

Insurans Kesihatan Sosial di Malaysia: Ekuiti dan Akses

Mazlan Che Soh¹, Makmor Tumin²

¹ Faculty of Administrative Science and Policy Studies, Universiti Teknologi MARA (UiTM), Seremban

² Department of Administrative and Politics, Faculty of Economics and Administration, Universiti Malaya

Abstrak

Pembiayaan kesihatan merupakan salah satu daripada aspek yang diberikan perhatian oleh World Health Organisation (WHO). Peningkatan perbelanjaan kesihatan yang semakin meningkat disebabkan oleh beberapa faktor seperti pertambahan populasi penduduk, trend peningkatan penyakit tidak berjangkit (*non-communicable disease*), kemajuan teknologi perubatan, jangkaan penduduk yang semakin tinggi dan sebagainya telah menjadi pendorong terhadap pembaharuan dalam pembiayaan kesihatan. WHO telah mencadangkan beberapa mekanisme bagi tujuan ini dan memperkenalkan skim insurans kesihatan sosial (IKS) adalah merupakan salah satu darinya. Matlamat utama insurans kesihatan sosial adalah untuk memastikan prinsip asas perkhidmatan kesihatan yang diperjuangkan oleh WHO iaitu aksesibiliti dan ekuiti tercapai. Skim yang telah diperkenalkan di hampir enam puluh buah negara ini juga merupakan pendekatan yang dipilih oleh Malaysia menerusi cadangan pembaharuan kesihatan dikenali sebagai *1Care for 1Malaysia* yang telah dilancarkan pelaksanaannya menerusi Rancangan Malaysia ke-10 (RM Ke-10) (2011-2015). Kertas ini akan mengupas pembangunan insurans kesihatan sosial sebagai mekanisme pembiayaan kesihatan di seluruh dunia, bagaimanakah perancangannya di Malaysia serta kesesuaian pelaksanaannya di negara ini terutama dari sudut akses dan ekuiti.

Kata kunci: akses, ekuiti, insurans kesihatan sosial, Malaysia, pembiayaan kesihatan

PENGENALAN

Received: 11 February 2019

Accepted: 27 May 2019

Published: 28 June 2019

Dalam Rancangan Malaysia ke-10 (2011-2015), kerajaan bercadang untuk melaksanakan dasar kesihatan yang memastikan ekuiti dan akses bagi semua rakyat dibawah satu skim yang disebut sebagai *1Care for 1Malaysia* (*1Care*). Pelaksanaan pembaharuan kesihatan yang telah dirancang menerusi *1Care* akan memberikan fokus terhadap tiga (3) komponen terpenting melibatkan; 1) urustadbir dan "*stewardship*", 2) sistem penyampaian perkhidmatan dan 3) pembiayaan (MOH, 2009). Justeru, khusus bagi melakukan pembaharuan terhadap sistem pembiayaan kesihatan negara, maka satu skim baru iaitu insurans kesihatan sosial (IKS) atau dikenali sebagai "*social health insurance*" dalam Bahasa Inggeris telah dirancang untuk diperkenalkan (MOH 2009, 2010). Rancangan kerajaan ini bertepatan dengan kehendak badan antarabangsa seperti World Health Organisation (WHO) dan World Bank yang menggalakkan kerajaan

memperkenalkan pembaharuan dalam sistem pembiayaan. Insurans kesihatan sosial antara salah satu dari mekanisme yang dicadangkan. WHO menerusi 58th World Health Assembly yang telah diadakan pada 7 April 2005 apabila satu kenyataan rasmi mengenai insurans kesihatan sosial menerusi laporan bertajuk “*Social health insurance: Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance*” dikeluarkan (WHO, 2005).

Pendirian WHO terhadap pelaksanaan skim insurans kesihatan sosial didapati semakin meluas dibincangkan apabila badan kesihatan dunia ini berpendapat ia merupakan antara mekanisme pembiayaan kesihatan yang lestari, sekali gus mampu membantu sesebuah negara mencapai matlamat akhir penyediaan perkhidmatan kesihatan itu, iaitu liputan kesihatan universal (*universal health coverage*) (UHC). UHC adalah merupakan satu konsep yang dipopularkan oleh World Health Organisation (WHO) yang memberikan fokus terhadap akses dan ekuiti yang sama rata terhadap kesihatan dalam kalangan semua rakyat sesebuah negara. Ini adalah sebagaimana dinyatakan oleh Carrin et al. (2004), iaitu peluang samarata bagi populasi sesebuah negara mendapatkan perkhidmatan kesihatan yang sesuai pada bila-bila masa diperlukan dan pada kos yang berpatutan. Ini turut diperjelaskan lagi menerusi dokumen WHO apabila ditegaskan bahawa matlamat utama pembiayaan kesihatan bagi mana-mana negara adalah untuk mencapai objektif seperti berikut iaitu: “*generate sufficient funds for health, improving efficiency or reducing costs, reducing the financial risks involved in obtaining care, and ensuring that the cost of care does not prevent people from receiving needed services*” (WHO, 2005).

WHO menerusi perhimpunan berkenaan juga sekali lagi memberi penegasan terhadap keperluan bagi negara anggotanya bagi melakukan pembaharuan dalam sistem pembiayaan kesihatan apabila menyebut “*health-financing systems introduce prepayment mechanisms for the health sector, with a view to sharing risk, avoid catastrophic health-care expenditure and impoverishment of individuals as a result of seeking care*” (WHO, 2005). Manakala The 2010 World Health Report pula mengenalpasti kepentingan peranan pembiayaan kesihatan sebagai salah satu dari kaedah bagi mencapai Universal Health Coverage (UHC) (WHO, 2010). Selanjutnya, laporan WHO bagi tahun 2013 memberikan fokus terhadap UHC dan menonjolkan aspek pembiayaan kesihatan sebagai salah satu dari idea bagi mencapai matlamat dalam Millennium Development Goals (MDG) pasca 2015. Artikel ini membincangkan tentang pelaksanaan insuran kesihatan sosial di seluruh dunia, bagaimanakah perancangannya di Malaysia serta kesesuaian pelaksanaannya di negara ini.

METODOLOGI

Kajian ini menggunakan pendekatan secara kualitatif dengan kaedah analisis dokumen. Secara umumnya, ia merupakan suatu kaedah di mana ia adalah huraian objektif terhadap komunikasi yang dicetak, disiarkan atau digambarkan. Dalam lain perkataan, ianya merupakan bahagian mesej yang dapat didengar, diperoleh dan dilihat dengan merujuk kepada kandungan teks pada perkataan, maksud, gambar, simbol, idea, tema atau apa-apa sahaja mesej yang dikomunikasikan (Merican, 2005: 97; Babbie, 2010: 332). Dalam konteks kajian ini, penelitian telah dilakukan terhadap dokumen-dokumen diterbitkan WHO, Kementerian Kesihatan Malaysia, penerbitan oleh kumpulan masyarakat sivil di Malaysia seperti MMA, FPMPAM dan GMPPK. Pengkajian turut ditinjau dengan meneliti jurnal-jurnal yang memuatkan penyelidikan lepas dalam bidang ini.

PELAKSANAAN INSURANS KESIHATAN SOSIAL DI PERINGKAT ANTARABANGSA

Galakan Ke Arah Adaptasi Insurans Kesihatan Sosial

Antara dokumen asal di peringkat antarabangsa yang menggalakkan kerajaan-kerajaan melaksanakan “*Social Health Insurance*” (SHI) boleh direkodkan dalam melalui World Bank dan World Health Organisation (WHO). Idea asal bagi mengembangkan insurans kesihatan sosial sebenarnya telah dibincangkan oleh World Bank menerusi Laporan “*Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*” (World Bank, 1987). Perbincangan yang dikemukakan menerusi laporan berkenaan telah menggesa agar negara-negara membangun mencari alternatif bagi pembiayaan kesihatan. Laporan berkenaan telah menyebut dengan jelas bahawa terdapat tiga (3) masalah utama yang dihadapi kebanyakan negara dalam membiayai perbelanjaan sektor kesihatan awam, iaitu: 1) isu kekurangan peruntukan bagi membiayai aktiviti kesihatan; 2) ketidakcekapan dalaman melibatkan program kesihatan awam dan 3) masalah ekuiti dalam pengagihan manfaat dari perkhidmatan kesihatan (World Bank, 1987). Permasalahan yang timbul ini telah mendorong World Bank (1987) memperakukan empat (4) pembaharuan polisi dalam aspek pembiayaan kesihatan yang wajar dilaksanakan oleh setiap negara anggotanya. Ke empat-empat cadangan pembaharuan dasar oleh World Bank adalah: 1) mengenakan caj bagi penggunaan perkhidmatan kesihatan kepada pengguna, 2) memperkenalkan skim insurans atau lain-lain kaedah bagi melindungi risiko, 3) menggunakan pertubuhan bukan kerajaan (NGO) secara efektif dan 4) desentralisasi perkhidmatan kesihatan.

