
A Comparative Budget Requirements for TB program based on Minimum standard of Services (SPM) and Budget Realization: an Exit Strategy Before Termination of GF ATM

Ery Setiawan¹, Purwa K Sucahya², Hasbullah Thabrany³, Kalsum Komaryani⁴

Contact: setiawan.ery@chepps.or.id

Submitted on July 10, 2016. Reviewed July 22, 2016, and accepted on July 25, 2016

Abstrak

Telah menjadi isu umum bahwa Global Fund (GF) sebagai salah satu donor internasional terbesar untuk Program AIDS, Tuberkulosis, dan Malaria (ATM) akan mulai menghentikan pendanaannya. Data menunjukkan bahwa pada tahun 2009 dukungan GF ATM mencapai 88,8% dari total pengelolaan program sementara dana APBN hanya menutupi sekitar 11,2%. Namun demikian, anggaran APBN untuk program ATM meningkat secara signifikan pada tahun 2012 yang mencakup hampir 30% dari total anggaran. Meskipun kecenderungan peningkatan anggaran ATM terjadi pada level pusat, peran pemerintah daerah akan memegang kunci dalam keberlangsungan program pasca terminasi GF ATM.

Tujuan

penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mendapatkan gambaran komitmen pemerintah daerah sebagai lembaga pelaksana untuk merespon kebutuhan pembiayaan khusus untuk program TB.

Metode

Evaluasi ekonomi dalam artikel ini dilakukan dengan membandingkan besaran anggaran yang telah direalisasikan saat ini dengan jumlah yang anggaran dibutuhkan berdasarkan Standar Minimum Pelayanan (SPM) Program TB. Sampel pada penelitian ini ditetapkan pada dua kabupaten/kota di Jawa Barat yaitu Kota Cirebon dan Kabupaten Garut. Komponen biaya yang dihitung dalam evaluasi ini adalah antara lain: obat-obatan, peralatan medis, biaya pencegahan dan pemuan kasus, serta biaya administrasi.

Hasil dan Diskusi

Total anggaran yang dibutuhkan di Garut menurut SPM sekitar 2,5 Milyar Rupiah, sedangkan total anggaran yang telah dialokasikan sekitar 2 Milyar Rupiah. Dari total anggaran yang telah dialokasikan di Garut, sebesar kurang lebih 90% bersumber dari Pemerintah sedangkan selebihnya merupakan dukungan dari GF. Kecenderungan serupa terjadi di Kota Cirebon, dimana ditemukan selisih sebesar kurang lebih 700 Juta Rupiah dari sekitar 1,6 Miliar Rupiah anggaran yang dibutuhkan. Porsi pembiayaan program di Kota Cirebon yang bersumber dari pemerintah sudah mencapai 80% dari total anggaran. Temuan penting dalam penelitian ini menunjukkan bahwa pembiayaan kegiatan pencegahan dan penemuan kasus di Garut masih didominasi oleh dukungan GF yaitu sekitar 65%. Lain halnya dengan Kota Cirebon, dimana anggaran untuk kegiatan tersebut sudah mencapai 80% yang didukung oleh pemerintah.

Kesimpulan

Secara umum, baik Kabupaten Garut maupun Kota Cirebon menghadapi dua tantangan dalam hal keberlangsungan pembiayaan program TB. Pertama, tingginya kesenjangan antara kebutuhan dan anggaran yang telah dialokasikan untuk program menjadi perhatian penting untuk mengatasi penurunan kasus TB di wilayah terkait. Kedua adalah keberlangsungan program setelah terminasi pembiayaan dari Global Fund, terutama untuk program pencegahan dan penemuan kasus. Oleh karena itu, tentu diperlukan keterlibatan dari LSM dan berbagai pihak terkait untuk melakukan advokasi kepada pemerintah daerah dan DPRD untuk meningkatkan pembiayaan dalam penanggulangan TB.

Kata kunci:

GF ATM, Exit Strategy, Program TB, Biaya

-
1. Research assistant (Center for Health Economic and Policy Studies UI)
 2. Researcher (Center for Health Research UI)
 3. Chair (Center for Health Economic and Policy Studies UI)
 4. Chair (Center of Health Finance and Insurance, Ministry of Health)
-

Abstract

It has become a common issue that the Global Fund (GF) as one of the largest international donors to AIDS, Tuberculosis, and Malaria Program will immediately stop the funding. Data shows that in 2009 GF ATM support reached 88,8% while APBN funding just cover 11,2% of the total budget needed. However, APBN budget for ATM programs was significantly increased in 2012 which covered almost 30% of the total budget. Eventhough the increasing trend of ATM budget seemed at the central government level, however the local governments will hold the key to the sustainability of the post- termination GF ATM Funding

Objectives

This study aimed to get a picture of the local government's commitment as an implementing institution to respond the financing needs specifically for TB programs.

