

JALAN TERJAL JKN

SEHAT DENGAN (STOP) ROKOK



Jalan Terjal JKN

Yusuf Wibisono, Fajri Azhari

Sistem jaminan kesehatan untuk semua penduduk (*universal health coverage/UHC*) mendapat perhatian luas dalam kebijakan publik di berbagai negara dalam beberapa dekade terakhir. Dalam sistem ini, warga negara menikmati sejumlah pelayanan kesehatan secara cuma-cuma. Pelayanan ini umumnya dibiayai oleh negara, melalui kontribusi jaminan sosial wajib, perpajakan umum atau kombinasi kedua-nya. Pembiayaan berbasis pajak umum diterapkan antara lain di Inggris, Kanada, Australia, Swedia dan Brazil, sedangkan kontribusi jaminan sosial wajib diterapkan antara lain di Jerman, Jepang, Perancis, dan Singapura. Indonesia telah merintis upaya menuju UHC sejak 2005 melalui Askeskin (Asuransi Kesehatan untuk Masyarakat Miskin), kemudian Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) pada 2008 dan berpuncak pada 2014 dengan diluncurkannya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

JKN Sebagai Hak Sosial Warga Negara

Inti dari *welfare state* adalah sistem jaminan sosial untuk setiap penduduk (*universal social security system*). Dengan jaminan sejumlah besar hak ekonomi-sosial warga negara dalam konstitusi, Indonesia secara jelas adalah *welfare state*. Individu mendapat perlindungan dan akses pelayanan sosial bukan karena mereka anggota kelompok atau kelas tertentu, dan bukan pula karena mereka memenuhi persyaratan atau kriteria tertentu. Mereka mendapatkannya semata karena mereka adalah warga negara (*social citizenship*).

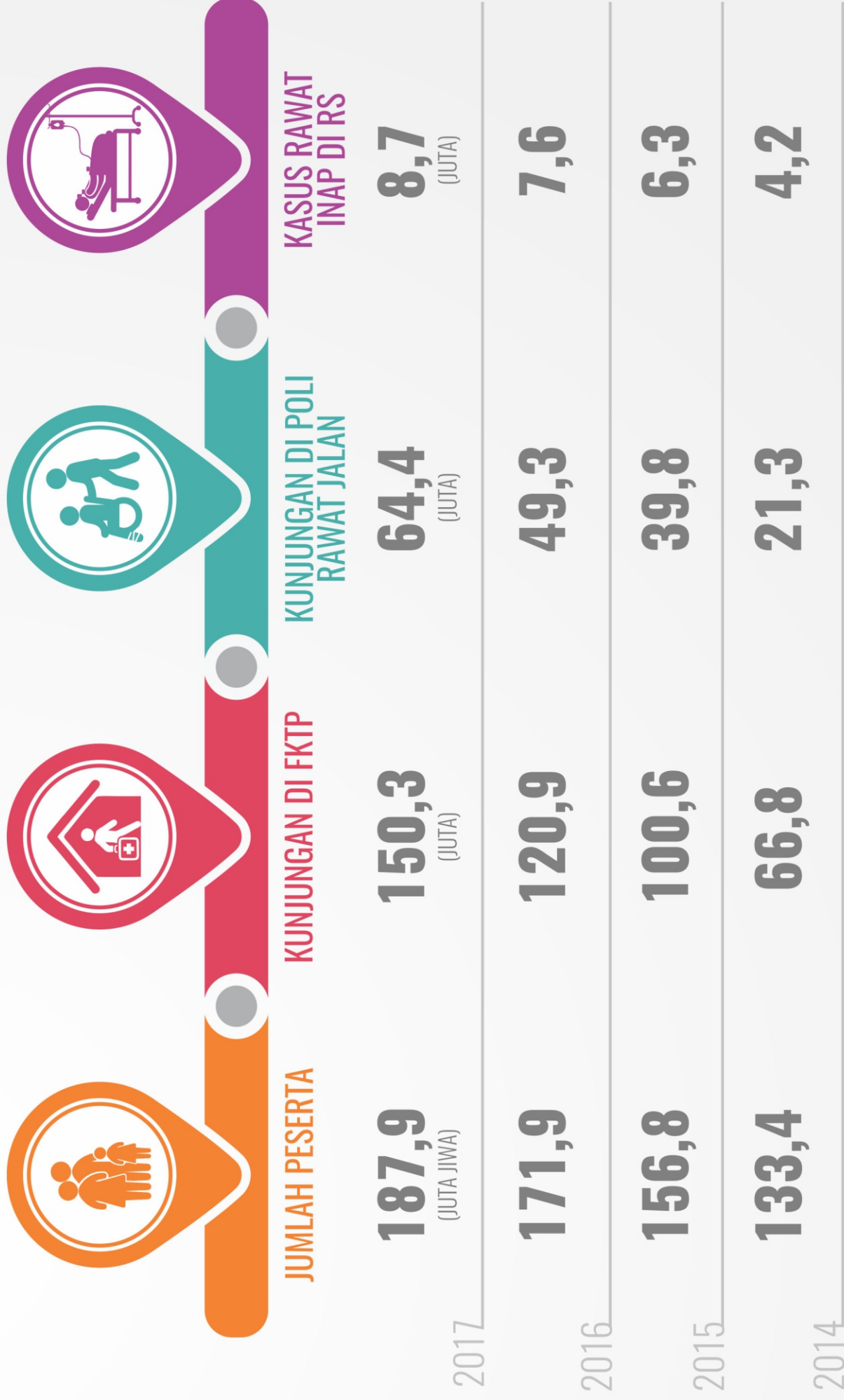
Intervensi negara dalam pembiayaan kebutuhan dasar, memiliki argumentasi yang kuat. Pembiayaan sosial oleh negara akan menurunkan kesenjangan pendapatan (dengan menurunkan pengeluaran *out of pocket*), mencegah individu jatuh ke dalam lembah kemiskinan akibat pengeluaran insidental yang besar, dan memperbaiki kinerja bidang sosial dengan menjamin akses seluruh penduduk pada layanan kebutuhan dasar yang berkualitas.

