

RESEARCH ARTICLE

PERBANDINGAN SISTEM JAMINAN KESEHATAN UNIVERSAL HEALTH COVERAGE (UHC) DI INDONESIA DAN KUBA

Detayu Sobeang✉

Program Studi Megister Hukum, Universitas Sebelas Maret,

✉ detayu.sobeang@gmail.com

ABSTRACT

Universal health coverage (UHC) has been achieved if the entire population has access to comprehensive and quality health services without being constrained by costs. Although Cuba is a low-income country, it has and is one of the countries with the best UHC coverage in the world with free health services to its people (100%). Indonesia itself currently has a membership coverage of 82 percent of the National Health Insurance (JKN).

The purpose of the study was to find out the health system implemented by Cuba and to see a comparison of the implementation or efforts of UHC between Cuba and Indonesia. The research method used is a literature review or literature review where the author searches for data through journals, books and news published in the media. The results show that Cuba prioritizes Primary Health Care (PHC) in an effort to improve health services, increasing the number of Health Human Resources (HR) by reaching a ratio of 1:150 for the number of doctors and the population served. Meanwhile in Indonesia the ratio is 1:2500 for the number of doctors and the population served. Indonesia still faces many challenges in realizing UHC, including the completeness of infrastructure in health facilities, availability of drugs and medical devices, equitable distribution of health human resources, utilization of data and information systems, budget adequacy, increased contributions and regulations that encourage improvements. implementation of the JKN Program.

Conclusion: *Cuba has been able to provide universal health insurance in minimal financial conditions. Cuba as a developing country has the best health insurance system than all other developing countries, even better than developed countries. Departing from this, it can be a reflection of the health insurance system in Indonesia to make improvements and not hesitate in increasing the Health budget.*

Keywords: *UHC, Indonesia, Cuba*

Cakupan kesehatan semesta (UHC) telah tercapai jika seluruh penduduk memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang komprehensif dan bermutu tanpa terkendala oleh biaya. Kuba walaupun merupakan negara yang berpenghasilan rendah namun memiliki dan merupakan salah satu negara dengan cakupan UHC terbaik di dunia dengan layanan kesehatan gratis kepada rakyatnya (100%). Indonesia sendiri saat ini cakupan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah mencapai 82 persen.

Tujuan penelitian adalah mengetahui sistem kesehatan yang di terapkan negara Kuba dan melihat penerapan atau upaya UHC antara Kuba dan Indonesia. Metode penelitian yang di

gunakan adalah *literatur review* atau kajian kepustakaan di mana penulis mencari data melalui jurnal, buku dan berita-berita yang di muat media. Hasil penelitian menunjukkan Negara kuba lebih mengedepankan Primary Health Care (PHC) dalam upaya meningkatkan layanan kesehatan, meningkatkan jumlah Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan dengan telah mencapai rasio 1:150 untuk jumlah dokter dan penduduk yang dilayani. Sedangkan Indonesia rasionya adalah 1:2500 untuk jumlah dokter dan penduduk yang dilayani. Masih banyak tantangan yang dihadapi oleh Indonesia dalam rangka mewujudkan UHC, antara lain kelengkapan sarana prasarana di fasilitas kesehatan, ketersediaan obat dan alat kesehatan, pemerataan distribusi SDM Kesehatan, pemanfaatan data dan sistem informasi, kecukupan anggaran, kenaikan iuran serta regulasi-regulasi yang mendorong perbaikan penyelenggaraan Program JKN.

Kesimpulan: Kuba telah mampu memberikan jaminan kesehatan secara universal dalam kondisi finansial yang masih minim. Kuba sebagai negara berkembang memiliki sistem jaminan kesehatan terbaik dari seluruh negara berkembang lainnya bahkan lebih baik dari negara maju. Berangkat dari hal tersebut dapat menjadi refleksi dari sistem jaminan kesehatan di Indonesia untuk mengadakan perbaikan dan tidak ragu dalam penambahan anggaran Kesehatan.

Kata Kunci: UHC, Indonesia, Kuba.

INTRODUCTION

Kesehatan menjadi kunci bagi berlangsungnya hidup yang sehat bagi warga di suatu negara. Kesehatan juga menjadi suatu kewajiban bagi negara untuk melakukan program untuk memenuhi kebutuhan tersebut (Habibi, 2020).

