

Rabu, 6 Juni 2012
Prof. Ascobat Gani

Prof. Askobat Gani memulai sesi dengan berbagi pengalamannya di NTT dan bagaimana seharusnya public health didefinisikan dan diterapkan. Public health adalah local problem, solved by local resources with local wisdom by empowering the community.

Jangan lupa bahwa komunitas harus dilibatkan dalam memecahkan permasalahan di daerah/lokal. Solusi akademik yang terlalu canggih sering melupakan bahwa kondisi lokal itu membutuhkan solusi yang lokal pula.

Health Policy harus memahami dulu sistem kesehatan. Kerangka presentasi hari ini adalah:

1. Sistem kesehatan
2. Prinsip dan norma dalam analisis kebijakan
3. Proses analisis kebijakan
4. Isu kebijakan dalam sistem kesehatan

The Health System

3 tujuan health system: (1) responsiveness, (2) fairness/keadilan, (3) health status yang baik. Ditambah (4) environmental health

Untuk mencapai 3 tujuan ini, sistem kesehatan harus bisa melakukan setidaknya 4 fungsi berikut:

1. stewardship/tata kelola, governance
2. Create resources

Termasuk tenaga kesehatan, medical products.

Namun di Indonesia, pengadaan tenaga spesialis terutama, masih sangat lamban. Hal ini juga dilihat dari pengadaan obat, di mana banyak obat masih diimpor. Dibandingkan dengan India yang sudah memproduksi obat-obatan sendiri, harga obat di Indonesia masih 10 kali lipat harga obat di India.

3. Financing mobilization
4. Intersectoral collaboration / peranan sektor lain

Sistem kesehatan harus memiliki mekanisme menggerakkan sektor lain, karena banyak hal yang manifestasinya di bidang kesehatan namun disebabkan di area di luar kesehatan. Misal: peraturan lalu lintas untuk mengurangi angka kematian akibat kecelakaan di jalan raya.

Pembahasan 3 tujuan health system:

Responsiveness

1. Respect
 - a. Dignity; tidak memperlakukan atau merendahkan pasien
 - b. Confidentiality; menjaga rahasia pasien, perlu hati-hati di jaman modernisasi teknologi informasi sekarang ini
 - c. Autonomy; participate in choosing treatment

2. Client orientation
 - a. Prompt attention; misal waktu tunggu dokter yang tidak berlama-lama
 - b. Amenity; pelayanan di luar medis, misal: kebersihan dan mutu gedung fasilitas kesehatan, dll.

Fairness in financial contribution

- Tingginya OOP (out-of pocket payment) menunjukkan ketidakadilan
- Right based (sosial) versus risk based (komersial) → dalam sistem asuransi

Stewardship

Stewardship = governance

Menurut Amartya Sen: **Rakyat adalah kekayaan sesungguhnya sebuah negara.**

People is the real wealth of a nation.

Manusia adalah modal pembangunan utama, namun di Indonesia sumber daya alam selalu lebih dihargai daripada manusianya sendiri. Jumlah manusia Indonesia atau yang ada di suatu daerah jarang sekali diakui sebagai potensi daerah itu. Potensi daerah lebih dinilai dari kekayaan alam seperti pertambangan, hutan, dll. **Kejahatan Indonesia adalah seringnya menihilkan nilai manusia.**

Tentang desentralisasi:

Desentralisasi adalah bentuk sistem manajemen, yang tidak harus selalu diterapkan di semua lini.

Yang lebih penting adalah **stewardship**-nya, bagaimana tata kelola suatu sistem.

Beberapa isu policy:

- Peningkatan jumlah warga senior, akan ada 22 juta populasi usia tua pada tahun 2020. Hal ini akan memberatkan sistem pelayanan kesehatan. Apabila Indonesia tetap hospital-based, dan tidak mulai mempertimbangkan *home care* atau *hospice care*, biaya kesehatan yang harus ditanggung akan mahal sekali. Belum ada policy yang mempertimbangkan lonjakan demografis ini.
- Distribusi bidan. Indonesia telah memproduksi bidan dalam jumlah cukup besar, tapi tidak ada kebijakan untuk meredistribusi bidan dengan menggunakan otonomi daerah.