Susulan dari itu, pada tahun 1993, World Bank sekali lagi menerusi laporan “*World Development Report: Investing in Health*” meneruskan galakan kepada negara

anggotanya supaya menggunakan insurans kesihatan sosial sebagai salah satu daripada medium pembaharuan dalam aspek pembiayaan kesihatannya. Dalam konteks ini, World Health Organisation (WHO) telah mengambil langkah yang serupa apabila menggalakkan negara anggota menggunakan insurans kesihatan sosial sebagai salah satu alternatif pembiayaan kesihatan. Ini adalah selaras dengan hasrat dan cita-cita WHO seperti termaktub dalam Perlembagaan WHO Tahun 1948 dan Deklarasi Alma-Ata tahun 1978 yang mensasarkan konsep kesihatan untuk semua (*health for all*). Bagi mencapai sasaran tersebut, beberapa negara termasuklah negara membangun telah merangka pelbagai strategi bagi mencapainya (WHO, 2010, Giedion et al. 2013). Lebih menarik lagi, konsep “*universal health coverage*” (UHC) diadaptasi oleh Pertubuhan Bangsa-Bangsa Bersatu (PBB) sebagai salah satu matlamat pembangunan utama pasca 2015 (O’Connell et al., 2014). Konsep UHC lazimnya dikaitkan dengan pelaksanaan insurans kesihatan sosial. Senario ini telah mendorong kebanyakan negara mengambil inisiatif melakukan kajian bagi mengenalpasti kaedah paling relevan serts sesuai bagi negara masing-masing, khusus dalam aspek pembiayaan kesihatan. Ini termasuklah insuran kesihatan sosial sebagai salah satu dari alternatif yang diterokai.

Konsep Insurans Kesihatan Sosial

Konsep serta pelaksanaan insurans kesihatan sosial bukanlah merupakan suatu perkara baru. Ia telah mula diperkenalkan hampir 136 tahun yang lepas oleh Bismarck pada tahun 1883 di Jerman (Saltman dan Dubois, 2004). Umumnya, ia merupakan alternatif kepada satu lagi kaedah pembiayaan kesihatan berasaskan cukai yang dicetuskan pada tahun 1941 oleh Sir William Beveridge di United Kingdom (Light, 2003). Kemudian konsep tersebut telah berkembang ke negara-negara seperti Austria, Hungary, Israel, Belgium, Peranchis, Luxembourg, Belanda dan Switzerland. Insurans kesihatan sosial turut digunakan sebagai model dalam dasar pembiayaan kesihatan awam seperti di Hungary (1989), Republik Czech (1992), Estonia (1992), Latvia (1994), Slovakia (1994) dan Poland (1999) (Saltman, 2004).

Lanjutan dari galakan yang diberikan oleh World Bank dan WHO, insurans kesihatan sosial telah berkembang ke negara-negara lain di seluruh dunia seperti Afrika, Amerika Latin dan Asia. Di Asia, negara seperti Jepun (1961), Republik Korea (1989), Vietnam (1992), Filipina (1994), Taiwan (1995), Thailand (2001) dan Indonesia (2004) (Sidorenko & Butler, 2007) telah turut serta. Ini diikuti dengan perkembangan pesat melibatkan pengenalan insurans kesihatan sosial di negara-negara di benua Afrika. Negara-negara seperti Kenya (sejak tahun 1960-an) (Abuya et al., 2015), Ghana, Rwanda, Nigeria (Carrin et al, 2008), Zimbabwe, Madagascar, Zimbabwe dan Senegal (UNICEF, 2012) dan Tunisia (1951) (Makhloufi et al., 2015) telah memilih skim tersebut bagi sistem pembiayaan kesihatan mereka. Selanjutnya, negara Amerika Latin

seperti Colombia (1992) dengan rancangan “*subsidized insurance*” dan Mexico (2002) dengan program “*popular insurance*” telah mengambil pendekatan menggunakan insurans kesihatan sosial sebagai alternatif dalam pembiayaan kesihatan (MarcosVera-Hernandez, 2015). Sehingga kini, terdapat lebih enam puluh buah negara telah menggunakan skim insurans kesihatan sosial sebagai mekanisme pembiayaan mereka.

Apakah Insurans Kesihatan Sosial? Ketidakpastian terhadap sesuatu potensi penyakit yang menimpa seseorang adalah merupakan asas kepada konsep insurans kesihatan sosial (Arrow 1963; Rothschild dan Stiglitz 1976). Umumnya, insurans kesihatan sosial merupakan salah satu daripada lima sumber yang dikenalpasti oleh WHO bagi membiayai perbelanjaan kesihatan, selain daripada pendapatan umum (dari percukaian), “*out-of pocket*”, insurans kesihatan swasta dan derma (WHO, 2004). Carrin et al (2004) mendefinisikan insurans kesihatan sosial sebagai mekanisme bagi membiayai dan menguruskan kesihatan menerusi pengumpulan risiko-risiko kesihatan dalam kalangan ahli di bawah satu pengurusan, dan melibatkan sumbangan kewangan daripada majikan, penduduk dan kerajaan serta lain-lain. Insurans kesihatan sosial sebagaimana dinyatakan oleh Hsiao dan Shaw (2007) boleh dikenalpasti menerusi tiga ciri utama. Pertama, insurans kesihatan sosial bersifat wajib, yang membezakannya dengan insurans kesihatan swasta yang berbentuk sukarela. Di bawah skim ini, setiap orang dikehendaki menyertainya berasaskan satu kadar premium yang akan ditetapkan.

Premium lazimnya ditentukan berdasarkan peratusan tertentu pendapatan peserta. Lazimnya, bagi sesetengah golongan seperti mereka yang miskin (kanak-kanak dan warga emas), premium dibayar oleh kerajaan. Ciri kedua pula adalah melibatkan kelayakan. Kelayakan untuk mendapat manfaat dari skim ini hanya dizahirkan apabila peserta membayar premium. Ini menunjukkan bahawa insuran kesihatan sosial tidak semestinya berbentuk universal, berbanding sistem pembiayaan yang dibiayai oleh sistem percukaian, Manakala ciri terakhir bagi insurans kesihatan sosial adalah di mana premium dan faedah kebiasaannya dizahirkan menerusi perundangan, melibatkan dua pihak, iaitu peserta dan pelan insurans kesihatan sosial itu sendiri. Dari perspektif yang sedikit berbeza, WHO (2004) membahagikan ciri-cirinya juga kepada tiga, namun sedikit berbeza iaitu pertama: 1) keahlian bersifat wajib, 2) premium berasaskan “*community-risk taking*” dan 3) dari segi objektifnya adalah bagi mencapai keperluan kesihatan berbanding kehendak individu terhadap kesihatan.

Kajian Empirikal Mengenai Pelaksanaan Insurans Kesihatan Sosial

Terdapat banyak kajian tentang pelaksanaan ini dan hasil kajian ini secara amnya menunjukkan terdapat kesan yang berbeza di negara-negara yang tertentu. Permasalahan yang dihadapi dalam melaksanakan skim insurans kesihatan sosial dapat

diteliti menerusi pelaksanaan di negara-negara yang telah melaksanakannya. Kenya, umpamanya yang melaksanakan skim ini sejak tahun 1960-an menerusi skim dikenali sebagai National Hospital Insurance Fund (NHIF) telah berhadapan beberapa masalah. Kajian Institute of Policy Research and Analysis (IPAR) (2005) mendapati NHIF di Kenya dikritik hebat ekoran daripada kegagalan memberikan perkhidmatan berkualiti di kemudahan-kemudahan yang telah diakreditasikan, isu di dalam proses tuntutan oleh penyedia perkhidmatan dan lokasi pejabat di kawasan bandar di mana minoriti dari penduduk mendiaminya. Meskipun Kenya mengambil inisiatif pada tahun 2004 untuk melakukan penambahbaikan terhadap NHIF, namun Rang Undang-Undang yang telah diluluskan Parlimen tidak ditandatangani oleh Presiden untuk diwartakan berikutan beberapa isu.

Manakala di Ghana, National Health Insurance Scheme (NHIS) telah diperkenalkan pada tahun 2003 dan dilaksanakan sepenuhnya dua tahun kemudian pada tahun 2005 (Dalinjong & Laar, 2012). Prestasi NHIS di Ghana adalah relatif dalam aspek penyertaan, penggunaan dan peningkatan akses dalam kalangan sektor formal (Sarpong et al., 2010; Blanchet et al., 2012). Kajian Akazili et al. (2014) turut mengesahkan bahawa NHIS di Ghana masih gagal mencapai objektif memberi akses kesihatan kepada golongan miskin seperti diharapkan. Ini terbukti apabila dapatan kajian tersebut mendapati 33.9 peratus wanita dari kumpulan sosio-ekonomi yang rendah di Ghana tidak diinsuranskan. Wanita yang tinggal di kawasan pedalaman dan miskin didapati mempunyai akses yang rendah terhadap perkhidmatan kesihatan (Akazili et al., 2014).

Nigeria merupakan sebuah lagi negara di Afrika yang turut menggunakan skim insurans kesihatan sosial sebagai mekanisme pembiayaan kesihatan. Skim yang telah mula diperkenalkan pada tahun 2005 ini didapati turut mempunyai beberapa isu. Mohammed et al. (2014) telah menjalankan kajian terhadap National Health Insurance Scheme (NHIS) di Nigeria dengan objektif untuk menilai pelaksanaannya khusus dari perspektif penyedia perkhidmatan. Bagi maksud ini, kajian yang telah dijalankan pada bulan Ogos hingga Disember 2010 di negeri Kaduna, Nigeria serta melibatkan 466 kaki tangan penyedia perkhidmatan kesihatan. Empat aspek telah diteliti iaitu, “*provider payment mechanism*” (PPM) iaitu (kaedah “*capitation*” dan “*fee-for services*”), “*Benefit Package*” (BP), kecekapan pentadbiran dan mekanisme pemantauan. Dapatan kajian tersebut mendapati dari sudut PPM, iaitu pembayaran secara “*capitation*” (95 %) lebih baik berbanding kaedah “*fee-for-service*” (62 %), BP pula diterima baik (97 %), manakala mekanisme pemantauan masih lemah (37%), kecekapan pentadbiran, samada dari segi kesegeraan dan sistem rujukan (80 peratus) serta keberadaan dana (93 %) adalah baik. Masalah paling ketara di peringkat individu bagi penyedia perkhidmatan adalah masalah lewat mendapatkan kembali “*reimbursement*”. Mohammed et al. (2014)

menyimpulkan bahawa berdasarkan kajian tersebut khusus diperingkat individu dalam kalangan penyedia perkhidmatan mendapati bayaran secara “*fee-for-service*” dan tuntutan semula “*reimbursement*” serta aspek pemantauan dilihat isu utama yang wajar diberikan perhatian. Masalah kekurangan penawaran menerusi skim ini boleh memberi kesan langsung atau tidak langsung terhadap permintaan. Manakala sistem “*capitation*” bagi Mohammed et al. (2014) pula wajar disemak dengan mengambilkira keadaan semasa ekonomi.

