

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

(Isu Terkini AKK)

Ade Heryana, S.St, M.KM

heryana@esaunggul.ac.id

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah membaca modul ini diharapkan mahasiswa dapat:

1. Menjelaskan pengertian *Universal Health Coverage* (UHC)
2. Menjelaskan kondisi UHC di beberapa negara
3. Menjelaskan kondisi UHC di Indonesia
4. Menjelaskan upaya-upaya yang harus dicapai agar terwujud UHC

PENDAHULUAN

Pemerintah menargetkan 95% masyarakat pada tahun 2019 terdaftar sebagai anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan mendapat akses pelayanan kesehatan dasar, atau pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) hingga 95% seluruh populasi Indonesia pada tahun 2019. Hal ini disebabkan Indonesia juga sudah meratifikasi *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang di dalamnya terdapat tujuan mencapai UHC.

WHO mendefinisikan *Universal Health Coverage* sebagai kondisi yang memastikan bahwa seluruh penduduk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan kualitas yang memadai dan efektif, serta memastikan bahwa seluruh penduduk tidak mengalami kesulitan finansial ketika membayar jasa pelayanan kesehatan. Menurut WHO, UHC tercapai jika terdapat (Tulchinsky, 2018):

- a. Kesehatan prima sebagai modal dalam pembangunan sosial ekonomi berkelanjutan dan mengurangi kemiskinan
- b. Akses terhadap pelayanan kesehatan dasar yang dibutuhkan untuk menjaga dan memelihara kesehatan
- c. Perlindungan terhadap penduduk agar tidak mengalami kesulitan ekonomi akibat membayar biaya pelayanan kesehatan.

Dengan demikian UHC bukan hanya kondisi dimana seluruh penduduk tercover jaminan kesehatan, namun juga seluruh penduduk dapat mengakses pelayanan kesehatan serta dapat memperoleh obat serta vaksin yang aman dengan harga terjangkau.

UHC sendiri merupakan bagian dari 17 tujuan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs). Tujuan ke-3 dari SDGs berfokus pada memastikan kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan bagi seluruh kalangan. Untuk mencapai hal tersebut, maka dibutuhkan upaya-upaya pencapaian UHC yang meliputi (Agyepong, 2018):

1. Perlindungan terhadap risiko finansial¹ bagi seluruh masyarakat
2. Akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi seluruh masyarakat
3. Akses terhadap pengobatan dan imunisasi yang aman, bermutu, dan terjangkau bagi seluruh masyarakat.

WHO dan Bank Dunia menargetkan 80% penduduk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar dan 100% penduduk mendapat perlindungan risiko finansial. Untuk mengukur UHC tersebut WHO telah membuat kerangka kerja yang terdiri dari 3 indikator yaitu (Han, et al., 2018):

- a. Cakupan pelayanan kesehatan dasar
- b. Perlindungan risiko keuangan
- c. Keadilan dalam pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk (equity).

UHC DI BERBAGAI NEGARA

UHC di Afrika dibangun dalam sistem kesehatan yang mengutamakan pencegahan terhadap penyakit menular, yang terfokus pada penanganan penyakit pada episode akut. Dengan demikian UHC di negara-negara Afrika berarti bahwa setiap masyarakat dapat mengakses pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif (Osakunor, Sengeh, & Mutapi, 2018).

Untuk mencapai UHC dibutuhkan kemauan politik pemerintah yang berkuasa. Seperti halnya di negara Rwanda (Afrika) yang pada tahun 2015 berhasil mencapai cakupan 86,1% penduduk yang terdaftar dalam asuransi kesehatan sosial, dan sekitar 87% jika digabung dengan asuransi swasta lainnya. Untuk mencapai ini memerlukan proses politik yang panjang (Chemouni, 2018).

