



MODUL
Ekonomi Kesehatan
(KMS 122)

Materi 14
Universal Health Coverage

Disusun Oleh
Anggun Nabila

UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2020

Universal Health Coverage

Universal Health Coverage (UHC) berdasarkan konstitusi WHO tahun 1948, menyatakan kesehatan sebagai hak asasi manusia yang fundamental dan agenda Health for All yang ditetapkan oleh deklarasi Alma Ata pada tahun 1978. Kesehatan dan perlindungan yang lebih baik bagi masyarakat termiskin di dunia. Dalam UHC berarti bahwa semua orang dan masyarakat dapat menggunakan layanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif yang mereka butuhkan, dengan kualitas pelayanan yang cukup dan efektif, sementara juga memastikan bahwa penggunaan layanan ini tidak membuat pengguna layanan mengalami kesulitan keuangan.

Definisi UHC dapat disimpulkan bahwa:

1. Kesetaraan dalam akses ke layanan kesehatan - setiap orang yang membutuhkan layanan harus mendapatkannya, tidak hanya mereka yang dapat membayarnya;
2. Kualitas layanan kesehatan harus cukup baik untuk meningkatkan kesehatan mereka yang menerima layanan; dan
3. Orang-orang harus dilindungi dari risiko finansial, memastikan bahwa biaya penggunaan layanan tidak menempatkan orang dalam risiko kerugian finansial.

Universal health coverage merupakan satu kondisi di mana masyarakat menerima pelayanan kesehatan secara menyeluruh, atau negara telah memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan bagi seluruh warganya. Hal ini untuk mengurangi out of pocket dan pengeluaran katastrofik serta mencegah terjadinya kemiskinan yang disebabkan oleh kehilangan pendapatan akibat sakit.

Beberapa model universal health coverage:

Model Bismarck

Dikenal dengan social health insurance, memiliki prinsip asuransi sosial atau kepesertaan bersifat wajib. Diperkenalkan oleh Otto von Bismarck pada tahun 1815-1898. Bismarck mempelopori asuransi kesehatan sosial dengan mewajibkan pekerja mengumpulkan dana kesakitan (sickness fund). Sicknessfund bertujuan untuk melindungi pekerja dari risiko sakit, kecelakaan, dan kecacatan.

