

## Beragam Aliran Dana untuk Layanan Kesehatan Maternal dan Neonatal di Indonesia Kajian Hukum dan Regulasi

Dorit Stein and Shita Dewi

### Pendahuluan

Walaupun peningkatan kesehatan maternal dan neonatal (KMN) merupakan salah satu prioritas pembangunan nasional di Indonesia, angka kematian maternal dan neonatal masih tetap tinggi (Kemenkes, 2015). Di tahun 2018, Pemerintah Indonesia membentuk Kelompok Kerja Teknis Belanja Strategis Kesehatan untuk mengatasi masalah dalam layanan KMN dan memberi rekomendasi terkait dengan reformasi pembiayaan dan belanja kesehatan sebagai bagian dari skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Kelompok kerja teknis ini bertugas memberi rekomendasi kepada Kementerian Kesehatan dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial-Kesehatan (BPJS-K) sebagai administrator JKN.

Lembar kebijakan ini disusun oleh proyek Health Policy Plus (HP+) dengan dukungan dana dari Badan Pembangunan Internasional AS (USAID). Lembar kebijakan ini merangkum hasil kajian hukum dan regulasi tentang pembiayaan dan pembelanjaan layanan KMN di Indonesia. Hasil kajian ini menjadi dasar dari rekomendasi kebijakan yang diberikan Kelompok Kerja Teknis Belanja Strategis MNH.

### Latar Belakang Situasi Belanja Strategis dan Berbagai Aliran Dana

Belanja strategis layanan kesehatan adalah satu cara untuk meningkatkan efisiensi dan kualitas layanan kesehatan. Belanja kesehatan dianggap “strategis” ketika pembeli secara aktif membeli layanan kesehatan dari penyedia layanan dengan cara sedemikian rupa sehingga layanan berlangsung efisien dan efektif. Untuk itu, pelaksanaan belanja strategis perlu menciptakan insentif yang masuk

### Kotak 1. Apa itu Aliran Dana?

Aliran dana adalah “perpindahan dana dari pembeli ke penyedia layanan kesehatan yang ditandai dengan satu pengaturan khusus, termasuk jenis layanan, kelompok penduduk yang dilayani, mekanisme pembayaran, tarif pembayaran, mekanisme pertanggungjawaban, dan berbagai pengaturan kontrak lainnya” (Mbau et al., 2018, hal.1).

akal sepanjang jalur pendanaan sehingga penyedia layanan memiliki motivasi untuk menyediakan paket layanan berkualitas yang selaras dengan tujuan sistem kesehatan (WHO, 2017).

Dalam mencari hal yang dapat memberi daya ungkit dan menghasilkan kebijakan belanja yang strategis, maka penilaian perlu melihat pada sistem kesehatan dan pengaturan pembiayaan kesehatan secara holistik (WHO, 2017). Konsep belanja strategis umumnya melibatkan satu pembeli (*purchaser*) dan satu mekanisme pembayaran. Akan tetapi di banyak negara, penyedia layanan diwajibkan melibatkan beberapa pembeli dan sumber dana, disertai beragam mekanisme pembayaran dan regulasi yang berbeda (Lihat Kotak 1). Masing-masing “aliran dana,” dapat memberi pengaruh yang berbeda pada perilaku penyedia layanan, bisa saling mendukung atau justru bertentangan, yang pada akhirnya berdampak pada luaran kesehatan (lihat Kotak 2). Untuk itu perlu ada pemahaman yang baik mengenai kerangka hukum dan regulasi yang menjadi dasar penggunaan dana kesehatan oleh penyedia layanan—dengan tujuan untuk memetakan ragam insentif yang dibutuhkan penyedia layanan agar sistem pembiayaan dan belanja kesehatan dapat disesuaikan dengan kebutuhan.

