



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KESINAMBUNGAN PEMBIAYAAN
PROGRAM IMUNISASI DI KABUPATEN GARUT
PADA TAHUN 2010 – 2014**


TESIS

**PRIMA YOSEPHINE H
NPM : 0706189135**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JULI 2009**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Prima Yosephine H
NPM : 0706189135
Tanda Tangan : 
Tanggal : 4 Juli 2009

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Prima Yosephine H

NPM : 0706189135

Mahasiswa Program : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2008/2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi/tesis/disertasi*) saya yang berjudul:

ANALISIS KESINAMBUNGAN PEMBIAYAAN PROGRAM IMUNISASI DI KABUPATEN GARUT PADA TAHUN 2010-2014

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 10 Juli 2009



(Prima Yosephine H)



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KESINAMBUNGAN PEMBIAYAAN
PROGRAM IMUNISASI DI KABUPATEN GARUT
PADA TAHUN 2010 – 2014**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**PRIMA YOSEPHINE H
NPM.: 0706189135**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KEKHUSUSAN EKONOMI KESEHATAN
DEPOK
JULI 2009**

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Prima Yosephine H
NPM : 0706189135
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : Analisis Kesenambungan Pembiayaan Program Imunisasi
di Kabupaten Garut Pada Tahun 2010 – 2014

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Pujiyanto, SKM., M. Kes. (.....)

Penguji : Dr.drg. Mardiaty Nadjib (.....)

Penguji : Prastuti Soewondo, SE., MPH., Ph.D. (.....)

Penguji : DR.dr. Julitasari, MSc (.....)

Penguji : Chairiyah Anwar, SKM., M.Kes. (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 6 Juli 2009

KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, kami dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi kami untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, terima kasih kami sampaikan dengan penuh rasa hormat kepada Bapak Pujiyanto, SKM., M.Kes selaku pembimbing yang dengan segala kesibukannya masih meluangkan waktu kepada kami dalam memberikan bimbingan, arahan, saran dan dukungan yang diperlukan untuk perbaikan tesis ini, walaupun tesis ini masih jauh dari harapan beliau. Kami juga mengucapkan terima kasih kepada:

- (1) Ibu Dr.drg. Mardiaty Nadjib selaku penguji dalam seminar proposal, seminar hasil dan sidang ujian yang sangat banyak memberikan arahan kepada penulis bukan hanya dalam perbaikan tesis ini, tetapi juga hal lain yang sangat berarti.
- (2) Ibu Prastuti Soewondo, SE., MPH., Ph.D., DR.dr. Julitasari, MSc dan Chairiyah Anwar, SKM., M.Kes. yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk hadir sebagai penguji dalam dan luar pada ujian tesis penulis dan telah memberikan saran untuk perbaikan tesis ini.
- (3) Ibu dr. Jane Soepardi, MSc dan dr. Carmelia Basri SH. M.Epid. sebagai mantan Kasubdit Imunisasi atas kesempatan yang diberikan untuk mengikuti pendidikan serta arahan, pemikiran dan masukan dalam penyelesaian penyusunan hasil penelitian ini.
- (4) Kepala Dinas Kesehatan, Ketua DPRD dan Kepala Bappeda Kabupaten Garut yang telah memberikan izin dan menerima penulis untuk mewawancarai dan mengambil data untuk keperluan tesis.
- (5) Kepala Seksi Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, Kepala Bidang P2, Kepala Seksi Imunisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Garut beserta staf, para Kepala Puskesmas, dokter dan seluruh staf yang telah

membantu dalam penyediaan data sehingga penelitian ini dapat berlangsung dengan baik.

- (6) Seluruh Pengajar Program Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat, yang telah memberikan tambahan ilmu pengetahuan kepada penulis sehingga memperkaya wawasan bagi penulis dalam menyelesaikan tesis ini
- (7) Teman-teman di Subdit Imunisasi Direktorat Sepim-Kesma, Dirjen PP&PL atas perhatian, dukungan dan bantuan yang penulis terima dalam penyelesaian tesis ini.
- (8) Teman-teman dr. Kenedi, dr. Marina Damajanti, drg. Rani Harjanti yang telah menjadi penyanggah baik di seminar proposal maupun seminar hasil yang telah memberikan masukan berarti dalam penyelesaian tesis.
- (9) Suami dan anak-anak tercinta (Geby, Tian dan Cilla) yang tetap memberikan pengertian, semangat, dukungan dan pengorbanan bagi penulis untuk menyelesaikan pendidikan
- (10) Semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan tesis ini yang tak mungkin disebutkan satu persatu.

Akhir kata penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan oleh sebab itu segala kritik dan saran sangat penulis harapkan untuk kesempurnaan tesis ini sehingga tesis ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Depok, 4 Juli 2009

Penulis

Prima Yosephine H

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia , saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Prima Yosephine H
NPM : 0706189135
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : AKK
Fakultas : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

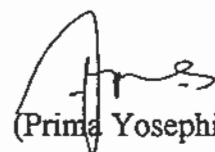
demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalti-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Analisis Kestinambungan Pembiayaan Program Imunisasi di Kabupaten Garut Pada Tahun 2010 – 2014

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal: 04 Juli 2009
Yang Menyatakan


(Prima Yosephine H)

ABSTRAK

Nama : Prima Yosephine H
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Analisis Kesenambungan Pembiayaan Program Imunisasi Di Kabupaten Garut Pada Tahun 2010 – 2014

Kabupaten Garut adalah kabupaten terbesar (urutan ke 2) di Provinsi Jawa Barat dengan cakupan imunisasi yang belum mencapai target nasional. Cakupan desa UCI di Kabupaten Garut selama tahun 2006 sampai 2008 adalah 75,9%, 79% dan 81,8% yang masih dibawah target yaitu 88%, 92% dan 95%. Untuk mempertahankan tingkat perlindungan bayi di daerah ini khususnya dan Jawa Barat pada umumnya serta mencapai target UCI Desa 100% tahun 2010, program imunisasi pada kabupaten ini harus ditingkatkan dan dijaga kesinambungannya. Oleh sebab itu perlu dilakukan analisis pembiayaan serta komitmen pemerintah daerah terhadap program imunisasi di Kabupaten Garut pada tahun 2010 – 2014.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran potensi kesinambungan pembiayaan (*financing sustainability*) program imunisasi di Kabupaten Garut, Provinsi Jawa Barat, tahun 2010 – 2014.

Ruang lingkup penelitian terfokus pada aspek biaya yang dipergunakan di dinas kesehatan kabupaten dan seluruh puskesmas dalam menyelenggarakan kegiatan imunisasi tahun anggaran 2008, sebagai *baseline year* dan estimasi di tahun 2010-2014, yang berasal dari berbagai sumber tetapi tidak termasuk biaya yang dikeluarkan oleh masyarakat (*out of pocket*) dengan menggunakan data primer dan skunder. Data sekunder adalah data alokasi dan realisasi anggaran program imunisasi dari dokumen keuangan, data primer diperoleh dengan wawancara mendalam pejabat terkait mengenai komitmennya dalam program dan pengalokasian anggaran.

Dari hasil penelitian, didapatkan total anggaran untuk pembiayaan program imunisasi termasuk gaji dan investasi di Kabupaten Garut pada tahun 2008 yang berasal dari berbagai sumber adalah sebesar Rp. 18.938.099.676,-. Tren total pembiayaan Program Imunisasi (di luar gaji) yang bersumber dana APBD Kabupaten Garut mengalami peningkatan dari Rp. 202.200.000 (2006) ke Rp. 366.918.000 (2007) tetapi turun lagi menjadi Rp. 354.744.350 (2008). Biaya yang dibutuhkan program imunisasi yang penyalurannya melalui bidang P2/seksi imunisasi berturut-turut dari tahun 2010 sampai 2014 adalah Rp. 623.757.407; Rp. 622.877.636,-; Rp. 639.084.322,-; Rp.664.398.018,-; Rp. 734.563.363,-

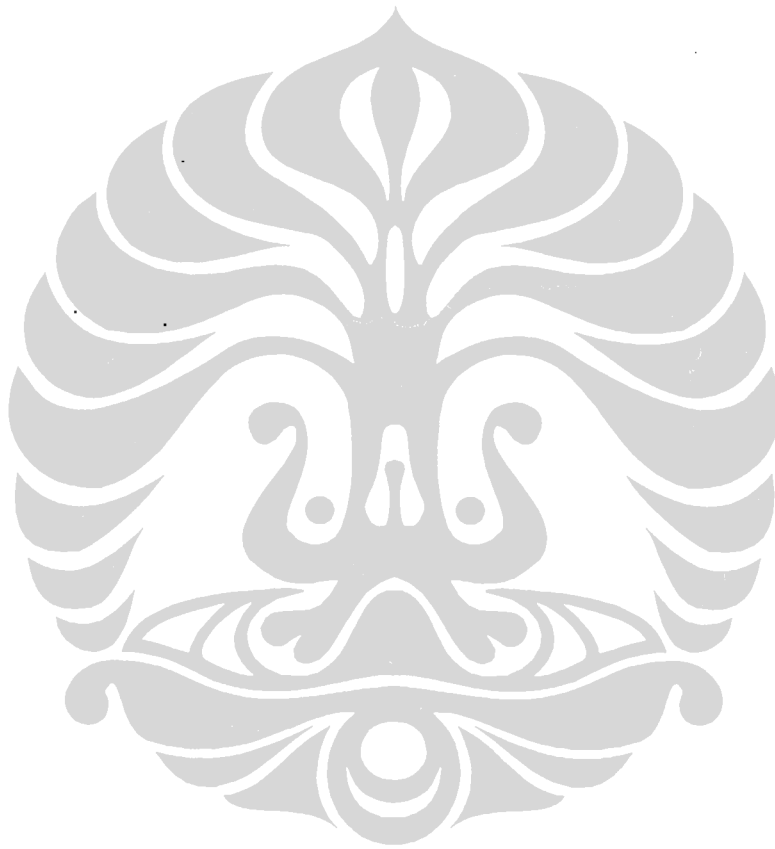
Sumber pembiayaan untuk Program Imunisasi termasuk gaji bersumber dari APBD Kab.Garut, APBD Prov Jawa Barat, APBN, Jamkesmas dan lembaga donor yakni GAVI dan MCCI . Sumber utama pembiayaan Program Imunisasi di Kabupaten Garut pada tahun 2008 adalah APBN (41%) APBD Kab Garut (40%), dan Jamkesmas (16%).

Komitmen dari pejabat Pemerintah Daerah Kabupaten Garut terhadap program imunisasi dianggap sudah cukup baik dengan terbentuknya Forum Komunikasi Imunisasi dan menempatkan sektor kesehatan sebagai prioritas pembangunan daerah, tetapi diperlukan advokasi yang optimal terhadap pengambil kebijakan di Dinas Kesehatan agar pembiayaan imunisasi dapat ditingkatkan dan

berkesinambungan. Proporsi biaya imunisasi terhadap belanja Dinas Kesehatan pada tahun 2010-2014 perlu peningkatan kurang lebih 3 kali lipat dibandingkan dengan tahun 2008 agar kelangsungan pembiayaan program imunisasi dapat terjaga.

Kata kunci:

Kesinambungan pembiayaan (*financial sustainability*)



ABSTRACT

Name : Prima Yosephine H
Study Program : Pubic Health
Title : Analysis of Financing Sustainability on Immunization Program in Garut District 2010 – 2014

Garut is the second largest district in West Java Province with immunization coverage has not achieved the National target. Coverage of UCI village in Garut district during 2006-2008 namely 75,9%, 79% and 81,8% respectively comparing with the national target 88%, 92% and 95% in respective years. To maintain the protection among babies against VPD especially in this district area and province generally, and also to achieve the national target of UCI village 100% in 2010, immunization program must be strengthened and sustained. So that an analysis of financing and local government commitment toward immunization program 2010-2014 in order to appraise the sustainability of immunization program in Garut District become crucial to be conducted.

