


Buku Putih

Reformasi Sistem Kesehatan Nasional



Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat,
Kedeputan Pembangunan Manusia, Masyarakat, dan Kebudayaan,
Kementerian PPN/Bappenas, 2022



Buku Putih **REFORMASI SISTEM KESEHATAN NASIONAL**

Keterangan: Dokumen ini dirumuskan dan menggunakan data dan informasi pada tahun 2021, sehingga dimungkinkan ke depan terdapat penyesuaian (*living document*).

Buku Putih Reformasi Sistem Kesehatan Nasional

©2022 oleh Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas)

Penyusun

Penanggung Jawab

Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional

Pengarah

Deputi Bidang Pembangunan Manusia, Masyarakat, dan Kebudayaan, Kementerian PPN/Bappenas

Penulis

1. **Pungkas Bahjuri Ali (Pengarah Teknis dan Editor)**, Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kementerian PPN/Bappenas
2. **Dewi Amila Solikha (Koordinator Penulis)**, Fungsional Perencana Kementerian PPN/Bappenas
3. **Mohammad Dzulfikar Arifi**, Fungsional Perencana Kementerian PPN/Bappenas
4. **Renova G.M. Siahaan**, Fungsional Perencana Kementerian PPN/Bappenas
5. **Mohammad Zaki Firdaus**, Fungsional Perencana Kementerian PPN/Bappenas
6. **Sidayu Ariteja**, Fungsional Perencana Kementerian PPN/Bappenas
7. **Inti Wikanestri**, Fungsional Perencana Kementerian PPN/Bappenas
8. **Aphrodite Nadya Nurlita**, Staf Kementerian PPN/Bappenas
9. **Iftita Rahma Ikrima**, Staf Kementerian PPN/Bappenas
10. **Hana Taqiyah**, Staf Kementerian PPN/Bappenas

Cetakan Pertama, Maret 2022

ISBN 978-623-5623-01-6

Jangan menggandakan dan/atau menggandakan semua dan/atau bagian dari buku ini tanpa izin dari Pencipta atau Pemegang Hak Cipta

Diterbitkan oleh

Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat

Kedeputian Pembangunan Manusia, Masyarakat, dan Kebudayaan

Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas)

Jalan Taman Suropati No.2, Jakarta Pusat 10310, DKI Jakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Buku putih ini disusun dengan pemikiran mendalam dari para perencana bidang kesehatan di Kementerian PPN/Bappenas yang telah berkonsultasi dengan para pakar, akademisi, dan para *stakeholders* baik di tingkat pusat maupun daerah. Konsep reformasi sistem kesehatan nasional lahir sebagai pembelajaran dari penanganan pandemi Covid-19 dan merespon status serta sistem kesehatan yang masih belum baik. Buku putih ini menunjukkan urgensi dan menjelaskan secara rinci konsep dan strategi reformasi sistem kesehatan nasional.

Reformasi sistem kesehatan nasional merupakan ikhtiar pemerintah untuk melakukan intervensi yang memberikan daya ungkit terhadap percepatan pencapaian target-target pembangunan kesehatan nasional. Reformasi sistem kesehatan nasional telah diintegrasikan dalam dokumen perencanaan dan penganggaran nasional sejak RKP 2022 sebagai salah satu *major project* sebagai bentuk pengawalan reformasi sistem kesehatan nasional dalam sistem perencanaan dan penganggaran. Buku ini menjadi acuan dalam upaya reformasi sistem kesehatan nasional yang dilaksanakan oleh lintas sektor, baik di tingkat pusat maupun daerah, pemerintah dan non-pemerintah.

Salam sehat untuk sahabat pembangunan di seluruh Indonesia.

**Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/
Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional**



Suharso Monoarfa

Ucapan Terima Kasih

Penghargaan dan ucapan terima kasih setinggi-tingginya kami sampaikan kepada seluruh pihak yang membantu memberikan sumbangsih pemikiran dalam perumusan konsep reformasi sistem kesehatan nasional.

- Rekan-rekan Kementerian PPN/Bappenas mitra sektor.
- Kementerian Kesehatan, terutama Kunta Wibawa Dasa Nugraha, Ph.D (Sekretaris Jenderal), Dr. Drs. Nana Mulyana, M.Kes (Plt. Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan), dan Drs. Bayu Teja Muliawan, S.H, M.Pharm, MM, Apt (Kepala Biro Perencanaan dan Anggaran).
- *Stakeholders* dari Kementerian/Lembaga yang terlibat dalam perumusan kontribusi lintas sektor di antaranya Kemendikbudristek, KemenpanRB, KemenBUMN, KemendesPDTT, Kemenhub, Kemenhan/TNI, POLRI, KemenESDM, Kemenkominfo, BPOM, BSN, KemenBUMN, Kementan, BRIN (termasuk BPPT dan LIPI), KemenPUPR, Kemendagri, Kemenperin, Kemenaker, LAN, BKN, BUMN, BPJS-Kesehatan, LPDP, Kemenkeu, dan Kemenlu.
- Pemerintah daerah yang memberikan masukan pada saat konsultasi publik yang diselenggarakan Kementerian PPN/Bappenas.
- Pakar/akademisi yang memberikan masukan substantif baik dalam forum konsultasi publik maupun FGD : Prof. dr. Ascobat Gani, MPH, Dr.PH; Prof. Dr. dr. Med. Akmal Taher, Sp.U(K); Prof. dr. Tjandra Yoga Aditama, SpP(K); Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc, PhD; dan Prastuti Soewondo, PhD.

Outline

1	Urgensi Reformasi Sistem Kesehatan Nasional	7-21
2	Lingkup Reformasi Sistem Kesehatan Nasional	22-23
3	Proses Penyusunan Konsep Reformasi Sistem Kesehatan Nasional	24-25
4	Tujuan dan <i>Milestones</i> Pencapaian Reformasi Sistem Kesehatan Nasional	26-28
5	Area, Strategi Kunci, Strategi Pelaksanaan, dan Indikator Reformasi Sistem Kesehatan Nasional	29-47
6	Kontribusi <i>Stakeholders</i> yang Diharapkan	48-55

1. Urgensi Reformasi Sistem Kesehatan Nasional

Pandemi Covid-19 memberikan pembelajaran dan refleksi penting bahwa sistem kesehatan nasional (SKN) kita masih lemah, khususnya kemampuan pencegahan termasuk *testing, tracing, dan tracking* serta kemampuan penanganan lonjakan kasus pada pelayanan kesehatan di masa pandemi termasuk sulitnya mobilisasi sumber daya kesehatan seperti fasilitas kesehatan, kefarmasian dan alat kesehatan, tenaga kesehatan, laboratorium, dan pembiayaan kesehatan. Pembelajaran penanganan pandemi Covid-19 tersebut menjadi salah satu dasar urgensi perlunya penguatan pencegahan penyakit dan penguatan sistem kesehatan nasional (**Bappenas, 2021**). Pandemi Covid-19 menjadi titik balik dan momentum yang tepat untuk reformasi sistem kesehatan nasional. Menilik kembali yang terjadi dalam 20 tahun terakhir, Indonesia membutuhkan reformasi berupa perbaikan menyeluruh pada sistem kesehatan nasional, tidak hanya memastikan surveilans dapat semakin baik dilakukan selama pandemi Covid-19 terjadi dan belum berakhir, namun juga memastikan Indonesia siap menghadapi ancaman wabah/*outbreak*/pandemi dan kedaruratan kesehatan lainnya.

Beberapa pembelajaran penting atas kurangnya kapasitas respons sistem kesehatan nasional pada masa pandemi Covid-19 tersebut, antara lain :

- a. Pemanfaatan teknologi informasi untuk surveilans dan pemantauan protokol kesehatan masyarakat;
- b. Kapasitas pencegahan dan mitigasi yang ditunjukkan dengan kemampuan *testing - tracing - tracking* yang tidak cepat dan jumlah terbatas, sistem surveilans penyakit belum terintegrasi dan belum berjalan *real-time*, serta terbatasnya jumlah laboratorium terstandar minimal BSL-2 dan BSL-3;
- c. Komunikasi risiko di awal pandemi Covid-19;
- d. Kapasitas fasilitas kesehatan yang terbatas dalam menghadapi *surge capacity* yang ditunjukkan dengan belum cukupnya jumlah fasilitas isolasi, ruang rawat inap, IGD RS, kurangnya APD bagi tenaga kesehatan di awal masa pandemi, dan manajemen kasus lemah/tata laksana kasus sebagai panduan pelayanan kesehatan belum jelas;
- e. Mekanisme mobilisasi pembiayaan kesehatan termasuk masih rendahnya keterlibatan pembiayaan sektor non-pemerintah; dan
- f. Masyarakat yang abai terhadap protokol kesehatan dan penolakan vaksinasi Covid-19.

International Health Regulation (IHR) 2005 mengamanatkan kepada setiap negara anggota untuk memiliki kapasitas inti dalam mencegah, mendeteksi, dan merespons cepat risiko kesehatan masyarakat. Hasil penilaian *Joint External Evaluation (JEE)* yang dilaksanakan tahun 2017 menunjukkan keterbatasan kapasitas teknis antara lain pada mekanisme respons terhadap penyakit menular dan penyakit yang berpotensi zoonosis, integrasi dan analisis data surveilans, identifikasi risiko kesehatan masyarakat, serta kesiapan dan respons operasional tanggap darurat (**Kemenkes, 2019 & WHO, 2017**).

Mengapa Perlu Reformasi Sistem Kesehatan?

- Pembelajaran penanganan Pandemi Covid-19 menunjukkan lemahnya sistem kesehatan nasional, khususnya pada sistem keamanan dan ketahanan kesehatan (*health security and resilience*).
- Sistem Kesehatan Nasional belum mampu merespons permasalahan kronis pembangunan kesehatan.

Indonesia sudah mengatur penanganan wabah penyakit sebagaimana **UU No.4 Tahun 1984** tentang Wabah Penyakit Menular dan **UU No.6 Tahun 2018** tentang Kekarantinaan Kesehatan. Pada tanggal 17 Juni 2019 **diterbitkan Instruksi Presiden Nomor 4 Tahun 2019** tentang Peningkatan Kemampuan dalam Mencegah, Mendeteksi, dan Merespons Wabah Penyakit, Pandemi Global, dan Kedaruratan Nuklir, Biologi, dan Kimia sebagai dasar

hukum untuk upaya mewujudkan *health security* dan *health resilience*. Namun, implementasi kegiatan yang mengacu pada regulasi tersebut belum didukung dengan kapasitas sistem kesehatan nasional yang optimal.

Penguatan sistem kesehatan nasional pada dasarnya telah diamankan sebagai salah satu strategi dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN) 2020-2024 untuk mengatasi permasalahan pembangunan kesehatan. Angka kematian ibu (305 per 100.000 kelahiran hidup pada 2015-**SUPAS 2015**) dan prevalensi stunting balita (24,4% pada 2021-**SSGI 2021**) masih tergolong tinggi dan perlu kerja keras untuk menurunkannya. Saat ini Indonesia menempati peringkat ke-3 dunia dalam hal insidensi TBC, yaitu 301 per 100.000 penduduk pada tahun 2020 (**Global TB Report, 2021**). Dalam hal pelayanan kesehatan, pemenuhan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan masih kurang, hingga triwulan III tahun 2021 baru 56,4% FKTP dan 88,4% RS terakreditasi dan masih ada 4,97% puskesmas tanpa dokter.

Presiden RI dalam Rapat Terbatas pada tanggal 5 Januari 2021 memberikan arahan untuk melakukan reformasi sistem kesehatan nasional yang kemudian diterjemahkan Kementerian PPN/Bappenas dalam kebijakan *Major Project* Reformasi Sistem Kesehatan pada **Rencana Kerja Pemerintah (RKP) Tahun 2022**. Reformasi sistem kesehatan nasional dibutuhkan tidak hanya *quick win* sebagai respons atas terjadinya pandemi Covid-19, namun juga diperlukan untuk meningkatkan kapasitas sistem kesehatan nasional yang kuat dalam jangka menengah dan panjang untuk menciptakan sistem kesehatan nasional yang resilien dan mengantisipasi terjadinya pandemi penyakit di masa mendatang (*disease of tomorrow*), sekaligus sebagai respons terhadap berbagai permasalahan kronis pembangunan kesehatan nasional yang belum selesai.

1.1. Kondisi Pembangunan Kesehatan Saat Ini

Pembangunan kesehatan di Indonesia saat ini dihadapkan pada tantangan disparitas capaian status dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Sistem kesehatan nasional (SKN) sebagai kerangka kerja untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan selama ini belum berjalan secara optimal.

Ketahanan Kesehatan dan Pengendalian Penyakit

Pada masa pandemi Covid-19, ketahanan kesehatan dan pengendalian penyakit di Indonesia masih lemah. Pengendalian pandemi belum disertai surveilans yang cepat dan handal serta kapasitas *testing* dan *tracing* yang masih rendah karena kapasitas SDM dan jejaring laboratorium surveilans terbatas, serta manajemen data yang lemah (**Bappenas, 2021**). Temuan penting dari JEE 2017 menunjukkan koordinasi lintas sektor merupakan titik lemah dalam mencegah, mendeteksi, dan menanggapi keadaan darurat kesehatan masyarakat (**Kemenkes, 2019**). Dalam aspek pengendalian penyakit selain peningkatan penyakit tidak menular, Indonesia masih harus menghadapi penyakit menular dan masih ditemukan penyakit tropis terabaikan (*neglected tropical diseases*) (**Gani dan Budiharsana, 2019**).

- Berdasarkan laporan WHO, Indonesia menempati peringkat ke-3 di dunia dalam hal insidensi TB (301 per 100.000 penduduk) pada tahun 2020 dengan estimasi angka kasus mencapai 824.000 (**Global TB Report, 2021**). Hingga tahun 2021, cakupan pengobatan TB hanya 46% dengan keberhasilan pengobatan hanya 83% (**Kemenkes, 2021**). Dengan kondisi pengendalian TB tahun 2020 dan diperparah kondisi pandemi, target RPJMN tahun 2024 yaitu penurunan insidensi TB menjadi 190 per 100.000 diperkirakan sulit untuk dicapai.
- Hingga tahun 2021 sebanyak 318 kabupaten/kota di Indonesia dengan status eliminasi malaria. Adapun 3 provinsi dengan endemisitas malaria yang tinggi adalah Papua, Papua Barat, dan NTT (**Kemenkes, 2021**). Untuk mencapai target eliminasi malaria tahun 2024 di 405 kabupaten/kota dan Indonesia bebas malaria di tahun 2030 diperlukan upaya percepatan eliminasi khususnya di daerah dengan status endemis tinggi malaria.
- Indonesia masih menjadi negara dengan jumlah kasus kusta tertinggi ketiga di dunia setelah India dan Brazil. Meskipun Indonesia saat ini sudah mencapai status eliminasi kusta (prevalensi <1 per 10.000 penduduk) dengan angka prevalensi nasional mencapai 0,49 per 10.000 penduduk pada tahun 2020, namun demikian di tingkat daerah sebanyak 98 kab/kota dan 6 provinsi belum mencapai status eliminasi. Proporsi kasus kusta baru pada anak tahun 2021 sebesar 10,6% dari total kasus (**Kemenkes, 2021**). Angka ini menunjukkan penularan penyakit kusta pada anak dari orang terdekat masih tergolong tinggi. Beberapa penyakit NTDs lainnya juga belum sepenuhnya dapat diselesaikan. Hingga triwulan III tahun 2021, tercatat masih ada 26 desa endemis schistosomiasis.
- Capaian imunisasi dasar lengkap (IDL) pada anak usia 12-23 bulan sebesar 57,9% (Riskesdas, 2018) dan 65,8 (SSGI, 2021) masih rendah bila dibandingkan dengan target yang perlu dicapai pada tahun 2024 dalam RPJMN 2020-2024 yaitu sebesar 90%. Di samping itu, dari aspek pemerataan IDL persentase kabupaten/kota yang mencapai 80 persen IDL pada tahun 2020 hanya sebesar 37,2% (hanya 191 kabupaten/kota), lebih rendah dibanding tahun 2019 (73,5%) dan tahun 2018 (72,8%) (**Kemenkes, 2020**).

Pelayanan Kesehatan

Dalam penyediaan layanan kesehatan, Indonesia mengadopsi model campuran pelayanan kesehatan oleh publik dan swasta. Jumlah fasilitas kesehatan yang dibangun oleh pemerintah dan swasta mengalami peningkatan setiap tahunnya. Namun, ketidakcukupan jumlah dan ketimpangan sebaran fasyankes antardaerah masih tetap terjadi terutama di daerah timur Indonesia dan daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK). Ketersediaan SDM kesehatan di puskesmas masih belum mencukupi dan jenis petugas minimal puskesmas sesuai standar masih belum terpenuhi. Ketersediaan obat dan vaksin esensial di puskesmas masih belum mencukupi. Ketersediaan sarana & prasarana penunjang masih bervariasi antar fasyankes dan alat kesehatan masih belum terpenuhi secara lengkap di fasyankes primer. Di era desentralisasi, kendali pusat atas masalah kesehatan di tingkat kabupaten/kota mulai berkurang, sehingga perkembangan pelayanan kesehatan dasar antardaerah bervariasi tergantung pada komitmen daerah, kapasitas fiskal, serta pemenuhan fasilitas, SDM, sarana dan prasarana. Permasalahan yang paling menonjol adalah kekosongan atau kekurangan SDM kesehatan. Sejak desentralisasi, sebagian besar belanja kesehatan daerah diperuntukkan bagi pelayanan kesehatan kuratif, belanja modal, dan belanja pegawai. Sementara, belanja untuk pelayanan kesehatan masyarakat cukup kecil (**Bappenas, 2018**).

Pelayanan kesehatan dasar dalam Deklarasi Alma Ata tahun 1978 diterjemahkan sebagai “pelayanan kesehatan esensial yang secara ilmiah dapat dipertanggungjawabkan, dapat diterima secara sosial, dapat diakses oleh setiap individu/keluarga, diselenggarakan dengan peran serta masyarakat, secara ekonomis dapat ditanggung oleh masyarakat dan negara, disertai dengan semangat kemandirian (*self-reliance and self-determination*)” (**Bappenas, 2018**). Sementara itu, dalam referensi terbaru PHC yang dipublikasi oleh WHO dan UNICEF tahun 2020 “*Operational Framework for Primary Health Care: Transforming Vision into Action*”, PHC didefinisikan sebagai “*a whole-of-society approach to health that aims to maximize the level and distribution of health and well-being through three components: (a) primary care and essential public health functions as the core of integrated health services; (b) multisectoral policy and action; and (c) empowered people and communities*” (**WHO & UNICEF, 2020**).

