

# Health Sector Review

## Kumpulan Policy Brief



# Health Sector Review

## Kumpulan Policy Brief



Australian Government

Department of Foreign Affairs and Trade

Australia Indonesia Partnership  
for Health Systems Strengthening  
(AIPHSS)



# Kata Pengantar

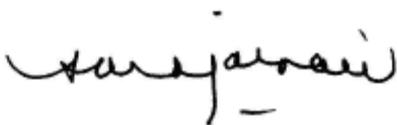
Dalam rangka penyusunan Rancangan Teknokratik Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (KemenPPN/Bappenas) mengkoordinasikan tersusunnya *Health Sector Review (HSR)*. Dokumen itu merupakan kajian dalam pembangunan kesehatan yang berisikan pencapaian saat ini, tantangan yang dihadapi, pilihan kebijakan, strategi dan indikator-indikator pilihan yang disepakati.

Dalam review tersebut telah dikaji 10 (sepuluh) topik area, yaitu: 1) Perubahan Permintaan terhadap Pelayanan Kesehatan; 2) Fertilitas, Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi; 3) Kesehatan Ibu, Bayi dan Anak; 4) Pembiayaan Kesehatan; 5) Sumber Daya Manusia Kesehatan; 6) Farmasi dan Teknologi Kesehatan; 7) Analisa Kelembagaan dalam konteks Desentralisasi; 8) Gizi; 9) Kesiapan Sisi Persediaan; 10) Kualitas dan Keamanan Pelayanan Kesehatan. Topik-topik tersebut dipilih karena memerlukan dukungan data dan analisa yang kuat dan atas dasar keterkaitan yang erat dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2015-2019 Sub Bidang Kesehatan dan Gizi Masyarakat.

*Policy brief* ini disusun dari 10 topik *Health Sector Review* tersebut yang berisi tentang situasi saat ini dan kecenderungan sampai dengan tahun 2019, tantangan, pilihan kebijakan, rekomendasi strategi, serta matriks risiko (*risk matrix*). Tujuan dari *policy brief* adalah sebagai bahan diseminasi kepada berbagai stakeholders terkait baik dari komponen pemerintah, mitra internasional, masyarakat sipil, akademisi, dan media dan untuk mempermudah para pimpinan untuk mengambil keputusan kebijakan kesehatan dengan berbasis bukti.

*Policy brief* ini tersusun berkat kerjasama arahan dan bimbingan dari Ibu Menteri Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS) dan Bapak Wakil Menteri, serta kerjasama antara KemenPPN/Bappenas dengan program *Australia-Indonesia Partnership for Health Systems Strengthening (AIPHSS) Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT)* Pemerintah Australia. Ucapan dan apresiasi setinggi-tingginya kami sampaikan kepada para pakar nasional dan internasional serta kementerian lembaga, organisasi profesi, perguruan tinggi dan komponen masyarakat lainnya yang telah terlibat dalam proses penyusunannya.

Semoga kumpulan *policy brief* ini dapat dipergunakan dengan sebaik-baiknya dan bermanfaat sebagai referensi dalam penyusunan kebijakan pembangunan bidang kesehatan dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.



Dra. Nina Sardjunani, MA  
Deputi Bidang Sumber Daya Manusia dan Kebudayaan,  
Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/  
Badan Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas

# Daftar Isi

Agenda Pembangunan Kesehatan 2015-2019 .....	1
Fertilitas, Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi .....	9
Gizi .....	13
Kesehatan Ibu, Neonatal, Bayi dan Anak .....	17
Perubahan Permintaan terhadap Pelayanan Kesehatan .....	21
Pendanaan Kesehatan: Memantapkan Pelaksanaan SJSN Bidang Kesehatan .....	25
Pendanaan Kesehatan: Meningkatkan Efektivitas Pembiayaan Kesehatan .....	31
Analisa Kelembagaan dalam konteks Desentralisasi .....	35
Kesiapan Sisi Persediaan .....	39
Sumber Daya Manusia Kesehatan .....	43
Kajian Farmasi dan Teknologi Kesehatan .....	49
Kualitas dan Keamanan Pelayanan Kesehatan .....	53
Menciptakan Ruang Fiskal untuk Kesehatan di Indonesia: 9 Ide .....	57
Apakah rakyat miskin diuntungkan oleh pembiayaan kesehatan di Indonesia? .....	63
Matriks Risiko .....	71



## Agenda Pembangunan Kesehatan 2015-2019

# Agenda Pembangunan Kesehatan 2015-2019

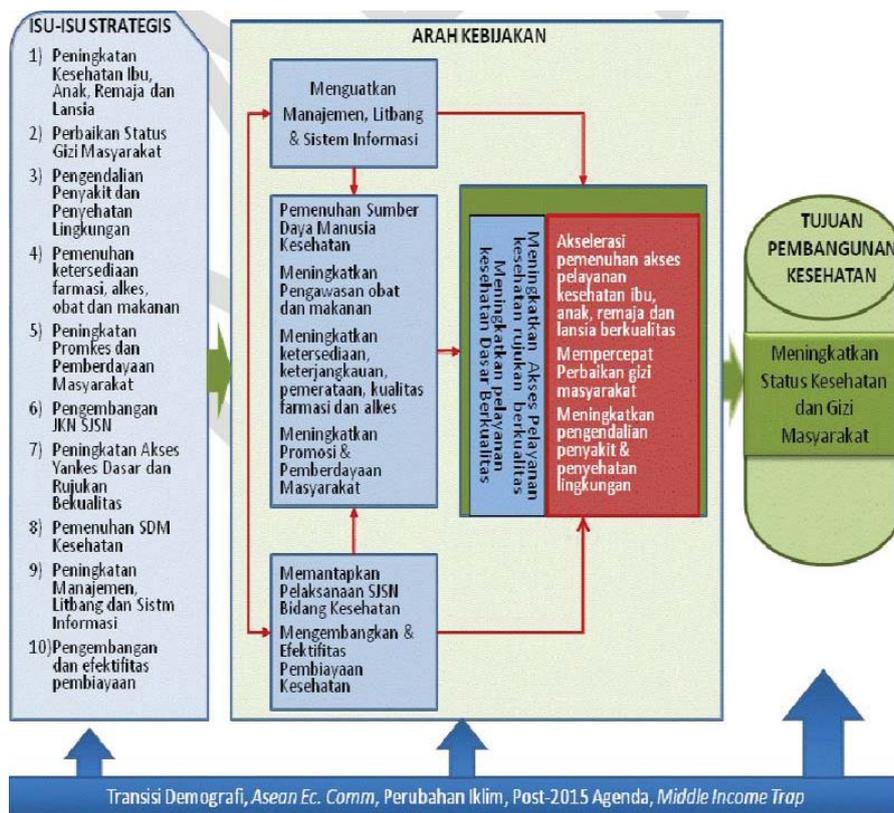
Pembangunan kesehatan bertujuan untuk "meningkatkan derajat kesehatan dan gizi masyarakat pada seluruh siklus kehidupan baik pada tingkat individu, keluarga maupun masyarakat". Untuk mencapai tujuan ini dibutuhkan reformasi yang fokus pada: (a) upaya penurunan kematian ibu dan kematian bayi; (b) penguatan upaya promotif dan preventif; (c) penguatan pelayanan kesehatan dasar berkualitas; (d) penguatan sistem pengawasan obat dan makanan; dan (e) pemantapan sistem jaminan kesehatan nasional

*Policy Brief* ini menyajikan deskripsi isu-isu strategis dan arah pembangunan kesehatan 2015-2019. Penjelasan dan kisi-kisi strategi dari setiap arah pembangunan dibahas dalam kumpulan *Policy Brief* ini. Brief ini layak dijadikan dasar pijakan bagi Kementerian Kesehatan Kabinet Jokowi-JK dalam menyusun program kerja kedepan.

## Isu Strategis Nasional

Sepuluh isu strategis kesehatan berhasil dikupas dengan pisau "analisis situasi" HSR 2014. Isu-isu tersebut dilengkapi dengan kondisi faktual dan permasalahan. Selain berfungsi sebagai bukti empiris bahwa mereka layak dinobatkan sebagai isu strategis, penyajian kondisi faktual dan/atau permasalahan dari setiap isu dapat memberikan arah dalam memformulasikan strategi yang harus diambil untuk meredam isu-isu yang terdeteksi.

Gambar 1 menyajikan keterkaitan antara 10 isu strategis dengan lahirnya 12 Arah Kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan akhir pembangunan kesehatan, yaitu **meningkatkan status kesehatan dan gizi masyarakat**.

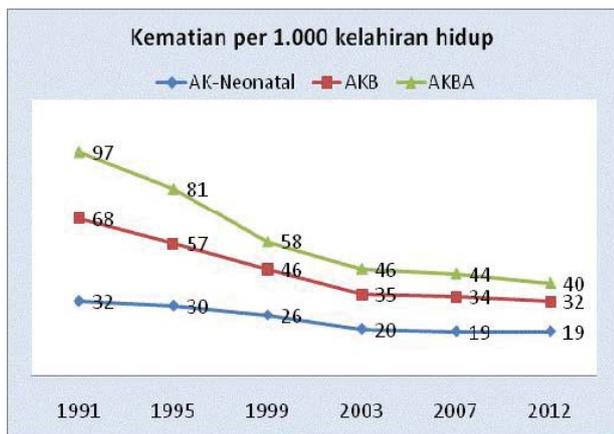


Gambar 1 Isu Strategis dan Arah Kebijakan Pembangunan Kesehatan 2015-2019

### Isu 1: Peningkatan Kesehatan Ibu, Anak, Remaja dan Lansia

**Angka Kematian Ibu (AKI) naik dari 228 (2007) menjadi 359 (2012). Sementara itu, penurunan Angka Kematian Bayi (AKB) melambat terutama kematian neonatal** (Gambar 2). Disparitas AKI dan AKB terdeteksi antar sosial ekonomi, daerah serta kota-desa. Potret status kesehatan ini disebabkan oleh sejumlah faktor:

- keberlangsungan pelayanan (*continuum of care*) kurang terjaga;
- cakupan kunjungan dan persalinan nakes tinggi, namun kualitas persalinan tidak memadai karena masalah ketersediaan obat, alat dan nakes;
- cakupan kunjungan KI, K4, linakes meningkat, tetapi kelahiran di faskes hanya 36,8%;
- anemia remaja putri usia 15-19 tahun 46,6% (tidak hamil) dan 38,8% (hamil);
- kondisi fasilitas dan nakes kurang memadai. Sebagian besar kab/kota belum memenuhi standar Puskesmas PONEK (hanya 7,6% RS PONEK memenuhi semua standar) dan semua jenis nakes di Puskesmas dan Rumah Sakit masih kurang.



Gambar 2 Tren Angka Kematian Bayi (AKB), Balita (AKBA), dan Neonatal (AK-Neonatal) 1991-2012

**Pemerintah harus meredam akar masalah memburuknya status kesehatan.** Upaya yang dimaksud meliputi:

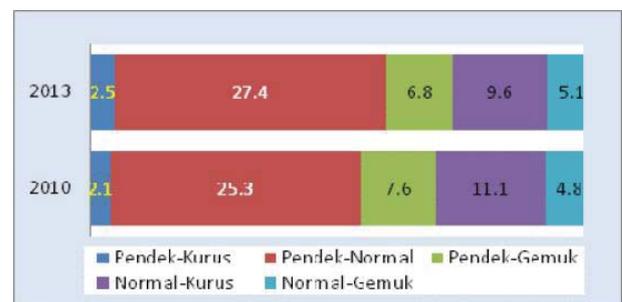
- 1) meningkatkan keberlangsungan pelayanan (*continuum of care*) kesehatan, termasuk ketersediaan dan kualitas nakes dan fasyankes;

- 2) mengupayakan perbaikan gizi remaja perempuan dan ibu hamil; dan
- 3) melakukan pengembangan pelayanan kesehatan berkualitas bagi kelompok penduduk lansia.

### Isu 2: Perbaikan Status Gizi Masyarakat

**Indonesia menghadapi masalah ganda gizi pada anak, kegemukan dan obesitas pada orang dewasa, dan keamanan pangan.**

Masalah gizi anak terjadi disemua kelompok penduduk (miskin dan kaya). Dari tahun 2010 ke 2013, persen kekurangan gizi anak (*underweight, stunting, wasting*) naik (Gambar 3). Demikian halnya dengan masalah gizi lebih (kegemukan dan obesitas). Masalah gizi lainnya terdiri atas (i) gizi mikro (anemia, kekurangan kalsium), dan (ii) perilaku masyarakat yang belum mendukung kesehatan, gizi, sanitasi, higine dan pola pengasuhan.



Gambar 3 Masalah Gizi pada Anak 2010 dan 2013

**Empat strategi berikut ini perlu dilakukan untuk meredam masalah gizi di Indonesia:**

- 1) intervensi spesifik program gizi (besi folat, garam beryodium, makanan tambahan);
- 2) surveilans dan pemantauan status gizi (misal, penimbangan, penanganan gizi kurang, pemetaan rawan pangan dan gizi);
- 3) koordinasi dan integrasi intervensi sensitif (lintas sektor); dan
- 4) peningkatan peran upaya kesehatan berbasis masyarakat.

### Isu 3: Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan

**Beban ganda–kasus penyakit tidak menular (PTM) naik sementara penyakit menular tinggi–merupakan kondisi yang sedang dihadapi.** Tingginya penyakit menular disebabkan oleh akses penduduk terhadap air minum dan sanitasi masih rendah. Sedangkan naiknya kasus PTM disebabkan oleh meningkatnya faktor resiko: hipertensi, tingginya glukosa darah dan kegemukan (karena pola makan, kurang aktivitas fisik, dan kebiasaan merokok).

**Potret penyakit menular yang dihadapi meliputi** prevalensi AIDS dan insiden HIV (infeksi baru) tinggi. Malaria, DBD, diare dan TB turun, namun demikian (i) prevalensi malaria dan DBD di daerah endemis masih tinggi; (ii) Diare dan TB masuk 10 besar penyebab kematian; (iii) muncul resiko *multi-drug resistente* TB. *Neglected diseases* juga masih ditemukan: kusta nomor 3 terbesar di dunia dan Frambusia di Asia Tenggara hanya ditemukan di Indonesia dan Timor Leste. Globalisasi memberikan ancaman tambahan penyakit menular (Polio, SARS, Flu Burung, MERS) dari negara-negara lain.

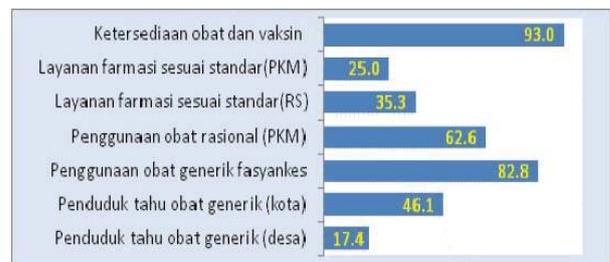
#### **Pemerintah wajib melakukan terobosan dalam pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan:**

- 1) Peningkatan survailans dan tata laksana kasus penyakit menular dan penyakit tidak menular;
- 2) Peningkatan pencegahan kejadian luar biasa;
- 3) Penurunan berbagai faktor resiko penyakit dan perbaikan kesehatan lingkungan;
- 4) Peningkatan akses penduduk terhadap air minum dan sanitasi yang memadai.

### Isu 4: Ketersediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Pengawasan Obat dan Makanan

**Sejumlah masalah terdeteksi terkait kondisi farmasi, alkes, obat dan makanan (Gambar 4).**

- Ketersediaan obat dan vaksin tidak merata. Angka ketersediaan nasional 2013 (93%), dengan variasi sangat tinggi (>100%) ditemukan di 13 propinsi dan kurang 80% di propinsi lainnya.
- Pemenuhan standar mutu, khasiat dan keamanan obat 96,8% dan alkes 85.84%. Namun yang bersertifikasi 78,22% (sarana produksi obat) dan 78,18 % (sarana produksi alkes dan PKRT).
- Penggunaan obat generik Puskesmas (96,1%) lebih tinggi dibandingkan RS (74,89%).
- Penggunaan obat rasional hanya 61,9%, dan pengetahuan obat generik rendah.
- Meski 71,63% instalasi farmasi memenuhi standar, kesesuaian layanan kefarmasian dengan standar hanya 35,3% (RS) dan 25% (Puskesmas).



Gambar 4 Ketersediaan Farmasi, Obat & Pola Peresepan

#### **Pemerintah harus berupaya menetralsisir permasalahan tersebut melalui hal-hal berikut:**

- 1) Peningkatan pola peresepan, penggunaan dan pengetahuan masyarakat mengenai obat generik dan obat rasional;
- 2) Penetapan dan pengendalian harga obat melalui berbagai insentif fiskal dan finansial;
- 3) Pengurangan ketergantungan bahan baku obat dan alat kesehatan luar negeri;
- 4) Pengembangan obat tradisional.

## Isu 5: Peningkatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat masih memprihatinkan. Tengok fakta berikut:

- maraknya kebijakan tidak berwawasan kesehatan;
- lingkungan yang belum mendukung upaya peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat;
- belum optimalnya pemberdayaan masyarakat termasuk upaya kesehatan berbasis masyarakat;
- rendahnya perilaku hidup bersih dan sehat, terutama konsumsi sayur dan buah, ASI eksklusif, cuci tangan, dan aktivitas fisik (**Gambar 5**); serta
- pelayanan kesehatan yang belum sepenuhnya mendorong promosi kesehatan.



Gambar 5 Gambaran Perilaku Hidup Sehat

### Ke depan, pemerintah harus konsisten berupaya untuk:

- 1) meningkatkan promosi kebijakan publik yang berwawasan kesehatan;
- 2) meningkatkan dukungan penyediaan lingkungan yang mendukung perilaku hidup bersih dan sehat;
- 3) meningkatkan kerjasama dan koordinasi antar lembaga;
- 4) meningkatkan pemberdayaan masyarakat dan partisipasi UKBM; serta
- 5) mendorong peningkatan promosi kesehatan dalam setiap pelayanan kesehatan.

## Isu 6: Pengembangan Program JKN SJSN

Program JKN menghadapi sejumlah isu pada beberapa aspek, yaitu:

(1) kepesertaan, (2) pelayanan, (3) pembayaran provider, (4) pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi, serta (5) regulasi, sebagai berikut.

- Perluasan peserta butuh terobosan untuk mencapai cakupan universal 2019 karena dominasi pekerja informal yang notabene sulit dibidik dalam program jaminan. Selain itu, sebagian peserta (khususnya PBI) belum tahu jika mereka sudah dijamin. Skema jaminan (Jamkesda, TNI/Polri, dan JPK Jamsostek) yang seharusnya merger sejak 2014 hingga kini belum terintegrasi dengan optimal. Belum optimalnya peserta dari kelompok penerima upah (Swasta) bergabung JKN.
- Masalah pelayanan mencakup:
  - (i) hambatan akses peserta karena biaya tidak langsung tinggi dan kondisi geografis;
  - (ii) fasyankes belum memenuhi standar sarana, tenaga dan kualitas;
  - (iii) rendahnya fasyankes primer swasta yang bekerjasama dengan BPJS;
  - (iv) sistem rujukan belum optimal serta
  - (v) standar praktik layanan kesehatan perlu dibangun.
- Masalah pembayaran providers mencakup reformasi dan implementasi skema Kapitasi dan INA-CBGs yang belum tuntas. Upaya perbaikan harus dilakukan, termasuk upaya meminimalisir implikasi kedua skema pembayaran tersebut terhadap kualitas, biaya dan perlindungan peserta.
- Pelaksanaan, khususnya, sosialisasi dan advokasi masih perlu ditngkatkan. Belum terlembaganya rancangan pemantauan dan evaluasi JKN berpotensi menimbulkan deviasi JKN dalam meraih tujuan yang hendak dicapai.
- Permasalahan lain terkait upaya sinkronisasi regulasi antara regulasi satu dengan yang lainnya.

**Pengembangan dan pematapan pelaksanaan JKN perlu dilakukan, di antaranya, melalui:**

- 1) Upaya penguatan JKN sebagai bagian dari SKN untuk mendorong pencapaian tujuan pembangunan kesehatan.
- 2) Mewujudkan esensi cakupan universal JKN yang mencakup tiga dimensi: kepesertaan, manfaat, serta perlindungan keuangan.
- 3) Memperluas cakupan JKN untuk memenuhi konsensus cakupan universal pada 2019.
- 4) Pengembangan standar pelayanan manfaat JKN, termasuk optimalisasi peran dan fungsi HTA dalam memformulasikan standar pelayanan (obat, prosedur terapi, dan tindakan)
- 5) Memperkuat fungsi JKN sebagai tool perlindungan keuangan ketika peserta memanfaatkan layanan, termasuk kontrol penarikan biaya kepada pasien diluar skema pembayaran Kapitasi dan CBGs.
- 6) Memperluas jaringan kerja providers BPJS, tidak hanya milik pemerintah tetapi juga swasta.
- 7) Mengembangkan dan membenahi sistem rujukan dan pelayanan berjenjang.
- 8) Menyelesaikan reformasi skema pembayaran, khususnya INA-CBGs, yang menuai sejumlah kelemahan dalam disain dan implementasi.
- 9) Melakukan pengembangan skema pembayaran untuk mendorong kualitas dan efisiensi, termasuk integrasi Kapitasi dan INA-CBGs dengan pembayaran berbasis kinerja.
- 10) Melakukan pengembangan pembayaran dan insentif tenaga kesehatan untuk mendorong peningkatan upaya kesehatan primer dan pemerataan nakes daerah terpencil, sangat terpencil dan DTPK.

- 11) Menyusun dan melembagakan rancang bangun pemantauan dan evaluasi sebagai acuan pelaksanaan kedua kegiatan oleh semua pelaku.
- 12) Melakukan pembenahan dan sinkronisasi berbabagi regulasi yang dibutuhkan dalam pelaksanaan JKN.

**Isu 7: Peningkatan Akses terhadap Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan Berkualitas**

**Subsistem pelayanan kesehatan dasar dan rujukan menuai sejumlah persoalan.**

Berbagai fakta berikut mencerminkan kondisi tersebut:

- Keterbatasan akses penduduk pada pelayanan kesehatan ditemukan di DTPK.
- Kualitas pelayanan juga belum optimal karena ketiadaan standar pelayanan dan sistem informasi (medical record dan informasi).
- Akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas, klinik dan rumah sakit) perlu dibenahi.
- Pelayanan kesehatan promotif dan preventif rapuh, serta
- Sistem rujukan belum berjalan optimal.

**Kesiapan fasilitas kesehatan dalam memberikan pelayanan bagi penduduk harus ditingkatkan.** Analisis Bank Dunia menemukan capaian pada sejumlah indikator yang mencerminkan kesiapan fasilitas kesehatan memiliki ruang lebar untuk perbaikan (Tabel 1).

Tabel 1 Kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia

Indikator	Capaian
Jumlah tempat tidur ranap per 10.000 penduduk	12,6%
Jumlah admission per 10.000 penduduk	1,9%
Rata-rata bed occupancy rate (BOR)	65%
Persentase Rumah Sakit kab/kota mampu PONEK	25%
Kesiapan pelayanan umum di Puskesmas	71%
Kesiapan pelayanan PONEK di Puskesmas	62%
Kesiapan pelayanan PTM di Puskesmas	79%
Kesiapan pelayanan PONEK di RS Pemerintah	86%

Sumber: Analisis WB berdasarkan data Rifaskes, 2011

**Pemerintah harus memastikan fasilitas kesehatan dilengkapi sarana prasarana, obat, alkes, nakes dan kualitas memadai.**

Oleh karenanya itu, (i) pemenuhan sarana, alakes dan obat, dan (ii) peningkatan kompetensi petugas dan kualitas fasilitas pelayanan (termasuk rujukan, informasi, *medical record*, dan akreditasi) menjadi agenda utama yang harus dilakukan. Selain itu, pemerintah harus mengembangkan insentif nakes di DTPK serta memperkuat pelayanan kesehatan dasar.

### **Isu 8: Pemenuhan SDM Kesehatan**

**Jumlah, sebaran dan kualitas tenaga kesehatan merupakan masalah krusial SDM Kesehatan.** Kekurangan berbagai jenis tenaga kesehatan terdeteksi di sejumlah fasyankes. Dari 9.550 Puskesmas, ada 9,8 persen puskesmas tanpa dokter, 2.194 puskesmas tanpa tenaga gizi dan 5.895 puskesmas tanpa tenaga promkes. Masalah kekurangan nakes diperparah oleh maldistribusi.

**Tantangan dan upaya kedepan adalah bagaimana pemerintah:**

- 1) menjamin kecukupan nakes dengan meningkatkan keselarasan antara produksi, penyebaran dan penempatan, serta kualitas dan kinerja mereka;
- 2) memenuhi jumlah nakes di fasyankes,
- 3) meningkatkan perekrutan dan penyebaran nakes.

### **Isu 9: Peningkatan Manajemen, Penelitian dan Pengembangan, serta Sistem Informasi.**

**Ketersediaan data untuk perencanaan berbasis bukti dinilai cukup.** Sayangnya belum didukung oleh sistem informasi handal. Masalah lain menyangkut kapasitas penelitian dan pengembangan yang belum optimal, dan lemahnya sinkronisasi perencanaan antara perencanaan pada tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota.

**Sejumlah upaya harus dilakukan untuk menetralsir permasalahan diatas,** diantaranya, adalah:

- 1) meningkatkan kemampuan teknis dan manajemen pengelolaan program;
- 2) menguatkan sistem informasi kesehatan sebagai bagian dari perencanaan, pemantauan, dan evaluasi program pembangunan;
- 3) meningkatkan dukungan penelitian dan pengembangan;
- 4) meningkatkan pelayanan kesehatan dalam rangka penanggulangan bencana;
- 5) mengembangkan manajemen terutama meningkatkan pelayanan kesehatan yang tepat, efektif, dan efisien; dan
- 6) pengembangan sistem informasi pendataan kesehatan Ibu dan Anak.

### **Isu 10: Pembiayaan Kesehatan**

**Belanja kesehatan Indonesia relatif kecil.** Tahun 2011, total belanja kesehatan 2,9 persen PDB, sekitar USD 95 per kapita per tahun. Dari total pengeluaran tersebut, sebagian besar (62.5%) merupakan belanja dari sumber masyarakat (swasta dan *out of pocket*), dan sisanya pemerintah.

**Rendahnya dana kesehatan diperburuk oleh masalah inefisiensi alokatif dan teknis.** Indikasi inefisiensi terdeteksi dari sejumlah fakta, seperti:

- Porsi alokasi dana untuk layanan kesehatan primer sangat kecil dibandingkan layanan sekunder;
- Alokasi dana program kesehatan masyarakat (promosi kesehatan, pencegahan, Gizi, KIA, KB, Kesehatan Lingkungan dll) sangat rendah dibandingkan dengan layanan kuratif;
- Belanja obat menyedot porsi signifikan (> 40%) terhadap total belanja kesehatan

**Padahal, kedepan, kenaikan belanja kesehatan tidak mungkin dihindari** karena: (i) transisi epidemiologi dimana biaya penanganan PTM semakin mahal;

- (ii) lonjakan permintaan kesehatan seiring perkembangan peserta JKN;
- (iii) peningkatan teknologi kesehatan, dll.

**Tantangan kedepan adalah bagaimana mencari sumber pendanaan memadai untuk mendanai serangkaian kegiatan sebagaimana disajikan dalam ulasan isu strategis 1 s/d 9 dimuka.** Upaya berikut bisa dilakukan secara simultan:

- 1) Menggali sumber pendanaan baru untuk menambah ruang fiskal untuk kemudian meningkatkan alokasi dana pada sektor kesehatan
- 2) Melakukan efisiensi dengan
  - (1) memperkuat sistem pelayanan kesehatan primer dan membenahi sistem rujukan;
  - (2) mengurangi layanan kesehatan lanjut yang tidak diperlukan;
  - (3) melakukan kontrol belanja, termasuk obat.
- 3) Menitikberatkan agenda pembangunan pada program-program kesehatan masyarakat.
- 4) Meningkatkan efektifitas dana yang tersedia, dengan: (1) menyelaraskan alokasi dana program UKM dengan UKP, (2) meningkatkan upaya promosi dan pencegahan penyakit, (3) meningkatkan manajemen pengelolaan dana, termasuk monitoring dan evaluasi dana DAK dan BOK; (4) meningkatkan keterampilan teknis dan manajemen program-program kesehatan.

## Arah Pembangunan Kesehatan 2015-2019

**Analisis situasi mengenai isu-isu strategis nasional melahirkan arah pembangunan kesehatan.** Kotak 1 menyajikan 12 arah pembangunan kesehatan yang harus dikemas lebih lanjut dalam program kerja Kemenkes 2015-2019. Penjelasan mengenai strategi dari setiap arah pembangunan kesehatan tersebut disajikan dalam dokumen teknokratik RPJMN 2015-2019. Ulasan ringkas arah kebijakan pembangunan dan kisi-kisi strateginya juga dapat ditemukan dalam kumpulan *Policy Brief* ini.

**Dua belas arah pembangunan kesehatan 2015-2019 ditujukan untuk mencapai tujuan akhir pembangunan kesehatan,** yaitu "meningkatkan derajat kesehatan dan gizi masyarakat pada seluruh siklus kehidupan baik pada tingkat individu, keluarga maupun masyarakat".

**Untuk mencapai tujuan pembangunan tersebut, diperlukan reformasi pada sektor kesehatan.** Reformasi difokuskan pada lima area berikut ini:

- 1) Upaya penurunan kematian ibu dan kematian bayi,
- 2) Penguatan upaya promotif dan preventif,
- 3) Penguatan pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) yang berkualitas,
- 4) Penguatan sistem pengawasan obat dan makanan,
- 5) Pemantapan SJSN bidang kesehatan.

