



## SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN GLOBAL

Nurrahmi Aspawati<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada Palembang

**Corresponding Author:** Nurrahmi Aspawati, Magister Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada Palembang.

E-Mail: [nurrahmiaspawati@gmail.com](mailto:nurrahmiaspawati@gmail.com)

Received Juni 13, 2021; Accepted Juni 21, 2021; Online Published Juli 14, 2021

### Abstrak

Pelayanan kesehatan selalu mengutamakan *Universal Health Coverage* (UHC) yang bertujuan untuk memastikan setiap orang, dimanapun bisa mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Biaya kesehatan dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu, uang yang dihabiskan untuk kesehatan pribadi dan uang yang dihabiskan pada kesehatan masyarakat. Pada tahun 2015 di seluruh dunia, biaya perawatan kesehatan meningkat yaitu lebih dari \$ 9 triliun dihabiskan untuk perawatan kesehatan dan belanja tahunan bisa meningkat menjadi \$ 16 triliun pada tahun 2030. Untuk meningkatkan derajat kesehatan suatu masyarakat menurut *World Health Organization* (WHO) diperlukan anggaran minimal 5% – 6% dari total APBN suatu negara, sedangkan untuk mencapai derajat kesehatan yang ideal diperlukan anggaran 15% - 20% dari APBN. Pengeluaran biaya kesehatan ini telah terbukti efektif mengatasi masalah kesehatan di beberapa negara. Sehingga diperlukan strategi yang tepat untuk pengelolaan pembiayaan kesehatan dengan memperhatikan semua aspek. Asuransi kesehatan adalah pilihan ideal untuk mengelola sistem pembiayaan kesehatan global. Mengikuti program asuransi kesehatan sebaiknya dilakukan sejak umur yang masih dini.

**Keywords:** Asuransi Kesehatan; Modal Pembiayaan; Pembiayaan Kesehatan

## PENDAHULUAN

Pada prinsipnya pelayanan kesehatan mengutamakan tindakan promotif ataupun preventif sebagai barier utamanya. Maka itu pelayanan kesehatan masyarakat tidak hanya tertuju pada pengobatan individu yang sedang sakit saja, tetapi yang lebih penting adalah mencegah dan meningkatkan derajat kesehatan melalui tindakan promotif. Sehingga, bentuk pelayanan kesehatan bukan hanya puskesmas atau balkesmas saja, tetapi juga bentuk-bentuk kegiatan lain, baik yang langsung kepada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, maupun yang secara tidak langsung berpengaruh kepada peningkatan kesehatan.<sup>1</sup>

Pelayanan kesehatan selalu mengutamakan *Universal Health Coverage* (UHC) yang bertujuan

untuk memastikan setiap orang, dimanapun bisa mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas tanpa menimbulkan masalah keuangan akibat penyakit yang dideritanya. Setiap tahunnya 100 juta orang jatuh miskin dan 150 juta orang secara global mengeluarkan biaya kesehatannya secara pribadi (*out of pocket*) untuk biaya kesehatannya. Jaminan kesehatan adalah inti dari *Universal Health Coverage* dan meningkatkan pembiayaan kesehatan adalah tujuan utama kebijakan pembiayaan kesehatan.<sup>2</sup>

Sistem Pembiayaan kesehatan sangat penting untuk mencapai *Universal Health Coverage*, dengan sistem pembiayaan kesehatan dapat meningkatkan pendanaan untuk kesehatan dan penggunaan dana kesehatan secara

efisien dan efektif. Menurut Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan, anggaran fungsi kesehatan dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) Tahun 2016 mengalami kenaikan menjadi 5,05% atau sebesar Rp 109 triliun bila dibandingkan Tahun 2015 sebesar Rp 75 triliun (3,45 % dari APBN). Sedangkan berdasarkan data kesehatan dunia Tahun 2014 (*World Health Report 2014*) dalam pendanaan kesehatan negara-negara di Asia Tenggara, Singapura adalah negara di Asia Tenggara yang mengalokasikan biaya kesehatan tertinggi 14% PDB, disusul Thailand (13%) dan Vietnam(13%).<sup>3</sup>

