

EVALUASI BESARAN ALOKASI DAK BIDANG KESEHATAN SUBBIDANG PELAYANAN KEFARMASIAN TAHUN 2011 – 2012

EVALUATION OF SPECIFIC ALLOCATION FUND IN HEALTH FOR PHARMACEUTICAL SERVICES 2011 – 2012

Risca Ardhyaningtyas¹, Laksono Trisnantoro², Retna Siwi Padmawati²

¹Biro Perencanaan dan Anggaran Kementerian Kesehatan RI, Jakarta

²Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran,
Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: In this era of decentralization, access and provision of drugs for people in the local area is the responsibility of local governments. Because the limitations of the local budget, the central government is obliged to guarantee the availability of drugs in the area. Financing sources of drugs from central and local government have not reached the standard of WHO i.e. 2 dollars per capita. To cover demand of financing drug, a Specific Allocation Fund (DAK) proposed state budget that funds given to certain areas to fund special activities that are regional affairs and in accordance with national priorities. General criteria to consider certain areas (regional fiscal capacity), specific criteria (regional characteristics) and technical criteria (policy formulation from Ministry of Health). Since drug financing is allocated in DAK in 2010, there is a need to evaluate the drug financing at the local level.

The purpose: to evaluate the amount of DAK for Pharmaceutical services in 2011 and 2012.

Methods: The study used secondary data from 2010 and 2011 consist of 6 (six) factors: fiscal capacity, character of the area, population number, proportion of poverty, local budget for drugs and prediction for the remaining stock of the drug. The analysis statistics uses chi-square and multiple regression. Qualitative interviews is conducted with managers of pharmacy in 2 districts with high financial capability.

Results: Result from multiple regression test of the 6 factors used in the allocation of SAF 2011 and 2012 shows only 3 factors that really affects the allocation which are the number of population, the poor and the prediction of the remaining stock of the drug. However, the highest factor is the population. Result for qualitative with 2 respondents shows that since they got DAK they reduced local budget for drugs, because the drug financing is sufficient from DAK.

Conclusion: local sense of ownership towards the health budget in the area is low resulting in reliance on the central health budget. The efficiency of the central budget causes reduction of health budget both in central and local level.

Keywords: drugs, decentralization, health budget, formulation, SAF

ABSTRAK

Latar belakang: Dalam era desentralisasi ini, akses dan penyediaan obat bagi masyarakat di daerah menjadi tanggung jawab pemerintah daerah. Namun keterbatasan anggaran daerah maka pemerintah pusat berkewajiban menjamin ketersediaan obat di daerah. Sumber pembiayaan obat di daerah melalui APBN dan APBD belum mencapai standar WHO, 2 dolar per kapita. Untuk menutupi kekurangan pembiayaan obat, diusulkan DAK yaitu dana APBN yang diberikan kepada daerah tertentu untuk mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional. Daerah tertentu mempertimbangkan kriteria umum (kemampuan fiskal daerah), kriteria khusus (karakteristik daerah) dan kriteria teknis (rumusan kebijakan Kementerian Kesehatan). Sejak kebijakan obat melalui DAK pada tahun 2010, perlu dilakukan evaluasi besaran DAK Bidang Kesehatan untuk Kefarmasian tahun 2011 dan 2012.

Tujuan: tujuan penelitian ini adalah melakukan evaluasi besaran DAK Bidang Kesehatan untuk Kefarmasian 2011 dan 2012.

Metode: Penelitian menggunakan data sekunder 2010 dan 2011 yang terdiri 6 faktor yaitu; kemampuan fiskal, karakter wilayah, jumlah penduduk, penduduk miskin, anggaran obat dalam APBD dan prediksi sisa stok obat untuk pengalokasian DAK 2011 dan 2012. Uji analisis menggunakan *chi square* dan multipel regresi. Kualitatif dengan wawancara pengelola farmasi di 2 kabupaten dengan kemampuan keuangan tinggi.

Hasil: Dari uji multiple regresi terhadap 6 faktor yang digunakan dalam pengalokasian DAK 2011 dan 2012 hanya 3 yang mempengaruhi alokasi yaitu jumlah penduduk, penduduk miskin dan prediksi sisa stok obat. Namun yang paling tinggi adalah jumlah penduduk. Untuk kualitatif pada 2 responden, sejak mendapat DAK terjadi pengurangan anggaran obat di APBD, karena pembiayaan obat cukup dengan DAK.