Implementasi dari lima area reformasi tersebut diatas juga harus didukung oleh kerangka pendanaan dan regulasi, serta sistem birokrasi dan struktur kelembagaan yang memadai. (BH/09/2014)

## Kotak 1 Arah Pembangunan Kesehatan 2015-2019

1. Akselerasi Pemenuhan Akses Pelayanan Kesehatan Ibu, Anak, Remaja, dan Lanjut Usia yang Berkualitas
2. Mempercepat Perbaikan Gizi Masyarakat
3. Meningkatkan Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
4. Meningkatkan Akses Pelayanan Kesehatan Dasar yang Berkualitas
5. Meningkatkan Akses Pelayanan Kesehatan Rujukan yang Berkualitas
6. Meningkatkan Ketersediaan, Keterjangkauan, Pemerataan, dan Kualitas Farmasi dan Alat Kesehatan
7. Meningkatkan Sistem Pengawasan Obat dan Makanan
8. Meningkatkan Ketersediaan, Persebaran, dan Mutu Sumber Daya Manusia Kesehatan
9. Meningkatkan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
10. Memperkuat Manajemen, Penelitian Pengembangan dan Sistem Informasi
11. Memantapkan Pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional Bidang Kesehatan
12. Mengembangkan dan Meningkatkan Efektifitas Pembiayaan Kesehatan



**Fertilitas, Keluarga  
Berencana dan  
Kesehatan Reproduksi**

# Fertilitas, Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi

Indonesia adalah negara dengan penduduk paling banyak keempat di dunia, apa yang terjadi di Indonesia tentang kependudukan menjadi perhatian penting secara nasional maupun internasional. Kependudukan dan Keluarga Berencana (KB) menjadi isu utama yang perlu diatasi di dalam perumusan RPJMN 2015 – 2019. Di masa lalu, *Total Fertility Rate* (TFR) Indonesia menurun dengan meningkatnya status ekonomi dan sosial masyarakat, dan melalui program KB yang efektif. Ini menyebabkan perubahan struktur umur penduduk karena penurunan fertilitas yang kontinyu menciptakan adanya “bonus demografi” dimana proporsi penduduk usia produktif meningkat dibandingkan dengan total penduduk non produktif, yang bisa memicu pertumbuhan ekonomi.

Sayangnya, penurunan TFR terhenti dalam dekade terakhir. Sementara itu, penurunan Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKBa) berjalan lambat, sehingga pencapaian target MDG untuk menurunkan angka kematian anak tidak bisa dicapai.

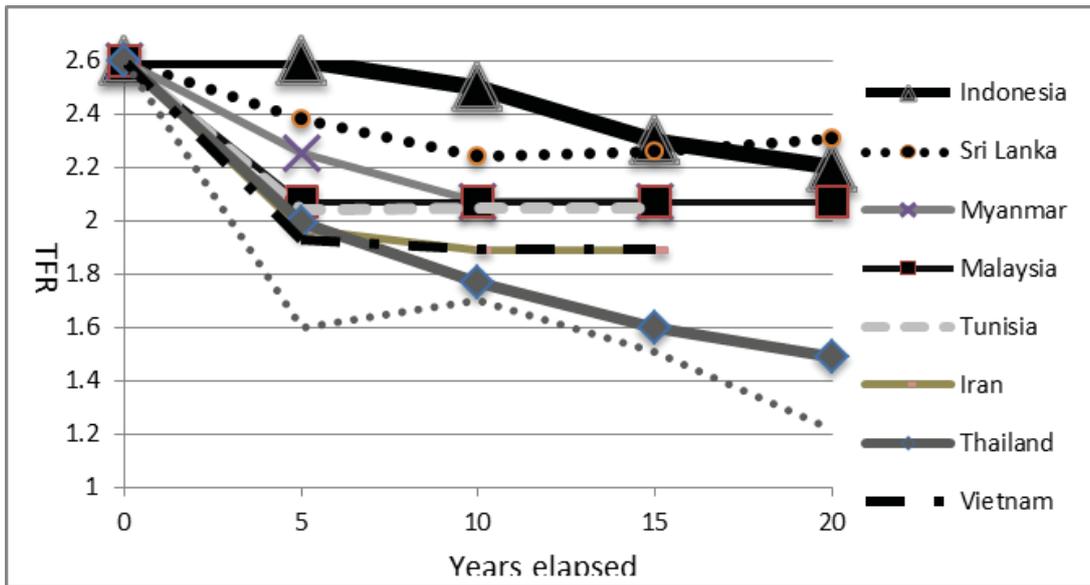
Tabel 1. Kecenderungan Demografi berdasarkan Proyeksi Penduduk Indonesia

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
TFR target RPJMN 2009-2014	2.1					
<b>Official population projection</b>						
TFR		2.4	2.4	2.3	2.3	2.3
CBR		19.2	18.8	18.5	18.2	17.8
CDR		6.4	6.4	6.4	6.5	6.5
Rate of growth		1.3	1.2	1.2	1.2	1.1
# births (x1000)		4,985	4,869	4,840	4,810	4,780
# deaths (x1000)		1,622	1,653	1,684	1,717	1,753
Population increase (x 1000)		3,362	3,216	3,156	3,093	3,027

## Tantangan

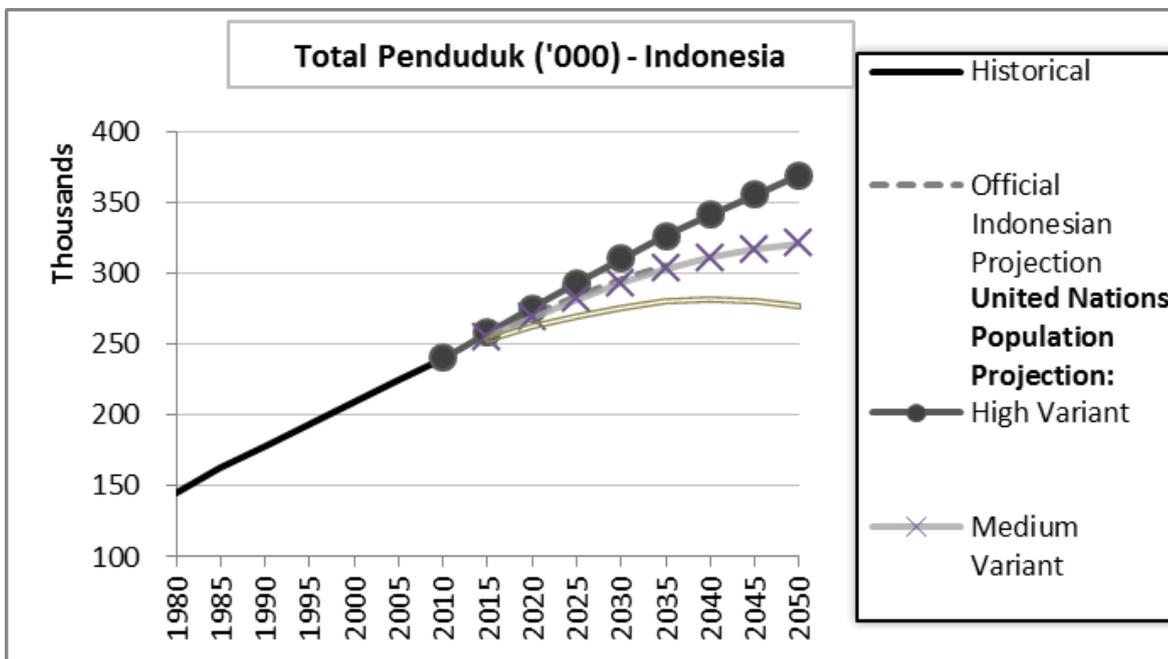
Penurunan TFR terhenti pada 2,6 (separuh anak per ibu lebih tinggi daripada *replacement level*). Pada tingkat nasional, fertilitas tahun 2012 tidak banyak berubah dari tahun 2002, hal ini kontras dengan negara lain, dimana fertilitas terus menurun setelah mencapai 2.6 (lihat Gambar 1).

Gambar 1. Kecenderungan TFR setelah mencapai 2.6 di beberapa negara



Berhentinya penurunan TFR berakibat pada proyeksi penduduk; apakah penurunan fertilitas bisa kembali dengan cepat atau tidak terjadi akan berakibat pada jumlah penduduk dan struktur penduduk dikemudian hari.

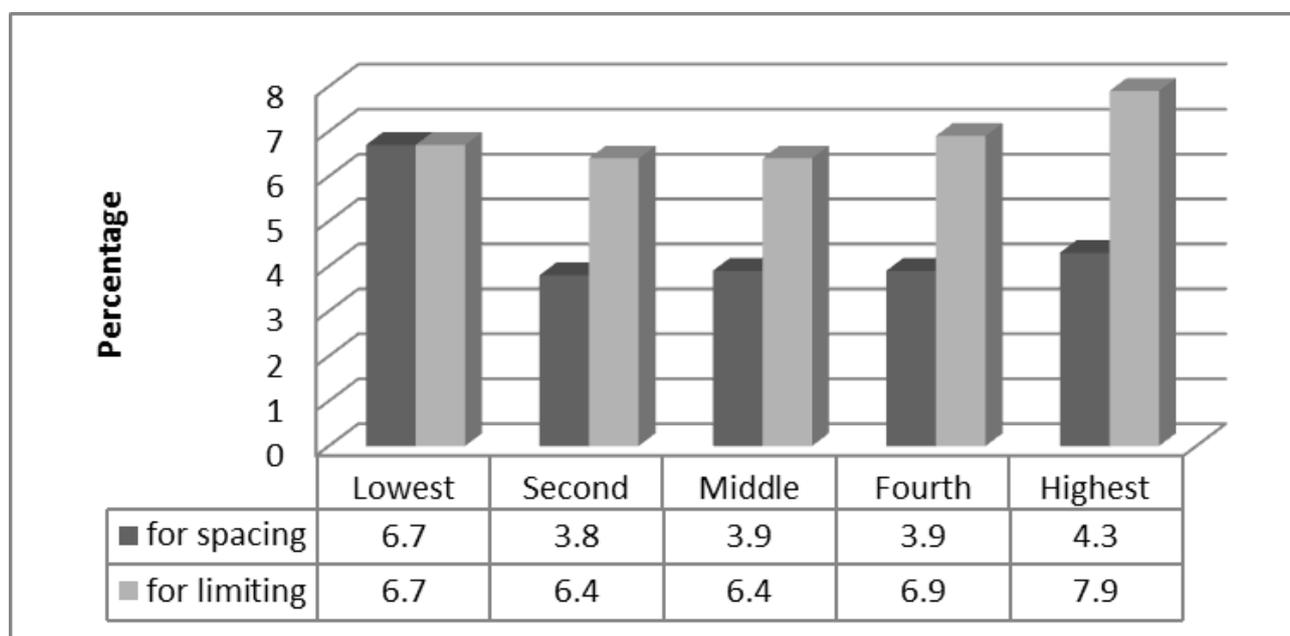
Gambar 2. Beberapa alternative proyeksi penduduk Indonesia.



Catatan: hasil proyeksi penduduk resmi dari Indonesia tumpang tindih dengan hasil proyeksi UN versi medium, sebab hasil keduanya sangat mirip.

Unmet need merupakan isu yang harus segera diatasi, termasuk ketidakmerataan pemakaian, akses dan kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi. Kebutuhan KB dan kesehatan reproduksi bagi orang muda harus mendapatkan perhatian utama. Khususnya karena pernikahan dini dan fertilitas remaja menjadi kunci tingginya TFR.

Gambar 3. Presentase Perempuan Menikah yang Menjarangkan atau Membatasi Anak Tetapi Tidak menggunakan Kontrasepsi, Menurut Indeks Kekayaan, SDKI 2012



Pengendalian angka fertilitas bisa dilakukan dengan revitalisasi program KB. Pada program tersebut, tantangan-tantangan utamanya adalah:

1. Kebutuhan akan kerjasama yang efektif antara BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional), Kementerian Kesehatan dan pihak swasta di tingkat nasional, dan dengan wakil pihak-pihak terkait pada pemerintah daerah di tingkat kabupaten/kota, dan
2. Kebutuhan pengembangan mekanisme yang efektif untuk program KB di era JKN (Jaminan Kesehatan Nasional).

## Pilihan Kebijakan

Kunci utama tujuan kebijakan kependudukan, KB dan kesehatan reproduksi adalah menurunkan TFR ke tingkat *replacement level* secepat mungkin, dengan menghormati hak asasi tiap individu dan hak asasi pasangan untuk memiliki jumlah anak yang mereka inginkan. Diharapkan dengan adanya perkembangan tingkat ekonomi dan sosial (pertumbuhan ekonomi yang cepat, penurunan angka kematian, urbanisasi, peningkatan partisipasi sekolah, pertumbuhan pekerja sektor formal) akan berpengaruh pada peningkatan usia kawin pertama dan menurunkan jumlah anak ideal, seperti pengalaman internasional sebelumnya. Akan tetapi, untuk lebih cepat menurunkan TFR secara efektif, beberapa strategi harus dijalankan oleh beberapa kementerian yang bertanggung jawab.

## Rekomendasi Strategi

1. **Meningkatkan rata-rata usia kawin pertama, dengan penekanan khusus terhadap penurunan angka perkawinan dini dan menegakkan peraturan usia minimum untuk menikah.**

Pernikahan dini umumnya berdampak pada melahirkan usia dini, dan ini akan berdampak pada putus sekolah bagi remaja, dan bisa berakibat serius pada kesehatan ibu dan anak, termasuk menaikkan risiko kematian di saat melahirkan. Pernikahan yang terjadi karena kehamilan di luar nikah menunjukkan kebutuhan akan informasi kesehatan reproduksi dan pelayanan KB bagi remaja yang belum menikah. Jika pernikahan terjadi disaat wanitanya masih di bawah umur 16 tahun, ini menunjukkan kebutuhan akan penegakan undang-undang tentang usia minimum menikah. Dimana pernikahan terjadi diluar persetujuan mempelai wanita, ini menunjukkan kebutuhan akan penegakan hak asasi manusia.

2. **Revitalisasi program KB, untuk menjawab kebutuhan kesehatan reproduksi masyarakat dan menurunkan unmet need KB lewat penyediaan informasi dan pelayanan KB yang lebih terfokus dan efisien.**

Strateginya adalah pembagian tugas yang jelas antara BKKBN, Kementerian Kesehatan dan pemerintah daerah untuk: 1) menyediakan informasi dan pelayanan KB/kesehatan reproduksi dan sosialisasi aktifitas yang terkait, 2) mendukung pihak swasta dan komunitas masyarakat untuk turut berpartisipasi dalam penyediaan alat dan pelayanan kontrasepsi, dan 3) mempromosikan penggunaan kontrasepsi bagi pasangan yang sedang merencanakan berkeluarga.

Program ini harus didasarkan pada pemenuhan unmet need untuk penjarangan dan pembatasan jumlah anak dengan pemakaian metode kontrasepsi jangka panjang. Program ini juga harus mencakup kebutuhan remaja yang belum menikah, maupun yang sudah menikah. Programnya juga harus bisa mengatasi masalah bagaimana pembiayaan pelayanan KB dengan JKN dan bagaimana komoditinya bisa tersedia, dan apa peran pemerintah dan pihak swasta dalam hal ini.



**Gizi**

# Gizi

Prevalensi tinggi gizi kurang pada anak di bawah umur 5 tahun terus terjadi di Indonesia dan hal ini tidak sesuai dengan usaha pencapaian target MDG (*Millennium Development Goal*) untuk mengurangi separuh dari prevalensi anak kurang gizi, bahkan tidak akan mencapai target RPJMN 2009 – 2014.

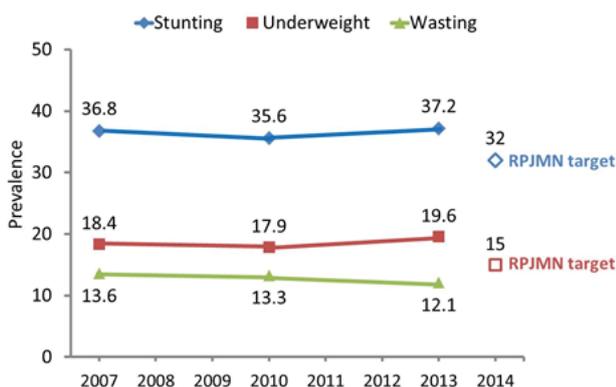
Permasalahan gizi kurang memiliki dampak serius pada kualitas sumber daya manusia pada daerah termiskin di Indonesia. Situasi ini menghambat outcome pendidikan dan pertumbuhan ekonomi yang akan berisiko pada pencapaian target pembangunan sosial nasional dan akan mengakibatkan inekuitas yang semakin tinggi.

## Gizi Kurang (*Underweight*), Pendek (*Stunting*), dan Kurus (*Wasting*)

Walaupun terjadi penurunan prevalensi anak kekurangan gizi dari 31% pada tahun 1989 menjadi 17,9% pada tahun 2010, dan kemudian naik 19,6% pada tahun 2013<sup>1</sup>. Sama halnya dengan prevalensi pendek yang meningkat dari 35,6% pada tahun 2010 menjadi 37,2% pada tahun 2013. Angka prevalensi ini termasuk tinggi pada standar regional dan global. Prevalensi kurus sudah menurun sedikit dari 13,3% pada tahun 2010 menjadi 12,1% pada tahun 2013, dan tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius.

Di Indonesia telah terlihat kemajuan dalam peningkatan indikator gizi, dengan proporsi penduduk yang kelaparan menurun separuh antara 1990 dan 2015. Begitu pula dengan proporsi penduduk dengan konsumsi energi di bawah tingkat minimal diet yang dianjurkan menurun dari 22,2% pada tahun 1992 menjadi 9,1% pada tahun 2012, menjadikan Indonesia pada kategori rendah *undernourishment*.

Figure. Tren gizi kurang, pendek dan kurus pada anak balita, 2007-2013 (Riskesdas)



## Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Meningkatnya proporsi remaja wanita dan wanita muda yang kurus, tingginya prevalensi BBLR (10,3%) dan adanya pendek pada usia dini perlu menjadi dasar untuk memberikan perhatian lebih pada kesehatan dan status gizi remaja wanita dan wanita pada umumnya sebelum dan selama kehamilan, termasuk juga kepada anak pada 2 tahun pertamanya.

<sup>1</sup> 1989 data determined using WHO Growth Standards. Available at <http://www.who.int/nutrition/nlis/en/>.

## Gizi Lebih (*Overnutrition*)

Meningkatnya dengan cepat *over-nutrition* pada populasi dewasa sangat mengkhawatirkan, dan ini menunjukkan adanya kebutuhan untuk segera mengatasi masalah beban gizi ganda di Indonesia. Tidak terjadi peningkatan *overweight*/obesitas pada anak di bawah umur 5 tahun sejak tahun 2007 (12%), namun *overweight*/obesitas terus meningkat pada orang dewasa dan sudah bukan merupakan masalah kalangan atas saja. Diantara tahun 2010 dan 2013, *overweight* menjadi lebih dari dua kali lipat pada wanita dewasa (meningkat dari 14,8% menjadi 32,9%) dan hampir berlipat ganda pada pria dewasa (meningkat dari 14,8% menjadi 26,6%). Anak yang kurang gizi dan bertambah berat badannya dengan cepat di saat dewasa memiliki risiko untuk *overweight*, obesitas dan penyakit tidak menular, sehingga prioritas utama adalah mengatasi beban ganda penyakit di Indonesia adalah upaya menurunkan *undernutrition* pada ibu dan anak, khususnya *stunting*.

## Anaemia

Anemia tetap menjadi permasalahan kesehatan masyarakat pada anak dan wanita – 28,1% pada anak umur 12 – 59 bulan dan 53,7% pada anak umur 6 – 23 bulan, tahun 2013<sup>2,3</sup>. Anemia juga dialami oleh 37,1% wanita hamil, prevalensi pada daerah (37,8%) dan kota (36,4%) hampir sama<sup>4</sup>. Angka-angka ini belum juga menurun banyak dari 40% pada tahun 2001<sup>5</sup>. Tingginya prevalensi anemia bisa juga disebabkan oleh kurangnya kemajuan dalam menurunkan angka kematian bayi; sebuah kajian menyarankan bahwa 20% dari kematian bayi bisa disebabkan karena kurangnya suplemen zat besi dan asam folat (folic acid) selama masa kehamilan<sup>6</sup>. Anemia akut pada kehamilan juga meningkatkan risiko kematian ibu.

## Tantangan

Tantangan saat ini untuk menambah cakupan dan kualitas intervensi gizi spesifik (*nutrition-specific*) dan intervensi gizi sensitif (*nutrition-sensitive*) oleh berbagai sektor untuk ibu dan anak pada 1000 hari pertama kehidupan (1000 HPK) termasuk:

1. Tidak jelasnya penatalayanan (*stewardship*) dan akuntabilitas gizi, kurangnya koordinasi antar sektor dan vertikal, dan tidak memadainya sumber daya keuangan pada semua tingkat
2. Kelemahan komitmen dan kapasitas untuk merencanakan, mengimplementasikan, memonitor dan mengevaluasi pelayanan, khususnya pada tingkat provinsi dan kabupaten/kota
3. Pendidikan ahli gizi dan provider lainnya yang tertinggal, distribusi ahli gizi yang tidak merata, dan standar pelayanan gizi yang kurang jelas

---

<sup>2</sup> RISKESDAS 2013.

<sup>3</sup> Sandjaja et al (2013). Food consumption and nutritional and biochemical status of 0.5-12 year old Indonesian children: the SEANUTS study. *British Journal of Nutrition* 110, S11-S20.

<sup>4</sup> RISKESDAS 2013.

<sup>5</sup> RISKESDAS 2001.

<sup>6</sup> Titalay et al. (2009). Iron and folic acid supplements and reduced early neonatal deaths in Indonesia. *Bulletin of the World Health Organization* 87, 1–23.

4. Adanya kesenjangan pada disain, implementasi dan monitoring pada peraturan, regulasi dan standar yang terkait dengan BMS (*Breast Milk Substitute*/Pengganti Air Susu Ibu), produk pangan *fortifikasi*, pangan komplementer dan pangan olahan yang memiliki lemak jenuh, *trans fatty acid*, gula dan garam dengan kadar tinggi
5. Tidak cukupnya cakupan intervensi komunikasi dan pendidikan yang berkesinambungan untuk mempromosikan perilaku gizi yang positif
6. Tidak cukupnya perhatian terhadap *outcome* gizi oleh sektor lainnya, termasuk pertanian dan keamanan pangan, perlindungan social, pendidikan dan pengembangan anak usia dini, pendidikan dan pekerjaan umum untuk memastikan bahwa kebijakan dan program-program gizi sensitive (*nutrition-sensitive*)

Tantangan yang akan datang termasuk:

1. Meningkatnya gizi lebih yang cepat menunjukkan adanya kebutuhan untuk segera mengatasi masalah *overweight* dan obesitas, pada waktu yang sama juga masih ada permasalahan gizi kurang (beban ganda malnutrisi)
2. Paket lengkap mengenai pelayanan gizi esensial promotif, preventif dan kuratif tidak terdapat pada paket manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ataupun standard Pelayanan Minimal (SPM)
3. Belum adanya forum untuk pemerintah dan pihak swasta untuk bisa berdiskusi dan bertukar pikiran mengenai solusi terbaik untuk permasalahan gizi Indonesia

## Pilihan Kebijakan

Satu kebijakan yang disarankan untuk sektor kesehatan: **Meningkatkan akses kualitas pelayanan gizi sesuai *continuum of care* untuk mengatasi gizi kurang, terfokus pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), dan gizi lebih.**

## Rekomendasi Strategi

1. **Meningkatkan cakupan dan kualitas paket pelayanan kesehatan dan gizi yang terintegrasi untuk mengatasi gizi kurang dan gizi lebih.**

Pelayanan gizi harus bisa mencakup setidaknya-tidaknya 90% dari seluruh sasaran penduduk untuk bisa mengurangi kekurangan gizi secara efektif. Pelayanan gizi ini harus ada dalam paket manfaat JKN dan SPM untuk menjamin peningkatan akses pelayanan dan akuntabilitas pemerintah daerah memberikan pelayanan yang layak. Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi harus bisa membangun komitmen dan kapasitas Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk mendisain, merencanakan, mengimplementasikan, memonitor dan mengawasi pelayanan intervensi-intervensi gizi tersebut.

2. **Mempromosikan perilaku kesehatan, gizi, sanitasi, kebersihan dan pemeliharaan yang tepat.**

Kementerian Kesehatan, berkoordinasi dengan sektor lainnya yang terkait, harus mendisain sarana komunikasi dan bahan mengenai perilaku kesehatan, gizi, sanitasi, kebersihan dan *parenting* yang bisa dipahami oleh wanita hamil, pengasuh anak kecil dan masyarakat umum.

### 3. Memperkuat kompetensi ahli gizi dan tenaga kesehatan dalam pelayanan gizi.

Kementerian Kesehatan harus bekerjasama dengan universitas dan institusi pendidikan untuk menjamin bahwa kurikulum dan kompetensi merefleksikan fokus status gizi pada 1000 HPK dan beban ganda kekurangan gizi. Standar kompetensi ahli gizi harus dikembangkan, dan proses akreditasinya harus dijalankan. Kesempatan pelatihan *in-service* untuk pemutakhiran ilmu, keterampilan dan kompetensi ahli gizi dan tenaga kesehatan juga harus diperkuat.

### 4. Memperkuat disain, implementasi dan monitoring peraturan, regulasi dan standar gizi.

Kementerian Kesehatan, Kementerian Industri dan Kementerian Perdagangan harus bekerjasama untuk memastikan bahwa adanya legislasi untuk fortifikasi pangan dan untuk perlindungan terhadap pemasaran substitusi susu, pangan komplementer, pangan dengan kadar garam, gula dan *trans-fatty acid* yang tidak benar. Mekanisme yang tepat untuk monitoring dan penegakan hukum juga harus dikembangkan.

## Box. Intervensi dan pelayanan gizi yang esensial

#### Remaja wanita dan wanita pra-hamil:

- Zat besi dan Asam Folat (*Iron-folic acid* (IFA)) atau *multiple micronutrient supplements* (MMS)

#### Wanita hamil

- IFA or MMS selama masa kehamilan
- Suplemen kalsium untuk wanita yang kurang mengkonsumsi kalsium
- Konseling diet tepat selama masa kehamilan dan masa menyusui
- Suplemen protein-energi yang seimbang untuk wanita hamil yang kurang gizi

#### Wanita setelah melahirkan

- IFA or MMS untuk 40 hari setelah melahirkan
- Suplemen vitamin A
- Konseling diet tepat selama masa menyusui

#### Anak

- Monitoring pertumbuhan bulanan untuk anak 0 – 23 bulan dan pengukuran tinggi badan dua kali setahun untuk anak umur 6 – 36 bulan
- Promosi ASI eksklusif untuk 6 bulan dan setidaknya 2 tahun
- Pendidikan pangan komplementer yang tepat
- Suplemen vitamin A untuk anak umur 6 – 59 bulan dua kali setahun
- Bubuk Zat Gizi Mikro untuk anak umur 6 – 23 bulan
- Obat cacing untuk anak umur 12 – 59 bulan (sekali atau dua kali pertahun tergantung prevalensi tanah terkontaminasi *helminths*)
- Manajemen malnutrisi dan malnutrisi akut
- Suplemen zinc untuk anak diare

#### Masyarakat umum

- Fortifikasi pangan (garam, tepung terigu, minyak sayur dan lainnya)
- Skrining untuk gizi lebih
- Pendidikan umum perilaku sanitasi dan kebersihan yang tepat
- Pendidikan umum diet yang seimbang; pengurangan konsumsi garam, lemak dan gula; dan hidup sehat



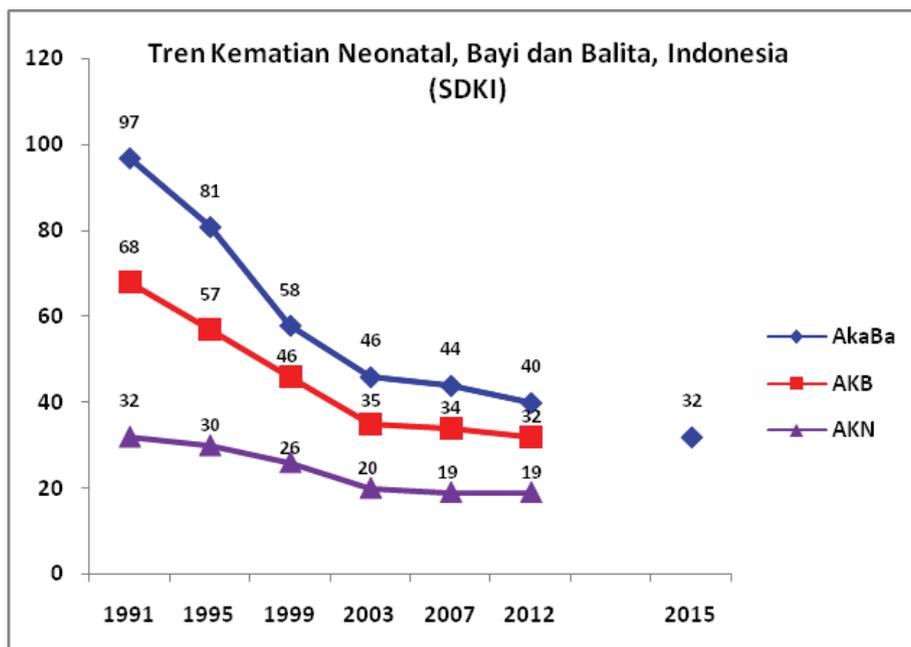
## Kesehatan Ibu, Neonatal, Bayi dan Anak

# Kesehatan Ibu, Neonatal, Bayi dan Anak

Indonesia menargetkan untuk mencapai target MDGs (*Millennium Development Goal*) yang terkait dengan kesehatan anak, yaitu pengurangan 2/3 angka kematian anak di bawah umur 5 tahun antara tahun 1990 dan 2015 untuk menjadi 32 per 1.000 kelahiran hidup. Berdasarkan data SDKI (Survei Demografi dan Kesehaan Indonesia), angka kematian anak di bawah umur 5 tahun mengalami penurunan secara signifikan antara 97 pada tahun 1991 menjadi 46 pada tahun 2003, dengan penurunan rata-rata 4,25 persen per tahun, namun laju penurunan ini telah sangat melambat sejak tahun 2003, menjadi 40 pada tahun 2012, dengan penurunan rata-rata 0,67 persen per tahun. Tren laju angka kematian bayi (AKB) juga sama, menurun tajam dari 68 pada tahun 1991 menjadi 35 pada tahun 2003, lalu melambat, menjadi 32 pada tahun 2012.

