



Kolaborasi **PUSAT dan Daerah** Menuju Cakupan Kesehatan Semesta **Universal Health Coverage (UHC)**

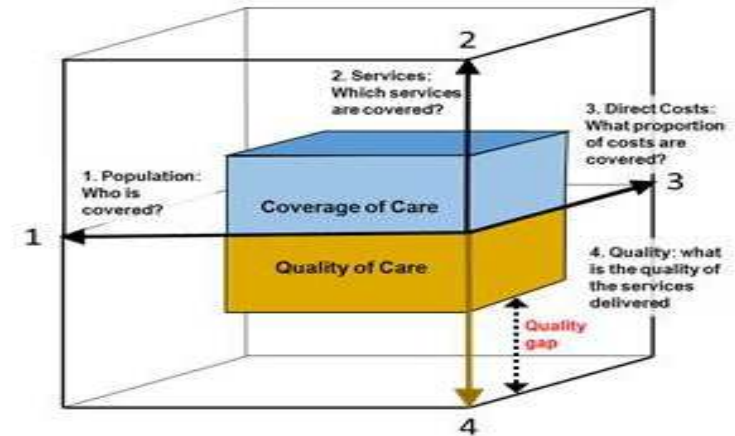
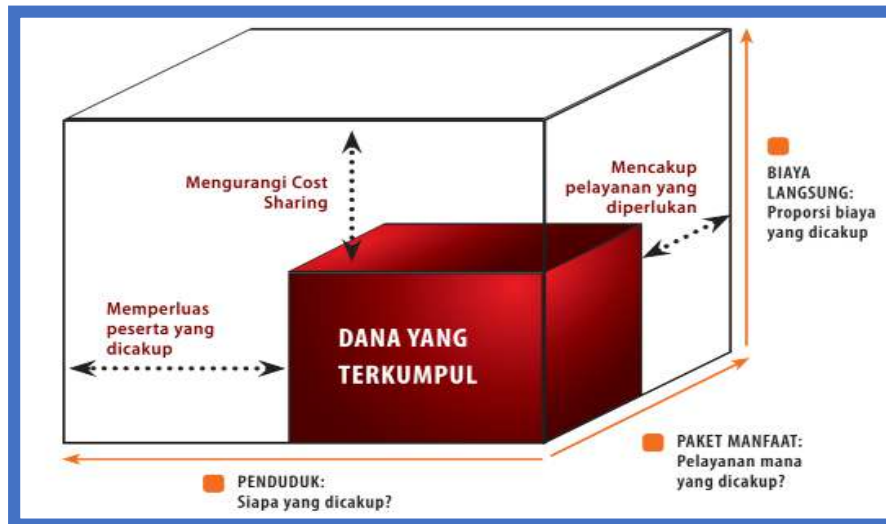
BAMBANG WIBOWO
DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

Disampaikan dalam acara Rakontek Bidang Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, 14 April 2019



UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

Universal health coverage merupakan sistem kesehatan yang memastikan setiap warga dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bermutu dengan biaya terjangkau. (WHO)



4 Dimensi UHC:

1. Seberapa besar prosentase penduduk yang dijamin
2. Seberapa lengkap pelayanan yang dijamin
3. Seberapa besar proporsi cost sharing oleh penduduk
4. Mutu : mutu pelayanan kesehatan

Pentahapan cakupan universal sangat dipengaruhi oleh dukungan politik konsensus penduduk, dan kemampuan keuangan suatu negara.



World Health
Organization



“Without quality,
universal health coverage
(UHC) remains an empty
promise.”

How could health care be anything other than high quality?

The very fact that in 2018 *The Lancet* Global Health has commissioned a report on the state of quality care globally¹ is an indictment on all of us for ever tolerating anything less than care that is effective, safe, and people-centred.

Poor care not only jeopardises the health of individuals; it erodes trust and puts entire health systems and populations at risk. By contrast, high-quality health systems earn the trust of the people they serve and deliver better results. In addition to the classic definition of quality care as being safe, effective, and people-centred, high-quality care is underpinned by four essential values: timeliness, equity, integration, and efficiency.

It is easier said than done, which is why the title of this Commission is so apt: ensuring high-quality care in every health system around the world requires nothing less than a revolution. An unrelenting focus on quality at the point of care, in the design of services, and in health system reform are fundamental to achieving both the Sustainable Development Goals and the “triple billion” targets of WHO’s General Programme of Work 2019–23.

Without quality, universal health coverage (UHC) remains an empty promise. Even with increased access to services, health improvements can remain elusive unless those services are of sufficient quality to be effective. For example, in some countries, increasing the proportion of births that happen in health facilities has not always translated into reductions in maternal mortality. Likewise, some populations experience inadequate control of hypertension despite increased access to treatment—an example of ineffective care. Health facilities without adequate water, sanitation, and hygiene can be a source of health-care-associated infections. Designing benefit packages in the context of health system reforms is the perfect opportunity to embed quality into services, with a focus on primary health care.

One of the biggest barriers to improved quality is the paucity of data on quality. Although it is relatively easy to count the number of antenatal care visits a pregnant woman receives, determining what happens during those visits is much more challenging. We must therefore go beyond counting simply what services are delivered to measuring how they are delivered, and to acting on what we find. Measurement is wasteful unless it results in improvement.

Quality health systems not only improve health outcomes in “peacetime”, they’re also a bulwark against outbreaks and other public health emergencies. UHC and health security are two sides of the same coin. This was painfully apparent during the west African Ebola outbreak of 2014–15, when the perceived lack of quality led to community distrust in the health system, decreased utilisation of services, and an increase in morbidity and mortality from non-Ebola conditions.

The strength of a country’s core capacities under the International Health Regulations depends on the quality of its health services. The same nurse who vaccinates children and cares for new mothers will also need to detect an unusual communicable disease. Similarly, people and communities are at the heart of quality health service delivery. We cannot talk about quality without placing them at the centre. When people are actively engaged in their own health and care, they suffer fewer complications and enjoy better health and wellbeing.²

National action planning for health security must therefore pay careful attention to quality. The best-laid plans can be undone by poor infection control practices, a batch of expired medicines, or unmaintained vehicles. But quality improvement and emergency preparedness should not be discrete endeavours; Tanzania, for example, has taken steps to integrate the two, and is seeing promising results both in terms of improved health outcomes and enhanced preparedness. This is especially true in protracted emergencies and conflict-affected and fragile states, which require close attention to high-quality services, financing, human resources, information, and medical supplies to meet the needs of the most vulnerable.

All of this requires attention to developing active learning systems. But that does not just happen—it requires careful investment and design. We must go deep into the messy realities of health services to understand local problems, find innovative solutions, learn from mistakes, scale up what works, and share experiences. Local learning needs to be prioritised, but local lessons must also be shared nationally and with the world—we need a global learning laboratory for quality.

Just recently, WHO, the World Bank and the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)



Lancet Global Health 2018
Published Online
September 5, 2018
[http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30736-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30736-2)
See Online for *The Lancet*
Global Health Commission
[http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30736-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30736-2)

Pelayanan kesehatan yang bermutu rendah berbahaya bagi pasien, membuang uang dan waktu.

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2818%2930394-2>

TANTANGAN IMPLEMENTASI JKN → MENUJU UHC

Kepesertaan

- Sampai bulan April 2019 sebanyak 219 juta penduduk telah menjadi peserta JKN atau lebih dari 95%
- Optimalisasi peningkatan cakupan kepesertaan khususnya dari sektor informal (Peserta Bukan Penerima Upah/ PBPU)

Kesinambungan Pembiayaan

- Ketidakseimbangan Penerimaan Iuran dan Beban Pembayaran Manfaat pada Program JKN yang menyebabkan kondisi defisit di BPJS Kesehatan
- Beban pembiayaan terbesar salah satunya berasal dari penyakit katastrofik

Kesiapan Sisi Supply

- Jumlah, distribusi sarana prasarana dan alat kesehatan, Fasilitas Kesehatan serta SDM Kesehatan
- Standarisasi pelayanan kesehatan dan akreditasi fasilitas kesehatan

Pengendalian Kecurangan/ Fraud

- Pencegahan dan Pengendalian kecurangan/fraud belum berjalan optimal
- Telah dibentuk Tim bersama KPK- Kemenkes- BPJS Kesehatan untuk Pencegahan dan Penyelesaian Fraud

UPAYA PENCAPAIAN UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

PENGUATAN SISI SUPPLY

1. **Peningkatan Fasilitas Kesehatan**
2. **Pembangunan RS kelas A di Indonesia Timur**
3. **Pemenuhan Tenaga Kesehatan terutama Daerah Terpencil Perbatasan dan Kepulauan melalui Nusantara Sehat & WKDS**
4. **Peningkatan Kualitas pelayanan melalui PPK & CP**
5. **Penyediaan Sarana Prasarana Fasilitas Kesehatan**
6. **Pengembangan Sistem Telemedicine**

