



PERBANDINGAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL INDONESIA DENGAN PENDEKATAN INTERNASIONAL WAWASAN DARI TAIWAN, KOREA SELATAN DAN AUSTRALIA

Sekar Ayu Runggandini

S1 Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Singaperbangsa Karawang
sekar.ayu@fikes.unsika.ac.id

Abstrak

Artikel ini membandingkan sistem kesehatan Taiwan, Korea Selatan, Australia, dan Indonesia dalam upaya mereka mencapai cakupan kesehatan semesta. Dengan menggunakan tinjauan naratif terhadap dokumen kebijakan dan literatur sekunder, artikel ini menganalisis tata kelola, mekanisme pembiayaan, dan organisasi penyampaian layanan. Taiwan dan Korea Selatan memiliki skema asuransi kesehatan sosial tunggal yang wajib dan didanai oleh pajak, yang diawasi oleh lembaga khusus yang secara ketat mengatur pembayaran penyedia layanan, paket manfaat, dan kualitas, sehingga memastikan perlindungan finansial yang luas dan akses yang relatif adil. Australia mengoperasikan model hibrida di mana Medicare menjamin cakupan publik secara universal sementara asuransi swasta sukarela menawarkan manfaat tambahan, didukung oleh tanggung jawab yang jelas dibagi di antara pemerintah federal, negara bagian, dan lokal. Indonesia, di sisi lain, masih dalam proses mengkonsolidasikan Sistem Kesehatan Nasional dan Asuransi Kesehatan Nasional, memperluas cakupan populasi tetapi menghadapi ketidaksetaraan geografis, kekurangan tenaga kerja, keterbatasan pendanaan, dan sistem rujukan yang terfragmentasi. Analisis perbandingan ini menyoroti pelajaran praktis bagi Indonesia untuk memperkuat integrasi kebijakan, keadilan, dan keberlanjutan sistem kesehatan jangka panjang.

Kata Kunci: *Jaminan Kesehatan, Sistem, Kesehatan*

Abstract

This article compares the health systems of Taiwan, South Korea, Australia, and Indonesia in their pursuit of universal health coverage. Using a narrative review of policy documents and secondary literature, it examines governance arrangements, financing mechanisms, and the organization of service delivery. Taiwan and South Korea have mandatory, tax-supported single-payer social health insurance schemes, overseen by specialized agencies that tightly regulate provider payment, benefit packages, and quality, thereby ensuring broad financial protection and relatively equitable access. Australia operates a hybrid model in which Medicare guarantees universal public coverage while voluntary private insurance offers supplementary benefits, supported by clearly shared responsibilities across federal, state, and local governments. Indonesia, by contrast, is still consolidating its National Health System and National Health Insurance, expanding population coverage but struggling with geographic inequities, workforce shortages, funding constraints, and a fragmented referral system. The comparative analysis highlights practical lessons for Indonesia to strengthen policy integration, equity, and long-term health system sustainability.

Keywords: *Health Insurance, Systems, Health*

* Corresponding author :

Address : Universitas Singaperbangsa Karawang

Email : sekar.ayu@fikes.unsika.ac.id

Phone : Nomor HP Penulis

PENDAHULUAN

Sistem kesehatan global merupakan suatu jejaring kompleks yang terdiri atas berbagai struktur saling terkait yang mempengaruhi cara layanan kesehatan diselenggarakan, dibiayai, dan diatur. Keterkaitan antar pengaturan tersebut berperan penting dalam memastikan bahwa layanan kesehatan tetap mudah diakses, efisien, serta berkelanjutan di beragam wilayah. Secara umum, sistem ini terbagi ke dalam tiga komponen utama, yaitu pengiriman layanan, struktur pembiayaan, dan mekanisme tata kelola (Hoffman & Cole, 2018).

Sistem Kesehatan Global merujuk pada berbagai aktor internasional yang berupaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pengelolaan, pembiayaan, dan penyediaan layanan kesehatan di wilayah tempat mereka beroperasi. Sistem ini bersifat kompleks karena melibatkan jumlah aktor yang terus bertambah serta jaringan yang luas dan beragam yang menghubungkan mereka. Selain itu, terdapat keterkaitan yang erat antara sektor kesehatan dan sektor lain, seperti pangan, perdagangan, dan lingkungan. Meskipun demikian, Sistem Kesehatan Global belum sepenuhnya siap menghadapi berbagai tantangan transnasional yang mengancam kesehatan dunia, termasuk perubahan iklim, krisis keuangan, resistensi antimikroba, dan pandemi COVID-19. Kondisi tersebut menegaskan pentingnya pengembangan lebih lanjut melalui pendekatan complex adaptive systems (CAS), di mana pemikiran sistem dan metode ilmu kompleksitas semakin dimanfaatkan untuk memahami mekanisme kerja sistem kesehatan serta merancang, merumuskan, dan mengevaluasi intervensi kesehatan masyarakat guna meningkatkan kinerja sistem kesehatan, baik pada tingkat nasional maupun subnasional (Borghi et al., 2022).

Sistem Kesehatan Global juga dapat dipahami sebagai suatu sistem multilevel yang terdiri atas berbagai subsistem yang saling berhubungan. Pendekatan ini menunjukkan bagaimana empat metode utama dalam pemikiran sistem dan ilmu kompleksitas dapat memperdalam pemahaman mengenai dinamika Sistem Kesehatan Global sekaligus mendorong reformasi untuk mencapai hasil kesehatan global yang lebih optimal. Ilmu sistem global tidak hanya terbatas pada kajian mengenai GHS, tetapi juga menyoroti interaksi dan saling ketergantungan antara GHS dengan sistem global lainnya. Ilmu ini mempelajari perilaku sistem pada tingkat global dengan memadukan ilmu kompleksitas, informatika, implementasi kebijakan, serta keterlibatan publik. Pendekatan tersebut juga dapat diperluas dalam ranah kesehatan global, misalnya melalui penilaian terhadap dampak sistem perdagangan, lingkungan, dan komunikasi

terhadap kinerja Sistem Kesehatan Global (Borghi et al., 2022).

Pengaturan pengiriman layanan berhubungan dengan proses penyediaan layanan kesehatan kepada masyarakat. Pengaturan ini mencakup bagaimana layanan dibuat dapat dijangkau oleh individu, bagaimana prioritas kesehatan di tingkat lokal ditetapkan, serta bagaimana prioritas tersebut diintegrasikan ke dalam program-program kesehatan yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan spesifik populasi. Selain itu, pengaturan ini juga menentukan pihak yang bertanggung jawab dalam penyediaan layanan, lokasi penyediaan layanan, serta jenis sumber daya yang diperlukan untuk mendukung tenaga kesehatan maupun penerima layanan (Hoffman & Cole, 2018).

Pengaturan keuangan merupakan komponen esensial dalam sistem kesehatan global yang berfungsi mengelola arus sumber daya finansial di sektor kesehatan. Struktur keuangan tersebut menetapkan mekanisme pendanaan layanan kesehatan, sistem kompensasi bagi penyedia layanan, serta alokasi sumber daya untuk berbagai program dan inisiatif kesehatan. Lebih lanjut, pengaturan keuangan turut membentuk insentif bagi konsumen dan mengatur proses pengadaan produk serta layanan kesehatan, yang pada akhirnya mempengaruhi tingkat aksesibilitas dan mutu pelayanan kesehatan (Hoffman & Cole, 2018).

