

KEBIJAKAN ASURANSI KESEHATAN TAIWAN (*TAIWAN NATIONAL HEALTH INSURANCE*) DAN PEMBELAJARAN BAGI NEGARA BERKEMBANG

TAIWAN NATIONAL HEALTH INSURANCE POLICY AND LEARNING FOR DEVELOPING COUNTRIES

Ardila Putri¹, Silvia Dian Anggraeni¹, Rika Isnarti¹, Rezya Agnesica H S¹

¹Program Studi Hubungan Internasional, Fakultas Komunikasi dan Diplomasi, Universitas Pertamina

ABSTRAK

Taiwan mendapat apresiasi dari berbagai negara di dunia berkat kemampuannya dalam mengendalikan penyebaran Covid-19. Kesuksesan Taiwan dalam menangani Covid-19 tidak terlepas dari sistem asuransi nasional satu pintu (NHI) yang telah diterapkan Taiwan sejak tahun 1995. Saat ini NHI Taiwan dianggap sebagai asuransi kesehatan nasional terbaik di dunia. Melalui pendekatan kualitatif yang bersifat deskriptif analitis, tulisan ini bertujuan untuk mendeskripsikan kebijakan asuransi kesehatan Taiwan, baik proses lahirnya NHI maupun reformasi yang dilakukan NHI dalam kurun waktu 25 tahun terakhir. Diakhir tulisan ini merekomendasikan beberapa pembelajaran yang bisa diambil oleh negara berkembang terkait dengan NHI Taiwan.

Kata kunci: Asuransi kesehatan nasional, Ekonomi politik kesehatan, NHI, Taiwan

ABSTRACT

Taiwan received appreciation from various countries in the world for its ability to control the spread of Covid-19. Taiwan's success in dealing with Covid-19 is inseparable from the one-stop national insurance system (NHI) that has been implemented by Taiwan since 1995. At present, NHI Taiwan is considered as the best national health insurance in the world. Through a qualitative approach that is analytical descriptive in nature, this paper aims to describe Taiwan's health insurance policies, both the process of the birth of the NHI and the reforms carried out by the NHI in the past 25 years. At the end of this article, we recommend some lessons that can be taken by developing countries related to NHI Taiwan.

Keywords: National health insurance, Political economy of health, NHI, Taiwan

PENDAHULUAN

Taiwan mampu menanggulangi dan menekan penyebaran virus Covid-19 walaupun Taiwan memiliki jarak yang sangat dekat dengan Wuhan dan memiliki konektivitas yang tinggi dengan wilayah-wilayah di Tiongkok terutama dalam jumlah penerbangan. Keberhasilan Taiwan ini salah satunya disebabkan oleh sistem jaminan kesehatan terbaik yang mereka miliki. Tercatat Taiwan memiliki sistem asuransi nasional (*National Health Insurance/NHI*) semenjak tahun 1995 dan saat ini dianggap sebagai salah satu sistem jaminan kesehatan terbaik di dunia. Pada tahun 2020, genap seperempat abad sistem ini berjalan dan terbukti mampu memberikan keadilan sosial dengan meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Taiwan maupun para warga asing yang berada di Taiwan. Hal ini juga dibuktikan oleh survei numbeo yang menempatkan Taiwan di urutan pertama dari 93 negara dalam hal kepuasan terhadap pelayanan kesehatan, 2 kali berturut-turut pada tahun 2019 dan 2020 [1] [2].

Dengan umurnya yang sudah seperempat abad, kajian tentang kebijakan asuransi kesehatan Taiwan ini perlu dilakukan untuk memahami upaya negara dalam menyediakan layanan kesehatan

terbaik dan terjangkau bagi warga negaranya. Sebagai salah satu kebutuhan pokok masyarakat, pelayanan kesehatan mutlak diperlukan. Intervensi pemerintah untuk memastikan layanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas adalah salah satu kunci untuk mewujudkan masyarakat yang bahagia dan sejahtera. Pengalaman Taiwan ini bisa dijadikan salah satu contoh bagi negara berkembang termasuk Indonesia untuk melakukan reformasi kebijakan di bidang kesehatan.

METODE PENELITIAN

Tulisan ini merupakan penelitian yang menggunakan tradisi empirisme yaitu penelitian dengan tujuan untuk menjelaskan sebuah fenomena berdasarkan hasil observasi. Observasi yang dilakukan adalah observasi tidak langsung dimana peneliti memanfaatkan data sekunder dari penelitian-penelitian terdahulu. Data ini dikumpulkan dan dianalisis menggunakan pendekatan kualitatif dengan tujuan untuk mendapatkan pemahaman mendalam mengenai fenomena yang bersangkutan melalui interpretasi terhadap data yang dikumpulkan. Pengumpulan data dilakukan melalui penelusuran di internet terutama melalui *google scholars* dengan kata kunci diantaranya: *Taiwan National Health*

Insurance, The Political Economy of Health, Taiwan Health Policy [3-10]. Penulis menggunakan mekanisme triangulasi data untuk mengukur keabsahan informasi yang dikumpulkan melalui studi literatur. Setelah mendapatkan data dari studi literatur, penulis menyusun tulisan ini dengan terlebih dahulu menjelaskan tentang kondisi sektor kesehatan Taiwan sebelum lahirnya NHI dengan tujuan agar pembaca mendapatkan gambaran sekilas tentang kondisi kebijakan kesehatan Taiwan sebelum adanya NHI. Kondisi ini sama halnya dengan kondisi yang kini banyak dihadapi oleh negara berkembang. Kemudian tulisan ini menjelaskan secara detail proses lahirnya NHI dan transformasi NHI selama 25 tahun terakhir lengkap dengan pro dan kontra terkait kebijakan ini. Diakhir, tulisan ini menjelaskan hal-hal yang bisa dipelajari oleh negara berkembang dari NHI yang telah diterapkan di Taiwan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kondisi Sektor Kesehatan Taiwan Sebelum Lahirnya NHI

Pasca pindahnya pemerintah *Republic of China* dibawah Chiang Kai-shek dari Cina ke Taiwan pada tahun 1949, pemerintah Taiwan telah mulai memikirkan layanan kesehatan untuk masyarakatnya. Setahun setelah kepindahan yaitu pada tahun 1950, pemerintah Kuomintang mencetuskan asuransi tenaga kerja, sebuah skema asuransi umum untuk pekerja mencakup perlindungan kesehatan dan kecelakaan kerja. Hal ini sejalan dengan proses industrialisasi besar-besaran yang terjadi di Taiwan. Walaupun begitu, hingga tahun 1970 asuransi tenaga kerja ini hanya mencakup 8.6% dari total populasi masyarakat Taiwan [11].

Pada era 1970an, Taiwan memiliki perkembangan ekonomi yang sangat pesat dan masuk menjadi 20 negara dengan pendapatan tertinggi di dunia. Dengan semakin membaiknya kondisi perekonomian Taiwan, pemerintah mulai melakukan berbagai reformasi kebijakan di bidang kesehatan untuk memastikan akses layanan kesehatan bagi masyarakat karena sebelum era 1970an kondisi pelayanan kesehatan Taiwan masih sangat rendah. Hal ini terlihat dari jumlah tenaga medis dan rumah sakit yang masih sedikit dibandingkan populasi, ditambah lagi dengan akses pelayanan kesehatan yang masih buruk. Hal lain yang juga menjadi masalah besar dalam pelayanan kesehatan Taiwan adalah ketimpangan akses kesehatan antara daerah perkotaan dengan daerah pedesaan. Pada era 1970an ini jumlah dokter dan rumah sakit di pedesaan Taiwan sangatlah sedikit. Masyarakat pedesaan pun

banyak yang tidak mampu mengunjungi tempat layanan kesehatan karena jarak yang jauh serta ketidakmampuan mereka untuk membayar biaya kesehatan yang tinggi [12].