Methods

This economic evaluation compared the amount of the existing budget of local governments and the amount needed based on the Minimum Standards of Services (MSS) of TB Programs. We sampled two district in west java that were Cirebon and Garut. The cost component calculated in these evaluation were: medicines, medical supplies, case findings, and administrative cost.

Results and Discussion

Total budget needed in Garut according to MSS amounted 2,5 Billion Rupiahs, whereas the total budget which has been allocated approximately 2 Billion Rupiahs. For those budget allocated in Garut, 90% of the total was supported by the Government then the rest of that was supported by GF. A similar trend showed in Cirebon, which was found a budget shortage amounted 700 Million Rupiahs from approximately 1,6 Billion Rupiahs budget needed and 80% of those was sourced by The Government. The particular finding showed that prevention and case detection program in Garut still dominated by GF support which slightly above 65%. Otherwise, budget allocated for those Activity in Cirebon has been dominated by the government approximately 80%.

Conclusion

In general, both Garut and Cirebon faced two common challenges in terms of financing the TB program. First, the high shortage between needs and budget allocated of the program becomes an important concern for addressing TB cases reduction in related district. The second is program's sustainability after termination of Global Fund, particularly for prevention and case detection programs. Therefore, it might be need a support from NGO or other related institution to advocate the local government and DPRD to allocate more budget for reducing TB cases.

Key Words :

GF ATM. Exit Strategy. TB Program. Cost

Pendahuluan

Indonesia saat ini berada di urutan ketiga negara dengan beban tuberkulosis (TB) tertinggi di dunia dengan estimasi prevalensi TB semua kasus adalah sebesar 647/100.000 penduduk (WHO, 2015). Berdasarkan perhitungan disability-adjusted life-year (DALY) WHO, kasus TB menyumbang 6,3 persen dari total beban penyakit di Indonesia, dibandingkan dengan rata-rata di kawasan Asia Tenggara sebesar 3,2 persen (USAID, 2008). Hingga saat ini, sebagian besar pembiayaan AIDS, TB, dan malaria di Indonesia secara umum masih didukung oleh donor internasional terutama Global Fund (GF). Namun demikian, peran donor Internasional dalam beberapa tahun ke depan akan berakhir, termasuk yang bersumber dari GF (Global Fund, 2015). Sehingga isu exit strategy pembiayaan program TB terhadap terminasi dukungan donor asing menjadi sangat penting untuk keberlangsungan program.

Tabel 1 Perbandingan Ketersediaan Anggaran Program TB Antara GF dan Pemerintah, 2009-2012
(Dalam Jutaan Rupiah)

Tahun	GF	%	APBN	%	TOTAL
2009	300,397	88.8	38,000	11.2	338,397
2010	223,710	65.3	119,000	34.7	342,710
2011	309,125	71.7	122,000	28.3	431,125
2012	287,163	70.1	122,304	29.9	409,467

Merujuk pada tabel di atas ditunjukkan bahwa pola anggaran yang bersumber pemerintah telah mengalami peningkatan dari sekitar 11% pada tahun 2009 menjadi sekitar 30% pada tahun 2012. Komitmen tersebut direncanakan akan terus meningkat hingga 50% di tahun 2016 (Kemenkes, 2012). Namun demikian, sebagian besar peningkatan tersebut masih fokus pada pengadaan obat dan bahan medis terkait pemeriksaan dan pengobatan TB.

Penyelenggaraan sistem kesehatan ke depan melalui program JKN akan lebih sistematis dengan masuknya upaya pengobatan TB dalam paket manfaat jaminan. Namun demikian yang menjadi pertanyaan adalah bagaimana pola pembiayaan untuk Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) yang merupakan salah satu peran penting dari pemerintah, dalam hal ini adalah Kementerian kesehatan dan dinas kesehatan pada tingkat daerah dalam menurunkan angka kesakitan TB. Sehubungan dengan hal tersebut, untuk membangun political will dari para pemangku kebijakan, dibutuhkan sebuah evidence based data terkait besaran kebutuhan biaya program sebagai bahan dalam advokasi pembiayaan UKM. Kemudian, dilakukan analisis situasi dengan membandingkan kebutuhan pembiayaan program tersebut dengan anggaran yang hingga saat ini telah dialokasikan termasuk sumber pembiayaannya. Sehingga dengan mengetahui kesenjangan tersebut, maka hasil analisis dalam artikel ini akan menunjukkan seberapa besar gap yang harus diupayakan pemerintah untuk mengendalikan dampak dari penyakit TB di Indonesia.

