

Comparative Health Financing

Novat Pugo Sambodo, S.E., MDEC., Ph.D.



Accredited by:



Member of:



feb.ugm.ac.id

Daftar Isi

- ✓ Konsep *Health Financing*
- ✓ Model Beveridge
- ✓ Model Bismarck
- ✓ *National Health Insurance* (NHI)
- ✓ *Market-driven (Private Insurance)*
- ✓ *Best Practice* (Jerman, Canada, Inggris, China)
- ✓ Kasus di Indonesia

Konsep Health Financing

Definisi Umum

Health financing adalah fungsi inti sistem kesehatan yang memastikan **tersedianya dana yang memadai dan berkelanjutan** untuk membiayai layanan kesehatan, dengan tujuan utama mencapai **Universal Health Coverage (UHC)**.

Tantangan Umum

- 1 Ketergantungan tinggi pada donor dan rendahnya pendanaan domestik
- 2 Pengeluaran kesehatan global masih banyak yang tidak efisien
- 3 Keterbatasan dana untuk mencapai SDGs 3 dan UHC
- 4 Beban *out-of-pocket spending* tinggi hingga mendorong kemiskinan

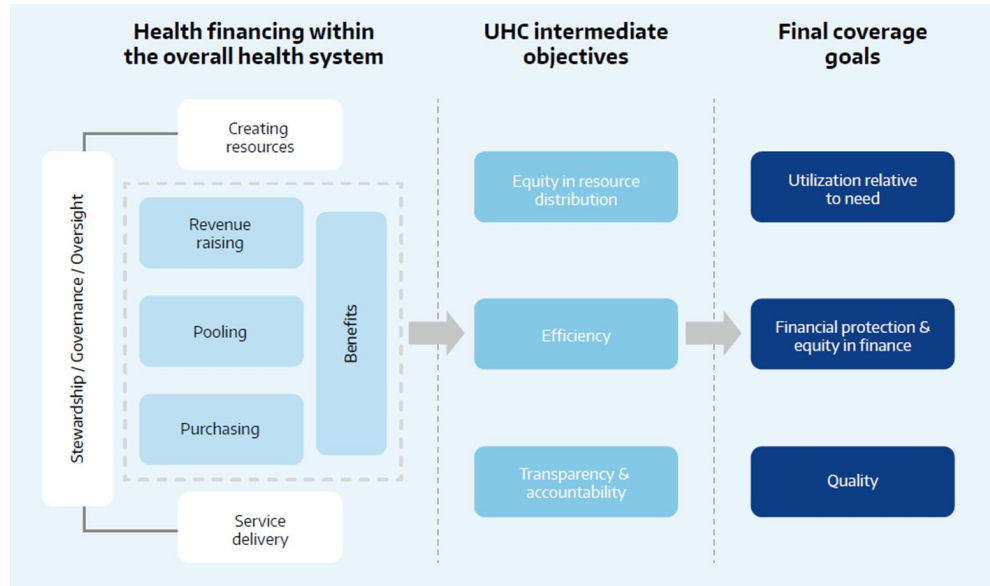
Peran Utama

Tidak sekadar mengumpulkan dana, tetapi juga mengatur bagaimana **dana dikelola dan dialokasikan** agar **efisien, adil, dan berorientasi** pada kebutuhan masyarakat.

Urgensi

Desain pembiayaan kesehatan yang baik berpengaruh langsung pada **keadilan akses, perlindungan finansial, serta kualitas layanan kesehatan**.

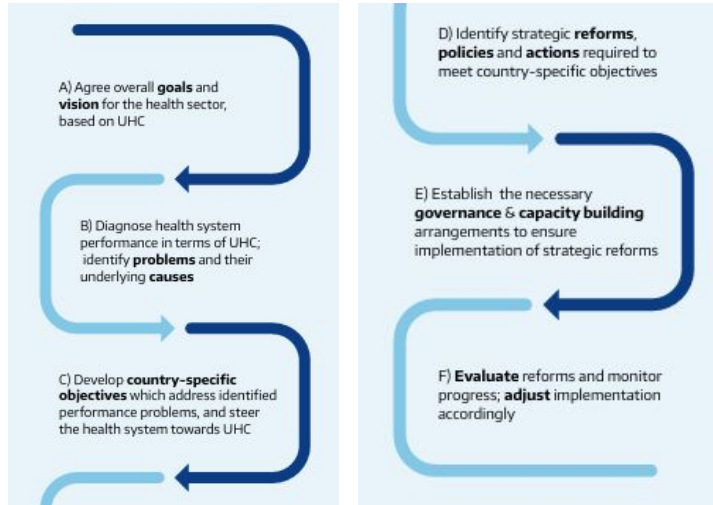
Konsep Health Financing



Gambar 1. Framework Tujuan & Sasaran UHC dalam Kebijakan Pembiayaan Kesehatan
Sumber: WHO (2017)

- Fungsi utama pembiayaan kesehatan meliputi **penggalangan dana, pengelolaan risiko, dan pembelian layanan.**
- Fungsi tersebut diarahkan untuk mencapai tujuan antara berupa **keadilan dalam distribusi sumber daya, efisiensi, serta transparansi dan akuntabilitas.**
- Pencapaian tujuan antara menjadi landasan menuju tujuan akhir UHC, yaitu **akses layanan sesuai kebutuhan, perlindungan finansial yang adil, serta mutu layanan kesehatan.**

