

Forum Nasional III Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia

Penguatan Kebijakan Kesehatan Indonesia untuk Pencapaian Target MDG's serta implementasi kebijakan UU SJSN dan UU BPJS

Forum nasional III ini dimulai dengan tarian daerah untuk penyambutan kedatangan wakil menteri kesehatan Prof dr Ali Ghufron Mukti, MSc., PhD dan dimulainya forum ini. Kemudian dilanjutkan dengan laporan pelaksanaan oleh ketua panitia atau ketua penyelenggaraan oleh Ibu Dr Thini Nurul Rochmah, Dra.Ec.MKes dari FKM Unair. Laporan ketua panitia menyebutkan bahwa yang mengikuti forum lebih dari 200 peserta dan untuk abstrak penelitian yang masuk berjumlah 110 judul dan di seleksi menjadi 52 oral presentasi dan 20 poster presentasi. Prakata sambutan selanjutnya yaitu Rektor Unair Prof Arcis yang mengungkapkan bahwa pertemuan ini penting untuk mendukung percepatan pelaksanaan MDG's di kesehatan. Dukungan yang diberikan oleh seluruh elemen masyarakat membuktikan bahwa tingkat kepedulian akan kesehatan di Indonesia mengalami peningkatan yang luar biasa. Hal ini perlu terus dilakukan untuk kontinuitas forum.

Wakil menteri kesehatan Prof Ali Ghufron menyatakan beberapa hal dalam pembukaannya bahwa beberapa bagian dalam MDG's yang terkait kesehatan berada dalam posisi sesuai dengan target, tetapi memang untuk beberapa hal masih harus upaya yang lebih keras. 180 milyar untuk internship bagi dokter-dokter muda di daerah. Bahwa PT memiliki peran penting pusat intelektual sebagai pusat intelektual untuk pendidikan, penelitian dan pengembangan. Kurikulum kesehatan bisa terbukti bagus seandainya implementasi nya dapat dipertanggungjawab.

Arah Kebijakan dalam pencapaian MDG's; Prof dr Ali Ghufron Moderator: Dumilah

Rencana Kebijakan Implementasi SJSN

Ada dua hal implementasi tentang jaminan sosial yaitu UU SJSN dan UU BPJS. SJSN merupakan sistem yang menaungi jaminan sosial sedangkan untuk BPJS merupakan penyelenggaraan jaminan sosial. Konteks ini membicarakan 3 dimensi jaminan kesehatan semesta (*Universal health coverage*) yaitu pembiayaan, peserta dan paket manfaatnya. Masalahnya adalah kita salah memilih paket besar, peserta seluruhnya harus diikuti. Ini lah yang menjadi masalah. Kemudian visi dan fokus prioritas dengan 7 prioritas reformasi kesehatan dan 8 fokus prioritas nasional bidang kesehatan dengan visi menciptakan masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan. Alur pikirnya adalah sistem jaminan dibangun tidak lepas dari sistem kesehatan nasional. Hal yang penting yang sering misunderstand yaitu potret tentang UKM dan UKP. Private good merupakan kepentingan individu sehingga mekanismenya adalah mekanisme iuran atau gotong royong. UKM merupakan tugas pemerintah terutama untuk DTPK. Sudah dibuat roadmap tentang sistem jaminan nasional dari tahun 2012 sampai dengan tahun 2019. Peta jalan penyiapan peraturan perundangan selama 3 tahun baru selesai.

