

BAHAN AJAR PEMBIAYAAN KESEHATAN DI BERBAGAI NEGARA

(STUDY KASUS DI INGGRIS,AMERIKA SERIKAT,THAILAND,dan TAIWAN)

Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana

UNTUK MAHASISWA KESEHATAN MASYARAKAT

BAHAN AJAR
PEMBIAYAAN KESEHATAN DI BERBAGAI
NEGARA

UNTUK MAHASISWA PROGRAM STUDI
KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS UDAYANA

Bahan ajar ini
didedikasikan untuk
seluruh mahasiswa yang
mengambil mata kuliah
pembiayaan pelayanan
kesehatan sebagai mata
kuliah wajib di PSKM.

Oleh :

Putu Ayu Indrayathi,SE,.MPH

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan bahan ajar yang berjudul “Pembiayaan Kesehatan di Berbagai Negara.”

Pembuatan bahan ajar ini dalam rangka meningkatkan pengetahuan mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat tentang pembiayaan kesehatan di berbagai negara sebagai bahan diskusi selama perkuliahan yang bermanfaat sebagai lesson learn dalam pembiayaan kesehatan di Indonesia di era JKN. Mahasiswa dapat mempelajari bagaimana pembiayaan kesehatan di berbagai negara dalam upayanya mencapai *Universal Health Coverage* sebagai tujuan utama pembiayaan kesehatan di suatu negara

Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan bahan ajar ini. Semoga Tuhan senantiasa melimpahkan rahmat – Nya kepada kita semua.

Denpasar, 25 Desember 2016

Penulis

DAFTAR ISI

Sub judul

Kata Pengantar

Pendahuluan

Pembiayaan kesehatan di Inggris

Pembiayaan kesehatan di Amerika Serikat

Pembiayaan kesehatan di Thailand

Pembiayaan kesehatan di Taiwan

BAGIAN I PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan salah satu faktor penentu kesejahteraan masyarakat dalam suatu bangsa. Kesehatan bukan sebatas hak dari warga negara, tetapi juga sebagai barang investasi yang menentukan pertumbuhan perekonomian suatu negara. *Health for All* yang artinya bahwa negara berkepentingan agar seluruh warga negaranya sehat, sehingga dibutuhkan kelembagaan menuju pelayanan kesehatan semesta. Kesehatan merupakan hak dasar setiap orang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Setiap warga negara berhak untuk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, yang bermutu dan dibutuhkan, dengan biaya yang terjangkau (Bhisma Murti, 2010). Sistem pembiayaan kesehatan dalam suatu negara merupakan salah satu pendukung tercapainya cakupan semesta yang diharapkan. Sistem pembiayaan yang tepat untuk suatu negara adalah sistem yang mampu mendukung tercapainya cakupan semesta.

Universal coverage (cakupan semesta) adalah suatu sistem kesehatan, yang mana setiap masyarakat memiliki akses yang adil dan merata terhadap pelayanan kesehatan, baik itu meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang bermutu sesuai dengan kebutuhan dan biaya dapat terjangkau (Bhisma, 2010). Dalam cakupan semesta terdapat dua elemen inti yaitu akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga dan perlindungan risiko finansial ketika warga menggunakan pelayanan kesehatan (WHO, 2005). Cakupan semesta terkait sistem pembiayaan kesehatan dapat dibagi menjadi tiga kategori yaitu pembayaran tunggal (*single payer*), pembayaran ganda (*two-tier, dual health care sistem*), dan sistem mandat asuransi (WHO, 2005).

Sistem pembiayaan kesehatan sangat bervariasi di tiap negara, tergantung pada pemerintah tiap negara dalam menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan dan asuransi kesehatan. Sistem pembiayaan kesehatan tiap negara ini berbeda karena adanya perbedaan karakteristik penduduk, pemasukan negara, ekonomi dan geografis. Oleh karena itu penting bagi Indonesia belajar dari pengalaman beberapa Negara dalam upayanya mencapai tujuan pembiayaan kesehatan yakni tercapainya "*Universal Health Coverage*"

BAGIAN II

PEMBIAYAAN KESEHATAN DI INGGRIS

Di dunia, terdapat berbagai negara yang telah mencapai *universal coverage* salah satunya adalah negara Inggris. Inggris selain sebagai salah satu negara yang telah mencapai *universal coverage*, juga merupakan negara pertama yang memperkenalkan Asuransi Kesehatan Nasional (AKN) di tahun 1911. Sistem kesehatan Inggris kini lebih dikenal dengan istilah *National Health Service* (NHS) yaitu suatu sistem kesehatan yang didanai dan dikelola oleh pemerintah secara nasional yang sebagian besar bersumber dari pajak umum (*tax-funded*). Jumlah anggaran pada tahun 2007-2008 mendekati 90 miliar poundsterling dan terus meningkat sebanyak 110 miliar pada tahun 2010-2011. Efisiensi biaya adalah tema utama NHS yang bertujuan untuk memperbaiki pelayanan kesehatan yang sudah ada. Inggris juga memberi kesempatan bagi warganya untuk membeli pelayanan kesehatan tambahan melalui asuransi swasta, karakteristik yang menyerupai sistem pembayar ganda (*two-tier*).

Terdapat sejumlah faktor mempengaruhi kecepatan transisi menuju cakupan universal yaitu tingkat pertumbuhan ekonomi yang tinggi meningkatkan kemampuan warga dalam memberikan kontribusi kepada skema pembiayaan kesehatan, pertumbuhan sektor formal memudahkan penilaian pendapatan dan pengumpulan kontribusi (*revenue collection*), ketersediaan tenaga terampil mempengaruhi kemampuan pengelolaan sistem asuransi kesehatan berskala nasional, penerimaan konsep solidaritas oleh masyarakat mempengaruhi kemampuan penghimpunan (*pooling*) dana/ kontribusi asuransi dan integrasi berbagai skema asuransi kesehatan, efektivitas regulasi pemerintah pada sisi pembiayaan maupun penyediaan pelayanan kesehatan dalam sistem asuransi/ pra-upaya dan tingkat kepercayaan warga masyarakat terhadap pemerintah yang mempengaruhi partisipasi (WHO, 2005).

Di Inggris diterapkan sebuah sistem jaminan kesehatan berbasis pajak yang bernama “Pelayanan Kesehatan Nasional” (*National Health Service* disingkat NHS). Pembiayaan untuk NHS didanai oleh pajak yang diberikan kepada Departemen Kesehatan oleh parlemen. NHS memberikan secara gratis hampir semua jenis pelayanan kesehatan, seperti pemeriksaan kehamilan, perawatan gawat

darurat, dan lain-lain. Pengecualiannya, yang memerlukan pembayaran hanya sedikit, seperti obat yang diresepkan (*prescriptions*), pengobatan gigi dan mata.

Berdasarkan sejarahnya, program NHS mulai dibangun pasca Perang Dunia II pada 1948. Setelah Perang Dunia II, Inggris mengalami kebangkrutan di bidang ekonomi yang berimplikasi pada masalah kesehatan warga Inggris, terutama warga yang berasal dari kelas pekerja. Banyak masyarakat yang meninggal akibat TBC setiap tahun dan anak-anak yang tumbuh sampai umur 12 tahun mengalami masalah gigi rusak serta tulang dan jantung yang lemah. Permasalahan ini terjadi akibat ketidakmampuan masyarakat untuk membayar jasa pelayanan kesehatan, selain itu faktor lain yang mempengaruhi adalah sedikitnya jumlah dokter yang bertugas di daerah yang kumuh dan terpencil. Perbandingan jumlah dokter yang bertugas di daerah kumuh dan elit sangat tinggi yakni di daerah kumuh jumlah dokter 1 orang melayani 18.000 penduduk sementara di daerah elit 1 dokter melayani 250 penduduk. Faktor lain yang menyebabkan sedikitnya jumlah dokter yang bertugas di daerah kumuh yaitu sedikitnya uang yang diterima dokter.

Pada tahun 1945, Partai Buruh berhasil menangkap aspirasi masyarakat yang menginginkan adanya perubahan dan partai ini memenangkan pemilu pada saat itu. Pemerintahan Partai Buruh melakukan nasionalisasi atas industri tambang, fasilitas listrik, kereta api dan transportasi jarak jauh. Pada Januari 1948, Menteri Kesehatan Aneurin Bevan menyatakan, mulai 5 Juli 1948, akan tersedia jaminan kesehatan gratis berbasis pajak untuk penduduk Inggris. (Muhamad Zaki Hussein, 2008)

Terdapat berbagai kendala pada saat awal NHS mulai digagas seperti penolakan dari kalangan medis dan infrastruktur kesehatan yang tidak memadai pasca Perang Dunia II. Namun demikian, NHS tetap diterapkan dan pada tanggal 5 Juli 1948 NHS resmi diterapkan di Inggris.

Pada tahun 2013, Bidang kesehatan dan layanan sosial memperkenalkan perubahan radikal yang mengatur NHS di Inggris. Perubahan legislatif ini muncul pada tanggal 1 April 2013 yang mencakup perubahan pengawasan klinikal, peningkatan pasien yang tergabung dalam NHS, fokus pembaruan pada pentingnya kesehatan masyarakat, dan memperbolehkan adanya kompetisi di kalangan penyedia layanan kesehatan untuk memberikan layanan yang terbaik bagi pasien. (NHS England, 2010)

Sistem Perencanaan Health Financing Function

Universal coverage atau cakupan semesta merupakan suatu tujuan setiap negara untuk bisa menjangkau seluruh masyarakatnya di dalam penyediaan layanan kesehatan. Menurut teori Health Financing Functions, untuk mencapai *universal coverage* terdapat tiga pilar penting yang mempengaruhi yaitu *Revenue Collection*, *Pooling Mechanism*, dan *Purchasing*.

1. Revenue Collection National Health Service di Inggris

Revenue collection merupakan suatu kegiatan atau proses untuk memperoleh pendanaan pelayanan kesehatan dari rumah tangga, organisasi, perusahaan ataupun donor. Di Inggris diterapkan sebuah sistem jaminan kesehatan nasional yang berbasis pajak yang dinamakan dengan “Pelayanan Kesehatan Nasional” (*National Health Service*) atau disingkat NHS. *The National Health Service* adalah sistem kesehatan yang pendanaannya berasal dari publik yang menyediakan cakupan kepada semua orang yang bermukim di Inggris (“*Comparison Health Insurance*”). Pada tahun 1948, Menteri Kesehatan di Inggris membentuk pelayanan kesehatan nasional, NHS, sebagai layanan pelayanan kesehatan gratis komprehensif dan tersedia untuk seluruh penduduk.

Sumber pendanaan dari NHS sebagian besar dibiayai oleh pemerintah yakni sebanyak 85% dari pendapatan pemerintah yang berasal dari pajak. Pemerintah mengalokasikan dana ke NHS di Inggris melalui pajak. Pendanaan untuk NHS datang dari Kementerian Keuangan melalui Departemen Kesehatan selanjutnya Sekretaris Negara (*Secretary of State for Health*) memutuskan bagaimana dana tersebut akan dihabiskan dan bertanggung jawab kepada parlemen untuk kinerja keseluruhan dari NHS di Inggris. Pada saat NHS diperkenalkan pada tahun 1948, anggaran yang ditetapkan untuk NHS sebesar £ 437.000.000 (kira-kira £ 9.000.000 per harinya) dan pada tahun 2012/2013 anggaran yang diberikan yaitu sekitar £ 108.900.000.000. Selanjutnya anggaran yang ditetapkan tahun 2015/2016 adalah sebanyak £ 115.400.000.000.

Efisiensi biaya merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan *National Health Service*. Efisiensi biaya memiliki beberapa tujuan, antara lain meningkatkan jumlah dokter yang bekerja di Inggris untuk menjamin lebih banyak pasien yang dilayani, daftar tunggu akan menjadi lebih pendek, dan peningkatan pelayanan secara keseluruhan. Secara umum efisiensi biaya yang diterapkan tujuan utamanya yaitu untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang sudah ada. (Rahmawati, 2010)

2. Pooling Mechanism National Health Service di Inggris

Pooling Mechanism adalah sebuah mekanisme bagaimana cara mengelola dana yang terkumpul untuk menciptakan “*insurance pool*” secara efisien dan adil serta bagaimana manajemen pengelolaannya untuk menjamin agar dana kesehatan berasal dari partisipasi seluruh masyarakat dan bukan dari perseorangan. *National Health Service* merupakan sebuah sistem kesehatan publik di Inggris dimana pemerintah menarik pajak umum (*general taxation*) dari warga yang antara lain

digunakan untuk membiayai pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh NHS (*National Health Services*). Model pelayanan kesehatan dilaksanakan dalam NHS ini adalah model sistem pembiayaan nasional. NHS menggunakan sistem pendanaan yang bersifat sentralistik dengan prinsip ekuitas berdasarkan kebutuhan serta status kesehatan setempat. Sedangkan pelayanan yang diberikan bersifat desentralistik dengan dokter umum sebagai *gate keeper* yang bukan pegawai negeri. Selanjutnya apabila pasien tersebut dirasa perlu untuk penanganan lebih lanjut maka pasien akan dirujuk ke dokter rumah sakit (RS) yang merupakan pegawai negeri. Untuk mengatasi permintaan yang berlebihan maka diberlakukan *co-payment* misalnya: obat-obatan di luar rumah sakit serta *rationing* yang berkaitan dengan waktu. Hal ini dirasa cukup efektif dalam menekan biaya kesehatan.