Konsep Health Financing

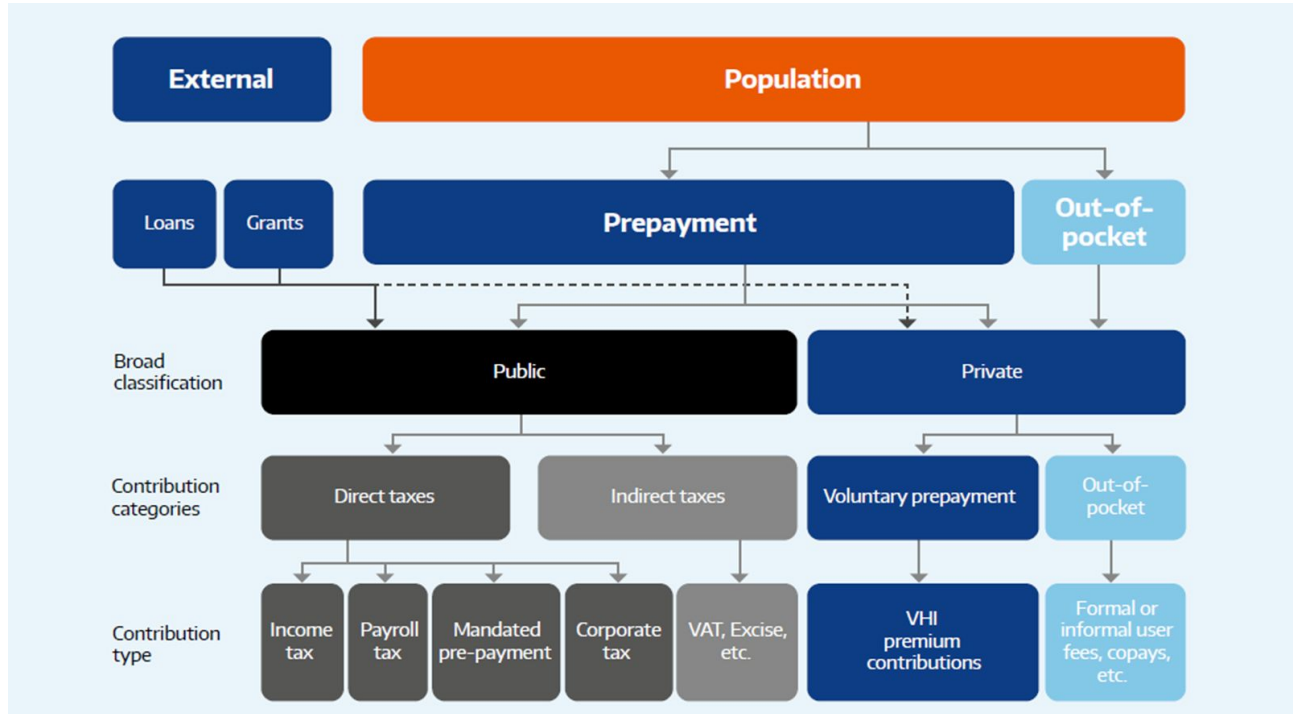


Langkah Utama Strategi Pembiayaan Kesehatan

1. Menetapkan visi dan tujuan berbasis UHC.
2. Mendiagnosis kinerja sistem dan penyebab masalah.
3. Merumuskan tujuan spesifik nasional.
4. Menentukan reformasi, kebijakan, dan aksi strategis.
5. Membangun tata kelola dan kapasitas implementasi.
6. Mengevaluasi dan menyesuaikan reformasi.

Gambar 2. Langkah Utama dalam Penyusunan Strategi Pembiayaan Kesehatan
Sumber: WHO (2017)

Konsep Health Financing



Gambar 3. Sumber Utama Pendapatan dan Mekanisme Kontribusi Pembiayaan Kesehatan
Sumber: WHO (2017)

Model Beveridge – Tax Funded System

Sistem pembiayaan kesehatan berbasis **pajak umum**, di mana **pemerintah** bertanggung jawab penuh **sebagai penyedia sekaligus pembayar tunggal layanan kesehatan**, dengan pelayanan terutama melalui fasilitas publik.

Model ini pertama kali diterapkan **di Inggris** dan juga digunakan di berbagai **negara Skandinavia** serta **Eropa Selatan**, seperti **Italia dan Spanyol**.

Mekanisme

Revenue

Ditanggung oleh penerimaan pajak, yang dikelola pemerintah sebagai sumber dana tunggal (*single pool*).



Pooling

Dana terkumpul dalam satu *public pool* nasional yang dikelola pemerintah.



Provider

Layanan diberikan terutama oleh fasilitas publik, dengan akses universal dan gratis di titik penggunaan.

Pros

- **Cakupan universal:** semua penduduk terjamin tanpa pembayaran langsung.
- **Efisiensi biaya:** pemerintah sebagai *single payer* mampu menekan biaya dan mengendalikan anggaran.
- **Pemerataan akses:** kesehatan diperlakukan sebagai layanan publik dasar.