Sampai saat ini, pelayanan kesehatan dasar belum mampu menjawab permasalahan kesehatan masyarakat. Kondisi tersebut diindikasikan dengan capaian indikator kesehatan masyarakat yang stagnan seperti cakupan imunisasi dasar lengkap (IDL) yang cenderung stagnan dari 59,2% (**Riskesdas, 2013**) menjadi 57,9% (**Riskesdas, 2018**) dan 65,8% (**SSGI, 2021**). Indikasi lainnya ditunjukkan dengan tren angka kematian ibu dan angka kematian bayi, serta berbagai penyakit menular dan tidak menular yang masih cukup tinggi. Pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Rumah Sakit (RS) dihadapkan pada disparitas akses dan mutu pelayanan kesehatan khususnya di daerah sulit akses. Meskipun jumlah fasyankes yang dibangun mengalami peningkatan setiap tahun, tetapi ketersediaan dan sebarannya masih belum merata antardaerah. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019, Puskesmas wajib tersedia minimal 1 di setiap kecamatan yang disesuaikan dengan beban jumlah masyarakat yang dilayani di wilayahnya. Hingga Desember 2020, masih terdapat 171 Kecamatan yang belum memiliki Puskesmas dengan 156 berlokasi di Pulau Papua (**Kemenkes, 2020**). Kualitas pelayanan kesehatan di fasyankes tercermin dari status akreditasi. Hingga tahun 2020 baru 46,37% FKTP (9.332 FKTP) yang sudah terakreditasi dengan 37,7% di antaranya di Pulau Jawa. Dari seluruh Puskesmas yang terakreditasi, 79% di antaranya baru memenuhi standar akreditasi dasar atau madya dan hanya 239 Puskesmas (3%) yang sudah memenuhi standar akreditasi paripurna. Tabel 1 menunjukkan sebaran Puskesmas terakreditasi di seluruh Provinsi.

Implementasi Program JKN mendorong masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan dasar sebagai kontak pertama dengan sistem pelayanan kesehatan, sehingga mendorong utilisasi pelayanan kesehatan dasar baik milik publik maupun swasta. Di sisi lain, regulasi yang ada hanya mengatur fasyankes publik untuk harus memberikan layanan preventif dan promotif sementara fasyankes swasta tidak harus memberikan layanan tersebut. Parameter yang berbeda-beda dalam memberikan layanan antara pelayanan kesehatan dasar menciptakan kesenjangan dalam tanggung jawab memberikan layanan promotif-preventif. Sementara di daerah perkotaan, terjadi kecenderungan masyarakat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan swasta (klinik swasta/dokter praktik mandiri) untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar yang lebih nyaman. Namun, kepatuhan pelayanan kesehatan swasta dalam melaporkan kasus penyakit masih rendah.

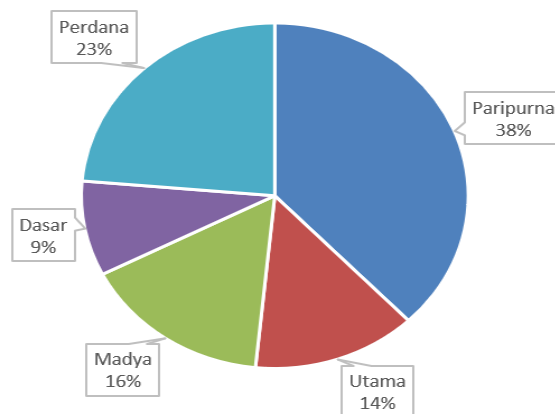
Tantangan terbesar FKTP termasuk puskesmas di era JKN ini adalah memperkuat upaya promotif dan preventif. Pelayanan kuratif cenderung menjadi kegiatan utama di FKTP dibandingkan upaya mendorong hidup sehat seperti edukasi, surveilans, maupun pemberdayaan masyarakat. Selain itu, penduduk usia 10-18 tahun yang merokok juga meningkat dari 7,2% (2013) menjadi 9,1% (2018). Kondisi ini menyebabkan prevalensi penyakit tidak menular (PTM) cenderung mengalami kenaikan salah satunya prevalensi hipertensi pada penduduk di atas 18 tahun berdasarkan pengukuran meningkat menjadi 34,1% (**Riskesdas, 2018**) dari 25,8% (**Riskesdas, 2013**). Pelibatan fasilitas pelayanan kesehatan swasta masih rendah, sementara itu potensi pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pihak swasta cukup tinggi. Untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP), disamping terdapat 10.200 puskesmas juga terdapat 14.000 klinik pratama yang perlu terakreditasi dan lolos proses kredensialing oleh BPJS kesehatan sehingga dapat meringankan beban pelaksanaan UKP puskesmas dan redistribusi peserta JKN. Dengan demikian, puskesmas dapat lebih fokus pada peningkatan kinerja upaya kesehatan masyarakat (UKM). Pemerintah juga perlu membantu insentif kepada pihak swasta untuk membangun FKTP dan RS di daerah sulit (misalnya kemudahan memperoleh lahan dan bantuan pemerintah untuk mengalokasikan SDM di RS dan FKTP swasta).

Rasio TT RS Indonesia saat ini mencapai 1,18 per 1.000 penduduk yang masih lebih rendah dibandingkan rerata Asia (3,3/1.000) dan negara OECD (4,8/1.000). Selain itu, di tingkat daerah masih ditemukan ketimpangan, misalnya rasio TT RS wilayah Nusa Tenggara baru 0,76/1.000 sementara di Provinsi DKI Jakarta sudah memiliki surplus dengan rasio 3,03 TT per 1.000 penduduk (**Kemenkes, 2022**). Kondisi tersebut menunjukkan disparitas yang cukup dalam antarwilayah di Indonesia. Data Podes 2019 menunjukkan lebih dari 51% kecamatan di wilayah Indonesia timur memiliki akses sulit ke RS.

Tabel 1. Sebaran Akreditasi Puskesmas per Provinsi

No	Provinsi	Jumlah Puskesmas	Jumlah Puskesmas Terakreditasi	Persentase Puskesmas Terakreditasi (%)	Status Akreditasi Puskesmas				Jumlah Puskesmas Belum Terakreditasi
					Dasar	Madya	Utama	Purna	
(1)	(2)	(3)	(4)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
1	Aceh	359	333	92,76	100	203	28	2	26
2	Sumatera Utara	608	559	91,94	236	293	29	1	49
3	Sumatera Barat	276	271	98,19	61	164	41	5	5
4	Riau	231	214	92,64	66	120	28	0	17
5	Jambi	207	188	90,82	54	112	19	3	19
6	Sumatera Selatan	341	333	97,65	90	196	42	5	8
7	Bengkulu	179	179	100,00	70	100	9	0	0
8	Lampung	312	296	94,87	25	208	59	4	16
9	Kepulauan Bangka Belitung	64	64	100,00	8	36	19	1	0
10	Kepulauan Riau	88	83	94,32	20	42	20	1	5
11	DKI Jakarta	315	151	47,94	11	89	20	31	164
12	Jawa Barat	1.083	1.028	94,92	179	617	205	27	55
13	Jawa Tengah	878	873	99,43	97	467	270	39	5
14	DI Yogyakarta	121	121	100,00	0	43	64	14	0
15	Jawa Timur	968	963	99,48	72	530	316	45	5
16	Banten	245	231	94,29	44	138	47	2	14
17	Bali	120	120	100,00	13	66	31	10	0
18	Nusa Tenggara Barat	174	163	93,68	34	94	31	4	11
19	Nusa Tenggara Timur	410	367	89,51	166	180	21	0	43
20	Kalimantan Barat	246	230	93,50	68	133	24	5	16
21	Kalimantan Tengah	205	194	94,63	72	100	20	2	11
22	Kalimantan Selatan	236	233	98,73	73	125	32	3	3
23	Kalimantan Timur	187	182	97,33	36	102	38	6	5
24	Kalimantan Utara	55	55	100,00	21	24	9	1	0
25	Sulawesi Utara	195	169	86,67	76	73	19	1	26
26	Sulawesi Tengah	207	198	95,65	70	109	19	0	9
27	Sulawesi Selatan	461	454	98,48	80	235	118	21	7
28	Sulawesi Tenggara	292	263	90,07	94	140	27	2	29
29	Gorontalo	93	92	98,92	22	50	17	3	1
30	Sulawesi Barat	96	85	88,54	18	54	13	0	11
31	Maluku	215	156	72,56	69	77	10	0	59
32	Maluku Utara	147	113	76,87	42	64	6	1	34
33	Papua Barat	161	72	44,72	35	32	5	0	89
34	Papua	428	120	28,04	55	52	13	0	308
Indonesia		10.203	9.153	89,71	2.177	5.068	1.669	239	1.050

Sumber : Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2020



Gambar 1. Status Akreditasi RS

Sumber : KARS, 2021 (Per 31 Desember 2021)

Sebesar 88,4% RS di Indonesia telah terakreditasi dengan hanya 38% RS yang memenuhi standar paripurna akreditasi KARS. Hanya 41 RS yang mencapai akreditasi internasional baik KARS maupun JCI dengan 20 RS di antaranya dimiliki oleh swasta. Hal ini menunjukkan keterlibatan swasta dalam peningkatan akses maupun kualitas RS di Indonesia cukup vital dan perlu dilibatkan dalam sistem rujukan maupun layanan unggulan yang berlaku saat ini. Saat ini, sistem rujukan berbasis regionalisasi yang ada belum berjalan optimal karena terbatasnya sarana prasarana, kapasitas SDM, dan ketimpangan jumlah, mutu, & akses ke fasilitas pelayanan kesehatan. Saat ini masih banyak FKTP yang merujuk pasien pada fasyankes sekunder dan tersier karena ketidakmampuan melakukan penanganan kasus, sementara itu sistem rujukan berbasis kompetensi juga masih terkendala geografis, jarak, transportasi, dan pendanaan (**Wibisana, 2019**).

Digitalisasi Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan teknologi dalam pembangunan kesehatan diarahkan pada dua hal, yaitu digitalisasi pelayanan kesehatan dan digitalisasi sistem informasi kesehatan. Dalam pelaksanaannya, masih ditemukan banyak kendala dalam upaya digitalisasi pelayanan kesehatan salah satunya masih belum meratanya ketersediaan jaringan internet. Data Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) tahun 2019 menunjukkan bahwa masih terdapat 13% Puskesmas yang memiliki sinyal internet terbatas. Selain itu, belum ada formasi tenaga khusus pengelola sistem informasi kesehatan di Puskesmas, sehingga upaya digitalisasi pelayanan maupun sistem informasi belum optimal. Salah satu implikasi di tingkat pelayanan kesehatan adalah proses pelayanan yang masih *manual*, sehingga proses pelayanan kesehatan kurang efisien dan berpotensi terjadinya kekeliruan dalam proses rekapitulasi data.

Pemanfaatan teknologi informasi di sektor kesehatan juga masih belum optimal seperti pengembangan *telemedicine* Kemenkes untuk menghubungkan pelayanan kesehatan rujukan dalam pemberian konsultasi pelayanan kepada FKTP atau RS di wilayah terpencil. Hingga 2020, baru 79 RS dan Puskesmas yang diampu dan aktif dalam *telemedicine* (**Kemenkes, 2020**). Pandemi Covid-19 juga memberikan pelajaran dengan mulai meningkatnya *provider* swasta dalam penyediaan layanan kesehatan berbasis *online* yang perlu diimbangi dengan kebijakan Pemerintah terutama dari aspek keamanan data. Perkembangan tersebut menuntut akselerasi perhatian Pemerintah dalam mengelola ekosistem teknologi pelayanan kesehatan yang menjadi bagian dari penguatan sistem kesehatan nasional.

Kendala utama dalam sistem informasi kesehatan yang ada saat ini yaitu aplikasi dan sistem pelaporan yang belum terintegrasi. Di tingkat pusat, Kemkes memiliki 207 sistem informasi kesehatan yang tersebar di berbagai unit. Hal ini tentunya menimbulkan potensi *multi entry* dan meningkatkan beban administrasi di tingkat fasilitas kesehatan. Saat ini sedang ada upaya untuk menyatukan data tersebut, namun proses pencatatan dan pelaporan data dengan sistem *single entry* belum terwujud. Di tingkat daerah, setiap unit memiliki sistem informasi tersendiri dengan format pencatatan dan pelaporan berbeda. Beberapa pelaporan juga masih dilakukan secara manual. Hal ini tentunya berimplikasi pada meningkatnya beban administrasi di fasilitas kesehatan mengingat potensi duplikasi dan tidak sinkronnya data antara sistem informasi pusat dan daerah yang tinggi. Dengan demikian, kesulitan muncul dalam upaya integrasi data yang ada, termasuk keterpaduan antarsistem dan antar pusat, daerah, dan swasta (**Bappenas, 2018**). Selain itu, data penerima program-program pemerintah perlu

diintegrasikan dalam satu sistem, sehingga pelaksanaan program dapat berjalan sesuai dengan target sasaran. Ke depan, digitalisasi menjadi *drivers* utama dalam reformasi sistem kesehatan nasional, sehingga menjadi hal yang perlu ditingkatkan pemanfaatannya dalam pembangunan kesehatan khususnya dalam pelayanan kesehatan dan pemanfaatan data kesehatan.

Tenaga Kesehatan

Permasalahan utama tenaga kesehatan adalah masih kurangnya produksi beberapa jenis tenaga kesehatan dan belum meratanya distribusi tenaga kesehatan di seluruh wilayah maupun di tingkat fasilitas kesehatan. Jumlah lulusan mahasiswa di bidang ilmu kesehatan yang rata-rata mencapai 238.861 lulusan tiap tahun masih belum mampu menjawab kebutuhan di beberapa jenis tenaga kesehatan seperti dokter spesialis, dokter umum, tenaga promosi kesehatan, dan ahli teknologi laboratorium medik (**Kemendikbud, 2020**). Tingkat produksi keempat jenis tenaga kesehatan tersebut tergolong kurang dibandingkan kebutuhan yang diproyeksikan pada tahun 2024. Selain itu, produksi untuk tenaga bidan dan perawat sudah tergolong cukup banyak bahkan cenderung sudah melebihi dari kebutuhan di tingkat fasilitas kesehatan.

Tabel 2. Produksi dan Prediksi Kekurangan Tenaga Kesehatan di Puskesmas

Jenis Tenaga Kesehatan	Produksi per Tahun (Rata-rata 3 tahun terakhir)	Prediksi Kekurangan Nakes di Puskesmas 2024
1. Dokter	4.708	3.325
2. Dokter Gigi	1.112	7.147
3. Perawat	21.859	8.053
4. Bidan	11.171	7.088
5. Tenaga Promosi Kesehatan	82	2.330
6. Tenaga Sanitasi Lingkungan	2.859	6.044
7. Nutrisionis	4.646	3.573
8. Tenaga kefarmasian	4.603	5.317
9. Ahli Teknologi Laboratorium Medik	2.850	4.625

Sumber: Ditjen Nakes Kemkes (per Februari 2022)

Tabel 3. Produksi dan Prediksi Kekurangan Dokter Spesialis di Rumah Sakit

Jenis Tenaga Kesehatan	Produksi per tahun (Rata-rata 10 tahun terakhir)	Prediksi Kekurangan Nakes 2024
A. Spesialis Dasar :		
1. Penyakit Dalam	310	1.597
2. Anak	239	1.896
3. Bedah	217	2.473
4. Obstetri dan Ginekologi	237	1.803
B. Spesialis Lain :		
1. Radiologi	78	1.002
2. Anastesi	165	1.153
3. Patologi Klinik	100	1.314

Sumber: Ditjen Nakes Kemkes (per Februari 2022)

Kualitas perguruan tinggi kesehatan yang masih rendah dengan hanya 15,5% Program Studi bidang kesehatan yang terakreditasi A juga menjadi kendala dalam upaya pemerataan kualitas lulusan tenaga kesehatan (**LAM-PTKes, 2020**). Selain itu, masih terdapat 35% calon dokter yang belum mampu lulus uji kompetensi tiap tahunnya. Kebutuhan dokter dan dokter spesialis sebanyak 21.710 membutuhkan alternatif dalam upaya untuk mendorong jumlah perguruan tinggi terutama kedokteran untuk memenuhi standar akreditasi tertinggi dan memastikan kualitas lulusan yang merata di seluruh prodi kedokteran tersebut. Jumlah program studi kedokteran yang tersebar di 69 PT dengan hanya 11 PT yang menyelenggarakan pendidikan spesialis (**LAM-PTKes, 2020**) masih belum cukup untuk memenuhi kebutuhan tenaga dokter dan dokter spesialis. Peningkatan jumlah lulusan menjadi tujuan kunci dalam Reformasi SKN ini melalui peran lintas sektor terkait dengan penyelenggaraan pendidikan kedokteran. Selain itu dalam rangka penguatan pelayanan primer, diperlukan reorientasi pendidikan kedokteran dengan pendayagunaan dokter spesialis kedokteran keluarga layanan primer (Sp. KKLP) serta pendekatan tenaga kesehatan berbasis tim multidisiplin di FKTP.

Selain aspek produksi tenaga kesehatan, belum meratanya distribusi tenaga kesehatan menyebabkan terjadinya penumpukan tenaga kesehatan di wilayah tertentu. Berdasarkan data distribusi registrasi tenaga dokter, 58,9% dokter berpraktek di Pulau Jawa (**KKI, 2020**). Hingga tahun 2021, baru 48,17% puskesmas sudah dilengkapi 9 jenis tenaga kesehatan dan masih terdapat 4,97% puskesmas tanpa dokter (**Kemenkes, 2022**). Puskesmas tanpa dokter banyak ditemukan di wilayah Indonesia Timur, seperti Papua, Maluku, Papua Barat, Sulawesi Tenggara, dan Nusa Tenggara Timur dengan kisaran 20%-45% puskesmas belum memiliki dokter (**Harahap, 2019**). Penyediaan tenaga kesehatan di puskesmas saat ini juga terkendala keterbatasan dalam rekrutmen ASN dimana baru 20% dari rencana kebutuhan yang diakomodasi. Selain itu, pendayagunaan tenaga kesehatan melalui program Nusantara Sehat *high cost* dan bersifat temporer sehingga belum dapat menjadi solusi jangka panjang.

