

**Akan dibahas di Kongres XI IAKMI di Bandung,
3 Agustus 2010 (Forum Desentralisasi)**

Panel Session 2: 13.45 – 15.15 (90 menit)

Rincian Acara:

13.45 – 13.50

Pengantar oleh Moderator: Dr. dr. Deni Sunjaya DEA (Universitas Padjadjaran)

13.45 – 14.00

Presentasi: Hasil Penelitian tentang Sumbatan dan Hambatan dalam Program Kesehatan Ibu dan Anak” oleh Tim Universitas Gadjah Mada
Pembicara: Prof. dr. Laksono Trisnantoro MSc PhD

14.00 – 14.40

Pembahasan :

1. Dr. Arum Atmawikarta, SKM
(Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Bappenas)
2. Dr. Budihardja Singgih, MPH
(Dirjen Bina Gizi Masyarakat dan Kesehatan Ibu dan Anak)
* Dalam Konfirmasi
3. Dr. Supriyanto, Sp.P, MARS
(Direktur Jendral Bina Upaya Kesehatan)
4. Dr. Alma Lucyati, MKes, MSi, MHKes
(Kepala Dinkes Provinsi Jawa Barat)
5. Drg. Multi J.Bhatarendro, MPPM. (Kepala Dinkes Kota Pontianak)
Catatan untuk para pembahas:
 - Waktu yang disediakan sekitar 7 (tujuh) menit per pembahas
 - Tidak diperlukan powerpoint
 - Dipersilahkan untuk mengacu pada daftar pertanyaan atau bahan yang diharapkan untuk dibahas.

14.40 – 14.15

Diskusi Umum

Policy Brief : No.09/Juli 2010



POLICY BRIEF

Media ini bertujuan untuk menjadi jembatan antara pengkajian akademik, penelitian dengan pengambilan kebijakan di sektor kesehatan.

Kebijakan mempercepat pencapaian MDG4 dan MDG5 dalam era desentralisasi:

Upaya Pemerintah Pusat dan Daerah Menerapkan Kebijakan yang Mengarah ke Promotif dan Preventif

Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran UGM

Pendahuluan

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

Isu kebijakan KIA dalam era desentralisasi di tahun 2010

Berdasarkan berbagai penelitian dan pengamatan menunjukkan berbagai hal sebagai berikut:

1. Kebijakan KIA merupakan hal penting untuk pemerintah pusat, namun tidak penting untuk pemerintah daerah. Hal ini dibuktikan dengan sedikitnya anggaran pemerintah daerah untuk KIA, walaupun pemerintah daerah yang bersangkutan termasuk kuat kemampuan ekonominya. Hal ini mencerminkan ketergantungan program KIA pada dana pusat di era desentralisasi;
2. Anggaran pemerintah pusat untuk program kesehatan ibu dan anak meningkat pada tahun-tahun mendatang (2010 – 2014), walaupun pola peningkatan belum stabil. Akan tetapi pengamatan menunjukkan bahwa kebijakan penganggaran kesehatan ibu

dan anak mempunyai berbagai hambatan dan sumbatan yang membahayakan keberhasilan program.

3. Pemerintah Kabupaten/Kota seharusnya mempunyai peran penting untuk mendanai Standar Pelayanan Minimal yang sebagian besar mempunyai indikator KIA. Akan tetapi hal ini tidak dilakukan. Pemerintah Propinsi masih belum mempunyai peran yang jelas dalam program KIA, walaupun mempunyai dana dari pemerintah pusat.
4. Di lapangan terjadi situasi yang menunjukkan keterpisahan antara pelayanan kesehatan ibu dan anak di pelayanan primer dengan yang berada di rumahsakit. Dokter spesialis kebidanan dan anak di rumahsakit kurang aktif dalam program KIA secara keseluruhan. Dalam konteks kegawatan, dirasakan ada keterpisahan antara PONEK di Puskesmas dengan PONEK di rumahsakit.
5. Berbagai kegiatan termasuk tindakan promotif dan preventif yang ada di daftar di jurnal internasional Lancet masih mempunyai kesulitan mendapatkan pembiayaan.

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



Analisis Kebijakan

Kebijakan pemerintah dalam KIA dianalisis berdasarkan isi, konteks, proses, dan pelaku kebijakan. Setelah analisis, usulan kebijakan akan dipaparkan.