Cons

- **Ketergantungan pajak:** pendanaan sangat bergantung pada stabilitas fiskal negara.
- **Risiko antrean & keterbatasan layanan:** akibat pembiayaan publik yang terbatas.
- **Potensi birokrasi:** dominasi pemerintah dapat mengurangi fleksibilitas dan inovasi layanan.

Model Bismarck – Social Health Insurance

“ Berasal dari Jerman pada abad ke-19 dan diprakarsai oleh Otto von Bismarck. ”

- Sistem pendanaan yang dibiayai oleh pekerja dan pemberi kerja melalui **iuran wajib (*payroll deduction*)** dan dikelola oleh ***Sick Funds***.
- **Diimplementasikan oleh:** Jerman, Prancis, Jepang.

Mekanisme

Revenue

- *Payroll deduction* (pekerja & pemberi kerja).
- Kelompok rentan, miskin, atau yang tidak bekerja ditanggung pemerintah.



Pooling – Sick Funds

- Dana masuk ke beberapa lembaga asuransi non-profit (di Jerman: *Krankenkassen*).
- Biasanya diterapkan *risk equalization*.



Provider

- *Sick Funds* membayar akses layanan kesehatan (pemerintah maupun swasta).
- Pasien bebas memilih *provider* (tidak terbatas hanya pada fasilitas pemerintah).

Pros

- **Kualitas layanan kesehatan terjaga:** layanan kesehatan yang terdiri dari fasilitas pemerintah dan swasta menciptakan kompetisi.
- **Solidaritas sosial:** risiko dan biaya kesehatan di-pool secara kolektif, sehingga kelompok sehat dan berpenghasilan tinggi dapat mensubsidi kelompok sakit dan berpenghasilan rendah.
- **Pengelolaan terdesentralisasi dan partisipatif:** adanya lembaga independen *Sick Funds* mencegah terjadinya monopoli oleh pemerintah.

Cons

- **Fragmentasi:** semakin banyak skema asuransi akan meningkatkan biaya administrasi serta layanan kesehatan dan menurunkan negotiating power.
- **Aging population:** ketika dihadapkan dengan penurunan tenaga kerja karena pensiun, akan semakin sedikit pekerja yang mampu membayar iuran. Sementara itu, terjadi peningkatan permintaan akses pada layanan kesehatan.
- **Sektor informal:** sulit diterapkan di negara dengan dominasi sektor informal karena iuran wajib sulit dipungut.

Sumber: Tulchinsky (2018)

National Health Insurance (NHI)

Sistem pembiayaan kesehatan **berbasis *single payer*** di tingkat nasional, di mana pemerintah pusat menghimpun dana dari **pajak umum dan/atau kontribusi iuran wajib**, lalu mendistribusikannya untuk menjamin layanan kesehatan dasar bagi seluruh penduduk. Model ini diimplementasikan di sejumlah negara, antara lain **Kanada, Taiwan, Filipina, dan Korea Selatan**.

Mekanisme

Revenue

Kombinasi antara pajak umum dan iuran wajib warga/pekerja (*payroll deduction*).



Pooling

Dikelola oleh satu *national health insurance fund (single pool)*, sehingga lebih sederhana dan merata



Provider

Layanan diberikan oleh swasta maupun publik, tetapi seluruh klaim dibayar oleh satu lembaga asuransi nasional.

Pros

- **Efisiensi Administratif:** Adanya satu pooling nasional menekan biaya administrasi dibandingkan sistem *multipayer*
- **Cakupan Universal dan Kesetaraan Akses:** Model ini mengurangi fragmentasi pembiayaan yang sering terjadi pada sistem Bismarck dengan banyak *sickness funds*
- **Kontrol Biaya dan Negosiasi:** Pemerintah memiliki daya tawar tinggi untuk mengendalikan harga obat, teknologi medis, dan tarif layanan.

Cons

- **Risiko Monopoli Pemerintah:** birokrasi yang besar dan keterbatasan inovasi.
- **Ketergantungan pada Kapasitas Fiskal:** Negara dengan basis pajak sempit atau kepatuhan pajak rendah menghadapi tantangan dalam menjaga keberlangsungan pendanaan.
- **Kerentanan terhadap Tekanan Politik:** Karena berada dalam kendali pemerintah, sistem ini rentan terhadap intervensi dalam penentuan keputusan yang dapat mengganggu stabilitas jangka panjang.

Sumber: Tulchinsky (2018)

Market Driven (Private Insurance)

- Ciri utama sistem *market driven* (sistem privat/swasta): berbasis premi individu dan kompetisi pasar
- Contoh Negara: Amerika Serikat
- Prinsip utama: persaingan antar penyedia layanan, prioritas pilihan dan pelayanan konsumen, dan otonomi manajemen (Krachler, dkk., 2021)

Mekanisme Pasar	Penjelasan Singkat
Kompetisi harga	Penyedia bersaing menawarkan harga layanan terbaik
Tender kompetitif	Kontrak layanan diberikan melalui proses lelang
Ko-pembayaran	Pasien membayar sebagian biaya untuk mendorong efisiensi
Asuransi kesehatan swasta	Individu membeli asuransi dari perusahaan swasta
Otonomi rumah sakit	Rumah sakit publik dikelola seperti entitas bisnis