Menurut Rachel Lu (2011) pada era 1970-1985 terdapat beberapa upaya reformasi kebijakan yang dilakukan pemerintah Taiwan yaitu; pertama, sehubungan dengan masih sedikitnya dokter dibandingkan jumlah populasi maka pemerintah memberdayakan pensiunan dokter, sehingga dokter militer yang seharusnya pensiun diperpanjang masa bakti kerjanya; kedua, meluncurkan program 1 dokter untuk 1000 populasi dengan meningkatkan jumlah mahasiswa kesehatan yang belajar di berbagai institusi pendidikan kesehatan; ketiga, peningkatan kapasitas rumah sakit dengan program 4 rumah sakit untuk 1000 populasi. Untuk mewujudkan kebijakan ini, maka pemerintah mulai melibatkan swasta dalam manajemen kesehatan sehingga mulai banyak bermunculan rumah sakit swasta di era 1980 an; keempat, untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di pedalaman maka pemerintah meningkatkan keuntungan bagi dokter yang bekerja di pedalaman yaitu peningkatan insentif gaji, pengembangan diri, maupun berbagai manfaat lain yang diberikan khusus bagi dokter yang mengabdikan di pedesaan atau pedalaman [12].

Walaupun telah dilakukan reformasi pada era 1970an-1980an, kondisi sektor kesehatan Taiwan masih jauh dibandingkan dengan negara-negara maju lainnya, padahal saat itu perekonomian Taiwan telah mulai menyamai negara maju. Sehingga pada tahun 1985 pemerintah Taiwan meluncurkan Program "Jaringan Perawatan Medis" dengan tujuan untuk memperbaiki persebaran dokter dan fasilitas kesehatan juga manajemen lisensi dokter dan praktisi kesehatan. Program ini mengilhami lahirnya Undang-Undang Perawatan Medis pada tahun 1986 yang ditujukan untuk pengembangan seluruh sistem pelayanan kesehatan dengan target pada tahun 1987 Taiwan memiliki 1 dokter untuk 750 populasi. Selain itu, program Jaringan Perawatan Medis dan UU Keperawatan Medis juga diharapkan mampu mengatasi permasalahan distribusi geografis tenaga medis yang menjadi masalah utama dalam sektor kesehatan Taiwan [12].

Setelah diterapkannya Jaringan Perawatan Medis dan UU Keperawatan Medis, pemerintah Taiwan mendirikan *group practice center* (GPC) di daerah-daerah yang perbandingan dokter dan populasinya berkisar 1 banding 300. Tapi ternyata GPC yang didirikan tidak mampu berkompetisi dengan rumah sakit besar yang memiliki fasilitas lebih baik. Sehingga pemerintah mengeluarkan

beberapa kebijakan baru yaitu menyediakan pendanaan sebanyak 10 milyar NTD untuk mendorong swasta mendirikan rumah sakit di daerah pedalaman, juga melarang pendirian rumah sakit besar dengan kapasitas lebih dari 100 ranjang pasien di daerah-daerah yang telah memiliki banyak dokter dan rumah sakit. Selain itu, juga mulai adanya rencana pencaanangan asuransi satu pintu di tahun 2000. Asuransi satu pintu yang direncanakan akan diterapkan di tahun 2000 ini pada akhirnya dipercepat penerapannya 5 tahun lebih awal yaitu tahun 1995. Asuransi inilah yang kini dikenal dengan nama Asuransi Kesehatan Nasional (*National Health Insurance/ NHI*) [12].

Proses Lahirnya *National Health Insurance*

Pada era 1980 an, perekonomian Taiwan semakin stabil dan kesejahteraan masyarakat semakin meningkat. Proses demokratisasi juga dimulai pada era ini ditandai dengan munculnya partai oposisi *Democratic Progressive Party* (DPP). Untuk menarik perhatian masyarakat, DPP mengangkat isu kebebasan politik dan perlindungan sosial yang saat itu belum menjadi prioritas pemerintah. Hal ini pada akhirnya mendorong pemerintah berkuasa (Partai Kuomintang) untuk melakukan berbagai reformasi kebijakan termasuk di bidang perlindungan sosial.

Hingga era 1980 an, sistem perlindungan jaminan sosial Taiwan memiliki tiga masalah utama yaitu; pertama, tidak adanya asuransi kesehatan publik yang mencakup seluruh populasi. Tercatat hingga tahun 1970an, Asuransi Tenaga Kerja yang diluncurkan pemerintah pada tahun 1950 hanya mencakup 8.6% dari total populasi masyarakat Taiwan. Bahkan pada tahun 1985, 41% dari populasi Taiwan (8,6 juta orang) tidak diasuransikan, sehingga mereka harus membayar perawatan sendiri atau sama sekali tidak datang ke rumah sakit karena tidak mampu membayar; kedua, defisit fiskal yang disebabkan oleh manfaat perlindungan kesehatan. Hingga akhir 1980 an, Taiwan menyediakan 11 jenis asuransi berbeda untuk masyarakat berdasarkan bidang kerjanya, termasuk asuransi petani dan nelayan yang diluncurkan pada tahun 1985. Banyaknya asuransi yang disediakan Taiwan ternyata tidak menimbulkan efisiensi, malah menyebabkan negara rugi karena tidak efektif dan efisiennya pelayanan dan perlindungan kesehatan; dan yang ketiga adalah keterlambatan dalam menyediakan jaminan penghasilan hari tua untuk masyarakatnya. Dengan kondisi sebagai 20 negara berpendapatan tertinggi di dunia dan sistem negara kesejahteraan (*welfare state*), Taiwan dikritisi atas ketidakmampuannya

untuk menyediakan kesejahteraan dasar bagi masyarakatnya baik itu di sisi layanan kesehatan maupun perlindungan hari tua [11].

Menyikapi kondisi jaminan sosial Taiwan sebelum era 1980 an ini, maka pada tahun 1984 pemerintah mulai merancang kebijakan jaminan sosial dengan dikeluarkannya laporan tentang Rencana Sistem Kesejahteraan Nasional oleh Dewan Perencanaan dan Pengembangan Ekonomi (CEPD) Eksekutif Yuan. Pada tahun yang sama, CEPD juga membentuk gugus tugas perencanaan kebijakan kesehatan. Dua tahun berselang, pada 1986, gugus tugas yang dibentuk CEPD menyelesaikan laporan perencanaan dan rekomendasi tentang skema asuransi kesehatan yang rencananya akan mulai diterapkan pada tahun 2000. Tim ini juga mencanangkan perbandingan dokter dengan populasi sebesar 1.5 banding seribu populasi, dengan kapasitas 5 ranjang pasien rumah sakit per 1000 populasi. Laporan ini pada akhirnya menjadi bagian dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang Taiwan (*Long Term Economic Perspective in Taiwan 1986-2000*). Di tahun 1986 ini jugalah Perdana Menteri Kuo-hwa Yu menyampaikan rencana "Asuransi Kesehatan Untuk Semua Pada Tahun 2000" saat beliau memberikan laporan pada badan legislatif Taiwan (*Legislative Yuan*). Proses ini dianggap sebagai proses fase pertama dalam proses kelahiran kebijakan asuransi nasional dimana birokrat adalah penggerak utama dalam fase ini [11].