NHS dibiayai oleh kontribusi wajib oleh tenaga kerja (termasuk sektor informal) dan pemberi kerja karena penyaluran dananya melalui anggaran belanja negara, yang dibiayai lebih banyak dari pajak dana umum (*tax funded*) untuk menjamin seluruh penduduk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis tanpa mempertimbangkan kemampuan ekonomisnya. Selain itu, penggunaan dana NHS sebagian besar dialokasikan untuk program-program yang memiliki hasil balik yang tinggi, misalnya pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Dilihat secara sederhana, uang yang sudah terkumpul di NHS, sekitar 47% dari uang tersebut dianggarkan untuk pelayanan yang bersifat darurat dan akut. Sedangkan untuk pelayanan seperti dokter umum, pelayanan kesehatan komunitas dan pelayanan kesehatan mental dialokasikan sebanyak 10% dari total pengeluaran. Selanjutnya, setiap tahun terdapat mandat yang dikeluarkan dari pemerintah kepada NHS dimana mandat tersebut menetapkan hal-hal apa yang harus dilakukan sebagai imbalan untuk investasi wajib pajak yang masuk ke NHS. Untuk itu, NHS berkewajiban untuk mencapai target yang tertuang dalam mandat tersebut dan bertanggung jawab langsung kepada *Secretary of State for Health*.

3. Purchasing Mechanism National Health Service di Inggris

Purchasing mechanism yaitu pemilihan dan system pembayaran kepada pemberi pelayanan kesehatan (PPK) (Carrin, Mathauer et al. 2008). Purchasing Mechanism merupakan tata kelola dalam penyediaan teknis pelayanan kesehatan. Bagaimana sistem pembayaran, birokrasi, penyediaan obat dan lain-lain terhadap PPK (pemberi pelayanan kesehatan). Sistem pembayaran kepada pemberi pelayanan kesehatan sangat penting dan berpengaruh besar pada mutu pelayanan kesehatan yang didapatkan.

Sistem jaminan kesehatan di Inggris dikenal dengan *National Health Service* (NHS), yaitu sistem kesehatan yang didanai publik yang menyediakan cakupan kepada semua orang yang bermukim di Inggris (“*Comparison Health Insurance*”). Sistem NHS ini tidak sepenuhnya sistem asuransi karena tidak ada premi yang dikumpulkan, biaya tidak dibebankan pada tingkat pasien dan biaya tidak dibayarkan dari *a pool* (“*Comparison Health Insurance*”).

NHS menerapkan sistem pembayaran prospektif dimana pembayaran dilakukan sebelum seseorang sakit atau sebelum mendapat pelayanan kesehatan. Selain itu, sistem *purchasing mechanism* yang dianut oleh sistem jaminan kesehatan NHS di Inggris yaitu Pembayar Tunggal (*Single Payer*) yang tidak selalu berarti bahwa pemerintah merupakan satu-satunya pihak yang menyediakan dan membiayai pelayanan kesehatan untuk semua warga. Inggris juga memberi kesempatan bagi warganya untuk membeli pelayanan kesehatan tambahan melalui asuransi swasta, karakteristik yang menyerupai sistem pembayar ganda (*two-tier*). Tetapi yang jelas dalam sistem pembayar tunggal, peran pemerintah sangat dominan sebagai pembayar dan pembeli pelayanan kesehatan bagi warga.

Sistem pembayar tunggal merupakan suatu bentuk ‘*monopsoni*’, karena hanya terdapat sebuah pembeli (pemerintah) dan sejumlah penjual pelayanan kesehatan. Sistem asuransi kesehatan nasional dengan pemerintah sebagai pembayar tunggal hanya cocok jika sebelumnya tidak terdapat skema asuransi kesehatan di suatu negara. Dengan sistem pembayar tunggal, pemerintah (dengan parlemen) bisa menetapkan legislasi sehingga semua warga dapat mengakses pelayanan kesehatan komprehensif, dengan pemerintah sebagai satu-satunya pengelola dana asuransi.

Kelebihan sistem pembayar tunggal terletak pada keadilan mengakses pelayanan kesehatan. Jika terdapat perbedaan akses lebih disebabkan sisi penyediaan pelayanan kesehatan (misalnya, daerah terpencil, perbatasan), bukan pembiayaan pelayanan kesehatan. Dalam aspek efisiensi, sistem itu dapat mengurangi masalah ‘*adverse selection*’, kondisi yang tidak menguntungkan dalam pengelolaan asuransi di mana warga yang lebih sehat memilih untuk tidak mengikuti asuransi. Sistem pembayar tunggal juga mengurangi kemungkinan tumpang tindih (*overlap*) atau kesenjangan paket pelayanan kesehatan antar skema asuransi kesehatan. Dalam aspek pilihan dan kualitas pelayanan, jika penyediaan pelayanan kesehatan diserahkan secara kompetitif kepada pemberi pelayanan kesehatan swasta atau campuran swasta dan pemerintah melalui pasar kompetitif, maka sistem pembayar tunggal dapat merangsang pemberi pelayanan kesehatan untuk bersaing meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

Jika legislasi atau peraturan pelaksanaan legislasi tidak cukup baik, maka sistem pembayar tunggal akan menyebabkan kualitas pelayanan yang buruk. Kualitas pelayanan yang buruk akan terjadi jika administrasi sistem pembayar tunggal tidak kuat dan tidak tertib. Suatu kondisi yang sangat mungkin

terjadi pada sistem pendanaan sentralistis diterapkan di negara dengan jumlah penduduk sangat besar, wilayah geografis sangat luas, dan regulasi yang lemah terhadap praktik pemberian pelayanan kesehatan. Demikian pula jika penyediaan pelayanan kesehatan tidak dilakukan secara kompetitif, maka sistem ini tidak dapat menjamin kualitas pelayanan dan pengontrol anggaran kesehatan.

Menjadi tenaga medis di Inggris memiliki dua pilihan karir : menjadi *general practitioner* atau menjadi *consultant*. *General practitioner* memiliki kewajiban untuk memberikan pelayanan utama atau *primary care* kepada pasiennya selain itu ia juga dapat memberikan resep obat . *General practitioner* di Inggris terkait dengan NHS melalui tiga cara sistem *reimburse* :

1. Masing-masing GP menerima gaji dasar untuk membiayai *fixed cost* dalam menjalankan prakteknya
2. Masing-masing GP menerima gaji dasar berdasarkan banyaknya pasien yang mereka tangani
3. Masing-masing GP bisa mendapatkan tambahan gaji dari tindakan pelayanan seperti vaksin, dimana vaksin tidak ditanggung oleh jaminan kesehatan.

Sedangkan *Consultant* bekerja di rumah sakit, mereka adalah tenaga medis spesialisasi atau operasi. Gajinya didapat dari NHS dan besar gaji yang diterima oleh masing-masing *consultant* dengan berbagai spesialisasi sama besarnya. Penentuan besarnya gaji dapat dinegosiasikan yang didasari oleh jumlah pasien dan tipe perawatan/tindakan yang ditangani mereka.

Hambatan National Health Service di Inggris

Sebuah sistem dalam pelaksanaannya tentu akan menemukan berbagai hambatan dalam mencapai tujuannya. Hal tersebut juga berlaku dalam pelaksanaan sistem pelayanan kesehatan di Inggris yaitu *National Health Service*. Adapun hambatan dalam pelaksanaan NHS dapat dilihat 2 sisi yakni sisi *demand* dan sisi *supply*.

A. Hambatan dari Sisi Demand

1. Kebijakan pelayanan kesehatan NHS yang sudah sangat cukup tetapi masih ada yang mencari *private insurance* karena antrean panjang yang dialami. Selain itu untuk bertemu ataupun berkonsultasi dengan dokter seseorang harus membuat janji terlebih dahulu sehingga jika dalam keadaan darurat seseorang akan lebih memilih menggunakan *private insurance*.
2. Dalam sistem NHS seseorang harus mendaftar *General Practitioner* (GP) pada daerah masing-masing. Sehingga orang tidak bisa sembarangan untuk berobat di luar wilayah tempat dimana ia mendaftar.

3. Penerapan sistem yang berbasis pajak membuat pajak yang ditetapkan lumayan tinggi, sehingga hal tersebut dapat membebani masyarakat.
4. Walaupun sebagian besar tindakan medis digratiskan namun ada beberapa tindakan yang tidak bisa untuk digratiskan misalnya pemeriksaan gigi dan mata, penggunaan alat bantu untuk tulang belakang dan lain sebagainya. Hal ini menyebabkan pasien mengeluarkan biaya tambahan

B. Hambatan dari Sisi Supply

1. Walaupun sebagian besar tindakan medis digratiskan namun ada beberapa tindakan yang tidak bisa untuk digratiskan misalnya pemeriksaan gigi dan mata, penggunaan alat bantu untuk tulang belakang dan lain sebagainya. Hal tersebut mengakibatkan ketidakprofesionalan pada pihak supply dan juga dapat menyebabkan terputusnya pengobatan sehingga menambah beban penyakit pasien yang berdampak pada beban pemerintah.
2. Kontroversi banyak terjadi pada *General Practitioner* terkait dengan sistem reimburse yang memberikan gaji sebanyak jumlah pasien yang ditangani. Maksimal pasien yang ditangani oleh GP ini sebanyak 3500 orang, sedangkan rata-rata pasien yang ditangani sebanyak 1900an. GP wajib memberikan pelayanan kesehatan bagi siapapun, tetapi jumlah pasien, tipe perawatan, dan tipe pasien yang ditangani akan mempengaruhi gaji yang diterima.
3. Perbedaan status antara *general practitioner* dengan *consultant* dapat menimbulkan kecemburuan sosial. *Consultant* memiliki prestise yang lebih tinggi di masyarakat. GP mengatakan bahwa *consultant* lebih didukung penuh oleh NHS dalam hal pendapatan pokok, *fringe benefit* (tunjangan tambahan, seperti makan siang, transport, asuransi, dan lain sebagainya), dan lingkungan pekerjaannya yang dinilai sangat kondusif.

DAFTAR PUSTAKA

- Murti, Bhisma. 2010. Strategi untuk Mencapai Cakupan Universal Pelayanan Kesehatan di Indonesia. Diakses melalui: fk.uns.ac.id/index.php/download/file/36. Pada tanggal: 11 November 2015
- Hendrartini, Yulita. 2012. "Perkembangan Pembiayaan Kesehatan dan Asuransi Kesehatan Sosial di berbagai Negara". Diakses melalui : [http://hpm.fk.ugm.ac.id/hpmlama/images/Blok_I/Sesi_6_Blok_I_\(YH\).pdf](http://hpm.fk.ugm.ac.id/hpmlama/images/Blok_I/Sesi_6_Blok_I_(YH).pdf). Pada tanggal : 11 November 2015
- Rachmawati, Imam Nur.2010. Kajian Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat. Diakses melalui: jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/view/238. Pada tanggal: 11 November 2015
- Putri, Ayu Aprilia Paramitha Krisnayana. 2010. *Analisis Perencanaan Sistem Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) Tahun 2010*. Fakultas Ekonomi, Universitas Indonesia : Jakarta
- NHS England. 2015. About the National Health service (NHS). Diakses melalui <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx> . Pada tanggal : 11 November 2015
- NHS England. 2010. *Understanding The New NHS*. Diakses melalui : www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Documents/simple-nhs-guide-.pdf . Pada tanggal 12 November 2015

BAGIAN III

PEMBIAYAAN KESEHATAN DI AMERIKA SERIKAT

Dalam cakupan semesta terdapat dua elemen inti yaitu akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga dan perlindungan risiko finansial ketika warga menggunakan pelayanan kesehatan (WHO, 2005). Cakupan semesta terkait sistem pembiayaan kesehatan dapat dibagi menjadi tiga kategori yaitu pembayaran tunggal (*single payer*), pembayaran ganda (*two-tier, dual health care sistem*), dan sistem mandat asuransi (WHO, 2005). Negara yang menerapkan sistem mandat asuransi dalam pembiayaan kesehatannya dalam mencapai cakupan semesta salah satunya adalah Amerika Serikat. Mandat asuransi adalah pemerintah mewajibkan agar semua warga memiliki asuransi dari perusahaan asuransi swasta, pemerintah, atau nirlaba. Amerika Serikat selama ini menerapkan sistem pembiayaan kesehatan yang liberal melalui pasar swasta. Kurang lebih sepertiga dari pembiayaan kesehatan langsung dibayar oleh pasien (*out of pocket*). Sumber dana sisanya berasal dari organisasi asuransi swasta yang *profit*, organisasi asuransi *not for profit* seperti *Blue Cross* dan *Blue Shield* serta *Health Maintenance Organization* (HMO). HMO merupakan praktek kelompok pelayanan kesehatan yang dibayar di muka (*pre-paid*) berdasarkan kapitasi dan pelayanan kesehatan yang diberikan bersifat komprehensif.

