

PERBANDINGAN SISTEM KESEHATAN DI NEGARA MAJU DAN NEGARA BERKEMBANG

Wahyu Indah Dewi Aurora¹

¹Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi

Email: auroradr@unja.ac.id

ABSTRACT

Background: *The health sistem is an action effort with the main objective being to promote, restore or maintain one's health. More than 8 million people per year in developing countries and poor countries, die from conditions that can basically be prevented by the health sistem. 60% of deaths are due to conditions that can be prevented by health care.*

Research objective: *This study compares health systems in five developing countries, namely China, India, Ghana, Mexico, South Africa and five developed countries, namely Australia, Canada, New Zealand, United Kingdom and United States. The variables being compared are in terms of Health Services, Access, Health Financing, Communication of Doctors and Patients, Prevention and Promotion of Health*

Method: *The method used in this research is Literature Review.*

Results: *There are striking differences between the health sistem in developed and developing countries. The problem of primary health care in developing countries is the slow process of health care. In developing countries the use of access is hampered due to the distance traveled, the use of access has not been optimal, and the use of access according to regulations is still not optimal by officers, while in developed countries the problem that occurs is the difficulty of getting an agreement with a doctor especially after working hours due to busy busyness. Prevention and health promotion efforts in developed countries are better done than developing countries which are more curative than preventive*

Conclusion: *Indeed, there are significant gaps in the health sistem in developed and developing countries. To overcome this gap, the world health program in developing sustainable goals must get the full support of all countries to create a health sistem that is able to overcome various health problems without any gaps.*

Keyword: *Health Sistem, Comparison of developed and developing countries*

ABSTRAK

Latar Belakang: Sistem kesehatan adalah upaya tindakan dengan tujuan utamanya adalah mempromosikan, memulihkan atau menjaga kesehatan seseorang. Lebih dari 8 juta orang pertahun di negara berkembang dan negara miskin, meninggal akibat kondisi yang pada dasarnya dapat dicegah dengan sistem kesehatan. Sebesar 60% kematian akibat dari kondisi yang dapat dicegah oleh perawatan kesehatan.

Tujuan penelitian: Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan sistem kesehatan yang ada di lima Negara Berkembang yaitu China, India, Ghana, Mexico, Afrika Selatan dan lima Negara Maju yaitu Australia, Kanada, New Zealand, United Kingdom dan United States. Adapun variabel yang dibandingkan adalah dari segi Pelayanan Kesehatan, Akses, Pembiayaan Kesehatan, Komunikasi dokter dan Pasien, Pencegahan dan Promosi Kesehatan.

Metode: Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah Literatur Review.

Hasil dan pembahasan: Ada perbedaan menonjol antara sistem kesehatan di negara maju dan negara berkembang. Permasalahan pelayanan kesehatan primer di negara berkembang adalah lambatnya proses pelayanan kesehatan. Di negara berkembang pemanfaatan akses terhambat dikarenakan jauhnya jarak tempuh, belum optimalnya pemanfaatan akses, dan penggunaan akses sesuai regulasi yang masih belum optimal oleh petugas, sementara di negara maju permasalahan yang terjadi adalah sulitnya mendapat perjanjian dengan dokter terutama setelah jam kerja dikarenakan kesibukan yang padat. Upaya pencegahan dan promosi kesehatan di negara maju sudah lebih baik dilakukan dibandingkan negara berkembang yang lebih ke kuratif daripada preventif.

Kesimpulan: Memang terdapat kesenjangan atau gap yang cukup besar tentang sistem kesehatan di negara maju dan berkembang. Untuk mengatasi kesenjangan ini, program kesehatan dunia dalam development sustainable goals, harus lah mendapatkan dukungan penuh dari seluruh negara, untuk menciptakan sistem kesehatan yang mampu mengatasi berbagai masalah kesehatan tanpa adanya kesenjangan.

