



Kertas Kerja

**Pengembangan Kebijakan Bina Upaya Kesehatan
dan Transformasi Upaya Pelayanan Kesehatan
di Indonesia Menuju UNIVERSAL HEALTH COVERAGE 2014**

Strategi Pengembangan Bina Upaya Kesehatan

dr. Chairul Radjab Nasution, Sp.PD, KGEH, FACP, FINASIM, M.Kes

364.132 3
Ind
k

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL
BINA UPAYA KESEHATAN
2012**

KEMENKES RI

Perpustakaan Depkes.-
No. Induk : 374/S-2015
gl. Terima. 10-5-2015
Dapat Dari : H

364.1327
Ind
K

PENGEMBANGAN KEBIJAKAN PEMBINAAN UPAYA KESEHATAN MENUJU *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE* 2014

PENDAHULUAN

WHO telah menyepakati tercapainya *Universal Health Coverage* (UHC) di tahun 2014, dimana UHC merupakan sistem kesehatan yang memastikan setiap warga di dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, yang bermutu dan dibutuhkan, dengan biaya yang terjangkau. Cakupan universal mengandung dua elemen inti: (1) **Akses** dan **Mutu** pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga; dan (2) Perlindungan risiko finansial ketika warga menggunakan pelayanan kesehatan.

Hal ini telah ditindaklanjuti secara serius dengan memperhitungkan kesiapan dalam menyusun suatu kerangka kebijakan pengembangan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan secara berkelanjutan menuju tercapainya UHC 2014 dan mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat. Hal ini telah diterjemahkan dalam kebijakan yang tercantum dalam RPJMN ke II dan secara lebih operasional dalam kebijakan Pembinaan Upaya Kesehatan yang tercantum dalam target indikator capaian Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2010-2014 sebagaimana akan diuraikan di bawah ini. Selain itu perlu diperhatikan berbagai dinamika permasalahan dan tantangan yang dihadapi untuk mencapai target tersebut sekaligus juga upaya-upaya strategis yang telah dilakukan dan akan dikembangkan kedepan. Hal-hal tersebut secara jelas akan diuraikan dalam narasi ini.

TARGET PENCAPAIAN

Untuk memastikan tercapainya *Universal Health Coverage* Pemerintah telah menetapkan tercapainya standar pelayanan minimal (SPM) sebagai kebijakan prioritas yang tercantum dalam RPJMN ke II. SPM ditargetkan tercapai seluruhnya pada tahun 2015.

SPM Pelayanan kesehatan mencakup 16 target indikator yang terbagi dalam 2 jenis pelayanan dasar yakni, pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan rujukan. Dari 16 target tersebut, terdapat **7 target indikator yang harus tuntas di tahun 2015 dan merupakan ruang lingkup yang terkait erat tugas pokok dan fungsi Bina Upaya Kesehatan**, target indikator yang harus dicapai tahun 2015 tersebut antara lain:

- Pelayanan Kesehatan Dasar, dengan indikator capaian:
 - Cakupan kunjungan Ibu hamil 95 % di tahun 2015
 - Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani 80% di tahun 2015
 - Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan 90% di tahun 2015
 - Cakupan pelayanan nifas 90% di tahun 2015
 - Cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin 100% pada tahun 2015.

- Pelayanan Kesehatan Rujukan, dengan indikator :
 - Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin 100% di tahun 2015
 - Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di Kabupaten/Kota 100% di tahun 2015.

Mengacu pada RPJMN Ke II tersebut maka telah ditetapkan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2010-2014, dimana sasaran hasil Program Pembinaan Upaya Kesehatan termasuk layanan Puskesmas dan Rumah Sakit didalamnya adalah meningkatnya upaya kesehatan dasar, rujukan, keperawatan dan keteknisian medik, penunjang medik dan sarana kesehatan, dan kesehatan jiwa. Indikator tercapainya sasaran hasil pada tahun 2014 adalah:

- Jumlah kota di Indonesia yang memiliki RS standar kelas dunia (*world class*) sebanyak 5 kota;
- Jumlah Puskesmas yang menjadi Puskesmas Perawatan di daerah perbatasan dan pulau-pulau kecil terluar berpenduduk sebanyak 96 unit.

Untuk mencapai indikator tersebut maka dilakukan kegiatan:

- **Kegiatan Pembinaan Upaya Kesehatan Dasar**, dengan indikator capaian 2014:
 - Jumlah Puskesmas yang menjadi Puskesmas perawatan di perbatasan dan pulau-pulau kecil terluar berpenduduk sebanyak 96 Puskesmas;
 - Persentase Puskesmas rawat inap yang mampu PONEK sebesar 100%;
- **Kegiatan Pelayanan Kesehatan Dasar bagi Masyarakat Miskin (Jamkesmas)**, dengan indikator capaian 2014:
 - jumlah Puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan dasar bagi penduduk miskin di Puskesmas sebanyak 9.000 Puskesmas.
- **Kegiatan Pembinaan Upaya Kesehatan Rujukan**, dengan indikator capaian 2014:
 - Jumlah kota yang memiliki RS memenuhi standar kelas dunia (world class) sebanyak 5 kota;
 - Persentase RS Kab/Kota yang melaksanakan PONEK sebesar 100%;
 - Persentase RS Pemerintah menyelenggarakan pelayanan rujukan bagi ODHA (Orang dengan HIV dan AIDS) sebesar 100%;
 - Jumlah Kab/Kota yang dilayani oleh RS bergerak di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan Terluar (DTPK) sebanyak 18 RS.
- **Kegiatan Pelayanan Kesehatan Rujukan bagi Masyarakat Miskin (Jamkesmas)**, dengan indikator capaian 2014:
 - Persentase RS yang melayani pasien penduduk miskin peserta program Jaminan Kesehatan Masyarakat sebesar 95%.
- **Kegiatan Pelaksanaan Pengelolaan Pendidikan Tinggi**, dengan indikator capaian 2014:
 - Jumlah RS yang mendapat sarana dan alat bantu pendidikan sebanyak 31 RS.
- **Kegiatan Pembinaan Upaya Keperawatan dan Keteknisian Medik**, dengan indikator capaian 2014:
 - Jumlah Puskesmas yang menerapkan pelayanan keperawatan dan kebidanan sesuai standar dan pedoman sebanyak 791 Puskesmas;

- Jumlah RS yang melaksanakan pelayanan keperawatan dan kebidanan sesuai standar dan pedoman sebanyak 508 Puskesmas;
- Jumlah RS yang melaksanakan pelayanan keteknisian medik dan keterampilan fisik sesuai pedoman sebanyak 189 Puskesmas.
- **Kegiatan Pembinaan Upaya Penunjang Medik dan Sarana Kesehatan**, dengan indikator capaian 2014:
 - Persentase laboratorium kesehatan aktif yang melaksanakan pelayanan sesuai standar sebesar 63%;
 - Persentase RS yang melaksanakan pelayanan radiologi sesuai standar sebesar 65%;
 - Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan (RS dan Puskesmas) sebanyak 594 fasilitas.
- **Kegiatan Pembinaan Upaya Kesehatan Jiwa**, dengan indicator capaian 2014:
 - Persentase RSJ yang memberikan layanan subspecialis dasar dan Napza sesuai pedoman sebesar 100 %;
 - Persentase RSUD Kab/Kota yang memberikan layanan kesehatan jiwa dasar termasuk Napza sebesar 50 %.
 - Persentase Puskesmas yang memberikan layanan kesehatan jiwa dasar dan kesehatan jiwa masyarakat sebesar 40 %.
- **Kegiatan Peningkatan dan Pengawasan Rumah Sakit Indonesia**, dengan indikator capaian 2014:
 - persentase rumah sakit yang dilakukan pengawasan sebesar 33%.
- **Kegiatan Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Upaya Kesehatan**, dengan indicator capaian 2014:
 - Jumlah Unit Pelaksana Teknis (UPT) vertikal yang ditingkatkan sarana dan prasarannya sebanyak 44 UPT;
 - Jumlah rancangan Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria yang disusun sebanyak 200 rancangan.

DINAMIKA PERMASALAHAN DAN TANTANGAN KEDEPAN

Menuju pencapaian *Universal Health Coverage* 2014, telah dilakukan berbagai upaya pembinaan kesehatan secara signifikan. Terkait dengan pembinaan upaya kesehatan dasar, saat ini jumlah Puskesmas telah mencapai sebanyak 9.323, yang terdiri dari 3.019 Puskesmas Perawatan dan 6.304 Puskesmas non Perawatan. Jumlah tempat tidur dari 3.019 Puskesmas Perawatan sebanyak 35.926 TT. Disisi lain untuk jumlah Puskesmas Pembantu (Pustu) telah mencapai 23.059, Posyandu 266.287, Poskesdes 51.996 dan Poskestren 1.040. meski demikian dari kondisi bangunan Puskesmas, berdasarkan *data Rifaskes tahun 2011*, tingkat kerusakan bangunan masih mencapai 36%, yang terdiri dari 2.026 (24%) rusak ringan, 824 (10%) rusak sedang, dan 198 (2%) mengalami rusak berat.

Terkait dengan pelaksanaan pembinaan upaya kesehatan rujukan, secara nasional, jumlah fasilitas pelayanan kesehatan rujukan terus meningkat. Saat ini jumlah rumah sakit di Indonesia berdasarkan data *RS online (update tgl 1 Desember 2012)* sebanyak 2.080 rumah sakit yang terdiri dari 812 RS (39,11%) milik pemerintah, dan 1.264 RS (60,89%) milik swasta. Namun demikian proporsi terbesar keberadaan rumah sakit masih berada di pulau Jawa (50%) dan Sumatera (25%) selain itu masih terdapat kekurangan tempat tidur di beberapa Provinsi.

Saat ini terdapat 168.656 tempat tidur (*cutt off* 1 Januari 2012) dari seluruh rumah sakit di Indonesia. Dengan jumlah penduduk sekitar 237,6 juta (BPS), maka untuk memenuhi rasio optimal 1:1.000 (WHO) diperlukan tambahan 68.985 TT. Memperhatikan variabel disparitas sebaran kekurangan TT, ditambah kondisi geografis yg sulit di Daerah tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan fasilitas pelayanan kesehatan lebih banyak terhambat akibat akses transportasi yang belum mendukung dan masih kurangnya TT kelas III sebanyak 35 ribu TT.

Berdasarkan hal-hal tersebut di atas, Kementerian Kesehatan telah menetapkan bahwa kekurangan tempat tidur yang harus dipenuhi dalam melaksanakan *Universal Coverage* tahun 2014 adalah sebanyak 100.000 TT. Kekurangan tempat tidur nasional sebanyak 100.000 TT yang akan dipenuhi secara bertahap sesuai dengan mekanisme dan sumber pembiayaan yang ada selama 3 tahun (2012, 2013 dan 2014).