PROMOTIF PREVENTIF

1. **Program Indonesia Sehat Melalui Pendekatan Keluarga**
2. **GERAKAN MASYARAKAT HIDUP SEHAT**

PENGUATAN SISI REGULASI

1. Terbitnya Inpres No. 8 Tahun 2017 tentang Optimalisasi Program JKN
2. Proses Revisi Peraturan Pemerintah dan Perpres dalam peningkatan program JKN
3. Penguatan Sistem Rujukan

PENGUATAN SISTEM MANAJEMEN INFORMASI DAN DATA

1. Penguatan Sistem Informasi dalam JKN
2. Pemanfaatan data dalam evaluasi JKN
3. Pemukhtahiran Data kepesertaan

MUTU

1. **Akreditasi RS, PKM, Lab dan faskes lain**
2. **Pengukuran indicator mutu**



KONDISI YANG DIHARAPKAN

UHC →

KOMPETENSI FASKES

AKSES DAN MUTU
PELAYANAN KESEHATAN

Sarana

Prasarana

Alat Kesehatan
Farmasi

Sistem Pelayanan dan
sistem rujukan

Mutu melalui
akreditasi

Sumber Daya Kesehatan

DISTRIBUSI

KOMPETENSI
PROFESIONAL

KOMPETENSI MANAJERIAL

KOMPETENSI
INTERPROFESIONAL

KEPEMIMPINAN
KLINIS

KEMAMPUAN
TEKNIS MEDIS

KEMAMPUAN
TEKNIS PROMOSI DAN PREVENSI

- PMK:
- 1438/2010
 - 34/2017
 - 46/2015
 - 411/2010

STANDAR
PELAYANAN

QUALITY & SAFETY
(GOOD CLINICAL
GOVERNANCE – GOOD
CORPORATE GOVERNANCE)