Kata kunci: *Sistem Kesehatan, Perbandingan negara maju dan berkembang*

PENDAHULUAN

Menurut WHO, definisi sistem kesehatan adalah semua unsur yang terdiri dari organisasi, orang dan tindakan yang

tujuan utamanya adalah untuk mempromosikan, memulihkan, atau menjaga kesehatan seseorang.¹ Sistem kesehatan

haruslah menjadi sebuah kekuatan untuk memperjuangkan keadilan sosial, *good governance*, dan dampak sosial yang lebih positif dalam suatu populasi. Namun penting untuk diketahui bahwa sistem kesehatan telah berkembang dalam konteks yang lebih luas termasuk dalam norma dan harapan publik yang cukup tinggi.³

Negara-negara dengan pendapatan rendah dan berkembang umumnya memiliki hasil yang buruk dalam segi sistem kesehatan, meskipun banyak upaya dalam rangka peningkatan penggunaan perawatan kesehatan. Lebih dari 8 juta orang pertahun di negara berkembang dan negara miskin, meninggal akibat kondisi yang pada dasarnya dapat dicegah dengan sistem kesehatan. Pada tahun 2015 saja, kematian tersebut mengakibatkan kerugian secara ekonomi sebesar 6 triliun US Dolar. 60% kematian akibat dari kondisi yang dapat dicegah oleh perawatan kesehatan adalah akibat dari perawatan yang berkualitas buruk, sedangkan sisanya karena tidak memanfaatkan sistem kesehatan yang ada.²

Berbeda dengan negara berkembang, ada kesenjangan yang cukup besar dengan sistem kesehatan yang ada di negara maju. Penelitian menunjukkan bahwa, di negara maju 47% responden setuju jika sistem kesehatan mereka bekerja cukup baik. Negara yang terendah adalah Amerika Serikat 24% dan yang tertinggi adalah UK 61%.⁴ Beberapa penelitian menyebutkan bahwa kinerja sistem kesehatan di beberapa negara telah mengalami kemajuan. Namun harapan

dari masyarakat terus berkembang untuk menghasilkan kinerja sistem kesehatan yang lebih baik dan nilai sosial yang lebih besar.²

Artikel ini akan mencoba membandingkan perbedaan sistem kesehatan di negara maju dan berkembang. Tentu jika berbicara tentang sistem kesehatan, banyak sekali aspek yang terlibat. Namun fokus artikel ini adalah untuk membandingkan dari segi pelayanan kesehatan primer, akses kesehatan, pembiayaan kesehatan, komunikasi antara petugas kesehatan dengan pasien, serta pencegahan dan promosi kesehatan yang ada di negara maju dan berkembang. Kelima aspek ini dinilai cukup menggambarkan kualitas sistem kesehatan keseluruhan.

METODE

Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah *Literature Review*. Sumber datanya adalah artikel di dalam jurnal yang diunduh dari *EBSCOhost, Science Direct, Lancet, ProQuest, Gale, E-perpusnas, Pubmed, Google scholar dan Wiley Online Library*. Penelitian ini membandingkan sistem kesehatan yang ada di lima Negara Berkembang yaitu China, India, Ghana, Mexico, Afrika Selatan dan lima Negara Maju yaitu Australia, Kanada, New Zealand, United Kingdom dan United States. Adapun variabel yang dibandingkan adalah dari segi Pelayanan Kesehatan, Akses, Pembiayaan Kesehatan, Komunikasi dokter dan Pasien, Pencegahan dan Promosi Kesehatan.

PEMBAHASAN

Pelayanan Kesehatan Primer di Negara Maju dan Berkembang

Menurut Starfield 2012, perkembangan pelayanan primer yang berorientasi pada komunitas di Afrika Selatan, India dan AS pada pertengahan abad kedupuluh adalah menunjukkan potensi awal dari sistem pelayanan primer yang kuat untuk mempromosikan kesehatan masyarakat.⁵ Meskipun demikian ada perbedaan yang cukup besar pada pelayanan kesehatan primer berbasis komunitas di negara maju dan negara berkembang. Permasalahan umum pada negara berkembang adalah lambatnya pelayanan di tingkat kesehatan primer.

