

SHORT TERM FELLOWSHIP ON HEALTH SECTOR REFORM

VIETNAM AND SOUTH KOREA

KESAN pertama tentang Kota Hanoi mungkin rasa syukur bahwa ternyata Yogyakarta (tempat tinggal penulis) masih relatif "tertib" dalam berkendara. Sepanjang perjalanan di Kota Hanoi kita melihat sepeda motor dan sepeda lalu lalang dengan santainya, sementara kita yang berada di dalam mobil justru sport jantung. Suara klakson paling sering kita dengar.

Suasana kota hampir sama seperti Yogya era 70-an, dengan tata kota yang tidak terlalu rapi. Namun, untuk sebuah negara sosialis, apalagi yang telah mengalami perang dan konflik, tentu saja kita tidak bisa mengharapkan terlalu banyak. Hanoi sendiri berarti "kota di tengah air", karena Hanoi berada di dekat Sungai Merah yang cukup besar (dibutuhkan jembatan sepanjang 3 km untuk melintasinya), dan pada musim hujan, kota Hanoi terletak 3m di bawah permukaan sungai.

Prof. Nguyen Van Tuong M.D. PhD, Deputy Director Department of Science and Training, Ministry of Health, yang merangkap *vice dean* of Hanoi Medical School, menyambut hangat kedatangan delegasi Indonesia dan mengharapkan pertemuan seperti ini dapat memberikan kesempatan belajar tentang pengalaman masing-masing negara dalam pengembangan sistem kesehatan. Rasa hormat beliau ini menarik juga. Meski bisa bercakap-cakap dalam bahasa Inggris, tetapi beliau tidak ragu-ragu mohon maaf untuk berbicara dalam bahasa Vietnam karena ingin lebih bebas mengekspresikan pendapat beliau tentang sistem kesehatan Vietnam. Beberapa catatan dari beliau adalah sebagai berikut:

Vietnam mengalami proses renovasi sejak tahun 1986. Sejak tahun 60-an Vietnam telah memiliki sistem kesehatan yang berbasis pada partisipasi masyarakat yang tidak formal (*community-based*). Sebelum renovasi ini, banyak pekerja kesehatan berhenti bekerja karena tidak memperoleh gaji

resmi dari pemerintah. Pada masa renovasi ini, pemerintah mulai mengambil alih pembiayaan gaji bagi pekerja kesehatan. Artinya, pemerintah berupaya memahami masalah kesehatan sebagai suatu kegiatan yang harus memperhitungkan biaya bersama dan efektivitas strategi yang dipilih agar masyarakat bisa produktif bekerja.

Proses renovasi ini mengikuti prinsip mekanisme pasar bebas yang menekankan masyarakat bisa memiliki pilihan dalam mencari pengobatan. Ini berarti pemerintah perlu memfasilitasi terbentuknya kondisi-kondisi yang memungkinkan hal itu terjadi.

Bagian Kesehatan Masyarakat di Universitas Kedokteran Hanoi telah mengalami perubahan yang cepat dengan adanya perubahan dalam kebijakan kesehatan di Vietnam. Sebagai contoh dulu bernama *Department of Health Organization* (1960), kemudian berubah menjadi *Department of Social Medicine and Health Organization* (1980), dan akhirnya berganti lagi menjadi *Department of Health Management and Health Organization* (1990).

Pengembangan kapasitas lembaga ini sekarang maju pesat dengan perencanaan tenaga yang berderajat S3. Yang menarik para profesor yang berada di universitas kedokteran seringkali merupakan orang yang dianggap pakar,

maka seringkali mereka merangkap bekerja di kementerian kesehatan. Akibatnya, mereka bekerja rangkap walau pun gajinya dari satu sumber.

Struktur Pemerintah Vietnam

Struktur pemerintahan terdiri atas pemerintah pusat, pemerintah propinsi, pemerintah distrik, pemerintah desa/kecamatan (*community*), dan pemerintah desa-mini (*mini community*). Sedangkan di sektor kesehatan, pembagiannya mengikuti sistem pembagian regional di atas, sehingga terdapat: *Province health officer: director of health services; District of health center: director of health center CHC community health center; Mini community* untuk 500 sampai 3000 ribu penduduk, tergantung daerah geografinya. Selalu ada 1 *health workers*.

Reformasi Kesehatan

Vietnam adalah negara yang miskin, dengan *income* per kapita 200-300 USD sedangkan alokasi biaya kesehatan hanya 1.2% dari GDP. Terdapat banyak permasalahan di sektor kesehatan, misalnya tidak beroperasinya pusat kesehatan di desa dan sulitnya akses kesehatan bagi orang miskin, juga buruknya kinerja di rumah sakit pusat maupun propinsi, minimnya peralatan kesehatan yang memadai. Oleh karena itu, pemerintah mulai mencoba menerapkan asuransi kesehatan berbasis *fee-for-service*. Melalui reformasi kebijakan kesehatan, diharapkan akan tercapai beberapa perbaikan. Salah satu dampak kebijakan *open policy* adalah dibukanya kesempatan untuk *private health practitioners* (sebelumnya, seluruh





Berfoto bersama di Hanoi Medical University, Vietnam

elayanan kesehatan dilakukan oleh pemerintah). Reformasi yang dilakukan disebut *Doi Moi (renovation)*, dalam ketetapan pemerintah Nomor 37 Tahun 1996.

