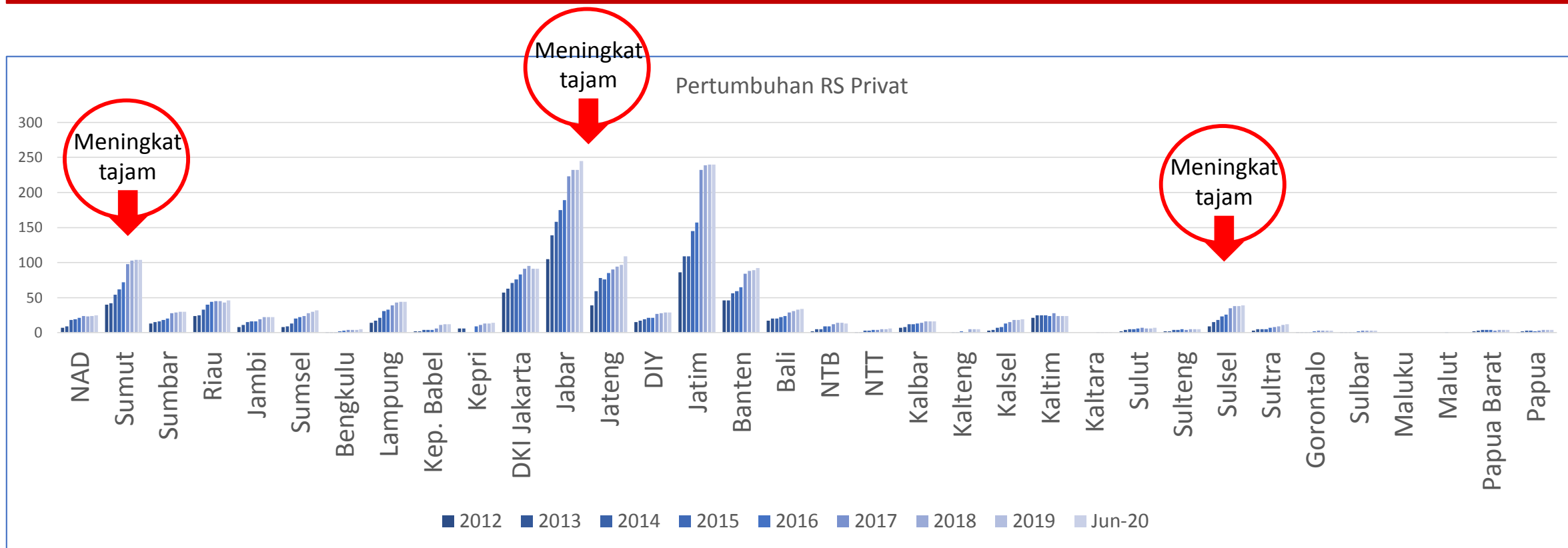
Region 3: NAD, Sumut, Jambi, Bengkulu, Kep. Bangka Belitung, Kepri, Kalbar, Sulut, Sulteng, Sulsel, Sultra, Gorontalo, Sulbar

Region 4: Kalteng, Kalsel, Kaltim, Kaltara

Region 5: NTT, Maluku, Malut, Papua Barat, Papua

Terutama RS Swasta berbentuk PT

Pertumbuhan RS Privat (for Profit)



Catatan : Data Kep. Riau 2014 dan 2015 kosong.

Rata-rata di setiap provinsi terdapat kenaikan jumlah RS Privat. Pertumbuhan agresif selama tahun 2012 – Juni 2020 terlihat meningkat terutama di di Jawa Barat (11%), Jawa Tengah (15%). Pertumbuhan RS ini dapat disebabkan adanya pergeseran RS non profit menjadi RS profit.

Di masa BPJS: Bentuk RS Jaringan
(*Chain Hospital*)

Berkembang pesat

Menggunakan **Brand** yang bisnis-
prosesnya mirip dengan jaringan
perhotelan, restoran, atau supermarket
di industri lainnya.

Bersifat Prof-Profit

Contoh:

Jaringan	Jumlah	Lokasi
PERTAMEDIK A	75	Jakarta Selatan, Jakarta Pusat, Jakarta Barat, Koja Jakarta Utara, Tanjung Priok Jakarta Utara, Cilincing Jakarta Utara, Pulo Gadung Jakarta Timur, Balikpapan, Cirebon, Pangkalan Brandan Langkat, Palembang, Prabumulih, Tarakan, Tabalong Kalimantan Selatan, Kota Sorong, Cilacap, Indramayu, Dumai, Rantau Aceh Tamiang, Cilegon, Pangkalpinang, Bangka, Bangka Barat, Karimun, Panjunan Cirebon, Lawang Kidul Palembang, Perak Utara Surabaya, Mojokerto, Kediri, Patrang Jember, Blitar, Kota Malang, Probolinggo, Lumajang, Situbondo, Kaliwates Jember, Banyuwangi, Depok, Bandar Lampung, Jambi, Banda Aceh, Makassar, Medan, Langsa, Deli Serdang, Binjai, Padang Tualang Langkat, Tebing Tinggi, Asahan, Labuhan Batu Selatan, Serdang Begadai, Laras Simalungun, Tanah Jawa Simalungun, Kampar, Subang, Sanggau, Banjar, Kota Bandung, Turen Malang, Muara Enim, Bontang, Gresik, Padang, Sumenep, Petrokimia Gresik, Graha Husada Gresik, Driyorejo Gresik, PKT Bontang, Sangatta, Klandasan Ulu Balikpapan, Manggar Baru Balikpapan, Pusri Palembang, Aceh Utara, Pekanbaru

Hermina	44	Jatinegara, Kemayoran, Bekasi, Depok, Daan Mogot, Bogor, Grand Wisata, Pasteur, Pandanaran, Tangkubanprahu, Sukabumi, Tangerang, Arcamanik, Galaxy, Palembang, Ciputat, Mekarsari, Serpong, Banyumanik, Solo, Ciruas, Yogya, Bitung, Makassar, Balikpapan, Medan, Podomoro, Purwokerto, Samarinda, Jakabaring, Padang, Lampung, Pekalongan, Pekanbaru, Kendari, Wonogiri, Karawang, Manado, Periuk Tangerang, Salatiga, Ciledug, Cibitung, Cilegon, Soreang, Tasikmalaya (sedang proses)
Siloam Hospitals	40	Duren Tiga Jakarta Selatan, Rawalumbu Bekasi, Bekasi Timur, Bogor Tengah, Cenere Depok, Kebon Jeruk Jakarta Barat, Kelapa Dua Tangerang, Karawaci Tangerang, Cikarang Bekasi, Mampang Jakarta Selatan, Duren Jaya Bekasi, Cilandak Jakarta Selatan, Semanggi Jakarta Pusat, Cempaka Putih, Cirebon, Jember, Purwakarta, Semarang, Surabaya, Yogyakarta, Kab. Magelang, BIMC Kuta, BIMC Nusa Dua, Kuta Badung, Kupang, Manggarai Barat, Mataram, Bangka Tengah, Jambi, Lubuklinggau, Medan, Palembang, Balikpapan, Banjarmasin, Palangkaraya, Sirimau, Baubau, Makassar, Manado, Paal Dua Manado

Selama 10 tahun ini:

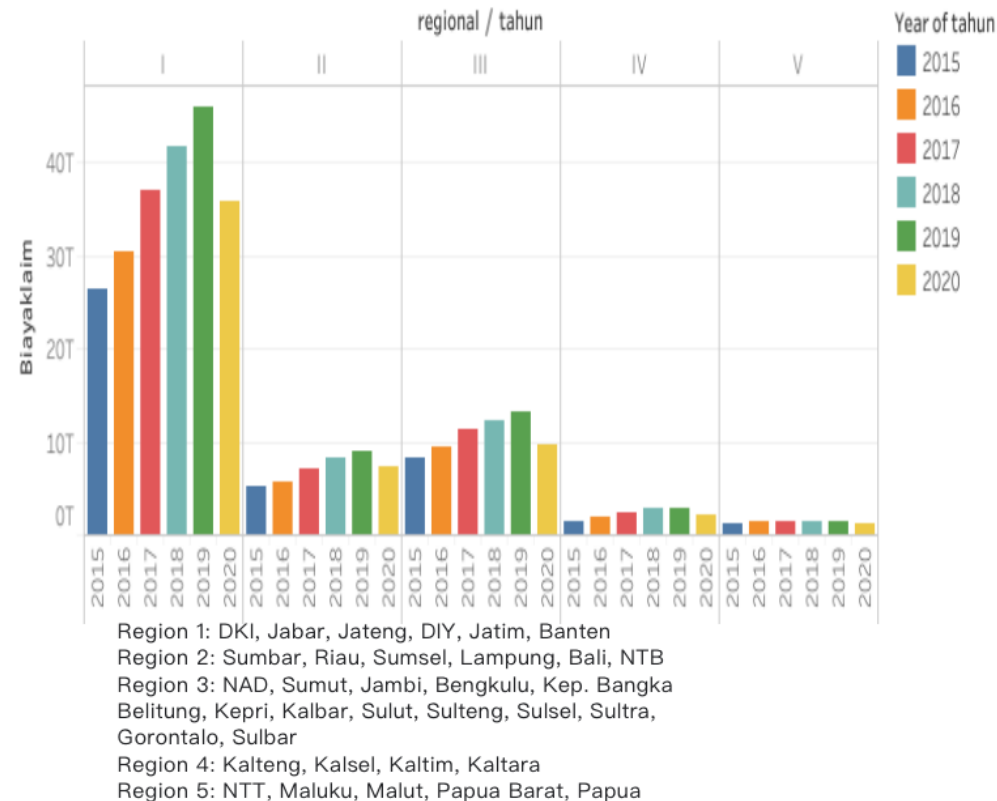
terjadi Paradox

- **BPJS merupakan lembaga non-profit**
- **Namun terjadi peningkatan drastis RS mitra BPJS yang berbentuk PT**