Di negara berkembang, pelayanan kesehatan primer dirasakan lambat dikarenakan keterbatasan sumber daya dan fasilitas. Lambatnya pelayanan tersebut salah satu contohnya adalah telalu lamanya melakukan penegakan diagnosis. Sebagai contoh, dari data Lembaga Jaminan Sosial Meksiko, yang merupakan sistem kesehatan terbesar di Meksiko menyebutkan bahwa 51% wanita dengan kanker payudara menunggu lebih dari 30 hari, dari pemeriksaan mamografi hingga penegakan diagnosis, dan 44% wanita dengan kanker serviks menunggu lebih dari 30 hari antara pemeriksaan BTA dengan diagnosis. Selain lambat dalam penegakan diagnosis, keterlambatan dari segi terapi juga terjadi di Meksiko. Misalnya dari data Lembaga jaminan Sosial Meksiko menyebutkan sebanyak 70% wanita dengan kanker payudara dan 61% wanita dengan

kanker serviks harus menunggu lebih dari 21 hari antara menerima diagnosis dan memulai terapi.⁶ Selain di Meksiko, Di Ghana juga mengalami hal serupa, yang melaporkan adanya penundaan selama 28 minggu, dari pergi ke dokter dan penegakan diagnosis definitive kanker serviks dan payudara.⁷

Sistem pelayanan kesehatan di negara maju, dirasakan lebih baik daripada negara berkembang. Dari segi petugas pelayanan medis, di Amerika Serikat, persentase dokter spesialis lebih tinggi yaitu sekitar 60%. Sedangkan Australia, Kanada, Selandia Baru dan UK, lebih banyak bergantung kepada dokter umum dan dokter keluarga.⁸ Di Amerika Serikat, diketahui bahwa dari peningkatan satu dokter perawatan primer per 10.000 penduduk, dikaitkan dengan 1,44 lebih sedikit kematian per 10.000 penduduk, penurunan dari 2,5% kematian bayi, dan pengurangan 3,2% BBLR setelah mengontrol ketidaksetaraan pendapatan, pendidikan, pengangguran, komposisi ras/etnis, lokasi perkotaan/pedesaan, persentase lansia, persentase hidup dalam kemiskinan serta penghasilan yang rendah.⁹

Di Kanada salah satu focus dari sistem kesehatannya adalah bagaimana negara tersebut dapat mengatur pelayanan kesehatannya untuk mengurangi waktu tunggu dan meningkatkan kualitas pelayanan. Tentu saja ini akan meningkatkan kualitas sistem kesehatan yang lebih baik. Perbaikan pelayanan kesehatan tentulah sangat penting dalam membangun sistem kesehatan yang

baik. Salah satu penelitian menyebutkan bahwa peningkatan kualitas teknis dari pelayanan kesehatan, jika dikombinasikan dengan pemberian layanan yang responsive, perlakuan yang adil, hasil kesehatan yang lebih baik, dan perlindungan risiko keuangan, akan meningkatkan kepercayaan masyarakat kepada pemerintah.¹⁰

Akses Kesehatan di Negara Maju dan Berkembang

Dari hasil penelitian Alshamsan dkk 2017, menunjukkan bahwa 90% masyarakat di lima negara berkembang menerima perawatan saat dibutuhkan. Tetapi, di Negara China paling sedikit masyarakat yang mendapat perawatan kesehatan saat dibutuhkan pada poulasi. Alasan utama masyarakat adalah biaya untuk menuju akses sebagai penghalang utama, dengan negara terendah adalah Afrika Selatan dan Rusia (kurang dari 2%) dan negara lain India (35%), Meksiko (40%) dan Ghana 47%. Jumlah kunjungan rawat jalan dalam 1 tahun paling sedikit adalah Ghana (1,7 kunjungan) dan Paling tinggi Afrika Selatan (3,1 Kunjungan).¹¹ Masyarakat India sebesar 37% melaporkan bahwa rata-rata mereka harus mencapai lebih dari satu jam untuk mencapai Rumah Sakit¹², sedangkan hanya 5% dan 7% dari responden Rusia dan Cina yang melaporkan mereka lebih dari satu jam untuk mencapai Rumah Sakit¹¹.

