

LAMPIRAN
PERATURAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 72 TAHUN 2012
TENTANG
SISTEM KESEHATAN NASIONAL

SISTEMATIKA

BAB I PENDAHULUAN

- A. LATAR BELAKANG
- B. PENGERTIAN SKN
- C. MAKSUD DAN KEGUNAAN SKN
- D. LANDASAN SKN

BAB II PERKEMBANGAN DAN TANTANGAN SKN

- A. PERKEMBANGAN DAN MASALAH SKN
- B. PERUBAHAN LINGKUNGAN STRATEGIS

BAB III ASAS SKN

- A. DASAR PEMBANGUNAN KESEHATAN
- B. DASAR SKN

BAB IV BENTUK POKOK SKN

- A. TUJUAN SKN
- B. KEDUDUKAN SKN
- C. SUBSISTEM SKN
- D. TATA HUBUNGAN ANTAR SUBSISTEM DAN LINGKUNGANNYA

BAB V CARA PENYELENGGARAAN SKN

- A. SUBSISTEM UPAYA KESEHATAN
- B. SUBSISTEM PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

C. SUBSISTEM ...

- C. SUBSISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN
- D. SUBSISTEM SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
- E. SUBSISTEM SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN, DAN MAKANAN
- F. SUBSISTEM MANAJEMEN, INFORMASI, DAN REGULASI KESEHATAN
- G. SUBSISTEM PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

BAB VI DUKUNGAN PENYELENGGARAAN SKN

- A. PROSES PENYELENGGARAAN SKN
- B. TATA PENYELENGGARAAN SKN
- C. PENYELENGGARA SKN
- D. SUMBER DAYA PENYELENGGARAAN SKN
- E. KERJA SAMA INTERNASIONAL

BAB VII RINGKASAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL

BAB VIII PENUTUP

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

1. Dalam mencapai tujuan nasional Bangsa Indonesia sesuai Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, yaitu melindungi segenap Bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial, maka pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud.
2. Pembangunan kesehatan yang telah dilaksanakan masih menghadapi berbagai masalah yang belum sepenuhnya dapat diatasi sehingga diperlukan pemantapan dan percepatan melalui SKN sebagai pengelolaan kesehatan yang disertai berbagai terobosan penting, antara lain program pengembangan Desa Siaga, Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), upaya pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer sebagai terobosan pemantapan dan percepatan peningkatan pemeliharaan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, Jaminan Kesehatan Semesta, dan program lainnya.
3. Perubahan lingkungan strategis ditandai dengan berlakunya berbagai regulasi penyelenggaraan pemerintahan, antara lain, Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2002 tentang Sistem Nasional, Penelitian, Pengembangan dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga, Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008, Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005 - 2025, Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2007 tentang

Pemberantasan ...

Pemberantasan Tindak Pidana Perdagangan Orang, Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik, Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik, Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan secara global terjadi perubahan iklim dan upaya percepatan pencapaian *Millenium Development Goals* (MDGs), sehingga diperlukan penyempurnaan dalam pengelolaan kesehatan.

4. SKN 2009 sebagai pengganti SKN 2004 dan SKN 2004 sebagai pengganti SKN 1982 pada hakekatnya merupakan bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan, penting untuk dimutakhirkan menjadi SKN 2012 yang pada hakekatnya merupakan pengelolaan kesehatan agar dapat mengantisipasi berbagai tantangan perubahan pembangunan kesehatan dewasa ini dan di masa depan, sehingga perlu mengacu pada visi, misi, strategi, dan upaya pokok pembangunan kesehatan sebagaimana ditetapkan dalam:
 - a. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005–2025 (RPJP-N); dan
 - b. Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan Tahun 2005-2025 (RPJP-K).

B. PENGERTIAN SKN

5. SKN adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
6. Pengelolaan kesehatan adalah proses atau cara mencapai tujuan pembangunan kesehatan melalui pengelolaan upaya kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, manajemen, informasi dan regulasi kesehatan serta pemberdayaan masyarakat.
7. Pembangunan kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat

bagi ...

bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.

8. SKN perlu dilaksanakan dalam konteks pembangunan kesehatan secara keseluruhan dengan mempertimbangkan determinan sosial, antara lain kondisi kehidupan sehari-hari, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, distribusi kewenangan, keamanan, sumber daya, kesadaran masyarakat, serta kemampuan tenaga kesehatan dalam mengatasi masalah-masalah tersebut.
9. SKN disusun dengan memperhatikan pendekatan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) yang meliputi cakupan pelayanan kesehatan yang adil dan merata, pemberian pelayanan kesehatan berkualitas yang berpihak kepada kepentingan dan harapan rakyat, kebijakan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat, kepemimpinan, serta profesionalisme dalam pembangunan kesehatan.
10. SKN juga disusun dengan memperhatikan inovasi atau terobosan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas, termasuk penguatan sistem rujukan.
11. Pendekatan pelayanan kesehatan dasar secara global telah diakui sebagai pendekatan yang tepat dalam mencapai kesehatan bagi semua dengan mempertimbangkan kebijakan kesehatan yang responsif gender.

C. MAKSUD DAN KEGUNAAN SKN

12. Penyusunan SKN ini dimaksudkan untuk menyesuaikan SKN 2009 dengan berbagai perubahan dan tantangan eksternal dan internal, agar dapat dipergunakan sebagai pedoman dalam pengelolaan kesehatan baik oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat termasuk badan hukum, badan usaha, dan lembaga swasta.
13. Tersusunnya SKN ini mempertegas makna pembangunan kesehatan dalam rangka pemenuhan hak asasi manusia, memperjelas penyelenggaraan pembangunan kesehatan sesuai dengan visi dan misi Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan Tahun 2005-2025 (RPJP-K), memantapkan kemitraan dan kepemimpinan yang transformatif, melaksanakan pemerataan upaya kesehatan yang terjangkau dan bermutu, meningkatkan investasi kesehatan untuk keberhasilan pembangunan nasional.

14. SKN ...

14. SKN ini merupakan dokumen kebijakan pengelolaan kesehatan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

D. LANDASAN SKN

15. Landasan SKN meliputi:
 - a. landasan idiil;
 - b. landasan konstitusional; dan
 - c. landasan operasional.
16. Landasan idiil yaitu Pancasila.
17. Landasan konstitusional, yaitu Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, khususnya Pasal 28A "Setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya", Pasal 28B ayat (2) "Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.", Pasal 28C ayat (1) "Setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia", Pasal 28H ayat (1) "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan", Pasal 28H ayat (3) "Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat", Pasal 34 ayat (2) "Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan", dan Pasal 34 ayat (3) "Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak".
18. Landasan Operasional meliputi Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang berkaitan dengan penyelenggaraan SKN dan pembangunan kesehatan.

BAB II

PERKEMBANGAN DAN TANTANGAN SKN

A. PERKEMBANGAN DAN MASALAH SKN

19. Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan secara berkesinambungan dan terjadinya peningkatan kinerja sistem kesehatan telah berhasil meningkatkan status kesehatan masyarakat antara lain:
 - a. penurunan ...

- a. penurunan Angka Kematian Bayi (AKB) dari 46 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI 2007);
 - b. penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dari 318 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI 2007);
 - c. peningkatan Umur Harapan Hidup (UHH) dari 68,6 tahun pada tahun 2004 menjadi 70,5 tahun pada tahun 2007;
 - d. penurunan prevalensi kekurangan gizi pada balita dari 29,5% pada akhir tahun 1997 menjadi sebesar 18,4% pada tahun 2007 (Riskesdas 2007) dan 17,9 % (Riskesdas 2010);
 - e. terjadinya peningkatan *contraceptive prevalence rate* (CPR) dari 60,4% (SDKI 2003) menjadi 61,4% (SDKI 2007) sehingga *total fertility rate* (TFR) stagnan dalam posisi 2,6 (SDKI 2007).
20. Meskipun terjadi peningkatan status kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud di atas, namun masih belum seperti yang diharapkan.
21. Upaya percepatan pencapaian indikator kesehatan dalam lingkungan strategis baru, harus terus diupayakan dengan perbaikan SKN.
- A.1. Upaya Kesehatan
22. Perkembangan upaya kesehatan secara nasional telah mengalami peningkatan, antara lain;
- a. akses rumah tangga yang dapat menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan ≤ 30 menit sebesar 90,7% dan akses rumah tangga yang berada ≤ 5 km dari fasilitas pelayanan kesehatan sebesar 94,1% (Riskesdas 2007);
 - b. peningkatan jumlah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) ditandai dengan peningkatan rasio Puskesmas dari 3,46 per 100.000 penduduk pada tahun 2003 menjadi 3,65 per 100.000 pada tahun 2007 (Profil Kesehatan 2007);
 - c. pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh penduduk meningkat dari 15,1% pada tahun 1996 menjadi 33,7% pada tahun 2006;
 - d. kunjungan baru (*contact rate*) ke fasilitas pelayanan kesehatan meningkat dari 34,4% pada tahun 2005 menjadi 41,8% pada tahun 2007;
 - e. jumlah masyarakat yang mencari pengobatan sendiri sebesar 45% dan yang tidak berobat sama sekali sebesar 13,3% (2007);
 - f. secara keseluruhan, kesehatan ibu membaik dengan turunnya Angka Kematian Ibu (AKI);
 - g. pertolongan ...

- g. pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan meningkat dari 75,4% (Riskesdas 2007) menjadi 82,2% (Riskesdas 2010), sementara persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan meningkat dari 24,3% pada tahun 1997 menjadi 46% pada tahun 2007 dan meningkat lagi menjadi 55,4% (Riskesdas 2010);
 - h. akses terhadap air bersih sebesar 57,7% rumah tangga dan sebesar 63,5% rumah tangga mempunyai akses pada sanitasi yang baik (Riskesdas 2007);
 - i. akses terhadap air minum sebesar 45,1% dan akses pembuangan tinja sebesar 55,5%, keduanya menggunakan kriteria MDG's (Riskesdas 2010);
 - j. pada tahun 2007, rumah tangga yang tidak menggunakan fasilitas buang air besar sebesar 24,8% dan yang tidak memiliki saluran pembuangan air limbah sebesar 32,5%;
 - k. kontribusi penyakit menular terhadap kesakitan dan kematian semakin menurun.
23. Meskipun perkembangan upaya kesehatan telah mengalami peningkatan sebagaimana dimaksud di atas, namun masih terdapat beberapa permasalahan, antara lain:
- a. masih terdapat disparitas geografi; kapasitas fiskal; belanja daerah; pendidikan; infrastruktur; akses dan fasilitas pelayanan kesehatan; tumpang tindih sasaran penanggulangan kemiskinan dan akses fasilitas publik (sumber Riset Fasilitas Kesehatan 2011 dan sumber lainnya);
 - b. akses rumah tangga yang dapat menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan dan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan pada daerah terpencil, tertinggal, perbatasan, dan pulau-pulau kecil terdepan dan terluar masih rendah. Jarak fasilitas pelayanan kesehatan yang jauh disertai distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata antara lain ketersediaan dokter di puskesmas tertinggi di Provinsi DI Yogyakarta 100% dan terendah di Provinsi Papua 68%, dan pelayanan kesehatan yang mahal menyebabkan rendahnya aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan;
 - c. masih terdapat disparitas sumber daya antara lain: ketersediaan listrik 24 jam di puskesmas tertinggi di Provinsi Jawa Tengah 99,8%, terendah di Provinsi Papua Barat 35,6%, ketersediaan air bersih sepanjang tahun di puskesmas tertinggi di Provinsi Jawa Timur 89%, terendah Provinsi Papua 39,5%;
 - d. masih terdapat disparitas kependudukan antara lain: *contraceptive prevalence rate* (CPR) antar provinsi, CPR terendah Provinsi Maluku 34,1% dan tertinggi Provinsi Bengkulu 74%, Nasional 61,4%; disparitas *total fertility rate* (TFR) antar provinsi, TFR tertinggi Maluku 3,7 dan terendah DIY 1,5 dan nasional 2,3; tingginya angka *unmet-need* 9,1% (SDKI tahun 2007).
 - e. cakupan ...

- e. masih ditemui disparitas Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan cakupan imunisasi antar wilayah masih tinggi, yaitu:
 - 1) cakupan pemeriksaan kehamilan tertinggi 97,1% dan terendah 67%;
 - 2) cakupan imunisasi lengkap tertinggi sebesar 73,9% dan cakupan terendah sebesar 17,3% (Riskesdas, 2007);
 - 3) rata-rata cakupan pemeriksaan kehamilan sebesar 61,4% (Riskesdas 2010);
 - 4) rata-rata cakupan imunisasi lengkap sebesar 53,8% (Riskesdas 2010);
- f. penyakit infeksi menular masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang menonjol, terutama: TB paru, malaria, HIV/AIDS, DBD dan Diare;
- g. penyakit yang kurang mendapat perhatian (*neglected diseases*), antara lain filariasis, kusta, dan frambusia cenderung meningkat kembali, serta penyakit pes masih terdapat di berbagai daerah;
- h. hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan adanya peningkatan kasus penyakit tidak menular, antara lain penyakit kardiovaskuler dan kanker secara cukup bermakna, menjadikan Indonesia mempunyai beban ganda (*double burden*).

A.2. Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

- 24. Perkembangan penelitian dan pengembangan kesehatan telah mengalami peningkatan, antara lain:
 - a. berbagai hasil penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan telah dimanfaatkan oleh pihak industri dan masyarakat, diantaranya yaitu produksi vaksin flu burung, dan lain sebagainya;
 - b. keberhasilan dalam pelaksanaan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) dan riset-riset di bidang kesehatan lainnya yang hasilnya telah dijadikan indikator kemajuan pembangunan kesehatan baik secara nasional maupun lokal atau daerah;
 - c. telah dimulainya penyelenggaraan program saintifikasi jamu sejak awal tahun 2010 dalam rangka pemanfaatan sumber daya tumbuh-tumbuhan dari alam sebagai bagian dari pemeliharaan dan pengobatan penyakit.
- 25. Meskipun perkembangan penelitian dan pengembangan kesehatan telah mengalami peningkatan sebagaimana dimaksud di atas, namun masih terdapat beberapa permasalahan antara lain:
 - a. masih rendahnya penguasaan dan penerapan teknologi kesehatan oleh sumber daya manusia Indonesia khususnya oleh tenaga kesehatan;

b. masih ...

- b. masih rendahnya sumbangan hasil penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan bagi pembangunan kesehatan;
- c. masih lemahnya sinergi kebijakan pemanfaatan hasil penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan bagi pembangunan kesehatan;
- d. terbatasnya sumber daya manusia yang mempunyai kompetensi dalam menjalankan profesi peneliti kesehatan;
- e. terbatasnya kemampuan adopsi dan adaptasi teknologi dan produk teknologi kesehatan;
- f. masih rendahnya kemampuan masyarakat untuk memanfaatkan hasil penelitian dan mengembangkan teknologi dan produk teknologi kesehatan;
- g. masih lemahnya dukungan penyelenggaraan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan;
- h. hasil penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan termasuk hasil penelitian kebijakan dan hukum kesehatan belum banyak dimanfaatkan sebagai dasar perumusan kebijakan dan perencanaan program dalam pengelolaan kesehatan.

A.3. Pembiayaan Kesehatan

26. Pembiayaan kesehatan terus meningkat dari tahun ke tahun. Persentase pengeluaran nasional kesehatan di Indonesia terhadap Produk Domestik Bruto (PDB) pada tahun 2005 adalah Rp 57,106.45 triliun (2,06%) dan meningkat secara progresif menjadi Rp 132,472.09 triliun (2,36%) pada tahun 2009. Persentase pengeluaran nasional bersumber publik terhadap PDB pada tahun 2005 adalah 0,89% berbanding 1,17% pengeluaran kesehatan swasta (*private*) dan menjadi 1,10% berbanding 1,26% pada tahun 2009. Sementara itu proporsi pengeluaran nasional kesehatan pada tahun 2005 sebesar 43% bersumber publik berbanding 57% bersumber swasta (*private*) bergeser menjadi 47% bersumber publik berbanding 53% bersumber swasta (*private*) yang menunjukkan terjadinya peningkatan pembiayaan kesehatan pada pembiayaan kesehatan bersumber publik. Sementara itu telah terjadi peningkatan pengeluaran nasional kesehatan per kapita lebih dari dua kali lipat yakni Rp 260.509,91,- (ekivalen USD 26.84) pada tahun 2005 menjadi Rp 576.053,95,- (ekivalen USD 55.44) pada tahun 2009. Pada pengeluaran kesehatan Pemerintah terjadi pergeseran pengelolaan dana Pemerintah yakni peningkatan yang signifikan pada Pemerintah Daerah sejalan dengan desentralisasi yakni, dari Rp 9,4 triliun pada tahun 2005 menjadi 24,8 triliun pada tahun 2009.

27. Jaminan ...

27. Jaminan kesehatan juga meningkat dari tahun ke tahun. Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) bagi masyarakat miskin dan tidak mampu menjadi lokomotif pengembangan jaminan di berbagai daerah. Proporsi penduduk yang telah mempunyai jaminan kesehatan dibandingkan dengan yang tidak mempunyai jaminan kesehatan pada tahun 2010 adalah 59,07% berbanding 40,93%. Cakupan kepesertaan jaminan kesehatan secara nasional dengan berbagai cara penjaminan dari penduduk yang telah mempunyai jaminan kesehatan pada tahun 2010 tersebut adalah: 54,8% Jamkesmas, 22,6% Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di berbagai daerah, 12,4% Asuransi Kesehatan (Askes) dan Tentara Nasional Indonesia (TNI)/Polisi Republik Indonesia (Polri), 3,5% Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek), 4,6% berbagai cara penjaminan kesehatan oleh perusahaan serta 2,0% asuransi swasta/komersial. Kontribusi terbesar kepesertaan jaminan kesehatan adalah dari Jamkesmas yakni 76,4 juta peserta.
28. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, maka sejak 1 Januari 2014 mulai diberlakukan Sistem Jaminan Sosial Nasional bidang kesehatan.
29. Masalah strategis dari reformasi pembiayaan kesehatan terutama meliputi:
- a. belum seluruh masyarakat terlindungi secara optimal terhadap beban pembiayaan kesehatan;
 - b. terbatasnya dana operasional Puskesmas dalam rangka pelaksanaan program dan kegiatan untuk mencapai target *Millenium Development Goals* (MDG's);
 - c. belum terpenuhinya kecukupan pembiayaan kesehatan yang diikuti efisiensi dan efektifitas penggunaan anggaran;
 - d. belum adanya pertimbangan kebutuhan biaya pelayanan kesehatan terutama program prioritas sebagaimana Standar Pelayanan Minimal (SPM);
 - e. masih terbatasnya peraturan perundang-undangan yang mendukung pencapaian jaminan kesehatan, hal ini terkait dengan masih terbatasnya kemampuan manajemen pembangunan kesehatan.

A.4. Sumber Daya Manusia Kesehatan

30. Upaya pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan belum memadai, baik jumlah, jenis, maupun kualitas tenaga kesehatan yang dibutuhkan. Selain itu, distribusi tenaga kesehatan masih belum merata. Rasio jumlah dokter di Indonesia 19 per 100.000 penduduk, jumlah ini masih rendah bila dibandingkan dengan negara lain di *The Association of Southeast Asian Nations* (ASEAN), seperti Filipina 58 per 100.000 penduduk dan Malaysia 70 per 100.000 pada tahun 2007.

