



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

KERTAS PUTIH KESIHATAN

Demi Masa Depan Kesihatan Kita





©2024. Kementerian Kesihatan Malaysia

Disediakan oleh:

Kementerian Kesihatan untuk Kerajaan Malaysia. Hak cipta Kementerian Kesihatan Malaysia.

Penerbitan semula dan pengedaran secara keseluruhan atau sebahagian dokumen ini oleh mana-mana institusi bukan berdasarkan keuntungan, penyelidikan atau pendidikan untuk penggunaan sendiri adalah dibenarkan, dengan syarat pengiktirafan yang sewajarnya dinyatakan dengan dan hak cipta "Kerajaan Malaysia" diperakui.

Hubungi kami:

Kementerian Kesihatan Malaysia : kertasputih@moh.gov.my

ISBN 978-967-25839-4-3



e ISBN 978-967-25839-5-0



ISI KANDUNGAN

Singkatan	v
Istilah	vi
Kronologi Pembangunan Kertas Putih Kesihatan	viii
Ringkasan Eksekutif	x
Bab 1. Isu dan Cabaran Sistem Kesihatan	1
1.1 Pengenalan	1
1.2 Cabaran dan Jurang Kesihatan Malaysia	4
1.2.1 Cabaran daripada faktor sosial dan persekitaran	4
1.2.2 Cabaran daripada sistem kesihatan	9
Bab 2. Tujuan, Skop dan Aspirasi Sistem Kesihatan Malaysia	19
2.1 Tujuan dan Skop Kertas Putih Kesihatan	19
2.2 Aspirasi Sistem Kesihatan Malaysia dan Tonggak Reformasi	20
Bab 3. Tonggak dan Strategi Reformasi Kesihatan	25
3.1 Tonggak 1: Mentransformasikan Penyampaian Perkhidmatan Kesihatan	25
3.1.1 Mengutamakan penyampaian penjagaan kesihatan primer	26
3.1.2 Mengoptimumkan perkhidmatan penjagaan hospital	28
3.1.3 Mempergiat kerjasama awam-swasta yang efektif	30
3.1.4 Memanfaatkan kemajuan teknologi digital	31
3.1.5 Memastikan kesaksamaan akses dalam perkhidmatan kesihatan	32

3.2	Tonggak 2: Mempertingkatkan Promosi Kesihatan dan Pencegahan Penyakit	35
3.2.1	Memperkukuhkan fungsi kesihatan awam	35
3.2.2	Menambah baik kerjasama dan penyelarasan inter sektor untuk kesihatan	38
3.2.3	Memberi insentif kepada amalan dan tingkah laku pro-kesihatan	39
3.3	Tonggak 3: Memastikan Pembiayaan Kesihatan yang Mampan dan Saksama	42
3.3.1	Meningkatkan pelaburan untuk kesihatan	42
3.3.2	Memastikan rakyat menerima perkhidmatan komprehensif yang tidak terikat kepada kemampuan	44
3.3.3	Memastikan perbelanjaan penjagaan kesihatan yang cekap dan berkesan	45
3.4	Tonggak 4: Memperkukuhkan Landasan dan Tadbir Urus Sistem Kesihatan	48
3.4.1	Memperkukuhkan peranan KKM melalui penstrukturan semula	48
3.4.2	Menambah baik dasar, perundangan dan peraturan	50
3.4.3	Memantapkan tenaga kerja untuk kesihatan	50
3.4.4	Merangsang penyelidikan, inovasi dan pendekatan berasaskan bukti	52
Bab 4.	Fasa Reformasi	55
	Jangka pendek (1 - 5 tahun)	55
	Jangka sederhana (6 - 10 tahun)	58
	Jangka panjang (11 - 15 tahun)	60
Bab 5.	Pemantauan Reformasi Kesihatan	63
Bab 6.	Kesimpulan	65

Singkatan

APC	Sijil Perakuan Amalan Tahunan
CPD	Pembangunan Profesional Berterusan
DALY	<i>Disability-adjusted life year</i>
DPT	Difteria, Pertusis dan Tetanus
EMR	Rekod Perubatan Elektronik
GIS	Sistem Maklumat Geografi
GP	Doktor Perubatan Umum
HIES	Tinjauan Pendapatan dan Perbelanjaan Isi Rumah
ICT	Teknologi Maklumat dan Komunikasi
KDNK	Keluaran Dalam Negara Kasar
KKM	Kementerian Kesihatan Malaysia
KPI	Petunjuk Prestasi Utama
LHR	Rekod Kesihatan Sepanjang Hayat
MMR	Kadar Kematian Ibu Bersalin
NCD	Penyakit Tidak Berjangkit
OOP	Perbelanjaan Duit Poket Sendiri
PeKa 40	Peduli Kesihatan untuk Kumpulan B40
SDG	Matlamat Pembangunan Mampan
SDH	Penentu Sosial untuk Kesihatan
SOP	Prosedur Operasi Standard
TB	Tuberkulosis
UHC	Liputan Kesihatan Sejagat
WHO	Pertubuhan Kesihatan Sedunia

Istilah

Sistem kesihatan

Ekosistem kesihatan dan perkhidmatan yang berkaitan dengan kesihatan, termasuk perkhidmatan penjagaan kesihatan, perkhidmatan penjagaan sosial, perkhidmatan bantuan komuniti dan sebagainya.

Sistem penjagaan kesihatan

Sistem yang membolehkan rakyat mendapatkan penjagaan kesihatan yang diperlukan. Contohnya, perkhidmatan perundingan dan rawatan daripada klinik atau hospital, perkhidmatan saringan kesihatan dan sebagainya.

Kesihatan Awam¹

Kesihatan awam merujuk kepada semua langkah yang dirancang (sama ada awam atau swasta) untuk mencegah penyakit, menggalakkan kesihatan dan memanjangkan jangka hayat dalam kalangan penduduk secara keseluruhan. Aktiviti ini bertujuan untuk mewujudkan keadaan yang membolehkan rakyat hidup sihat dan memberi tumpuan kepada keseluruhan penduduk, bukannya individu atau penyakit yang khusus.

Penjagaan kesihatan primer (*Primary healthcare - PHC*)²

Penjagaan kesihatan primer ialah pendekatan yang bersifat keseluruhan masyarakat bertujuan untuk memastikan tahap kesihatan dan kesejahteraan yang terbaik, serta pengagihan yang saksama dengan memberikan tumpuan kepada keperluan rakyat dan merentasi perjalanan hidup, daripada promosi kesihatan dan pencegahan penyakit, kepada rawatan, pemulihan dan penjagaan paliatif, serta dekat dengan persekitaran harian rakyat.

PHC melibatkan tiga komponen yang saling berkaitan dan bersinergi, termasuk: perkhidmatan kesihatan bersepadu yang komprehensif meliputi penjagaan primer dan kesihatan awam serta berfungsi sebagai bahagian utama; dasar dan strategi daripada pelbagai sektor untuk menangani penentu kesihatan yang lebih meluas; melibatkan dan memperkasakan individu, keluarga dan masyarakat bagi meningkatkan penyertaan sosial serta menggalakkan penjagaan sendiri.

1 WHO, Public Health Factsheets

2 WHO, Primary Health Care Factsheets

Penjagaan kesihatan sekunder³

Penjagaan kesihatan sekunder ialah rawatan dan sokongan pakar yang disediakan oleh doktor dan pakar kesihatan lain kepada pesakit yang telah dirujuk untuk penjagaan pakar yang khusus, biasanya disediakan di hospital.

Penjagaan kesihatan tertier⁴

Penjagaan kesihatan tertier ditakrifkan sebagai penjagaan perubatan yang sangat khusus, biasanya disediakan dalam tempoh yang panjang melibatkan diagnosis, prosedur serta rawatan lanjutan yang kompleks dan ia dilaksanakan oleh pakar perubatan di fasiliti hospital bertahap tertier.

Pengumpulan dana/risiko

Penggeblengan dana untuk kesihatan bagi rakyat yang bertujuan mengagihkan semula risiko supaya penjagaan yang diterima adalah berdasarkan keperluan, dan bukannya kemampuan untuk membayar.

3 New World Encyclopaedia. Health Care - Secondary Care

4 Merriam-Webster Dictionary. Definition of Tertiary Care

Kronologi Pembangunan

Pembangunan Kertas Putih Kesihatan mengambil kira input dan cadangan rakyat melalui sesi libat urus, town hall dan persidangan, taklimat serta

Pelaksanaan 61 sesi libat urus (Perbincangan Kumpulan Berfokus) melibatkan 7,981 pemegang taruh dari pelbagai kategori untuk merangka strategi reformasi kesihatan.

Mula mendapat input teknikal daripada 3 pakar perunding antarabangsa

Mesyuarat Jemaah Menteri meluluskan permulaan proses pembangunan KPK.

Laman sesawang rasmi Kertas Putih Kesihatan (www.moh.gov.my/kertasputihkesihatan) dilancarkan untuk berkongsi maklumat dan mendapatkan pandangan rakyat.

Februari 2022 - Jun 2023

1 April 2022

5 April 2022

17 April 2022



Bengkel Pemuktamadan Draf Kertas Putih Kesihatan

Pelaksanaan 9 sesi Town Hall Mengikut Zon di seluruh Semenanjung Malaysia termasuk Sabah & Sarawak

Sesi libat urus dengan 33 pihak media untuk memberikan pendedahan terperinci mengenai reformasi sistem kesihatan negara.

25- 26 Ogos 2022

18 April - 19 Mei 2023

30 Mei 2023



Kertas Putih Kesihatan

daripada pelbagai pihak berkepentingan dari dalam dan luar KKM termasuk cadangan kajian yang lepas berkaitan sistem kesihatan.

Emel rasmi Kertas Putih Kesihatan (kertasputihkesihatan@moh.gov.my) diwujudkan untuk menerima input daripada pelbagai pihak berkepentingan.

5 Mei 2022



Penubuhan Majlis Penasihat Kertas Putih Kesihatan yang terdiri daripada 13 orang pakar bidang kesihatan dan bukan kesihatan

15 Ogos 2022



Persidangan Kemuncak Dasar Kesihatan 2022 bertemakan "Masa Hadapan Perkhidmatan Kesihatan Melalui Kertas Putih Kesihatan" di WTC, KL

15-16 Ogos 2022



Sesi libat urus bersama Ahli Parlimen Dewan Rakyat dan Dewan Negara sebelum pembentangan HWP

8 Jun 2023



Pembentangan Kertas Putih Kesihatan di Dewan Rakyat lulus dengan sokongan majoriti dwi-partisan.

15 Jun 2023



Pembentangan Kertas Putih Kesihatan di Dewan Negara.

26 Jun 2023



Ringkasan Eksekutif

Kertas Putih Kesihatan bertujuan untuk mereformasi sistem kesihatan negara bagi meningkatkan tahap kesihatan dan kesejahteraan rakyat. Walaupun sejak Kemerdekaan Malaysia telah mencapai tahap kesihatan yang baik, namun sistem kesihatan pada masa ini berhadapan dengan cabaran yang baharu. Kertas putih ini mencadangkan reformasi sistemik dan struktural untuk menangani cabaran dan memastikan sistem kesihatan lebih saksama, mampan dan berdaya tahan.

Bab 1 memberi gambaran keseluruhan cabaran dan jurang sistem kesihatan di Malaysia. Malaysia telah berjaya meningkatkan tahap kesihatan rakyat dan menunjukkan prestasi sistem penjagaan kesihatan yang baik berbanding dengan banyak negara berpendapatan sederhana yang lain. Walau bagaimanapun, dengan peredaran masa, sistem kesihatan negara perlu diperkukuhkan supaya lebih mampan untuk sentiasa bersedia berhadapan tekanan dan cabaran. Cabaran sistem kesihatan yang didorong faktor sosial dan persekitaran seperti peningkatan beban penyakit tidak berjangkit, kemunculan penyakit berjangkit yang baharu dan lama serta penduduk yang menua semakin membimbangkan. Selain itu, cabaran daripada sistem kesihatan dan kemajuan dalam penjagaan kesihatan juga telah meningkatkan permintaan dan keperluan rakyat terhadap perkhidmatan penjagaan kesihatan yang lebih baik dan responsif.

Sektor kesihatan awam dan swasta di Malaysia bersifat dikotomi dan tidak berintegritas dari segi penyampaian perkhidmatan dan sumber untuk kesihatan mengakibatkan ketidakseimbangan bebanan kepada fasiliti dan tenaga kerja terutamanya di sektor awam. Perbelanjaan penjagaan kesihatan juga meningkat seiring dengan peningkatan permintaan dan keperluan rakyat, ditambah lagi dengan peningkatan kos perkhidmatan penjagaan kesihatan.

Bab 2 menggariskan tujuan dan skop Kertas Putih Kesihatan serta aspirasi sistem kesihatan negara. Kertas Putih Kesihatan ini bertujuan mencadangkan reformasi sistem kesihatan negara yang menyeluruh dan holistik agar sistem kesihatan Malaysia lebih saksama, mampan dan berdaya tahan, serta memenuhi keperluan kesihatan rakyat. Kertas Putih Kesihatan akan menjadi dasar utama dan ia akan memfokuskan reformasi sistemik dalam menangani keperluan yang mendesak dan telah lama wujud dalam sistem kesihatan. Perubahan yang penting ini memerlukan komitmen dan sokongan jangka panjang daripada semua pihak berkepentingan di negara ini. Kertas Putih Kesihatan akan dibentangkan di Parlimen untuk mendapat sokongan dwipartisan. Perincian lanjut dari segi perancangan dan pelaksanaan strategi dalam kertas putih ini akan dikemukakan dalam fasa seterusnya setelah mendapat kelulusan di Parlimen.

Berdasarkan penilaian daripada beberapa kajian sistemik serta sesi libat urus yang melibatkan pihak berkepentingan, Kertas Putih Kesihatan mencadangkan aspirasi seperti berikut:

- **Negara yang sihat**, dengan ekosistem kondusif supaya generasi muda lebih peka dan mengutamakan keperluan untuk sihat. Penekanan akan diberi kepada perkhidmatan preventif dan promotif supaya semua peringkat umur akan mengamalkan gaya hidup yang lebih sihat.
- **Sistem kesihatan yang saksama dan berpaksikan rakyat**, di mana perkhidmatan penjagaan kesihatan yang lebih dekat dengan komuniti dan berkualiti dengan kos yang berpatutan dapat dicapai dengan mengambil kira faktor seperti kekangan geografi.
- **Sistem kesihatan yang berdaya tahan, dan responsif** untuk menangani cabaran seperti peningkatan penyakit tidak berjangkit dan krisis kesihatan seperti wabak.

- **Ekosistem kesihatan yang terbuka dan inovatif**, dengan memanfaatkan kemajuan teknologi serta inovasi terkini dalam penyampaian perkhidmatan kesihatan supaya lebih efisien dan berkesan.
- **Sistem kesihatan yang dihargai dan dibanggakan oleh semua**, ditambah baik secara berterusan agar lebih saksama, mudah diakses dan berdaya tahan.

Bab 3 menerangkan empat tonggak dalam reformasi sistem kesihatan. Tonggak ini menggariskan penambahbaikan kepada sistem kesihatan seperti berikut:

Tonggak 1: Mentransformasikan penyampaian perkhidmatan kesihatan

Reformasi sistem kesihatan akan memberi keutamaan kepada perkhidmatan penjagaan kesihatan primer (*Primary Healthcare* - PHC) terutamanya dengan memperuntukkan lebih banyak sumber untuk kesihatan seperti pembiayaan, sumber manusia, fasiliti serta kelengkapan peralatan. Pendekatan ini akan meningkatkan kecekapan dan memperkukuhkan lagi perkhidmatan penyampaian kesihatan. Sistem penjagaan kesihatan primer yang diperbaharui akan berpaksikan rakyat dan memastikan perkhidmatan penjagaan kesihatan yang lebih dekat kepada komuniti. Pasukan PHC (*Primary Healthcare Team*) akan bertanggungjawab untuk memantau status kesihatan populasi serta membina hubungan jangka panjang dengan pesakit. Pasukan PHC boleh terdiri daripada penyedia perkhidmatan kesihatan sektor awam atau swasta.

Perkhidmatan hospital di negara ini, terutamanya di sektor awam, akan fokus ke arah mengoptimumkan perkhidmatan penjagaan hospital untuk meningkatkan kecekapan, prestasi dan kualiti. Perkhidmatan hospital akan diorientasikan semula untuk memberi tumpuan kepada pengurusan penjagaan akut dan kompleks. *Ambulatory care-sensitive conditions* yang lebih sesuai diurus di peringkat PHC akan dipindah keluar secara progresif daripada hospital. Pengurusan penjagaan kesihatan transisi pula akan dipindahkan daripada hospital. Pengurusan penjagaan kesihatan transisi pula akan dipindahkan daripada hospital ke peringkat komuniti untuk memastikan kesinambungan pengurusan pesakit selepas rawatan selesai di hospital, sekaligus akan mengurangkan beban kerja yang perlu ditanggung oleh fasiliti hospital.

Kerjasama antara sektor awam dan swasta akan dipertingkatkan untuk mengoptimumkan penggunaan sumber sedia ada di kedua-dua sektor. Ini dapat memperluaskan perkhidmatan penjagaan kesihatan dan mengurangkan kesesakan, masa menunggu terutamanya bagi prosedur yang mempunyai permintaan tinggi di fasiliti kesihatan. Kerjasama ini juga akan membawa perkhidmatan penjagaan kesihatan lebih dekat kepada komuniti. Koordinasi yang efektif antara sektor, agensi lain serta pertubuhan bukan Kerajaan (*Non-Governmental Organisation* - NGO) merentasi penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan dan bukan kesihatan akan dilaksanakan sebagai sebahagian daripada pendekatan keseluruhan negara untuk menangani isu kesihatan serta penentu sosial untuk kesihatan.

Integrasi teknologi digital ke dalam sistem kesihatan negara akan dimantapkan dengan mengukuhkan penyediaan sumber dan pelaksanaan projek-projek pendigitalan. Rekod perubatan elektronik (*Electronic Medical Record* - EMR) dan rekod kesihatan sepanjang hayat elektronik (*Electronic Lifetime Health Record* - ELHR) akan dilancarkan secara berperingkat. Rekod ini akan mengandungi status kesihatan individu, sejarah perubatan dan maklumat lain yang berkaitan. Kualiti dan kesinambungan penjagaan merentasi pelbagai penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan dan pelbagai tahap penjagaan juga akan ditambah baik melalui penggunaan telekesihatan. Pelbagai fasiliti kesihatan, daripada klinik di luar bandar kepada fasiliti penjagaan jangka panjang, dapat menyediakan

perkhidmatan penjagaan kesihatan dengan akses yang lebih baik serta mengurangkan keperluan kehadiran fizikal ke fasiliti PHC melalui inisiatif pendigitalan.

Pendekatan baharu dalam aspek perancangan dan pemantauan sumber untuk kesihatan akan dilaksanakan agar kumpulan berisiko dapat menerima penjagaan kesihatan yang mencukupi, serta menangani ketidakseimbangan sistemik dari segi kesihatan. Dasar yang berkaitan akan diteliti semula untuk mengukuhkan akses dan kualiti penjagaan bagi kumpulan berisiko seperti kumpulan warga emas, Orang Asal, orang kurang upaya, individu yang menghidap atau berisiko menghidap HIV, mangsa keganasan dan penderaan rumah tangga, orang bukan warganegara dan tidak berdokumen, orang tanpa kerakyatan, pekerja asing, pelarian, pencari suaka dan kumpulan lain yang memerlukan sokongan atau perlindungan. Penyelarasan juga akan diadakan bersama kementerian dan komuniti yang berkaitan bagi memperkukuhkan keperluan kesihatan kumpulan rentan dan terpinggir.

Tonggak 2: Mempertingkatkan promosi kesihatan dan pencegahan penyakit

Reformasi pada tonggak kedua akan memfokuskan peralihan daripada merawat pesakit kepada paradigma baharu, iaitu memastikan rakyat kekal sihat. Pendekatan promosi kesihatan dan pencegahan penyakit akan diterapkan dan diamalkan pada semua peringkat rakyat, dengan itu rakyat akan diperkasakan untuk mengekalkan, melindungi dan menambah baik kesihatan mereka. Teknologi kesihatan digital akan diutamakan untuk menambah baik pengumpulan, analisis dan pemantauan data, meningkatkan keupayaan agensi Kerajaan untuk memperkukuhkan usaha kesiapsiagaan dan respons terhadap krisis kesihatan serta menggalakkan amalan kesihatan awam yang berasaskan bukti.

Pandemik COVID-19 telah menunjukkan kepentingan untuk menambah baik peranan kesihatan awam dan kesiapsiagaan krisis kesihatan. Usaha yang berterusan termasuk penilaian secara berkala, latihan dan pembiayaan terutamanya yang melibatkan koordinasi antara agensi dan sempadan akan memastikan bahawa sistem kesihatan terus ditambah baik dan disesuaikan mengikut perubahan keadaan semasa. Sebuah *task force* inter agensi akan ditubuhkan untuk menyelaraskan kesihatan dalam semua dasar dan memudahkan komunikasi antara agensi Kerajaan dengan memanfaatkan jawatankuasa antara agensi yang memantau pencapaian Matlamat Pembangunan Mampan (*Sustainable Development Goal – SDG*) untuk menangani penentu sosial untuk kesihatan (*Social Determinants of Health – SDH*) dan kesaksamaan sistem kesihatan. Pendekatan keseluruhan masyarakat yang melibatkan pelbagai pihak berkepentingan akan dibangunkan untuk menyokong pendekatan ini.

Penggunaan insentif dan *disincentive* akan membantu menerapkan budaya tingkah laku dan norma sihat dengan mempengaruhi perubahan tingkah laku peringkat individu dan komuniti. Insentif kewangan dan bukan kewangan akan digunakan untuk meningkatkan aktiviti fizikal, pemakanan sihat, saringan kesihatan dan pemantauan sendiri bagi status kesihatan, contohnya menyasarkan subsidi kepada kumpulan berpendapatan rendah dan berisiko serta menjalankan kempen kesihatan. *Disincentive* seperti cukai ke atas produk yang tidak sihat dan peraturan kesihatan awam akan diperkukuhkan bagi mencegah tingkah laku yang tidak sihat dan menggalakkan kepentingan memilih untuk sihat.

Tonggak 3: Memastikan pembiayaan kesihatan yang mampan dan saksama

Peruntukan untuk kesihatan tidak memadai berbanding permintaan yang semakin meningkat terhadap sistem kesihatan pada masa kini dan akan datang. Peruntukan ini perlu dipertingkatkan bagi merealisasikan reformasi sistem kesihatan yang amat diperlukan sambil mengambil kira kedudukan serta kemampuan fiskal Kerajaan.

Peranan Kerajaan dalam aspek ini adalah penting bagi memastikan liputan kesihatan sejagat (*Universal Health Coverage*) terpelihara dan menjamin perlindungan risiko kewangan individu apabila jatuh sakit. Maka, pembiayaan kesihatan daripada pelbagai sumber termasuk Kerajaan, perseorangan dan syarikat, di bawah pengurusan awam perlu dipertingkatkan secara berperingkat kepada 5% daripada KDNK dengan turut mengambil kira kerjasama strategik serta penggunaan sumber dan aset merentasi pelbagai pihak berkepentingan.

Untuk menyasarkan subsidi penjagaan kesihatan dengan lebih baik, struktur fi semasa di fasiliti penjagaan kesihatan awam akan disemak semula berdasarkan kemampuan membayar. Langkah ini akan memastikan kesaksamaan dalam pembiayaan kesihatan dan isi rumah berpendapatan rendah mampu membayar perkhidmatan penjagaan kesihatan. Opsyen skim caruman progresif juga akan dikaji untuk mempelbagaikan sumber pembiayaan untuk kesihatan bagi memastikan kemampuan pembiayaan kesihatan.

Satu pakej manfaat kesihatan yang menyenaraikan perkhidmatan kesihatan dan ubat-ubatan yang boleh diakses oleh rakyat sama ada di sektor awam atau swasta dengan kadar fi yang berpatutan akan dibangunkan. Pakej manfaat ini akan dibiayai melalui dana kesihatan khusus di bawah pengurusan Pembeli Strategik bukan berasaskan keuntungan yang ditadbir melalui pelaporan dan pengawasan yang jelas dan berkesan. Usaha ini meningkatkan perkongsian risiko kesihatan dan kewangan dalam kalangan penduduk di samping mengurangkan perbelanjaan duit poket sendiri dan perbelanjaan kesihatan yang memudaratkan.

