

# Comparison of the Health Service System and the Universal Health Insurance among Indonesia's Neighboring Countries

Jevon Agustinus Dwi Putra<sup>a,\*</sup> & Amal Chalik Sjaaf<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Program of Hospital Administration Studies, Faculty of Public Health, Universitas Indonesia, Indonesia

<sup>b</sup>Department of Health Policy and Administration, Faculty of Public Health, Universitas Indonesia, Indonesia

---

## Abstract

The healthcare system is a presuming indicator of the development of a country. The corporality of a welcome healthcare system will provide welfare and health for every citizen. However, the reality is that not all countries have the same rights and access to health services. Therefore, to obtain equal basic needs, right, and access to health services for every citizen, various countries are trying to implement universal/national health insurance. The implementation of universal health insurance is still a challenge for Indonesians. It is also related to the healthcare system that is still low compared to several other developing countries and Indonesia's neighboring countries. Therefore, the purpose of this paper is to find a comparison between the healthcare system and the implementation of universal health insurance among neighboring countries in Indonesia. The analysis of this study was conducted by the literature review method. Each country has unique and different characteristics, so the healthcare system and universal health insurance that apply in each country have advantages and disadvantages. Therefore, every homeland strives for its healthcare system and instead seeks to build a strong, more stable, and stable health system so that every citizen can enjoy a quality and quality healthcare system

Keywords: Healthcare System, Health Service, Universal Health Coverage

---

## 1. Introduction

Indonesia merupakan negara kepulauan terbesar dengan perkiraan 17.504 pulau dan memiliki penduduk keempat terbanyak di dunia (Statistik, 2017) Untuk mencapai kesejahteraan dan keadilan di negara kepulauan yang besar serta mewujudkan Indonesia Maju memiliki tantangan-tantangan yang besar. Salah satu aspek penting dalam pembangunan negara adalah aspek kesehatan. Kesehatan merupakan kebutuhan dan hak dasar bagi setiap manusia serta telah diamanatkan di dalam UUD 1945 (Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia & Indonesia, 1945). Di dalam UU No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa setiap warga negara berhak memiliki akses pelayanan kesehatan yang sama, setara, adil, aman, bermutu dan terjangkau (Republik Indonesia, 2009). Namun faktanya masih terdapat kesenjangan karena tidak semua masyarakat Indonesia memiliki akses pelayanan kesehatan akibat biaya kesehatan yang tinggi serta sistem pelayanan kesehatan yang belum handal di masa sebelum adanya Jaminan Kesehatan Semesta, di mana Indonesia disebut sebagai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Hal ini dibuktikan dengan angka *out of pocket* di Indonesia masih tinggi, yaitu sekitar 60% di tahun 2012 (Statistik, 2017).

Jaminan Kesehatan Nasional merupakan sistem program pemerintah untuk mewujudkan kesetaraan dan keadilan bagi seluruh masyarakat Indonesia dalam memperoleh akses layanan kesehatan yang telah diatur dalam UU No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) (Republik Indonesia, 2004). Sistem JKN dikelola oleh sebuah badan hukum yang tertera dalam UU No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Sistem

---

\* Corresponding author.

E-mail address: [felixjevon@gmail.com](mailto:felixjevon@gmail.com)

JKN diselenggarakan oleh BPJS sejak 1 Januari 2014 dan terus berkembang hingga saat ini. Berdasarkan data dari *CEOWORLD Health Care Index (2021)* mengenai sistem pelayanan kesehatan terbaik di dunia, Indonesia menempati peringkat ke 57 dari 167 negara. Dalam upaya membangun sistem kesehatan yang kuat, bermutu dan berkualitas, sebagai negara berkembang akan menghadapi berbagai tantangan, berupa rasio tempat tidur dan jumlah tenaga kesehatan terhadap populasi yang masih dibawah standar WHO, perubahan epidemiologis penyakit menular menjadi tidak menular, pembiayaan kesehatan yang terus meningkat, sistem pembiayaan yang belum terbuka bagi fasilitas kesehatan, juga risiko terjadinya kecurangan (*fraud*) (Statistik, 2017)).