The research aimed to get the potency picture of the financial sustainability of immunization program in Garut district, West Java province in 2010 – 2014

Scope of the research focuses on the budget that used for implementation of immunization program activities in District Health Office and all puskesmas during 2008 as baseline year and estimated in year 2010-2014, coming from various source but not including the expense released by society (out of pocket) based on both primary and secondary data. Secondary data includes data alocation and budget realization in immunization program based on financial document, meanwhile, primary data gained from interview among providers related (respondents) regarding their commitment toward immunization program and budget alocation.

The research finds that the total budget for immunization program, includes salaries and investment in Garut District in 2008 from all resources budget, is an amount of Rp. 18.938.099.676,-. The tren of total budget for immunization program (excluded salary) that from APBD Garut district increases from Rp. 202.200.000 in 2006 to Rp. 366.918.000 in 2007 but decreases become Rp. 354.744.350 in 2008. Budget for immunization program that channeling through CDC /immunization section from year 2010 to 2014 is Rp. 623.757.407; Rp. 622.877.636,-; Rp. 639.084.322,-; Rp.664.398.018,-; and Rp. 734.563.363,-

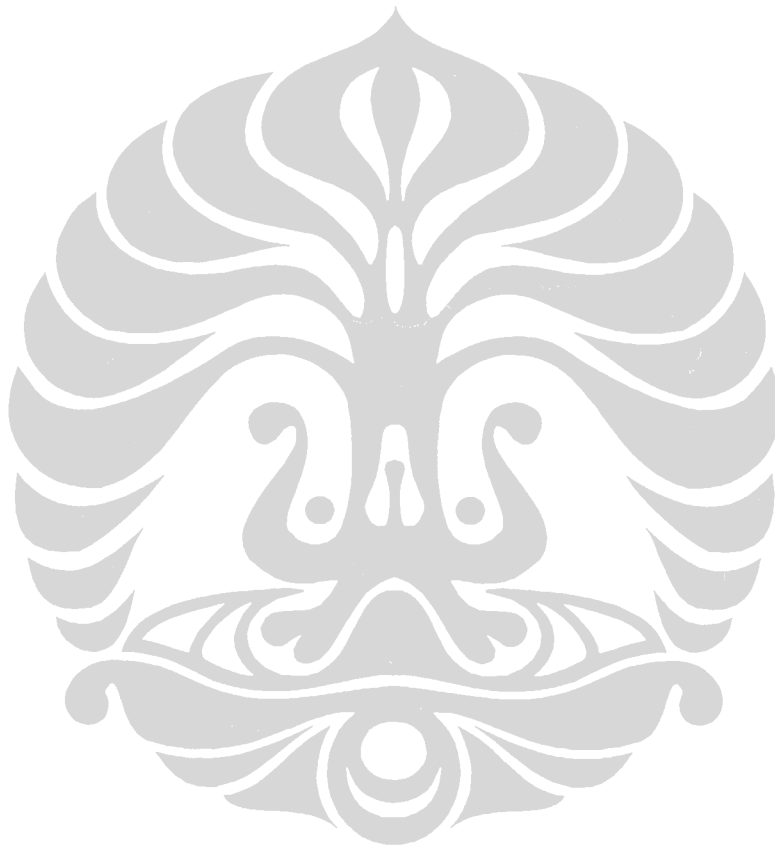
The source of budget for immunization program including salary come from APBD Garut district, APBD Jawa Barat province, APBN, Jamkesmas and donor agencies including GAVI and MCC/IP. The larget budget immunization program in Garut district in 2008 from APBN (41%), APBD Garut district (40%), and Jamkesmas (16%).

The commitment among local government providers in Garut district toward immunization program has seemed good enough with established Forum Komunikasi Imunisasi and place the health sector as a priority of the local development but strong advocation to the stakeholder at District Health Office still needed so that immunization financing can be improved and sustained. Proportion of immunization

expenses to District Health Office expenses in the year 2010-2014 need to increase around 3 times compared to the year 2008 so that the financing sustainability of immunization program should be secure.

Key Words:

Financial sustainability



DAFTAR ISI

| | |
|---|-----------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| LEMBAR PENGESAHAN | ii |
| KATA PENGANTAR | iii |
| LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH | v |
| ABSTRAK | vi |
| DAFTAR ISI | x |
| DAFTAR TABEL | xiii |
| DAFTAR GAMBAR | xv |
| DAFTAR LAMPIRAN | xvii |
| DAFTAR SINGKATAN | xviii |
| I. PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1. Latar Belakang | 1 |
| 1.2. Rumusan Masalah | 5 |
| 1.3. Pertanyaan Penelitian | 6 |
| 1.4. Tujuan Penelitian | 6 |
| 1.4.1. Tujuan Umum | 6 |
| 1.4.2. Tujuan Khusus | 6 |
| 1.5. Manfaat Penelitian | 7 |
| 1.6. Ruang lingkup penelitian | 8 |
| BAB II. TINJAUAN PUSTAKA | 9 |
| 2.1. Pembiayaan Kesehatan | 9 |
| 2.2. Sumber Pembiayaan Kesehatan | 12 |
| 2.3. Proses Penyusunan APBD | 15 |
| 2.4. Studi Pembiayaan Kesehatan | 17 |
| 2.5. Hal-Hal yang Mempengaruhi Alokasi Anggaran Daerah | 18 |
| 2.6. Pembiayaan Program Imunisasi | 19 |
| 2.6.1. Tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota | 23 |
| 2.6.2. Tingkat Puskesmas | 28 |
| 2.7. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kestinambungan | 29 |
| Program Kesehatan Masyarakat | |
| 2.7.1. Target Populasi menyangkut jumlah, komposisi | 29 |
| dan distribusi..... | |
| 2.7.2. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Kelompok Sasaran .. | 29 |
| 2.7.3. Kualitas Pelayanan Kesehatan Dasar | 30 |
| 2.7.4. Dukungan Manajemen | 30 |
| 2.7.5. Kapasitas Organisasi | 30 |
| 2.7.6. Komitmen Politik | 31 |
| 2.7.7. Sumber Daya Manusia..... | 31 |
| 2.7.8. Pendapatan Program..... | 31 |
| 2.7.9. Pengeluaran Program | 31 |
| 2.7.10. Lingkungan | 32 |
| 2.8. Kestinambungan Pembiayaan Program Imunisasi | 32 |
| BAB III. KERANGKA KONSEP, DAN DEFINISI OPERASIONAL | 38 |

| | | |
|----------------|--|-----------|
| 3.1. | Kerangka Konsep | 38 |
| 3.2. | Definisi Operasional | 41 |
| BAB IV. | METODE PENELITIAN | 50 |
| 4.1. | Desain Penelitian | 50 |
| 4.2. | Lokasi dan Waktu Penelitian | 50 |
| 4.3. | Populasi dan Sampel Penelitian | 50 |
| 4.4. | Pengumpulan Data | 51 |
| 4.4.1. | Data Kuantitatif | 51 |
| 4.4.2. | Data Kualitatif | 51 |
| 4.5. | Pengolahan dan Analisa Data | 53 |
| 4.5.1. | Data Kuantitatif tingkat polio jadi HB | 53 |
| 4.5.2. | Data Kualitatif | 56 |
| 4.6. | Penyajian Data | 57 |
| BAB V. | HASIL PENELITIAN | 58 |
| 5.1. | Kerangka Penyajian | 58 |
| 5.2. | Gambaran Umum Wilayah Kabupaten Garut | 59 |
| 5.2.1. | Keadaan Geografi | 59 |
| 5.2.2. | Visi, Misi dan Strategi Pemerintahan Kabupaten Garut | 60 |
| 5.2.3. | Keadaan Penduduk | 61 |
| 5.3. | Indikator Makro Pembangunan Kabupaten Garut | 62 |
| 5.4. | Anggaran Daerah dipandang perlu | 65 |
| 5.5. | Hasil Wawancara Mendalam Tentang Proses Perencanaan | 66 |
| | di Kabupaten Garut | |
| 5.6. | Pembiayaan Kesehatan Kabupaten Garut | 68 |
| 5.7. | Pencapaian Program Imunisasi | 68 |
| 5.8. | Pembiayaan dan Penganggaran Program Imunisasi | |
| 5.8.1. | Total Pembiayaan Program Imunisasi Tahun 2006 -2008 | 71 |
| 5.8.2. | Proporsi Pembiayaan Program Imunisasi di Kabupaten | |
| | Garut Tahun 2006-2008 | 73 |
| 5.8.3. | Pembiayaan Program Imunisasi Berdasarkan | |
| | Sumber Pembiayaan di Kabupaten Garut | 74 |
| 5.8.4. | Pembiayaan Program Imunisasi Berdasarkan komponen | |
| | biaya di kabupaten Garut Tahun 2008 | 75 |
| 5.8.5. | Pembiayaan Program Imunisasi Berdasarkan | |
| | Komponen Biaya di Kabupaten Garut Tahun 2010- | |
| | 2014 | 77 |
| 5.8.6. | Kesenjangan/GAP Pembiayaan Program Imunisasi di | |
| | Dinas Kesehatan Garut Tahun 2010 – 2014 (Perb. | |
| | Alokasi Anggaran yang pasti dengan Total Pembiayaan) | 83 |
| 5.8.7. | Komposisi dari Kesenjangan Pembiayaan Program | |
| | Imunisasi | 86 |
| 5.8.8. | Analisa Kesenambungan Program Imunisasi di | |
| | Kabupaten Garut Tahun 2010-2014 | 87 |
| BAB VI. | PEMBAHASAN | 89 |
| 6.1. | Keterbatasan Penelitian | 89 |

| | | |
|-----------------------------|--|------------|
| 6.2. | Analisis Pencapaian Program Imunisasi di Kabupaten Garut 90 | |
| 6.3. | Analisis Pembiayaan Program Imunisasi di Kabupaten Garut . Tahun 2008 | 92 |
| 6.4. | Analisis Biaya dan Pembiayaan Program Imunisasi di Kabupaten Garut Tahun 2010-2014 | 94 |
| 6.5. | Analisis Strategi Sustainability Pembiayaan Program Imunisasi Di Kabupaten Garut Tahun 2010-2014 | 97 |
| BAB VII. | KESIMPULAN DAN SARAN | 100 |
| 7.1. | Kesimpulan | 100 |
| 7.2. | Saran | 101 |
| DAFTAR PUSTAKA | | 104 |
| LAMPIRAN | | |