JKN di Indonesia memperlihatkan perkembangan yang menjanjikan. Melanjutkan program Askeskin (2005) dengan 36,1 juta peserta dan Jamkesmas (2008) dengan 76,4 juta peserta, JKN dimulai pada 2014 dengan 133,4 juta peserta, atau sekitar 53 persen dari populasi. Pada 2017, peserta JKN mengalami ekspansi signifikan, menjadi 187,9 juta peserta, atau sekitar 72 persen dari populasi. Pada 2018, peserta JKN diperkirakan akan menembus 207 juta peserta, atau sekitar 78 persen dari populasi. Namun demikian, target UHC (100 persen dari populasi) pada 2019 hampir dapat dipastikan tidak akan tercapai.

target UHC (100 persen dari populasi) pada 2019 hampir dapat dipastikan tidak akan tercapai.

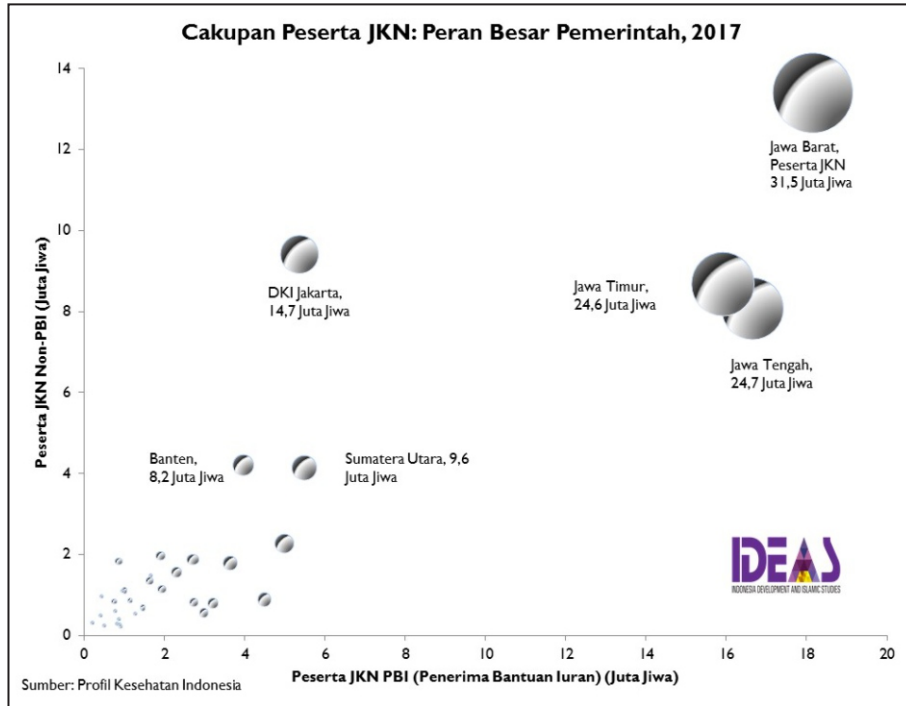
PROFIL JKN

(JAMINAN KESEHATAN NASIONAL), 2014-2017



JKN secara nyata telah meningkatkan akses masyarakat miskin pada layanan kesehatan. Seiring pertambahan jumlah peserta, pemanfaatan JKN meningkat drastis dari 92,3 juta pada 2014 menjadi 223,4 juta pada 2017. Pemanfaatan JKN per peserta melonjak dari 0,69 pada 2014 menjadi 1,19 pada 2017. Kunjungan di poli rawat jalan RS tumbuh paling cepat, diikuti kunjungan di FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama), dan kasus rawat inap di RS.

Kunjungan di poli rawat jalan RS tumbuh paling cepat, diikuti kunjungan di FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama), dan kasus rawat inap di RS.



Dari jumlah kepesertaan dan tingkat pemanfaatan, JKN yang diselenggarakan berdasarkan prinsip asuransi sosial dan ekuitas, relatif berhasil dalam mencapai tujuan memberikan manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Prinsip JKN yang bersifat wajib dan non-diskriminatif didorong pemerintah dengan memberi bantuan iuran bagi masyarakat miskin.

Hingga 2017, dari 187,9 juta peserta JKN, sekitar 60 persen diantaranya adalah peserta PBI (Penerima Bantuan Iuran), yaitu 92,4 juta jiwa dibayarkan oleh APBN dan 20,3 juta jiwa dibayarkan oleh APBD. Dominasi peserta PBI berkontribusi besar pada ekspansi jumlah peserta JKN. Peserta JKN terbanyak, sekaligus peserta PBI terbesar, didominasi oleh tujuh provinsi berturut-turut yaitu Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, DKI Jakarta, Sumatera Utara, Banten dan Sulawesi Selatan.

... dari 187,9 juta peserta JKN, sekitar 60 persen diantaranya adalah peserta PBI (Penerima Bantuan Iuran), yaitu 92,4 juta jiwa dibayarkan oleh APBN dan 20,3 juta jiwa dibayarkan oleh APBD.

Dengan BPJS Kesehatan menjalin kerjasama baik dengan jaringan penyedia layanan kesehatan publik maupun institusi non pemerintah dan swasta, maka JKN memberi masyarakat pilihan yang lebih luas dalam menentukan penyedia jasa kesehatan. Jumlah FKTP dan FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan) meningkat signifikan, berturut-turut dari 18.437 dan 1.681 pada 2014 menjadi 21.763 dan 2.268 pada 2017. Namun

Jumlah FKTP dan FKRTL meningkat signifikan, berturut-turut dari 18.437 dan 1.681 pada 2014 menjadi 21.763 dan 2.268 pada 2017.

demikian, meningkatnya kebebasan penerima manfaat untuk memilih layanan ini terlihat diikuti dengan eskalasi biaya, termasuk biaya administrasi.

Seiring dengan kenaikan signifikan jumlah peserta JKN dan jumlah FKTP dan FKRTL, yang pada gilirannya kemudian diikuti lonjakan pemanfaatan JKN per peserta dari 0,69 pada 2014 menjadi 1,19 pada 2017, maka beban jaminan kesehatan yang ditanggung BPJS Kesehatan pun melambung tinggi dari Rp 42,7 triliun pada 2014 menjadi Rp 84,4 triliun pada 2017.

Dengan besaran iuran peserta JKN yang *underpriced* dan berada dibawah hitungan aktuaria, maka pendapatan iuran selalu tidak mampu menutup beban jaminan kesehatan. Pada 2014, rata-rata iuran per peserta berkisar Rp 25.400 per bulan, sedangkan rata-rata klaim per peserta berkisar Rp 26.600 per bulan. Pada 2017, rata-rata iuran per peserta telah meningkat di kisaran Rp 32.900 per bulan, namun rata-rata klaim per peserta telah melonjak di kisaran Rp 37.400 per bulan. Inilah akar dari masalah defisit BPJS Kesehatan yang terlihat semakin akut memasuki usia-nya yang ke-5 tahun.