Medical Products

Pharmaceutical

Health Technology

Health Financing

Yang perlu dipertanyakan:

- *What to be financed?*

Ini berhubungan dengan penyusunan prioritas dan *responsiveness* terhadap masalah kesehatan (misal: respon terhadap epidemi penyakit tidak menular di Indonesia)

- Government responsibility

Tidak semua hal harus dibiayai pemerintah. Sifat komoditas ekonomi ada 3:

- Public goods
- Merit goods
- Private goods

Jenis komoditas ditentukan oleh 4:

- Marginal cost
Biaya yang dikeluarkan untuk menambah satu unit komoditas.
Contoh komoditas yang tidak memiliki marginal cost: **Mercusuar**, karena fungsinya tidak perlu dibayar lagi saat ada satu tambahan kapal yang datang dan menggunakan fungsi mercusuar tersebut
- Non excludable
Fungsinya tidak bisa dipisahkan untuk masing-masing penggunanya, sehingga yang memakai fungsi komoditas tersebut tidak perlu/tidak bisa membayar
- Non competitive
Tidak ada persaingan, tidak ada yang mau membayar untuk menikmati fungsinya
Contoh: taman kota → tidak ada yang bersaing untuk ikut serta membuat taman kota, dan tidak ada yang harus membayar untuk menikmati taman kota tersebut
- Externality
Fungsi bagi populasi atau lingkungan luar
Contoh: fogging, imunisasi (herd immunity)

Private goods: marginal cost relatif tinggi, excludable, competitive, dan fungsi externalitas-nya kecil.

Contoh: membeli mobil → marginal cost besar, competitive & excludable, dan tidak banyak fungsinya untuk lingkungan/orang lain → harus dibiayai secara personal (privately funded).

Private goods di bidang kesehatan: perawatan kosmetik, pemeriksaan general check-up tanpa indikasi medis.

Merit goods, contoh: pengobatan TB/malaria → eksternalitas tinggi sehingga harus dibiayai oleh pemerintah

	Public goods	Merit goods	Private goods
Marginal cost	No	Yes	Yes
Non excludable	Yes	Yes	
Non competitive	Yes	No	
Externality	yes	Large	No

Sifat komoditas seharusnya menjadi dasar pembiayaan kesehatan.

Delivery of health services

- Public health program → kebanyakan adalah public goods, sehingga harus dibiayai secara public juga
- Clinical medical care

HEALTH POLICY

WHO:

Keputusan, rencana dan aksi yang diambil untuk mencapai tujuan pelayanan kesehatan spesifik dalam sebuah komunitas.

... health policy refers to decisions, plans, and actions that are undertaken to achieve specific health goals within a society.

... it defines a vision for the future which in turn helps to establish targets and points of reference for the short and medium term.

... it outlines priorities and the expected roles of different groups;

... and it builds consensus and informs people

Health policy bertujuan untuk memperkuat sistem kesehatan. Dalam prakteknya health policy dan siste kebijakan saling bersinggungan. Kebijakan kesehatan biasanya disajikan dalam bentuk legal, memiliki landasan hukum, dan dibuat dalam bentuk produk-produk hukum.

Policy Makers & Policy Actors

Policy Makers adalah orang yang memberikan mandat pembuatan kebijakan kesehatan yang mengikat, ini termasuk pemerintah.

Dinamika di level formulasi health policy:

Political system, government administration system, data & information, global health policy (MDGs, gender empowerment), donor-driven policy, science-technology, business/tradders.

Beberapa bahasan menarik pada sesi diskusi:

1. Upaya pengembangan kebijakan untuk mengatasi permasalahan rokok di Indonesia
Indonesia dan Zimbabwe adalah 2 negara di dunia yang belum juga menandatangani ratifikasi perjanjian rokok. Ini akan masih membutuhkan perjalanan dan usaha panjang karena: (1) politik yang terlalu kuat dalam hal rokok di Indonesia, (2) jumlah uang yang “dilawan” oleh kebijakan sangat besar.
2. Keberhasilan suatu kebijakan kesehatan seringkali bergantung pada “power” yang ada di belakang.