Biaya kesehatan dapat dibagi menjadi dua kategori: (1) uang yang dihabiskan untuk kesehatan pribadi dan (2) uang yang dihabiskan pada kesehatan masyarakat. Biaya kesehatan pribadi berhubungan dengan kesehatan satu individu atau keluarga, seperti biaya pembelian antibiotik untuk mengobati infeksi bakteri, membayar bidan untuk membantu melahirkan bayi, atau membeli strip untuk pemantauan diri terhadap kadar glukosa darah oleh orang-orang dengan diabetes. Sedangkan biaya kesehatan masyarakat berhubungan dengan kegiatan bersama yang melindungi masyarakat, bangsa, atau populasi besar, seperti biaya yang berkaitan dengan menyelidiki penyakit menular yang mengandung wabah, pemasaran hari vaksinasi polio massal yang merupakan bagian dari kampanye pemberantasan global, menggunakan insektisida di luar daerah untuk membunuh nyamuk yang dapat menularkan patogen berbahaya bagi manusia, dan mengembangkan pedoman klinis berbasis bukti untuk mengelola penyakit kronis.<sup>4</sup>

Pengeluaran kesehatan dunia pada tahun 2002 sebesar \$ 3.2 trilyun, sekitar 10 persen dari produk domestik bruto (PDB) dunia. Hanya 12% dari angka ini, \$350 milyar dibelanjakan di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Negara-negara berpenghasilan tinggi membelanjakan sekitar 100 kali lipat untuk kesehatan per kapita (berbasis penduduk)

lebih tinggi dari pada negara-negara berpenghasilan rendah (30 kali) jika disesuaikan karena perbedaan biaya hidup. Yang lebih buruk lagi, lebih dari setengah pengeluaran kesehatan yang minim di negara-negara miskin berasal dari pembayaran tunai konsumen perawatan. Bentuk pembiayaan yang paling tidak adil karena yang paling terpukul adalah masyarakat miskin dan setiap orang kehilangan.<sup>5</sup>

Pada tahun 2015 di seluruh dunia, biaya perawatan kesehatan meningkat tiga kali lipat dari tahun 2002 yaitu lebih dari \$ 9 triliun dihabiskan untuk perawatan kesehatan pada tahun 2015, dan belanja tahunan bisa meningkat menjadi \$ 16 triliun pada tahun 2030. Negara-negara berpenghasilan tinggi lebih banyak membelanjakan uang kesehatan untuk pembiayaan pelayanan kesehatan dari pada negara berpenghasilan rendah.<sup>6</sup>

Untuk meningkatkan derajat kesehatan suatu masyarakat menurut *World Health Organization* (WHO) diperlukan anggaran minimal 5% – 6% dari total APBN suatu negara, sedangkan untuk mencapai derajat kesehatan yang ideal diperlukan anggaran 15% - 20% dari APBN. Anggaran yang cukup besar tersebut memang diperlukan karena biaya kesehatan yang cukup tinggi sedangkan kesehatan tetap harus menjadi prioritas karena merupakan investasi guna meningkatkan derajat kesehatan dan produktivitas warganya.<sup>3</sup>

Tingkat kesejahteraan nasional yang diukur berdasarkan *gross domestic bruto* sangat berhubungan erat dengan pembiayaan kesehatannya. Semakin besar tingkat pendapatan per kapitanya, semakin besar pula pembiayaan kesehatannya. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh *World Health Organization* (WHO) Tahun 2012 bahwa peningkatan pembiayaan kesehatan mempunyai korelasi dengan derajat kesehatan yang lebih baik.<sup>2</sup>

