



Memperbaiki Perencanaan, Pelaksanaan dan Pemantauan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan di Indonesia

HP+ POLICY Brief

Januari 2021

Lyubov Teplitskaya, Purwa Suahya, Deswanto Marbun, dan M. Fajar Rakhmadi

Pendahuluan

Pada lembar kebijakan ini, inisiatif Health Policy Plus (HP+) dengan dukungan dana Badan Pembangunan Internasional AS (USAID) menawarkan sejumlah rekomendasi untuk perbaikan perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan di Indonesia. Rekomendasi ini sejalan dengan hasil kajian pembiayaan biaya SPM yang diuraikan dalam laporan HP+ yang menyertai lembar kebijakan ini (Teplitskaya et al., 2020).

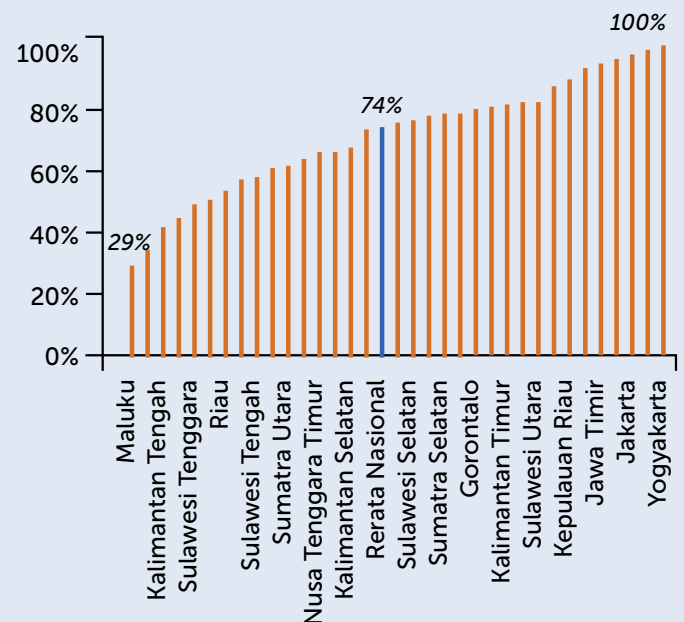
Latar Belakang

Pemerintah Indonesia terus memperkuat komitmen yang telah dibuat untuk mencapai cakupan kesehatan semesta (UHC) dengan meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang merupakan skema asuransi kesehatan sosial pembayar tunggal (*single-payer*) terbesar di dunia, dan meningkatkan cakupan asuransi kesehatan hingga 83% (World Bank, 2020). Namun demikian, saat ini belanja kesehatan di Indonesia baru mencapai 1,4 persen dari produk domestik bruto (PDB), yaitu sekitar sepertiga dari belanja kesehatan publik sebagai persentase dari PDB di negara-negara dengan tingkat pendapatan serupa di Asia Timur dan Pasifik (World Bank, 2020). Pengeluaran untuk layanan kesehatan dasar masih menjadi proporsi kecil dari pengeluaran JKN; di bulan Oktober 2020, pengeluaran untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP)

hanya 16 persen dari total pengeluaran JKN (dan selebihnya adalah pengeluaran di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) (DJSN, 2020). Mengingat prevalensi penyakit tidak menular (PTM) yang semakin meningkat disertai kekhawatiran akan keberlanjutan pembiayaan JKN, maka belanja kesehatan publik di Indonesia perlu beralih fokus dari aspek kuratif ke upaya penguatan layanan dasar, dan perlu dilakukan secara lebih efisien.

Terlepas dari berbagai kemajuan yang telah dicapai di bidang kesehatan (misalnya penurunan angka

Gambar 1. Persentase Kelahiran Hidup di Fasilitas Kesehatan



Sumber: BKKBN et al., 2018

kematian bayi) dan peningkatan akses ke layanan kesehatan dasar (contoh: persentase persalinan di fasilitas kesehatan), ketimpangan atas akses layanan dan kondisi kesehatan antar wilayah masih cukup signifikan. Sebagai contoh, persentase persalinan dengan kelahiran hidup di fasilitas kesehatan bervariasi dari yang hanya 29 persen di Provinsi Maluku hingga 100 persen di Yogyakarta (Gambar 1).

Untuk mengatasi ketimpangan kesehatan yang ada, Pemerintah Indonesia telah mengembangkan beberapa program kunci dan mengeluarkan beberapa regulasi terkait (Kotak 1). Penguatan layanan kesehatan dasar, terutama melalui perbaikan sarana, prasarana dan sumber daya manusia, merupakan komitmen utama yang tertuang dalam Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan 2020-2024 dan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). Di tahun 2016, Kementerian Kesehatan (Kemenkes) juga meluncurkan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) untuk memperkuat kesinambungan layanan kesehatan dengan fokus pada layanan pencegahan dan promosi kesehatan melalui identifikasi dini berbagai faktor risiko (World Bank, 2018a). Di tahun yang sama, pemerintah juga menyelenggarakan Program Nusantara Sehat untuk mengisi kesenjangan tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan publik tingkat pertama (puskesmas) di daerah