31. Sejak ...

31. Sejak tahun 2003 juga telah dilaksanakan akreditasi pelatihan dan institusi pelatihan untuk menjaga mutu pelatihan di bidang kesehatan. Hasil pelaksanaan akreditasi pelatihan dari tahun 2003 sampai dengan tahun 2010 adalah dengan terakreditasinya 722 pelatihan dari 863 pelatihan yang diajukan. Sedangkan untuk akreditasi institusi pelatihan hingga tahun 2010 hampir seluruh institusi pelatihan pusat dan daerah telah terakreditasi.
32. Masalah strategis sumber daya manusia kesehatan yang dihadapi dewasa ini dan di masa depan adalah:
 - a. pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan belum dapat memenuhi kebutuhan sumber daya manusia untuk pembangunan kesehatan terutama di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan serta daerah bermasalah kesehatan;
 - b. perencanaan kebijakan dan program sumber daya manusia kesehatan masih lemah dan belum didukung dengan tersedianya sistem informasi terkait sumber daya manusia kesehatan yang memadai;
 - c. masih kurang serasinya antara kebutuhan dan pengadaan berbagai jenis sumber daya manusia kesehatan, kualitas hasil pendidikan sumber daya manusia kesehatan dan pelatihan kesehatan pada umumnya masih belum merata;
 - d. dalam pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan, pemerataan sumber daya manusia kesehatan berkualitas masih kurang, pengembangan karier, sistem penghargaan, dan sanksi belum sebagaimana mestinya, regulasi untuk mendukung sumber daya manusia kesehatan masih terbatas; dan
 - e. pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan masih kurang, dan dukungan sumber daya kesehatan pendukung masih kurang.

A.5. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan

33. Pasar sediaan farmasi masih didominasi oleh produksi domestik, sementara itu bahan baku impor mencapai 85% dari kebutuhan. Di Indonesia terdapat 9.600 jenis tanaman berpotensi mempunyai efek pengobatan, dan baru 300 jenis tanaman yang telah digunakan sebagai bahan baku.
34. Upaya perlindungan masyarakat terhadap penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan telah dilakukan secara komprehensif. Sementara itu Pemerintah telah berusaha untuk menurunkan harga obat, namun masih banyak kendala yang dihadapi.

35. Penggunaan ...

35. Penggunaan obat rasional belum dilaksanakan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan, masih banyak pengobatan yang dilakukan tidak sesuai dengan formularium.
36. Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) digunakan sebagai dasar penyediaan obat di pelayanan kesehatan publik. Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) tersebut telah disusun sejak tahun 1980 dan direvisi secara berkala.
37. Lebih dari 90% obat yang diresepkan di Puskesmas merupakan obat esensial generik. Namun tidak diikuti oleh fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, antara lain di rumah sakit pemerintah kurang dari 76%, rumah sakit swasta 49%, dan apotek kurang dari 47%. Hal ini menunjukkan bahwa konsep obat esensial generik belum sepenuhnya diterapkan.

A.6. Manajemen, Informasi, dan Regulasi Kesehatan

38. Perencanaan pembangunan kesehatan antara pusat dan daerah belum sinkron. Begitu pula dengan perencanaan jangka panjang/menengah masih belum menjadi acuan dalam menyusun perencanaan jangka pendek. Demikian juga dengan banyak kebijakan yang belum disusun berbasis bukti dan belum bersinergi baik perencanaan di tingkat pusat dan/atau di tingkat daerah.
39. Sistem informasi kesehatan menjadi lemah setelah menerapkan kebijakan desentralisasi. Data dan informasi kesehatan untuk perencanaan tidak tersedia tepat waktu.
40. Sistem Informasi Kesehatan Nasional (Siknas) yang berbasis fasilitas sudah mencapai tingkat kabupaten/kota namun belum dimanfaatkan secara optimal.
41. Surveilans yang belum dilaksanakan secara baik dan menyeluruh.
42. Hukum kesehatan belum tertata secara sistematis dan harmonis serta belum mendukung pembangunan kesehatan secara utuh. Peraturan perundang-undangan bidang kesehatan pada saat ini belum cukup, baik jumlah, jenis, maupun efektifitasnya.
43. Pemerintah belum sepenuhnya dapat menyelenggarakan pembangunan kesehatan yang efektif, efisien, dan bermutu sesuai dengan prinsip-prinsip tata pemerintahan yang baik (*good governance*).

A.7. Pemberdayaan Masyarakat

44. Rumah ...

44. Rumah tangga yang telah melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat meningkat dari 27% pada tahun 2005 menjadi 36,3% pada tahun 2007, namun masih jauh dari sasaran yang harus dicapai, yakni sekurang-kurangnya dengan target 60%.
45. Jumlah Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), seperti Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), dan Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) semakin meningkat, tetapi pemanfaatan dan kualitasnya masih rendah. Hingga tahun 2008 sudah terbentuk 47.111 Desa Siaga dimana terdapat 47.111 buah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes). Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) lainnya yang terus berkembang pada tahun 2008 adalah Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) yang telah berjumlah 269.202 buah dan 967 Poskestren. Di samping itu, Pemerintah telah memberikan pula bantuan stimulan untuk pengembangan 229 Musholla Sehat. Sampai dewasa ini dirasakan bahwa masyarakat masih lebih banyak sebagai objek dari pada sebagai subjek pembangunan kesehatan. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan bahwa alasan utama rumah tangga tidak memanfaatkan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) atau Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) walaupun sebenarnya memerlukan adalah karena pelayanannya tidak lengkap (49,6%), lokasinya jauh (26%), dan tidak ada Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) atau Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) (24%).
46. Tanggung jawab sosial perusahaan semakin lama semakin meningkat dan mendapat respon dari masyarakat. Tantangan bagi Pemerintah dan Pemerintah Daerah adalah upaya untuk mendorong terlaksananya peran dunia usaha dalam mendukung pembangunan kesehatan.
47. Semakin meningkatnya kemitraan antara Pemerintah dan Pemerintah Daerah dengan organisasi masyarakat dalam berbagai program kesehatan. Tantangan bagi Pemerintah dan Pemerintah Daerah adalah upaya untuk mendorong peningkatan pemberdayaan masyarakat.

B. PERUBAHAN LINGKUNGAN STRATEGIS

48. Perkembangan global, regional, nasional, dan lokal yang dinamis akan mempengaruhi pembangunan suatu negara, termasuk pembangunan kesehatannya. Hal ini merupakan faktor eksternal utama yang mempengaruhi proses pembangunan kesehatan, termasuk diantaranya kesehatan sebagai ketahanan nasional.
49. Faktor lingkungan strategis dapat dibedakan atas tatanan global, regional, nasional, dan lokal, serta dapat dijadikan peluang atau kendala bagi sistem kesehatan di Indonesia.

B.1. Tingkat ...

B.1. Tingkat Global dan Regional

50. Globalisasi merupakan suatu perubahan interaksi manusia secara luas, yang mencakup ekonomi, politik, sosial, budaya, teknologi, dan lingkungan. Proses ini dipicu dan dipercepat dengan berkembangnya teknologi, informasi, dan transportasi yang mempunyai konsekuensi pada fungsi suatu negara dalam sistem pengelolaannya.
51. Era globalisasi dapat menjadi peluang sekaligus tantangan pembangunan kesehatan, yang sampai saat ini belum sepenuhnya dilakukan persiapan dan langkah-langkah yang menjadikan peluang dan mengurangi dampak yang merugikan, sehingga mengharuskan adanya suatu sistem kesehatan yang responsif.
52. Komitmen Internasional, seperti: *Millenium Development Goals* (MDGs), adaptasi perubahan iklim (*climate change*), *The Association of Southeast Asian Nations Charter* (ASEAN Charter), jejaring riset Asia Pasifik, serta komitmen nasional, seperti revitalisasi pelayanan kesehatan dasar dan pengarusutamaan gender, perlu menjadi perhatian dalam pembangunan kesehatan.

B.2. Tingkat Nasional dan Lokal

53. Pada tingkat nasional terjadi proses politik, seperti desentralisasi, demokratisasi, dan politik kesehatan yang berdampak pada pembangunan kesehatan, sebagai contoh: banyaknya peserta pemilihan kepala daerah (Pilkada) yang menggunakan isu kesehatan sebagai janji politik.
54. Proses desentralisasi yang semula diharapkan mampu memberdayakan daerah dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, namun dalam kenyataannya belum sepenuhnya berjalan dan bahkan memunculkan euforia di daerah yang mengakibatkan pembangunan kesehatan terkendala.
55. Secara geografis, sebagian besar wilayah Indonesia rawan bencana, di sisi lain situasi sosial politik yang berkembang sering menimbulkan konflik sosial yang pada akhirnya memunculkan berbagai masalah kesehatan, termasuk akibat pembangunan yang tidak berwawasan kesehatan yang memerlukan upaya pemecahan melalui berbagai terobosan dan pendekatan.
56. Perangkat regulasi dan hukum yang terkait dengan kesehatan masih belum memadai, sementara itu kemampuan pimpinan tenaga kesehatan dan profesi dalam pemahaman etikolegal dan pembuatan regulasi kesehatan spesifik serta kesadaran hukum masyarakat masih rendah, dan masih lemahnya penegakan hukum menyebabkan berbagai hambatan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

57. Oleh ...

57. Oleh karena itu, perlu dilakukan berbagai terobosan/pendekatan terutama pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan yang memberikan penguatan kapasitas dan surveilans berbasis masyarakat, diantaranya melalui pengembangan Desa Siaga.
58. Di bidang lingkungan, mekanisme mitigasi serta adaptasi dan pengenalan resiko akan perubahan iklim menuntut kegiatan kerja sama antara pihak lingkungan dengan pihak kesehatan dan seluruh sektor terkait.

BAB III ASAS SKN

59. Untuk menjamin efektifitas SKN, maka setiap pelaku pembangunan kesehatan harus taat pada asas yang menjadi landasan bagi setiap program dan kegiatan pembangunan kesehatan.

A. DASAR PEMBANGUNAN KESEHATAN

60. Sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 (RPJP-N), pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dapat terwujud.
61. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan mengacu pada dasar:
 - a. perikemanusiaan;
 - b. pemberdayaan dan kemandirian;
 - c. adil dan merata; dan
 - d. pengutamaan dan manfaat.

A.1. Perikemanusiaan

62. Pembangunan kesehatan harus berlandaskan pada prinsip perikemanusiaan yang dijiwai, digerakkan, dan dikendalikan oleh keimanan dan ketaqwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa.
63. Tenaga kesehatan harus berbudi luhur, memegang teguh etika profesi, dan selalu menerapkan prinsip perikemanusiaan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan serta memiliki kepedulian sosial terhadap lingkungan sekitar.

A.2. Pemberdayaan dan Kemandirian

64. Setiap orang dan masyarakat bersama dengan Pemerintah dan Pemerintah Daerah berperan, berkewajiban, dan bertanggung jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungannya.

65. Pembangunan ...

65. Pembangunan kesehatan harus mampu meningkatkan dan mendorong peran aktif masyarakat.
66. Pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan berlandaskan pada kepercayaan atas kemampuan dan kekuatan sendiri, kepribadian bangsa, semangat solidaritas sosial, gotong royong, dan penguatan kesehatan sebagai ketahanan nasional.

A.3. Adil dan Merata

67. Dalam pembangunan kesehatan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, tanpa memandang suku, agama, golongan, dan status sosial ekonominya.
68. Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan.
69. Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan kembang, serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

A.4. Pengutamaan dan Manfaat

70. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan mengutamakan kepentingan umum daripada kepentingan perorangan atau golongan.
71. Upaya kesehatan yang bermutu diselenggarakan dengan memanfaatkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta harus lebih mengutamakan pendekatan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.
72. Pembangunan kesehatan diselenggarakan berlandaskan pada dasar kemitraan atau sinergisme yang dinamis dan tata penyelenggaraan yang baik, sehingga secara berhasil guna dan bertahap dapat memberi manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat, beserta lingkungannya.
73. Pembangunan kesehatan diarahkan agar memberikan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain: ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut, dan masyarakat miskin.
74. Perlu diupayakan pembangunan kesehatan secara terintegrasi antara pusat dan daerah dengan mengedepankan nilai-nilai pembangunan kesehatan, yaitu: berpihak pada rakyat, bertindak cepat dan tepat, kerja sama tim, integritas yang tinggi, dan transparansi serta akuntabilitas.

B. DASAR ...

B. DASAR SKN

75. Dalam penyelenggaraan, SKN harus mengacu pada dasar-dasar atau asas-asas sebagai berikut:
- a. perikemanusiaan;
 - b. keseimbangan;
 - c. manfaat;
 - d. perlindungan;
 - e. keadilan;
 - f. penghormatan hak asasi manusia;
 - g. sinergisme dan kemitraan yang dinamis;
 - h. komitmen dan tata pemerintahan yang baik (*good governance*);
 - i. legalitas;
 - j. antisipatif dan proaktif;
 - k. gender dan nondiskriminatif; dan
 - l. kearifan lokal.

B.1. Perikemanusiaan

76. Setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKN harus dilandasi atas perikemanusiaan yang berdasarkan pada Ketuhanan Yang Maha Esa dengan tidak membedakan golongan agama dan bangsa.
77. Setiap tenaga pengelola dan pelaksana SKN harus berbudi luhur, memegang teguh etika profesi, dan selalu menerapkan prinsip perikemanusiaan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

B.2. Keseimbangan

78. Setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKN harus dilaksanakan dengan memperhatikan keseimbangan antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, serta antara material dan spiritual.

B.3. Manfaat

79. Setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKN harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dan perikehidupan yang sehat bagi setiap warga negara.

B.4. Perlindungan

80. Setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKN harus dapat memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.

B.5. Keadilan ...

B.5. Keadilan

81. Setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKN harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan yang terjangkau tanpa memandang suku, agama, golongan, dan status sosial ekonominya.

B.6. Penghormatan Hak Asasi Manusia (HAM)

82. Sesuai dengan tujuan pembangunan nasional dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, yaitu untuk meningkatkan kecerdasan bangsa dan kesejahteraan rakyat, maka setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKN harus berdasarkan pada prinsip hak asasi manusia. Pasal 28 H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 antara lain mengamanatkan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dengan tanpa membedakan suku, agama, golongan, jenis kelamin, dan status sosial ekonomi. Begitu juga bahwa setiap anak dan perempuan berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

B.7. Sinergisme dan Kemitraan yang Dinamis

83. SKN akan berfungsi baik untuk mencapai tujuannya apabila terjadi Koordinasi, Integrasi, Sinkronisasi, dan Sinergisme (KISS), baik antar pelaku, antar subsistem SKN, maupun dengan sistem serta subsistem lain di luar SKN. Dengan tatanan ini, maka sistem atau seluruh sektor terkait, seperti pembangunan prasarana, keuangan, dan pendidikan perlu berperan bersama dengan sektor kesehatan untuk mencapai tujuan nasional.
84. Pembangunan kesehatan harus diselenggarakan dengan menggalang kemitraan yang dinamis dan harmonis antara pemerintah dan masyarakat, termasuk swasta dengan mendayagunakan potensi yang dimiliki masing-masing. Kemitraan tersebut diwujudkan dengan mengembangkan jejaring yang berhasil guna dan berdaya guna, agar diperoleh sinergisme yang lebih mantap dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

B.8. Komitmen dan Tata Pemerintahan Yang Baik (*Good Governance*)

85. Agar SKN berfungsi baik, diperlukan komitmen yang tinggi, dukungan, dan kerjasama yang baik dari para pelaku untuk menghasilkan tata penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang baik (*good governance*).

86. Pembangunan ...

86. Pembangunan kesehatan diselenggarakan secara demokratis, berkepastian hukum, terbuka (transparan), rasional, profesional, serta bertanggung jawab dan bertanggung gugat (akuntabel).

B.9. Legalitas

87. Setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKN harus didasarkan pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
88. Dalam menyelenggarakan SKN, diperlukan dukungan regulasi berupa adanya berbagai peraturan perundang-undangan yang responsif, memperhatikan kaidah dasar bioetika dan mendukung penyelenggaraan SKN dan penerapannya (*law enforcement*) dalam menjamin tata tertib pelayanan kesehatan untuk kepentingan terbaik bagi masyarakat.

B.10. Antisipatif dan Proaktif

89. Setiap pelaku pembangunan kesehatan harus mampu melakukan antisipasi atas perubahan yang akan terjadi, yang di dasarkan pada pengalaman masa lalu atau pengalaman yang terjadi di negara lain. Dengan mengacu pada antisipasi tersebut, pelaku pembangunan kesehatan perlu lebih proaktif terhadap perubahan lingkungan strategis baik yang bersifat internal maupun eksternal.

B.11. Gender dan Nondiskriminatif

90. Dalam penyelenggaraan SKN, setiap penyusunan rencana kebijakan dan program serta dalam pelaksanaan program kesehatan harus responsif gender.
91. Kesetaraan gender dalam pembangunan kesehatan adalah kesamaan kondisi bagi laki-laki dan perempuan untuk memperoleh kesempatan dan hak-haknya sebagai manusia, agar mampu berperan dan berpartisipasi dalam kegiatan pembangunan kesehatan serta kesamaan dalam memperoleh manfaat pembangunan kesehatan.
92. Keadilan gender adalah suatu proses untuk menjadi adil terhadap laki-laki dan perempuan dalam pembangunan kesehatan.
93. Setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKN tidak membedakan perlakuan terhadap perempuan dan laki-laki.

B.12. Kearifan Lokal

94. Penyelenggaraan SKN di daerah harus memperhatikan dan menggunakan potensi daerah yang secara positif dapat meningkatkan

hasil ...

hasil guna dan daya guna pembangunan kesehatan, yang dapat diukur secara kuantitatif dari meningkatnya peran serta masyarakat dan secara kualitatif dari meningkatnya kualitas hidup jasmani dan rohani.

95. Dengan demikian kebijakan pembangunan daerah di bidang kesehatan harus sejalan dengan SKN, walaupun dalam praktiknya, dapat disesuaikan dengan potensi dan kondisi serta kebutuhan masyarakat di daerah terutama dalam penyediaan pelayanan kesehatan dasar bagi rakyat.

BAB IV BENTUK POKOK SKN

A. TUJUAN SKN

96. Tujuan SKN adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua komponen bangsa, baik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat termasuk badan hukum, badan usaha, dan lembaga swasta secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna, sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

B. KEDUDUKAN SKN

B.1. Suprasistem SKN

97. Suprasistem SKN adalah Sistem Ketahanan Nasional.
98. SKN bersama dengan berbagai sistem nasional lainnya diarahkan untuk mencapai tujuan bangsa Indonesia seperti yang tercantum dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, yaitu melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial. Dalam kaitan ini, undang-undang yang berkaitan dengan kesehatan merupakan kebijakan strategis dalam pembangunan kesehatan.

B.2. Kedudukan SKN dalam Sistem Nasional Lainnya

99. Terwujudnya keadaan sehat dipengaruhi oleh berbagai faktor yang tidak hanya menjadi tanggung jawab sektor/urusan kesehatan, melainkan juga tanggung jawab berbagai sektor/urusan terkait.

100. Dalam ...

100. Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, SKN perlu menjadi acuan bagi sektor/urusan lain.
101. Dalam penyelenggaraan pembangunan nasional, SKN dapat bersinergi secara dinamis dengan berbagai sistem nasional lainnya, seperti: Sistem Pendidikan Nasional, Sistem Perekonomian Nasional, Sistem Ketahanan Pangan Nasional, Sistem Pertahanan dan Keamanan Nasional (Hankamnas), dan sistem nasional lainnya.
102. Pelaksanaan pembangunan nasional harus berwawasan kesehatan dengan mengikutsertakan seluruh sektor/urusan terkait kesehatan sejak awal perencanaan agar dampak pembangunan yang dilakukan tidak merugikan derajat kesehatan masyarakat secara langsung maupun tidak langsung dalam jangka pendek maupun jangka panjang.

B.3. Kedudukan SKN terhadap Penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan di Daerah

103. Dalam pembangunan kesehatan, SKN merupakan acuan penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah.

B.4. Kedudukan SKN terhadap berbagai Sistem Kemasyarakatan, termasuk Swasta

104. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh dukungan sistem nilai dan budaya masyarakat yang secara bersama terhimpun dalam berbagai sistem kemasyarakatan. Di lain pihak, sebagai sistem kemasyarakatan yang ada, termasuk potensi swasta berperan aktif sebagai mitra dalam pembangunan kesehatan yang dilaksanakan sesuai SKN. Dalam kaitan ini SKN dipergunakan sebagai acuan bagi masyarakat dalam berbagai upaya kesehatan.
105. Keberhasilan pembangunan kesehatan juga ditentukan oleh peran aktif swasta. Dalam kaitan ini potensi swasta merupakan bagian integral dari SKN. Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan perlu digalang kemitraan yang setara, terbuka, dan saling menguntungkan dengan berbagai potensi swasta. Sistem Kesehatan Nasional dapat mewarnai potensi swasta, sehingga sejalan dengan tujuan pembangunan nasional yang berwawasan kesehatan.