Pengaturan tata kelola mengatur sistem regulasi serta mekanisme pengambilan keputusan yang mengarahkan keseluruhan fungsi sistem kesehatan. Cakupannya meliputi penetapan otoritas pembuat kebijakan, kepemimpinan organisasi, pengaruh kepentingan komersial, dan penerapan standar profesional. Selain itu, tata kelola menentukan peran serta tingkat partisipasi berbagai pemangku kepentingan—termasuk pemerintah, lembaga internasional, dan sektor swasta—dalam menentukan arah perkembangan sistem kesehatan. Tata kelola yang efektif menjadi kunci untuk menjaga agar sistem kesehatan tetap transparan, akuntabel, serta mampu beradaptasi terhadap dinamika dan tantangan kesehatan global yang terus berkembang (Hoffman & Cole, 2018).

Menurut WHO (2007), sistem kesehatan terdiri atas enam komponen utama, yaitu pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, sistem informasi kesehatan, produk dan teknologi medis, pembiayaan kesehatan, serta kepemimpinan dan tata kelola. Indonesia mengadaptasi konsep tersebut dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dengan menambah satu subsistem, yaitu pemberdayaan masyarakat, sehingga total menjadi tujuh subsistem. Keberadaan subsistem litbang sempat diperdebatkan karena hasilnya berupa informasi yang seharusnya masuk dalam subsistem informasi kesehatan. Oleh karena itu, penyusunan dan pelaksanaan SKN perlu berbasis

data dan bukti ilmiah (Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat & (Bappenas), 2022).

SKN merupakan penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara terpadu oleh seluruh komponen bangsa untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. SKN menjadi pedoman dalam perencanaan hingga evaluasi pembangunan kesehatan yang menekankan peningkatan kemandirian masyarakat, profesionalisme tenaga kesehatan, serta penguatan upaya promotif dan preventif (Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat & (Bappenas), 2022).

Berdasarkan Perpres No. 72 Tahun 2012, SKN terdiri atas tujuh subsistem: upaya kesehatan; penelitian dan pengembangan; pembiayaan kesehatan; sumber daya manusia kesehatan; sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan; manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; serta pemberdayaan masyarakat. Pandemi Covid-19 menunjukkan bahwa SKN belum sepenuhnya mampu merespons krisis kesehatan, sehingga diperlukan reformasi agar lebih tangguh menghadapi bencana atau guncangan sistem kesehatan. Reformasi tersebut harus berbasis data dan mempertimbangkan perkembangan teknologi kesehatan, digitalisasi, serta perubahan pada sistem lain yang terkait (Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat & (Bappenas), 2022).

Sistem kesehatan berbeda di setiap negara, menurut world population review menilai Taiwan, South Korea Dan Australia sebagai 3 negara dengan penilaian pelayanan kesehatan terbaik di dunia indeks Layanan Kesehatan Majalah CEO World adalah analisis statistik kualitas keseluruhan sistem layanan kesehatan, termasuk infrastruktur layanan kesehatan; kompetensi tenaga kesehatan profesional (dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya); biaya (USD per kapita); ketersediaan obat-obatan berkualitas; dan kesiapan pemerintah (World Population Review, 2025)

Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan sistem pelayanan kesehatan Indonesia dengan tiga negara lainnya guna memperoleh wawasan yang lebih komprehensif mengenai praktik-praktik terbaik yang dapat diterapkan untuk meningkatkan kualitas sistem kesehatan di berbagai negara. Melalui perbandingan tersebut, diharapkan dapat ditemukan wawasan yang bermanfaat bagi pembaca dalam memahami masing-masing sistem kesehatan negara tersebut. Selain itu, penelitian ini juga dimaksudkan untuk merumuskan rekomendasi yang konstruktif sebagai upaya peningkatan kesehatan masyarakat, khususnya di Indonesia, sehingga hasil penelitian dapat berkontribusi pada pengembangan kebijakan kesehatan yang lebih efektif dan berkelanjutan.

METODE

Kajian dalam penelitian ini menggunakan metode studi literatur. Metode penelitian literatur merupakan suatu proses yang dilakukan secara sistematis untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, dan menganalisis berbagai sumber literatur yang relevan pada bidang tertentu. Melalui pendekatan ini, peneliti berupaya menyusun pemahaman yang komprehensif mengenai topik yang diteliti dengan menelaah hasil-hasil penelitian sebelumnya, teori-teori pendukung, serta temuan empiris yang telah dipublikasikan. Penggunaan metode ini memungkinkan peneliti untuk mengintegrasikan berbagai informasi yang tersedia sehingga dapat memberikan gambaran mendalam dan menyeluruh sebagai dasar dalam penyusunan argumen serta interpretasi hasil penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Sistem Kesehatan Taiwan

Cakupan Kesehatan Universal Taiwan mulai dirancang pada tahun 1977 dan diselesaikan pada tahun 1983 melalui pembentukan Undang-Undang Asuransi Kesehatan Nasional, yang resmi diberlakukan pada 1 Maret 1984 dan kini telah memasuki usia dua dekade. Perencanaan awal ini disusun berdasarkan pandangan para ahli, termasuk Cai Xunxiong, Wu Kaixun, Lan Zhongfu, Yang Zhi-liang, dan Jiang Dongliang, yang saat itu bekerja bersama Badan Kesehatan Nasional (Ministry Of health and Welfare Taiwan, 2015).

Dalam kurun waktu dua puluh tahun, sistem kesehatan nasional Taiwan telah mengalami berbagai dinamika dan tantangan. Di bawah kepemimpinan berturut-turut Kepala Badan Kesehatan Nasional—Yeh Jin-chuan, Lai Mei-shu, Zhang Hong-ren, Liu Jian-xiang, Zhu Zemin, Zheng Shou-xia, dan Dai Gui-ying—berbagai kebijakan strategis berhasil diimplementasikan, seperti perluasan cakupan asuransi bagi seluruh penduduk, peningkatan akses layanan di wilayah kepulauan dan pegunungan, penerbitan kartu identitas kesehatan, integrasi tentara dalam sistem asuransi, serta pengembangan mekanisme pembayaran dan kebijakan harga obat (Ministry Of health and Welfare Taiwan, 2015).

Untuk menjaga keberlanjutan finansial, Taiwan melakukan penyesuaian tarif premi sebanyak dua kali. Evaluasi menyeluruh pada tahun 2011 kemudian menghasilkan reformasi menuju Asuransi Kesehatan Generasi Kedua, yang diterapkan pada tahun 2013. Reformasi ini bertujuan menyesuaikan sistem asuransi dengan kebutuhan yang terus berkembang (Ministry Of health and Welfare Taiwan, 2015).

Dalam periode yang sama, Taiwan juga menghadapi berbagai bencana besar, seperti

Gempa Bumi 921, wabah SARS, Badai Morakot, dan ledakan gas Kaohsiung. Terlepas dari dampak bencana tersebut, Cakupan Kesehatan Universal tetap berjalan berdasarkan prinsip solidaritas, perlindungan kelompok rentan, pemerataan layanan, kualitas medis, dan efisiensi administrasi (Ministry Of health and Welfare Taiwan, 2015).