Kemudian, pada tahun 1988, CEPD mendirikan gugus tugas dengan mengundang para ahli terkemuka Taiwan di bidang kesehatan masyarakat untuk menyusun prinsip-prinsip dasar program asuransi kesehatan baru. Menyadari pentingnya pengalaman internasional, CEPD pada tahun 1989 juga melibatkan Profesor William Hsiao dari Universitas Harvard sebagai kepala penasihat gugus tugas. Setelah perombakan kabinet di pertengahan tahun 1990, gugus tugas di bawah CEPD dibubarkan dan gugus tugas di bawah departemen kesehatan dibentuk setelah laporan perencanaan NHI diserahkan ke pemerintah (Eksekutif Yuan) pada Juni 1990 [11].

Menurut Lin (2002), proses penyusunan perencanaan NHI yang dilakukan oleh gugus tugas dianggap sebagai fase kedua dalam proses menuju kelahiran NHI. Fase kedua berada di bawah departemen kesehatan bekerjasama dengan para ahli di bidang kebijakan kesehatan masyarakat. Proses ini juga melibatkan peran dari perwakilan organisasi perawatan medis dan lembaga legislatif Taiwan (*Legislative Yuan*). Pada fase ini, jumlah penasihat ditingkatkan menjadi tiga puluh dua untuk mendapatkan pandangan

dan pendapat yang lebih banyak. Setelah lebih dari dua tahun, pada Desember 1992, departemen kesehatan menyampaikan rancangan Undang-Undang Hal-Hal Pokok Dalam Mendirikan Asuransi Kesehatan Nasional (*Important Points in Establishing a National Health Insurance Act draft*) dan rancangan Undang-Undang Pendirian Badan Asuransi Nasional (*Act for Establishing the Bureau of National Health Insurance*) kepada pemerintah Taiwan (*Executive Yuan*). Draf tersebut kemudian disampaikan kepada dewan legislatif Taiwan (*Legislative Yuan*) untuk dirumuskan dan disahkan pada bulan Oktober 1993 [11].

Tahap ketiga adalah proses pembahasan rancangan undang-undang di badan legislatif (Yuan Legislatif). Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, perhatian pemerintah terhadap kebijakan jaminan sosial tidak terlepas dari proses demokratisasi yang terjadi di Taiwan. Demokratisasi ini juga mendorong semakin meningkatnya peran dewan legislatif dalam pengambilan keputusan termasuk kebijakan asuransi nasional. Pada saat kampanye pemilihan dewan legislatif, para politisi telah menyuarakan tentang pentingnya jaminan

sosial bagi masyarakat. Pemilih pada akhirnya memilih mereka untuk duduk di dewan legislatif agar mereka bisa memperjuangkan janji kampanye ini. Sehingga pada saat mereka telah menjadi dewan legislatif, mereka terus mendorong isu kebijakan asuransi nasional untuk segera ditetapkan. Peran dari berbagai organisasi kemasyarakatan dan kelompok kepentingan juga menjadi faktor utama yang mendorong para politisi di badan legislatif untuk terus berusaha agar kebijakan tentang NHI bisa terealisasi. Disamping juga beberapa anggota dewan legislatif juga berasal dari profesi maupun komunitas medis. Walaupun pada tahap ketiga ini peran dewan legislatif sangat penting, tapi isi substansial dari rancangan kebijakan NHI tidak banyak berubah dibandingkan rancangan yang telah ditetapkan di tahap kedua [11].

Tahap terakhir merupakan tahap implementasi, mengidentifikasi dan menyelesaikan berbagai permasalahan yang ditimbulkan pasca diimplementasikan NHI. Tahap keempat ini akan dielaborasi lebih jauh pada bagian selanjutnya dari paper ini yaitu implementasi dan reformasi NHI di Taiwan.

Tabel 1: Peran berbagai aktor dalam proses lahirnya kebijakan NHI di Taiwan [11].

Aktor/ Pelaku	Tahap 1 (pembentukan isu)	Tahap 2 (perencanaan kebijakan)	Tahap 3 (pembahasan)	Tahap 4 (implementasi)
Birokrat dan Ilmuan	Pengakuan tentang pentingnya isu dan respon terhadap itu	Mengontrol proses perencanaan kebijakan dengan melibatkan tenaga ahli dari dalam maupun luar lembaga	Mendapatkan legitimasi atas kemampuan dan keahliannya di bidang kesehatan masyarakat, tapi tetap perlu melakukan konsensus dengan politisi dan kelompok masyarakat untuk beberapa masalah	Memperkenalkan langkah-langkah baru untuk mengakomodir kelompok-kelompok yang tidak puas dengan rancangan kebijakan yang dibuat; menghapus beberapa rancangan kebijakan yang ditengarai akan menimbulkan masalah
Politisi	Menggalang perhatian pemilih terkait isu jaminan sosial	Politisi menghadiri dan mengikuti proses perumusan rancangan kebijakan tapi perannya sangat kecil karena ketidaktahuan mereka terkait jaminan sosial	Menggalang dukungan publik, mewakili kelompok kepentingan untuk menyuarakan berbagai kepentingan mereka dalam isu jaminan sosial	Menuntut reformasi atas implementasi NHI dikarenakan ketidakpuasan masyarakat terhadap implementasi NHI
Kelompok masyarakat	Partisipasi dalam gerakan-gerakan yang dipimpin oleh politisi	Perwakilan dari kelompok masyarakat menghadiri dan mengikuti proses perumusan rancangan kebijakan tapi pengaruh mereka sangatlah kecil	Melobi anggota legislatif Yuan	Menyerukan dan mengangkat berbagai isu terkait dengan kepentingan dan kebutuhan masyarakat

Implementasi dan Reformasi NHI di Taiwan

Setelah 5 tahun perencanaan (1988-1993) dan 2 tahun proses pembahasan, maka pada tahun 1995 NHI secara resmi diluncurkan. Pada Januari 1995 Badan Nasional Asuransi Kesehatan (*National Health Insurance Agency*) diresmikan, 6 bulan setelah legislatif Yuan menyetujui Undang-Undang Asuransi Nasional. NHI dirancang dan dibuat dengan mengumpulkan pembelajaran dari berbagai negara. Terdapat tiga tujuan utama pemerintah dalam mencanangkan NHI yaitu: pertama, menyediakan akses layanan kesehatan untuk seluruh masyarakat; kedua, untuk mengontrol total pengeluaran terkait biaya

kesehatan; dan yang ketiga mempromosikan efisiensi penggunaan sumber kesehatan termasuk pelayanan kesehatan.