Pemanfaatan pusat layanan primer juga rendah di Negara China. Dimana, kualitas perawatan yang buruk dan kurangnya

kepercayaan pada lembaga perawatan primer adalah alasan yang paling umum bagi masyarakatnya untuk melewati mendatangi pusat layanan primer dan lebih memilih langsung pergi ke Rumah sakit¹³.

Selain itu ada penelitian yang menyebutkan bahwa, penyedia layanan kesehatan juga tidak menggunakan akses kesehatan sebagaimana mestinya. Kegagalan tersebut akibat dari tidak mematuhi regulasi dan pedoman klinis yang telah di buat. Di Uttar Pradesh India, bidan di fasilitas kesehatan hanya melakukan 40% dari item pemeriksaan persalinan yang aman sesuai standard WHO¹⁴.

Sementara pada Negara Maju, permasalahan akses terletak pada lamanya mendapatkan perjanjian ketika akan berkunjung dengan lebih sedikit waktu menunggu pada Australia dan Selandia Baru. Kesulitan lain adalah dalam mendapatkan perawatan pada malam hari, akhir pekan atau saat liburan. Meskipun sebagian besar responden di Australia dan di Kanada juga mengatakan bahwa akses mendapat perawatan setelah jam kerja lebih sulit. Bahkan di Selandia Baru dimana tingkat mendapat kesulitan akses paling rendah, juga menganggap akses setelah jam kerja sebagai hal yang sulit.¹⁵

Saluran bantuan telepon adalah sumber potensial untuk akses perawatan primer setelah jam kerja. Di Britania Raya, Amerika, rumah sakit mengoperasikan telepon duapuluh empat jam untuk mendapatkan saran perawatan dan layanan

informasi. Pada negara maju, pengguna bantuan telepon untuk mencapai akses kesehatan pada dua tahun terakhir, lebih sering digunakan di Kanada dan Inggris, diikuti oleh Amerika Serikat.¹⁵

Pembiayaan Kesehatan di Negara Maju dan Berkembang

Pada tahun 2010, sekitar 808 juta orang (11-7% dari populasi dunia) mengalami pengeluaran kesehatan katastrofik, atau melebihi 10% dari konsumsi rumah tangga. Peningkatan katastrofik meningkat 2 persen sejak tahun 2000 dan dikaitkan dengan pertumbuhan ekonomi dan pengeluaran kesehatan per kapita. Hampir 100 juta orang terdesak ke dalam kemiskinan yang ekstrem setiap tahun karena pengeluaran yang tidak terduga terutama untuk kesehatan. Untuk Rumah tangga uang lebih miskin, pembayaran di luar dugaan ini sering berarti memilih antara membayar untuk kesehatan dan membayar kebutuhan lain seperti makanan atau sewa rumah, memperkuat kemampuan bertahan hidup sehari-hari mereka dan mempengaruhi kesejahteraan fisik, social dan ekonomi mereka.¹⁶

Universal Health Coverage (UHC) dapat menjadi titik awal untuk dapat meningkatkan kualitas sistem kesehatan. Peningkatan kualitas harus menjadi komponen inti dari inisiatif UHC, disamping cakupan yang meluas dan juga perlindungan keuangan. Untuk memastikan bahwa semua orang akan mendapatkan manfaat dari layanan, perluasan harus memprioritaskan

orang-orang miskin dan kebutuhan kesehatan mereka sejak awal. Kemajuan pada UHC dapat diukur dengan cakupan yang efektif dan efisien.²