Akibatnya terjadi seperti hukum pasar: Klaim BPJS mengikuti ketersediaan supply

Kenaikan Besaran Klaim BPJS Per Regional Per Tahun

- Sejak tahun 2015, terjadi kenaikan biaya klaim BPJS di Regional I
- Regional I paling tinggi besaran klaimnya
- Regional V biaya klaim paling rendah
- Tahun 2020, di semua regional biaya klaim menurun karena dampak pandemi COVID-19



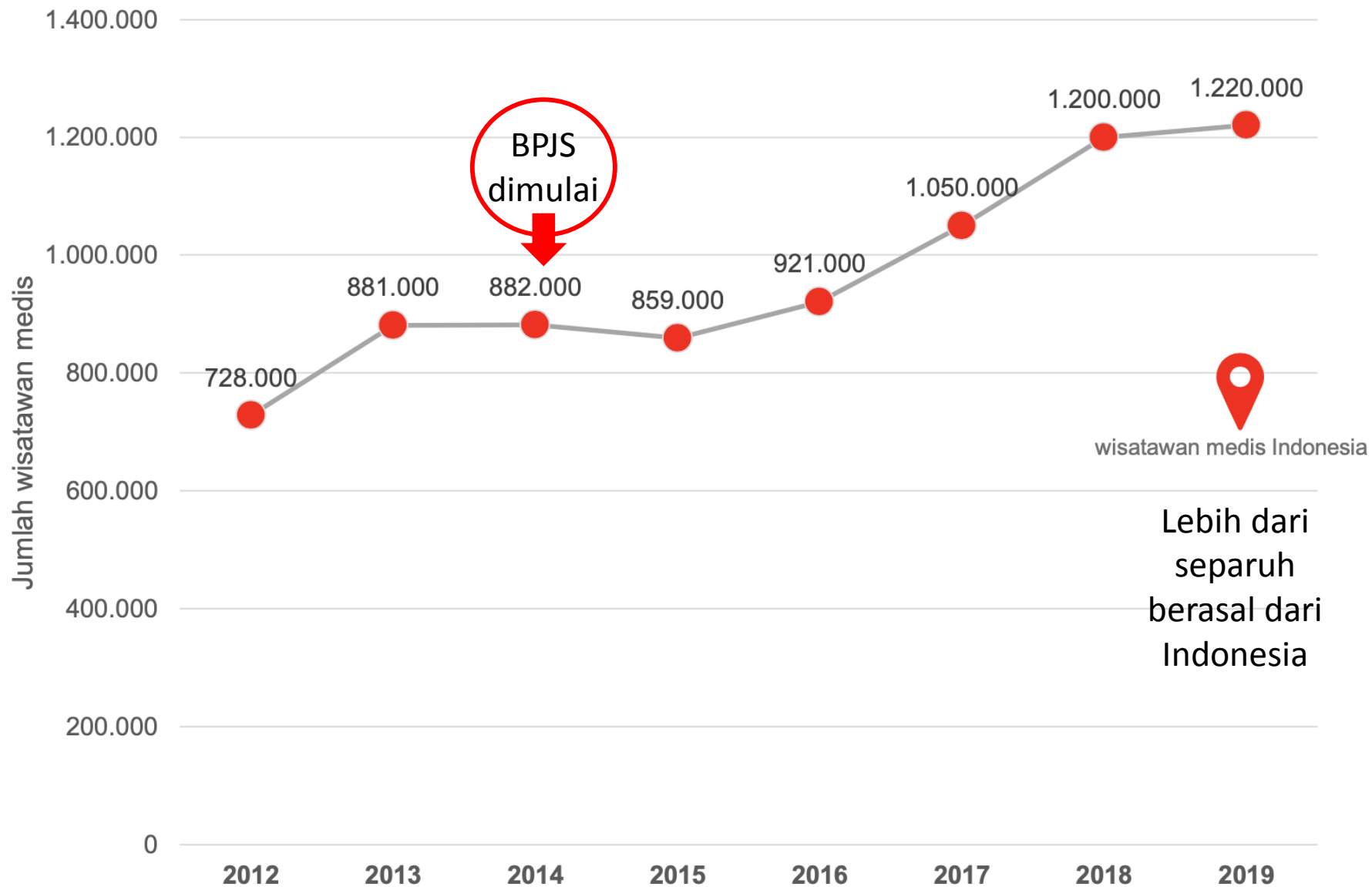
Pertumbuhan RS saat ini dan cara membayar dengan INA-CBG membuat pemerataan pelayanan RS memburuk

Cara pembayaran INA-CBG oleh BPJS merupakan sebuah cara fee-for-service untuk RS. Opsi lain misalnya Global Budget, atau Kapitasi untuk RS.

**Dalam konteks industri kesehatan
internasional,
di masa BPJS:
RS-RS Luar Negeri tetap Menarik
Pasien Indonesia untuk Berobat**

Tren jumlah wisatawan medis yang ke Malaysia

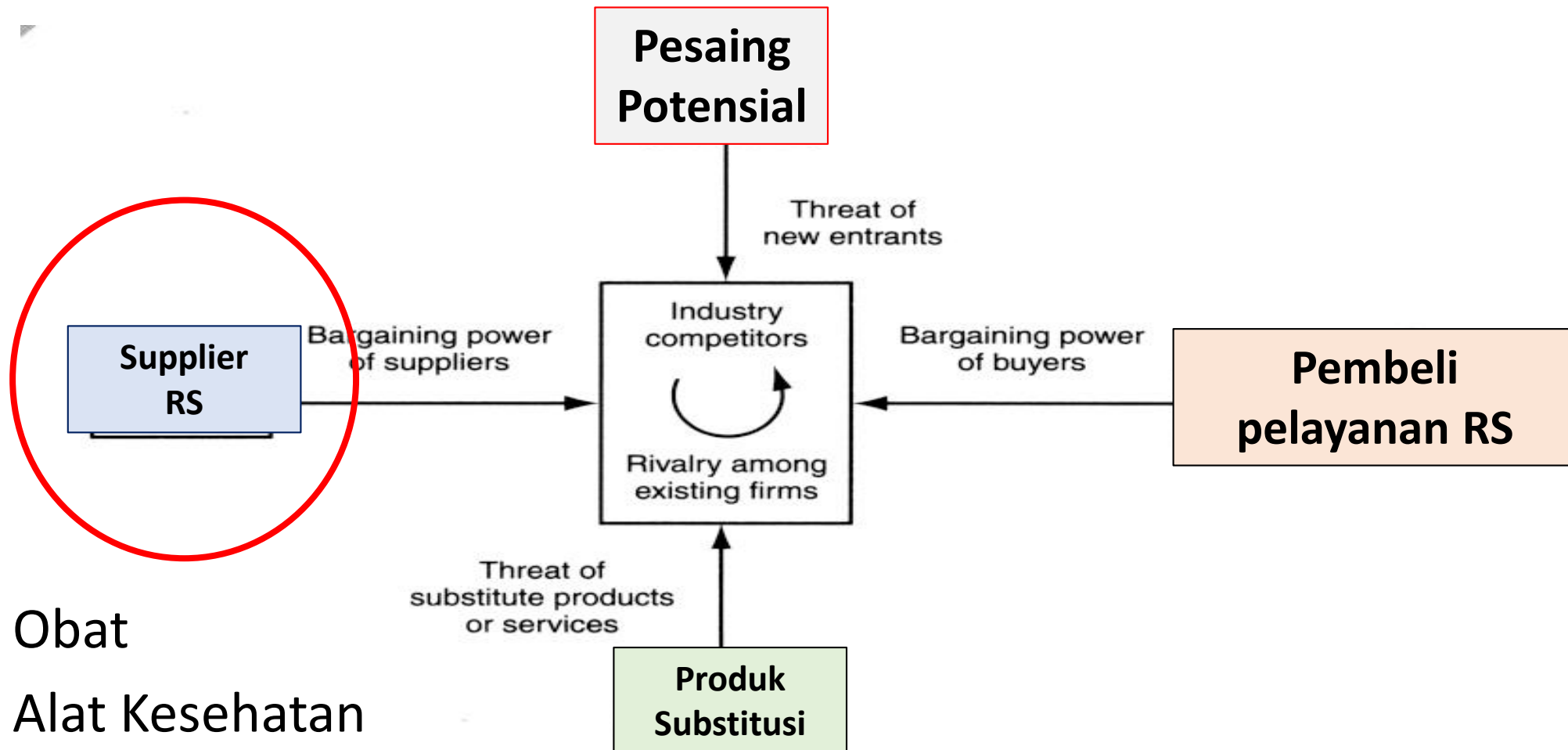
Sebelum Covid19



“Lebih dari **670 ribu** wisatawan medis berasal dari **Indonesia** yang datang ke Malaysia sepanjang **2019**”