Dikarenakan NHI dipercepat pengimplementasiannya (awalnya direncanakan pada tahun 2000 kemudian dipercepat menjadi tahun 1995), maka sempat terjadi kekacauan dan menimbulkan beberapa permasalahan di awal penerapan. Walaupun begitu, pemerintah Taiwan telah mengambil beberapa langkah untuk menanggulangi permasalahan ini, yaitu: pertama, 57% masyarakat Taiwan telah familiar dengan asuransi kesehatan sehingga pemerintah memanfaatkan kelompok ini untuk

meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya asuransi kesehatan; kedua, gugus tugas yang dibentuk pada tahun 1993 telah berusaha mengkoordinasikan NHI dengan berbagai kementerian sehingga koordinasi antar kementerian dapat berjalan dengan baik; ketiga, pembayaran iuran diatur dengan sedemikian rupa dengan tujuan untuk menghindari efek kejutan atau penolakan di tengah masyarakat; keempat, Badan Asuransi Nasional (*National Health Insurance Agency*) menyediakan layanan telepon untuk menjawab pertanyaan dan pengaduan. Selain itu, *minister without portfolio* (menteri yang tidak memimpin sebuah kementerian tertentu) berkeliling Taiwan dan bertemu masyarakat secara langsung untuk memperkenalkan NHI. Hal ini pada akhirnya mengakibatkan secara perlahan-lahan kepercayaan masyarakat terhadap NHI terus meningkat setiap tahunnya dari 50% tahun 1995 (awal diberlakukan NHI) menjadi 55% di Januari tahun 1996 dan terus meningkat hingga kini [13].

NHI menyediakan paket manfaat komprehensif yang meliputi layanan pencegahan medis, resep obat, pelayanan kesehatan gigi, pengobatan tradisional Cina, dan tunjangan perawat ke rumah. Untuk mengatasi meningkatnya penggunaan karena *moral hazard* (penyimpangan moral) maka NHI menetapkan *co-payment* atau pembayaran administratif setara 2 US\$ terhadap pasien yang mengunjungi klinik kesehatan, dan setara 5 US\$ terhadap pasien yang mengunjungi rumah sakit, serta 10% bagi pasien rawat inap. Pemerintah tetap menjaga agar pasien membayar sekitar 6% setiap masuk rumah sakit dan total 10% setiap tahunnya [14].

NHI berdasarkan pada *market driven system* (berbasis pasar) dimana pasien maupun penyedia layanan mempunyai pilihan yang bebas dan tidak dibatasi oleh berbagai aturan pemerintah seperti pengaturan kluster, geografis, maupun kelas rumah sakit. Rumah sakit dan dokter dibayar berdasarkan biaya layanan sesuai dengan aturan pembiayaan yang telah ditetapkan pemerintah. Aturan pembiayaan ini diadopsi dari skema asuransi pekerja yang dulu diterapkan pada asuransi pekerja. Dokter rumah sakit dibayar dengan mekanisme gaji dan produktivitas atau bonus kinerja. Praktisi pribadi dibayar berdasarkan biaya layanan. Institusi medis juga mendapatkan pembiayaan berdasarkan akreditasi yang mereka dapatkan [15].

NHI dibiayai dengan cara iuran yaitu berdasarkan pajak pendapatan ditambah dengan subsidi dari pemerintah, dimana 60% ditanggung oleh pemberi kerja, 30% ditanggung karyawan, dan 10% ditanggung pemerintah. Pemberi kerja membayar asuransi untuk pekerja ditambah 0.7

kali anggota keluarga yang menjadi tanggungan pekerja. Sedangkan pekerja harus membayar iuran untuk dirinya sendiri serta paling banyak 3 tanggungannya. Selain itu pemerintah juga mengalokasikan dana untuk NHI, baik itu modal awal saat NHI diluncurkan maupun biaya operasional tahunan yang saat ini kurang dari 2% dari total Anggaran Pembelanjaan Negara. Dengan kata lain, iuran yang dikumpulkan dari masyarakat hanya digunakan untuk menutupi pengeluaran medis yang dikeluarkan setiap tahunnya [16].

Karena kondisi finansial yang buruk, maka pada tahun 1997 pemerintah mengajukan rencana reformasi NHI yang dikenal dengan "*multiple carriers*", tapi rencana reformasi ini gagal dilakukan karena ditolak oleh Legislatif Yuan dan adanya penolakan besar-besaran yang dilakukan oleh kelompok masyarakat karena reformasi tersebut dianggap sebagai upaya privatisasi NHI. Gagalnya rencana reformasi di tahun 1997 pada akhirnya berujung pada defisit NHI pada tahun 1998. Dalam hal ini, NHI menjadi tidak seimbang jika dibandingkan dengan GDP dan iuran 4% jauh lebih rendah dari pengeluaran kesehatan yang mencapai 6%. Pemerintah kemudian melakukan penyesuaian pembiayaan untuk pelayanan gigi, pengobatan Cina, dan layanan perawatan primer (pelayanan rawat jalan) [17].

Pada tahun 2000, *National Health Research Institute* melakukan peninjauan ulang terhadap performa NHI. Menindaklanjuti hal tersebut, departemen kesehatan memutuskan untuk merencanakan NHI generasi kedua (*2nd generation planning*) dengan melibatkan birokrat lintas kementerian dan para ilmuwan. Walaupun begitu, sebelum proposal reformasi dihasilkan oleh gugus tugas, pemerintah telah menaikkan kontribusi iuran dari 4,25% menjadi 4,55%. Hal ini dikenal dengan *NHI double jeopardy*. Lebih lanjut, pada tahun 2002, pemerintah mengatur pembayaran yang berbeda untuk pasien rawat inap dan rawat jalan yang sempat menyebabkan protes dari berbagai rumah sakit [12].

Pada tahun 2005, dana cadangan yang dulu dianggarkan pemerintah pada saat NHI pertama kali diluncurkan hampir habis. Sehingga pemerintah mengeluarkan kebijakan baru yang dikenal dengan "*multifaceted micro tuning*" dengan tujuan untuk memperluas basis pendapatan dan biaya lanjutan tetapi di saat yang bersamaan menghindari peningkatan iuran. Hal ini dilakukan dengan cara pembagian tingkatan iuran dari pendapatan tertinggi hingga pendapatan terbawah, hal ini menyebabkan masyarakat berpendapatan tertinggi membayar 8.3 kali lebih banyak dibandingkan masyarakat berpendapatan paling rendah [12].

Pemerintah juga menaikkan pajak tembakau dari 5NT\$ menjadi 10 NT\$ untuk meningkatkan pendapatan dari pajak dan di saat yang bersamaan juga untuk mengurangi keinginan masyarakat untuk merokok dikarenakan harga rokok yang menjadi lebih mahal. Kurangnya masyarakat merokok menyebabkan penyakit-penyakit yang disebabkan oleh efek buruk rokok menjadi lebih sedikit. Pemerintah juga menaikkan anggaran bagi departemen terkait untuk mengembangkan program-program pencegahan penyakit, pengendalian penyakit menular, dan pengembangan pendidikan medis di rumah sakit pendidikan. Untuk meningkatkan efisiensi pengeluaran, NHI menaikkan *copayments* (pembayaran bersama/biaya administratif) untuk layanan rumah sakit tanpa rujukan, juga memperkuat data pasien dan dokter untuk mengurangi duplikasi resep dan tes yang tidak perlu [12].