Seberapa efektifkah pengeluaran ini untuk hasil kesehatan? Berbagai studi mendokumentasikan

sejumlah dampak, mulai dari tanpa dampak, dampak yang terbatas, sampai dampak hanya untuk intervensi spesifik.<sup>5</sup> Sebuah analisis ekonometrik baru yang dilakukan untuk studi ini menemukan dampak yang kuat dari pengeluaran kesehatan publik terhadap angka kematian ibu dan angka kematian anak. Analisis tersebut juga memperlihatkan bahwa investasi yang paralel di bidang infrastruktur dan pendidikan banyak mengurangi angka kematian bayi dan anak yang mendukung perlunya pendekatan lintas sektor untuk mencapai tujuan-tujuan pembangunan milenium di sektor kesehatan. Pertumbuhan ekonomi juga mempunyai dampak yang besar terhadap hasil kesehatan dengan langsung meningkatkan hasil kesehatan maupun meningkatkan sumber daya yang dapat dikerahkan oleh pemerintah atas pengeluaran publik yang meningkat.<sup>5</sup>

Temuan penting lainnya adalah bahwa bantuan donor luar negeri mempunyai dampak langsung yang terbatas terhadap hasil-hasil kesehatan. Bantuan pembangunan kesehatan mempunyai dampak langsung terhadap angka kematian balita, setelah ketidakstabilan terkendali. Fakta bahwa banyak bantuan telah menjadi penghapusan utang dan bantuan teknis.<sup>5</sup>

## ISI

### 1. Strategi Pembiayaan Kesehatan

Organisasi kesehatan se-dunia (WHO) sendiri memberi fokus strategi pembiayaan kesehatan yang memuat isu-isu pokok, tantangan, tujuan utama kebijakan dan program aksi itu pada umumnya adalah dalam area sebagai berikut: 1) Meningkatkan investasi dan pembelanjaan publik dalam bidang kesehatan.; 2) Mengupayakan pencapaian kepesertaan semesta dan penguatan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin.; 3) Pengembangan skema pembiayaan praupaya termasuk didalamnya asuransi kesehatan sosial.; 4) Penggalan dukungan nasional dan internasional.; 5) Penguatan kerangka regulasi dan

intervensi fungsional.; 6) Pengembangan kebijakan pembiayaan kesehatan yang didasarkan pada data dan fakta ilmiah.; dan 7) Pemantauan serta evaluasi.<sup>2</sup>

Implementasi strategi pembiayaan kesehatan di suatu negara diarahkan kepada beberapa hal pokok yakni kesinambungan pembiayaan program kesehatan prioritas, reduksi pembiayaan kesehatan secara tunai perorangan (*out of pocket funding*), menghilangkan hambatan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, pemerataan dalam akses pelayanan, peningkatan efisiensi dan efektifitas alokasi sumber daya (*resources*) serta kualitas pelayanan yang memadai dan dapat diterima pengguna jasa. Sumber dana biaya kesehatan berbeda pada beberapa negara, namun secara garis besar berasal dari: 1. Anggaran pemerintah.; 2. Anggaran masyarakat.; 3. Bantuan biaya dari dalam dan luar negeri.; 4. Gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat<sup>7</sup>.

Negara-negara memiliki banyak cara untuk merancang dan melaksanakan kebijakan-kebijakan untuk memperoleh pendapatan, mengelola risiko dan membeli jasa-jasa. *Pengelolaan risiko* adalah pengumpulan dan pengelolaan sumber daya finansial sehingga risiko-risiko finansial besar yang tidak dapat diprediksi menjadi dapat diprediksi dan ditanggung bersama oleh semua anggota dari kelompok pengelolaan risiko tersebut. *Pembelian* mengacu kepada berbagai pengaturan bagi pembeli jasa perawatan kesehatan untuk membayar penyedia dan pemasok perawatan kesehatan.<sup>5</sup>

Pejabat pemerintah juga harus membuat keputusan penting tentang berapa banyak dana yang dapat dialokasikan untuk sistem kesehatan dan berapa banyak harus didedikasikan untuk layanan lain yang diperlukan. Pemerintah negara-negara berpenghasilan tinggi kategori penduduk dewasa biasanya mengalokasikan anggaran mereka untuk kesehatan daripada pendidikan.<sup>8</sup> Hal ini berbanding terbalik pada survei dengan kelompok negara berpenghasilan rendah dan

menengah kategori anak-anak di populasi mereka, biasanya mengalokasikan lebih banyak dana untuk pendidikan dari pada kesehatan. Survei di negara-negara ini biasanya menunjukkan tingkat yang lebih tinggi kepuasan dengan sekolah dibandingkan dengan sistem kesehatan.<sup>9</sup> Sehingga seorang pemimpin harus benar-benar bisa menerapkan kebijakan yang menguntungkan bagi negaranya.