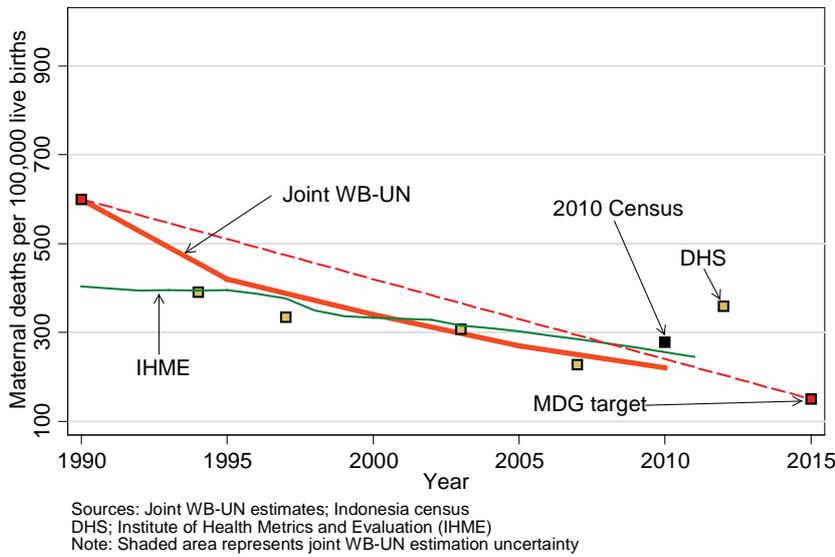
Kontribusi angka kematian neonatal pada AKB dan angka kematian balita (AKBa) ternyata signifikan; penurunan angka kematian neonatal jauh lebih lambat yang berarti Indonesia tidak akan mencapai target MDG untuk penurunan 2/3 AKB antara tahun 1990 dan 2015, tanpa adanya akselerasi penurunan angka kematian neonatal.

Bagan 1. Tren angka kematian neonatal, angka kematian bayi, dan angka kematian balita di Indonesia (SDKI)



Beberapa indikator menunjukkan bahwa angka kematian ibu (AKI) tetap tinggi, dan beberapa indikator bahkan menunjukkan peningkatan sejak tahun 2007. Namun tren tersebut tidak konsisten dengan indikator lainnya, seperti jumlah persalinan oleh bidan dan persalinan pada fasilitas pelayanan kesehatan, yang meningkat tajam. Hal ini mungkin disebabkan karena kurangnya informasi yang akurat atau kurang efektifnya program yang ada, atau disebabkan oleh kedua hal tersebut. Pengukuran kematian ibu masih menghadapi tantangan; Indonesia tidak mempunyai data AKI yang akurat, dan adanya selang kepercayaan (*confidence interval*) yang besar pada berbagai estimasi AKI di Indonesia. Sedikitnya data juga ditunjukkan oleh perbedaan dengan estimasi yang dihasilkan oleh UN dan World Bank.

Bagan 2. Tren angka kematian ibu (AKI) di Indonesia, 1990 - 2015



## Tantangan

Penurunan AKB dan AKBa masih lambat karena stagnasi penurunan angka kematian neonatal. Angka kematian neonatal harus segera diturunkan untuk melanjutkan penurunan AKB dan AKBa. Dengan demikian hal ini perlu mendapatkan perhatian khusus dan berbagai upaya harus dilakukan dalam 5 tahun ke depan untuk menurunkan separuh dari angka kematian neonatal.

Tabel 1. Perkiraan penurunan AKB dan AKBa bila angka kematian neonatal turun 50%

	Angka saat ini		Angka jika kematian neonatal turun 50%		
	Angka kematian / 1.000 kelahiran hidup (SDKI 2012)	Angka kematian (Sensus 2010)	Perkiraan angka kematian / 1.000 kelahiran hidup	Perkiraan angka kematian	Perkiraan % penurunan angka kematian
Angka kematian neonatal	19	92,110	9.5	46,055	50%
Angka kematian bayi	32	155,132	23	109,077	30%
Angka kematian balita	40	193,915	31	147,860	24%

Faktor penting dan mendesak dalam penurunan angka kematian bayi adalah angka bayi yang lahir dengan berat lahir rendah (BBLR) yang sangat terkait dengan status gizi ibu, termasuk anemia. Sementara penyebab utama kematian neonatal, bayi dan anak didominasi oleh penyakit yang dapat dicegah dan infeksi.

Kesehatan ibu masih menghadapi berbagai tantangan:

1. **Informasi:** Tidak adanya metode pengukuran AKI yang tepat
2. **Kepemimpinan:** Masih rendahnya *continuum of care* atau pelayanan kebidanan berkelanjutan, yang memerlukan koordinasi, baik antar program di sektor kesehatan, termasuk rumah sakit, dan sistem di dalam Dinas Kesehatan, termasuk juga komitmen kuat dari sektor terkait lainnya. Oleh karena itu, sangat diperlukan adanya kepemimpinan pemerintah daerah yang kuat.
3. **Kesadaran masyarakat:** Masih rendahnya kesadaran masyarakat, terutama dalam perencanaan persalinan dan kesiapan dalam menghadapi situasi darurat komplikasi kebidanan.
4. **Ekuitas:** Adanya disparitas antar provinsi, tempat tinggal, tingkat pendidikan dan pendapatan pada hampir semua indikator utama.
5. **Pendanaan kesehatan:** Perubahan dari system Jaminan Persalinan (Jampersal) ke sistem JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) yang memiliki paket pelayanan berbeda.

## Pilihan Kebijakan

Untuk meningkatkan kesehatan ibu, bayi dan anak, kebijakan yang harus diprioritaskan adalah kebijakan yang menjamin adanya **pelayanan berkesinambungan atau *continuum of care* untuk ibu dan anak yang efektif dan yang berkualitas**, dengan fokus intervensi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), mulai dari masa konsepsi sampai usia dua tahun pertama kehidupan (termasuk juga kesehatan ibu pada masa pra-hamil).

## Rekomendasi Strategi

1. Menjamin ketersediaan dan akses ke *continuum of care* yang berkualitas, yang meliputi:
  - a. Pelayanan dasar obstetrik dan kesehatan bayi yang berkualitas 24/7 (PONED)
  - b. Pelayanan darurat obstetrik dan kesehatan bayi 24/7 (PONEK)
  - c. Sistem rujukan yang efektif
  - d. Kontinuitas pelayanan kesehatan bayi dan anak antar berbagai tingkat pelayanan
2. Fokus pada penurunan kematian bayi dengan mengatasi dua sebab utama dan factor risiko: peningkatan pelayanan kesehatan ibu (khususnya pada proses kelahiran dan pelayanan kebidanan dalam 24 jam pertama pasca lahir) dan penurunan BBLR.
3. Peningkatan status gizi ibu sebelum masa kehamilan dan selama masa kehamilan untuk menurunkan risiko morbiditas dan kematian ibu dan bayi, dan untuk memutus rantai gizi salah (*malnutrition*) antar generasi.
4. Penguatan strategi untuk mencegah dan menangani penyakit infeksi utama dan gizi salah (*malnutrition*) pada bayi dan balita, dengan memberikan perhatian lebih pada provinsi yang memiliki angka kematian tinggi.

5. Fokus pada penurunan disparitas berdasarkan tempat tinggal (perkotaan/perdesaan), tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi, dan menjamin bahwa sumberdaya yang cukup teralokasikan untuk kelompok masyarakat yang memerlukan, untuk mengurangi inekuitas pada outcome kesehatan.
6. Meningkatkan deman masyarakat terhadap pelayanan kesehatan bagi bayi, anak dan ibu, dengan meningkatkan pemahaman tenaga kesehatan di masyarakat tentang pentingnya persiapan/perencanaan persalinan (birth preparedness) dan kesiapan bila muncul keadaan darurat kebidanan (*emergency readiness*) (P4K), dengan implementasinya.
7. Meningkatkan partisipasi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, khususnya melalui penguatan peran posyandu.
8. Penguatan sistem informasi kesehatan. Data yang *reliable* dan tepat waktu diperlukan untuk mendisain dan memantau program yang efektif. Tanggung jawab untuk mengumpulkan dan melaporkan data harus jelas pada tiap tingkat di system kesehatan. Perhatian khusus diperlukan untuk meningkatkan kualitas data kematian ibu, termasuk data tingkat provinsi dan kabupaten/kota.



**Untuk meningkatkan kesehatan ibu, bayi dan anak, kebijakan yang harus diprioritaskan adalah kebijakan yang menjamin adanya pelayanan berkesinambungan atau *continuum of care* untuk ibu dan anak yang efektif dan yang berkualitas, dengan fokus intervensi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), mulai dari masa konsepsi sampai usia dua tahun pertama kehidupan (termasuk juga kesehatan ibu pada masa pra-hamil).**



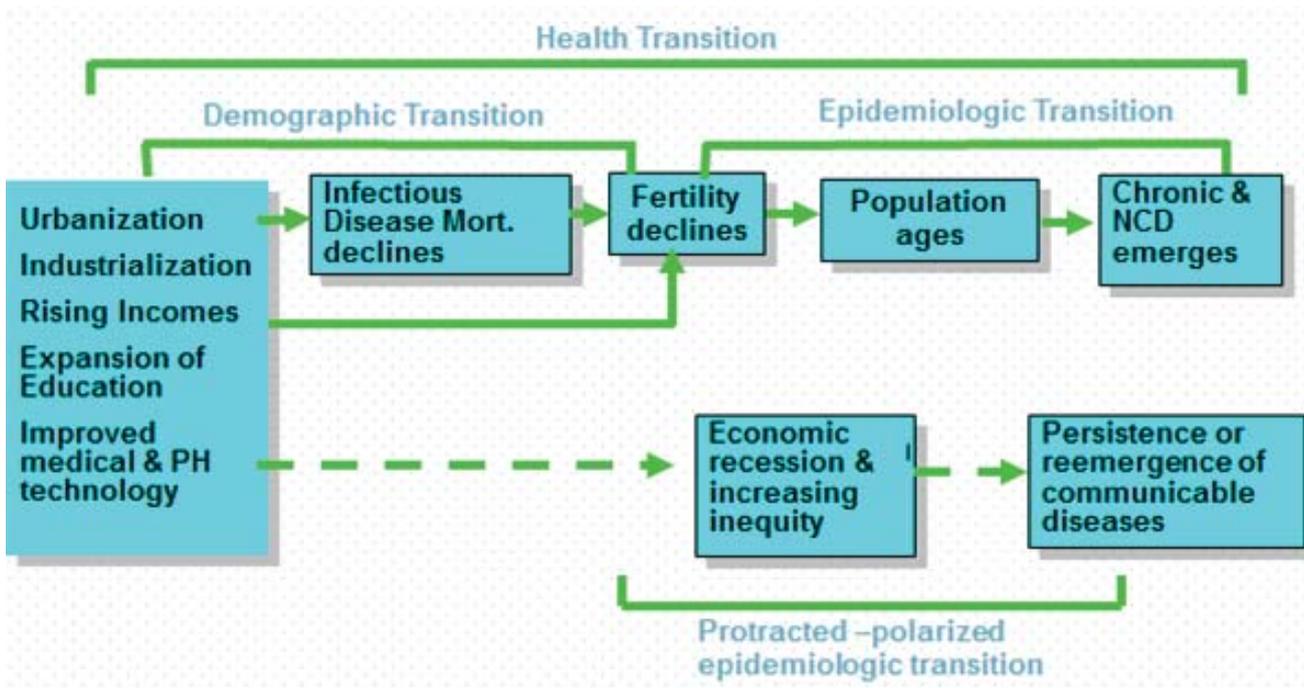


**Perubahan Permintaan  
terhadap Pelayanan  
Kesehatan**

# Perubahan Permintaan terhadap Pelayanan Kesehatan

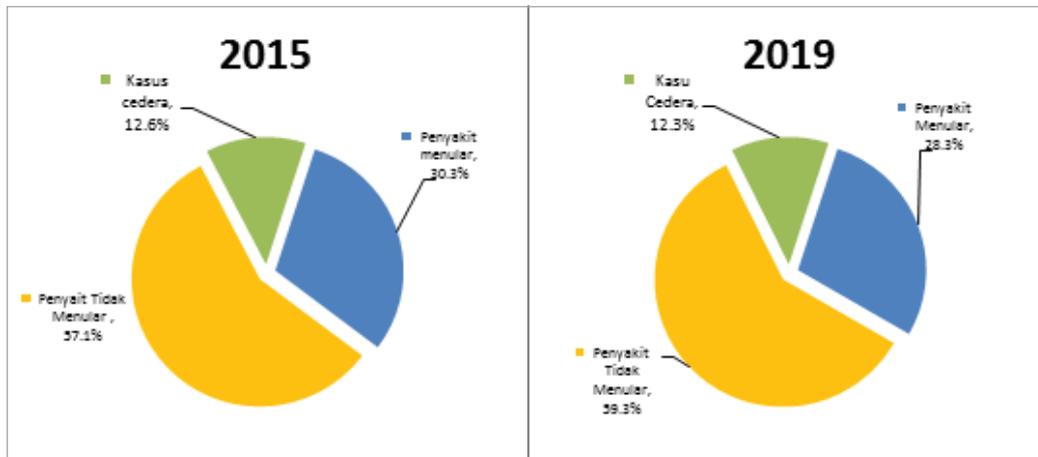
Indonesia telah mengalami transisi demografi dan epidemiologi yang cepat pada dekade terakhir, termasuk penurunan tingkat fertilitas dan kematian secara signifikan, serta peningkatan usia harapan hidup. Pertumbuhan penduduk dan perubahan struktur penduduk merupakan penggerak utama terjadinya peningkatan kebutuhan kesehatan dan pelayanan kesehatan. Pada tahun 2013, jumlah penduduk Indonesia 248.818.100 dan akan menjadi 255.461.700 pada tahun 2015 dan mencapai 268.076.600 pada tahun 2019. Rata-rata usia harapan hidup ketika lahir pada tahun 2015 akan mencapai 70,1 tahun dan pada tahun 2019 70,9 tahun. Indonesia akan menjadi negara urutan ke-empat di dunia dengan proporsi penduduk usia lanjut paling banyak, yaitu 21.695.400 pada tahun 2015 dan meningkat menjadi 25.901.900 pada tahun 2019.

Transisi kesehatan yang dipengaruhi oleh perubahan demografi dan epidemiologi, ditandai dengan urbanisasi, industrialisasi, peningkatan pendapatan, peningkatan tingkat pendidikan dan kemajuan teknologi kedokteran dan teknologi kesehatan masyarakat. Indonesia menunjukkan kemajuan pada penurunan tingkat kematian karena penyakit menular; namun, perubahan pola beban penyakit karena meningkatnya Penyakit Tidak Menular (PTM) dan trauma/cedera dengan disabilitas.



Bagan. Hubungan antara Transisi Demografi, Epidemiologi dan Kesehatan

## Beban Penyakit di Indonesia



Gambar. Prediksi DALYs Loss di Indonesia, 2015 dan 2019

Permintaan akan pelayanan kesehatan yang berkualitas, manajemen disabilitas dan perawatan jangka waktu lama; dikombinasikan dengan peningkatan PDB (Produk Domestik Bruto) per kapita (US \$ 3.509.00; IMF 2013) diperkirakan meningkat secara bermakna dalam waktu dekat. Semua ini akan membawa perubahan pada kompleksitas pelayanan kesehatan yang dibutuhkan (tenaga, spesialisasi, peralatan medis dan teknologi canggih) dan peningkatan pengeluaran untuk pelayanan kesehatan (primer, sekunder dan tersier). Secara umum, dengan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak Januari 2014, tingkat penggunaan pelayanan kesehatan (rawat inap dan rawat jalan) akan meningkat secara bermakna dan akan mempengaruhi beban fasilitas pelayanan kesehatan serta sistem kesehatan secara keseluruhan.

## Tantangan

### Transisi Demografi

Prediksi usia harapan hidup ketika lahir pada tahun 2015 akan menjadi 70.1 tahun dan tahun 2019 menjadi 70,9 tahun (Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035). Hal ini juga dipengaruhi oleh meningkatnya jumlah penduduk usia lanjut (60 tahun ke atas) yang akan mencapai 21.685.400 pada tahun 2015 dan 25.901.900 pada tahun 2019. Data Kementerian Sosial menunjukkan bahwa pada tahun 2012 terdapat tiga juta penduduk lansia yang hidup sendiri, miskin dan terlantar (Kementerian Sosial, 2012). Selain itu, perkiraan lansia dengan demensia berjumlah 960.000 pada tahun 2013, dan akan meningkat menjadi 1,89 juta orang pada tahun 2030 dan 3, 98 juta orang pada tahun 2050 (*World Alzheimer Report*, 2012).

### Transisi Epidemiologi

Meningkatnya jumlah kasus PTM dan kasus trauma/cedera membutuhkan pelayanan yang lebih kompleks dan tenaga kesehatan terlatih. Proyeksi jumlah kasus PTM dan trauma/cedera pada tahun 2015 akan menjadi 111.895.440 dan 2.662.730. Proyeksi pada tahun 2019 masing-masing akan menjadi 120.946.480 dan 2.788.180; hal tersebut akan menjadi beban

berat untuk Sistem Pelayanan Kesehatan Indonesia. Dengan demikian, kebutuhan untuk mengendalikan faktor risiko utama penyakit/kondisi yang bertujuan menurunkan beban penyakit harus direncanakan dan dilaksanakan.

### **Kemajuan pembangunan kesehatan di berbagai daerah yang tidak merata**

Berbagai daerah Indonesia, terletak di daerah terisolasi, terpencil atau perbatasan dengan fasilitas transportasi yang buruk. Daerah-daerah tersebut harus dikelola secara berbeda, karena laju transisi demografi dan epidemiologi akan berbeda dengan daerah yang lebih maju.

### **Hambatan pada akses.**

Kondisi sosial-budaya, ekonomi, tingkat pendidikan, ketersediaan dan distribusi fasilitas pelayanan kesehatan, dan ketersediaan sumber daya kesehatan yang berkualitas (tenaga kesehatan, obat, peralatan medis, fasilitas laboratorium, prosedur standar) dapat mempengaruhi akses masyarakat. Dalam hal ini, peran sektor swasta menjadi penting dalam memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan.

### **Pendanaan kesehatan**

Secara keseluruhan pengeluaran kesehatan (baik swasta maupun pemerintah) masih rendah menurut standar internasional, dan sebagian besar belanja kesehatan sektor publik lebih diperuntukkan untuk pelayanan kuratif.

## **Pilihan Kebijakan**

Indonesia perlu mempercepat upaya untuk meningkatkan status kesehatan penduduk, dengan mempercepat pengurangan beban utama penyakit dan cedera; dan upaya khusus harus diprioritaskan, direncanakan dan diimplementasikan. Berbagai strategi sudah disepakati, namun harus dievaluasi dan diidentifikasi mengapa tidak berjalan baik dan perlu disesuaikan untuk menjangkau penduduk yang sulit dicakup. Upaya khusus juga dibutuhkan untuk pengendalian penyakit Tuberkulosis.

Terdapat kebutuhan untuk memperkirakan permintaan pada pelayanan kesehatan di masa mendatang, termasuk renovasi dan membangun fasilitas pelayanan kesehatan baru pada tingkat primer dan sekunder, ketersediaan tenaga kesehatan, peralatan medis & laboratorium, obat, fasilitas transportasi untuk kegiatan di wilayah sulit, sistem rujukan dan biaya operasional.

Diperlukan peningkatan peran sektor swasta dalam pelayanan kesehatan dan merumuskan mekanisme kerjasama antara fasilitas pelayanan kesehatan sektor publik dan sektor swasta. Antisipasi yang lebih baik dari implikasi Jaminan Kesehatan Semesta terhadap sistem pembiayaan pelayanan kesehatan dan kapasitas fiskal.

Ekuitas dalam mendapatkan akses pada pelayanan kesehatan perlu dimonitor dan ditingkatkan, dan efisiensi sistem pelayanan kesehatan di berbagai tingkat pemerintahan perlu ditingkatkan.

## Rekomendasi Strategi

1. Inekuitas kesehatan di Indonesia terjadi karena perbedaan urban – rural, kondisi geografis, infrastruktur fisik, kondisi sosial ekonomi, tingkat pendidikan, tingkat pembangunan dengan; status kesehatan yang lebih baik, terdapat di daerah perkotaan. Untuk memprioritaskan upaya Kesehatan Masyarakat (*Public Goods*), Kementerian Kesehatan perlu menjamin pelaksanaan Urusan Wajib (UW) dan Standar Pelayanan Minimal (SPM).
2. Kebijakan untuk mencapai ketersediaan pelayanan kesehatan primer yang berkualitas dan semesta perlu dikembangkan, dengan meningkatkan fasilitas pelayanan kesehatan primer dan sekunder berbasis bukti dan lokasi.
3. Penyediaan pelayanan kesehatan di tingkat lokal harus selalu mempertimbangkan konteks sosial budaya, karena kenyataan bahwa pelayanan kesehatan masyarakat disediakan terutama untuk penduduk miskin, berpendidikan rendah dan status sosial rendah.
4. Media lokal harus diikuti sertakan dalam kampanye promosi kesehatan dengan fokus pada asupan makanan diet sehat, menjauhkan perilaku merokok dan berperilaku seksual yang aman dan bertanggung jawab. Masing-masing individu dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan hidup, terutama sumber air bersih dan sanitasi.
5. Penanganan penyakit menular seperti diare membutuhkan kombinasi sanitasi lingkungan, suplementasi mikronutrien, pengobatan dan desinfeksi air.
6. Infeksi HIV membutuhkan penatalaksanaan injeksi yang aman dan obat antivirus. Memerangi penyakit kardiovaskular melalui penurunan kolesterol, penyuluhan untuk menurunkan asupan garam terutama dalam makanan olahan.
7. Lembaga kesehatan nasional dan regional harus memiliki agenda prioritas, yang berfokus pada melawan gizi buruk, sanitasi air, kawasan bebas tembakau, dan pengawasan dari tingkat tekanan darah dan kolesterol pada populasi umum.

Untuk mempercepat pengurangan beban penyakit akibat PTM, kebijakan perlu dikembangkan dan disepakati untuk menurunkan faktor risiko, sebagai berikut:

1. Pengurangan konsumsi garam
2. Pengurangan konsumsi makanan tinggi lemak jenuh dan gula
3. Konsumsi teratur buah dan sayur
4. Aktivitas fisik rutin
5. Deteksi dini dan pengendalian hipertensi dan diabetes
6. Pengurangan prevalensi perokok aktif

Kebijakan untuk mengatasi ini akan menimbulkan perdebatan baik dengan industri makanan maupun dengan industri rokok; dan mereka harus dilibatkan dalam pengembangan kebijakan. Pengalaman internasional menunjukkan bahwa bekerja sama dengan industri makanan dapat membawa manfaat, namun bekerja sama dengan industri rokok tidak akan mendapatkan apapun.



**Pendanaan Kesehatan:  
Memantapkan  
Pelaksanaan SJSN  
Bidang Kesehatan**

# Pendanaan Kesehatan: Memantapkan Pelaksanaan SJSN Bidang Kesehatan

Judul *Policy Brief* diatas merupakan salah satu arah pembangunan dari 12 (dua belas) arah pembangunan kesehatan RPJMN 2015-2019. Masuknya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam arah kebijakan pembangunan RPJMN diharapkan semakin memperkuat pencapaian tujuan JKN, serta memperkokoh 11 (sebelas) arah pembangunan RPJMN lainnya untuk bersama-sama memperbaiki kinerja pembangunan kesehatan. *Policy Brief* ini menyajikan penjelasan mengenai peluang, tantangan dan sejumlah strategi dalam memantapkan pelaksanaan program JKN.

## Peluang dan Tantangan JKN

**Undang-Undang BPJS mengamanatkan BPJS Kesehatan mengelola program JKN mulai Januari 2014.** Sejak itu, peserta dari berbagai program jaminan, seperti; Jamkesmas, Askes PNS/Pensiunan, JPK Jamsostek, TNI/Polri dan Jamkesda, dialihkan menjadi peserta JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Sebanyak 121 juta jiwa penduduk menjadi peserta JKN pada 2014. Jumlah peserta diupayakan naik agar konsensus Cakupan Universal dapat terwujud pada tahun 2019.

### Peluang JKN SJSN

**JKN akan menjadi program asuransi sosial terbesar di dunia.** Jumlah penduduk Indonesia (237.6 juta) menempati urutan empat terbesar di dunia setelah China (1.343.2 juta), India (1.205.1 juta) dan Amerika (313.8 juta). Merujuk komitmen cakupan universal 2019, peserta JKN diperkirakan 257.5 juta<sup>1</sup>. Jumlah peserta sebesar ini menjadikan JKN sebagai program asuransi terbesar di dunia.

**JKN menerapkan sistem pembayar tunggal.** Pengalaman global menunjukkan pembayar tunggal memberikan kinerja optimal dalam mengelola risiko. Ini terjadi karena esensi hukum bilangan besar terwujud dengan baik. Prediksi risiko menjadi stabil. Subsidi silang meluas: vertikal dan horizontal. Nilai positif lain yang dapat dipetik meliputi: (1) biaya administrasi lebih efisien karena pencapaian skala ekonomi paling optimal, (2) daya beli pengelola semakin kuat karena kekuatan monopsoni (yang harus dimanfaatkan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta), serta (3) menjamin perbaikan ekuitas baik dalam akses maupun dalam status kesehatan.

#### Tantangan

1. Implikasi reformasi kesehatan
2. Perbedaan motif para pelaku JKN
3. Dominasi pekerja sektor informal
4. Penyatuan Jamkesda yang bervariasi dalam manfaat, iuran dan kelembagaan
5. Menjaga kesinambungan pembayaran dan penarikan iuran, manajemen pengelolaan kebijakan teknis JKN.

<sup>1</sup> Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019, Hal. 28

## Tantangan JKN SJSN

### Implementasi program JKN SJSN menghadapi sejumlah tantangan.

- Tantangan pertama terkait dengan kebijakan JKN yang tengah membawa perubahan fundamental dalam sistem kesehatan. Reformasi pembiayaan, pelayanan kesehatan, dan pembayaran provider merupakan contoh perubahan yang sedang terjadi. Reformasi tersebut akan berdampak bagi semua pelaku. Misal, reformasi pembayaran (Kaptasi dan INA-CBGs) berimplikasi pada perubahan pola praktik layanan kesehatan, distribusi dan penggunaan obat-obatan (yang jika tidak dipantau akan berujung pada penurunan kualitas).
- Tantangan kedua terkait perbedaan motif para pelaku JKN (Peserta, BPJS, Fasilitas kesehatan, dan Pemerintah) yang saling bertolak belakang. Peserta menginginkan kualitas layanan. Fasilitas mengharapkan nilai pembayaran memadai. BPJS menghendaki peserta puas dan akumulasi iuran JKN cukup. Sementara pemerintah, sebagai regulator, mendambakan perbaikan akses dengan tetap menjaga biaya kesehatan tetap terkontrol. Perbedaan motif diatas akan menimbulkan masalah yang bisa berujung pahit pada nasib JKN.
- Tantangan ketiga bersinggungan dengan misi Cakupan Universal JKN yang harus diarahkan 2019. Kondisi semakin kompleks mengingat pekerja Indonesia didominasi oleh kelompok informal yang mencapai 70 juta. Pembelajaran dari berbagai Negara belum memperlihatkan strategi handal penerapan instrumen asuransi sosial, klausul wajib, pada kelompok informal.
- Tantangan keempat terkait upaya menyatukan sekitar 360 Jamkesda yang bervariasi dalam manfaat, iuran dan kelembagaan. Selain itu, dinamika peserta PBI membutuhkan pembaharuan konsisten yang harus dilakukan terus menerus.
- Tantangan lain terkait tugas pokok BPJS sesuai amanat UU BPJS. BPJS menghadapi tantangan dalam hal: (1) memastikan kesinambungan pengumpulan iuran peserta informal, (2) menjaga kesinambungan keuangan, (3) manajemen dan mengelola berbagai kebijakan, seperti: pembayaran providers, memantau utilisasi pelayanan, termasuk kualitas layanan.