Sistem kesehatan yang kuat dan tangguh sangat penting untuk kesehatan, tetapi bagaimana cakupan kesehatan universal didefinisikan sangat bervariasi. PBB, WHO, dan Bank Dunia semuanya menekankan perlindungan risiko keuangan. Tujuan pembangunan berkelanjutan bukan hanya membatasi cakupan kesehatan universal semata-mata untuk pelayanan medis dan perawatan, namun juga mencakup layanan kesehatan masyarakat: “akses ke layanan perawatan kesehatan esensial yang berkualitas dan akses ke obat-obatan dan vaksin esensial yang aman, efektif, berkualitas dan terjangkau untuk semua.” Bank Dunia juga menekankan bahwa layanan kesehatan mendukung aset terkuat negara, modal manusia, investasi dasar dalam pertumbuhan ekonomi (Gostin, 2020).

Kinerja sistem kesehatan telah menjadi perhatian utama pembuat kebijakan selama bertahun-tahun. Banyak negara baru-baru ini memperkenalkan reformasi di sektor kesehatan dengan tujuan eksplisit untuk meningkatkan kinerja (Tandon *et al.*, 2002).

Negara-negara dengan pendapatan rendah dan berkembang umumnya memiliki hasil yang buruk dalam segi sistem kesehatan, meskipun banyak upaya dalam rangka peningkatan penggunaan perawatan kesehatan. Lebih dari 8 juta orang pertahun di negara berkembang dan negara miskin, meninggal akibat kondisi yang pada dasarnya dapat dicegah dengan sistem kesehatan (Aurora, 2019).

Pemerintah Indonesia terus upayakan capai cakupan kesehatan semesta atau Universal health Coverage (UHC). Cakupan kesehatan semesta menjamin seluruh masyarakat mempunyai akses untuk kebutuhan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang berkualitas dan efektif. Dalam Sidang WHO Executive Board ke 144 tahun 2019, telah disepakati WHO 13th General Program of Work untuk dicapai pada tahun 2023 oleh semua negara anggota WHO, termasuk Indonesia. Target-target tersebut mencakup: 1) Satu milyar orang mendapatkan manfaat UHC, 2). Satu milyar orang lebih terlindungi dari kedaruratan kesehatan; dan 3). Satu milyar orang menikmati hidup yang lebih baik dan sehat. Upaya-upaya yang telah dilakukan sepanjang satu dasawarsa terakhir dalam pembangunan kesehatan di Indonesia, sebagai bagian integral dari pembangunan nasional, sudah sejalan dengan upaya-upaya yang dicanangkan dalam Program Kerja WHO (Kemenkes RI, 2020).

Sistem Jaminan Sosial Kesehatan di Indonesia di atur Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dimana di dalamnya di katakan bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan Makmur (Pemerintah RI, 2004). bahwa untuk mewujudkan tujuan sistem jaminan sosial nasional perlu dibentuk badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan dana jaminan social seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (Pemerintah RI, 2011).

Empat puluh tahun setelah Alma-Ata, implementasi Strategi Akses Universal Kesehatan dan Cakupan Kesehatan Universal dari Pan American Health Organization (PAHO) telah muncul sebagai alat utama untuk mencapai kesehatan untuk semua di abad ke-21. Negara-negara di Wilayah Amerika telah membuat berbagai tingkat kemajuan di jalur ini dan, sejak 2014, sejumlah besar dari mereka telah menetapkan peta jalan dan kerangka kerja untuk memantau dan mengevaluasi kemajuan mereka menuju Kesehatan Universal. Kuba adalah salah satu negara yang menunjukkan kemajuan terbesar dalam hal ini. Keberhasilan Kuba di bidang kesehatan diakui di seluruh dunia dan mencerminkan komitmen tegas dan sistematis dari otoritas tertinggi negara itu untuk mengembangkan kesehatan, sejak 1959. Mengetahui kebijakan publik mana yang telah diterapkan di sektor kesehatan, dimana program-program tersebut memiliki keberhasilan terbesar dalam mencapai indikator kesehatan yang dinikmati orang Kuba saat ini, dan bagaimana pendekatan perawatan kesehatan lintas sektoral dan primer sangat penting untuk pencapaian ini menawarkan pelajaran, pertimbangan, dan definisi yang berguna bagi negara-negara lain yang sedang maju menuju Kesehatan Universal (Etienne, 2018).