## 2. Modal Pembiayaan Kesehatan

Terdapat beberapa model sistem pembiayaan pelayanan kesehatan yang dijalankan oleh beberapa negara, berdasarkan sumber pembiayaannya:<sup>7</sup>

### 1. *Direct Payments by Patients*

Ciri utama model *direct payment* adalah setiap individu menanggung secara langsung besaran biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat penggunaannya. Pada umumnya sistem ini akan mendorong penggunaan pelayanan kesehatan secara lebih hati-hati, serta adanya kompetisi antara para *provider* pelayanan kesehatan untuk menarik konsumen atau *free market*. Meskipun tampaknya sehat, namun transaksi kesehatan pada umumnya bersifat tidak seimbang dimana pasien sebagai konsumen tidak mampu mengenali permasalahan dan kebutuhannya, sehingga tingkat kebutuhan dan penggunaan jasa lebih banyak diarahkan oleh *provider*. Sehingga *free market* dalam pelayanan kesehatan tidak selalu berakhir dengan peningkatan mutu dan efisiensi namun dapat mengarah pada penggunaan terapi yang berlebihan.

### 2. *User payments*

Dalam model ini, pasien membayar secara langsung biaya pelayanan kesehatan baik pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta. Perbedaannya dengan model informal adalah besaran dan mekanisme pembayaran, juga kelompok yang menjadi pengecualian telah diatur secara formal oleh pemerintah dan *provider*. Bentuk yang paling kompleks adalah besaran biaya yang berbeda setiap kunjungan sesuai

dengan jasa pelayanan kesehatan yang diberikan (biasanya terjadi untuk fasilitas pelayanan kesehatan swasta). Namun model yang umum digunakan adalah '*flat rate*', dimana besaran biaya per-episode sakit bersifat tetap.

### 3. *Saving based*

Model ini mempunyai karakteristik '*risk spreading*' pada individu namun tidak terjadi *risk pooling* antar individu. Artinya biaya kesehatan langsung, akan ditanggung oleh individu sesuai dengan tingkat penggunaannya, namun individu tersebut mendapatkan bantuan dalam mengelola pengumpulan dana (*saving*) dan penggunaannya bilamana membutuhkan pelayanan kesehatan. Biasanya model ini hanya mampu mencakup pelayanan kesehatan primer dan akut, bukan pelayanan kesehatan yang bersifat kronis dan kompleks yang biasanya tidak bisa ditanggung oleh setiap individu meskipun dengan mekanisme *saving*. Sehingga model ini tidak dapat dijadikan model tunggal pada suatu negara, harus didukung model lain yang menanggung biaya kesehatan lain dan pada kelompok yang lebih luas.

### 4. *Informal*

Ciri utama model ini adalah bahwa pembayaran yang dilakukan oleh individu pada *provider* kesehatan formal misalnya dokter, bidan tetapi juga pada *provider* kesehatan lain misalnya: mantri, dan pengobatan tradisional; tidak dilakukan secara formal atau tidak diatur besaran, jenis dan mekanisme pembayarannya. Besaran biaya biasanya timbul dari kesepakatan atau banyak diatur oleh *provider* dan juga dapat berupa pembayaran dengan barang. Model ini biasanya muncul pada negara berkembang dimana belum mempunyai sistem pelayanan kesehatan dan pembiayaan yang mampu mencakup semua golongan masyarakat dan jenis pelayanan.

### 5. *Insurance Based*

Sistem pembiayaan dengan pendekatan asuransi mempunyai perbedaan utama dimana individu tidak

menanggung biaya langsung pelayanan kesehatan. Konsep asuransi memiliki dua karakteristik khusus yaitu pengalihan resiko kesakitan pada satu individu pada satu kelompok serta adanya *sharing losses* secara adil. Secara sederhana dapat digambarkan bahwa satu kelompok individu mempunyai resiko kesakitan yang telah diperhitungkan jenis, frekuensi dan besaran biayanya. Keseluruhan besaran resiko tersebut diperhitungkan dan dibagi antar anggota kelompok sebagai premi yang harus dibayarkan. Apabila anggota kelompok, maka keseluruhan biaya pelayanan kesehatan.