Peranan Pembeli Strategik akan diperkukuhkan untuk membolehkan perolehan perkhidmatan penjagaan kesihatan daripada sektor awam dan swasta melalui model pembayaran yang inovatif dan berasaskan nilai. Kecekapan pembiayaan kesihatan juga akan dipertingkatkan dengan memfokuskan sumber kesihatan ke arah kawalan penyakit yang lebih kos efektif, dengan penekanan terhadap penjagaan kesihatan primer. Di samping itu, perluasan pendigitalan serta pemberian autonomi kepada fasiliti penjagaan kesihatan awam akan meningkatkan efisiensi kewangan dan operasi.

Tonggak 4: Memperkukuhkan landasan dan tadbir urus sistem kesihatan

Peranan KKM akan diperkukuhkan melalui penstrukturan semula. KKM akan memberi fokus dan menambah baik peranan tadbir urus dan pengawasan sistem kesihatan. Peranan KKM sebagai penyedia dan pembeli perkhidmatan kesihatan akan dipisahkan secara berperingkat untuk meningkatkan prestasi perkhidmatan penjagaan kesihatan dan fungsi semak dan imbang. Fasiliti sektor awam akan menjalankan peranan sebagai penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan. Manakala, peranan pembeli perkhidmatan kesihatan akan dijalankan oleh Pembeli Strategik yang bertanggungjawab memperoleh perkhidmatan penjagaan kesihatan daripada sektor awam dan swasta.

Dasar, perundangan dan peraturan yang berkaitan kesihatan yang sedia ada perlu ditambah baik dengan mengambil kira keperluan serta cabaran semasa dan akan datang yang dihadapi oleh sistem kesihatan. Semakan semula kepada dasar, perundangan dan peraturan akan dijalankan dengan mengambil kira pandangan dan input daripada pihak berkepentingan.

Usaha pemantapan tenaga kerja kesihatan akan memberi fokus kepada pendidikan dan latihan, pelesenan dan pendaftaran, pengambilan anggota sektor awam, penempatan, pembangunan dan pengendalian anggota sektor awam, serta tenaga kerja untuk kesihatan dalam komuniti. Pendidikan dan latihan akan disusun semula untuk menambahbaik standard pendidikan profesion dan latihan dalam perkhidmatan. Proses pengambilan anggota sektor awam akan dikaji semula secara menyeluruh untuk memenuhi keperluan semasa dan pada masa hadapan. Kerjasama dan kolaborasi dengan pelbagai pihak berkepentingan akan dipergiatkan untuk membangunkan rangka kerja kolaborasi antara sektor dan meningkatkan koordinasi antara tenaga kerja untuk kesihatan formal dengan komuniti.

Merangsang penyelidikan dan inovasi merupakan usaha penambahbaikan berterusan kepada sistem kesihatan dengan pendekatan berasaskan bukti. Peningkatan pelaburan dalam tenaga kerja yang berkemahiran, infrastruktur dan teknologi diperlukan untuk meningkatkan kapasiti penyelidikan dan inovasi. Penyelidikan dan analisis akan turut menyokong keberkesanan dan kecekapan kos bagi perbelanjaan kesihatan, serta digunakan untuk fungsi penggubalan dasar, tadbir urus dan pengawasan bagi mempertingkatkan tahap kesihatan dalam kalangan penduduk secara mampan dan berterusan.

Bab 4 menerangkan perancangan jangka panjang reformasi sistem kesihatan yang akan dilaksanakan secara berfasa berdasarkan anggaran garis masa bagi aktiviti utama yang dicadangkan dalam Kertas Putih Kesihatan. Jangka pendek atau tempoh lima tahun pertama reformasi sistem kesihatan akan memfokuskan pembinaan kerangka asas untuk melaksanakan reformasi dalam tempoh beberapa tahun. Pada jangka sederhana atau tempoh selepas lima tahun reformasi sistem kesihatan, inisiatif-inisiatif yang dimulakan semasa jangka pendek telah dilaksanakan sepenuhnya. Jangka panjang atau lima tahun terakhir reformasi sistem kesihatan merupakan tempoh peralihan ke arah penstabilan dan inisiatif-inisiatif yang dilaksanakan sebelum ini akan diperhalusi atau ditambah baik. Penambahbaikan hala tuju, keutamaan dan organisasi sistem kesihatan juga akan dilaksanakan dalam tempoh ini.

Bab 5 menerangkan keperluan penubuhan sebuah badan pemantauan yang bebas untuk memantau, menganalisa, melaporkan status serta mengemukakan syor dan cadangan penyesuaian kepada pelaksanaan reformasi sistem kesihatan di mana perlu. Badan ini akan mewujudkan mekanisme semak dan imbang serta memastikan kestabilan pelaporan proses reformasi dalam persekitaran ekonomi politik sepanjang tempoh reformasi dan memastikan komitmen terhadap reformasi kesihatan jangka panjang.

Bab 6 merumuskan keperluan reformasi untuk memastikan sistem kesihatan Malaysia berdaya tahan dan kalis masa hadapan. Hala tuju sistem kesihatan yang dicadangkan dalam Kertas Putih Kesihatan ini bersifat konseptual. Usaha reformasi perlu disesuaikan dengan keadaan semasa dan strategi yang dicadangkan akan diperhalusi dalam tempoh pelaksanaan reformasi, atas cadangan daripada Kerajaan, badan pemantauan reformasi atau Jawatankuasa Pilihan Parlimen selepas perbincangan dan perbincangan di Parlimen.

Akhir kata, reformasi diperlukan supaya sistem bersedia menghadapi cabaran dan keperluan masa hadapan serta memastikan rakyat dapat hidup dengan lebih sihat dan sejahtera. Parlimen, rakyat dan negara perlu bersama-sama memastikan perjalanan ke arah reformasi sistem kesihatan bermula sekarang.



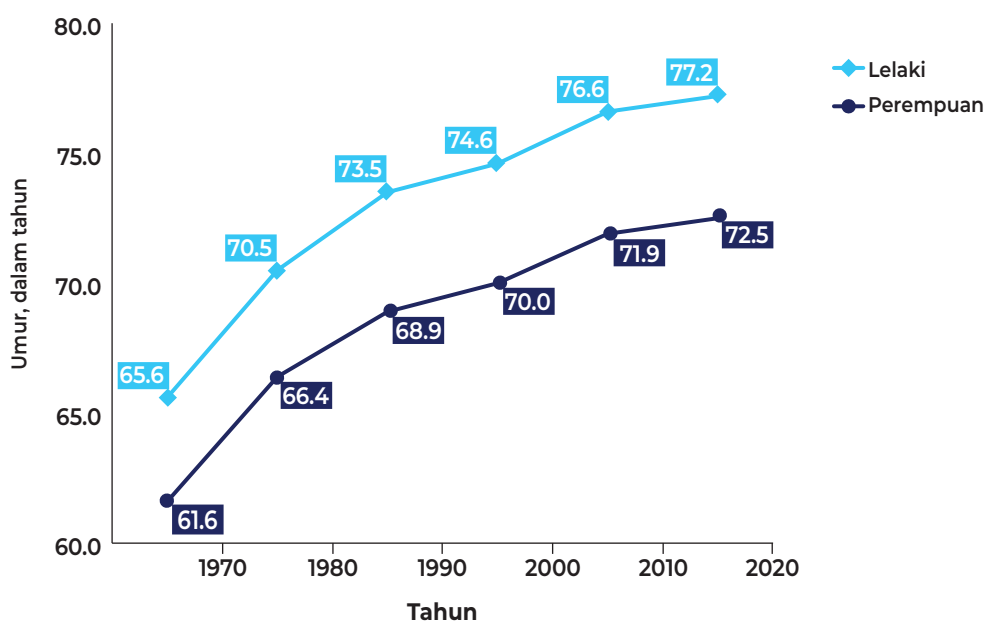
Bab 1

Isu dan Cabaran Sistem Kesihatan

1.1 Pengenalan

Sejak mencapai kemerdekaan, Malaysia telah berjaya meningkatkan tahap kesihatan rakyat dan menunjukkan prestasi sistem penjagaan kesihatan yang baik berbanding dengan banyak negara berpendapatan sederhana yang lain. Namun, untuk lebih 20 tahun ini, tahap kesihatan rakyat semakin menurun.

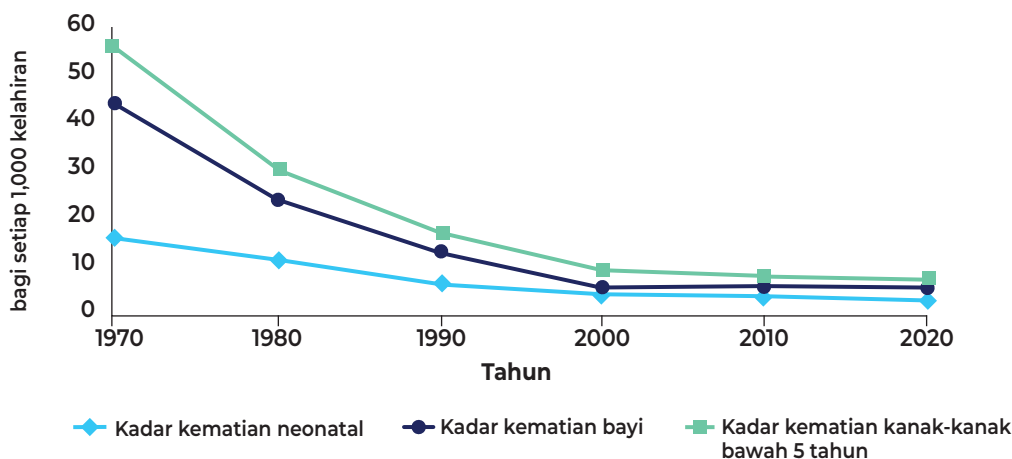
Jangka hayat rakyat Malaysia ketika lahir semakin meningkat. Secara purata, bayi lelaki dan perempuan yang dilahirkan pada tahun 1970-an masing-masing hidup sehingga umur 61.6 dan 65.6 tahun. Manakala, bayi lelaki dan bayi perempuan yang baru lahir pada tahun 2020 masing-masing dijangka akan hidup sehingga umur 72.5 dan 77.2 tahun secara purata. Seperti yang ditunjukkan dalam Rajah 1 di bawah, purata jangka hayat penduduk ketika lahir semakin meningkat sejak beberapa dekad yang lalu.



Rajah 1: Jangkaan hayat ketika lahir, Malaysia, 1970-2020

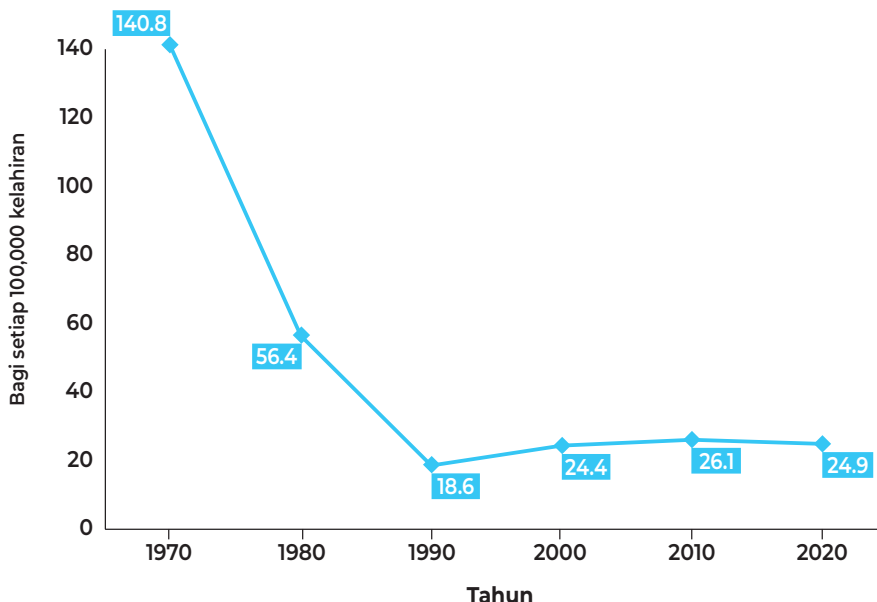
Sumber: Jabatan Perangkaan, Malaysia (2020)

Peningkatan jangka hayat ketika lahir ini juga diiringi dengan penurunan kadar kematian kanak-kanak dan ibu bersalin. Bilangan kematian dalam kalangan bayi berumur kurang daripada 28 hari, atau kadar kematian neonatal, mencapai 3.9 kematian bagi setiap 1,000 kelahiran hidup pada tahun 2020 berbanding dengan 16 kematian bagi setiap 1,000 kelahiran hidup pada tahun 1970 (Rajah 2). Penurunan yang sama dicatatkan dalam kadar kematian bayi¹ serta kadar kematian kanak-kanak bawah lima tahun², masing-masing mencapai 5.9 kematian bagi setiap 1,000 kelahiran hidup dan 7 kematian bagi setiap 1,000 kelahiran hidup setakat tahun 2020 (Rajah 2). Kadar kematian ibu bersalin juga menurun, daripada 140.8 kematian bagi setiap 100,000 kelahiran hidup pada tahun 1970 kepada 24.9 kematian bagi setiap 100,000 kelahiran hidup pada tahun 2020 (Rajah 3).



Rajah 2: Kadar kematian neonatal, bayi dan kanak-kanak bawah 5 tahun, Malaysia, 1970 - 2020

Sumber: Jabatan Perangkaan, Malaysia (2020)



Rajah 3: Kadar kematian ibu bersalin, Malaysia, 1970-2020

Sumber: Jabatan Perangkaan, Malaysia (2020)

1 Bilangan kematian dalam kalangan bayi bawah 1 tahun
 2 Bilangan kematian dalam kalangan kanak-kanak bawah 5 tahun



Gabungan pelbagai faktor telah mengakibatkan sistem kesihatan pada masa ini, terutamanya penjagaan kesihatan di sektor awam menjadi terbeban dan ketinggalan. Selain daripada memastikan peningkatan yang berterusan dalam pencapaian tahap kesihatan seperti kadar kematian ibu bersalin dan kanak-kanak, sistem kesihatan negara juga perlu menangani cabaran kesihatan yang baharu sejak beberapa dekad yang lalu akibat daripada perubahan ekonomi, gaya hidup, proses urbanisasi dan kesihatan planet (*planetary health*). Cabaran ini juga telah memberikan tekanan yang besar kepada sistem kesihatan negara dari segi operasi dan kewangan dan mengakibatkan jurang terutamanya ketika menghadapi pandemik COVID-19 pada tahun 2020 dan 2021.

Pandemik COVID-19 juga telah membuktikan bahawa kesihatan memberikan sumbangan yang penting kepada negara dalam aspek ekonomi, kesejahteraan sosial dan keselamatan negara, serta turut membuktikan kepentingan sistem kesihatan yang berprestasi tinggi. Oleh itu, Kertas Putih Kesihatan ini membentangkan cadangan reformasi yang holistik untuk reformasi sistemik dan struktural bagi menangani cabaran dan memastikan sistem kesihatan Malaysia lebih saksama, mampan dan berdaya tahan.

SUMBANGAN SISTEM KESIHATAN DALAM PELBAGAI ASPEK



Ekonomi



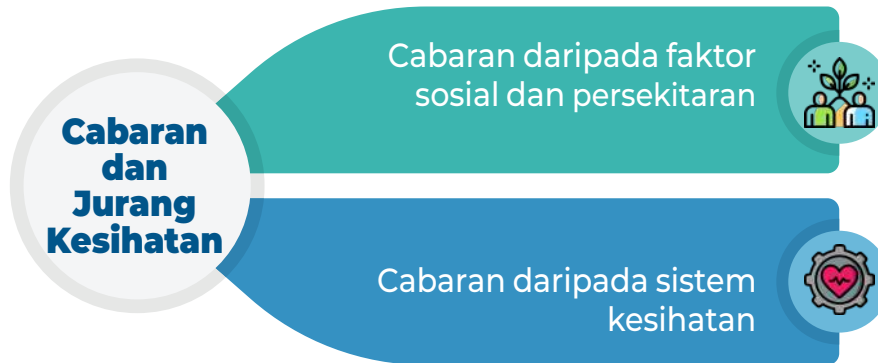
Kesejahteraan
Sosial



Keselamatan
Negara

1.2 Cabaran dan Jurang Kesihatan Malaysia

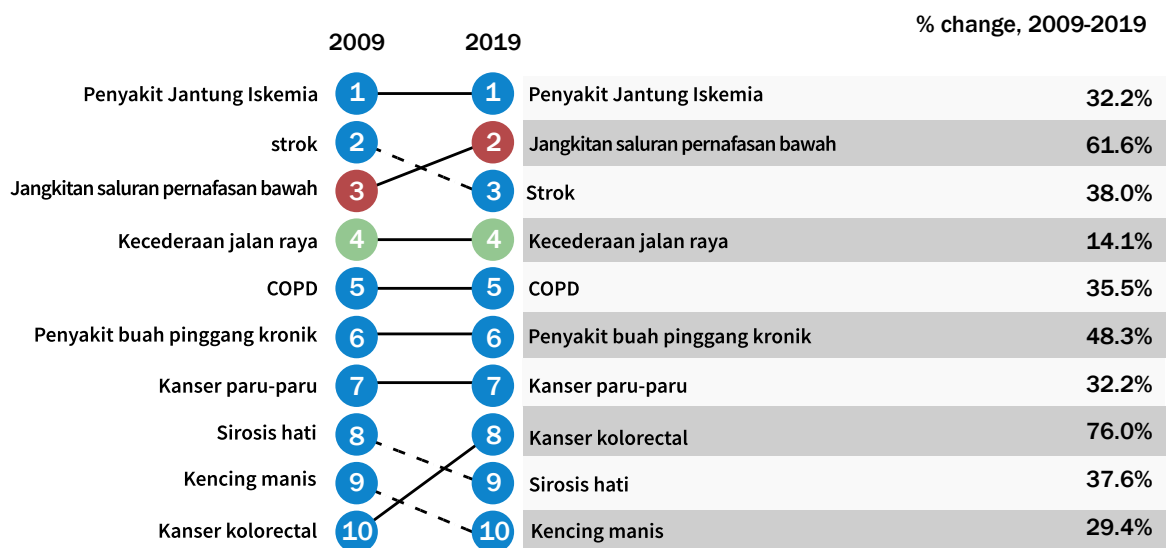
Cabaran dan jurang kesihatan yang dihadapi oleh Malaysia dibahagikan kepada dua kategori, iaitu: cabaran daripada faktor sosial dan persekitaran, dan cabaran daripada sistem kesihatan.



1.2.1 Cabaran daripada faktor sosial dan persekitaran

(a) Peningkatan beban penyakit tidak berjangkit

Penyakit tidak berjangkit (*non-communicable disease - NCD*), juga dikenali sebagai penyakit kronik, telah menjadi penyebab kematian³ dan beban penyakit⁴ yang utama di Malaysia. Sejak sedekad yang lalu, penyebab kematian adalah berkaitan dengan NCD seperti penyakit kardiovaskular (penyakit jantung dan strok), penyakit saluran pernafasan kronik, kanser dan kencing manis (Rajah 4).



Rajah 4: 10 Punca utama jumlah kematian dan perubahan peratusan dari tahun 2009-2019, untuk semua peringkat umur⁵

Sumber: Institut Metrik dan Penilaian Kesihatan (2020)

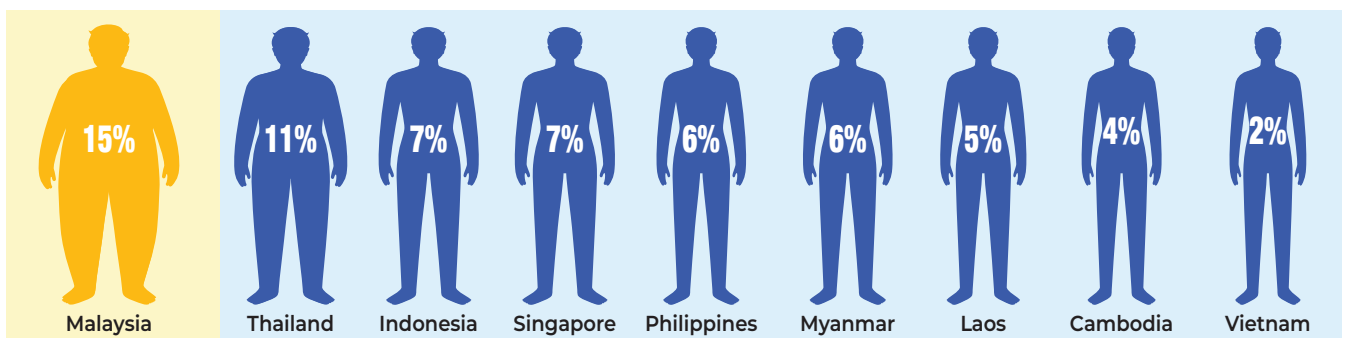
3 Jabatan Perangkaan Malaysia (2021). Perangkaan Sebab Kematian, Malaysia

4 Institut Kesihatan Umum (2020). Tinjauan Kebangsaan Kesihatan dan Morbiditi (NHMS) 2019: Penyakit tidak berjangkit, permintaan jagaan kesihatan dan literasi kesihatan—Penemuan Utama

5 Walaupun tidak dipaparkan dalam carta ini akibat penggunaan nilai purata bilangan penduduk, harap maklum bahawa kanser payudara merupakan salah satu sebab kematian utama bagi wanita

Sama seperti negara lain di seluruh dunia, insiden NCD di Malaysia semakin meningkat. Ini disebabkan oleh faktor risiko yang berkaitan dengan gaya hidup seperti tabiat tidak cergas, penggunaan tembakau, penyalahgunaan dadah, pengambilan alkohol yang memudaratkan dan pemakanan yang tidak sihat. Dianggarkan 98% daripada penduduk dewasa Malaysia mempunyai sekurang-kurangnya satu faktor risiko NCD⁶. Faktor risiko ini juga sebahagiannya terhasil daripada proses urbanisasi yang pesat, struktur persekitaran tempat tinggal, ketidaksamaan pendapatan⁷, kekurangan polisi berkaitan pemakanan sihat, peningkatan pencemaran dan kemerosotan kesihatan planet, literasi kesihatan yang rendah dan pelbagai penentu sosial dan persekitaran lain.

Obesiti juga merupakan petunjuk utama yang menyumbang kepada insiden NCD dan yang paling membimbangkan⁸, Malaysia merupakan negara Asia Tenggara dengan prevalen obesiti yang tertinggi. (Rajah 5).



Rajah 5: Peratusan populasi dewasa yang menghidap obesiti⁹ di Asia Tenggara, 2018

Selain peningkatan NCD yang membimbangkan, cabaran yang dihadapi oleh program kawalan NCD menjadi semakin rumit akibat kekurangan kesedaran, kelewatan diagnosis dan tahap pematuhan kawalan penyakit yang rendah. Kebanyakan kes NCD tidak dikesan pada peringkat awal; hampir separuh daripada penduduk tidak menyedari bahawa mereka menghidap kencing manis atau tekanan darah tinggi¹⁰. Golongan berpendapatan rendah dan dari kawasan luar bandar adalah golongan yang lebih cenderung untuk menghidap NCD¹¹.



6 Atun R, Berman P, Hsiao W, Myers E, Wei AY. (2016). Malaysia Health System Research (MHSR) Volume 1 - Contextual analysis of the Malaysian health system. Boston, Massachusetts: Harvard TH Chan School of Public Health

7 Ismail, N. W., & Sivadas, S. (2020). Urban health and the prevalence of non-communicable diseases in Malaysia. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 16(2), 3-9

8 *World Health Organization. (2018). Noncommunicable diseases country profiles 2018. World Health Organization. Available at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>. Access on 24/09/2022*

9 Obesiti dewasa merangkumi individu berumur 18 tahun ke atas dengan BMI 30 kg/m² atau lebih

10 *Institute for Public Health (2020). National Health and Morbidity Survey (NHMS) 2019: Non-communicable diseases, healthcare demand, and health literacy—Key Findings*

11 Ibid 10

Peningkatan kadar NCD tahap kronik telah menyumbang kepada peningkatan kos penjagaan bagi setiap pesakit disebabkan oleh kos rawatan dan ubat-ubatan serta kos pengurusan komplikasi jangka panjang seperti penyakit kardiovaskular dan buah pinggang. Selain kos penjagaan, NCD juga menyumbang kepada kehilangan produktiviti yang akhirnya menyebabkan kerugian kepada ekonomi negara, iaitu dianggarkan hampir 1% daripada keluaran dalam negeri kasar (KDNK)¹².