3 hal yang harus ada agar desentralisasi berjalan baik:

1. Politik yang ter-desentralisasi
2. Uang yang dibagikan
3. **Disain fungsi yang jelas** → ini yang sering tidak ada. Daerah hanya diberi kewenangan dan uang, tapi tidak dijelaskan hal-hal yang harus dicapai oleh upaya yang dilakukan dan apa saja yang menjadi fungsi yang harus dipenuhi oleh perangkat daerah

Proses Formulasi Kebijakan di Indonesia

(slide presentasi “The process of health policy formulation (Indonesia)”)

Yang berperan penting: profesional kesehatan, akademisi, donor, NGOs, sektor swasta → karena “mission driven”, lebih objektif dan tidak memiliki kepentingan politik.

Rule-driven vs mission-driven → when to follow the rule, when to achieve the mission.

Guiding Principles

1. Evidence based
2. Health policy is not value free
3. Lead to health system strengthening → komprehensif
Misal pada isu health insurance: pendanaan ada, tapi human resource seperti bidan dan ahli bedah jantung (untuk respon NCDs) tidak ikut diadakan.
4. Comprehensive
5. Inclusive, democratic: Stakeholders involvement
Contoh: Musrenbang yang maksudnya baik tapi tidak dilakukan dengan baik.

NORMA / TATA NILAI

Value dalam kesehatan sangatlah penting, agar tidak keluar dari target utama dan terlupakan oleh kekuatan lain, seperti politik dan uang.

1. Kesehatan sebagai hak asasi mendasar
2. Kesehatan sebagai investasi dalam pembangunan
 - a. Human Capital Investment (jangka panjang)
 - b. Produktivitas penduduk (jangka pendek)
3. Equity (pemerataan)
 - a. Equal access to equal need
 - b. Vertical equity
 - c. Horizontal equity
4. Quality (pemenuhan standar dan kepuasan pelanggan)
5. Effectiveness (value for money, kinerja, output)
6. Efisiensi (least resources for effectiveness)
7. Sustainability
8. Responsiveness
9. Fairness

Policy Analysis

Adalah sebuah proses dalam study/riset yang bertujuan untuk:

1. memformulasikan kebijakan kesehatan, atau
2. mengevaluasi implementasi kebijakan kesehatan

Policy formulation	Policy evaluation
Use specific criterias: <ol style="list-style-type: none">1. Magnitude2. Determinants3. Priority4. Affordability5. Implementability6. The 6 health system building blocks	Use specific accepted norms: <ol style="list-style-type: none">1. Effectiveness2. Efficiency3. Equity4. Fairness5. Responsiveness6. Sustainability

Kegiatan dilanjutkan dengan tugas kelompok yang akan membahas beberapa topik kebijakan. Diskusi kelompok ini bertujuan untuk membuat rencana analisis kebijakan terhadap isu-isu tersebut.

Diskusi Kelompok: Rencana Analisis Kebijakan Kesehatan

Pada sesi terakhir, tiap kelompok diminta untuk menyusun rencana analisis kebijakan. Berikut ini adalah resume dari rencana analisis dan diskusi dari beberapa kelompok peserta:

1. Evaluasi BPJS

- Isu kebijakan:
 - menentukan kelompok yang harus membayar premi
 - Jumlah premi yang perlu dibayarkan
 - Belum ada mekanisme pembayaran premi pada sektor informal
- Disiplin ilmu yang diperlukan: health economic, health insurance, public policy.
- Prospek legitimasi: peraturan pemerintah (Peraturan Presiden)
- Diskusi:

Prof. Ascobat:

Real policy issues di level global saat ini adalah: universal coverage.