Evaluasi JKN Menuju Jaminan Kesehatan Universal

Defisit BPJS Kesehatan yang menjadi tema utama debat publik, adalah gejala (*symptom*), masalahnya sendiri berakar pada banyak faktor. Terdapat beberapa kondisi utama untuk menjamin agar JKN dapat diterapkan secara efisien dan berkelanjutan. Strategi pembiayaan yang paling tepat berfokus pada reformasi perpajakan sehingga peningkatan upaya perpajakan akan langsung berimplikasi pada peningkatan penerimaan pajak, yang merupakan *backbone* pembiayaan JKN. Dengan transparansi dan kredibilitas, pembiayaan publik untuk JKN meski besar dan masif justru akan mendongkrak dukungan publik dan legitimasi sosial pemerintah. Lebih jauh, JKN juga harus masuk dalam rencana pembangunan jangka panjang untuk menjamin keberlangsungannya dimasa depan. Tantangan terbesar adalah reformasi administrasi kependudukan untuk mengatasi sektor informal sehingga setiap penerima manfaat kesehatan dapat didorong urun biaya (*cost-sharing*) dan membayar sesuai dengan kemampuannya.

Ketika pembiayaan telah diamankan, maka aspek krusial berikutnya adalah perencanaan untuk penyediaan jaminan kesehatan universal. Isu utama adalah menjamin efektivitas belanja kesehatan dengan mendorong akuntabilitas dan manajemen belanja kesehatan. Alokasi anggaran harus terkait langsung dengan kinerja sektor kesehatan yang ingin dicapai sehingga tercipta mekanisme akuntabilitas yang jelas. Inefisiensi akan mengancam keberlanjutan JKN dalam jangka panjang. Rumah sakit dan dokter memiliki

... beban jaminan kesehatan yang ditanggung BPJS Kesehatan pun melambung tinggi dari Rp 42,7 triliun pada 2014 menjadi Rp 84,4 triliun pada 2017.

... akar dari masalah defisit BPJS Kesehatan yang terlihat semakin akut memasuki usia-nya yang ke-5 tahun adalah besaran iuran peserta JKN yang *underpriced* ...

Strategi pembiayaan yang paling tepat berfokus pada reformasi perpajakan.

Rumah sakit dan dokter memiliki peluang dan peran paling besar untuk menghapus inefisiensi dalam pelayanan kesehatan

KINERJA BPJS KESEHATAN 2014-2017



 **PENDAPATAN IURAN**

Rp 40,72
TRILIUN

Rp 52,78

Rp 67,40

Rp 74,25



**BEBAN JAMINAN
KESEHATAN**

Rp 42,66
TRILIUN

Rp 57,08

Rp 67,25

Rp 84,44



**IURAN RATA-RATA
PER PESERTA**

Rp 25.437
/ BULAN

Rp 28.050

Rp 32.676

Rp 32.928

peluang dan peran paling besar untuk menghapus inefisiensi dalam pelayanan kesehatan ini.

Tanpa menerapkan efisiensi dan mengontrol biaya, belanja kesehatan akan mengalami eskalasi biaya.

Isu berikutnya adalah kerangka pembayaran yang tepat untuk menjamin bahwa pelayanan tidak digunakan berlebihan, antara lain dengan menerapkan sistem *reimbursement* campuran kepada penyedia jasa kesehatan. Mekanisme pembayaran klaim kepada penyedia jasa hanya dapat diterapkan jika terdapat upaya perlindungan yang menjamin bahwa penyedia jasa tidak memiliki insentif untuk memberi pelayanan yang mahal dan tidak perlu. Jika upaya perlindungan ini tidak tersedia, maka metode pembayaran kapitasi harus diterapkan ke seluruh penyedia jasa. Tanpa menerapkan efisiensi dan mengontrol biaya, belanja kesehatan akan mengalami eskalasi biaya.

Isu terakhir adalah desain paket manfaat yang sesuai. Di tahap awal, paket manfaat yang terbatas akan menjamin keberlanjutan finansial program, termasuk penyakit yang menempati prioritas tertinggi dalam pengambilan kebijakan. Cakupan pelayanan kesehatan yang dijamin adalah rumit, dibutuhkan waktu bagi pengelola untuk memahami dan mengimplementasikannya secara penuh. Dalam implementasi JKN, maka dibutuhkan neraca kesehatan nasional (*national health accounts*) yang selalu *ter-update*, data klaim program berjalan, serta analisis biaya, manfaat dan keadilan. Termasuk di dalam analisis ini adalah penilaian terhadap paket manfaat dasar (*basic benefits package*), yang diukur dari efektivitas biaya dan perlindungan finansial terhadap pengeluaran tunai (*out of pocket*) yang berlebihan.

Tantangan Ke Depan

Berbagai permasalahan yang kini menerpa JKN dan BPJS Kesehatan, adalah implikasi yang jelas dan logis dari kondisi demografi, sosial dan ekonomi penduduk. Tingkat informalitas usaha yang tinggi, yaitu sekitar 60% angkatan kerja, membuat sulit upaya identifikasi dan penarikan kontribusi dari segmen populasi ini. Jumlah penduduk miskin dan mendekati miskin yang ada di kisaran 100 juta jiwa, dengan tingkat pengangguran dan setengah menganggur yang relatif tinggi, membuat kebutuhan pembiayaan pemerintah adalah signifikan agar JKN dapat mencakup segmen ini.

... skala dan cakupan ekonomis dari penyediaan jasa kesehatan sulit untuk dicapai.

Lebih jauh, dengan lebih dari 50 persen populasi masih tinggal di daerah pedesaan, dan dengan kondisi geografis Indonesia yang merupakan negara kepulauan dimana hanya 7 ribu pulau dari 13 ribu pulau yang berpenduduk, menyebabkan skala dan cakupan ekonomis dari penyediaan jasa kesehatan menjadi sulit untuk dicapai.

Dan tantangan terbesar masa depan dalam sistem jaminan sosial adalah perubahan struktur populasi sebagai akibat angka harapan

hidup yang lebih panjang. Dalam 2-3 dekade ke depan, jumlah penduduk usia tua diperkirakan akan meningkat drastis sementara jumlah penduduk usia kerja akan mengalami stagnasi. Dengan *population aging*, proporsi penduduk usia tidak produktif, diatas 60 tahun, akan meningkat drastis. Data internasional menunjukkan bahwa seorang individu membutuhkan biaya kesehatan paling besar justru di masa tuanya. Tekanan demografi ini saja, sudah cukup untuk melonjakkan pengeluaran kesehatan secara signifikan di masa datang.