Di negara Myanmar, UHC ditargetkan mencapai 100% pada tahun 2030. Pada tahun 2018 belum menunjukkan indikator yang memuaskan. Sebuah penelitian menunjukkan

¹ Risiko finansial adalah kemungkinan kerugian secara materil yang dihadapi seseorang akibat kejadian tertentu yang tidak diinginkan (seperti: menderita penyakit atau kecelakaan)

bahwa indikator pelayanan kesehatan masih di bawah target 80%. Sebanyak 14,6% rumah tangga mengalami katastropik (yaitu harus kehilangan sebagian besar hartanya) saat membayar pelayanan kesehatan. Ada sekitar 2% rumah tangga yang tidak miskin menjadi miskin ketika membayar sendiri pelayanan kesehatan (Han, et al., 2018).

Beberapa negara telah mencapai 100% UHC dan membutuhkan waktu yang lama untuk mencapainya, seperti Jerman, Kanada, Amerika Serikat, Inggris, Norwegia, Denmark dan Swedia. Jerman sejak tahun 1880 telah menerapkan asuransi kesehatan sosial sebagai bagian dari jaminan sosial yang dinamakan dengan *Sick Funds*. Beberapa negara telah mengadopsi sistem kesehatan yang diterapkan Jerman, termasuk Indonesia. Sementara di Kanada UHC diperoleh dengan membiayai kesehatan provinsi yang berasal dari pajak. Amerika Serikat menerapkan jaminan sosial bagi Lansia dan orang miskin dengan Social Security Act of 1935 pada masa presiden Lyndon Johnson. Kemudian dilanjutkan oleh Barrack Obama dengan memperluas cakupan jaminan sosial melalui Affordable Care Act of 2010. Inggris dan negara sekutunya seperti Irlandia, Skotlandia dan Wales, membentuk *National Health Service* (NHS) pada tahun 1948 yang membentuk pelayanan kesehatan semi independen (Tulchinsky, 2018).

Taiwan adalah salah satu negara Asia yang sudah mencapai 100% UHC. Sejak tahun 1995 Taiwan sudah menerapkan program asuransi kesehatan sosial (catatan: mirip JKN di Indonesia). Untuk mencapai UHC, Taiwan menerapkan empat strategi antara lain (Lu & Chiang, 2018):

1. Meningkatkan kemitraan antara swasta dengan pemerintah dalam mengembangkan sumberdaya kesehatan dalam bentuk insentif dan subsidi pajak;
2. Memperbaiki ketimpangan distribusi sumberdaya kesehatan melalui kebijakan yang memberikan insentif dan kebijakan yang efektif;
3. Mempertahankan kualitas pelayanan melalui program akreditasi dan lisensi;
4. Meningkatkan pembuatan kebijakan yang berbasis bukti (*evidence-based policy making*).

UHC DI INDONESIA

Indonesia merupakan negara kepulauan terbesar di dunia dengan jumlah penduduk lebih dari 250 juta jiwa. Kondisi ini menyebabkan pemerintah harus menghadapi tantangan pengelolaan, komunikasi, transportasi dan keadilan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dasar bagi seluruh masyarakat. Untuk mengatasi tantangan ini pada tahun 1999 pemerintah menerbitkan UU No.2 yang memberikan ruang desentralisasi lebih besar kepada pemerintah daerah. Undang-undang ini kemudian disahkan oleh DPR pada tahun 2004. Dampak dari sistem desentralisasi tersebut, pemerintah daerah (walikota dan bupati) memiliki tanggung jawab utama dalam pelayanan kesehatan, dengan dukungan teknis dan keuangan dari pemerintah pusat atau pemerintah provinsi. Transisi ini

memberikan kewenangan yang lebih besar bagi pemerintah daerah untuk melayani masyarakat (Mboi, et al., 2018).

Pada tahun 1968 Indonesia sebenarnya sudah memiliki skema asuransi kesehatan yang hanya diberikan kepada pegawai negeri sipil (PNS/ASN) dan pegawai pemerintah. Tahun 1992 diluncurkan skema asuransi bagi pegawai swasta yang bersifat tidak wajib yaitu Jamsostek atau Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Clark, O'Dwyer, Chapman, & Rolfe, 2018). Sejak tahun 2014 pemerintah mulai menjalankan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang bertujuan untuk memberikan cakupan pelayanan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Pemerintah menanggung premi/iuran JKN bagi masyarakat miskin atau hampir miskin. Bagi masyarakat miskin yang ditanggung pemerintah, jumlah kepesertaan meningkat dari 86,4 juta penduduk (2014) menjadi 111,6 juta (2017). Dari 111,6 juta penduduk ini, sebanyak 92,2 juta ditanggung pemerintah pusat dan 19,4 juta ditanggung pemerintah daerah. Pemerintah menargetkan pada tahun 2019 jumlah kepesertaan JKN mencapai 95% (Mboi, et al., 2018).

