

Health Financing Revisited

A Practitioner's Guide

Overview

Pablo Gottret

George Schieber

The World Bank

©2006 The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank
1818 H Street NW
Washington DC 20433
Telephone: 202-473-1000
Internet: www.worldbank.org
Email: feedback@worldbank.org

Hak cipta dilindungi

1 2 3 4 5 09 08 07 06

Jilid ini disusun oleh staf Bank Internasional untuk Rekonstruksi dan Pembangunan/Bank Dunia. Temuan, interpretasi, dan kesimpulan yang disampaikan dalam jilid ini tidak selalu mencerminkan pandangan para Direktur Eksekutif Bank Dunia atau pemerintah-pemerintah yang diwakilinya.

Bank Dunia tidak menjamin keakuratan data yang tercantum dalam karya ini. Batas, warna, denominasi dan informasi lain yang terdapat pada peta dalam karya ini tidak menyiratkan pendapat Bank Dunia mengenai status hukum suatu wilayah atau persetujuan atau pengakuan batas-batas tersebut.

Hak dan Izin

Materi dalam publikasi ini dilindungi hak ciptanya. Memperbanyak atau menyebarluaskan bagian-bagian atau seluruh karya ini tanpa izin merupakan pelanggaran terhadap hukum yang berlaku. Bank Internasional untuk Rekonstruksi dan Pembangunan/Bank Dunia mendorong penyebaran karyanya dan pada umumnya akan memberikan izin untuk memperbanyak bagian-bagian dari karyanya.

Untuk mendapatkan izin memfotokopi atau mencetak ulang bagian manapun dari karya ini, silakan kirimkan permintaan anda dengan keterangan lengkap kepada Copyright Clearance Center Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923, USA; telephone: 978-750-8400; fax: 978-750-4470; Internet: www.copyright.com.

Semua pertanyaan mengenai hak dan izin termasuk hak-hak tambahan hendaknya dialamatkan kepada Kantor Penerbit, The World Bank, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA; fax: 202-522-2422; email: pubrights@worldbank.org.

Pra kata

Kebijakan kesehatan dunia menjadi agenda utama kebijakan internasional. Globalisasi, komitmen masyarakat internasional untuk mengentaskan kemiskinan dan mencapai Tujuan Pembangunan Milenium (MDG), intervensi yayasan-yayasan baru yang memiliki banyak sumber daya serta ancaman kesehatan seperti penyakit saluran pernafasan akut dan flu burung yang parah telah mendorong peningkatan yang signifikan dalam pendanaan kesehatan dunia baik yang berasal dari sumber tradisional maupun sumber modern. Negara-negara penerima bantuan juga telah membuat komitmen untuk meningkatkan sumber daya mereka agar dapat membiayai pelayanan kesehatan dasar untuk mencapai MDG. Ini dapat berarti kesempatan besar maupun tantangan berat bagi semua donor dan negara penerima bantuan.

Ada kesenjangan yang sangat besar antara negara kaya dan negara miskin berkenaan pengeluaran kesehatan dan kebutuhan kesehatan. Negara-negara berkembang yang penduduknya berjumlah 84 persen dari penduduk dunia dan menanggung 90 persen dari beban penyakit dunia hanya memiliki 20 persen dari produk domestik bruto (GDP) dunia dan mengadakan 12 persen dari pengeluaran kesehatan dunia. Negara-negara berpenghasilan tinggi mengeluarkan dana untuk kesehatan sekitar seratus kali lebih banyak daripada negara-negara berpenghasilan rendah berdasarkan per-kapita: bahkan setelah disesuaikan karena perbedaan biaya hidup, negara-negara berpenghasilan tinggi masih mengeluarkan dana sekitar 30 kali lebih banyak untuk kesehatan. Yang lebih buruk lagi, lebih dari setengah pengeluaran kesehatan di negara-negara miskin berasal dari pembayaran tunai konsumen perawatan — bentuk pembiayaan yang paling tidak adil karena yang paling terpukul adalah masyarakat miskin dan setiap orang kehilangan perlindungan finansial terhadap biaya pengobatan penyakit yang parah yang disediakan melalui mekanisme asuransi pemerintah dan swasta. Selain itu, negara-negara yang termiskin tidak mampu menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi warganya.

Kesenjangan ini mempunyai dampak yang besar terhadap status kesehatan di negara-negara miskin di dunia. Negara-negara berpenghasilan rendah masih menghadapi beban kesehatan yang berat yang terdiri dari penyakit-penyakit menular yang dapat dicegah maupun yang dapat diobati, selain masalah pembiayaan yang terkait dengan terus meningkatnya pertumbuhan penduduk, harapan hidup and beban penyakit yang terkait dengan penyakit tidak menular. Faktor-faktor ini tidak hanya sangat mempengaruhi masyarakat miskin tetapi juga memperbesar biaya perawatan kesehatan dan menghambat produktivitas dan pertumbuhan ekonomi.

Negara-negara berpenghasilan menengah sedang berjuang untuk mencapai pertanggung jawaban universal pelayanan dasar dan menyediakan perlindungan finansial bagi penduduknya terhadap pengeluaran yang besar seraya menghadapi kenaikan biaya kesehatan yang disebabkan oleh transisi kependudukan dan epidemiologis dan penerapan teknologi baru. Kebanyakan negara berpenghasilan menengah telah mulai melakukan reformasi untuk mengatasi masalah-masalah ini dengan meningkatkan upaya untuk menghasilkan pendapatan dan mengelola risiko serta meningkatkan efisiensi pengeluaran perawatan kesehatan.

Kesenjangan pelayanan kesehatan dunia yang diakui secara internasional oleh *Group of Eight*, *European Commission*, dan Perserikatan Bangsa-Bangsa serta ancaman kesehatan masyarakat dunia dan dukungan bagi negara-negara untuk mencapai MDG telah meningkatkan bantuan pembangunan pada umumnya dan bantuan pembangunan kesehatan pada khususnya setelah hampir satu dekade mengalami kemunduran sejak tahun 1990an. Namun demikian, peningkatan bantuan donor yang jauh lebih besar—diperkirakan mencapai sekitar \$25 milyar sampai \$70 milyar setahun—dibutuhkan untuk menyediakan pelayanan dasar bagi masyarakat miskin dunia dan bagi negara-negara untuk mencapai MDG kesehatan.

Tetapi hanya sumber daya saja tidak akan memberikan hasil yang lebih baik kecuali masyarakat dunia bersama-sama menghadapi tantangan untuk memperkuat kapasitas pelaksanaan sistem kesehatan sehingga sumber daya berubah menjadi hasil-hasil kesehatan yang lebih baik bagi rakyat miskin. Meskipun terdapat peningkatan akses ke pelayanan perawatan kesehatan yang

dihasilkan oleh program-program berskala global, upaya untuk meningkatkan bantuan melalui program-program ini juga menghadapi rintangan implementasi yang signifikan—ekonomi makro, penyelenggaraan pemerintahan, kelembagaan, dan sistem kesehatan—yang menghambat penggunaan bantuan pembangunan kesehatan secara efektif, efisien and merata.

Untuk mengurangi dampak dari rintangan implementasi maka donor maupun penerima bantuan harus dianggap sama-sama bertanggung jawab atas janji dan perilaku mereka serta akibat-akibatnya. Negara-negara donor harus memenuhi komitmen mereka untuk memberikan bantuan, menelaraskan upaya-upaya mereka, membuat arus bantuan lebih dapat diprediksi dan berkelanjutan, dan menyesuaikan kepentingan politik nasional dengan kebutuhan dunia. Negara-negara perlu melakukan bagiannya untuk memastikan bahwa pengeluaran publik yang meningkat dapat “membeli” hasil-hasil kesehatan dan pengembangan manusia yang lebih baik bagi rakyat miskin. Negara-negara penerima bantuan harus memperbaiki penyelenggaraan pemerintahan dan kapasitas pengelolaan ekonomi makro dan anggaran, mengurangi korupsi, memastikan bahwa mereka mempunyai sistem kesehatan yang efektif yang didukung oleh pembiayaan jangka panjang yang berkelanjutan dan kemitraan yang efektif dengan penyedia jasa non-pemerintah dan berhasil dalam meningkatkan indikator pengembangan manusia.

Di negara-negara yang berpenghasilan menengah dan bahkan di negara-negara besar yang berpenghasilan rendah, para donor hanya memiliki peranan yang kecil dalam pembiayaan sistem kesehatan sehingga sumber daya kesehatan dari luar negeri kemungkinan besar tidak akan meningkat. Dalam situasi ini, faktor-faktor tertentu menjadi prioritas sektor publik yang penting, termasuk memastikan pembiayaan yang adil, efisien dan berkelanjutan; mengembangkan mekanisme pengelolaan risiko yang efektif dan mekanisme pra-pembayaran; meningkatkan kapasitas pengaturan untuk mengatasi kegagalan pasar; memastikan pengaturan penyelenggaraan pemerintahan yang cocok; mendapatkan nilai uang yang lebih baik dengan meningkatkan efisiensi alokasi dan teknis; menargetkan pembiayaan kepada rakyat miskin dan kelompok rawan; dan belajar dari pengalaman negara-negara berpenghasilan tinggi.

Laporan ini menyajikan tinjauan umum mengenai perangkat, kebijakan dan tren pembiayaan kesehatan yang berfokus pada tantangan yang dihadapi negara-negara berkembang. Meskipun semua sistem pembiayaan kesehatan harus berupaya meningkatkan status kesehatan, memberikan perlindungan finansial terhadap biaya pengobatan penyakit yang mahal, dan memenuhi kebutuhan pesertanya, bukti-bukti yang ditinjau di sini menyingkapkan bahwa tidak ada “jalan tunggal” untuk mencapai tujuan-tujuan ini. Negara-negara berjalan dalam konteks ekonomi, budaya, politik, kependudukan dan epidemiologis yang sangat beragam. Pengembangan sistem pelayanan dan pembiayaan kesehatan—dan solusi yang optimal bagi tantangan-tantangan yang mereka hadapi—akan terus dipengaruhi oleh konteks-konteks ini dan faktor-faktor sejarah yang spesifik-negara. Meskipun demikian, negara-negara ini dapat saling belajar dari upaya pembiayaan kesehatan mereka satu sama lain. Laporan ini menyoroti beberapa pelajaran penting di bidang kesehatan dan memberikan rekomendasi kebijakan berdasarkan prinsip-prinsip ekonomi, lingkungan politik, kondisi sosial ekonomi, dan realitas kelembagaan, bukan kata-kata khusus, slogan atau “obat ajaib”. Laporan ini juga menyoroti tantangan sekarang maupun yang akan datang yang dihadapi negara-negara berkembang dan mitra internasionalnya.

Jacques Baudouy
Direktur Kesehatan, Gizi dan Kependudukan
Bank Dunia

Tinjauan Umum

Dewasa ini, kesehatan telah diakui secara luas sebagai salah satu hak asasi manusia dan, mengingat mendesaknya beberapa masalah kesehatan dunia, maka kebijakan kesehatan dunia telah menjadi agenda utama internasional. Dengan adanya globalisasi, maka terjadilah pertukaran gagasan serta pergerakan modal dan orang-orang lintas batas yang sangat mempengaruhi penyebaran dan pengobatan penyakit. Epidemi HIV/AIDS dan SARS, potensi dampak flu burung, dan dimensi kesehatan masyarakat sebagai kepentingan internasional menjadikan kebijakan kesehatan dunia sebagai masalah keamanan nasional maupun sebagai masalah kebijakan luar negeri. Selain itu, Tujuan Pembangunan Millenium jelas tidak dapat tercapai tanpa adanya bantuan pembangunan luar negeri yang baru, yang sebagian besar ditargetkan di sektor kesehatan.