Reformasi yang dilakukan mencakup investasi, pemerataan akses kesehatan, kegiatan preventif, kombinasi antara pengobatan modern dan tradisional, partisipasi komunitas dan sektor lain dalam kesehatan, serta diversifikasi dalam pengorganisasian dan sistem pembayaran kesehatan yang lebih sesuai dengan keadaan.

Salah satu reformasi yang dilakukan adalah dengan bergesernya sistem *full-subsidy* ke *open market*. Sebelumnya, biaya kesehatan ditanggung sepenuhnya oleh pemerintah. Kini masyarakat perlu membayar sebagian dari biaya kesehatan melalui mekanisme *compulsory health insurance* (asuransi kesehatan wajib).

Pembiayaan Kesehatan

Mengenai sistem pembayaran asuransi kesehatan terdapat beberapa jenis. Yang pertama, disebut asuransi wajib untuk semua masyarakat. Bagi perusahaan, ada kewajiban untuk membayar 2% dari masing-masing gaji pegawainya sebagai biaya asuransi kesehatan, sedangkan dari pegawai akan dipotong 1%.

Jenis berikutnya adalah jenis asuransi untuk orang miskin (berpendapatan kurang dari VND150,000/USD10/bulan). Pemerintah menyediakan subsidi yang cukup besar untuk kelompok ini. Mereka hanya perlu membayar kira-kira 10%-20% dari biaya kesehatan. Untuk orang yang sangat miskin, diberikan kebebasan dari semua

biaya. Ketiga adalah asuransi pemerintah yang wajib dibeli oleh wiraswasta. Tidak ada subsidi pemerintah untuk ini. Suatu model lain yang sedang diujicobakan mulai tahun 2002 di salah satu propinsi di Vietnam adalah *community-based health insurance*. Preminya sebesar VND77.000 per tahun dan ditujukan untuk suatu komunitas, yaitu dengan penerbitan suatu kartu yang membebaskan anggota komunitas dari biaya *primary health care* tanpa tambahan sistem *co-payment*. Kartu ini hanya akan dikeluarkan apabila 50% anggota komunitas dan 80% pemimpinnya ikut dalam program ini.

Me Linh, Propinsi Vinhphuc

Organisasi pemeliharaan kesehatan di Vietnam tampak bertumpu pada pelayanan kesehatan di tingkat kabupaten, yakni *district health center*. Untuk Kabupaten Me Linh, *district health center* ini membawahi dua poliklinik yang menjadi rujukan dari *health station*.

Yang menjadi kepedulian kita hari ini tampaknya lebih pada bagaimana pelayanan untuk orang miskin. Hal ini sudah jelas karena kita telah melakukan perubahan pola pikir dari menyamaratakan pelayanan pemerintah ke usaha mengatasi akses penduduk miskin - sementara penduduk berpendapatan lumayan ke atas menjadi tanggung jawab pribadi mereka masing-masing atau melalui partisipasi dalam asuransi kesehatan. Jadi tidak heran jika pertanyaan-pertanyaan kita lebih banyak berkisar pada pelayanan untuk orang miskin.

Yang pokok bahwa akses penduduk miskin yang ditanggung oleh pemerintah hanyalah pelayanan dasar atau dalam rangka memperoleh pelayanan dari tenaga terlatih atau dokter (*qualified medical specialist*). Jadi, jika seorang pasien membutuhkan operasi atau tindakan medik khusus, mereka harus membayar sendiri. Itu jelas ditegaskan oleh kepala dinas kesehatan propinsi tadi. Tampaknya, belum ada kebijakan yang jelas tentang apakah pemerintah harus turun tangan untuk menjamin akses pelayanan sekunder atau tersier. Ini tampaknya juga merupakan tantangan di Indonesia, yang

sekarang sedang diupayakan melalui bentuk-bentuk asuransi swasta.

Masalah Asuransi Kesehatan

Prinsip dasar asuransi kesehatan di Vietnam bahwa institusi pelaksanaannya adalah organisasi publik dan non-profit. Sebelumnya hal ini dikelola oleh Vietnam Health Insurance Authority, tapi kemudian diambil alih Vietnam Social Insurance. Di setiap propinsi, terdapat sub-departemen dari Health Insurance Departemen. Jika dulu asuransi kesehatan dikelola secara eksklusif oleh VHIA, maka kini ia berada di bawah VSI. Dengan demikian, VSI mengurus berbagai asuransi termasuk asuransi kesehatan, asuransi transportasi, dsb.

Asuransi kesehatan diberikan oleh depsos untuk orang cacat dan orang miskin. Syarat orang miskin ditetapkan oleh perangkat desa dan pemerintahan lokal. Kita belum mengetahui persis seperti apa pelaksanaan pemberian asuransi kesehatan.

