

15/10/2002

Skim Insurans Kesihatan Nasional sesuai di negara ini

Dr Syed Mohamed Aljunid

ISU mewujudkan Skim Pembiayaan Perkhidmatan Kesihatan mula dibincangkan sejak 80-an lagi dan beberapa kajian mengenai kesesuaiannya sudah dijalankan oleh penyelidik tempatan dan luar negara.

Kenyataan Perdana Menteri, Datuk Seri Dr Mahathir Mohamad, 11 Oktober lalu, bahawa model insurans kesihatan yang sesuai sedang diteliti amat dialu-alukan dan syabas kepada kerajaan yang mengambil langkah amat positif bagi memperbaiki lagi sistem perkhidmatan kesihatan negara.

Ketiadaan suatu skim khusus untuk membiayai perkhidmatan kesihatan adalah satu kelemahan yang wujud dalam sistem perkhidmatan kesihatan negara ini.

Ia turut menjadi faktor Malaysia cuma pada tahap ke-49 daripada 191 negara di dalam Laporan Pencapaian Sistem Kesihatan oleh Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO) bagi 2000.

Sebagai perbandingan, WHO pernah mengiktiraf Sistem Perkhidmatan Kesihatan Malaysia sebagai salah satu yang terbaik di dunia.

Keperluan Skim Pembiayaan Perkhidmatan Kesihatan jelas ketara sekarang apabila sejak akhir-akhir ini kita kerap membaca laporan orang ramai yang menghadapi masalah kewangan terpaksa membuat rayuan melalui media masa.

Keperluan Skim Pembiayaan Perkhidmatan Kesihatan yang jelas bertujuan menangani masalah peningkatan kos perkhidmatan kesihatan di negara ini.

Peningkatan kos berlaku kerana beberapa faktor termasuk peningkatan kelaziman penyakit kronik seperti kencing manis, darah tinggi, kanser dan sakit jantung yang memerlukan rawatan jangka masa panjang.

Selain itu, peningkatan jangka hayat penduduk negara ini juga menyebabkan bertambahnya jumlah warga tua yang memerlukan perkhidmatan kesihatan dalam jangka masa panjang.

Penggunaan teknologi baru dalam perkhidmatan kesihatan adalah salah satu lagi faktor yang meningkatkan kos perkhidmatan kesihatan.

Sebenarnya, Skim Insurans Kesihatan Nasional adalah skim pembiayaan kesihatan yang paling sesuai untuk penduduk negara ini berbanding skim insurans swasta seperti yang wujud di Amerika Syarikat atau Skim Akaun Simpanan Perubatan yang diperkenalkan di Singapura, Hong Kong dan berapa negara lain secara kecil-kecilan.

Kekuatan utama dalam Skim Insurans Kesihatan Nasional adalah perkongsian dan penggabungan risiko.

Risiko di bawah Skim Insurans Kesihatan Nasional diuruskan berdasarkan penarafan komuniti, di mana risiko untuk mendapat penyakit dan membiayai perkhidmatan kesihatan akan dipikul bersama oleh semua lapisan rakyat negara ini.

Ini selari dengan semangat perpaduan nasional di mana rakyat dapat menyumbang kepada suatu tabung berdasarkan keupayaan dan pendapatan masing-masing.

Dengan ini, mereka yang mampu, yang muda dan yang sihat akan membantu mereka yang sakit, yang tua atau yang tidak mampu membiayai perkhidmatan kesihatan mereka.

Kewujudan semangat saling membantu inilah kekuatan utama dalam Sistem Insurans Kesihatan Nasional yang amat sesuai untuk diwujudkan di negara ini yang mempunyai rakyat berbilang kaum.

Integrasi kaum di negara ini akan terus dapat ditingkatkan. Di samping itu, rakyat yang tidak mampu akan terbela walaupun mereka tidak dapat menyumbang kepada dana dan mendapat akses kepada perkhidmatan kesihatan

asas yang diperlukan akan dijamin sepenuhnya.

Mereka tidak perlu lagi membuat rayuan melalui media massa apabila terdesak untuk mendapatkan wang bagi membiayai perkhidmatan kesihatan mereka.

Malaysia sepatutnya mengambil contoh kejayaan Skim Insurans Kesihatan Nasional di beberapa negara Asia lain seperti Korea Selatan, Jepun dan Taiwan.

Di Korea Selatan, Skim Insurans Kesihatan Nasional diwujudkan sejak 1977 dan negara itu berjaya mencapai liputan penduduk universal dalam masa 12 tahun - tempoh singkat yang boleh dibanggakan menurut penganalisis sistem kesihatan dunia.

Di Jepun pula, skim insurans kesihatan nasionalnya telah dimulakan sejak 1961 dan berjaya mempertahankan kenaikan kos perkhidmatan kesihatan negara itu walaupun ia adalah negara yang paling tinggi peratus warga tua di dunia masa kini.

Bagaimanapun, sekiranya Korea Selatan dan Jepun akan dijadikan contoh, sistem pelbagai pembayar atau multiple payers dengan skim yang berbeza menurut kumpulan pekerjaan penduduk perlulah diubah suai bagi meningkatkan kecekapan skim apabila dimulakan di Malaysia yang mempunyai penduduk yang jauh lebih kecil dibandingkan dengan kedua-dua negara itu.

Di negara Eropah, Skim Insurans Kesihatan Nasional sudah lama diwujudkan dan berjaya menyediakan dana yang mencukupi bagi memastikan akses terhadap perkhidmatan kesihatan semua penduduk negara berkenaan.

Misalnya, Skim Insurans Kesihatan Nasional diwujudkan di Jerman pada 1893, Austria pada 1887, Norway pada 1902 dan Perancis pada 1930.