Hal-hal ini telah menghasilkan dinamika kebijakan kesehatan dunia yang baru di antara para donor multilateral dan bilateral, pembiaya baru (seperti *Bill and Melinda Gates Foundation*), program-program global baru (seperti *Global Fund to Fight AIDS, TBC and Malaria*), dan negara-negara penerima bantuan. Lembaga dan yayasan multilateral dan bilateral, lembaga swadaya masyarakat (LSM), dan prakarsa donor gabungan sedang membantu negara-negara untuk membiayai, merasionalisasikan dan melaksanakan reformasi kesehatan.

Masyarakat internasional harus memenuhi janjinya untuk meningkatkan bantuan pembangunan dan menjadikannya dapat diprediksikan dan berkesinambungan. Meskipun demikian, negara-negara berkembang akhirnya harus menghadapi tantangan mengorganisasi lembaga-lembaga dan sistem-sistem pembiayaan kesehatan untuk menyediakan sumber daya keuangan yang memadai, menjamin akses yang adil ke intervensi kesehatan yang efektif, dan melindungi rakyat dari keadaan kesehatan dan penghasilan yang tidak terduga. Reformasi ini harus didasarkan pada realitas sosial dan ekonomi makro dan khususnya pada penyelenggaraan pemerintahan yang baik.

Laporan ini menyajikan tinjauan umum mengenai kebijakan pembiayaan kesehatan di negara-negara berkembang. Laporan ini membahas masalah pembiayaan kesehatan dan fiskal yang penting, yang bertujuan untuk membantu para pembuat kebijakan dan semua stakeholder lain dalam merancang, melaksanakan dan mengevaluasi reformasi pembiayaan kesehatan yang efektif. Sektor kesehatan merupakan sektor yang sangat kompleks, dan para pelaku reformasi harus siap menangani kompleksitas sektor ini ketika mereka merancang dan melaksanakan reformasi kebijakan kesehatan.

Laporan ini mengkaji kebijakan-kebijakan pembiayaan kesehatan dari segi fungsi pembiayaan dasar berupa menghasilkan pendapatan, mengelola sumber daya, serta membeli jasa-jasa. Laporan ini mengevaluasi fungsi-fungsi tersebut agar dapat meningkatkan hasil kesehatan, memberikan perlindungan finansial, dan menjamin kepuasan konsumen dengan cara yang adil, efisien dan berkelanjutan secara finansial.

Ada berbagai model yang terkenal untuk melaksanakan fungsi-fungsi dasar ini—sistem pelayanan kesehatan nasional, dana asuransi kesehatan sosial, asuransi kesehatan sukarela swasta, asuransi kesehatan berbasis masyarakat, dan pembelian langsung oleh konsumen. Tetapi, yang lebih penting dari model adalah tiga prinsip dasar dari keuangan negara:

- *Prinsip 1.* Meningkatkan pendapatan yang memadai agar orang-orang dapat memperoleh pelayanan dasar dan perlindungan finansial terhadap biaya medis yang besar yang disebabkan oleh penyakit dan cedera, secara adil, efisien dan berkelanjutan.
- *Prinsip 2.* Mengelola pendapatan untuk mengelola risiko kesehatan secara adil dan efisien.
- *Prinsip 3.* Memastikan pembelian jasa kesehatan dengan cara-cara yang efisien secara alokatif dan teknis.

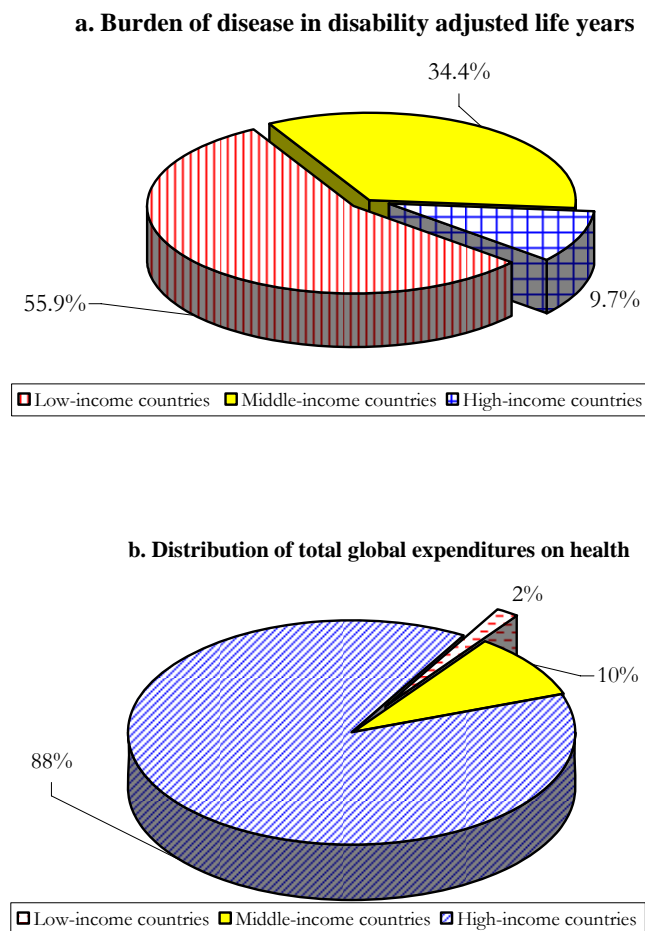
Semua sistem pembiayaan kesehatan berupaya untuk mengikuti prinsip-prinsip ini, tetapi bukti-bukti yang ditinjau disini menunjukkan bahwa tidak ada “jalan tunggal”. Negara-negara berjalan dalam konteks ekonomi, budaya, politik, kependudukan dan epidemiologis yang sangat beragam. Pengembangan sistem pelayanan dan pembiayaan kesehatan—dan solusi yang optimal bagi tantangan-tantangan yang mereka hadapi—akan terus dipengaruhi oleh konteks-konteks ini

dan faktor-faktor sejarah lain maupun pertimbangan ekonomi politik. Meskipun demikian, negara-negara dapat saling belajar baik dari keberhasilan maupun kegagalan dalam upaya pembiayaan kesehatan mereka satu sama lain.

Jumlah

Secara global, terdapat ketidakseimbangan yang sangat besar antara kebutuhan pembiayaan kesehatan dengan pengeluaran kesehatan negara-negara saat ini. Negara-negara berkembang yang penduduknya berjumlah 84 persen dari penduduk dunia dan menanggung 90 persen dari beban penyakit dunia hanya mengadakan 12 persen dari pengeluaran kesehatan dunia. Negara-negara termiskin bahkan menanggung beban penyakit dan cedera yang jauh lebih berat namun dengan sumber daya yang paling sedikit untuk membiayai pelayanan kesehatan (Gambar 1).

Gambar 1 Ketidakseimbangan antara kebutuhan akan kesehatan dan pengeluaran kesehatan

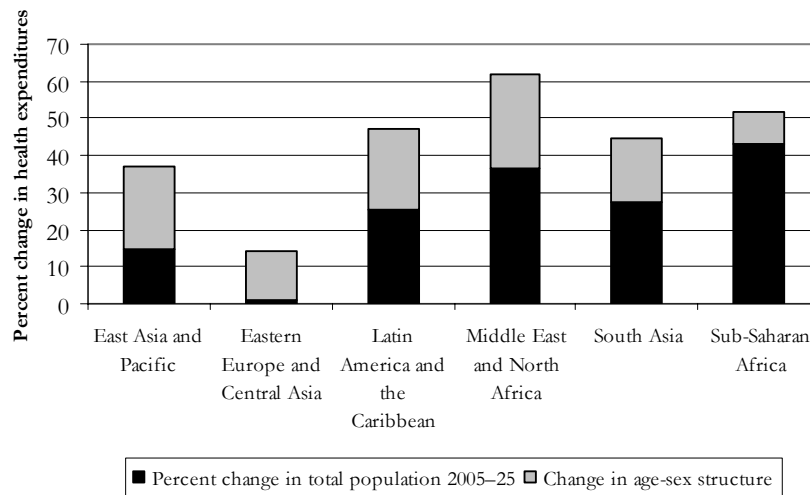


Source: World Development Indicators 2005 and WHR 2004.

Dinamika kependudukan dan epidemiologis yang mendasar ini akan sangat mempengaruhi perekonomian dan kebutuhan kesehatan masa depan semua negara. Jumlah penduduk dunia diramalkan akan bertambah menjadi 7,5 milyar pada tahun 2020 dan menjadi 9 milyar pada tahun 2050. Sebagian besar pertumbuhan ini diperkirakan akan terjadi di negara-negara berkembang. Negara-negara berpenghasilan rendah mengalami angka pertumbuhan tertinggi; jumlah penduduk 50 negara termiskin akan menjadi dua kali lipat pada tahun 2050.

Perubahan data demografi (angka pertumbuhan penduduk yang tinggi tetapi menurun dan harapan hidup yang meningkat) maupun kecenderungan penyakit tidak menular dan cedera akan mempengaruhi kebutuhan dan sistem pemberian pelayanan di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Dalam 20 tahun mendatang, perubahan ukuran dan struktur penduduk akan meningkatkan kebutuhan pengeluaran perawatan kesehatan secara keseluruhan sebesar 14 persen di Eropa dan Asia Tengah; 37 persen di Asia Timur dan Pasifik; 45 persen di Asia Selatan; 47 persen di Amerika Latin dan Karibia; 52 persen di Sub-Sahara Afrika; dan 62 persen di Timur Tengah dan Afrika Utara. Kecuali Eropa dan Asia Tengah, negara-negara berkembang akan mengalami peningkatan kebutuhan pengeluaran perawatan kesehatan (atau tekanan) sebesar 2-3 persen per tahun hanya dari demografi (Gambar 2).

Gambar 2 Demografik dan Pengeluaran untuk Perawatan Kesehatan, 2005-2025



Sumber: 2000 Survei Pengeluaran Pengobatan Nasional dan HNPStats.

Angka pertumbuhan penduduk yang tinggi namun menurun yang disertai dengan harapan hidup yang lebih panjang berarti bahwa negara-negara berkembang akan mengalami peningkatan jumlah penduduk yang signifikan dalam semua kelompok usia, terutama kelompok usia lanjut. Sebagai hasil dari perkembangan usia penduduk, semakin banyak orang memasuki angkatan kerja. Apakah ini merupakan “hadiah demografis” berupa pertumbuhan ekonomi yang lebih cepat atau “kutukan demografis” berupa pengangguran dan keresahan sosial yang lebih besar akan bergantung pada kebijakan pemerintah yang mendorong pertumbuhan ekonomi dan angkatan kerja. Struktur industri dan pola lapangan kerja perlu ditetapkan untuk mengarahkan sumber daya domestik dan upaya-upaya pembiayaan kesehatan yang spesifik.

Pola dan efektivitas pengeluaran kesehatan saat ini

Pengeluaran kesehatan dunia pada tahun 2002 sebesar \$3.2 trilyun, sekitar 10 persen dari produk domestik bruto (PDB) dunia. Hanya 12% dari angka ini, \$350 milyar, dibelanjakan di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Negara-negara berpenghasilan tinggi membelanjakan sekitar 100 kali lipat untuk kesehatan per kapita (berbasis penduduk) lebih tinggi daripada negara-negara berpenghasilan rendah-30 kali jika disesuaikan karena perbedaan biaya hidup. Yang lebih buruk lagi, lebih dari setengah pengeluaran kesehatan yang minim di negara-negara miskin ini berasal dari pembayaran tunai konsumen perawatan — bentuk pembiayaan yang paling tidak adil karena yang paling terpuak adalah masyarakat miskin dan setiap orang kehilangan

perlindungan finansial terhadap biaya pengobatan penyakit yang parah yang disediakan melalui mekanisme asuransi pemerintah dan swasta.

