

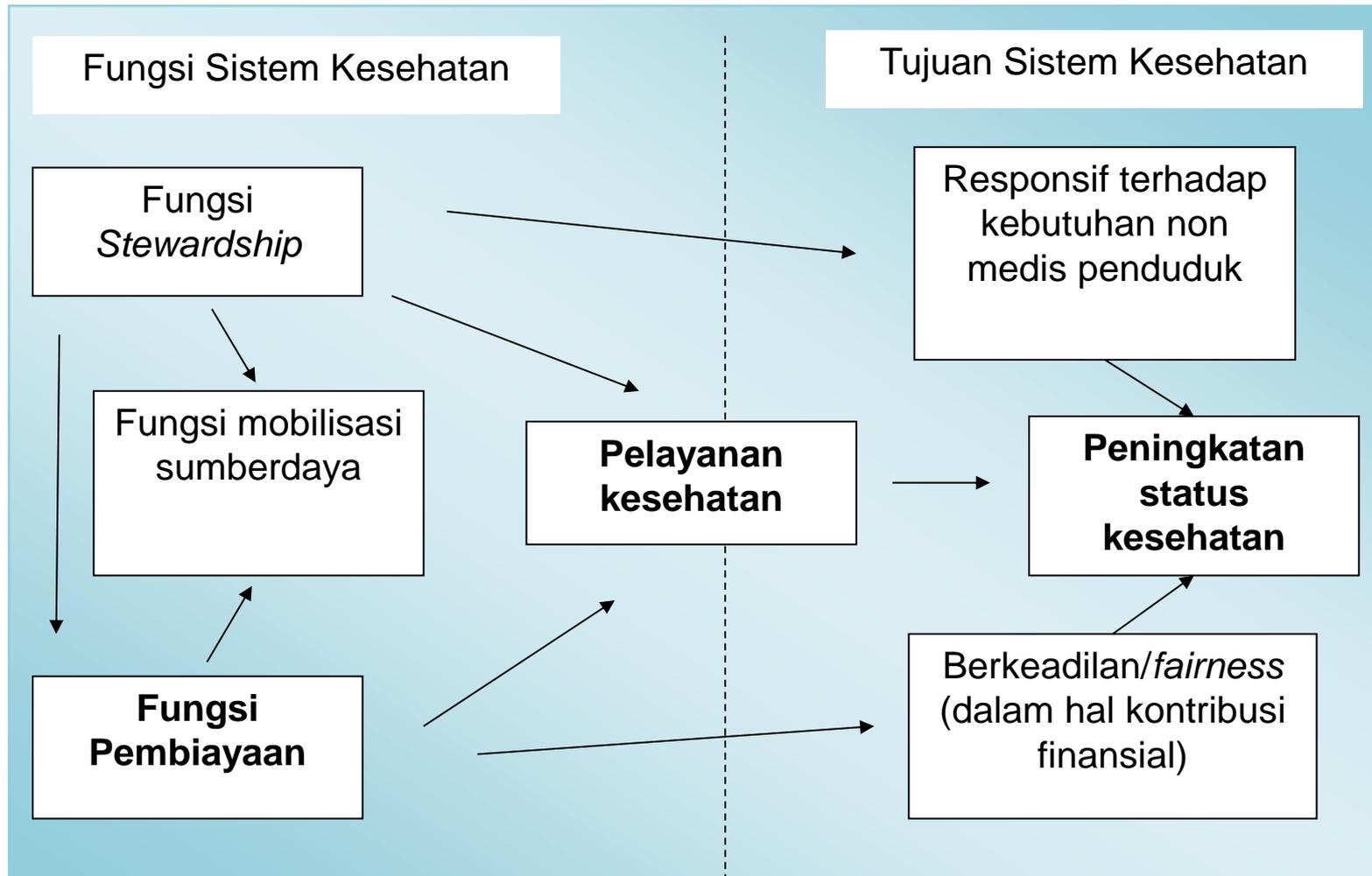
**MONITORING PELAKSANAAN KEBIJAKAN
BOK DI DAERAH TERPENCIL, PERBATASAN
DAN KEPULAUAN**

Dominirsep O. Dodo, S.KM., M.PH
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Nusa Cendana – Kupang
(dominirsepdodo@gmail.com/081339216559)

1. Pendahuluan

- Pelaksanaan upaya prioritas Pembangunan Kesehatan menuju *UC 2014* terus ditingkatkan → Percepatan Pencapaian target MDGs 2015.
- Agenda prioritas bidang kesehatan : perluasan jaminan kesehatan, pemerataan akses di ***Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)***, peningkatan upaya promotif/preventif, dan penanggulangan penyakit.
- Fakta kenaikan anggaran kesehatan [7 Triliun tahun 2005 menjadi 21 Triliun di 2011].
- Kenaikan anggaran diharapkan berkorelasi positif dengan peningkatan status kesehatan masyarakat → pencapaian target MDGs.