Kuba menjadi negara yang menarik untuk dikunjungi dan dipelajari terkait aspek kesehatan. Selain itu, Kuba juga menarik dari sisi sejarah dan politik yang dampaknya mempengaruhi kondisi kesehatan Kuba. Selama 5 dekade, Kuba bergumul dengan dominasi Spanyol, Amerika Serikat, dan Uni Soviet, berusaha untuk tidak tergantung secara politik dan ekonomi. Meskipun Kuba telah memproklamkan kemerdekaan dari Spanyol pada 1868 namun mereka masih harus berjuang untuk melepaskan diri dari dominasi asing. Berdasarkan studi *Human Development and Equity in Cuba*, UNDP, 1999 mengungkapkan bahwa dari 25 negara bagian di Amerika Serikat memperlihatkan bahwa Kuba merupakan negara dengan kondisi kesehatan terbaik diantara negara-negara Amerika Latin dan Karibia. Selain itu merupakan negara dengan sumber daya yang paling efektif meskipun jarang ada investasi di sektor kesehatan (PKMK, 2018).

Universal Health Kuba berfokus pada kesehatan masyarakat terdapat pada Pasal 1 Undang-Undang Kesehatan Masyarakat negara itu (UU No. 41), sesuai dengan Konstitusi 1976, “menetapkan prinsip-prinsip dasar untuk pengaturan hubungan sosial di bidang kesehatan masyarakat untuk berkontribusi dalam menjamin promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, rehabilitasi sosial pasien, dan kesejahteraan sosial. Dalam Konstitusi 2019 yang baru saja disetujui, Pasal 46 Bab II menetapkan bahwa “setiap orang berhak untuk hidup, keutuhan fisik dan moral, kebebasan, keadilan, keamanan, perdamaian, kesehatan, pendidikan, budaya, rekreasi, olahraga, dan pembangunan yang menyeluruh.” Pasal 72 menyatakan “kesehatan masyarakat adalah hak semua orang dan merupakan tanggung jawab Negara untuk menjamin akses terhadap perawatan kesehatan gratis, berkualitas, perlindungan kesehatan dan rehabilitasi. Negara, untuk membuat hak ini efektif, melembagakan sistem kesehatan yang dapat diakses oleh penduduk di semua tingkatan dan mengembangkan program pencegahan dan pendidikan, yang berdasarkan kontribusi keluarga dan masyarakat (Castell-Florit Serrate, 2019).

Dalam konteks ini, perawatan kesehatan primer (PHC) menjadi strategi lintas sektor untuk perawatan di semua tingkatan. Tenaga profesional dan teknis disiapkan untuk bekerja di Puskesmas melalui program pendidikan sarjana dan pascasarjana di seluruh negeri. Saat ini terdapat 81,9 dokter dan 77,9 perawat per 10.000 penduduk, mempekerjakan sekitar 10.000 kantor dokter dan perawat keluarga lingkungan, hampir 450 poliklinik masyarakat, 150 rumah sakit dan berbagai lembaga penelitian, serta melayani di luar negeri. Dokter yang baru lulus melakukan banyak pelatihan mereka dalam pengaturan PHC dan diharuskan

melakukan residensi dalam kedokteran keluarga sebelum melamar spesialisasi lainnya (Castell-Florit Serrate, 2019).

Latar Belakang

1. "Ekonomi kesehatan" tumbuh lebih cepat daripada ekonomi global, tetapi pengeluarannya tidak merata.

- Pada 2015, sistem kesehatan dunia membelanjakan 7,3 triliun, mewakili hampir 10% dari PDB global. Antara 2000 dan 2015, tingkat pertumbuhan tahunan dalam pengeluaran kesehatan adalah 4% sedangkan tingkat pertumbuhan ekonomi adalah 2,8% .
- Pengeluaran kesehatan di seluruh dunia masih tidak setara: lebih dari 80% populasi dunia tinggal di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah tetapi hanya menyumbang sekitar 20% dari pengeluaran kesehatan global.
- Pengeluaran kesehatan rata-rata global per kapita adalah 1.011 USD, tetapi separuh negara di dunia menghabiskan di bawah 366 USD per kapita. Pada 2015, hampir 50 negara dengan populasi 2,7 miliar membelanjakan kurang dari 100 USD per kapita untuk kesehatan.

2. Pembiayaan publik (pemerintah) domestik adalah sumber utama pengeluaran kesehatan.

- Sejak 2000 hingga 2015, pendanaan domestik pemerintah sebagai bagian dari pengeluaran kesehatan meningkat dari 66% menjadi 70% di negara-negara berpenghasilan tinggi; meningkat dari 48% menjadi 51% di negara-negara berpenghasilan menengah; tapi turun dari 30% menjadi 22% di negara-negara berpenghasilan rendah.
- Sementara itu, sebagian besar negara dengan kebijakan asuransi kesehatan sosial mendanai pengeluaran kesehatan dari campuran kontribusi pengusaha serta karyawan tradisional, dan transfer dari pemerintah (WHO, 2018).

