

ANALISIS STRATEGI MANAJEMEN DALAM PROGRAM UNIVERSAL HEALTH COVERAGE DI THAILAND

Rizka Husnia Kanti

Program Studi Pasca Sarjana Administrasi Publik,
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Padjadjaran
Email: rizka19009@mail.unpad.ac.id

Abstract

This study discusses about the analysis of management strategies in the universal health coverage program in Thailand. Universal health coverage is a health facility program in Thailand that addresses all communities without determining their socioeconomic status. This program was launched since 2001. This has led the Thai government to make a big breakthrough by launching a universal health coverage program. This research is a qualitative research using secondary data sources and data collection methods using literature study methods. Data processing is done by selecting journals through various sources until selected into five journals. The analysis used in this study is the theory of strategy management according to Bozeman and Straussman by measuring three indicators of goals and objectives, developing an action plan that can mediate between the organization and the environment, and using effective implementation methods

Article Histori:

Submitted: 06/01/2020

Editing: 28/04/2020

Publish: 30/4/2020

Keyword: Health Care System, Management Strategic, Thailand, Universal Health Coverage

1. PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan faktor penting bagi kehidupan manusia. Oleh karena itu pemerintah wajib menyediakan fasilitas kesehatan yang berkualitas untuk masyarakat. Fasilitas kesehatan dikelola sebagai sebuah sistem yang terintegrasi sehingga menjadi salah satu bentuk pelayanan publik. Menurut Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara, pelayanan publik adalah segala bentuk kegiatan pelayanan umum yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah baik

di pusat, daerah, dan lingkungan BUMN/BUMD dalam bentuk barang atau jasa, baik dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan peraturan perundang-undangan. Sehingga pelayanan publik menjadi penting khususnya di bidang kesehatan. Sistem kesehatan yang berkualitas sangat dibutuhkan oleh masyarakat karena mencakup sumber daya manusia, lembaga, informasi, pembiayaan, dan strategi pemerintah dalam memberikan pelayanan yang maksimal. Sistem kesehatan

menurut *World Health Organization* (WHO), merupakan sebuah kegiatan yang mempromosikan, memulihkan, dan atau menjaga kesehatan. Sistem kesehatan yang baik merupakan wujud dari cita-cita bangsa-bangsa di dunia yang tertuang dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs).

Sustainable Development Goals atau SDG's adalah rencana aksi global yang disepakati oleh para pemimpin dunia untuk mengakhiri kemiskinan, mengurangi kesenjangan, dan melindungi lingkungan. *Sustainable Development Goals* berisi 17 (tujuh belas) tujuan dan 169 (seratus enam puluh sembilan) target yang akan dicapai hingga tahun 2030. Tujuan *Sustainable Development Goals* diantaranya adalah :

1. Menghapus Kemiskinan
2. Mengakhiri Kelaparan
3. Kesehatan yang Baik dan Kesejahteraan
4. Pendidikan Bermutu
5. Kesetaraan Gender
6. Akses Air dan Sanitasi
7. Energi Bersih dan Terjangkau
8. Pekerjaan Layak dan Pertumbuhan Ekonomi
9. Infrastruktur, Industri, dan Inovasi
10. Mengurangi Ketimpangan
11. Kota dan Komunitas yang Berkelanjutan
12. Konsumsi dan Produksi yang Bertanggungjawab
13. Penanganan Perubahan Iklim
14. Menjaga Ekosistem Laut
15. Menjaga Ekosistem Darat
16. Perdamaian, Keadilan, dan Kelembagaan yang Kuat
17. Kemitraan untuk Mencapai Tujuan

(sumber:

www.sdg2030indonesia.org)

Kesehatan merupakan tujuan nomor 3 (tiga) dengan memastikan kehidupan yang sehat dan mendukung kesejahteraan bagi semua untuk semua usia.

Negara-negara di dunia khususnya negara-negara berkembang banyak menghadapi tantangan dalam membangun sistem kesehatan yang adil dan merata. Tantangan yang dihadapi biasanya adalah masalah dana, kekurangan tenaga kesehatan, dan pemenuhan alat kesehatan. Padahal sistem kesehatan yang ada diharapkan mampu menyediakan pelayanan yang maksimal untuk seluruh masyarakat. Hal ini disebabkan karena pelayanan publik di bidang kesehatan harus mempunyai nilai yang terukur agar dapat menjadi acuan dalam peningkatan kualitas layanan.

Thailand merupakan negara berkembang yang berkomitmen untuk mewujudkan sistem pelayanan kesehatan yang adil dan merata. Dalam kurun waktu kurang dari dua tahun, Thailand menerapkan sebuah sistem dengan nama *Universal Health Coverage Scheme* (UHC) atau skema perlindungan kesehatan universal. Skema ini mencakup 76 persen dari populasinya (sekitar 47 juta orang) sejak diluncurkan pada tahun 2001.