Tujuan

Tujuan dari studi ini adalah untuk membandingkan antara kebutuhan program berdasarkan SPM dengan anggaran yang telah dialokasikan. Sementara secara khusus ditujukan untuk menganalisis kesenjangan pada masing-masing komponen biaya dan sumber pembiayaan.

Metode

Penelitian ini dilakukan melalui pendekatan kuantitatif (dengan metode survei) dan pendekatan kualitatif. Pendekatan kuantitatif dalam penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan besaran biaya program TB yang sudah di alokasikan melalui metode activity based costing dan perhitungan kebutuhan anggaran melalui pendekatan Standar Pelayanan Minimal (SPM). Sementara pendekatan kualitatif dilakukan melalui proses wawancara mendalam kepada para pengambil kebijakan untuk menguatkan argumentasi pada temuan-temuan kuantitatif yang didapatkan (Hancock et.al, 2007). Perspektif yang digunakan dalam studi ini adalah perspektif program terutama yang terkait dengan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) pada penatalaksanaan program TB baik pada fasilitas tingkat primer maupun rujukan pada tahun 2013.

Dasar penentuan Provinsi sampel merujuk pada capaian Case Detection Rate (CDR) dan angka Success Rate (SR) (Dirjen P2PL, 2011). Dalam artikel ini akan dipilih satu provinsi dengan kriteria memiliki CDR dan SR yang dapat menunjukkan besaran kasus dan tingkat efektivitas penyelenggaraan program. Pemilihan di tingkat provinsi terlebih dahulu dibagi menjadi 4 wilayah hingga terbentuk kluster seperti pada tabel di bawah. Oleh karena kriteria yang ditetapkan adalah daerah dengan tingkat CDR dan SR tinggi maka kluster yang terpilih terdiri dari 5 provinsi yaitu Jabar, Sulawesi Utara, Maluku, Jakarta, dan Banten. Dari kelima provinsi tersebut dilakukan pemilihan secara acak hingga didapatkan Jawa Barat sebagai lokasi sampel.

Tabel 2 Pencapaian Target Pengendalian TB per Provinsi 2009 (Stranas 2010-2014)

	CDR $\geq$ 70%	CDR $<$ 70%
SR $\geq$ 85%	Jabar, Sulawesi Utara, Maluku, DKI Jakarta, Banten (5)	Bali, Sulawesi Barat, Bangka Belitung, Sumatera Barat, Kalimantan Tengah, Jawa Timur, Sulawesi Selatan, Jawa Tengah, Lampung, NTB, Jambi, NAD, Kalimantan Selatan, Sumatera Selatan, Sulawesi Tenggara, Kepulauan Riau, Sumatera Utara, Gorontalo, Bengkulu, Kalimantan Barat, NTT, Kalimantan Timur, Sulawesi Tengah (23)
SR $<$ 85%	Tidak ada	Papua Barat, Papua, DIY, Maluku Utara, Riau (5)

Pada tingkat kab/kota di provinsi terpilih, pemilihan sampel tidak menggunakan cara yang sama dengan di tingkat provinsi oleh karena ketersediaan data CDR dan SR di tingkat kab/kota. Sehingga peneliti menggunakan indeks kapasitas fiskal untuk merepresentasikan kemampuan daerah. Peneliti menggunakan indeks kapasitas fiskal dengan mengasumsikan adanya hubungan yang erat antara indikator tersebut dengan komitmen pemerintah daerah dalam pembiayaan program TB pada khususnya. Klasifikasi yang dikeluarkan dalam peraturan menteri keuangan, setiap kab/kota dibagi menjadi 4 kategori dana daerah urusan bersama (DDUB) yang bersumber APBD yaitu dengan klasifikasi sangat tinggi, tinggi, sedang, dan rendah. Mengingat di setiap provinsi hanya akan dipilih 2 kab/kota maka peneliti mengelompokkan menjadi 2 kategori DDUB, yaitu tinggi (sangat tinggi dan tinggi) dan rendah (sedang dan rendah). Di setiap kategori tersebut dipilih secara acak, hingga terpilih Kota Cirebon yang mewakili kapasitas fiskal tinggi dan Kab Garut yang mewakili kapasitas fiskal rendah.