C. SUBSISTEM SKN

106. Pendekatan pengelolaan kesehatan dewasa ini dan kecenderungannya di masa depan adalah kombinasi dari pendekatan sistem, kontingensi, dan sinergi yang dinamis. Mengacu pada perkembangan komponen pengelolaan kesehatan dewasa ini serta pendekatan pengelolaan kesehatan tersebut di atas, maka subsistem SKN dikelompokkan sebagai berikut:

a. subsistem ...

- a. subsistem upaya kesehatan;
- b. subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan;
- c. subsistem pembiayaan kesehatan;
- d. subsistem sumber daya manusia kesehatan;
- e. subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan;
- f. subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan;
- g. subsistem pemberdayaan masyarakat.

C.1. Subsistem Upaya Kesehatan

- 107. Untuk dapat mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya perlu diselenggarakan berbagai upaya kesehatan dengan menghimpun seluruh potensi bangsa Indonesia sebagai ketahanan nasional.
- 108. Upaya kesehatan diselenggarakan oleh Pemerintah (termasuk TNI dan POLRI), pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota, dan/atau masyarakat/swasta melalui upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, dan pemulihan kesehatan, di fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas kesehatan.

C.2. Subsistem Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

- 109. Untuk mendapatkan dan mengisi kekosongan data kesehatan dasar dan/atau data kesehatan yang berbasis bukti perlu diselenggarakan kegiatan penelitian dan pengembangan kesehatan dengan menghimpun seluruh potensi dan sumber daya yang dimiliki oleh bangsa Indonesia.
- 110. 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, dan humaniora, kebijakan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat.
- 111. Penelitian dan pengembangan kesehatan dikoordinasikan penyelenggaraannya oleh Pemerintah.

C.3. Subsistem Pembiayaan Kesehatan

- 112. Pembiayaan kesehatan bersumber dari berbagai sumber, yakni: Pemerintah, Pemerintah Daerah, swasta, organisasi masyarakat, dan masyarakat itu sendiri.
- 113. Pembiayaan kesehatan yang adekuat, terintegrasi, stabil, dan berkesinambungan memegang peran yang vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan.

114. Pembiayaan ...

114. Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat merupakan barang publik (*public good*) yang menjadi tanggung jawab pemerintah, sedangkan untuk pelayanan kesehatan perorangan pembiayaannya bersifat privat, kecuali pembiayaan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu menjadi tanggung jawab pemerintah.
115. Pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan diselenggarakan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan dengan mekanisme asuransi sosial yang pada waktunya diharapkan akan mencapai *universal health coverage* sesuai dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

C.4. Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan

116. Sebagai pelaksana upaya kesehatan, diperlukan sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi dalam jumlah, jenis, dan kualitasnya, serta terdistribusi secara adil dan merata, sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan.
117. Sumber daya manusia kesehatan yang termasuk kelompok tenaga kesehatan, sesuai dengan keahlian dan kualifikasi yang dimiliki terdiri dari tenaga medis, tenaga kefarmasian, tenaga keperawatan dan kebidanan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisian medis, dan tenaga kesehatan lainnya, diantaranya termasuk peneliti kesehatan.
118. SKN memberikan fokus penting pada pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan guna menjamin ketersediaan, pendistribusian, dan peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan. Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan meliputi perencanaan kebutuhan dan program sumber daya manusia yang diperlukan, pengadaan yang meliputi pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan sumber daya manusia kesehatan, pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan, termasuk peningkatan kesejahteraannya, dan pembinaan serta pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan.

C.5. Subsistem Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan

119. 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.

C.6. Subsistem ...

C.6. Subsistem Manajemen, Informasi, dan Regulasi Kesehatan

120. Subsistem ini meliputi kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, hukum kesehatan, dan informasi kesehatan.
121. Untuk menggerakkan pembangunan kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna, diperlukan manajemen kesehatan. Peranan manajemen kesehatan adalah koordinasi, integrasi, regulasi, sinkronisasi, dan harmonisasi berbagai subsistem SKN agar efektif, efisien, dan transparansi dalam penyelenggaraan SKN tersebut.
122. Dalam kaitan ini peranan informasi kesehatan sangat penting. Dari segi pengadaan data, informasi, dan teknologi komunikasi untuk penyelenggaraan upaya kesehatan, pengembangan sumber daya manusia, dan kegiatan lainnya, yang kegiatannya dapat dikelompokkan, antara lain:
 - a. pengelolaan sistem informasi;
 - b. pelaksanaan sistem informasi;
 - c. dukungan sumber daya; dan
 - d. pengembangan dan peningkatan sistem informasi kesehatan.

C.7. Subsistem Pemberdayaan Masyarakat

123. SKN akan berfungsi optimal apabila ditunjang oleh pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat. Masyarakat termasuk swasta bukan semata-mata sebagai sasaran pembangunan kesehatan, melainkan juga sebagai subjek atau penyelenggara dan pelaku pembangunan kesehatan. Oleh karenanya pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting, agar masyarakat termasuk swasta dapat mampu dan mau berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan.
124. Dalam pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat meliputi pula upaya peningkatan lingkungan sehat oleh masyarakat sendiri dan upaya peningkatan kepedulian sosial dan lingkungan sekitar.
125. Upaya pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat akan berhasil pada hakekatnya apabila kebutuhan dasar masyarakat sudah terpenuhi. Pemberdayaan masyarakat dan upaya kesehatan pada hakekatnya merupakan fokus dari pembangunan kesehatan.

D. TATA HUBUNGAN ANTAR SUBSISTEM DAN LINGKUNGANNYA

126. Penyelenggaraan SKN memerlukan keterkaitan antar unsur-unsur SKN sebagai suatu tata hubungan yang efektif. Keterkaitan tersebut dijabarkan berikut ini:
 - a. Subsistem ...

- a. Subsistem upaya kesehatan diselenggarakan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Untuk penyelenggaraan subsistem tersebut diperlukan berbagai upaya dengan menghimpun seluruh potensi bangsa Indonesia. Upaya kesehatan tersebut dilaksanakan melalui berbagai jenis fasilitas pelayanan kesehatan. Berbagai upaya tersebut memerlukan dukungan penelitian dan pengembangan kesehatan, pembiayaan, sumber daya manusia kesehatan, ketersediaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat.
- b. Subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan diselenggarakan untuk memberikan data dan informasi di bidang kesehatan yang berbasis bukti. Tersedianya data dan informasi di bidang kesehatan yang berdasarkan hasil penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan akan dijadikan dasar perumusan strategi, kebijakan, dan program upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, ketersediaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat.
- c. Subsistem pembiayaan kesehatan diselenggarakan guna menghasilkan ketersediaan pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk terselenggaranya upaya kesehatan secara merata, terjangkau, dan bermutu bagi seluruh masyarakat. Tersedianya pembiayaan yang memadai juga akan menunjang terselenggaranya subsistem upaya kesehatan, subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan, subsistem sumber daya manusia kesehatan, subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan, serta subsistem pemberdayaan masyarakat.
- d. Subsistem sumber daya manusia kesehatan diselenggarakan guna menghasilkan tenaga kesehatan yang bermutu dalam jumlah dan jenis yang mencukupi, terdistribusi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna serta dikembangkan, sehingga upaya kesehatan dapat diselenggarakan sesuai dengan kebutuhan seluruh lapisan masyarakat. Tersedianya tenaga kesehatan yang mencukupi dan berkualitas juga akan menunjang terselenggaranya subsistem upaya kesehatan, subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan, subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan, subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan, serta subsistem pemberdayaan masyarakat.
- e. Subsistem ...

- e. Subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan diselenggarakan guna menjamin keamanan, khasiat, manfaat, dan mutu semua produk sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang beredar; menjamin ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat, terutama obat esensial, perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat, dan penggunaan obat yang rasional, dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan saling terkait dengan subsistem upaya kesehatan, subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan, subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sumber daya manusia kesehatan, subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan, serta subsistem pemberdayaan masyarakat, sehingga pengelolaan kesehatan dapat diselenggarakan dengan berhasil guna dan berdaya guna.
 - f. Subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan diselenggarakan guna menghasilkan fungsi-fungsi kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, informasi kesehatan, dan hukum kesehatan yang memadai dan mampu menunjang penyelenggaraan upaya kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna. Dengan manajemen kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna dapat diselenggarakan subsistem upaya kesehatan, subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan, subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sumber daya manusia kesehatan, subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, serta subsistem pemberdayaan masyarakat, sebagai suatu kesatuan yang terpadu dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
 - g. Subsistem pemberdayaan masyarakat diselenggarakan guna menghasilkan individu, kelompok, dan masyarakat umum yang mampu berperan aktif dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Masyarakat yang berdaya akan berperan aktif dalam penyelenggaraan subsistem upaya kesehatan, subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan, subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sumber daya manusia kesehatan, subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, serta subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan.
127. Masing-masing subsistem tersebut perlu membuat pencatatan dan pelaporan serta diupayakan agar saling bersinergi, sehingga secara keseluruhan subsistem-subsistem tersebut saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

128. Dalam ...

128. Dalam kaitan ini, hubungan SKN dengan lingkungan strategisnya sangat penting artinya, mengingat pembangunan kesehatan tidak dapat mencapai tujuannya tanpa memperhatikan dengan seksama interaksi dengan lingkungan strategis tersebut, yang meliputi ideologi, politik, ekonomi, sosial budaya, dan pertahanan keamanan. Lingkungan tersebut terdapat di tingkat lokal, nasional, regional, maupun global. Selain itu, lingkungan dimaksud dapat sebagai peluang maupun kendala.

BAB V CARA PENYELENGGARAAN SKN

129. Pengelolaan kesehatan mencakup kegiatan perencanaan, pengaturan, pembinaan dan pengawasan serta evaluasi penyelenggaraan upaya kesehatan dan sumber dayanya secara serasi dan seimbang dengan melibatkan masyarakat.
130. Penyelenggaraan upaya kesehatan meliputi upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Adanya sumber daya dalam penyelenggaraan upaya kesehatan ditujukan untuk keberhasilan penyelenggaraan upaya kesehatan. Sumber daya dalam penyelenggaraan upaya kesehatan meliputi terutama tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan, perbekalan kesehatan, dan teknologi serta produk teknologi.
131. Pengelolaan dan penyelenggaraan pembangunan kesehatan dilakukan dengan memperhatikan nilai-nilai:
- a. prorakyat;
 - b. inklusif;
 - c. responsif;
 - d. efektif;
 - e. bersih.
132. Penyelenggaraan SKN dilaksanakan secara berjenjang dari tingkat pusat sampai daerah. Pemerintah membuat kebijakan yang dapat dilaksanakan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
133. Penyelenggaraan SKN mempertimbangkan komitmen global dan komponennya yang relevan dan berpengaruh secara mendasar dan bermakna terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

A. SUBSISTEM UPAYA KESEHATAN

A.1. Pengertian

134. Subsistem ...

134. Subsistem upaya kesehatan adalah pengelolaan upaya kesehatan yang terpadu, berkesinambungan, paripurna, dan berkualitas, meliputi upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan, yang diselenggarakan guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

A.2. Tujuan

135. Tujuan dari penyelenggaraan subsistem upaya kesehatan adalah terselenggaranya upaya kesehatan yang adil, merata, terjangkau, dan bermutu untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

A.3. Unsur-unsur

136. Unsur-unsur subsistem upaya kesehatan terdiri dari:

- a. upaya kesehatan;
- b. fasilitas pelayanan kesehatan;
- c. sumber daya upaya kesehatan; dan
- d. pembinaan dan pengawasan upaya kesehatan.

A.3.a. Upaya Kesehatan

137. Pelayanan kesehatan meliputi peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan, baik pelayanan kesehatan konvensional maupun pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer melalui pendidikan dan pelatihan dengan selalu mengutamakan keamanan, kualitas, dan bermanfaat.

138. Pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer dilaksanakan secara sinergi dan integrasi dengan pelayanan kesehatan.

139. Pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer diarahkan untuk mengembangkan lingkup keilmuan (*body of knowledge*) supaya sejajar dengan pelayanan kesehatan.

140. Upaya kesehatan diutamakan pada berbagai upaya yang mempunyai daya ungkit tinggi dalam pencapaian sasaran pembangunan kesehatan utamanya penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut, dan masyarakat miskin.

A.3.b. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

141. Fasilitas ...

141. Fasilitas pelayanan kesehatan meliputi fasilitas pelayanan kesehatan perorangan dan/atau fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat, yang diselenggarakan oleh Pemerintah (termasuk TNI/POLRI), pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota, dan/atau masyarakat yang sifatnya sesuai dengan kondisi geografis dan kebutuhan masyarakat.
142. Fasilitas pelayanan kesehatan merupakan alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan, baik peningkatan, pencegahan, pengobatan, maupun pemulihan yang dilakukan oleh pemerintah dan/atau masyarakat, termasuk swasta.
143. Fasilitas pelayanan kesehatan tersebut meliputi pelayanan kesehatan tingkat pertama/primer, pelayanan kesehatan tingkat kedua/sekunder dan pelayanan kesehatan tingkat ketiga/tersier. Ketentuan persyaratan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut ditetapkan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

A.3.c. Sumber Daya Upaya Kesehatan

144. Sumber daya upaya kesehatan terdiri dari sumber daya manusia kesehatan, fasilitas kesehatan, pembiayaan, sarana dan prasarana, termasuk, sediaan farmasi dan alat kesehatan, serta manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan yang memadai guna terselenggaranya upaya kesehatan.
145. Fasilitas kesehatan menyelenggarakan keseluruhan upaya kesehatan yang terdiri dari penyelenggaraan upaya kesehatan tidak langsung yang mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan langsung.

A.3.d. Pembinaan dan Pengawasan Upaya Kesehatan

146. Pelayanan kesehatan harus diberikan berdasarkan standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh Pemerintah dengan memperhatikan masukan dari Pemerintah Daerah, organisasi profesi, dan/atau masyarakat.
147. Pembinaan dan pengawasan upaya kesehatan dilakukan secara berjenjang melalui standarisasi, sertifikasi, lisensi, akreditasi, dan penegakan hukum yang dilakukan oleh pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat.

A.4. Prinsip

148. Prinsip-prinsip subsistem upaya kesehatan terdiri dari:
 - a. terpadu, berkesinambungan, dan paripurna;
 - b. bermutu, aman, dan sesuai kebutuhan;

c. adil ...

- c. adil dan merata;
- d. nondiskriminasi;
- e. terjangkau;
- f. teknologi tepat guna; dan
- g. bekerja dalam tim secara cepat dan tepat.

A.4.a. Terpadu, Berkesinambungan, dan Paripurna

149. Upaya kesehatan bagi masyarakat diselenggarakan secara terpadu, berkesinambungan, dan paripurna meliputi upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan hingga pemulihan, serta rujukan antar tingkatan upaya.

A.4.b. Bermutu, Aman, dan Sesuai Kebutuhan

150. Pelayanan kesehatan bagi masyarakat harus berkualitas, terjamin keamanannya bagi penerima dan pemberi upaya, dapat diterima masyarakat, efektif dan sesuai, serta mampu menghadapi tantangan global dan regional.

A.4.c. Adil dan Merata

151. Pemerintah wajib menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata untuk memenuhi kebutuhan masyarakat di bidang kesehatan di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) dan di luar negeri dalam kondisi tertentu.

A.4.d. Nondiskriminasi

152. Setiap penduduk harus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medis, bukan status sosial ekonomi dan tidak membedakan suku/ras, budaya dan agama, dengan tetap memperhatikan kesetaraan dan pengarusutamaan gender serta perlindungan anak.

A.4.e. Terjangkau

153. Ketersediaan dan pembiayaan pelayanan kesehatan yang bermutu harus terjangkau oleh seluruh masyarakat.

A.4.f. Teknologi Tepat Guna

154. Upaya kesehatan menggunakan teknologi tepat guna yang berbasis bukti. Teknologi tepat guna berasas pada kesesuaian kebutuhan dan tidak bertentangan dengan etika dan norma agama.

A.4.g. Bekerja dalam Tim secara Cepat dan Tepat

155. Upaya ...

155. Upaya kesehatan dilakukan secara kerjasama tim, melibatkan semua pihak yang kompeten, dilakukan secara cepat dengan ketepatan/presisi yang tinggi.

A.5. Penyelenggaraan

156. Penyelenggaraan subsistem upaya kesehatan terdiri dari:

- a. upaya kesehatan; dan
- b. pembinaan dan pengawasan.

A.5.a. Upaya Kesehatan

157. Upaya kesehatan mencakup kesehatan fisik, mental, termasuk intelegensia dan sosial. Upaya kesehatan dilaksanakan dalam tingkatan upaya sesuai dengan kebutuhan medik dan kesehatan.

158. Terdapat tiga tingkatan upaya, yaitu upaya kesehatan tingkat pertama/primer, upaya kesehatan tingkat kedua/sekunder, dan upaya kesehatan tingkat ketiga/tersier.

159. Upaya kesehatan diselenggarakan secara terpadu, berkesinambungan, dan paripurna melalui sistem rujukan.

160. Penyelenggaraan upaya kesehatan dilakukan melalui kegiatan: pelayanan kesehatan; pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer; peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit; penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan; pelayanan kesehatan reproduksi; pelayanan keluarga berencana; upaya kesehatan sekolah; upaya kesehatan olahraga; pelayanan kesehatan pada bencana; pelayanan darah; pelayanan kesehatan gigi dan mulut; penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran; upaya kesehatan matra; pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan; pengamanan makanan dan minuman; pengamanan zat adiktif; pelayanan forensik klinik dan pelayanan bedah mayat; upaya kesehatan ibu, bayi, anak, remaja, lanjut usia dan penyandang cacat; upaya perbaikan gizi; upaya kesehatan jiwa; upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular dan upaya pencegahan, pengendalian dan penanganan penyakit tidak menular; upaya kesehatan lingkungan; dan upaya kesehatan kerja.

161. Peningkatan kesehatan dilakukan melalui kegiatan penyuluhan, penyebarluasan informasi dan/atau kegiatan lain untuk menunjang tercapainya hidup sehat.

162. Pencegahan ...

162. Pencegahan penyakit dilakukan untuk menghindari atau mengurangi resiko, masalah, dan dampak buruk akibat penyakit.
163. Pelayanan kontrasepsi diselenggarakan dengan tata cara berdaya guna dan berhasil guna serta diterima dan dilaksanakan secara bertanggung jawab, untuk mendukung tercapainya penduduk tumbuh seimbang.
164. Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan dapat dilakukan melalui transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh, implan obat dan/atau alat kesehatan, bedah plastik dan rekonstruksi, serta penggunaan sel punca. Organ dan/atau jaringan tubuh dilarang diperjualbelikan dengan dalih apapun. Untuk penyelenggaraan bedah plastik dan rekonstruksi tidak boleh bertentangan dengan norma yang berlaku dalam masyarakat dan tidak ditujukan untuk mengubah identitas. Sedangkan pada penggunaan sel punca dilarang digunakan untuk tujuan reproduksi.
165. Dalam penyelenggaraan kesehatan reproduksi terdapat batasan-batasan yang ketat dalam melakukan aborsi karena pada hakikatnya aborsi itu dilarang.
166. Penyelenggaraan pelayanan darah ditujukan untuk tujuan kemanusiaan dan tidak untuk tujuan komersial.
167. Rujukan di bidang upaya kesehatan perorangan dalam bentuk pengiriman pasien, spesimen, dan pengetahuan tentang penyakit dengan memperhatikan kendali mutu dan kendali biaya, serta rujukan di bidang upaya kesehatan masyarakat dilaksanakan secara bertanggung jawab oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan berwenang serta sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
168. Dalam rangka peningkatan upaya kesehatan yang melibatkan lintas sektor dipandang penting adanya pelayanan kesehatan tingkat internasional, pelayanan kesehatan turisme, rehabilitasi medis penderita ketergantungan obat, pendidikan profesionalitas tenaga kesehatan, dan kerja sama lainnya yang terkait.
169. Penyelenggaraan upaya kesehatan lainnya dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

A.5.a. 1). Upaya Kesehatan Primer

170. Upaya Kesehatan Primer terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan primer dan pelayanan kesehatan masyarakat primer.

