

Percepatan Vaksinasi

Tulisan kelima dalam seri “Pemulihan Ekonomi Dan Vaksinasi”

Dradjad H. Wibowo

Ekonom Senior Indef, Ketua Pembina SDI dan Ketua Dewan Pakar PAN

Jumat sore (23/7) dalam sidak ke salah satu apotik di Bogor, Presiden menemukan bahwa obat antivirus Oseltamivir dan Favipiravir sedang kosong. Presiden lalu menelepon Menteri Kesehatan Budi Sadikin dan dilapori kalau obat tersedia di Kimia Farma (KF) Bogor.

Saya yakin kondisi lapangannya memang seperti yang ditemukan Presiden. Ini berdasarkan pengalaman saya kesulitan mencari antivirus bagi beberapa kerabat, termasuk ke apotik yang dikunjungi Presiden. Saya akhirnya bisa membeli Favipiravir, dibantu oleh kenalan yang kompeten.

Jumlah kasus aktif (JKA)

Temuan Presiden tersebut semakin menegaskan pentingnya Indonesia mempercepat vaksinasi. Apalagi, situasi pelayanan kesehatan (yankes) kita sudah sangat berat, sebagaimana data dan analisis yang saya uraikan di bawah.

Saya mulai dengan melihat data JKA. Data ini sangat krusial bagi keputusan yankes, mulai dari penyediaan rumah sakit (RS), obat, oksigen dan lebih penting lagi, dokter dan tenaga medis lainnya. Datanya saya ambil dari laman Komite Penanganan COVID-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional (KPC PEN) (<https://covid19.go.id>). Karena data *time series* JKA untuk periode 1 Juni – 24 Juli tidak ditampilkan di laman resmi, saya juga merujuk https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic_in_Indonesia. Laman ini mengutip data harian KPC PEN, di mana untuk tanggal 22-24 Juli angkanya akurat.

Pada tanggal 1 Juni 2021, JKA tercatat sebanyak 101.325. Angka ini melonjak drastis menjadi 574.135 pada 24 Juli 2021. Dalam bulan Juni, kita perlu waktu 26 hari untuk menaikkan JKA sebanyak 100 ribu. Setelah itu, kita butuh waktu 8 hari dan terakhir hanya 3 hari. JKA menembus 500 ribu pada 16 Juli 2021. Jadi, JKA berakselerasi dengan sangat cepat.

Akselerasi tersebut jelas memberi tekanan yang besar terhadap sistem yankes. Mari kita lihat kondisinya dari jumlah tempat tidur RS. Saya cek ke materi presentasi Menko Luhut B. Pandjaitan 6 Juli 2021, ternyata data jumlah tempat tidur tidak ditampilkan. Tapi, pada 31 Agustus 2020 Bappenas menyebut Indonesia memiliki tempat tidur RS sebanyak 276.525 atau 1,33/1000 penduduk. Per 21 Januari 2021, tempat tidur yang dialokasikan bagi pasien COVID-19 adalah 81.032. Ini menurut Dirjen Pelayanan Kesehatan Kemenkes, Prof. Abdul Kadir, yang juga menyebut jumlah RS sebanyak 2.979.

Pada tanggal 21 Juli 2021 juru bicara COVID-19 Kemenkes, Siti Nadia Tarmizi, mengatakan jumlah tempat tidur COVID-19 sejak 17 Mei 2021 telah bertambah 45.592 menjadi 124.747

(<https://www.antaranews.com/berita/2280386/kemenkes-tambah-45592-tempat-tidur-di-rumah-sakit>). Artinya, jumlah sebelumnya adalah 79.155. Dari jumlah yang baru tersebut, 91.787 tempat tidur sedang dipakai merawat pasien COVID-19. Disebutkan juga, 990 dari 3.083 RS sudah ditetapkan sebagai RS COVID-19.