Pada sistem pembiayaan kesehatan tersebut, pemerintah federal dan negara bagian memberikan skema asuransi kesehatan bagi warga miskin (*Medicaid*) dan usia lanjut, veteran, dan berpenyakit kronis (*Medicare*). Namun kontribusi pemerintah jauh dari memadai bagi warga Amerika Serikat umumnya. Akibatnya, menurut *United States Census Bureau*, pada 2008 terdapat 46,3 juta orang di Amerika Serikat (15.4% dari populasi) tidak tercover asuransi. Untuk mengatasi hal tersebut, terjadi reformasi kesehatan Amerika Serikat dengan disahkannya "*The Patient Protection and Affordable Care Act*" yang diusulkan Barack Obama dan Partai Demokrat. Reformasi kesehatan di AS tersebut tetap memberi kesempatan kepada asuransi kesehatan swasta dan pemberi pelayanan kesehatan swasta untuk beroperasi, tetapi dengan regulasi lebih ketat dan dengan subsidi yang lebih besar dari pemerintah agar warga miskin mampu membeli asuransi (Bhisma, 2010).

Sejarah Sistem Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di Amerika Serikat

1. Organisasi asuransi kesehatan *Blue Cross Association* dan *Blue Shield Association*

Di Negara Amerika Serikat, asuransi kesehatan mengalami perkembangan yang cukup lama dan panjang. Dimulai dari tahun 1798, saat diadakan kongres untuk mendirikan *US Marine Hospital Service*, dimana para pelaut yang akan mendapatkan pelayanan kesehatan, dipotong upahnya setiap bulan. Hingga akhirnya berdiri sebuah organisasi pada tahun 1847 yaitu asuransi kesehatan pertama di *Massachusetts-Boston*, semenjak saat itu banyak berdiri organisasi lainnya di berbagai tempat di Amerika Serikat. Tahun 1937 rumah sakit mulai membuka kegiatan asuransi kesehatan dengan mendirikan *Blue Cross Association*, lalu diikuti oleh para dokter dengan mendirikan *Blue Shield Association* di tahun 1946. (PT. Asuransi Kesehatan Indonesia,1997).

2. OASDI dan OASDHI yang mencakup *Medicare* dan *Medicaid*

OASDI (*old-Age, Survivor, and Disability Insurance*) diundangkan pada tanggal 14 Agustus 1935 di Amerika Serikat. Pada awal, Undang-undang jaminan ini tidak mencakup asuransi kesehatan, sehingga pada tahun 1965 Amerika Serikat menambahkan program OASDHI (*Old-age, Survivors, Disability, and Health Insurance*) pada program jaminan kesehatan. OASDHI mencakup Medicare yaitu sistem asuransi bagi usia lanjut, penderita cacat, dan penderita gagal ginjal yang dijalankan oleh Pemerintah Federal dan Medicaid yaitu sistem asuransi bagi masyarakat miskin yang dijalankan oleh Pemerintah Federal dan Negara Bagian. Dalam sistem asuransi ini Amerika Serikat dibidang kurang berhasil karena banyak penduduk tidak terlindungi asuransi ini. Pada dasarnya, sistem jaminan sosial yang diterapkan di Negara Amerika Serikat diselenggarakan dengan satu undang-undang dan diselenggarakan oleh satu badan pemerintah (*Social Security Administration, SSA*) yang memiliki sifat nasional dan dikelola oleh pemerintah Federal yang berada di bawah Departemen Pelayanan Sosial. Untuk setiap penduduk setidaknya harus memiliki 9 digit nomor (*Social Security Number, SSN*) yang akan berlaku untuk segala macam urusan seperti paspor, rekening bank, pekerjaan, pendidikan, pajak, jaminan sosial, dan sebagainya. Dengan demikian, program jaminan sosial Amerika Serikat bersifat monopolistik dan mencakup jaminan hari tua dan jaminan kesehatan.

3. *Health Maintenance Organization (HMO)*

Health Maintenance Organization adalah organisasi pelayanan kesehatan yang dikelola dengan baik, bersifat prepaid (dibayar dimuka), yang bertanggung jawab dalam hal pembiayaan dan juga pemberian pelayanan kesehatan yang komprehensif (meliputi preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif) terhadap populasi tertentu yang telah terdaftar dengan pembayaran sejumlah uang yang dihitung berdasarkan kapitasi atau per bulan per orang. Konsep asuransi ini muncul akibat timbulnya masalah pembiayaan kesehatan di Amerika Serikat pada tahun 1973.

4. **OBAMA CARE (Reformasi Sistem Pelayanan Kesehatan Amerika Serikat 2010)**

Pada tahun 2008, Barack Obama terpilih menjadi presiden Amerika Serikat. Dalam kampanyenya, Obama menjanjikan Reformasi Pelayanan Kesehatan Universal di Amerika Serikat. Reformasi Pelayanan Kesehatan yang dijanjikan Obama ditunjukkan untuk seluruh rakyat Amerika Serikat terutama golongan menengah ke bawah. Pada tanggal 23 Maret 2010, presiden Barack Obama menandatangani sebuah reformasi sistem layanan kesehatan di Amerika Serikat yang bernama "*Affordable Health Care for America Act*". Hasil penelitian menunjukkan bahwa, alasan presiden Obama mengeluarkan kebijakan Reformasi Pelayanan Kesehatan, didorong oleh persepsi Obama terhadap biaya pelayanan kesehatan mahal dan tidak terjangkau yang menyebabkan kesenjangan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin di Amerika Serikat. Departemen Kesehatan AS menunjukkan data bahwa sektor kesehatan menguasai sekitar 17% dari GDP (*Gross Domestic Product*) Amerika Serikat. Dari hasil analisis yang dilakukan oleh *Congressional Budget Office* menyatakan bahwa jika tidak dilakukan reformasi, maka proporsi sektor kesehatan dalam GDP AS bisa meningkat menjadi 33% dalam 30 tahun mendatang dan biaya *out-of-pocket* (biaya yang dikeluarkan oleh pengguna asuransi kesehatan diluar premium yang telah dibayarnya) akan meningkat sebesar 35% dalam waktu 10 (sepuluh) tahun mendatang. Maka diharapkan setelah diterapkannya reformasi undang-undang layanan kesehatan ini dapat menekan biaya asuransi kesehatan yang ditanggung oleh warga AS di masa mendatang.

Berdasarkan Undang-Undang tersebut, terdapat perubahan pada sektor layanan kesehatan di AS, seperti :

- Warga Amerika yang belum memiliki asuransi dan telah memiliki penyakit sebelumnya (*pre-existing conditions*) akan memperoleh asuransi kesehatan melalui bantuan subsidi sementara yang disediakan pemerintah
- Perusahaan asuransi dilarang memutuskan pertanggungannya ketika si pengguna asuransi kesehatan terkena penyakit;

- Perusahaan asuransi dilarang memberlakukan batasan maksimal nilai pertanggungan seumur hidup bagi pengguna asuransi kesehatan tertentu;
- Seorang anak dibenarkan untuk ikut dalam asuransi kesehatan orang tuanya sampai dia mencapai umur 26 tahun;
- Setiap pertanggungan baru wajib mengcover layanan pencegahan (*preventive cares*) dan perawatan kebugaran (*wellness care*);
- Seorang pengguna asuransi dapat mengajukan banding kepada satu badan yang independen berkenaan dengan sengketa yang dihadapinya dengan perusahaan asuransi;

Selain itu, dalam UU tersebut juga ditetapkan bahwa terhitung sejak tanggal 1 Januari 2011 diatur hal-hal sebagai berikut :

- Pemerintah mulai memberikan subsidi bagi perusahaan-perusahaan kecil untuk membiayai asuransi kesehatan karyawannya;
- Perusahaan-perusahaan asuransi wajib menggunakan 80-85 % dari premium kesehatan yang diterimanya untuk layanan kesehatan. Perusahaan asuransi yang tidak memenuhi syarat diwajibkan untuk memberikan pengembalian biaya (*rebates*) kepada para pemegang polis;
- Perusahaan-perusahaan asuransi wajib menjelaskan kenaikan premium asuransi kesehatan. Perusahaan asuransi yang menaikkan premium yang berlebihan dapat dikenakan sanksi dikeluarkan dari bursa asuransi kesehatan yang dikelola pemerintah.

-

Health Financing Function Sistem Pembiayaan Kesehatan di Amerika Serikat

1. Revenue Collection

Amerika Serikat adalah negara yang pengeluaran untuk kesehatannya paling tinggi (13,7% GNP) pada tahun 1997 (WHO Report 2000). Amerika Serikat dalam pembiayaan kesehatannya tidak hanya bersumber dari satu jenis, namun beberapa jenis sumber. Salah satu jenisnya adalah sistem pembayaran langsung oleh pasien (*out of pocket*), sistem pembayaran langsung oleh pasien relatif tinggi yaitu kurang lebih sepertiga dari seluruh pengeluaran pelayanan kesehatan, sistem pembiayaan kesehatan ini sangat berorientasi pasar (Murti, 2000 dalam Djuhaeni, 2007). Sistem *out of pocket/user fees* berpengaruh pada aksesitas terhadap pelayanan kesehatan. Dengan pembiayaan langsung, bukan hanya masyarakat miskin tetapi orang yang mengalami sakit pada saat tidak mempunyai uang pun tidak akan mendapatkan akses terhadap pelayanan kesehatan.

Salah satu cara pembiayaan yang merupakan pengendalian biaya, sehingga meningkatkan aksesitas terhadap pelayanan kesehatan adalah dengan asuransi. Sehingga daripada itu Amerika Serikat tidak hanya mempunyai sumber dari pembayaran langsung dari pasien namun juga mempunyai sumber berupa asuransi kesehatan yang terdiri dari organisasi asuransi swasta yang *profit* dan organisasi asuransi *not for profit* seperti *Blue Cross* dan *Blue Shield* serta *Health Maintenance Organization* (HMO). HMO merupakan praktek kelompok pelayanan kesehatan yang dibayar di muka (*pre-paid*) berdasarkan kapitasi dan pelayanan kesehatan yang diberikan bersifat Komprehensif (Djuhaeni, 2007).

Pada tanggal 23 Maret 2010 terjadi reformasi kesehatan di Amerika Serikat bersamaan dengan ditanda tangannya undang-undang mengenai *Affordable Care Act (ACA)* atau disebut *Obamacare*. Undang-Undang ACA merupakan perbaikan regulasi yang paling signifikan dari sistem kesehatan AS sejak berlalunya *Medicare* dan *Medicaid* pada tahun 1965. (Vicini, 2012). *Medicare* merupakan suatu asuransi sosial bagi usia lanjut dan dijalankan oleh Pemerintah Federal, sedangkan *Medicaid* yang dijalankan oleh Pemerintah Federal dan Negara Bagian merupakan sistem asuransi bagi masyarakat miskin (Djuhaeni, 2007). ACA mempunyai untuk meningkatkan kualitas dan keterjangkauan asuransi kesehatan, menurunkan tingkat individu yang tidak mempunyai asuransi dengan memperluas asuransi swasta dan pemerintah, dan mengurangi biaya kesehatan bagi individu dan pemerintah (Robert, 2012). Maka dari itu dengan dikeluarkannya UU tersebut diharapkan akan berdampak pada penurunan biaya *out of pocket* di Amerika Serikat dan beralih ke penggunaan asuransi kesehatan.