Tantangan dalam sistem JKN, mengharuskan dan mendorong agar fasilitas pelayanan kesehatan dapat mengendalikan mutu dan biaya sehingga pelayanan kesehatan dapat terlaksana secara optimal (Republik Indonesia, 2011). Sebagai bentuk upaya mengendalikan mutu pelayanan kesehatan yang optimal maka seluruh fasilitas pelayanan kesehatan yang akan bekerja sama dengan BPJS wajib melakukan akreditasi. Hal ini telah didukung oleh pemerintah dengan membentuk lembaga akreditasi serta telah merumuskan standar akreditasi rumah sakit yang diatur dalam KMK No HK.01.07/MENKES/1128/2022 (Kesehatan, 2022). Aspek penting yang tidak dapat diabaikan adalah pengendalian biaya. Biaya yang memadai dan sesuai bagi fasilitas kesehatan akan berpengaruh secara signifikan terhadap mutu pelayanan kesehatan. Namun realitanya pembiayaan kesehatan di Indonesia masih sangat rendah dibandingkan dengan negara-negara pendapatan rendah-sedang, sehingga mutu dan kualitas pelayanan tidak dapat mencapai hasil maksimal (Statistik, 2017). Menurut (Suhanda, 2015), kepuasan pasien terhadap layanan BPJS dan fasilitas kesehatan yang masih rendah walaupun status kesehatan dan akses pelayanan kesehatan sudah mengalami perbaikan. Oleh sebab itu, pembiayaan kesehatan yang sesuai, memadai, stabil dan berkesinambungan memainkan peran penting bagi sistem JKN juga status pembangunan negara berdasarkan aspek kesehatan.

## 2. Method

Dalam mencapai kendali mutu dan kendali biaya dalam sistem JKN di Indonesia, penulisan ini dilakukan dengan metode kajian *literature review* untuk membandingkan sistem kesehatan dari mutu dan pembiayaan diberbagai negara tetangga serta kendala-kendala yang dihadapi dalam sistem kesehatan masing-masing negara tetangga di Indonesia. Kata kunci yang digunakan adalah “*universal health insurance AND asean*” di dalam Google Scholar. Hasil pencarian tersebut dipilah mulai dari judul yang sesuai, kemudian melalui pembacaan abstrak dari masing-masing artikel. Akhirnya mendapatkan 6 artikel yang memenuhi kriteria untuk dianalisa

## 3. Results

Dari hasil kajian literatur, didapatkan enam artikel yang berkaitan dengan perbandingan sistem pelayanan kesehatan dan penerapan jaminan kesehatan semesta antar negara tetangga Indonesia. Selain itu, penuli juga menambahkan beberapa data berdasarkan data dari Badan Kesehatan Dunia pada masing-masing negara terkait Jaminan Kesehatan Semesta. Keenam artikel tersebut menunjukkan bahwa negara-negara tetangga Indonesia juga negara Indonesia sedang dan telah menerapkan Jaminan Kesehatan Semesta. Indonesia memiliki pola sistem Jaminan Kesehatan Semesta yang serupa dengan negara Filipina karena bersifat kepulauan. Namun, negara Filipina telah menjalankan sistem Jaminan Kesehatan Semesta yang lebih lama maka terjadi perubahan dan pengembangan dari sistem jaminan tersebut. Beda sekali dengan negara Malaysia, awalnya sistem Jaminan Kesehatan Semesta dikelola hampir sepenuhnya oleh pemerintah. Namun, dengan meningkatnya pengetahuan dan keinginan akan mutu pelayanan kesehatan yang lebih baik oleh warga negara Malaysia maka saat ini jaminan kesehatan seluruh warga berfokus pada sektor swasta. Tentunya sistem Jaminan Kesehatan Semesta negara Singapura, yang sebagai negara maju, juga dengan populasi yang sedikit dari Indonesia memiliki strategi yang berbeda, di mana warga negara Singapura telah membayar jaminan kesehatannya melalui pajak yang telah ditentukan.

