

POLA PEMBIAYAAN OBAT DI 10 KABUPATEN/KOTA DI INDONESIA (PATTERN OF DRUG FINANCING IN TEN DISTRICTS IN INDONESIA)

Rini Sasanti Handayani,¹ Max J. Herman,¹ Selma Siahaan¹

ABSTRACT

Background: Since decentralization era the health budgets including drug budget has been allocated into the development regional budget through formula-based DAU, based on regional revenues and fiscal needs. Health budget is included in DAU, though not explicitly stated. Therefore the health sector practically has to strive for their own budget in every province or every district. This is a new kind of phenomenon for regional governments especially related to the health sector. They should have strategic plan in financing while competing with other sectors to obtain it. Drug consumption in Indonesia is lower than in other ASEAN countries. To ensure access to drugs in primary health care, the government (Ditjen Bina Farmasi dan Alkes) in the mid-year of 2003 in collaboration with WHO has facilitated a meeting among districts. This meeting leads to an agreement that the regional government should allocate Rp5.000,00 per capita annually for drug budget. **Methods:** A cross sectional descriptive study was done in ten districts in Indonesia in the year of 2006 on how far the realization of the district agreement of drug budget allocation, particularly in relation with improving drug access issues. District Health Office and Drug Management Unit were taken as samples and data were collected by structured interviews. **Results:** 1) Drug budget for most districts/cities is still less than Rp5.000,00 per capita per annum so that it can be assumed a shortage in terms of kind of, as well as, quantity of drugs. 2) Some districts showed an increase in drug budget, while the other ones showed just the opposite. 3) Not all districts had all essential and/or generic drug procurement. **Conclusion:** We suggest more intensive socializations for drug financing to districts in order to improve the commitment to the agreement on the allocation of drug budget and, secondly, a better technical training with topics: planning, advocacy and negotiation with relevant stakeholders.

Key words: drug financing, drug budget, districts/cities

ABSTRAK

Latar belakang: Sejak desentralisasi, dana kesehatan termasuk obat dialokasikan dalam anggaran pembangunan melalui Dana Alokasi Umum (DAU) yang berbasis pada formula. DAU komponen kesehatan secara implisit dianggap sudah masuk di dalamnya walaupun secara eksplisit tidak ada. Akibatnya secara praktis sektor kesehatan harus berjuang di tiap-tiap provinsi dan kabupaten/kota untuk mendapatkan anggaran. Hal ini merupakan perkembangan baru untuk fungsi pemerintah daerah di sektor kesehatan, yaitu harus merencanakan dan menyusun anggaran program kesehatan serta bersaing dengan sektor lain untuk mendapatkannya. Tingkat konsumsi obat Indonesia masih lebih rendah jika dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya. Dalam rangka menjamin ketersediaan obat untuk pelayanan kesehatan dasar pemerintah (Direktorat Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan, Ditjen Binar dan Alkes Dep.Kes RI), pada bulan Juli 2003 bekerja sama dengan World Health Organization (WHO) memfasilitasi pertemuan dengan para penentu kebijakan di tingkat kabupaten/kota di mana dalam pertemuan tersebut dihasilkan kesepakatan dalam bidang pembiayaan obat sebesar Rp5.000,00 per kapita per tahun. **Cara Penelitian:** Telah dilakukan studi deskriptif potong lintang yang bertujuan mengetahui realisasi kesepakatan kabupaten/kota tentang alokasi pembiayaan obat dan kendala yang ada di kabupaten/kota dalam merealisasikan kesepakatan tersebut. Data dikumpulkan dengan wawancara terstruktur terhadap Dinkes kabupaten/kota dan unit pengelola obat kabupaten/kota. **Hasil dan kesimpulan:** Anggaran obat sebagian besar kabupaten/kota kurang dari Rp5.000,00, masih lebih kecil dari kesepakatan antara Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan dengan kabupaten/kota sehingga kemungkinan jumlah dan jenis obat kurang memadai: 1) Ada beberapa kabupaten/kota yang menunjukkan kenaikan belanja obat, tetapi sebaliknya ada beberapa kabupaten/kota mengalami penurunan belanja obat. 2) Belum semua kabupaten/kota yang seluruh pengadaan obat berupa obat esensial dan generik. Oleh karena itu, untuk merealisasikan kesepakatan tersebut perlu adanya sosialisasi yang lebih intensif ke kabupaten/kota untuk melaksanakan kesepakatan yang telah dibuat bersama-sama.