Bagian pemerintah dari total pengeluaran kesehatan berubah menurut kategori penghasilan: bagian pemerintah sebesar 29 persen di negara-negara berpenghasilan rendah, 42 persen di negara-negara berpenghasilan menengah ke bawah, 56 persen di negara-negara berpenghasilan menengah ke atas, dan 65 persen di negara-negara berpenghasilan tinggi. (Pada tahun 2003, Bank Dunia mendefinisikan negara sebagai yang berpenghasilan rendah apabila penghasilan nasional bruto (GNI)-nya kurang dari \$766; negara-negara dengan GNI per kapita antara \$766 dan \$9,385 dianggap berpenghasilan menengah; dan \$3,035 adalah garis pembatas antara negara berpenghasilan menengah ke bawah, dan negara berpenghasilan menengah ke atas.)

Lembaga-lembaga asuransi kesehatan sosial merupakan sumber pembiayaan perawatan kesehatan yang sangat terbatas di negara-negara berpenghasilan rendah. Lembaga-lembaga ini menanggung hanya 2 persen dari total pengeluaran kesehatan di negara-negara berpenghasilan rendah, 15 persen di negara-negara berpenghasilan menengah ke bawah, dan 30 persen di negara-negara berpenghasilan menengah ke atas dan negara-negara berpenghasilan tinggi. Di Sub-Sahara Afrika hanya 2 persen dari total pengeluaran publik untuk kesehatan (di bawah 1 persen dari total pengeluaran kesehatan) dilakukan melalui lembaga-lembaga asuransi sosial dan di Asia Selatan sebesar 8 persen (di bawah 2 persen dari total pengeluaran kesehatan).

Untuk bagian swasta dari pengeluaran kesehatan, semakin miskin suatu negara semakin besar jumlah uang tunai yang dikeluarkan yaitu 93 persen di negara-negara berpenghasilan rendah (di atas 60 persen dari total), sekitar 85 persen di negara-negara berpenghasilan menengah (40 persen dari total); dan hanya 56 persen di negara-negara berpenghasilan tinggi (20 persen dari total). Angka-angka di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah menjadi masalah karena angka-angka tersebut menunjukkan bahwa pengeluaran tunai, sumber pembiayaan kesehatan yang paling tidak adil, sangat menonjol di negara-negara ini.

8 persen pengeluaran kesehatan di negara-negara berpenghasilan rendah berasal dari sumber-sumber luar negeri, dan kurang dari 1 persen di negara-negara berpenghasilan menengah (menurut informasi pengeluaran berbasis penduduk). Tetapi jika berbasis negara, maka 20 persen dari total pengeluaran kesehatan negara-negara berpenghasilan rendah berasal dari sumber-sumber luar negeri. Di 12 negara Sub-Sahara Afrika, sumber-sumber luar negeri membiayai lebih dari 30 persen total pengeluaran kesehatan.

Seberapa efektifkah pengeluaran ini untuk hasil kesehatan? Berbagai studi mendokumentasikan sejumlah dampak – mulai dari tanpa dampak, dampak yang terbatas, sampai dampak hanya untuk intervensi spesifik. Peningkatan yang lebih besar pada hasil kesehatan berkaitan dengan lembaga-lembaga yang lebih kuat dan investasi yang lebih besar di sektor-sektor lain yang terkait dengan kesehatan seperti pendidikan dan infrastruktur.

Sebuah analisis ekonometrik baru yang dilakukan untuk studi ini menemukan dampak yang kuat dari pengeluaran kesehatan publik terhadap angka kematian ibu dan angka kematian anak. Dampak dari pengeluaran kesehatan langsung lebih besar daripada yang ditemukan untuk investasi pemerintah di sektor infrastruktur, pendidikan dan kebersihan. Analisis tersebut juga memperlihatkan bahwa investasi yang paralel di bidang infrastruktur dan pendidikan banyak mengurangi angka kematian bayi dan anak yang mendukung perlunya pendekatan lintas sektor untuk mencapai Tujuan-Tujuan Pembangunan Milenium di sektor kesehatan. Pertumbuhan ekonomi juga mempunyai dampak yang besar terhadap hasil kesehatan—dengan langsung meningkatkan hasil kesehatan maupun meningkatkan sumber daya yang dapat dikerahkan oleh pemerintah atas pengeluaran publik yang meningkat.

Temuan penting lainnya adalah bahwa bantuan donor luar negeri mempunyai dampak langsung yang terbatas terhadap hasil-hasil kesehatan. Bantuan pembangunan kesehatan mempunyai dampak langsung terhadap angka kematian balita, setelah ketidakstabilan terkendali. Tetapi ini tidak berpengaruh langsung terhadap angka kematian ibu—memang secara tidak langsung, melalui dampaknya terhadap pengeluaran kesehatan publik. Dampak ini tidak mengejutkan karena fungsi bantuan dapat dialihkan, sejumlah besar bantuan bersifat di luar

anggaran, banyak bantuan tidak dicantumkan dalam neraca pembayaran, dan terdapat fakta bahwa banyak bantuan telah menjadi penghapusan utang dan bantuan teknis.

Fungsi pembiayaan kesehatan dan sumber pendapatan

Negara-negara memiliki banyak cara untuk merancang dan melaksanakan kebijakan-kebijakan untuk memperoleh pendapatan, mengelola risiko dan membeli jasa-jasa. *Pengelolaan risiko* adalah pengumpulan dan pengelolaan sumber daya finansial sehingga risiko-risiko finansial besar yang tidak dapat diprediksi menjadi dapat diprediksi dan ditanggung bersama oleh semua anggota dari kelompok pengelolaan risiko tersebut. *Pembelian* mengacu kepada berbagai pengaturan bagi pembeli jasa perawatan kesehatan untuk membayar penyedia dan pemasok perawatan kesehatan.

Keberhasilan negara-negara dalam melaksanakan fungsi-fungsi ini mempunyai implikasi yang penting terhadap:

- Dana yang tersedia (sekarang dan di masa depan) dan tingkat pelayanan dasar dan perlindungan finansial.
- Keadilan dari mekanisme penghimpunan pendapatan untuk membiayai sistem (mendasarkan akses finansial pada kebutuhan daripada kemampuan untuk membayar)
- Efisiensi ekonomi dalam penghimpunan pendapatan, tidak terjadi penyimpangan atau kerugian ekonomi.
- Tingkat pengelolaan dan pra-pembayaran (serta implikasinya terhadap risiko dan pemberian subsidi yang adil)
- Jumlah dan jenis jasa yang dibeli dan dikonsumsi dan dampaknya terhadap hasil dan biaya kesehatan (efisiensi alokatif)
- Efisiensi teknis dalam penyediaan jasa (menyediakan setiap jasa pada biaya rata-rata minimum)
- Akses fisik dan finansial ke jasa-jasa (termasuk keadilan dalam akses)

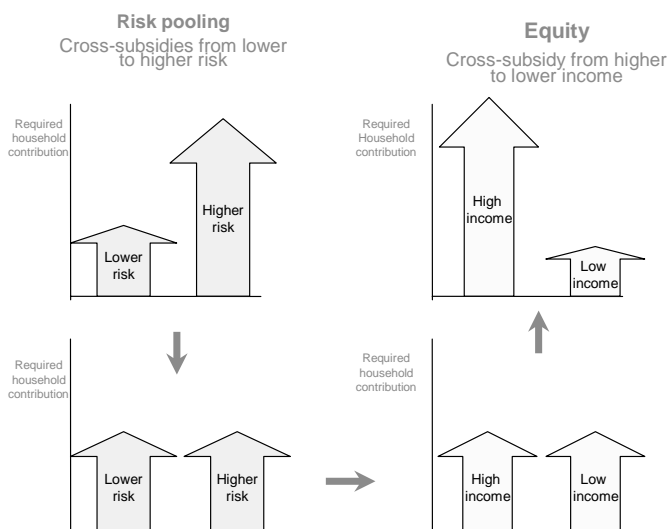
Menghimpun pendapatan

Penghimpunan pendapatan di negara-negara berkembang asal dapat dilakukan, tidak optimal. Meskipun ada banyak sumber swasta dan pemerintah untuk menghimpun pendapatan, kenyataannya adalah bahwa lembaga-lembaga di negara-negara berkembang seringkali menghambat digunakannya mekanisme penghimpunan pendapatan yang paling adil dan efisien. Kapasitas untuk menghimpun pendapatan akan bertambah seraya penghasilan negara juga bertambah (sebagai hasil dari meningkatnya formalisasi perekonomian, meningkatnya kemampuan individu dan badan usaha untuk membayar, dan pengelolaan pajak yang lebih baik). Negara-negara berpenghasilan rendah menghimpun pendapatan sekitar 18 persen dari produk domestik bruto (PDB) sebagai pendapatan pemerintah sehingga sangat membatasi kemampuan mereka untuk membiayai pelayanan dasar masyarakat. Misalnya, sebuah negara dengan PDB per kapita sebesar \$300 dapat memperoleh \$54 per kapita (18 persen dari PDB) untuk semua kebutuhan pengeluaran publik—keamanan, jalan, bandara, listrik, saluran air limbah, pensiun, pendidikan, kesehatan dan air bersih. Negara-negara berpenghasilan menengah memperoleh sekitar 23 persen dari PDB mereka sebagai pendapatan publik, dan negara-negara berpenghasilan tinggi mencapai 32 persen.

Mengelola risiko

Pengelolaan risiko dan pra-pembayaran (*prepayment*) sangat penting untuk menyediakan perlindungan finansial. Mengelola risiko kesehatan memungkinkan penggunaan jasa asuransi dan meningkatkan kesejahteraan warga masyarakat dengan membiarkan mereka membayar sejumlah uang yang telah ditetapkan untuk melindungi diri dari biaya-biaya medis yang besar dan tidak terduga (Gambar 3).

Gambar 3 Model dari subsidi silang dari pengelolaan resiko atau peningkatan keadilan kontribusi rumah tangga untuk pelayanan kesehatan



Sumber: ILO/STEP 2002.

Ada banyak cara bagi pemerintah untuk membiayai program asuransi kesehatan pemerintah dan setiap cara harus dikaji berdasarkan keadilan, efisiensi, berkelanjutan, kelayakan administrasi dan biaya administrasi. Kebanyakan negara berpenghasilan rendah dan menengah mengadakan berbagai pengaturan untuk pengelolaan pemerintah dan swasta, dan pemerintah harus berupaya mengurangi fragmentasi (dan dengan demikian meningkatkan keadilan dan efisiensi), menekan biaya administrasi dan menentukan dasar untuk pengelolaan risiko dan pembelian yang lebih efektif.

Alokasi sumber daya dan pembelian

Mekanisme alokasi sumber daya dan pembelian menentukan untuk siapa membeli, apa yang dibeli, dari siapa, bagaimana membayarnya dan berapa harganya. Pembelian mencakup berbagai pengaturan yang digunakan oleh pembeli pelayanan perawatan kesehatan, dan organisasi jaminan sosial memberikan pelayanan di fasilitas milik umum di mana stafnya adalah pegawai negeri. Kadangkala, individu atau organisasi membeli jasa dengan pembayaran langsung atau melalui sistem kontrak dengan penyedia pemerintah dan swasta. Pengaturan lain mengkombinasikan pendekatan-pendekatan ini.

Prosedur alokasi sumber daya dan pembelian mempunyai implikasi yang penting terhadap biaya, akses, kualitas, dan kepuasan konsumen. Hasil efisiensi (teknis maupun alokatif) dari pengaturan pembelian memberikan nilai yang lebih baik kepada uang sehingga menjadi sarana memperoleh “pembiayaan” tambahan bagi sistem kesehatan.

