



# High Quality Health Systems (HQHS) Quality vs Equity

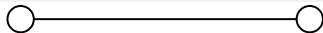


Sydney Tjandra - 19 Desember 2024



**Referensi:** Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018 Nov;6(11):e1196-252. Available from:

[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30386-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30386-3/fulltext) doi: 10.1016/S2214-109X(18)30386-3.



# Kualitas bisa dicapai secara berkeadilan dalam kesehatan. ✨ ✨

- 1 **Sistem kesehatan berkualitas (HQHS)** menyelamatkan **nyawa** dan **uang**.
- 2 **Akses** tidak menjamin **luaran kesehatan** yang lebih baik.
- 3 **Kualitas** layanan kesehatan masih **pilih kasih**.
- 4 **Layanan berkualitas** itu **mampu laksana** di LIC & LMIC.

Maka, **upaya perbaikan kualitas** perlu dimulai di daerah dengan defisit **kualitas terburuk**, dengan fokus pada **populasi rentan**.

# Sistem kesehatan berkualitas (HQHS) menyelamatkan

sekitar 8 juta kematian di LMIC<sup>a</sup> seharusnya bisa ditangani sistem kesehatan. Kualitas akan semakin krusial seiring dengan peningkatan akses & utilisasi, serta beban penyakit yang mengarah ke kondisi kompleks.

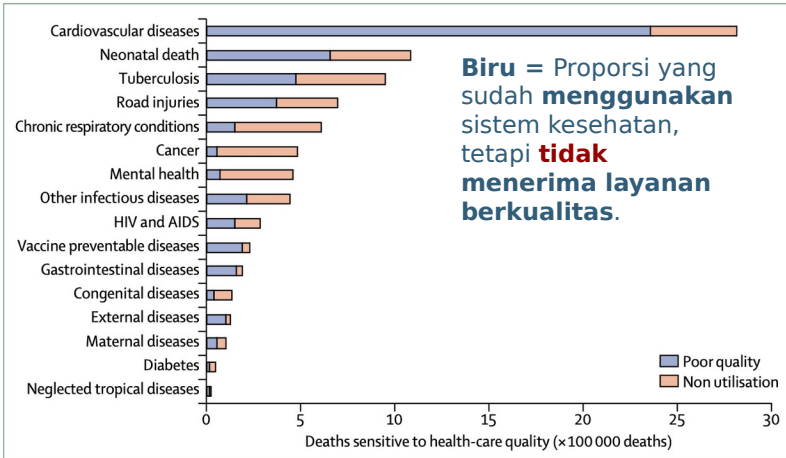


Figure 5: Deaths from Sustainable Development Goal conditions due to poor-quality care and non-utilisation in 137 low-income and middle-income countries<sup>94</sup>

External factor deaths are those due to poisonings and adverse medical events. Other infectious diseases deaths are those due to diarrhoeal diseases, intestinal infections, malaria, and upper and lower respiratory infections.

Kerugian ekonomi paling berdampak pada negara berpenghasilan rendah.

\$11,2 triliun  
2,6%

dari GDP di LIC

Kerugian GDP dari kematian yang dapat dicegah di 91 LMIC

0,9%

dari GDP di UMIC

\$6 triliun

Kerugian GDP dari penghitungan *statistical life* di 130 LMIC, 2015

15%

Tersediki

t

dari GDP di Afrika sub-Sahara

di UMIC

<sup>a</sup>LMIC, low-income and middle-income countries; negara berpenghasilan rendah dan menengah.

# Akses tidak menjamin luaran kesehatan yang lebih

Bahasan kesehatan berkeadilan dan *universal health coverage* (UHC) sebelumnya banyak berfokus pada **memperluas (akses) layanan**. Padahal, menghabiskan sumber daya untuk memperluas **akses tanpa kualitas** akan berujung **sia-sia dan inefisien**.