Review Laporan perjalanan BPJS oleh Pokja BPJS; Erna

Review dilakukan berdasarkan review normatif dengan undang-undang yang berlaku. Tugas Pokja yaitu menyiapkan persyarakatan fasilitas pelayanan kesehatan, meyiapkan pedoman sistem rujukan, melakuaknkerjasama dengan faskes, melakukan penyusunan standar pelayanan, menyiapkan sistem informasi kesehatan serta pendukung lainnya. Kekurang tempat tidur juga terjadi sekitar 45,4% masih kekurangan tempat tidur di RS maupun puskesmas. Hal ini terjadi karena adanya disparitas geografis. Sistem rujukan juga menjadi masalah karena adanya ketidak sesuaian spm di rumah sakit dan spm di puskesmas. Pemyiapan untuk pembiayaan lembaga. Penyiapan regulasi yang belum optimal. Kebutuhan SDM msih dipertanyakan, begitu juga dengan distribusi dokter yang belum optimal. Kontrol pemerintah yang lemah masih harus direformasi. Fasilitas pendidikan anak, fasilitas rumah tinggal dan lainnya juga mempengaruhi penempatan dokter spesialis di daerah.

Tanggapan Puskesmas di Surabaya. Masih banyak masalah di ditemui di lapangan. Misal masyarakat belum mengetahui kebutuhan kesehatan misalnya imunisasi.

Tanggapan Dekan FKM Undip. Definisi operasional pekerja informal seperti apa?

Tanggapan FKM UNS. Praktisi program. Promotif dan preventif bagaimana?Kenapa

Tanggapan Arsada. Premi 22 .201 rupiah itu murni atau hitungan akhir diskusi bersama. APBN murni atau ada tambahan APBD setempat.

Tanggapan Kartono. Apakah siap BPJS dilakukan 2014? Memikirkan bagaimana melakukan pelayanan. Pelayanan yang tidak dibayar, apak upaya preventif tidak dibayar?

Tanggapan Dekan FKM UNS. Perbedaan tarif dokter dan dokter keluarga?Peran pendidikan pada pelaksanaan BPJS ?

Tanggapan Wamen. BPJS harus secepatnya direalisasikan. SPM sudah dikembangkan. Kelembagaan sudah ada tetapi memang belum dilaporkan karena setiap saat bisa berubah. Di SJSN tidak menyebut pekerja informal yang ada adalah penerima upah. Kita harus bisa membedakan iuran (22.201 rupiah), kapitasi (10.000) dan jasa medis yaitu jasa pelayanan dokter. Setiap kewenangan sesuai undang-undang telah diberikan kepada pemerintah daerah. Ini yang harus diketahui bersama. Pemerintah pusat melalui kemenkes mempunyai kewenangan di tingkat pusat misal melalui dana dekonstrasi dan tugas pembantuan. Anggaran public health akan lebih besar dari anggaran kuratif (iuran gotong royong). Pelayanan kesehatan primer dengan pendekatan keuarga. Terimakasih.

Keberpihakan Kebijakan Kesehatan terhadap upaya promotif dan preventif. Ascobar Ghani

FK dan kesehatan masyarakat merupakan hal yang tidak bisa dipisahkan. Seperti sayap di burung. Dua-duanya berhubungan. Contoh di public health promosi kesehatan, perlindungan spesifik, untuk klinisnya bisa kuratif dan rehabilitasi. UU 36/2009 upaya kesehatan lewat promotif, preventif dan rehabilitatif. PP no 38 2007 tentang PPP, Kesling, Gizi masyarakat, PHBS dan UKMB. Bagaimana tataran struktural-operasional. Kebijakan organisasi di dinkes kab/kota fungsi public health sudah ada. Begitu juga dengan tenaga kesehatan sudah ada S2 epidemiologi, S2 promosi kesehatan, S2 kesehatan lingkungan. Untuk puskesmas perlu ada tenaga promkes, tenaga kesling, tenaga gizi dan tenaga bidan. Pembiayaan dari hasil DHA di sejumlah kabupaten/kota menunjukkan pembiayaan masih banyak untuk gaji pegawai. Untuk program human capital investment tidak mendapat anggaran yang cukup. Kementerian kesehatan merespon dengan resentralisasi anggaran untuk biaya operasional program public health. Anggaran bantuan operasional kesehatan (BOK) 2010 sebesar 399, 2011 sebesar 900, 2012 sebesar 1.2 T. Konsep universal coverage yaitu sejauh mana % populasi yang dicakup, paket manfaat dan biaya yang ditanggung harusnya nol rupiah. Kalo PH masuk maka jadi 5 dimensi, ditambah akses ke pelayanan kesehatan, dan akses intervensi public health. Yang digabungkan dalam demand side dan supply side. Kesimpulannya bahwa beberapa hal yang masuk dala. Public health yaitu BOK, SDM dinkes dan Puskesmas, Komitmen nasional dan daerah. Clinical medicine yaitu Pembiayaan BPJS, Tantangan PTM (NCD), Pelayanan primer (gate keeper) dan tenaga spesialis. Saran ke kemenkes, Tingkatkan kapasitas Dinkes kab/kota, revitalisasi puskesmas, keckupan tenaga kesehatan dan tingkatkan dana BOK.