“Fungsi & Tujuan Sistem Kesehatan”



Sumber : WHO Report, 2000

“Situasi Sistem Kesehatan Pasca Desentralisasi”

- Sistem Kesehatan sulit digerakkan dalam masa desentralisasi (Trisnantoro, dkk., 2009)
- Masalah klasik yakni Kekurangan biaya operasional (Gani, 2006).
- BOK → Kebijakan pembiayaan yang diambil oleh pemerintah pusat untuk membantu daerah dalam hal biaya operasional untuk *me-running* program di tingkat puskesmas khusus promotif dan preventif.

Catatan : Jamkesmas + Jampersal = > kuratif dan rehabilitatif

“ KEBIJAKAN BOK ”

- Telah berjalan 4 tahun (2010-2013).
- Jumlah dana terus *meningkat* dari tahun ke tahun (2010 sekitar ± 30-an juta, 2012 sekitar ± 200-300 juta per puskesmas) di seluruh Indonesia.
- Ada berbagai perubahan mekanisme dan pengelolaan dalam implementasi kebijakan ini.

“ Situasi Kabupaten Sabu Raijua ”

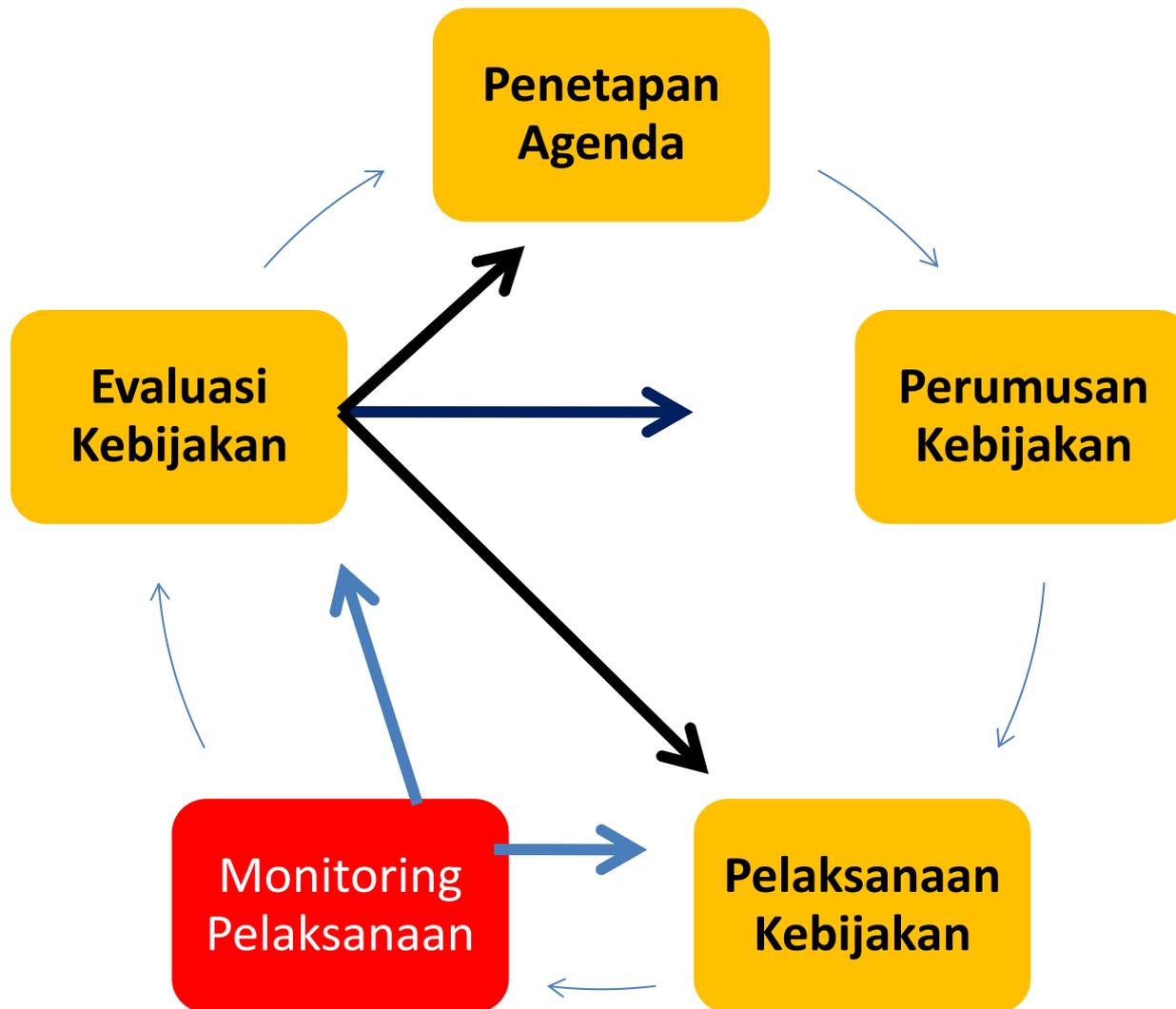
- Jumlah penduduk \pm 73 ribu. Penduduk Miskin (versi BPS) = 64.613 ribu jiwa \rightarrow Di-cover Jamkesmas.
- Merupakan *Daerah Terpencil Perbatasan dan Kepulauan*
- Pembiayaan sistem kesehatannya masih bergantung pada dana perimbangan dan APBN.
- Indeks fiskal rendah (0,2181)
- Status kesehatan masyarakat-nya masih rendah.
- Serapan dana BOK tidak mencapai 100%.
- SDM kesehatan masih kurang.