Walaupun demikian, program “*multifaceted micro tuning*” hanyalah langkah jangka pendek untuk meminimalisir kerugian NHI. Untuk langkah jangka panjang, di tengah berbagai kontroversi, pada tahun 2006 gugus tugas NHI 2G yang dibentuk pada tahun 2001 menyelesaikan proposal reformasi NHI dan menyerahkannya kepada pemerintah untuk dipertimbangkan. Rancangan amandemen aturan NHI itu bertujuan untuk mengganti penentuan iuran berdasarkan pajak pendapatan menjadi berdasarkan pendapatan rumah tangga. Dengan demikian diharapkan akan memperluas pembagian kontribusi dan memperkecil kontribusi dari pemberi kerja dan pemerintah. Hal ini juga ditujukan agar subsidi yang diberikan pemerintah untuk NHI bisa lebih tepat sasaran yaitu pada masyarakat berekonomi lemah sehingga akan timbul pemerataan. Sayangnya proposal reformasi ini tidak pernah terealisasi disebabkan oleh adanya kontroversi dan banyaknya penolakan dari berbagai pihak yang berkepentingan [12].

Permasalahan defisit yang dialami oleh NHI ini menjadi isu yang sangat sensitif. Walaupun di satu sisi pemerintah sangat ingin agar NHI memiliki finansial yang cukup kuat namun di sisi lain pilihan untuk menaikkan kontribusi NHI juga bukanlah pilihan politik yang baik. Sebagai negara demokrasi, Taiwan memiliki perkumpulan masyarakat sipil yang sangat kuat untuk menekan pemerintah agar tidak menaikkan kontribusi iuran. Karena itulah selama 25 tahun keberadaan NHI, kenaikan iuran hanya terjadi dua kali. Pertama pada tahun 2002 dan kedua pada tahun 2010. Tekanan yang sangat besar terhadap defisit finansial pada akhirnya mendorong pemerintah Taiwan kembali menaikkan kontribusi iuran NHI dari yang

awalnya 4.55 menjadi 5.17 persen pada tahun 2010. Kenaikan ini terhitung 14 kali lebih tinggi dari iuran sebelumnya. Kenaikan iuran NHI juga dibarengi dengan reformasi dalam manajemen NHI. Pemerintah Taiwan terus berusaha agar administratif NHI menjadi sangat efisien dengan memanfaatkan teknologi terutama dalam pendataan menggunakan jaringan IT terintegrasi. Hal ini pada akhirnya mampu memangkas biaya administratif NHI hingga di bawah 2% dan menjadi manajemen asuransi kesehatan paling efisien di dunia [12].

Kenaikan kontribusi iuran pada tahun 2010 mampu menyelamatkan NHI dari defisit. Walaupun begitu, surplus NHI hanya bertahan hingga tahun 2017. Dengan semakin banyaknya masyarakat usia lanjut sedangkan pertumbuhan ekonomi berjalan sangat lambat dan jumlah kaum muda yang sedikit, menyebabkan NHI mulai kembali defisit pasca tahun 2017 [18]. Pada tahun 2020, setelah merebaknya virus Korona di dunia, perdebatan tentang NHI kembali muncul di Taiwan. Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Taiwan, Chen Shih-chung, yang menjadi sangat populer setelah keberhasilannya mengendalikan penyebaran virus Korona menyatakan bahwa pemerintahannya akan berupaya untuk mendorong kebijakan kenaikan biaya kontribusi dan reformasi NHI secara keseluruhan untuk menutupi defisit yang telah terjadi selama 3 tahun terakhir. Selain itu, anggota legislatif Yuan juga semakin kuat menyuarakan tentang pertanggungjawaban biaya NHI yang dianggap terlalu murah hati terhadap warga China keturunan Taiwan yang hidup di China (*overseas Chinese*), orang asing, dan masyarakat Taiwan yang dulunya tak pernah tinggal dan membayar pajak di Taiwan. Pasca Korona, perdebatan tentang pihak-pihak yang seharusnya ditanggung dan tidak ditanggung NHI menjadi pembicaraan serius di tengah masyarakat dan diprediksi akan mewarnai perdebatan politik usai penanganan korona [19].

Pro dan Kontra NHI di Taiwan

NHI di Taiwan saat ini disebut sebagai salah satu kebijakan perlindungan sosial terbaik di dunia. Walaupun demikian, terdapat pro dan kontra terkait keberadaan dan implementasi dari asuransi kesehatan ini. Pada bagian ini penulis akan menjelaskan pro dan kontra terkait NHI di Taiwan. Pro di sini diartikan sebagai sisi positif dari NHI, sedangkan kontra diartikan sebagai sisi negatif dari NHI termasuk juga tantangan-tantangan yang kini dihadapi NHI. Tulisan ini akan membahas aspek pro dari NHI terlebih dahulu kemudian baru membahas aspek kontra dari keberadaan asuransi nasional ini.

Walaupun asuransi kesehatan ini dikelola oleh pemerintah, namun swasta memainkan peran yang sangat besar sebagai penyedia layanan kesehatan. Sistem NHI Taiwan yang dengan model *market driven* ini pada akhirnya memperpendek waktu tunggu pasien sehingga pasien bisa lebih cepat tertangani. Selain itu, NHI Taiwan juga dikenal sebagai asuransi dengan *low cost but high coverage rate*. Sebagai asuransi layanan satu pintu, NHI memiliki cakupan yang paling komprehensif di dunia. Layanan asuransi ini mencakup mulai dari perawatan gigi hingga melahirkan, baik itu pengobatan tradisional China maupun kedokteran modern, bahkan layanan pencegahan penyakit hingga perawatan di rumah bagi lansia. Seluruh layanan ini disediakan dengan harga yang murah tapi dengan standar layanan kesehatan yang cukup baik. Masyarakat pun bisa mengakses layanan ini dengan bebas. Pasien bebas mengunjungi dokter maupun pusat layanan kesehatan yang mereka inginkan tanpa mengurus hal-hal administratif terlebih dahulu. Hal ini juga merupakan efek dari kemajuan teknologi yang dimiliki Taiwan sehingga aspek administratif ini bisa dilakukan dengan sangat efisien dan efektif [20].

Pemanfaatan teknologi dan informasi dalam manajemen NHI terbukti mampu memangkas biaya administratif. Biaya administratif NHI hanyalah 1.7% dari total pengeluaran NHI tiap tahunnya. Investasi besar-besaran pemerintah Taiwan dibidang IT ini dilakukan agar proses klaim asuransi dapat dilakukan secara elektronik sehingga meminimalisir penyelewengan baik itu korupsi maupun penyalahgunaan kewenangan oleh penyedia layanan. Lebih lanjut, penggunaan IT ini juga memudahkan pendataan riwayat kesehatan pasien sehingga dokter akan bisa lebih cepat dalam menangani pasien juga menghindari keteledoran diagnosis. Kartu yang dilengkapi *bluechip* yang dimiliki pasien dan penyedia layanan kesehatan terhubung langsung dengan badan administratif NHI sehingga data pasien maupun penyedia layanan selalu terupdate secara langsung (*real time*). Pendataan *real time* ini pada akhirnya juga mempermudah pemerintah dalam mengontrol masalah kesehatan publik dengan cepat termasuk merebaknya berbagai kasus kesehatan darurat seperti SARS 2003, H1N1 Flu 2009, dan Covid-19 [16].

