

PANDANGAN KHUSUS

Pembiayaan Perkhidmatan Kesihatan: Cabaran di Alaf Baru

*Syed Mohamed Aljunid**

ABSTRAK

Peningkatan kos perkhidmatan kesihatan yang dihadapi secara global sekarang ini disebabkan oleh kedua-dua faktor permintaan dan penawaran. Peningkatan penduduk dunia, transisi demografi, penuaan populasi dan permintaan pengguna yang meningkat akibat dari perkembangan teknologi maklumat merupakan faktor permintaan yang berperanan meningkatkan kos. Perkembangan tenaga manusia dan kemudahan kesihatan, peningkatan taraf kemudahan kesihatan yang sedia ada, perkembangan teknologi baru dan pembaziran akibat interaksi diantara sektor awam dan swasta yang tidak dikordinasikan dikenalpasti sebagai faktor penawaran yang menyumbang kepada peningkatan kos. Sebagai tindakbalas kepada peningkatan kos, usaha dijalankan oleh penggubal polisi untuk mendapatkan sumber pembiayaan perkhidmatan kesihatan yang baru. Cukai yang menjadi sumber tradisional bagi membiayai perkhidmatan kesihatan ternyata gagal dipertahankan di kebanyakan negara. Sumber-sumber lain yang dikenalpasti termasuklah caj pengguna, insuran kesihatan, pembiayaan oleh masyarakat dan majikan melalui organisasi penyelenggaraan kesihatan.

ABSTRACT

The current global escalation of health care costs are due to both the supply and demand factors. Increase in the population size, demographic transition, ageing of the population and increasing demand from consumers due to development in health information technology are among the demand factors leading to increase in health care cost. Development of new technologies and wastage due to uncoordinated interactions between public and private sector were identified as the supply factors which contributed to increase in cost. In response to costs escalation, efforts have been made by policy makers to search for new resources to finance health care services. Tax, the traditional source for health care fund has failed in many countries to maintain its contribution. Other sources identified include user charges, health insurance, community financing and employers' financing through managed care organisations.

** Jabatan Kesihatan Masyarakat, Fakulti Perubatan, UKM*

PENGENALAN

Abad ke 20 di mulakan dengan pengukuhan dan penyusunan perkhidmatan kesihatan bagi membolehkan penemuan-penemuan baru dalam bidang perubatan di manfaatkan untuk manusia sejagat. Penemuan anti-organisma telah digunakan untuk mengurangkan akibat dari penyakit berjangkit. Kemuncak penyusunan semula tersebut adalah lahirnya konsep Jagaan Kesihatan Primer pada tahun 1977 melalui Deklarasi Alma-Ata yang menentukan halatuju perkhidmatan kesihatan kearah Kesihatan Untuk Semua Menjelang Tahun 2000. Kesemua negara yang mengambil bahagian dalam Deklarasi Alma-Ata, termasuklah Malaysia, memberikan komitmen untuk menjadikan perkhidmatan kesihatan sebagai bidang keutamaan dalam rancangan pembangunan negara masing-masing. Namun begitu menjelang penghujung abad ke 20 iaitu dalam tahun 80'an, usaha untuk memperkembangkan perkhidmatan kesihatan telah dikekang oleh kemelesetan ekonomi global. Walaupun Malaysia berjaya mengawal ekonominya dan mencapai pertumbuhan ekonomi yang positif mulai dari tahun 1987, namun banyak negara-negara membangun lain tidak begitu bernasib baik. Ekoran dari itu isu kekurangan sumber untuk membiayai perkhidmatan kesihatan melanda seluruh dunia termasuklah negara-negara yang telah maju.

Perkhidmatan kesihatan yang sering dianggap sebagai barangan awam dan barangan unggul telah diberikan tumpuan yang agak berbeza menjelang abad ke 21. Menurut ahli ekonomi barangan awam adalah barangan yang tersedia ada dengan banyak dari segi kuantitinya sehinggakan apabila pengguna menggunakannya sentiasa masih ada lagi yang tinggal untuk digunakan oleh orang lain. Barangan unggul pula adalah dianggap sebagai barangan perlu sehingga mana kepentingannya menyebabkan pihak pemerintah sendiri akan turun ke pasaran bagi memastikan bekalannya cukup untuk diguna oleh semua lapisan rakyat. Apabila sesuatu perkhidmatan diberikan status barangan awam dan barangan unggul maka hukum asas ekonomi iaitu hukum kekurangan akan diketepikan oleh pengguna dan juga oleh pihak pemerintah. Namun begitu dalam keadaan di mana sumber pengeluaran adalah terhad terutama semasa ekonomi meleset, status barangan awam dan barangan unggul yang diberi kepada perkhidmatan kesihatan mula dinilai semula.

Artikel ini akan mengupas faktor-faktor yang berkaitan dengan peningkatan kos dalam perkhidmatan kesihatan pembiayaan dan seterusnya membincangkan bentuk-bentuk pembiayaan yang akan

menjadi isu penting yang perlu ditangani oleh penggubal polisi di negara membangun dan maju di abad ke 21 nanti.

FAKTOR-FAKTOR PENINGKATAN KOS PEMBIAYAAN PERKHIDMATAN KESIHATAN

Ahli ekonomi kesihatan biasanya membahagikan faktor-faktor yang mempengaruhi sesuatu komoditi kepada dua bahagian iaitu faktor-faktor permintaan dan penawaran.

FAKTOR -FAKTOR PERMINTAAN

Transisi Epidemiologi

Perubahan pola penyakit dari penyakit akut kepada penyakit kronik dan degeneratif di samping kehadiran semula penyakit berjangkit merupakan ciri-ciri yang wujud dalam transisi epidemiologi (Omran, 1971; Philips, 1991). Ini merupakan salah satu faktor penting yang mempengaruhi kos dan pembiayaan perkhidmatan kesihatan.

Penyakit kronik dan degeneratif merupakan salah satu penyumbang besar kepada peningkatan kos perkhidmatan kesihatan. Penyakit kronik bukan sahaja memerlukan rawatan yang berpanjangan tetapi juga kehadiran komplikasi akan menyebabkan prosedur-prosedur intervensi yang tinggi kosnya terpaksa dilakukan. Kerap kali pula komplikasi yang dialami oleh pengidap penyakit kronik memerlukan intervensi yang berpanjangan dan sering juga ditemui hubungan satu penyakit kronik dengan penyakit kronik yang lain. Penyakit kencing manis sebagai contoh memerlukan rawatan yang berpanjangan samada dengan menggunakan suntikan insulin ataupun rawatan agen oral hipoglisemia. Komplikasi penyakit kencing manis yang kerap berlaku seperti retinopati diabetes dan kegagalan buah pingang memerlukan intervensi jangka panjang dan biasanya sepanjang hayat seseorang pesakit itu.

Secara am dikatakan bahawa kadar prevalens penyakit kronik cuma dalam sekitar 10 ke 20 peratus sahaja dikalangan penduduk tetapi mengambil 90 peratus dari semua kos rawatan (Gross, 1997). Kalau purata jangkamasa tinggal di wad digunakan sebagai indikator untuk mengukur penggunaan sumber, hasil dari kajian mendapati bahawa kehadiran penyakit kronik menyebabkan indikator ini meningkat dua ke tiga kali ganda (Palmer dan Wood, 1984). Analisis kos oleh Abu

Bakar et al (1996) pula menunjukkan secara purata RM 186.00 diperlukan setahun untuk setiap pesakit hipertensi tanpa komplikasi. Ini bermakna sekiranya prevalens penyakit hipertensi adalah sekitar 20%, sebanyak RM 630 juta atau hampir satu pertiga dari kos mengurus Kementerian Kesihatan perlu dibelanjakan untuk penyakit ini sahaja. Namun begitu perbelanjaan yang besar ini tidak begitu ketara kerana sebahagian besarnya (kos perjalanan, kos masa menunggu dsb) ditanggung sendiri oleh pesakit.