tertinggal, perbatasan dan kepulauan terluar (DTPK) di Indonesia (World Bank, 2018a; TNP2K, 2019). Kemenkes juga menetapkan standar untuk akreditasi puskesmas, klinik pratama, praktik mandiri dokter dan dokter gigi (Permenkes 46/2015), membentuk komisi akreditasi fasilitas kesehatan tingkat pertama (KAFKTP), dan mengidentifikasi sumber-sumber dana dalam Dana Alokasi Khusus yang dapat mendukung akreditasi FKTP. Selain itu, Kemenkes merevisi petunjuk penggunaan dana transfer ke pemerintah daerah yaitu agar dana diprioritaskan untuk mengatasi tantangan di layanan kesehatan dasar melalui penggunaan Dana Alokasi Khusus Fisik (DAK Fisik) dan Non-Fisik (DAK Non-Fisik).

Satu hal utama yang dilakukan Indonesia dalam dua dekade terakhir adalah mengembangkan beberapa versi dari standar pelayanan minimal (SPM) untuk layanan kesehatan tingkat pertama, di mana regulasi terbaru adalah Permenkes 4/2019 (Kotak 2). Kemenkes bertanggung jawab untuk memberi petunjuk teknis yang memandu dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota dalam merencanakan, menganggarkan, mengelola, dan menyediakan layanan kesehatan. Pemerintah daerah bertanggung jawab untuk menyusun rencana kegiatan dan anggaran untuk memenuhi target SPM yaitu pelaksanaan, pencatatan dan pelaporan, serta pemantauan dan evaluasi SPM. Regulasi SPM yang baru menjelaskan kualitas minimal dari layanan yang wajib diberikan di tingkat kabupaten/kota untuk menjangkau 12 kelompok sasaran dengan layanan sepanjang siklus kehidupan manusia (layanan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, anak balita, anak usia pendidikan dasar, dewasa usia produktif dan orang berusia lanjut) juga layanan untuk beberapa penyakit menular dan tidak menular (Gambar 2). Permenkes tersebut juga merinci standar teknis peralatan, perlengkapan dan sumber daya manusia yang diperlukan agar 100% cakupan layanan kesehatan yang menjadi target dapat dipenuhi di tiap tahun anggaran. Lingkup layanan yang perlu disediakan bervariasi antar kelompok sasaran, tapi secara umum meliputi penjangkauan, pendataan, edukasi, skrining, penyediaan layanan, rujukan,

Kotak 1. Program Prioritas Utama Layanan Kesehatan di Indonesia

- Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)
- Program Nusantara Sehat
- Akreditasi fasilitas kesehatan dasar
- Revisi Dana Alokasi Khusus untuk memprioritaskan penyediaan layanan kesehatan dasar
- Standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan

Kotak 2. Apa alasan penerapan standar pelayanan minimal (SPM) di Indonesia?

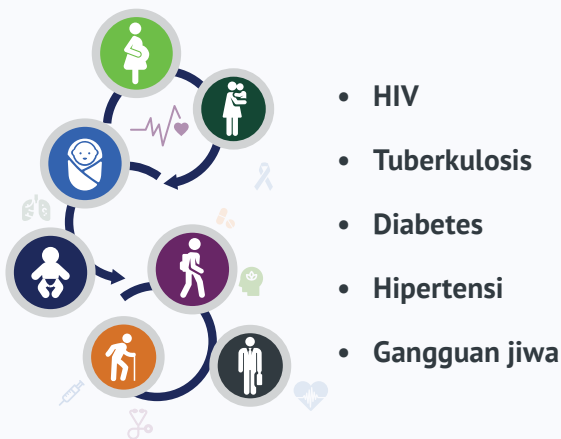
SPM ditujukan untuk mengatasi ketidakseragaman kualitas layanan kesehatan di Indonesia dan memastikan semua warga Indonesia memperoleh layanan dasar esensial yang setara. Pemerintah daerah diberi kewajiban untuk menjalankan fungsinya memberi paket pelayanan minimal tanpa melihat sumber daya dan kapasitas yang ada, yang dalam jangka panjang diyakini akan mampu menjembatani ketimpangan yang ada antar wilayah.

SPM dirancang sebagai sistem untuk menilai kinerja pemerintah daerah dalam menjalankan fungsi esensialnya dan mendorong pemerintah daerah untuk bertanggungjawab terhadap warganya. Kinerja SPM dapat menjadi dasar untuk menaikkan pajak daerah bila masyarakat kurang puas dengan kualitas layanan publik.

Sumber: Roudo & Chalil, 2016; Ferrazi, 2005

Gambar 2. Standar Pelayanan Minimal untuk Kesehatan oleh Kabupaten/Kota

Siklus Kehidupan dan Penyakit



- HIV
- Tuberkulosis
- Diabetes
- Hipertensi
- Gangguan jiwa

pencatatan dan pelaporan. Regulasi SPM yang terbaru juga merinci dua layanan SPM yang menjadi kewajiban pemerintah provinsi yaitu penyediaan layanan kesehatan dasar saat terjadi krisis karena bencana dan wabah penyakit.