Kesimpulan: daerah belum memahami *ownership* anggaran kesehatan di daerah sehingga masih mengandalkan anggaran dari pusat, dimana ketidakstabilan anggaran pusat dengan efisiensi menyebabkan pemotongan merata anggaran kesehatan di pusat dan daerah.

Kata Kunci: obat, desentralisasi, anggaran kesehatan, formulasi, DAK.

PENGANTAR

Obat merupakan komponen penting dalam pelayanan kesehatan, sehingga akses dan penyediaan obat adalah tanggung jawab pemerintah baik pusat maupun daerah. Selain itu jaminan khasiat, keamanan, mutu obat dan perbekalan kesehatan yang beredar juga harus didukung oleh sarana prasarana pelayanan kefarmasian.

Pada UU No. 36/2009 tentang Kesehatan pada pasal 36 diamanatkan bahwa pemerintah menjamin ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan perbekalan kesehatan, terutama obat esensial dan dalam menjamin ketersediaan obat keadaan darurat, pemerintah dapat melakukan kebijakan khusus untuk penyediaan dan pemanfaatan obat dan bahan yang berkhasiat obat.

Desentralisasi yang mulai diterapkan di Indonesia sejak tahun 2000, mengakibatkan beberapa peran pemerintah pusat dialihkan ke pemerintah daerah, termasuk bidang kesehatan. Saltman *et al* (1997) menyatakan reformasi kesehatan di Rusia membutuhkan desentralisasi. Namun, tantangan desentralisasi dalam sistem kesehatan Rusia adalah kurangnya kapasitas kelembagaan (Vlassov, 2000) dan kesiapan administrator/pemerintah lokal untuk mengambil alih tanggung jawab untuk mengelola pendapatan atau anggaran kesehatan. Twigg (1999). Di era desentralisasi ini, akses dan penyediaan obat bagi masyarakat di daerah menjadi tanggung jawab pemerintah daerah, dengan sumber pembiayaan obat meliputi APBN (*bufferstock*, obat program, obat bencana dan vaksin reguler, jamkesmas) sedangkan dari anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD) meliputi DAU, Askes dan BKKBN. Dari kedua sumber tersebut ternyata sesuai analisis pusat (Ditjen. Binfar dan Alkes) belum mencapai standar obat 2 dollar per kapita atau sekitar Rp. 18.000,-/orang. Dikarenakan keterbatasan anggaran yang ada di daerah maka pemerintah pusat mempunyai kewajiban membantu pembiayaan obat di daerah melalui DAK. Hal serupa telah dilakukan oleh Kenya untuk mengatasi keterbatasan anggaran kesehatan melalui inovasi pendanaan fasilitas langsung/*direct facility funding* (DFF) yaitu anggaran khusus ke daerah untuk sektor kesehatan di daerah, Opwora (2009).

Dana Alokasi Khusus (DAK) adalah dana yang bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara (APBN) yang dialokasikan kepada daerah tertentu dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional. DAK merupakan bagian dari dana perimbangan antara pemerintah pusat dengan pemerintah daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi. Daerah tertentu yang

mendapat DAK memenuhi kriteria umum (kemampuan fiskal), kriteria khusus (karakteristik wilayah) dan kriteria teknis (data teknis yang diformulasikan menjadi indeks teknis oleh K/L). Arah kebijakan DAK Bidang Kesehatan untuk subbidang pelayanan kefarmasian adalah penyediaan obat terutama obat generik dan sarana pendukung pengelolaan obat, perbekalan kesehatan dan vaksin yang berkhasiat, aman, bermutu dan bermanfaat terutama untuk pelayanan kesehatan penduduk miskin dan penduduk di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK) untuk mendukung pemenuhan obat 18 bulan. Pagu DAK Kesehatan secara keseluruhan sekitar 35% atau satu per tiga dari total anggaran DAK Bidang Kesehatan dan sekitar 90% dari total kabupaten/kota mendapatkan alokasi DAK sehingga perlu diteliti ketepatan sasaran DAK ini. Sangat dimungkinkan terjadinya daerah dengan kapasitas fiskal tinggi yang seharusnya tidak layak mendapatkan alokasi, tetap mendapat alokasi tersebut. Hal ini akan mengurangi besaran anggaran DAK pada daerah lainnya yang lebih layak mendapatkan. Dengan adanya DAK untuk memenuhi kebutuhan obat, maka ada kecenderungan mengurangi anggaran obatnya dalam APBD dan mengandalkan pusat sebagai sumber pembiayaan obat. Dari 440 kabupaten/kota yang mendapat DAK 2011, 277 (70,6%) kabupaten/kota mengurangi anggaran obat dalam APBD 2011. Sedangkan dari 444 kabupaten/kota yang mendapatkan DAK 2012, 190 (50,8%) kabupaten/kota mengurangi anggaran obat dalam APBD 2012. Hal ini tidak sesuai dengan konsep desentralisasi dan kembali ke resentralisasi.