Sebelum skema ini diluncurkan, Thailand mengalami masalah yang serius dalam penerapan sistem kesehatan di negaranya. Beberapa masalah tersebut diantaranya, (1) ketidakadilan dalam alokasi sumber daya, (2) perbedaan layanan antar daerah, (3) kurangnya jumlah dan tingkat perawatan kesehatan, dan kurangnya petugas serta praktisi kesehatan, (4) kurangnya perlindungan kesehatan yang memadai, terutama diantara kaum miskin, (5) ditemukannya warga yang tidak mendapatkan akses perawatan kesehatan, terutama untuk masyarakat dengan kendala geografis dan tinggal di daerah terpencil. Skema sistem pelayanan kesehatan ini mencakup tiga kelompok, yaitu (1) Skema Tunjangan Kesehatan Pegawai Negeri Sipil untuk pegawai pemerintah, pensiunan

pegawai pe-merintah, dan pasangan mereka serta tanggungan (anak <20 tahun dan orang tua), (2) Skema Jaminan Sosial untuk karyawan sektor swasta, (3) Skema 30 *Baht* untuk yang tidak termasuk pada kedua golongan sebelumnya. Tujuan diberlakukannya *Universal Health Coverage Scheme* (UHC) ini adalah untuk memberikan hak yang sama bagi semua warga Thailand dalam mendapatkan perawatan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan, terlepas dari status sosial ekonomi mereka. Tujuan ini didasarkan pada prinsip universalitas yang disusun sebagai skema yang mencakup semua penduduk di Thailand bukan hanya ditujukan bagi penduduk miskin.

Dalam sebuah manajemen publik, pemerintah dituntut untuk bisa berorientasi hasil dengan efektif, efisien, dan akuntabel. Menurut *Owen E. Hughes*, pada poin utama yang terlibat dalam reformasi manajemen publik termasuk yang muncul dari berbagai formulasi. Hal ini ditunjukkan dengan faktor-faktor di-antaranya adalah:

1. Pendekatan yang strategis

Pendekatan yang strategis berarti memutuskan misi organisasi, mencapai tujuan dan sasaran, termasuk bagaimana organisasi menyesuaikan diri dengan lingkungannya, dan mencari kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman di lingkungan itu.

2. Manajemen bukan Administrasi

Organisasi publik melakukan sesuatu: pemerintah sekarang ingin tahu apa yang mereka lakukan; seberapa baik mereka melakukannya; siapa yang bertanggung jawab dan bertanggung jawab atas hasil. Manajer sekarang terlibat dalam masalah kebijakan dan bertanggung jawab untuk mencapai hasil.

3. Fokus pada Hasil

Organisasi harus fokus pada hasil atau *output*, bukan *input*.

4. Peningkatan Manajemen Keuangan.

Manajemen publik membutuhkan peningkatan perhatian pada penggunaan sumber daya terbaik. Bukan hanya memotong biaya tetapi juga mengarahkan sumber daya untuk membentuk program-program yang membantu pen-capaian tujuan strategis. Perubahan terpenting di bidang ini adalah kinerja dan sistem penganggaran program untuk menggantikan model tra-disional *line-item budget* dan sistem akuntansi.

5. Fleksibel dalam Kepegawaian

Tujuannya adalah untuk meningkatkan keseluruhan efisiensi dengan meningkatkan kemampuan manajemen layanan.

6. Fleksibel dalam Organisasi.

Salah satu aspek dari fleksibilitas organisasi adalah disagregasi, yang berarti pemisahan departemen besar menjadi bagian yang berbeda dengan membentuk agensi untuk memberikan layanan untuk departemen kebijakan kecil.

7. Pergeseran ke Kompetisi yang Lebih Besar.

Memperkenalkan kompetisi adalah fitur manajemen publik. Persaingan untuk ketentuan melalui kontrak, kadang-kadang dalam pemerintah, dipandang sebagai pengurangan biaya dibandingkan dengan ketentuan birokrasi.

8. Kontraktualisme Baru

Terdapat kontrak kinerja individual untuk pegawai, kontrak dengan menteri dan pemerintah secara keseluruhan, dan kontrak dalam bentuk '*charter*' dengan klien dan publik.

9. Penekanan pada Gaya Praktik Manajemen Sektor Swasta



ini termasuk perubahan staf yang dirancang agar lebih sesuai dengan posisi mereka, menilai kinerja mereka, dan untuk memberikan *reward* sesuai dengan upah jasa.

10. Hubungan dengan Para Politisi

Di bawah model manajemen publik hubungan antara politisi dan manajer akan lebih dekat dari sebelumnya. Keterampilan utama yang dibutuhkan seorang manajer publik adalah bagaimana menjadi seorang birokrasi politisi, untuk dapat berinteraksi dengan politisi dan dengan cara yang bermanfaat baik untuk diri sendiri dan organisasi.

11. Hubungan dengan Publik

Ada pengakuan akan perlunya akuntabilitas langsung antara manajer dan publik, sebagai hasil dari tuntutan untuk 'fokus klien' dan Administrasi yang responsif terhadap kelompok dan individu. Ini perbedaan besar lainnya dari model tradisional.