Pembelian telah menjadi semakin penting karena negara-negara donor ingin dipastikan bahwa pendanaan baru untuk meningkatkan pelayanan sedang digunakan secara efisien. Selain itu, efisiensi suatu sistem mempunyai implikasi finansial yang penting terhadap keberlanjutan fiskal jangka panjang dan terhadap pemerintah untuk menemukan “ruang fiskal” dalam keadaan anggaran yang sangat terbatas bagi pengeluaran publik yang sangat besar. Memang, kebijakan pembiayaan kesehatan (penghimpunan pendapatan, pengelolaan risiko dan pembelian) harus dikembangkan dalam konteks ruang fiskal pemerintah yang tersedia.

Ruang fiskal

Potensi kenaikan yang besar pada pengeluaran kesehatan publik harus dipandang dalam konteks *ruang fiskal* yang tersedia—ruang anggaran yang memungkinkan pemerintah memberikan sumber daya untuk tujuan yang diinginkan tanpa mengganggu keberlanjutan posisi finansial pemerintah.

(Ruang fiskal menjadi topik pembahasan saat ini mengenai dugaan dampak negatif dari program-program Dana Moneter Internasional (IMF) yang merintangi negara-negara dari menggunakan pendanaan hibah yang meningkat untuk investasi kesehatan dan pengeluaran kesehatan yang berulang, seperti mempekerjakan petugas kesehatan tambahan).

Pada prinsipnya, suatu pemerintah dapat menciptakan ruang fiskal dengan cara-cara berikut ini:

- Melalui tindakan perpajakan atau dengan memperkuat penyelenggaraan pajak;
- Dengan memotong pengeluaran yang kurang diprioritaskan untuk menyediakan ruang bagi pengeluaran yang lebih diperlukan;
- Dengan meminjam sumber daya baik dari sumber dalam maupun luar negeri;
- Dengan memerintahkan bank sentral untuk mencetak uang yang akan dipinjamkan kepada pemerintah; atau
- Dengan menerima hibah dari sumber-sumber luar.

Menciptakan ruang fiskal membutuhkan penilaian bahwa pengeluaran jangka pendek yang lebih besar dan pengeluaran mendatang yang terkait dapat dibiayai oleh pendapatan saat ini maupun pendapatan yang akan datang. Bila dibiayai oleh utang, maka pengeluaran hendaknya dikaji untuk mengetahui dampaknya terhadap angka pertumbuhan dasar atau terhadap kapasitas negara untuk menghasilkan pendapatan untuk membayar bunga atas utang tersebut.

Mekanisme pengelolaan risiko

Para pembuat kebijakan harus mengadakan kajian terhadap mekanisme yang paling cocok untuk mengelola risiko kesehatan dan memberikan perlindungan finansial kepada penduduk. Tantangan yang dihadapi oleh negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah adalah bagaimana dengan satu atau lain cara mereka dapat mengarahkan tingkat pengeluaran tunai yang tinggi menjadi pengaturan pengelolaan risiko pemerintah atau swasta sehingga individu-individu akan mendapatkan perlindungan finansial yang nyata. Empat mekanisme asuransi kesehatan utama digunakan untuk mengelola risiko kesehatan, meningkatkan pra-pembayaran (*prepayment*), menghasilkan pendapatan dan membeli jasa-jasa:

- Sistem yang dibiayai negara melalui menteri kesehatan atau pelayanan kesehatan nasional
- Asuransi kesehatan sosial
- Asuransi kesehatan sukarela atau swasta
- Asuransi kesehatan berbasis masyarakat

Meskipun ciri-ciri setiap mekanisme pembiayaan sangat berbeda, pada dasarnya tidak ada metode yang lebih baik daripada yang lain. Maka, para pembuat kebijakan harus memeriksa konteksnya dan memutuskan metode mana yang paling cocok untuk mengembangkan sistem pembiayaan kesehatan yang kuat dari segi keadilan, efisiensi and keberlanjutan. Penting untuk menjadi pragmatis dan memastikan bahwa mekanisme yang dipilih sesuai dengan karakteristik ekonomi, kelembagaan dan budaya spesifik-negara.

Sistem departemen kesehatan/pelayanan kesehatan nasional

Sistem departemen kesehatan atau yang bergaya pelayanan kesehatan nasional umumnya mempunyai tiga ciri utama. Pertama, pendanaan utamanya berasal dari pendapatan umum. Kedua, sistem ini memberikan pelayanan medis yang mencakup seluruh penduduk negara tersebut. Ketiga, pelayanannya diberikan melalui jaringan penyedia pemerintah. (Di kebanyakan negara berpenghasilan rendah dan menengah, departemen kesehatan berfungsi sebagai penyedia pelayanan kesehatan nasional dan umumnya berkerjasama dengan pengaturan pengelolaan risiko lain sehingga departemen kesehatan bukanlah satu-satunya sumber pelayanan bagi seluruh penduduk.)

Ciri-ciri pelayanan kesehatan nasional ini dapat membuat sistem adil dan efisien. Pertanggungjawabannya yang luas berarti risiko dikelola secara luas, tanpa bahaya pemilihan risiko yang terdapat pada sistem yang terfragmentasi. Tidak seperti sistem-sistem lain, sistem ini mengandalkan

basis pendapatan yang luas. Sistem yang bergaya pelayanan kesehatan nasional ini juga berpotensi untuk melaksanakan operasi yang efisien. Sebagian besar sistem terintegrasi dan berada di bawah kendali pemerintah, dan sistem ini kemungkinan tidak menimbulkan biaya transaksi yang tinggi yang timbul dari berbagai pemain. Tetapi ketika kekuasaan didesentralisasikan dan diserahkan ke instansi daerah, dan ketika wewenang pembuat keputusan tidak jelas, maka masalah koordinasi dapat muncul.

Pemberian pelayanan dengan model pelayanan kesehatan nasional murni dilakukan melalui fasilitas dan personel pemerintah. Tetapi prakteknya, ada banyak perbedaan—banyak pemerintah mengontrak pelayanan dari organisasi non-pemerintah, organisasi berbasis kepercayaan, dan penyedia swasta lainnya. Apakah pemberian pelayanan oleh pemerintah lebih efisien, adil dan berkelanjutan daripada pemberian pelayanan oleh swasta adalah pertanyaan bukan tentang kepemilikan melainkan tentang struktur pemberian pelayanan yang mendasar dan insentif yang dihadapi para penyedia jasa dan konsumen.

Meskipun sistem pelayanan kesehatan nasional secara teori bermanfaat dalam menyediakan perawatan kesehatan bagi seluruh penduduk secara gratis (kecuali untuk *fee* pengguna jasa), kenyataannya kurang menggembirakan. Anggaran umum pemerintah seringkali tidak dapat diandalkan karena setiap tahun diadakan pembahasan perubahan anggaran dan perubahan prioritas politik. Dan, di kebanyakan negara berkembang yang berpenghasilan rendah, pengeluaran kesehatan publik yang menjadi bagian dari anggaran masih rendah.

Pelayanan kesehatan di banyak negara yang berpenghasilan rendah dan menengah lebih sering dimanfaatkan oleh keluarga yang berpenghasilan menengah dan tinggi di daerah-daerah perkotaan karena keluarga miskin di pedesaan menghadapi masalah akses. Selain itu, keluarga miskin cenderung menggunakan fasilitas perawatan dasar setempat yang tidak terlalu mahal. Berbeda dengan keluarga miskin, keluarga kaya menggunakan pelayanan rumah sakit yang lebih mahal. Pemberian pelayanan kesehatan oleh pemerintah juga dapat menghadapi masalah korupsi dan inefisiensi karena anggaran tidak menghasilkan insentif dan pertanggungjawaban sebagaimana mestinya—yang mendorong banyak pemerintah mengurangi pembiayaan untuk pelayanan.

Agar dapat memanfaatkan potensi keunggulan sistem yang bergaya pelayanan kesehatan nasional secara maksimal maka penting bagi negara-negara berkembang untuk meningkatkan kapasitasnya untuk memperoleh pendapatan, kualitas penyelenggaraan pemerintahan dan lembaga-lembaga, dan kemampuannya untuk mempertahankan pertanggungjanaan universal dan jangkauan dari sistem tersebut. Juga penting untuk mengambil tindakan-tindakan yang spesifik untuk menargetkan pembiayaan bagi keluarga miskin, seperti menambah alokasi anggaran untuk perawatan dasar. Tetapi sistem tidak boleh mengabaikan kebutuhan penduduk berpenghasilan menengah dan tinggi—dengan demikian, mereka dapat mempertahankan dukungan politik dan mencegah penduduk berpenghasilan menengah dan tinggi untuk mencari penyedia jasa swasta dengan mengorbankan dukungan kepada sistem publik.

Sistem asuransi kesehatan sosial

Sistem asuransi kesehatan sosial umumnya bercirikan organisasi asuransi independen atau independen semu, ketergantungan pada iuran wajib yang dialokasikan dari total gaji (biasanya karyawan dan majikan), dan hubungan yang jelas antara iuran dengan hak atas paket tunjangan kesehatan yang telah ditetapkan. Di banyak negara, pertanggungjanaan telah terus diperluas kepada bagian-bagian penduduk dan kemudian kepada seluruh penduduk.

Pada umumnya negara menetapkan segi-segi utama dari sistem asuransi meskipun organisasi-organisasi asuransi biasanya bersifat tidak mencari keuntungan (*nonprofit*) dan diawasi oleh pemerintah. Jumlah organisasi berbeda-beda dari satu negara ke negara lain. Bila terdapat banyak organisasi, maka mekanisme-mekanisme seringkali digunakan untuk mengimbangi profil-profil risiko yang berbeda di seluruh organisasi tersebut dan biaya administrasi umumnya lebih tinggi. Beberapa negara sedang mengurangi jumlah organisasi untuk memaksimalkan pengelolaan risiko dan mendapatkan penghematan dari skala (*economies of scale*).

Basis gaji dari sebagian besar pendanaan sistem asuransi kesehatan sosial menghambat negosiasi anggaran yang dapat membuat sistem pelayanan kesehatan nasional menghasilkan lebih banyak variabel pendanaan. Namun, iuran asuransi kesehatan sosial saja belum cukup untuk sepenuhnya menutupi biaya perawatan kesehatan, terutama jika sistemnya dimaksudkan untuk menanggung lebih banyak penduduk daripada yang membayar iuran. Jadi, sistem asuransi kesehatan sosial membutuhkan sumber daya dari pendapatan pajak umum. Subsidi tambahan dapat berasal dari bantuan luar negeri atau pajak yang dialokasikan.

Pemerataan pembiayaan iuran sosial bergantung pada ada tidaknya plafon iuran atau segi-segi lain, tetapi beberapa penelitian menyimpulkan bahwa pembiayaan demikian kurang progresif dibandingkan pembiayaan pendapatan umum, atau, setidaknya, sama progresifnya. Iuran sosial juga dapat mempunyai dampak yang kurang menguntungkan atas lapangan pekerjaan dan pertumbuhan ekonomi jika iuran tersebut meningkatkan biaya buruh (sebagaimana yang mungkin terjadi jika majikan tidak dapat menutupi biaya tambahan dengan mengurangi upah).

Sistem asuransi kesehatan sosial seringkali hanya menanggung penduduk dalam jumlah yang terbatas (misalnya, mereka yang bekerja di perusahaan sektor formal yang besar), setidaknya di awal beroperasinya perusahaan, dan sulit untuk menambahkan pekerja sektor informal kepada jumlah penduduk yang ditanggung. Setelah berhasil dilaksanakan, sistem asuransi ini seringkali mendapat dukungan yang kuat dari penduduk, yang menganggapnya sebagai manajemen dan keuangan swasta yang stabil.

Sistem asuransi kesehatan sosial kadang-kadang lebih sulit untuk dikelola karena mencakup interaksi yang lebih kompleks di antara para pemain. Sistem asuransi kesehatan sosial juga menghadapi kenaikan biaya dan kesulitan dalam menurunkan kembali tunjangan-tunjangan. Dan sifatnya yang kurang terintegrasi tidak memungkinkan pengobatan penyakit kronis dan perawatan pencegahan yang efisien.