Perubahan demografi penduduk

Pertambahan penduduk sesebuah negara itu sendiri sudah pasti akan meningkatkan kos pembiayaan disebabkan meningkatnya permintaan untuk perkhidmatan kesihatan. Namun begitu peningkatan kos perkhidmatan kesihatan adalah lebih tinggi dari kadar peningkatan penduduk. Misalnya di negara ini di antara tahun 1970 ke 1990, bilangan penduduk meningkat sebanyak 70% tetapi peruntukan kewangan yang disediakan untuk Kementerian Kesihatan adalah meningkat hampir 8 kali ganda (Jadual 1).

Selain dari bilangan penduduk, penuaan sesuatu populasi akibat penurunan kadar mortaliti dan peningkatan jangka hayat akan juga meningkatkan kos pembiayaan perkhidmatan kesihatan. Menjelang tahun 2020, bilangan penduduk yang berumur 65 tahun keatas di negara ini akan mencapai paras 7% yang mana membolehkan populasi negara ini diklasifikasikan sebagai populasi tua. Jumlah ini akan meningkat kepada 9% menjelang tahun 2025 (Jabatan Statistik, 1992).

Kepentingan umur sebagai suatu faktor yang mempengaruhi kos rawatan dapat dilihat secara kasar melalui pola penggunaan kemudahan kesihatan. Benyoussef dan Wessen (1974) dalam kajian mereka di Tunisia membuktikan bahawa hubungan kadar penggunaan kemudahan kesihatan dengan umur adalah berbentuk "U" di mana kadar penggunaan tertinggi dapat dilihat pada kedua-dua penghujung umur. Keadaan yang hampir sama ditemui oleh Heller (1982) dalam kajiannya di Malaysia. Pengaruh umur terhadap kos rawatan dapat juga dilihat dalam pengkelasan penyakit mengikut campuran-kes. Semua Kumpulan Diagnosis Berkaitan (Diagnostic Related Groups, DRGs) yang dibentuk berdasarkan kepada campuran-kes meletakkan pesakit tua di dalam kumpulan kos yang lebih tinggi (Calore and Iezzoni, 1987). Ini bukan sahaja di sebabkan rata-rata pada umur yang tua, purata masa tinggal

dalam wad adalah lebih panjang tetapi juga kerana kehadiran ko-morbiditi. Kebanyakan ko-morbiditi yang berkaitan dengan penyakit utama merupakan penyakit-penyakit kronik. Ini jelas dapat dilihat dalam beberapa kajian yang dilakukan di kalangan wargatua di negara ini. Mutowo et al (1996) dalam kajian di kalangan orang Melayu di luar bandar mendapati 20% dari mereka mengidap hipertensi. Masitah dan Nazileh (1988) mendapati bahawa sebab utama kemasukan wargatua ke hospital adalah kerana penyakit jantung (19.8%) dan hipertensi (12.9%). Sian TG (1994) pula menunjukkan di kalangan wargatua Bangsa Cina 48.1% mengidap hipertensi dan 13.2% diabetes.

Permintaan pengguna

Peningkatan kadar celek huruf serta pendedahan ahli masyarakat kepada maklumat melalui perkembangan teknologi maklumat masa kini juga di jangka merupakan faktor penting yang mempengaruhi permintaan pengguna. Permintaan terhadap kaedah rawatan terkini atau kakitangan kesihatan yang pakar dalam sesuatu bidang sudah pasti akan mempengaruhi kos perkhidmatan kesihatan. Di kawasan luar bandar permintaan terhadap perkhidmatan dari kakitangan yang lebih terlatih telah pun dibuktikan; misalnya didapati salah satu sebab mengapa pusat kesihatan dan klinik desa dilangka oleh para pengguna yang lebih suka menghadiri Hospital Daerah adalah kerana ketiadaan doktor yang bertugas di tempat tersebut. Kajian juga membuktikan bahawa kepuasan pelanggan dipengaruhi oleh berbagai faktor dan di antaranya adalah kehadiran doktor untuk memberikan rawatan dan pengguna lebih berpuas hati sekiranya doktor menghabiskan masa yang lebih lama semasa konsultasi di samping menyampaikan nasihat dan maklumat mengenai penyakit yang dihidapi (Aljunid, 1996).

Berkaitan rapat dengan peningkatan permintaan pengguna adalah kewujudan gerakan hak asasi manusia yang menuntut hak setiap individu mendapatkan rawatan yang selamat. Seiring dengan itu kes litigasi dan saman menyaman ke atas doktor dan hospital sering berlaku apabila dikhuatiri berlaku kecuai yang menyebabkan penderitaan, kecacatan atau kematian pengguna. Tindakbalas dari pihak doktor dan hospital adalah dengan mengamalkan perubatan selamat (*defensive medicine*) di mana ujian-ujian dan intervensi yang mungkin tidak perlu terpaksa dilakukan untuk mengelakkan daripada dituduh sebagai cuai sekiranya sesuatu yang di luar jangkaan berlaku. Ini sudah pasti akan meningkat

kos perkhidmatan kesihatan terutama sekali sekiranya ujian-ujian yang dilakukan itu adalah mahal. Bayangkanlah implikasi kos rawatan apabila seorang doktor, bagi mengelakkan dari litigasi, terpaksa menghantar seorang pesakit yang mengidap sakit kepala bagi menjalani pemeriksaan skan CT bagi membuktikan yang dia tidak mengidap ketumbuhan dalam otak walaupun tidak ada tanda-tanda klinikal penyakit tersebut. Salah satu punca utama kenaikan perbelanjaan perkhidmatan kesihatan di Amerika Syarikat yang mencecah sehingga 14% dari Keluaran Negara Kasar dalam tahun 1992 adalah amalan perubatan selamat oleh pengamal perubatan di negara tersebut bagi mengelakkan dari menanggung risiko akibat litigasi (Berwick, 1994).

FAKTOR-FAKTOR PENAWARAN

Faktor sumber manusia

Perkhidmatan kesihatan memang telah dikenalpasti sebagai perkhidmatan yang berintensifkan tenaga manusia. Ini jelas dapat dilihat di kebanyakan negara hampir 70% dari kos mengurus adalah digunakan untuk membayar upah buruh. Peningkatan bilangan tenaga buruh terlatih seperti doktor dan kakitangan separa perubatan dengan tujuan untuk mencapai nisbah kakitangan kesihatan kepada penduduk yang lebih baik sudah pastilah akan meningkatkan kos pengurusan. Di Malaysia, untuk mencapai nisbah doktor satu dalam 1,500 penduduk menjelang tahun 2,000 dari 1:2400 sekarang ini akan memerlukan hampir sekali ganda pertambahan bilangan doktor di dalam negara. Pada masa yang sama doktor yang dilatih kerapnya tertarik untuk menjadi pakar. Insentif yang disediakan seperti gaji yang lebih tinggi dan peluang kenaikan pangkat merupakan sebahagian dari dorongan pihak kerajaan dalam usaha menambahkan bilangan doktor pakar yang masih dianggap rendah di kebanyakan negara membangun. Peningkatan bilangan pakar ini sudah pasti akan meningkatkan kos bukan sahaja dari pembayaran upah malahan dari penggunaan sumber yang lain. Doktor pakar biasanya menggunakan ubat-ubat yang lebih mahal yang tidak semestinya meningkatkan keberkesanan rawatan tetapi mungkin untuk menunjukkan perbezaan status di antara pakar dan bukan pakar. Beberapa kajian di Amerika Syarikat telah membuktikan bahawa perkhidmatan kesihatan oleh pakar-pakar meningkatkan kos pembiayaan tanpa memberikan manfaat yang lebih kepada pesakit jika di bandingkan dengan

perkhidmatan yang diberikan oleh para pengamal kesihatan primer (Berenson dan Holahan, 1992; Manu dan Schwartz, 1983; Angel et al, 1989).