Selain itu diperlukan pula pemenuhan kebutuhan layanan kesehatan lainnya dalam rangka menghadapi *Universal Health Coverage* diantaranya adalah kebutuhan pelayanan infrastruktur penunjang seperti ICU, kebutuhan gedung/bangunan, kebutuhan alat kesehatan dan sebagainya.

Perlu disadari bahwa kebutuhan infrastruktur fasyankes di Indonesia sangat tinggi sehingga memerlukan dana yang sangat besar, Untuk itu dibutuhkan perencanaan yang baik sesuai prioritas kebijakan nasional dan dengan strategi pemenuhan secara bertahap. Untuk menghindari ketergantungan yang tinggi terhadap anggaran pusat maupun daerah, saat ini diupayakan pula alternatif pola pembiayaan baik berupa kerjasama dengan pihak swasta melalui mekanisme *Public private partnership* (PPP) maupun melalui partisipasi pihak swasta dan swadana masyarakat.

Selain dari sisi infrastruktur, Kebutuhan tenaga kesehatan juga sangat tinggi. Dari sisi jumlah, baik dokter, bidan maupun perawat pada dasarnya masih memadai, namun distribusi pemerataannya yang menjadi tantangan dimana terjadi ketimpangan yang sangat besar antara daerah urban dan rural khususnya untuk dokter spesialis. Tantangan lainnya adalah sertifikasi tenaga kesehatan yang jumlahnya masih rendah.

Jika dilihat dari sisi disparitas antar wilayah, secara nasional, jumlah fasilitas pelayanan kesehatan terus meningkat namun aksesibilitas masyarakat terutama penduduk miskin di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan masih terbatas. Berdasarkan RPJMN 2010-2015 ditetapkan terdapat 183 kabupaten tertinggal di 27 provinsi, dan ditetapkan 92 Pulau-Pulau kecil terluar yang menjadi titik pangkal penetapan wilayah NKRI serta 34 Pulau-Pulau Kecil Terluar Berpenduduk yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar (data Perpres 78 tahun 2005). Selain itu sebanyak 12 Provinsi, 35 kabupaten/kota, terutama di Kalbar, Kaltim, NTT dan Papua yang berhadapan langsung dengan Negara tetangga (*Cluster IV*).

Saat ini dukungan sarana kesehatan dasar di DTPK hingga tahun 2011 mencakup 24 Rumah Sakit Bergerak, 908 Puskesmas terapung, program *flying healthcare* dan 6737 Puskesmas Keliling Roda empat. Keberadaannya didukung oleh 3908 Ambulans, 46942 kendaraan roda dua.

Sementara untuk memenuhi sarana-prasarana pelayanan kesehatan rujukan pada DTPK telah diadakan rumah sakit bergerak sebanyak 24 RS dan pada tahun 2012 akan diadakan tambahan 10 RS bergerak. Lokasi ke-24 RS tersebut adalah Blankenjeren, Bener Meuriah, Sitaro, Natuna, Lingga, Bengkulu Utara, Malinau, Alor, Talaud, Mamasa, Halmahera Utara, Maluku Tenggara barat, Boven Digoel, Raja Ampat, Anambas, Sanggau, Sintang, Kapuas Hulu, P. Morotai, Halmahera Selatan, Maluku Barat Daya, Gorontalo Utara, Sumba Tengah dan Memberamo Raya. Dan penambahan 10 RS lapangan tahun 2012 di Mesuji, Kutai Barat, Sumba Timur, Banggai, Tojo Una-una, Sarmi, Aceh Barat, Pulau Pantar Alor, Merauke dan Donggala.

Masalah pelayanan kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan menjadi isu strategis yang menjadi prioritas dikarenakan sulitnya akses menuju fasilitas pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan di DTPK menjadi lebih sulit karena keterbatasan akses akibat kondisi geografi dan iklim yang menyebabkan keterbatasan sarana prasarana pelayanan kesehatan maka akses masyarakat ke sarana pelayanan kesehatan rendah, minat tenaga kesehatan rendah, dll. Khususnya di daerah perbatasan dengan negara tetangga terdapat masalah kesehatan yang berhubungan dengan mobilitas penduduk/barang. Hal inilah yang membuat DTPK harus menjadi tantangan sekaligus prioritas pembangunan di bidang kesehatan. **Hal ini sangat urgent dan memerlukan sinergi secara serius antar K/L dan daerah.**

Selain itu perlu dilihat pula dukungan Fasilitas pelayanan kesehatan jiwa dimana pada tahun 2010 terdapat RSJ sebanyak 48 RS dengan 7.771 TT dengan rasio TT per 10.000 penduduk sebesar 0,32 TT atau 1 TT untuk 31.250 penduduk. Empat RSJ dan 1 RSKO dikelola oleh Kementerian Kesehatan RI (2.326 TT), 27 RSJ dikelola oleh Pemerintah Daerah sekitar 4.800 TT dan 16 RSJ swasta sekitar 590 TT. Sebanyak 8 provinsi belum mempunyai RSJ yaitu Banten, Gorontalo, Maluku Utara, Kep. Riau, NTT, Sulbar, Papua Barat, dan Kalimantan Tengah. Perlu dicatat bahwa terjadi kecenderungan peningkatan pelayanan umum (layanan spesialisasi lain/non jiwa) di RSJ yang berdampak kurangnya jumlah tempat tidur serta kurangnya perhatian dalam peningkatan mutu dan pengembangan layanan kesehatan jiwa. **Hal terakhir yang perlu dicatat terkait pelayanan kejiwaan adalah sejauh mana hal ini mendorong terjadinya perubahan fungsi utama RSJ menjadi RSU.**

Tantangan lainnya adalah standarisasi, dimana sistem pelayanan rujukan kesehatan selama ini baik pengiriman pasien maupun pengembalian pasien, dan penetapan rujukan tidak diimplementasikan dengan baik, sehingga terjadi bermacam-macam pola rujukan. Pola yang bermacam-macam tersebut saat ini seringkali tidak sesuai dengan konteks kewilayahan, serta tidak sesuai dengan kondisi dan tantangan yang dihadapi. Pada akhirnya pola rujukan yang tidak teratur seringkali berakibat pada terlambatnya penanganan permasalahan dan pembiayaan.

Seringkali sosialisasi oleh Daerah berjalan kurang optimal khususnya mengenai instrumen teknis yang mengatur mengenai prosedur rujukan pasien ke rumah sakit sehingga masyarakat tidak tahu harus pergi ke mana untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang terbaik dan bermutu. Hal ini amat bergantung pada rendahnya pemahaman baik dari masyarakat maupun tenaga medis itu sendiri. Disisi lain pola hubungan pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta belum terselenggara dengan baik, hal ini menuntut implementasi sistem rujukan RS yang baik. Penyelenggaraan sistem rujukan tidak dilaksanakan secara menyeluruh (*compulsary*) dikarenakan kurangnya penguatan dalam penyelenggaraan standar sistem kesehatan selama ini.

Hal terakhir yang harus diperhatikan adalah mengenai isu pelayanan keperawatan, yang justru selama ini menjadi tulang punggung upaya pelayanan kesehatan. Dalam manajemen rumah sakit khususnya di daerah seringkali keperawatan menjadi inferior dalam pengelolaan Rumah Sakit. Disisi lain keperawatan justru menjadi garda terdepan dalam pelayanan. Lemahnya peran keperawatan ini seringkali disebabkan rendahnya keberpihakan pada peran perawat dalam pengelolaan faskes dengan alasan rendahnya kualitas dan kapasitas perawat. Hal ini harus diperbaiki segera sehingga peran keperawatan dapat dioptimalkan khususnya dalam rangka pencapaian SJSN.

Menyikapi hal-hal tersebut diatas, hingga saat ini telah banyak upaya dilakukan untuk mengatasi permasalahan sekaligus dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan secara prima. Selain itu kedepan pun akan terus dilakukan berbagai pengembangan secara komprehensif agar target indikator yang telah ditetapkan dalam RPJMN ke II maupun Renstra Kementerian Kesehatan 2010-2014 dapat segera

terwujud. Mengacu pada RPJMN Ke II tersebut maka telah ditetapkan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2010-2014 yang memiliki target operasional untuk mewujudkan amanat RPJMN ke II secara komprehensif.

UPAYA-UPAYA YANG SEDANG DILAKUKAN DAN PENGEMBANGANNYA KE DEPAN

a. Peningkatan Jumlah Rawat Inap Fasyankes

Pada saat pelaksanaan *Universal Coverage*, akses masyarakat akan meningkat karena adanya perlindungan biaya sehingga dimungkinkan masyarakat yang membutuhkan pelayanan rawat inap, akan lebih mudah "terjaring" (*insurance effect*), sehingga sangat penting menyiapkan proporsi yang ideal dalam menghadapi *Universal Coverage*.

Saat ini terdapat 168.656 tempat tidur dari seluruh rumah sakit di Indonesia. Dengan jumlah penduduk sekitar 237,6 juta (BPS), maka untuk memenuhi rasio optimal 1:1.000 perlu tambahan 68.985 TT. Memperhatikan variabel disparitas sebaran kekurangan TT, kondisi geografis yg sulit di DTPK (bagi DTPK, pemenuhan fasyankes tidak menggunakan pendekatan rasio tempat tidur terhadap penduduk) akses transportasi belum mendukung dan kekurangan TT kelas III maka perlu koreksi penambahan (+ 35.000).

Berdasarkan hal-hal tersebut di atas, Ditjen Bina Upaya Kesehatan telah menetapkan bahwa kekurangan tempat tidur yang harus dipenuhi dalam melaksanakan *Universal Coverage* tahun 2014 adalah sebanyak 100.000 TT (pembulatan dari 68.985+35.000). Kekurangan tempat tidur nasional sebanyak 100.000 TT yang akan dipenuhi secara bertahap sesuai dengan mekanisme dan sumber pembiayaan yang ada selama 3 tahun (2012, 2013 dan 2014). Alokasi dana kesehatan dapat dipenuhi melalui APBN dan APBD maupun kerjasama pemerintah swasta (KPS).

Dana APBN Ditjen Bina Upaya Kesehatan disalurkan melalui mekanisme dana Tugas pembantuan (TP) baik tingkat Dasar dan Rujukan. Mekanisme APBD melalui dana alokasi khusus (DAK) diarahkan melalui kebijakan menu-menu prioritas nasional dan sesuai dengan kepentingan daerah. Pada tahun 2012 akan dipenuhi

sebanyak 40.000 tempat tidur, tahun 2013 sebanyak 40.000 TT dan tahun 2014 akan dipenuhi 20.000 TT.