DAFTAR TABEL

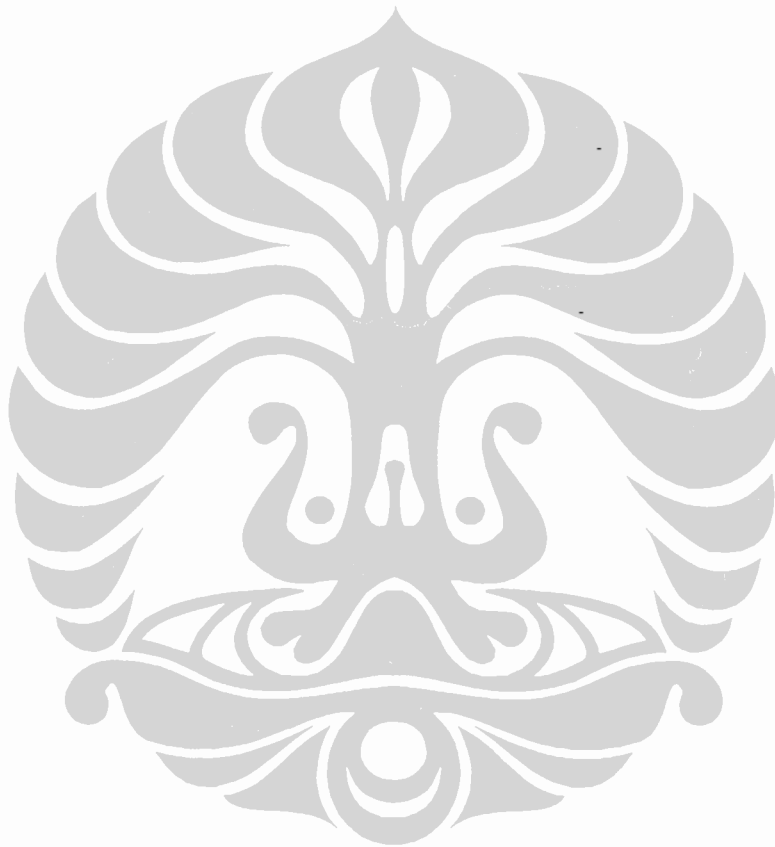
| | | |
|-------------|--|----|
| Tabel 1.1. | Peta Kapasitas Fiskal Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Barat Tahun 2007 | 4 |
| Tabel 1.2. | Anggaran Program Imunisasi Per Target Populasi Bersumber APBD II Kabupaten Garut Tahun 2005-2008 ... | 5 |
| Tabel 2.1. | Alur Penyusunan APBD (Kepmendagri No.29 Tahun 2002). | 20 |
| Tabel 2.2. | Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Tahun 2002..... | 21 |
| Tabel 2.3. | Expenditure on Health, Indonesia 2001-2003..... | 21 |
| Tabel 2.4.. | Kutipan dari Peraturan Pemerintah No. 38/2007 | 25 |
| Tabel 2.5. | Kutipan dari Peraturan Pemerintah No. 38/2007 (B)..... | 26 |
| Tabel 5.1. | Data Informan Wawancara Mendalam | 58 |
| Tabel 5.2. | Indikator Makro Pembangunan Kabupaten Garut Tahun 2007 dan Proyeksi Tahun 2008-2009 | 64 |
| Tabel 5.3. | Gambaran Anggaran Dana Pembangunan di Kabupaten Garut berdasarkan Berbagai Sumber Dana, Tahun 2004 – 2009..... | 65 |
| Tabel 5.4. | Cakupan Imunisasi Rutin di Kabupaten Garut Tahun 2005-2007 | 69 |
| Tabel 5.5. | Cakupan Imunisasi di Kabupaten Garut tahun 2008 | 70 |
| Tabel 5.6. | Tren Cakupan Imunisasi di Kabupaten Garut Tahun 2005-2008 | 70 |
| Tabel 5.7. | Hasil Pelaksanaan Imunisasi Anak Sekolah (Campak, DT dan TT) Kabupaten Garut Tahun 2006-2008..... | 71 |
| Tabel 5.8. | Proporsi Pembiayaan Program Imunisasi Terhadap Pembiayaan P2M dan Dinas Kesehatan Kab. Garut Tahun 2006-2008 | 73 |

| | | |
|-------------|---|----|
| Tabel 5.9. | Indikator Biaya Program Imunisasi Kabupaten Garut Tahun 2008 | 77 |
| Tabel 5.10. | Pembiayaan Program Imunisasi di Dinas Kesehatan Kab. Garut Tahun 2010 – 2014 | 78 |
| Tabel 5.11. | Pembiayaan Program Imunisasi di dinas Kesehatan Kabupaten Garut diluar Gaji dan Pengadaan Vaksin, Alat suntik dan Safety Box Tahun 2008 dan Tahun 2010-2014.... | 81 |
| Tabel 5.12. | Pembiayaan Program Imunisasi di dinas Kesehatan Kabupaten Garut diluar Gaji dan Pengadaan Vaksin, Alat suntik dan Safety Box, Investasi, Imunisasi Tambahan dan <i>Shared Costs</i> Tahun 2008 dan Tahun 2010-2014..... | 82 |
| Tabel 5.13. | Pembiayaan Program Imunisasi Yang Dananya Menjadi Tanggung Jawab dari Bagian P2 atau Seksi Imunisasi Kabupaten Garut Tahun 2008 dan Tahun 2010-2014..... | 83 |
| Tabel 5.14. | Komposisi Kesenjangan Pembiayaan Program Imunisasi di Kabupaten Garut Tahun 2010-2014..... | 87 |

DAFTAR GAMBAR

| | | |
|-------------|--|-----|
| Gambar 1.1. | Grafik Cakupan Imunisasi Kab. Garut Tahun 2008 | 4 |
| Gambar 2.1. | Alur Penyusunan APBD (KepmendagriNo.29 Tahun 2002 .. | 17 |
| Gambar 2.2. | Tingkat Akuntabilitas dalam Costing dan Financing (Biaya dan Pembiayaan) | 23 |
| Gambar 2.3. | Proses Perencanaan di Tingkat Provinsi dan Kabupaten | 24. |
| Gambar 2.4. | Proporsi Anggaran Program Imunisasi Dari Semua Sumber Pembiayaan Tahun 2005-2007 | 27 |
| Gambar 2.5. | Grafik Perbandingan Alokasi dan Realisasi Anggaran Program Imunisasi dari Semua Sumber di tiga Provinsi, 2006-2007 | 28 |
| Gambar 2.6. | Proses Perencanaan di tingkat Puskesmas | 29 |
| Gambar 2.7. | Kesinambungan Pembiayaan Program..... | 33 |
| Gambar 3.1. | Kerangka Konsep Kesinambungan Pembiayaan Program Imunisasi di Kabupaten Garut | 40 |
| Gambar 5.1. | Peta Wilayah Kabupaten Garut | 60 |
| Gambar 5.2. | Grafik Total Realisasi Pembiayaan Program Imunisasi di Dinas Kesehatan Kabupaten Garut Tahun 2006-2008 | 72 |
| Gambar 5.3. | Grafik Pembiayaan Program Imunisasi Berdasarkan Sumber Pembiayaan di Dinas Kabupaten Garut Tahun 2008 | 75 |
| Gambar 5.4. | Grafik Anggaran Program Imunisasi Berdasarkan Komponen Biaya di Dinas Kabupaten Garut Tahun 2008.... | 76 |
| Gambar 5.5. | Grafik Pembiayaan Program Imunisasi Berdasarkan Komponen Biaya dan Sumber Pembiayaan di Kabupaten Garut Tahun 2010 - 2014 | 79 |
| Gambar 5.6 | Grafik Kesenjangan Pembiayaan Program Imunisasi (Total Pembiayaan terhadap Anggaran yang Sudah Pasti/ secure) di Kabupaten Garut Tahun 2010-2014 | 84 |

| | | |
|-------------|---|----|
| Gambar 5.7. | Grafik Kesenjangan Pembiayaan Program Imunisasi (Total Pembiayaan terhadap Anggaran Baik Yang Sudah Pasti/ Secure Maupun Yang Masih Mungkin) di Kabupaten Garut Tahun 2010-2014 | 85 |
| Gambar 5.8. | Grafik Analisa Kestinambungan Pembiayaan Program Imunisasi di Kabupaten Garut Tahun 2010-2014..... | 88 |



DAFTAR LAMPIRAN

1. Data Informan
2. Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Ketua Komisi E DPRD
3. Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Kepala Bidang Yang Membidangi Kesehatan Bappeda Kabupaten
4. Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Kadinkes/Kasie Perencanaan
5. Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Kasubdin P2M/Kasie Imunisasi
6. Multi Year Plan Costing and Future Financing for Kabupaten Garut (in US\$)- Detailed Table
7. Matriks Hasil Wawancara Mendalam
8. Macroeconomics Indicators
9. Immunization Sustainability Analysis for Kabupaten Garut
10. SK Bupati Tentang Pembentukan Forum Komuniaksi Imunisasi Kabupaten Garut

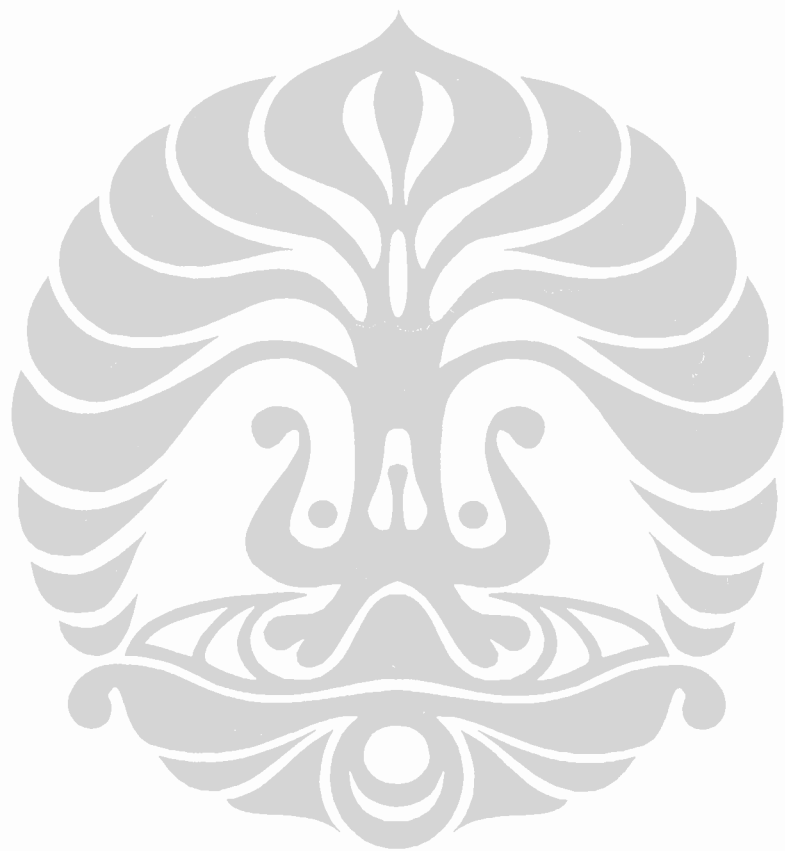
DAFTAR SINGKATAN

| | |
|-----------|--|
| APBD | Anggaran Pendapatan Belanja Daerah |
| APBN | Anggaran Pendapatan Belanja Negara |
| ADS | <i>Auto Dissable Syringes</i> |
| AKB | Angka Kematian Bayi |
| AKI | Angka Kematian Ibu |
| AHH | Angka Harapan Hidup |
| AKABA | Angka Kematian Balita |
| AKK | Angka Kematian Kasar |
| AKU | Arah dan Kebijakan Umum |
| Bappeda | Badan Pengawasan dan Perencanaan Daerah |
| BCG | Bacille Calmette-Guerin |
| BIAS | Bulan Imunisasi Anak Sekolah |
| BPS | Badan Perencanaan Statistik |
| BLN | Bantuan Luar Negeri |
| BKKBN | Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional |
| BOP | Bantuan Operasional Puskesmas |
| CDC | <i>Communicable Diseases Control</i> |
| cMYP | <i>Comprehensive Multi Year Plan</i> |
| DASK | Dokumen Anggaran Satuan Kerja |
| DAU | Dana Alokasi Umum |
| DAK | Dana Alokasi Khusus |
| DCD | Dana Cadangan Daerah |
| Depkes RI | Departemen Kesehatan Republik Indonesia |
| Dinkes | Dinas Kesehatan |
| DIPA | Daftar Isian Proyek dan Anggaran |
| DHA | <i>District Health Account</i> |
| DPRD | Dewan Perwakilan Rakyat Daerah |
| DPT | Difteri Pertusis Tetanus |
| Depkeu | Departemen Keuangan |