12. Pemisahan Pembeli dan Penyedia

Dimungkinkan untuk me-misahkan pembeli dari penyedia; pembeli menjadi pihak yang memutuskan apa yang akan diproduksi dan penyedia pihak yang mem-berikan *output* dan hasil yang disepakati.

13. Memeriksa Kembali Apa yang Dilakukan Pemerintah

Salah satu bagian penting dari proses reformasi manajemen publik adalah memeriksa dan menguji kembali program pemerintah untuk memastikan apakah mereka rapat tujuan mereka.

Jadi dalam membentuk sebuah program yang berkesinambungan untuk kepentingan publik dibutuhkan suatu strategi manajemen yang berorientasi pada hasil agar tujuan yang telah direncanakan di awal dapat tercapai. Menurut *Bozeman* dan *Straussman* dalam *Owen E. Hughes*, terdapat

tiga fitur utama manajemen dalam pendekatan secara strategis, yaitu: (1) mendefinisikan tujuan dan sasaran, (2) mengembangkan rencana aksi yang dapat memediasi antara organisasi dan lingkungan, dan (3) merancang metode implementasi yang efektif.

Indikator strategi manajemen adalah mendefinisikan tujuan dan sasaran adalah suatu manajemen seharusnya memiliki tujuan dan sasaran yang akan dicapai. Melalui penggunaan strategi yang tepat tujuan dan sasaran manajemen dapat dicapai sesuai dengan rencana. Pengertian mengembangkan rencana aksi yang dapat memediasi antara organisasi dan lingkungan adalah suatu manajemen harus bisa mengembangkan suatu rencana menjadi sebuah aksi atau tindakan yang dapat mejadi media atau wadah antara kebutuhan lingkungan dan apa yang bisa ditawarkan oleh organisasi. Sehingga tercipta suatu keadaan dimana organisasi dapat memenuhi kebutuhan lingkungan. Indikator yang ketiga adalah merancang metode implementasi yang efektif. Setelah mengetahui apa kebutuhan lingkungan dan apa yang bisa ditawarkan oleh organisasi selanjutnya dapat diranvang suatu metode implementasi yang dirasa efektif demi mencapai tujuan dan sasaran. Berdasarkan penjelasan tersebut idelanya suatu manajemen memiliki pendekatan strategis agar dapat mencapai tujuan dan sasaran serta memenuhi kebutuhan lingkungan.

Jika melihat judul dan masalah penelitian yang akan diteliti maka perlu dilakukan sutau perbandingan dan mengungkapkan fenomena yang sama dalam sudut pandang yang berbeda sehingga diharapkan dapat memperkaya pengetahuan. Penelitian mengenai *Universal Health Coverage* di Thailand sudah banyak dilakukan..

Penelitian pertama tentang "Assessment of People's Views of Thailand's

Universal Coverage (UC): A Field Survey in Thangkwang Subdistrict, Khonkaen” (Chalermpol Chamchan dan Mizuno Kosuke, 2006). Penelitian ini membahas tentang program *universal health coverage* di awal-awal masa peluncurannya yang disambut positif oleh masyarakat Thailand. Penelitian yang kedua berjudul Perbandingan Sistem Kesehatan di Negara Berkembang dan Negara Maju (Ririn Noviyanti Putri, 2019). Penelitian ini membahas tentang bagaimana Thailand dengan status negara berkembang bisa menyamai fasilitas kesehatan seperti di negara maju.

Berdasarkan latar belakang penelitian yang telah diuraikan, masalah yang dapat diidentifikasi adalah, “Bagaimana analisis strategi manajemen dalam program *Universal Health Coverage* di Thailand” Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui fakta, data, dan hal-hal yang berkaitan dengan analisis strategi manajemen pada program *Universal Health Coverage* di Thailand.

2. KAJIAN LITERATUR

Universal Health Coverage: Perbandingan di Berbagai Negara

Menurut Supasit Pannarunothai dalam jurnalnya, *Universal Health Coverage* dilatarbelakangi oleh ketimpangan yang terjadi di Thailand. Ketimpangan yang terjadi adalah fasilitas kesehatan yang diterima antara orang yang kaya dengan yang miskin. Orang miskin rata-rata harus membayar lebih banyak untuk mendapatkan fasilitas kesehatan secara proporsional. Sama halnya dengan jutaan pekerja informal yang memiliki keluarga dalam kondisi tidak tercover asuransi kesehatan. Program *Universal Health Coverage* diharapkan sebagai suatu jawaban yang dapat memperbaiki sistem fasilitas kesehatan di Thailand.