Selain itu, peningkatan rawat inap juga terjadi pada Fasyankes yang menyelenggarakan layanan PTRM (Program Terapi Rumatan Methadone) yakni sebanyak 68 unit pelayanan yang terdiri dari 23 RS, 36 Puskesmas, dan 9 lapas/rutan. Fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan layanan rehabilitasi rawat inap atau rawat jalan sejumlah 33 RSJ/RSKO dan 4 RSU.

b. Peningkatan Sarana Prasarana Infrastruktur Fasyankes lainnya

Pendekatan pemenuhan layanan lain dalam rangka menghadapi *Universal Health Coverage* diantaranya adalah kebutuhan pelayanan ICU, kebutuhan gedung/bangunan, kebutuhan alat kesehatan dan sebagainya. Perlu disadari bahwa kebutuhan infrastruktur fasyankes di Indonesia masih cukup minim sehingga memerlukan dana yang sangat besar, sedangkan alokasi sektor kesehatan masih tergolong rendah terhadap APBN bila dibandingkan dengan negara lain. Untuk itu dibutuhkan perencanaan yang baik sesuai prioritas kebijakan nasional dan dengan strategi pemenuhan secara bertahap.

Sejalan dengan itu, agar proses usulan melalui suatu perencanaan yang terstruktur dan sinergis, Ditjen Bina Upaya kesehatan telah mengembangkan suatu sistem perencanaan yang berjenjang dari mulai tingkatan provider kesehatan, dinas kesehatan Kab/Kota dan provinsi. Hasil identifikasi kebutuhan bangunan dan alat bagi rumah sakit dan puskesmas seluruh Indonesia yang berhasil dihimpun melalui mekanisme *E-Planning* tahun 2012 sebesar Rp. 26,5 Trilyun, dengan rincian sebagai berikut :

Usulan tersebut perlu dilakukan kajian dan kelayakan lebih lanjut guna menyusun kebutuhan yang prioritas secara cermat dan bertahap. Kemudian dibagi kembali kedalam sumber pembiayaan yang didanai oleh Pemerintah Pusat dan mana oleh Pemerintah Daerah. Dengan melihat keterbatasan anggaran Pusat, perlu dicarikan alternatif-alternatif pembiayaan maupun kerjasama dengan pihak swasta melalui *Public private partnership* (PPP), swadana masyarakat dan bantuan luar negeri.

c. Peningkatan Peran RS Kab/Kota Melalui Desentralisasi

Untuk dapat mewujudkan roadmap pemenuhan tempat tidur, pemerintah pusat tidak dapat memenuhi kebutuhan tersebut tanpa ada peran/*cost sharing* dari pemerintah daerah sesuai dengan azas desentralisasi dan otonomi daerah. Peran pusat akan mendorong anggaran yang didaerahkan seperti TP dan DAK dengan menu-menu prioritas nasional dan sesuai kebutuhan daerah dalam menghadapi *Universal Coverage*. Untuk itu, perlu dilakukan sosialisasi roadmap pemenuhan tempat tidur agar didapatkan pemahaman dan komitmen yang sama.

Dengan alokasi TP rujukan (rumah sakit) dan TP Dasar (Puskesmas) maka dalam hal ini pemerintah daerah pada dasarnya telah dilibatkan dalam pembangunan infrastruktur. Kebijakan Kementerian Kesehatan adalah mengarahkan agar dana TP Rujukan menunjang pemenuhan fisik/bangunan rumah sakit yang dapat berupa renovasi atau pembangunan gedung baru, pemenuhan tempat tidur dan alat.

Selain itu dengan melibatkan peran daerah secara optimal, Kementerian Kesehatan sebagai kementerian teknis merumuskan kebijakan melalui menu dana alokasi khusus (DAK) Rujukan dan Dasar. DAK adalah salah satu sumber anggaran yang digunakan sebagai salah satu sumber anggaran di RS milik Provinsi/Kabupaten/Kota. Selain DAK, sumber anggaran lain yang digunakan adalah Tugas Pembantuan, dana *multiyears*, dana penguatan infrastruktur dan prasarana daerah yang merupakan bagian dari dana penyesuaian, serta dana lain-lain yang bersifat *ad hoc* dan belum tentu muncul setiap tahunnya.

Khusus untuk DAK bidang Kesehatan, terbagi dalam tiga sub bidang yaitu sub bidang kesehatan dasar (digunakan untuk Puskesmas dan jaringannya), sub bidang obat (untuk pengadaan obat dan perbekalan kesehatan, termasuk pengadaan instalasi farmasi) serta sub bidang kesehatan rujukan (untuk RS milik provinsi/kabupaten/kota). Alokasi DAK Dasar tahun 2012 diprioritaskan kepada pembangunan puskesmas lengkap dengan rumah dinas bagi tenaga medis dan para medis termasuk peralatannya. Sejak tahun 2008 hingga tahun 2012 alokasi DAK untuk kesehatan rujukan terus meningkat, artinya hal ini telah sejalan dengan prinsip desentralisasi bidang kesehatan.

Pelibatan lintas sektor juga dilakukan dalam rangka memperkuat koordinasi pelaksanaan desentralisasi terutama antar kementerian/lembaga yang memiliki kepentingan terkait. Termasuk didalamnya pengkoordinasian berbagai sarana fasyankes yang dimiliki oleh lintas sektor lainnya.

d. Optimalisasi Pencapaian MDGs terkait Upaya Pelayanan Kesehatan

Upaya pencapaian MDGs yang telah mendekati target tahun 2014 telah diupayakan untuk dioptimalisasi salah satunya melalui peningkatan upaya pelayanan kesehatan dasar dan rujukan. Dalam upaya mendukung percepatan pencapaian MDGs melalui pelayanan kesehatan dasar, program diprioritaskan pada peningkatan puskesmas mampu PONEK dan Puskesmas Perawatan di daerah DTPK. Selain itu, juga diarahkan untuk mendukung pembangunan Pos Kesehatan Desa/Pos Pembinaan Terpadu (Poskesdes/Posbindu). Dan salah satu hal penting dalam mendukung target ke-3 MDG dan pengentasan kekurangan gizi bayi adalah mensyaratkan pojok asi di setiap puskesmas.

Khusus untuk rumah sakit, upaya optimalisasi pencapaian MDGs mencakup:

- Peningkatan Pelayanan Program PONEK dan SDM terlatih Program PONEK di RS Kab/Kota
- Pengembangan dan Peningkatan Program RSSIB di Rumah Sakit
- Pengembangan dan Peningkatan Pelayanan KB di Rumah Sakit
- Peningkatan dan Pengembangan RS dengan kesiapan pelayanan TB dengan strategi DOTS dan Surveilans PPI
- Peningkatan Pelayanan HIV/AIDS di RS Rujukan ODHA (Orang dengan HIV/AIDS)

Dengan koordinasi yang telah dilakukan dengan baik selama ini, setidaknya 87,6% Rumah Sakit Pemerintah di Tingkat Kab/Kota telah melaksanakan PONEK (389 RS Kab/Kota dari 444 RS Kab/Kota., selain itu 70% Rumah Sakit Pemerintah di tingkat Kabupaten/Kota menyelenggarakan layanan rujukan bagi ODHA (311 RS dri 444 RS kab/kota). Selain itu, terkait dengan desentralisasi, menu kegiatan DAK Kesehatan Rujukan setiap tahun diharuskan digunakan untuk mendukung tujuan MDGs, terutama nomor 4, 5 dan 6.

e. Memastikan Percepatan Pemenuhan Standar Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan

Tantangan target pencapaian MDG's di bidang kesehatan sampai dengan tahun 2015, rencana strategis Kementerian Kesehatan serta Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kabupaten / Kota sangat dipengaruhi oleh kesiapan Puskesmas dalam pelayanan kesehatan dasar dan rumah sakit dalam pelayanan kesehatan rujukan. Dalam penyiapan prosedur standar sendiri, saat ini sedang dalam proses penyelesaian standar dan pedoman Standar Pelayanan medis di Puskesmas, Puskesmas diatas standar (terdapat pelayanan semi/spesialistik), Standar Pelayanan privat (Umum dan Spesialis), Standard Pelayanan Rawat Inap di Puskesmas/Balikesmas, Standar Pelayanan di RS Kelas D, C, B, A, Khusus dan standar RS Pratama.

Dalam upaya harmonisasi regulasi, saat ini tengah dilakukan pembahasan seksama terkait RPP Fasyankes serta penyesuaian/merevisi peraturan Permenkes 147 tentang serta Permenkes 340 tahun 2010 yang salah satunya mengembangkan RS Pratama dan tanpa kelas sebagai rumah sakit kelas D. Selain itu juga, saat ini dalam proses penyelesaian Peraturan Menteri Kesehatan tentang Persyaratan Teknis Bangunan Rumah Sakit, Prasarana Rumah Sakit, Dewan Pengawas Rumah Sakit, dan Kewajiban Rumah Sakit dalam rangka pemastian kendali mutu dan biaya di fasyankes. Keberadaan Regulasi ini harus dipercepat dan dipenuhi segera.

Dalam upaya pemenuhan akreditasi khususnya pada layanan rujukan, berdasarkan hasil survei penilaian akreditasi RS, sampai dengan akhir Juni 2012, Rumah sakit yang telah lulus akreditasi mencapai 1034 unit RS atau 75,03 % dari 1378 unit RS yang dijadikan jumlah total rumah sakit pada saat awal renstra kemkes 2010-2014 dimulai. Sedangkan 598 RS lain belum terakreditasi karena lama operasional RS yang berusia kurang dari 2 tahun (Permenkes No.12/2012).

Terkait standar akreditasi tersebut, saat ini Kemenkes RI juga telah menerbitkan standar akreditasi baru versitahun 2012 yang lebih adil dan berfokus pada pasien. Standar Akreditasi RS baru versi 2012 telah mulai ditetapkan pada tahun 2012 dan akan dilaksanakan oleh KARS sebagai Badan Akreditasi Nasional Independen yang telah ditetapkan oleh Menkes sesuai dengan ketentuan UU nomor 44 Tahun 2009

tentang Rumah Sakit. Standar akreditasi KARS versi 2012 ini mengacu pada standar Internasional, yaitu: *International Principles for Healthcare Standards, A Framework of requirement for standards (3rd Edition December 2007)*, *International Society for Quality in Health Care / ISQua* dan *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals (4 rd Edition, 2011)* serta tetap mengacu pada Instrumen Akreditasi Rumah Sakit Komisi Akreditasi Rumah Sakit / KARS Tahun 2007.

Standar akreditasi yang direvisi pada tahun 2012 diterbitkan menyikapi standar akreditasi 2007 yang berfokus pada provider, hanya kuat pada input dan dokumen, namun pada lemah dalam implementasi serta kurang melibatkan partisipasi petugas. Sementara pada standar akreditasi tahun 2012 fokus lebih diarahkan pada pada pasien, lebih kuat pada proses, output dan outcome. Selain itu standar akreditasi tahun 2012 juga lebih kuat pada implementasi serta melibatkan partisipasi aktif seluruh petugas dalam proses akreditasi.