Kelebihan sistem privat: pilihan luas dan beragam serta memiliki inovasi layanan unggul

Terdapat sejumlah kelemahan: ketidaksetaraan, biaya tinggi

Market Driven (Private Insurance)

Terdapat sejumlah dampak dan tantangan dari sistem market driven (Krachler, dkk., 2021):

- **Efisiensi dan Kualitas:** Banyak studi menunjukkan bahwa sistem market driven sering gagal meningkatkan efisiensi dan kualitas secara konsisten; bahkan dapat meningkatkan biaya dan memperburuk ketimpangan
- **Akses dan Keadilan:** Sistem ini cenderung lebih menguntungkan kelompok mampu dan berisiko memperlebar kesenjangan akses bagi kelompok miskin dan rentan miskin
- **Birokrasi Pasar:** Upaya mengatur pasar justru menciptakan birokrasi baru yang kompleks dan ongkos yang lebih mahal
- **Keterbatasan Informasi:** Pasien seringkali tidak memiliki informasi cukup untuk membuat keputusan rasional terkait layanan kesehatan yang akan dipilih

Best Practice: Jerman – Statutory Health Insurance (SHI)

Model Bismarck

- Pembiayaan utama berasal dari kontribusi wajib pekerja dan pemberi kerja.
- Memegang prinsip *social solidarity*
- Layanan kesehatan diselenggarakan oleh beberapa pengelola dana (*sickness funds*).

Skema jaringan sosial Jerman

	Pembiayaan utama dari kontribusi					Pembiayaan dari pajak	
Risiko	Sakit	Perawatan jangka panjang	Lansia	Kecelakaan atau penyakit akibat kerja	Pengangguran	Risiko spesifik (mis. Cedera imunisasi)	Kebutuhan spesial (dukungan sosial)
Institusi	GKV	GPfV	GRV	GUV / BG	ALV	Institusi pemerintah di tingkat lokal dan regional	
	Asuransi Kesehatan Wajib	Asuransi Perawatan Jangka Panjang Wajib	Asuransi Pensiun Wajib	Asuransi Kerja Wajib	Asuransi Pengangguran		
	Paket layanan dapat bergantung pada besaran kontribusi						

Sumber: Arsitektur Jaminan Kesehatan

Best Practice: Jerman – Statutory Health Insurance (SHI)

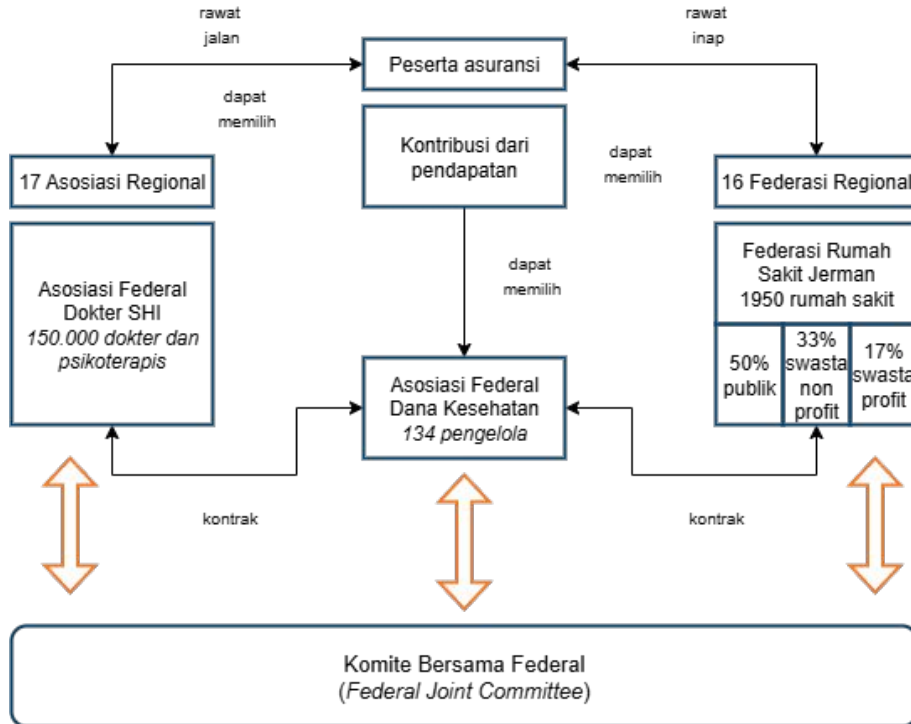
Data	2009	2010	2011	2012	2013
Basis kontribusi (miliar €)	1.028	1.049	1.073	1.112	1.150
Basis kontribusi per peserta per tahun (€)	20.066	20.414	20.800	21.373	21.930
Peserta (juta)	51,2	51,4	51,6	52,1	52,5
Peserta wajib (juta)	29,9	30,1	29,9	30,1	30,5
Peserta sukarela (juta)	4,4	4,5	4,9	5,2	5,3
Pensiunan (juta)	16,9	16,8	16,8	16,8	16,7
Total orang terasuransi (juta)	70,0	69,8	69,7	69,7	69,9
Persentase kontribusi (%)	15,2	14,9	15,5	15,5	15,5
Pendapatan ambang wajib kontribusi (€ per bulan)	3.675	3.750	3.713	3.825	3.838
Batas pendapatan untuk asuransi wajib (€ per bulan)	4.050	4.136	4.125	4.238	4.350
Jumlah badan asuransi	202	169	156	146	134

Sumber: Arsitektur Jaminan Kesehatan

- Individu yang penghasilannya melewati batas tertentu dapat **beralih dari SHI ke asuransi kesehatan swasta (PHI)**.
- PHI menawarkan **paket tambahan yang tidak dicakup SHI**, tetapi biasanya meminta tambahan biaya untuk beberapa layanan.
- **Biaya premi PHI dapat meningkat tajam** seiring waktu, terkadang lebih cepat daripada peningkatan pendapatan atau harapan hidup.

