



POLICY BRIEF

Media ini bertujuan untuk menjadi jembatan antara pengkajian akademik, penelitian dengan pengambilan kebijakan di sektor kesehatan. Diterbitkan oleh Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan FK UGM

Kebijakan Penganggaran Pusat untuk mempercepat pencapaian MDG4 dan MDG5

Pendahuluan

Indonesia masih mengalami kesulitan dalam mencapai indikator MDG4 dan MDG5 ditahun 2014. Sementara itu perhatian Kabinet sangat besar untuk pencapaian MDG4 dan MDG5. Hal ini ditandai dengan kenaikan anggaran untuk pelayanan kesehatan Ibu dan Anak sampai pada tahun 2014.

Masalah kebijakan penganggaran KIA di tahun 2010

Anggaran pemerintah pusat untuk program kesehatan ibu dan anak meningkat pada tahun-tahun mendatang (2010 – 2014). Akan tetapi pengamatan menunjukkan bahwa kebijakan penganggaran kesehatan ibu dan anak mempunyai berbagai hambatan dan sumbatan yang membahayakan keberhasilan program. Dengan demikian kenaikan dana besar dari pemerintah pusat mempunyai resiko tidak efektif.

Analisis Kebijakan

Penganggaran Pusat untuk KIA

Analisis Isi:

Penganggaran pusat untuk KIA selama ini terdiri dari berbagai sumber dana yaitu:

1. Dana pusat yang tetap menjadi APBN: Dana Dekonsentrasi, Dana Tugas Pembantuan.
2. Dana pemerintah pusat yang menjadi APBD: Dana Alokasi Umum dan Dana Alokasi Khusus
3. Dana Jamkesmas

Konteks Penyusunan Kebijakan Penganggaran KIA

Kebijakan penganggaran pusat untuk KIA berada dalam suasana desentralisasi kesehatan. Pada tahun 2004 sampai dengan 2009, berada dalam lingkup UU 33 tahun 2004, PP mengenai Dana Perimbangan (PP 55 tahun 2005), Permenkeu mengenai DAK (PMK 175). Pada tahun 2008 terbit PP 7 yang mengatur

mengenai Dana Dekonsentrasi. Dengan demikian kebijakan penganggaran di tahun 2010 harus mengacu pada berbagai aturan di atas.

Proses Kebijakan

Kebijakan penganggaran KIA ditetapkan dengan keputusan politik presiden. Untuk tahun 2010-2014 telah dinyatakan pagu anggaran dengan kenaikan sangat besar dibandingkan tahun-tahun sebelumnya¹.

Penentuan kegiatan penganggaran tahunan: Dilakukan dalam siklus tahunan. Dana harus dialokasikan berdasarkan jenisnya (DAU, DAK, Dana Dekonsentrasi, Tugas Pembantuan, Jamkesmas, dll). Terlihat ada kesulitan untuk mengkoordinasikan dalam rangka membiayai kegiatan yang dianggap efektif oleh Lancet.

Pelaksanaan kebijakan penganggaran

Pada tahun-tahun 2004 sampai dengan 2009, terjadi hambatan dalam pencairan dana pemerintah pusat. Sebagian besar dana pemerintah pusat yang berasal dari Dana Dekonsentrasi mengalami hambatan dalam pencairan (biasanya sekitar bulan Agustus tahun berjalan)². Sebagai dampak terjadi pengurangan waktu untuk pelaksanaan. Di daerah dilaporkan kejadian tidak terserapnya dana dekonsentrasi.

Disamping ada hambatan pencairan, penggunaan dana dekonsentrasi terbatas. Sebagian besar digunakan untuk pelatihan, pembinaan teknis, dan pertemuan yang memang merupakan tugas pemerintah pusat.

Kebijakan Dana Alokasi Khusus terbatas pada fasilitas fisik, peralatan, dan obat. DAK membutuhkan semacam dana pendamping APBD yang menyedot anggaran kesehatan untuk fisik, peralatan, dan obat³. Akibatnya terjadi kekurangan dana untuk operasional dan di beberapa daerah dilaporkan adanya kelebihan anggaran untuk fisik⁴.