| | |
|------------|--|
| DO | <i>Drop Out</i> |
| EPI | <i>Expanded Programme Immunization</i> |
| FSP | <i>Financial Sustainability Plan</i> |
| FTE | <i>Full Time Equivalent</i> |
| GAVI | <i>The Global Alliance for Vaccines and Immunization</i> |
| GDP | <i>Gross Domestic Product</i> |
| GHE | <i>Government Health Expenditure</i> |
| GIVS | <i>Global Immunization Vision and Strategy</i> |
| HDI | <i>Human Development Index</i> |
| HC | <i>Health Care</i> |
| HB | Hepatitis B |
| IBI | Ikatan Bidan Indonesia |
| IDI | Ikatan Dokter Indonesia |
| IDAI | Ikatan Dokter Anak Indonesia |
| ISS | <i>Immunization Strengthening Support</i> |
| IPM | Indeks Pembangunan Manusia |
| Jamkesmas | Jaminan Kesehatan Masyarakat |
| JPSBK | Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan |
| KIE | Komunikasi Informasi dan Edukasi |
| KIA | Kesehatan Ibu dan Anak |
| KIPI | Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi |
| KUA | Kebijakan Umum Anggaran |
| LSM | Lembaga Sosial Masyarakat |
| Linakes | Lintas Tenaga Kesehatan |
| MCCI | <i>Millenium Challenge Corporation Indonesia</i> |
| Musrenbang | Musyawaharah Rencana Pembangunan |
| MNT | Materna Neonatal Tetanus |
| MOH | <i>Minister of Health</i> |
| NGO | <i>Non Government Organization</i> |
| NHA | <i>National Health Account</i> |
| NU | Nahdatul Ulama |
| OOP | <i>Out Of Pocket</i> |

| | |
|-------|--|
| OPD | Organisasi Perangkat Daerah |
| PAD | Pendapatan Asli Daerah |
| PATH | Program for Appropriate Technology in Health |
| PD3I | Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi |
| PDB | Pendapatan Domestik Bruto |
| PEMDA | Pemerintah Daerah |
| PHC | <i>Primary Health Care</i> |
| PIN | Pekan Imunisasi Nasional |
| PKK | Pembinaan Kesejahteraan Keluarga |
| P2M | Pemberantasan Penyakit Menular |
| PMD | Pembangunan Masyarakat Desa |
| PPNI | Persatuan Perawat Nasional Indonesia |
| PWS | Pemantauan Wilayah Setempat |
| P2KT | Pelatihan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu |
| Renja | Rencana Kerja |
| RED | <i>Reach Every District</i> |
| RKP | Rencana Kerja Pemerintah |
| RKPD | Rencana Kerja Pemerintah Daerah |
| RAPBD | Rancangan Anggaran Pendapatan Belanja Daerah |
| RASK | Rencana Anggaran Satuan Kerja |
| RKA | Rencana Kerja dan Anggaran |
| RPJMN | Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional |
| RSU | Rumah Sakit Umum |
| RSUD. | Rumah Sakit Umum Daerah |
| RPJMD | Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah |
| SHI | Social Health Insurance |
| SKPD | Satuan Kerja Perangkat Daerah |
| SPM | Standar Pelayanan Minimal |
| SILPA | Sisa Lebih Penghitungan Anggaran |
| SDM | Sumber Daya Manusia |
| TT | Tetanus Toksoid |
| THE | <i>Total Health Expenditure</i> |

| | |
|--------|-------------------------------------|
| UCI | <i>Universal Child Immunization</i> |
| UKM | Usaha Kesehatan Masyarakat |
| UKP | Upaya Kesehatan Perorangan |
| UKS | Unit Kesehatan Sekolah |
| ULY | <i>Useful Life Years</i> |
| UNICEF | The United Nations Children's Fund |
| WHO | <i>World Health Organization</i> |



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkesinambungan memegang peranan yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan penting dari pembangunan kesehatan di suatu negara diantaranya adalah pemerataan pelayanan kesehatan dan akses (*equitable access to health care*) dan pelayanan yang berkualitas (*assured quality*). (Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Depkes RI, 2008)

Kebijakan otonomi daerah yang mulai diberlakukan melalui Undang-Undang (UU) No.22 dan No.25/1999 dan disempurnakan oleh UU No. 32/2004 tentang pemerintahan Daerah dan UU No.33/2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, yang pelaksanaannya dijabarkan dalam PP No.38 tahun 2007 tentang Pembagian urusan pemerintahan antara pemerintah, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota. Hal ini memungkinkan daerah untuk mengembangkan inisiatif lokal dalam mencapai tujuan pembangunan dan membawa perubahan kepada semua bidang pembangunan termasuk kesehatan. Kebijakan otonomi yang belum begitu siap diterima oleh beberapa daerah di Indonesia membawa implikasi pada menurunnya alokasi anggaran kesehatan. Hal ini merujuk kepada data *Health World Report 2000, WHO* bahwa total pembiayaan kesehatan Indonesia pada tahun 1997 sebelum era otonomi sekitar US\$ 21 per kapita per tahun, jika dibandingkan setelah era otonomi pada tahun 2003 menunjukkan bahwa rata-rata pembiayaan kesehatan Indonesia berkisar US\$ 12 sampai US\$ 18 per kapita per tahun.

Seperti telah disampaikan terdahulu, dalam PP 38/2007 tercantum tentang pelimpahan kewenangan pemerintah menjadi kewenangan pemerintah daerah berupa Kewenangan Wajib dan Kewenangan Pilihan. Kesehatan adalah salah satu urusan pemerintah yang wajib diselenggarakan oleh pemerintahan daerah provinsi dan pemerintahan daerah kabupaten/kota (Kewenangan Wajib), berkaitan dengan pelayanan dasar. Penyelenggaraannya berpedoman kepada Standar Pelayanan Minimal (SPM) Departemen Kesehatan yang tercantum dalam Permenkes RI No.741/Menkes/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang

Kesehatan Di Kabupaten/Kota. Pada SPM ini tercantum imunisasi adalah salah satu dari 14 pelayanan kesehatan dasar yang harus dicapai dengan target 100% desa UCI pada 2010.

Pada kedua Peraturan Perundangan diatas dinyatakan dengan jelas pembagian wewenang antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Dalam pencegahan penyakit menular yang memiliki potensi epidemi, manajemen adalah tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintahan daerah provinsi (kolom 3 dan 4 Lampiran PP 38/2007), sedangkan pemerintahan daerah kabupaten/kota bertanggungjawab untuk implementasi (kolom 5 Lampiran PP 38/2007). Pendanaan implementasi SPM dibiayai dari APBD. (Permenkes RI No. 741/Menkes/PER/VII/2008)

Di era desentralisasi saat ini, besaran dana kesehatan di suatu daerah akan sesuai dengan tingkat kapasitas fiskal daerah tersebut. Tetapi kapasitas fiskal yang tinggi tidak langsung atau tidak menjamin tersedia dana dengan jumlah yang cukup untuk program. Hal ini sesuai dengan hasil studi pembiayaan program imunisasi yang pernah dilakukan, "*Indonesian FSP (Financial Sustainability Plan)*" tahun 2005, menyatakan bahwa kapasitas fiskal tidak secara otomatis berhubungan dengan jumlah biaya yang terjadi. Hasil studi lain: Harmana, T. dan Adisasmito, W., April 2006, yang dilakukan di kabupaten Pontianak menyatakan bahwa faktor PAD tidak mempengaruhi pembiayaan kesehatan Daerah.

Untuk pembiayaan program imunisasi, besarnya pembiayaan imunisasi di daerah sangat tergantung dari komitmen dan kepedulian pengambil kebijakan di daerah tersebut terhadap program imunisasi. Jika komitmen dan kepeduliannya tinggi maka pendanaan imunisasi di daerah tersebut biasanya juga tinggi, begitu juga sebaliknya. Selain dari komitmen, alokasi pembiayaan kesehatan juga sangat dipengaruhi oleh situasi dan kebijakan politis setempat. (Unicef, 2008) Pembiayaan program imunisasi di daerah masih didukung pendanaannya dari Pusat. Pemerintah pusat dalam hal ini Departemen Kesehatan sampai dengan saat ini masih mencukupi kebutuhan vaksin dan alat suntik bagi pelayanan imunisasi untuk seluruh daerah. Tetapi hal ini tidak dapat berlangsung selamanya. Selain adanya dukungan dari Pusat (vaksin dan alat suntik), program imunisasi di daerah juga mendapat bantuan-bantuan yang diperoleh dari donor. Masalahnya beberapa donor tersebut saat ini akan segera berakhir bantuannya. Hal ini dikarenakan Indonesia sudah tidak lagi termasuk kategori negara miskin,

sehingga dianggap mampu untuk memenuhi kebutuhan rutin program kesehatan sendiri.

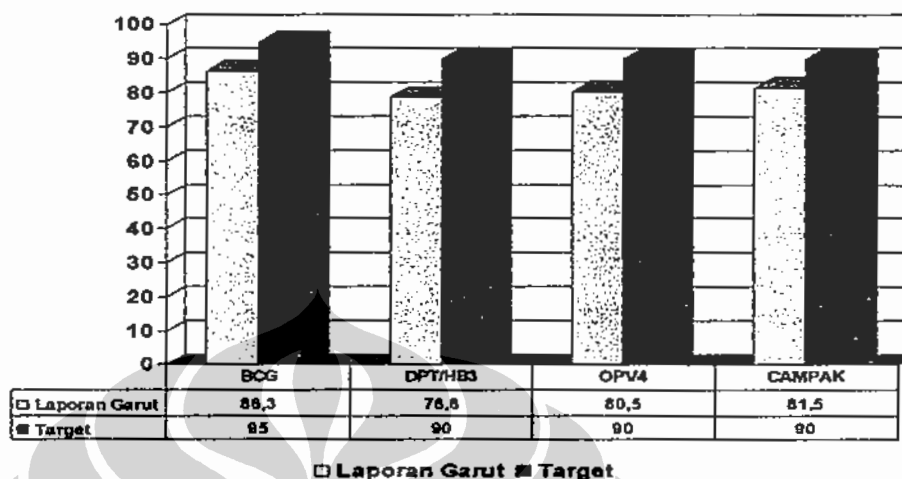
Hal-hal diatas inilah yang mengakibatkan perlunya pemetaan pembiayaan dan penganggaran dari program imunisasi khususnya pada tingkat kabupaten, untuk melihat kesinambungan/ "sustainability" dari pembiayaan program imunisasi khususnya setelah dana-dana bantuan berakhir.

Dari 33 provinsi yang ada di Indonesia, Provinsi Jawa Barat adalah provinsi dengan jumlah target bayi yang harus mendapat imunisasi dasar terbesar (17,9%) dibanding provinsi lain. Oleh karena itu, kesinambungan pelayanan imunisasi di provinsi ini harus tetap terjaga, karena cakupan dari provinsi ini akan sangat mempengaruhi cakupan nasional imunisasi.. Untuk memperkuat dan mendukung pelaksanaan program imunisasi, Provinsi Jawa Barat mendapat beberapa bantuan dari dana luar negeri, diantaranya adalah bantuan dari GAVI (*The Global Alliance for Vaccines and Immunization*) melalui kegiatan ISS (*Immunization Service Support*) sejak tahun 2002 yang akan berakhir pada tahun 2009 dan MCCI (*Millenium Challenge Corporation for Indonesia*) yang berlangsung sejak tahun 2007 dan berakhir pada Maret 2009. Kedua bantuan ini sangat membantu berlangsungnya kegiatan operasional program imunisasi sampai di tingkat pelayanan dan meningkatkan kapasitas petugas disemua tingkat administrasi. .