Oleh karena itu, penelitian ini penting dilakukan untuk melihat ketepatan sasaran dalam penerapan kebijakan pembiayaan obat melalui DAK yang dilatarbelakangi dengan adanya kekurangan sumber pembiayaan obat dari pusat dan daerah untuk mencapai standar Rp. 18.000,- per kapita.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan dalam 2 tahap. Tahap pertama adalah menggunakan data sekunder dari 491 kabupaten/kota yang digunakan dalam penentuan daerah dan penentuan besaran alokasi DAK, dengan menggunakan data pengalokasian DAK tahun 2011 dan 2012 dari kementerian keuangan dan kementerian teknis. Berdasarkan penghitungan alokasi DAK untuk 491 kabupaten/kota, maka 440 (89,6%) kabupaten/kota mendapatkan alokasi DAK 2011 dan 444 (90,2%) kabupaten/kota mendapatkan alokasi DAK 2012.

Sedangkan tahap kedua adalah menentukan 9 kabupaten/kota dengan kemampuan keuangan

daerah sangat tinggi dan mendapatkan alokasi DAK 2011 dan 2012 namun hanya 2 kabupaten yang bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Analisis pada tahap pertama menggunakan uji statistik *chi square*, regresi linier dan multipel regresi linier. Sedangkan tahap kedua dengan analisis deskriptif yaitu pengelompokan hasil wawancara.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN **Kapasitas fiskal Kabupaten/Kota Untuk Mendapatkan Alokasi DAK**

Dari analisis *chi-square*, kemampuan keuangan/ indeks fiskal daerah mempunyai hubungan yang bermakna dengan alokasi DAK 2011 dan 2012. Semua kabupaten/kota yang mempunyai indeks fiskal (IF) dalam kategori rendah dan sedang mendapatkan alokasi DAK untuk tahun 2011 dan 2012. Hal ini sesuai dengan filosofi dan arah kebijakan DAK sebagai salah satu komponen dana perimbangan sebagai konsekuensi pembiayaan desentralisasi dan bertujuan untuk mengatasi kesenjangan antara daerah dengan kemampuan keuangan rendah dengan kemampuan keuangan tinggi. Daerah dengan indeks fiskal rendah mempunyai keterbatasan anggaran di daerah termasuk anggaran kesehatan, sehingga DAK dibutuhkan sebagai suplemen/penambah anggaran kesehatan di daerah untuk dapat memberikan pelayanan yang baik. Opwora (2009) menyatakan Pemerintah Kenya menerapkan *direct facility funding* (DFF) ke daerah untuk sektor kesehatan dalam rangka mengatasi keterbatasan anggaran sektor kesehatan di daerah. DFF adalah penganggaran langsung ke daerah, yang ditujukan untuk mendukung pelayanan kesehatan termasuk didalamnya pembiayaan obat.

Namun beberapa daerah dengan kapasitas fiskal sangat tinggi pun juga ada yang mendapatkan alokasi DAK 2011 dan 2012. Hal ini menyebabkan pengurangan alokasi bagi daerah dengan kemampuan keuangan rendah yang seharusnya bisa mendapatkan alokasi DAK lebih besar. Hal ini menyebabkan bias dalam penentuan daerah yang berhak mendapatkan DAK, dimana kemampuan keuangan rendah/sedang dengan kemampuan keuangan tinggi/sangat tinggi mempunyai kesempatan yang sama atau ekuitas untuk mendapat DAK. Walaupun daerah dengan kemampuan keuangan tinggi/sangat tinggi mendapatkan tambahan anggaran dari pusat ada kecenderungan mengurangi anggaran kesehatan di daerah dan hambatan yang biasa ditemui menurut Vlasof (2011) adalah masalah kurangnya kapasitas kelembagaan dan menurut Twigg (1999,a,b) kesiapan pemerintah daerah untuk mengelola pendapatan dan anggaran kesehatan. Dengan banyaknya anggaran pusat di daerah, rentan terjadinya penyalah-