Tercatat pada tahun 2014, pemerintah Taiwan mengeluarkan dua inisiatif penggunaan IT dalam manajemen NHI yang ditujukan untuk peningkatan kualitas pelayanan dan disaat bersamaan juga mengurangi asimetri informasi antara pasien dan penyedia layanan kesehatan. Diharapkan dengan inisiatif ini pasien dapat menjaga kesehatannya

dengan baik karena memiliki informasi yang cukup tentang kesehatan mereka. Inisiatif pertama adalah adanya *pharma-cloud* program dengan tujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien dimana program ini akan menyimpan data-data tentang kemungkinan-kemungkinan alergi juga obat-obatan yang pernah diresepkan oleh dokter kepada pasien yang bersangkutan. Data-data ini bisa diakses oleh dokter yang memeriksa pasien sehingga dengan informasi ini dapat menghindari terjadinya kesalahan diagnosis maupun duplikasi resep. Inisiatif kedua dinamakan "*My-Health-Bank Book*" atau "buku bank kesehatan saya". Inisiatif ini berupa buku catatan kesehatan pribadi yang berisi riwayat medis lengkap pasien selama beberapa tahun terakhir yang bisa diunduh dari internet dan dapat diperbarui setiap saat. Pasien tidak perlu khawatir dengan data-data mereka karena pihak NHI memiliki mekanisme ketat terkait perlindungan data pasien dengan menyediakan nomor identifikasi tertentu bagi setiap pasien [16].

Hal lain yang juga menjadi kekuatan NHI adalah karena *knowledge-based policy* yang memang memainkan peran penting semenjak perencanaan NHI hingga implementasinya kini. Klaim NHI dan data administratif semenjak asuransi ini berjalan hingga sekarang disimpan dengan baik di departemen kesehatan Taiwan. *National Health Research Institute* (Badan Penelitian Kesehatan Nasional) juga menyimpan data-data NHI tersebut dan bisa diakses oleh publik untuk kepentingan penelitian. Data-data ini bisa didapatkan dengan mendapatkan persetujuan dari departemen terkait. Keberadaan data-data ini juga dimanfaatkan oleh petugas kesehatan dalam memonitor implementasi kebijakan dan perumusan kebijakan baru dan langkah-langkah yang harus dilakukan. Hal ini menunjukkan bahwa di Asia Timur Laut, termasuk Taiwan, mayoritas kebijakan pemerintah didasarkan pada *knowledge-based* (kebijakan berbasis data, penelitian, dan pengetahuan) [16].

Segala kelebihan yang dimiliki dan ditawarkan oleh NHI pada akhirnya menyebabkan kepuasan masyarakat terutama pasien selalu tinggi. Tercatat rata-rata kepuasan konsumen NHI selalu berada diatas 80%. Menurut Cheng (2015), hal ini tak terlepas dari aspek positif yang diberikan oleh NHI seperti: manfaat dan perlindungan yang komprehensif, premi rendah, biaya administrasi rendah, aksesibilitas mudah, pasien bebas menentukan pilihan layanan, dan hampir tidak ada waktu tunggu untuk mendapatkan layanan kesehatan [15].

Lebih lanjut, pasca merebaknya virus Korona di dunia, Taiwan menjadi pusat perhatian dikarenakan kemampuan negara tersebut dalam mengendalikan perkembangan virus Korona.

Walaupun begitu, virus Korona juga pada akhirnya memunculkan kembali berbagai perdebatan terkait keberadaan NHI. Walaupun pemerintah maupun masyarakat Taiwan sangat membanggakan keberadaan NHI tapi disisi lain sistem ini sangat diharapkan untuk terus direformasi baik untuk memastikan surplus finansial, maupun untuk memastikan kualitas layanan kesehatan Taiwan.

Seperti yang telah dibahas sebelumnya, NHI berkali-kali mengalami defisit. Hal ini disebabkan karena masyarakat Taiwan terlalu sering mengunjungi layanan kesehatan. Bahkan terkadang hanya karena cedera ringan yang seharusnya bisa diobati mandiri saja, masyarakat masih memilih untuk langsung datang ke pusat layanan kesehatan. Beberapa ahli menyatakan bahwa NHI terlalu baik dengan menanggung berbagai layanan kesehatan dan biaya administratif yang rendah. Hal ini menyebabkan masyarakat memanfaatkan NHI secara berlebihan dan berujung pada defisit yang kini dialami NHI. Sehingga pemerintah disarankan untuk semakin memperketat regulasi terkait pemanfaatan NHI ini [15].

Selain karena faktor pemanfaatan layanan asuransi yang terlalu tinggi, hal lain yang menjadi permasalahan NHI adalah permasalahan demografis dimana tingkat kelahiran sangat rendah sedangkan di saat yang bersamaan angka harapan hidup sangat tinggi. Hal ini menyebabkan ketimpangan usia tua dan muda yang sangat besar [16]. Ketimpangan jumlah penduduk ini pada akhirnya berdampak buruk terhadap perekonomian. Hal ini salah satunya ditunjukkan dengan tingkat pertumbuhan ekonomi Taiwan yang cenderung menurun dari tahun ke tahun. Penurunan tingkat pertumbuhan ekonomi ini mengakibatkan kemampuan negara maupun masyarakat dalam memberikan suntikan dana terhadap NHI sangat rendah. Ditambah lagi, dengan banyaknya masyarakat tua, maka NHI harus menyediakan banyak layanan kesehatan tapi penyumbang pendanaan hanya sedikit. Penjelasan terhadap logika ini adalah jika seandainya kaum muda banyak maka akan banyak orang yang akan membayar NHI, kaum muda dikenal sebagai generasi produktif tapi mempunyai kesehatan yang lebih baik. Sebaliknya, jika kaum tua yang justru lebih banyak maka kaum tua tidak akan mampu lagi membiayai biaya pertanggung NHI yang lebih besar karena produktivitas mereka yang menurun, tapi disisi lain mereka malah akan jauh lebih banyak membutuhkan layanan kesehatan dan memanfaatkan NHI.

Hal lain yang juga menjadi tantangan NHI adalah tentang peningkatan penyakit tidak menular. Tercatat 79,3% kematian di Taiwan diakibatkan

oleh penyakit tidak menular seperti kanker yang menjadi penyebab utama, kemudian juga penyakit jantung, otak, dan diabetes. Peningkatan penyakit tidak menular ini memiliki implikasi serius bagi NHI karena akan meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan dan biaya perawatan kesehatan terkait, dan berpotensi meningkatkan permintaan untuk tenaga kerja perawatan kesehatan yang lebih besar. Kedua hal ini akan sangat membebankan kepada anggaran NHI yang beberapa tahun terakhir mulai defisit. Penyakit tidak menular membutuhkan dukungan alat-alat kesehatan dengan harga relatif mahal. Juga disisi lain membutuhkan tenaga ahli yang jauh lebih terlatih yang berarti NHI harus memberikan pembayaran yang lebih tinggi untuk kemampuan tenaga ahli ini [16].