Diharapkan dengan perubahan sistem akreditasi RS KARS tahun 2007 menjadi versi tahun 2012 yang lebih fokus pada pelayanan pasien akan semakin meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit. Dengan adanya standar baru tersebut diharapkan mutu pelayanan kesehatan pada masyarakat khususnya di Rumah Sakit akan semakin meningkat, karena Rumah Sakit akan menyesuaikan dengan standar akreditasi yang baru, dimana standar akreditasi tersebut salah satunya mengacu pada tercapainya *world class hospital*.

Selain rumah sakit, kedepan juga akan dikembangkan akreditasi pelayanan kesehatan dasar secara lebih komprehensif di tingkat Puskesmas. Apa yang dimaksud dengan Akreditasi di tingkat puskesmas adalah Suatu Penilaian Kinerja Puskesmas yang nantinya akan meliputi 7 kelompok kerja yaitu Pokja Pelayanan Medik, Pokja Administrasi dan Manajemen, Program Promosi Kesehatan, Program Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit, Program Kesehatan Lingkungan, Program Gizi, dan Program Kesehatan Keluarga. Bina Upaya Kesehatan memiliki peran besar dalam mewujudkan program-program tersebut sebagai bagian dari wujud pencapaian target Kementerian Kesehatan.

f. Meningkatkan Jumlah Rumah Sakit Indonesia berkelas Dunia

Selain itu meningkatnya tuntutan masyarakat akhir-akhir ini terhadap pelayanan rumah sakit, terutama rumah sakit yang menyanggah nama 'Internasional', 'Global' atau yang sejenis, maka Kementerian Kesehatan merespon tuntutan masyarakat dengan menggulirkan kebijakan mengenai Peraturan Menteri Kesehatan dan Rancangan Pedoman Rumah Sakit Indonesia Kelas Dunia sebagai Petunjuk Teknisnya.

Standar RSIKD ini mengacu pada berbagai standar dunia yaitu : PATH (*Performance Assesment Tool for Quality Improvement in Hospital*), JCI (*Joint Commision International*) atau Malcom Baldrige. Hal tersebut mengutamakan dimensi utama pelayanan kesehatan (*safety, patient centeredness, clinical effectiveness, efficiency, staff orientation dan responsive governance, timeliness and equity*).

Kemudian standar dan kriteria RSIKD terdiri dari 8 standar berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 659/MENKES/PER/VIII/2009 tentang Standar Dan Kriteria Rumah Sakit Indonesia Kelas Dunia, disebutkan bahwa Rumah Sakit Indonesia Kelas Dunia adalah rumah sakit yang telah memenuhi persyaratan, standar dan kriteria Rumah Sakit Indonesia Kelas Dunia serta telah disertifikasi oleh Badan Akreditasi Rumah Sakit bertaraf Internasional yang telah ditunjuk oleh Menteri. Selain itu terdapat 9 standar yang harus dipenuhi yaitu :

- a. Standar 1: legalitas rumah sakit
- b. Standar 2: visi, misi, tujuan, dan nilai-nilai rumah sakit
- c. Standar 3: administrasi dan manajemen rumah sakit
- d. Standar 4: program rumah sakit
- e. Standar 5: penilaian kinerja rumah sakit
- f. Standar 6: sumber daya manusia rumah sakit
- g. Standar 7: sarana dan prasarana rumah sakit
- h. Standar 8: program monitoring dan evaluasi rumah sakit
- i. Standar 9: program peningkatan mutu (*quality improvement*)

Selain standard tersebut, pada tahun 2012 penilaian Akreditasi Rumah Sakit telah mengacu pada *Standar Joint Commission International (JCI)*, yang dikelompokkan menjadi empat bagian, yaitu :

1. Kelompok sasaran yang berfokus pada pasien
2. Kelompok standar manajemen Rumah Sakit
3. Kelompok patient safety dan
4. Sasaran MDGs

Salah satu Sasaran Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010-2014, Indonesia akan mengembangkan minimal 7 (tujuh) Rumah Sakit pemerintah untuk mendapatkan Akreditasi Internasional yaitu : RSUP Ciptomangunkusomo-Jakarta, RSUP Sanglah Denpasar-Bali, RSUP Dr. Sardjito-Yogyakarta, RSUP Adam Malik-Medan dan RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo-Makassar, RS Fatmawati Jakarta dan RS Adam Malik Medan.

Pada perkembangannya saat ini justru pengembangan telah melampaui target. Hingga pertengahan tahun 2012 ini, setidaknya telah dilakukan Penandatanganan Pakta Integritas 8 RS Model tahap I untuk melaksanakan akreditasi internasional (RSCM, RS Sanglah, RS Hasan Sadikin, RS Fatmawati, RS Adam Malik, RS Sardjito, RS Wahidin Sudirohusodo, RSPAD Gatot Soebroto). Juga telah dilakukan pula Bimbingan Teknis Akreditasi Internasional 8 RS model tahap I. Setelah itu dilakukan pula Bimbingan Teknis Akreditasi Internasional 5 RS model tahap II (RS Kariadi, RS Jantung Harapan Kita, RS Persahabatan, RSAB Harapan Kita, RS Moh. Hoesin Palembang).

Saat ini setidaknya terdapat 3 Kota yang telah memiliki RS berstandar internasional anara lain: Kota Tangerang (RS Siloam Karawaci), Kota Bandung (RS Sentosa), dan Kota Tangerang Selatan (RS Premier Bintaro dan RS Eka BSD).

PROSPEK MASA DEPAN PELAYANAN KESEHATAN INDONESIA DAN PERAN INVESTASI DI DALAMNYA

Saat ini di Indonesia terdapat 134 juta jiwa penduduk kelas menengah (56,5%) dimana 14 juta jiwa diantaranya adalah kelompok menengah ke atas (9%), 29 juta penduduk kelas menengah (21%) dan 91 juta penduduk kelas menengah ke bawah (68%). Hal ini berdampak pada meningkatnya pengeluaran kesehatan per kapita yang telah mencapai 44 US\$ per kapita atau 2,4% dari total GDP dimana 70% porsinya berasal dari non pemerintah. Bila dibandingkan dengan negara lain angka ini masih lebih rendah namun pertumbuhannya akan sangat pesat mengingat tingginya pertumbuhan konsumsi kelas menengah dan masih adanya celah menuju target ideal WHO yakni 5% GDP, bahkan diperkirakan biaya belanja kesehatan Indonesia akan mencapai 47 miliar US\$ pada tahun 2020.

Meningkatnya jumlah penduduk kelas menengah ini berdampak pada meningkatnya tuntutan akan mutu pelayanan kesehatan yang lebih baik di satu sisi dan meningkatnya kesenjangan antar kelas. Kesenjangan antar kelompok dalam mutu pelayanan kesehatan menjadi celah yang harus segera diatasi dengan memberikan pelayanan kesehatan dengan standar kualitas pelayanan yang meningkat sesuai kebutuhan termasuk dari sisi teknologi kesehatan namun dengan harga yang efisien. Hal ini menuntut adanya transfer teknologi dan peran serta aktif sektor swasta untuk turut mendukung peningkatan kualitas mutu layanan yang sudah ada saat ini.

Bahkan untuk memenuhi hal tersebut Pemerintah Indonesia telah membuka sektor kesehatan bagi investasi asing. Berdasarkan Peraturan Presiden No 36 tahun 2010 tentang Bidang Usaha yang Tertutup dan Bidang Usaha yang Terbuka Dengan Persyaratan di Bidang Penanaman Modal, saat ini Kepemilikan Asing diizinkan kepemilikannya hingga maksimal 67% di bidang usaha pelayanan rumah sakit spesialistik, klinik kedokteran spesialis, klinik kedokteran gigi, laboratorium klinik dan klinik medical checkup.

Disinilah sinergi antar sektor menjadi penting saat ini. Pemerintah saat ini selaku pemangku kebijakan berperan sebagai regulator, provider dan sekaligus penyedia anggaran. Oleh karenanya pemerintah berkepentingan untuk memenuhi kebutuhan akses layanan kesehatan, meningkatkan mutu layanannya dan disisi lain pemerintah harus dapat mencari alternatif pola pembiayaan kesehatan untuk mengurangi beban anggaran. Untuk memenuhi ketiga hal tersebut, diperlukan sinergi yang kuat antar sektor pemerintah, swasta (termasuk investor) maupun masyarakat untuk saling mengisi dan mendorong terpenuhinya kebutuhan tersebut salah satunya melalui mekanisme *public private partnership (PPP)*. Hal ini akan berdampak besar pada peningkatan akses dan kualitas kesehatan masyarakat Indonesia kedepan secara signifikan dan tanpa terkecuali.

PENUTUP

Sebagai penutup, dalam pengembangan kebijakan pembinaan upaya kesehatan secara optimal untuk mewujudkan pencapaian *universal health coverage* akan sulit untuk terwujud tanpa adanya komitmen yang kuat dari seluruh stakeholder baik ditingkat pusat (Kemenkes, K/L lainnya), daerah (prov, kab/kota) maupun Komitmen pemberi pelayanan kesehatan dan masyarakat pada umumnya untuk bersinergi bersama. Oleh karenanya diperlukan suatu pembagian peran dan tanggung jawab (*job authority*) secara tuntas dan menyeluruh melibatkan seluruh stakeholders, sehingga setiap pihak memiliki akuntabilitas dalam mempersiapkan strategi kebijakan pengembangan fasyankes.

Komitmen *stakeholder* juga diperlukan dalam hal bentuk keberpihakan (*affirmative action*) pada DTPK. Hal ini perlu menjadi perhatian sehingga pelaksanaan seluruh upaya pelayanan kesehatan tidak hanya menjadi monopoli sebagian wilayah saja. Tanpa adanya keberpihakan maka sulit bagi daerah DTPK memperoleh kesempatan yang sama dalam *universal health coverage*. Selain itu komitmen dalam pelaksanaan sistem standar pelayanan kesehatan termasuk dalam hal akreditasi RS harus menjadi prioritas dan dilaksanakan secara akurat dan berintegritas untuk menghindari adanya *moral hazard* dan munculnya ruang kosong yang tidak dapat ditutupi oleh penyedia pelayanan kesehatan.

Komitmen yang kuat dalam *universal health coverage* juga diperlukan dalam penerapan *good governance* secara menyeluruh. Dengan menerapkan prinsip *good governance* dalam pengelolaan layanan kesehatan, beban anggaran Negara yang besar akan memperoleh kompensasi *benefit* yang tinggi berupa terciptanya masyarakat yang benar-benar sehat dan berproduktivitas tinggi sehingga berdampak positif terhadap pembangunan suatu Negara.

Dengan adanya komitmen yang kuat dari seluruh pelaksana kebijakan maka niscaya *universal health coverage* dapat tercapai dengan baik di tahun 2014 dan pada akhirnya berdampak signifikan pada peningkatan kualitas kesehatan masyarakat Indonesia secara menyeluruh.

