

Cakupan pelayanan kesehatan dasar sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di kabupaten/kota bukan membutuhkan dana yang sedikit, namun Kementerian Kesehatan menyampaikan bahwa sesungguhnya banyak dana yang sudah diturunkan dari tingkat nasional, walaupun tersebar dan tidak langsung menjadi APBD Kabupaten/Kota, selain alokasi khusus bidang kesehatan.

Provinsi Sulawesi Utara memahami kebutuhan kabupaten/kota, namun tidak mudah untuk mencapai kesamaan pandang antara kabupaten/kota dengan provinsi dalam melihat nilai dana yang dibutuhkan untuk mencapai target SPM. Kesamaan pandang dan pemenuhan target SPM dapat dicapai bila dibantu dana yang bersumber dari provinsi.

Bagaimana ini bisa tercapai di Provinsi Sulawesi Utara, atas prakarsa BAPPEDA bersama Dinas Kesehatan Provinsi dengan bantuan teknis BASICS, inilah yang membuat praktek ini menjadi menarik.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam cakupan SPM dilaksanakan utamanya oleh satuan pelayanan (puskesmas di tingkat kecamatan) dengan perbedaan tipologi antar-puskesmas berupa sarana, prasarana, fasilitas, jangkauan/akses (kondisi geografi).

Perbedaan tersebut menimbulkan biaya pelayanan antar-puskesmas yang juga berbeda. Seharusnya beban pelayanan per satuan (unit cost) memiliki standar yang sama.

Belum ada kajian yang memperhitungkan unit cost SPM bidang kesehatan dengan standar

## DANA INISIATIF: SPM Bidang Kesehatan: Satuan Beban Pelayanan (unit cost) dan Bantuan Keuangan Khusus Kesehatan

### Tantangan atau Peluang

*Perlunya standar yang sama atas beban pelayanan per satuan (unit cost) dalam menghitung kebutuhan dana untuk pencapaian SPM bidang kesehatan di kabupaten/kota dengan perbedaan antar-puskesmas sebagai satuan pelayanan.*

yang sama, pada satuan pelayanan (puskesmas) yang berbeda tipologi. Ada beberapa kajian namun lebih terfokus pada perhitungan kebutuhan biaya kesehatan dan operasional di satuan pelayanan (puskesmas dan RS) maupun perangkat pelayanan (SKPD Kesehatan) secara umum dengan pendekatan jumlah penduduk yang dilayani atau data makro lainnya.

Kajian untuk memperhitungkan unit cost SPM bidang kesehatan dengan 18 cakupan pelayanan kesehatan mengharuskan pemahaman atas 110 standar/pedoman/petunjuk mengenai pelayanan kesehatan ibu dan anak, gizi buruk, penyakit umum, promosi kesehatan, dan farmasi, dengan mempelajari 37 sumber data.

Perbedaan tipologi antar-puskesmas membutuhkan kajian dan analisis yang dapat membedakan **aksesibilitas** pelayanan.

Perlunya kemudahan dalam memperhitungkan kebutuhan dana yang diwakili dalam beban pelayanan per satuan cakupan pelayanan, yang dapat dibedakan berdasarkan tipologi aksesibilitas pelayanan.

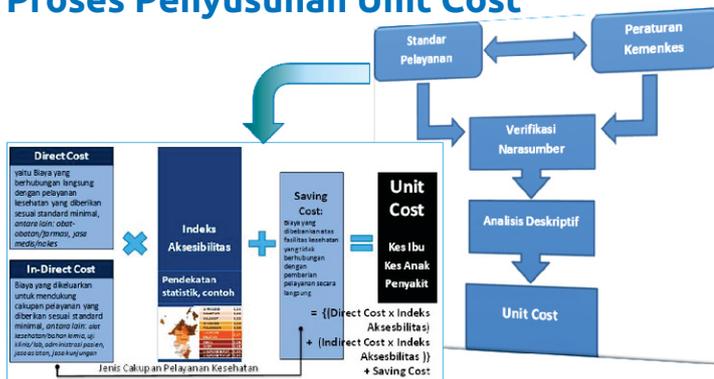
**Penentuan unit cost SPM bidang kesehatan berkaitan erat dengan dukungan Bantuan Keuangan Khusus provinsi yang terarah dan terkendali untuk mempercepat pencapaian SPM.**

Pemerintah Provinsi Sulawesi Utara melalui inisiator BAPPEDA dan Dinas Kesehatan Provinsi memandang perlu adanya kajian unit cost sebagai alat untuk menghitung pendanaan yang dibutuhkan dalam pencapaian SPM Bidang Kesehatan oleh kabupaten/kota.