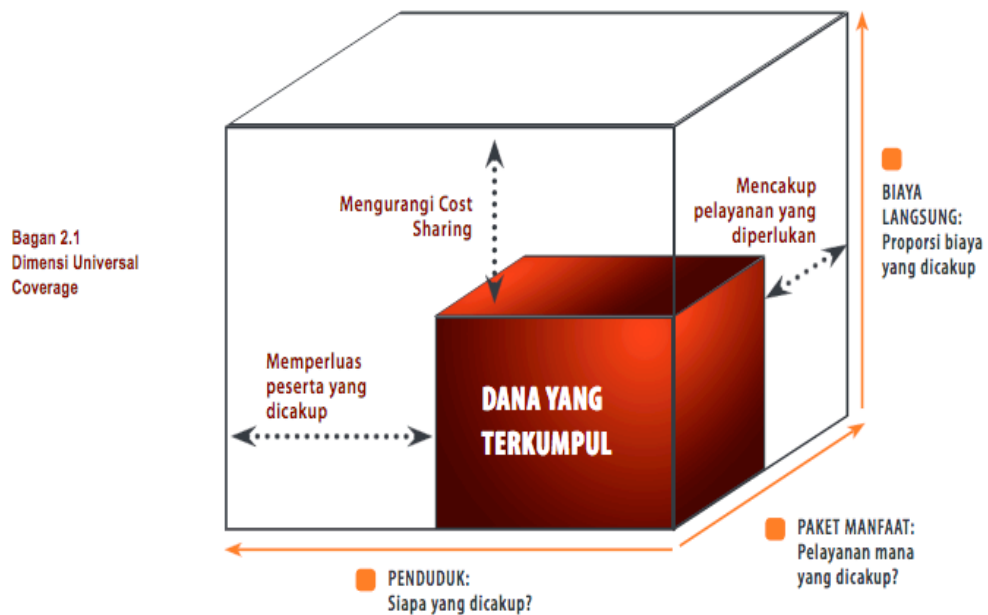
Model Beveridge

Dikenal dengan tax based systems, di mana pembiayaan untuk kesehatan bersumber dari pajak. Dipelopori oleh William Beveridge pada tahun 1879-1963. Beveridge mempelopori pelayanan kesehatan berbasis pajak, untuk meng-cover seluruh layanan preventif dan kuratif bagi warga Inggris. Model ini melahirkan organisasi NHS (National Health Service) tahun 1948, sehingga sering disebut NHS Model.

Tantangan dalam Universal Health Coverage :

1. Cakupan penduduk : proporsi populasi yang memiliki akses ke perawatan yang terjangkau dan berkualitas;
2. Cakupan pelayanan/ manfaat: jangkauan layanan berkualitas yang dapat diakses yang tersedia bagi populasi yang membutuhkan,
3. Cakupan biaya: proporsi biaya perawatan kesehatan yang dicakup oleh sistem pembiayaan.

Pengertian Universal Health Coverage menurut WHO, adalah menjamin semua orang mempunyai akses kepada layanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dibutuhkan, dengan mutu yang memadai sehingga efektif, disamping menjamin pula bahwa layanan tersebut tidak menimbulkan kesulitan finansial penggunanya.



SUMBER:
WHO, The World Health Report. Health System Financing: the Path to Universal Coverage, WHO, 2010, p.12

Dalam hal ini, yang tidak termasuk dalam universal health coverage :

1. Bukan jaminan kesehatan tak terbatas atau pengobatan gratis.
2. bukan semata tentang pembiayaan kesehatan, namun mencakup pengelolaan semua komponen sistem kesehatan.
3. UHC bukan hanya terbatas pada pembiayaan layanan kesehatan dasar minimal, namun harus meningkatkan cakupan pada saat sumber daya sudah makin baik.
4. UHC bukan hanya mencakup kesehatan perorangan, namun mengupayakan kesehatan masyarakat termasuk promosi kesehatan, penyediaan air bersih, pengendalian nyamuk, dsb.
5. UHC bukan hanya mengenai peningkatan kesehatan, namun juga langkah menuju ekuiti, prioritas pembangunan, serta inklusi dan kohesi sosial.

Universal Health Coverage adalah program yang memastikan masyarakat memiliki akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tanpa harus menghadapi kesulitan finansial. Hal ini ditunjang dengan pelayanan fasilitas kesehatan yang berkualitas. UHC merupakan salah

satu cita-cita Pemerintah Indonesia, yaitu dengan meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan dan derajat kesehatan akan berkontribusi pada status psikologi yang kuat. Selain itu UHC juga menjadi jalan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, melindungi dari resiko finansial akibat pelayanan kesehatan khususnya penyakit katastropik. Indonesia sudah mengambil langkah signifikan dengan menggunakan Jaminan Kesehatan Nasional yang merupakan integrasi dari berbagai bentuk jaminan kesehatan yang telah diterapkan sebetulnya. Dalam mencapai Universal Health Coverage, ada 16 indikator di mana terdiri dari jenis layanan kesehatan dasar.