Tampaknya ada persoalan yang sama dalam hal penentuan status penduduk miskin seperti di Indonesia. Tetapi ada kejelasan dalam hal besar biaya yang menjadi standar sebagai penduduk miskin (tertulis dalam buletin yang lalu)

Selain terdapat *compulsory health insurance*, terdapat pula *voluntary health insurance* yang mulai beroperasi pada tahun 1990. Terdapat dua paket dalam *voluntary health insurance* ini, yaitu yang berpremi sedang (meng-cover rawat inap) dan berpremi tinggi (meng-cover rawat inap dan rawat jalan serta obat). Jenis asuransi lain adalah asuransi untuk murid sekolah. Pada dasarnya untuk anak usia di bawah 6 tahun, mereka mendapat asuransi gratis dari pemerintah. Sementara untuk anak usia di atas itu, terdapat *school health insurance*, yang preminya bervariasi (tergantung kepada status sosial-ekonomi dari wilayah setempat).

Yang juga menarik adalah terdapatnya dana khusus dari pemerintah lokal untuk masyarakat miskin dalam bentuk asuransi. Setiap pemerintah distrik diharuskan menyisihkan VND70,000/orang/tahun dari populasinya untuk menjadi dana gabungan (*pooled fund*). Dari dana ini, pemerintah menggunakan VND50,000/orang/tahun sebagai premi asuransi orang miskin, sedangkan

sisanya digunakan untuk sebagian menutupi kebutuhan dana di RS distrik.

Community Health Station

Yang kami kunjungi hari itu adalah *health station* yang terletak di daerah miskin. *Income* per kapita penduduk di sini sekitar 150 dolar (dibandingkan dengan daerah lain yang sekitar 400-an). Jadi bisa dibayangkan jika kondisi *health station* ini hanya terdiri dari 6 staf dan dengan peralatan yang sederhana dari bantuan Unicef.

Kalau disejajarkan dengan Indonesia, *station* ini lebih seperti puskesmas. Sebagaimana umumnya, ia berurusan dengan program pencegahan dengan kegiatan pengobatan lebih sedikit. Ia melayani pasien asuransi secara gratis dan mendapat jasa untuk yang bukan orang miskin. Ia tidak harus dikepalai oleh dokter. Jumlah staf tergantung pada besar penduduk di daerah yang dicakupi. Petugas *health station* ini bekerja sama dengan kader kesehatan di komunitas.

Di luar jam kerja, ada satu staf yang bergiliran menunggu di pos. Petugas ini ada yang bertugas luar dan juga di dalam *station*. Untuk contoh *station* yang kita kunjungi, terdapat petugas kesehatan yang hampir disebut sebagai "dokter", tetapi sesungguhnya ia merupakan pembantu dokter yang mendapat pelatihan khusus dalam bidang kebidanan. Petugas ini bertanggung jawab terhadap kegiatan KIA, seperti bidan di desa.

Sekitar 60 persen anggaran rutin *health station* berasal dari *district health center*. Sisanya diperoleh dari jasa pelayanan yang dapat dikelola langsung (otonomi). Tidak dijelaskan berapa besar anggaran rata-rata per bulan untuk *health station*, tetapi ia digunakan untuk gaji pegawai dan pemeliharaan bangunan. Jika dilihat dari kondisi gedung yang sudah tua dan kusam ini, *health station* didukung oleh dana yang sangat terbatas, termasuk untuk pendapatan petugas.

Health station secara pokok bertanggung jawab kepada *district health center*, tetapi juga ke *community council*. Dari enam staf yang ada, satu orang digaji oleh *community council*. Dana yang dipakai untuk penggajian satu staf ini diperoleh dari pengembalian pajak pada pemerintahan *level council*. *Community*

council juga bertanggung jawab terhadap insentif kader sekitar 50 ribu rupiah per bulan. Disamping itu, sejumlah kecil anggaran *health station* (5%) diperoleh dari *community council*.

Keterlibatan *community council* dalam manajemen *health station* ini merupakan fenomena menarik dan mungkin menjadi pelajaran yang penting bagi kita. Adanya *community council* mencerminkan bentuk kerja sama terstruktur antara pemerintah dan masyarakat. Bentuk kerja sama ini terlihat dalam pencantuman nama kader kesehatan dalam struktur organisasi puskesmas. Kader terlibat aktif dalam pertemuan-pertemuan rutin bulanan dan bekerja mandiri menolong masyarakat. *Community council* dapat memberikan pengaruh dalam hal permohonan beasiswa negara bagi petugas kesehatan atau anggota masyarakat yang mau bekerja di *community*.

Masalah-masalah yang dihadapi oleh *community council* tampak tidak mudah juga. Hal tersebut tampak dari diskusi yang lumayan seru di antara mereka dalam bahasa Vietnam ketika berusaha menjawab pertanyaan kita tentang masalah dan perannya di masa yang akan datang. Kelihatannya persoalan *council* ini tak bisa dilepaskan dari kapasitas komunitas yang terbatas dan keluhan tentang perlunya peralatan yang lebih baik untuk program kesehatan. Yang jelas, tidak tampak ada upaya pengembangan cara pandang baru seperti terjadi di tingkat puskesmas di Indonesia.