Best Practice: Jerman – Statutory Health Insurance (SHI)

Pola Sistem Pembiayaan Kesehatan Jerman



Gambar 4. Pola Sistem Pembiayaan Kesehatan Jerman

Sumber: Arsitektur Jaminan Kesehatan

- **Peserta asuransi** membayar kontribusi dari pendapatan.
- Dana dikelola oleh **Asosiasi Federal Dana Kesehatan** (134 *sickness funds*).
- Dana ini kemudian digunakan untuk membiayai layanan kesehatan:
 - **Rawat jalan** → lewat 17 asosiasi regional dokter.
 - **Rawat inap** → lewat 16 federasi rumah sakit.
- Seluruh keputusan penting (manfaat, tarif, standar) ditetapkan oleh **Komite Bersama Federal**.

Best Practice: Kanada – Medicare

Sistem Pembiayaan: Medicare

- Jalan tengah dari model *Beveridge* dan *Bismarck*. Skema pembiayaan kesehatan berbasis pajak yang juga **memberikan ruang bagi swasta** untuk layanan tambahan.
- Sesuai *Canada Health Act (1984)*, *Medicare* dijalankan oleh **10 provinsi dan 3 teritori**.
- **93%** dana kesehatan publik berasal dari anggaran pemerintah provinsi dan teritorial yang diambil dari pajak.

Tantangan

- **Biaya:** biaya kunjungan, baik administrasi maupun biaya konsultasi ke dokter sangat tinggi.
- **Waktu tunggu pasien yang lama:** untuk mengakses rujukan dokter spesialis, 30% pasien harus menunggu > 2 bulan.
- **Biaya yang tinggi pada Lapis 2 dan 3:** layanan kesehatan yang diserahkan pada sektor swasta berakibat pada biaya yang tidak dapat dikendalikan → layanan kesehatan sulit diakses secara luas.

Lapis	Layanan	Pengelolaan	Penyedia
Lapis 1 Layanan publik (<i>Medicare</i>): dana publik	Rumah sakit, Dokter, Diagnosis	Sistem pembayar tunggal universal; profesi diatur sendiri secara privat	Petugas swasta, fasilitas publik dan non-profit
Lapis 2 Layanan campuran (kombinasi dana publik dan swasta)	Obat-obatan, Layanan di rumah (<i>home care</i>), Layanan jangka panjang, Layanan kesehatan mental	Regulasi publik untuk layanan swasta	Petugas swasta, fasilitas publik dan non-profit
Lapis 3 Layanan swasta: dana privat	Kesehatan gigi, Kesehatan mata, Kedokteran komplementer, Fisioterapi rawat jalan	Kepemilikan swasta; profesi swasta; regulasi publik terbatas	Petugas swasta, fasilitas swasta

Sumber: Arsitektur Jaminan Kesehatan

Best Practice: Inggris – National Health System (NSH)

Konsep Umum NSH

- **National Health System (NHS)** diperkenalkan pada tahun 1946 sebagai sistem kesehatan nasional berbasis **Beveridge Model**.
- **Tujuan:** menyediakan layanan kesehatan bagi seluruh warga negara dengan pendanaan utama dari pemerintah.

Sumber Pendanaan

Sumber utama berasal dari **pajak umum**, ditambah kontribusi kecil dari asuransi nasional, yaitu **pajak pendapatan (payroll tax)** serta **pembayaran pasien (copayment)** untuk layanan tertentu seperti resep obat. Selain itu, tahun 2015 sebagian masyarakat menggunakan asuransi swasta (10,15%), guna memperoleh akses layanan yang lebih cepat dan nyaman.