Pada setiap lokasi studi di tingkat kab/kota dipilih 4 puskesmas dengan kriteria 2 puskes-

mas satelit dan 2 non satelit yang dikonsultasikan dengan pihak Dinas Kesehatan setempat. Selain itu pada masing-masing kab/kota juga akan dilakukan pengumpulan data di satu rumah sakit, satu laboratorium penunjang (bila ada), serta LSM yang terlibat dalam penatalaksanaan program TB di wilayah terkait. Selain itu, untuk pendekatan kualitatif juga akan dilakukan wawancara mendalam di Bappeda atau pemerintah daerah.

Metode Perhitungan: Pendekatan Activity Based Costing

Perhitungan biaya program TB yang telah dialokasikan akan ditelusuri melalui metode Activity Based Costing (ABC), yaitu melalui proses penilaian kegiatan-kegiatan yang terkait dalam penatalaksanaan program TB (Collins & Jarrah, 2012). Masing-masing kegiatan tersebut akan terdiri dari berbagai aktivitas yang memicu timbulnya biaya baik yang bersifat biaya langsung maupun biaya tidak langsung (Popesko, 2013). Penilaian rincian kegiatan yang terkait dengan pengendalian TB merujuk pada pedoman nasional penatalaksanaan program TB yang terdiri dari beberapa kegiatan sebagai berikut (Dirjen P2PL, 2014):

1. Penemuan kasus
2. Pengobatan
3. Pemantauan hasil pengobatan
4. Pengendalian infeksi pada sarana layanan
5. Pencegahan tuberkulosis
6. Perencanaan program tuberkulosis
7. Monitoring dan evaluasi program
8. Manajemen logistik
9. Pengembangan ketenagaan
10. Promosi program
11. Penguatan layanan laboratorium
12. Public-Private Mix
13. Kolaborasi TB-HIV
14. Pemberdayaan masyarakat dan pasien TB
15. Pendekatan kolaborasi dan kesehatan Paru
16. Manajemen TB Resisten Obat
17. Penelitian

Masing-masing kegiatan tersebut akan diuraikan berdasarkan beberapa komponen biaya yang telah ditetapkan oleh peneliti, antara lain: alat medis, alat non medis, bahan habis pakai (medis dan non medis), gaji dan insentif, gedung, utilities, kendaraan, dan obat (Mogyorosz & Smith, 2005). Sebagai contoh, untuk kegiatan penemuan kasus melibatkan beberapa staf yang bertugas untuk aktivitas kunjungan rumah, sehingga sumber daya yang timbul dari aktivitas tersebut dapat berupa insentif staf, biaya transportasi, dan bahan habis pakai apabila dilakukan survei cepat.

Setelah masing-masing kegiatan diuraikan berdasarkan aktivitas dan komponen biaya kemudian dikelompokkan menurut sumber pembiayaannya, apakah sumber daya tersebut berasal pembiayaan dari APBN, APBD atau donor. Maka pada hasil analisis didapatkan berapa besaran proporsi masing-masing sumber biaya pada setiap jenis kegiatan dan secara umum. Sehingga dalam konteks kebijakan dapat diketahui porsi pada kegiatan apa yang masih membutuhkan dukungan pembiayaan lebih dari pemerintah sebagai exit strategy donor asing.

Metode Perhitungan: Standar Pelayanan Minimum

Penatalaksanaan beberapa program kesehatan nasional ke depan termasuk TB akan merujuk pada standar pelayanan minimum (SPM). Rancangan SPM tersebut telah disusun oleh Asosiasi Dinas Kesehatan (Adinkes) yang salah satunya dengan membentuk pedoman aktivitas program TB yang wajib disediakan oleh pemerintah daerah. Atas dasar tersebut, peneliti mencoba menghitung kebutuhan besaran biaya program TB di tingkat kab/kota. Hasil perhitungan tersebut kemudian akan dibandingkan dengan ketersediaan anggaran yang ada saat ini, sehingga dapat diketahui tingkat kesenjangan ketersediaan anggarannya.