Namun kembali lagi, pembiayaan kesehatan haruslah didukung dengan sistem kesehatan yang baik. Orang-orang yang tinggal di negara-negara dengan sistem kesehatan yang tidak berfungsi dengan baik, tanpa disertai dengan mekanisme pembiayaan dan asuransi yang tepat, maka akan berisiko untuk mendapatkan bencana atau memiskinkan pengeluaran ketika akan berobat. Pembayaran yang out of pocket (yaitu pengeluaran kesehatan yang dilakukan oleh pasien sendiri pada titik perawatan) sebagai bagian dari konsumsi rumah tangga, akhir-akhir ini telah meningkat di seluruh dunia.¹⁷

Sebagai perbandingan, dari segi pembiayaan, di Negara Maju, dalam sistem kesehatan mereka dicirikan dengan tingkat ketidakpercayaan kepada tarif dan pembagian biaya untuk asuransi cukup tinggi. Responden dari AS mengatakan bahwa rata-rata mereka tidak pergi ke dokter ketika sakit, atau untuk mendapatkan tes dan rekomendasi tindak lanjut selanjutnya atau pergi tanpa resep obat dikarenakan permasalahan biaya. Tarif di Selandia Baru tidak terlihat sama dengan tarif dokter di Amerika Serikat dan lebih tinggi pula secara signifikan dari tarif tiga negara lainnya. UK dan Kanada memiliki masalah akses terkait biaya yang cenderung dapat diabaikan. Australia ada di tengah-tengah.¹⁵ UK sudah melakukan pembayaran untuk perawatan

berdasarkan kapitasi dengan intensif kerja. Sementara AS, Kanada, Selandia Baru, dan Australia masih membayar sebagian besar biaya layanan, meskipun Selandia Baru sudah mulai menuju Kapitasi.⁸

Pembiayaan kesehatan di negara berkembang tidak lebih baik dari negara maju. Hal ini disebabkan karena kondisi keuangan pemerintah. Di Afrika, efisiensi penggunaan pembiayaan kesehatannya paling rendah, yaitu sebesar 67%, sedangkan di negara-negara Pasifik Barat memiliki efisiensi pembiayaan yang tinggi yaitu sebesar 86%.¹⁸

Komunikasi Petugas Kesehatan - Pasien di Negara Maju dan Berkembang

Perawatan yang kompeten dan juga sistem kesehatan yang kompeten sangat diperlukan untuk mencapai perawatan yang berkualitas tinggi. Komunikasi yang baik dan positif pada akhirnya dapat meningkatkan kepatuhan terhadap perawatan dan pada akhirnya kepercayaan pada sistem kesehatan.¹⁹ Salah satu dampak kesehatan yang baik dan berkualitas tinggi adalah kepercayaan kepada sistem, termasuk kepercayaan terhadap petugas kesehatan dan penggunaan perawatan yang tepat. Ukuran kepuasan kepercayaan tersebut adalah sejauh mana orang percaya dan mau menggunakan perawatan kesehatan. Kepercayaan di sini sangat penting untuk memaksimalkan hasil karena dapat

memotivasi partisipasi aktif dalam perawatan, misalnya kepatuhan terhadap rekomendasi dari perawatan, penggunaan layanan dan termasuk pada saat keadaan darurat.²⁰

Dinegara berkembang, pengalaman pasien dirasakan buruk alasannya adalah akibat dari kurangnya rasa hormat dari petugas kesehatan (41%), waktu tunggu yang lama (37%), komunikasi yang buruk (21%) atau waktu yang singkat yang dihabiskan dengan petugas kesehatan (37%).² Sementara di negara maju malah sulitnya mendapatkan perjanjian dengan dokter terutama setelah jam kerja.¹⁵ Dari data tersebut tergambar bahwa komunikasi yang buruk merupakan salah satu masalah yang dikeluhkan pasien dalam sistem kesehatan.

