

DESENTRALISASI SEKTOR OBAT

DECENTRALIZATION OF PHARMACEUTICALS SECTOR

I.M. Sunarsih

Magister Manajemen dan Kebijakan Obat
Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Drug is one of the main aspects of health services. The cost per capita annually for Indonesians is still low compared to that in other developing countries. Although the budget for public sector is still relatively small, based on the survey of essential drugs availability in community health centers in the fields of study in general reached 90% before the economic crisis and was above 80% during the crisis. This was relatively the same with the condition in other developing countries in the out-of-crisis condition. The condition was the fact of drugs availability in the public sector controlled well centrally. The decentralization after the the law no. 22, 1999 on was effective. The law arranges the duty division between the central and local government. And the Law no. 25, 1999 that regulates financial balance between the central and local government need strategic efforts to improve the availability and affordability of drugs without neglecting the technical consideration of the drugs and health sectors through local regulations.

Keywords: drugs, decentralization, availability, affordability

PENGANTAR

Obat adalah komoditas khusus yang berperan penting untuk kesehatan dan keselamatan manusia. Untuk sub populasi tertentu, kelangsungan hidupnya tergantung pada obat. Keberadaan obat sangat dipengaruhi oleh 3 komponen yaitu sosial, ekonomi dan teknologi. Tiga hal tersebut saling berkaitan dan ini mendorong kebijakan obat untuk menitikberatkan kepada ketersediaan, keterjangkauan, *safety*, *quality* dan *efficacy*.¹

Dibandingkan dengan negara-negara berkembang lain, anggaran obat di sektor publik di Indonesia masih sangat kecil. Menurut WHO, alokasi anggaran obat esensial untuk negara berkembang diperkirakan paling tidak US\$ 1 per kapita per tahunnya. Sebelum krisis ekonomi, besar anggaran obat esensial di Indonesia diperhitungkan hanya sebesar kurang lebih US\$ 0,35 – 0,40 per kapita per

tahun. Jika diperkirakan besarnya pembelanjaan total obat per kapita per tahun di Indonesia US\$ 5, maka anggaran sektor publik hanya kurang dari 10% dari pembelanjaan total obat. Data pembelanjaan total obat sebelum krisis di Indonesia US\$ 5 per kapita per tahun, ini terendah di Asia Tenggara dan tergolong rendah dibandingkan dengan negara-negara berkembang lain pada umumnya.² Jika dilihat dari segi penyediaan obat-obat esensial yang dibutuhkan walaupun anggaran obat sektor publik relatif kecil tetapi selama ini pelaksanaan kebijakan obat di sektor publik berfungsi relatif tidak mengecewakan. Berdasarkan survei yang dilakukan oleh pusat Studi Farmakologi Klinik dan Kebijakan Obat UGM (*WHO Collaborating Centre for Research and Training on Rational Drug Use*), ketersediaan obat di puskesmas sebelum krisis ekonomi umumnya

mencapai lebih dari 90% di daerah penelitian (Jakarta, DIY, Bengkulu, NTB). Ini jauh lebih baik dari negara-negara berkembang lainnya. Selama masa krisis, walaupun terjadi penurunan ketersediaan obat esensial, namun masih berada di atas 80%, relatif sama dengan keadaan di negara-negara berkembang lainnya dalam situasi tanpa krisis. Gambaran ini memberikan indikasi bahwa penyediaan obat sektor publik yang selama ini dikendalikan dari pusat (tersentralisasi) relatif berfungsi baik. Kondisi ini tidak dijumpai di unit-unit pelayanan rumah sakit dimana pemilihan dan penyediaan obat sebagian besar sudah ditangani oleh rumah sakit sendiri (terdesentralisasi).²

Pemberlakuan Undang-Undang No. 22 Tahun 1999 yang mengatur pembagian kewenangan antara pemerintah pusat dan daerah, Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1999 yang mengatur perimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan daerah serta telah keluarnya Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000³ tentang desentralisasi merupakan langkah untuk mewujudkan desentralisasi yang nyata sesuai tuntutan masyarakat. Pilihan kebijakan sentralisasi dan desentralisasi bukanlah pilihan hitam atau putih. Kebijakan desentralisasi mempunyai keuntungan serta kerugian, untuk itu desentralisasi di Indonesia tidak harus menghapus mekanisme yang sudah tertata, namun ditekankan akan upaya perbaikan untuk efisiensi, peningkatan mutu dan pemerataan kesehatan dan obat. Pelaksanaannya sesuai dengan norma, standar dan prosedur yang berlaku, sehingga diperlukan kesiapan semua pihak terutama pemerintah daerah itu sendiri.