**Akses hanya salah satu komponen dalam *platforms (foundations)* ...**

Tanpa proses layanan yang benar melalui **sistem yang kompeten**, terjadi masalah seperti (1) *underuse* layanan efektif, (2) *overuse* layanan inefektif, (3) kurangnya konseling pasien, (4) minimnya keamanan, (5) minimnya deteksi & pencegahan, (6) layanan tidak kontinu, dst.

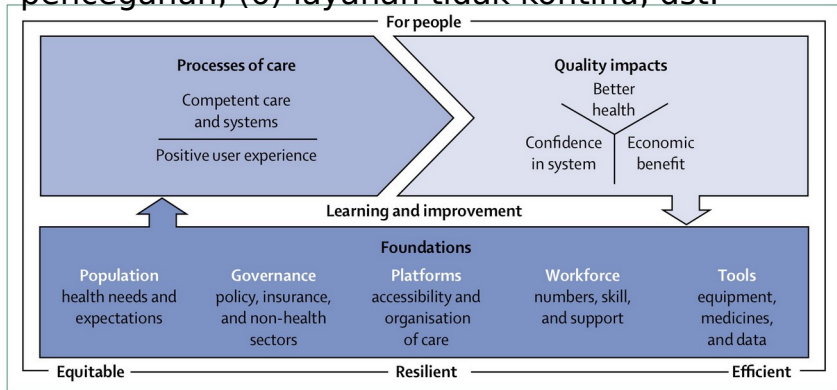


Figure 1: High-quality health system framework

**... yang dalam berbagai kasus terbukti tidak menjamin terkontrolnya penyakit.**

**24%** Hanya hipertensi berobat yang mencapai tekanan darah **terkontrol** (n=1,7 juta; Tiongkok)

**40%** pasien **diabetes berobat** yang mencapai glikemik **terkontrol** (Tiongkok)

**71%** dari mengonsumsi **obat antiretroviral** yang mencapai **supresi viral** (UNAIDS, 2017)

**50-85%** **kesuksesan terapi** pada negara dengan beban **TB RO** tinggi

**Maka, diperlukan *follow-up*, tatalaksana, dan konseling pasien yang lebih baik.**

# Kualitas layanan kesehatan masih pilih kasih.

Akses layanan yang berkeadilan tidak akan berujung pada luaran kesehatan berkeadilan, kecuali jika **semua layanan kesehatan lebih buruk pada yang kualitas miskin, ...**

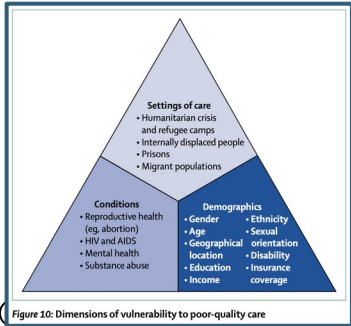
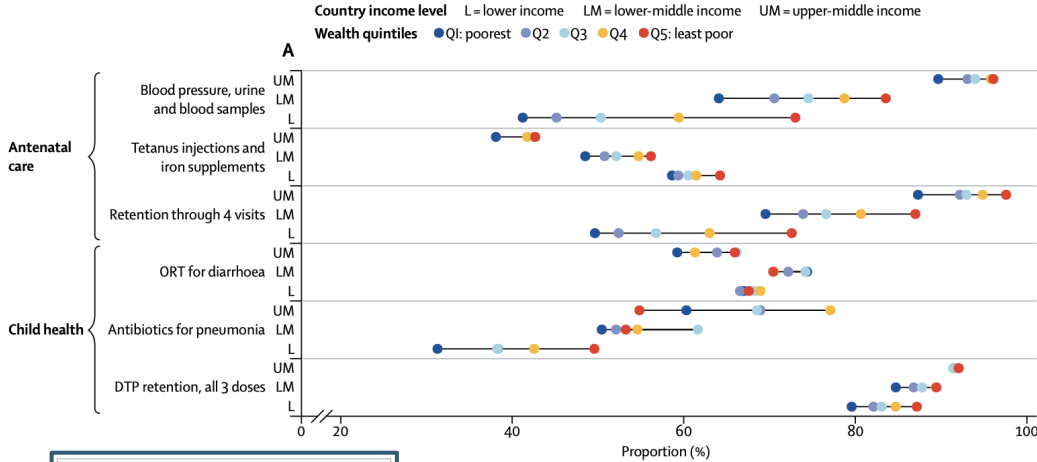
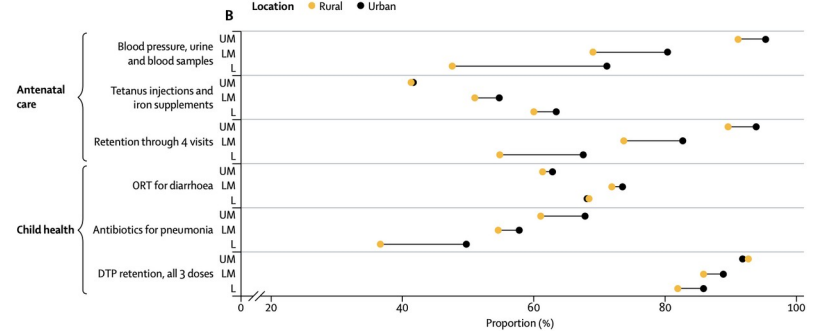