Menurut Tsubg-Mei Cheng, Sistem Asuransi Kesehatan Nasional (NHI Taiwan's national health insurance) mulai diimplementasikan pada tahun 1995. Sebelum penerapan program ini, Taiwan memiliki lebih dari sepuluh skema asuransi publik yang diperuntukkan bagi kelompok tertentu seperti pegawai negeri, petani, dan rumah tangga berpendapatan rendah, dengan cakupan populasi hanya sekitar 59 persen. Pada tahun 1986, pemerintah Taiwan mengajukan inisiatif untuk mengembangkan program NHI universal melalui proses perencanaan yang melibatkan kajian terhadap berbagai sistem asuransi kesehatan di negara lain dan penyesuaiannya dengan kondisi nasional Taiwan. Berdasarkan rekomendasi penasihat pemerintah saat itu, Uwe Reinhardt dari Universitas Princeton, pemerintah menggabungkan seluruh program asuransi publik menjadi satu sistem pembayar tunggal. Rekomendasi tersebut didasarkan pada tiga prinsip, yaitu keadilan dalam akses dan manfaat, pengendalian biaya yang efektif dan egaliter, serta kesederhanaan administrasi (Roosa Tikkanen, Robin Osborn, Elias Mossialos, Ana Djordjevic, 2020).

Undang-Undang NHI disahkan pada Juli 1994 dan diterapkan tahun berikutnya. NHI merupakan program asuransi kesehatan sosial yang dikelola pemerintah dan memberikan layanan medis yang setara bagi seluruh penduduk dalam kondisi sakit, cedera, maupun persalinan. Pendaftaran bersifat wajib bagi seluruh warga negara serta bagi warga asing yang tinggal di Taiwan lebih dari enam bulan, sehingga hampir seluruh penduduk tercakup dalam program ini (Roosa Tikkanen, Robin Osborn, Elias Mossialos, Ana Djordjevic, 2020).

Pengelolaan NHI berada di bawah tanggung jawab National Health Insurance Administration (NHIA), suatu lembaga di bawah Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan (MoHW), yang didukung oleh enam kantor regional melalui infrastruktur informasi kesehatan. Pemerintah lokal hanya berperan minimal dalam pembiayaan layanan kesehatan. Sebagian besar layanan kesehatan disediakan oleh sektor swasta, meskipun beberapa rumah sakit masih dimiliki dan dioperasikan pemerintah kota. Dengan struktur pembayar tunggal, tata kelola sistem menjadi relatif sederhana. MoHW berwenang menetapkan pertumbuhan anggaran global NHI setiap tahun, sementara NHIA bertugas mengelola premi, risiko, pembayaran kepada penyedia

layanan, serta memantau penggunaan layanan, pengeluaran, dan kualitas. NHIA juga menentukan cakupan layanan berdasarkan analisis biaya-manfaat, menetapkan tarif penyedia, menyesuaikan struktur tarif, mengendalikan biaya, serta mencari sumber pendanaan tambahan seperti pajak rokok (Roosa Tikkanen, Robin Osborn, Elias Mossialos, Ana Djordjevic, 2020).

Parlemen memiliki fungsi pengawasan penting dalam keseluruhan tata kelola NHI, termasuk persetujuan atas setiap amandemen Undang-Undang NHI yang berkaitan dengan kenaikan tarif premi di atas 6 persen. Pada tahun 2017, pengeluaran kesehatan nasional Taiwan mencapai 6,4 persen dari PDB, dengan NHI menyumbang 53,7 persen atau sekitar 3,4 persen dari PDB. Skema ini dibiayai terutama oleh premi; pada tahun 2018, 81 persen pendapatan premi reguler berasal secara hampir seimbang dari individu, pemberi kerja, dan pemerintah. Sumber pendapatan lainnya meliputi premi tambahan atas pendapatan non-upah, subsidi premi pemerintah, pajak rokok, dan pajak kemenangan lotere (Roosa Tikkanen, Robin Osborn, Elias Mossialos, Ana Djordjevic, 2020).

Premi dihitung berdasarkan formula: $\text{Dasar Gaji} \times \text{Premi Standar (4,69\%)} \times \text{Rasio Kontribusi} \times (1 + \text{Jumlah Tanggungan})$. Rasio kontribusi ditentukan oleh kategori populasi yang mencerminkan status pekerjaan dan sosial ekonomi. Kontribusi maksimum dibatasi untuk empat anggota rumah tangga, dengan anggota tambahan mendapat jaminan tanpa biaya. Pembatasan juga diterapkan pada premi berbasis gaji dan premi tambahan (Roosa Tikkanen, Robin Osborn, Elias Mossialos, Ana Djordjevic, 2020).

Asuransi kesehatan swasta di Taiwan tersedia melalui perusahaan asuransi komersial dan berfungsi sebagai pelengkap NHI. Polis tersebut tidak mencakup layanan yang sudah ditanggung NHI, melainkan memberikan manfaat uang tunai untuk kondisi tertentu, yang dapat digunakan, misalnya, untuk kamar perawatan pribadi atau perangkat medis yang tidak dijamin NHI (Roosa Tikkanen, Robin Osborn, Elias Mossialos, Ana Djordjevic, 2020).

Manfaat NHI bersifat komprehensif, meliputi layanan rawat inap dan rawat jalan, obat resep, perawatan gigi tertentu, Pengobatan Tradisional China, dialisis ginjal, perawatan maternitas dan persalinan, rehabilitasi fisik, perawatan rumah, kesehatan mental kronis, serta layanan preventif. Namun, NHI tidak menanggung beberapa alat kesehatan tertentu seperti kacamata, kursi roda, atau alat bantu dengar untuk populasi umum, meskipun tersedia jalur subsidi melalui Undang-Undang Kesejahteraan bagi Penyandang Disabilitas dan fasilitas khusus untuk veteran (Roosa Tikkanen, Robin Osborn, Elias Mossialos, Ana Djordjevic, 2020).

NHIA menerapkan biaya bersama untuk kunjungan dokter, obat resep, dan layanan rawat inap, dengan berbagai batas dan pengecualian. Layanan preventif seperti pemeriksaan bayi sehat, imunisasi anak, skrining kanker, dan pemeriksaan kesehatan dewasa tersedia tanpa biaya. Pada tahun 2016, pengeluaran kesehatan pribadi dilaporkan mencapai 34 persen dari total pengeluaran kesehatan nasional, meskipun angka ini mencakup komponen yang tidak dimasukkan dalam definisi OECD. Sebagai jaring pengaman, pemerintah memberikan subsidi premi penuh kepada rumah tangga berpendapatan rendah, personel militer, veteran dan keluarganya, serta narapidana. Kelompok lainnya menerima subsidi premi dengan persentase berbeda bergantung pada status keanggotaan atau pekerjaan. Peraturan pemerintah tahun 2016 juga menjamin akses penuh ke layanan kesehatan bagi peserta yang menunggak premi NHI (Roosa Tikkanen, Robin Osborn, Elias Mossialos, Ana Djordjevic, 2020)

Sejumlah kondisi dibebaskan dari biaya bersama rawat jalan, termasuk persalinan, tiga puluh penyakit katastropik, penduduk di daerah terpencil, keluarga veteran, rumah tangga berpendapatan rendah, anak di bawah usia tiga tahun, serta pasien tuberkulosis. Pengecualian biaya bersama obat diberikan kepada pasien dengan penyakit katastropik atau kebutuhan perawatan paliatif khusus, termasuk penyakit langka yang diakui oleh MoHW (Roosa Tikkanen, Robin Osborn, Elias Mossialos, Ana Djordjevic, 2020).