Istilah “Cakupan Universal” dalam *Universal Health Coverage* dapat diartikan

bahwa program ini bisa mencakup seluruh masyarakat Thailand tanpa terkecuali dengan tidak membedakan status sosial ekonomi mereka. Istilah ini juga dapat diartikan bahwa pemerintah Thailand tidak mengharapkan sistem kesehatan yang *profit-oriented* jauh dari istilah pro-pasar. Akan tetapi pemerintah Thailand mendukung program yang berbasis menuju pemahaman egalitarianisme. Egalitarianisme adalah setiap individu harus diperlakukan secara sama untuk mendapatkan hak-haknya seperti politik, ekonomi, sosial, dan sipil.

Beberapa negara maju memiliki konsep egalitarianisme yang berbeda. Mereka mengadopsi pendekatan egaliter dengan menyediakan paket tunjangan sementara yang berlaku untuk semua warga negaranya. Sebagai contoh negara Belanda, memiliki sistem kesehatan yang diatur dengan menggunakan dua tingkatan paket atau skema. Dua tingkatan tersebut adalah paket dasar dan paket katastrofik. Paket dasar adalah sistem paket kesehatan yang menangani masyarakat yang menderita penyakit-penyakit mendasar atau penyakit yang tergolong tidak parah. Paket dasar ini dilindungi oleh Undang-Undang Asuransi Kesehatan Belanda. Sedangkan paket katastrofik adalah paket yang diperuntukkan bagi masyarakat dengan penyakit-penyakit katastrofik atau penyakit yang tergolong parah. Paket katastrofik ini dilindungi oleh Undang-Undang Biaya Medis Luar Biasa. Kedua paket ini berlaku untuk semua masyarakat dan didukung oleh berbagai sumber keuangan pemerintah.

Asuransi kesehatan di Singapura terdiri dari tiga tingkat paket. Tingkat pertama adalah perawatan dasar yang sumber pembiayaannya dibagi dua antara pemerintah dengan skema wajib bernama *Medisave*. Tingkat yang kedua adalah perawatan jangka panjang atau perawatan



yang membutuhkan biaya tinggi dengan sumber pembiayaannya ditanggung oleh skema *Medishield* yang bersifat sukarela. Tingkat yang ketiga adalah perawatan kesehatan yang diperuntukkan bagi warga miskin yang sumber pembiayaannya ditanggung oleh program kesejahteraan pemerintah yang disebut *Medifund*.

World Health Organization (WHO) sangat mendukung ide paket dasar kesehatan yang terjangkau bagi seluruh masyarakat. WHO merekomendasikan ini sebagai sarana untuk mencapai kesetaraan akses dalam kebutuhan akses fasilitas kesehatan di negara berkembang.

World Bank pun merekomendasikan hal yang sama untuk setiap negara agar merancang paket dasar minimum dengan mempertimbangkan kemampuan negara dalam membayar. Beberapa negara yang telah berhasil misalnya Meksiko dan Kolumbia dengan program cakupan universal dengan paket dasar yang sangat terbatas kemudian Korea Selatan yang berhasil dengan cakupan universal padahal tingkat pembayaran yang tinggi. Akan tetapi masih banyak negara yang belum berhasil dalam penerapan cakupan universal disebabkan oleh beberapa faktor termasuk pengaturan dalam kelembagaan.

Sejak awal cakupan universal memiliki penafsiran yang berbeda diantara para ahli di Thailand. Dalam penafsirannya untuk mencapai keadilan berarti menyediakan semua hak warga negara untuk mendapatkan fasilitas kesehatan yang ditentukan dengan biaya yang terjangkau atau minimum. Konsep ini diterima dengan sangat baik oleh berbagai pihak karena sesuai dengan pendekatan hak asasi manusia dalam konstitusi yang baru di Thailand.

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan menggunakan metode pengumpulan data sekunder. Data sekunder didapatkan melalui pencarian berbagai jurnal dari berbagai sumber sehingga terpilih lima jurnal. Analisis makalah ini dilakukan melalui metode studi literatur terkait dengan masalah sistem kesehatan di Thailand, baik dari program sistem kesehatannya itu sendiri dengan menjamin ter-selenggaranya dapat diukur dengan tiga indikator pendekatan strategis, (1) mendefinisikan tujuan dan sasaran, (2) mengembangkan rencana aksi yang dapat memediasi antara organisasi dan lingkungan, dan (3) merancang metode implementasi yang efektif, dalam menerapkan program kesehatan yang berkualitas kepada penduduknya. *Literature review* ini dilakukan dengan berbagai sudut pandang, teori, jurnal, dan artikel untuk mempelajari dan menganalisis program sistem pe-layanan kesehatan di Thailand.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Negara Thailand terletak di wilayah Asia Tenggara. Thailand merupakan negara kerajaan yang pertama kali dibentuk pada pertengahan abad ke-14. Thailand dengan populasi sekitar 69 juta orang telah pindah dari negara berpenghasilan rendah ke negara berpenghasilan tinggi dalam 40 tahun terakhir. Menurut data dari *Central Intelligence Agency* tahun 2016, PDB Thailand (dengan nilai daya beli) pada 2017 diperkirakan mencapai 1,236 triliun USD, dengan kontribusi dari berbagai sektor seperti pertanian (8,2%), industri (36,2%), dan sektor jasa (55,2%). Sedangkan menurut data dari IMF tahun 2018, sektor ekspor utama negara Thailand berupa elektronik, suku cadang kendaraan, komoditas pertanian, dan makanan olahan. Ekonomi Thailand sangat bergantung terhadap

aktivitas perdagangan internasional. Menurut data UNDP tahun 2018, Kesejahteraan penduduk Thailand berada di posisi ke-83 dari total 157 negara. Adapun

tingkat pertumbuhan ekonomi Thailand bisa dilihat pada *Tabel 1.1* dibawah:

Tabel 1.
Economic Indicators for Thailand

	2016	2017	2018
GDP PPP (bn USD)	1167.71	1236.35	1323.21
Pertumbuhan real (%)	3.3	3.9	4.6
Per capita	16.92	17.89	19.58
Inflasi	0.2	0.7	0.9
Pengangguran	0.8	0.7	0.7
Borrowing/Government net lending (% dari GDP)	0.6	-0.9	-0.6
Utang Bruto Pemerintah (% dari GDP)	41.8	41.9	41.9

(Sumber: *International Monetary Fund, 2018*)

Sistem jaminan kesehatan Thailand dimulai pada tahun 1990-an. Pada tahun ini masyarakat yang tercakup dalam sistem yang diselenggarakan hanya sekitar 16% dari populasi. Jumlah ini diwakili oleh sektor pegawai negeri dan pekerja formal. Pada tahun 2002 sebanyak 75% dari seluruh penduduk telah tercakup ke dalam sistem *Universal Health Coverage*. Untuk mencapai upaya penyelenggaraan sistem kesehatan yang baik, Thailand telah menghabiskan waktu lebih dari 30 tahun.

Program pelayanan kesehatan yang dapat mencakup seluruh warganya merupakan suatu program yang membutuhkan biaya tidak sedikit. Dalam penyelenggaraannya sistem kesehatan *Universal Health Coverage* membutuhkan strategi pembiayaan yang baik. Oleh karena itu, Thailand mengembangkan strategi untuk

menghilangkan kendala keuangan. Thailand menerapkan sistem pelayanan rujukan sebagai rumah sakit promotif dan preventif

yang dimulai dari *Primary Care Unit (PCU)* sebanyak ≤ 8000 unit. Secara nasional, PCU harus memiliki standar layanan yang minimum. Di Thailand terdapat 800 unit rumah sakit distrik atau disebut juga dengan rumah sakit sekunder dan tersier di level provinsi.

Selain pengembangan infrastruktur yang mendukung, program *Universal Health Coverage* membutuhkan sumber daya manusia yang berkualitas dalam implementasinya. SDM yang berkualitas dapat bekerja dengan sepenuh hati dalam memberikan pelayanan yang maksimal kepada masyarakat. Infrastruktur di Thailand telah mendukung berjalannya program *Universal Health Coverage* ini. Hal ini ditunjukkan dengan rumah sakit maupun *health center* di Thailand yang terletak sampai ke pedesaan-pedesaan. SDM atau tenaga kesehatan ini akan diberikan pelatihan dalam memberikan pelayanan yang maksimal kepada masyarakat. Upaya lain yang dilakukan pemerintah Thailand adalah memberikan kesempatan kepada tenaga-tenaga kesehatan untuk mengabdikan di



pedesaan. Selain itu pemerintah Thailand akan mengirimkan putra-putra daerahnya untuk belajar ilmu-ilmu kesehatan. Sehingga setelah lulus, mereka dapat ditempatkan kembali ke daerahnya masing-masing. Hal ini didukung dengan pemberian insentif yang memadai.

Di Thailand jumlah dokter yang ada sudah sangat banyak sementara presentase tenaga kesehatan seperti perawat dan bidan masih sedikit. Menurut Ririn Noviyanti Putri dalam jurnalnya, di Thailand hanya terdapat 1 (satu) bidan per 100.000 (seratus ribu) penduduk. Hal ini mengasumsikan bahwa Thailand sudah tidak memiliki masalah dalam akses layanan kesehatan tingkat pertama sehingga lebih memprioritaskan pada layanan tingkat lanjut dalam hal penyediaan pelayanan rumah sakit dan dokter.

Mendefinisikan Tujuan dan Sasaran

Sistem kesehatan di Thailand tidak bisa dilepaskan dari jasa-jasa para Rajanya. Dimulai pada tahun 1888, Raja Chulalongkorn, mem-bangun rumah sakit modern pertama yaitu *Siriraj Hospital* di Bangkok. Setelah Raja Chulalongkorn meninggal, dilanjutkan kembali oleh Pangeran Mahidol (1832-1929) yang dikenal sebagai Bapak Obat-obatan dan Kesehatan Masyarakat Modern di Thailand. Kemudian dilanjutkan oleh kepemimpinan Raja Bhumibol Adulyadej dengan meluncurkan *Mo-bile Medical Units (Royal Medical Units)* pada tahun 1967.