Provinsi Jawa Barat memiliki 25 kabupaten/kota dengan jumlah penduduk, kapasitas fiskal dan pencapaian cakupan imunisasi yang sangat bervariasi.. Dengan adanya target imunisasi yaitu 100% desa UCI yang harus dicapai pada 2010 sesuai dengan SPM (Permenkes RI No.741/Menkes/PER/VII/2008) dan berakhirnya bantuan dari dana luar negeri maka sangat penting untuk mengadakan suatu studi untuk menilai kesinambungan program imunisasi yang ditinjau dari kesinambungan pembiayaannya di kabupaten/kota provinsi ini.

Data pada Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2008 menunjukkan bahwa Kabupaten Garut adalah kabupaten terbesar (urutan ke 2) dengan cakupan imunisasi yang belum mencapai target nasional. Cakupan desa UCI di Kabupaten Garut selam 3 tahun terakhir adalah 75,9%, 79% dan 81,8% yang masih dibawah target yaitu 88%, 92% dan 95%. Agar dapat mempertahankan tingkat perlindungan bayi di daerah ini khususnya dan Jawa Barat pada umumnya serta untuk mencapai

target UCI Desa 100% pada tahun 2010, program imunisasi di kabupaten ini harus ditingkatkan dan dijaga kesinambungannya.



Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Jawa Barat Maret 2009 (diolah)

Gambar 1.1: Grafik Cakupan Imunisasi Kab. Garut Tahun 2008

Kabupaten ini memiliki keadaan penduduk yang homogen, kategori fiskal termasuk kategori rendah (Depkeu, 2008) dengan indeks kapasitas fiskal 0.1517.

Tabel 1.1
Peta Kapasitas Fiskal Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Barat Tahun 2007

| No | Kabupaten/Kota | Indeks Kapasitas Fiskal | Kategori | Populasi |
|----------------------------|------------------|-------------------------|----------|----------|
| Provinsi Jawa Barat | | | | |
| 120 | Kab. Bandung | 0.1502 | Rendah | 55.665 |
| 121 | Kab. Bekasi | 0.4781 | Rendah | 56.015 |
| 122 | Kab. Bogor | 0.1843 | Rendah | 103.924 |
| 123 | Kab. Cianjur | 0.2557 | Rendah | 32.688 |
| 124 | Kab. Ciamis | 0.1378 | Rendah | 52.401 |
| 125 | Kab. Cirebon | 0.1517 | Rendah | 50.213 |
| 126 | Kab. Garut | 0.1517 | Rendah | 60.753 |
| 127 | Kab. Indragiri | 0.1576 | Rendah | 39.240 |
| 128 | Kab. Karawang | 0.2433 | Rendah | 53.721 |
| 129 | Kab. Kuningas | 0.1500 | Rendah | 24.302 |
| 130 | Kab. Majalengka | 0.1727 | Rendah | 21.699 |
| 131 | Kab. Purwakarta | 0.2181 | Rendah | 19.975 |
| 132 | Kab. Subang | 0.1438 | Rendah | 32.262 |
| 133 | Kab. Sukabumi | 0.1564 | Rendah | 54.975 |
| 134 | Kab. Sumedang | 0.2544 | Rendah | 25.855 |
| 135 | Kab. Tasikmalaya | 0.1696 | Rendah | 39.698 |
| 136 | Kota Bandung | 0.7034 | Sedang | 48.520 |
| 137 | Kota Bekasi | 1.0427 | Tinggi | 36.985 |
| 138 | Kota Bogor | | | 19.776 |
| 139 | Kota Cirebon | 1.1421 | Tinggi | 5.705 |
| 140 | Kota Depok | 0.4890 | Rendah | 33.673 |
| 141 | Kota Sukabumi | 1.3344 | Tinggi | 7.131 |
| 142 | Kota Tasikmalaya | | | 15.211 |
| 143 | Kota Cimahi | 0.5482 | Sedang | 11.109 |
| 144 | Kota Banjar | 0.8834 | Sedang | 3.836 |

Sumber: www.djpk.depkeu.go.id/hukum/kmk/pmk153_peta_fiskal_kabkota.htm - 100k

Komitmen pemerintah daerah Kabupaten Garut yang terlihat dari besarnya APBD yang dialokasikan untuk program imunisasi terlihat masih belum optimal, seperti dijelaskan pada tabel di bawah ini.

Tabel 1.2
Anggaran Program Imunisasi Per Target Populasi Bersumber APBD II
Kabupaten Garut Tahun 2005 – 2008

| JENIS BIAYA | Anggaran Imunisasi Bersumber APBD Kabupaten | | | |
|---|---|-------------|-------------|-------------|
| | Menurut Tahun | | | |
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
| SIE. IMUNISASI | 168.500.000 | 202.200.000 | 366.918.000 | 354.744.350 |
| TARGET IMUNISASI (Bayi, SD kelas Is/dIII, Bumil) | 231.756 | 257.923 | 286.159 | 311.049 |
| ANGGARAN/TARGET POPULASI | 727 | 784 | 1.282 | 1.140 |

Sumber: Dinkes Kab. Garut (telah diolah kembali)

1.2. Perumusan Masalah

Dari latar belakang di atas dapat disimpulkan bahwa untuk mencapai target SPM 100% desa UCI maka kabupaten Garut sebagai kabupaten terbesar di Jawa Barat yang cakupannya masih belum mencapai target nasional perlu ditingkatkan pencapaian program imunisasinya, karena cakupan kabupaten ini sangat mempengaruhi cakupan provinsi Jawa Barat dan juga cakupan nasional.

Selama ini biaya untuk program imunisasi di kabupaten Garut berasal dari berbagai sumber yaitu APBD Kabupaten, APBD Provinsi, APBN dan bantuan luar negeri (donor). Bantuan donor akan berakhir pada tahun 2009 begitu juga dana dari APBN Pusat hanya akan membiayai vaksin dan 80% kebutuhan alat suntik. Dengan keadaan ini, pada tahun mendatang diharapkan dana yang berasal dari APBD kabupaten dapat mengambil alih pembiayaan program imunisasi yang selama ini didanai oleh donor dan APBN tersebut, sehingga pembiayaan program imunisasi di Kabupaten Garut tetap terjamin kesinambungannya. Sehingga persentase pembiayaan program imunisasi yang bersumber dari APBD Kabupaten harus meningkat dibanding tahun-tahun sebelumnya.

Untuk itu perlu dilakukan analisis dari proyeksi biaya dan pembiayaan serta komitmen pemerintah daerah terhadap program imunisasi tahun 2010 – 2014 untuk menilai kesinambungan pembiayaan program imunisasi dan juga melihat kepastian

peran Pemerintah Daerah Kabupaten di Kabupaten Garut agar program imunisasi dapat tetap terjaga.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Bagaimana potensi kesinambungan dari pembiayaan program imunisasi di Kabupaten Garut dalam lima tahun ke depan yaitu pada tahun 2010 – 2014

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum:

bdsre

1.4.2. Tujuan Khusus:

1. Mendapatkan informasi tentang:
 - Total biaya dan pembiayaan program imunisasi di Kabupaten Garut pada tahun 2008
 - Total biaya 5 tahun mendatang (2010 – 2014) untuk program imunisasi yang meliputi komponen biaya:
 - Biaya Investasi, dengan variabel pembiayaan:
 - Biaya pengadaan rantai vaksin, kendaraan, gedung, perangkat pengolahan data, incinerator
 - Biaya Operasional, dengan variabel pembiayaan:
 - Pengadaan vaksin, alat suntik (*ADS=Auto Dissable Syringes*) dan *safety box*
 - Pendistribusian vaksin
 - Gaji Petugas
 - Biaya pemberian pelayanan imunisasi termasuk ke lapangan
 - Monitoring dan Evaluasi
 - Surveilans PD3I (Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi)
 - Manajemen Program
 - Biaya Pemeliharaan
2. Mengetahui sumber-sumber pembiayaan program imunisasi di Kabupaten Garut pada tahun 2008 dan 2010 - 2014

3. Mengetahui komitmen dari Pejabat Pemerintah Daerah di kabupaten ini terhadap kesinambungan pembiayaan program imunisasi di wilayah kerja mereka
4. Mengetahui kesenjangan/*gap* pendanaan imunisasi terkait dengan tujuan program dari perbedaan biaya yang dibutuhkan dalam masa 5 tahun mendatang dibandingkan dengan biaya dari berbagai sumber yang mungkin dapat dimiliki di saat yang sama
5. Merumuskan rekomendasi alternatif pendanaan untuk mengatasi kesenjangan/*gap* dari pembiayaan program imunisasi

1.5. Manfaat Penelitian

Penelitian ini mempunyai manfaat aplikatif bagi:

1.5.1. Dinas Kesehatan Kabupaten Garut

- a. Sebagai bahan evaluasi dalam penyusunan dan alokasi anggaran
- b. Sebagai masukan dalam penyusunan anggaran kesehatan khususnya program imunisasi pada 5 (lima) tahun mendatang (2010 – 2014)
- c. Sebagai bahan advokasi kepada para pengambil kebijakan khususnya untuk program imunisasi

1.5.2. Bappeda dan DPRD Komisi D Kabupaten Garut

Sebagai masukan dalam penetapan kebijakan alokasi anggaran khususnya program imunisasi yang disesuaikan dengan arah, visi, misi yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Garut, sesuai dengan program prioritas bidang kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui penyiapan alokasi anggaran kesehatan Kabupaten Garut dalam 5 (lima) tahun mendatang (2010 – 2014)

1.5.3. Peneliti dan Pembaca

Menambah pengetahuan, ketrampilan dan pengalaman di bidang ekonomi kesehatan khususnya tentang analisis pembiayaan dan penganggaran khususnya program imunisasi.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini melakukan analisis biaya dan pembiayaan program imunisasi di Kabupaten Garut tahun 2008 sebagai *baseline year* dan estimasi tahun 2010-2014. Ruang lingkup penelitian terfokus pada aspek biaya yang dipergunakan dalam menyelenggarakan kegiatan imunisasi tahun anggaran 2008 yang berasal dari berbagai sumber tetapi tidak termasuk biaya yang dikeluarkan oleh masyarakat (out of pocket). Biaya ini meliputi dinas kesehatan kabupaten dan seluruh puskesmas (63 puskesmas) yang ada di kabupaten Garut. Walaupun *baseline year* diambil hanya 1 tahun yaitu tahun 2008, tetapi data dari tahun 2006-2007 tetap dipakai untuk melihat tren dari pembiayaan.

Penelitian ini dilakukan dengan metode kuantitatif dan kualitatif. Metode kuantitatif melalui pengumpulan data sekunder meliputi dokumen perencanaan, profil kabupaten, laporan keuangan/realisasi, laporan cakupan dan logistik program imunisasi sedangkan metode penelitian kualitatif menggunakan wawancara mendalam untuk melihat komitmen terhadap program imunisasi dari pengambil kebijakan di kabupaten ini, yaitu Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, Bappeda dan DPRD Komisi D. Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei - Juni 2009 oleh peneliti sendiri.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pembiayaan Kesehatan

Krisis ekonomi tahun 1997 menimbulkan tekanan fiskal yang berat bagi Indonesia. Pertumbuhan ekonomi menjadi melambat bahkan sempat mengalami pertumbuhan minus. Nilai utang luar negeri naik drastis/meningkat tajam dikarenakan Pemerintah mengambil alih utang luar negeri sektor swasta yang mengalami gagal bayar. Pemerintah pun menghadapi *contingent liabilities* yang besar. Hal ini menyebabkan terjadinya perubahan fokus peran Pemerintah dari stimulus fiskal menjadi kesinambungan fiskal. Studi Kesinambungan Fiskal Indonesia oleh Bagus Santoso (2005) yang bertujuan untuk menguji kesinambungan fiskal Indonesia dengan menggunakan fungsi reaksi (*reaction function*) dua ukuran kesinambungan fiskal, yaitu rasio keseimbangan primer (*primary balance*) terhadap PDB dan rasio utang terhadap PDB menyimpulkan bahwa kebijakan fiskal di Indonesia berkesinambungan (*sustainable*).