Korea Selatan

Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan Korea menerapkan berbagai program jaminan sosial yang bertujuan menjamin standar hidup dasar serta meningkatkan kualitas hidup seluruh warga negara. Sistem jaminan sosial Korea mencakup asuransi sosial, bantuan publik, dan layanan kesejahteraan sosial. Dalam bidang kesehatan, sistem keamanan kesehatan Korea terdiri atas dua komponen utama, yaitu asuransi kesehatan sosial wajib dan bantuan medis. National Health Insurance (NHI) memberikan cakupan layanan kesehatan bagi seluruh penduduk, dengan pembiayaan utama berasal dari iuran peserta dan subsidi pemerintah. Sementara itu, program bantuan medis merupakan bentuk dukungan publik yang menggunakan dana pemerintah untuk menyediakan layanan kesehatan bagi kelompok berpenghasilan (Health Insurance Review & Assessment Service, 2021)

Pengelolaan National Health Insurance berada di bawah Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan (MoHW), yang membawahi dua lembaga utama: National Health Insurance Service (NHIS) sebagai penyelenggara asuransi, dan Health Insurance Review & Assessment Service (HIRA) yang bertugas melakukan

peninjauan klaim serta penilaian kualitas layanan kesehatan. Dalam praktik pembiayaan layanan, fee-for-service (FFS) merupakan model pembayaran standar untuk perawatan rawat jalan dan sebagian besar perawatan rawat inap, yang berkontribusi pada meningkatnya volume layanan yang diberikan tenaga kesehatan. Pada tahun 2012, Korea mulai menerapkan case-payment berbasis Diagnosis-related Groups (DRG) untuk tujuh kelompok penyakit sebagai bagian dari upaya reformasi pembayaran (Health Insurance Review & Assessment Service, 2021).

Proses pengajuan klaim oleh penyedia layanan kesehatan dilakukan melalui Medical Claim Portal Service (MCPoS), suatu platform berbasis web. HIRA terlebih dahulu menggunakan sistem teknologi informasi untuk mendeteksi secara otomatis adanya kesalahan, kelalaian, atau perhitungan yang keliru. Setelah itu, klaim elektronik ditinjau berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan. Kasus-kasus yang teridentifikasi menyimpang kemudian dianalisis lebih lanjut oleh staf HIRA, tenaga medis, atau Komite Ahli. Setelah seluruh proses peninjauan selesai, HIRA mengirimkan hasilnya kepada NHIS untuk diproses lebih lanjut sebagai dasar penggantian biaya kepada penyedia layanan kesehatan (Health Insurance Review & Assessment Service, 2021)

Sistem Jaminan Kesehatan Korea diselenggarakan melalui Sistem Asuransi Kesehatan yang dirancang untuk mengatasi beban biaya pengobatan dengan memberikan perlindungan terhadap kesehatan masyarakat sekaligus menjaga stabilitas anggaran rumah tangga. Sistem ini juga berfungsi mendistribusikan pendapatan dan menyebarkan risiko guna memperkuat solidaritas serta mendorong integrasi sosial. Mekanisme solidaritas sosial dalam sistem tersebut diwujudkan melalui pembagian biaya layanan kesehatan secara proporsional, disertai penyebaran risiko dan redistribusi pendapatan untuk meringankan beban individu. Karakteristik utama sistem mencakup penerapan asuransi wajib berdasarkan peraturan perundang-undangan, pengelolaan asuransi jangka pendek untuk menjaga keseimbangan keuangan tahunan, penetapan iuran berdasarkan pendapatan dan kekayaan rumah tangga, pemberian manfaat asuransi yang setara, serta pemungutan iuran wajib. Dalam aspek tata kelola, Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan (MoHW) bertanggung jawab merumuskan dan melaksanakan kebijakan National Health Insurance (NHI), sementara National Health Insurance Service (NHIS), sebagai lembaga nirlaba dan penyedia asuransi tunggal, mengelola kelayakan peserta, memungut iuran, menyusun kontrak tarif layanan medis, serta menyediakan manfaat asuransi kesehatan. Selain itu, Health Insurance Review & Assessment Service (HIRA)

berperan dalam menilai tarif layanan medis, kualitas pelayanan kesehatan, dan kelayakan tindakan medis. Secara umum, seluruh warga Korea—kecuali kelompok berpenghasilan rendah—wajib mengikuti asuransi kesehatan, dan penyedia layanan kesehatan dilarang menolak pasien NHI, sedangkan peserta diwajibkan membayar iuran secara berkala. Tata kelola NHI melibatkan koordinasi antara MoHW, NHIS, HIRA, penyedia layanan kesehatan, dan peserta untuk memastikan keberlanjutan sistem serta distribusi manfaat yang adil. Dalam penyelenggaraan layanan kesehatan, sistem ini bertujuan meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya medis, menetapkan peran setiap jenis fasilitas medis, mengendalikan pertumbuhan biaya medis nasional, serta menjaga ketahanan finansial sistem kesehatan. Pemberian manfaat kesehatan berlangsung melalui dua tahap: tahap pertama mencakup fasilitas seperti klinik, rumah sakit, dan rumah sakit umum, sedangkan tahap kedua dilaksanakan di rumah sakit tersier atau *specialized general hospitals* untuk layanan medis tingkat lanjut. Meskipun demikian, terdapat pengecualian terhadap kewajiban rujukan, seperti pada kondisi darurat yang diatur dalam *Emergency Medical Treatment Article 2-1*, persalinan, perawatan gigi, rehabilitasi dan perawatan medis khusus bagi penyandang disabilitas sesuai *Disabled's Welfare Law*, layanan kedokteran keluarga, pegawai rumah sakit tersier, serta pasien hemofilia. Untuk memperoleh manfaat layanan tahap kedua, pasien harus memiliki surat rujukan dari dokter yang pertama kali memberikan pelayanan, yang menyatakan kebutuhan perawatan di rumah sakit tersier; surat rujukan tidak dapat dikeluarkan semata-mata atas permintaan pasien. Apabila pasien menerima layanan di luar prosedur rujukan, maka pasien wajib menanggung seluruh biaya (*co-payment 100%*) sesuai ketentuan *Article 10 Peraturan Pelaksanaan National Health Insurance Act* (*National Health Insurance Service (NHIS), n.d.*)