Analisis Isi

Sebagian besar kebijakan KIA ditetapkan oleh pemerintah pusat. Dalam isi kebijakan pelayanan, KIA terjadi beberapa hal:

1. Kebijakan-kebijakan KIA sangat kuat di pemerintah pusat sejak masa Presiden Suharto. Dukungan dana semakin meningkat di lima tahun terakhir ini dan terus meningkat. Sementara itu pemerintah daerah yang diharapkan mendanai berbagai program KIA, terlihat belum cukup memberikan perhatian.
2. Terjadi fragmentasi kebijakan antara Direktorat Jendral BinKesmas dan Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik dalam pelayanan KIA primer dan sekunder/tertier. Belum ada pelaksanaan kebijakan yang integratif antara kedua DitJen, termasuk dalam PONEK dan PONEK.
3. Kebijakan KIA di pemerintah pusat belum mencakup hubungan antar berbagai profesi di kesehatan ibu dan anak. Sebagian besar kebijakan menyangkut bidan. Belum ada kebijakan yang mengatur hubungan dokter spesialis obsgin, anak, dokter umum, bidan dan perawat. Sementara itu di berbagai daerah dibutuhkan kegiatan yang mengatur task-shifting antara dokter obsgin dengan dokter umum (misalnya dalam ijin dokter umum melakukan bedah Sesar kalau tidak ada dokter spesialis obsgin).
4. Penganggaran pusat untuk KIA selama ini terdiri dari berbagai sumber dana yang cukup kompleks, antara lain: (1) Dana pusat yang tetap menjadi APBN: Dana

Dekonsentrasi, Dana Tugas Pembantuan; (2) Dana pemerintah pusat yang menjadi APBD: Dana Alokasi Umum dan Dana Alokasi Khusus; (4) Dana Jamkesmas; dan (4) dana lain-lain seperti komponen KIA dalam BOK. Mekanisme penganggaran yang banyak ini menyulitkan koordinasi, termasuk untuk memastikan apakah ada dana untuk pelayanan preventif dan promotif.

Analisis Konteks Penyusunan Kebijakan

Kebijakan perencanaan program dan penganggaran untuk KIA berada dalam suasana masa transisi desentralisasi kesehatan dari tahun 2000 sd 2007. Masa transisi ini menarik karena Kementerian Kesehatan mempunyai masa dimana pimpinannya tidak memperhatikan secara detil kebijakan desentralisasi (periode 2004 – 2009). Akibatnya berbagai peraturan tentang desentralisasi termasuk aspek penganggaran tidak diperhatikan secara seksama. Dalam konteks desentralisasi ada berbagai peraturan yang penting untuk KIA:

1. Perencanaan program KIA seharusnya dimulai dari Kabupaten Kota dengan mengacu pada Standar Pelayanan Minimal. Apabila pemerintah Kabupaten/Kota tidak mampu maka perlu ada bantuan Propinsi dan selanjutnya Pusat.
2. Dalam konteks penganggaran, pada tahun 2004 sampai dengan 2009, berada dalam lingkup UU 33 tahun 2004, PP mengenai Dana Perimbangan (PP 55 tahun 2005), Permenkeu mengenai DAK (PMK 175). Pada tahun 2008 terbit PP 7 yang mengatur mengenai Dana Dekonsentrasi. Dengan demikian kebijakan penganggaran di tahun 2010 harus mengacu pada berbagai aturan di atas. Khusus untuk DAK sebenarnya menurut PP 55 tahun 2005 ada kesempatan Kementerian Kesehatan untuk mengusulkan DAK untuk prioritas

Ka DinKes Kota Tasikmalaya

Bagaimana strategi untuk meningkatkan kepemilikan pemerintah daerah dalam kesehatan ibu dan anak. Bagaimana kegiatan preventif dan promotif dilakukan? Apa saja hambatan dan sumbatan yang ada dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak di Kota Tasikmalaya? Bagaimana peran Dinas lain dalam pembangunan kesehatan ibu dan anak? Apa usulan untuk kebijakan pusat?

Bagi Masyarakat dan swasta

diharapkan memberi kontribusi pendanaan sesuai dengan apa yang ada di daftar Lancet.