Propinsi Bacninh

Propinsi Bacninh adalah salah satu propinsi dengan pendapatan ekonomi menengah. Kita bisa melihat dari keadaan kotanya yang jauh lebih baik dibanding VinhPhuc kemarin. Penduduk miskinnya 10% dari total populasi propinsi. Kantor *Provincial Health Bureau* yang kita datangi terletak di suatu kompleks yang cukup baik, yang sekilas mengingatkan kita kepada daerah pengembangan kota baru.

Beberapa diskusi yang cukup menarik hari ini misalnya mengenai otonomi rumah sakit. Terlihat dari strukturnya bahwa rumah sakit propinsi

dan rumah sakit distrik berada di bawah wewenang *Provincial Health Bureau*. Di Bacninh terdapat rumah sakit propinsi, rumah sakit tradisional, rumah sakit rehabilitatif, RSTB, rumah sakit Jiwa dan rumah sakit Kulit. Selain itu terdapat 8 rumah sakit distrik dan 124 *communal health station* serta 833 *village health workers*.

Mengikuti struktur tersebut, ternyata rumah sakit tidak memiliki wewenang untuk membuat peraturan sendiri. Semua peraturan termasuk pengawasan rumah sakit dibuat langsung oleh *Provincial Health Bureau*, berdasarkan *guidelines* dari MOH. Misalnya untuk tarif saja, ditentukan berdasarkan panduan *range* dari MOH (pusat), panduan ini ditentukan berdasarkan situasi ekonomi lokal. Tarif yang dikenakan oleh rumah sakit harus disetujui oleh *Provincial Health Bureau* dan oleh Presidium Provincial (pemda).

Yang menarik juga adalah bahwa terlihat dari angka kunjungan baik di rumah sakit propinsi, distrik maupun *health station* agak berbeda polanya dengan di Indonesia. Rupanya ini disebabkan oleh mekanisme *catchment area* dari sistem asuransinya. Masyarakat harus mendaftar sebagai peserta asuransi di institusi pelayanan kesehatan yang terdekat dengan tempat tinggalnya. Artinya, jika ia kebetulan tinggal di daerah kota dan dekat dengan rumah sakit, maka ia terdaftar di sana. Jika ia tinggal di daerah desa, ia akan terdaftar di *health station* atau rumah sakit distrik terdekat. Dengan demikian angka kunjungan di rumah sakit Propinsi tidak ditentukan oleh banyaknya rujukan, tetapi lebih oleh anggota asuransi yang terdaftar di situ. Apabila seseorang terdaftar di rumah sakit distrik karena



Berfoto bersama di depan salah satu puskesmas di Vic Dunh, Hanoi

tinggal di dekat situ, tetapi ia memilih untuk pergi ke rumah sakit propinsi karena peralatan yang lebih canggih, maka biaya pelayanannya akan di-*reimburse* oleh rumah sakit distrik tempat ia terdaftar. Dengan demikian rumah sakit sudah memiliki bayangan berapa *budget* yang ia miliki karena ia dapat memperhitungkannya dari jumlah populasi dalam *catchment areanya*.

Topik berikutnya yang disinggung adalah manajemen SDM rumah sakit. Karena rumah sakit adalah milik *Provincial Health Bureau*, maka pegawai rumah sakit diangkat oleh *Provincial Health Bureau*. Perencanaan di rumah sakit juga harus disetujui oleh *Provincial Health Bureau*. Dengan demikian, diharapkan *Provincial Health Bureau* akan dapat mengalokasikan secara lebih efisien sumberdaya yang dibutuhkan. Sebaliknya, sulit untuk mengganti Kepala *Provincial Health Bureau* karena untuk mengganti pejabat setingkat itu, diperlukan persetujuan dari *Minister of Health* dan *Presidium Province*.

Sistem informasi kesehatan di daerah dilakukan melalui mekanisme yang manual. Mereka belum memiliki *software* untuk itu. Saat diskusi di VinhPhuc tergal informasi bahwa terdapat mekanisme pelaporan bulanan yang dilakukan oleh bagian analisis data yang terdapat di *level* propinsi. Bagian analisis data ini berada di bawah departemen perencanaan kesehatan. Pada *level* ini, data dianalisis secara *computerized*. Data dikumpulkan dari *level* di bawahnya (*communal health station* melaporkan ke distrik, distrik melaporkan ke propinsi, dst). Yang menarik bahwa dengan sistem yang masih manual pun, data yang disajikan kepada kita rata-rata adalah data terkini (paling lama data tahun 2002).

Topik lain adalah manajemen obat. Vietnam memiliki sendiri perusahaan obatnya (milik pemerintah). Jadi, kebanyakan obat berasal dari pabrik obat milik pemerintah. Ini agak berbeda dengan di Indonesia dimana terdapat kompetisi antara obat dari pabrik pemerintah atau swasta.

Jadi, apa pelajaran dari Vietnam?

Dari tiga hari di sini, kita bisa belajar sesuatu yang menyimpan keingintahuan yang lebih dalam tentang beberapa hal.