## Kotak 2. Bagaimana Ragam Aliran Dana Mempengaruhi Perilaku Penyedia Layanan?

Pengaturan aliran dana mempengaruhi perilaku penyedia layanan dengan beragam cara, tergantung pada:

- **Kontribusi besaran dana ke penghasilan penyedia layanan secara keseluruhan**
- **Tingkat kecukupan dana untuk membiayai layanan yang diberikan**
- **Fleksibilitas dan otonomi yang dimiliki manajemen dalam menggunakan dana**
- **Kemampuan memprediksi waktu pencairan dana dan besaran dana yang akan dibayarkan**
- **Kerumitan atau beban prosedur pertanggungjawaban keuangan**
- **Persyaratan kinerja**

Berdasarkan hal-hal di atas, penyedia layanan dapat: (a) mengalihkan sumber daya untuk melayani kelompok pasien tertentu yang memberi pembayaran yang lebih diinginkan (*resource-shifting*), (b) mengurangi layanan bagi mereka yang membayar lebih sedikit (*service-shifting*), dan/atau (c) membebankan biaya kepada pasien untuk menutupi pembayaran yang tidak memadai dari sumber dana (*cost-shifting*). Insentif yang bertentangan atau tidak jelas dalam beragam aliran dana dapat berdampak pada kualitas layanan kesehatan dan hasil yang diperoleh.



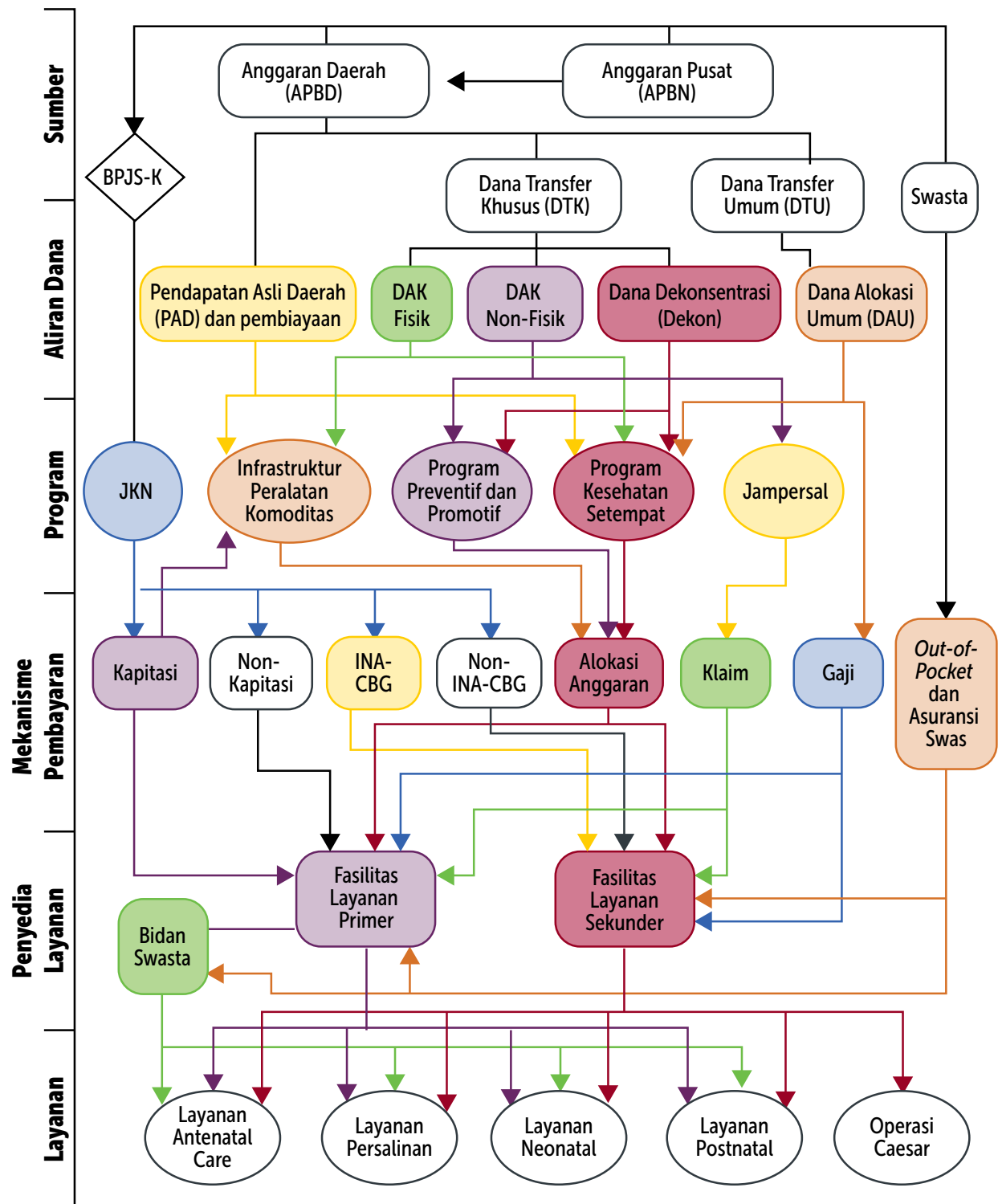
Source: Framework adapted from Mbau et al., 2018.