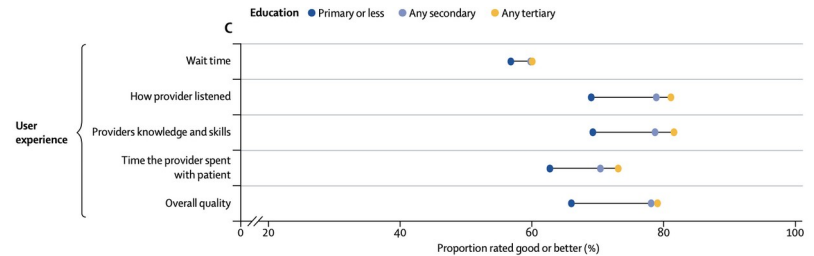
Figure 10: Dimensions of vulnerability to poor-quality care

Layanan kesehatan dengan **kualitas buruk** rentan pada (1) **latar layanan**, (2) **demografi**, dan (3) **kondisi kesehatan tertentu**.

## ... di daerah rural, ...



## ... dan yang berpendidikan rendah.



# Layanan berkualitas itu mampu laksana di LIC &

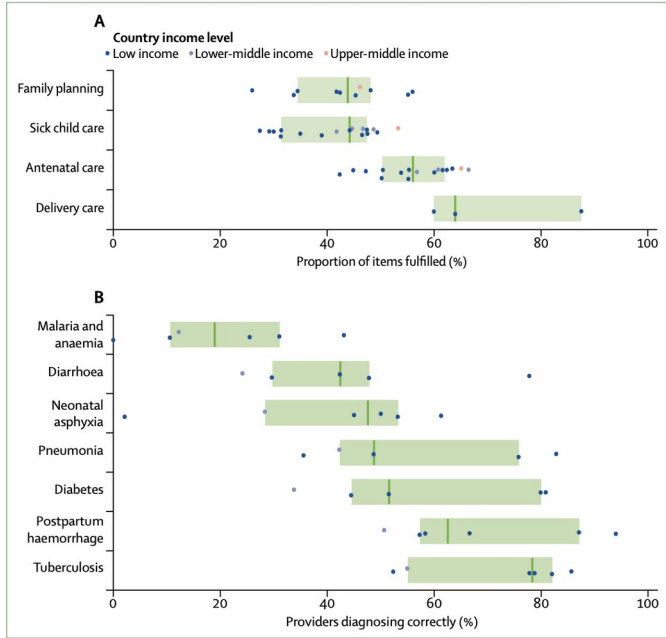
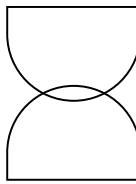