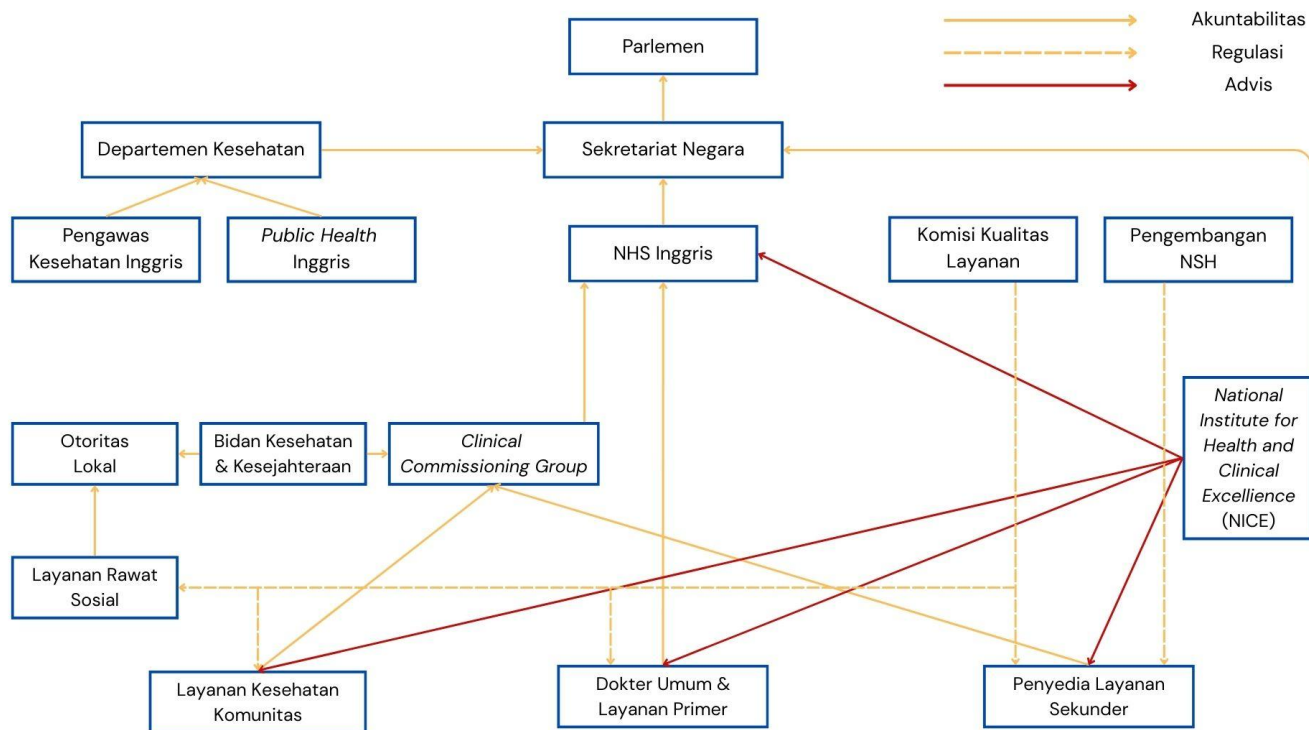
Tata Kelola

- **Parlemen** menetapkan kerangka hukum dan kebijakan kesehatan.
- **Sekretaris Negara** untuk Kesehatan bertanggung jawab atas arah strategis.
- **Departemen Kesehatan** mengelola kebijakan dan koordinasi.
- **NHS bersama badan terkait** melaksanakan layanan dan mengelola anggaran.

Pelayanan Kesehatan

- **Primary care:** Dokter umum (GP) sebagai *gatekeeper*, titik pertama kontak pasien sebelum rujukan.
- **Secondary care:** Layanan rumah sakit, baik milik NHS maupun swasta yang berkontrak.

Best Practice: Inggris – National Health System (NSH)



Gambar 5. Skema Pengaturan Layanan Kesehatan di Inggris

Sumber: Arsitektur Jaminan Kesehatan

Best Practice: Inggris – National Health System (NSH)

Pencapaian NSH

- Menurut *British Medical Journal* (2018), dalam 70 tahun implementasinya NHS berhasil menyediakan **layanan kesehatan berbasis kebutuhan** dan **gratis pada titik-titik layanan penting**, sehingga mengurangi ketakutan masyarakat terhadap biaya kesehatan.
- NHS dipandang berhasil menjaga **independensi profesi medis**, dengan fokus pada kebutuhan pasien tanpa beban faktor eksternal.
- Sistem ini juga unggul dalam **pelayanan anak** serta penerapan **pendekatan berbasis bukti (*evidence-based medicine*)** dan efisiensi biaya (***cost-effective***).

Kelebihan

- Cakupan universal dengan layanan yang adil dan merata.
- Beban biaya kesehatan masyarakat berkurang signifikan.
- Fokus layanan pada kebutuhan pasien dan kualitas klinis.
- Efisiensi melalui layanan berbasis bukti dan tata kelola publik.

Kelemahan

- **Keterbatasan sumber daya** dengan permintaan layanan yang terus meningkat menekan kapasitas sistem.
- **Waktu tunggu panjang** masih menjadi kelemahan utama dan belum pernah sepenuhnya teratasi.

Best Practice: China – Universal Health Care (UHC)

Konsep Umum UHC

- Sistem pembiayaan kesehatan di China didasarkan pada skema asuransi sosial yang dikembangkan sejak 1970-an dengan tujuan mencapai **universal health coverage (UHC)**. Pembiayaan bersumber dari **kombinasi iuran, dukungan fiskal pemerintah, dan kontribusi masyarakat**.
- Hasilnya, pada tahun 2011 China berhasil mencapai UHC dengan cakupan layanan kesehatan yang menjangkau **sekitar 1,3 miliar penduduk**.

Skema Utama

1

New Rural Cooperative Medical Scheme (NRCMS)

- Diluncurkan 2003, fokus pada masyarakat pedesaan.
- Dalam 8 tahun mencakup $\pm 97\%$ penduduk desa.