Di bulan Maret 2019, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK) Kementerian Kesehatan mengembangkan platform elektronik Siscobikes dan perangkat perhitungan biaya (*costing tool*) terkait untuk membantu kabupaten/kota menyusun rencana kegiatan dan anggaran dan menghitung sumber daya yang dibutuhkan untuk memenuhi target SPM.

Terlepas dari beberapa penyesuaian yang dibuat di tahun 2019 dan 2020 yang bertujuan untuk meningkatkan fungsionalitas Siscobikes, analisis data 67 kab/kota dari 514 kab/kota yang ada menunjukkan bahwa kualitas data masih rendah dan tidak lengkap (Sucahya dan Teplitskaya, 2020). Dalam menyusun anggaran SPM tahunan, kabupaten/kota cenderung mengacu pada estimasi belanja tahun sebelumnya yang sesungguhnya tidak mencerminkan jumlah dana yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan kelompok populasi sasaran. Oleh karena itu versi perangkat yang ada saat ini memerlukan beberapa penyesuaian dengan memasukkan input biaya SPM berbasis bukti sesuai Permenkes 4/2019 yang juga mencerminkan berbagai penggerak biaya (*cost drivers*) yang berbeda-beda antar wilayah.

Terkait hal tersebut, HP+ memberikan bantuan teknis ke PPJK yang terdiri dari:

1. Melakukan studi perhitungan biaya berbasis kegiatan (*activity-based costing*) untuk menilai biaya yang diperlukan dalam menyediakan dua belas layanan kesehatan sesuai SPM kepada 100% kelompok sasaran di tingkat kabupaten/kota.
2. Menggunakan estimasi biaya yang diperoleh dari studi untuk menyempurnakan perangkat perhitungan anggaran SPM Kemenkes dalam Siscobikes yang dapat membantu kabupaten/kota menghitung secara akurat sumber

daya yang diperlukan untuk memenuhi target SPM.

3. Mengembangkan panduan interoperabilitas platform agar kementerian dan lembaga pemerintah lain dapat menggunakan data SPM dari Siscobikes sebagai dasar pengembangan kebijakan dan untuk analisis lain.

Rincian metodologi dan hasil dari studi perhitungan biaya SPM telah dijelaskan di dalam laporan terpisah (Teplitskaya et al., 2020). Estimasi kebutuhan sumber daya untuk SPM yang dihasilkan studi tersebut menjadi dasar dari rekomendasi yang tertuang dalam lembar kebijakan ini. Selain itu, lembar kebijakan ini juga menguraikan beberapa tantangan yang masih dihadapi dalam pelaksanaan SPM beserta usulan solusi.

Tantangan Pelaksanaan SPM dan Rekomendasi Kebijakan

Memperkuat koordinasi sistem informasi dan data SPM di tingkat pusat. Menurut Peraturan Menteri Dalam Negeri (Permendagri) nomor 100/2018, yang berhak memberi penghargaan dan sanksi kepada kepala daerah adalah Kementerian Dalam Negeri (Kemendagri). Akan tetapi dalam pelaksanaan SPM, peran dan tanggung jawab dari berbagai instansi yang terlibat yaitu PPJK, Pusat Data dan Informasi (Pusdatin), Biro Perencanaan dan Anggaran (Roren) dari Kemenkes banyak bertumpang tindih dengan peran dengan tanggung jawab Kemendagri, sehingga terjadi duplikasi dalam pengumpulan data dan sistem informasi SPM (Tabel 1). Masing-masing instansi dan juga Kemendagri

Tabel 1. Tanggung Jawab Pemangku Kepentingan Pemerintah Indonesia dalam SPM dan Data yang Dikumpulkan

	PPJK Kemenkes	Pusdatin Kemenkes	Roren Kemenkes	Bangda Kemendagri
Peran dalam SPM	Memantau dan memberi petunjuk teknis untuk penyusunan anggaran SPM sesuai Permenkes 4/2019	Mengumpulkan laporan kinerja SPM dari pemerintah daerah	Memantau pencapaian indikator SPM sesuai Permenkes 4/2019	Membimbing dan mengawasi pelaksanaan SPM. Memberi penghargaan dan sanksi yang tepat kepada kepala daerah sesuai Permendagri 100/2018
Nama sistem	Siscobikes (Sistem Costing dan Pembiayaan Kesehatan)	SPM Komunikasi Data (SPM Komdat)	Pemantauan dan evaluasi terpadu menggunakan formulir berbasis kertas	SIPD (Sistem Informasi Pembangunan Daerah)
Data SPM yang dikumpulkan	<ul style="list-style-type: none"> • Target • Kebutuhan dana per sumber dana • Kinerja • Prasarana • Perlengkapan dan komoditas • Sumber daya manusia untuk kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Target • Kinerja • Hambatan • Pembelajaran 	<ul style="list-style-type: none"> • Target • Kinerja • Alokasi dan penyerapan anggaran • Hambatan • Implementasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Target • Alokasi dan penyerapan anggaran

menggunakan sistem informasi pemantauan yang berbeda sehingga pengumpulan data indikator pemantauan untuk keperluan perencanaan, penganggaran dan pelaksanaan SPM dilakukan berulang kali. Seluruh instansi mengumpulkan data tentang target SPM, dan masing-masing dari ketiga badan Kemenkes memantau kinerja SPM, dan secara terpisah mengumpulkan data untuk indikator SPM yang sama. Duplikasi pengumpulan data SPM ini menambah tanggung jawab pencatatan dan pelaporan yang harus dilakukan Dinkes Kab/Kota dan Puskesmas dan memberi beban administrasi yang cukup signifikan.