Australia

Sistem kesehatan Australia merupakan model hibrida yang mengintegrasikan unsur publik dan swasta, dengan Medicare sebagai fondasi utama dalam menyediakan asuransi kesehatan publik universal. Melalui Medicare, masyarakat memperoleh layanan gratis atau bersubsidi ketika berobat sebagai pasien publik di rumah sakit pemerintah, serta bantuan pembiayaan untuk berbagai layanan medis lainnya. Selain itu, asuransi kesehatan swasta bersifat opsional dan memberikan cakupan tambahan, seperti akses rawat inap di rumah sakit swasta, kebebasan memilih dokter, serta layanan yang tidak ditanggung oleh Medicare, termasuk perawatan gigi dan optik. Sistem kesehatan Australia secara umum diakui sebagai salah satu

yang terbaik di dunia karena mampu menyediakan layanan kesehatan yang aman, berkualitas, dan terjangkau bagi seluruh penduduknya, sehingga berkontribusi pada tingginya angka harapan hidup. Pelayanan kesehatan di Australia diselenggarakan oleh dokter umum, dokter spesialis, tenaga kesehatan sekutu, dan perawat yang bersama-sama mendukung tercapainya akses kesehatan yang merata bagi masyarakat. Medicare dan jaringan rumah sakit publik memungkinkan masyarakat memperoleh layanan gratis atau berbiaya rendah, sedangkan asuransi kesehatan swasta memberikan alternatif layanan di luar sistem publik, di mana peserta menanggung sebagian biaya atas layanan yang diterima (*Australian Government Department of Health, 2015*).

Sejak diberlakukan pada tahun 1984, Medicare menjadi kerangka pelayanan kesehatan universal yang terdiri atas tiga komponen utama, yaitu layanan medis, rumah sakit publik, dan obat-obatan. Skema ini diperuntukkan bagi warga Australia dan Selandia Baru, penduduk tetap, serta warga negara tertentu dari negara yang memiliki perjanjian timbal balik dengan Australia. Cakupan Medicare meliputi pembiayaan penuh untuk layanan rumah sakit publik dan pembiayaan sebagian atau seluruh biaya untuk layanan lain, seperti layanan dokter umum, spesialis, fisioterapi, perawatan keperawatan komunitas, dan layanan gigi dasar bagi anak-anak. Pemerintah Australia juga mengoperasikan *Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS)*, yaitu program subsidi obat resep yang membuat lebih dari lima ribu dua ratus produk obat—termasuk obat bermerek, generik, biologis, dan biosimilar—menjadi lebih terjangkau. Pasien membayar sebagian kecil biaya obat, sementara sisanya ditanggung pemerintah. Sistem ini dilengkapi *PBS Safety Net* yang mengurangi biaya obat apabila pengeluaran tahunan pasien mencapai ambang tertentu. Selain itu, *Medicare Benefits Schedule (MBS)* menjadi daftar resmi layanan kesehatan yang disubsidi pemerintah dan mencakup mekanisme keselamatan biaya (*safety net*) untuk melindungi pasien yang memiliki pengeluaran kesehatan tinggi (*Australian Government Department of Health, 2015*).

Asuransi kesehatan swasta di Australia memberikan dua jenis cakupan, yaitu *hospital cover* yang menanggung sebagian atau seluruh biaya rawat inap sebagai pasien swasta, serta *general treatment* atau *extras cover* yang mencakup layanan non-medis yang tidak ditanggung Medicare, seperti layanan gigi, fisioterapi, dan optik. Pemerintah menyediakan potongan biaya (*rebate*) berdasarkan tingkat pendapatan untuk membantu masyarakat membayar premi asuransi swasta. Dalam mendukung pelayanan kesehatan primer, Australia membentuk tiga puluh satu *Primary*

Health Networks (PHN) yang berperan dalam memperkuat pusat kesehatan komunitas, rumah sakit, praktik dokter umum, serta berbagai tenaga kesehatan lain. PHN juga bertugas mengkoordinasi berbagai komponen sistem kesehatan, menilai kebutuhan kesehatan setempat, serta menyediakan layanan tambahan seperti layanan kesehatan di luar jam kerja, dukungan kesehatan mental, promosi kesehatan, dan pendidikan berkelanjutan bagi dokter umum (Australian Government Department of Health, 2015).

Pembagian tanggung jawab tata kelola sistem kesehatan di Australia melibatkan pemerintah federal, pemerintah negara bagian atau wilayah, serta pemerintah lokal. Pemerintah federal mengelola MBS dan PBS, mengatur asuransi kesehatan swasta, mendukung layanan kesehatan primer, mensubsidi layanan lansia, mengumpulkan data kesehatan, mendanai riset medis, mengatur obat-obatan dan alat kesehatan, serta mengkoordinasi respons darurat kesehatan nasional. Sementara itu, pemerintah negara bagian dan wilayah bertanggung jawab atas pengelolaan rumah sakit publik, penyediaan layanan pencegahan dan kesehatan mental, pelayanan gigi publik, layanan ambulans, serta pengawasan keamanan pangan dan fasilitas kesehatan. Tanggung jawab antara pemerintah federal dan negara bagian meliputi pendanaan rumah sakit publik, layanan pencegahan, akreditasi tenaga kesehatan, perawatan paliatif, reformasi kesehatan mental, dan penanganan darurat kesehatan. Pemerintah lokal turut berperan dalam penyediaan layanan kesehatan lingkungan, kesehatan masyarakat, dan layanan berbasis komunitas (Australian Government Department of Health, 2015).

Sistem kesehatan Australia menghadapi sejumlah tantangan, antara lain penuaan populasi yang meningkatkan kebutuhan layanan kesehatan dan menuntut fleksibilitas serta kompetensi tenaga kerja kesehatan. Selain itu, meningkatnya prevalensi penyakit kronis memerlukan model perawatan yang berpusat pada pasien dengan dukungan tim dokter umum secara berkesinambungan. Kemajuan di bidang riset medis dan teknologi, seperti tes genomik, memperbaiki kualitas diagnosis dan pencegahan penyakit, tetapi juga menimbulkan tantangan terkait biaya dan etika. Pemanfaatan data kesehatan menjadi semakin penting untuk mendukung pembuatan kebijakan dan peningkatan layanan, sementara tantangan global lainnya mencakup meningkatnya biaya kesehatan, ketidakmerataan akses, dan waktu tunggu rumah sakit yang panjang. Dari sisi pembiayaan, layanan kesehatan Australia didanai oleh pemerintah federal, negara bagian, pemerintah lokal, organisasi non pemerintah, asuransi swasta, dan individu. Pada tahun 2016–2017, total

pengeluaran kesehatan mencapai sekitar 181 miliar dolar Australia, atau sekitar sepuluh persen dari produk domestik bruto, dengan kontribusi terbesar berasal dari pemerintah federal sebanyak empat puluh satu persen, disusul pemerintah negara bagian sebesar dua puluh tujuh persen, individu sebesar tujuh belas persen, asuransi swasta sembilan persen, dan organisasi non pemerintah enam persen (Australian Government Department of Health, 2015).