Permasalahan

- Di tingkat pusat: kenaikan jumlah anggaran kesehatan meski belum mencapai angka 5% dari APBN, di sisi lain penyerapan anggaran tidak mencapai 100% (Harbianto, 2011).
- Di Kab. Sabu Raijua: kenaikan jumlah dana BOK, di sisi lain jumlah yang terserap tidak mencapai 100% [2010 = 80%, 2011 = 85%, 2012 = 94%].
- Kenaikan ini tidak diikuti oleh peningkatan jumlah dan jenis tenaga kesehatan → moratorium.
- Panie (2012) = pengelolaan BOK → tertib administrasi; Mulyawan (2012) = kehadiran BOK dianggap positif oleh puskesmas meski sulit diimplementasikan; Bahar (2012) = masih kurangnya pembinaan dan pengawasan terhadap Kebijakan BOK ditingkat puskesmas.

Isu in-efisiensi dalam penggunaan dana.....

Mengapa harus monitoring ?



Tujuan Penelitian

Secara umum → mengeksplorasi pelaksanaan kebijakan BOK di tingkat puskesmas di daerah DTPK.

Secara khusus → (1) mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya inefisiensi dalam pelaksanaan kebijakan BOK dan (2) menilai efektivitas dari kebijakan BOK dalam pencapaian target SPM bidang kesehatan di tingkat puskesmas.

2. Metode Riset

- Penelitian deskriptif dengan strategi penelitian menggunakan ***Studi Kasus***.
- Jawaban terhadap pertanyaan penelitian di justifikasi dengan menggunakan multi sumber bukti (dokumen, hasil wawancara, observasi, dan sebagainya).
- Unit analisis : Puskesmas. Informan (3 kepala puskesmas, 2 pengelola BOK, 2 anggota tim satker BOK di dinas kesehatan)
- Area penelitian meliputi “Pelaksanaan Kebijakan” (perencanaan kegiatan, pencairan dana, pelaksanaan, dan evaluasi) dan “efektivitas kebijakan BOK”.