Dalam hal pemenuhan tenaga kesehatan di RS, hingga tahun 2021 baru 74,9% RSUD kabupaten/kota yang memiliki 4 dokter spesialis dasar & 3 dokter spesialis lainnya. Sementara pemenuhan dokter spesialis juga masih kurang. Dari perhitungan yang dilakukan Bappenas diperoleh rasio dokter spesialis tahun 2020 yaitu hanya 0,163 per 1.000 penduduk. Angka ini lebih rendah jika dibandingkan negara lain (Malaysia 1,3 dan Turki 0,6 per 1.000 penduduk). Saat ini banyak RS yang masih kekurangan dokter spesialis dasar, spesialis penunjang, dan spesialis lainnya. Di beberapa RS kelas C dan D masih ditemukan tidak memiliki dokter spesialis dasar (**Harahap, 2019**). Selain distribusi yang belum merata dan terbatasnya kapasitas produksi dokter spesialis, salah satu kendala dalam pemenuhan dokter spesialis adalah kurangnya minat penempatan di daerah terpencil karena faktor jauh dari keluarga, keterbatasan pasien, dan keterbatasan kesempatan peningkatan kapasitas.

Kemandirian Kefarmasian dan Alat Kesehatan

Kefarmasian dan alat kesehatan merupakan salah satu aspek penting untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang optimal terutama pada masa pandemi Covid-19. Saat ini Indonesia dihadapkan pada masih tingginya impor bahan baku obat (90%) dan baru 13 industri bahan baku obat di Indonesia yang mendapatkan sertifikasi CPOB dengan 10 di antaranya adalah bahan baku obat kimia (**Munira, 2019**). Di sektor alat kesehatan, baru 300 jenis alkes yang diproduksi dalam negeri dan 1.156 jenis masih belum dapat diproduksi di Indonesia (**Kemenkes, 2021**). Selain itu, sebanyak 88% belanja alkes di e-

katalog tahun 2019–2020 merupakan produk impor (**Kemenkes, 2022**). Salah satu kendala dalam kemandirian farmasi dan alat kesehatan adalah anggaran penelitian dan pengembangan masih rendah (0,2% GDP), angka ini masih lebih rendah dari USA (2,8% GDP) dan Singapura (1,9% GDP) (**Kemenkes, 2022**). Kemandirian farmasi dan alat kesehatan dalam negeri harus didorong, terlebih di masa pandemi dimana farmasi dan alat kesehatan masuk dalam kategori *high demand*. Saat ini industri hilir farmasi (industri formulasi sediaan) dominan terutama untuk memenuhi kebutuhan obat di era JKN. Ke depan perlu juga diperkuat riset dan pengembangan industri hulu (bahan baku), serta iklim usaha dan regulasi yang mendukung kemandirian dalam negeri.

Pemberdayaan Masyarakat

Masyarakat sejatinya merupakan bagian dari sistem kesehatan sehingga keterlibatannya sebagai subjek maupun objek pelayanan menjadi kunci dalam pembangunan kesehatan. Pada pelaksanaannya, peran sektor non-pemerintah dan masyarakat belum optimal karena belum ditempatkan sebagai bagian dari kebijakan utama pemerintah dalam sistem pelayanan kesehatan. Sebagai contoh, fasilitas kesehatan swasta saat ini belum masuk dalam konsep sistem rujukan pelayanan kesehatan sehingga terkesan justru menjadi kompetitor faskes Pemerintah dan pengembangannya sarannya tidak selaras dengan rencana Pemerintah. Selain itu, tingkat keterlibatan masyarakat dalam program JKN juga menjadi indikasi tingkat keterlibatan masyarakat dalam kesehatan. Hingga saat ini baru 91,8 juta penduduk yang menjadi peserta non PBI dengan 25,8 juta (28,1%) adalah peserta tidak aktif (**BPJS Kesehatan, 2021**). Gambaran kondisi keterlibatan faskes dan JKN di atas menunjukkan tantangan Pemerintah untuk terus meningkatkan masyarakat sebagai bagian dari sistem kesehatan.

Dari aspek keterlibatan kelompok masyarakat dalam pelayanan di tingkat masyarakat, telah dibentuk berbagai upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) seperti Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu), Desa Siaga, dan kelompok lain. Kendala utama seluruh UKBM tersebut sama yaitu tingkat keaktifan kelompok yang rendah akibat kurangnya pembinaan dari puskesmas. Jumlah posyandu dan kader mengalami peningkatan dari 266 ribu posyandu dan 58 ribu kader (2009) menjadi 294 ribu posyandu dan 569 ribu kader (2017) tetapi hanya sekitar 50% posyandu yang masih aktif sampai saat ini. Hal ini menyebabkan kegiatan penjangkauan luar gedung puskesmas tidak optimal. Selain posyandu, upaya kesehatan sekolah (UKS) juga cenderung menurun. Aktivitas UKS saat ini cenderung menunggu inisiatif dari puskesmas (sektor kesehatan) sedangkan keterlibatan sektor lain dinilai belum optimal (**Wibisana, 2019**). Karena peran masyarakat sebagai salah satu kunci, maka dalam penguatan sistem kesehatan kedepan perlu mendefinisikan konsep pemberdayaan masyarakat yang efektif dan menarik. Salah satu program utama Pemerintah dalam peningkatan peran serta masyarakat adalah Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) yang pelaksanaannya juga belum optimal. Temuan penting evaluasi Germas saat ini masih terkesan hanya program Pemerintah dan hanya milik sektor kesehatan saja yang ditunjukkan dengan belum seluruh level Pemerintah memiliki pemahaman yang sama terkait Germas termasuk pula di masyarakat.

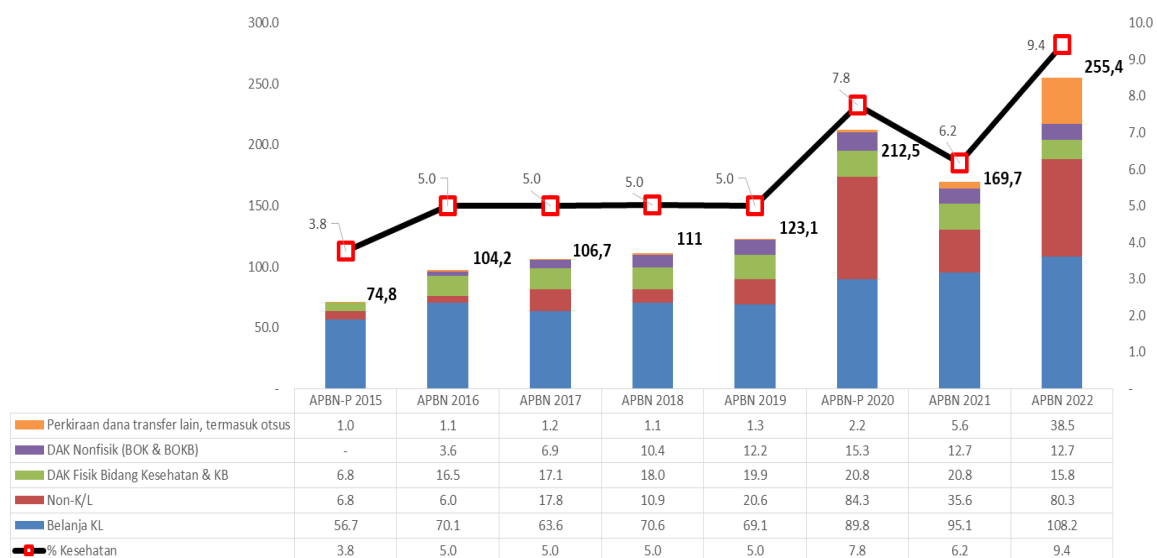
Konsep pemberdayaan masyarakat juga mencakup upaya untuk meningkatkan partisipasi penyedia layanan kesehatan swasta dalam upaya peningkatan kualitas dan pemerataan layanan kesehatan. Jumlah RS Swasta di Indonesia mencapai 64,6% dari total seluruh RS di Indonesia yang dapat menjadi bagian penting dalam upaya pemerataan layanan kesehatan. Selain itu, terdapat 7.947 klinik pratama swasta (**Profil Kesehatan, 2020**) yang terdapat di daerah Indonesia Timur yang dapat dioptimalkan dalam pelayanan. Namun, kondisi saat ini peran fasyankes swasta masih belum optimal yang salah satunya ditunjukkan belum tercakupnya layanan swasta dalam sistem rujukan pelayanan kesehatan.

Pembiayaan Kesehatan

JKN sebagai program Pemerintah yang telah dimulai tahun 2014 juga masih memiliki potensi untuk dikembangkan dari berbagai aspek pelayanannya. Salah satunya aspek penguatan promotif-preventif dalam sistem JKN sehingga pembiayaannya termasuk pelayanan edukasi, imunisasi, dan deteksi dini dapat dicakup dalam skema JKN. Selain itu, JKN yang berprinsip *universal health coverage* (UHC) juga masih dihadapkan pada fakta bahwa belum semua masyarakat memiliki akses yang sama ke fasilitas pelayanan kesehatan. Skema kompensasi bagi masyarakat di wilayah tersebut perlu dibentuk sebagaimana amanah dalam Undang-Undang. Pemerintah Daerah masih tergantung terhadap dukungan pembiayaan kesehatan dari Pusat. Anggaran Pemda mendukung 22,8% dari total belanja kesehatan 2019 (**Kemenkes, 2020**) yang mayoritasnya adalah berasal dari Dana Alokasi Khusus (DAK) maupun transfer daerah lainnya. Kondisi ini perlu diperkuat dengan kemandirian RS milik Pemerintah sehingga mengurangi subsidi Pemerintah. Skema BLU yang ada saat ini belum optimal karena penerimaan RS masih rendah dibandingkan dengan rencana pengembangannya. Permasalahan yang lazim ditemukan di daerah adalah kapasitas fiskal yang relatif rendah sehingga menghambat pelaksanaan SPM kesehatan di daerah (**Gani, 2019**). Beberapa instrumen seperti dana perimbangan dari pemerintah pusat dalam pelaksanaannya belum optimal dalam memenuhi kebutuhan kesehatan daerah. Oleh karena itu, ke depan dibutuhkan inovasi pembiayaan kesehatan baik di tingkat nasional maupun di tingkat daerah. Di samping itu, perlu definisi dan pemetaan peruntukan yang tegas perihal anggaran pusat, dana perimbangan, dan anggaran daerah dalam hal ruang lingkup pemanfaatan agar dapat saling melengkapi dan tidak terjadi tumpang tindih pembiayaan.

Alokasi belanja untuk pelayanan primer yang direkomendasikan WHO adalah sebesar 1% GDP (**WHO, 2019**). Namun saat ini, alokasi belanja kesehatan Indonesia terus meningkat dari tahun ke tahun tetapi sebagian besar masih untuk upaya kuratif. Belanja untuk intervensi promosi kesehatan dan pencegahan serta penyediaan layanan kesehatan esensial (12 jenis pelayanan) yang menjadi tugas pemerintah di FKTP masih termarginalisasi. Dalam program JKN, FKTP dibayar dengan kapitasi (*fixed budget*) sedangkan rumah sakit berdasarkan *case-based groups* (CBGs) (*open-ended budget*). Mekanisme tersebut menjadi insentif bagi fasyankes primer untuk merujuk ke RS, sementara RS memiliki insentif yang terbatas untuk mengendalikan biaya. Hal ini mengakibatkan tingginya jumlah biaya kesehatan untuk kasus sederhana di RS dan rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan dasar. Kondisi ini turut menjadi disinsentif bagi pemerintah daerah dalam berinvestasi untuk layanan puskesmas. Sumber pembiayaan kesehatan melalui transfer fiskal seperti Dana Alokasi Khusus (DAK) yang dilakukan juga belum berbasis kinerja sehingga mengakibatkan variasi yang luas dalam kapasitas fasilitas kesehatan untuk menyediakan pelayanan.

Isu lain yang menjadi tantangan dalam pembiayaan kesehatan di Indonesia adalah belum optimalnya sistem dan mekanisme yang dapat mengukur efektivitas pembiayaan kesehatan. Anggaran kesehatan yang telah memenuhi amanat minimal 5% APBN dan minimal 10% APBD belum dapat direviu mengenai relevansi dan efektivitasnya terhadap capaian pembangunan kesehatan. Selain itu, masih adanya duplikasi pembiayaan pada kegiatan yang serupa masih menjadi kendala yang perlu diperbaiki dalam reformasi pembiayaan kesehatan. Sebagai contoh, adanya pembiayaan terhadap intervensi balita stunting yang berasal dari sumber belanja KL, dana alokasi khusus, dan APBD. Sistem yang ada saat ini masih belum mampu mengantisipasi terjadinya *overlapping* antarsumber pembiayaan sejak dari tahap awal perencanaan tersebut.



Gambar 2. Trend Anggaran Kesehatan 2015-2022

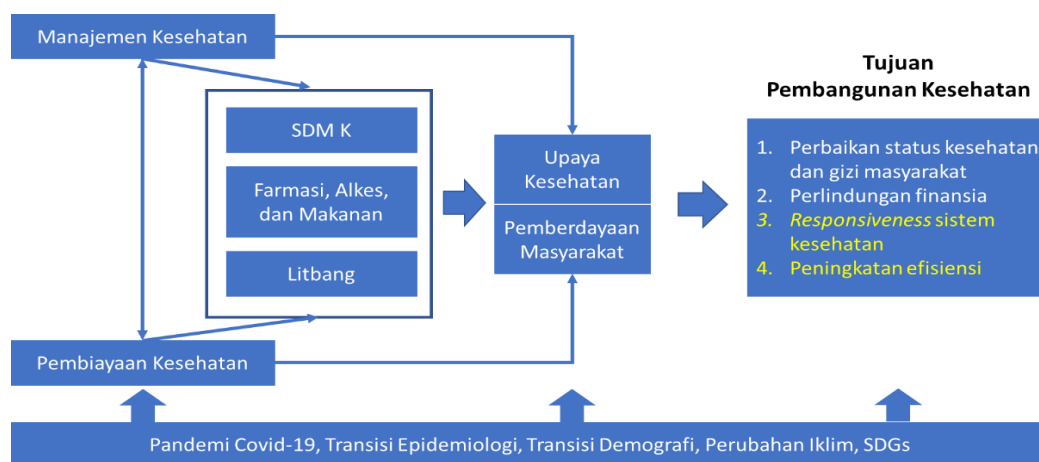
Sumber : Kemenkeu, Berbagai Tahun

1.2. Tinjauan Perpres No. 72/2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional

Sistem Kesehatan menurut **WHO (2007)** terdiri atas 6 komponen (*building block*), yaitu 1) pelayanan kesehatan (*health service delivery*); 2) sumber daya manusia kesehatan (*health workforce*); 3) sistem informasi kesehatan (*information*); 4) produk kesehatan, vaksin, dan teknologi kesehatan (*medical products, vaccines, & technologies*); 5) pembiayaan kesehatan (*health financing*); serta 6) kepemimpinan dan tata kelola (*leadership and governance*). Konsep ini kemudian diadopsi dan diadaptasi oleh berbagai negara, termasuk Indonesia. Adopsi tersebut dituangkan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang meliputi 7 subsistem, yaitu 1) upaya kesehatan; 2) penelitian dan pengembangan kesehatan; 3) pembiayaan kesehatan; 4) sumber daya manusia kesehatan; 5) sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan; 6) manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; serta 7) pemberdayaan masyarakat. Subsistem “Pemberdayaan Masyarakat” merupakan kelebihan SKN dibandingkan skema WHO 2007 yang tidak memasukkan “subsistem pemberdayaan masyarakat” (**Hapsara, 2019**). Subsistem “Litbang” (R&D) dalam perumusan SKN sedikit diperdebatkan, karena *output* Litbang adalah informasi yang sudah masuk sebagai subsistem SKN. Sumber data dalam subsistem informasi kesehatan dapat diperoleh baik dari litbang maupun data rutin dari berbagai

ekosistem informasi kesehatan. Lebih tepat jika dikatakan bahwa perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi SKN, serta subsistemnya harus didasarkan pada data (*evidence based*).

SKN merupakan pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. SKN menjadi acuan dalam penyusunan dan pelaksanaan pembangunan kesehatan mulai dari perencanaan sampai monitoring dan evaluasi, yang diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang. Pelaksanaan SKN ditekankan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat, profesionalisme sumber daya manusia kesehatan, serta upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif.



Gambar 3. Bagan Sistem Kesehatan Nasional

Sumber: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kementerian PPN/Bappenas, 2021
(adaptasi dari Perpres No.72/2012 tentang SKN & adaptasi dari WHO *Health System Framework*)

Komponen yang terdapat pada SKN berdasarkan **Perpres No. 72/2012** tentang Sistem Kesehatan Nasional dikelompokkan menjadi 7 subsistem, yaitu:

(1) Subsistem Upaya Kesehatan

Upaya kesehatan dilakukan dengan menghimpun seluruh potensi bangsa Indonesia sebagai ketahanan nasional. Pelaksana upaya kesehatan tersebut di antaranya Pemerintah (TNI dan POLRI), pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota, dan/atau masyarakat/swasta melalui upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, serta pemulihan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Upaya kesehatan diselenggarakan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Konsep SKN pada Perpres 72/2012 memuat tentang upaya kesehatan yang terdiri dari UKM dan UKP.

Tabel 4. Konsep UKM dan UKP dalam Perpres 72/2012

	UKM	UKP
Primer	Kecamatan → Puskesmas	FKTP
Sekunder	Kab/Kota → Dinkes	FKTRL spesialis
Tersier	Prop/Pusat → Dinkes/Pusat	FKTRL subspecialis

(2) Subsistem Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan kesehatan dikoordinasikan oleh Pemerintah untuk mendapatkan data kesehatan dasar dan/atau data kesehatan yang berbasis bukti. Pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan terbagi atas penelitian dan pengembangan biomedis dan teknologi dasar kesehatan, teknologi terapan kesehatan dan epidemiologi klinik, teknologi intervensi kesehatan masyarakat, kebijakan kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat.

(3) Subsistem Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan yang adekuat, terintegrasi, stabil, dan berkesinambungan berperan dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Pembiayaan kesehatan tersebut dapat berasal dari berbagai sumber seperti Pemerintah, Pemerintah Daerah, swasta, organisasi masyarakat, dan masyarakat. UKM bersifat "*public goods*" dibiayai oleh negara dari pajak, sementara UKP bersifat "*private goods*" dibiayai melalui sistem asuransi kesehatan sosial.

(4) Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)

Sumber daya manusia kesehatan terdiri atas kelompok tenaga kesehatan sesuai dengan keahlian dan kualifikasi. Jumlah, jenis, dan kualitas dari SDM tersebut harus tercukupi dan terdistribusi secara adil dan merata. Dalam menjamin ketersediaan, pendistribusian, dan peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan, SKN berfokus pada pengembangan dan pemberdayaan SDM yang meliputi perencanaan kebutuhan dan program, pengadaan termasuk pendidikan dan pelatihan, pendayagunaan, peningkatan kesejahteraan, serta pembinaan dan pengawasan mutu SDM.