Ada variasi yang nyata tentang kondisi *provider* pelayanan kesehatan di dua propinsi yang kita lihat. Yang satu sangat sederhana dan yang lain lumayan bagus. Meski sudah tua, bangunan untuk *health station* yang ada cukup besar dan kelihatan merakyat. Dibanding *health station* yang tidak begitu terawat yang kami kunjungi kemarin, *health station* di Viet Don tampak terawat dan bergairah. Ketua *Community Council* tampak lebih percaya diri.

Health station Viet Don mirip dengan puskesmas di tempat kita. Meskipun jika dilihat wilayah kerjanya terlalu kecil untuk dikatakan seperti puskesmas di tempat kita. Dibandingkan dengan puskesmas, *health station* tidak memiliki sarana mobil ambulans. Jika dilihat dari cakupan penduduknya, *health station* tersebut seperti puskesmas. Tetapi terlalu canggih jika dibandingkan dengan puskesmas kita.

Village di sini terdiri atas 100-200 keluarga, atau berkisar 1000 penduduk. *Commune* terdiri atas 5-7 *village* dan dilayani

oleh 1 *community health station*. Empat hingga 7 *commune* dapat memiliki 1 poliklinik yang berada langsung di bawah *district health center*.

Health Worker	= Village
Community Health Station	= Commune
Poliklinik	= 4-5 Commune
District Health Center	= 1 Kabupaten
General Hospital Propinsi	= 1 Propinsi

Tampaknya kita perlu mempelajari struktur pemerintahan secara lebih mendalam agar bisa memahami keterkaitan antara perangkat fasilitas kesehatan dan perangkat administrasi pemerintah. Di Indonesia

Kader Desa atau Posyandu	= Dusun
Bidan di Desa	= Kelurahan
Pustu	= Kelurahan yang jauh dari Puskesmas
Puskesmas	= Kecamatan
Rumah Sakit D	= Kabupaten
Rumah Sakit C atau B	= Propinsi

Jika melihat perbedaan antara *health station* yang dikunjungi, tampaknya peran *community council* memang besar dalam mewujudkan pelayanan kesehatan. Jika dilihat dari fakta bahwa bukan kepala *health station* yang berbicara di hadapan kita, maka ketua konsil memiliki peran sangat besar di *health station*.

2. Jika dilihat dari besar bangunan dan luas tanah yang diberikan untuk unit pelayanan kesehatan serta cakupan penduduknya, komitmen politik pemerintah untuk sektor kesehatan betul-betul tinggi.
3. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dengan *Provincial Health Bureau* sebagai pemegang kekuasaan, atau otonomi berada di tingkat propinsi, bisa berjalan efisien. Faktor pendukungnya adalah regulasi yang kuat dari pemerintah partai sosialis. Termasuk di sini adalah peraturan gaji tenaga kesehatan yang sangat rendah. Bayangkan, gaji dokter baru di sini sekitar 600 ribu rupiah. Gaji direktur rumahsakit propinsi cuma satu juta lima ratus. Biaya berobat jalan di praktek sore seorang spesialis masih 2000 rupiah per kunjungan. Jadi, penyelenggaraan pelayanan bisa efisien bagi kepentingan masyarakat dan belum tentu disenangi pekerja kesehatannya.
4. Ideologi kerakyatan sangat berpengaruh dalam pola penerimaan tenaga kesehatan dalam konteks pekerjaan mereka. Ini tidak mungkin lagi terjadi di Indonesia, ketika tenaga kesehatan telah menjadi makin profesional dan persaingan unit pelayanan pemerintah dan swasta begitu terbuka.

Setelah mengalami perjalanan yang cukup melelahkan dari Vietnam, Seoul menjadi bagaikan *feast for the eye*. Kotanya indah, bersih dan tertib. Pada hari Senin, 15 September 2003 kami memulai program di KIHASA. KIHASA adalah institusi penelitian untuk kesehatan dan sosial, yang didirikan dalam

afiliasi dengan Kementerian Kesehatan, tetapi kemudian dipisahkan dan kini mengerjakan berbagai proyek bukan hanya dari Kementerian Kesehatan. Hari itu program kami padat dengan topik melingkupi sistem kesehatan Korea secara umum, disusul dengan aspek pembiayaan kesehatan dan promosi kesehatan.

Apa yang Unik dari Kebijakan Kesehatan di Korea?

1. Adanya satu asuransi kesehatan nasional (*single payer*)
2. Provider pelayanan kesehatan mayoritas swasta (lihat lampiran 2)
3. Kebijakan promosi kesehatan

Apa yang Menjadi Masalah Pokok yang Membuat Mereka Memilih *National Health Insurance Program*?

Health policy berurusan dengan pengambilan keputusan oleh pemerintah dalam upaya-upaya mengatasi masalah bersama dalam isu kesehatan terutama ketika (1) penyakit menjadi ancaman bersama dan karena itu menjadi beban dan (2) berakibat pada rendahnya produktivitas negara. Tampak sekali bahwa *health policy* di sini memusatkan perhatian pada problema akses yang tidak merata di antara masyarakat. Tampaknya masalah preferensi pelayanan di Korea tidak dianggap sebagai masalah.