Apa saja prasyarat yang dapat menyukseskan pengembangan sistem asuransi kesehatan sosial di negara-negara berkembang?

- *Tingkat penghasilan dan pertumbuhan ekonomi.* Sistem asuransi kesehatan sosial seringkali dimulai di negara-negara berpenghasilan menengah ke bawah, dan perluasan ke pertanggung universal umumnya terjadi selama masa pertumbuhan ekonomi yang kuat.
- *Dominasi sektor formal versus sektor informal.* Sistem asuransi kesehatan sosial lebih mudah diselenggarakan di negara-negara dengan sejumlah besar pekerja industri atau sektor formal karena para majikan kemungkinan mempunyai sistem penggajian formal untuk pembayaran iuran.
- *Penyebaran penduduk.* Sistem asuransi kesehatan sosial berhasil di negara-negara yang mengalami pertumbuhan penduduk perkotaan dan peningkatan kepadatan penduduk tetapi mengalami implementasi yang lebih lambat di negara-negara dengan jumlah penduduk pedesaan yang besar.
- *Ruang untuk menaikkan biaya buruh.* Negara-negara di mana perekonomiannya dapat menerima peningkatan iuran dari gaji tanpa adanya dampak negatif terhadap lapangan kerja dan pertumbuhan ekonomi merupakan calon yang lebih baik untuk menerapkan sistem asuransi kesehatan sosial.
- *Kapasitas administrasi yang kuat.* Kemampuan untuk melaksanakan sistem asuransi kesehatan sosial tanpa biaya administrasi tambahan—dengan cara yang transparan dan tertib—sangat penting untuk mendapatkan dukungan penduduk dan keberlanjutan finansial dan politik.
- *Infrastruktur perawatan kesehatan yang berkualitas.* Sistem asuransi kesehatan sosial dapat berhasil hanya jika pelayanan yang dibiayai tersedia dan berkualitas baik yang akan mendukung keanggotaan dalam skema dan menghindari sistem di mana penduduk yang lebih kaya memilih sistem terpisah yang dibiayai oleh swasta dan tidak memberikan dukungan politik yang diperlukan.
- *Konsensus stakeholder yang mendukung asuransi kesehatan sosial, beserta stabilitas dan hak politik.* Masyarakat yang menjunjung tinggi nilai-nilai keadilan dan solidaritas kemungkinan

akan mendukung aspek-aspek redistributif dari sistem tersebut. Perbedaan yang signifikan dalam iuran mungkin tidak dapat diterima dalam sistem di mana solidaritas tidak begitu berperan.

- *Kemampuan untuk memperluas sistem.* Pemerintah yang berupaya untuk memperluas sistem asuransi kesehatan sosial harus menetapkan tujuan-tujuan yang realistis dan progresif yang mencerminkan konteks pengoperasian. Tujuan-tujuan ini mencakup kemampuan untuk mendorong afiliasi para pekerja di sektor informal dan sarana untuk menarik iuran tetap dari mereka. Skema yang transparan dan partisipatif kemungkinan besar mendapat dukungan penduduk. Dan pemerintah perlu mensubsidi perluasan pertanggungjawaban asuransi kesehatan sosial kepada penduduk miskin.

Negara-negara yang ingin melaksanakan sistem asuransi kesehatan sosial menghadapi tantangan yang berat namun juga mempunyai potensi untuk meraih hasil yang signifikan. Penting untuk memeriksa konteks sosial ekonomi, budaya dan politik yang spesifik dan memutuskan apakah lingkungan dan waktunya tepat untuk melaksanakan sistem tersebut.

Asuransi kesehatan berbasis masyarakat

Skema asuransi kesehatan berbasis masyarakat telah ada selama berabad-abad. Skema ini merupakan pelopor dari banyak sistem asuransi kesehatan sosial saat ini, seperti sistem di Jerman, Jepang dan Republik Korea, dan sistem ini sekarang diterapkan di Sub-Sahara Afrika. Skema ini dapat didefinisikan secara luas sebagai rencana pra-pembayaran yang tidak mencari keuntungan untuk perawatan kesehatan yang dikendalikan oleh suatu masyarakat dengan keanggotaan sukarela. Kebanyakan skema asuransi kesehatan yang berbasis masyarakat bekerja berdasarkan nilai-nilai sosial inti dan menanggung para penerima tunjangan (*beneficiaries*) yang tidak termasuk dalam pertanggungjawaban asuransi kesehatan lain.

Terdapat bukti bahwa skema-skema ini menekan pengeluaran tunai, dan sebuah penelitian memperlihatkan bahwa skema-skema ini turut meningkatkan penggunaan sumber daya kesehatan. Skema-skema ini juga mengatasi kesenjangan pada skema-skema yang ada (misalnya untuk pekerja informal di Tanzania) dan merupakan bagian dari transisi kepada sistem pertanggungjawaban perawatan kesehatan yang lebih universal.

Tetapi perlindungan dan keberlangsungan sebagian besar skema asuransi kesehatan berbasis masyarakat masih dipertanyakan. Skema-skema ini seringkali tidak dapat mengumpulkan sumber daya yang memadai karena keterbatasan penghasilan masyarakat, dan kelompoknya seringkali kecil sehingga sulit untuk memenuhi fungsi penanggungjawaban risiko bersama dan perlindungan finansial secara luas. Ukuran dan tingkat sumber daya skema membuatnya mudah gagal. Skema-skema ini juga berada dalam situasi yang berisiko karena keterbatasan keterampilan manajemen yang ada di masyarakat. Pengaruhnya sangat terbatas terhadap pelayanan kesehatan karena hanya sedikit yang menegosiasikan kualitas atau harga dengan penyedia jasa. Skema-skema ini juga tidak dapat menanggung penduduk yang lebih miskin—bahkan premi yang kecil tidak dapat dijangkau oleh rakyat miskin.

Intervensi pemerintah dapat meningkatkan efisiensi dan keberlangsungan skema-skema ini melalui subsidi, bantuan teknis dan hubungan dengan pengaturan pembiayaan yang lebih formal. Tetapi asuransi kesehatan berbasis masyarakat tidak mungkin menjadi “obat ajaib” yang dapat menyelesaikan sebagian besar masalah pembiayaan kesehatan di negara-negara berpenghasilan rendah. Asuransi jenis ini hendaknya dianggap sebagai pelengkap, bukan pengganti, untuk bentuk-bentuk lain keterlibatan pemerintah yang kuat dalam pembiayaan perawatan kesehatan.

Asuransi kesehatan swasta atau sukarela

Asuransi kesehatan swasta atau sukarela seringkali berfungsi sebagai tambahan bagi pertanggungjawaban yang dibiayai pemerintah, khususnya di negara-negara berpenghasilan tinggi. Asuransi kesehatan swasta dibayar melalui premi berbasis non-penghasilan (bukan pajak atau iuran jaminan sosial). Asuransi kesehatan sukarela didefinisikan sebagai asuransi kesehatan yang dibayar melalui iuran sukarela. Meskipun kedua jenis pertanggungjawaban ini cukup berbeda, namun kebanyakan pasar asuransi kesehatan swasta juga bersifat sukarela—kecuali di beberapa negara seperti Swiss dan

Uruguay di mana pembelian pertanggung jawaban swasta bersifat wajib untuk semua atau sebagian penduduk.

Ada beberapa peran yang dapat dimainkan oleh asuransi kesehatan swasta/sukarela dalam pertanggung jawaban publik atau sosial di suatu negara:

- Primer—sebagai sumber pertanggung jawaban yang utama bagi penduduk atau bagian penduduk
- Duplikat—mencakup pelayanan atau manfaat yang sama seperti pertanggung jawaban publik tetapi berbeda dalam hal penyedia, waktu akses, kualitas dan kemudahan-kemudahan
- Pelengkap—mencakup menanggung biaya bersama di bawah program publik
- Tambahan—untuk pelayanan yang tidak ditanggung oleh program publik.

Pasar asuransi kesehatan swasta/sukarela telah menjadi agak kontroversial, sebagian karena pasar ini seringkali mencapai penduduk yang lebih kaya dan telah menjadi subyek kegagalan pasar seperti pemilihan yang kurang menguntungkan oleh individu-individu yang ditanggung dan “penyaringan” risiko-risiko kesehatan yang lebih baik oleh penjamin. Namun demikian, di negara-negara anggota Organisasi Kerjasama Ekonomi dan Pembangunan (OECD), pasar ini telah terbukti meningkatkan pengelolaan risiko terhadap sumber daya yang seringkali dibayar secara tunai, meningkatkan akses ke pelayanan ketika pembiayaan publik atau wajib masih kurang, dan, dalam beberapa kasus, memperbesar kapasitas pelayanan dan mendorong inovasi.

Namun, asuransi kesehatan swasta/sukarela mempunyai keterbatasan. Sebuah penelitian tentang negara-negara OECD memperlihatkan adanya rintangan finansial untuk akses karena daya jangkau dan ketidakstabilan premi. Asuransi ini dapat turut menyebabkan perbedaan akses ke pelayanan perawatan kesehatan di beberapa negara. Asuransi ini tidak mampu mengurangi tekanan biaya terhadap sistem publik. Asuransi ini juga belum begitu berhasil meningkatkan kualitas, kecuali di beberapa negara.

Kompleksitas pasar asuransi kesehatan swasta/sukarela menimbulkan pertanyaan tentang relevansi dan kelayakan pasar di negara-negara berpenghasilan rendah. Pasar ini dapat menjadi pilihan yang lebih cocok di negara-negara berpenghasilan menengah dengan penduduk perkotaan yang tingkat mobilitas dan kemampuan baca-tulisnya tinggi. Beberapa tantangan dan kegagalan pasar yang terkait dengan pasar ini dapat diatasi melalui peraturan-peraturan yang memandatkan tindakan-tindakan tertentu oleh penjamin (mengenai diterimanya pemohon dan perhitungan premi) dan meminimalkan atau memperbaiki kegagalan pasar. Namun, peraturan-peraturan ini dapat menjadi sulit untuk dilaksanakan dan ditegakkan. Dan peraturan-peraturan ini bergantung pada sumber daya hukum, dukungan politik dan pasar finansial dan asuransi yang berfungsi dengan baik. Yang juga dapat menjadi tantangan adalah menjaga keseimbangan yang paling tepat antara masalah akses dan keadilan dengan keinginan untuk mempromosikan kegiatan pemasaran yang efisien dan kompetitif.