Lebih jauh, kualitas pelayanan juga sering dipermasalahkan oleh para pengamat NHI. Tenaga kesehatan di Taiwan dikenal sangat ramah terhadap pasien, tetapi di sisi lain karena banyaknya pasien, biasanya waktu kunjung dan konsultasi menjadi jauh lebih singkat. Apalagi dengan keadaan dokter dan perawat yang semakin berkurang, kualitas pelayanan kesehatan akan menjadi tantangan besar bagi NHI di masa depan [16]. Dalam beberapa survey yang dilakukan, walaupun NHI memiliki tingkat kepuasan yang sangat tinggi dikalangan pasien, tapi tidak sama halnya dengan survey yang dilakukan terhadap tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan banyak mengeluhkan tentang jam kerja yang sangat panjang juga beban kerja yang sangat berat dan banyak di Taiwan. Banyak dari tenaga kesehatan Taiwan yang pada akhirnya memilih berkarir di luar negeri disebabkan permasalahan ini [16]. Ahli memprediksi jika seandainya pemerintah Taiwan tidak cepat mengeluarkan kebijakan baru terkait kesejahteraan tenaga medis dan upaya-upaya peningkatan jumlah tenaga medis, maka besar kemungkinan di masa depan Taiwan harus mendatangkan tenaga medis dari luar Taiwan untuk memenuhi kebutuhan layanan medis mereka. Jika hal ini terjadi, maka beban NHI akan jauh lebih berat untuk menyediakan pembiayaan dan layanan bagi tenaga ahli asing.

Pembelajaran dari NHI untuk Negara Berkembang

Akses terhadap kesehatan adalah salah satu tantangan yang dihadapi oleh negara-negara berkembang. Kajian ekonomi politik kesehatan telah banyak membahas tentang bagaimana ketimpangan akses kesehatan pada akhirnya menyebabkan kegagalan negara untuk hadir dalam memberikan kesejahteraan bagi rakyatnya. Lebih jauh, ketimpangan akses kesehatan

ini juga menyebabkan tidak efisiennya pasar kesehatan. Masyarakat dan negara berkembang menghabiskan anggaran yang besar di bidang kesehatan, namun disaat yang bersamaan tidak mampu untuk mendapatkan maupun memberikan layanan kesehatan yang layak [20]. Padahal WHO selalu menghimbau agar negara-negara di dunia mampu memberikan layanan kesehatan yang layak bagi warga negaranya di tahun 2030. Dalam *Sustainable Development Goals* pun akses terhadap kesehatan ini sudah menjadi fokus utama yaitu terdapat pada poin ketiga; memastikan kehidupan yang sehat dan mendukung kesejahteraan bagi semua untuk semua usia.

Sudah selayaknya negara-negara berkembang mulai memikirkan memberikan akses kesehatan kepada rakyatnya melalui asuransi kesehatan satu pintu layaknya yang telah diterapkan di Taiwan selama lebih dari 25 tahun. Bagi negara yang telah mempraktekkannya seperti di Indonesia, maka perlu reformasi berkesinambungan untuk memperbaiki sistem yang sudah ada agar bisa menjadi lebih baik. NHI Taiwan belumlah menjadi sistem perlindungan sosial yang sempurna. Walaupun begitu, perbaikan yang dilakukan secara berkesinambungan mampu meningkatkan efisiensi sistem pelayanan kesehatan Taiwan dan mampu mewujudkan keadilan sosial dengan meningkatkan cakupan layanan kesehatan.

Dari penjelasan mengenai layanan kesehatan di Taiwan yang telah dijelaskan pada bagian sebelumnya, maka terdapat beberapa pembelajaran bagi negara berkembang diantaranya: pertama, dalam proses perencanaan kebijakan, birokrat memainkan peran yang sangat penting. Hal ini mengindikasikan bahwa reformasi birokrasi mutlak dilakukan di negara berkembang. Rekrutmen terbuka untuk mendapatkan birokrat berkualitas dan berdedikasi perlu dilakukan. Di samping itu, negara harus terus mendukung pengembangan diri birokrat dan menciptakan dunia kerja yang transparan, adil, bebas korupsi, dan kompetitif untuk berkembang. Kemampuan birokrat dalam menjalankan kinerjanya itu juga perlu didukung oleh pimpinan yang visioner baik dari presiden, para menteri, maupun komponen lainnya.

Kedua, NHI merupakan kebijakan berbasis pengetahuan. Hal ini terlihat dengan pelibatan para ahli dalam proses perumusan kebijakan. Kebijakan berbasis pengetahuan (*knowledge-based policy*) ini wajib dipraktekkan untuk menghasilkan kebijakan yang berkesinambungan. Penelitian-penelitian yang dilakukan sebelum kebijakan dilahirkan perlu mengalokasikan waktu cukup panjang dan perlu melibatkan orang-

orang yang benar-benar ahli di bidang yang bersangkutan agar penelitian yang dilakukan benar-benar mendalam.

Ketiga, dalam proses pengesahan kebijakan, politisi dan organisasi masyarakat mempengaruhi opini publik maupun tindakan pemerintah. Hal ini menjadi menarik dan pada akhirnya demokrasi yang baik akan mampu mendorong kebijakan yang lebih baik. Masyarakat perlu memilih politisi yang cakap di bidangnya dan sesuai dengan kepentingan mereka, disamping organisasi masyarakat juga harus mampu membangun konsolidasi dengan masyarakat, sesama organisasi masyarakat, politisi, maupun pemerintah. Organisasi masyarakat sipil yang secara berkesinambungan mengadvokasi hak-hak masyarakat mutlak diperlukan.

Keempat, sinergi antara berbagai elemen agar kebijakan bisa terealisasi mutlak dilakukan. Setiap pihak harus memainkan peran mereka masing-masing dan mencoba untuk mengenyampingkan kepentingan pribadi dan golongan. Dalam kebijakan NHI Taiwan terjadi proses tarik ulur yang sangat panjang. Hal ini juga terjadi di negara berkembang. Sehingga yang sangat dibutuhkan adalah kesadaran untuk meraih kepentingan bersama dengan memperjuangkan sesuai dengan kapasitas masing-masing.

Kelima, NHI merupakan kebijakan yang terus bertransformasi, tidak ada kebijakan yang langsung baik. Sehingga pemerintah negara berkembangpun selayaknya mengadopsi kebijakan ini, untuk kemudian secara terus menerus melakukan evaluasi dan perbaikan. Asuransi kesehatan yang disubsidi oleh pemerintah cenderung memiliki reputasi lemah dalam pelayanan dan rumit dalam pengurusan administrasi. Dalam hal ini, diperlukan mekanisme kontrol dan evaluasi yang berkesinambungan terhadap praktik di lapangan. Berkaca dari pengalaman Taiwan, walaupun pemerintah tetap memegang kendali dalam tata kelola sistem asuransi kesehatan, namun pemerintah tetap perlu menerapkan *multi-track strategy*. Strategi *multi-track* ini merupakan strategi pemetaan prioritas terhadap level pendapatan, pendanaan, profil usia, kondisi sosial, serta kapasitas organisasi. Dengan demikian, agar strategi ini dapat diwujudkan secara efektif dan merata, pemerintah perlu berkolaborasi dengan pihak swasta dalam kerangka *public-private partnership* atau dengan memanfaatkan inisiatif *corporate social responsibility* pihak swasta.