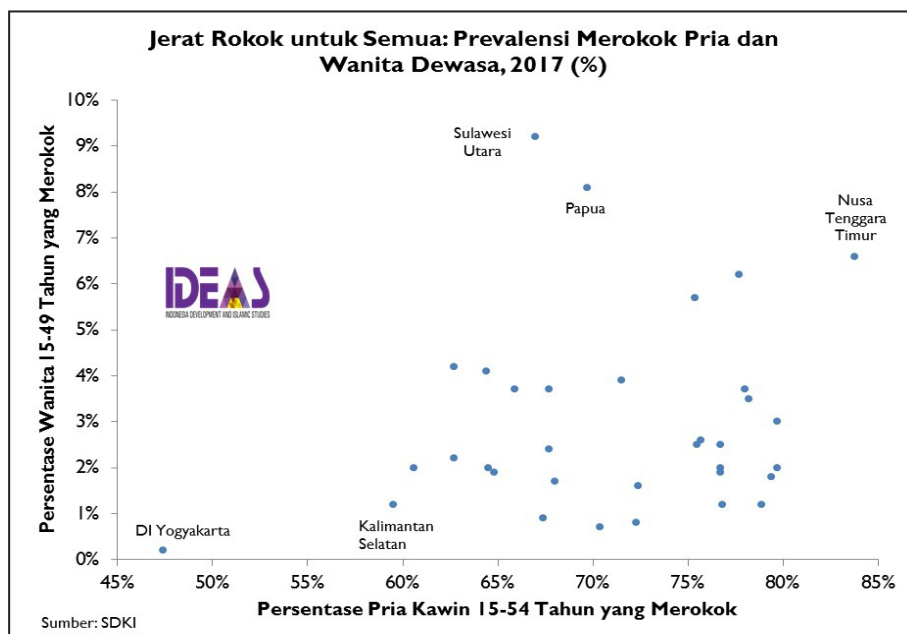
Tekanan demografi melonjakkan pengeluaran kesehatan secara signifikan di masa datang.

Selain itu, tantangan lain datang dari *epidemiological transition*. Seiring penuaan populasi dan pembangunan ekonomi, terjadi pergeseran dalam penyebab kematian dari penyebab menular ke penyebab non-menular. Penuaan populasi telah mendorong transisi epidemi ini, yaitu seiring kematian yang disebabkan oleh penyakit infeksi, ibu dan anak menurun, rata-rata umur populasi meningkat, dan sebagai hasilnya adalah penyakit kronik yang terkait umur menjadi semakin lazim, seperti penyakit jantung, neoplasma dan diabetes. Penyakit-penyakit kronis seperti ini membutuhkan layanan medis yang berkelanjutan sepanjang hidup, sehingga dampak ekonominya diperkirakan akan sangat signifikan dalam 2-3 dekade ke depan.

... tantangan lain datang dari *epidemiological transition*, dampak ekonominya diperkirakan akan sangat signifikan dalam 2-3 dekade ke depan.

Dan tantangan terdekat, bahkan telah mulai dirasakan, adalah meningkatnya kasus penyakit katastrofik yang diakibatkan gaya hidup tidak sehat seperti merokok. Lebih dari 20 persen beban jaminan kesehatan yang dibayarkan BPJS Kesehatan untuk penyakit katastrofik ini. Data terkini dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 menunjukkan bahwa prevalensi merokok pada pria mencapai 72,1 persen, sedangkan prevalensi merokok pada wanita 2,6 persen. Beberapa wilayah menunjukkan prevalensi merokok yang sangat tinggi, baik pria dewasa maupun wanita dewasa. Wilayah-wilayah ini dengan jelas dapat diidentifikasi akan mengalami tekanan kesehatan terkait kondisi gizi dan epidemiologi ke depan akibat konsumsi rokok yang tinggi.

Beberapa wilayah diidentifikasi akan mengalami tekanan kesehatan terkait kondisi gizi dan epidemiologi ke depan akibat konsumsi rokok yang tinggi.



Sehat dengan (Stop) Rokok

Yusuf Wibisono, Anita

Defisit BPJS Kesehatan yang kian akut, mengharu biru Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dimulai sejak 2014. Defisit memaksa BPJS Kesehatan menunggak pembayaran klaim ke operator kesehatan mitra, sehingga mengancam pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dengan target seluruh penduduk terlindungi jaminan kesehatan (*universal health coverage*) pada 2019, keberlanjutan JKN menjadi tanda tanya besar ke depan seiring defisit yang dipastikan kian membengkak. Ditengah kekalutan defisit masif BPJS Kesehatan, muncul wacana cukai dan pajak rokok untuk pembiayaan JKN yang berkelanjutan.

Keberlanjutan JKN

Lebih dari 40 persen pendapatan iuran BPJS Kesehatan berasal dari pemerintah.

Sejak digulirkan pada 2014, JKN banyak bertumpu pada intervensi pemerintah yang besar. Di sisi kepesertaan JKN, peserta PBI (Penerima Bantuan Iuran) mendominasi, sekitar 60 persen dari total peserta JKN. Iuran PBI dari APBN dan APBD terus mendominasi pendapatan iuran BPJS Kesehatan, dari masing-masing Rp 19,9 triliun dan Rp 2,0 triliun pada 2014, melonjak menjadi Rp 25,5 triliun dan Rp 5,6 triliun pada 2017. Lebih dari 40 persen pendapatan iuran BPJS Kesehatan berasal dari pemerintah.

Dengan iuran peserta yang *underpriced*, dikombinasikan dengan pemanfaatan JKN yang meningkat drastis, yang sebagian kemungkinan disumbang oleh *moral hazard* baik di sisi penyedia layanan maupun penerima manfaat, defisit BPJS Kesehatan adalah keniscayaan. Inefisiensi sektor kesehatan semakin memperberat masalah defisit BPJS Kesehatan.

pemerintah mengalokasikan lebih dari Rp 10 triliun setiap tahunnya sebagai PMN ke BPJS Kesehatan.




Secara tradisional, ketidakcukupan dana (*unfunded*) JKN ini kemudian diselesaikan oleh pemerintah dengan mengalokasikan Penyertaan Modal Negara (PMN) ke BPJS Kesehatan untuk menutup *unfunded* tersebut. Sepanjang 2014 – 2017, pemerintah mengalokasikan lebih dari Rp 10 triliun setiap tahunnya sebagai PMN ke BPJS Kesehatan. Dalam jangka panjang, ketika eskalasi biaya kesehatan tak terbendung dan defisit BPJS Kesehatan melonjak, pembiayaan JKN oleh pemerintah akan menjadi resiko fiskal (*fiscal risk*) yang sangat serius, yang bahkan dapat mengancam keberlanjutan anggaran di masa depan.