Sistem kesehatan Australia merupakan bagian integral dari kehidupan sehari-hari masyarakat, di mana jutaan penduduk berinteraksi dengan berbagai bentuk layanan, mulai dari program promosi kesehatan dan pencegahan penyakit seperti imunisasi sekolah, konsultasi dengan dokter umum (General Practitioner/GP), pengambilan obat resep di apotek, hingga layanan medis yang lebih kompleks seperti rawat inap untuk tindakan pembedahan. Sistem kesehatan dirancang untuk memenuhi kebutuhan individu secara responsif dengan menyediakan layanan yang aman, efektif, mudah diakses, serta sesuai dengan kebutuhan pasien. Struktur sistem kesehatan Australia mencerminkan kombinasi yang kompleks antara penyedia layanan publik dan swasta, serta melibatkan pemerintah federal, pemerintah negara bagian atau wilayah, dan sektor non pemerintah. Seluruh unsur tersebut bekerja secara terkoordinasi untuk memenuhi kebutuhan kesehatan fisik dan mental masyarakat. Pembiayaan sistem kesehatan bersumber dari pemerintah federal, pemerintah negara bagian atau wilayah, asuransi kesehatan swasta, organisasi nirlaba, dan pembayaran pribadi. Selain itu, kesehatan masyarakat turut dipengaruhi oleh faktor-faktor sosial lain seperti tingkat pendidikan, kondisi perumahan, pekerjaan, serta status sosial ekonomi (Australian Government Department of Health, 2015).

Dalam hal pembagian tugas pemerintahan, pemerintah federal bertanggung jawab merumuskan kebijakan kesehatan nasional, membiayai layanan medis melalui Medicare, memfasilitasi akses obat-obatan melalui Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), menyediakan dana untuk rumah sakit publik, serta mendanai layanan khusus bagi kelompok tertentu seperti masyarakat Aborigin dan Torres Strait Islander, veteran, dan lansia. Pemerintah federal juga membiayai riset kesehatan dan medis, mengatur obat-obatan serta perangkat medis, dan mendukung sekaligus mengawasi praktik asuransi kesehatan swasta. Sementara itu, pemerintah negara bagian dan wilayah memiliki tanggung jawab utama dalam mengelola rumah sakit publik, mengatur rumah sakit swasta dan fasilitas kesehatan lainnya, mengendalikan produk yang berdampak pada kesehatan seperti alkohol dan tembakau, serta menyediakan layanan komunitas dan pencegahan seperti program skrining kanker,

imunisasi, dan layanan ambulans. Di sejumlah yurisdiksi, pemerintah lokal turut menyediakan layanan kesehatan komunitas, layanan home care, kesehatan lingkungan seperti pengelolaan limbah dan fluoridasi air, serta berbagai kegiatan kesehatan masyarakat. Beberapa tanggung jawab, seperti pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, regulasi profesi kesehatan, standar pangan dan keamanan, peningkatan mutu layanan, dan pendanaan program kesehatan tertentu, dikelola secara bersama oleh berbagai tingkatan pemerintahan (Australian Government Department of Health, 2015).

Layanan kesehatan di Australia mencakup berbagai tingkatan, mulai dari promosi kesehatan dan pencegahan penyakit melalui imunisasi, program gaya hidup sehat, dan skrining kanker; perawatan primer yang meliputi kontak pertama masyarakat dengan sistem kesehatan seperti layanan GP, pelayanan tenaga kesehatan sekutu, pelayanan farmasi, dan layanan komunitas; hingga layanan spesialis yang menangani kondisi medis kompleks, termasuk kesehatan mental, pengobatan kanker, rehabilitasi, perawatan paliatif, dan layanan diagnostik. Rumah sakit berperan sebagai penyedia layanan rawat jalan maupun rawat inap, baik melalui rumah sakit publik maupun rumah sakit swasta. Medicare sebagai skema asuransi kesehatan universal menyediakan penggantian biaya untuk layanan medis yang diberikan oleh praktisi swasta, menawarkan akses gratis bagi pasien publik di rumah sakit pemerintah, serta memberikan subsidi obat resep melalui PBS. Asuransi kesehatan swasta melengkapi Medicare dengan menanggung layanan yang tidak termasuk dalam cakupan Medicare, seperti ambulans, sebagian besar layanan gigi, dan alat bantu optik, serta memberikan keuntungan tambahan berupa pemilihan dokter dan pengurangan waktu antre. Pemerintah juga menyediakan insentif berupa potongan premi berdasarkan pendapatan dan menerapkan Medicare Levy Surcharge bagi pendapatan tinggi yang tidak memiliki asuransi swasta yang memadai (The Australian Institute of Health and Welfare, 2024)

Rumah sakit publik di Australia dikelola oleh pemerintah negara bagian atau wilayah dan menyediakan layanan gratis bagi pasien publik, yang didukung pembiayaannya oleh pemerintah federal melalui National Health Reform Agreement (NHRA). Sementara itu, rumah sakit swasta dimiliki oleh sektor swasta dan memperoleh pendanaan melalui pembayaran asuransi kesehatan swasta, pembayaran langsung oleh pasien, dukungan pemerintah, atau kontrak kerja sama dengan rumah sakit publik. Meskipun demikian, penyelenggaraan layanan kesehatan Australia masih menghadapi sejumlah tantangan, antara lain ketidakmerataan akses terhadap inovasi teknologi digital, keterbatasan data

kesehatan terutama di sektor perawatan primer, peningkatan kebutuhan layanan akibat penuaan populasi, tingginya prevalensi penyakit kronis, serta perubahan pola penggunaan layanan kesehatan yang dipicu pandemi COVID-19, termasuk peningkatan penggunaan layanan telehealth dan meningkatnya tekanan pada sistem rumah sakit (The Australian Institute of Health and Welfare, 2024)

National Health Reform Agreement (NHRA) merupakan kerangka kerja yang memperkuat kolaborasi dan pengaturan pendanaan antara pemerintah federal dan pemerintah negara bagian atau wilayah dengan tujuan menciptakan sistem kesehatan yang terpadu, efektif, adil, dan berkelanjutan. Tinjauan Tengah Periode (Mid-Term Review) NHRA tahun 2023 menghasilkan 45 rekomendasi yang mencakup sepuluh tema strategis, seperti kebutuhan akan kesepakatan lintas sistem kesehatan dengan tata kelola yang jelas, kolaborasi antar sektor, penerapan model perawatan yang optimal, reformasi pendanaan dan pembagian risiko, peningkatan layanan di daerah terpencil, pengurangan kesenjangan kesehatan bagi masyarakat First Nations, penguatan tenaga kesehatan dan sistem kesehatan digital, serta peningkatan kesiapsiagaan melalui pembelajaran dari pandemi COVID-19 (The Australian Institute of Health and Welfare, 2024).