Kita bisa melihat bahwa data dari kedua pejabat Kemenkes tersebut tidak klop, karena terdapat diskrepansi 104 RS dan 1.877 tempat tidur. Diskrepansi ini tentu membuat data *bed occupancy rate* (BOR) diragukan. Apalagi, jika data dari jubir Kemenkes dihitung dengan asumsi pemakaian tempat tidur yang konstan, maka BOR sekarang hanya 73-74%. Jika benar demikian, mengapa sebagian penderita COVID-19 kesulitan mendapat tempat tidur RS?

Saya belum tahu berapa BOR yang riil. Yang jelas, JKA sudah mencapai 2 kali lipat dari jumlah tempat tidur, dan minimal 4,5 kali lipat dari jumlah tempat tidur COVID-19. Karena itu, tidak heran jika banyak laporan kesulitan mendapatkan RS.

Bagaimana dengan jumlah dokter? Kondisinya lebih memprihatinkan. Jika mengacu pada presentasi Menko Luhut, saat ini di Jawa Bali terdapat 684 dokter umum bagi COVID-19. Jumlah ini hanya 19%-23% dari kebutuhan! Sementara jumlah perawatnya 4.368, atau hanya 21% kebutuhan. Memang pemerintah berencana menambah dokter dan perawat, tapi saya masih sangsi bagaimana realisasinya.

Bukti empiris vaksinasi

Melihat beratnya situasi yankes, kita harus cepat menurunkan dua target, yaitu (i) laju transmisi dan (ii) tingkat hospitalisasi. Di sini saya tidak membahas target pertama karena memerlukan tulisan tersendiri tentang pembatasan sosial, pemeriksaan dan penelusuran, serta protokol kesehatan.

Untuk target kedua, arahnya adalah meminimumkan jumlah penduduk yang secara medis wajib dirawat di RS jika mereka terinfeksi COVID-19. Gampangnya, gejalanya ringan sehingga tidak perlu masuk RS.

Intervensi kesehatan yang efektif dalam mencapai target kedua adalah vaksinasi. Bukti empirisnya bisa kita ambil dari sejarah, maupun dari pandemi sekarang. Contoh bukti sejarahnya adalah epidemi cacar air di Kanada pada tahun 1885. Tingkat kematiannya 30-40%, jauh lebih tinggi dari COVID-19. Apakah saat itu ada kelompok anti-vaksin? Ada. Pelopornya malah seorang dokter bernama Alexander M. Ross. Argumen yang dipakai juga sama, yaitu epidemi tidak ada, cacar air tidak berbahaya, sementara vaksin lebih berbahaya. Faktanya, dunia berhasil mengatasi cacar air dengan vaksinasi sebagai program utama. Lucunya, Dr Ross ternyata juga memilih divaksin.

Untuk bukti empiris vaksinasi COVID-19, kita lihat data Inggris Raya yang memulai vaksinasi sejak 8 Desember 2020. Di Skotlandia, dosis pertama vaksin terbukti menurunkan hospitalisasi

85-94%, di Inggris 75%. Itu yang dirilis *Public Health Scotland* dan *Public Health England* pada 22 Februari 2021.

Terhadap varian Delta, pada 14 Juni 2021 mereka merilis penurunan hospitalisasi 92-96%. (<https://www.gov.uk/government/news/vaccines-highly-effective-against-hospitalisation-from-delta-variant>). Risetnya dilakukan oleh Julia Stowe *et al*, melibatkan 14.019 orang yang terinfeksi varian Delta selama 12 April–4 Juni, di mana hanya 166 yang perlu perawatan RS.

Di Amerika Serikat (AS), vaksinasi dihitung telah menghindarkan 1,25 juta orang dari perawatan RS dan mencegah 279 ribu kematian. Penelitinya adalah Profesor Alison Galvani (*Yale School of Public Health*), Profesor Seyed M. Moghadas (*York University*) dan Eric C. Schneider. <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2021/jul/deaths-and-hospitalizations-averted-rapid-us-vaccination-rollout>

Jadi, vaksinasi terbukti menurunkan tingkat hospitalisasi. Ini karena, orang yang divaksin akan mengalami gejala yang lebih ringan jika terinfeksi. Namun terhadap penurunan transmisi, bukti empirisnya belum kuat. Risiko tertular masih ada meski kita sudah divaksin.