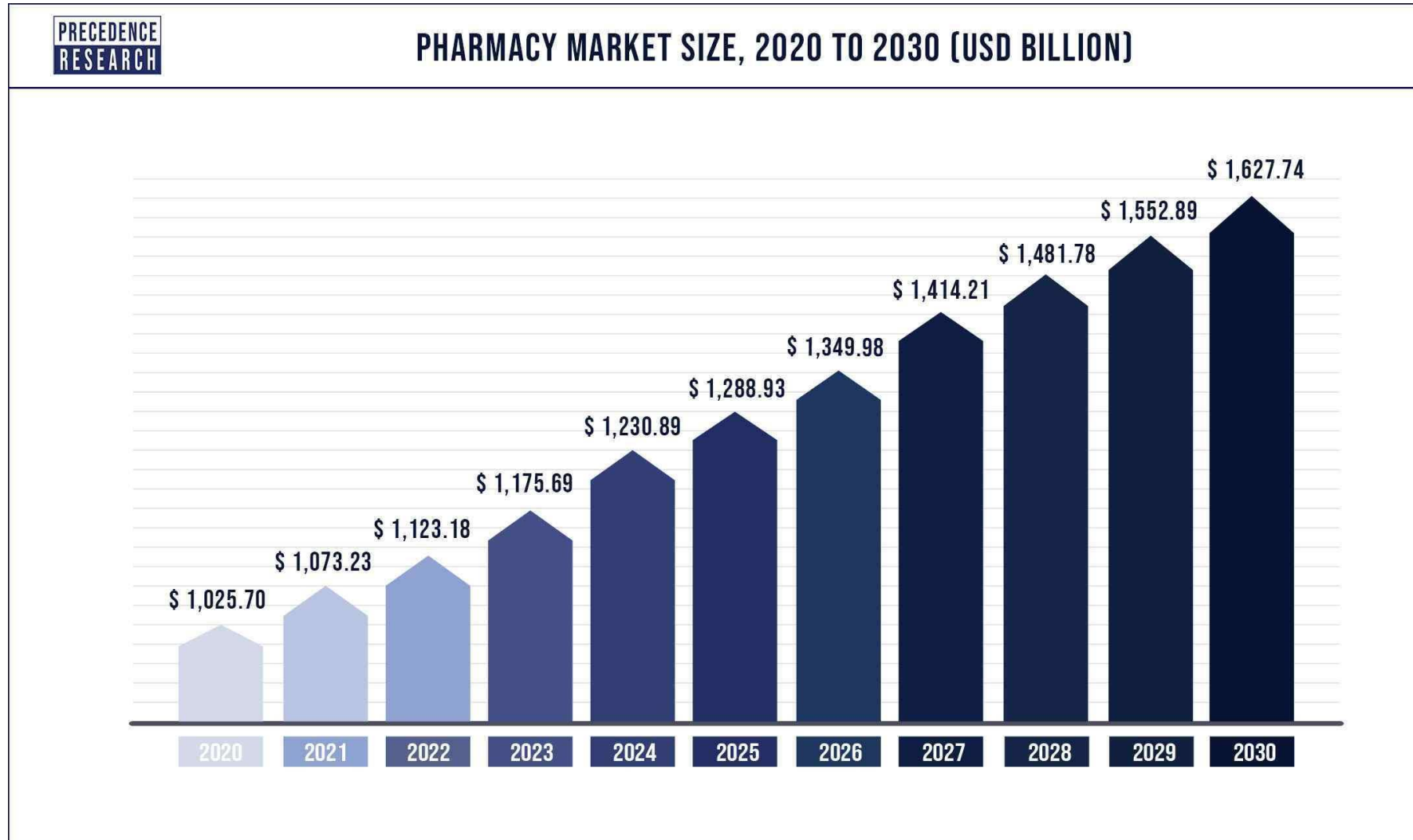
Mohd Daud Moh Arif
CEO MHTC, 2022

Lebih dari
separuh
berasal dari
Indonesia

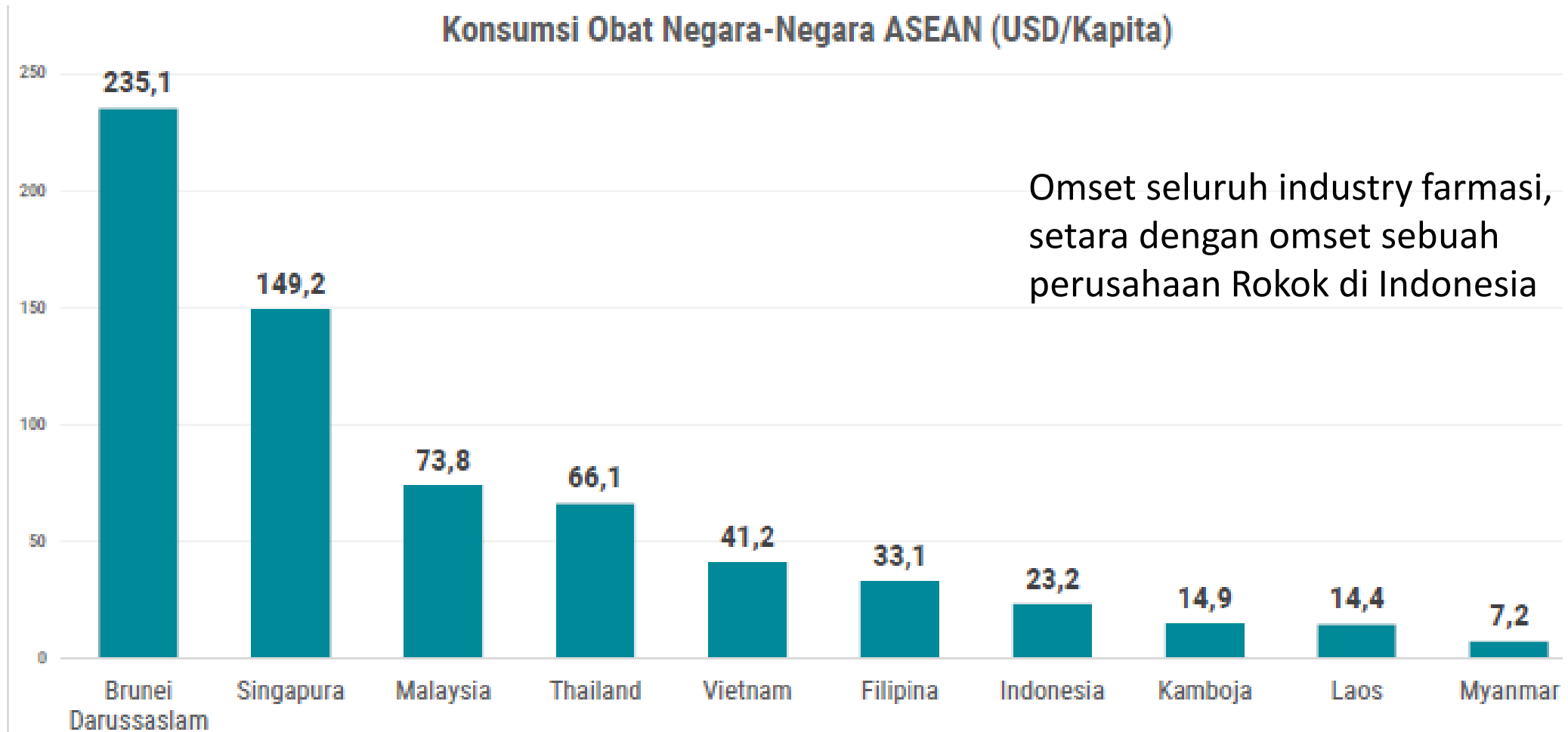


- Obat
- Alat Kesehatan
- Dokter
(khususnya spesialis)