Penyusun

Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc, Ph.D (Bagian IKM FK UGM)
phone: 0811253295 email: trisnantoro@yahoo.com

dr. Ova Emilia (Bagian Ilmu Kebidanan dan Kandungan FK UGM)
email: ovaemilia@yahoo.com.au

Meineni Sitaresmi (Bagian Ilmu Kesehatan Anak FK UGM)
email: msitaresmi@yahoo.com

Yulia Widiati
email: ywidiati@yahoo.com

Deni Harbianto
email: d_harbianto@yahoo.com

M Faozi Kurniawan (Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan FK UGM)
email: ojik@yahoo.com

Untuk mengikuti forum diskusi dan informasi terbaru mengenai kebijakan kesehatan silahkan kunjungi <http://www.kebijakankesehatanindonesia.net>



Dirjen Bina Gizi Masyarakat dan Kesehatan Ibu dan Anak (d/h Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat):

Ada berbagai pertanyaan yang ada: Bagaimana prospek penggabungan urusan pelayanan kesehatan ibu dan anak oleh Ditjen Pelayanan Medik dan Ditjen Binkesmas? Apakah ada dampaknya terhadap kegiatan promotif dan preventif. Bagaimana strategi pendekatan promosi dan preventif dalam kesehatan ibu dan anak di masa mendatang. Apakah akan bertumpu pada sumber dana pusat ataukah daerah? Jika dari pemerintah pusat, apakah akan menggunakan Dana Dekonsentrasi, DAK atau dana lainnya?

Dirjen Bina Upaya Pelayanan Kesehatan (d/h Dirjen Bina Pelayanan Medik):

Ada berbagai pertanyaan yang ada: Bagaimana prospek penggabungan urusan pelayanan kesehatan ibu dan anak oleh Ditjen Pelayanan Medik dan Ditjen Binkesmas: Bagaimana dampaknya terhadap upaya pendekatan klinik dalam kesehatan ibu dan anak. Bagaimana usaha meningkatkan ketersediaan pelayanan dokter spesialis dan mutu pelayanan di Rumahsakit untuk menjalankan PONEK? Bagaimana mengintegrasikan PONEK dan PONEK? Siapa yang mengatur mengenai task-shifting? Bagaimana peran sumber pendanaan pemerintah daerah dan pusat? Bagaimana hubungannya dengan dana jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas)?

Bagi Pemerintah Propinsi:

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

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

Hal yang diharapkan dikomentari:

Ka DinKes Propinsi Jawa Barat

Bagaimana menggunakan dana dekonsentrasi (APBN) dan dana dari propinsi (APBD Propinsi) sesuai Tupoksi Dinas Kesehatan Propinsi sesuai PP 38 tahun 2007. Bagaimana meningkatkan kemampuan Dinas Kesehatan Propinsi untuk melakukan pembinaan teknis? Bagaimana peran Propinsi dalam aspek promotif dan preventif. Apa saja hambatan yang dirasakan? Apa usulan untuk kebijakan pusat?

Bagi Pemerintah Kabupaten:

Mengusahakan dana untuk KIA dari APBD sesuai dengan SPM yang ada. Dana dari APBD ini diharapkan banyak yang bersifat operasional, termasuk untuk preventif dan promotif. Diharapkan DAK untuk KIA dapat berhasil diperjuangkan oleh pemerintah pusat sehingga ada tambahan dana untuk daerah. Dinas-dinas di luar Dinas Kesehatan yang mempunyai wewenang penganggaran sebaiknya dihimbau untuk memberikan kontribusi dalam pencapaian MDG4 dan MDG5. Dinas-dinas ini akan menjadi penggerak besar kegiatan promotif dan preventif.

nasional seperti KIA, akan tetapi hal ini tidak berjalan. Akibatnya isi DAK terkesan menjadi domain Kementerian Keuangan.

Disamping konteks desentralisasi, ada pula konteks internasional. Kebijakan tentang KIA di pemerintah pusat sejarahnya dimulai dari pemikiran di luar negeri yang terkait dengan kesehatan wanita dan anak. Demikian pula isu MDG4 dan MDG5 berasal dari proses kebijakan lembaga di luar negeri. Kebijakan penganggaran KIA ditetapkan dengan keputusan politik presiden dalam sebuah konteks yang dipengaruhi oleh kebijakan internasional. Saat ini kebijakan internasional mengenai pemilihan program KIA dipengaruhi oleh majalah Lancet yang melakukan pemaparan mengenai pelayanan KIA yang efektif.