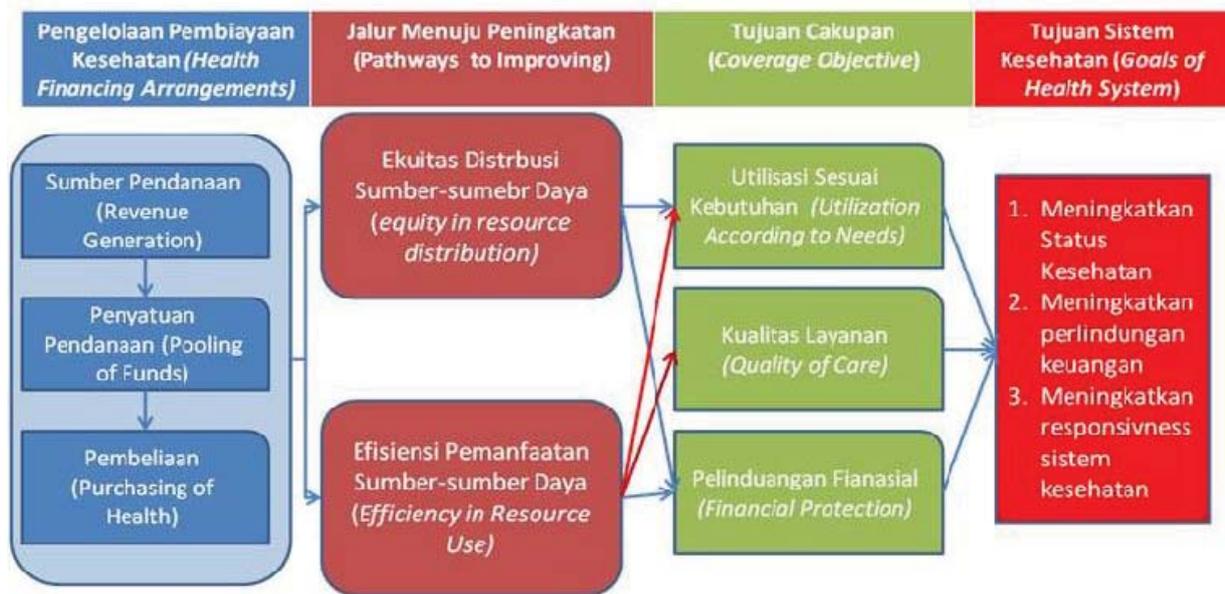
## Agenda Yang Belum Tuntas

Selain tantangan diatas, JKN menghadapi agenda kebijakan yang belum tuntas, di antaranya hal-hal berikut:

- 1) Menetralkan perilaku *morale hazard*. Sejumlah agenda kebijakan: sistem rujukan, *budget setting*, kontrol utilisasi, *budget shifting*, kejelasan manfaat dan formularium harus dikemas dalam rambu-rambu JKN untuk meredam *morale hazard* baik dari sisi pasien maupun providers.
- 2) Meningkatkan kapasitas BPJS dalam bidang analisis aktuarial, sistem informasi, pemantauan utilisasi dan upaya penjaminan kualitas layanan.

## Strategi Pemantapan Pelaksanaan JKN

**Ada 11 strategi untuk memantapkan pelaksanaan SJSN bidang Kesehatan.** Strategi dirancang untuk memperbaiki kinerja tiga fungsi pembiayaan (Gambar 1), yakni: pengumpulan dana, penyatuan dana dan pembelian, untuk mencapai tujuan sistem kesehatan, yaitu meningkatkan (i) status kesehatan, (ii) perlindungan keuangan, serta (iii) responsivitas sistem kesehatan.



Gambar 1 Kerangka Pikir Penguatan JKN dalam RPJMN 2015-2019

## Optimalisasi Pemenuhan Tujuan JKN Dalam Mendukung Prioritas Pembangunan Kesehatan

**Pemantapan JKN harus diarahkan untuk mengoptimalkan pencapaian tujuan JKN, serta tujuan akhir pembangunan kesehatan.** Program JKN mengusung tujuan dalam memperbaiki (i) akses terhadap pelayanan; (ii) ekuitas dalam akses dan status kesehatan; dan (iii) perlindungan finansial dari risiko sakit.

### Peningkatan Cakupan Peserta JKN

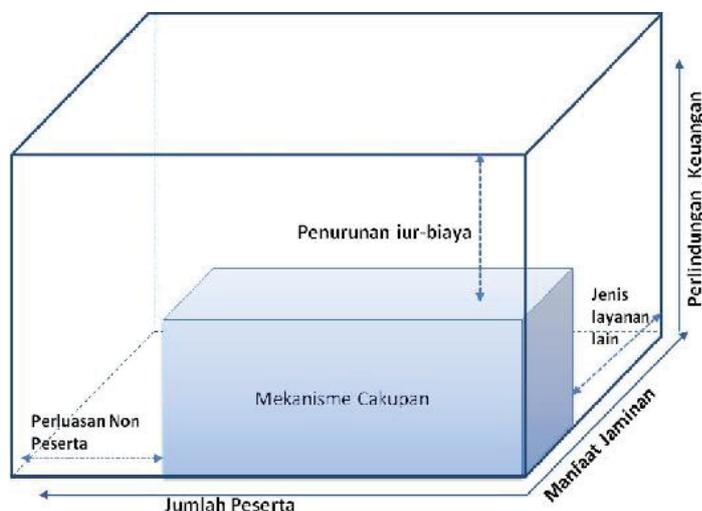
**Peningkatan peserta harus dilakukan untuk mencapai konsensus Cakupan Universal 2019.** Sebagaimana disajikan dimuka, perluasan cakupan JKN menghadapi sejumlah tantangan. Ada dua hal kritis berkaitan dengan perluasan peserta bagi pekerja informal yang perlu ditangani. Pertama apa yang akan terjadi jika mereka tidak atau tidak mampu membayar premi? Kedua, mengumpulkan iuran dan menjaga kesinambungan pembauaran iuran pada kelompok pekerja informal menjadi tantangan tersendiri. Biaya pengumpulan iuran JKN bisa saja lebih mahal dari nilai iuran yang terkumpul.

**Pemerintah perlu melakukan uji coba instrumen perluasan peserta kelompok pekerja informal.** Misal, (i) melibatkan TPA (Third Party Administer) atau Jamkesda dan menguji kelayakan mereka untuk menjalankan sebagian fungsi BPJS dalam penarikan iuran dan sosialisasi, dan (ii) menguji mekanisme subsidi iuran.

### Pengembangan Manfaat JKN

**Salah satu dimensi dari tiga dimensi cakupan universal adalah rentang manfaat (Gambar 2).** Pemantapan pelaksanaan JKN harus dibarengi koreksi manfaat secara teratur dari kajian teknologi kesehatan (HTA). Tujuannya agar manfaat sesuai kebutuhan peserta (yakni mencerminkan profil penyakit, mempertimbangkan perubahan pedoman klinis dan teknologi), menjamin ekuitas serta kemampuan fiskal pemerintah.

**Standarisasi manfaat (prosedur, tindakan, dan obat-obatan) harus diformulasikan.** Fakta menunjukkan bahwa pola pemberian layanan untuk jenis penyakit dan tingkat keparahan sama sangat beragam.



Gambar 2 Dimensi Cakupan Universal

**Pembentukan dan pelembagaan unit HTA dibutuhkan untuk memformulasikan standarisasi manfaat JKN.** Unit ini harus mampu menetapkan teknologi kesehatan dan memformulasikannya dalam standar manfaat JKN.

**Langkah selanjutnya bagaimana** memastikan kepatuhan providers terhadap standar pelayanan manfaat JKN tersebut. Untuk maksud ini, optimalisasi program utilization review serta optimalisasi peran dan fungsi *clinical advisory board* harus diwujudkan.

## Peningkatan Perlindungan Keuangan

**Dimensi lain dari cakupan universal, selain cakupan peserta dan rentang manfaat, adalah perlindungan keuangan (Gambar 2).** Seluruh biaya pelayanan kesehatan, secara teoritis, dijamin semuanya dalam JKN. Namun, dalam praktiknya, peserta JKN bisa saja dipungut biaya karena beberapa hal. Untuk itu diperlukan upaya perbaikan untuk mencapai pemenuhan tujuan JKN dalam melindungi peserta, misal, dari biaya katastrofik (yakni pengeluaran yang menyebabkan miskin).

**Strategi yang harus ditegakkan agar JKN bisa optimal dalam memberikan perlindungan keuangan,** antara lain:

- 1) memberikan pembayaran memadai (sesuai harga keekonomian) kepada fasilitas kesehatan;
- 2) menegakkan penerapan koordinasi manfaat antara program asuransi sosial dengan asuransi komersial;
- 3) melarang fasilitas kesehatan menarik biaya tambahan bagi pasien JKN yang berobat;
- 4) mewajibkan fasilitas kesehatan memberikan layanan, termasuk obat-obatan, sesuai standar manfaat JKN;
- 5) memastikan BPJS melakukan pemantauan terhadap pola praktik pemberian layanan kesehatan;
- 6) memberikan sosialisasi kepada peserta agar mereka dapat memanfaatkan layanan sesuai dengan mekan

## Peningkatan Jaringan Providers

**Jaringan provider BPJS harus mencakup fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta.** Ini penting mengingat peran fasilitas kesehatan swasta semakin signifikan. Analisis data (Susenas & IFLS) membuktikan fasilitas swasta semakin diminati oleh penduduk baik untuk pelayanan rawat jalan maupun rawat inap.

**Kontrak BPJS dan provider** harus dioptimalkan sebagai pintu gerbang untuk memastikan kualitas, kepatuhan pada protokol klinis, sharing informasi dan sistem pelacakan. Proses kontrak harus diawali dari penilaian provider (*credentialing*) yang memenuhi syarat untuk dilibatkan. Isi kontrak harus menegaskan hak dan kewajiban dari kedua belah pihak dan harus disepakati diantara keduanya.

## Pengembangan Rujukan dan Standarisasi Kompetensi Provider

**Probabilitas sakit yang butuh biaya mahal relatif kecil, sementara probabilitas sakit yang perlu biaya murah relatif tinggi.** Ini mengharuskan sistem rujukan dirancang dan diterapkan. Contoh penerapan rujukan, misal, mewajibkan pasien menggunakan layanan primer terlebih dahulu. Faskes primer menskrining apakah pasien perlu dirujuk ke faskes lanjut. Peran faskes primer disini berfungsi sebagai *gatekeeper*. Pasien harus dirujuk jika memang penyakitnya berada diluar standar kompetensi faskes primer.

**Ketiadaan sistem rujukan memboroskan sehingga rentan terhadap kesinambungan JKN.** Kedepan harus dilakukan:

- pengembangan sistem rujukan dan pelayanan berjenjang;
- pengembangan standarisasi kompetensi provider primer sebagai *gatekeeper*;
- penetapan standar indikasi pelayanan kesehatan yang perlu dirujuk sesuai kompetensi provider.

## Perbaiki Disain dan Implementasi INA-CBGs

**Rancang bangun INA-CBGs kurang memperhatikan praktek klinis dan struktur biaya di Indonesia.** INA-CBGs mengadopsi pola praktek klinis dan struktur biaya negara lain (Amerika). Kedepan, CBGs harus diperbaiki sesuai dengan konteks Indonesia. Oleh karenanya dibutuhkan ahli-ahli lokal untuk menilai dan memperbaiki disain, mulai dari tahap pengembangan struktur biaya, analisis pola praktik sampai pengembangan aplikasi grouper CBGs. Upaya ini memerlukan kemitraan yang harmonis antara Kemenkes, BPJS, dan universitas-universitas serta para ahli dari Indonesia.

**Implementasi INA-CBGs juga belum dilengkapi dengan sistem informasi yang mampu menghasilkan data untuk inputs evaluasi dan pengambilan keputusan.** Data utilisasi per jenis layanan kasus INA-CBGs, misalnya, tidak tercatat dalam aplikasi grouper CBGs. Implikasinya, misal untuk koreksi nilai iuran, akan sulit dilakukan dimasa mendatang. Selain itu, pemantauan penggunaan obat-obatan juga sulit dilakukan mengingat pola klaim CBGs tidak mengharuskan fasilitas kesehatan mencatat informasi tersebut.

## Pengembangan Sistem Pembayaran untuk Mendorong Kualitas Layanan dan Efisiensi

**Pembayaran Kapitasi dan INA-CBGs sedang diterapkan dalam pelaksanaan JKN.** Penerapan kedua skema pembayaran tersebut harus dilengkapi dengan upaya untuk mendorong perbaikan kualitas, pencapaian program-program prioritas serta efisiensi.

**Oleh kerennanya, kedepan, pemerintah harus mempertimbangkan skema pembayaran yang mampu mengukur kinerja** dari pencapaian program prioritas. Skema pembayaran berbasis kinerja (*pay-for performance*) dapat dikombinasikan dengan kapitasi dan INA-CBGs. Misal, memperkenalkan pembayaran berbasis kinerja terkait dengan intervensi perawatan primer utama seperti imunisasi, skrining PTM, dan manajemen memadai penanganan penyakit kronis hipertensi dan diabetes.

## Pengembangan Skema Pembayaran dan Insentif Daerah Khusus

**Pengembangan pembayaran dan insentif nakes di daerah terpencil, sangat terpencil dan DTPK perlu dilakukan.** Tidak semua faskes primer dapat dibayar Kapitasi. Misal, karena sebaran peserta yang tidak memungkinkan provider dibayar dengan kapitasi atau karena tidak tersedia faskes memadai. Untuk kondisi terakhir ini, pemerintah perlu mengembangkan insentif yang mendorong upaya kesehatan primer dan pemerataan tenaga kesehatan.

## Pengembangan Pemantauan dan Evaluasi

**Pengembangan pemantauan dan evaluasi JKN, termasuk riset operasional harus dilakukan.** Kedua jenis kegiatan pemantauan dan evaluasi (MonEv) saling melengkapi untuk memenuhi tujuan berbeda. Keduanya merupakan proses yang sistematis dalam rangka menilai kemajuan dan mengidentifikasi kendala untuk tindakan korektif. Kedua kegiatan tersebut juga mengukur efektifitas dan efisiensi yang diinginkan dari program JKN.

- Pemantauan melibatkan pengawasan berlanjut untuk mengawasi pelaksanaan tepat atas prosedur JKN. Pemantauan harus dilakukan rutin untuk melacak kemajuan atas tugas-tugas yang direncanakan. Kegiatan pemantauan termasuk pengelolaan berkelanjutan, yang dilakukan dengan mengoptimalkan sistem pencatatan agar memberikan informasi bagi semua pelaksana.
- Evaluasi JKN menyediakan analisis mendalam mengenai implikasi JKN terhadap pemenuhan tujuan. Evaluasi harus dilakukan secara periodik, sistematis dan obyektif. Untuk itu dibutuhkan kerangka kerja program evaluasi JKN, mulai kebutuhan data, disain evaluasi, desiminasi, serta tindak lanjutnya.

## Sinkronisasi Regulasi

Sekretariat Gabungan (dibawah komando Kemkes) telah melakukan koordinasi selama 2 tahun terakhir menyongsong lahirnya JKN pada 2014. Upaya tersebut menghasilkan regulasi penjabaran UU SJSN dan BPJS. Sejumlah sub-sistem dan/atau prosedur teknis pelaksanaan JKN juga dilahirkan.

Sinkronisasi dari sejumlah regulasi yang ada harus dilakukan. Penambahan regulasi JKN perlu diagendakan seiring lahirnya kebijakan-kebijakan teknis JKN lain pada aspek: perluasan peserta, kendali mutu dan biaya, pelembagaan HTA, pelambagaan pemantauan dan evaluasi, serta mekanisme dan koordinasi antar lembaga.



**Pendanaan Kesehatan:  
Meningkatkan  
Efektifitas Pembiayaan  
Kesehatan**

# Pendanaan Kesehatan: Meningkatkan Efektifitas Pembiayaan Kesehatan

Slogan "*Mencegah lebih baik daripada Mengobati*" diakui kebenarannya oleh setiap orang. Sayangnya slogan ini hanya sebuah retorika. Politik anggaran kesehatan terbukti bias pada pelayanan kesehatan kuratif. Sementara itu, promosi dan pencegahan penyakit menjadi anak tiri. Pemerintah wajib menempatkan Kesehatan Masyarakat sebagai agenda utama pembangunan kesehatan. Menyeimbangkan alokasi dana kesehatan antara program Kesehatan Masyarakat dengan pelayanan kuratif menjadi keharusan. Serangkain rekomendasi yang disajikan dalam policy brief ini patut menjadi acuan Pemerintahan Jokowi-JK ketika menyusun program kerja kesehatan 2015-2019.

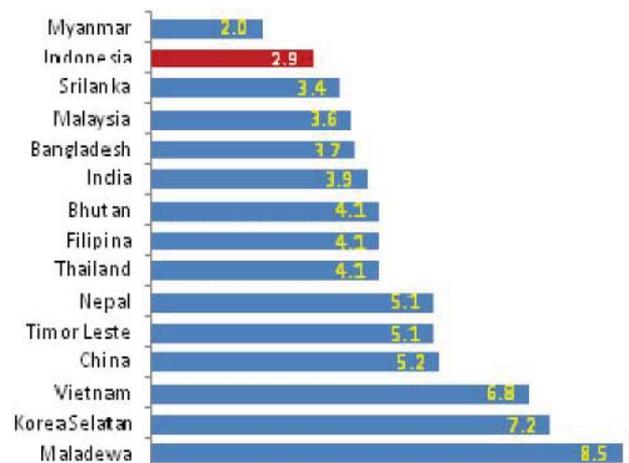
## Potret Pendanaan Kesehatan

### Pendanaan Kesehatan Tingkat Nasional

**Total belanja kesehatan Indonesia sangat kecil.** Belanja kesehatan (publik dan swasta jika digabung) tidak pernah menembus angka diatas 3.1 persen dari PDB. Rerata total belanja kesehatan selama 7 tahun (2005 s/d 2011) hanya 2.9 persen PDB. Belanja kesehatan per kapita per tahun 2011 Indonesia (US\$ 95) jauh lebih kecil dibandingkan Malaysia dan Thailand yang pada tahun yang sama mengeluarkan US\$ 346 dan US\$ 201 per kapita. Alhasil, dalam hal belanja kesehatan, Indonesia menempati urutan ke-14 dari 15 negara Asia Tenggara yang dipotret (Gambar 1). Indonesia hanya bersyukur bisa menduduki satu posisi lebih tinggi dibandingkan Myanmar, meski kalah telak dibandingkan Timor Leste dan Nepal yang belanja kesehatannya lebih dari 5 persen PDB.

**Kontribusi dana pemerintah Indonesia terhadap belanja kesehatan juga sangat rendah.** Pemerintah hanya mampu menyumbang 31 persen. Sebagian besar (62 persen) belanja kesehatan yang mencapai 2.9 persen PDB pada 2011 diperoleh dari sumber masyarakat dan swasta.

**Apakah penduduknya sudah sehat sehingga pemerintah enggan menyuntik dana memadai?** Ini argumentasi keliru. Barometer status kesehatan yang ditelisik dari angka kematian ibu (AKI) dan kematian bayi (AKB) menunjukkan rapot merah pembangunan kesehatan. AKI naik dari 228 (2007) menjadi 359 (2012), sementara penurunan AKB melambat, terutama pada kasus kematian neonatal. Disparitas lebar AKI dan AKB muncul antar sosial ekonomi, daerah, serta kota-desa. Kecilnya alokasi dana diduga berkontribusi pada merosotnya luaran pembangunan kesehatan tersebut.



Gambar 1 Total Belanja Kesehatan (% PDB) di Asia Tenggara 2011

## Dua hal berikut diduga menjadi penyebab kecilnya alokasi pendanaan kesehatan di Indonesia:

- Pertama, terbatasnya fiskal. Pajak merupakan penopang utama (78 persen) APBN. Namun rasio pajak Indonesia hanya 12 persen, jauh dibawah Malaysia (30 persen) dan China (22 persen). Akibatnya ruang fiskal untuk mendanai program hajat hidup orang banyak menjadi terbatas. Ini PR Pemerintahan Jokowi-JK untuk meningkatkan rasio pajak di Indonesia.
- Kedua, komitmen pemerintah pada sektor kesehatan harus ditingkatkan. Dibandingkan negara dengan pendapatan hampir sama, Indonesia menjadi pencilan dalam alokasi belanja kesehatan. Indonesia masuk 10 persen desil terendah Negara dunia yang memberikan prioritas terendah dalam alokasi dana publik untuk kesehatan.

## Pendanaan Kesehatan Tingkat Daerah

**Kesehatan belum menjadi prioritas pemerintah daerah.** Alokasi dana APBD kesehatan belum sepenuhnya sesuai ketentuan minimal sebagaimana amanat UU Kesehatan No 36/2009, Pasal 171 Ayat (2) yang menyebutkan "*Besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% (sepuluh persen) dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji*".

**Upaya peningkatan alokasi dana kesehatan sudah dilakukan.** Namun implementasi dan efektivitasnya harus dibenahi. Program BOK, lahir 2010 dan mengusung tujuan meningkatkan status kesehatan, menjadi sumber pendanaan penting di Puskesmas. Sayangnya pencairan dana sering telat karena birokrasi. Dana BOK masuk PAD yang penggunaannya melalui mekanisme penganggaran. "*BOK turun dari APBN melalui Kementerian Kesehatan untuk dialokasikan kepada Pemda, Kota/Kabupaten. Selanjutnya Pemda meneruskan ke Dinas Kesehatan Kab/Kota selaku Kuasa Pengguna Anggaran untuk kemudian diteruskan ke Puskesmas*". Jalur birokrasi (Pemda ke Dinkes dan selanjutnya ke Puskesmas) seringkali dinilai sebagai sumber keterlambatan.

**Peningkatan alokasi dana butuh advokasi.** Tanpa advokasi, dana yang seharusnya masuk pos kesehatan melesat ke tempat lain. "*Penambahan alokasi dana dianggap pembebasan PAD untuk kesehatan*". Akibatnya daerah mengalokasikannya ke pos-pos diluar kesehatan karena menganggap sudah ada alokasi dana BOK. Contoh kasus, alokasi dana APBD kesehatan di NTT turun pada 2010. Komitmen muncul setelah berbagai advokasi dilakukan sehingga pada tahun 2011, lebih dari dua pertiga kabupaten di NTT sudah mengalokasikan APBD lebih dari 10 persen untuk kesehatan.

## Permasalahan Pendanaan Kesehatan

### Inefisiensi: Alokatif dan Teknis

**Rendahnya alokasi dana kesehatan publik semakin diperburuk oleh inefisiensi alokatif dan teknis.**

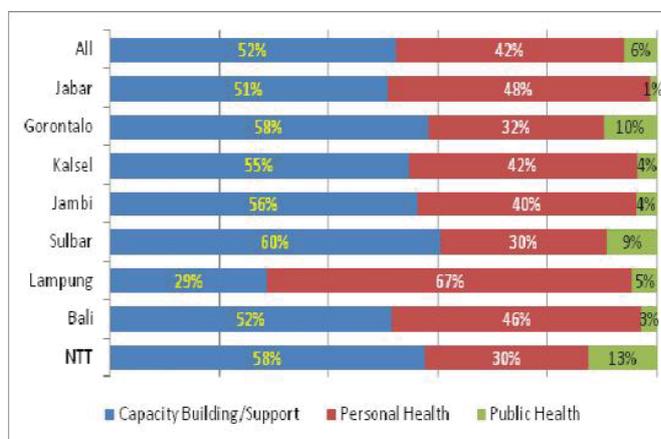
- 1) Alokasi pelayanan kesehatan primer Indonesia sangat kecil dibandingkan negara-negara ekonomi maju. Akibatnya, penggunaan pelayanan tingkat lanjut (yang butuh biaya lebih mahal) kian melambung. Ini cerminan dominasi pada pelayanan kesehatan spesialisik.
- 2) Biaya obat menyedot porsi signifikan (>40 persen dari total biaya kesehatan). Angka ini sangat tinggi dibandingkan angka serupa di sejumlah negara maju yang hanya 10-20 persen. Tingginya porsi belanja obat disebabkan oleh pola persepsian obat tidak rasional dan permintaan pasien.

**Inefisiensi juga disebabkan oleh masalah kronis pencairan dana yang sering terjadi pada akhir kuartal setiap tahunnya.** Akibatnya, penggunaan dana menjadi tidak cocok untuk mendanai program yang memiliki daya ungkit optimal terhadap luaran kesehatan. Keterlambatan pencairan juga menyebabkan fasilitas kesehatan (Puskesmas) bergantung pada pola sewa sehingga pengeluaran menjadi lebih mahal.

## Kesehatan Masyarakat menjadi anak tiri

**Mencegah lebih baik daripada Mengobati.** Statemen ini diakui kebenarannya oleh setiap orang, mulai Presiden, Menteri Kesehatan sampai petugas kebersihan di jajaran Kemenkes. Sayangnya slogan ini hanya retorika. Fakta menunjukkan bahwa program Kesmas yang menitikberatkan pada pencegahan dan promosi mendapat alokasi dana paling kecil (Gambar 2) sehingga sebutan anak tiri layak disandang bagi Kesmas.

- Di propinsi NTT, Kesmas menerima 13 persen dana APBD Kesehatan, sementara kegiatan pendukung dan kuratif menerima 58 dan 30 persen
- Analisis data DHA 8 propinsi menunjukkan hasil lebih memprihatinkan. Porsi terbesar (52 persen dana kesehatan lari untuk *capacity building* dan pendukungnya, 42 persen kuratif, dan hanya 6 persen Kesmas. Temuan ini merefleksikan program Kesmas yang meliputi 19 item (KIA, Gizi, Malaria, dll) masing-masing menerima alokasi kurang dari 1 persen.



Gambar 2 Alokasi ABBD Kesehatan menurut program (%), DHA 2011

## Rekomendasi

**Rekomendasi berikut merupakan serangkaian strategi yang harus dijalankan simultan untuk mengerem permasalahan tersebut diatas dan untuk meningkatkan efektifitas pembiayaan kesehatan di Indonesia.**

### Diversifikasi Sumber Pendanaan dan Peningkatan Alokasi Dana Kesehatan

**Pemerintah harus meningkatkan ruang fiskal untuk kemudian menaikkan alokasi dana sektor kesehatan.** Sumber potensial dana yang dapat digali untuk meningkatkan ruang fiskal meliputi: peningkatan angka rasio pajak, peningkatan pajak tembakau serta inovatif kemitraan publik-swasta. Pembahasan teknis upaya peningkatan fiskal disajikan dalam catatan teknis HSR No 1.

### Mainstreaming Kesehatan Masyarakat

**Kesehatan Masyarakat merupakan komponen esensial dalam Sistem Kesehatan Nasional.** Program Kesmas fokus pada promosi dan pencegahan penyakit. Targetnya populasi, bukan individu sebagaimana dalam program kuratif. Peningkatan investasi Kesmas memberikan implikasi signifikan dalam mengurangi biaya kuratif dan perbaikan status kesehatan penduduk. Karena dua alasan (Kotak 1), investasi Kesmas berpotensi menyelamatkan nyawa dan menghasilkan efisiensi makro.

### **Kotak 1. Urgensi Peningkatan Investasi Program Kesehatan Masyarakat**

- 1) Investasi Kesmas menyelamatkan penduduk, meningkatkan kualitas hidup, serta memperoleh manfaat ekonomi dalam bentuk pengurangan biaya perawatan dan peningkatan produktivitas.
- 2) Investasi Kesmas meningkatkan efektivitas intervensi kesehatan lain. Intervensi Kesmas menyelamatkan 90 persen (dan 140 persen) lebih banyak nyawa dalam sepuluh tahun (dalam 25 tahun), daripada program dan pendekatan kuratif saja. Ini bukti pendekatan kuratif saja tidak cukup.

### **Menyelaraskan Alokasi Dana UKM dan UKP**

**Pemerintah wajib memperbaiki alokasi dana kesehatan agar tidak bias pada pelayanan kuratif saja.** Sebanyak 19 program Kesmas harus dilaksanakan. Untuk itu penyelarasan alokasi dana kesehatan antara program kesehatan berbasis masyarakat (UKM) dengan program kesehatan perorangan (UKP) serta upaya pendukung harus menjadi agenda prioritas.

**Selain itu, inefisiensi alokatif pada pelayanan kesehatan kuratif harus diperbaiki.** Dominasi pelayanan spesialisistik harus dikikis, salah satunya, dengan memberikan porsi pendanaan memadi pada pelayanan kesehatan primer sehingga tidak menjadi sebuah produk layanan inferior. Pemerintah juga harus membenahi sistem rujukan.

### **Meningkatkan Upaya Promosi dan Pencegahan**

**Hingga 70 persen dari beban penyakit dapat dihindari melalui pencegahan dan promosi kesehatan (WHO 2002).** Oleh karena itu, upaya peningkatan dana dan penyelarasan alokasi dana UKM dan UKP memberikan ruang gerak memadai untuk mengembangkan program kesehatan yang berbasis populasi (UKM). Program promosi kesehatan dan pencegahan penyakit harus menjadi agenda utama.

### **Meningkatkan Manajemen Pengelolaan Dana**

**Peningkatan alokasi dana kesehatan tidak serta merta memberikan garansi dalam memperbaiki status kesehatan jika birokrasi dan pengelolaan dana masih rapuh.** Dengan demikian pemerintah harus meningkatkan manajemen dan tata kelola pemanfaatan dana agar peningkatan alokasi dana menjadi efektif dan memberikan implikasi signifikan dalam memenuhi tujuan pembangunan kesehatan. Misal, upaya penguatan BOK harus dilakukan dengan membenahi jalur birokrasi penyaluran dana, serta manajemen pemanfaatan dana.

### **Meningkatkan Keterampilan Teknis dan Manajemen Program Kesehatan**

**Pengelolaan kesehatan butuh dana cukup dan manajemen adekwat sejak tahap perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi.** Oleh karenanya, seiring dengan peningkatan alokasi dana, strategi meningkatkan keterampilan teknis SDM dan manajemen pengelolaan program harus diwujudkan.