Unit cost harus dipadukan dengan database SPM kesehatan dalam memperhitungkan kebutuhan dana untuk pencapaian SPM.

Peran Provinsi dalam mendukung pendanaan yang bersumber dari APBD Provinsi untuk dialokasikan kepada kabupaten/kota melalui mekanisme transfer antar APBD masih belum banyak dilakukan. Karena dana transfer menjadi APBD kabupaten/kota, maka pengalokasian bantuan keuangan provinsi membutuhkan pengaturan yang mengikat dan memuat perencanaan, pengendalian, pemantauan, pengawasan dan pelaporan terpadu.

### Proses Penyusunan Unit Cost



## Langkah yang telah diambil

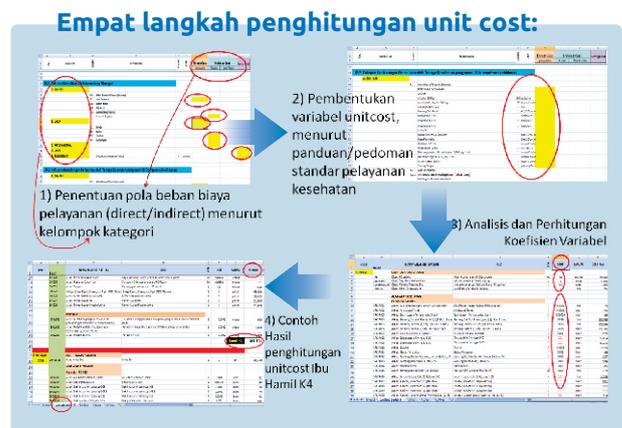
**Kajian beban pelayanan kesehatan per satuan cakupan menghasilkan koefisien tiap item kebutuhan pelayanan kesehatan, yang dikelompokkan pada obat/bahan kimia, peralatan kesehatan dan jasa.**

**1 Penetapan konsep yang matang dan pemilihan tim kajian/narasumber yang handal.** Ketepatan menentukan anggota tim kajian dan keahlian nara-sumber merupakan keberhasilan awal setelah adanya konsep yang matang. Narasumber ahli mencakup aparat Dinas Kesehatan kabupaten/kota dan provinsi sesuai dengan keahlian bidang tugas, sedangkan kepala puskesmas untuk penata-laksanaan dan operasional di satuan pelayanan kesehatan.

**2 Pemahaman standar cakupan pelayanan minimal.** Dalam melaksanakan kajian harus dicapai pemahaman atas 110 standar/pedoman/ petunjuk mengenai pelayanan kesehatan ibu dan anak, gizi buruk, penyakit, epidemik/kejadian luar biasa (KLB) dan promosi

kesehatan, dengan memper-hatikan 37 jenis sumber data dan mempelajari 153 langkah kegiatan standar cakupan pelayanan dalam definisi operasional, serta 9 peraturan mengenai ketentuan sarana/prasarana puskesmas, standar harga farmasi dan alat kesehatan. Dengan pemahaman dan pertemuan dalam diskusi formal, informal dan wawancara langsung dengan narasumber ahli, kemudian diputuskan bahwa kajian akan diprioritaskan pada 11 dari 18 cakupan pelayanan, dan 2 dari 4 jenis pelayanan selain kesehatan rujukan, epidemik/KLB dan promosi kesehatan. ketentuan sarana/prasarana puskesmas, standar harga farmasi dan alat kesehatan.

**3 Pengkajian beban pelayanan per satuan cakupan (unit cost).** Kajian 11 cakupan pelayanan kesehatan dikelompokkan menjadi tiga kajian unit cost, yaitu: kesehatan ibu, kesehatan anak (bayi dan balita), dan penemuan dan penanganan penyakit. Satu kajian lagi dilakukan untuk aplikasi Excel untuk perhitungan yang menyatukan hasil dari tiga kajian tersebut, dengan patokan harga pada tahun dasar untuk obat dan bahan kimia, peralatan kesehatan, dan jasa medik/non-medik dan nakes.