Kata kunci: biaya obat, anggaran obat, kabupaten/kota

Naskah Masuk: 21 September 2010, Review 1: 23 September 2010, Review 2: 22 September 2010, Naskah layak terbit: 14 Oktober 2010

¹ Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan, Jl. Percetakan Negara 23A Jakarta, e-mail: rini_s@yahoo.com

PENDAHULUAN

Sebelum desentralisasi, alokasi anggaran kesehatan termasuk obat dilakukan oleh pemerintah pusat dengan menggunakan model negosiasi ke provinsi-provinsi. Sejak desentralisasi, dana kesehatan termasuk obat dialokasikan dalam anggaran pembangunan melalui Dana Alokasi Umum (DAU) yang mengacu pada formula yang ditetapkan berdasarkan pada potensi penerimaan dan kebutuhan fiskal suatu daerah. Dalam formula DAU komponen kesehatan secara implisit dianggap sudah masuk di dalamnya walaupun secara eksplisit tidak ada. Akibatnya secara praktis sektor kesehatan harus berjuang di tiap-tiap provinsi dan kabupaten/kota untuk mendapatkan anggaran. Hal ini merupakan perkembangan baru untuk fungsi pemerintah daerah di sektor kesehatan, yaitu harus merencanakan dan menyusun anggaran program kesehatan serta bersaing dengan sektor lain untuk mendapatkannya. Alokasi dana ini sangat tergantung dari kebutuhan dan kemampuan advokasi, negosiasi, serta argumentasi antara pihak eksekutif, unit unit teknis di daerah dengan pihak legislatif, yaitu DPRD (Laksono Trisnantoro dan Deni Hardianto, 2005).

Secara nasional sekitar 40% dari dana kesehatan tersebut di atas digunakan untuk belanja obat. Walaupun demikian, tingkat konsumsi obat Indonesia masih lebih rendah jika dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya. Menurut data IMS 2004, Singapura menempati peringkat teratas dalam konsumsi obat per kapita, disusul oleh Thailand, Malaysia, dan Filipina. Konsumsi obat Indonesia sebesar US \$ 7,2 per kapita sedikit di atas Vietnam yang konsumsi obatnya US \$ 5,4 per kapita (Bisnis Farmasi, 2007).

Dalam rangka menjamin ketersediaan obat untuk pelayanan kesehatan dasar pemerintah dalam hal ini Direktorat Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan, Ditjen Binfar dan Alkes Depkes RI, pada bulan Juli 2003 bekerja sama dengan *World Health Organization* (WHO) memfasilitasi pertemuan dengan para penentu kebijakan di tingkat kabupaten/kota di mana dalam pertemuan tersebut dihasilkan kesepakatan dalam bidang pembiayaan obat sebagai berikut:

1. Mengalokasikan dana pengadaan obat minimal Rp5.000,00 per kapita per tahun.
2. Dana prasarana pengelolaan obat mulai tahun 2004 dialokasikan dari APBD Kota.

3. Dana operasional pengelolaan obat dialokasikan pada anggaran Dinas Kesehatan Kota.

Guna menunjang kebijakan tersebut, pemerintah juga merevisi Kebijakan Obat Nasional tahun 1983 (KONAS 1983) menjadi KONAS 2005. KONAS 2005 merupakan dokumen resmi yang berisi pernyataan komitmen semua pihak baik pusat, provinsi, kabupaten/kota yang menetapkan tujuan dan sasaran nasional di bidang obat beserta prioritasnya, menggariskan strategi dan peran berbagai pihak dalam penerapan komponen-komponen pokok kebijakan guna pencapaian tujuan pembangunan kesehatan. Jadi KONAS merupakan acuan dan pedoman seluruh upaya dan kegiatan di bidang obat untuk memastikan bahwa obat tetap dipandang sebagai kebutuhan dasar manusia yang berfungsi sosial termasuk bagi orang miskin.