**Analisa Kelembagaan  
dalam konteks  
Desentralisasi**

# Analisa Kelembagaan dalam konteks Desentralisasi

Dengan banyaknya perubahan pada sektor kesehatan Indonesia, diperlukan fokus sistem kesehatan pada intervensi pengembangan kesehatan yang efektif, berbasis bukti dan berkualitas yang memerlukan penyelesaian permasalahan dalam kelembagaan.

Dua penggerak pokok dari efektifitas sistem adalah desentralisasi dan implementasi JKN (Jaminan Kesehatan Nasional). Dengan berlandaskan perubahan pada kerangka legislatif kesehatan, maka transformasi pada tata laksana pemerintahan, sistem, struktur dan proses harus menjamin tercapainya tujuan strategis rencana pembangunan pemerintah.

Pendekatan pengembangan pelayanan kesehatan yang berbasis “*health systems building blocks*” WHO telah diadopsi oleh Kementerian Kesehatan. Pendekatan ini membutuhkan perencanaan yang dikelola, disinkronisasi dan diharmonisasi antar Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan, Kementerian Pekerjaan Umum, BPJS dan Kementerian Dalam Negeri.

Manajemen ketidakpastian dan risiko sebagai dampak pelaksanaan UHC (*Universal Health Coverage*/Jaminan Kesehatan Semesta); perluasan cakupan JKN dan “efek asuransi” yang disebabkan oleh kebutuhan akan pelayanan kesehatan ataupun moral hazard dari pengguna maupun provider, akan menciptakan turbulensi: pergeseran dari suatu tipe cakupan dan suatu tipe penyediaan pelayanan ke yang lain akan sangat mengganggu, dan bisa menimbulkan konsekuensi yang tidak diperkirakan sebelumnya. Dalam kondisi-kondisi seperti itu, tujuannya adalah untuk menyeimbangkan antara kecepatan tindakan namun tetap menjaga transparansi dan selaras dengan pelaksanaan tata laksana pemerintahan yang baik dan benar (*good governance*). Hal ini membutuhkan kerangka manajemen yang cukup fleksibel dalam memberikan response terhadap guncangan-guncangan yang tidak terduga. Misalnya, harus ada mekanisme yang fleksibel untuk menjawab kebutuhan UHC yang terus meningkat dan tidak diprediksi sebelumnya, atau untuk bereaksi cepat akan overspending/underspending. Sekali lagi, hal ini memerlukan proses perencanaan yang memungkinkan penyesuaian jangka pendek dalam konteks kerangka strategi yang lebih luas.

Adapun tiga hal penting dalam tata laksana pemerintahan adalah:

1. **Kepemimpinan:** Kementerian Kesehatan harus bisa mengemban peran kepemimpinan dalam konteks dan struktur desentralisasi, dan bagaimana hubungan antar kementerian bisa dikelola secara terbuka dan efektif.
2. **Legitimasi:** Mekanisme hukum dan kebijakan diperlukan pada tingkat tinggi guna memberdayakan Kementerian Kesehatan dalam melaksanakan tugasnya untuk menformulasikan strategi, pengaturan kebijakan dan pembinaan dan pengawasan dalam konteks desentralisasi dan kemitraan dengan lembaga-lembaga nasional lainnya yang perannya berpengaruh pada sektor kesehatan.
3. **Akuntabilitas:** Bagaimana Kementerian Kesehatan dapat menjaga tanggung jawab Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atas pelayanan kesehatan yang sesuai kebutuhan daerah, berkualitas dan merata. Untuk itu diperlukan sistem perencanaan bottom-up yang bisa dipertanggungjawabkan dengan persetujuan dari Kementerian Kesehatan.

## Tantangan

**Tingkat politis:** bagaimana menjamin legitimasi pemerintahan tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota dalam manajemen SKN (Sistem Kesehatan Nasional), dan bagaimana mendefinisikan peran masing-masing institusi, seperti Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam SKN.

**Tingkat kebijakan:** bagaimana prioritas nasional (misalnya pencapaian pemerataan, pengembangan peran upaya kesehatan dasar) bisa diimplementasikan secara lokal, dan bagaimana perencanaan pelayanan bisa diintegrasikan pada setiap tingkat dalam sistem, dan antar semua sektor (promotif-preventif, kuratif-rehabilitatif, primer, sekunder, tersier dan pelayanan publik).

**Tingkat tata laksana pemerintahan:** bagaimana Kementerian Kesehatan (dan Menteri Kesehatan) melaksanakan tata laksana pemerintahan dan akuntabilitas kinerja institusi yang tidak langsung dibawah koordinasi Kementerian Kesehatan, dan bagaimana memperkuat dan menyelaraskan sistem kesehatan (sumberdaya manusia kesehatan, pembiayaan kesehatan, informasi dan pengawasan/pelaporan).

**Tingkat struktural:** bagaimana memperjelas hubungan vertikal (Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota) dan hubungan horizontal (Kementerian Kesehatan – BPJS – Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Pendidikan, dll). Utamanya, dengan masih adanya ketidakjelasan peran dan fungsi Dinas Kesehatan Provinsi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, hubungan antara institusi pemberi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dengan berbagai institusi yang mempunyai tugas dan fungsi melakukan pembinaan dan pengawasan diberbagai jenjang pemerintahan dalam SKN, serta hubungan kelembagaan diantara institusi pembina tersebut. Dalam hal ini, peran dan fungsi sering ditafsirkan berbeda-beda, atau memang belum dibentuk untuk institusi yang baru.

**Tingkat kapasitas:** bagaimana menjamin kapasitas yang memadai tersedia sehingga lembaga kesehatan dapat menjalankan kepemimpinan dan tata laksana pemerintahan yang efektif pada tiap tingkatan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan yang terus berubah dan harapan masyarakat.

**Tingkat kepemimpinan:** bagaimana Kementerian Kesehatan melaksanakan tanggung jawab pembinaan dan pengawasannya, khususnya terhadap kualitas, standardisasi dan enforcement.

## Pilihan Kebijakan dan Rekomendasi Strategi

1. Menjamin bahwa dalam konteks desentralisasi dan pelaksanaan JKN, peran dan tanggung jawab untuk pelaksanaan kebijakan, strategi dan rencana tahunan kesehatan pada tiap tingkat pemerintah sudah diperjelas.

**Rekomendasi strategi:** review ulang regulasi dan legislasi peran dan tanggung jawab lembaga-lembaga utama sektor kesehatan dalam pelaksanaan JKN. Hal ini termasuk memperjelas siapa yang bertanggung jawab terhadap pemenuhan target tingkat nasional dan regional RPJMN 2015 – 2019 dan target lainnya yang dicantumkan dalam analisis kelembagaan ini.

- Menjamin *outcome* utama pembangunan kesehatan tercapai melalui implementasi kebijakan dan strategi pada tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota.

**Rekomendasi strategi:** terbentuknya suatu sistem manajemen kinerja yang memungkinkan Kementerian Kesehatan bekerjasama dengan Kementerian Dalam Negeri dalam memonitor kinerja pada sistem yang ter-desentralisasi. Hal ini harus dimasukkan pada sistem perencanaan tahunan dengan kerangka monitoring kinerja yang ada pada rencana tahunan Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Propinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan indikator-indikator yang jelas. Ini harus disepakati per tahun antara Kementerian Kesehatan dengan Dinas Kesehatan Propinsi dan antara Dinas Kesehatan Propinsi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

## Kebijakan Lain yang Perlu Dipertimbangkan

- Mempertimbangkan pengembangan program legislasi prioritas yang menetapkan persyaratan untuk mengajukan rencana kerja dan memfasilitasi kerjasama antar kementerian untuk pembangunan kesehatan.
- Mempertimbangkan pengembangan sebuah program yang akan mencakup pengembangan dan penerapan kerangka kerja kontrak, yang meliputi penyusunan standard kontrak untuk berbagai jenis pelayanan.
- Mempertimbangkan pengembangan sistem manajemen mutu yang akan mengarah kepada akreditasi seluruh fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta.
- Mempertimbangkan program pengembangan sistem yang mencakup mengembangkan kerangka perencanaan kerja yang akan menyelaraskan sistem keuangan, informasi dan tata laksana pemerintahan.
- Mempertimbangkan pengangkatan seorang Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Unit Keperawatan, Kepala Unit Farmasi dan seorang Kepala Unit Ilmu Pengetahuan dan Teknologi, serta pengembangan kepemimpinan, khususnya pada tingkat daerah.
- Mempertimbangkan program pengembangan kapasitas dalam penyusunan kontrak dan perjanjian layanan kesehatan, serta dalam pemberian jaminan mutu termasuk *coding* klinis.
- Mempertimbangkan lebih dalam pengembangan infrastruktur yang akan mencakup penanaman modal di puskesmas dan memberikan dukungan untuk mengembangkan peran upaya pemberdayaan masyarakat, promosi dan perencanaan kesehatan.

## Rekomendasi Strategi Lain yang Perlu Dipertimbangkan

Strategi	Langkah-langkah
Formulasi regulasi untuk kejelasan distribusi fungsi dan wewenang antar tingkatan pemerintahan sebagaimana ditetapkan pada Undang-Undang Pemerintah Daerah	Revisi regulasi distribusi fungsi dan wewenang
Identifikasi Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria (NSPK) secara menyeluruh	Melakukan inventarisasi NSPK: pemutakhiran, revisi yang telah usang (obsolete), dan bentuk yang belum ada

Strategi	Langkah-langkah
Sosialisasi NSPK dan fasilitasi pada tingkat daerah	Diseminasi informasi, monitoring dan evaluasi implementasinya
Meregulasi hubungan antara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan rumah sakit dan puskesmas	Revisi PP 41/2007 untuk memperjelas hubungan antara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan fasilitas pelayanan kesehatan pada daerahnya
Memperkuat hubungan antara Kementerian Kesehatan dengan Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota	Membuat Permenkes yang terkait dengan revisi PP 41/2007 untuk meregulasi hubungan antara Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota
Mengembangkan regulasi yang menjelaskan lembaga pemerintahan mana yang bertanggung jawab atas rumah sakit pemerintah	Membuat Permenkes yang meregulasi tingkatan pemerintah yang bertanggung jawab atas rumah sakit yang terkait
Menguatkan perencanaan kerja dan operasional pada institusi pemerintah yang berotonomi/semi-otonomi (rumah sakit, Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota) untuk menyiapkan perencanaan kerja per-tiga tahunan dan perencanaan operasional tahunan dan diajukan pada tingkatan pemerintahan di atasnya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membuat Permenkes yang mengharuskan institusi pemerintah yang berotonomi/semi-otonomi (rumah sakit, Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota) untuk menyiapkan perencanaan kerja per-tiga tahunan dan perencanaan operasional tahunan untuk diajukan pada tingkatan pemerintahan di atasnya</li> <li>• Gunakan Pembinaan dan Pengawasan (Binwas) sebagai dukungan perencanaan kerja</li> </ul>
Menyesuaikan hubungan SOP antara Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota	Formulasi Permenkes atas SOP hubungan Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
Menguatkan sistem kesehatan berbasis Upaya Kesehatan Dasar	Formulasi operasionalisasi HSS ( <i>Health System Strengthening</i> ) berdasarkan Upaya Kesehatan Dasar
Harmonisasi program Kementerian Kesehatan dengan program Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, khususnya pada pencapaian Standard Pelayanan Minimal (SPM)	Harmonisasi program Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, khususnya dalam pencapaian target SPM
Menguatkan koordinasi antara Kementerian Kesehatan dengan Kementerian Dalam Negeri untuk menentukan sanksi	Formulasi Surat Keputusan Bersama Menteri antara Kementerian Kesehatan dan Kementerian Dalam Negeri untuk menentukan sanksi bagi Kepala Dinas Kesehatan yang tidak melaksanakan tugasnya sesuai dengan kebijakan kesehatan nasional



**Kesiapan Sisi  
Persediaan**

# Kesiapan Sisi Persediaan

Penyampaian pelayanan dan kesiapan sisi penyedia pelayanan kesehatan (*service delivery and supply side readiness/SDSS*) merupakan unsur sistem kesehatan yang sangat penting untuk pencapaian Jaminan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage/UHC*), dan untuk nantinya meningkatkan outcome kesehatan dan mendukung pengembangan sumber daya manusia, yang merupakan penggerak utama perkembangan ekonomi.

Penyampaian pelayanan telah mengalami banyak kemajuan dalam dekade terakhir ini. Jumlah rumah sakit sudah bertambah hampir dua kali lipat sejak tahun 2004, menjadi diperkirakan 2.228 pada tahun 2013, dengan lebih dari separuhnya merupakan rumah sakit swasta. Jumlah puskesmas juga telah bertambah pada kurun waktu yang sama sejak tahun 2004 menjadi 9.654 puskesmas pada tahun 2013, dengan hampir sepertiganya memiliki pelayanan rawat inap. Tingkat utilisasi rawat jalan dan rawat inap terus meningkat, terutama pada 40 persen penduduk pada taraf pendapatan terendah, dan terus meningkat utilitasnya pada fasilitas pelayanan kesehatan swasta.

Namun demikian, isu penyampaian pelayanan dan kesiapan sisi persediaan merupakan faktor yang sangat penting karena adanya perubahan beban penyakit dan penerapan UHC. Permintaan dari sektor pemerintah maupun swasta akan meningkat ke depannya dan adanya risiko ekuitas yang terkait dengan adanya kemungkinan kekurangan sisi persediaan versus kebutuhan, dan hal ini harus diatasi oleh pemerintah melalui kerjasama sektor pemerintah dengan sektor swasta.

## Tantangan

Masih banyak kekurangan dalam SDSS, termasuk kesenjangan antar provinsi dan kabupaten/kota, sehingga menimbulkan risiko terhadap pencapaian target UHC. Angka ketersediaan tempat tidur masih jauh dibawah rekomendasi WHO, yaitu 25 per 10.000 penduduk, dan maldistribusi masih menjadi tantangan, dengan kesenjangan cukup besar antar provinsi.

Akses geografis masih menjadi tantangan pada beberapa daerah. Walaupun median jarak untuk mencapai fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia hanya 5 km, pada provinsi seperti Papua Barat, Papua, dan Maluku, mediannya jauh lebih tinggi, yaitu lebih dari 30 km. Rata-ratanya, lebih dari 18 persen orang Indonesia memerlukan jarak tempuh lebih dari satu jam untuk mencapai rumah sakit pemerintah, lebih dari 40 persen dari penduduk di Sulawesi Barat, Maluku dan Kalimantan Barat mengalami kesusahan akses pelayanan kesehatan.

Angka utilisasi masih rendah dibandingkan dengan standar global dan masih ada kesenjangan yang besar antar provinsi: utilisasi rawat inap adalah 1,9 persen yang masih di bawah standar WHO, yang menyarankan 10 *discharges* per 100 penduduk, dan masih terdapat lima kali lipat perbedaan terhadap angka antar provinsi.

Di Indonesia, tidak ada puskesmas yang memenuhi ke-38 indikator kesiapan pelayanan kesehatan umum terhadap lima area:

1. Fasilitas dasar
2. Alat kesehatan dasar

3. Tindakan pencegahan dasar untuk pencegahan infeksi

4. Kapasitas diagnose

5. Obat-obatan esensial.

Masih banyak tantangan terkait dengan ketersediaan dan kesiapan pelayanan kesehatan spesifik di puskesmas, untuk beberapa kategori pelayanan kesehatan, misalnya analisa Rifaskes 2011 menunjukkan bahwa:

**Pelayanan antenatal** – di Sulawesi Utara, Maluku dan Papua, kurang dari 60 persen puskesmas mampu melakukan tes haemoglobin (penting untuk mendeteksi anemia sebagai faktor risiko pada kehamilan berisiko), sedangkan tes urine hampir tidak tersedia di Gorontalo, Sulawesi Utara dan Maluku.

**Pelayanan obstetri dasar** – hanya 62 persen dari puskesmas PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar) yang memiliki setidaknya-tidaknya satu staf yang telah mengikuti pelatihan PONED dalam dua tahun terakhir; dan ditemukan ketersediaan alat kesehatan yang kurang memadai untuk pelayanan persalinan yang aman (seperti transportasi, *manual vacuum extractors*, dan *Dopplers*) pada provinsi dengan angka kematian ibu (AKI) yang tinggi, seperti Papua, Papua Barat dan Maluku Utara.

**Imunisasi** – kurang dari 80 persen puskesmas di Papua, Papua Barat dan Maluku yang memiliki vaksin campak, DPT, polio dan BCG, sementara vaksin-vaksin tersebut hanya terdapat pada seperempat fasilitas pelayanan kesehatan swasta dan kurang dari 10 persen fasilitas pelayanan kesehatan swasta di Indonesia bagian Timur.

**Kesehatan anak** –pelatihan yang kurang mengenai Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) (43 persen puskesmas) dan pengawasan pertumbuhan (57 persen).

**TB** – hanya 65 persen puskesmas yang mempunyai staf yang telah mengikuti pelatihan manajemen TB, dan hanya 73 persen memiliki kapasitas untuk mendiagnosa TB dari sampel dahak, sementara perawatan pertama tidak tersedia secara luas pada puskesmas maupun rumah sakit pemerintah. *Fixed-Dose Drug Combination* I dan III hanya tersedia pada kurang dari setengah puskesmas (48 persen) dan hanya 27 persen pada rumah sakit pemerintah.

**Malaria** – kurangnya ketersediaan obat antimalaria (62 persen) dan tes darah malaria (71 persen) pada puskesmas di sepuluh provinsi dengan tingkat prevalensi malaria tertinggi.

**Diabetes** – hanya 54 persen dari puskesmas yang melaporkan bisa melakukan tes glukosa darah dan 47 persen bisa melakukan tes urine. Di Gorontalo, Papua, Papua Barat, Sulawesi Tenggara, Maluku, Sulawesi Utara dan NTT, kurang dari 25 persen puskesmas melaporkan memiliki kapasitas untuk melakukan tes-tes tersebut.

**Operasi bedah dasar** – kurangnya ketersediaan alat operasi bedah dasar, termasuk alat resusitasi anak, oksigen dan pisau bedah, serta kurangnya ketersediaan pedoman untuk tenaga kesehatannya.

**Transfusi darah** – hanya 20 persen dari semua rumah sakit pemerintah, dan tidak satupun dari 30 rumah sakit swasta yang di survei, yang memenuhi ke-enam jenis tracer untuk transfusi darah.

**Operasi bedah komprehensif** – hanya 18 persen dari rumah sakit pemerintah, dan 33 persen dari 30 rumah sakit swasta yang di survei, memenuhi kesembilan jenis *tracer* untuk operasi bedah komprehensif.

## Pilihan Kebijakan dan Rekomendasi Strategi

Pencapaian target UHC dan peningkatan *outcome* kesehatan yang sepadan akan membutuhkan kemajuan SDSS untuk memenuhi angka utilisasi yang terus meningkat dan untuk meningkatkan kualitas seiring dengan perluasan cakupan. Pilihan kebijakan dan rekomendasi strategi termasuk:

1. Peningkatan pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah, diiringi dengan investasi yang ditargetkan untuk meningkatkan SDSS, dan penelaahan proses anggaran untuk memahami penentuan prioritas dan faktor lainnya yang menghambat alokasi dana yang merefleksikan prioritas pemerintah dan komitmen sektor kesehatan.
2. Sosialisasi implikasi dari paket manfaat JKN, termasuk yang terkait dengan mekanisme tata kelola pemerintahan dan akuntabilitas.
3. Mengadakan secara rutin proses akreditasi yang independen untuk fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah dan swasta.
4. Menyusun informasi yang sistematis tentang jumlah dan distribusi fasilitas pelayanan kesehatan swasta, dan melakukan penelaahan sektor swasta secara independen dan rutin. Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang dikontrak oleh BPJS Kesehatan untuk pelayanan kesehatan dalam sistem JKN terus meningkat.
5. Spesifikasi paket manfaat harus menyertakan juga ketersediaan alat kesehatan, pelatihan, kemampuan diagnose dan obat-obatan pada semua tingkatan pelayanan kesehatan. BPJS Kesehatan hanya boleh menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah dan swasta yang telah terakreditasi.
6. Peningkatkan akuntabilitas dengan menerapkan sistem monitoring dan evaluasi yang independen dan rutin secara teratur, serta penggunaan dan mengkaitkan mekanisme insentif dan pembayaran pemberi pelayan kesehatan untuk menjamin SDSS.
7. Melembagakan pengumpulan data tingkat fasilitas pelayanan kesehatan yang rutin, independen dan relevan yang merefleksikan panduan dan aturan nasional, dan memahami letak dan alasan adanya ketimpangan (*gap*) tersebut.
8. Mengkaji data yang dikumpulkan dari penerima manfaat untuk menjamin bahwa ketersediaan pelayanan kesehatan berjalan sesuai rencana dan pasien menerima pelayanan kesehatan yang memadai.
9. Melakukan penilaian sistematis dan rutin, dan meningkatkan dimensi lainnya dari pelayanan kesehatan, termasuk kemampuan dan upaya pemberi pelayanan kesehatan, dan menjamin agar input dasar pada fasilitas pelayanan kesehatan bukan hanya tersedia, tapi juga dijaga dan digunakan, dan menilai keterampilan dan motivasi tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas.
10. Menyesuaikan sistem dan tata laksana program pemberdayaan masyarakat untuk memberikan insentif pada pemerintah desa agar berinvestasi bagi kebutuhan kesehatan yang diprioritaskan dan membuat pemerintah desa bertanggung-jawab terhadap pembelanjaan kesehatannya.



**Pencapaian target UHC dan peningkatan outcome kesehatan yang sepadan akan membutuhkan kemajuan SDSS untuk memenuhi angka utilisasi yang terus meningkat dan untuk meningkatkan kualitas seiring dengan perluasan cakupan.**





## Sumber Daya Manusia Kesehatan

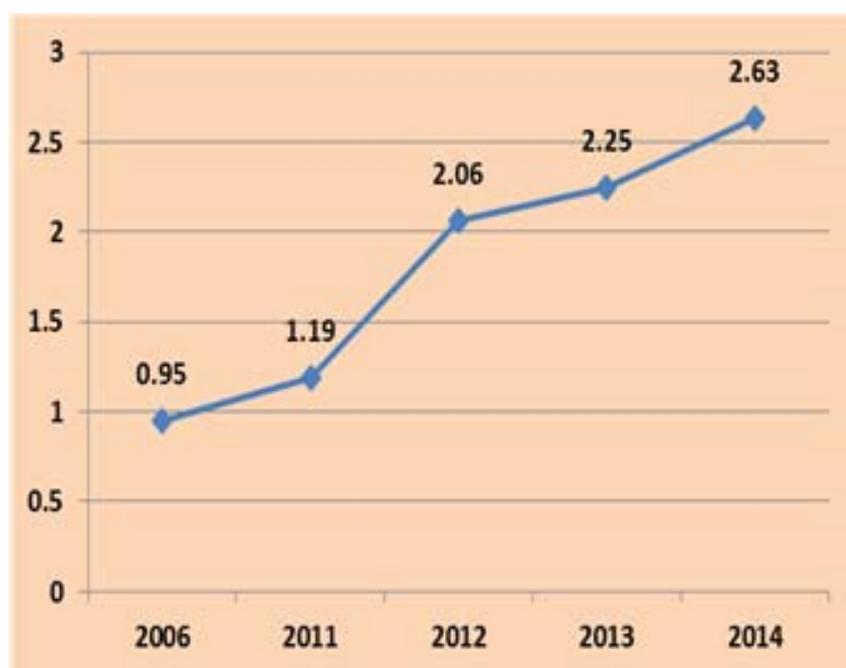
# Sumber Daya Manusia Kesehatan

Indonesia telah mulai mengimplementasikan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak awal tahun 2014 demi menjamin akses terhadap kualitas dan ekuitas pelayanan kesehatan pada seluruh penduduk Indonesia. Sumber daya manusia kesehatan (SDMK) merupakan elemen penting untuk mendukung kesuksesan JKN, khususnya dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan memadai, serta kesiapan sisi persediaan.

Kepadatan penduduk yang berbeda antar daerah karena perbedaan geografis menjadi tantangan dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang merata. Pada DTPK (Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan), masih terdapat tantangan yang signifikan dalam mengakses pelayanan kesehatan di Puskesmas, termasuk dalam penyediaan jumlah tenaga kesehatan yang kompeten secara memadai. Hal ini merupakan tantangan serius pada pengembangan kesehatan dan pencapaian target JKN.

Indonesia telah menunjukkan peningkatan rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah keseluruhan penduduk, yang telah meningkatkan secara cepat sehingga telah melewati jumlah minimum yang direkomendasikan oleh WHO, yaitu 2,3 dokter, perawat dan bidan per 1.000 penduduk. Peningkatan jumlah ini kebanyakan berasal dari sektor swasta, yang berasal dari investasi sektor swasta pada sekolah kedokteran. Misalnya, dari 72 jumlah keseluruhan sekolah kedokteran, 60%nya adalah milik swasta.

Bagan 1. Peningkatan rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk



Sumber: BPPSDM 2014

## Tantangan

Tiga area utama yang menjadi fokus dalam pengelolaan ketenagaan kesehatan adalah:

- Produksi – menjamin bahwa terdapat jumlah tenaga kesehatan yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan UHC (*Universal Health Coverage*/Jaminan Kesehatan Semesta)
- Distribusi – menjamin ketersediaan tenaga kesehatan pada daerah terpencil untuk menjawab tantangan ekuitas
- Meningkatkan kualitas dan kinerja tenaga kesehatan dengan menjamin institusi pelatihan dan/atau pendidikan tenaga kesehatan memenuhi standar yang telah ditetapkan pemerintah, serta diiringi dengan pelatihan kompetensi secara berkesinambungan

### Produksi

Pertambahan jumlah tenaga kesehatan ternyata belum sesuai dengan laju pertumbuhan penduduk dan kebutuhan pelayanan kesehatan yang semakin tinggi. Kekurangan jumlah tenaga kesehatan, khususnya yang terjadi pada fasilitas pelayanan kesehatan dasar (puskesmas): kesenjangan yang perlu segera diatasi untuk mencapai UHC dan fokus pada kesehatan preventif dan promotif. Terdapat juga kekurangan jumlah perawat dan bidan pada rumah sakit yang juga merupakan kesenjangan yang perlu segera diatasi untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), dan mengatasi permasalahan beban penyakit ganda. Adanya kekurangan tenaga kesehatan lainnya, yaitu kesehatan masyarakat dan promosi kesehatan.

### Distribusi

Distribusi geografis tenaga kesehatan sudah lama menjadi tantangan bagi Indonesia, 30 dari 33 provinsi di Indonesia tidak memiliki rasio tenaga kesehatan yang disarankan WHO, yaitu 1 dokter per 1.000 penduduk. Indonesia telah menerapkan sistem *dual practice*, dimana tenaga kesehatan bisa bekerja pada fasilitas kesehatan pemerintah dan fasilitas kesehatan swasta pada waktu yang bersamaan, dan ini diharapkan untuk bisa mengurangi beban anggaran pemerintah, tapi di saat yang sama hal ini menjadi faktor yang turut berkontribusi pada maldistribusi tenaga kesehatan, khususnya pada dokter spesialis.

Distribusi geografis perawat dan bidan lebih baik daripada distribusi dokter, walaupun masih terdapat ketimpangan-ketimpangan. Pemerintah Indonesia, pada tingkat pusat dan daerah, telah mencoba melaksanakan kebijakan dan program untuk meningkatkan dampak dan distribusi tenaga kesehatan, namun masih banyak yang perlu dilakukan. Maldistribusi tenaga kesehatan, pada DPTK memerlukan perhatian khusus. Sampai saat ini belum ada kebijakan khusus untuk SDM kesehatan pada DTPK, dan kebijakan distribusi belum mempertimbangkan kebutuhan daerah-daerah khusus ini.

### Kualitas dan Kinerja

Tantangan lain yang dihadapi adalah kompetensi SDM yang belum menunjang dalam mengatasi tantangan pada level penyediaan pelayanan kesehatan. Tenaga kesehatan yang tidak ditunjang dengan kompetensi yang memadai untuk menjawab kebutuhan permintaan pelayanan kesehatan akan mengurangi kinerja sistem kesehatan dan mengurangi kepercayaan masyarakat pada sistem kesehatan secara keseluruhan. Situasi ini merupakan isu yang fundamental dan telah menjadi perhatian pokok dari pengelola pelayanan kesehatan pada khususnya dan masyarakat pada umumnya.

Indonesia tidak memiliki jumlah tenaga kesehatan yang mencukupi dan perlu memastikan bahwa jumlah yang ada harus bisa didayagunakan sepenuhnya. Kualitas tenaga kesehatan berawal dari kualitas sekolah tenaga kesehatan, dimana terdapat banyak kesenjangan: hanya separuh dari jumlah seluruh sekolah tenaga kesehatan yang terakreditasi. RPJMN 2009-2014 telah menyatakan bahwa akreditasi sekolah tenaga kesehatan dan sertifikasi lulusannya merupakan prioritas. Namun, kurikulum yang berlaku tetap *outdated* dan kurang sesuai dengan tantangan masa kini dan permintaan pelayanan kesehatan nantinya. Untuk mereka yang sedang dalam proses kelulusan, nilai kelulusannya cukup rendah, dan ada perbedaan pada kualitas dan kinerja tenaga pendidik. Sistem untuk melanjutkan pendidikan, pelatihan *in-service*, dan ujian kompetensi yang berkesinambungan, serta akreditasi masih campur aduk. Misalnya, kelemahan pada pelatihan awal untuk bidan yang memerlukan pelatihan-pelatihan selanjutnya; ini menunjukkan adanya inefisiensi pada sistem pendidikan kesehatan.