Friedman (1962) berpendapat bahawa fenomena perlindungan yang berlaku di dalam profession perubatan merupakan salah satu punca peningkatan kos. Beliau berpendapat undang-undang yang menghadkan kakitangan paramedik untuk melakukan prosedur rawatan tertentu menyebabkan peningkatan upah kepada doktor-doktor yang melebihi kadar inflasi. Dengan berselindung di sebalik kualiti, doktor-doktor yang menguasai pasaran perkhidmatan kesihatan dengan menghadkan kakitangan paramedik dari menjalankan praktis tertentu. Contohnya di Malaysia sendiri, pembantu perubatan tidak di benarkan membuka klinik sendiri walaupun mereka di benarkan merawat pesakit di Pusat-Pusat Kesihatan Kerajaan. Friedman (1962) seterusnya menyarankan penghapusan 'undang-undang perlindungan' ini yang dijangka dapat menurunkan kadar peningkatan kos perkhidmatan kesihatan.

Teknologi baru

Perkembangan teknologi yang pesat merupakan faktor yang penting dalam meningkatkan kos perkhidmatan kesihatan. Termasuk dalam perkembangan teknologi adalah peralatan baru, ubat-ubatan, vaksin dan kaedah rawatan baru. Teknologi baru yang dihasilkan untuk merawat penyakit-penyakit yang baru muncul ataupun untuk meningkatkan keberkesanan rawatan yang sedia ada biasanya apabila diperkenalkan adalah mahal. Ini berikutan hak paten yang diperolehi oleh syarikat yang menemui teknologi tersebut. Walaupun tujuan pemberian hak paten adalah untuk membolehkan syarikat tersebut mendapat balik pelaburan dari aktiviti penyelidikan dan perkembangannya, namun begitu kebanyakan syarikat menggunakan kesempatan ini untuk mendapat keuntungan yang semaksimum mungkin semasa tempoh hak paten itu berkuatkuasa. Aktiviti pemasaran yang aktif dari syarikat pengeluar kerapnya menyebabkan para doktor akan terpengaruh untuk menggunakan ubat dan kaedah tersebut di dalam praktis mereka. Keadaan menjadi lebih buruk lagi apabila doktor bergantung kepada wakil dari syarikat pengeluar tersebut untuk mendapatkan maklumat terhadap keberkesanan sesuatu ubat atau kaedah rawatan. Ini berlaku kerana rata-rata doktor terutama di negara-negara membangun tidak terlibat

dengan aktif dalam aktiviti pendidikan perubatan berterusan di mana maklumat yang tidak bias dapat diperolehi.

Di beberapa buah negara maju seperti Jerman dan Belanda dan negara membangun seperti Korea, salah satu langkah untuk membendung kos adalah dengan mengawal kemasukan teknologi baru dengan undang-undang. Di negara tersebut sebuah jawatankuasa khas di bentuk oleh kerajaan untuk mengeluarkan sijil bagi membolehkan sesebuah hospital itu memiliki alat seperti Skan CT dan MRI (Yang, 1993). Walaupun langkah ini dikritik kerana menimbulkan keadaan monopoli bagi hospital yang memiliki alat canggih tersebut yang secara langsung membolehkan mereka mengaut keuntungan, namun hasil kajian pada masa ini menunjukkan bahawa langkah tersebut bersama dengan kawalan caj perkhidmatan adalah berkesan untuk mengawal peningkatan kos yang berkaitan dengan penggunaan berlebihan alat-alat tersebut.

Peningkatan kemudahan kesihatan

Pertambahan penduduk biasanya akan menyebabkan perlunya pertambahan kepada kemudahan kesihatan seperti Pusat Kesihatan dan Hospital. Pada masa yang sama kemudahan kesihatan yang sedia ada perlu di naikkan taraf untuk menangani masalah kesihatan semasa dan untuk memperlengkapkan kemudahan kesihatan dengan peralatan terkini dan kakitangan yang sesuai. Hospital merupakan kemudahan kesihatan yang paling banyak menelan kos kapital dan mengurus dalam perkhidmatan kesihatan. Di negara ini dianggarkan sebuah hospital daerah memerlukan di antara RM 300,000 - RM 500,000 bagi setiap katil manakala bagi sebuah hospital bertaraf hospital besar lengkap dengan teknologi maklumat berasaskan konsep "hospital tanpa kertas" memerlukan RM 1 juta setiap katil. Jadual 2 menunjukkan kos mengurus hospital-hospital di beberapa buah negara membangun. Hospital dibahagikan kepada beberapa kategori: tahap pertama yang terbawah sekali ialah di peringkat daerah, tahap kedua merupakan peringkat negeri dan tahap ketiga adalah peringkat nasional. Di kebanyakan negara membangun dalam kajian ini menunjukkan kos mengurus hospital berkenaan untuk setiap katil adalah diantara 2 ke 3 kali lebih tinggi dari hospital tahap paling rendah.

Memandangkan kos yang tinggi yang terpaksa ditanggung dalam membina dan menguruskan hospital, di antara langkah yang diambil oleh negara maju adalah dengan meningkatkan perkhidmatan ambulatori

samada oleh hospital atau pun oleh Pusat-pusat kesihatan kerajaan dan klinik swasta. Langkah yang lebih drastik diambil di United Kingdom dalam reformasi perkhidmatan kesihatannya dengan mengarahkan di tutup hospital yang dikira tidak cekap dalam pengurusannya (Robinson, 1994)

Interaksi perkhidmatan kesihatan kerajaan dan swasta

Di kebanyakan negara membangun, pihak kerajaan dan swasta kerap sama-sama memberikan perkhidmatan kesihatan kepada anggota masyarakat. Pada masa dahulu perkhidmatan kesihatan kerajaan lebih dominan dan perkhidmatan kesihatan swasta cuma memberikan tumpuan kepada segelintir kelompok masyarakat yang mampu dan biasanya tertumpu di bandar-bandar. Pertumbuhan negara yang pesat serta dasar penswastaan yang diperkembangkan di banyak negara-negara membangun sebagai salah satu langkah penstrukturan semula ekonomi selepas kemelesetan ekonomi pada tahun lapan puluhan menyebabkan pertumbuhan pesat perkhidmatan kesihatan swasta di samping bertambahnya golongan menengah yang mampu menggunakan perkhidmatan swasta. Malangnya di kebanyakan negara membangun perkhidmatan kesihatan swasta dan kerajaan jarang dikoordinasikan dengan baik. Interaksi di antara doktor swasta dan kerajaan jarang diberikan keutamaan dalam melaksanakan sesuatu program kesihatan oleh Kementerian Kesihatan di negara-negara membangun. Akibatnya berlaku banyak pembaziran dalam menggunakan sumber untuk perkhidmatan kesihatan. Contohnya sistem rujukan di antara pihak swasta dan kerajaan yang tidak dikoordinasikan menyebabkan mekanisma rujukan dua hala tidak wujud. Doktor kerajaan tidak puas hati dengan surat rujukan dari doktor swasta yang tidak lengkap dengan maklumat rawatan dan siasatan pesakit lalu menyebabkan ujian-ujian dan rawatan tersebut terpaksa diulangi. Pada masa yang sama doktor swasta tidak akan merujuk pesakit ke hospital kerajaan kecuali terlalu tenat kerana mereka risau yang pesakit yang telah dirawat oleh doktor kerajaan tidak pernah dipulangkan semula ke klinik mereka apabila rawatan selesai. Hal ini menyebabkan doktor swasta akan cuba memberi rawatan walaupun di luar kemampuan mereka dan cuma merujuk apabila pesakit terlalu teruk yang mana kos rawatannya adalah lebih tinggi di bandingkan sekiranya rujukan awal dibuat (Aljunid, 1995).