Di Asia Tenggara, Filipina didapati antara negara terawal yang telah melaksanakan skim insurans kesihatan sosial dalam sistem pembiayaan mereka. Pada tahun 1969, Republic Act (RA) 6111 telah diluluskan bagi membolehkan penubuhan Philippine Medical Care Commission (PMCC) yang bertanggungjawab terhadap Philippine Medical Care Plan (Medicare). Medicare terbahagi kepada dua fasa, iaitu Fasa 1 difokuskan kepada sektor formal, manakala Fasa 2 pula melibatkan sektor informal, khusus dari mereka yang miskin (Oberman et al., 2006). Namun, ekoran dari kegagalan mencapai liputan dikalangan orang miskin, maka pada tahun 1986, setelah Marcos digulingkan, Medicare telah dirombak dan kajian demi kajian dilakukan dimana kemuncaknya pada tahun 1995 RA 7875 (National Health Insurance Act) yang membentuk Phil Health telah diwujudkan. Phil Health bertanggungjawab mengurus dan membangunkan National Health Insurance Programme (NHIP), sekali gus menggantikan PMCC (Hindle et al., 2001). Beberapa masalah dikenalpasti seperti kekurangan kemudahan berakreditasi, khusus di kawasan luar bandar, di mana ini menjadi cabaran apabila peserta melihat ia sebagai kekangan apabila mereka tidak mendapat faedah segera apabila menyertai skim ini. Isu-isu lain melibatkan ICT, mengenalpasti peserta yang miskin, bilangan kakitangan dan menguruskan isu-isu penyelewengan dan penipuan adalah merupakan antara cabaran dihadapi Phil Health (Oberman et al., 2006).

Selanjutnya, Vietnam telah memperkenalkan skim insurans kesihatan sosial pada tahun 1993 susulan dari beberapa projek perintis yang telah diadakan di beberapa daerah (Carrin et al., 1993; Ensor, 1995). Dua skim utama diperkenalkan iaitu skim yang diwajibkan khusus kepada yang berada dalam sektor perindustrian atau awam dan skim kedua pula berbentuk sukarela (melibatkan kawasan luar bandar). Namun, skim kedua telah diperluaskan meliputi beberapa kumpulan seperti pelajar sekolah, petani, pekerja dari sektor informal di bandar, tanggungan pegawai dari sektor awam dan juga golongan miskin. Antara cabaran dalam melaksanakan skim tersebut di Vietnam ialah isu pematuhan. Meskipun direkodkan penyertaan 100 peratus dikalangan penjawat awam ke dalam skim tersebut pada tahun 2005, namun tidak berlaku di sektor swasta apabila hanya 20 peratus sahaja berbuat demikian. Ini berlaku disebabkan oleh kelemahan dalam pendaftaran sistem buruh dan penguatkuasaan, khusus di sektor

swasta. Isu akses dan ekuiti turut dikaji dan dapatan kajian Rama (2007) menunjukkan ia mempunyai kesan terhadap penggunaan perkhidmatan kesihatan di kalangan orang miskin dan kaya di Vietnam.

Sebagai contoh, bagi tahun 2007, golongan kaya menggunakan hampir 6.5 peratus berbanding golongan miskin yang menggunakan 4.3 peratus perbelanjaan untuk kesihatan. Manakala kontak dengan hospital bagi orang kaya adalah 0.7 peratus berbanding hanya 0.18 peratus bagi yang miskin. Ini menggambarkan bahawa skim insurans kesihatan sosial tidak menjamin akses dan ekuiti yang menyeluruh sebagaimana diharapkan. Kajian Tran (2007) menunjukkan hanya 17.4 peratus dan 13.9 peratus dari golongan miskin yang tinggal di Northwest and the Central Highlands, dilindungi oleh SHI. Bagi seluruh negara, hanya 1/3 dari golongan miskin dilindungi SHI. Menerusi kajian yang dijalankan oleh Ekman et al. (2008) di Vietnam, tiga perkara penting telah dikemukakan, khusus sebagai panduan kepada mana-mana negara yang berhasrat untuk memperkenalkan insurans kesihatan sosial di negara masing-masing. Pertama, skim seumpama ini memerlukan mobilisasi sumber yang amat ketara dan sebagaimana dinyatakan Heller (2006), pertumbuhan ekonomi serta keadaan fiskal negara yang baik adalah signifikan. Kedua, berdasarkan pengalaman di Vietnam, ia perlu dilaksanakan secara komprehensif meliputi segenap lapisan populasi negara berkenaan. Ini penting untuk mengelakkan ada yang tercicir dari liputan dan akses terhadap perkhidmatan kesihatan. Ketiga, insurans kesihatan sosial mengambil masa yang panjang dan tidak akan mampu berlaku dalam masa yang singkat. Vietnam sendiri mengambil masa sekitar 15 tahun untuk merancang pelaksanaannya.

Indonesia juga telah memperkenalkan insurans kesihatan sosial pada tahun 1968 apabila skim seumpama itu diperkenalkan dikalangan penjawat awam, sebelum ia melalui beberapa fasa pembaharuan pasca krisis ekonomi Asia 1997 (Thabrany, 2014). Skim tersebut diperkenalkan dengan maksud untuk menangani isu seperti perbelanjaan tinggi dalam "*out of pocket*", iaitu 100 peratus hingga 240 peratus dari pendapatan bulanan, kualiti perkhidmatan yang rendah dan peningkatan kos dalam perbelanjaan kesihatan disebabkan oleh pengkorporatan dan penswastan sektor kesihatan (Thabrany, 2014). Beberapa program telah diperkenalkan umpamanya bagi penjawat awam dan tanggungan mereka, skim insurans kesihatan dikenali sebagai "Askes", manakala bagi pekerja dari sektor swasta formal, skim insurans mereka dikenali sebagai "Jamsostek". Susulan krisis ekonomi, pada tahun 1998 kerajaan Indonesia memperkenalkan program dikenali sebagai "Kartu Kesihatan", khusus untuk membiayai program kesihatan golongan miskin memperolehi perkhidmatan kesihatan di klinik-klinik milik kerajaan (Pradhan et al., 2007). Namun, program ini digantikan dengan skim ala Medicaid di Amerika Syarikat, dikenali sebagai "Askeskin" yang membiayai penerima manfaat dari golongan berpendapatan rendah. Beberapa kajian

telah dilakukan untuk melihat keberkesanan skim insurans kesihatan sosial di Indonesia. Umpamanya kajian Hidayat et al. (2004) yang meneliti faktor yang mempengaruhi pilihan individu dalam mendapatkan perkhidmatan kesihatan.

Manakala kajian Erlynn et al. (2011) pula melihat secara spesifik faktor bayaran dan jarak sebagai faktor dalam memperolehi perkhidmatan kesihatan di Indonesia di kalangan penduduk di bandar dan luar bandar. Faktor kos didapati lebih mempengaruhi penduduk bandar berbanding jarak pusat kesihatan dengan rumah pula lebih dominan di kalangan penduduk luar bandar Indonesia. Justeru, isu akses terhadap infrastruktur kemudahan kesihatan dilihat amat penting untuk ditangani khusus di luar bandar. Manakala di bandar pula, liputan skim ini wajar ditingkatkan bagi mengatasi masalah akses. Meskipun insurans kesihatan sosial telah lama diperkenalkan, namun Indonesia masih berhadapan beberapa isu. Hasbullah Thabrany (2014) menggariskan antara isu tersebut adalah disebabkan bantahan yang timbul terhadap kekhawatiran rakyat bahawa skim tersebut menjerumuskan kepada sistem mandatori, sekaligus meningkatkan kos. Isu lain adalah melibatkan kawalan kerajaan pusat, meskipun autonomi telah wujud di peringkat kerajaan yang lebih rendah, namun ia tidak menyeluruh apabila keputusan dasar masih dipegang oleh Jakarta. Persoalan seperti bayaran sumbangan (premium), integrasi terhadap sistem untuk menjadi suatu skim tunggal dan desakan kerajaan peringkat wilayah untuk mengawal dan mengurus dana, antara persoalan yang masih relevan di Indonesia.