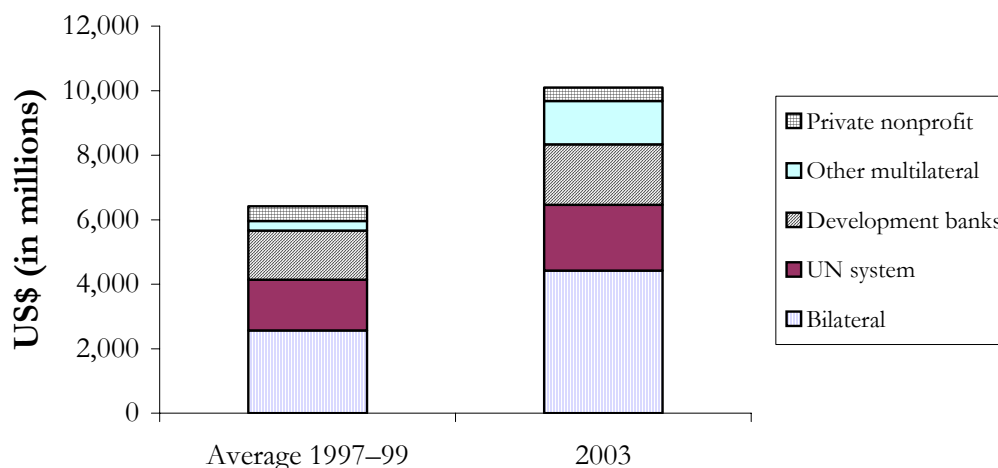
Singkat kata, setiap mekanisme pengelolaan risiko yang dibahas di sini menimbulkan tantangan dan harus dipertimbangkan dalam konteks nasional. Meskipun pelayanan kesehatan nasional dan asuransi kesehatan sosial mempunyai kriteria pemenuhan syarat kelembagaan dan pembiayaan yang berbeda, namun keduanya menghadapi masalah yang sama yaitu memastikan pembiayaan yang memadai dan berkelanjutan dengan cara yang adil dan efisien. Kewajiban darurat di masa datang merupakan masalah untuk kedua sistem bahkan meskipun pelayanan kesehatan nasional secara teori mempunyai basis pendapatan yang lebih luas daripada iuran dari gaji. Para pembuat kebijakan perlu berfokus pada prinsip-prinsip dasar—memaksimalkan pengelolaan risiko dan memastikan pembiayaan yang adil, efisien dan berkelanjutan—bukan nama atau model yang umum.

Bantuan Pembangunan Kesehatan

Bantuan pembangunan resmi dan bantuan pembangunan kesehatan perlu ditingkatkan untuk membantu negara-negara miskin menyediakan pelayanan dasar bagi penduduk dan memperluas pelayanan dasar untuk mencapai Tujuan Pembangunan Milenium. Setelah turun hampir 25 persen

pada tahun 1990an, bantuan pembangunan resmi kembali meningkat. Pada tahun 2003, bantuan ini mencapai 0,25 persen dari penghasilan nasional bruto (sekitar \$70 milyar), masih jauh di bawah target Monterrey sebesar 0.7 persen dan estimasi kebutuhan Proyek Milenium sebesar 0.54%. Sebagian besar dari peningkatan ini digunakan untuk keringanan utang dan bantuan teknis.

Gambar 4 Development assistance for health by source, 1997–2003



Note: The category of other multilateral includes the European Commission and the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.

Source: Catherine M. Michaud, Harvard Initiative for Global Health.

Bantuan pembangunan kesehatan telah meningkat secara signifikan selama beberapa tahun terakhir, menjadi lebih dari \$10 milyar pada tahun 2003 (Gambar 4). Sebagian besar kenaikan ini difokuskan pada Afrika dan pada penyakit dan intervensi tertentu. Mengingat adanya upaya negara-negara untuk memenuhi komitmen Monterrey baik yang tergabung dalam Uni Eropa maupun *Group of Eight* dan bantuan dalam jumlah yang besar dijanjikan untuk mencapai Tujuan Pembangunan Milenium, maka masalah-masalah mengenai dampak, penyerapan, penggunaan dan keberlanjutan dari bantuan luar negeri ini telah mendapatkan perhatian.

Bantuan perlu ditingkatkan menjadi sekitar \$25-70 milyar setahun agar dapat mencapai Tujuan Pembangunan Milenium di sektor kesehatan. Meskipun bantuan pembangunan resmi sangat penting, yang mencapai 55 persen dari seluruh aliran dana luar negeri ke Afrika, hanya 9 persen dari aliran dana ini ditujukan kepada kawasan berkembang lain. Di kawasan-kawasan ini, investasi langsung luar negeri, pembayaran pekerja dan aliran dana swasta lain mencapai 91 persen dari aliran dana luar negeri. Para pembuat kebijakan perlu berfokus pada sumber pendanaan luar negeri yang sangat penting ini maupun bantuan pembangunan resmi.

Program-program global, yang umumnya difokuskan pada penyakit-penyakit atau intervensi-intervensi tertentu, telah menghasilkan sebagian besar kenaikan bantuan kesehatan luar negeri baru-baru ini, yang mencapai 15-20 persen dari bantuan pembangunan kesehatan. Kemitraan global dan pendanaan swasta memainkan peran yang lebih penting sedangkan peran organisasi-organisasi di bawah PBB dan bank pembangunan relatif konstan.

Efektivitas dan penyerapan bantuan

Kenaikan yang tinggi pada pendanaan donor untuk sektor kesehatan yang sebagian besar untuk pengeluaran berulang menimbulkan pertanyaan penting tentang kemampuan negara-negara untuk menyerap dana, dapat diprediksinya dana dan jatuh tempo dana, dan kemampuan negara-negara untuk mempertahankan pelayanan setelah pendanaan donor berhenti.

Sebagian besar peningkatan bantuan pembangunan kesehatan baru-baru ini ditujukan kepada penyakit dan intervensi tertentu. Akibatnya, perhatian meningkat terhadap fokus bantuan

pada penyakit dan intervensi yang spesifik tersebut. Fokus demikian dapat sangat efektif di lingkungan dengan sedikit sumber dayanya. Tetapi seraya sistem kesehatan berkembang, limbah dan efisiensi dapat dihasilkan dari pusat-pusat pelayanan yang terpisah untuk berbagai penyakit. Dan mengingat sangat terbatasnya sumber daya manusia di banyak negara Afrika maka program-program bantuan saling bersaing untuk mempekerjakan para profesional terampil yang sedikit itu untuk menjalankan sistem kesehatan. Penting bagi pekerjaan sistem kesehatan yang sedang berlangsung untuk menangani masalah ini; rekomendasi kebijakan berbasis bukti, sebagaimana dipertentangkan dengan kebijakan konvensional dan argumen konseptual, hendaknya menggerakkan pembahasan ini.

Sebuah penelitian baru-baru ini mengenai 14 dokumen strategi pengurangan kemiskinan (PRSP) memperlihatkan bahwa 30 persen bantuan luar negeri tidak masuk dalam neraca pembayaran, dan 20 persen lagi masuk dalam neraca pembayaran tetapi bukan anggaran pemerintah. Dari 50 persen sisanya, hanya 20 persen untuk dukungan anggaran umum. Agar pemerintah dapat dengan efektif melaksanakan program-program “milik negara”, pemerintah perlu fleksibel dalam mengelola dana-dana ini. Para donor dan negara-negara perlu mencari cara untuk menyalurkan pendanaan luar negeri yang meningkat ini melalui dukungan anggaran umum dan membiayai kesenjangan dalam program-program negara penerima bantuan semaksimal mungkin.

Dapat dialihkannya fungsi bantuan berarti bahwa pemerintah dapat mengubah peruntukan sumber daya domestik menjadi penggunaan lain mengingat adanya pendanaan donor di bidang-bidang prioritas (seperti perawatan primer). Setelah pendanaan donor berakhir, pemerintah mungkin menghadapi kesulitan dalam merealokasi sumber daya ke bidang-bidang prioritas ini yang dapat mengakibatkan kurang pendanaan. Para donor perlu berhati-hati dalam menganalisa dampak sumber daya mereka sendiri yang mungkin tidak mencapai hasil-hasil yang diinginkan. Para donor juga harus memberikan perhatian yang serius kepada dukungan anggaran pemerintah secara langsung melalui dukungan anggaran untuk suatu program yang disepakati sebaliknya daripada kepada pembiayaan proyek secara langsung yang dapat mendesak keluar sumber daya pemerintah sendiri. Dukungan anggaran untuk program-program pemerintah yang ada harus dapat diprediksi, diperuntukkan dengan jatuh tempo yang lebih lama untuk memastikan keberlanjutan dan memfasilitasi perencanaan.

Kenaikan yang tinggi pada bantuan pembangunan kesehatan untuk negara-negara berpenghasilan rendah (dijanjikan dan realisasi) menimbulkan pertanyaan mengenai apakah negara-negara dapat memanfaatkan aliran bantuan baru secara efektif. Daya serap mempunyai dimensi ekonomi makro, anggaran, manajemen dan pemberian pelayanan. Daya serap juga bergantung pada kondisi makro yang penting: pemerintahan yang baik, kurangnya korupsi, dan lembaga keuangan yang sehat. Selain itu, yang juga penting adalah sumber daya manusia untuk pengelolaan sektor publik dan pemberian pelayanan. Baik negara donor maupun negara penerima bantuan perlu mengembangkan pengertian yang lebih baik tentang rintangan-rintangan ini dan menetapkan sebuah sistem berbasis bukti untuk menanganinya.

Realitas Pengeluaran Pemerintah dan Sarana Kebijakan

Salah satu tantangan yang paling signifikan dalam meningkatkan kinerja sistem kesehatan di negara-negara berkembang adalah lemahnya pengelolaan sektor publik, khususnya di tingkat kabupaten atau kota. Analisis empiris mendukung hubungan langsung antara keadilan kebijakan dan kelembagaan, daya serap dan kemampuan negara untuk meningkatkan hasil-hasil kesehatan tertentu melalui pengeluaran kesehatan pemerintah yang meningkat.

Dokumen strategi pengurangan kemiskinan, kredit pendukung pengurangan kemiskinan, dan kerangka pengeluaran jangka menengah

Untuk mendapatkan bantuan pendanaan konsesi dari Bank Dunia dan IMF, semua negara berpenghasilan rendah diwajibkan untuk mendasarkan reformasi ekonomi makro dan sektoral mereka pada strategi pengurangan kemiskinan yang dimuat dalam sebuah dokumen strategi

pengurangan kemiskinan (PRSP). Secara teori, PRSP dirancang untuk memperkuat kepemilikan oleh negara, menetapkan fokus program-program negara pada kemiskinan; membuat kerangka terpadu untuk Bank Dunia dan IMF serta mitra-mitra pembangunan yang lain; dan memperbaiki penyelenggaraan pemerintahan, pertanggungjawaban, dan penetapan prioritas.

Sampai saat ini ada beragam bukti. PRSP mendorong diterapkannya pendekatan yang berorientasi pada hasil tetapi kurang berhasil sebagai “peta jalan” untuk mengintegrasikan strategi-strategi sektoral ke dalam kerangka ekonomi makro, memahami hubungan mikro-makro, dan menghubungkan target operasional jangka menengah dan jangka panjang. Prosesnya mungkin mencakup lebih banyak bidang, dan fokusnya dapat lebih tajam untuk peningkatan kapasitas dan untuk pemantauan dan evaluasi. PRSP akan bermakna hanya apabila prioritas-prioritas dibahas dalam proses anggaran tahunan. Kepemilikan oleh negara dan mitra-mitra luar negeri masih menjadi masalah. Dan mitra-mitra luar negeri belum menyesuaikan prosedur mereka dengan proses PRSP secara terkoordinasi.

Kredit pendukung pengurangan kemiskinan (PRSC), salah satu sarana pendukung anggaran umum Bank Dunia yang utama untuk melaksanakan PRSP dimaksudkan untuk menyediakan dukungan jangka menengah, mendorong harmonisasi donor, membuat sumber daya lebih dapat diprediksi, dan memperkuat kepemilikan oleh negara. Kredit ini telah terbukti dapat memfasilitasi koordinasi antara departemen-departemen pusat dan lini maupun di antara para donor. Selain itu, kredit ini tidak memerlukan banyak tuntutan. Kemajuan lebih lanjut dapat dicapai dengan menyederhanakan matriks kebijakan dan meningkatkan pemantauan dan evaluasi.

Kerangka pengeluaran jangka menengah (MTEF) menggabungkan model-model ekonomi makro yang memproyeksikan pendapatan dan pengeluaran dalam jangka menengah dengan tinjauan “bawah ke atas” terhadap kebijakan-kebijakan sektor—perangkat untuk mengoptimalkan alokasi intra sektor dalam konteks proses anggaran tahunan. Hingga sekarang, kerangka-kerangka ini belum memperbaiki keseimbangan ekonomi makro atau membuat anggaran lebih dapat diprediksi untuk departemen-departemen lini. Belum ada banyak bukti bahwa kerangka-kerangka tersebut mengakibatkan realokasi ke sektor-sektor prioritas.