Merujuk pada pedoman SPM untuk program TB terdapat beberapa komponen biaya yang terkait dengan penyelenggaraan program yaitu sebagai berikut:

1. Alat dan bahan lab
2. Bahan diagnostik
3. Bahan pelatihan
4. Barang pencetakan dan pelaporan
5. Monitoring dan evaluasi
6. Pelatihan tatalaksana TB bagi dokter/perawat/petugas TB
7. Pemeriksaan anak 0-14 tahun
8. Penyediaan media KIE

Kebutuhan data dasar untuk proses perhitungan antara lain:

1. Jumlah alat kesehatan yang digunakan
2. Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan
3. Unit price alat kesehatan dan bahan habis pakai medis maupun non medis
4. Satuan biaya umum (SBU) untuk honorarium
5. Total jumlah kasus TB
6. Total jumlah kasus TB anak
7. Frekuensi pelatihan
8. Prosedur klinis

Perspektif yang digunakan dalam proses perhitungan ini adalah perspektif program yang diselenggarakan di fasilitas kesehatan primer pada tingkat kab/kota. Hasil perhitungan ini akan mencerminkan besaran kebutuhan biaya minimal yang harus dipenuhi oleh pemerintah daerah di wilayahnya. Keterbatasan hasil dari perhitungan ini adalah biaya yang timbul merujuk pada besaran kasus bukan termasuk berbagai upaya pengembangan atau inovasi program untuk mereduksi incidence rate TB. Selain itu, pada kerangka SPM tidak terdapat aspek pengobatan sehingga biaya obat akan dikeluarkan dari perhitungan ini, termasuk biaya untuk layanan rujukan, penunjang, dan fasilitas pelayanan TB lainnya.

Hasil analisis dalam artikel ini adalah dengan membandingkan hasil antara perhitungan SPM dengan perhitungan ketersediaan anggaran riil di tingkat kab/kota pada tahun 2013. Oleh karena klasifikasi komponen biaya antara pendekatan SPM dengan Activity Based Costing berbeda, sehingga perlu dibuat kategori yang sama pada keduanya. Setelah dilakukan penilaian, maka diputuskan kategorisasi biaya yang sama pada kedua kelompok tersebut, terbagi menjadi 4 komponen, yaitu:

1. Alat dan Bahan Medis,
2. Alat dan Bahan Non Medis,
3. Operasional Program

Untuk membuat kedua pendekatan tersebut menjadi layak dibandingkan, maka selain penyetaraan komponen biaya juga diperlukan penyetaraan item biaya (cost driver) yang diperhitungkan. Terdapat beberapa item biaya yang dikeluarkan dari perhitungan antara lain obat, gedung, dan gaji rutin. Pembiayaan untuk obat dikeluarkan dari perhitungan sebab pada pendekatan SPM tidak menyebutkan rincian kegiatan pengobatan, sehingga biaya untuk obat tidak muncul meskipun dalam praktiknya terdapat penggunaan obat. Hal ini dikarenakan pengadaan obat dalam penatalaksanaan program TB seluruhnya telah di supply oleh pemerintah pusat melalui APBN sehingga tidak ada biaya yang muncul pada fasilitas kesehatan primer selain gaji dan insentif petugas. Begitu pula untuk item biaya gedung dan gaji rutin yang bersifat given goods atau sumber daya yang pasti akan keluar meskipun tidak terkait dengan program TB, dimana pembiayaan bersumber donor tidak mencakup biaya tersebut sehingga tidak dapat dibandingkan. Lain halnya dengan biaya insentif staf, yang muncul baik dari sumber APBN/APBD maupun Global Fund sehingga dapat dibandingkan. Untuk gaji staf tambahan yang direkrut oleh GF ATM guna membantu pengelolaan program akan diperhitungkan dalam item insentif staf.

Hasil dan Pembahasan

Tabel 3 Perbandingan Kebutuhan Anggaran Menurut SPM dan Realisasi Anggaran di Garut Dan Cirebon

Komponen Biaya	SPM	Existing Budget	Gap
Garut			
alat dan bahan medis	1.655.118.425	997.809.553	(657.308.871)
alat dan bahan non medis	113.250.000	101.047.578	(12.202.421)
Operasional Program	703.751.200	847.738.140	143.986.940
Total	2.472.119.625	1.946.595.273	(525.524.351)
Cirebon			
alat dan bahan medis	968.974.214	372.757.642	(596.216.571)
alat dan bahan non medis	44.805.000	30.773.353	(14.031.646)
Operasional Program	541.373.600	429.989.362	(111.384.237)
Total	1.555.152.814	833.520.359	(721.632.454)

Total kebutuhan anggaran program TB di kabupaten Garut berdasarkan Standar Pelayanan Minimal sekitar 2,5 Milyar Rupiah, sedangkan total anggaran yang sudah dialokasikan hampir 2 Milyar Rupiah. Sehingga selisih antara kebutuhan dengan realisasi anggaran sekitar 535 Juta Rupiah. Dari ketiga komponen biaya yang tercantum pada tabel, selisih paling besar terjadi pada komponen alat dan bahan medis meskipun secara umum total realisasi anggaran sudah cukup tinggi yaitu hampir mencapai 1 Milyar Rupiah.