Sistem kesehatan pada tiap negara sangat bervariasi akan tetapi mempunyai satu tujuan yg sama yakni untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yg setinggi-tingginya. Setiap negara maju juga negara berkembang memiliki kelebihan dan kelemahan masing-masing berdasarkan sistem kesehatan yg diterapkan. Sistem kesehatan yg lalu dan sekarang disetiap negara mengalami perubahan, Setiap negara baik negara berkembang maupun negara maju berusaha untuk memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakatnya. Sistem pembiayaan kesehatan ditiap negara juga berbeda, hal ini dikarenakan pada setiap negara memiliki perbedaan karakteristik penduduk, pemasukan negara, ekonomi, dan geografis yg sangat mempengaruhinya (Habibi, 2020).

Pemerintah bersama masyarakat berkomitmen untuk mencapai UHC agar semua orang memiliki akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan bermutu tanpa hambatan finansial. Pelayanan kesehatan dilakukan secara komprehensif dengan mengutamakan pelayanan kesehatan primer," ucap Oscar dalam Dialog Nasional Implementasi Program JKN"(Kemenkes RI, 2020) Dalam Undang-Undang BPJS yang di sebut Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak(Pemerintah RI, 2011).

Saat ini, menjelang delapan tahun beroperasi, sudah ada 223,9 juta jiwa atau 82 persen dari total penduduk Indonesia yang terlindungi Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS)(Indonesia, 2021).

Kuba Produk Domestik Bruto-nya hanyalah 87 juta USD. Sejumlah media barat bahkan menulis, rata-rata orang Kuba hanya sanggup berbelanja sekitar 20-25 USD per bulan. Artinya, sehari bisa di bawah 1 USD. Namun begitu, nyatanya data-data statistik pokok yang dibuat oleh badan kesehatan dunia (WHO) menunjukkan kemampuan Kuba berada sejajar dengan Amerika Serikat (AS). Sebut saja angka harapan hidup rata-rata seorang anak yang mencapai 77.2 tahun, sedangkan di AS 77,9 tahun. Jumlah anak-anak yang meninggal sebelum hari ulang tahun kelima mereka adalah tujuh per seribu kelahiran hidup, sedangkan di AS angkanya delapan per seribu kelahiran hidup. Bedanya, jika setiap orang di AS harus membelanjakan dana kesehatan sebesar 6.096 dolar per tahun, di Kuba hanya 229 dolar per tahun. Memang, bukan hanya mayoritas bangunan fasilitas kesehatan yang jauh dari kesan mentereng, ketersediaan obat-obatan di sana pun terkadang kurang. Di rumah-rumah sakit biasa, para pasien bahkan harus membawa perlengkapan pribadi seperti handuk, sprei, sabun, bahkan makanan. Tapi bagaimanapun, semua perawatan kesehatan di sana dapat diperoleh secara gratis.

Bagaimana ceritanya sehingga hal semacam itu bisa terjadi? Rupanya, Kuba memusatkan diri pada pencegahan, selain sistem perawatan kesehatan gratis yang memungkinkan warga segera menemui dokter dan menangani penyakitnya sebelum berkembang dan membutuhkan banyak biaya. Untuk mewujudkan itu, Kuba punya konsep yang disebut *medicina general integral* (MGI, pengobatan komprehensif dan terintegrasi). Program ini fokus pada penciptaan lingkungan sehat dan menjauhkan rakyat dari penyakit. Di setiap lingkungan penduduk Kuba, ada yang disebut "*consultorio*". Setiap *consultorio* terdiri dari dokter dan beberapa staf, yang langsung melayani penduduk di sekitarnya.

Setiap *consultorio* melayani sekitar 1.000-1.500 pasien. Dan untuk mengefektifkan daya jangkanya, *consultorio* didukung oleh *poli-clínicos*, yang memastikan layanan kesehatan 24 jam. *Poli-clínicos* melibatkan tenaga kesehatan, spesialis, dan masyarakat setempat yang terlatih. Jangan anggap *poli-clínicos* hanya poliklinik biasa. Pasalnya, sejak 2002, *Poli-clínicos* telah memberi 22 jenis layanan seperti rehabilitasi, X-ray, USG, optometri, endoskopi, trombolitik, laboratorium klinis, imunisasi, perawatan ibu dan anak, keluarga berencana, diabetes, hingga perawatan lansia.