DESENTRALISASI DI BIDANG KESEHATAN

Penerapan desentralisasi bidang kesehatan diawali keluarnya Peraturan Pemerintah No 7 Tahun 1987 tentang

penyerahan sebagian urusan pemerintah di bidang kesehatan kepada daerah. Kemudian diikuti dengan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 1995 tentang penyelenggaraan daerah percontohan otonomi dengan 3 urusan kesehatan yang diserahkan yakni pelayanan kesehatan dasar, pelayanan rujukan dan gudang farmasi. Pengalaman di Kabupaten Sleman, yang telah ditunjuk sebagai daerah percontohan otonomi daerah, memberikan data bahwa APBD dan PAD mengalami kenaikan, namun urusan-urusan *non income* memberatkan pemerintah daerah dan kurangnya jumlah personalia terutama yang memiliki kualifikasi teknis.⁵ Dengan kenaikan PAD dan APBD ini diharapkan akan diikuti dengan kenaikan untuk biaya kesehatan.

Dalam desentralisasi, peran pemerintah di bidang kesehatan meliputi:

1. Pembinaan, antara lain berupa: penetapan program, pengaturan, standarisasi, perencanaan strategis dan penetapan program.
2. Pengawasan, antara lain berupa: registrasi, perijinan dan pengamanan
3. Fasilitasi, antara lain berupa bimbingan, pedoman pelaksanaan, pendidikan dan latihan
4. Ikut menyelenggarakan pelayanan yang belum dapat sepenuhnya dilaksanakan oleh masyarakat.

Peran pemerintah tersebut dibagi seperti pada PP Nomor 25 Tahun 2000 dengan 11 kewenangan pemerintah pusat yang mencakup kebijakan dalam penetapan standar pelayanan atau hal-hal yang dianggap strategis dan 5 kewenangan di propinsi.³ Tetapi dalam PP tersebut ada peluang bagi propinsi untuk melaksanakan kewenangan kabupaten berdasarkan kesepakatan bersama dan disetujui oleh presiden. Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 pada dasarnya meletakkan semua kewenangan pemerintah

pada daerah kabupaten/kota, kecuali kewenangan yang diatur dalam PP Nomor 25 Tahun 2000.³

Kenyataan yang terjadi, substansi kesehatan sangat sulit disamakan dengan substansi lain, karena masalah kesehatan berkaitan dengan nyawa manusia sejak konsepsi sampai menjelang kematiannya. Bencana dan penyakit menular sering begitu cepat menular tanpa memperhatikan geografis dan batas administratif pemerintahan serta dapat menyerang siapa saja. Dengan demikian, mencakup beberapa disiplin ilmu dan profesi serta multidimensional. Meskipun begitu, belum menjadi suatu prioritas daerah karena adanya persepsi bahwa kesehatan merupakan pelayanan sosial dan konsumtif. Mestinya kesehatan merupakan investasi jangka panjang dalam mempersiapkan sumber daya manusia serta mencegah hilangnya generasi yang akan datang. Sementara ini telah ada tuntutan privatisasi dan pergeseran nilai sosial ke arah komersial. Oleh karena itu dalam desentralisasi perlu dibedakan pelayanan bersifat pribadi dan pelayanan publik.⁴ Resiko kebijakan desentralisasi terletak pada kemungkinan pemerintah daerah tidak akan memprioritaskan sektor kesehatan. Hal ini muncul sebagai isu-isu tentang desentralisasi. Pengalaman di masa lalu menunjukkan sebagian besar pengeluaran pemerintah lokal digunakan untuk pembangunan administrasi dan fisik.⁵

DESENTRALISASI KEBIJAKAN OBAT

Menurut Quick dkk⁷., bahwa di negara berkembang anggaran belanja obat merupakan anggaran kedua terbesar setelah gaji, yaitu sekitar 40% dari seluruh anggaran rumah sakit. Menurut Depkes. RI⁸, secara nasional biaya untuk obat sekitar 40-50% dari seluruh biaya operasional kesehatan. Sehingga ketidak efisienan dalam pengelolaan

obat akan berdampak negatif baik secara medis maupun ekonomis.