gunaan kewenangan dalam pengadaan obat. Selain itu proses pelaksanaan anggaran kesehatan pusat di daerah yang mengalami kegagalan/permasalahan menyebabkan SiLPA yang bagi daerah bunga dari SiLPA akan menguntungkan daerah.

Kondisi Kewilayahan Kabupaten/Kota Untuk Mendapatkan Alokasi DAK

Kabupaten/kota yang mempunyai karakteristik wilayah secara khusus layak mendapatkan DAK. Karakteristik wilayah tersebut antara lain daerah pariwisata, daerah ketahanan pangan, daerah tertinggal, daerah perbatasan, daerah pesisir dan daerah rawan bencana.

Hasil uji analisis Chi Square menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara karakteristik kewilayahan dengan daerah yang mendapat alokasi DAK 2011 dan 2012. 48,9% daerah yang mendapat Alokasi DAK 2011 dan 56,8% daerah yang mendapat alokasi DAK 2012 merupakan daerah yang secara kewilayahan tidak perlu mendapat DAK. Penggunaan karakteristik wilayah dalam menentukan alokasi DAK sejalan dengan penelitian Hill et al., (1998) dimana negara Inggris menggunakan faktor *geographical distribution* dalam formula anggaran kesehatan. Kondisi geografis ini mewakili karakteristik suatu daerah. Indonesia merupakan daerah dengan kondisi geografis yang bermacam-macam terdiri dari kepulauan, dataran tinggi dan dataran rendah dimana untuk kebutuhan anggarannya tentu mempunyai penghitungan yang khusus.

Kebijakan DAK Bidang Kesehatan untuk sub-bidang pelayanan kefarmasian adalah penyediaan obat terutama obat generik dan sarana pendukung pengelolaan obat, perbekalan kesehatan, vaksin yang berkhasiat, aman, bermutu dan bermanfaat terutama untuk pelayanan kesehatan dasar penduduk miskin dan penduduk di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan. DAK ini sangat membantu pembiayaan kesehatan termasuk obat di daerah tertinggal. Konsekuensi yang akan dihadapi adalah kewajiban dana pendamping untuk DAK sebesar 10%. Daerah tertinggal umumnya mempunyai kemampuan keuangan yang rendah sehingga dengan bertambahnya anggaran DAK untuk daerah tertinggal, keuangan daerah akan terbebani dengan besarnya dana pendamping DAK.

Anggaran Obat Dalam APBD Untuk Mendapatkan Alokasi DAK

Dari hasil uji regresi linier, tidak ada hubungan bermakna antara anggaran obat dalam APBD dengan alokasi DAK. Bila melihat daerah yang mendapatkan DAK 2011 dan 2012 mempunyai distribusi yang

sama antara anggaran obat dalam APBD rendah; menengah; banyak atau sangat banyak. Hasil penelitian menyebutkan bahwa 23 % daerah yang mempunyai anggaran obat dalam APBD sangat banyak mendapatkan alokasi DAK 2011 dan 22,7 % daerah yang mempunyai anggaran obat dalam APBD sangat banyak juga mendapatkan alokasi DAK 2012.

Daerah yang anggaran obat dalam APBD sudah banyak dan masih mendapat tambahan anggaran obat melalui DAK, hambatan yang biasa ditemui sesuai dengan penelitian Twigg (1999, a, b) adalah masalah kesiapan pemerintah daerah untuk mengelola pendapatan dan anggaran kesehatan yang bertambah besar. Penggunaan DAK mengacu pada petunjuk teknis yang ditetapkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan, sehingga daerah cenderung mengalihkan anggaran obat dalam APBD untuk kegiatan lain karena pembiayaan obat telah ditanggung oleh DAK. Hal ini sesuai dengan pendapat Gibson et al, (2005) dan James, et al, (2006) dimana pengurangan/pengalihan anggaran kesehatan di daerah mempunyai dampak pengurangan anggaran kesehatan untuk fasilitas pelayanan kesehatan, dan pengurangan anggaran obat.