Selain itu, Kuba juga punya yang disebut "dokter keluarga", yang mana pasien tidak lagi harus mendatangi dokter, tapi dokterlah yang mendatangi pasien. Konsep "dokter keluarga" berhasil diterapkan karena jumlah tenaga dokter di sana cukup melimpah. Rasio dokter mencapai 1: 148 penduduk (Rahmawati, 2018).

Rumusan Masalah

Seperti apa penerapan jaminan kesehatan di negara kuba dan Indonesia.

Tujuan

Mengetahui perbedaan penerapan jaminan kesehatan di negara kuba dan indonesia.

Manfaat Penelitian

Sebagai perbandingan dan pembelajaran dalam upaya meningkatkan kualitas jaminan kesehatan

Metode

Metode penelitian yang di gunakan adalah kajian literatur (literatur review) atau kajian kepustakaan di mana penulis mencari data melalui jurnal, buku dan berita-berita yang di muat media.

RESULTS & DISCUSSION

1. Sistem Jaminan Kesehatan di Indonesia

Dalam Sidang WHO Executive Board ke 144 tahun 2019, telah disepakati WHO 13th General Program of Work untuk dicapai pada tahun 2023 oleh semua negara anggota WHO, termasuk Indonesia. Upaya-upaya yang telah dilakukan sepanjang satu dasawarsa terakhir dalam pembangunan kesehatan di Indonesia, sebagai bagian integral dari pembangunan nasional, sudah sejalan dengan upaya-upaya yang dicanangkan dalam Program Kerja WHO (Kemenkes RI, 2020).

Di Indonesia jaminan sosial telah diatur dalam Undang Undang №40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang Undang №24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Secara eksplisit jaminan kesehatan di Indonesia juga telah diatur dalam Undang Undang №36 Tahun 2009 mengenai hak untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan. BPJS akan dikelola secara menyeluruh untuk mewujudkan *total health coverage* pada tahun 2019.

Didalam UU SJSN yang menjamin adanya aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan terdapat ketentuan mengenai jaminan kesehatan yang diselenggarakan berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Namun jaminan kesehatan yang dimaksud disini memiliki keterbatasan yaitu hanya melindungi para pesertanya, dan untuk menjadi peserta berarti diharuskan membayarkan iuran rutin yang telah ditentukan. Sedangkan untuk masyarakat miskin iuran mereka dibayarkan oleh pemerintah. Hal ini menunjukkan bahwa jaminan kesehatan yang ada di Indonesia masih bersifat selektif.

2. Sistem jaminan Kesehatan di kuba

Kuba adalah negara kecil, terbelakang, dan miskin. Jika dapat memberikan layanan Kesehatan publik yang sangat baik, maka negara mana pun juga dapat melakukannya. PDB per kapita Kuba adalah sekitar sepersepuluh dari Amerika Serikat dan sekitar setengah dari Meksiko atau Brasil. Sementara Kuba menghabiskan sekitar seperdua puluh per kapita untuk perawatan Kesehatan dibandingkan dengan Amerika Serikat, dan kira-kira sepersepuluh dari apa yang dihabiskan Meksiko dan Brasil per kapita, orang-orang di Kuba tetap menikmati harapan hidup yang lebih lama (79 tahun) daripada orang-orang di Amerika Serikat (78 tahun), di Meksiko (77 tahun), di Brasil (75 tahun), di Amerika Latin secara keseluruhan (75 tahun), dan di negara berkembang secara keseluruhan (66 tahun) (Pineo, 2019), Indonesia sendiri angka harapan hidupnya mencapai 71 tahun (Tim CNBC, 2018).

UNICEF dan Pan American Health Organization (PAHO) mengakui bahwa sistem kesehatan masyarakat Kuba adalah yang terbaik hampir di seluruh negara berkembang dalam banyak hal bahkan lebih baik dari banyak negara industri. Pada tahun 2009 ada sekitar 74.880 dokter di Kuba atau sekitar 1 dokter untuk 150 penduduk, rasio ini mengalahkan Amerika Serikat yang mana rasio jumlah dokter dibanding penduduk 1: 480 serta Inggris yang rasionya 1:450. Angka kematian bayi di Kuba juga berada dibawah 5 bayi per 1000 kelahiran, ini termasuk yang terendah di dunia lebih rendah dari Amerika Serikat

dan Kanada. Bank Dunia mencatat angka harapan hidup rakyat Kuba 79 tahun, lebih panjang daripada Amerika Serikat yang notabeneunya perekonomiannya delapan kali lebih besar dari Kuba.

