

Berinvestasi dalam Sektor Kesehatan Indonesia: Tantangan dan Peluang untuk Pengeluaran Publik di Masa Depan

Kajian Pengeluaran Publik Indonesia untuk Sektor Kesehatan 2008



HPEA



BANK DUNIA

KANTOR BANK DUNIA JAKARTA

Gedung Bursa Efek Jakarta Menara II/12-13th Fl.

Jl. Jend. Sudirman Kav. 52-53

Jakarta 12910

Tel: (6221) 5299-3000

Fax: (6221) 5299-3111

BANK DUNIA

The World Bank

1818 H Street N.W.

Washington, D.C. 20433 USA

Tel: (202) 458-1876

Fax: (202) 522-1557/1560

Email: feedback@worldbank.org

Website: www.worldbank.org

Dicetak pada bulan Juni 2008

Semua foto Hak Cipta © Bank Dunia 2008

Berinvestasi dalam sektor Kesehatan Indonesia : Tantangan dan Peluang untuk Pengeluaran Publik di Masa Depan merupakan hasil kerja staff Bank Dunia. Temuan, interpretasi dan kesimpulan dalam laporan ini tidak mencerminkan pendapat Dewan Eksekutif Bank Dunia atau pemerintah yang mereka wakili.

Bank Dunia tidak menjamin keakuratan data yang terdapat dalam laporan ini. Batasan, warna, angka, dan informasi lain yang tercantum dalam setiap peta dalam buku ini tidak mencerminkan penilaian Bank Dunia tentang status hukum sebuah wilayah atau merupakan bentuk pengakuan dan penerimaan atas batasan tersebut.

Untuk pertanyaan lebih lanjut tentang laporan ini, silakan hubungi Claudia Rokx, crokx@worldbank.org.



Berinvestasi dalam Sektor Kesehatan Indonesia: Tantangan dan Peluang untuk Pengeluaran Publik di Masa Depan

Kajian Pengeluaran Publik Indonesia untuk Sektor Kesehatan 2008



HPEA



BANK DUNIA

Ucapan Terima Kasih

Laporan ini disusun oleh tim inti di bawah pimpinan Wolfgang Fengler (Ahli Ekonomi Senior, EASPR), Claudia Roxk (Ahli Kesehatan Utama, EASHD) dan George Schieber (Penasehat Senior untuk Kebijakan Kesehatan, konsultan). Penulis utama laporan ini adalah Elif Yavuz (Ahli Pengeluaran Publik, EASPR) dan Claudia Roxk, yang didukung oleh kontribusi dari Pandu Harimurti (Ahli Kesehatan, EASHD) dan Mark Wheeler (Ahli Ekonomi Kesehatan, konsultan), dan selain itu komentar-komentar substantif juga diberikan oleh Puti Marzoeqi, Yudha Permana, Aparnaa Somanathan, dan Ajay Tandon.

Dari pihak Pemerintah, tim inti telah memperoleh banyak masukan yang sangat bermanfaat dan kerja sama yang begitu erat dari: Parluhutan Hutahaean (Departemen Keuangan); Nina Sardjunani, Wismana Adi Suryabrata, Arum Atmawikarta, (Bappenas); dan Abdurachman, Budihardja, Chalik Masulili, Ida Bagus Indra Gotama, Imam Subekti, Bayu Tedjo M, Trisa Wahyuni, Atikah Adyas, dan Harmen Mardjunin (Departemen kesehatan),

Selain itu, akademisi Indonesia yang terkenal dan staf dari lembaga-lembaga penelitian juga turut terlibat dengan memberikan komentar dan masukan yang berguna. Secara khusus, kami mengungkapkan penghargaan kami kepada: Prof. Laksono Trisnantoro (Kepala Pusat Manajemen Layanan Kesehatan, Universitas Gadjah Mada) dan timnya termasuk Adi Utarini, Deni Harbiantoro, Dewi Marhaeni dan Sigit Riyarto, khususnya berkenaan dengan bab-bab tentang pembiayaan kesehatan yang terdesentralisasi; dan Prof. Ascobat Gani (Kepala Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, Universitas Indonesia) dan Ibu Prastuti Soewondo (Wakil Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia).

Dari lembaga-lembaga pembangunan Internasional, David Dunlop (AUSAid), Stephanus Indradjaya (WHO), dan Franz von Roenne (GTZ) turut memberikan gagasan dan umpan balik kepada tim inti selama proses penulisan.

Tim inti mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak dalam Kelompok Bank Dunia yang memberikan kontribusi mereka berupa masukan yang berguna untuk laporan ini, yaitu: Meltem Aran, Francisco Javier Arze del Granado, Cut R. Dian Augustina, Eduard R. Bos, Shubham Chaudhuri, Mafalda Duarte, Ahmad Zaki Fahmi, Ioana Kruse, Menno Pradhan, Bambang Suharnoko, Eleonora Suk Mei Tan, Sukmawah Yuningsih, dan Soekarno Wirokartono.

Tim mengucapkan terima kasih kepada Peter Milne yang telah mengedit teks laporan ini dan kepada Arsianti yang telah mengkoordinasikan proses desain dan produksi.

Kami juga mengucapkan terima kasih kepada Josh Estey yang bertanggung jawab atas pengambilan semua foto yang digunakan dalam laporan ini.

Yang bertindak sebagai peninjau adalah Maureen A. Lewis (Penasehat Bank Dunia, HDNVP) dan Pia Helene Schneider (Ahli Ekonomi Kesehatan Senior Bank Dunia, ECSHD).

Bimbingan secara keseluruhan diberikan oleh Joachim von Amsberg (Direktur tingkat Negara Indonesia Bank Dunia, EACIF), Emmanuel Y. Jimenez (Sector Director, EASHD), Fadia M. Saadah (Manajer Sektor, EASHD), William E. Wallace (Ahli Ekonomi Utama Bank Dunia, Indonesia, EASPR) dan Vicente B. Paqueo (Koordinator Sektor Tingkat Negara, EASHD).

Prakata

Sektor Kesehatan di Indonesia sedang memasuki masa transisi. Pada tahun 2015, populasi di Indonesia diperkirakan akan mencapai jumlah sekitar 250 juta jiwa. Selain perubahan besar pada bidang demografi tersebut, transisi juga terjadi dalam bidang epidemiologi dan gizi. Secara keseluruhan, semua perubahan tersebut akan memerlukan sistem kesehatan masyarakat Indonesia yang sangat berbeda dari sistem yang ada pada saat ini. Namun demikian, meskipun usia harapan hidup masyarakat Indonesia saat ini lebih panjang, begitu banyak anak yang meninggal dunia akibat penyakit yang dapat dicegah dan begitu banyak ibu yang meninggal dunia saat melahirkan. Meskipun Indonesia masih memiliki beban yang berat, sekalipun terus berkurang, untuk memberantas penyakit menular, jumlah penyakit tidak menular (diabetes, penyakit jantung, dsb.) meningkat tajam. Beban ganda dari besarnya jumlah penyakit menular dan peningkatan pada penyakit tidak menular menimbulkan tekanan tambahan pada sistem kesehatan.

Pada beberapa tahun yang lalu, Indonesia telah memberlakukan beberapa perubahan besar pada sistem kesehatannya: desentralisasi telah memberikan wewenang kepada kabupaten/kota dan provinsi untuk mengelola dan membiayai para bidan, perawat, dan dokter; dan pemberlakuan sistem jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (Askeskin) telah menciptakan peluang untuk melindungi masyarakat Indonesia yang rentan dari kemungkinan jatuh miskin pada saat mereka sakit. Namun demikian, Indonesia masih menghadapi kesulitan dalam menerapkan reformasi-reformasi yang besar tersebut. Sebagai contoh, belum ada kejelasan tentang kepada pihak mana para pekerja kesehatan bertanggungjawab, dan salah satu konsekuensi dari tidak adanya pertanggungjawaban tersebut adalah tingginya tingkat ketidakhadiran di tempat kerja. Askeskin telah menyebabkan adanya ekspansi yang sangat besar dalam pengeluaran sektor kesehatan dan menimbulkan pertanyaan penting tentang keberlanjutan dari cakupan jaminan kesehatan universal dari sisi keuangan. Kesulitan-kesulitan tersebut merupakan pencerminan dari tantangan yang lebih besar yang akan dihadapi oleh sektor kesehatan Indonesia dalam dasawarsa yang akan datang.

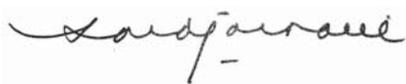
Kajian Pengeluaran Publik untuk Sektor Kesehatan ini dilakukan dengan sangat tepat waktu dan menerapkan analisis yang mendukung Indonesia dalam penyusunan dan pelaksanaan strategi dalam sektor kesehatan dan juga merupakan masukan penting yang pertama untuk Rencana Pembangunan Nasional Jangka Menengah berikutnya (2009-14). Kajian Pengeluaran Publik untuk Sektor Kesehatan ini menyoroti berbagai aspek dari pengeluaran publik dalam sektor kesehatan di Indonesia dan mengajukan serangkaian pertanyaan yang mendasar tentang masa depan. Pertanyaan-pertanyaan tersebut antara lain adalah tentang kecukupan dana secara keseluruhan, peran pengeluaran publik dibandingkan dengan pengeluaran swasta dalam sektor kesehatan, peran APBN dan APBD, mekanisme yang tepat untuk memobilisir sumber daya dan membeli layanan, dan proporsi pengeluaran publik yang harus dialokasikan untuk kesehatan masyarakat, dibandingkan dengan perawatan kesehatan perorangan. Laporan ini memberikan sembilan gagasan untuk meningkatkan efisiensi sistem kesehatan.

Kajian Pengeluaran Publik untuk Sektor Kesehatan ini merupakan tindak lanjut atas Kajian Pengeluaran Publik Indonesia pada tahun 2007 dan menerapkan model kerjasama yang sukses antara Pemerintah Indonesia dan Bank Dunia. Kajian Pengeluaran Publik untuk Sektor Kesehatan juga merupakan hasil dari Prakarsa Analisis Pengeluaran Publik (IPEA), yang merupakan sebuah konsorsium yang terdiri dari beberapa departemen, termasuk Departemen Keuangan, Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), Kantor Menteri Koordinasi bidang Perekonomian, universitas-universitas di Indonesia, dan Bank Dunia. Pemerintah Belanda memberikan dukungan keuangan yang besar. Laporan ini ditulis dengan kerjasama yang erat dengan staf dari Departemen Kesehatan dan Bappenas.

Sebagai langkah awal, dengan Kajian Pengeluaran Publik untuk Sektor Kesehatan ini, kami berharap dapat memberikan kesempatan kepada Pemerintah dan para mitranya untuk memaksimalkan efisiensi pengeluaran di sektor kesehatan. Setelah dikeluarkannya laporan ini, kami juga akan melakukan analisis berikutnya yang akan ditujukan kepada berbagai komponen dari sistem kesehatan Indonesia.

Dra Nina Sardjunani, M.A

Deputi Bidang Sumber Daya Manusia dan Budaya
Bappenas



Joachim von Amsberg

Direktur Bank Dunia, Indonesia



Daftar Istilah

ADB	: Asian Development Bank (Bank Pembangunan Asia)	Kabupaten	
AI	: Avian Influenza (Flu burung)	DPR	: Dewan Perwakilan Rakyat
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome	DPRD	: Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
ALOS	: Waktu Tinggal Rata-rata	EAP	: East Asia and Pacific (Kawasan Asia Timur dan Pasifik)
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah	FHI	: Family Health International (Kesehatan Keluarga Internasional)
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara	FY	: Fiscal Year (Tahun Anggaran)
APBN-P	: Perubahan Anggaran Pendapatan Belanja Negara	GDP	: Gross Domestic Product (Produk Domestik Bruto)
ART	: Anti Retroviral Treatment (Pengobatan Anti Retroviral)	GDR	: Gross Death Rate (Angka Kematian Bruto)
Asabri	: Asuransi Angkatan Bersenjata Republik Indonesia	GDS	: Governance and Decentralization Survey (Survei mengenai Tata Kelola Pemerintahan dan Desentralisasi)
Askes	: Asuransi Kesehatan	GGHE	: General Government Health Expenditure (Pengeluaran Umum Pemerintah untuk Sektor Kesehatan)
Askeskin	: Asuransi Kesehatan untuk Masyarakat Miskin	Gol	: Pemerintah Indonesia
BA	: Basic Allocation (Alokasi Dasar)	GNI	: Gross National Income (Pendapatan Nasional Bruto)
Bappeda	: Badan Perencanaan Pembangunan Daerah	GNP	: Gross National Product (Produk Nasional Bruto)
Bappenas	: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional	GRDP	: Gross Regional Domestic Product (Produk Domestik Bruto Daerah)
Bidan	: Midwife	GTZ	: German Technical Cooperation (Kerjasama Teknis Jerman)
BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional	GTZ SISKES	: GTZ Health Information System (Sistem Informasi Kesehatan GTZ)
BKN	: Badan Kepegawaian Negara	HAI	: Histology Activity Index (Indeks Kegiatan Histologi)
BOR	: Angka Rawat Inap	HIV	: Human Immunodeficiency Virus
BOS	: Bantuan Operasional Sekolah	HH	: Rumah Tangga
BPS	: Badan Pusat Statistik	HMO	: Health Maintenance Organization (Organisasi Pemeliharaan kesehatan)
BTO	: Frekuensi Pemakaian Tempat Tidur	HPER	: Health Public Expenditure Review (Kajian Pengeluaran Publik untuk Sektor Kesehatan)
Bupati	: Regent	HSPA	: Health Services and Policy Analysis (Analisis Layanan dan Kebijakan Kesehatan)
CCT	: Bantuan Langsung Tunai Bersyarat	IBBS	: Indonesia Bio-Behavior Survey (Survei Perilaku Biologis Indonesia)
CDR	: Clinical Data Repository (Penyimpanan Data Klinis)	IDHS	: Indonesia Demographic and Health Survey (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia)
CPI	: Consumer Price Index (Indeks Harga Konsumen)	IMMPaCT	: International Micronutrient Malnutrition Prevention and Control Program (Program Pencegahan dan Pengendalian Kekurangan Gizi Internasional)
CVD	: Penyakit Kardiovaskular	IMR	: Infant Mortality Rate (Angka kematian Bayi)
DAK	: Dana Alokasi Khusus	Inpres	: Instruksi Presiden
DAU	: Dana Alokasi Umum	Jamsostek	: Jaminan Sosial dan Tenaga Kerja
DBD	: Dengue Hemorrhagic Fever (Demam Berdarah)	JKJ	: Jaminan Kesehatan Jembrana
DEKON	: Dana Dekonsentrasi		
Depkes	: Departemen Kesehatan		
Desa	: Village		
DHA	: District Health Accounting (Penghitungan Kesehatan tingkat kabupaten)		
DHO	: Dinas kesehatan Tingkat kabupaten		
DHS	: Demographic and Health Survey (Survei Demografis dan Kesehatan Indonesia atau SDKI))		
Dinas	: Provincial Sub-Project Management Manajemen Proyek tingkat Provinsi		
DPHO	: Dinas Kesehatan Masyarakat tingkat		

JPK	: Mjaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat)	OTC	: Over-the-Counter (Obat yang dijual bebas)
Kabupaten	: District	PA	: Poverty Assessment (Penilaian Kemiskinan)
Kanwil	: Kantor Wilayah	PC	: Per capita (Per Kapita)
Kecamatan	: Sub-District	PER	: Public Expenditure Review (Kajian Pengeluaran Publik)
Kelurahan	: Village	PHA	: Pembiayaan Kesehatan Tingkat Provinsi
Keppres	: Keputusan Presiden	PHC	: Public Health Centre (Pusat Kesehatan Masyarakat)
Kota	: Urban District	PHO	: Public Health Office (Dinas Kesehatan Masyarakat)
LG	: Local Government (Pemerintah Daerah)	PLWHA	: People Living with HIV and AIDS (Orang dengan HIV AIDS/ODHA)
LKPP	: Laporan Keuangan Pemerintah Pusat	PKS-BBM	: Program Kompensasi Pengganti Subsidi BBM
LOS	: Length of Stay (Waktu Tinggal)	PNS	: Pegawai Negeri Sipil
LPFM FEUI	: Lembaga Pendidikan Ekonomi dan Masyarakat – Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia)	Podes	: Potensi Desa
MCH	: Maternal and Child Health (Kesehatan Ibu dan Anak)	Posyandu	: (Pos Pelayanan terpadu
MDG	: Millennium Development Goal (Tujuan Pembangunan Milenium)	PP	: Peraturan Pemerintah
MMR	: Maternal Mortality Rate (Angka Kematian Ibu atau AKI)	PTT	: Pegawai Tidak Tetap
MMS	: Minimum Service Standards (Standar Layanan Minimum)	Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
MoF	: Departemen Keuangan	Pustu	: Puskesmas Pembantu
MoH	: Departemen Kesehatan	PvtHE	: Private Sector Expenditure on Health (Pengeluaran Sektor Swasta di Sektor Kesehatan)
MoHA	: Departemen Dalam Negeri	Renja KL	: Rencana Kerja Kementerian/Lembaga
MTEF	: Medium-term Expenditure Framework (Kerangka Kerja Pengeluaran Jangka Menengah)	Renstra KL	: Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian/Lembaga)
NCD	: Non-Communicable Disease (Penyakit Tidak Menular)	Repanas	: Rencana Pembangunan Nasional
NGO	: Non-Governmental Organization (Lembaga Swadaya Masyarakat)	RKA-KL	: Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian/Lembaga
NHA	: National Health Account (Pembiayaan Kesehatan nasional)	RKP	: Rencana Kerja Pemerintah
NHHS	: National Household Health Survey (Survei Kesehatan Rumah tangga Nasional)	Rp	: mata uang rupiah Indonesia
NHI	: National Health Insurance (Jaminan Kesehatan Nasional)	RPJM	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah
NHSI	: National Health System in Indonesia (Sistem Kesehatan Nasional di Indonesia)	Sakernas	: Survei Tenaga Kerja Nasional
NID	: National Immunization Days (Hari Imunisasi Nasional)	SDA	: Sumber Daya Alam
NSSs	: National Support Systems (Sistem Tunjangan Nasional)	SDO	: Subsidi Daerah Otonom
NTT	: Nusa Tenggara Timur	SIKD	: Sistem Informasi Keuangan Daerah
OHDA	: Orang Hidup Dengan HIV/AIDS	SMERU	: Lembaga Independen untuk Penelitian dan Kajian Kebijakan Masyarakat
OECD	: Organization for Economic Co-operation and Development (Organisasi Kerja sama dan Pembangunan Ekonomi)	SKTM	: Surat Keterangan tidak Mampu
OOP	: Out-of-Pocket Payments (Pembayaran di luar anggaran) (dikenal juga dengan OOPS)	SOE	: State-Owned Enterprise (Badan Usaha Milik Negara)
OSR	: Own-Source Revenue (Pendapatan Asli Daerah, atau PAD)	SS	: Social Security (Jaminan Sosial)
		Susenas	: Survei Sosial Ekonomi Nasional
		TB	: Tuberculosis
		TBA	: Traditional Birth Attendant (Dukun Beranak)
		Taspen	: Tabungan Pensiun
		THE	: Total Health Expenditure (Total Pengeluaran Kesehatan)
		TOI	: Turn Over Interval (Selang waktu antara Pemakaian Tempat Tidur)
		ToR	: Term of Reference (Kerangka Acuan)

TP	: Tugas Pembantuan
UCI	: Universal Child Immunization (Imunisasi Anak Universal)
UI	: Universitas Indonesia
UNDP	: United Nation Development Program (Program Pembangunan PBB)
UNICEF	: United Nations Children's Fund (Dana Anak-Anak PBB)
U5MR	: Under 5 (Five) Mortality Rate (Angka Kematian Balita atau AKBAL)
UMR	: Upah Minimum Regional
WB	: World Bank (Bank Dunia)
WDI	: World Development Indicator (Indikator Pembangunan Dunia)
WHO	: World Health Organization (Organisasi Kesehatan Dunia)
WHS	: World Health Statistics (Statistik Kesehatan Dunia)
WHR	: World Health Report (laporan Kesehatan Dunia)

Daftar Isi

Ucapan Terima Kasih	ii
Prakata	iii
Daftar Istilah	iv
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Kotak	xii
Rangkuman Eksekutif	1
Pendahuluan	11
Sistem Kesehatan Indonesia: Kinerja dan Hasil	17
1.1. Capaian dari Pelayanan di sektor Kesehatan	19
1.2. Pemanfaatan dan Pemerataan Sistem Kesehatan	23
1.3. Tantangan Yang Ada Pada Saat Ini dan Masa Depan	28
Sistem Pelayanan Kesehatan di Indonesia	33
2.1. Penyelenggaraan dan Prasarana Sistem Kesehatan	34
2.2. Ketersediaan dan Persebaran Sumber Daya Manusia	37
2.3. Obat-obatan	40
2.4. Tanggung Jawab terhadap dan Pengadaan berbagai Input Baru	41
Pengeluaran Publik untuk Sektor Kesehatan	43
3.1. Trend Pengeluaran Nasional dan Sektor Kesehatan	44
3.2. Trend dan Tingkat Pengeluaran Kesehatan Publik Secara Agregat	45
3.3. Perbandingan Internasional Dalam Hal Belanja Kesehatan	47
3.4. Transfer Keuangan antar Pemerintah, Pendapatan Daerah dan Aliran Dana untuk Sektor Kesehatan	49
3.5. Perencanaan, Penganggaran, dan Manajemen Keuangan di Sektor Kesehatan	55
3.6. Pengeluaran berdasarkan Klasifikasi Anggaran	57
3.7. Klasifikasi Ekonomi Pengeluaran	59
3.8. Klasifikasi Fungsional Pengeluaran	64
Penilaian atas Sistem Kesehatan: Benefit Incidence, Efisiensi dan Kualitas	67
4.1. Benefit Incidence dari Pengeluaran Pemerintah	68
4.2. Distribusi Pembiayaan Kesehatan Masyarakat	69
4.3. Hubungan antara Pengeluaran, Penggunaan dan Capaian Layanan	71
4.4. Efisiensi di Tingkat Rumah Sakit dan Puskesmas	73
4.5. Mengukur Efisiensi di Tingkat Kabupaten	74
4.6. Penilaian terhadap Kualitas dan Kepuasan Konsumen	76
Pengeluaran dari Kantong Masyarakat (<i>Out of Pocket</i>) dan Reformasi Jaminan Kesehatan	79
5.1. Pengeluaran dari Kantong Masyarakat dan Pengeluaran yang Sangat Besar (Catastrophic) untuk Kesehatan	81
5.2. Pengumpulan Risiko (Risk-Pooling) dan Reformasi Jaminan Kesehatan di Indonesia	83
5.3. Asuransi Kesehatan Orang Miskin: Program Askeskin	90
5.4. Tantangan Masa Depan Jaminan Kesehatan	93
Lampiran	95
Lampiran A: Rangkuman Sumber Data, Klasifikasi Ekonomi, Angka Belanja Pusat dibandingkan dengan Angka Belanja Daerah (NHA dan DHA)	96

Lampiran B: Sekilas Portofolio AAA Indonesia-Bank Dunia Bidang Kesehatan	102
Lampiran C: Apakah yang dimaksud dengan “Initiative for Public Expenditure Analysis” (IPEA)?	104
Lampiran D: Kebijakan dan Strategi Pemerintah Indonesia di Bidang Kesehatan	108
Lampiran E: PP No. 38/2007 serta Peranan dan Tanggung jawab Antar Pemerintah di Sektor Kesehatan	112
Lampiran F: Gaji Tenaga Kesehatan Dibandingkan dengan Tenaga Kerja dengan Tingkat Pendidikan yang Sama	116
Lampiran G: Distribusi Probabilitas Ketidakhadiran	117
Lampiran H: Distribusi Sektoral Pengeluaran Publik Nasional	118
Lampiran I: Progresivitas Pajak dan Kemampuan Membayar	119
Lampiran J: Pengeluaran Daerah per Sektor	120
Lampiran K: Aliran Transer dana Fiskal Antar Pemerintah: Tinjauan Umum tentang Sistem Umum	121
Lampiran L: Alokasi DAK untuk Sektor Kesehatan dan Ketidakseimbangan Pemerataan	122
Lampiran M: Rincian Pendapatan Daerah	123
Lampiran N: Pengeluaran Dekonsentrasi per Kapita untuk Sektor Kesehatan dan Korelasi dengan Hasil Pelayanan, Produksi, dan Indikator Kemiskinan	124
Lampiran O: Indikator Layanan Rumah Sakit untuk Rumah Sakit Khusus di Indonesia	126
Lampiran P: Pengeluaran Publik, Pemanfaatan, dan Hasil Pelayanan Kesehatan	127
Lampiran Q: Analisis Efisiensi pada Tingkat Sub-Nasional:	132
Lampiran R: Batasan Analisis Efisiensi	134
Lampiran S: Karakteristik Skema-Skema Jaminan Kesehatan Indonesia	135
Lampiran T: Pengeluaran Askeskin per Provinsi dan Berdasarkan Jenis Layanan Kesehatan	137
Lampiran U: Data Penerima Manfaat untuk Askeskin oleh Provinsi, hingga dan termasuk bulan Desember 2006	138
Lampiran V: Skenario untuk Memperkirakan Kapasitas Rumah Sakit sehubungan dengan Meningkatnya Permintaan Tempat Tidur Rumah Sakit Melalui Askeskin	139
Referensi:	142

Daftar Gambar

Gambar 1	Trend yang terjadi dalam indikator-indikator kesehatan utama di Indonesia, 1960-2005	2
Gambar 2	Piramida populasi Indonesia, 1970-2025	3
Gambar 1.1	Indonesia telah mencapai hasil yang menggembirakan dalam menekan angka kematian bayi, dilihat dari tingkat pendapatannya	19
Gambar 1.2	Terdapat perbedaan yang mencolok pada angka kematian bayi dan balita (AKB dan AKBAL) di antara provinsi-provinsi di Indonesia	20
Gambar 1.3	Akses terhadap air bersih dan sanitasi di provinsi-provinsi masih rendah	20
Gambar 1.4	Angka kematian bayi dan balita, berdasarkan kuintil tingkat kesejahteraan, 2002-03	21
Gambar 1.5	Kemajuan dalam menekan angka gizi buruk balita mandek setelah tahun 2000	22
Gambar 1.6	Perbedaan angka harapan hidup berdasarkan provinsi, 2001	22
Gambar 1.7	Pola pengupayaan perawatan bagi orang sakit 1993-2006	24
Gambar 1.8	Tingkat kunjungan pasien rawat jalan, berdasarkan jenis penyedia layanan	25
Gambar 1.9	Pilihan penyedia layanan untuk layanan kesehatan	25
Gambar 1.10	Tingkat Kunjungan berdasarkan jenis layanan kesehatan dan kuintil pendapatan	25
Gambar 1.11	Pemanfaatan layanan rawat inap, jumlah total dan berdasarkan penyedia layanan dan kuintil sosial dan ekonomi	26
Gambar 1.12	Kelahiran berdasarkan jenis perawatan dan status kesejahteraan	27
Gambar 1.13	Piramida populasi Indonesia, 1970-2025	28
Gambar 1.14	Pergeseran pola angka dan umur kematian di Indonesia, 1970-2030	29
Gambar 1.15	Perubahan-perubahan struktur penduduk akan mempengaruhi total biaya kesehatan di negara-negara Asia Timur dan Pasifik (untuk perubahan tahun 2000-2020)	30
Gambar 2.1	Jumlah tempat tidur rumah sakit, 1990-2005	35
Gambar 2.2	Jumlah rumah sakit (umum dan khusus) berdasarkan kepemilikan, 1990-2005	35
Gambar 2.3	Jumlah Puskesmas, rasio Puskesmas dan rumah sakit terhadap jumlah penduduk per provinsi, tahun 2005	36
Gambar 2.4	Rasio bidan dan luas wilayah layanan	38
Gambar 3.1	Distribusi pengeluaran publik nasional dalam sektor-sektor inti, 2001-07	45
Gambar 3.2	Trend pengeluaran kesehatan publik, 1995-2007	46
Gambar 3.3	Total pengeluaran kesehatan per kapita bisa lebih tinggi dengan mempertimbangkan tingkat kematian	47
Gambar 3.4	Perbandingan pengeluaran kesehatan regional dan angka kematian bayi (AKB)	47
Gambar 3.5	Pengeluaran kesehatan publik dalam % dari total anggaran pemerintah versus pendapatan, 2005	48
Gambar 3.6	Pengeluaran kesehatan publik dalam % dari PDB versus pendapatan, 2005	48
Gambar 3.7	Biaya kesehatan publik versus total pendapatan pemerintah, 2000-05	48
Gambar 3.8	Trend pengeluaran kesehatan per tingkat pemerintahan, 1994-2008	49
Gambar 3.9	Aliran anggaran antar pemerintah untuk sektor kesehatan pada tahun 2007	52
Gambar 3.10	Siklus Perencanaan dan Penganggaran Pemerintah Pusat untuk Sektor Kesehatan	57
Gambar 3.11	Tingkat pengeluaran rutin sektor kesehatan di tingkat kabupaten/kota, tahun 2006	63
Gambar 4.1	Pengeluaran (pemerintah dan swasta)	68
Gambar 4.2	Penggunaan perawatan kesehatan berdasarkan kuintil dan jenis perawatan, tahun 1987-2006	68
Gambar 4.3	Pengeluaran kabupaten/kota untuk kesehatan masyarakat berdasarkan provinsi tahun 2005	69
Gambar 4.4	Pengeluaran pemerintah pusat di sektor kesehatan per provinsi, tahun 2006	70
Gambar 4.5	Catatan pengeluaran kesehatan per kapita dan angka imunisasi DPT3	71
Gambar 4.6	Catatan pengeluaran kesehatan per kapita dan persentase petugas persalinan yang terampil	71
Gambar 4.7	Batas praktik terbaik atas kinerja sektor kesehatan di tingkat kabupaten	75
Gambar 4.8	Analisis terhadap efisiensi sistem kesehatan tingkat kabupaten di Indonesia: Distribusi indeks keluaran berdasarkan kuintil masukan	76

Gambar 4.9	Perbedaan daerah dalam persepsi tentang perubahan dalam penyediaan layanan kesehatan publik	77
Gambar 4.10	Jenis keluhan yang paling umum terdapat di pusat-pusat kesehatan, tahun 2005	77
Gambar 5.1	OOP di Indonesia tinggi, namun OOP pada sistem kesehatan di sebagian besar negara-negara Asia Timur juga tinggi	80
Gambar 5.2	Tingkat pendistribusian pembiayaan perawatan kesehatan di Asia	80
Gambar 5.3	Pengeluaran kesehatan rumah tangga sedikit berubah seiring dengan waktu sementara jumlah total belanja rumah tangga telah meningkat	81
Gambar 5.4	Pengeluaran rumah tangga di sektor kesehatan berdasarkan kuintil tahun 2001	82
Gambar 5.5	Pengeluaran rumah tangga di sektor kesehatan berdasarkan kuintil tahun 2006	82
Gambar 5.6	Persentase pengeluaran rumah tangga di berbagai tingkat pengeluaran kesehatan, tahun 2005-06	83
Gambar 5.7	Persentase rumah tangga yang mengalami lonjakan biaya kesehatan yang besar dan tak terduga dan menjadi jatuh miskin, tahun 2005-06	83
Gambar 5.8	Sistem jaminan kesehatan yang ada saat ini di Indonesia – jenis dan cakupan	84
Gambar 5.9	Persentase partisipasi asuransi berdasarkan waktu menurut jenis asuransi, 2003-06	86
Gambar 5.10	Persentase partisipasi asuransi menurut kuintil penghasilan, 2006	86
Gambar 5.11	Penggunaan kartu Askeskin menurut kuintil	92
Gambar I.1	Bagian pajak dari kuintil termiskin (atas) dan terkaya (bawah) dan kemampuan membayar	119
Gambar K.1	Aliran transfer dana fiskal antar pemerintah	121
Gambar L.1	Dana Alokasi Khusus kesehatan tidak berkorelasi dengan kebutuhan yang terkait dengan jumlah orang miskin	122
Gambar L.2	Dana Alokasi Khusus kesehatan tidak berkorelasi dengan kebutuhan yang terkait dengan hasil pelayanan	122
Gambar N.1	Grafik dana dekonsentrasi untuk sektor kesehatan per kapita dan variabel hasil pelayanan /angka-angka kemiskinan	125

Daftar Tabel

Tabel 1.1	Perbandingan regional dalam hasil capaian di sektor Kesehatan	23
Tabel 1.2	Perubahan pada tingkat imunisasi anak berdasarkan kuintil dan pendidikan orang tua	27
Tabel 2.1	Perbandingan regional jumlah tempat tidur rumah sakit	36
Tabel 2.2	Perbandingan tenaga kesehatan secara internasional	37
Tabel 2.3	Tingkat kemangkiran petugas kesehatan di beberapa negara	39
Tabel 2.4	Input pembelian berdasarkan desentralisasi	41
Tabel 3.1	Trend pengeluaran kesehatan publik di Indonesia, 2001-08	46
Tabel 3.2	Pengeluaran kesehatan publik per tingkat pemerintahan, 2001-07	49
Tabel 3.3	Pendapatan pemerintah daerah, 2005	51
Tabel 3.4	Ringkasan aliran anggaran antar pemerintah untuk sektor kesehatan	53
Tabel 3.5	Alokasi DAK menurut sektor	54
Tabel 3.6	Ringkasan pengeluaran kesehatan masyarakat di tingkat pemerintah dan klasifikasi ekonomis dan fungsional	58
Tabel 3.7	Tingkat dan bagian pengeluaran di sektor kesehatan di tingkat pemerintahan yang berbeda	59
Tabel 3.8	Pengeluaran pemerintah pusat: klasifikasi ekonomi, tahun 2006	60
Tabel 3.9	Pengeluaran Program Askeskin 2006	61
Tabel 3.10	Klasifikasi ekonomi pemerintah pusat berdasarkan transfer/unit-unit pemerintahan	62
Tabel 3.11	Distribusi pengeluaran rutin pemerintah daerah, tahun 2002-05	62
Tabel 3.12	Klasifikasi ekonomi – tingkat dinas/rumah sakit	63
Tabel 3.13	Klasifikasi fungsional pengeluaran pemerintah pusat, 2006	64
Tabel 3.14	Klasifikasi fungsional pengeluaran dinas kesehatan kabupaten/kota tertentu	65
Tabel 4.1	Pendapat para kepala unit kesehatan tentang barang dan layanan setempat di sektor kesehatan	78
Tabel A.1	Indikator utama rasio belanja dari NHA dan Bank Dunia (berdasarkan Depkeu)	98
Tabel A.2	NHA yang dipilih untuk Indonesia	99
Tabel A.3	Jenis-jenis analisis dan karakteristik data belanja	100
Tabel F.1	Perbedaan pada penghasilan per bulan dan per jam-setelah mengontrol karakteristik individu	116
Tabel G.1	Distribusi kemangkiran tenaga kesehatan di beberapa negara	117
Tabel H.1	Distribusi sektoral pengeluaran publik nasional	118
Tabel J.1	Pengeluaran tingkat daerah per sektor tahun 2004	120
Tabel M.1	Pendapatan kabupaten/kota dan provinsi, 2004	123
Tabel N.1	Korelasi berpasangan dana dekonsentrasi untuk sektor kesehatan per kapita, dan beragam indikator kepentingan lainnya untuk pembuatan kebijakan sektor kesehatan	124
Tabel O.1	Indikator rumah sakit untuk rumah sakit khusus	126
Tabel Q.1	Korelasi indikator hasil	132
Tabel Q.2	Korelasi indikator masukan: Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) dan kapasitas anggaran	133
Tabel Q.3	Korelasi indikator masukan: Indikator pengeluaran kesehatan	133
Tabel V.1	Populasi asli target dan layanan di rumah sakit umum – skenario A	139
Tabel V.2	Estimasi jumlah hari rawat inap – skenario A	139
Tabel V.3	Penggunaan rawat inap kelas tiga sektor publik dan swasta oleh masyarakat miskin dan masyarakat mendekati miskin – skenario B	140
Tabel V.4	Estimasi jumlah hari rawat inap – skenario B	140
Tabel V.5	Penggunaan rawat inap kelas 3 rumah sakit umum dan swasta oleh masyarakat miskin dan masyarakat mendekati miskin – skenario C	141
Tabel V.6	Estimasi jumlah hari rawat inap- skenario C	141

Daftar Kotak

Kotak 1.1	Mengatasi hambatan keuangan rumah tangga untuk memperbaiki tingkat kematian ibu hamil	31
Kotak 2.1	Bidan desa dan insentif: bukti terbaru dari dua kabupaten	40
Kotak 2.2	Kenyataan di lapangan yang rumit: pembelian berdasarkan desentralisasi	42
Kotak 3. 1	Kekakuan dalam proses anggaran: suatu contoh pelaksanaan proyek kesehatan di tingkat kabupaten	56
Kotak 3.2	Kasus TB : prioritas utama di atas kertas, pendanaan minimal dalam praktek	66
Kotak 4.1	Kepentingan kebijakan dan institusi yang baik untuk pengeluaran di sektor kesehatan untuk mempengaruhi hasil: bukti baru dari kajian internasional	72
Kotak 5.1	Rokok merupakan prioritas bagi masyarakat miskin: pengeluaran rumah tangga untuk rokok empat kali lebih besar daripada pengeluaran kesehatan	82
Kotak 5.2	Kasus reformasi jaminan kesehatan di kabupaten Jembrana, Bali	85
Kotak 5.3	Mengembangkan pertanggung jawaban asuransi ke sektor informal: pelajaran dari Thailand	89
Kotak 5.4	Askeskin, meningkatkan permintaan dan kapasitas rumah sakit: apakah jumlah tempat tidur mencukupi ?	93



Rangkuman Eksekutif

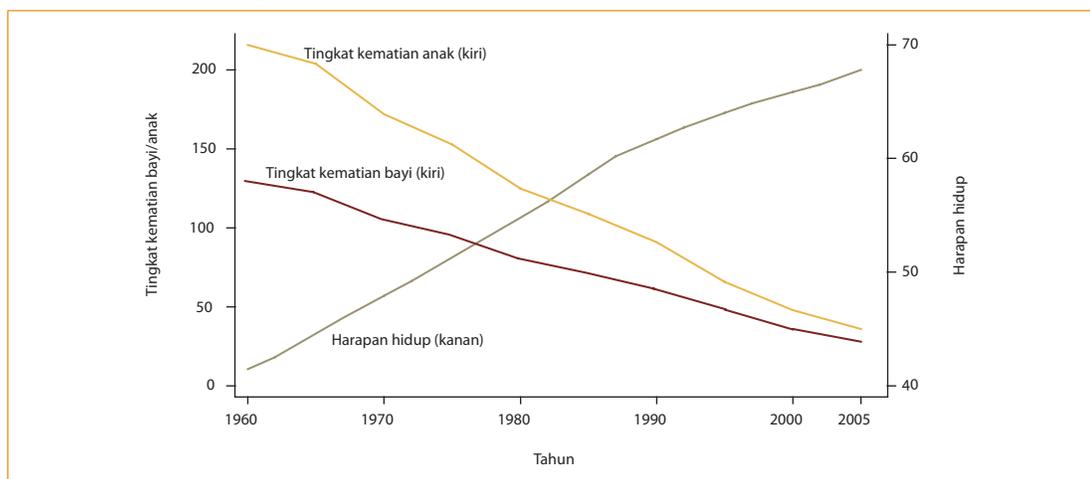


Sektor kesehatan Indonesia telah mengalami perbaikan besar-besaran sepanjang tiga dekade terakhir, dan masih terus berjuang untuk mencapai sasaran-sasaran penting dalam sektor kesehatan, terutama di kalangan masyarakat miskin. Hal ini bisa dijelaskan dari tantangan baru yang timbul karena adanya transisi di bidang demografi, epidemiologi, dan gizi yang semakin meningkatkan permintaan akan layanan kesehatan. Perekonomian Indonesia yang terus berkembang, stabilitas politik dan trend terhadap desentralisasi memungkinkannya untuk memikirkan secara besar-besaran tentang layanan kesehatan seperti yang diperlukan. Akan tetapi, perbaikan-perbaikan dibutuhkan dalam efisiensi pengeluaran dan kualitas layanan. Walaupun telah banyak perbaikan yang dicapai dalam upaya untuk meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan setelah ekspansi sebelumnya, kinerja sistem kesehatan belum memadai untuk mencapai sasaran-sasaran di sektor kesehatan untuk saat ini dan di masa depan, atau menyediakan perlindungan finansial bagi masyarakat miskin Indonesia. Langkah-langkah penting telah dilakukan dengan mengenalkan program Askeskin ke masyarakat miskin, namun tingkat pemanfaatan layanan kesehatan di Indonesia masih rendah dan tingkat pengobatan mandiri masih tinggi jika dibandingkan dengan dunia internasional dan pertanggung jawaban asuransi kesehatan sepanjang tiga dekade terakhir masih tetap stagnan di kisaran kurang dari 20 persen. Meskipun terdapat peningkatan yang substansial dalam pengeluaran publik untuk sektor kesehatan dalam beberapa tahun terakhir, secara keseluruhan pengeluaran sektor kesehatan di Indonesia masih rendah, belum merata antar dan di dalam provinsi, dan berbagai analisis juga menunjukkan adanya banyak inefisiensi.

Usia penduduk Indonesia dewasa ini jauh lebih panjang dibandingkan empat dekade lalu, namun tantangan-tantangan besar bagi sektor kesehatan masih tetap ada

Penduduk Indonesia berusia lebih panjang dan angka kematian anak telah menurun secara drastis. Sejak tahun 1960, angka harapan hidup pada saat kelahiran bagi penduduk Indonesia meningkat dari 40 tahun menjadi 69 tahun, hanya sedikit lebih rendah dibandingkan dengan Cina, Thailand, atau Turki. Selama periode yang sama, Indonesia telah menurunkan angka kematian anak lebih dari sepertiga dan angka kematian bayi sebesar 25 persen. (Gambar 1).

Gambar 1 Trend yang terjadi dalam indikator-indikator kesehatan utama di Indonesia, 1960-2005



Sumber: WDI, 2007.

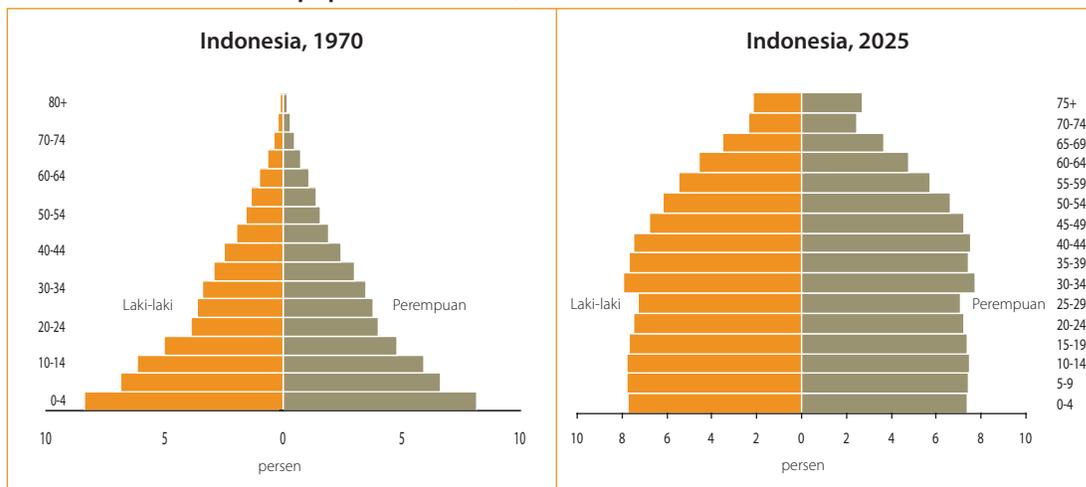
Akan tetapi, Indonesia masih menunjukkan kinerja yang buruk di sejumlah bidang penting, dan sebagai akibatnya, kemungkinan tidak dapat mencapai beberapa tujuan pembangunan milenium (MDG) yang berkaitan dengan kesehatan. Secara khusus, Indonesia baru mencapai sedikit kemajuan dalam mengurangi angka kematian ibu hamil, memperbaiki gizi anak atau menanggulangi disparitas kesehatan secara geografis:

- **Kematian Ibu Hamil.** Di Indonesia, lebih dari empat orang ibu meninggal untuk setiap 1.000 anak yang lahir hidup. Jumlah tersebut merupakan salah satu tingkat kematian ibu tertinggi di Asia Timur: hampir dua kali lipat dari Filipina, tiga kali lipat dari Vietnam, dan empat kali lipat dari Thailand.

- **Gizi buruk pada anak.** Meskipun Indonesia telah secara substansial mengurangi gizi buruk pada anak dari 38 persen pada tahun 1990 menjadi 25 persen pada tahun 2000, tingkat gizi buruk tidak berubah sejak tahun 2000 dan bahkan meningkat di beberapa provinsi, seperti Papua dan Maluku.
- **Tingkat melek huruf pada perempuan dan akses terhadap air bersih dan sanitasi.** Faktor-faktor penentu kesehatan yang penting seperti tingkat melek huruf pada perempuan dan akses terhadap air bersih dan sanitasi masih rendah di kelompok-kelompok masyarakat yang paling miskin jika dibandingkan dengan dunia internasional.
- **Disparitas wilayah.** Seperti pada sektor-sektor lain, indikator kesehatan rata-rata lebih baik di Jawa dan Bali, sedangkan Indonesia bagian timur masih tertinggal. Sebagai contoh, di Bali dan Yogyakarta tidak sampai 25 dari 1.000 anak meninggal sebelum ulang tahun kelima mereka, sedangkan di Gorontalo hampir 100 dari 1.000 anak meninggal sebelum mencapai umur lima tahun.

Meskipun Indonesia masih menanggulangi masalah-masalah tradisional yang terkait dengan layanan kesehatan ini, Indonesia juga mengalami perubahan demografis yang besar yang akan menuntut adanya sistem kesehatan yang berbeda dan mungkin juga akan lebih mahal. Saat ini penduduk Indonesia berusia lebih panjang dan jumlah anak-anak yang meninggal karena penyakit menular semakin menurun. Komposisi penduduk Indonesia saat ini sangat mirip dengan komposisi penduduk di sebagian besar negara-negara di Eropa pada tahun 1950-an dan, pada tahun 2025, jumlah penduduk yang berumur 30-60 tahun akan melebihi jumlah yang berumur 0-30 tahun (Gambar 2).

Gambar 2 Piramida populasi Indonesia, 1970-2025



Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan proyeksi Bappenas/BPS dan PBB, 2007.

Indonesia saat ini sedang dalam masa transisi epidemiologis: jumlah penyakit menular seperti tuberkulosis dan campak walau jumlahnya menurun tapi masih tinggi sedangkan penyakit tidak menular (*non-communicable diseases* atau NCD) seperti diabetes, penyakit jantung, dan kanker semakin meningkat dengan pesat. Meningkatnya NCD terutama diakibatkan oleh perubahan pada pola makan dan gaya hidup yang kurang banyak bergerak. Implikasi dari perubahan-perubahan tersebut terhadap permintaan layanan kesehatan merupakan hal yang penting bagi keputusan-keputusan tentang pembiayaan kesehatan dan alokasi sumber daya.

Sistem kesehatan Indonesia meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan namun kualitas yang buruk dan inefisiensi masih merupakan masalah utama, terutama karena permintaan akan meningkat di waktu yang akan datang

Pada pertengahan tahun 1970-an, ketika memperoleh rezeki minyak yang pertama yang datang secara tiba-tiba, Indonesia menggunakan sebagian besar pendapatan tambahannya dengan meluncurkan upaya ekspansi besar-besaran layanan masyarakat dasar, termasuk kesehatan. Program tersebut (Inpres) menghasilkan peningkatan yang tinggi dalam jumlah pusat kesehatan, dokter, perawat, dan bidan. Walaupun terdapat ekspansi tersebut, saat ini penyediaan layanan kesehatan masih belum merata dan Indonesia masih menghadapi masalah dengan distribusi wilayah dan kualitas tenaga kerja kesehatannya:

- **Dokter:** Jumlah dokter di daerah terpencil Indonesia tidak memadai, dan tingginya tingkat ketidakhadiran di pusat kesehatan masyarakat. Indonesia hanya memiliki 13 dokter untuk 100.000 penduduk, salah satu rasio terendah di Asia. Di Provinsi Lampung (Sumatra), rasionya adalah 6 dokter untuk 100.000 orang. Selain itu, cakupan yang rendah tersebut diperparah oleh tingkat ketidakhadiran yang tinggi. Hampir 40% dokter ditemukan absen dari pos mereka tanpa alasan yang sah saat jam kerja resmi pemerintah.
- **Perawat:** Sebaliknya, Jumlah perawat di Indonesia relatif lebih banyak daripada negara lain di kawasan Asia Tenggara, namun kebanyakan perawat tersebut tidak terlatih dengan baik dan tidak diizinkan untuk memberikan pelayanan yang diperlukan. Walaupun tidak terlatih dengan baik, perawat di Indonesia berjumlah banyak dan terdistribusi dengan baik. Di daerah terpencil, mereka kerap menjadi satu-satunya tenaga kesehatan yang tersedia. Sebagai konsekuensinya, perawat sering harus memberikan layanan penyembuhan dan diagnostik yang resminya tidak boleh mereka lakukan.
- **Bidan:** secara keseluruhan, jumlah bidan di Indonesia cukup banyak karena adanya kebijakan *bidan-di-desa* yang menempatkan bidan di setiap desa. Akan tetapi saat ini, seperti tenaga kesehatan lainnya, distribusi mereka tidak merata. Masalah distribusi ini sangat mendesak di wilayah pedesaan yang terpencil: sebuah penelitian baru-baru ini, berdasarkan survei data dari dua kabupaten di Jawa, menemukan bahwa 10 persen desa tidak memiliki bidan, namun hanya memiliki seorang perawat sebagai penyedia layanan kebidanan. Selain itu, bidan yang ditempatkan di daerah terpencil cenderung kurang berpengalaman dan menangani lebih sedikit kelahiran, sehingga mereka tidak dapat mempertahankan/mengembangkan kemampuan kebidanan profesional mereka.

Meskipun jumlah tenaga kerja kesehatan Indonesia meningkat, legitimasi “praktik ganda” tanpa pengawasan yang memadai membuat sistem tidak efektif. Pemerintah memperbolehkan pegawainya untuk melakukan “praktik ganda” sejak tahun 1970-an karena menyadari rendahnya gaji pegawai negeri. Namun, mengizinkan pekerja kesehatan negeri untuk bekerja di sektor swasta pada waktu bersamaan memiliki dampak positif dan negatif. Mekanisme pengawasan yang tepat untuk menjamin pertanggungjawaban jam kerja resmi pemerintah dan mempertahankan standar kualitas masih lemah di Indonesia. Selain itu, karena daerah perkotaan lebih menarik bagi penyedia layanan kesehatan swasta, praktik ganda juga turut berdampak pada kekurangan pekerja kesehatan di wilayah pedesaan. Sebagai contoh dari distribusi pekerja kesehatan yang tidak merata, 18 dari 33 provinsi Indonesia memiliki kurang dari satu dokter untuk setiap Puskesmas.

Sejauh ini, desentralisasi telah gagal mewujudkan seluruh potensinya dalam memperbaiki penyediaan layanan kesehatan. Dalam peraturan kepegawaian negeri dan desentralisasi yang berlaku saat ini, pemerintah daerah memiliki kewenangan yang terbatas dalam mengelola staf mereka. Rumusan dana perimbangan yang berlaku saat ini mencakup suatu insentif keuangan untuk memperbanyak jumlah staf. Hal ini telah mengakibatkan peningkatan yang substansial dalam jumlah guru dan tampaknya akan menimbulkan efek yang serupa pada kepegawaian dalam sektor kesehatan. Akan tetapi, pemerintah daerah memiliki kebebasan yang terbatas dalam menempatkan pekerja kesehatan atau menghukum staf, sebagai contoh, atas ketidakhadiran. Kurangnya kewenangan dan pertanggungjawaban daerah ini menghambat pengembangan tenaga kerja kesehatan yang lebih efisien dan terdistribusi di tingkat kabupaten, yang mengakibatkan beberapa pusat kesehatan kelebihan pekerja sedangkan pusat kesehatan lain kekurangan pekerja.

Kualitas infrastruktur kesehatan juga buruk dan banyak pusat kesehatan yang tidak memiliki perlengkapan yang memadai. Sebuah Puskesmas rata-rata melayani sekitar 23.000 orang dalam wilayah seluas 242 km², dan didukung oleh rata-rata tiga Pustu. Puskesmas sering tidak memiliki infrastruktur yang cukup seperti air bersih, sanitasi, atau akses reguler terhadap listrik. Selain itu, upaya untuk menjamin persediaan obat-obatan dasar, pasokan dan peralatan medis masih menjadi persoalan, terutama di daerah terpencil.

Inefisiensi dan buruknya kualitas dalam sektor kesehatan ini telah mengakibatkan rendahnya tingkat pemanfaatan fasilitas baik milik sektor publik maupun sektor swasta. Secara keseluruhan, pemanfaatan layanan kesehatan rawat jalan menurun setelah krisis keuangan tahun 1997/1998 dan belum pulih kembali, sedangkan pengobatan mandiri semakin meningkat. Indonesia adalah salah satu negara di kawasan Asia Tenggara yang angka pemanfaatan layanan kesehatannya belum kembali ke tingkat sebelum krisis. Angka penggunaan layanan rawat jalan sangat rendah di kalangan masyarakat miskin, walaupun sejak tahun 2005 dengan program Askeskin telah tampak adanya peningkatan, terutama untuk fasilitas di sektor publik.

Pemanfaatan layanan pasien rawat inap juga sangat rendah di Indonesia, terutama di kalangan masyarakat miskin yang menggunakan layanan rawat inap 60 persen lebih rendah dibandingkan dengan kalangan yang lebih mampu. Ketika masyarakat miskin mencari pelayanan rawat inap di sebuah fasilitas kesehatan, mereka mencarinya di Puskesmas, lalu di rumah sakit umum. Walaupun angka pemanfaatan layanan rawat inap terlihat meningkat sejak peluncuran program Askeskin, angka tersebut masih rendah bagi kelompok masyarakat yang termiskin. Penelitian mendalam lebih lanjut perlu dilakukan untuk menilai dampak Askeskin terhadap perilaku pencarian layanan kesehatan agar dapat lebih memahami penyebab mengapa pemanfaatan oleh kelompok masyarakat berpenghasilan paling rendah tersebut masih tetap rendah.

Meskipun terdapat peningkatan yang substansial selama beberapa tahun terakhir, Indonesia mengeluarkan uang yang relatif sedikit untuk kesehatan. Secara keseluruhan, Indonesia mengeluarkan kurang dari 3 persen dari PDB-nya untuk sektor kesehatan (terdiri dari 2 persen pengeluaran swasta dan 1 persen pengeluaran pemerintah). Sebaliknya, Vietnam, Filipina, Malaysia, dan kebanyakan tetangga lain Indonesia mengeluarkan jumlah yang lebih besar dan memiliki skor yang lebih baik dalam mayoritas tolok ukur hasil pelayanan sektor kesehatan konvensional, seperti vaksinasi DPT dan campak, dan juga tingkat kematian ibu dan anak.

Pengeluaran publik Indonesia untuk sektor kesehatan telah meningkat pesat. Berdasarkan perhitungan, total pengeluaran publik untuk kesehatan telah meningkat empat kali lipat dari sekitar US\$1 Milyar (Rp.9.3 trilyun) pada tahun 2001 menjadi lebih dari US\$4 milyar (Rp.39 trilyun) pada tahun 2007, yang untuk pertama kalinya melebihi 1 persen dari PDB.

Meskipun pengeluaran untuk kesehatan masyarakat telah mengalami peningkatan yang substansial dari dasar yang rendah, jumlahnya masih rendah dan sebagian besar merupakan pengeluaran rumah tangga yang mengakibatkan kesenjangan dan hasil pelayanan sektor kesehatan yang buruk

Pada tahun-tahun setelah desentralisasi, provinsi dan kabupaten menghabiskan setengah dari anggaran kesehatan masyarakat. Sampai dengan tahun 2005, pemerintah kabupaten/kota bertanggung jawab atas sekitar 50 persen dari jumlah total pengeluaran kesehatan, pemerintah pusat menanggung sepertiganya, dan provinsi sedikit di bawah 20 persen. Akan tetapi, sejak tahun 2005, dengan peluncuran program Askeskin, maka bagian pemerintah pusat dari keseluruhan pengeluaran telah meningkat pesat, sehingga pengeluaran pemerintah pusat kembali menonjol.

Pemerintah daerah memiliki peluang yang terbatas untuk mengambil keputusan mengenai pengeluaran untuk kebutuhan daerah. Pada tahun 2007, pemerintah pusat dan pemerintah kabupaten/kota masing-masing diperkirakan mengelola sekitar 40-45 persen, sedangkan pemerintah provinsi mengelola sekitar 15 persen dari pengeluaran publik untuk sektor kesehatan. Banyaknya saluran pendanaan dan perintah khusus yang menyertainya membatasi ruang gerak pemerintah kabupaten untuk membuat pilihan pengeluaran. Besarnya porsi pengeluaran untuk gaji dalam pengeluaran rutin menggambarkan masalah ini, karena gaji adalah pos pengeluaran yang diatur dari pusat. Sedikit sekali ruang yang tersedia untuk realokasi, dan sebagai akibatnya, sedikit sekali ruang lingkup pilihan pembiayaan atau diskresi dalam pengawasan kegiatan kesehatan masyarakat.

Sumber daya penting di tingkat daerah sering tidak digunakan, sedangkan kebutuhan pengeluaran kesehatan masih tinggi. Pada tahun 2006, hanya 73 persen dari total anggaran publik untuk sektor kesehatan yang dimanfaatkan. Rendahnya tingkat pemanfaatan tersebut terutama terlihat dalam kategori barang-barang, konsultan, dan pekerjaan umum. Kelemahan sistemik dalam manajemen keuangan publik merupakan penyebab dari tingkat pengeluaran yang rendah tersebut. Akan tetapi, masalah ini tidak terdapat hanya dalam sektor kesehatan namun merupakan sebuah masalah umum yang mempengaruhi seluruh sektor masyarakat. (World Bank, 2007c).

Meskipun terdapat peningkatan yang substansial dalam pengeluaran publik, pengeluaran kesehatan dari sektor swasta masih menjadi bagian terbesar dari total pengeluaran kesehatan. Hampir 65 persen dari seluruh pengeluaran untuk kesehatan merupakan porsi pihak swasta, dan dari jumlah tersebut, 75 persen merupakan pengeluaran rumah tangga (OOP). Pengeluaran sektor swasta yang tersisa, dari perusahaan dan dana asuransi, masih dalam jumlah terbatas di Indonesia. Hal tersebut berarti bahwa pengeluaran OOP merupakan setengah dari seluruh pengeluaran kesehatan di Indonesia dan mengkompensasi rendahnya pengeluaran publik dan terbatasnya pertanggung jawaban asuransi kesehatan. Selama tingkat OOP di Indonesia masih tinggi, pemerataan dalam pembiayaan kesehatan akan sulit tercapai.

Meskipun hanya berdampak pada sebagian kecil dari masyarakat dan semakin berkurang, lonjakan pengeluaran di bidang kesehatan masih mengakibatkan orang jatuh miskin. Hampir setengah dari seluruh rakyat Indonesia hidup dalam tingkat penghasilan yang sangat rentan jatuh miskin. Sebagai akibatnya, pengeluaran kesehatan yang tidak diperkirakan adalah sebuah penyebab utama orang-orang hampir miskin ini jatuh ke kemiskinan, dan juga menyebabkan penderitaan luar biasa di antara masyarakat miskin. Lebih dari 2,3 juta rumah tangga Indonesia (1 persen) setiap tahun jatuh miskin karena lonjakan pengeluaran, yaitu ketika rumah tangga mengeluarkan lebih dari 40 persen penghasilan mereka untuk biaya yang terkait dengan kesehatan. Walaupun warga Indonesia rata-rata menghabiskan kurang dari 3 persen penghasilan mereka untuk pengeluaran kesehatan (bandingkan dengan 11 persen untuk tembakau!) kelompok yang terkena dampak lonjakan pengeluaran masih mencakup 6 juta rumah tangga dalam jumlah mutlak.

Program kesehatan untuk masyarakat miskin dari pemerintah, Askeskin, bertujuan untuk melindungi rumah tangga miskin dan pra-sejahtera dari pengeluaran yang sangat besar atau yang menyebabkan bencana, dan meskipun terdapat inefisiensi dan salah sasaran, tampaknya membuahkan hasil. Antara tahun 2005 dan 2006, persentase orang yang jatuh miskin karena pengeluaran sektor kesehatan menurun dari 1,2 persen ke 0,9 persen. Akan tetapi, analisis lebih banyak perlu dilakukan untuk memahami hubungan antara program Askeskin dengan hasil tersebut, dan juga keberlanjutan finansial dan implementasi program ini.

Pengeluaran untuk sektor kesehatan yang meningkat, desentralisasi, dan program Askeskin belum menghasilkan hasil pelayanan sektor kesehatan yang jelas lebih baik. Hal ini sebagian disebabkan oleh sedikitnya permintaan akibat rendahnya tingkat melek kesehatan dan biaya non-medis yang relatif tinggi (biaya kesempatan yang hilang, dan transportasi, biaya pemakai). Hal ini juga disebabkan inefisiensi dalam sistem kesehatannya sendiri, seperti tingkat ketidakhadiran yang tinggi dan kurangnya pendidikan tenaga kerja kesehatan, bersamaan dengan buruknya kualitas infrastruktur dan disparitas wilayah. Akan tetapi, hasil pelayanan sektor kesehatan yang buruk juga merupakan akibat dari manajemen keuangan publik Indonesia, termasuk kesulitan dalam melakukan investasi di awal tahun buku dan insentif yang lebih kuat untuk menambah staf daripada berinvestasi dalam pelaksanaan dan perawatan (Bank Dunia, 2007c). Terakhir, namun tidak kalah pentingnya, pengeluaran yang sedikit untuk faktor penentu hasil pelayanan sektor kesehatan lainnya, seperti perbaikan air dan sanitasi, tingkat melek huruf perempuan, dan nutrisi anak usia dini juga merupakan faktor penting di Indonesia dan menimbulkan dampak yang buruk pada hasil kesehatan.

Tingkat pengobatan mandiri yang tinggi adalah sebuah pendorong utama ketidakmerataan. Data Susenas menunjukkan bahwa sumber layanan kesehatan pertama rakyat Indonesia saat sakit adalah penjual obat-obatan swasta. Obat-obatan adalah bagian besar dari OOP. Harga dari obat-obatan yang sering diberikan kerap lebih tinggi jika dibandingkan dengan harga di pasar internasional. Hal tersebut, bersama dengan tingkat perawatan mandiri yang tinggi, meningkatkan tingkat pengeluaran OOP. Dengan banyak masyarakat miskin terdorong untuk mencari pengobatan mandiri karena ketiadaan pertanggungans asuransi kesehatan yang luas, hal ini menjadi pendorong penting ketidakmerataan dalam pengeluaran kesehatan.

Kesenjangan dan inefisiensi merupakan faktor pendorong hasil pelayanan sektor kesehatan yang buruk di kalangan masyarakat miskin

Pengeluaran publik untuk sektor kesehatan saat ini untuk layanan kesehatan sekunder cenderung bersifat regresif. Penggunaan subsidi negara dan biaya pemakai untuk membiayai penyediaan layanan kesehatan bagi masyarakat telah menghasilkan dampak buruk atas pemerataan dalam sektor kesehatan. Sampai hari ini, pengeluaran publik untuk sektor kesehatan secara umum lebih menguntungkan kelompok berpenghasilan lebih tinggi daripada masyarakat miskin melalui subsidi regresif bagi layanan kesehatan sekunder. Hal ini sebagian dapat dijelaskan oleh tingkat pemanfaatan layanan rumah sakit yang sangat rendah di kalangan masyarakat miskin sebelum adanya program Askeskin tersingkir akibat tingginya biaya pemakaian. Akan tetapi, diharapkan bahwa sifat regresif dari pengeluaran layanan kesehatan sekunder dapat diatasi dengan program Askeskin, dengan berasumsi bahwa program tersebut tepat sasaran. Pada saat bersamaan, pengeluaran untuk perawatan sekunder tidak harus dihilangkan, terutama jika mengingat beban penyakit ganda Indonesia yang terus berkembang, dan peningkatan kebutuhan perawatan rumah sakit yang akan mengikutinya.

Askeskin memberikan akses yang lebih baik kepada masyarakat miskin terhadap layanan kesehatan, namun kuintil yang lebih kaya juga mendapat keuntungan. Program Askeskin telah menyediakan kesempatan bagi banyak masyarakat miskin, yang sebelumnya tidak terlindungi, untuk memetik manfaat dari layanan kesehatan gratis sehingga mengurangi halangan finansial terhadap akses layanan kesehatan. Sebagai akibatnya, tingkat pemanfaatan meningkat, sedangkan lonjakan pengeluaran menurun. Akan tetapi, kelompok dengan penghasilan lebih tinggi juga mendapatkan keuntungan dari Askeskin, yang menunjukkan adanya kebutuhan untuk memperbaiki pemilihan sasaran program tersebut.

Tingkat hunian rumah sakit yang rendah menandakan inefisiensi ekonomi yang dapat meningkatkan ongkos rata-rata pelayanan walaupun hal tersebut telah dianggap berlebih oleh sebagian besar rakyat Indonesia. Meskipun demikian, tingkat hunian rata-rata Indonesia yang setinggi 56 persen masih setara dengan negara Asia Timur lainnya. Walaupun tingkat yang rendah tersebut sebagian disebabkan oleh trend geografis dan epidemiologis, peningkatan efisiensi potensial yang dapat dicapai dengan perbaikan tidak bisa diremehkan. Tingkat hunian yang rendah sering dikaitkan dengan anggapan rendahnya kualitas pelayanan rumah sakit, yang juga merupakan cerminan dari terbatasnya persediaan personel yang terlatih. Dengan demikian, perbaikan dapat dicapai dengan melaksanakan kebijakan penyediaan staf baru dan meningkatkan jumlah staf spesialis di rumah sakit.

PILIHAN KEBIJAKAN – Sembilan gagasan untuk hasil layanan di sektor kesehatan yang lebih baik di Indonesia

1. Meningkatkan penggunaan sumber daya yang tersedia untuk kesehatan, pada saat bersamaan juga menyediakan lebih banyak sumber daya dalam jangka menengah. Pengaturan pembiayaan yang berlaku saat ini memberikan sedikit insentif untuk efisiensi bagi pemerintah daerah atau penyedia layanan kesehatan pribadi. Skema pembayaran penyedia yang modern, pengawasan dan pemberian kontrak penyedia layanan swasta yang lebih baik, proyek pembiayaan berdasarkan hasil, pertanggungjawaban atas jam kerja resmi untuk mengurangi ketidakhadiran dan solusi kreatif lainnya atas praktik ganda, dan meninjau ulang kombinasi keahlian di daerah terpencil, seluruhnya dapat berkontribusi untuk memperbaiki inefisiensi sistem.

2. Secara khusus, menyediakan lebih banyak sumber daya untuk kesehatan reproduksi dan mengalokasikan sumber daya untuk rujukan dan kelahiran di lembaga kesehatan. Pengetahuan masyarakat tentang cakupan pertanggungjawaban untuk layanan pra-kelahiran/kelahiran melalui Askeskin harus ditingkatkan dan insentif yang tepat bagi bidan juga harus diberikan untuk memastikan ketersediaan kelahiran di lembaga kesehatan. Ciptakan mekanisme penggantian biaya yang mencerminkan biaya yang riil.

3. Memperbaiki alokasi sumber daya untuk layanan pencegahan dan memberikan sumber daya yang cukup untuk operasional dan perawatan untuk memastikan kualitas dari pelayanan dasar. Pertajam fokus pada intervensi preventif di wilayah transisi dan transisi awal. Tak hanya wilayah dengan beban penyakit menular tinggi yang memerlukan layanan kesehatan preventif. Sampai tingkat tertentu NCD dapat dicegah, atau permulaan mereka ditunda melalui perilaku pencegahan yang tepat, seperti pengurangan merokok, peningkatan olahraga, dan pola makan yang sehat. Dalam memfokuskan pada pencegahan, tingkat melek kesehatan dan faktor sisi permintaan perlu diberikan prioritas lebih tinggi.

4. Menyediakan sumber daya tambahan dan perhatian terhadap barang-barang publik utama yang menentukan hasil kebijakan kesehatan. Secara umum, lebih banyak perhatian dan sumber daya diperlukan untuk menangani seluruh barang-barang publik utama yang menentukan hasil kesehatan: air dan sanitasi, tingkat melek huruf perempuan, dll. Intervensi semacam itu bisa memberikan dampak yang luar biasa besar, khususnya bagi masyarakat miskin, dalam menangani tujuan-tujuan pembangunan milenium (MDG) di mana Indonesia masih ketinggalan, seperti misalnya tingkat kematian bayi.

5. Melakukan penyesuaian atas Dana Alokasi Umum (DAU) untuk memberikan insentif pada reformasi kepegawaian daerah dan ubah PP No. 55 untuk memungkinkan penggunaan operasional dana dekonsentrasi. Lebih dari setengah peningkatan DAU terbaru dihabiskan untuk membiayai biaya gaji pegawai daerah. Pertanggungjawaban penuh atas biaya gaji daerah adalah disinsentif bagi pemerintah daerah untuk merampingkan kepegawaian mereka. Menghilangkan pertanggungjawaban penuh akan memperkuat dampak pemerataan transfer DAU. Tindakan itu akan mendorong pemerintah daerah mencari kombinasi yang lebih optimal dari input (jumlah tenaga kerja, modal, input menengah, dan *outsourcing* atau mengalihkan pekerjaan pada pihak ketiga) untuk pemberian layanan kesehatan masyarakat dan mendorong distribusi tenaga kerja kesehatan yang lebih efisien. Mengubah PP No. 55 untuk memungkinkan penggunaan terdekonsentrasi untuk biaya operasional akan berkontribusi pada efisiensi yang lebih baik dalam penggunaan staf dan fasilitas.

6. Perbaiki hasil pelayanan sektor kesehatan dan perlindungan finansial untuk masyarakat miskin dimungkinkan dengan memperluas pertanggungjawaban Askeskin. Askeskin memiliki potensi untuk meningkatkan akses rakyat Indonesia yang miskin namun Askeskin belum tepat sasaran. Selain Askeskin, jenis-jenis lain intervensi sisi permintaan dibutuhkan untuk mempromosikan akses lebih baik dan mendorong mereka yang menggunakan pengobatan mandiri untuk berubah ke layanan kesehatan yang lebih tepat. Inisiatif saat ini seperti Bantuan Langsung Tunai Bersyarat (CCT) yang dikaitkan dengan perawatan anak dan ibu hamil adalah sebuah contoh, namun kampanye informasi masyarakat yang baik

juga termasuk dalam kategori ini. Mengenai CCT, masalah sisi-persediaan juga harus ditinjau dengan hati-hati untuk memastikan bahwa permintaan akan dipenuhi dengan penyediaan layanan yang berkualitas.

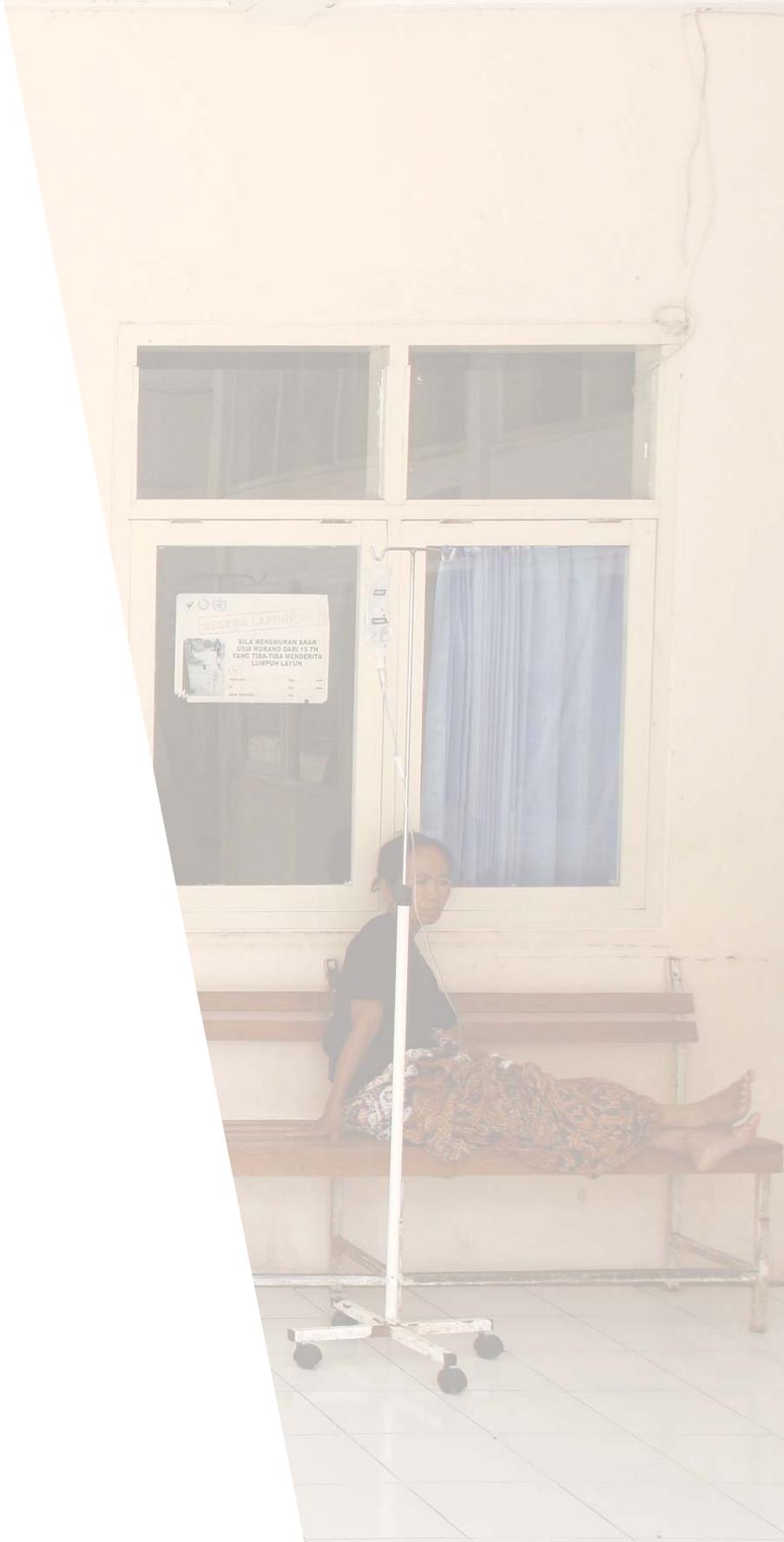
7. Memastikan keberlanjutan finansial Askeskin yang lebih baik dengan memperkenalkan pilihan pembatasan-biaya. Biaya program Askeskin akan terus meningkat dan menekan sisi penyediaan. Keberlanjutan finansial Askeskin akan tergantung pada pembatasan-biaya yang berhati-hati. Berbagai pilihan pembatasan-biaya akan membutuhkan keputusan atas paket manfaat, cakupan populasi, dan mekanisme pemilihan sasaran, bersama dengan pengenalan mekanisme pembayaran bersama. Berkaitan dengan hal ini adalah pertanyaan penting mengenai bagaimana sisi permintaan akan menanggapi dan sifat dari pola pemanfaatan di masa depan.

8. Meningkatkan efisiensi penyediaan jasa untuk peserta yang diasuransikan negara dengan memperbolehkan penerima program menggunakan penyedia layanan sektor swasta juga. Selama sektor swasta tidak diikutsertakan dalam skema ini (karena mereka menolak menerima tarif seragam yang diatur oleh Depkes), masalah sisi-persediaan akan semakin sering terjadi dan dapat berkontribusi pada inefisiensi tambahan dalam pemberian layanan. Sangat penting untuk membuat keadaan yang adil melalui mekanisme pembayaran-penyedia yang efektif. Namun, kemampuan pengaturan yang efektif dan reformasi pembayaran-penyedia adalah prasyarat utama dalam mencapai hal ini dan memastikan pemerataan. Setelah reformasi ini berlangsung, pemerintah dapat mengadopsi prinsip "uang mengikuti pasien" atau *money following patients* dan pembayaran adil untuk pelayanan penyedia yang efisien terlepas dari kepemilikannya.

9. Memperbaiki sistem pelaporan dan ketersediaan data. Sejak desentralisasi, tantangan terhadap sistem pelaporan meningkat pesat. Pemerintah saat ini sedang membangun sistem Perhitungan Kesehatan Kabupaten/Kota untuk meningkatkan transparansi anggaran. Data seperti itu sangat penting untuk umpan balik siklus anggaran dan memungkinkan realokasi internal/antar sektor yang didasarkan pada kebutuhan dan kinerja. Khususnya, ketersediaan data pada pengeluaran fungsional perlu diperbaiki untuk memungkinkan solusi yang lebih detail, lebih tepat sasaran, dan spesifik pada kebutuhan daerah tersebut. Saat ini, data dalam keadaan bermasalah, dengan banyak dana dekonsentrasi dikeluarkan di daerah, di bawah klasifikasi yang tidak jelas dari Depkes.



Pendahuluan



Mengapa laporan ini dibuat ?

Peningkatan efisiensi dan pemerataan pengeluaran di sektor kesehatan lebih penting daripada pengeluaran yang lebih besar pada saat ini. Kajian Pengeluaran Publik (PER) Nasional 2007 dari Bank Dunia, *Spending for Development: Making the Most of Indonesia's New Opportunities* (Kajian Pengeluaran Publik Indonesia: Memaksimalkan Peluang Baru) menunjukkan bahwa pemerintah dapat mempertimbangkan dalam mengalokasikan lebih banyak sumber daya ke bidang kesehatan, namun laporan itu juga menekankan pentingnya memperbaiki efisiensi alokasi dan teknis, juga pemerataan dari pengeluaran saat ini. Kajian ini merekomendasikan bahwa upaya mengidentifikasi kombinasi investasi yang terbaik untuk mencerminkan tantangan kesehatan masyarakat negara ini yang rumit dan luas, harus diberikan prioritas pertama. Kebijakan pemerintah di sektor ini harus dicerminkan dengan jelas dalam alokasi anggaran dan sangat pentingnya transparansi yang lebih besar dalam perhitungan dan pengeluaran kesehatan yang terdesentralisasi.