A.5.a. 1). a). Pelayanan ...

A.5.a. 1). a). Pelayanan Kesehatan Perorangan Primer (PKPP)

171. Pelayanan kesehatan perorangan primer adalah pelayanan kesehatan dimana terjadi kontak pertama secara perorangan sebagai proses awal pelayanan kesehatan.
172. Pelayanan kesehatan perorangan primer memberikan penekanan pada pelayanan pengobatan, pemulihan tanpa mengabaikan upaya peningkatan dan pencegahan, termasuk di dalamnya pelayanan kebugaran dan gaya hidup sehat (*healthy life style*).
173. Pelayanan kesehatan perorangan primer diselenggarakan oleh tenaga kesehatan yang dibutuhkan dan mempunyai kompetensi seperti yang ditetapkan sesuai ketentuan berlaku serta dapat dilaksanakan di rumah, tempat kerja, maupun fasilitas pelayanan kesehatan perorangan primer baik Puskesmas dan jejaringnya, serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya milik pemerintah, masyarakat, maupun swasta. Dilaksanakan dengan dukungan pelayanan kesehatan perorangan sekunder dalam sistem rujukan yang timbal balik.
174. Pelayanan kesehatan perorangan primer diselenggarakan berdasarkan kebijakan pelayanan kesehatan yang ditetapkan oleh Pemerintah dengan memperhatikan masukan dari Pemerintah Daerah, organisasi profesi, dan/atau masyarakat.
175. Pelayanan kesehatan perorangan primer dapat diselenggarakan sebagai pelayanan yang bergerak (*ambulatory*) atau menetap, dapat dikaitkan dengan tempat kerja, seperti klinik perusahaan; atau dapat disesuaikan dengan lingkungan/kondisi tertentu (kesehatan matra, seperti: kesehatan haji, kesehatan pada penanggulangan bencana, kesehatan transmigrasi, kesehatan di bumi perkemahan, kesehatan dalam penanggulangan gangguan keamanan dan ketertiban masyarakat, kesehatan dalam operasi dan latihan militer di darat, kesehatan kelautan dan bawah air, kesehatan kedirgantaraan/penerbangan, dan kesehatan dalam situasi khusus dan/atau serba berubah).
176. Pemerintah wajib menyediakan pelayanan kesehatan perorangan primer di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) sesuai kebutuhan, terutama bagi masyarakat miskin, daerah terpencil, perbatasan, pulau-pulau terluar dan terdepan, serta yang tidak diminati swasta.
177. Pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan primer untuk penduduk miskin dibiayai oleh Pemerintah, sedangkan golongan ekonomi lainnya dibiayai dalam sistem pembiayaan yang diatur oleh Pemerintah.

178. Dalam ...

178. Dalam pelayanan kesehatan perorangan termasuk pula pelayanan kesehatan berbasis masyarakat dalam bentuk seperti Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) dan pengobatan tradisional, alternatif dan komplementer yang secara ilmiah telah terbukti terjamin keamanan dan khasiatnya.

A.5.a. 1). b). Pelayanan Kesehatan Masyarakat Primer (PKMP)

179. Pelayanan kesehatan masyarakat primer adalah pelayanan peningkatan dan pencegahan tanpa mengabaikan pengobatan dan pemulihan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.

180. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat primer menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang pelaksanaan operasionalnya dapat didelegasikan kepada Puskesmas, dan/atau fasilitas pelayanan kesehatan primer lainnya yang diselenggarakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan/atau masyarakat.

181. Masyarakat termasuk swasta dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat primer sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan bekerja sama dengan Pemerintah/Pemerintah Daerah.

182. Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat primer ditanggung oleh Pemerintah/Pemerintah Daerah bersama masyarakat, termasuk swasta. Pemerintah/Pemerintah Daerah wajib melaksanakan dan membiayai pelayanan kesehatan masyarakat primer yang berhubungan dengan prioritas pembangunan kesehatan melalui kegiatan perbaikan lingkungan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan kematian serta paliatif.

183. Pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat primer didukung kegiatan lainnya, seperti surveilans, pencatatan, dan pelaporan yang diselenggarakan oleh institusi kesehatan yang berwenang.

184. Pemerintah/Pemerintah Daerah dapat membentuk fasilitas pelayanan kesehatan yang secara khusus ditugaskan untuk melaksanakan upaya kesehatan masyarakat sesuai keperluan. Pembentukan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

185. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat primer mendukung upaya kesehatan berbasis masyarakat dan didukung oleh pelayanan kesehatan masyarakat sekunder.

A.5.a. 2). Upaya Kesehatan Sekunder

186. Upaya ...

186. Upaya kesehatan sekunder adalah upaya kesehatan rujukan lanjutan, yang terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan sekunder dan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder.

A.5.a. 2). a). Pelayanan Kesehatan Perorangan Sekunder (PKPS)

187. Pelayanan kesehatan perorangan sekunder adalah pelayanan kesehatan spesialisik yang menerima rujukan dari pelayanan kesehatan perorangan primer, yang meliputi rujukan kasus, spesimen, dan ilmu pengetahuan serta dapat merujuk kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan yang merujuk.

188. Pelayanan kesehatan perorangan sekunder dilaksanakan oleh dokter spesialis atau dokter yang sudah mendapatkan pendidikan khusus dan mempunyai izin praktik serta didukung tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan.

189. Pelayanan kesehatan perorangan sekunder dilaksanakan di tempat kerja maupun fasilitas pelayanan kesehatan perorangan sekunder baik rumah sakit setara kelas C serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, masyarakat, maupun swasta.

190. Pelayanan kesehatan perorangan sekunder harus memberikan pelayanan kesehatan yang aman, sesuai, efektif, efisien dan berbasis bukti (*evidence based medicine*) serta didukung pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.

191. Pelayanan kesehatan perorangan sekunder yang bersifat tradisional, alternatif dan komplementer dilaksanakan berafiliasi dengan atau di rumah sakit pendidikan.

192. Pelayanan kesehatan perorangan sekunder dapat dijadikan sebagai wahana pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pendidikan dan pelatihan.

A.5.a. 2).b). Pelayanan Kesehatan Masyarakat Sekunder (PKMS)

193. Pelayanan kesehatan masyarakat sekunder menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat primer dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, dan sumber daya manusia kesehatan serta didukung oleh pelayanan kesehatan masyarakat tersier.

194. Penyelenggaraan ...

194. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Provinsi sebagai fungsi teknisnya, yakni melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat yang tidak sanggup atau tidak memadai dilakukan pada pelayanan kesehatan masyarakat primer.
195. Dalam penanggulangan penyakit menular yang tidak terbatas pada suatu batas wilayah administrasi pemerintahan (lintas kabupaten/kota), maka tingkat yang lebih tinggi (provinsi) yang harus menanganinya.
196. Fasilitas pelayanan kesehatan penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat sekunder dibangun sesuai dengan standar. Bagi fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat milik swasta harus mempunyai izin sesuai peraturan yang berlaku serta dapat bekerja sama dengan unit kerja Pemerintah dan Pemerintah Daerah, seperti laboratorium kesehatan, Balai Teknik Kesehatan Lingkungan (BTKL), Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK), dan lain-lain.

A.5.a. 3). Upaya Kesehatan Tersier

197. Upaya kesehatan tersier adalah upaya kesehatan rujukan unggulan yang terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan tersier dan pelayanan kesehatan masyarakat tersier.

A.5.a. 3).a). Pelayanan Kesehatan Perorangan Tersier (PKPT)

198. Pelayanan kesehatan perorangan tersier menerima rujukan subspecialistik dari pelayanan kesehatan di bawahnya, dan dapat merujuk kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan yang merujuk.
199. Pelaksana pelayanan kesehatan perorangan tersier adalah dokter subspecialis atau dokter spesialis yang telah mendapatkan pendidikan khusus atau pelatihan dan mempunyai izin praktik dan didukung oleh tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan.
200. Pelayanan kesehatan perorangan tersier dilaksanakan di rumah sakit umum, rumah sakit khusus setara kelas A dan B, baik milik Pemerintah, Pemerintah Daerah maupun swasta yang mampu memberikan pelayanan kesehatan subspecialistik dan juga termasuk klinik khusus, seperti pusat radioterapi.
201. Pemerintah mengembangkan berbagai pusat pelayanan unggulan nasional yang berstandar internasional untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan dan menghadapi persaingan global dan regional.

202. Fasilitas ...

202. Fasilitas pelayanan kesehatan perorangan tersier dapat didirikan melalui modal patungan dengan pihak asing sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

203. Pelayanan kesehatan perorangan tersier wajib melaksanakan penelitian dan pengembangan dasar maupun terapan dan dapat dijadikan sebagai pusat pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan.

A.5.a. 3).b). Pelayanan Kesehatan Masyarakat Tersier (PKMT)

204. Pelayanan kesehatan masyarakat tersier menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat sekunder dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, sumber daya manusia kesehatan, dan rujukan operasional, serta melakukan penelitian dan pengembangan bidang kesehatan masyarakat dan penapisan teknologi dan produk teknologi yang terkait.

205. Pelaksana pelayanan kesehatan masyarakat tersier adalah Dinas Kesehatan Provinsi, unit kerja terkait di tingkat provinsi, Kementerian Kesehatan, dan unit kerja terkait di tingkat nasional.

206. Pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat tersier menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Provinsi dan Kementerian Kesehatan yang didukung dengan kerja sama lintas sektor.

207. Institusi pelayanan kesehatan masyarakat tertentu secara nasional dapat dikembangkan untuk menampung kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat.

A.5.b. Pembinaan dan Pengawasan

A.5.b.1). Pembinaan Upaya Kesehatan

208. Pembinaan upaya kesehatan ditujukan untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan, harus didukung dengan standar pelayanan yang selalu dikaji dalam periode tertentu sesuai kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kebutuhan.

209. Pemerintah menetapkan kebijakan upaya kesehatan termasuk fasilitas pelayanan kesehatan dengan memperhatikan masukan dari Pemerintah Daerah, organisasi profesi, dan/atau masyarakat. Pemerintah provinsi melakukan bimbingan dan pengendalian terhadap pelaksanaan kebijakan upaya kesehatan. Pemerintah kabupaten/kota melaksanakan kebijakan upaya kesehatan.

210. Perizinan ...

210. Perizinan fasilitas pelayanan kesehatan menurut tingkatannya ditetapkan oleh Pemerintah, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota sesuai dengan kewenangannya yang diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku.
211. Pemerintah, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota sebagai penanggung jawab pelaksanaan pembangunan kesehatan di wilayahnya, berkewajiban melakukan pembinaan terhadap semua fasilitas pelayanan kesehatan termasuk swasta, sehingga semua fasilitas pelayanan kesehatan wajib memberikan laporan kegiatannya.
212. Pembinaan upaya kesehatan dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat termasuk swasta.

A.5.b.2). Pengawasan Upaya Kesehatan

213. Pengawasan ditujukan untuk menjamin konsistensi penyelenggaraan upaya kesehatan dan dilakukan secara intensif, baik internal maupun eksternal serta dapat melibatkan masyarakat dan swasta.
214. Hasil pengawasan digunakan untuk perlindungan terhadap masyarakat dan tenaga kesehatan selaku penyelenggara upaya kesehatan.

B. SUBSISTEM PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

B.1. Pengertian

215. Subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan adalah pengelolaan penelitian dan pengembangan, pemanfaatan dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang diselenggarakan dan dikoordinasikan guna memberikan data kesehatan yang berbasis bukti untuk menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

B.2. Tujuan

216. Tujuan dari penyelenggaraan subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan adalah terselenggaranya kegiatan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan, yang ditujukan untuk menghasilkan informasi kesehatan, teknologi, produk teknologi, dan teknologi informasi (TI) kesehatan untuk mendukung pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

B.3. Unsur-unsur ...

B.3. Unsur-unsur

217. Unsur-unsur subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan terdiri dari unsur-unsur area penelitian, pengembangan, dan penapisan:
- biomedis dan teknologi dasar kesehatan;
 - teknologi terapan kesehatan dan epidemiologi klinik;
 - teknologi intervensi kesehatan masyarakat; dan
 - humaniora, kebijakan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat.

B.3.a. Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan

218. Penelitian, pengembangan, dan penapisan biomedis dan teknologi dasar kesehatan meliputi kegiatan riset untuk memecahkan permasalahan ditinjau dari aspek *host*, *agent*, dan lingkungan dengan pendekatan biologi molekular, bioteknologi, dan kedokteran guna peningkatan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna.

B.3.b. Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik

219. Penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi terapan kesehatan dan epidemiologi klinik meliputi kegiatan riset untuk menilai faktor risiko penyakit, penyebab penyakit, prognosa penyakit, dan risiko penerapan teknologi dan produk teknologi kesehatan, termasuk obat bahan alam, terhadap manusia guna peningkatan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna.

B.3.c. Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat

220. Penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi intervensi kesehatan masyarakat meliputi kegiatan riset untuk menilai besaran masalah kesehatan masyarakat, mengembangkan teknologi intervensi, serta menilai reaksi lingkungan terhadap penerapan teknologi dan produk teknologi guna peningkatan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna.

B.3.d. Humaniora, Kebijakan Kesehatan, dan Pemberdayaan Masyarakat

221. Penelitian, pengembangan, dan penapisan humaniora, kebijakan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat meliputi kegiatan riset untuk menganalisis bidang sosial, ekonomi, budaya, etika, hukum, psikologi, formulasi-implementasi, dan evaluasi kebijakan, perilaku, peran serta, dan pemberdayaan masyarakat terkait dengan perkembangan teknologi dan produk teknologi kesehatan guna peningkatan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna.

B.4.Prinsip ...

B.4. Prinsip

222. Prinsip-prinsip subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan terdiri dari:

- a. terpadu, berkesinambungan, dan paripurna;
- b. akurat dan akuntabel;
- c. persetujuan setelah penjelasan;
- d. bekerja dalam tim secara cepat dan tepat;
- e. norma agama;
- f. kebenaran ilmiah; dan
- g. perlindungan terhadap subjek penelitian dan etik.

B.4.a. Terpadu, Berkesinambungan, dan Paripurna

223. Penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan diselenggarakan secara terpadu, berkesinambungan, dan paripurna meliputi riset yang dilakukan berkala dan sebagai kelanjutan hasil riset sebelumnya serta dilakukan menyeluruh di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI).

B.4.b. Akurat dan Akuntabel

224. Penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan harus dilakukan secara teliti dan berbasis bukti yang dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat.

B.4.c. Persetujuan Setelah Penjelasan

225. Penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan harus dilakukan atas dasar persetujuan dari Pemerintah dan apabila melibatkan manusia harus atas dasar persetujuan yang bersangkutan setelah diberikan penjelasan terlebih dahulu.

B.4.d. Bekerja Dalam Tim Secara Cepat dan Tepat

226. Penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan harus dilakukan dengan melibatkan semua pihak yang terkait dan kompeten, bekerja sama, dan dilakukan secara cepat dengan ketepatan yang tinggi, termasuk dalam rangka peningkatan kapasitas dan kompetensi tenaga peneliti kesehatan serta pemanfaatan fasilitas penelitian, pengembangan dan penapisan teknologi kesehatan sebagai wahana pendidikan tenaga peneliti mencapai jenjang keahlian tertinggi.

B.4.e. Norma Agama

227. Penelitian ...

227. Penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang dilakukan tidak boleh bertentangan dengan norma agama dan yang dapat menurunkan harkat dan martabat manusia.

B.4.f. Kebenaran Ilmiah

228. Penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang dilakukan harus didasarkan pada kebenaran ilmiah, yakni kebenaran yang didapatkan melalui tahap-tahap (proses, prosedur) metode ilmiah.

B.4.g. Perlindungan Terhadap Subjek Penelitian dan Etik

229. Penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang dilakukan harus menjamin perlindungan terhadap subjek penelitian. Apabila subjek penelitian tersebut adalah manusia maka harus dilakukan sesuai dengan prinsip etik umum, yaitu menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for person*) yang bertujuan menghormati otonomi dan melindungi manusia yang otonominya terganggu/kurang, berbuat baik (*beneficence*), tidak merugikan (*non-maleficence*), dan keadilan (*justice*). Selain itu kerahasiaan identitas dan data kesehatan subjek penelitian harus dijaga. Penelitian dan pengembangan kesehatan terhadap manusia hanya dapat dilakukan atas dasar persetujuan tertulis dari manusia yang menjadi subjek penelitian.

Penelitian yang menggunakan hewan sebagai subjek penelitian perlu memperhatikan prinsip *reduction*, *refinement*, dan *replacement*. Prinsip ini untuk menghilangkan segi-segi yang tidak manusiawi (*inhumane*) pada penggunaan hewan percobaan. Langkah pertama adalah memilih hewan yang kurang rasa atau tidak rasa (*sentient*, *non-sentient*) sebagai tindakan *replacement*. Melengkapi tindakan *replacement* harus diupayakan tindakan *refinement* untuk mengurangi atau menghilangkan sejauh mungkin rasa nyeri, ketidaknyamanan, dan kesusahan (*distress*) yang diderita hewan percobaan. Selain itu perlu dilakukan *reduction* yaitu upaya mengurangi jumlah hewan yang digunakan sesedikit mungkin. Penggunaan hewan dalam jumlah besar tidak dapat diterima lagi.

Penelitian dan pengembangan yang menggunakan manusia dan hewan percobaan harus mendapatkan persetujuan etik (*ethical clearance*).

B.5. Penyelenggaraan

230. Penelitian, pengembangan, penapisan teknologi, produk teknologi, teknologi informasi, dan informasi kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Hak atas Kekayaan Intelektual (HKI) dan dimanfaatkan bagi kesehatan masyarakat.

231. Penelitian ...

231. Penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan diselenggarakan untuk mencegah terjadinya penyakit, mendeteksi adanya penyakit, meringankan penderitaan akibat penyakit, menyembuhkan, memperkecil komplikasi, dan memulihkan kesehatan setelah sakit serta menganalisis dan memformulasikan berbagai permasalahan yang terjadi dalam pengelolaan kesehatan.
232. Penelitian, pengembangan, penapisan, pemanfaatan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK) yang memadai ditujukan untuk meningkatkan mutu pengelolaan upaya kesehatan. Sesuai dengan perkembangan dan keperluannya, pengembangan dan pemanfaatan IPTEK perlu diperluas untuk mendukung pembangunan kesehatan secara keseluruhan.
233. Pengembangan dan pemanfaatan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK), meliputi:
- a. IPTEK kesehatan dihasilkan dari penelitian dan pengembangan kesehatan yang diselenggarakan oleh pusat-pusat penelitian dan pengembangan milik masyarakat, swasta, dan Pemerintah dan Pemerintah Daerah. Pemerintah melaksanakan penelitian data dasar kesehatan seperti Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas), dan riset lainnya secara berkala, penelitian dan pengembangan upaya kesehatan dan sumber daya kesehatan;
 - b. Pemanfaatan dan penyebarluasan IPTEK kesehatan diatur oleh Pemerintah dengan dukungan organisasi profesi, dilakukan dengan membentuk pusat-pusat penelitian dan pengembangan unggulan, jaringan informasi, dan dokumentasi IPTEK kesehatan.
234. Penelitian kesehatan yang dilaksanakan oleh badan asing dan/atau individu warga negara asing (WNA), serta penelitian yang berisiko tinggi dan berbahaya bagi kesehatan harus atas izin dan diawasi oleh Pemerintah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
235. Penyelenggaraan penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang memerlukan uji coba terhadap manusia dilakukan dengan jaminan tidak merugikan manusia yang dijadikan uji coba.
236. Penyelenggaraan penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang dilakukan terhadap hewan dan makhluk hidup lainnya harus dijamin untuk melindungi kelestarian hewan dan makhluk hidup lainnya tersebut.
237. Untuk penelitian penyakit infeksi yang muncul baru atau berulang (*new emerging* atau *re-emerging diseases*) yang dapat menyebabkan kepedulian kesehatan dan kedaruratan kesehatan masyarakat (*public health ...*

health emergency of international concern/PHEIC) harus dipertimbangkan kemanfaatan (*benefit sharing*) dan penelusuran ulang asal muasalnya (*tracking system*) demi untuk kepentingan nasional.