Trend pasar farmasi Indonesia

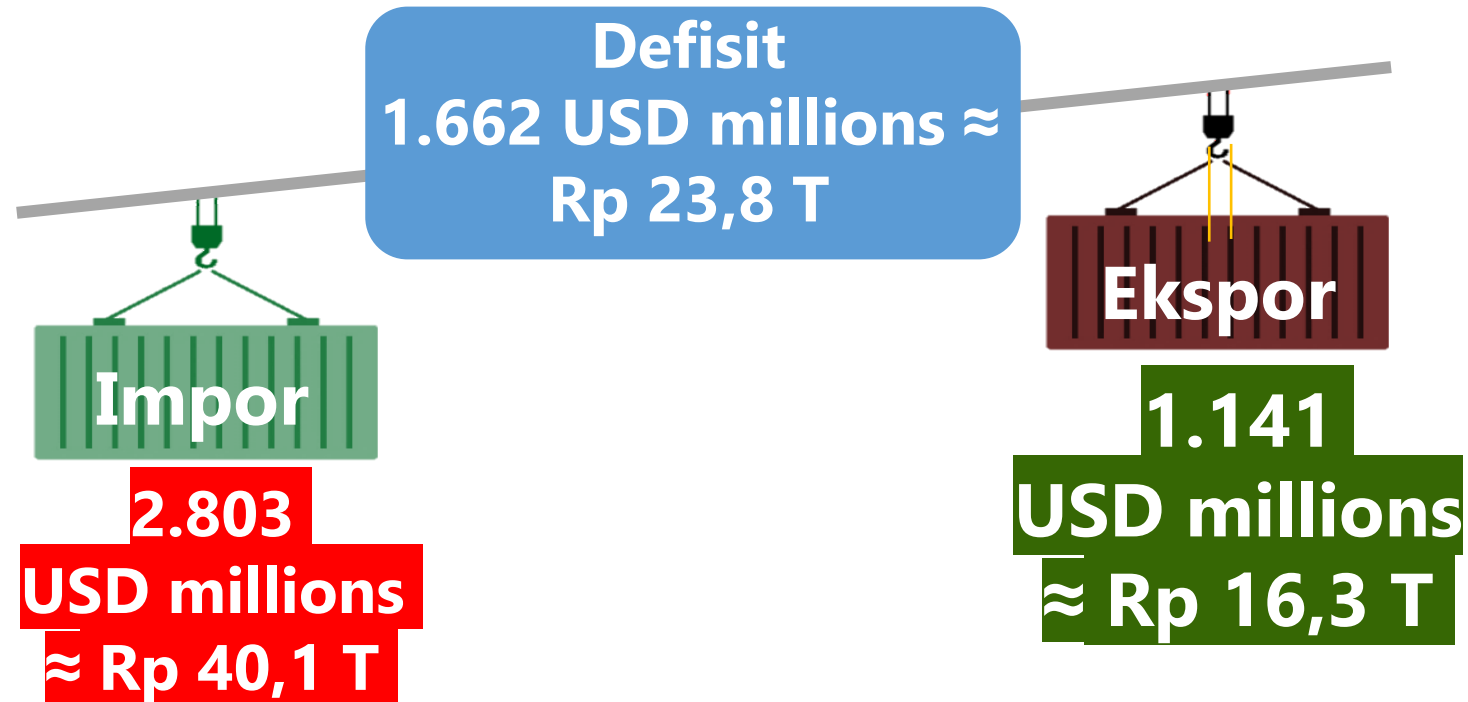


Konsumsi farmasi Indonesia masih kecil



Sumber: Business Monitor International, 2014

Neraca Perdagangan Alkes Indonesia Tahun 2020



Supply Dokter

Kekurangan Dokter Spesialis sebagai tenaga penting di RS

Kesulitan dokter asing untuk bekerja di Indonesia

Produksi DN yang rendah

Jumlah dokter Spesialis sedikit

Penempatan sulit

Pemberian Wewenang tambahan (Taskshifting) tidak ada

Kekurangan Dokter di Masyarakat

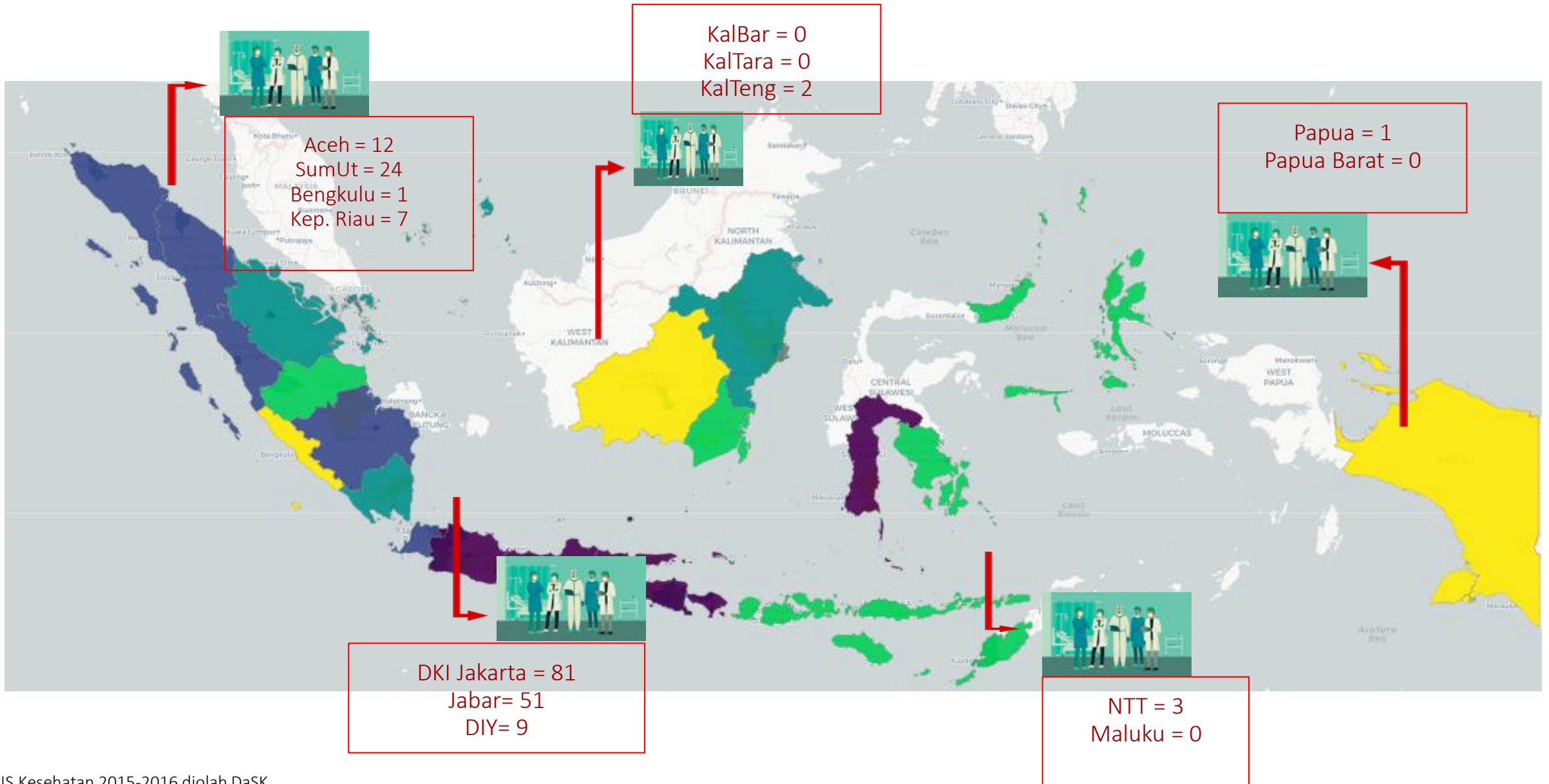
Kesulitan Dokter Diaspora Indonesia untuk bekerja di Indonesia

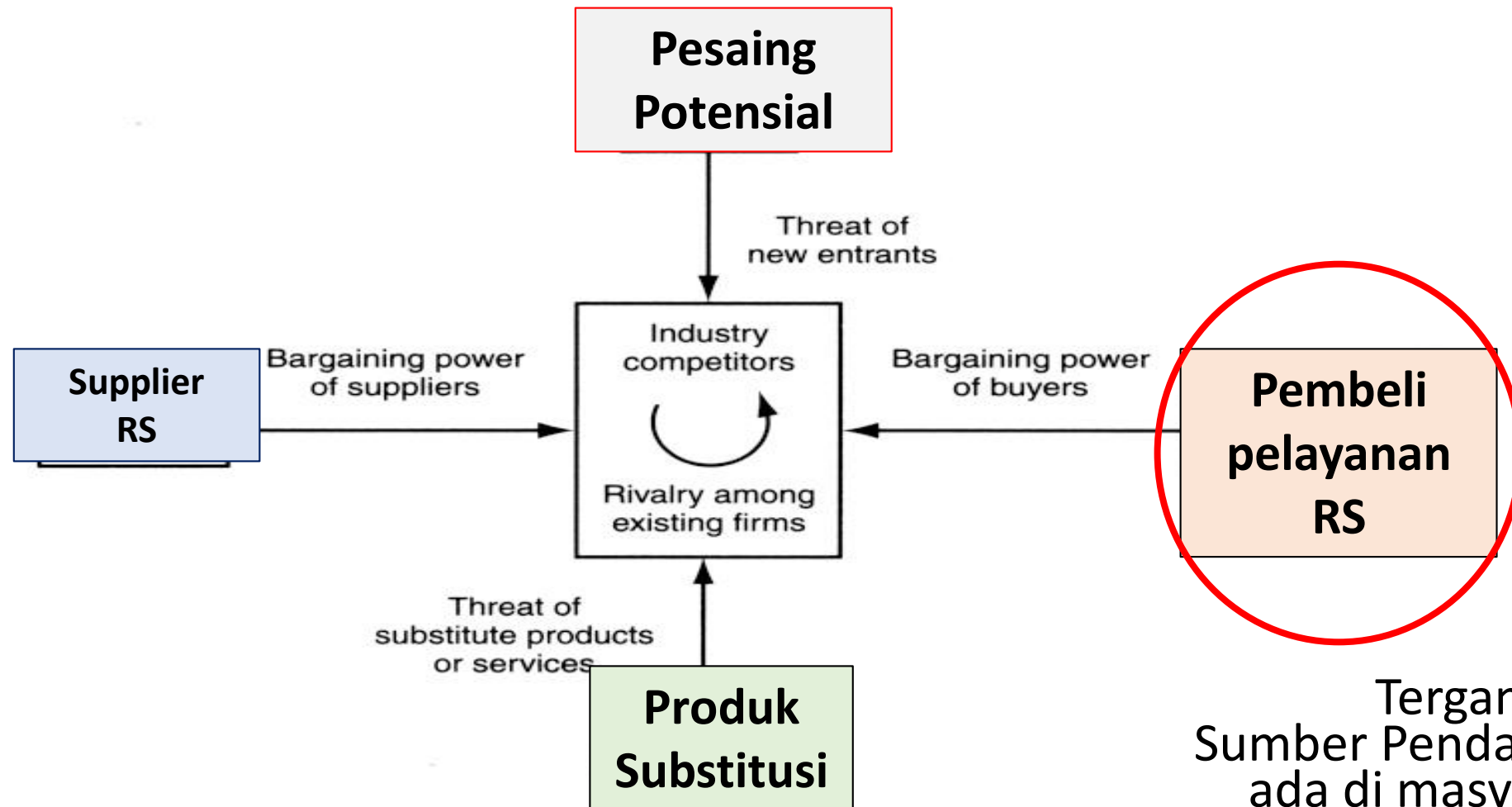
Pemerintah tidak mempunyai kewenangan dalam mengelola Kolegium

Dokter Umum

Kebijakan Konsil Kedokteran Indonesia yang belum memberikan taskshifting secara luas

Misal: Dokter Spesialis Bedah Onkologi (Sp.BOnk)