2. *Pooling Mechanism*

Pooling mechanism merupakan bagian dari *Health Financing Function* yang pengelolaan dana yang terkumpul untuk menciptakan “*insurance pool*” secara efisien dan adil. Semakin banyak yang ikut menjadi peserta maka semakin baik. Di Amerika Serikat, seluruh warga diwajibkan untuk membeli asuransi kesehatan. Di dalam *Obamacare* disebutkan bahwa warga yang miskin atau kurang mampu akan mendapatkan subsidi dari pemerintah federal sedangkan bagi warga kaya akan mendapatkan peningkatan pajak premi. Hal ini bertujuan untuk meratakan asuransi kesehatan di Amerika Serikat (Sylvia, 2014). Sistem jaminan sosial yang diterapkan AS diselenggarakan dengan satu undang-undang dan diselenggarakan oleh satu badan pemerintah (*Social Security Administration, SSA*) yang bersifat nasional dan dikelola oleh pemerintah Federal yang berada di bawah Departemen Pelayanan Sosial.

Untuk itu, setiap penduduk harus memiliki 9 digit nomor (Social Security Number, SSN). Dalam sistem asuransi kesehatan pemerintah di Amerika diperkenalkan dua istilah yaitu, Medicare dan Medicaid. Medicare adalah asuransi sosial bagi usia lanjut dan dijalankan oleh Pemerintah Federal. Medicaid adalah asuransi bagi masyarakat miskin yang dijalankan oleh Pemerintah Federal dan Negara Bagian (Djuhaeni, 2007).

Amerika Serikat memiliki beberapa organisasi asuransi kesehatan. Sistem Risk pool Amerika Serikat memanfaatkan organisasi asuransi kesehatan sebagai badan pengelolaan dana yang kemudian biaya kesehatan tersebut akan diberikan kepada pemberi pelayanan kesehatan. Secara garis besar, Amerika Serikat memiliki dua jenis organisasi asuransi kesehatan yaitu, organisasi asuransi swasta yang *profit* dan organisasi asuransi *not for profit* seperti *Blue Cross* dan *Blue Shield* serta *Health Maintenance Organization* (HMO) (Djuhaeni, 2007).

HMO merupakan praktek kelompok pelayanan kesehatan yang dibayar di muka (*pre-paid*) berdasarkan kapitasi dan pelayanan kesehatan yang diberikan bersifat Komprehensif (Djuhaeni, 2007). Jadi pada kesimpulannya, Amerika Serikat menggunakan *integrated risk pool* dikarenakan badan pengelolaan dananya berbentuk multirisk pool dan berdasarkan sistem kapitasi.

3. ***Purchasing Mechanism***

Purchasing Mechanism adalah bagaimana sistem pembayaran yang diberikan kepada pemberi pelayanan kesehatan (PPK) agar dapat menjadi efisien dan dapat menjamin semuanya. Pemberi pelayanan kesehatan (PPK) mempunyai peranan besar dalam sistem pelayanan kesehatan. Sistem pembayaran kepada pemberi pelayanan kesehatan (PPK) berpengaruh besar dalam pembiayaan dan mutu pelayanan kesehatan yang ada. Dimana tujuan *purchasing mechanism* ini adalah untuk menjamin terciptanya pelayanan yang efektif dan efisiensi dalam penyediaan pelayanan kesehatan. Sumber daya produksi kesehatan di semua jajaran dan tingkatan di negara Amerika Serikat yaitu ada petugas kesehatan, fasilitas kesehatan, komoditas kesehatan, dan ilmu pengetahuan kesehatan. Jika dilihat dari segi fasilitas kesehatan, ini didukung oleh jumlah rumah sakit pemerintah yang mencapai 6.500 dan rumah sakit bersalin swasta.

Di Amerika sistem pembayaran kepada pemberi pelayanan kesehatan (PPK) dilakukan di muka (*pre-payment*) hal ini dilakukan sebelum pelayanan kesehatan diselenggarakan. Disisi lain *Health Maintenance Organization* (HMO) yang dilaksanakan oleh Amerika Serikat menggunakan prinsip *Managed Care* yang dapat dikelola oleh pihak swasta maupun pemerintah. *Health Maintenance Organization* (HMO) memadukan badan asuransi dengan penyedia pelayanan kesehatan yang dibayar di muka dengan sistem kapitasi dimana sistem pembayarannya dilakukan

oleh pengelola dana (*resources management*) kepada penyelenggara pelayanan kesehatan (*health provider*) untuk pelayanan yang diselenggarakan dengan biaya dihitung berdasarkan jumlah pasien yang ada yang menjadi tanggungannya. Kelebihan sistem kapitasi dilihat pada administrasi badan penyelenggara dan provider yang lebih sederhana dan tidak merepotkan serta penghasilan provider akan lebih stabil dan merata karena penghasilan tidak ditentukan oleh fluktuasi jumlah kunjungan. Sedangkan kekurangannya yaitu kemungkinan adanya provider kurang bersungguh-sungguh dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakatnya serta adanya ketentuan yang membatasi pelayanan kesehatannya sehingga tidak menutup kemungkinan tidak dapat menjamin semua kebutuhan atau tuntutan peserta terpenuhi secara merata.

Hambatan dan Tantangan Sistem Pembiayaan Kesehatan di Amerika Serikat

Dari segi *Supply*

1. Adanya perbedaan kualitas pelayanan yang diberikan antara masyarakat pengguna asuransi sektor swasta dibandingkan dengan pengguna asuransi sektor pemerintah. (Djuhaeni, 2007)
2. Pembiayaan kesehatan di Amerika Serikat sangat berorientasi pasar dengan masih banyaknya masyarakat yang melakukan pembayaran langsung (*out of pockets*). (Murti, 2000)
3. Tingginya biaya kesehatan yang harus dikeluarkan oleh masyarakat sebagai akibat dari penggunaan alat-alat kesehatan yang mahal. (Darmawan, 2009)
4. Masih banyaknya institusi swasta yang dikhawatirkan menyebabkan bebasnya pasar kesehatan di Amerika Serikat
5. Pemerintah dianggap masih lemah kemampuannya dalam mengatur masalah asuransi yang mengakibatkan masyarakat banyak kalangan menengah ke bawah yang masih tidak tersentuh oleh program asuransi (Djuhaeni, 2007)
6. Merosotnya jumlah pengusaha yang disebabkan karena mereka tidak mampu untuk memenuhi standar kesehatan dirinya, perusahaan dan pekerja (Darmawan, 2009)
7. Beberapa fasilitas kesehatan yang dimiliki oleh organisasi profit atau nirlaba tetapi jumlahnya masih sangat sedikit dan tidak semua masyarakat bisa mengakses fasilitas pemerintah tersebut.

Dari segi *Demand*

1. Rendahnya partisipasi masyarakat Amerika untuk mengikuti asuransi karena masyarakat Amerika masih menganggap asuransi sebagai masalah. (Murti, 2000)
2. Masyarakat menengah kebawah masih minim untuk mendapatkan pelayanan kesehatan terutama program asuransi (Darmawan, 2009)

3. Biaya kesehatan yang mahal memungkinkan masyarakatnya untuk memilih pelayanan kesehatan di luar negeri , sehingga berdampak negatif pada kondisi keuangan Amerika Serikat (Djuhaeni, 2007).

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, Sylvia D. 2014. *Obamacare (Reformasi Pelayanan Kesehatan Amerika Serikat 2010)*. Jurusan Ilmu Hubungan Internasional Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember Available from : <http://repository.unej.ac.id/handle/123456789/59726> (diakses pada tanggal: 15 November 2015).
- Darmawan, Ede Surya. 2009. *Obama's Health Reform*. Available from : <http://staff.ui.ac.id/system/files/users/edesurya/material/obamashealthreform.pdf> (diakses pada tanggal: 10 November 2015).
- Djuhaeni, Henni. 2007. *Asuransi Kesehatan dan Managed Care*. Modul Belajar Mengajar. Program Pasca Sarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Padjadjaran Bandung. **Error! Hyperlink reference not valid.** diakses pada tanggal 10 November 2015.
- Dwi Anggraini, Sylvia. 2014. *Obamacare (Reformasi Pelayanan Kesehatan Amerika Serikat 2010)*. Jurusan Ilmu Hubungan Internasional Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember. **Error! Hyperlink reference not valid..** Diakses pada tanggal 15 November 2015.
- Hariyanto, Tri dkk. 2013. *Asuransi Kesehatan di Amerika Serikat*. Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. <http://www.kpmak-ugm.org/2012-05-12-04-54-35/2012-05-12-05-03-45/article/657-asuransi-kesehatan-di-amerika-serikat.html> diakses pada tanggal 12 november 2015.
- Murti, Bhisma. 2000. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*, Yogyakarta, hal. 34-44
- Murti, Bhisma. 2010. Strategi untuk Mencapai Cakupan Universal Pelayanan Kesehatan di Indonesia. Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, FK UNS. Disampaikan pada Temu Ilmiah Reuni Akbar FK-UNS, di Surakarta, 27 November, 2010.
- Pear, Robert. 2012. "[Health Law Critics Prepare to Battle Over Insurance Exchange Subsidies](http://www.nytimes.com/2012/07/08/us/critics-of-health-care-law-prepare-to-battle-over-insurance-exchange-subsidies.html?_r=0)". Diakses melalui [http://www.nytimes.com/2012/07/08/](http://www.nytimes.com/2012/07/08/us/critics-of-health-care-law-prepare-to-battle-over-insurance-exchange-subsidies.html?_r=0) us/critics-of-health-care-law-prepare-to-battle-over-insurance-exchange-subsidies.html?_r=0. Tanggal akses 18 November 2015.
- PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia. 1997. *Program Jaminan Kesehatan Bagi Peserta Wajib*. Jakarta. (<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/31023/3/Chapter%20II.pdf>) diakses pada tanggal 16 november 2015
- Siswanto, Teguh. 2010. *Reformasi Sistem Pelayanan Kesehatan di Amerika serikat*. Available from : <http://www.pksi.depkeu.go.id/pub.asp?id=27> (diakses pada tanggal : 15 November 2015).
- Stierle, Friedeger. *Social health insurance in Germany*. Makalah disajikan dalam Seminar Asuransi Kesehatan Nasional, Jakarta, 1998.

(<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/30177/3/Chapter%20II.pdf>) diakses pada tanggal 16 november 2015

Vicini, James; Stempel, Jonathan. 2012. "[US top court upholds healthcare law in Obama triumph](http://www.reuters.com/article/usa-healthcare-court-idUSL2E8HS4WG20120628)". Diakses melalui <http://www.reuters.com/article/usa-healthcare-court-idUSL2E8HS4WG20120628>. Tanggal akses 18 November 2015.

WHO (2005). Achieving universal health coverage: Developing the health financing system. Technical brief for policy-makers. Number 1, 2005. World Health Organization, Department of Health Systems Financing, Health Financing Policy.

BAGIAN IV

PEMBIAYAAN KESEHATAN DI THAILAND

Pada tahun 2009, sebanyak 30,1% penduduk Indonesia masih mengeluarkan uang secara langsung (*out of pocket*) untuk mendapatkan pelayanan kesehatan berbeda dengan Thailand yang telah mencapai Universal coverage untuk perawatan kesehatan pada tahun 2002 (Syarifah, 2014). *Universal Health Coverage* (UHC) merupakan salah satu topik pembicaraan menarik dalam sistem pembiayaan kesehatan saat ini. *Universal coverage* mengandung dua arti penting yaitu akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga, dan perlindungan resiko finansial ketika menggunakan pelayanan kesehatan (WHO, 2005). Akses pelayanan kesehatan yang adil menggunakan prinsip keadilan vertikal, dimana kontribusi warga dalam pembiayaan kesehatan ditentukan berdasarkan kemampuan membayar (*ability to pay*), bukan berdasarkan kondisi kesehatan seseorang. Elemen pembiayaan kesehatan tidak dapat dipisahkan dengan implikasinya pada penyediaan pelayanan kesehatan, kelebihan dan kekurangan pilihan sistem pengelolaan asuransi kesehatan nasional perlu dianalisis berdasarkan kriteria keadilan, efisiensi, dan daya tanggap (*responsiveness*), baik dalam aspek pembiayaan maupun penyediaan pelayanan kesehatan (WHO, 2005).