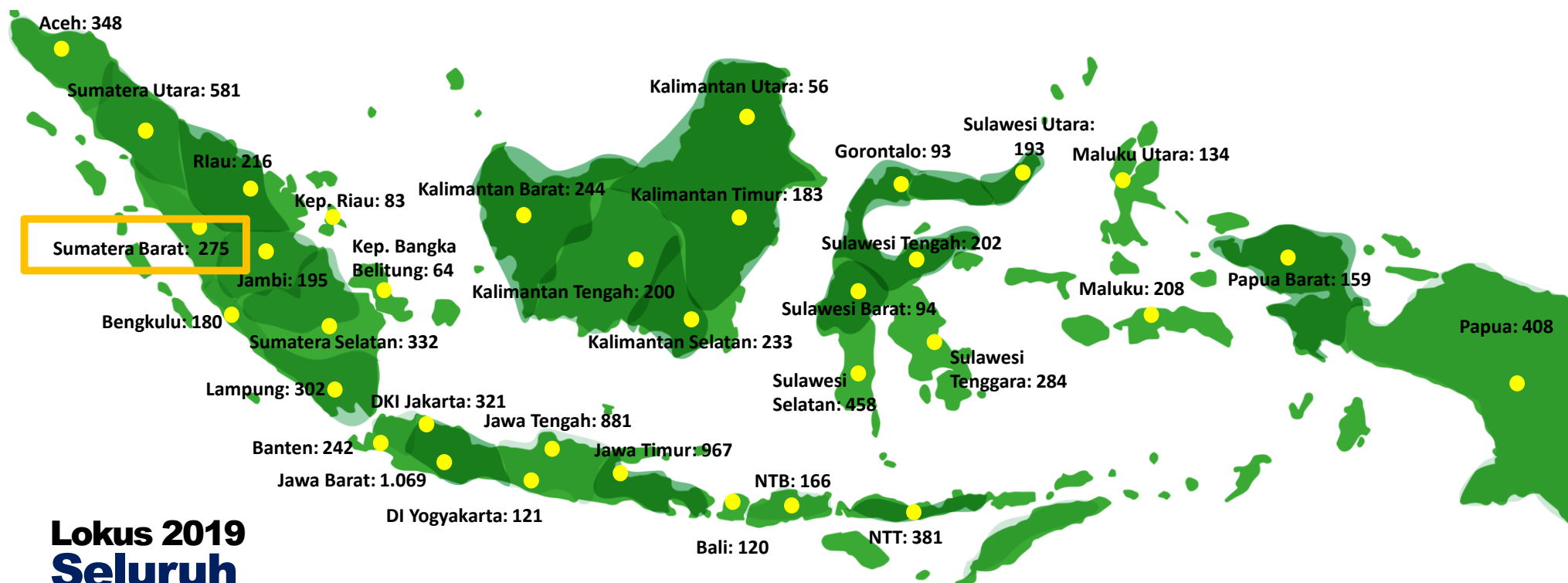


1

PIS-PK

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga

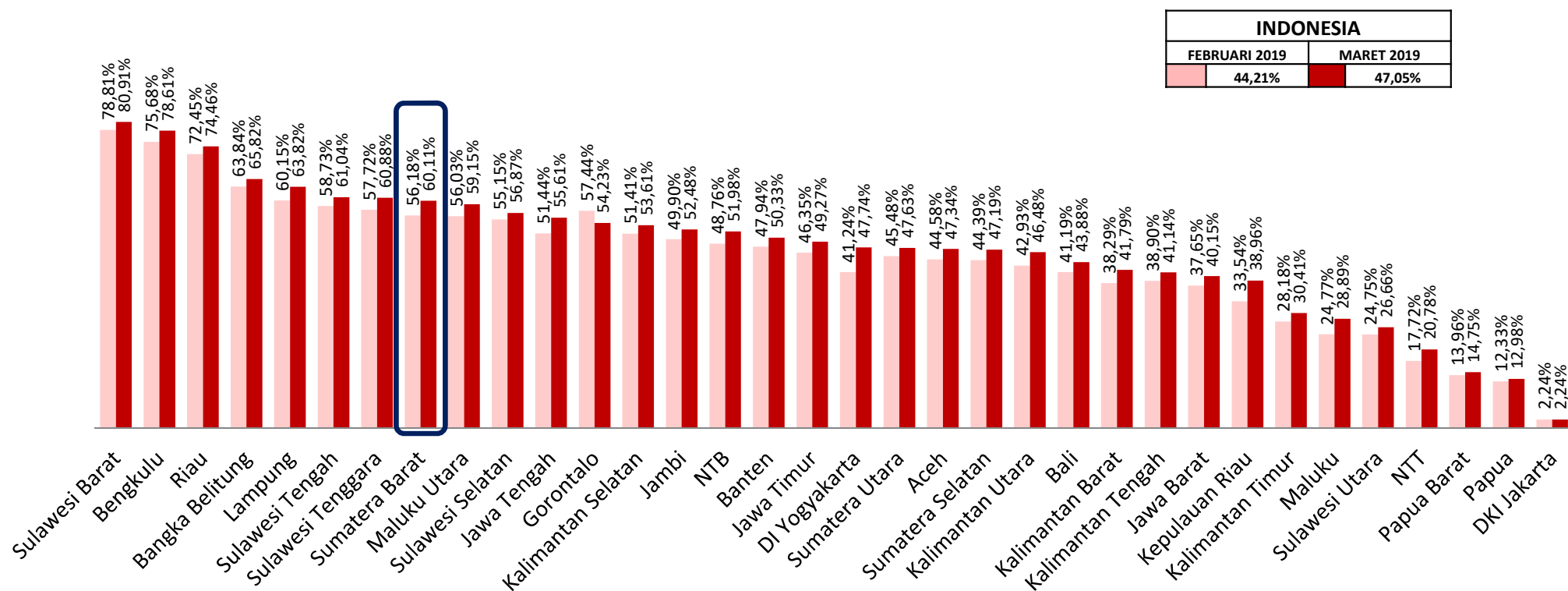
SEBARAN PUSKESMAS LOKUS PIS-PK



**Lokus 2019
Seluruh
Puskesmas
(9.993)**

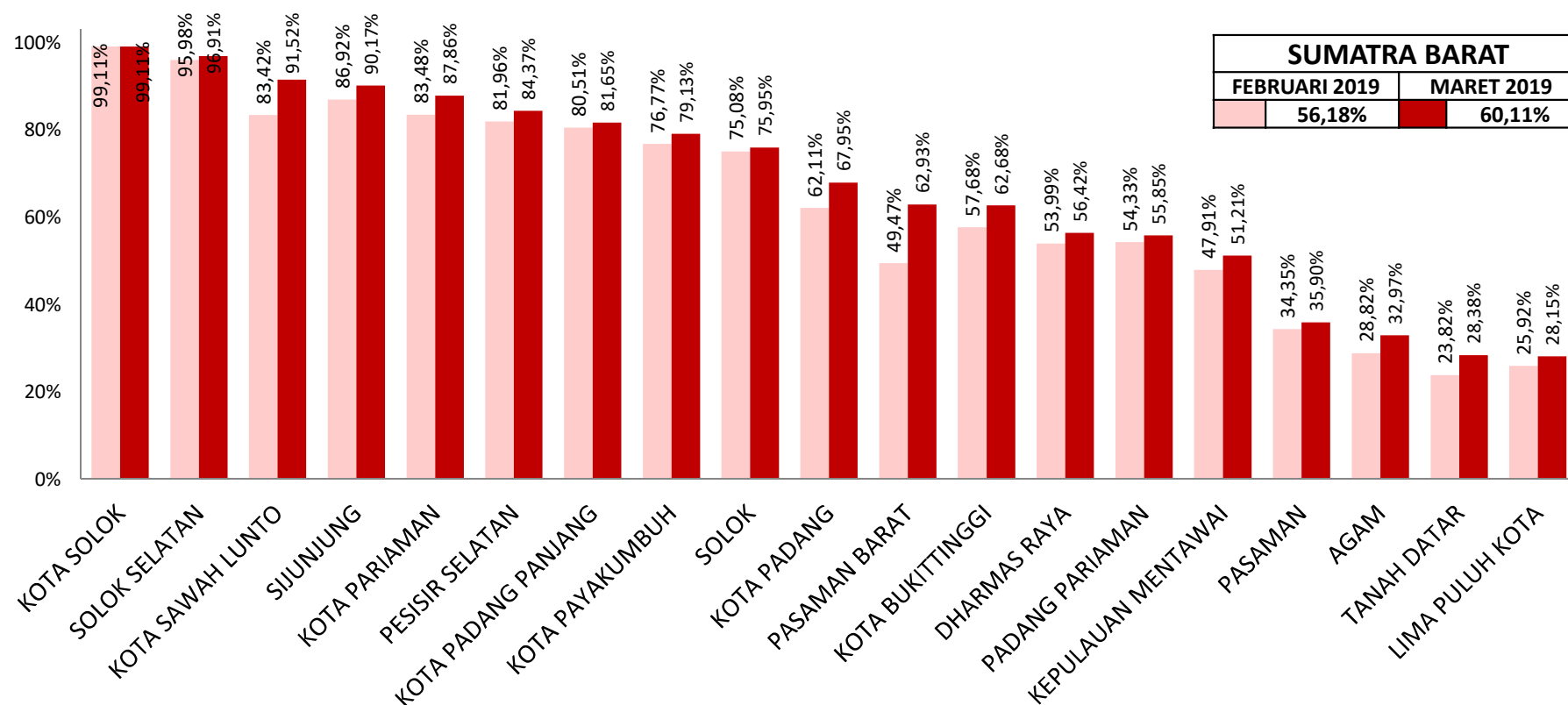
Kepmenkes Nomor HK.01.07/Menkes/85/2017
Kepmenkes Nomor HK.01.07/Menkes/42/2018
Kepmenkes Nomor HK.01.07/Menkes/190/2019

TREN PERSENTASE KUNJUNGAN KELUARGA DAN INTERVENSI AWAL NASIONAL



Sumber: Aplikasi Keluarga Sehat, Februari dan Maret 2019 ; Jumlah KK sumber dari e-monev STBM

TREN PERSENTASE KUNJUNGAN KELUARGA DAN INTERVENSI AWAL PROVINSI SUMATRA BARAT

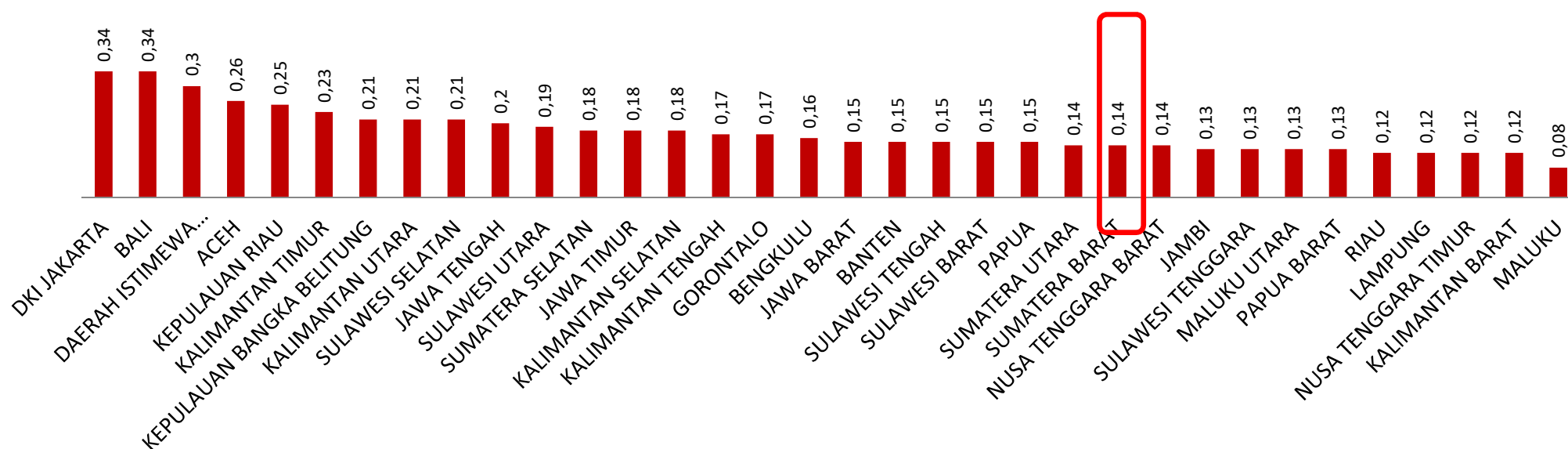


Sumber: Aplikasi Keluarga Sehat, Februari 2019 dan Maret 2019 ; Jumlah KK sumber dari e-monev STBM

INDEKS KELUARGA SEHAT (IKS) NASIONAL MARET 2019

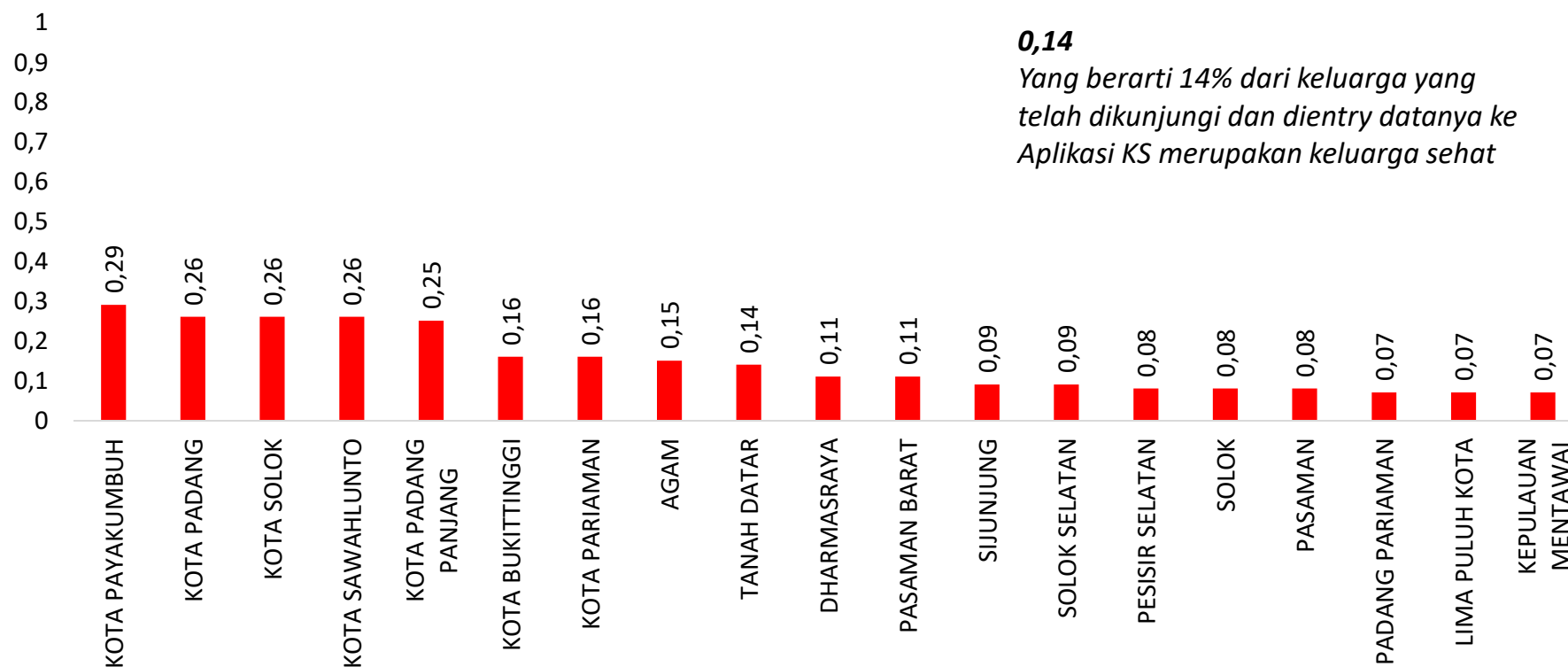
INDONESIA 0,17

Yang berarti 17% dari keluarga yang telah dikunjungi dan dientry datanya ke Aplikasi KS merupakan keluarga sehat