Daerah dengan anggaran obat rendah ada yang tidak mendapatkan DAK. Hal ini dimungkinkan daerah tersebut mempunyai kemampuan keuangan tinggi atau secara kewilayahan tidak layak mendapat DAK. Walaupun kemampuan keuangan suatu daerah tinggi, bukan jaminan bahwa daerah tersebut memprioritaskan kesehatan dalam penganggaran. Kesehatan dan pendidikan umumnya menjadi prioritas suatu daerah namun belum tentu didukung oleh anggarannya. APBD disusun antara legislatif dengan eksekutif sehingga penentuan besar anggaran untuk bidang kesehatan ditentukan oleh kesepakatan legislatif dan eksekutif. Menurut Herawati (2008), intervensi politik lebih berperan dalam proses penganggaran untuk kabupaten/kota. Hal ini menyebabkan daerah yang sebenarnya secara sektor kesehatan sudah bagus, namun karena merupakan konstituen legislatif tersebut tetap mendapatkan anggaran dan menyebabkan daerah yang secara sektor kesehatan masih kurang, mendapat anggaran lebih rendah. Bila intervensi politik lebih dominan, maka daerah yang tidak mempunyai wakil di legislatif akan cenderung mendapat anggaran kecil bahkan tidak mendapat anggaran, inilah yang menyebabkan ketidakadilan/inequitas dalam pengalokasian anggaran kesehatan di daerah.

Jumlah penduduk Kabupaten/Kota Untuk Mendapatkan Alokasi DAK

Hasil uji regresi linier, ada hubungan bermakna antara jumlah penduduk dengan besaran alokasi DAK. Dimana semakin banyak jumlah penduduknya, semakin besar alokasi DAK nya. Kebijakan pemerintah pusat untuk pembiayaan obat per kapita adalah 2 dollar (Rp. 18.000,-), sehingga daerah dengan jumlah penduduknya banyak tentu membutuhkan anggaran obat yang lebih besar. Sehingga diperlukan perhatian khusus dari pemerintah daerah terhadap anggaran obat. Pemerintah pusat melakukan analisis sumber pembiayaan obat di daerah dan menemukan adanya kekurangan anggaran obat di daerah sehingga pemerintah memberikan DAK untuk menambah pembiayaan obat di daerah. Sejalan dengan penelitian Opwora (2009), dimana pemerintah Kenya memberikan bantuan anggaran ke daerah dengan sistem *direct facility funding* (DFF) untuk mendukung pelayanan kesehatan di daerah termasuk didalamnya pembiayaan obat. DFF ini serupa dengan mekanisme penganggaran DAK di Indonesia sebagai komponen pembiayaan desentralisasi.

Persentase Penduduk Miskin Untuk Mendapatkan Alokasi DAK

Hasil uji regresi linier, tidak ada hubungan bermakna antara persentase penduduk miskin dengan besaran alokasi DAK. Dari gambaran umum data terlihat 33,9% yang mendapatkan alokasi DAK 2011 mempunyai persentase penduduk miskin sangat banyak sedangkan 27% yang mendapatkan alokasi DAK 2012 juga mempunyai persentase penduduk miskin yang sangat banyak.

Kebijakan DAK Bidang Kesehatan untuk subbidang pelayanan kefarmasian adalah penyediaan obat terutama obat generik dan sarana pendukung pengelolaan obat, perbekalan kesehatan, vaksin yang berkhasiat, aman, bermutu dan bermanfaat terutama untuk pelayanan kesehatan dasar penduduk miskin dan penduduk di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan.

Daerah dengan penduduk miskin sangat banyak yang tidak mendapatkan alokasi DAK, hal ini bisa disebabkan daerah tersebut termasuk daerah dengan kemampuan keuangan daerah tinggi atau daerah yang secara kewilayahan tidak layak mendapat DAK. Daerah dengan jumlah penduduk miskin rendah/sedikit yang mendapatkan DAK, hal ini disebabkan daerah tersebut mempunyai kemampuan