Di Indonesia ada sekitar 70 juta rakyat miskin. Sektor formal kita 36 juta, tapi yang masuk Jamsostek hanya 4 juta. 122 juta orang telah ter-cover asuransi. Tapi bagaimana cara menangkap populasi dari sektor informal? Sektor informal ada sekitar 68 juta, tapi sebagian mungkin sudah ditampung Jamkesmas, mungkin sisanya sekitar 30 juta lagi. Tapi alangkah susahanya menarik premi dari 30 juta orang ini, jadi diputuskan untuk subsidi dari pemerintah.

Maka isu policy-nya menjadi:

- Apakah kapasitas fiskal Indonesia mencukupi?
- Siapa saja 30 juta orang ini? Perlu data alamat, nama, dan persisnya siapa yang akan disubsidi ini

2. Implementasi Permenkes 2562/2011 tentang Juknis Jampersal

- Area kebijakan:
Unit cost Jaminan Persalinan
- Tujuan analisa:
Akselerasi penurunan AKI dan AKB
- Disiplin ilmu: Ilmu kebidanan, ilmu kesehatan anak, management keuangan, promosi kesehatan, manajemen rumah sakit
- Fokus evaluasi:
 - Efektivitas kompetensi nakes:
 - Rekrutmen tenaga bidan yang sebenarnya belum siap untuk dipekerjakan di lapangan
 - Lisensi bidan yang belum jelas menentukan area kompetensi bidan
 - Efisiensi
 - Cost sharing: masih adanya praktik penyalahgunaan pembiayaan persalinan di daerah
 - Nakes → human resources

- Nilai nominal yang sampai di Nakes
- Respon masyarakat: provider dan pengguna
- Disain evaluasi: Wawancara mendalam dengan provider dan pengguna

- Diskusi:

Prof. Ascobat:

Sejarah munculnya Jampersal: pertemuan evaluasi MDG di Tapaksiring menunjukkan pencapaian MDG 5 tidak akan memenuhi target 2015. Sehingga dibuat Jampersal yang idenya meng-cover semua ibu hamil baik kaya maupun miskin.

Namun, dari 1.5 triliun rupiah alokasi Jampersal, banyak yang tidak terserap. Hal ini disebabkan antara lain karena tidak maunya warga kaya untuk dirawat di kelas III RSUD. Hal lain adalah sikap Pemda yang tidak mau membayarkan Jampersal, tapi justru membebani daerah. Serta tenaga kesehatan yang memang belum ada, sehingga Jampersal tidak bisa menjawab permasalahan persalinan.

Policy issues-nya adalah: (1) apakah benar-benar perlu dibayarkan untuk semua populasi, atau hanya untuk warga miskin saja? (2) bagaimana dengan sikap Pemda yang menghalangi penggunaan Jampersal, serta (3) bagaimana dengan keterbatasan tenaga kerja? Mungkin Jampersal perlu disesuaikan dengan kondisi daerah yang berbeda-beda, seperti penggunaan Jampersal bisa diperluas untuk transportasi tenaga kerja.

3. Apakah Jampersal meningkatkan kualitas pelayanan persalinan?

- Isu kebijakan:
 - Overload pelayanan persalinan di RS
 - Kesiapan SpOG untuk standby di RS 24 jam
 - Rujukan meningkat
 - Infrastruktur yang belum memadai untuk PONEK 24 jam
 - Nilai claim yang berbeda-beda di tiap daerah
- Area kebijakan
 - Stewardship
 - Sumber Daya
- Disiplin ilmu: health financing, health economics, public policy
- Fokus evaluasi:
 - Efektivitas; tercapainya tujuan Jampersal?
 - Responsiveness; syarat administratif yang terlalu rumit di beberapa daerah. Tidak semua RS mau menerima rujukan, membuat rujukan tidak ada manfaatnya
 - Sustainability
 - Fairness & equity; keterbatasan akses di daerah Indonesia rural
- Desain evaluasi: survey kualitatif
- Diskusi:

4. Kontraproduktif Jampersal terhadap fungsi KB & isu iuran biaya untuk bersalin yang tersembunyi

- Apakah pelaksanaan MKJB sudah dilakukan?