Sumber: Dashboard Keluarga Sehat, Maret 2019

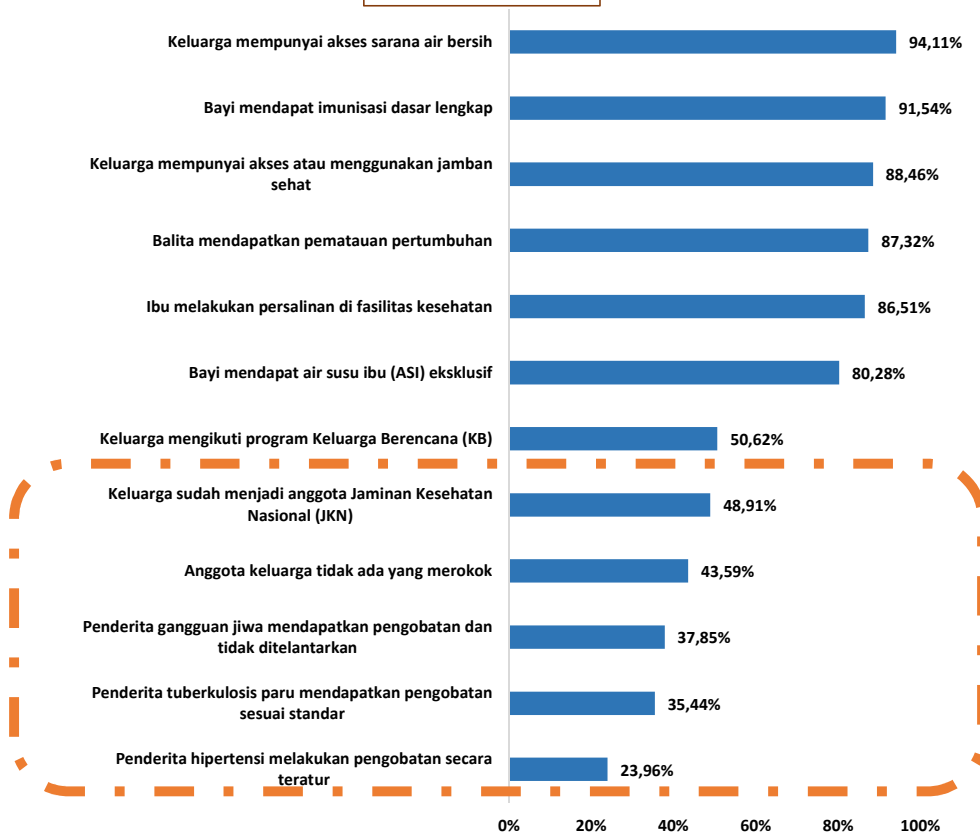
INDEKS KELUARGA SEHAT (IKS) PROVINSI SUMATRA BARAT MARET 2019



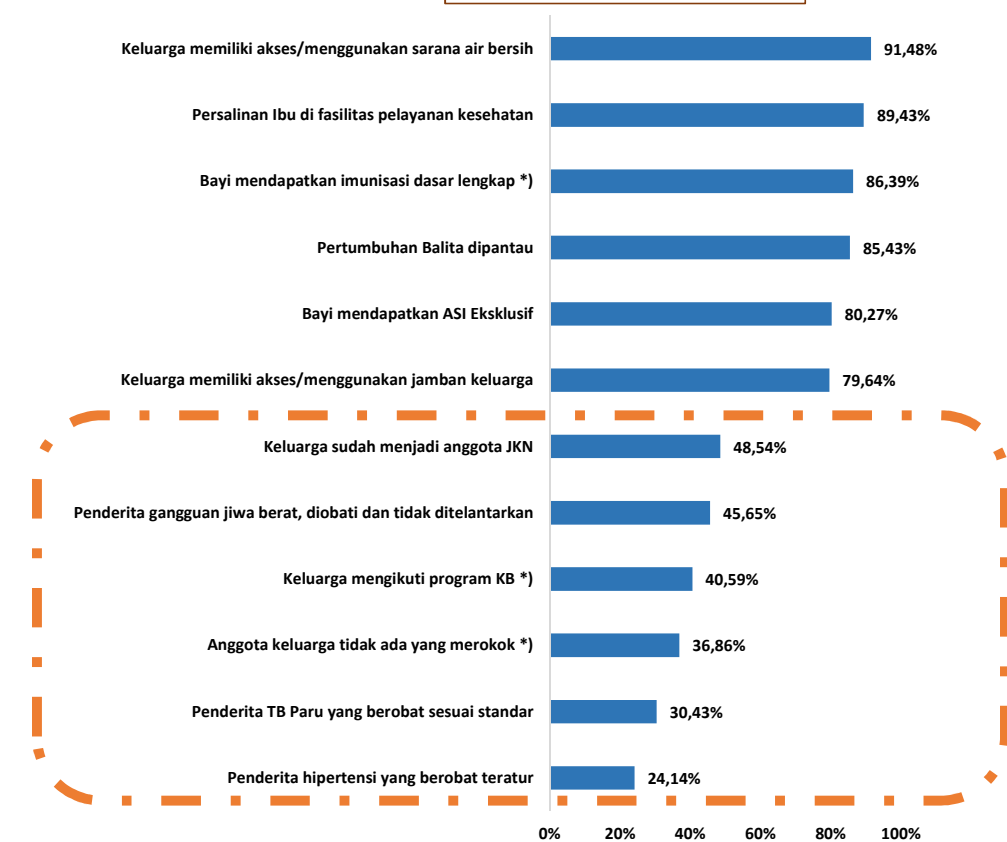
Sumber: Dashboard Indikator Keluarga Sehat, Maret 2019

12 INDIKATOR

NASIONAL



SUMATRA BARAT



Sumber: Dashboard Keluarga Sehat, Maret 2019



2

PENGUATAN SISTEM RUJUKAN

PENGUATAN SISTEM RUJUKAN



**Sistem Rujukan
Berbasis
Kompetensi**



**Regionalisasi
Sistem
Rujukan**



**Regulasi
Per
Wilayah**



**Pengembangan
Rujukan
Berbasis IT**

SISTEM RUJUKAN PELAYANAN KESEHATAN PERORANGAN

Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang

Aksesibilitas

Efektifitas Pelayanan Kesehatan

Kebutuhan Medis

Fasilitas Pelayanan Kesehatan Terdekat

Keselamatan pasien

Rujukan Harus mendapat Persetujuan dari Pasien dan/Keluarganya

Rujukan Vertikal dan Rujukan Horizontal

Penerima Rujukan bertanggung jawab sejak menerima rujukan

Informasi dan Komunikasi

Monitoring dan Evaluasi:
Kemenkes,
Dinkes, Provinsi,
Kab,Kota,OP

Pembinaan dan Pengawasan

Tindakan Administrasi :
teguran,
pencabutan ijin
(praktek/
operasional)

Pengecualian pada keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan dan pertimbangan geografis

ARAH PERUBAHAN → BERBASIS KOMPETENSI FASKES

FAKTOR KEBERHASILAN SISTEM RUJUKAN BERBASIS KOMPETENSI

**MUTU DAN
KESELAMATAN
PASIEN**

Kompetensi Faskes yang dituju

- Sarana
- Prasarana
- Sumber Daya Kesehatan
- Alkes
- Akreditasi
- Kompleksitas Penyakit