## 4. Discussion

### 4.1. Sistem Kesehatan di Indonesia

Indonesia adalah negara dengan beraneka ragam ras, etnis, budaya, dan agama, juga negara kepulauan terbesar di dunia dan populasi keempat terbanyak di dunia. Dengan bentuk negara yang unik dan beragam di tengah-tengah Asia Tenggara, Indonesia memiliki angka penduduk miskin yang masih relatif tinggi di tahun 2011, yaitu sebanyak 30 juta

orang (Statistik, 2022). Hal ini mengakibatkan akses pelayanan kesehatan masih tidak dapat dicapai sepenuhnya oleh seluruh warga negara Indonesia, terutama bagi fakir miskin yang sama sekali tidak dapat membiayai kebutuhan kesehatan. Telah disebutkan sebelumnya bahwa di dalam UUD 1945 telah mengamanatkan agar seluruh warga negara dapat memperoleh hak yang sama dan setara dalam akses pelayanan kesehatan.

Dengan berlakunya Sistem Jaminan Sosial Nasional berupa Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh BPJS sejak 1 Januari 2014, status kesehatan Indonesia juga tampak mengalami tren naik dan turun. Beberapa indikator status kesehatan seperti angka harapan hidup di Indonesia mengalami peningkatan yang signifikan pada tahun 1990 hingga 2020 adalah dari usia rata-rata 63 tahun menjadi 73,4 tahun, secara berurutan (Statistik, 2017). Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (2022), angka kematian bayi per 1.000 bayi hidup adalah 28,6 di tahun 2011 menjadi 17,6 di tahun 2020. Selain itu, epidemiologis penyakit di Indonesia juga mengalami perubahan yang signifikan dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular, tetapi juga dilanda dengan penyakit menular baru, yaitu COVID-19 sejak tahun 2020. Semua ini menimbulkan keresahan dalam sistem pelayanan kesehatan Indonesia (Statistik, 2022)

Pembiayaan sistem kesehatan Indonesia bersifat campuran, dari pemerintah dan swasta. Biaya kesehatan di Indonesia mengalami peningkatan besar yaitu meningkat sebesar 222% dalam kurun waktu 8 tahun ((Kharisma, 2020). Walaupun pengeluaran biaya kesehatan mengalami peningkatan, namun anggaran biaya kesehatan dari GDP hanya sebesar 3,6% berdasarkan laporan dari tahun 2014. Langkah komitmen dari pemerintah berupa meningkatkan anggaran biaya kesehatan menjadi 5% dari pusat, sedangkan anggaran biaya kesehatan dari daerah hingga 10%. Selain itu, BPJS juga menargetkan pada tahun 2019 seluruh warga negara Indonesia dapat memperoleh jaminan kesehatan yang disebut sebagai cakupan semesta (*Universal coverage*) (Statistik, 2022) (Thabrany, 2012). Di dalam UU SJSN, jaminan sosial memiliki 5 program, yaitu jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS, dan 4 program lain meliputi jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian dikelola oleh BPJS Ketenagakerjaan (Eka Putri, 2014)

Khusus di dalam Jaminan Kesehatan Nasional, iuran merupakan tulang punggung pendanaan SJSN yang harus dibayarkan oleh peserta dan bersifat wajib. Peserta JKN dapat dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang ditujukan bagi fakir miskin dan Peserta Non Penerima Bantuan Iuran (Non PBI). Jaminan yang ada dalam BPJS Ketenagakerjaan, pembayaran iuran akan dilakukan oleh pemberi kerja dan penerima upah dengan persentase yang telah ditetapkan. Selain menerima iuran dari peserta, BPJS juga akan melakukan pembiayaan kepada fasilitas pelayanan kesehatan melalui dua metode, yaitu kapitasi dan *casemix*. Pembayaran kapitasi ditujukan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), sedangkan *casemix* ditujukan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Rujukan Lanjutan (FKTRL) (Eka Putri, 2014).