**4 Pengujian hasil kajian unit cost.** Kajian 11 cakupan pelayanan kesehatan minimal menghasilkan 35 unitcost, yang kemudian dilakukan pengujian melalui serial diskusi kelompok fokus (FGD) dengan narasumber, maupun menghimpun masukan melalui lokakarya.

**5 Penggunaan metode tak langsung (indirect method) dalam penentuan indeks kemahalan.** Karena tidak tersedianya indeks yang didasarkan data perbedaan harga riil dari barang yang berkaitan dengan kesehatan (indeks kemahalan bidang kesehatan), maka proxy perhitungan indeks kemahalan menggunakan variabel-variabel yang berkaitan erat dengan penyebab kemahalan dalam mengakses pelayanan kesehatan.

PELAYANAN KESEHATAN MINIMAL	UNIT COST (dalam Rupiah per Pasien atau per unit kesehatan) menurut Tahun					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>KESEHATAN IBU</b>						
CAKUPAN KUNJUNGAN IBU HAMIL K-4	297.800	318.090	339.619	362.552	386.100	412.056
CAKUPAN KOMPLIKASI KESEDANAN	1.052.350	1.101.206	1.176.022	1.253.751	1.337.750	1.427.895
CAKUPAN PERLOLONGAN PERSALINAN	1.427.762	1.522.569	1.625.995	1.734.510	1.850.418	1.974.646
CAKUPAN PELAYANAN NIFAS	125.990	134.540	143.646	153.331	163.548	174.286
<b>KESEHATAN ANAK (NEONATUS, BAYI, DAN BALITA)</b>						
CAKUPAN NEONATUS DENGAN KOMPLIKASI	1.156.494	1.224.033	1.316.747	1.434.926	1.499.082	1.599.447
CAKUPAN KUNJUNGAN BAYI	532.115	567.792	605.970	646.421	689.777	735.922
CAKUPAN IMUNISASI	350.663	374.258	399.518	426.058	454.604	485.050
CAKUPAN PELAYANAN ANAK BALITA	58.713	62.658	66.848	71.338	76.119	81.215
CAKUPAN PEMBERIAN IMPIAS	1.858.000	1.980.770	2.112.890	2.254.950	2.406.070	2.566.230
GANGGUAN MATA	59.651	63.654	67.939	72.487	77.350	82.511
GANGGUAN KULIT	90.000	93.360	96.940	100.740	104.820	109.260
DIARE PERSISTEN	187.350	198.380	209.530	220.900	232.510	244.380
ANEMIA BERAT	172.050	183.560	195.470	207.880	220.790	234.210
ANEMIA BERAT DENGAN GAGAL JANTUNG	217.050	231.560	247.110	263.690	281.330	300.160
PASIBET / CACING	610	650	700	740	790	850
TUBERKULOSIS	576.500	615.140	656.570	700.350	747.280	797.310
MALARIA FALSI PARUM	242.500	258.690	276.080	294.440	314.500	335.290
MALARIA WAJIS / OVALE	1.540	1.540	1.460	1.580	1.700	1.770
MALARIA WAJIS / OVALE RESISTEN KLOROKUM	14.480	15.330	16.450	17.760	19.390	19.810
MALARIA WAJIS YWIG HAMBUI	2.180	2.280	2.370	2.560	2.750	2.880
MALARIA MIX (P FALSI PARUM + P WJIS)	19.820	21.120	22.580	24.040	25.740	27.440
CAKUPAN BALITA GIZI BURUK MENYIMPAT PERAWATAN	4.034.895	4.306.240	4.594.849	4.901.624	5.230.949	5.580.971
<b>KESEHATAN DAN PENGOBATAN PENYAKIT</b>						
ACUTE FLUID PHARYNGITIS	761.860	824.121	890.017	949.620	1.013.278	1.084.095
PENYAKIT PENDERITA PNEUMONIA	409.448	436.956	466.229	497.469	530.824	566.358
DEMAM BERDARAH	34.343	37.202	39.312	42.323	44.758	48.197
DEMAM BERDARAH SYOK	779.723	830.330	885.937	945.295	1.008.676	1.076.125
TOTAL DBD DAN TERJADI SYOK	814.066	867.532	925.249	987.619	1.053.434	1.124.323
DIARE SYOK	58.330	63.090	66.860	71.820	76.040	81.790
TOTAL DIARE DAN TERJADI SYOK	292.470	312.950	333.520	356.300	379.630	405.660
DIARE SYOK	13.135	14.155	15.035	16.106	17.196	18.316
TOTAL DIARE DAN TERJADI SYOK	176.895	188.605	201.285	214.786	229.296	244.526
MALARIA	250.558	268.063	285.944	305.118	325.093	347.574
MUSTA	1.113.287	1.188.964	1.265.162	1.352.700	1.443.376	1.538.777
TUBERKULOSIS (FDC-1)	401.151	428.008	456.448	486.691	519.944	554.451
TUBERKULOSIS (FDC-BISIPAN)	222.422	237.949	253.465	270.269	288.551	307.858
TUBERKULOSIS (FDC-2)	1.582.825	1.654.198	1.731.621	1.815.502	1.906.422	1.994.771