PER Kesehatan (HPER) ini memperluas bab mengenai kesehatan di PER 2007. PER 2007 memiliki bab yang memberikan penjelasan rinci mengenai manajemen keuangan publik, proses pembentukan anggaran Indonesia, desentralisasi Keuangan dan kesenjangan di daerah, informasi-informasi tersebut akan dirujuk oleh HPER ini namun tidak akan diulang. Walaupun PER 2007 memberikan sebuah bab tersendiri untuk analisis pengeluaran di sektor kesehatan, PER 2007 juga menggarisbawahi perlunya penelitian yang lebih mendalam mengenai pembiayaan kesehatan. Penelitian tambahan yang dimaksud termasuk pengeluaran kesehatan sektor swasta yang membentuk sekitar setengah dari seluruh pengeluaran kesehatan, perbandingan global untuk menempatkan Indonesia dalam persepektif dunia internasional, data-data dan analisis mengenai pola pengeluaran kabupaten dan transfer fiskal antar-pemerintah.

HPER ini menyoroti beberapa macam segi masalah pengeluaran publik di sektor kesehatan di Indonesia dan menyebabkan munculnya beberapa pertanyaan mendasar tentang masa depan. Pertanyaan-pertanyaan ini meliputi cukupnya pembiayaan secara keseluruhan, peran pengeluaran sektor publik yang dibandingkan dengan pengeluaran sektor swasta di sektor kesehatan, peran anggaran pusat dan daerah, mekanisme yang tepat untuk menggerakkan sumber daya dan membeli jasa, serta proporsi pengeluaran publik yang tepat untuk kesehatan masyarakat dibandingkan dengan layanan kesehatan perorangan. Walaupun hal ini dapat ditempatkan sebagai pertanyaan mengenai pembiayaan, namun implikasinya meluas ke wilayah yang lebih besar yakni ke kebijakan publik, seperti peran negara, rancangan desentralisasi, dan nilai sosial dan politis yang terkandung dalam pemerataan dan efisiensinya.

Cakupan laporan ini dan data yang digunakan

HPER ini memiliki cakupan luas. HPER ini meliputi kajian dari ruang fiskal dan gambaran makroekonomis, dan juga kajian kemajuan Indonesia dan masalah-masalah mengenai asuransi kesehatan. Keuangan sistem kesehatan juga dirumitkan dengan fakta bahwa terdapat cakupan luas dari kombinasi negara-swasta mencakup seluruh fungsi penting: pembiayaan, organisasi, pembelian dan penyediaan. HPER ini membahas pengeluaran swasta, kebanyakan dalam bentuk pengeluaran rumah tangga di luar anggaran. Namun, karena keterbatasan data, kajian ini masih terbatas dalam analisis masalah-masalah penyediaan sektor swasta dan pembiayaan melalui pemberi kerja dari sektor swasta dan perusahaan asuransi.

Di waktu yang sama, analisis data pengeluaran kesehatan publik masih menjadi masalah karena keterbatasan data yang meyakinkan dan kerumitan yang diterapkan ke dalam sistem setelah desentralisasi. Di Indonesia, data yang meyakinkan dari Perhitungan Kesehatan Nasional (NHA) masih kurang, walaupun ada estimasi pengeluaran total yang cukup dapat diandalkan. Sebuah kelompok kerja NHA baru telah dibentuk, mereka sedang bekerja untuk mendapatkan gambaran kesehatan yang meyakinkan dan mereka telah berpartisipasi dalam diskusi-diskusi mengenai data yang digunakan dalam laporan ini. Dalam Bab III mengenai Pengeluaran publik untuk sektor kesehatan, diberikan penjelasan mengenai data yang digunakan dan validitas data tersebut untuk mempersiapkan para pembaca dengan informasi yang dibutuhkan untuk dapat menilai diskusi-diskusi tentang kinerja sistem kesehatan Indonesia saat ini. Selain itu, Lampiran I menyediakan gambaran umum dari sumber data, metodologi, dan yang utama kurangnya berbagai kelompok data.

Data baru telah dikumpulkan untuk beberapa kabupaten/kota, namun penilaian efisiensi pengeluaran pemerintah daerah menyeluruh masih sulit karena keterbatasan sistem perhitungan kesehatan lokal. Setelah desentralisasi, pemerintah kabupaten/kota merupakan penyedia utama layanan kesehatan, karena itu sangat penting untuk menilai kombinasi pengeluaran mereka berdasarkan program-program yang ada ketika menganalisis efisiensi pengeluaran publik. Namun, saat ini pemerintah kabupaten/kota tidak melaporkan pengeluaran seperti itu secara reguler kepada pemerintah pusat, dan kabupaten di Indonesia yang telah menerapkan sistem perhitungan kesehatan kabupaten (DHA) jumlahnya sangat terbatas. Walaupun dalam teori sistem ini dapat menyediakan pemerintah kabupaten/kota dengan peralatan untuk mengatur anggaran sesuai dengan prioritas yang ada, seperti ditentukan oleh beban penyakit yang sedang ada (dan terkadang khusus pada lokasi tertentu), dalam praktik kurangnya transparansi DHA Indonesia dan karena keterlambatan pelaporan, sistem ini tidak digunakan dalam pembentukan kebijakan secara reguler. Tabel dibawah ini meringkas jenis data yang berbeda dan cakupannya digunakan dalam HPER ini. Informasi lebih rinci dalam Bab III atau Lampiran I juga dapat dirujuk.

JENIS DATA:	CAKUPAN/ KOMENTAR:
Data Pengeluaran:	
Pengeluaran pemerintah pusat (kesehatan):	Data Departemen Kesehatan (Depkes) tentang terealisasi pengeluaran yang telah diaudit pada tahun 1994 sampai 2006. Data realisasi awal digunakan untuk tahun 2007 (revisi pertama Januari 2008) dan APBN 2008 yang disetujui pada Oktober 2007.
Klasifikasi Fungsional– Pengeluaran kesehatan pemerintah pusat:	Untuk memungkinkan klasifikasi fungsional pengeluaran pemerintah pusat di sektor kesehatan, data pengeluaran dari Departemen Kesehatan pada tahun 2006 digunakan, Angka-angka ini berbeda sedikit dari angka pengeluaran yang didapat Depkeu.
Pengeluaran pemerintah Provinsi dan Kabupaten/kota:	Data untuk tahun 2000-05 diolah dari Sistem Informasi Keuangan Daerah (SIKD) Depkeu,. Staf Bank Dunia lalu mengolah lebih lanjut estimasi untuk pengeluaran pada tahun 2006-2007 berdasarkan pangsa lintas sektor yang pernah tercatat dan agregat transfer yang dianggarkan pemerintah pusat.
Klasifikasi Fungsional – Pengeluaran kesehatan pemerintah daerah:	Data yang digunakan untuk analisis klasifikasi fungsional didasarkan pada sampel data kabupaten dari provinsi Lampung dan Yogyakarta, karena baik pangkalan data SIKD maupun data mentah dari Depkes tidak memungkinkan adanya analisis pengeluaran sektor kesehatan berdasarkan program atau fungsi yang komprehensif dan lebih representatif. Karena itu, yang dianalisis adalah sub-kelompok data DHA.
Survei Data:	
BPS - Susenas - Survei Sosial Ekonomi Nasional	Susenas adalah sumber dari informasi demografis, ekonomis (OOPS), dan sosial dari rumah tangga pada tahun 2000-06.
BPS – Sakernas – Survei Tenaga Kerja Nasional	Survei Tenaga Kerja Nasional untuk 2004 hingga Februari 2006 adalah sumber dari statistik tenaga kerja.
BPS – Podes – Survei Potensi Desa	Survei Podes untuk 2004-05 menyediakan informasi mengenai ciri infrastruktur desa di seluruh negeri. Survei ini dilakukan dalam konteks survei berkala (pertanian, ekonomi, dan populasi). Survei berisi informasi mengenai jumlah pusat kesehatan, klinik dan rumah sakit, dan juga jumlah dari staf kesehatan (pemerintah dan swasta) di tingkat kabupaten. Selain itu, jarak dari infrastruktur dapat dihitung dari survei ini.
Survei Demografi Kesehatan Indonesia (IDHS)	IDHS 2002-03 digunakan untuk analisis dari variabel hasil untuk sektor kesehatan. Ukuran sampel survei cukup besar dan memungkinkan perbandingan dari waktu ke waktu karena umumnya data dikumpulkan setiap lima tahun sekali.
Survei Pemerintahan dan Desentralisasi (GDS) oleh Bank dunia	GDS 1+ dan 2 memberikan data mengenai indikator pemerintahan dan desentralisasi dari rumah tangga dan non-rumah tangga di tingkat kabupaten/kota dan desa, dan juga informasi yang dikumpulkan di titik penyediaan layanan kesehatan. Kuesioner utama (dari Survei GDS 2) yang digunakan untuk membuat informasi mengenai sektor kesehatan adalah: <ul style="list-style-type: none"> • ‘Kepala Puskesmas’ (Kuesioner GDS # 31) • ‘Data Sekunder dari Puskesmas’ (Kuesioner GDS # 33) • ‘Unit Kesehatan’ (Kuesioner GDS # 35) • ‘Layanan Kesehatan Swasta’ (Kuesioner GDS # 36)

Hubungan dengan Kajian Sektor Kesehatan (HSR) Komprehensif Pemerintah Indonesia dan tujuan HPER ini

Pemerintah meminta Bank Dunia, AusAID, GTZ, ADB, dan mitra-mitra lainnya untuk menyediakan dukungan teknis dalam bentuk penilaian sistem kesehatan Indonesia yang komprehensif yang dipimpin pemerintah.

Tujuan pemerintah adalah mendapatkan saran untuk pengembangan Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2009-2014, yang usul kebijakannya diarahkan untuk mencapai visi jangka panjang yang tertuang dalam Sistem Pembangunan Nasional 25 tahun. HPER ini berkontribusi pada kajian luas dengan melakukan pembahasan pengeluaran publik dan swasta, di tingkat pusat dan terdesentralisasi, dan berkontribusi pada pengembangan pilihan kebijakan untuk visi jangka panjang di bidang pembiayaan kesehatan.

Tujuan utama dari HPER ini harus dilihat dalam konteks kontribusinya terhadap HSR komprehensif yang dipimpin pemerintah,¹ yakni sebagai berikut:

- Untuk menganalisis tingkatan dan trend terkini dalam pengeluaran sektor kesehatan (pemerintah dan swasta), membandingkan dengan keadaan internasional, dan juga menyediakan gambaran umum pengeluaran berdasarkan klasifikasi ekonomis dan fungsional untuk berbagai tingkatan pemerintah;
- Untuk menilai seberapa jauh pengeluaran pemerintah itu efisien dan merata dalam mencapai hasil kesehatan;
- Untuk meninjau tingkat pengeluaran rumah tangga dan pengeluaran yang sangat besar dan tak terduga, dan mengidentifikasi masalah kebijakan terkait dengan pengumpulan risiko saat ini dan pengaturan asuransi kesehatan, termasuk analisis awal dari Program Askeskin; dan
- Untuk menyediakan, jika relevan, pilihan kebijakan pengeluaran publik untuk kesehatan yang lebih efisien dan merata sebagai masukan bagi Kajian Sektor Kesehatan.

Sasaran pembaca HPER ini adalah para anggota dewan perwakilan rakyat dan para pembuat kebijakan di Bappenas dan dalam Departemen Kesehatan, Keuangan, dan Dalam Negeri, di tingkat pusat dan daerah.

Pembaca lain meliputi komunitas penyedia, CSO/NGO, akademisi, dan media. Pembaca non-Indonesia meliputi kelompok kesehatan internasional di Jakarta.

Gambaran Umum Laporan Ini

Laporan ini disusun sebagai berikut:

- **Bab 1** menyediakan gambaran umum dari hasil pelayanan utama sektor kesehatan dan trend pemanfaatan layanan kesehatan di Indonesia. Lebih lanjut, tantangan yang berlangsung saat ini dan yang akan terjadi di masa depan juga dibahas, terutama terkait dengan transisi demografis, epidemiologis, dan nutrisi yang sedang terjadi di Indonesia dan akan memiliki implikasi penting terhadap kebutuhan dan permintaan layanan kesehatan di masa depan, juga untuk keputusan kebijakan dalam pembiayaan kesehatan. Sebuah ringkasan singkat dari strategi dan kebijakan utama mengenai kesehatan dari Pemerintah juga disertakan.
- **Bab 2** meringkas struktur organisasi sistem penyediaan layanan kesehatan dan menganalisis informasi yang tersedia mengenai masukan sumber daya terpilih, yaitu: i) infrastruktur; ii) tenaga kerja kesehatan; dan iii) obat-obatan.
- **Bab 3** adalah inti dari kajian pengeluaran dan menggambarkan sistem kolektif penghasilan Indonesia dan transfer fiskal antar pemerintah untuk sektor kesehatan, termasuk kajian singkat masalah ruang fiskal. Bab ketiga ini sebagian menggunakan (Kajian Pengeluaran Publik) nasional dan pekerjaan yang sedang berlangsung mengenai desentralisasi di Indonesia. Bab ini lebih lanjut menggambarkan tingkatan, trend, dan kombinasi pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan, dan juga memeriksa pengeluaran tersebut dalam perspektif internasional.
- **Bab 4** membentuk penilaian sistem kesehatan dari segi pemerataan, efisiensi, dan kualitas. Distribusi pembiayaan kesehatan masyarakat juga dibahas, terfokus pada jumlah manfaat. Bagian ini diikuti dengan analisis terhadap efisiensi rumah sakit dan puskesmas, lalu bergerak ke arah pembahasan yang lebih umum tentang efisiensi dari segi kinerja di tingkat kabupaten/kota. Terakhir, kualitas dan kepuasan konsumen juga dianalisis sesuai dengan ketersediaan data.

¹ Lihat Lampiran B untuk informasi lebih jauh mengenai pekerjaan AAA Bank Dunia terkait dengan sektor kesehatan, demikian juga untuk tujuan spesifik dari HSR yang komprehensif.

- **Bab 5** memberikan gambaran mengenai mekanisme pengumpulan risiko yang ada di Indonesia, dimulai dengan sebuah kajian tingkat pengeluaran dari kantong yang tinggi sebagai bagian dari total pengeluaran, dan juga akibat dari beban berat lonjakan pengeluaran terhadap layanan kesehatan. Dalam bab ini, Program asuransi kesehatan terbaru Pemerintah Indonesia untuk masyarakat miskin, yakni Askeskin, juga dibahas, dan bab ini diakhiri dengan sebuah bagian mengenai tantangan masa depan untuk sektor asuransi kesehatan.



Sistem Kesehatan Indonesia: Kinerja dan Hasil

BAB 1



Berbagai penyebab belum optimalnya kinerja sistem kesehatan Indonesia masih belum dipahami dengan baik. Dengan demikian, analisis yang mendalam dan pemantauan belanja dalam bidang kesehatan sangat penting dalam upaya untuk dapat lebih memahami kinerja sistem kesehatan di Indonesia. Hal ini makin dirasakan penting karena pada saat ini Indonesia berada pada masa kritis pembangunan dan modernisasi sektor kesehatannya. Indonesia sedang mengalami transisi dalam bidang demografi, epidemiologi dan gizi yang sangat signifikan, yang makin membebani sistem kesehatannya. Pada saat yang sama, Indonesia menghadapi dampak reformasi desentralisasi yang meluas dan pemerintah sedang memikirkan penerapan cakupan jaminan kesehatan yang universal secara bertahap. Berbagai perubahan aktual dan potensial tersebut terjadi dalam konteks sistem kesehatan berbasis daerah yang sedang menghadapi tantangan berat untuk mencapai hasil signifikan dalam pelayanan dalam bidang kesehatan, perlindungan finansial, pemerataan dan efisiensi. Kondisi-kondisi inilah yang menimbulkan fiskal yang mendasar mengenai keterjangkauan dan keberlanjutan sistem jaminan kesehatan yang baru dan memberi lebih banyak tekanan kepada kinerja sistem kesehatan.

Pengeluaran di bidang kesehatan terhadap belanja pemerintah meningkat dari 2,6 persen menjadi 4,4 persen pada tahun 2006. Pemerintah Indonesia menunjukkan komitmennya untuk meningkatkan kinerja sistem kesehatan dengan meningkatkan anggaran untuk bidang kesehatan secara signifikan. Sebagai bagian dari komitmen tersebut, pada tahun 2005, pemerintah menggulirkan inisiatif pelayanan kesehatan yang baru untuk masyarakat miskin, yang disebut Askeskin (sekarang disebut Jamkesmas). Program ini dimaksudkan untuk mencakup hingga 76,4 juta masyarakat miskin Indonesia.

Terdapat tiga sumber utama² pernyataan kebijakan pemerintahan yang sekarang mengenai sektor kesehatan. Ketiga pernyataan kebijakan tersebut adalah: (i) Peraturan Presiden No. 7/2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2004-2009 (RPJM); (ii) Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009, yang direvisi pada awal tahun 2006; dan (iii) Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2008 (RKP). Ketiga dokumen tersebut mendefinisikan secara luas arah kebijakan atau strategi, yang kemudian dijabarkan lebih lanjut ke dalam program dan tindakan yang lebih terperinci. Penjelasan yang paling terperinci terdapat di dalam RKP dan mencakup sasaran-sasaran yang sesuai dengan tujuan-tujuan yang telah secara jelas dijabarkan.³ Tujuan pemerintah dalam peningkatan aksesibilitas dan kualitas layanan kesehatan di dalam RKP 2008 dapat diringkas sebagai berikut:

- Meningkatkan layanan kesehatan gratis bagi keluarga miskin di Puskesmas (pusat kesehatan masyarakat) dan di bangsal perawatan kelas tiga rumah sakit hingga mencapai cakupan 100 persen;
- Memenuhi kebutuhan akan tenaga kesehatan di 28.000 desa;
- Meningkatkan persentase desa yang memiliki level imunisasi anak semesta (UCI) hingga 95 persen;
- Meningkatkan tingkat deteksi kasus (CDR) tuberkulosis (TB) hingga 70 persen;
- Meningkatkan CDR pasien demam berdarah hingga 100 persen dan menyediakan perawatan kepada semua pasien;
- Meningkatkan CDR pasien malaria hingga 100 persen dan menyediakan perawatan kepada semua pasien;
- Meningkatkan CDR orang dengan HIV/ AIDS (ODHA) hingga 100 persen dan menyediakan pengobatan anti-retroviral (ART) kepada semua pasien;
- Meningkatkan persentase ibu hamil yang menerima tambahan zat besi (tablet Fe) hingga 80 persen;
- Meningkatkan persentase bayi yang menerima ASI eksklusif hingga 65 persen;
- Meningkatkan persentase balita yang menerima suplemen Vitamin A hingga 80 persen;
- Meningkatkan persentase produk pangan yang memenuhi persyaratan keamanan pangan hingga 70 persen;
- Meningkatkan cakupan audit fasilitas produksi untuk memenuhi kebutuhan Praktik Produksi Obat yang Baik hingga 45 persen;
- Menurunkan angka kelahiran total hingga 2,17 per perempuan;
- Meningkatkan jumlah peserta aktif program keluarga berencana hingga 29,2 juta peserta; dan,
- Meningkatkan jumlah peserta baru program keluarga berencana hingga 6,0 juta peserta.

² Mengacu kepada dua dokumen terdahulu: Sistem Kesehatan Nasional, dan Indonesia Sehat 2010. Sistem Kesehatan Nasional pada awalnya diluncurkan pada tahun 1982, dan kemudian diluncurkan kembali, tanpa perubahan, pada tahun 2004. Indonesia Sehat 2010 muncul pada tahun 1999.

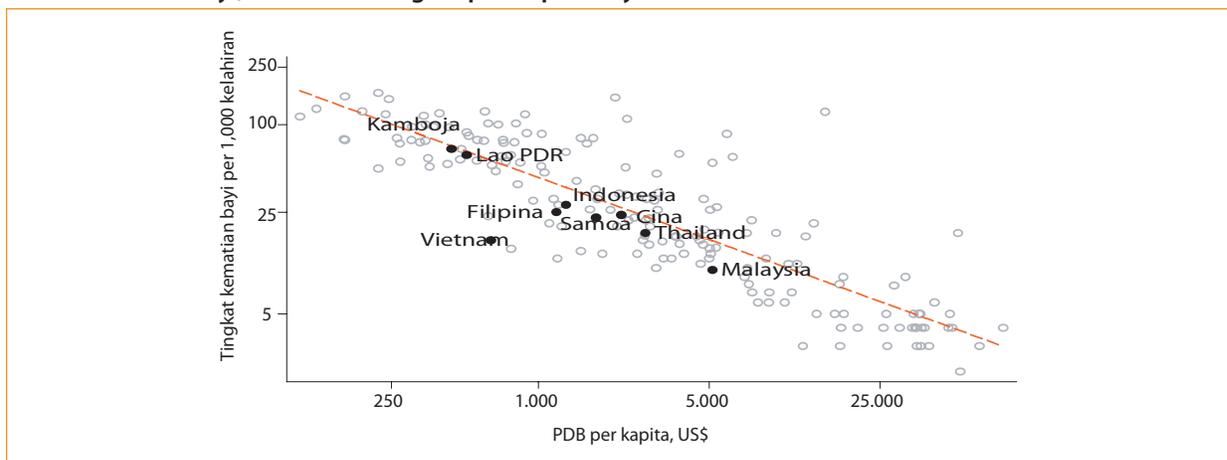
³ Berbagai sasaran dan informasi tentang pernyataan kebijakan lain tersebut dimasukkan ke dalam Lampiran D.

Indonesia sedang berjuang untuk mencapai beberapa komitmen Tujuan Pembangunan Milenium (MDG) dalam bidang kesehatan. Indonesia menyatakan diri untuk berpartisipasi dalam Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals/MDGs*) pada tahun 2000 dan, meskipun telah berhasil mencapai beberapa tujuan di dalam bidang kesehatan, Indonesia masih belum mencapai beberapa tujuan yang sangat krusial, khususnya dalam menekan angka kematian ibu. Meskipun angka kematian bayi dan anak telah dapat ditekan, angka kematian ibu masih sangat tinggi, yaitu 420 kematian per 100,000 kelahiran hidup (*The Lancet*, 2007).⁴ Tingkat rata-rata gizi buruk pada balita juga tinggi, yaitu 25 persen, dan tampaknya terus meningkat di beberapa provinsi.⁵ Masyarakat miskin merupakan kelompok yang paling buruk status kesehatannya, dengan angka kematian anak empat kali lebih tinggi pada kuintil termiskin (*World Bank*, 2006b). Secara umum, masyarakat miskin memiliki tingkat pemanfaatan yang rendah untuk pelayanan kesehatan spesialis dan, apabila mereka mencari pelayanan kesehatan, biasanya mereka melakukannya di klinik-klinik setempat yang seringkali tidak memiliki prasarana, air bersih, listrik dan obat-obatan yang memadai.⁶ Selain itu, kebanyakan ibu hamil dari keluarga miskin tetap melakukan persalinan di rumah dan 40 persen di antaranya masih belum dibantu oleh tenaga kesehatan terampil.⁷ Secara umum, Indonesia masih menghadapi agenda yang pelik di bidang kesehatan dan, menilai kinerjanya hingga sekarang ini, tidak mungkin dapat mencapai beberapa MDG-nya dalam bidang kesehatan.

1.1. Capaian dari Pelayanan di Sektor Kesehatan

Angka kematian bayi dan anak di Indonesia telah dapat ditekan secara signifikan sejak tahun 1960-an. Angka kematian anak telah turun dari 220 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1960 menjadi 46 per 1.000 kelahiran hidup di tahun 2002 (*Survei Kesehatan Demografis/DHS 2002/3*). Indonesia menunjukkan keadaan yang lebih baik dibandingkan dengan negara-negara lain dengan tingkat pendapatan yang sama (*Gambar 1.1*).

Gambar 1.1 Indonesia telah mencapai hasil yang menggembirakan dalam menekan angka kematian bayi, dilihat dari tingkat pendapatannya



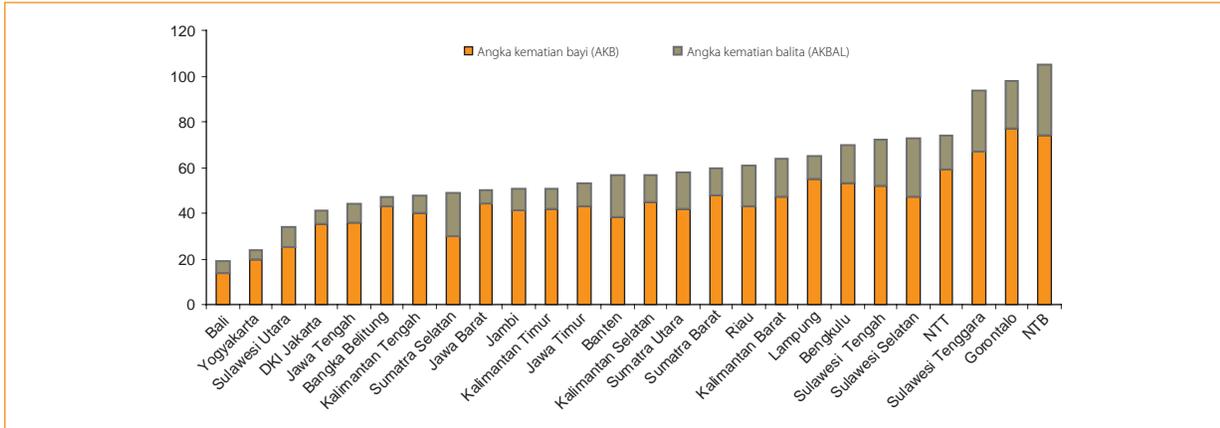
Sumber : WDI.

Catatan : Skala Log.

- 4 Angka 420 kematian ibu hamil per 100,000 kelahiran yang hidup diperoleh berdasarkan metode yang disebut metode persaudarian (*sisterhood*), yakni dengan melakukan survei rumah tangga. Modul-modul ini mengumpulkan informasi yang berkaitan dengan semua saudara kandung yang lahir dari satu ibu: jenis kelamin dan usia saudara kandung yang masih hidup; jenis kelamin dan usia pada saat meninggal, dan tahun meninggal bagi saudara kandung yang telah meninggal. Selain itu, untuk saudara kandung yang meninggal pada usia 15-49 tahun, informasi dikumpulkan untuk mencari tahu apakah saudara yang meninggal tersebut sedang hamil atau dalam masa dua bulan setelah melahirkan pada saat meninggal. Estimasi kematian ibu hamil yang didapat dengan metode persaudarian biasanya dihitung untuk waktu acuan 0-6 tahun sebelum survei dilakukan. Estimasi dengan metode persaudarian di Indonesia baru diterbitkan belum lama ini dan estimasi tersebut lebih tinggi dari estimasi sebelumnya yang digunakan oleh Bank Dunia. Selain itu, estimasi baru tersebut berbeda dari estimasi Pemerintah Indonesia, sebagai akibat dari perbedaan metodologi penghitungan.
- 5 Estimasi Bank Dunia berdasarkan hasil Susenas untuk beberapa tahun yang berbeda 2006.
- 6 Bank Dunia, Survei mengenai Tata Kelola Pemerintahan dan Desentralisasi 2(GDS2), 2006.
- 7 Survei Kesehatan Demografis Indonesia (IDHS), 2002/03.

Namun demikian, masih terdapat beberapa masalah serius, misalnya disparitas wilayah. Meskipun pada umumnya terjadi peningkatan yang signifikan, masih terdapat disparitas wilayah. Hal ini ditunjukkan oleh adanya perbedaan angka kematian bayi (AKB) yang mencolok di antara provinsi-provinsi di Indonesia. Gambar 1.2 menunjukkan perbedaan AKB yang mencolok di antara provinsi-provinsi di Indonesia. Contohnya, di Nusa Tenggara Timur (NTT) AKB-nya adalah 80, empat kali lebih tinggi dari AKB Bali yang hanya 20.

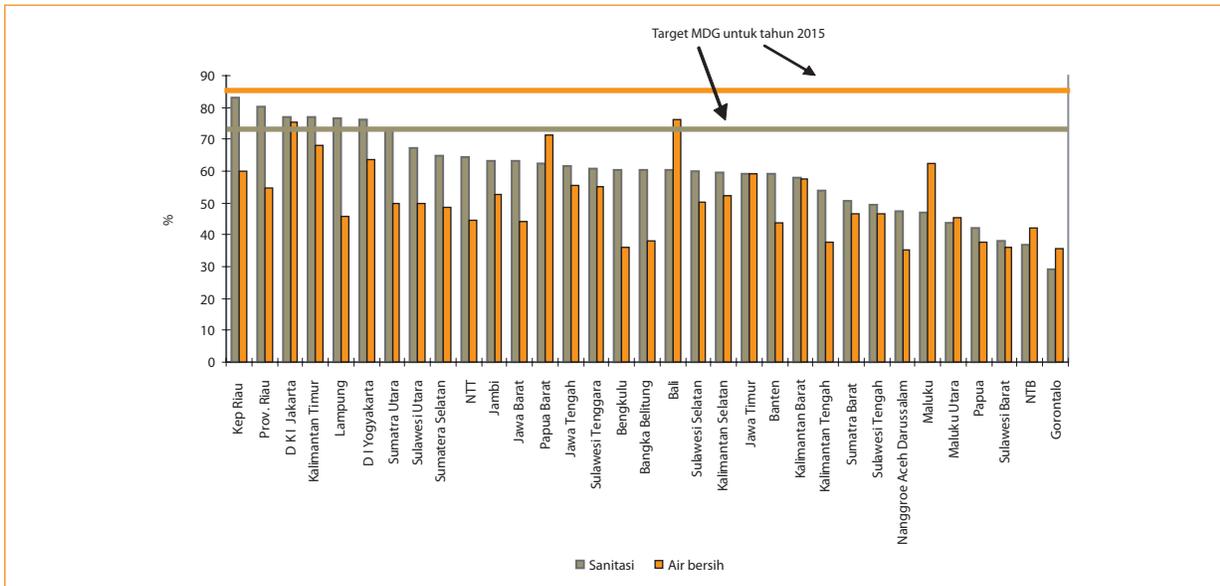
Gambar 1.2 Terdapat perbedaan yang mencolok pada angka kematian bayi dan balita (AKB dan AKBAL) di antara provinsi-provinsi di Indonesia



Sumber: IDHS, 2002-03.

Masalah serupa juga terjadi dalam hal akses terhadap air bersih dan sanitasi, keduanya merupakan penentu utama dari hasil layanan di bidang kesehatan, khususnya di daerah-daerah terpencil. Indonesia belum dapat mencapai MDG-nya dalam penyediaan air minum sebesar 86 persen pada tahun 2015. Selain itu, Indonesia juga tidak mengalami peningkatan yang berarti dalam memenuhi target sanitasi MDG sebesar 73 persen dan berdasarkan perkembangan saat ini, Indonesia memiliki selisih sekitar 11 poin persentase dari target yang telah ditentukan. Diperlukan intervensi dan lebih banyak sumberdaya, khususnya di daerah kumuh perkotaan dan di daerah-daerah terpencil dan pedesaan. Gambar 1.3 menunjukkan tingkat aksesibilitas di setiap provinsi.

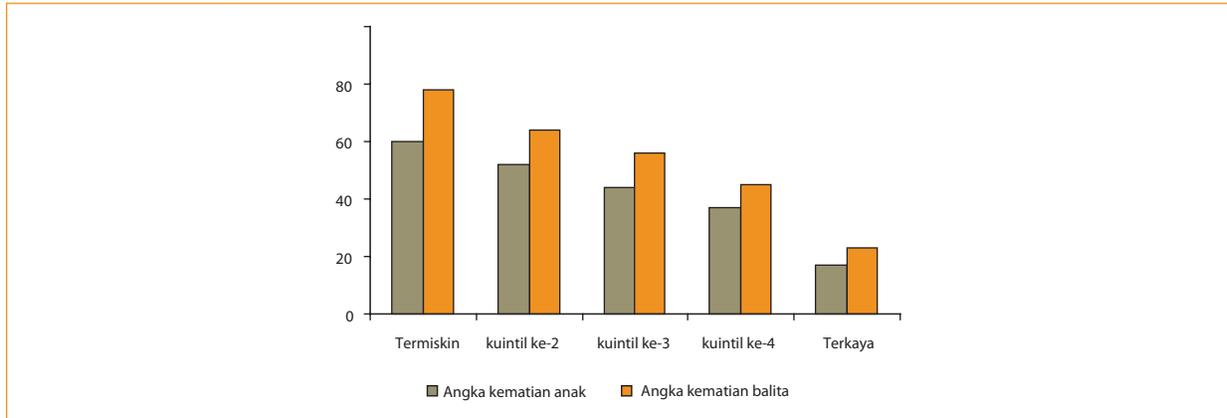
Gambar 1.3 Akses terhadap air bersih dan sanitasi di provinsi-provinsi masih rendah



Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan Susenas, 2006.

Selain itu, terdapat pula disparitas yang signifikan di antara kelompok-kelompok sosial-ekonomis, dengan tingkat kematian balita sebesar 77 per 1.000 kelahiran hidup pada kelompok rumah tangga paling miskin dibandingkan dengan 22 per 1.000 pada kelompok rumah tangga terkaya (Gambar 1.4). Akses kepada pelayanan juga berbeda berdasarkan tingkat kesejahteraan dan wilayah. Proporsi anak usia 12 hingga 23 bulan yang menerima setidaknya satu kali dosis vaksin campak adalah sekitar 72 persen, dengan tingkat yang lebih tinggi pada kelompok anak dari rumah tangga kaya yang tinggal di daerah perkotaan (sekitar 85 persen) dibandingkan dengan rumah tangga miskin yang tinggal di pedesaan (sekitar 59 persen).

Gambar 1.4 Angka kematian bayi dan balita, berdasarkan kuintil tingkat kesejahteraan, 2002-03



Sumber: IDHS 2002/03, dirujuk dalam World Bank, 2007d.

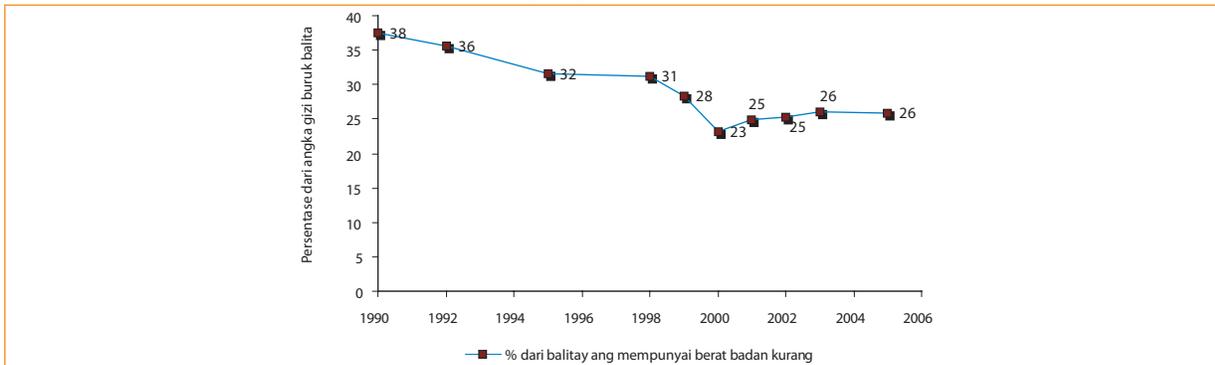


Indonesia telah mengalami peningkatan yang substansial di sektor gizi, mengurangi sebaran balita dengan berat badan kurang dari 38 persen menjadi 25 persen antara tahun 1990 dan 2000.

Namun, sejak tahun 2000, jumlah anak dengan berat badan kurang cenderung tetap, dan bahkan meningkat di beberapa provinsi (Gambar 1.5). Tidak hanya berat badan kurang yang disebabkan oleh gizi buruk, tetapi juga kekurangan mikronutrisi masih menjadi masalah di Indonesia: sekitar 19 persen perempuan usia produktif dan 53 persen anak usia antara satu dan empat tahun menderita anemia (IFLS, 2000). Meskipun kasus kekurangan Vitamin A parah jarang terjadi, kekurangan Vitamin A subklinis mungkin terjadi akibat rendahnya

tingkat pemberian suplemen vitamin A. Data nasional mengenai prevalensi tidak tersedia, tetapi hanya 43 persen ibu baru melahirkan (*post-partum*) dan hanya 75 persen anak yang menerima suplemen Vitamin A. Rata-rata nasional untuk konsumsi garam beryodium rumah tangga adalah 85 persen. Namun, masih banyak kabupaten yang memiliki tingkat konsumsi garam beryodium yang rendah dan kasus kekurangan yodium masih lazim ditemukan di beberapa daerah di Indonesia (Friedman et al., 2006.).

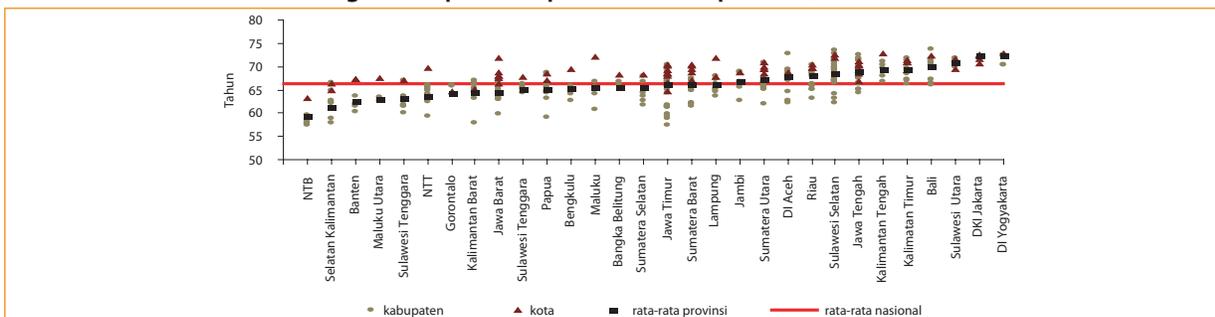
Gambar 1.5 Kemajuan dalam menekan angka gizi buruk balita mandek setelah tahun 2000



Berkaitan dengan HIV/AIDS, epidemi HIV masih terkonsentrasi di sub-populasi berisiko tinggi, yaitu para pekerja seks dan pengguna narkoba jarum suntik, dan kelompok yang terakhir disebutkan banyak ditemukan di antara para penghuni rumah tahanan. Meskipun secara nasional tingkat kejadian rata-rata masih rendah, epidemi AIDS telah menyebar ke seluruh wilayah Indonesia, dan kasus-kasus yang dilaporkan terus meningkat. Hasil survei yang dilakukan baru-baru ini di Papua, Survei Terpadu Perilaku dan Serologis atau IBBS (FHI⁸ dan Bank Dunia, menyusul) menunjukkan bahwa prevalensi HIV di Papua lebih tinggi daripada di provinsi-provinsi Indonesia lainnya, dengan 2,3 persen kasus HIV positif pada populasi sampel umum. Tuberkulosis tidak terdeteksi di sebagian besar populasi di lebih dari setengah wilayah provinsi di Indonesia, meskipun data nasional mengesankan bahwa Indonesia tidak mengalami masalah dan telah mencapai tujuannya sebesar 70 persen untuk tingkat deteksi.

Kesenjangan angka harapan hidup di antara provinsi-provinsi di Indonesia masih merupakan masalah yang penting. Perbedaan yang signifikan dalam hal harapan hidup dapat terlihat antara dan di dalam wilayah provinsi. Contohnya, angka harapan hidup di Nusa Tenggara Barat (NTB) hanya mencapai 59 tahun, dibandingkan dengan 72 tahun di Yogyakarta (Gambar 1.6). Angka harapan hidup rata-rata nasional adalah 69 tahun.

Gambar 1.6 Perbedaan angka harapan hidup berdasarkan provinsi, 2001



Sumber: WHO, HSPA, 2005.

Meskipun mengalami kemajuan untuk beberapa indikator, dibandingkan dengan negara-negara tetangganya, Indonesia tertinggal dalam setiap ukuran hasil pelayanan di bidang kesehatan yang paling konvensional. Misalnya, dalam hal angka kematian dan angka harapan hidup, Indonesia berada di bawah rata-rata negara-negara Asia Timur dan tertinggal dari negara-negara tetangganya (khususnya Malaysia) dengan perbedaan yang sangat signifikan. Indonesia juga masih memiliki tingkat vaksinasi campak dan DPT yang paling rendah di Asia Tenggara, yang menunjukkan rendahnya upaya pencegahan. Selain itu, indikator 'kelahiran dengan bantuan tenaga kesehatan terampil' masih sangat rendah dibandingkan dengan Cina, Vietnam dan Malaysia. Perbedaan hasil layanan di sektor kesehatan ini tetap didapati, bahkan jika memperhitungkan PDB per kapita. Vietnam, misalnya, meski memiliki PDB per kapita yang lebih rendah, masih lebih baik dalam segala hal lain, sedangkan Filipina, negara yang PDB per kapitanya hanya sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan Indonesia, lebih baik dalam sebagian besar ukuran (Table 1.1).

8 Kesehatan Keluarga Internasional (Family Health International).

Kemajuan Indonesia dalam menekan angka kematian ibu sangat mengecewakan. Dengan data terakhir yang berdasarkan metode estimasi yang lebih akurat mengenai kematian ibu hamil, kebanyakan negara telah mencapai kemajuan dalam menekan angka kematian ibu (AKI). Estimasi terbaru dan paling akurat mengenai jumlah kematian ibu di Indonesia adalah 420 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup.⁹ Angka ini sangat tinggi dan, dengan menganalisis data dari tahun 1992 dan 2003, hanya sedikit kemajuan yang telah dicapai Indonesia dalam menekan AKI selama dekade terakhir ini. Data yang lebih baru akan tersedia dengan estimasi-estimasi baru dari survei demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI), akan diterbitkan pertengahan tahun 2008.

Tabel 1.1 Perbandingan regional dalam hasil capaian di sektor Kesehatan

	PDB per kapita tahunan (US\$)	Harapan hidup (tahun)	Estimasi angka kematian (kematian per 1.000)	AKB	AKBAL (kematian per 1.000)	Tingkat imunisasi DPT (%)	Tingkat	Tingkat imunisasi AKI *** (per 100,000 kelahiran hidup)	Kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan terampil (%)
Indonesia	1.260	67,8	7,3	28,0	36,0	70	72	420	69
Kamboja	430	57,0	10,4	68,0	87,3	82	79	540	43,8
Malaysia	4.970	73,7	4,7	10,0	12,0	90	90	62	100*
Vietnam	620	70,7	6,0	16,0	19,0	95	95	150	90
Thailand	2.720	70,9	7,2	18,0	21,0	98	96	110	Na
Philippina	1.290	71,0	4,9	25,0	33,0	79	80	230	59,8**
India	730	63,5	7,6	56,0	64,0	59	58	450	48*
Cina	1.740	71,8	6,5	23,0	27,0	87	86	45	97,3
Asia Timur	1.628	70,7	6,7	26,4	32,7	83,7	83,4	Na	86,9

Sumber: WDI, Statistik Kesehatan Dunia (World Health Statistics/WHS 2007) & Statistik UNICEF.

Catatan: Untuk estimasi dengan * sumber datanya adalah WHS.

Data terakhir mengenai 'kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan terampil' yang tersedia adalah untuk tahun 2003.

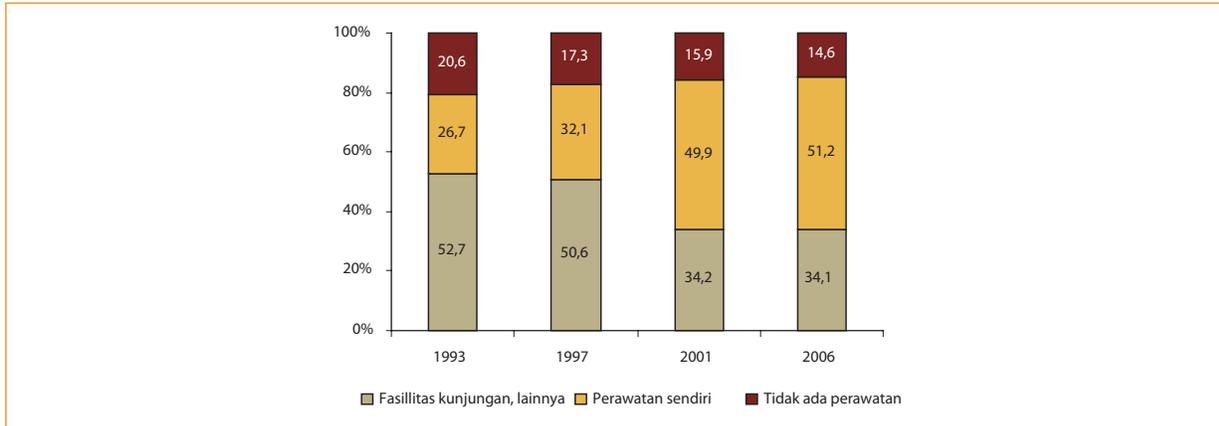
Untuk estimasi dengan *** sumber datanya adalah Statistik UNICEF. ***Data terakhir untuk imunisasi AKI yang digunakan adalah dari Lancet (2007).

1.2. Pemanfaatan dan Pemerataan Sistem Kesehatan

Meskipun terjadi peningkatan akses terhadap layanan kesehatan melalui perluasan prasarana, tingkat pemanfaatan menurun sejak krisis tahun 1997/98. Sejak pertengahan tahun 1990-an, dan khususnya setelah terjadinya krisis ekonomi dan keuangan, semakin banyak masyarakat Indonesia yang mengubah pola pencarian pelayanan kesehatan dari layanan rawat jalan berbasis fasilitas. Lebih dari 50 persen menyatakan bahwa mereka mengandalkan pengobatan mandiri untuk menyembuhkan penyakit yang mereka derita terakhir kali, dengan membeli obat di apotek atau toko obat. Di antara populasi yang melaporkan gejala sakit¹⁰ pada tahun 2006, 51 persen mengandalkan pengobatan mandiri, sebanyak 34 persen mencari pelayanan kesehatan di fasilitas-fasilitas kesehatan, dan sebanyak 15 persen tidak mengupayakan perawatan sama sekali. Sebaliknya, pada tahun 1993, hanya 27 persen penduduk yang jatuh sakit mengandalkan pengobatan mandiri, sedangkan 53 persen mendatangi fasilitas-fasilitas kesehatan dan sekitar 21 persen tidak mengupayakan perawatan sama sekali (Gambar 1.7).

9 Sebuah kelompok kerja yang menangani angka kematian ibu (AKI) dibentuk untuk membuat estimasi-estimasi mengenai AKI yang sama untuk tahun 2005 secara internasional, serta perkembangan yang terjadi sejak tahun 1990 dengan menggunakan metodologi estimasi yang telah dikembangkan. Dengan menggunakan metode yang telah dikembangkan ini, estimasi AKI di Indonesia adalah 420 per 100.000 kelahiran yang hidup, yang secara substansial lebih tinggi dari hasil survei demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) 2002/03, yang memperkirakan AKI hanya sekitar 307 per 100.000 kelahiran hidup (Lancet dan Badan Kesehatan Dunia (WHO), 2007).

10 Pada titik ini, perlu diperhatikan catatan berikut: Sebagaimana telah diketahui, tidak seperti kelompok masyarakat kaya, masyarakat miskin cenderung untuk tidak melaporkan sakit yang dideritanya. Kurangnya kemampuan masyarakat miskin untuk menyadari adanya penyakit menyebabkan data mengenai penyakit yang dilaporkan sendiri menjadi problematis. Ukuran status kesehatan yang lebih obyektif (dalam hal ini AKB) akan menunjukkan bahwa masyarakat miskin lebih banyak menderita sakit daripada kelompok masyarakat yang lebih kaya.

Gambar 1.7 Pola pengupayaan perawatan bagi orang sakit 1993-2006

Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan hasil Susenass pada beberapa tahun yang berbeda.

Meningkatnya pengobatan mandiri dan belum kembalinya tingkat pemanfaatan layanan kesehatan seperti saat sebelum krisis sangat mengkhawatirkan mengingat negara-negara lain di kawasan Asia Tenggara menunjukkan trend sebaliknya. Di kebanyakan negara-negara di Asia Timur termasuk Indonesia, meningkatnya trend pengobatan mandiri adalah reaksi langsung terhadap krisis ekonomi: saat pendapatan menurun, orang berpikir bahwa pengobatan mandiri lebih terjangkau dari pada fasilitas kesehatan berbasis-fasilitas. Namun demikian, di negara-negara lain di kawasan Asia Tenggara, misalnya Thailand, tingkat pemanfaatan pusat layanan kesehatan berbasis-fasilitas telah kembali pulih dalam empat tahun setelah terjadinya krisis. Di Indonesia hal ini tidak terjadi, yang menandakan bahwa hambatan-hambatan, baik fisik maupun finansial, untuk mengakses fasilitas kesehatan masih ada bahkan hingga satu dekade setelah terjadinya krisis. Kurangnya kepercayaan terhadap sistem kesehatan publik, akibat rendahnya kualitas dan kurangnya tenaga medis di pusat-pusat layanan kesehatan yang kerap terjadi mungkin sedikit banyak dapat menjelaskan fenomena ini.

Sejak tahun 2004, pemanfaatan layanan umum meningkat, sedangkan pemanfaatan fasilitas swasta menurun.

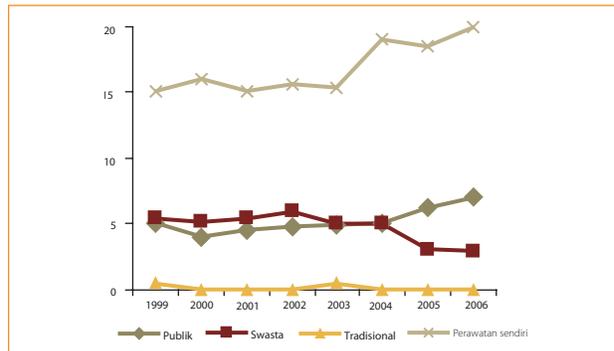
Tingkat pemanfaatan layanan kesehatan publik meningkat hingga 27 persen sejak tahun 2004,¹¹ sedangkan tingkat pemanfaatan layanan kesehatan swasta menurun hingga hampir setengahnya (dari 5,8 menjadi 3,0 persen) (Gambar 1.8). Hal ini mungkin diakibatkan efek substitusi, yang mengakibatkan orang-orang yang sebelumnya mengupayakan perawatan kesehatan di penyedia layanan swasta kini dilayani oleh penyedia layanan kesehatan publik. Pada tahun 1999, 46 persen dari pemanfaatan layanan kesehatan dilakukan melalui penyediaan layanan publik, sedangkan 50 persen dari pemanfaatan dilakukan melalui sektor swasta. Namun, pada tahun 2006, penyediaan layanan publik adalah sebesar 65 persen dari total tingkat pemanfaatan layanan kesehatan, sedangkan bagian sektor swasta berkurang hingga menjadi kurang dari 30 persen (Gambar 1.9).

Pada umumnya, turunnya tingkat pemanfaatan layanan kesehatan swasta sejak tahun 2004 hingga 2006 belum diimbangi dengan peningkatan penyediaan layanan kesehatan publik yang memadai.¹² Oleh karena itu, efek substitusi masih belum lengkap: penggunaan layanan kesehatan modern secara umum menurun hingga 11 persen bagi seluruh penduduk dan sekitar 23 persen bagi mereka yang dilaporkan sakit.

11 Dari 5,3 menjadi 6,8 persen dari populasi yang mengunjungi tempat penyedia layanan kesehatan sekurangnya satu kali sebulan pada bulan sebelumnya.

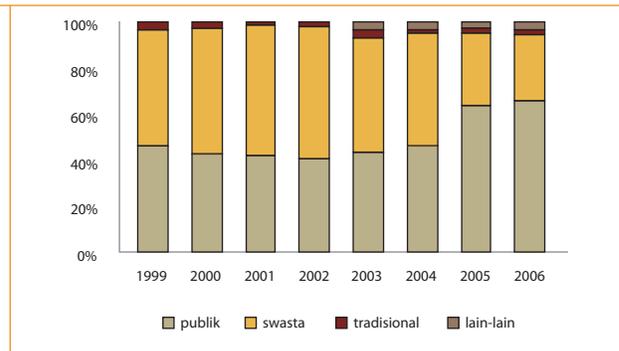
12 Patut diingat bahwa perubahan-perubahan ini dicatat pada periode saat morbiditas mengalami peningkatan yang signifikan di seluruh Indonesia.

Gambar 1.8 Tingkat kunjungan pasien rawat jalan, berdasarkan jenis penyedia layanan



Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan hasil Susenas pada beberapa tahun yang berbeda.
 Catatan: Persentase populasi yang mendatangi penyedia layanan kesehatan setidaknya satu kali pada bulan sebelumnya.

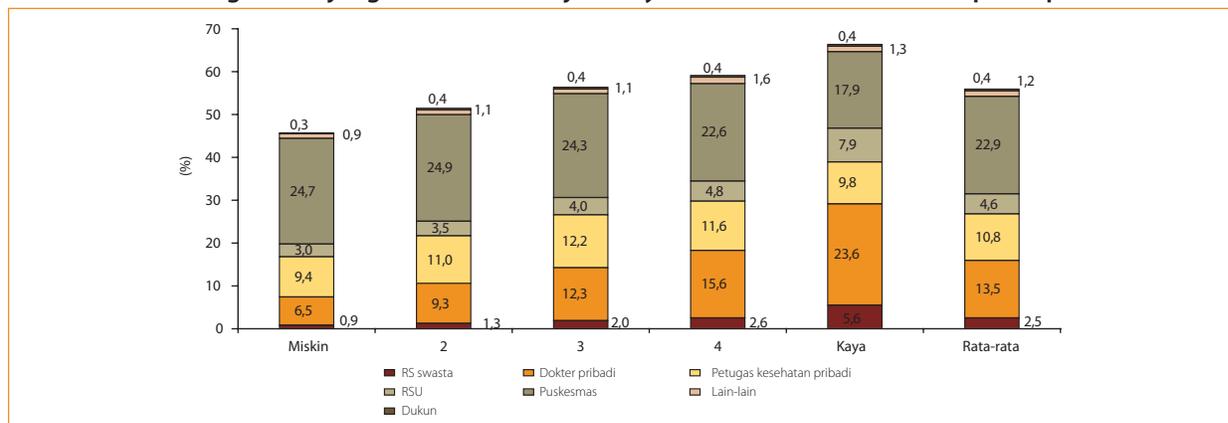
Gambar 1.9 Pilihan penyedia layanan untuk layanan kesehatan



Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan hasil Susenas pada beberapa tahun yang berbeda.
 Catatan: Persentase dari total kunjungan.

Terdapat perbedaan yang mencolok dalam perubahan-perubahan yang terpantau sehubungan dengan pencarian pelayanan kesehatan di antara provinsi-provinsi di Indonesia. Di Papua, tingkat pengobatan mandiri meningkat hingga lebih dari tiga kali lipat, sedangkan di Bali pengobatan mandiri meningkat hingga 41 persen dan di Yogyakarta meningkat hingga 31 persen. Penurunan tingkat pengobatan mandiri hanya terjadi di Maluku (sekitar 6 persen), sedangkan Jakarta dan Sulawesi Utara mengalami peningkatan yang paling sedikit (masing-masing sebesar 7 dan 9 persen).

Gambar 1.10 Tingkat Kunjungan berdasarkan jenis layanan kesehatan dan kuintil pendapatan



Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan hasil Susenas pada beberapa tahun yang berbeda, 2006.
 Catatan: Persentase orang sakit¹³ yang mendatangi penyedia layanan kesehatan sekurang-kurangnya satu kali sebulan pada bulan sebelumnya dari jumlah total orang sakit dalam kuintil.

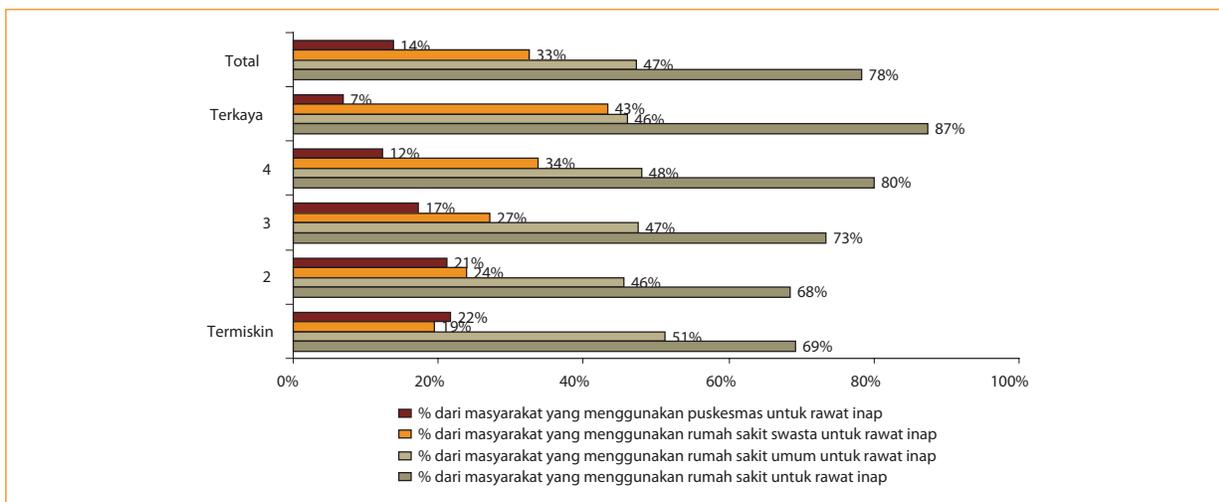
Meskipun masyarakat miskin secara signifikan masih mengandalkan penyediaan layanan kesehatan swasta (Gambar 1.10), upaya pemerintah dalam meningkatkan akses terhadap layanan publik melalui Askeskin mendorong peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan publik. Analisis data pemanfaatan untuk kunjungan pasien rawat jalan ke klinik-klinik umum juga kunjungan pasien rawat inap di rumah sakit-rumah sakit pemerintah, menunjukkan bahwa pemanfaatan layanan kesehatan umum oleh masyarakat miskin pada tahun 2006 meningkat

13 Di sini kami membandingkan pilihan penyedia layanan kesehatan untuk masyarakat yang dilaporkan sakit dalam kuintil. Oleh karena itu, patut dicatat bahwa trend "jatuh sakit" adalah sama untuk semua kuintil jika menganalisis jawaban kuesioner Susenas, dengan sekitar 27/28 persen untuk setiap kuintil yang melaporkan telah mengalami gejala penyakit pada bulan sebelumnya. Namun demikian, sebagaimana diketahui, masyarakat miskin cenderung untuk tidak melaporkan penyakit yang mereka derita, dibandingkan dengan kelompok masyarakat kaya. Kurangnya kemampuan untuk menyadari adanya penyakit dan membuat data mengenai penyakit yang dilaporkan sendiri menjadi problematis.

dibandingkan dengan tahun 2005 — peningkatan yang mungkin sedikit banyak dapat didorong oleh pemberlakuan program Askeskin. Sejak digulirkannya program kartu kesehatan, yang memungkinkan masyarakat miskin mendapatkan layanan kesehatan dasar secara cuma-cuma dan kartu layanan kesehatan rumah sakit kelas tiga secara cuma-cuma, terjadi sedikit peningkatan dalam pemanfaatan layanan Puskesmas/Pustu bagi para pemegang kartu. Akses terhadap kartu Askeskin oleh sebuah rumah tangga dikaitkan dengan peningkatan pemanfaatan Puskesmas/Pustu dan sedikit penurunan pemanfaatan layanan klinik-klinik swasta (dengan kontrol pada jumlah orang di setiap keluarga, serta tingkat pendapatan) (studi Bank Dunia, publikasi mendatang).

Rata-rata, 4 persen dari orang yang sakit memanfaatkan layanan rawat inap. Tampaknya, pemanfaatan layanan rawat inap oleh masyarakat miskin 60 persen lebih rendah dari kelompok masyarakat kaya, dan apabila mereka memanfaatkan layanan rawat inap, kebanyakan dari mereka memanfaatkan Puskesmas, diikuti oleh rumah sakit pemerintah. Dalam sebagian kasus, kelompok masyarakat kaya memanfaatkan layanan yang diberikan oleh rumah sakit swasta saat mereka membutuhkan layanan rawat inap, dan tidak menggunakan pelayanan rawat inap Puskesmas (Figure 1.11). Pembahasan lebih lanjut tentang tingkat pemanfaatan rumah sakit akan diberikan pada Bab 5 tentang Askeskin.

Gambar 1.11 Pemanfaatan layanan rawat inap, jumlah total dan berdasarkan penyedia layanan dan kuintil sosial dan ekonomi



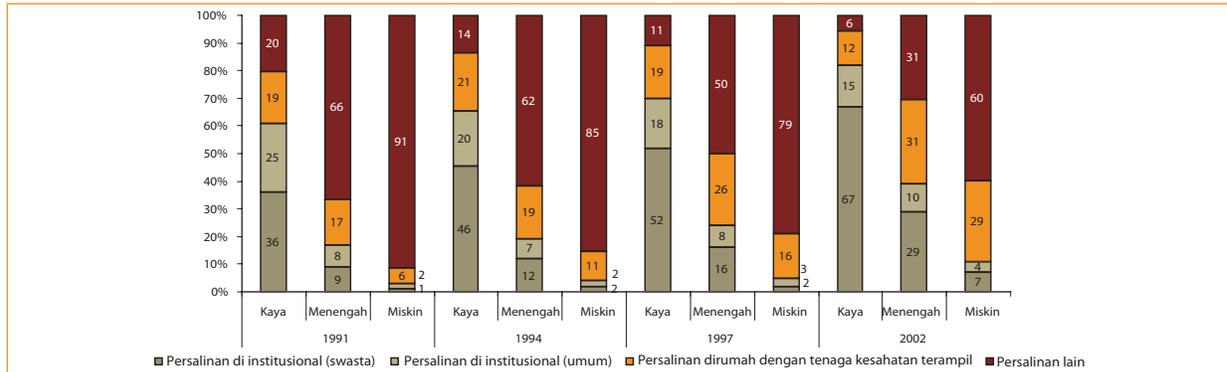
Sumber: Perhitungan Staf Bank Dunia berdasarkan hasil Susenas pada beberapa tahun yang berbeda, 2006.

Dalam hal penyediaan layanan kesehatan dan pemanfaatan, perawatan bagi ibu hamil mengalami peningkatan meskipun tingkat kematian ibu hamil masih tinggi. Meskipun melahirkan di rumah masih merupakan hal yang lumrah dilakukan oleh masyarakat miskin dan kelompok masyarakat menengah, kini lebih banyak kelahiran dibantu oleh tenaga-tenaga kesehatan terampil. Pada tahun 2002, sekitar 44 persen dari kelahiran hidup yang terjadi di rumah dibantu oleh tenaga terlatih, yaitu dokter, bidan, atau bidan desa. Peningkatan persentase ini hampir tiga kali dari tahun 1991; saat itu hanya 18 persen dari kelahiran yang dilakukan di rumah dibantu oleh tenaga kesehatan. Namun demikian, masih terdapat masalah kesenjangan yang signifikan.

Pada tahun 2002, setengah dari kelahiran di kalangan masyarakat menengah yang dilakukan di rumah dibantu oleh tenaga kesehatan terampil, tetapi hanya satu per tiga kelahiran di kalangan masyarakat miskin yang dilakukan di rumah mendapat pertolongan yang sama. Pada kelompok masyarakat kaya, hampir 70 persen ibu melahirkan dengan dibantu tenaga kesehatan terampil. Dengan menganalisis perkembangan tersebut secara lebih terperinci, tahun-tahun setelah 1997 menunjukkan peningkatan proporsi yang lebih tinggi bagi kelahiran yang dilakukan di rumah bagi masyarakat miskin dan kalangan dengan tingkat pendapatan menengah yang mendapat bantuan tenaga kesehatan terampil daripada kelompok masyarakat kaya (Gambar 1.12). Kebanyakan tenaga kesehatan terampil yang melayani ibu melahirkan di rumah adalah perawat/bidan atau bidan desa. Lebih lanjut, data tahun 2002 menunjukkan bahwa bidan desa merupakan mayoritas tenaga kesehatan terampil yang membantu ibu melahirkan di kalangan masyarakat miskin dan masyarakat di daerah pedesaan.

Pada saat yang sama, persentase kelahiran yang dilakukan di fasilitas-fasilitas kesehatan meningkat hampir dua kali lipat, dari 21 persen pada tahun 1991 menjadi 40 persen pada tahun 2002. Sebagian besar kemajuan dipantau setelah tahun 1997, saat persentase kelahiran yang dilakukan di fasilitas-fasilitas kesehatan oleh masyarakat miskin meningkat hampir tiga kali lipat, yakni dari 4 menjadi 11 persen, meningkat hampir dua kali lipat untuk kelompok masyarakat menengah, yakni dari 25 menjadi 39 persen, dan meningkat secara signifikan untuk masyarakat kaya, yakni dari 70 menjadi 82 persen (Gambar 1.12).

Gambar 1.12 Kelahiran berdasarkan jenis perawatan dan status kesejahteraan



Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan hasil SDKI pada beberapa tahun yang berbeda.

Catatan: * jumlah total dari kedua angka (fasilitas umum dan swasta) merupakan persentase kelahiran yang dilakukan di fasilitas-fasilitas kesehatan. Kategori 'proses kelahiran lain-lain' merupakan proses kelahiran yang tidak dibantu, atau dibantu oleh tenaga "tidak terampil" seperti TBA atau sanak keluarga.

Kebanyakan persalinan institusional terjadi di fasilitas atau penyedia layanan kesehatan swasta (rumah bidan).

Bagi kelompok masyarakat kaya dari waktu ke waktu, semakin banyak ibu melahirkan di fasilitas-fasilitas kesehatan swasta daripada di fasilitas-fasilitas kesehatan publik. Pada kelompok miskin, proporsi persalinan yang dilakukan di klinik-klinik swasta dari total jumlah persalinan yang dilakukan di fasilitas-fasilitas kesehatan adalah 64 persen. Untuk kelompok masyarakat menengah, angka ini bahkan lebih tinggi, yaitu 74 persen, sedangkan untuk masyarakat kaya proporsinya mencapai 82 persen. Di ketiga kelompok masyarakat tersebut di atas, angkanya meningkat dari waktu ke waktu, dan untuk kelompok masyarakat miskin dan kelompok masyarakat menengah hal ini khususnya berlaku sejak terjadinya krisis.

Tabel 1.2 Perubahan pada tingkat imunisasi anak berdasarkan kuintil dan pendidikan orang tua

Kuintil konsumsi*	1999	2004	2005	2006
1 (miskin)	59,7	71,0	67,0	75,1
2	65,1	76,2	70,7	77,2
3	65,3	78,2	72,7	77,8
4	67,2	80,0	74,4	79,8
5 (kaya)	71,3	83,3	78,6	83,3
Pendidikan tertinggi bagi perempuan dalam keluarga**	1999	2004	2005	2006
Tidak tamat SD	55,8	66,9	59,3	68,6
SD	63,3	75,3	70,5	77,1
SMP	69,5	79,3	66,0	77,4
SMA	72,5	82,6	73,9	80,1
Pendidikan Tinggi	75,1	85,4	78,5	81,9
Pendidikan Tertinggi bagi pria dalam keluarga**	1999	2004	2005	2006
Tidak tamat SD	56,5	69,6	61,7	70,1
SD	61,8	74,1	69,2	76,5
SMP	68,0	78,5	67,5	75,0
SMA	71,9	81,1	73,4	78,8
Pendidikan Tinggi	73,0	85,9	77,5	81,8

Sumber: Penghitungan staff Bank Dunia berdasarkan berbagai tahun Susenas.

Catatan: * Tingkat imunisasi anak untuk campak. ** Persentase anak balita dengan sedikitnya satu kali suntikan imunisasi.

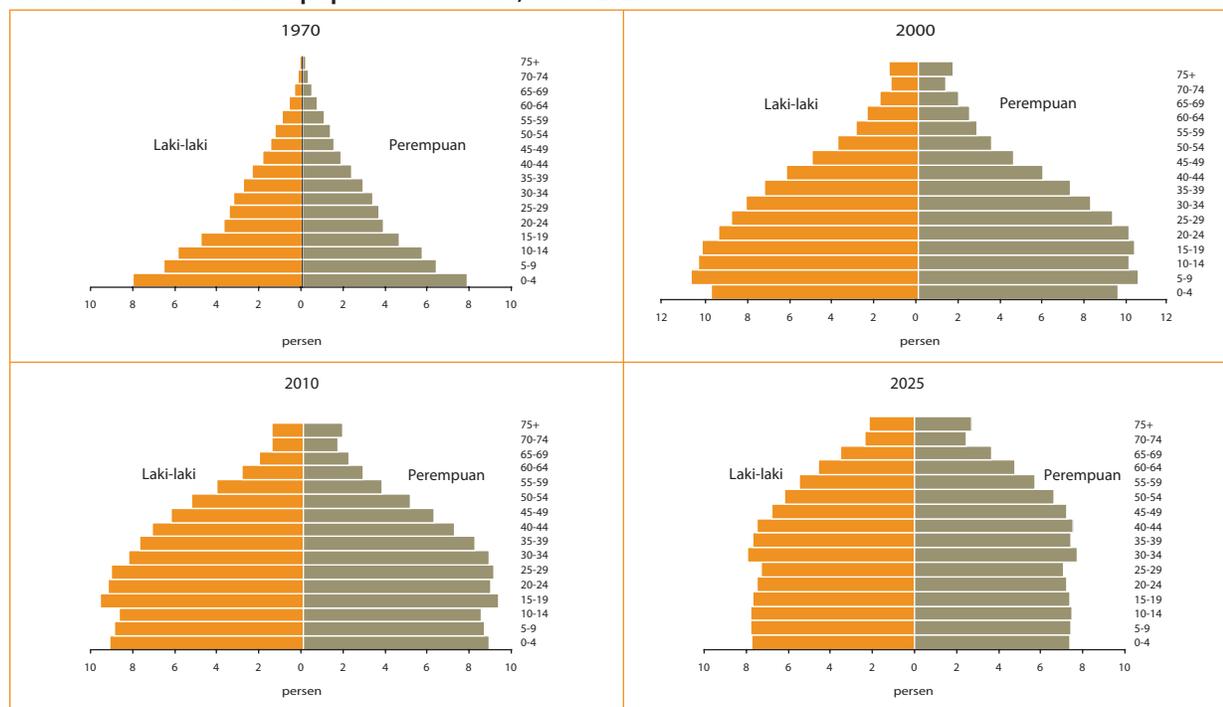
Perbedaan-perbedaan sosial-ekonomi yang sama juga didapati ketika melakukan kajian tingkat imunisasi campak pada anak. Meskipun Indonesia telah mencapai kemajuan yang pesat dalam tingkat imunisasi pada anak-anak balita selama delapan tahun terakhir, rasio antara masyarakat miskin dan kaya menunjukkan hanya 75 persen anak-anak dari keluarga miskin yang menerima sedikitnya satu kali vaksinasi campak, dibandingkan dengan 83 persen anak-anak dari keluarga kaya. Tingkat imunisasi berdasarkan kuintil tingkat pendidikan anggota keluarga pria dan wanita menggambarkan trend yang sama, hasil ini juga menunjukkan bahwa pendidikan merupakan faktor yang menentukan tingkat konsumsi keluarga, karena hasil dari kedua kategori ini sangat mirip (Tabel 1.2).

1.3. Tantangan Yang Ada Pada Saat Ini dan Masa Depan

Menurunnya angka kelahiran telah menyebabkan penurunan yang signifikan pada angka pertumbuhan penduduk. Pada awal tahun 1970-an, penduduk Indonesia berjumlah sekitar 120 juta jiwa, angka kelahiran keseluruhan adalah 5,6 and angka harapan hidup setelah kelahiran adalah sekitar 43 tahun. Saat ini, jumlah populasi hampir 232 juta jiwa (kurang 30 juta dari proyeksi yang dibuat pada tahun 1970 untuk millenium baru), angka kelahiran keseluruhan adalah 2.4 dan angka harapan hidup setelah kelahiran sebesar 69 tahun.¹⁴ Faktor-faktor yang menyebabkan timbulnya trend tersebut antara lain adalah angka melek huruf di kalangan wanita, pertumbuhan ekonomi dan strategi populasi yang sukses yang telah memangkas angka kelahiran keseluruhan hingga separuhnya. Sebagai akibatnya, gambaran demografi Indonesia terus berubah dan pada tahun 2050 hampir 20 persen populasi akan melampaui usia 65 tahun (Gambar 1.13).

Meskipun terdapat penurunan pada angka kelahiran, Indonesia masih memiliki momentum demografi yang cukup besar. Jumlah penduduk diperkirakan meningkat, mencapai sekitar 271 juta pada tahun 2025, dan mencapai hampir 300 juta pada tahun 2050, atau naik sebesar 28 persen dari jumlah penduduk saat ini.¹⁵ Bahkan apabila faktor-faktor lain tidak dipertimbangkan, pertumbuhan penduduk tersebut akan menyebabkan peningkatan kebutuhan dan tuntutan atas pelayanan kesehatan yang besar di tahun-tahun mendatang.

Gambar 1.13 Piramida populasi Indonesia, 1970-2025



Sumber: Penghitungan staf Bank Dunia berdasarkan proyeksi pertumbuhan Bappenas/BPS dan PBB, 2007.

14 Biro Referensi Kependudukan 2007. <http://www.prb.org/Countries/Indonesia/asp>

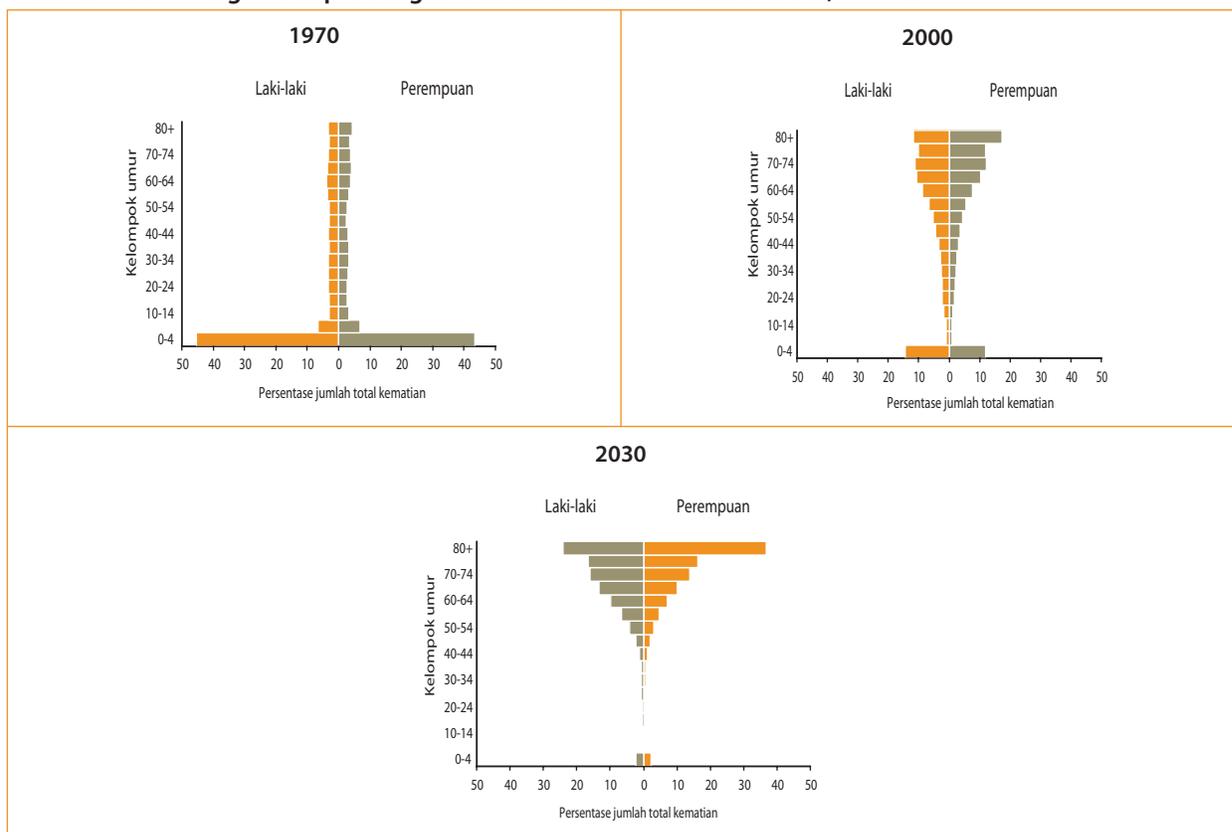
15 Ibid.

Migrasi and urbanisasi semakin mempercepat transisi demografi dan trend tersebut terlihat di seluruh kawasan Asia. Jumlah penduduk perkotaan di Asia diperkirakan akan meningkat dari 1,5 milyar (24 persen dari total penduduk) menjadi 2,6 milyar (32 persen dari total populasi) antara tahun 2000 dan 2030. Pertumbuhan tersebut sebagian besar akan terjadi di negara-negara besar Asia: urbanisasi di Indonesia diperkirakan akan meningkat dari 34 persen pada tahun 2000 menjadi antara 44 dan 57 persen pada tahun 2025.¹⁶ Meskipun hal tersebut dapat berpengaruh positif terhadap angka harapan hidup, hal tersebut juga akan diikuti dengan peningkatan permintaan akan perawatan kesehatan.

Transisi gizi menimbulkan ancaman-ancaman baru dalam bidang kesehatan, dengan meningkatnya obesitas secara pesat, termasuk di antara masyarakat miskin, akan menimbulkan mewabahnya penyakit tidak menular (NCD) yang berhubungan dengan pola makan. Gambaran epidemiologis tersebut mengubah pola penyakit dari kematian yang terutama disebabkan oleh penyakit menular ke arah kematian yang disebabkan oleh penyakit tidak menular. Sebelum transisi tersebut terjadi, terdapat periode di mana negara-negara mengalami apa yang disebut dengan “beban-ganda penyakit”: penyakit menular terus menjadi masalah utama, sementara beban penyakit yang tidak menular juga meningkat. Indonesia saat ini sedang mengalami periode transisi tersebut.

Kombinasi antara perubahan demografi dan perubahan epidemiologis telah mengakibatkan, dan akan terus mengakibatkan, perubahan-perubahan dramatis pada struktur usia penduduk. Hal yang terkait dengan perubahan pada struktur usia, dan salah satu faktor pendorong perubahan-perubahan tersebut, adalah pergeseran dramatis pada usia rata-rata terjadinya kematian (Gambar 1.14). Pada akhirnya, hal tersebut berhubungan erat dengan perubahan pada penyebab kematian. Meskipun gambaran pada tahun 1970 didominasi oleh tingginya angka kematian pada bayi dan anak-anak usia dini, yang sebagian besar diakibatkan oleh penyakit menular, proyeksi tahun 2030 menunjukkan bahwa sebagian besar anak-anak akan mampu bertahan hidup hingga dewasa. Oleh karena itu usia orang Indonesia makin lanjut, dan penyebab kematian akan beralih ke penyakit tidak menular.

Gambar 1.14 Pergeseran pola angka dan umur kematian di Indonesia, 1970-2030



Sumber: Penghitungan staf Bank Dunia berdasarkan PBB, 2007.