keuangan rendah/sedang atau secara kewilayahan layak mendapat DAK. Formula pengalokasian DAK untuk pelayanan kefarmasian menggunakan jumlah penduduk miskin, hal ini sejalan dengan pendapat Gani (1999) yang menyatakan pentingnya memprioritaskan anggaran kesehatan untuk penduduk miskin, karena sesuai undang-undang dasar bahwa penduduk miskin merupakan tanggung jawab negara. Namun, sampai saat ini anggaran pembiayaan orang miskin belum sesuai dengan kebutuhan dan tidak ada kepastian penyediaannya. Hal ini juga dikuatkan dengan penelitian Medici (2002) yang menyatakan bahwa pemerintah Brazil dalam mengalokasikan anggaran kesehatan untuk pelayanan kesehatan dasar penduduk miskin yang mempunyai morbiditas dan mortalitas tinggi termasuk pembiayaan obat. Sedangkan menurut Gibs, et al, (2002), bahwa untuk menentukan indeks kebutuhan kesehatan (*health need index*) di New South Wales juga menggunakan indikator antara lain status sosial ekonomi. Formula anggaran yang menggunakan komponen penduduk miskin juga didukung dengan pernyataan Herawati (2008), bahwa penyusunan formula anggaran di Indonesia baru dilakukan baru pada 5 program antara lain program keluarga miskin (gakin).

Prediksi Sisa Stok Obat Kabupaten/Kota Untuk Mendapatkan Alokasi DAK

Hasil uji regresi linier dalam penelitian ini menemukan ada hubungan bermakna antara prediksi sisa stok obat dengan alokasi DAK. walaupun bila melihat daerah yang mendapat alokasi DAK 2011 dan 2012 mempunyai distribusi yang sama antara prediksi sisa stok obat rendah; menengah; banyak atau sangat banyak.

Prediksi sisa stok obat ini merupakan dasar dalam melakukan perencanaan dan penyediaan obat. Bila diprediksi sisa stok masih banyak maka dalam perencanaan obat sebaiknya tidak menganggarkan terlalu besar, karena obat mempunyai batas penggunaan/kadaluwarsa sehingga obat tersebut harus dimusnahkan dan termasuk kerugian negara. Perencanaan obat memerlukan data dukung yang tepat dan akurat meliputi sumber pembiayaan obat; distribusi obat ke pelayanan kesehatan dan perencanaan serta penggunaan obat di pelayanan kesehatan. Kecenderungan penggunaan obat di pelayanan kesehatan tidak rasional yaitu tidak sesuai dosis baik kualitas maupun kuantitas, sehingga banyak obat yang tidak digunakan atau disimpan terlalu lama menjadi kehilangan manfaat, keamanan, khasiat dan mutu dan berakhir dengan pemusnahan. Penggunaan yang tidak rasional ini bisa dikarenakan keterbatasan

sumber pembiayaan obat di daerah, sehingga untuk menjamin mutu, manfaat dan kualitas obat ini, pemerintah memberikan tambahan pembiayaan obat melalui DAK. Formula pengalokasian DAK untuk pelayanan kefarmasian menggunakan prediksi sisa stok obat di akhir tahun, hal ini sejalan dengan penelitian Medici (2002), dimana untuk mengalokasikan anggaran kesehatan perlu mempertimbangkan kebijakan penggunaan obat di daerah. Diharapkan dengan adanya prediksi sisa stok obat, daerah bisa melakukan perencanaan penyediaan obat lebih tepat untuk menghindari kerugian negara karena obat yang berlebih akan menjadi kadaluwarsa. Untuk daerah yang mempunyai prediksi sisa stok obat sedikit, maka dalam perencanaan penyediaan obat akan lebih banyak sehingga DAK ini membantu daerah untuk memenuhi kebutuhan obatnya, sejalan dengan penelitian Opwora (2009), bahwa pemerintah Kenya juga memberikan bantuan anggaran kesehatan secara langsung ke daerah termasuk pembiayaan obat.

Daerah Dengan Kemampuan Fiskal Tinggi Mendapatkan Alokasi DAK

Untuk lebih menjelaskan hal tersebut, dilakukan wawancara pada 2 kabupaten dengan kemampuan keuangan tinggi yang mendapatkan alokasi DAK dan bersedia menjadi responden penelitian ini.