2

Urban Employee Basic Medical Insurance (UEBMI)

- Diluncurkan 1998, ditujukan bagi pekerja formal perkotaan.
- Pada 2010 mencakup $\pm 92\%$ pekerja kota.

3

Urban Resident Basic Medical Insurance (URBMI)

- Target: penduduk kota non-pekerja (anak, pelajar, lansia, disabilitas).
- Pada 2010 mencakup $\pm 85\%$ sasaran.

Best Practice: China – Universal Health Care (UHC)

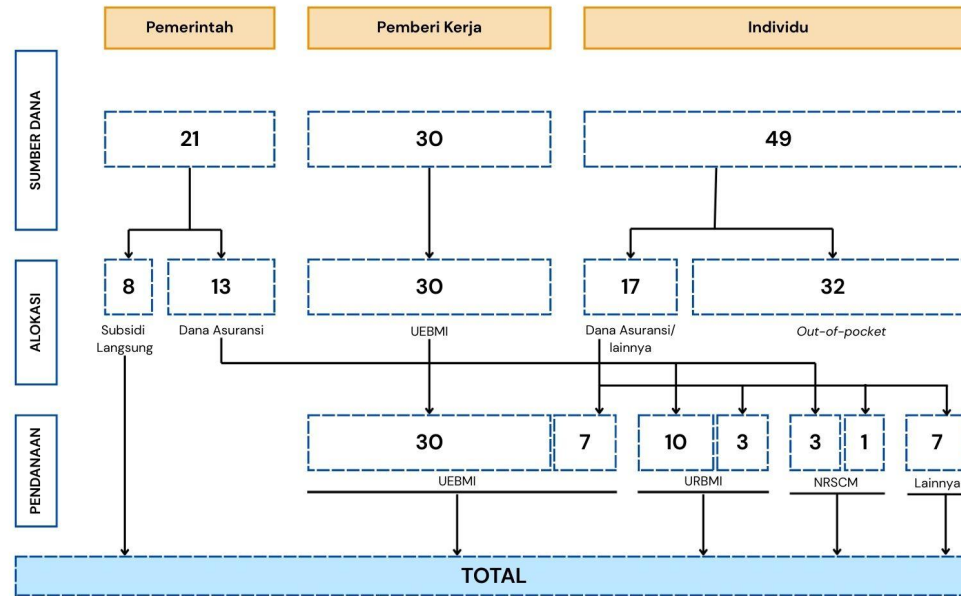
Kategori	UEBMI	URBMI	NRCMS
Populasi target	Masyarakat perkotaan	Anak-anak, pelajar, pengangguran, dan penyandang disabilitas di perkotaan	Masyarakat pedesaan
Keanggotaan (%)	92	93	97
Jumlah anggota (juta penduduk)	252	221	832
Cakupan (%) dari 1,3 T warga Cina	19	16	62
Unit keanggotaan	Individu	Individu	Rumah tangga
Unit risk pooling	Kota	Kota	Kabupaten
Premi per orang per tahun (US\$)	240	21	24
Subsidi pemerintah (US\$)	0	18	18
Paket layanan – Pembayaran rawat inap (%)	68	48	44
% Kota yg membiayai layanan rawat jalan	100	58	79
% Kota yg membiayai rawat jalan untuk penyakit mayor & kronis	100	83	89
Batas atas pembayaran per tahun	6x rata-rata gaji pekerja di kota	6x dari satu kali penghasilan penduduk lokal	6x pendapatan petani lokal
Institusi pengawas	MOHRSS	MOHRSS	NHFP

- China mencapai cakupan hampir penuh lewat **tiga skema berbeda**: UEBMI (pekerja formal), URBMI (non-pekerja perkotaan), dan NCMS (masyarakat pedesaan).
- Cakupan luas** ($\pm 90\%$ ke atas), tapi sistem masih **terfragmentasi** karena tiap skema punya premi, subsidi, dan manfaat berbeda.
- Perlindungan lebih kuat bagi pekerja formal, sementara kelompok rentan masih menghadapi **keterbatasan layanan dan risiko biaya lebih tinggi**.

Gambar 6. Tiga Skema Asuransi di China

Sumber: Arsitektur Jaminan Kesehatan

Best Practice: China – Universal Health Care (UHC)



Gambar 7. Pola Pendanaan Layanan Kesehatan di China

Sumber: Arsitektur Jaminan Kesehatan

- **Sumber dana terbesar** berasal dari **individu (49%)**, diikuti pemberi kerja (30%) dan pemerintah (21%).
- Dari sisi **alokasi**, pemerintah menyalurkan melalui subsidi langsung (8%) dan dana asuransi (13%), sementara pemberi kerja dan individu lebih banyak ke dana asuransi serta *out-of-pocket*.
- **Pembiayaan layanan kesehatan** kemudian terbagi ke berbagai skema: UEBMI menerima porsi terbesar, sedangkan URBMI, NRCMS, dan lainnya memperoleh porsi lebih kecil.
- Pola ini menunjukkan bahwa meskipun China telah mencapai UHC, **beban biaya masih cukup tinggi pada individu**, baik melalui iuran maupun *out-of-pocket spending*.