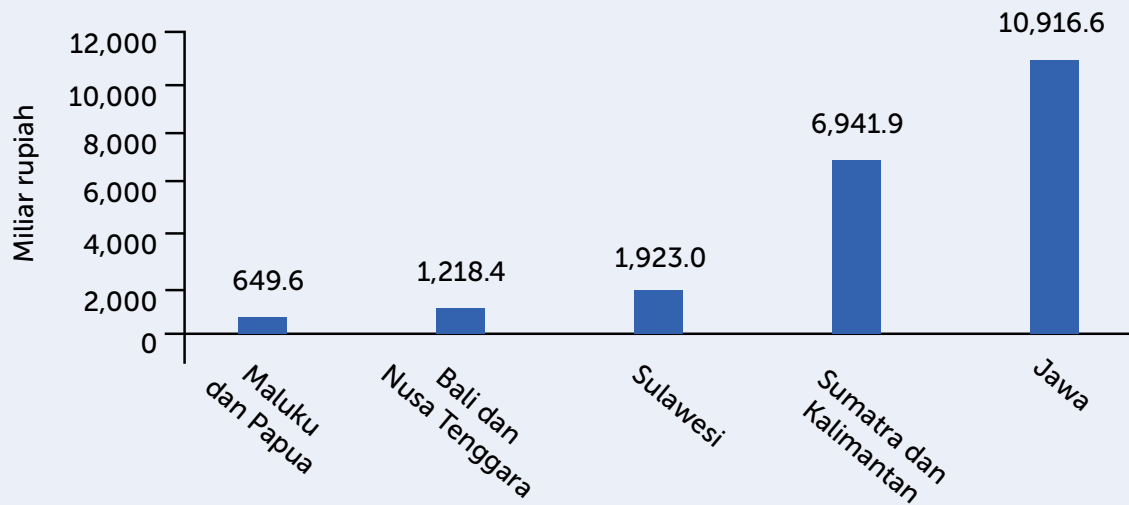
Belum optimalnya interoperabilitas antar sistem data yang berbeda serta kurangnya koordinasi antar pemangku kepentingan membuat data tidak digunakan secara optimal untuk menentukan prioritas sumber daya kesehatan di tingkat daerah dan nasional. Untuk itu HP+ membantu meningkatkan interoperabilitas beberapa sistem pengumpulan data SPM dengan menyusun panduan interoperabilitas yang dapat membantu kementerian dan lembaga pemerintah mengoordinasi akses data SPM. HP+ juga menyempurnakan [platform Siscobikes](#) yang dikelola oleh PPJK, dan mendukung Kemenkes menyusun modul pelatihan elektronik (e-module) Siscobikes untuk memperkuat kapasitas perencana program kesehatan kabupaten/kota dalam mengumpulkan dan memasukkan data SPM ke dalam Siscobikes.

Penyempurnaan Siscobikes termasuk perbaikan atas perangkat penyusunan anggaran SPM agar kabupaten/kota dapat secara lebih akurat menghitung total sumber daya yang dibutuhkan untuk memenuhi target SPM di tahun-tahun mendatang. Beberapa fitur baru dalam perangkat ini mencakup menu pre-estimasi satuan harga (unit cost) berdasarkan wilayah untuk digunakan oleh kab/kota dalam menghitung kebutuhan anggaran SPM tiap tahun. Platform Siscobikes terbaru juga dilengkapi dengan 'sistem peringatan' untuk memberi tahu pengguna bila total kebutuhan sumber daya SPM yang

diperoleh melampaui total pagu anggaran yang secara otomatis dihitung dari input biaya dan target.

Kemendagri perlu memastikan SPM bidang kesehatan menjadi prioritas pemerintah daerah dengan melakukan penilaian kepatuhan terhadap regulasi SPM. Terkait dengan semakin terbatasnya sumber daya kesehatan yang tersedia oleh karena pandemi COVID-19, pemerintah Indonesia harus memprioritaskan belanja kesehatan untuk intervensi kesehatan dasar, terutama untuk skrining dini agar rerata biaya kunjungan ke fasilitas kesehatan dapat ditekan dan tingkat keberhasilan pengobatan dapat ditingkatkan. Untuk tahun 2019 biaya langsung yang diperlukan untuk melaksanakan SPM secara nasional diperkirakan mencapai Rp. 6,7 triliun, sekitar 4,6 persen dari anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD) untuk kesehatan (atau sekitar Rp. 25.177 per orang per tahun) (Teplitskaya et al., 2020) (Gambar 3). Biaya langsung SPM mencakup obat-obatan, vaksin, perlengkapan medis, alat kesehatan (alkes), dan transportasi yang berkaitan langsung dengan pelaksanaan layanan SPM. Bila ditambahkan biaya *overhead* (atau biaya yang tidak langsung berkaitan dengan penyediaan layanan SPM, termasuk biaya operasional, biaya tetap dan biaya tenaga petugas), total kebutuhan sumber daya untuk SPM mencapai Rp. 21,6 triliun, sekitar 8,1 persen dari anggaran kesehatan pemerintah daerah (APBD) (atau sekitar Rp. 81.523 per orang per tahun) (Teplitskaya et al., 2020). Untuk memastikan terpenuhinya kebutuhan peralatan, perlengkapan dan sumber daya manusia yang dapat mendukung pelaksanaan SPM dengan baik, kabupaten/kota perlu mematuhi peraturan yang ada yaitu memprioritaskan pendanaan kesehatan dengan mengalokasikan 10% dari APBD untuk bidang kesehatan. Di bulan Agustus 2020, Kemendagri menyampaikan bahwa rata-rata alokasi APBD untuk bidang kesehatan masih di bawah persyaratan 10%, yaitu 9,24% (Nugraheny, 2020). Sesuai UU 23/2014, Kemendagri harus mengenakan sanksi terhadap kepala daerah yang tidak