Figure 2: Adherence to evidence-based guidelines and diagnostic accuracy

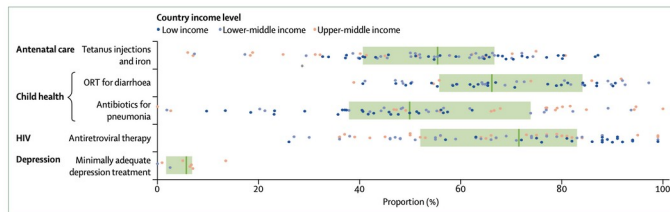


Figure 3: Proportion of individuals receiving appropriate treatments among those who seek care in 112 low-income and middle-income countries

Variasi tinggi antarnegara menunjukkan bahwa kualitas layanan yang lebih baik bisa dicapai di LIC dan LMIC.<sup>a</sup>

Mengidentifikasi dan mereplikasi praktik lokal terbaik bisa membantu strategi perbaikan kualitas di negara-negara lain.

Biaya untuk menyediakan layanan berkualitas per orang lebih murah di LIC & LMIC.<sup>a</sup>

Estimasi WHO untuk SDG-related health goals di 67 LMICs<sup>b</sup>, 2017. Total: \$263 miliar/tahun, 97 juta jiwa diselamatkan 2016–2030.

\$11

LIC

\$53

UMIC

6

Estimasi Disease Control Priorities Project untuk 80% effective coverage di 83 LMICs<sup>b</sup>. Total: \$260 miliar/tahun, 6,2 kematian dicegah per 2030.

\$76

LIC

\$11

LMIC<sup>a</sup>

0

<sup>a</sup>LIC, low-income countries; negara berpenghasilan rendah.

LMIC, low-middle-income countries; negara berpenghasilan menengah ke bawah.


<sup>b</sup>LMICs, low-income and middle-income countries; negara berpenghasilan rendah dan menengah.





Jadi, **Quality vs Equity?**

**Upaya perbaikan kualitas**  
perlu dimulai di daerah dengan  
defisit **kualitas terburuk**,  
dengan fokus pada **populasi**  
**rentan.**



# Mari berdiskusi!

Berikut beberapa pertanyaan yang bisa kita pikirkan bersama.

## Indonesia

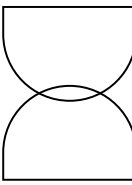
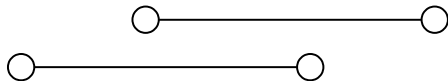
Untuk kondisi geografis **pegunungan dan pelosok**—determinan layanan kesehatan buruk,

- Apakah tetap ***murah (mampu laksana)***?
  - Jika tidak ada datanya, bagaimana bisa kita kumpulkan?
  - Jika tidak murah, apakah sebaiknya tetap kita perjuangkan?

● Apa **upaya yang bisa dilakukan** sistem kesehatan untuk meningkatkan kualitas layanan?

Dalam latar yang sama, apa **upaya** yang bisa dilakukan agar sistem kesehatan bisa lebih **berkualitas** untuk **populasi rentan** (pendidikan rendah, kekayaan rendah, orientasi seksual berbeda, dsb.)?

- Apakah fokus kita di fondasi (misal pelatihan tenaga kesehatan)?
- Ataukah masyarakat dan faktor “luar” sistem kesehatan lebih strategis ditatalaksana?



## Global

Apakah kita perlu lebih **fokus** terlebih dahulu ke kualitas sistem kesehatan **negara-negara LIC**? Bagaimana kedudukan **etika** sehat berkeadilan ketika disandingkan dengan **nasionalisme**?

**Tentang HQHS** yang belum terbahas dalam presentasi ini

- Komponen HQHS
- Pengukuran indikator efektif dan indikator kualitas sistem kesehatan
- Solusi HQHS & peran tiap pemangku