Kasus di Indonesia (BPJS Kesehatan)

- Sistem BPJS Kesehatan di Indonesia menggunakan sistem campuran antara *beveridge* dan *market driven* yakni **sistem NHI**.
- Terdapat sejumlah tantangan: defisit fiskal, kepatuhan iuran, kualitas layanan
- Sistem berbasis pajak dan asuransi sosial cenderung lebih progresif, memberikan perlindungan finansial dan keadilan lebih baik, sedangkan model swasta dan *out-of-pocket* bersifat regresif dan berisiko menyebabkan pengeluaran kesehatan yang relatif mahal
- Tantangan lain menggunakan NHI : terdapat fragmentasi dana dan cakupan terbatas untuk sektor informal menjadi hambatan utama UHC, terutama di negara berpenghasilan menengah ke bawah (Fenny, dkk., 2021)
- Selain itu, keberlanjutan terancam oleh kenaikan biaya, populasi menua (*non-produktif*), dan ketergantungan pada pembayaran langsung; pajak progresif dan alokasi sumber daya yang efisien menjadi kunci

Perbandingan Sistem Kesehatan

Model	Sumber Dana	Pooling	Aksesibilitas	Efisiensi	Equity	Contoh Negara
<i>Beveridge</i>	Pajak umum	Tinggi	Universal	Sedang	Tinggi	Inggris, Denmark
<i>Bismarck</i>	Iuran (<i>payroll</i>)	Tinggi	Tinggi	Sedang	Tinggi	Jerman, Jepang, Prancis
<i>NHI (Single Payer)</i>	Pajak dan/atau iuran	Sangat tinggi	Universal	Tinggi	Tinggi	Kanada, Taiwan, Korea Selatan, Australia
<i>Market-driven</i>	Premi individu	Rendah	Terbatas	Variatif	Rendah	Amerika Serikat sebelum perjanjian Affordable Care Act (Masa Presiden Obama Tahun 2010)

Sumber : Wagstaf, dkk., 1992

Perbandingan Sistem Kesehatan di Berbagai Negara

Model Sistem Pembayaran Kesehatan	Negara pengguna	Sumber Pendanaan	Tipe Penyediaan Layanan Jasa
Model Beveridge	Inggris, Irlandia, Swedia, Norwegia, Finlandia, Denmark, Spanyol, Portugal, Italia, Yunani, Kanada, Australia	• Pajak (anggaran negara) • Cakupan universal (seluruh masyarakat) • Tidak berhubungan dengan pendapatan	Publik • Penyedia didominasi oleh publik dan kepemilikan pemerintah • Pelayanan kesehatan nasional • Kelengkapan cakupan dengan dasar manfaat kesehatan dan kebebasan akses bagi seluruh masyarakat
Model Bismarck	Jerman, Belanda, Belgia, Prancis, Austria, Swiss, Israel, Jepang	• Premi asuransi kesehatan wajib dibayar oleh pemberi kerja dan karyawan Lingkup selektif • Berhubungan dengan pendapatan	Campuran • Penyedia publik dan swasta dengan dominasi kepemilikan sosial • Cakupannya 60–80% dengan dasar jaminan pelayanan kesehatan
Model asuransi swasta (market-driven)	Amerika Serikat	Didominasi oleh asuransi swasta dan pendanaan dari program Medicare Medicaid	Didominasi oleh asuransi swasta Managed Care

Sumber: Bjegovic and Donev (ed) (2004)

Referensi

1. Fenny, A., Yates, R., & Thompson, R. (2021). Strategies for financing social health insurance schemes for providing universal health care: a comparative analysis of five countries. *Global Health Action*, 14. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1868054>.
2. Go, M. (2018, June). *The influence of health care financing systems on health expenditure growth: A comparison of the Bismarck model and the Beveridge model* (Bachelor's thesis, University of Amsterdam). University of Amsterdam Digital Academic Repository. <https://dspace.uba.uva.nl/server/api/core/bitstreams/8af274a7-85a1-49ec-b805-41c95507448f/content>
3. Krachler, N., Greer, I., & Umney, C. (2021). Can public healthcare afford marketization? Market principles, mechanisms, and effects in five health systems. *Public Administration Review*. <https://doi.org/10.1111/PUAR.13388>.
4. Tulchinsky, T. H. (2018). Bismarck and the Long Road to Universal Health Coverage. *Case Studies in Public Health*, 131–179. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804571-8.00031-7>
5. Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., Calonge, S., Christiansen, T., Gerfin, M., Gottschalk, P., Janßen, R., Lachaud, C., Leu, R., & Nolan, B. (1992). Equity in the finance of health care: some international comparisons.. *Journal of health economics*, 11 4, 361–87 . [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(92\)90012-P](https://doi.org/10.1016/0167-6296(92)90012-P).
6. World Health Organization. (2020). *Developing a national health financing strategy: A reference guide* (Health Financing Guidance No. 3). World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254757/9789241512107-eng.pdf>

Rekomendasi Bahan Bacaan



Trisnantoro, L. (2019). *Kebijakan Pembiayaan dan Fragmentasi Sistem Kesehatan*. UGM Press.



Fuady, A. (2019). *Arsitektur jaminan kesehatan Indonesia: Capaian, kritik, dan tantangan masa depan* (Edisi 1, cetakan 1). Sagung Seto.