Dalam konteks ini, Hsiao dan Shaw (2007), telah menggariskan sembilan cabaran yang wajar dipertimbangkan apabila sesebuah negara berhasrat hendak memperkenalkan skim insurans kesihatan sosial. Dapatan yang diperolehi hasil secara kajian kes di lima buah negara ini iaitu Kenya, Ghana, Colombia, Filipina dan Thailand wajar dijadikan panduan kepada negara yang berhasrat untuk melaksanakan skim seumpama ini. Antara lain, cabaran-cabaran yang dikenalpasti menerusi kajian Hsiao dan Shaw adalah seperti berikut:

- a) SHI adalah skim wajib dan ia perlu dikuatkuasakan menerusi peruntukan perundangan. Mengadakan Akta dan sebagainya mungkin mudah tetapi isu paling utama adalah memastikan premium dari peserta dapat dikutip secara konsisten untuk memastikan kelestariannya. Sebagai contoh, Filipina merekodkan hanya 30 peratus dari sektor formal yang membayar, manakala di Colombia melibatkan 65 peratus peserta.
- b) Tanggungan merupakan antara isu yang kritikal. Lebih miskin sesebuah negara, maka semakin besarlah nisbah tanggungannya. Ini adalah disebabkan tahap kesuburan yang lebih tinggi dan saiz keluarga yang lebih besar. Sebaliknya jika tanggungan dikecualikan, seperti di Costa Rica dan Thailand, bermakna peserta perlu menyediakan perbelanjaan sendiri yang lebih tinggi untuk tanggungan mereka, meskipun Thailand

kini mula memasukkan tanggungan ke dalam skim ini. Jika ini berlaku, maka isu akses terhadap perkhidmatan akan timbul.

c) “*Benefit package*” (BP) jelas merupakan isu yang antara paling hangat diperdebatkan apabila sesuatu skim insurans kesihatan sosial hendak diperkenalkan. BP akan menentukan apakah perkhidmatan perubatan yang akan ditanggung atau dibiayai oleh skim. Anggaran faedah dan kos BP yang tepat akan menentukan kelestarian kewangan dan kelangsungan skim tersebut. Teknik yang betul amat penting ditambah dengan kemahiran dalam merangka dan membentuk BP, demi untuk mengelakkan apa yang telah berlaku di Kenya tidak berulang apabila tidak mengikuti sepenuhnya proses penggubalan *Benefit Package*. Merekabentuk BP adalah suatu proses iaitu bermula dari menganggarkan kos, perundingan dengan pihak berkepentingan termasuk ahli politik, masyarakat sivil, kumpulan profesional dan sebagainya, mengubahsuai BP dan seterusnya.

d) Penyertaan dikalangan peserta dari sektor informal akan terus kekal menjadi salah satu cabaran utama dalam skim seumpama ini. Ini kerana bagi suatu skim yang diwajibkan ia tidak mudah untuk dikuatkuasakan, berbanding jika skim itu berbentuk sukarela. Selain itu, kos pentadbiran untuk penyertaan, pemantauan dan membuat kutipan dari kumpulan ini menelan kos yang tinggi. Di Filipina, meskipun berbentuk sukarela, hampir 75 peratus peserta tidak membayar premium secara konsisten dan ini telah menyebabkan diskaun terpaksa diberikan, walaupun ia tidak menyelesaikan masalah. Masalah sama turut dihadapi di Thailand sehingga menyebabkan kerajaan terpaksa memutuskan untuk menggunakan sumber percukaian bagi membayar premium bagi semua peserta dari sektor informal dan mereka yang bekerja sendiri. Jika ini berlaku, maka ia sekali gus meningkatkan kos kepada kerajaan, sekali gus melencong dari objektif asal.

e) Cabaran selanjutnya adalah kesukaran dalam mendefinisi dan mengenalpasti serta menentukan mereka yang berada dalam kategori miskin yang akan diberikan subsidi dan bantuan oleh kerajaan. Ini mungkin lebih kritikal di negara yang miskin dan ia terbukti menerusi kajian di Ghana dan Kenya. Meskipun Malaysia berada pada tahap negara berpendapatan sederhana tinggi, namun masalah seumpama ini masih boleh berlaku memandangkan masih terdapat sebahagian populasi dalam kategori tersebut.

f) Isu utama iaitu dari sudut bekalan perkhidmatan kesihatan di kawasan semi-bandar dan luar bandar wajar diberi perhatian sekiranya akses yang sesuai hendak disediakan kepada rakyat. Lagi pula, peningkatan perkhidmatan samada menerusi kaedah penyumberluaran (dari sudut bekalan) dan pilihan penyedia perkhidmatan di kalangan pengguna (dari sudut permintaan), akan dikompromikan tanpa pihak penyedia perkhidmatan diberikan ruang yang sewajarnya terhadap aspek persaingan.

g) “*Provider Payment Mechanism*” (PPM) yang mempunyai objektif untuk mengalihkan risiko kewangan di kalangan penyedia perkhidmatan, seperti “*capitation*” hendaklah dipantau dan dinilai secara berterusan. Kes di Thailand adalah antara contoh

terbaik sebagai pengajaran apabila “*capitation*” tanpa peruntukan khas untuk orang miskin akan menyebabkan berlakunya “*cream skimming*”: dan “*risk selection*”, disebabkan terdapat kecenderungan di kalangan penyedia perkhidmatan untuk menetapkan kos mereka ke tahap minimum.

h) Kecekapan dan keberkesanan pentadbiran amat penting dalam menguruskan SHI. Isu dari segi kos pentadbiran yang tinggi wajar diperhalusi, sebagaimana contoh di Colombia apabila kos pentadbirannya didapati berbeza-beza antara 6 hingga 60 peratus. Lebih penting bajet untuk skim ini hendaklah munasabah dan realistik, sebagai contoh di Kenya ditetapkan pada kadar 5 peratus, sebaliknya di Filipina adalah pada kadar 12 peratus. Bajet yang realistik penting bagi memastikan ia dapat melunaskan tanggungjawab dan objektif yang ditetapkan kepada peserta serta mewujudkan pentadbiran yang cekap dan berkesan, melicinkan aspek operasi dan sebagainya.

i) Cabaran terakhir sebagaimana digariskan oleh Hsiao dan Shaw (2007) adalah melibatkan ketirisan dana SHI disebabkan oleh penyalahgunaan kuasa, rasuah dan sebagainya. Kenya antara contoh terbaik apabila disebabkan masalah ini, hanya 22 peratus dari dana digunakan untuk faedah peserta sehingga menyebabkan skim baru terpaksa dilancarkan. Di Filipina pula, isu tuntutan palsu oleh penyedia perkhidmatan sebagaimana dilaporkan oleh Office of the Actuary dianggarkan antara 10 peratus hingga 20 peratus.

Banyak pihak yang memperkatakan bahawa model pembaharuan kesihatan di Malaysia banyak mengadaptasi model yang digunapakai oleh Britain. Pada tahun 1944, Britain di bawah kerajaan yang dipimpin Parti Buruh telah memperkenalkan National Health System (NHS). Ia adalah merupakan suatu sistem kesihatan yang mempunyai perbezaan berbanding sistem Bismarck yang menggunakan skim insurans kesihatan sosial. NHS yang juga merupakan pelopor kepada “Beveridge model” adalah merupakan salah satu daripada insurans kesihatan (Hsiao dan Shaw, 2007). Bezanya, ia merupakan insurans kebangsaan dimana pembiayaan adalah bersumberkan pendapatan umum kerajaan dan hasil cukai, dimana ia sepenuhnya menggunakan hasil cukai dan meliputi keseluruhan penduduk. Berbeza dengan insurans kesihatan sosial, menggunakan sumber dari sumbangan majikan serta pekerja. 1Care di Malaysia dilihat cuba untuk mencapai akses menyeluruh sebagaimana disarankan NHS. Meskipun demikian, beberapa kritikan terhadap NHS wajar juga diamil kira seperti masa menunggu yang lama (tahun 2013 sahaja 2.9 juta pesakit menunggu untuk rawatan) dengan ada sesetengah telah melebihi tempoh lima tahun, berbanding tempoh 18 minggu yang ditetapkan (Blackwood & Silva, 2013). Ini sekali gus mencetuskan isu akses, dimana jika dilihat terdapat persamaan di antara sistem yang dicadangkan menerusi 1Care dengan NHS.

1CARE DI MALAYSIA

Latar Belakang

Sungguhpun rancangan bagi melaksanakan skim ini hanya termaktub dalam Rancangan Malaysia ke-10, namun usaha-usaha ke arah satu skim yang begini telah dimulakan kira-kira tiga puluh tahun yang lalu. Di bawah kepimpinan Dr Mahathir Mohamad, usaha bagi kerajaan untuk mencari alternatif terhadap aspek pembiayaan kesihatan di Malaysia telah bermula. Kajian Separuh Penggal Rancangan Malaysia ke-4 (1981-1985) adalah merupakan antara dokumen rasmi terawal kerajaan yang telah dikesan menyebut mengenainya (EPU, 1984). Susulan dari itu, satu kajian yang dibiayai oleh Asian Development Bank (ADB) telah dijalankan. Kajian yang bermula pada tahun 1983 dan siap sepenuhnya dua tahun kemudian pada tahun 1985 telah mengemukakan beberapa cadangan. Di antara cadangan tersebut adalah seperti penubuhan National Health Security Fund (NHSF), penubuhan National Health Council, yang bakal bertindak sebagai badan penyelaras antara agensi, di antara sektor swasta dan awam, serta penswastaan bagi beberapa perkhidmatan perubatan dan bukan perubatan. Namun pelaksanaannya dilihat agak perlahan dalam Rancangan Malaysia ke-5 (1986-1990) disebabkan oleh arahan kerajaan. Ini adalah untuk membolehkan kerajaan melihat kembali cadangan tersebut agar implikasi khususnya melibatkan aspek ekonomi, kewangan dan sosial dikaji secara lebih mendalam (EPU, 1986: 353).