Perkembangan sistem fa-silitas kesehatan Thailand dimulai pada Tahun 1961 ditandai dengan program Perencanaan

Siklus Lima Tahunan. Program ini melakukan ekspansi cakupan layanan kesehatan di seluruh Thailand dengan pembangunan klinik dan Rumah Sakit Umum Pemerintah, berfokus pada instalasi alat-alat kesehatan yang menunjang fasilitas klinik dan rumah sakit. Proyek besar Kementrian Kesehatan Thailand pada tahun 2001 meluncurkan program *Universal Health Coverage (UHC)*. Pemerintah Thailand memiliki tujuan semua penduduk Thailand memiliki akses yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai konstitusi.

Layanan kesehatan sektor publik di Thailand dilaksanakan secara terpusat melalui dua lembaga pemerintah dengan fungsi yang berbeda yaitu, *National Health Security Office (NHSO)* yang merupakan pengelola anggaran kesehatan, dan *Ministry Of Public Health (MOPH)* yang bertanggung jawab sebagai penyedia layanan. *Universal Health Coverage (UHC)* dikelola oleh *National Health Security Office (NHSO)* sementara pengelolaan dana sistem UHC dilakukan oleh Departemen Umum Pengawas Keuangan Kementrian Keuangan (CGD). Kementrian Kesehatan (MOPH) adalah *leading sector* yang bertanggung jawab terhadap promosi kesehatan, tindakan pencegahan, pengendalian penyakit, pengobatan dan rehabilitasi.

Jadi analisis dengan menggunakan pendekatan manajemen strategis dalam mendefinsikan tujuan dan sasaran, pemerintah Thailand memiliki tujuan membuat sistem fasilitas kesehatan yang mampu menjangkau seluruh rakyat Thailand sesuai amanat konstitusi tanpa

membedakan status sosial ekonominya. Sedangkan sasarannya adalah seluruh penduduk Thailand.

Mengembangkan Rencana Aksi yang Memediasi Organisasi dengan Lingkungan

Sebelum diluncurkannya sistem pelayanan *Universal Health Coverage* ini, tidak semua penduduk Thailand mendapatkan

pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan. Keadaan ini menimbulkan ketidakadilan diantara penduduk Thailand yang memiliki pendapatan rendah dalam mendapatkan fasilitas kesehatan dari pemerintah. Berikut *Tabel 1.2* tentang sistem kesehatan Thailand sebelum *Universal Health Coverage* pada tahun 1991-2001, yaitu:

Tabel 2.

Daftar Penduduk Dengan Cover Berbagai Skema Asuransi Kesehatan

Skema Asuransi Kesehatan	1991	1996	2001
Skema Low Income	12.7	12.6	32.4
Skema Kartu Kesehatan Sukarela	1.4	15.3	20.8
Skema Tunjangan Kesehatan PNS	15.3	10.2	8.5
Skema Jaminan Sosial	-	5.6	7.2
Asuransi Kesehatan Pribadi	4.0	1.8	2.1
Total yang Tercover (%)	33.4	45.5	71.0
Total yang Tidak Tercover (%)	66.6	54.5	29.0

(Sumber: *Lessons from Thailand : Designing Universal Health Care Coverage for Access to Mental Healthcare Journal*, 2018)

Thailand membutuhkan waktu hampir 30 (tiga puluh) tahun untuk menyempurnakan sistem fasilitas pelayanan kesehatan di negaranya. Sebelum diluncurkannya sistem *Universal Health Coverage* terdapat lima skema asuransi kesehatan di Thailand seperti di-tampilkan pada *Tabel 1.2*, (1) Skema Kartu Pendapatan Rendah, (2) Skema Tunjangan Kesehatan PNS, (3) Skema Kartu Kesehatan Sukarela, (4) Skema Jaminan Sosial, dan (5) Asuransi Kesehatan Swasta.

Dimulai pada tahun 1975, skema kartu berpenghasilan rendah diperuntukkan bagi warga miskin melalui program subsidi kemudian dikembangkan cakupannya menjadi untuk lansia pada tahun 1992.

Skema kartu kesehatan sukarela dimulai pada tahun 1983 diperuntukkan bagi dana kesehatan ibu dan anak kemudian diperluas cakupannya menjadi skema asuransi yang disubsidi oleh pemerintah dengan mencakup ke-lompok di sektor pekerjaan informal. Asuransi kesehatan swasta didanai oleh masyarakat dan pemerintah. Pembayaran per individu seharga 500 Baht Thailand dan pemerintah senilai 500 Baht untuk mendapatkan kartu kesehatan.

Masalah yang terjadi pada kelima skema ini adalah masih terdapat warga yang tidak tercover asuransi sekitar 18 juta orang atau 30% dari penduduk. Kemudian pemilik kartu kesehatan sukarela ini mengalami kerugian karena manfaat dari program ini



tidak berdampak positif. Skema kartu kesehatan sukarela meningkatkan jumlah pasien di rumah sakit. Akibatnya skema ini tidak dapat mempertahankan diri secara finansial.