Peningkatan kos penjagaan bagi setiap pesakit disebabkan oleh kos rawatan dan ubat-ubatan



(b) Kemunculan penyakit berjangkit yang baharu dan lama

Pandemik COVID-19 mengatasi wabak penyakit berjangkit seperti SARS, H1N1 dan MERS-COV dari segi skala dan magnitud. COVID-19 merupakan penularan penyakit berjangkit terburuk di Malaysia sejak Selesema Sepanyol (*Spanish Flu*) pada tahun 1918, yang menyebabkan 36,387 kematian berbanding dengan 34,644 kematian pada zaman Tanah Melayu¹³.

Berdasarkan kadar penyebaran patogen sejak 50 tahun lalu, kajian baru-baru ini menganggarkan kebarangkalian dan kekerapan penularan wabak penyakit baharu akan semakin meningkat beberapa dekad akan datang¹⁴. Pertumbuhan penduduk, perubahan dalam sistem pemakanan, kemerosotan kesihatan planet dan urbanisasi merupakan faktor pendorong yang penting, dan menyumbang kepada penyebaran patogen daripada haiwan liar kepada manusia, yang merangkumi kira-kira 60-75% daripada pandemik dan penularan wabak penyakit berjangkit¹⁵.

Selain penyakit berjangkit baharu, kemunculan semula penyakit berjangkit seperti demam campak, tuberkulosis dan HIV turut membimbangkan. Penyakit

Faktor yang mendorong kemunculan semula penyakit berjangkit termasuk penolakan pengambilan vaksin, adaptasi mikrob, kerintangan antimikrob, peningkatan kerentanan manusia terhadap jangkitan, perubahan demografi dan tingkah laku manusia, urbanisasi persekitaran dan ketidaksamaan sosial.

12 *The Impact of Noncommunicable Diseases and Their Risk Factors on Malaysia's Gross Domestic Product (2020)*. Putrajaya, Malaysia: Ministry of Health Malaysia.

13 Hashim, J. H., Adman, M. A., Hashim, Z., Radi, M. F. M., & Kwan, S. C. (2021). COVID-19 epidemic in Malaysia: epidemic progression, challenges, and response. *Frontiers in public health*, 9.

14 Marani, M, Katul G.G., Pan, W.K., Parolari, A.J. (2021). Intensity and frequency of extreme novel epidemics. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*.

15 Ellwanger, J. H., & Chies, J. A. B. (2021). Zoonotic spillover: Understanding basic aspects for better prevention. *Genetics and Molecular Biology*, 44.

berjangkit yang masih berterusan sehingga kini seperti demam denggi juga menjadi beban kepada sistem kesihatan. Pelbagai faktor yang mendorong kemunculan semula penyakit berjangkit termasuk penolakan pengambilan vaksin, adaptasi mikrob, kerintangan antimikrob, peningkatan kerentanan manusia terhadap jangkitan, perubahan demografi dan tingkah laku manusia, urbanisasi persekitaran, ketidaksamaan sosial dan sebagainya¹⁶.

Kemunculan penyakit berjangkit baharu dan kemunculan semula penyakit berjangkit telah memberi tekanan baharu kepada fungsi kesihatan awam, mekanisme kesiapsiagaan dan kapasiti rawatan dengan peningkatan penggunaan hospital awam, pusat pengasingan dan klinik kesihatan primer semasa kemuncak pandemik COVID-19.

(c) Penuaan masyarakat

Sejak tahun 2015 dan buat kali pertamanya dalam sejarah Malaysia, nisbah warga emas dalam kalangan penduduk adalah lebih tinggi daripada nisbah kanak-kanak berumur bawah 5 tahun¹⁷. Pada tahun 2020, lebih daripada 11% penduduk Malaysia berumur 60 tahun ke atas, dan memenuhi takrifan 'masyarakat menua'. Menjelang tahun 2030, 15% daripada penduduk dijangka berumur lebih 60 tahun, justeru menjadikan Malaysia sebuah 'masyarakat tua'¹⁸.

Walaupun jangka hayat rakyat Malaysia semakin meningkat, tidak semestinya rakyat hidup dengan lebih sihat. Berdasarkan trend semasa, dianggarkan bahawa 9.5 tahun daripada peningkatan jangka hayat tersebut berada dalam keadaan tidak sihat akibat daripada insiden NCD atau penyakit kronik¹⁹.

Peningkatan bilangan warga emas yang menghidap penyakit kronik menyebabkan peningkatan terhadap permintaan penjagaan jangka panjang terutamanya dalam pengurusan penyakit neurologi yang memerlukan perkhidmatan kepakaran dan penjagaan sosial. Kos perbelanjaan penjagaan kesihatan untuk warga emas dianggarkan dua hingga tiga kali ganda lebih tinggi dalam setahun berbanding dengan kumpulan umur yang lebih muda²⁰.



16 Raslan R, El Sayegh S, Chams S, Chams N, Leone A and Hajj Hussein I (2017) Re-Emerging Vaccine Preventable Diseases in War-Affected Peoples of the Eastern Mediterranean Region-An Update. *Front. Public Health* 5:283.

17 *Population Aging: Can We "Live Long and Prosper"?* (2015). Khazanah Research Institute.

18 Nik Norliati F, Suriati G (2021). Malaysia towards an ageing society. *Malaysia Journal of Society and Space*.

19 *Social Inequalities and Health in Malaysia: The State of Households 2020 Part III*. Khazanah Research Institute. (2020)

20 Kasteridis, P., Street, A. D., Dolman, M., Gallier, L., Hudson, K., Martin, J., & Wyer, I. (2014). The importance of multimorbidity in explaining utilisation and costs across health and social care settings: evidence from South Somerset's Symphony Project.

(d) Kesan kesihatan mental

Isu kesihatan mental juga merupakan salah satu penyumbang terbesar bagi beban penyakit tidak berjangkit dan kehilangan keupayaan di Malaysia. Prevalen penyakit mental di Malaysia dianggarkan sebanyak 29% dalam kalangan penduduk berumur 16 tahun ke atas pada tahun 2015. Angka ini meningkat hampir tiga kali ganda daripada anggaran 11% bagi kumpulan umur yang sama pada tahun 1996²¹.

Faktor-faktor yang lazimnya dikaitkan dengan isu kesihatan mental adalah berkaitan dengan kekangan kewangan, isu kekeluargaan, masalah kerjaya dan tekanan berpanjangan daripada tempat kerja²². Pandemik COVID-19 juga telah memberi impak yang signifikan terhadap kesihatan mental rakyat Malaysia²³.

Penyakit mental juga memberi impak yang signifikan terhadap ekonomi. Dianggarkan kos yang terlibat adalah sebanyak RM3.28 bilion akibat ketidakhadiran bekerja serta RM9.84 bilion akibat hadir bekerja walaupun sakit²⁴. Menurut Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO), penyakit mental melibatkan kos ekonomi global sebanyak USD 1 trilion setahun akibat kehilangan produktiviti dan kemurungan merupakan penyebab utama penyakit mental²⁵.

Prevalen penyakit mental dalam kalangan penduduk berumur 16 tahun ke atas di Malaysia meningkat hampir 3 kali ganda dari tahun 1996 ke 2015.

1996 : 11%
2015 : 29%



(e) Perubahan iklim dan kemerosotan kesihatan planet

Kesan perubahan iklim dan ekologi telah menyebabkan peningkatan kekerapan kejadian cuaca ekstrem, peningkatan aras laut dan kemusnahan habitat di seluruh dunia. Perubahan ini memberikan kesan mendalam terhadap kehidupan manusia, termasuk bekalan makanan yang semakin mudah terjejas, risiko peningkatan bahaya bagi penduduk di kawasan pantai dan risiko penyebaran patogen yang semakin meningkat.

21 Institute for Public Health (2020). National Health and Morbidity Survey (NHMS) 2019: Non-communicable diseases, healthcare demand, and health literacy - Key Findings

22 Hassan, M. F. bin, Hassan, N. M., Kassim, E. S., & Hamzah, M. I. (2018). Issues and Challenges of Mental Health in Malaysia. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 8(12), 1685–1696.

23 Balakrishnan, V., Ng, K. S., Kaur, W., & Lee, Z. L. (2022). COVID-19 mental health prevalence and its risk factors in South East Asia. *Current Psychology*, 1-16.

24 Chua, S. N. (2020). The economic cost of mental disorders in Malaysia. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e23.

25 Bubonya, M., Cobb-Clark, D. A., & Wooden, M. (2017). *Mental health and productivity at work: Does what you do matter?* *Labour Economics*, 46, 150–165.

Antara kesan besar perubahan iklim bagi Malaysia adalah peningkatan kekerapan banjir dan tahap banjir yang semakin teruk²⁶. Selain memberi kesan kepada punca pendapatan dan harta, banjir juga meningkatkan risiko penyakit bawaan air dan vektor. Impak daripada perubahan iklim yang lain seperti gelombang haba dan pencemaran udara juga menjejaskan keseluruhan tahap kesihatan rakyat Malaysia, lebih-lebih lagi golongan yang mempunyai masalah kesihatan yang sedia ada dan sistem imun yang mudah terjejas, antaranya golongan warga emas²⁷.

Pencemaran udara dan air juga memberi kesan negatif terhadap kesihatan. Di peringkat global, pencemaran merupakan punca bagi 21% daripada kematian akibat penyakit kardiovaskular, 26% daripada kematian akibat penyakit jantung iskemia, 23% daripada kematian akibat strok, 51% daripada kematian akibat penyakit pulmonari obstruktif kronik dan 43% daripada kematian akibat kanser paru-paru. Penyakit kegelisahan dan kemurungan yang disebabkan oleh kejadian perubahan iklim seperti gelombang haba, banjir berulang, kebakaran hutan dan fenomena lain juga semakin meningkat, terutamanya dalam kalangan golongan muda²⁸.

1.2.2 Cabaran daripada sistem kesihatan

(a) Penyampaian perkhidmatan kesihatan yang bersifat dikotomi

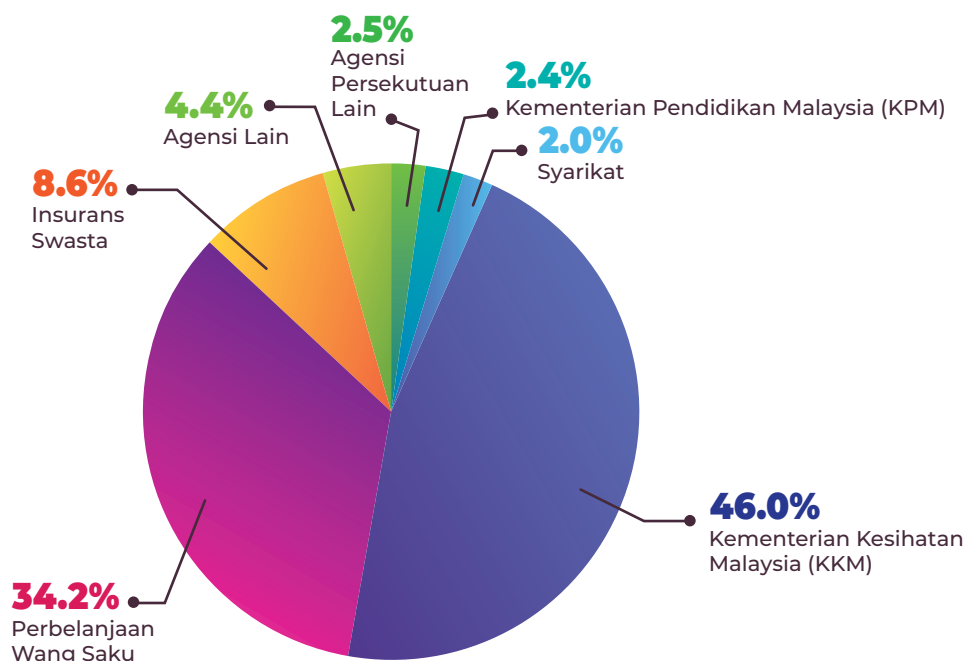
Malaysia mempunyai sistem penjagaan kesihatan yang terdiri daripada sektor awam²⁹ dan swasta di mana lazimnya beroperasi secara berasingan dan tidak berintegriti. Sektor awam menyediakan liputan kesihatan sejagat yang meluas kepada penduduk, dan menyampaikan perkhidmatan penjagaan kesihatan primer dengan bayaran yang sangat rendah. Perkhidmatan penjagaan sekunder dan tertier yang disediakan oleh sektor awam yang sebahagian besarnya dibiayai melalui peruntukan Kerajaan persekutuan. Sektor swasta menyampaikan perkhidmatan penjagaan kesihatan kepada rakyat melalui *fee-for-service* yang sebahagian besarnya dibiayai daripada perbelanjaan duit poket sendiri (*out of pocket* - OOP), insurans kesihatan swasta, termasuk manfaat pekerja (Rajah 6).

26 Chan, N. W. (1997). *Increasing flood risk in Malaysia: causes and solutions*. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*.

27 Watts, N., Amann, M., Arnell, N., Ayeb-Karlsson, S., Beagley, J., Belesova, K., ... & Costello, A. (2021). *The 2020 report of the Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises*. *The Lancet*, 397(10269), 129-170.

28 Sharpe, I., & Davison, C. M. (2021). *Climate change, climate-related disasters, and mental disorder in low-and middle-income countries: a scoping review*. *BMJ open*, 11(10), e051908.

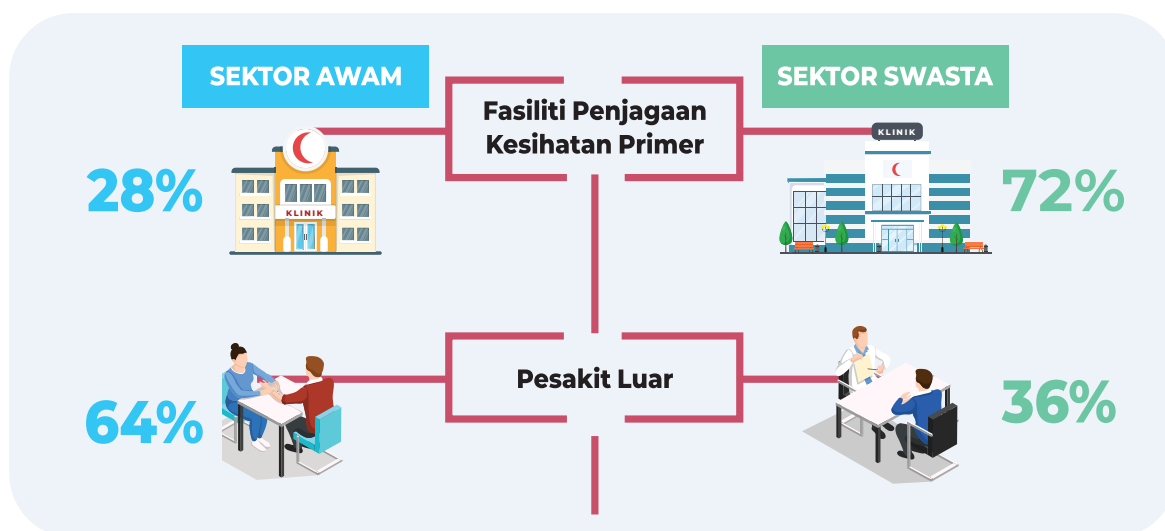
29 Number of hospitals operated by Ministry of Health, 146; Ministry of Education, 5; Ministry of Defence, 5



Rajah 6: Perbelanjaan Kesihatan Semasa³⁰ mengikut sumber pembiayaan, 2020

Sumber: *Malaysia National Health Accounts (2021)*

Sistem penjagaan kesihatan yang bersifat dikotomi dan tidak berintegriti telah menyumbang kepada pengagihan perkhidmatan, dan sumber-sumber kesihatan yang tidak seimbang. Sebagai contoh, fasiliti penjagaan kesihatan primer sektor awam merangkumi hanya 28% daripada keseluruhan fasiliti penjagaan kesihatan primer tetapi mengendalikan hampir 64% daripada lawatan pesakit luar (Rajah 7). Situasi ini menyebabkan fasiliti dan anggota di sektor awam terbeban, lebih-lebih lagi semasa kemuncak pandemik COVID-19.



Rajah 7: Peratusan fasiliti penjagaan kesihatan primer dan lawatan pesakit luar antara sektor awam dengan sektor swasta, 2020

Sumber: *Fakta Kesihatan (2021), Tinjauan Kebangsaan Kesihatan dan Morbiditi (2019)*

³⁰ Sebahagian besar perbelanjaan kesihatan semasa merangkumi perbelanjaan operasi bagi kesihatan dan tidak termasuk perbelanjaan pembangunan

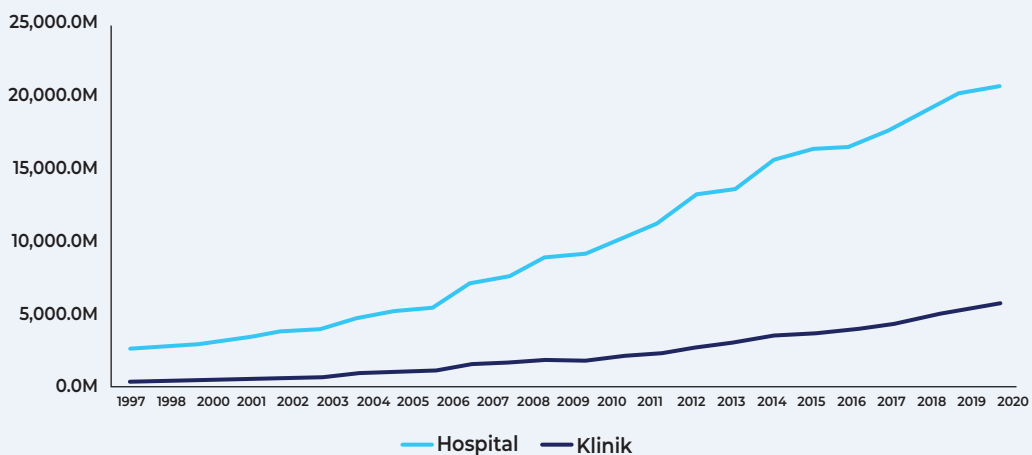
Ketidakeimbangan ini juga dipengaruhi oleh faktor geografi; fasiliti penjagaan kesihatan awam meliputi seluruh negara, termasuk di kawasan luar bandar dan kawasan terpencil, manakala fasiliti penjagaan kesihatan swasta lebih tertumpu di kawasan bandar dan separuh bandar. Pengagihan yang tidak seimbang ini memberi tekanan terhadap sumber-sumber di sektor awam untuk memenuhi keperluan di seluruh negara.

Sistem penyampaian penjagaan kesihatan yang dikotomi dan kekurangan pelaburan untuk kesihatan menyumbang kepada tahap OOP yang tinggi. Walaupun sebahagian besar daripada OOP adalah pesakit berpendapatan tinggi yang menggunakan perkhidmatan penjagaan kesihatan sektor swasta, semakin ramai pesakit berpendapatan rendah dan sederhana pergi ke sektor swasta kerana waktu menunggu yang singkat dan mudah untuk mendapatkan rawatan meskipun terpaksa menanggung risiko kewangan³¹.

Perbelanjaan kesihatan OOP adalah tidak efisien dan saksama kerana ia meningkatkan risiko kewangan bagi isi rumah, mengurangkan perkongsian risiko dan menggalakkan rakyat untuk tidak mendapatkan perkhidmatan penjagaan kesihatan. Perbelanjaan kesihatan OOP merupakan komponen kedua terbesar dalam perbelanjaan kesihatan semasa (*Current Health Expenditure* - CHE) pada masa kini, yang bersamaan dengan 34.2% daripada CHE di Malaysia. Sebagai perbandingan, perbelanjaan tersebut lebih tinggi berbanding dengan purata perbelanjaan kesihatan OOP di negara berpendapatan sederhana tinggi lain seperti Thailand dan Turkiye, masing-masing pada 8.7% dan 16.9%³².

(b) Ketidakeimbangan perbelanjaan antara perkhidmatan di hospital dan klinik

Malaysia membelanjakan sebahagian besar sumber kesihatan sektor awam di hospital berbanding dengan di klinik. Dari tahun 1997 hingga 2020, perbelanjaan sektor awam di hospital menunjukkan peningkatan berbanding di klinik (Rajah 8).



Rajah 8: Perbelanjaan awam untuk penjagaan hospital berbanding penjagaan klinik, 1997-2020

Sumber: Malaysia National Health Accounts (2020)

Salah satu sebab ketidakeimbangan perbelanjaan ini didorong oleh peningkatan permintaan terhadap diagnosis dan rawatan yang lebih rumit, terutamanya akibat beban NCD dan pengurusan penyakit

31 From 2015 to 2019, there was a 5.5% increase in the number of visits per capita to private outpatient healthcare facilities by the lowest income quintile group. 'National Health and Morbidity Survey (NHMS) 2019: Vol. II: Healthcare Demand' and 'National Health and Morbidity Survey (NHMS) 2015: Vol. III: Healthcare Demand.'

32 World Bank Data (2022). Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) - Upper middle income countries. Available at <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>. Access on 27/08/2022.

kompleks yang semakin meningkat. Di samping itu, kos diagnosis dan rawatan semakin meningkat seiring dengan perkembangan pesat teknologi dan kaedah baharu yang memerlukan sama ada perbelanjaan modal tambahan, tenaga kerja berkemahiran atau kedua-duanya.



Ketidakseimbangan perbelanjaan di hospital dan klinik juga disebabkan oleh penyakit-penyakit yang boleh dikendalikan di penjagaan kesihatan primer atau penjagaan ambulatori, seperti asma, jangkitan saluran pernafasan dan

gastroenteritis pada masa ini dikendalikan di hospital. Keadaan ini tidak efisien dan menelan belanja yang tinggi³³. Tambahan pula, kadar kemasukan ke hospital untuk penjagaan pesakit jangka panjang seperti komplikasi kencing manis adalah sangat tinggi di Malaysia berbanding dengan negara lain³⁴.

Peningkatan trend perbelanjaan di hospital berbanding di klinik juga menunjukkan bahawa pendekatan kesihatan yang berasaskan promotif dan preventif masih kurang dijadikan keutamaan. Penekanan terhadap rawatan dan penjagaan kuratif di hospital akan memberi impak terhadap peningkatan kos, terutamanya berikutan peningkatan NCD dan penuaan masyarakat.

(c) Ketidakseimbangan antara peruntukan berbanding dengan permintaan dalam sistem kesihatan

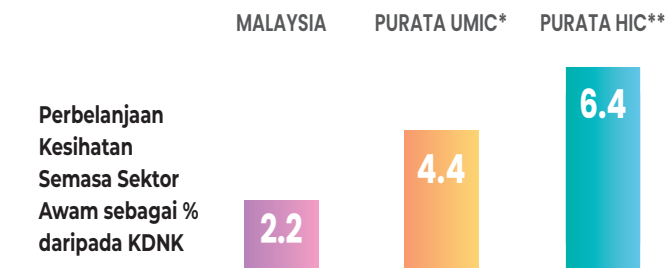
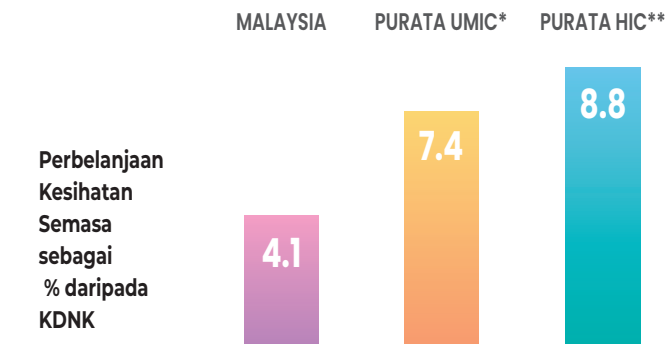
Pelaburan dalam sektor kesihatan di Malaysia masih lagi rendah. Perbelanjaan kesihatan semasa (CHE³⁵) Malaysia sebagai negara berpendapatan sederhana tinggi (*Upper Middle Income Countries* - UMIC) hanya 4.1% daripada KDNK berbanding dengan purata UMIC iaitu sebanyak 7.4% daripada KDNK dan purata di negara berpendapatan tinggi (*High Income Countries* - HIC) iaitu sebanyak 8.8% daripada KDNK. Peratusan perbelanjaan kesihatan semasa untuk sektor awam Malaysia adalah hanya 2.2% daripada KDNK, yang juga rendah berbanding dengan purata UMIC iaitu sebanyak 4.4% daripada KDNK dan purata HIC iaitu sebanyak 6.4% daripada KDNK³⁶ (Rajah 9).