**SPM Unit Kesehatan**

**Kajian aksesibilitas kesehatan dilakukan dengan pendekatan modelling statistik menggunakan sumber data Potensi Desa (Podes) dari BPS tahun 2010 untuk memperoleh koefisien alokator antar-kecamatan sebagai Indeks Aksesibilitas pelayanan kesehatan faktor pengali dalam perhitungan unit cost SPM bidang kesehatan.**

**6 Perhitungan Indeks Aksesibilitas.** Perhitungan Indeks Aksesibilitas dilakukan dengan dua tahap, yaitu: pemilihan variabel dari data tersedia, dan modelling dan skoring nilai indeks. Variabel terpilih mencakup jarak ke fasilitas kesehatan (minimal ke puskesmas di kecamatan), kemudahan transportasi ke fasilitas, tipe transportasi (darat, air), jarak dan waktu tempuh, kemudahan akses ke wilayah referensi (ibukota provinsi, Manado),

keberadaan penduduk di daerah sulit, topografi, cluster aksesibilitas kecamatan dari perspektif dari wilayah referensi (sebagai variabel dependen). Kemudian dilakukan modelling dan skoring, yaitu membuat cluster kecamatan menurut kategori tingkat kesulitan akses, mendapatkan skor yang dijadikan indeks aksesibilitas pelayanan kesehatan.

**7 Penggabungan perhitungan unit cost dan Indeks kesehatan yang berlaku untuk tiap kecamatan** cakupan pelayanan kesehatan dengan Indeks puskesmas itu berada.

**8 Simulasi penggunaan unit cost untuk informasi perencanaan anggaran.** Grafik garis di bawah menunjukkan perbandingan perencanaan anggaran pada tahun 2012 di lima kabupaten/kota, antara kebutuhan dana pelayanan kesehatan ibu hamil baru (dihitung dengan unit cost, garis biru) dengan anggaran SKPD kesehatan (garis merah), dengan target sasaran ibu hamil digambarkan pada pie-chart. Walaupun masih perlu diperhitungkan kemampuan keuangan (financial capability) masing-masing kabupaten/kota menurut urusan kesehatan, namun simulasi ini menunjukkan **kesenjangan kebutuhan dana yang cukup besar. Karena itu Provinsi Sulawesi Utara dalam berupaya memperkecil kesenjangan tersebut memberikan Bantuan Keuangan Khusus Kesehatan yang didukung dengan regulasi provinsi.**

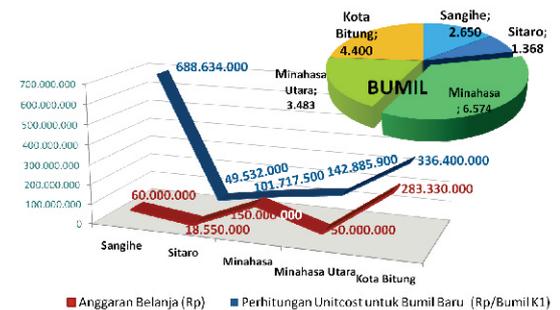
**9 Penyusunan regulasi.** Diawali dengan studi referensi dan ketentuan (peraturan, program prioritas urusan kesehatan, mekanisme persyaratan program, penatausahaan dan pelaporan keuangan). Pendampingan dilakukan dalam penyusunan rancangan peraturan, dengan hasil akan dikonsultasikan kepada kementerian. Rancangan Peraturan Gubernur ini masih dalam proses di Biro Hukum Provinsi Sulawesi Utara, dengan beberapa aspek kunci berikut ini:

### Penggabungan Unit Cost dengan Indeks Aksesibilitas



Kabupaten / Kota	Manado (std) Rp1.450.000	Unitcost Ibu Hamil
MINAHASA UTARA	AIRMADIDI	1,14 Rp1.653.000
MINAHASA UTARA	KALOTIAN	1,25 Rp1.967.500
MINAHASA UTARA	ISALAWAT	1,25 Rp1.567.500
MINAHASA UTARA	DIMEMBE	1,16 Rp1.882.000
MINAHASA UTARA	TALAWAAN	1,16 Rp1.982.000
MINAHASA UTARA	LIKUPANG SELATAN	1,27 Rp1.986.500
MINAHASA UTARA	KINRA	1,19 Rp1.775.500
MINAHASA UTARA	WUBI	1,19 Rp1.775.500
MINAHASA UTARA	LIKUPANG BARAT	1,22 Rp1.769.000
MINAHASA UTARA	LIKUPANG TIMUR	1,24 Rp1.798.000
SITARO	BIARO	1,22 Rp1.769.000
SITARO	TAGULANDANG	1,23 Rp1.812.500

ini mengaitkan unit cost Aksesibilitas pada kecamatan tempat

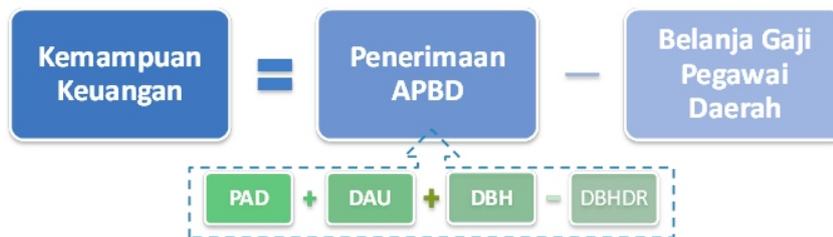


Perbandingan Anggaran SKPD Kesehatan dengan Perhitungan Unit Cost Belanja Ibu Hamil

**Memperkuat regulasi provinsi yang memuat porsi alokasi terencana<sup>1</sup>, kinerja terukur<sup>2</sup> dan monev terkendali<sup>3</sup>, melalui mekanisme transfer antara APBD provinsi-kabupaten/kota dengan tanggungjawab yang jelas sesuai kewenangan.**

<sup>1</sup>Perencanaan bantuan ini dikembangkan dari mekanisme BASICS Responsive Initiative (BRI).  
<sup>2</sup>Kinerja terukur dikembangkan dengan mengkombinasikan indikator penerapan SPM dan pencapaian TPM (Tujuan Pembangunan Milenium / MDGs).  
<sup>3</sup>Monitoring dan Evaluasi (monev) dikembangkan dengan pendekatan multipihak komponen Peningkatan Kapasitas BASICS bagi OMS dan legislatif, serta tujuan efektivitas dengan menggabungkan kesesuaian kinerja capaian program dan keuangan secara bersamaan dan terpadu.

- **Perencanaan program/kegiatan** dipenuhi dengan tiga kriteria, yaitu kriteria umum dari segi kemampuan keuangan, kriteria khusus dari segi keterjangkauan/akses pelayanan, dan kriteria teknis menyangkut indikator SPM dan target TPM (MDGs). Kriteria Umum diperhitungkan dengan formula:



**Kriteria Khusus** memperhitungkan karakteristik kabupaten/kota berdasarkan geografi: daerah pesisir dan kepulauan, daerah perbatasan, daerah tertinggal/ terpencil, dan daerah perkotaan, diperhitungkan dengan Indeks Aksesibilitas pelayanan kesehatan. Selain itu juga mempertimbangkan kondisi ekonomi masyarakat yang dihitung berdasarkan Indeks Kemiskinan (pengukuran dampak kemiskinan terhadap kesehatan). **Kriteria Teknis** mempertimbangkan aspek teknis dalam pemenuhan standar kualitas/kuantitas pelayanan berdasarkan indikator perhitungan teknis untuk pencapaian SPM dan TPM.