Tantangan ke depan terkait SDM, meliputi:

### **1. Pertambahan penduduk dan perubahan beban penyakit**

Indonesia sedang melewati transisi demografi, epidemiologi dan gizi. Ini akan menjadi tambahan beban pada sistem kesehatan yang terdesentralisasi, mendekati pencapaian target JKN pada tahun 2019.

### **2. Perjanjian perdagangan bebas**

Perkembangan ASEAN Economic Community, dengan bertujuan atas “perdagangan bebas akan barang, jasa, investasi, tenaga kerja terampil dan modal” akan mempunyai implikasi pada mobilitas tenaga kerja dan pengakuan atas kualifikasi profesional tenaga kesehatan. Hal ini akan menyediakan kesempatan – dan risiko – untuk Indonesia. *Medical tourism* memberikan potensi untuk menambah pendapatan tambahan, tapi juga membawa risiko akan akses terhadap pelayanan kesehatan esensial bagi rakyat miskin dan tarikan keluar bagi tenaga kesehatan Indonesia yang berkualitas untuk bekerja di negara lain.

### **3. Produksi**

Walaupun tidak ada jumlah yang “benar” untuk tenaga kesehatan, jelas bahwa Indonesia tidak memerlukan penambahan produksi tenaga kesehatan yang bekerja pada bagian penyampaian pelayanan kesehatan di lapangan. Ada beberapa proyeksi akan kebutuhan tenaga kesehatan, namun proyeksi-proyeksi ini masih membutuhkan perbaikan dan perlu diselaraskan dengan beban penyakit dan kesiapan sisi persediaan JKN, serta dianggarkan secara tepat.

Menentukan jumlah tenaga kesehatan yang dibutuhkan memang penting, namun tidak kalah pentingnya adalah menjamin bahwa ketersediaan berbagai jenis tenaga kesehatan selaras dengan tantangan perubahan beban penyakit di Indonesia. Prioritas khususnya perlu ditujukan pada peningkatan jumlah ahli gizi; ahli kesehatan ibu dan anak; ahli kesehatan masyarakat yang berurusan dengan pencegahan primer dan sekunder penyakit tidak menular; dan keterampilan manajemen kesehatan.

Definisi dari tenaga kesehatan tidak selaras, sehingga dibutuhkan langkah-langkah untuk penyelarasan dengan perubahan kebutuhan kesehatan Indonesia. Pendekatan tradisional pada dokter, perawat dan bidan memang penting, namun ada juga kebutuhan akan perluasan produksi dan definisi dari tenaga kesehatan lainnya untuk memenuhi kebutuhan di masa yang akan datang, termasuk kebutuhan akan tenaga anestesi, teknisi laboratorium, dan tenaga kesehatan masyarakat yang berkompeten pada pencegahan primer dan sekunder penyakit

tidak menular. Definisi tenaga kesehatan seharusnya juga diperluas sampai pada ahli ekonomi kesehatan dan ahli administrasi kesehatan – keterampilan analisis dan manajemen dibutuhkan di Indonesia dengan adanya tantangan baru dan kompleks dari sektor kesehatan.

#### 4. Distribusi

Beberapa kebijakan inovatif yang telah teridentifikasi bisa membantu memperbaiki distribusi tenaga kesehatan secara geografis. Menempatkan satu tenaga spesialis – misalnya ahli bedah – pada DTPK yang tidak memiliki tenaga anestesi akan mengurangi efektifitas, efisiensi dan kemauan ahli bedah tersebut pada tempat tersebut. Menempatkan satu tim yang bekerjasama dan saling melengkapi bisa menjadi strategi yang lebih tepat untuk meningkatkan efektifitas pelayanan kesehatan pada DTPK. Ada pertimbangan untuk membuat kebijakan khusus atas penempatan tenaga kesehatan di Indonesia Timur.

#### 5. Ekuitas dan perlindungan finansial

Tujuan utama JKN adalah untuk meningkatkan ekuitas pada akses dan *outcome*, dan untuk menjamin perlindungan finansial. Adanya sistem *dual practice* di Indonesia untuk tenaga kesehatan menawarkan potensi untuk bergerak ke arah itu namun tetap memerlukan adanya regulasi yang lebih kuat untuk mencapai ekuitas dan perlindungan finansial di bawah JKN. Diperlukan kajian dan uji coba provider yang berbeda dengan berbagai sistem pembayarannya. Tantangan kebijakan untuk Indonesia atas rencana *scale up* JKN adalah untuk menggunakan insentif sektor swasta yang dipakai pada sistem *dual practice* untuk nantinya memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang lebih luas dan tujuan JKN.

## Pilihan Kebijakan dan Rekomendasi Strategi

### 1. Pengembangan Kebijakan SDM

Mengembangkan kebijakan yang sesuai untuk mengakomodasi perbedaan kebutuhan dan perbedaan karakteristik daerah di Indonesia, serta merumuskan kembali standar kuantitas dan kualitas serta memperluas definisi tenaga kesehatan di Indonesia.

#### Rekomendasi Strategi

Menghidupkan kembali CCF (*Country Coordination and Facilitation*/Koordinasi dan Fasilitasi Negara) sebagai forum penentu kebijakan tertinggi. Hal ini penting karena banyaknya pemangku kepentingan tingkat tinggi yang terlibat dalam pengelolaan SDM, mulai dari produksi, distribusi, penilaian kinerja, pemberian remunerasi, sampai dengan pemutusan hubungan kerja. Selain itu, berbagai regulasi yang berlaku untuk tenaga kesehatan di Indonesia sering tumpang tindih satu dengan yang lainnya, sehingga forum ini diperlukan untuk menyelaraskan berbagai masalah tersebut.

### 2. Produksi dan Distribusi

Menentukan proyeksi gap akan tenaga kesehatan di Indonesia, dengan mempertimbangkan keterampilan yang dibutuhkan untuk mengatasi beban penyakit, *scale up* UHC, dampak dari perubahan kebijakan, akses geografis dan inekuitas sosial-ekonomi. Penganggaran untuk proyeksi-proyeksi ini, termasuk pelatihan, dan perkiraan pemasukan dari sektor swasta.

Menambahkan anggaran Kementerian Pendidikan agar jumlah dan jenis tenaga kesehatan selaras dengan kebutuhan pelayanan kesehatan. Menentukan kebutuhan akan jenis tenaga kesehatan lainnya – terkait dengan *scale up* JKN.

Memperkuat diskusi dan berbagi informasi antara Kementerian Pendidikan, Kementerian Kesehatan dan sektor swasta.

### **Rekomendasi Strategi**

#### *Produksi*

- i. Mekanisme koordinasi dan fasilitasi tingkat pusat yang mendukung dialog dan perencanaan antar kementerian dan antar sektor untuk mengurangi fragmentasi yang terjadi antar institusi yang mengurus kesehatan.
- ii. Karena *scale up* jumlah tenaga kesehatan akan memakan waktu, perlu dipertimbangkan adanya lisensi yang berkualitas dan akreditasi nasional sesuai kesepakatan ASEAN Economic Community untuk berlaku di Indonesia pada daerah yang sangat kekurangan tenaga kesehatan.
- iii. Melakukan proyeksi sumber daya manusia yang komprehensif dan diselaraskan dengan perubahan permintaan pelayanan kesehatan, beban penyakit dan kesiapan sisi persediaan JKN.

#### *Distribusi*

- i. Formalisasi kebijakan tenaga kesehatan untuk ditempatkan Indonesia kawasan Timur dan standar minimum pelayanan kesehatan.
- ii. Mengkaji syarat penerimaan siswa dan ketersediaan program *bridging courses* yang bisa menjembatani kesempatan siswa-siswa tersebut untuk memiliki standar yang dibutuhkan untuk masuk institusi pendidikan tenaga kesehatan pada DTPK.
- iii. Memberikan penekanan pada penempatan tenaga kesehatan sebagai tim (dibandingkan dengan penempatan spesialis secara individual).
- iv. Uji coba dan monitor peraturan penempatan wajib.

### **3. Ekuitas dan perlindungan finansial**

Memperkuat sistem *dual practice* yang sudah berlaku di Indonesia dan menyelaraskannya dengan tujuan UHC dan beban ganda penyakit yang sedang dihadapi Indonesia.

Meningkatkan kualitas dan kinerja tenaga kesehatan melalui program pengelolaan *reward* (materiil dan non-materiil: pelatihan, rotasi tempat kerja, pengembangan karir, dan sebagainya).

### **Rekomendasi Strategi**

- i. Memperkuat implementasi regulasi *dual practice* yang sedang berlaku saat ini.
- ii. Menyediakan investasi dan dukungan pada sekolah pelatihan tenaga kesehatan untuk memenuhi standar pemerintah dan menutup sekolah yang tidak memenuhi standar tersebut.

- iii. Memperkuat fokus pada kompetensi. Hal ini termasuk melakukan ujian kompetensi reguler untuk dokter, bidan, apoteker dan ahli gizi sebagai prioritas, dan meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan untuk mengidentifikasi faktor risiko untuk mendukung pencegahan penyakit tidak menular.
- iv. Mengkaji dan melakukan pemutakhiran pada kurikulum agar tenaga kesehatan yang diproduksi bisa mengatasi beban penyakit Indonesia dan mengetahui persyaratan UHC, termasuk gizi, kesehatan ibu dan bayi, pencegahan dan pengobatan penyakit tidak menular (khususnya pengurangan penggunaan rokok).
- v. Menyelidiki sebab nilai kelulusan yang rendah tenaga kesehatan
- vi. Mengukur produktivitas, efisiensi dan kualitas pelayanan tenaga kesehatan sebagai bukti untuk realokasi SDM langka pada fungsinya dan daerahnya dengan penghargaan kesehatan tertinggi.
- vii. Pemberian reward materiil dan non-materiil yang memadai dan sesuai, serta memiliki daya ungkit yang signifikan.



## Kajian Farmasi dan Teknologi Kesehatan

# Kajian Farmasi dan Teknologi Kesehatan

Ketersediaan obat dan vaksin (data nasional) di sektor publik terus meningkat dari tahun 2010 – 2013 dan akan mencapai target 100 persen di tahun 2014 (lihat gambar 1)<sup>1</sup>. Berdasarkan laporan tahunan Kementerian Kesehatan, Direktorat Jendral Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan 2012, rata-rata ketersediaan obat dan vaksin di sektor publik sebanyak 92.5 persen lebih tinggi dibandingkan dengan target sebesar 90 persen untuk tahun 2012, dan diperkirakan akan mencapai 100 persen di tahun 2014.

Namun demikian, jika dilihat perbedaan antar propinsi untuk tahun 2012 (lihat gambar 2)<sup>2</sup>, atau antar kabupaten dalam satu propinsi, nampak jelas kesenjangan menyolok. Di tiga (3) propinsi (Maluku, Gorontalo dan Kepulauan Riau) rata-rata ketersediaan jauh dibawah 80 persen, yakni antara 65 - 73 persen. Sebaliknya, di enam (6) propinsi (Kalimantan Timur, Sumatra Barat, Maluku Utara, Yogyakarta, Jawa Timur dan Kalimantan Barat) rata-rata ketersediaan jauh lebih besar dari 100 persen, bervariasi antara 1105 persen sampai 129 persen.

Sama kepentingannya untuk menghindari stok berlebih (*overstock*) dan pemborosan obat, dan menghindari stok kurang (*understock*). Pemantauan rata-rata ketersediaan obat dan vaksin per propinsi, akan meningkatkan parameter kinerja di tingkat propinsi, tetapi sangat penting untuk melihat juga data per kabupaten agar tindakan perbaikan yang diperlukan bisa dilakukan.

## Tantangan

1. Meningkatnya tuntutan (*demand*) dari masyarakat akan tata kelola pemerintahan (*governance*) yang lebih baik dan keterbukaan (*transparency*).
2. Dengan diberlakukannya Jaminan Kesehatan Semesta, maka ada tekanan terhadap sistem pelayanan kesehatan untuk menjamin kesetaraan akses terhadap pelayanan di seluruh wilayah Indonesia. Ini terutama menjadi beban berat pada sistem kesehatan yang terdesentralisasi seperti yang saat ini berlaku di Indonesia. Tidak tersedianya data dari tiap propinsi dan kabupaten/kota menyebabkan masalah berkelanjutan, yang mempengaruhi pengelolaan jalur suplai dan perencanaan pembiayaan untuk propinsi dan kabupaten/kota.
3. Pelaksanaan Jaminan kesehatan Nasional (JKN) menghadapi banyak tantangan, termasuk
  - Tidak ada daftar komprehensif yang berisi produk obat dan alat kesehatan yang dapat dipakai sebagai standar nasional untuk dimasukkan dalam paket jaminan Jaminan Kesehatan Nasional.
  - Dijumpai permasalahan dalam sistem pembayaran JKN. Penghitungan biaya tidak dapat didasarkan pada konsumsi obat dan komoditas tahun sebelumnya oleh karena kemungkinan naiknya jumlah pasien yang dicakup dan spektrum pengobatan yang diberikan.
  - Tidak ada perkiraan komprehensif dan tepat mengenai belanja obat dan alat kesehatan di tingkat nasional.

<sup>1</sup>Laporan Akuntabilitas Kinerja Direktorat Jendral Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Tahun 2012, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2013. Ministry of Health, Directorate General of Pharmaceutical Services and Medical devices, Accountability Report 2012. <http://binfar.kemkes.go.id/buku-kinerja-program-kefarmasian-dan-alat-kesehatan/>

<sup>2</sup>Laporan Akuntabilitas Kinerja Direktorat Jendral Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Tahun 2012, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2013. Ministry of Health, Directorate General of Pharmaceutical Services and Medical devices, Accountability Report 2012.

4. Pengelolaan jalur suplai dan distribusi masih menghadapi banyak masalah serius yang harus diatasi agar bisa mencapai tujuan pembangunan kesehatan secara nasional. Terdapat masalah sepanjang rantai suplai dan distribusi, mulai dari tidak tersedianya data yang akurat sebagai dasar perencanaan pengadaan, pengelolaan gudang, sampai kekurangan staf yang terlatih dan berkompeten dalam pengelolaan jalur suplai di tingkat propinsi dan kabupaten.
5. Penggunaan obat tidak rasional oleh karena kurang terlatihnya sumber daya manusia dan kurangnya pengawasan dan penegakan aturan (*enforcement*) menunjukkan potensi dampak negatifnya terhadap mutu dan pembiayaan pelayanan kesehatan.
6. Perlu keseimbangan antara harga terjangkau dan jaminan mutu produk/obat. Saat ini nampaknya Indonesia hanya mengendalikan harga pada segmen kecil pasar melalui kontrol harga obat generik dan melalui daftar harga yang dimuat dalam E katalog. Pemerintah telah melakukan pengendalian harga (*price control*) terhadap 499 obat generik. Perlu dicatat, bahwa pengendalian harga yang terlalu ketat akan mengurangi insentif untuk produsen obat, sehingga akan mempengaruhi ketersediaan obat di pasaran, dimana obat-obat tersebut akan hilang dari pasar.
7. Kualitas, keamanan dan kemanfaatan obat dan alat kesehatan merupakan prioritas. Beberapa tantangan yang perlu diatasi mencakup, kurangnya kapasitas sumber daya manusia untuk menegakkan aturan (*enforcement*), kurangnya penegakan aturan produksi obat dan alat kesehatan, kurangnya pengertian tentang Pedoman Produksi Yang Baik untuk Alat Kesehatan dalam upaya meningkatkan standard fasilitas produksi untuk alat kesehatan. Tidak semua produsen obat telah mendapatkan sertifikasi GMP, dan kapasitas inspeksi GMP perlu diperluas untuk memperkuat system jaminan mutu.
8. Kurang jelas struktur organisasi di sektor publik yang diberi wewenang dan tugas untuk pengembangan obat tradisional. Masih dijumpai masalah dalam hal kemanfaatan, keamanan, keselamatan dan cost effectiveness obat tradisional, sehingga tidak memungkinkan untuk memasukkan obat tradisional dalam penjaminan JKN.

## Pilihan Kebijakan

Setelah target pada tahun 2019 untuk obat dan alat kesehatan disepakati, kebijakan untuk mencapai target tersebut difokuskan pada dua hal utama, yakni:

- (1) Meningkatkan akses, kesetaraan, ketersediaan, suplai dan distribusi dan penggunaan rasional obat dan alat kesehatan oleh tenaga pelayanan kesehatan dan konsumen.
- (2) Memperkuat kontrol pra pemasaran dan pasca pemasaran untuk menjamin keamanan, kemanfaatan dan mutu obat

## Rekomendasi Strategi

**Area kebijakan 1.** Meningkatkan akses, kesetaraan, keterjangkauan, ketersediaan, pengelolaan suplai dan distribusi, pelayanan kefarmasian dan penggunaan secara rasional obat dan alat kesehatan.

1. Meningkatkan ketersediaan dan keterjangkauan obat, terutama obat generik,
2. Mempromosikan penggunaan rasional obat dan alat kesehatan oleh tenaga pelayanan kesehatan dan konsumen,

3. Memperkuat kapasitas sistem dalam pengelolaan jalur suplai distribusi untuk obat dan alat kesehatan, termasuk monitoring dan supervisi, terutama di tingkat kabupaten dan institusi kesehatan (puskesmas dan rumah sakit),
4. Mendukung penelitian dan pengembangan sistematis untuk obat tradisional, dikoordinir oleh Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia,
5. Memperkuat kemandirian di bidang vaksin,
6. Memperkuat infrastruktur dan pelayanan kefarmasian di kantor Dinas Kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan,
7. Memantau harga obat, konsumsi dan pembiayaan obat,
8. Meningkatkan keterbukaan dan tata kelola pemerintahan dalam pemilihan, pengelolaan dan penggunaan obat.

**Area Kebijakan 2.** Memperkuat kontrol pra pemasaran dan paska pemasaran untuk menjamin keamanan, kemanfaatan dan mutu.

1. Memperkuat kontrol obat dan makanan dalam masyarakat melalui Program Perubahan Perilaku Masyarakat (BCC, *Behaviour Change Communication*),
2. Memperkuat kapasitas sumber daya manusia dalam kontrol obat dan makanan untuk menjawab tantangan yang terjadi (*emerging issues*),
3. Memperkuat kemitraan lintas sektor dalam kontrol obat dengan aparat penegak hukum dan pemerintah daerah untuk menegakkan aturan perundangan,
4. Meneruskan peningkatan transparansi dan tatakelola dalam pengaturan dan pendaftaran obat.

Dalam upaya bersaing di pasar internasional, produk obat dan makanan harus ditingkatkan keamanan, kemanfaatan, mutu dan keterandalannya.

Disamping kebijakan kebijakan pokok di atas, masih ada beberapa permasalahan yang perlu diatasi.

### **1. Cakupan Jaminan Kesehatan Nasional.**

Pendekatan untuk menentukan apakah suatu obat, alat kesehatan atau teknologi tertentu masuk dalam paket jaminan JKN harus di perjelas.

### **2. Pembiayaan dan mekanisme pembayaran untuk obat dan alat kesehatan di pelayanan primer.**

Tidak jelas bagaimana obat akan dibiayai oleh JKN dalam tingkat pelayanan kesehatan primer. Saat ini, tidak ada sistem kesehatan yang memberikan jaminan untuk obat dan alat kesehatan dengan model kapitasi. Berbagai aspek dari sistem pembeayaan yang berlaku saat ini di Indonesia, model pembayaran yang dipakai akan meningkatkan biaya pelayanan, kualitas peresepan yang jelek dan penurunan akses obat. Sehingga, diusulkan untuk mempertimbangkan cara pembayaran yang lain; misalnya modifikasi sistem 'fee for service', daftar obat terbatas (*limited list*) atau daftar obat yang dibiayai.

### **3. Kontrol dan pengendalian rantai suplai**

Semua negara dengan cakupan universal harus melakukan kontrol dan pengendalian jalur suplai dan distribusi obat dan alat kesehatan. Ini mencakup pendaftaran apotik swasta/apotik komunitas yang bisa melakukan klaim pembayaran, pengendalian penambahan harga obat di rantai suplai (*mark up*), dan penegakan aturan perundangan sehubungan dengan dokter yang menjual obat (*dispensing doctor*). Mengembangkan strategi secara bertahap diperlukan untuk memberlakukan pengendalian yang efektif rantai suplai dan komponen komponennya, dan hanya mungkin bila opsi pengendalian sudah dipilih.

### **4. Pastikan peran apotik komunitas/swasta.**

Peran apotik swasta dan komunitas perlu ditentukan secara jelas, saling mendukung, dan hindari tumpang tindih (*overlapping*) untuk menjamin akses terhadap obat dalam masyarakat. Misalnya, kelemahan dalam jalur suplai pemerintah bisa diatasi dengan mengizinkan apotik swasta melakukan peran ini, sehingga angkatan kerja potensial yang lulus pertahun dari 5000 mahasiswa farmasi bisa dipakai untuk mengisi kesenjangan ini, yang sekarang belum terisi. Jumlah apotik yang diberi hak untuk melakukan klaim pembayaran JKN masih jauh dari angka ideal, dan harus ada transparansi dalam memasukkan apotik dalam daftar apotik JKN ini.

### **5. Pemisahan peresepan dan dispensing**

Untuk mendorong peresepan rasional, sangatlah penting untuk menghindari insentif kontra produktif, seperti mengizinkan dokter memberikan obat (menjual) kepada pasien. Ini terutama penting pada keadaan dimana promosi obat oleh pabrik farmasi tidak dikendalikan. Ini merupakan masalah sensitive yang memerlukan konsultasi dengan pemangku kepentingan jika suatu opsi akan diambil.

### **6. Optimalkan penggunaan sumber daya manusia yang tersedia dan kembangkan kapasitas dalam pengelolaan suplai.**

Pelaksanaan JKN merupakan kesempatan untuk meng evaluasi kembali penggunaan peran apoteker yang paling efektif, juga penggunaan sumber daya manusia yang lain, untuk mengalihkan tugas (*task shifting*) dalam rangka meningkatkan status kesehatan (*health outcome*). Misalnya mengizinkan bidan untuk meresepkan dan menggunakan beberapa obat maternal akan dapat meningkatkan kesehatan maternal (*maternal outcome*). Kerja sama dan kemitraan dengan *People That Deliver Partnership*, bisa meningkatkan sumber daya manusia yang sekarang terlibat dalam pengelolaan obat. Sekali lagi, hal ni memerlukan konsultasi secara ekstensif dengan pemangku kepentingan.

### **7. Bangun dan kembangkan infrastruktur untuk mendukung pengelolaan sektor farmasi yang efektif dan efisien.**

Pengelolaan secara efisien sistem suplai obat dan alat kesehatan dalam JKN memerlukan data yang cukup mengenai suplai, konsumsi dan pembelanjaan komoditas ini. Mengembangkan sistem untuk memonitor suplai, konsumsi dan pembelanjaan merupakan prioritas di tingkat nasional, tanpa mengesampingkan tanggung jawab sistem desentralisasi di propinsi dan kabupaten. Bersama dengan infrastruktur IT, diperlukan kapasitas sumberdaya manusia untuk pelaksanaan JKN secara efektif dan efisien, kaitannya dengan suplai obat dan alat kesehatan. Begitu opsi kebijakan sudah ditentukan maka pilihan program dan kegiatan bisa dikembangkan.



## Kualitas dan Keamanan Pelayanan Kesehatan

# Kualitas dan Keamanan Pelayanan Kesehatan

Di Indonesia, perhatian terhadap mutu terfokus pada input sumber daya dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Namun, investasi pada kedua hal tersebut akan sia-sia, serta target untuk meningkatkan *outcome* kesehatan, keamanan atau kepuasan masyarakat akan terancam pencapaiannya jika permasalahan kualitas pelayanan kesehatan tidak segera diatasi.

Untuk mengurangi sumber daya yang terbuang sia-sia, diperlukan: pendekatan tingkat nasional, adopsi standar klinis berbasis bukti, *sharing* indikator kinerja yang reliabel, dan menyelaraskan insentif untuk peningkatan dan pengintegrasian sistem yang sudah ada antara pemerintah dan organisasi non-pemerintah, termasuk BPJS.

## Tantangan

### 1. Tidak adanya visi maupun kerangka nasional yang koheren mengenai kualitas dan keamanan

Fokus sebelumnya lebih condong pada meningkatkan input sumber daya dan akses pada fasilitas pelayanan kesehatan. Perhatian harus dialihkan pada kegiatan promosi dan penghargaan atas kinerja yang baik, pendayagunaan sumber daya yang sudah ada dan pengintegrasian sistem yang berlaku dalam suatu kerangka kerjasama nasional yang terintegrasi.

### 2. Insentif terhadap kemajuan/peningkatan masih kurang jelas, membingungkan atau tidak tersedia

Adopsi best practices dan peningkatan kinerja (dalam hal *outcome* klinis, pengalaman pasien dan keamanan) harus terus dihargai; sebaliknya, ketidakpatuhan terus menerus pada lisensi, akreditasi dan pelaporan data yang wajib tidak boleh diabaikan. Pencanangan JKN memberikan kesempatan yang baik untuk menyelaraskan insentif dengan sistem *reimburse* yang terkait akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan dan untuk standardisasi indikator kinerja numerik. Kementerian Kesehatan, BPJS dan KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit) harus bekerja sama untuk penyelarasan standard, persyaratan, informasi dan insentif.

### 3. Peran akreditasi lembaga yang kurang jelas

Adanya kebingungan antara fungsi regulasi dari lisensi, fungsi pengawasan BPRS (Badan Pengawas Rumah Sakit) dan fungsi pengembangan akreditasi. Akreditasi merupakan penilaian kepatuhan terhadap standar yang sudah ada, yang dilakukan oleh pihak ketiga dan terlepas dari pemerintah; akreditasi bukan substitusi dari pengawasan yang lemah atau inefektif, ataupun untuk strategi nasional penjaminan mutu yang koheren.

Lembaga akreditasi nasional untuk rumah sakit, KARS, telah didirikan di dalam Kementerian Kesehatan pada tahun 1995 dan UU rumah sakit tahun 2009 meregulasikan akreditasi wajib pada semua rumah sakit setiap 3 tahun. Pada tahun 2010, Peraturan Menteri menguatkan hal ini dengan mensyaratkan akreditasi pada lisensi rumah sakit. BPRS, yang didirikan pada tahun 2012, dengan mengemban tanggung jawab pada tingkat nasional dan tingkat propinsi. Tanggung jawab untuk lisensi rumah sakit dibagi antara tingkat kabupaten/kota, propinsi dan nasional.

Akreditasi puskesmas sedang disusun oleh BUKD (Bina Upaya Kesehatan Dasar) untuk diimplementasikan pada tingkat pemerintah propinsi. Tidak seperti KARS, program ini tidak selaras dengan legislasi nasional maupun standard internasional terhadap organisasi akreditasi.

Inkonsistensi antara program penilaian eksternal (akreditasi, pengawasan, inspeksi) dan antar lembaga kabupaten/kota, propinsi dan nasional akan menimbulkan *inequality*, inefisiensi dan kebingungan. Kontribusi penilaian eksternal untuk meningkatkan kualitas dan keamanan harus jelas disebutkan dalam dokumen kerangka nasional.

#### 4. Fragmentasi peran dan tanggung jawab

Adanya fragmentasi dan ketidakjelasan peran dan tanggung jawab di dalam Kementerian Kesehatan, dan antar institusi dan lembaga lainnya, seperti:

- a. **Pemerintah daerah:** Dinas Kesehatan Propinsi menjalankan fungsi pengawasan dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengeluarkan lisensi profesional dan bertanggungjawab atas lisensi fasilitas pelayanan kesehatan yang mereka miliki dan jalankan, termasuk juga *provider* swasta pada daerahnya.
- b. **Organisasi profesi:** regulasi profesional kedokteran telah dilembagakan pada tahun 2004 dengan adanya KKI (Konsil Kedokteran Indonesia) dan MKDKI (Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia). Komite kedokteran di tiap rumah sakit bertanggungjawab atas kredensi tahunan seluruh dokternya. MTKI (Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia) telah dicanangkan pada tahun 2011 untuk 23 jenis tenaga kesehatan, tidak termasuk dokter dan apoteker.
- c. **Komisi Kementerian Kesehatan:** sesuai dengan perintah Menteri Kesehatan, komisi-komisi ini telah didirikan untuk mengatasi permasalahan pokok seperti keamanan pasien dan penilaian teknologi, namun tanpa adanya infrastruktur, sumber daya maupun kewenangan yang formal untuk turut ikut serta dalam sistem pelayanan kesehatan di tingkat nasional.
- d. **Entitas nasional lainnya:** lembaga lainnya yang terkait dengan penjaminan mutu termasuk badan sertifikasi ISO, cabang pelayanan kesehatan dari Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI), Palang Merah (PMI) dan Ikatan Dokter Indonesia (IDI), yang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan sebagai mitra dalam formulasi pedoman klinis nasional.