Sementara itu laporan di berbagai daerah menunjukkan bahwa alokasi APBD untuk KIA sangat rendah⁵. Pemerintah provinsi dan kabupaten belum memberikan dana yang cukup untuk KIA.

Aktor Pelaku dalam berbagai dana

- Dana Dekonsentrasi: Kebijakan penggunaan dana dekonsentrasi terutama dipegang oleh Kementerian Kesehatan. Akan tetapi penggunaannya dibatasi oleh PP 7 tahun 2008 yang tidak boleh melimpahkan ke Pemerintah Kabupaten/Kota. Dana dekonsentrasi terutama digunakan untuk tugas pemerintah pusat yang dilimpahkan ke provinsi. Sesuai dengan Asas Dekonsentrasi, dana ini tidak boleh dialokasikan langsung ke pemerintah kabupaten/kota, harus melalui kewenangan pemerintah Provinsi⁶.
- Dana Alokasi Khusus: Pemegang kebijakan utama adalah Kementerian Keuangan dan DPR. Kementerian teknis terlihat sulit mengelola dana ini.
- Dana Tugas Pembantuan: Selama ini dipergunakan untuk RS melalui Ditjen Bina Pelayanan Medik dalam program PONEK untuk fisik dan peralatan⁷.

¹Informasi mengenai Pagu Anggaran dapat dilihat di Bappenas

²Kasus di Jawa Barat menunjukkan bahwa dana turun berdasarkan Sk Gubernur paling cepat dianggarkan pada bulan Maret, dengan tenggat waktu pencairan dana setelah ada konsolidasi dengan KPPN, sekitar bulan Juni sampai dengan Agustus.

³Lihat PerMenKeu 175 tahun 2009

⁴Contoh kasus menarik di Kabupaten Merauke dimana fasilitas pelayanan terus dibangun sementara untuk operasional kurang.

⁵Dari studi kasus di empat (4) kabupaten/kota setiap daerah mengalokasikan dana kurang dari 5% anggaran kesehatan daerah untuk KIA atau 0,2% dari total APBD kabupaten/kota

⁶Lihat PP 7 tahun 2008 mengenai Dana Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan pada pasal (5), (8) dan (9)

⁷Dana Tugas Pembantuan yang digunakan untuk Pelayanan KIA di Rumah Sakit Daerah, dialokasikan dari pusat melalui Dirjen Bina Pelayanan Medik.

- Dana Jamkesmas: Kebijakan berada di Pusat Jaminan Pembiayaan Kesehatan di Kementerian Kesehatan. Alokasi berdasarkan penggunaan fasilitas oleh masyarakat miskin (pelayanan kuratif). Sebagian dipergunakan untuk pelayanan operasional promosi di Puskesmas.
- Dana APBD: Berada di pemerintah propinsi dan kabupaten/kota

program KIA oleh pemerintah pusat dapat meningkatkan risiko terjadinya kegagalan dalam skala yang lebih luas di tahun-tahun mendatang. Dana dekonsentrasi dapat terhambat diturunkan, sulit dilaksanakan, dan mempunyai risiko tidak terserap.

Dana Alokasi Khusus akan meningkatkan proyek-proyek fisik dan obat, namun gagal untuk meningkatkan kegiatan operasional.

Analisis keseluruhan

Berdasarkan pengamatan, maka kebijakan penganggaran dana pemerintah pusat merupakan hal penting mengingat sebagian besar dana pembangunan kesehatan untuk KIA berasal dari pusat. Akan tetapi ada berbagai hambatan dan sumbatan dana pusat dalam bentuk kelambatan pencairan, keterbatasan penggunaan, dan koordinasi perencanaan antar berbagai jenis dana, seperti yang tertulis di atas.

Akibatnya:

- Dana pemerintah pusat gagal untuk menjadi pelaku penting dalam mendukung pelayanan kesehatan untuk KIA yang dianggap efektif oleh laporan Lancet. Artinya masih banyak strategi yang dinilai efektif belum dapat didanai oleh pembiayaan pemerintah pusat⁸.
- Program pemerintah sulit menjadi efektif. Bukti mengenai sulitnya Indonesia mencapai MDG4 dan MDG5 dalam lima tahun terakhir⁹ dapat dilihat sebagai suatu kemungkinan kegagalan sistem pembiayaan KIA oleh pemerintah pusat.