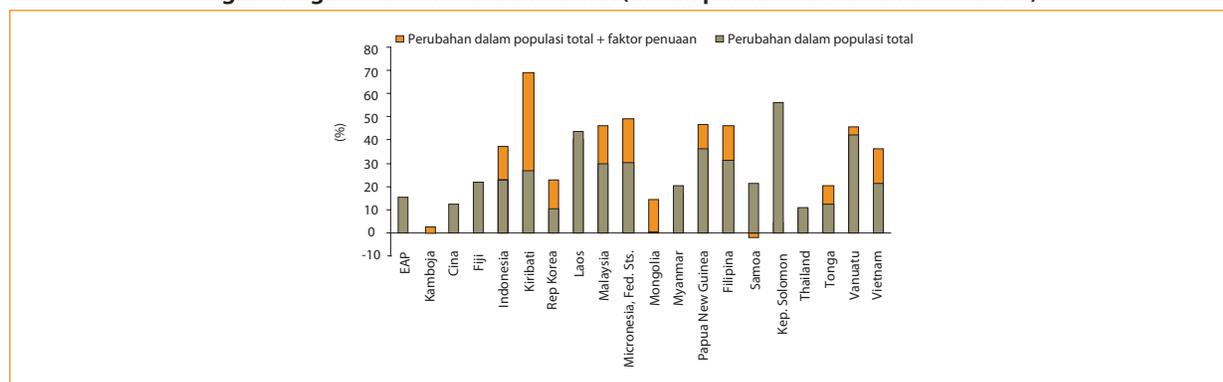
16 <http://www.ldfeui.org>

Transisi epidemiologis memiliki implikasi yang sangat besar terkait dengan kebutuhan perawatan kesehatan.

Berbeda dengan kebanyakan penyakit menular yang terjadi pada tingkat akut dan bisa dicegah atau disembuhkan, penyakit degeneratif karena usia lanjut pada umumnya memerlukan perawatan selama sisa hidup pasien. Kondisi yang umum seperti hipertensi atau diabetes bisa dikontrol dengan pengobatan teratur, biasanya harian, dan pemeriksaan kesehatan berkala. Pengalaman di negara-negara yang telah melewati transisi epidemiologis tersebut menunjukkan bahwa biaya perawatan kesehatan meningkat drastis dengan bertambahnya usia. Estimasi keuangan dengan menggunakan pengeluaran kesehatan per kapita di Amerika Serikat menunjukkan bahwa seseorang yang berumur antara 65 dan 75 tahun mengeluarkan, rata-rata, antara 3,0 dan 4,4 kali lebih banyak dari orang yang berumur antara 35 dan 44 tahun, dan jumlah tersebut lebih tinggi untuk orang yang berumur di atas 80 tahun (Gottret and Schieber, 2006).

Seperti halnya yang terjadi di banyak negara, dampak pertumbuhan penduduk dan perubahan struktur usia terhadap biaya perawatan kesehatan di Indonesia juga sangat besar. Gambar 1.15 memberikan informasi berdasarkan negara tentang proyeksi perubahan total biaya kesehatan antara tahun 2000 dan 2020 sebagai akibat dari perubahan jumlah penduduk dan perubahan struktur demografi penduduk, dengan asumsi bahwa biaya kesehatan per kapita pada tahun awal berdasarkan umur dan jenis kelamin tetap tidak berubah.¹⁷ Dengan kata lain, gambar tersebut menunjukkan tingkat pengeluaran biaya pada tahun 2000 jika setiap negara memiliki struktur penduduk tahun 2020. Tiga gambaran diberikan untuk setiap negara: (1) pengaruh total, perubahan pada total pengeluaran sebagai akibat dari perubahan jumlah penduduk dan struktur usia-jenis kelamin; (2) pengaruh pertumbuhan, perubahan pada total pengeluaran yang semata-mata disebabkan oleh perubahan jumlah penduduk; dan (3) pengaruh struktur usia-jenis kelamin, perubahan pada pengeluaran berdasar kelompok usia dan jenis kelamin seseorang.¹⁸ Gambar 1.15 menunjukkan perbedaan yang signifikan antar negara pada total peningkatan biaya kesehatan dan sejauh mana peningkatan tersebut merupakan akibat dari perubahan jumlah penduduk dan struktur usia-jenis kelamin. Untuk Indonesia, biaya kesehatan secara keseluruhan diperkirakan meningkat sekitar 37 persen, dengan sekitar 23 persen merupakan akibat dari pertumbuhan penduduk dan 14 persen merupakan akibat dari perubahan struktur usia-jenis kelamin.

Gambar 1.15 Perubahan-perubahan struktur penduduk akan mempengaruhi total biaya kesehatan di negara-negara Asia Timur dan Pasifik (untuk perubahan tahun 2000-2020)



Sumber: Presentasi oleh G. Schieber, Bank Dunia, Mei 2007.¹⁹

Analisis rinci terhadap dampak keuangan dari transisi tersebut pada tingkat provinsi memberikan gambaran lebih lanjut tentang besarnya perubahan tersebut. Proyeksi dampak transisi epidemiologis, gizi dan demografis di dua provinsi di Indonesia menggambarkan besarnya pengaruh pada biaya kesehatan dalam waktu dekat: bahkan

17 Karena beban biaya kesehatan khusus untuk usia-jenis kelamin bagi negara-negara berkembang umumnya tidak tersedia, maka beban biaya AS digunakan (Gottret and Schieber, 2006, hal. 43).

18 Pengaruh total dihitung dengan mengalikan jumlah laki-laki dan perempuan dalam setiap kelompok umur dengan suatu bobot pengeluaran berdasarkan usia-jenis kelamin dan kemudian membagi total biaya usia-jenis kelamin untuk tahun 2020 dengan total tahun 2000. Total pengaruh pertumbuhan dihitung dengan membagi estimasi total populasi tahun 2020 dengan populasi tahun 2000. Pengaruh komposisi usia-jenis kelamin dihitung sebagai sisa dengan membagi pengaruh total dengan pengaruh pertumbuhan (Gottret and Schieber, 2006, hal. 43).

19 Gambar-gambar berdasarkan perhitungan atas pengaruh perubahan pada jumlah orang dan struktur usia-jenis kelamin terhadap biaya kesehatan per daerah, 2005-2025, (Gottret and Schieber, 2006, hal.33).

tanpa perubahan pada cakupan jaminan kesehatan, Jawa Tengah akan mengalami peningkatan kebutuhan jumlah hari rawat inap sebesar 158 persen pada tahun 2025, sedangkan kebutuhan akan dokter menjadi tiga kali lipat dan kebutuhan keuangan akan menjadi empat kali lipat (Friedman dll, 2006).

Kotak 1.1 Mengatasi hambatan keuangan rumah tangga untuk memperbaiki tingkat kematian ibu hamil

Sebuah penelitian memperkirakan bahwa biaya perawatan di rumah sakit untuk wanita dengan kehamilan dengan komplikasi berkisar AS\$255, suatu jumlah yang bisa berdampak buruk bagi orang miskin dan hampir miskin. Total biaya yang harus ditanggung rumah tangga untuk persalinan normal dengan bantuan bidan terlatih diperkirakan AS\$51, dan sekitar 20 persen dari wanita miskin meminjam uang untuk membayar perawatan tersebut. Meskipun program Askeskin yang baru membayar bidan untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat miskin, penelitian tersebut melaporkan bahwa hanya 22 persen dari ibu-ibu miskin yang dicakup oleh skema jaminan tersebut, terutama karena banyak wanita (khususnya yang tinggal di daerah terpencil) tidak mengetahui adanya tunjangan-tunjangan tersebut, atau tidak memiliki pengetahuan dan ketrampilan untuk mengajukan permohonan kartu sehat/SKTM. Akibatnya, wanita miskin membayar sendiri perawatan kelahiran dari pemberi pelayanan yang tidak terlatih. Namun demikian, peningkatan sosialisasi melalui kegiatan kampanye yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Departemen Kesehatan akan dapat memperbaiki pelayanan kesehatan ibu hamil dalam program tersebut dan turut mendukung berkurangnya Angka Kematian Ibu Melahirkan (MMR) di Indonesia yang tinggi.

Sumber: Globally and Locally, A Rich-Poor Gap exists, Population Reference Bureau 2007, www.prb.org/pdf07/Equity.pfd

Upaya yang serius perlu dilakukan untuk mengatasi Angka Kematian Ibu (AKI) yang masih terus saja tinggi (The Lancet, 2007) dan ini akan merupakan pos biaya yang besar bagi sektor kesehatan. Tidak seperti kematian anak, hanya sedikit kemajuan berarti yang berhasil dicapai selama beberapa dekade terakhir untuk mengurangi angka kematian ibu. Sehingga, di samping peningkatan biaya kesehatan sebagai akibat dari transisi tersebut di atas, mengatasi angka kematian ibu yang terus berada pada level tinggi tentu saja akan menjadi pos pengeluaran yang besar bagi sektor kesehatan. Ketimpangan antara masyarakat kaya dan miskin, diiringi dengan disparitas geografis, perlu mendapat perhatian khusus, karena untuk mencapai MDG (Tujuan Pembangunan Milenium) tersebut akan memerlukan sumber keuangan yang besar, serta reformasi pada penyediaan pelayanan. Akses terhadap pelayanan kesehatan ibu hamil yang lebih baik bagi orang miskin kemungkinan akan meningkat karena Askeskin mencakup perawatan kehamilan (Kotak 1.1).

Munculnya penyakit, seperti flu burung (AI) dan HIV/AIDS, telah mulai menimbulkan beban tambahan bagi anggaran kesehatan. Wabah HIV masih terkonsentrasi pada -kelompok penduduk beresiko tinggi, seperti pekerja seks dan pengguna narkoba dengan jarum suntik. Meskipun tingkat prevalensinya di seluruh Indonesia masih rendah, AIDS telah menyebar ke seluruh pelosok negeri ini dan kasus-kasus yang dilaporkan terus meningkat. Hasil dari survei yang dilakukan baru-baru ini di Papua menunjukkan prevalensi HIV yang lebih tinggi dibandingkan dengan di provinsi lain di Indonesia, dengan 2,3 persen kasus HIV positif pada sampel penduduk umum. Angka tersebut adalah angka tertinggi di seluruh dunia di luar sub-sahara Afrika (Ministry of Health dan BPS, 2006). Jika pemerintah ingin mencapai target ambisiusnya untuk meningkatkan tingkat deteksi kasus orang yang terkena HIV/AIDS hingga 100 persen dan memberikan pengobatan anti retroviral pada semua pasien sebagaimana telah dicanangkan pada RKP (Rencana Kerja Pemerintah) untuk tahun 2008, maka investasi pada program kesehatan HIV/AIDS perlu ditingkatkan secara dramatis.

Masih akan ada banyak tekanan yang cenderung mendorong peningkatan kebutuhan dan tuntutan terhadap pelayanan kesehatan di luar yang sudah dibahas sebelumnya. Kemajuan teknologi akan memungkinkan pengobatan dan pencegahan masalah kesehatan dengan cara-cara baru. Seperti halnya dengan cuci darah, bedah transplantasi dan penggantian sendi telah mengubah kehidupan pada generasi sebelumnya, sehingga vaksin-vaksin baru untuk malaria dan HIV/AIDS menjanjikan hal yang sama di masa depan. Beberapa inovasi teknologi tersebut benar-benar akan mengurangi konsumsi sumber daya pada bidang-bidang tertentu. Misalnya, trend dunia untuk pembedahan sehari dan lamanya hari rawat yang berkurang akibat teknik-teknik pembedahan tidak lagi invasif serta kemajuan dalam bidang anestesi telah menghemat sumber daya. Namun penghematan tersebut hanya sekadar mengimbangi meningkatnya konsumsi sumberdaya dari obat-obatan dan vaksin yang lebih mahal dan baru, teknik

pembedahan baru serta peralatan diagnosa baru. Secara umum ada trend yang tidak bisa dihindari lagi dalam meningkatkan ruang lingkup jenis-jenis intervensi yang layak untuk kesehatan perorangan maupun penduduk. Hal ini akan menyebabkan lebih banyak pelayanan dan prosedur yang dianggap perlu oleh para profesional di bidang kesehatan serta tuntutan spontan yang tidak kalah besarnya dari pasien.

Perubahan nutrisi dan epidemiologis juga akan menambah kebutuhan untuk pelayanan kesehatan preventif dan promotif. Karena meningkatnya NCD akan mendorong ke arah makin besarnya kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang mahal, sehingga tindakan pencegahan akan sangat bermakna dalam masalah ini. Berhenti merokok, pola makan yang lebih sehat dan peningkatan olah raga telah menunjukkan pengaruh yang besar terhadap penundaan dan pencegahan penyakit diabetes, kanker dan jantung. Dengan berinvestasi seawal mungkin pada program-program ini, dapat secara signifikan mengurangi biaya kesehatan di masa depan.

Tiga pengaruh lainnya akan mempercepat peningkatan tuntutan pelayanan kesehatan: pendapatan yang meningkat, pengetahuan yang lebih baik akan pilihan pelayanan kesehatan dan ekspektasi terhadap meningkatnya standar pelayanan. Di seluruh dunia, tuntutan terhadap perawatan kesehatan telah terbukti bersifat elastis terhadap pendapatan, apakah itu didanai oleh swasta dengan membayar sendiri, pajak yang dikumpulkan, atau asuransi. Ini berarti bahwa ketika pendapatan bersih meningkat, porsi terbesar dari pendapatan itu cenderung dipergunakan untuk pelayanan kesehatan. Jika pendapatan saat ini dan tingkat pertumbuhan penduduk dipertahankan, Indonesia dapat mengharapkan peningkatan pendapatan bersih pada tingkat 4-5 persen per tahun. Saat ini masih ada perbedaan yang besar antara kuintil sosial ekonomi dalam pengeluaran rumah tangga, apabila di masa depan makin banyak keluarga berpindah ke taraf konsumsi yang lebih tinggi maka secara tidak langsung menggambarkan makin kuatnya peningkatan tuntutan terhadap pelayanan kesehatan.

Perubahan mendasar pada metode pembiayaan pelayanan kesehatan, seperti perluasan cakupan asuransi yang efektif, akan meningkatkan tuntutan pelayanan. Sepertinya, tentu saja, ini sudah mulai dilakukan dengan program Askeskin. Dengan peningkatan tingkat pendidikan formal, meningkatnya pengalaman pribadi melalui pemanfaatan pelayanan kesehatan yang makin tinggi, dan dengan meningkatkan keterlibatan media populer, penduduk akan makin menyadari akan potensi pengobatan modern untuk kesehatan pribadi. Sehingga dapat diharapkan terjadi perubahan keinginan untuk lebih memilih perawatan kesehatan terorganisir dari pada pengobatan tradisional dan pengobatan mandiri.

Di samping itu, para pengguna pelayanan kesehatan mengharapkan standar yang lebih tinggi. Harapan yang lebih tinggi tersebut tidak hanya berlaku semata-mata terhadap aspek teknis dari pengobatan mereka, tetapi juga dalam perawatan, kenyamanan, respek yang diberikan pada saat mereka dirawat. Memenuhi harapan yang makin tinggi tersebut jelas membutuhkan tambahan staf yang terlatih baik, akomodasi yang lebih baik, dan sistem pengelolaan yang lebih baik untuk menjamin kepuasan pasien.



Sistem Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Bab 2



2.1. Penyelenggaraan dan Prasarana Sistem Kesehatan

Sistem kesehatan Indonesia terdiri dari pelayanan kesehatan publik dan swasta, dan layanan kesehatan swasta memiliki andil yang signifikan dan semakin besar dalam menyediakan layanan kesehatan. Penyediaan layanan kesehatan publik merupakan tanggung jawab Departemen Kesehatan (Depkes) dan pemerintah daerah (Pemda). Para pelaku di sektor publik ini menyediakan layanan rawat jalan dan rawat inap, dan melaksanakan kegiatan-kegiatan di bidang kesehatan yang bersifat promotif dan preventif. Sementara itu, layanan perawatan kesehatan swasta meningkat pesat²⁰ dan terdiri dari pelayanan rawat jalan yang disediakan oleh para praktisi swasta dan tenaga kesehatan pemerintah yang bekerja di sektor swasta.²¹ Secara khusus, rumah sakit milik swasta berkembang sangat pesat, dengan jumlah rumah sakit swasta meningkat dari 352 rumah sakit pada tahun 1990 menjadi 626 rumah sakit pada tahun 2005, setara dengan peningkatan jumlah tempat tidur rumah sakit dari sekitar 31.000 buah menjadi kurang-lebih 52.300 buah. Jumlah tempat tidur yang disediakan rumah sakit swasta tersebut telah menyamai jumlah tempat tidur yang disediakan oleh rumah sakit kabupaten, kota, dan provinsi.

Sektor publik berperan penting sebagai penjaga keseluruhan sistem kesehatan, melalui pengaturan, perizinan, dan akreditasi pelaku pemberi pelayanan dan pelayanan yang diselenggarakan sektor swasta, dalam rangka menjamin kualitas layanan. Dalam dekade terakhir, pertumbuhan sektor swasta di dalam sistem kesehatan di Indonesia sangat pesat. Meskipun keberadaan para penyedia layanan kesehatan swasta tersebut sangat penting, tidak banyak yang dapat diketahui mengenai siapa, dan di mana para penyedia layanan kesehatan tersebut, serta layanan apa saja yang mereka sediakan. Namun, hampir 40 persen dari masyarakat miskin yang mencari pelayanan kesehatan mendapatkannya dari para pemberi pelayanan kesehatan swasta (lihat Bagian 1.2 mengenai Pemanfaatan). Oleh karena itu, diperlukan pemahaman yang lebih baik mengenai tingkatan dan cakupan penyediaan layanan kesehatan swasta untuk dapat menentukan tingkat belanja yang “tepat” bagi sektor publik.

Telah terjadi berbagai perubahan di sektor kesehatan publik, namun peran dan tanggung jawab antara pemerintah pusat dan daerah masih perlu diperjelas. Sebelum desentralisasi diberlakukan pada tahun 2001, sektor kesehatan dikelola secara terpusat oleh Depkes. Namun demikian, bahkan setelah perubahan UU Otonomi Daerah yang baru No. 32/2004, peran dan tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah masih belum juga jelas. Peraturan Pemerintah (PP) No. 38/2007 yang ditetapkan baru-baru ini, sebagai peraturan pelaksana untuk UU No. 32/2004, dimaksudkan untuk memberi penjelasan mengenai peran dan fungsi sehubungan dengan penyediaan layanan kesehatan, tetapi penjelasan yang lebih mendalam mengenai PP tersebut masih diperlukan.²²

Meskipun terjadi ekspansi sistem kesehatan publik yang sangat mengesankan pada tahun 1970-an dan 1980-an, pertumbuhan prasarana kesehatan sektor publik melambat (meskipun tingkat pemanfaatan publik meningkat). Hingga tahun 2005, Indonesia telah membangun sekitar 7.700 Puskesmas, dan 27 persen di antaranya menyediakan tempat tidur untuk layanan rawat inap (Ministry of Health, 2007a). Akses terhadap layanan kesehatan publik telah jauh meningkat dengan dibangunnya sekitar 22.200 pusat kesehatan masyarakat pembantu (Puskesmas Pembantu, atau Pustu) dan kurang lebih 5.800 Puskesmas Keliling.²³ Rasio antara Pustu dan Puskesmas adalah sekitar 3:1, yang berarti setiap Puskesmas dibantu oleh tiga Pustu.

20 Tidak tersedia data yang memadai mengenai penyediaan layanan perawatan primer oleh sektor swasta. Informasi tentang penyedia layanan swasta tidak didokumentasikan dengan baik sehingga sulit untuk membedakan antara jumlah praktisi kesehatan publik dan swasta, karena tingginya proporsi pegawai kesehatan publik yang melakukan praktik secara swasta. Namun, diketahui bahwa tahun-tahun setelah kebijakan “pertumbuhan nol” bagi pegawai negeri, jumlah tenaga dokter yang memiliki pekerjaan penuh waktu di praktik-praktik swasta meningkat, yang seringkali berbentuk layanan poliklinik yang buka selama 24 jam.

21 Pada tahun 1980-an, saat upah rendah yang diterima para pekerja kesehatan pemerintah menyulitkan mereka untuk tetap menjalankan profesi mereka, pemerintah — alih-alih membatasi tingkat pekerjaan dan meningkatkan upah — mengizinkan tenaga kesehatannya untuk mengelola praktik-praktik swasta di luar jam kerja normal mereka. Selain posisi ganda para penyedia layanan kesehatan publik ini menciptakan insentif yang salah dan menurunkan mutu layanan sistem kesehatan publik (terutama karena berkurangnya jumlah jam yang disediakan oleh para dokter tersebut untuk berpraktik di sektor publik), hal tersebut juga memberi peluang bagi peningkatan penyedia layanan swasta dan peningkatan rata-rata jam yang diberikan oleh dokter-dokter dan paramedis terlatih (World Bank, 2007c)

22 Lihat lampiran E untuk terjemahan peran dan tanggung jawab untuk berbagai tingkatan pemerintahan sebagaimana dijelaskan dalam PP No. 38/2007.

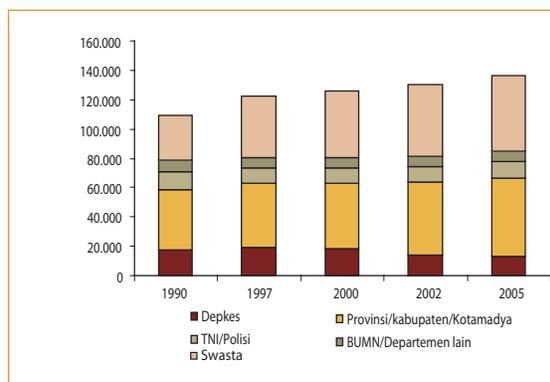
23 Puskesmas Keliling, yang 508 di antaranya berupa kendaraan roda empat dan 700 berupa perahu (Ministry of Health, 2007, Profil Kesehatan Indonesia 2005).

Selain fasilitas-fasilitas kesehatan yang memiliki tenaga kesehatan yang permanen tersebut di atas, program **Posyandu**, yang memiliki jangkauan yang sangat luas, dibentuk di hampir 250.000 desa antara tahun 1970 dan 2005. Setiap bulan, Posyandu melakukan kegiatannya, dengan tenaga-tenaga sukarela masyarakat berupaya meningkatkan gizi dan kesehatan ibu dan anak, serta kegiatan keluarga berencana. Setelah sempat menurun akibat krisis keuangan dan pemberlakuan desentralisasi, jumlah Posyandu mulai meningkat lagi, dari sekitar 200.000 pada tahun 2001 menjadi 239.000 pada tahun 2004 kemudian menjadi 316.000 pada tahun 2005 (Ministry of Health, 2007a).

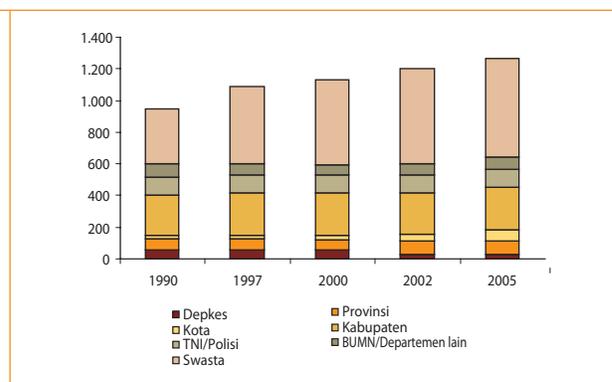
Pembangunan jaringan layanan kesehatan primer dan Puskesmas terutama dibiayai oleh anggaran pemerintah pusat. Pada awalnya, pembiayaan berasal dari program Inpres (Instruksi Presiden) dan kemudian melalui anggaran Depkes (APBN). Pembiayaan untuk pembangunan Puskesmas yang berasal dari pemerintah pusat setelah berlakunya desentralisasi terus berlangsung melalui Dana Alokasi Khusus (DAK) yang disalurkan langsung kepada pemerintah kabupaten/kota. Puskesmas dan jaringannya memiliki kelengkapan sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh Depkes dan dibiayai oleh pemerintah pusat. Sejak berlakunya desentralisasi, pemerintah-pemerintah kabupaten juga turut membiayai jaringan pusat kesehatan masyarakat.

Peningkatan jumlah rumah sakit dan tempat tidur di rumah sakit pemerintah berlangsung lambat dan tidak dapat mengimbangi laju pertumbuhan penduduk. Pada tahun 1990, terdapat 404 rumah sakit dan kurang lebih 59.000 tempat tidur yang dimiliki oleh "sistem utama", terdiri dari Departemen Kesehatan, ditambah propinsi-propinsi dan kabupaten/kota. Pada tahun 2005, jumlah ini meningkat menjadi 452 rumah sakit dan sekitar 66.700 tempat tidur (Gambar 2.1). Angka-angka tersebut tidak mencakup rumah sakit yang dimiliki oleh angkatan bersenjata dan kepolisian, atau departemen-departemen dan BUMN-BUMN lain yang, meski berafiliasi dengan lembaga-lembaga negara, lebih berfungsi seperti lembaga swasta (Gambar 2.2).

Gambar 2.1 Jumlah tempat tidur rumah sakit, 1990-2005



Gambar 2.2 Jumlah rumah sakit (umum dan khusus) berdasarkan kepemilikan, 1990-2005



Sumber: Berdasarkan data dari Profil Kesehatan Indonesia 2005, Depkes, 2007.

Lambatnya peningkatan jumlah rumah sakit dan tempat tidur rumah sakit pemerintah dapat ditutupi sebagian oleh peningkatan jumlah rumah sakit swasta. Pada tahun 1990, terdapat 352 rumah sakit swasta dengan sekitar 31.000 tempat tidur, meningkat menjadi 626 rumah sakit swasta dengan kurang lebih 52.300 tempat tidur pada tahun 2005. Rata-rata rumah sakit swasta lebih kecil dari rumah sakit pemerintah. Perbedaan ini sedikit banyak dapat dijelaskan oleh banyaknya rumah sakit swasta yang menyediakan hanya satu layanan khusus, kebanyakan rumah sakit bersalin. Namun demikian, bahkan untuk jenis rumah sakit umum, rumah sakit swasta lebih kecil dari rumah sakit umum pemerintah, dengan tempat tidur rata-rata yang dimiliki oleh masing-masing adalah 99 dan 146.

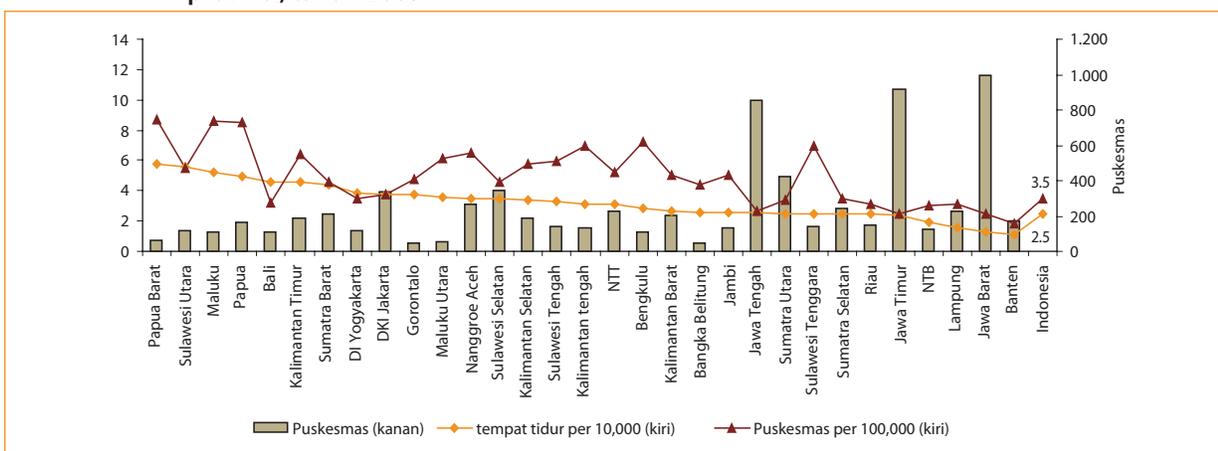
Tabel 2.1 Perbandingan regional jumlah tempat tidur rumah sakit

Negara	Jml. tempat tidur RS /10.000	Tahun
Indonesia	2.5	2005
Kamboja	6	2001
India	7	2002
Laos	9	2002
Filipina	12	2002
Vietnam	14	2002
Malaysia	18	2001
Thailand	22	2000
Sri Lanka	30	2001

Sumber: World Health Statistics (Statistik Kesehatan Dunia), 2007, Tabel 'Health Systems' (Sistem Kesehatan).

Dibandingkan dengan beberapa negara lain di kawasan Asia Timur, Indonesia memiliki jumlah tempat tidur yang relatif sedikit. Angka yang ditampilkan oleh Badan Kesehatan Dunia (WHO) pada Tabel 2.1 menunjukkan bahwa Indonesia memiliki sekitar 2,5 tempat tidur rumah sakit per 10.000 penduduk, sedangkan negara-negara Asia Timur lainnya — bahkan negara-negara dengan tingkat PDB per kapita atau belanja kesehatan per kapita yang lebih rendah — memiliki tingkat rata-rata yang lebih tinggi. Misalnya, Kamboja dan Laos, masing-masing memiliki tingkat rata-rata dua kali dan tiga kali lebih tinggi dibandingkan dengan Indonesia, sedangkan Sri Lanka menempati urutan teratas dengan 30 tempat tidur rumah sakit per 10.000 penduduk.

Tilikan terhadap prasarana kesehatan per provinsi memberikan gambaran yang beragam tentang akses terhadap layanan kesehatan, dengan perbedaan yang tajam dalam jumlah Puskesmas dan tempat tidur rumah sakit. Rata-rata, setiap 100.000 penduduk Indonesia dilayani oleh 3,5 Puskesmas, dan setiap satu juta penduduk Indonesia dilayani oleh 5,6 rumah sakit, yang setara dengan 2,5 tempat tidur rumah sakit per 10.000 penduduk. Namun, terdapat perbedaan yang amat tajam jika kita melihat per provinsi. Kebanyakan wilayah yang terpencil memiliki kurang dari satu Puskesmas per 100.000 penduduk dan beberapa wilayah bahkan tidak memiliki satu pun rumah sakit per satu juta penduduk, atau kurang dari dua tempat tidur rumah sakit per 10.000 penduduk. Hal ini tidak saja terjadi di Nusa Tenggara Barat (NTB), yang wilayahnya relatif terpencil, tetapi juga di provinsi Banten, yang letaknya tidak begitu terpencil (Gambar 2.3).

Gambar 2.3 Jumlah Puskesmas, rasio Puskesmas dan rumah sakit terhadap jumlah penduduk per provinsi, tahun 2005

Sumber: Berdasarkan data dari Profil kesehatan Indonesia tahun 2005, Departemen Kesehatan, 2007.

2.2. Ketersediaan dan Persebaran Sumber Daya Manusia

Rasio tenaga kesehatan terhadap penduduk di Indonesia lebih rendah dibandingkan dengan negara-negara lain di kawasan Asia Timur. Misalnya, Filipina, yang memiliki pendapatan per kapita yang sama dengan Indonesia,²⁴ menunjukkan hasil yang lebih baik untuk indikator tersebut (Tabel 2.2). Setiap provinsi di Indonesia, rata-rata, hanya memiliki 13 dokter pemerintah per 100.000 penduduk, yang berarti bahwa setiap dokter harus melayani sekitar 7.600 orang yang mungkin mencari pelayanan kesehatan dari sektor publik. Rasio perawat terhadap penduduk lebih tinggi, yang berarti bahwa, karena jumlah dokter yang lebih kecil, kebanyakan penduduk (khususnya dari masyarakat miskin) dilayani oleh perawat dan tenaga pembantu kesehatan lain, dan bukan dokter. Cakupan wilayah layanan bidan pemerintah biasanya lebih kecil daripada cakupan wilayah layanan dokter, sehingga rasio bidan terhadap penduduk lebih tinggi.²⁵ Saat menganalisis rasio tenaga-tenaga kesehatan yang lebih terlatih dan memiliki spesialisasi, seperti dokter gigi pemerintah (dengan rata-rata nasional sebesar 2,9), apoteker (dengan rata-rata nasional 0,6), dan ahli gizi (dengan rata-rata nasional 3,2), rasio tenaga kesehatan ahli dan memiliki spesialisasi di provinsi-provinsi yang terpencil mendekati angka nol.

Tabel 2.2 Perbandingan tenaga kesehatan secara internasional

Negara	Dokter			Perawat			Bidan		
	Jumlah	Jumlah per 100.000	Tahun	Jumlah	Jumlah per 100.000	Tahun	Jumlah	Jumlah per 100.000	Tahun
Indonesia	29.499	13	2003	135.705	62	2003	44.254	20	2003
Kamboja	2.047	16	2000	8.085	61	2000	3.040	23	2000
Thailand	22.435	37	2000	171.605	28,2	2000	872	1	2000
Vietnam	42.327	53	2001	44.539	56	2001	14.662	19	2001
Filipina	44.287	58	2000	127.595	169	2000	33.963	45	2000
India	645.825	60	2005	865.135	80	2004	506.924	47	2004
Malaysia	16.146	70	2000	31.129	135	2000	7.711	34	2000

Sumber: WHR, 2006, Lampiran Tabel 4 'Global Distribution of Health Workers in WHO Member States'. (Persebaran Tenaga Kesehatan di negara-negara Anggota Badan Kesehatan Dunia secara Global)

Angka rata-rata nasional menutupi ketimpangan yang antar daerah, dan di daerah-daerah, pemberi pelayanan kesehatan lebih mengutamakan daerah perkotaan daripada daerah pedesaan dan daerah terpencil. Rasio penyedia layanan kesehatan terhadap penduduk berbeda secara tajam di seluruh wilayah Indonesia, dengan hanya sekitar enam dokter pemerintah per 100.000 penduduk di Lampung dan Jawa Timur, yang sangat jauh berbeda dibandingkan dengan Sulawesi Utara dan Bali yang masing-masing mencapai rasio 30 dan 40 dokter per 100.000 penduduk. Di banyak provinsi, rasio tersebut meningkat apabila dokter swasta ikut dihitung, namun demikian rasio terhadap cakupan wilayah layanan tetap luas. Misalnya di Kalimantan Barat, rata-rata dokter harus melayani wilayah seluas sekitar 300km² dan luas cakupan wilayah tersebut akan berlipat ganda untuk orang-orang yang hanya dapat menjangkau layanan dokter-dokter pemerintah. Secara rata-rata, tersedia sekitar 36 tenaga kesehatan per 100.000 penduduk di Indonesia. Pada umumnya, kebijakan mengenai insentif perlu diperbarui,²⁶ khususnya bagi tenaga-tenaga kesehatan terlatih, untuk mendorong mereka berpindah ke daerah-daerah pedesaan dan terpencil.

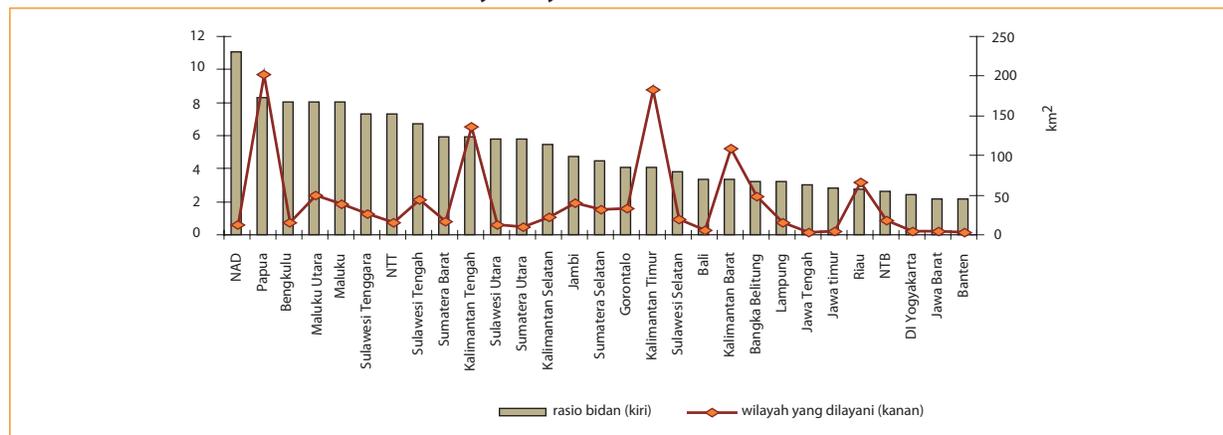
24 PDB per kapita Indonesia diperkirakan sebesar AS\$1.140 per kapita, dan PDB per kapita Filipina diperkirakan sebesar US\$1.170 per kapita untuk tahun 2006. Sumber: Bank Dunia, 2006, 'The Little Data Book' (Buku Kecil Data) – World Development Indicators (Indikator-indikator Pembangunan Dunia).

25 Berkat program bidan-di-desa, di mana di setiap desa di Indonesia disediakan seorang bidan, distribusi bidan lebih baik daripada distribusi tenaga kerja kesehatan lainnya. Namun, kualitas kinerja mereka tidak selalu memadai karena para bidan tersebut tidak memiliki pengalaman "praktik" yang cukup akibat kecilnya wilayah layanan mereka (untuk bidan yang ditempatkan di desa-desa kecil).

26 Depkes sedang mengupayakan peningkatan persebaran tenaga kesehatan dengan mendorong para pegawai tidak tetap (PTT) untuk bersedia ditugaskan di daerah-daerah terpencil. Informasi mengenai PTT dan kebijakan mengenai sumber daya manusia lainnya dapat ditemukan di Health Sector Review (Ulasan mengenai Sektor Kesehatan) mendatang.

Lebih banyak bidan di daerah pedesaan daripada di daerah perkotaan sebagai akibat dari program bidan-di-desa yang dicanangkan oleh pemerintah; melalui program tersebut Depkes meningkatkan penempatan satu bidan di setiap desa (Gambar 2.4). Namun, sebagaimana terjadi dengan tenaga-tenaga kesehatan lain, persebaran masih menjadi masalah, khususnya di daerah-daerah yang sangat terpencil. Berdasarkan data yang diperoleh dari survei yang dilakukan di dua kabupaten di Pulau Jawa, 10 persen dari desa-desa di dua kabupaten tersebut tidak memiliki bidan, tetapi memiliki perawat yang bertindak sebagai penyedia jasa kebidanan (Makowieka et al., 2008) (Bagan 2.1). Selain itu, biasanya bidan-bidan yang ditugaskan di daerah-daerah yang sangat terpencil kurang berpengalaman dan seringkali hanya membantu sedikit kelahiran, sehingga dapat menumpulkan kemampuan mereka dalam mempertahankan keahlian profesional mereka. Kenyataan bahwa bidan lebih banyak terdapat di daerah pedesaan (dibandingkan dengan daerah-daerah perkotaan atau daerah-daerah yang amat terpencil) mungkin dapat dijelaskan dengan lebih besarnya kemungkinan bagi para bidan tersebut untuk memperoleh pendapatan tambahan dari praktek swasta di daerah pedesaan, sebagaimana terungkap dalam survei mengenai insentif yang diterima bidan.²⁷

Gambar 2.4 Rasio bidan dan luas wilayah layanan



Sumber: Perhitungan Staf Bank Dunia berdasarkan Podes, 2005.

Catatan: Rasio bidan adalah jumlah bidan per 10.000 penduduk. Luas wilayah layanan dalam km².

Jumlah dokter per Puskesmas tidak mencukupi. Masyarakat miskin, yang umumnya bergantung pada pusat kesehatan masyarakat, sering harus menempuh perjalanan jauh untuk mencapai Puskesmas (rata-rata Puskesmas melayani daerah seluas 242 km²). Di provinsi Aceh, misalnya, jarak rata-rata ke Puskesmas sekitar 10 km, tetapi di beberapa kabupaten di Papua jarak rata-rata yang harus ditempuh untuk mencapai puskesmas hampir 26 km. Ketersediaan dokter di setiap Puskesmas juga tidak dijamin; secara umum, 18 dari 33 provinsi di Indonesia rata-rata memiliki kurang dari satu dokter per Puskesmas. Akibatnya, masyarakat bergantung kepada Pustu dan klinik-klinik kecil, pos pelayanan terpadu (Posyandu), yang diadakan setiap bulan, yang peralatannya kurang lengkap, atau mungkin perawat, praktisi kesehatan swasta atau pelayanan kesehatan tradisional.

Praktik ganda merupakan penyebab relatif rendahnya angka ketersediaan tenaga kesehatan per pusat layanan kesehatan. Diperkirakan 65 persen dari tenaga kesehatan pemerintah memiliki pekerjaan sampingan; banyak dari mereka membuka praktik sendiri atau bekerja di fasilitas-fasilitas kesehatan swasta. Selain itu, tenaga-tenaga kesehatan pemerintah yang memiliki pekerjaan sampingan menyatakan bahwa setengah dari pendapatan mereka diperoleh dari sektor swasta.²⁸ Pada tahun 1980-an, ketika relatif rendahnya upah yang diterima tenaga-tenaga kesehatan membuat mereka kesulitan untuk melaksanakan tugasnya dengan baik, pemerintah — alih-alih membatasi pengangkatan pegawai dan meningkatkan upah — mengizinkan para tenaga kesehatan untuk membuka praktik sendiri di luar jam kerja normal mereka. Karena praktik swasta mendatangkan pendapatan tambahan yang besar, khususnya bagi dokter, kurangnya kesempatan untuk melakukan praktik di sektor swasta di daerah-daerah miskin dan terpencil menjadi penghambat penugasan tenaga-tenaga kesehatan di daerah-daerah tersebut.

27 Sumber: IMMPACT, 2006. "How do village midwives earn a living in Indonesia? Evidence from two districts." (Bagaimana Para Bidan Desa Memperoleh Pendapatan di Indonesia? Bukti dari Dua Kabupaten).

28 Bank Dunia, 2007, GDS2 – Survei Puskesmas, Kuesioner 31.

Upah per bulan dan per jam yang diterima oleh dokter, bidan, dan perawat pemerintah lebih tinggi daripada yang diterima oleh tenaga kerja lain dengan tingkat pendidikan yang sama.²⁹ Namun, diperlukan insentif agar tenaga kesehatan memberikan pelayanan yang berkualitas kepada masyarakat miskin. Karena dokter-dokter pemerintah secara signifikan dapat menambah pendapatan yang diterima dari pemerintah dengan berpraktik secara swasta, sulit ditentukan apakah tingkat upah yang diberikan oleh pemerintah saat ini sudah memadai. Karena masyarakat miskin juga menggunakan jasa kesehatan swasta, meski lebih sedikit daripada masyarakat kaya, para dokter (swasta dan pemerintah) membutuhkan insentif untuk memberi pelayanan yang berkualitas kepada masyarakat miskin. Namun, analisis yang dilakukan belum memadai untuk menentukan kombinasi insentif yang memadai agar para pekerja kesehatan bersedia ditempatkan, dan menetap, di daerah-daerah perdesaan dan terpencil — daerah-daerah yang identik dengan minimnya kemudahan dasar, sarana transportasi dan komunikasi yang buruk, kewajiban untuk siaga 24 jam, dan keterbatasan fasilitas pendidikan untuk anak-anak. Depkes masih tetap mengandalkan insentif pegawai kontrak meskipun telah terjadi perubahan mendasar di pasar kesehatan. Dengan meningkatnya kesempatan di rumah-rumah sakit swasta, insentif pegawai kontrak mungkin tidak semenarik dulu. Uji coba secara sistematis terhadap berbagai alternatif insentif untuk penugasan tenaga kesehatan dapat dilakukan dengan belajar dari pengalaman sebelumnya, dan dengan mempertimbangkan beberapa faktor lain seperti tanggung jawab, beban kerja, dan kinerja.³⁰



pada saat pengujian acak (Gambar 2.3).³¹ Secara umum terungkap bahwa tingkat ketidakhadiran lebih tinggi di daerah-daerah yang lebih miskin. Ketidakhadiran cenderung merata dan tidak terkonsentrasi pada kelompok 'pekerja siluman'.³²

Tingginya tingkat ketidakhadiran di kalangan pekerja kesehatan yang merupakan masalah utama di Indonesia, secara signifikan mempengaruhi efisiensi tenaga kesehatan.

Hasil sebuah studi, yang melaporkan beberapa survei di mana para petugas pencacah melakukan kunjungan mendadak ke sekolah-sekolah dasar dan klinik-klinik kesehatan untuk mencatat apakah mereka akan menemukan tenaga-tenaga kesehatan di fasilitas-fasilitas tersebut, mengungkapkan tingginya tingkat ketidakhadiran di kalangan pekerja kesehatan di negara-negara yang dijadikan sampel. Di Indonesia, terungkap bahwa 40 persen dari pekerja kesehatan absen dari pusat-pusat kesehatan primer

Tabel 2.3 Tingkat kemangkiran petugas kesehatan di beberapa negara

Tingkat kemangkiran di penyedia layanan kesehatan per negara	
Negara	Tingkat kemangkiran (%) pada pusat-pusat layanan kesehatan primer
Banglades	35
India	40
Indonesia	40
Peru	25
Uganda	37

Sumber: Chaudhury et al., 2006,

Catatan: Para penyedia layanan kesehatan dianggap mangkir apabila mereka tidak berada di fasilitas kesehatan mereka dengan alasan apa pun pada saat penelitian acak ke lokasi dilakukan.

29 Berdasarkan analisis ekonometrik yang dilakukan bersama tenaga survei Sakernas, 2004, dari BPS Indonesia. Lihat Lampiran F Tabel F.1. untuk hasil regresi.

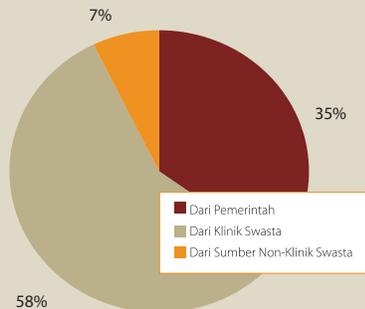
30 Akan dilakukan sebuah survei mengenai tenaga kerja kesehatan yang akan meneliti mengenai insentif bagi pekerja kesehatan yang ditugaskan di daerah-daerah yang terpencil, sebagai bagian dari Health Sector Review (Ulasan mengenai Sektor Kesehatan).

31 Namun demikian, survei tersebut menitikberatkan pada permasalahan apakah para penyedia layanan kesehatan berada di fasilitas-fasilitas kesehatan mereka, tetapi karena banyak penyedia layanan kesehatan yang berada di fasilitas-fasilitas kesehatan tidak bekerja, angka-angka tersebut mungkin memberikan gambaran yang terlalu mengesankan.

32 Lihat Tabel G.1. pada Lampiran G untuk data yang lebih terperinci mengenai distribusi kemangkiran di negara-negara yang diteliti.

Kotak 2.1 Bidan desa dan insentif: bukti terbaru dari dua kabupaten

Sebuah survei yang dilakukan baru-baru ini, yang mengambil contoh sebanyak 207 bidan yang bertugas di 227 desa di dua kabupaten di Banten mengungkapkan beberapa temuan yang menarik mengenai pendapatan dan insentif yang diterima oleh para bidan tersebut. Pertanyaan-pertanyaan yang diajukan dalam survei tersebut adalah tentang besarnya seluruh pendapatan dan sumber-sumber pendapatan, motivasi untuk menjadi dan tetap menjadi bidan, dan kesediaan para bidan tersebut untuk menerima kontrak-kontrak alternatif.



Rata-rata total pendapatan bidan adalah AS\$4.368. Sekitar 35 persen dari pendapatan tersebut berasal dari sektor publik, termasuk gaji dan tunjangan. Dari pendapatan yang diterima dari pemerintah ini, termasuk pembayaran dari Askes untuk intervensi yang ditujukan kepada masyarakat miskin yang besarnya berkisar antara 9 dan 13 persen (4 persen dari total pendapatan). Yang mengejutkan, pendapatan yang diperoleh dari pemerintah hanya sebesar sepertiga dari pendapatan para bidan yang menjadi sampel. Sehingga, pendapatan para bidan tersebut didominasi oleh dana yang bersumber dari sektor swasta, sebagian besarnya dari layanan klinik, yakni sebesar 58 persen dari pendapatan, sedangkan 7 persen lainnya bersumber dari sumber-sumber non-klinik swasta.

Terdapat perbedaan tajam dalam pendapatan dari klinik swasta. Pendapatan sangat dipengaruhi oleh lokasi, karena daerah-daerah perdesaan memberikan kesempatan yang sangat luas untuk memperoleh penghasilan dan pengalaman, karena bidan-bidan tersebut memiliki cakupan wilayah layanan yang lebih luas. Namun demikian, daerah-daerah yang sangat terpencil masih tidak menarik minat para bidan karena mungkin hanya sedikit persalinan yang terjadi. Estimasi-estimasi regresi dari penelitian tersebut mengungkapkan bahwa pendapatan juga meningkat seiring meningkatnya tingkat kompetensi teknis, sebagaimana diperlihatkan dengan nilai pengetahuan yang mempengaruhi jumlah total pelanggan dan tarif yang dipatok untuk setiap layanan.

Pendapatan yang diterima dari pemerintah sangat ditentukan oleh pengalaman dari pekerja kesehatan dan jenis kontrak. Bidan yang merupakan pegawai negeri sipil (PNS) kontrak rata-rata menerima pendapatan sekitar 50 persen lebih tinggi yang diterima dari pemerintah daripada bidan-bidan yang dikontrak oleh pemerintah pusat dan 65 persen lebih tinggi dari bidan-bidan yang dikontrak oleh pemerintah daerah.

Sumber: IMMPACT, 2006, "How do village midwives earn a living in Indonesia? Evidence from two districts." (Bagaimana para bidan memperoleh penghasilan di Indonesia? Bukti dari dua kabupaten).

2.3. Obat-obatan

Obat-obatan memiliki andil yang signifikan dalam keseluruhan belanja dalam bidang kesehatan (diperkirakan sebesar 30 persen) dan merupakan bagian yang besar dari pengeluaran rumah tangga (*out-of-pocket/OOP*). Data Susenas menunjukkan bahwa sumber utama pelayanan kesehatan penduduk saat sakit adalah pedagang obat swasta.

Pasar obat-obatan di Indonesia diperkirakan bernilai sekitar AS\$2,4 miliar pada tahun 2007 (termasuk obat-obatan yang dijual bebas) dengan peningkatan sebesar dua digit per tahun yang terutama didorong oleh sektor swasta. Pasar obat-obatan di Indonesia didominasi oleh industri dalam negeri: terdapat empat BUMN besar dalam bidang Farmasi (privatisasi BUMN-BUMN tersebut masih dalam pembahasan) serta sekitar 170 perusahaan Farmasi swasta yang lebih kecil. Perusahaan-perusahaan multinational juga memiliki peranan penting di bidang pembuatan obat di Indonesia, beberapa di antaranya memproduksi obat-obatan atau bahan-bahan aktif untuk keperluan ekspor. Pasar obat-obatan didominasi oleh obat-obatan generik bermerek meski tersedia pula obat-obatan generik tanpa merek yang lebih murah harganya, yang memperlihatkan bahwa pelanggan bersedia untuk membayar citra yang dimiliki oleh obat-obatan bermerek atau dapat dibujuk untuk memilih obat-obatan yang lebih mahal harganya. Di sisi lain, pemerintah sedang mengupayakan peningkatan penggunaan obat-obatan generik tanpa merek yang harganya diregulasi. Perawatan dengan obat-obatan generik dapat dijangkau oleh sebagian besar penduduk baik di sektor publik maupun swasta. Namun, sebuah penelitian yang dilakukan baru-baru ini (Health Alliance International, 2006) menemukan bahwa harga sejumlah obat yang diresepkan relatif lebih tinggi dibandingkan dengan harga penawaran internasional, tanpa adanya perbedaan berarti di antara toko-toko penjual yang dikelola oleh pemerintah atau swasta.

Belanja obat-obatan per kapita per tahun sedikit lebih besar dari AS\$10. Jumlah ini tampaknya sangat kecil tetapi tidak memperlihatkan kesenjangan karena sebagian besar penduduk membeli obat-obatan yang diperlukan dengan pembayaran langsung (OOP). Pada pasar yang demikian, belanja didominasi oleh kelompok-kelompok masyarakat yang lebih kaya. Merek-merek yang dilindungi hak paten, baik yang diimpor atau diproduksi secara lokal dengan mendapat izin, kebanyakan dikonsumsi oleh masyarakat perkotaan yang memiliki tingkat pendapatan yang lebih besar, sedangkan banyak penduduk miskin tidak memiliki akses terhadap obat-obatan yang manjur. Sebagian besar masyarakat membeli obat-obatan dari sektor swasta dan andil obat-obatan yang disediakan oleh pemerintah masih rendah (15 persen dari total belanja obat). Fasilitas-fasilitas penyedia layanan kesehatan pemerintah dipasok dengan obat-obatan generik tanpa merek, yang diberikan kepada pasien secara cuma-cuma atau dengan harga yang sangat murah. Meski tampak signifikan, tidak banyak yang dapat diketahui tentang penggunaan obat-obatan tradisional.



Dengan desentralisasi kabupaten/kota membuat keputusan, merencanakan, dan membeli obat-obatan yang mereka butuhkan sendiri. Sebagai akibatnya tidak ada lagi pengumpulan data secara terpusat lebih lanjut yang memungkinkan penilaian atau kajian tentang parameter, seperti total belanja pemerintah untuk obat-obatan, ketersediaan, kualitas dan lain-lain. Tidak ada pola yang sama untuk pengadaan obat-obatan di semua provinsi atau kabupaten/kota. Penyediaan obat-obatan sangat bergantung pada kualitas pengelolaan provinsi dan kabupaten/kota dan ketersediaan

sumber-sumber dana untuk pembelian obat-obatan, sehingga keadaannya bisa sangat memuaskan di satu provinsi tetapi terjadi kelangkaan di provinsi-provinsi lain. Pola serupa juga ditemukan untuk masalah pemeriksaan kualitas apotek dan toko-toko obat.

Secara umum, sektor informal luput dari pengaturan dan penegakan hukum yang memadai. Tingkat penetrasi obat-obatan berkualitas rendah dan obat-obatan palsu di pasar informal mungkin tinggi, diperkirakan mencapai 25 persen dari total pangsa pasar. Ini merupakan masalah terbesar sektor kesehatan publik dan terutama berdampak pada masyarakat miskin, yang membeli obat-obatan dari pedagang-pedagang obat tidak resmi, karena lebih mudah didapatkan atau karena harga obat-obatan resmi terlalu mahal.

2.4. Tanggung Jawab terhadap dan Pengadaan berbagai Input Baru

Tabel 2.4 Input pembelian berdasarkan desentralisasi

Peran dan tanggungjawab tentang pengadaan input baru berdasarkan tingkat pemerintahan			
INPUT	TINGKAT		
	Pusat	Provinsi	Kabupaten
Pembangunan Puskesmas baru	<ul style="list-style-type: none"> Menetapkan/mengeluarkan standar minimum untuk membangun infrastruktur Pendanaan (melalui DAK atau TP) 	<ul style="list-style-type: none"> Pendanaan (APBD I) 	<ul style="list-style-type: none"> Penilaian kelayakan Usulan ke pusat atau provinsi (tergantung sumber pendanaan) Pembebasan tanah Pendanaan (APBD II) Pengadaan Pembangunan
Penerimaan staf baru	<ul style="list-style-type: none"> Peraturan tentang penerimaan (mis. PP No. 8) <i>Formasi</i> (kuota penempatan staf untuk sektor tertentu) Gaji (melalui DAU) 	<ul style="list-style-type: none"> Rekap usulan kabupaten Ajukan usulan ke pusat 	<ul style="list-style-type: none"> Usulan kebutuhan staf baru (Dinas Kesehatan ke provinsi) Proses Seleksi (BKD – Badan Kepegawaian Daerah) Penempatan (Dinas Kesehatan)
Pengadaan Obat	<ul style="list-style-type: none"> Pengembangan daftar obat penting nasional Penentuan harga obat generik Pengadaan dan pengelolaan persediaan stok penyangga (buffer stock) nasional 	<ul style="list-style-type: none"> Pengadaan dan pengelolaan persediaan stok penyangga provinsi 	<ul style="list-style-type: none"> Perencanaan kebutuhan obat Pengadaan Distribusi

Di bawah sistem yang berlaku saat ini, terdapat berbagai peraturan tentang pembelian berbagai jenis input sistem kesehatan, dan desentralisasi memperlum proses ini secara signifikan. Tabel 2.4 merangkum cara kerja tiga input sistem kesehatan di Indonesia yang di bahas di atas, yaitu prasarana (rumah sakit, Puskesmas, dan Posyandu), tenaga kesehatan, dan obat-obatan. Tabel berikut memaparkan tanggung jawab atas pemerolehan prasarana baru dan dibagi berdasarkan tingkat pemerintahan.

Kotak 2.2 Kenyataan di lapangan yang rumit: pembelian berdasarkan desentralisasi

Untuk menanggulangi masalah jumlah penduduk yang terus meningkat, pemerintah kabupaten memutuskan untuk melakukan pemekaran, dengan satu kecamatan dibagi menjadi dua kecamatan baru agar dapat memberikan pelayanan yang lebih baik kepada masyarakat. Dalam menjalankan keputusan ini, pemerintah kabupaten menyusun suatu rencana pembentukan pemerintah tingkat kecamatan yang baru dan membangun beberapa sarana baru, termasuk pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas).

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten (Ka Dinkes) kemudian menyerahkan usulan anggaran untuk pembangunan sebuah Puskesmas baru kepada pemerintah setempat. Usulan tersebut termasuk estimasi dana yang diperlukan guna pembebasan tanah, pembangunan Puskesmas baru, dan pengadaan peralatan, sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan. Kepala Bappeda kabupaten tidak yakin apakah pemerintah setempat memiliki sumber daya yang memadai untuk membayar seluruh biaya yang diestimasi. Setelah menghitung ulang total biaya yang diperlukan untuk membangun sarana di kecamatan yang baru dibentuk, tim perencanaan kabupaten menyimpulkan bahwa anggaran pemerintah setempat hanya cukup untuk membayar biaya pembebasan tanah. Kabupaten kemudian memutuskan untuk menyerahkan proposal lain ke pemerintah pusat (Departemen Kesehatan) melalui Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten untuk meminta alokasi DAK guna mendanai pembangunan Puskesmas dan pengadaan peralatan Puskesmas yang diperlukan.

Usulan yang diajukan kepada Departemen Kesehatan disetujui dan pemerintah kabupaten menerima dana DAK pada tahun berikutnya. Setelah proses pengadaan selesai, pekerjaan pembangunan fisik dimulai sesuai rencana. Sementara itu, Ka Dinkes dan kepala seksi tenaga kesehatan membuat rencana kebutuhan staf untuk Puskesmas yang baru. Mereka memutuskan bahwa mereka akan memindahkan staf dari Puskesmas lain untuk memenuhi kebutuhan staf di Puskesmas yang baru. Mereka kemudian menyadari bahwa Puskesmas tersebut membutuhkan setidaknya satu orang bidan lagi dan dua orang perawat lagi dan tidak mungkin menemukan staf-staf ini dari daftar perawat dan bidan yang sudah ada pada daftar pegawai kabupaten. Meskipun bupati mungkin dapat meyakinkan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) untuk meyetujui pengalokasian sumberdaya APBD untuk merekrut satu orang bidan dan dua orang perawat tambahan, peraturan pemerintah pusat tidak mengizinkan penerimaan staf baru oleh pemerintah daerah. Oleh karena itu, satu-satunya opsi yang ada bagi Ka Dinkes adalah mengajukan permintaan staf baru kepada Ka Dinkes tingkat provinsi, yang kemudian akan melanjutkan permintaan tersebut kepada Departemen Kesehatan. Ka Dinkes kabupaten hanya bisa berharap bahwa kuota Departemen Kesehatan (yang dikenal dengan sebutan formasi) akan memungkinkan Departemen Kesehatan untuk menempatkan satu orang bidan dan dua orang perawat di kabupaten tersebut.

Masalah kebutuhan untuk membeli obat-obatan bagi Puskesmas yang baru tersebut tidak seberat masalah perekrutan sumber daya manusia. Ka Dinkes memperhitungkan jumlah yang dibutuhkan dan menambahkan jumlah kebutuhan tersebut pada permintaan obat tahun sebelumnya. Kemungkinan bahwa kabupaten akan meningkatkan alokasi sumber daya kepada Ka Dinkes untuk membeli lebih banyak obat-obatan. Akan tetapi, jika kabupaten itu memutuskan untuk tidak meningkatkan jumlah sumberdayanya untuk sektor kesehatan, Ka Dinkes harus mengorbankan beberapa kegiatan lainnya. Kadinkes mungkin harus menunda rencana untuk mengadakan pelatihan penanganan keadaan gawat darurat kebidanan dan pasca kelahiran bagi para bidan desa, atau semakin mengurangi sumberdaya untuk pengawasan dan pemantauan dalam rangka meningkatkan cakupan imunisasi.

Ka Dinkes sering bertanya-tanya kapan kabupaten akan memiliki sumberdaya yang memadai dan keleluasaan untuk menggunakan dana sesuai dengan kebutuhan setempat: meskipun desentralisasi telah mencapai berbagai kemajuan, dalam prakteknya masih ada berbagai macam tantangan yang harus diselesaikan di lapangan.



Pengeluaran Publik untuk Sektor Kesehatan

Bab 3

Masa pasca krisis di Indonesia saat ini telah berakhir: Indonesia memiliki sumberdaya keuangan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan pembangunannya, dimana sektor kesehatan merupakan salah satu kebutuhan yang paling menonjol. Kebijakan-kebijakan makroekonomi yang hati-hati, khususnya defisit anggaran yang sangat rendah, sangat membantu proses pemulihan. Sekarang saatnya untuk mengembangkan prestasi-prestasi yang telah dicapai beberapa tahun sebelumnya dan membelanjakan sumberdaya keuangan Indonesia secara efektif dan efisien untuk mengurangi kemiskinan melalui kualitas pelayanan publik yang lebih baik. Sektor kesehatan merupakan bidang pelayanan publik yang sangat penting dimana perbaikan dianggap perlu apabila investasi diharapkan dapat menimbulkan hasil kinerja yang lebih baik.

Masalah apakah Indonesia dapat meningkatkan pengeluaran publiknya untuk sektor kesehatan, yang sebagian tergantung pada apakah Indonesia dapat meningkatkan penerimaannya secara umum.³³ Dalam Bab 1 kasus yang dibuat adalah bahwa Indonesia akan dihadapkan dengan kebutuhan peningkatan yang besar pada belanja kesehatan sebagai konsekuensi pertumbuhan penduduk, perubahan kebutuhan dan tuntutan yang berawal dari transisi demografis, epidemiologis dan nutrisi, dan faktor-faktor lainnya. Akan tetapi, bagaimana pengeluaran tambahan tersebut, apabila terjadi, akan dibagi antara pemerintah pusat dan daerah, dan juga tergantung pada pola transfer antar pemerintah. Oleh karena itu, bab ini juga berisi tinjauan atas saluran-saluran transfer tersebut.

3.1. Trend Pengeluaran Nasional dan Sektor Kesehatan

Jumlah belanja Indonesia telah berubah secara dramatis sejak tahun 2001, dan dengan menurunnya pembayaran utang dan pengurangan subsidi baru-baru ini, pengeluaran sektoral mengalami peningkatan. Akan tetapi, pengeluaran sektoral mungkin dapat lebih ditingkatkan apabila pembayaran subsidi tidak meningkat tajam pada tahun 2004 dan 2005 yang disebabkan oleh peningkatan harga minyak, yang menghilangkan belanja (pembangunan) tambahan pada sektor-sektor kunci. Saat ini, sektor pendidikan merupakan pos belanja nomor satu di Indonesia. Meskipun pengeluaran untuk sektor kesehatan telah meningkat perlahan-lahan selama beberapa tahun terakhir, tingkatnya masih di bawah 5 persen dari total belanja pemerintah dan di bawah 1 persen dari PDB (Gambar 3.1). Untuk gambaran yang lebih rinci lihat Tabel H.1. pada Lampiran H.

Kemampuan Indonesia untuk meningkatkan belanja sektor kesehatannya meningkat karena adanya peningkatan pada ruang fiskalnya.³⁴ Pada tahun 2006, pendapatan umum meningkat yang diperkirakan sebesar 14 persen menjadi 19 persen dari PDB. Pada tahun 2007, baik pendapatan maupun pengeluaran diperkirakan kembali meningkat sebesar 7 persen. Antara tahun 2002 dan 2006, pendapatan pemerintah meningkat hingga sekitar 19 persen dari PDB. Ruang fiskal kemungkinan besar akan tetap penting pada tahun-tahun mendatang.

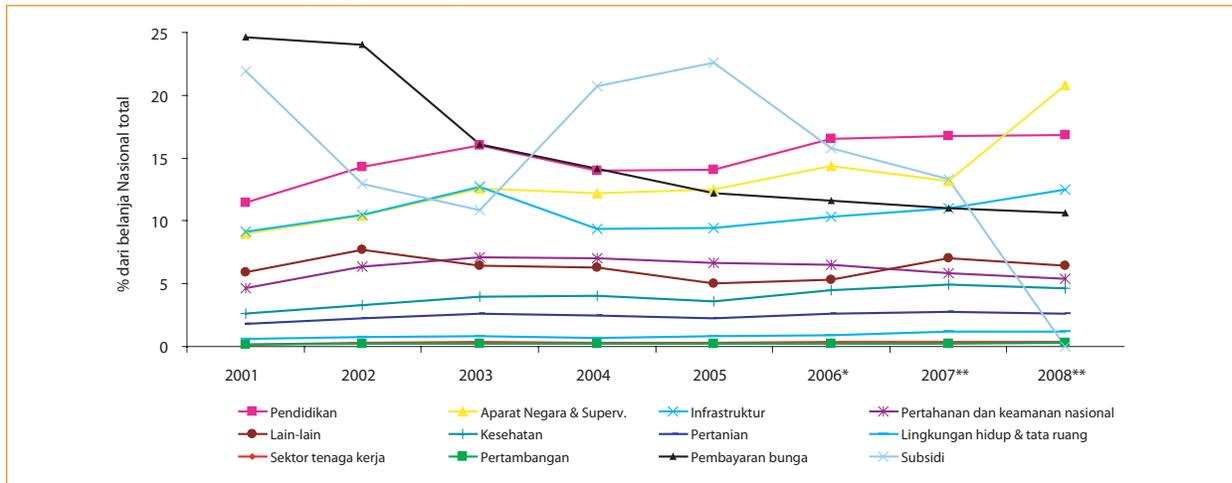
Meskipun pengurangan subsidi bahan bakar telah membebaskan ruang fiskal yang cukup besar, posisi fiskal Indonesia dapat lebih diperkuat dengan pengurangan subsidi berikutnya. Perlu dijelaskan di sini bahwa nampaknya baik pemerintah pusat maupun daerah belum sepenuhnya memanfaatkan ruang fiskal mereka hingga saat ini. Kesenjangan antara estimasi dana terbaru pemerintah (APBN-P) dan realisasinya³⁵ digunakan sebagai sebuah indikator *proxy* yang menunjukkan ruang fiskal yang tidak dimanfaatkan. Antara tahun 2001 sampai dengan 2005, kesenjangan tersebut melebar dari 1,0 persen menjadi 2,2 persen dari PDB (World Bank, 2007c, hal.8). Sehubungan dengan pemerintah daerah, peningkatan yang tajam pada jumlah deposito membuktikan bahwa daerah juga belum memanfaatkan ruang fiskal mereka sepenuhnya. Pada bulan Agustus 2006, jumlah total deposito mencapai rekor sebesar Rp 97 triliun, atau 2,9 persen dari PDB (World Bank, 2007c, hal.8). Pendapatan sebagian besar meningkat sebagai akibat dari peningkatan pendapatan non-migas yang berasal dari pajak, yang menimbulkan pertanyaan terkait dengan keadilan. Namun demikian, beban pajak di Indonesia bersifat progresif, di mana kuintil pendapatan yang lebih rendah memberikan kontribusi yang lebih kecil kepada kumpulan sumberdaya.³⁶

33 Masalah penting menyangkut political will untuk meningkatkan belanja kesehatan misalnya akan dibahas dalam Ulasan Sektor Kesehatan, yang akan dilakukan oleh Pemerintah Indonesia dengan bantuan dari Bank Dunia dan rekanan-rekanan lainnya.

34 Kajian Pengeluaran Publik Indonesia tahun 2007, yang juga mencakup sebuah bab tentang ruang fiskal, mendefinisikan ruang fiskal adalah pengeluaran bebas berdasarkan kebijaksanaan yang dapat dilakukan Indonesia tanpa mengganggu kesanggupannya untuk membayar utang (World Bank, 2007c). Selain itu, sebuah makalah tentang ruang fiskal untuk sektor kesehatan di Indonesia akan memberikan gambaran yang lebih rinci dan akan dikeluarkan pada bulan Juni 2008.

35 Pengeluaran riil.

36 Lihat Gambar 18 dan and 19 dari studi EQUITAP (O'Donnell dll 2005a, 2005b) pada Lampiran I, yang menggambarkan kemajuan pajak.

Gambar 3.1 Distribusi pengeluaran publik nasional dalam sektor-sektor inti, 2001-07

Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan data Departemen Keuangan dan SIKD.

Catatan: * Realisasi anggaran pusat dan estimasi alokasi sub nasional untuk tahun 2006/2007,

** Anggaran pusat (APBN) and estimasi alokasi sub-nasional tahun 2008.

Pengeluaran sektor kesehatan di tingkat daerah hanya merupakan sebagian kecil dari anggaran apabila dibandingkan dengan total pengeluaran publik. Administrasi pemerintah dan pendidikan mengambil porsi yang paling besar. Meskipun penyediaan perawatan kesehatan, termasuk rumah sakit dan perawatan primer, telah sepenuhnya menjadi tanggungjawab pemerintah kabupaten/kota sejak desentralisasi, sektor ini hanya mendapatkan alokasi sebesar 7 persen dari total dana daerah (7 dan 9 persen masing-masing pada tingkat provinsi dan kabupaten/kota).³⁷

Komponen terbesar pengeluaran publik untuk sektor kesehatan dilakukan oleh Departemen Kesehatan dan dinas-dinas kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Aliran tersebut mendanai apa yang sering disebut sebagai "sistem utama" penyediaan pelayanan kesehatan di bawah manajemen publik, yang pada prinsipnya terbuka bagi semua rakyat Indonesia. Terdapat pula beberapa lembaga publik di Indonesia yang kadang-kadang menimbulkan pengeluaran kesehatan untuk fungsi-fungsi utama, dan yang pelayannya ditujukan terutama kepada kelompok-kelompok penduduk khusus, seperti militer, polisi atau karyawan perusahaan milik negara. Pertanggungjawaban penuh atas pengeluaran publik untuk sektor kesehatan akan berusaha untuk mencakup pengeluaran tambahan tersebut, tetapi pengeluaran-pengeluaran tersebut sukar untuk ditelusuri. Dalam bab ini, angka-angka yang dilaporkan adalah yang termuat dalam anggaran yang mendukung "sistem utama". Istilah "pengeluaran nasional" digunakan untuk jumlah pengeluaran publik pemerintah pusat, propinsi dan kabupaten dalam sistem utama dan tidak termasuk pengeluaran kesehatan yang ditanggung oleh departemen-departemen lain atau perusahaan-perusahaan milik negara.

3.2. Trend dan Tingkat Pengeluaran Kesehatan Publik Secara Agregat

Bab ini difokuskan pada pengeluaran publik dan data yang digunakan terkait dengan pengeluaran melalui "sistem utama". Untuk aliran sumberdaya tersebut, yang digunakan adalah data pengeluaran dari Departemen Keuangan karena data tersebut merupakan yang paling lengkap pada saat ini. Data tersebut memungkinkan analisis yang bisa diandalkan tentang biaya publik keseluruhan selama beberapa waktu, serta analisis lintas-sektoral, sebagaimana yang diberikan pada bagian sebelumnya. Data Departemen Keuangan tidak hanya mencakup pengeluaran tingkat pusat, tetapi juga memungkinkan dilakukannya analisis pengeluaran daerah, meskipun sejak desentralisasi kabupaten/kota dapat menentukan penggunaan sumberdaya mereka sendiri. Data pada tingkat daerah memungkinkan dilakukannya analisis ekonomi atas pengeluaran kesehatan pada tingkat daerah, namun klasifikasi fungsional atau analisis biaya tetap sulit untuk dilakukan.

37 Untuk gambaran belanja yang lebih detail pada tingkat sub-nasional per sektor untuk tahun 2004, lihat Lampiran J.

Data Departemen Kesehatan digunakan untuk analisis fungsional pada tingkat pusat. Meskipun angka-angka ini agak berbeda dengan angka-angka dari Departemen Keuangan untuk tingkat pusat, angka-angka tersebut saat ini merupakan estimasi yang terbaik tentang pengeluaran pemerintah pusat untuk kesehatan per fungsi. Lampiran I merangkum berbagai cara analisis pengeluaran publik seperti dijelaskan di atas, dan sumber data serta perhatiannya masing-masing.

Pengeluaran publik untuk sektor kesehatan meningkat secara signifikan dari sekitar Rp 9 triliun pada tahun 2001 menjadi sekitar Rp 19 triliun pada tahun 2005. Meskipun dimulai dari dasar yang sangat rendah, hal tersebut merupakan peningkatan secara riil sebesar lebih dari 48 persen (Tabel 3.1). Sebelum krisis, pengeluaran kesehatan meningkat rata-rata 5 persen per tahun (Gambar 3.2). Selain itu, alokasi anggaran untuk tahun 2006 menunjukkan adanya peningkatan sebesar 63 persen dibandingkan dengan tahun 2005, dan peningkatan lebih lanjut direncanakan akan terjadi pada tahun 2007 dan 2008.

Tabel 3.1 Trend pengeluaran kesehatan publik di Indonesia, 2001-08

Trilyun Rp.

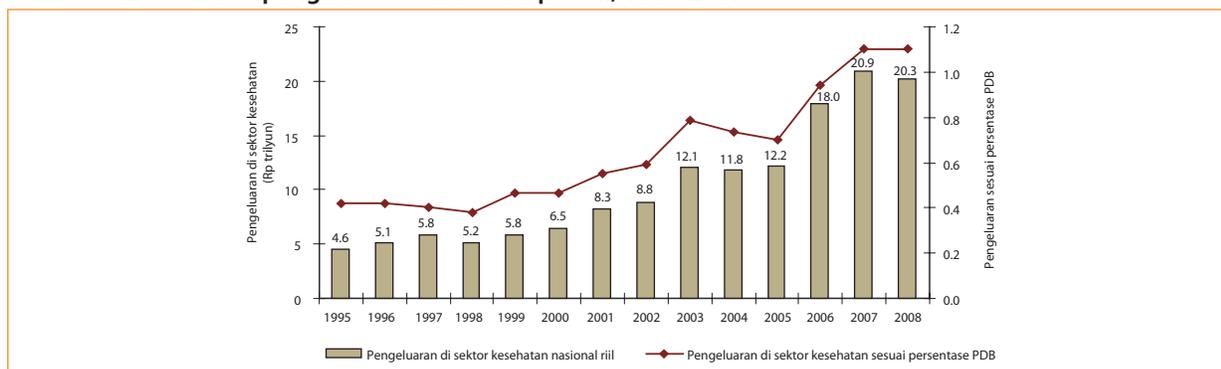
	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2007**	2008**
Pengeluaran kesehatan nominal nasional	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2007**	2008**
Pengeluaran kesehatan nasional pada harga konstan (100=2000)	9.3	11.0	16.0	16.7	19.1	31.2	39.0	39.7
Pengeluaran kesehatan per kapita pada harga konstan – dalam US\$ (2000=100) (ribuan dibulatkan)	8.3	8.8	12.1	11.8	12.2	18.0	20.9	20.3
Pertumbuhan riil tahunan pengeluaran nasional (%)	4,1	4,7	6,8	6,0	5,7	8,7	9,8	9,1
Pengeluaran kesehatan publik sebagai % dari total pengeluaran publik nasional	42,8	19,0	45,8	4,1	14,4	63,3	24,9	1,8
Pengeluaran kesehatan publik nasional sebagai % dari GDP	2,6	3,2	3,9	3,6	3,5	4,4	4,8	4,4
Total pengeluaran publik nasional pada harga saat ini	0,5	0,6	0,8	0,7	0,7	0,9	1,1	1,1
Total pengeluaran publik nasional pada harga konstan (2000=100)	355.2	339.6	411.2	459.8	547.2	714.7	812.0	891.8

Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan data dari Departemen Keuangan dan SIKD.

Catatan: *Alokasi, **Estimasi.

Belanja sektor kesehatan sebagai bagian dari belanja nasional secara keseluruhan meningkat dari 2,6 persen pada tahun 2001 menjadi 3,5 persen pada tahun 2005. Akan tetapi, belanja kesehatan sebagai bagian dari PDB masih tetap rendah, meningkat dari 0,6 menjadi 0,7 persen pada periode yang sama. Kedua bagian tersebut diperkirakan akan meningkat pada tahun 2006 dan 2007 berdasarkan analisis anggaran.

Gambar 3.2 Trend pengeluaran kesehatan publik, 1995-2007



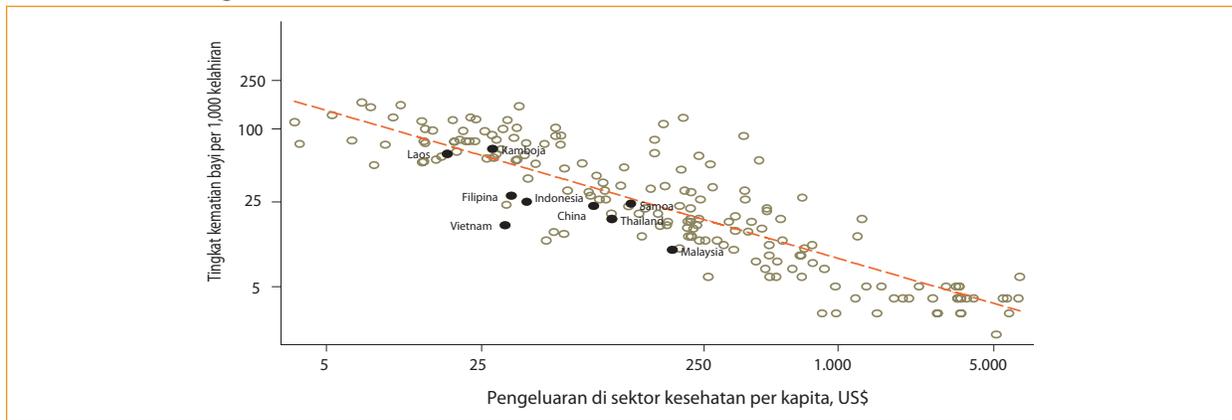
Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia, berdasarkan data dari Departemen Keuangan.

Catatan: Pada harga rupiah yang konstan di tahun 2000.