KEMENKES RI

Transformasi
Upaya Pelayanan Kesehatan
di Indonesia Menuju *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE* 2014
Strategi Pengembangan Bina Upaya Kesehatan

PENDAHULUAN

Seiring dengan momentum pelaksanaan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional yang akan segera dilaksanakan melalui skema BPJS secara nasional, jumlah fasilitas pelayanan kesehatan baik primer maupun sekunder dan tersier terus meningkat namun disparitas antar wilayah masih harus menjadi perhatian. Aksesibilitas masyarakat terutama penduduk miskin di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan masih terbatas. Hal ini tentunya memerlukan pendekatan pelayanan kesehatan yang bersifat cepat, kontinu dan berkelanjutan.

Disisi lain suatu pendekatan komprehensif diperlukan untuk mewujudkan reformasi kesehatan sebagaimana arahan Presiden bahwa pada periode 2009-2014 akan dilakukan reformasi kesehatan (*health reform*) gelombang pertama yang meliputi : penambahan anggaran kesehatan, kesejahteraan tenaga kesehatan yang bertugas di daerah sangat terpencil, pedalaman dan pulau-pulau terluar, pembangunan rumah sakit kelas dunia (*World Class Hospital*), dan Posyandu, Puskesmas dan rumah sakit memiliki perlengkapan semestinya. Tuntutan reformasi Presiden tersebut hampir seluruhnya menjadi bagian dari tanggung jawab Ditjen Bina Upaya Kesehatan.

Pada dasarnya hal ini telah diterjemahkan dalam kebijakan yang tercantum dalam RPJMN ke II dan secara lebih operasional dalam kebijakan Pembinaan Upaya Kesehatan yang tercantum dalam target indikator capaian Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2010-2014.

Namun untuk mengejar momentum pencapaian SJSN yakni pelaksanaan BPJS 1 Januari 2014 sekaligus mengejar target RPJMN ke II, Renstra Kemenkes RI juga target capaian MDGs 2015 maka diperlukan suatu kerangka kebijakan strategis yang mampu menjadi solusi yang bersifat *cross cutting* dan dapat segera diimplementasikan untuk menangani seluruh isu-isu strategis yang menyebabkan terjadinya *bottleneck* dalam penyediaan fasyankes di Indonesia secara komprehensif. Atas dasar hal tersebut maka diperlukan suatu upaya strategi yang mampu mentransformasikan kondisi yang ada saat ini dengan segera menuju momentum yang selama ini diharapkan dalam reformasi kesehatan.

ISU-ISU STRATEGIS

Gap Antar Wilayah

Berdasarkan observasi dan studi yang telah dilakukan, tampak bahwa isu perbedaan kondisi faskes antar regional wilayah masih sangat kentara terjadi. Regional barat pada umumnya telah memasuki keadaan dimana sistem mulai berjalan dan perbaikan lebih diperlukan dengan membuka sumbatan-sumbatan yang selama ini terjadi (*de-bottlenecking*) pada implementasi standar mutu yang seharusnya dicapai faskes. Disisi lain regional tengah, isu faskes masih berada dalam upaya formulasi sistem standar pada faskes yang ada dan masih memerlukan penyesuaian kemampuan faskes dalam memenuhi kebutuhan dasar yang diperlukan faskes dan memenuhi harapan publik. Di regional timur, isu faskes saat ini justru masih tertinggal jauh dari regional lainnya, dimana regional timur masih berfokus pada upaya mengatasi minimnya akses faskes yang diperlukan baik di tingkat primer ataupun sekunder.

Regional Barat	Regional Tengah	Regional Timur
<ul style="list-style-type: none"> •pada umumnya faskes memiliki sistem, namun isu ego sektoral/daerah dan tumpang tindih birokrasi menghambat sistem. •Kondisi Peralatan medis dan penunjang medis memadai namun belum sesuai standar. •Tingginya beban kerja dan okupansi Rumah Sakit Rujukan berdampak pada keterbatasan volume penggunaan fasilitas sarana prasarana dan menurunnya kualitas standar pelayanan •SDM memadai namun distribusi belum merata •Rendahnya kepercayaan masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan dasar maupun rujukan yang ada. 	<ul style="list-style-type: none"> •pada umumnya masih dalam penyiapan standar sistem pada faskes (tahap formulasi) •Masih rendahnya kompetensi SDM tenaga kesehatan yang dimiliki dan belum terpenuhinya tenaga spesialis •Masih minimnya sarana prasarana penunjang medis yang sesuai dengan kebutuhan daerah berdampak pada tidak optimalnya kinerja fasyankes yang ada. •Masih belum seragam/akuratnya data di tingkat fasyankes. •Masih terdapat perbedaan pemahaman penentu kebijakan daerah dan masyarakat 	<ul style="list-style-type: none"> •belum adanya standar sistem pada faskes yang ada •Masih minimnya akses fasyankes dan sarana prasarana kesehatan di tingkat primer •Masih minimnya jumlah dan sarana prasarana kesehatan di tingkat rujukan •Masih minimnya pemanfaatan sistem data informasi •Masih sangat terbatasnya jumlah SDM tenaga kesehatan khususnya dokter umum dan spesialis •Masih rendahnya pemahaman penentu kebijakan daerah dan masyarakat mengenai faskes.

Gbr.1. Isu-isu strategis penyediaan faskes di tingkat regional

Tampak bahwa dalam pencapaian pelaksanaan BPJS pada 1 Januari 2014 dari sisi **penyediaan fasyankes dan penunjang lainnya** sangat memerlukan keterlibatan seluruh *stakeholders* sejak dini dan pendekatan percepatan pada wilayah timur Indoensia sehingga dapat memperkecil ga yang terjadi antar wilayah.

Gap Intra Kelembagaan

Saat ini Kementerian Kesehatan dihadapi kendala organisasi yang menyumbat pelaksanaan berbagai kebijakan yang ada. Perbedaan kewenangan antar organisasi Kementerian di tingkat pusat dan daerah (desentralisasi kewenangan) serta pemahaman serta komitmen SDM yang berbeda dalam organisasi seringkali menghambat tercapainya suatu target.

Desentralisasi dalam organisasi merupakan mekanisme potensial untuk memfasilitasi perubahan pada aktivitas dari seluruh level organisasi termasuk pelayanan kesehatan, yang seharusnya dapat mendukung peningkatan efisiensi organisasi tersebut.

Desentralisasi ini akan mengambil alih tempat melalui peningkatan derajat inovasi kebijakan dan dinamisme sistem, dan juga level transparansi yang lebih besar. Bagaimanapun, desentralisasi ini menyebabkan munculnya transaksi biaya tambahan (*additional transaction costs*) yang terkait dengan mengecilnya level kekuasaan pusat dan meningkatnya kebutuhan koordinasi dan kerjasama secara sukarela (Casasnovas et. Al, 2009).

Diperlukan suatu upaya menciptakan nilai yang mampu memperkuat Fungsi organisasi dan komitmen SDM didalam organisasi sehingga dapat memberikan manfaat bagi peningkatan kinerja organisasi, karena pada kenyataannya seringkali yang terjadi adalah sebaliknya. Isu internal kelembagaannya sangat berpengaruh terhadap kinerja pelayanan publik dan pencapaian target pembangunan, sehingga penanganannya harus menjadi prioritas penyelesaian.

Gap Antar Sektor

Kondisi Gap antar sektor selama ini terjadi dalam tataran horizontal antar sektor K/L maupun dalam tataran vertikal antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah serta pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota. Ego sektoral dan birokrasi yang tumpang tindih seringkali menimbulkan celah kewenangan dalam koordinasi antar sektor K/L dan antar daerah/wilayah padahal celah tersebut dapat dipenuhi oleh sinergi antar daerah maupun instansi. Hal ini seringkali menghambat kualitas layanan faskes yang diberikan baik di tingkat dasar ataupun rujukan.

Kondisi gap antar sektor ini pun selain disebabkan ego sektoral maupu ego kewilayahan, juga disebabkan oleh perbedaan pemahaman antar sektor maupun antar pusat dan daerah. Seringkali sektor lain memiliki target tersendiri, begitu pula daerah memiliki kepentingan sendiri. Hal ini memerlukan koordinasi yang kuat untuk menjembatani kepentingan tersebut dan mampu merubahnya menjadi sinergi bagi penyiapan faskes secara nasional.

Selain itu koordinasi diperlukan untuk mensinkronisasikan kegiatan dan mengharmonisasikan regulasi yang ada sehingga tidak lagi ada tumpang tindih kebijakan maupun celah kewenangan yang tidak tertangani dalam penyediaan faskes.

SOLUSI STRATEGIS

Berdasarkan uraian diatas pada dasarnya terdapat tiga isu besar yang selama ini teridentifikasi tiga celah yang menyebabkan hambatan dalam penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia antara lain : **Gap antar wilayah, Gap intra kelembagaan dan gap antar sektor.**

Ketiga gap tersebut memerlukan intervensi wewenang Ditjen BUK dalam mengatasinya. Selama ini kewenangan Ditjen BUK selama ini berada dalam dilema antara: otonomi daerah/desentralisasi, implementasi kebijakan pembangunan nasional dan tuntutan pelayanan publik. Untuk keluar dari dilema tersebut maka Ditjen BUK harus mampu mengatasi Gap tersebut dan melakukan transformasi dengan berupaya penuh : mengelola desentralisasi, menjaga keberlanjutan pembangunan nasional dan berfokus pada aksesibilitas dan kualitas pelayanan publik.