Pemenuhan Kebutuhan Medis Pasien

- Kemudahan Akses
- Waktu
- Biaya
- Ketepatan Layanan



Portabilitas

memberikan
jaminan
pelayanan
kesehatan
yang
berkelanjutan

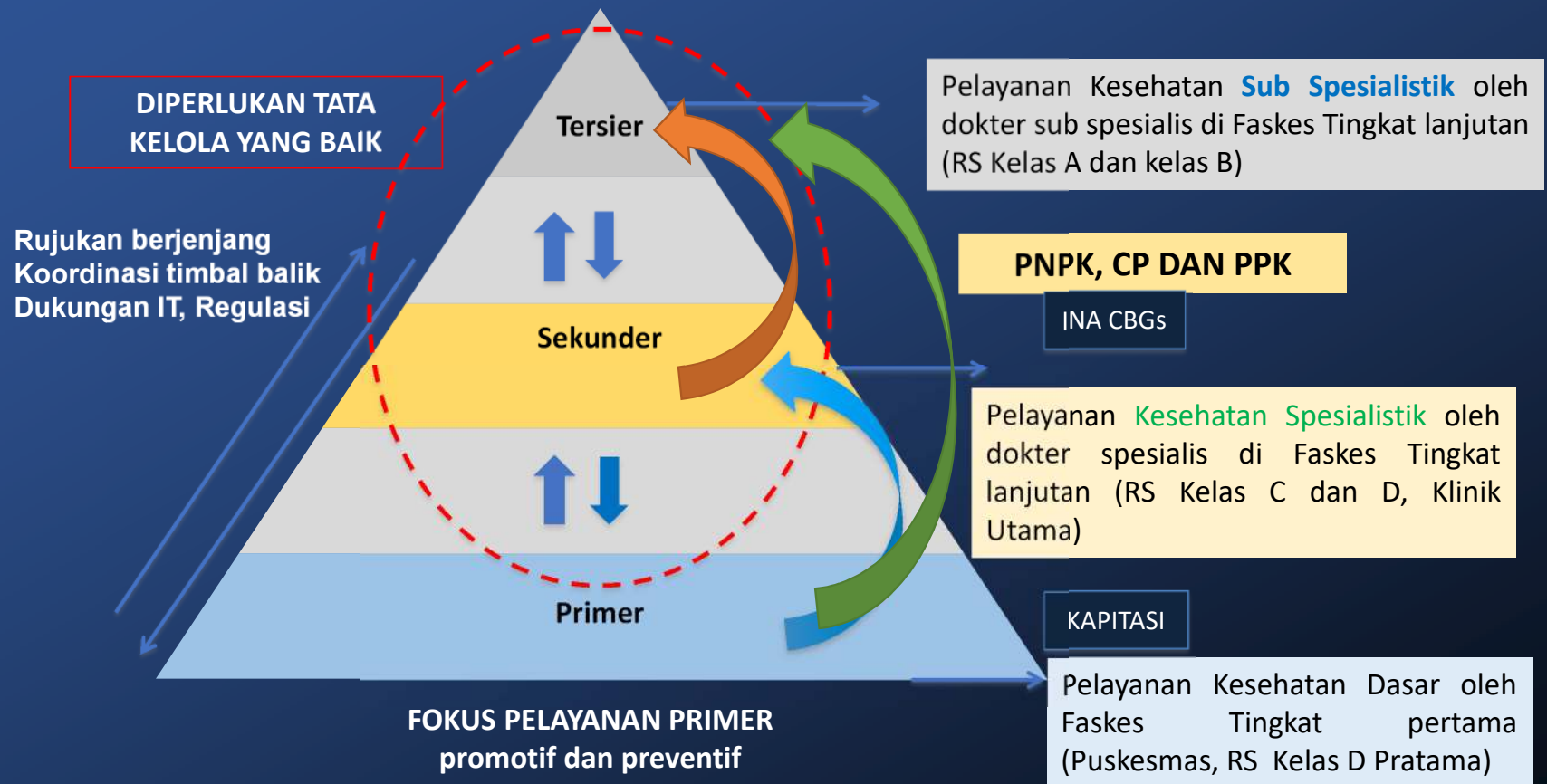


Pengendalian Biaya

Efektif,
Efisien
dengan tetap
mempertah-
ankan mutu



POLA RUJUKAN DAN PEMBAYARAN



Pengecualian :
Gawat darurat, bencana, geografis, kekhususan masalah kes pasien

STRATEGI PENGUATAN SISTEM RUJUKAN

Menyediakan Informasi Pelayanan Kesehatan Melalui Media Komunikasi Online mengenai :

Ketersediaan
Pelayanan

Ketersediaan Tenaga
Medis (dokter, spesialis,
sub spesialis)

Ketersediaan Sarana,
Prasarana dan Alat
Kesehatan dan obat

Pedoman Kriteria
Rujukan berbasis
Kompetensi fasyankes

KOMPETENSI FASYANKES



Informasi
jadwal
dokter

Ketersediaan
Tempat Tidur
Kosong (*real time*)

Ketersediaan
Komunikasi
Proses Rujukan

Ketersediaan
Komunikasi/
Konsultasi
jarak jauh

Ketersediaan
darah

Tracking
ambulance

SISTEM RUJUKAN TERINTEGRASI (SISRUTE)

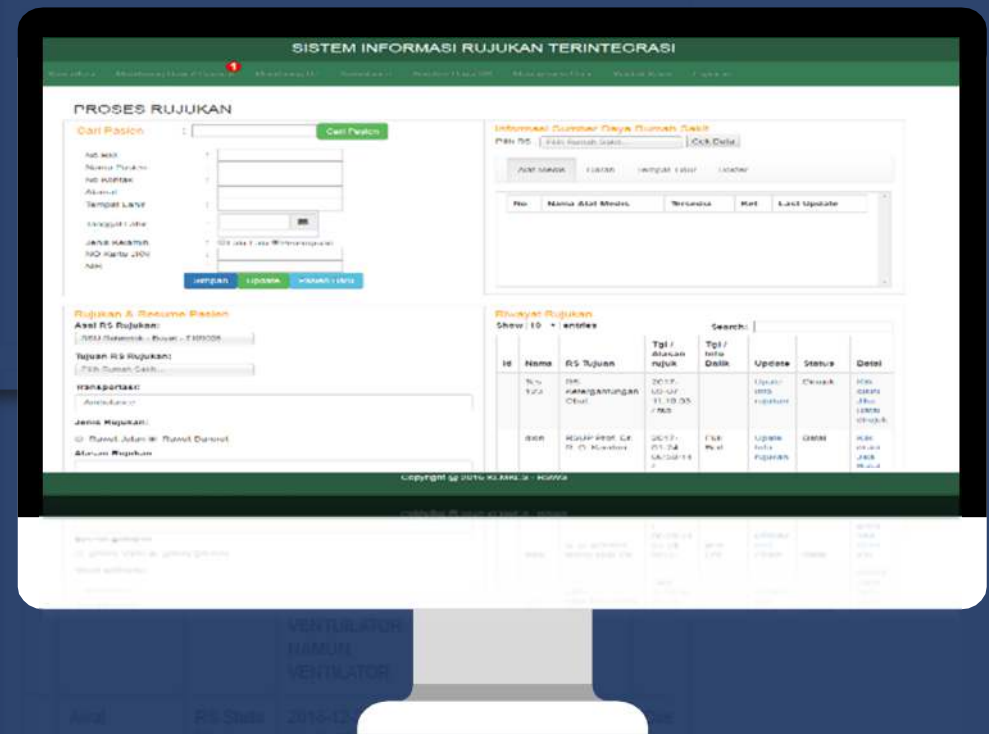


3

SISTEM RUJUKAN TERINTEGRASI (SISRUTE)

SISTEM RUJUKAN TERINTEGRASI

- ❖ Komunikasi antara fasyankes sebelum menerima rujukan.
- ❖ Feedback dari Rumah Sakit penerima rujukan terkait kesediaan untuk menerima rujukan.
- ❖ Informasi kelengkapan sarana, prasarana dan SDM yang menangani (ruang perawatan, tim medis dll).



KOMUNIKASI PROSES RUJUKAN

MENU PADA SISRUTE

- ❖ Rujukan
- ❖ Rujuk balik
- ❖ Monitoring Rawat Darurat
- ❖ Ambulan
- ❖ Sumber daya Rumah Sakit (dokter, alat medis, darah, ketersediaan tempat tidur)
- ❖ Konsultasi

4 KOMPONEN UTAMA MERUJUK SISRUTE

1. Informasi Identitas Pasien
2. Informasi Sumber Daya Rumah Sakit
3. Informasi Resume Medis Pasien
4. Komunikasi Proses Rujukan (Riwayat Rujukan)

RIWAYAT RUJUKAN

1. Informasi riwayat rujukan
2. Informasi balik dari perujuk
3. Update info rujukan
4. Pembatalan rujukan

PENGEMBANGAN SISRUTE

- Integrasi dengan Dukcapil
- Informasi Data Sarana, Prasarana dan SDM Rumah Sakit (terintegrasi dengan RS Online dan ASPAK)
- Standarisasi Alasan Rujukan, ICD 10, ICD 9 CM dan lain-lain
- Telekonsultasi (Chat dan Video)
- Rujukan pasien dengan memanfaatkan Resume Medis Elektronik (RME)
- Upload Dokumen Laboratorium, Radiologi dan EKG
- GPS Tracking Ambulance