Thailand merupakan salah satu negara yang sudah mencapai sistem pelayanan kesehatan dengan *universal health coverage*. Secara administratif Thailand memiliki 77 Provinsi, 876 kabupaten, 7255 kecamatan dan 68.839 desa dengan total populasi sebesar 65 juta jiwa berdasarkan data tahun 2007. Perekonomian Thailand berubah dengan cepat dari sektor pertanian menjadi pelayanan dan produksi. Pertumbuhan ekonomi rata-rata dari tahun 1987 sampai 1995 sekitar 10 persen per tahun. Hingga 1996-1997, muncullah sebuah krisis ekonomi yang menjatuhkan perekonomian Thailand secara drastis. Krisis ekonomi ini mengakibatkan devaluasi 60 persen dari baht dan pertumbuhan negatif selama beberapa tahun (kpmak-ugm.org).

Sistem pembiayaan kesehatan di Thailand memiliki evolusi sejarah yang cukup panjang selama hampir setengah dekade sampai Thailand mencapai universal health coverage, dimulai dari biaya yang dikeluarkan sendiri (*out of pocket*) dan secara bertahap dari sistem pembiayaan out of pocket ke sistem pembiayaan di muka. Berbagai sistem pembiayaan diperkenalkan dan diujikan.

Dalam pengimplementasiannya terdapat perbedaan dalam hal kontribusi, subsidi publik, manfaat, dan kualitas pelayanan. Saat ini asuransi kesehatan di Thailand terdiri atas sistem jaminan kesehatan pegawai negeri yang paket jaminannya amat liberal dan menjamin tidak saja anggota keluarga pegawai, tetapi juga mencakup orang tua dan mertua pegawai. Seluruh pegawai swasta mendapat jaminan kesehatan komprehensif melalui Badan Jaminan Sosial yang dikelola oleh Depnakernya Thailand. Sedangkan pekerja informal memperoleh jaminan melalui *National Health Security Office*, sebuah lembaga independen yang mengelola sistem 30 Baht. Dengan sistem 30 Baht, seluruh penduduk diluar pegawai swasta dan pegawai negeri berhak mendapat pelayanan kesehatan komprehensif dengan hanya membayar 30 Baht (kurang lebih Rp 6.000) sekali berobat atau dirawat, termasuk perawatan intensif dan pembedahan.

Sejarah Sistem Pembiayaan Kesehatan Thailand

Pembiayaan pelayanan kesehatan di Thailand memiliki sejarah yang panjang. Hampir setengah dekade waktu yang dibutuhkan Thailand hingga mencapai *Universal Health Coverage* tahun 2002. Sistem pembiayaan kesehatan Thailand berubah secara bertahap mulai dari *out of pocket* hingga ke sistem pembayaran prabayar. Terdapat banyak sistem prabayar yang dijalankan di Thailand. Namun, setelah Kebijakan *Universal Health Coverage* benar-benar diperkenalkan pada bulan April 2002, perlindungan kesehatan sosial dibagi menjadi 3 kelompok yaitu, skema bagi karyawan publik, skema bagi karyawan swasta dan skema untuk sektor informal. Saat ini 7 % dari populasi dijamin kesehatannya dengan *Civil Servant Medical Benefit Scheme* (CSMBS), 15% dari populasi dijamin kesehatannya melalui *Social Security Scheme* (SSS), dan sisanya 76% dari populasi dijamin kesehatannya melalui *Universal Coverage Scheme* (UCS) (Health Resource Survey ,2012)

Sistem Pembiayaan Kesehatan Di Thailand

Sistem pelayanan kesehatan di Thailand menggunakan sistem rujukan berjenjang, mulai dari *primary care unit* (PCU) yang berjumlah kurang lebih 8.000 PCU seluruh Thailand, 800 rumah sakit distrik sebagai rumah sakit sekunder dan rumah sakit tersier yang biasanya di level provinsi dan atau rumah sakit pendidikan. PCU juga disebut sebagai rumah sakit promotif dan preventif (P&P). Tiap PCU dan rumah sakit memiliki standar minimum layanan yang ditetapkan secara nasional. Untuk *primary health unit* (PCU) atau istilah lain *Rural Health Center* (PHC) setidaknya memiliki:

1. Terdiri dari 3-8 staf (sebagian besar adalah perawat yang lulus dari MoPH *nursing school*).
2. Setiap PCU mengkover 5.000-10.000 jumlah penduduk.
3. Melakukan kontrak kerjasama dengan district hospital untuk mekanisme rujukan.

4. Jika tidak ada dokter, *district hospital* yang akan merotasi dokternya ke PHC secara bergilir.
5. Sistem rekam medis menggunakan unit ID dari pencatatan sipil dan disimpan dalam bentuk *family folder* untuk memastikan pelayanan dokter keluarga yang komprehensif.
6. Sekarang merevolusi menjadi *sub-district health promotion hospitals*.
7. Berbagai skema insentif disediakan, salah satunya dalam bentuk penghargaan tiap tahun bagi PHC yang sudah mencapai standar pelayanan yang telah ditetapkan.

Dalam implementasi UHC, selain dibutuhkan pengembangan infrastruktur, dibutuhkan pula orang-orang yang bersedia bekerja sepenuh hati untuk memberi pelayanan yang berkualitas. Orang-orang tersebut perlu dibangun motivasi dan *passion*nya untuk memberi pelayanan terbaik bagi masyarakat. Di Thailand, orang-orang semacam ini dapat ditemui misalnya pada health center di area pedesaan. *Health center* adalah fasilitas kesehatan setara balai-balai pengobatan di Indonesia. Orang-orang ini dapat berupa tenaga kesehatan maupun non kesehatan yang dilatih untuk memberi pelayanan kesehatan bagi masyarakat desa. Pada tahun 2010, data menunjukkan bahwa kunjungan ke *health center* di Thailand mencapai 54%. Data ini lebih tinggi dibanding pada tahun 2000 yang hanya mencapai 46,1%. Kunjungan masyarakat Thailand yang semakin meningkat ke *health center*, mengindikasikan bahwa aspek kemudahan akses layanan kesehatan dalam UHC semakin tercapai. Selain itu, pemerintah Thailand juga mempersiapkan kader-kader tenaga kesehatan dengan membuka lowongan tenaga kesehatan untuk bekerja di pedesaan dan menyekolahkan putra daerah di fakultas-fakultas kesehatan. Nantinya, putra daerah ini diminta untuk mengabdikan sebagai tenaga kesehatan di daerah asalnya dan pemerintah menyediakan insentif yang memadai sebagai bentuk dukungan. Dalam survey yang dilakukan pemerintah terkait kepuasan penerima manfaat dan provider. UHC dalam periode 2003-2012, diketahui bahwa kepuasan penerima manfaat UHC semakin meningkat. Sedikit berbeda dengan tingkat kepuasan provider yang cukup fluktuatif karena jasa mereka dihargai sebatas plafon pemerintah. penyelenggaraan AKN di Thailand diusulkan sejak tahun 1996. Program AKN di negara seribu pagoda itu sudah mencakup seluruh penduduk, namun dikelola oleh 3 badan penyelenggara. Saat ini sedang berlangsung proses penggabungan tiga badan penyelenggara tersebut menjadi satu badan pengelola yang akan mengelola seluruh program AKN. Usulan penyelenggaraan AKN di Muangtai menggabungkan konsep satu Badan Nasional sebagai pengelola dengan desentralisasi pembayaran kepada fasilitas kesehatan. Asuransi kesehatan di Thailand terdiri atas sistem jaminan kesehatan pegawai negeri yang paket jaminannya liberal dan menjamin tidak saja anggota keluarga pegawai, tetapi juga mencakup orang tua dan mertua pegawai. Seluruh pegawai swasta mendapat jaminan kesehatan komprehensif melalui Badan Jaminan Sosial yang dikelola oleh Depnaker Thailand.

Sedangkan pekerja informal memperoleh jaminan melalui National Health Security Office, sebuah lembaga independen yang mengelola sistem 30 Baht. Dengan sistem 30 Baht, seluruh penduduk di luar pegawai swasta dan pegawai negeri berhak mendapat pelayanan kesehatan komprehensif dengan hanya membayar 30 Baht (kurang lebih Rp 6.000) sekali berobat atau dirawat, termasuk perawatan intensif dan pembedahan. Dengan demikian, seluruh penduduk Thailand kini juga telah terbebas dari ancaman menjadi miskin bila jatuh sakit dan karenanya akan lebih produktif membangun negaranya (Hendrartini, 2012).

Sistem Pembiayaan Kesehatan Di Thailand Dilihat Dari Sisi *Revenue Collection, Pooling Mechanism, Purchasing Mechanism*

A. Revenue Collection

Thailand merupakan salah satu negara di Asia Tenggara yang telah mencapai *Universal Health Coverage* dengan melaksanakan program “*Universal Coverage Scheme (UCS)*”. Dengan program ini, Thailand telah mampu menggratiskan kesehatan kepada masyarakat sejak tahun 2007. Program ini mampu membuat kesehatan lebih mudah diakses oleh semua kalangan masyarakat serta mengurangi beban biaya kesehatan penduduk yang kurang mampu. Dengan tercapainya *Universal Health Coverage* di negara Thailand ini, seluruh penduduk Thailand kini juga telah bebas dari ancaman miskin bila jatuh sakit, oleh sebab itu mereka akan lebih produktif untuk membangun negaranya.

Thailand memiliki empat jenis pembiayaan kesehatan, dimana tiga diantaranya dilaksanakan oleh pemerintah. Sumber pendanaan yang digunakan dalam program Asuransi Kesehatan Nasional antara lain (National Health Security, 2012):

1. *Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS)*

CSMBS merupakan suatu program jaminan bagi pekerja di sektor publik (pegawai pemerintah dan tanggungannya) yang dibiayai oleh anggaran belanja negara tanpa ada iuran sama sekali dari pekerja. CSMBS yang ditahun 2008 bernilai 5 juta Bath atau sekitar 8% dari total asuransi kesehatan. Dengan program CSMBS, jaminan bukan saja diberikan kepada pegawai, pasangan dan anaknya, tetapi juga diberikan kepada orang tua pegawai. Jaminan yang ditanggung meliputi jaminan kesehatan, pensiun dan dana lump-sum pada waktu memasuki masa pensiun. Jaminan yang diberikan bersifat komprehensif sehingga peserta tidak perlu membayar apabila memanfaatkan pelayanan pada fasilitas kesehatan yang sudah ditentukan. Namun, apabila masyarakat mencari pelayanan dari fasilitas kesehatan dan di kelas perawatan di luar ketentuan, maka masyarakat harus membayar sendiri.

2. *Social Security Scheme (SSS)*

SSS merupakan suatu program jaminan komprehensif untuk pegawai swasta yang dibayarkan oleh pekerja, pemberi kerja, dan pemerintah yaitu masing – masing 1,5% sehingga total kontribusinya 4,5%. SSS yang ditahun 2008 bernilai 9,84 juta Bath atau sekitar 15,8% dari total anggaran untuk asuransi kesehatan. Manfaat program jaminan sosial pekerja swasta meliputi jaminan kesehatan, bantuan biaya persalinan, tunjangan kecacatan, santunan kematian, dana untuk anak-anak, kecelakaan kerja, dan jaminan hari tua.

3. *Universal Coverage Scheme (UCS)*

UCS merupakan suatu program jaminan untuk pegawai informal atau penduduk lain yang tidak tercover oleh dua skema lainnya, dimana sebanyak 75% masyarakat Thailand merupakan anggota UCS yang mendapat perlakuan sama. UCS yang pada tahun 2008 bernilai 47 juta bath atau sekitar 7% dari total asuransi kesehatan. UCS menerapkan kebijakan 30 Bath, yaitu seluruh penduduk di luar pegawai swasta dan pegawai pemerintah berhak mendapat pelayanan kesehatan komprehensif dengan hanya membayar 30 Bath atau kurang lebih Rp 6.000 sekali berobat atau dirawat. Biaya yang dibayar tersebut, sudah termasuk segala pemeriksaan, obat, pembedahan, dan perawatan intensif jika diperlukan (Syarifah, 2014). Pendapatan utama yaitu berasal dari pajak yang digunakan untuk membiayai CSMBS dan UCS.

Pemerintah menyediakan anggaran untuk cakupan semesta sebesar 90 dollar per orang per tahun untuk 47 juta penduduk. Dengan jaminan kesehatan, warga mendapat jaminan untuk rawat inap, rawat jalan, dan penanganan beragam gangguan medis, termasuk di dalamnya kemoterapi dan cuci darah. Selain kuratif, warga juga mendapatkan pencegahan penyakit, seperti imunisasi dan pemeriksaan penapisan, seperti papsmear, juga ditanggung, hanya saja untuk bedah plastik dan yang terkait fertilitas tidak ditanggung.