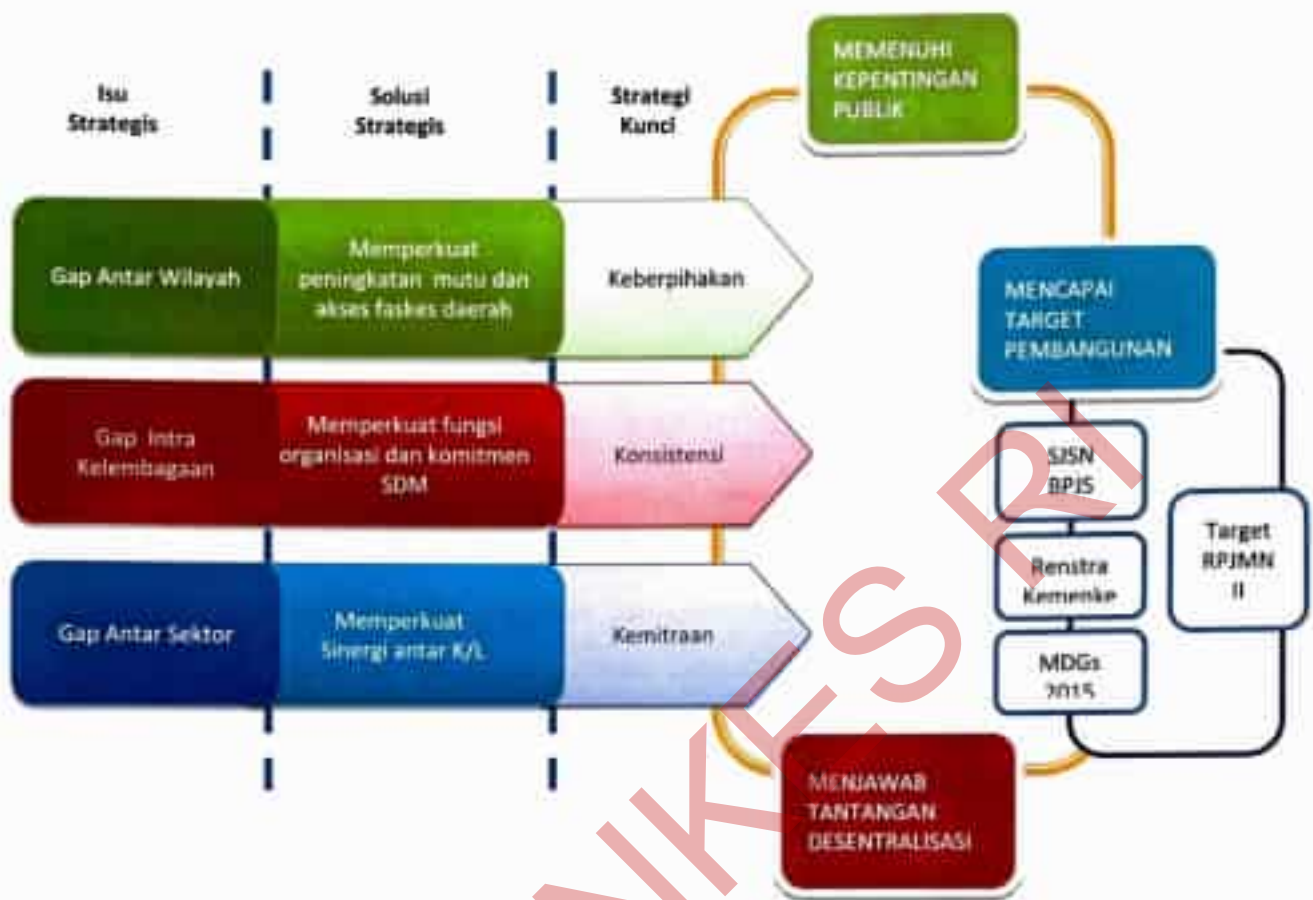
Untuk melakukan transformasi tersebut setidaknya diperlukan solusi yang mampu mengatasi setiap isu yang ada. Untuk mengatasinya setidaknya perlu dilakukan tiga hal antara lain:

1. Memperkuat peningkatan mutu dan akses fasilitas kesehatan di daerah secara cepat, adil, dan berkelanjutan
2. Memperkuat pelaksanaan fungsi-fungsi organisasi dan meningkatkan komitmen SDM dalam organisasi
3. Memperkuat sinergi antar sektor baik Kementerian/Lembaga maupun Pemerintah daerah serta *civil society* (dunia usaha, organisasi profesi, masyarakat)

Untuk mewujudkan ketiga hal tersebut diperlukan strategi kunci sebagai nilai-nilai yang akan dibangun dan harus dilakukan oleh Ditjen BUK sebagai *value* yang harus diterapkan. **Ketiga strategi kunci** tersebut antara lain:

- **Keberpihakan**
- **Konsistensi**
- **Kemitraan**

Secara rinci ketiga strategi kunci tersebut dapat diuraikan sebagai berikut:



Gambar 2. Kerangka Pemikiran

Keberpihakan

Untuk memperkuat peningkatan mutu dan aksesibilitas faskes di daerah diperlukan keberpihakan terhadap daerah sebagai kunci penguatan. Tanpa keberpihakan maka sulit untuk mengakselerasi penyediaan faskes di regional tengah dan timur, mengingat konsentrasi penduduk dan permasalahan kesehatan lebih banyak di barat. Jika hanya mengandalkan pada pola rasio anggaran dan penduduk tanpa adanya keberpihakan regulator maka konsentrasi pelayanan hanya akan berfokus pada wilayah barat.

Sebagai contoh keberpihakan yang telah diwujudkan BUK adalah dengan mendorong peningkatan RS Pratama dan RS Bergerak secara signifikan khususnya pada kegiatan tahun 2012 ini dan pada rencana kegiatan 2013. Oleh karenanya keberpihakan menjadi kebutuhan nyata khususnya dalam mengatasi gap antar wilayah.

Dalam menghadapi SJSN maka untuk mewujudkan keberpihakan tersebut setidaknya kedepan BUK harus:

- memastikan seluruh wilayah memperoleh akses fasilitas, mutu dan standar kualitas pelayanan kesehatan yang sama baik pada faskes primer, sekunder, tersier, keperawatan, pelayanan kejiwaan maupun sarana penunjangnya.
- memastikan tidak ada perbedaan perlakuan oleh pelaku kebijakan di lapangan dalam memperoleh layanan kesehatan.

Konsistensi

Untuk memperkuat fungsi organisasi dan komitmen SDM didalam organisasi diperlukan komitmen yang jelas dan kuat sebagai bentuk konsistensi segenap organisasi BUK baik secara horisontal maupun vertikal. Komitmen ini ditunjukkan melalui konsistensi dalam mewujudkan visi-misi yang tercantum dalam renstra Kemenkes RI. Seluruh SDM yang ada harus mampu meredam ego dan kepentingan sendiri, dan harus menunjukkan konsistensi yang jelas dan sama didalam organisasi sehingga kinerja yang dicapai adalah kinerja bersama.

Sebagai **contoh konsistensi** yang telah ditunjukkan ditjen BUK adalah dengan melakukan koordinasi secara intensif yang melibatkan seluruh struktur yang ada dalam hal mempercepat penyiapan faskes rujukan di daerah terkait pelaksanaan SJSN. Hal ini telah membuka komunikasi koordinasi secara langsung baik internal organisasi di tingkat pusat secara horisontal maupun internal organisasi secara vertikal (jemput bola) di tingkat regional (barat, tengah, timur dan P2B) secara intensif berkelanjutan yang melibatkan pelaksana kebijakan kesehatan di tingkat provinsi dan rumah sakit vertikal. Melalui upaya melibatkan seluruh organisasi pembinaan upaya kesehatan dalam pelaksanaan satu kebijakan secara terintegrasi baik di tingkat pusat maupun daerah diharapkan kedepan komitmen seluruh pelaksana kebijakan akan mampu berjalan dalam koridor yang sama. Hal ini menunjukkan bahwa konsistensi organisasi menjadi kebutuhan nyata khususnya dalam mengatasi gap intra kelembagaan BUK.

Dalam menghadapi SJSN maka untuk mewujudkan keberlanjutan konsistensi tersebut setidaknya kedepan BUK harus:

- BUK Harus memperkuat fungsi organisasi dalam memberikan pelayanan kepada publik melalui penerapan *good governance*
- BUK Harus mampu mengelola seluruh sumber daya yang dimilikinya agar berjalan dalam satu koridor arah visi dan misi yang sama untuk pencapaian target RPJMN ke II, maupun menuju terwujudnya SJSN.

Kemitraan

dalam mewujudkan target kinerja yang diperlukan, Kementerian Kesehatan tidak dapat bekerja sendiri, namun harus melakukan sinergi dengan pelibatan aktif seluruh unsur yang ada baik di pemerintahan maupun *civil society*. Untuk memperkuat sinergi antar sektor baik Kementerian/Lembaga maupun Pemerintah daerah serta *civil society* (dunia usaha, organisasi profesi, masyarakat) diperlukan kemitraan antar stakeholders yang ada sebagai kunci penciptaan sinergitas yang kuat. Kemitraan yang kuat diperlukan dalam mewujudkan modal sosial yang kuat, dimana pelibatan modal sosial merupakan kunci dasar dalam implementasi kebijakan publik.

Sebagai **contoh kemitraan** strategis yang telah dilakukan BUK adalah dengan mendukung penuh secara responsif upaya Unit Percepatan Pembangunan Papua dan Papua Barat (UP4B) dalam hal mendorong peningkatan aksesibilitas kesehatan Papua dan Papua Barat. Dukungan tersebut langsung ditunjukkan dengan melakukan koordinasi di tingkat provinsi dan melibatkan secara aktif peran UP4B didalamnya. Selain itu kemitraan strategis juga dijajaki dengan melibatkan Kadin dalam mendorong pemenuhan target penyediaan faskes rujukan. Hal ini merupakan gambaran pentingnya dilakukan kemitraan strategis dalam mengatasi gap antar sektor yang selama ini terjadi dalam birokrasi pemerintahan.

Dalam menghadapi SJSN maka untuk mewujudkan kemitraan strategis tersebut setidaknya kedepan BUK harus:

- BUK harus mampu menghapus kesenjangan koordinasi antar K/L dan meredam ego sektoral.
- BUK harus mampu membangun koordinasi secara intensif antar sektor K/L maupun dengan daerah untuk menjaga keberlanjutan program
- BUK harus mampu berperan menjembatani kebutuhan daerah dalam hal penyediaan faskes secara adil.
- BUK harus mampu membangun sinergi jejaring modal sosial dengan unsur akademisi, dunia usaha maupun *civil society*.

RENCANA IMPLEMENTASI STRATEGI

Dengan ketiga nilai tersebut, maka diperlukan sub strategi berupa prioritas rencana implementatif. Sub strategi tersebut antara lain:

1. Pemenuhan Mutu Fasyankes Primer melalui Percepatan Akreditasi Puskesmas
2. Pencapaian *Continuous Quality Improvement* dan *Patient Safety* melalui Perubahan Mindset Pelaku Pelayanan Kesehatan Rujukan
3. Percepatan Pemenuhan Kebutuhan dan Standar Sarana Penunjang Medis bagi Faskes Primer dan Sekunder
4. Peningkatan Peran Keperawatan dalam Pengelolaan Faskes sebagai garda terdepan pelayanan kesehatan dasar di Masyarakat
5. Pengarusutamaan Pelayanan Kesehatan Jiwa sebagai Prioritas Kebijakan Pelayanan Kesehatan di tingkat Pusat dan Daerah
6. Pelaksanaan dan Sinkronisasi Sistem Rujukan secara Nasional melalui Koordinasi Pusat dan Daerah
7. Percepatan Pencapaian Reformasi Birokrasi dan Kinerja Pelayanan Publik Bina Upaya Kesehatan di lingkup Kementerian Kesehatan
8. Peningkatan Keberpihakan Pembangunan akses pelayanan kesehatan di Papua dan Papua Barat melalui sinergi lintas sektor.
9. Peningkatan Sinergi Hubungan Pusat dan Daerah melalui Koordinasi Intensif dan Harmonisasi Regulasi terkait Pemenuhan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
10. Pelibatan Peran Aktif Dunia Usaha dan Civil Society melalui Kemitraan dalam Pemenuhan Kebutuhan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Secara rinci substrategi tersebut dapat diuraikan sebagai berikut:

Substrategi I :

Pemenuhan Mutu Fasyankes Primer melalui Percepatan Akreditasi Pelayanan

Dalam mewujudkan SJSN di tahun 2014 maupun mencapai target MDGs 2015, peran Puskesmas menjadi sangat vital. Dalam hal SJSN, Puskesmas memiliki peran penting sebagai gerbang terdepan dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Hal ini sangat penting mengingat permasalahan utama yang dihadapi dalam pelaksanaan sistem jaminan kesehatan selama ini adalah penumpukan pasien pada fasyankes rujukan. Dalam hal pencapaian MDGs, Puskesmas merupakan garda terdepan dalam upaya promotif dan preventif. Tanpa ada upaya promotif preventif secara maksimal maka MDGs akan sulit terwujud.