Oleh itu kehadiran dua pembekal perkhidmatan yang tidak di koordinasikan menyebabkan peningkatan kos dalam menyampaikan perkhidmatan kesihatan kepada masyarakat.

SUMBER PEMBIAYAAN PERKHIDMATAN KESIHATAN

Cukai am

Kebanyakan negara di dunia ini menggunakan cukai am untuk membiayai perkhidmatan kesihatan. Di negara membangun, cukai am merupakan sumber yang paling utama dalam membiayai perkhidmatan sosial termasuklah perkhidmatan kesihatan. Di kebanyakan negara membangun cukai pendapatan, cukai perniagaan dan cukai import-eksport menyumbangkan pendapatan utama kerajaan. Di negara ini misalnya pada tahun 1996, 40.1% dari pendapatan negara adalah dari cukai pendapatan (The Star, 1996). Namun begitu, cukai bukanlah sumber pembiayaan yang selalu boleh diharapkan terutama apabila kerajaan memberikan keutamaan kepada bidang lain selain dari kesihatan dalam mengagihkan pendapatan negara. Bidang pertahanan dan pendidikan lebih mendapat keutamaan dari bidang kesihatan. Ini jelas dapat dilihat sepanjang tahun 1990 hingga 1993 bidang kesihatan cuma mendapat di antara 5 ke 6% sahaja dari jumlah belanjawan negara dan jumlah ini adalah kurang dari 2% dari Keluaran Negara Kasar (Kementerian Kesihatan Malaysia, 1992, 1993 dan 1994).

Soal kesaksamaan dalam mengagihkan perkhidmatan kesihatan yang dibiayai oleh cukai sering diperkatakan kerana di dapati kebanyakan kemudahan kesihatan yang dibina dari sumber ini kerapnya tertumpu di kawasan bandar-bandar besar manakala kawasan pedalaman biasanya tertinggal ke belakang. Keutamaan diberikan dalam membina hospital dengan peralatan yang canggih di kawasan bandar yang bertujuan untuk memberikan perkhidmatan kepada golongan yang berpengaruh dari segi ekonomi dan politik (Abel Smith, 1976).

Caj Pengguna

Caj pengguna merupakan salah satu sumber pembiayaan perkhidmatan kesihatan yang cuba dieksploitasi oleh banyak negara membangun akhir-akhir ini. Ini berlaku bukan sahaja disebabkan ketidakupayaan negara-negara tersebut membiayai perkhidmatan kesihatan melalui

cukai akibat dari kemelesetan ekonomi tetapi juga atas desakan agensi-agensi penderma antarabangsa dalam usaha mendapatkan semula wang pinjaman mereka. Bank Dunia misalnya mahukan negara-negara yang membangun yang ingin mendapatkan pinjamannya mengenakan caj pengguna kepada perkhidmatan kerajaan yang diberikan kepada rakyat (Abel Smith, 1985).

Sebenarnya caj pengguna bukanlah perkara baru di kebanyakan negara membangun tetapi kadar subsidi yang diberikan serta pengecualian kepada golongan tertentu dan perkhidmatan penting menyebabkan caj pengguna bukan merupakan sumber kewangan yang penting bagi membiayai perkhidmatan kesihatan. Misalnya di negara ini kadar RM 1 yang dikenakan untuk perkhidmatan pesakit luar di hospital kerajaan adalah terlalu rendah berbanding kos sebenar di antara RM 17 - RM 20. Ini menyebabkan caj pengguna cuma dapat menampung kurang dari 1% dari perbelanjaan mengurus kebanyakan hospital kerajaan (Kementerian Kesihatan Malaysia, 1994).

Pihak yang mencadangkan supaya caj pengguna ditingkatkan bagi mendapatkan sumber pembiayaan perkhidmatan membuat saranan mereka berdasarkan beberapa kajian yang menunjukkan hubungan permintaan untuk perkhidmatan kesihatan dengan harga yang tidak anjal. Salah satu kajian tersebut dilakukan di Malaysia sendiri dalam tahun 1977 oleh Heller (1982). Satu lagi kajian adalah di Filipina yang juga menunjukkan hasil yang sama (Akin et al, 1986). Kedua-dua kajian ini dikecam hebat oleh puak yang tidak bersetuju dengan peningkatan caj pengguna. Mereka mengkritik kedua-dua kajian itu yang tidak mengambilkira tahap pendapatan pengguna dalam mengukur nilai keanjalan permintaan dan pada masa yang sama mendedahkan kelemahan darjah keanjalan itu sendiri sebagai alat pengukur perubahan antara permintaan dan harga (Gilson, 1988; Gilson, Russell and Buse, 1995). Apabila darjah keanjalan kurang dari satu, ahli ekonomi mengelaskan hubungan tersebut sebagai tidak anjal. Ketidakanjalan antara dua faktor bukan menunjukkan yang dua faktor tersebut tidak mempengaruhi antara satu sama lain cuma pengaruhnya adalah kecil (darjah keanjalan kurang dari 1).

Beberapa negara membangun cuba meningkatkan caj pengguna dalam usaha menambahkan sumber pembiayaan perkhidmatan kesihatan mereka. Di kebanyakan negara ini didapati kesannya adalah terlalu buruk sehinggakan kadar penggunaan perkhidmatan kesihatan menurun dengan mendadak ketahap yang membimbangkan. Ini jelas dapat dilihat

apabila polisi untuk mengenakan dan meningkatkan caj pengguna di kemudahan kesihatan kerajaan di Zimbabwe dalam tahun 1991 (Hongoro dan Chandiwana, 1994), di Kenya dalam tahun 1989 (Moses et al, 1992) dan di Swaziland dalam tahun 1988 (Yoder, 1989) terpaksa di tarik balik dan diubahsuai setelah dilaksanakan dalam tempoh yang singkat.

Kebolehan caj pengguna untuk menjadi sumber kewangan yang bermakna dalam membiayai perkhidmatan kesihatan adalahlah juga diragui. Di anggarkan untuk mencapai tahap tersebut, caj yang dikenakan akan terlalu tinggi sehinggakan isu kesaksamaan akan menjadi tertekan. Ramai orang yang tidak mampu akan menderita akibat caj yang tinggi. Berdasarkan kepada tahap pengumpulan dana sekarang, di Malaysia kurang dari 1 peratus dari kos mengurus Kementerian Kesihatan di kutip dari caj pengguna sebanyak RM 1.00 (Jadual 3). Adalah dianggarkan untuk mencapai tahap pengumpulan dana 25% dari kos mengurus, caj pengguna perlu dikenakan sehingga RM 50 setiap lawatan pesakit luar. Ini sudah pasti di luar kemampuan para pengguna negara ini.

Kelemahan mekanisme pengecualian bayaran adalah merupakan salah satu punca hilangnya kredibiliti caj pengguna. Mekanisma pengecualian di kebanyakan negara membangun sering gagal berfungsi untuk mengenalpasti golongan yang kurang mampu (Gilson, Russell and Buse, 1995). Selain dari mekanisma ini disalahgunakan oleh orang-orang yang tidak layak, hasil kajian di Thailand menunjukkan yang golongan miskin sendiri sangsi menggunakan mekanisma ini kerana khawatir mereka menerima kualiti perkhidmatan yang lebih rendah. Kesangsian ini terbukti apabila golongan yang menerima kad pengecualian diberikan layanan yang kurang baik oleh kakitangan kesihatan dan juga terpaksa menunggu lebih lama dari orang lain (Mills, 1991).