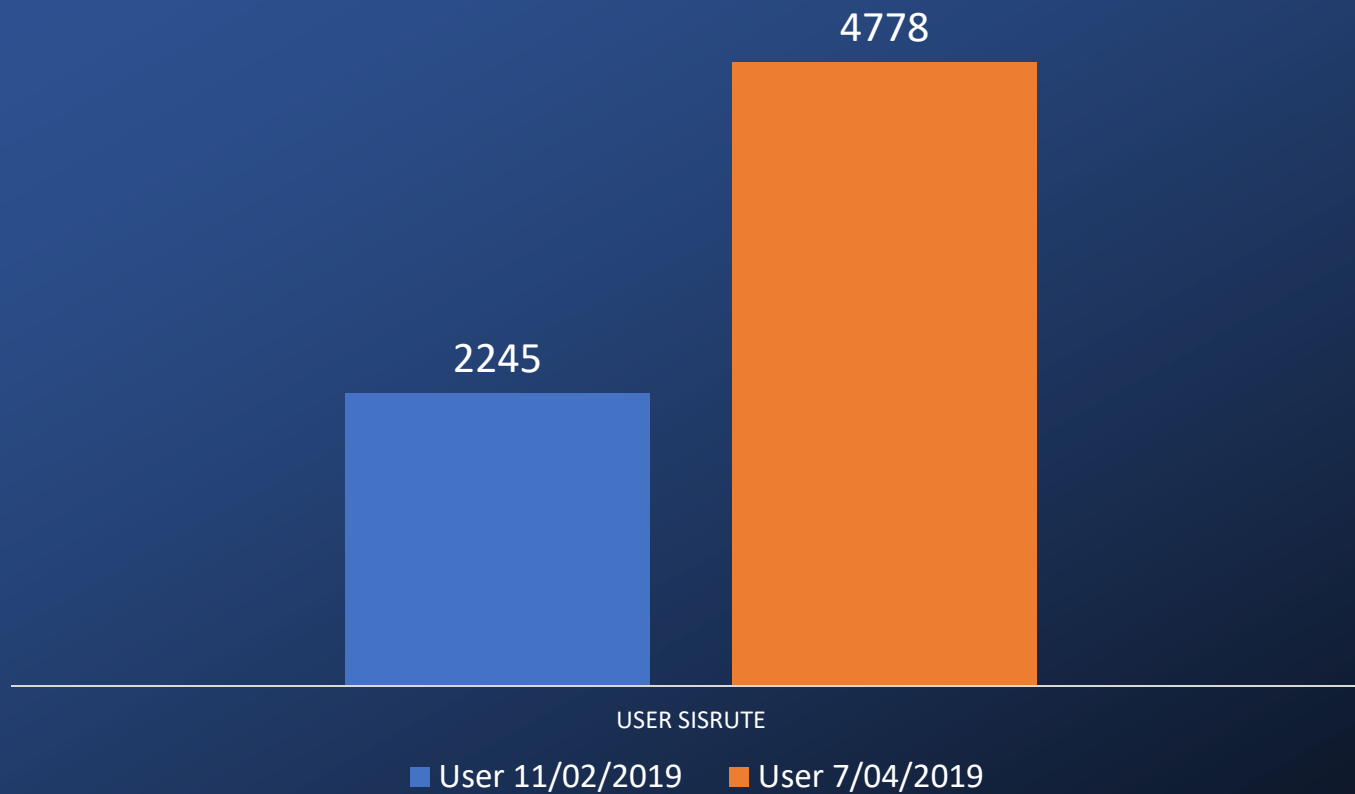
INTEGRASI RESUME MEDIS

1. Integrasi SIMRS maupun SIMPUS/SIP dengan SISRUTE
2. Resume medis dapat dikirimkan untuk keperluan RUJUKAN melalui Aplikasi “SISRUTE”
3. Pertukaran Rekam Medis dapat dilakukan RUJUKAN VERTIKAL maupun RUJUKAN HORIZONTAL

INTEGRASI TELEMEDICINE

Komunikasi dan konsultasi pasien jarak jauh meliputi teleradiologi, Tele EKG, telekonsultasi (Chatting maupun video conference)

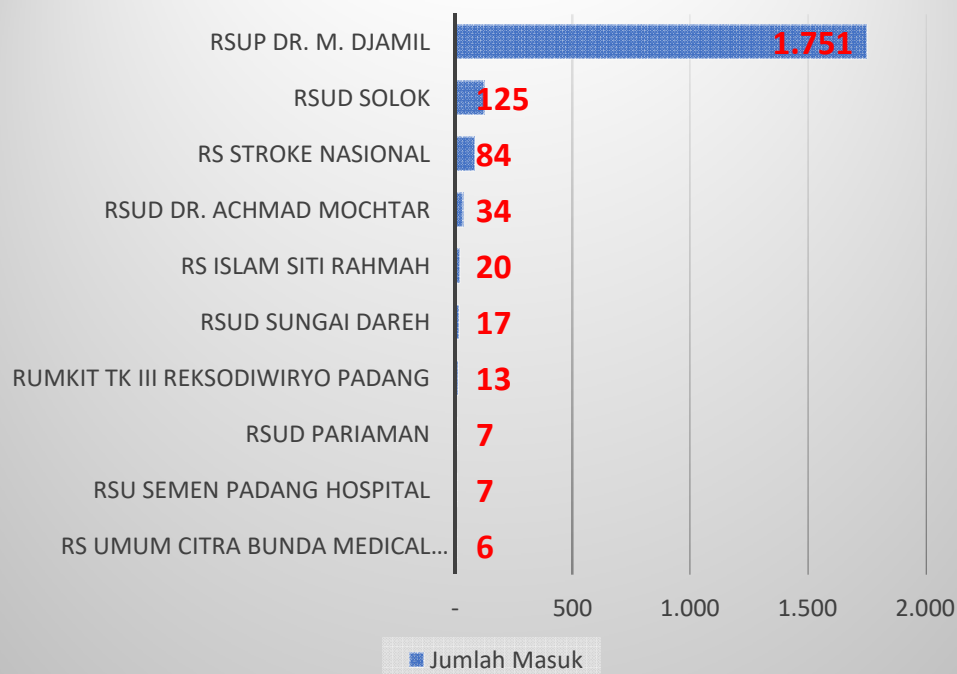
USER SISRUTE SEBELUM DAN SESUDAH RAKERKESDA



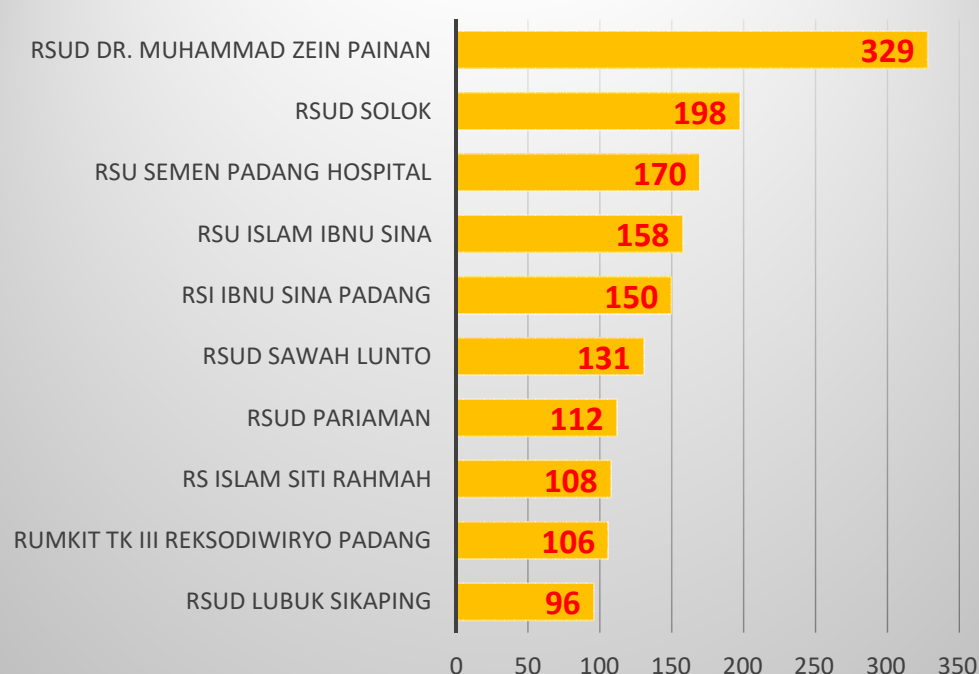
Sumber: SISRUTE 7 April 2019

FASKES PENERIMA DAN PENGIRIM RUJUKAN DI PROVINSI SUMATERA BARAT

10 BESAR FASYANKES MENERIMA RUJUKAN



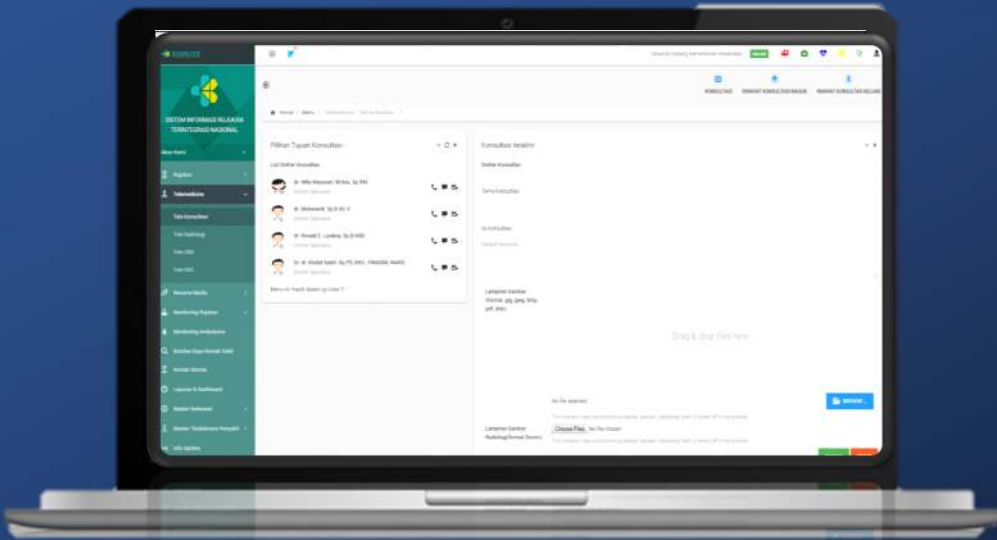
10 BESAR FASYANKES MENGIRIM RUJUKAN



(11 APRIL 2019)