Lanjutan dari kajian terdahulu, satu kajian mengenai National Health Security Fund telah dijalankan oleh Birch and Davis, diantara tahun 1987 hingga 1989. Dalam Rancangan Malaysia ke Enam (1990-1995), kajian untuk meneliti kebaikan dan keburukan sistem pembiayaan kesihatan telah dilaksanakan, dengan mengadakan perbandingan terhadap sistem yang lain (EPU, 1991: 358). Encik JR. Herm, perunding dari WHO turut menjalankan kajian yang sama pada tahun 1997 (Chua Hong Teck, 2012). Satu persamaan yang ketara melibatkan ketiga-tiga kajian tersebut adalah apabila ianya telah mencadangkan kepada kerajaan Malaysia untuk menggunakan insurans kesihatan sosial sebagai mekanisme dalam membiayai kesihatannya, meskipun kajian seperti Rashid Hussein Bhd dan Prof William Hsiao pada tahun 1997 mencadangkan "*Medical savings accounts*" (MSA), diikuti kajian oleh Karol Konsulting (tidak sempat disiapkan) pada tahun 2006 pula mencadangkan "*earmarked tax*" (Chua Hong Teck, 2012). Satu lagi kajian yang dijalankan oleh Insurgress Sdn Bhd dan Malaysian Healthcare Deliveries and Financing System (MEDIFIS) pada tahun 2001 turut mencadangkan "*social health insurance*" (Chua Hong Teck, 2012).

Iltizam kerajaan terhadap pelaksanaan konsep insurans kesihatan sosial dapat diterjemahkan menerusi dokumen Rancangan Malaysia yang berikutnya. Menerusi

Rancangan Malaysia ke-7 (1996-2000) umpamanya, kerajaan telah menzahirkan komitmen terhadap penswastaaan, pengkorporatan dalam sektor kesihatan, termasuklah penubuhan National Healthcare Financing Scheme (EPU: 1996: 544). Selanjutnya, menerusi Rancangan Malaysia ke-8 (2001-2005), kerajaan menyebut “*cost sharing concept through health care financing scheme will be introduced to provide consumers with a wider choice in the purchase of health services from both the public and private sector. In this regard, a suitable mechanism to institute and manage a health care financing mechanism will be implemented.....*” (EPU, 2001). Pernyataan yang sama dapat dilihat menerusi Rancangan Malaysia ke-9 (2006-2010) apabila kerajaan menyebut “.....*implementation of the healthcare financing mechanism will further enhance accessibility and equity through the provision of high quality, efficient, integrated and comprehensive health care coverage for the population.....*” (EPU, 2006). Hasrat yang telah tertangguh lebih tiga dekad ini diteruskan lagi menerusi Rancangan Malaysia ke-10 (2011-2015) (EPU, 2011).

Inisiatif Ke Arah Melaksanakan Insurans Kesihatan Sosial di Malaysia

Selanjutnya perancangan Malaysia untuk melaksanakan insurans kesihatan sosial didapati semakin giat dilakukan menerusi RM Ke-10. Inisiatif yang dimulakan oleh Kementerian Kesihatan bermula apabila satu kertas konsep bertajuk “*1Care for 1Malaysia: Restructuring The Malaysian Health System*” telah dibentangkan kepada National Economic Council yang dipengerusikan Perdana Menteri pada 11 Ogos 2009. (MOH, 2009). Rentetan dari pembentangan berkenaan serta ekoran mandat yang diberikan Perdana Menteri, pihak Kementerian Kesihatan telah menganjurkan The Tenth Malaysian Health Conference yang berlangsung dari 2 hingga 4 Februari 2010 di Hotel Holiday Villa, Subang. Hasilnya, Country Health Plan: 10th Malaysia Plan 2011-2015, 1Care for 1Malaysia telah diterbitkan. Laporan yang dihasilkan menerusi perbincangan dikalangan pegawai dari kementerian dan agensi serta pihak berkepentingan yang lain dari beberapa kumpulan Organisasi Masyarakat Sivil (OMS) seperti Malaysian Medical Association (MMA) dan Federation of Private Practitioners Medical Association of Malaysia (FPMPAM) telah mengemukakan beberapa input bagi pelaksanaan pembaharuan sistem kesihatan di Malaysia menerusi 1Care (MOH, 2010). Empat Kumpulan Teknikal Kerja telah ditubuhkan bagi meneliti isu-isu seperti penyampaian perkhidmatan, kesedaran kesihatan, gaya hidup dan urustadbir serta pembiayaan kesihatan (MOH, 2010). Insurans kesihatan sosial telah dikenalpasti sebagai strategi bagi mencapai akses dan ekuti yang lebih menyeluruh bagi sistem kesihatan di Malaysia (MOH, 2010). Kemuncaknya, pada Jun 2010, menerusi Rancangan Malaysia ke-10 (2011-2015), kerajaan telah mengumumkan pelaksanaan insurans kesihatan sosial yang merupakan sebahagian daripada komponen 1Care di

Parlimen (EPU, 2011). Antara lain tujuan kerajaan melaksanakan skim ini dapat dibahagikan kepada sebab iaitu:-

- a) Mengawal dan mengatasi masalah perbelanjaan yang semakin meningkat dalam sektor kesihatan;
- b) Memastikan agar isu aksesibiliti diatasi dengan memastikan setiap orang dari rakyat mampu mendapatkan perkhidmatan kesihatan tanpa mengira tahap pendapatan mereka;
- c) Memastikan isu ekuiti terhadap perkhidmatan kesihatan dikalangan rakyat yang didapati tidak dilayan dengan adil, khusus dalam konteks perkhidmatan kesihatan swasta dapat diatasi;
- d) Skim insurans kesihatan sosial yang dicadangkan ini turut memainkan peranan untuk menjamin ekuiti dan kesamarataan dari segi perkhidmatan kesihatan tanpa mengira status, tahap pendapatan dan tahap kesihatan setiap rakyat, sekali gus meningkatkan mutu kesihatan rakyat; dan
- e) Matlamat akhir adalah untuk memastikan setiap rakyat mempunyai kesedaran tinggi terhadap kesihatan diri, sekali gus menekan aspek pencegahan berbanding rawatan.

Berdasarkan dokumen 1Care, terdapat lima fasa tanpa tempoh masa telah ditetapkan sebelum Malaysia mencapai sepenuhnya pembaharuan kesihatan menerusi 1Care. Fasa 1 digunakan bagi memperkukuh sistem kesihatan awam sedia ada, diikuti dengan Fasa 2 merupakan tempoh bagi memberikan autonomi kepada kemudahan kesihatan awam dengan pembiayaan masih berasaskan percukaian. Fasa ke 3 pula adalah dimana *Primary Health Care* akan mengalami pembaharuan, tetapi dari segi pembiayaan masih sama seperti Fasa ke 2. Fasa ke 4 adalah merupakan permulaan kepada pembiayaan menggunakan kombinasi sistem percukaian dan insurans kesihatan sosial dalam sistem kesihatan yang telah direform sepenuhnya. Manakala fasa ke 5 adalah merupakan kemuncak kepada pelaksanaan 1Care for 1Malaysia yang telah stabil (MOH, 2010). Sehingga kini, berdasarkan sumber Kementerian Kesihatan, beberapa usaha untuk memperkukuhkan sistem kesihatan awam telah bermula di mana antaranya adalah seperti cadangan pengasingan pendispensan di antara klinik dan farmasi.

Komponen utama pembiayaan kesihatan di Malaysia pada masa hadapan menerusi 1Care akan memberi kesan terhadap elemen sumbernya. Berbanding sistem sekarang dimana sumber utama pembiayaan, berdasarkan statistik 2006 adalah percukaian (44 %) dan “*out of pocket*” (41 %) (MOH, 2009), namun menerusi 1Care komponen terbesar adalah insurans kesihatan sosial sebanyak 62 peratus berbanding perbelanjaan swasta 23 peratus dan percukaian hanya 15 peratus (MOH, 2009). 1Care akan turut mengubah kaedah pembayaran apabila ia akan menggantikan sistem “*fee-for-*

service” kepada “*fee-before-service*”. Ia menggunakan konsep NHS di UK dimana pesakit tidak lagi akan membayar pada masa mendapatkan perkhidmatan, kecuali sedikit “*co-payment*” dari “*out of pocket*” pesakit contohnya bagi pembelian ubatan atau perkhidmatan yang tidak termasuk dalam “*benefit package*” atau jika mereka berhasrat mendapatkan perkhidmatan sektor swasta (MOH, 2009). Sebaliknya, penyedia perkhidmatan akan mengemukakan tuntutan kepada NHFA selaku pengurus dana untuk “*reimbursement*”.

Mekanisme pembayaran kelak akan berasaskan kepada kaedah “*diagnostic-related groups*” (DRG). Kaedah ini merupakan metodologi terawal yang diperkenalkan untuk mengkategorikan pesakit dan proses rawatan yang diterima agar dapat digunakan secara meluas bagi kumpulan pesakit yang sama (Fetter & Thompson, 1980). Kaedah ini turut akan ditambahbaik menerusi penggunaan sistem pengukuran berasaskan *case-mix*, yang merupakan satu sistem bagi mengkategorikan pesakit mengikut keperluan kepada perkhidmatan atau penggunaan sumber. Matlamat utama *case-mix* Fetter et al., (1980) adalah supaya ia mampu mewujudkan ekuiti terhadap pengagihan sumber dikalangan pesakit. *Capitation* iaitu satu kadar tetap bayaran bagi setiap orang bagi perkhidmatan untuk satu tempoh tertentu akan digunakan bagi tujuan mengawal kenaikan kos pihak pengurusan hospital. Kawalan terhadap aspek permintaan akan dilakukan menerusi kaedah-kaedah bayaran ini yang akan dikaitkan dengan sistem rujukan, dengan maksud untuk merasionalisasikan penggunaan perkhidmatan kepakaran (MOH, 2010).