Puskesmas selama ini hanya berperan secara terbatas, hal ini sangat terkait dengan terbatasnya upaya promotif, preventif maupun kuratif yang dapat dilakukan pada masyarakat. Selain itu juga terkait dengan kepercayaan masyarakat yang masih rendah terhadap pelayanan Puskesmas. Oleh karena itu Fokus pelayanan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer ditujukan : Sistem Pelayanandan Sistem Manajemen mutudengan memetakan Fungsi 1: Penyelenggaraan Pelayanan yang berfokus pada pelanggan., Fungsi 2 : Sistem Manajemen Pendukung Pelayanan, Fungsi 3 : Peningkatan Mutu/ Kinerja Pelayanan.

Fokus **indikator output** yang harus dicapai adalah dengan *pemberlakuan standar akreditasi secara komprehensif bagi Fasyankes Primer (Puskesmas dan Klinik) sehingga fungsi fasyankes primer di masyarakat dapat lebih optimal dan kepercayaan publik meningkat.*

Substrategi II:

Pencapaian *Continuous Quality Improvement* dan *Patient Safety* melalui Perubahan Mindset Pelaku Pelayanan Kesehatan Rujukan.

Secara internasional, pelayanan rumah sakit sebgas fasyankes sekunder saat ini harus mampu memberikan kualitas pelayanan secara baik dan berkelanjutan. Hal ini tergambar dari dimensi *Continuous Quality Improvement*, antara lain terpenuhinya: mutu pelayanan, ketepatan pelayanan, efisiensi, memenuhi rasa adil, dan berfokus pada

pasien. Konsep berfokus pada pasien juga mencakup standar keselamatan pasien (*patient safety*) yang harus dilaksanakan oleh penyedia fasyankes rujukan. Kedua hal ini merupakan salah satu prasyarat terpenuhinya kebutuhan penyiapan SJSN di tahun 2014.

Pencapaian kedua hal tersebut sangat bergantung pada konsistensi pelaku pelayanan kesehatan rujukan dalam memberikan jasanya pada masyarakat. Selama ini pemenuhan kedua hal tersebut mengalami hambatan mendasar khususnya pada mindset pelaku pelayanan kesehatan rujukan yang tidak responsif terhadap *Continuous Quality Improvement* dan *Patient Safety*. Hal ini berdampak pada kepercayaan publik terhadap fasyankes di tingkat rujukan dan secara tidak langsung berdampak pada kepercayaan publik terhadap pelaksanaan SJSN nantinya. Salah satu **indikator output** yang harus dicapai adalah dengan *terpenuhinya penerapan standar Continuous Quality Improvement dan Patient Safety secara menyeluruh di seluruh Rumah Sakit Rujukan.*

Substrategi III:

Percepatan Pemenuhan Kebutuhan dan Standar Mutu Sarana Penunjang Medis bagi Faskes Primer dan Sekunder

Sarana penunjang medis merupakan prasyarat dasar bagi terpenuhinya standar kualitas fasyankes primer maupun rujukan. Pemenuhan standar kebutuhan fasyankes primer maupun rujukan sulit untuk tercapai jika standar sarana penunjang medis yang ada tidak memenuhi mutu yang diperlukan. Pada kenyataannya di lapangan seringkali sarana penunjang medis masih jauh dibawah standar yang diharapkan bahkan di beberapa faskes sekunder di daerah, sarana penunjang medis masih belum tersedia secara signifikan.

Kondisi yang timpang tersebut antara keberadaan faskes dan ketersediaan sarana penunjang yang melengkapinya menjadi potensi permasalahan kedepan. Atas dasar hal tersebut diperlukan percepatan pemenuhan kebutuhan dan standar Sarana Penunjang Medis bagi Faskes Primer dan Sekunder.

Peningkatan kebutuhan diupayakan dengan perencanaan dan pemetaan keadaan sarana kesehatan fasyankes sekarang dan pemenuhan standar mutu dengan peningkatan kaliberasi alat kesehatan di fasyankes.

Dalam hal ini salah satu **indikator output** yang harus dicapai adalah dengan *terpenuhinya standar dan Mutu Sarana Penunjang Medis bagi Faskes Primer dan Sekunder secara menyeluruh di seluruh faskes primer maupun rujukan.*

Substrategi IV:

Peningkatan Peran Keperawatan dalam Pengelolaan Faskes sebagai garda terdepan pelayanan kesehatan dasar di Masyarakat.

Peran pelayanan keperawatan sangat substansial dalam pengelolaan fasilitas pelayanan kesehatan khususnya di tingkat dasar. Pelayanan Keperawatan merupakan tulang punggung terpenuhinya standar mutu pelayanan fasyankes. Atas dasar hal tersebut pada dasarnya perawat memiliki peran sangat penting dalam membangun *safe community* dengan upaya promotif dan preventif di masyarakat, serta peningkatan manajemen rumah sakit termasuk dalam pengambilan keputusan. Namun demikian seringkali peran pelayanan keperawatan sebagai *front guard* menjadi inferior dalam pengambilan keputusan manajemen rumah sakit, baik atas dasar lemahnya kapasitas maupun lemahnya peran keperawatan ini seringkali disebabkan rendahnya keberpihakan pada peran pelayanan keperawatan sebagai bagian integral dari dalam pengelolaan faskes dengan alasan rendahnya kualitas dan kapasitas perawat. Hal ini harus diperbaiki segera sehingga peran keperawatan dapat dioptimalkan khususnya dalam rangka pencapaian SJSN.

Dalam hal ini salah satu **indikator output** yang harus dicapai adalah dengan *tercapainya peningkatan kapasitas dan kualitas pelayanan keperawatan serta optimalisasi peran pada manajemen fasyankes primer maupun rujukan.*

Substrategi V:

Pengarusutamaan Pelayanan Kesehatan Jiwa sebagai Prioritas Kebijakan Pelayanan Kesehatan di tingkat Pusat dan Daerah.

Pelayanan kesehatan jiwa merupakan bagian penting dalam upaya pelayanan kesehatan masyarakat. Kesehatan jiwa merupakan gambaran penting atas kualitas pembangunan ekonomi dan kependudukan. Kebutuhan pelayanan kesehatan jiwa meningkat pesat seiring dengan dinamika pembangunan yang terjadi. Disisi lain kecenderungan peningkatan pelayanan umum (layanan spesialisasi lain/non jiwa) berdampak pada kurangnya perhatian dalam peningkatan mutu dan pengembangan layanan kesehatan jiwa. Hal ini terjadi khususnya di daerah, bahkan 8 provinsi belum mempunyai RSJ yaitu Banten, Gorontalo, Maluku Utara, Kep. Riau, NTT, Sulbar, Papua Barat, dan Kalimantan Tengah. Hal terakhir yang perlu dicatat terkait pelayanan kejiwaan adalah sejauh mana hal ini mendorong terjadinya perubahan fungsi utama RSJ menjadi RSU.

Hal tersebut diatas memberikan gambaran betapa pentingnya dilakukan pengarusutamaan pelayanan kesehatan jiwa dalam penyusunan prioritas kebijakan pelayanan kesehatan di tingkat pusat dan daerah.

Dalam hal ini salah satu **indikator output** yang harus dicapai adalah dengan *tercapainya pengarusutamaan pelayanan kesehatan jiwa dalam perencanaan kebijakan pusat dan daerah.*

Substrategi VI:

Pelaksanaan dan Sinkronisasi Sistem Rujukan secara Nasional melalui Koordinasi Pusat dan Daerah

Pelaksanaan sistem rujukan saat ini mengalami *bottlenecking*, disebabkan ketidaksinkronan sistem baik antara kebijakan kesehatan di daerah maupun di pusat. Maraknya pelaksanaan jaminan kesehatan daerah berdampak meningkatnya permintaan masyarakat terhadap faskes rujukan secara drastis. Hal ini berdampak pula pada kebutuhan sistem rujukan di daerah sehingga banyak daerah memiliki sistem rujukan tersendiri. Dalam kaitan dengan pelaksanaan sistem jaminan kesehatan secara nasional, maka sistem rujukan pun harus berlaku secara nasional. Hal ini menuntut sinkronisasi sistem rujukan sekaligus koordinasi intensif antara pusat dan daerah.

Identifikasi pada pengembangan kebijakan yang mendukung sistem regionalisasi pelayanan kesehatan memerlukan sosialisasi dan penataan ulang kondisi geografis daerah terhadap fasyankes yang tersedia.

Oleh karenanya salah satu **indikator output** yang harus dicapai adalah *tercapainya pengembangan kebijakan sistem rujukan nasional melalui koordinasi intensif dan sinkronisasi antar pusat dan daerah.*

Substrategi VII:

Percepatan Pencapaian Reformasi Birokrasi dan Kinerja Pelayanan Publik Bina Upaya Kesehatan di lingkup Kementerian Kesehatan.

Luasnya ruang lingkup organisasi dan rentang kendali bina upaya kesehatan hingga ketinggian lapangan menuntut pengendalian kinerja birokrasi secara komprehensif khususnya dalam hal pelayanan publik. Oleh karenanya penerapan reformasi birokrasi di lingkungan Kementerian Kesehatan menjadi sangat penting bagi pengendalian organisasi Bina Upaya Kesehatan. Dengan adanya reformasi birokrasi akan mendukung pencapaian standar *quality improvement* di seluruh organisasi dalam lingkup Bina Upaya Kesehatan. Atas dasar hal tersebut Bina Upaya Kesehatan memiliki kepentingan dalam mewujudkan pencapaian reformasi birokrasi tersebut.

Oleh karenanya salah satu **indikator output** yang harus dicapai adalah *tercapainya reformasi birokrasi secara komprehensif di lingkungan Bina Upaya Kesehatan.*

Substrategi VIII

Peningkatan Keberpihakan Pembangunan akses pelayanan kesehatan di Papua dan Papua Barat melalui sinergi lintas sektor.

Kawasan Papua dan Papua Barat memiliki karakteristik khusus dan memerlukan pendekatan keberpihakan secara lebih optimal. Secara umum isu strategis utama yang tergambar mengenai kondisi fasilitas layanan rujukan di Papua dan Papua Barat adalah belum lengkap dan layak nya infrastruktur faskes rujukan baik dalam hal fisik bangunan maupun ketersediaan kendaraan, pasokan air dan listrik, dan managerial system yang layak. Bahkan di beberapa kabupaten belum terdapat rumah sakit.