Data pada 1 Juli 2017 menunjukkan bahwa JKN telah melakukan kerjasama dengan 26.000 fasilitas kesehatan di 34 provinsi, melayani 180,7 juta peserta JKN (68% dari total populasi Indonesia). Lebih dari Rp 57 triliun telah dibelanjakan untuk melayani 100 juta kasus rawat jalan dan 40 juta kasus rawat inap (Mboi, et al., 2018).

Upaya mencapai UHV di Indonesia tidak berjalan dengan mulus, namun menghadapi berbagai tantangan. Tantangan yang harus dihadapi Indonesia dalam mencapai Universal Health Coverage antara lain (Clark, O'Dwyer, Chapman, & Rolfe, 2018):

1. Kurangnya sumberdaya manusia kesehatan
2. Kurangnya infrastruktur kesehatan
3. Lemahnya struktur kebijakan yang menyebabkan kurangnya kualitas pelayanan kesehatan
4. Isu kapasitas fiskal

Meskipun menghadapi berbagai tantangan, pemerintah tetap menjalankan upaya agar tercapai UHC. Sebuah studi merekomendasikan empat langkah untuk menjaga agar UHC berjalan secara berkesinambungan di Indonesia (Ly, 2018):

- a. Reformasi kebijakan baik dalam jangka panjang maupun menengah
- b. Reformasi sektor non-kesehatan agar dapat meningkatkan pendapatan pelayanan publik dan menambah skala sektor formal;
- c. Kebijakan lintas sektor untuk memperkuat permintaan terhadap asuransi kesehatan dan meningkatkan kualitas pemberian pelayanan;

- d. Revisi terhadap skema asuransi yang mempertimbangkan rasionalitas manfaat pelayanan kesehatan, mereformasi skema pembayaran kepada pemberi pelayanan kesehatan dan mempertimbangan cost-sharing.

Lalu secara garis besar, bagaimana sebenarnya kondisi UHC di Indonesia? Sebuah studi merangkum kondisi implementasi UHC di 11 negara pada tahun 2016 sebagaimana ditampilkan pada tabel 1. Berdasarkan tabel 1 tersebut, negara Indonesia pada tahun 2016 masih berada pada tahap kedua menuju UHC dibandingkan dengan negara-negara lainnya. Indonesia baru memulai inisiasi program UHC di berbagai daerah, dan sedang dilakukan implementasi. Indonesia masih membutuhkan pengembangan sistem lebih lanjut dan pengembangan kapasitas untuk memastikan cakupan pelayanan kepada penduduk yang belum tercover. Dari sisi cakupan UHC, penduduk Indonesia secara substansif sudah dapat mengakses pelayanan dengan bantuan finansial, namun penduduk yang tercover belum semuanya, meliputi pelayanan dan bantuan finansial (Reich, et al., 2016).

Studi lain menunjukkan sejak tahun 1990-2016 di Indonesia telah terjadi peningkatan Umur Harapan Hidup sebesar 8 tahun terutama melalui pengurangan penyakit menular, maternal, neonatal, dan gizi. Beban penyakit menular, maternal, neonatal, dan gizi tetap tinggi meskipun terdapat peningkatan prevalensi penyakit tidak menular. Biaya pemberian pelayanan kesehatan meningkat secara bermakna dan menjadi penghambat dalam pencapaian UHC di Indonesia (Mboi, et al., 2018).