Menurut (Alanri, 2015) dan (Ruslang, n.d.), kendala yang terdapat dalam sistem pelayanan Indonesia adalah kurangnya dana serta peningkatan kebutuhan dana. Kekurangan dana dapat disebabkan oleh beberapa hal, yaitu ketidakpatuhan bagi peserta Non PBI untuk membayar iuran secara rutin, pembayaran denda iuran yang besar bagi masyarakat sehingga terjadi *out of pocket (OOP)*, alokasi dana yang kurang tepat, adanya kemungkinan tindakan *fraud*, dan sistem pembayaran *casemix* yang belum ada standar. Pembiayaan secara *casemix* tidak tampak jelas misalnya cara menentukan tarif biaya, tarif biaya tidak senantiasa meningkat sesuai dengan harga kondisi pasaran, rincian tarif biaya, dan standar penggunaan dan berlakunya kode diagnosis ICD-10 yang berbeda-beda. Peningkatan kebutuhan dana terutama terjadi akibat butuhnya sistem teknologi yang terus berkembang untuk mendukung penegakkan diagnosis berdasarkan bukti, *supply-demand* yang semakin tinggi. Dengan tuntutan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas, sedangkan biaya bagi fasilitas kesehatan belum memadai, akhirnya menimbulkan banyak fasilitas kesehatan yang tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan yang memuaskan bagi pasien.

#### 4.2. Sistem Kesehatan di Singapura

Singapura merupakan salah satu negara tetangga Indonesia yang maju, kecil, dengan jumlah populasi sebanyak di kota Bandung. Anggaran biaya bagi kesehatan nasional sebesar 4,47% dari GDP di tahun 2016 (Tan, Lam, Matchar, Zee, & Wong, 2021) Negara Singapura telah mencapai kesehatan cakupan semesta (*Universal Health Coverage*) melalui sistem pembiayaan campuran dan memiliki sistem pelayanan kesehatan yang baik. Berdasarkan data *CEOWORLD Health Care Index* (2021), Singapura memperoleh sistem pelayanan kesehatan terbaik di dunia dengan peringkat ke-15. *MediShield Life* merupakan salah satu asuransi kesehatan yang bersifat wajib dimiliki oleh seluruh warga Singapura dan memberikan perlindungan seumur hidup terhadap biaya kesehatan yang tinggi dari pelayanan rawat inap dan beberapa pelayanan rawat jalan. Asuransi tersebut tidak menanggung pelayanan pada layanan rawat jalan tingkat primer serta spesialisik dan obat peresepan. Pembayaran iuran sebagian disubsidi oleh pemerintah berdasarkan

pendapatan warga, tetapi juga ada tabungan wajib kesehatan yang disebut sebagai *Medisave*. *Medisave* merupakan tabungan wajib bagi seluruh pekerja dan residen permanen sebesar 8 hingga 10,5% tergantung dari usia. Terakhir adalah *MediFund* biaya dari negara ketika warga Singapura dan *Medisave* tidak dapat atau cukup menanggung biaya kesehatan tersebut (Tan et al., 2021) (Tikkanen, Osborn, Mossialos, Djordjevic, & Wharton, 2020).

Fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi pasien tidak dipengaruhi oleh kelas perawatan, namun keputusan tergantung pada pemilihan ruang rawat pada pasien. Apabila pasien memilih ruang rawatan dengan 8 tempat tidur di satu ruangan, maka akan disubsidi 85%, jika pasien memilih ruang rawatan 1 tempat tidur di satu ruangan, maka tidak disubsidi. Sedangkan pasien yang membutuhkan pelayanan kesehatan tingkat primer seperti di poliklinik, maka akan disubsidi sebesar 75%, dan dihitung berdasarkan jumlah pendapatan. Layanan pasien di gawat darurat akan ditanggung seluruhnya. Selain itu, di dalam *Medishield Life* juga menentukan maksimal klaim per tahun, tetapi tidak ada batasan untuk seumur hidup. Penggunaan *MediSave* juga dibatasi agar memiliki biaya yang cukup untuk membiayai kebutuhan dasar di saat usia tua. Melalui strategi-strategi di atas, maka terdapat biaya lebih yang dapat digunakan kembali untuk mensubsidi silang bagi warga negara Singapura. Demikian juga warga negara Singapura dapat mengurangi biaya OOP (How & Fock, 2014) (Tikkanen et al., 2020).

Kendala yang dialami dalam Sistem Kesehatan di Singapura berupa populasi yang semakin menua, sehingga menimbulkan risiko terjadinya kekurangan biaya di dalam *MediSave*. Dengan risiko tersebut, pemerintah Singapura telah merencanakan berbagai paket asuransi untuk membantu warga negara usia lanjut, seperti *The Pioneer Generation Package* dan *The Merdeka Generation Package*. Untuk mempertahankan mutu layanan kesehatan, maka Singapura telah menerapkan “Satu Pasien, Satu Rekam Medik”, di mana keseluruhan Rekam Medik dilindungi dan dimiliki oleh Kementerian Kesehatan, untuk menjaga kualitas pelayanan kesehatan serta mengurangi biaya dan pemeriksaan yang tidak diperlukan (How & Fock, 2014) (Tikkanen et al., 2020).

#### 4.3. Sistem Kesehatan di Malaysia

Malaysia merupakan sebuah negara demokrasi parlementer yang memiliki pendapatan negara menengah ke atas. Populasi di Malaysia adalah sekitar 30an juta di tahun 2020. Angka harapan hidup di Malaysia sekitar adalah 73 tahun. Anggaran biaya kesehatan Malaysia sebesar 4,6% dari GDP di tahun 2016 (Yorulmaz & Mohamed, 2019). Berdasarkan data dari *CEOWORLD Health Care Index* (2021), Malaysia menempati peringkat ke-40 dengan sistem pelayanan kesehatan terbaik di dunia. Penyebab kematian di Malaysia terutama disebabkan oleh penyakit tidak menular dibandingkan penyakit menular. Penyebab utama kematian di Malaysia adalah penyakit iskemik jantung (Safurah et al., 2013) (Yorulmaz & Mohamed, 2019)

Malaysia juga memberikan pelayanan kesehatan cakupan semesta (*Universal Healthcare*) bagi seluruh warga dan presidennya. Namun, sistem ini tidak berdasarkan dari program asuransi nasional. Awalnya asuransi kesehatan nasional Malaysia telah dibentuk sejak tahun 1990an dan ditanggung oleh pemerintah, saat ini tanggungan asuransi justru didominasi oleh sektor swasta. Hal ini dikarenakan adanya kenaikan biaya, pajak, dan harapan masyarakat yang tinggi terhadap mutu dan kualitas layanan kesehatan. Sistem pelayanan kesehatan Malaysia diolah melalui 3 kelompok sector rumah sakit yang dibedakan berdasarkan kepemilikan rumah sakit, yaitu rumah sakit umum pemerintah, rumah sakit swasta, dan rumah sakit swasta non-profit (Yorulmaz & Mohamed, 2019). Biaya untuk pemerintah diperoleh dari pajak pendapatan umum, sedangkan sektor swasta memperoleh biaya dari asuransi kesehatan swasta dan OOP pasien. Oleh sebab itu, biaya asuransi kesehatan bagi warga negara Malaysia kebanyakan berasal dari OOP pasien juga dari turis/wisatawan (Safurah et al., 2013). Data dari *IMTJ Medical Travel Awards* (2020), negara Malaysia merupakan pemenang dari *health and medical tourism: destination of the year*.