(5) Subsistem Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan

Subsistem ini meliputi berbagai kegiatan untuk menjamin: aspek keamanan, khasiat/kemanfaatan dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang beredar; ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat, terutama obat esensial; perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat; penggunaan obat yang rasional; serta upaya kemandirian di bidang kefarmasian melalui pemanfaatan sumber daya dalam negeri.

(6) Subsistem Manajemen, Informasi, dan Regulasi Kesehatan

Subsistem ini meliputi kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, hukum kesehatan, dan informasi kesehatan. Manajemen kesehatan berperan dalam koordinasi, integrasi, regulasi, sinkronisasi, dan harmonisasi berbagai subsistem SKN agar efektif, efisien, dan transparan dalam penyelenggaraan SKN.

(7) Subsistem Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan perorangan, keluarga, dan masyarakat dapat menunjang penyelenggaraan SKN yang optimal. Masyarakat termasuk swasta merupakan subjek dan pelaku yang seharusnya mampu dan mau berperan dalam pembangunan kesehatan.

Pandemi Covid-19 menunjukkan bahwa SKN yang selama ini dilakukan belum berjalan dengan optimal atau SKN belum memberikan panduan yang jelas dalam hal terjadi pandemi. Oleh karena itu, SKN perlu direformasi agar lebih siap merespons bencana atau krisis kesehatan yang tidak diduga. Komponen dalam SKN belum dengan jelas memberikan arahan bagaimana sebuah sistem kesehatan dapat bertahan dan segera merespons serta menghadapi goncangan yang terjadi. Oleh karena itu, dibutuhkan reformasi sistem kesehatan nasional dengan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi berbasis data, sehingga dapat memperkuat sistem dalam menghadapi tantangan dan mengelola ketahanan sistem kesehatan. Selain pandemi Covid-19, SKN juga perlu merespons perkembangan atau perubahan, antara lain teknologi kesehatan, digitalisasi dan interaksi dengan sistem lain yang juga berubah seperti pendidikan, pertahanan keamanan, keuangan, dan sebagainya.

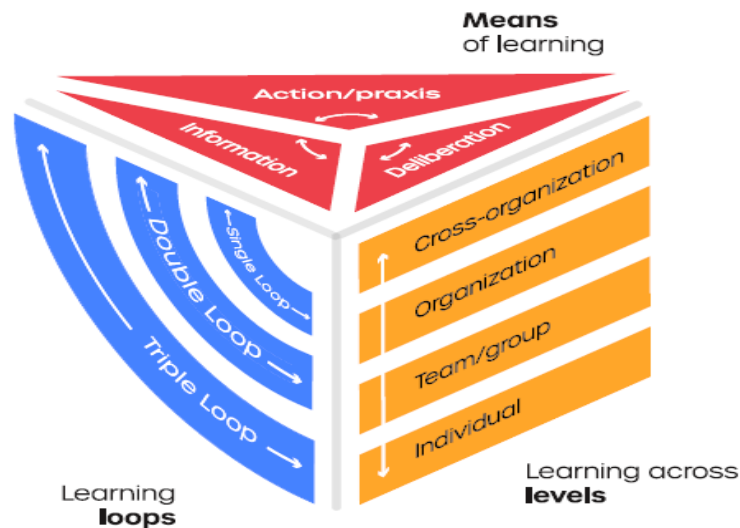
2. Lingkup Reformasi Sistem Kesehatan Nasional

Reformasi sistem kesehatan nasional yang dikembangkan oleh Kementerian PPN/Bappenas mengacu kepada berbagai referensi definisi dan lingkup. Reformasi sistem kesehatan merupakan perubahan fundamental sistem kesehatan dalam aspek kebijakan, program, maupun kegiatan yang dilakukan secara berkelanjutan (WHO, 2000). Perubahan tersebut dapat mencakup tujuan dan prioritas kebijakan/program/kegiatan, hukum dan regulasi, struktur organisasi dan manajemen pelayanan kesehatan, serta sumber pembiayaan, mekanisme, dan alokasi sumber daya (Knowles JC et al, 1997). Reformasi sistem kesehatan tidak hanya dapat dilakukan dengan perubahan besar atau inovasi baru, namun juga perluasan, pengembangan, perbaikan, penajaman, pengintegrasian, dan penghapusan program/kegiatan/intervensi di dalam suatu sistem kesehatan (Meng et al, 2019). Empat kerangka kebijakan reformasi sistem kesehatan yang diacu adalah 1) Sistemik: terdapat sistem/kelembagaan yang mengatur regulasi, pembiayaan, dan layanan; 2) Terorganisir: menentukan pihak/lembaga/organisasi serta jejaring terkait yang berperan memberikan layanan kesehatan dengan berfokus pada jaminan kualitas dan efisiensi layanan kesehatan; 3) Programatik: menetapkan prioritas sistem kesehatan dengan mendefinisikan program/kegiatan intervensi secara universal; 4) Instrumental: menciptakan atau menggunakan sebuah instrumen untuk meningkatkan kinerja sistem berbasis informasi, hasil penelitian, inovasi teknologi, dan pengembangan sumber daya manusia (Frenk, 1994). Konsep reformasi sistem kesehatan ini menganut *health-reform cycle* yang terdiri atas: (1) *Problem definition*; (2) *Diagnosis*, (3) *Policy development*, (4) *Political decision*, (5) *Implementation*, dan (6) *Evaluation* (Marc Robert, Willian Hsiao, Peter Berman, & Michael Reich, 2008).

Sistem kesehatan merupakan sistem yang kompleks, adaptif, dan *people-centered*. Pembelajaran sistem kesehatan dapat terjadi di berbagai tingkat yang saling berhubungan, baik tingkat individu, kelompok atau tim, dan di tingkat lembaga/organisasi serta lintas sektor. Tahapan dalam pembelajaran sistem kesehatan juga berbeda-beda (*single loops*, *double loops*, dan *triple loops*). Sistem kesehatan yang baik adalah sistem kesehatan yang perlu mengimplementasikan berbagai tahapan *learning loops*. Pada tahap *single loops*, sistem kesehatan berubah untuk mengadaptasi hal-hal yang terjadi secara rutin dan mengabaikan asumsi yang mendasari perubahan sistem tersebut. *Double loops* merupakan pembelajaran lebih jauh bahwa model sistem kesehatan dan asumsi yang mendasari mulai digali dan mendorong pergeseran tujuan perubahan kebijakan atau sistem. Tahap tertinggi dalam *learning loops* yaitu *triple loops* dimana mencoba mengkritisi sistem yang ada dan mengubah asumsi dasar yang melandasinya serta meningkatkan performa sistem tersebut dalam mengambil pembelajaran dari setiap hal yang terjadi pada sistem kesehatan.

Reformasi sistem kesehatan nasional mencakup ketiga tahapan yang meliputi kegiatan, *framework* atau asumsi, dan *learning system*. Selain itu, pembelajaran sistem kesehatan melibatkan tiga aspek yang saling berhubungan, di antaranya informasi, *deliberation*, dan tindakan. Informasi dalam sistem kesehatan dapat bersumber dari data rutin, data primer, dan data sekunder yang dapat menjadi pertimbangan dalam mengambil langkah ke depan. *Deliberation* dalam sistem kesehatan penting untuk memperkaya wawasan solusi dengan menghubungkan tindakan sebelumnya, dampaknya, dan

langkah ke depan. Pembelajaran melalui tindakan dapat menghasilkan inovasi dan praktik baik. Pembelajaran sistem kesehatan merupakan sarana untuk melihat arah penguatan sistem kesehatan ke depan. Reformasi SKN perlu meninjau kembali *framework* dan faktor-faktor risiko, serta melibatkan sektor-sektor di Indonesia.



Gambar 4. Tiga Dimensi *Learning Health System*

Sumber: Sheikh K, Abimbola S, WHO, 2021

Strategi dalam reformasi SKN yang diusung Kementerian PPN/Bappenas dilakukan berbasis sistem dan *evidence-based* dengan target berbasis dampak, *delivery* dan *sustainability*, serta berupaya pada mengubah arah kebijakan pembangunan semua sektor untuk berpihak pada kesehatan (*health in all policies*). Reformasi kesehatan dilakukan dalam *dual track* yaitu *quick win* dan perencanaan jangka menengah/panjang. Hal-hal yang dapat menjadi *quick win* merupakan strategi yang telah jelas arah pelaksanaannya dan dapat segera dilaksanakan oleh *stakeholders*, antara lain berbagai intervensi untuk pemenuhan RS unggulan, eliminasi TBC, dan afirmasi tenaga kesehatan perlu dikawal setiap tahun. Strategi yang sifatnya masih dalam proses perumusan dapat dianggap sebagai strategi menengah/panjang, antara lain: perumusan sistem kesehatan nasional yang resilien, pendidikan berbasis RS, afirmasi, redistribusi nakes, serta regulasi distribusi nakes di daerah. Adapun, konsep yang dirumuskan dalam reformasi SKN bukan merupakan produk akhir melainkan lebih kepada arah yang dituju. Oleh karena itu, keberhasilan sangat ditentukan oleh konsistensi pelaksanaan reformasi serta proses pengawalannya. Dalam pengembangan konsep reformasi sistem kesehatan, lingkup digunakan mencakup perluasan, pengembangan, perbaikan, penajaman, pengintegrasian, perubahan besar atau inovasi baru, maupun penghapusan pada pengelolaan dan intervensi kesehatan dengan pendekatan holistik, integratif, tematik, dan spasial dalam rangka percepatan perbaikan sistem kesehatan Indonesia.

3. Proses Penyusunan Konsep Reformasi Sistem Kesehatan Nasional

Konsep reformasi SKN dirancang oleh Kementerian PPN/Bappenas bersama Kementerian Keuangan dan Kementerian Kesehatan sejak tahun 2020 sebagai pembelajaran pandemi Covid-19 serta arahan langsung dari Bapak Presiden Joko Widodo. Proses penyusunan tersebut diawali dengan pertemuan tingkat menteri serta serial diskusi dengan para pakar, pemerintah pusat dan daerah, serta organisasi non-pemerintah untuk mempertajam konsep reformasi SKN yang tengah disusun. Konsep reformasi SKN tersebut kemudian diterjemahkan menjadi *Major Project* Penguatan SKN dalam RKP 2021 sebagai wujud prioritas Reformasi SKN dalam perencanaan pembangunan. Bappenas juga telah melaksanakan serial diskusi dan seminar dengan lintas K/L dan Pemerintah Daerah pada tahun 2020 untuk menyamakan persepsi tentang urgensi dan konsep awal *Major Project* Penguatan SKN agar dapat diprioritaskan di dalam perencanaan dan penganggaran lintas K/L dan daerah mulai tahun anggaran 2021.

Pada tahun 2021, Bappenas menyempurnakan konsep reformasi SKN yang diterjemahkan menjadi *Major Project* Reformasi SKN dalam RKP 2022. Penyempurnaan konsep reformasi SKN diawali dengan serial pembahasan bilateral dengan Kemenkeu, Kemenkes, dan BPOM serta memperdalam pembahasan kontribusi lintas sektor untuk setiap area reformasi dengan melibatkan 21 K/L yang berkontribusi dalam reformasi SKN. Pembagian peran lintas sektor dalam reformasi SKN bertujuan mewujudkan percepatan perbaikan sistem kesehatan Indonesia secara holistik, integratif, tematik, dan spasial. K/L utama yang berperan dalam reformasi SKN terdiri atas 1) Kemenkes, 2) Kemendikbud, 3) LAN RI, 4) KemenPAN&RB, 5) BKN, 6) KemenHan/TNI, 7) POLRI, 8) KemenBUMN dan BUMN yang terkait seperti Biofarma dan Pertamina, serta 9) BPOM. K/L lain yang mendukung reformasi SKN juga dilibatkan dalam memberikan masukan kontribusinya untuk reformasi, yaitu: 1) KemenESDM, 2) Kominfo, 3) Kemendagri, 4) Kemenhub, 5) Kemenristek/BRIN, 6) KemendesPDTT, 7) Kemenperin, 8) BPPT, 9) BSN, 10) LIPI, 11) LPDP, dan 12) BP BATAM. Hasil pertemuan lintas sektor tersebut adalah penyepakatan kontribusi serta rincian *output* (RO) dan penganggaran terkait *Major Project* Reformasi SKN dalam RKP dan Renja K/L 2022 yang akan dikawal oleh unit sektor di Bappenas bersama mitra K/L terkait.

Penyempurnaan *Major Project* Reformasi SKN akan terus dilakukan berdasarkan *grand design* yang telah disusun di dalam Buku Putih Reformasi Sistem Kesehatan Nasional ini. *Major Project* Reformasi SKN harapannya dapat diimplementasikan di dalam RKP dan Renja K/L lintas sektor serta perencanaan pembangunan di daerah sampai tahun 2024 sesuai dengan *milestone* pencapaian reformasi SKN. Tantangan utama yang dihadapi yaitu persaingan prioritas antar *major project* dalam perencanaan dan penganggaran lintas sektor serta penguatan monitoring dan pengendalian keterintegrasian program/kegiatan/intervensi lintas sektor yang mendukung *Major Project* Reformasi SKN di tingkat nasional sampai ke tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Proses penyusunan konsep Reformasi SKN dapat dilihat pada **Gambar 5**.



Gambar 5. Proses Penyusunan Konsep Reformasi SKN

Sumber: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kementerian PPN/Bappenas, 2021

4. Tujuan dan *Milestones* Pencapaian Reformasi Sistem Kesehatan Nasional

Tujuan Reformasi Sistem Kesehatan Nasional (SKN)

Salah satu pembelajaran pasca pandemi Covid-19 adalah perlunya percepatan pencapaian sasaran pembangunan kesehatan melalui berbagai strategi penguatan kapasitas sistem kesehatan nasional. Sasaran pembangunan kesehatan dalam RPJMN 2020-2024 perlu dipetakan potensi percepatan pencapaiannya, sehingga dampak terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dapat dirasakan oleh masyarakat lebih cepat pula. Percepatan ini yang menjadi salah satu tujuan utama reformasi SKN dengan memfokuskan sumber daya pembangunan pada periode 2021-2024 (1 tahun pasca penetapan RPJMN 2020-2024) untuk mendukung pelaksanaan strategi percepatan pencapaian sasaran tersebut. Selain itu, pembelajaran dari penanganan pandemi Covid-19 menjadi hal yang perlu segera ditindaklanjuti dalam perencanaan dan penganggaran.



Gambar 6. Kaitan SKN, RPJMN 2020-2024 dan Reformasi SKN

Sumber: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kementerian PPN/Bappenas, 2021

RPJMN 2020-2024 disusun mengacu pada sistem kesehatan nasional. Sesuai dengan PerMenPPN No.5 Tahun 2018 tentang tata cara penyusunan RKP pasal 9 ayat 3 bahwa mekanisme perbaikan RPJMN karena adanya isu strategis nasional dan daerah yaitu adanya pandemi Covid-19 dilakukan pada RKP. Pada awal terjadinya pandemi Covid-19 tahun 2020, Kementerian PPN/Bappenas melakukan studi pembelajaran penanganan Covid-19 di Indonesia. Sebagai respons dari pandemi Covid-19 dan untuk mempercepat pencapaian target pembangunan kesehatan pada RPJMN 2020-2024, maka salah satu *major project* (MP) pada RKP 2021 yaitu penguatan sistem kesehatan nasional. Selanjutnya, reformasi sistem kesehatan nasional menjadi bagian yang diintegrasikan pada RKP 2022 sebagai salah satu *major project*. Kementerian PPN/Bappenas merencanakan agenda reformasi sistem kesehatan nasional ini akan dicantumkan dalam dokumen perencanaan nasional dalam RKP sampai dengan tahun 2024.

Reformasi SKN disusun dengan **3 tujuan utama**, yaitu :

- 1) Meningkatkan kapasitas keamanan dan ketahanan kesehatan (*health security and resilience*)**
 - a. Sistem kesehatan mampu dengan efektif dan cepat melakukan fungsi *prevent*, *detect*, dan *respond* terhadap ancaman penyakit, termasuk penyakit *emerging* yang berpotensi menjadi epidemi maupun pandemi.
 - b. Seluruh komponen sistem kesehatan nasional mempunyai kapasitas dan siap setiap saat secara cepat dan efektif menangani ancaman dan menanggulangi kondisi epidemi, pandemi, dan kedaruratan kesehatan lainnya.
 - c. Sistem kesehatan dapat bekerja sama dengan sistem pembangunan lainnya seperti penanggulangan bencana, perlindungan sosial, pendidikan, industri, transportasi, dan komunikasi.
- 2) Menjamin ketersediaan dan kemudahan akses *supply side* pelayanan kesehatan yang berkualitas di seluruh Indonesia**
 - a. Sistem kesehatan dapat menjawab kebutuhan masyarakat mengenai pelayanan kesehatan yang berkualitas baik pada masa kedaruratan kesehatan maupun kondisi normal.
 - b. Pemerataan pelayanan kesehatan yang mudah diakses, serta terpenuhinya hak masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai.
- 3) Meningkatkan peran serta masyarakat dan memperkuat upaya promotif dan preventif.**
 - a. Mempromosikan pembangunan berwawasan kesehatan dalam setiap aspek pembangunan nasional.
 - b. Masyarakat, akademisi, swasta (perusahaan, *provider* pelayanan kesehatan), dan media terlibat aktif dalam upaya promotif dan preventif serta bekerja sama dengan pemerintah dalam pembangunan kesehatan secara menyeluruh.

Milestones Reformasi SKN

Pelaksanaan reformasi SKN dimulai pada tahun 2021 dan akan dievaluasi pada tahun 2024, selaras dengan periode RPJMN 2020-2024. Secara umum, *milestones* reformasi SKN juga berkaitan dengan pengembangan atau inovasi berbagai sistem dalam pelaksanaan program yang mendukung pencapaian target reformasi SKN. Pada tahun 2021, fokus tahapan terutama pada pemetaan kebutuhan regulasi, penguatan kelembagaan, dan identifikasi peruntukan anggaran terutama pada intervensi yang membutuhkan regulasi atau kelembagaan spesifik. Pada tahun 2022, pelibatan lintas sektor dan penataan regulasi mulai secara intensif dilakukan sehingga diharapkan tahun 2023 dan 2024 pelaksanaan reformasi SKN dapat *on the right track* dalam pencapaian target reformasi SKN. *Milestones* tersebut merupakan panduan umum bagi K/L, pemerintah daerah, dan organisasi non-pemerintah dalam pelaksanaan seluruh strategi dalam reformasi SKN yang diterjemahkan dalam strategi kunci dalam bab selanjutnya.