Tabel 1. Perbandingan Implementasi UHC di 11 Negara

No	Negara	Status Kebijakan dan Program UHC	Status Cakupan Pelayanan Kesehatan
1	Bangladesh dan Ethipia	Masih diagendakan, baru tahap pilot project dan mengembangkan sistem baru	Cakupan rendah, masih tahap awal UHC
2	Ghana, Indonesia, Peru, dan Vietnam	Mulai inisiasi program di berbagai lokasi, sedang dilakukan implementasi; membutuhkan pengembangan sistem lebih lanjut dan pengembangan kapasitas untuk memastikan cakupan pelayanan kepada penduduk yang belum tercover.	Secara substansif penduduk sudah dapat mengakses pelayanan dengan bantuan finansial, namun penduduk yang tercover belum semuanya dan cakupan yang belum meliputi pelayanan dan bantuan finansial.
3	Brazil, Thailand, dan Turki	Ada kemauan politik yang kuat dari pemerintah dan masyarakat untuk mereformasi kebijakan dan pendanaan; Sedangkan dikembangkan sistem dan program yang bertujuan	Tercapai UHC namun pemerintah masih fokus pada peningkatan bantuan finansial dan mutu pelayanan kesehatan

No	Negara	Status Kebijakan dan Program UHC	Status Cakupan Pelayanan Kesehatan
		memperoleh permintaan baru.	
4	Perancis dan Jepang	Sistem dan program UHC sudah mapan; Dibutuhkan penyesuaian-penyesuaian untuk mengantisipasi perubahan permintaan dan peningkatan biaya.	Tercapai UHC yang komprehensif dengan bantuan finansial yang efektif dan akses terhadap pelayanan kesehatan

Bagaimana perkembangan UHC di Indonesia pada tahun 2017? Dalam laporan WHO yang berjudul *“Monitoring Progress on Universal Health Coverage and the Health-related Sustainable Development Goals in The South-Asia Region”*, WHO memaparkan tentang kondisi UHC di Indonesia sampai dengan tahun 2017 sebagai berikut (World Health Organization, 2018):

a. Usia Harapan Hidup

Sejak tahun 2000-2016 usia harapan hidup mengalami peningkatan 3 tahun. Pada tahun 2000 rata-rata usia harapan hidup adalah 66,3 tahun sedangkan tahun 2016 rata-rata mencapai 69,3 tahun. Sedangkan rata-rata waktu hidup sehat di Indonesia sejak tahun 2000-2016 juga mengalami peningkatan 2,3 tahun yaitu 59,4 tahun (2000) dan 61,7 tahun (2016).

b. Cakupan pelayanan kesehatan

1. Cakupan pelayanan kespro: Keluarga Berencana 79%, Perawatan kehamilan 85%, Perawatan terhadap risiko pneumonia 69%, dan Imunisasi anak 81%.
2. Cakupan pelayanan penyakit infeksi: Terapi ARV 13%, Pencegahan malaria 100%, Akses terhadap sanitasi dasar 68%, dan Pengobatan TB 36%.
3. Cakupan pelayanan penyakit tidak menular: Normotensi 76%, Glukosa puasa normal 92%, dan Tidak menggunakan tembakau 64%.
4. Lainnya: Kepatuhan terhadap regulasi kesehatan internasional (IHR) 99%, Jumlah bed terhadap populasi 33 per 10.000 penduduk, Jumlah pekerja yang sehat 55 per 10.000 penduduk
5. UHC service coverage index 61%.

c. Perlindungan finansial

1. Jumlah penduduk yang jatuh miskin akibat membayar sendiri jasa pelayanan kesehatan mencapai 0,8% atau sekitar 2.000.000 penduduk

2. Jumlah penduduk yang mengeluarkan lebih dari 10% belanja rumah tangga untuk membiaya pelayanan kesehatan mencapai 3,6% dari populasi.

d. Equity (2000-2015)

1. Tingkat mortalitas balita mengalami penurunan, dengan tingkat kesenjangan antara rural dan urban tidak mengalami perubahan
2. Cakupan ANC mengalami peningkatan, dengan tingkat kesenjangan antara rural dan urban tidak mengalami perubahan
3. Sanitasi dasar mengalami peningkatan, dengan tingkat kesenjangan antara rural dan urban semakin menipis
4. Prevalensi penggunaan kontrasepsi modern tidak mengalami peningkatan, namun tingkat kesenjangan antara rural dan urban semakin menipis
5. Cakupan imunisasi semakin meningkat, dengan tingkat kesenjangan antara rural dan urban semakin menipis

Berdasarkan laporan WHO tersebut, kondisi UHC di Indonesia pada tahun 2017 masih belum mencapai target yang diharapkan, baik dari sisi perlindungan finansial maupun dari sisi cakupan pelayanan kesehatan.