Sebuah analisa mengenai negara-negara yang melaksanakan PRSP, PRSC dan MTEF menghasilkan beberapa contoh praktek yang baik. Praktek ini mencakup: (1) menetapkan prioritas dan kriteria yang jelas dalam PRSP melalui proses pengulangan yang melibatkan departemen-departemen lini dan pemerintah pusat; (2) mengadakan tinjauan tahunan terhadap kemajuan setiap sektor; dan (3) melaksanakan proses yang dapat dipercaya untuk persiapan anggaran oleh departemen keuangan dan kabinet, disertai dengan janji jangka menengah mengenai tingkat anggaran untuk setiap sektor. Meskipun demikian, PRSP masih sedang disusun.

Tinjauan pengeluaran pemerintah dan survei penelusuran pengeluaran pemerintah

Tinjauan pengeluaran pemerintah (PER) dan survei penelusuran pengeluaran pemerintah (PETS) membantu negara-negara dalam mengembangkan strategi pengeluaran pemerintah dan menelusuri pengeluaran tersebut.

PER berupaya menyediakan analisa yang obyektif terhadap masalah-masalah pengeluaran pemerintah. PER menganalisa dan memproyeksi pendapatan-pendapatan dari pajak, tingkat dan komposisi pengeluaran pemerintah, dan alokasi antar sektor dan intra sektor maupun tinjauan terhadap perusahaan-perusahaan finansial dan non-finansial pemerintah dan susunan pemerintahan serta fungsi lembaga-lembaga pemerintah. Di sektor kesehatan, PER telah menyingkapkan informasi yang penting tentang pelaksanaan anggaran dan telah memperlihatkan disparitas antara pencairan dana dan jumlah yang dianggarkan melalui MTEF.

PETS melacak aliran sumber daya pemerintah untuk menetapkan jumlah yang benar-benar mencapai tingkat pemberian pelayanan. PETS telah menyingkapkan kebocoran-kebocoran yang cukup besar (sampai 90 persen) di sektor pendidikan dan kesehatan, yang mendorong pemerintah untuk memperbaiki pengelolaan sektor publik. Sebuah tinjauan terhadap kegiatan PETS di negara-negara Afrika memperlihatkan bahwa dana yang berasal dari bukan upah lebih rawan kebocoran daripada gaji, dan tinjauan ini memperlihatkan kebocoran yang terjadi pada tingkat tertentu

pemerintahan. Informasi ini dapat membantu menciptakan dan menargetkan intervensi yang lebih efisien.

Tantangan pembiayaan kesehatan di negara-negara berkembang

Kebanyakan negara berpenghasilan rendah menghadapi tantangan yang berat untuk menyediakan pelayanan dasar bagi penduduknya dan menyediakan perlindungan finansial. Tanpa kenaikan substansial pada bantuan luar negeri, maka sangat tidak mungkin Tujuan Pembangunan Milenium dapat dicapai.

Sebagian besar kawasan tidak dapat mencapai Tujuan Pembangunan Milenium di sektor kesehatan karena mengalami kemajuan yang lambat pada tahun 1990an. Di kawasan Afrika, penurunan sekitar 0.5 persen setahun angka kematian anak sejak 1990 harus mempercepat penurunan menjadi 8 persen setahun untuk mencapai target penurunan hingga separuh angka kematian anak pada tahun 2015. Demikian pula, Asia Timur dan Pasifik perlu memperbesar penurunan 2.7 persen angka kematian anak per tahun sehingga dapat menjadi 5 persen setahun. Pengeluaran kesehatan yang meningkat maupun pertumbuhan saja tidak cukup untuk mencapai penurunan ini. Untuk mencapai tujuan-tujuan di atas, diperlukan pertumbuhan dan upaya berbagai sektor. Misalnya, India memerlukan angka pertumbuhan ekonomi 15 persen per tahun dari tahun 2000 sampai 2015 untuk mencapai tujuan-tujuan tersebut berdasarkan pertumbuhan. Rwanda memerlukan kenaikan dua puluh empat kali dalam pengeluaran kesehatan publik untuk mencapai Tujuan-Tujuan Pembangunan Milenium berdasarkan pengeluaran kesehatan publik.

Mengerahkan sumber daya domestik dan menetapkan biaya pemakai

Beberapa negara dapat meningkatkan upaya pengerahan sumber daya domestik, terutama bila tampaknya tersedia banyak sumber daya di negara-negara tersebut pada tingkat penghasilan yang sama. Berbagai estimasi memperlihatkan bahwa negara-negara mungkin dapat menambah 1-4 persen dari PDB mereka dalam pendapatan pemerintah. Ini menjadi pusat perhatian yang penting karena buruknya pencapaian pendapatan dari banyak negara yang berpenghasilan rendah dalam dekade yang lalu.

Biaya pemakai telah menjadi sumber perdebatan dalam membiayai lingkungan negara berpenghasilan rendah. Dalam kebanyakan kasus, biaya terjadi secara spontan akibat jarangya pembiayaan pemerintah, menonjolnya sistem pemerintah dalam penyediaan perawatan kesehatan dasar, ketidakmampuan pemerintah untuk mengalokasikan pembiayaan yang memadai bagi sistemnya, kesiapan rakyat miskin dan yang tidak miskin untuk membayar biaya sebagai cara untuk menurunkan biaya perjalanan dan waktu dari sumber perawatan alternatif, rendahnya gaji para petugas kesehatan, pengawasan pemerintah yang terbatas terhadap praktek-praktek curang dalam penetapan harga oleh para penyedia pemerintah, dan kurangnya persediaan medis yang utama seperti obat-obatan. Biaya pemakai dapat tetap diberlakukan sampai pemerintah siap dan lebih mampu mengerahkan pendanaan yang lebih besar untuk perawatan kesehatan.

Kebijakan menyeluruh untuk menghapuskan biaya pemakai mungkin lebih banyak ruginya daripada untungnya karena menghapuskan sumber pendapatan yang kecil namun penting di tingkat fasilitas perawatan kesehatan. Hingga pemerintah dari negara-negara berpenghasilan rendah dapat mengerahkan mekanisme pembiayaan alternatif (dan lebih adil), masyarakat dunia hendaknya berfokus pada membantu negara-negara merancang kebijakan yang dapat membangun akses rakyat miskin ke pelayanan peningkatan kesehatan dan melindungi rakyat miskin dan yang mendekati miskin terhadap pengeluaran kesehatan yang sangat besar. Biaya pemakai dapat diselaraskan untuk mencapai tujuan-tujuan ini jika biaya pemakai dapat mengurangi rintangan finansial bagi rakyat miskin dengan meningkatkan kualitas pelayanan publik, mengurangi waktu tunggu, mengurangi kebutuhan pengobatan sendiri yang mahal, atau mengganti pelayanan publik yang berkualitas dan harga yang lebih rendah dengan perawatan swasta yang lebih mahal.

Transfer tunai bersyarat menyediakan pembayaran tunai langsung kepada rumah tangga miskin, yang bergantung pada perilaku seperti melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan

secara lengkap atau mengikuti pendidikan kesehatan. Jadi, transfer bersyarat ini tidak memerlukan biaya pemakai. Bukti-bukti, yang sebagian besar berasal dari negara-negara berpenghasilan menengah, memperlihatkan bahwa transfer tunai bersyarat yang dirancang dengan baik berpotensi untuk meningkatkan hasil-hasil kesehatan dan mengurangi kemiskinan dengan biaya administrasi yang relatif kecil. Tetapi, penelitian tambahan diperlukan untuk memutuskan apakah program-program demikian dapat dilaksanakan dengan efektif di lingkungan negara berpenghasilan rendah.

Mendapatkan lebih banyak pendanaan luar negeri

Pendanaan donor penting bagi kebanyakan negara untuk mencapai Tujuan Pembangunan Milenium. Para donor harus mengurangi ketidakstabilan pendanaan, membuat pendanaan lebih dapat diprediksi and meningkatkan keberlanjutan bantuan. Para donor juga harus memastikan bahwa sebagian besar bantuan ditujukan kepada negara-negara sebagai dukungan anggaran umum dan menyelesaikan masalah-masalah sistem kesehatan, fragmentasi, koordinasi dan keberlanjutan yang diajukan oleh bantuan spesifik-penyakit dan intervensi. Dan, para donor harus menangani keterbatasan kapasitas. Keringanan utang yang meningkat akan memberi negara-negara tambahan ruang fiskal dan sumber daya untuk mendanai program-program. Namun demikian, ada pertanyaan-pertanyaan penting mengenai bagaimana keringan utang ini akan dibiayai oleh para donor dan dipergunakan oleh negara-negara.

Meningkatkan pengelolaan risiko

Untuk meningkatkan perlindungan finansial, negara-negara berpenghasilan rendah harus meningkatkan pengelolaan risiko. Karena pembayaran tunai swasta merupakan sebagian besar dari total pengeluaran, maka pemerintah-pemerintah hendaknya meningkatkan pengelolaan risiko meskipun memiliki metode yang paling cocok dan efektif. Metode-metode ini dapat mencakup pengelolaan risiko yang paling efektif melalui departemen kesehatan yang dibiayai melalui anggaran umum—dan penggunaan asuransi kesehatan sosial, asuransi kesehatan sukarela, atau asuransi kesehatan berbasis masyarakat—dengan tetap mengingat keberatan-keberatan dan kondisi yang mendukung.

Cara yang paling terkenal dan sederhana secara global untuk meningkatkan pengelolaan risiko di kebanyakan negara berpenghasilan rendah adalah melalui departemen kesehatan yang bertindak sebagai pelayanan kesehatan nasional. Sistem berbasis pendapatan pemerintah secara umum mencerminkan sumber pendanaan perawatan kesehatan yang utama di 106 dari 191 negara anggota Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Tetapi, masalah-masalah pada sistem pelayanan kesehatan nasional pada umumnya dan di negara-negara berpenghasilan rendah pada khususnya telah didokumentasikan dengan baik. Masalah-masalah umum adalah manajemen, pertanggungjawaban, korupsi, insentif, kekurangan dana, dan misalokasi pengeluaran. Hasilnya adalah akses yang terbatas ke dan kualitas yang buruk dari pelayanan kesehatan maupun perlindungan finansial yang terbatas terhadap pengeluaran kesehatan yang besar, khususnya bagi penduduk miskin di daerah pedesaan. Maka, apakah suatu negara dapat memanfaatkan keuntungan yang besar dari pendekatan ini sangat bergantung pada basis pendapatan umum dari negara tersebut, kapasitas pengelolaan sektor publik, pandangan masyarakat tentang ketersediaan dan kualitas pelayanan pemerintah, dan keinginan masyarakat untuk menggunakan pendapatan umum pemerintah untuk tujuan ini.

Asuransi kesehatan sosial berpotensi tidak hanya meningkatkan pengelolaan risiko melainkan juga menghasilkan pendanaan tambahan bagi sektor kesehatan. Asuransi ini terdapat di sekitar 60 negara, kebanyakan negara berpenghasilan tinggi dan menengah. Masalahnya adalah apakah asuransi kesehatan sosial merupakan mekanisme terbaik bagi lingkungan negara berpenghasilan rendah. Pajak atas gaji bukan sumber yang paling efisien untuk mendanai sistem kesehatan, apalagi jika lapangan pekerjaan di sektor formal hanya 10-15 persen dari seluruh lapangan pekerjaan yang ada. Dan, departemen kesehatan dapat menawarkan perlindungan finansial daripada asuransi kesehatan sosial.