Kebijakan BOK

Pelaksanaan
Kebijakan BOK

Efektivitas Kebijakan
(Peningkatan SPM
Bidang Kesehatan)

Sistem
Kesehatan
(*Supply Side*)

Promotif
&
Preventif

Populasi
(*Demand
Side*)

Puskesmas dan Dinas Kesehatan

Masyarakat

3. Hasil Penelitian

“Potret Pelaksanaan Kebijakan BOK”

- **Tahap Perencanaan**

- + Keterlambatan Proses Perencanaan (keterlambatan Juknis dan problem kualitas SDM perencana).
- + Tidak ada target terarah dan terukur yang harus dicapai.
- + Lemahnya kapasitas Dinkes dan kurangnya pendampingan puskesmas oleh dinas kesehatan.
- + Tidak ada alokasi dana dari APBD dan hanya dana BOK → membiayai program preventif dan promotif puskesmas.

“Potret Pelaksanaan Kebijakan BOK”

- **Tahap Pelaksanaan**

- + Keterlambatan pencairan dana (keterlambatan perencanaan, perubahan Juknis di pertengahan tahun dan kendala biaya transport untuk pencairan dari KPPN).
- + Awal tahun s/d awal kuartal 3 dan 4 → pelaksanaan kegiatan lebih banyak yang bersifat rutin saja dengan mekanisme pembiayaan secara informal.
- + **Keterbatasan tenaga** dan “konflik” peran antar tenaga kesehatan.
- + Kendala transport dan ketersediaan BBM.

“Potret Pelaksanaan Kebijakan BOK”

- **Tahap Evaluasi**

- +. Administrasi dan pertanggungjawaban yang belum memadai (kelemahan managerial, keterbatasan tenaga, ketiadaan SOP).
- +. Adanya variasi pemahaman di dinas kesehatan terkait pengelolaan dana BOK.
- +. Dana “tidak terserap” 100%.
- +. Dinas kurang melakukan pembinaan dan evaluasi secara terintegratif terkait kinerja pelayanan puskesmas.
- +. Kendala transport dan ketersediaan BBM.
- +. Target kinerja sistem kesehatan daerah yakni SPM baru saja dihitung di tahun 2013

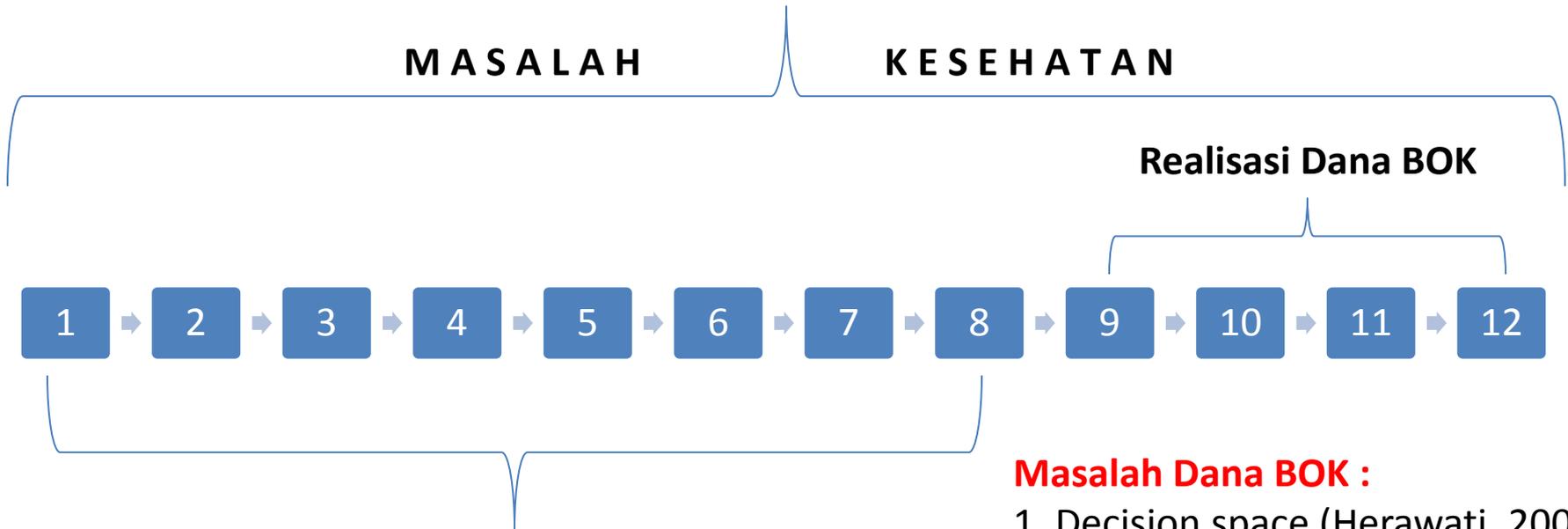
“Efektivitas Kebijakan BOK”