Satu lagi faktor penting yang menyebabkan caj pengguna tidak dapat mengatasi masalah pembiayaan perkhidmatan kesihatan adalah berkaitan dengan ketidakupayaan untuk mengekalkan dana yang terkumpul di dalam sektor kesihatan. Ini jelas dapat dilihat di kebanyakan negara di mana segala wang yang dikutip akan dihantar kepada pihak Perbendaharaan yang akan mengagihkan wang tersebut melalui belanjawan negara. Oleh yang demikian tidak dapat dijamin wang yang dikutip dari perkhidmatan kesihatan akan kembali ke dalam perkhidmatan kesihatan. Keadaan ini menyebabkan dana yang terkumpul tidak dapat digunakan untuk meningkatkan kualiti perkhidmatan kesihatan. Dalam keadaan begini pekerja kesihatan tidak berminat untuk

mengutip bayaran dari pengguna. Para pengguna yang biasanya mempunyai harapan yang tinggi terhadap kualiti perkhidmatan yang dikenakan bayaran yang tinggi akan kecewa dengan tahap perkhidmatan yang diterima. Di beberapa negara caj pengguna telah cuba di kekalkan di kemudahan kesihatan yang mengutipnya dan sebahagiannya digunakan untuk membayar insentif kepada kakitangan kesihatan dan juga untuk membaikpulih kemudahan kesihatan tersebut. Walaupun ianya berjaya meningkatkan kualiti perkhidmatan dan kepuasan pelanggan di kemudahan tersebut namun di sesetengah negara pula keadaan diburukan lagi dengan kelemahan kakitangan kesihatan menguruskan dana yang terkumpul di samping amalan rasuah yang berleluasa (Litvack dan Bodart, 1993).

Secara amnya walaupun caj pengguna dari mata kasar dapat mengumpulkan dana untuk pembiayaan perkhidmatan kesihatan faktor seperti ketidakupayaan menggunakan sumber yang dikutip untuk meningkatkan kualiti perkhidmatan, kelemahan mekanisma pengecualian bayaran dan isu kesaksamaan merupakan kelemahan yang perlu diatasi.

Insuran Kesihatan

Insuran kesihatan adalah salah satu cara pembiayaan perkhidmatan kesihatan yang telah lama wujud di negara maju dan juga beberapa buah negara membangun. Secara am insuran kesihatan dapat dibahagikan kepada dua bentuk iaitu insuran kesihatan persendirian dan insuran kesihatan nasional atau insuran sosial.

Insuran kesihatan persendirian berbeza dengan insuran kesihatan nasional atau insuran sosial dari kaedah untuk mengira risiko dan bayaran premium. Insuran kesihatan persendirian tidak menggunakan kaedah risiko terkumpul seperti insuran sosial tetapi sebaliknya menggunakan ciri-ciri individu atau kumpulan tertentu dalam mengira risikonya. Akibatnya setiap individu dan kumpulan tertentu mempunyai kadar premium yang berbeza dan ada pula kumpulan dan individu yang akan dikeluarkan dari senarai yang layak mendapat perlindungan. Ini adalah golongan yang berisiko tinggi seperti golongan pengidap penyakit kronik dan wargatua. Oleh kerana tidak berlaku perkongsian risiko maka kerapnya premium untuk insuran kesihatan persendirian adalah tinggi dan biasanya cuma mampu dibeli oleh golongan berpendapatan tinggi sahaja.

Insuran kesihatan persendirian biasanya di dapati di negara di mana tidak ada insuran sosial seperti di Amerika Syarikat. Di negara

membangun biasanya golongan berpendapatan tinggi menjadi pelanggan skim insuran ini dengan tujuan untuk mendapatkan perkhidmatan kesihatan yang berkualiti tinggi yang disediakan oleh pihak swasta (Hoare dan Mills, 1986).

Insuran sosial biasanya di mulakan dengan mewajibkan anggota masyarakat membayar premium kepada sebuah tabung yang diberikan mandat oleh kerajaan untuk mengendalikan skim ini. Kadar premium akan di tentukan dengan menggunakan prinsip aktuaris yang mengambilkira insiden penyakit disesebuah negara dan kemudahan yang diberikan melalui skim tersebut. Oleh yang demikian risiko seseorang itu akan sama-sama di kongsi oleh semua ahli masyarakat. Melalui skim ini prinsip muafakat dipentingkan dimana anggota masyarakat yang sihat menanggung beban kewangan perkhidmatan kesihatan bagi yang sakit. Kebanyakan negara memulakan skim ini dengan mengenakan potongan gaji wajib keatas golongan pekerja dan majikan mereka. Ini kerap dikecam oleh golongan anti-insuran sosial sebagai tidak saksama kerana golongan pekerja dibebankan dengan masalah kesihatan negara di samping mereka juga dikenakan cukai pendapatan. Namun begitu isu ini menjadi kurang penting apabila sesebuah negara itu mencapai kadar pengangguran sifar. Kebanyakan negara yang memulakan insuran sosial seperti di Korea, Taiwan dan Jepun merupakan negara yang mana kadar pengangguran adalah rendah (Shin dan Lee, 1990). Suatu lagi fenomena yang di amati adalah wujudnya hubungan di antara perlaksanaan insuran sosial yang berdaya maju dengan perkembangan ekonomi dan pendapatan perkapita sesebuah negara itu.

Walau bagaimanapun insuran kesihatan sosial ini bukanlah mudah untuk dilaksanakan. Beberapa isu yang menimbulkan kesukaran kepada skim ini telah di kenalpasti pada peringkat awal perlaksanaannya di beberapa buah negara. Salah satunya adalah perlunya mendapat sokongan politik dari anggota masyarakat bagi membolehkan status mandatori diwujudkan dalam mendapatkan keahlian ke dalam skim ini. Kerapnya ini dilakukan melalui undang-undang yang diluluskan oleh parlimen. Ini adalah amat penting kerana sekiranya skim insuran sosial ini tidak diwajibkan, maka cuma golongan yang mempunyai risiko yang tinggi sahaja mempunyai insentif untuk menyertainya. Oleh yang demikian prinsip perkongsian risiko tidak akan wujud dan premium yang akan dikenakan akan menjadi terlalu tinggi sehingga tidak mampu dibayar oleh anggota yang ingin menyertainya. Dinegara dimana banyak anggota

masyarakat bekerja di dalam sektor tidak formal dan juga bekerja sendiri seperti petani, nelayan dan sebagainya adalah sukar untuk menentukan pendapatan mereka yang sebenar bagi membolehkan pengiraan kadar sumbangan mereka ke dalam dana insuran sosial. Kalaupun pendapatan mereka dapat diramal, mekanisma untuk mengutip sumbangan mereka yang bekerja disektor tidak formal ini perlu dibentuk agar mereka dapat menyumbang dengan berterusan terutama apabila pendapatan mereka tidak tetap dan mengikut musim.

Pengendalian skim yang efisien adalah suatu kemestian bagi membolehkan insuran sosial ini berdaya maju dan bertahan lama. Kos pengurusan yang tinggi sehingga memakan hampir 25 ke 30% dari jumlah dan yang terkumpul merupakan masalah besar yang dihadapi oleh skim insuran sosial yang dimulakan di beberapa negara membangun di Afrika. Dianggarkan sekiranya kos pengurusan melebihi 10% dari jumlah dana yang dikutip maka skim tersebut tidak berdaya maju (Shaw dan Griffin, 1995).