33 Ibid. 6

34 Ibid. 6

35 *Current Health Expenditure (CHE) measures spending by both public and private sources on medical services and goods, public health and prevention programmes and administration, but excludes spending on capital formation/ investments (development expenditure).*

36 *Global Health Expenditure database. Available at <https://apps.who.int/nha/database>. Access on 22/09/2022.*



*UMIC - Negara Berpendapatan Sederhana Tinggi
 **HIC - Negara Berpendapatan Tinggi

Rajah 9: Perbelanjaan Kesihatan Semasa sebagai % daripada KDNK, Malaysia berbanding dengan Negara Berpendapatan Sederhana Tinggi (UMIC) & Negara Berpendapatan Tinggi (HIC), 2020

Sumber: Pangkalan Data Perbelanjaan Kesihatan Global, WHO



Tahap pelaburan sektor kesihatan yang rendah secara keseluruhan, dan yang tidak mencukupi terutamanya dalam sektor awam tidak dapat menampung keperluan semasa dan masa hadapan. Peningkatan beban penyakit, penuaan masyarakat, perkembangan teknologi, peningkatan permintaan untuk produk farmaseutikal dan barang guna habis, juga adalah antara faktor yang mendorong permintaan lebih besar terhadap pelaburan dan perbelanjaan untuk kesihatan.

Selain daripada jurang dalam penyampaian perkhidmatan, kekurangan pelaburan juga telah menjejaskan kapasiti untuk merapatkan jurang dalam infrastruktur, terutamanya dalam IT dan pendigitalan. Peranti teknologi kesihatan dan analisis data raya adalah berguna untuk menambah baik penyampaian perkhidmatan, *outcome* pesakit dan penggubalan dasar berasaskan bukti. Walau bagaimanapun, perkara asas perlu disediakan terlebih dahulu seperti rekod perubatan elektronik (EMR) yang masih belum dilancarkan sepenuhnya, manakala fasiliti dan institusi penjagaan kesihatan di sektor awam dan sektor swasta masih tidak berhubung dari segi pangkalan data kesihatan dan registri

data. Kebanyakan hospital dan klinik sektor awam tidak dikemaskini dari segi infrastruktur, perisian dan sistem IT, seperti Sistem Maklumat Kesihatan (HIS), *Tele Primary Care* (TPC) dan *Oral Health Care Information System* (OHCIS). Fungsi kesihatan awam juga perlu mengejar kemajuan dalam analisis terutamanya dalam sistem pengawasan penyakit.

Kekurangan pelaburan dalam kesihatan juga telah menjejaskan kapasiti tenaga kerja untuk kesihatan bagi memenuhi keperluan semasa, terutamanya dari segi menangani kekurangan anggota, penghasilan skop kerja baharu, pembangunan kemahiran dan pengekalan anggota di sektor awam. Kekurangan pelaburan turut menjejaskan kapasiti untuk menjalankan usaha penyelidikan sepenuhnya, bermula dari penyelidikan epidemiologi, pembangunan ubat, percubaan klinikal, hingga penyelidikan perubahan tingkah laku dan sains implementasi.

Pelaburan yang mencukupi juga diperlukan untuk mengurangkan ketidaksaksamaan antara kawasan bandar dengan luar bandar, serta mengurangkan jurang antara wilayah dari segi akses dan tahap kesihatan. Perkhidmatan penjagaan kesihatan yang pelbagai dan komprehensif perlu disediakan secara berkesan dan inovatif di kawasan yang terletak di luar dari bandar utama. Kawasan sedemikian banyak bergantung pada sumber penjagaan kesihatan sektor awam. Banyak fasiliti dan peralatan sedia ada di kawasan luar bandar dan terpencil juga perlu dibaiki atau diganti.



(d) Kekangan struktur semasa berkaitan pengurusan sumber, tadbir urus dan pengawasan

Pada masa ini, KKM berperanan sebagai pengawal selia, penggubal dasar, pembayar serta penyedia perkhidmatan kesihatan³⁷ yang merangkumi penjagaan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Peranan ini perlu diperkukuhkan supaya ia sejajar dengan keperluan semasa sistem kesihatan negara. Peranan KKM yang sedia ada sebagai penyedia perkhidmatan dan pengawal selia mempunyai kekurangan dari segi mekanisme semak dan imbang serta jaminan kualiti perkhidmatan. Pemisahan kedua-dua peranan ini diperlukan bagi memastikan pemantauan dan penilaian yang lebih konsisten merentas semua sektor kesihatan.

Peranan pengawal selia dan penggubalan dasar KKM perlu diperkukuhkan. Contohnya dalam pengawalan insurans kesihatan swasta yang pada masa ini berada di bawah bidang kuasa Bank Negara

³⁷ Penjagaan kesihatan awam dan perkhidmatan berkaitan kesihatan juga disediakan oleh Kementerian Pendidikan, Kementerian Pertahanan, Kementerian Perumahan dan Kerajaan Tempatan, Kementerian Wilayah Persekutuan dan kerajaan negeri



Malaysia (BNM). Isu seperti liputan perkhidmatan yang tidak mencukupi serta peningkatan premium dan tuntutan memerlukan KKM lebih memainkan peranan dalam tadbir urus dan pengawasan insurans kesihatan swasta bersama dengan BNM. Contoh lain adalah pembahagian yang jelas antara penjagaan kesihatan dengan penjagaan sosial untuk warga emas, orang kurang upaya (OKU) dan kumpulan rentan; pengawalan perkhidmatan penjagaan kesihatan yang dijalankan dalam talian seperti tele-rundingan dan farmasi internet; pengawalan maklumat penjagaan kesihatan dan lain-lain lagi.

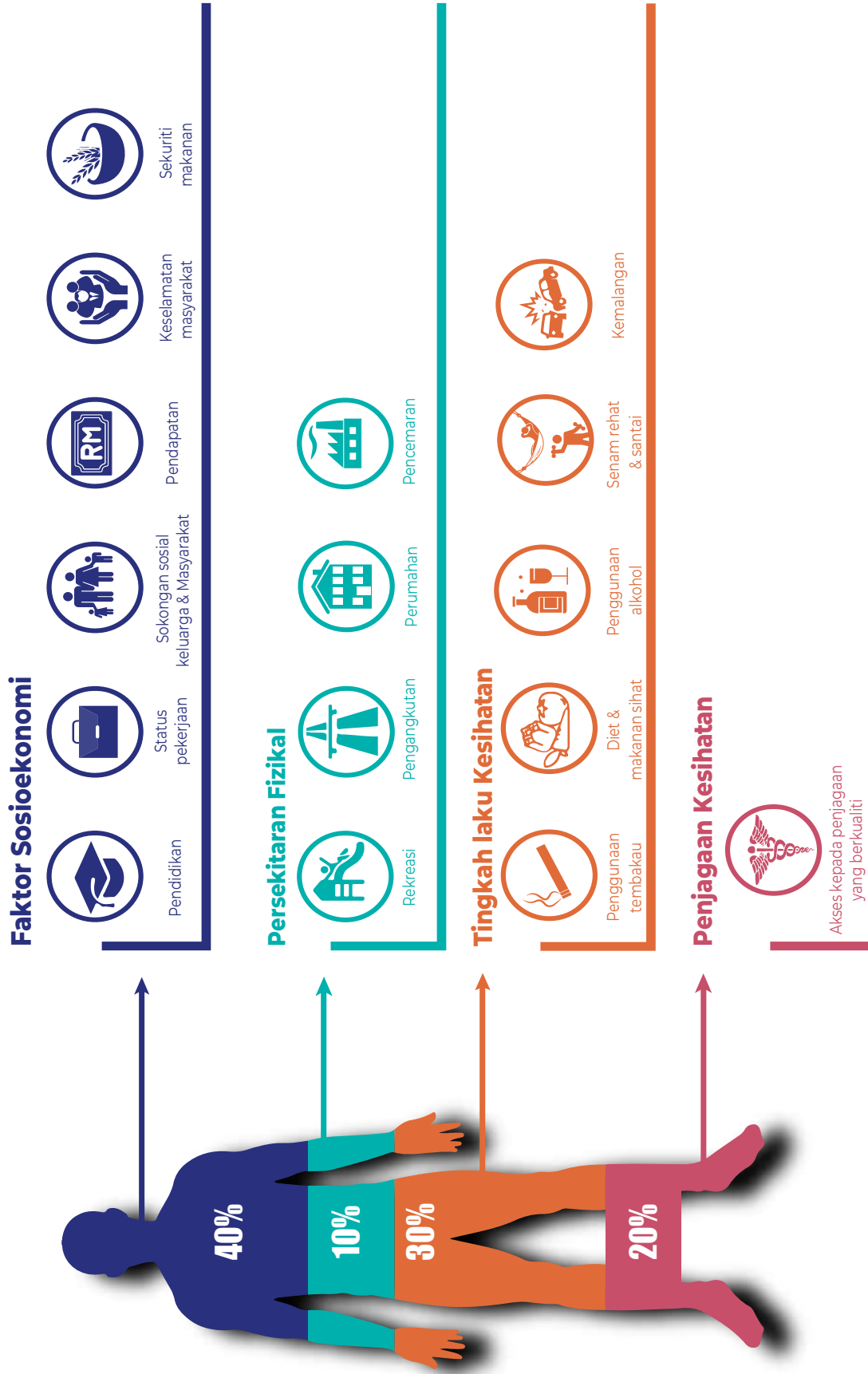
(e) Persekitaran operasi kompleks yang memerlukan koordinasi multisektor

Kesihatan seseorang individu sangat ditentukan berdasarkan faktor di sekeliling mereka. Misalnya, risiko untuk dijangkiti penyakit berjangkit adalah lebih tinggi dalam persekitaran tempat tinggal yang sangat padat. Risiko mendapat penyakit tidak berjangkit seperti kencing manis atau penyakit jantung meningkat dengan pendedahan berterusan kepada toksin seperti

makanan tidak sihat, merokok, tekanan dan pencemaran yang seterusnya dipengaruhi oleh pendapatan, persekitaran tempat tinggal, gaya hidup dan lain-lain. Faktor ini dikenali sebagai penentu sosial untuk kesihatan (*Social Determinant of Health - SDH*).

Anggaran menunjukkan bahawa akses kepada penjagaan kesihatan mungkin menyumbang hanya 20% kepada kesihatan seseorang, manakala SDH yang merangkumi faktor sosioekonomi, persekitaran fizikal dan tingkah laku kesihatan mungkin menyumbang 80% daripada faktor yang menentukan kesihatan seseorang (Rajah 10). Oleh yang demikian, tanggungjawab untuk mencapai *outcome* kesihatan rakyat yang baik tidak harus dipikul oleh KKM sahaja, malah harus dipikul oleh semua kementerian dan pihak berkepentingan yang berkaitan melalui pendekatan Kesihatan dalam Semua Dasar³⁸.

38 World Health Organization (WHO). (2014). *What you need to know about Health in all policies*.



Rajah 10: Penentu Sosial untuk Kesihatan

Sumber: *Going Beyond Clinical Walls: Solving Complex Problems (2014), Institute for Clinical Systems Improvement and the Robert Wood Johnson Foundation*





Bab 2

Tujuan, Skop dan Aspirasi Sistem Kesihatan Malaysia

2.1 Tujuan dan Skop Kertas Putih Kesihatan

Seperti yang digariskan dalam Bab 1, dalam tempoh beberapa dekad akan datang, terdapat permintaan yang signifikan terhadap sistem kesihatan Malaysia. Selaras dengan ini, Kertas Putih Kesihatan ini mencadangkan perubahan yang diperlukan bagi memastikan sistem kesihatan Malaysia dapat mengantisipasi dan memenuhi keperluan kesihatan negara yang semakin berkembang, serta mengekalkan kemampuan dan perlindungan kewangan, terutamanya golongan berpendapatan rendah dan berisiko. Perubahan penting ini perlu dilaksanakan secara berperingkat, maka komitmen dan sokongan jangka panjang diperlukan daripada semua pihak berkepentingan.

Kertas Putih Kesihatan bertujuan untuk:

1

Mengemukakan hujah bagi reformasi sistem kesihatan dengan menggariskan status semasa, jurang dan kekangan yang dihadapi oleh sistem kesihatan negara.

2

Mencadangkan penyelesaian secara berfasa merangkumi aspek penyampaian perkhidmatan, pembiayaan, tadbir urus serta organisasi dalam tempoh 15 tahun;



Kertas Putih Kesihatan dibangunkan berdasarkan proses libat urus dengan pihak berkepentingan, merangkumi pelbagai kementerian dan agensi, rakyat, sektor swasta dan pertubuhan bukan kerajaan. Kertas putih ini juga mengambil kira hasil pelbagai kajian sistem kesihatan Malaysia, menerapkan bukti tempatan dan global serta penanda aras antarabangsa.

Usaha yang dicadangkan dalam Kertas Putih Kesihatan meliputi perubahan secara sistemik dan struktural. Perincian lanjut dari segi perancangan dan pelaksanaan strategi dalam kertas putih ini akan dikemukakan dalam fasa seterusnya setelah mendapat kelulusan di Parlimen.

2.2 Aspirasi Sistem Kesihatan Malaysia dan Tonggak Reformasi

Berdasarkan penilaian keperluan beberapa kajian sistem serta sesi penglibatan dengan pelbagai pihak berkepentingan, Kertas Putih Kesihatan mencadangkan aspirasi dan matlamat berikut untuk sistem kesihatan negara:

Negara yang sihat

Peralihan paradigma daripada 'penjagaan sakit' ke arah sistem yang menyokong rakyat untuk kekal sihat atau kembali sihat. Ini melibatkan reformasi sistem kesihatan ke arah membolehkan rakyat dari semua peringkat umur termasuk golongan rentan untuk mengamalkan kehidupan sihat, meningkatkan amalan pencegahan yang berasaskan bukti seperti pemeriksaan kesihatan berkala dan pemantauan sendiri serta mengukuhkan kapasiti penjagaan kesihatan promotif dan preventif. Pendekatan Keseluruhan Negara (*Whole-of-Nation*) akan dibentuk melalui jalinan kerjasama antara Kerajaan, organisasi tidak berasaskan keuntungan, sektor swasta, kumpulan komuniti serta individu untuk menangani pelbagai faktor yang memberikan impak kepada *outcome* kesihatan. Perubahan dari segi pemikiran dan tingkah laku juga menjadi keutamaan dan tanggungjawab bersama "Semua untuk kesihatan, Kesihatan untuk semua" melalui peningkatan tahap literasi kesihatan individu dan tanggungjawab kepada kesihatan sendiri.

Sistem kesihatan yang saksama dan berpaksikan rakyat

Rakyat mempunyai liputan akses kepada perkhidmatan kesihatan yang berkualiti yang lebih dekat dan mudah dicapai. Perkhidmatan kesihatan yang diterajui oleh penjagaan kesihatan primer dalam memenuhi keperluan kesihatan individu sepanjang perjalanan hidupnya. Perkhidmatan kesihatan disediakan dengan kos yang berpatutan di samping melindungi rakyat daripada perbelanjaan kesihatan yang memudaratkan.

Sistem kesihatan yang berdaya tahan

Sistem kesihatan yang mempunyai sumber yang mencukupi untuk menyokong dan melengkapi fungsi kesihatan awam dengan pengawasan, kesiapsiagaan dan peramalan senario. Ini membolehkan sistem kesihatan mengantisipasi, mengadaptasi dan memberi respons kepada cabaran, krisis, dan keperluan kesihatan semasa

Ekosistem kesihatan yang terbuka dan inovatif

Ekosistem kesihatan yang dinamik di mana penambahbaikan dijalankan dengan komitmen yang tinggi dalam aspek pemodenan dan pendigitalan sistem kesihatan. Penyelidikan, inovasi dan pendekatan berasaskan bukti diterapkan dalam melaksanakan perubahan, membuat keputusan, mengadaptasi cara kerja baharu, dan memupuk amalan terbaik dalam penyampaian perkhidmatan kesihatan.

Sistem kesihatan yang dihargai dan dibanggakan oleh semua

Sistem kesihatan negara yang sentiasa ditambah baik secara berterusan agar lebih saksama, mudah diakses dan berdaya tahan yang dihargai dan menjadi kebanggaan rakyat Malaysia.

Kertas Putih Kesihatan mengusulkan untuk mencapai kenyataan aspirasi di atas menerusi tonggak dan strategi reformasi yang berikut (Jadual 1):



ASPIRASI

- Negara yang sihat
- Sistem kesihatan yang saksama dan berpaksikan rakyat
- Sistem kesihatan yang berdaya tahan
- Ekosistem kesihatan yang terbuka dan inovatif
- Sistem kesihatan yang dihargai dan dibanggakan semua

Tonggak & Strategi Reformasi Kesihatan

Tonggak 1

Mentransformasikan Penyampaian Perkhidmatan Kesihatan

- Mengutamakan penyampaian penjagaan kesihatan primer
- Mengoptimumkan perkhidmatan penjagaan hospital
- Mempergiat kerjasama awam-swasta yang efektif
- Memanfaatkan kemajuan teknologi digital
- Memastikan kesaksamaan akses dalam perkhidmatan kesihatan

Tonggak 2

Mempertingkatkan Promosi Kesihatan dan Pencegahan Penyakit

- Memperkukuhkan fungsi kesihatan awam
- Menambah baik kerjasama dan penyelarasan inter sektor untuk kesihatan
- Memberi insentif kepada amalan dan tingkah laku pro- kesihatan

Tonggak 3

Memastikan Pembiayaan Kesihatan yang Mampan dan Saksama

- Meningkatkan pelaburan untuk kesihatan
- Memastikan rakyat menerima perkhidmatan komprehensif yang tidak terikat kepada kemampuan
- Memastikan perbelanjaan penjagaan kesihatan yang cekap dan berkesan

Tonggak 4

Memperkukuhkan Landasan dan Tadbir Urus Sistem Kesihatan

- Memperkukuhkan peranan KKM melalui penstrukturan semula
- Menambah baik dasar, perundangan dan peraturan
- Memantapkan tenaga kerja untuk kesihatan
- Merangsang penyelidikan, inovasi dan pendekatan berasaskan bukti



Bab 3

Tonggak dan Strategi Reformasi Kesehatan

3.1 Tonggak 1: Mentransformasikan Penyampaian Perkhidmatan Kesehatan

Tonggak ini merangkumi penambahbaikan sistemik dan berstruktur yang berkaitan dengan penyampaian perkhidmatan kesihatan. Prinsip utama tonggak pertama adalah: penyampaian perkhidmatan yang lebih efektif merentasi penjagaan primer, sekunder dan tertier; penggunaan kapasiti dan keupayaan yang lebih berkesan dalam sektor awam dan swasta; penambahbaikan yang signifikan dari segi keberkesanan operasional; dan penambahbaikan berterusan dari segi akses kepada perkhidmatan kesihatan.

5 strategi reformasi

Mengutamakan penyampaian penjagaan kesihatan primer



Mengoptimalkan perkhidmatan penjagaan hospital



Mempergiat kerjasama awam-swasta yang efektif



Memanfaatkan kemajuan teknologi digital



Memastikan kesaksamaan akses dalam perkhidmatan kesihatan



3.1.1 Mengutamakan penyampaian penjagaan kesihatan primer³⁹

Penambahbaikan tahap kesihatan negara untuk jangka panjang memerlukan peralihan kepada model perkhidmatan baharu melalui penyampaian perkhidmatan penjagaan kesihatan yang lebih komprehensif dan lebih dekat dengan komuniti. Bagi mencapai matlamat ini, PHC akan berperanan sebagai barisan pertahanan pertama untuk memantau dan mengurus status kesihatan penduduk. Sumber untuk kesihatan bagi penjagaan kesihatan primer akan dipertingkatkan dari segi peruntukan, sumber manusia, fasiliti dan kelengkapan bagi menyeragamkan perkhidmatan seperti yang diperlukan untuk sistem kesihatan negara.

PHC akan menjadi kontak pertama yang menyediakan pelbagai jenis perkhidmatan kesihatan yang lebih komprehensif, termasuk penjagaan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif⁴⁰ yang berpaksikan rakyat serta lebih dekat dengan komuniti.

Setiap individu akan didaftarkan kepada penyedia perkhidmatan PHC pilihan sendiri yang berdekatan dengan rumah atau tempat kerja mereka secara berperingkat.

Penyampaian perkhidmatan PHC akan dikendalikan oleh pasukan PHC yang akan ditubuhkan, dan pasukan ini terdiri daripada ahli profesional multidisiplin. Peranan pasukan PHC akan diperkukuhkan⁴¹ secara berperingkat seiring dengan peluasan pakej manfaat kesihatan yang lebih komprehensif yang akan disediakan secara progresif.

Pasukan PHC akan bertanggungjawab untuk memantau status kesihatan populasi yang telah berdaftar dengan klinik atau kawasan operasi masing-masing. Ini akan memupuk hubungan jangka panjang antara pesakit dengan doktor serta dapat mempertingkatkan kualiti dan kesinambungan penjagaan serta pematuhan pesakit kepada rawatan penyakit. Koordinasi penyampaian perkhidmatan merentas pelbagai peringkat penjagaan serta sektor akan ditambah baik melalui penyelarasan



39 Penjagaan kesihatan primer ialah pendekatan kesihatan bersifat keseluruhan masyarakat yang bertujuan untuk memastikan tahap kesihatan dan kesejahteraan yang tertinggi, serta pengagihan yang saksama. Hal ini dicapai dengan memberikan tumpuan pada keperluan rakyat seawal yang mungkin di sepanjang kontinum hidup, bermula dari pencegahan penyakit, rawatan, pemulihan hingga ke penjagaan paliatif.

40 Sama ada disampaikan di fasiliti PHC, di rumah pesakit atau secara dalam talian.

41 Pasukan PHC paling asas - sekurang-kurangnya terdiri daripada doktor, paramedik seperti penolong pegawai perubatan atau jururawat dan pegawai farmasi. Anggota profesional yang lain akan disertakan dalam pasukan PHC secara progresif, mengikut keperluan. Konsep pasukan PHC akan terpakai untuk pasukan kesihatan bergerak yang bertugas di kawasan terpencil, mengikut keperluan di kawasan tersebut.

oleh pasukan PHC terutamanya untuk rujukan kepada pakar perubatan atau bagi kemasukan ke hospital dengan penggunaan rekod perubatan elektronik (EMR) yang akan memudahkan prosedur maklum balas antara setiap peringkat penjagaan dan fasiliti kesihatan.

Transformasi PHC akan dimulakan dengan sektor awam bagi meningkatkan akses dan seterusnya akan merangkumi sektor swasta secara berperingkat. Akses kepada perkhidmatan PHC juga akan diperkukuhkan melalui penambahbaikan dari segi operasi termasuk penjadualan janji temu, pelanjutan waktu operasi yang lebih mesra rakyat, penggunaan sistem telekesihatan dan sebagainya. Latihan dan pembangunan kapasiti bagi penyedia perkhidmatan penjagaan PHC akan dilaksanakan untuk merealisasikan konsep pasukan PHC dan kualiti penjagaan kesihatan.

Seiring dengan peredaran masa dan kemajuan berterusan dalam teknologi penjagaan kesihatan, infrastruktur sistem maklumat kesihatan dan analitik di PHC juga akan ditambah baik. Pelaksanaan autonomi pengurusan, operasi dan kewangan juga akan dimulakan secara berperingkat untuk penyedia penjagaan kesihatan primer sektor awam mengikut kebolehlaksanaan.

Penjagaan kesihatan yang diperkukuhkan adalah untuk mencapai *outcome* kesihatan yang lebih baik secara mampan untuk jangka masa yang panjang. Kejayaan transformasi PHC akan membantu mengurangkan permintaan penjagaan kesihatan secara beransur-ansur di fasiliti sekunder dan tertier di samping mengurangkan prevalen penyakit melalui diagnosis dan intervensi penyakit lebih awal serta pengurusan penyakit yang lebih baik sepanjang hayat seseorang individu. Reformasi ini juga bertujuan untuk mencapai tahap koordinasi yang baik dan optimum merentasi pelbagai peringkat penjagaan kesihatan dan penyedia perkhidmatan kesihatan daripada pelbagai sektor.