Namun, dalam mencari-cari contoh dari negara lain, Malaysia seharusnya tidak melakukan kesilapan dengan mengikuti Skim Akaun Simpanan Perubatan seperti diwujudkan di Singapura dan Hong Kong.

Adalah malang bagi rakyat negara ini, yang mempunyai struktur penduduk yang berbeza dengan purata pendapatan yang jauh lebih rendah dibandingkan dengan Singapura dan Hong Kong, sekiranya dikehendaki untuk menyimpan wang sendiri di bawah Skim Akaun Simpanan Perubatan bagi membiayai perkhidmatan kesihatan mereka. Kadar simpanan penduduk negara ini adalah jauh lebih rendah dibandingkan dengan negara yang lebih kaya.

Skim Akaun Simpanan Perubatan akan cuma memupuk semangat individualisme di kalangan penduduk negara ini yang nyata tidak sesuai.

Semangat 'menjaga periuk nasi sendiri' akan diperkuatkan melalui skim berkenaan. Sekiranya tabungan individu dan keluarga berkenaan habis, maka mereka tidak akan dapat mencapai perkhidmatan kesihatan tanpa sebarang bantuan orang ramai.

Perkongsian risiko tidak wujud di dalam Skim Akaun Simpanan Perubatan. Satu perkara yang lebih serius lagi adalah skim ini juga jelas bertentangan dengan ajaran Islam yang memupuk sikap bantu-membantu antara satu sama lain.

Sebagai sebuah negara Islam, skim yang tidak mempunyai ciri-ciri yang dituntut oleh agama Islam yang mementingkan kebajikan semua lapisan masyarakat haruslah dielakkan. Jelasnya rakyat yang berpendapatan rendah dan sederhana akan mendapat kesan yang amat negatif daripada Skim Akaun Simpanan Perubatan.

Skim Akaun Simpanan Perubatan atau Medisave yang diwujudkan di Singapura pada 1984, gagal menyediakan dana yang mencukupi untuk membiayai perkhidmatan kesihatan rakyat negara itu.

Ini menyebabkan Kerajaan Singapura terpaksa memulakan Skim Insurans Malapetaka yang dikenali sebagai Medishield pada 1990. Medishield mempunyai ciri-ciri Insurans Kesihatan Nasional tetapi dibenarkan untuk digunakan sekiranya akaun simpanan perubatan seseorang itu sudah habis dipakai.

Langkah mewujudkan Skim Medishield dan Medifund adalah langkah panik yang diambil oleh kerajaan Singapura untuk menutup kelemahan dan kesan negatif yang timbul akibat akaun simpanan perubatan.

Ketidakupayaan Skim Akaun Simpanan Perubatan untuk menyediakan dana yang mencukupi bagi membiayai perkhidmatan kesihatan di Singapura jelas ditunjukkan di mana sehingga kini cuma hampir sembilan peratus saja pembiayaan perkhidmatan kesihatan di republik itu dibiayai oleh akaun simpanan perubatan.

Sebanyak 31 peratus daripada pembiayaan perkhidmatan kesihatan Singapura dibiayai oleh kerajaan dan rakyat sendiri menanggung 60 peratus daripada pembiayaan perkhidmatan negara itu di samping terpaksa menyumbang pendapatan mereka kepada akaun simpanan perubatan.

Yang jelas mendapat manfaat daripada Skim Akaun Simpanan Perubatan ialah golongan kaya, berpendapatan tetap, sihat dan mempunyai tabungan yang tinggi.

Sekiranya Skim Akaun Simpanan Perubatan ini dilaksanakan di Malaysia, di samping berlaku perpecahan dalam masyarakat, orang miskin dan golongan berpendapatan sederhana dan rendah akan menderita.

Kerajaan yang prihatin terhadap rakyat seperti kerajaan yang wujud hari ini tidak akan melakukan kesilapan bagi memilih Skim Akaun Simpanan Perubatan dan sudah semestinya tidak mahu mengikuti langkah silap yang dilakukan jiran kita.

Dalam membuat pilihan model Skim Pembiayaan Perkhidmatan Kesihatan, kelemahan yang wujud di negara lain perlu dikaji dan dielakkan.

Misalnya apabila pemberi perkhidmatan kesihatan dibayar berdasarkan yuran tertentu apabila pesakit mendapatkan perkhidmatan, maka pemberi perkhidmatan cenderung untuk memberikan perkhidmatan yang mungkin tidak diperlukan pesakit.

Oleh yang demikian, mekanisme pembayaran kepada pemberi perkhidmatan kesihatan perlu dikaji.

Pada peringkat hospital, pembiayaan perkhidmatan kesihatan menggunakan Sistem Case-Mix seperti yang diwujudkan di Hospital UKM sebagai projek perintis di negara ini perlu dicontohi dan diperkembangkan ke hospital lain seiring dengan pelaksanaan Skim Pembiayaan Perkhidmatan Kesihatan.

Di peringkat perkhidmatan kesihatan primer pula, Sistem Pembayaran Kapitasi adalah yang paling baik bagi mengawal kecekapan dan mengelakkan pembaziran.

Tiba masanya kerajaan mewujudkan suatu badan khusus supaya perancangan untuk melaksanakan Skim Insurans Kesihatan Nasional dapat dilakukan dengan mengambil kira pendapat dan pandangan semua pihak yang terbabit.

Melalui badan itu, pakar kesihatan dan penyelidik tempatan akan dapat memberikan sumbangan berkesan agar suatu skim pembiayaan kesihatan yang sesuai dan diterima oleh rakyat dapat diwujudkan dengan seberapa segera.

* Profesor Dr Syed Mohamed Aljunid adalah Ketua Jabatan Kesihatan Masyarakat, Fakulti Perubatan Universiti Kebangsaan Malaysia (UKM).