Proses Kebijakan

Untuk tahun 2010-2014 telah dinyatakan pagu anggaran dengan kenaikan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya¹. Penentuan kegiatan penganggaran tahunan dilakukan dalam siklus penganggaran tahunan yang dipengaruhi aspek politik cukup besar. Dana harus dialokasikan berdasarkan jenisnya (DAU, DAK, Dana Dekonsentrasi, Tugas Pembantuan, Jamkesmas, dll). Terlihat ada kesulitan untuk mengkoordinasikan dalam rangka membiayai kegiatan yang dianggap efektif oleh Lancet.

Pelaksanaan kebijakan

Ada berbagai isu penting dalam pelaksanaan kebijakan. Program KIA masih belum mampu menjamin berjalannya pelayanan kesehatan ibu dan anak yang efektif; masih belum terintegrasinya pelayanan kesehatan primer dengan sekunder/tertier; pelaksanaan program kegiatan yang dilakukan oleh Dinas sektor lain dan masyarakat di luar Dinas Kesehatan masih belum maksimal, pembagian wewenang antar berbagai profesi

kesehatan belum jelas pelaksanaannya.

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

Kebijakan Dana Alokasi Khusus terbatas pada fasilitas fisik, peralatan, dan obat³. DAK membutuhkan semacam dana pendamping APBD yang menyedot anggaran kesehatan untuk kegiatan fisik. Akibatnya terjadi kekurangan dana untuk operasional dan di beberapa daerah dilaporkan adanya kelebihan anggaran untuk fisik⁴. Sementara itu laporan di berbagai daerah menunjukkan bahwa alokasi APBD untuk KIA sangat rendah⁵. Pemerintah propinsi dan kabupaten belum memberikan dana yang cukup untuk KIA.

Aktor Pelaku

DPR, Kementerian Kesehatan dan berbagai Unit Pusat seperti BKKBN dan Bappenas merupakan aktor-aktor yang selama ini banyak mengembangkan kebijakan. Ikatan Profesi, LSM dan media di Jakarta telah ikut serta, namun masih belum maksimal. Belum ada mekanisme untuk mengawasi perencanaan dan penganggaran program KIA di pemerintah pusat dan daerah.

Untuk penganggaran ada berbagai catatan penting mengenai para pelaku:

Dana Dekonsentrasi: Kebijakan penggunaan dana dekonsentrasi terutama dipegang oleh Kementerian Kesehatan. Akan tetapi penggunaannya dibatasi oleh PP 7 tahun 2008 yang tidak boleh melimpahkan ke Pemerintah Kabupaten/Kota. Dana dekonsentrasi terutama digunakan untuk tugas pemerintah pusat yang dilimpahkan ke

¹ Informasi mengenai Pagu Anggaran dapat dilihat di Bappenas

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

³ Lihat PerMenKeu 175 tahun 2009

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

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

propinsi. Sesuai dengan Asas Dekonsentrasi, dana ini tidak boleh dialokasikan langsung ke pemerintah kabupaten/kota, harus melalui kewenangan pemerintah Propinsi.⁶

Dana Alokasi Khusus: Pemegang kebijakan utama adalah Kementerian Keuangan dan DPR. Kementerian teknis terlihat sulit mengelola dana ini. Menteri Keuangan setiap tahun mengeluarkan Peraturan Menteri mengenai DAK. Peraturan Menteri Keuangan ini terlihat belum mengadopsi kepentingan kementrianteknis.

Dana Tugas Pembantuan: Selama ini dipergunakan untuk RS melalui Ditjen Bina Pelayanan Medik dalam program PONEK untuk fisik dan peralatan.⁷ Dana besar ini untuk kegiatan yang bersifat kuratif.

Dana Jamkesmas: Kebijakan berada di Pusat Jaminan Pembiayaan Kesehatan di Kementerian Kesehatan. Alokasi berdasarkan penggunaan fasilitas oleh masyarakat miskin (pelayanan kuratif). Sebagian dipergunakan untuk pelayanan operasional promosi di Puskesmas. Akan tetapi tidak semua pelaku berani memanfaatkannya.

Dana APBD: Berada di pemerintah propinsi dan kabupaten/kota. Pelaku utama adalah pemerintah daerah (Dinas Kesehatan dan Dinas-dinas lain) serta DPRD. Berbagai laporan menunjukkan bahwa para pelaku penganggaran ini masih menganggap bahwa dana KIA harus berasal dari pemerintah pusat. Catatan: dana-dana untuk preventif dan promotif sebenarnya bisa dicari dari Dinas lain misal Dinas PU untuk air bersih, Dinas Pendidikan untuk infrastruktur kesehatan dan pelayanan di sekolah-sekolah, dan Badan Pemberdayaan Wanita, dan lain-lain.