238. Penyelenggaraan penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang membawa risiko buruk terhadap kesehatan masyarakat tidak diizinkan dan dilarang untuk dilakukan.

C. SUBSISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN

C.1. Pengertian

239. Subsistem pembiayaan kesehatan adalah pengelolaan berbagai upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

C.2. Tujuan

240. Tujuan dari penyelenggaraan subsistem pembiayaan kesehatan adalah tersedianya dana kesehatan dalam jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, merata, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, tersalurkan sesuai peruntukannya untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

C.3. Unsur-unsur

241. Unsur-unsur subsistem pembiayaan kesehatan terdiri dari:

- dana;
- sumber daya; dan
- pengelolaan dana kesehatan.

C.3.a. Dana

242. Dana digali dari sumber Pemerintah, Pemerintah Daerah baik dari sektor kesehatan dan sektor lain terkait, dari masyarakat, maupun swasta serta sumber lainnya yang digunakan untuk mendukung pelaksanaan pembangunan kesehatan.

243. Dana yang tersedia harus mencukupi dan dapat dipertanggungjawabkan serta dipertanggunggugatkan.

C.3.b. Sumber Daya

244. Sumber ...

244. Sumber daya dari subsistem pembiayaan kesehatan, meliputi: sumber daya manusia pengelola, sarana, standar, regulasi, dan kelembagaan yang digunakan secara berhasil guna dan berdaya guna dalam upaya penggalian, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung terselenggaranya pembangunan kesehatan.

C.3.c. Pengelolaan Dana Kesehatan

245. Prosedur/mechanisme pengelolaan dana kesehatan adalah seperangkat aturan yang disepakati dan secara konsisten dijalankan oleh para pelaku subsistem pembiayaan kesehatan, baik oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah secara lintas sektor, swasta, maupun masyarakat yang mencakup mekanisme penggalian, pengalokasian, pembelanjaan dana kesehatan, dan mekanisme pertanggungjawabannya.

C.4. Prinsip

246. Prinsip-prinsip subsistem pembiayaan kesehatan terdiri dari:

- a. kecukupan;
- b. efektif dan efisien; dan
- c. adil dan transparan.

C.4.a. Kecukupan

247. Pembiayaan kesehatan pada dasarnya merupakan tanggung jawab bersama Pemerintah, Pemerintah Daerah, masyarakat, dan swasta.

248. Alokasi dana yang berasal dari Pemerintah dan Pemerintah Daerah untuk pengelolaan kesehatan dilakukan melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja, baik pusat maupun daerah, terus diupayakan peningkatan dan kecukupannya sesuai kebutuhan menuju besaran persentase sebagaimana ditentukan dalam ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

249. Pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu merupakan tanggung jawab Pemerintah dan Pemerintah Daerah

250. Dana kesehatan diperoleh dari berbagai sumber, baik dari Pemerintah, Pemerintah Daerah, masyarakat, maupun swasta yang harus digali dan dikumpulkan serta terus ditingkatkan untuk menjamin kecukupan agar jumlahnya dapat sesuai dengan kebutuhan, dikelola secara adil, transparan, akuntabel, berhasil guna dan berdaya guna, tersalurkan secara tepat memperhatikan subsidiaritas dan fleksibilitas, berkelanjutan, serta menjamin terpenuhinya ekuitas.

C.4.b. Efektif ...

C.4.b. Efektif dan Efisien

251. Dalam menjamin efektifitas dan efisiensi penggunaan dana kesehatan, maka pembelanjannya dilakukan melalui kesesuaian antara perencanaan pembiayaan kesehatan, penguatan kapasitas manajemen perencanaan anggaran dan kompetensi pemberi pelayanan kesehatan.
252. Sistem pembayaran pada fasilitas pelayanan kesehatan perlu dikembangkan menuju bentuk pembayaran prospektif.

C.4.c. Adil dan Transparan

253. Dana kesehatan yang terhimpun baik dari Pemerintah, Pemerintah Daerah, maupun masyarakat dimanfaatkan secara adil dalam rangka menjamin terpeliharanya dan terlindunginya masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.
254. Dana kesehatan digunakan secara bertanggung jawab dan bertanggung gugat berdasarkan prinsip tata pemerintahan yang baik (*good governance*), transparan, dan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.

C.5. Penyelenggaraan

255. Subsistem pembiayaan kesehatan merupakan suatu proses yang terus menerus dan terkendali, agar tersedia dana kesehatan yang mencukupi dan berkesinambungan, bersumber dari Pemerintah, Pemerintah Daerah, swasta, masyarakat, dan sumber lainnya.
256. Perencanaan dan pengaturan pembiayaan kesehatan dilakukan melalui penggalan dan pengumpulan berbagai sumber dana yang dapat menjamin kesinambungan pembiayaan pembangunan kesehatan, mengalokasikannya secara rasional, serta menggunakannya secara efisien dan efektif.
257. Dalam hal pengaturan penggalan dan pengumpulan serta pemanfaatan dana yang bersumber dari iuran wajib, Pemerintah dan Pemerintah Daerah harus melakukan sinkronisasi dan sinergisme antara sumber dana dari iuran wajib, dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN)/ Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), dana dari masyarakat, dan sumber lainnya.
258. Penyelenggaraan subsistem pembiayaan kesehatan terdiri dari:
- a. penggalan dana;
 - b. pengalokasian dana; dan
 - c. pembelanjaan.

C.5.a. Penggalan ...

C.5.a. Penggalian Dana

259. Penggalian dana untuk pembangunan kesehatan yang bersumber dari Pemerintah/Pemerintah Daerah dilakukan melalui pajak umum, pajak khusus, bantuan atau pinjaman yang tidak mengikat, serta berbagai sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
260. Dana yang bersumber dari swasta dihimpun dengan menerapkan prinsip kemitraan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah dan masyarakat yang didukung dengan pemberian insentif.
261. Penggalian dana yang bersumber dari masyarakat dihimpun secara aktif oleh masyarakat sendiri atau dilakukan secara pasif dengan memanfaatkan berbagai dana yang sudah terkumpul di masyarakat.
262. Penggalian dana untuk pelayanan kesehatan perorangan dilakukan dengan cara penggalian dan pengumpulan dana masyarakat dan didorong pada bentuk jaminan pemeliharaan kesehatan.

C.5.b. Pengalokasian Dana

263. Pengalokasian dana Pemerintah dan Pemerintah Daerah dilakukan melalui perencanaan anggaran dengan mengutamakan upaya kesehatan prioritas secara bertahap dan terus ditingkatkan jumlah pengalokasiannya sehingga sesuai dengan kebutuhan. Hal ini termasuk program bantuan sosial dari Pemerintah dan Pemerintah Daerah untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu (Program Jaminan Kesehatan Masyarakat).
264. Dana Pemerintah untuk pembangunan kesehatan diarahkan untuk membiayai upaya kesehatan primer, sekunder, dan tersier dengan mengutamakan masyarakat rentan dan miskin, daerah terpencil, perbatasan, pulau-pulau terluar dan terdepan, serta yang tidak diminati swasta, termasuk program-program kesehatan yang mempunyai daya ungkit tinggi terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat.
265. Pengalokasian dana untuk pelayanan kesehatan perorangan dilakukan melalui kepesertaan dalam jaminan pemeliharaan kesehatan yang diatur oleh Pemerintah.
266. Pengalokasian dana yang dihimpun dari masyarakat dilaksanakan berdasarkan asas gotong-royong sesuai dengan potensi dan kebutuhannya.

C.5.c. Pembelanjaan

267. Pemanfaatan ...

267. Pemanfaatan dana kesehatan dilakukan dengan memperhatikan aspek teknis maupun alokatif sesuai peruntukannya secara efisien dan efektif untuk terwujudnya pengelolaan pembiayaan kesehatan yang transparan, akuntabel, serta menerapkan prinsip penyelenggaraan tata pemerintahan yang baik (*good governance*).
268. Pembelanjaan dana kesehatan diarahkan terutama melalui jaminan pemeliharaan kesehatan, baik yang bersifat wajib maupun sukarela serta dalam upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan.

D. SUBSISTEM SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

D.1. Pengertian

269. Subsistem sumber daya manusia kesehatan adalah pengelolaan upaya pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan, yang meliputi: upaya perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
270. Sumber daya manusia kesehatan adalah tenaga kesehatan (termasuk tenaga kesehatan strategis) dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan.

D.2. Tujuan

271. Tujuan dari penyelenggaraan subsistem sumber daya manusia kesehatan adalah tersedianya sumber daya manusia kesehatan sesuai kebutuhan yang kompeten dan memiliki kewenangan yang terdistribusi secara adil dan merata serta didayagunakan secara optimal dalam mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

D.3. Unsur-unsur

272. Unsur-unsur subsistem sumber daya manusia kesehatan terdiri dari:
- a. sumber daya manusia kesehatan;
 - b. sumber daya pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan; dan
 - c. penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan.

D.3.a. Sumber ...

D.3.a. Sumber Daya Manusia Kesehatan

273. Sumber daya manusia kesehatan baik tenaga kesehatan maupun tenaga pendukung/penunjang kesehatan, mempunyai hak untuk memenuhi kebutuhan dasarnya (hak asasi) sebagai makhluk sosial, wajib memiliki kompetensi, kewenangan untuk mengabdikan dirinya di bidang kesehatan, mempunyai etika, berakhlak luhur, dan berdedikasi tinggi dalam melakukan tugasnya.

D.3.b. Sumber Daya Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan

274. Sumber daya pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan adalah sumber daya pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan sumber daya manusia kesehatan, yang meliputi berbagai standar kompetensi, modul dan kurikulum serta metode pendidikan dan latihan, sumber daya manusia pendidikan dan pelatihan, serta institusi/fasilitas pendidikan dan pelatihan yang menyediakan sarana dan prasarana pendidikan dan pelatihan. Dalam sumber daya ini juga termasuk sumber daya manusia, dana, cara atau metode, serta peralatan dan perlengkapan untuk melakukan perencanaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan.

D.3.c. Penyelenggaraan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan

275. Penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan meliputi upaya perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan.

276. Perencanaan sumber daya manusia kesehatan adalah upaya penetapan jenis, jumlah, kualifikasi, dan distribusi tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.

277. Pengadaan sumber daya manusia kesehatan adalah upaya yang meliputi pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan sumber daya manusia kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pembangunan kesehatan.

278. Pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan adalah upaya pemerataan dan pemanfaatan serta pengembangan sumber daya manusia kesehatan.

279. Pembinaan ...

279. Pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan adalah upaya untuk mengarahkan, memberikan dukungan, serta mengawasi pengembangan dan pemberdayaan mutu sumber daya manusia kesehatan.

D.4. Prinsip

280. Prinsip-prinsip subsistem sumber daya manusia kesehatan terdiri dari:

- a. adil dan merata serta demokratis;
- b. kompeten dan berintegritas;
- c. objektif dan transparan; dan
- d. hierarki dalam sumber daya manusia kesehatan.

D.4.a. Adil dan Merata serta Demokratis

281. Pemenuhan ketersediaan sumber daya manusia kesehatan ke seluruh wilayah Indonesia harus berdasarkan pemerataan dan keadilan sesuai dengan potensi dan kebutuhan pembangunan kesehatan serta dilaksanakan secara demokratis, tidak diskriminatif dengan menjunjung tinggi hak asasi manusia, nilai keagamaan, nilai budaya, dan kemajemukan bangsa.

D.4.b. Kompeten dan Berintegritas

282. Pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia kesehatan dilaksanakan sesuai standar pelayanan dan standar kompetensi sehingga menghasilkan sumber daya manusia kesehatan yang menguasai Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK), profesional, beriman, bertaqwa, mandiri, bertanggung jawab, dan berdaya saing tinggi.

D.4.c. Objektif dan Transparan

283. Pembinaan dan pengawasan serta pendayagunaan termasuk pengembangan karir sumber daya manusia kesehatan dilakukan secara objektif dan transparan berdasarkan prestasi kerja dan disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.

D.4.d. Hierarki Dalam Sumber Daya Manusia Kesehatan

284. Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan dalam mendukung pembangunan kesehatan perlu memperhatikan adanya susunan hierarki sumber daya manusia kesehatan yang ditetapkan berdasarkan jenis dan tingkat tanggung jawab dan wewenang, kompetensi, serta keterampilan masing-masing sumber daya manusia kesehatan.

D.5. Penyelenggaraan ...

D.5. Penyelenggaraan

285. Penyelenggaraan subsistem sumber daya manusia kesehatan terdiri dari:
- a. perencanaan sumber daya manusia kesehatan;
 - b. pengadaan sumber daya manusia kesehatan;
 - c. pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan; dan
 - d. pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan.

D.5.a. Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan

286. Penyusunan rencana kebutuhan sumber daya manusia kesehatan dilakukan dengan memperhatikan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan yang diutamakan, baik dalam upaya kesehatan primer maupun upaya kesehatan sekunder serta tersier.
287. Perencanaan sumber daya manusia kesehatan yang meliputi jenis, jumlah, dan kualifikasinya dilakukan dengan meningkatkan dan memantapkan keterkaitannya dengan unsur lainnya dalam manajemen pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan dengan memperhatikan tujuan pembangunan kesehatan dan kecenderungan permasalahan kesehatan di masa depan.
288. Perencanaan sumber daya manusia kesehatan dilakukan dengan mendasarkan pada fakta (berbasis bukti) melalui peningkatan sistem informasi sumber daya manusia kesehatan.

D.5.b. Pengadaan Sumber Daya Manusia Kesehatan

289. Standar pendidikan tenaga kesehatan mengacu kepada standar kompetensi dan standar pelayanan serta perlu didukung oleh etika profesi.
290. Standar pelatihan sumber daya manusia kesehatan mengacu kepada standar kompetensi dan standar pelayanan serta perlu didukung oleh etika profesi.
291. Pemerintah dengan melibatkan organisasi profesi dan masyarakat menetapkan standar kompetensi dan standar pendidikan yang berlaku secara nasional.
292. Pemerintah bertanggung jawab mengatur pendirian institusi pendidikan dan pembukaan program pendidikan tenaga kesehatan yang dibutuhkan dalam pembangunan kesehatan.

293. Pendirian ...

293. Pendirian institusi pendidikan dan pembukaan program pendidikan ditekankan untuk menghasilkan lulusan tenaga kesehatan yang bermutu dan dapat bersaing secara global dengan memperhatikan keseimbangan antara kebutuhan, dinamika pasar baik di dalam maupun di luar negeri, dan kemampuan pengadaan tenaga kesehatan dengan yang sudah ada.
294. Pemerintah dengan melibatkan organisasi profesi membentuk badan regulator profesi yang bertugas menyusun berbagai peraturan persyaratan, menentukan kompetensi umum, prosedur penetapan kompetensi khusus tenaga kesehatan, serta menentukan sertifikasi institusi pendidikan dan pelatihan profesi.
295. Kompetensi tenaga kesehatan harus setara dengan kompetensi tenaga kesehatan di dunia internasional, sehingga registrasi tenaga kesehatan lulusan dalam negeri dapat diakui di dunia internasional.
296. Penyelenggaraan pendidikan tenaga kesehatan harus memenuhi akreditasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Institusi/fasilitas pelayanan kesehatan yang terakreditasi wajib mendukung penyelenggaraan pendidikan tenaga kesehatan.
297. Penyelenggaraan pendidikan tenaga kesehatan harus responsif gender yang berorientasi kepada kepentingan peserta didik (*student centered*).

D.5.c. Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan

298. Pemerintah bekerjasama dengan Pemerintah Daerah melakukan upaya penempatan tenaga kesehatan yang ditujukan untuk mencapai pemerataan yang berkeadilan dalam pembangunan kesehatan.
299. Dalam rangka penempatan tenaga kesehatan untuk kepentingan pelayanan publik dan pemerataan, Pemerintah/Pemerintah Daerah melakukan berbagai pengaturan untuk memberikan imbalan material atau non material kepada tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan di daerah yang tidak diminati, seperti: daerah terpencil, daerah sangat terpencil, daerah tertinggal, daerah perbatasan, pulau-pulau terluar dan terdepan, serta daerah bencana dan rawan konflik.
300. Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta melakukan rekrutmen dan penempatan tenaga kesehatan dan tenaga pendukung kesehatan yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan dan/atau menjalankan tugas serta fungsi institusinya.

301. Pemerintah ...

301. Pemerintah/Pemerintah Daerah bersama unit pelaksana teknisnya (UPT) dan masyarakat melakukan rekrutmen dan penempatan tenaga penunjang (tenaga masyarakat) yang diperlukan untuk mendukung Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.
302. Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta mengembangkan dan menerapkan pola karir tenaga kesehatan yang dilakukan secara transparan, terbuka, dan lintas institusi melalui jenjang jabatan struktural dan jabatan fungsional.
303. Pemerintah/Pemerintah Daerah, bersama organisasi profesi dan swasta mengupayakan penyelenggaraan pendidikan berkelanjutan dalam rangka peningkatan karir dan profesionalisme tenaga kesehatan.
304. Pendayagunaan tenaga kesehatan untuk keperluan luar negeri diatur oleh lembaga pemerintah dalam rangka menjamin keseimbangan antara kemampuan pengadaan tenaga kesehatan di Indonesia dan kebutuhan tenaga kesehatan Indonesia di luar negeri serta melindungi hak-hak dan hak asasi manusia tenaga kesehatan Indonesia di luar negeri.
305. Pendayagunaan tenaga kesehatan warga negara asing hanya dilakukan pada tingkat konsultan pada bidang tertentu, dalam rangka alih teknologi dan ditetapkan melalui persyaratan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku. Dalam rangka mengantisipasi globalisasi perlu dilakukan pengaturan agar masuknya sumber daya manusia kesehatan warga negara asing dengan teknologi, modal, dan pengalaman yang mereka miliki tidak merugikan sumber daya manusia kesehatan Indonesia.
306. Tenaga kesehatan warga negara Indonesia lulusan institusi pendidikan luar negeri yang telah memenuhi persyaratan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, mempunyai hak dan kewajiban yang sama dengan tenaga kesehatan lulusan dalam negeri.
307. Dalam rangka pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan yang sesuai kebutuhan pembangunan kesehatan, perlu dilakukan peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan secara terus menerus (pra-jabatan/"*pre-service*" dan "*in-service*"), diantaranya melalui pelatihan yang terakreditasi dan dilaksanakan oleh institusi penyelenggara pelatihan yang terakreditasi.

308. Dalam ...

308. Dalam rangka pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai standar kompetensi yang telah disahkan oleh Pemerintah, perlu dikembangkan dan melaksanakan program pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan yang dibiayai oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau swasta.

D.5.d. Pembinaan dan Pengawasan Mutu Sumber Daya Manusia Kesehatan

309. Pembinaan, penyelenggaraan, pengembangan, dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan diberbagai tingkatan dan/atau organisasi memerlukan komitmen yang kuat dari Pemerintah dan Pemerintah Daerah serta dukungan peraturan perundang-undangan mengenai pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan tersebut.

310. Pembinaan dan pengawasan praktik profesi bagi tenaga kesehatan dilakukan melalui uji kompetensi, sertifikasi, registrasi, dan pemberian izin praktik/izin kerja bagi tenaga kesehatan yang memenuhi syarat.

311. Sertifikasi tenaga kesehatan dalam bentuk ijazah diberikan oleh institusi pendidikan yang terakreditasi dan dalam bentuk sertifikat kompetensi diberikan setelah melalui uji kompetensi yang dilaksanakan oleh kolegium atau lembaga uji sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan dengan mengikutsertakan organisasi profesi terkait.