Suatu lagi fenomena yang wujud adalah akibat dari perubahan kepada permintaan terhadap perkhidmatan oleh ahli masyarakat yang menyumbang kepada insuran sosial ini. Keadaan "hazard moral" wujud apabila ahli masyarakat meningkatkan permintaan mereka terhadap perkhidmatan kesihatan disebabkan mereka mahu mengambil kesempatan dari pembayaran premium mereka. Ini menyebabkan berlaku peningkatan kadar penggunaan perkhidmatan kesihatan yang akan memberikan kesan negatif kepada dana yang terkumpul. Untuk mengelakkan ini, pengurus insuran sosial biasanya akan mengenakan bayaran bersama ("co-payment") kepada para pengguna bagi memastikan cuma orang yang benar-benar memerlukan perkhidmatan sahaja akan menggunakannya. Penggunaan prinsip bayaran bersama inilah merupakan salah satu punca kritikan para pengguna terhadap skim insuran kesihatan dan merupakan isu ketidaksaksamaan yang sering ditimbulkan. Anggota masyarakat mungkin tidak dapat menerima hakikat bahawa mereka perlu membayar perkhidmatan yang telah di "beli" melalui bayaran premium insuran. Pada masa yang sama golongan yang berpendapatan rendah dan sederhana tidak dapat menggunakan perkhidmatan yang disediakan sekiranya tahap bayaran bersama yang dikenakan itu adalah terlalu tinggi dan diluar kemampuan mereka (Roemer, 1971).

Pembiayaan oleh masyarakat

Pembiayaan oleh masyarakat adalah merupakan salah satu cara membiayai perkhidmatan kesihatan yang berlandaskan kepada prinsip Jagaan Kesihatan Primer yang mementingkan penyertaan masyarakat dalam penyampaian perkhidmatan kesihatan. Walaupun kebanyakan penggubal polisi mentafsirkan penyertaan masyarakat cuma ke tahap peranan ketua-ketua menyusun ahli masyarakat bagi mengambil bahagian dalam program kesihatan, namun di beberapa negara konsep ini diperluaskan sehingga anggota masyarakat sama-sama membantu membiayai perkhidmatan kesihatan. Ini kerap dilihat di negara yang mana pendapatan perkapitanya rendah dan perkhidmatan kesihatan kerajaan tidak dapat diharapkan sangat tanpa bantuan luar kerana kekurangan sumber. Kaedah ini sering dilakukan terhadap kelompok masyarakat yang kebanyakan ahlinya bekerja di sektor informal yang menyukarkan untuk dilaksanakan skim insuran sosial.

Dalam melaksanakan pembiayaan oleh masyarakat, kaedah untuk menjanakan sumber diperingkat paling bawah dalam masyarakat dicari. Misalnya di bawah inisiatif Bamako yang bertujuan untuk mendapatkan sumber untuk membiayai pembelian ubat-ubatan di Pusat-pusat Kesihatan, kerajaan dan agensi penderma mengeluarkan wang ibu untuk Pusat-pusat Kesihatan tersebut membeli ubat-ubat tersebut (McPake et al, 1994). Seterusnya ahli masyarakat dikenakan bayaran apabila mendapatkan ubat tersebut dan wang yang dikutip akan diuruskan oleh sebuah jawatankuasa yang dianggotai oleh pekerja kesihatan dan ahli masyarakat. Dana yang terkumpul bukan sahaja digunakan untuk membeli ubat tetapi juga untuk membayar gaji kakitangan kesihatan dan memperbaiki kemudahan kesihatan.

Kejayaan pembiayaan oleh masyarakat dilaporkan oleh Moens (1990) dalam projek yang melibatkan pengujuduan skim pra-pembayaran di zon kesihatan Bwamannda, Zaire yang di sertai lebih dari 60% ahli masyarakat petani di kawasan tersebut. Dana yang di kumpulkan dapat menampung sehingga 80% dari kos mengurus hospital di zon kesihatan tersebut.

Kaedah ini berupaya meningkatkan tanggungjawab anggota masyarakat terhadap kemudahan kesihatan di tempat mereka, dan merapatkan hubungan di antara anggota masyarakat dengan pekerja kesihatan. Namun begitu skim pembiayaan oleh masyarakat ini dikritik kerana ianya di anggap sebagai salah satu cara kerajaan melarikan diri dari tanggungjawab sosial dan meletakkan beban tersebut kepada golongan masyarakat yang paling bawah yang sudah diketahui tidak

mampu. Ini berdasarkan kepada beberapa penilaian yang mendapati skim pembiayaan masyarakat tidak berdaya maju dan dana yang dapat dikumpulkan adalah terhad untuk membolehkan perkhidmatan kesihatan yang berkualiti disampaikan. Pada masa yang sama kekurangan kemahiran ahli-masyarakat untuk mengendalikan dana tersebut menyebabkan dikebanyakan negara skim ini tidak dapat bertahan lama.

Thailand merupakan salah sebuah negara Asia yang menggunakan kaedah pembiayaan masyarakat dalam usaha untuk meningkatkan sumber kewangan bagi membiayai perkhidmatan kesihatan di kawasan luar bandar. Walaupun sehingga tahun 1988 dilaporkan hampir 50% dari kawasan pedalaman di Thailand mempunyai skim ini, namun dana yang dikumpulkan adalah terlalu kecil iaitu kurang dari 1% perbelanjaan membiayai perkhidmatan kesihatan seluruh negara. Diantara skim-skim yang dikemukakan, yang berjaya adalah skim dana ubat-ubatan dan dana untuk sanitasi sekiranya (Wibulpolprasert, 1990)

Walupun projek-projek yang dijalankan di beberapa negara menunjukkan hasil yang tidak menentu, namun begitu kaedah pembiayaan oleh masyarakat ini belum lagi dicuba di negara-negara membangun yang mempunyai pendapatan negara yang sederhana tinggi. Ia merupakan salah satu kaedah yang boleh diambil kira oleh penggubal polisi kesihatan negara tersebut.

Pembiayaan oleh majikan

Golongan pekerja merupakan golongan yang lebih bernasib baik di bandingkan dengan anggota masyarakat yang lain. Golongan yang produktif ini merupakan golongan yang kerapnya menjadi tumpuan pelaburan. Majikan sanggup menanggung kos pembiayaan kesihatan kerana golongan pekerja yang sihat kerapnya adalah produktif dan dapat menguntungkan firmannya. Pada masa yang sama, peruntukan undang-undang yang mewajibkan penyediaan perkhidmatan kesihatan oleh para majikan dapat melindungi hak pekerja tersebut. Majikan membiayai perkhidmatan kesihatan pekerja samada dengan membeli perkhidmatan kesihatan dari doktor swasta ataupun menyediakan kemudahan dan kakitangan kesihatannya sendiri. Kerapnya bentuk pembiayaan bergantung kepada kemampuan sesebuah syarikat tersebut.

Ciri-ciri ketaksamaan wujud dalam pembiayaan perkhidmatan kesihatan oleh majikan. Ini jelas dapat dilihat dimana kerapnya golongan kolar putih mendapat kemudahan kesihatan yang lebih baik dibandingkan

dengan golongan kolar biru. Misalnya tahap pembiayaan golongan kolar biru biasanya terhad kepada rawatan ambulatori dan sekiranya memerlukan rawatan pesakit dalam, mereka diarahkan pergi ke hospital kerajaan. Manakala golongan kolar putih mendapat pembiayaan bagi pesakit luar dan pihak majikan membeli insuran persendirian untuk golongan ini mendapat perkhidmatan pesakit dalam di hospital swasta (Watson, 1996). Namun begitu hal ini dipertahankan oleh majikan sebagai langkah untuk menarik kakitangan pengurusan dan teknikal yang cekap bagi berkhidmat dengan syarikat tersebut.