Seperti di banyak negara berkembang di Indonesia juga terjadi disproporsi peran sektor publik dalam bidang kesehatan dan obat. Berdasarkan perhitungan maka anggaran obat sektor publik hanya memberikan kontribusi sekitar 15% dari total biaya obat, akan tetapi cakupan pelayanannya harus mencapai 80% atau lebih masyarakat. Sedangkan sektor swasta yang hanya mencakup 20% pelayanan penduduk, memberikan kontribusi pembiayaan obat \pm 85%. Demikian pula pada sektor publik, \pm 70% anggaran untuk pelayanan rujukan yang mencakup \pm 20% pelayanan. Sedangkan pelayanan primer di puskesmas mencakup \pm 80% populasi hanya memperoleh alokasi anggaran \pm 30%. Hal ini ada kaitannya dengan hanya sekitar 2% alokasi anggaran kesehatan dari anggaran tahunan. Untuk negara berkembang lainnya, anggaran sektor kesehatan berkisar 6-8%.^{2,4}

Hal lain yang pantas dikaji adalah sering obat dijadikan pusat pendapatan dari rumah sakit (*revenue centre*) yang mendorong penggunaan obat yang tidak rasional. Untuk mengatasi hal tersebut pada tahun 2000 diselenggarakan pertemuan oleh Departemen Kesehatan RI yang dihadiri bupati/walikota se-Indonesia, yang menyepakati antara lain pendapatan Unit Pelaksana Teknis Daerah atau UPTD (puskesmas, rumah sakit umum daerah) serta unit pelaksana teknis lainnya dikembalikan sepenuhnya pada unit yang bersangkutan. UPTD diarahkan untuk mandiri melalui tahapan swadana.⁴

Dalam era desentralisasi, masih ada wewenang di tingkat pusat tentang obat ialah untuk regulasi, standarisasi, evaluasi, registrasi serta pengawasan. Sedangkan di tingkat daerah, ada kewenangan untuk pengadaan sektor publik dan perijinan apotik.¹

Bila menyimak reformasi di bidang obat, maka tujuan yang akan dicapai adalah *equity in access, quality dan efficiency*. *Equity in access* harus mengingat tentang ketersediaan, keterjangkauan, serta tidak boleh dilupakan adalah *quality assurance*. Ketersediaan sangat berkaitan dengan pengadaan, distribusi serta pelayanan, sedang keterjangkauan berkaitan dengan harga obat, pola penggunaan obat serta daya beli masyarakat. Untuk mencapai *equity in access*, perlu pemikiran dan implementasi dalam konsep obat esensial/DOEN, program obat generik dan *improving rational drug use*. Untuk program obat generik, diperlukan dukungan legislasi dan regulasi, *quality assurance*, profesional, penerimaan publik dan faktor ekonomi. Keinginan masyarakat yang sering menolak obat generik akan menentukan keberhasilan program, sehingga diperlukan sosialisasi kepada masyarakat tentang manfaat obat generik. Bagaimana untuk *improving rational drug use*? Hal ini dapat dilakukan dengan cara pemberian edukasi, informasi dan komunikasi melalui pendidikan formal dan pendidikan lanjutan, melalui media, brosur dan lain-lain. Cara kedua melalui manajerial, melalui pengetrapan peraturan DOEN, pengadaan dan distribusi, formularium, keuangan. Sedangkan melalui regulasi dapat dilakukan dengan pengawasan promosi, audit preskripsi dan layanan farmasi.¹

Kewenangan yang diberikan kepada daerah adalah pengadaan obat. Pengadaan obat perlu mengacu konsep dasar adalah konsep obat esensial/DOEN, program obat generik dan peningkatan penggunaan obat secara rasional. Program obat esensial yang didorong oleh WHO telah dilaksanakan oleh sekitar 140 negara dan telah berhasil meningkatkan jangkauan, ketersediaan dan pemerataan pelayanan obat terutama pada unit pelayanan primer. Anjuran pengadaan obat esensial/DOEN adalah anjuran yang tepat untuk mengatasi ketersediaan obat di

daerah. Pemakaian obat generik sangat mendukung adanya masalah ketersediaan dana. Namun hal ini perlu dilakukan dengan adanya legislasi, regulasi dan penerimaan publik. Masalah yang pantas dipikirkan adalah sistem pembelian obat. Sistem sentralisasi akan memberikan daya tawar yang kuat sehingga dapat ditekan biaya harga obat dan mudah dikontrol namun kadang tidak sesuai dengan kebutuhan daerah. Dengan desentralisasi dikhawatirkan harga obat menjadi lebih mahal karena obat dengan nama dagang dan sulit dikontrol, walaupun akan sesuai dengan kebutuhan daerah masing-masing. Masalah ini yang dihadapi Filipina sewaktu menerapkan desentralisasi, sehingga akhirnya kembali dipusatkan lagi.² Risiko akan terjadi lebih lanjut bila jika diserahkan ke puskesmas maka kecenderungan pembelian obat-obatan non esensial, non generik dan harga obat mahal dengan khasiat belum diketahui akan terjadi.⁴ Hasil penelitian Anissa¹⁰, menyatakan untuk daerah penelitian, bahwa ketersediaan dana kontan di puskesmas meningkatkan biaya obat tiap resep dan meningkatkan kecenderungan pengadaan obat dengan nama dagang, peresepan obat non esensial, peresepan injeksi, antibiotika, menurunnya resep generik. Dengan kemampuan dana daerah yang terbatas, perlu pengetrapan strategi. Disamping itu turunnya daya beli masyarakat dan harga obat yang semakin tinggi, maka apakah dapat dicapai keterjangkauan masyarakat. Untuk itu ada harapan, dengan adanya desentralisasi jangan sampai tanggung jawab pemerintah pusat dilepaskan ke tingkat administrasi yang lebih bawah. Desentralisasi pembiayaan ke tingkat administrasi yang lebih bawah tidak akan pernah menyelesaikan masalah kekurangan dana, justru sering terjadi mis-alokasi dalam pemilihan dan penggunaan obat yang lebih mahal. Sehingga desentralisasi tidak harus mengorbankan mekanisme yang