Gambar 3. Estimasi Total Kebutuhan Sumber Daya untuk SPM per Wilayah, (2019, miliar rupiah)



melaksanakan SPM dengan efektif dan tidak memenuhi target mereka. Dalam hal ini, Kemendagri memegang peran penting dalam menyebarkan pedoman SPM ke daerah, menjelaskan tanggung jawab pemimpin daerah dalam pelaksanaan SPM berikut konsekuensi yang harus ditanggung bila mereka gagal mencapai 100% dari target mereka.

Saat ini, pemerintah daerah mengandalkan DAK untuk membiayai layanan SPM, oleh karena itu pemerintah perlu mempertimbangkan sumber-sumber dana tambahan untuk meningkatkan pendanaan SPM.

Kabupaten/Kota banyak mengandalkan DAK Fisik dan DAK Non-Fisik untuk membiayai layanan SPM (lihat rangkuman regulasi di Gambar 4). Studi HP+ baru-baru ini mencatat bahwa porsi dari total biaya SPM di kabupaten/kota sampel yang dibiayai melalui DAK Fisik dan DAK Non-Fisik berkisar dari yang terendah 13 persen di Sumatra dan Kalimantan hingga tertinggi 30 persen di Jawa (Teplitskaya et al., 2020). Analisis ruang fiskal yang juga dilakukan oleh HP+ menunjukkan bahwa sebagian besar dana transfer dari pemerintah pusat untuk kesehatan bersifat tetap dengan jumlah yang kemungkinan tidak akan banyak berubah (Dutta et al., 2020).

Sektor kesehatan merupakan salah satu dari berbagai sektor yang berupaya untuk memperoleh dana dari DAK Fisik dan antara tahun 2017 dan 2019 porsi DAK Fisik yang dialokasikan untuk sektor kesehatan tidak berubah dari 29 persen. Porsi DAK Non-Fisik yang dialokasikan untuk kesehatan meningkat sedikit dari 6 persen di tahun 2017 menjadi 9 persen di tahun 2020; dan sebagian besar dari dana dialokasikan untuk bidang pendidikan. Untuk itu, pemerintah daerah perlu mempertimbangkan penambahan anggaran untuk sektor kesehatan melalui sumber-sumber pendanaan daerah yang lebih fleksibel yang tidak ditujukan khusus (*earmark*) untuk sektor tertentu. Termasuk di dalam sumber pendanaan lainnya tersebut adalah pendapatan asli daerah (PAD), dana bagi hasil sumber daya alam (DBH-SDA), dana insentif daerah (DID), dan dana desa (DD). Sumber pendanaan lain yang sedikit kurang fleksibel mencakup DBH dari cukai hasil tembakau (DBH-CHT), yang telah diperuntukkan khusus (*earmark*) untuk kesehatan sejak tahun 2018, juga pajak tembakau dari pajak daerah dan retribusi daerah (PDRD) (Dutta et al., 2020).

Sebagai bagian dari proses perbaikan terus-menerus atas rumus perhitungan alokasi BOK dari DAK Non-Fisik, data Siscobikes dapat menjadi informasi