Masalah	Solusi
Akses tidak merata	Single and universal health insurance
Preferensi	Multi Payer Health Insurance

Apa Kira-kira Alasan Korea Menggunakan Model *Single Payer*?

Tidak dijelaskan secara rinci mengapa mereka memilih *single* asuransi dalam implementasi *national health policy*. Meskipun kelihatannya mereka mengikuti pola *private system* yang menonjol di sistem kesehatan Amerika, tetapi mereka tidak mengelola asuransi kesehatan seperti Amerika. Secara tidak langsung mungkin mereka ingin menghindari adanya sebagian masyarakat yang tidak memiliki jaminan asuransi kesehatan. Amerika terkenal dengan negara kaya tetapi indikator kesehatannya tidak berbanding lurus dengan pengeluaran mereka dalam kesehatan. Salah satunya karena ada kelompok yang tidak mampu ikut asuransi swasta dan juga tidak termasuk dalam kategori layak memperoleh jaminan asuransi karena

miskin atau usia di atas 65 tahun. Alasan utama jika *single payer* diambil adalah:

1. Ada dana besar untuk dipakai bersama. Jadi, untung dan efisien karena besarnya skala ekonominya (*economy of scale*). Kegiatan yang jika dihitung satu per satu atau dalam jumlah kecil akan rugi, tetapi bisa untung jika jumlah konsumennya besar.
2. Jika ada satu organisasi yang membuat aturan dan kontrak terhadap organisasi-organisasi lain maka uang yang terlibat dalam administrasinya menjadi lebih kecil karena jumlah kontraknya lebih sedikit jika dilakukan beberapa organisasi. Sistem klaim pun menjadi lebih mudah (*lihat Lampiran 1*)
3. Dengan satu *payer*, masalah politik yang terlibat lebih menjadi mudah diangkat sebagai agenda karena semua pihak menjadi urusannya. Jika orang kaya sudah diurus sendiri maka ketika masalah penduduk miskin hendak diangkat maka orang kaya tidak mau tahu dan menganggap hal itu bukan urusannya.
4. Ia lebih mungkin menerapkan persamaan standar mutu di antara banyak provider.

Mengapa Menggunakan *Private Providers*?

Tampaknya sistem pemerintah memang tidak pernah berkembang di Korea. Yang banyak dulunya adalah sistem pengobatan Timur yang bersifat kultural. Menurut salah satu narasumber (Mr. Jo), kedokteran Timur sudah mengakar dan tidak ada *barrier access* untuk mendapatkannya. Tetapi fenomena kedua adalah dokter-dokter suka praktik swasta karena mereka bisa mengontrol pendapatan mereka sendiri. Apalagi kemudian para dokter terlibat dalam pemilikan rumah sakit. Itu akan sangat mendorong tumbuhnya *private sector* yang sudah berkisar 90 persen. Pemerintah kerap tidak menganggap masalah jika rumah sakit dikuasai dokter secara swasta karena asumsi tentang adanya kode etik yang berlaku pada profesi kedokteran. Karena itu tidak heran sektor swasta berkembang pesat dan sudah tidak terkontrol lagi. Berkaitan dengan itu dokter swasta akan dapat dikontrol melalui mekanisme asuransi.

Dalam Hal Apa Asuransi Bisa Mengontrol Dokter?

Dengan menetapkan standar biaya per pasien atau per unit waktu kegiatan. Sebagai contoh, diagnosis *related group* menetapkan biaya tertentu untuk suatu kelompok diagnosis penyakit. Dengan begitu dokter tidak bisa memberikan

Ciri-ciri	Single Payer	Multiple Payer
Deskripsi	Hanya ada satu asuransi	Ada banyak lembaga asuransi
Apa yang dilakukan masyarakat	Penduduk harus mengikuti asuransi yang sudah ditetapkan oleh pemerintah	Orang bisa memilih asuransi sesuai coverage pelayanan yang diinginkan
Manfaat bagi siapa	Banyak orang - seluruh penduduk	Bagi yang bisa ikut asuransi
Konsekuensi pada equiti	Lebih besar kemungkinannya	Cenderung bervariasi antar status ekonomi masyarakat
Economy of Scale	Besar Dana yang bisa dikelola menjadi besar	Kecil Dana untuk masyarakat miskin kecil

pelayanan berlebihan melalui overutilisasi alat, tindakan kedokteran atau pemanjangan masa rawat inap. Jadi tanpa ada penerapan standar mutu secara ketat yang tercermin dalam perijinan rumah sakit oleh pemerintah pun tidak begitu bermasalah. Apa lagi jika semua orang menggunakan pelayanan melalui asuransi. Karena inilah sesungguhnya lembaga asuransi disebut sebagai pihak ketiga (*third party*) dalam pelayanan kesehatan.

Siapa Stakeholder Kuat dalam Sistem Kesehatan di Korea?