Program perintis untuk melaksanakan konsep *Enhanced Primary Health Care (EnPHC)* telah dimulakan sejak tahun 2017, namun transformasi jangka panjang ini perlu disokong dengan inisiatif lain yang saling berkait. Kertas Putih Kesihatan mencadangkan agar usaha ini ditambah baik dan dipertingkatkan melalui aktiviti berikut:

01

Mengkaji semula dan menambahbaik pelan induk EnPHC dengan mengambil kira penemuan penting daripada program perintis, mengintegrasikan lebih banyak hubungan merentasi sektor, meneliti keperluan bagi latihan dan peningkatan kemahiran.

02

Memperkukuhkan peranan tadbir urus dan pengawasan KKM, termasuk mengkaji semula dan mengemas kini akreditasi dan standard prestasi bagi penyedia perkhidmatan PHC termasuk sektor awam, swasta serta fasiliti dan organisasi yang berasaskan bukan keuntungan.

03

Membangunkan kerangka yang komprehensif untuk kerjasama sektor awam dan swasta dalam aspek penyediaan perkhidmatan PHC, termasuk mekanisme untuk memastikan penerapan perkhidmatan berasaskan nilai⁴² dan liputan penyampaian perkhidmatan yang lebih baik di seluruh negara.

04

Melaksanakan EMR dan ELHR yang selamat dengan integrasi operasi antara penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan.

05

Membangunkan dan melaksanakan keperluan sumber manusia untuk transformasi PHC, termasuk menentukan jawatan baru, latihan dan kelayakan.

06

Merancang dan melaksanakan inisiatif autonomi penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan secara berperingkat.

3.1.2 Mengoptimumkan perkhidmatan penjagaan hospital

Seiring dengan langkah transformasi penjagaan kesihatan primer (PHC), perkhidmatan penjagaan hospital dalam sektor awam juga akan distruktur semula bagi meningkatkan prestasi dan efisiensi serta diorientasikan ke arah penjagaan kes akut dan penyakit yang kompleks. Prestasi dan kualiti perkhidmatan hospital juga akan dipertingkatkan melalui pelbagai inisiatif utama.

Ambulatory care-sensitive conditions seperti jangkitan paru-paru dan saluran pernafasan, diarea dan penyakit lelah yang lebih sesuai diurus pada peringkat PHC dan komuniti akan dipindahkan secara berperingkat daripada hospital ke PHC. Penjagaan jangka panjang, contohnya untuk warga emas atau pengurusan penyakit NCD dengan komplikasi juga secara progresif akan dikendalikan di luar fasiliti hospital secara kolaboratif dengan penyedia perkhidmatan penjagaan sosial, pemulihan atau paliatif, termasuk dalam komuniti. Pengurusan penjagaan peralihan seperti penjagaan selepas pembedahan juga akan diuruskan di peringkat komuniti untuk mengurangkan kemasukan semula kes ke hospital selepas discaj.

Ambulatory care-sensitive conditions seperti jangkitan paru-paru dan saluran pernafasan, diarea dan penyakit lelah lebih sesuai diurus pada peringkat PHC dan komuniti

42 Penjagaan kesihatan berasaskan nilai ialah sebuah model penyampaian penjagaan kesihatan yang menggunakan *outcome* kesihatan pesakit dan kualiti penyampaian sebagai asas untuk menentukan bayaran kepada penyedia, termasuk hospital dan pakar perubatan. Di bawah perjanjian penjagaan berasaskan nilai, penyedia diberi insentif untuk membantu pesakit memperbaiki status kesihatan mereka, mengurangkan kesan dan insiden penyakit kronik, serta hidup secara lebih sihat dengan cara yang berasaskan bukti.

Prestasi dan efisiensi hospital di sektor awam akan ditambah baik melalui inisiatif autonomi hospital⁴³. Pemberian tahap autonomi akan dilakukan secara berperingkat berdasarkan kerangka pengurusan yang akan ditetapkan. Inisiatif autonomi akan sejajar dengan usaha konsep kluster di mana hospital sektor awam di kawasan yang sama akan disusun atur bagi meningkatkan lagi kecekapan dalam pentadbiran serta pengurusan perolehan, sumber manusia serta perkongsian sumber-sumber lain untuk kesihatan⁴⁴ melalui kerjasama antara fasiliti dalam kluster tersebut. Konsep kluster juga akan berfungsi sebagai platform untuk penyampaian perkhidmatan klinikal yang lebih bersepadu merentas fasiliti. Konsep kluster hospital akan diperluaskan di hospital daerah dan hospital pakar KKM secara berperingkat serta ke fasiliti awam lain di bawah Kementerian Pendidikan Tinggi dan Kementerian Pertahanan.

Pelaburan ke arah pembangunan modal insan bagi membina keupayaan pengurusan yang lebih baik juga diperlukan dalam inisiatif autonomi hospital di sektor awam. Pemetaan tenaga kerja untuk kesihatan di fasiliti hospital juga akan dikaji semula dan dikemaskini secara menyeluruh agar memenuhi keperluan semasa dan masa hadapan. Selain itu, sistem maklumat hospital akan dinaik taraf dan kecekapan serta keberkesanan hospital akan dipertingkatkan melalui penggunaan rekod perubatan elektronik (EMR) dan rekod kesihatan sepanjang hayat (ELHR).



Kerjasama awam-swasta akan diperluaskan di peringkat perkhidmatan penjagaan hospital dalam aspek perolehan perkhidmatan daripada sektor swasta secara strategik. Selain meningkatkan akses rakyat kepada perkhidmatan kesihatan, kerjasama ini juga mengoptimumkan penggunaan sumber kesihatan di fasiliti-fasiliti hospital awam dan juga di antara fasiliti hospital awam dan swasta. Hubungan kerjasama awam-swasta bagi perkhidmatan penjagaan pra-hospital dan perkhidmatan ambulans akan turut dipertingkatkan supaya ia lebih responsif.

43 Laporan Bank Dunia (2012) tentang pelaksanaan inisiatif autonomi hospital di Vietnam menunjukkan peningkatan pelaburan modal hospital, pertambahan jenis perkhidmatan penjagaan kesihatan yang disediakan, peningkatan dari segi penggunaan hospital, pertumbuhan pendapatan kakitangan perubatan hospital awam, pertumbuhan jumlah hasil hospital, pengurangan kos secara keseluruhan dan penggunaan sumber manusia yang lebih berkesan.

44 Kajian oleh Ng RJ (2020) tentang inisiatif hospital kluster menunjukkan bahawa pesakit dapat memperoleh perkhidmatan pakar dengan lebih mudah, penjagaan yang lebih berkualiti dengan masa menunggu yang lebih pendek, masa perjalanan yang lebih singkat serta perbelanjaan duit poket yang lebih rendah.

Usaha reformasi untuk mengoptimumkan perkhidmatan hospital kini berada dalam peringkat perancangan. Bagi meneruskan dan memperluaskan usaha ini, Kertas Putih Kesihatan mencadangkan inisiatif seperti berikut:

01 Memindahkan <i>ambulatory care-sensitive conditions</i> secara berperingkat.	02 Memperluaskan inisiatif kluster fasiliti kesihatan.	03 Merancang dan melaksanakan inisiatif autonomi hospital secara berperingkat.
04 Membangunkan kerangka yang komprehensif untuk kerjasama sektor awam dan swasta dalam aspek penyediaan perkhidmatan hospital, termasuk mekanisme untuk memastikan penerapan perkhidmatan berasaskan nilai ⁴⁹ dan liputan penyampaian perkhidmatan yang lebih baik di seluruh negara.	05 Melaksanakan EMR dan ELHR yang selamat dengan integrasi operasi antara penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan.	06 Membangunkan dan melaksanakan keperluan sumber manusia untuk mengoptimumkan penjagaan hospital, termasuk menentukan perjawatan baru, latihan dan kelayakan.

3.1.3 Mempertingkatkan kerjasama awam-swasta yang efektif

Kerjasama yang efektif antara sektor awam dan swasta akan mengoptimumkan penggunaan sumber untuk kesihatan merentasi sektor awam, swasta serta sektor bukan berasaskan keuntungan. Hasilnya, rakyat akan mendapat akses yang lebih baik kepada pelbagai perkhidmatan kesihatan yang lebih dekat dengan tempat tinggal mereka, tidak kira sama ada penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan itu daripada sektor awam, swasta atau sektor bukan berasaskan keuntungan. Fasiliti penjagaan kesihatan awam juga akan menjadi kurang sesak dan masa menunggu akan menjadi lebih pendek, terutamanya bagi prosedur dengan permintaan tinggi.

Satu kerangka yang kukuh akan dibangunkan untuk mempertingkatkan kerjasama awam-swasta terutamanya untuk melaksanakan perolehan perkhidmatan penjagaan kesihatan dan ubat-ubatan daripada sektor swasta secara strategik. Kerangka ini akan menggariskan peranan dan fungsi Pembeli Strategik (*Strategic Purchaser*), model pembayaran berasaskan nilai, tadbir urus serta kawal selia bagi memastikan perkhidmatan kesihatan yang berkualiti disampaikan kepada rakyat.

45 Ibid 42

Pada peringkat penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan, hubungan kerjasama antara sektor awam dan swasta akan diperkukuhkan lagi melalui pelaksanaan perkongsian rekod perubatan dan maklumat agar proses rujukan dan maklum balas berjalan dengan lancar. Ini akan memudahkan pergerakan pesakit merentas antara sektor dengan lebih efisien.

Kerjasama awam-swasta yang efektif akan mengurangkan ketidakseimbangan beban kerja, mengoptimalkan penggunaan sumber antara sektor awam dan swasta serta menambah baik akses rakyat kepada perkhidmatan penjagaan kesihatan, termasuk perkhidmatan di peringkat komuniti. Kerjasama antara sektor yang lebih efektif juga dapat memberikan perkhidmatan penjagaan kesihatan dengan kos yang berpatutan di setiap peringkat penjagaan kesihatan.

Pada masa ini, hubungan kerjasama antara sektor awam dan swasta masih berada dalam peringkat awal. Antara inisiatif yang pernah dan sedang dilaksanakan adalah seperti program vaksinasi COVID-19 dan saringan PeKa B40. Oleh itu, kertas putih ini mencadangkan supaya inisiatif kerjasama awam-swasta dipergiatkan dengan inisiatif berikut:



01

Membangunkan kerangka yang komprehensif untuk perolehan perkhidmatan dan hubungan kerjasama awam-swasta dalam penyampaian perkhidmatan penjagaan kesihatan, model pembayaran berasaskan nilai, unjuran permintaan dan bekalan, pengukuhan fungsi Pembeli Strategik dan komponen utama lain.

02

Mengkaji semula dan mengemas kini standard prestasi bagi penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan merentasi sektor awam, swasta dan sektor tidak berasaskan keuntungan.

03

Melaksanakan EMR dan ELHR yang selamat dengan integrasi operasi antara penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan.

3.1.4 Memanfaatkan kemajuan teknologi digital

Rekod perubatan elektronik (EMR) dan rekod kesihatan sepanjang hayat elektronik (ELHR) akan dilancarkan secara berperingkat. Rekod ini akan mengandungi status kesihatan individu, sejarah perubatan dan maklumat-maklumat lain yang berkaitan. Pelaksanaan EMR dan ELHR yang bersepadu akan memudahkan perkongsian maklumat antara penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan secara lancar dan selamat.

Rakyat akan diberi hak untuk memegang data peribadi masing-masing dan boleh memberi akses data kesihatan mereka kepada penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan dan Kerajaan bila diperlukan, sekali gus memastikan privasi dan kerahsiaan data kesihatan peribadi. EMR dan ELHR

bukan sahaja akan digunakan sebagai repositori data sejarah perubatan rakyat, malah kedua-dua rekod ini juga akan digunakan bagi membangunkan pelan penjagaan kesihatan peribadi secara pintar untuk masa hadapan.

Sistem kesihatan juga akan diperbaiki secara berterusan supaya dapat beroperasi dengan lebih cekap dan lebih berinovasi. Pendigitalan akan dipertingkatkan melalui pelaksanaan sistem telekesihatan untuk menambah baik akses bagi kumpulan penduduk yang sukar dicapai, serta melalui penjadualan janji temu, sistem maklumat makmal dan melalui sistem-sistem lain untuk memudahkan dan menambah baik tahap responsif sistem kesihatan. Pesakit yang stabil akan dapat berunding dengan doktor mereka tanpa perlu hadir secara fizikal ke klinik, justeru menjimatkan masa dan wang. Sehubungan dengan itu, infrastruktur, peralatan dan perisian IT akan dinaik taraf secara berperingkat agar pendigitalan sistem kesihatan dapat dilaksanakan secara meluas.

Analisis data kesihatan seluruh negara akan memberi pemahaman yang lebih terperinci mengenai penyakit dan membolehkan pendekatan yang lebih bersasar dalam penilaian risiko, pencegahan penyakit, diagnosis, pengelasan penyakit, penyiasatan klinikal dan rawatan.

Inisiatif pendigitalan kini berada dalam peringkat perancangan dan projek rintis. Kertas Putih Kesihatan mencadangkan supaya inisiatif berikut direalisasikan sepenuhnya:

Melaksanakan Pelan Induk ICT KKM termasuk pelancaran EMR dan ELHR secara berfasa; membangunkan Pusat Pertukaran Maklumat Kesihatan (electronic health information exchange – HIE) sebagai platform integrasi dan perkongsian yang selamat; dan mengukuhkan keupayaan sumber manusia dalam sistem maklumat dan analisis data.

Melaksanakan garis panduan baharu, prosedur operasi standard (SOP) dan latihan untuk mengintegrasikan pendigitalan merentas fasiliti dan sektor.

Mengkaji semula strategik dan pelaksanaan inisiatif untuk mengukuhkan kerangka dasar, proses dan keupayaan kawal selia yang mengawal perlindungan dan privasi data kesihatan.



3.1.5 Memastikan kesaksamaan akses dalam perkhidmatan kesihatan

Isu akses kepada perkhidmatan penjagaan kesihatan masih merupakan cabaran bagi sesetengah golongan rakyat yang berhadapan dengan sistem kesihatan yang mempunyai sumber terhad. Keutamaan akan diberi kepada aspek perancangan dan pemantauan sumber agar kumpulan berisiko dapat menerima perkhidmatan penjagaan kesihatan yang mencukupi dan menangani ketidakaksamaan sistemik dari segi kesihatan.

Polisi dan pendekatan semasa akan dikaji semula dan dikemaskini bagi menangani ketidaksamaan atau jurang kesihatan dalam negara untuk memudahkan pelaksanaan usaha yang lebih bersepadu pada masa hadapan, terutamanya usaha yang melibatkan koordinasi merentasi pelbagai pihak berkepentingan. Dengan ini, ketidaksamaan kesihatan antara wilayah dan antara golongan masyarakat akan dapat dikurangkan serta dipantau lebih baik. Contohnya, populasi warga emas yang semakin bertambah memerlukan respons bersepadu bagi menangani keperluan kesihatan mereka. Di samping memperkukuhkan platform koordinasi dengan kementerian dan agensi yang berkaitan dengan penjagaan sosial, strategi kesiapsiagaan sistem kesihatan untuk menghadapi keperluan penuaan masyarakat pada masa hadapan perlu dikaji semula dan ditambah baik. Unjuran permintaan bagi perkhidmatan, fasiliti, sumber manusia, teknologi dan peruntukan akan dimasukkan ke dalam skop itu, begitu juga dengan pilihan untuk memperluaskan pakej manfaat kesihatan dan skim caruman agar meliputi penjagaan jangka panjang.

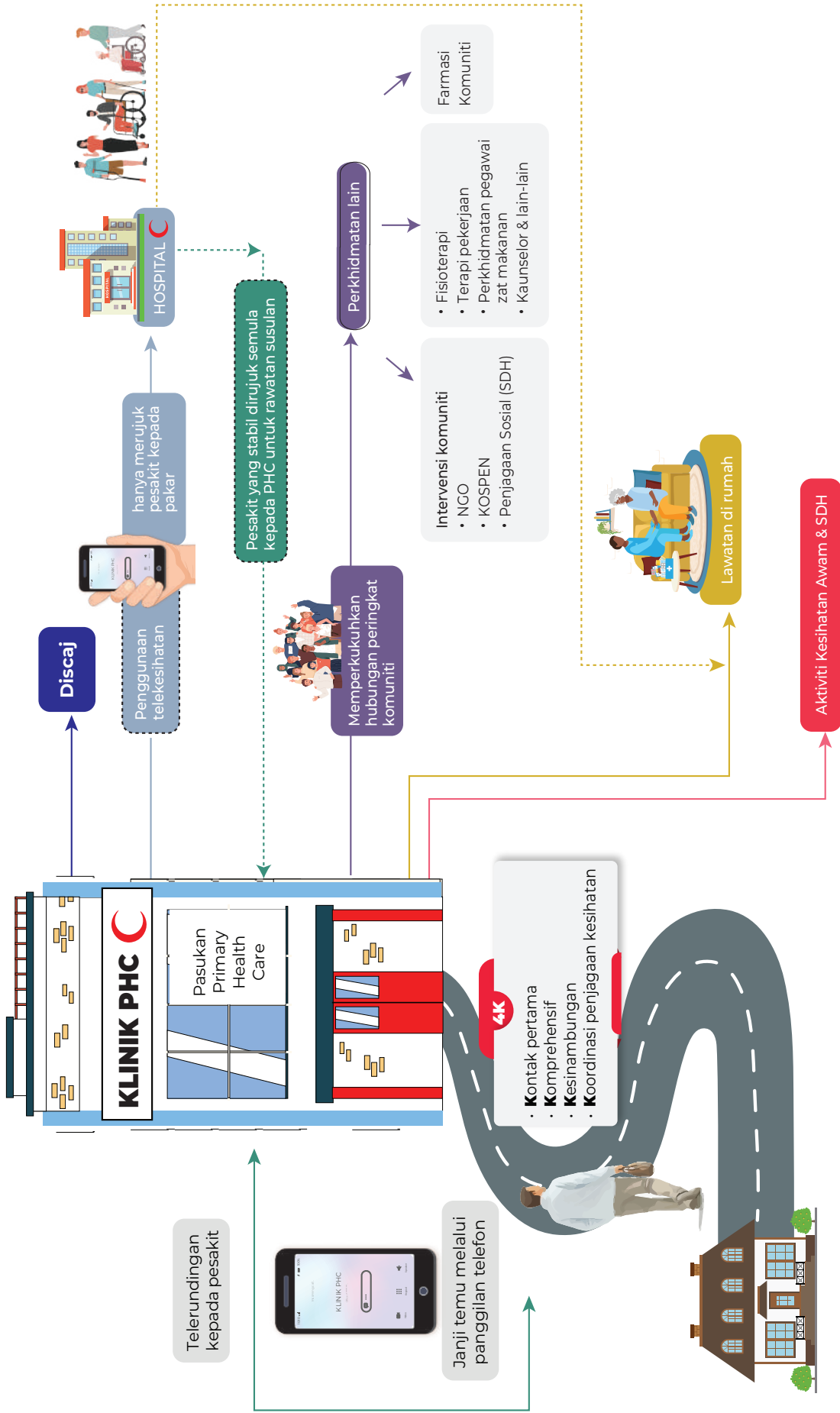
Ciri geografi dan sosioekonomi terutamanya di Sabah dan Sarawak menimbulkan cabaran khusus dari segi kesaksamaan dalam penyampaian dan liputan penjagaan kesihatan. Kerjasama rapat akan dijalin bersama wakil negeri untuk menambah baik proses membuat keputusan yang melibatkan peruntukan sumber, perancangan, modaliti perkhidmatan, teknologi dan sumber manusia mengikut keperluan semasa.

Selain itu, penyediaan penjagaan kesihatan kepada penduduk bukan warganegara yang termasuk orang tidak berdokumen, orang tanpa kerakyatan, pekerja asing, orang pelarian dan pencari suaka adalah cabaran yang memerlukan perhatian. Garis panduan dan dasar rentas sektor sedia ada perlu dikaji semula demi memperbaiki akses penjagaan kesihatan bagi semua golongan ini.

Akses dan kualiti penjagaan kesihatan bagi golongan rentan dan berisiko tinggi, seperti Orang Asal, orang kurang upaya, orang yang menghidap atau berisiko menghidap HIV, mangsa keganasan rumah tangga dan penderaan, banduan, gelandangan serta kumpulan lain yang memerlukan sokongan atau perlindungan akan diteliti dan ditambahbaik. Platform dan kaedah yang digunakan pada masa ini untuk penyelarasan dengan kementerian dan komuniti yang berkaitan juga akan diperkukuhkan supaya dapat menampung keperluan kesihatan golongan rentan ini.

Penyediaan perkhidmatan penjagaan kesihatan yang lebih mudah diakses memerlukan usaha berterusan oleh Kerajaan dan KKM, dan mencadangkan inisiatif seperti berikut:

- 01** Mengkaji semula strategi kesiapsiagaan sistem penjagaan kesihatan untuk menangani keperluan penuaan masyarakat pada masa hadapan.
- 02** Memperkukuhkan koordinasi antara agensi dan sektor berkenaan dasar dan program yang melibatkan golongan warga emas, termasuk menggalakkan penuaan secara sihat.
- 03** Meneliti semula strategi untuk menambah baik peruntukan sumber, perancangan, modaliti perkhidmatan, teknologi dan sumber manusia mengikut keperluan.
- 04** Mengkaji semula dasar dan operasi bagi liputan dan penyampaian perkhidmatan untuk golongan rentan dan berisiko tinggi.



Gambaran keseluruhan pengalaman pesakit pada masa hadapan hasil daripada reformasi terhadap penyampaian perkhidmatan seperti dicadangkan dalam Kertas Putih Kesihatan

3.2 Tonggak 2: Mempertingkatkan Promosi Kesihatan dan Pencegahan Penyakit

Tonggak reformasi ini merangkumi penambahbaikan sistemik dan struktural yang bertujuan mengorientasikan semula ekosistem kesihatan supaya promosi kesihatan dan pencegahan penyakit dapat diintegrasikan secara asasnya dalam semua dasar, garis panduan, amalan dan kehidupan harian. Prinsip utama tonggak ini termasuk: meningkatkan keberkesanan dasar dan aktiviti kesihatan awam oleh KKM; mekanisme yang lebih baik untuk meningkatkan pemilikan dan penyelarasan di semua pihak berkepentingan yang berkaitan dalam ekosistem kesihatan; dan peningkatan memanfaatkan penambahbaikan dalam teknologi dan sains tingkah laku supaya langkah pencegahan yang lebih berkesan akan diperkenalkan.



3.2.1 Memperkukuhkan fungsi kesihatan awam

Fokus dalam bidang kesihatan awam perlu diperkukuhkan bagi menambah baik tahap kesihatan negara yang ketika ini berhadapan dengan peningkatan insiden NCD dan ancaman penyakit berjangkit. Selaras dengan anjakan paradigma ke arah pendekatan promotif dan preventif yang lebih berkesan, fungsi dan aktiviti berkaitan kesihatan akan diperkukuhkan melalui kajian semula dan penambahbaikan mandat, peruntukan, sumber manusia, IT, penyelidikan dan input pemboleh daya lain⁴⁶.

Perkongsian data klinikal dan penyelidikan serta keupayaan analitis, khususnya dalam Sistem Maklumat Geografi (GIS) dan *Artificial Intelligence* (AI) akan dipertingkatkan untuk mengukuhkan pengawasan penyakit, pemantauan dan analisis risiko di peringkat komuniti. Pengumpulan data dan analitis yang dipertingkatkan juga akan memacu lebih banyak intervensi pencegahan di bidang kesihatan awam berasaskan bukti seperti program vaksinasi awam, program saringan komuniti dan program pemakanan. Selain itu, keupayaan pandangan jauh (*foresight*) dalam kesihatan awam juga

**Anjakan
paradigma
ke arah
pendekatan
promotif
dan
preventif
yang lebih
berkesan**

46 Ministry of Health (2022). *An overview of Disaster Life Support in Disaster Management*.



akan dapat diperkukuhkan untuk antisipasi impak kesihatan masa hadapan berkaitan perubahan iklim dan kesihatan planet.

Penambahbaikan dari segi pengumpulan data dan analitis juga akan digunakan ke arah memperkukuhkan usaha kesiapsiagaan dan respons terhadap krisis kesihatan negara. Kemelut pandemik COVID-19 telah menguji kapasiti dan daya tahan serta jelas menampakkan jurang dan kekangan dalam sistem kesihatan negara, terutamanya berkaitan dengan penyelarasan merentas agensi dan sempadan.