Berdasarkan APBN 1997/1998, anggaran kesehatan hanya Rp. 2,3 triliun. Dengan adanya depresiasi rupiah sebesar 70%, maka jurang tersebut secara proporsional akan semakin melebar. Dampak krisis terhadap kesehatan masyarakat dinilai sangat serius, dan pemerintah pun harus mempertahankan sektor ini.

Reformasi kebijakan kesehatan di suatu negara seyogyanya memberikan fokus penting kepada kebijakan pembiayaan kesehatan untuk menjamin terselenggaranya kecukupan (*adequacy*), pemerataan (*equity*), efisiensi (*efficiency*) dan efektifitas (*effectiveness*) dari pembiayaan kesehatan itu sendiri. Perencanaan dan pengaturan pembiayaan kesehatan yang memadai (*health care financing*) akan menolong pemerintah di suatu negara untuk dapat memobilisasi sumber-sumber pembiayaan kesehatan, mengalokasikannya secara rasional serta menggunakannya secara efisien dan efektif. Kebijakan pembiayaan kesehatan yang mengutamakan pemerataan serta berpihak kepada masyarakat miskin (*equitable and pro poor health policy*) akan mendorong tercapainya akses yang universal. Pada aspek yang lebih luas diyakini bahwa pembiayaan kesehatan mempunyai kontribusi pada perkembangan sosial dan ekonomi. Pelayanan kesehatan itu sendiri pada akhir-akhir ini menjadi amat mahal baik pada negara maju maupun pada negara berkembang.

Penggunaan yang berlebihan dari pelayanan kesehatan dengan teknologi tinggi adalah salah satu penyebab utamanya. Penyebab yang lain adalah dominasi pembiayaan pelayanan kesehatan dengan mekanisme pembayaran tunai (*fee for service*) dan lemahnya kemampuan dalam penatalaksanaan sumber-sumber dan pelayanan itu sendiri (*poor management of resources and services*). Puskabangkes Depkes RI, 2008.

Tiap-tiap negara mempunyai perbedaan dalam reformasi pembiayaan kesehatannya bergantung dari isu-isu dan tantangannya sendiri. Pada dasarnya dalam banyak hal karakteristiknya sama yaitu mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan nasional, regional dan internasional. Organisasi kesehatan sedunia (WHO) sendiri memberi fokus strategi pembiayaan kesehatan yang memuat isu-isu pokok, tantangan, tujuan utama kebijakan dan program aksi itu pada umumnya adalah dalam area sebagai berikut: 1) meningkatkan investasi dan pembelanjaan publik dalam bidang kesehatan, 2) mengupayakan pencapaian kepesertaan semesta dan penguatan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin, 3) pengembangan skema pembiayaan praupaya termasuk didalamnya asuransi kesehatan sosial (*SHI=Social Health Insurance*), 4) penggalan dukungan nasional dan internasional, 5) penguatan kerangka regulasi dan intervensi fungsional, 6) pengembangan kebijakan pembiayaan kesehatan yang didasarkan pada data dan fakta ilmiah, serta 7) pemantauan dan evaluasi.

Implementasi strategi pembiayaan kesehatan di suatu negara diarahkan kepada beberapa hal pokok yakni; kesinambungan pembiayaan program kesehatan prioritas, reduksi pembiayaan kesehatan secara tunai perorangan (*out of pocket funding*), menghilangkan hambatan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, pemerataan dalam akses pelayanan, peningkatan efisiensi dan efektifitas alokasi sumber daya (*resources*) serta kualitas pelayanan yang memadai dan dapat diterima pengguna jasa.

Tujuan pembiayaan kesehatan adalah tersedianya pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil-guna dan berdaya-guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. (Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Depkes RI tahun 2008)

Menurut WHO, untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat diperlukan anggaran minimal 5% - 6% dari total APBN suatu negara. Menurut Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Depkes RI tahun 2008 alokasi dana yang berasal dari pemerintah untuk UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) dan UKP (Upaya Kesehatan Perorangan) dilakukan melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja, baik pusat maupun daerah, sekurang-kurangnya 5% dari PDB atau 15% dari total anggaran pendapatan dan belanja setiap tahunnya. Anggaran yang besar tersebut diperlukan karena kesehatan merupakan investasi sosial dari pemerintah untuk meningkatkan produktivitas warganya.

Sumber dana untuk UKM terutama berasal dari pemerintah baik pusat maupun daerah, melalui pajak umum, pajak khusus, bantuan dan pinjaman serta berbagai sumber lainnya. Sumber dana lain untuk upaya kesehatan masyarakat adalah swasta serta masyarakat. Sumber dari swasta dihimpun dengan menerapkan prinsip *public-private partnership* yang didukung dengan pemberian insentif, misalnya keringanan pajak untuk setiap dana yang disumbangkan. Sumber dana dari masyarakat dihimpun secara aktif oleh masyarakat sendiri guna membiayai upaya kesehatan masyarakat misalnya dalam bentuk dana sehat, atau dilakukan secara pasif yakni menambahkan aspek kesehatan dalam rencana pengeluaran dari dana yang sudah terkumpul di masyarakat, misalnya dana sosial keagamaan.

Pelaksanaan desentralisasi sejak tahun 2001 mempunyai implikasi munculnya para pemangku kepentingan baru yang berperan dalam penetapan alokasi dana kesehatan. Dalam kenyataannya, kemampuan dari Dinas Kesehatan untuk mendapatkan *political commitment* dari pihak pemerintah daerah (eksekutif) dan DPRD (legislatif) melalui advokasi menjadi sangat penting. Hal ini diupayakan agar pembiayaan kesehatan yang didanai oleh pemerintah dapat mencukupi kebutuhan.

Sejalan dengan itu, dalam Rencana Strategi Depkes 2005-2009 secara jelas disebutkan bahwa meningkatkan pembiayaan kesehatan merupakan salah satu dari empat strategi utama Departemen Kesehatan disamping menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat, meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas serta meningkatkan sistem surveilans, moitoring dan informasi kesehatan. Strategi utama itu dijabarkan dalam 17 sasaran pembangunan. Selanjutnya sasaran dari strategi utama meningkatkan pembiayaan

kesehatan itu adalah; 1) pembangunan kesehatan mendapatkan penganggaran yang memadai oleh pemerintah pusat dan daerah (sasaran 15), 2) anggaran kesehatan pemerintah lebih diutamakan untuk pencegahan dan promosi kesehatan (sasaran 16) dan 3) terciptanya sistem jaminan pembiayaan kesehatan terutama bagi masyarakat miskin (sasaran 17). Sebelum desentralisasi alokasi anggaran kesehatan dilakukan oleh pemerintah pusat dengan menggunakan model negosiasi ke provinsi-provinsi.

2.2. Sumber Pembiayaan Kesehatan

Dalam "*The Indonesian National Health Accounts year (NHA) 2002 - 2004*" yang disusun oleh FKM-UI bekerjasama dengan Departemen Kesehatan RI dan WHO pada tahun 2008, sumber pembiayaan diwakili oleh para aktor utama yang menyediakan dana untuk membayar pelayanan kesehatan dan jasa terkait. Sumber dari pembiayaan kesehatan meliputi dana-dana publik, dana sektor swasta (*private*) dan diluar dari itu. Dana publik terdiri dari dana pemerintah baik pusat maupun lokal dan dana-dana publik lainnya. Dana swasta/*private* terdiri atas dana perusahaan swasta dan perusahaan milik pemerintah, asuransi kesehatan, dana rumah tangga dan *out-of-pocket*. Dana publik yang berasal dari institusi non laba tidak terpetakan dalam tabel NHA karena tidak ketersediaan dari data.

Azwar (1996) membedakan sumber pembiayaan kesehatan atas dua jenis sumber, yaitu pertama, seluruh pembiayaan kesehatan bersumber dari anggaran pemerintah dimana tidak ditemukan adanya pelayanan kesehatan swasta, seluruh pelayanan kesehatan tersebut dilaksanakan secara cuma-cuma. Kedua, pembiayaan kesehatan sebagian ditanggung oleh masyarakat, dimana Negara mengajak masyarakat agar berperan serta baik dalam penyelenggaraan upaya kesehatan maupun waktu pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan, sehingga ada *cost sharing* dengan masyarakat.

Secara umum pembiayaan kesehatan di Indonesia terbagi menjadi tiga group besar (*source of fund*): pembiayaan bersumber pemerintah, pembiayaan bersumber dari bantuan/pinjaman luar negeri (donor), dan pembiayaan rumah tangga/ swasta. Era desentralisasi ini menyorot salah satu fungsi pemerintah sebagai sumber pembiayaan di atas, termasuk diantaranya sumber luar negeri yang disalurkan melalui pemerintah.

Sumber biaya kesehatan khususnya bersumber pemerintah menurut Gani (2001) terdiri dari:

1. Pemerintah Pusat : APBN, JPSBK, dan bantuan/pinjaman luar negeri
2. Pemerintah Provinsi : APBD Provinsi
3. Pemerintah Daerah : APBD Kabupaten/Kota

Menurut Laksono Trisnantoro dalam bukunya yang berjudul *Desentralisasi Pembiayaan Kesehatan dan Teknik Alokasi Anggaran Pembiayaan Pemerintah*, 2003, halaman 69 -70, pembiayaan kesehatan dibagi menjadi:

1. Pembiayaan pemerintah Pusat dan Dana Dekonsentrasi (*Central Government Budget and Deconcentrated Budget*)
2. Pembiayaan Pemerintah Provinsi melalui skema Dana Provinsi (PAD ditambah Dana Desentralisasi DAU Provinsi dan DAK Provinsi),
3. Pembiayaan Pemerintah Kabupaten/Kota melalui skema Dana Pemerintah Kabupaten/Kota (PAD ditambah dana desentralisasi DAU Kabupaten/Kota dan DAK Kabupaten/ Kota). (UU No 25 Th. 1999)

Dana Desentralisasi:

- a. Gambaran Anggaran Kesehatan dari DAU
Konsekuensi diterapkannya otonomi daerah adalah perubahan sistem administratif yang berlaku. Daerah dituntut lebih otonom baik dalam menjalankan pemerintahannya maupun dalam mendanai keuangan daerahnya, sedangkan kemampuan satu daerah dengan daerah lain tidaklah sama. Untuk menunjang pelaksanaan otonomi daerah tersebut, Pemerintah Pusat memberikan kebijakan transfer kepada daerah dalam bentuk Dana Alokasi Umum (DAU).¹ Dana Alokasi Umum adalah salah satu dari dana perimbangan, yang juga sering disebut sebagai dana desentralisasi. Kewenangan pengalokasian DAU, dan juga dana perimbangan lain seperti dana bagi hasil diserahkan kepada masing-masing pemerintah daerah. Sebagian besar pemerintah daerah di Indonesia melakukan pencampuran DAU ini dengan dana daerah lainnya seperti PAD atau pinjaman daerah. Alokasi dana ini sangat tergantung

¹ Siddik M, Raksaka Mahi, B, Simanjuntak R, Brodjonegoro D. (2002), *Dana Alokasi Umum: Konsep, hambatan, dan Prospek di Era Otonomi Daerah*, Penerbit Buku Kompas, Jakarta.

dari kebutuhan dan lobby, negosiasi serta argumentasi antara pihak eksekutif, unit-unit teknis di daerah dengan pihak legislatif (DPRD).