3.3. Perbandingan Internasional Dalam Hal Belanja Kesehatan

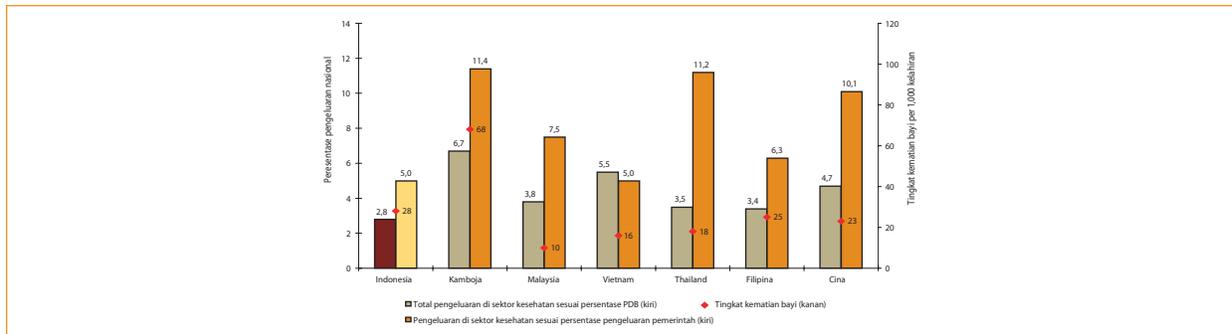
Perbandingan jumlah total pengeluaran kesehatan di tingkat regional menunjukkan bahwa tingkat belanja Indonesia sedikit di bawah jumlah di negara-negara tetangga di Asia Timur. Indonesia membelanjakan kurang dari 3 persen dari PDB untuk sektor kesehatan (yaitu kurang dari 1 persen dari belanja publik) dan hanya sekitar 5 persen total pengeluaran pemerintah ditujukan pada sektor kesehatan.³⁸ Negara-negara lain, bahkan negara-negara dengan pendapatan per kapita yang sama atau lebih rendah, membelanjakan sedikitnya 3 hingga 4 persen dari PDB untuk sektor kesehatan. Dalam hal pengeluaran kesehatan sebagai bagian dari total pengeluaran, Indonesia tertinggal dari Filipina, di mana hampir 6 persen dari total sumberdaya pemerintah dibelanjakan untuk sektor kesehatan (Gambar 3.3). Angka-angka tersebut bahkan lebih mencolok apabila tingkat kematian bayi juga turut diperhitungkan. (Gambar 3.4). Indonesia memiliki tingkat kematian bayi yang sedang untuk 1,000 kelahiran hidup, meskipun biaya yang dikeluarkan kurang dari biaya yang dikeluarkan negara-negara lain yang memiliki tingkat kematian bayi yang lebih rendah.³⁹

Gambar 3.3 Total pengeluaran kesehatan per kapita bisa lebih tinggi dengan mempertimbangkan tingkat kematian



Sumber : Bank Dunia, 2007, berdasarkan WDI.
Catatan : Skala log.

Gambar 3.4 Perbandingan pengeluaran kesehatan regional dan angka kematian bayi (AKB)



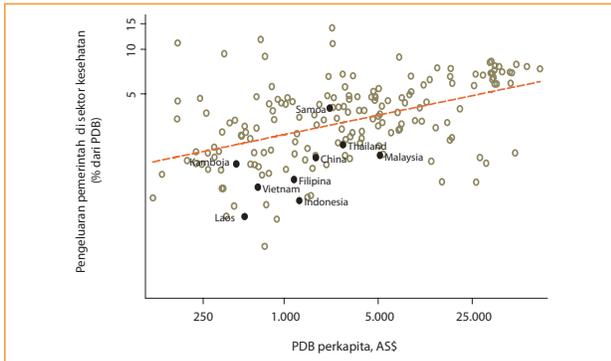
Sumber: Bank Dunia, 2007, berdasarkan WDI.

38 Angka-angka tersebut sedikit berbeda dari angka-angka yang diberikan pada Bab 4, karena di sini kami menggunakan angka WDI (indikator pembangunan dunia) untuk menjamin konsistensi ketika membandingkan dengan negara-negara lain, karena keterbatasan data.

39 Ada literatur terbaru, meskipun terbatas, yang menampilkan bukti hubungan positif antara pengeluaran kesehatan pemerintah dan hasil kesehatan seperti Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Ibu (lihat Gottret, Gai and Bokhari, 2006). Hingga baru-baru ini, bagaimanapun juga, hubungan tersebut tidak terbukti dan mata rantai yang hilang dapat dijelaskan oleh tiga faktor: (i) peningkatan pengeluaran kesehatan publik bisa mengakibatkan penurunan pengeluaran kesehatan swasta (sebuah keluarga mungkin mengalihkan dananya untuk biaya lain, bukannya untuk kesehatan yang semula oleh pemerintah disediakan bagi perawatan kesehatan dasar); (ii) pengeluaran pemerintah yang bertambah bisa digunakan untuk margin yang bersifat intensif, bukan yang bersifat ekstensif; dan (iii) bahkan apabila dana tambahan digunakan untuk perawatan kesehatan (pelayanan, staf dan penyediaan yang lebih banyak) jika pelayanan pelengkap (jalan, misalnya) tidak disediakan pengaruhnya mungkin sedikit atau tidak ada sama sekali. (Lihat Musgrove 1996 untuk ulasan bukti; Wagstaff, 2002, untuk pengaruh pelayanan pelengkap; Jalal dan Ravallion, 2003, untuk penggunaan pengeluaran kesehatan yang meningkat; dan Anand dan Ravallion, 1993; Bidani dan Ravallion, 1997, Filmer dan Pritchett, 1999; dan Wagstaff, 2004.)

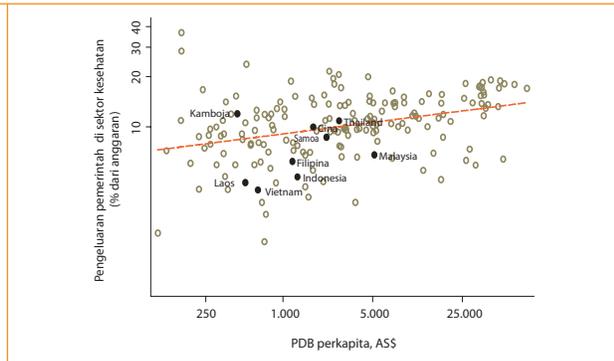
Gambar 3.5 dan 3.6 menjelaskan lebih jauh bahwa jumlah pengeluaran Indonesia untuk sektor kesehatan masih kurang dari yang seharusnya dengan mempertimbangkan tingkat pendapatannya. Hal tersebut tidak hanya terbukti ketika melihat pendapatan dan pengeluaran, tetapi juga dengan memperhatikan ukuran kemampuan yang lebih langsung, yaitu total pendapatan pemerintah. Dalam hal ini pun jumlah belanja Indonesia masih kurang dibandingkan dengan negara-negara lainnya dalam satu kawasan (Gambar 3.7). Meskipun pada kenyataannya bahwa angka-angka dibawahnya menggambarkan pengeluaran dan pendapatan kesehatan publik, termasuk jumlah pengeluaran dari kantong sendiri yang besar, Indonesia masih tertinggal dibandingkan dengan negara-negara tetangganya.

Gambar 3.5 Pengeluaran kesehatan publik dalam % dari total anggaran pemerintah versus pendapatan, 2005



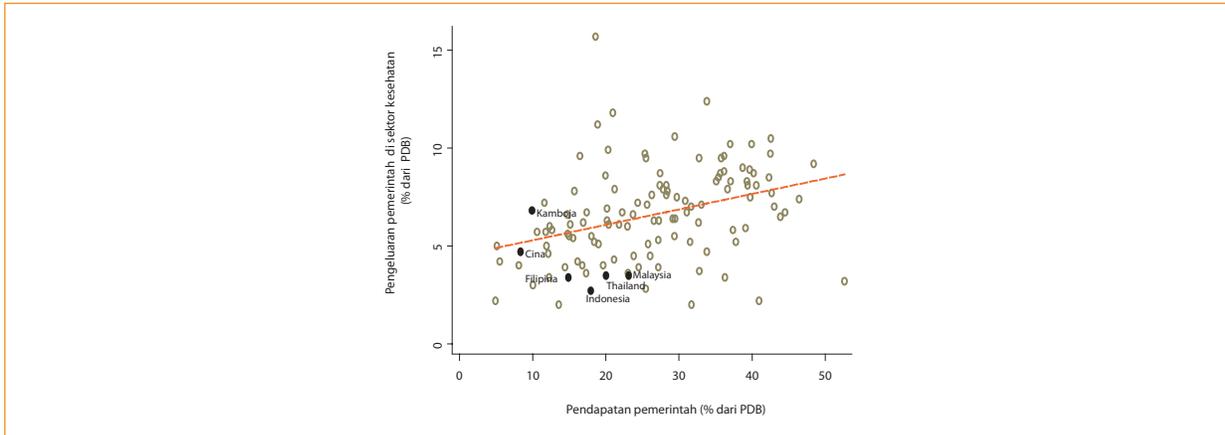
Sumber: Bank Dunia, 2007, berdasarkan WDI.

Gambar 3.6 Pengeluaran kesehatan publik dalam % dari PDB versus pendapatan, 2005



Sumber: Bank Dunia, 2007, berdasarkan WDI.

Gambar 3.7 Biaya kesehatan publik versus total pendapatan pemerintah, 2000-05



Sumber: Bank Dunia, 2007, berdasarkan WDI.

Catatan : Pendapatan untuk pemerintah pusat dan rata-rata data yang tersedia untuk tahun 2000-2005.

Meskipun perbandingan internasional ini merupakan tolok ukur terbaik yang kami miliki untuk membandingkan tingkat pengeluaran total atau pengeluaran publik untuk sektor kesehatan, sikap hati-hati tetap diperlukan. Hal tersebut karena ukuran kecukupan untuk tingkat pengeluaran tertentu mungkin tergantung pada: (i) jumlah penyediaan perawatan oleh kesehatan sektor swasta di masing-masing negara (jika jumlahnya besar, tingkat biaya publik dipastikan rendah); (ii) Apakah tingkat kontribusi swasta dari keluarga dipertimbangkan secara akurat (ini bisa menjelaskan tingkat total biaya untuk beberapa negara); dan, tentu saja, (iii) kebutuhan-kebutuhan pembangunan yang bersifat spesifik bagi setiap negara.

3.4. Transfer Keuangan antar Pemerintah, Pendapatan Daerah dan Aliran Dana untuk Sektor Kesehatan

Selama periode 2001 sampai dengan 2005, tingkat pertumbuhan tahunan rata-rata adalah sebesar 29 persen untuk seluruh pengeluaran pada sistem utama. Secara lebih rinci, pertumbuhan tahunan rata-rata adalah sebesar 41 persen untuk pengeluaran pemerintah pusat, 23 persen untuk pengeluaran provinsi, dan 24 persen untuk pengeluaran kabupaten/kota.

Sebagian besar dari pengeluaran kesehatan dibelanjakan di tingkat daerah. Trend tersebut telah cukup konsisten selama beberapa waktu. Akan tetapi, pada tahun 2006 jumlah pada tingkat pusat meningkat dan dianggarkan semakin meningkat pada tahun 2007. Peningkatan tersebut sebagian besar disebabkan oleh peningkatan belanja sosial, atau program jaminan kesehatan Askeskin untuk masyarakat miskin, yang diklasifikasikan sebagai pengeluaran tingkat pusat. Sebagian besar dari pengeluaran tersebut dibelanjakan pada tingkat kabupaten/kota (Tabel 3.2). Pengeluaran tingkat provinsi mencapai 22 persen pada tahun 2002, namun jumlahnya hanya 14 persen pada tahun 2007. (Gambar 3.8)

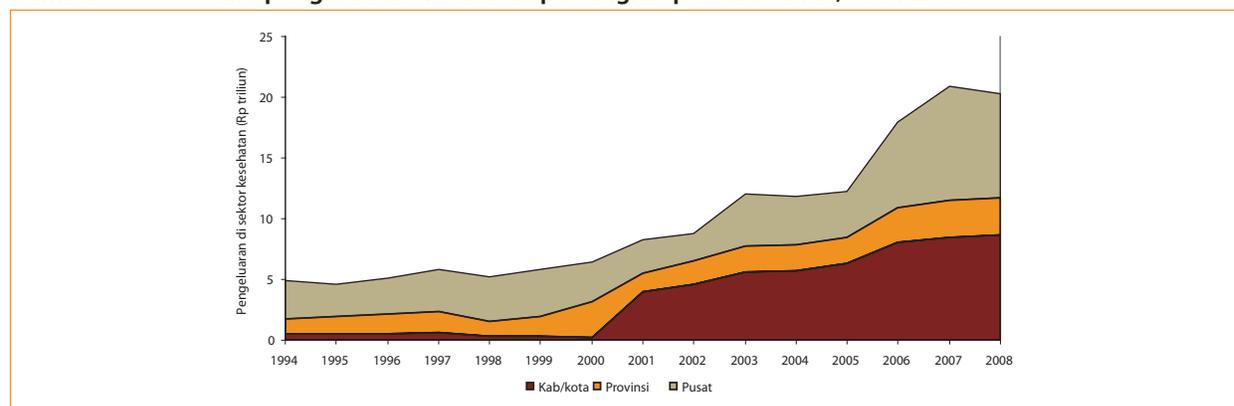
Tabel 3.2 Pengeluaran kesehatan publik per tingkat pemerintahan, 2001-07

	2001		2002		2003		2004		2005		2006*		2007**		2008***	
	Rp bn	%	Rp bn	%	Rp bn	%	Rp bn	%	Rp bn	%	Rp bn	%	Rp bn	%	Rp bn	%
Pusat	3.119	34	2.907	26	5.752	36	5.595	33	5.837	31	12.190	39	17.467	45	16.768	42
Provinsi	1.745	19	2.372	22	2.821	18	3.000	18	3.316	17	5.100	16	5.600	14	5.924	15
Kabupaten	4.387	47	5.725	52	7.473	47	8.108	49	9.948	52	13.900	45	15.900	41	16.972	43
Total	9.250	100	11.004	100	16.045	100	16.703	100	19.101	100	31.190	100	38.967	100	39.664	100

Sumber: World Bank, database dari SIKD, berdasarkan data dari Departemen Keuangan.

Catatan: * = alokasi, ** = estimasi, *** = estimasi.

Gambar 3.8 Trend pengeluaran kesehatan per tingkat pemerintahan, 1994-2008



Sumber: Bank Dunia, database SIKD, berdasarkan data dari Departemen Keuangan. Angka-angka untuk tahun 2006 dan 2007 didasarkan pada estimasi untuk pengeluaran daerah. Angka-angka untuk tahun 2008 untuk pengeluaran pusat dan daerah adalah estimasi.

Catatan: harga konstan tahun 2000.

Pembiayaan untuk sektor kesehatan diperoleh dari tiga sumber utama. Sekitar 65 persen berasal dari biaya swasta,⁴⁰ yang sekitar 75 persennya berupa biaya yang dikeluarkan dari kantong sendiri. Kurang dari 2 persen⁴¹ berasal dari bantuan asing, yang terutama disalurkan melalui anggaran pemerintah. Sisanya dibiayai dengan pendapatan pemerintah umum.⁴²

40 Ini termasuk asuransi, perusahaan swasta dan LSM/sumbangan masyarakat. Di samping itu, sebagian jumlah dana sektor publik dihasilkan melalui biaya anggota yang dikenakan untuk pelayanan.

41 Biaya donor meningkat akibat krisis pada tahun 1997/98 untuk mengganti biaya pemerintah yang sesungguhnya, yang jatuh dengan tajam. Sejak tahun 2001, bagaimanapun juga, dana donor telah menurun dari 31 persen total pengeluaran publik menjadi 9,8 pada tahun 2006, dengan demikian berjumlah hanya sekitar 2 persen dari biaya kesehatan.

42 Lihat Lampiran A, Tabel A.2 untuk tabel ringkasan yang memuat data data NHA untuk indikator yang dipilih (WHO, 2007).

Desentralisasi secara radikal telah mengubah sistem transfer antar pemerintahan di Indonesia jauh dari dana peruntukan.⁴³ Sekarang pendanaan terlaksana melalui kombinasi dana alokasi umum (DAU⁴⁴), implementasi bagi hasil antara daerah, dan hak-hak baru untuk mengeluarkan beragam pajak (daerah). Kepala daerah (kabupaten/kota dan propinsi) tidak lagi bertanggungjawab kepada pemerintah pusat, tetapi dipilih dan bertanggungjawab kepada DPRD. Secara administrasi, pemerintah pusat telah memberikan tanggungjawab atas implementasi sebagian besar pemberian pelayanan daerah, termasuk pelayanan kesehatan kepada pemerintah daerah. Akan tetapi, sampai saat ini, masih ada banyak masalah karena tidak adanya kejelasan tentang pengalihan fungsi antara tingkat pemerintah, dengan peraturan-peraturan yang tidak jelas dan bertentangan yang dikeluarkan oleh pemerintah pusat dan daerah, dan definisi yang tidak lengkap dan kurang jelas tentang standar pelayanan minimal (SPM). Masalah-masalah tersebut membuat manajemen pelayanan di tingkat daerah menjadi tantangan yang besar.

Aliran dana dari pusat ke kabupaten/kota sangat mempengaruhi pemerataan, efektifitas dan efisiensi biaya publik. Studi terbaru tentang pemerataan transfer keuangan antar pemerintah menemukan bahwa kabupaten miskin merupakan penerima utama pendanaan sejak diberlakukannya desentralisasi. Studi tersebut menyimpulkan bahwa sebagian besar tantangan berat yang dihadapi pemerintah adalah menjamin bahwa sumberdaya dipergunakan secara lebih efisien daripada didistribusikan secara lebih merata (Fengler and Hofman, 2008). Terdapat kenyataan yang tidak lazim bahwa sejumlah besar uang masih berada di rekening bank pada tingkat pemerintah daerah sementara pelayanan kesehatan mengalami kekurangan dana operasional untuk memberikan pelayanan kesehatan publik yang diperlukan oleh masyarakat luas, seperti imunisasi.

Bahkan setelah diberlakukannya desentralisasi, 90 persen dari dana APBD masih berasal dari tingkat pusat. Dana-dana tersebut ditransfer melalui dana perimbangan dan terdiri atas: Dana Alokasi Umum (DAU); Dana Alokasi Khusus (DAK); dan bagi hasil sumber daya alam dan bagi hasil pajak. Khusus bagi Papua dan Aceh memperoleh otonomi khusus. Di samping transfer dari pemerintah pusat tersebut, pemerintah daerah juga memiliki PAD (Pendapatan Asli Daerah).

Bagian dari DAU, SDA dan PAD yang dialokasikan untuk sektor kesehatan ditentukan oleh pemerintah daerah sendiri. Sebaliknya, alokasi DAK ditentukan oleh pemerintah pusat. DAK didistribusikan menurut berbagai macam kriteria yang, pada prinsipnya, termasuk kapasitas keuangan daerah. Di samping itu, transfer yang tercermin pada APBD, departemen-departemen pusat menanggung pengeluaran dari anggaran mereka sendiri untuk keperluan pemberian pelayanan di daerah. (Dekonsentrasi atau pengeluaran dekonsentrasi sering disingkat sebagai *dekon*). Kelanjutan pengeluaran tersebut dengan cara dekonsentrasi dalam era desentralisasi merupakan kontroversi dan ada tekanan untuk merubah dekonsentrasi menjadi DAK.

Dengan mempertimbangkan kenyataan bahwa pemerintah daerah memiliki kewenangan untuk memutuskan seberapa besar DAU, SDA, PAD dan transfer lainnya yang mereka pergunakan untuk sektor kesehatan, sulit untuk merekonstruksi pengeluaran sektor kesehatan berdasarkan sumber dana. Namun demikian, Tabel 3.3 di bawah ini memberikan gambaran umum tentang besaran bagian pendapatan dari transfer tersebut pada tingkat daerah (provinsi dan kabupaten/kota). Komponen terbesar dana perimbangan adalah DAU, yang menyumbangkan sekitar 45 persen pendapatan daerah. DAU berjumlah 56 persen dari pendapatan kabupaten/kota dan hanya 16 persen dari pendapatan provinsi. Sumber pendapatan terbesar bagi provinsi adalah pendapatan asli daerah, yang

43 Sebelum desentralisasi, transfer dana dari pemerintah pusat kebanyakan dalam bentuk hibah peruntukan. Yang terbesar dari transfer ini adalah subsidi daerah otonom (SDO). Biaya pembangunan kebanyakan didanai oleh sistem Inpres (Instruksi Presiden), dana instruksi presiden yang melayani tujuan-tujuan tertentu, dari penghijauan kembali hingga pembangunan sekolah dan pasar umum. Setelah desentralisasi tahun 2001, transfer dari pemerintah pusat dirancang untuk meminimalkan ketidakeimbangan fiskal horizontal dan vertikal yang ditanggung oleh pemerintah daerah dan sesudah itu menjalankan fungsi yang ditetapkan dalam undang-undang desentralisasi. Transfer tersebut disebut dana perimbangan dan menggantikan transfer dari pemerintah pusat melalui SDO dan Inpres.

44 Alokasi DAU menerapkan mekanisme alokasi berbasis formula. Jumlah DAU secara keseluruhan pada tingkat nasional dihitung sebagai suatu bagian (saat ini 26 persen) dari pendapatan nasional bersih (jumlah bersih pembagian pendapatan). Formula DAU memiliki dua komponen, komponen 'alokasi dasar' (AD) dan komponen 'kesenjangan fiskal'. Hingga tahun 2005, komponen 'alokasi dasar' terdiri atas jumlah pembayaran sekaligus dan komponen beban gaji PNS yang jumlahnya hanya sebagian kecil dari beban gaji. Mulai tahun 2006, DAU meliputi beban gaji penuh dari setiap pemerintahan daerah sebelum menerapkan formula tersebut. Kesenjangan fiskal dihitung dengan cara yang berbeda antara kapasitas fiskal (KF) dan kebutuhan pengeluaran (KP), yang sebagian ditanggung oleh. Komponen KF dari DAU dialokasikan kepada kabupaten secara pro rata berdasarkan kesenjangan fiskal mereka. Hal tersebut merupakan kendali utama pemerataan. Meskipun perbandingannya telah meningkat, Rumusan kesenjangan fiskal hanya memiliki arti penting yang bersifat parsial dalam mekanisme distribusi. Tentu saja, hanya 50 persen dari total kumpulan DAU yang didistribusikan dengan menggunakan rumusan kesenjangan fiskal (Bank Dunia, 2007c, p. 154).

kebanyakan berasal dari pajak. Meskipun kami tidak dapat merekonstruksi tabel tersebut untuk biaya kesehatan secara spesifik, namun kami benar-benar tahu bahwa pada tingkat daerah, pos biaya terbesar adalah administrasi pemerintah, diikuti oleh pendidikan, dan rata-rata pengeluaran sektor kesehatan hanya 9 persen dari total biaya di tingkat provinsi dan 7 persen di tingkat kabupaten/kota (lihat Tabel M.1. pada Lampiran M).

Tabel 3.3 Pendapatan pemerintah daerah, 2005

	Provinsi		Kabupaten/kota	
	Jumlah (Rp milyar)	%	Jumlah (Rp milyar)	%
Pendapatan asli daerah	28.014	49,2	12.530	8,8
Bagi Hasil Pajak	9.312	16,3	15.122	10,6
Bagi Hasil Pendapatan sumber daya alam	6.190	10,9	17.488	12,2
DAU	9.181	16,1	79.843	55,9
DAK	16	0,0	4.628	3,2
Pendapatan lain	4.260	7,5	13.196	9,2
Total pendapatan	56.973	100	142.807	100

Sumber: World Bank, 2007c.

Meskipun sektor kesehatan mengikuti pola umum dari aliran dana antar pemerintah,⁴⁵ pemeriksaan yang detil mengungkapkan adanya kompleksitas tambahan. Setidaknya ada tiga saluran berbeda untuk pengalokasian dana untuk Departemen Kesehatan sebagai bagian dari aliran APBN untuk pemberian pelayanan di daerah, dan tidak ada satu pun yang tercermin pada APBD. Tiga saluran tersebut harus ditambahkan dengan sumber daya tambahan yang disediakan oleh skema Askeskin yang baru-baru ini dikembangkan, skema jaminan tanpa iuran bagi masyarakat miskin dengan premi teoritis yang seluruhnya didanai oleh Departemen Kesehatan dari alokasi yang diperolehnya dalam APBN. Aliran yang spesifik kepada sektor kesehatan ditunjukkan pada Gambar 3.9 dan rincian penggunaannya, sasaran, ukuran dan kepentingannya dijelaskan dalam Tabel 3.4.

Porsi pengeluaran yang didekonsentrasikan oleh Departemen Kesehatan merupakan pengeluaran pemerintah pusat di daerah. Jenis pengeluaran seperti ini telah ditentukan jauh sebelum desentralisasi dan terkait dengan suatu sistem di mana anggaran pemerintah daerah menanggung biaya gaji dan fungsi administrasi utama, sedangkan kementerian tingkat pusat memberikan masukan untuk sebagian besar program, termasuk obat-obatan, vaksin, tunjangan perjalanan dan insentif. Akibatnya, pendanaan dari pemerintah pusat yang disediakan berfungsi sebagai sarana untuk menggerakkan kapasitas dasar yang dibiayai dana daerah.

Sebagaimana dikemukakan di atas, sebagian besar pengeluaran dekonsentrasi pada akhirnya ditujukan bagi pelayanan kesehatan di tingkat kabupaten/kota, namun sebagian besar dari dana tersebut disalurkan melalui Dinas Kesehatan Provinsi. Terdapat beberapa pengecualian dari kedua aturan umum tersebut, yaitu bahwa beberapa sumberdaya digunakan pada tingkat provinsi, sedangkan beberapa program pendanaan, misalnya program gizi, ditransfer langsung oleh Departemen Kesehatan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Bagian yang cukup besar dari aliran tersebut terdiri atas transfer dalam bentuk bukan uang tunai: pengadaan obat-obatan, vaksin, peralatan medis dan kendaraan sering dilakukan dari pusat lalu didistribusikan ke berbagai daerah.

Undang-undang No. 33/2004 menyarankan penyaluran kembali pengeluaran dekonsentrasi untuk tugas-tugas desentralisasi melalui DAK. Akan tetapi, hingga saat ini, departemen di tingkat pusat dapat menunda implementasi agenda tersebut (World Bank, 2007a). Tugas pembantuan dapat dianggap sebagai kasus khusus terkait dengan pengeluaran dekonsentrasi, yang dibedakan oleh fokusnya pada proyek konstruksi dan penyaluran langsung ke kabupaten/kota, tanpa melibatkan DKP.

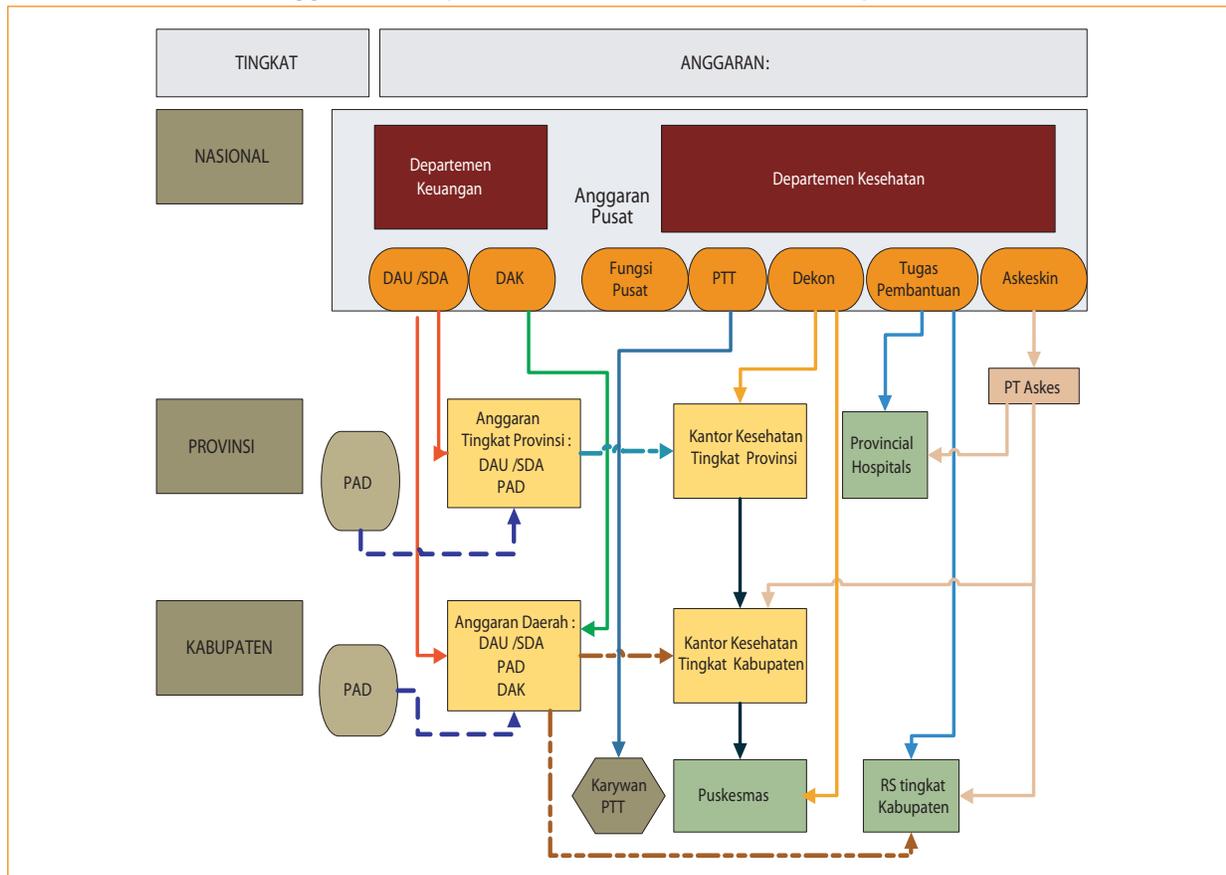
Aliran dana dari pusat lainnya ke daerah-daerah yang berlaku sebelum desentralisasi adalah pembayaran gaji pegawai honorer. Pegawai tersebut dikenal sebagai *pegawai tidak tetap* (PTT), atau pegawai tanpa kontrak permanen, dan termasuk dokter, perawat dan bidan. Skema yang pada mulanya diterapkan sebagai cara untuk menempatkan pegawai di daerah terpencil sesudah dikeluarkannya kebijakan pertumbuhan nol untuk jumlah PNS, terus berlanjut

45 Lihat ulasan yang detil dari transfer fiskal antar pemerintah umum.

setelah desentralisasi di mana Departemen Kesehatan memberikan gaji dan tunjangan kepada pegawai yang bekerja di kabupaten. Meskipun jelas tidak lazim dalam konteks desain desentralisasi yang lengkap, kelanjutan skema tersebut menggambarkan kegagalan tindakan-tindakan pemerataan untuk memberikan kemampuan keuangan kepada daerah miskin untuk mempekerjakan sebagian dari cadangan pegawai kesehatan terlatih yang dimiliki oleh pemerintah pusat. Pembayaran dilakukan secara langsung ke rekening bank milik pegawai kontrak tersebut. Dana tersebut tidak melalui kantor Dinas dan oleh karena itu tidak terlihat pada anggaran tingkat kabupaten (APBD2).

Aliran dana melalui skema Askeskin telah mengalami beberapa perubahan dalam waktu singkat. Hingga tahun 2008, pembayaran klaim biaya rumah sakit yang diberikan kepada anggota Askeskin selalu ditangani oleh PT Askes, pembayar pihak ketiga yang dikontrak oleh Departemen Kesehatan untuk mengelola skema tersebut. Pembayaran tersebut dilakukan langsung ke rumah sakit yang mengajukan klaim. Pembayaran kepada penyedia perawatan kesehatan primer lebih berubah-ubah. Selama enam bulan pertama beroperasinya skema tersebut di awal Januari 2005, PT Askes bertanggungjawab untuk membayar biaya kesehatan kepada Puskesmas, dalam beberapa kasus langsung ke rekening bank milik Puskesmas, tetapi lebih sering melalui Kantor Kesehatan Kabupaten. Selama paruh kedua tahun tersebut, Departemen Kesehatan berusaha untuk melakukan pembayaran untuk pelayanan perawatan kesehatan primer, biasanya disampaikan dalam bentuk mobil dan motor. Selama tahun 2006, PT Askes mengambil tanggung jawab untuk pembayaran kepada penyedia perawatan kesehatan primer. Lalu, dari awal tahun 2007, Departemen Kesehatan mengambil kembali fungsi pembayaran kepada seluruh penyedia perawatan kesehatan primer dengan cara transfer langsung ke rekening giro Puskesmas di kantor pos. Akan tetapi, sejak tahun 2008, fungsi klaim pembayaran untuk rumah sakit sekarang ini telah diambilalih kembali oleh Departemen Kesehatan. Keadaan tersebut relatif lebih sederhana dibandingkan dengan keadaan tahun 2006 seperti yang dijelaskan dalam Gambar 3.9.

Gambar 3.9 Aliran anggaran antar pemerintah untuk sektor kesehatan pada tahun 2007⁴⁶



46 Pada tahun 2008, aliran dana Askeskin diubah oleh Departemen Kesehatan yang saat ini membayar rumah sakit secara langsung, sedangkan PT Askes hanya bertanggung jawab untuk mengurus keanggotaan dalam program tersebut.

Tabel 3.4 Ringkasan aliran anggaran antar pemerintah untuk sektor kesehatan

Transfer/	Aliran:	Penggunaan:	Penetapan Sasaran:	Komentar, Jumlah & signifikansi:
DAU	Langsung masuk ke APBD I dan II	Sebagian secara khusus diperuntukkan: gaji dan sisanya digunakan berdasarkan kebijakan di tingkat provinsi/ kabupaten. Secara <i>de facto</i> , keperluan yang utama adalah pembayaran gaji.	Mengatasi ketimpangan horizontal	Sebagian besar anggaran untuk sektor kesehatan berasal dari DAU
Pendapatan bersama	Dari pusat ke APBD I dan II	Masuk ke APBD – tergantung pada kebijakan di tingkat Kabupaten/ provinsi	Mengatasi ketimpangan vertikal	Jumlahnya besar di beberapa provinsi
PAD	Langsung masuk ke APBD I dan II	Tergantung kebijakan di tingkat kabupaten/ provinsi	Tergantung kapasitas daerah yang dapat meningkatkan pendapatan (tarif pada sektor kesehatan merupakan bagian yang signifikan)	Dapat ditingkatkan dengan mengizinkan pajak yang berbeda (jumlahnya besar di tingkat provinsi)
DAK	Langsung masuk ke APBD II	Didefinisikan dalam arti sempit sebagai pembangunan atau rehabilitasi fasilitas layanan utama. Memerlukan iuran yang sesuai sebesar 10 persen dari APBD 2	Mencerminkan prioritas-prioritas nasional, dalam sektor kesehatan, investasi yang ditangguhkan pada fasilitas layanan utama	Kecil (US\$0,30 per kapita/tahun) – pembuat kebijakan di sektor kesehatan- mengusulkan peningkatan dan juga mengizinkan penggunaan ‘operasional’
Dekon	Dari APBN ke APBD I atau rumah sakit– dan untuk kabupaten dari APBD I ke APBD II Sebagian besar Dana dekonsentrasi dikelola oleh Kantor Kesehatan Provinsi, namun sebagian besar keuntungan berupa uang tunai atau dalam bentuk natura sebagian ditransfer ke Kantor Kesehatan Kabupaten	Diperuntukkan bagi pengeluaran non-fisik	Ditujukan pada prioritas nasional	Besar jumlahnya – pembuat kebijakan mengusulkan (kebijakan saat ini bertentangan dengan prinsip desentralisasi)
Tugas Pembantuan	Dari APBN langsung ke rumah sakit atau APBD II (dan kemudian ke Dinas)	Diperuntukkan bagi aset/ infrastruktur fisik	Ditujukan pada prioritas nasional	Sangat kecil
PTT	Langsung ke rekening pribadi anggota karyawan PTT	Gaji dan tunjangan untuk karyawan pada wilayah yang kekurangan tenaga kerja	Wilayah yang kekurangan tenaga kerja	Salah satu dari beberapa instrumen kebijakan adalah untuk memperbaiki ketimpangan daerah dalam penyediaan kepegawaian
Askeskin	Langsung ke rumah sakit atau Puskesmas (yang terakhir melalui Dinas)	Untuk menutupi biaya-biaya yang digunakan untuk menyediakan layanan kesehatan gratis bagi masyarakat miskin	Ditujukan bagi berbagai masalah terkait dengan penerima manfaat	Skema jaminan Non-iuran yang menghadapi peningkatan biaya-biaya yang pesat

Baru-baru ini, beberapa ahli profesi di sektor kesehatan dan ahli desentralisasi anggaran telah menyampaikan argumen mendukung reformasi DAK. Pertama, diusulkan untuk meningkatkan jumlah DAK dalam jumlah yang besar dan mengizinkan penggunaannya untuk tujuan operasional. Akan tetapi, perubahan hukum dibutuhkan untuk perizinan kegunaan operasional DAK tersebut. Kedua, diusulkan untuk mengurangi tingkat pengeluaran dekonsentrasi dan mengubahnya ke dalam bentuk DAK. Banyak yang berpendapat bahwa dalam memajukan desentralisasi anggaran dibutuhkan pengurangan pengeluaran pembangunan di tingkat pemerintah pusat di daerah-daerah melalui pengeluaran dekonsentrasi. Dalam pandangan ini, peningkatan dalam pengeluaran pemerintah pusat saat ini untuk sektor kesehatan melalui pengeluaran dekonsentrasi bertentangan dengan prinsip desentralisasi dan gagasan yang dikemukakan dalam Pasal 108 UU No. 33/2004, yang menyatakan bahwa pengeluaran dekonsentrasi harus berangsur-angsur dikurangi. Pendapat bantahan yang dipaparkan oleh beberapa ahli profesi di sektor kesehatan adalah bahwa banyak pemerintah daerah yang menunjukkan komitmen yang lemah dalam sektor kesehatan secara umum dan khususnya pada layanan kesehatan masyarakat, sehingga hanya pemerintah pusatlah yang bersedia mengeluarkan biaya untuk tujuan-tujuan yang menjamin anggaran minimum yang memadai untuk program-program seperti pengawasan penyakit dan imunisasi. Nampaknya pendapat bantahan ini kuat apabila alternatif untuk pengeluaran dekonsentrasi merupakan DAU yang diperluas, namun menjadi lemah apabila alternatifnya adalah DAK yang diliberalisasi, karena pusat masih menentukan penggunaan dari pembiayaan DAK.

Meskipun perdebatan ini penting dan dinamis, saat ini DAK hanya merupakan bagian kecil dari total pengeluaran sektor kesehatan di tingkat daerah. Rata-rata, DAK untuk sektor kesehatan berjumlah kurang dari 1,0 persen dari total anggaran pemerintah daerah. Meskipun sebagian besar kabupaten menerima hibah,⁴⁷ jumlahnya hanya sekitar Rp2.700 (AS\$0,30) per kapita per tahun. Argumen-argumen yang mendukung peningkatan DAK untuk sektor kesehatan didukung dengan fakta bahwa, dibandingkan dengan sektor-sektor lainnya yang menerima DAK, sektor kesehatan hanya diberikan bagian yang sangat sedikit dari keseluruhan kelompok sumber daya. Sektor pendidikan misalnya, telah mengalami peningkatan DAK sebesar dua kali lipat dari tahun 2004 ke tahun 2005, sebaliknya alokasi hibah untuk sektor kesehatan tetap stabil meskipun ruang anggaran meningkat. (Tabel 3.5).

Tabel 3.5 Alokasi DAK menurut sektor

	Total (Rp milyar) 2005	Per kapita 2004	Per kapita 2005	Jumlah kabupaten yang menerima DAK	Persentase keseluruhan anggaran Pemerintah Daerah
DAK untuk sektor Kesehatan	609	2.094	2.761	324	0,33
DAK untuk sektor Pendidikan	1.205	2.996	5.464	324	0,65
DAK untuk Jalan	878,5	3.851	3.983	325	0,47
DAK untuk irigasi	369,5	1.640	1.675	221	0,20
DAK untuk sektor Perikanan	309	1.402	1.401	296	0,17

Sumber: Bank Dunia, Basis data SIKD, 2004/2005, berdasarkan data dari Departemen Keuangan.

Salah satu isu dari perdebatan ini difokuskan pada masalah efektivitas transfer ini untuk mengurangi ketimpangan pemerataan di semua kabupaten. Oleh karena semua kabupaten menerima DAK, setiap kebijakan yang ditargetkan pada pemerataan harus didasarkan pada tingkat transfer per kapita. Saat ini, nampaknya hibah yang sesuai tidak perlu didasarkan pada faktor pengukur pendapatan rata-rata di kabupaten (seperti perhitungan kemiskinan per kepala, Produk Domestik Regional Bruto per kapita atau pengeluaran rumah tangga per kapita), atau pada kebutuhan yang berkenaan dengan keluaran atau hasil sektor kesehatan (seperti jumlah puskesmas atau jumlah dokter di setiap Puskesmas, bidan-bidan terampil, atau imunisasi).⁴⁸

47 Sebagian besar kabupaten menerima pengeluaran dekonsentrasi atau DAK, hanya 45 kabupaten (dari 400) tidak menerima (baik untuk sektor kesehatan maupun jenis-jenis DAK atau dana dekosentrasi lainnya). Kabupaten-kabupaten tersebut menyebar di 20 provinsi, meliputi hanya 1 kota, sedangkan mayoritas terbesar adalah kabupaten, mungkin kabupaten baru seperti Bener Meriah di Aceh. Sejumlah 69 persen dari 444 kabupaten mendapatkan DAK dan 80 persen dari kabupaten tersebut mendapatkan pembiayaan dekonsentrasi. Tugas Pembantuan tidak dapat dilihat dengan jelas pada tahun 2004, namun pembiayaan Tugas Pembantuan pada tahun 2005 hampir tidak signifikan (kurang dari 1 persen dari total pengeluaran).

48 Lihat Lampiran L untuk diagram hambur yang mengilustrasikan beberapa penemuan tersebut.



Pendapatan Asli Pemerintah Daerah mencakup pajak daerah, tetapi juga biaya pengguna dari layanan dan biaya kesehatan. Namun demikian, yang terakhir hanya merupakan bagian yang terbatas di tingkat provinsi. Pajak untuk listrik, dan hotel dan juga restoran adalah sebesar 75 persen dari pendapatan pajak tingkat kabupaten. Biaya pengguna yang paling signifikan adalah untuk layanan kesehatan, diikuti dengan bea dan izin bangunan atas penggunaan aset-aset publik.⁴⁹ Meskipun biaya untuk layanan kesehatan jauh lebih tinggi, sebagian besar biaya pengguna yang dikembalikan ke pemerintah daerah sebagai retribusi untuk layanan kesehatan berasal dari Puskesmas, dikarenakan tingkat penggunaan puskesmas yang lebih tinggi. Pendapatan asli daerah

lainnya bersumber dari Badan Usaha Milik Daerah dan pendapatan bunga atas saldo yang tidak digunakan. Berapa banyak biaya pengguna untuk sektor kesehatan yang disimpan oleh, atau kembali ke Puskesmas atau kantor kesehatan tingkat kabupaten bergantung pada peraturan daerah, yang bervariasi dari tempat yang satu dan tempat yang lainnya, dan memiliki sumber pembayaran yang berbeda (masyarakat umum, Askeskin dan Askes untuk pegawai negeri).

3.5. Perencanaan, Penganggaran, dan Manajemen Keuangan di Sektor Kesehatan

Indikator realisasi anggaran menunjukkan kebutuhan akan adanya perbaikan kinerja anggaran di sektor kesehatan. Pengeluaran sesungguhnya telah terus-menerus menyimpang dari rencana, dan subsidi melalui Askeskin, serta transfer hingga ke daerah-daerah melalui mekanisme dekonsentrasi terlambat dikeluarkan. Trend ini diamati di semua tingkat pemerintahan, khususnya karena pengeluaran modal/pembangunan cenderung lebih kecil dari yang pertama kali dianggarkan. Trend jangka panjang mulai tampak sekarang bahwa pengeluaran selalu dimulai perlahan dan melaju menjelang akhir tahun (World Bank, 2007c). Pola pembiayaan ini merupakan alasan kekhawatiran karena pelaksanaan proyek terganggu dengan siklus anggaran yang buruk. Pelaksanaan proyek terlambat dimulai dan, dalam hal proyek bertahun-tahun, terganggu pada awal setiap tahun.

Pada tahun 2006, 73 persen dari alokasi anggaran Departemen Kesehatan telah dipergunakan. Hal ini tidak jauh berbeda dengan tingkat realisasi pada tahun 2001/2 (WHO-PHER, 2004), ketika pemerintah pusat mengadakan pengeluaran sekitar 75 persen. Secara khusus, pengeluaran operasional untuk barang-barang dan layanan konsultan kinerjanya buruk berkenaan dengan pengeluaran sesungguhnya. Dalam hal analisis klasifikasi ekonomi berikut, kategori pekerjaan sipil hanya menunjukkan setengah dari anggaran yang dikeluarkan (Tabel 3.8). Bantuan sosial nampaknya menunjukkan kinerja paling baik dalam menggunakan anggaran yang dialokasikan. Hal ini agak menyesatkan karena dana tersebut dianggap teralokasi pada saat ditransfer ke kantor pos, dan selanjutnya akan tersimpan dalam rekening kantor pos untuk beberapa waktu sebelum benar-benar digunakan.

Secara umum, tingkat pengeluaran yang rendah dapat dijelaskan dengan ketersediaan dana yang terlambat dan kekakuan dalam mengalokasi ulang sumber-sumber daya antara kegiatan pelaksanaan yang lemah dan yang memiliki kinerja yang lebih baik. Mengingat peningkatan yang besar sumber daya untuk bidang kesehatan, sistem manajemen keuangan pun menjadi lebih penting untuk menjamin kualitas dan efektivitas pengeluaran. Saat ini, penganggaran di sektor kesehatan Indonesia dan sistem pelaksanaan memiliki ruang yang besar untuk perbaikan dan modernisasi.⁵⁰ Kajian Pengeluaran Publik tahun 2007 melaporkan bahwa meskipun Indonesia telah memperoleh kemajuan dalam menyusun kerangka kerja yang bijaksana dan sah untuk mengelola keuangan masyarakatnya, masih tetap ada masalah yang signifikan dan masalah-masalah tersebut juga ada pada sistem pengeluaran sektor kesehatan.

49 Lihat Lampiran M untuk angka-angka yang lebih terperinci pada komposisi pendapatan asli daerah di tingkat kabupaten dan provinsi pada tahun 2004.

50 World Bank, 2007c, memberikan deskripsi proses anggaran yang rinci di Bab 6.

Misalkan, berkenaan dengan realisasi anggaran, pengeluaran pemerintah pusat terus menerus telah menyimpang dari rencana awal dan menyulitkan perencanaan.

Pengeluaran dimulai perlahan pada tahun anggaran dan untuk lima tahun yang lalu, Indonesia telah mengeluarkan 50 persen dari total pengeluaran modalnya selama 3 bulan terakhir pada tahun tersebut (World Bank, 2007c). Pola pengeluaran yang demikian merupakan persoalan utama dalam pelaksanaan proyek, termasuk pada sektor kesehatan. Pelaksanaan proyek tidak hanya terlambat, tetapi juga terganggu pada awal tahun untuk menunggu dicairkannya dikeluarkan. Persiapan anggaran yang lemah dan pengabaian menyebabkan adanya revisi pada pertengahan tahun yang mengurangi kredibilitas dari anggaran yang disetujui. Penyaluran anggaran yang kaku ditujukan untuk memastikan bahwa anggaran sesuai dengan prioritas politik, namun menyisakan fleksibilitas yang sangat sedikit untuk penyesuaian dalam komposisi masukan. Realokasi dari kegiatan-kegiatan yang kinerjanya buruk ke kegiatan-kegiatan dengan kinerja yang baik hampir tidak dapat diwujudkan karena lamanya proses persetujuan yang melibatkan parlemen (DPR). Meskipun gagasannya adalah untuk bergerak menuju penganggaran berdasarkan kinerja, sejauh ini hanya ada dampak terbatas pada keputusan alokatif dari integrasi perencanaan dan pelaksanaan anggaran. Keputusan tersebut terus didorong oleh komposisi masukan dari anggaran dan bukan oleh program pengeluaran dan prioritasnya terkait.

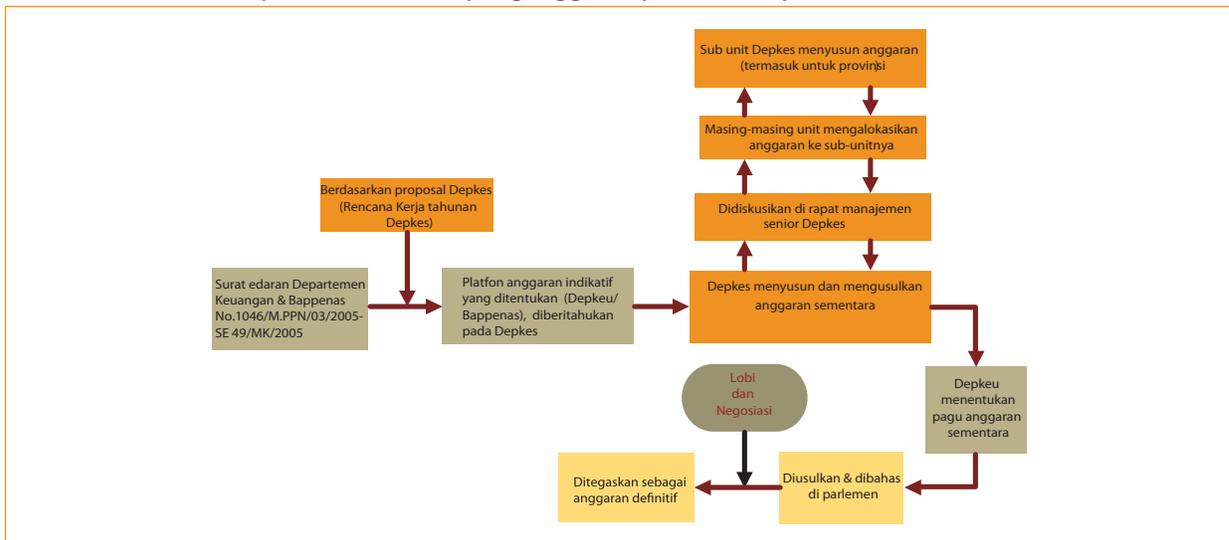
Kotak 3.1 Kekakuan dalam proses anggaran: suatu contoh pelaksanaan proyek kesehatan di tingkat kabupaten

Pada tahun 2003, Pemerintah Indonesia meminjam sekitar US\$105 juta untuk membiayai Proyek Angkatan Kerja Dan Layanan di Sektor Kesehatan. Proyek tersebut mendukung reformasi sektor kesehatan di Jambi, Sumatera Barat, Kalimantan Timur dan Kalimantan Barat, yang melibatkan sekitar 50 kabupaten di empat provinsi. Proyek dinyatakan efektif pada tanggal 31 Desember 2003. Akan tetapi, pada tanggal 31 Desember 2007, pada saat proyek telah berjalan aktif selama empat tahun, pembiayaan untuk proyek hanya tersedia untuk pembiayaan kabupaten untuk 25 bulan sebelumnya. Selama beberapa tahun pertama, hambatan utama untuk mencairkan biaya proyek adalah pengaturan penyaluran dana yang kompleks berdasarkan perjanjian hibah di antara tingkat pusat dan kabupaten, yang mengharuskan adanya keterlibatan parlemen di tingkat Kabupaten. Lebih banyak keterlambatan disebabkan oleh pengeluaran dokumen anggaran yang terlambat karena proses penganggaran pemerintah sering mengalami perubahan. Pada tahun 2007, keputusan Departemen Keuangan untuk memotong anggaran bagi perjalanan pegawai disusul oleh revisi dokumen anggaran yang panjang dan memakan waktu. Meskipun tinggal tersisa satu tahun untuk jangka waktu pelaksanaan proyek yang telah disetujui selama 5 tahun, pengeluaran untuk proyek tersebut tetap hanya berkisar 45 persen.

Oleh karena perencanaan dan penganggaran merupakan proses politik, tidak hanya teknokratik, hal ini akan menghasilkan kebijakan dan alokasi anggaran yang kurang optimal. Misalnya dalam sektor kesehatan, beberapa program yang dikenal sedikit mengeluarkan biaya namun efektif lebih disukai karena program-program tersebut lebih banyak menghasilkan keluaran yang nyata. Selain itu, pertimbangan rencana kerja dan anggaran sektoral oleh parlemen terkadang diperpanjang dengan rincian-rincian pelaksanaan, seperti bagaimana dan di mana fasilitas layanan masyarakat sebaiknya dibangun, sehingga mengacaukan rencana kerja yang telah dibuat berdasarkan fakta yang logis. Untuk memastikan bahwa kebijakan dan proses penganggaran mencapai hasil yang dimaksudkan, pemerintah dan parlemen dapat mempertimbangkan hal-hal berikut; (i) merujuk pada dokumen Rencana Kerja Pemerintah yang telah disetujui yang menunjukkan prioritas dan kegiatan sektoral, (ii) Dengan terwujudnya penganggaran berbasis kinerja menjadi realitas di Indonesia, kementerian bidang khusus dan, dengan tingkat yang lebih kecil, Departemen Keuangan dan Bappenas, harus diberikan wewenang untuk menetapkan prioritas dan merancang kegiatan and (iii) membatasi peranan parlemen untuk penyediaan masukan umum dan pedoman selama pertimbangan anggaran dan rencana kerja pemerintah.

Diagram di bawah ini memberikan gambaran umum dari proses perencanaan dan penganggaran tingkat pusat untuk sektor kesehatan.

Gambar 3.10 Siklus perencanaan dan penganggaran pemerintah pusat untuk sektor kesehatan



Sumber: Atmawikarta, A., 2008, dan Marhaeni, D., 2008.

3.6. Pengeluaran berdasarkan Klasifikasi Anggaran

Pada tahun 2005, memberlakukan sistem penganggaran terpadu dan klasifikasi tradisional “rutin” dan “pembangunan” yang telah digunakan sampai akhirnya ditinggalkan. Malahan, anggaran yang baru membedakan antara: (i) pengeluaran berdasarkan kewenangan (*discretionary spending*) (sama dengan yang sebelumnya disebut “pembangunan”; (ii) pengeluaran yang tidak berdasarkan kewenangan (*non-discretionary spending*) (bagian dari apa yang dulu dilabelkan “rutin”; dan (iii) klasifikasi ekonomi yang mencakup sub-klasifikasi berikut: kepegawaian, material, bantuan sosial dan modal, semuanya dulu disebut dengan “rutin”. Namun demikian, untuk konsistensi, laporan ini dilanjutkan untuk menghitung pengeluaran pembangunan pada tahun 2005-07.

Pengeluaran pembangunan⁵¹ didefinisikan sebagai “pengeluaran negara yang ditujukan untuk membiayai proyek pembangunan untuk mencapai tujuan-tujuan pembangunan nasional, baik material maupun non-material” (UU No. 2/2000 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, atau APBN). Akan tetapi, definisi tersebut tidak menyingkap sifat dasar pembagian yang ada di antara anggaran rutin dan pembangunan untuk sektor kesehatan. Pembagian ini tidak serupa dengan pembedaan biasa antara anggaran berulang dan modal. Anggaran rutin hanya mencakup mata anggaran yang berulang, terutama gaji dan tunjangan, namun tidak mencakup semua pengeluaran berulang. Bagian pengeluaran yang besar pada obat-obatan, vaksin, perjalanan, dan biaya operasional lainnya dimasukkan dalam anggaran pembangunan, beserta pembelian modal yang lebih konvensional.⁵² Namun demikian, lebih bermanfaat untuk memikirkan anggaran rutin sebagai salah satu yang membiayai kapasitas dasar yang tersedia, sedangkan anggaran pembangunan membiayai sarana untuk menggerakkan kapasitas tersebut dalam memberikan layanan.

51 Anggaran pembangunan dihapus dan anggaran baru untuk pengeluaran kapital diperkenalkan tahun 2004 untuk pemerintah pusat dan tahun 2005 untuk pemerintah daerah. Pengeluaran kapital sudah efektif sejak tahun 2005, sesuai dengan UU No.17/2003 tentang keuangan publik. Kategori ini didefinisikan sebagai pengeluaran yang meliputi pembayaran untuk pembelian atau produksi barang-barang yang bisa bertahan lebih dari 1 tahun yang bisa digunakan untuk tujuan yang produktif, misalnya jembatan, jalan, bangunan sekolah, klinik kesehatan, dll.

52 Pemetaan anggaran pada tahun 2004 dari sistem sebelumnya ke sistem terpadu mengungkapkan bahwa pengeluaran modal adalah sebesar sekitar 56 persen dari jumlah yang dilaporkan sebelumnya sebagai pengeluaran pembangunan, sedangkan sisanya diklasifikasi ulang di antara beberapa golongan pengeluaran rutin dan bantuan sosial. Sebagaimana disajikan dengan jelas pada Tabel 3.6, sebagian besar pekerjaan yang sedang berlangsung tinggal diselesaikan untuk memasukkan data untuk tahun-tahun setelah tahun 2004, sebelum analisis lanjutan dapat dilakukan.

Tabel 3.6 Ringkasan pengeluaran kesehatan masyarakat di tingkat pemerintah dan klasifikasi ekonomis dan fungsional

Pengeluaran	Jumlah (Rp Milyar)	Tahun	% total pengeluaran
Pusat*	12.189	2006	39
Provinsi**	5.100	2006	16
Kabupaten**	13.900	2006	45
Jumlah Total nasional tahun 2005	31.189	2006	100
Klasifikasi Anggaran	Tingkat Nasional	2004 (data paling akhir yang tersedia)	
Pembangunan	9.9	2004	60
Rutin	6.8	2004	40
Jumlah Total nasional tahun 2004	16.7	2004	100
Klasifikasi Ekonomi ***	Tingkat Pusat	2006	
Pengeluaran kepegawaian	1.528	2006	14
Barang-barang dan Konsultan	3.069	2006	28
Investasi/modal	3.076	2006	28
Bantuan sosial	3.344	2006	30
Jumlah Total pusat tahun 2006	11017	2006	100
Klasifikasi fungsional	Hanya pada tingkat Pusat	2006	
Persediaan obat-obatan dan medis	597	2006	5
Layanan kesehatan pribadi	3.970	2006	36
Kesehatan Masyarakat	3.834	2006	35
Lain-lain (eksekutif, penelitian, sektor kesehatan lainnya, pendidikan)	2.697	2006	24
Jumlah Total pusat tahun	11.017	2006	100

Sumber: Data digabung dari: basis data SIKD Bank Dunia (berdasarkan data dari Departemen keuangan); Biro Perencanaan, Departemen Kesehatan.

Catatan: * Alokasi; ** angka estimasi; *** untuk klasifikasi ekonomi daerah lihat Bagian 3.4.

Peningkatan dalam belanja publik secara umum saat ini di sektor kesehatan telah didorong secara eksklusif dengan pengeluaran pembangunan. Pengeluaran pembangunan melaju setelah tahun 2001 (dalam jumlah yang nyata, pengeluaran tersebut meningkat hampir dua kali lipat dari tahun 2002 hingga tahun 2003, dan berkenaan dengan bagian, ada peningkatan tahunan sekitar 15 persen sepanjang tahun 2004, yang tetap terjadi hingga tahun 2004), sedangkan pengeluaran rutin pada dasarnya tetap sama dalam jumlah yang nyata; penurunan yang kecil di tingkat pusat dan provinsi diimbangi dengan peningkatan di tingkat kabupaten, dan pengeluaran rutin bahkan berkurang dalam hal bagian pengeluaran per tingkat (Tabel 3.7).

Peningkatan pengeluaran pembangunan di tingkat kabupaten setelah tahun 2001 mungkin merupakan akibat dari desentralisasi. Hal ini mencerminkan perubahan yang menyebabkan sebagian besar fungsi untuk layanan kesehatan menjadi tanggung jawab pemerintah tingkat daerah. Peningkatan pengeluaran pembangunan di tingkat pemerintah ini mungkin diakibatkan oleh peningkatan pembelian dan pengadaan yang dilakukan kabupaten setelah desentralisasi.⁵³ Selain itu, pemberlakuan hibah DAK, yang diperuntukkan bagi infrastruktur, meningkatkan pengeluaran pembangunan dalam jumlah yang nyata, serta bersifat relatif terhadap pada pengeluaran kepegawaian. Namun demikian, setelah tahun 2004, trend ini tampaknya berbalik, dengan pemerintah pusat sekali lagi memegang peranan yang besar dalam hal pengeluaran pembangunan. Peningkatan dalam pengeluaran pusat tersebut sebagiannya dapat dijelaskan dengan pengeluaran melalui pemberlakuan program Askeskin saat ini.

53 Trend ini diamati di Negara-negara Asia Timur lainnya dengan yang juga memiliki penyediaan layanan kesehatan yang terdesentralisasi. Lihat informasi yang lebih lanjut di Lieberman dkk., 2005, hlm.155-179).

Tabel 3.7 Tingkat dan bagian pengeluaran di sektor kesehatan di tingkat pemerintahan yang berbeda
Trilyun rupiah

	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008*	
	Rp trn	%	Rp trn	%	Rp trn	%	Rp trn	%	Rp trn	%						
Pusat	3.1	34	2.9	26	5.8	36	5.6	34	5.8	31	12.2	39	17.5	45	16.8	42
Pembangunan	2.3	74	2.4	84	5.3	92	5	89	-	-	-	-	-	-	-	-
Rutin	0.8	26	0.5	16	0.5	8	0.6	11	-	-	-	-	-	-	-	-
Provinsi	1.7	19	2.4	22	2.8	18	3.0	18	3.3	17	5.1	16	5.6	14	5.9	15
Pembangunan	0.6	33	0.9	39	1.5	52	1.8	60	1.8	54	-	-	-	-	-	-
Rutin	1.2	67	1.4	61	1.4	48	1.2	40	1.5	46	-	-	-	-	-	-
Kabupaten	4.4	47	5.7	52	7.5	47	8.1	48	9.9	52	13.9	45	15.9	41	17.0	43
Pembangunan	1.2	28	1.5	26	2.9	39	3.1	38	4.0	40	-	-	-	-	-	-
Rutin	3.2	72	4.2	74	4.6	61	5	62	6.0	60	-	-	-	-	-	-
Total Pengeluaran Nasional **	9.3	100	11	100	16	100	17	100	19.1	100	31.2	100	39.0	100	39.7	100
Total Pembangunan	4.1	44	4.8	44	9.7	61	9.9	59	5.8	30						
Total Rutin	5.2	56	6.1	56	6.5	39	6.8	42	7.5	39						

Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan data dari Departemen Keuangan.

Catatan: * pengeluaran di tingkat Provinsi dan Kabupaten berdasarkan transfer dan pendapatan dan diperkirakan atas dasar tahun-tahun sebelumnya.

3.7. Klasifikasi Ekonomi Pengeluaran

Pengeluaran Pemerintah Pusat dapat diklasifikasikan berdasarkan sifat dasar pengeluaran tersebut ke dalam kategori pemerintah Indonesia saat ini untuk klasifikasi ekonomi yang menggunakan 4 bidang utama. Bidang-bidang tersebut adalah kepegawaian, barang dan konsultan, modal atau investasi dan bantuan sosial, sebagaimana ditunjukkan pada Tabel 3.8.⁵⁴ Pada saat menilai komposisi pengeluaran pemerintah pusat di sektor kesehatan menurut kelompok-kelompok tersebut, tampak jelas bahwa sedikit kurang dari seperlima pengeluaran pusat ditujukan pada biaya yang terkait dengan kepegawaian (pegawai dan konsultan). Hal ini jauh lebih rendah daripada yang ditunjukkan di banyak negara lainnya. Data sebelumnya tidak ada yang dapat diandalkan untuk melakukan analisis trend. Akan tetapi, bagian yang kecil dapat dijelaskan dengan adanya bantuan sosial yang besar. Mengeluarkan bantuan sosial dari perhitungan akan meningkatkan bagian kepegawaian hingga 20 persen, tetap dalam taraf yang rendah. Pada kenyataannya, pengeluaran non-operasional merupakan dua pertiga dari gaji pegawai negeri dan dokter PTT.

Lebih dari 11 persen dari total anggaran pemerintah pusat di sektor kesehatan dikeluarkan untuk biaya perjalanan dan hanya 1 persen untuk pemeliharaan. Investasi untuk peralatan merupakan kategori pengeluaran terbesar, yakni sebesar 16 persen dari keseluruhan, dan pekerjaan sipil dan pengeluaran operasional masing-masing sebesar 6 persen dari total pengeluaran.

54 Total pengeluaran untuk tingkat pemerintah ini sedikit lebih tinggi daripada angka-angka yang diberikan sebelumnya karena angka-angka dari Departemen Kesehatan ini digunakan bertentangan dengan Departemen Keuangan dan ini mencakup pengeluaran terhadap program bantuan tunai pemerintah saat ini yang difokuskan untuk memberikan layanan kesehatan gratis untuk masyarakat miskin, Askeskin.

Tabel 3.8 Pengeluaran pemerintah pusat: klasifikasi ekonomi, tahun 2006

Jenis Pengeluaran	2006			
	Alokasi (Rp Milyar)	Realisasi (Rp Milyar)	Perbedaan A/R (%)	% bagian dari realisasi
Pengeluaran bidang kepegawain	1.920	1.528	80	14
Gaji dan Tunjangan untuk pegawai sipil	781	624	80	6
Gaji dan tunjangan untuk militer/polisi	0	0		0
Gaji untuk dokter PTT	786	621	79	6
Gaji dan tunjangan untuk pejabat tinggi	6	5	86	0
Honorarium	340	273	80	2
Pembayaran lembur	4	3	73	0
Bentuk khusus dari honoraria (<i>belanja vakasi</i>)	3	2	62	0
Pegawai sementara	0	0	4	0
Pengeluaran untuk barang dan konsultan	4.679	3.069	66	28
Pengeluaran operasional*	1.352	645	48	6
Pengeluaran Non-operasional **	1.108	834	75	8
Layanan konsultan	756	322	43	3
Pemeliharaan	114	93	82	1
Perjalanan	1.349	1.175	87	11
Investasi/pengeluaran modal	4.706	3.076	65	28
Investasi tanah	724	620	86	6
Peralatan dan mesin	2.699	1.778	66	16
Pekerja sipil	1.282	678	53	6
Bantuan sosial	3.847	3.344	87	30
Program subsidi bahan bakar	2.831	2.758	97	25
Dana hibah untuk pendidikan***	472	128	27	0
Hibah kecil untuk institusi daerah	2	0	15	0
Beasiswa	116	48	41	0
Bantuan sosial lainnya (penanggulangan bencana dan	553	503	91	5
Total	15.152	11.017	73	100

Sumber: Departemen Kesehatan, Biro perencanaan, 2007.

Catatan: * pengeluaran operasional mencakup biaya operasional kantor meliputi pembelian alat-alat dan perlengkapan kantor, dsb. ** Pembiayaan Non-operasional mencakup pengeluaran program untuk membiayai pelatihan, lokakarya, obat-obatan, vaksin, bahan cetak, dsb. *** Dana hibah untuk pendidikan merupakan dana untuk membiayai kebutuhan pendidikan dari karyawan tertentu. Misalkan, pelatihan tenaga ahli.

Sejak tahun 2005, bagian pengeluaran pemerintah yang besar dialokasikan bagi kategori bantuan sosial, yang mencakup pembiayaan untuk program Askeskin. Tabel 3.9 dari PT Askes, agen pelaksana program Askeskin, menunjukkan perincian pengeluaran untuk Askeskin pada tahun 2006.⁵⁵

55 Data terperinci tentang program tidak diperoleh dari Departemen Kesehatan.

Tabel 3.9 Pengeluaran program Askeskin 2006

Unit	Kategori Pengeluaran	Jumlah (Rp milyar)	Persentase (%)
Puskesmas	Sub-total	750	26
	Rawat Inap	30	1
	Rawat Jalan	720	25
Rumah Sakit	Sub-total	1.433	50
	Rawat Inap	1.424	49
	Rawat Jalan	9,5	0,5
Perawatan Kehamilan		61	2
Obat-obatan	Sub-total	653	23
	Rawat Inap	538	19
	Rawat Jalan	115	4
Jumlah		2.896	100

Sumber: PT Askes, 2006.

Sampai dengan akhir tahun 2006, jumlah pengeluaran program⁵⁶ kurang lebih sebesar Rp 2,9 trilyun, yang mencapai sekitar 22 persen dari anggaran pemerintah pusat untuk sektor kesehatan. Angka tersebut diperkirakan akan meningkat sejalan dengan berkembangnya program. Sebagian besar dari dana tersebut dihabiskan untuk penyediaan layanan rawat inap dan rawat jalan, meskipun sedikit di bawah seperempat dari dana tersebut dihabiskan juga untuk pengobatan di tingkat rumah sakit. Sebagai persentase dari pengeluaran, pembayaran kembali kepada rumah sakit merupakan bagian terbesar, sebagian besar untuk layanan rawat inap, sedangkan seperempat dari program dihabiskan untuk transfer langsung ke Puskesmas, sebagian besar untuk layanan rawat jalan (Tabel 3.9).⁵⁷ Lampiran S menguraikan secara terperinci karakteristik program-program tersebut dan program asuransi kesehatan Indonesia lainnya yang disebutkan di atas.

Sebagian besar dari dana dekonsentrasi dihabiskan untuk pemberian layanan, sedangkan dana-dana Tugas Pembantuan dihabiskan untuk aset fisik. Departemen Kesehatan juga memberikan perincian lain tentang pengeluaran-pengeluarannya, yang mengkombinasikan keempat bagian utama dari klasifikasi ekonomi dengan suatu pemisahan empat kali lipat berdasarkan fungsi-fungsi utama (Tabel 3.10). Dua fungsi yang pertama secara garis besar merupakan fungsi-fungsi pusat,⁵⁸ sedangkan dua fungsi lainnya pada hakekatnya merupakan fungsi-fungsi daerah, untuk mana pemerintah pusat memberikan sumber daya tambahan dalam bentuk dana dekonsentrasi dan dana Tugas Pembantuan. Transfer-transfer tersebut tidak tercantum dalam APBD, namun disalurkan melalui Dinas Kesehatan Tingkat Propinsi dan Kabupaten/Kota kepada program-program atau langsung ke rumah-rumah sakit dalam hal Tugas Pembantuan, dan dialokasikan untuk mengatasi prioritas-prioritas nasional di bidang kesehatan.

Perincian tersebut menunjukkan bahwa di antara dana-dana yang dikhususkan untuk fungsi-fungsi pemerintah pusat, hampir setengahnya terdiri dari apa yang disebut sebagai dana bantuan sosial, yang dalam hal ini sebagian besar mencakup penyaluran dana Askeskin. Agak menyesatkan apabila pengeluaran tersebut dianggap sebagai pengeluaran pemerintah pusat, karena sebagian besar dana tersebut dihabiskan di daerah. Di tingkat dinas-dinas vertikal Departemen Kesehatan, hampir setengah dari dana tersebut digunakan untuk pengeluaran-pengeluaran yang terkait dengan pegawai atau konsultasi, sedangkan sisanya cenderung dihabiskan untuk investasi. Mengingat persentase kategori ini secara keseluruhan relatif kecil — hanya sekitar 16 persen dari jumlah seluruhnya — pengeluaran investasi yang besar tersebut, dalam prakteknya, bersifat terbatas dan sebagian besar menyangkut perawatan gedung dan perbaikan rumah sakit yang berada di bawah pengelolaan pemerintah pusat, pihak-pihak

56 Pengeluaran-pengeluaran tersebut tidak termasuk belanja untuk pengelolaan dan pengawasan program yang sampai saat ini mencapai sekitar 5 persen dari jumlah anggaran program.

57 Sayangnya, tidak mungkin untuk melakukan penilaian penuh terhadap pengeluaran karena kurangnya data tentang trend. Alokasi-alokasi yang dicantumkan dalam Tabel 3.10 memperlihatkan beberapa persentase alokasi yang tidak diduga sehingga sangat disarankan untuk melakukan penelitian lebih lanjut ini karena hanya dengan demikian implikasi perubahan-perubahan dalam alokasi antar kategori dapat dilihat dan akibat-akibat dari efisiensi dan kualitas dapat diatasi.

58 Sehubungan dengan pengeluaran-pengeluaran yang timbul di kantor-kantor pusat yang di tempatkan daerah, dana-dana tersebut dihabiskan untuk fungsi-fungsi pokok, seperti rumah sakit, pihak-pihak yang berwenang di bidang kesehatan pelabuhan, pusat-pusat pelatihan (Bapelkes), klinik-klinik khusus.

yang berwenang di bidang kesehatan pelabuhan, atau pusat-pusat pelatihan (Bapelkes). Klasifikasi dana dekonsentrasi menunjukkan adanya suatu pencampuran antara jenis-jenis pengeluarannya, di mana sejumlah besar dihabiskan untuk barang-barang dan sebagian yang cukup besar dipergunakan untuk investasi. Pengeluaran Tugas Pembantuan hanya merupakan persentase yang sangat kecil dari anggaran pemerintah pusat dan sebagian besar dihabiskan untuk investasi sebagaimana yang diamanatkan untuk aliran dana tersebut (Tabel 3.10).

Tabel 3.10 Klasifikasi ekonomi pemerintah pusat berdasarkan transfer/unit-unit pemerintahan

	Alokasi (Rp. milyar)	Realisasi (Rp. milyar)	Perbedaan A/R (%)	% Realisasi
Pemerintah Pusat	8.047	6.431	80	58 (100)
Pegawai	1.150	810	70	13
Barang dan Konsultan	2.298	1.450	63	23
Investasi	1.357	1.034	76	16
Bantuan Sosial	3.242	3.137	97	49
Kantor Pemerintah Pusat di daerah (dinas vertikal)	2.059	1.741	85	16 (100)
Pegawai	615	554	90	32
Barang dan Konsultan	498	416	83	24
Investasi	935	761	81	44
Bantuan Sosial	11	10	94	1
Dekonsentrasi	3.531	2.420	69	22 (100)
Pegawai	129	160	124	7
Barang dan Konsultan	1.804	1.176	65	49
Investasi	1.043	889	85	37
Bantuan Sosial	555	195	35	8
Tugas Pembantuan	1.514	426	28	4 (100)
Pegawai	25	3	13	1
Barang dan Konsultan	79	28	35	7
Investasi	1.371	393	29	92
Bantuan Sosial	39	2	4	0
Jumlah	15.152	11.017	73	100

Sumber: Departemen Kesehatan, Biro Perencanaan, 2007.

Pemerintah-pemerintah daerah menghabiskan bagian terbesar dari alokasi anggarannya untuk sektor kesehatan untuk pengeluaran rutin dan di antara pengeluaran rutin tersebut, pengeluaran yang terbesar adalah untuk pegawai. Pada tahun 2005, 64 persen dari pengeluaran di tingkat propinsi dan 81 persen di tingkat kabupaten adalah untuk pegawai. Setelah pegawai, sisa dana dialokasikan terutama untuk belanja barang. Tabel 3.11 memperlihatkan trend antara tahun 2002 sampai dengan tahun 2005 dan Gambar 3.11 menggambarkan persentasenya.

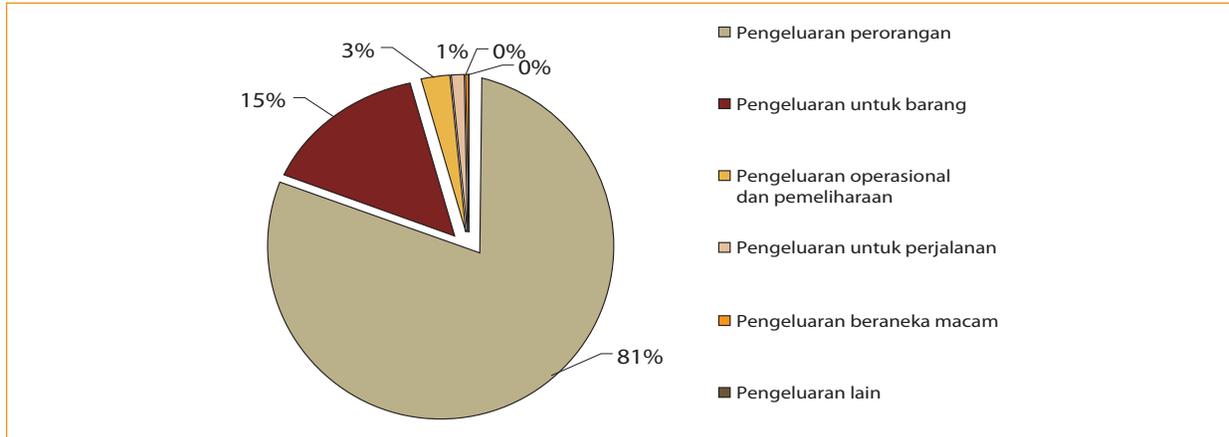
Tabel 3.11 Distribusi pengeluaran rutin pemerintah daerah, tahun 2002-05

Rp milyar

	Kabupaten								Provinsi							
	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%
Pegawai	3.182	70	3.850	79	4.081	82	4.852	81	847	52	887	61	818	66	876	64
Barang	779	17	640	13	683	14	882	15	515	31	334	23	353	28	418	30
Operasional dan Perawatan	119	3	116	2	115	2	152	3	62	4	64	4	59	5	68	5
Perjalanan	28	1	47	1	49	1	70	1	8	1	12	1	14	1	17	1
Lain-lain	421	9	215	4	56	1	14	0	207	13	147	10	5	0	0	0
Jumlah																
pengeluaran rutin	4.258	100	4.869	100	4.984	100	5.970	100	1.639	100	1.444	100	1.248	100	1.380	100

Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan data dari Departemen Keuangan.

Catatan: Pada harga konstan tahun 2004.

Gambar 3.11 Tingkat pengeluaran rutin sektor kesehatan di tingkat kabupaten/kota, tahun 2006

Sumber: Bank Dunia, Database SIKD, berdasarkan data dari Departemen Keuangan.

Baik pemerintah propinsi maupun kabupaten/kota tidak mengalokasikan dana yang besar untuk pengeluaran-pengeluaran operasional dan pemeliharaan. Pengeluaran untuk barang telah menurun baik secara persentase maupun nilai nominal seiring dengan berjalannya waktu: pengeluaran kabupaten/kota untuk barang turun sebesar 12 persen sedangkan pengeluaran propinsi untuk barang turun hampir sepertiganya. Hal tersebut dapat menjelaskan sebagian masalah yang dihadapi oleh tenaga kesehatan dalam menjalankan tanggung jawab pengawasannya secara memadai dan rendahnya tingkat pemeliharaan. Akan tetapi, anggaran pembangunan juga meliputi pengeluaran-pengeluaran operasional dan pemeliharaan sampai tahun 2005 yang mungkin dapat menjelaskan jumlah-jumlah yang kecil dalam anggaran rutin.