## Pemetaan Ragam Aliran Dana di Indonesia

Layanan KMN yang tersedia di fasilitas publik di Indonesia dibiayai oleh berbagai aliran dana melalui beragam pembeli dan mekanisme pembayaran yang berbeda-beda (lihat Gambar 1). Dana mengalir dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah melalui transfer dan masing-masing dana memiliki peruntukan khusus di bidang kesehatan seperti untuk infrastruktur, gaji petugas kesehatan, serta program preventif dan promotif. Beberapa transfer dana dibukukan sebagai pengeluaran pemerintah pusat (APBN). Pemerintah daerah juga dapat mengalokasikan anggaran untuk program KMN dari pendapatan asli daerah (PAD) dan mau pun sumber lain dalam anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD). Pemerintah pusat dan daerah serta masyarakat membayar iuran BPJS-K yang mengelola pembayaran JKN.

Fasilitas publik menerima dana dari setidaknya enam mekanisme pembayaran yang berbeda, termasuk dari anggaran daerah dan untuk gaji pegawai. Mekanisme pembayaran lainnya mencakup pembayaran dari BPJS-K ke penyedia layanan yang bekerja sama dengan JKN baik secara langsung atau melalui pemerintah daerah berdasarkan sistem kapitasi, non-kapitasi, *Indonesian Case-Based Group* (INA-CBG), dan non-INA-CBG. Pembayaran Jampersal dilakukan berdasarkan klaim yang diajukan ke Dinas Kesehatan Kabupaten. Faskes juga menerima dana swasta melalui pembayaran pasien dari dana mereka sendiri (*out-of-pocket*) dan dari asuransi swasta.

Gambar 1. Aliran Dana dari Sumber Dana ke Penyedia Layanan KMN (Penyedia Layanan Publik)



Sumber: Kajian Penulis.

Singkatan: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD); Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN); Badan Pelaksana Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS-K); Dana Transfer Khusus (DTK); Dana Transfer Umum (DTU); Pendapatan Asli Daerah (PAD); Dana Alokasi Khusus (DAK); Dana Alokasi Umum (DAU); Jaminan Persalinan (Jampersal); Jaminan Kesehatan Nasional (JKN); Indonesian Case-Based Groups (INA-CBGs).

Catatan: Diagram aliran dana ini berlaku hanya untuk penyedia layanan kesehatan tingkat primer dan sekunder milik pemerintah (publik) dan tidak mencakup pembiayaan di tingkat desa (yaitu Dana Desa) atau penyedia layanan di bawah tingkat layanan primer, seperti pustu, posyandu, polindes, dll.