Kerjasama antarabangsa dan dalam rantau Asia Tenggara akan dipertingkatkan dengan menggunakan rangkaian makmal rujukan serantau serta rangkaian komunikasi respons pantas. Bagi memastikan tahap kesiapsiagaan dan respons yang cepat terhadap krisis kesihatan awam, Pusat Kawalan Penyakit Negara akan ditubuhkan untuk menjadi asas bagi kesiapsiagaan dan respons terhadap penyakit berjangkit dan menyelaraskan pengagihan tenaga kerja untuk kesihatan semasa krisis. Pandemik COVID-19 juga telah menunjukkan betapa pentingnya untuk memastikan ketersediaan peralatan perubatan, diagnostik dan ubatan penting yang mencukupi. Oleh itu, strategi baharu akan dibangunkan untuk menangani isu ini termasuk memudahkan peningkatan pengeluaran tempatan.

Fungsi komunikasi awam dan program *outreach* akan dipertingkatkan dengan menggabungkan pandangan daripada sains tingkah laku serta kerjasama sektor awam dengan swasta untuk meningkatkan penggunaan perkhidmatan kesihatan preventif, pengamalan gaya hidup yang sihat, pengawalan penyakit berjangkit dan menangani maklumat kesihatan yang salah. Selain bekerja rapat dengan penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan, aktiviti *outreach* kesihatan awam akan disokong oleh sukarelawan kesihatan komuniti⁴⁷ dengan cara yang lebih tersusun dan berinsentif untuk memastikan keberkesanan dan kesinambungan.

47 Di bawah program pemerikasaan komuniti seperti KOSPEN, MyChampion dan organisasi berasaskan komuniti yang lain.

Komunikasi dan program *outreach* akan dipertingkatkan selanjutnya dengan usaha yang lebih bersepadu untuk menambah baik kandungan dan penyampaian pendidikan kesihatan di sekolah, tempat kerja dan lain-lain perkara. Aktiviti *outreach* kesihatan awam juga akan diperkukuhkan untuk merapatkan jurang kesihatan antara kumpulan yang rentan dan masyarakat umum.

Objektif kesihatan awam akan disampaikan dengan lebih komprehensif dengan sokongan perundangan dan badan penguatkuasaan yang berkenaan. Pelaksanaan amalan kesihatan awam yang berasaskan bukti di dalam dasar, perundangan dan peraturan akan ditingkatkan jika bersesuaian. Sumber dan proses untuk menguatkuasakan peraturan kesihatan awam akan diperkukuhkan. Bagi meningkatkan kapasiti dan mandat kesihatan awam di Malaysia, sebuah agensi akan ditubuhkan untuk menyelaras dan memacu usaha promosi kesihatan dan pencegahan penyakit pada peringkat kebangsaan.

Penguatkuasaan fungsi kesihatan awam akan meningkatkan dan melindungi tahap kesejahteraan komuniti dan populasi Malaysia secara menyeluruh. Program berasaskan komuniti akan memainkan peranan penting untuk menggalakkan tingkah laku sihat dalam kalangan penduduk dan mengurangkan prevalen penyakit kronik seperti penyakit jantung dan diabetes serta wabak dan penyebaran penyakit berjangkit akan boleh dicegah dengan lebih berkesan dengan penggunaan vaksin. Komunikasi dan program *outreach* kesihatan yang lebih baik juga akan memperkasakan masyarakat agar mereka dapat menangani maklumat kesihatan yang salah. Rakyat akan lebih berdaya tahan untuk menghadapi ancaman terhadap kesihatan dan kesejahteraan mereka.

Inisiatif untuk mengukuhkan rangkaian fungsi kesihatan awam berada pada peringkat konseptual atau perancangan. Kertas Putih Kesihatan mencadangkan tindakan susulan seperti berikut:

01

Menaik taraf program pengawasan, pemantauan dan intervensi kesihatan awam secara berperingkat melalui rangkaian data kesihatan kebangsaan dan inisiatif analitis.

02

Menubuhkan Pusat Kawalan Penyakit Negara.

03

Menjalankan kajian semula strategik dan peningkatan fungsi komunikasi dan *outreach* kesihatan awam, disokong oleh rangkaian yang lebih kukuh dengan unit penyelidikan tingkah laku, penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan, korporat dan sukarelawan komuniti.

04

Menjalankan kajian semula bagi keperluan pendanaan, IT dan keperluan sumber manusia untuk kesihatan awam, termasuk fungsi penguatkuasaan.

05

Memperkukuhkan program penyelidikan di Institut Kesihatan Negara serta kerjasama dengan institusi akademik dan institusi penyelidikan lain untuk menguatkan asas bukti bagi intervensi kesihatan awam.



3.2.2 Menambah baik kerjasama dan penyelarasan inter sektor untuk kesihatan

Kesihatan adalah teras kesejahteraan masyarakat serta kestabilan dan kemakmuran sesebuah negara. Walau bagaimanapun, tahap kesihatan bukan sahaja ditentukan oleh akses kepada perkhidmatan penjagaan kesihatan tetapi juga dipengaruhi oleh faktor sosial, budaya, ekonomi dan persekitaran yang berada di luar bidang kuasa KKM dan petugas kesihatan. Bagi merealisasikan kesihatan pada semua peringkat, ia memerlukan tanggungjawab bersama dan koordinasi merentasi pihak berkepentingan Kerajaan dan bukan kerajaan.

Negara kita bakal menghadapi cabaran untuk memastikan masyarakat menua yang sihat serta mengurangkan isu kerentanan dalam kalangan masyarakat kita yang semakin menua. Penyelarasan dan jalinan kerjasama perlu dikukuhkan bersama kementerian dan agensi lain yang berkaitan melalui jawatankuasa antara kementerian untuk melaksanakan fungsi dan keperluan bersama antara sistem penjagaan kesihatan dengan sistem penjagaan sosial yang merangkumi penjagaan jangka panjang untuk warga emas.

Untuk mencapai *outcome* kesihatan dan SDH dengan lebih meluas, pendekatan keseluruhan Kerajaan akan ditambah baik dengan mewujudkan sikap tanggungjawab bersama dan koordinasi merentasi pelbagai kementerian. Dengan platform kerjasama yang sedia ada, seperti jawatankuasa rentas agensi untuk memantau pencapaian Matlamat Pembangunan Mampan (SDG), akan dimanfaatkan untuk meningkatkan pemantauan tindakan antara kementerian berkenaan SDH.

Perkongsian penunjuk prestasi utama (KPI) dan belanjawan untuk projek kesihatan akan dilaksanakan merentasi agensi bagi mengukuhkan tanggungjawab bersama. Penilaian impak kesihatan dan peruntukan kesihatan⁴⁸ akan disepadukan ke dalam proses *outcome-based budgeting* semasa kitaran perancangan tahunan dan jangka sederhana bagi mengaitkan strategi kepada tindakan.

48 Belanjawan kesihatan ialah sejumlah wang yang digunakan untuk menyokong keperluan kesihatan dan kesejahteraan rakyat. Belanjawan ini dirancang dan dipersetujui antara kementerian dan agensi. Ini bukan wang baharu, tetapi ia mungkin bermakna membelanjakan wang dengan cara berbeza supaya rakyat boleh mendapatkan rawatan yang mereka perlukan.

Sumber manusia yang menyokong tahap kesihatan di semua kementerian dan agensi, seperti petugas komuniti dan pegawai kesihatan bersekutu, akan diselaraskan untuk menyampaikan sasaran kesihatan bersama. *Health in All Policies Task Force* yang merentasi kementerian akan diteliti keperluannya untuk menyelaras dan melaksanakan dasar serta program rentas sektor yang berkaitan kesihatan, khususnya untuk menangani ketidaksamaan kesihatan akibat kemiskinan, sekuriti makanan dan pendidikan.

Pendekatan keseluruhan Kerajaan perlu disokong dengan pendekatan keseluruhan masyarakat terhadap kesihatan, yang merangkumi pertubuhan bukan Kerajaan, masyarakat, ahli akademik, perniagaan, sekolah, media, pihak penyokong dan pihak lain yang terlibat. Kerjasama dan hubungan bagi semua pihak berkepentingan akan diperkukuhkan melalui pembangunan kerangka yang jelas dan sistematik.

Kertas Putih Kesihatan mencadangkan inisiatif seperti berikut untuk meningkatkan koordinasi antara pihak berkepentingan seperti berikut:

- Formalisasi jawatankuasa antara kementerian berkaitan mengenai penuaan secara sihat dan penjagaan warga emas.
- Membangunkan dan mengesyorkan KPI kesihatan yang dikongsi bersama merentasi pelbagai kementerian dan agensi.
- Menubuhkan *Health In All Policies Task Force* rentas agensi untuk memantau KPI kesihatan, menyelaraskan sumber manusia dan menyelesaikan isu koordinasi untuk menangani SDH.
- Membangunkan rangka kerja antara sektor di peringkat komuniti.

3.2.3 Memberi insentif kepada amalan dan tingkah laku pro-kesihatan

Insentif dan *disincentive* memainkan peranan penting untuk meningkatkan tahap kesihatan. Selaras dengan peralihan ke arah pendekatan bersifat promotif dan preventif yang lebih berkesan, reka bentuk dan pelaksanaan insentif dan *disincentive* akan ditingkatkan untuk merangsang lebih banyak amalan dan tingkah laku yang sihat.

Pendekatan berasaskan cukai ke atas minuman bergula, rokok, alkohol dan barangan pengguna lain yang tidak sihat akan diteruskan dan diperhalusi untuk mengelakkan penggunaan yang berlebihan. Perundangan akan diperkenalkan mengikut kesesuaian untuk menghadkan jualan atau penggunaan bersituasi⁴⁹ bagi barangan yang diketahui berbahaya.

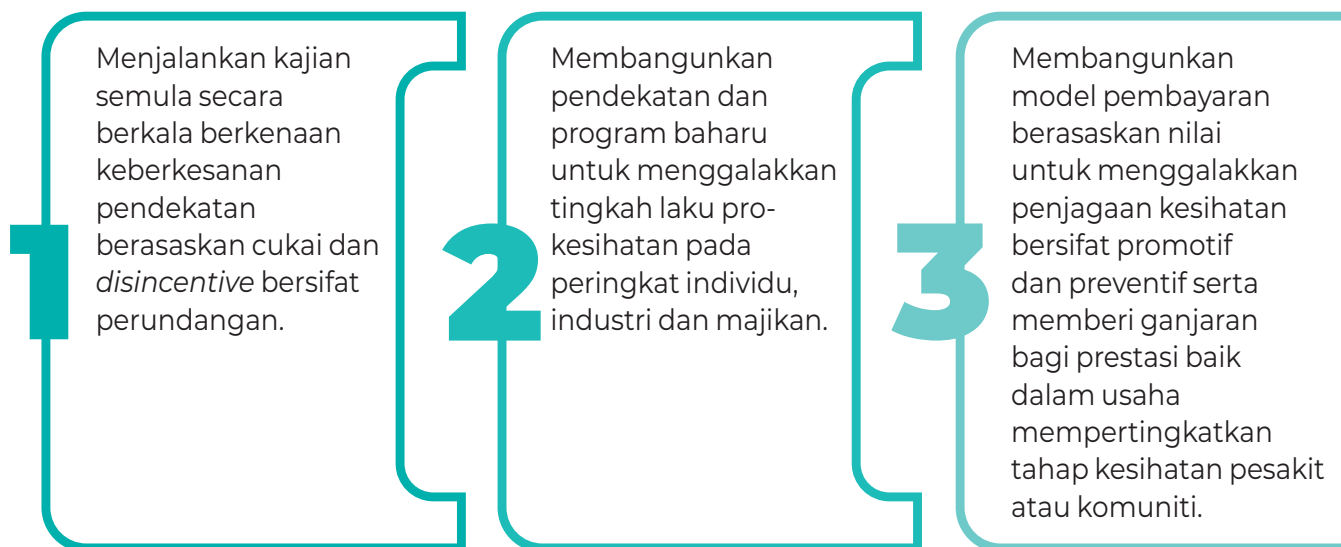
Bagi menggalakkan tingkah laku sihat pada peringkat individu, pendekatan baharu akan diteliti dan dibangunkan. Insentif kewangan dan bukan kewangan akan diperkenalkan untuk meningkatkan tahap aktiviti fizikal, pemakanan, saringan kesihatan dan pemantauan sendiri status kesihatan.

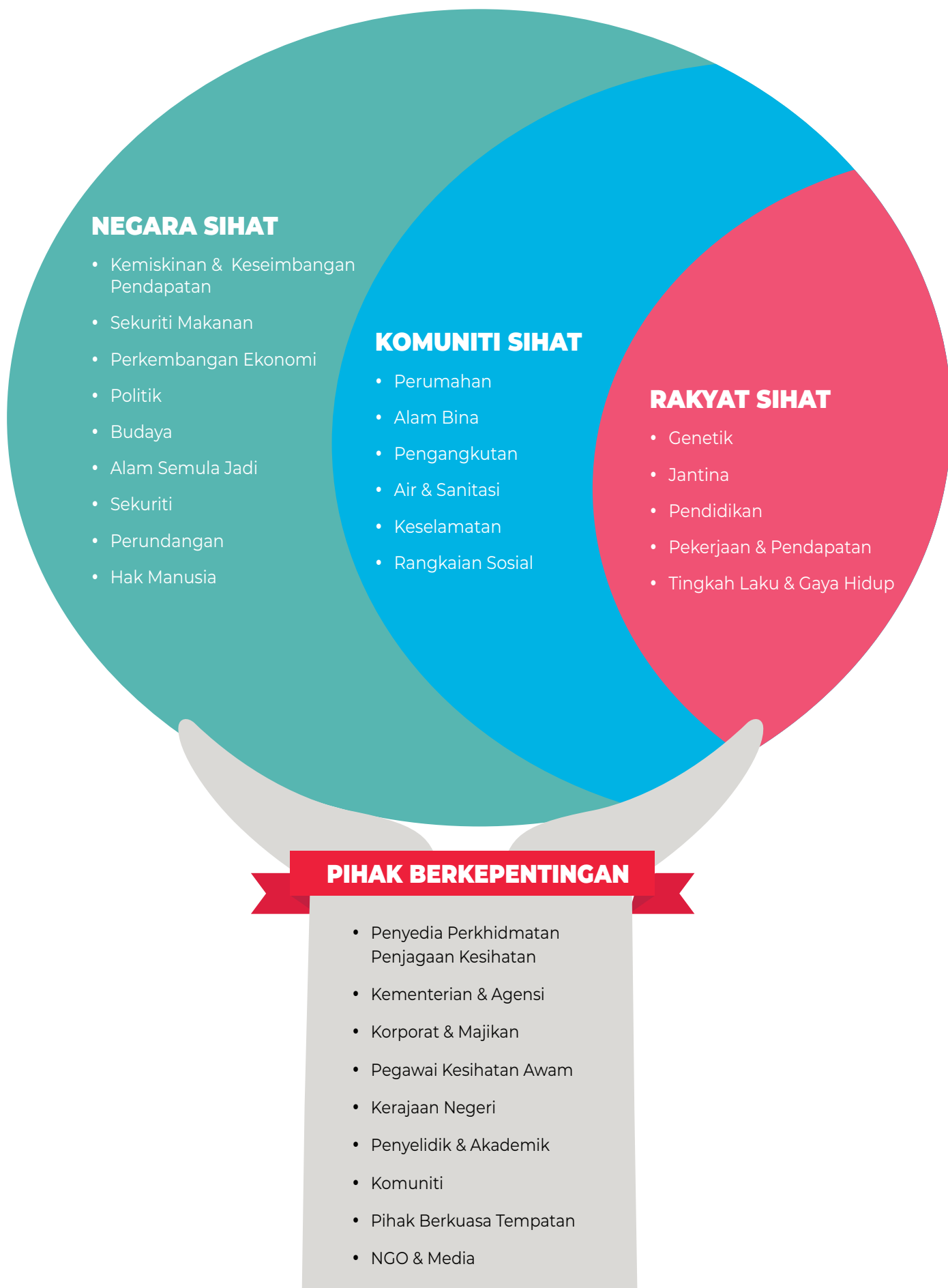
49 Contoh penggunaan bersituasi termasuk penggunaan di kawasan awam atau penggunaan oleh kumpulan umur yang disasarkan.

Inisiatif ini disokong oleh bukti sains tingkah laku serta pelancaran ELHR dan inisiatif penerimaan teknologi termasuk peranti boleh pakai. Insentif tingkah laku akan disertakan dengan subsidi yang bersasar untuk meningkatkan penerimaan dalam kalangan golongan pendapatan rendah dan golongan berisiko.

Tingkah laku sihat pada peringkat individu juga akan digalakkan melalui majikan dan syarikat. Perniagaan makanan dan runcit akan diberi insentif untuk mengubah impak perniagaan terhadap pemakanan individu, bermula dari menambah baik ramuan atau rumusan makanan, hinggalah menunjukkan pilihan yang lebih sihat. Insentif juga akan dibangunkan agar majikan, syarikat, syarikat insurans, agensi dan kementerian melaksanakan program yang mendorong amalan gaya hidup sihat dan menyasarkan penambahbaikan pada tahap kesihatan kakitangan.

Penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan, terutamanya pada peringkat penjagaan kesihatan primer dan komuniti juga akan diberi insentif untuk menyediakan perkhidmatan bersifat promotif dan preventif yang berkesan. Inisiatif semasa untuk membangunkan dan melaksanakan insentif kesihatan kini berada di peringkat perancangan atau konseptual. Kertas Putih Kesihatan mencadangkan inisiatif seperti berikut:

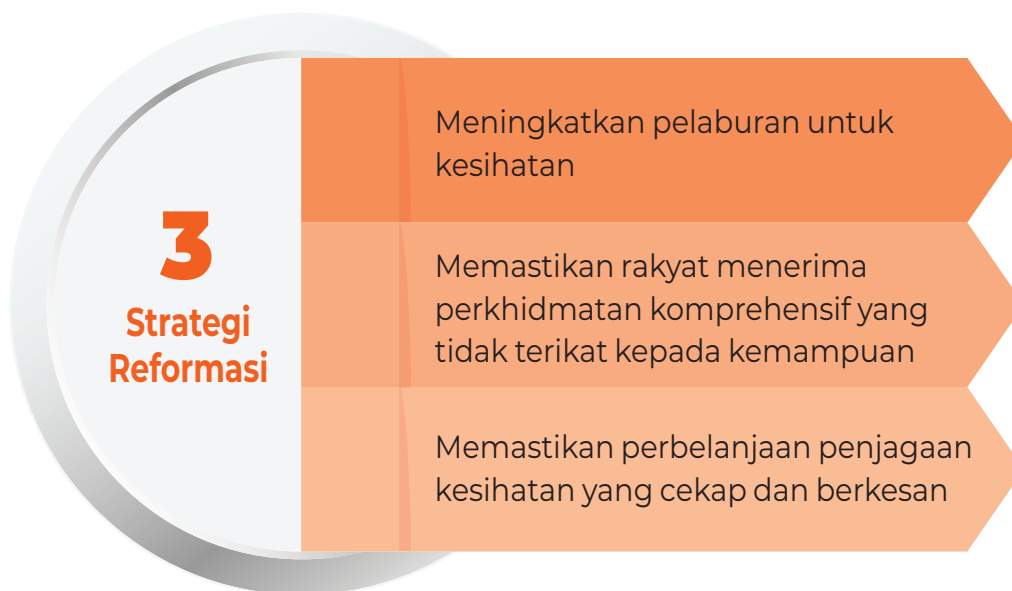




Ilustrasi 2: Penentu sosial untuk kesihatan di peringkat individu, komuniti dan negara dengan pihak berkepentingan

3.3 Tonggak 3: Memastikan Pembiayaan Kesihatan yang Mampan dan Saksama

Tonggak reformasi ini merangkumi penambahbaikan sistemik dan struktur utama agar pembiayaan kesihatan lebih mampan dan berteraskan nilai serta memastikan perlindungan risiko kewangan yang lebih baik dan mengurangkan perbelanjaan duit poket sendiri. Prinsip utama tonggak ini adalah termasuk: meningkatkan pelaburan terhadap kesihatan secara berperingkat, mempelbagaikan sumber pembiayaan kesihatan, pengumpulan risiko dan meningkatkan keberkesanan perbelanjaan untuk kesihatan.



3.3.1 Meningkatkan pelaburan untuk kesihatan

Peruntukan untuk kesihatan tidak memadai berbanding permintaan yang semakin meningkat terhadap sistem kesihatan pada masa kini dan akan datang. Peruntukan ini perlu dipertingkatkan bagi merealisasikan reformasi sistem kesihatan yang amat diperlukan sambil mengambil kira kedudukan serta kemampuan fiskal Kerajaan.

Peranan Kerajaan dalam aspek ini adalah penting bagi memastikan liputan kesihatan sejagat (UHC) terpelihara dan menjamin perlindungan risiko kewangan individu apabila jatuh sakit. Maka, pembiayaan kesihatan daripada pelbagai sumber termasuk Kerajaan, perseorangan dan syarikat, di bawah pengurusan awam perlu dipertingkatkan secara berperingkat kepada 5% daripada KDNK dengan turut mengambil kira kerjasama strategik serta penggunaan sumber dan aset merentasi pelbagai pihak berkepentingan.

Kebergantungan kepada satu sumber sahaja untuk pembiayaan kesihatan awam adalah tidak mampan memandangkan keperluan kesihatan yang semakin meningkat seiring dengan perubahan demografi Malaysia. Satu bentuk kompak sosial akan dicadangkan agar pelaburan untuk kesihatan menjadi tanggungjawab bersama. Mekanisme skim caruman progresif akan diteliti, dibahas dan dibentangkan di Parlimen untuk sokongan dwipartisan.



Kompak sosial tersebut turut menekankan aspek keperluan penjagaan kesihatan golongan miskin. Mekanisme bantuan dan subsidi yang sistematik melibatkan sumber pembiayaan seperti zakat, wakaf, yaysan korporat dan dermawan persendirian juga akan diteliti dan dibangunkan.

Penggunaan cukai pro-kesihatan⁵⁰ yang bersesuaian sebagai pengubah tingkah laku juga dapat menyumbang kepada peruntukan kesihatan oleh Kerajaan, walaupun jumlahnya agak kecil berbanding dengan jumlah hasil Kerajaan.

Kadar fi rendah yang dikenakan di fasiliti penjagaan kesihatan awam adalah antara ciri sistem kesihatan negara yang amat dihargai rakyat, di mana ia membolehkan akses kepada sistem kesihatan pada kos yang berpatutan. Namun begitu, struktur fi yang sama untuk semua telah menyumbang kepada ketidaksamaan besar antara bayaran yang dikenakan berbanding dengan kos penyediaan dan keupayaan untuk membayar⁵¹, terutamanya dalam kalangan isi rumah berpendapatan tinggi. Untuk menambah baik kemampuan pembiayaan penjagaan kesihatan awam, kadar fi yang dikenakan di fasiliti penjagaan kesihatan awam akan dikaji semula agar lebih sepadan dengan tahap kemampuan. Meskipun demikian, jaringan keselamatan (*safety net*) isi rumah berpendapatan rendah akan dikekalkan.

Dasar untuk meningkatkan pelaburan untuk kesihatan secara sistematik dan teratur memerlukan sokongan dan komitmen dwipartisan yang merupakan salah satu objektif utama Kertas Putih Kesihatan. Bagi merealisasikan strategi ini, Kertas Putih Kesihatan mencadangkan inisiatif seperti berikut:

01 Meningkatkan pembiayaan kesihatan di bawah pengurusan sektor awam secara berperingkat kepada 5% daripada KDNK

02 Membangunkan rangka kerja jangka panjang bagi peruntukan Kerajaan untuk kesihatan berdasarkan penanda aras, ramalan permintaan dan perubahan dalam model penyampaian rawatan

03 Menjalankan kajian semula dan semakan struktur fi di fasiliti penjagaan kesihatan sektor awam

04 Menjalankan kajian teknikal, mereka bentuk dan membangunkan model caruman kesihatan progresif yang mampan dan saksama, termasuk mekanisme subsidi bersasar.

50 Cukai pro-kesihatan ialah cukai eksais ke atas produk yang mempunyai kesan negatif kesihatan awam, contohnya tembakau, alkohol dan minuman manis. Ia adalah untuk mengurangkan penggunaan produk yang dianggap sebagai faktor risiko penyakit tidak berjangkit dengan menjadikannya kurang mampu melalui harga yang lebih tinggi.

51 Yu, C. P., Whynes, D. K., & Sach, T. H. (2008). Equity in health care financing: The case of Malaysia *International journal for equity in health*, 7(1), 1-14.