Tabel 3.12 Klasifikasi ekonomi – tingkat dinas/rumah sakit

Institusi:	Kategori/ Jenis	Persentase Rata-Rata anggaran tiap jenis
Dinas Kesehatan tingkat Kabupaten	Obat-obatan dan Vaksin	24,4
	Alat-alat Kesehatan	7,2
	Upah dan Insentif	54,6
	Gedung – Investasi	10,4
	Kendaraan –Transportasi	3,9
	Operasional Puskesmas	4,9
Rumah sakit	Obat-obatan dan Vaksin	11,0
	Alat-alat Kesehatan	21,9
	Upah dan Insentif	36,0
	Gedung – Investasi	9,0
	Operasional Rumah Sakit	23,5

Sumber: DHA Tertentu (2003-06).

Catatan: Data dari 10 kabupaten yang berbeda di dua provinsi.

Secara khusus, dana operasional untuk Puskesmas jumlahnya kecil, sekitar 5 persen. Trend ini terbukti benar apabila kita melihat contoh pengeluaran di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (termasuk Puskesmas) dan tingkat pengeluaran rumah sakit. Akan tetapi, rumah sakit menghabiskan sedikit lebih banyak, yaitu sekitar seperempat dari anggaran mereka.

Pemerintah-pemerintah daerah mempunyai ruang lingkup yang sangat terbatas untuk membuat keputusan mengenai pengeluaran berdasarkan kebutuhan-kebutuhan daerah. Di tingkat kabupaten/kota, persentase pengeluaran pegawai yang sangat tinggi yang tidak berdasarkan kebijakan menegaskan kembali hal ini. Sejumlah pemerintah daerah telah menganalisis pengeluaran mereka dan mengusulkan peningkatan efisiensi dengan

meysusun kembali struktur pegawainya.⁵⁹ Akan tetapi, hal tersebut nampaknya akan menyebabkan kerugian besar dalam alokasi hibah pemerintah pusat karena variabel utama yang menentukan dana perimbangan (khususnya DAU) adalah tagihan upah daerah. Dengan mengurangi pegawai, seluruh alokasi daerah akan dikurangi. Sehingga, selain diskresi yang kecil dalam mengalokasikan dana, insentif untuk menjadi lebih efisien pun tidak ada.

3.8. Klasifikasi Fungsional Pengeluaran

Dari sisi alokasi fungsional terhadap pengeluaran kesehatan, program-program yang mendominasi anggaran pemerintah pusat adalah program-program ‘kesehatan masyarakat’ dan ‘kesehatan individual’. Kategori-kategori tersebut meliputi program-program kesehatan utama pemerintah tetapi informasi yang tersedia mengenai program-program tersebut terbatas. Secara umum, tampaknya program ‘kesehatan masyarakat’ difokuskan pada penyediaan pusat-pusat kesehatan masyarakat dan jaringannya, termasuk pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas), pusat-pusat kesehatan masyarakat bergerak dan bidan desa, sedangkan ‘program kesehatan individual’ difokuskan pada penyediaan perawatan rumah sakit pada khususnya. Program ‘kesehatan masyarakat’ juga meliputi imunisasi, program-program kesehatan lingkungan dan kegiatan-kegiatan kesehatan masyarakat tradisional lainnya. Dua kategori utama tersebut secara bersama-sama mencapai besaran sekitar 70 persen dari program-program kesehatan pemerintah pusat. Kategori substansial lainnya terkait dengan pelaksanaan program-program dan administrasi. Program-program kesehatan lingkungan mencapai sekitar 2 persen, sedangkan gizi mencapai 3 persen dari anggaran kesehatan pemerintah pusat (Tabel 3.13).

Tabel 3.13 Klasifikasi fungsional pengeluaran pemerintah pusat, 2006

PROGRAM	Alokasi	Realisasi	Perbedaan R / A	Persentase dari Jumlah Realisasi
	Rp milyar		%	%
Lembaga eksekutif dan legislatif	1.112	791	71	7,1
Persediaan obat-obatan	655	597	91	5,4
Perawatan Kesehatan Individual	5.294	3.970	75	35,7
Kegiatan Perawatan Kesehatan Individual	2.724	2.461	90	22,2
Program-program Perawatan Kesehatan	2.590	1.529	59	13,8
Kesehatan Masyarakat	5.399	3.834	71	34,9
Tata kelola pemerintah dan kepemimpinan	0	0	na	0,0
Peningkatan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat	145	133	92	1,2
Kesehatan lingkungan	339	195	58	1,8
Kegiatan kesehatan masyarakat	2.682	2.149	80	19,1
Pengendalian penyakit menular	1.425	860	60	7,8
Gizi masyarakat	548	323	58	3,0
Pengelolaan kebijakan kesehatan	13	7	56	0,1
Penelitian	176	144	82	1,3
Kesehatan lainnya	2.615	1.748	67	15,3
Sumber daya manusia	945	753	80	6,8
Pengelolaan kebijakan kesehatan	1.573	943	60	8,5
Penelitian kesehatan	0	0	0	0,0
Pendidikan	15	14	91	0,1
JUMLAH	15.152	11.017	73	100

Sumber: Departemen Kesehatan, Biro Perencanaan, 2007.

Semua hal tersebut di atas merupakan pertanda yang baik bagi efisiensi alokasi pengeluaran untuk sektor kesehatan masyarakat. Akan tetapi, kerancuan dalam klasifikasi fungsional mempersulit pengambilan kesimpulan. Sebagai contoh, pemerintah juga mengklasifikasikan berbagai program tersebut ke dalam tiga kategori utama: program kuratif atau pengobatan (20 persen), program preventif atau pencegahan (51 persen) dan program

59 Sumber: Laporan supervisi tentang PHPI, PHPII dan HWS/PHPIII.

operasional (29 persen), dan sebagian besar program diklasifikasikan sebagai intervensi perawatan kesehatan yang bersifat preventif. Akan tetapi, klasifikasi-klasifikasi tersebut tampaknya agak kurang logis, mengingat program-program kesehatan masyarakat maupun kesehatan individual, tampaknya mengandung komponen kuratif yang cukup besar, akan tetapi program-program tersebut diklasifikasikan sebagai program preventif.



Kerancuan dalam klasifikasi fungsional dari anggaran kesehatan pemerintah pusat menunjukkan perlunya penganggaran programatik yang lebih baik berdasarkan definisi-definisi yang jelas. Agar pemerintah dapat mengaitkan alokasi pengeluarannya dengan keluaran-keluaran dan hasil-hasil, maka sistem informasi kesehatan harus ditingkatkan untuk memastikan adanya pemantauan dan evaluasi yang memadai. Akan tetapi, selain hal tersebut di atas, anggaran tersebut juga membutuhkan informasi yang lengkap sehingga analisis berdasarkan program kesehatan dapat dilakukan. Pada saat ini, program-program dijelaskan hanya secara sangat umum, sehingga memberikan sedikit keterangan tentang cara mengalokasikan pengeluaran atau mengubah kategori pengeluaran untuk mencapai kategori yang lebih efisien.

Mengingat saat ini penilaian pengeluaran fungsional secara nasional di tingkat daerah tidak mungkin dilakukan, hanya 10 kabupaten yang telah dianalisis, yang menghasilkan informasi awal untuk penelitian lebih lanjut. Di tingkat Dinas Kesehatan kabupaten/kota, program-program terbesar sebagai persentase dari anggaran pembangunan sekali lagi adalah program-program yang terkait dengan layanan-layanan kesehatan masyarakat, pengendalian penyakit menular, dan persediaan obat-obatan. Kategori substansial lainnya adalah yang terkait dengan transportasi dan diberi label 'kendaraan'. Kategori ini meliputi biaya-biaya terkait dengan pengadaan ambulans dan persediaan transportasi darurat. Tampaknya, program kesehatan masyarakat tertentu seperti kegiatan-kegiatan pencegahan, gizi, kesehatan ibu hamil/anak dan kesehatan lingkungan tidak dianggap sebagai prioritas kesehatan masyarakat, apabila alokasi pendanaan menjadi indikator yang mewakilinya (Tabel 3.14). Akan tetapi, perlu untuk melakukan penafsiran dengan menggunakan berbagai kategori tersebut secara berhati-hati, mengingat beberapa di antara kategori tersebut dapat mencakup kegiatan-kegiatan yang sebenarnya terkait dengan kategori-kategori program terdahulu yang tidak mendapat pendanaan yang memadai.

Tabel 3.14 Klasifikasi fungsional pengeluaran Dinas Kesehatan kabupaten/kota tertentu

Dinas Kesehatan Kabupaten – Dibiayai oleh Program		
Program:	Total (%)	Anggaran Pembangunan saja (%)
Administrasi Rutin/Proyek	48,5	8,1
Obat-obatan dan makanan	12,8	19,8
Layanan-layanan kesehatan masyarakat	13,1	20,6
Kendaraan*	6,7	11,8
Pengendalian Penyakit Menular	9,7	18
Gugus kerja Kesehatan	2,7	5
MCH/Kesehatan Keluarga	2,6	4,7
Peningkatan Kesehatan	1,8	4,5
Gizi	1,3	3
Kesehatan lingkungan	0,7	1,6

Sumber: DHA Tertentu, tahun 2002-06.

Catatan: *Kategori ini meliputi kendaraan, tetapi dapat meliputi sarana-sarana (pekerjaan sipil) dan peralatan medis.

Kotak 3.2 Kasus TB : prioritas utama di atas kertas, pendanaan minimal dalam praktek

Meskipun dianggap sebagai prioritas nasional, karena hal tersebut juga merupakan salah satu dari Tujuan Pembangunan Milenium, tampaknya program TB Indonesia tidak mendapatkan perhatian yang layak, terutama di tingkat daerah. Program-program TB di tingkat propinsi dan kabupaten/kota tergantung pada dana yang disalurkan melalui alokasi dari pusat (belanja dekonsentrasi) dan pendanaan donor. Pada tahun 2004, suatu penelitian yang dilakukan oleh Pusat Penelitian Kesehatan UI menemukan bahwa kurang dari setengah dari pendanaan program TB berasal dari kabupaten/kota, dan hampir 90 persen dari biaya operasional ditutup oleh dana yang berasal dari pemerintah pusat dan lembaga-lembaga internasional.

Penelitian tersebut juga menemukan bahwa sebagian besar kabupaten/kota dan propinsi yang disurvei menghabiskan kurang dari 0,1 persen dari total anggaran mereka, atau rata-rata 2 persen dari anggaran sektor kesehatan, untuk Program Pemberantasan TB. Lebih buruk lagi, selama masa tiga tahun, terlihat bahwa sebagian besar kabupaten/kota dan propinsi bahkan tidak dapat mempertahankan tingkat anggaran dan memperlihatkan trend menurun. Sulit untuk mempertahankan tingkat pendanaan karena pemerintah daerah tidak mempunyai komitmen multi-tahun di tingkat kabupaten/kota untuk memberantas penyakit tersebut. Kelanjutan pendanaan program TB telah lama dipertanyakan; sedangkan mengenai penurunan dalam pendanaan donor 10 tahun setelah terjadinya krisis keuangan, pendanaan mitra lokal diharapkan akan mengisi celah tersebut, tetapi tampaknya hal ini tidak terjadi. Fenomena tersebut mungkin sebagian disebabkan oleh tidak adanya keterbukaan mengenai belanja untuk TB dibandingkan dengan intervensi-intervensi kesehatan atau sosial lainnya (seperti bantuan untuk masyarakat miskin, atau program-program beasiswa untuk pelajar, dsb.), dan dengan demikian merupakan hasil sampingan dari desentralisasi.

Sumber: Pembiayaan Kesehatan Program TB di 7 Kabupaten di 4 Propinsi Indonesia, Pusat Penelitian Kesehatan, Universitas Indonesia untuk KNCV, Organisasi Kesehatan Dunia, dan USAID, 2006.



**Penilaian atas Sistem
Kesehatan: Benefit Incidence,
Efisiensi dan Kualitas**

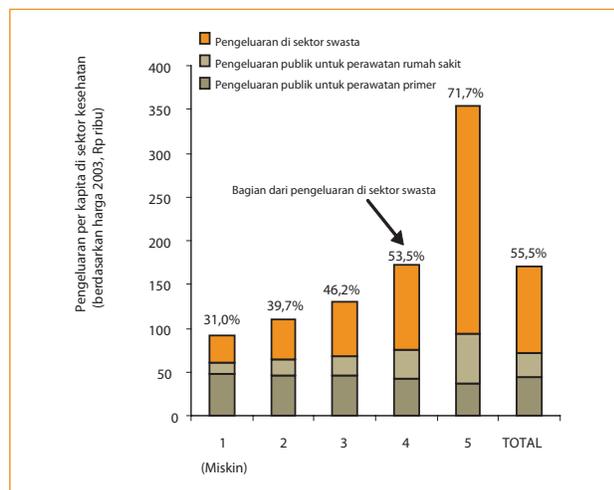
Chapter 4

4.1. Benefit Incidence dari Pengeluaran Pemerintah

Sementara *Benefit Incidence* dari pengeluaran pemerintah untuk perawatan kesehatan primer tidak memihak masyarakat miskin tetapi didistribusikan secara rata antar kuintil, pengeluaran untuk perawatan kesehatan sekunder memihak masyarakat kaya. Melalui subsidi untuk perawatan rumah sakit, pengeluaran pemerintah secara umum lebih memihak kelompok berpenghasilan tinggi dibandingkan dengan masyarakat miskin. Sementara sebagian besar layanan kesehatan masyarakat yang digunakan oleh masyarakat miskin adalah sarana-sarana perawatan kesehatan dasar, Indonesia menghabiskan sekitar 40 persen sumber daya perawatan kesehatan masyarakat pada subsidi-subsidi yang ditujukan secara regresif ke rumah-rumah sakit umum (Gambar 4.1) (World Bank, 2006g).

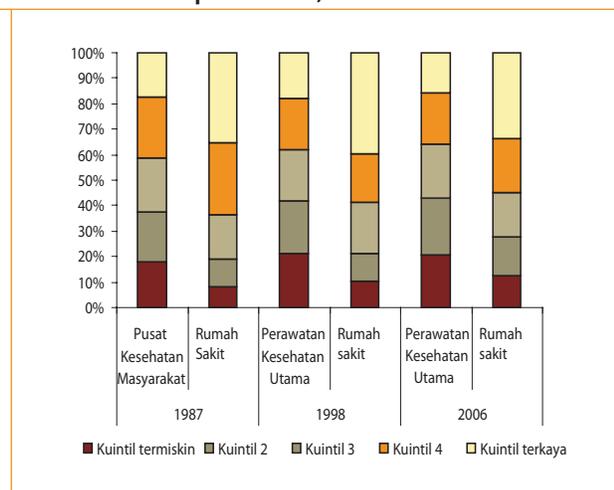
Masyarakat miskin mempunyai akses yang sangat terbatas terhadap rumah sakit umum, oleh karena itu mereka tidak menggunakan sebagian besar dari pengeluaran yang disalurkan untuk perawatan sekunder. Di antara pendanaan yang dihabiskan untuk perawatan rumah sakit, manfaat yang dirasakan oleh kuintil populasi yang termiskin besarnya sekitar 13 persen, sedangkan manfaat untuk kuintil terkaya besarnya sekitar 34 persen (Gambar 4.2). Pengeluaran untuk perawatan sekunder merupakan cara yang sangat regresif dalam mengalokasikan sumber daya yang terbatas pada waktu Indonesia sedang berjuang untuk memenuhi tujuan-tujuan pembangunan jangka menengahnya di bidang kesehatan.

Gambar 4.1 Pengeluaran (pemerintah dan swasta)



Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia.

Gambar 4.2 Penggunaan perawatan kesehatan berdasarkan kuintil dan jenis perawatan, tahun 1987-2006



Sumber: World Bank, 2007c, diperbaharui dengan Susenas, tahun 2006.

Akan tetapi, angka-angka penggunaan telah meningkat sejak diterapkannya program Askeskin pada bulan Juli 2005, dan saat ini pengeluaran rumah sakit tampaknya menguntungkan masyarakat miskin lebih banyak (10 persen dari manfaat pada tahun 2005 menjadi 13 pada tahun 2006). Peningkatan ini sebagian besar diakibatkan oleh suatu kenaikan kecil tetapi berarti dalam penggunaan rumah sakit oleh kuintil yang lebih rendah. Analisis *Benefit Incidence* yang diterapkan di sini memperhitungkan perubahan penggunaan (*utilization*) terkini, tetapi angka pengeluaran untuk pengeluaran rumah sakit dan Puskesmas masih berdasarkan pengeluaran-pengeluaran tahun 2004. Sebagai akibatnya, kemungkinan perbaikan dalam *Benefit Incidence* mungkin dinyatakan lebih kecil karena kenaikan-kenaikan dalam pengeluaran pemerintah untuk Puskesmas melalui program Askeskin tidak tercakup di dalamnya.

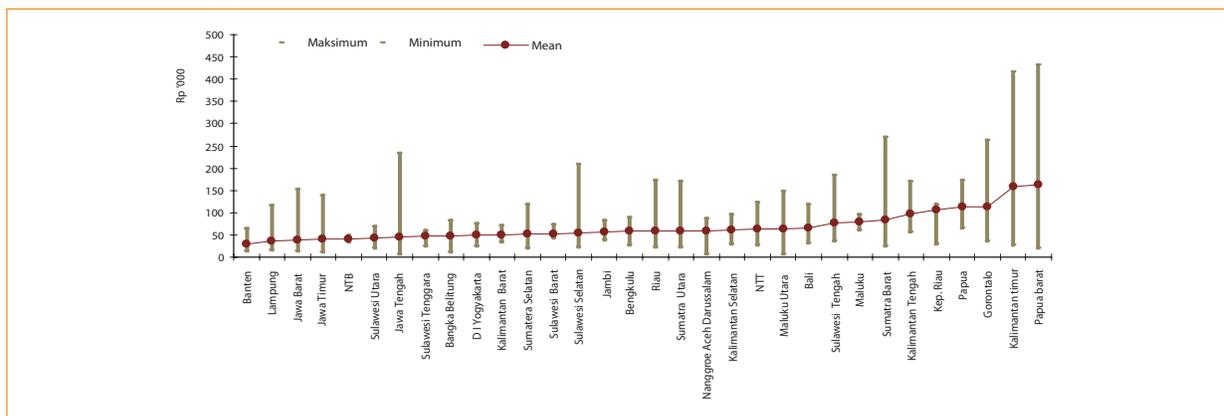
Pada saat yang sama, pengeluaran rumah tangga (*out-of-pocket*) merupakan bagian yang cukup besar dari keseluruhan pengeluaran di sektor kesehatan. Pengeluaran *out-of-pocket* juga meliputi sebagian besar pengeluaran swasta dan merupakan cara yang paling tidak adil dalam membayar perawatan kesehatan dan menghambat perlindungan keuangan. Bab selanjutnya membahas tentang pengeluaran *out-of-pocket* secara lebih terperinci, serta reformasi yang sedang berlangsung di bidang jaminan kesehatan. Dalam bab ini dibahas upaya-

upaya pemerintah yang dilakukan baru-baru ini untuk meningkatkan penggunaan layanan-layanan kesehatan oleh masyarakat miskin melalui program Askeskin.

4.2. Distribusi Pembiayaan Kesehatan Masyarakat

Tingkat pengeluaran kesehatan masyarakat memiliki variasi cukup besar antar daerah-daerah di Indonesia, dan hal ini belum tentu dapat dijelaskan oleh perbedaan-perbedaan dalam penghasilan atau status kesehatan. Sebagaimana diungkapkan sebelumnya, sebagian dari transfer-transfer fiskal antar pemerintah belum tentu sejalan dengan kemiskinan atau keluaran-keluaran (persalinan yang dibantu oleh tenaga persalinan terampil). Sebagaimana diperkirakan, pengeluaran pemerintah kabupaten/kota untuk sektor kesehatan lebih tinggi untuk kabupaten yang mempunyai anggaran lebih besar dan pendapatan per kapita lebih tinggi. Mengingat pendapatan asli daerah terbatas, maka pengeluaran-pengeluaran pemerintah di tingkat kabupaten/kota sebagian besar mencerminkan perbedaan-perbedaan yang terkait dengan besarnya dana yang berasal dari pemerintah pusat. Gambar 4.3 memperlihatkan bagaimana perbedaan antar propinsi bersifat terbatas, sedangkan di dalam propinsi terdapat perbedaan-perbedaan yang berarti di antara kabupaten-kabupaten, terutama di Papua, Kalimantan Timur dan Gorontalo. Menariknya, Jawa Tengah juga memperlihatkan perbedaan-perbedaan besar pada tingkat kabupaten/kota, sedangkan rata-rata pengeluaran per kapita propinsi untuk sektor kesehatan setingkat dengan daerah-daerah lain di Indonesia. Pada tahun 2005, secara rata-rata, pengeluaran kabupaten/kota untuk sektor kesehatan besarnya sekitar Rp 46.000 per orang.

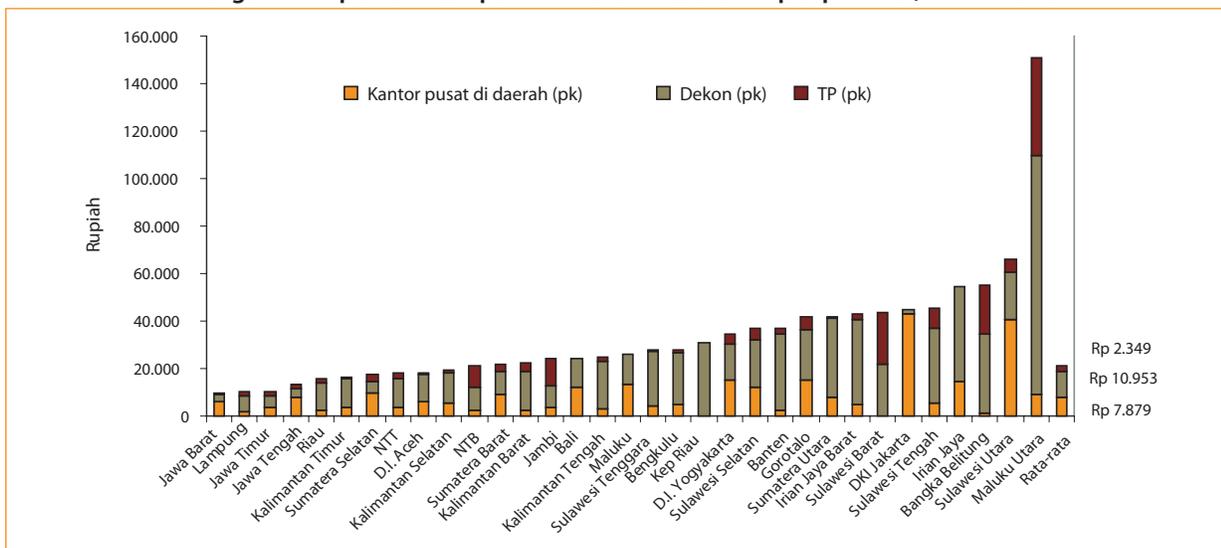
Gambar 4.3 Pengeluaran kabupaten/kota untuk kesehatan masyarakat berdasarkan provinsi tahun 2005⁶⁰



Sumber: Bank Dunia, database SIKD berdasarkan data dari Departemen Keuangan.

Selain itu, pengeluaran kabupaten untuk sektor kesehatan dilengkapi dengan pengeluaran pemerintah pusat dan secara rata-rata daerah menerima sekitar Rp 20.000 per orang per tahun. Jumlah tersebut menambah jumlah yang digunakan oleh kantor-kantor pemerintah pusat di daerah, bersama-sama dengan dana dekonsentrasi dan dana Tugas Pembantuan yang disalurkan per daerah (Gambar 4.4). Hal tersebut menunjukkan seluruh pengeluaran pemerintah pusat dan kabupaten/kota per orang sebesar kurang lebih Rp 66.000 pada tahun 2006.

⁶⁰ Dalam grafik ini titik-titik minimum untuk kabupaten/kota di mana pengeluaran kesehatan publik terendah diamati dan titik-titik maksimum untuk kabupaten/kota yang memiliki pengeluaran tertinggi di propinsi yang bersangkutan. Akan tetapi, Untuk beberapa provinsi, terdapat beberapa kabupaten/kota di mana tidak ada pengeluaran yang tercatat. Kabupaten/kota tersebut tidak termasuk dalam pembuatan titik-titik minimum maupun maksimum, atau dalam perhitungan-perhitungan titik tengah.

Gambar 4.4 Pengeluaran pemerintah pusat di sektor kesehatan per provinsi, tahun 2006⁶¹

Sumber: Departemen Kesehatan, Biro Perencanaan, tahun 2007.

Sebagian besar dari pengeluaran pembangunan pemerintah pusat (dana dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan) dibelanjakan di Indonesia bagian Barat, sedangkan bantuan per kapita di wilayah Indonesia bagian Timur lebih dari dua kali pengeluaran wilayah Indonesia bagian Barat. Hal ini kurang lebih sejalan dengan kebijakan pemerintah dalam pemberian dana penyeimbang kepada daerah-daerah tertinggal, yang sebagian besar terletak di pulau-pulau bagian Timur. Akan tetapi, tampaknya hanya berlaku pada tingkat provinsi. Misalnya, ketika menganalisis pengeluaran pada tingkat kabupaten, pengeluaran dekonsentrasi tampaknya tidak dialokasikan berdasarkan kebutuhan dari sisi kemiskinan maupun berdasarkan hasil-hasil pembangunan. Kenyataannya, tampaknya terdapat korelasi yang sedikit negatif antara pengeluaran dekonsentrasi per kapita dan tingkat kemiskinan.⁶² Ini merupakan temuan penting mengingat transfer pemerintah mencapai sekitar 22 persen dari pengeluaran pemerintah pusat untuk sektor kesehatan dan lebih dari setengah jumlah pengeluaran dari pusat ke daerah. Mengingat pengeluaran dekonsentrasi belum berakhir sesuai dengan rencana menurut PP No. 55, hal tersebut dapat menjadi masalah yang semakin mengkhawatirkan. Pada saat yang sama, argumentasi untuk meningkatkan pengeluaran kepada daerah-daerah yang mempunyai kebutuhan lebih besar berdasarkan kemiskinan atau penghasilan harus dilakukan dengan cara hati-hati, terutama ketika mempertimbangkan tingkat ruang fiskal yang tidak dimanfaatkan oleh pemerintah daerah yang cukup besar jumlahnya.

61 Pengeluaran per kapita yang tingginya sangat mengejutkan melalui dana dekonsentrasi dan dana Tugas Pembantuan di Maluku Utara disebabkan oleh suatu peningkatan yang timbul karena suatu Inpres untuk daerah tersebut untuk mempercepat pemulihan dalam masa pasca konflik (DepKes, Biro Keuangan).

62 Lihat Lampiran N untuk sejumlah rencana penyebaran pengeluaran kesehatan dekonsentrasi per kapita dan indikator-indikator hasil dan kemiskinan.

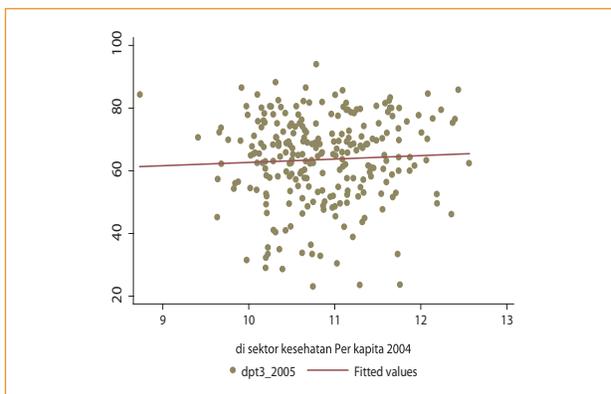
4.3. Hubungan antara Pengeluaran, Penggunaan dan Capaian Layanan

Mengingat kenaikan pengeluaran yang terjadi baru-baru ini dan mempertimbangkan kinerja Indonesia yang masih dalam taraf cukup dalam indikator-indikator kesehatan tertentu, maka diperlukan penelitian untuk menilai hubungan antara sumber daya dengan capaian pembangunan. Meskipun di bagian sebelumnya laporan ini memberikan beberapa keterangan tentang mengapa indikator-indikator hasil tertentu seperti kematian bayi dan anak berbeda antar daerah maupun strata sosial ekonomi, bagian ini memberikan beberapa analisis tambahan. Analisis yang dilakukan memusatkan perhatian pada tingkat kabupaten/kota, dan meskipun bersifat pendahuluan, menghasilkan beberapa hipotesa menarik untuk penelitian lebih lanjut.

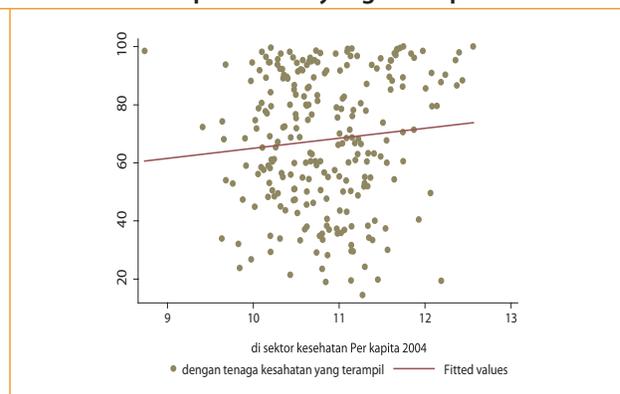
Kami menguji dampak sumber daya pada dua indikator hasil pemberian layanan: angka imunisasi DPT3 dan tingkat kelahiran yang didampingi oleh tenaga persalinan terampil. Di sini, indikator tingkat kelahiran yang didampingi tenaga persalinan yang terampil merujuk pada persentase kelahiran di mana pembantu pertama yang terlibat dalam proses persalinan adalah seorang tenaga persalinan yang terampil. Tingkat imunisasi DPT3 terkait dengan kematian anak sedangkan tingkat kelahiran yang didampingi tenaga terampil merupakan data yang terkait dengan kematian ibu yang melahirkan. Untuk indikator-indikator hasil lainnya, seperti insiden diare, kematian bayi dan anak dan gizi, data tingkat kabupaten/kota mempunyai banyak kelemahan, terutama waktu menggunakan data dari survei rumah tangga. Dari sisi pengeluaran, hanya dampak dari pengeluaran kesehatan pemerintah yang diatasi, karena data mengenai pengeluaran kesehatan swasta melalui asuransi dan perusahaan-perusahaan swasta tidak tersedia pada tingkat disagregat. Lihat Lampiran P untuk informasi yang lebih terperinci mengenai indikator-indikator yang tercakup dalam analisis.

Menganalisis *scatter plot* pengeluaran kesehatan tingkat kabupaten/kota, kedua dua indikator tersebut memperlihatkan hubungan yang sangat lemah. Regresi lintas sektoral pengeluaran pemerintah (dalam bentuk log) terhadap indikator capaian ini menegaskan bahwa hubungannya tidak besar. Salah satu alasannya mungkin bias variabel yang dihilangkan, karena variabel lain yang mungkin mempengaruhi hasil tidak tercakup. Akan tetapi, tampaknya tidak terdapat juga dampak langsung pengeluaran pemerintah pada capaian di bidang kesehatan, bahkan setelah melihat faktor-faktor penentu lainnya, seperti pendidikan (rata-rata lama pendidikan perempuan) dan penghasilan (diukur sebagai belanja rumah tangga per kapita maupun sebagai GRDP kabupaten per kapita). Untuk tingkat persalinan yang dibantu tenaga terampil, pendidikan dan penghasilan perempuan tampaknya merupakan faktor penentu penting. Lihat Lampiran P untuk tabel regresi setelah menambahkan indikator-indikator penghasilan dan pendidikan sebagai variabel kontrol.

Gambar 4.5 Catatan pengeluaran kesehatan per kapita dan angka imunisasi DPT3



Gambar 4.6 Catatan pengeluaran kesehatan per kapita dan persentase petugas persalinan yang terampil



Sumber: Perhitungan staff Bank Dunia berdasarkan database SIKD dan Susenas, 2005.

Indikator-indikator yang mewakili urbanisasi atau keterpencilan menjelaskan sebagian besar variasi-variasi dalam capaian di bidang kesehatan. Menambahkan variabel baru untuk mengukur tingkat keterpencilan suatu kabupaten ke persamaan meningkatkan kekuatan menjelaskan secara berarti, terlebih lagi mengingat indikator

tersebut ternyata merupakan faktor penentu yang sangat penting bagi tingkat imunisasi DPT3 immunization maupun tingkat pendampingan kelahiran oleh tenaga persalinan yang terampil.

Indikator penting lainnya yang memberikan hasil-hasil penting ketika melakukan regresi terhadap pencapaian (outcome) adalah penggunaan layanan kesehatan tingkat kabupaten.⁶³ Hasil-hasil regresi DPT3 disajikan dalam Lampiran P. Untuk tingkat kelahiran yang didampingi tenaga persalinan yang terampil, ditemukan bahwa penggunaannya juga sangat penting, demikian juga indikator penduduk pedesaan, dan pendidikan, persentase penduduk perempuan dan penghasilan (dalam GRPD per kapita). Hasil-hasil ini dapat ditemukan pula dalam Lampiran P.

Pentingnya indikator penduduk pedesaan menunjukkan suatu hubungan saling mempengaruhi antara indikator-indikator permintaan dan penawaran, yang mungkin tertangkap oleh 'keterpencilan/keterasingan'. Hal ini mungkin terkait dengan jumlah pegawai pada sarana kesehatan, tingkat keterampilan mereka, tingkat kehadiran pegawai, kualitas prasarana dan perawatan, kepuasan pelanggan, atau lainnya.

Dari sisi indikator penawaran, agar persalinan yang dibantu oleh tenaga terampil sebagai capaian, selanjutnya ditemukan bahwa jarak ke bidan terampil yang terdekat merupakan faktor penentu hasil yang penting. Hasil-hasil regresi menunjukkan variabel itu penting. Untuk imunisasi DPT, jarak ke Puskesmas tidak penting (lihat Lampiran P untuk detail).

Meskipun tidak ditemukan pengaruh pengeluaran pada penggunaan dalam analisis lintas sektoral ini, terbukti bahwa pengeluaran mempengaruhi penggunaan di Indonesia apabila analisis dilakukan untuk waktu yang lebih lama. Analisis sebelumnya yang menggunakan data panel untuk beberapa tahun memperlihatkan bahwa pengeluaran pemerintah daerah menyebabkan pengaruh penggantian dari layanan kesehatan pemerintah menjadi layanan kesehatan swasta, sedangkan tidak ditemukan pengaruh terhadap penggunaan layanan kesehatan secara keseluruhan. Ditemukan peningkatan pengeluaran rutin untuk menarik pasien-pasien yang tidak miskin dari rumah sakit swasta ke rumah sakit umum, dan pasien-pasien miskin ke perawatan primer pemerintah. Pengeluaran pembangunan, pada gilirannya, tampak efektif dalam hal perawatan kesehatan primer kepada masyarakat miskin dan sampai tahap yang lebih rendah, perawatan rumah sakit (Kruse, Pradhan dan Sparrow, akan segera dipublikasikan).

Kotak 4.1 Kepentingan kebijakan dan institusi yang baik untuk pengeluaran di sektor kesehatan untuk mempengaruhi hasil: bukti baru dari kajian internasional

Kaitan teoritis antara kenaikan pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan dan capaian kesehatan yang membaik merupakan hal yang rumit karena beberapa alasan. Pertama, kenaikan dalam pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan dapat berakibat penurunan dalam pengeluaran swasta untuk sektor kesehatan. Kedua, tambahan pengeluaran pemerintah dapat dilakukan secara tidak efektif (misalnya, pengeluaran-pengeluaran yang dialokasikan untuk peralatan teknologi mutakhir atau rumah sakit yang maju mungkin memiliki pengaruh kecil pada kesehatan masyarakat apabila indikator morbiditas memperlihatkan kebutuhan untuk meningkatkan sumber daya untuk perawatan primer). Ketiga, meskipun dana ekstra diberikan secara tepat, manfaat dana-dana tersebut mungkin kecil apabila tidak ada layanan-layanan pelengkap, baik di dalam maupun di luar sektor kesehatan, misalnya jalan-jalan atau layanan transportasi ke rumah-rumah sakit dan klinik-klinik serta akses yang mudah terhadap air dan sanitasi (Wagstaff dkk, 2002a).

Pengeluaran dapat meningkatkan capaian di bidang kesehatan tetapi penting pula untuk meningkatkan mutu pembuatan kebijakan kesehatan dan institusi-institusi kesehatan. Dalam suatu penelitian yang mencakup 57 negara, Wagstaff dkk. Berkesimpulan bahwa mutu kebijakan dan institusi berdasarkan Indeks Penilaian Kebijakan Negara dan Kelembagaan (CPIA) sangat mempengaruhi dampak pengeluaran yang meningkat pada hasil-hasil di bidang kesehatan. Untuk negara-negara dengan skor 1 atau 2, peningkatan dalam capaian-capaian kesehatan tidak signifikan. Untuk negara-negara seperti Indonesia dengan skor 3,6, meningkatkan anggaran kesehatan sebesar 10 persen dapat menurunkan MMR sebesar 7 persen, sedangkan perubahan-perubahan dalam U5MR, TB dan imunisasi akan sangat kecil. Dukungan lebih lanjut untuk meningkatkan: (1) alokasi pengeluaran; (2) penentuan sasaran geografis, proyek, populasi dan kemacetan, serta; (3) pertanggung jawaban penyedia, akan meningkatkan efisiensi pengeluaran — suatu langkah pertama yang perlu yang memungkinkan pengeluaran untuk benar-benar mempengaruhi capaian.

Sumber: World Bank 2007c, serta Gottret dan Schieber, 2006.

63 Penting dicatat di sini bahwa tenaga persalinan yang terampil sampai taraf tertentu diukur dengan tenaga-tenaga yang mengunjungi rumah-rumah perempuan di samping perempuan yang mengunjungi klinik (kebidanan), dan karenanya petugas persalinan hanya sampai taraf tertentu tertangkap dalam variabel penggunaan itu sendiri.

Hubungan antara pengeluaran, pemanfaatan, dan capaian merupakan bidang yang perlu diteliti lebih lanjut, dan analisis yang dilakukan dalam kajian ini adalah langkah pertama untuk memberikan masukan bagi upaya-upaya di masa mendatang. Kesulitan untuk menangkap kausalitas dari agregat data yang digunakan dalam kajian ini tetap ada, karena terdapat beberapa variabel yang digunakan yang belum dikendalikan. Namun, penelitian yang dilakukan saat ini memberikan masukan untuk hipotesis-hipotesis yang baru, yang dapat berfokus tidak hanya pada tingkat hasil pada saat ini namun juga pada perubahan-perubahan tingkat hasil untuk jangka panjang. Hal tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan data panel dan dengan berfokus pada kemungkinan terbesar adanya mata rantai yang hilang terkait dengan pengeluaran untuk dan pemanfaatan hasil pelayanan kesehatan, yaitu efisiensi. Dua bagian berikut ini memberikan beberapa pemahaman awal tentang efisiensi di tingkat rumah sakit dan Puskesmas dan konsep efisiensi atau kinerja yang lebih umum di tingkat kabupaten.

Hubungan antara pengeluaran, pemanfaatan, dan capaian merupakan bidang yang perlu diteliti lebih lanjut, dan analisis yang dilakukan dalam kajian ini adalah langkah pertama untuk memberikan masukan bagi upaya-upaya di masa mendatang. Kesulitan untuk menangkap kausalitas dari agregat data yang digunakan dalam kajian ini tetap ada, karena terdapat beberapa variabel yang digunakan yang belum dikendalikan. Namun, penelitian yang dilakukan saat ini memberikan masukan untuk hipotesis-hipotesis yang baru, yang dapat berfokus tidak hanya pada tingkat hasil pada saat ini namun juga pada perubahan-perubahan tingkat hasil untuk jangka panjang. Hal tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan data panel dan dengan berfokus pada kemungkinan terbesar adanya mata rantai yang hilang terkait dengan pengeluaran untuk dan pemanfaatan hasil pelayanan kesehatan, yaitu efisiensi. Dua bagian berikut ini memberikan beberapa pemahaman awal tentang efisiensi di tingkat rumah sakit dan Puskesmas dan konsep efisiensi atau kinerja yang lebih umum di tingkat kabupaten.

4.4. Efisiensi di Tingkat Rumah Sakit dan Puskesmas



Keterbatasan data berarti bahwa penilaian secara menyeluruh terhadap efisiensi teknis dan pengalokasian dari sistem kesehatan tidak mungkin dilakukan. Di sebagian besar lokasi data tentang biaya rata-rata dan biaya marjinal untuk penyediaan layanan kesehatan di sarana kesehatan merupakan titik awal yang berguna dalam penilaian efisiensi teknis. Namun, di Indonesia tidak ada data tentang biaya rumah sakit yang dapat diandalkan sejak tahun 1980-an. Sejumlah kajian tentang pembiayaan untuk pusat-pusat kesehatan telah dilakukan selama beberapa tahun ini, namun kajian-kajian tersebut terhambat oleh kecilnya ukuran sampel dan kurangnya konsistensi dalam metodologi-metodologi yang digunakan. Kajian tentang Sektor Kesehatan yang komprehensif mungkin akan mencakup pekerjaan pembiayaan sarana dan kerangka acuan untuk pekerjaan tersebut terdapat di dalam Lampiran O. Hal

yang jelas yang didapat dari data yang tersedia adalah bahwa tingkat pemanfaatan pada sarana publik dan swasta berdasarkan standar internasional cukup rendah. Tingkat pemanfaatan yang rendah umumnya berkaitan dengan tingkat produktivitas yang kurang optimal.

Demikian pula di sebagian besar kasus, bagian pengeluaran yang dialokasikan untuk perawatan pencegahan dibandingkan dengan perawatan penyembuhan merupakan titik awal dalam penilaian terhadap efisiensi pengalokasian. Cara pencatatan data pengeluaran publik menyulitkan upaya pembedaan antara pengeluaran rumah sakit dan non-rumah sakit, dan lebih menyulitkan upaya pembedaan antara pengeluaran untuk penyembuhan dan pencegahan. Sebagaimana telah disebutkan, kurangnya data tentang pengalokasian pengeluaran yang fungsional merupakan celah yang kritis dalam dasar pembuktian yang diperlukan untuk membuat kebijakan.

4.5. Mengukur Efisiensi di Tingkat Kabupaten

Analisis terhadap efisiensi teknis di tingkat daerah dapat memberikan pemahaman yang berharga, yang memungkinkan identifikasi awal tentang daerah-daerah yang efisien dan mungkin menghasilkan penjelasan tentang variasi dalam pencapaian keluaran di seluruh kabupaten. Pada bagian di atas, kami telah banyak membahas pengukuran kinerja rumah sakit dan kebutuhan akan estimasi biaya unit yang lebih baik di berbagai tingkat sarana, yang representatif di tingkat nasional. Namun, sejak desentralisasi, kabupaten/kota merupakan unit yang bertanggung jawab atas sebagian besar penyediaan layanan kesehatan dan oleh karena itu, bagian ini akan membahas pengukuran efisiensi di tingkat kabupaten. Dalam bagian ini, penting untuk membedakan antara gagasan tentang efisiensi biaya yang telah dibahas lebih dahulu dan konsep efisiensi teknis yang lebih luas yang menjadi tujuan dilakukannya estimasi di tingkat kabupaten.

Secara umum, informasi tentang daerah-daerah yang efisien dapat berguna karena sejumlah alasan. Pertama, sebagai bagian dari pelaksanaan penelitian, informasi tersebut dapat memberikan pemahaman tentang variasi antar-kabupaten dalam hal hasil layanan kesehatan. Selain itu, setelah pengidentifikasian ukuran relatif efisiensi di kabupaten, pendekatan tersebut dapat membuka peluang bagi terciptanya pemahaman-pemahaman lebih lanjut tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perbedaan dalam hal pencapaian keluaran dan mengidentifikasi faktor-faktor yang mungkin tidak berkaitan dengan kebijakan dan yang seringkali berada di luar kendali pemerintah kabupaten. Analisis tersebut dapat membantu proyek-proyek lanjutan seperti studi kasus terhadap kabupaten-kabupaten yang tampak 'efisien' untuk kemudian mengembangkan hipotesis dan penelitian menjadi determinan-determinan efisiensi.

Dalam bagian ini, efisiensi teknis di tingkat kabupaten diartikan sebagai keluaran relatif terhadap keluaran maksimal dengan tingkat masukan tertentu (Kumbhakar dan Lovell, 2000, dalam Tandon, 2006). Pendekatan yang kami gunakan dalam bagian ini mengikuti sebuah kerangka kerja yang dikembangkan oleh Hanson, dkk. (2003) dan memperbarui kerja yang dilakukan oleh Tandon untuk Indonesia pada tahun 2004.⁶⁴ Dalam bagian ini, efisiensi dinilai melalui estimasi batas fungsi produksi (keluaran maksimal yang dipantau untuk semua tingkat masukan yang tersedia). Pencapaian sistem kesehatan diukur dalam kaitannya dengan sebuah indeks *output* yang menggabungkan pencapaian dalam hasil dari sistem kesehatan. Indeks tersebut didasarkan pada serangkaian indikator yang mengukur tingkat pendampingan kelahiran oleh tenaga terampil, harapan hidup (perempuan), dan ruang lingkup vaksinasi campak dan DPT3.⁶⁵ Demikian pula, jumlah masukan terhadap sistem kesehatan juga diukur dalam hal indeks *input* gabungan.⁶⁶ Indeks masukan tersebut ditafsirkan sebagai rata-rata bobot belanja, dan indikator kemampuan ekonomi/fiskal (belanja pemerintah per kapita untuk bidang kesehatan, produk domestik bruto daerah, kemampuan fiskal di tingkat kabupaten), indikator-indikator prasarana dan sumber daya manusia (jumlah Puskesmas per 100.000 penduduk, dan jumlah perawat dan dokter per 100.000 penduduk), serta indikator-indikator yang terkait dengan kemampuan untuk mengakses sarana-sarana kesehatan (seperti luas wilayah layanan Puskesmas dan rumah sakit dalam km²).⁶⁷

64 Penelitian tersebut telah dilakukan dengan masukan-masukan dari para ahli dari Tandon tentang cara memperbarui kerja yang ia lakukan tentang efisiensi di tingkat daerah di Indonesia. Lihat: Tandon, A. (2005). Indeks tingkat kabupaten yang digunakan dalam kajian ini sedikit berbeda dalam hal bahwa sejumlah variabel diartikan secara berbeda, namun secara keseluruhan kajian tersebut mempertimbangkan variabel masukan dan keluaran yang sama. Namun, terdapat satu perbedaan yang signifikan yaitu bahwa pada saat itu, analisis mencakup variabel-variabel belanja pemerintah yang sebelumnya tidak dimasukkan. Salah satu kekurangan dari pemasukan variabel-variabel tersebut adalah fakta bahwa provinsi Papua hampir benar-benar tidak dimasukkan dalam analisis karena adanya variabel-variabel yang hilang. Namun, analisis dilakukan tanpa memasukkan variabel-variabel belanja pemerintah tersebut dan hasil-hasilnya sama dengan hasil analisis yang diperoleh oleh Tandon, yang menunjukkan rendahnya masukan dan keluaran untuk sebagian besar kabupaten di Papua. Pada saat yang bersamaan, analisis tersebut menunjukkan bahwa tingkat efisiensi memiliki hubungan yang cukup erat dengan garis perbatasan (frontier), dan dengan demikian mengarah kepada adanya potensi kebutuhan akan peningkatan masukan untuk memastikan hasil layanan kesehatan yang lebih signifikan. Lihat Lampiran P untuk rincian yang lebih lengkap tentang analisis yang termasuk provinsi Papua.

65 Tingkat vaksinasi merupakan tolok ukur yang baik untuk kekuatan sistem penyediaan layanan kesehatan yang lebih luas karena program vaksinasi yang efektif sangat bergantung pada struktur untuk memastikan tetap tersedianya rentang input sistem kesehatan yang luas di tingkat daerah terpencil (seperti sarana kesehatan, staf terlatih yang layak, sistem informasi kesehatan) (Ranson, dkk, 2003).

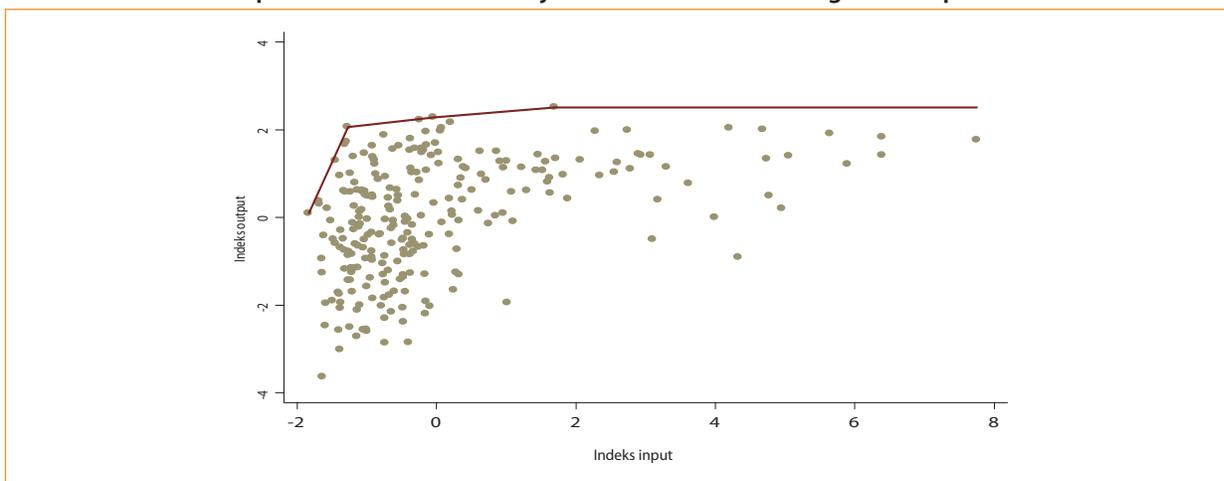
66 Daripada sebagai estimasi untuk input sumber daya, penerapan di tingkat daerah di Indonesia menggunakan konseptualisasi faktor-faktor yang mempengaruhi hasil yang lebih umum: faktor-faktor tersebut diambil menjadi indeks hambatan di tingkat daerah terhadap pencapaian hasil layanan kesehatan di tingkat kabupaten. Lihat Lampiran Q untuk informasi lebih lanjut tentang indeks hambatan secara keseluruhan, di mana kerangka kerja sebagaimana dipaparkan oleh Hanson, dkk dibahas secara lebih terperinci.

67 Silakan mengacu ke Lampiran P untuk informasi yang lebih lengkap tentang pilihan variabel.

Determinan-determinan eksogen tertentu dimasukkan ke dalam indeks, seperti jumlah tahun rata-rata pendidikan perempuan dan belanja pemerintah untuk kesehatan sebagai bagian dari jumlah belanja. Jenjang pendidikan, terutama pendidikan bagi perempuan, dapat dianggap sebagai determinan eksogen kesehatan dalam pengertian bahwa, untuk masukan sumber daya yang sama, jumlah penduduk yang terdidik yang lebih tinggi umumnya akan memiliki hasil layanan kesehatan yang secara sistematis lebih tinggi.⁶⁸ Demikian pula, pengendalian atas tingkat belanja sektoral, bagian yang lebih tinggi dalam jumlah belanja dari sektor tersebut dapat mewakili komitmen politik terhadap sektor tersebut dan mungkin memiliki pengaruh yang positif dalam pencapaian hasil (Ranson, dkk., 2003). Dalam kerangka kerja yang diterapkan, efisiensi dalam mengubah masukan menjadi keluaran didasarkan pada perbedaan antara keluaran dari unit produksi yang diberikan tersebut dan keluaran maksimum (estimasi "batas (*frontier*)").

Kinerja sistem kesehatan di tingkat kabupaten di Indonesia sangat beragam sebagaimana diukur oleh kedua indeks tersebut dan hanya beberapa kabupaten yang berada pada garis batas (*frontier*). Sebagian besar kabupaten memiliki masukan yang sama, namun keluaran yang sangat beragam. Meskipun demikian, sejumlah kabupaten memiliki masukan yang sangat tinggi dan masih berada cukup jauh dari batas, seperti Kota Gorontalo, Sukabumi, Banjarmasin, dan Kabupaten Kutai Barat, yang menunjukkan potensi ketidakefisienan yang signifikan. Kota Denpasar, Kota Bitung, dan Kabupaten Klaten berada dekat dengan, atau pada, batas dan dengan masukan-masukannya mencapai keluaran maksimum dalam hal pencapaian hasil layanan kesehatan. Di saat yang bersamaan, sebagian besar kabupaten tampaknya memiliki masukan dan keluaran yang rendah, seperti Kabupaten Sampang dan Kabupaten Pandeglang di Pulau Jawa. Hal tersebut mungkin menunjukkan adanya kebutuhan akan peningkatan efisiensi di tingkat sumber daya pada saat ini dan peningkatan pengeluaran untuk sumber daya sebagai jalan menuju peningkatan hasil lebih lanjut.

Gambar 4.7 Batas praktik terbaik atas kinerja sektor kesehatan di tingkat kabupaten

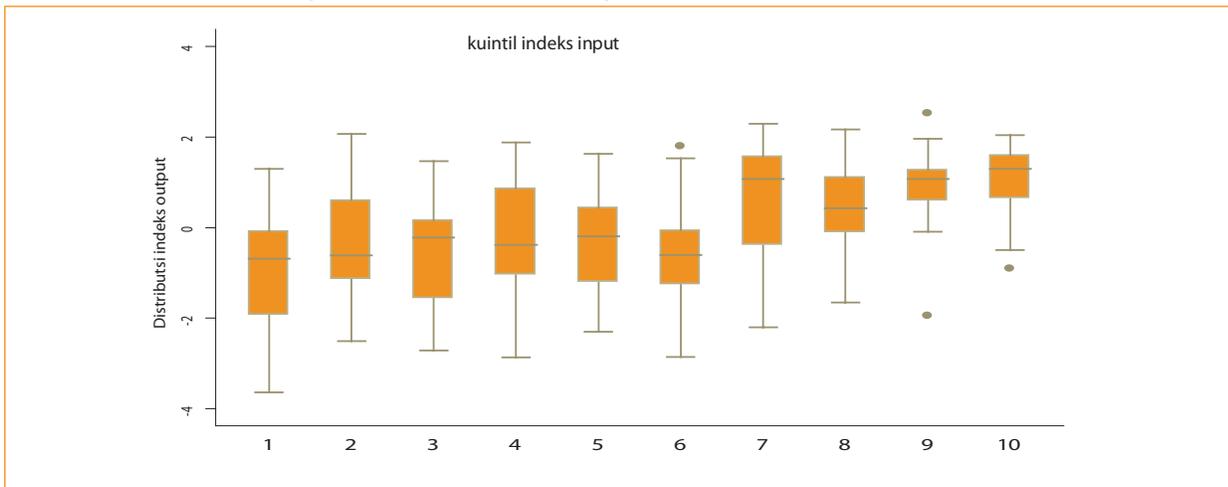


Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan Susenas/BPS dan data anggaran kabupaten.

Kabupaten-kabupaten tertentu tampaknya mengalami kesulitan mengubah masukan yang lebih tinggi menjadi keluaran dan hasil layanan kesehatan yang lebih tinggi. Gambar 4.8 menunjukkan bahwa berbagai kabupaten di desil masukan yang terendah, oleh karena itu menggunakan masukan yang paling sedikit, memiliki kinerja yang sama baiknya dengan atau bahkan melampaui kabupaten-kabupaten yang berada di desil yang lebih tinggi. Pada saat yang bersamaan, pencapaian keluaran di desil yang lebih rendah tersebut cukup beragam dan hal tersebut menurun seiring dengan meningkatnya tingkat masukan. Para pencapai kinerja terbaik di setiap desil umumnya memiliki kesamaan dengan kabupaten-kabupaten yang berada di batas praktik terbaik. Kabupaten-kabupaten tersebut, terutama yang terletak di desil-desil indeks masukan yang lebih rendah, perlu dikaji lebih lanjut karena tingginya kinerja meskipun terdapat batasan sumber daya.

68 Selain itu, pendidikan perempuan merupakan faktor utama dalam sisi permintaan dan terbukti terkait dengan hasil kesehatan anak, karena alasan-alasan yang mungkin berhubungan dengan lembaga untuk perempuan, keterbukaan mereka terhadap teknologi kesehatan yang baru, dan kemampuan mereka untuk menggunakan teknologi tersebut secara efektif (Hobcraft, 1993, dalam Rason, 2003).

Gambar 4.8 Analisis terhadap efisiensi sistem kesehatan tingkat kabupaten di Indonesia: distribusi indeks output berdasarkan kuintil input



Sumber: Perhitungan yang dilakukan oleh staf Bank Dunia berdasarkan Susenas/BPS dan data anggaran kabupaten.

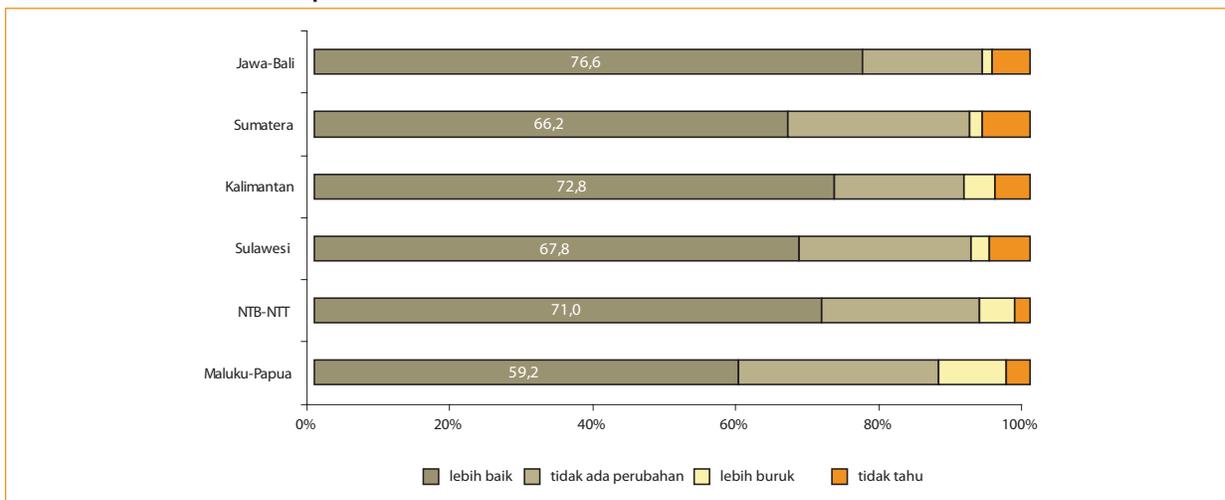
Fakta bahwa batas praktik terbaik memiliki trend yang cukup landai menunjukkan bahwa pada titik tertentu masukan tambahan hanya menambah manfaat marginal, meskipun diperlukan suatu kewaspadaan. Pada saat yang bersamaan, hal tersebut mungkin juga menunjukkan kebutuhan akan penelitian lebih lanjut, karena trend marginal dan trend batas dapat, sebagian disebabkan oleh variabel-variabel yang dihilangkan dan tidak dimasukkannya indikator-indikator eksogen dalam analisis ini, seperti indikator tata pemerintahan dan korupsi. Meskipun demikian, hasil-hasil tersebut memberikan pemahaman tentang kabupaten-kabupaten yang tampaknya memiliki kinerja yang lebih baik daripada kabupaten lain. Oleh karena itu, analisis ini dapat membantu pembuatan hipotesis-hipotesis lebih lanjut tentang hal-hal yang mungkin menyebabkan perbedaan-perbedaan tersebut — persyaratan untuk melakukan reformasi kebijakan.

4.6. Penilaian terhadap Kualitas dan Kepuasan Konsumen

Bukti utama dari beberapa kabupaten menunjukkan bahwa layanan publik yang terdesentralisasi di bidang kesehatan, pendidikan, dan penyelenggaraan pemerintah telah meningkat (Kaiser, Pattinasarany, dan Schultze, 2006). Secara umum, kualitas layanan kesehatan sejak desentralisasi tidak menunjukkan trend yang jelas. Sementara itu, kualitas layanan kepolisian, yang belum terdesentralisasi, makin menurun. Temuan-temuan tersebut didasarkan oleh GDS2 yang baru saja selesai, yang dikelola oleh Bank Dunia. Survei tersebut mencakup 134 kabupaten di 29 provinsi dan dilakukan dengan menggunakan data sektor kesehatan yang dikumpulkan dari para kepala Puskesmas (773), penyedia layanan kesehatan swasta (2,183), kepala rumah sakit pemerintah (123), dan data sekunder yang dikumpulkan dari Puskesmas (776). Survei tersebut tidak hanya mengumpulkan beragam data empiris melalui wawancara dan observasi, namun juga berfokus pada persepsi terkait dengan tingkat penyediaan dan kepuasan layanan kesehatan.

Dalam hal perubahan-perubahan yang dirasakan dalam penyediaan layanan publik untuk sektor kesehatan, survei menemukan bahwa lebih dari 70 persen dari pengguna melihat adanya peningkatan dalam layanan kesehatan secara keseluruhan selama dua tahun terakhir. Pada saat yang bersamaan, masyarakat yang hidup di Pulau Jawa dan Bali melihat adanya peningkatan yang lebih besar dalam layanan kesehatan publik daripada masyarakat yang tinggal di Maluku dan Papua, di mana hanya 59 persen masyarakat yang dilaporkan telah merasakan adanya perubahan positif dalam layanan kesehatannya (Gambar 4.9). Di saat yang sama, ditemukan bahwa para pelanggan yang hidup di daerah perkotaan lebih mungkin merasakan peningkatan dalam penyediaan layanan kesehatan yang lebih baik dibandingkan dengan mereka yang tinggal di daerah pedesaan.

Gambar 4.9 Perbedaan daerah dalam persepsi tentang perubahan dalam penyediaan layanan kesehatan publik



Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan data dari survei GDS2 Bank Dunia.

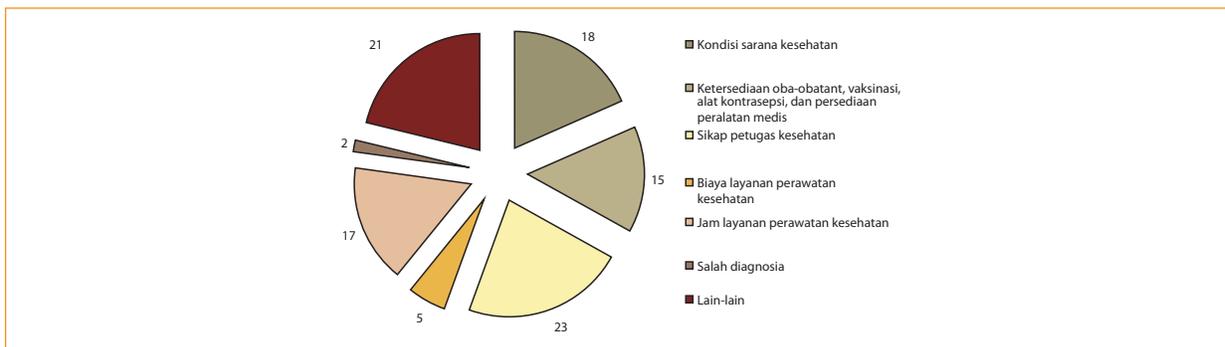


Dalam hal tingkat kepuasan terhadap layanan kesehatan publik, 58 persen masyarakat yang disurvei merasakan bahwa layanan kesehatan publik memuaskan. Hal tersebut dibandingkan dengan 31,4 persen masyarakat yang merasakan layanan kesehatan publik cukup memuaskan, sementara sisanya menyatakan bahwa tingkat layanan kesehatan publik tidak memuaskan atau tidak tahu. Sekali lagi, perbedaan antar daerah terlihat jelas dan hasil suvei menunjukkan bahwa masyarakat di Papua dan Maluku merasa sangat tidak puas. Hanya 49 persen masyarakat merasakan layanan kesehatan publik memuaskan dan hampir 18 persen merasa tidak puas

dengan layanan. Hal tersebut tercermin dalam hasil yang terlihat dalam pemisahaan kota/desa di mana masyarakat di daerah pedesaan merasa agak kurang puas dengan perawatan kesehatan publik.

Sebagian besar pemakai layanan kesehatan merasakan bahwa kondisi sarana kesehatan, perhatian staf, dan ketersediaan obat-obatan telah meningkat dalam beberapa tahun terakhir. Namun, biaya layanan dan waktu tunggu dinilai kurang positif, dan lebih dari 10 persen dari masyarakat memandang bahwa aspek-aspek dalam sektor kesehatan tersebut makin memburuk.

Gambar 4.10 Jenis keluhan yang paling umum terdapat di pusat-pusat kesehatan, tahun 2005



Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan data dari survei GDS2 Bank Dunia.

Yang menarik, sebagian besar keluhan tentang sistem kesehatan berkaitan dengan kualitas sarana dan sikap para petugas kesehatan. Jam tersedianya layanan juga merupakan sumber utama keluhan yang lain. (Gambar 4.10). Pada saat yang bersamaan, hanya sebagian kecil pelanggan yang mengkritik atau menunjukkan kekhawatiran tentang layanan kesehatan, dan hampir 70 persen dari mereka yang tidak pernah menyatakan kekhawatirannya mengatakan bahwa mereka tidak memiliki keluhan apa pun. Kepala desa lebih jauh lagi menyatakan bahwa ketersediaan layanan kesehatan yang bersifat preventif telah meningkat. Perbaikan gizi, kesehatan, dan pencegahan penyakit semuanya dinilai telah meningkat. Hal tersebut bertentangan dengan fakta bahwa hanya 50 persen dari kepala Puskesmas membuktikan peningkatan dalam ketersediaan obat-obatan, vaksin, alat kontrasepsi, persediaan, dan peralatan medis.

Para kepala Puskesmas mengalami kekurangan persediaan obat-obatan dan peralatan, berdasarkan tanggapan mereka terhadap pertanyaan tentang tingkat kecukupan layanan tertentu. Terutama layanan kebidanan dinilai tidak memadai dalam dua per tiga kasus. Pemantauan tersebut mengejutkan mengingat fakta bahwa tampaknya terdapat akses yang luas terhadap layanan tersebut di Indonesia, terutama sejak dilaksanakannya program bidan-di-desa. Oleh karena itu, keluhan-keluhan di bidang tersebut mungkin mengacu kepada kualitas layanan dan menunjukkan potensi kekurangan-kekurangan dalam pendidikan dan kemampuan teknis para bidan (Tabel 4.1).

Tabel 4.1 Pendapat para kepala unit kesehatan tentang barang dan layanan setempat di sektor kesehatan

Layanan kesehatan	% Ya	% Tidak
Apakah, pada saat ini, layanan-layanan yang diberikan di kabupaten/kota berikut memadai?		
Layanan dokter praktik umum	45	55
Layanan bidan	33	67
Perawatan	41	59
Pengobatan	74	26
Vaksinasi	83	17
Persediaan medis	65	35
Peralatan/instrumen medis	43	57
Akses terhadap Puskesmas	75	25
Akses terhadap rumah sakit pemerintah	60	40

Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan data dari survei GDS2 Bank Dunia.

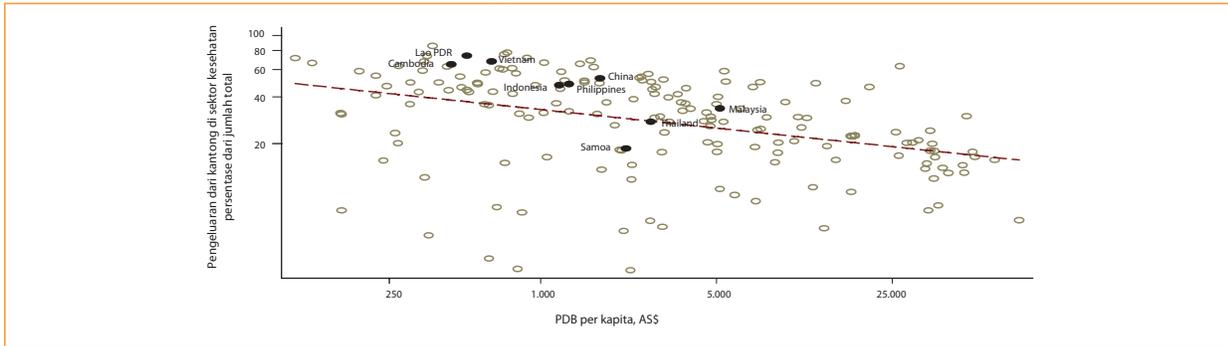


Pengeluaran dari Kantong Masyarakat (*Out of Pocket*) dan Reformasi Jaminan Kesehatan

Chapter 5

Mengingat rendahnya pengeluaran pemerintah untuk sistem kesehatan, pengeluaran rumah tangga (pembayaran dari kantong masyarakat) di Indonesia tinggi, sebagaimana hampir di semua sistem yang ada di negara-negara Asia Timur, kecuali untuk Thailand. Laos, Vietnam, Kamboja, Cina, Filipina, dan sampai tingkat tertentu bahkan Malaysia semuanya berada di atas garis trend dan menunjukkan tingkat pengeluaran dari kantong masyarakat (untuk kesehatan yang lebih tinggi dari yang diperkirakan berdasarkan pendapatan negara-negara tersebut (Gambar 5.1).

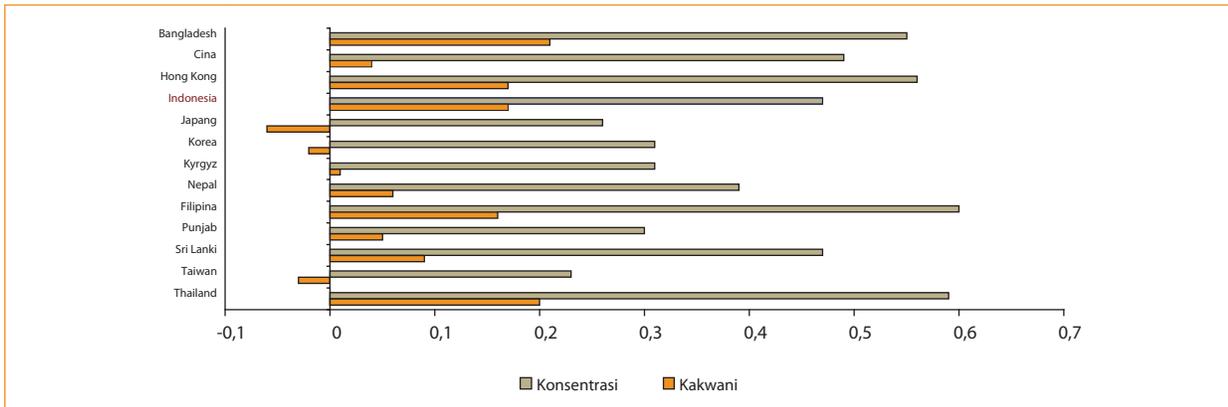
Gambar 5.1 OOP di Indonesia tinggi, namun OOP pada sistem kesehatan di sebagian besar negara-negara Asia Timur juga tinggi



Sumber: Bank Dunia, tahun 2007, berdasarkan WDI (Indikator Pembangunan Dunia)

Selain itu, analisis terhadap tingkat pendistribusian pembiayaan perawatan kesehatan di Indonesia menunjukkan masyarakat yang lebih mapan cenderung mengeluarkan lebih banyak biaya untuk perawatan kesehatan. Hal yang sama juga terjadi di banyak negara di Asia Timur sebagaimana digambarkan dalam Gambar 5.2 dengan indeks konsentrasi.⁶⁹ Namun, kesimpulan dari analisis tersebut bahwa sistem yang dikaji bersifat progresif dalam hal pembiayaan akan menyedatkan karena sebagian besar belanja kesehatan berasal dari iuran masyarakat langsung, yaitu sekitar 50 persen.

Gambar 5.2 Tingkat pendistribusian pembiayaan perawatan kesehatan di Asia



Sumber: Makalah Kerja EQUITAB No.1, tahun 2005.

Bab ini menilai tingginya proporsi pengeluaran dari kantong masyarakat di Indonesia. Hal ini merupakan salah satu masalah keadilan yang besar yang dihadapi oleh negara tersebut dalam sektor kesehatan. Hal yang juga dibahas adalah beban pembayaran yang sangat besar (*catastrophic payment*) untuk perawatan medis dan potensi skema pra-bayar kolektif untuk meningkatkan tujuan kesetaraan dan perlindungan keuangan. Dalam konteks ini, dilakukan

⁶⁹ Indeks-indeks positif Kakwani. Indeks Kakwani adalah indeks numerik penyaluran pembayaran terkait dengan kemampuan untuk membayar. Indeks tersebut dihitung menggunakan grafik dengan melihat kurva pendistribusian pembayaran pajak secara keseluruhan yang dilakukan rumah tangga miskin terhadap rumah tangga kaya dan membandingkan pendistribusian tersebut dengan pendistribusian keseluruhan konsumsi di rumah tangga yang sama dengan indeks dihitung dua kali lipat ukuran bidang antara kurva. Angka yang positif menunjukkan bahwa bagian pembayaran oleh rumah tangga yang lebih kaya lebih besar daripada bagian konsumsi mereka secara keseluruhan. Angka yang negatif menunjukkan yang sebaliknya.

pengkajian atas reformasi terhadap skema jaminan kesehatan yang sedang berlangsung dan usulan reformasi di Indonesia serta pengalaman dengan Askeskin, yakni skema terakhir untuk perlindungan bagi masyarakat miskin.

5.1 Pengeluaran dari Kantong Masyarakat dan Pengeluaran yang Sangat Besar (Catastrophic) untuk Kesehatan

Pengeluaran dari kantong masyarakat diperlukan di Indonesia karena hampir semua penyedia layanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta, membebankan biaya untuk layanan, sementara pertanggungansuransi sangat terbatas. Terdapat sedikit bukti sistematis tentang tingkat biaya di sektor publik atau swasta, namun laporan-laporan yang masih membutuhkan penelitian lebih lanjut menunjukkan bahwa para penyedia layanan swasta — yang tidak mendapatkan subsidi dari anggaran pemerintah — membebankan biaya yang lebih tinggi. Diperkirakan bahwa pembayaran dari kantong masyarakat adalah sebesar 50 persen dari keseluruhan pengeluaran kesehatan,⁷⁰ yang tidak memungkinkan para individu menerima manfaat risiko bersama dan perlindungan keuangan yang ada pada pengaturan asuransi. Selama tingkat pembayaran OOP masih tinggi, kesetaraan dalam pembiayaan kesehatan akan sulit untuk dicapai.

Gambar 5.3 Pengeluaran kesehatan rumah tangga sedikit berubah seiring dengan waktu sementara jumlah total belanja rumah tangga telah meningkat

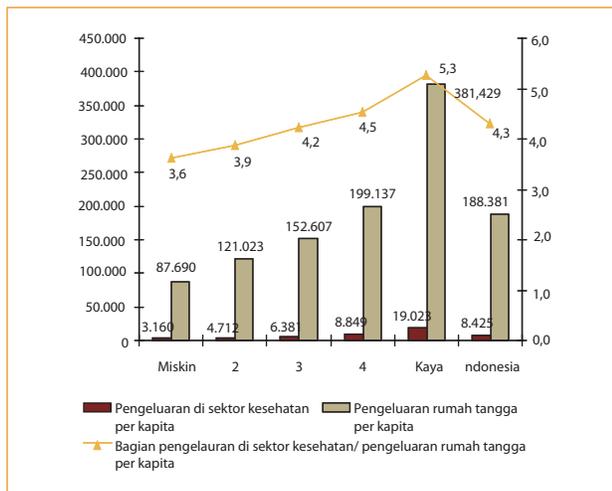


Sumber: Penghitungan oleh staf Bank Dunia berdasarkan Susenas dari berbagai tahun.

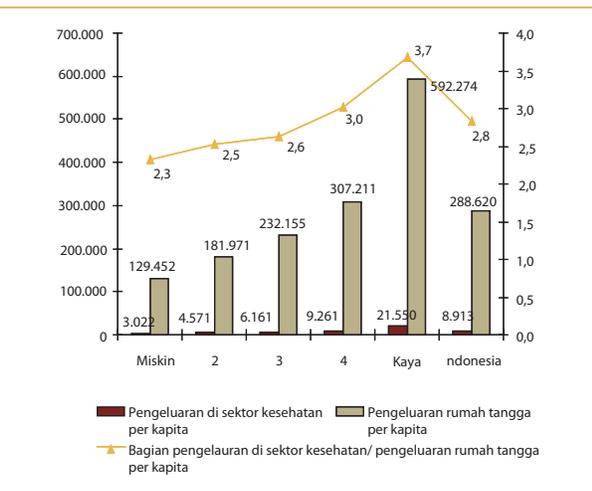
Di Indonesia, 2,8 persen dari jumlah belanja rumah tangga pada saat ini dihabiskan untuk kesehatan, namun trend menunjukkan penurunan (Gambar 5.3). Selama empat tahun terakhir, pengeluaran dari kantong masyarakat telah menurun secara signifikan dari sekitar 4,3 persen dari jumlah belanja rumah tangga hingga ke 2,8 persen pada saat ini. Penurunan tersebut lebih disebabkan oleh penurunan mutlak dalam pengeluaran kesehatan per kapita dengan meningkatnya jumlah belanja rumah tangga per kapita, daripada dampak substitusi karena meningkatnya pengeluaran pemerintah. Meskipun pengeluaran kantong masyarakat memiliki proporsi yang tinggi dari jumlah pengeluaran untuk kesehatan, namun bukan merupakan proporsi yang tinggi dari jumlah pengeluaran rumah tangga. Namun, apabila dibandingkan dengan mata pengeluaran yang lain, seperti rokok, pengeluaran kantong masyarakat tersebut sangatlah rendah. Rumah tangga rata-rata menghabiskan 11,5 persen dari jumlah belanjanya untuk rokok, dibandingkan dengan 11 persen untuk makanan kaya protein dan 2,8 persen untuk kesehatan. Gambar 5.4 dan 5.5 menunjukkan bagaimana pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan sebagai persentase dari jumlah belanja rumah tangga telah berubah dari waktu ke waktu, dan bagaimana perbedaan pengeluaran rumah tangga tersebut di seluruh kuintil sosial ekonomi.

⁷⁰ Estimasi berdasarkan NHA tahun 2007, yang menunjukkan bahwa pengeluaran di sektor kesehatan swasta mencapai sekitar 65 persen dari jumlah pengeluaran kesehatan dan bahwa pembayaran kantong masyarakat mencapai 74 persen dari pengeluaran di sektor kesehatan swasta tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa Pembayaran OOP adalah sebesar 48 persen dari jumlah pengeluaran di sektor kesehatan.

Gambar 5.4 Pengeluaran rumah tangga di sektor kesehatan berdasarkan kuintil tahun 2001



Gambar 5.5 Pengeluaran rumah tangga di sektor kesehatan berdasarkan kuintil tahun 2006



Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan Susenas, tahun 2005 dan 2006.