B. **Pooling Mechanism**

Risk pooling mechanism pada negara Thailand termasuk *fragmented risk pool*, yaitu terdapat lebih dari satu pool yang digunakan. Adapun *pooling mechanism* yang diterapkan di Thailand yaitu:

1. CSMBS dikelola oleh *Civil Servant Medical Benefit Scheme Groupe*, salah satu divisi dari *Comptroller General's Department (CGD)* dalam MoF(Kementerian Keuangan).
2. SSS dikelola oleh *Social Security Office (SSO)*.

Kewajiban utama dari SSO adalah untuk memajemen *Social Security Fund* (SSF) dan *Workmen's Compensation Fund* (WCF). SSF memberikan tujuh tipe kelebihan seperti kesakitan tidak terkait kerja, masa kehamilan, tunjangan hari tua, kejadian tertentu, kematian, manfaat untuk pengangguran dan tunjangan untuk anak. WCF menyediakan cakupan untuk pegawai suatu perusahaan dalam hal penyakit akibat kerja dan kecelakaan kerja.

3. UCS dikelola oleh *National Health Security Office* (NHSO)

Organisasi *National Health Security Office* (NHSO) dibentuk dengan tujuan untuk mengkoordinasikan uang dalam menjalankan skema UHC di Thailand. NHSO mengelola sebagian besar dari jaminan kesehatan semesta, termasuk mengelola data kepesertaan untuk ketiga skema yang ada (SSS, CSMBS dan UCS). Badan NHSO berada dibawah otoritas dari *National Health Security Board* (NHSB) yang dikepalai oleh *Minister of Public Health* dan memiliki tanggung jawab dalam pembuatan kebijakan, pengambilan keputusan dalam paket pelayanan, menentukan metode pembayaran provider yang tepat serta membuat aturan-aturan. Struktur organisasi NHSO dioptimalkan untuk melakukan kegiatan perencanaan, pelaksanaan sampai evaluasi.

Secara garis besar fungsi-fungsi yang terdapat dalam struktur organisasi di NHSO antara lain:

a. Menentukan strategi kontrak dengan *providers*.

Walaupun kontrak besar NHSO dengan kementerian kesehatan, namun demikian di dalam kontrak mencakup beberapa hal seperti penguatan standar klaim yang menggunakan model kapitasi untuk semua pelayanan rawat jalan (baik rawat jalan primer maupun rawat jalan sekunder, termasuk untuk pelayanan gigi) dan menggunakan ***Diagnosis Related Group*** (DRG) untuk pelayanan rawat inap. Di Thailand terdapat kurang lebih 2.400 kelompok DRG yang digunakan sebagai standar klaim.

b. Membantu dalam memperkuat pemberian layanan kesehatan bagi peserta.

Salah satunya adalah melakukan peningkatan fasilitas pelayanan kesehatan, terutama pelayanan primer dan rumah sakit rujukan daerah untuk memastikan akses pelayanan kesehatan yang setara (*equal*).

c. ***Strategi quality management*** dilakukan dengan beberapa cara, antara lain:

- Akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan (terutama rumah sakit) menggunakan standar yang dibuat secara nasional. Insentif diberikan bagi rumah sakit yang membutuhkan akreditasi.

- Melakukan monitoring terhadap indikator pelayanan kesehatan (seperti angka kematian di rumah sakit, pelayanan *non-communicable disease* di rumah sakit).
- d. Pengelolaan Sistem informasi kesehatan yang memfokuskan pada penggunaan informasi untuk melakukan perencanaan, manajemen, monitoring dan evaluasi UHC. Contoh : penghitungan biaya kapitasi (premi) tahunan yang harus dibayarkan oleh pemerintah. Sumber informasi berasal dari laporan klaim, laporan kegiatan dan sumber-sumber lain seperti sensus, *planning, management, monitoring and evaluation of UHC*.
- e. Menentukan mekanisme audit UHC
- Beberapa fungsi audit antara lain *pre-admission audit* (pemberiaan authorisasi terhadap skema pembiayaan kesehatan pasien) dan *post admission audit*. Sebagian besar audit dilakukan pada *post admission*, yang terdiri dari *audit coding DRG, financial* dan *billing audit, clinical audit* dan *medical record audit*.

Setiap tahunnya, NHSO akan mengeluarkan dana sesuai perencanaan mereka untuk lima kelompok besar, yaitu budget tahunan untuk kapitasi, HIV, Penyakit Metabolik, Gagal Ginjal dan Gangguan jiwa. Budget tahunan akan dibagikan untuk pasien rawat jalan, pasien rawat inap, promotif dan preventif, vaksin, *high cost accident*, DMI, gawat darurat, rehabilitasi untuk pasien cacat, pengobatan tradisional, mutu layanan dan *preliminary assistance*. Pembagian dilakukan berdasarkan kelompok umur karena dianggap kasusnya yang terjadi kurang lebih sama. Selain itu, NHSO juga menjalin kerjasama dengan pemerintah lokal (dengan beban 20-50%) untuk upaya promotif dan preventif.

Apabila penduduk yang sebelumnya terdaftar dalam UCS dan kemudian bekerja di perusahaan swasta, selanjutnya penduduk tersebut dialihkan kepesertaannya dari pembiayaan UCS ke pembiayaan SSS. Untuk pembiayaan CSMBS, SSS, dan UCS, dana yang masuk dialokasikan biaya pelayanan per orang dan biaya per kapita berdasarkan justifikasi umur, biaya kesehatan dari tingkat primer hingga tersier termasuk pembiayaan kesehatan yang memerlukan biaya operasional yang tinggi seperti biaya operasi organ, dll.

C. Purchasing Mechanism

Pencapaian UHC di Thailand dalam beberapa tahun ini seperti bahwa 99% masyarakat Thailand telah dilindungi dengan 3 skema yaitu *Universal Coverage Scheme* (Skema Cakupan Semesta, 75%), *Social Security Scheme/Social Health Insurance for formal private sector* (Skema Asuransi Kesehatan untuk pegawai swasta, 20%) dan *Civil Servant Medical Benefit Scheme* (Skema Asuransi Kesehatan untuk PNS, 5%).

Thailand menggunakan sistem pembayaran kepada provider kesehatan dengan dua model yaitu model kapitasi dan DRG dengan *global budget*. Pembayaran bagi pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dengan sistem kapitasi adalah pembayaran yang dilakukan oleh suatu lembaga kepada PPK atas jasa pelayanan kesehatan yang diberikan kepada anggota lembaga tersebut, yaitu dengan membayar di muka sejumlah dana sebesar perkalian anggota dengan satuan biaya (unit cost) tertentu. Kapitasi digunakan untuk meng-cover pasien rawat jalan dan DRG *plus global budget* digunakan untuk meng-cover pasien rawat inap.

Adapun *purchasing mechanism* yang diterapkan di Thailand yaitu:

1. Pada skema CSMBS (*Civil Servant Medical Benefit Scheme*), *purchasing mechanism* yang dijalankan oleh Thailand yaitu pada pasien rawat jalan atau OP (Out Patient) menggunakan sistem *Fee For Services*, dan yang rawat inap atau IP (Inpatient) menggunakan sistem DRG (*Diagnosis Related Groups*).
2. Pada skema SSS (*Sosial Security Scheme*)/(*Social Health Insurance for formal private sector*), *purchasing mechanism* yang dijalankan oleh Thailand yaitu pada pasien rawat jalan atau OP menggunakan sistem Kapitasi, dan yang rawat inap atau IP menggunakan sistem DRG (*Diagnosis Related Groups*) dan sebagian kapitasi.
3. Pada skema UCS (*Universal Coverage Scheme*), *purchasing mechanism* yang dijalankan oleh Thailand yaitu pada pasien rawat jalan atau OP menggunakan sistem Kapitasi, dan yang rawat inap atau IP menggunakan sistem DRG (*Diagnosis Related Groups*) dengan *global budget*.

Skema pembayaran terhadap *provider* di Thailand menunjukkan bagaimana dana UHC digunakan untuk membayar kebutuhan akan pelayanan kesehatan dasar, obat, RRT penyakit kronis, penyakit gangguan jiwa (5 paket) di Penyedia Pelayanan Kesehatan (provider). Kemudian, dari sisi *Equity*, skema UHC juga membuktikan bahwa UHC dapat mengurangi *inequity* pada pelayanan kesehatan, dimana populasi yang kurang mampu dengan mudah dapat mengakses pelayanan kesehatan yang bermutu.

Susunan sistem kesehatan di Thailand yang dibuat berjenjang dimulai dari level paling bawah adalah subdistrik dengan *Health Center*, *Community Medical Center*, *Private Clinic* dan *Pharmacy*. Level kedua dari bawah adalah Distrik dengan *District Hospital* dan *Public Hospital* lainnya. Level di atasnya adalah *Provincial hospital*, lalu *Regional hospital* dan level paling tinggi terdapat *Specialized hospital*, *Universal hospital* dan *Private hospital*. Pada level paling bawah, terdapat dua pelayanan publik untuk UHC, yaitu *Health Center* dan *Community Medical Center*. Pelayanan yang diberikan keduanya serupa, namun perbedaannya adalah area cakupan pelayanannya. Di *Health Center*, pelayanan yang diberikan lebih kepada upaya promotif dan preventif dan hanya melayani rawat jalan. *Health Center* hanya dilayani oleh perawat, tenaga IT dan praktisi tradisional *Thai Medicine*, sementara dokter dan dokter gigi datang ke *Health Center* satu atau dua kali dalam seminggu. *District hospital* yang cukup besar dapat menyediakan lebih dari 90 tempat tidur dan pelayanan diberikan oleh dokter umum, dokter spesialis bedah, dokter spesialis anak, dan dokter spesialis kandungan.

DRG (Diagnosis Related Groups)

DRG adalah suatu sistem atau cara pembayaran kepada penyelenggara pelayanan kesehatan (*health provider*) untuk pelayanan yang diselenggarakannya tanpa memperhatikan jumlah tindakan atau pelayanan yang diberikan, melainkan pengelompokan pelayanan medis kedalam suatu besaran pembiayaan menurut kelompok penyakit dimana pasien yang sedang ditangani tersebut berada. DRG's pertama kali dikenal di Amerika Serikat, diterapkan di Rumah sakit negara bagian New Jersey pada tahun 1970 sebagai dasar perhitungan biaya rawat inap oleh rumah sakit dan asuransi. DRG telah dipakai sejak tahun 1983 untuk menentukan seberapa besar *medicare* membayar kepada rumah sakit.

Manfaat DRG's adalah sistem dan beban administrasi pihak penanggung biaya dan *provider* lebih sederhana, tidak perlu lagi secara rinci memperhitungkan biaya pelayanan, pelayanan menjadi lebih efektif dan efisien karena mampu mengendalikan biaya pelayanan kesehatan, DRG's dapat memberikan kepastian biaya rumah sakit dan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. DRG's dapat mengurangi: biaya rumah sakit, intensitas pelayanan yang diberikan, lama hari rawat, dan menghasilkan produk yang efisien.

Pengelompokan DRG's saat ini didasarkan pada ICD X, dimana ICD X adalah suatu sistem kategori yang mengelompokkan satuan penyakit menurut kriteria yang telah disepakati. Tujuan pemakaian ICD untuk membuat catatan sistematis dan dapat dianalisis, untuk menterjemahkan diagnosa penyakit dan masalah kesehatan dari kata-kata menjadi kode/sandi

alfanumerik sehingga mudah disimpan, dicari, dianalisis. Komponen-komponen biaya dalam menyusun DRG's adalah lama hari rawat inap untuk masing-masing DRG's baik untuk perawatan rutin dan khusus, biaya perdiem baik untuk perawatan rutin maupun khusus, perkiraan biaya, pelayanan-pelayanan pendukung (laboratorium, radiologi, obat-obatan, alat habis pakai, anastesi, dan pelayanan lainnya perkasus). Data yang dipakai adalah diagnosa DRG's dibuat keadaan saat pasien keluar RS (Adisasmito, 2008).