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA **#HEALTHFORALL** **GERMAS**

16 INDIKATOR UNIVERSAL HEALTH COVERAGE (UHC)

16 jenis layanan kesehatan dasar, dalam 4 kategori:

<p>I. KIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga Berencana (KB) 2. Antenatal Care (ANC) 3. Imunisasi 4. Pneumonia 	<p>II. Penyakit Menular</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Tuberkulosis (TBC) 6. Human Immunodeficiency Virus (HIV) 7. Malaria 8. Sanitasi
<p>III. Penyakit Tidak Menular (PTM)</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Tekanan darah 10. Glukosa darah 11. Kanker serviks 12. Tembakau 	<p>IV. Kapasitas dan Akses</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Akses RS 14. Tenaga Kesehatan 15. Farmasi 16. International Health Regulations (IHR)

(Sumber: www.who.int)

www.p2ptm.kemkes.go.id
[@p2ptmkemenkesRI](https://www.facebook.com/p2ptmkemenkesRI)
[@p2ptmkemenkesRI](https://twitter.com/p2ptmkemenkesRI)
[@p2ptmkemenkesRI](https://www.instagram.com/p2ptmkemenkesRI)

Manfaat Program JKN dalam mencapai universal health coverage

Berdasarkan data BPJS Kesehatan 1 April 2018, ada 165 juta jiwa atau 75% dari jumlah penduduk Indonesia sudah menjadi peserta JKN. Sementara target Pemerintah pada Januari 2019 sekitar 95% atau 257,5 juta jiwa penduduk Indonesia sudah menjadi peserta JKN. Hal ini untuk mewujudkan UHC di Indonesia sesuai target yang ditetapkan. Pemerintah membayarkan iuran bagi fakir miskin dan tidak mampu sebagai upaya meningkatkan akses pelayanan kesehatan untuk golongan ini. Hal tersebut sesuai dengan UU No. 40 tahun 2004. Penerima Bantuan Iuran (PBI) terus meningkat dari tahun ke tahun sejak program JKN diterapkan. Pada tahun 2014 terdaftar 86,4 juta dan pada tahun 2017 menjadi 92,4 juta jiwa. Jumlah PBI ini akan terus meningkat.

Selain itu, perkembangan jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan juga meningkat. Pada tahun 2014 sekitar 18.437 FKTP yang telah bekerja sama dengan BPJS, pada akhir tahun 2017 menjadi 21.763 atau terjadi peningkatan sekitar 18%. Sementara untuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) yang bekerjasama dengan program JKN pada tahun 2016 terdapat 1.681 FKTL, meningkat 36% menjadi 2.292 FKTL di akhir 2017. Dari total FKTL yang berpartisipasi, rumah sakit milik Pemerintah masih mendominasi sebanyak 52,2% dan rumah sakit swasta sebanyak 47,8%.

Potret pemanfaatan JKN terlihat dari jumlah kunjungan yang meningkat setiap tahunnya. Hal ini menunjukkan program JKN menjawab kebutuhan masyarakat Indonesia dalam pelayanan kesehatan. Program JKN harus dijaga sebagai program yang berkelanjutan. Setiap peserta berhak memperoleh manfaat Jaminan Kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Universal health coverage menuntut upaya pelayanan kesehatan yang maksimal bagi masyarakat. Mutu pelayanan bukan hanya ditentukan premi, melainkan juga ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan, harus

seimbang antara jaminan dan akses. Sebesar apa pun premi, jika belum ada pemerataan fasilitas kesehatan di seluruh pelosok Tanah Air, tujuan utama dari pelaksanaan universal health coverage tidak akan tercapai.

Daftar Pustaka

1. Wonderling, David; Reinhold Gruen & NickBlack (2005), *Introduction to Health Economics*, England: London School of Hygiene & Tropical Medicine
2. Stephen Morris, Nancy Devlin, David Parkin (2007): *Economic analysis in health care*, England: John Wiley and sons Ltd
3. *Introduction to economics (macro and micro economics): selected topics* : John Sloman (2006) *Essential of Economics*, 4th ed, Prentice Hall
4. Feldstein: *Health Care Economics*
5. Ann Mills. *Health Economics for Developing Countries, a survival kit*
6. Alan Sorkin: *Health Economics*
7. Drummond: *Methods for the economic evaluation of health care programmes*
8. Karen L. Rascati. *Essential of pharmacoeconomics*
9. Adisasmitho, Wiku (2007), *Sistem Kesehatan*, Jakarta: PT. Rajagrafindo Persada