Indikator Layanan	2011 (%)	2012 (%)	2013 (Januari - Juni) (%)
Cakupan K1	93,77	83,20	35,80
Cakupan K4	63,47	59,40	18,70
Deteksi Ibu Hamil Resti oleh Nakes	14,1	93,30	42,10
Cakupan persalinan oleh Nakes	35,31	27,90	20,61
Cakupan penanganan komplikasi Kebidanan	13,00	17,40	31,00
Cakupan Vitamin A Untuk Ibu Nifas	48,00	68,40	29,80
Cakupan Kunjungan Nifas	48,00	65,90	27,60
Cakupan Kunjungan Neonatal	49,60	68,30	27,10
Cakupan Peserta KB Aktif	29,20	34,60	31,00
Jumlah Kematian Ibu	7,00	7,00	0,00
Jumlah kematian Bayi	32,00	33,00	1,00

4. Bahasan

- Sentralisasi – Desentralisasi – “Re-sentralisasi”.
- Peningkatan pembiayaan kesehatan dari pemerintah pusat → peningkatan kinerja sistem kesehatan daerah ? (*“decision space” dan keterbatasan tenaga kesehatan*).
- Implementasi kebijakan pusat, menghadapi berbagai tantangan di tingkat makro, meso dan mikro.
- *Kualitas perencanaan → Project oriented vs Performance Based Budgeting (evidence based,)*.
- Isu ketepatan alokasi dalam penggunaan dana BOK.

Kecepatan Aliran Dana



Ketidakpastian Pembiayaan Sistem Kesehatan (Program & Kegiatan)

Operating/Implementation System

Informal Mechanism
Azante, dkk (2006)