Selama transformasi sistem kesehatan Kuba (yang dimulai pada 2011 sebagai respons sektor kesehatan terhadap pembaruan model ekonomi dan sosial negara), beberapa kesulitan diidentifikasi dan serangkaian tindakan diusulkan untuk menyelesaikannya (Castell-Florit Serrate, 2019)

Selain itu rumah sakit di Kuba umumnya tidak memiliki kelas kamar, kecuali untuk pasien ruang rawat inap internasional yang meminta pelayanan khusus, sehingga suasana kesetaraan sangat terasa. Kuba sebagai negara berkembang tidak pernah mengalokasikan dana kesehatan dibawah 10 persen dari anggaran belanja negara, sedangkan di Indonesia sampai saat ini masih bertahan pada angka 5 persen yang mana ini sebenarnya juga sudah merupakan kemajuan dari sebelumnya yang masih berkisar pada 2,5 persen. Kuba juga telah mampu mengirimkan ribuan dokter doternya keseluruh dunia, termasuk Indonesia yaitu pada saat bencana alam Tsunami.

Layanan kesehatan di Kuba bersifat universal dan gratis. Kuba lebih mementingkan adanya pencegahan sehingga masyarakatnya terbiasa dengan pola hidup sehat dan tidak rentan terhadap penyakit. Perwujudan pencegahan ini dilakukan dengan penerapan adanya “dokter keluarga” yang mana dokter ini hidup dan tinggal bersama ditengah tengah rakyat. Dokter keluarga berpraktik disebuah kantor dokter keluarga yang umumnya berbentuk rumah berlantai dua, lantai pertama adalah klinik tempat dokter keluarga berpraktik, lantai duanya adalah rumah tinggal dokter bersama keluarganya. Dimana satu dokter melayani 150 keluarga atau sekitar satu RT di Indonesia. Tinggal bersama rakyat membuat mereka mengerti penyebab utama penyakit yang diderita rakyat, dan yang lebih penting kemudian menggabungkan pengetahuan pengetahuan kedokteran modern yang mereka pelajari dikampus dengan cara hidup rakyat setempat. Dokter keluarga juga tidak hanya bertugas mengobati pasien dilingkungan setempatnya namun juga mengajari pola hidup sehat didalam masyarakat, sehingga disini bisa disebut bahwa dokter juga sekaligus seorang social worker.

Selain itu sekitar 85% kebutuhan alat medis, reagen laboratorium, dan obat telah dapat dipenuhi sendiri oleh Kuba sehingga mereka dapat menghemat devisa dan tidak bergantung pada suplai luar negri(Rahmawati, 2018)

Sistem kesehatan yang dilakukan di Kuba memang tidak bisa diadopsi secara mentah mentah oleh negara lain termasuk Indonesia. Namun poin penting yang bisa diambil dari sistem kesehatan Kuba adalah prinsip dasarnya bahwa pembangunan nasional itu harus berbasis dan berorientasi pada kemanusiaan. Sistem kesehatan Kuba menggabungkan antara profesionalisme tenaga medis dan partisipasi aktif masyarakat, serta kesediaan pemerintah untuk selalu melakukan adaptasi dan perubahan terhadap persoalan baru yang dihadapi dan disini Kuba membuktikan dengan jalan sosialisme yang mereka pilih nyatanya masih tetap bisa eksis ditengah arus kapitalisme yang menjangkiti hampir pada semua negara.

Dalam hal ini harusnya Indonesia juga mampu untuk menjadikan kesehatan sebagai salahsatu pilar pembangunan terpenting. Seperti yang dikatakan Hasbullah dalam metrotvnews saat ditanyakan mungkinkah layanan kesehatan primer (dokter keluarga) seperti di Kuba dapat diterapkan di Indonesia? Hasbullah mengatakan “mungkin bila Indonesia tidak menganaktirikan kesehatan, anggaran ditingkatkan jadi 5 persen saja ribut”.