Pokok-pokok kebijakan KONAS 2005 meliputi pembiayaan obat, ketersediaan obat, keterjangkauan, seleksi obat esensial, penggunaan obat yang rasional, regulasi obat, penelitian dan pengembangan, pengembangan sumber daya manusia, pemantauan dan evaluasi (Departemen Kesehatan RI, 2005).

Untuk menjamin ketersediaan obat terutama untuk pelayanan kesehatan dasar, perlu diketahui sejauh mana realisasi kesepakatan tersebut dan kendala di tingkat kabupaten/kota dalam merealisasikannya. Studi ini memaparkan realisasi kesepakatan di bidang pembiayaan obat sebagai bahan masukan kebijakan lebih lanjut di bidang obat.

METODE

Penelitian deskriptif secara potong lintang dilakukan pada bulan Juli sampai dengan Desember 2006 di 5 provinsi di 10 kabupaten/kota di Indonesia yaitu Kabupaten Bangka, Kabupaten Belitung, Kabupaten Kupang, Kabupaten Ende, Kota Palangkaraya, Kabupaten Kota Waringin Barat, Kota Jayapura, Kabupaten Jayapura, Kota Gorontalo dan Kabupaten Gorontalo. Pemilihan lokasi berdasarkan karakteristik kepulauan, daratan luas dan daerah pengembangan.

Sampel adalah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Unit pengelola obat kabupaten/kota. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur. Sampel obat dipilih berdasarkan pola penyakit menurut hasil

Survei Kesehatan Nasional 2005 di mana prevalensi penyakit infeksi dan anemia masih menempati urutan penyakit utama di Indonesia (Badan Litbangkes, 2005) dan berdasarkan obat “*basket of drugs*” yang terdapat pada *Indicators for Monitoring National Drug Policies – WHO*. Obat yang terpilih adalah obat anti infeksi, anemia dan analgetika yang seluruhnya merupakan obat generik dan untuk selanjutnya disebut “*basket of drugs*” yaitu (i) amoksisilin tablet 250 mg, (ii) antasida DOEN, (iii) asam mefenamat 500 mg, (iv) kloramfenikol kapsul 250 mg, (v) klorokuin tablet 150 mg, (vi) kotrimoksazol 480 mg, (vii) tablet besi 60 mg, (viii) metronidazol tablet 500 mg, (ix) parasetamol tablet 500 mg, dan (x) pirantel pamoat tablet.

Studi ini merupakan bagian dari Penelitian Analisis Situasi dan Baseline Data Obat untuk Menunjang Kebijakan Obat Nasional (Tahap II).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Perekonomian Daerah Penelitian

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Upah Minimum Regional (UMR) suatu daerah berbanding searah dengan harga sembilan bahan pokok. Pada daerah dengan UMR yang lebih rendah, harga sembilan bahan pokoknya juga rendah. Hanya satu kabupaten/kota yang menunjukkan UMR yang sedikit lebih besar dari suatu daerah lainnya yang memiliki kisaran harga sembilan bahan pokok yang sama yaitu harga sembilan bahan pokok antara Rp50.000,00 sampai dengan Rp70.000,00 dan UMR antara Rp501.000,00 sampai dengan Rp700.000,00 (Tabel 1).

Tabel 1. Distribusi kabupaten/kota berdasarkan hubungan UMR kabupaten/kota dengan harga 9 bahan pokok di daerah penelitian (n = 10)

UMR (dalam ribuan)	Harga 9 Bahan Pokok (dalam ribuan)		
	50–70	71–90	> 90
300–500	1	1	-
501–700	1	1	-
701–900	-	-	1
> 900	-	-	1