Kesesuaian skim

Sungguhpun pada prinsipnya dasar tersebut baik bagi kepentingan semua pihak, khususnya di kalangan mereka yang berpendapatan rendah untuk akses kepada perkhidmatan kesihatan, namun dasar tersebut mendapat reaksi dari pelbagai pihak, khususnya di kalangan organisasi masyarakat sivil. Beberapa organisasi masyarakat sivil (OMS) berkenaan seperti Citizens Health Coalition (CHC), Coalition against Health care Privatization (CAHCP), Federation of Private Medical Practitioners Association of Malaysia (FPMPAM) dan Malaysia Medical Association (MMA) telah menyuarakan pandangan masing-masing berhubung dengan cadangan tersebut. OMS berkenaan -mempunyai hujah tersendiri dalam menyuarakan pendapat berhubung skim tersebut. FPMPAM, sebuah persatuan yang mewakili hampir 5,000 orang pengamal perubatan swasta dan ditubuhkan pada tahun 1989, secara lantang menentang skim tersebut. Ia didasari kepada beberapa faktor seperti sistem dua lapis sedia ada di Malaysia yang diiktiraf antara terbaik oleh WHO sendiri, isu akses dan kualiti perkhidmatan yang mungkin terjejas (dakwaan bahawa 1Care menggunakan model National Health System (NHS) di United Kingdom), premium yang tinggi

membebankan rakyat, isu kos pentadbiran agensi yang menguruskan skim ini iaitu National Health Financing Agency (NHFA) yang tinggi dan juga kekhawatiran terhadap ketirisan dan salah guna kuasa terhadap dana berkenaan (Chow, 2011; Chow dan Ng, 2011).

Hujah yang sama turut disuarakan oleh Citizens Health Coalition (CHC) yang berjuang bersama-sama FPMPAM dengan menggerakkan kempen secara elektronik menggunakan media sosial menentang skim ini. TakNak 1Care merupakan platform yang digunakan oleh CHC di Facebook dan twitter, dengan laman web khas juga turut dibangunkan (Chooi, 2012). Manakala bagi CAHCP, sebuah pakatan dikalangan NGO, kesatuan sekerja dan parti politik yang membentuk pakatan longgar pada tahun 2004 ini konsisten dalam menyuarakan penentangan mereka terhadap skim ini. Isu-isu seperti ketirisan dan salah guna kuasa dana serta keperluan kerajaan untuk meningkatkan kadar perbelanjaan kesihatan awam yang dilihat masih rendah, adalah antara hujah CAHCP bagi menentang cadangan mengadakan skim ini (CAHCP, 2006). Berbanding Malaysian Medical Association (MMA), pertubuhan profesional yang mewakili hampir 13,000 pengamal perubatan dari sektor awam dan swasta, telah mengambil pendekatan yang lebih terbuka terhadap cadangan kerajaan. Pada prinsipnya, MMA berpendapat bahawa usaha untuk menjamin isu akses dan ekuiti dan hasrat untuk mencapainya menerusi insurans kesihatan sosial adalah baik dan wajar disokong. Dalam masa yang sama, MMA berpandangan bahawa adalah penting terutama pemegang kepentingan seperti para pengamal perubatan untuk duduk bersama-sama dengan kerajaan dalam memberikan input serta pendapat, dalam merangka pelan ini. Dokongan MMA terhadap penglibatan dalam pelaksanaan pembaharuan sistem pembiayaan diterjemahkan menerusi penglibatan mereka dalam perundingan dengan pihak kerajaan (Koh, 2011) dan ini adalah selari kenyataan MMA menerusi dokumen *Health for all* (MMA, 1999).

Terdapat beberapa masalah sekiranya kerajaan berhasrat untuk melaksanakan skim insurans kesihatan sosial di Malaysia. Berikut diuraikan beberapa aspek kesesuaian/ketidaksesuaian pelaksanaan skim ini di negara ini iaitu seperti berikut:

a) Kos

Sebuah agensi berkanun iaitu National Health care Financing Agency (NHFA) akan ditubuhkan bagi menguruskan dana ini. Manakala, kos bagi memperkenalkan skim ini dianggarkan sebanyak RM44.2 billion (termasuk 5 % kos pentadbiran) atau 6.2 peratus dari KDNK (MOH, 2009). Jumlah ini jelas sekali merupakan suatu bajet yang amat besar. Penubuhan agensi baru ini juga bakal memerlukan kos bagi melatih kakitangannya.

Selain dari itu, salah satu daripada isu yang menjadi kerisauan di kalangan OMS adalah berhubung dengan premium yang akan dikenakan kepada para peserta skim. Malaysia mencadangkan kadar sebanyak 9.5 peratus daripada keseluruhan jumlah pendapatan isi rumah. Kadar ini disifatkan sebagai amat tinggi dan tentu sekali amat membebankan khusus melibatkan golongan berpendapatan rendah. Mengambil kira statistik iaitu hampir 30 peratus daripada rakyat Malaysia mempunyai pendapatan bawah RM3,000.00, maka jelas sekali kadar yang dicadangkan akan mengakibatkan pendapatan boleh guna rakyat semakin menguncup.

b) Liputan Perlindungan Sektor Infomal

Sungguh pun menerusi skim yang dirancang ini kerajaan ada menyatakan bahawa beberapa kumpulan berikut seperti mereka dalam kategori rakyat miskin, warga emas dan orang kurang upaya (OKU) akan dilindungi, namun adalah sukar untuk memastikan perlindungan bagi mereka yang berada di sektor informal. Sebagaimana pengalaman di beberapa buah negara yang terlebih dahulu melaksanakan skim seumpama ini seperti Filipina, liputan bagi peserta dari sektor informal merupakan antara isu utama. Meskipun akan ada yang berhujah bahawa Malaysia tentu sekali tidak berhadapan dengan masalah seumpama ini memandangkan ia berada dalam kategori negara berpendapatan sederhana tinggi, tetapi hakikat bahawa masih terdapat sebilangan besar mereka yang berkhidmat dalam sektor informal tidak dapat diketepikan.

Skim insurans kesihatan sosial ditunjangi oleh beberapa komponen. Premium akan dikutip dari peserta secara wajib dan sebagai balasan mereka akan mempunyai akses terhadap perkhidmatan kesihatan daripada doktor yang telah ditetapkan. Rawatan yang diterima pula akan ditentukan menerusi satu pakej faedah (*Benefit package*) yang merupakan senarai atau skop rawatan kesihatan yang akan ditanggung di bawah skim ini. Sekiranya rawatan yang dikehendaki pesakit diluar dari pakej tersebut, maka bayaran secara berasingan (*co payment*) perlu disediakan pesakit. Umumnya terdapat dua isu di sini, pertama adalah sejauh manakah pakej tersebut menyediakan perkhidmatannya dan kedua adalah bagaimana dengan rawatan di luar pakej. Masalah dari segi akses dan ekuiti timbul terutama melibatkan perlindungan bagi mereka yang sakit kronik, seperti yang perlu menjalani rawatan dialisis secara berkala dan sebagainya.

c) Masalah Governans

Berdasarkan pengalaman lepas, masih terdapat beberapa kekangan dari segi data apabila berlaku percanggahan di antara statistik yang dikeluarkan oleh e-kasih di bawah Jabatan Perdana Menteri dengan data dari pihak Jabatan Kebajikan Masyarakat. Justeru, pertindihan dan ketidakseragaman data ini merupakan satu cabaran dan jika ia tidak diuruskan dengan telus dan sistematik di peringkat pelaksanaan, berupaya mendatangkan kesulitan dalam pelaksanaan skim insurans kesihatan sosial pada masa hadapan.

Capitation difahamkan akan digunakan dalam skim yang dicadangkan di Malaysia dan ia adalah satu kaedah dimana doktor akan diberikan sejumlah had tertentu dalam memberikan rawatan kepada pesakit. Ia bakal digunakan sebagai kaedah yang digunapakai untuk menentukan prestasi mereka. Difahamkan bagi tujuan ini, dianggarkan pesakit akan dihadkan untuk bertemu doktor dalam keadaan biasa sebanyak 6 kali setahun, dan tentu sekali isu ekuiti timbul disini, sekiranya mereka mereka memerlukan rawatan yang lebih kerap.

Isu terhadap akses juga menjadi kritikal disini. Sebagaimana didakwa oleh pihak FPMPAM bahawa pelaksanaan skim ini hanya akan menambah masa menunggu pesakit mendapat rawatan. Keadaan menjadi lebih kritikal ekoran daripada sistem rujukan daripada pengamal perubatan kepada doktor pakar biasanya ditangguhkan dengan sengaja. Ini berlaku di Britain apabila kadang-kadang pesakit terpaksa menunggu berbulan-bulan lamanya sebelum mendapat surat untuk dirujuk kepada pakar. Ini tentu sekali tidak adil kepada pesakit dan hanya akan menjejaskan kesihatan mereka sekali gus meningkatkan kos kesihatan, kerana mungkin penyakit menjadi semakin kritikal.

Selain itu, satu ciri utama skim insurans kesihatan sosial adalah menggunakan kaedah “fee-before-service” berbanding “fee-for service” sebagaimana dalam sistem sekarang. Ini bermakna tidak ada transaksi tunai untuk membayar konsultasi kepada doktor akan berlaku disini, sebaliknya klinik atau hospital akan mengemukakan tuntutan kepada agensi yang menguruskan dana untuk mendapatkan bayaran perkhidmatan mereka. Isu dalam melakukan proses ini atau “reimbursement” pula agak kompleks dan ia menyentuh urustadbir. Antara yang paling kritikal adalah seperti isu tuntutan palsu dan proses bayaran balik yang lama dan sekali gus menjejaskan aliran tunai sesebuah klinik atau hospital.