Paket manfaat kesehatan yang sederhana harus diterapkan untuk memperbaiki pentargetan ke kelompok miskin.

Dengan keterbatasan anggaran pemerintah, maka menentukan pelayanan apa yang akan dibiayai oleh pemerintah harus mendapat perhatian penting. Paket jaminan kesehatan yang dibiayai harus merefleksikan kebutuhan penduduk dan prioritas anggaran. Paket manfaat kesehatan yang sederhana harus diterapkan ke seluruh

MENAKAR KEBERLANJUTAN JKN

BELANJA BANSOS UNTUK JKN DAN PMN KE BPJS KESEHATAN
2014-2017 (RP TRILIUN)

	2014	2015	2016	2017
 IURAN PBI-APBN	19,9	20,3	25,1	25,5
 IURAN PBI-ABPD	2,0	2,6	4,3	5,6
 PMN KE BPJS KESEHATAN	11,1	10,1	10,3	10,2

populasi dan sejumlah ukuran spesifik diterapkan untuk memperbaiki pentargetan ke kelompok miskin. Bantuan tunai bersyarat sukses diterapkan diberbagai negara Amerika Latin dan Karibia. Skema jaminan kesehatan dasar yang kecil mencakup upaya kesehatan, kecelakaan, sejumlah upaya preventif serta pelayanan anak dan keibuan, mendapat dukungan kuat untuk diberikan secara universal dan dibiayai pemerintah di awal pelaksanaan jaminan kesehatan untuk menjamin keberlanjutan anggaran.

Berbagai negara membedakan barang publik dan barang privat dalam paket manfaat kesehatan.

Manfaat paket jaminan kesehatan juga harus mencakup barang publik, barang kesehatan dengan eksternalitas tinggi, dan intervensi lain yang telah terbukti dampaknya pada hasil-hasil kesehatan, seperti Program KB dan Posyandu, dan mengarahkan belanja pelayanan medis yang besar ke kelompok miskin melalui mekanisme pentargetan. Untuk obat-obatan, manfaat obat yang diterima harus terdefinisi dan terbatas, dan menerapkan obat generik bila memungkinkan, untuk menahan kenaikan biaya. Berbagai negara membedakan barang publik dan barang privat dalam paket manfaat kesehatan. Sebagai misal, di Perancis, pasien membayar 30 persen layanan ambulans, 35-65 persen obat-obatan dan 40 persen biaya laboratorium.

... *cost-containment* bergantung pada paket manfaat jaminan, cakupan peserta jaminan, dan mekanisme pentargetan.

Langkah penting dan krusial lainnya adalah mendesain sistem insentif yang benar dan kerangka regulasi yang tepat untuk mencegah pemberian pelayanan yang berlebihan yang dapat memicu eskalasi biaya (*cost-containment*). Secara umum, *cost-containment* bergantung pada paket manfaat jaminan, cakupan peserta jaminan, dan mekanisme pentargetan. Desain sistem pembayaran klaim ke penyedia jasa harus memiliki insentif yang akan mendorong penyedia jasa bersikap efisien dan rasional dalam hal jenis, jumlah dan kualitas pelayanan yang mereka berikan. Secara umum, sistem pembayaran penyedia jasa yang optimal adalah campuran dari pembayaran klaim pelayanan (*reimbursement system*), pembayaran yang ditentukan diawal (gaji atau subsidi) dan *cost-sharing* dengan penerima manfaat untuk menekan *moral hazard*.

... sektor kesehatan tidak boleh kehilangan insentif karena ketidakmampuan untuk mencegah, mengobati dan mengantisipasi ancaman kesehatan yang berdampak serius pada keberlanjutan sistem jaminan sosial.

Pembangunan kesehatan harus dilakukan secara komprehensif untuk memastikan bahwa sektor kesehatan berjalan secara efisien dan efektif. Inefisiensi sektor kesehatan akan berdampak signifikan terhadap eskalasi biaya jaminan kesehatan dan keberlanjutan sistem jaminan sosial universal. Di saat yang sama, sektor kesehatan tidak boleh kehilangan insentif karena ketidakmampuan sektor kesehatan untuk mencegah, mengobati dan mengantisipasi ancaman kesehatan juga akan berdampak serius pada keberlanjutan sistem jaminan sosial.

Pembiayaan JKN dan Cukai Rokok

Sistem jaminan sosial universal membutuhkan dukungan pembiayaan yang besar dan berkelanjutan. Karena itu, reformasi sistem jaminan kesehatan universal harus berjalan beriringan dengan ketersediaan anggaran pemerintah dan proyeksi *fiscal space*. Ruang fiskal dapat terus ditingkatkan melalui peningkatan pajak, reformasi administrasi perpajakan, belanja pemerintah yang lebih rendah, dan pembiayaan eksternal atau hibah. Namun sumber pembiayaan terakhir ini cenderung tidak stabil, sulit untuk diprediksi, tidak bisa berkelanjutan dan rumit secara administratif dan birokrasi. Oleh karena itu, pembiayaan program harus berbasis pada proyeksi perpajakan umum yang diikuti dengan efisiensi belanja publik secara masif.

Dengan tantangan yang dihadapi di masa depan, sistem jaminan kesehatan universal membutuhkan dukungan pembiayaan yang besar dan berkelanjutan. Optimalitas sumber pembiayaan program jaminan kesehatan dapat dinilai berdasarkan lima kriteria yaitu: *revenue adequacy and stability, efficiency, equity, ease of collection dan political acceptability*.

Untuk memenuhi kriteria *revenue adequacy and stability*, pembiayaan berbasis kontribusi jaminan sosial membutuhkan beberapa prasyarat yaitu pertumbuhan ekonomi yang kuat, ukuran sektor formal yang memadai, kapasitas administrasi pajak yang kuat untuk melaksanakan pengumpulan, dan tarif kontribusi yang kompetitif. Negara-negara Eropa Timur dan Asia Tengah yang menggunakan kontribusi jaminan sosial untuk membiayai sistem jaminan kesehatan, gagal mencapai tingkat pendapatan yang memadai karena besarnya sektor informal, *self-employment* dan *under-employment*, serta tarif kontribusi sosial yang telah ada cukup tinggi dan adanya penghindaran pembayaran kontribusi. Beberapa negara, memilih perpajakan umum sebagai sumber pembiayaan yang memungkinkan basis pajak yang lebih luas dan stabil. Ghana misalnya, menaikkan tarif PPN untuk membiayai jaminan kesehatan universal.