Keterangan: 4 kabupaten/kota tidak memberikan jawaban

Alokasi dan Kebijakan Dana Kesehatan Pemerintah

Tabel 2 menunjukkan bahwa dari 10 kabupaten/kota yang disurvei ada 2 kabupaten/kota yang dana obat per kapita lebih besar dari Rp5.000,00 dan 1 kabupaten/kota bahkan lebih kecil dari Rp1.000,00. Hal ini berarti bahwa sebagian besar (8) kabupaten/kota yang belum dapat melaksanakan kesepakatan yang telah dibuat pada bulan Juli 2003 antara Direktorat Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan, Ditjen Yanfar dan Alkes Depkes RI dengan para penentu kebijakan di tingkat kabupaten/kota. Bila dibandingkan dengan standar WHO untuk dana obat sebesar ≥ 1 US \$ per kapita per tahun (WHO, 1999), ternyata semua kabupaten/kota yang diteliti masih di bawah standar WHO.

Tabel 2. Kisaran dana obat kabupaten/kota per kapita per tahun

Dana obat kabupaten/kota per kapita (dalam rupiah)	Jumlah kab/kota
< 1.000	1
1.000–3.000	3
3.001–5.000	3
> 5.000	2
Dana obat kab/kota + “ <i>buffer stock</i> ” provinsi per kapita (dalam rupiah)	
< 1.000	0
1.000–3.000	1
3.001–5.000	1
5.001–10.000	2
> 10.000	3

Keterangan: satu kabupaten tidak memberikan data

Dari 5 provinsi yang diteliti, satu provinsi tidak mengalokasikan dana obat “*buffer stock*”, sedangkan satu provinsi lain yang diteliti tidak memberikan jawaban. Dari provinsi yang tidak mengalokasikan dana obat “*buffer stock*” tersebut, satu dari dua kabupaten yang diteliti dana obatnya masih di bawah Rp5.000,00 per kapita per tahun. Bila dana obat “*buffer stock*” diperhitungkan dalam dana obat kabupaten/kota, hanya 2 kabupaten/kota yang dana obatnya di bawah Rp5.000,00 bahkan ada 3 kabupaten/kota yang dana obatnya lebih dari Rp10.000,00 atau lebih dari US \$1. Oleh karena itu, dana obat “*buffer stock*” provinsi masih sangat menentukan untuk meningkatkan ketersediaan dan keterjangkauan obat.

Tabel 3. Kisaran persentase dana obat per dana kesehatan kabupaten/kota per kapita per tahun

% dana obat per dana kesehatan per kapita per tahun	Jumlah kab/kota
< 5	3
5–10	3
> 10	1
Tidak memberikan data	3

Tabel 3 menunjukkan bahwa 3 kabupaten/kota memiliki persentase dana obatnya kurang dari 5% dan 3 kabupaten/kota berkisar antara 5–10% dari dana kesehatan, sedangkan 3 kabupaten/kota tidak memberikan data sehingga tidak dapat dianalisis. Hal ini menunjukkan adanya indikasi kurangnya perhatian Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dalam bidang obat.

Berdasarkan hubungan antara dana obat per kapita dan persentase dana obat per dana kesehatan ternyata dari 7 kabupaten/kota yang dana obat per

kapita kurang dari Rp5.000,00, 3 kabupaten/kota persentase dana obat per dana kesehatan kurang dari 5%. (Tabel 4) Hal ini sangat memprihatinkan karena ketersediaan obat merupakan hal yang sangat penting dalam pelayanan kesehatan. Hal ini mungkin disebabkan karena kurang berhasilnya sosialisasi pengelola obat ke Dinas Kesehatan Kabupaten dan selanjutnya ke DPRD. Alokasi dana setelah desentralisasi selain tergantung dari kebutuhan, juga tergantung pada kemampuan advokasi, negosiasi serta argumentasi antara pihak eksekutif, unit-unit teknis di daerah dengan legislatif (DPRD). Oleh karena itu, menurut Laksono Trisnantoro dan Deni Harbianto sektor kesehatan di kabupaten/kota perlu untuk meningkatkan efektivitas perencanaan agar mendapat dana dari DAU dan mengembangkan sistem data untuk perencanaan dan alokasi anggaran. Data ini dibutuhkan untuk alokasi anggaran yang menggunakan formula. Tanpa ada dukungan data yang baik, maka kecenderungan alokasi akan berdasarkan negosiasi dan pengaruh politik.