Gambar 4. Regulasi DAK Fisik dan DAK Non-Fisik

DAK Fisik	DAK Non-Fisik
<p>DAK Fisik Reguler</p> <p>Dana untuk prasarana, peralatan, rehabilitasi fasilitas layanan kesehatan untuk memperkuat upaya promotif dan preventif dan meningkatkan ketersediaan sediaan farmasi di fasilitas layanan kesehatan dasar.</p> <p>DAK Fisik Penugasan</p> <p>Dana untuk prasarana, peralatan, rehabilitasi fasilitas layanan kesehatan untuk (1) mempercepat penurunan stunting, (2) meningkatkan pengendalian penyakit menular dan faktor risiko penyakit tidak menular; dan (3) meningkatkan kinerja sistem kesehatan dalam pemerataan akses ke layanan kesehatan yang berkualitas.</p> <p>DAK Fisik Afirmasi</p> <p>Dana untuk memenuhi kebutuhan prasarana dasar di puskesmas, juga peralatan, rehabilitasi fasilitas layanan kesehatan untuk memperkuat pelayanan kesehatan dasar di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan terluar (DTPK).</p>	<p>Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)</p> <p>Dana operasional untuk upaya kesehatan yang bersifat promotif dan preventif, termasuk sosialisasi di tingkat provinsi, kabupaten/kota dan masyarakat. Ini mencakup BOK kefarmasian untuk meningkatkan pengelolaan dan ketersediaan obat-obatan esensial, vaksin, dan bahan medis habis pakai di puskesmas, dan BOK stunting.</p> <p>Jaminan Persalinan (Jampersal)</p> <p>Dana untuk meningkatkan jumlah persalinan di fasilitas kesehatan, termasuk rujukan persalinan, biaya sewa dan operasional rumah tangga kelahiran, dan dukungan biaya persalinan.</p> <p>Akreditasi Puskesmas</p> <p>Dana untuk penyelenggaraan lokakarya dan survei dalam rangka implementasi akreditasi puskesmas.</p> <p>Dana operasional lain</p> <p>Pengawasan obat dan makanan, pengawasan fasilitas pelayanan farmasi; dan pengawasan makanan minuman industri rumah tangga.</p>

Sumber: Permenkes 85/2019 dan Permenkes 86/2019

tentang variasi biaya layanan SPM dan ragam kebutuhan yang ada di berbagai kabupaten/kota. Rumus perhitungan alokasi dana BOK dapat memasukkan indikator yang mendorong pemerintah daerah untuk memasukkan data SPM ke Siscobikes untuk memenuhi target SPM. Dana transfer dari pemerintah pusat seperti DAK memiliki mata anggaran dan rumus alokasi dana yang kaku yang tidak secara akurat mencerminkan kebutuhan masing-masing kabupaten/kota. Evaluasi yang dilakukan Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat menemukan bahwa dari tahun 2017 ke 2018, tingkat penyerapan dana BOK DAK Non-Fisik secara nasional menurun

dan untuk 73 daerah di Indonesia tingkat penyerapan dana di tahun 2018 bahkan berada di bawah 60 persen (KOMPAK, 2020). Secara umum, tingkat penyerapan DAK Non-Fisik oleh sektor kesehatan di tahun 2018 relatif rendah: BOK- 82%, Jampersal-52%, akreditasi puskesmas-78%, dan akreditasi laboratorium dan lainnya-64%. Saat ini, dana BOK tidak mempertimbangkan perbedaan kebutuhan layanan atau perbedaan biaya antar wilayah, dan ini mengakibatkan beberapa wilayah mengalami kekurangan dana, sementara wilayah lainnya mengalami kelebihan dana (KOMPAK, 2020). Rumus perhitungan alokasi BOK memuat beberapa indikator teknis (beberapa di antaranya adalah jumlah

penduduk, jumlah puskesmas, jumlah ibu hamil, bobot kabupaten/kota), juga indikator kinerja pemanfaatan DAK dan kepatuhan pelaporan oleh daerah di tahun sebelumnya. Proyek KOMPAK saat ini sedang mengkaji rumus perhitungan alokasi dana BOK dan melakukan studi pembiayaan dengan tujuan agar dana BOK dapat dialokasikan secara lebih akurat sesuai dengan kebutuhan dan biaya tiap kabupaten/kota (KOMPAK, 2020). Untuk menetapkan rumus alokasi BOK yang lebih mencerminkan kebutuhan dan biaya SPM, data Siscobikes dapat memberi informasi tentang variasi biaya dari beberapa sub-kegiatan SPM yang spesifik antar kabupaten/kota, mengikuti menu kegiatan BOK dalam Permenkes 86/2019.

Tahun 2021 merupakan tahun pertama kabupaten/kota akan menyerahkan rencana pelaksanaan SPM mereka dengan mengacu pada Permenkes 4/2019. Walaupun petunjuk tentang SPM telah dikomunikasikan secara luas, pemerintah pusat perlu memastikan apakah kabupaten/kota dapat memenuhi target kinerja SPM mereka masing-masing dan memasukkan data yang relevan ke dalam Siscobikes. Saat ini belum dapat dipastikan apakah seluruh pemerintah daerah akan mematuhi tanggung jawab pelaporan SPM mereka sebagaimana dijelaskan di Permenkes 4/2019, dan apakah anggaran yang diajukan akan cukup lengkap dan akurat. Di tahun 2019, hanya 67 dari 514 kabupaten/kota memasukkan rencana kegiatan dan anggaran SPM ke dalam Siscobikes, dan data yang dimasukkan relatif tidak lengkap dan kurang berkualitas (Sucahya dan Teplitskaya, 2020). Kementerian Dalam Negeri adalah satu-satunya lembaga yang berwenang untuk memberikan penghargaan atau insentif maupun sanksi yang tepat atas kepatuhan pemerintah daerah terhadap Permenkes 4/2019, walaupun hingga saat ini Kemendagri belum menjelaskan kepada kepala daerah apa konsekuensi yang harus ditanggung bila mereka tidak mematuhi peraturan. Hingga saat ini Kemendagri juga belum mengeluarkan petunjuk tentang pemberian insentif atau penghargaan bagi kabupaten/

kota yang mematuhi peraturan. Pemerintah Indonesia dapat memasukkan kedua indikator tambahan yaitu ini peningkatan kinerja SPM dan pengisian data ke Siscobikes dalam revisi rumus perhitungan alokasi BOK. Hal ini hampir serupa dengan indikator peningkatan kinerja pemanfaatan DAK dan kepatuhan pelaporan yang terdapat dalam rumus alokasi BOK sebelumnya.