Para pendukung asuransi kesehatan sosial berargumentasi bahwa melibatkan pembayar iuran secara tegas dalam sistem, memperuntukkan dana untuk melindungi pengeluaran kesehatan dan meningkatkan efisiensi melalui persaingan dari segi pembelian merupakan alasan-alasan untuk mempertahankan asuransi ini. Yang paling penting adalah prasyarat asuransi kesehatan sosial: pertumbuhan ekonomi dan tingkat penghasilan yang dapat menyerap iuran-iuran baru, basis iuran utama pada gaji, dan, dengan demikian, sektor informal yang kecil, penduduk penerima bantuan yang terkonsentrasi, dan kapasitas administrasi dan pengawasan yang baik.

Asuransi kesehatan sukarela juga dapat meningkatkan pengelolaan risiko dengan menggunakan pendanaan swasta. Tetapi, jumlahnya tidak sampai 5 persen dari pengeluaran kesehatan swasta di negara-negara berpenghasilan rendah, dan jelaslah ini kurang berhasil dari segi keadilan. Di kebanyakan negara berpenghasilan menengah dan tinggi, asuransi ini menjadi tambahan bagi jenis asuransi publik lain. Pertanggungannya untuk meningkatkan jumlah proteksi finansial yang signifikan di negara-negara berpenghasilan rendah mungkin sangat terbatas karena beberapa alasan: orang-orang kekurangan daya beli; pasar finansial umumnya kurang dikembangkan, dan kemampuan negara-negara berpenghasilan rendah untuk membentuk struktur peraturan yang kompleks yang diperlukan untuk pasar asuransi kesehatan sukarela yang efektif masih diragukan.

Asuransi kesehatan berbasis masyarakat dapat memberikan manfaat tambahan pada pengelolaan risiko dan sumber daya yang lebih baik, tetapi hanya asuransi ini saja tidak mungkin meningkatkan perlindungan finansial secara signifikan di lingkungan negara-negara berpenghasilan rendah.

Meningkatkan efisiensi dan pemerataan pengeluaran pemerintah

Negara-negara berpenghasilan rendah perlu meningkatkan efisiensi dan pemerataan pengeluaran pemerintah, termasuk pengeluaran kesehatan. Karena adanya keterbatasan anggaran dan kesulitan dalam menghasilkan ruang fiskal tambahan, maka negara-negara berpenghasilan rendah mungkin memperoleh dampak yang lebih besar dan lebih merata terhadap hasil-hasil kesehatan jika negara-negara tersebut memilih paket universal pelayanan umum dan berkualitas, termasuk pelayanan pengobatan yang telah terbukti efektif dalam membuat kemajuan menuju Tujuan Pembangunan Milenium. Pembiayaan intervensi lain hendaknya ditargetkan. Penelitian tentang pemerataan memperlihatkan bahwa terdapat kesenjangan yang besar dalam nilai tunjangan yang berasal dari pengeluaran kesehatan pemerintah. Maka, negara-negara berpenghasilan rendah harus memperbaiki penargetan pengeluaran mereka kepada intervensi-intervensi tersebut yang mempunyai dampak tambahan paling besar terhadap rakyat miskin. Pemerintah negara-negara berpenghasilan rendah juga perlu menjalankan tugasnya dengan lebih baik dalam pembelian. Apakah tugas ini mencakup desentralisasi, mengkontrakan, atau mengembangkan insentif dan sistem pembayaran penyedia jasa berbasis efisiensi, negara-negara tetap perlu mendapatkan nilai yang lebih tinggi untuk uang yang dikeluarkan.

Tantangan pembiayaan kesehatan di negara-negara berpenghasilan menengah

Fokus dari negara-negara berpenghasilan menengah adalah pertanggung universal, perlindungan finansial, dan efisiensi sistem kesehatan. Tetapi, negara-negara ini masih mengalami kemiskinan dan kesenjangan penghasilan maupun tantangan-tantangan dalam kemampuan baca-tulis, pendidikan, lapangan pekerjaan dan jaminan sosial. Pengeluaran kesehatan oleh negara-negara ini, meskipun cukup signifikan (6 persen dari PDB), masih jauh berada di bawah rata-rata negara berpenghasilan tinggi (10 persen). Negara-negara ini juga mengandalkan pengeluaran tunai yang lebih tinggi namun kapasitas penghimpunan pendapatan masih terbatas, umumnya sistem pembiayaan terfragmentasi. Dan pengaturan pembelian yang tidak efektif menjadi rintangan yang besar bagi pertanggung universal dan pengelolaan risiko yang lebih baik.

Negara-negara berpenghasilan menengah sedang berupaya meningkatkan pengelolaan risiko dan mengurangi fragmentasi dalam pengaturan pengelolaan bersama dengan:

- Mensubsidi premi bagi rakyat miskin dan kadang-kadang para pekerja sektor informal melalui pendapatan umum
- Memperluas kelompok pengelolaan dengan mengikutsertakan secara wajib kelompok-kelompok lain dan mengintegrasikan organisasi-organisasi asuransi kesehatan swasta
- Menciptakan kelompok-kelompok pengelolaan secara aktual maupun virtual.

Reformasi pembelian merupakan bagian penting dari kebanyakan upaya reformasi negara-negara berpenghasilan menengah. Sebagian besar reformasi mengikuti prinsip-prinsip umum memisahkan keuangan dari pengadaan, menangani uang setelah pasien, dan menggunakan sistem pembayaran penyedia yang berbasis insentif. Meskipun ada banyak percobaan reformasi-reformasi pembelian, hanya sedikit yang telah dievaluasi secara mendalam. Dan, dalam banyak kasus, hasilnya belum seperti yang diharapkan karena kurangnya reformasi pada manajemen sektor publik dan undang-undang pelayanan masyarakat.

Rekomendasi kebijakan yang utama bagi negara-negara berpenghasilan menengah adalah:

- Memandang mobilisasi pendapatan yang efisien dan merata sebagai prioritas utama sektor kesehatan karena pendanaan harus berkelanjutan dan sesuai dengan kebutuhan jangka panjang akibat transisi kesehatan. Mengandalkan pendapatan domestik untuk sebagian besar pembiayaan karena sebagian besar bantuan pembangunan kesehatan difokuskan pada negara-negara berpenghasilan rendah.
- Meningkatkan pengelolaan risiko berdasarkan keadilan, perlindungan finansial dan efisiensi alokatif dan teknis. Mulai dengan mengelola hampir 40 persen dari total pengeluaran kesehatan tunai. Sebagai langkah pertama, mengintegrasikan para pekerja informal dengan memberikan insentif yang tepat.
- Memberikan perlindungan finansial yang maksimum dan pertanggung universal dengan menggabungkan kelompok-kelompok pengelolaan risiko. Manfaatnya adalah daya beli yang lebih besar dan efisiensi yang lebih besar melalui biaya transaksi yang telah berkurang.
- Berfokus pada merancang paket-paket tunjangan yang cocok untuk penduduk yang ditanggung karena paket-paket ini mempengaruhi efisiensi pengelolaan risiko, tingkat perlindungan finansial, dan efisiensi alokatif. Paket tunjangan standar hendaknya merupakan gabungan yang tepat antara luas dan dalamnya pertanggung sehingga akan tercapai keseimbangan yang baik antara pertanggung universal, perlindungan finansial, biaya dan hasil-hasil kesehatan.
- Sangat berhati-hati dalam pengeluaran kesehatan untuk memperluas pertanggung kepada lebih banyak orang. Pertimbangkan untuk meningkatkan efisiensi sistem secara keseluruhan dengan memperbaiki fungsi-fungsi pelayanan dan dengan mengadakan mekanisme pembayaran yang berbasis insentif. Selanjutnya, kebijakan pembayaran hendaknya selaras dengan total pembatasan biaya dan tujuan-tujuan yang efektif biaya.

Bentuk skema asuransi yang spesifik kurang penting dibandingkan fokus pada meningkatkan fungsi-fungsi pembiayaan spesifik berupa penghimpunan pendapatan, pengelolaan risiko dan pembelian jasa. Bergantung pada konteks, gabungan antara skema-skema asuransi mungkin diperlukan untuk melaksanakan tujuan ganda: pertanggung universal dan perlindungan finansial.

Meskipun tidak ada strategi “yang terbaik”, untuk mencapai pertanggung universal, meningkatkan perlindungan finansial bagi semua, dan meningkatkan efisiensi dan kualitas melalui pengaturan pembelian yang lebih efektif, maka para pembuat kebijakan di negara-negara berpenghasilan menengah hendaknya segera memusatkan perhatian mereka kepada meningkatkan pelayanan kesehatan dan pertanggung asuransi kesehatan bagi rakyat yang sangat miskin dan rawan. Mempelajari mekanisme apa yang cocok di negara-negara lain perlu dilakukan untuk mengetahui upaya-upaya reformasi. Keberhasilan dapat dicapai hanya apabila strategi pembiayaan yang telah terbukti dapat disesuaikan dengan konteks sosial ekonomi dan politik dari negara yang bersangkutan.

Belajar dari negara-negara berpenghasilan tinggi

Negara-negara berpenghasilan tinggi memiliki riwayat reformasi pembiayaan kesehatan seraya sistem mereka berubah dari sistem asuransi sukarela berbasis masyarakat menjadi dana asuransi publik formal untuk sistem pembiayaan berbasis asuransi kesehatan sosial atau nasional. Hampir semua negara berpenghasilan tinggi, terkecuali Amerika Serikat, telah mencapai pertanggung jawaban asuransi kesehatan universal atau hampir universal. Sistem yang dibiayai pajak telah diterapkan selama beberapa waktu, dan belakangan sistem asuransi sosial. Kemauan politik serta pertumbuhan ekonomi penting untuk mencapai pertanggung jawaban universal. Seraya kebanyakan negara berpenghasilan tinggi telah mencapai pertanggung jawaban universal, kegiatan reformasi baru-baru ini cenderung berfokus pada upaya efisiensi melalui pengaturan pembelian dan bukan berdasarkan penghimpunan dan pengelolaan pendapatan.

Meskipun negara-negara berpenghasilan tinggi berjalan dalam konteks yang sangat berbeda dengan negara-negara berpenghasilan rendah, pengalaman mereka dapat menjadi pelajaran bagi negara-negara yang berpenghasilan lebih rendah:

- Pertumbuhan ekonomi adalah faktor terpenting dalam pergerakan menuju pertanggung jawaban universal.
- Kapasitas pengelolaan dan administrasi yang lebih baik sangat penting dalam memperluas pertanggung jawaban, demikian pula dengan komitmen politik yang kuat.
- Bagi negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah yang sedang melakukan transisi ke pertanggung jawaban universal, pendapatan umum dan iuran asuransi kesehatan sosial adalah dua sumber utama pendanaan publik. Sumber-sumber pendanaan ini mengakumulasikan pendapatan publik menjadi satu atau beberapa kelompok (*pool*). Karena pengelolaan adalah masalah penting, apakah asuransi kesehatan sosial ataupun sistem pelayanan kesehatan nasional yang akhirnya dipilih tidaklah terlalu penting.
- Skema pembiayaan sukarela dan berbasis masyarakat dapat berfungsi sebagai uji coba bagi negara-negara yang berupaya memperluas peran dari skema-skema pertanggung jawaban kesehatan pra-bayar.
- Mekanisme pengelolaan risiko yang lebih luas, daripada kelompok-kelompok pengelolaan risiko yang terfragmentasi dan lebih kecil, dapat sangat mendukung pembiayaan pertanggung jawaban kesehatan yang efektif dan adil.

Produk dan jasa harus dievaluasi efektivitas dan efektivitas-biaya dalam konteks sistem pertanggung jawaban negara-negara tertentu. Untuk mempermudah melaksanakan upaya-upaya tersebut, kerja sama di antara negara-negara yang melakukan kegiatan serupa hendaknya didorong, mungkin dipimpin oleh satu atau lebih organisasi internasional.