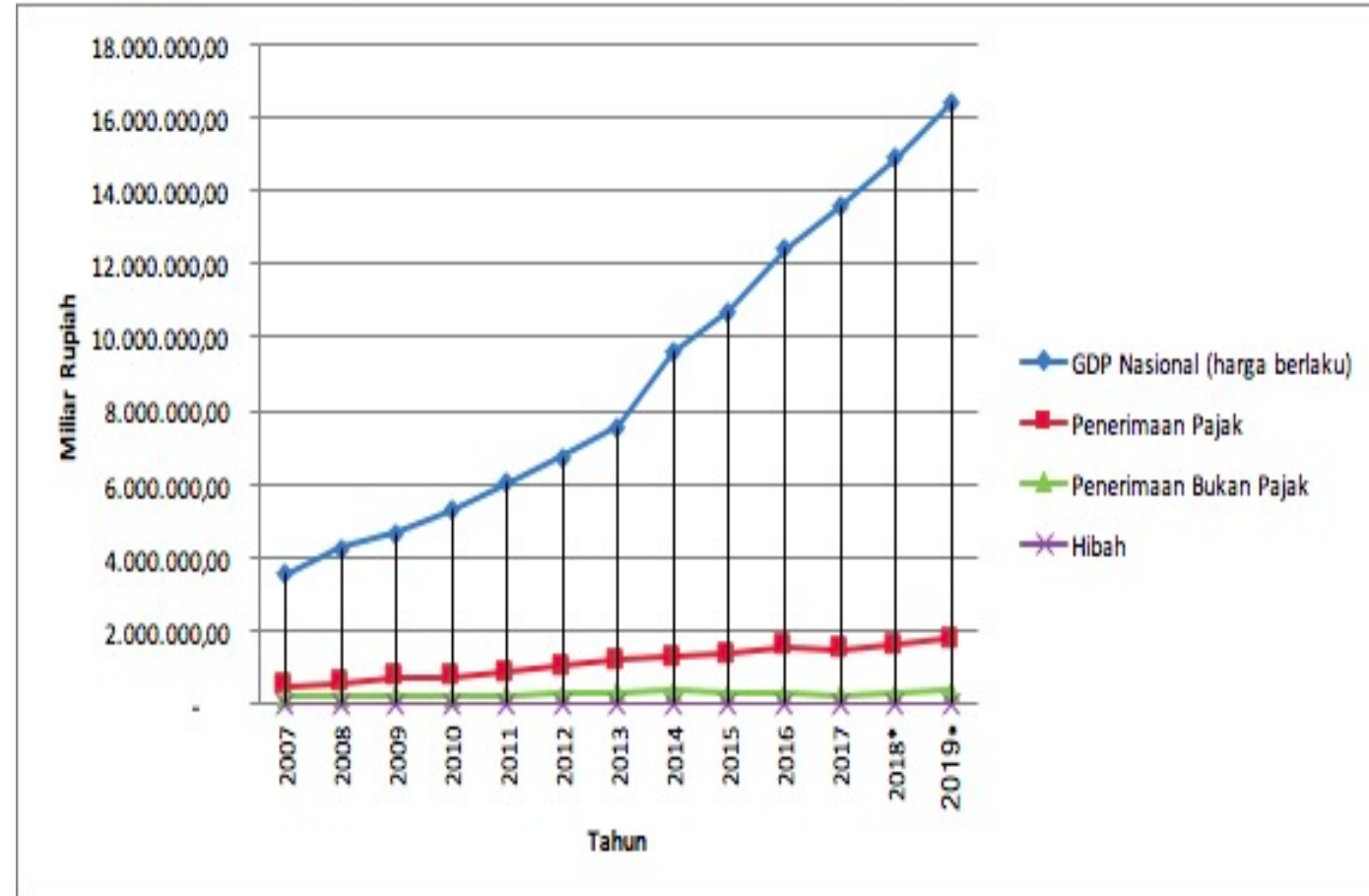
Tergantung pada Sumber Pendanaan yang ada di masyarakat dan pemerintah

***Catatan tentang ekonomi
Indonesia pra pandemik
Covid19***

Situasi ekonomi (Pra Pandemi Covid19).

- GDP berkembang pesat sejak sejak 2006
- Tax Ratio tetap sekitar 10%
- Share GDP untuk kesehatan turun justru turun dari 3.5% ke 3.2% (2015), dan turun lagi menjadi 3.0% (tahun 2019)

Sektor Kesehatan Indonesia di bawah China: (sekitar 5% GDP), Thailand sekitar 4.7% . Catatan data bervariasi Amerika Serikat sekitar 18%)

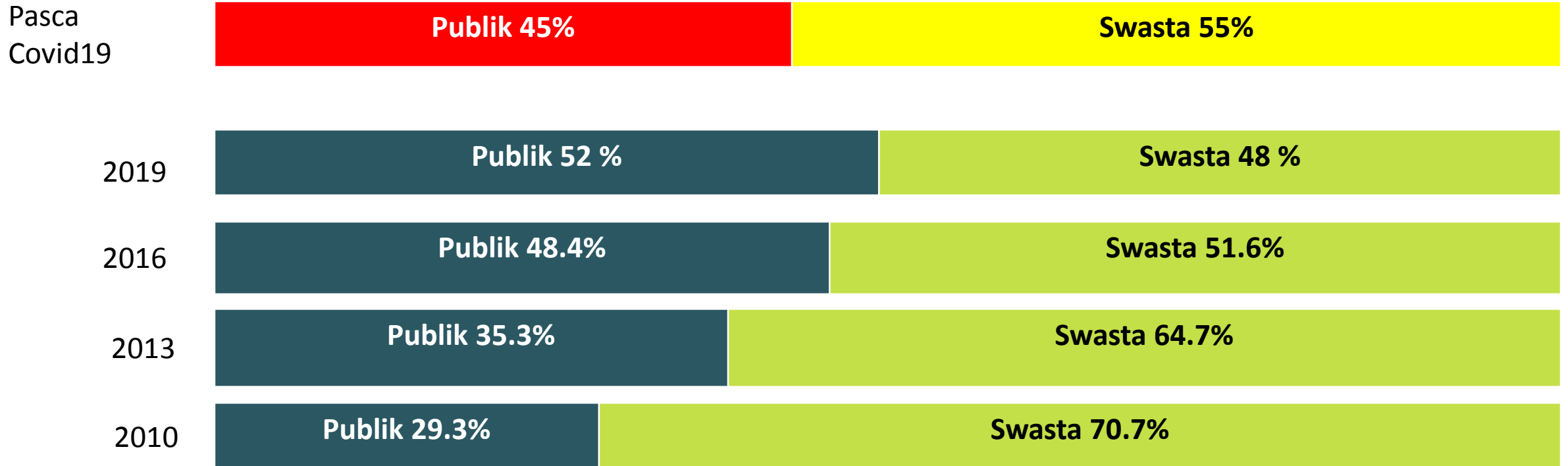


Sektor kesehatan kita underfunded oleh bangsa: Sumber publik atau swasta.

Belanja Kesehatan Indonesia 2010 – 2016

Pembiayaan Kesehatan	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Skema Publik	61.3	73.1	87.0	105.8	131.0	164.2	201.5	29.0%	30.4%	33.3%	35.5%	38.3%	44.4%	48.7%
Kementerian Kesehatan	9.3	10.2	12.3	14.4	15.1	19.9	22.7	4.4%	4.2%	4.7%	4.8%	4.4%	5.4%	5.5%
K/L Lainnya	6.0	6.5	6.5	8.3	7.8	8.5	9.0	2.9%	2.7%	2.5%	2.8%	2.3%	2.3%	2.2%
Pemerintah Provinsi	6.6	10.6	12.3	14.2	14.3	17.1	23.0	3.1%	4.4%	4.7%	4.7%	4.2%	4.6%	5.6%
Pemerintah Kabupaten/Kota	27.8	31.3	38.4	44.9	46.4	57.2	75.2	13.2%	13.0%	14.7%	15.1%	13.6%	15.5%	18.2%
Jaminan Sosial	11.5	14.7	17.4	24.1	47.3	61.5	71.6	5.5%	6.1%	6.7%	8.1%	13.8%	16.7%	17.3%
Skema Non Publik	149.9	167.7	174.0	192.6	210.9	205.3	212.5	71.0%	69.6%	66.7%	64.5%	61.7%	55.6%	51.3%
Asuransi Swasta	7.0	6.8	8.3	9.7	10.2	10.5	13.4	3.3%	2.8%	3.2%	3.3%	3.0%	2.8%	3.2%
LNPRT	1.7	1.9	2.0	2.1	2.3	3.4	4.2	0.8%	0.8%	0.8%	0.7%	0.7%	0.9%	1.0%
Korporasi (Perusahaan Swasta & BUMN)	25.4	27.4	30.7	41.3	58.4	50.6	50.1	12.0%	11.4%	11.8%	13.8%	17.1%	13.7%	12.1%
OOP	115.8	131.7	133.0	139.4	140.1	140.8	144.7	54.8%	54.7%	50.9%	46.7%	41.0%	38.1%	35.0%

Sumber data: Kementerian Keuangan



Pertanyaan Kebijakan (3):

Jika kemampuan keuangan pemerintah pusat memburuk, dana APBN akan tetap seperti tahun 2020, atau berkurang, maka:

- Apakah akan terjadi pengurangan dana untuk JKN (kuratif)? atau untuk
- Berusaha untuk meningkatkan anggaran Preventive dan Promotive?

Implikasi: Anggaran kurative akan banyak dianggarkan oleh swasta terutama obat2 dan intervensi mahal

Terjadi Lapisan dalam Pelayanan Kesehatan

Terjadi Tier (Lapisan di RS di Indonesia)

Banyak terpengaruh hukum pasar: demand and supply.

**Tier
Non-
BPJS**



Banyak terpengaruh politik anggaran, dan tekanan DPR. Ukuran ekonomi dibatasi oleh premi, dan kemampuan fiskal pemerintah menutup defisit.