Hal ini berdampak pada kualitas layanan kesehatan yang diperoleh oleh masyarakat. Selain itu kebutuhan akan hal tersebut sangat mendesak untuk diwujudkan khususnya menghadapi pelaksanaan sistem jaminan sosial nasional di bidang kesehatan.

Untuk mengembangkan upaya percepatan pembangunan kesehatan di Papua dan Papua Barat dan motivasi para stakeholders harus bersinergi, bekerjasama dan berkoordinasi secara lintas sektor demi mengembangkan kualitas layanan kesehatan rujukan di Papua dan Papua Barat. Oleh karenanya salah satu **indikator output** yang harus dicapai adalah dengan *tercapainya upaya percepatan pembangunan kesehatan di Papua dan Papua Barat melalui koordinasi program lintas sektor.*

Substrategi IX

Peningkatan Sinergi Hubungan Pusat dan Daerah melalui Koordinasi Intensif dan Harmonisasi Regulasi terkait Pemenuhan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Selama ini seringkali terjadi celah kewenangan akibat kesenjangan hubungan antar K/L dan daerah termasuk akibat tingginya ego sektoral. Bina upaya kesehatan selaku pemangku kepentingan penyediaan faskes harus mampu membangun koordinasi secara intensif antar sektor K/L maupun dengan daerah untuk menjaga keberlanjutan program khususnya dalam mempersiapkan SJSN.

Koordinasi diperlukan untuk mensinkronisasikan kegiatan dan mengharmonisasikan regulasi yang ada sehingga tidak lagi ada tumpang tindih kebijakan maupun celah kewenangan yang tidak tertangani dalam penyediaan faskes. Bina Upaya Kesehatan pun harus mampu berperan menjembatani kebutuhan daerah dalam hal penyediaan faskes secara adil serta harmonisasi regulasi antara peraturan ditingkat pusat maupun di tingkat daerah (peningkatan peran pemerintah daerah tentang penganggaran terhadap penyediaan faskes, Regionalisasi Sistem Rujukan yang ditetapkan oleh Perda, Penganggaran Honor dan operasional SDM kesehatan di daerah serta Operasionalisasi kelanjutan bantuan RS dari Pemerintah Pusat).

Oleh karenanya salah satu **indikator output** yang harus dicapai adalah dengan *tercapainya forum koordinasi nasional lintas sektor dan harmonisasi regulasi peraturan perundang-undangan pusat dan daerah terkait pemenuhan fasyankes.*

Substrategi X

Pelibatan Peran Aktif Dunia Usaha dan Civil Society melalui Kemitraan dalam Pemenuhan Kebutuhan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Dalam mewujudkan target SJSN, Kementerian Kesehatan tidak dapat bekerja sendiri, namun harus melakukan sinergi dengan pelibatan aktif seluruh unsur yang ada baik di pemerintahan maupun *civil society*. Pemerintah saat ini selaku pemangku kebijakan berperan sebagai regulator, provider dan sekaligus penyedia anggaran. Oleh karenanya pemerintah berkepentingan untuk memenuhi kebutuhan akses layanan kesehatan, meningkatkan mutu layanannya dan disisi lain pemerintah harus dapat mencari alternatif pola pembiayaan kesehatan untuk mengurangi beban anggaran. Untuk memenuhi ketiga hal tersebut, diperlukan sinergi yang kuat antar sektor pemerintah, swasta (termasuk investor) maupun masyarakat (*civil society*) untuk saling mengisi dan mendorong terpenuhinya kebutuhan tersebut salah satunya melalui mekanisme *public private partnership (PPP)*. Hal ini akan berdampak besar pada peningkatan akses dan kualitas kesehatan masyarakat Indonesia kedepan secara signifikan dan tanpa terkecuali.

Oleh karenanya salah satu **indikator output** yang harus dicapai adalah dengan tercapainya *forum kemitraan strategis pemerintah – dunia usaha – masyarakat dalam implementasi SJSN dan tercapainya dukungan sektor usaha dan masyarakat terhadap upaya pemenuhan kebutuhan fasyankes.*

PENUTUP

Demikian strategi ini kami uraikan sebagai bentuk pemikiran untuk lebih mengefektifkan upaya mewujudkan pelayanan kesehatan secara universal di Indonesia. Strategi ini diharapkan dapat menjadi masukan berharga bagi Kementerian Kesehatan RI khususnya Ditjen BUK dalam mengembangkan upaya percepatan pembangunan kesehatan di Indonesia dan motivasi para stakeholders untuk bersinergi, bekerjasama dan berkoordinasi secara erat demi mengembangkan kualitas layanan kesehatan Indonesia kedepan.



Transformasi Upaya Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Strategi Pengembangan Upaya Pelayanan Kesehatan

CHAIRUL RADJAB NASUTION

Kementerian Kesehatan RI

2012

Daftar Isi

- **Arah kebijakan**
- **Identifikasi masalah**
- **Isu strategis**
- **Strategi mewujudkan transformasi pelayanan kesehatan di Indonesia**
- **Implementasi strategi**



ARAH KEBIJAKAN



Arahan Presiden SBY

Pada periode 2009-2014 akan dilakukan reformasi kesehatan (*health reform*) gelombang pertama yang meliputi :

- penambahan anggaran kesehatan,
- kesejahteraan tenaga kesehatan yang bertugas di daerah sangat terpencil, pedalaman dan pulau-pulau terluar dan
- pembangunan rumah sakit kelas dunia (*World Class Hospital*)
- Posyandu, Puskesmas dan rumah sakit juga harus diupayakan memiliki perlengkapan semestinya

Reformasi Pembangunan Kesehatan 2011 (Kementerian Kesehatan)

- Revitalisasi pelayanan kesehatan,
- Ketersediaan, distribusi, retensi dan mutu sumberdaya manusia,
- Mengupayakan ketersediaan, distribusi, keamanan, mutu, efektifitas, keterjangkauan obat, vaksin dan alkes,
- Jaminan kesehatan,
- keberpihakan kepada daerah tertinggal perbatasan dan kepulauan (DTPK) dan daerah bermasalah kesehatan (DBK),
- reformasi birokrasi dan
- *world class health care.*

Strategi Direktorat Jenderal BUK





IDENTIFIKASI MASALAH

- Kebutuhan Percepatan Pencapaian SJSN melalui pemenuhan fasyankes pertama dan rujukan
- Kebutuhan fasyankes berkait erat dengan kebutuhan nakes khususnya dari sisi distribusi pemerataannya dimana terjadi ketimpangan yang sangat besar antara daerah urban dan rural
- Disparitas antar wilayah secara nasional khususnya di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan serta P2B
- Standarisasi sistem rujukan dan Regionalisasi pola rujukan kesehatan
- Pelibatan dunia usaha/ sektor swasta melalui mekanisme *Public private partnership* (PPP)



ISU-ISU STRATEGIS TUNTUTAN PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

Otonomi Daerah vs Implementasi Pembangunan Kesehatan Nasional



- Pemerintah pusat mengalami sebuah paradoks. Di satu sisi, otonomi lokal yang kuat sangat penting untuk mendukung budaya demokrasi lebih luas hingga ke tingkat lokal.
- Di sisi lain, otonomi daerah berdampak pada keberlanjutan kelangsungan implementasi prioritas pembangunan **Kesehatan nasional** dan dapat berujung menurunnya kualitas pelayanan publik maupun produktivitas kinerja.

Ekonomis vs Pelayanan Prima



- Dilema SJSN menuntut faskes harus dikelola secara ekonomis agar dapat berkelanjutan
- di sisi lain faskes harus mempertahankan fungsi sosial, terutama dalam hal pelayanan prima terhadap pasien.
- dilema harus mampu mengelola manajemen yang secara efisien (ekonomis) dan efektif (pelayanan prima terpenuhi)

Tuntutan

Bina Upaya Pelayanan Kesehatan (BUK)

- BUK menghadapi kompleksitas, ambiguitas, ego sektoral dan kedinamisan situasi antar pemangku kebijakan
(GAP ANTAR SEKTOR)
- BUK harus memenuhi tuntutan untuk melayani masyarakat secara optimal sehingga terhindar dari marginalisasi
(GAP ANTAR WILAYAH)
- BUK diliputi oleh kondisi perbedaan nilai kepentingan secara substantif, resistennya organisasi pada perubahan.
(GAP INTRA LEMBAGA)



**MEWUJUDKAN TRANSFORMASI
PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA**

Transformasi Peran Bina Upaya Kesehatan

- Kewenangan BUK selama ini berada dalam dilema antara:
 - otonomi daerah/desentralisasi,
 - implementasi kebijakan pembangunan nasional dan
 - tuntutan publik
- BUK harus mampu bertransformasi dengan :
 - mengelola desentralisasi
 - menjaga keberlanjutan pembangunan nasional
 - berfokus pada aksesibilitas dan kualitas pelayanan publik



Strategi Transformasi Peran Upaya Pelayanan Kesehatan dalam Pembangunan Kesehatan Nasional





10 Implementasi Strategi Pelayanan Kesehatan

1. Pemenuhan Mutu Fasyankes Primer melalui Percepatan Akreditasi Puskesmas
 2. Pencapaian *Continuous Quality Improvement* dan *Patient Safety* Pada Pelayanan Kesehatan Rujukan
 3. Percepatan Pemenuhan Kebutuhan, Standar dan Mutu Sarana Penunjang Medis bagi Faskes Dasar dan Rujukan
 4. Peningkatan Peran Keperawatan dalam Pengelolaan Faskes sebagai garda terdepan pelayanan kesehatan dasar di Masyarakat
 5. Pengarusutamaan Pelayanan Kesehatan Jiwa sebagai Prioritas Kebijakan Pelayanan Kesehatan di tingkat Pusat dan Daerah
- (Lanjut)

10 Implementasi Strategi Pelayanan Kesehatan

... (lanjutan)

6. Pelaksanaan dan Sinkronisasi Sistem Rujukan secara Nasional melalui Koordinasi Pusat dan Daerah
7. Percepatan Pencapaian Reformasi Birokrasi dan Kinerja Pelayanan Publik Bina Upaya Kesehatan di lingkup Kementerian Kesehatan
8. Peningkatan Keberpihakan Pembangunan akses pelayanan kesehatan di Papua dan Papua Barat melalui sinergi lintas sektor.
9. Peningkatan Sinergi Hubungan Pusat dan Daerah melalui Koordinasi Intensif dan Harmonisasi Regulasi terkait Pemenuhan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
10. Pelibatan Peran Aktif Dunia Usaha dan Civil Society melalui Kemitraan dalam Pemenuhan Kebutuhan Fasilitas Pelayanan Kesehatan



TERIMA KASIH



PERPUSTAKAAN
KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA



002812343