Pembiayaan kesehatan daerah yang berasal dari dana daerah (provinsi dan kab/kota), mengalami peningkatan yang cukup berarti dari tahun ke tahun setelah desentralisasi. Penyebab utamanya adalah peningkatan jumlah total DAU yang diterima oleh pemerintah daerah. Bobot DAU umumnya ditentukan oleh potensi daerah yang berbanding terbalik dengan bobot DAU. Artinya makin besar sumber daya alam, penerimaan dan pendapatan suatu daerah, bobot DAU-nya akan semakin kecil. Jika dikaitkan dengan alokasi anggaran teknis, misalnya untuk kesehatan, seharusnya alokasi DAU harus memperhatikan posisi kemampuan fiskal daerah dalam penyediaan dana kesehatan.

- b. Gambaran anggaran kesehatan dari dana pemerintah pusat atau Dekonsentrasi (Dana Depkes = Dekonsentrasi Kesehatan)

Dekonsentrasi dalam perspektif ilmu pemerintahan, dipahami sebagai bagian dari manajemen pemerintahan yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat kepada provinsi untuk melaksanakan berbagai urusan dan kewenangan Pusat di daerah otonom dengan kewajiban melaporkan segala hasil pelaksanaannya. Selanjutnya, tugas pembantuan ditinjau dari perspektif ilmu pemerintahan merupakan bagian dari manajemen pemerintahan untuk melaksanakan urusan atau tugas Pemerintahan Pusat, yang diserahkan kepada pemerintah daerah atau pemerintah provinsi kepada kabupaten/kota untuk melaksanakan dengan kewajiban melaporkan hasil pelaksanaannya.²

Definisi umum dana dekonsentrasi adalah dana pemerintah pusat yang digunakan untuk membiayai tugas-tugas pembantuan atas asas dekonsentrasi. (PP No.39, 2001)

Undang-undang Republik Indonesia nomor 33 Tahun 2004 menyebutkan bahwa total anggaran pemerintah daerah disebut APBD, dan besaran APBD terdiri dari:

² Sabarno Hari, (2002). Sambutan Lokakarya, "Peran Gubernur dalam Penyelenggaraan Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan di Era Otonomi", Jakarta.

1. Pendapatan Asli Daerah, terdiri dari: pajak daerah, retribusi daerah, hasil perusahaan milik daerah, serta lain-lain pendapatan yang sah (hasil penjualan kekayaan daerah yang tidak dipisahkan, jasa giro, pendapatan bunga, keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing dan komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh daerah).
 2. Dana Perimbangan terdiri dari:
Bagi hasil pajak dan bukan pajak, dana alokasi umum (DAU), dana alokasi khusus (DAK), bagi hasil pajak dan bantuan keuangan dari provinsi.
 3. Lain-lain pendapatan yang sah berupa dana penyeimbang dari pemerintah
- Ketiga hal ini yang menjadi faktor mempengaruhi pembiayaan kesehatan.

2.3. Proses Penyusunan APBD

Implikasi dilaksanakannya desentralisasi daerah sejak tahun 1999 membuat sistem anggaran pemerintah daerah pun mengalami perubahan yaitu menjadi berbasis kinerja. Dasar dari sistem anggaran berbasis kinerja sesuai dengan Kepmendagri No. 29 tahun 2002 tentang pedoman pengurusan, pertanggungjawaban dan pengawasan keuangan daerah, serta tata cara penyusunan APBD, pelaksanaan tata usaha keuangan daerah dan perhitungan APBD.

Paradigma baru dari perubahan sistem anggaran ini menuntut kepada pihak pelaksana daerah untuk merencanakan anggaran daerah (APBD) untuk dapat memenuhi hal-hal berikut:

1. APBD harus berorientasi pada kepentingan publik
2. APBD disusun dengan pendekatan kinerja (PP 105 tahun 2000)
3. Terdapat keterkaitan antara pengambil kebijakan (DPRD) dan PEMDA dengan penganggaran oleh satuan kerja
4. Adanya upaya mensinergikan hubungan antara APBD, sistem dan prosedur pengelolaan keuangan daerah, Lembaga Pengelola Keuangan Daerah dan Satuan-satuan pengelola layanan publik dalam pengambilan kebijakan (Budiarto dkk, 2003)

Berdasarkan tata cara penetapannya APBD merupakan produk dari sebuah kebijakan publik karena ditetapkan oleh Kepala Daerah (eksekutif) dan DPRD

(legislatif) sesuai pasal 18 angka 1 huruf c UU Nomor 22 tahun 1999. Hal lain yang mendasari bahwa APBD merupakan kebijakan publik adalah terjadinya pemilihan prioritas pengalokasian anggaran sesuai dengan fungsi alokasi yaitu untuk mengurangi pengangguran dan pemborosan sumber daya serta meningkatkan efisiensi dan efektifitas perekonomian. Selain fungsi alokasi, juga terdapat fungsi distribusi yaitu kebijakan negara harus memperhatikan rasa keadilan dan kepatutan. (UU No. 17, 2003)

Penyusunan APBD saat ini melibatkan unsur masyarakat (*bottom up*) dengan menjaring aspirasi masyarakat (tokoh masyarakat, pemuka agama, LSM dan sektor swasta) melalui forum Musyawarah Rencana Pembangunan (Musrenbang) mulai tingkat desa sampai tingkat kabupaten, Forum Musrenbang ini merupakan wahana untuk memaduserasikan aspirasi masyarakat dengan visi dan misi Pemerintah Daerah yang tertuang dalam Renstra (Rencana Strategis) Daerah.

Renstra daerah dijabarkan pada masing-masing instansi dalam hal ini melalui forum Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) mengakomodasi tugas dan fungsi masing-masing kewenangan bidang pembangunan, dimana forum SKPD ini didasari Rencana Kerja (renja) masing-masing SKPD sehingga didapatkan dokumen perencanaan yang memiliki kesinambungan dan sesuai kebutuhan lapangan.

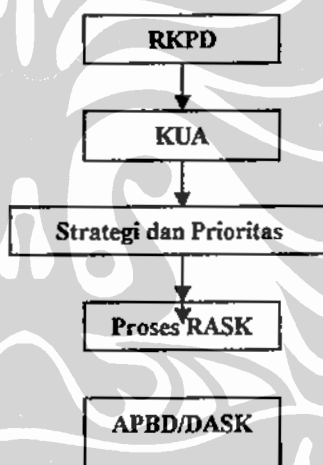
Dokumentasi dari hasil Musrenbang dan pemaduserasian ini dituangkan dalam Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD), dimana RKPD ini menjadi pedoman atau acuan dalam penyusunan RAPBD (Rencana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah) sesuai dengan prioritas dan kemampuan keuangan daerah.

Proses penyusunan APBD setelah adanya dokumen RKPD dilanjutkan dengan membuat Kebijakan Umum Anggaran (KUA) atau Arah dan Kebijakan Umum (AKU) yang disusun oleh pemerintah daerah sebagai eksekutif dan DPRD sebagai legislatif terdokumentasi dalam sebuah Nota Kesepakatan, dimana KUA yang dirumuskan memuat petunjuk dan ketentuan-ketentuan umum yang disepakati sebagai pedoman dalam penyusunan APBD.

Selanjutnya adalah penyusunan Rencana Anggaran Satuan Kerja (RASK) oleh masing-masing SKPD, dimana RASK menurut Kepmendagri nomor 29 tahun 2002 adalah dokumen perencanaan yang memuat rancangan anggaran satuan kerja sebagai dasar penyusunan rancangan APBD yang disusun oleh setiap satuan kerja di

lingkungan pemerintah daerah setempat dengan mengacu pada RKPD yang telah mengakomodasi Rencana Strategis Daerah dan unit kerja, KUA, Renja SKPD, skala prioritas, aspirasi masyarakat serta aspek keterbatasan pembiayaan sehingga terjadi kesinambungan pada tahap perencanaan serta berdasarkan pokok-pokok kebijakan nasional.

RASK berperan besar dalam penentuan alokasi dana pada masing-masing sektor, sehingga advokasi kepada pihak tim anggaran eksekutif maupun legislatif menjadi penting dilakukan. Jika RASK (yang menjadi rancangan APBD) telah disahkan menjadi APBD yang merupakan wujud dari kebijakan publik, maka RASK berubah menjadi Dokumen Anggaran Satuan Kerja (DASK). DASK merupakan penjabaran APBD dari masing-masing satuan kerja secara rinci dan lengkap, termasuk pembagian untuk belanja aparatur dan belanja publik.



Gambar 2.1 : Alur penyusunan APBD (Kepmendagri No. 29 tahun 2002)

2.4. Studi Pembiayaan Kesehatan

Hal yang mendasar dari konsep ilmu ekonomi adalah tentang konsep *opportunity cost* yang memiliki makna pemilihan atau suatu jenis kegiatan akan menyebabkan hilangnya manfaat untuk menggunakan sumber daya tadi pada kegiatan lain, sehingga secara sadar dalam setiap sisi kehidupan kita selalu berusaha untuk memaksimalkan manfaat dari penggunaan sumber daya yang dimiliki atau dengan kata lain melakukan efisiensi. Tjiptoherijanto dan Soesetyo (1994) menjelaskan pemanfaatan dan penerapan ilmu-ilmu ekonomi dalam topik-topik kesehatan yang bertujuan memecahkan permasalahan kesehatan dapat disebut sebagai Ekonomi Kesehatan.

Mills dan Gilson (1990) menjelaskan bahwa dalam penelitian pembiayaan sektor kesehatan umumnya memiliki dua tujuan utama jika dikaitkan dengan persoalan yang dihadapi oleh sektor kesehatan, yaitu menyelidiki efisiensi sektor kesehatan dan melengkapi informasi untuk perencanaan anggaran.

Informasi ini berguna untuk:

1. mengidentifikasi siapa yang memperoleh keuntungan dari jasa-jasa kesehatan sehingga dapat dilihat dengan jelas dampak kebijakan dalam pemerataan.
2. mengidentifikasi siapa memperoleh apa dan menentukan apakah semua telah sesuai dengan garis kebijakan yang telah dibuat.
3. meneliti pola pembiayaan dan pendanaan yang ada untuk dapat diguynkaan dalam pembahasan pencarian alternatif sumber-sumber keuangan.
4. mengidentifikasi dan menghitung kekurangan sumber daya dengan cara memperjelas pelayanan yang dihasilkan beserta sumber daya yang digunakan dalam menghasilkan pelayanan.
5. meningkatkan koordinasi antara para donor dan pusat-pusat pembelanjaan/pengeluaran.
6. menganalisis cara penggalan sumber daya dan mengidentifikasi kemungkinan untuk memobilisasi sumber daya lanjutan.
7. memungkinkan melakukan perbandingan antara negara mengenai pola pembiayaan dan pendanaan sektor kesehatan.

2.5. Hal-hal yang mempengaruhi alokasi anggaran di daerah

Gani (1998) mengatakan bahwa ada tiga issue pokok berkaitan dengan alokasi pembiayaan kesehatan yang terbatas, yaitu:

1. Prioritas masalah kesehatan.
2. Pemilihan program atau intervensi yang "*cost effective*".
3. Keseimbangan alokasi pembiayaan antara mata anggaran.