3.3.2 Memastikan rakyat menerima perkhidmatan komprehensif yang tidak terikat kepada kemampuan

Sebagai sebahagian daripada kompak sosial yang dicadangkan di atas, peningkatan peruntukan penjagaan kesihatan secara berperingkat perlu diuruskan dengan efektif ke arah menjamin Liputan Kesihatan Sejahtera (UHC), dengan kualiti yang baik dan kos yang berpatutan.

Satu pakej manfaat kesihatan akan dibangunkan di mana ia akan menggariskan jenis perkhidmatan dan ubat-ubatan yang boleh diakses oleh rakyat dengan kadar fi yang berpatutan dengan tahap penjagaan kesihatan yang sama, tidak kira penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan daripada sektor awam, swasta atau sektor tidak berasaskan keuntungan.

Pakej manfaat kesihatan akan merangkumi pelbagai perkhidmatan berasaskan bukti, termasuk perkhidmatan bersifat promotif dan preventif, bermula dari penjagaan kesihatan primer hinggalah penjagaan hospital, serta kemungkinan juga daripada penyedia perkhidmatan kesihatan digital. Skop pakej adalah berdasarkan penilaian ekonomi dan teknologi kesihatan yang objektif. Skop pakej juga akan diperluaskan secara berterusan seiring dengan kematangan sistem pembiayaan kesihatan negara dan perubahan keperluan kesihatan.

Perkhidmatan kesihatan yang digunakan oleh rakyat berdasarkan pakej manfaat kesihatan akan dibiayai oleh sebuah dana kesihatan khusus yang akan ditubuhkan. Pembiayaan utama dana kesihatan khusus adalah melalui peruntukan daripada Kerajaan. Dana ini juga mungkin akan merangkumi sumbangan individu dan penderma besar pada masa hadapan. Bagi memastikan pelaksanaan dana tidak membebankan awam dan memenuhi kepentingan awam, dana akan diuruskan oleh Pembeli Strategik profesional bukan berasaskan keuntungan yang ditadbir urus melalui piawaian pelaporan yang jelas dan kawal selia yang ketat.

Pakej manfaat kesihatan yang dibiayai oleh dana kesihatan khusus akan membolehkan perkongsian risiko kesihatan dan kewangan serta subsidi silang yang lebih luas seiring dengan matlamat UHC. Strategi reformasi ini akan menyumbang ke arah pengurangan perbelanjaan duit poket sendiri (OOP) dan mengurangkan perbelanjaan kesihatan yang memudaratkan. Dana kesihatan yang ditadbir dengan baik dan diuruskan secara profesional akan lebih teratur, telus dan berakuntabiliti dalam

aspek penting perbelanjaan kesihatan ini.

Pembangunan pakej manfaat kesihatan dan perkongsian risiko pada peringkat nasional dengan menggunakan dana kesihatan yang khusus masih berada di tahap konseptual dan memerlukan sokongan dwipartisan. Kertas Putih Kesihatan mencadangkan untuk melaksanakan inisiatif seperti berikut:



Membangunkan pakej manfaat kesihatan yang sepadan dengan keperluan kesihatan rakyat berdasarkan pendekatan penjagaan kesihatan sepanjang hayat.

Mewujudkan dana kesihatan khusus dengan kawal selia yang jelas dan telus untuk membolehkan pengkongsian risiko dan memenuhi penyediaan perkhidmatan kesihatan berdasarkan pakej manfaat kesihatan.

3.3.3 Memastikan perbelanjaan penjagaan kesihatan yang cekap dan berkesan

Kemampuan pembiayaan kesihatan bukan hanya melibatkan penambahbaikan dari sudut pelaburan dan peruntukan untuk kesihatan, tetapi turut mempertingkatkan keberkesanan dan kecekapan perbelanjaan penjagaan kesihatan. Amalan strategik dan fungsi baharu akan dilaksanakan bagi memastikan peningkatan pelaburan untuk kesihatan akan memberikan impak yang ketara kepada tahap kesihatan negara.

Pembeli Strategik bukan berasaskan keuntungan akan berfungsi sebagai pengurus bagi dana kesihatan khusus yang dicadangkan. Pembeli Strategik akan bertanggungjawab bagi memperoleh perkhidmatan penjagaan kesihatan daripada sektor awam dan swasta melalui model pembayaran inovatif dan berasaskan nilai untuk memastikan keberkesanan rawatan, liputan perkhidmatan, keberkesanan kos, kualiti dan prestasi yang lebih baik daripada penyedia perkhidmatan. Pembeli Strategik juga akan ditadbir urus melalui piawaian pelaporan yang jelas dan kawal selia yang ketat.



Pengagihan peruntukan penjagaan kesihatan yang efisien (*allocative efficiency*) merentas program yang berbeza dalam KKM serta agensi dan kementerian lain yang berkaitan juga mempengaruhi keberkesanan perbelanjaan kesihatan. Cadangan Kertas Putih Kesihatan untuk mentransformasikan penjagaan kesihatan primer, mengukuhkan fungsi kesihatan awam dan merangsang pendekatan bersifat promotif dan preventif adalah selari dengan matlamat ke arah pengagihan peruntukan sistem kesihatan yang lebih efisien. Selain itu, semakan berkala akan dijalankan untuk menilai sama ada peruntukan bagi program, unit, jabatan atau bahagian tertentu adalah mencukupi dan dibelanjakan dengan baik dalam usaha mencapai hasil yang dikehendaki.

Cadangan Kertas Putih Kesihatan untuk memperluaskan pendigitalan dan meningkatkan tahap autonomi bagi fasiliti penjagaan kesihatan sektor awam juga akan menyumbang ke arah kecekapan operasi dan kewangan yang lebih baik. Proses dan kriteria pentadbiran akan dikaji dan disemak semula bagi mengurangkan birokrasi, memperbaiki tahap respons, menambahbaik efisiensi dan mengurangkan pembaziran.

Kesedaran terhadap impak penggunaan tenaga dan barang guna habis dalam sektor kesihatan kepada kesihatan planet dan perubahan iklim juga adalah penting dalam memastikan perbelanjaan kesihatan dibuat secara efektif dan dengan penuh tanggungjawab. KKM akan mengurangkan pembebasan karbon dengan meningkatkan penggunaan tenaga boleh baharu (*renewable energy*). Pengeluaran bahan pencemar dan sisa bukan biodegradasi akan ditangani melalui penambahbaikan yang berterusan kepada inisiatif pengurusan sisa perubatan.

Penambahbaikan kepada keberkesanan perbelanjaan kesihatan dapat memaksimumkan setiap Ringgit yang dilaburkan ke dalam sistem kesihatan dalam meningkatkan tahap kesihatan rakyat secara berterusan dan juga akan mendorong sektor kesihatan ke arah corak pemikiran yang lebih berasaskan nilai dan prestasi.

Usaha untuk meningkatkan keberkesanan perbelanjaan kesihatan secara sistematik dan teratur pada masa ini berada dalam peringkat awal pelaksanaan atau peringkat perancangan. Kertas Putih Kesihatan mencadangkan untuk memperkukuhkan usaha ini seperti yang berikut:

-
- 01** Meluaskan peranan Pembeli Strategik, dengan garis pelaporan yang jelas dan pengawasan yang ketat.
 - 02** Membangunkan dan melaksanakan model pembayaran penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan berasaskan nilai dan prestasi.
 - 03** Menginstitusikan jawatankuasa pemantauan dan penilaian untuk memantau keberkesanan dan kecekapan perbelanjaan kesihatan secara keseluruhan.
 - 04** Melaksanakan inisiatif tenaga hijau dan inisiatif lain untuk meminimum impak kepada alam sekitar.

Perubahan daripada Pembelian Pasif ke Pembelian Strategik

Apakah perbezaan pembelian pasif dan strategik ?

Pembelian pasif merujuk kepada perbelanjaan berdasarkan peruntukan yang telah ditetapkan untuk gaji, utiliti, bekalan dan input lain. Peruntukan biasanya disediakan berdasarkan sejarah perbelanjaan terdahulu dan penggunaannya adalah terhad kepada butiran tertentu. Ini menyebabkan bajet adalah sangat *rigid* dan berfokus kepada input dan bukannya *outcome* kesihatan.

Pembelian strategik merujuk kepada pendekatan untuk mendapatkan perkhidmatan penjagaan kesihatan yang bertujuan untuk memaksimumkan nilai dan prestasi dengan berurusan bagi jumlah dana yang diperuntukkan atau tersedia.



Pembelian strategik memerlukan penambahbaikan berterusan kepada 3 perkara berikut:

A. Apakah yang hendak dibeli?
Mengenal pasti intervensi atau perkhidmatan yang akan dibeli dengan mengambil kira keperluan penduduk serta bukti keberkesanan dan keberkesanan kos berbanding intervensi yang berbeza

B. Daripada siapa?
Memilih penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan yang bertauliah, mempunyai kapasiti serta liputan kawasan, berkualiti, efisien dengan kos yang berpatutan

C. Bagaimana pembayaran dilakukan?
Menentukan cara pembelian perkhidmatan melalui mekanisme pembayaran seperti kapitasi, berdasarkan diagnosis dan prestasi

Mengapa UMICs dan LICs* bergerak ke arah pembelian strategik untuk kesihatan?

Semua negara sentiasa mencari cara untuk mendapatkan lebih nilai kepada peruntukan kesihatan yang ada. Bukti bahawa pembelian strategik meningkatkan efisiensi, ekuiti merentas populasi dan menambahbaik perlindungan kewangan kesihatan telah banyak dilaporkan oleh organisasi antarabangsa dan penyelidikan universiti. **
Perubahan ke arah pembelian strategik memerlukan usaha jangka panjang yang progresif dan melibatkan perancangan dan pembangunan blok-blok asas yang akan berfungsi secara kohesif seperti sistem maklumat, analitis data teknikal, jaminan kualiti, autonomi penyedia perkhidmatan serta penilaian dan pemantauan prestasi.



Perbelanjaan untuk kesihatan akan lebih telus, efisien, reponsif dan berakauntabiliti melalui pembelian strategik yang efektif.

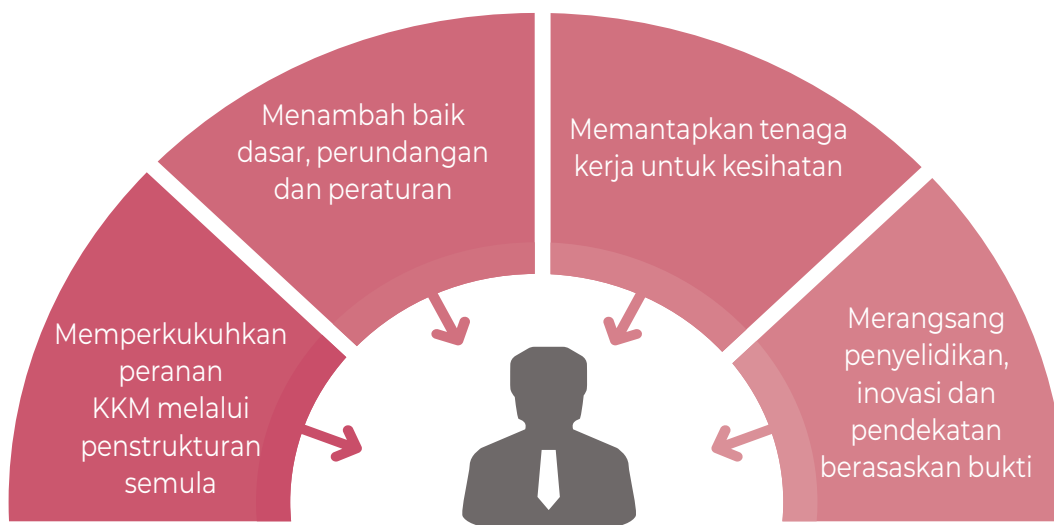
*Upper Middle Income Countries and Lower Income Countries
**Source: Gotret, Pablo; Schieber, George J.; Waters, Hugh R., 2008. *Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low and Middle-Income Countries*. Washington, DC: World Bank.

Ilustrasi 3: Memastikan pembiayaan kesihatan yang mampan dan saksama

3.4 Tonggak 4: Memperkukuhkan Landasan dan Tadbir Urus Sistem Kesihatan

Tonggak reformasi ini mencadangkan penambahbaikan secara sistemik dan teratur kepada elemen yang menyokong fungsi sistem kesihatan secara keseluruhan. Ini termasuk fungsi tadbir urus, pengawasan, pembangunan dan pengurusan sumber manusia dan penyelidikan. Prinsip utama tonggak ini termasuk: memperkukuhkan peranan KKM bagi melancarkan pelaksanaan reformasi sistem kesihatan jangka panjang yang dicadangkan dalam Kertas Putih Kesihatan; menambah baik dasar, perundangan dan peraturan berkaitan kesihatan; menangani cabaran sistemik dalam perancangan dan pembangunan tenaga kerja untuk kesihatan; serta memastikan penyelidikan dan inovasi diterapkan dalam penyampaian perkhidmatan, pembiayaan, dan tadbir urus sistem kesihatan.

4 Strategi Reformasi



3.4.1 Memperkukuhkan peranan KKM melalui penstrukturan semula

Memperkukuhkan peranan KKM melalui penstrukturan semula adalah salah satu komponen penting dalam reformasi sistem kesihatan. Ini adalah untuk meningkatkan efisiensi perkhidmatan dan tadbir urus sistem kesihatan dan juga untuk mengurangkan pertindihan fungsi dan aktiviti. Ianya juga boleh mewujudkan peluang di mana sektor dan agensi lain seperti pihak swasta dan bukan kerajaan serta kementerian lain menerajui sesetengah aktiviti kesihatan yang mungkin tidak perlu diteraju oleh KKM sahaja.

KKM akan lebih fokus kepada peranan tadbir urus dan pengawasan menerusi pengawalseliaan, penetapan standard dan penggubalan dasar sistem kesihatan. Peranan penyedia dan



pembeli perkhidmatan kesihatan yang pada masa ini berada di bawah KKM akan dipisahkan secara berperingkat. Peranan penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan akan dijalankan oleh fasiliti penjagaan kesihatan sektor awam yang diberikan autonomi.

Peranan pembeli perkhidmatan akan dijalankan oleh entiti Pembeli Strategik, yang bertanggungjawab memperoleh perkhidmatan penjagaan kesihatan daripada penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan sektor awam dan swasta melalui model pembayaran dan berasaskan nilai yang inovatif. Langkah ini akan memudahkan peralihan secara berperingkat daripada peruntukan berdasarkan butiran (*line-item budget*) ke arah sistem yang menawarkan insentif untuk efisiensi dan prestasi.

Pemisahan fungsi penyedia dan pembeli perkhidmatan kesihatan di KKM akan mewujudkan pengawalan yang lebih telus serta semak dan imbang yang lebih baik. Prestasi dan respons penyedia dan pembeli perkhidmatan penjagaan kesihatan turut akan dipertingkatkan, sekali gus dapat memberikan perkhidmatan penjagaan kesihatan yang lebih berkualiti dan bernilai untuk wang.

Usaha untuk memperkukuhkan peranan KKM melalui penstrukturan semula akan merangkumi pelbagai inisiatif seperti yang berikut:

01

Menjalankan semakan semula dan mengukuhkan fungsi penggubalan dasar KKM yang berkaitan kesihatan awam dan kesiapsiagaan krisis, pengurusan tenaga kerja, serta dasar lain yang berkaitan.

02

Menjalankan semakan semula dan mengukuhkan fungsi kawal selia KKM seperti kesihatan awam, penetapan standard dan jaminan kualiti, pengawalan penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan, pengawalan pembeli dan tadbir urus data.

03

Mereka bentuk, merancang dan melaksanakan inisiatif autonomi fasiliti penjagaan kesihatan sektor awam secara berperingkat.

04

Meluaskan peranan Pembeli Strategik, dengan struktur pelaporan dan pengawalseliaan yang jelas.

3.4.2 Menambah baik dasar, perundangan dan peraturan

Strategi seterusnya yang perlu diberi perhatian ialah menambah baik dasar, perundangan dan peraturan yang berkaitan dengan kesihatan sedia ada. Usaha ini adalah untuk meningkatkan kecekapan dan keberkesanan sistem kesihatan negara dengan mengambil kira keperluan semasa serta cabaran yang dihadapi oleh sistem kesihatan. Akta, peraturan dan sistem pengawasan yang sedia ada juga perlu diteliti semula agar sistem kesihatan lebih fleksibel dan inovatif. Kerangka regulatori, aktiviti kawalan dan pengawasan juga akan diperkukuhkan lebih-lebih lagi dalam bidang perkhidmatan kesihatan yang baru berkembang. Inisiatif yang akan dilaksanakan di bawah strategi ini adalah:

Menjalankan kajian semakan semula dan pindaan ke atas dasar, perundangan dan peraturan-peraturan yang berkaitan kesihatan supaya relevan dengan keadaan semasa.

01

Menjalankan sesi libat urus dengan pelbagai pihak yang berkepentingan bagi mendapatkan input yang lebih komprehensif.

02

3.4.3 Memantapkan tenaga kerja untuk kesihatan

Tenaga kerja untuk kesihatan perlu dimantapkan untuk menangani pelbagai cabaran yang dihadapi pada masa ini seperti kekurangan tenaga kerja dalam pelbagai profesion, ketidakseimbangan dalam pengagihan tenaga kerja di antara sektor awam dan swasta, campuran kemahiran (*skill mix*) antara wilayah dan kebimbangan terhadap kualiti perkhidmatan serta cabaran baharu seperti penuaan masyarakat, perubahan corak penyakit dan kemajuan bidang perubatan dan teknologi.

Pendidikan dan latihan

Kerangka kebangsaan untuk pendidikan profesion kesihatan akan dibangunkan bagi menambah baik syarat kemasukan ke universiti, mengukuhkan standard akreditasi dan proses penilaian universiti serta menjalankan semakan kurikulum secara berkala untuk mengikut keperluan semasa sistem kesihatan.

Kerangka ini juga akan diperluaskan dengan menambah baik secara berterusan latihan dalam perkhidmatan termasuk memperkenalkan kurikulum yang seragam dan penilaian berasaskan kompetensi bagi mewujudkan laluan alternatif untuk mendapatkan latihan praktikal serta mengukuhkan kapasiti jurulatih dan institusi latihan.

Program pembangunan universiti, dasar kemasukan ke universiti dan biasiswa perlu diperhalusi untuk memberi peluang lebih ramai pelajar luar bandar ke peringkat pendidikan tinggi bagi menangani ketidakseimbangan tenaga kerja kesihatan dan campuran kemahiran antara wilayah.

Pelesenan dan pendaftaran

Peperiksaan untuk pelesenan profesional yang standard akan dibangunkan untuk graduan profesion kesihatan dari institusi tempatan dan juga antarabangsa untuk mengamal di Malaysia. Standard dan proses yang seragam akan dibangunkan melibatkan pelbagai peraturan profesion kesihatan untuk menguruskan pendaftaran dan pengeluaran Sijil Perakuan Amalan Tahunan (*Annual Practicing Certificate – APC*) dan Pembangunan Profesional Berterusan (*Continuing Personal Development – CPD*).

Penempatan, pembangunan dan pengkalan anggota sektor awam

Di peringkat Kementerian, peningkatan pelaburan diperlukan untuk latihan dan pembangunan tenaga kerja untuk kesihatan, termasuk pegawai kesihatan bersekutu, petugas kesihatan komuniti dan pekerja sosial dalam usaha meningkatkan kapasiti bagi menyediakan penjagaan yang berpaksikan rakyat. Hospital swasta yang layak dijadikan hospital pengajar akan diteliti bagi meningkatkan latihan kepakaran perubatan. Pengkalan dan laluan kerjaya di luar bandar turut akan dibangunkan termasuk insentif dan fasiliti yang lebih baik bagi menggalakkan anggota kesihatan berkhidmat di kawasan luar bandar.

Pengambilan anggota sektor awam

Kajian semula yang komprehensif dan unjuran jawatan untuk pengambilan anggota sektor awam akan dilaksanakan. Usaha ini adalah untuk memenuhi keperluan semasa dan pada masa hadapan dari segi bilangan, jenis profesion, campuran kemahiran dan ketidakseimbangan antara wilayah. Unjuran jawatan ini akan mengambil kira perubahan jawatan kontrak disebabkan oleh inisiatif autonomi penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan serta perubahan model penjagaan kesihatan yang mengutamakan penjagaan kesihatan primer, perkhidmatan berasaskan komuniti dan kerjasama sektor awam dan swasta.

Tenaga kerja untuk kesihatan dalam masyarakat

Kategori-kategori yang baharu akan dibangunkan selaras dengan keperluan masyarakat menua dan konsep penjagaan kesihatan yang lebih dekat dengan komuniti. Kerjasama dan kolaborasi dengan pelbagai pihak berkepentingan dan antara sektor akan dipergiatkan bagi meningkatkan koordinasi yang lebih sistematik di antara tenaga kerja untuk kesihatan formal dengan tidak formal seperti NGO, sukarelawan dan penjaga dalam komuniti. Tenaga kerja yang mencukupi, terlatih, cekap dan berkebolehan amat penting bagi memenuhi keperluan kesihatan negara pada masa kini dan hadapan.

Inisiatif yang dicadangkan di bawah strategi ini adalah seperti berikut:

01 Melaksanakan kajian jurang penawaran dan permintaan fasiliti, peralatan dan kapasiti tenaga kerja untuk kesihatan melibatkan sektor awam dan swasta.	02 Melaksanakan pelan permintaan dan penawaran tenaga kerja untuk kesihatan.	03 Memperkuhkan perancangan berdasarkan data dan pelaburan tenaga kerja untuk kesihatan.
04 Memperkuhkan mekanisme dan fungsi tadbir urus tenaga kerja, keputusan berdasarkan data dan kapasiti perancangan tenaga kerja jangka panjang, pelaburan untuk tenaga kerja, kompetensi, pengambilan, penetapan tugas, serta pengkelan anggota kesihatan.	05 Mengesyorkan transformasi pendidikan perubatan siswazah dan pascasiswazah (termasuk doktor, pengamal pergigian, jururawat, ahli farmasi dan anggota kesihatan bersekutu) untuk memastikan tenaga kerja untuk kesihatan yang sesuai dengan tujuan (<i>fit-for-purpose</i>) dan berdaya tahan untuk masa hadapan.	

3.4.4 Merangsang penyelidikan, inovasi dan pendekatan berasaskan bukti

Penerapan penyelidikan, inovasi dan pendekatan berasaskan bukti adalah kritikal untuk melaksanakan penambahbaikan berterusan secara sistematik kepada penyampaian perkhidmatan, pembiayaan, dan pengawasan sistem kesihatan. Kapasiti penyelidikan dan inovasi akan diperkasakan dengan meningkatkan pelaburan dalam tenaga kerja yang berkemahiran, infrastruktur dan teknologi bagi mewujudkan ekosistem penyelidikan yang kondusif.

Seiring dengan pendigitalan sektor kesihatan, pengumpulan data secara sistematik daripada pelbagai sumber akan ditambah baik untuk membolehkan analisis lanjutan data serta analisis data raya menggunakan *Artificial Intelligence* (AI) dan algoritma yang dipacu

data. Ini akan memudahkan pemantauan, penilaian, diagnosis penyakit yang lebih cepat dan tepat, berasaskan bukti dan amalan terbaik untuk menyampaikan rawatan yang lebih berkesan dan menambahbaik pengalaman pesakit. Kecekapan dan keberkesanan dalam perancangan, pemantauan dan pengambilan keputusan dari aspek tadbir urus, pengurusan sumber dan penyampaian perkhidmatan juga dapat dibuat serta merta dengan data masa nyata. Perundangan, tadbir urus serta kawal selia data yang mantap akan diwujudkan bagi memudahkan akses dan perkongsian maklumat antara sektor kesihatan awam dan swasta, serta menjamin perlindungan, privasi dan kerahsiaan data.



Penggubalan dasar, tadbir urus dan pengawasan di KKM serta agensi lain berkaitan kesihatan akan dipertingkatkan melalui analisis data, penyelidikan dan inovasi. Ini membolehkan penetapan keutamaan dan keputusan untuk aktiviti kesihatan awam, kesiapsiagaan krisis kesihatan, penjagaan sosial, serta penetapan standard dalam fungsi pengawalseliaan. Penyelidikan dan analisis data kesihatan turut akan menyokong keberkesanan dan kecekapan kos perbelanjaan kesihatan, mendorong perubahan progresif dalam reka bentuk model pembayaran berasaskan nilai kepada penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan serta perluasan skop manfaat kesihatan secara berperingkat.