Mengingat kesehatan adalah hak bagi setiap warga masyarakat tanpa memperhatikan status sosial, ekonomi, gender, ras, dan agama maka pemberian jaminan kesehatan universal seperti halnya Kuba dengan sistem “kesehatan untuk semua” dapat menjadi rujukan untuk turut diterapkan di Indonesia dengan melihat pertimbangan sebagai berikut yang dikemukakan Ortiz(2007) dalam Jurnal Analisis Sosial. Ortiz menyebutkan sistem penyediaan layanan kesehatan yang bersifat universal menjadi pilihan yang lebih baik dibandingkan yang bersifat selektif dengan alasan: (1) Sistem selektif membutuhkan sumber daya lebih besar dalam menjalankannya, uji kemiskinan biasanya dapat menyerap rata-rata 15 persen dari total dana program, (2) Sistem selektif memiliki kerumitan administrasi sehingga berakibat pada ketidakefektifan program dan salah sasaran, (3) Dibanyak negara sistem selektif telah menghilangkan layanan untuk kelas menengah dan hampir miskin, (4) Sistem selektif hanya dapat berjalan efektif apabila kelompok miskin merupakan bagian kecil populasi negara, ketika kemiskinan hampir merata biaya administratif, permasalahan identifikasi, monitoring, dan penyelenggaraan program seringkali melebihi manfaat yang ditawarkan program. Dengan pertimbangan tersebut maka penerapan pelayanan kesehatan universal di Indonesia kiranya dapat dikaji ulang sebagai pilihan alternatif untuk mengatasi permasalahan kesehatan di Indonesia.

Keraguan Indonesia dalam menjalankan jaminan kesehatan menyeluruh seperti yang dilakukan Kuba salah satunya pastinya berkaitan dengan permasalahan finansial. Walaupun hal ini sudah dibantah oleh beberapa argumen yang telah dijelaskan pada subbab sebelumnya yang membandingkannya dengan beberapa negara berkembang yang lebih miskin dari Indonesia namun dapat mengalokasikan anggaran kesehatan 14 persen sampai 16 persen dari anggaran belanja negara.

Penambahan anggaran kesehatan di Indonesia sebenarnya dapat didasarkan pada misi pembangunan Indonesia, yang mana seperti kata Bloom dan Caming (2011) bahwa kesehatan sebagai tujuan sosial yang vital dan prasyarat penting kesuksesan ekonomi suatu negara, dan menjadi instrumen berharga dalam pengentasan kemiskinan. Dana kesehatan tersebut dapat diambilkan dari pemotongan anggaran dana lain, seperti halnya Kuba yang memotong anggaran militer saat terjadi krisis ekonomi namun tetap mempertahankan sistem kesehatan untuk semua. Di Indonesia sendiri pada tahun 2018 ini anggaran belanja negara paling tinggi juga dialokasikan kepada Kementerian Pertahanan, Kementerian PU Pera, dan Polri. Selain itu lebih dari total seperempat anggaran negara yaitu 26,1 persen dihabiskan untuk membayar gaji dan tunjangan para birokrat, bahkan di beberapa Kabupaten dan Kota ada 131 daerah yang rasio belanja pegawainya lebih dari setengah APBDnya. Hal tersebut tentunya dapat menjadi pertimbangan untuk mengkaji ulang pengalokasian dana anggaran belanja agar tidak mengesampingkan kepentingan jaminan kesehatan bagi rakyat(Rahmawati, 2018).

CONCLUSION

Kesehatan, pemerataan distribusi SDM Kesehatan, pemanfaatan data dan sistem informasi Kesehatan adalah instrumen penting dalam perwujudan kesejahteraan sosial dan pengentasan kemiskinan dalam suatu negara. Kesehatan membuat rakyat mempunyai kemampuan dalam turut mencapai tujuan pembangunan yang sedang digencarkan oleh negara. Dalam hal ini negara negara berkembang dalam penyediaan layanan kesehatan masih sering dihadapkan dengan permasalahan finansial, tak terkecuali Indonesia. Indonesia sendiri sampai saat ini hanya mampu mengalokasikan dana kesehatan sebesar 5

persen dari anggaran belanja negara. Hal ini membuat jaminan kesehatan di Indonesia masih bersifat selektif. Dengan adanya program BPJS Kesehatan pun masyarakat juga masih diharuskan untuk membayar iuran sendiri.

Beberapa negara berkembang lainnya dalam hal ini penulis mengambil Kuba telah mampu memberikan jaminan kesehatan secara universal dalam kondisi finansial yang masih minim. Kuba sebagai negara berkembang memiliki sistem jaminan kesehatan terbaik dari seluruh negara berkembang lainnya bahkan lebih baik dari negara maju.