### 3. Asuransi Kesehatan

Asuransi adalah strategi manajemen risiko yang melindungi pembeli terhadap kerugian resmi utama dalam hal keuangan. Asuransi kesehatan dimaksudkan untuk melindungi orang-orang yang diasuransikan dari timbulnya *over whelming* biaya jika mereka kebetulan mengalami kondisi kesehatan yang mahal. Sistem asuransi kesehatan baik swasta atau publik, didanai berdasarkan prinsip pengelolaan risiko.<sup>10</sup>

Asuransi kesehatan digunakan oleh Beberapa negara-negara berpenghasilan tinggi sebagai bagian dari strategi mereka untuk *Universal Health Coverage* (UHC). Sedangkan penduduk negara-negara berpenghasilan menengah juga menggunakan asuransi kesehatan untuk mengakses perawatan lanjutan dari penyedia layanan kesehatan swasta berkualitas tinggi.<sup>11</sup> Dalam kamus atau perbendaharaan kata bangsa Indonesia, tidak dikenal kata asuransi, yang dikenal adalah istilah “jaminan” atau “tanggung”. Dalam konteks asuransi kesehatan, pengertian asuransi adalah memastikan seseorang yang menderita sakit akan mendapatkan pelayanan yang dibutuhkannya tanpa harus mempertimbangkan keadaan ekonominya. Ada pihak yang menjamin atau menanggung biaya pengobatan atau perawatannya. Pihak yang menjamin ini dalam bahasa Inggris disebut *insurer* atau dalam UU

Asuransi disebut *asuradur*. Asuransi merupakan jawaban atas sifat ketidak-pastian (*uncertain*) dari kejadian sakit dan kebutuhan pelayanan kesehatan. Untuk memastikan bahwa kebutuhan pelayanan kesehatan dapat dibiayai secara memadai, maka seseorang atau kelompok kecil orang melakukan *transfer risiko* kepada pihak lain yang disebut *insurer/asuradur*, ataupun badan penyelenggara jaminan.<sup>12</sup>

Berdasarkan sifat asuransi dapat dijelaskan sebagai berikut:<sup>7</sup>

#### 1. Asuransi Umum

##### General taxation

*General taxation* merupakan model dimana sumber pembiayaan diambil dari pajak pendapatan secara proporsional dari seluruh populasi yang kemudian dialokasikan untuk berbagai sektor (tidak terbatas pelayanan kesehatan).

##### Earmarked payroll tax

Sistem ini memiliki karakteristik yang hampir serupa dengan *general taxation* hanya saja penarikan pajak dialokasikan langsung bagi pelayanan kesehatan sehingga lebih bersifat transparan dan dapat mendorong kesadaran pembayaran pajak karena kejelasan penggunaan.

#### 2. Asuransi bersifat khusus

Dibandingkan dengan sistem umum, asuransi selektif mempunyai perbedaan dalam hal kontribusi dan tanggungan hanya ditujukan pada suatu kelompok tertentu dengan paket pelayanan yang telah ditetapkan. Contohnya adalah *Social insurance*, *Voluntary community*, *Private Insurance*, dan *Funding/Donation*.

#### 4. Multi Bantuan

Bantuan bilateral adalah uang yang diberikan langsung dari satu negara (biasanya negara berpenghasilan tinggi) ke negara lain (biasanya negara berpenghasilan rendah). bantuan multilateral adalah dana yang dikumpulkan dari berbagai negara donor.