Kontribusi sosial dari gaji pekerja juga cenderung memberi distorsi yang lebih besar karena meningkatkan penghindaran pajak dan menurunkan ukuran sektor formal. Lebih jauh lagi, kontribusi sosial juga secara langsung meningkatkan biaya tenaga kerja sehingga menghalangi pertumbuhan ekonomi, penciptaan lapangan kerja dan daya saing. Dengan demikian, perpajakan umum memiliki keunggulan efisiensi dibandingkan kontribusi sosial pekerja.

Satu hal yang perlu dicermati adalah dampak perpajakan umum terhadap pemerataan. Perpajakan di negara berkembang seringkali bersifat regresif, dimana kelompok miskin justru menanggung

... pembiayaan program harus berbasis pada proyeksi perpajakan umum yang diikuti dengan efisiensi belanja publik secara masif.

Optimalitas sumber pembiayaan program jaminan kesehatan dapat dinilai berdasarkan *revenue adequacy and stability, efficiency, equity, ease of collection dan political acceptability*.

Beberapa negara, memilih perpajakan umum sebagai sumber pembiayaan yang memungkinkan basis pajak yang lebih luas dan stabil.

perpajakan umum memiliki keunggulan efisiensi dibandingkan kontribusi sosial pekerja.

Perpajakan di negara berkembang seringkali bersifat regresif ...

beban pajak yang lebih besar. Namun kontribusi sosial pekerja juga cenderung bersifat regresif. Karena itu yang terbaik adalah mendesain perpajakan progresif seluas mungkin.

Kontribusi sosial secara politik lebih mudah diterima dibandingkan perpajakan umum.

Dalam perekonomian formal, kontribusi pekerja dilakukan secara otomatis dengan mengurangi kontribusi dari gaji mereka. Namun ketika sektor informal besar, hal ini sulit dilakukan. Spanyol dan Islandia berpindah dari kontribusi sosial ke perpajakan umum untuk membiayai jaminan kesehatan mereka. Kontribusi sosial secara politik lebih mudah diterima dibandingkan perpajakan umum. Namun resistensi ini dapat dikurangi dengan adanya pemberian hak secara spesifik kepada individu terkait pajak tersebut (*benefit tax*).

... penerimaan cukai lebih banyak disumbang oleh kelompok miskin.

Dalam konteks ini, alokasi penerimaan negara dari cukai rokok untuk pembiayaan JKN adalah positif dan menjanjikan. Selama ini, dengan penerimaan negara diperlakukan sebagai *pool of fund*, cukai rokok cenderung menjadi mekanisme yang memperburuk kesenjangan ekonomi. Dalam satu dekade terakhir, penerimaan cukai hasil tembakau adalah besar dan signifikan, tumbuh hingga lebih dari 13 persen sepanjang 2005-2017 (CAGR). Dengan fakta cukai yang sepenuhnya ditransmisikan ke harga jual eceran rokok dan prevalensi merokok yang lebih tinggi di kelompok penduduk berpendapatan rendah, tidak terdidik, dan tinggal di pedesaan, penerimaan cukai ini dipastikan lebih banyak disumbang oleh kelompok miskin.

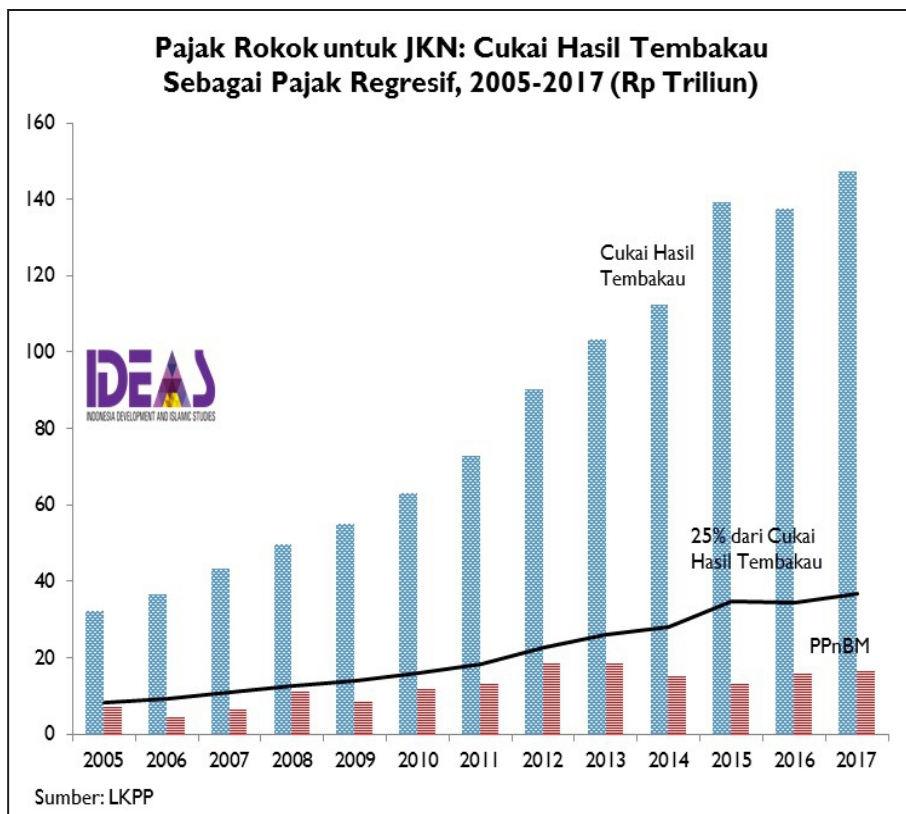
Ketergantungan yang besar pada penerimaan cukai membuat regulasi negara terhadap rokok menjadi sangat lunak.

Pada saat yang sama, penerimaan negara dari pajak pertambahan nilai barang mewah (PPNBM) adalah kecil dan tidak signifikan, tumbuh hanya 7,4 persen sepanjang 2005-2016 (CAGR). Dengan cakupannya, penerimaan pajak ini dipastikan lebih banyak disumbang oleh kelompok kaya. Dengan demikian, cukai rokok sebagai instrumen fiskal secara jelas bersifat regresif: beban pajak justru lebih banyak ditanggung oleh kelompok miskin. Ironisnya, pemerintah terlihat menikmati besarnya penerimaan cukai hasil tembakau dan menjadikannya sebagai salah satu penerimaan negara terpenting. Ketergantungan yang besar pada penerimaan cukai membuat regulasi negara terhadap rokok menjadi sangat lunak.