**Tier
BPJS**

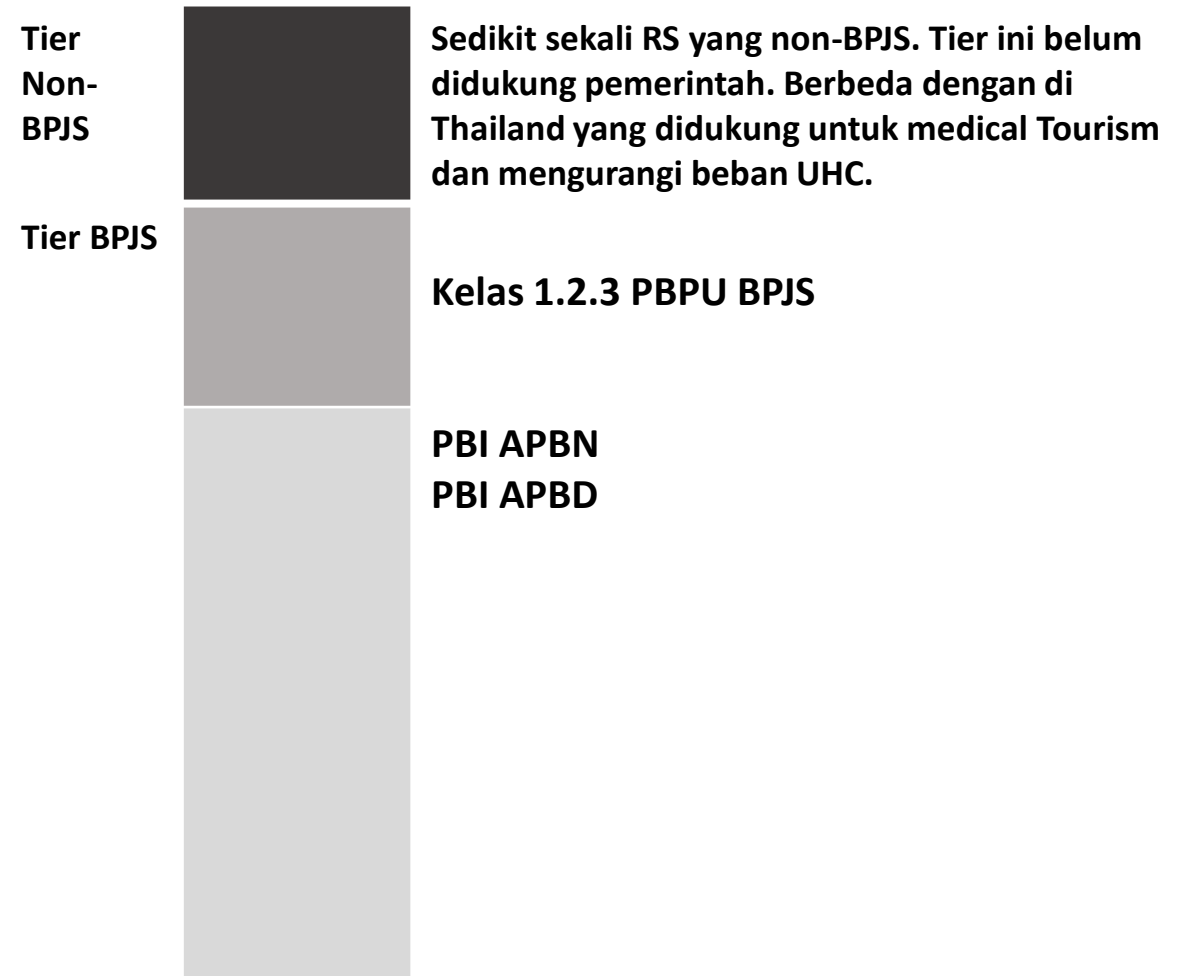


Kelas 1.2.3
PBPU BPJS

PBI APBN
PBI APBD

Tier dalam Industri RS pasca BPJS:

- ❑ Ada Tier tapi tidak jelas
- ❑ UU: Masyarakat kaya dan miskin harus masuk ke BPJS yang premi di set rendah (ada unsur politis)
- ❑ Akibatnya: dana PBI yang untuk masyarakat miskin masuk ke kelompok PBPU (Karena Single Pool. Di Thailand ada 3 Pool)
- ❑ Importir Obat juga ingin masuk banyak ke BPJS



Dilema BPJS

- Sejak tahun 2014 – 2019 mengalami deficit

RS dalam skema BPJS sebagai bagian Jaring Pengaman Sosial



Pelayanan dasar dan standar

Atau RS yang memberi pelayanan Seperti Kasur Nikmat untuk semua orang



Menimbulkan deficit dan ketidak adilan

dilema

Trend Share Pengeluaran Kesehatan dalam GDP

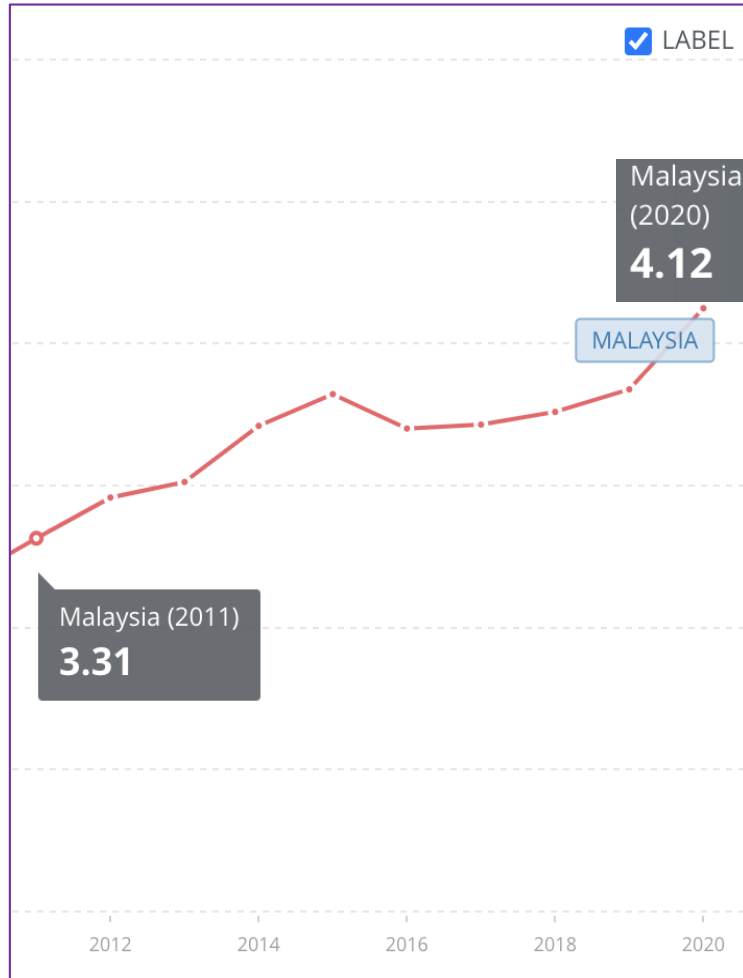
Share belanja kesehatan dalam GDP

Indonesia:

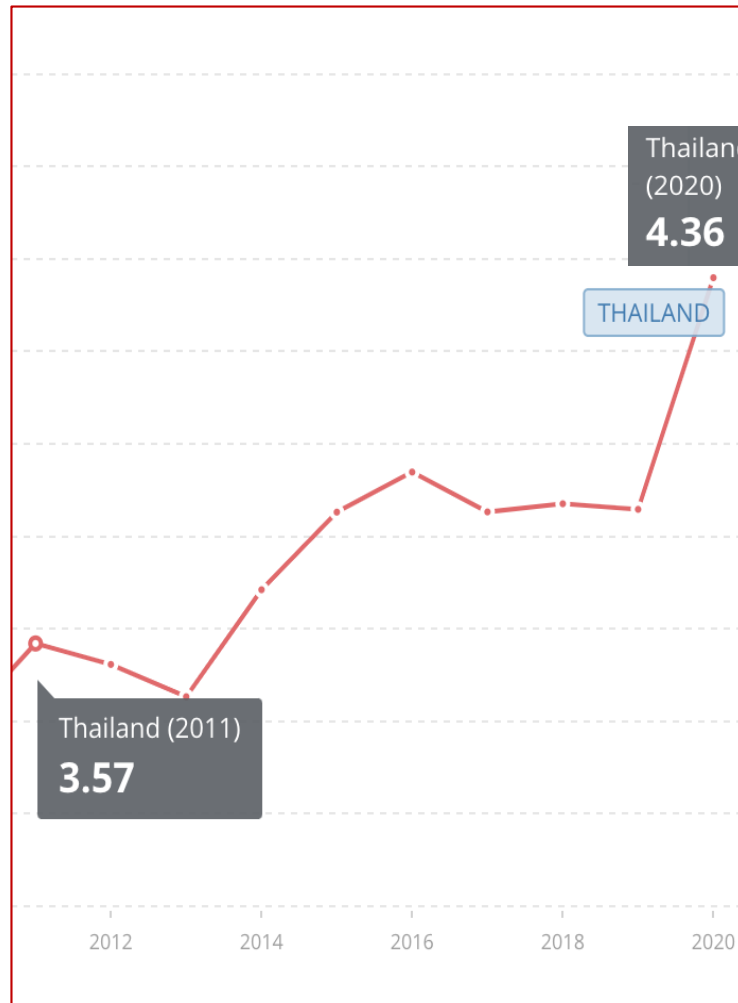
- Stagnan antara 2011 - 2019. “Membuat sesak napas industri kesehatan”.
- Meningkat di tahun 2020 karena Covid19. Pengeluaran kesehatan naik, GDP turun
- Tertinggal dari negara-negara lain
- Amerika Serikat sampai 16%.