Kementerian Kesehatan Malaysia berfokus memberikan pelayanan dari promosi kesehatan, pencegahan, kuratif dan rehabilitasi yang lebih menitikberatkan pada pelayanan promosi. Sedangkan sektor kesehatan swasta focus pada wilayah perkotaan dan kuratif. Saat ini pemerintah juga menyetujui beberapa rumah sakit umum untuk menerima perawatan pribadi sehingga meningkatkan biaya profesional untuk menangani pasien pribadi mereka. Dalam hal ini, Malaysia terus meningkatkan wisatawan kesehatan. Kendala yang dihadapi dalam sistem pelayanan kesehatan Malaysia adalah kebutuhan tenaga kesehatan. Namun, hal ini diantisipasi oleh pemerintah untuk terus meningkatkan jumlah tenaga kesehatan melalui universitas-universitas (Awards, 2020); (Safurah et al., 2013).

#### 4.4. Sistem Kesehatan di Thailand

Thailand merupakan negara berpenghasilan menengah ke atas dengan jumlah populasi sekitar 66 juta orang (Tangcharoensathien, Tisayaticom, Suphanchaimat, Vongmongkol, Viriyathorn, & Limwattananon, 2020). Kebijakan jaminan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage/UHC*) berjalan dengan baik dan mencapai sepenuhnya sejak tahun 2002. Dalam waktu satu decade penerapan UHC, angka harapan hidup menjadi meningkat dari 71,8 menjadi 74,2 tahun (tahun 2001-2011). Angka kematian bayi juga mengalami penurunan yang signifikan, yaitu dari 100 per 1000 bayi lahir di tahun 1970 menjadi 9,5 per 1000 bayi lahir di tahun 2017. Kepuasan kebijakan bagi penyedia serta peserta secara konsisten terus tinggi sejak tahun 2011. Hal ini didukung dengan tiga perencanaan yang berbeda, yaitu (i) warga sipil memperoleh tanggungan medis dari kementerian keuangan berupa *the Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSBMS)*, yang meliputi 5,7 juta orang, (ii) jaminan sosial direncanakan dan ditanggung dalam kementerian tenaga kerja berupa *Social Health Insurance (SIH)*, sebanyak 12,3 juta, dan (iii) sisanya ditanggung oleh kementerian kesehatan berupa *Universal Health Coverage Scheme (UHC)*, sebesar 47,8 juta atau setara dengan 72% populasi (Sumriddetchkajorn et al., 2019); (Tangcharoensathien et al., 2020).

Biaya iuran untuk jaminan kesehatan semesta (UHC) dibiayai melalui pajak umum pemerintah. Terkhusus fakir miskin akan memperoleh prioritas serta subsidi dari pemerintah. Namun kendala yang dihadapi oleh negara Thailand adalah angka kemiskinan yang masih tinggi. Selain itu, populasi di Thailand mengalami perubahan menjadi populasi yang menua serta perubahan bentuk penyakit akibat dari perubahan pola hidup modernisasi. Akses jalan dan kendaraan yang minim menimbulkan kematian kedua tertinggi di dunia akibat kecelakaan lalu lintas. Strategi kebijakan yang direncanakan untuk meningkatkan pendapatan kesehatan adalah meningkatkan biaya pajak rokok, alkohol dan minuman manis agar konsumen produk bahaya tersebut dapat berkurang. Dalam upaya efisiensi dalam menggunakan pendapatan kesehatan, pemerintah juga membuat pedoman pengkajian pada kondisi medis yang membutuhkan biaya tinggi tanpa mengurangi kesejahteraan. Pemerintah juga berhasil menurunkan harga dari obat-obat antiretroviral, lensa katarak, obat eritropoietin dan stent coronary yang akhirnya telah berhasil menghemat sekitar 257 juta dolar AS di tahun 2016 (Sumriddetchkajorn et al., 2019); (Tangcharoensathien et al., 2020)