Indonesia

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) merupakan suatu tatanan yang terdiri atas berbagai komponen atau subsistem, baik yang bersifat fisik maupun nonfisik, yang saling terhubung dan bekerja sama untuk mencapai tujuan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. SKN mencakup pengelolaan berbagai unsur kesehatan yang kompleks dan saling berkaitan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan individu, keluarga, kelompok, dan komunitas. Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 Pasal 1 Ayat 2, SKN diartikan sebagai penyelenggaraan upaya kesehatan yang terkoordinasi, terintegrasi, dan saling mendukung oleh seluruh elemen bangsa guna mewujudkan tingkat kesehatan masyarakat yang optimal (Rina et al., 2025)

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) di Indonesia merupakan komponen fundamental dalam upaya mewujudkan masyarakat yang sehat dan sejahtera. SKN dirancang sebagai suatu sistem yang terintegrasi dan komprehensif, yang tujuan utamanya adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, mencegah serta mengendalikan penyakit, dan memperbaiki kualitas hidup penduduk. Dalam konteks ini, SKN didefinisikan sebagai keseluruhan upaya kesehatan yang terencana, terkoordinasi, dan berkesinambungan, mencakup promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, serta

rehabilitasi, sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Sebagai sistem yang melibatkan pemerintah, tenaga kesehatan, masyarakat, dan sektor swasta, SKN memastikan bahwa setiap individu, tanpa memandang latar belakang sosial ekonomi maupun lokasi geografis, memperoleh akses terhadap layanan kesehatan yang bermutu, terjangkau, dan merata. Berbeda dengan sistem kesehatan swasta yang berorientasi pada keuntungan serta sistem berbasis asuransi yang menyediakan layanan berdasarkan iuran peserta, SKN menitikberatkan pada peningkatan kesehatan seluruh populasi secara menyeluruh (Gun, 2024).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program pemerintah yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan kesehatan secara menyeluruh bagi seluruh penduduk Indonesia, sehingga mereka dapat menjalani kehidupan yang sehat, produktif, dan sejahtera (Kementerian Kesehatan RI, 2016)

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mulai diimplementasikan pada 1 Januari 2014 melalui BPJS Kesehatan sebagai badan penyelenggara jaminan sosial di bidang kesehatan. Sejak pelaksanaannya, pemerintah berupaya mewujudkan jaminan kesehatan semesta atau *Universal Health Coverage* (UHC), yaitu kondisi ketika seluruh penduduk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan dasar mereka. Pencapaian UHC memerlukan pemahaman dan kerja sama semua pemangku kepentingan agar sistem jaminan kesehatan yang diamanatkan dalam UU SJSN dapat berjalan secara terarah dan selaras (Sinaga et al., 2021).

Dalam mencapai tujuan kesehatan nasional, SKN menjalankan berbagai peran strategis, antara lain menyediakan layanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau, memperluas cakupan layanan bagi seluruh penduduk, serta memperkuat upaya pencegahan dan pengendalian penyakit. Peran tersebut diwujudkan melalui program-program seperti penyediaan layanan kesehatan dasar melalui Puskesmas, pelaksanaan imunisasi nasional, penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), serta perluasan akses bagi kelompok rentan seperti masyarakat miskin, anak-anak, dan lansia. Program JKN, khususnya, berfungsi sebagai instrumen pemerataan layanan kesehatan, memberikan kesempatan bagi seluruh penduduk untuk memperoleh pelayanan medis tanpa hambatan finansial yang signifikan (Gun, 2024).

Struktur SKN terdiri atas dua tingkatan, yaitu tingkat pusat dan tingkat daerah. Pada tingkat pusat, Kementerian Kesehatan berperan merumuskan kebijakan, strategi, serta mengkoordinasikan pelaksanaan sistem kesehatan di seluruh wilayah Indonesia. Pada tingkat daerah, Dinas Kesehatan provinsi dan kabupaten/kota bertanggung jawab mengimplementasikan

kebijakan kesehatan nasional, serta melakukan pengawasan dan evaluasi. Selain itu, beberapa lembaga lain turut memainkan peran penting dalam SKN, seperti BPJS Kesehatan yang mengelola program JKN, Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, serta rumah sakit sebagai fasilitas rujukan yang menyediakan layanan kesehatan yang lebih kompleks. Sinergi dan koordinasi antara berbagai lembaga ini merupakan kunci keberhasilan SKN, sehingga kebijakan yang ditetapkan pemerintah pusat dapat diterjemahkan secara efektif ke dalam pelayanan yang diterima masyarakat (Gun, 2024).

Meskipun telah menunjukkan berbagai pencapaian, pengembangan SKN masih menghadapi sejumlah tantangan signifikan. Kesenjangan akses dan kualitas layanan kesehatan masih terjadi, khususnya di daerah terpencil dan tertinggal, yang ditandai dengan ketidakmerataan tenaga kesehatan dan fasilitas medis. Selain itu, ketersediaan sumber daya manusia kesehatan masih terbatas, baik dari segi jumlah maupun kompetensi. Pembiayaan kesehatan juga menjadi tantangan utama, karena anggaran yang tersedia belum sepenuhnya mampu memenuhi kebutuhan layanan kesehatan yang terus meningkat. Meski demikian, terdapat peluang besar untuk memperbaiki SKN, antara lain melalui pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi dalam layanan kesehatan, peningkatan investasi di sektor kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat untuk terlibat aktif dalam pemeliharaan kesehatan melalui edukasi dan upaya promotif (Gun, 2024)..

Salah satu contoh implementasi SKN yang penting adalah program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diluncurkan pada tahun 2014 dan dikelola oleh BPJS Kesehatan. Program ini bertujuan memberikan akses layanan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh penduduk Indonesia. Dengan mekanisme iuran bulanan yang digunakan untuk membiayai layanan kesehatan peserta, JKN telah memperluas akses layanan kesehatan, terutama bagi kelompok rentan. Namun demikian, program ini juga dihadapkan pada sejumlah kendala, seperti antrean panjang di fasilitas kesehatan, keterbatasan jenis layanan yang ditanggung, serta kekurangan tenaga medis di beberapa daerah. Meskipun demikian, JKN tetap memberikan kontribusi signifikan dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat (Gun, 2024).

Tantangan utama SKN dapat dilihat dari aspek akses, kualitas, dan pembiayaan. Dari sisi akses, hambatan geografis, biaya layanan yang tinggi, serta distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata masih membatasi kemampuan sebagian masyarakat untuk memperoleh layanan yang memadai. Dari aspek kualitas, ketidakteraturan dalam kelengkapan sarana, kompetensi tenaga kesehatan yang bervariasi, serta sistem rujukan yang belum optimal turut memengaruhi mutu

layanan. Pembiayaan juga menjadi isu sentral, karena sumber dana yang terbatas dan mekanisme pendanaan yang kompleks dapat menghambat keberlanjutan SKN. Namun demikian, terdapat peluang besar melalui inovasi teknologi, penguatan kolaborasi antar pemangku kepentingan, dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia serta infrastruktur kesehatan. Teknologi informasi, misalnya, dapat meningkatkan akses, kualitas, dan efisiensi layanan melalui telemedicine, digitalisasi data kesehatan, pemantauan kesehatan secara real-time, dan analisis data untuk mendukung pengambilan keputusan berbasis bukti (Gun, 2024).

Secara keseluruhan, SKN merupakan pondasi penting dalam pengembangan sektor kesehatan di Indonesia. Dengan mengatasi berbagai tantangan dan memanfaatkan peluang yang ada, SKN memiliki potensi besar untuk berkembang menjadi sistem yang lebih responsif, inklusif, dan berkelanjutan. Optimalisasi teknologi informasi, peningkatan investasi, serta penguatan peran masyarakat menjadi langkah strategis untuk meningkatkan efektivitas dan kualitas layanan kesehatan secara nasional (Gun, 2024).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS kesehatan berhubungan dengan usia, persepsi tindakan petugas kesehatan, aksesibilitas, sikap, persepsi mengenai JKN, kepemilikan asuransi kesehatan (Hutabarat et al., 2025).