Gambar 7. Milestones Pelaksanaan Reformasi Sistem Kesehatan Nasional 2021-2024

Sumber: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kementerian PPN/Bappenas, 2021

5. Area, Strategi Kunci, Strategi Pelaksanaan, dan Indikator Reformasi Sistem Kesehatan Nasional

Reformasi sistem kesehatan nasional mengusung terbangunnya kerangka baru yang diharapkan mampu menjawab sebagian besar tantangan pembangunan kesehatan. Penyusunan area dan strategi kunci reformasi SKN mengacu kepada arah kebijakan RPJMN 2020-2024, Perpres No.72 tahun 2012 tentang SKN, WHO *Building Blocks*, dan pembelajaran penanganan pandemi Covid-19. Arah kebijakan RPJMN 2020-2024 adalah meningkatkan pelayanan kesehatan menuju **cakupan kesehatan semesta** terutama penguatan **pelayanan kesehatan dasar (Primary Health Care/PHC)** dengan mendorong peningkatan upaya **promotif dan preventif**, didukung **inovasi dan pemanfaatan teknologi**. Sistem kesehatan nasional disusun berdasarkan 7 subsistem, yaitu 1) upaya kesehatan; 2) penelitian dan pengembangan kesehatan; 3) pembiayaan kesehatan; 4) sumber daya manusia kesehatan; 5) sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan; 6) manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; serta 7) pemberdayaan kesehatan.

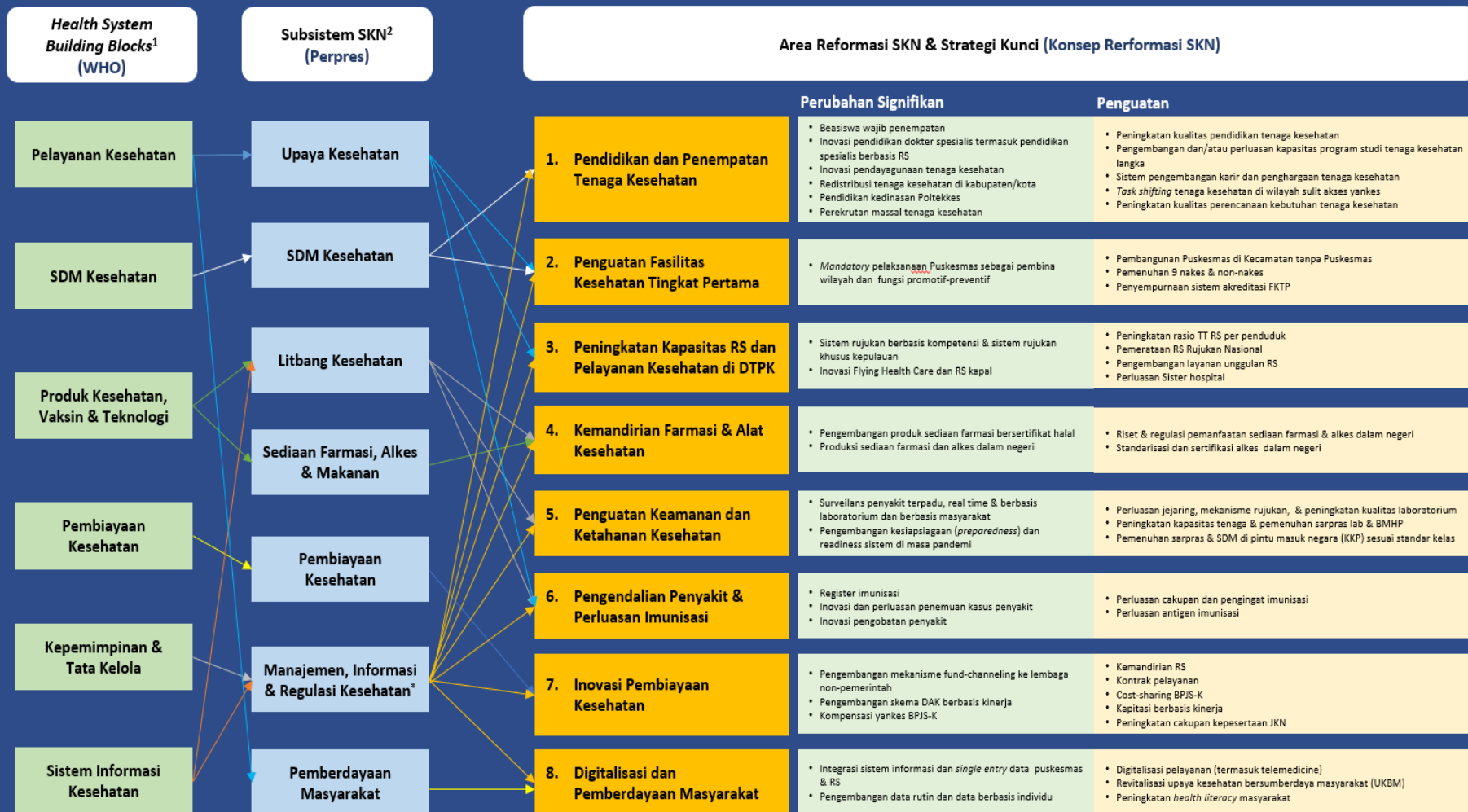
5.1. Area Reformasi & Strategi Kunci Reformasi Sistem Kesehatan Nasional

Reformasi SKN dibagi atas 8 area strategis yang memberikan daya ungkit pembangunan kesehatan ke depan dengan **Pelayanan Kesehatan Dasar (Primary Health Care/PHC) menjadi arus utama** dalam kedelapan area tersebut. Delapan area tersebut diuraikan masing-masing strategi kunci yang dibutuhkan dalam pelaksanaan reformasi SKN. Strategi kunci yang diuraikan perlu diterjemahkan oleh lintas sektor menjadi kegiatan di masing-masing K/L, pemerintah daerah, dan organisasi non-pemerintah. Penerjemahan kegiatan/intervensi dalam reformasi SKN tidak selalu berimplikasi terhadap penyediaan anggaran, tetapi ada juga yang berupa kebutuhan perubahan/penghapusan/penyusunan regulasi baru dan penguatan serta pembagian peran lembaga dalam intervensi kesehatan. Dalam hal pembiayaan, dapat dikembangkan inovasi skema pembiayaan, penambahan anggaran, serta efektivitas dan efisiensi anggaran. Terdapat dua kategori besar dalam strategi kunci, ada yang bersifat perubahan fundamental dan ada yang bersifat penguatan.



Gambar 8. Area Reformasi SKN

Sumber: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kementerian PPN/Bappenas



Sumber: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, 2021, Adaptasi dari ¹WHO, 2007, Everybody's Business – Strengthening Health Systems To Improve Health Outcomes : WHO's Framework For Action; ²Perpres No. 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.
 *Aspek manajemen & regulasi menjadi bagian tidak terpisahkan dalam pelaksanaan strategi kunci reformasi SKN

Gambar 9. Keterkaitan Antara Aspek Building Block WHO, Subsistem SKN dalam Perpres No.72 Tahun 2012, & Reformasi Sistem Kesehatan Nasional
 Sumber: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Bappenas, 2021

5.2. Strategi Pelaksanaan dan Indikator Reformasi SKN

Pelaksanaan reformasi SKN sebagai salah satu *Major Project* setiap tahunnya akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP). *Major Project* akan menjadi perhatian utama Pemerintah dalam perencanaan dan penganggaran hingga monitoring dan evaluasi, sehingga peran Bappenas sebagai koordinator perencanaan dan penganggaran menjadi kunci dalam memastikan strategi Reformasi SKN diterjemahkan dalam dokumen perencanaan dan penganggaran di tingkat K/L.

Strategi pelaksanaan reformasi SKN dirumuskan untuk memberikan penjabaran secara rinci opsi intervensi yang perlu dilakukan dalam melaksanakan strategi kunci pada setiap area reformasi SKN. Seluruh strategi pelaksanaan tersebut diharapkan dapat mencapai target RPJMN 2020-2024. Penetapan strategi reformasi SKN pada dasarnya merupakan pengembangan garis besar arah kebijakan dan strategi dalam RPJMN 2020-2024 yang disesuaikan dengan lingkungan strategis yang berkembang saat ini. Belajar dari permasalahan pembangunan kesehatan selama ini dan penanganan pandemi Covid-19, dirumuskan indikator dalam reformasi SKN yang mencerminkan perubahan signifikan dan penguatan yang perlu dilakukan dalam tatanan pengelolaan sistem kesehatan nasional. Dengan terwujudnya indikator ini diharapkan dapat terjadi perubahan yang signifikan dalam capaian pembangunan kesehatan hingga tahun 2024.

Indikator yang menjadi sasaran reformasi SKN disusun pada tataran *outcome*, *output*, dan proses. Indikator *outcome* reformasi SKN disusun dengan mengacu pada RPJMN 2020-2024 untuk menjaga keselarasan proses pembangunan yang telah direncanakan sebagaimana tercantum pada **Tabel 5**. Tidak seluruh indikator dalam RPJMN 2020-2024 menjadi indikator sasaran untuk mengukur keberhasilan reformasi SKN, sehingga dipilih indikator yang menjadi isu utama dan perhatian nasional untuk dilakukan percepatan pencapaiannya. Pada tataran *output* dan proses, indikator reformasi SKN berkenaan langsung dengan setiap strategi kunci dan strategi pelaksanaan reformasi SKN sebagaimana **Tabel 6**. Tahapan pengawalan inilah yang menjadi tahapan vital terutama memastikan kegiatan dalam reformasi SKN diterjemahkan dalam rencana dan anggaran kegiatan pembangunan setiap tahun.

Tabel 5. Indikator *Outcome* Reformasi SKN yang Mengacu ke RPJMN 2020-2024 dan Pertimbangan Penetapan Indikator

Indikator Reformasi SKN	Target RPJMN 2020-2024	Target Reformasi SKN	Pertimbangan Penetapan Indikator
Insidensi tuberkulosis (per 100.000 penduduk)	190	190	<ul style="list-style-type: none"> TBC menjadi perhatian Presiden RI dalam berbagai kesempatan Rapat Terbatas Tingkat Menteri Kasus baru TBC di Indonesia merupakan tertinggi No. 3 di dunia (saat ini insidensi 301 per 100.000 berdasarkan <i>Global TB Report 2021</i>)
Kab/Kota dengan eliminasi malaria	405	405	<ul style="list-style-type: none"> Malaria merupakan salah satu penyakit tropis yang menjadi perhatian global dalam pencapaian eliminasinya (menjadi target dalam SDGs 2030) Baru terdapat 347 kab/kota dengan status eliminasi malaria
Persentase imunisasi dasar lengkap	90	90	<ul style="list-style-type: none"> Capaian imunisasi dasar lengkap masih rendah (65,8% berdasarkan SSGI 2021) Cakupan imunisasi merupakan perhatian global dan nasional untuk mencapai <i>Universal Coverage Immunization 80%</i>
Persentase puskesmas yang memenuhi 9 jenis tenaga kesehatan	83%	83%	<ul style="list-style-type: none"> Upaya percepatan pemerataan pelayanan kesehatan yang berkualitas Capaian saat ini masih rendah (48,17% berdasarkan data TW III Kemkes 2021) Membutuhkan regulasi dan partisipasi dari lintas K/L dan Pemda
Puskesmas tanpa dokter	0%	0%	<ul style="list-style-type: none"> Upaya percepatan pemerataan pelayanan kesehatan yang berkualitas Target awal pada 2021 adalah 0% puskesmas tanpa dokter, namun capaian saat ini masih 4,97% puskesmas tanpa dokter
RSUD kab/kota dengan 3 dokter spesialis dasar dan 4 spesialis lainnya	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> Upaya percepatan pemerataan pelayanan kesehatan yang berkualitas Capaian saat ini masih rendah (74,92% berdasarkan data TW III Kemkes 2021)
FKTP terakreditasi	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> Upaya percepatan pemerataan pelayanan kesehatan yang berkualitas Capaian saat ini masih rendah (56,4% berdasarkan data TW III Kemkes 2021) Percepatan pencapaian target dilakukan sejak RKP 2021 sehingga target 100% dapat tercapai pada 2023
RS terakreditasi	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> Upaya percepatan pemerataan kualitas pelayanan kesehatan Capaian saat ini masih rendah (88,4% berdasarkan data TW III Kemkes 2021) Percepatan pencapaian target dilakukan sejak RKP 2021 sehingga target 100% dapat tercapai pada 2023
Jumlah RS Rujukan Nasional	-	Min. 42 RS	<ul style="list-style-type: none"> Upaya pemerataan ketersediaan RS Rujukan Nasional Ditargetkan setiap provinsi memiliki minimal 1 RS Rujukan Nasional Upaya percepatan pemerataan kualitas pelayanan kesehatan Indikator ini tidak tercantum dalam RPJMN 2020-2024
Sistem surveilans terpadu dan <i>real time</i> serta berbasis lab dan masyarakat	Belum terpadu dan belum <i>real time</i>	Terintegrasi berbasis Lab	<ul style="list-style-type: none"> Surveilans penyakit yang ada masih belum terintegrasi antar penyakit dan antar surveilans berbasis lab dan berbasis masyarakat serta perlu berjalan secara <i>real time</i> Pembelajaran pandemi menunjukkan vitalnya fungsi laboratorium kesehatan dalam deteksi penyakit dan <i>tracing</i> penularan penyakit, skema surveilans berbasis lab belum optimal, lab surveilans dengan standar BSL-2 saat ini masih terbatas dan belum merata di seluruh daerah Indikator ini tidak tercantum dalam RPJMN 2020-2024

Tabel 6. Strategi Kunci, Strategi Pelaksanaan, & Indikator Reformasi Sistem Kesehatan Nasional

Area Reformasi	Tujuan Area Reformasi	Strategi Kunci	Kategori	Strategi Pelaksanaan	Indikator
Area 1 Pendidikan dan Penempatan Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> Meningkatkan jumlah lulusan tenaga kesehatan yang berkualitas Meningkatkan pemerataan distribusi tenaga kesehatan termasuk di daerah sulit akses ke fasilitas pelayanan kesehatan Meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dan mengembangkan sistem penghargaan 	Beasiswa wajib penempatan	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> Peningkatan kuota beasiswa untuk tenaga kesehatan dengan penempatan (termasuk dokter spesialis) Perluasan afirmasi beasiswa bagi tenaga kesehatan yang berasal dari DTPK Pembukaan prodi khusus atau ikatan dinas untuk jenis nakes langka 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah tenaga kesehatan (9 jenis tenaga kesehatan) yang diberikan beasiswa dengan penempatan Jumlah tenaga kesehatan dari DTPK yang mendapatkan beasiswa dengan penempatan Jumlah dokter spesialis yang diberikan beasiswa dengan penempatan
		Peningkatan kualitas pendidikan tenaga kesehatan	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Peningkatan kapasitas dan pendampingan akreditasi program studi pendidikan tenaga kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> Persentase program studi pendidikan tenaga kesehatan yang terakreditasi minimal B
		Inovasi pendidikan dokter spesialis, termasuk pendidikan spesialis berbasis RS	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> Pengembangan skema kerjasama Fakultas Kedokteran dan rumah sakit untuk pendidikan dokter spesialis berbasis RS Piloting skema pendidikan dokter spesialis dengan RS yang ditugaskan sebagai institusi pendidiknya Dukungan regulasi pendayagunaan dokter spesialis lulusan luar negeri (termasuk WNA) Peningkatan jumlah kuota dan daya tampung pendidikan spesialis 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah fakultas kedokteran yang bekerja sama dengan RS dalam pelaksanaan pendidikan dokter spesialis berbasis RS Persentase RS Pendidikan Utama yang dijadikan penyelenggara pendidikan dokter spesialis berbasis rumah sakit Jumlah kuota penerimaan calon dokter spesialis Jumlah dokter spesialis lulusan luar negeri yang didayagunakan Jumlah dokter spesialis dengan skema penugasan khusus
		Inovasi pendayagunaan tenaga kesehatan	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> Reformulasi skema penempatan tenaga kesehatan yang ada saat ini (termasuk afirmasi) Pemetaan kesenjangan jenis tenaga kesehatan dan per daerah 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah jenis tenaga kesehatan yang memiliki dokumen pemetaan di setiap daerah dan faskes

Area Reformasi	Tujuan Area Reformasi	Strategi Kunci	Kategori	Strategi Pelaksanaan	Indikator
		Pendidikan kedinasan Poltekkes	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> • Penataan Poltekkes menjadi perguruan tinggi kedinasan, lulusan Poltekkes terutama ditujukan untuk pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan di Puskesmas • Pembatasan prodi jenuh • Pengembangan dan/atau perluasan kapasitas prodi langka 	<ul style="list-style-type: none"> • Jumlah regulasi penataan Poltekkes menjadi perguruan tinggi kedinasan
		Pengembangan dan/atau perluasan kapasitas program studi tenaga kesehatan langka	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> • Perencanaan kebutuhan prodi untuk tenaga kesehatan • Pengembangan dan/atau perluasan kapasitas prodi langka 	<ul style="list-style-type: none"> • Jumlah prodi untuk tenaga kesehatan yang langka yang dikembangkan atau dibuka
		Peningkatan kualitas perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> • Pemetaan ketersediaan dan kebutuhan tenaga kesehatan per daerah berbasis faskes, epidemiologi, dan demografi • Integrasi sistem informasi SDM Kesehatan dengan berbagai sistem informasi lainnya untuk sinkronisasi data SDM kesehatan • Pengusulan kebutuhan ASN nakes daerah secara terpusat • Perencanaan kebutuhan non tenaga kesehatan (keuangan & TI) • Skema insentif & disinsentif kepada daerah dalam hal perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Persentase kebutuhan ASN tenaga kesehatan yang diakomodasi dalam rekrutmen ASN • Persentase sistem informasi SDM Kesehatan yang terintegrasi • Jumlah skema insentif & disinsentif kepada pemerintah daerah dalam hal perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan
		Perekrutan massal tenaga kesehatan	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> • Pembukaan formasi ASN tenaga kesehatan secara massal untuk memenuhi kekurangan 9 jenis tenaga kesehatan di puskesmas dan puskesmas tanpa dokter • Kebijakan perekrutan PPPK mandiri oleh daerah hingga kuota ASN terpenuhi 	<ul style="list-style-type: none"> • Persentase formasi ASN tenaga kesehatan untuk 9 jenis tenaga kesehatan dibandingkan dengan kebutuhan