Berdasarkan masalah diatas, pemerintah Thailand mengintegrasikan sistem fasilitas kesehatan yang ada menjadi tiga skema, dengan menggabungkan kartu penghasilan rendah, skema kartu kesehatan sukarela, dan mereka yang masih belum *tercover* asuransi

dijadikan dalam satu skema yang menghasilkan program *Universal Health Coverage*. Upaya ini dilakukan untuk menghindari kesulitan administrasi serta masalah seleksi yang merugikan masyarakat. Dalam sistem *Universal Health Coverage*, masyarakat yang masih belum *tercover* asuransi dibiayai melalui pendapatan pajak umum. Berikut *Tabel 1.3* skema *Universal Health Coverage* (UHC) pada tahun 2001, yaitu:

Tabel 3.
Skema Asuransi Kesehatan Ketika Cakupan Universal Dicapai di Awal Tahun 2002

Skema	Target Populasi	Cakupan	Sumber Dana	Metode Pembayaran
Skema Pegawai Negeri Sipil	Pegawai Pemerintah, Pensiunan, dan Tanggungan (anak <20 tahun dan Orang Tua)	6 Juta Orang (10%)	Pajak	Biaya Reimburse
Skema Perlindungan Sosial	Pegawai Swasta	8 Juta Orang (13%)	Gaji	Kapitasi (Iuran per Bulan)
Skema Cakupan Universal	Sisa Penduduk	47 Juta Orang (74%)	Pajak	Kapitasi (Iuran per Bulan)

(Sumber: *Lessons from Thailand : Designing Universal Health Care Coverage for Access to Mental Healthcare Journal*, 2018)

Pada saat program *Universal Health Coverage* diterapkan tahun 2001, penduduk membayar 30 Baht atau sekitar Rp. 13.800,- per orang per kunjungan untuk rawat jalan atau rawat inap. Meskipun memang untuk beberapa perawatan kesehatan yang mahal masih belum tercakup tetapi tujuan awal dibentuknya skema ini adalah menyediakan

akses perawatan yang sama untuk semua penduduk di Thailand sesuai yang dibutuhkan tanpa membedakan tingkat pendapatan dan status sosial ekonomi mereka. Kebijakan 30 Baht ini kemudian dihapuskan pada tahun 2009 dengan tidak perlu membayar untuk individu yang termasuk kelompok dengan skema tersebut.

Jadi analisis dengan menggunakan strategi manajemen indikator mengembangkan rencana aksi yang memediasi organisasi dengan lingkungan telah dilakukan oleh pemerintah Thailand. Hal ini ditunjukkan dengan mengembangkan rencana untuk membuat suatu sistem fasilitas kesehatan yang dapat mencakup seluruh penduduk Thailand sesuai dengan amanat konstitusi tanpa membedakan status sosial dan ekonominya menjadi sebuah aksi dengan meluncurkan program kesehatan dengan lima skema fasilitas kesehatan.

Pada awalnya pemerintah Thailand berpikir bahwa dengan lima skema ini dapat mewakili kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan. Dimana lingkungan membutuhkan pelayanan fasilitas kesehatan yang dapat menjangkau seluruh masyarakat terutama masyarakat miskin. Tetapi pada kenyataannya skema ini hanya berjalan selama 10 (sepuluh) tahun dari tahun 1991 sampai dengan tahun 2001 disebabkan oleh beberapa permasalahan baru yang muncul.

Merancang Metode Implementasi yang Efektif

Dalam upaya melanjutkan program UHC ini, Pemerintah Thailand memilih mekanisme pembiayaan berdasarkan kapitasi. Kapitasi merupakan pembayaran iuran yang dilakukan di awal setiap bulannya per individu yang dilindungi oleh fasilitas kesehatan. Untuk menerima layanan tersebut, individu harus mendaftarkan dirinya melalui unit kesehatan umum, seperti pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) atau Rumah Sakit Daerah

sesuai dengan domisili. Pengaturan ini memperkuat sistem rujukan dokter dari rumah sakit primer ke rumah sakit yang lebih besar. Kemudian rumah sakit yang lebih besar memberikan tagihan kepada rumah sakit primer.

Fasilitas rumah sakit primer menerima dana tahunan dari pemerintah berdasarkan jumlah pasien yang terdaftar dan dana ini dimaksudkan untuk menutupi semua pengeluaran termasuk gaji pegawai rumah sakit, peralatan kesehatan, dan obat.

Dana kapitasi didapatkan melalui pendapatan pajak umum dengan harapan masyarakat tidak mengeluarkan dana yang melebihi kemampuannya. Metode ini dimaksudkan untuk memaksimalkan tindakan preventif terhadap penyakit dibandingkan perawatan karena dana perawatan akan jauh lebih mahal.