Resiko yang dihadapi di masa mendatang:

Adanya hambatan dan sumbatan dalam pembiayaan dan penyaluran dana

Usulan Kebijakan:

Bagi Pemerintah Pusat:

Dana Dekonsentrasi:

Secara umum diharapkan untuk mengurangi besaran Dana Dekonsentrasi dan mengalihkan ke Dana Alokasi Khusus. Hal ini sesuai dengan UU Keuangan dalam Desentralisasi (UU 33 tahun 2004)¹⁰. Dana Dekonsentrasi ditujukan untuk membiayai kegiatan pusat yang dilimpahkan ke daerah sesuai dengan PP 7 tahun 2008.

DAK

Dilakukan perubahan DAK melalui perubahan kebijakan Menteri Keuangan. Sebaiknya ada DAK untuk pelayanan kesehatan Ibu dan Anak. Dalam DAK baru ini ada beberapa hal penting:

1. Alokasi anggaran pusat DAK dapat dipergunakan untuk operasional.
2. Dana pendamping dari daerah disesuaikan dengan tingkat kemampuan fiskal daerah. Semakin besar kemampuan fiskal maka persentasenya diharapkan semakin besar.
3. Mengacu ke SPM Kesehatan
4. Alokasi anggaran diharapkan menggunakan formula yang berbasis pada variabel variabel yang mempengaruhi besarnya biaya operasional, kemampuan fiskal daerah, dan status kesehatan ibu dan anak di daerah.

⁸ Observasi di lapangan menunjukkan dimana banyak usulan strategi dan intervensi kesehatan yang berbasis evidence yang diusulkan sulit mendapatkan dana.

⁹ Saat ini sedang dilakukan analisis data kematian bayi dengan menggunakan data Susenas secara seri sampai tahun 2009 oleh WHO dan UGM. Ada kecenderungan terjadi pelambatan laju penurunan angka kematian bayi.

¹⁰ Lihat UU 33 tahun 2004 pasal 108, Dana Dekonsentrasi dan Dana Tugas Pembantuan yang merupakan bagian dari anggaran kementerian negara/lembaga yang digunakan untuk melaksanakan urusan yang menurut peraturan perundang-undangan menjadi urusan Daerah, secara bertahap dialihkan menjadi Dana Alokasi Khusus.

Catatan:

BOK sebaiknya masuk sebagai DAK sebagai DAK Puskesmas. Hal ini tentunya membutuhkan perubahan PernMenKeu. Diharapkan Kementerian Kesehatan menggunakan mekanisme penganggaran yang ada dalam UU 33 tahun 2004.

Bagi Pemerintah Propinsi:

Menggunakan dana-dana pemerintah pusat untuk kegiatan dekonsentrasi, serta untuk kegiatan yang menjadi tanggung jawab propinsi (sesuai dengan PP38 tahun 2007).

Mengusahakan dana-dana Propinsi untuk membantu Kabupaten/Kota yang dinilai tidak mampu menjalankan SPM.

Bagi Pemerintah Kabupaten:

Mengusahakan dana untuk KIA dari APBD sesuai dengan SPM yang ada. Diharapkan DAK untuk KIA dapat berhasil diperjuangkan oleh pemerintah pusat sehingga ada tambahan dana untuk daerah.

Dinas-dinas di luar Dinas Kesehatan yang mempunyai wewenang penganggaran sebaiknya dihimbau untuk memberikan kontribusi dalam pencapaian MDG4 dan MDG5.

Bagi Masyarakat dan swasta diharapkan memberi kontribusi pendanaan sesuai dengan apa yang ada di daftar Lancet.

Komunikasi lebih lanjut dapat dilakukan ke penulis policy brief :

Laksono Trisnantoro,
trisnantoro@yahoo.com
0274 549425
0811253295

Deni Harbianto
d_harbianto@yahoo.com
0274549425
081311327153

Yulia Widiati
ywidiati@yahoo.com
0274549425
0811481107

M Faozi Kurniawan
ojikk@yahoo.com
0274549425
081392518866



diterbitkan oleh:

Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan
Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada
Phone. +62 274 549424, 549425
Website: [www. kebijakankesehatanindonesia.net](http://www.kebijakankesehatanindonesia.net)