Sistem kesehatan di Taiwan, Korea Selatan, Australia, dan Indonesia menunjukkan variasi yang signifikan dalam aspek struktur, pembiayaan, tata kelola, serta cakupan layanannya. Taiwan dan Korea Selatan menerapkan sistem asuransi kesehatan nasional berbasis single-payer yang bersifat wajib bagi seluruh penduduk, dengan pengelolaan terpusat dan mekanisme pengendalian biaya yang ketat melalui regulasi tarif dan evaluasi klaim. Taiwan menonjol dalam stabilitas administrasi dan kelengkapan manfaat, sementara Korea Selatan dikenal melalui integrasi kinerja lembaga NHIS–HIRA yang memastikan efisiensi serta mutu layanan. Australia mengadopsi model hibrida yang memadukan cakupan universal melalui Medicare dengan peran asuransi swasta sebagai pelengkap, didukung oleh pembagian kewenangan yang jelas antara pemerintah federal dan negara bagian, sehingga menghasilkan sistem yang relatif efektif, terjangkau, dan berkualitas tinggi. Di sisi lain, Indonesia masih berada dalam proses penguatan sistem melalui implementasi Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang bertujuan memperluas akses dan mewujudkan pemerataan layanan. Walaupun JKN telah meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan, Indonesia tetap menghadapi tantangan berupa ketimpangan fasilitas, distribusi tenaga kesehatan yang tidak

merata, dan keterbatasan pembiayaan. Dengan demikian, ketiga negara lain telah mencapai sistem kesehatan yang lebih mapan dan terstruktur, sedangkan Indonesia terus berupaya mengembangkan sistem yang lebih inklusif, efektif, dan berkelanjutan.

SIMPULAN

Sistem kesehatan di Taiwan, Korea Selatan, Australia, dan Indonesia sama-sama diarahkan untuk mencapai cakupan kesehatan semesta atau menyeluruh, namun berada pada tingkat kematangan dan efektivitas yang berbeda. Taiwan dan Korea Selatan telah mengembangkan sistem asuransi kesehatan sosial berbasis single-payer yang bersifat wajib dan terpusat, dengan mekanisme pengendalian biaya serta mutu layanan yang kuat melalui lembaga khusus seperti NHIA, NHIS, dan HIRA, sehingga mampu menyediakan manfaat kesehatan yang komprehensif berlandaskan prinsip solidaritas dan perlindungan kelompok rentan. Australia menerapkan model hibrida yang memadukan cakupan universal melalui Medicare dengan peran asuransi kesehatan swasta, didukung pembagian kewenangan yang jelas antartingkat pemerintahan, skema subsidi layanan dan obat, serta jaringan layanan primer dan rumah sakit publik–swasta yang terkoordinasi, sehingga sistemnya diakui relatif efektif, bermutu, dan berkelanjutan meskipun tetap menghadapi tantangan penuaan penduduk dan peningkatan penyakit kronis. Sementara itu, Indonesia melalui Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) masih berada pada tahap penguatan dan konsolidasi untuk memperluas akses dan pemerataan layanan, namun masih menghadapi berbagai kendala, seperti ketimpangan fasilitas dan distribusi tenaga kesehatan, keterbatasan pembiayaan, serta belum optimalnya tata kelola dan sistem rujukan. Dengan demikian, Taiwan, Korea Selatan, dan Australia dapat diposisikan sebagai rujukan model sistem kesehatan yang lebih mapan, sedangkan Indonesia perlu terus memperkuat integrasi kebijakan, kapasitas pembiayaan, pemerataan sumber daya, pemanfaatan teknologi, dan peran serta masyarakat untuk mewujudkan sistem kesehatan yang lebih inklusif, bermutu, dan berkelanjutan

DAFTAR PUSTAKA

Australian Government Department of Health, D. and A. (2015). *The Australian health system*. Australian Government Department of Health, Disability and Ageing. <https://www.health.gov.au/about-us/the-australian-health-system>

Borghi, J., Ismail, S., Hollway, J., Kim, R. E., Sturmberg, J., Brown, G., Mechler, R.,

Volmink, H., Spicer, N., Chalabi, Z., Cassidy, R., Johnson, J., Foss, A., Koduah, A., Searle, C., Komendantova, N., Semwanga, A., Moon, S., & Margaret, Q. (2022). Viewing the global health system as a complex adaptive system – implications for research and practice. *F1000Research*, 11(1147), 1–14.

Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, K. P. P., & (Bappenas), N. P. P. N. (2022). *Buku Putih Reformasi Sistem Kesehatan Nasional*. Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kedeputan Pembangunan Manusia, Masyarakat, dan Kebudayaan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas).

Gun. (2024). *Jurnal Sistem Kesehatan Nasional 2024*. AKSI.CO. <https://aksi.co/2024/09/29/jurnal-sistem-kesehatan-nasional-2024/>

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE. (2021). *Healthcare System in Korea*. HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE. <https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAJ010000006000>

Hoffman, S. J., & Cole, C. B. (2018). The South Korean health-care system in crisis. *Globalization and Health*, 14(38), 1–19. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00766-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00766-9)

Hutabarat, H. P., Mawarni, D., & Gurning, F. P. (2025). Analisis Pemanfaatan Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kesehatan Di Indonesia: A Literature Review. *Jurnal Kolaboratif Sains*, 8(7), 4298–4307.

Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Kementerian Kesehatan RI. <https://ayosehat.kemkes.go.id/?p=5799>

Ministry Of health and Welfare Taiwan. (2015). “Ulang Tahun ke-20 Jaminan Kesehatan Nasional” - Melangkah Maju Menuju Masa Depan. Ministry Of Health and Welfare Taiwan. <https://www.mohw.gov.tw/cp-2641-21121-1.html>

National Health Insurance Service (NHIS). (n.d.). *Health Security Sytem*. National Health Insurance Service (NHIS). Retrieved November 26, 2025, from <https://www.nhis.or.kr/english/wbheaa02300m01.do>

Rina, W., Daniel, R., Chatarina, S., Kaimmuddin, Yayah, S., & Wenno, S. Z. (2025). *Analisis Kebijakan Kesehatan*. PT MEDIA PUSTAKA INDO.

Roosa Tikkanen, Robin Osborn, Elias Mossialos, Ana Djordjevic, G. A. W. (2020). *International Health Care System Profiles Taiwan*. The Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/taiwan#:~:text=Penerapan DRG masih lambat karena,perawatan kesehatan mental kronis dibebaskan.&text=Perawatan jangka panjang dan dukungan,penuaan sehat%2C dan penuaan aktif.>

Sinaga, E. S., Ginting, I. R., Kusumaratna, R. K., & Marthias, T. (2021). EVALUASI IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) DI PROVINSI DKI JAKARTA, INDONESIA. *JURNAL KEBIJAKAN KESEHATAN INDONESIA : JKKI*, 03.

The Australian Institute of Health and Welfare. (2024). *Health system overview*. The Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/health-system-overview>

World Population Review. (2025). *Best Healthcare in the World 2025*. World Population Review. <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/best-healthcare-in-the-world>