Walaupun pada kenyataannya skema kapitasi ini masih memiliki kendala, seperti tidak mencukupinya biaya perawatan kesehatan yang cukup tinggi padahal program ini mengalami pertumbuhan yang substansial. Akan tetapi untuk beberapa perawatan kesehatan yang membutuhkan biaya yang cukup tinggi, skema kapitasi ini masih belum bisa menutupi kekurangan dana, sehingga tidak dapat dihindari masih terdapat inkonsistensi terhadap pelayanan yang diterima pasien.

Jadi berdasarkan penjelasan di atas, pemerintah Thailand mencoba merancang metode implementasi yang efektif untuk memenuhi kebutuhan masyarakatnya terutama di bidang pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan analisis strategi manajemen indikator yang ketiga yaitu



merancang metode implementasi yang efektif. Implementasi program *Universal Health Coverage* dirasa cukup efektif dalam menjawab kebutuhan masyarakat Thailand dalam pelayanan kesehatan. Kendati masih memiliki kekurangan seperti belum tercovernya biaya-biaya kesehatan yang membutuhkan biaya yang tinggi, pemerintah Thailand mencoba mewujudkan komitmennya dalam memberikan fasilitas kesehatan yang mencakup seluruh masyarakatnya tanpa terkecuali.

5. PENUTUP

Dari hasil pembahasan yang telah diuraikan, penelitian ini dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut, *Universal Health Coverage* merupakan fasilitas sistem pelayanan kesehatan di Thailand sejak tahun 2001 yang mencakup tiga skema, yaitu: (1) Skema Pegawai Negeri Sipil, (2) Skema Perlindungan Sosial, (3) Skema *Universal Coverage*. Dalam mendefinisikan tujuan dan sasarannya, pemerintah Thailand melalui Kementerian Kesehatan (MOPH) meluncurkan program ini yang di-tujukan untuk semua penduduk Thailand agar memiliki akses yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai kostitusi. Dan sasaran dari program ini adalah seluruh penduduk Thailand.

Program *Universal Health Coverage* ini merupakan pengembangan rencana menjadi aksi yang memediasi antara organisasi dengan lingkungan. Pemerintah Thailand berusaha memenuhi kebutuhan fasilitas kesehatan warganya disesuaikan dengan kondisi sosial ekonomi warganya

yang masih banyak membutuhkan pelayanan kesehatan dengan biaya yang terjangkau.

Melalui program *Universal Health Coverage* ini, pemerintah Thailand juga mencoba merancang metode implementasi program yang efektif agar tujuan dan sasaran yang dirancang di awal dapat tercapai. Terlepas dari kendala dana yang masih dihadapi pemerintah Thailand dalam menjalankan program fasilitas kesehatan *Universal Health Coverage* ini, Thailand sudah bisa memberikan contoh program pelayanan kesehatan yang efektif terhadap negara-negara lain khususnya negara yang masih berkembang karena melalui program ini, Thailand menjadi negara dengan fasilitas kesehatan yang terbaik urutan keenam.

6. DAFTAR PUSTAKA

- Arianto, Kurniawan.(2009). *Aspek Pelayanan Publik Bidang Kesehatan dalam Pelayanan Jaminan Persalinan di Indonesia*. 20 Oktober 2019(2009): retrieved from <http://www.academia.edu>.
- Bovaird, Tony. (2003). *Public Management And Governance*. London : Routledge.
- Chamchan, Chalernpol, Mizuno Kosuke. (2006). *Assessment of People's Views of Thailand's Universal Coverage (UC): A Field Survey in Thangkwang Subdistrict, Khonkaen*. 44(2): 250-266. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2433/53851>.
- Countries With The Best Health Care System. (2019) www.ceoworld.biz.20 Oktober. retrived form <https://ceoworld.biz/2019/08/05/re>

- vealed-countries-with-the-best-health-care-systems-2019/
- Hughes, Owen E.(2003). *Public Management And Administration*. Palgrave New York, :Macmillan.
- Learning From Thailand Health Reform.(2019).www.ncbi.nlm.nih.gov.
- Oktober 2019. retrived form <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC314057/>
- Netherlands Enterprise Agency. Thailand Market Study (2019). 20 Oktober.
- Noviyanti Putri, Ririn. (2019) *Perbandingan Sistem Kesehatan di Negara Berkembang dan Negara Maju*.139-146.doi: 10.33087/jiubj.v19i1.572. Web.
- Sara, Kim.(2018) Lessons from Thailand: *Designing Universal Health Care Coverage for Access to Mental Healthcare*.International Immersion Program Papers. 72. Retrieved from https://chicagounbound.uchicago.edu/international_immersion_program_papers/72
- Pannarunothai, Supasit, Direk Patmasiriwat, Samrit Srithamrongsawat. (2002) *Universal health coverage in Thailand: ideas for reform and policy struggling*. 20 Oktober. Health Policy 68 (2004) page 17-30. Retrieved from www.sciencedirect.com <https://www.sdg2030indonesia.org>.