Di negara ini baru-baru ini wujud suatu organisasi perkhidmatan kesihatan yang di namakan organisasi penyelenggaraan kesihatan atau "managed care organisation". Pihak majikan secara tidak langsung mengalakan pengwujudan organisasi ini sebagai mengambil alih fungsi bahagian pentadbiran yang terpaksa berurusan dengan beratus-ratus doktor swasta di bawah sistem panel. Organisasi penyelenggaraan kesihatan diberikan tanggungjawab untuk menguruskan perkhidmatan kesihatan kakitangan dan ahli keluarga beberapa syarikat-syarikat besar di negara ini. Organisasi ini diberikan bayaran mengikut prinsip kapitasi yang kemudiannya akan mengatur perkhidmatan kesihatan kepada pekerja-pekerja syarikat tersebut. Konsep organisasi penyelenggaraan kesihatan hampir sama dengan konsep HMO di Amerika Syarikat di mana ianya merupakan suatu alternatif kepada skim insuran persendirian yang didapati gagal memberikan perkhidmatan kesihatan kepada seluruh rakyat negara tersebut disamping menyumbang kepada peningkatan kos perkhidmatan negara tersebut yang di jangka akan mencapai ke tahap 25% dari KNK menjelang tahun 2000. Dibawah konsep HMO ini, oleh kerana bayaran kepada organisasi ini adalah dalam bentuk kapitasi maka organisasi tadi akan mementingkan perkhidmatan kesihatan preventif bagi mengurangkan bilangan hari yang sakit lalu menjimatkan kos (Hsiao, 1995).

Organisasi penyelenggaraan kesihatan dikecam hebat di negara ini oleh profesyen perubatan masa ini yang menganggap bahawa organisasi tersebut cuma bertindak sebagai orang tengah yang mengaut keuntungan semata-mata tanpa apa-apa manfaat kepada pekerja dan juga majikan (MMA, 1995). Ini berlaku kerana kebanyakan dari organisasi penyelenggaraan ini tidak mempunyai perkhidmatan kesihatan mereka sendiri tetapi sebaliknya menggunakan doktor swasta yang pada masa dahulu berurusan terus dengan majikan syarikat tersebut. Pada masa yang sama usaha organisasi penyelenggaraan kesihatan untuk membendung

kos melalui perlaksanaan aktiviti preventif kurang dilaksanakan sebaliknya mengenakan had maksimum dalam tuntutan bayaran oleh doktor-doktor yang merawat. Usaha untuk merasionalkan sumber melalui kawalan rujukan ke hospital telah dituduh sebagai mencabuli hak doktor untuk memberikan perkhidmatan yang terbaik mungkin kepada pesakit.

Kementerian Kesihatan Malaysia telah bertindak dengan menubuhkan Jawatankuasa Peringkat Nasional bagi mengawalselia aktiviti penyelenggaraan kesihatan ini dan telah pun mengeluarkan garis panduan untuk diikuti oleh doktor-doktor yang terlibat dengan organisasi tersebut. Usaha ini menunjukkan yang organisasi penyelenggaraan kesihatan ini akan terus berada di negara ini dan mungkin akan berkembang sebagai salah satu alternatif untuk membiayai perkhidmatan kesihatan.

RUMUSAN

Isu pembiayaan perkhidmatan kesihatan akan mengiringi manusia sejagat memasuki alaf baru dimana pencapaian objektif Jagaan Kesihatan Primer iaitu Kesihatan untuk Semua menjelang tahun 2000 akan dinilai. Berdasarkan kepada fakta semasa, isu kenaikan kos perkhidmatan kesihatan akan menjadi faktor penghalang yang penting. Peningkatan penduduk sesebuah negara yang disertai oleh transisi demografi secara lansung merupakan faktor penting yang meningkatkan kos pembiayaan perkhidmatan kesihatan. Pembekal perkhidmatan terpaksa berhadapan dengan pengguna yang mengharapkan kualiti perkhidmatan kesihatan yang baik dan terkini. Penggubal polisi dan perancang kesihatan terpaksa lebih berhati-hati dalam usaha meningkatkan taraf perkhidmatan kesihatan melalui perancangan kemudahan kesihatan yang rapi dan perkembangan tenaga manusia kerana semua ini akan menyebabkan peningkatan kos.

Pengalaman sekarang menunjukkan yang penggantungan kepada cukai sebagai sumber utama untuk membiayai perkhidmatan kesihatan bukanlah merupakan langkah yang wajar. Pada masa yang sama usaha untuk mencari sumber alternatif melalui caj pengguna, insuran kesihatan, pembiayaan oleh masyarakat dan organisasi penyelenggara kesihatan masih lagi tidak dapat menunjukkan kejayaan yang boleh dibanggakan. Mungkinkah di alaf baru nanti hadiah Nobel bidang perubatan akan

dianugerahkan kepada penemuan kaedah pembiayaan yang menjamin kecekapan, keberkesanan, aksesibiliti dan kesaksamaan dalam perkhidmatan kesihatan?

Jadual 1 Peruntukan Kementerian Kesihatan dan jumlah penduduk Malaysia, 1970-1990.

Tahun	Jumlah Peruntukan (RM juta)	Jumlah Penduduk (juta)	Peruntukan perkapita
1970	183.03	10.44	17.53
1980	835.72	13.14	64.24
1990	1,623.85	17.57	92.42

Sumber : Supian Ali , 1994

Jadual 2 Kos untuk mengurus hospital terpilih di beberapa negara membangun

Negara	Kos/katil *			Nisbah sumber/katil		
	Tahap Pertama	Tahap kedua	Tahap ketiga	Tahap Pertama	Tahap Kedua	Tahap Ketiga
Indonesia	205	540	756	1	2.64	3.69
Rwanda	509	1366	1667	1	2.68	3.27
PPNG	668	866	962	1	1.30	1.44
China	517	627	1039	1	1.21	2.01
Jamaica	817	810	1148	1	0.99	1.41

Sumber: Mahapatra and Berman, 1995

* Kos dalam peratus dari per kapita KNK

Jadual 3 Model pendapatan Kementerian Kesihatan melalui caj

pengguna

Tahun	Perbelanjaan Mengurus KKM* (000,000)	Kehadiran Pesakit Luar* (,000)	% Kos Mengurus pada kadar RM 1.00*	% Kos mengurus pada kadar RM 5.00	% Kos mengurus pada kadar RM 10.00**
1987	1,081	12,677	1.16	5.8	7.0
1988	1,142	13,066	1.13	5.7	6.8
1989	1,248	13,085	1.05	5.3	6.3
1990	1,335	13,367	1.00	5.0	6.0
1991	1,492	13,342	0.89	4.5	5.4
1992	1,798	13,351	0.74	3.7	4.6
1993	1,985	13,599	0.69	3.5	4.1

* Sumber : Laporan Tahunan Kementerian Kesihatan Malaysia 1990 - 1994

** Dianggapkan 40% dari pengguna di berikan pengecualian.

RUJUKAN

- Abel-Smith, B. 1976. Value for money in health services: a comparative study. Heinemann, London
- Abel-Smith, B. 1985. Global perspective on health service financing. *Social Science and Medicine* **21**(9): 957-63.
- Abu Bakar, A.N., Masran, M., Param Jeeth Singh, P.S., Siti Zubaidah, A.R. & Hasnah, B. 1996. Kajian analisi kos rawatan hipertensi di kalangan pesakit klinik hipertensi Hospital Sabak Bernam Selangor. *Laporan untuk memenuhi kursus ekonomi kesihatan, kursus Sarjana Kesihatan Masyarakat*, Fakulti Perubatan, Universiti Kebangsaan Malaysia.
- Akin, J.S., Griffin, C.C., Guilkey, D.K. & Popkin, B.M.N. 1986. The demand for adult outpatient services in the Bicol region of the Philippines. *Social Science of Medicine*. **22**(3) 321-28.