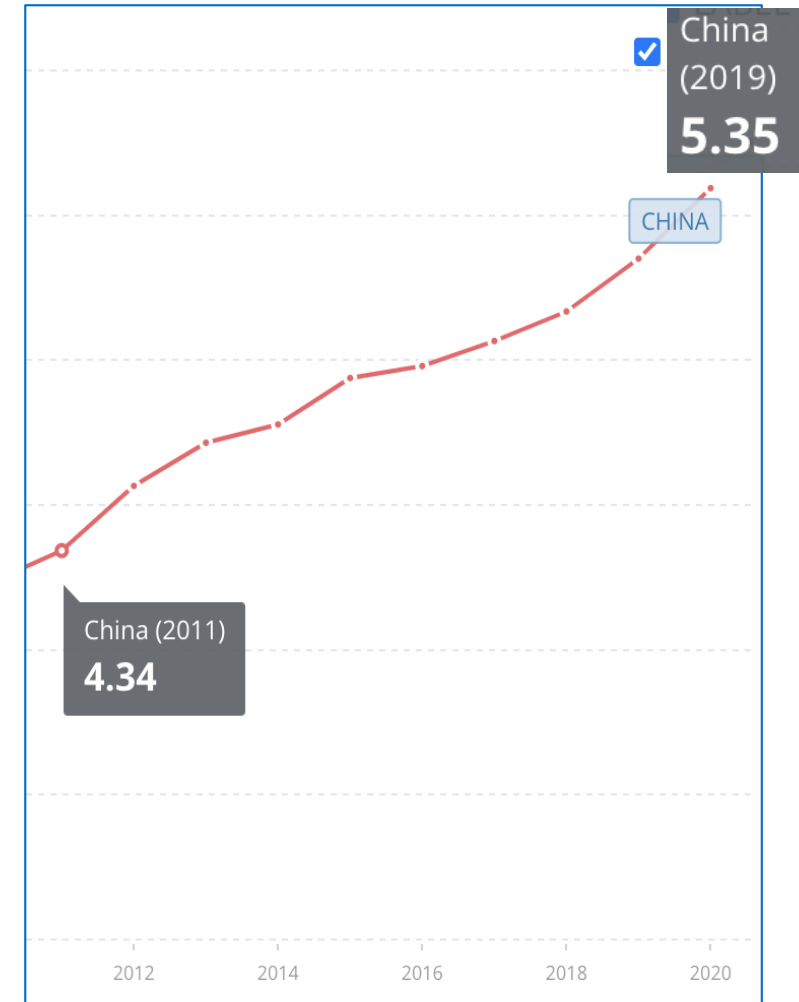
Malaysia



Thailand

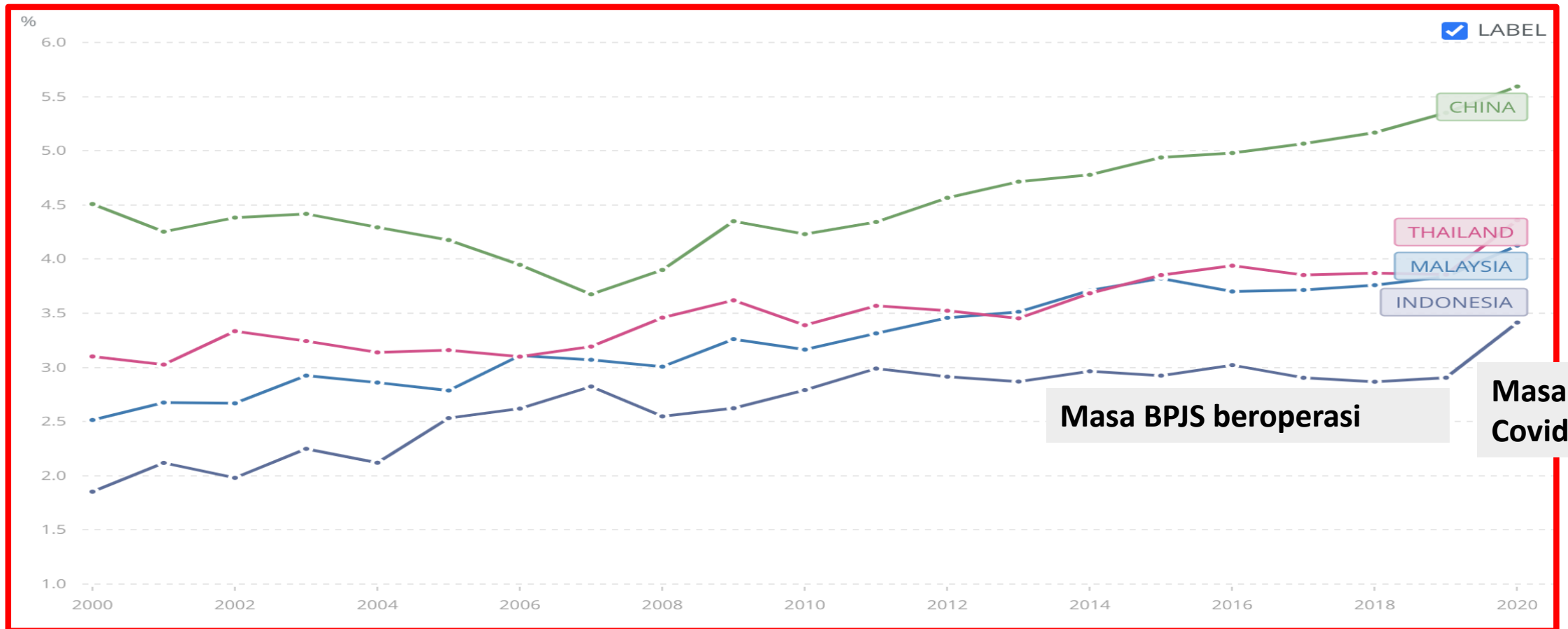


China



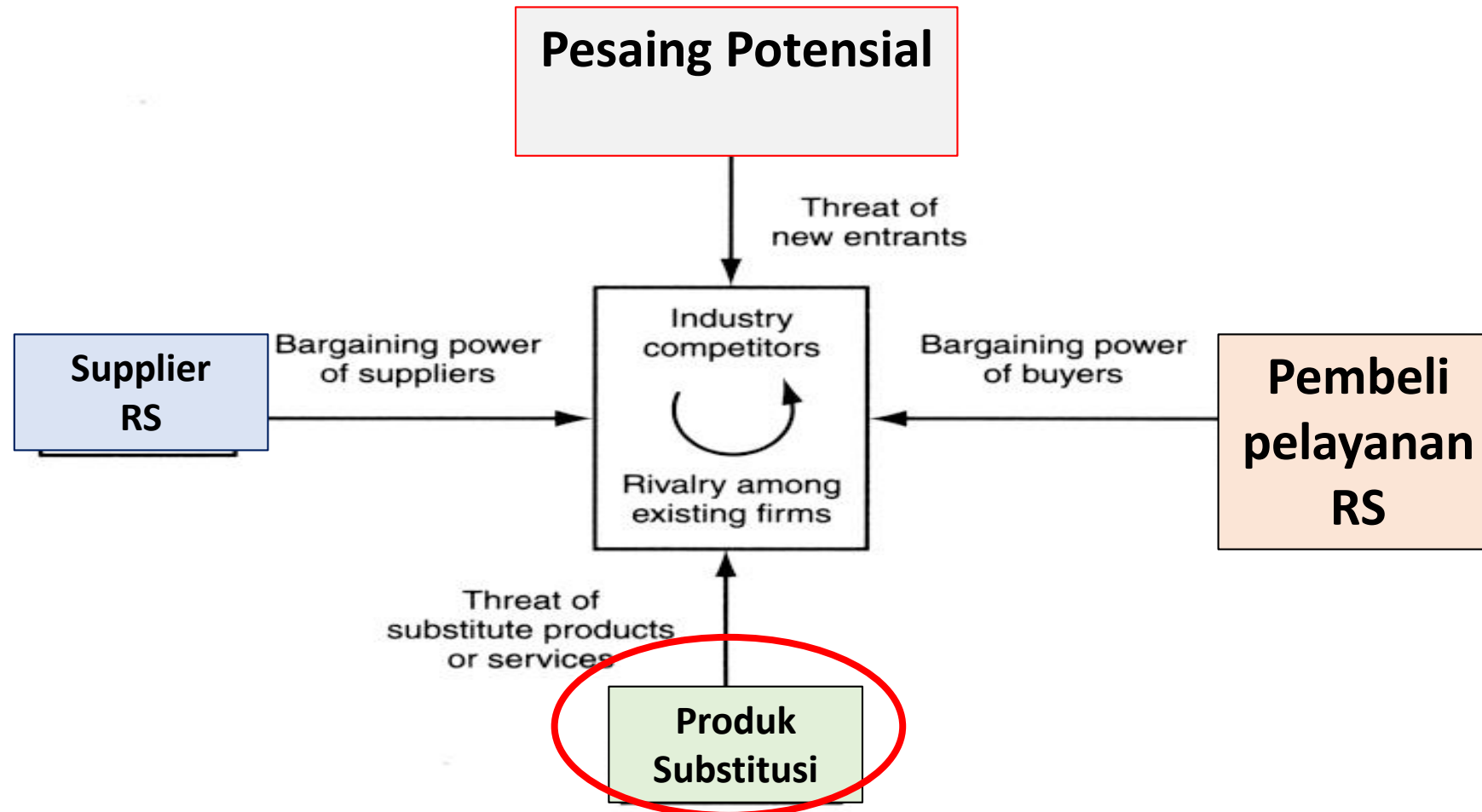
Trend % Belanja Kesehatan dalam GDP meningkat dari tahun ke tahun