Dari penjelasan Pak Jo, politisi bukan pemain pokok. Politisi, kata beliau, mengikuti desakan masyarakat. Jika masyarakat tidak memperlakukan isu kesehatan, mereka diam atau bersembunyi. Dokter tampaknya merupakan penentu sistem kesehatan di Korea. Hal ini setidaknya-tidaknya dilihat dari bukti adanya protes dokter terhadap campur tangan pemerintah pada industri kesehatan dan kenyataan kurang aktifnya pemerintah dalam sektor kesehatan. Kita memang belum dapat banyak informasi sampai sejauh mana peran dokter-dokter ini, baik atau buruk bagi sistem kesehatan Korea.

Meskipun demikian, apakah dokter telah ditunggangi organisasi bisnis atau dokter sendiri telah berorientasi bisnis, tampaknya sudah diantisipasi oleh pemerintah dengan pembentukan dua komite khusus yang masing-masing mengurus (1) *health care system*, (2) perusahaan farmasi dan industri kesehatan. Kedua komite dibentuk setahun lalu dan bekerja untuk membantu pengambilan keputusan mengatasi masalah-masalah yang timbul dari sistem asuransi kesehatan nasional yang ada dan peran industri kesehatan yang sangat dominan dalam sistem kesehatan swasta.

Jika sistem swasta, apa peran pemerintah dalam sistem kesehatan di Korea? Dr Jo dan Dr Tchoe mengungkapkan bahwa peran pemerintah lebih pada pengaturan sistem swasta yang sudah ada. Direktur *National Health Insurance Corporation* ditetapkan oleh presiden. Sedangkan Tim *Review Asuransi* ditetapkan oleh

Lampiran 1

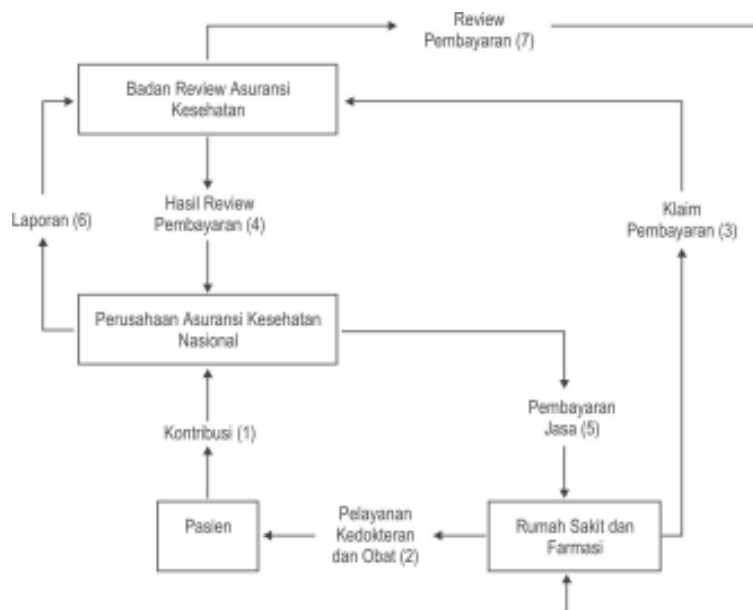


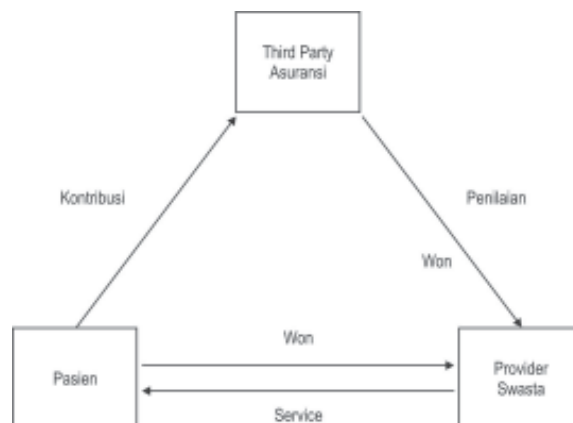
Diagram alur dari proses pelayanan dan mekanisme pembayaran dalam sistem asuransi kesehatan nasional di Korea

Lampiran 2

System Component	Public	Private
Input	→	→
Process	→	→
Output	←	←

Public vs Private Mechanism in Health Care System

Lampiran 3



Hubungan Antara Penyedia (provider), Konsumen (pasien) dan Pihak Ketiga (asuransi)

Parlemen. Pemerintah mengeluarkan sejumlah uang (40%) untuk pengembangan akses universal kesehatan, pelayanan yang bermutu, dan upaya promosi kesehatan.

Kunjungan ke Puskesmas di Seoul

Kunjungan kami yang terakhir di Korea adalah Pusat Kesehatan Masyarakat. Observasi langsung terhadap tempat ini tidak dipungkiri lagi bahwa komitmen pemerintah untuk urusan *public health* adalah besar. Contoh nyata sebagai berikut: bangunan yang berlantai 6 dengan dinding kaca yang berkesan luas dan modern. Terdapat variasi layanan mulai dari kesehatan anak hingga kesehatan lanjut usia, termasuk kegiatan pusat olahraga yang kebetulan terdapat penduduk usia lanjut yang sedang memanfaatkan fasilitas tersebut. Tersedianya laboratorium klinik yang memadai. Ruang pemeriksaan radiologis yang sudah canggih dengan tempat tidur khususnya, unit pelayanan tuberkulosis, serta tersedianya *western blot* untuk konfirmasi diagnosis HIV. Tidak lupa ada ruang pertemuan yang sangat representatif di lantai paling atas, dan tampak tenaga kesehatan sibuk bekerja tidak ada yang kelihatan kurang pekerjaan.