Pencegahan dan Promosi Kesehatan di Negara Maju dan Berkembang

Ciri khas dari pelayanan primer yang berkualitas adalah penekanan tentang perawatan, pencegahan, konseling dan kesadaran pada kesehatan pasien. Di negara maju, adanya kekurangan dalam mempromosikan kesehatan di Amerika Serikat, New Zealand, Australia, UK dan Kanada. Dari segi pencegahan klinis, AS cenderung memimpin atau peringkatnya lebih tinggi di antara negara lain.¹⁵ Perbandingan pencegahan dan promosi kesehatan di negara maju dapat dilihat pada gambar 1.

EXHIBIT 6
Preventive Care And Health Promotion In Five Countries, 2004

	AUS	CAN	NZ	UK	US
Unweighted N	1,400	1,410	1,400	3,061	1,401
Any doctor visit in past year	92% ^{b,c,d,e}	87% ^{c,d}	86% ^{d,e}	83% ^e	88%
Blood pressure check in past year, all ages	78% ^{c,d,e}	80% ^{c,d,e}	72% ^{d,e}	68% ^e	86
Flu shot in past year, age 65 and older	77% ^{b,c}	66% ^d	67% ^d	74	72
Women					
Percent of women receiving Pap test or mammogram at intervals recommended in each country for age group ^a					
Received Pap test at recommended interval/age	65%	74%	77%	79%	87%
Received mammogram at recommended interval/age	73	73	77	77	73
Pap test or cervical smear, women ages 25–64					
In past two years	68	70	69	58	85
In past 3 years	78	77	81	77	89
In past 5 years	82	83	85	85	92
Mammogram, women ages 50–64					
In past two years	71	71	77	63	84
In past 3 years	80	79	81	77	86
Doctor does not send reminders for preventive care					
In past 2 years your doctor has not	62% ^{c,d,e}	61% ^{c,d,e}	55% ^{d,e}	50%	49%
Provided advice or counseling on weight, nutrition, or exercise	62% ^{b,c,d,e}	55% ^{c,d,e}	67% ^{d,e}	72% ^e	48
Asked if there are any emotional issues that may be affecting your health	67% ^{b,d}	62% ^d	71% ^e	72% ^e	63
Doctor diagnosis of chronic disease					
Hypertension	20% ^e	20% ^e	18% ^{d,e}	22%	24%
Heart disease, including heart attack	5	6	6	7	7
Diabetes	6	6	5% ^e	5% ^e	8
Arthritis	21% ^{c,e}	20% ^{c,e}	15% ^{d,e}	21% ^e	25
Lung problems (such as asthma, emphysema)	15% ^{b,e}	12% ^c	17% ^e	14	12
Depression	13% ^e	13% ^{d,e}	12% ^{d,e}	16	17
Percent with at least one of 6 chronic conditions	50	48% ^d	47% ^{d,e}	52	51
Base: adults with diagnosis of at least 1 chronic condition (n)	691	690	729	1,616	752
Doctor has not given you a plan to manage your care at home	43% ^{d,e}	40% ^d	37% ^d	55% ^e	36%

SOURCE: Commonwealth Fund International Health Policy Survey, 2004.

NOTES: Reading from left to right, the letter indicates $p < .05$ for differences with countries to the right, as below. Significance tests were not performed for responses to Pap test/cervical smear questions.

^a Recommended standards for Pap test and mammogram vary by country for both intervals and age ranges. For Pap test/mammography guidelines, see Note 13 in text.

^b For difference with CAN.

^c For difference with NZ.

^d For difference with UK.

^e For difference with US.