Tantangan dan Hambatan Yang Dihadapi Thailand dari Sisi *Demand* dan *Supply* Dalam Penerapan Sistem Pembiayaan Kesehatan

1. Tantangan dari sisi supply:

- Diperlukan koordinasi yang baik antar ketiga skema asuransi kesehatan yang diterapkan baik oleh pengelola maupun pembuat kebijakan.
- Adanya kemungkinan permintaan untuk layanan kesehatan tumbuh lebih pesat dari pada sumber pendanaan yang diperoleh. Sehingga pengeluaran untuk pembiayaan kesehatan cenderung meningkat sementara anggaran dana yang bisa disiapkan oleh pemerintah mengalami *stagnasi*.
- Keterbatasan akses pada penyedia layanan kesehatan terutama untuk orang-orang yang tinggal di daerah rural dan daerah terpencil. Sekitar setengah dari peserta *UCS* merupakan masyarakat berpenghasilan rendah. Sementara setengah dari peserta *CSMBS* dan *SSS* merupakan masyarakat berpenghasilan tinggi. Mereka terkonsentrasi di daerah perkotaan dan lebih mungkin untuk menggunakan fasilitas kesehatan tingkat yang lebih tinggi. Hal ini dapat menyebabkan adanya aliran redistribusi yang salah target.
- Adanya perbedaan dalam tingkat pengeluaran antar skema asuransi. Sangat mungkin bahwa beberapa penyedia layanan kesehatan membatasi untuk menerima peserta *Universal Coverage Scheme (UCS)* dan lebih memilih untuk melayani peserta *Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS)* karena dinilai lebih menguntungkan mereka. Beberapa penyedia layanan kesehatan juga mungkin merujuk penerima *UCS* ke klinik pribadi mereka, yang menggunakan sistem pembayaran *out of pocket* dan bukan pembayaran dari skema asuransi.

- Adanya pembatasan pelayanan yang diberikan oleh masing-masing skema asuransi sehingga pesertanya cenderung memiliki asuransi swasta lain untuk melengkapi cakupan pelayanan kesehatan yang dapat mereka peroleh, sehingga terjadi kesenjangan dalam pelayanan yang diperoleh oleh peserta pada masing-masing skema asuransi kesehatan yang ada. Misalnya, *UCS* tidak mencakup layanan RRT (terapi dan pelayanan transplantasi ginjal) namun untuk *CSMBS* dan *SSS* telah mencakup layanan RRT.

2. Tantangan dari sisi demand/peserta :

- Pergeseran pola penyakit masyarakat dimana jumlah penyakit-penyakit kronis cenderung meningkat dalam populasi sehingga menyebabkan munculnya permintaan baru untuk jenis perawatan dan pengobatan yang diperlukan oleh masyarakat.
- Menciptakan Sistem jaminan kesehatan yang baik dan membuat orang atau peserta tidak lagi membedakan mutu layanan kesehatan yang disediakan pemerintah atau swasta.
- Peserta dari Universal Coverage Scheme (*UCS*) yang banyak bertempat tinggal di daerah rural atau pedesaan, masih sulit untuk mendapat akses pelayanan kesehatan. Akses bagi peserta *UCS* lebih minim dibanding dengan skema lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, Wiku. 2008. Kebijakan Standar Pelayanan Medik dan Diagnosis Related Group (DRG), Kelayakan Penerapannya di Indonesia. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia : Jakarta.
- Basa. R. 2002. *Social Health Insurance System in Phillipine*. Executive meeting on Development of Social Health Insurance in Indonesia. Jakarta.
- Hendartini, Yulita. Tahun Tidak Diketahui. Perkembangan Pembiayaan Kesehatan dan Asuransi Kesehatan Sosial di Berbagai Negara. Tersedia di : <http://hpm.fk.ugm.ac.id>.
- Hendartini, Yulita. Tahun Tidak Diketahui. Perkembangan Pembiayaan Kesehatan dan Asuransi Kesehatan Sosial di Berbagai Negara. Tersedia di : <http://hpm.fk.ugm.ac.id>. Diakses tanggal 8 November 2014
- Health Resource Survey. Bureau Of Policy and Strategy. MoPH
<http://manajemen-pembiayaankesehatan.net/index.php/component/content/article/88-reportase/934-manajemen-skema-universal-coverage>, (Diakses tanggal 13 November 2015).
- <http://manajemen-pembiayaankesehatan.net/index.php/component/content/article/88-reportase/958-komponen-sistem-kesehatan-untuk-mendukung-cakupan-kesehatan-semesta-pengalaman-thailand-dukungan-apa-saja-untuk-uhc>, (Diakses tanggal 13 November 2015).
- <http://manajemen-pembiayaankesehatan.net/index.php/component/content/article/88-reportase/964-national-health-security-office-nhso>, (Diakses tanggal 13 November 2015).
- <http://www.kpmak-ugm.org/2012-05-12-04-54-35/2012-05-12-05-03-45/article/659-asuransi-kesehatan-di-thailand.html#ixzz3qmfmyL4>
- Syarifah, Fitri. 2014. Mengintip Asuransi Nasional di Negara Lain. Diakses pada : <http://health.liputan6.com/read/2071253/mengintip-asuransi-nasional-di-negara-lain?p=1>, 14 November 2015).

BAGIAN IV

PEMBIAYAAN KESEHATAN DI TAIWAN

Taiwan memiliki luas wilayah 36.193 km² dengan jumlah penduduk 23.224.912 orang dengan angka harapan hidup yang cukup tinggi, yaitu 79,16 tahun. SDM penyedia pelayanan kesehatan seperti tenaga medis (dokter) berjumlah 17,21 per 10.000 penduduk, perawat sebanyak 49,21 per 10.000 penduduk. Sedangkan jumlah Rumah Sakit di Taiwan sebanyak 507 unit dengan 74.082 tempat tidur. Pada tingkat pelayanan kesehatan dibagi menjadi RS Pusat dengan pelayanan kesehatan tersier, RS Wilayah dengan pelayanan kesehatan sekunder, RS Distrik dan Klinik sebagai pelayanan kesehatan primer. Di Taiwan sistem pembiayaannya disebut dengan National Health Insurance (NHI). National Health Insurance (NHI) di Taiwan dimulai sejak tahun 1995. NHI ini adalah asuransi sosial wajib yang bersifat nasional bagi setiap warga negara Taiwan termasuk warga negara asing yang menjadi residen di Taiwan. Asuransi sosial nasional di Taiwan ini memiliki sistem pembayar tunggal yang dijalankan oleh pemerintah, yang memusatkan semua dana pelayanan kesehatan. Dana NHI ini sebagian besar berasal dari premi yang berbasis pajak gaji (payroll tax) dan dana pemerintah (Bhisma Murti, 2010).

Source of Revenue

NHI diperkenalkan pada tahun 1995 untuk mencapai Universal Health Coverage untuk masyarakat Taiwan. NHI merupakan asuransi kesehatan wajib (mandatory system) yang sebagian besar dibiayai melalui premi dalam bentuk pajak gaji (payroll tax) dan ditambah dengan pendanaan langsung dari pemerintah. (Jui-fen & Rachel Lu, 2014). Pada akhir tahun 1995, 10 bulan setelah diluncurkannya NHI, hanya 92,3% dari masyarakat Taiwan yang terdaftar dalam program ini, dan meningkat menjadi 96,0% pada tahun 1996. Pada tahun 2002 mencapai 98% target yang telah dibuat dalam tahap perencanaan. Dan pada tahun 2012, 99,6% warga negara Taiwan sudah tercover NHI. (Jui-fen & Rachel Lu, 2014). Memiliki sistem single payer adalah alasan utama untuk layanan yang efisien dan juga harga yang terjangkau untuk mendapatkan perawatan kesehatan yang baik. Provider pelayanan kesehatan swasta yang sangat kompetitif memungkinkan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang efisien. Administrasi NHI memiliki kontrak dengan semua rumah sakit dan sebagian

besar provider swasta sehingga memungkinkan masyarakat yang tercover NHI memiliki akses yang mudah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama. (Bisma Murti,2010)

Sebuah administrasi asuransi single payer juga memiliki manfaat dari biaya administrasi yang sangat rendah ,yang hanya 1,15% dari total belanja NHI pada tahun 2012. Meskipun tidak ada pilihan asuransi lainnya, masyarakat menikmati pilihan bebas lengkap dari provider. Provider di Taiwan harus memperhatikan tuntutan pasien untuk tetap kompetitif, dan bersaing untuk mendapatkan pasien. Administrasi NHI menetapkan Biaya nasional yang seragam untuk semua provider. Selanjutnya, administrasi dengan sistem single payer sangat mudah dan sederhana, karena hanya ada satu set aturan untuk semua orang, apakah itu mengenai formulir klaim, protokol klinis, indikator kualitas, jumlah biaya, dan biaya administrasi rumah sakit dan provider lainnya juga jauh lebih rendah daripada multi-insurer system. (Bisma Murti,2010)

Total pendapatan premi NHI berasal dari tiga sumber yaitu 36% dari pemerintah, 26% dari pengusaha dan 38% dari masyarakat. Sistem ini utama didanai dari premi yang terkumpul yang dibayar oleh peserta terjamin, pengusaha dan pemerintah pusat dan lokal. Pendapatan lainnya berasal dari sumber-sumber lain seperti seperti denda atas pembayaran premi tunggakan, kontribusi lotre kesejahteraan masyarakat dan biaya tambahan kesehatan pada rokok, yang semuanya menambah sistem pendapatan setelah memenuhi kebutuhan dasar dana cadangan. (Jui-fen & Rachel Lu,2014)

Administrator NHI sangat bagus dalam mengumpulkan premi dari masyarakat. Ketika masyarakat tidak membayar premi tepat waktu, mereka akan mengirim pemberitahuan kepada masyarakat yang menunggak sesegera mungkin. Taiwan memiliki warga yang cukup taat hukum, sehingga tingkat kepatuhan sangat tinggi. Tingkat utang yang buruk hanya sekitar 0,9% pada tahun 2011. (Dr. Ching-chuan Yeh,2012)

Pooling Mechanism

NHI (*Bureau of National Health Insurance, 2009*) di Taiwan sudah berlangsung selama kurang lebih 15 tahun yang dimulai sejak tahun 1995. Sebelum NHI terbentuk, sektor jaringan jaminan kesehatan publik Taiwan terdiri dari pecahan 13 sistem independen yang menampilkan premi-premi yang berbeda dan manfaat yang dibedakan berdasarkan segmen masyarakatnya. Seluruh penyedia ini hanya mencakup 60% dari jumlah populasi, sementara sisanya sebanyak 40%, kebanyakan terdiri dari penduduk usia pensiun, anak-anak dan pengangguran yang tidak memiliki jaminan. Oleh sebab itu, untuk menyediakan pelayanan kesehatan, pemerintah menjalankan the National Health Insurance pada tanggal 1 bulan Maret tahun 1995.

Sistem NHI Taiwan merupakan suatu program jaminan sosial yang bersifat *mandatory* dengan sistem *single-payer* yang diatur oleh Pemerintah dan dijalankan oleh *the Bureau of National Health Insurance*. *The Bureau of National Health Insurance* telah membentuk empat komite untuk membantu perencanaan dan bertugas memonitoring kinerja yang berhubungan dengan NHI yaitu the NHI Supervisory Committee, the NHI Dispute Mediation Committee, the NHI Medical Expenditure Negotiation Committee dan the NHI Task Force. Dimana pada sistem NHI ini konsumen dapat secara bebas memilih penyedia pelayanan kesehatan dan institusi medis yang sesuai tanpa ada perbedaan pelayanan kesehatan dan batasan. Jika terdapat perbedaan akses lebih disebabkan sisi penyediaan pelayanan kesehatan (misalnya, daerah terpencil, perbatasan), bukan pembiayaan pelayanan kesehatan. Dalam aspek efisiensi, sistem ini dapat mengurangi masalah ‘adverse selection’ kondisi yang tidak menguntungkan dalam pengelolaan asuransi dimana warga yang lebih sehat memilih untuk tidak mengikuti asuransi. Sistem pembayar tunggal juga mengurangi kemungkinan tumpang tindih (overlap) atau kesenjangan paket pelayanan kesehatan antar skema asuransi kesehatan.