Data Gabungan 4 negara

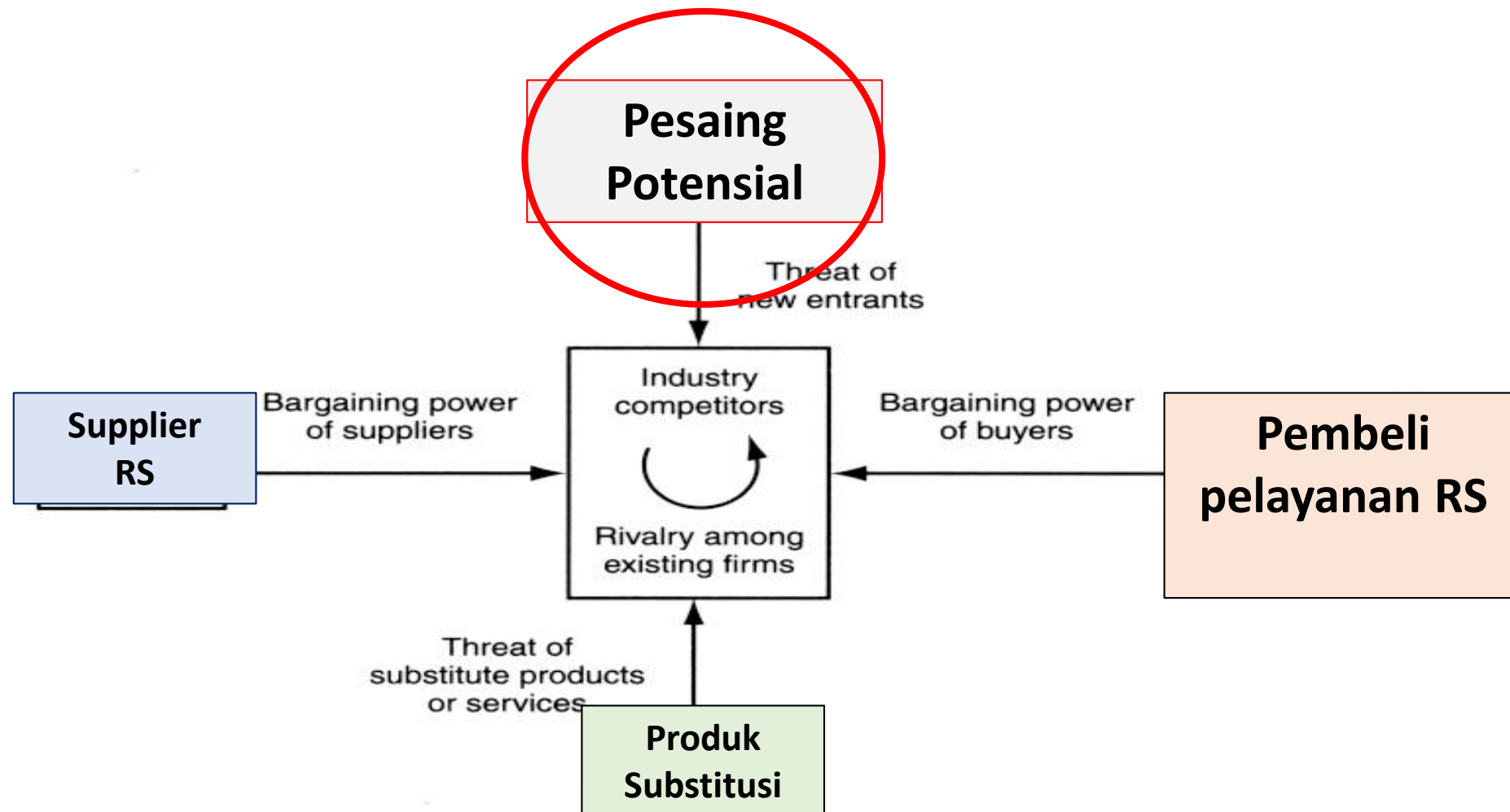


BPJS tidak memberikan tambahan dalam persentase share kesehatan dalam GDP

- Industri Kesehatan tidak dapat berkembang dengan baik karena UnderFunded.
- Terjadi masalah ketidakadilan, ketika dana PBI APBN yang dari pajak dipergunakan oleh anggota BPJS yang relatif lebih mampu (PBPU).
- Saat ini semua Claim Ratio juga meningkat



Pelayanan Kedokteran alternatif dan tradisional belum berkembang di Indonesia khususnya untuk rapat inap. Belum ada Regulasi/aturan hukum yang melandasinya



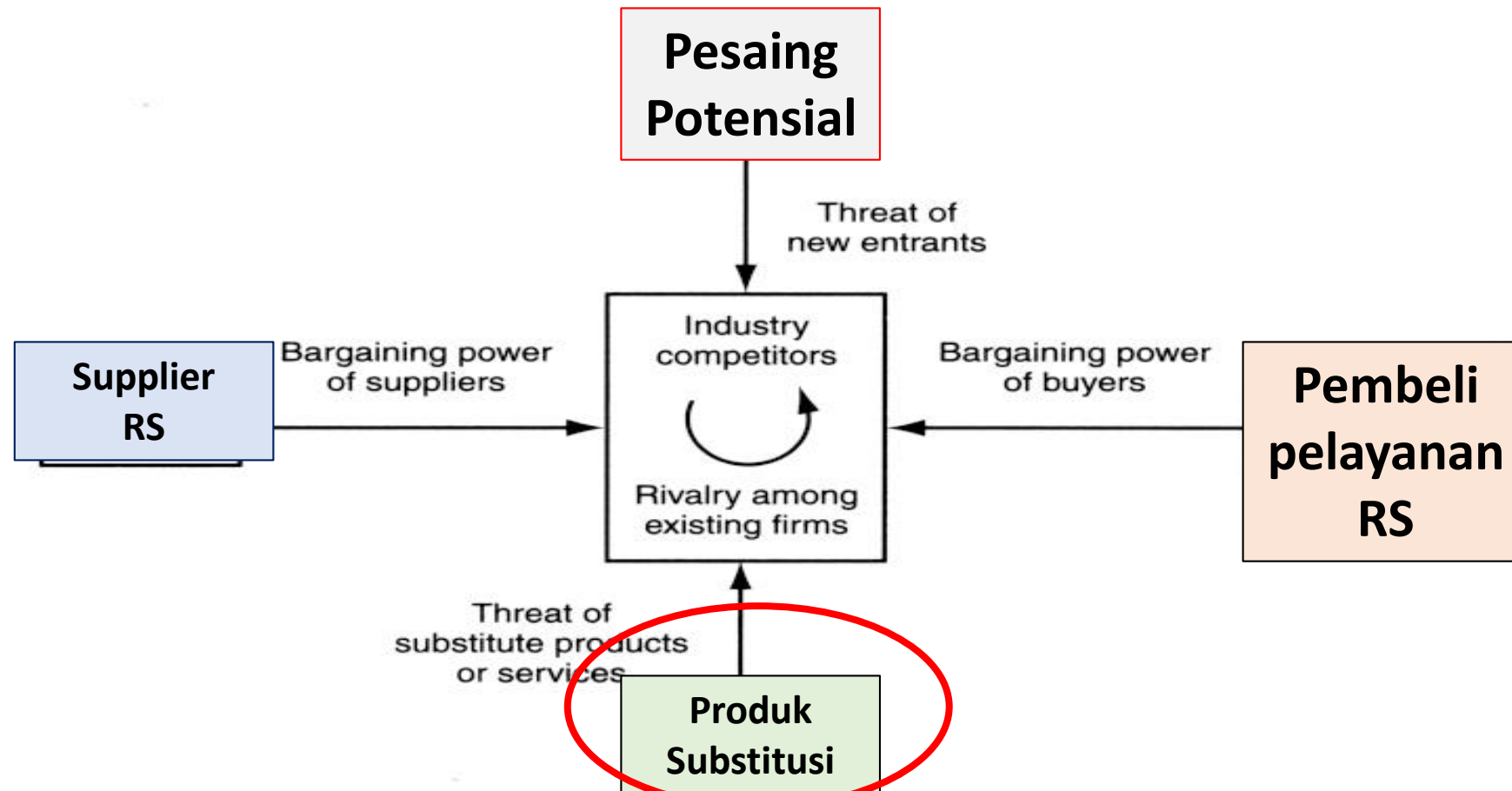
Adanya kebijakan pemerintah untuk membuka Kerjasama dengan RS internasional, pembukaan pintu lebih lebar untuk tenaga medik asing, dan berbagai insentif pemerintah

Contoh 1: Potensi Kawasan Ekonomi Khusus (KEK) untuk Kesehatan

- Sektor rumahsakit mengalami kemajuan luar biasa ketika usulan pembangunan Kawasan Ekonomi Khusus (KEK) Sanur telah disetujui oleh Dewan Nasional KEK pada tanggal 22 Juli 2022 .
- Dengan adanya KEK diharapkan ada insentif finansial dan non-finansial untuk mempercepat pertumbuhan RS di KEK.
- Keputusan ini sangat bersejarah karena selama puluhan tahun, sector rumahsakit tidak dikelola dengan pendekatan kebijakan ekonomi. Ada kemungkinan hal ini merupakan salah satu penyebab tertinggalnya RS-RS Indonesia di Asia Tenggara.
- KEK untuk Kesehatan pertama sudah dibangun di Bali, di lahan milik BUMN perhotelan. Dikelola oleh PT Pertamina Bina Medika IHC
Diperkirakan akan mampu menyerap 4 – 8% dari warga Indonesia yang berobat ke LN.

Contoh 2: Sister Hospital di dalam RS-RS Vertikal

- Dalam kebijakan transformasi Kesehatan, dikembangkan system Sister Hospital dimana RS-RS vertical diharapkan bekerjasama dengan RS-RS internasional dengan reputasi baik
- Akan meningkatkan persaingan dengan RS-RS di luar negeri (harapannya).



Belum ada produk substitusi yang bermakna karena rawat inap untuk pelayanan tradisional dan alternatif belum ada landasan hukumnya

Ada pengembangan Homecare yang terpisah dari RS

Ringkasan: keterkaitan BPJS dalam Industri RS

Pengaruh BPJS terhadap perkembangan Sektor Kesehatan dan Industri RS:

- Penambahan RS-RS di kota-kota besar
- Penambahan pelayanan canggih di kota-kota besar
- Penambahan SDM Medik di kota-kota besar
- Tidak memberikan daya kompetitif untuk persaingan internasional
- Tidak memberikan dampak positif untuk Keadilan Sosial.

INA-CBG adalah Fee-for-service untuk RS

Fakta:

Industri RS tidak berkembang selama JKN dalam konteks:

- Persaingan internasional
- Pelayanan untuk daerah-daerah terpencil

Industri RS di Indonesia mengalami masalah di 2 front:

- Internasional
- Domestik yang terpencil

BPJS belum mampu mendorong Industri RS untuk:

**Lebih Adil untuk semua
segment BPJS dan peserta
BPJS di daerah tsulit**

**Lebih Kompetitif di
persaingan
internasional**

Mari kita bahas