Dengan mekanisme *earmarked* untuk pembiayaan JKN, dampak cukai rokok sebagai pajak regresif akan menurun signifikan.

Riset ini mengusulkan mekanisme *earmarked* untuk penerimaan negara dari cukai rokok, katakan 25 persen dari cukai hasil tembakau, untuk pembiayaan JKN serta pelayanan kesehatan yang komprehensif. Fokus JKN selama ini masih di pelayanan kuratif dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai. Ke depan, upaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan promotif (peningkatan) dan preventif (pencegahan) harus mendapat prioritas lebih tinggi dari pelayanan kesehatan kuratif (pengobatan). Dengan berfungsi sebagai mekanisme *earmarked* untuk pembiayaan JKN, dampak cukai rokok sebagai pajak regresif akan

menurun signifikan.



Dalam jangka panjang, mekanisme *earmarking* untuk cukai rokok ini dapat ditingkatkan, menjadi 50-75 persen, untuk mengintegrasikan kebijakan industri dengan kebijakan sektor kesehatan secara umum. Rokok telah lama ditengarai memiliki dampak kesehatan yang mematikan. Rokok menyebabkan berbagai penyakit seperti kanker paru, stroke, jantung koroner hingga penurunan kesuburan dan gangguan pertumbuhan janin. Penyakit terkait rokok ini muncul setelah 15-20 tahun perilaku merokok dimulai, sehingga epidemi terkait tembakau dan kematian yang menyertainya akan terus meningkat di masa depan.

... epidemi terkait tembakau dan kematian yang menyertainya akan terus meningkat di masa depan.

Di satu sisi, penerimaan cukai rokok harus digunakan untuk rehabilitasi para perokok dari kecanduannya. Hal ini penting dan signifikan terutama untuk perokok pemula dan perempuan. Perokok pemula kini berusia semakin muda, sehingga peluang mereka menjadi perokok tetap di masa datang menjadi semakin besar. Perokok perempuan tidak hanya membahayakan diri sendiri namun juga janin dan bayinya. Hal ini sangat signifikan karena tingkat kesehatan yang rendah di masa kecil akan membawa pada status sosial ekonomi yang rendah di masa dewasa.

... tingkat kesehatan yang rendah di masa kecil akan membawa pada status sosial ekonomi yang rendah di masa dewasa.

Di sisi lain, penerimaan cukai rokok juga harus digunakan untuk riset dan pengembangan industri hasil tembakau non-rokok, termasuk kemungkinan alih profesi petani tembakau. Sentra perkebunan tembakau nasional selama ini hanya terkonsentrasi di 7 kabupaten. Dengan dukungan dan pendampingan, petani tembakau dapat diarahkan untuk mengubah tembakau menjadi

Tidak selangkah industri rokok terus berlandung dibalik petani tembakau dan pabrik rokok skala mikro dan kecil.

produk non rokok atau alih fungsi lahan tembakau menjadi non-tembakau. Tidak selayaknya industri rokok terus berlandung dibalik petani tembakau dan pabrik rokok skala mikro dan kecil.

Kenaikan Pajak Rokok

Kenaikan cukai dan harga rokok, diharapkan akan menurunkan konsumsi rokok, khususnya kelompok miskin dan perokok pemula.

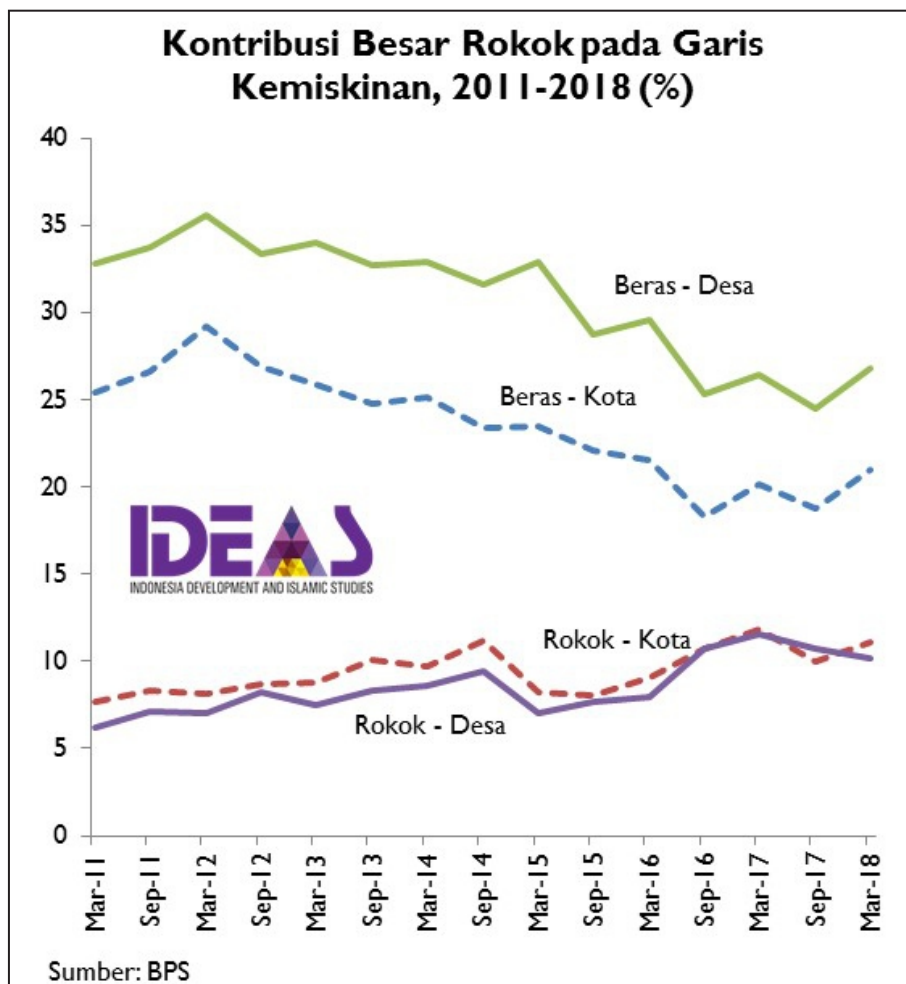
Perokok memiliki sifat kecanduan miopik yang membuatnya tidak lagi rasional dan mengabaikan konsekuensi negatif ...