UPAYA MENCAPAI UHC

WHO juga merekomendasikan enam fondasi untuk mencapai UHC di suatu negara antara lain (Tulchinsky, 2018):

1. Pembiayaan kesehatan yang memadai yang ditunjang dengan penggabungan risiko (*pooling risk*);
2. Tenaga kesehatan yang terlatih dengan remunerasi yang memadai
3. Ketersediaan informasi yang mendukung pembuatan kebijakan dan pengambilan keputusan;
4. Manajemen logistik yang baik untuk memperoleh obat, vaksin, dan teknologi yang dibutuhkan;
5. Fasilitas kesehatan yang terpelihara dengan baik, dan dikelola sebagai bagian dari pemberian pelayanan serta bekerjasama dengan jejaring;
6. Kepemimpinan yang memiliki kekuatan dalam menentukan aturan main, memberi arahan yang jelas, dan menghimpun energi pemangku kepentingan termasuk komunitas dan lintas sektor.

Berdasarkan studi terhadap implementasi UHC di 11 negara pada tahun 2016, diperoleh kesimpulan bahwa:

- a. Pencapaian UHC membutuhkan komitmen kebijakan jangka panjang, baik secara teknis pengetahuan maupun politik. Negara membutuhkan kemauan politik pemerintah yang memiliki visi dan komitmen untuk mendanai pengembangan institusi, administrasi, dan pemerintahan yang baik. Solusi teknis dibutuhkan bersamaan dengan strategi yang pragmatis dan inovatif.
- b. Pencapaian UHC merupakan proses yang kompleks, penuh dengan tantangan, terdapat berbagai kemungkinan metode, dan berbagai perangkat/jebakan namun masih dalam batas yang normal dan layak.

MENGUKUR PENCAPAIAN UHC

Tidak ada formulasi khusus untuk mengukur pencapaian UHC pada suatu negara. WHO dalam laporan terakhir menggunakan empat indikator yang sebenarnya menggunakan ukuran pendekatan. Indikator tersebut adalah Usia Harapan Hidup, Cakupan Pelayanan Kesehatan, Perlindungan Finansial, dan Equity dalam pelayanan kesehatan.

Sebuah studi mengusulkan cara pengukuran pencapaian IHC menggunakan 16 indikator yang terbagi menjadi empat kelompok utama. Adapun indikator-indikator tersebut adalah (Hogan, Stevens, Hossienpoor, & Boerma, 2018):

1. Kesehatan reproduksi, Maternal, Bayi, dan Anak
 - a. Keluarga Berencana. Indikator ini diukur berdasarkan permintaan terhadap metode kontrasepsi modern pada wanita berusia 15-49 tahun yang telah menikah atau berdasarkan persetujuan.
 - b. Pelayanan kehamilan. Indikator ini diukur berdasarkan kunjungan ke pelayanan Ante Natal Care (ANC) sejumlah 4 kali atau lebih.
 - c. Imunisasi pada anak. Indikator ini diukur berdasarkan jumlah anak-anak usia 1 tahun yang menerima tiga dosis vaksin yakni Difteri, Tetanus, dan Pertusis.
 - d. Pelayanan kesehatan anak. Indikator ini diukur sebagai perilaku mencari pelayanan kesehatan pada anak-anak yang memiliki risiko pneumonia.
2. Penyakit menular
 - a. Penanganan TB Paru. Indikator ini diukur sebagai cakupan pelayanan TB Paru yang efektif.
 - b. Penanganan HIV. Indikator ini diukur sebagai jumlah orang dengan HIV positif yang mendapatkan pengobatan Antiretroviral (ARV).