Tentang ketenagaan lebih lanjut dari puskesmas tersebut, salah seorang direktornya adalah wanita dan merupakan perawat senior. Ia adalah PNS karier, dan tampak sederhana. Dokter yang bekerja di puskesmas tersebut bersifat umum, yang dikontrak per tahun oleh dinas kesehatan kota. Penetapan kontrak dokter ini melalui mekanisme *review* konsil yang terdiri atas orang dinas dan puskesmas. Gaji dokter berkisar 45 ribu dolar per tahun. Menurut sang direktur, besar gaji ini tidak jauh berbeda dari rata-rata dokter bekerja di swasta, ya kira-kira 80% dokter swasta. Meski demikian, dokter puskesmas tersebut masih juga mendapat insentif tambahan.

Rekomendasi Kebijakan

Dari Hasil *Short Term Fellowship* dalam *Health Sector Reform* di Vietnam dan Korea Selatan

- Cara Vietnam dalam melakukan akuntabilitas pelayanan kesehatan untuk penduduk miskin bisa dicontoh. Daftar penduduk miskin dibuat oleh pamong desa dan dipajang sampai dengan di tingkat rukun warga dan dusun agar bisa diketahui oleh seluruh masyarakat. Cara ini bisa membantu menghilangkan penyalahgunaan dalam pemberian kartu sehat.
- Pemerintah tetap harus terlibat dalam penyelenggaraan *public good* dalam sektor kesehatan. Kebijakan pemberian dana untuk masyarakat miskin sebaiknya melalui subsidi

pelayanan maupun premi asuransi. Hal ini menjadi tekanan di Korea. Disamping dukungan dana tetap pada pusat-pusat pelayanan kesehatan pemerintah seperti *public health center*, pemerintah Korea juga membayar premi untuk program *medicare* keluarga miskin dan orang tua.

- Pemerintah tidak usah ragu untuk memperbesar pungutan pajak tembakau, rokok dan alkohol yang sebagian pengumpulannya dialokasikan untuk sektor kesehatan. Upaya ini sudah dilakukan di Korea secara terbuka.
- Peran dari dusun atau desa seperti yang telah dilaksanakan dalam posyandu perlu diperkuat hingga pada tingkat pengelolaan kader yang bisa bekerja di puskesmas pembantu. Kader dimasukkan dalam struktur organisasi puskesmas pembantu. Termasuk peran dari pemerintah kecamatan dalam kegiatan puskesmas. Upaya ini telah berjalan di Vietnam.
- Upaya kemitraan antara Dinas Kesehatan dan LSM setempat ini perlu diperkuat untuk peningkatan alokasi dana pemberdayaan masyarakat.
- Pemerintah perlu mempertimbangkan kembali hubungan sejajar antara rumah sakit daerah dan dinas kesehatan. Di Vietnam, rumah sakit daerah masih berada dalam kelembagaan dinas kesehatan. Dengan demikian, penanganan masalah kesehatan lebih cepat dan mudah ditindaklanjuti.
- Pemerintah perlu membatasi dan menetapkan secara tegas paket pelayanan yang bisa ditanggung oleh asuransi kesehatan sosial. Pengalaman di Korea maupun Vietnam, hal ini ditulis secara jelas dalam brosur-brosur asuransi pemerintah, agar masyarakat memahami mana yang menjadi haknya dan mana yang harus dibayar sendiri.
- Pegawai di Korea dan Vietnam tampak memiliki disiplin yang kuat karena pejabat di tingkat atas berlaku sebagai contoh atau *role model* dalam penegakan aturan atau kedisiplinan. Salah satu faktor penting adalah azas kebersamaan.
- Pemerintah harus dan tidak ragu meningkatkan anggaran bidang kesehatan karena hal itu disadari sebagai suatu investasi dan memperoleh mutu pelayanan yang memadai. Sebagai contoh, gaji tenaga kesehatan pemerintah di Korea tidak jauh berbeda dari mereka yang bekerja di swasta. Bangunan puskesmas di Korea tidak jauh berbeda dengan rumah sakit swasta modern. Puskesmas di kota Seoul memiliki fasilitas yang lengkap termasuk test *Western Blot* untuk HIV.
- Puskesmas diharapkan lebih banyak berperan dalam promosi dan pencegahan penyakit. Fungsi pengobatan baik di Vietnam dan Korea lebih dilakukan oleh klinik dan rumah sakit.
- Asuransi kesehatan nasional tampaknya pilihan yang tepat, seperti dilakukan di Korea. Sistem ini memungkinkan kontrol terhadap mutu maupun biaya pelayanan, dan yang terpenting adalah akses pelayanan untuk semua warga. Meskipun demikian, pelayanan kesehatan kita disesuaikan dengan kemampuan ekonomi negara.

Suasana diskusi di Kihasa, Korea Selatan