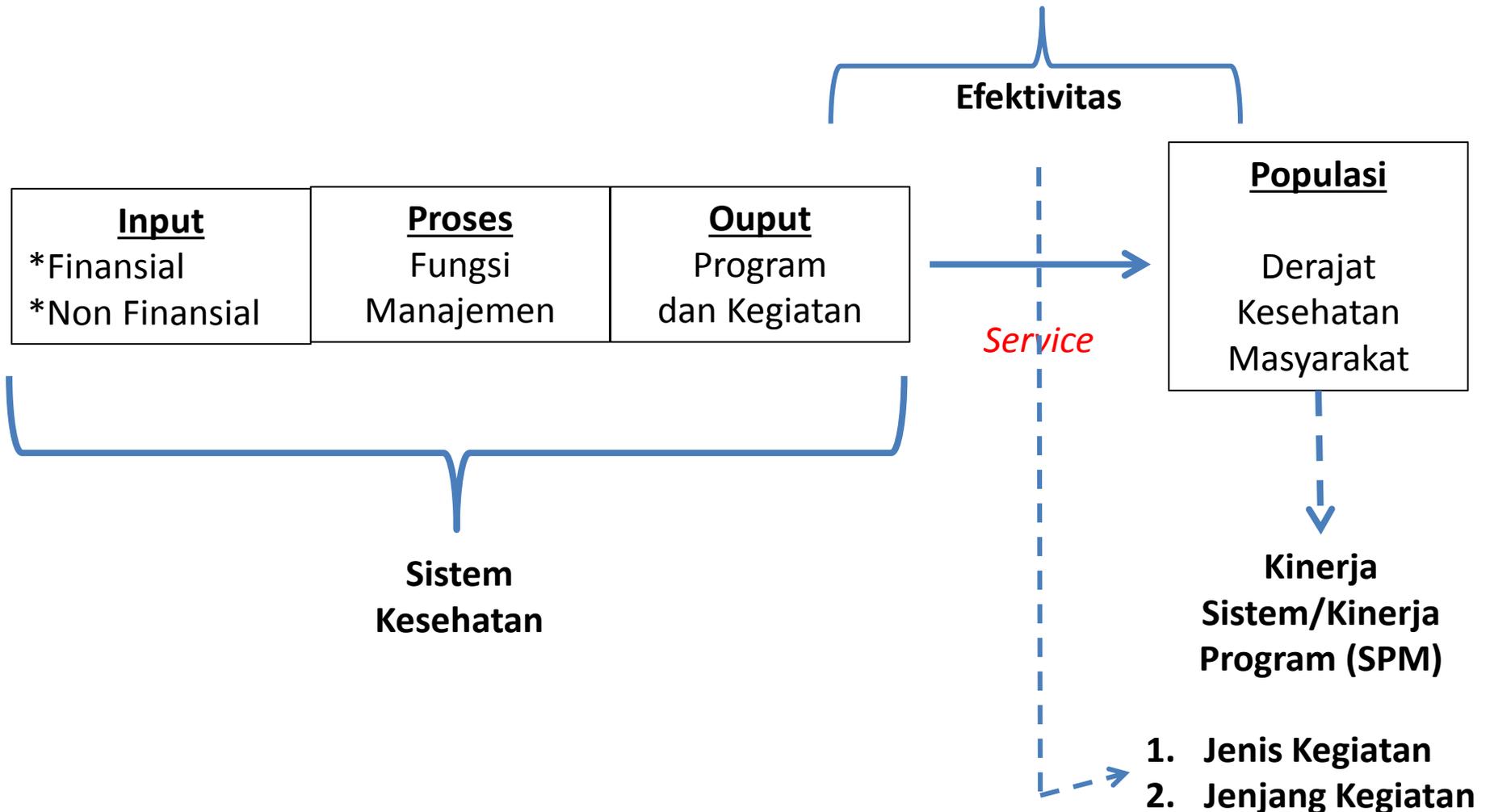
Business as usual

Masalah Dana BOK :

1. Decision space (Herawati, 2006)
2. Waktu pelaksanaan sempit → **Output ???**
(Trisnantoro & Handono, 2009)
3. Prakondisi terciptanya korupsi
(Vian, 2008)
4. Pengawasan

IN-EFISIENSI.....!!!

Efektivitas Kebijakan BOK



- Mekanisme “*fund channeling*” BOK sebagai satu-satunya sumber dana utama di puskesmas melalui tugas pembantuan ternyata belum memberikan hasil yang optimal.
- Pemerintah pusat perlu merubah mekanisme “*fund channeling*” dari Tugas pembantuan ke mekanisme “Dana Alokasi Khusus” (DAK).
 - + Pencairan dana APBD relatif lebih mudah dilakukan dengan akses yang lebih terjangkau.
 - + Undang-Undang No. 33/2004 dalam pasal 108 → dana Dekonsentrasi dan tugas pembantuan secara bertahap dialihkan menjadi Dana Alokasi Khusus.
 - + Keberadaan DAK sebagai dana transfer pemerintah pusat untuk membiayai program prioritas nasional yaitu pencapaian MDGs.
 - + Peraturan Pemerintah No. 55/2005 yakni pasal 50, pasal 51, pasal 52, dan pasal 57. DAK tidak hanya untuk pembangunan fisik.

5. Simpulan

Penelitian ini membuktikan bahwa (1) Pelaksanaan Kebijakan BOK di daerah DTPK belum optimal; dan (2) Implementasi Kebijakan BOK di daerah DTPK belum memberi daya ungkit yang besar dalam peningkatan kinerja sistem kesehatan daerah.

6. Rekomendasi

- Bagi pemerintah pusat: merubah mekanisme “*fund channeling*” dari Tugas pembantuan ke mekanisme “Dana Alokasi Khusus” (DAK).
- Bagi pemerintah daerah: memperbaiki kapasitas manajerial terkait pengelolaan dana BOK; meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia dan sarana prasarana; melakukan pendampingan/pembinaan yang intensif terhadap proses perbaikan kualitas perencanaan di tingkat puskesmas; dan mengevaluasi kinerja pelayanan puskesmas berdasarkan SPM dan target MDGs secara berkala.
- Bagi puskesmas: meningkatkan partisipasi masyarakat/stakeholder dalam perencanaan kegiatan dalam rangka meningkatkan “ownership” terhadap pelaksanaan kegiatan program kesehatan.

Ucapan Terimakasih yang setulus-nya disampaikan kepada:

- IDRC Canada yang telah membiayai dana penelitian ini.
- PKMK Fakultas Kedokteran UGM.
- Bapak/ibu responden penelitian.
- Panitia Forum Nasional KKI IV di Kupang.
- Semua pihak yang tidak bisa disebut satu per satu.

“Tuhan Memberkati”