Sama halnya dengan Kabupaten Garut, perbandingan antara total kebutuhan anggaran menurut SPM dengan anggaran yang telah dialokasikan di Kota Cirebon terjadi selisih yang cukup signifikan yaitu sekitar 721 Juta Rupiah. Dari ketiga komponen biaya pada tabel di atas, selisih anggaran yang paling tinggi adalah pada komponen alat dan bahan medis yaitu sekitar hampir 600 Juta Rupiah.

Tingginya realisasi anggaran untuk komponen alat dan bahan medis baik di Garut maupun Cirebon terkait dengan tingginya angka suspek TB di kedua daerah tersebut. Pada tahun 2013 tercatat angka suspek TB di Garut mencapai 13.898 kasus atau 560/100.000 penduduk sementara

di kota Cirebon sebanyak 5317 kasus atau 1778/100000 penduduk. Hal inilah yang juga memicu tingginya kebutuhan anggaran program berdasarkan SPM, sebab basis data dalam perhitungan SPM adalah angka kasus TB dan frekuensi kegiatan.

Total perhitungan pembiayaan program TB pada tabel di atas tidak termasuk komponen biaya obat, sebab komponen tersebut tidak tercantum dalam item Standar Pelayanan Minimum (SPM). Namun demikian, pada proses perhitungan realisasi anggaran didapatkan bahwa total pengeluaran biaya obat untuk penatalaksanaan program TB di Garut sekitar 1,5 Milyar. Dari total pembiayaan obat tersebut, sekitar 94% bersumber dari pemerintah sedangkan sisanya merupakan support dari Global Fund. Berbeda dengan pola pembiayaan obat di kabupaten garut, pembiayaan obat di Kota Cirebon sepenuhnya di supply oleh pemerintah.

Tabel 4 Rincian Sumber Realisasi Pembiayaan Program TB di Garut dan Cirebon

Komponen Biaya	Pemerintah Daerah	Pemerintah Pusat	Global Fund	Total
Garut				
alat dan bahan medis	495.078.361	494.599.993	8.131.200	997.809.553
alat dan bahan non medis	26.265.883	28.681.696	46.100.000	101.047.578
Pencegahan dan Penemuan Kasus	39.758.000	12.909.600	98.416.000	151.083.600
Gaji	329.818.920	288.360.000	35.299.440	653.478.360
Utilities	16.154.000	27.022.181	-	43.176.180
Total	907.075.164	851.573.469	187.946.640	1.946.595.273
Cirebon				
alat dan bahan medis	312.645.107	40.597.655	19.514.880	372.757.642
alat dan bahan non medis	8.981.527	21.618.786	173.040	30.773.353
Pencegahan dan Penemuan Kasus	79.855.029	-	17.488.060	97.343.089
Gaji	225.706.945	-	-	225.706.945
Utilities	95.782.952	11.156.375	-	106.939.327
Total	722.971.561	73.372.818	37.175.980	833.520.359

Tabel di atas menjelaskan rincian masing-masing komponen biaya dan sumber pembiayaannya, antara lain pemerintah daerah, pemerintah pusat dan global fund. Namun demikian, rincian biaya di atas hanya menjelaskan proporsi pembiayaan dari anggaran yang telah direalisasikan di masing-masing daerah. Secara total, penatalaksanaan program TB di kabupaten garut masih di dominasi oleh pembiayaan bersumber pemerintah, yaitu sekitar 46% pemerintah daerah, 44% pemerintah pusat, dan 10% Global Fund. Apabila ditinjau lebih rinci memang tingginya alokasi anggaran pemerintah baik pusat maupun daerah masih cenderung pada pengadaan alat dan bahan medis serta komponen gaji.