Menggantikan mata anggaran DAK Fisik (reguler, penugasan, dan afirmasi) yang relatif kaku dengan rumus perhitungan alokasi sumber daya yang telah memperhitungkan biaya prasarana dan peralatan kesehatan, kebutuhan dan kinerja kesehatan yang bervariasi antar kabupaten/kota. Pemerintah

Indonesia telah menerapkan beberapa perbaikan yang mencakup prioritas dana DAK Fisik untuk layanan kesehatan dasar, penambahan dana melalui DAK Fisik Afirmasi (Permenkes 85/2019) untuk memperkuat layanan dasar di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan terluar (DTPK) sebagai salah satu upaya menjembatani kesenjangan prasarana kesehatan (Gambar 4). Akan tetapi, sesuai temuan Bank Dunia baru-baru ini, transfer dana tersebut belum terbukti mampu mengisi kesenjangan yang ada atau meningkatkan penyediaan layanan kesehatan di Indonesia (World Bank, 2018b, 2020). DAK Fisik juga terdiri dari mata anggaran yang telah ditetapkan yaitu untuk prasarana kesehatan, peralatan, rehabilitasi fasilitas kesehatan, dan pengeluaran non-operasional lainnya, dan ini kurang efektif untuk memenuhi kebutuhan kabupaten/kota. Proses yang diterapkan Kemendagri untuk menyetujui atau menolak anggaran tahunan yang diajukan pemerintah daerah hanya terbatas pada pemeriksaan kesesuaian anggaran yang diajukan dengan daftar mata anggaran DAK Fisik yang telah disetujui. Kemendagri tidak melakukan penilaian tentang kebutuhan prasarana dan peralatan kesehatan dari tiap kabupaten/kota, ataupun evaluasi kinerja kab/kota di tahun-tahun sebelumnya. Untuk memperbaiki proses yang memakan waktu ini dan membantu mengatasi

ketidakcocokan antara tingkat pendanaan, kebutuhan, dan kinerja, diusulkan agar pemerintah Indonesia mempertimbangkan penggunaan data yang tersedia dalam Siscobikes dan sumber-sumber data lain untuk menentukan rumus perhitungan alokasi DAK Fisik bidang kesehatan yang baru. Rumus tersebut dapat memuat indikator yang telah memperhitungkan variasi biaya dalam penyediaan prasarana dan peralatan kesehatan, ragam kebutuhan dan pemanfaatan dana DAK Fisik bidang kesehatan di tahun sebelumnya.

Menyusun petunjuk teknis pelaporan, pemantauan dan evaluasi yang jelas bagi puskesmas dan klinik pratama/swasta. Memperkuat peran puskesmas dalam koordinasi penyediaan layanan SPM dengan sektor swasta. Di sebagian besar Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sampel, pemantauan dan evaluasi SPM belum menjadi prioritas, dan sistem yang memungkinkan puskesmas untuk menerima umpan balik atas laporan bulanan mereka juga belum tersedia (Teplitskaya et al., 2020). Untuk meningkatkan peran pengawasan dari Dinkes Kab/Kota dan puskesmas dalam pencatatan dan pelaporan di periode jangka panjang, Kemenkes perlu menyusun sistem pelaporan terpadu untuk pelaporan SPM dan pelaporan program. Dalam rangka penguatan layanan SPM di klinik swasta, Indonesia juga perlu memperkuat peran puskesmas dalam koordinasi layanan SPM, termasuk konsolidasi laporan kinerja SPM, dengan sektor swasta.

Kesimpulan

Dengan meningkatnya prevalensi penyakit tidak menular dan adanya keprihatinan tentang keberlanjutan finansial dari JKN, Indonesia harus meningkatkan penyediaan layanan dan memenuhi target SPM untuk menekan biaya sistem kesehatan Indonesia secara keseluruhan. HP+ telah mendukung pemerintah Indonesia memperkuat dan mengkoordinasi data dan sistem informasi SPM dengan (1) menyempurnakan platform data elektronik untuk SPM (Siscobikes), (2)

menyempurnakan perangkat data berbasis Microsoft Excel dengan menambahkan menu pre-estimasi satuan harga (unit cost) yang memperhitungkan variasi antar wilayah, (3) mendukung pemerintah Indonesia mendistribusikan petunjuk teknis SPM, (4) mengembangkan modul elektronik untuk membantu perencana program kesehatan di kabupaten/kota menggunakan perangkat costing dan platform Siscobikes dengan lebih baik, dan (5) menyusun panduan interoperabilitas platform agar kementerian dan lembaga pemerintah lain dapat menggunakan data Siscobikes.