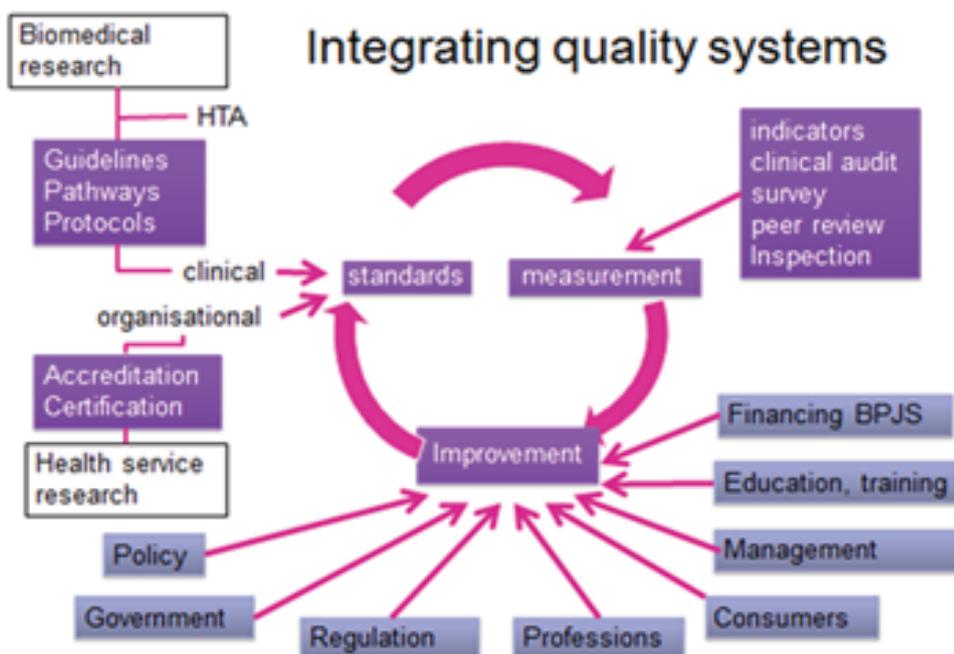
#### 5. Hak pasien yang kurang jelas dan mekanisme yang lemah untuk perlindungan

Hak pasien, dalam hal kelayakan terhadap layanan asuransi kesehatan, ditentukan oleh asuransi itu sendiri, khususnya BPJS. Hak terhadap *informed consent* diregulasikan, namun tidak ada suatu piagam nasional yang menjabarkan, dengan bahasa yang mudah dimengerti, hak pasien untuk pilihan, privasi atau informasi. Suatu pengecualian adalah '*Patient Charter for TB Care*' yang dikeluarkan oleh PAMAL pada tahun 2009.

#### 6. Kurangnya baseline untuk kualitas dan keamanan

Tidak adanya *baseline* yang menjabarkan pencapaian kualitas dan keamanan pada RPJMN yang lalu, dan hanya terjadi sedikit diskusi antar pemangku kepentingan untuk membicarakan langkah apa yang sebaiknya ditempuh. Rekomendasi arah kebijakan adalah untuk memulai suatu konsultasi di Indonesia yang condong ke arah perencanaan koheren, daripada untuk merumuskan penyelesaian masalah hanya dengan berbasis pada pengalaman internasional.

## Sistem mutu yang terintegrasi



## Pilihan Kebijakan dan Rekomendasi Strategi

### 1. Mendirikan suatu *advisory group* nasional untuk kualitas dan keamanan

Mendirikan suatu kelompok penasihat kebijakan nasional yang mewakili seluruh pemangku kepentingan, untuk mengidentifikasi nilai dan dimensi kualitas pelayanan kesehatan yang jelas, dan untuk fokus pada kinerja pada 3 dimensi: efektifitas klinis, keamanan dan kepuasan pasien. Merancang kerangka kualitas pelayanan kesehatan nasional untuk konsultasi, publikasi dan dukungan sebagai dasar perencanaan operasional dan pengembangan sistem penjaminan mutu.

### 2. Identifikasi mekanisme sentral untuk koordinasi dan pembagian sumber daya

Beberapa lembaga pemerintah dan lembaga independen sedang berinvestasi pada komponen sistem penjaminan mutu nasional, seperti pengumpulan data, standard organisasi dan pedoman klinis, namun hanya terdapat sedikit koordinasi atau kesempatan untuk berbagi dan belajar dari pengalaman bersama. Pendirian sebuah Pusat Informasi diperlukan untuk menyelaraskan standard, pengukuran dan peningkatkan, seperti untuk:

- Praktek klinis: HTA (*Health Technology Assessment*/Penilaian Teknologi Kesehatan), pedoman, indikator, alat audit
- Keamanan pasien: pelaporan kejadian, manajemen risiko, sistem keamanan, belajar dari kesalahan
- Manajemen kinerja: pemeriksaan, analisis dan umpan balik dari indikator kinerja yang terstandarisasi; *benchmarking*

- Pelatihan: sistem manajemen kualitas dan risiko, audit klinis, *coding* klinis
- Sumber referensi: protokol dan standard nasional dan internasional (misalnya AGREE untuk pedoman klinis, OECD untuk indikator, WHO untuk keamanan, ISQua untuk akreditasi), pedoman, metode, alat pengukuran dan hasil penemuan

### 3. Pengembangan strategi informasi yang eksplisit

Dasar dari penentuan *pay-for-performance*, *casemix costing*, manajemen risiko, pelaporan masyarakat dan peningkatan kualitas bergantung pada asumsi adanya data yang lengkap, akurat dan tepat waktu dari semua *provider* pada tingkatan pasien sebagai dasar untuk pengumpulan, analisis dan perbandingan.

Kementerian Kesehatan harus mengidentifikasi mitra untuk berkerjasama dalam mengembangkan strategi dan standard nasional yang komprehensif untuk perlindungan data, definisi data, *capture*, *coding* dan manajemen informasi. Hal ini juga harus mengidentifikasi kebutuhan berbagai *user* (misalnya BPJS, Kementerian Kesehatan, dokter dan pengelola) dan bagaimana menyatukan semua dalam suatu sistem yang menyelaraskan sistem yang lalu dan yang baru. Untuk tujuan peningkatan kualitas, hal ini termasuk:

- Konsistensi dengan CPDMS (*Clinical Performance Development and Management System*)
- Sesuainya *coding* klinis pada rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan primer
- Standard dan pengukuran kualitas data; validasi *case-mix grouping*
- Definisi indikator kinerja klinis, manajerial dan finansial pada tingkat lembaga dan tingkat nasional yang konsisten dengan prinsip internasional (misalnya OECD, WHO PATH)
- Pengumpulan, presentasi, *benchmarking* dan umpan balik dari rumah sakit daerah, klinik atau puskesmas.

## Target dan skala waktu untuk pencapaian

Menetapkan target untuk perencanaan dan implementasi harus didasarkan pada *baseline* analisis situasi yang disepakati oleh seluruh pemangku kepentingan, dan semua tanggung jawab telah ditetapkan dan disepakati antara mereka.

# Health Sector Review

## Technical Brief



Australian Government

Department of Foreign Affairs and Trade

Australia Indonesia Partnership  
for Health Systems Strengthening  
(AIPHSS)



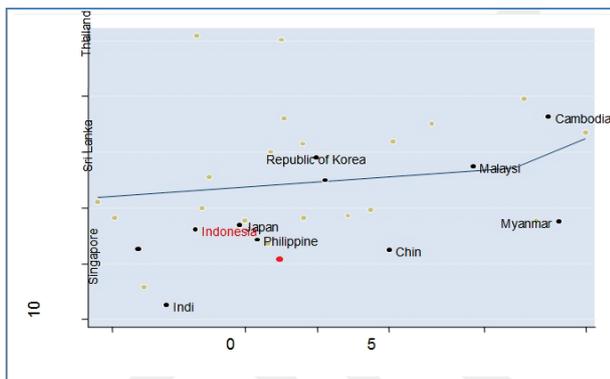


**Menciptakan Ruang  
Fiskal untuk  
Kesehatan di Indonesia:  
9 Ide**

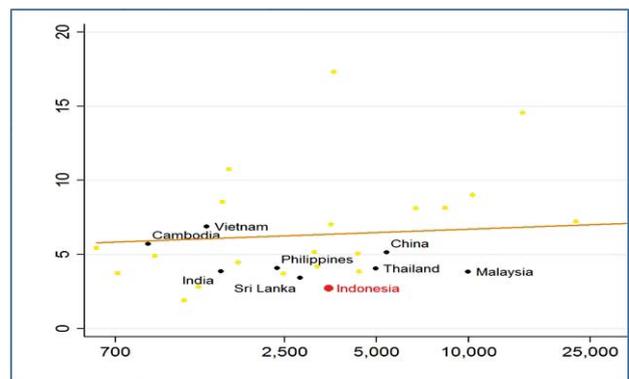
# Menciptakan Ruang Fiskal untuk Kesehatan di Indonesia: 9 Ide

## Masalah Kebijakan

**Pemerintah Indonesia konsisten menjadi pencila global terkait dengan rendahnya belanja kesehatan publik, yaitu kurang dari 2 persen PDB.** Kombinasi belanja kesehatan publik dan swasta jika digabung kurang dari 3 persen PDB. Analisa regresi (di bawah ini) menunjukkan bahwa komitmen Indonesia untuk belanja kesehatan lebih rendah dibandingkan dengan negara-negara lain yang memiliki tingkat pendapatan dan PDB per kapita yang kurang lebih sama.



Gambar 1: Belanja Kesehatan Publik (% Belanja Pemerintah) vs Pendapatan tahun 2011



Gambar 2: Total Belanja Kesehatan (% PDB) vs Pendapatan tahun 2011

Mengapa alokasi pendanaan pemerintah di bidang Kesehatan rendah? Hal ini disebabkan oleh dua hal:

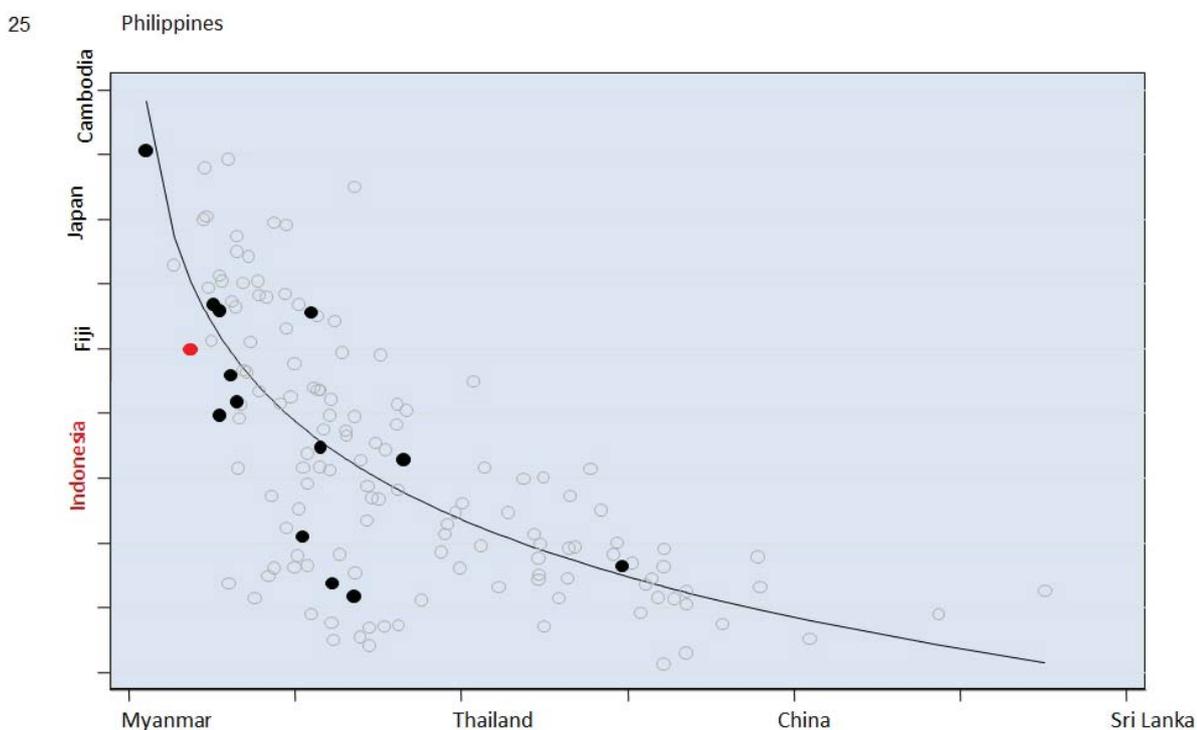
- Pertama, kapasitas fiskal tingkat pusat yang rendah (hanya sekitar 12% PDB yang dialokasikan ke Bendahara Negara, dibandingkan dengan alokasi 30% di Malaysia dan 22% di Cina);
- Kedua, prioritas kesehatan lebih rendah dibandingkan sektor lainnya (Indonesia masuk desil terbawah atau 10 persen negara di dunia yang memberi prioritas rendah dalam hal alokasi dana pemerintah pada sektor kesehatan) (Bank Dunia, 2013).

Alokasi pendanaan sektor kesehatan di pemerintah daerah juga mendapatkan prioritas rendah. Sebagian besar pemerintah daerah tidak mengalokasikan anggaran kesehatan sebesar minimum 10% sebagaimana ketentuan UU Kesehatan No. 36/2009

## Dampak Pada Masyarakat

Pada tataran global, rendahnya pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan memiliki korelasi dengan tingginya pengeluaran kesehatan pribadi (OOP). Indonesiapun tidak terkecualikan. Pengeluaran kesehatan pribadi di Indonesia berada di atas rata-rata bila dibandingkan dengan negara-negara lain (Gambar 3).

Fungsi asuransi dalam hal memberikan perlindungan finansial terjadi ketika cakupan peserta asuransi di Indonesia meningkat. Hal ini ditandai dengan turunnya pengeluaran kesehatan pribadi diantara kelompok tertanggung. Meski demikian, pengeluaran kesehatan pribadi Indonesia masih tetap menjadi beban berat (relatif terhadap kemampuan membayar) bagi penduduk miskin. Proporsi kejadian belanja kesehatan katastrofik masih tinggi (yakni sekitar 1,3% rumah tangga di tingkat nasional pada tahun 2012).



Gambar 3 Pengeluaran Pemerintah di bidang Kesehatan Mengurangi Ketergantungan Pengeluaran Pribadi (Kutzin, 2013)

## Implikasi

**Permintaan terhadap pelayanan kesehatan diprediksi akan meningkat signifikan dalam beberapa tahun mendatang karena kombinasi dari beberapa faktor berikut ini:**

- 1) Pertumbuhan populasi pada tingkat 5 juta per tahun, sekitar sebesar populasi Singapura;

- 2) Populasi yang memasuki lanjut usia, dimana pada tahun 2025, populasi lansia hampir dua kali lipat menjadi sekitar 23 juta jiwa;
- 3) Pergeseran profil penyakit dari penyakit menular (seperti TB) menjadi penyakit tidak menular (seperti diabetes, tekanan darah tinggi, kanker). Kondisi ini memerlukan manajemen penyakit kronis berkelanjutan, bukan satu episode layanan kesehatan. Peningkatan biaya per orang menurut usia dan jenis penyakit prevalensi tinggi seperti stroke dan TB menunjukkan kenaikan sebesar 35% dalam 5 tahun mendatang. Ini merefleksikan perlunya nilai premi dikoreksi dalam lima tahun ke depan, misal dengan menambahkannya 7% per tahun (tidak termasuk inflasi);
- 4) Meningkatnya populasi kelas menengah yang mencapai hampir 100 juta jiwa pada tahun 2015, dimana mereka akan mengharapkan layanan kesehatan yang lebih berkualitas, serta perilaku mencari layanan kesehatan yang lebih agresif;
- 5) Implikasi program asuransi yang akan memberikan peningkatan permintaan terhadap layanan kesehatan. Pada program Jamkesmas, pemanfaatan rawat jalan meningkat 106% dalam 5 tahun dan lebih dari 50% untuk pemanfaatan rawat inap. Skema Kartu Jakarta Sehat menunjukkan peningkatan utilisasi rawat jalan hingga lebih dari 500% hanya dalam 1 tahun saja.

#### **Naiknya permintaan terhadap layanan kesehatan membutuhkan pendanaan lebih tinggi.**

Pada tahun 2014, Kementerian Keuangan sudah menunjukkan komitmen dengan meningkatkan nilai premi PBI hingga 3 kali lipat dibandingkan dengan premi di tahun 2013. Ini merupakan langkah awal yang baik.

## **Sekarang Adalah Waktunya**

Pembiayaan kesehatan tidak dapat dipisahkan dari konteks ekonomi makro negara mengingat dimensi pembiayaan kesehatan terkait dengan sumber-sumber pembiayaan, cakupan asuransi atau jaminan kesehatan dan alokasi sumber-sumber daya.

**Indonesia tercatat sebagai negara dengan pertumbuhan ekonomi cukup pesat.** Rata-rata angka pertumbuhan PDB mencapai 5-6 persen per tahun. IMF memprediksikan bahwa angka pertumbuhan ini stabil hingga 2016/7 (Bank Dunia, 2013). Kondisi defisit rekening yang saat ini terjadi akan berkurang hingga 2,6 persen PDB pada tahun 2014. Kondisi ini tentunya akan memberikan “ruang fiskal” yang lebih besar bagi Indonesia di masa depan.

**Namun, pada saat bersamaan, tingkat angkatan kerja pada sektor informal Indonesia tinggi, diperkirakan mencapai hampir 60% angkatan kerja.** Jika informalisasi bisa diredam, transisi alamiah demografis mungkin berpotensi memberikan “bonus demografis” dalam jangka pendek dengan masuknya pekerja pada usia produktif yang lebih banyak dan mereka patuh membayar pajak.

Ketika Indonesia melampaui batas sebagai negara "Pendapatan-Kelas Menengah", dan berupaya menghindari jebakan “Pendapatan-Kelas Menengah”, Indonesia perlu melakukan investasi yang memadai di bidang Kesehatan. **Indonesia harus melihat perspektif investasi sebagai strategi untuk mencapai produktivitas dan pertumbuhan ekonomi makro.** Hingga

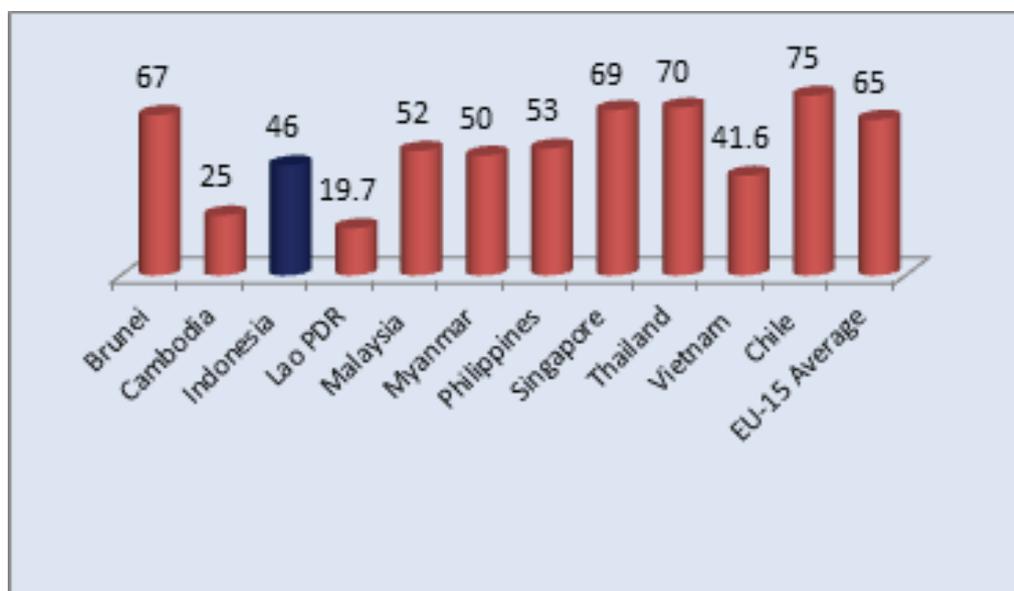
saat ini, sayangnya, pemerintah belum melihat arah hal tersebut. Komisi Lancet tentang "Berinvestasi di Kesehatan" (Jamison, et al., 2013) memberikan perhitungan bahwa pertumbuhan ekonomi hingga sebesar 24% yang dicapai di sejumlah negara dengan pendapatan rendah dan menengah disebabkan oleh membaiknya status kesehatan. Hasil investasi bidang kesehatan memiliki potensi yang signifikan, dan oleh karenanya Komisi ini menyimpulkan bahwa berinvestasi di bidang kesehatan mampu memberikan tingkat pengembalian investasi sebesar 9 hingga 20 kali lipat. Alangkah baiknya bila Presiden dan Menteri Keuangan baru melihat Kesehatan sebagai "investasi", bukan beban belanja, yang diperlukan untuk masa depan agar status kesehatan penduduk, produktivitas (pada tingkat mikro), dan pertumbuhan PDB (pada tingkat makro) semakin membaik.

## Pilihan Kebijakan: Bagaimana Memperoleh Pendanaan lebih besar?

Analisa ruang fiskal menunjukkan bahwa sumber-sumber pendanaan baru dapat digali melalui beberapa pilihan berikut ini:

- 1) **Memberlakukan pajak (cukai) rokok baru** yang dapat ditingkatkan setiap tahunnya selama 5 tahun ke depan, dan memanfaatkan pendapatan cukai rokok untuk mendanai Kesehatan. Terlepas apakah pendapatan cukai rokok diperuntukkan bagi Kesehatan atau tidak, pilihan kebijakan meningkatkan pajak rokok akan meningkatkan pendapatan, menurunkan prevalensi perokok, menghemat biaya layanan kesehatan, dan meningkatkan produktivitas para pekerja;
- 2) **Menaikkan sedikit PPN** yang ada pada saat ini, misal, sebesar 1%.
- 3) **Tetap memberlakukan kebijakan pengurangan subsidi energi, listrik, dan bahan bakar.** Nilai subsidi bahan bakar saja setara \$32 miliar di awal 2013 dan sekitar \$20 miliar pada awal 2014;
- 4) **Menghilangkan kebijakan batas maksimal Pendapatan Tidak Kena Pajak (PTKP) pada kelompok PNS maupun karyawan dan pemberi kerja swasta sektor formal.** Premi asuransi kesehatan saat ini dihitung berdasarkan skenario community-rating. Dengan menghilangkan kebijakan batas maksimal PTKP pembayaran premi kelompok formal—merujuk pembelajaran yang diterapkan di banyak negara—pemerintah dapat meningkatkan ekuitas atau kesetaraan dalam pembayaran serta progresivitas pembayaran melalui pemberlakuan pajak pada pekerja dengan tingkat pendapatan yang lebih besar. Strategi ini menghasilkan lebih banyak sumber pendapatan premi baru;
- 5) **Peningkatan premi (persen terhadap penghasilan hingga 2x lipat) untuk PNS.** PNS masih memperoleh manfaat jaminan (baik farmasi dan akomodasi layanan rawat inap sesuai skenario manfaat jaminan yang kini berlaku). PNS di negara manapun memiliki tingkat permintaan yang inelastis, dan mereka akan tetap patuh terhadap pajak. Sementara itu, nilai premi untuk sektor informal (yang belum terjaring dalam program jaminan perlu dijaga pada tingkat sama atau dikurangi). Ini tergantung hasil analisis studi percontohan untuk mencakup mereka (informal) yang belum bergabung dengan program jaminan. Peningkatan pajak pendapatan perlu dihindari pada perusahaan kecil dan menengah untuk meminimalisir dampak negatif bagi mereka yang notabene menjadi mesin penggerak

pertumbuhan ekonomi di masa depan. Dengan demikian, peningkatan premi (persen terhadap pendapatan) dibatasi hanya pada kelompok PNS saja (yakni persen pajak dapat dinaikan 2 kali atau bahkan 3 kali. Opsi ini tidak akan mengorbankan pertumbuhan ekonomi makro).



Gambar 4: Beban Pajak Rokok (% Harga Eceran), 2013

- 6) **Membenahi efisiensi pada sistem kesehatan yang kini ada, serta mengambil langkah-langkah untuk mengurangi korupsi** untuk memberikan ruang fiskal tambahan. Survei Riskeddas (2007) menunjukkan jumlah aktual kesalahan diagnosa per tahun sangat tinggi. Alokasi yang tidak tepat dari sumber daya langka sektor kesehatan juga sangat tinggi. Hasil estimasi untuk seluruh layanan menunjukkan 55% diagnosa belum tepat. Area lain penghematan dapat dilakukan dengan mengurangi biaya pelayanan rumah sakit yang tidak dibutuhkan. Angka estimasi, hasil diskusi terarah dengan kelompok dokter, menyatakan penghematan sebesar 35-40% pada program Kartu Jakarta Sehat (KJS) pada 2013. Studi BPJS yang baru saja dilakukan di Surabaya justru menunjukkan angka di atas 60%.
- 7) **Meningkatkan efisiensi pada belanja farmasi.** Publikasi resmi NHA menunjukkan biaya farmasi mencapai 33%, namun perhitungan terpisah dari laporan (misal HSR 2014) menunjukkan proporsi pengeluaran farmasi (secara keseluruhan) lebih tinggi, yakni mencapai 44%. Bandingkan dengan angka serupa di negara maju (OECD) yang hanya 10-20% dari total belanja kesehatan. Beberapa laporan studi dari Dunlop (2013) menunjukkan, sebagai contoh, sebanyak 42% resep antibiotik yang diberikan di dua rumah sakit sejatinya tidak perlu diberikan.
- 8) **Peningkatan efisiensi dapat juga dilakukan dengan mengurangi atau menghentikan praktek penyuapan dan korupsi.** Indonesian Corruption Watch menemukan bahwa sektor kesehatan Indonesia mengalami kerugian sebesar Rp. 466 Miliar sejak tahun 2009 hingga 2013 sebagai akibat dari praktek penyuapan dan korupsi, termasuk memanfaatkan anggaran untuk kampanye politik, pengadaan obat dan alkes yang tidak tepat, memenuhi komite pengadaan dengan kandidat yang disukai, menambahkan anggaran untuk

konstruksi dan renovasi bangunan, dan kontrak Kemenkes untuk penelitian dan bentuk jasa lain. Banten dan Sumatera Utara tercatat sebagai dua propinsi dengan catatan terburuk pada tahun lalu (Halim, 2014).

- 9) **Membenahi alokasi belanja kesehatan pemerintah dalam “skema” BPJS Kesehatan.** Ini merupakan bentuk pendanaan publik kesehatan yang pro masyarakat miskin (Tandon, 2007). Sebagai contoh, alokasi untuk layanan kesehatan dasar dapat ditingkatkan menjadi 20-30% dari total pendapatan premi BPJS Kesehatan di beberapa tahun mendatang, dengan penyesuaian penambahan bagi masyarakat miskin dan di area-area yang masih kurang layanan, sehingga mendorong terciptanya layanan kesehatan pada jenis penyakit tidak menular dan jenis manajemen layanan lain yang lebih efektif biaya. Yang penting adalah kapan dan bagaimana dana pemerintah untuk bidang kesehatan dikeluarkan, bukan hanya berapa banyak jumlah dana yang dikeluarkan.

## Rekomendasi Kebijakan

**Setiap opsi diatas perlu dianalisa untuk kesinambungan pendanaan, kemudahan administratif, dampak pada pertumbuhan ekonomi makro, koordinasi dengan reformasi kebijakan lain, dan dampak pada status kesehatan penduduk.** Sebagai contoh, Kementerian Keuangan dan Bank Dunia sedang mendalami cara untuk mengurangi subsidi secara perlahan dan meningkatkan pajak rokok. Sebuah strategi untuk menciptakan ruang fiskal dari tahun ke tahun kemudian dapat tercipta dan terjalin dengan baik.



**Apakah rakyat miskin  
diuntungkan oleh  
pembiayaan kesehatan  
di Indonesia?**

# Apakah rakyat miskin diuntungkan oleh pembiayaan kesehatan di Indonesia?

## PESAN-PESAN POKOK

- Di Indonesia, pengeluaran pribadi belum berkurang proporsinya dalam total pengeluaran kesehatan secara signifikan akibat peningkatan pemanfaatan pelayanan rumah sakit dan tambahan biaya yang resmi maupun tak resmi masih dibebankan pada pasien. Ini memiliki dampak yang lebih besar pada rakyat miskin dibandingkan dengan yang kaya, dan juga menjadi hambatan terhadap penggunaan layanan kesehatan sesuai kebutuhan.
- Pelayanan kesehatan pada rumah sakit menguntungkan rakyat yang lebih kaya dan yang tinggal di daerah padat penduduk dibandingkan dengan rakyat miskin dan rakyat yang tinggal di pedesaan. Pengeluaran pemerintah untuk pelayanan rumah sakit meningkat secara tidak proporsional dibandingkan dengan pengeluaran untuk pelayanan kesehatan primer dan proporsi pengeluaran pelayanan kesehatan yang menguntungkan rakyat miskin juga menjadi semakin berkurang. Ditemukan resiko-resiko signifikan dari peningkatan biaya dan pengeluaran yang terus terjadi pada pelayanan rumah sakit di Indonesia di bawah program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Tanpa pengawasan yang ketat, serta struktur pembiayaan kesehatan yang memadai, manfaat jaminan kesehatan nasional tidak akan mencakup penduduk yang miskin dan rawan, seperti yang diharapkan.
- Penyesuaian akan kebutuhan pelayanan kesehatan serta biaya penyediaan pelayanan kesehatan, seperti jarak ke rumah sakit yang dibutuhkan, memungkinkan investasi pada layanan-layanan untuk meningkatkan akses dan dengan demikian pemanfaatan pelayanan kesehatan di daerah pedesaan dan daerah yang lebih miskin, serta mengurangi inekuitas.