Tabel 4. Distribusi kabupaten/kota berdasarkan hubungan antara dana obat per kapita dan persentase dana obat per dana kesehatan

Dana Obat Per Kapita	% Dana obat per dana kesehatan			
	< 5%	5–10%	> 10%	Tak ada data
< Rp5.000,00	3	2	1	1
> Rp5.000,00	-	1	-	1
Tak ada data	1	-	-	-

Tabel 5. Distribusi kenaikan belanja obat 3 tahun terakhir di kabupaten/kota

Kenaikan Belanja Obat 3 Tahun Terakhir	Jumlah Kab/Kota	Kisaran% Dana Obat Dibandingkan Rata-Rata 3 Tahun Sebelumnya
Ada kenaikan	4	106,97–171,43
Tidak ada kenaikan	3	39,45–63,41
Tidak memberikan data	3	-

Tabel 6. Fluktuasi harga Obat Generik terpilih (*basket of drugs*) tahun 2004–2006

Nama Obat	Harga (per tab/kap dlm rp)*			% Harga obat tahun 2006 per rata-rata tahun 2004–2005
	2004	2005	2006	
Amoksisilin 250 mg	245	218	166	71,8
Antasida DOEN	47	91	91	131,9
Asam mefenamat 500 mg	**	**	75	-
Kloramfenikol 250 mg	202	190	150	76,5
Klorokuin 150 mg	79	84	58	72,4
Kotrimoksazol 480 mg	159	164	100	61,9
Ferro sulfat 300 mg	49	24	22	66,3
Metronidazol 250 mg	90	106	85	86,7
Parasetamol 500 mg	49	85	70	104,5
Pirantel pamoat 125 mg	242	216	194	88,2

Keterangan:

* harga obat dalam Tabel di atas adalah harga netto apotek

** Sediaan asam mefenamat tersedia sediaan generik sejak tahun 2006

Tabel 5 menunjukkan bahwa meskipun dana obat masih rendah atau masih di bawah kesepakatan ataupun standar WHO, perkembangan selama 3 tahun dari tahun 2004 sampai dengan 2006 menunjukkan adanya perbaikan atau kenaikan belanja obat di empat kabupaten/kota yaitu 106,97% sampai dengan 171,43% bila dibandingkan dengan rata-rata belanja obat 3 tahun sebelumnya. Tetapi hal sebaliknya terjadi di 3 kabupaten/kota yang diteliti, bahkan penurunan belanja obat tersebut cukup besar yaitu 39,45% sampai dengan 63,41% dari rata-rata belanja obat tiga tahun sebelumnya. Hal ini tentunya sangat memprihatinkan, karena turunnya belanja obat ini sangat memengaruhi ketersediaan obat mengingat dana obat masih di bawah kesepakatan ataupun di bawah standar WHO.

Penurunan harga obat generik yang terjadi dari tahun 2004 sampai dengan tahun 2006 seperti yang ditunjukkan pada Tabel 6 di atas diasumsikan berdampak positif dalam hal meningkatkan ketersediaan obat, meskipun tidak dapat dijadikan acuan untuk menurunkan anggaran/dana obat karena biasanya harga obat selalu naik dan turunnya harga karena penetapan harga obat generik oleh departemen kesehatan. Penurunan harga obat generik ini selain tidak meliputi semua jenis obat dan juga belum tentu dapat berlangsung lebih lama. Tingkat konsumsi obat di Indonesia selama ini juga masih rendah.

Tujuh dari sepuluh obat yang diteliti yaitu 6 obat anti infeksi dan 1 obat anemia mengalami penurunan harga rata-rata 25,17% dari rata-rata harga obat 2 tahun sebelumnya. Sedangkan 1 obat analgetika dan 1 obat antasida tidak mengalami penurunan harga dari rata-rata harga obat 2 tahun sebelumnya bahkan sebaliknya mengalami kenaikan sebesar 18,20%.