Upaya akselerasi pencapaian target MDGs 1, 4 dan 5 Pembentukan Konsorsium KIA. Dr. Kirana Priptasari, MQIH

Status gizi balita tahun 2010 dengan prevalensi gizi kurang 0-60 bulan tahun 2015 mencapai 15.5% . Prevalensi gizi buruk 90-60 bulan) tahun 2015 sebesar 3,6 % . Upaya penurunan prevalensi gizi kurang tatalaksana kasus gizi kurang dan gizi buruk, suplementasi gizi mikro, pemberdayaan masyarakat melalui gerakan nasional sadar gizi, prioritas pada 1000 hari pertama kehidupan.

Upaya menurunkan angka kematian bayi dan balita. PONEK di 402 RS, Akses ke pelkes tingkat desa melalui 77.359 pustu/polindes dan 9323 Puskesmas sera penguatan pemberdayaan masyarakat melalui 266.687 posyandu. Mengurangi $\frac{3}{4}$ angka kematian ibu (AKI). UKP dan UKM pengelola di kab/kota berbeda antara puskesmas dan rumah sakit. Pendekatan sistem yang dilakukan untuk pmenurunkan kematian ibu dan anak dan gizi buruk/stunting yaitu keterpaduan upaya kesehatan, sdm, obat alat, pembiayaan, informasi regulasi dan manajemen, pemberdayaan masyarakat dan litbang. Pemantapan continuum of care dari hulu ke hilir. Kebijakan memperkuat tata kelola di tingkat kabupaten/kota termasuk dengan rumah sakit (supervisor), penguatan regionalisasi pelayanan dan sistem rujukan. Keterlibatan multi sektor untuk percepatan pencapaian MDGs termasuk perguruan tinggi dengan membentuk konsorsium perguruan tinggi agar bisa memberi masukan ke pemangku

kepentingan seperti dinas kesehatan baik kabupaten/kota provinsi dan kementerian kesehatan.

Tanggapan peserta Haluleo. Regulasi kebijakan perencanaan dan pembiayaan kesehatan.

Tanggapan peserta. Kondisi anak buruk karena penyakit kronis.

Tanggapan peserta. SJSN pembiayaan atau premi dibayarkan untuk masyarakat kurang anggaran. Bagaimana pendapat bapak tentang jumlah rupiah tersebut.

Tanggapan Kirana. Implementasi untuk di lapangan memang keseulitan dan terus menerus didorong untuk integrasi pelayanan di puskesmas dan RS. Jampersal pada akhir tahun juknis selesai dibuat dan pencairan dana akan terus diperbaiki. Dari program akan terus berdekatan dan konsolidasi dengan pusat pembiayaan.

Peran lintas sektor dibutuhkan untuk mempercepat pencapaian MDGs tahun 2015. Dan hal ini bukan hanya kerja kementerian kesehatan, dinas kesehatan , puskesmas ataupun rumah sakit melainkan seluruh elemen masyarakat dari masyarakat sampai pemerintah pusat.