Percepatan vaksinasi

Dengan beratnya tekanan terhadap sistem yankes, sementara vaksin terbukti mengurangi hospitalisasi, argumen kesehatan bagi percepatan vaksinasi sangatlah kuat. Kalau dari sisi ekonomi, percepatan vaksinasi adalah kebutuhan pokok. Alasannya, vaksin dapat mengurangi tingkat keparahan penyakit, sehingga orang lebih konfiden beraktifitas ekonomi, baik investasi, produksi, distribusi maupun konsumsi. Konfiden ini unsur vital bagi pertumbuhan.

Percepatan semakin mendesak karena laju vaksinasi kita masih lambat. Untuk mencapai proporsi 5% pertama dari penduduk tervaksin lengkap, Indonesia perlu waktu 5,5 bulan lebih. AS hanya perlu 1,5 bulan, Inggris 3 bulan lebih sedikit. Malaysia 4 bulan kurang, tapi populasi dan geografinya jauh lebih ringan.

Lalu terobosan apa untuk mempercepat vaksinasi? Di kompas.com akhir Desember 2020, saya pernah mengusulkan “vaksinasi bisnis”. Pemerintah menyebutnya sebagai vaksinasi gotong royong (dibayar oleh perusahaan) dan mandiri (dibayar oleh individu). Saya memaklumi penentangan terhadap vaksinasi berbayar, yang antara lain karena rumor perburuan rente. Saya sepakat dengan alasan ini. Namun, apakah kita membatalkan proyek vital seperti pembangkit listrik karena ada korupsi? Atau, kita hukum koruptornya tapi proyeknya jalan terus? Tentu yang kedua yang kita pilih.

Vaksinasi bisnis juga sangat pro-keadilan ekonomi. Subsidi BBM dihapuskan antara lain karena kelompok kaya ikut menikmati subsidi. Vaksinasi ini lebih parah dari subsidi BBM karena orang kaya memperolehnya secara gratis. Dengan vaksinasi bisnis, orang kaya ikut membayar.

Secara fiskal, vaksinasi bisnis ini sangat pruden. Contohnya vaksin Pfizer, di mana Indonesia memesan 50 juta dosis. Karena Pfizer masih memakai “harga pandemi” USD 19.50/dosis, maka nilainya adalah Rp 14 triliun-an. Jika vaksin Pfizer dibuat berbayar, katakanlah Rp 500 ribu/dosis, negara memperoleh Rp 25 triliun. Surplusnya bisa dipakai membayar tunggakan negara kepada RS atau membiayai riset obat dan vaksin.

Saya yakin, dibanderol Rp 1 juta lebih pun vaksin Pfizer masih laku. Buktinya, tidak sedikit orang kaya Indonesia bersedia mengeluarkan minimal Rp 30 juta untuk memperoleh vaksin Pfizer atau Moderna di AS. Para pebisnis pun sangat membutuhkan kedua vaksin ini untuk memenuhi persyaratan perjalanan ke negara-negara maju.

Jangan lupa, Pfizer sudah mulai bernegosiasi dengan Uni Eropa pada harga USD 54/dosis. Untuk “harga normal”, eksekutif Pfizer Frank D’Amelio menyebut angka USD 150-175/dosis. Dengan harga tersebut, mana kuat Indonesia menggratiskannya?

Jadi, saya usul agar pemerintah tetap menjalankan vaksinasi bisnis ini. Tapi pilihan vaksinnya harus sesuai dengan preferensi target dan jangan mengambil vaksin hibah.

Misinformasi vaksinasi

Sebagai penutup, saya kembali usul agar negara lebih masif membuat dan menyebarkan konten vaksinasi yang ilmiah. Karena, tidak sedikit rakyat yang takut atau bahkan anti vaksinasi akibat misinformasi sehingga vaksinasi terhambat. Jadi, masalah ini perlu ditangani serius.