Area Reformasi	Tujuan Area Reformasi	Strategi Kunci	Kategori	Strategi Pelaksanaan	Indikator
		Redistribusi tenaga kesehatan di kabupaten/kota	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> Review regulasi redistribusi tenaga kesehatan di daerah Pemetaan kesenjangan jenis tenaga kesehatan dan per daerah Penyusunan regulasi redistribusi tenaga kesehatan Pengembangan skema penentuan formasi wajib untuk daerah (tidak berdasarkan usulan) 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah regulasi di tingkat pusat terkait redistribusi tenaga kesehatan (Kemkes & Kemendagri) Jumlah Provinsi/Kab/Kota yang mengeluarkan regulasi redistribusi tenaga kesehatan
		Sistem pengembangan karir dan penghargaan tenaga kesehatan	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Perencanaan sistem pengembangan karir nakes Penyusunan skema pengembangan sistem penghargaan nakes 	<ul style="list-style-type: none"> Tersedianya <i>roadmap</i> pola karir SDM Jumlah regulasi pengembangan sistem karir dan penghargaan nakes
		Task shifting tenaga kesehatan di wilayah sulit akses pelayanan kesehatan	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Regulasi kewenangan tenaga kesehatan di wilayah sulit akses pelayanan kesehatan Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan di wilayah sulit akses pelayanan kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah regulasi <i>task shifting</i> nakes di wilayah sulit akses pelayanan kesehatan
Area 2 Penguatan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama	<ul style="list-style-type: none"> Memperkuat fungsi pelayanan kesehatan dasar dan promotif-preventif Memastikan bahwa FKTP memenuhi standar sarpras dan SDM kesehatan 	Mandatory pelaksanaan Puskesmas sebagai pembina wilayah dan fungsi promotif-preventif	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> Revisi regulasi untuk penguatan kelembagaan (tugas dan fungsi) Puskesmas sebagai pembina wilayah Mengutamakan penguatan promotif preventif & <i>primary health care</i> Peninjauan kembali (peniadaan) puskesmas ranap di wilayah dengan akses mudah ke pelayanan kesehatan Pengembangan skema insentif untuk Puskesmas dengan kinerja promotif dan preventif baik Membangun jejaring dengan FKTP swasta dalam data dan pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah revisi regulasi tentang tugas dan fungsi Puskesmas & klinik pratama Jumlah puskesmas rawat inap di daerah dengan kemudahan akses ke pelayanan kesehatan Jumlah puskesmas yang sesuai standar (memenuhi DO untuk pembinaan wilayah) Jumlah regulasi pengembangan insentif puskesmas dengan kinerja promotif dan preventif baik

Area Reformasi	Tujuan Area Reformasi	Strategi Kunci	Kategori	Strategi Pelaksanaan	Indikator
		Pembangunan Puskesmas di Kecamatan tanpa Puskesmas	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Perencanaan Puskesmas secara keseluruhan (tipologi, kapasitas, pemenuhan sarpras, pemenuhan SDM) Pembangunan Puskesmas di kecamatan tanpa Puskesmas 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah kecamatan tanpa puskesmas
		Pemenuhan 9 nakes & non-nakes	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Pemenuhan ketersediaan tenaga kesehatan di Puskesmas termasuk nakes Pemenuhan administrator keuangan dan tenaga sistem informasi 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah puskesmas yang terpenuhi 9 jenis nakes Jumlah puskesmas yang terpenuhi tenaga non-nakes utama (administrator keuangan dan tenaga sistem informasi)
		Penyempurnaan sistem akreditasi FKTP	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Review sistem akreditasi Pengembangan sistem akreditasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan mendukung pencapaian target dan prioritas nasional 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah regulasi perbaikan sistem akreditasi FKTP (tata kelola, sistem akreditasi)
Area 3 Peningkatan Kapasitas RS dan Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan	<ul style="list-style-type: none"> Memeratakan akses terhadap pelayanan RS di seluruh wilayah Mengembangkan sistem rujukan berbasis kompetensi untuk jenis pelayanan tertentu Mengembangkan inovasi pelayanan kesehatan di daerah sulit akses 	Peningkatan rasio TT RS per penduduk	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Perencanaan kapasitas dan kebutuhan RS di setiap daerah Mendorong keterlibatan RS swasta Pembangunan RS baru atau penambahan TT 	<ul style="list-style-type: none"> Rasio TT RS per penduduk Jumlah kab/kota dengan rasio TT kurang dari 1/1.000
		Sistem rujukan berbasis kompetensi & sistem rujukan khusus kepulauan	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> Penyusunan standar sistem rujukan berbasis kompetensi Pengembangan <i>grand design</i> sistem rujukan berdasarkan tipologi faskes Pemenuhan fasilitas, sarpras, dan nakes berdasarkan <i>grand design</i> sistem rujukan Integrasi faskes swasta dalam sistem rujukan berbasis kompetensi 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah regulasi sistem rujukan berbasis kompetensi dan rujukan khusus kepulauan Jumlah RS yang menerapkan sistem rujukan berbasis kompetensi dan rujukan khusus kepulauan
		Pemerataan RS Rujukan Nasional	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Review kapasitas RS tingkat nasional dan provinsi sebagai dasar rencana pengembangan RS Rujukan Pengembangan RS Rujukan Nasional dan Provinsi (<i>grand design</i> dan pelaksanaan) 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah RS Rujukan Nasional Presentase RS terakreditasi utama dan paripurna

Area Reformasi	Tujuan Area Reformasi	Strategi Kunci	Kategori	Strategi Pelaksanaan	Indikator
		Pengembangan layanan unggulan RS	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Pengembangan skema jejaring RS dan terintegrasi dengan sistem rujukan berbasis kompetensi (5 layanan unggulan: kanker, kardiovaskular, paru, stroke, DM & hipertensi) Penyediaan sarana, prasarana, alat dan SDM kesehatan terkait layanan unggulan 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah RS dengan pelayanan unggulan
		Inovasi <i>Flying Health Care</i> dan RS kapal	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> Penetapan daerah yang menjadi sasaran intervensi Penetapan skema dan kelembagaan pelaksanaan FHC dan <i>sister hospital</i> <i>Piloting</i> operasionalisasi RS Kapal 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah pengembangan skema kelembagaan FHC Jumlah daerah operasionalisasi RS Kapal
		Perluasan <i>sister hospital</i>	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Penetapan skema dan kelembagaan <i>sister hospital</i> Pengembangan skema <i>sister hospital</i> dengan RS luar negeri dalam hal pelayanan, pendidikan, dan penelitian 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah RS di daerah sulit akses yang tercakup dalam sistem <i>sister hospital</i>
Area 4 Kemandirian Farmasi & Alat Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> Meningkatkan kesiapsiagaan sediaan farmasi dan alat kesehatan dalam negeri terutama dalam kondisi darurat 	Riset & regulasi pemanfaatan sediaan farmasi & alkes dalam negeri	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi kebutuhan riset sediaan farmasi (obat, vaksin, dan produk biologi) dan alkes Perluasan riset sediaan farmasi & alkes dalam negeri 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah riset sediaan farmasi & alkes dalam negeri Jumlah pengembangan bahan baku obat dan obat tradisional dalam negeri yang difasilitasi untuk dihilirisasi
		Pengembangan produk sediaan farmasi bersertifikat halal	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> Pendampingan sertifikasi halal mulai dari pelaksanaan riset sampai dengan produksi Mendorong komitmen lembaga penelitian dan pemerintah untuk mengembangkan sediaan farmasi bersertifikat halal 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah produk sediaan farmasi bersertifikat halal yang dikembangkan
		Produksi sediaan farmasi dan alkes dalam negeri	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> Penyusunan dan revisi regulasi yang mendukung produksi sediaan farmasi dan alkes dalam negeri Penyusunan regulasi untuk mendorong pemanfaatan farmasi dan alkes dalam negeri Mendorong hilirisasi hasil penelitian 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah regulasi yang mendorong pemanfaatan farmasi dan alkes dalam negeri Jumlah API (<i>active pharmaceutical ingredient</i>) yang dikembangkan dan diproduksi dalam negeri

Area Reformasi	Tujuan Area Reformasi	Strategi Kunci	Kategori	Strategi Pelaksanaan	Indikator
		Standardisasi dan sertifikasi alkes dalam negeri	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Review skema standardisasi dan sertifikasi alkes dalam negeri saat ini Penguatan kelembagaan standardisasi dan sertifikasi alkes dalam negeri 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah jenis alkes dalam negeri yang dapat distandardisasi dan disertifikasi
Area 5 Penguatan keamanan dan ketahanan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> Peningkatan kualitas dan kapasitas surveilans terutama sistem informasi, laboratorium, dan sumber daya manusia Peningkatan kapasitas pengawasan pintu masuk negara Peningkatan kesiapsiagaan untuk merespon pandemi 	Surveilans penyakit terpadu, <i>real time</i> & berbasis laboratorium serta berbasis masyarakat	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> Pelebagaan sistem surveilans yang memiliki kewenangan untuk menggerakkan <i>tracing, tracking, testing</i> secara tersentralisasi (contoh CDC) Pengembangan konsep sistem surveilans penyakit <i>emerging, re-emerging, new emerging</i> terpadu, <i>real time</i>, berbasis lab, dan berbasis masyarakat Peningkatan kapasitas SDM surveilans 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah sistem surveilans penyakit yang dapat diintegrasikan Jumlah pengembangan skema kelembagaan surveilans
		Perluasan jejaring, mekanisme rujukan, & peningkatan kualitas laboratorium	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Peningkatan lab WGS Perluasan jejaring laboratorium Penguatan sistem pencatatan & pelaporan laboratorium Pengembangan sistem rujukan laboratorium dan akreditasi lab Pemenuhan akreditasi laboratorium 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah lab WGS Jumlah daerah dengan laboratorium BSL-2 Jumlah regulasi mekanisme rujukan laboratorium dan akreditasi laboratorium Penguatan jejaring lab penyakit patogen resisten antimikroba
		Peningkatan kapasitas tenaga & pemenuhan sarpras lab & BMHP	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Pemetaan kondisi SDM dan sarpras di setiap laboratorium kesehatan setiap daerah Pemenuhan sarpras dan SDM Peningkatan kapasitas tenaga laboratorium 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah laboratorium dengan SDM dan sarpras sesuai standar Jumlah tenaga laboratorium yang dilatih
		Pemenuhan sarpras & SDM di pintu masuk negara (KKP) sesuai standar kelas	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Perencanaan pengembangan kapasitas KKP 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah KKP yang tepenuhi SDM dan sarpras sesuai standar kelas Jumlah KKP yang mendeteksi peringatan dini <i>emerging diseases, new emerging diseases, re-emerging diseases (alert digital systems)</i>.

Area Reformasi	Tujuan Area Reformasi	Strategi Kunci	Kategori	Strategi Pelaksanaan	Indikator
		Pengembangan kesiapsiagaan (<i>preparedness</i>) dan <i>readiness</i> sistem di masa pandemi	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> Pengembangan khusus desain komunikasi risiko (jelas, transparan, <i>reliable</i>) Pengembangan skema mobilisasi <i>resources</i> (nakes) Pengembangan kapasitas mobilisasi faskes, farmasi, alkes, serta sarana penunjang lainnya Pengembangan manajemen data terpadu (pusat-daerah dan pemerintah-non pemerintah) Pengembangan jejaring dan rujukan pelayanan kesehatan Peningkatan <i>health literacy</i> masyarakat Pengembangan kelembagaan dan tata kelola penanganan pandemi 	<ul style="list-style-type: none"> Persentase respons peringatan dini KLB Jumlah regulasi tentang SKN yang adaptif terhadap kondisi pandemi Persentase cakupan <i>testing</i> Jumlah skema pengembangan kelembagaan masa pandemi
Area 6 Pengendalian Penyakit & Perluasan Imunisasi	<ul style="list-style-type: none"> Memperluas antigen dan cakupan imunisasi Inovasi perluasan penemuan kasus penyakit Mengembangkan inovasi pengobatan dan mekanisme kepatuhan pengobatan 	Perluasan cakupan dan pengingat imunisasi	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Penyusunan skema imunisasi di daerah sulit akses pelayanan kesehatan Pengembangan skema imunisasi dengan pihak swasta Pemberdayaan posyandu dalam perluasan cakupan imunisasi Pelaksanaan peta jalan vaksin halal Perluasan sistem pengingat imunisasi dan <i>supply chain</i> imunisasi <i>real time</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah skema imunisasi dengan pihak swasta yang dikembangkan Jumlah regulasi pengembangan peta jalan vaksin halal
		Register imunisasi	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> Pengembangan sistem register imunisasi berbasis NIK 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah regulasi yang mengatur sistem register imunisasi berbasis NIK
		Perluasan antigen imunisasi	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Penambahan antigen baru untuk IDL 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah regulasi IDL yang ditambahkan antigen baru
				<ul style="list-style-type: none"> Penambahan antigen baru untuk pencegahan penyakit menular dan tidak menular 	<ul style="list-style-type: none"> Jenis antigen yang ditambahkan dalam IDL
Inovasi dan perluasan penemuan kasus penyakit	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> Pengembangan skema wajib deteksi dini PTM bagi penduduk risiko tinggi melalui program JKN secara rutin 	<ul style="list-style-type: none"> Persentase penemuan kasus penyakit menular dan diobati sesuai standar 		

Area Reformasi	Tujuan Area Reformasi	Strategi Kunci	Kategori	Strategi Pelaksanaan	Indikator
				<ul style="list-style-type: none"> Inovasi dan pemenuhan sarpras deteksi penyakit menular (contoh: TCM TB, dll) Perluasan pelibatan faskes swasta dalam penemuan kasus penyakit 	<ul style="list-style-type: none"> Persentase penduduk usia ≥ 15 tahun yang mendapatkan deteksi dini penyakit tidak menular Jumlah pengembangan skema wajib deteksi dini PTM bagi penduduk risiko tinggi melalui program JKN secara rutin Jumlah faskes yang memiliki sarpras deteksi penyakit menular Persentase faskes swasta yang melaporkan penemuan kasus penyakit Jumlah Jejaring lab penyakit patogen resisten antimikroba
		Inovasi pengobatan penyakit	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> Pengembangan inovasi pengobatan (misal: <i>short regimen</i> TB) 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah penyakit menular yang dikembangkan inovasi dalam pengobatannya
Area 7 Inovasi Pembiayaan Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> Mengembangkan mekanisme pembiayaan pelayanan kesehatan Meningkatkan kualitas penganggaran kesehatan Meningkatkan efektivitas JKN dalam pencapaian target pembangunan kesehatan 	Pengembangan mekanisme <i>fund-channeling</i> ke lembaga non-pemerintah	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> Pengembangan <i>fund-channeling</i> ke lembaga non-pemerintah 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah regulasi <i>fund-channeling</i> ke lembaga non-pemerintah
		Pengembangan skema DAK berbasis kinerja	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> Penetapan skema pengalokasian DAK berbasis kinerja 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah skema pengalokasian DAK berbasis kinerja
		Pengembangan pembiayaan UKM	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> Review regulasi dan pengembangan skema pembiayaan UKM 	<ul style="list-style-type: none"> Persentase peningkatan pembiayaan UKM
		Kemandirian RS	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Perencanaan kapasitas BLU RS Pemerintah Piloting skema peningkatan kemandirian pengelolaan RS di RS yang memiliki kapasitas finansial tinggi 	<ul style="list-style-type: none"> Persentase RS BLU yang mandiri (RS dengan sumber pembiayaan dari rupiah murni (RM) lebih kecil dibandingkan dengan BLU/BLUD)
		Kontrak pelayanan	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Penetapan pelayanan yang dimungkinkan untuk skema kontrak Penyusunan regulasi yang memungkinkan untuk pelaksanaan kontrak pelayanan <i>Piloting</i> kontrak pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah pelayanan kesehatan yang akan dikembangkan dengan sistem kontrak pelayanan

Area Reformasi	Tujuan Area Reformasi	Strategi Kunci	Kategori	Strategi Pelaksanaan	Indikator
		Kompensasi yankes BPJS-K	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> Perhitungan jumlah kompensasi yang perlu diberikan kepada penduduk yang tidak mendapatkan akses pelayanan kesehatan Regulasi skema pemberian kompensasi bagi peserta BPJS yang tidak mendapatkan akses* Penetapan kriteria masyarakat dan daerah yang dapat menerima kompensasi 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah regulasi skema pemberian kompensasi bagi peserta BPJS yang tidak mendapatkan akses pelayanan kesehatan
		Cost-sharing BPJS-K	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> Penetapan iur biaya sistem premi/tarif (<i>cost-sharing</i>) pelayanan dalam JKN dengan prinsip <i>value equity</i> Penetapan jenis layanan yang dikenakan urun biaya 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah regulasi penetapan iur biaya sistem premi/tarif (<i>cost-sharing</i>) pelayanan dalam JKN dengan prinsip <i>value equity</i>
		Kapitasi berbasis kinerja	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Penetapan finalisasi skema kinerja yang dijadikan sebagai dasar perhitungan kapitasi Pengembangan dan perluasan kapitasi berbasis kinerja 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah faskes yang menerapkan pengembangan dan perluasan kapitasi berbasis kinerja
		Peningkatan cakupan kepesertaan JKN	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Peningkatan cakupan kepesertaan JKN sebagai prasyarat dalam mendapatkan pelayanan publik tertentu Penjajakan pengembangan subsidi JKN oleh pemerintah bagi kelompok pekerja informal 	<ul style="list-style-type: none"> Persentase penduduk yang ikut serta dalam skema JKN
Area 8 Digitalisasi dan Pemberdayaan Masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> Menguatkan digitalisasi pelayanan kesehatan Revitalisasi upaya kesehatan berbasis masyarakat 	Digitalisasi pelayanan (termasuk <i>telemedicine</i>)	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Penguatan kelembagaan digitalisasi Digitalisasi posyandu Penguatan satu data kesehatan Penguatan e-logistik farmasi Integrasi data pelayanan BPJS & pemerintah 	<ul style="list-style-type: none"> Persentase faskes yang menerapkan <i>telemedicine</i> Persentase posyandu yang menerapkan e-posyandu Jumlah Kab/Kota dengan faskes yang menggunakan sistem pemantauan stok obat yang <i>real time</i>
		Integrasi sistem informasi dan <i>single</i>	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> Peningkatan peran swasta dalam pelayanan kesehatan (pendataan, pelaporan) 	<ul style="list-style-type: none"> Persentase sistem informasi yang terintegrasi dalam satu data kesehatan

Area Reformasi	Tujuan Area Reformasi	Strategi Kunci	Kategori	Strategi Pelaksanaan	Indikator
		entry data puskesmas & RS		<ul style="list-style-type: none"> Pengembangan aplikasi yang terintegrasi, <i>real time, online</i>, dengan standarisasi data, dan interoperabilitas sistem Integrasi <i>database</i> BPJS & <i>database</i> kesehatan lain Digitalisasi pencatatan dan pelaporan 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah program yang telah masuk dalam skema digitalisasi pencatatan dan pelaporan Jumlah puskesmas dan RS yang menerapkan <i>single entry</i> data
		Pengembangan data rutin dan data berbasis individu	Perubahan Signifikan	<ul style="list-style-type: none"> Integrasi data rutin dan berbasis individu dengan NIK dan data lainnya yang relevan 	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah program kesehatan yang telah terintegrasi (integrasi data rutin dan berbasis individu dengan NIK dan data lainnya yang relevan)
		Revitalisasi upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM)	Penguatan	<ul style="list-style-type: none"> Perluasan keterlibatan masyarakat dalam program kesehatan (PMO, pengendalian vektor, surveilans) Perluasan keterlibatan komunitas, organisasi masyarakat dalam program penjangkauan (<i>outreach</i>) kesehatan Pengintegrasian posyandu untuk seluruh sasaran pelayanan kesehatan utama 	<ul style="list-style-type: none"> Persentase kader kesehatan aktif Persentase UKBM yang aktif

*Keterangan: UU SJSN No. 40 Tahun 2004 Pasal 23 ayat (3) menyatakan bahwa dalam hal di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medik sejumlah peserta, BPJS wajib memberikan kompensasi

5.3. Strategi Kunci Penguatan Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)

Pengembangan konsep reformasi SKN juga diselaraskan dengan arah kebijakan untuk memperkuat pelayanan dasar (*primary healthcare*) yang diterjemahkan ke dalam strategi di setiap area reformasi. Secara prinsip, **penerjemahan teknis dari pengarusutamaan penguatan PHC dalam reformasi sistem kesehatan nasional**, sebagai berikut:

Area 1. Pendidikan dan Penempatan Tenaga Kesehatan

- Memenuhi standar ketenagaan (9 jenis tenaga kesehatan) termasuk tenaga promotif-preventif dan tenaga pendukung administrasi keuangan dan teknologi informasi di setiap Puskesmas.
- Peningkatan jumlah pendidikan promosi kesehatan.
- *Task shifting* di daerah sulit akses ke pelayanan kesehatan.
- Pendekatan tim multidisiplin dalam penyediaan tenaga kesehatan.