Kotak 5.1 Rokok merupakan prioritas bagi masyarakat miskin: pengeluaran rumah tangga untuk rokok empat kali lebih besar daripada pengeluaran kesehatan

Studi kecil terhadap rumah tangga dilakukan pada empat lingkungan masyarakat berpendapatan rendah di Yogyakarta dari tahun 2005 hingga tahun 2006, menelaah karakteristik perekonomian rumah tangga, perilaku menuju sehat, dan pengeluaran untuk kesehatan. Studi tersebut mengambil sampel sebanyak 220 rumah tangga yang dikelompokkan sebagai rumah tangga miskin, didefinisikan sebagai keluarga yang menerima bantuan melalui skema beras miskin (program Beras untuk Masyarakat Miskin, atau Raskin). Studi tersebut dilakukan dalam empat putaran selama 12 bulan mengikuti rumah tangga yang sama.

Dari keempat putaran tersebut, trend pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan dapat dikategorikan sebagai garis U, dengan pengeluaran tertinggi (sekitar 5,5 persen) terjadi di awal tahun, menurun hingga sekitar 2 persen di pertengahan tahun, lalu kemudian meningkat lagi mencapai sekitar 3,5 persen pada akhir tahun.

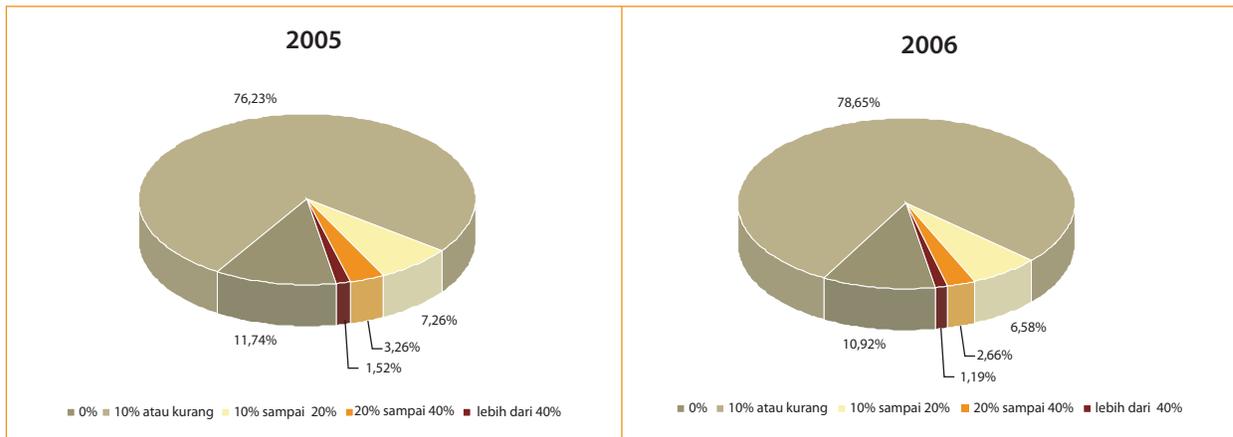
Salah satu penemuan yang mengejutkan adalah bahwa pengeluaran kesehatan secara konsisten dan signifikan berada di bawah belanja rumah tangga untuk rokok, yaitu rata-rata sekitar 13 persen. Meskipun bagian pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan menurun secara signifikan pada pertengahan tahun, pengeluaran untuk rokok hanya mengalami sedikit penurunan. Penemuan-penemuan tersebut sesuai dengan angka yang diperoleh dari data yang tersedia dalam survei rumah tangga Susenas tahun 2006 dari BPS.

Dengan memperhitungkan bersama-sama hasil-hasil yang terkait dengan pola pencarian kesehatan masyarakat miskin, yang sebagian besar berupa pengobatan mandiri dan ketergantungan pada obat-obatan yang dijual bebas, besarnya bagian pengeluaran untuk rokok di tingkat rumah tangga seharusnya mendorong pemerintah untuk mengambil tindakan-tindakan agar kelompok masyarakat yang berpendapatan rendah terlindung dengan lebih baik dari kesehatan yang buruk.

Sumber: Pusat Pengelolaan Layanan Kesehatan, UGM, 'Perilaku Membeli di Daerah Perkotaan Miskin', Yogyakarta, 2005-06.

Lonjakan pengeluaran menurun antara tahun 2005 dan tahun 2006. Lonjakan pengeluaran (yaitu, apabila belanja kesehatan mencapai lebih dari 40 persen dari kemampuan sebuah rumah tangga untuk membayar) antara tahun 2005 dan tahun 2006 menurun dari 1,5 persen dari jumlah rumah tangga menjadi 1,2 persen (Gambar 5.6 dan 5.7).

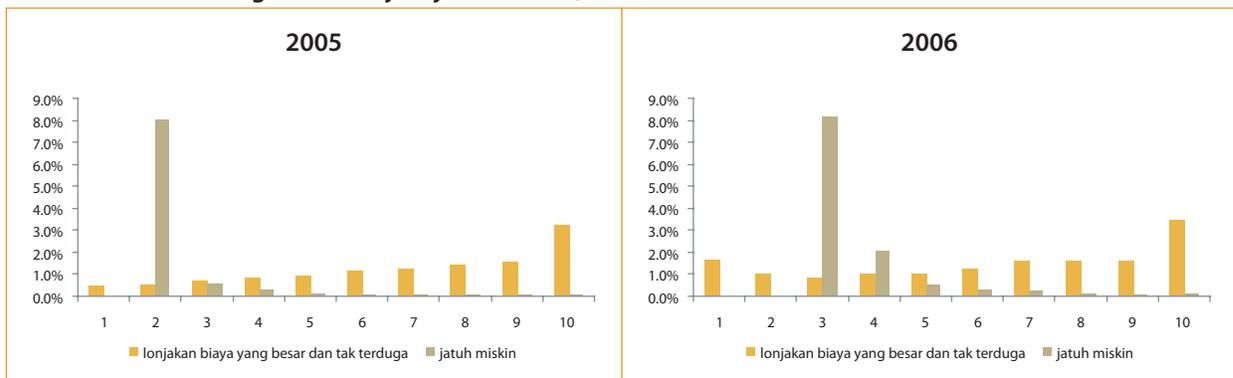
Gambar 5.6 Persentase pengeluaran rumah tangga di berbagai tingkat pengeluaran kesehatan, tahun 2005-06



Sumber: Perhitungan oleh staf Bank Dunia berdasarkan Susenas, tahun 2005 dan 2006.

Pembayaran kantong masyarakat untuk perawatan kesehatan dapat menimbulkan masalah keuangan bagi sejumlah rumah tangga dan, terkadang, keluarga-keluarga tersebut bahkan jatuh miskin. Namun, persentase rumah tangga yang jatuh miskin menurun dari sekitar 1,2 persen secara keseluruhan menjadi sekitar 0,9 persen di tahun 2006. Pada tahun 2006, kelompok yang terkena pukulan paling keras adalah kelompok masyarakat termiskin kedua. Dengan mengesampingkan peningkatan-peningkatan ini, kelompok tersebut masih merupakan bagian yang besar dari 230 juta penduduk Indonesia.

Gambar 5.7 Persentase rumah tangga yang mengalami lonjakan biaya kesehatan yang besar dan tak terduga dan menjadi jatuh miskin, tahun 2005-06

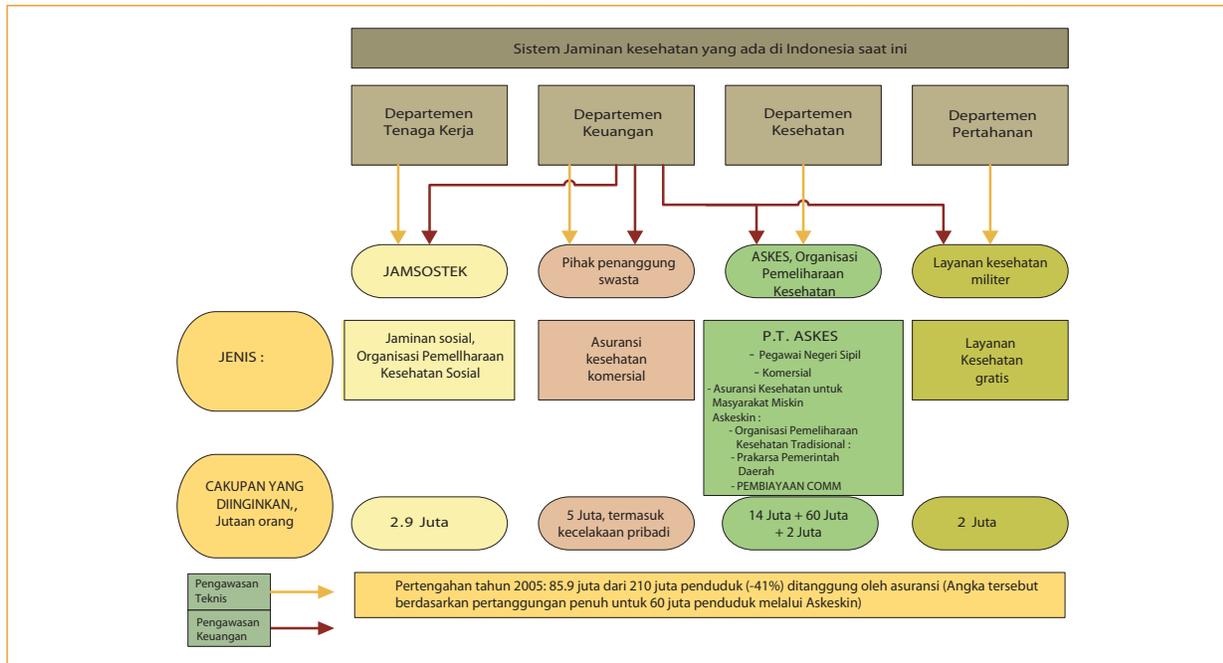


Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan Susenas, tahun 2005 dan 2006.

5.2 Pengumpulan Risiko (*Risk-Pooling*) dan Reformasi Jaminan Kesehatan di Indonesia

Tantangan bagi negara berpendapatan menengah seperti Indonesia adalah untuk mengalihkan tingginya pengeluaran kantong masyarakat menuju pengaturan pengumpulan risiko pemerintah atau swasta, agar para individu memiliki perlindungan keuangan. Di Indonesia terdapat berbagai pengaturan asuransi pemerintah dan swasta, yang menimbulkan sistem terfragmentasi yang tidak mencakup semua kelompok risiko. Fragmentasi sistem tersebut menimbulkan biaya administratif yang lebih tinggi dan masalah besar dalam kesetaraan dan pemilihan risiko (yang disebutkan lebih dulu terjadi terutama karena skema-skema tertentu hanya menerima para individu yang berada di atas ambang pendapatan tertentu, dengan demikian menciptakan sub-kelompok yang tidak efektif), dan juga membatasi ukuran kelompok (Gambar 5.8).

Gambar 5.8 Sistem jaminan kesehatan yang ada saat ini di Indonesia – jenis dan cakupan



Sumber: Departemen Kesehatan, 2007.



Pasar asuransi kesehatan di Indonesia membidik para pekerja sektor formal, dengan pemberian perlindungan keuangan terhadap pasar tersebut yang telah berubah secara perlahan selama beberapa tahun. Penyediaan asuransi kesehatan diprakarsai dengan skema jaminan kesehatan sosial untuk pegawai negeri sipil, yakni Askes, pada tahun 1970-an. Sekitar 30 tahun yang lalu, hal tersebut diikuti dengan skema serupa, yakni Jamsostek, yang mencakup para karyawan sektor formal. Selain skema-skema yang membidik para karyawan sektor formal tersebut, terdapat pula upaya-upaya sporadis untuk memberikan perlindungan keuangan kepada kelompok-kelompok lain.

Skema jaminan kesehatan berbasis masyarakat, yang dikenal sebagai Dana Sehat, dipromosikan pada tahun 1970-an

sebagai salah satu program pemerintah bagi masyarakat miskin. Program tersebut dikelola oleh masyarakat dan tingkat iuran diputuskan oleh para pemimpin masyarakat. Dana Sehat hanya menawarkan manfaat yang terbatas (terutama untuk perawatan primer, layanan rawat inap tidak ditanggung) dan oleh karena itu, gagal menarik kelompok anggota yang signifikan. Pada tahun 2006, hanya 0,6 persen dari jumlah penduduk yang menjadi anggota skema tersebut, dan tingkat *drop-out* tetap tinggi, dengan sekitar 60 sampai dengan 90 persen anggota yang tidak memperbarui keanggotaannya. Ada pula bentuk lain dari skema jaminan kesehatan berbasis masyarakat, seperti skema yang ditujukan secara khusus bagi ibu hamil, yang disebut Tabulin, yang dimaksudkan untuk membiayai biaya perawatan kandungan darurat. Sekali lagi, keikutsertaan dalam skema tersebut sangat terbatas karena cakupan yang kurang memadai dan manfaat yang hanya sebagian, yang disebabkan terbatasnya kumpulan. Namun, terdapat

sejumlah skema menarik di tingkat masyarakat di Indonesia yang sebagian berhasil, seperti kasus penyediaan perawatan kesehatan di kabupaten Jembrana, Bali yang terkenal (Kotak 5.2). Meskipun masih terdapat batasan untuk memperluas skema tersebut, pasti ada pelajaran yang dapat dipetik.

Kotak 5.2 Kasus reformasi jaminan kesehatan di kabupaten Jembrana, Bali

Skema Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) dimulai di kabupaten Jembrana, Bali, pada bulan Maret 2003 dan menyediakan layanan kesehatan primer secara gratis bagi semua anggotanya; layanan sekunder dan tersier juga disediakan secara gratis bagi anggota miskin. Skema tersebut telah memperbaiki akses penduduk miskin dan non-miskin terhadap pelayanan kesehatan. Sebelum JKJ, hanya 17 persen penduduk kabupaten yang terlindungi oleh suatu jenis jaminan kesehatan; namun sekarang, 63 persen telah terlindungi. Persentase orang sakit yang berusaha mendapatkan pengobatan di Jembrana meningkat lebih dari dua kali lipat dari 40 persen pada tahun 2003 menjadi 90 persen pada tahun 2004. Untuk penduduk miskin, persentasenya meningkat dari 29 persen menjadi 80 persen. Meningkatnya akses masyarakat miskin terhadap jaminan kesehatan terjadi terutama karena keterlibatan penyedia layanan kesehatan swasta dalam skema JKJ.

Walaupun diatas kertas biaya dari kantong masyarakat (*out-of-pocket*) untuk kesehatan bagi masyarakat miskin meningkat tajam, pada praktiknya sebagian penyedia jasa umum masih memberikan layanan cuma-cuma untuk semua klien miskin. Hal ini meningkatkan akses masyarakat miskin non-anggota terhadap pelayanan kesehatan, tetapi semuanya bergantung pada kebijakan penyedia jasa yang mempunyai hak sah untuk menolak memberikan layanan cuma-cuma kepada mereka. Sementara itu, persyaratan pendaftaran JKJ memberikan hambatan bagi banyak masyarakat miskin untuk bergabung. Baru-baru ini, upaya JKJ untuk menjadi lembaga pembiayaan mandiri berfokus pada suatu sistem baru satu kartu keanggotaan per orang (alih-alih skema lama satu kartu per keluarga), dan tampaknya inilah yang menjadi penyebab turunnya jumlah keanggotaan masyarakat miskin, dari 66 persen pada tahun 2004 menjadi 22 persen (didaftar ulang berdasarkan sistem baru) pada bulan Mei 2005, karena banyak keluarga miskin yang tidak mampu mendaftar ulang semua anggota.

Dengan meningkatkan akses terhadap penyedia layanan kesehatan swasta, JKJ telah meningkatkan persaingan antara klinik umum dan dokter swasta dalam hal kunjungan klien. JKJ juga telah meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan kepuasan klien. Kemungkinan pelaksanaan standar yang ketat oleh JKJ dalam hal peralatan, perawatan, pengobatan, dan rujukan memainkan peran dalam peningkatan tersebut. Namun demikian, secara keuangan JKJ tampaknya tidak berkesinambungan. Telah terjadi peningkatan belanja kabupaten secara pesat di luar anggaran untuk JKJ. Penyertaan penduduk non-miskin ke dalam JKJ telah meningkatkan biayanya: pada tahun 2004, 95 persen dari RP.9,5 miliar klaim JKJ diberikan kepada klien non-miskin. Penyertaan masyarakat miskin non-anggota secara informal juga telah meningkatkan biaya JKJ, karena mereka yang memberikan layanan cuma-cuma kepada masyarakat miskin non-anggota biasanya akan menerima penggantian dari JKJ. Akhirnya, nyata sekali bahwa investasi dalam administrasi JKJ tidak memadai dan dasar hukum JKJ dapat dibantah sebagian oleh undang-undang tentang jaminan kesehatan tersentralisasi.

Sumber: World Bank, 2006a, p. 114.

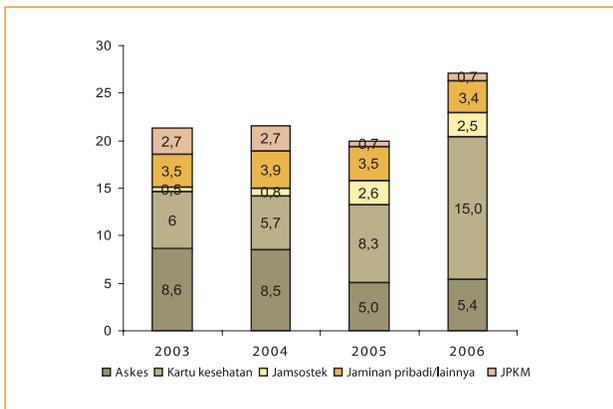
Dengan pengecualian untuk Askes dan Jamsostek, program jaminan ini hanya member sedikit dampak pada akses terhadap perlindungan kesehatan dan keuangan. Berbagai skema perlindungan risiko yang dilaksanakan selama tiga decade setelah peluncuran Askes sebagian besar didorong oleh pemerintah sebagai program Depkes. Namun demikian, dengan pengecualian pada dua skema jaminan sosial pertama — Askes dan Jamsostek — upaya lainnya memberi dampak yang kurang signifikan pada akses terhadap layanan kesehatan dan hanya memberikan perlindungan yang terbatas terhadap pengeluaran kesehatan yang sangat besar.

Partisipasi jaminan kesehatan masih tetap rendah walaupun Askeskin telah diterapkan, akan tetapi telah mulai meningkat secara signifikan. Sesuai dengan data Susenas, saat ini, hanya sekitar 27 persen dari populasi yang terlindung oleh salah satu skema yang berlaku. Walaupun demikian, dewasa ini partisipasi jaminan kesehatan menunjukkan peningkatan yang nyata dibandingkan dengan partisipasi pada tahun-tahun sebelumnya, yang tetap stagnan pada angka 20 persen selama lima tahun terakhir. Kenaikan 7 persen yang terjadi baru-baru ini sebagian besar merupakan akibat dari peluncuran skema jaminan kesehatan Askeskin bagi masyarakat miskin, yang akan dibahas lebih rinci di bawah ini. Skema utama lainnya, seperti Askes dan Jamsostek, masing-masing hanya mencakup sekitar 5 dan 3 persen, sementara perusahaan asuransi swasta dan skema lain masing-masing mencakup 3 hingga 4 persen lainnya. (Gambar 5.9).

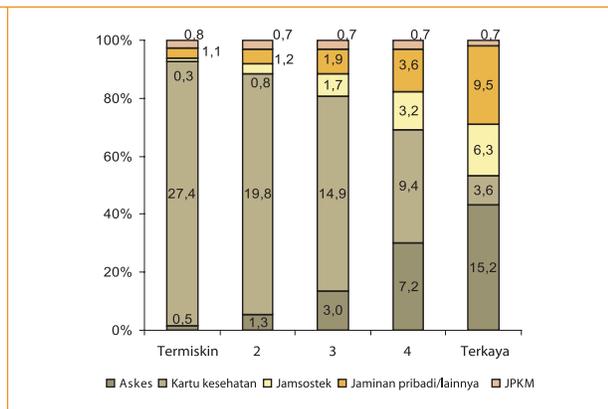
Skema jaminan kesehatan masyarakat terlalu kecil, bahkan skema tersebut tidak tercakup dalam kategori yang terpisah dalam gambar di bawah ini yang menggambarkan partisipasi asuransi berdasarkan jenis asuransi. Dengan menganalisis partisipasi berdasarkan kuintil penghasilan, jelas bahwa masyarakat miskin

merupakan penerima manfaat utama dari sistem kartu kesehatan dan Askeskin, sementara individu pada kuintil yang lebih mampu sebagian besar dilindungi oleh skema pegawai negeri sipil dari jaminan kesehatan sosial sektor swasta formal, Jamsostek (Gambar 5.10).

Gambar 5.9 Persentase partisipasi asuransi berdasarkan waktu menurut jenis asuransi, 2003-06



Gambar 5.10 Persentase partisipasi asuransi menurut kuintil penghasilan, 2006



Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan Susenas dalam berbagai tahun.

Askes bagi pegawai negeri sipil memberikan paket manfaat komprehensif kepada para anggotanya, tetapi mempunyai tingkat pembayaran yang sangat tinggi. Skema Askes, yang dikelola oleh perusahaan milik negara berorientasi laba, PT Askes, melindungi sekitar 15 juta anggota: pegawai negeri sipil dan keluarga mereka, serta para pensiunan pegawai negeri sipil, termasuk dari kalangan militer. Semua karyawan pemerintah, termasuk para pensiunan, membayar iuran sebesar 2 persen dari gaji pokok mereka tanpa memperhitungkan jumlah anggota keluarga mereka. Pemerintah tidak membayar iuran langsung atas premi sampai dengan tahun 2002 ketika Pemerintah mulai membayarkan iuran yang setara dengan setengah dari satu persen gaji. Tanggungan biaya bersama yang diwajibkan bagi anggota, terutama untuk layanan rumah sakit, tetap signifikan karena para pengguna tanpa keculi harus membayar tarif yang lebih tinggi daripada tarif yang dinegosiasikan oleh Askes dengan rumah sakit, karena tarif yang disebutkan terakhir biasanya jauh dibawah tarif rumah sakit yang dipublikasikan.

Walaupun mereka yang dijamin dalam skema Askes menikmati paket manfaat komprehensif, biasanya mereka hanya dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan umum, yang seringkali dianggap sebagai tingkat perawatan yang relatif rendah. Akibatnya, data dari survei rumah tangga Susenas 2006 menunjukkan bahwa dari 28 persen anggota yang mempunyai satu gejala sakit, hanya sekitar 42 persen yang berusaha mendapatkan perawatan, dan hanya 21 persen dari mereka yang menggunakan jaringan penyedia jasa umum yang tercakup oleh PT Askes.

Skema jaminan kesehatan sosial untuk pekerja sektor swasta, Jamsostek, merasakan akibat dari kebijakan opt-out yang diterapkannya dan mencakup hanya sebagian kecil dari populasi sasaran yang diharapkan. Skema ini dikelola oleh PT Jamsostek, suatu perusahaan milik negara yang beroperasi berdasarkan Undang-Undang Perlindungan Sosial Tenaga Kerja guna memberikan jaminan kesehatan bagi tenaga kerja sektor swasta formal. Jamsostek mewajibkan iuran sebesar 3-6 persen dari gaji pekerja sektor swasta, bergantung pada status perkawinan penerima manfaat, yang dibayarkan seluruhnya oleh pemberi kerja. Partisipasi dalam skema Jamsostek bersyarat dan hal ini menjelaskan mengapa pada tahun 2006 skema tersebut hanya melindungi 14 persen dari karyawan yang memenuhi syarat. Klausul *opt-out* dalam Undang-Undang Jamsostek (No. 3/1992) memungkinkan pemberi kerja untuk mendaftarkan karyawan mereka dalam skema alternatif, dengan ketentuan bahwa skema tersebut memberi manfaat yang lebih baik daripada yang diberikan oleh Jamsostek. Pemberi kerja yang memilih untuk tidak menggunakan Jamsostek (*opt-out*) pada dasarnya memiliki tiga alternatif. Pertama, pemberian layanan langsung yang mana pemberi kerja menyediakan layanan rumah sakit dan dokter secara langsung. Kedua, pendaftaran dalam suatu skema asuransi swasta. Opsi ketiga adalah memberikan penggantian biaya perawatan kesehatan bagi karyawan apabila diperlukan.

Selain ketentuan *opt-out*, Jamsostek menghadapi suatu masalah utama dalam hal ketidakmampuannya untuk menjamin kepatuhan pemberi kerja terhadap kewajiban hukum mereka. Sebagai suatu perusahaan swasta, Jamsostek tidak dapat mempekerjakan inspektorat untuk menguji kepatuhan atau melakukan tindakan hukum terhadap para pelanggar. Sebagai akibatnya banyak pemberi kerja, terutama perusahaan berskala kecil yang berada di perdesaan, yang tidak mendaftarkan tenaga kerja mereka dalam suatu bentuk perlindungan sosial.

Tidak seperti Askes, Jamsostek tidak mencakup perlindungan untuk keadaan-keadaan yang sangat serius seperti perawatan kanker, operasi jantung, dan cuci darah, akan tetapi mengizinkan penerima manfaat untuk mencari perawatan swasta maupun umum (di daerah-daerah tertentu). Saat ini Jamsostek mengontrak penyedia layanan secara langsung, yang berbeda di masing-masing daerah. Di beberapa daerah, jaringan penyedia layanan terbatas pada fasilitas sektor publik, sementara di daerah lainnya penerima manfaat dapat menggunakan fasilitas gabungan publik dan swasta. Mekanisme pembayaran penyedia layanan yang ditentukan dalam Peraturan Pemerintah (PP) No. 14/1993 adalah kapitalisasi. Namun demikian, mekanisme pembayaran ini seringkali kurang menarik bagi rumah sakit-rumah sakit dan dokter/fasilitas perawatan primer, terutama apabila keanggotaan di daerah tersebut cukup kecil. Tabel 5.1 berisi ringkasan tentang perbedaan antara dua skema jaminan kesehatan sosial yang ditentukan tersebut. Lampiran T memberi rincian tentang pengeluaran Askeskin menurut kategori di semua provinsi.

Tabel 5.1 Ringkasan perbedaan antara dua skema jaminan kesehatan sosial utama

Karakteristik	Askes (1968, 1992, 2005)	Jamsostek (1992)
Kelompok yang diharuskan	Pegawai negeri sipil, pensiunan pegawai negeri sipil, purnawirawan personel militer.	Pemberi kerja swasta dengan > 10 orang karyawan atau membayar gaji > Rp. 1 juta per bulan.
Iuran/Premi	Pegawai negeri sipil: 2% dari gaji pokok + 1% pemerintah tanpa pagu atas.	3% dari gaji untuk karyawan yang belum menikah. 6% dari gaji untuk karyawan yang sudah menikah. Pagu atas sebesar Rp. 1 juta per bulan. Tidak berubah sejak tahun 1993.
Pembayar iuran	Pegawai negeri sipil: Karyawan 66%, pemberi kerja mulai membayar iuran pada tahun 2003.	Pemberi kerja 100%.
Penyedia	PT Askes, berorientasi laba.	PT Jamsostek, berorientasi laba.
Manfaat	Pegawai negeri sipil: Komprehensif, tidak ada pengecualian spesifik. Obat-obatan ditanggung apabila ditentukan dalam resep (DPHO).	"Komprehensif". Tetapi, pengobatan kanker, pembedahan kardiak, hemodialysis (cuci darah), dan penyakit bawaan dikecualikan. Obat-obatan ditanggung apabila ditentukan dalam resep.
Anggota Keluarga yang ditanggung	Suami/isteri + 2 anak dibawah usia 21 tahun, belum bekerja dan belum menikah.	Suami/isteri + 3 anak dibawah usia 21 tahun, belum bekerja dan belum menikah.
Penyedia layanan & mekanisme pembayaran	Sebagian besar pusat kesehatan dan rumah sakit umum yang dikontrak. Skedul tarif khusus bagi pegawai negeri sipil.	Campuran: penyedia layanan publik dan swasta. Tarif dapat dirundingkan.

Walaupun keinginannya sudah ada, Undang-Undang Jaminan Sosial No. 40/2004 belum mengatur pelaksanaan skema jaminan kesehatan nasional yang memberikan manfaat memadai bagi mereka yang paling membutuhkan. Undang-Undang tahun 2004 tentang reformasi Sistem Jaminan Sosial Nasional (disebut Jamsosnas) bertujuan untuk membangun skema jaminan sosial yang telah ada (Askes, Jamsostek, Taspen dan Asabri) namun gagal memberikan pertanggungjawaban yang tepat bagi para penerima manfaat mereka akibat rendahnya tingkat pendaftaran kembali, tidak memadainya manfaat, dan pengelolaan yang buruk. Skema yang baru tersebut bertujuan untuk memberi perlindungan kepada semua warga Negara Indonesia termasuk pekerja formal, informal maupun wiraswasta.

Sistem yang diusulkan, yaitu Jamsosnas, dibangun di atas tiga pilar. Ketiga pilar tersebut adalah: (i) bantuan sosial bagi warga Negara yang tidak dapat memenuhi kebutuhan dasar mereka; (ii) skema jaminan sosial wajib yang dibiayai oleh pemberi kerja dan karyawan; dan (iii) kemungkinan untuk secara sukarela memiliki asuransi pribadi tambahan. Skema tersebut akan dijalankan sesuai dengan prinsip-prinsip berikut ini, yaitu gotong royong (yang

mana golongan yang lebih mampu membayar untuk golongan yang kurang beruntung), keanggotaan wajib, nirlaba, dan kemampuan untuk dapat dipindahkan. Prinsip-prinsip manajemen yang mendasarinya adalah keterbukaan, pencegahan risiko, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas dan uang yang dikumpulkan melalui program tersebut akan dikelola sebagai suatu dana perwalian, sementara organisasi akan menjalankan fungsi sebagai suatu badan usaha nirlaba (berlawanan dengan prinsip Askes dan Jamsostek saat ini).

Dalam skema ini, Asuransi Kesehatan Nasional (AKN) dirancang untuk memberikan manfaat kesehatan komprehensif mulai dari manfaat untuk perawatan, pencegahan, hingga manfaat yang mencakup penyakit berbahaya. Asuransi ini akan diurus oleh Badan Penyedia Jasa Asuransi Kesehatan Nasional dan kantor-kantor regionalnya, dan diawasi oleh Badan Jaminan Sosial Nasional. Lembaga yang terakhir ini akan terdiri atas 15 orang dari Pemerintah Indonesia serta anggota dari organisasi pemberi kerja/karyawan. Pemerintah daerah menyusun peraturan daerah untuk badan-badan pengurus jaminan sosial sesuai dengan norma-norma, standar, dan prosedur yang ditetapkan dalam undang-undang. Wewenang tersebut akan dibagi antara pemerintah pusat dan daerah. Skema AKN menetapkan layanan kesehatan standar sebagai layanan kesehatan primer (dokter umum), layanan kesehatan rujukan (spesialis) dan layanan kesehatan lainnya (obat-obatan dengan resep, laboratorium). Namun demikian, jenis layanan yang ditanggung oleh berbagai program tersebut tetap belum jelas.

Layanan yang diberikan akan disubkontrakkan sesuai dengan harga yang telah disepakati, yang akan ditentukan oleh badan-badan pengurus jaminan sosial dan asosiasi fasilitas kesehatan di setiap daerah. Dengan demikian, harga ini dapat berbeda-beda untuk setiap daerah. Badan pengurus jaminan sosial akan memeriksa setiap tagihan layanan kesehatan: apabila terdapat bukti bahwa suatu layanan tidak memenuhi standar atau sebenarnya tidak diperlukan oleh pasien, pembayaran terkait akan ditahan. Dalam menjalankan hal tersebut, sistem dukungan nasional bertujuan untuk menjamin tarif dan jumlah layanan kesehatan bagi peserta mereka.

Secara teori, baik penyedia layanan publik dan swasta (yang telah menyepakati suatu kontrak layanan dengan Pemerintah Indonesia) diperbolehkan untuk memberikan layanan kesehatan berdasarkan rencana ini. Namun demikian, tidak terdapat persyaratan bagi penyedia layanan untuk melayani semua penerima manfaat AKN. Hal inilah yang mungkin mengakibatkan hanya penyedia layanan kesehatan publik yang berpartisipasi dalam skema tersebut apabila penyedia layanan kesehatan swasta beranggapan bahwa mereka tidak akan memperoleh kompensasi yang memadai atas layanan yang mereka berikan berdasarkan program tersebut, yang kemungkinan membatasi pilihan dan kualitas perawatan.

Berdasarkan skema ini, pemberian jaminan sosial semata-mata merupakan tanggung jawab pemerintah sehingga tidak membuka peluang bagi persaingan dalam pemberian manfaat jaminan sosial. Pengalaman dari negara lain telah menunjukkan bahwa skema pendanaan publik tersebut seringkali tidak berhasil karena masalah-masalah yang berkaitan dengan transisi demografis, tingkat manfaat yang terlalu berlebihan, ketidakberlanjutan, dan pengelolaan yang buruk.

Biaya keseluruhan program Jamsosnas kemungkinan menjadi hal penting. Saat ini paket manfaat tidak didefinisikan dengan baik dan akhirnya menjadi terlalu luas, sehingga menambah biaya. Sebagian besar biaya direncanakan akan ditanggung oleh pemberi kerja dan pekerja formal yang wajib membayar iuran ke dalam skema guna menerima manfaatnya. Untuk program AKN, pekerja sektor formal dan pemberi kerja mereka harus membayar 6 persen pajak gaji atas penghasilan kotor pekerja, dibagi sama besar diantara keduanya. Jumlah gabungan antara pajak gaji yang dibayarkan oleh sektor swasta untuk mendanai program mungkin sebesar 18 hingga 20 persen dari gaji pekerja, sehingga menimbulkan beban ekonomi cukup tinggi dan mengancam daya saingnya. Pekerja informal diizinkan untuk menerima manfaat walaupun iuran mereka untuk mendanai program tersebut belum diputuskan dalam rancangan undang-undang tersebut.

Pemerintah berencana untuk memberikan subsidi pertanggung-jawaban kepada mereka yang penghasilannya jauh di bawah upah minimum regional (UMR), yang merupakan kelompok dengan jumlah yang sangat besar. Karena begitu banyaknya jumlah orang Indonesia yang berada di kategori ini, terutama di daerah-daerah perdesaan, hal ini dapat berakibat pada defisit anggaran atau membahayakan kelangsungan program tersebut. Program tersebut juga tidak berhasil menanggapi masalah yang akan terjadi berupa populasi yang usianya makin bertambah dengan cepat, yang berakibat pada pembayaran manfaat kesehatan yang lebih tinggi.

Pada praktiknya, gagasan utamanya adalah bahwa dalam jangka pendek Jamsostek akan mengembangkan organisasinya untuk memberikan layanan kepada pekerja formal, sementara Askes secara bertahap akan mengembangkan programnya untuk mencakup pekerja sektor informal, sambil tetap melanjutkan cakupan yang saat ini berlaku bagi masyarakat miskin dan pegawai negeri sipil. Diperkirakan bahwa dalam jangka menengah, skema Askes dan Jamsostek yang telah ada akan berfungsi secara paralel dan direstrukturisasi menjadi skema berbasis perwalian, yang beroperasi dengan basis nirlaba. Askes pada akhirnya bertanggung jawab terhadap pemberian asuransi kepada semua individu yang memenuhi syarat sebagai anggota Jamsostek, tetapi pada awalnya Askes akan memusatkan perhatiannya pada pemberian layanan bagi masyarakat miskin, yang iurannya akan dibayar oleh pemerintah.

Namun demikian, beberapa masalah timbul sehubungan dengan pemberian pertanggunggunaan kepada sektor informal (yang saat ini merupakan dua pertiga dari semua pekerja Indonesia). Hal terpenting adalah menetapkan tingkat tarif dan metode penarikan, terutama apabila tidak ada pemberi kerja. Pertama-tama, akan sulit untuk menetapkan jumlah yang harus dibayarkan oleh anggota sektor informal walaupun terdapat berbagai opsi, sebagian besar didasarkan pada suatu sistem yang dibentuk oleh apa yang dinamakan dengan pita 'penghasilan', dimana tingkat penghasilan sebaiknya didasarkan pada aset rumah tangga. Kedua, penarikan tarif dapat dilakukan dengan memberikan insentif positif bagi pekerja sektor informal miskin melalui pemberian perawatan bersubsidi. Insentif negatif diberikan melalui tarif yang lebih tinggi yang dapat dibebankan kepada individu yang tidak ditanggung, terutama apabila tarif mencerminkan biaya "riil" penyedia layanan kesehatan dengan lebih baik, akibat subsidi penyedia yang lebih rendah yang diberikan oleh pemerintah kepada Puskesmas dan rumah sakit. (Subsidi di sisi penawaran diharapkan menjadi lebih rendah dengan pengembangan secara bertahap pada subsidi di sisi permintaan melalui AKN).

Kotak 5.3 Mengembangkan pertanggunggunaan asuransi ke sektor informal: pelajaran dari Thailand

Sebelum pelaksanaan program pertanggunggunaan universal pada tahun 2001, sistem jaminan kesehatan Thailand memiliki ciri banyaknya skema pembiayaan kesehatan. Terdapat berbagai skema pembiayaan kesehatan dengan sasaran kelompok penduduk yang berbeda dan sektor informal merupakan sasaran pertama pemerintah Thailand melalui skema pembiayaan masyarakat pada tahun 1983. Skema tersebut selanjutnya diubah menjadi skema kartu kesehatan sukarela (VHCS) pada tahun 1991, karena sifat sukarelanya, menghadapi kendala terkait dengan seleksi yang tidak baik, penyalahgunaan sistem, dan rendahnya pemulihan biaya. Skema sebelumnya tetap menyisakan 30 persen populasi yang tidak tercakup. Dengan alasan tersebut dan guna menutup celah pertanggunggunaan, pada tahun 2001 pemerintah memperkenalkan suatu program pertanggunggunaan universal (UC) yang juga dikenal dengan skema 30 Baht berdasarkan jumlah pembayaran bersama untuk setiap episode pembebanan. Program tersebut digabung dengan VHCS dan skema kesejahteraan medis yang mencakup populasi dan kelompok rentan lainnya.

Pelaksanaan program pertanggunggunaan universal dikembangkan dengan cepat. Pada awalnya, program ini menghadapi kesulitan berupa masalah-masalah teknis seperti mengidentifikasi mereka yang tidak dilindungi, mereformasi pembayaran penyedia layanan, dan mengadakan kontrak dengan penyedia layanan. Seiring dengan kemajuan yang dicapainya, beberapa upaya untuk meningkatkan efisiensi dan pemerataan mulai diperkenalkan, seperti penyesuaian risiko, pengumpulan perawatan berbiaya tinggi dan perawatan darurat di tingkat pusat. Program tersebut telah berhasil meningkatkan cakupan asuransi kesehatan hingga 95 persen dari populasi pada tahun 2005 dengan 20 persennya berasal dari skema pekerja formal, pegawai negeri sipil, dan karyawan formal sektor swasta, dan UC menanggung sisanya sebesar 75 persen. Program tersebut sangat populer di kalangan masyarakat dan berhasil memperbaiki persepsi masyarakat tentang 'hak mereka terhadap kesehatan'. Namun demikian, program tersebut masih menghadapi beberapa tantangan; kelangsungan keuangan jangka panjangnya dipertanyakan karena adanya perubahan demografi dan epidemiologi; merger dengan dua skema lainnya menjadi suatu rencana tunggal memerlukan penyesuaian lebih lanjut terhadap paket manfaat dan sistem pembayaran penyedia layanan, dan program tersebut memerlukan suatu sistem informasi yang baik.

Sumber: Hanvoravongchai, Piya, dan William Hsiao.

5.3 Asuransi Kesehatan Orang Miskin: Program Askeskin

Sebagai bagian dari 100 hari pertama pemerintahan saat ini, Menteri Kesehatan merencanakan suatu skema yang dikenal dengan nama Askeskin (singkatan dari *asuransi kesehatan orang miskin*). Askeskin ditujukan bagi masyarakat miskin sebagaimana yang diperkirakan oleh Badan Pusat Statistik atau BPS, berjumlah sekitar 36 juta orang. Seleksi terhadap rumah tangga penerima manfaat dilakukan oleh pemerintah kabupaten, sama dengan skema sebelumnya. Manfaat yang berhak diterima oleh masyarakat miskin adalah: perawatan kesehatan cuma-cuma di Puskesmas dan rawat inap cuma-cuma di rumah sakit umum kelas tiga, dengan beberapa pengecualian. Dana untuk skema tersebut seluruhnya berasal dari anggaran APBN untuk Depkes dan tidak terdapat pembayaran yang disyaratkan dari penerima manfaat. Pembayaran penyedia layanan kesehatan diberikan dalam bentuk pembayaran perorangan (*capitation*) untuk layanan Puskesmas, bersamaan dengan pembayaran klaim dengan tarif berdasarkan kesepakatan untuk layanan rumah sakit dan obat-obatan yang diambil dari daftar obat-obatan dasar. Pembayaran kepada penyedia layanan kesehatan dilakukan oleh PT Askes melalui jaringannya yaitu kantor regional dan cabang, dengan pendanaan yang sepenuhnya dipisahkan dari kegiatan operasinya yang lain. PT Askes diizinkan untuk mengurangi 5 persen dari rencana premi untuk administrasi dan 5 persen lainnya untuk promosi skema tersebut. Biaya tahunan skema tersebut awalnya diperkirakan sebesar Rp.2,1 triliun, dengan rencana premi sebesar Rp.5.000 per orang per bulan. Skema tersebut diperkenalkan di seluruh Indonesia pada tanggal 1 Januari 2005.



Pemerintah daerah memperkirakan jumlah orang miskin jauh lebih besar daripada yang diperkirakan 36 juta, sehingga jumlah penerima manfaat meningkat menjadi 60 juta. Dengan peningkatan jumlah penerima manfaat ini, biaya tahunan meningkat menjadi Rp.3,6 triliun dari biaya yang diperkirakan semula sebesar Rp.2,1 triliun. Sehubungan dengan singkatnya waktu antara perencanaan dan pelaksanaan skema – tidak memadai untuk mempersiapkan administrasi PT Askes, penyedia layanan kesehatan atau masyarakat luas – penyerapan skema tersebut sangat rendah pada tahun 2005, dan hanya sekitar Rp.1,3 triliun yang dibelanjakan, yang mana Rp.1,13 triliun dibelanjakan untuk layanan kesehatan. Pembelanjaan

tetap berada di tingkat yang rendah pada paruh pertama tahun 2006, tetapi pada akhir tahun total belanja mencapai Rp.2,9 triliun. Namun demikian, pengalaman sebelumnya berupa pembayaran yang rendah tampaknya telah mempengaruhi keputusan untuk hanya mengalokasikan Rp.2,7 triliun untuk operasi Askeskin pada tahun 2007.

Pada bulan April 2007, klaim berjalan oleh rumah sakit-rumah sakit kepada Askeskin diketahui mencapai Rp.1,4 triliun. Pada bulan September, Depkes mulai berpikir untuk melakukan dekonsentrasi terhadap dana yang telah didistribusikan sebagai bagian dari rencananya untuk menutup defisit, sementara anggaran perjalanan dipotong sebesar 70 persen. Depkes memperkirakan biaya skema pada tahun 2007 menjadi Rp.4,5 triliun dan telah menyusun rencana pembiayaan untuk memobilisasi jumlah tersebut.

Transisi yang cepat dari situasi yang kelihatannya surplus menjadi suatu defisit yang nyata disebabkan oleh sejumlah faktor. Pertama, jumlah penerima manfaat yang tidak pasti sebesar 60 juta orang yang ditetapkan berdasarkan standar kemiskinan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Saat ini jumlah penerima manfaat diperkirakan mencapai 76,4 juta. Sedikitnya, sebagian kenaikan ini telah dipicu oleh kemudahan memperoleh surat keterangan tanda miskin (SKTM), yang diberikan oleh kepala desa. Hingga saat ini, SKTM telah diakui sebagai bukti kemiskinan dan tampaknya serupa dengan kepemilikan kartu Askeskin itu sendiri (yaitu pemegang SKTM tidak memerlukan kartu Askeskin). Ada kemungkinan besar terjadinya proses *adverse selection*, dimana mereka yang telah mengantisipasi adanya pengeluaran kesehatan yang besar berupaya untuk mendapatkan hak atas perawatan cuma-cuma. Berdasarkan jumlah keanggotaan yang makin meningkat, Depkes membuat estimasi biaya skema pada tahun 2007, walaupun masih menggunakan rencana premi yang sama.

Faktor kedua yang tampak jelas adalah *moral hazard* dari sisi penyedia layanan kesehatan. Hal ini tidak berlaku terhadap pembayaran *capitation*, yang dilakukan berdasarkan rencana iuran sebesar Rp.1.000 per orang miskin per bulan. Namun demikian, tidak dapat dihindari bahwa terdapat insentif dalam skema pembayar pihak ketiga bagi penyedia layanan kesehatan untuk menjadi terlalu aktif dalam pemeriksaan dan perawatan. Berdasarkan penglihatan, telah dilaporkan adanya indikasi bahaya moral, seperti tingkat operasi cesar yang naik tajam, pemeriksaan alergi kulit yang sukar dipahami, pemberian obat secara berlebihan (*polypharmacy*) dan mungkin pula terdapat beberapa kasus klaim palsu.

Faktor tunggal terbesar yang nyata adalah gabungan antara rencana premi yang rendah yang mendasari estimasi awal biaya skema dan tidak adanya pembayaran. Pada saat Askeskin diprakarsai dengan rencana premi sebesar Rp.5.000 per orang per bulan, belanja rata-rata anggota Askes adalah sekitar Rp.12.000 per bulan (estimasi untuk tahun 2007 adalah Rp.16.000 per orang per bulan) dan angka ini dibatasi oleh tingkat pembayaran bersama yang sangat tinggi. Karena satu-satunya perbedaan antara manfaat yang ditawarkan oleh kedua skema tersebut adalah bahwa anggota Askeskin terbatas untuk hanya dapat memanfaatkan akomodasi rawat inap kelas tiga, Askeskin tampaknya mendorong tingkat pemanfaatan yang lebih tinggi karena hal itu sepenuhnya tidak dibatasi oleh perlunya pembayaran bersama. Faktor-faktor yang mungkin menahan trend pemanfaatan yang lebih tinggi mencakup akses fisik yang buruk ke penyedia layanan kesehatan yang dihadapi oleh penerima manfaat Askeskin dibandingkan dengan pegawai negeri sipil dan tingkat pemanfaatan layanan rawat inap yang rendah oleh orang miskin sebagaimana disebutkan sebelumnya. Pada awalnya, pemanfaatan oleh penerima manfaat Askeskin cukup rendah, tetapi kemudian sedikit lebih tinggi setelah penerima manfaat menyadari bahwa skema tersebut sesungguhnya diberikan sesuai dengan yang dijanjikan. Tidak adanya langkah pengendalian biaya yang efektif, bahaya moral konsumen dapat ditambahkan ke dalam *moral hazard* penyedia layanan kesehatan secara implisit dalam skema pembayar pihak ketiga apa pun.

Sebagaimana ditunjukkan, cakupan program tersebut jauh lebih rendah dibandingkan dengan rencana awal, tetapi seiring dengan kemajuan program, 60 juta orang miskin yang menjadi sasaran seharusnya dapat segera dijangkau. Sekitar 16,3 juta kartu individu telah didistribusikan pada tahun 2005 sesuai dengan data panel Susenas, jauh lebih rendah dari jumlah sebesar 60 juta orang yang menurut Depkes telah dijangkau oleh program tersebut (Bank Dunia, yang akan datang). Sesuai dengan data program hingga tanggal 31 Desember 2006, program tersebut kemudian mencakup sekitar 65 persen dari target populasi atau sekitar 40 juta orang (lihat Lampiran R).

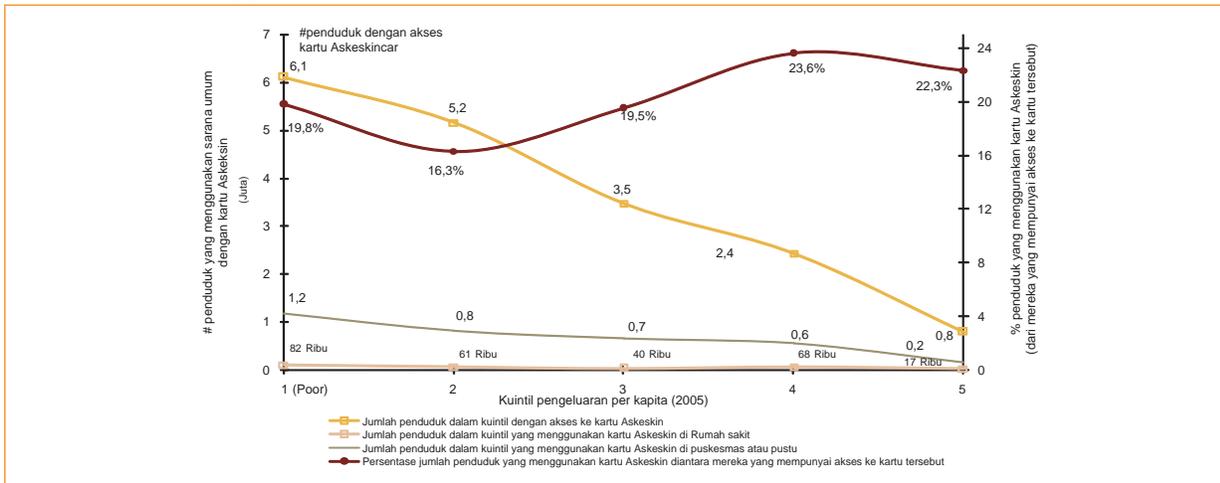
Akses terhadap perawatan kesehatan untuk orang miskin tetap rendah berdasarkan analisa cakupan dari tiga 'kartu untuk orang miskin' (Askeskin, SKTM⁷¹ dan kartu kesehatan). Peraturan program memungkinkan orang miskin untuk mengakses manfaat program Askeskin dengan menggunakan salah satu dari ketiga kartu atau sistem berikut ini: kartu Askeskin, kartu kesehatan, atau SKTM, yang sebelumnya disoroti sebagai penyebab timbulnya masalah penentuan sasaran skema. Cakupan program pada tahun 2005, dengan memperhitungkan ketiga kartu penerima manfaat untuk mengakses fasilitas kesehatan, hanya mencapai 10,3 juta rumah tangga dengan jumlah 40,7 juta orang⁷². Angka ini lebih rendah dibandingkan 60 juta orang yang ditargetkan (Bank Dunia, yang akan datang).

Sebagian besar pemegang kartu memanfaatkan program tersebut untuk memperoleh perawatan primer dan bukan layanan rumah sakit. Pada tahun 2005, hanya 8,5 persen pengguna program yang mengunjungi rumah sakit, sementara 91,4 dari orang miskin menggunakan kartu hanya di Puskesmas atau Pustu. Selanjutnya, pada tahun 2005 pemakaian kartu di pusat kesehatan masyarakat (72,2 persen) dan rumah sakit (63,3 persen) terkonsentrasi di pulau Jawa dan Bali. Dengan kepadatan penduduk yang tinggi, secara logika daerah tersebut merupakan kelompok terbesar pemegang kartu, yaitu sekitar 61 persen dari kartu yang didistribusikan sampai dengan bulan Desember 2006.⁷³ Dalam menganalisis data tersebut, perlu diingat bahwa walaupun dampak penggunaan tampak terbatas, analisis yang digunakan didasarkan pada data Susenas terakhir yang tersedia (2006), yang dikumpulkan pada tahun 2005. Dengan demikian, data tersebut kemungkinan kurang menggambarkan dampak program yang sebenarnya. Berdasarkan penglihatan, baru-baru ini bukti yang ada menunjukkan bahwa permintaan perawatan kesehatan bagi orang miskin baik di Puskesmas maupun rumah sakit telah meningkat cukup besar.

71 SKTM adalah surat yang diberikan oleh kelurahan atau kepala desa yang menyatakan bahwa orang tersebut miskin.

72 Perlu diingat bahwa kartu Askeskin itu sendiri adalah kartu pribadi yang tidak menjamin akses terhadap fasilitas kesehatan bagi anggota rumah tangga lain; dengan demikian bahkan perhitungan 40,7 juta individu merupakan estimasi yang lebih besar dari jumlah orang sebenarnya yang dijangkau oleh program tersebut.

73 Data dari PT Askes, lihat Tabel T.1 pada Lampiran T.

Gambar 5.11 Penggunaan kartu Askeskin menurut kuintil

Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan modul program kemiskinan Susenas 2006.

Mengingat pentingnya distribusi kartu yang memihak kelompok miskin, penggunaan kartu Askeskin juga sedikit berpihak pada kaum miskin. Namun demikian, dengan pengendalian akses terhadap kartu Askeskin, persentase orang yang berada di kuintil atas yang menggunakan kartu tersebut lebih tinggi. (Gambar 5.11).

Individu dalam kuintil paling miskin mencapai 34,8 persen dari semua penggunaan kartu Askeskin (sementara mereka mempunyai akses terhadap 34 persen kartu) dan pola penggunaan mengikuti penetapan sasaran kartu tersebut. Namun demikian, pada kuintil terendah hanya 19,8 persen individu yang mempunyai akses terhadap kartu menggunakan kartu tersebut dibandingkan dengan 23,3 persen pada dua kuintil teratas yang menggunakan kartu Askeskin. Dengan demikian, kemungkinan seseorang pada kuintil yang lebih tinggi menggunakan layanan kesehatan dengan kartu Askeskin lebih tinggi dibandingkan dengan kuintil yang lebih miskin (Bank Dunia, yang akan datang).

Kepemilikan akses terhadap kartu Askeskin berkaitan dengan peningkatan pemanfaatan Puskesmas/Pustu dan turunnya tingkat pemanfaatan klinik swasta sehingga mengendalikan tingkat penghasilan. Akses terhadap kartu Askeskin dalam suatu rumah tangga dikaitkan dengan meningkatnya pemanfaatan Puskesmas/Pustu oleh 0,22 individu dalam rumah tangga dan mengurangi pemanfaatan klinik swasta oleh 0,05 individu dalam rumah tangga (pengendalian jumlah orang dalam rumah tangga serta tingkat penghasilan). Namun demikian, secara statistik tidak terdapat hubungan yang signifikan antara akses terhadap kartu dan pemanfaatan layanan kesehatan di rumah sakit umum dan swasta.⁷⁴

Fakta bahwa tampaknya tidak terdapat kenaikan pemanfaatan layanan oleh pemegang kartu di tingkat rumah sakit cukup membingungkan. Hal ini secara kusus menjadi masalah karena data survei lain (GDS2) menunjukkan bahwa anggaran rumah sakit telah meningkat rata-rata sepertiga kali, sebagian besar akibat penggantian Askeskin. Pengurus rumah sakit melaporkan bahwa program tersebut memberi dampak besar terhadap pendapatan rumah sakit dan pada tahun 2005, sekitar 28 persen dari total anggaran rumah sakit yang disurvei berasal dari program Askes. Peningkatan anggaran rumah sakit selama satu tahun ini, yang terjadi bersamaan dengan dimulainya program Askes, menunjukkan bahwa kenaikan anggaran rumah sakit kemungkinan merupakan dampak dari program tersebut. Hal ini sejalan dengan fakta bahwa 72 persen pengurus rumah sakit mengatakan bahwa dampak paling signifikan dari program Askes adalah 'kenaikan pendapatan rumah sakit'. Menurut pengurus rumah sakit, anggaran ekstra dari program tersebut sebagian besar digunakan untuk membayar jasa para dokter (26,1 persen), persediaan medis (25,1 persen) dan obat-obatan (16,6 persen).

⁷⁴ Hal ini mungkin disebabkan oleh ukuran sampel yang kecil dalam modul kemiskinan Susenas tahun 2006, yang hanya menggunakan 8.700 rumah tangga sebagai sampel pada saat digabungkan dengan data tahun 2005. Karena kunjungan rumah sakit telah menjadi fenomena yang jarang dijumpai, sampel yang lebih besar diperlukan untuk melihat hubungan antara akses terhadap kartu dan meningkatnya penggunaan rumah sakit.

Kotak 5.4 Askeskin, meningkatkan permintaan dan kapasitas rumah sakit: apakah jumlah tempat tidur mencukupi ?

Keprihatinan terhadap kapasitas bangsal RS kelas tiga muncul setelah ditandatanganinya Keppres No. 1202/2005 tentang skema Askeskin. Oleh karena skema tersebut memungkinkan perawatan rawat inap gratis bagi mereka yang memiliki kartu kesehatan atau memiliki Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), permintaan perawatan diperkirakan naik dengan menurunnya halangan finansial bagi masyarakat miskin. Jumlah tempat tidur kelas tiga yang terbatas di banyak RS umum maupun swasta dapat membatasi tanggapan terhadap permintaan yang meningkat tersebut.

Analisis sederhana yang menilai apakah kapasitas yang ada saat ini cukup untuk merespon pemanfaatan saat ini ataupun di masa mendatang, dengan mempertimbangkan banyak asumsi dari segi permintaan, menunjukkan bahwa jumlah tempat tidur yang diperlukan untuk memenuhi estimasi konservatif populasi sasaran (54 juta orang miskin) sudah berada di bawah kapasitas. Hal ini berarti bahwa jumlah tempat tidur kelas tiga di RS umum sejak awal tidak akan cukup untuk menampung populasi sasaran apabila tidak ada perubahan dalam penerima manfaat rawat inap. Namun, di saat yang bersamaan, kemungkinan akan terjadi perubahan dalam pola pemanfaatan rawat inap karena skema tersebut terus dan telah disosialisasikan kepada masyarakat miskin. Selanjutnya, jangka waktu rawat inap rata-rata dapat berubah. Untuk berbagai estimasi tentang kapasitas RS berdasarkan sejumlah asumsi yang berbeda-beda (penerima manfaat, pemanfaatan, dan jangka waktu rawat inap rata-rata), lihat Lampiran S.

Mengingat bahwa SKTM tidak sulit diperoleh, mungkin tidak tersedia cukup tempat tidur untuk skema Askeskin, kecuali apabila RS swasta diikutsertakan dalam rencana manfaat tersebut dan dapat mematuhi peraturan Depkes tentang penyediaan tempat tidur bagi masyarakat miskin. Kemungkinan untuk melibatkan RS swasta juga mengharuskan Depkes untuk meninjau ulang metode penentuan harga yang digunakan dalam skema Askeskin, yang saat ini menawarkan penggantian uang yang lebih rendah dari harga pasar (biaya layanan bersubsidi), karena RS umum memperoleh berbagai subsidi di sisi penawaran.

Keputusan Depkes untuk memperbesar kapasitas rawat inap RS umum untuk kelas tiga perlu ditinjau dengan seksama, dengan mempertimbangkan jumlah sumber daya (penentuan harga unit akan diperlukan) yang dibutuhkan untuk pengembangan tersebut. Bila tidak, maka pengembangan tersebut dapat menyedot dana pemerintah untuk perawatan perorangan dan mengarah kepada pengabaian fungsi kesehatan umum. Berdasarkan penglihatan, bukti yang ada saat ini menunjukkan bahwa kenaikan permintaan untuk layanan rawat inap kelas tiga hampir mengeringkan sumber daya RS umum, seperti tenaga kesehatan, terutama perawat, serta obat-obatan dan persediaan.

Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan data dari Depkes dan Susenas. Lihat Lampiran V untuk keterangan lebih rinci tentang metodologinya, skenario yang berbeda-beda, dan sumber-sumber data yang digunakan dalam perhitungan ini.

5.4 Tantangan Masa Depan Jaminan Kesehatan

Kombinasi subsidi negara dan beban biaya bagi pengguna untuk membiayai penyediaan layanan kesehatan umum berdampak buruk terhadap pemerataan, sebagaimana diungkapkan oleh studi-studi tentang insiden manfaat. Masyarakat miskin menggunakan semua layanan kesehatan formal dengan frekuensi yang lebih rendah dibandingkan golongan sosial ekonomi yang lebih tinggi, dan mereka secara khusus merupakan pengguna yang jarang memanfaatkan layanan rawat inap RS. Upaya-upaya untuk memberikan akses yang lebih luas bagi masyarakat miskin sebelum adanya Askeskin sangat tidak efektif karena kurangnya dana, cara penentuan penerima manfaat yang buruk, dan kurangnya tanggung jawab atas dana yang diberikan. Seberapa jauh Askeskin akan mengubah riwayat ketimpangan akses terhadap layanan kesehatan akan tetap ditentukan, meskipun salah satu indikator yang kuat adalah bahwa Askeskin menerima dana lebih besar daripada skema-skema sebelumnya.

Mobilisasi sumber daya untuk sektor publik dilakukan melalui dua cara utama: sistem pendapatan umum dan pembayaran langsung dari kantong masyarakat. Konsekuensi buruk dari ketergantungan terhadap pembayaran langsung dari kantong masyarakat telah dibahas di atas, dan adanya keinginan untuk menuju ke arah mekanisme pengumpulan risiko prabayar. Akan tetapi, harapan ini masih belum berkembang di Indonesia. Penduduk yang ditanggung oleh skema jaminan kesehatan masih sedikit, yaitu sekitar 11 persen dari jumlah penduduk. Kepuasan yang telah ditunjukkan atas peningkatan perlindungan keuangan beberapa tahun belakangan ini melalui dikembangkannya Askeskin, perlu dicatat bahwa tidak ada sumber daya prabayar telah dimobilisasi dengan skema ini. Karena para anggotanya tidak memberikan kontribusi keuangan, penggunaan skema ini hanya menggeser keseimbangan dalam pendanaan sistem penyedia layanan umum semakin jauh dari pembayaran perorangan langsung menuju ke arah pembayaran kolektif melalui sistem pajak. Walaupun pergeseran ini sendiri bersifat positif,

hal itu meningkatkan beban pada pendapatan umum pemerintah, yang dapat mengancam keberlanjutan skema yang ada saat ini dan menghalangi perkembangan-perkembangan di masa mendatang.

Secara umum diasumsikan bahwa, sebagaimana digambarkan oleh UU Jaminan Sosial No. 40/2004, masa depan pembiayaan kesehatan akan beralih dari pembayaran kantong masyarakat dan penggunaan anggaran pemerintah menuju pengembangan skema jaminan dengan kontribusi. Ada banyak alasan untuk memperluas manfaat jaminan kesehatan sosial bagi para karyawan di sektor formal. Tantangan yang besar di masa depan adalah bagaimana merancang suatu metode untuk menilai dan memobilisasi kontribusi dari pekerja di sektor informal.

Dikarenakan ruang lingkup jaminan kesehatan sosial semakin meningkat, hal ini akan mulai mempengaruhi cara-cara pembelian layanan. Pada saat ini, sektor publik dapat dicirikan sebagai sektor yang mengikuti model yang terintegrasi secara vertikal, yang mana otoritas pemerintah yang memobilisasi dan mengumpulkan sumber-sumber daya juga memiliki dan mengelola fasilitas penyedia layanan tersebut. Mereka menyalurkan sumber daya secara tunai atau dalam bentuk natura kepada para pengelola fasilitas dengan harapan bahwa sumber daya ini akan digunakan untuk mengoptimalkan pemberian layanan kesehatan, akan tetapi umumnya tanpa pernyataan eksplisit tentang kuantitas atau kualitas keluarannya. Hubungan internal yang baik ini berubah ketika penyedia sumber daya bukanlah pemilik dan pengelola fasilitas kesehatan. Baik diformalisasi maupun tidak, suatu hubungan kontraktual timbul antara pembeli dan penyedia layanan. Wajar bagi hubungan kontraktual untuk menjadi lebih formal dan eksplisit seiring berjalannya waktu, tidak hanya sehubungan dengan dimensi-dimensi dasar seperti harga dan kuantitas, tetapi juga spesifikasi layanan dan ketentuan pembayaran. Juga terdapat kemungkinan timbulnya persaingan antar sesama pemberi layanan kesehatan apabila ada lebih dari satu pemberi kesehatan yang memberikan layanan bagi sebagian populasi yang telah ditentukan. Daya tarik persaingan sebagai pemacu efisiensi dan pernyataan keluaran yang eksplisit telah mendorong sejumlah negara yang dahulu menjalankan model yang terintegrasi secara vertikal untuk sengaja memperkenalkan pemisahan antara pembeli dan penyedia, dan dengan demikian beralih ke model kontrak.

Model kontrak masih berada dalam tahap awal di Indonesia. Hal ini sebagian disebabkan oleh tingkat dana jaminan yang rendah sebelum adanya Askeskin, sebagian karena hubungan kelembagaan dikembangkan pada waktu pengelolaan pemberi jaminan tidak mencerminkan kepentingan pihak tertanggung. Jamsostek dan Askes pada intinya adalah para pembeli pasif yang lebih sering menerima apa yang ditawarkan oleh para penyedia layanan. Tradisi pembelian pasif ini berlanjut dalam Askeskin karena hal itu dilihat sebagai instrumen yang digunakan terutama untuk perlindungan finansial bagi masyarakat miskin, dan bukan sebagai pendongkrak untuk mempengaruhi hasil keluaran dari sistem penyedia layanan. Hal ini dapat berubah, sebagai akibat dari tekanan penahanan biaya yang dapat dibebankan pada Askeskin dan untuk kepuasan konsumen yang lebih besar dalam skema jaminan kesehatan yang lebih mapan dalam jangka panjang.

Pertanyaan mendasar terhadap model kontrak adalah apakah skema jaminan harus membatasi pilihan penyedia layanan mereka hanya pada sektor publik, dengan beberapa pengecualian yang telah dilakukan sampai saat ini. Ada dua faktor di samping inersia dan tradisi penyediaan oleh negara dalam model yang terintegrasi secara vertikal, yang membentuk praktik-praktik yang ada saat ini. Salah satunya adalah banyaknya (tetapi tidak semua) penyedia layanan swasta terpaksa menempati pangsa pasar yang melayani klien berpenghasilan lebih besar dengan selera fasilitas yang lebih tinggi. Faktor yang berkaitan dengan itu adalah bahwa sulit bagi para penyedia layanan swasta untuk bersaing dalam hal harga dengan para penyedia layanan dari pemerintah karena adanya subsidi di sisi penawaran.

Hal ini bahkan menimbulkan pertanyaan lain yang lebih mendasar. Dalam masa saat perlindungan finansial bagi masyarakat miskin diberikan melalui subsidi di sisi permintaan: apakah kegunaan subsidi di sisi penawaran bagi para penyedia layanan umum? Kelayakan pendanaan pemerintah bagi layanan-layanan umum yang baik tidak menjadi masalah, akan tetapi sebagian besar belanja yang dianggarkan adalah untuk pemberian perawatan medis perorangan. Mungkin tantangan di masa depan adalah untuk memfokuskan belanja pemerintah berdasarkan dua misi utama: perlindungan masyarakat miskin melalui subsidi di sisi permintaan untuk premi asuransi, dan konsentrasi subsidi di sisi penawaran untuk kesehatan umum. Selanjutnya, baik penyedia layanan perawatan medis dari pihak swasta maupun pemerintah akan berada dalam posisi yang seimbang dan para penanggung akan dibebaskan untuk memilih di antara keduanya hanya berdasarkan kriteria kinerja. Suatu skenario dimana para penyedia layanan umum lebih bergantung pada kontrak daripada anggaran untuk sebagian besar pembiayaan mereka tentu saja akan menjadi sesuatu yang menantang!

Lampiran



Lampiran A: Rangkuman Sumber Data, Klasifikasi Ekonomi, Angka Belanja Pusat dibandingkan dengan Angka Belanja Daerah (NHA dan DHA)

1.1. Rangkuman Sumber Data Utama:

Rangkaian data statistik dan anggaran yang digunakan dalam laporan ini disarikan dari sumber-sumber berikut:

- **Belanja pemerintah pusat (untuk kesehatan):** Data Departemen Keuangan (Depkeu) tentang belanja yang telah diaudit dan direalisasikan untuk tahun 1994 hingga 2006. Data realisasi awal digunakan untuk tahun 2007 (revisi pertama Januari 2008) dan APBN tahun 2008 disetujui pada bulan Oktober 2007.
 - **Klasifikasi fungsional – Belanja kesehatan pemerintah pusat:** Untuk memungkinkan klasifikasi fungsional dalam belanja kesehatan pemerintah pusat, maka digunakan data belanja dari Departemen Kesehatan (Depkes) tahun 2006.
- **Belanja umum pemerintah provinsi dan kabupaten:** Data untuk tahun 2000-2005 diolah dari rangkaian data Sistem Informasi Keuangan Daerah atau **SIKD**. Staf Bank Dunia menghitung estimasi belanja daerah untuk tahun 2006-2007 berdasarkan bagian historis lintas sektor dan jumlah pengalihan yang dianggarkan oleh pemerintah pusat.
 - **Klasifikasi fungsional – Belanja kesehatan pemerintah daerah:** Data yang digunakan untuk analisis klasifikasi fungsional didasarkan atas contoh data kabupaten dari Provinsi Lampung dan Yogyakarta, karena baik pangkalan data SIKD maupun data mentah dari Depkeu tidak dapat memberikan analisis yang lebih komprehensif dan representatif tentang belanja sektor kesehatan oleh program atau fungsi, sehingga hanya sebagian kecil data catatan kesehatan kabupaten yang dianalisa.
- Survei Sosial Ekonomi Nasional (**Susenas**) dari Biro Pusat Statistik (BPS) merupakan sumber informasi demografis, ekonomis (OOPS) dan sosial dari rumah-rumah tangga pada tahun 2000-2006.
- Survei Tenaga Kerja Nasional, atau **Sakernas** untuk tahun 2004 hingga Februari 2006 merupakan sumber statistik tenaga kerja.
- Survei Potensi Desa (**Podes**) tahun 2004-2005 memberikan informasi tentang karakteristik infrastruktur pedesaan di seluruh Indonesia. Survei ini dilakukan dalam rangka sensus berkala (di bidang pertanian, ekonomi, dan kependudukan). Survei tersebut berisi informasi tentang jumlah Puskesmas, klinik, dan Rumah Sakit serta jumlah tenaga kesehatan (baik pemerintah maupun swasta) di tingkat kabupaten. Selain itu, jarak tempuh ke infrastruktur tertentu juga dapat diperoleh dari survei ini.
- **Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (IDHS) 2002-2003** digunakan terutama untuk analisis variabel hasil pada sektor kesehatan. Ukuran sampel survei besar dan memungkinkan dilakukannya perbandingan dari waktu ke waktu karena data dikumpulkan umumnya setiap lima tahun.
- **Survei Ketatapemerintahan dan Desentralisasi (GDS) 1+ dan 2**, menyediakan data indikator ketatapemerintahan dan desentralisasi dari rumah tangga dan non-rumah tangga di tingkat kabupaten dan desa, serta informasi kesehatan yang diperoleh dari pusat-pusat penyedia pelayanan. Kuesioner-kuesioner yang terutama digunakan untuk menghasilkan informasi dari sektor kesehatan adalah:
 - Kepala Puskesmas (GDS 31)
 - Data Sekunder Puskesmas (33)
 - Dinas Kesehatan (GDS 35)
 - Praktik Kesehatan Swasta (GDS 36)
 - Kepala Rumah Sakit Umum Pemerintah (GDS 37)

Beberapa rangkaian data primer lainnya diperoleh dari publikasi-publikasi statistik, berbagai studi oleh lembaga-lembaga pendidikan dan penelitian, dan laporan dari organisasi-organisasi internasional. Semua sumber-sumber ini disebutkan di bagian referensi.

Tabel A.3 di bawah ini merangkum berbagai jenis klasifikasi data yang berbeda-beda, sumber data yang berkaitan, dan kekurangan-kekurangannya.

1.2. Klasifikasi Ekonomis Belanja Pemerintah

Komposisi ekonomis dari belanja: Dalam hal jenis, atau karakteristik ekonomis dari transaksi di mana berbagai sumber daya dibelanjakan, belanja pemerintah diklasifikasikan sebagai berikut:

- **Belanja rutin**, meliputi: (i) belanja pegawai (gaji dan upah), (ii) pembayaran bunga (domestik dan luar negeri), (iii) subsidi, (vi) belanja barang di bidang barang dan jasa, dan (v) belanja lain-lain.
- **Belanja pembangunan** yang didefinisikan sebagai “belanja negara yang bertujuan untuk membiayai proyek-proyek pembangunan guna mencapai tujuan pembangunan nasional, baik material maupun non-material” (UU No. 2/2000 tentang APBN). Jumlah yang dilaporkan sebagai belanja pembangunan juga meliputi gaji dan material, yang secara teknis seharusnya dianggap sebagai belanja rutin. Mata anggaran pembangunan dihapuskan pada tahun 2004 dengan diperkenalkannya anggaran terpadu dengan mata anggaran baru yaitu belanja modal.
- **Belanja modal berlaku sejak tahun 2005**, setelah diberlakukannya UU No. 17/2003 tentang keuangan pemerintah. Kategori ini didefinisikan sebagai belanja yang mencakup pembayaran untuk pembelian atau produksi barang-barang baru atau yang telah ada, atau barang-barang yang dapat digunakan selama lebih dari satu tahun untuk tujuan-tujuan yang produktif, seperti jembatan, jalan, gedung sekolah, klinik kesehatan, dsb. Pemetaan anggaran tahun 2004 dari sistem sebelumnya hingga sistem terpadu mengungkapkan bahwa belanja modal merupakan sekitar 56 persen dari jumlah yang sebelumnya dilaporkan sebagai belanja pembangunan, sedangkan sisanya diklasifikasikan kembali di antara beberapa mata anggaran belanja rutin dan bantuan sosial.
- **Transfer ke daerah** terdiri dari Dana Bagi Hasil, Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK), dan dana otonomi khusus serta dana penyesuaian.

1.3. Belanja Kesehatan di Tingkat Pusat dan Sistem Akuntansi Kesehatan Nasional di Indonesia

Dalam pembahasan tentang komposisi *jumlah* belanja kesehatan, alat yang menjadi acuan secara umum adalah Sistem Akuntansi Kesehatan Nasional atau *National Health Accounting (NHA)*.⁷⁵ Keseluruhan rangkaian informasi dalam NHA biasanya tidak hanya meliputi apa yang dianggap sebagai belanja kesehatan pemerintah yang utama yang dilaksanakan oleh Depkeu dan unit-unitnya di tingkat provinsi dan kabupaten, tetapi juga hal-hal di luar sistem utama tersebut: belanja kesehatan oleh departemen-departemen pemerintah lainnya, seperti militer dan kepolisian, serta yang sangat penting di Indonesia, yaitu belanja kesehatan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) oleh parastatals,⁷⁶ dan belanja oleh para penanggung asuransi publik. Selain belanja pemerintah, NHA juga meliputi belanja swasta, yaitu belanja yang ditanggung oleh rumah tangga, perusahaan swasta, dan asuransi swasta.

Walaupun NHA di Indonesia belum selesai, namun sudah tersedia serangkaian estimasi terpercaya tentang total belanja pemerintah. Upaya sebelumnya untuk mengembangkan NHA terhambat oleh keterbatasan data, cakupan yang kurang lengkap, kegiatan survei empiris yang kekurangan dana, dan pengelolaan data yang kadang kurang konsisten. Gugus tugas yang baru, yang terdiri dari para ahli dari Universitas Indonesia (UI), Depkes, Bank Dunia (WB), dan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), saat ini sedang bekerja sama menyusun sistem NHA yang seragam berdasarkan metodologi standar dan data yang oleh semua pemangku kepentingan dianggap memiliki kualitas yang pantas. Data yang dihasilkan dari upaya-upaya baru ini menggunakan data dari Depkes dan Depkeu untuk memastikan kecocokan data dan mengonsolidasikan berbagai angka (Tabel A.1.).

75 Sistem ini dirancang sebagai sistem bertaraf internasional untuk mencakup seluruh rangkaian informasi yang terkandung dalam aliran-aliran sumber daya ini, dan mencerminkan fungsi-fungsi utama dari pembiayaan layanan kesehatan: mobilisasi dan alokasi sumber daya; pengumpulan dan asuransi; pembelian perawatan kesehatan; dan, distribusi manfaat (WHO.int/NHA)

76 Dalam kasus Indonesia, ini berarti Garuda dan Pertamina. Pertamina dikenal dalam mengelola salah satu RS dengan reputasi terbaik di Indonesia. Survei contoh tentang pengeluaran mereka dilakukan pada tahun 2001, tetapi tentang representatif tidaknya survei tersebut dan apakah data yang diperoleh dapat dipercaya, masih sedikit diragukan.

Dalam laporan ini, data belanja *total* NHA (swasta dan pemerintah) Indonesia terutama digunakan untuk perbandingan lintas negara, karena ruang lingkup internasional dan keseragaman sistem akuntansinya sangat sesuai untuk penilaian tersebut. Estimasi NHA pada prinsipnya memberikan gambaran yang komprehensif tentang belanja swasta, termasuk belanja oleh rumah tangga, perusahaan swasta, skema asuransi swasta, belanja melalui jaminan sosial dan badan non-pemerintah lainnya. Oleh sebab itu, dalam membandingkan belanja swasta lintas negara, data NHA digunakan, sementara untuk analisa OOPS atau belanja besar secara lebih terperinci di tingkat nasional, digunakanlah perhitungan yang lebih akurat dari Susenas, yang dilakukan setiap tahun oleh BPS.

Untuk analisis tingkat nasional yang lebih rinci, digunakan perhitungan Bank Dunia berdasarkan data Depkeu. Karena perbedaan dalam hal jangkauan dan klasifikasi, jumlah pengeluaran pemerintah dari kedua sumber tersebut tidak dapat disesuaikan dan perbedaan-perbedaan utamanya dirangkum dalam tabel di bawah ini.⁷⁷ Sejumlah indikator NHA terkini yang telah dipilih diberikan dalam rangkuman Tabel A.2.⁷⁸

Tabel A.1 Indikator utama rasio belanja dari NHA dan Bank Dunia (berdasarkan Depkeu)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Data NHA							
Belanja pemerintah untuk kesehatan – bagian dari jumlah belanja pemerintah	4,2	5,3	4,6	5,0	5,0	-	-
Belanja pemerintah untuk kesehatan – bagian dari PDB*	0,9	0,9	0,9	1,0	0,9	-	-
Penghitungan staf Bank Dunia							
Belanja pemerintah untuk kesehatan – bagian dari jumlah belanja pemerintah	2,6	3,3	4,0	4,0	4,2	4,5	5,0
Belanja pemerintah untuk kesehatan – bagian dari PDB*	0,5	0,6	0,8	0,8	0,8	1,0	1,1

*Catatan: Indikator-indikator ini dihitung dengan menganggap jumlah belanja untuk kesehatan (THE) sebagai % dari PDB dikalikan dengan bagian belanja umum pemerintah untuk kesehatan (GGHE) sebagai % dari THE.

77 Perbedaannya adalah bahwa sebagian besar angka-angka dari Bank Dunia memiliki estimasi yang lebih rendah untuk GHE sebagai bagian dari THE, sehingga GHE sebagai bagian dari PDB juga lebih rendah, mungkin karena NHA terlalu menekankan pada belanja daerah dan mungkin menyertakan lebih banyak belanja kesehatan pusat, karena dalam perhitungannya, NHA juga menyertakan dana yang mengalir melalui badan-badan lain selain Depkes.