#### 4.5. Sistem Kesehatan di Filipina

Filipina mirip seperti di Indonesia merupakan negara kepulauan, dengan populasi sekitar 104,9 juta orang di tahun 2017. Filipina menempati peringkat 13 sebagai populasi terbanyak di dunia. Negara Filipina juga menjadi salah satu negara Asia yang mengalami peningkatan ekonomi secara pesat. Angka harapan hidup di Filipina juga menjadi meningkat dari 62,2 menjadi 69,1 tahun di tahun 1980 – 2016. Filipina saat ini mengalami *triple burden*, yaitu (i) sebagai negara peringkat ketiga di dunia yang memiliki risiko terpapar dengan angin topan kuat akibat perubahan iklim, (ii) perubahan pola hidup yang menimbulkan peningkatan kematian akibat penyakit tidak menular, dan (iii) penyakit menular yang belum tuntas (Dayrit, Lagrada, Picazo, Pons, & Villaverde, 2018)

Sistem pelayanan kesehatan di Filipina dibenahi oleh dual sistem, sector umum dan swasta. Sektor publik/umum terutama mendapatkan biaya melalui sistem perpajakan. Sedangkan sektor swasta memperoleh dana dari pemberi pelayanan kesehatan profit dan nirlaba. Asuransi kesehatan sosial di Filipina adalah *Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth)* yang dimulai sejak tahun 1995 untuk memberikan proteksi bagi warga Filipina. Dalam waktu 5 tahun, kepesertaan mencapai semesta (UHC). Di dalam *PhilHealth* cakupannya hanya meliputi pasien rawat inap beserta pasien rawat jalan yang miskin. Berhubungan dengan proteksi finansial yang terbatas, maka OOP masih tinggi di Filipina dan mengakibatkan akses pelayanan kesehatan yang terbatas (Philippines, 2021)

### 5. Conclusions

Sistem pelayanan kesehatan di setiap negara sangat bervariasi, hal tersebut disebabkan oleh jumlah populasi, bentuk sistem pemerintahan negara, pendapatan negara, dan status profil negara. Walaupun bervariasi, namun setiap negara sama-sama ingin memberikan pelayanan kesehatan yang optimal untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar bagi setiap manusia, mencapai jaminan kesehatan semesta (UHC), memiliki hak akses yang sama, meningkatkan profil kesehatan dari masing-masing negara. Dalam upaya peningkatan sistem pelayanan kesehatan, setiap negara menghadapi berbagai kendala persoalan juga memiliki strategi yang berbeda-beda dalam mengantisipasi permasalahan sistem pelayanan kesehatan, di mana setiap strategi yang direncanakan memiliki kelebihan dan kekurangan serta perlu pengkajian lebih dalam dan lanjut untuk memperoleh strategi terbaik bagi masing-masing negara.

Di Indonesia sendiri yang adalah negara berkembang masih memiliki banyak tantangan yang harus dihadapi agar dapat mengejar dan meningkatkan profil kesehatan bagi setiap warga negara sehingga dapat menciptakan Indonesia yang Maju. Beberapa kendala yang perlu dipertimbangkan serta dilakukan perencanaan terhadap sistem pelayanan kesehatan adalah pembiayaan JKN, pemerataan distribusi tenaga kesehatan, pelayanan kesehatan antara kota dan desa yang tidak merata, serta mutu dan kepuasan pasien terhadap BPJS dan fasilitas kesehatan. Oleh sebab itu, perlu mempelajari dan menganalisa lebih rinci mengenai sistem-sistem pelayanan kesehatan yang telah berjalan di negara-negara maju ataupun berkembang untuk memperoleh strategi terbaik dalam mengembangkan Jaminan Kesehatan Nasional yang lebih baik. Akhirnya, mampu mencapai amanat dari UUD 1945.