- c. Pencegahan malaria. Indikator ini diukur sebagai jumlah penduduk di lokasi endemi malaria yang tidur menggunakan jaring-jaring (kelambu) anti insektisida.
 - d. Air dan sanitasi. Indikator ini diukur sebagai jumlah rumah tangga yang minimal telah memiliki sanitasi dasar.
3. Penyakit tidak menular
- a. Pencegahan penyakit kardiovaskular. Indikator ini diukur sebagai prevalensi jumlah penduduk yang tidak mengalami hipertensi berdasarkan status pengobatan.
 - b. Penanganan diabetes. Indikator ini diukur berdasarkan rata-rata level glukosa puasa dalam darah.
 - c. Deteksi dan pengobatan kanker. Indikator ini diukur sebagai jumlah wanita berusia 30-49 tahun yang melakukan deteksi dini kanker serviks.
 - d. Pengendalian tembakau. Indikator ini diukur sebagai jumlah orang dewasa berusia 30 tahun yang tidak merokok tembakau selama 30 hari terakhir.
4. Kapasitas dan akses pelayanan kesehatan
- a. Akses terhadap rumah sakit. Indikator ini diukur sebagai tingkat jumlah tempat tidur di rumah sakit per jumlah penduduk.
 - b. Tingkat petugas kesehatan. Indikator ini diukur sebagai jumlah tenaga kesehatan profesional per jumlah penduduk, terdiri dari dokter, psikiater, dan ahli bedah.
 - c. Akses terhadap obat-obat esensial. Indikator ini diukur sebagai proporsi jumlah faskes yang mampu menyediakan obat-obat esensial sesuai dengan rekomendasi WHO.
 - d. Jaminan kesehatan. Indikator ini diukur sebagai indeks kemampuan meratifikasi *International Health Regulation* (IHR).

KESIMPULAN

Universal Health Coverage (UHC) merupakan tujuan yang telah disepakati oleh seluruh negara di dunia sesuai dengan Sustainable Development Goals (SDGs). Indonesia telah meratifikasi tujuan ini sehingga harus menjalankan upaya UHC bagi penduduknya.

Implementasi UHC di negara-negara maju sebagian besar sudah diimplementasikan dengan baik. Hal ini didukung dengan sistem kesehatan dan regulasi di negara-negara

maju yang telah mapan. Sementara implementasi UHC di negara-negara berkembang khususnya Afrika dan Asia belum tercapai dan masih dalam inisiasi program dan kebijakan, termasuk Indonesia.

Berdasarkan studi tentang implemetasi UHC pada tahun 2016 di Indonesia dan laporan WHO pada tahun 2017, pencapaian UHC di Indonesia masih dalam tahap pengembangan sistem dan kebijakan yang mendukung perlindungan finansial dan cakupan pelayanan kesehatan. Berbagai tantangan dan hambatan menyebabkan implemetasi UHC belum tercapai.

Proses pencapaian UHC merupakan pekerjaan jangka panjang yang membutuhkan kemauan politis seluruh pihak dan dijalankan secara lintas sektoral.

DAFTAR ISTILAH PENTING

Cost-sharing

Evidence-based policy making

Health equity

Kapasitas fiskal

Kesehatan prima

National Health Service

Perlindungan finansial

Pooling risk

Sick Funds

Sustainable Development Goals (SDGs)

Universal Health Coverage (UHC)

KUIS

Benar atau Salah

1. WHO mendefinisikan *Universal Health Coverage* sebagai kondisi yang memastikan bahwa seluruh penduduk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan kualitas yang