Area 2. Penguatan FKTP & Area 3. Peningkatan Kapasitas RS dan Pelayanan Kesehatan di DTPK

- Penguatan kemampuan kepemimpinan (*leadership*) Puskesmas sebagai pembina wilayah di tingkat kecamatan. Penetapan fungsi puskesmas dalam membangun koordinasi dengan seluruh FKTP milik pemerintah dan swasta di wilayahnya dan membagi peran pelayanan kesehatan dengan menitikberatkan upaya kesehatan masyarakat menjadi prioritas puskesmas.
- Pemenuhan infrastruktur FKTP dan RS untuk pelayanan dasar dengan dibentuk mekanisme insentif dan umpan balik bagi provinsi/kabupaten/kota yang mampu mencapai pemenuhan infrastruktur puskesmas di wilayahnya.

Area 4. Kemandirian Farmasi & Alat Kesehatan

- Pemenuhan kebutuhan sediaan farmasi dan BMHP dalam negeri dalam pelaksanaan surveilans maupun deteksi dini penyakit.
- Pengembangan vaksin baru termasuk vaksin halal produksi dalam negeri.

Area 5. Penguatan Keamanan dan Ketahanan Kesehatan dan Area 6. Pengendalian Penyakit dan Perluasan Imunisasi

- Peningkatan kapasitas laboratorium kesehatan dalam pelaksanaan surveilans penyakit termasuk aspek kesehatan lingkungan.
- Penguatan peran puskesmas dalam melakukan deteksi dini penyakit dan intervensi promotif-preventif. FKTP mampu menjadi tulang punggung dalam melakukan *testing* dan *tracing* penyakit.
- Perluasan antigen pada imunisasi dasar lengkap (seluruh area imunisasi merupakan dukungan terhadap PHC).
- *Early warning system* dengan ketersediaan dan utilisasi data berkualitas.
- Perluasan deteksi dini penyakit di layanan primer.

Area 7. Inovasi Pembiayaan Kesehatan

- Pengembangan skema insentif berbasis kinerja bagi puskesmas terutama untuk fungsi promotif dan preventif serta pengembangan insentif khusus agar sektor swasta berminat menyediakan pelayanan kesehatan dasar.
- Komitmen pembiayaan pelayanan kesehatan dasar setidaknya sebesar 0,5% GDP (standar WHO sebesar 1% GDP)

Area 8. Digitalisasi dan Pemberdayaan Masyarakat

- Integrasi sistem informasi layanan kesehatan dasar di FKTP publik dan swasta.
- Pengembangan insentif untuk memberdayakan organisasi kemasyarakatan dan masyarakat untuk mendukung layanan kesehatan masyarakat yang belum terjangkau oleh pemerintah, upaya 3T, upaya promosi kesehatan, dan layanan esensial.
- Revitalisasi upaya kesehatan berbasis masyarakat dengan meningkatkan minat partisipasi kader kesehatan.

6. Kontribusi Stakeholders yang Diharapkan

6.1. Kontribusi K/L Pusat

Dalam pengembangan konsep reformasi sistem kesehatan nasional, Kementerian PPN/Bappenas telah melakukan serangkaian pertemuan lintas K/L untuk memperoleh masukan lintas sektor dalam rangka mengidentifikasi serta menajamkan peran lintas sektor yang diperlukan untuk reformasi SKN ke depan. Dari serangkaian hasil diskusi, dapat diidentifikasi bahwa jika lintas K/L diarahkan dan dikoordinasikan dengan baik, dapat menjadi faktor keberhasilan implementasi SKN. Secara holistik, pelaksanaan SKN memerlukan kontribusi baik dari sektor kesehatan maupun sektor non-kesehatan sehingga pendekatan lintas sektor ini lah yang perlu diperkuat dalam reformasi SKN ke depan.

Dalam penyusunan konsep reformasi sistem kesehatan nasional, masukan dari lintas sektor, pemerintah daerah, dan akademisi sangat mewarnai dalam penerjemahannya ke dalam strategi kunci reformasi sistem kesehatan. Rekomendasi kontribusi lintas sektor yang disusun berupa kebijakan jangka pendek (*quick wins*) serta kebijakan jangka menengah dan panjang. Dilihat dari unsur praktis, rekomendasi jangka pendek dapat diterjemahkan langsung dalam perencanaan dan penganggaran tahunan, sehingga berperan penting dalam respons cepat permasalahan kesehatan seperti pandemi. Sementara itu, rekomendasi jangka menengah dan panjang umumnya memerlukan waktu dan utamanya bertujuan untuk penyempurnaan sistem kesehatan ke depan. Oleh karena itu, lingkup rekomendasi dalam ulasan ini tidak hanya berupa kegiatan yang berimplikasi langsung terhadap pembiayaan (seperti pembangunan fisik, operasional, dan sejenisnya), tetapi juga kegiatan yang bersifat koordinasi dan penyempurnaan sistem di tataran regulasi, sepanjang hal tersebut mendukung reformasi SKN. Dari kriteria tersebut, telah dipetakan berbagai instansi (K/L dan non-K/L) yang mendukung reformasi SKN sebagai berikut*:

1) Instansi yang memiliki tugas dan fungsi di bidang kesehatan

Di antaranya adalah Kemenkes, penyedia fasilitas kesehatan (TNI, Polri, BUMN), dan penyedia tenaga kesehatan (Kemendikbudristek), penyedia komoditas kesehatan seperti obat, vaksin dan alat kesehatan (BUMN), dan pembiayaan kesehatan (BPJS Kesehatan).

2) Instansi penunjang

Pada umumnya mendukung fungsi kesehatan seperti penyediaan sarpras pendukung (KemenESDM & Kominfo), regulator terkait tenaga kesehatan (KemenPANRB, BKN, Kemendagri), pelaksana riset kesehatan (BRIN, LIPI), regulator komoditas kesehatan (BPOM, Kemenperin), dan fungsi pendukung lainnya.

3) Instansi koordinator

Instansi koordinator berperan dalam koordinasi dan sinkronisasi perencanaan & penganggaran seluruh aktivitas reformasi SKN di tingkat pusat dan daerah, seperti Bappenas, Kemenkeu, Kemendagri, dan Kemendes PDTT.

Tabel 7. Kontribusi Lintas Sektor dalam Reformasi Sistem Kesehatan Nasional

Area Reformasi	Kontribusi Lintas Sektor yang Diharapkan
1. Kementerian Kesehatan	
Pendidikan & Penempatan Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan strategis untuk nakes • Beasiswa nakes termasuk tenaga dokter spesialis dan afirmasi bantuan pendidikan DTPK • Pendidikan dokter spesialis berbasis rumah sakit • Penugasan khusus nakes dan dokter spesialis • Regulasi redistribusi nakes dan pengembangan skema penghargaan serta insentif nakes • Rekrutmen massal 9 jenis nakes secara bertahap hingga 2024 • Perbaikan perencanaan kebutuhan nakes dengan skema validasi dan terintegrasi dengan sistem lainnya • Pemberlakuan pendidikan kedinasan Poltekkes
Penguatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama	<ul style="list-style-type: none"> • Pendampingan akreditasi FKTP dan penguatan sistem akreditasi • Pembangunan puskesmas dan pemenuhan nakes di kecamatan tanpa puskesmas • Penyediaan puskesmas perawatan di daerah sulit akses ke RS • Regulasi penguatan peran puskesmas sebagai pembina wilayah promotif-preventif (Perpres/Inpres) • Perluasan puskesmas mampu PONE
Peningkatan Kapasitas RS & Pelayanan Kesehatan di Wilayah DTPK	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan 42 RS Rujukan Nasional dan 110 RS Provinsi dan pengembangan Rumah Sakit Khusus sebagai <i>Center of Excellence</i> • Inovasi penguatan <i>flying health care</i>, RS kapal dan <i>sister hospital</i> • Pengembangan sistem rujukan berbasis kompetensi & rujukan khusus kepulauan • Pembangunan RS Indonesia Timur dan rencana induk pengembangan RS nasional
Kemandirian Farmasi & Alkes	<ul style="list-style-type: none"> • Pembangunan lab uji alkes dan pengembangan mekanisme sertifikasi alkes dalam negeri • Riset tanaman obat dan peta jalan vaksin halal
Penguatan Keamanan & Ketahanan Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Sarana prasarana laboratorium surveilans kesehatan dan penyediaan kebutuhan perluasan tes Covid-19 (PCR, reagen, TCM, cartridge) • Pemenuhan sarpras & SDM di pintu masuk negara (KKP) sesuai standar • Pengembangan jejaring, mekanisme rujukan, dan akreditasi laboratorium • Pengembangan sistem surveilans penyakit terpadu, <i>real time</i> & berbasis laboratorium
Pengendalian Penyakit & Perluasan Imunisasi	<ul style="list-style-type: none"> • Penyediaan vaksin dan sistem pengingat imunisasi, serta vaksinasi Covid-19 dan PCV • Pengembangan register imunisasi • Pengadaan mesin TCM-TB serta <i>cartridge</i> TB • Pengembangan sistem informasi logistik obat dan BMHP <i>real time</i> & terintegrasi, pengembangan pengingat imunisasi (<i>nation wide</i>) • Penyediaan sarpras Pandu PTM dan Posbindu serta pengembangan program nasional penanggulangan PTM (<i>reminder</i> deteksi dini, dll)
Pembiayaan Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Kajian dan regulasi dan skema monev DAK berbasis kinerja dan kemandirian RS • Kapitasi berbasis kinerja, pengembangan pembiayaan UKM, pelibatan swasta untuk yankes
Digitalisasi dan Pemberdayaan Masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan skema <i>single entry</i> data puskesmas & RS • Revitalisasi & digitalisasi upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat dan peningkatan kapasitas kader kesehatan serta insentif kader

Area Reformasi	Kontribusi Lintas Sektor yang Diharapkan
	<ul style="list-style-type: none"> • Perluasan telemedicine, sistem informasi ketersediaan TT RS • Digitalisasi posyandu (<i>nation wide</i>), pengembangan sistem informasi (<i>publicly accessed</i>) ketersediaan infrastruktur fasilitas kesehatan dan perbaikan ASPAK (<i>realtime</i>)
2. Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi	
Pendidikan & Penempatan Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Penyelenggaraan pendidikan dokter spesialis berbasis RS • Kebijakan beasiswa dokter spesialis wajib penempatan • Peningkatan kuota penerimaan & pembukaan baru prodi/fakultas kedokteran & FKM • Pembukaan prodi nakes langka & perijinan Institut Teknologi Kesehatan • Kuota beasiswa wajib penempatan (afirmasi Indonesia Timur) • Pemberlakuan pendidikan kedinasan Poltekkes
Peningkatan Kapasitas RS & Pelayanan Kesehatan di Wilayah DTPK	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan mutu dan kualitas RS Pendidikan yang selaras dengan sistem rujukan berbasis kompetensi • Penambahan sarana prasarana sesuai dengan standar pelayanan • Pengembangan RS <i>center of excellence</i>
Penguatan Keamanan & Ketahanan Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan kualitas laboratorium surveilans di bawah Kemendikbud (PTN) serta pengembangan jejaring laboratorium dan rujukan
3. Lembaga Administrasi Negara	
Pendidikan & Penempatan Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Kajian sistem insentif dan jenjang karir tenaga kesehatan di daerah sulit • Kajian kebijakan redistribusi ASN tenaga kesehatan
4. Kementerian PANRB	
Pendidikan & Penempatan Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Penetapan formasi khusus ASN untuk tenaga kesehatan (formasi khusus dan kuota calon ASN bagi 9 nakes) • Peningkatan kuota penerimaan ASN nakes daerah • Rekrutmen msasal 9 jenis nakes secara bertahap hingga 2024 • Kebijakan perekrutan PPPK mandiri oleh daerah hingga kuota ASN terpenuhi • Kebijakan beasiswa wajib penempatan • Redistribusi nakes di internal kab/kota • Regulasi pemenuhan non-tenaga kesehatan di faskes (daerah)
5. Badan Kepegawaian Negara	
Pendidikan & Penempatan Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Penetapan formasi khusus ASN untuk tenaga kesehatan • Pemenuhan non-tenaga kesehatan di faskes
6. Kementerian Pertahanan & TNI	
Penguatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama	<ul style="list-style-type: none"> • Penugasan tenaga kesehatan TNI di daerah sulit akses dan <i>sister hospital</i> • <i>Flying health care</i> • Dukungan RS <i>centre of excellence</i> dan sistem rujukan berbasis kompetensi
Peningkatan Kapasitas RS & Pelayanan Kesehatan di Wilayah DTPK	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan rasio TT RS TNI per penduduk dan kualitas yang selaras dengan pemetaan dan sistem rujukan berbasis kompetensi • Dukungan penyediaan pelayanan kesehatan di DTPK (dalam bentuk dukungan nakes, penyediaan RS untuk RS Kapal atau dukungan pesawat untuk <i>flying health care</i>)

Area Reformasi	Kontribusi Lintas Sektor yang Diharapkan
	<ul style="list-style-type: none"> • Jaminan keamanan pelayanan kesehatan untuk daerah konflik
7. POLRI	
Penguatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama	<ul style="list-style-type: none"> • Penugasan tenaga kesehatan POLRI di daerah sulit akses dan <i>sister hospital</i> • Dukungan RS <i>center of excellence</i> dan sistem rujukan berbasis kompetensi
Peningkatan Kapasitas RS & Pelayanan Kesehatan di wilayah DTPK	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan rasio TT RS POLRI per penduduk dan kualitas yang selaras dengan pemetaan dan sistem rujukan berbasis kompetensi • Dukungan penyediaan pelayanan kesehatan di DTPK (termasuk nakes untuk PKB) • Jaminan keamanan pelayanan kesehatan untuk daerah konflik
8. Kementerian BUMN	
Peningkatan Kapasitas RS & Pelayanan Kesehatan di Wilayah DTPK	<ul style="list-style-type: none"> • Mendorong BUMN untuk penyediaan RS di daerah tertinggal dan kepulauan wilayah kerja BUMN (bisa dalam bentuk RS Bergerak) • Pembentukan RS dan lab kesehatan BUMN • Dukungan <i>sister hospital</i> dan lab kesehatan, serta <i>telemedicine</i> • Penguatan RS Rujukan Nasional dan <i>center of excellence</i>
Kemandirian Farmasi & Alkes	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisi BUMN farmasi dalam mendukung upaya riset dan produksi serta sertifikasi sediaan farmasi dan alat kesehatan dalam negeri • Mendorong partisipasi aktif BUMN Farmasi dalam riset dan produksi obat dan alkes dalam negeri • Riset, pengembangan, dan produksi vaksin halal • Pengembangan lab uji alkes
Penguatan Keamanan & Ketahanan Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Pengelolaan dan peningkatan kapasitas lab kesehatan milik BUMN
9. Kementerian ESDM	
Peningkatan Kapasitas RS & Pelayanan Kesehatan di Wilayah DTPK	<ul style="list-style-type: none"> • Penyediaan listrik 24 jam di puskesmas terpencil tanpa listrik 24 jam (pelayanan dasar)
10. Kementerian Kominfo	
Peningkatan Kapasitas RS & Pelayanan Kesehatan di Wilayah DTPK	<ul style="list-style-type: none"> • Penyediaan akses internet stabil di wilayah fasilitas pelayanan kesehatan yang belum memiliki jaringan internet stabil
Digitalisasi dan Pemberdayaan Masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> • Mendorong keterlibatan sektor usaha berbasis IT dalam penyediaan layanan kesehatan berbasis teknologi informasi
11. Kementerian Dalam Negeri	
Pendidikan & Penempatan Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Mendorong kebijakan pemenuhan tenaga kesehatan di daerah • Redistribusi nakes di internal kab/kota
12. Kementerian Perhubungan	
Pendidikan & Penempatan Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Distribusi tenaga kesehatan ke DTPK
Peningkatan Kapasitas RS & Pelayanan Kesehatan di wilayah DTPK	<ul style="list-style-type: none"> • Dukungan penyediaan angkutan udara dan laut untuk <i>flying health care</i> dan RS Kapal ke wilayah sulit
13. BRIN	
Kemandirian Farmasi & Alkes	<ul style="list-style-type: none"> • Riset vaksin dalam negeri; riset vaksin halal • Riset sediaan obat dan alkes, terutama terkait Covid-19