Prosedur pengadaan dan jenis obat yang diadakan

Tabel 7 menunjukkan bahwa 7 dari 10 kabupaten/kota yang diteliti, pengadaan obat seluruhnya (100%) berupa obat esensial yaitu obat yang paling dibutuhkan dan harus tersedia di unit pelayanan kesehatan sesuai dengan fungsi dan tingkatnya. Sedangkan untuk obat generik hanya 4 kabupaten/kota yang pengadaannya 100% berupa obat generik yaitu obat dengan nama kimia atau nama lazim.

Hal ini berdasarkan wawancara disebabkan oleh karena sulitnya mendapatkan beberapa jenis obat tertentu dalam sediaan generik terutama untuk obat yang harganya murah dan dibutuhkan dalam jumlah

sedikit. Di samping itu, ada beberapa jenis obat yang dibutuhkan tetapi tidak termasuk obat esensial.

Tabel 7. Distribusi kabupaten/kota berdasarkan persentase pengadaan Obat Esensial dan Obat Generik

Pengadaan Obat	Jumlah Kabupaten/Kota
Obat esensial	
100%	7
< 100%	3
Obat Generik	
100%	4
< 100%	6

Menurut Standar Pelayanan Minimum (SPM) Kesehatan Bidang Obat, semua pengadaan obat harus berupa obat esensial dan generik. Hal ini berarti SPM Kesehatan bidang obat belum terpenuhi di semua kabupaten/kota yang diteliti. Berdasarkan cara pengadaan obat, sebagian besar kabupaten/kota melakukan *tender*, hanya 1 kabupaten kota yang tidak melakukan tender dan satu kabupaten/kota tidak memberikan data seperti terlihat dalam Tabel 8.

Tabel 8. Persentase obat yang dibeli melalui tender

Persentase obat yang dibeli melalui <i>Tender</i>	Jumlah Kabupaten/Kota
100	8
< 100	1
Tidak ada data	1

KESIMPULAN DAN SARAN

Anggaran obat 8 kabupaten/kota kurang dari Rp5.000,00, masih lebih kecil dari kesepakatan antara Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan dengan kabupaten/kota sehingga kemungkinan jumlah dan jenis obat kurang memadai. Ada 4 kabupaten/kota yang menunjukkan kenaikan belanja obat, tetapi sebaliknya ada 3 kabupaten/kota mengalami penurunan belanja obat. Belum semua kabupaten/kota yang seluruh pengadaan obat berupa obat esensial dan generik. Perlu adanya sosialisasi yang lebih intensif ke kabupaten/kota untuk melaksanakan kesepakatan yang telah dibuat bersama-sama. Pelatihan kepada pengelola obat tentang cara membuat perencanaan obat, lobi negosiasi dan berargumentasi dengan pihak eksekutif di Dinas Kesehatan, Pemda maupun dengan DPRD setempat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan selesainya penelitian ini kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu sehingga penelitian ini dapat berjalan lancar. Ucapan terima kasih ini terutama kami sampaikan kepada Pimpinan Badan Litbangkes Depkes RI, Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Direktorat Farmasi Komunitas Ditjen Yanfar Depkes RI, Dinas Kesehatan Provinsi Bangka Belitung, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Tengah, Gorontalo dan Papua. Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota Bangka, Belitung, Kupang, Ende, Palangkaraya, Kota Waringin Barat, Kota Jayapura dan Kabupaten Jayapura, serta RSUD, puskesmas, apotek dan

toko obat yang tidak dapat kami sebutkan satu per satu.

KEPUSTAKAAN

- Badan Litbangkes, 2005. Survei Kesehatan Nasional Tahun 2005, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2005. Kebijakan Obat Nasional, Jakarta.
- [http: bisnisfarmasi.wordpress.com/category/distribusi/](http://bisnisfarmasi.wordpress.com/category/distribusi/), diunduh 9 Februari 2007.
- Laksono Trisnantoro dan Deni Hardianto, 2005. Desentralisasi Pembiayaan Kesehatan dan Teknik Alokasi Anggaran, Jakarta.
- WHO, 1999. *Indicators for Monitoring National Drug Policies*, Geneva, second edition.