## Aturan dan Perundangan yang Mengatur Penyaluran Dana

Tabel 1 merinci tiap sumber dana yang tersedia bagi penyedia layanan publik. Tabel tersebut mencantumkan berbagai aturan perundangan yang mengatur penyaluran dana layanan KMN dan mungkin dapat menjadi sasaran reformasi pembiayaan, berikut pembatasan dan/atau aturan khusus mengenai peruntukan dana. Misalnya, dalam dana alokasi khusus yang disediakan Pemerintah Pusat, ada dana yang tidak dapat dipakai untuk infrastruktur fisik (DAK non-fisik), ada yang hanya dapat digunakan untuk renovasi fisik (DAK fisik), dan ada pula dana yang memiliki peruntukan khusus (Jampersal dan BOK, yang merupakan bagian dari DAK non-fisik). Dana Jampersal ditujukan bagi ibu hamil yang miskin untuk layanan kehamilan. Dana tersebut mencakup biaya persalinan bagi ibu miskin yang tidak memiliki asuransi; akan tetapi panduan penggunaan dana bervariasi antar kab/kota (Teplitskaya dan Dutta, 2018). Untuk menerima pembayaran JKN bagi layanan KMN, Puskesmas harus mengajukan klaim pembayaran non-kapitasi kepada BPJS-K sementara fasilitas layanan sekunder dan rumah sakit mengajukan klaim untuk pembayaran INA-CBG. Pembayaran JKN diberikan langsung kepada fasilitas yang berstatus Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), tapi untuk fasilitas yang berstatus non-BLUD pembayaran JKN diberikan kepada pemerintah daerah untuk diberikan kepada fasilitas kesehatan melalui proses alokasi anggaran daerah yang juga bervariasi sesuai peraturan daerah setempat (World Bank, 2018a).

**Tabel 1. Sumber Dana Utama untuk Layanan KMN, Peruntukannya, dan Regulasi**

Sumber Dana	Uraian	Peruntukan atau Pembatasan*	Regulasi**
Dana Transfer Khusus	DAK non-fisik	Dana hibah khusus dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah untuk membiayai pengeluaran operasional (misalnya penjangkauan, persalinan, dan akreditasi)	Dana tidak dapat dipakai untuk konstruksi, rehabilitasi, atau peralatan untuk fasilitas kesehatan  UU No.33/2004 PP No.12/2019 Permenkes No.3/2019
	• Jaminan Persalinan (Jampersal)	Jaminan untuk layanan KMN bagi ibu hamil miskin yang tidak dicakup oleh JKN	Dana dikelola oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota  Permenkes No. 3/2019
	• Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)	Dana diarahkan ke Puskesmas untuk kegiatan kesehatan yang bersifat promotif dan preventifs	Dana dapat digunakan untuk biaya personil  Permenkes No. 3/2019
	DAK fisik	Dana hibah khusus dari pemerintah pusat (termasuk DAK Regular, DAK Penugasan, dan DAK Afirmasi) yang dapat dipakai untuk biaya infrastruktur, peralatan, dan rehabilitasi fasilitas kesehatan	Dana digunakan untuk pembangunan gedung, pengadaan sistem informasi, obat, unit transfusi darah, dan peralatan bagi fasilitas kesehatan, dll.  UU No.33/2004 PP No.141/2018 PP No.12/2019 Permenkes No. 2/2019
	Dana Dekonsentrasi (Dekon)	Dana pusat untuk fungsi non-inti. Dana berasal dari pemerintah pusat dan disetujui oleh provinsi	Dana untuk membantu koordinasi perencanaan, bantuan teknis, pelatihan, supervisi, penelitian dan pemantauan  UU No. 23/2014 PP No. 7/2008 Permenkes No. 55/2018