- Aljunid, S. 1995. The role of private practitioners in rural district of Malaysia and their interactions with public health services. PhD thesis in Health Economics and Financing Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Aljunid, S. 1996. Community satisfaction with public and private health care in a rural district of Malaysia. Paper presented in the Third Public Health Colloquium, Kuala Lumpur on 10 & 11 September, 1996.
- Angel, W., Freund, D.A., Stein, J.S. & Fletcher, R.H. 1989. The treatment of patients with asthma by specialists and generalist. *Medical Care* **27**: 306-14.
- Benyoussef & Wessen 1974. Utilisation of health services in developing countries - Tunisia. *Social Science and Medicine*. **8** (5): 287-304
- Berenson, R. & Holahan, J. 1992. Sources of the growth in Medicare physician expenditures. *Journal of the American Medical Association* **267**: 687-691.
- Berwick, D.M. 1994. Continuous quality improvement in medicine: from theory to practice. Health thyself or heal thy system : can doctors help to improve medical care? *Journal of the American Medical Association* **307**: 587-591.
- Calore, K.A. & Iezzoni, L. 1987. Disease staging and PMCs. Can they improve DRGs? *Medical Care* **25**(8): 724-35.
- Friedman, M. 1962. Capitalism and Freedom. University of Chicago Press, Chicago. In: McLachlan G and Maynard A (1982) The public/private mix for health: the relevance and effects of change. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.
- Gilson, L., Russel, S. & Buse, K. 1995. The political economy of user fees with targeting: developing equitable health financing policy. *Journal of International Development* **7** (3): 369-401.
- Gilson, L. 1988. Government health care charges: Is equity being abandoned? Evaluation and Planning Centre for health care. EPC Publication paper no: 15. London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Gross, P.F. 1997. New Healthcare financing strategies and best practice management of the Malaysian health System. Paper presented in the post-conference workshop on financing health care in Malaysia, Kuala Lumpur 18-20th March, 1997.

- Heller, P.S. 1982. A model of the demand for medical and health services in Peninsular Malaysia. *Social Science and Medicine* **16**(3): 267-84.
- Hoare, G. & Mills, A. 1986. Paying for the health sector. Evaluation and Planning Centre for Health Care. EPC Publication paper no: 12. London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Hongoro, C. & Chandiwana, S.K. 1994. The effects of the enforcement of user fees on the health care delivery system in Zimbabwe. Report of a study financed by UNICEF. Ministry of Health and Child Welfare, Zimbabwe.
- Hsiao, W.C. 1995. Abnormal economics in the health sector. *Health Policy* **32**: 125-39.
- Jabatan Statistik (1992). Statistik penting, Semenanjung Malaysia. Jabatan Statistik, Kuala Lumpur.
- Litvack, J.I. & Bodart, C. 1993. User fees quality equals improved access to health care results of a field experiemnt in Cameroon. *Social Science and Medicine* **37**(3): 369-83.
- Kementerian Kesihatan Malaysia, 1992. Laporan Tahunan Kementerian Kesihatan Malaysia.
- Kementerian Kesihatan Malaysia, 1993. Laporan Tahunan Kementerian Kesihatan Malaysia
- Kementerian Kesihatan Malaysia, 1994. Laporan Tahunan Kementerian Kesihatan Malaysia
- Masitah, M.Y., & Nazileh, R. 1988. Malaysia country report on socio-economic consequences of aging of population survey. National Family Planning Board, Kuala Lumpur.
- Mahapatra, P. & Berman, P. 1995. Resource allocation for public hospitals in Andhra Pradesh, India. *Health Policy and Planning*. **10**(1): 29-39.
- MMA, 1995. Managed care organisations: the plot thickens. *Berita MMA* **26**(5): 1- 2..
- Manu, P. & Schwartz, S.E. 1983. Patterns of diagnostic testing in the academic setting; the influence of medical attendings' subspeciality training. *Social Science and Medicine* **17**: 1339-1342.
- McPake, B., Hanson, K. & Mills, A. 1994. Experience to date of implementing the Bamako Initiative: a review and five country case

- studies. *Report of Health Economic and Financing Programme*, Health Policy Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Mills, A. 1991. Exempting the poor: the experience of Thailand. *Social Science and Medicine* **33**: 1241-52.
- Moens, F. 1990. Design, implementation and evaluation of a community financing scheme for hospital care in developing countries: a pre-paid health plan in the Bwamanda Health Zone, Zaire. *Social Science and Medicine*. **30**(12): 1319-27.
- Moses, S., Manji, F., Bradley, J.E., Nagelkerke, N.J.D., Malisa, M.A. & Plummer, F.A. 1992. Impact of user fees on attendance at a referral centre for sexually transmitted diseases in Kenya. *The Lancet*. **340**: 463-66.
- Mutowo, L., Masni, I., Akhter, R. & Phengdy, B. 1996. An investigation of factors influencing the nutritional status of the elderly in Mukim Sepri, Rembau, Negeri Sembilan, Malaysia. Master of Community Nutrition Thesis, University of Queensland, Australia
- Omran, A.R. 1971. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly* **49**: 509-38.
- Phillips, D.R. 1991. Problems and potentials of researching epidemiological transition: Examples from Southeast Asia. *Social Science and Medicine* **33**(4): 395-404
- Palmer, G. & Wood, T. 1984. Diagnosis related groups: recent developments and their adaption and application in Australia. *Austrakian Health Review* **7** (2): 67-80.
- Robinson, R. 1994. Markets in health care. In Jackson PM and Price CM (Editors)(1994) *Privatisation and regulation. A review of the issues*. Longman Publications, London p. 198-210.
- Roemer, M.I. 1971. Social security for medical care. Is it justified in developing countries. *International Journal of Health Services* **1**(4): 354-61.
- Sian, T.G. 1994. Prevalence of hypertension among the Chinese elderly and its related factors in Berapit and Sungai Lembu Villages, Seberang Perai. Master of Community Health Thesis. Department

- of Community Health, Faculty of Medicine, Universiti Kebangsaan Malaysia.
- Shaw, R.P. & Griffin, C.C. 1995. Financing health care in Sub-Saharan Africa through user fees and insurance. The World Bank, Washington DC.
- Shin, Y. & Lee, K. 1990. The health insurance system in Korea and its implications. *World Hospitals* **31**(3): 3-9.
- Supian, A. 1994. Perkhidmatan kesihatan dan pembangunan di Malaysia. Antara masalah arah dasar dan beban kos. Dalam Supian Ali dan Mohd Zainudin Saleh (Penyunting) Rancangan Malaysia ke 6. Prioriti pengukuhan negara. Penerbit UKM ms 357-412.
- The Star, 1996. The National Budget Report. 16th October 1996.
- Watson, L. 1996. Employer health budget. Paper presented in The National Conference on Managed Care, Kuala Lumpur 17&18 August, 1996.
- Wilbulpolprasert, S. 1990. Community financing : Thailand's experience. *Health Policy and Planning*. **6**(4) : 354-60.
- Yang, B.M. 1993. Medical technology and inequity in health care: the case of Korea. *Health Policy and Planning* **9** (1): 72-80.
- Yoder, R. 1989. Are people willing and able to pay for health services? *Social Science and Medicine* **29**: 35-42.