312. Registrasi tenaga kesehatan dilakukan oleh lembaga/instansi pemerintah yang berwenang untuk itu sebagai bentuk pengesahan kompetensi tenaga kesehatan dan sebagai dasar pemberian kewenangan melakukan praktik profesi di seluruh wilayah Indonesia.

313. Pemberian izin praktik/izin kerja bagi tenaga kesehatan dilakukan oleh instansi yang menyelenggarakan urusan pemerintahan daerah kabupaten/kota di bidang kesehatan setelah mendapatkan rekomendasi dari organisasi profesi terkait sebagai bentuk pemberian kewenangan melakukan praktik profesi pada tempat tertentu dalam rangka memperoleh penghasilan secara mandiri dari profesinya dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

314. Pembinaan dan pengawasan sumber daya manusia kesehatan dilakukan melalui sistem karier, penggajian, dan insentif untuk hidup layak sesuai dengan tata nilai di masyarakat dan beban tugasnya agar dapat bekerja secara profesional.

315. Pengawasan ...

315. Pengawasan sumber daya manusia kesehatan dilakukan untuk mencegah terjadinya pelanggaran etik/disiplin/hukum yang dilakukan oleh tenaga kesehatan maupun tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang bekerja dalam bidang kesehatan. Pelanggaran etik dapat dikenakan sanksi etik oleh organisasi profesi yang bersangkutan. Pelanggaran disiplin dapat dikenakan sanksi disiplin sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Apabila pelanggaran tersebut menyebabkan kerugian kepada pihak lain, maka dalam rangka melindungi masyarakat, yang bersangkutan dapat dikenakan sanksi hukum sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku.

E. SUBSISTEM SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN, DAN MAKANAN

E.1. Pengertian

316. Subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan adalah pengelolaan berbagai upaya yang menjamin keamanan, khasiat/manfaat, mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan.

317. Sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional, dan kosmetika.

E.2. Tujuan

318. Tujuan penyelenggaraan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan adalah tersedianya sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang terjamin aman, berkhasiat/bermanfaat dan bermutu, dan khusus untuk obat dijamin ketersediaan dan keterjangkauannya guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

E.3. Unsur-unsur

319. Unsur-unsur subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan terdiri dari:

- a. komoditi;
- b. sumber daya;
- c. pelayanan kefarmasian;
- d. pengawasan; dan
- e. pemberdayaan masyarakat.

E.3.a. Komoditi

320. Sediaan farmasi dan alat kesehatan adalah komoditi untuk penyelenggaraan upaya kesehatan.

321. Makanan ...

- 321. Makanan adalah komoditi yang mempengaruhi kesehatan masyarakat.
- 322. Sediaan farmasi harus tersedia dalam jenis, bentuk, dosis, jumlah, dan khasiat yang tepat.
- 323. Alat kesehatan harus tersedia dalam jenis, bentuk, jumlah, dan fungsinya.
- 324. Makanan harus tersedia dalam jenis dan manfaat.

E.3.b. Sumber Daya

- 325. Sumber daya manusia yang mengerti dan terampil dalam bidang sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan harus dengan jumlah yang cukup serta mempunyai standar kompetensi yang sesuai dengan etika profesi.
- 326. Fasilitas sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan adalah peralatan atau tempat yang harus memenuhi kebijakan yang telah ditetapkan, baik di fasilitas produksi, distribusi maupun fasilitas pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier.
- 327. Pembiayaan yang cukup dari Pemerintah dan Pemerintah Daerah diperlukan untuk menjamin ketersediaan dan keterjangkauan obat, terutama obat dan alat kesehatan esensial bagi masyarakat miskin.

E.3.c. Pelayanan Kefarmasian

- 328. Pelayanan kefarmasian ditujukan untuk dapat menjamin penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan, secara rasional, aman, dan bermutu di semua fasilitas pelayanan kesehatan dengan mengikuti kebijakan yang ditetapkan.

E.3.d. Pengawasan

- 329. Pengawasan komprehensif yang meliputi standarisasi, evaluasi produk sebelum beredar, sertifikasi, pengawasan produk sebelum beredar, dan pengujian produk dengan melaksanakan regulasi yang baik (*good regulatory practices*), ditujukan untuk menjamin setiap sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang beredar memenuhi standar dan persyaratan keamanan, khasiat/manfaat, dan mutu produk yang ditetapkan dengan didukung oleh laboratorium pengujian yang handal.

330. Masyarakat ...

330. Masyarakat senantiasa dilibatkan secara aktif agar sadar dan dapat lebih berperan dalam penyediaan dan penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan serta terhindar dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan.

331. Penyediaan unit pelayanan publik bidang kesehatan diadakan untuk menangani berbagai masalah yang mudah diakses oleh masyarakat dan menerima keluhan atau pertanyaan terkait dengan sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan.

E.4. Prinsip

332. Prinsip-prinsip subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan terdiri dari:

- a. aman, berkhasiat, bermanfaat, dan bermutu;
- b. tersedia, merata, dan terjangkau;
- c. rasional;
- d. transparan dan bertanggung jawab; dan
- e. kemandirian.

E.4.a. Aman, Berkhasiat, Bermanfaat, dan Bermutu

333. Pemerintah menjamin keamanan, khasiat, manfaat, dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan melalui pembinaan, pengawasan, dan pengendalian secara profesional, bertanggung jawab, independen, transparan, dan berbasis bukti ilmiah.

334. Pelaku usaha bertanggung jawab atas keamanan, khasiat/manfaat, dan mutu produk sesuai dengan fungsi usahanya dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

E.4.b. Tersedia, Merata, dan Terjangkau

335. Obat merupakan kebutuhan dasar manusia yang tidak tergantikan dalam pelayanan kesehatan, sehingga obat tidak boleh diperlakukan sebagai komoditas ekonomi semata.

E.4.c. Rasional

336. Setiap pelaku pelayanan kesehatan harus selalu bertindak berdasarkan bukti ilmiah terbaik dan prinsip tepat biaya (*cost-effective*) serta tepat manfaat (*cost-benefit*) dalam pemanfaatan obat agar memberikan hasil yang optimal.

E.4.d. Transparan dan Bertanggung Jawab

337. Masyarakat ...

337. Masyarakat berhak untuk mendapatkan informasi yang benar, lengkap, dan tidak menyesatkan tentang sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan dari produsen, distributor, dan pelaku pelayanan kesehatan.

E.4.e. Kemandirian

338. Potensi sumber daya dalam negeri, utamanya bahan baku obat dan obat tradisional harus dikelola secara profesional, sistematis, dan berkesinambungan sehingga memiliki daya saing tinggi dan mengurangi ketergantungan dari sumber daya luar negeri serta menjadi sumber ekonomi masyarakat dan devisa negara.

E.5. Penyelenggaraan

339. Penyelenggaraan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan terdiri dari:

- a. upaya ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat dan alat kesehatan;
- b. upaya pengawasan untuk menjamin persyaratan keamanan, khasiat/manfaat, mutu produk sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan serta perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat dan alat kesehatan;
- c. upaya penyelenggaraan pelayanan kefarmasian;
- d. upaya penggunaan obat yang rasional; dan
- e. upaya kemandirian sediaan farmasi melalui pemanfaatan sumber daya dalam negeri.

E.5.a. Upaya Ketersediaan, Pemerataan, dan Keterjangkauan Obat dan Alat Kesehatan.

340. Penyediaan dan pelayanan obat berpedoman pada Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan.

341. Pemerintah dan Pemerintah Daerah dengan pengaturan khusus menjamin tersedianya obat bagi masyarakat di daerah terpencil, daerah tertinggal dan perbatasan, serta daerah bencana, daerah rawan konflik dan obat yang tidak mempunyai nilai ekonomis (*orphan drug*).

342. Pemerintah melakukan pengendalian dan pengawasan terhadap pengadaan dan penyaluran untuk menjamin ketersediaan dan pemerataan obat dan alat kesehatan.

343. Pemerintah mengatur harga obat dan alat kesehatan.

E.5.b. Upaya ...

E.5.b.Upaya Pengawasan Untuk Menjamin Persyaratan Keamanan, Khasiat/Manfaat, Mutu Produk Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan serta Perlindungan Masyarakat dari Penggunaan yang Salah dan Penyalahgunaan Obat dan Alat Kesehatan

344. Upaya pengawasan untuk menjamin persyaratan keamanan, khasiat/manfaat, mutu produk sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan merupakan tugas bersama yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan, yaitu Pemerintah, Pemerintah Daerah, pelaku usaha, dan masyarakat secara terpadu dan bertanggung jawab.

345. Pelaksanaan regulasi yang baik (*good regulatory practices*) didukung oleh sumber daya yang memadai secara kuantitas maupun kualitas, sistem manajemen mutu, akses terhadap ahli dan referensi ilmiah, kerjasama internasional, laboratorium pengujian mutu yang kompeten, independen, dan transparan.

346. Pengembangan dan penyempurnaan kebijakan mengenai produk dan fasilitas produksi dan distribusi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan sesuai dengan perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK) dan standar internasional.

347. Pembinaan, pengawasan, dan pengendalian impor, ekspor, produksi dan distribusi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan merupakan suatu kesatuan yang utuh, dilakukan melalui penilaian keamanan, khasiat/manfaat, dan mutu produk melalui proses pendaftaran dan evaluasi, inspeksi fasilitas produksi dan distribusi, pengambilan dan pengujian sampel, survailans dan ujian setelah pemasaran, serta pemantauan label atau penandaan, iklan dan promosi.

348. Dalam rangka menghindarkan dampak buruk dari penggunaan alat kesehatan, maka upaya jaminan perlindungan keamanan diberikan kepada pengguna dan operator alat kesehatan, masyarakat, serta lingkungannya.

349. Penegakan hukum yang konsisten dengan efek jera yang tinggi untuk setiap pelanggaran, termasuk pemberantasan produk palsu dan ilegal.

350. Peningkatan kesadaran/kemandirian masyarakat melalui penyediaan dan penyebaran informasi terpercaya termasuk informasi harga obat, sehingga masyarakat memperoleh informasi yang benar, menyeluruh, transparan, dan tidak menyesatkan mengenai penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan.

351. Perlindungan ...

351. Perlindungan masyarakat dari penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif (NAPZA) harus merupakan upaya yang terpadu antara upaya represif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
352. Perlindungan masyarakat terhadap pencemaran sediaan farmasi dari bahan-bahan yang dilarang atau penggunaan bahan tambahan makanan yang tidak sesuai persyaratan.
353. Mendorong masyarakat rentan terutama anak dan ibu hamil, serta manusia usia lanjut untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi tinggi dan memenuhi persyaratan keamanan, mutu dan gizi.

E.5.c. Upaya Penyelenggaraan Pelayanan Kefarmasian

354. Penyelenggaraan pelayanan kefarmasian di semua fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan dengan:
 - a. mengutamakan kesejahteraan pasien dalam segala situasi dan kondisi;
 - b. melaksanakan kegiatan inti farmasi yang meliputi pengelolaan obat dan produk kesehatan lainnya, menjamin mutu, memberikan informasi dan saran serta memonitor penggunaan obat oleh pasien;
 - c. memberikan kontribusi dalam peningkatan persepsian yang rasional dan ekonomis serta penggunaan yang tepat; dan
 - d. memberikan pelayanan kefarmasian yang sesuai untuk setiap individu.

E.5.d. Upaya Penggunaan Obat yang Rasional

355. Penggunaan obat yang rasional merupakan salah satu langkah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik dan mengefisienkan biaya pengobatan.
356. Penyelenggaraan upaya penggunaan obat yang rasional dilakukan antara lain melalui kegiatan berikut:
 - a. penerapan Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) dalam upaya pelayanan kesehatan tingkat primer, sekunder, dan tersier, melalui pemanfaatan pedoman terapi dan formularium berbasis bukti ilmiah terbaik;
 - b. audit dan umpan balik dalam penggunaan obat rasional;
 - c. pengembangan mekanisme pemantauan ketersediaan obat esensial dan langkah-langkah perbaikan di setiap fasilitas pelayanan kesehatan;
 - d. pemberdayaan Komite Farmasi dan Terapi (KFT) untuk meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian melalui penggunaan obat secara rasional;
 - e. penerapan ...

- e. penerapan pendekatan farmako ekonomi melalui analisis biaya efektif dan biaya manfaat pada seleksi obat yang digunakan di semua tingkat pelayanan kesehatan;
- f. penyediaan informasi obat yang benar, objektif, dan lengkap melalui penyusunan Informasi Obat Nasional Indonesia (IONI) akan sangat mendukung para profesi kesehatan seperti: dokter, apoteker, perawat dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan yang terbaik kepada masyarakat sehingga dapat meningkatkan kemanfaatan dan keamanan penggunaan obat termasuk penggunaan obat yang rasional;
- g. pemberdayaan masyarakat melalui Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE). Informasi kepada masyarakat, antara lain promosi penggunaan obat generik dan pengelolaan berbagai penyakit secara tepat, seperti penyakit diare, dan lain-lain; serta
- h. pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan dalam melaksanakan penggunaan obat rasional di semua fasilitas pelayanan kesehatan.

E.5.e.Upaya Kemandirian Sediaan Farmasi Melalui Pemanfaatan Sumber Daya Dalam Negeri

357. Pengembangan dan pemanfaatan sumber daya alam Indonesia perlu didorong secara berkelanjutan untuk digunakan sebagai obat tradisional demi peningkatan pelayanan kesehatan dan ekonomi. Langkah-langkah yang perlu diselenggarakan meliputi:

- a. pemilihan produk yang tepat untuk pengembangan produksi dalam negeri dengan mempertimbangkan potensi sumber daya dalam negeri;
- b. Pemerintah menciptakan iklim yang kondusif bagi investasi di bidang farmasi melalui persaingan usaha yang adil, pemberian insentif kebijakan perpajakan dan perbankan, serta kepastian proses perijinan;
- c. pembinaan industri farmasi dalam negeri agar mampu melakukan produksi sesuai dengan Cara Pembuatan Obat yang Baik (CPOB) dan dapat melakukan usahanya dengan efektif dan efisien sehingga mempunyai daya saing yang tinggi;
- d. komitmen semua pemangku kepentingan, seperti kemauan industri farmasi domestik untuk memprioritaskan penggunaan bahan baku produksi dalam negeri, penerimaan fasilitas pelayanan kesehatan, para pemberi pelayanan kesehatan dan konsumen;
- e. peningkatan penelitian dan pengembangan bahan baku obat, obat, dan obat tradisional untuk menunjang pembangunan kesehatan;

f. pengembangan ...

- f. pengembangan pemanfaatan obat tradisional yang aman, memiliki khasiat nyata yang teruji secara ilmiah, bermutu tinggi, dan dimanfaatkan secara luas baik untuk pengobatan sendiri oleh masyarakat maupun digunakan dalam pelayanan kesehatan formal.

358. Penyelenggaraan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan harus melibatkan seluruh pelaku baik secara perorangan maupun bersama dan terpadu antara Pemerintah, Pemerintah Daerah swasta/dunia usaha, dan masyarakat.

F. SUBSISTEM MANAJEMEN, INFORMASI, DAN REGULASI KESEHATAN

F.1. Pengertian

359. Subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan adalah pengelolaan yang menghimpun berbagai upaya kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, pengaturan hukum kesehatan, pengelolaan data dan informasi kesehatan yang mendukung subsistem lainnya dari SKN guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

F.2. Tujuan

360. Tujuan subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan adalah terwujudnya kebijakan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan, berbasis bukti dan operasional, terselenggaranya fungsi-fungsi administrasi kesehatan yang berhasil guna, berdaya guna, dan akuntabel, serta didukung oleh hukum kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

F.3. Unsur-unsur

361. Unsur-unsur subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan terdiri dari:
- a. kebijakan kesehatan;
 - b. administrasi kesehatan;
 - c. hukum kesehatan;
 - d. informasi kesehatan; dan
 - e. sumber daya manajemen kesehatan.

F.3.a. Kebijakan Kesehatan

362. Kebijakan ...

362. Kebijakan kesehatan merupakan pedoman yang menjadi acuan bagi semua pelaku pembangunan kesehatan, baik Pemerintah, Pemerintah Daerah, swasta, dan masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan dengan memperhatikan kerangka desentralisasi dan otonomi daerah.

363. Kebijakan kesehatan pada hakekatnya adalah serangkaian aturan yang dapat berupa kebijakan yang ditetapkan Pemerintah sebagai pedoman penyelenggaraan urusan kesehatan.

F.3.b. Administrasi Kesehatan

364. Administrasi kesehatan merupakan kegiatan perencanaan, pengaturan, dan pembinaan serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

F.3.c. Hukum Kesehatan

365. Hukum kesehatan merupakan keseluruhan peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan segala upaya penyebaran, penerapan, dan penegakan aturan tersebut dalam rangka memberikan perlindungan hukum, terutama kepada individu dan masyarakat, dan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan.

F.3.d. Informasi Kesehatan

366. Informasi kesehatan merupakan hasil pengumpulan dan pengolahan data sebagai masukan bagi pengambilan keputusan di bidang kesehatan.

F.3.e. Sumber Daya Manajemen Kesehatan

367. Sumber daya manajemen kesehatan meliputi sumber daya manusia, dana, sarana, prasarana, standar, dan kelembagaan yang digunakan secara berhasil guna dan berdaya guna dalam upaya mendukung terselenggaranya pembangunan kesehatan.

F.4. Prinsip

368. Prinsip-prinsip subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan terdiri dari:

- a. inovasi atau kreativitas;
- b. kepemimpinan yang visioner bidang kesehatan;
- c. sinergisme yang dinamis; dan
- d. kesesuaian dengan sistem pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI).

F.4.a. Inovasi ...

F.4.a. Inovasi atau Kreativitas

369. Penyelenggaraan manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan harus mampu menciptakan daya tahan dan kesinambungan kinerja sistem melalui inovasi/kreatifitas dalam menghadapi perubahan dan tantangan pembangunan kesehatan dengan lebih baik.

F.4.b. Kepemimpinan yang Visioner Bidang Kesehatan

370. Kepemimpinan yang visioner bidang kesehatan adalah kepemimpinan yang mempunyai visi, keteladanan, dan bertekad dalam pembangunan kesehatan.

F.4.c. Sinergisme yang Dinamis

371. Pendekatan manajemen kesehatan merupakan kombinasi dari pendekatan sistem, kontingensi, dan sinergi yang dinamis. Dalam manajemen ini penting adanya interaksi, transparansi, interelasi, dan interdependensi yang dinamis di antara para pelaku pembangunan kesehatan. Dalam manajemen kesehatan ini prinsip efisiensi, efektifitas, dan transparansi sangat penting.

372. Perencanaan kebijakan, program, dan anggaran perlu disusun secara terpadu.

F.4.d. Kesesuaian dengan Sistem Pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia

373. Manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan menjadi pendukung utama dalam pelaksanaan desentralisasi dengan mempertimbangkan komitmen global dalam pembangunan kesehatan.

F.5. Penyelenggaraan

374. Dalam rangka mencapai tujuan nasional, pembangunan kesehatan menjadi salah satu dari arus utama pembangunan nasional. Untuk itu, subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan diselenggarakan dengan mensinergikan unsur kebijakan, administrasi, hukum, dan informasi kesehatan.

375. Penyelenggaraan subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan terdiri dari:

- a. kebijakan kesehatan;
- b. administrasi kesehatan;
- c. hukum kesehatan; dan
- d. informasi kesehatan.

F.5.a. Kebijakan ...