TELEMEDICINE DI SISRUITE

Pemakaian telekomunikasi untuk memberikan informasi dan pelayanan medis jarak-jauh. Aplikasi telemedicine, menggunakan teknologi satelit untuk menyiarkan konsultasi antara fasilitas-fasilitas kesehatan menggunakan peralatan "video conference"



- ❖Tampilan Dokter dan Dokter Spesialis
- ❖Tele Konsultasi/ Tele conference (chat/Video)
- ❖Tele Radiologi
- ❖Tele USG
- ❖Tele EKG

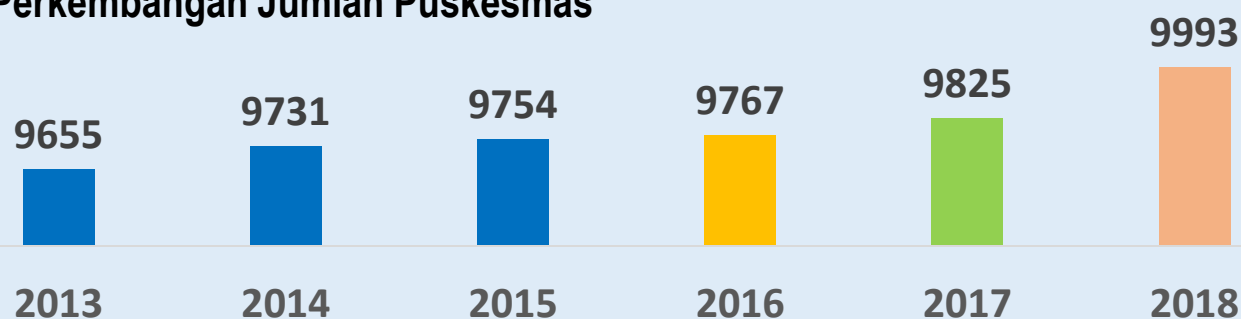


4

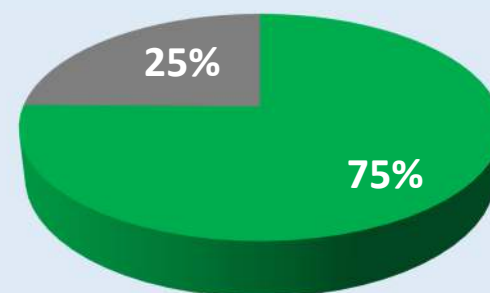
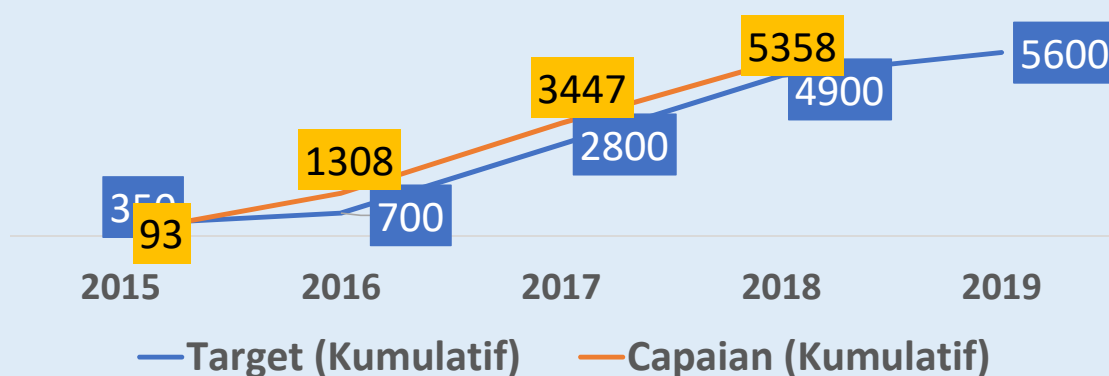
PENINGKATAN
MUTU MELALUI
AKREDITASI

CAPAIAN AKREDITASI PUSKESMAS

Perkembangan Jumlah Puskesmas



Target dan Capaian Kecamatan yang memiliki minimal 1 Puskesmas Tersertifikasi Akreditasi



■ Akreditasi ■ Belum Akreditasi

Sumber: Dit. Mutu Akreditasi Yankes (Data per Jan 2018)

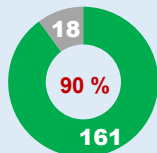
CAPAAN AKREDITASI PUSKESMAS SUMATERA BARAT

AKREDITASI PKM S/D 2018 PROVINSI SUMATERA BARAT

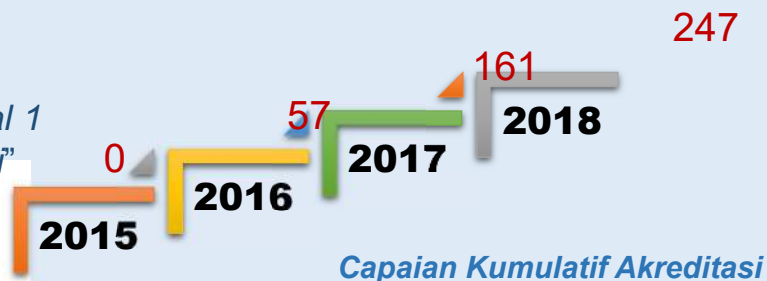
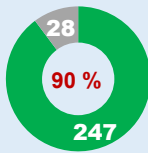
"Jumlah kecamatan yang memiliki minimal 1
Puskesmas yang tersertifikasi akreditasi"



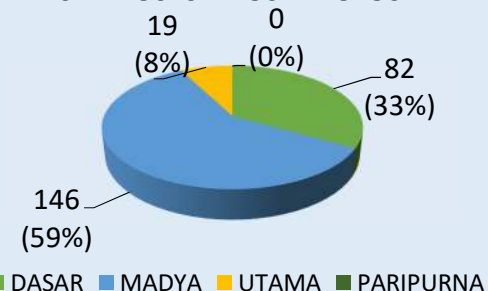
% KECAMATAN TERAKREDITASI



% PUSKESMAS TERAKREDITASI



DISTRIBUSI STATUS KELULUSAN

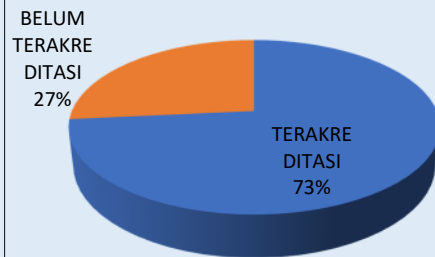


CAPAAN PUSKESMAS TERAKREDITASI



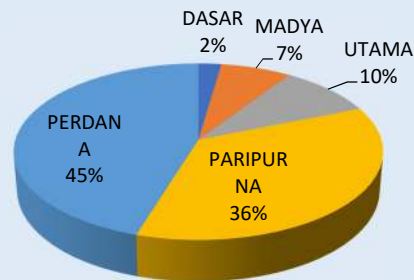
CAPAIAN AKREDITASI RUMAH SAKIT DI INDONESIA

CAPAIAN AKREDITASI RUMAH SAKIT DI INDONESIA



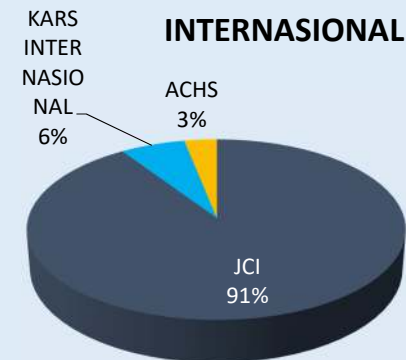
TERAKREDITASI	2064
BELUM TERAKREDITASI	750
JUMLAH RS	2814

