

KEBIJAKAN UNTUK MENGATASI INFLASI BIAYA KESEHATAN

Shita Listya Dewi

Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

Tingginya biaya kesehatan bukanlah masalah yang hanya dialami oleh negara-negara berkembang, tetapi negara maju pun isu inflasi biaya kesehatan selalu menjadi topik diskusi yang hangat terutama disaat situasi ekonomi dunia yang belum sepenuhnya pulih. Ada dua pilihan untuk mengatasinya, yaitu: 1) menambah alokasi anggaran kesehatan, dan 2) menekan biaya. Negara Filipina baru saja berhasil meloloskan kebijakan *sin-tax* dari tembakau untuk menambah anggaran kesehatan. Tambahan anggaran ini khususnya diperuntukkan bagi perluasan pelayanan *Phil Health* dan renovasi/modernisasi fasilitas kesehatan. Kebijakan yang sama juga telah diterapkan Negara Thailand sejak bulan Agustus 2012, dimana cukai dari tembakau dan alkohol dialokasikan untuk kesehatan. Bagaimana dengan Negara Indonesia? Prospek untuk mendapatkan tambahan anggaran kesehatan melalui *sin-tax* atau realokasi subsidi Bahan Bakar Minyak (BBM) nampaknya masih dalam wacana perdebatan.

Pilihan kebijakan berikutnya adalah efisiensi biaya, di negara-negara OECD misalnya, inflasi biaya kesehatan selama dekade terakhir rata-rata hanya 4% per tahun (OECD Health at a glance, 2011). Kebanyakan dari Negara OECD memilih kebijakan '*price control*' untuk melakukan efisiensi biaya, yaitu menetapkan *rate* tertentu yang dapat dikenakan oleh dokter kepada pasien untuk berbagai jasa pelayanan yang diterimanya.

Salah satu *best practice* dari kebijakan ini adalah Luxembourg. Negara ini berhasil menekan laju inflasi biaya kesehatan menjadi hanya 0.7% per tahun. Sistem kesehatan di Luxembourg memungkinkan pasien memilih dokter di rumah sakit pemerintah atau swasta. Seluruh *medical fees* di Luxembourg ditetapkan oleh *Caisse de Maladie*. *Fees* ini ditinjau dan direvisi jika perlu setiap tahun dengan melibatkan asosiasi profesi. Pemerintah menetapkan sanksi yang berat bagi dokter yang melanggar, contoh lain adalah Negara Israel. Inflasi biaya kesehatan di Negara Israel hanya 1.5% per tahun. Apa resepnya? Negara Israel menetapkan kebijakan '*cap*' (ambang atas) terhadap pendapatan rumah sakit dan kebijakan kontrak dengan dokter pemerintah. Dengan demikian, bukan hanya jasa dokter yang

diatur, melainkan juga *reimbursement* yang diterima rumah sakit¹.

Di Amerika Serikat satu-satunya negara bagian yang mencoba melakukan kebijakan sejenis adalah Maryland. Selama empat dekade terakhir, pemerintah Negara bagian telah menjalankan kebijakan '*rate-setting*' dimana ditetapkan berapa besar rumah sakit boleh men-charge pasien untuk prosedur dan layanan yang mereka terima. Hasilnya? Maryland mengalami pertumbuhan biaya kesehatan secara kumulatif terendah per admisi dibandingkan negara bagian lain. Namun tidak bisa dipungkiri bahwa kebijakan '*rate-setting*' bukanlah kebijakan yang populer. Sekitar 30 negara bagian lain telah mencoba melakukan kebijakan yang sama namun akhirnya kembali ke sistem *managed-care*. Namun yang cukup mengejutkan adalah temuan RAND corporation mengindikasikan bahwa dokter-dokter di Massachusetts (AS) dengan pengalaman kurang dari 10 tahun justru memiliki biaya pelayanan 13.2% lebih mahal dibanding dokter yang lebih senior, walau pun berada di dalam sistem *managed care*. Fenomena ini terjadi diberbagai pelayanan untuk berbagai tipe penyakit maupun berbagai spesialisasi².

Pada akhirnya, kebijakan *rate-setting* merupakan salah satu alternatif terbaik yang bisa dilakukan suatu negara. Namun, hal ini bukannya tanpa tantangan. Di Amerika Serikat, misalnya, kebijakan *rate-setting* ini menjadi 'kartu' dalam permainan politik, hanya kekuatan kemauan politik yang mampu mengatasi tantangan ini. Bagaimana di Indonesia? Mampukah INA-CBGs mengatasi permasalahan biaya kesehatan yang tinggi? Mampukah kebijakan ini menjadi daya tarik bagi sektor swasta?

REFERENSI

- 1 Strong Government Influence Over The Israeli Health Care Sistem Has Led To Low Rates Of Spending Growth, Health Affairs, 2011;30(9): 1779-1785.
- 2 Physicians With The Least Experience Have Higher Cost Profiles Than Do Physicians With The Most Experience, HealthAffair, 2012;31(11): 2453-2463.