## Tantangan kebijakan

**Pengeluaran pribadi masih tinggi dan terus merugikan rakyat miskin. Hambatan geografis dan hambatan biaya mengakibatkan keterbatasan akses terhadap pelayanan rumah sakit dan resiko pemiskinan yang lebih besar ketika menggunakan pelayanan tersebut.**

**Pengeluaran pribadi untuk pembiayaan kesehatan telah sedikit menurun di Indonesia, tetapi tidak sebanyak yang diharapkan dengan meningkatnya cakupan asuransi kesehatan.** Pada tahun 2005, rumah tangga Indonesia mengeluarkan rata-rata 3,5% dari pendapatan mereka untuk pelayanan kesehatan<sup>1</sup>. Pada tahun 2007, angka ini menurun menjadi 2,05% dari total proporsi dalam pengeluaran rumah tangga (bukan pendapatan) tetapi naik lagi menjadi 2,13% pada tahun 2012<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Bank Dunia (2008). *Investing in Indonesia's Health: Challenges and Opportunities for Future Public Spending, Health Public Expenditure Review*, Washington, D.C

<sup>2</sup> Perhitungan penulis dari Susenas 2007 dan 2012

Pengeluaran pribadi tetap regresif di mana rumah tangga yang lebih miskin membayar proporsi yang lebih besar dari kapasitas pembayaran mereka (pengeluaran rumah tangga setelah pengeluaran penghidupan yang dibutuhkan) (Tabel 1).

Akan tetapi, telah terjadi pengurangan beban bagi rumah tangga yang lebih miskin dengan adanya perlindungan finansial yang lebih baik antara tahun 2007 dan 2012. Tabel 1 menunjukkan bahwa penurunan pengeluaran pribadi telah melebihi 1% sebagai persentase kapasitas rakyat miskin membayar dibandingkan dengan penurunan kecil untuk kuintil yang lebih tinggi (peningkatan kecil bagi penduduk yang kaya ditentukan oleh sebagian rumah tangga dengan pengeluaran besar untuk pelayanan kesehatan rumah sakit swasta).

Kuintil (dari pengeluaran per kapita disetarakan)	2007	2012	Perubahan
Kuintil 1 (termiskin)	4,98%	3,89%	-1,09%
Kuintil 2	4,71%	3,69%	-1,02%
Kuintil 3	4,32%	3,63%	-0,69%
Kuintil 4	3,98%	3,45%	-0,53%
Kuintil 5 (terkaya)	3,80%	4,25%	+0,45%
Rata-rata Indonesia	4,36%	3,78%	-0,58%

Tabel 1: Perbandingan pengeluaran pribadi untuk pelayanan kesehatan sebagai proporsi terhadap kapasitas membayar per kuintil – Indonesia 2007 – 2012 (Susenas, 2007 & 2012)

Meskipun meningkatnya perlindungan finansial untuk kesehatan bagi rakyat miskin seharusnya berkontribusi pada kondisi ini, pemanfaatan pelayanan rumah sakit yang lebih rendah oleh rakyat miskin juga memainkan peran yang signifikan.

**Biaya rumah sakit adalah kontributor terbesar untuk pengeluaran pribadi untuk kesehatan dan merupakan penyebab utama dari pemiskinan terkait biaya kesehatan.** Pelayanan kesehatan di rumah sakit lebih banyak dimanfaatkan oleh rakyat yang lebih kaya dan memiliki akses geografis yang lebih mudah. Hanya 1,2% dari rakyat Indonesia di kuintil termiskin membayar pelayanan kesehatan rumah sakit pada tahun 2012 dibandingkan dengan 10,8% di kuintil terkaya.

Gambar 1a dan 1b menunjukkan pembagian pengeluaran pribadi terkait kesehatan per kuintil. Sejumlah poin menarik muncul dari bagan-bagan ini:

- Lebih banyak pengeluaran pribadi untuk biaya rumah sakit dan praktek dokter swasta bagi kuintil yang lebih kaya.
- Proporsi lebih tinggi dari pengeluaran pribadi pada rakyat miskin adalah untuk pengobatan mandiri dengan obat-obat yang dijual bebas.
- Pembayaran untuk pelayanan KB lebih konsisten antar kuintil-kuintil, mungkin hasil cerminan dari persepsi kebutuhannya. Maka, ini berdampak lebih besar pada rumah tangga yang lebih miskin.

- Rumah tangga yang miskin cenderung memiliki proporsi lebih tinggi terhadap pengeluaran kesehatan pribadi untuk pelayanan bidan/perawat swasta akibat kemudahan mencapai lokasi dan jam praktek.

### **Pembayaran biaya rumah sakit dan pengeluaran kesehatan katastrofik**

**Pengeluaran pelayanan kesehatan katastrofik paling umum terjadi pada yang menggunakan pelayanan kesehatan rumah sakit.** Pengeluaran kesehatan katastrofik (ketika pengeluaran layanan kesehatan lebih dari 40% kemampuan pengeluaran rumah tangga, yaitu pengeluaran tidak termasuk pengeluaran penghidupan) telah meningkat sedikit menjadi 1,3% rumah tangga pada tahun 2012 dari 1,2% pada tahun 2006.

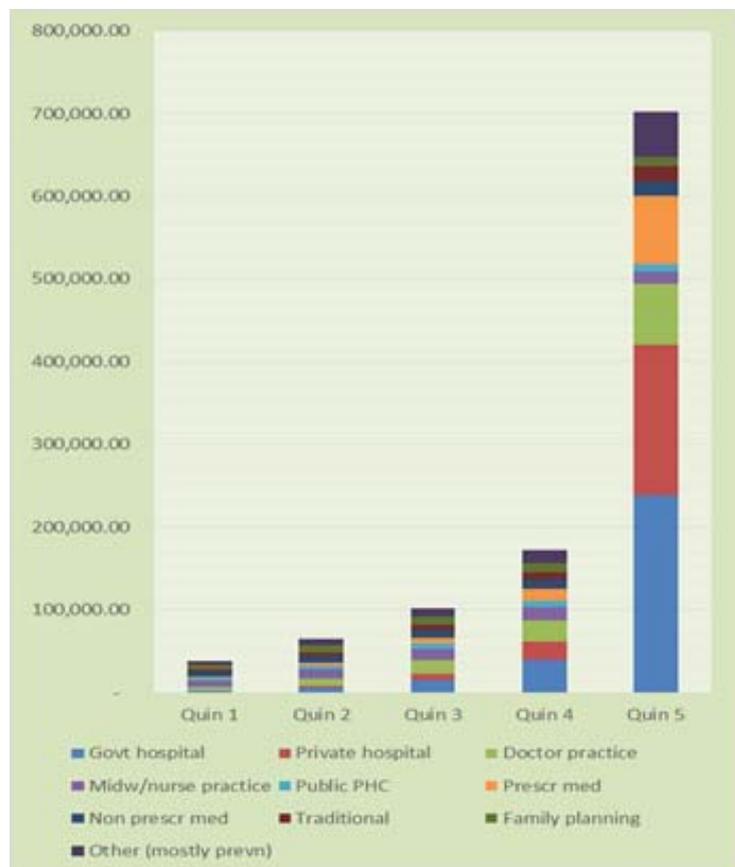
Peningkatan pemanfaatan rumah sakit adalah penyebab utama atas peningkatan ini. Lebih dari 19% rakyat Indonesia yang membayar pelayanan kesehatan rumah sakit mengalami pengeluaran kesehatan katastrofik pada tahun 2012 dibandingkan dengan 0,3% yang tidak mengalaminya.

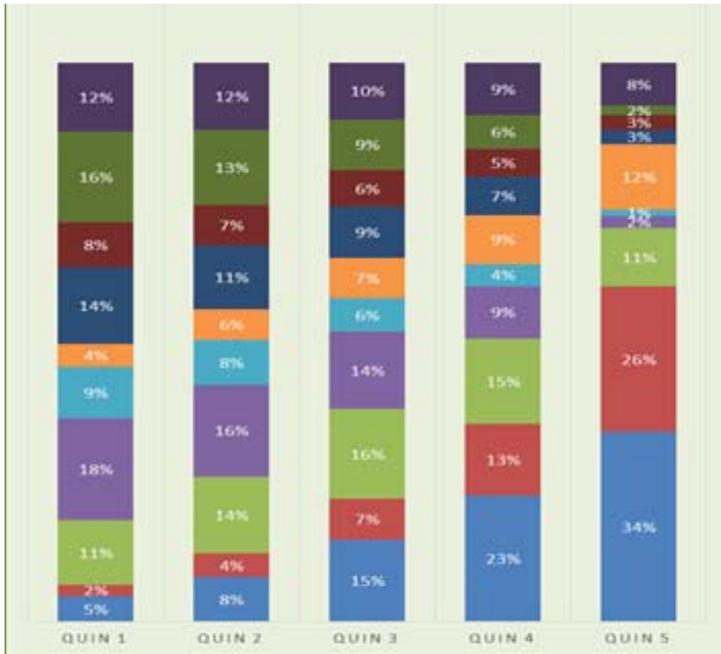
Pemanfaatan rumah sakit, yang terutama ditentukan oleh akses finansial dan geografis, menentukan pola pengeluaran katastrofik baik per kuintil (lebih umum di kuintil yang lebih kaya) dan per provinsi (dengan pembayaran katastrofik lebih umum di provinsi yang lebih padat penduduk dengan akses lebih mudah ke rumah sakit).

Akan tetapi, analisis pengeluaran pribadi tidak menunjukkan seluruh gambaran ekuiti, karena analisis ini hanya membahas biaya yang dibayarkan saat pelayanan kesehatan benar-benar dimanfaatkan. Rakyat Indonesia yang lebih miskin bisa jadi menunjukkan pengeluaran pribadi yang lebih rendah karena adanya biaya ini sejak awal sudah menjadi hambatan bagi pemanfaatan layanan tersebut.

Ditemukan berbagai bukti di Indonesia untuk mendukung hal ini. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 mencatat biaya sebagai alasan paling umum bagi kaum wanita untuk tidak mencari perawatan ketika membutuhkannya. Ini menjadi hambatan yang jauh lebih besar bagi wanita di kuintil termiskin (46%) dibandingkan dengan kuintil terkaya (hanya 10%).

Studi terhadap perilaku mencari pelayanan kesehatan bagi rumah tangga miskin di 14 kabupaten/kota di Jawa Timur dan NTT menegaskan hal ini, menunjukkan bahwa ancaman adanya pengeluaran pribadi tambahan yang merupakan salah satu hambatan terbesar untuk pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi rakyat miskin. Telah





Gambar 1a & 1b Pembagian pengeluaran pribadi per jenis layanan dan kuintil (Susenas 2012)

ditemukan bahwa 40 % dari rumah tangga cenderung tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan ketika dikenakan biaya antara Rp 2.000 sampai dengan Rp 20.000, dan 70% jika pembayarannya antara Rp 20.000 dan Rp 200.000.

Namun, sejumlah rumah tangga menegaskan bahwa mereka pernah diminta membayar biaya tambahan pada fasilitas kesehatan pemerintah, meski lebih dari 80% dari mereka terdaftar dalam suatu asuransi kesehatan (90% darinya Jamkesmas). Ketika menggunakan pelayanan rawat inap rumah sakit pemerintah, misalnya, meski 40% rumah tangga miskin di Jawa Timur dan NTT tidak perlu membayar, hampir seperempat (21%) membayar lebih dari Rp 1 juta. Untungnya, keadaan ini lebih baik dialami oleh

pemegang kartu Jamkesmas, itu pun masih ada 13% yang membayar lebih dari Rp 1 juta, yang menunjukkan bahwa cakupan tidak seefektif yang diharapkan. Biaya pelayanan kesehatan jauh lebih rendah di fasilitas kesehatan primer, sehingga lebih dari tiga perempat responden dari rumah tangga miskin yang disurvei di NTT dan Jawa Timur menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan primer, terutama Puskesmas dan Poskesdes/Polindes.

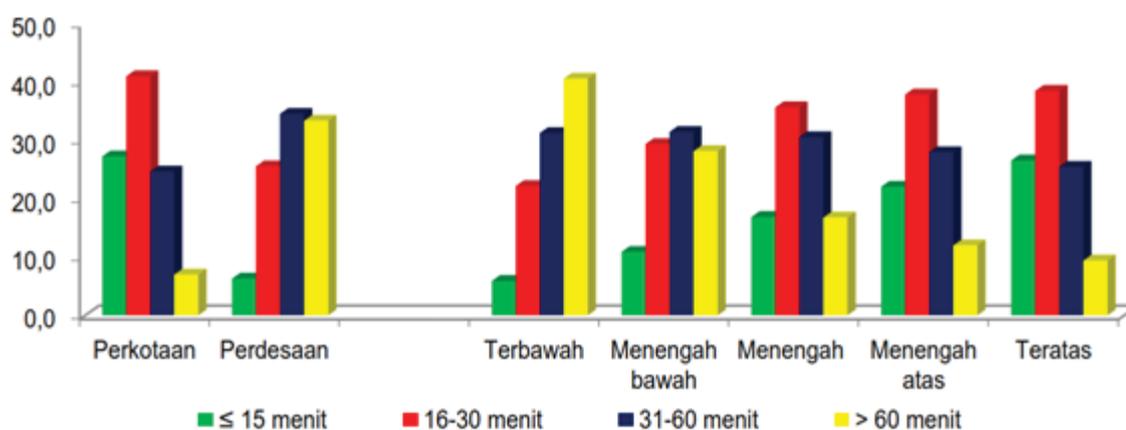
Dari semua fasilitas, lebih dari dua pertiga rumah tangga menyatakan bahwa mereka tidak mengetahui alasan untuk biaya tambahan tersebut. Ketika mereka dijelaskan alasan-alasannya, umumnya adalah untuk obat-obatan yang diberikan provider beserta dengan biaya administratif dan suntikan. Bagi peserta Jamkesmas, pengetahuan mereka mengenai biaya tambahan yang masih perlu ditanggung di luar cakupan asuransinya baik, namun pengetahuan mengenai pelayanan rumah sakit itu sendiri masih kurang. Sekitar 20% dari rumah tangga terkadang memutuskan untuk tidak menggunakan fasilitas Jamkesmas mereka karena mereka menganggap mereka akan diperlakukan lebih buruk (sikap staf, obat yang diberikan, dan waktu tunggu lebih lama).

### ***Pengeluaran kesehatan pemerintah lebih terfokus pada pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memberi keuntungan yang lebih sedikit bagi rakyat miskin***

Pada tahun 2006, Bank Dunia memperkirakan bahwa subsidi untuk rumah sakit mencakup sekitar 40 persen dari pengeluaran kesehatan secara keseluruhan, mencatat bahwa ini menguntungkan kuintil ekonomi yang lebih kaya (kuintil pendapatan tertinggi menerima 38% pengeluaran umum ini, dibandingkan dengan 13% di kuintil pendapatan terendah), karena rakyat miskin memiliki akses yang relatif rendah terhadap pelayanan rumah sakit (Bank Dunia, hal. 61, 2008). Lebih dari itu, inekuitas ini sudah lama berlangsung; dari data Susenas, Bank Dunia menemukan sedikit perubahan antara tahun 1985 dan 2005.

Pengeluaran rumah sakit terdiri dari 49% total pengeluaran kesehatan dan 50% pengeluaran kesehatan pemerintah di Indonesia pada tahun 2011 menurut data akun kesehatan nasional (NHA). Menggunakan angka-angka pemanfaatan fasilitas kesehatan per kuintil dan rata - rata biaya masuk rumah sakit serta kunjungan rawat jalan dari survei biaya fasilitas tahun 2012, total pengeluaran oleh rumah sakit antara 18% dan 22% nilainya diterima oleh 40% rakyat termiskin di Indonesia, menunjukkan sifat regresif dari pengeluaran rumah sakit (di mana 40% pengeluaran kembali kepada 40% termiskin dianggap sebagai ekuitas – meski diharapkan bahwa pengeluaran pemerintah lebih progresif dari ini).

Pemanfaatan rumah sakit yang lebih rendah bagi rakyat miskin belum tentu merupakan inekuitas yang mudah dijumpai. Gambar 2 di atas, diambil dari survei Riskesdas tahun 2013, menunjukkan akses geografis terhadap pelayanan rumah sakit jauh lebih mudah bagi rakyat yang lebih kaya dibandingkan dengan kuintil yang lebih miskin, di mana lebih dari 40% rakyat di kuintil termiskin harus menghabiskan lebih dari satu jam waktu tempuh ke rumah sakit terdekat dibandingkan kurang dari 10% di kuintil terkaya.



Gambar 2 Waktu tempuh ke rumah sakit dari tempat tinggal pedesaan dan perkotaan dan per kuintil di Indonesia (Riskesdas, 2013, NIHRD, MoH)

## Implikasi kebijakan

### ***Keuntungan dari JKN belum tentu melindungi rakyat miskin dan rawan sebagaimana diharapkan dan/atau dapat menguntungkan rakyat lebih kaya***

**Pengeluaran rumah sakit tinggi yang berlanjut di bawah skema asuransi kesehatan nasional dapat menyebabkan inekuitas yang lebih besar dari manfaat yang diterima.** Ini berlawanan dengan tujuan kebijakan untuk meningkatkan akses, pemanfaatan layanan, dan peningkatan derajat kesehatan bagi rakyat miskin dengan adanya Kartu Indonesia Sehat. Pelayanan kesehatan rumah sakit menghabiskan sumber daya yang besar dan terus meningkat, yang merupakan proporsi besar pengeluaran kesehatan pemerintah Indonesia. Rakyat miskin lebih sedikit memanfaatkan rumah sakit dibandingkan dengan rakyat yang lebih kaya akibat akses geografis dan finansial yang lebih rendah. Pengeluaran rumah sakit yang tinggi dan tidak proporsional dengan JKN akan menyisihkan alokasi pelayanan kesehatan primer yang lebih banyak dimanfaatkan oleh warga yang miskin di daerah pedesaan dan daerah terpencil, dan hasilnya adalah keuntungan bagi rakyat yang lebih kaya dibandingkan dengan rakyat miskin.

Indonesia akan dinilai kesuksesan skema kesehatan nasional berdasarkan langkah dalam mengatasi inekuitas pada berbagai luaran kesehatan nasional. Ekuitas, bersama dengan biaya dan efisiensi dari sistem kesehatan Indonesia rentan dengan adanya dominasi berkelanjutan dari pengeluaran terhadap pelayanan kesehatan rumah sakit.

**Jika tambahan biaya resmi dan tidak resmi tetap ada, ini menjadi hambatan penggunaan pelayanan kesehatan oleh rakyat miskin.** Ditemukan bukti signifikan dari biaya tambahan yang dikenakan fasilitas kesehatan bahkan bagi yang terdaftar dalam asuransi kesehatan. Tambahan biaya ini adalah hambatan bagi pemanfaatan pelayanan kesehatan yang seringkali dibutuhkan oleh rakyat miskin. Jika penagihan atas tambahan biaya ini tidak bisa dikurangi, memiliki kepesertaan asuransi kesehatan menjadi kurang sesuai sebagai perlindungan finansial guna mendukung cakupan pelayanan kesehatan bagi rakyat miskin. Selain pembayaran pribadi akibat akses rendah terhadap pelayanan, ketergantungan pada pengobatan mandiri dan biaya tambahan pada berbagai fasilitas terus memberi beban yang secara proporsional lebih besar pada rumah tangga miskin.

**Inekuitas akses geografis dapat menjadi inekuitas pada manfaat dari cakupan asuransi kesehatan nasional kecuali penyesuaian pembayaran dibuat untuk investasi pada pelayanan yang sesuai.** Keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan menentukan pemanfaatannya. Jika pembiayaan kesehatan yang diberikan kepada tingkat fasilitas kesehatan kabupaten/kota dan provinsi hanya didasarkan pada pemanfaatan aktual dan populasi yang memanfaatkannya, daerah pedesaan dan daerah miskin akan dirugikan jika dibandingkan dengan daerah yang lebih padat penduduk, yang memiliki fasilitas kesehatan lebih banyak dan akses yang geografis yang lebih mudah. Hal ini terjadi pada tingkat fasilitas kesehatan primer dan sekunder sehingga terjadi inekuitas pembiayaan kesehatan. Penyesuaian pada daerah keterpencilan (termasuk jarak ke rumah sakit terdekat), kemiskinan, dan kepadatan penduduk juga kekurangan dan kebutuhan pelayanan kesehatan diperlukan dalam perhitungan provider dan pembayaran daerah (lihat pilihan kebijakan).

## Pilihan kebijakan

***Investasi lebih besar dalam pelayanan kesehatan primer, formulasi mekanisme rujukan yang efektif, struktur, dan mekanisme pembiayaan yang mendorong ekuitas dan penagihan biaya tambahan pada tingkat pelayanan adalah beberapa cara mendukung ekuitas pembiayaan kesehatan di Indonesia***

**Investasi lebih besar pada pelayanan kesehatan primer akan mendorong ekuitas.** Dengan peningkatan pemanfaatan pelayanan primer oleh rakyat yang lebih miskin dan tinggal di daerah terpencil, investasi ini tidak hanya baik dalam pengendalian biaya dan efisiensi sistem kesehatan tetapi juga mendorong ekuitas. Kesehatan masyarakat dan fasilitas pelayanan kesehatan primer, disesuaikan dengan standar pelayanan minimum yang baru, harus bisa didefinisikan dengan jelas serta dianggarkan. Pembiayaan untuk pelayanan kesehatan dasar harus dihitung, diprioritaskan, dan dialokasikan atas dasar kesehatan masyarakat dan fasilitas pelayanan kesehatan primer yang menggunakan SPM, daripada pembiayaan berdasarkan “sisa” setelah alokasi pembiayaan pelayanan kesehatan rumah sakit. Alokasi dana kesehatan yang lebih besar untuk daerah pedesaan dan daerah miskin harus ada untuk mencakup investasi finansial yang diperlukan untuk menjangkau pelayanan kesehatan lebih besar dan

pada fasilitas pelayanan kesehatan pada populasi yang membutuhkan. *Performance Financing* untuk mendorong pelayanan kesehatan primer yang efektif harus pula dipertimbangkan dalam jangka pendek dan menengah (lihat *policy brief* terpisah).

**Mekanisme rujukan yang efektif dengan insentif finansial yang sesuai** perlu diterapkan untuk menyediakan ekuitas lebih baik dalam akses pelayanan rumah sakit. Bahkan melalui sistem rujukan, rakyat miskin dan tinggal di desa terpencil akan tetap sulit menggunakan pelayanan rumah sakit yang disebabkan oleh faktor geografis dan tambahan biaya yang mungkin akan dikenakan di rumah sakit. Permasalahan kesulitan transportasi sering tidak tercakup dalam cakupan asuransi kesehatan. Struktur pembiayaan skema asuransi sebelumnya, seperti Jamkesda dan Jamkesmas, dapat bertentangan dengan sistem rujukan yang efektif karena skema asuransi yang sudah ada hanya mencakup pembayaran kepada fasilitas pelayanan kesehatan yang terakhir yang merawat pasien. Disinsentif muncul untuk pelayanan yang mendahulukan perawatan pasien yang berkualitas, termasuk stabilisasi pasien sebelum pasien tersebut dirujuk, karena fasilitas pelayanan kesehatan primer merasa mereka tidak akan mendapatkan keuntungan finansial dari pelayanan/perawatan tersebut. Investasi lebih besar untuk sistem rujukan yang efektif (transportasi, pembayaran finansial bersama) dibutuhkan di bawah skema KIS. Perkiraan jumlah rujukan pasien dan biaya prarujukan harus dicantumkan dalam paket pelayanan kesehatan primer beserta anggarannya yang memadai. Insentif finansial dan non-finansial dibutuhkan untuk mendorong koordinasi sistem rujukan antara fasilitas pelayanan primer yang memberi rujukan dan rumah sakit yang menjadi rujukan.

**Melembagakan struktur pembiayaan yang memprioritaskan ekuitas dan mendukung perubahan-perubahan di atas adalah sangat penting.** Pembiayaan pelayanan kesehatan dasar dan rumah sakit sebaiknya mencakup penyesuaian lebih baik untuk mendorong ekuitas dalam kesehatan dan pelayanan kesehatan. Penyesuaian diperlukan untuk mengatasi a) adanya perbedaan biaya penyampaian pelayanan kesehatan dan b) kebutuhan lebih besar untuk kesehatan dan pelayanan kesehatan. Untuk penyesuaian biaya, faktor kepadatan penduduk, jarak tempuh ke rumah sakit, dan jarak tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat yang rendah perlu diberi alokasi yang lebih besar agar memungkinkan investasi pelayanan kesehatan yang dapat menanggapi kebutuhan rakyat pedesaan, rakyat daerah terpencil dan rakyat miskin seperti program jangkauan, transportasi pasien, dan kebutuhan rujukan lainnya. Untuk kebutuhan pelayanan kesehatan yang membutuhkan penyesuaian, pemanfaatan *Health Human Development Index* (HHDI) di Indonesia dapat dipertimbangkan bersama dengan angka kematian anak, ketentuan kemiskinan, dan indikator-indikator lainnya. Sudah ada perhitungan HHDI namun belum banyak dimanfaatkan untuk penentuan kebijakan atau provider; harus dinilai lebih lanjut sebelum digunakan sebagai pertimbangan perhitungan pembiayaan.

Untuk memastikan kesempatan terbaik dalam upaya mendorong ekuitas, pembiayaan di setiap tingkat sistem kesehatan harus dipertimbangkan secara bersamaan. Target alokasi keuangan yang disesuaikan berbasis ekuitas harus didefinisikan dan secara bertahap bergerak ke arah pengurangan resiko terhadap penyampaian pelayanan kesehatan dari perubahan besar dan mendadak dalam pembiayaan kesehatan. Hibah desa dapat mencakup perhitungan ekuitas karena perhitungan ekuitas ini akan berperan penting dalam penyediaan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Perhitungan kapitasi pelayanan kesehatan primer harus disesuaikan dengan biaya dan kebutuhan pelayanan kesehatan seperti yang dideskripsikan. Hibah untuk rumah sakit dapat diiringi dengan pembayaran berbasis INA-CBGs untuk menyediakan waktu yang dibutuhkan untuk penyesuaian efisiensi bagi pendekatan pembiayaan yang baru dan

dapat meliputi penyesuaian ekuitas untuk berbagai jenis kebutuhan pelayanan kesehatan dan investasi rujukan. Hibah yang demikian bisa diawasi pengendalian biaya, kerangka waktu dan penyelesaiannya, dan nantinya akan bisa menjadi penawaran terhadap pembayaran INA-CBGs untuk rumah sakit.

Pemantauan dan pengurangan penagihan biaya tambahan pada tingkat fasilitas pelayanan kesehatan – Perubahan yang dibutuhkan dalam otonomi finansial bagi rumah sakit dan Puskesmas tidak boleh mengakibatkan peningkatan tagihan biaya tambahan pada tingkat fasilitas pelayanan kesehatan. Tagihan tambahan untuk pelayanan yang dibutuhkan untuk perawatan esensial tidak boleh ditagih oleh fasilitas pelayanan kesehatan dan provider milik pemerintah di luar cakupan skema kesehatan nasional. Hal ini harus diperkuat dengan pengetahuan peserta asuransi atas hak-hak yang mereka dapatkan dengan memiliki JKN dan pelayanan kesehatan apa yang tidak perlu dikenakan biaya tambahan, termasuk pemantauan berkala (melalui survei masyarakat, penanganan keluhan, dst.) dan diberlakukannya sanksi untuk provider yang menarik biaya tambahan tersebut.

Memastikan ekuitas dipantau sebagai hasil utama kemajuan menuju UHC. Ini harus termasuk cakupan pelayanan kesehatan dan juga perlindungan finansial. Seperti yang disebutkan di di atas, ukuran pengeluaran pribadi, pengeluaran kesehatan katastrofik dan ketentuan perlindungan finansial lainnya hanya berkaitan dengan orang-orang yang telah menggunakan pelayanan. Inekuitas terbesar di Indonesia dikarenakan akses terhadap pelayanan kesehatan, sehingga pemanfaatan pelayanan kesehatan juga tidak optimal. Pemantauan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan dan kualitas pelayanan kesehatan bagi rakyat miskin dan yang tinggal di desa terpencil menjadi penting karena pemantauan ini bisa dijadikan alat ukur kemajuan nyata terhadap UHC, yang berarti seluruh populasi Indonesia memiliki ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan esensial yang sama.

Usaha menuju ekuitas pembiayaan kesehatan harus diiringi oleh intervensi sistem kesehatan untuk ekuitas lainnya seperti ketersediaan sumber daya manusia (distribusi, usaha menuju regulasi praktek ganda, dst.), persediaan medis dan obat-obatan dan infrastruktur serta peralatan.

## REKOMENDASI KEBIJAKAN

- Untuk mendorong ekuitas, investasi pelayanan kesehatan primer harus diprioritaskan di atas pelayanan kesehatan pada rumah sakit melalui pendefinisian dan penganggaran paket pelayanan kesehatan, serta pengalokasian pembiayaan yang memadai, daripada penghitungan dari sisa pendanaan pelayanan kesehatan rumah sakit
- Pembayaran daerah dan provider harus disesuaikan demi ekuitas, terutama atas kebutuhan pelayanan kesehatan yang lebih besar dan biaya penyampaian pelayanannya
- Mekanisme untuk penyediaan biaya transportasi sebagai aspek pelayanan kesehatan harus ditinjau untuk memastikan rakyat Indonesia yang miskin dan yang tinggal di daerah terpencil memiliki akses yang lebih mudah ke pelayanan rumah sakit ketika mereka membutuhkan
- Mekanisme pemantauan dan akuntabilitas harus diterapkan untuk mengurangi penagihan tambahan biaya yang masih terjadi di fasilitas kesehatan pemerintah
- Ekuitas harus diukur sebagai luaran pokok untuk memantau kemajuan ke arah pencapaian UHC dan harus memprioritaskan pengukuran kinerja kesehatan dan pelayanan kesehatan untuk rakyat Indonesia yang rentan dan tidak hanya melihat tren di populasi secara keseluruhan

### Pustaka

Universitas Gadjah Mada, Airlangga, dan Nusa Cendana (2014). *Health Seeking Behaviour Study in East Nusa Tenggara and East Java, Indonesia. Final Report. Health Policy Network. Indonesia.*