Masih banyak tantangan yang dihadapi oleh Indonesia dalam rangka mewujudkan UHC, antara lain kelengkapan sarana prasarana di fasilitas kesehatan, ketersediaan obat dan alat, kecukupan anggaran, kenaikan iuran serta regulasi-regulasi yang mendorong perbaikan penyelenggaraan Program JKN.

Berangkat dari hal tersebut dapat menjadi refleksi dari sistem jaminan kesehatan di Indonesia untuk mengadakan perbaikan dan tidak ragu dalam penambahan anggaran Kesehatan.

Saran

1. Diharapkan UHC Indonesia dapat mencakup 100% seperti di Kuba.
2. Menjadikan sistem pelayanan kesehatan UHC KUBA sebagai salah satu contoh atau perbandingan dengan menyesuaikan peraturan perundang-undangan dan kondisi social di Indonesia.
3. Meningkatkan anggaran sesuai dengan anjuran WHO 15% dari APBN.
4. Diharapkan Pemerintah Indonesia meningkatkan jumlah tenaga kesehatan dan mengurangi Pendidikan biaya kesehatan seperti yang diterapkan di Kuba.
5. Mencanangkan 1 RT terdapat 1 tenaga kesehatan (minimal bidan/perawat) dan 1 dokter untuk 1 Desa.

REFERENCES

- Aurora, W. I. D. (2019) 'Perbandingan Sistem Di Negara Maju Dan Negara Berkembang', *Jurnal Manajemen Jambi*, 7, pp. 206–214.
- Castell-Florit Serrate, P. (2019) 'Universal health in Cuba: Healthy public policy in all sectors', *MEDICC Review*, 21(3), pp. 74–77. doi: 10.37757/mr2019.v21.n4.13.
- Etienne, C. F. (2018) 'Cuba aims for universal health', *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 42, pp. 1–2. doi: 10.26633/RPSP.2018.64.
- Gostin, L. O. (2020) 'Legal Solutions for Universal Health Coverage', *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 323(6), pp. 496–497. doi: 10.1001/jama.2019.22235.
- Habibi, D. (2020) 'Rekonstruksi Sistem Hukum Kesehatan Di Indonesia Dengan Pendekatan Perbandingan Sistem Kesehatan Di Negara Maju', *Jurnal Medika Utama*, 01(03), pp. 156–162. Available at: <http://jurnalmedikahutama.com>.
- Indonesia, M. (2021) 'BPJS Capaian UHC Indonesia Sangat Cepat Dibanding Negara

- ISSA', <https://mediaindonesia.com>. Available at: <https://mediaindonesia.com/humaniora/403442/bpjs-capaian-uhc-indonesia-sangat-cepat-dibanding-negara-issa>.
- Kemkes RI (2020) 'Pemerintah upayakan Universal Health Coverage bagi Masyarakat Indonesia', 12 Desember 2020. Available at: <https://www.kemkes.go.id/article/view/20121300001/pemerintah-upayakan-universal-health-coverage-bagi-masyarakat-indonesia.html>.
- Pemerintah RI (2004) 'Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional', (40), pp. 2004–2006.
- Pemerintah RI (2011) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Indonesia.
- Pineo, R. (2019) 'Cuban Public Healthcare: A Model of Success for Developing Nations', *Journal of Developing Societies*, 35(1), pp. 16–61. doi: 10.1177/0169796X19826731.
- PKMK, T. M. R. S. (2018) 'Reportase Kuba'. Available at: <http://manajemenrumahsakit.net/2018/06/kuba-keunikan-dan-tantangannya/>.
- Rahmawati, S. (2018) 'Refleksi Jaminan Sosial (Kesehatan) Negara Berkembang "Indonesia Bisa Belajar Dari Sistem Jaminan Kesehatan Kuba"'. Available at: <https://medium.com/@rahmawatis381/refleksi-jaminan-sosial-kesehatan-negara-berkembang-indonesia-bisa-belajar-dari-sistem-jaminan-80b91dbaf661>.
- Tandon, A. et al. (2002) 'Measuring health system performance for 191 countries', *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, 3(3), pp. 145–8. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3605425&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Tim CNBC (2018) 'CNBC Usia Harapan Hidup RI Capai 71,2 Tahun'.
- WHO (2018) 'New Perspectives on Global Health Spending for Universal Health Coverage'. Available at: <http://apps.who.int/bookorders>.