Selain memperkukuhkan keupayaan penyelidikan kesihatan dalam agensi Kerajaan, kerjasama penyelidikan antara sektor dalam kesihatan akan diperluas, sama ada di dalam negara mahupun di peringkat serantau dan antarabangsa. Akses kepada data kesihatan negara akan dipermudah secara terurus dan berhemat untuk merangsang penyelidikan dan inovasi sambil melindungi kerahsiaan dan keselamatan data. Ini juga dapat melonjakkan pembangunan industri kesihatan negara seperti industri farmasi, industri peranti perubatan dan industri teknologi digital.

Strategi reformasi ini adalah penting dalam usaha mencapai *outcome* kesihatan populasi yang lebih baik dengan membina repositori maklumat, data dan bukti agar sistem kesihatan dapat berkembang secara sistematik dan inovatif dengan berpaksikan kepadapenambahbaikan berterusan berasaskan bukti. Usaha untuk mengukuhkan kapasiti penyelidikan dan inovasi sistem kesihatan adalah seperti yang berikut:

1. Membangunkan strategi penyelidikan kebangsaan untuk dijadikan panduan bagi aktiviti penyelidikan yang menyokong penggubalan dasar dan pembuatan keputusan semasa pelaksanaan reformasi kesihatan dan seterusnya.
2. Membangunkan rangka kerja dasar untuk akses dan tadbir urus data untuk tujuan penyelidikan dan inovasi
3. Menjalankan semakan semula program penyelidikan kesihatan negara untuk mengemas kini dan menambah baik penetapan keutamaan penyelidikan, peruntukan belanjawan, infrastruktur, sumber manusia dan kriteria program bantuan





Bab 4

Fasa Reformasi

Reformasi sistem kesihatan merupakan usaha yang kompleks dan memerlukan implementasi secara berperingkat merentasi pelbagai inisiatif. Beberapa inisiatif berada di peringkat awal atau rintis, namun komitmen jangka panjang diperlukan bagi memastikan pelaksanaan implementasi yang konsisten dan lengkap. Terdapat juga inisiatif yang memerlukan kajian teknikal terperinci, boleh dilaksanakan bersendirian dan berkait rapat atau bergantung pada status dan kemajuan inisiatif lain.

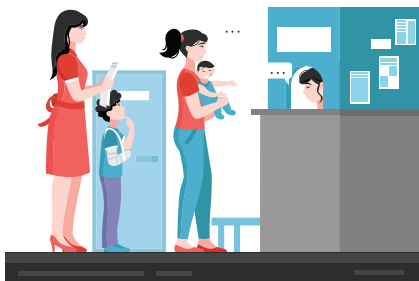
Bab ini menerangkan anggaran jangka masa aktiviti utama dalam reformasi sistem kesihatan yang dicadangkan dalam Kertas Putih Kesihatan. Pelan tindakan dan program berkaitan yang lebih terperinci akan dibangunkan pada peringkat seterusnya.

Jangka pendek (1 - 5 tahun)

Tempoh lima tahun memberi fokus kepada dua aktiviti:

- Membangunkan kerangka asas yang membolehkan pelaksanaan reformasi sistemik atau struktural yang kompleks selama beberapa tahun, termasuk pindaan undang-undang;
- Melaksanakan modul peringkat seterusnya bagi inisiatif yang sudah dimulakan atau sedang dalam peringkat rintis untuk memperluaskan manfaat kepada lebih ramai pihak berkepentingan, dan membina momentum untuk reformasi yang lebih meluas.

Transformasi penyampaian perkhidmatan kesihatan



Penstrukturan semula penjagaan kesihatan primer semasa tempoh ini akan memanfaatkan aktiviti rintis sedia ada bagi meluaskan lagi penubuhan pasukan PHC, meningkatkan keupayaan pengurusan penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan, meluaskan skop perkhidmatan yang disediakan dan melaksanakan penambahbaikan operasi. Semakan keperluan sumber untuk pelaksanaan menyeluruh juga akan dijalankan.

Dalam tempoh ini, lebih banyak perkhidmatan akan dipindahkan daripada hospital kepada peringkat komuniti. Inisiatif rintis autonomi hospital juga akan dimulakan pada fasa ini.

Inisiatif pendigitalan termasuk penggunaan EMR dan ELHR dalam pelbagai operasi di fasiliti serta penaiktarafan sistem maklumat akan dimulakan secara rintis dan diperhalusi sebelum dilancarkan. Proses untuk meningkatkan koordinasi perkhidmatan merentasi penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan, berdasarkan rekod digital, akan dimulakan.

Kesihatan bersifat promotif dan preventif



Fungsi kesihatan awam, termasuk kesiapsiagaan krisis kesihatan, akan dikaji semula untuk meramal, mengemas kini dan menyelaraskan keperluan sumber, termasuk penubuhan Pusat Kawalan Penyakit Negara. Program sukarelawan kesihatan komuniti akan dikaji semula untuk menambah baik struktur insentif dan pengukuran impak, termasuk dalam menangani jurang kesihatan di kalangan kumpulan rentan.

Untuk mengukuhkan koordinasi keseluruhan Kerajaan, pembangunan dan pelaksanaan bagi perkongsian KPI serta belanjawan kesihatan akan dijalankan semasa tempoh ini, termasuk penyelarasan *Health in All Policies Task Force*⁵². *Task force* tersebut turut akan meneliti aspek-aspek khusus seperti penjagaan sosial, terutamanya pengurusan penjagaan kesihatan warga emas.

Usaha untuk menambah baik koordinasi keseluruhan masyarakat berkenaan *outcome* kesihatan akan dijalankan secara progresif, dengan pembangunan kerangka kerja kerjasama untuk menangani isu khusus⁵³ bagi memastikan koordinasi yang lebih sistematik di lapangan.

52 Untuk memanfaatkan platform penyelarasan sedia ada, *Health in All Policies Task Force* mungkin ditubuhkan sebagai peluasan kepada jawatankuasa dan/atau kumpulan kerja merentas agensi sedia ada. *Health in All Policies Task Force* ini juga akan bertanggungjawab untuk saling mengembangkan dan menghimpun idea tentang pelaksanaan insentif dan penghalang melalui peraturan atau undang-undang.

53 Sebagai contoh, isu khusus untuk merapatkan jurang tahap kesihatan ibu & anak, mengurangkan penyakit berjangkit tertentu dalam kalangan kumpulan berisiko, serta meningkatkan saringan dan langkah pencegahan NCD dalam kalangan kumpulan rentan.

Pembiayaan dan perbelanjaan kesihatan



Peningkatan pelaburan Kerajaan dalam kesihatan akan dibuat secara berperingkat, disertai dengan langkah untuk meningkatkan produktiviti dan keberkesanan perbelanjaan. Sebahagian daripada sumber akan diperuntukkan ke arah transformasi penyampaian perkhidmatan dan pengukuhan pendekatan kesihatan bersifat promotif dan preventif seperti yang digariskan di atas.

Usaha untuk mewujudkan dana khusus untuk kesihatan akan dijalankan dalam tempoh ini, berserta perluasan dan pengukuhan peranan Pembeli Strategik. Kerjasama awam-swasta akan ditingkatkan secara progresif untuk mengurangkan masa menunggu dan meningkatkan akses penjagaan kesihatan kepada pesakit melalui perolehan atau sewaan perkhidmatan terpilih. Sebagai sebahagian daripada inisiatif ini, model pembayaran penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan yang baharu akan dibangunkan bersama-sama dengan penubuhan sistem pemantauan dan kaedah pengukuran.

Untuk menempatkan sistem pembiayaan negara pada trajektori yang lebih mampan, kajian semula struktur fi perkhidmatan penjagaan kesihatan sektor awam akan dijalankan dalam tempoh ini, begitu juga dengan kajian dan cadangan struktur bagi skim caruman kesihatan negara.

Landasan dan tadbir urus sistem



Pemisahan peranan penyedia dan pembeli perkhidmatan penjagaan kesihatan akan dimulakan melalui peluasan inisiatif autonomi secara berperingkat serta pengoperasian penuh peranan Pembeli Strategik.

Penambahbaikan dalam pengumpulan dan analisis data juga akan memberi manfaat kepada fungsi penggubalan dasar dan pengawalseliaan KKM. Tempoh ini akan menyaksikan proses pembuatan keputusan yang mengambil kira analisis ke arah dasar, keseimbangan peraturan dan pengagihan sumber yang lebih berkesan.

Beberapa inisiatif strategik utama tenaga kerja untuk kesihatan akan dimulakan seperti analisis dan pemetaan permintaan bekalan tenaga kerja untuk kesihatan, pembangunan kerangka kebangsaan untuk pendidikan profesion kesihatan, pembangunan peperiksaan pelesenan profesional yang diseragamkan dan pentauliahan kelayakan pengamal kesihatan.

Jangka sederhana (6 - 10 tahun)

Tempoh pertengahan lima tahun reformasi sistem kesihatan yang dicadangkan merangkumi pelaksanaan inisiatif yang berikutnya. Sementara itu, pelaksanaan inisiatif yang telah dimulakan dalam tempoh sebelumnya akan diteruskan.

Transformasi penyampaian perkhidmatan kesihatan



Dalam fasa ini, peluasan penggunaan teknologi maklumat untuk pasukan PHC dan rangkaian penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan yang melibatkan sektor awam dan swasta, akan dipertingkatkan selaras dengan penawaran perkhidmatan yang lebih komprehensif bagi menyampaikan penjagaan yang berpaksikan rakyat. Pendigitalan dan penambahbaikan operasi yang dimulakan pada tempoh sebelumnya akan dimanfaatkan untuk menambah baik rujukan pesakit, rawatan susulan dan tanggungjawab yang jelas merentasi penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan di semua peringkat penjagaan, sekali gus memastikan peralihan penjagaan yang lancar bagi pesakit.

Inisiatif rintis autonomi hospital yang telah bermula di jangka pendek akan menjadi asas kepada pemurnian dan pelaksanaan model autonomi yang sesuai untuk semua fasiliti sektor awam berkenaan. Pelaksanaan autonomi untuk penjagaan kesihatan primer sektor awam juga akan diteliti sepenuhnya dalam tempoh ini.

Inisiatif pendigitalan yang melibatkan penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan sektor awam di seluruh peringkat penjagaan akan dilaksanakan sepenuhnya dalam tempoh ini, termasuk klinik dan hospital yang memerlukan penaiktarafan infrastruktur ICT.

Kesihatan bersifat promotif dan preventif



Inisiatif yang diusahakan dalam tempoh sebelumnya akan dipertingkatkan untuk menambahbaik kapasiti dan keupayaan fungsi KKM dalam penyampaian perkhidmatan kesihatan yang bersifat promotif dan preventif, termasuk kesihatan awam dan kesiapsiagaan krisis kesihatan. Usaha untuk memperkasakan keupayaan operasi, pemantauan dan penilaian akan dipertingkatkan pada tempoh ini, yang disokong oleh kapasiti pengumpulan dan analisis data raya.

Koordinasi keseluruhan Kerajaan akan mendapat manfaat daripada peningkatan keupayaan digital dan analisis data raya bukan sahaja di KKM malah merentasi seluruh jentera pentadbiran Kerajaan. Dalam tempoh ini, penggunaan data akan menjadi lebih sistematik untuk menyokong usaha penilaian dan penyampaian bagi menangani SDH serta perkongsian KPI kesihatan.

Selain itu, keupayaan digital dan analisis data raya juga mampu memberi manfaat untuk menggembeng usaha keseluruhan masyarakat. Di fasa ini juga, rangka kerja yang lebih baik akan dibangunkan untuk membimbing penyelarasan aktiviti merentasi pihak berkepentingan dan meningkatkan peruntukan sumber dalam pelbagai isu dan lokasi.

Pembiayaan dan perbelanjaan kesihatan



Dalam jangka masa ini, peningkatan pelaburan Kerajaan yang berperingkat dan berterusan akan disokong melalui dana tambahan daripada bantuan bersasar sumbangan organisasi, penambahbaikan akta fi dan cadangan pelaksanaan inisiatif skim caruman kesihatan negara.

Kepelbagaian sumber pembiayaan untuk kesihatan ini akan disalurkan kepada dana kesihatan khusus yang telah ditubuhkan daripada fasa sebelumnya. Ini sekali gus mampu menambah baik pakej manfaat kesihatan yang boleh ditawarkan kepada rakyat. Selain itu, penambahbaikan berterusan juga akan dibuat terhadap model pembayaran untuk mencapai penjagaan kesihatan lebih berasaskan nilai, termasuk penggunaan insentif kepada penyedia perkhidmatan kesihatan untuk mendorong *outcome* kesihatan yang lebih baik.

Landasan dan tadbir urus sistem



Inisiatif tenaga kerja untuk kesihatan akan ditambah baik berserta pembangunan profesional dan kelayakan yang telah dibangunkan sebelum ini.

Jangka panjang (11 - 15 tahun)

Dengan perubahan sistemik dan struktural yang telah selesai atau hampir selesai dalam jangka masa sebelumnya, tempoh lima tahun reformasi yang seterusnya akan beralih ke sistem kesihatan yang stabil, seperti yang dicadangkan oleh Kertas Putih Kesihatan. Inisiatif untuk pemurnian atau pembetulan haluan kerja terdahulu dijangka akan berlaku, namun peralihan asas dari segi hala tuju, keutamaan dan pengurusan sistem kesihatan akan sudah mula terbentuk.

Transformasi penyampaian perkhidmatan kesihatan



Penambahbaikan terhadap pengaturan dan proses organisasi akan dilakukan dengan penubuhan pasukan kesihatan keluarga di peringkat penjagaan kesihatan primer, termasuk koordinasi yang lebih erat merentasi pelbagai peringkat penjagaan dalam sektor awam dan swasta, menjadikan sistem kesihatan yang lebih bersepadu. Dalam rawatan penjagaan penyakit akut, fokus akan dipertingkatkan untuk mengekalkan status kesihatan dalam komuniti melalui rawatan susulan secara berkala, dengan penggunaan teknologi yang lebih berintegrasi.

Dalam tempoh ini, penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan sektor awam akan beroperasi secara autonomi. Standard penguatkuasaan juga akan lebih komprehensif terhadap penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan sektor awam dan swasta untuk mencapai tahap kualiti dan prestasi yang lebih seimbang merentasi pelbagai sektor.

Kesihatan bersifat promotif dan preventif



Dengan memanfaatkan usaha yang dijalankan pada tahun sebelumnya, teknologi baharu akan digunapakai untuk menambah baik atau menyesuaikan program dan proses sedia ada. Selain penggunaan dalam penjagaan kesihatan, penggunaan peranti boleh pakai, sensor dan peranti lain mungkin turut diperluas untuk meningkatkan lagi keberkesanan fungsi kesihatan awam seperti pemprofilan risiko penduduk atau pemantauan serantau.

Pembiayaan dan perbelanjaan kesihatan

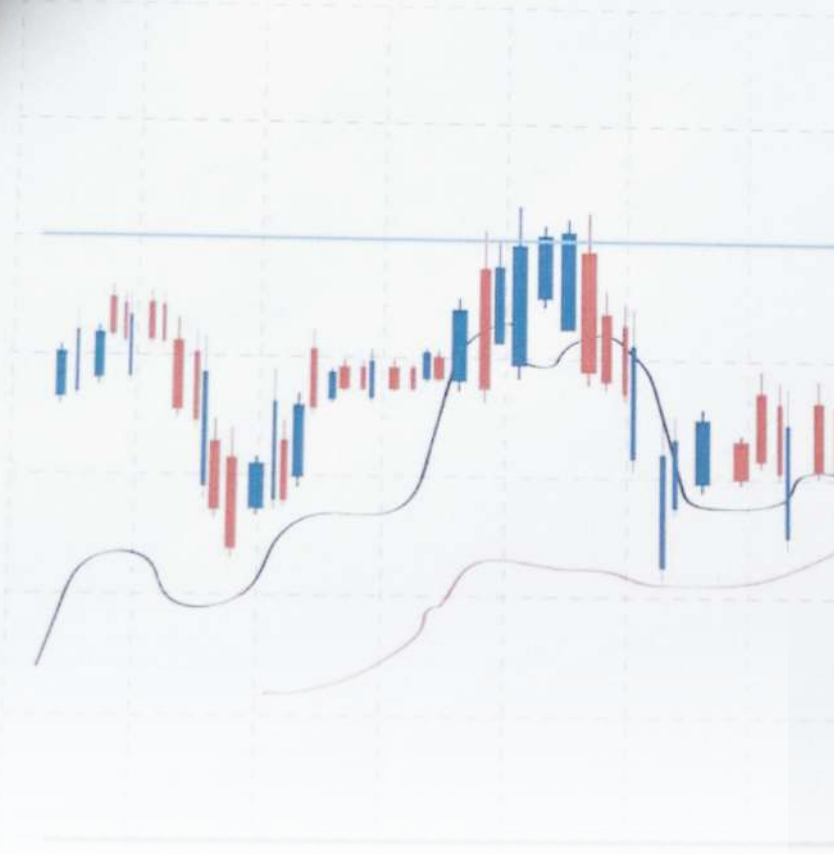


Dalam tempoh ini, aturan institusi, pentadbiran dan tadbir urus akan ditubuhkan dan berfungsi sepenuhnya bagi mempelbagaikan sumber pembiayaan kesihatan dan seterusnya menyumbang kepada dana kesihatan khusus. Rangka kerja untuk mengurus dana, membeli perkhidmatan dan menambah baik pakej manfaat kesihatan telah pun beroperasi secara berperingkat selama beberapa tahun sebelumnya. Justeru, tempoh masa ini akan menyaksikan penambahbaikan dari aspek teknikal atau operasi yang lebih terperinci seperti model pembayaran atau kriteria penilaian penyedia perkhidmatan.

Landasan dan tadbir urus sistem



Dalam tempoh ini, pemisahan peranan penyedia dan pembeli perkhidmatan penjagaan kesihatan telah lengkap dilaksanakan. Pemantapan inisiatif perancangan tenaga kerja untuk kesihatan, pendidikan profesional dan pentauliahan kelayakan akan terus dijalankan dalam tempoh ini.



A magnifying glass is positioned over a financial candlestick chart on a document. The chart shows price fluctuations with blue and red bars. To the right of the chart, a vertical axis is labeled with values: 300.00, 400.00, 500.00, 600.00, 700.00, 800.00, 100.01, and 200.02. A pair of glasses with blue frames is resting on the document to the right of the magnifying glass. The background includes other documents with text like 'NOLOGY' and '700.11'.

Bab 5 Pemantauan Reformasi Kesehatan

Pemantauan berterusan terhadap pelaksanaan reformasi kesihatan diperlukan untuk mengekalkan komitmen dan membolehkan penyesuaian dilaksanakan mengikut keperluan. Oleh yang demikian, penubuhan sebuah badan pemantauan seperti pasukan petugas khas (*special task force*), jawatankuasa, Majlis, atau suruhanjaya dicadangkan untuk memastikan reformasi kesihatan yang diusulkan kalis masa hadapan. Penubuhan badan pemantauan ini akan mewujudkan mekanisme semak dan imbang serta memastikan kestabilan pelaporan proses reformasi dalam persekitaran ekonomi politik sepanjang tempoh tersebut. Komitmen untuk melaksanakan reformasi jangka panjang akan dapat dikekalkan walaupun berlaku perubahan dalam pentadbiran dan kepimpinan politik.

Badan ini akan memantau, menganalisa dan melaporkan status pelaksanaan reformasi kepada Parlimen dan rakyat. Badan ini juga akan mengemukakan syor dan cadangan penyesuaian kepada usaha reformasi sistem kesihatan di mana perlu. Ahli-ahli badan pemantauan akan dilantik daripada pelbagai kepakaran berkaitan dengan sistem kesihatan, perlindungan sosial serta transformasi sistemik jangka panjang. Syarat penubuhan dan operasi akan dikaji dan diteliti mengikut tatacara dan pekeliling kerajaan, serta perbincangan lanjut dengan agensi pusat yang berkaitan.





Bab 6 Kesimpulan

Memperkasakan kesihatan rakyat, memastikan sistem kesihatan negara berdaya tahan dan kalis masa hadapan

Sejak kemerdekaan, sistem kesihatan negara telah menyumbang kepada pencapaian tahap kesihatan rakyat yang baik. Namun begitu, dengan peredaran masa, jurang dan cabaran yang wujud ketika ini mengekang usaha dalam meningkatkan tahap kesihatan rakyat dan mencapai Matlamat Pembangunan Mampan (SDG). Oleh itu, terdapat keperluan yang mendesak untuk menentukan hala tuju dengan segera bagi memastikan sistem kesihatan Malaysia lebih responsif kepada keperluan semasa, berdaya tahan, dan juga kalis masa hadapan.

Selaras dengan ini, Kertas Putih Kesihatan mencadangkan perubahan yang diperlukan berteraskan kepada empat tonggak seperti berikut:

Tonggak 1: Mentransformasikan penyampaian perkhidmatan kesihatan dalam negara dengan mengutamakan dan menstruktur semula penjagaan kesihatan primer; mengoptimumkan penjagaan hospital; memberikan autonomi operasi kepada penyedia perkhidmatan penjagaan kepada sektor awam dan meningkatkan kerjasama awam-swasta; serta memanfaatkan pendigitalan dan teknologi untuk penambahbaikan penyampaian perkhidmatan secara keseluruhan.



Tonggak 2: Mempertingkatkan promosi kesihatan dan pencegahan penyakit pada semua peringkat dalam negara dengan menambah baik fungsi kesihatan awam dan kesiapsiagaan krisis kesihatan; mendorong sikap tanggungjawab bersama untuk kesihatan dalam kalangan agensi Kerajaan; menambah baik koordinasi dan kerjasama dengan pihak berkepentingan dalam komuniti; dan meningkatkan penggunaan insentif dan *disincentive* untuk membudayakan tingkah laku dan norma yang sihat.



Tonggak 3: Memastikan pembiayaan kesihatan yang mampan dan saksama dengan meningkatkan pembiayaan kesihatan di bawah pengurusan sektor awam secara berperingkat; mengkaji dan melaksanakan mekanisme untuk mempelbagaikan sumber pembiayaan untuk kesihatan; memastikan rakyat menerima perkhidmatan komprehensif yang tidak terikat dengan kemampuan; dan memastikan keberkesanan kos perbelanjaan kesihatan dengan menjalankan pelbagai reformasi organisasi dan tadbir urus termasuk pembangunan model pembayaran berasaskan nilai dan meluaskan peranan Pembeli Strategik.



Tonggak 4: Memperkukuhkan landasan dan tadbir urus sistem kesihatan dengan mengukuhkan peranan tadbir urus dan pengawasan KKM serta memisahkan peranan penyedia dan pembeli perkhidmatan penjagaan kesihatan daripada KKM; menambah baik dasar, perundangan dan peraturan yang berkaitan kesihatan supaya relevan dengan keadaan semasa; memantapkan ekosistem tenaga kerja untuk kesihatan; dan merangsang penyelidikan, inovasi dan pendekatan berasaskan bukti.



Usaha reformasi sistem kesihatan bukanlah usaha yang baharu, malah telah bermula sejak 1980an. Walau bagaimanapun, tiada perubahan bersifat sistemik dan struktural jangka panjang yang telah dilaksanakan disebabkan tiada keputusan yang jelas tentang hala tuju reformasi sistem kesihatan negara. Oleh yang demikian, Kertas Putih Kesihatan telah dibentangkan kepada Parlimen dengan tujuan untuk mendapatkan sokongan dwipartisan serta komitmen jangka panjang bagi hala tuju sistem kesihatan Malaysia.

Reformasi sistem kesihatan yang dicadangkan dalam Kertas Putih Kesihatan adalah bersifat jangka panjang. Maka, usaha dan hala tuju reformasi ini perlu dikemaskini dan disesuaikan dengan adanya maklumat baharu, teknologi baharu, serta kaedah atau model yang lebih baik. Sehubungan itu, strategi yang dicadangkan dalam kertas putih ini boleh ditambah baik semasa tempoh reformasi, atas saranan Kerajaan, badan pemantauan reformasi atau Jawatankuasa Pilihan Khas Parlimen selepas perbahasan dan perbincangan di Parlimen.

Reformasi sistem kesihatan untuk Malaysia perlu dilaksanakan dengan segera supaya kita dapat bersedia menghadapi cabaran dan krisis kesihatan masa hadapan, dan membolehkan rakyat Malaysia hidup dengan lebih sihat dan sejahtera serta menjamin kemakmuran negara. Oleh itu, ia adalah mustahak untuk semua pihak bekerjasama dan memulakan perjalanan reformasi sistem kesihatan hari ini untuk masa depan kesihatan kita.