Gambar 1: Perbandingan Pencegahan dan Promosi Kesehatan di Negara Maju.¹⁵

Sementara di negara berkembang seperti Ghana dan India, upaya tindakan pencegahan sedang menjadi tantangan dan perhatian khusus. Upaya promosi kesehatan di

KESIMPULAN

Memang terdapat kesenjangan atau gap yang cukup besar tentang sistem kesehatan di negara maju dan berkembang. Tetapi artikel ini hanya menyoroti beberapa aspek saja, di mana masih banyak lagi yang bisa dievaluasi dari sistem kesehatan di dunia. Sistem kesehatan yang ada di negara maju memang lebih baik dari negara berkembang, karena berbagai factor

negara berkembang hampir sama di lima negara, dengan mengandalkan layanan kesehatan pemerintah.¹¹

seperti keuangan negara, fasilitas, sumber daya manusia, dan masih banyak lagi. Untuk mengatasi kesenjangan ini, program kesehatan dunia dalam development sustainable goals, harus lah mendapatkan dukungan penuh dari seluruh negara, untuk menciptakan sistem kesehatan yang mampu mengatasi berbagai masalah kesehatan tanpa adanya kesenjangan.

REFERENSI

1. WHO. everybody's business-strengthening health system to improve health outcomes: WHO'S framework for action. World Health Organization 2007.
2. Kruk E, Anna DG, Keely J, Hannah HL, Sanam R-D, et al. High quality health system in the era of Sustainable Development Goals : time to do revolution The Lancet Global Health Commission. 2018.
3. Phua Kh, Sheikh K, Tang SL, Lin v. Editorial e Health Systems of Asia: Equity, Governance and Social Impact. *Social Science & Medicine*. 2015;145.
4. Penm J, MacKinno N, Strakowski S, Ying J, Doty M. Minding the gap: factors associated with primary care coordination of adults in 11 countries. *Ann Fam Med*. 2017;15.
5. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012. Gac Sanit*. 2012;26:20-6.
6. IMDSC. Medical indicators 2016: Health-Disease Processes in the Rightful Population. Meksiko: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2017.
7. Brinton L, Figueroa J, Adjei E, team. tGBHS. Factors contributing to delays in diagnosis of breast cancers in Ghana, West Africa. *Breast Cancer Res Treat*. 2017;162.
8. Anderson GF, Petrosyan V, Hussey PS. *Multinational Comparisons of Health Systems Data* New York:Commonwealth Fund. 2002.
9. Shi L, Macinko J, Starfield B. Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58(374).
10. Rockers P, Kruk M, Laugesen M. Perceptions of the health system and public trust in government in low- and middle-income countries: evidence from the World Health Surveys. *Health Polit Policy Law*. 2012;37.
11. Alshamsan R, Lee JT, Rana S, Areabi H, Millett C. Comparative health system performance in six middle-income countries: cross-sectional analysis using World Health Organization study of global ageing and health. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2017;110(9):365-75.
12. Neogi S, Sharma J, Negandhi P, Chauhan M, Reddy S, Sethy G. Risk factors for stillbirths: how much can a responsive health system prevent?. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18: 33.
13. Li X, Lu J, Hu S, al. e. The primary health-care system in China. *Lancet*. 2017;390.
14. Semrau K, Hirschhorn L, Group atBT. Outcomes of a coaching-based WHO safe childbirth checklist program in India. *N Engl J Med*. 2017;377.
15. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Davis K, Zapert K, et al. Primary Care And Health System performance: Adults' Experiences in Five Countries. *Health Affairs*. 2011.
16. WHO, WorldBank. Tracking universal health coverage: First global monitoring report. . Worl Health Organization dan World Bank. 2015.
17. Wagstaffa A, Flores G, Smitz M-F, Hsu J, Chepynoga K, Eozenou P. Progress on impoverishing health spending in 122 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health*. 2018;6.
18. Sun D, Ahn H, Lievens T, Wu Z. Evaluation of the performance of national health systems in 2004-2011: An analysis of 173 countries. *PLoS One*. 2017;12(3).
19. Larson E, HH; L, Kruk M. The determinants and outcomes of good provider communication: a cross-sectional study in seven African countries. *BMJ Open*. 2017;7.
20. Ozawa S, P S. How do you measure trust in the health system? A sistematic review of the literature. *Soc Sci Med*. 2013;91.