STATUS AKREDITASI RS



PERDANA	930
DASAR	46
MADYA	146
UTAMA	191
PARIPURNA	751
JUMLAH	2064

RS TERAKREDITASI INTERNASIONAL

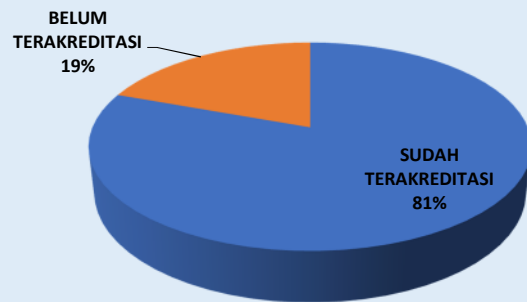


JCI	30
KARS INTERNASIONAL	3
ACHS	1
JUMLAH	34

DATA | RS ONLINE, WEB KARS 13 APRIL 2019

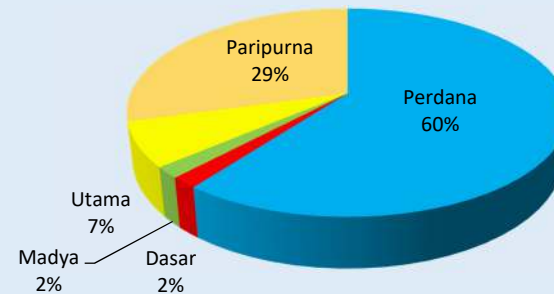
CAPAIAN AKREDITASI RS DI PROVINSI SUMATERA BARAT

**CAPAIAN AKREDITASI RS DI
PROVINSI SUMATERA BARAT**



JUMLAH RS	72
TERAKREDITASI	58
BELUM TERAKREDITASI	14

**STATUS AKREDITASI RS DI
SUMATERA BARAT**



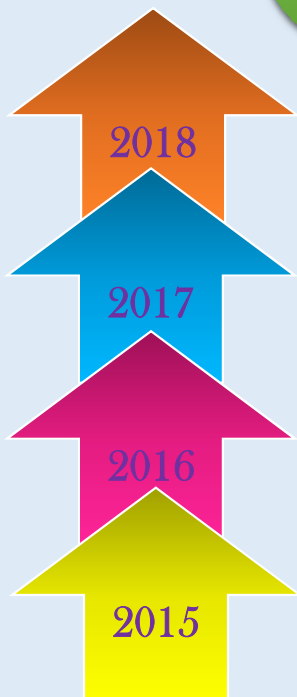
PERDANA	35
DASAR	1
MADYA	1
UTAMA	4
PARIPURNA	16
KARS INTERNASIONAL	1

CAPAIAN AKREDITASI KLINIK

CAPAIAN AKREDITASI KLINIK PRATAMA

0,2%

BELUM ADA
KLINIK PRATAMA
TERAKREDITASI
DI PROV.
SUMBAR



11 KLINIK
PRATAMA



2 KLINIK
PRATAMA



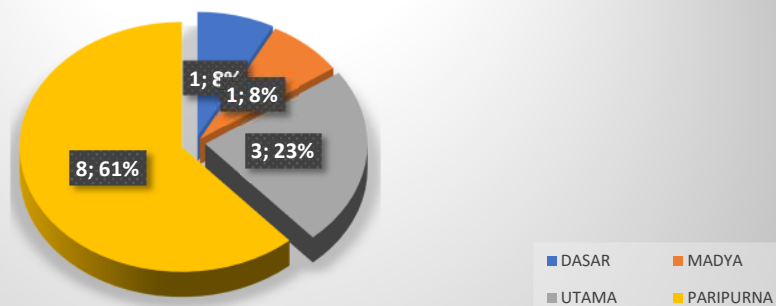
1 KLINIK
PRATAMA



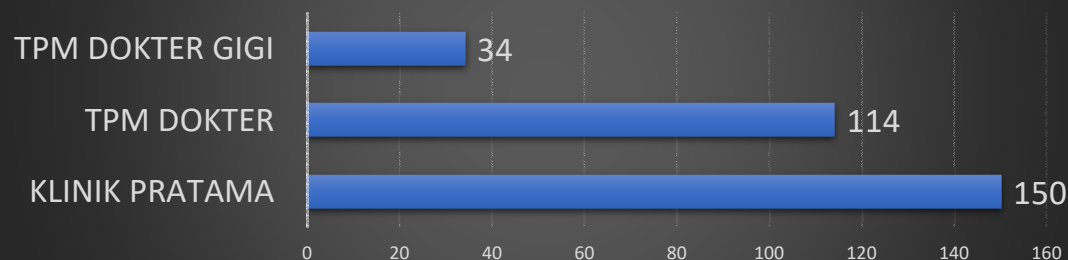
0 KLINIK
PRATAMA

JUMLAH KLINIK PRATAMA YANG BEKERJASAMA DENGAN BPJS : 5415 (BPJS, 31 DES 2018)

TINGKAT KELULUSAN KLINIK PRATAMA



JUMLAH KLINIK PRATAMA DAN TEMPAT PRAKTIK MANDIRI YANG BEKERJA SAMA DENGAN BPJS DI PROV SUMBAR



CAPAIAAN LABORATORIUM KESEHATAN

JUMLAH LABKES
DI INDONESIA

1.271

223

PEMERINTAH

1.048

SWASTA

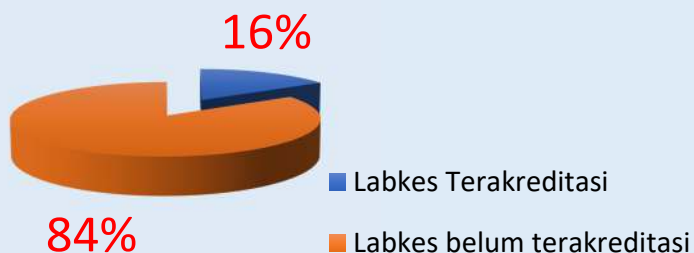
Perkembangan Akreditasi Labkes
di Indonesia



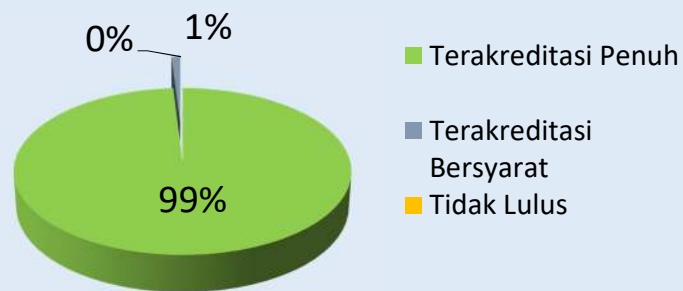
Roadmap
LABORATORIUM
KESEHATAN
Terakreditasi 2019

320

CAPAIAAN AKREDITASI LABKES
DI INDONESIA TAHUN 2018

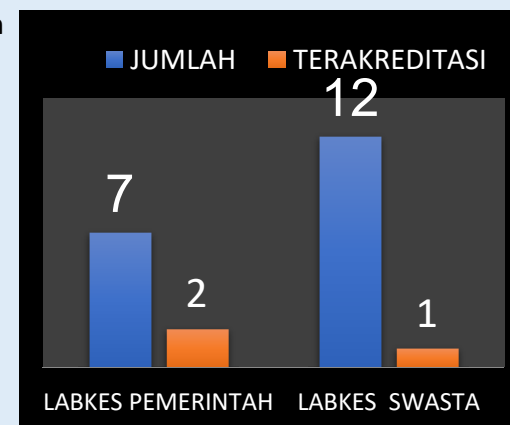


STATUS AKREDITASI LABKES



PENUH	201
BERSYARAT	2
TIDAK LULUS	0
JUMLAH	203

Jumlah Labkes &
Akreditasi Labkes
Prov. Sumbar, 2019



Jumlah LABKES	Terakreditasi	Belum terakreditasi
1271	203	1068

PENUTUP

- Upaya mencapai target UHC bukan hanya pada sisi kepesertaan dan iuran saja tetapi juga upaya bagi seluruh warga negara untuk mendapatkan pelayanan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif yang bermutu
- Asas kewajiban daerah dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan menjadi peluang dan tantangan bagi pemerintah pusat dan pemerintah daerah untuk memenuhi celah yang belum mampu dicapai dalam upaya mencapai UHC
- Diperlukan kolaborasi yang kuat antara pusat dan daerah melalui penguatan program prioritas agar UHC dapat dicapai



TERIMA KASIH

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
Jl. HR. Rasuna Said Blok X5 Kav 4- Jakarta Selatan



www.yankes.kemkes.go.id



www.facebook.com/ditjen.yankes



[@ditjenyankes](https://www.instagram.com/ditjenyankes)



[@ditjenyankes](https://twitter.com/ditjenyankes)