Sumber Dana		Uraian	Peruntukan atau Pembatasan*	Regulasi**
<b>Dana Transfer Umum</b>	Dana Alokasi Umum (DAU)	Dana ekuitas yang dialokasikan ke pemerintah daerah untuk pemerataan kemampuan keuangan antar daerah dalam konteks pelaksanaan desentralisasi	Terutama (~75%) digunakan untuk membayar gaji dan kegiatan pegawai negeri sesuai persetujuan DPRD	UU No. 33/2004 UU No. 39/2008 UU No. 12/2018 PP No. 12/2019
<b>Lain-lain</b>	Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	Skema asuransi kesehatan sosial yang mendanai layanan KMN yang bersifat kuratif dan rehabilitatif untuk anggota JKN yang memperoleh layanan di faskes publik dan swasta yang telah bekerja sama dengan BPJS	Transfer langsung dari BPJS-K ke faskes BLUD  Transfer BPJS-K ke faskes non-BLUD pertama diverifikasi oleh dinas kesehatan kab/kota.  60% dari pembayaran kapitasi adalah untuk pembayaran tambahan petugas kesehatan dan 40% untuk biaya operasional	Permenkes No. 21/2016  Permenkes No. 52/2016 (beberapa ayat telah direvisi di Permenkes No. 4/2017, dan kemudian di Permenkes No. 6 Tahun 2018)  Permenkes No. 51/2018  Perpres No. 82/2018 beberapa pasal diubah dalam  Perpres No. 75/2019  Perpres No. 25/2020  Peraturan Bersama SekJend Kemenkes dan Direktur BPJS Kesehatan No. Hk. 01.08/lii/980/2017 no 2/2017
	Pendapatan Asli Daerah (PAD)	Pendapatan pemerintah daerah diperoleh berdasarkan peraturan daerah	Bervariasi sesuai kebijakan daerah	UU No. 28/2009 PP No. 12/2019  Perpres No. 82/2018 (beberapa ayat telah diperbaharui di Perpres No. 75 Tahun 2019)

Sumber: Kajian Penulis; National Research Council, 2013; World Bank, 2018b.

\*Peruntukan atau pembatasan untuk tiap sumber dana atau regulasi mungkin tidak menyeluruh.

\*\*Undang-Undang (UU) berlaku secara nasional dan hanya dapat diubah melalui amandemen atau Undang-Undang baru. Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) adalah peraturan menteri dan berlaku hanya untuk bidang kesehatan. Peraturan Pemerintah (PP). Peraturan Presiden (Perpres). Tabel Ini tidak mencakup pembiayaan untuk Standar Pelayanan Minimal yang diatur dengan Permenkes No. 4/2019 dan UU. No. 23/201.

***Reformasi belanja strategis untuk layanan KMN perlu melihat pada sistem pembiayaan kesehatan secara holistik dan tidak berfokus pada satu aliran dana saja.*** Mengingat layanan KMN dibiayai dari beragam sumber dana, maka potensi pemanfaatan JKN untuk mempengaruhi perilaku penyedia layanan perlu melihat pada kekuatan JKN untuk mempengaruhi pasar dan kekuatan insentif yang diberikan. Rekomendasi yang diberikan untuk perbaikan belanja strategis perlu mencakup reformasi sistem pengelolaan keuangan publik secara umum, dan penyesuaian mekanisme pembayaran aliran dana lainnya, di samping JKN. Untuk meningkatkan efisiensi, kualitas dan kesetaraan layanan KMN maka insentif di seluruh alur pendanaan, baik untuk penyedia layanan publik maupun swasta, harus selaras sehingga situasi yang mendorong penyedia layanan menggeser biaya, sumber daya dan layanan dapat diperbaiki.

***Langkah awal yang penting untuk harmonisasi pembiayaan layanan KMN adalah menyederhanakan ragam sumber pembiayaan layanan KMN dan meningkatkan keleluasaan penyedia layanan dalam menggunakan dana.*** Pendanaan layanan KMN di Indonesia selama ini cukup terfragmentasi. Situasi ini bertambah rumit dengan adanya pembatasan di tingkat daerah, dan aturan khusus yang ditetapkan pemerintah pusat untuk beberapa dana tertentu (World Bank, 2018b). Berbagai aturan dan peruntukan tersebut menyebabkan penyedia layanan sulit menggunakan dana yang diberikan (World Bank, 2017). Bukti yang ada mengindikasikan bahwa aturan penggunaan dana kesehatan yang tidak fleksibel merupakan masalah yang lebih besar daripada keterbatasan anggaran, yang mengakibatkan penyedia layanan kurang mampu untuk memberi layanan yang berkualitas (Kemenkes, Tidak Dipublikasikan).