Keenam, salah satu hal yang menjadikan NHI sampai saat ini mampu bertahan sebagai salah satu asuransi kesehatan terbaik di dunia adalah karena dukungan IT yang mereka punya

sehingga NHI dapat diterapkan dengan sangat efektif dan efisien. Hal ini menunjukkan bahwa *data driven policy* dan kemajuan di bidang IT mutlak menjadi salah satu tujuan yang harus diprioritaskan oleh negara berkembang. Informasi terkait kesehatan merupakan hal pertama yang dibutuhkan oleh pasien. Permasalahan yang sering terjadi di negara berkembang adalah lemahnya pengelolaan rekam medis. Rekam medis masih dilakukan secara manual dan belum terpusat sehingga pasien harus berulang kali melakukan pendaftaran ketika berobat. Setelah pasien melakukan pendaftaran pun, datanya tidak disinkronisasi dengan catatan medis sebelumnya dari rumah sakit yang berbeda. Pemanfaatan teknologi informasi seperti yang dilakukan oleh Taiwan dalam hal ini akan memudahkan pencatatan secara terpusat dan sinkronisasi data. Pemanfaatan teknologi informasi dalam sistem kesehatan juga memudahkan pemerintah maupun petugas medis untuk melakukan sosialisasi dan tindak preventif terhadap penyakit tertentu. Tantangan terbesar bagi negara berkembang untuk menerapkan teknologi informasi dalam sistem kesehatan adalah dana untuk penyediaan infrastruktur serta pelaksanaan *training* bagi para petugas medis agar terbiasa dengan sistem yang baru.

KESIMPULAN

Tulisan ini telah memberikan gambaran tentang sejarah kebijakan perlindungan kesehatan di Taiwan dan proses pengambilan keputusan lahirnya NHI. Tulisan ini juga telah memberikan penjelasan tentang sistem NHI dan bagaimana reformasi berkesinambungan yang dilakukan Taiwan untuk terus memperbaiki asuransi perlindungan kesehatannya. Model asuransi kesehatan satu pintu ini layak untuk diadopsi negara berkembang untuk menyediakan layanan kesehatan yang lebih berkualitas dan terjangkau bagi masyarakat. Reformasi berkesinambungan terhadap NHI seperti yang dilakukan Taiwan perlu dipelajari dan diadopsi Indonesia untuk memperbaiki BPJS Kesehatan yang beberapa tahun terakhir masih memiliki masalah baik dari segi pendanaan maupun dari segi pelayanan. Walaupun secara umum, Indonesia telah mengalami peningkatan dari segi infrastruktur kesehatan dan tenaga kerja di sektor kesehatan, namun tetap diperlukan mekanisme evaluasi terkait program *universal health coverage* untuk mewujudkan kesetaraan dalam akses pelayanan kesehatan, peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, serta perlindungan terhadap risiko finansial bagi kelompok tertentu, mengingat pengeluaran masyarakat di sektor kesehatan

masih rendah jika dibandingkan dengan GDP. Sistem kesehatan di Indonesia perlu diremajakan dalam merespons lanskap epidemiologi yang senantiasa berubah. Dengan demikian, penelitian lebih lanjut tentang kebijakan Taiwan terkait perlindungan sosialnya patut dilakukan Indonesia dan dijadikan sebagai salah satu rujukan dalam mengembangkan kebijakan kesehatan yang lebih baik di masa depan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Central News Agency. Taiwanese health care ranked 1st in the world: Online Survey [internet]. 2020 [dikutip pada 3 Juli 2020]. Taiwan News. Diakses dari <https://www.taiwannews.com.tw/en/news/3873772>
2. Numbeo. Health Care Index by Countries [internet]. 2020 [dikutip pada 3 Juli 2020]. Diakses dari https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp
3. Shih-Chung C. Taiwan's National Health Insurance: A Model for Universal Health Coverage [internet]. 2018 [dikutip pada 3 Juli 2020]. Diakses dari <https://thediplomat.com/2018/05/taiwans-national-health-insurance-a-model-for-universal-health-coverage/>
4. Lee SY, Chun CB, Lee GY, Seo KN. The National Health Insurance system as one type of new typology: The case of South Korea and Taiwan. *Health Policy* 85; 2008. p. 105–113.
5. Tuohy CH & Glied S. The Political Economy of Health Care. Dalam Glied S & Smith PC. *The Oxford Handbook of Health Economics*; 2015. Oxford University Press. 10.1093/oxfordhb/9780199238828.013.0004
6. Elders JM. The Politics of Health Care. *Social Research*. 2006; 73(3): 805-818.
7. Aspinwall N. Health Care for All: The Good & Not-So-Great of Taiwan's Universal Coverage [internet]. *The New Lens*. 2018 [dikutip pada 3 Juli 2020]. Diakses dari <https://international.thenewslens.com/article/108032>
8. Editorial. The Liberty Times Editorial: No argument for unfair NHI rules. [internet]. *Taipei Times*. 2020 [dikutip pada 3 Juli 2020]. Diakses dari <https://www.taipetimes.com/News/editorials/archives/2020/03/20/2003733023>
9. Scott D. Taiwan's single-payer success story-and its lessons for America [internet]. *Vox*. 2020 [dikutip pada 3 Juli 2020]. Diakses dari <https://www.vox.com/health-care/2020/1/13/21028702/medicare-for-all-taiwan-health-insurance>
10. S.A Tabish. Health Care in Developing Countries: Change and Challenge. *International Journal of Scientific Research*. 2019; 8(8): 1-6.

11. Lin CW. The Policymaking Process for the Social Security System in Taiwan: The National Health Insurance and National Pension Program. *The Developing Economies*. 2002; 40(3): 327–358
12. Lu RJF & Chiang TL. Evolution of Taiwan's health care system. *Health Economics, Policy and Law*. 2011 (6): 85-107. 10.1017/S1744133109990351
13. Cheng TM. Taiwan's National Health Insurance System: High Value for the Dollar. Dalam: Kieke G H O & Luca C. eds. *Six Countries, Six Reform Models: The Healthcare Reform Experience of Israel, The Netherlands, New Zealand, Singapore, Switzerland and Taiwan*. Singapore: World Scientific. 2009: 171-204.
14. Wu TY, Majeed A, Kuo NK. An overview of the healthcare system in Taiwan. *London Journal of Primary Care*. 2010; 3(2): 115-119. 10.1080/17571472.2010.11493315
15. Cheng TM. Taiwan's health care system: The next 20 years. *Brookings*. 2015 [dikutip pada 3 Juli 2020]. Diakses dari <https://www.brookings.edu/opinions/taiwans-health-care-system-the-next-20-years/>
16. Cheng TM. Reflections on the 20th Anniversary of Taiwan's Single-Payer National Health Insurance System. *Health Affairs*. 2015; 34(3): 502–510.
17. Wong J. Resisting Reform. *The Politics of Health Care in Democratizing Taiwan*. *American Asian Review*. 2003; 21 (2): 57-90.
18. Yi-wen C. NHI reform must be handled with care. *Taipei Times*. 2020 [dikutip pada 3 Juli 2020]. Diakses dari <https://www.taipeitimes.com/News/editorials/archives/2020/05/29/2003737230>
19. Hui-chin L & Li-hua C. Premier says the NHI system must survive, and give all Taiwanese equal treatment. *Taipei News*. 2020 [dikutip pada 3 Juli 2020]. Diakses dari <http://www.taipeitimes.com/News/taiwan/archives/2020/03/03/2003731975>
20. Minkler M, Steven P., Marian M. The Political Economy of Health: A Useful Theoretical Tool for Health Education Practice. *International Quarterly of Community Health Education*. 1995; 15 (2); 1-125.