Isu pengurusan dana yang dilaksanakan oleh sebuah agensi berasingan, di mana di Malaysia dicadangkan skim ini ditadbir dan diurus oleh National Healthcare Financing Agency (NHFA). Kekhuatiran pelbagai pihak khususnya dikalangan kumpulan Organisasi Masyarakat Sivill adalah menjurus kepada aspek

urustadbir. Kekhuatiran utama adalah melibatkan salah guna kuasa dan rasuah, dimana terdapat banyak kes seumpama ini dilaporkan berlaku di negara-negara lain. Ketirisan ini jika berlaku hanya akan memberi kesan buruk kepada peserta itu sendiri dan mutu kesihatan mereka, sekali gus menjejaskan aspek akses dan ekuiti.

d) Faedah yang minima

Malaysia adalah antara negara yang dikategorikan sebagai terbaik dari segi perkhidmatan kesihatan meskipun perbelanjaan yang diperuntukkan untuk sektor kesihatan agak rendah berbanding yang disarankan oleh WHO. Meskipun dari segi ranking, kali terakhir WHO berbuat demikian pada tahun 2000, di mana Malaysia berada di tempat ke 50 dari 190 buah negara, jelas ia masih antara 25 peratus terbaik (WHO, 2000). Indeks lain yang dikeluarkan oleh Bloomberg (2014) menunjukkan Malaysia berada di tempat ke-27 dengan skor kecekapan dalam kesihatan adalah 49.2, tidak jauh berbeza dengan Jerman di tangga ke-23 (51.6 mata, malah jauh meninggalkan Amerika Syarikat di tangga ke 44 (34.3). Ini adalah berdasarkan kepada hakikat bahawa pada masa yang sama keseluruhan perbelanjaan kesihatan di Malaysia (termasuk kerajaan dan swasta) adalah 4 peratus bagi tahun 2012 (WHO, 2015). Sedangkan perbelanjaan kerajaan adalah hanya sekitar 2.55 dari KDNK dan ini jauh berbeza jika dibandingkan dengan negara-negara serantau yang lain apabila kerajaan membelanjakan sekitar 4 hingga 6 peratus. Malah WHO mensyaratkan perbelanjaan awam sekitar 5 hingga 6 peratus untuk kesihatan.

Ini bukan sahaja menunjukkan bahawa sistem kesihatan kita baik meskipun pada tahap perbelanjaan yang minimum. Sungguh pun benar bahawa terdapat masalah ekuiti dibawah sistem yang ada umpamanya dari segi aksesibiliti, apabila pesakit perlu menunggu lama, sesak, perkhidmatan tidak mesra dan lain-lain, namun ramai pihak yang mencadangkan bahawa peningkatan peruntukan sediada dalam sektor kesihatan akan dapat menyelesaikan beberapa kekangan berbangkit.

Lagi pun dengan memperkenalkan satu skim yang baru kerajaan perlu membatalkan kontrak yang sediada baik yang ditandatangani dalam atau luar negeri. Contohnya melibatkan perjanjian farmaseutikal dengan Pharmaniaga dan juga kontrak penswastan bagi perkhidmatan bukan perubatan di hospital kerajaan dengan tiga buah syarikat utama (Faber- Mediserve, Radicare dan Tongkah Medivest) perlu diteliti. Justeru, rancangan untuk memperkenalkan skim insurans kesihatan sosial menerusi I Care akan mengakibatkan beberapa

perubahan dilakukan dalam sistem kesihatan negara. Perubahan ini yang bersifat struktural dibimbangi akan menyumbang kepada beberapa masalah lain, antaranya perundangan, kawal selia dan seumpamanya.

Seterusnya skim ini juga akan menyebabkan golongan berpendapatan tinggi menikmati faedah perkhidmatan kesihatan yang lebih eksklusif. Ini hanya akan menjejaskan ekuiti khusus di kalangan mereka yang kurang berkemampuan dan amat malang jika berlaku.

KESIMPULAN

Sungguhpun pada prinsipnya skim ini baik dalam beberapa aspek, namun kerajaan perlu mengambil kira beberapa aspek yang diketengahkan dalam artikel ini. Aspek-aspek berkenaan adalah kos, liputan, governans dan faedah yang minimum dari pelaksanaannya berbanding dengan apa yang sudah kita ada, wajar diambil kira. Justeru, adalah lebih baik kerajaan memperkukuhkan sistem kesihatan sediaada dengan menambah sedikit peruntukan daripada melaksanakan satu skim yang tidak dapat dipastikan lagi mampu mencapai akses dan ekuiti. Sekiranya skim ini mahu dijalankan adalah lebih banyak sesi-sesi perbincangan dilakukan dengan pelbagai pihak. Selain dari memanggil konsultan luar negara, perbincangan wajar dilakukan dikalangan akademik dalam negara. Selain itu, kerajaan hendaklah mengamalkan dasar yang lebih telus terutama dalam merundingkan pelbagai isu, khususnya yang berkait kesihatan. Ianya termasuk juga dengan kumpulan masyarakat sivil, memandangkan kumpulan ini secara umumnya mewakili kelompok tertentu dalam masyarakat. Dalam era kini, penyertaan dan penglibatan pelbagai pihak dalam memberikan input terhadap pelaksanaan sesuatu dasar baru amat kritikal, terutama dalam menjayakan dasar dan program berkenaan.

Sesungguhnya, beberapa peringatan sebagaimana ditegaskan oleh Carrin (2002) wajar diberikan perhatian. Isu-isu dan cabaran seperti tahap pendapatan penduduk, struktur ekonomi khususnya saiz sektor formal dan informal, keupayaan pentadbiran dan juga aspek solidariti di kalangan masyarakat merupakan barometer kejayaan sesuatu skim insurans kesihatan sosial.

Sebagai rumusan, dengan mengambilkira beberapa kajian lepas, insurans kesihatan sosial mempunyai beberapa kelemahan iaitu: i) secara tipikalnya ia merupakan suatu skim yang tidak fleksibel, memandangkan ia digerakkan berasaskan beberapa syarat tertentu pada peringkat penubuhannya dan bergantung kepada kedudukan perundangan dan politik terhadap sebarang pengubahsuaian yang hendak

dilakukan; ii) kos pentadbiran yang tinggi disebabkan oleh ketidakcekapan dan struktur yang birokratik; iii) kesulitan dalam memastikan liputan bagi sektor informal ekoran kesulitan mengenalpasti pendapatan mereka; dan iv) beban tambahan akan dipikul oleh pihak kerajaan seandainya skim insuran ini tidak efisien. Tentu sekali kelemahan-kelemahan ini wajar dilihat dengan teliti oleh Malaysia dan pengajaran dari pelbagai negara lain yang terlebih dahulu melaksanakan skim ini wajar dipelajari dan dijadikan pengajaran.

REFERENCES

- Abuya, T. Maina, T & Chuma, J. (2015). Historical account of the national health insurance formulation in Kenya: experience from the past decade. *BMC Health Services Research*, (15): 56.
- Arrow, K. W. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, (53) (5): 940–73.
- Akazili, J. et al. (2014). Is Ghana's pro-poor health insurance scheme really for the poor? Evidence from Northern Ghana. *BMC Health Services Research*, (14) 637
- Babbie, E. (2010). *The Practice of Social Research*. USA: Wadsworth Cengage Learning.
- Blackwood, M, & Silva, A. (19 Oktober 2013). Waiting times at five-year high in British National Health Service. Retrieved <http://www.wsws.org/en/articles/2013/10/19/heal-o19.html>.
- Blanchet, N.J., Fink, G & Osei-Akoto, I. (2012). The effect of Ghana's National Health Insurance Scheme on health care utilisation. *Ghana Medical Journal*; 46 (2):76–84.
- Bloomberg. (2014). Most Efficient Health care 2014: Countries. Retrieved <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient=health-care-2014-countries>.
- Carrin, G., Sergent, F. & Murray, M. (1993). Towards a Framework for Health Insurance Development in Hai Phong, Vietnam. *Macroeconomics Health and Development Series, Technical Paper 12*. World Health Organisation, Geneva.
- Carrin, G.; Zeramdini, R.; Musgrove, P, Pouillier, J.-P.; Valentine, N. & Xu, K. (2004). Impact of risk sharing on the attainment of health system goals. In Preker, A. & Carrin, G. (Eds.), *Health financing for poor people: Resource mobilization and risk sharing* (chap. 12). Washington, DC, World Bank.
- Carrin, G, & Chris, J. (2005). Social Health Insurance: Key Factors Affecting the Transition Towards Universal Coverage. *International Social Security Review* , 58 (1):45–64.