***Koordinasi antara pendanaan dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah untuk layanan kesehatan dan KMN penting dilakukan agar dana dapat dialokasikan dengan memadai dan digunakan secara efisien.*** Sumber dana yang tersedia dari Pusat maupun Daerah kerap saling bertumpang tindih dan tindakan pemerintah pusat meningkatkan investasi di bidang kesehatan dapat menyebabkan pemerintah daerah mengurangi anggaran daerah untuk layanan KMN. Padahal pemerintah daerah memegang peran yang sangat penting dalam meningkatkan kesiapan layanan kesehatan (*supply-side readiness*). Penurunan investasi oleh pemerintah daerah dapat berdampak pada kualitas layanan dan membuat kesenjangan akses dan kualitas layanan antar wilayah geografis semakin lebar (World Bank, 2018a; National Research Council, 2013). Terjadinya tumpang tindih dana antara pemerintah pusat dan daerah sesungguhnya berarti dana dari berbagai tingkat pemerintah untuk layanan KMN dapat dialokasikan dengan cara yang lebih efisien.

## Kesimpulan

Berbagai aliran dana untuk layanan KMN yang berasal dari pemerintah pusat, daerah dan sektor swasta di Indonesia membuat persyaratan dan insentif yang harus dikelola oleh penyedia layanan menjadi sangat rumit. Ini mempengaruhi kualitas, efisiensi dan kesetaraan layanan KMN. Untuk mengubah perilaku penyedia layanan KMN melalui pembiayaan, perlu dipahami terlebih dahulu bagaimana persepsi penyedia layanan terhadap beragam aliran dana dan segala aturannya, juga bagaimana pemerintah daerah memprioritaskan dan mengalokasikan anggaran untuk layanan KMN. Informasi tersebut dapat membantu Pemerintah Indonesia melakukan reformasi pembiayaan KMN. Tujuannya adalah untuk menyelaraskan insentif di seluruh jalur pendanaan bagi penyedia layanan publik dan swasta, memberi peluang bagi pihak swasta untuk memanfaatkan potensi yang ada di pembiayaan publik demi meningkatkan kesehatan ibu dan bayi baru lahir di Indonesia.

Mbau, R., E. Kabia, A. Honda, K. Hanson, and E. Barasa. 2018. *Examining Multiple Funding Flows to Healthcare Facilities in Kenya*. Nairobi, Kenya: RESYST.

Ministry of Health (MOH). Unpublished. *Strategic Health Purchasing Policy: Maternal and Child Health*. Jakarta, Indonesia: Government of Indonesia.

Ministry of Health (MOH). 2015. *Strategic Planning Ministry of Health 2015–2019*. Jakarta, Indonesia: Government of Indonesia.

National Research Council. 2013. *Reducing Maternal and Neonatal Mortality in Indonesia: Saving Lives, Saving the Future*. Washington, DC: The National Academies Press.

Teplitskaya, L. and A. Dutta. 2018. *Has Indonesia's National Health Insurance Scheme Improved Access to Maternal and Newborn Health Services?* Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.

World Bank. 2017. *Improving the Quality of Indonesia's Health Spending in the Context of the Health Financing Transition: Health Sector Public Expenditure Review*. Jakarta, Indonesia: World Bank Group.

World Bank. 2018a. *Functional and Regulatory Review of Strategic Health Purchasing Under JKN: Overview of Strategic Purchasing Functions Under JKN*. Washington, DC: World Bank Group.

World Bank. 2018b. *Indonesia – Supporting Primary Healthcare Reform Project: Technical Assessment*. Washington, DC: World Bank Group.

World Health Organization (WHO). 2017. *Strategic Purchasing for UHC: Unlocking the Potential: Global Meeting Summary and Key Messages*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

## HUBUNGI KAMI

Health Policy Plus  
1331 Pennsylvania Ave NW, Suite 600  
Washington, DC 20004  
[www.healthpolicyplus.com](http://www.healthpolicyplus.com)  
[policyinfo@thepalladiumgroup.com](mailto:policyinfo@thepalladiumgroup.com)

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

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

Foto sampul milik RTI International/Muhammad Fadli.