telah ada.² Salah satu cara yang perlu difikirkan, dibentuknya suatu Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JPKM) sebagai Badan Usaha Milik Daerah yang merupakan suatu langkah strategik untuk menggali sumber keuangan dengan pengembangan subsidi silang. Hal ini potensial dapat mengurangi beban pemerintah dalam memberikan jaminan bagi warga miskin.⁴ Namun kenyataannya, terlihat cakupan asuransi kesehatan dan JPKM di Indonesia masih berjalan lambat, antara lain karena budaya dan tradisi masyarakat kurang kondusif untuk berkembangnya mekanisme asuransi dan JPKM.⁹

PENUTUP

Dengan diberlakukannya Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 yang mengatur pembagian kewenangan antara pemerintah pusat dan daerah serta Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2000 yang mengatur perimbangan keuangan pemerintah pusat dan daerah, keputusan-keputusan untuk menentukan suatu kebijakan obat di daerah sangat tergantung pada daerah itu sendiri. Desentralisasi dapat dianggap sebagai suatu peluang sekaligus sebagai suatu tantangan. Supaya pencapaian hasil yang selama ini telah diraih sebelum diberlakukan desentralisasi tidak akan menjadi menurun, peluang yang ada perlu dipakai sebagai titik awal menuju ketersediaan, pemerataan serta keterjangkauan obat pada masyarakat. Tantangan yang ada perlu disiasati untuk mendapatkan suatu strategi baru agar dapat memperkuat peluang yang telah ada, misalnya membuat peraturan-peraturan daerah dengan memasukkan pertimbangan-pertimbangan teknis dari sektor obat dan kesehatan yang akan menguntungkan masyarakat. Memang keputusan apapun yang dipilih, akan memberikan konsekuensi dalam pelaksanaannya.

KEPUSTAKAAN

1. Sampurno, Reformasi Sektor Obat dan Pelaksanaan Otonomi Daerah. Disampaikan dalam "Seminar Kebijakan Obat Nasional dalam Otonomi Daerah," Magister Manajemen dan Kebijakan Obat, 2001.
2. Santoso, B., Peran Sektor Publik dan Desentralisasi Bidang Obat di Indonesia. Disampaikan dalam "Seminar Desentralisasi Sektor Obat: Penyiapan manajemen Kesehatan di Tk II", 1999.
3. PP No. 25 Tahun 2000. Tentang Desentralisasi, 2000.
4. Sunartono, Desentralisasi Kebijakan Obat. Disampaikan dalam "Seminar Desentralisasi di Bidang Pelayanan Kesehatan dan Obat", 2000.
5. Sutrisno, Restrukturisasi Organisasi Daerah. Disampaikan dalam "Seminar Desentralisasi di Bidang Pelayanan Kesehatan dan Obat", 2000.
6. Trisnantoro, L., "Perubahan Sistem Kesehatan Wilayah Akibat Kebijakan Desentralisasi", *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 2001; IV(02):95-96.
7. Quick, J.D., Hume, M.L., Rankin, J.R., O'Connor, R.W., *Managing Drug Supply*, Second Edition, Revised and Expanded, Kumarian Press, West Hartford, 1997.
8. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Kebijakan Obat Nasional*, Jakarta, 1983.
9. Mukti., A.G., Thabrani, H., Trisnantoro, L., *Telaah Kritis Terhadap Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Indonesia*, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 2001; IV(01):61.
10. Annisa, E., Suryawati, S., *Pengaruh Ketersediaan Dana Kontan Terhadap Pengadaan Dan Penggunaan Obat di Tingkat Puskesmas*, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 2001; IV(01):61.