F.5.a. Kebijakan Kesehatan

376. Penyelenggaraan proses kebijakan kesehatan dilakukan secara optimal dengan mengacu kepada kebijakan pembangunan kesehatan nasional, penetapan skala prioritas berbasis bukti dari berbagai sumber yang tersedia melalui proses pengkajian dan perumusan kebijakan yang melibatkan masyarakat dan berbagai *stakeholders* terkait yang berorientasi pada kepentingan masyarakat serta didukung dengan sumber daya manusia yang kompeten untuk dilaksanakan secara bersama oleh seluruh pelaku pembangunan kesehatan secara sinergi dan dinamis.
377. Salah satu kegiatan pengelolaan kesehatan adalah pengaturan penyelenggaraan upaya kesehatan dan sumber dayanya.
378. Dalam kaitan ini pengelolaan kesehatan perlu dilakukan secara berjenjang di pusat dan daerah dengan pengaturan:
- a. Pemerintah menetapkan kebijakan kesehatan;
 - b. pemerintah daerah provinsi membimbing dan mengendalikan kebijakan kesehatan; dan
 - c. pemerintah daerah kabupaten/kota menyelenggarakan bimbingan dan pengendalian operasionalisasi urusan kesehatan.

F.5.b. Administrasi Kesehatan

379. Penyelenggaraan administrasi kesehatan meliputi perencanaan, pengaturan dan pembinaan, serta pengawasan dan pertanggungjawaban didasarkan atas urusan wajib bidang kesehatan yang dilaksanakan secara berdaya guna dan berhasil guna, terpadu berlandaskan pada arah kebijakan pembangunan nasional dengan memperhatikan kebijakan dan prioritas pembangunan kesehatan, berorientasi pada kepentingan masyarakat, responsif gender, memanfaatkan teknologi informasi, didukung sumber daya manusia yang kompeten, dan pembiayaan yang mencukupi, dilaksanakan secara sinergi yang dinamis antara sektor kesehatan dengan sektor lain, pusat dan daerah dengan mempertimbangkan desentralisasi dan memperhatikan peraturan perundang-undangan yang berlaku, dilaksanakan dengan menjunjung tinggi penyelenggaraan tata pemerintahan yang baik (*good governance*).

F.5.c. Hukum Kesehatan

380. Penyelenggaraan hukum kesehatan meliputi penyusunan peraturan perundang-undangan, dokumentasi dan informasi hukum, sinkronisasi, dan harmonisasi di tingkat pusat dan daerah, pemberian pertimbangan dan bantuan hukum, fasilitasi penegakan hukum

termasuk....

termasuk upaya penyidikan oleh penyidik pegawai negeri sipil bidang kesehatan, peningkatan kesadaran hukum bagi aparat kesehatan dan masyarakat, serta pembinaan dan pengawasan, dilaksanakan dengan mempertimbangkan perlindungan bagi masyarakat dan pemberi pelayanan kesehatan, keadilan, kesetaraan, serta sesuai dengan kebutuhan. Peraturan, sosialisasi, penerapan, dan penegakan hukum perlu dilengkapi dan ditata dengan memperhatikan perkembangan dan perubahan lingkungan internal dan eksternal, termasuk regulasi kesehatan internasional.

F.5.d. Informasi Kesehatan

381. Tujuan penyelenggaraan sistem informasi kesehatan adalah untuk menyediakan data dan informasi terkini, akurat, valid, cepat, transparan serta berhasil guna dan berdaya guna.
382. Data dan informasi ini digunakan sebagai bahan pengambilan keputusan kesehatan dengan mempertimbangkan faktor desentralisasi, kecukupan data termasuk data terpilih yang responsif gender, dan aspek kerahasiaan yang berlaku di bidang kesehatan.
383. Penyelenggaraan sistem informasi kesehatan, antara lain meliputi:
- a. pengelolaan sistem informasi kesehatan, yang meliputi landasan hukum, perencanaan kebijakan dan program, pengorganisasian, kerjasama dan koordinasi, monitoring dan evaluasi, serta pembinaan dan pengawasan;
 - b. pelaksanaan sistem informasi kesehatan, yang meliputi data dan informasi serta indikator, sumber data dan pengelolaan atau pengumpulan, pengolahan, penyajian dan analisa data serta informasi kesehatan;
 - c. sumber daya sistem informasi kesehatan, yang meliputi sumber daya manusia, pembiayaan, ilmu dan teknologi serta sarana dan prasarana seperti sumber daya data, sumber daya jaringan, perangkat lunak dan perangkat keras;
 - d. pengembangan dan peningkatan sistem informasi kesehatan, yang meliputi pengembangan indikator, pengembangan metode dalam sistem informasi kesehatan, penelitian dan pengembangan sistem informasi kesehatan;
 - e. peningkatan produk dan diseminasi informasi kesehatan.

G. SUBSISTEM PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

G.1. Pengertian

384. Subsistem pemberdayaan masyarakat adalah pengelolaan penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan, baik perorangan, kelompok.....

kelompok, maupun masyarakat secara terencana, terpadu, dan berkesinambungan guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

G.2. Tujuan

385. Tujuan subsistem pemberdayaan masyarakat adalah meningkatnya kemampuan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat, mampu mengatasi masalah kesehatan secara mandiri, berperan aktif dalam setiap pembangunan kesehatan, serta dapat menjadi penggerak dalam mewujudkan pembangunan berwawasan kesehatan.

G.3. Unsur-unsur

386. Unsur-unsur subsistem pemberdayaan masyarakat terdiri dari:

- a. penggerak pemberdayaan;
- b. sasaran pemberdayaan;
- c. kegiatan hidup sehat; dan
- d. sumber daya.

G.3.a. Penggerak Pemberdayaan

387. Pemerintah, masyarakat, dan swasta menjadi inisiator, motivator, dan fasilitator yang mempunyai kompetensi memadai dan dapat membangun komitmen dengan dukungan para pemimpin, baik formal maupun nonformal.

G.3.b. Sasaran Pemberdayaan

388. Perorangan (tokoh masyarakat, tokoh agama, politisi, figur masyarakat, dan sebagainya), kelompok (organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi, kelompok masyarakat), dan masyarakat luas serta Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang berperan sebagai agen perubahan untuk penerapan perilaku hidup sehat (subyek pembangunan kesehatan).

G.3.c. Kegiatan Hidup Sehat

389. Kegiatan hidup sehat yang dilakukan sehari-hari oleh masyarakat, sehingga membentuk kebiasaan dan pola hidup, tumbuh dan berkembang, serta melembaga dan membudaya dalam kehidupan bermasyarakat.

G.3.d. Sumber ...

G.3.d. Sumber Daya

390. Potensi yang dimiliki oleh masyarakat, swasta, dan Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang meliputi: dana, sarana dan prasarana, budaya, metode, pedoman, dan media untuk terselenggaranya proses pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

G.4. Prinsip

391. Prinsip-prinsip subsistem pemberdayaan masyarakat terdiri dari:

- a. berbasis masyarakat;
- b. edukatif dan kemandirian;
- c. kesempatan mengemukakan pendapat dan memilih pelayanan kesehatan; dan
- d. kemitraan dan gotong royong.

G.4.a. Berbasis Masyarakat

392. Pembangunan kesehatan berbasis pada tata nilai perorangan, keluarga, dan masyarakat sesuai dengan keragaman sosial budaya, kebutuhan, permasalahan, serta potensi masyarakat (modal sosial).

393. Pelaku usaha memberikan bantuan nyata dalam pembangunan kesehatan masyarakat sebagai *corporate social responsibility*.

G.4.b. Edukatif dan Kemandirian

394. Pemberdayaan masyarakat dilakukan atas dasar untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan, serta menjadi penggerak dalam pembangunan kesehatan.

395. Kemandirian bermakna sebagai upaya kesehatan dari, oleh, dan untuk masyarakat sehingga mampu untuk mengoptimalkan dan menggerakkan segala sumber daya setempat serta tidak bergantung kepada pihak lain.

G.4.c. Kesempatan Mengemukakan Pendapat dan Memilih Pelayanan Kesehatan

396. Masyarakat mempunyai kesempatan untuk menerima pembaharuan, tanggap terhadap aspirasi masyarakat dan bertanggung jawab, serta kemudahan akses informasi, mengemukakan pendapat dan terlibat dalam proses pengambilan keputusan yang berkaitan dengan kesehatan diri, keluarga, masyarakat, dan lingkungannya.

G.4.d. Kemitraan ...

G.4.d. Kemitraan dan Gotong Royong

397. Semua pelaku pembangunan kesehatan baik sebagai penyelenggara maupun sebagai pengguna jasa kesehatan dengan masyarakat yang dilayani berinteraksi dalam semangat kebersamaan, kesetaraan, dan saling memperoleh manfaat.
398. Tumbuhnya rasa kepedulian, tenggang rasa, solidaritas, empati, dan kepekaan masyarakat dalam menghadapi potensi dan masalah kesehatan yang akhirnya bermuara dalam semangat gotong royong sesuai dengan nilai luhur bangsa. Kesemuanya itu dapat dilaksanakan bila kebutuhan masyarakat telah dipenuhi secara wajar.

G.5. Penyelenggaraan

399. Penyelenggaraan subsistem pemberdayaan masyarakat terdiri dari:
- a. penggerakan masyarakat;
 - b. pengorganisasian dalam pemberdayaan;
 - c. advokasi;
 - d. kemitraan; dan
 - e. peningkatan sumber daya.

G.5.a. Penggerakan Masyarakat

400. Pembangunan kesehatan perlu digerakkan oleh masyarakat dan masyarakat mempunyai peluang yang penting dan luas dalam pembangunan kesehatan. Dalam kaitan ini keterlibatan aktif masyarakat dalam proses pembangunan kesehatan dilakukan mulai dari penelaahan situasi masalah kesehatan, penyusunan rencana termasuk dalam penentuan prioritas kesehatan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi upaya kesehatan sehingga dapat terwujud kemandirian dan kesinambungan pembangunan kesehatan. Pada hakekatnya pembangunan kesehatan diselenggarakan oleh, dari, dan untuk masyarakat.
401. Pemberdayaan masyarakat ditujukan guna terwujudnya penguatan upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan, maupun pemulihan secara tersendiri atau terpadu.
402. Perencanaan pemberdayaan masyarakat didasarkan pada fakta dan masalah kesehatan yang menjadi perhatian masyarakat setempat maupun masyarakat luas serta dengan mempertimbangkan potensi sumber daya dan nilai-nilai sosial budaya masyarakat.

403. Pemberdayaan ...

403. Pemberdayaan masyarakat, termasuk penggerakan masyarakat, merupakan hal yang penting dalam pembangunan kesehatan, hal ini mengingat penekanan atau fokus pembangunan kesehatan diberikan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat serta upaya promotif dan preventif.

G.5.b. Pengorganisasian dalam Pemberdayaan

404. Pelaksanaan pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan melalui perorangan, kelompok, dan masyarakat luas sesuai dengan kepentingannya dan yang berhasil guna serta berdaya guna.

405. Pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan pula melalui pendekatan ketatanan, seperti: rumah tangga, institusi pendidikan, tempat kerja, tempat umum, dan fasilitas kesehatan agar terwujud pemberdayaan masyarakat yang berhasil guna dan berdaya guna serta terjamin kesinambungannya.

406. Pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan memperhatikan karakteristik dan kekhususan masyarakat, seperti masyarakat di desa, kota, daerah pesisir, daerah pegunungan, dan aliran sungai.

407. Pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan metoda yang tepat, memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berkembang, serta dengan memperhatikan nilai-nilai agama dan sosial budaya yang berlaku.

408. Upaya untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat dalam berperilaku sehat dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung melalui berbagai saluran media dan teknik promosi kesehatan.

409. Peranan pemerintah membuka akses informasi dan dialog, menyiapkan regulasi, menyiapkan masyarakat dengan membekali pengetahuan dan keterampilan bagi masyarakat, dukungan sumber daya untuk membangun kemandirian dalam upaya kesehatan dan mendorong terbentuknya Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), seperti: Poskestren, Musholla Sehat, Desa Siaga, Pemuda Siaga Peduli Bencana (Dasipena), dan kemandirian dalam upaya kesehatan.

410. Peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan dapat dengan cara mendirikan fasilitas pelayanan kesehatan maupun memberikan informasi kesehatan (promosi kesehatan) kepada masyarakat. Dalam kaitan ini termasuk pengembangan Desa Siaga atau bentuk-bentuk lain pada masyarakat desa/kelurahan.

G.5.c. Advokasi ...

G.5.c. Advokasi

411. Masyarakat dapat berperan dalam melakukan advokasi kepada pemerintah dan lembaga pemerintahan lainnya, seperti legislatif untuk memperoleh dukungan kebijakan dan sumber daya bagi terwujudnya pembangunan berwawasan kesehatan.
412. Pelaksanaan advokasi dilakukan dengan dukungan informasi yang memadai serta metode yang berhasil guna dan berdaya guna.
413. Masyarakat juga dapat berpartisipasi dengan memberikan kritik yang membangun bagi kepentingan seluruh masyarakat.

G.5.d. Kemitraan

414. Pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan kemitraan berbagai pihak, seperti seluruh sektor terkait, lembaga legislatif, dunia usaha, organisasi kemasyarakatan, perguruan tinggi, dan masyarakat agar terwujud dukungan sumber daya dan kebijakan dalam pembangunan kesehatan.
415. Pembinaan dilakukan untuk kesinambungan pemberdayaan masyarakat yang telah dilakukan melalui berbagai cara, antara lain pemberian insentif, pendampingan, lomba, dan kompetisi.

G.5.e. Peningkatan Sumber Daya

416. Dalam pemberdayaan masyarakat perlu didukung oleh pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan yang kuat, pembiayaan yang memadai, dan dukungan berbagai sarana lain yang berkaitan.
417. Dalam pemberdayaan masyarakat secara lebih spesifik dapat didampingi penggerak yang berperan sebagai fasilitator, komunikator, dan dinamisator dalam proses pemberdayaan masyarakat.
418. Ketersediaan sumber daya tersebut sangat penting agar dapat tercapai masyarakat berperilaku hidup sehat dan mandiri, termasuk pentingnya ketersediaan tenaga penggerak/promosi kesehatan, seperti di Puskesmas dan rumah sakit yang mempunyai kompetensi dan integritas tinggi.

BAB VI DUKUNGAN PENYELENGGARAAN SKN

419. SKN diupayakan agar mampu menyesuaikan dengan perkembangan dan dinamika pembangunan kesehatan yang dihadapi dalam penyelenggaraannya yang dilaksanakan secara berkesinambungan. Bila terjadi perubahan paradigma dan lingkungan strategis, SKN dapat disesuaikan dan disempurnakan dengan kondisi dan situasi yang berkembang.

A. PROSES PENYELENGGARAAN SKN

420. Penyelenggaraan SKN menerapkan pendekatan kesisteman yang meliputi masukan, proses, luaran, dan lingkungan serta keterkaitannya satu sama lain, sebagai berikut:

- a. masukan dalam SKN meliputi subsistem sumber daya manusia, subsistem pembiayaan kesehatan, dan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan;
- b. proses dalam SKN meliputi subsistem upaya kesehatan, subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan, subsistem pemberdayaan masyarakat, dan subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan;
- c. keluaran dari SKN adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna, bermutu, merata, dan berkeadilan;
- d. lingkungan SKN meliputi berbagai keadaan yang menyangkut ideologi, politik, ekonomi, ilmu pengetahuan dan teknologi, sosial, budaya, pertahanan dan keamanan baik nasional, regional maupun global, dan tingkat fisik/alam yang berdampak terhadap pembangunan kesehatan. Pancasila, Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Wawasan Nusantara, dan Ketahanan Nasional merupakan landasan bagi penyelenggaraan SKN.

421. Penyelenggaraan SKN memerlukan penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi, dan sinergisme yang dinamis, baik antar pelaku, antar subsistem SKN, maupun dengan sistem serta subsistem lain di luar SKN.

422. Pengelolaan kesehatan mencakup kegiatan perencanaan, pengaturan, pembinaan dan pengawasan serta penilaian penyelenggaraan upaya kesehatan dan sumber dayanya secara sistematis, berjenjang, transparan, akuntabel, dan berkelanjutan dengan memperhatikan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan Tahun 2005-2025 (RPJP-K).

423. Penyelenggaraan ...

423. Penyelenggaraan SKN dilaksanakan secara bertahap, sebagai berikut:
- a. penetapan SKN;
 - b. sosialisasi dan advokasi SKN;
 - c. fasilitasi pengembangan kebijakan kesehatan di daerah.

A.1. Penetapan SKN

424. Untuk memperoleh kepastian hukum yang mengikat semua pihak, SKN perlu ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

425. Berbagai materi SKN yang terpilih dapat digunakan untuk penyusunan dan penetapan peraturan perundang-undangan pada tingkat kebijakan strategis, kebijakan manajerial, dan kebijakan teknis operasional.

A.2. Sosialisasi dan Advokasi SKN

426. SKN perlu disosialisasikan dan diadvokasikan ke seluruh pelaku pembangunan kesehatan dan seluruh pemangku kepentingan kesehatan untuk memperoleh komitmen dan dukungan dari semua pihak.

427. Sasaran sosialisasi dan advokasi SKN adalah semua penentu kebijakan, baik di pusat maupun daerah, baik di sektor publik maupun di sektor swasta.

A.3. Fasilitasi Pengembangan Kebijakan Kesehatan di Daerah

428. Dalam pembangunan kesehatan di daerah perlu dikembangkan kebijakan kesehatan, seperti: Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJP-D), Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJM-D), Rencana Strategis Satuan Kerja Perangkat Daerah (Renstra SKPD) yang penyelenggaraannya disesuaikan dengan kondisi, dinamika, dan masalah spesifik daerah dalam kerangka SKN.

429. Pemerintah memfasilitasi pengembangan kebijakan kesehatan di daerah, memfasilitasi pengukuhanannya dalam bentuk peraturan perundang-undangan daerah, serta memfasilitasi sosialisasi dan advokasi penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah sesuai kebutuhan.

430. Dalam pelaksanaan desentralisasi pembangunan kesehatan perlu adanya registrasi sumber daya, registrasi komoditi, standar pelayanan, sinergi pelaksanaan kegiatan dan adanya pencatatan serta pelaporan yang dilaksanakan secara tertib.

431. Penyelenggaraan ...

431. Penyelenggaraan SKN dalam kaitannya dengan pengembangan kebijakan kesehatan di daerah dilakukan dengan berbagai kegiatan, yaitu:
- a. penyelenggaraan SKN, termasuk pengembangan kebijakan di daerah diwujudkan dalam kerangka penyelenggaraan pembangunan kesehatan, baik secara nasional maupun dalam lingkup daerah;
 - b. penyelenggaraan SKN, termasuk pengembangan kebijakan di daerah diselenggarakan melalui penataan ulang ketujuh subsistemnya secara bertahap, sistematis, terpadu, dan berkelanjutan;
 - c. penyelenggaraan SKN, termasuk pengembangan kebijakan di daerah didukung dengan penyusunan kebijakan, standar, dan pedoman dalam bentuk berbagai peraturan perundang-undangan;
 - d. penyelenggaraan SKN, termasuk pengembangan kebijakan kesehatan di daerah diselenggarakan sesuai dengan asas desentralisasi yang bertanggung jawab, demokratisasi, dan *good governance* dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI).
432. Dalam rangka menyesuaikan dengan perkembangan global, regional, nasional, dan lokal yang dinamis dan cepat berubah, maka dilakukan pengendalian dan penilaian SKN sebagai berikut:
- a. pengendalian dan penilaian SKN termasuk kebijakan kesehatan di daerah bertujuan untuk memantau dan menilai keberhasilan penyelenggaraan pembangunan kesehatan berdasarkan sistem kesehatan yang berlaku;
 - b. pengendalian dan penilaian SKN termasuk kebijakan kesehatan di daerah diselenggarakan secara berjenjang dan berkelanjutan dengan menggunakan tolok ukur keberhasilan pembangunan kesehatan, baik tingkat nasional maupun tingkat daerah;
 - c. pengendalian dan penilaian SKN termasuk kebijakan kesehatan di daerah perlu didukung dengan pengembangan sistem monitoring dan evaluasi di tingkat nasional dan daerah secara terpadu.
433. Setiap tahun seluruh pelaku pembangunan kesehatan dengan koordinasi pemerintah melakukan pengukuran pencapaian/kinerja SKN dengan beberapa indikator yang akurat dan terpercaya.
434. Indikator kinerja SKN menjadi rekomendasi untuk upaya perbaikan yang harus didokumentasikan dan disebarluaskan. Indikator tersebut menjadi acuan segenap pelaku pembangunan kesehatan di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota sampai ke tingkat desa, guna penyesuaian penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang berbasis fakta.