Area Reformasi	Kontribusi Lintas Sektor yang Diharapkan
	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinasi riset farmasi dan alkes dalam negeri (koordinasi litbang lintas sektor terkait farmasi dan alat kesehatan)
Penguatan Keamanan & Ketahanan Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan kualitas laboratorium surveilans di bawah BRIN serta pengembangan jejaring laboratorium dan rujukan
Pengendalian Penyakit & Imunisasi	<ul style="list-style-type: none"> • Riset dalam rangka perluasan & inovasi penemuan & pengobatan penyakit
14. Kementerian Desa & PDTT	
Pendidikan & Penempatan Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Dukungan dana desa untuk insentif/honor kader/nakes di desa
Penguatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama	<ul style="list-style-type: none"> • Dukungan penyediaan transportasi desa ke fasilitas pelayanan kesehatan di DTPK
Pengendalian Penyakit & Imunisasi	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisasi kader di desa (juru imunisasi, PMO, dsb.) • Penyediaan insentif kader kesehatan di desa
Digitalisasi dan Pemberdayaan Masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberdayaan masyarakat berbasis desa dalam bentuk mobilisasi kader kesehatan desa
15. Kementerian Perindustrian	
Kemandirian Farmasi & Alkes	<ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan yang mendorong dan menstimulasi industri farmasi dan alat kesehatan dalam negeri • Riset pemanfaatan sediaan farmasi dan alkes dalam negeri • Komersialisasi bahan aktif obat produksi dalam negeri • Pengembangan <i>center of excellence</i> industri alkes
16. BPPT	
Kemandirian Farmasi & Alkes	<ul style="list-style-type: none"> • Riset dan kajian penyediaan obat & alat kesehatan dalam negeri • Inovasi prototipe alat diagnosa terutama untuk penyakit menular prioritas (TB, HIV, Malaria, PTM) dalam negeri • Riset pengembangan BBO dan RDT untuk penyakit infeksi
17. BSN	
Kemandirian Farmasi & Alkes	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan dan peningkatan kualitas laboratorium uji alat kesehatan dan sediaan farmasi dalam negeri
Penguatan Keamanan & Ketahanan Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan kualitas dan sertifikasi laboratorium surveilans
18. LIPI	
Kemandirian Farmasi & Alkes	<ul style="list-style-type: none"> • Riset dan kajian penyediaan obat & alat kesehatan dalam negeri • Dukungan riset bahan baku obat, vaksin, dan immunomodulator
19. BPOM	
Kemandirian Farmasi & Alkes	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan maturitas industri sediaan farmasi dan pendampingan terhadap pelaku usaha • Peningkatan efektivitas dan efisiensi pengawasan <i>premarket</i> dan <i>postmarket</i> sediaan farmasi termasuk relaksasi dan percepatan perizinan sediaan • Pengawasan pengembangan industri fraksionasi plasma. • Percepatan hilirisasi penelitian obat dan obat bahan alam melalui pengawalan fungsi persetujuan uji pra klinik dan/atau uji klinik, evaluasi dan sertifikasi GMP (CPOB atau CPOTB), hingga registrasi (termasuk percepatan izin) dan evaluasi obat, vaksin, dan OMAI untuk mendapatkan izin edar
Penguatan Keamanan & Ketahanan Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Pemenuhan sarpras dan BMHP lab POM untuk peningkatan kualitas uji
Pengendalian Penyakit dan Imunisasi	<ul style="list-style-type: none"> • Pemantauan mutu dan farmakovigilans obat

Area Reformasi	Kontribusi Lintas Sektor yang Diharapkan
20. Kementerian Pertanian	
Penguatan Keamanan & Ketahanan Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Pengelolaan laboratorium surveilans dan jejaring lab surveilans penyakit
Pengendalian Penyakit dan Imunisasi	<ul style="list-style-type: none"> • Penguatan sistem informasi surveilans zoonosis
21. Kementerian PUPR	
Pengendalian Penyakit & Imunisasi	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan sarana aktivitas fisik dan olahraga yang cukup • Penyediaan rumah yang memenuhi aspek kesehatan untuk pasien TB
22. Kementerian Ketenagakerjaan	
Pengendalian Penyakit & Imunisasi	<ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan layanan penyakit sesuai standar dan penggerakan pelaksanaannya di tempat kerja
23. BPJS Kesehatan	
Pembiayaan Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Perbaikan <i>strategic purchasing</i> JKN • Kompensasi bagi wilayah yang tidak mendapatkan pelayanan kesehatan • <i>Co-sharing</i> BPJS-K, Kapitasi berbasis kinerja (termasuk pengembangan pembiayaan UKM)
24. LPDP	
Pendidikan & Penempatan Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan kuota beasiswa untuk tenaga kesehatan dan calon tenaga kesehatan (beasiswa LPDP bagi calon dan atau tenaga kesehatan dengan wajib penempatan) • Beasiswa LPDP bagi peneliti
25. BP Batam	
Peningkatan RS & Pelayanan Kesehatan di Wilayah DTPK	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan pusat kesehatan standar internasional
26. BUMN	
Kemandirian Farmasi & Alkes	<ul style="list-style-type: none"> • Riset vaksin & obat • Pengembangan industri hulu & BBO
Peningkatan RS & Pelayanan Kesehatan di Wilayah DTPK	<ul style="list-style-type: none"> • Pembentukan <i>holding</i> RS dan lab kesehatan milik BUMN; • Penguatan RS Rujukan dan <i>center of excellence</i> • Penyediaan RS Kapal di wilayah kepulauan • Digitalisasi pelayanan kesehatan
27. Kementerian Luar Negeri	
Penguatan Keamanan & Ketahanan Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Pengawasan komitmen global terkait IHR • Pengendalian keluar-masuk penduduk ke dalam dan luar negara

*Pada saat diskusi lintas sektor dilakukan, integrasi riset dari beberapa K/L ke BRIN masih dalam proses pembahasan

6.2. Kontribusi Pemerintah Daerah dan Sektor Non-Pemerintah

Dalam tataran perencanaan dan penganggaran, pelibatan lintas sektor baru pada tingkat pusat dan belum dilakukan pemetaan di tingkat daerah dan sektor non-pemerintah. Tantangan terbesar dalam pelaksanaan reformasi ini adalah masih belum terintegrasinya sistem perencanaan dan penganggaran pemerintah antara belanja pemerintah pusat dengan dana transfer (seperti DAK) dan belanja pemerintah daerah yang menjamin adanya integrasi dalam mencapai tujuan yang sama dalam penganggaran, sehingga perlu koordinasi intensif lintas sektor dan penyamaan persepsi dengan Pemda. Selain itu, belum luasnya pelibatan non-pemerintah (sektor swasta) dalam pelaksanaan program-program pemerintah, terutama karena belum adanya mekanisme yang jelas dan belum adanya *fund-channelling* dari pemerintah ke lembaga non-pemerintah.

Selain itu, terdapat beberapa isu yang masih menjadi tantangan dalam pelaksanaan reformasi sistem kesehatan di Indonesia, antara lain: desentralisasi dan kapasitas sistem kesehatan yang berbeda-beda di masing-masing daerah. Pemerintah daerah sebagai ujung tombak level pemerintah dalam penyediaan layanan masyarakat memiliki peran penting di seluruh area reformasi sistem kesehatan terutama dalam memastikan penerjemahan setiap strategi nasional dalam konteks pelayanan di tingkat lapangan. Di tingkat daerah, sistem kesehatan daerah (SKD) pada prinsipnya adalah penerjemahan SKN yang disesuaikan dengan kondisi dan kapasitas sistem kesehatan di daerah. Adapun kontribusi Pemerintah Daerah yang diharapkan adalah sebagai berikut:

Tabel 8. Kontribusi Pemerintah Daerah dalam Reformasi Sistem Kesehatan Nasional

Strategi	Kontribusi Pemerintah Daerah yang Diharapkan
Pendidikan dan Penempatan Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Pemetaan ketersediaan tenaga kesehatan di setiap fasilitas kesehatan • Kebijakan redistribusi tenaga kesehatan dari faskes dengan kelebihan nakes ke faskes dengan kekurangan nakes • Prioritisasi pengusulan C-ASN tenaga kesehatan dalam setiap periode <i>recruitment</i> C-ASN • Pembiayaan beasiswa wajib penempatan bagi putra daerah untuk tenaga kesehatan
Penguatan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama	<ul style="list-style-type: none"> • Pemenuhan standar akreditasi paripurna FKTP termasuk dalam peningkatan kapasitas dan manajemen tata kelolanya • Peningkatan dukungan pembiayaan operasional puskesmas terutama untuk pelayanan luar gedung • Pembinaan fungsi FKTP pada klinik swasta
Peningkatan Kapasitas RS dan Pelayanan Kesehatan di DTPK	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan kapasitas RS berdasarkan hasil pemetaan dan standar serta pengembangan layanan unggulan berbasis kondisi epidemiologi • Inovasi upaya penjangkauan layanan kesehatan berbasis kondisi geografis dan berbasis lokal, misal pelaksanaan pelayanan kesehatan bergerak • Pemenuhan standar akreditasi RS umum daerah
Kemandirian Farmasi & Alat Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Mendorong faskes di daerahnya untuk memanfaatkan alat kesehatan produksi dalam negeri
Penguatan keamanan dan ketahanan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Penyediaan lab kesehatan daerah yang dilengkapi dengan mesin PCR • Pemberian insentif bagi tenaga surveilans penyakit dan kesehatan lingkungan
Pengendalian Penyakit & Perluasan Imunisasi	<ul style="list-style-type: none"> • Inovasi skema penemuan dan deteksi dini penyakit berbasis lokal dengan pemetaan kondisi epidemiologi

Strategi	Kontribusi Pemerintah Daerah yang Diharapkan
	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan <i>health literacy</i> untuk imunisasi melalui pendekatan sosial-budaya setempat • Perluasan cakupan imunisasi dasar lengkap
Inovasi Pembiayaan Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Pemenuhan pembiayaan kesehatan minimal 10% APBD dengan mengutamakan sumber PAD murni • Pelibatan pembiayaan swasta dalam penyediaan layanan kesehatan • Pemenuhan cakupan kepesertaan JKN
Digitalisasi dan Pemberdayaan Masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> • Revitalisasi Posyandu dan UKBM lainnya • Pengintegrasian sistem informasi kesehatan daerah dengan sistem informasi nasional • Adaptasi pelayanan berbasis telemedicine terutama di daerah sulit akses • Penggerakan UKBM dan kader kesehatan • Mendorong pemanfaatan data-data untuk kegiatan di bidang kesehatan • Peningkatan <i>health literacy</i>

Selain peran Pemerintah Daerah, keberhasilan reformasi sistem kesehatan nasional juga sangat bergantung pada partisipasi sektor non-pemerintah di setiap area reformasi yang dicerminkan antara lain ke dalam aktivitas berikut:

Tabel 9. Kontribusi Non-Pemerintah dalam Reformasi Sistem Kesehatan Nasional

Strategi	Kontribusi Non-Pemerintah (termasuk Masyarakat, Swasta, BUMN) yang Diharapkan
Pendidikan dan Penempatan Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan program studi tenaga kesehatan yang langka di PT swasta • Keterlibatan PT swasta dalam pengembangan pendidikan spesialis berbasis RS • Pemenuhan akreditasi A bagi PT swasta
Penguatan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama	<ul style="list-style-type: none"> • Penyediaan klinik pratama/utama swasta di daerah sulit akses • Kerjasama CSR dalam penguatan fungsi surveilans dan promosi kesehatan di Puskesmas
Peningkatan Kapasitas RS dan Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan	<ul style="list-style-type: none"> • Penyediaan RS berkualitas di Indonesia Timur dan daerah sulit akses • Pengembangan layanan unggulan RS dan RS Kapal oleh swasta serta dukungan operasionalisasinya • Dukungan dalam operasional pelaksanaan <i>mobile clinic</i> terutama di daerah sulit akses
Kemandirian Farmasi & Alat Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Produksi sediaan farmasi dan alat kesehatan oleh industri swasta • Pemanfaatan produksi dalam negeri oleh faskes swasta
Penguatan keamanan dan ketahanan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Partisipasi dalam pengembangan laboratorium sesuai standar BSL dengan mesin PCR • Penguatan surveilans berbasis komunitas • Pelaporan
Pengendalian Penyakit & Perluasan Imunisasi	<ul style="list-style-type: none"> • Keterlibatan <i>provider</i> swasta dalam meningkatkan cakupan imunisasi dasar lengkap • Riset dalam inovasi penemuan kasus penyakit spesifik • Pelaporan data penyakit secara rutin dari faskes swasta dan surveilans berbasis komunitas ke pemerintah
Inovasi Pembiayaan Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Dukungan pembiayaan sektor swasta dalam prioritas pemerintah sektor kesehatan
Digitalisasi dan Pemberdayaan Masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> • Keterlibatan aktif komunitas, surveilans, dan perluasan pengendalian penyakit seperti pendampingan

Daftar Pustaka

- Badan Pusat Statistik. 2015. Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS).
- Badan Pusat Statistik. 2019. Potensi Desa (PODES).
- Frenk, J. 1994. Dimensions of health system reform, *Health Policy*, Volume 27 (1). doi: 10.1016/0168-8510(94)90155-4.
- Gani A dan Budiharsana MP. 2019. Fungsi Kesehatan Masyarakat (*Public Health Functions*) dan *Health Security*. Kementerian PPN/ Bappenas: Jakarta.
- Gani A. 2019. Pembiayaan Kesehatan dan JKN. Kementerian PPN/ Bappenas: Jakarta.
- Hapsara Habib Rahmat. 2019. Pembangunan Kesehatan dengan Menguatkan Sistem Kesehatan Nasional. Gadjah Mada University Press Harahap NP. 2019. Sumber Daya Manusia Kesehatan. Kementerian PPN/ Bappenas: Jakarta.
- Harahap Nida. 2019. Kajian Sektor Kesehatan: Sumber Daya Manusia Kesehatan. Kementerian PPN/ Bappenas: Jakarta.
- Instruksi Presiden Nomor 4 Tahun 2019 tentang Peningkatan Kemampuan dalam Mencegah, Mendeteksi, dan Merespons Wabah Penyakit, Pandemi Global, dan Kedaruratan Nuklir, Biologi dan Kimia.
- Konsil Kedokteran Indonesia. 2020. Data Tenaga Kesehatan. Available from: <http://www.kki.go.id/>
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Capaian Akreditasi RS Per 31 Desember 2021.
- Kementerian Kesehatan. 2013. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013.
- Kementerian Kesehatan. 2018. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2018.
- Kementerian Kesehatan. 2019. Rencana Aksi Nasional Ketahanan Kesehatan Indonesia.
- Kementerian Kesehatan. 2019. Studi Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI).
- Kementerian Kesehatan. 2020. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020.
- Kementerian Kesehatan. 2021. Studi Status Gizi Indonesia (SSGI).
- Kementerian Kesehatan. 2021. Aplikasi Registrasi Alat Kesehatan dan PKRT Online. Available from: <http://regalkes.kemendes.go.id/>.
- Kementerian Kesehatan. 2022. Data Rutin Kementerian Kesehatan, 2018 – Februari 2022.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. 2020. Intisari Statistik Pendidikan Tinggi.
- Kementerian PPN/Bappenas. 2018. Penguatan Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas. Kementerian PPN/Bappenas: Jakarta.
- Kementerian PPN/Bappenas. 2021. Studi Pembelajaran Penanganan Covid-19 di Indonesia. Kementerian PPN/Bappenas: Jakarta.
- Knowles JC, Leighton C, dan Stinson W. 1997. Measuring Results of Health Sector Reform for System Performance: A Handbook of Indicators. Bethesda Maryland: Partnership for Health Reform, Special Initiatives Report No.1.
- Lembaga Akreditasi Mandiri Pendidikan Tinggi Kesehatan Indonesia (LAM-PTKes). 2020. Kebijakan Pelaksanaan Akreditasi Program Studi Bidang Ilmu Kesehatan Tahun 2020-2024. Jakarta: 29 Juli 2020.
- Marc Robert, Willian Hsiao, Peter Berman, & Michael Reich, 2008. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. Oxford Scholarship Online. DOI:10.1093/acprof:oso/9780195371505.001.0001.
- Meng, Q., Mills, A., Wang, L., & Han, Q. (2019). What can we learn from China's health system reform?. *BMJ* (Clinical research ed.), 365, l2349. <https://doi.org/10.1136/bmj.l2349>.
- Munira SL. 2019. Penyediaan Obat, Vaksin dan Alat Kesehatan. Kementerian PPN/ Bappenas: Jakarta.
- Peraturan Menteri PPN/Kepala Bappenas No. 2 Tahun 2021 tentang Rencana Kerja Pemerintah (RKP) Tahun 2022.

Peraturan Presiden No. 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024.

Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.

Peraturan Presiden No. 86 Tahun 2020 tentang Rencana Kerja Pemerintah (RKP) Tahun 2021.

Sheikh K, Abimbola S, editors. 2021. Learning health systems: pathways to progress. Flagship report of the Alliance for Health Policy and Systems Research. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

UU No.4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular dan Melengkapi Respon Wabah.

UU No.6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan.

Wibisana W. 2019. Penguatan Sistem Pelayanan Kesehatan. Kementerian PPN/ Bappenas: Jakarta.

World Health Organization. 2007. Everybody's Business-Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO:Geneva.

World Health Organization. 2017. *Joint External Evaluation of IHR Core Capacities of The Republic of Indonesia*.

World Health Organization. 2019. Countries must invest at least 1% more of GDP on primary health care to eliminate glaring coverage gaps. Available from: <https://www.who.int/news/item/22-09-2019-countries-must-invest-at-least-1-more-of-gdp-on-primary-health-care-to-eliminate-glaring-coverage-gaps>

World Health Organization. 2020. *Global Tuberculosis Report 2020*. WHO: Geneva.

World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). 2020. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337641>

World Health Organization. 2020. Health Sector Reform:Issues and Opportunities. Nepal:23-25 August 2000.

World Health Organization. 2020. The Global Health Observatory: Hospital Beds Per 1000 Population. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS>.

World Health Organization. 2021. *Global Tuberculosis Report 2020*. WHO: Geneva.



DIREKTORAT KESEHATAN DAN GIZI MASYARAKAT
Kedeputian Pembangunan Manusia, Masyarakat, dan Kebudayaan
Kementerian PPN/Bappenas

Jl Taman Suropati No.2 Jakarta Pusat, 10310
Telp: (021) 31934378, Fax: (021) 3926603
Email: kgm@bappenas.go.id

ISBN 978-623-5623-01-6