Analisis keseluruhan

Kebijakan dalam Perencanaan KIA yang terfragmentasi dalam konteks pusat dan daerah, terfragmentasi dalam konteks pelayanan primer dengan sekunder/tertier, menjadi hambatan untuk mencapai MDG 4

dan MDG5. Demikian pula, dukungan pemerintah daerah yang rendah menjadi penghambat besar untuk tercapainya MDG4 dan MDG5. Berdasarkan pengamatan, maka kebijakan penganggaran dana pemerintah pusat merupakan hal penting mengingat sebagian besar dana pembangunan kesehatan untuk KIA berasal dari pusat. Akan tetapi ada berbagai hambatan dan sumbatan dana pusat seperti yang tertulis di atas.

Akibat hambatan dan sumbatan dalam penganggaran dan penyalurannya maka dana pemerintah pusat gagal untuk menjadi pelaku penting dalam mendukung pelayanan kesehatan untuk KIA yang dianggap efektif oleh laporan Lancet, termasuk kegiatan preventif dan promotif. Artinya masih banyak strategi yang dinilai efektif belum dapat didanai oleh pembiayaan pemerintah pusat.⁸ Program pemerintah pusat sulit menjadi efektif di daerah. Bukti mengenai sulitnya Indonesia mencapai MDG4 dan MDG5 dalam lima tahun terakhir⁹ dapat dilihat sebagai suatu kemungkinan kegagalan sistem pembiayaan KIA oleh pemerintah pusat.

Resiko yang dihadapi di masa mendatang:

Adanya hambatan dan sumbatan dalam pembiayaan dan penyaluran dana program KIA oleh pemerintah pusat dan fragmentasi pelayanan dapat meningkatkan risiko terjadinya kegagalan dalam skala yang lebih luas di tahun-tahun mendatang. Dana dekonsentrasi dapat terhambat diturunkan, sulit dilaksanakan, dan mempunyai risiko tidak terserap. Dana Alokasi Khusus apabila tidak diubah akan meningkatkan proyek-proyek fisik dan obat, namun gagal untuk meningkatkan kegiatan operasional bagi pelayanan KIA.

Usulan Kebijakan

Bagi Pemerintah Pusat:

Dalam Perencanaan Program

- Melakukan integrasi perencanaan antara pelayanan kesehatan primer dan sekunder/tertier. Dengan disatukannya pelayanan puskesmas dan pelayanan rumahsakit dalam Direktorat Jendral Bina Upaya Pelayanan Kesehatan diharapkan akan memudahkan integrasi ini.
- Menyusun petunjuk mengenai pelayanan kesehatan ibu dan anak dan sistem rujukan
- Menyusun pedoman task-shifting dalam pemberian pelayanan dari dokter spesialis ke dokter umum atau bidan/perawat, atau dari dokter ke perawat, bidan. Pedoman ini diharap menyangkut hubungan antar berbagai profesi.

Dalam Penganggaran

Perubahan Kebijakan tentang Dana Dekonsentrasi:

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

Perubahan kebijakan tentang DAK

Dilakukan perubahan DAK melalui perubahan kebijakan Menteri Keuangan. Apabila dibutuhkan perlu untuk merubah PP no 55 tahun 2005 tentang Dana Perimbangan. Sebaiknya ada DAK untuk pelayanan kesehatan Ibu

dan Anak. Dalam DAK baru ini ada beberapa hal penting:

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

Catatan:

BOK Puskesmas sebaiknya masuk sebagai DAK yang sudah diperbaiki. Diharapkan Kementerian Kesehatan menggunakan mekanisme penganggaran yang ada dalam UU 33 tahun 2004 agar tidak menambah kompleksitas penganggaran dan koordinasi antar sumber.

Bahan diskusi:

Dalam pertemuan IAKMI di Bandung diharapkan ada komentar dari pejabat pusat:

Pimpinan Bappenas:

Bagaimana prospek perbaikan dana pemerintah pusat dan penyalurannya? Apakah akan menggunakan DAK atukah Dana Dekonsentrasi? Bagaimana Prospek BOK?

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

⁷ Dana Tugas Pembantuan yang digunakan untuk Pelayanan KIA di Rumah Sakit Daerah, dialokasikan dari pusat melalui dirjen yanmedik.

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

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

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