- memadai dan efektif, serta memastikan bahwa seluruh penduduk tidak mengalami kesulitan finansial ketika membayar jasa pelayanan kesehatan [Benar/Salah].
2. UHC merupakan bagian dari 17 tujuan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs). [Benar/Salah]
 3. WHO dan Bank Dunia menargetkan 80% penduduk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar dan 100% penduduk mendapat perlindungan risiko finansial [Benar/Salah].
 4. Beberapa negara telah mencapai 100% UHC dan membutuhkan waktu yang lama untuk mencapainya, seperti Jerman, Kanada, Amerika Serikat, Inggris, Norwegia, Denmark dan Swedia [Benar/Salah].
 5. Taiwan adalah salah satu negara Asia yang sudah mencapai 100% UHC [Benar/Salah].
 6. Pada tahun 2016, Indonesia baru memulai inisiasi program UHC di berbagai daerah, dan sedang dilakukan implementasi [Benar/Salah].
 7. Berdasarkan laporan WHO, kondisi UHC di Indonesia pada tahun 2017 masih belum mencapai target yang diharapkan, baik dari sisi perlindungan finansial maupun dari sisi cakupan pelayanan kesehatan [Benar/Salah].
 8. Pencapaian UHC membutuhkan komitmen kebijakan jangka panjang, baik secara teknis pengetahuan maupun politik [Benar/Salah].
 9. Pencapaian UHC merupakan proses yang kompleks, penuh dengan tantangan, terdapat berbagai kemungkinan metode, dan berbagai perangkat/jebakan namun masih dalam batas yang normal dan layak [Benar/Salah].
 10. Tidak ada formulasi khusus untuk mengukur pencapaian UHC pada suatu negara [Benar/Salah].

LATIHAN SOAL

1. Apakah definisi dari UHC?
2. Sebutkan tantangan bagi Indonesia dalam mencapai UHC!
3. Sebutkan enam fondasi yang diusulkan WHO untuk mencapai UHC!
4. Sebuah studi yang dilakukan Caroline Ly (2018) merekomendasikan empat langkah agar UHC berkesinambungan di Indonesia. Sebutkan!
5. Sebutkan strategi yang dilakukan Taiwan untuk mencapai UHC!

KEPUSTAKAAN

- Agyepong, I. A. (2018, October 8). Universal Health Coverage: Breakthrough or Great White Elephant? *The Lancet*, 1-8.
- Chemouni, B. (2018, June). The Political Path to Universal Health Coverage: Power, Ideas and Community-based Health Insurance in Rwanda. *World Development*, 106, 87-89.
- Clark, G., O'Dwyer, M., Chapman, Y., & Rolfe, B. (2018, January). An Ounce of Prevention is Worth a Pound of Cure: Universal Health Coverage to Strengthen Health Security. *Asia & The Pacific Policy Studies*, 5(1), 155-164.
- Han, S. M., Rahman, M., Rahman, S., Swe, K. T., Palmer, M., Sakamoto, H., . . . Shinbuya, K. (2018, September). Progress Towards Universal Health Coverage in Myanmar: a National and Subnational Assessment. *The Lancet Global Health*, 6(9), e989-e997.
- Lu, J.-f. R., & Chiang, T.-L. (2018, February). Developing an Adequate Supply of Health Services: Taiwan's Path to Universal Health Coverage. *Social Science & Medicine*, 198, 7-13.
- Ly, C. (2018). Essays on Universal Health Coverage in Indonesia. *Publicly Accessible Penn Dissertation*, 2975, 1-150. Pennsylvania, USA: University of Pennsylvania.
- Mboi, N., Surbakti, I. M., Trihandini, I., Elyazar, I., Smith, K. H., Ali, P. B., . . . Hay, S. I. (2018, August 18-24). On the Road to Universal Health Coverage in Indonesia, 1990-2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 392(10147), 581-591.
- Osakunor, D. N., Sengeh, D. M., & Mutapi, F. (2018, October). Universal Health Coverage in Africa: Coinfections and Comorbidities. *Trends in Parasitology*, 34(10), 813-817.
- Reich, M. R., Harris, J., Ikegami, N., Maeda, A., Cashin, C., Araujo, E. C., . . . Evans, T. G. (2016, February 20-26). Moving Towards Universal Health Coverage: Lessons from 11 Country Studies. *The Lancet*, 811-816.
- Tulchinsky, T. H. (2018). Bismarck and the Long Road to Universal Health Coverage. In T. H. Tulchinsky, *Case Study in Public Health* (pp. 131-179). London: Academic Press.
- World Health Organization. (2018). *Monitoring Progress on Universal Health Coverage and the Health-related Sustainable Development Goals in the South-Asia Region*. Geneva: WHO.