## References

- Alanri, Fitri. (2015). *Analisis Mutu Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan*.
- Awards, IMTJ Medical Travel. (2020). The IMTJ Medical Travel Award Winners in 2020. Retrieved April 2020.
- Dayrit, Manuel M., Lagrada, Liezel P., Picazo, Oscar F., Pons, Melahi C., & Villaverde, Mario C. (2018). *The Philippines health system review*.
- Eka Putri, Asih. (2014). *Seri Buku Saku–1: Paham Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- How, Choon How, & Fock, Kwong Ming. (2014). Healthcare in Singapore: the present and future. *Singapore Medical Journal*, 55(3), 126.
- Indonesia, Republik. (2004). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah. *Jakarta (ID): RI*.
- Indonesia, Republik. (2009). Undang-undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. *Jakarta Republik Indones*.
- Indonesia, Republik. (2011). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. *Jakarta (ID): RI*.
- Indonesia, Undang Undang Dasar Negara Republik, & Indonesia, Undang Undang Dasar Negara Republik. (1945). Tahun 1945. *Jakarta, Gramedia*.
- Kesehatan, Kementerian. (2022). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Republik Indonesia*.
- Kharisma, Dinar Dana. (2020). Indonesian Health System Performance Assessment: The Association between Health Insurance Expansion with Health Status and Health Care Access. *Jurnal Perencanaan Pembangunan: The Indonesian Journal of Development Planning*, 4(3), 312–326.
- Philippines, Ministry of Foreign Affairs of. (2021). *Health Care in The Philippines. Philippines: Orange Health Consultants*.
- Ruslang, Hasnidar. (n.d.). *MUTU PELAYANAN KESEHATAN PESERTA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DENGAN MODEL BRADY AND CRONIN DI PUSKESMAS KABUPATEN WAJO*.
- Safurah, J., Kamaliah, M. N., Khairiyah, A. M., Nour Hanah, O., Healy, J., Kalsom, M., & Zakiah, M. S. (2013). Malaysia health system review. *Health Systems in Transition*, 3(1), 44.
- Statistik, Badan Pusat. (2017). *Statistik Indonesia 2016*.
- Statistik, Badan Pusat. (2022). *Statistik Indonesia 2021*. Badan Pusat Statistik.
- Suhanda, Rachmad. (2015). Pelayanan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional: “Siapa yang Diuntungkan dan Dirugikan? *TEMU ILMIAH: KONSEP MUTAKHIR TATALAKSANA BERBAGAI PERSOALAN MEDIS*. Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala.
- Sumriddetchkajorn, Kanitsorn, Shimazaki, Kenji, Ono, Taichi, Kusaba, Tesshu, Sato, Kotaro, & Kobayashi, Naoyuki. (2019). Universal health coverage and primary care, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(6), 415.

- Tan, Chorh Chuan, Lam, Carolyn S. P., Matchar, David B., Zee, Yoong Kang, & Wong, John E. L. (2021). Singapore's health-care system: key features, challenges, and shifts. *The Lancet*, 398(10305), 1091–1104.
- Tangcharoensathien, V., Tisayaticom, K., Suphanchaimat, R., Vongmongkol, V., Viriyathorn, S., & Limwattananon, S. (2020). *Financial Risk Protection of Thailand Universal Health Coverage: results from series of national household surveys between 1996 and 2015*.
- Thabrany, Hasbullah. (2012). *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019*. Dewan Jaminan Sosial Nasional.
- Tikkanen, Roosa, Osborn, Robin, Mossialos, Elias, Djordjevic, Ana, & Wharton, George A. (2020). International health care system profiles. *The Commonwealth Fund [Internet]*.
- Yorulmaz, Mehmet, & Mohamed, Nur Nabilah. (2019). Malaysia health system review: Overviews and opinions. *International Journal of Health Administration and Education Congress (Sanitas Magisterium)*, 5(1), 45–57.