Dalam perencanaan dan penganggaran kebutuhan obat, daerah menggunakan jumlah penduduk, sisa stok obat, harga satuan obat, sumber pembiayaan obat dan pemakaian obat di puskesmas. Serupa dengan Kementerian Kesehatan juga menggunakan jumlah penduduk dan prediksi sisa stok obat untuk formula pengalokasian DAK. Sesuai pendapat Gani (1999), pembagian anggaran kesehatan dari pusat ke daerah menggunakan formula akan memberikan keunggulan dua kali dibandingkan secara konvensional dan sebaiknya alokasi subsidi/bantuan anggaran pemerintah pusat di Indonesia harus mempertimbangkan tingkat sosial ekonomi penduduk setempat dan tingkat pendapatan pemerintah daerah. Formula pengalokasian DAK untuk kriteria umum menggunakan kemampuan keuangan daerah, karena hal ini juga akan menentukan besaran anggaran kesehatan di daerah tersebut.

Untuk perencanaan obat dibutuhkan tenaga yang berlatar pendidikan kefarmasian, Kab. Tangerang dengan 43 Puskesmas hanya mempunyai 26 orang berlatar belakang kefarmasian dimana 19 orang bertugas di puskesmas dan 7 orang di Instalasi Farmasi kabupaten/dinas kesehatan. Sedangkan Kab. Bogor dengan 101 Puskesmas hanya mempunyai 24 orang yang berlatar belakang pendidikan

kefarmasian. Hal ini menjadi perhatian karena keakuratan dalam penyediaan data untuk digunakan dalam formula anggaran. Jika tenaga terbatas, dimungkinkan terjadinya data yang kurang tepat untuk menghitung kebutuhan obat, sesuai Kustianto dkk (2001) bahwa formula yang ideal memerlukan faktor pendukung kondisi data dan informasi yang tepat.

Saat ini sumber pembiayaan obat di daerah berasal dari APBD dan APBN (DAK) dan daerah sudah memahami penggunaan DAK tersebut mengacu pada Juknis Penggunaan DAK yang disusun oleh Kementerian Kesehatan setiap tahunnya. Sejalan dengan Herawati (2008), bahwa pusat mengatur menu kegiatan atau rambu-rambu sehingga jelas intervensi pusat sangat besar dalam menentukan alokasi anggaran. Walaupun daerah mendapat anggaran desentralisasi melalui DAK namun daerah tidak mempunyai kebebasan untuk menggunakan anggaran tersebut karena adanya juknis penggunaan.

Kab. Tangerang dan Kab. Bogor mempunyai kemampuan keuangan sangat tinggi dimana $IF > 2$, dan sebelum adanya kebijakan DAK untuk obat, Pemda Tangerang sudah mencukupi kebutuhan obatnya dari APBD. Namun, Kab. Bogor dengan kemampuan fiskal tinggi justru anggaran obat dalam APBD tidak mencukupi kebutuhan dikarenakan keterbatasan anggaran atau obat belum menjadi prioritas. Untuk tahun 2010, anggaran obat per kapita untuk Kab. Bogor hanya Rp. 1.402/orang sedangkan Kab. Tangerang Rp. 2.855/orang. Tahun 2011 anggaran obat per kapita untuk Kab. Bogor hanya Rp. 221/orang sedangkan Kab. Tangerang tidak mengalokasikan anggaran obat. Anggaran obat per kapita ini jauh dibawa standar WHO yaitu Rp. 18.000,-/orang. Pemerintah Pusat membantu menutupi gap antara standar WHO dan kondisi daerah, namun bantuan ini menyebabkan Pemda Tangerang pada tahun 2011 tidak menganggarkan obat melalui APBD dan subsitusi dengan DAK.

Kedua daerah ini setuju dengan adanya kebijakan DAK karena menjamin ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan obat di daerah, bahkan Kab. Tangerang menyarankan dana pendamping yang semula hanya 10% menjadi 25% untuk mengakomodir kebutuhan obat selain generik. Kebijakan ini justru mengalihkan anggaran obat dalam APBD yang semula ada menjadi tidak ada. Kab. Tangerang mengalihkan anggaran obat untuk kegiatan lain seperti pengadaan reagensia dan alat penunjang, sedangkan Kab. Bogor justru hanya menganggarkan dana pendamping sebesar 15% dari alokasi DAK. Penggunaan anggaran DAK ini umumnya hanya untuk penyediaan obat di daerah saja. Daerah sangat ter-

bantu dengan adanya DAK untuk menjamin ketersediaan obat di wilayah kerja Puskesmas. Bahkan dengan adanya kebijakan ini, pasien di puskesmas tidak perlu mengeluarkan biaya untuk obat yang dibutuhkan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dalam era desentralisasi ini, daerah belum sepenuhnya memahami *ownership* terhadap anggaran sektor kesehatan, sehingga masih mengandalkan anggaran dari pemerintah pusat.