Di tahun pertama penerapan Permenkes 4/2019, pemerintah Indonesia dapat mempertimbangkan beberapa rekomendasi aksi berikut untuk memastikan kepatuhan pemerintah daerah terhadap regulasi dan memperbaiki pelaksanaan SPM:

1. Sebagai bagian dari proses revisi rumus perhitungan alokasi BOK DAK Non-Fisik yang berlangsung kontinu, menggunakan data Siscobikes untuk memberi informasi tentang variasi biaya dan kebutuhan SPM antar kabupaten/kota.
2. Mendorong pengisian data SPM yang akurat ke Siscobikes dan pencapaian target SPM oleh pemerintah daerah dengan cara mencantumkan indikator kinerja baru dalam rumus perhitungan alokasi BOK DAK Non-Fisik.
3. Menggantikan daftar mata anggaran dalam DAK Fisik (reguler, penugasan, dan afirmasi) yang relatif kaku dengan rumus perhitungan alokasi dana yang disesuaikan dengan biaya prasarana dan peralatan kesehatan, kebutuhan dan kinerja yang berbeda-beda antar kabupaten/kota.
4. Menjelaskan kepada kepala daerah konsekuensi yang harus ditanggung bila mereka gagal memenuhi persyaratan SPM.
5. Memperkuat peran puskesmas dalam koordinasi penyediaan layanan SPM dengan sektor swasta.

References

- Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN). 2020. “Sistem Monitoring Terpadu.”
- Dutta, A., K. Ward, E. Setiawan, and S. Prabhakaran. 2020. *Fiscal Space for Health in Indonesia: Public Sector Opportunities and Constraints in Achieving the Goals of Indonesia’s Mid-Term Development Plan (RPJMN) 2020–2024*. Jakarta: Kementerian PPN/Bappenas.
- Ferrazzi, G. 2005. “Obligatory Functions and Minimum Service Standards for Indonesian Regional Government: Searching for a Model.” *Public Administration and Development* 25(3): 205–215.
- Kolaborasi Masyarakat dan Pelayanan untuk Kesejahteraan Kemitraan Pemerintah Australia – Indonesia (KOMPAK). Jakarta, unpublished presentation: “Costing Study on DAK Non-Physical Health Operational Fund (BOK) Health Services.” Presented 16 April 2020.
- National Population and Family Planning Board (BKKBN), Statistics Indonesia (Badan Pusat Statistik–BPS), Ministry of Health (Kemenkes), and ICF. 2018. *Indonesia Demographic and Health Survey 2017*. Jakarta, Indonesia: BKKBN, BPS, Kemenkes, and ICF.
- Nugraheny, D. 2020. “Mendagri: Masih Banyak Daerah yang Alokasi Anggaran Kesehatannya Kurang dari 10 Persen APBD.” *Kompas.com*, August 18, 2020.
- Roudo, M. and T. Chalil. 2016. “Depolarization in Delivering Public Services? Impacts of Minimum Service Standards (MSS) on the Quality of Health Services in Indonesia.” *Journal of Regional and City Planning* 27(1): 1–15.
- Sucahya P. K. and L. Teplitskaya. 2020. *Analysis of Local Government Budgets to Meet Minimum Service Standards for Health in Indonesia*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.
- Teplitskaya, L., P. Sucahya, D. Marbun, M. F. Rakhmadi, and Y. Leosari. 2021. *Cost of Implementing Minimum Service Standards for Health in Indonesia*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.
- TNP2K. 2019. *Improving Health of the Left-Behinds: The Case of Indonesia’s Nusantara Sehat*. TNP2K Working Paper 6-2019. Jakarta, Indonesia.
- World Bank. 2018a. *Indonesia – Supporting Primary Healthcare Reform Project: Technical Assessment*. Washington, DC: World Bank Group.
- World Bank. 2018b. *Is Indonesia Ready to Serve?: An Analysis of Indonesia’s Primary Health Care Supply-Side Readiness*. Washington, DC: World Bank Group.
- World Bank. 2020. *Indonesia Public Expenditure Review: Spending for Better Results*. Washington, DC: World Bank Group.

HUBUNGI KAMI

Health Policy Plus
 1331 Pennsylvania Ave NW, Suite 600
 Washington, DC 20004
www.healthpolicyplus.com
policyinfo@thepalladiumgroup.com

Health Policy Plus (HP+) adalah perjanjian kerjasama selama lima tahun yang didanai oleh U.S. Agency for International Development dengan Perjanjian No. AID-OAA-A-15-00051, dimulai pada tanggal 28 Agustus 2015. Kegiatan proyek di bidang HIV dilakukan dengan dukungan dana U.S. President’s Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). HP+ diimplementasikan oleh Palladium, bekerja sama dengan Avenir Health, Futures Group Global Outreach, Plan International USA, Population Reference Bureau, RTI International, ThinkWell, dan Aliansi Pita Putih Indonesia-APPI (White Ribbon Alliance for Safe Motherhood).

Publikasi ini disusun oleh HP+ untuk ulasan U.S. Agency for International Development. Informasi yang disampaikan dalam laporan ini bukan informasi resmi Pemerintah Amerika Serikat dan tidak mencerminkan pandangan atau posisi dari U.S. Agency for International Development atau Pemerintah AS.