- **Pengelolaan program/kegiatan** diarahkan untuk percepatan pencapaian SPM dan TPM, meliputi: peningkatan kapasitas SDM kesehatan di kabupaten/kota, penguatan manajemen program dan pelayanan kesehatan masyarakat dan pengembangan kesehatan masyarakat. Kebijakan dan arah program sudah difokuskan untuk tiga tahun ke depan, dan untuk disiapkan rencana kerja tiap tahunnya, dan hanya untuk upaya kesehatan bersifat promotif dan preventif beserta kegiatan penunjangnya.
- **Pengelolaan keuangan** mencakup pengaturan pengelolaan **Bantuan Keuangan Khusus**, yang meliputi aspek perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan dan penatausahaan, pelaporan dan akuntansi.
- **Monitoring dan Evaluasi** mencakup pengukuran pencapaian kinerja program/kegiatan dan keuangan. Kinerja keuangan mengukur pada efisiensi dan efektifitas penggunaan bantuan keuangan khusus atas pencapaian program/kegiatan.

## Perubahan dan Dampak

Pada tataran sistim perencanaan dan penganggaran pemerintah sudah memiliki satu alat lagi untuk digunakan dalam menyusun anggaran secara lebih efisien dan efektif dalam memenuhi kebutuhan nyata di masyarakat.

Pada tataran sistim tatakelola pemerintahan berkaitan dengan desentralisasi pelayanan publik, peran Pemerintah Propinsi dalam memfasilitasi serta

meningkatkan kapasitas pengelolaan pelayanan publik di tingkat kabupaten/kota telah menjadi lebih kuat dan lebih nyata.

Pada tataran perencanaan program hasil perhitungan unit cost yang digunakan untuk perhitungan kebutuhan pendanaan SPM bidang kesehatan kabupaten/kota telah mendorong Pemerintah Provinsi untuk mengalokasikan dana Bantuan Keuangan Khusus Kesehatan mulai tahun anggaran 2013.

## Pembelajaran

Penggunaan unit cost untuk perhitungan kebutuhan dana dalam memenuhi cakupan SPM bidang kesehatan dilakukan cukup dengan mengalikan data sasaran (misalnya jumlah ibu hamil K4) dengan unit cost untuk cakupan pelayanan tersebut. Kemudahan ini diperoleh dari metode pengkajian yang cukup rumit dan kompleks untuk menghasilkan unit cost tersebut. Namun untuk diadopsi kepada provinsi lain, tidak terlalu sulit, cukup dengan memperbarui Indeks Aksesibilitas dengan sumber data Potensi Desa yang sudah dibuat di seluruh Indonesia.

Perhitungan unit cost selain memperhitungkan beban langsung dan beban tidak langsung berhubungan dengan pelayanan kesehatan sesuai SPM, juga telah memperhitungkan simpanan beban (saving cost), yaitu beban overhead alat kesehatan dan alat non-kesehatan yang berpengaruh pada pelayanan kesehatan sesuai SPM. Dengan demikian beberapa peralatan kesehatan dapat selalu tersedia karena telah dicadangkan.

Perhitungan unit cost memerlukan jerih payah yang signifikan. Namun selanjutnya cukup mudah dalam penerapannya karena hanya perlu dikalkulasi satu kali saja yaitu pada tahap awal untuk kurun waktu beberapa tahun.

Untuk membantu penyusunan dokumen perencanaan anggaran seperti RKA, Rencana Kerja Anggaran SKPD, unit cost ini dapat dikembangkan untuk menghitung belanja kesehatan (dengan cakupan pelayanan sesuai SPM) pada SKPD sesuai dengan kodefikasi dalam peraturan pengelolaan keuangan daerah.

Walaupun besar manfaat dari penggunaan alat unit cost ini, namun tetap ada tantangan dalam penerapannya. Karena hasil penghitungan yang dilakukan dengan menggunakan unit cost mendekati kebutuhan anggaran yang sesungguhnya diperlukan, sedangkan kebutuhan belanja daerah menurut urusan masih cukup besar, disertai dengan kebijakan keuangan daerah yang didominasi oleh politik anggaran, maka penggunaan unit cost seperti "menakutkan" dan tidak mudah untuk begitu saja dimanfaatkan dalam perencanaan anggaran. Dengan demikian diperlukan upaya ekstra untuk menjelaskan manfaat dan dampak positifnya.

Untuk pertama adanya peraturan provinsi yang memberikan alokasi dana kepada kabupaten/kota dengan mekanisme transfer dengan peruntukkan tiga tahun ke depan (anggaran multitalahun), disertai kelengkapan ketentuan yang mengatur tentang perencanaan jangka menengah berbasis kinerja dan kapabilitas keuangan, dengan target program yang sangat jelas untuk dicapai.