Ketidakstabilan keuangan negara yang dibuktikan dengan kebijakan efisiensi setiap tahunnya sehingga terjadi pemotongan secara merata pada kegiatan non prioritas di pusat dan daerah. Pemotongan yang dilakukan belum mempertimbangkan kondisi dan kebutuhan di daerah. Umumnya pemotongan untuk daerah kaya dan daerah miskin berlaku hal yang sama.

Saran

Pemerintah Pusat

- Perlunya formulasi dalam pengalokasian DAK yang mempertimbangkan *equity* dan *equality* dalam proses penganggaran. Advokasi untuk daerah dengan kemampuan keuangan tinggi seperti Provinsi Kalimantan Timur maupun Provinsi Riau sebaiknya tidak mendapatkan DAK.
- Ketidakstabilan keuangan pemerintah pusat dalam melakukan efisiensi anggaran di pusat dan daerah dengan cara antara lain *cost reduction* yang mempertimbangkan *equal need*.
- *Punishment* kepada daerah yang tidak melaporkan pelaksanaan DAK ke pusat dan daerah yang mengurangi anggaran kesehatan karena DAK.
- Mapping proporsi anggaran obat dalam APBD.

Pemerintah Provinsi

- Sebagai wakil pemerintah pusat melakukan pendampingan dan pemantauan terhadap pelaksanaan desentralisasi di daerah.
- Melakukan identifikasi terhadap kabupaten/kota di wilayahnya sehingga dapat memberikan rekomendasi untuk pusat dalam pengalokasian DAK.

Pemerintah kabupaten/kota

- Data yang akurat dan *valid* dari daerah dalam pengalokasian DAK sehingga lebih tepat sasaran.

- Pemahaman pemerintah daerah terkait konsep desentralisasi, dimana kesehatan menjadi *ownership* bagi daerah sehingga merasa memiliki dan mengalokasikan anggaran besar terhadap kesehatan dan tidak mengandalkan pusat. Dikarenakan ketidakstabilan neraca keuangan pemerintah pusat sehingga rawan pemotongan anggaran di pusat dan daerah.
- Pengelolaan anggaran kesehatan secara tepat dan sesuai dengan regulasi yang berlaku untuk menghindari penyalahgunaan kewenangan.

REFERENSI

1. Saltman R, Figueras J, European health care reform: analysis of current strategies, World Health Organization, Copenhagen, 1997.
2. Vlassov V, Is there epidemiology in Russia?. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000;54:740-4.
3. Twigg JL, Obligatory medical insurance in Russia: the participants' perspective. *Social Science and Medicine*, 1999;49(3):71-82.
4. Opwora A, Kabare M, Molyneux S, Goodman C, Direct Facility Funding as a response to user fee reduction and perceived impact among Kenya Health Centres and dispensaries. *Health Policy and Planning*, 2010;25: 406-418.
5. Hill RC, Rice N, Smith PC, towards locally based resource allocation in The NHS. Center For Health Economics. University of York. Hesington, York, 1998.
6. Gilson L, McIntyre D, Removing User Fees For Primary Care In Africa: The Need For Careful Action. *British Medical Journal*, 2005;331: 762-5.
7. Herawati DMD, kebijakan transfer anggaran belanja departemen kesehatan dan penyusunan formula anggaran, Disertasi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2008.
8. Gani A, Aplikasi indikator kesehatan dan IPM dalam alokasi anggaran kesehatan masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jakarta, 1999.
9. Medici AC, Financing health policies in Brazil achievements, challenges and proposals, 2002.
10. Gibbs A, Sondalini R, Pearse J, The NSW health resource distribution formula and health inequalities. *NSW Public Health Bulletin*, 2002;13(3):42-44.
11. Kustianto B, Yansekardias, Analytic hierarchy process (AHP): sebuah metode pembobotan alternatif dalam pembagian Dana Alokasi Umum. Studi kasus di provinsi D.I. Yogyakarta, *Jurnal Ekonomi dan Bisnis Indonesia*, 2001;16(3).