B. TATA PENYELENGGARAAN SKN

435. Penyelenggaraan SKN harus memperhatikan semua peraturan perundang-undangan yang berlaku.
436. Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah perlu memperhatikan SKN dan peraturan daerah setempat.
437. Secara operasional, semua peraturan perundang-undangan yang berkaitan harus dilaksanakan secara konsisten dengan tata pemerintahan yang baik (*good governance*).
438. Unsur dari tata pemerintahan yang baik, meliputi partisipatif, berorientasi pada konsensus, efektif, efisien, inklusif, transparan, dan mengikuti kaidah hukum yang berlaku.
439. Untuk menjaga kepentingan rakyat, penyelenggaraan SKN memerlukan peran regulasi dari pemerintah sesuai dengan tingkatannya (pusat, provinsi, kabupaten/kota).
440. Tata pemerintahan yang baik disertai regulasi pada ketujuh subsistem SKN merupakan langkah menuju kesinambungan pelaksanaan sistem kesehatan.
441. Selain tata pemerintahan yang baik, pemerintah juga harus secara konsisten dan konsekuen mengawasi kepatuhan hukum masyarakat, swasta, dan organisasi bukan pemerintah lainnya.
442. Pelaku pelanggaran peraturan perundang-undangan harus ditindak secara tegas.
443. Dalam penyelenggaraan SKN perlu kejelasan dan ketegasan tentang pelimpahan urusan pemerintahan di bidang kesehatan sampai kabupaten/kota, termasuk sumber daya manusia yang melaksanakannya. Untuk itu, pengaturan lebih lanjutnya perlu dikoordinasikan dengan Kementerian Dalam Negeri.
444. Masyarakat madani dan seluruh sektor terkait perlu secara jelas dan tegas diberi peran dalam pelaksanaan berbagai subsistem SKN.
445. Pemerintah daerah, dalam konteks desentralisasi perlu jelas dan tegas dalam memberikan arahan untuk pembangunan kesehatan di daerahnya.

C. PENYELENGGARA ...

C. PENYELENGGARA SKN

446. Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat termasuk swasta bertanggung jawab atas penyelenggaraan pembangunan kesehatan sesuai peran dan fungsinya masing-masing.
447. Di sektor publik, SKN tidak bisa dijalankan hanya oleh Kementerian Kesehatan atau dinas yang mengurus kesehatan di daerah. Penyelenggaraan SKN dapat berjalan dengan baik apabila melibatkan, antara lain bidang/urusan pendidikan, urusan pembangunan fasilitas umum, urusan pertanian, urusan keuangan, urusan perdagangan, urusan keamanan, urusan perikanan dan kelautan, dan urusan terkait lainnya.
448. Pelaku penyelenggaraan pembangunan kesehatan adalah:
- a. individu, keluarga, dan masyarakat yang meliputi tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat, media massa, organisasi profesi, akademisi, praktisi, serta masyarakat luas, termasuk swasta yang berperan dalam advokasi, pengawasan sosial, dan penyelenggaraan berbagai pelayanan kesehatan sesuai dengan bidang keahlian dan kemampuan masing-masing;
 - b. Pemerintah dan pemerintah daerah berperan sebagai penanggung jawab, penggerak, pelaksana, dan pembina pembangunan kesehatan dalam lingkup wilayah kerja dan kewenangan masing-masing. Urusan kesehatan adalah urusan pemerintahan yang wajib diselenggarakan oleh pemerintahan daerah provinsi dan pemerintahan daerah kabupaten/kota, berkaitan dengan pelayanan dasar. Penyelenggaraan urusan kesehatan tersebut perlu berpedoman pada kebijakan yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Dalam kaitan ini peran Pemerintah menetapkan kebijakan yang digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan urusan kesehatan di daerah;
 - c. badan legislatif di pusat dan perangkat pemerintahan daerah yang menjalankan fungsi legislatif, yang berperan melakukan persetujuan anggaran dan pengawasan terhadap penyelenggaraan pembangunan kesehatan, melalui penyusunan produk-produk hukum dan mekanisme kemitraan antara eksekutif dan legislatif;
 - d. badan yudikatif, termasuk kepolisian, kejaksaan dan kehakiman berperan menegakan pelaksanaan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku di bidang kesehatan;
 - e. sektor swasta yang memiliki atau mengembangkan industri kesehatan, seperti: industri farmasi, alat-alat kesehatan, jamu, makanan sehat, asuransi kesehatan, dan industri pada umumnya. Industri pada umumnya berperan besar dalam memungut iuran dari para pekerja dan menambah iuran yang menjadi kewajibannya; dan
 - f. lembaga ...

- f. lembaga pendidikan, baik pada tingkat sekolah dasar sampai tingkat perguruan tinggi, baik milik publik maupun swasta. Sebagian besar masalah kesehatan berhubungan dengan perilaku dan pemahaman. Pendidikan memegang kunci untuk menyadarkan masyarakat akan berbagai risiko kesehatan dan peran masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

D. SUMBER DAYA PENYELENGGARAAN SKN

449. SKN merupakan pengelolaan kesehatan yang bekerja secara sinergis, harmonis, dan menuju satu tujuan.
450. Pemerintah wajib melakukan koordinasi agar semua subsistem dan semua pelaku berfungsi dan bekerja secara sinergis. Kepincangan pada salah satu subsistem atau pelaku akan mengganggu kerja SKN.
451. Pemerintah harus menjamin tersedianya dana, sumber daya manusia yang memadai dan profesional, fasilitas pelayanan kesehatan sesuai keperluannya, sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang dikelola dengan manajemen kesehatan yang baik, terutama yang berkaitan dengan administrasi kesehatan dan pengaturan hukum kesehatan serta didukung dengan informasi yang akurat, valid, tepat waktu, dan tepat kebutuhan.
452. Pelaku sistem informasi kesehatan sesuai perannya harus mampu secara cepat merespon dan menggunakan perkembangan teknologi informasi, baik untuk mengolah, menyampaikan ke pelaku lain, maupun kepada masyarakat nasional dan internasional.
453. Pemerintah juga mengembangkan sistem insentif/*reward* dan sistem sanksi bagi setiap pelaku yang tidak menggunakan informasi yang akurat, tepat waktu, dan tepat kebutuhan (relevan).
454. Pemerintah juga mengharuskan fasilitas pelayanan kesehatan publik maupun swasta untuk menyediakan informasi melalui situs yang mudah diakses dan terbuka, sebagai cara untuk mendidik masyarakat.
455. Tersedianya pembiayaan kesehatan dalam jumlah yang memadai teralokasi secara adil, merata, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, sangat penting dalam pembangunan kesehatan.
456. Pemerintah harus menjamin tersedianya dana untuk penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan.

457. Sumber daya ...

457. Sumber daya manusia merupakan komponen kunci keberhasilan SKN.
458. Pemerintah harus melakukan upaya agar semua tenaga kesehatan memenuhi standar kompetensi tertentu sesuai bidangnya sebagai prasyarat bagi penyediaan pelayanan kesehatan yang bermutu dan diterima oleh masyarakat.
459. Pemerintah menjamin agar setiap sumber daya manusia kesehatan mendapat remunerasi yang wajar, layak, dan sesuai dengan tanggung jawab, pengalaman, dan kompetensinya. Keseimbangan profesionalitas, tanggung jawab, pengalaman, dan besaran remunerasi merupakan kunci kesinambungan pelayanan kesehatan yang berkualitas.
460. Penyelenggaraan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan harus dilakukan secara terbuka dengan keseimbangan antara produksi dan pemanfaatan dengan dukungan dana yang memadai. Keterbukaan ini adalah kemampuan mengakomodasikan perkembangan teknologi dan produk teknologi kefarmasian dan teknologi peralatan kedokteran dan kesehatan serta memperhatikan keterjangkauan harga bagi masyarakat. Indonesia harus mampu menjadi pengekspor berbagai sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan. Keunggulan komparatif dan keunggulan kompetitif dalam bidang ini harus terus dikembangkan.
461. Untuk menjamin kesinambungan subsistem upaya kesehatan, maka dukungan masukan informasi kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, serta pendanaan harus selalu tersedia dalam jumlah yang memadai.
462. Kualitas pelayanan harus selalu memenuhi standar yang ditetapkan agar setiap pengguna pelayanan kesehatan merasa puas dan memperoleh manfaat pelayanan kesehatan.
463. Dengan kualitas dan kepuasan pengguna yang tinggi, maka akan timbul kemauan masyarakat sebagai pengguna untuk berkontribusi dalam bentuk dana, pemikiran, maupun tenaga.
464. Pemerintah perlu menjamin adanya kepastian hukum dalam setiap penyelenggaraan subsistem SKN.
465. Peraturan perundang-undangan yang dalam pelaksanaannya mengalami hambatan besar di daerah harus diatur lebih lanjut dengan Peraturan Daerah.

466. Peraturan ...

466. Peraturan yang dibuat harus melalui sinkronisasi dengan berbagai peraturan di bidang kesehatan dan di luar bidang kesehatan serta membuka kesempatan luas kepada pemangku kepentingan dalam perumusan peraturan.
467. Pemerintah daerah perlu diberikan kewenangan untuk penegakan hukum terhadap berbagai aspek yang memungkinkan terselenggaranya SKN dengan baik.
468. Pemerintah mendorong terwujudnya kontrol sosial yang kuat dari masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan.
469. Pemerintah mengatur dan memberdayakan masyarakat agar mampu melakukan kontrol sosial yang memadai guna menjamin kesinambungan dan akuntabilitas SKN.
470. Pemerintah memfasilitasi dan memberikan insentif (dapat berupa pembebasan pajak, pembelian hasil produksi, dan/atau bantuan teknis lainnya) bagi fasilitas pelayanan kesehatan, perguruan tinggi, atau industri dalam melakukan penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan guna memacu perkembangan SKN.
471. Kementerian Kesehatan melakukan koordinasi dengan lintas urusan, lembaga penelitian dan pengembangan lainnya, maupun instansi kesehatan di daerah untuk mendukung, memberikan insentif, dan memfasilitasi berbagai penelitian dan pengembangan di dalam negeri guna tersedianya sediaan farmasi dan alat kesehatan, serta sistem pengelolaan yang lebih baik dan bermutu.

E. KERJA SAMA INTERNASIONAL

472. SKN merupakan bagian dari sistem nasional, maka wajib berperan aktif sesuai dengan bidangnya guna mewujudkan tujuan SKN.
473. Kewajiban berbagai urusan mencakup pemenuhan logistik yang diperlukan sebagai masukan dalam SKN, pemenuhan sumber daya manusia dengan kompetensi yang sesuai, penyediaan insentif finansial dan non-finansial, koordinasi penyelenggaraan, peniadaan atau pengurangan bahan-bahan ataupun kondisi yang dapat menimbulkan risiko kesehatan, dan peran lainnya yang berkembang sesuai perubahan lingkungan strategis.
474. Para pelaku SKN berkewajiban mengembangkan diri agar mampu berperan di tingkat internasional dalam rangka menjaga agar SKN dapat berjalan dengan baik. Perubahan lingkungan strategis regional maupun global dapat mengancam keberhasilan SKN.

475. Para ...

475. Para pelaku SKN wajib berperan aktif di lingkungan internasional untuk mewujudkan kepemimpinan Indonesia di dunia internasional guna menghasilkan kebijakan yang kondusif bagi pengembangan SKN.
476. Peran Indonesia dalam upaya mereformasi *World Health Organisation* (WHO) perlu terus dilakukan agar transparansi dan keadilan dari organisasi internasional tersebut dapat tercapai.
477. Kerja sama dalam bidang kesehatan dengan berbagai lembaga internasional dan regional lain yang terkait perlu ditingkatkan, seperti *United Nations Development Programme* (UNDP), *United Nations Children's Fund* (UNICEF), *United Nations Population Fund* (UNFPA), dan *The Association of Southeast Asian Nations* (ASEAN).
478. Para pelaku SKN juga wajib mencermati dan memanfaatkan setiap kesempatan yang ada di dunia internasional guna memperkuat SKN.
479. Dana internasional yang tersedia yang tidak mengikat dan dapat secara sinergis meningkatkan kinerja SKN perlu dimanfaatkan dengan baik.
480. Setiap intervensi internasional yang dalam jangka pendek atau jangka panjang yang dapat merugikan SKN wajib dicegah oleh setiap pemangku kepentingan.

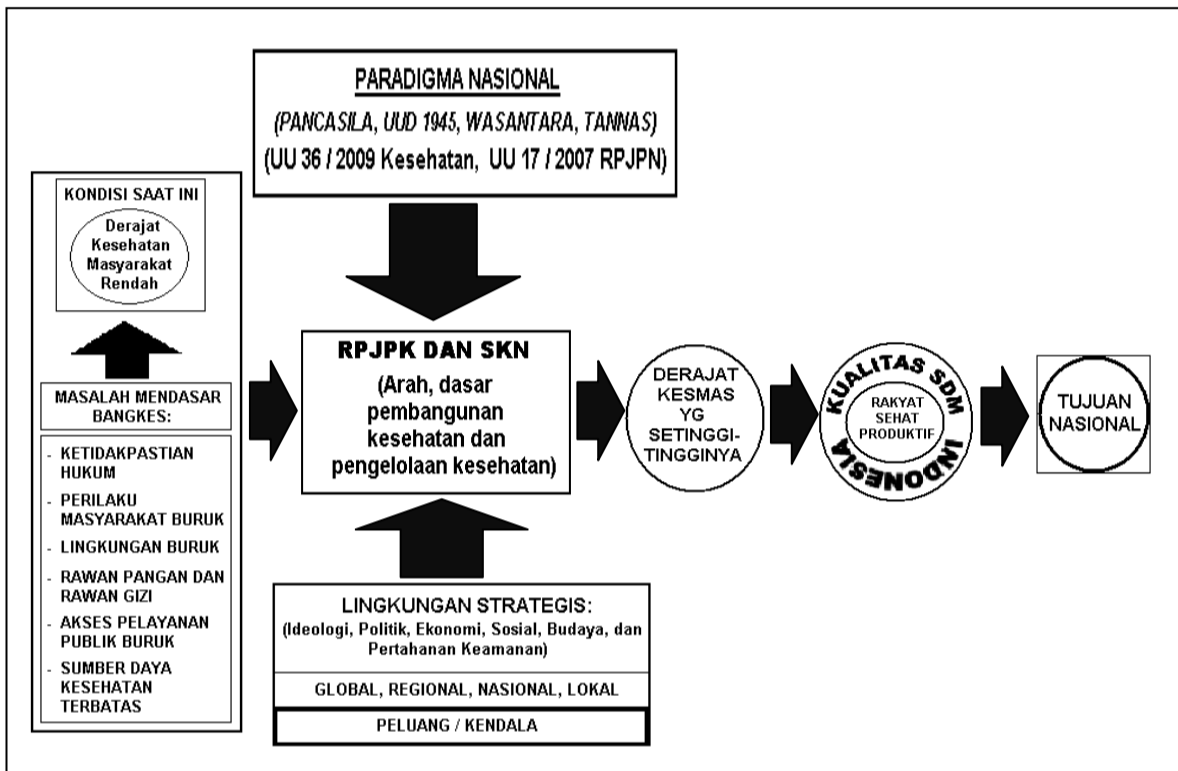
BAB VII RINGKASAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL

Mengingat luas dan kompleksnya substansi tata nilai, proses, dan struktur dalam SKN, berikut ini dikemukakan gambaran ringkas mengenai SKN tersebut dalam Gambar-1 dan Gambar-2.

Dengan mengacu terutama pada kedudukan SKN dan pencapaian tujuan nasional, dalam Gambar-1 dikemukakan alur pikir dari Rencana Pembangunan Kesehatan dan SKN dimaksud. Pada Gambar 1 tersebut dijelaskan bahwa dalam gambaran RPJPK dan SKN berisi “arah, dasar pembangunan kesehatan, dan pengelolaan kesehatan”.

Gambar 1 ...

Gambar 1 : Alur Pikir Rencana Pembangunan Kesehatan dan Sistem Kesehatan Nasional



Untuk memperoleh kejelasan secara umum mengenai substansi berbagai unsur-unsur pembangunan kesehatan dan subsistem SKN serta tata hubungannya dengan lingkungan strategis yang lebih spesifik dan penting yang mempengaruhi SKN dapat dilihat pada skema di Gambar-2.

Gambar 2 ...

- 7) subsistem pemberdayaan masyarakat tampak dalam unsur pemberdayaan masyarakat;
- c. lingkungan strategis yang mempengaruhi pembangunan kesehatan dan SKN meliputi lingkungan: 1) fundamen moral kemanusiaan; 2) sosial, agama, dan budaya, termasuk perubahan sosial budaya; 3) politik dan hukum; 4) ekonomi; 5) ilmu dan teknologi; dan 6) fisik dan biologi;
- d. unsur lingkungan sehat sebagai salah satu unsur pembangunan kesehatan dalam Gambar-2 tersebut, substansinya terutama terdapat di subsistem upaya kesehatan dan subsistem pemberdayaan masyarakat.

BAB VIII PENUTUP

481. Tujuan pembangunan kesehatan hanya dapat dicapai bila didukung oleh kerjasama dengan semangat kemitraan antar semua pelaku pembangunan, baik Pemerintah secara lintas urusan, Pemerintah dan daerah, badan legislatif dan yudikatif, serta masyarakat, termasuk swasta. Dengan demikian, penyelenggaraan pembangunan kesehatan dengan dukungan pengelolaan kesehatan sesuai SKN dapat dilaksanakan dengan berhasil guna dan berdaya guna dengan interaksi, interelasi, serta keterpaduan berbagai upaya yang dilakukan oleh semua pelaku SKN.
482. Penetapan pengelolaan kesehatan sesuai SKN dimaksudkan untuk memberikan arah bagi setiap pelaku upaya atau pelayanan kesehatan sesuai dengan kondisi lingkungan masing-masing instansi dan institusi. Dalam pelaksanaannya, seluruh pelaku harus memegang teguh prinsip-prinsip umum SKN dan prinsip dasar masing-masing subsistemnya, tetapi juga harus realistis dengan kemampuan sumber daya manusia dan ketersediaan dana dan sumber daya lainnya, serta kondisi lingkungannya. Dengan demikian, meskipun nantinya diharapkan terwujud pelayanan kesehatan yang adil dan merata, tidak berarti seluruh pelayanan kesehatan harus menyediakan pelayanan nondiskriminatif bagi seluruh rakyat untuk seluruh jenis pelayanan. Prinsip adil dan merata secara bertahap diupayakan sesuai kemampuan yang dimiliki.
483. Untuk dapat menyelenggarakan pembangunan kesehatan berdasarkan SKN, dibutuhkan manajer-manajer di sektor publik maupun di masyarakat, termasuk swasta. Manajer tersebut harus mempunyai kompetensi khusus dan mempunyai komitmen kuat dalam upaya mencapai tujuan pembangunan kesehatan.

484. SKN ...

484. SKN merupakan sistem terbuka yang berinteraksi dengan berbagai sistem nasional lainnya dan sebagai subsistem dari ketahanan nasional, bersifat dinamis, dan dalam pelaksanaannya selalu mengikuti perkembangan, baik nasional, regional, maupun global.
485. SKN harus selalu mampu menjawab peluang, tantangan, dan perubahan lingkungan strategis lokal, nasional, regional, maupun internasional. Oleh karenanya, semua pemangku kepentingan wajib memantau kinerja dan kendala yang dihadapi SKN, sehingga SKN perlu disesuaikan atau diubah secara berkala sesuai dengan perubahan lingkungan strategis.

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

DR. H. SUSILO BAMBANG YUDHOYONO

Salinan sesuai dengan aslinya

SEKRETARIAT KABINET RI
Deputi Bidang Kesejahteraan Rakyat,

Agus Sumartono, S.H., M.H.