Lain halnya dengan Kota Cirebon, secara umum peran global fund terhadap penatalaksanaan program TB tidak terlalu signifikan. Berdasarkan perhitungan alokasi anggaran program melalui pendekatan ABC, didapatkan bahwa peran global fund dalam pembiayaan TB di Kota Cirebon hanya sebesar 4% sementara selebihnya merupakan support dari Pemerintah. Porsi pembiayaan pada komponen alat dan bahan medis menunjukkan bahwa peran pemerintah baik pada level pusat maupun daerah jauh lebih dominan dibandingkan GF. Begitu juga pada komponen pencegahan dan penemuan kasus, dimana sekitar 80% pembiayaannya telah di support oleh pemerintah daerah.

Salah satu isu penting yang terdapat pada tabel di atas adalah pada komponen pencegahan dan penemuan kasus. Aktivitas yang dilakukan pada komponen ini antara lain kunjungan rumah pada pasien suspek TB maupun kegiatan operasional lain guna mencegah penularan aktif oleh pasien TB, sehingga pembiayaan untuk komponen ini sangat penting. Porsi pembiayaan kegiatan pencegahan dan penemuan kasus di kota Cirebon sebesar 80% berasal dari pemerintah daerah. Namun demikian, pembiayaan untuk komponen ini kabupaten Garut masih cukup kecil yaitu sekitar 35%, sementara 65% lainnya masih di-support oleh Global Fund. Berdasarkan temuan studi kualitatif diketahui bahwa program penanggulangan TB khususnya untuk kegiatan pencegahan dan penemuan kasus masih belum mendapatkan porsi pembiayaan yang memadai seperti yang disampaikan oleh narasumber berikut.

...kita belum pernah ada dari APBD sebelum 2011-2012, baru ada 2013, itu pun hanya untuk follow-up pasien MDR 1 kasus. Kalau dari APBD2 baru ada 1 kegiatan untuk pendampingan penderita TB MDR. Tahun 2014 diberikan dana Rp.112juta dari pemerintah daerah untuk pendataan TB di puskesmas & follow up kasus TB MDR (9 kasus)...

..biasanya program TB dimasukkan dalam satu RKA yang bersatu dengan kegiatan lainnya, termasuk kegiatan penanggulangan penyakit epidemic dan pandemic. Tahun ini saya coba dipisahkan RKA tersendiri, jadi saya masukkan program pencegahan dan penanganan penyakit Tuberculosis. Saya coba anggarkan Rp.256.000.000 untuk tahun 2015...

Hal ini menjadi perhatian penting mengingat dukungan donor asing akan segera berakhir, sementara pembiayaan pemerintah untuk aktivitas primer masih relatif kecil. Untuk menjamin keberlangsungan program, pemerintah daerah tentunya perlu mengupayakan kerja sama dengan pihak swasta (Public-Private Partnership) atau berbagai pihak lain yang memiliki potensi dan keterkaitan dengan penatalaksanaan program TB. Selain itu tentunya diperlukan advokasi yang tepat kepada pemangku kebijakan yang berwenang dalam penetapan anggaran. Hal ini dikarenakan beban ekonomi yang ditimbulkan oleh penyakit TB cukup tinggi, mengingat tingginya angka prevalensi Tuberkulosis baik di Kabupaten Garut maupun Kota Cirebon.

Kesimpulan dan Saran

Merujuk pada Standar Pelayanan Minimum (SPM), diketahui bahwa kebutuhan anggaran program TB di Kabupaten Garut sekitar 2,5 Milyar Rupiah. Sedangkan anggaran yang telah di realisasikan pada tahun 2013 sebesar hampir 2 Milyar Rupiah, sehingga terdapat selisih sekitar 500 juta terhadap standar kebutuhan program. Tingginya angka tersebut dipicu oleh tingginya angka kejadian kasus TB di Kabupaten Garut yang mencapai 13.898 kasus atau 560/100.000 penduduk.

Sama halnya dengan Kabupaten garut, selisih kebutuhan dan realisasi anggaran di Kota Cirebon cukup signifikan. Total kebutuhan anggaran merujuk pada SPM sekitar 1,5 Milyar rupiah sementara realisasi anggaran pada tahun yang sama sekitar 833 Juta Rupiah. Selisih anggaran yang paling tinggi di Kota Cirebon adalah pada komponen alat dan bahan medis yaitu sekitar hampir 600 Juta Rupiah. Tingginya selisih antara kebutuhan dan realisasi anggaran kontras dengan besaran kasus yang ada di Kota Cirebon. Pada tahun 2013 total suspek TB di kota Cirebon sebanyak 5.317 kasus atau 1.778/100000 penduduk, yang tentunya akan membutuhkan bahan medis cukup

banyak untuk pemeriksaan TB.