78 Catatan: Tabel ini hanya menggambarkan indikator-indikator NHA tertentu.

Tabel A.2 NHA yang dipilih untuk Indonesia

Indikator-indikator rasio terpilih * untuk belanja kesehatan	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Jumlah belanja kesehatan (THE) sebagai % PDB	2,3	2,2	2,1	2,3	2,3	2,3	2,7	2,8	2,9	2,8	2,7
Belanja umum pemerintah untuk kesehatan (GGHE) sbg % dari THE	27,2	28,5	30,0	27,9	30,4	26,3	33,1	33,7	31,6	34,2	34,7
Belanja kesehatan sektor swasta (PvtHE) sbg % dari THE	72,8	71,5	70,0	72,1	69,6	73,7	66,9	66,3	68,4	65,8	65,3
GGHE sebagai % dari belanja umum pemerintah	4,0	4,1	3,4	3,3	3,7	3,7	4,2	5,3	4,6	5,0	5,0
Dana jaminan sosial sebagai % dari GGHE	10,5	9,6	11,5	8,7	6,8	7,5	8,9	10,2	11,7	10,8	21,3
Rencana pengumpulan risiko dan prabayar sebagai % dari PvtHE	4,1	4,3	4,5	4,5	5,1	4,7	4,1	5,1	5,6	5,9	6,0
Pembayaran talangan oleh rumah tangga swasta sebagai % dari PvtHE	76,4	75,4	74,0	74,7	73,6	72,2	75,1	75,3	76,0	74,7	74,3
Belanja kesehatan oleh lembaga nirlaba sbg % dari PvtHE	2,6	2,7	2,7	1,6	1,5	1,4	1,2	1,1	1,0	1,0	0,9
Sumber dana kesehatan eksternal sebagai % dari THE	1,2	1,4	1,6	3,9	3,6	7,9	3,2	2,1	0,8	1,3	1,2
Indikator per kapita tertentu untuk belanja kesehatan	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Jumlah belanja untuk kesehatan per kapita pada nilai tukar	26	28	25	12	17	18	20	25	31	33	34
Jumlah belanja untuk per kapita pada nilai tukar dolar internasional	75	80	79	73	76	78	96	105	114	118	122
Belanja umum pemerintah untuk kesehatan per kapita pada nilai tukar	7	8	8	3	5	5	7	9	10	11	12
Belanja umum pemerintah kesehatan per kapita pada nilai tukar dolar internasional	20	23	24	20	23	21	32	35	36	40	42
Ukuran belanja kesehatan Agen Pembiayaan (milyar Rp)	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Jumlah belanja untuk kesehatan	11.407	13.150	14.673	23.648	28.114	31.463	43.889	50.745	58.106	63.938	73.521
... Belanja umum pemerintah untuk kesehatan	3.099	3.743	4.395	6.609	8.555	8.281	14.509	17.106	18.373	21.885	25.479
... .. Pemerintah daerah	496	574	713	731	1.085	4.429	7.169	8.055	8.741	19.516	20.043
... .. Pemerintah pusat	2.278	2.808	3.177	5.302	6.887	3.234	4.264	5.602	7.481	8.296	8.823
... dari Depkes ...	1.845	2.260	2.644	4.865	6.290	2.646	3.143	4.467	5.509	6.729	7.157
... pemerintah pusat, daerah, dan provinsi	258	297	341	392	392	409	437			11.220	11.220
... dana jaminan sosial	325	361	505	576	583	617	1.292	1.744	2.151	2.369	5.436
... Belanja swasta untuk kesehatan	8.308	9.407	10.277	17.039	19.559	23.182	29.380	33.639	39.733	42.053	48.042
... .. Rencana prabayar dan pengumpulan risiko	337	400	463	774	996	1.095	1.194	1.717	2.208	2.466	2.871
... .. Perusahaan dan badan usaha swasta, tidak termasuk asuransi swasta	1.405	1.667	1.929	3.255	3.875	5.044	5.789	6.225	6.931	7.740	9.012
... .. Lembaga yang melayani rumah tangga (mis. LSM)	219	252	279	278	293	316	344	382	407	422	446
... .. Pembayaran talangan oleh rumah tangga swasta											

Sumber: WHO, 2007.

1.4. Belanja Kesehatan Kabupaten – DHA di Indonesia

Serangkaian studi telah dilakukan mengenai belanja kabupaten (DHA), yang sebagian besar disponsori oleh proyek-proyek dengan dana eksternal. Khususnya sejak desentralisasi, akan tetapi dalam beberapa contoh bahkan sebelum desentralisasi, telah ada keinginan untuk meneliti komposisi belanja kesehatan di tingkat daerah, sebagai masukan untuk meningkatkan proses perencanaan dan penyusunan anggaran. Serangkaian studi telah dilakukan mengenai belanja kabupaten, yang sebagian besar disponsori oleh proyek-proyek dengan dana eksternal. Pada tahun 2004, WHO meminta pelaksanaan studi-studi sintesis.⁷⁹ Ternyata kegunaan studi-studi tersebut terbatas karena temuan-temuan dari studi-studi tersebut sulit untuk dibandingkan dengan berbagai studi lainnya akibat terbatasnya cakupan dan sistem klasifikasi.

Di Indonesia, berbagai sistem untuk akuntansi kesehatan di daerah telah dikembangkan, tetapi Depkes belum memutuskan sistem mana yang harus digunakan, karena tanggung jawab persyaratan penyusunan anggaran masih belum jelas, sehingga kemudian, terlihat adanya perbedaan yang mencolok pada kualitas sistem akuntansi lintas kabupaten. Terdapat dua sistem utama yang saat ini sedang digunakan oleh sekitar 20 persen kabupaten di Indonesia: pertama, sebuah sistem yang dikembangkan oleh UI bekerja sama dengan WHO, dan yang kedua, sistem yang dikembangkan oleh Biro Keuangan Depkes. Kedua sistem ini disosialisasikan di kabupaten-kabupaten oleh tim ahli yang melatih staf dinas kesehatan pemerintah daerah untuk suatu jangka waktu pendek. Walaupun sudah ada upaya-upaya pelatihan oleh UI, WHO, dan Depkes, sayangnya kapasitas daerah untuk menguasai dan menjalankan sistem DHA masih terbatas, terutama dalam hal menggunakan sistem untuk analisa kesenjangan pendanaan aktual, dan menyesuaikan (atau menyesuaikan ulang) anggaran dengan prioritas-prioritas daerah.

Inisiatif-inisiatif yang muncul akhir-akhir ini menawarkan berbagai peluang baru. Dalam tahun-tahun belakangan ini, sejumlah kabupaten telah berpartisipasi dalam sebuah inisiatif dari Biro Keuangan Depkes, yang telah berupaya untuk mencatat dan mengklasifikasikan belanja di tingkat kabupaten secara lebih terperinci. Tidaklah jelas apakah upaya ini telah membuahkan hasil yang benar-benar berguna, karena upaya ini juga memiliki keterbatasan-keterbatasan seperti studi-studi sebelumnya, sementara terdapat sejumlah asumsi yang tidak menentu dan pembagian nilai-nilai yang dimasukkan di dalam perangkat lunak komputer yang diberikan bagi kabupaten-kabupaten agar dapat memasukkan data mereka, sehingga menghasilkan jajaran data yang sulit untuk dipakai dan tidak transparan. Pada tahun 2007, di bawah proyek GTZ SISKES project, dilakukan suatu upaya yang baru untuk mengembangkan kerangka kerja bagi pencatatan dan mengklasifikasikan belanja kesehatan pemerintah di tingkat kabupaten (hanya sistem utama), yang dikembangkan dari upaya-upaya sebelumnya dengan menyertakan aliran non-anggaran yang lebih signifikan. Walaupun jangkauannya masih terbatas, upaya ini dirancang untuk dapat disesuaikan dengan NHA, dengan menggunakan sistem klasifikasi dasar dan terminologi yang sama.

Tabel A.3 Jenis-jenis analisis dan karakteristik data belanja

Jenis analisis:	Aspek analisis:	Sumber data dan kepentingan	Bab
Analisis lintas negara	Belanja kesehatan (pemerintah dan swasta) dibandingkan dengan negara-negara lainnya	Data WDI – Angka-angka ini mengestimasi belanja umum daerah, sehingga sedikit berbeda dengan angka-angka di Indonesia yang disusun dari data Depkeu dengan menggunakan belanja daerah yang aktual.	Berbagai Bab
Analisis lintas sektor	Kesehatan dibandingkan dengan sektor-sektor lainnya	Estimasi berdasarkan data belanja umum Depkeu.	Bab 3 – Bagian 3.1
Tren keseluruhan, belanja berdasarkan tingkatan pemerintah, dan klasifikasi anggaran	Belanja umum untuk kesehatan seiring waktu dan berdasarkan tingkatan pemerintah – perbedaan juga dapat dilakukan antara belanja rutin dan pembangunan	Estimasi berdasarkan data belanja pemerintah dari Depkeu. Mekanisme klasifikasi telah berubah seiring waktu, tetapi dapat dikelompokkan kembali dan memungkinkan analisis perbandingan antara belanja rutin dan pembangunan.	Bab 3 – Bagian 3.2, 3.4, dan 3.5

79 Mardiaty dkk, studi Sintesis untuk DHA, WHO, 2004.

Klasifikasi ekonomis dari belanja kesehatan – Tingkat Pusat	Belanja kesehatan publik berdasarkan klasifikasi ekonomis dari pemerintah pusat	Estimasi berdasarkan data belanja Depkes – data yang dianalisis disini hanya berlaku untuk tahun 2006, sedangkan karena untuk tahun ini tersedia data yang paling komprehensif. Jumlah keseluruhan untuk belanja pemerintah pusat dari Depkes dan Depkes sedikit berbeda.	Bab 3 – Bagian 3.6
Klasifikasi ekonomis dari belanja kesehatan rutin – Tingkat Daerah	Belanja kesehatan rutin berdasarkan klasifikasi ekonomis untuk pemerintah daerah	Estimasi berdasarkan data belanja rutin Depkes – Tersedia analisis Belanja hingga tahun 2005.	Bab 3 – Bagian 3.6
Klasifikasi fungsional dari belanja kesehatan – Tingkat Pusat	Belanja pemerintah untuk kesehatan berdasarkan klasifikasi fungsional untuk pemerintah pusat	Estimasi berdasarkan data belanja Depkes – data yang dianalisis disini hanya berlaku untuk tahun 2006 karena untuk tahun ini tersedia data yang paling komprehensif . Jumlah keseluruhan belanja pemerintah pusat dari Depkes dan Depkes sedikit berbeda.	Bab 3 – Bagian 3.7
Klasifikasi fungsional untuk belanja kesehatan – Tingkat Daerah	Belanja kesehatan pemerintah dengan klasifikasi fungsional untuk pemerintah daerah	Saat ini, tidak ada data yang representatif secara nasional yang tersedia untuk belanja kabupaten berdasarkan fungsi atau program. Khususnya sejak desentralisasi, sistem pelaporan belanja telah berubah dan saat ini tidak semua kabupaten di Indonesia menerapkan sistem akuntansi belanja kesehatan kabupaten. Bahkan kabupaten-kabupaten yang memiliki sistem DHA tidak selalu memiliki data yang memungkinkan perbandingan yang bermanfaat. Dalam Kajian Pengeluaran Publik ini, satu sub-set data akun kesehatan dari 10 kabupaten telah dianalisis untuk memberikan gambaran awal tentang bagaimana melakukan analisis lanjutan yang akan menghasilkan perbandingan yang representatif di tingkat nasional.	Bab 3 – Bagian 3.7

Lampiran B: Sekilas Portofolio AAA Indonesia-Bank Dunia Bidang Kesehatan

Jenis/Kode Produk	AAA yang Utama	Rangkuman – Topik Utama yang Dibahas:	Status Pelaksanaan
TA	Mendukung “Kajian di Bidang Kesehatan Komprehensif” yang dicanangkan oleh Pemerintah	Pemerintah Indonesia sedang menyusun Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) yang baru (2009–14), yang memasukkan bidang kesehatan sebagai salah satu topik utama. TA dukungan Bank Dunia akan memberikan opsi-opsi kebijakan sebagai masukan di beberapa bidang inti berikut: Pembiayaan di Bidang Kesehatan; Tenaga Kerja di Bidang Kesehatan; Desentralisasi dan beberapa bidang potensial lainnya (Obat-obatan, Prasarana fisik, Pengelolaan dan Penyelenggaraan Kesehatan Masyarakat).	Naskah Pendahuluan, Februari 2008 (selesai); Laporan interim akan terbit bulan Desember 2008; Laporan Akhir paling lambat Maret 2009
PEMBIAYAAN BIDANG KESEHATAN*			
Kegiatan Ekonomi dan Sektor (ESW)	Pembiayaan Bidang Kesehatan (EW-P107276)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menilai kinerja sistem pembiayaan di bidang kesehatan di Indonesia dan menyoroti kelebihan dan kekurangan yang dimiliki oleh sistem kesehatan publik dan swasta yang ada, serta usulan perbaikan; ▪ Menilai dampak dari faktor-faktor mendasar yang mempengaruhi pembiayaan di bidang kesehatan termasuk perkembangan di bidang epidemiologi, demografi, dan gizi, konfigurasi dan kebijakan-kebijakan sistem kesehatan yang ada dan sistem-sistem lainnya yang terkait (misalnya sistem pendidikan), masalah-masalah perkembangan di bidang ekonomi dan desentralisasi, kesemuanya dalam konteks kenyataan politik, kelembagaan, dan geografis mendasar yang ada di Indonesia; ▪ Menanggapi tantangan-tantangan dalam hal pembiayaan dan pelaksanaan yang diakibatkan oleh UU 40/2004 yang memberlakukan cakupan universal melalui skema NSHI; dan, ▪ Menanggapi kebutuhan akan kebijakan tambahan untuk mencegah jatuhnya rumah-rumah tangga di Indonesia ke dalam kemiskinan akibat masalah kesehatan yang sangat besar. 	Laporan interim akan terbit Juni 2008 Laporan Input terhadap Kajian Bidang Kesehatan (HSR) Publik Desember 2009 Laporan Akhir mengenai Pembiayaan Bidang Kesehatan akan terbit bulan uni 2009
Kegiatan Ekonomi dan Sektor (ESW)	Ruang Gerak Fiskal dan Gambaran Makroekonomi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisis ruang gerak fiskal akan mengkaji berbagai opsi, peluang, dan hambatan sehubungan dengan meluasnya ruang gerak fiskal bidang kesehatan dengan mengkaji estimasi-estimasi mengenai pertumbuhan ekonomi, elastisitas peningkatan pengeluaran di bidang kesehatan, serta masalah-masalah khusus lain di bidang kesehatan yang berhubungan dengan lapisan sumberdaya yang dimiliki oleh pemerintah. 	Bab di dalam Pembiayaan di Bidang Kesehatan & Naskah Terpisah Agustus 2008
Kegiatan Ekonomi dan Sektor (ESW)	Estimasi-estimasi Aktuarial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melakukan penilaian aktuarial terhadap perbedaan-perbedaan di dalam paket tunjangan acuan dan membuat rekomendasi bagi perubahan untuk meningkatkan hasil-hasil layanan kesehatan, perlindungan finansial, pemerataan, dan kesinambungan finansial dari masing-masing skema. 	Bab di dalam Naskah Pembiayaan di Bidang Kesehatan

	Metode-metode Pembayaran Penyedia Layanan	<ul style="list-style-type: none"> Akan menilai metode pembayaran bagi para penyedia layanan kesehatan dan, pemerolehan layanan dalam rangka program-program yang ada di Indonesia. Juga akan mengkaji bukti-bukti regional maupun internasional dalam bidang ini dan akan memberikan rekomendasi tentang kebijakan-kebijakan yang 	Bab di dalam Naskah Pembiayaan di Bidang Kesehatan
Kegiatan Ekonomi dan Sektoral (ESW)	Kajian Belanja Kesehatan Publik - 'Melakukan Investasi Bidang Kesehatan di Indonesia: <i>Peluang dan Tantangan bagi Pengeluaran Publik</i> '	<ul style="list-style-type: none"> AAA dikembangkan di dalam Bab mengenai belanja di bidang kesehatan yang diterbitkan oleh Kajian Pengeluaran Publik (PER) Indonesia 2007, dengan beberapa informasi tambahan tentang: <ul style="list-style-type: none"> i) Pengeluaran publik di tingkat daerah, ii) Aliran dana di bidang kesehatan; iii) Analisis tentang efisiensi dan penilaian lebih lanjut terhadap kualitas dan kepuasan pelanggan, dan iv) Pengeluaran dan reformasi dibidang jaminan kesehatan. 	Laporan Akhir Mei 2008
Kegiatan Ekonomi dan Sektoral (ESW)	Tenaga Kesehatan	<p>Survei Tenaga Kesehatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> Distribusi tenaga kerja dan masa penempatan kerja Praktik ganda, sektor swasta dan akses terhadap pelayanan Status dan penempatan para tenaga kesehatan saat ini Apakah dampak dari meningkatnya penyediaan layanan kesehatan sektor swasta terhadap akses terhadap layanan dan kualitas pelayanan yang diterima Bagaimana tenaga kesehatan memutuskan untuk bersedia ditugaskan di daerah-daerah yang terpencil, dan sejauh mana keputusan-keputusan tersebut berubah seiring waktu 	<p>Laporan Interim Desember 2009</p> <p>Laporan Input terhadap Kajian di Bidang Kesehatan (HSR) Publik Desember 2009</p> <p>Naskah Akhir Juni 2009</p>
TA	Naskah Pendahuluan dan Ulasan umum	<ul style="list-style-type: none"> Status tenaga kesehatan (Dokter, Perawat, Bidan) saat ini Kebijakan-kebijakan tentang Tenaga Kesehatan yang berlaku saat ini Masalah-masalah yang berkaitan dengan tenaga kesehatan di Indonesia 	Naskah Pendahuluan Juni 2008

* Bidang-bidang utama dukungan Bank Dunia terhadap Kajian di Bidang Kesehatan (HSR) komprehensif yang dicanangkan oleh Pemerintah Indonesia mencakup desentralisasi, yang bersifat lintas sektor, dan karenanya tidak dimasukkan dalam tabel ini.

Lampiran C: Apakah yang dimaksud dengan “Initiative for Public Expenditure Analysis” (IPEA)?

Kajian Pengeluaran Publik di Bidang Kesehatan ini didanai melalui *Initiative for Public Expenditure Analysis* dan lampiran ini menjelaskan latar belakang program tersebut.

1. Latar Belakang IPEA

Pada bulan Juni 2004, Pemerintah Indonesia, lembaga-lembaga penelitian lokal, dan masyarakat internasional (termasuk Bank Dunia dan Kedutaan Besar Belanda) mencanangkan sebuah program yang bernama *Initiative for Public Expenditure Analysis* (IPEA), dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan akan analisis dan penguatan kapasitas. Dengan diperolehnya kembali stabilitas makroekonomi, dan desentralisasi yang berjalan lebih mulus daripada estimasi, serta harapan meningkatnya fleksibilitas anggaran di tahun-tahun mendatang, sekarang adalah saat yang tepat untuk mengkaji opsi-opsi bagi optimalisasi penggunaan sumber-sumber daya Pemerintah Indonesia. Kebutuhan akan analisis pengeluaran publik semakin meningkat dengan (i) meningkatnya peran kebijakan fiskal dalam mendukung pertumbuhan ekonomi, dan (ii) desentralisasi yang telah nyata-nyata menjadikan analisis pengeluaran publik semakin menantang.

IPEA bertujuan untuk meresmikan praktik-praktik yang sudah ada dan menyediakan naungan, serta menyebarkan informasi tentang kegiatan-kegiatan yang sedang berlangsung, dalam bidang pengeluaran dan pengelolaan keuangan publik. IPEA menginginkan (i) terciptanya produk yang fleksibel dan disesuaikan dengan kebutuhan pengguna (ii) pelaksanaan proses-proses yang mendatangkan pembelian dari pembuat kebijakan utama, dan (iii) penguatan kapasitas yang efektif; serta tetap memelihara fokus yang jelas terhadap hasil dan dampak.

2. Tujuan IPEA

IPEA memiliki dua tujuan utama, yaitu:

- (i) **Dari analisis yang baik menuju kebijakan yang baik.** IPEA berusaha untuk memberikan pemahaman yang lebih baik tentang pengeluaran publik yang aktual kepada berbagai sektor dan level pemerintahan, dan untuk menjadikan hasil analisis tersebut sebagai dasar dialog kebijakan untuk mendukung upaya menuju penyediaan layanan terhadap masyarakat yang lebih akuntabel dan berorientasi pelayanan.
- (ii) **Penguatan kapasitas klien-klien IPEA.** IPEA bertujuan untuk memperkuat kapasitas lembaga-lembaga di Indonesia dalam melaksanakan analisis pengeluaran secara teratur. Pesertanya adalah para pembuat kebijakan di pemerintahan dan parlemen tingkat daerah dan pusat, serta pusat-pusat penelitian lokal dan pemangku kepentingan utama lainnya.

Selain itu, IPEA bertujuan untuk memberikan dukungan penguatan kapasitas berikut ini bagi klien-klien IPEA:

- (i) Bantuan teknis dan pelatihan yang ditujukan bagi staf departemen-departemen dan lembaga-lembaga penelitian.
- (ii) Menghubungkan lembaga-lembaga penelitian lokal dengan lembaga-lembaga terkemuka di bidang analisis pengeluaran publik.
- (iii) Memperbantukan staf dari departemen-departemen dan/atau lembaga-lembaga penasihat kepada Bank Dunia selama beberapa bulan untuk melakukan analisis pengeluaran publik.

3. Struktur Manajemen IPEA

Hasil penting dalam bidang pengelolaan program IPEA adalah terbentuknya komite pengarah yang kuat, yang mengadakan pertemuan pertamanya pada tanggal 6 April 2005 dan sejak saat itu secara teratur mengadakan pertemuan setiap bulannya. Komite pengarah terdiri dari kelompok inti yang merupakan perwakilan-perwakilan dari Kementerian Koordinasi bidang Perekonomian (Menko Perekonomian), Departemen Keuangan, Bappenas, LPEM

(Universitas Indonesia), dan Bank Dunia. Tiga belas pertemuan komite pengarah yang melibatkan pejabat-pejabat pemerintah telah dilaksanakan dari bulan April 2005 hingga bulan Februari 2008.

4. Hasil-hasil dan Prestasi-prestasi yang Dicapai oleh IPEA

Hasil-hasil yang dicapai baru-baru ini: Januari – Desember 2007:

Kajian Pengeluaran Nasional:

- **Edisi kedua dari – Kajian Pengeluaran Publik Indonesia (PER) 2007: ‘Pengeluaran untuk Pembangunan: Memaksimalkan Peluang Baru’** – Juli 2007. Versi terbaru dari kajian pengeluaran publik nasional mencakup angka-angka pengeluaran publik daerah yang terkini serta estimasi-estimasi terakhir di bidang ekonomi. Edisi yang kedua tersebut secara global digulirkan di Washington D.C. pada bulan Juli dalam kesempatan seminar di Kantor Pusat.

Kajian Pengeluaran Publik Sektoral:

- Versi terbaru dari Kertas Kerja Penelitian yang bertajuk *‘Investing Indonesia’s Education: allocation, Equity, and efficiency of public expenditure’* – Agustus 2007. Meskipun penerbitan versi pertama kertas kerja tersebut dilakukan pada bulan November 2006, versi terbaru dari dokumen tersebut adalah Kertas Kerja resmi Studi Kebijakan Bank Dunia (No: 4329), dan telah dikaji dengan saksama oleh badan pengkaji, juga telah diperbarui dengan data-data terbaru yang tersedia. Sejak penerbitan pertamanya, telah dilakukan empat presentasi lanjutan bagi para pejabat tinggi Depdiknas, Bappenas, dan ESWG serta satu kali presentasi di Washington DC.
- IPEA sedang melakukan **Kajian pengeluaran publik daerah di bidang pendidikan** dalam rangka mempersiapkan Pendekatan Menyeluruh terhadap Bidang Pendidikan, yang dipimpin oleh Unit Pendidikan Bank Dunia Perwakilan Jakarta (WBOJ). Pengumpulan data di empat dari lima provinsi (8 dari 10 kabupaten) di Indonesia telah diselesaikan guna kepentingan kajian tersebut. Tim IPEA mempresentasikan tujuan-tujuan dan kajian metodologis kepada para pejabat di Depdiknas pada bulan September 2007.

Desentralisasi dan hubungan-hubungan fiskal antar-pemerintah:

- Draft Catatan penelitian tentang ‘Pengelolaan Pendapatan dari Minyak, Penetapan Harga untuk Produk Minyak Domestik, dan Pemberian Subsidi di Indonesia’ telah selesai dan sedang melalui pemeriksaan akhir. Hasil-hasil penelitian pendahuluan dipresentasikan kepada Pemerintah Indonesia pada bulan April 2007.

Dukungan terhadap pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (MDG) dan kegiatan-kegiatan pembiayaan MDG :

- Tim IPEA memberikan dukungan kepada pejabat-pejabat pemerintah senior di Bappenas yang bertanggung jawab atas penyusunan Laporan Resmi Pemantauan MDG Indonesia, yang akan selesai pada awal tahun 2008. Tim tersebut memberikan dukungan teknis dalam hal analisis data dan pemantauan kualitas, dan telah mempresentasikan aneka Tujuan Pembangunan Milenium (MDG) kepada tim Bappenas. Hingga saat ini, berbagai presentasi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan (PPT) telah diberikan kepada tim Bappenas.

Analisis Pengeluaran Publik Daerah:

- **Draf Laporan analisis pengeluaran publik daerah untuk Provinsi Gorontalo telah selesai disusun.** Selain itu, draf awal *laporan pembangunan ekonomi daerah* dan analisis tentang *pencapaian dan tantangan MDG* Provinsi Gorontalo juga tersedia. Lokakarya daerah telah dilaksanakan di Lombok pada bulan Agustus di mana hasil-hasil penelitian pendahuluan dipresentasikan kepada berbagai pemangku kepentingan di daerah.

Website Pengeluaran Publik Indonesia

- IPEA telah menyelesaikan pembangunan website interaktif tentang kebijakan dalam bahasa Inggris dan bahasa Indonesia, yang berisikan hasil-hasil utama yang disediakan serta data dasar *online* IPEA, yang berisi data mutakhir keuangan pemerintah (pemerintah pusat dan daerah), yang dapat diakses oleh masyarakat. Lihat www.publicfinanceindonesia.org

Hasil-hasil yang telah dicapai sejak dimulainya program:

- **Kajian Pengeluaran Publik Indonesia (PER) 2007: ‘Pengeluaran untuk Pembangunan: Memaksimalkan Peluang Baru’.** Laporan PER terdiri dari berbagai bab yang meliputi topik-topik berikut: Ruang Gerak Fiskal dan Tren Makroekonomi, Tren Lintas sektoral dan Pengeluaran Publik, Kajian di Bidang Pendidikan, Kajian di Bidang Kesehatan, Kajian Pengeluaran di Bidang Infrastruktur, Pengelolaan Keuangan Publik, dan Desentralisasi Fiskal dan Kesenjangan Regional.
- Edisi pertama laporan PER digulirkan dalam sebuah seminar nasional yang mempertemukan sekitar 300 pemangku kepentingan dan pembuat kebijakan pada tanggal 12 Februari 2007. Edisi kedua laporan PER dengan data pengeluaran daerah yang telah diperbarui diterbitkan pada bulan Juli dan secara resmi diterbitkan bagi khalayak global di Washington D.C.
- Laporan PER dan data yang dipergunakan dalam laporan tersebut dapat diakses secara *online* di laman baru IPEA www.publicfinanceIndonesia.org
- **Investasi publik, ruang gerak fiskal, dan alokasi pengeluaran:** *i)* Strategi-strategi pemberian subsidi BBM; *ii)* Keseluruhan pola pengeluaran lintas sektor, waktu, dan tingkat pemerintahan; *iii)* Pengelolaan gaji pegawai negeri pemerintah pusat; *iv)* Pengaturan waktu dan dampak dari langkah-langkah kebijakan fiskal yang ada: Implikasi terhadap pertumbuhan riil tahun 2005-2006. Desember 2005
- **Kajian Pengeluaran Publik Sektoral:** *i)* Pembiayaan infrastruktur di Indonesia; *ii)* Pengaruh pemberian subsidi listrik di Indonesia - Mei 2006; *iii)* *Investing Indonesia's Education: allocation, Equity, and efficiency of public expenditure* – Oktober 2006 – Versi terkini Kertas Kerja Penelitian Kebijakan diterbitkan bersama dengan data terbaru pada bulan Agustus 2007. Penerbitan naskah tersebut dilakukan pada bulan November 2006, dan sejak saat itu telah dilakukan empat presentasi lanjutan untuk para pejabat tinggi Depdiknas, Bappenas, dan Kelompok Kerja Bidang Pendidikan (ESWG). Selain itu, sebuah presentasi telah dilaksanakan di Washington pada bulan Januari 2007; *iii)* Pada bulan Juni 2007, sebuah presentasi tentang Pembiayaan di Bidang Kesehatan telah disampaikan oleh seorang ahli kesehatan senior di Washington. Pandangan-pandangan beliau akan menjadi masukan bagi kegiatan PER di bidang Kesehatan.
- **Desentralisasi dan hubungan-hubungan fiskal antar-pemerintah:** *i)* Dari DIP ke DAK: pedoman pelaksanaan-dana bantuan bersyarat; *ii)* Pinjaman dan Hibah (presentasi untuk para pejabat pemerintah senior); *iii)* Meningkatkan administrasi perpajakan daerah.
- **Kajian pengeluaran publik daerah:** *i)* Analisis Pengeluaran Publik Papua dan Harmonisasi Kapasitas; *ii)* Aceh: Pengeluaran untuk Rekonstruksi dan Pengentasan Kemiskinan (draf); *iii)* Membangun kembali Aceh dan Nias yang lebih baik (inventarisasi upaya rekonstruksi).
- **Pengelolaan keuangan publik:** *i)* PFM: Indonesia; Pengeluaran Publik Pusat tahun 2005; *ii)* Kajian proses perencanaan dan anggaran yang sedang berjalan

Penguatan Kapasitas untuk Klien-klien IPEA dan Upaya Outreach

IPEA telah melaksanakan kegiatan-kegiatan yang ditujukan kepada staf-staf teknis (biasanya pegawai eselon 3) dengan berbagai tujuan berikut: (i) meningkatkan keahlian praktis rekan imbalan IPEA yang diperlukan untuk melaksanakan tugasnya sehari-hari; (ii) mengurangi hambatan-hambatan yang ada di antara unit-unit dan departemen-departemen yang berbeda.

Hasil-hasil yang telah dicapai:

- **Diseminasi informasi tentang Kajian Pengeluaran Publik 2007 di daerah-daerah di Indonesia: Presentasi keliling PER:**
 - Tim PER IPEA melakukan perjalanan ke berbagai daerah di Indonesia untuk menyampaikan hasil-hasil Kajian Pengeluaran Publik Indonesia 2007 ke sejumlah universitas, pemerintah daerah, dan para pemangku kepentingan di daerah. Presentasi dan seminar diadakan di Aceh, Palembang, Semarang, Mataram, Papua dan Surabaya, dari 5 Maret hingga 17 April.
 - Laporan PER edisi pertama diterbitkan dalam bahasa Indonesia untuk para pemangku kepentingan di daerah dalam sebuah seminar di Makassar pada bulan Mei 2007.
 - Laporan PER edisi kedua diterbitkan secara global di Kantor Pusat Bank Dunia di Washington pada bulan Juli 2007.

- **Pelatihan di bidang Pemograman Keuangan dan Kerangka Kerja Pengeluaran Jangka Menengah (MTEF):** bertujuan untuk membangun keahlian teknis yang bagi perencanaan dan penyusunan Rencana Kerja Pemerintah dan anggaran nasional yang efektif untuk Tahun Anggaran 2007 dan menghasilkan keluaran-keluaran yang sesuai dalam analisis pengelolaan keuangan yang kemudian akan digunakan untuk mendukung proses penyiapan anggaran. Pelaksanaan dan kegiatan-kegiatan lanjutan:
 - 3-11 Desember 2005. Diadakan kursus dalam bidang *Pemograman Keuangan* untuk para pejabat pemerintah.
 - 14 Desember 2005. Diadakan kursus tentang penilaian dan laporan kembali di komite pengarah IPEA.
 - 2 Februari 2006. Diadakan acara makan siang kerja lanjutan bersama para peserta kursus, yang bertujuan untuk mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan mendatang untuk memperkuat kerangka kerja makroekonomi anggaran nasional pemerintah Tahun Anggaran 2007.
 - 16 April 2006. Diskusi-diskusi teknis untuk persiapan kerangka kerja makroekonomi tahun 2007.
 - 17-18 Mei 2006. Lokakarya selama 2 hari dengan peserta dari Bappenas, Depkeu, Menko Perekonomian, dan lain-lain sebagai kelanjutan dari kursus perencanaan keuangan, yang menitikberatkan hubungannya dengan Kerangka kerja Pengeluaran Jangka Menengah.
 - Juni–Juli 2006. Perbantuan staf Bappenas di Bank Dunia.
- **Pelatihan tentang Kajian Pengeluaran Publik dan Penganggaran Berbasis Kinerja atau *Performance Based Budgeting* (PBB):** bertujuan untuk memperkenalkan para peserta kepada pengelolaan dan penganggaran berbasis kinerja untuk mendukung rencana pelaksanaan penganggaran berbasis kinerja (PBB) sebagaimana diamanatkan oleh UU No. 17/2003. Pelaksanaan dan kegiatan-kegiatan lanjutan:
 - 4-9 Mei 2006. Pelaksanaan Kursus tentang Kajian Pengeluaran Publik dan Penganggaran Berbasis Kinerja, *'Managing Resource for Results'* (Mengelola Sumber Daya untuk Mendapatkan Hasil).
 - 31 Mei 2006. Laporan Perjalanan Dinas, dan laporan pendamping dibahas dengan Komite Pengarah.
 - 12 Juni 2006. Pertemuan Makan Siang para peserta kursus sekaligus untuk mengevaluasi pelatihan dan membahas kegiatan-kegiatan lanjutan di masa mendatang.
 - 20 Juli 2006. Kuliah dengan Fasilitas Konferensi Video dan Sesi Diskusi *'Lessons Learned from International Experience with Performance Based Budgeting: The Case of South Africa'* (Pelajaran yang Dapat Dipetik dari Pengalaman Internasional tentang Penganggaran Berbasis Kinerja: Kasus Afrika Selatan).
 - 15 Agustus 2006. Kuliah dengan Fasilitas Konferensi Video dan Sesi Diskusi *'Do's and Don'ts in Performance Based Budgeting: A Road-Map for Indonesia'* (Hal-Hal yang Diperbolehkan dan Tidak Diperbolehkan dalam Penganggaran Berbasis Kinerja: Pedoman untuk Indonesia).
 - Maret–April 2007. Konsultan senior keuangan pemerintah memberikan bantuan teknis kepada Dirjen anggaran di Depkeu dan menyusun laporan sebagai rekomendasi kepada Pemerintah Indonesia untuk maju bersama menuju proses Penganggaran Berbasis Kinerja, dengan menyarankan dilakukannya perubahan-perubahan tertentu terhadap contoh-contoh (*template*) permohonan anggaran.

Lampiran D: Kebijakan dan Strategi Pemerintah Indonesia di Bidang Kesehatan

Terdapat berbagai⁸⁰ sumber utama pernyataan otoritatif tentang kebijakan bidang kesehatan yang berasal dari pemerintahan saat ini, di antaranya Peraturan Presiden No. 7/2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Tahun 2004-2009 (RPJM 2004-2009), Rencana Strategis Depkes Tahun 2005-2009 (Renstra), yang direvisi pada awal tahun 2006, dan Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2007 (RKP 2007).

Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) mengulangi pernyataan dalam UUD tentang akses terhadap layanan kesehatan sebagai hak asasi manusia. RPJM juga melihat pembangunan di bidang kesehatan sebagai investasi sumber daya manusia, dan mengakui peran kesehatan di dalam pembangunan ekonomi dan penanggulangan kemiskinan. RPJM dimulai dengan pernyataan permasalahan yang mengakui rendahnya tingkat kesehatan dan kesenjangan dalam bidang kesehatan masyarakat, dan akar permasalahannya terletak pada lingkungan yang buruk dan perilaku yang tidak sehat. RPJM juga mengakui bahwa buruknya kinerja layanan kesehatan, tercermin dari rendahnya mutu, pemerataan, dan jangkauan layanan kesehatan juga kurangnya jumlah, serta tidak meratanya distribusi tenaga-tenaga kesehatan. RPJM juga menjelaskan bahwa sasaran yang hendak dicapai pada akhir periode adalah meningkatnya kesehatan masyarakat dengan meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan; hal ini akan dibuktikan dengan pencapaian beberapa indikator status kesehatan: umur harapan hidup yang mencapai 70,6 tahun; angka kematian bayi turun menjadi 26 per 1.000 kelahiran hidup; angka kematian ibu turun menjadi 226 per 100.000 kelahiran hidup; dan menurunkan prevalensi gizi buruk pada balita dari 25,8 menjadi 20 persen.

RJPM tahun 2004-09 mengumumkan enam arah kebijakan untuk mencapai sasaran-sasaran tersebut:

- Meningkatkan kuantitas, jaringan serta kualitas pusat-pusat kesehatan masyarakat
- Meningkatkan kuantitas serta kualitas tenaga kesehatan
- Membangun sistem jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin
- Meningkatkan kesadaran tentang faktor-faktor lingkungan dan perilaku yang berpengaruh terhadap kesehatan
- Meningkatkan pendidikan kesehatan
- Meningkatkan kuantitas dan kualitas fasilitas-fasilitas kesehatan primer

Arah kebijakan yang luas tersebut kemudian diwujudkan dalam bentuk serangkaian program yang secara garis besar setara dengan perincian fungsional anggaran Depkes. Penjelasan tentang program tersebut pada umumnya berkenaan dengan kegiatan, misalnya, meningkatkan ketersediaan obat dan perlengkapan kesehatan, tetapi tanpa adanya indikasi prioritas pada setiap kegiatan. Tidak dijelaskan pula bagaimana kegiatan-kegiatan tersebut akan dilaksanakan, dan bagaimana pembagian tanggung jawab akan dilakukan di antara pemerintah pusat dan daerah, dan di antara sektor publik dan swasta. Kesan yang sulit dihindari adalah bahwa rencana tersebut mengabaikan keberadaan sektor swasta; sektor swasta hanya disebut satu kali dalam penjabaran kedua belas program tersebut.

Rencana Strategis Depkes 2004-2009 (Renstra) pertama kali ditetapkan pada bulan Agustus 2004, tetapi kemudian mengalami penyesuaian dan ditetapkan ulang pada bulan Mei 2006. Bab pendahuluan menjelaskan perlunya dilakukan penyesuaian dengan mengacu pada beberapa permasalahan dan tantangan yang semakin berat, semakin kompleks dan lebih tidak terduga. Bab pendahuluan tersebut juga menjelaskan bahwa penyesuaian rencana strategis dilakukan dengan mengadakan empat lokakarya yang dihadiri Menteri Kesehatan dan seluruh jajaran pejabat eselon I dan II di Depkes. Dengan dilakukannya kajian tentang berbagai tantangan yang dihadapi Depkes, dan pernyataan visi dan misi dan nilai-nilai yang mendasari peran Depkes, maka strategi-strategi utama tersebut adalah:

- Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat
- Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas
- Meningkatkan sistem surveilans, monitoring dan sistem informasi kesehatan
- Meningkatkan pembiayaan kesehatan

⁸⁰ Terkadang, dilakukan pengacuan kepada dua dokumen terdahulu: Sistem Kesehatan Nasional, dan Indonesia Sehat 2010. Sistem Kesehatan Indonesia pada awalnya diluncurkan pada tahun 1982, dan diluncurkan ulang, hampir tanpa perubahan pada tahun 2004. Indonesia Sehat 2010 diluncurkan pada tahun 1999.

Masing-masing strategi tersebut di atas dijabarkan di dalam naskah dan pernyataan sasaran. Pengejawantahan strategi yang pertama adalah dengan konsep desa siaga. Tujuannya adalah terciptanya Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) dan umumnya dibantu tenaga-tenaga sukarela. Program kesehatan ini berfungsi untuk mengidentifikasi berbagai kebutuhan dan ancaman kesehatan, dan memberikan respon yang memadai dalam bentuk pelayanan dasar yang bersifat promotif dan preventif, keluarga berencana, perawatan kehamilan dan pertolongan persalinan, gizi, dan penanganan kedaruratan kesehatan. Kualitas layanan kesehatan yang meningkat dicapai dengan perluasan jaringan penyediaan layanan kesehatan, jumlah dan kualitas sumber daya manusia yang semakin meningkat, dan kerangka kerja pengatur dan hukum yang mendukung. Sistem pengawasan kesehatan yang baik dilaksanakan melalui peningkatan peran aktif masyarakat dalam mengidentifikasi dan melaporkan masalah-masalah kesehatan di lingkungannya, dan membangun kemampuan menginvestigasi wabah. Pembiayaan kesehatan yang meningkat menitikberatkan tiga tema, yaitu: anggaran kesehatan yang lebih tinggi, yang pada akhirnya mencapai 15 persen dari total pengeluaran pemerintah di tiap tingkat; jaminan kesehatan yang dimulai dengan skema jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (Askeskin); dan pengelolaan dana di tingkat fasilitas kesehatan. Prioritas pengeluaran untuk pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan di dalam anggaran pemerintahan ditetapkan sebagai sasaran.

Pernyataan berbagai strategi di atas disusul dengan penjelasan yang lebih panjang tentang program-program, disesuaikan dengan judul-judul utama tentang anggaran yang digunakan oleh Depkes, dan ringkasan pernyataan sumber-sumber peraturan yang diperlukan dalam pelaksanaan rencana tersebut. Sebagaimana halnya dalam RPJM, cara-cara pelaksanaan berbagai kebijakan tersebut tidak dijelaskan. Demikian pula dengan tata cara berinteraksi dengan daerah-daerah, yang dalam hal ini memiliki dan mengelola sebagian besar sistem penyedia layanan kesehatan, di mana secara tersirat akan terjadi intervensi.

Setiap tahun pemerintah mempresentasikan arah dan pendekatan kebijakannya di semua bidang, termasuk bidang kesehatan, di dalam Rencana Kerja Pemerintah Tahunan (RKP). RKP mengikuti RPJM, tetapi lebih terperinci dalam hal program dan kegiatan-kegiatannya. Tujuan-tujuan yang hendak dicapai di bidang kesehatan adalah sebagai berikut:

- Meningkatkan layanan kesehatan gratis bagi keluarga miskin di Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) dan di bangsal-bangsal kelas tiga di rumah sakit hingga mencapai cakupan 100 persen;
- Memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan di 28.000 desa;
- Meningkatkan persentase desa yang mencapai *Universal Child Immunization* (UCI) hingga 95 persen;
- Meningkatkan tingkat deteksi kasus (CDR) tuberkulosis (TB) hingga 70 persen;
- Meningkatkan CDR pasien demam berdarah hingga 100 persen dan menyediakan perawatan kepada semua pasien;
- Meningkatkan CDR pasien malaria hingga 100 persen dan menyediakan perawatan kepada semua pasien;
- Meningkatkan CDR orang dengan HIV/ AIDS (ODHA) hingga 100 persen dan menyediakan pengobatan anti-retroviral (ART) kepada semua pasien;
- Meningkatkan persentase ibu hamil yang menerima suplemen zat besi (tablet Fe) hingga 80 persen;
- Meningkatkan persentase bayi yang menerima ASI eksklusif hingga 65 persen;
- Meningkatkan persentase balita yang menerima suplemen Vitamin A hingga 80 persen;
- Meningkatkan persentase peredaran produk pangan yang memenuhi syarat keamanan hingga 70 persen;
- Meningkatkan cakupan pemeriksaan sarana produksi dalam rangka Cara Pembuatan Obat yang Baik (CPOB) hingga 45 persen;
- Menurunkan angka kelahiran hingga 2,17 per perempuan;
- Meningkatkan jumlah peserta aktif Program Keluarga Berencana hingga 29,2 juta peserta; dan,
- Meningkatkan jumlah peserta baru Program Keluarga Berencana hingga 6,0 juta peserta.

Tujuan-tujuan tersebut dicapai melalui kegiatan-kegiatan yang dijelaskan dalam bidang fokus berikut:

RKP 2007 - Fokus 5: Peningkatan aksesibilitas, persebaran, dan kualitas layanan kesehatan bagi masyarakat miskin

- a. Layanan kesehatan bagi masyarakat miskin pada bangsal-bangsal kelas tiga di rumah sakit-rumah sakit dengan sasaran sementara layanan kesehatan rujukan untuk 76,8 juta masyarakat miskin;
- b. Layanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas dan jaringannya dengan sasaran sementara untuk layanan kesehatan dasar sekitar 76,8 juta masyarakat miskin di Puskesmas;

- c. Layanan kesehatan bagi ibu dan anak dengan sasaran layanan antenatal (perawatan sebelum kelahiran) (cakupan kunjungan ibu hamil/K4) sebesar 87 persen dan kunjungan layanan neonatal (layanan kesehatan bagi bayi baru lahir)(kunjungan neonatal/KN-2) sebesar 87 persen, kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan terlatih sebesar 85 persen, dan kunjungan bayi sebesar 80 persen; dan
- d. Peningkatan jumlah fasilitas layanan kesehatan dasar dengan sasaran sementara sebanyak 1.500 Puskesmas, 2.200 Puskesmas Pembantu (Pustu), 28.000 Pos Kesehatan Desa, 2.500 rumah dinas bagi tenaga dokter dan paramedis Puskesmas.

Fokus 6: Peningkatan jumlah tenaga paramedis dan medis, khususnya untuk pusat-pusat layanan kesehatan dasar di daerah-daerah terpencil dan tertinggal

- a. Peningkatan jumlah tenaga medis, termasuk dokter-dokter spesialis, khususnya untuk layanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya serta rumah sakit-rumah sakit di kabupaten/kota, terutama di daerah-daerah terpencil dan tertinggal juga daerah-daerah bencana, dengan sasaran menyediakan dan melatih 28.000 tenaga kesehatan dan 56.000 staf kesehatan khususnya di daerah-daerah terpencil dan tertinggal, juga daerah-daerah bencana.

Fokus 7: Peningkatan upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular dan wabah

- a. Pemberantasan penyakit menular melalui pencegahan dan pemberantasan faktor risiko: 100 persen pasien demam berdarah, malaria, HIV/AIDS dapat dideteksi dan disembuhkan, > 70 persen tingkat deteksi kasus TB dan 95 persen *Universal Child Immunization* (UCI) di daerah pedesaan;
- b. Penelitian tentang penyakit menular di daerah tropis, seperti TBC, demam berdarah, dan malaria.

Fokus 8: Penanganan gizi kurang dan gizi buruk pada ibu hamil, bayi, dan anak balita

- a. Penanganan gizi kurang dan gizi buruk pada ibu hamil, bayi, dan anak balita melalui pemberian makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI) untuk 1,2 juta bayi dan anak-anak (usia 6-24 bulan), Vitamin A untuk 2 juta bayi dan 16 juta balita/4 juta ibu nifas (bupas), tablet Fe untuk 4 juta ibu hamil, kapsul-kapsul yodium untuk 80 persen perempuan usia subur di daerah-daerah endemis berat dan sedang, dan surveilans gizi di 8.015 Puskesmas.

Fokus 9: Peningkatan penggunaan obat-obatan generik esensial, keamanan pangan, dan pengawasan obat dan makanan

- a. Penyediaan obat-obatan esensial termasuk program obat-obatan: Rp.18.000/per kapita/tahun;
- b. Pengujian laboratoris untuk contoh obat, obat-obatan tradisional, kosmetika, narkotika, psikotropika dan zat-zat adiktif lainnya (NAPZA), pangan, dan perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT) melalui uji laboratorium terhadap 97.000 sampel; dan
- c. Penyediaan fasilitas dan perlengkapan laboratorium dengan sasaran sebanyak: empat balai POM baru dan 26 balai besar POM termasuk enam laboratorium khusus, yang memenuhi 30 persen kebutuhan Praktik Laboratorium yang Baik (*Good Laboratory Practice/GLP*).

Fokus 10: Revitalisasi Program Keluarga Berencana (KB)

- a. Pelipatgandaan jaringan Keluarga Berencana (KB) baik sektor publik maupun swasta/non-pemerintah dengan sasaran sebanyak 65.000 wilayah layanan KB yang menyediakan promosi dan konseling, dan membentuk sistem jaminan untuk pembayaran program KB bagi masyarakat miskin, serta penyediaan alat kontrasepsi gratis bagi 813.850 peserta baru (PB) program KB dari masyarakat miskin dan 9.534.600 peserta aktif (PA) program KB dari masyarakat miskin;
- b. Pembentukan, pembangunan, pengelolaan, dan pelayanan Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) dengan sasaran sebanyak 2.430 kecamatan dengan PIK-KRR aktif dan memenuhi kualifikasi;
- c. Meningkatkan akses terhadap informasi dan layanan bimbingan pemberdayaan keluarga dengan sasaran sebanyak 45 persen (2,4 juta) keluarga menjadi peserta aktif BKB, 38 persen (1,0 juta) keluarga menjadi peserta aktif BKR, dan 41 persen (0,9 juta) keluarga menjadi peserta aktif BKL;
- d. Intensifikasi advokasi dan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) program KB nasional dengan sasaran sebanyak 14.300 desa/kelurahan dengan menyertakan tokoh-tokoh masyarakat dan agama dalam advokasi dan KIE KB;

- e. Peningkatan jaringan kerja kebijakan berbasis masyarakat dengan sasaran meningkatkan jumlah pengawas petugas lapangan KB (KB-PPLKB) dan petugas lapangan KB terlatih(KB-PLKB/ penyuluh KB-PKB) sebanyak 26.500 petugas;
- f. Dokumentasi keluarga dan individu dalam keluarga dengan sasaran sebanyak 73.500 desa/kelurahan yang melaksanakan pendokumentasian dan memiliki catatan keluarga yang terbaru;
- g. Peningkatan kemampuan para pengelola dan pekerja program KB dengan sasaran sebanyak 26.500 PPLKB dan PLKB/PKB yang memenuhi standar kompetensi; dan
- h. Penyediaan fasilitas-fasilitas dan perlengkapan layanan program KB dengan sasaran penyediaan fasilitas-fasilitas pendukung layanan program KB dan pembangunan sistem informasi KB yang berbasis TI di ibukota dan 33 provinsi.

Lampiran E: PP No. 38/2007 serta Peranan dan Tanggung jawab Antar Pemerintah di Sektor Kesehatan

Sub sektor	Sub sektor Subordinat	Pemerintah Pusat	Pemerintah Daerah Provinsi	Pemerintah Kabupaten/kota
1. Upaya-Upaya di Bidang Kesehatan	1. Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen surveilans kejadian luar biasa wabah penyakit di tingkat nasional. 2. Manajemen pencegahan dan penanganan penyakit menular yang berpotensi menjadi wabah nasional dan internasional sebagai komitmen global 3. Manajemen pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular tertentu di tingkat nasional 4. Penanganan masalah-masalah kesehatan yang diakibatkan oleh bencana dan wabah di tingkat nasional 5. Manajemen karantina kesehatan di tingkat nasional. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan surveilans dan penyidikan terhadap kejadian luar biasa wabah penyakit di tingkat provinsi 2. Pelaksanaan pencegahan dan penanganan penyakit menular di tingkat provinsi 3. Pelaksanaan pencegahan dan penanganan penyakit tidak menular tertentu di tingkat provinsi 4. Pengendalian operasi penanganan masalah kesehatan yang disebabkan oleh bencana dan wabah di tingkat provinsi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan surveilans dan penyidikan terhadap kejadian luar biasa wabah penyakit di tingkat kabupaten 2. Pelaksanaan pencegahan dan penanganan penyakit menular di tingkat kabupaten 3. Pelaksanaan pencegahan dan penanganan penyakit tidak menular tertentu di tingkat kabupaten 4. Pengendalian operasi penanganan masalah kesehatan yang disebabkan oleh bencana dan wabah di tingkat kabupaten.
	2. Lingkungan Higienis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen pencegahan dan penanganan pencemaran lingkungan hidup di tingkat nasional 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan pencegahan dan penanganan pencemaran lingkungan hidup di tingkat provinsi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan pencegahan dan penanganan pencemaran lingkungan hidup di tingkat kabupaten 2. Sanitasi lingkungan hidup
	3. Perbaikan Gizi Masyarakat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen Surveilans Gizi Buruk di tingkat nasional 2.a. Manajemen penanganan Gizi Buruk di tingkat nasional. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan surveilans Gizi Buruk di tingkat provinsi. 2.a. Pemantauan penanganan Gizi Buruk di tingkat provinsi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan Surveilans Gizi Buruk di tingkat kabupaten. 2.a. Pelaksanaan penanganan Gizi Buruk di tingkat kabupaten b. Peningkatan gizi keluarga dan masyarakat

Sub sektor	Sub sektor Subordinat	Pemerintah Pusat	Pemerintah Daerah Provinsi	Pemerintah Kabupaten/ kota
	4. Layanan Kesehatan Individu dan Masyarakat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen layanan kesehatan haji di tingkat nasional 2. Manajemen upaya-upaya kesehatan dan rujukan nasional 3. Manajemen upaya-upaya kesehatan di tingkat nasional di daerah perbatasan, daerah terpencil, daerah rawan, dan kepulauan. 4. Pendaftaran, akreditasi, dan sertifikasi layanan-layanan kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. 5.a. Menerbitkan izin bagi fasilitas kesehatan tertentu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bimbingan dan pengendalian layanan kesehatan haji di tingkat provinsi 2. Manajemen layanan kesehatan rujukan tingkat sekunder dan tersier. 3. Bimbingan dan pengendalian upaya kesehatan di tingkat provinsi di daerah perbatasan, daerah terpencil, daerah rawan, dan kepulauan. 4. Pendaftaran, akreditasi, dan sertifikasi layanan-layanan kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. 5.a. Memberikan rekomendasi kepada pemerintah untuk menerbitkan izin untuk fasilitas kesehatan tertentu. b. Menerbitkan izin untuk fasilitas kesehatan yang melibatkan rumah sakit pemerintah non-pendidikan kelas B, rumah sakit khusus, rumah sakit swasta yang setara dan fasilitas kesehatan pendukung. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyediaan layanan kesehatan haji di tingkat kabupaten. 2. Manajemen layanan kesehatan rujukan dasar dan sekunder di tingkat kabupaten. 3. Pelaksanaan upaya kesehatan di daerah perbatasan, daerah rawan, dan kepulauan. 4. Pendaftaran, akreditasi, dan sertifikasi layanan-layanan kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. 5.a. Memberikan rekomendasi kepada pemerintah dan provinsi untuk menerbitkan izin untuk fasilitas kesehatan tertentu b. Menerbitkan izin untuk fasilitas kesehatan yang melibatkan rumah sakit pemerintah kelas C dan D, rumah sakit khusus, rumah sakit swasta yang setara dan praktik bersama, klinik umum/ spesialis dan klinik bersalin.
2. Pembiayaan Kesehatan	1. Pembiayaan Kesehatan Masyarakat	<ol style="list-style-type: none"> 1.a. Penetapan norma, standar, prosedur, dan kriteria untuk pertanggung jawaban layanan kesehatan b. Manajemen pertanggung jawaban layanan kesehatan di tingkat nasional. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.a. Manajemen/ pemberian, pembimbingan, dan pengendalian dari pertanggung jawaban layanan kesehatan di tingkat provinsi. b. Bimbingan dan pengendalian pertanggung jawaban layanan kesehatan di tingkat nasional (Tugas Pembantuan). 	<ol style="list-style-type: none"> 1.a. Manajemen/ pemberian pertanggung jawaban layanan kesehatan sesuai dengan kondisi setempat. b. Pemberian pertanggung jawaban layanan kesehatan di tingkat nasional (Tugas Pembantuan).

Sub sektor	Sub sektor Subordinat	Pemerintah Pusat	Pemerintah Daerah Provinsi	Pemerintah Kabupaten/ kota
3. Sumber Daya Manusia Kesehatan	1. Peningkatan dalam Jumlah, Kualitas, dan Distribusi Tenaga Kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen tenaga kesehatan strategis 2. Penggunaan makro efisien tenaga kesehatan di tingkat nasional. 3. Bimbingan dan pengawasan atas pendidikan dan pelatihan (diklat) dan <i>training of trainers</i> (pelatihan para pelatih atau ToT) kepada tenaga kesehatan di tingkat nasional. 4. Pendaftaran, akreditasi, dan sertifikasi tenaga kesehatan di tingkat nasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. 5. Menerbitkan izin kepada tenaga kesehatan asing sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penempatan tenaga kesehatan strategis di tingkat provinsi, pemindahan tenaga tertentu ke kabupaten lain. 2. Penggunaan makro efisien tenaga kesehatan di tingkat provinsi. 3. pendidikan dan pelatihan fungsional dan teknis di tingkat provinsi. 4. Pendaftaran, akreditasi, dan sertifikasi tenaga kesehatan di tingkat provinsi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. 5. Memberikan rekomendasi untuk menerbitkan izin kepada tenaga kesehatan asing. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penggunaan tenaga kerja kesehatan strategis. 2. Penggunaan efisien tenaga kesehatan di tingkat kabupaten. 3. Pelatihan teknis di tingkat kabupaten. 4. Pendaftaran, akreditasi, dan sertifikasi tenaga kesehatan di tingkat kabupaten sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. 5. Menerbitkan izin praktik untuk tenaga kesehatan tertentu.
4. Obat-obatan dan Perlengkapan Kesehatan	1. Ketersediaan, Distribusi yang Merata, Kualitas, dan Keterjangkauan Obat-obatan dan Perlengkapan Kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyediaan dan manajemen stok penyangga obat-obatan, alat kesehatan tertentu, reagen tertentu, dan vaksin tertentu di tingkat nasional. 2.a. Pendaftaran, akreditasi, dan sertifikasi dari komoditas kesehatan tertentu sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. 3.a. Menerbitkan izin untuk industri komoditas kesehatan, alat-alat kesehatan, dan Pedagang Besar Farmasi (PBF). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyediaan dan manajemen stok penyangga obat-obatan, alat kesehatan tertentu, reagen tertentu, dan vaksin tertentu di tingkat provinsi. 2.a. Sertifikasi fasilitas produksi dan distribusi dari alat-alat kesehatan, Perlengkapan Kesehatan rumah Tangga (PKRT) Kelas II. 3.a. Memberikan rekomendasi untuk menerbitkan izin kepada industri komoditas kesehatan, PBF, dan Pedagang Besar Alat Kesehatan (PBAK). b. Menerbitkan izin kepada Cabang PBF dan IKOT. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyediaan dan manajemen stok penyangga obat-obatan, alat kesehatan tertentu, reagen tertentu, dan vaksin tertentu di tingkat kabupaten. 2.a. Pengambilan contoh persediaan obat-obatan di lapangan. b. Inspeksi setempat pada fasilitas produksi dan distribusi persediaan obat-obatan. c. Pengawasan dan pendaftaran makanan dan minuman industri rumah tangga. d. Sertifikasi alat kesehatan dan PKRT Kelas I. 3.a. Memberikan rekomendasi untuk menerbitkan izin kepada Cabang PBF dan Industri Kecil Obat Tradisional (IKOT). b. Menerbitkan izin kepada apotek dan toko obat.

Sub sektor	Sub sektor Subordinat	Pemerintah Pusat	Pemerintah Daerah Provinsi	Pemerintah Kabupaten/kota
5.	1. Pemberdayaan Individu, Keluarga, dan Masyarakat untuk Mendapatkan Kebiasaan yang Sehat dan Mengembangkan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM).	1. Manajemen peningkatan kesehatan di tingkat nasional	1. Pelaksanaan peningkatan kesehatan di tingkat provinsi	1. Pelaksanaan peningkatan kesehatan di tingkat kabupaten
6. Manajemen Kesehatan	1. Kebijakan-kebijakan	1. Penetapan norma, standar, prosedur, dan kriteria di sektor kesehatan	1. Bimbingan dan pengendalian norma, standar, prosedur, dan kriteria di sektor kesehatan	1. Pelaksanaan norma, standar, prosedur, dan kriteria di sektor kesehatan
	2. Penelitian dan Pengembangan Kesehatan	1.a. Manajemen penelitian dan pengembangan strategis dan terapan di bidang kesehatan serta penyaringan ilmu pengetahuan dan teknologi (Iptek) di tingkat nasional.	1.a. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan kesehatan dalam mendukung formulasi kebijakan provinsi. b. Manajemen survei kesehatan daerah di tingkat provinsi. c. Pemantauan penerapan Iptek kesehatan di tingkat provinsi.	1.a. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan kesehatan dalam mendukung formulasi kebijakan kabupaten. b. Manajemen survei kesehatan daerah di tingkat kabupaten. c. Pelaksanaan penyaringan Iptek dalam layanan kesehatan di tingkat kabupaten.
	3. Kerjasama Luar Negeri	1. Manajemen kerjasama luar negeri dalam sektor kesehatan di tingkat nasional	1. Pelaksanaan kerjasama luar negeri di tingkat provinsi	1. Pelaksanaan kerjasama luar negeri di tingkat kabupaten
	4. Peningkatan Pengawasan dan	1. Bimbingan, pemantauan, evaluasi, dan pengawasan di tingkat nasional	1. Bimbingan, pemantauan, evaluasi, dan pengawasan di tingkat provinsi	1. Bimbingan, pemantauan, evaluasi, dan pengawasan di tingkat kabupaten
	5. Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan (SIK)	1. Manajemen dan pengembangan SIK di tingkat nasional dan memfasilitasi pengembangan sistem informasi kesehatan daerah.	1. Manajemen SIK di tingkat provinsi.	1. Manajemen SIK di tingkat kabupaten

Lampiran F: Gaji Tenaga Kesehatan Dibandingkan dengan Tenaga Kerja dengan Tingkat Pendidikan yang Sama

Tabel F.1 Perbedaan pada penghasilan per bulan dan per jam-setelah mengontrol karakteristik individu

	Variabel Dependen: Log (Upah Pendapatan Per bulan)	Variabel Dependen: Log (Pendapatan Per jam)
	Perbedaan Persentase	Perbedaan Persentase
Dokter	64 (6,2)	50 (5,0)
Perawat	23 (3,9)	25 (4,1)
Bidan	38 (4,2)	36 (4,0)
Petugas Kesehatan Lainnya	19 (4,5)	29 (6,2)
Usia	7 (42,2)	8 (45,2)
Usia kuadrat	0 (-35,4)	0 (-36,4)
Laki-laki	40 (49,5)	33 (40,5)
Pedesaan	-21 (-36,3)	-16 (-25,5)
Pendidikan Diploma I & II	65 (28,0)	103 (38,7)
Pendidikan Akademi Diploma III	79 (35,1)	97 (40,2)
Pendidikan Universitas Diploma IV	82 (55,2)	114 (68,5)
Konstanta	12 (55,2)	6 (227)
Observasi	38.671	38.431

Sumber: Estimasi staf Bank Dunia berdasarkan data dari BPS, 2006.

Catatan: Diferensial bersyarat diambil dari koefisien pada variabel *dummy* untuk provinsi-provinsi dalam regresi multivariat pendapatan (yakni $100 \cdot (\exp[b]-1)$, dimana b merupakan estimasi koefisien *dummy* untuk provinsi tertentu. t-statistik *robust* ditulis dalam tanda kurung.

** menandakan signifikansi di tingkat 1 persen.

Pendapatan didefinisikan sebagai upah gaji ditambah upah non-uang (*in kind*).

Lampiran G: Distribusi Probabilitas Ketidakhadiran

Tabel di bawah ini menunjukkan bahwa meskipun tingkat probabilitasnya tidak sama untuk semua tenaga kesehatan, namun tingkat probabilitasnya juga tidak terlalu terkonsentrasi, karena angka-angka yang ditemukan dalam kunjungan-kunjungan tersebut mendekati dari distribusi yang diperkirakan di kolom 2

Tabel G.1 Distribusi kemangkiran tenaga kesehatan di beberapa negara

Persen

	<i>Persentase penyedia layanan yang sering absen dalam 2 kunjungan</i>			<i>Untuk perbandingan: distribusi yang diperkirakan bila semua penyedia layanan memiliki probabilitas ketidakhadiran yang sama</i>		
	0	1	2	0	1	2
India	35,7	31,9	20,8	21,6	43,2	28,8
Indonesia	46,1	41,0	12,9	36,0	48,0	16,0
Peru	56,4	33,5	10,1	56,3	37,5	6,3
Uganda	52,0	38,0	10,0	39,7	46,6	13,7

Sumber: Chaudhury dkk. 2006.

Lampiran H: Distribusi Sektoral Pengeluaran Publik Nasional

Tabel H.1 Distribusi sektoral pengeluaran publik nasional

Rp Trilyun

	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2007**
Pertanian	6.3	6.8	9	8.7	8.6	11.6	13.0
Pendidikan	40.5	43.1	54.3	48.8	52.9	75	80.9
Kesehatan	9.3	9.8	13.4	14	15.9	20.1	23.2
Pertambangan	0.6	0.6	0.7	0.8	0.9	0.8	1
Perdagangan, Pemb. Usaha Nasional, Keuangan & Koperasi (termasuk layanan utang dan subsidi)	192.8	133	126.3	151.1	167.2	175.9	175.9
Sektor Perangkat dan Pengawasan Pemerintah	31.7	31.3	42.7	42.6	45.3	66.5	63
Sektor SDM	0.6	0.9	1.3	1.2	1.1	1.5	1.5
Pertahanan dan Keamanan	16.5	19.1	24.2	24.6	24.8	30.6	34.8
Lingk & Perencanaan Tata Ruang	2	2.3	2.8	2.4	2.8	4.8	5.2
Infrasrtuktur	32.4	31.5	43.3	32.7	38.8	49.5	50.7
Lain-lain	20.9	23.3	22	21.9	20.6	23.7	23.5
Jumlah Nasional	353.6	301.8	340	348.9	381.4	443.2	469.2

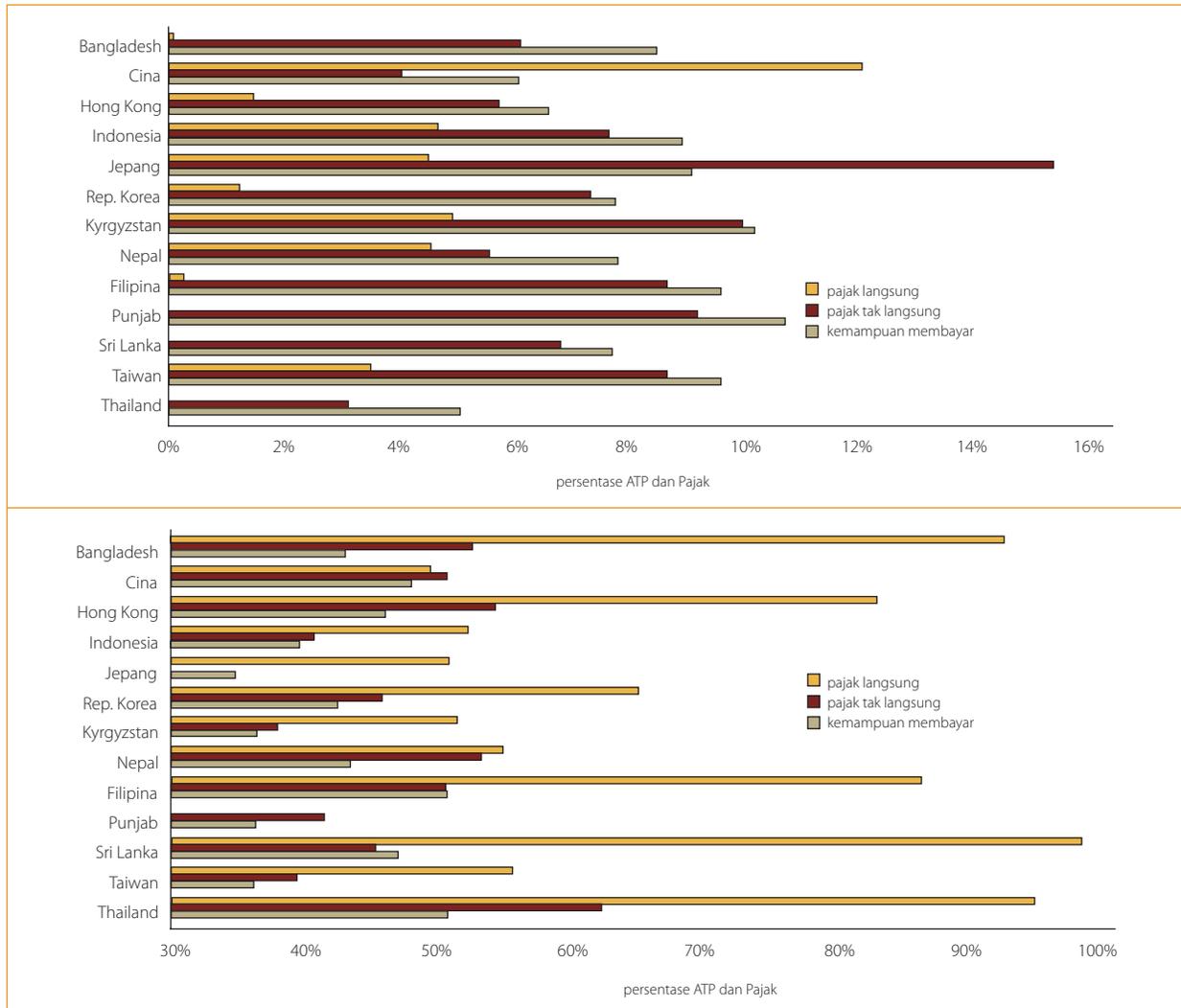
Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan Data DepKeu dan SIKD.

Catatan: *= Realisasi APBN awal dan estimasi belanja daerah, **=Anggaran Pemerintah Pusat (APBN) dan estimasi belanja daerah.

Lampiran I: Progresivitas Pajak dan Kemampuan Membayar

Angka-angka di bawah yang berasal dari penelitian EQUITAP (O'Donnell dkk. 2005a, 2005b) menegaskan progresivitas pajak di Indonesia dengan menggambarkan bagian pajak untuk kuintil masyarakat terkaya dan termiskin dari sejumlah negara di benua Asia.

Gambar I.1 Bagian pajak dari kuintil termiskin (atas) dan terkaya (bawah) dan kemampuan membayar



Sumber: Equitap, WB 2005a/b.

Lampiran J: Pengeluaran Daerah per Sektor

Tabel J.1 Pengeluaran tingkat daerah per sektor tahun 2004

	Provinsi		Kabupaten/ kota		Total (Provinsi + kabupaten/kota)		Pusat/ Terdekonsentrasi		Total	
	(Milyar Rp)	(%)	(Milyar Rp)	(%)	(Milyar Rp)	(%)	(Milyar Rp)	(%)	(Milyar Rp)	(%)
Pertanian	1.823	6	4.201	4	6.024	4	2.679	8	8.703	5
Pendidikan	3.815	12	39.805	33	43.620	29	7.345	23	50.965	28
Kesehatan	3.000	9	8.108	7	11.108	7	2.395	7	13.503	7
Pertambangan	195	1	74	0	269	0	230	1	499	0
Perdagangan, NBD, FCS	479	1	681	1	1.160	1	185	1	1.345	1
Sektor Aparat dan Supervisi Pemerintah	12.327	38	35.529	30	47.856	32	613	2	48.469	26
Sektor SDM	426	1	452	0	878	1	177	1	1.055	1
Sektor Pertahanan dan Keamanan Nasional	0	0	0	0	0	0	400	1	400	0
Lingkungan dan Perencanaan Tata Ruang	619	2	1.233	1	1.852	1	148	0	2.000	1
Infrastruktur	8.321	26	17.147	14	25.468	17	14.099	43	39.566	22
Lain-Lain	1.399	4	11.728	10	13.127	9	4.168	13	17.294	9
Total	32.404	100	118.959	100	151.363	100	32.437		183.801	100

Sumber: perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan data SIKD dan Dirjen Perbendaharaan (Depkeu).

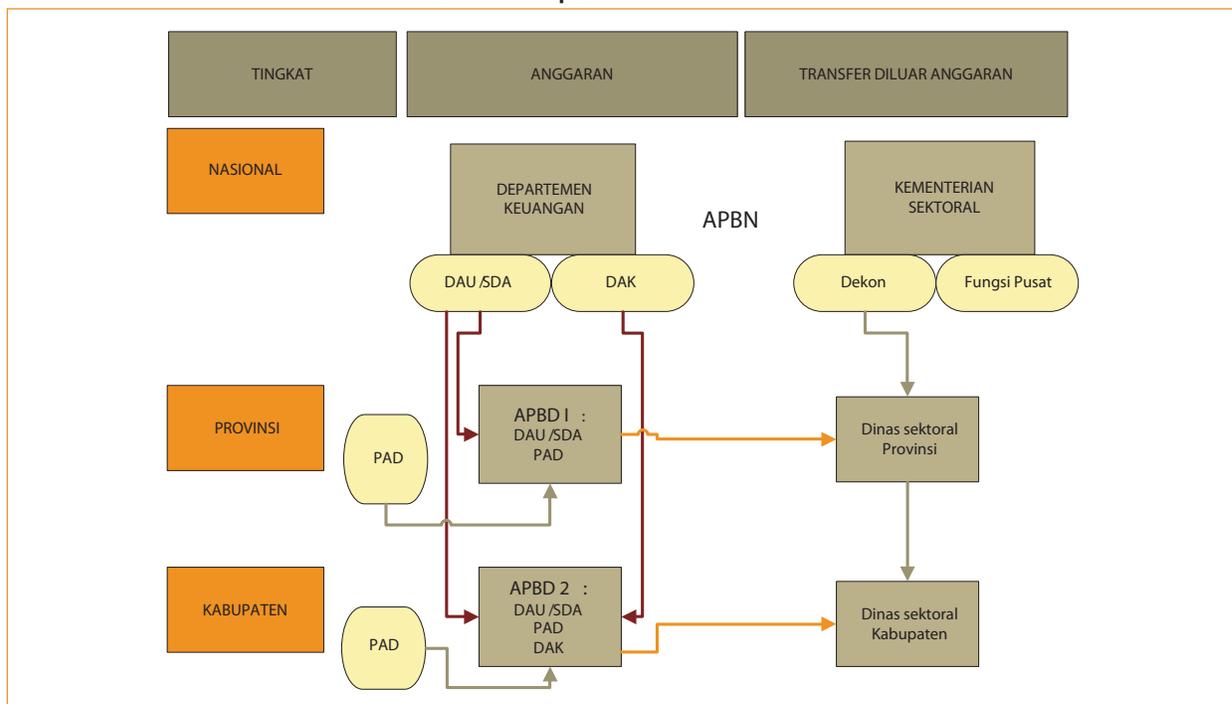
Catatan: NBD = *National Business Development* (Pembangunan Usaha Nasional), FCS = *Finance and Cooperative Sectors* (Sektor Keuangan dan Koperasi). Kategori lainnya meliputi pensiun, subsidi pada daerah penerima subsidi dan kategori lainnya. Untuk mencegah perhitungan ganda maka subsidi pada daerah penerima subsidi dalam provinsi-provinsi tidak dihitung. * = angka-angka awal dari Dirjen Kebendaharaan Depkeu.

Lampiran K: Aliran Transer dana Fiskal Antar Pemerintah: Tinjauan Umum tentang Sistem Umum

Ketika Indonesia melaksanakan undang-undang tentang desentralisasi pada tahun 2001, sistem transfer antar pemerintah di Indonesia berubah secara radikal. Sistemnya berubah dari pendanaan yang telah ditentukan sebelumnya menjadi pengalokasian hibah secara umum melalui DAU (Dana Alokasi Umum), pelaksanaan bagi hasil antar daerah dan hak-hak baru untuk memberlakukan berbagai pajak (daerah). Para kepala daerah (kabupaten/kota dan provinsi) tak lagi bertanggung jawab kepada pemerintah pusat, namun dipilih oleh dan bertanggung jawab kepada dewan perwakilan rakyat daerah. Secara administratif, Pemerintah Indonesia mengalokasikan tanggung jawab untuk melaksanakan sebagian besar penyediaan layanan setempat termasuk layanan kesehatan kepada pemerintah kabupaten.

Transfer keuangan antar pemerintah merupakan hal yang rumit. Sebelum desentralisasi,⁸¹ transfer dari pusat sebagian besar berbentuk hibah yang telah ditentukan sebelumnya. Transfer yang terbesar adalah subsidi bagi daerah otonom (Subsidi Daerah Otonom, atau SDO). Pengeluaran untuk pembangunan biasanya dibiayai oleh sistem Inpres (Instruksi Presiden), suatu dana berdasarkan instruksi presiden yang mencapai beberapa tujuan tertentu, mulai dari reboisasi hingga pembangunan sekolah dan pasar. Setelah desentralisasi pada tahun 2001, transfer dari pusat dirancang untuk meminimalisir ketidakseimbangan keuangan vertikal dan horizontal yang ditimbulkan oleh pemerintah daerah dan untuk selanjutnya melaksanakan fungsi-fungsi yang ditetapkan dalam undang-undang tentang desentralisasi. Transfer-transfer tersebut disebut 'dana perimbangan' dan menggantikan transfer dari pusat yang melalui SDO dan Inpres. Akan tetapi, bahkan setelah terjadi desentralisasi, 90 persen dari dana dalam APBD masih berasal dari pemerintah pusat melalui dana perimbangan tersebut dan terdiri dari: DAU; SDA (Sumber Daya Alam) atau Bagi Hasil Pajak, bagi hasil sumber daya alam dan keuntungan, serta DAK (Dana Alokasi Khusus) atau transfer khusus. Papua dan Aceh juga menerima transfer otonomi khusus. Selain transfer-transfer dari tingkat pusat tersebut, pemerintah daerah juga memiliki PAD (Pendapatan Asli Daerah).