- Apakah terjadi tambahan iur biaya?
- Apakah masyarakat sudah memahami kewajiban dan haknya dalam masalah Jampersal ini?

Komentar Prof. Ascobat:

Permasalahan yang menarik adalah isu sustainability, karena isunya adalah: masyarakat ingin Indonesia menjamin semua persalinan, tapi negara di lain pihak juga ingin mencapai kemandirian.

Jadi sudah ada sekitar 6 isu mengenai kebijakan implementasi Jampersal, termasuk unit cost, sumber daya untuk Jampersal, dan pembiayaan out-of-pocket yang masih terjadi.

5. Evaluasi Implementasi dana Otsus Bidang Kesehatan di Kabupaten Bintuni

- Area kebijakan:
 - Fungsi sistem kesehatan: pembiayaan, stewardship,
 - Tujuan: fairness dalam pembiayaan dan responsiveness
- Fokus evaluasi:
 - Apakah implementasi dana OTSUS bidan kesehatan dilaksanakan secara efektif dan efisien
- Disain evaluasi: kualitatif dengan metode FGD terhadap alokasi dana ITSYS
- Prospek legitimasi: Peraturan menteri tentang juknis dan juklak data Otsus

6. Penempatan dokter PTT

- Isu/fakta:
 - Masih kurangnya distribusi tenaga dokter di daerah
- Area kebijakan:
 - Ketidakjelasan penerapan regulasi
 - Minat dokter rendah
 - Pembyaiaan minim
 - Dukungan pemerintah untuk kelayakan fasilitas yang kurang memadai di daerah
- Disiplin ilmu: health policy, demography
- Fokus evaluasi:
 - Apakah implementasi kebijakan pemerintah sudah memenuhi kebutuhan dokter di daerah?

Komentar Prof. Ascobat:

Analisa policy terhadap tenaga kerja ini perlu menganalisa determinan penyebabnya, seperti mengapa retensi dokter di daerah rendah? Mengapa NTT tidak diminati?

Kemudian, baru diadakan kebijakan baru yang bisa menjawab determinan-determinan permasalahan.

Kebijakan dokter PTT memang tidak jelas bila dibandingkan dengan Inpres (Instruksi Presiden) jaman dulu; dokter di bawah Inpres lebih dihormati dan memiliki kewenangan. Namun, dokter Inpres dianggap melanggar HAM, sehingga diadakanlah PTT yang optional. Namun, PTT selalu berubah-ubah dan tidak sustainable, menunjukkan bagaimana *the failure of the government to govern*.

Yang perlu ditanyakan adalah apakah benar mewajibkan dokter PTT melanggar HAM?

Jawabannya adalah, WAJIB. Sama halnya seperti wajib militer di negara maju, konsekuensi memasuki dunia pendidikan dokter adalah akan berkewajiban untuk meluangkan waktu dan mengabdikan di daerah yang membutuhkan. Selama regulasi jelas dan sustainable, maka kebijakan ini bisa berhasil.

7. Sistem rujukan persalinan di Yogyakarta

- Isu permasalahan:
 - Masih meningkatnya angka absolut kematian ibu dan anak di Yogyakarta
 - Kejadian penolakan penanganan kasus persalinan oleh bidan
 - Angka rujukan ke fasilitas sekunder dan tersier yang terlalu tinggi
- Tujuan: Formulasi kebijakan rujukan persalinan yang berfungsi dalam perbaikan pelayanan kesehatan, governance/regulasi yang lebih baik
- Disain analisis:
 - Needs assessment untuk mendapatkan gambaran kondisi yang ada saat ini, melalui FGD ke provider dan consumer pelayanan persalinan di Yogyakarta
- Target legitimasi: Peraturan Gubernur DI Yogyakarta.

Komentar Prof. Ascobat:

Penyebab permasalahan perlu dianalisis lebih lanjut, seperti apakah ada permasalahan di pembiayaan, di kemampuan rujukan, kapasitas fasilitas, dll.

Disain analisis perlu dibuat agar mendapat evidence yang merujuk pada determinan penting permasalahan.