Dana NHI sebagian besar berasal dari premi yang berbasis pajak gaji (payroll tax) dan dana pemerintah. Sistem ini memberkan akses yang sama bagi semua warga, dan cakupan populasi mencapai 99% pada akhir 2004. *The Bureau of National Health Insurance* bertanggung jawab untuk merencanakan sistem, promosi, penyelenggaraan, pengawasan, penelitian dan pembangunan, pelatihan, manajemen informasi dan pemeriksaan. *The Bureau of National Health Insurance* terdiri dari enam cabang yang secara langsung menangani aplikasi jaminan, pengumpulan premi, pemeriksaan klaim dan penggantian dan manajemen kontrak dengan institusi medis. Operasionalnya didanai dari anggaran pemerintah pusat. NHI didesain untuk membiayai secara *self-sufficient* dan bertanggung jawab apabila terjadi defisit. Berdasarkan hukum, *the Bureau of National Health Insurance* tidak diperkenankan untuk memperoleh keuntungan dan disyaratkan untuk menjaga dana cadangan paling tidak setara dengan pengeluaran medis satu bulan. Pooling mechanism yang diterapkan di Taiwan menggunakan pendekatan Unitary Risk Pool dimana dana dikumpulkan oleh pemerintah dan dikelola oleh *the Bureau of National Health Insurance*. (Bisma Murti,2010)

Purchasing Mechanism

Pembiayaan pelayanan kesehatan Negara Taiwan melalui mekanisme asuransi bagi masyarakatnya telah mencakup 99% dari penduduk Taiwan, sistem pembiayaan pelayanan kesehatan di Taiwan di kelola oleh NHI (*National Health Insurance*) yang merupakan *single payer* dalam sistem pembiayaan kesehatan di Taiwan. Rumah sakit dan klinik-klinik baik milik pemerintah maupun swasta yang terakreditasi telah menjadi provider pelayanan kesehatan, sehingga menjamin tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai di Taiwan.

Kualitas pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan NHI menjadi perhatian serius untuk menjamin efektifitas dan keamanan pelayanan kesehatan yang disediakan, TJCHA (*Taiwan joint commission on hospital accreditation*) merupakan badan non pemerintah yang diberikan wewenang untuk melakukan akreditasi terhadap rumah sakit. Rumah Sakit baik milik pemerintah maupun swasta di kelompokkan menjadi 3 kategori yaitu : *District Hospital, Regional Hospital, dan Medical Center Hospital.*(Radinda. 2013)

NHI menerapkan sistem pembayaran pelayanan berdasarkan *globalbudget system*, penentuan besar budget per rumah sakit berdasarkan sejumlah indikator, NHI Medical Expenditure Negotiation Committee pada awal tahun anggaran melakukan negosiasi dengan PPK untuk kesepakatan alokasi anggaran. NHI melakukan upaya pencapaian peningkatan kualitas pelayanan kesehatan oleh PPK dengan menerapkan sistem pembayaran *Pay for Performance* untuk beberapa jenis penyakit tertentu, dalam sistem ini pembayaran pelayanan kesehatan berdasarkan atas indikator pencapaian peningkatan kualitas pelayanan kesehatan itu sendiri, misalnya pencapaian HbA1c pada pasien diabetes mellitus dan menjamin pelayanan kesehatan secara komprehensif baik pelayanan rawat jalan, rawat inap, pelayanan gigi, *Chinese medicine therapies*, persalinan, rehabilitasi fisik, bedah, obat, home care, penyakit jiwa kronis dan lain sebagainya. Pelayanan preventif juga dijamin oleh NHI, dengan pembiayaan bersumber dari anggaran promosi kesehatan dari Biro Promosi Kesehatan (DOH). (Wiguna, Catur. 2013)

NHI tidak menerapkan sistem *gate keeper*/rujukan, Rumah sakit berupaya mengembangkan mutu pelayanan dan menerapkan strategi pemasaran yang tepat, sehingga dapat menjadi pilihan utama pasien, mengingat sistem pelayanan kesehatan di Taiwan memungkinkan pesertanya untuk memilih dokter atau rumah sakit yang diinginkannya tanpa ada mekanisme rujukan sebagaimana yang diterapkan di Indonesia. Pasien bebas memilih fasilitas kesehatan/dokter yang diinginkannya, namun demikian terdapat perbedaan *co payment* antara peserta yang mengikuti sistem rujukan dan tidak. Pasien yang memanfaatkan pelayanan dengan sistem rujukan akan membayar *co payment* yang lebih sedikit dari pada yang tidak memakai rujukan. *Co payment* diterapkan untuk pelayanan rawat jalan, obat, dan rawat inap. Besaran *co payment* untuk pelayanan perawatan gigi dan pengobatan tradisional China ditetapkan seragam untuk seluruh tipe PPK. *Co payment* pelayanan obat berlaku untuk biaya obat yang lebih dari NT\$ 100. Besaran copayment untuk pelayanan rawat inap berdasarkan lamanya hari rawat.

Pengecualiaan *copayment* diberlakukan bagi pasien dengan penyakit kronis, pasien yang tinggal di daerah terpencil, persalinan, veteran dan anggota keluarganya, masyarakat miskin, anak usia dibawah 3 tahun, dan pasien tuberculosis yang teregistrasi. (Wiguna, Catur. 2013) Sedangkan untuk mechanism pengendalian pelayanan kesehatan, Negara Taiwan menggunakan Claim Review yang sangat penting dalam sistem pelayanan yang tidak menerapkan *gate keeper* dan sistem pembiayaan *global budget*, claim review didukung oleh sistem informasi otomatis yang dapat mempermudah proses analisis klaim. Claim review meliputi dua komponen yaitu review prosedur dan review profesional. Pihak asuransi berhak untuk tidak membayar klaim yang diajukan oleh PPK apabila tidak memenuhi peraturan yang ditetapkan NHI. Review profesional dilakukan oleh tim dokter spesialis. Hasil review ini akan diumpanbalikkan kepada PPK, dan diinformasikan kepada publik sehingga masyarakat dapat mengetahui kualitas pelayanan kesehatan PPK. (Wiguna, Catur. 2013)

Tantangan dari segi *demand* dan *supply*

A. Tantangan dari segi *demand*

Pelaksanaan sistem National Health Insurance yang dilakukan oleh negara Taiwan dapat dikatakan sebagai salah satu sistem universal health coverage terbaik yang pernah ada. Hal ini ditunjang dari fakta bahwa cakupan dari asuransi kesehatan ini mencapai 99%. Meskipun asuransi yang dijalankan oleh negara Taiwan ini terlihat sukses namun tidak dapat dipungkiri bahwa masih saja ada hambatan-hambatan yang dihadapi oleh negara ini dalam menjalankan sistem asuransi kesehatan ini. Hambatan tersebut berupa permintaan terhadap pelayanan kesehatan. Ketika di negara-negara lain permintaan terhadap pelayanan bermasalah karena masih banyak masyarakat yang melakukan pengobatan alternatif atau tidak percaya sepenuhnya pada rumah sakit, di Taiwan permintaan akan pelayanan kesehatan sangat tinggi. Ini menjadi masalah ketika permintaan yang tinggi tersebut tidak dapat dipenuhi dengan baik dikarenakan jumlah PPK yang tidak sebanding dengan permintaan. Jika permintaan terhadap pelayanan kesehatan itu tidak dapat dipenuhi dengan maksimal maka kualitas pelayanan yang diberikan juga menjadi berkurang. Hal ini dapat terlihat dari pembatasan jangka waktu konsultasi yang dibuat oleh PPK yang mengakibatkan kecewanya pasien terhadap pelayanan yang diberikan kepada PPK. Selain itu, hambatan juga datang dari WNA yang diwajibkan untuk mengikuti asuransi kesehatan jika WNA tersebut berdomisili atau tinggal sementara di negara tersebut. Keterbatasan informasi serta kurang terjangkau biaya yang dikenakan bagi WNA masih dirasakan terutama bagi WNA yang berkeluarga dengan penghasilan yang tidak besar ataupun WNA yang menimba ilmu pendidikan di Taiwan.

Maka dari itu tantangan bagi negara Taiwan dalam mengatasi segala hambatan serta mengembangkan NHI agar menuju ke arah yang lebih baik lagi adalah dengan meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat dengan tetap mengontrol pengeluaran pembiayaan pelayanan kesehatan, karena dapat kita simpulkan bahwa tidak terpenuhinya permintaan pelayanan kesehatan pasien dengan baik dikarenakan kurangnya alokasi dana bagi pengembangan maupun penambahan jumlah PPK. Selain itu melalui NHI, Taiwan juga harus lebih mengedukasi dan menyosialisasikan asuransi kesehatan terutama kepada penduduk di daerah terpencil juga WNA yang berdomisili di Taiwan serta meningkatkan rasa kompetitif bagi Penyedia Pelayanan Kesehatan dalam melayani masyarakat sehingga kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat semakin baik sehingga tidak terjadi rasa rugi dari masyarakat dalam mengikuti program NHI ini.

B. Tantangan dari segi *supply*

Menurut Direktur Global Healthcare Practice KPMG singapura Dr Loke Wai Chiong, dijelaskan bahwa sistem pelayanan kesehatan di Taiwan belum cukup baik dimanajemen seiring dengan pertumbuhan ekonominya. Berdasarkan diskusi yang dilakukan dengan dokter-dokter di Taiwan, permasalahan utamanya sekarang nampaknya berkaitan dengan model pembiayaan kesehatannya. Sejak 1995, Taiwan telah menggunakan sistem jaminan kesehatan nasional (National Health Insurance). Berdasarkan statistik resmi, Sekitar 60% dari populasi Taiwan telah tercakup skema asuransi kesehatan yang berbeda-beda seperti keternagakerjaan dan asuransi pegawai negeri. Namun ada masalah yang ditemukan oleh KPMG singapura yaitu Sumber dana sistem pelayanan kesehatan yang kurang. Sumber dana NHI Taiwan sebagian berasal dari pembayaran pajak dan pembayar pajak bebas untuk memilih penyedia pelayanan kesehatan mereka. Karena biaya kesehatan dibayarkan oleh asuransi, mereka akan mencari pelayanan terbaik (spesialis) dan rumah sakit terbaik yang mana sebenarnya tidak selalu penting setiap saat. Rumah sakit tentu saja akan menawarkan pelayanan terbaik (termahal) dan menagih biayanya ke pemerintah yang mengakibatkan kenaikan biaya kesehatan yang tinggi. Pada 2003, pemerintah Taiwan menerapkan block budgeting untuk NHI Taiwan yang juga diterapkan di rumah sakit publik singapura yang menjadi pembatas pengeluaran rumah sakit.

Pada kenyataannya, NHI tidak mendapat cukup dana untuk membayar biaya kesehatan dan sekarang menderita defisit sekitar NT\$60 billion, yang berarti rumah sakit mengalami masalah dana yang parah. Mereka tidak memiliki dana yang cukup untuk meningkatkan teknologi, infrastruktur serta keahlian. Gaji dokter yang rendah menyebabkan kekurangan dokter di Taiwan. Kemudian diperparah oleh regulasi yang mencegah rumah sakit publik untuk menyediakan

pelayanan swasta dan penawaran pelayanan atau program baru. Pasien yang bebas memilih juga mengakibatkan fenomena dimana rumah sakit yang reputasinya baik mengalami kelebihan pasien dan beroperasi dengan infrastruktur dan teknologi yang tua. Rumah sakit yang lebih kecil kekurangan pasien. Masalah lain juga yang muncul dari bebasnya memilih adalah tidak berfungsinya dokter keluarga yang seharusnya merawat keluarga dari lahir hingga meninggal untuk kelanjutan perawatan penyakit kronis karena dokter keluarga memiliki riwayat penyakit keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Bhisma Murti. Asuransi Kesehatan Berpola Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat di Era Desentralisasi Menuju Cakupan Semesta. Institute of Health Economic and Policy Studies (IHEPS), Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret.
- Bhisma Murti (2010). Strategi untuk Mencapai Cakupan Universal Pelayanan Kesehatan di Indonesia. Surakarta, 24 November 2010. Diakses 08 November 2015.
- CHIONG, D. L. (2012). TAIWAN'S AILING HEALTH-CARE FINANCING. RETRIEVED FROM KPMG: [HTTP://WWW.KPMG.COM/SG/EN/PRESSROOM/PAGES/MC20120824.ASPX](http://www.kpmg.com/sg/en/pressroom/pages/mc20120824.aspx)
- Dr. Ching-chuan Yeh , Access and Cost: What the U.S. Health Care System Can Learn from other Countries dalam www.help.senate.gov/download/ufgy diakses pada Kamis 12 November 2015
- Kwon: Health Care Financing in Asia, Pembiayaan Kesehatan di Berbagai Negara, 2012.
- Jui fen Rachel Lu dalam Universal Health Coverage Assessment Taiwan [http://gnhe.funsalud.org.mx/Documentos/UHCDay/GNHE%20UHC%20assessment Taiwan.pdf](http://gnhe.funsalud.org.mx/Documentos/UHCDay/GNHE%20UHC%20assessment%20Taiwan.pdf) diakses pada Kamis 12 November 2015
- Retno Widyastuti. Belajar dari Taiwan; National Health Insurance (NHI), Kesehatan Milik Semua. Mahasiswa S2 Jurusan Asia Pacific Studies National Chengchi University, Taipei – Taiwan (ROC). Diakses 08 November 2015.