- Carrin, G., Doetinchem, O., Kirigia, J., Mathauer, I. & Musango, L. (2008). Social health insurance: how feasible is its expansion in the African region? *Development Issues*, 10(2): 7-9.
- Chow, S. (13 Desember 2011). With 1Care the choice will not be there. Malaysiakini. Retrieved from <http://beta.malaysiakini.com/letters/183993>.
- Chow, S., & Ng, S.C. (3 Mei 2011). 1Malaysia healthcare – transforming for the better or worse. Federation of Private Medical Practitioners Association Malaysia (FPMPAM). Retrieved <http://fpmpam.org/content/presidents02.html>.
- Chua, H.T. (2012). Health Care Financing (HCF). What Options for Malaysia?. Kertas kerja dibentangkan di Pusat Penyelidikan Perlindungan Sosial, Faculty of Economic and Administration, University of Malaya on 27th September 2012.
- Chooi, C. (2 Februari 2012). Anti 1-care group demands Putrajaya kill proposed healthcare scheme. Retrieved <http://www.malaysiainsider.com/malaysia/article/anti-1-care-groups-demands-putrajaya-kill-proposed-healthcare-scheme>.
- Coalition Against Health care Privatization (CAHCP). (18 Mac 2006). Who is calling the shots in health care. *Aliran Monthly*. Retrieved <http://aliran.com/archives/health/index.html>.
- Dalinjong, PA . & Laar, AS. (2012). The national health insurance scheme: perceptions and experiences of health care providers and clients in two districts of Ghana. *Health Economic Review*. 12;2(1):13.
- Ensor, T. (1995). Introducing health insurance in Vietnam. *Health Policy and Planning*, (10): 154–163.
- Ekman, B., Liem, N.T., Duc, H.A & Axelson, H. (2008). Health insurance reform in Vietnam: a review of recent developments and future challenges. *Health Policy and Planning*, (23) :252–263.
- Erylyana, E., Damrongplasit, K & Melnick, G. (2011). Expanding health insurance to increase health care utilization: Will it have different effects in rural vs. urban areas?. *Health Policy* (100): 273–281
- Fetter, R.B., Shin, Y., Freeman, J.L., Averill, R F. & Thompson, J.D.: (1980). Case mix definition by diagnosis-related groups. *Medical Care* , (18):1–53.
- Gertler, P., & O. Solon. (2002). Who Benefits from Social Health Insurance in Developing Countries? Working paper, University of California Berkeley.
- Gian, T. L. (2008). Social Health Insurance in Vietnam: Current Issues and Policy Recommendations. International Labour Organization. Tokyo, Japan.
- Giedion, U., Alfonso, E. A., & Díaz, Y. (2013). *UNICO studies series 25 the impact of universal coverage schemes in the developing world: A review of the existing evidence*. Washington DC: The World Bank.

- Heller, P. (2006). The prospects of creating 'fiscal space' for the health sector. *Health Policy and Planning*, (21), 75–79.
- Hasbullah, T. (01 April 2015). Politics of National Health Insurance of Indonesia: A New Era of Universal Coverage. Retrieved <http://www.un.org/en/ensoc/newfuncnt/.../thabrany-nhip%20politics-process.p>
- Hidayat, B., Thabrany, H. , Dong, H & Sauerborn, R. (2004). The effects of mandatory health insurance on equity in access to outpatient care in Indonesia. *Health Policy and Planning* (19):322–35.
- Hindle, D., Acuin, L., & Valera, M. (2001). Health insurance in the Philippines: Bold policies and socio-economic realities. *Australian Health Review*, 24(2): 96–111.
- Hsiao, W.C., & Shaw, P.R. (Eds.). (2007). *Social Health insurance for Developing Countries* (pp. 155-172). Washington, World Bank.
- Hsiao, W.C., & Shaw, P.R. (2007). Lesson Learned & Policy Implication. In Hsiao, W.C. & Shaw, P.R. (Eds.), *Social Health insurance for Developing Countries* (pp. 155-172). Washington, World Bank.
- Hsiao, W.C., & Shaw, P.R. (2007). Introduction, Context & Theory. In Hsiao, W.C. & Shaw, P.R. (Eds.), *Social Health insurance for Developing Countries* (pp. 1-20). Washington, World Bank.
- Hsiao, W.C. (2007). Design & Implementation of Social Health insurance. In Hsiao, W.C. & Shaw, P.R. (Eds.), *Social Health insurance for Developing Countries* (pp. 21-41). Washington, World Bank.
- Institute of Policy Research & Analysis (IPAR). (2005). Social Health Insurance Scheme for all Kenyans: Opportunities and Sustainability potential Potential: *Policy Brief*, 11(2): 1-4.
- Kementerian Kesihatan Malaysia. (2009). Concept paper 1Care for 1Malaysia: Restructuring the Malaysian Health System. Presented to the National Economic Council Malaysia on 11th August 2009, Putrajaya.
- Kementerian Kesihatan Malaysia. (2010). Country Health Plan: 10th Malaysia Plan 2010-2015: 1Care for Malaysia. Putrajaya.
- Koh, K.C. (2011). The 1Care for 1Malaysia (1C1M) Issues. *Berita MMA*, 41(10): 17-18.
- Light, D.W. (2003). Universal Health Care: Lessons From the British Experience, *American Journal of Public Health*, (93)(1), 25-30.
- Makhloufi, K., Ventelou, B., & Abu-Zaineh, M. (2015). Have health insurance reforms in Tunisia attained their intended objectives? *International Journal of Health Economics and Management*, 15(1): 29-51
- Malaysia Medical Association (MMA). (1999). Health for All: Reforming Health Care in Malaysia, Kuala Lumpur. Malaysia Medical Association.

- Merican, S. (2005). *Kaedah Penyelidikan Sains Sosial*. Petaling Jaya, elangor: Pearson Prentice Hall.
- Mohammed, S., Souares, A., Bomejo, L.R., Sauerborn, R. & Dong, H. (2014). Performance evaluation of a health insurance in Nigeria using optimal resource use: health care providers perspectives. *BMC Health Services Research*, (14):127.
- Obermann, K., Jowett, M, Alcantara, M, Banzon, E & Bodart, C.(2006). Social health insurance in a developing country:The case of the Philippines. *Social Science & Medicine*, (62): 3177–3185.
- O’Connell, T., Rasanathan, K., & Chopra, M. (2014).What does universal health coverage mean? *The Lancet*, 383 (9913): 277–279.
- Pradhan, M., Saadah, F. & Sparrow, R. (2007). Did the health card program ensure access to medical care for the poor during Indonesia’s economic crisis? *World Bank Economic Review*; (21)(3):125–50.
- Rama, M. (2007). “Social Protection and Labor Markets in Vietnam”. Presentation at Commission on Growth and Development: Labor Markets and Growth, October 15, 2007. Washington D. C: World Bank
- Rothschild, M., and J. E. Stiglitz. (1976). Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. *Quarterly Journal of Economics*, 90 (4): 629–49.
- Saltman, R. B., & H. F. W. Dubois. (2004). The Historical and Social Base of Social Health Insurance Systems.” In R. B. Saltman,R. Busse, & J. Figueras (Eds.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe* (21–32). Maidenhead, U.K.: Open University Press.
- Sarpong. N, Loag, W., Fobil, J., Meyer, CG, Adu-Sarkodie, Y., May, J. et al. (2010). National health insurance coverage and socio-economic status in a rural district of Ghana. *Tropical Medicine and International Health*; 15(2):191–197.
- Sidorenko, A., & Butler, J. (2007). Financing Health Insurance in Asia Pacific. *Asia-Pacific Economic Literature*, 21(1): 34-54.
- Tran, V. T. (2007). “The Inclusion of the Poor in a Social Health Insurance Framework: The Strategies Applied in Vietnam”, in *Extending Social Protection in Health: Developing Countries’ Experiences, Lessons Learnt and Recommendations*: 63-70. Eschborn: GTZ.
- UNICEF. (2012). National health insurance in Asia and Africa: Advancing equitable Social Health Protection to achieve universal health coverage. New York. UNICEF.
- Unit Perancang Ekonomi (UPE). (1984). *Kajian Separuh Penggal Rancangan Malaysia ke Empat, 1981-1985*. Kuala Lumpur. Unit Perancang Ekonomi.
- Unit Perancang Ekonomi (UPE). (1986). *Rancangan Malaysia ke Lima, 1986-1990*. Kuala Lumpur. Unit Perancang Ekonomi.

- Unit Perancang Ekonomi (UPE). (1991). Rancangan Malaysia ke Enam, 1990-1995. Kuala Lumpur. Unit Perancang Ekonomi.
- Unit Perancang Ekonomi (UPE). (1996). Rancangan Malaysia ke Tujuh, 1996-2000. Kuala Lumpur. Unit Perancang Ekonomi.
- Unit Perancang Ekonomi (UPE). (2001). Rancangan Malaysia ke Lapan, 2001-2005. Putrajaya. Economic Planning Unit
- Unit Perancang Ekonomi (UPE). (2011). Rancangan Malaysia ke Sepuluh, 2011-2015. Putrajaya, Unit Perancang Ekonomi.
- Vera-Hernandez, M. (2015). Health Insurance as Social Protection in Latin America. Paper presented at 1st Kenya Social Protection Conference Week “*Enhancing Synergy in Social Protection Delivery*” 27-30 January 2015.
- World Bank. (1987). *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*. Washington DC: World Bank.
- World Bank. (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. London: Oxford University Press.
- WHO (World Health Organization). (2004). *Regional Overview of Social Health Insurance in Southeast Asia*. New Delhi: Regional Office for Southeast Asia.
- World Health Organization. (2005). Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance: World Health Assembly resolution WHA 58.33. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization (WHO). (2010). *The World Health Report: Health Systems Financing: the path to universal coverage*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization (WHO). (3 April 2015). Profiles Country: Malaysia. Retrieved <http://www.who.int/countries/mys/ent>
- Mettam, G. R., & Adams, L. B. (1994). How to prepare an electronic version of your article. In B. S. Jones, & R. Z. Smith (Eds.), *Introduction to the electronic age* (pp. 281-304). New York: E-Publishing Inc.
- Strunk, W., Jr., & White, E. B. (1979). *The elements of style*. (3rd ed.). New York: Macmillan, (Chapter 4).
- Van der Geer, J., Hanraads, J. A. J., & Lupton R. A. (2000). The art of writing a scientific article. *Journal of Scientific Communications*, 163, 51 - 59.