Apabila ditinjau lebih rinci pada peran pemerintah dalam pola pembiayaan program, penatalaksanaan program TB di kabupaten garut masih di dominasi oleh pembiayaan bersumber pemerintah, yaitu sekitar 46% pemerintah daerah, 44% pemerintah pusat, dan 10% Global Fund. Begitu juga peran Global Fund dalam pembiayaan TB di Kota Cirebon hanya sebesar 4%, sementara selebihnya merupakan support pembiayaan dari Pemerintah. Sehingga untuk isu exit strategy pasca terminasi Global Fund seharusnya tidak menjadi beban serius karena pembiayaan yang bersumber pemerintah sudah cukup menunjukkan porsi yang besar terhadap program. Meskipun tingginya alokasi anggaran pemerintah baik pusat maupun daerah masih cenderung pada pengadaan alat dan bahan medis serta komponen gaji.

Salah satu temuan penting pada hasil perhitungan ini adalah gambaran komitmen daerah untuk pembiayaan kegiatan pencegahan dan penemuan kasus. Merujuk pada hasil perhitungan di kabupaten Garut diketahui bahwa peran pembiayaan pemerintah untuk komponen pencegahan dan penemuan kasus masih cukup rendah yaitu sekitar 35% dari total alokasi anggaran, sementara 65% lainnya masih di support oleh Global Fund. Hal ini akan menjadi tantangan besar terhadap keberlangsungan program preventif TB di Kabupaten Garut apabila tidak dirumuskan alternatif pembiayaan yang memadai. Namun sebaliknya di Kota Cirebon, meskipun secara total selisih antara kebutuhan dengan realisasi anggaran jauh lebih tinggi di kota Cirebon akan tetapi porsi pembiayaan pemerintah sudah cukup tinggi. Pada komponen pencegahan dan penemuan kasus, sekitar 80% pembiayaannya sudah di support oleh pemerintah daerah sementara selebihnya adalah dukungan dari Global Fund.

Secara umum, baik Kabupaten Garut maupun Kota Cirebon menghadapi dua tantangan yang sama dalam hal pembiayaan program TB. Pertama, selisih antara kebutuhan dan realisasi anggaran program yang masih cukup tinggi menjadi perhatian penting untuk menangani kasus TB di daerah masing-masing. Sebab, karakteristik penyakit TB apabila tidak terobati dengan tepat akan memicu terjadinya MDR TB (multi drug resistant), dimana pembiayaan untuk pengobatan tersebut menjadi sangat tinggi. Terlebih penularan oleh pasien MDR TB akan secara langsung menjadikan pasien baru terjangkit MDR TB, bukan kasus TB reguler sehingga beban ekonomi yang ditimbulkan akan semakin besar. Tantangan kedua adalah keberlangsungan program setelah berakhirnya dukungan pembiayaan dari donor asing, terutama untuk program pencegahan dan penemuan kasus. Oleh karena itu upaya yang sangat perlu dilakukan adalah advokasi kepada para pemangku kebijakan dengan bukti dan dampak yang akan ditimbulkan dari penyakit TB. Sebab alternatif yang dapat dilakukan dalam jangka pendek adalah dengan peningkatan komitmen pembiayaan pemerintah untuk menggantikan pembiayaan yang bersumber donor sebelumnya. Sementara dalam jangka panjang, pemerintah daerah dapat mengupayakan public-private partnership untuk melibatkan pihak swasta dalam penatalaksanaan program TB di daerah.

Daftar Pustaka

- Collins, D. H., & Jarrah, Z. (2012). Modeling the Cost-Effectiveness of Multi-Drug Resistant Tuberculosis. *Management Sciences for Health*.
- Dirjen P2PL. (2011). Strategi Nasional Pengendalian TB di Indonesia 2010-2014. Kementerian Kesehatan RI.
- Dirjen P2PL. (2014). Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis. Kementerian Kesehatan

RI.

Global Fund. (2015). Investment Case for the Global Fund's 2017-2019 Replenishment. Global Fund.

Hancock, B., Windridge, K., & Ockleford, E. (2007). An Introduction to Qualitative Research. UK: The NIHR RDS EM.

Mogyorosz, Z., & Smith, P. (2005). The main methodological issues in costing health care services: A literature review. Center for Health Economic University of York.

Popesko, B. (2013). Specifics of the Activity-Based Costing applications in Hospital Management. International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health, 184.

USAID. (2008). Tuberculosis Profile of Indonesia.

WHO. (2015). Global Tuberculosis Report.