Organisasi-organisasi multilateral terbesar termasuk PBB, Bank Dunia dan bank pembangunan lainnya, dan Uni Eropa.<sup>4</sup> Organisasi multilateral, terkadang disebut organisasi antar pemerintah, dan menerima dua jenis dana dari negara anggota.<sup>13</sup>

Multi bantuan lainnya berupa sumbangan yayasan atau perusahaan, adalah sebuah badan amal yang memberikan hibah kepada organisasi nirlaba lainnya dalam rangka memberi bantuan terhadap pembiayaan kesehatan. Sumbangan adalah bantuan besar dibuat untuk sebuah organisasi nirlaba sehingga dana dapat diinvestasikan dan bunga dari investasi dapat digunakan untuk mendukung operasi dari amal. Bill & Melinda Gates Foundation adalah perusahaan swasta terbesar landasan di dunia yaitu \$ 40,4 miliar dalam aset pada akhir 2015. Yayasan lainnya dengan sumbangan besar termasuk Ford Foundation (\$ 12,2 miliar dalam bentuk aset di 2015), Yayasan Robert Wood Johnson (RWJF) (\$ 10,3 miliar), W. K. Kellogg Foundation (\$ 8,4 miliar), dan Bloomberg Yayasan Keluarga (\$ 7,2 miliar).<sup>14</sup>

Banyak perusahaan besar telah membentuk yayasan perusahaan untuk melakukan pekerjaan amal yang berkaitan dengan bidang keahlian mereka, dan banyak juga mendukung bentuk lain sesuai kemampuan mereka.<sup>15</sup>

## SIMPULAN

Peningkatan biaya pelayanan kesehatan yang makin tidak terkendali serta mengantisipasi ketidakmampuan masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan sehingga perkembangan penyakit semakin tidak terkendali, maka pilihan yang tepat untuk pembiayaan kesehatan adalah asuransi kesehatan. Walaupun banyak dana yang dapat menjadi masukan modal seperti bantuan dari yayasan atau perusahaan ataupun bantuan organisasi besar dunia lainnya. Namun asuransi kesehatan dirasa paling tepat. Mengingat kondisi ekonomi negara dan masyarakat serta keterbatasan

sumber daya yang ada, maka perlu dikembangkan pilihan asuransi kesehatan dengan suatu pendekatan yang efisien, efektif dan berkualitas agar dapat menjangkau masyarakat luas.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Juanita. 2002. Peran Asuransi Kesehatan dalam Benchmarking Rumah Sakit dalam Menghadapi Krisis Ekonomi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Universitas Sumatera Utara, Diakses tanggal 9 Juni 2021, ([www.repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/3747/1/fkm-juanita5.pdf](http://www.repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/3747/1/fkm-juanita5.pdf)).
2. WHO Gobar Health Expenditure Atlas, 2014 [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/EN\\_WHS2016\\_AnnexB.pdf?ua=1](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_AnnexB.pdf?ua=1).
3. Sitorus, E., dan Atik, N. 2017. Analisis Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah Di Kota Serang Tahun 2012-2016. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 6(3): 138-148 .
4. Jacobsen KH. 2019. *Introduction to global health*. Third edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. George Mason University, Fairfax Virginia.
5. Gottret P dan George S. 2006. *Health Financing Revisited A Practioner's Guide*. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Washington DC.
6. Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. *Future and potential spending on health 2015–40: Development assistance for health, and government, prepaid private, and outof-pocket health spending in 184 countries*. *Lancet*. 2017;389:2005–30.
7. Setyawan FEB. 2018. *Sistem Pembiayaan Kesehatan, Health financing system*. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Malang. Vol (2):4.

8. Human development report 2016. New York: UNDP; 2016.
9. Schmets G, Rajan D, Kadandale S, editors. 2016. Strategizing national health in the 21st century: A handbook. Geneva: WHO.
10. Gottret P, Schieber G. 2006 Health financing revisited: A practitioner's guide. Washington DC: World Bank
11. Mills A. 2014. Health care systems in low- and middleincome countries. *N Engl J Med.* 370:552–7.
12. Thabrany H. 2001. Asuransi Kesehatan di Indonesia. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKMUI Depok Indonesia.
13. Multilateral aid 2015: Better partnerships for a post-2015 world. Paris: OECD Publishing; 2015.
14. Foundations: Top 50 by assets. New York: Foundation Center; 2017.
15. Giving in numbers: 2016 edition. New York: The Committee Encouraging Corporate Philanthropy (CECP); 2016.