... sumbangan rokok terhadap garis kemiskinan yang cenderung meningkat sepanjang 2011-2018

Harga rokok di Indonesia yang rendah dibandingkan negara lain, mendorong sebagian pihak mengusulkan kenaikan cukai dan pajak rokok sebagai sumber pembiayaan baru untuk menutup defisit BPJS Kesehatan, tidak hanya realokasi penerimaan cukai tembakau yang telah ada. Kenaikan cukai dan harga rokok, diharapkan akan menurunkan konsumsi rokok, khususnya kelompok miskin dan perokok pemula.

Namun rokok adalah produk olahan tembakau yang menimbulkan kecanduan. Sifat adiktif rokok ini membuat kebiasaan merokok di masa lalu berdampak positif pada perilaku merokok di masa depan. Perokok memiliki sifat kecanduan miopik yang membuatnya tidak lagi rasional dan mengabaikan konsekuensi negatif dari perilaku merokoknya tersebut.

Menaikkan cukai dan harga rokok memiliki potensi menurunkan konsumsi rokok, terutama bagi perokok miskin, perokok tidak tetap dan perokok pemula. Namun di sisi lain, ada potensi konsumsi rokok tidak turun sebagai konsekuensi dari produk adiktif.



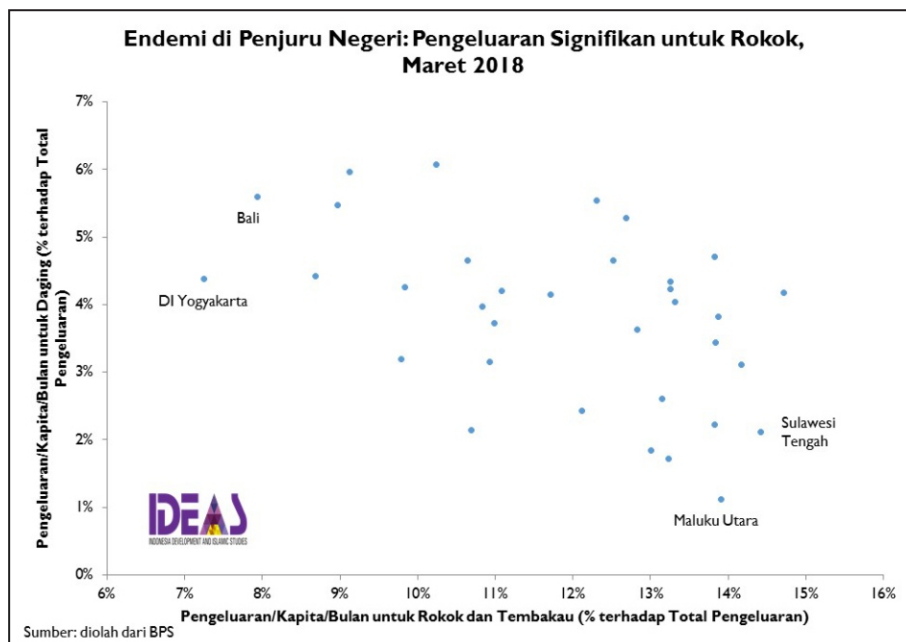
Pada perokok miskin, hal ini terlihat dari sumbangan rokok terhadap garis kemiskinan yang cenderung meningkat sepanjang 2011-2018, mengindikasikan bahwa perokok miskin tidak menurunkan konsumsi rokoknya meski harga rokok meningkat.

... sumbangan rokok terhadap garis kemiskinan yang cenderung meningkat sepanjang 2011-2018

Mayoritas rumah tangga Indonesia memiliki pengeluaran untuk tembakau dan sirih, komoditas adiktif yang justru merugikan kesehatan, di kisaran 6 persen dari pengeluaran bulanan. Rumah tangga di pedesaan dimana sebagian besar kelompok miskin bertempat tinggi memiliki proporsi pengeluaran untuk rokok dan tembakau yang lebih tinggi, terbesar kelima setelah perumahan, makanan jadi, aneka barang dan beras, dan jauh lebih besar dari pengeluaran untuk barang tahan lama, ikan, sayur-sayuran, pakaian, telur dan susu, buah-buahan dan daging. Rokok telah menjadi mata rantai kemiskinan yang akut di Indonesia.












Besarnya pengeluaran rumah tangga untuk rokok, telah memukul keluarga miskin jauh lebih keras: membuat tingkat kesehatan dan produktivitas si miskin tergerus, sekaligus membuat kebutuhan dasar si miskin semakin tidak terpenuhi karena digunakannya pendapatan yang terbatas untuk membeli rokok. Pengeluaran rumah tangga untuk rokok jauh lebih tinggi untuk komoditas yang penting bagi anggota rumah tangga seperti daging. Hal ini terjadi merata di semua wilayah. Selama konsumsi rokok didominasi kelompok miskin dan tidak ada mekanisme yang merehabilitasi mereka dari kecanduan, maka kenaikan cukai dan pajak rokok untuk pembiayaan JKN akan selalu dilematis.

... kenaikan cukai dan pajak rokok untuk pembiayaan JKN akan selalu dilematis.



BEBAN BESAR ROKOK

RATA-RATA PENGELUARAN PER KAPITA
PER BULAN (RP), MARET 2018

PERKOTAAN		PERDESAAN
367.376	 PERUMAHAN	184.318
237.325	 MAKANAN - MINUMAN JADI	131.149
185.482	 BARANG & JASA	84.736
60.785	 PADI-PADIAN	74.362
64.663	 ROKOK & TEMPAKAU	66.376
69.905	 BARANG TAHAN LAMA	43.162
46.753	 IKAN/UDANG/ CUMI/KERANG	39.246
40.522	 SAYUR - SAYURAN	38.628
38.645	 PAKAIAN	25.877
39.670	 TELUR & SUSU	23.174
34.018	 BUAH-BUAHAN	21.808
28.297	 DAGING	16.617



IDEAS
INDONESIA DEVELOPMENT AND ISLAMIC STUDIES

Perkantoran Ciputat Indah Permai, Blok A-12 Lt. 4
Jl. Ir. H. Juanda No. 50, Ciputat, Tangsel - 15419
Phone: +62 21 7418 607 (office)

 **Indonesia Development
and Islamic Studies**

 **@ideas_riset**

 **@ideas.riset**

 **www.ideas.or.id**