Gambar K.1 Aliran transfer dana fiskal antar pemerintah

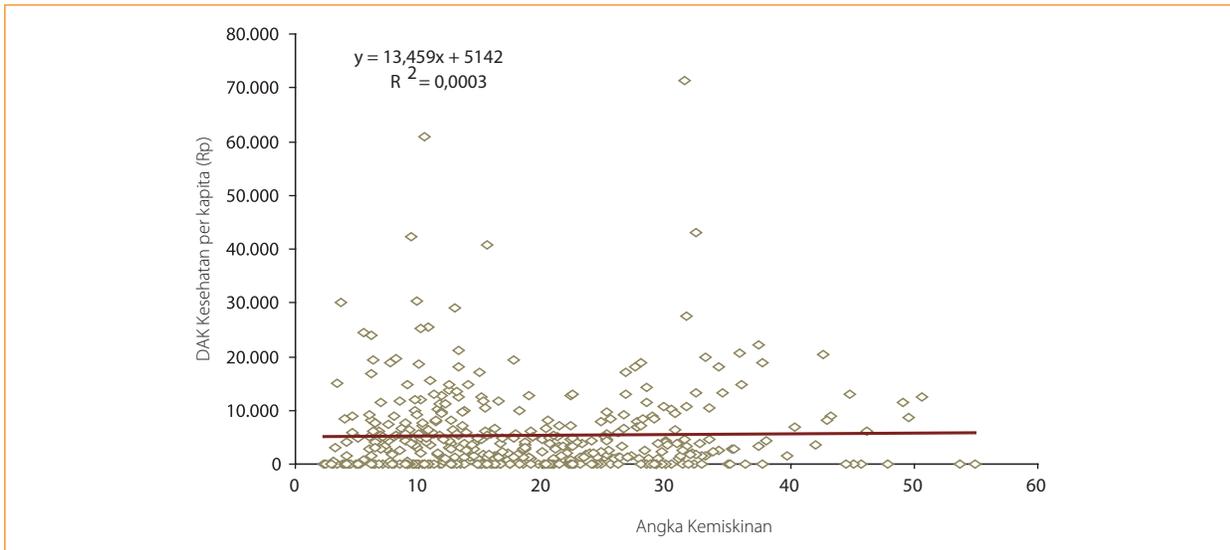


⁸¹ Untuk penjelasan lebih rinci tentang alokasi dana sebelum desentralisasi, PER Indonesia 2007 dari Bank Dunia memberikan gambaran umum yang sangat baik

Lampiran L: Alokasi DAK untuk Sektor Kesehatan dan Ketidakseimbangan Pemerataan

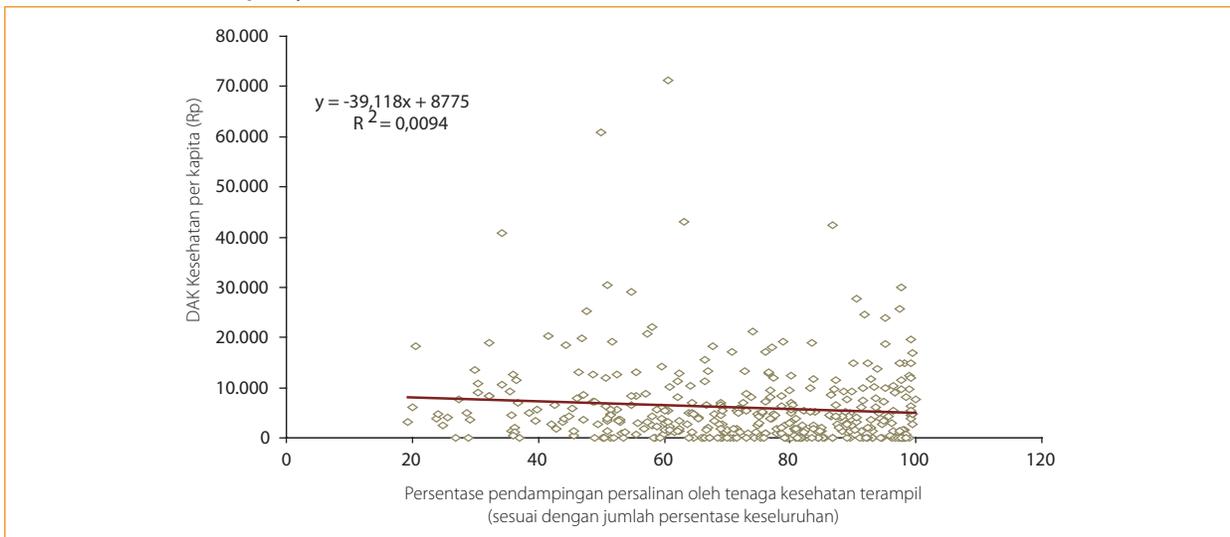
Grafik-grafik berikut ini (Gambar K.1. dan K.2.) menggambarkan temuan-temuan yang disebutkan tadi terkait dengan aspek pemerataan dari aliran dana DAK. Bagan-bagan tersebut hanya menunjukkan transfer DAK kesehatan.

Gambar L.1 Dana Alokasi Khusus kesehatan tidak berkorelasi dengan kebutuhan yang terkait dengan jumlah orang miskin



Sumber: perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan data dari SIKD, Depkeu.

Gambar L.2 Dana Alokasi Khusus kesehatan tidak berkorelasi dengan kebutuhan yang terkait dengan hasil pelayanan



Sumber: perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan data dari SIKD, Depkeu.

Lampiran M: Rincian Pendapatan Daerah

Tabel M.1 Pendapatan kabupaten/kota dan provinsi, 2004

Pendapatan kabupaten/kota	Milyar Rp	%	Pendapatan Provinsi	Milyar Rp	%
Pajak Daerah	4.034	3	Pajak Daerah	20.084	43
Listrik	2.037	50	Balik Nama Kendaraan Bermotor	9.058	45
Hotel dan Restoran	1.009	25	Pendaftaran Kendaraan Bermotor	6.608	33
Lain-Lain	988	24	Lain-Lain	4.419	22
Retribusi	3.423	3	Retribusi	1.165	3
Kesehatan	1.266	37	Kesehatan	523	45
Izin bangunan	370	11	Izin bangunan	157	14
Lain-Lain	1.787	52	Lain-Lain	485	42
Pendapatan asli daerah lainnya	2.702	2	Pendapatan asli daerah lainnya	1.447	3
Transfer	112.080	92	Transfer	23.903	51
Total	122.239	100	Total	46.599	100

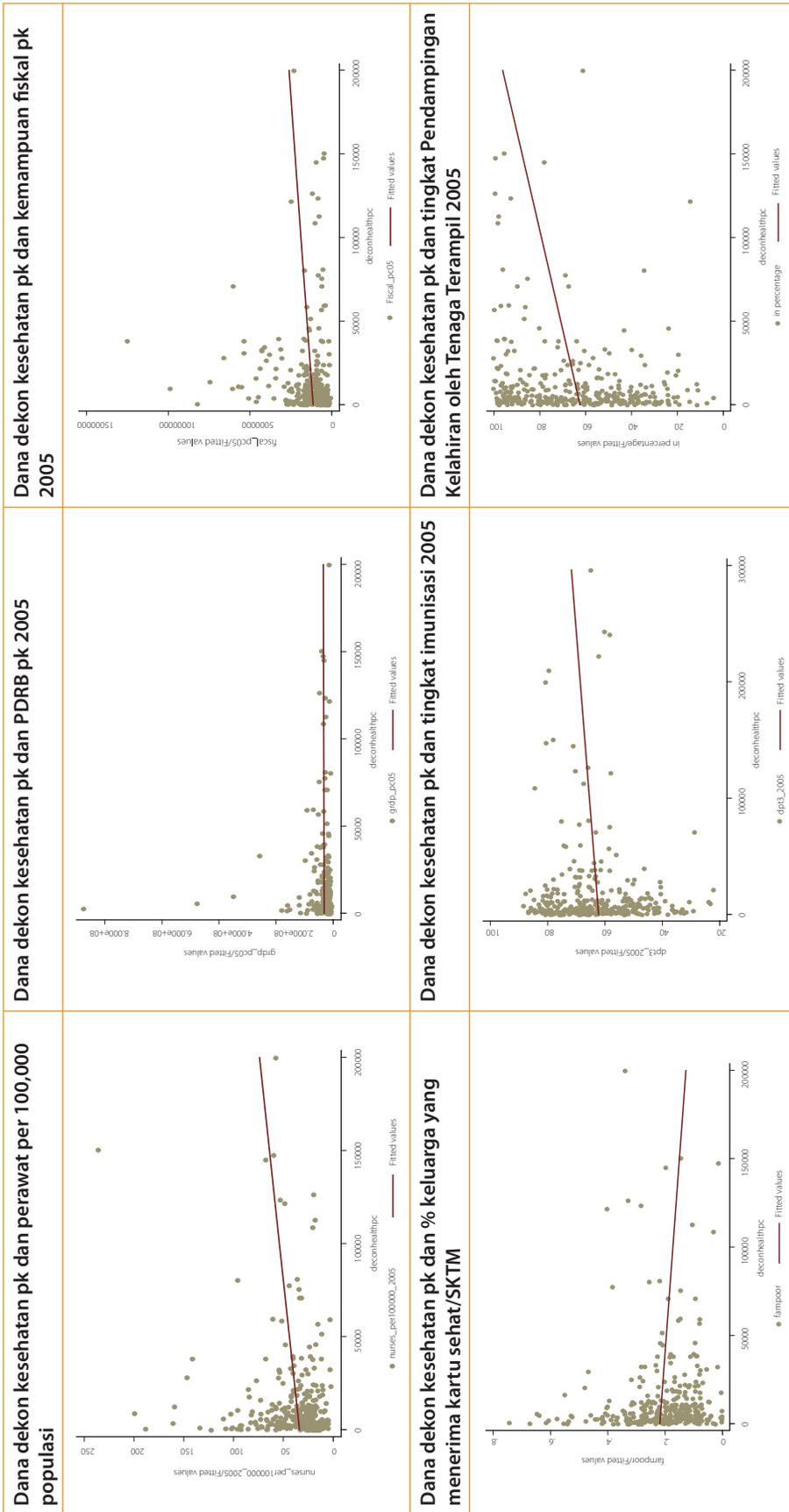
Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan data SIKD dan DepKeu

Lampiran N: Pengeluaran Dekonsentrasi per Kapita untuk Sektor Kesehatan dan Korelasi dengan Hasil Pelayanan, Produksi, dan Indikator Kemiskinan

Tabel N.1 Korelasi berpasangan dana dekonsentrasi untuk sektor kesehatan per kapita, dan beragam indikator kepentingan lainnya untuk pembuatan kebijakan sektor kesehatan
(Jumlah ob = 335)

	Dana dekon. Kesehatan Pk	Dana dekon. Kesehatan Pk (per kapita)	Pop 05	PRDB pk 05	Kemampuan Fiskal pk 05	Tingkat imunisasi DPT3 05	Jumlah Puskesmas per 100.000	Jumlah Rumah Sakit per 100.000	Jumlah dokter per 100.000	Jumlah perawatan per 100.000	Tingkat kelahiran pertama yang	% penduduk di pedesaan	% keluarga yang memiliki kartu sehat/surat keterangan tidak mampu
Dana dekon. Kesehatan Pk	1,000												
Pop 05	0,1395	1,000											
PRDB pk 05	0,0056	-0,0362	1,000										
Kemampuan Fiskal pk 05	0,1301	-0,4190	0,1593	1,000									
Tingkat imunisasi DPT3 05	0,1159	0,0543	0,0667	-0,0456	1,000								
Jumlah Puskesmas per 100.000	0,1347	-0,4173	-0,0411	0,2833	-0,0532	1,000							
Jumlah Rumah Sakit per 100.000	-0,0287	-0,0087	0,0116	0,0328	0,1151	-0,1171	1,000						
Jumlah dokter per 100.000	0,0100	-0,0124	0,0940	0,0434	0,1758	-0,2502	0,6094	1,000					
Jumlah perawatan per 100.000	0,1815	-0,3395	0,0061	0,2520	0,0113	0,5948	-0,0140	-0,1693	1,000				
Tingkat kelahiran pertama yang didampingi tenaga terampil 05	0,1748	0,1023	0,1887	-0,0556	0,3231	-0,1817	0,2492	0,3057	-0,1604	1,000			
% penduduk di pedesaan	-0,3808	-0,2148	-0,2404	0,0646	-0,2807	0,2253	-0,1686	-0,2536	0,1449	-0,6544	1,000		
% keluarga yang memiliki kartu sehat/surat keterangan tidak mampu	-0,0977	-0,0036	-0,1911	-0,1328	0,0429	-0,0963	-0,1289	-0,0953	-0,0370	-0,3253	0,2852	1,000	

Gambar N.1 Grafik dana dekonstrasi untuk sektor kesehatan per kapita dan variabel hasil pelayanan /angka-angka kemiskinan



Sumber: perhitungan staf Bank dunia berdasarkan Susenas 2005 dan SIKD.

Lampiran O: Indikator Layanan Rumah Sakit untuk Rumah Sakit Khusus di Indonesia

Tabel O.1 Indikator rumah sakit untuk rumah sakit khusus

Rumah Sakit Khusus	Rumah Sakit Umum	Jumlah Tempat Tidur	Tingkat Hunian Tempat Tidur	Lama Tinggal	Frekuensi Pemakaian Tempat Tidur	Interval Pemakaian	Tingkat Kematian Bersih	Tingkat Kematian Bruto	Jumlah Rata-Rata Kunjungan Pasien Rawat Jalan per Hari
Rumah Sakit Jiwa	51	8.527	61,1	53,5	4,4	32,1	3,9	6,2	34
Rumah Sakit TBC	9	766	45,7	5,8	27,9	7,1	31,5	55,5	88
Rumah Sakit Khusus Lepra	22	2.246	41,5	25,3	3,9	55,7	23,2	37,4	20
Rumah Sakit Khusus Penyakit Menular	1	144	40	4,7	35,8	6,1	38,6	68,9	133
Rumah Sakit Ortopedi	1	187	56,4	10,6	19	8,4	2	4	93
Rumah Sakit Mata	10	475	32,5	3	36	6,9	0	0	190
Rumah Sakit Bersalin	55	2.533	35,5	3	42,3	5,6	2,8	7,7	28
Rumah Sakit Jantung	2	234	69,5	6,8	35,8	3,1	22,8	47,4	268
Rumah Sakit Gigi dan Mulut	11	0	-						108
Rumah Sakit Khusus Lainnya	111	5.368	42,2	4,2	41,5	5,1	8,4	15,2	61

Sumber: Berdasarkan data dari *Indonesia Health Profile* (Profil Kesehatan Indonesia) 2005, Departemen Kesehatan, 2007.

Lampiran P: Pengeluaran Publik, Pemanfaatan, dan Hasil Pelayanan Kesehatan

I) Kelompok Data/Variabel:

1) Variabel Keluaran (Dependen):

- **Pendampingan kelahiran oleh tenaga terampil (kelahiran pertama) 2005:**
 - o Label: first_skilled_birth_attendance05
 - o Sumber: Survei Rumah Tangga Susenas 05
 - o Satuan ukuran: Tingkat rata-rata kabupaten/kota.
- **Tingkat Imunisasi DPT3 2005:**
 - o Label: dpt3_2005
 - o Sumber: Survei Rumah Tangga Susenas 2005
 - o Satuan ukuran: tingkat rata-rata imunisasi kabupaten/kota

2) Variabel Lainnya (Independen):

- Log Pengeluaran Publik untuk Sektor Kesehatan 2004:
 - o Label: lnhealthpc04
 - o Sumber: SIDK 2004
 - o Satuan ukuran: Log pengeluaran publik untuk sektor kesehatan di kabupaten/kota 2004
- Log PDRB per kapita 2005
 - o Label: lngrdppc05
 - o Sumber: BPS
 - o Satuan ukuran: Log PDRB per kapita yang terukur
- Log Pengeluaran Rumah Tangga per kapita 2005:
 - o Label: lnhhexp
 - o Sumber: Susenas 2005, BPS
 - o Satuan ukuran: pengeluaran rumah tangga per kapita (tahunan– berdasarkan 12 kali perbulan), dalam rupiah Indonesia.
- Total penggunaan 2005/06
 - o Label: totalut
 - o Sumber: Perhitungan Bank Dunia berdasarkan Susenas 2005/2006
 - o Satuan ukuran: Tingkat kunjungan rata-rata per tahun untuk penyedia layanan negeri dan swasta, pasien rawat inap dan rawat jalan digabung
- Persentase Penduduk yang Berkelamin Wanita
 - o Label: percfemale
 - o Sumber: BPS
 - o Satuan ukuran: persentase penduduk berkelamin wanita di tingkat kabupaten/kota
- Rata-rata jumlah tahun pendidikan wanita 2005
 - o Label: avg_fem_education_yrs05
 - o Sumber: Susenas 2005, BPS
 - o Satuan ukuran: rata-rata jumlah tahun pendidikan wanita per kabupaten/kota 2005
- Bagian masyarakat yang tinggal di pedesaan 2005
 - o Label: poprural05
 - o Sumber: Susenas 2005
 - o Satuan ukuran: bagian masyarakat yang tinggal di pedesaan per kabupaten/kota2005

II) Hasil Regresi:

Analisis Regresi Sederhana: Meregresikan Pengeluaran Publik atas dasar Hasil pelayanan

1. Log Pengeluaran di Bidang Kesehatan atas Tingkat Imunisasi DPT3

Source	SS	df	MS			
Model	282.110646	1	282.110646	Number of obs =	247	
Resi dual	45340.9653	245	185.065165	F(1, 245) =	1.52	
Total	45623.076	246	185.459658	Prob > F =	0.2181	
				R-squared =	0.0062	
				Adj R-squared =	0.0021	
				Root MSE =	13.604	

dpt3_2005	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
lnheal thpc04	1.676189	1.357612	1.23	0.218	-.9978906	4.350269
_cons	45.7016	14.73892	3.10	0.002	16.67044	74.73277

2. Log Pengeluaran di Bidang Kesehatan atas Pendampingan Kelahiran oleh Tenaga Terampil

Source	SS	df	MS			
Model	1273.20888	1	1273.20888	Number of obs =	252	
Resi dual	130811.671	250	523.246685	F(1, 250) =	2.43	
Total	132084.88	251	526.234582	Prob > F =	0.1200	
				R-squared =	0.0096	
				Adj R-squared =	0.0057	
				Root MSE =	22.875	

fi rst_ski -05	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
lnheal thpc04	3.50485	2.246843	1.56	0.120	-.9203049	7.930004
_cons	29.95752	24.42915	1.23	0.221	-18.15565	78.0707

Analisis Regresi Berganda: Langkah 1. Menambahkan Variabel Penghasilan, Pendidikan, dan Persentase Wanita

1. Imunisasi DPT3 sebagai Hasil Pelayanan

Source	SS	df	MS			
Model	778.919432	5	155.783886	Number of obs =	247	
Resi dual	44844.1566	241	186.075338	F(5, 241) =	0.84	
Total	45623.076	246	185.459658	Prob > F =	0.5244	
				R-squared =	0.0171	
				Adj R-squared =	-0.0033	
				Root MSE =	13.641	

dpt3_2005	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
lnheal thpc04	.9366698	1.444997	0.65	0.517	-1.909766	3.783105
lngrdppc05	.543605	1.713661	0.32	0.751	-2.832061	3.919271
lnhhexp	.0559915	2.328407	0.02	0.981	-4.530636	4.642619
avg_fem_e-05	.6044749	.4916408	1.23	0.220	-.3639867	1.572937
percfemal e	39.55924	75.05244	0.53	0.599	-108.2833	187.4017
_cons	21.02399	55.25051	0.38	0.704	-87.81158	129.8596

2. Pendampingan Kelahiran oleh Tenaga Terampil sebagai Hasil Pelayanan

Banyak variabel yang memberikan hasil signifikan, tapi pengeluaran publik masih tidak signifikan

Source	SS	df	MS			
Model	48983.277	5	9796.65541	Number of obs =	247	
Residual	80746.8783	241	335.049287	F(5, 241) =	29.24	
Total	129730.155	246	527.358355	Prob > F =	0.0000	
				R-squared =	0.3776	
				Adj R-squared =	0.3647	
				Root MSE =	18.304	

first_ski~05	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
lnhealthpc04	-2.737374	1.938995	-1.41	0.159	-6.556915	1.082168
lngrdppc05	11.73566	2.299508	5.10	0.000	7.205962	16.26536
lnhhexp	9.591716	3.124416	3.07	0.002	3.437066	15.74637
avg_fem_e~05	2.907497	.6597172	4.41	0.000	1.607949	4.207045
percfemale	499.975	100.7105	4.96	0.000	301.5898	698.3602
_cons	-483.4696	74.13892	-6.52	0.000	-629.5126	-337.4265

Analisis Regresi Berganda: Langkah 2. Menambahkan Variabel Demografi – Persentase Penduduk yang Tinggal di Pedesaan

'Keterpencilan' tampaknya berpengaruh pada hasil pelayanan

1. Imunisasi DPT3 sebagai Hasil Pelayanan

Source	SS	df	MS			
Model	3950.11306	6	658.352176	Number of obs =	247	
Residual	41672.9629	240	173.637346	F(6, 240) =	3.79	
Total	45623.076	246	185.459658	Prob > F =	0.0013	
				R-squared =	0.0866	
				Adj R-squared =	0.0637	
				Root MSE =	13.177	

dpt3_2005	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
lnhealthpc04	1.817865	1.411014	1.29	0.199	-.9616888	4.597418
lngrdppc05	-1.41508	1.717673	-0.82	0.411	-4.798721	1.96856
lnhhexp	-1.948479	2.297626	-0.85	0.397	-6.474567	2.577609
avg_fem_e~05	-.6955321	.5639947	-1.23	0.219	-1.806544	.4154797
percfemale	-4.36225	73.22549	-0.06	0.953	-148.609	139.8845
poprural05	-16.23366	3.798627	-4.27	0.000	-23.71656	-8.750753
_cons	106.9974	57.03757	1.88	0.062	-5.360825	219.3555

2. Pendampingan Kelahiran oleh Tenaga Terampil sebagai Hasil Pelayanan

Source	SS	df	MS			
Model	59495.9141	6	9915.98568	Number of obs =	247	
Residual	70234.2412	240	292.642672	F(6, 240) =	33.88	
Total	129730.155	246	527.358355	Prob > F =	0.0000	
				R-squared =	0.4586	
				Adj R-squared =	0.4451	
				Root MSE =	17.107	

first_ski~05	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
lnhealthpc04	-1.13296	1.831802	-0.62	0.537	-4.741423	2.475504
lngrdppc05	8.169434	2.229913	3.66	0.000	3.776734	12.56213
lnhhexp	5.942125	2.982817	1.99	0.047	.0662811	11.81797
avg_fem_e~05	.5405413	.7321874	0.74	0.461	-.901793	1.982876
percfemale	420.006	95.06257	4.42	0.000	232.7425	607.2695
poprural05	-29.55704	4.931441	-5.99	0.000	-39.27147	-19.8426
_cons	-326.9357	74.04714	-4.42	0.000	-472.801	-181.0704

Analisis Regresi Berganda: Langkah 3. Menambahkan Variabel Penggunaan

Penggunaan tampaknya berpengaruh bagi hasil pelayanan

1. Imunisasi DPT3 sebagai Hasil Pelayanan

Source	SS	df	MS			
Model	6980.14797	7	997.163996	Number of obs =	247	
Residual	38642.928	239	161.685891	F(7, 239) =	6.17	
Total	45623.076	246	185.459658	Prob > F =	0.0000	
				R-squared =	0.1530	
				Adj R-squared =	0.1282	
				Root MSE =	12.716	

dpt3_2005	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
lnhealthpc04	1.835242	1.361594	1.35	0.179	-.8470168	4.5175
lngrdppc05	-.4079133	1.673755	-0.24	0.808	-3.705109	2.889282
lnhhexp	-2.997748	2.230353	-1.34	0.180	-7.391409	1.395912
avg_fem_e~05	-.698937	.5442394	-1.28	0.200	-1.771056	.3731816
percfemale	-26.0902	70.83855	-0.37	0.713	-165.6378	113.4574
popur al 05	-11.90561	3.799465	-3.13	0.002	-19.39033	-4.420895
total ut	.3521381	.081344	4.33	0.000	.1918954	.5123808
_cons	103.034	55.04724	1.87	0.062	-5.405726	211.4737

2. Pendampingan Kelahiran oleh Tenaga Terampil sebagai Hasil Pelayanan

Source	SS	df	MS			
Model	63878.1676	7	9125.45252	Number of obs =	247	
Residual	65851.9877	239	275.531329	F(7, 239) =	33.12	
Total	129730.155	246	527.358355	Prob > F =	0.0000	
				R-squared =	0.4924	
				Adj R-squared =	0.4775	
				Root MSE =	16.599	

first_ski~05	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
lnhealthpc04	-1.112062	1.777449	-0.63	0.532	-4.613529	2.389405
lngrdppc05	9.380663	2.184949	4.29	0.000	5.076447	13.68488
lnhhexp	4.680264	2.911542	1.61	0.109	-1.055298	10.41583
avg_fem_e~05	.5364466	.7104596	0.76	0.451	-.8631158	1.936009
percfemale	393.8757	92.47388	4.26	0.000	211.7078	576.0437
popur al 05	-24.35208	4.959889	-4.91	0.000	-34.12276	-14.5814
total ut	.4234849	.1061878	3.99	0.000	.2143014	.6326685
_cons	-331.702	71.85964	-4.62	0.000	-473.2612	-190.1429

Analisis Regresi Berganda: Langkah 4. Membuka 'Persentase Pedesaan', menambahkan Indikator Sisi Penyediaan

Jarak dari lokasi bidan tampaknya berpengaruh untuk pendampingan kelahiran oleh tenaga terampil, namun jarak dari puskesmas tidak berdampak pada tingkat imunisasi DPT3.

1. Imunisasi DPT3 sebagai Hasil Pelayanan

Source	SS	df	MS			
Model	6999.48981	8	874.936226	Number of obs =	247	
Residual	38623.5862	238	162.283976	F(8, 238) =	5.39	
Total	45623.076	246	185.459658	Prob > F =	0.0000	
				R-squared =	0.1534	
				Adj R-squared =	0.1250	
				Root MSE =	12.739	

dpt3_2005	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
lnhealthpc04	1.983383	1.43001	1.39	0.167	-.8337111	4.800477
lngrdppc05	-.3535302	1.68423	-0.21	0.834	-3.671433	2.964373
lnhhexp	-3.071432	2.244645	-1.37	0.172	-7.49334	1.350477
avg_fem_e-05	-.6573825	.5583729	-1.18	0.240	-1.757367	.4426018
percfemale	-34.00837	74.5836	-0.46	0.649	-180.9367	112.9199
poprural05	-11.19183	4.331745	-2.58	0.010	-19.72529	-2.658377
totalut	.3442258	.0846557	4.07	0.000	.1774557	.5109959
dist_pusk-05	-.0548878	.1589882	-0.35	0.730	-.3680917	.258316
_cons	105.3667	55.56137	1.90	0.059	-4.088114	214.8216

2. Pendampingan Kelahiran oleh Tenaga Terampil sebagai Hasil Pelayanan

Source	SS	df	MS			
Model	71260.377	8	8907.54712	Number of obs =	247	
Residual	58469.7783	238	245.671338	F(8, 238) =	36.26	
Total	129730.155	246	527.358355	Prob > F =	0.0000	
				R-squared =	0.5493	
				Adj R-squared =	0.5341	
				Root MSE =	15.674	

first_ski-05	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
lnhealthpc04	2.343023	1.792822	1.31	0.193	-1.188804	5.87485
lngrdppc05	8.65161	2.067443	4.18	0.000	4.578786	12.72443
lnhhexp	2.862303	2.769184	1.03	0.302	-2.592939	8.317545
avg_fem_e-05	1.777955	.7080577	2.51	0.013	.3830941	3.172815
percfemale	268.4203	90.26881	2.97	0.003	90.59242	446.2482
poprural05	-10.66713	5.307247	-2.01	0.046	-21.12231	-.2119524
totalut	.3620481	.1008934	3.59	0.000	.16329	.5608062
dist_mi dwf 05	-.4446678	.0811185	-5.48	0.000	-.6044697	-.2848659
_cons	-278.327	68.54926	-4.06	0.000	-413.3678	-143.2863

Dampak Lain Pengeluaran: Pengeluaran untuk Penggunaan

1. Pengeluaran untuk Penggunaan: Tidak Ada Dampak Signifikan

Source	SS	df	MS			
Model	4310.97101	6	718.495169	Number of obs =	247	
Residual	24435.5197	240	101.814665	F(6, 240) =	7.06	
Total	28746.4907	246	116.855653	Prob > F =	0.0000	
				R-squared =	0.1500	
				Adj R-squared =	0.1287	
				Root MSE =	10.09	

totalut	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
lnhealthpc04	-.0493469	1.080476	-0.05	0.964	-2.177773	2.07908
lngrdppc05	-2.860148	1.315298	-2.17	0.031	-5.451151	-.2691454
lnhhexp	2.979709	1.759393	1.69	0.092	-.486116	6.445534
avg_fem_e-05	.009669	.4318755	0.02	0.982	-.8410816	.8604197
percfemale	61.70292	56.07198	1.10	0.272	-48.75314	172.159
poprural05	-12.29077	2.908776	-4.23	0.000	-18.02076	-6.560778
_cons	11.25507	43.67618	0.26	0.797	-74.78253	97.29267

Lampiran Q: Analisis Efisiensi pada Tingkat Daerah:

Dalam Lampiran ini disajikan rincian mengenai pilihan indikator dan metodologi mengenai konstruksi indeks hambatan-hambatan. Lebih lanjut, di sini disajikan hasil-hasil berdasarkan serangkaian data di luar indikator-indikator pengeluaran pemerintah sebagai masukan, karena data-data ini mencakup pengamatan lebih banyak terhadap provinsi Papua, sebuah provinsi yang secara umum menarik perhatian para pembuat kebijakan mengingat kinerja daerah yang relatif rendah dalam sejumlah indikator pengembangan manusia dan Tujuan Pembangunan Milenium (MDG).

Indikator-indikator Hasil:

Berdasarkan indikator hasil, kami telah memasukkan harapan hidup perempuan, vaksinasi DPT3 dan campak maupun tenaga pendamping persalinan yang terampil (pertama). Telah diputuskan untuk tidak memasukkan harapan hidup laki-laki karena harapan hidup perempuan dan laki-laki sangat berhubungan, dan untuk indikator yang disebut terakhir, data di 67 kabupaten hilang, sehingga membatasi jumlah kabupaten yang dapat dimasukkan dalam kegiatan ini.

Di bawah ini disajikan suatu tabel korelasi untuk indikator-indikator hasil. Perlu diperhatikan bahwa meskipun DPT3 dan campak mempunyai korelasi, tetapi kuatnya hubungan tersebut terbatas dan karenanya kedua variabel tidak dimasukkan.

Tabel Q.1 Korelasi indikator hasil

Korelasi	DPT3 2005	Campak 2005	Tenaga Pendamping Persalinan Yang Terampil (pertama)	Harapan Hidup Perempuan	Harapan Hidup Laki-Laki
DPT3 2005	1,0000				
Campak 2005	0,4754	1,0000			
Tenaga Pendamping Persalinan Yang Terampil (pertama)	0,3153	0,1564	1,0000		
Harapan Hidup Perempuan	0,2014	0,1296	0,4338	1,0000	
Harapan Hidup Laki-Laki	0,2019	0,1304	0,4336	0,9998	1,0000

Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan Susenas 2006 dan sensus BPS.

Indikator-Indikator Indeks Masukan / Hambatan:

Mengenai indikator-indikator masukan untuk menentukan indeks hambatan dan indeks masukan, kami telah memutuskan untuk memasukkan hal-hal sebagai berikut:

- *Indikator-indikator ekonomi*: PDRB per kapita tahun 2005, maupun kapasitas anggaran tahun 2005 diukur sebagai pendapatan fiskal per kapita. Keduanya dimasukkan karena korelasi terbatas.
- *Indikator pengeluaran*: Pengeluaran kesehatan pemerintah per kapita pada tahun 2004 (data untuk tahun-tahun selanjutnya hanya tersedia untuk sekitar 60 persen dari kabupaten-kabupaten).
- *Kuasa komitmen politik*: Pengeluaran kesehatan pemerintah sebagai bagian dari seluruh pengeluaran.
- *Akses*: Daerah pelayanan rumah sakit dan Puskesmas dalam km².
- *Sumber Daya Manusia*: Jumlah dokter dan perawat per 100.000 penduduk
- *Prasarana*: Jumlah Puskesmas per 100.000 penduduk.

Tabel Q.2 Korelasi indikator masukan: Produk Domestik Regional Bruto dan kapasitas anggaran

Korelasi	Produk Domestik Regional Bruto tahun 2005	Kapasitas anggaran tahun 2005
Produk Domestik Regional Bruto tahun 2005	1,0000	
Kapasitas anggaran tahun 2005	0,1410	1,0000

Tabel Q.3 Korelasi indikator masukan: Indikator pengeluaran kesehatan

Korelasi	Pengeluaran kesehatan pemerintah per kapita tahun 2004	Persentase pengeluaran kesehatan pemerintah terhadap seluruh pengeluaran kabupaten tahun 2004
Pengeluaran kesehatan pemerintah per kapita tahun 2004	1,0000	
Persentase pengeluaran kesehatan pemerintah terhadap seluruh pengeluaran kabupaten tahun 2004	0,423	1,0000

Metodologi Mengenai Penentuan Indeks Hambatan Keseluruhan:

Untuk menjumlahkan semua variabel yang mempunyai kisaran, rata-rata dan deviasi standar, pertama-tama kami telah menormalisasikan setiap variabel. Upaya ini melibatkan pengurangan kekayaan dan membaginya dengan deviasi standar. Distribusi nilai yang dihasilkannya mempunyai nilai kekayaan 0 dan deviasi standar 1. Indeks tersebut diciptakan dengan mengambil jumlah sederhana dari nilai yang dinormalisasi untuk setiap variabel. Akibat normalisasi adalah bahwa tiap variabel diberikan bobot yang sama (Ranson dkk., 2003).

Mengecualikan Pengeluaran Pemerintah dari Indeks Efisiensi

Dalam analisis ini variabel masukan yang terkait dengan pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan diikutsertakan, terutama karena pengeluaran tersebut seringkali dilihat sebagai salah satu di antara sedikit masukan yang dapat dikendalikan secara langsung oleh para pembuat kebijakan. Karena terbatasnya data yang tersedia, variabel-variabel ini tidak diikutsertakan dalam penelitian mengenai efisiensi sektor kesehatan yang dilakukan oleh Tandon (2004), dan karenanya hasil-hasil yang diperoleh di sini sedikit berbeda. Demikian juga, dengan mengikutsertakan variabel-variabel ini, kumpulan data berkurang ukurannya, karena untuk kurang lebih 100 di antara 440 kabupaten di Indonesia, data mengenai pengeluaran kesehatan pemerintah hilang dan untuk kabupaten-kabupaten yang tidak ada datanya ini, tidak ditentukan angka indeks.

Akan tetapi, kabupaten-kabupaten yang dicoret dari kumpulan data bukan merupakan pilihan kabupaten secara acak. Mungkin terdapat alasan khusus mengapa kabupaten-kabupaten ini kehilangan data. Misalnya, sebagian besar kabupaten di provinsi Papua tidak diikutsertakan dalam analisis karena tidak adanya data, sebagian disebabkan oleh kemampuan pemerintah daerah yang terbatas dalam mengumpulkan data dan mengelola informasi. Dengan mengecualikan kabupaten-kabupaten ini dari indeks, orang mungkin 'menaksir terlalu tinggi' efisiensi kabupaten-kabupaten di Indonesia. Pada saat yang sama, tanpa melihat kabupaten-kabupaten yang tidak diikutsertakan secara lebih terperinci, akan sulit untuk memahami sifat sebenarnya dari bias yang terdapat dalam analisis ini.

Lampiran R: Batasan Analisis Efisiensi

Analisis efisiensi yang menggunakan estimasi perbatasan mempunyai sejumlah kekurangan dan orang harus sangat berhati-hati dalam memberikan nilai yang terlalu banyak kepada analisis ini dalam arti untuk menghasilkan pedoman kebijakan tertentu. Dalam Lampiran ini, diuraikan kritik yang paling lazim terhadap pendekatan 'perbatasan' efisiensi yang digunakan dalam laporan ini. Khususnya, dibahas argumen-argumen yang diajukan oleh Ravallion (2005).

Baru-baru ini, Ravallion (2005) telah menulis kritik yang tajam terhadap metode-metode yang ada untuk mengukur efisiensi dalam pemberian layanan, dan kritiknya yang terbaru memusatkan perhatian pada penerapan metodologi-metodologi ini pada sektor pendidikan dan kesehatan.

Pertama-tama, Ravallion mengemukakan butir yang valid bahwa adalah cukup sulit untuk mempersepsikan hasil seperti angka kematian ibu dan imunisasi sebagai hasil proses produksi dengan menggunakan masukan-masukan tertentu. Ia berpendapat bahwa seseorang juga perlu memperhitungkan perbedaan-perbedaan dalam kondisi awal, dan penting untuk mengakui bahwa hasil-hasil di bidang kesehatan merupakan suatu fungsi baik faktor penawaran maupun permintaan. Misalnya, pengeluaran kesehatan pemerintah di Indonesia mungkin tampak tidak signifikan apabila pemerintah tidak menghabiskan banyak dalam sektor tersebut, dan tingkat kematian sangat rendah sebagai hasil pemberian perawatan kesehatan sektor swasta. Ini jelas sekali bukan merupakan cara yang tepat dalam menafsirkan efisiensi yang diperkirakan.

Masalah lain dengan analisis efisiensi terkait dengan fakta bahwa mungkin terdapat selang waktu yang signifikan antara masukan-masukan dengan dampak keluaran-keluaran. Berbeda dari fungsi-fungsi produksi tradisional, perubahan-perubahan dalam pengeluaran pemerintah dalam satu tahun dapat menghasilkan perubahan-perubahan yang dapat dilihat dalam angka kematian anak baru setelah selang waktu beberapa tahun.

Secara keseluruhan, tampaknya menghitung efisiensi dengan menggunakan fungsi-fungsi produksi sosial untuk perbandingan secara nasional tidak mungkin banyak bermanfaat dalam arti memberikan pedoman kebijakan tertentu. Apa yang dapat dilakukan oleh analisis efisiensi adalah membantu mengkontekstualisasikan kinerja suatu negara atau kabupaten, dan analisis efisiensi tersebut dapat bermanfaat dalam membantu mengidentifikasi seberapa jauhnya unit-unit tersebut dari potensinya.

Lampiran S: Karakteristik Skema-Skema Jaminan Kesehatan Indonesia

Karakteristik	Askes – Asuransi Kesehatan Sosial	Jamsostek	Asuransi Kesehatan Swasta & Mengasuransikan Sendiri	Jpkm	Berdasarkan Komunitas	Askeskin
Sifat Skema						
1.1 Penerima Manfaat	Wajib	Wajib, dapat memilih untuk tidak ikut bagi pemberi kerja yang mampu memberikan skema manfaat yang lebih baik	Tunjangan	Sukarela	Sukarela	Jaminan Sosial
1.2 Model	Asuransi Kesehatan Sosial	Asuransi Kesehatan Sosial		Model perawatan terkendali		Jaminan Kesehatan Sosial
1.3 Penduduk yang tercakup	Pegawai Negeri Sipil Aktif dan tanggungannya (istri/suami dan sampai dengan anak ketiga), pensiunan pegawai negeri sipil dan tentara.	Karyawan Swasta Sektor Formal dan tanggungan mereka	Karyawan Swasta Sektor Formal dan tanggungan mereka	Sektor informal, pegawai negeri sipil/tentara untuk tanggungan mereka yang tidak tercakup	Sektor informal	Masyarakat miskin yang teridentifikasi, berdasarkan penetapan target individual/rumah tangga
1.4 Cakupan	15 juta (Askes) (Susenas '06: 12 juta)	5,5 juta (data Jamsostek)	6.600.000 (Susenas '06)	540.000	-	54 juta (64%)
Paket Manfaat						
2.1 Layanan Keliling	Pemerintah saja	Pemerintah dan swasta atau swasta saja	Swasta. Dalam beberapa daerah dimana layanan swasta tidak tersedia, pemerintah	Sebagian besar pemerintah, dalam beberapa hal, swasta	Pemerintah saja	Pemerintah
2.2 Layanan-layanan Rawat Inap	Pemerintah saja	Pemerintah atau dipercayakan kepada swasta, atau swasta saja	Swasta. Dalam beberapa daerah dimana layanan swasta tidak tersedia, pemerintah	Sebagian besar, pemerintah	Biasanya tidak tercakup; Pemerintah saja	Pemerintah dan juga sarana-sarana swasta
2.3 Pilihan penyedia	Terbatas pada penyedia pemerintah, wajib mendaftar	Wajib mendaftar	Bebas, atau wajib mendaftar	Wajib mendaftar	Wajib mendaftar	Wajib mendaftar
2.4 Dengan persyaratan	Paket komprehensif	Paket komprehensif	Paket komprehensif	Paket komprehensif	Paket terbatas, rawat inap tidak termasuk dalam manfaat	Paket komprehensif

2.5 Tidak termasuk persyaratan	Batasan-batasan untuk persalinan normal	5 syarat	Berbeda-beda menurut skemanya	Pengecualian-berbeda-beda menurut skemanya	Tenaga spesialis keliling dan layanan rawat inap	4 batasan(alat bantu pendengaran, lensa, dsb), 6)
2.6 Manfaat persalinan	Ya, pembayaran paket untuk persalinan normal	Ya, pembayaran paket untuk persalinan normal	Ya	Ya	Ya, untuk skema Persalinan	Ya
2.7 Pemeriksaan fisik tahunan	Ya	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Dikecualikan
2.8 Pencegahan dan peningkatan kesehatan	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
2.9 Layanan-layanan yang tidak tercakup	Pengecualian: kosmetik, pemeriksaan fisik, pengobatan alternatif, gigi palsu, pengobatan fertilitas	Pengecualian: Pengobatan kanker, operasi jantung, cuci darah, dan penyakit keturunan	Berbeda-beda menurut skemanya	Pengecualian: kosmetik, pemeriksaan fisik, pengobatan alternatif, gigi palsu, pengobatan fertilitas	Spesialis and layanan rawat inap	Pengecualian: kosmetik, pemeriksaan fisik, pengobatan alternatif, gigi palsu, pengobatan fertilitas
3 Pembiayaan						
3.1 Sumber dana	luran anggota 2% dari gaji pokok + Pemerintah 1 % dari gaji pokok (atau 0,5%). Tidak ada batas	Tidak kawin 3% dari gaji pokok, anggota yang mempunyai tanggungan 6% dari gaji. Dengan batas sampai 1 juta Rupiah (110 Dolar AS)	Gaji, berbeda-beda menurut skema	Premi, berbeda-beda menurut skema	luran anggota	Premi yang dibiayai dari pajak 6.000 Rupiah /kapita
3.2 Badan yang Membiayai	Departemen Keuangan	Para Pemberi Kerja (100%)		Bapel (Jenis Organisasi Pemeliharaan Kesehatan)		Departemen Keuangan
3.3 Mekanisme Pembayaran	Perawatan primer: Pajak perseorangan Sekunder : Daftar Biaya	Perawatan primer: Pajak perseorangan, Sekunder : Pajak perseorangan & Daftar Biaya	Berbeda-beda menurut skema. Primer: Biaya untuk layanan, pajak perseorangan, Sekunder: Biaya untuk layanan,	Perawatan primer: Pajak perseorangan Sekunder : Daftar Biaya	Perawatan primer: pembayaran kembali	Perawatan primer: Pajak perseorangan Sekunder : Biaya yang dinegosiasikan dengan batas
3.4 Pembagian Biaya	Ya, apabila anggota ingin meningkatkan kelas atau obat-obatan bermerk di luar dari yang ditentukan	Tidak ada	Berbeda-beda menurut skema	Ya	Tidak ada	Tidak ada
4. Pengelola						
4.1 Pengelola/Pyandang Dana	PT Askes, perusahaan milik negara	P.T Jamsostek, perusahaan milik negara	Berbagai perusahaan asuransi kesehatan swasta	Badan Pelaksana (Bapel)	Organisasi-organisasi kerjasama masyarakat	Saat ini, Pemerintah
4.2 Status	Berorientasi Laba	Berorientasi Laba	Berorientasi Laba	Tidak Berorientasi Laba	Tidak Berorientasi Laba	Pemerintah

Lampiran T: Pengeluaran Askeskin per Provinsi dan Berdasarkan Jenis Layanan Kesehatan (Rp juta)

Provinsi	Puskesmas			Perawatan Kehamilan		Rumah Sakit			Obat-obatan			Jumlah Seluruhnya
	Rawat Inap	Rawat Jalan	Jumlah	Rawat Inap	Jumlah	Rawat Inap	Rawat Jalan	Jumlah	Rawat Inap	Rawat Jalan	Jumlah	
NAD	1.685	40.581	42.267	4.134	4.134	48.206	9.370	57.576	9.545	3.502	13.047	117.024
Sumatra Utara	70	34.414	34.484	1.807	1.807	73.773	9.370	83.143	38.514	4.495	43.009	162.443
Riau	334	12.433	12.767	713	713	21.172	9.370	30.542	4.177	1.416	5.593	49.615
Kepulauan Riau	261	2.074	2.335	57	57	8.540	9.370	17.910	1.427	488	1.916	22.217
Sumatra Barat	176	13.001	13.177	764	764	39.691	9.370	49.061	11.048	3.444	14.491	77.493
Jambi	83	5.837	5.920	524	524	7.950	9.370	17.320	3.185	648	3.834	27.597
Sumatra Selatan	119	23.040	23.159	719	719	52.588	9.370	61.958	16.181	1.905	18.085	103.922
Bengkulu	111	6.031	6.142	1.176	1.176	15.094	9.370	24.464	4.137	544	4.682	36.464
Lampung	150	25.562	25.712	31	31	4.354	9.370	13.724	17.074	1.672	18.746	58.213
Kepulauan Bangka Belitung	59	1.558	1.617	2.306	2.306	35.892	9.370	45.262	2.144	171	2.315	51.500
DKI Jakarta	0	10.575	10.575	624	624	32.864	9.370	42.234	9.115	9.115	18.230	71.662
Kalimantan Barat	344	15.861	16.205	0	0	39.424	9.370	48.794	7.000	1.432	8.433	73.432
Banten	126	21.773	21.899	2.010	2.010	0	9.370	9.370	12.142	5.135	17.278	50.556
Java Barat	6.352	90.606	96.958	1.249	1.249	166.396	9.370	175.766	48.337	14.551	62.888	336.862
Java Tengah	5.387	124.406	129.794	6.595	6.595	263.869	9.370	273.239	122.021	18.587	140.608	550.236
DI Yogyakarta	422	9.229	9.651	78	78	52.984	9.370	62.354	20.377	4.187	24.564	96.647
Java Timur	4.864	110.177	115.041	4.997	4.997	218.225	9.370	227.595	103.926	24.277	128.204	475.837
Kalimantan Timur	141	5.786	5.928	119	119	24.020	9.370	33.390	6.148	1.097	7.245	46.682
Kalimantan Selatan	74	8.048	8.123	680	680	16.655	9.370	26.025	3.989	720	4.709	39.537
Kalimantan Tengah	196	5.826	6.022	459	459	7.568	9.370	16.938	3.530	304	3.835	27.254
Sulawesi Selatan	613	24.020	24.633	2.081	2.081	61.063	9.370	70.433	26.530	3.155	29.685	126.832
Sulawesi Barat	75	4.346	4.421	6.977	6.977	3.396	9.370	12.766	341	40	381	24.545
Sulawesi Tenggara	546	10.676	11.222	5.081	5.081	12.463	9.370	21.833	4.152	870	5.023	43.159
Sulawesi Utara	810	8.366	9.177	511	511	40.943	9.370	50.313	14.875	4.841	19.716	79.716
Sulawesi Tengah	184	8.767	8.951	472	472	6.355	9.370	15.725	4.075	765	4.840	29.988
Gorontalo	53	4.642	4.695	4.571	4.571	14.211	9.370	23.581	1.613	154	1.767	34.614
Maluku Utara	98	5.060	5.158	431	431	2.537	9.370	11.906	705	65	770	18.266
Bali	5	6.580	6.585	0	0	46.114	9.370	55.484	24.083	2.829	26.912	88.981
Nusa Tenggara Barat	2.691	23.394	26.085	5.506	5.506	23.081	9.370	32.451	5.101	1.046	6.146	70.189
Nusa Tenggara Timur	2.496	31.828	34.324	2.933	2.933	51.105	9.370	60.475	7.050	688	7.738	105.470
Papua	420	13.063	13.483	465	465	12.359	9.370	21.729	2.426	1.434	3.860	39.537
Papua Barat	307	4.801	5.109	1.326	1.326	14.487	9.370	23.857	1.007	1.275	2.282	32.574
Maluku	314	7.636	7.949	1.062	1.062	6.546	9.370	15.916	1.577	174	1.751	26.678
Jumlah	29.567	720.000	749.567	60.461	60.461	1.423.924	9.370	1.433.294	537.554	115.029	652.583	2.895.904

Lampiran U: Data Penerima Manfaat untuk Askeskin oleh Provinsi, hingga dan termasuk bulan Desember 2006

PT Askes - Jumlah orang yang ditargetkan, kartu yang diterbitkan dan didistribusikan untuk program Askeskin hingga dan termasuk bulan Desember 2006

Kode Wilayah	Provinsi	Jumlah orang yang ditargetkan untuk menerima kartu (berdasarkan perhitungan kemiskinan)	Penerima Manfaat yang Diidentifikasi		Kartu yang Diterbitkan		Kartu yang Didistribusikan	
			Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Wilayah I	NAD	3.381.791	2.229.094	65,91	2.036.984	60,23	1.871.543	55,34
	Sumatra Utara	2.867.820	2.361.261	82,34	2.361.261	82,34	2.191.066	76,40
	Sub Jumlah	6.249.611	4.590.355	73,45	4.398.245	70,38	4.062.609	65,01
Wilayah II	Riau	1.036.115	1.215.362	117,30	783.726	75,64	748.968	72,29
	Kepri	172.816	141.497	81,88	141.497	81,88	141.497	81,88
	Sumatera Barat	1.083.424	634.605	58,57	509.186	47,00	472.386	43,60
	Jambi	486.409	436.938	89,83	388.301	79,83	324.222	66,66%
	Sub Jumlah	2.778.764	2.428.402	87,39	1.822.710	65,59	1.687.073	60,71
Wilayah III	Sumatera Selatan	1.920.001	1.886.634	98,26	1.697.681	88,42	1.697.681	88,42
	Bengkulu	502.613	351.372	69,91	347.813	69,20	345.813	68,80
	Lampung	2.130.200	2.160.479	101,42	1.613.698	75,75	1.608.296	75,50
	Bangkablitung	129.801	168.333	129,69	119.384	91,97	119.384	91,97
Sub Jumlah	4.682.615	4.566.818	97,53	3.778.576	80,69	3.771.174	80,54	
Wilayah IV	DKI Jakarta	881.216	408.191	46,32	277.134	31,45	277.134	31,45
	Kalbar	1.321.714	1.002.460	75,85	855.560	64,73	872.572	66,02
	Banten	1.814.399	1.265.239	69,73	1.265.239	69,73	1.169.387	64,45
Sub Jumlah	4.017.329	2.675.890	66,61	2.397.933	59,69	2.319.093	57,73	
Wilayah V	Jawa Barat	7.550.535	7.146.051	94,64	4.850.726	64,24	4.686.065	62,06
Wilayah VI	Jawa Tengah	10.367.184	10.900.050	105,14	7.394.778	71,33	7.198.811	69,44
	DI Yogyakarta	769.091	912.173	118,60	643.008	83,61	616.208	80,12
	Sub Jumlah	11.136.275	11.812.223	106,07	8.037.786	72,18	7.815.019	70,18
Wilayah VII	Jawa Timur	9.181.419	7.608.630	82,87	7.339.275	79,94	6.900.314	75,16
Wilayah VIII	Kalimantan Timur	482.183	460.776	95,56	446.749	92,65	444.526	92,19
	Kalimantan Selatan	670.674	477.548	71,20	477.548	71,20	311.459	46,44
	Kalimantan Tengah	485.483	386.406	79,59	386.406	79,59	386.406	79,59
	Sub Jumlah	1.638.340	1.324.730	80,86	1.310.703	80,00	1.142.391	69,73
Wilayah IX	Sulaweis Selatan	2.001.658	1.735.433	86,70	1.241.546	62,03	1.241.546	62,03
	Sulawesi Barat	362.197	240.852	66,50	236.371	65,26	229.486	63,36
	Sulawesi Tenggara	889.657	679.164	76,34	491.577	55,25	412.618	46,38
	Sub Jumlah	3.253.512	2.655.449	81,62	1.969.494	60,53	1.883.650	57,90
Wilayah X	Sulawesi Utara	697.203	273.357	39,21	273.357	39,21	220.387	31,61
	Sulawesi Tengah	730.596	628.757	86,06	522.012	71,45	486.627	66,61
	Gorontalo	386.836	379.485	98,10	351.833	90,95	294.469	76,12
	Maluku Utara	421.703	195.095	46,26	137.495	32,60	137.183	32,53
	Sub Jumlah	2.236.338	1.476.694	66,03	1.284.697	57,45	1.138.666	50,92
Wilayah XI	Bali	548.357	327.655	59,75	258.735	47,18	248.683	45,35
	NTB	1.949.507	1.573.507	80,71	1.031.605	52,92	1.031.605	52,92
	NTT	2.652.342	2.265.309	85,41	1.378.274	51,96	1.218.499	45,94
	Sub Jumlah	5.150.206	4.166.471	80,90	2.668.614	51,82	2.498.787	48,52
Wilayah XII	Papua	1.088.618	966.800	88,81	963.767	88,53	909.680	83,56
	Irjabar	400.120	272.675	68,15	272.675	68,15	271.564	67,87
	Maluku	636.318	404.286	63,54	402.478	63,25	402.478	63,25
	Sub Jumlah	2.125.056	1.643.761	77,35	1.638.920	77,12	1.583.722	74,53
JUMLAH	60.000.000	52.095.474	86,83	41.497.679	69,16	39.488.563	65,81	

Lampiran V: Skenario untuk Memperkirakan Kapasitas Rumah Sakit sehubungan dengan Meningkatnya Permintaan Tempat Tidur Rumah Sakit Melalui Askeskin

Catatan mengenai Data Yang Digunakan:

Tingkat pemanfaatan layanan rawat inap diperoleh dari Susenas tahun 2006, menunjukkan tingkat penggunaan rata-rata rawat inap rumah sakit umum dari seluruh penduduk. Laporan Direktorat Jenderal Layanan Kesehatan Departemen Kesehatan untuk tahun 2005/06 memberikan data mengenai jumlah tempat tidur rumah sakit baik rumah sakit umum maupun swasta. Jumlah tempat tidur umum hanya meliputi tempat tidur di rumah-rumah sakit umum tingkat nasional, provinsi dan kabupaten, dan tidak termasuk rumah-rumah sakit milik tentara/polisi dan pemerintah. Meskipun rumah sakit swasta juga tercatat sebagai pihak yang mungkin menyediakan layanan, kemungkinan besar untuk sementara ini layanan-layanan yang disediakan melalui skema tersebut hanya tersedia di rumah sakit umum. Jumlah rumah sakit swasta merupakan suatu estimasi berdasarkan asumsi bahwa semua rumah sakit swasta mematuhi peraturan untuk mengalokasikan 25% dari tempat tidurnya untuk masyarakat miskin di bangsal kelas tiga. Kelemahan perhitungan sebagian besar timbul dari kualitas data rumah sakit, terutama untuk sektor swasta.

Tabel V.1 Populasi asli target dan layanan di rumah sakit umum – skenario A

Skenario A populasi asli target dan layanan di rumah sakit umum – skenario A	
Dengan asumsi bahwa penggunaan ruang rawat inap kelas 3 hanya terbatas pada penduduk yang menjadi target sebagaimana didefinisikan oleh BPS.	
Perhitungannya menggunakan tingkat penggunaan rata-rata untuk rumah sakit umum saja	
Penduduk yang menjadi target *	54.000.000
Tingkat Pemanfaatan rumah sakit umum (Susenas 2006) **	0,0569
Jumlah hari rawat inap umum dan swasta (semua rumah sakit)	49.919.590
Jumlah hari rawat inap rumah sakit umum	24.715.975
Jumlah hari rawat inap rumah sakit swasta + milik tentara dan pemerintah	22.266.825
Jumlah Ruang Rawat Inap Kelas Tiga rumah sakit umum dan swasta	50.561
Jumlah Ruang Rawat Inap Kelas Tiga rumah sakit umum	33.858
Jumlah Hari Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kelas 3 (Kapasitas Kelas 3) ⁺	12.357.988
Estimasi Jumlah Hari Rawat Inap saat ini ⁺⁺	14.072.508
Waktu Tinggal Rata-Rata (DepKes 2005, dalam hari)	4,58

*)Perhitungan Pemerintah Indonesia mengenai jumlah masyarakat miskin yang resmi digunakan untuk ASKESKIN

**) Pemanfaatan rawat inap rata-rata untuk rumah sakit umum saja. Untuk seluruh kelompok penghasil.

Jumlah penerimaan pasien per 10.000 penduduk per tahun

+) Kapasitas tempat tidur kelas tiga yang ada saat ini di rumah sakit umum (termasuk tempat tidur-tempat tidur yang tidak tercatat)

Jumlah tempat tidur kelas tiga rumah sakit umum x 365 hari

++) Jumlah hari rawat inap saat ini (jumlah hari rawat inap yang dibutuhkan)

(tingkat penggunaan rawat inap x penduduk)x waktu tinggal rata-rata

Tabel V.2 Estimasi jumlah hari rawat inap – skenario A

Estimasi jml hari rawat inap	+ 0	+ 1	+ 2
<i>Peningkatan Waktu Tinggal</i>			
<i>Peningkatan Penggunaan</i>			
0%	14.072.508	15.363.000	18.435.600
5%	14.776.133	16.131.150	19.357.380
10%	15.479.759	16.899.300	20.279.160
25%	17.590.635	19.203.750	23.044.500
50%	21.108.762	23.044.500	27.653.400
100%	28.145.016	30.726.000	36.871.200

Tabel V.3 Penggunaan rawat inap kelas tiga sektor publik dan swasta oleh masyarakat miskin dan masyarakat mendekati miskin – skenario B

Skenario B penggunaan rawat inap kelas 3 rumah sakit umum dan swasta oleh masyarakat miskin dan keluarga mendekati miskin 1	
Dengan asumsi bahwa selain masyarakat miskin, penduduk yang hidup dengan pendapatan kurang dari \$2 per hari juga akan menggunakan layanan dengan akses mereka terhadap SKTM – Menggunakan tingkat penggunaan rata-rata	
Penduduk yang hidup dengan pendapatan kurang dari \$2 per hari (52,4%) *	115.280.000
Tingkat penggunaan rumah sakit umum (Susenas 2004) **	0,0569
Jumlah hari rawat inap umum dan swasta (semua rumah sakit)	49.919.590
Jumlah hari rawat inap rumah sakit umum	24.715.975
Jumlah hari rawat inap rumah sakit swasta + milik tentara dan pemerintah	22.266.825
Jumlah Ruang Rawat Inap Kelas Tiga rumah sakit umum dan swasta	50.561
Jumlah Ruang Rawat Inap Kelas Tiga Rumah Sakit Umum	33.858
Hari Rawat Inap Rumah Sakit Umum & Swasta untuk masyarakat miskin ⁺	12.357.988
Estimasi Jumlah Hari Rawat Inap saat ini ⁺⁺	30.042.199
Waktu Tinggal Rata-Rata (DepKes 2005, dalam hari)	4,58

*) Bank Dunia, Indikator Pembangunan Dunia 2005, % Penduduk yang hidup dengan pendapatan kurang dari \$2 di Indonesia 52,4 %

**) Rata-rata penggunaan rumah sakit umum saja oleh pasien rawat inap, antar berbagai kelompok penghasilan

Jumlah penerimaan pasien per 10.000 penduduk per tahun

+) Kapasitas tempat tidur yang ada yang dialokasikan untuk masyarakat miskin di rumah-rumah sakit umum dan swasta

Jumlah tempat tidur yang dialokasikan untuk masyarakat miskin di di rumah-rumah sakit umum dan swasta x 365 hari

++) Jumlah hari rawat inap saat ini (hari rawat inap yang dibutuhkan) (tingkat penggunaan pasien x penduduk)x waktu tinggal rata-rata

Tabel V. 4 Estimasi jumlah hari rawat inap – skenario B

Estimasi jml hari rawat inap			
<i>Peningkatan Waktu Tinggal</i>	+ 0	+ 1	+ 2
<i>Peningkatan Penggunaan</i>			
0%	30.042.199	32.797.160	39.356.592
5%	31.544.308	34.437.018	41.324.422
10%	33.046.418	36.076.876	43.292.251
25%	37.552.748	40.996.450	49.195.740
50%	45.063.298	49.195.740	59.034.888
100%	60.084.397	65.594.320	78.713.184
0%	30.042.199	32.797.160	39.356.592

Tabel V.5 Penggunaan rawat inap kelas 3 rumah sakit umum dan swasta oleh masyarakat miskin dan masyarakat mendekati miskin – skenario C

Skenario C penggunaan rawat inap kelas 3 rumah sakit umum dan swasta oleh masyarakat miskin dan masyarakat mendekati miskin	
Dengan asumsi bahwa selain masyarakat miskin, penduduk yang hidup dengan pendapatan kurang dari \$2 juga akan menggunakan layanan dengan SKTM, Digunakan tempat tidur yang dialokasikan untuk masyarakat miskin di sektor-sektor swasta – Menggunakan tingkat penggunaan rata-rata	
Penduduk yang hidup dengan pendapatan kurang dari \$2 per hari (52,4%) *	115.280.000
Tingkat penggunaan rumah sakit umum (Susenas 2004) **	0,0569
Jumlah hari rawat inap umum dan swasta (semua rumah sakit)	49.919.590
Jumlah hari rawat inap	24.715.975
Jumlah hari rawat inap rumah sakit swasta + milik tentara dan pemerintah	22.266.825
Jumlah Ruang Rawat Inap Kelas Tiga rumah sakit umum dan swasta	50.561
Jumlah Ruang Rawat Inap Kelas Tiga Rumah Sakit Umum	33.858
Hari Rawat Inap Rumah Sakit Umum & Swasta untuk masyarakat miskin ⁺	30.812.756
Estimasi Jumlah Hari Rawat Inap saat ini ⁺⁺	30.042.199
Waktu Tinggal Rata-Rata (DepKes 2005, dalam hari)	4,58

*) Bank Dunia, Indikator Pembangunan Dunia 2005, % Penduduk yang hidup dengan pendapatan kurang dari \$2 di Indonesia 52,4 %

**) Rata-rata penggunaan rumah sakit umum saja oleh pasien rawat inap, antar berbagai kelompok penghasilan

Jumlah penerimaan pasien per 10.000 penduduk per tahun

+) Kapasitas tempat tidur yang ada yang dialokasikan untuk masyarakat miskin di rumah-rumah sakit umum dan swasta

Jumlah tempat tidur yang dialokasikan untuk masyarakat miskin di di rumah-rumah sakit umum dan swasta x 365 hari

+ +) Jumlah hari rawat inap saat ini (hari rawat inap yang dibutuhkan) (tingkat penggunaan pasien x penduduk)x waktu tinggal rata-rata

Tabel V.6 Estimasi jumlah hari rawat inap- skenario C

Estimasi jml hari rawat inap			
<i>Peningkatan Waktu Tinggal</i>	+ 0	+ 1	+ 2
<i>Peningkatan Penggunaan</i>			
0%	30.042.199	32.797.160	39.356.592
5%	31.544.308	34.437.018	41.324.422
10%	33.046.418	36.076.876	43.292.251
25%	37.552.748	40.996.450	49.195.740
50%	45.063.298	49.195.740	59.034.888
100%	60.084.397	65.594.320	78.713.184
0%	30.042.199	32.797.160	39.356.592

Referensi:

- Anand, S., dan Ravallion, M. (1993). "Human development in poor countries: On the role of private incomes and public services." *Journal of Economics Perspectives*, Vol.7. New York: The American Economic Association.
- Arifianto, A. (2004). "Social Security Reform in Indonesia: An Analysis of the National Social Security Bill (RUU Tamsosnas)". *Kertas Kerja*. Jakarta: SMERU Research Institute.
- Arifianto, A., Marianti, R., Budiyati, S., Tan, E. (2005). *Making Service Work for the Poor in Indonesia: A Report on Health Financing Mechanisms in Kabupaten East Sumba, East Nusa Tenggara*. Suatu Studi Kasus. Jakarta: SMERU Research Institute and the World Bank.
- Atmarita, Jahari, A., Latief, D., Muhilal, Syarief H., Gorstein, J., Azrul, A., Soekirman, Tilden, R. (2000). "The Effect of Economic Crisis on the Nutritional Status of Indonesian Pre-school Children." *Gizi Indonesia*, Vol. 2:231-7. Jakarta.
- Atmarita, Tilden, R.L., Noor, Nasry N., Gani, A., Widjajanto, R.M.(2005). "Indonesia nutritional status of children 1989-2005: Poverty and household food security, dietary diversity and infection: Which is the most important risk?" *Gizi Indonesia* 28 (2): 61-68. Jakarta.
- Atmawikarta, A. (2008). *Evidence Based Policy dalam Perencanaan Pembangunan Nasional*, dipresentasikan pada Forum Kepemimpinan Kesehatan, Yogyakarta 8 Maret 2008.
- Barnum, H., dan Kutzin, J. (1993). *Hospital Costs and Efficiency*. In *Public Hospitals in Developing Countries: Resource Use, Cost, Financing*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Bidani, B., dan Ravallion, M. (1997). "Decomposing Social Indicators Using Distribution Data." *Journal of Econometrics*. Vol. 77. New York: The American Economic Association.
- BPS, BKKBN, DepKes, ORC Macro (2002-2003). *Indonesia Demographic Health Survey*. Jakarta, Indonesia: Statistics Indonesia; Columbia, Md., USA: ORC Macro, 2003.
- BPS, MoH (2007). Risk Behaviour and HIV Prevalence in Tanah Papua 2006: Results of the IBBS 2006 on Tanah papua. Katalog BPS: 4119.
- Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM. (2005-06). *Purchasing Behavior in Urban Poor Areas*. Yogyakarta.
- Chaudhury, Hammer, N.J., Kremer, M., Muralidharan, K. dan Rogers, F.H. (2006). "Missing in Action: Teacher and Worker Absence in Developing Countries." *Journal of Economic Perspectives*. New York: The American Economic Association.
- Chernichovsky, D. dan Meesok, O.A. (1986). "Utilization of health services in Indonesia." *Social Science and Medicine* 23 (6): 611-620.
- Choi, Y., Friedman, J., Heywood, P., dan Kosen, S. (2006). Menyusul: *Forecasting Health Care Demand in Middle-Income Country: Disease Transition in East and Central Java, Indonesia*. *Research Working Paper*. Washington, DC.: World Bank.
- Ensor, T., Najib, M., Sucharya, P., Quayyum, Z. (2006). "How do village midwives earn a living in Indonesia? Evidence from two districts in Banten Province." Aberdeen and Jakarta: Policy and Health Systems/Economic Outcomes, Immpact.
- Fengler, W. dan Hofman, B. (2008). *Managing Indonesia's Rapid Decentralization: Achievements and Challenges in: Ichimura and Bahl (2008). Decentralization in Asia*, WSPC, Singapore.
- Filmer, D., Hammer, J.S. and Pritchett, L. (1998). "Health Policy in Poor Countries: Weak Links in the Chain." *Policy Research Working Paper No. 1998*, Washington, DC: World Bank.
- Filmer, D. dan Pritchett, L. (1999). "The Impact of Public Spending on Health: Does Money Matter?" *Social Science and Medicine*, 49:1309-1323. Oxford: Elsevier Ltd.
- Filmer, D. (2003). *The Incidence of Public Expenditures on Health and Education*. Washington, DC: World Bank.
- Friedman, J., Choi, H., Heywood, P., dan Kosen, S. (2006). "Forecasting Healthcare Demand in Middle Income Countries: Disease Transitions in Central and East Java, Indonesia". September 2006 Draft, World Bank.
- Gani, A. (2003). "The Sustainability of health financing and health care for the poor." Paper presented in a workshop on health care financing for the poor. Jakarta: DG of Community Health.
- Gaduh, A.B. dan Kuznezov, L. (2005). *Health Insurance Reform in Jembrana District, bali Province. Case study 6. Making Health Services Work for the Poor in Indonesia*. Jakarta: Mimeograph, the World Bank.
- Gani, A., Tilden, R.L., Susila, N., Santabudi, I.G., Dunlop, D. (2007). "JKJ Insurance Scheme in Jembrana District: Does it cater equity?" *Paper*. Jakarta : ADB-TA-3579-INO, EPOS, Ministry of Health.
- Gottret, G. dan Bokhari (2006). *Improving Health Outcomes In Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*. Washington, DC: World Bank.
- Gottret, P. dan Schieber, G. (2006). *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*. Washington, DC: World Bank.

- Government of Indonesia (2004). *RPJM-Medium-Term Strategic Plan 2004-2009*. Jakarta.
- Government of Indonesia, PP No.7 (2005) on *National Medium Term Development Plan 2004-2009*. Jakarta.
- Government of Indonesia (2007). *RPK 2007-Annual Plan 2007*. Jakarta.
- Hanson, K., M.Kent Ranson, V. Oliveira-Cruz, dan A. Mills (2003). "Expanding Access to Priority Health Interventions: A Framework for Understanding the Constraints to Scaling-Up." *Journal of International Development*. 15: 1-14. London: John Wiley & Sons Ltd.
- Hanvoravongchai, Piya, dan William Hsiao, Chapter 7 Thailand: Achieving Universal Coverage with Social Health Insurance, from *Social Health Insurance for Developing Nations*, WBI 2007.
- Harimurti, Pandu. (2003). *WHO Report on Human Resources for Health in Improving Access of the Poor to Quality Services*. (Draf). Jakarta: WHO.
- Health Financing of the TB Program of 7 Districts in 4 Provinces of Indonesia, Pusat Penelitian Kesehatan, Universitas Indonesia untuk KNCV, WHO, dan USAID, 2006.
- Health Alliance International (HAI) (2006). *Annual Report 2006*. Washington, DC.
- Herrera, S., dan Pang, G. (2005). "Efficiency of Public Spending in Developing Countries." *World Bank Research Observer*, 10(2): 227-246. London: Oxford University Press.
- Hill, Kenneth, dkk., Estimates of Maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of availability data.
- Hobcraft, J. (1993). "Women's Education, Child Welfare and Child Survival: A review of the evidence." *Health Transition Review*. 3(2): 159-175. Michigan: The University of Michigan.
- Kaiser, K., Pattinasarany, D. dan Schultze, G.G. (2006). *Dezentralization in Asia and Latin America: Towards A Comperative Interdisciplinary Perspective*. Northampton: Edward Elgar Publishing Limited.
- Kolehmainen-Aitken, R.L. (2004). "Decentralization's impact on the health workforce: Perspectives of managers, workers and national leaders." *Human Resources for Health 2004*, 2:5, pp. 1-11.
- Kruse I., Pradhan, M. dan Sparrow, R. (menyusul). "Health Spending and Decentralization in Indonesia."
- Kumbhakar, S.C. dan Know Lovell, C.A. (2000). *Stochastic Frontier Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lancet (2007). "Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data." Vol 370, pp1311-1319, 13 Oktober.
- Lieberman, S.S., Capuno, J.J. dan Van Minh, H. (2005). *Decentralizing Health: Lessons from Indonesia, the Philippines, and Vietnam*. Washington, DC. : World Bank.
- Makowiecka, K., Achadi, E., Izati, Y. dan Ronsmans, C. (2008). "Midwifery Provision in Two Districts in Indonesia: How Well Are Rural Areas Served?" *Health Policy and Planning*. 2008: 23: 67-75. London: Oxford University Press.
- Mardiaty dkk., WHO (2004). Synthesis study of District Health Accounts.
- Marhaeni, D. (2008). *Evaluasi Kebijakan Transfer Anggaran Kesehatan Di Era Desentralisasi Tahun 2006 – 2007*, ongoing work, Kementerian Negara Bappenas, Buku Saku Rencana Kerja Pemerintah (RKP) Tahun 2008.
- Departemen Keuangan (2004). Jakarta.
- Departemen Kesehatan (1982). *Sistem Kesehatan Nasional (1982)* dan terbitan ulang (2004). Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Departemen Kesehatan dan BPS (2002-2003). *Indonesia Demographic and Health Survey (2002-2003): Preliminary Report*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan (2004). *Health Profile 2003*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan (2005-2009) on Strategic Plan. Jakarta.
- Departemen Kesehatan (2005). *Implementation Manual Health Services Program at Puskesmas and Inpatients Treatment at Third Class of Hospitals with Government Guarantee*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan dan BPS (2006). *Risk Behavior and HIV Prevalence in Tanah Papua 2006: Result of the IBBS 2006 in Tanah Papua*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan (2007a). *Health Profile 2005*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan (2007b). *Health Profile 2006*. Jakarta.
- Murray, C.J.L. dan Evans, D. B. (2003). *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. Geneva: World Health Organization.
- Musgrove, P. (1996). "Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns." *World Bank Discussion Paper No. 339*. Washington, DC.: World Bank.
- Musgrove, P. (1996). *Health Economics in Development*. Washington, DC: World Bank.
- O'Donell dkk. (2005a,2005b). *Who Pays for Health Care in Asia?* Colombo: Institute of Policy Studies. *EQUITAP Project*

- Working paper #1.* www.equitap.org.
- O'Donnell, O., Doorslaer, dkk (2005c). "Who Benefits from Public Spending on Health Care in Asia?" *EQUITAP Project Working Paper No. 3.* Colombo: Erasmus University.
 - Perwira, D., Arifianto, A., Suryahadi A., Sumarto S. (2003). "Perlindungan Tenaga Kerja Melalui Sistem Jaminan Sosial : Pengalaman Indonesia." *Working Paper.* Jakarta: SMERU Research Institute.
 - Prescott, Nicholas, ed. (1991). *Indonesia: Health Planning and Budgeting.* A World Bank Country Study. Washington, DC.
 - Ranson, K.M, Hanson, K., Oliveira-Cruz, V. dan Mills, A.(2003). "Constraints to Expanding Access to Health Interventions: An Empirical Analysis and Country Typology." *Journal of International Development.* 15: 15-39. London: John Wiley & Sons Ltd.
 - Ravallion, M. (2005). "On Measuring Aggregate Social Efficiency." *Economic Development and Cultural Change,* 53: 273-292. Chicago: University of Chicago Press.
 - Tandon, A. (2005). "Measuring Efficiency of Macro Systems: An Application to Millennium Development Goal Attainment." *Asian Development Review,* 22(2): 108-125. Manila: Asian Development Bank.
 - Thabrany, H., Gani, A., Pujiyanto, Mayanda, L., Mahlil dan Budi, B.S. (2003). "Social Health Insurance in Indonesia: Current Status and the Plan for a national health insurance." *Kertas Kerja* dipresentasikan pada Lokakarya Asuransi Kesehatan Sosial, WHO SEARO, New Delhi, 13-15 Maret 2003. Pusat Studi Ekonomi Kesehatan Universitas Indonesia, Jakarta.
 - Thabrany, H. (2003). "Indonesia's National Social Security System: An Academic Paper", Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Jakarta.
 - Tilden, R.L., Gani, A., Noor, Nasry.N, Sonnemann, J., Dunlop, D. (2007). *The Indonesian Health Care System 2000 to 2005: trends in utilization, expenditure and health status.* Jakarta: Departemen Kesehatan, EPOS, ADB-TA-3579-INO, GTZ, AusAid.
 - Tilden, R.L., Noor, Nasry N., Widjajanto, R.M., Sonnemann, J. (2006). "The effect of Decentralization on the health status and health care utilization patterns in Indonesia." *Gizi Indonesia* 29 (2). Jakarta.
 - United Nations (UN) (2007). *World Population Prospects Revision 2006.* New York.
 - Wagstaff, A. (2001). "Inequalities in Health in Developing Countries: Swimming Against the Tide?" *Policy Research Working Paper No. 2795.* Washington, DC: World Bank.
 - Wagstaff, A., dan E. van Doorslaer (2004). "Overall versus socio-economic inequality in health: a measurement framework and two empirical illustrations." *Health Economics.* London: John Wiley & Sons Ltd.
 - Wagstaff, A. dan Claeson, M. (2004). *The Millennium Development Goals for Health: Rising To The Challenges.* Washington, DC. : World Bank.
 - World Bank (1994) *Indonesia's Health Work Force: Issues and Options.* Report No: 12834-IND Population and Human Resource Division. Washington, DC.
 - World Bank (2003a). *World Development Report 2003. Sustainable Development in a Dynamic World: Transforming Institution, Growth and Quality of Life.* Washington, DC: World Bank and Oxford University Press.
 - World Bank (2003b). *Achievement Indonesia Maternal and Neonatal Health Program.* Maternal and Neonatal Health Technical Review. Jakarta: World Bank.
 - World Bank (2003c). *Decentralizing Indonesia: A Regional Public Expenditure Review Overview Report.* Jakarta: World Bank.
 - World Bank (2006a). "Making Services Work for the Poor in Indonesia: Nine Case Studies from Indonesia". Pp. 114. East Asia and Pacific Region. Jakarta, Indonesia.
 - World Bank (2006b). "The Indonesia Poverty Assessment of 2006, Making the New Indonesia Work for the Poor". East Asia and Pacific Region. Jakarta, Indonesia.
 - World Bank (2006c). *World Development Report 2006: Equity and Development.* Washington DC. : Oxford University Press.
 - World Bank (2007a). *Investing in Indonesia's Education: Allocation, Equity and Efficiency of Public Expenditures.* January 2007. World Bank, Jakarta Office.
 - World Bank (2007b). Economic and Social Update. Jakarta.
 - World Bank (2007c). Indonesia Public Expenditure Review. "Spending on Development: Making the Most of Indonesia's New Opportunities". East Asia and Pacific Region. Jakarta, Indonesia.
 - World Bank (2007d). IDHS (2002-2003). Cited in Socioeconomic Differences in Health, Nutrition, and Population. Jakarta.
 - World Health Organization (1999). *The World Health Report 1999: Making a Difference.* Geneva.

- World Health Organization (2004). *The World Health Report 2005: Changing History*. Geneva.
- World Health Organization (2005). *The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count*. Geneva.
- World Health Organization (2006). *The World Health Report 2006: Working Together for Health*. Geneva.
- World Health Organization (2007). *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*. Geneva.

Kumpulan Data dan Sumber Internet:

- BPS (2004). Sakernas. Jakarta.
- BPS (2003-2006). Susenas. Jakarta.
- <http://www.lidfeui.org/publications/RschAbstract/RA-Detail-Dbl.asp?q=RA000448.2>
- International Monetary Fund (IMF). (2007). Government Finance Statistics Database 2007 (CD-ROM).
- Departemen Kesehatan (2005). Biro Data Pengeluaran. Jakarta.
- Departemen Kesehatan. Rekening Kesehatan Kabupaten (200-2006).
- Biro Referensi Kependudukan (2007). *Globally and Locally, A Rich-Poor Gap persists..* www.prb.org/pdf07/Equity.pdf
- Biro Referensi Kependudukan (2007). <http://www.prb.org/Cpuntires/Indonesia.aspx>
- Statistik Kesehatan Dunia (2007). Table 'Health System' SIKD?
- World Bank (2007a). *World Development Indicators*. WDI Online. Tersedia di: <http://devdata.worldbank./dataonline>
- World Bank (2007b) – HNPStats Online Database. Tersedia di: <http://devdata.worldbank.org/hnpstats/query/default.html>