Menurut Azwar (1996) ada tiga hal yang harus dipenuhi dalam pembiayaan, yaitu:

1. Jumlah dana yang cukup

2. Penyebaran yang sesuai kebutuhan
3. Pemanfaatan dana mendapat pengaturan yang baik.

Depkes (2004) juga menjelaskan sedikitnya ada lima (5) faktor yang menentukan kecukupan alokasi anggaran daerah di bidang kesehatan, yaitu:

1. Jumlah penerimaan daerah berasal dari pemerintah pusat dan daerah yang tercantum dalam jumlah APBD.
2. Skala prioritas terhadap bidang kesehatan dimata para kepala daerah.
3. Kemampuan dinas kesehatan melakukan advokasi.
4. Kemampuan dinas kesehatan menyusun rencana anggaran yang baik.
5. Kemampuan menyajikan informasi alur pembiayaan kesehatan daerah termasuk informasi sumber-sumber dana yang ada sampai bagaimana penggunaan dana tersebut terhadap pencapaian program-program kesehatan.

Sariasih (2005) dalam penelitian yang dilakukannya mengatakan bahwa adanya hubungan antara variabel fiskal, status wilayah, status kesehatan, akses air bersih, akses pelayanan kesehatan dan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dengan besaran alokasi DAK Non DR pada tahun 2005 melalui kriteria umum, kriteria khusus dan kriteria teknis.

Harmana, T., Adisasmita, W.B. dalam penelitiannya tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan daerah bersumber Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah tahun 2006 menyatakan faktor komitmen daerah, kemampuan advokasi, prioritas masalah kesehatan dan pemilihan intervensi program, informasi alur pembiayaan kesehatan, kemampuan perencanaan, alokasi mata anggaran, PAD, lain-lain pendapatan sah merupakan faktor-faktor yang memberikan kontribusi dalam pembiayaan kesehatan daerah.

2.6. Pembiayaan Program Imunisasi

Berdasarkan pada Rencana Strategi Departemen Kesehatan yang merujuk pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2005-2009 dan telah dimasukkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 331/ 2006, salah satu program prioritas yang sejalan dengan komitmen Internasional adalah meningkatkan program imunisasi. Oleh karena program imunisasi telah dinyatakan sebagai program prioritas, konsekuensinya adalah bahwa program tersebut hendaknya

didanai dengan cukup. Bappenas bertindak sebagai yang mengawasi perencanaan program prioritas di tingkat nasional. Departemen Kesehatan juga melakukan upaya-upaya sejenis, namun karena adanya banyak kebutuhan dan kepentingan pada program-program yang lain di departemen tersebut, pendanaan program imunisasi secara utuh belum sepenuhnya dilakukan.

Bila dilihat dari aspek peningkatannya, Program Imunisasi di Indonesia telah berhasil mencapai prestasi yang cukup signifikan di mana jumlah cakupannya terus meningkat dari tahun ke tahun. Walaupun demikian, cakupan imunisasi masih perlu ditingkatkan.

Meskipun belanja kesehatan Indonesia terlihat meningkat, dengan jumlah penduduk lebih dari 200 juta jiwa, belanja kesehatan Indonesia tetap kecil jika dibandingkan dengan negara berkembang lainnya. Di tahun 2002, *NHA (National Health Account)* yang dikoordinasikan oleh departemen kesehatan memperlihatkan bahwa total belanja kesehatan mencapai 51,900 Trilyun rupiah, atau sebesar 3.2% dari GDP, atau setara dengan US\$27.56 (*at exchange rate*). Tabel 1 menunjukkan bahwa pengeluaran swasta dan *out-of-pocket* berkontribusi cukup besar terhadap total pengeluaran kesehatan Indonesia (64% di tahun 2002), sedangkan kontribusi pemerintah daerah sebesar 36%.

Tabel 2.1: Kondisi Ekonomi Makro, Indonesia, 2002-2004

| | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|-------------|-------------|--------------|
| Jumlah Penduduk | 211,438,900 | 214,251,300 | 217,076,600 |
| <i>Percapita Gross Domestic Product</i> (Rupiah) | 8.8 million | 9.6 million | 10.6 million |

Sumber: www.bps.go.id/leaflet/leaflet-Sep-05-Ind.pdf

Dalam Peringkat Indeks Pembangunan Manusia atau "*The Human Development Index Rank*" Indonesia berada di urutan ke-111, hal ini menunjukkan bahwa Indonesia masih menghadapi tantangan besar untuk meningkatkan kinerja Sumber Daya Manusia (tabel 2).

Tabel 2.2: Indeks Pembangunan Manusia (IPM) 2002

| Indikator | Performance tahun 2002 |
|----------------------------------|------------------------|
| Angka Harapan Hidup | 66.6 |
| Angka Melek Huruf | 87.9 |
| <i>School Enrollment</i> | 65.0 |
| <i>GDP Per capita (PPP US\$)</i> | 3,230 |
| <i>GDP Index</i> | 0.58 |
| <i>HDI value, 2002</i> | 0.692 |
| <i>Rangking HDI</i> | 111 |

Sumber: *Human Development Index Report 2003*

Tabel 2.3: Expenditure on Health, Indonesia 2001-2003

| | 2001 | 2002 | 2003 |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|
| <i>Percapita total expenditure on health (THE)</i> | <i>US \$ 21</i> | <i>US \$ 26</i> | <i>US \$ 30</i> |
| <i>Percapita Government expenditure on health</i> | <i>US \$ 7</i> | <i>US \$ 9</i> | <i>US \$ 11</i> |
| <i>Total health expenditure as % of GDP</i> | 3.1 | 3.2 | 3.1 |
| <i>Government health expenditure as % of THE</i> | 35.6 | 34.5 | 35.9 |
| <i>Private health expenditure (PHE) as % of THE</i> | 64.4 | 65.5 | 64.1 |
| <i>Out-of-pocket health expenditure as % of PHE</i> | 75.1 | 75.3 | 74.3 |

Sumber: *Who Report 2006*

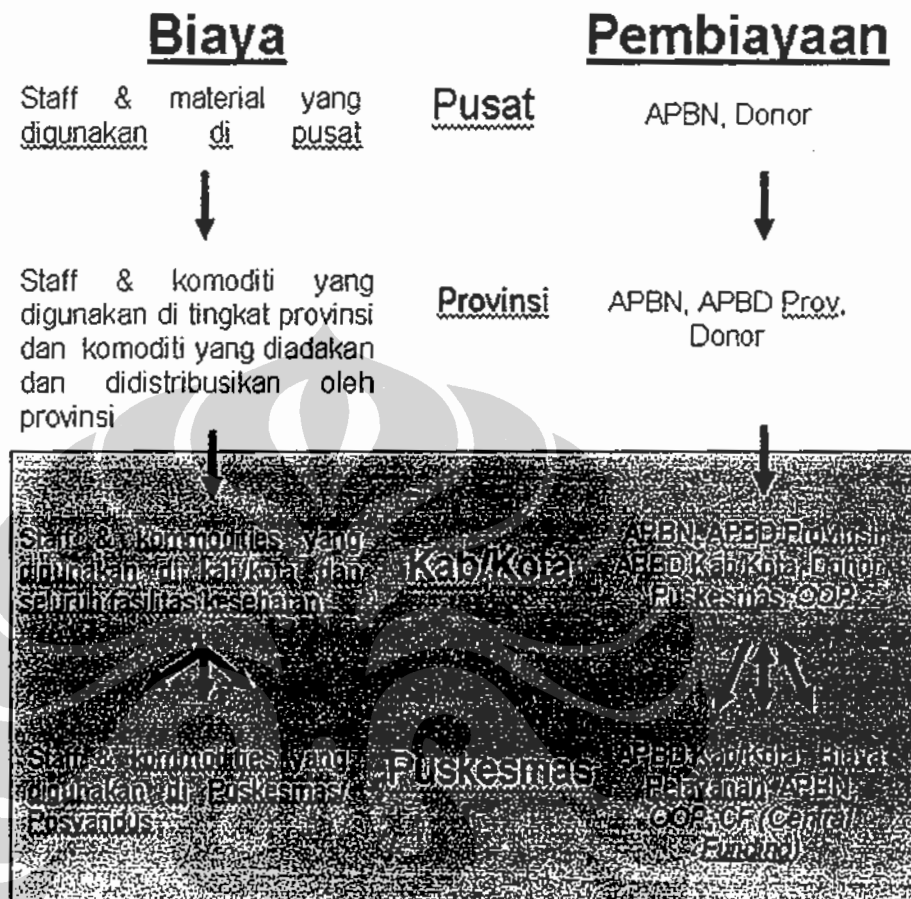
Banyak upaya yang telah dilakukan oleh pemerintah Indonesia dan pihak donor untuk memenuhi kebutuhan pendanaan program ini. Usaha-usaha semacam itu telah dilakukan baik oleh Bappenas yang bertindak sebagai pihak yang berwenang atas perencanaan di tingkat nasional maupun Departemen Kesehatan. Di samping hambatan finansial, masalah utama lainnya adalah persoalan pendanaan yang terlambat/ tertunda. (Unicef, 2008)

Tingkat akuntabilitas juga menggambarkan sumber pendanaan dari pemerintah untuk program Imunisasi:

- Pemerintah Pusat (bersumber dari Menteri Keuangan dan Menteri Kesehatan)

- Pemerintah Tingkat Propinsi, dan Pemerintah Tingkat Kabupaten/kota, jenis pendanaan dari Pusat adalah berupa DAU (Dana Alokasi Umum) dan DAK (Dana Alokasi Khusus). Pendanaan ini dialokasikan dengan menggunakan formula khusus antara lain berdasarkan jumlah penduduk, kapasitas fiskal, jumlah masyarakat miskin dan lainnya. Menkes juga menyediakan pendanaan berupa dana Dekon untuk membiayai beberapa program kesehatan, berdasarkan akuntabilitas di tiap tingkatan (seperti obat program, vaksin atau lainnya). Berdasarkan peran dan tanggung jawab di setiap level yang bertujuan untuk kesuksesan program imunisasi maka dikenal tiga jenis akuntabilitas dalam *costing* dan *financing*:
 1. *Accountable down*:
Pusat bertanggung jawab dalam pengadaan vaksin dan obat-obatan, dan sekaligus mendistribusikannya ke propinsi. Selanjutnya dari propinsi mendistribusikan ke kabupaten/kota. Kabupaten/kota juga mendistribusikan ke puskesmas dan juga menyediakan kebutuhan sumber daya (pengadaan staf dan biaya pemeliharaan cold chain).
 2. *Accountable at level*:
Propinsi dan kabupaten/kota menyediakan sumber daya untuk operasional dan beberapa komponen investasi. Dengan desentralisasi telah menempatkan kab/kota sebagai actor utama dalam mengimplementasikan program. Pemerintah Daerah harus menjamin ketersediaan dana untuk mendukung program (biaya operasional, pemeliharaan dan lainnya), untuk mendapatkan dana tersebut harus berjuang dengan sektor atau program lain.
 3. *Accountable up*:
Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan pembiayaannya ditanggung oleh Pemerintah daerah, kecuali beberapa komoditas yang disuplai dari Pusat. Meskipun biaya yang dikenakan ke pasien tidak tinggi dan pelayanan sangat disubsidi oleh pemerintah, puskesmas diizinkan untuk menarik retribusi ke pasien. Sebagian retribusi harus dikembalikan ke pemerintah sebagai PAD, dan sebagian lagi bisa diminta kembali untuk mendukung kegiatan operasional dan pemeliharaan.

Hal ini dapat digambarkan dalam diagram di bawah ini.

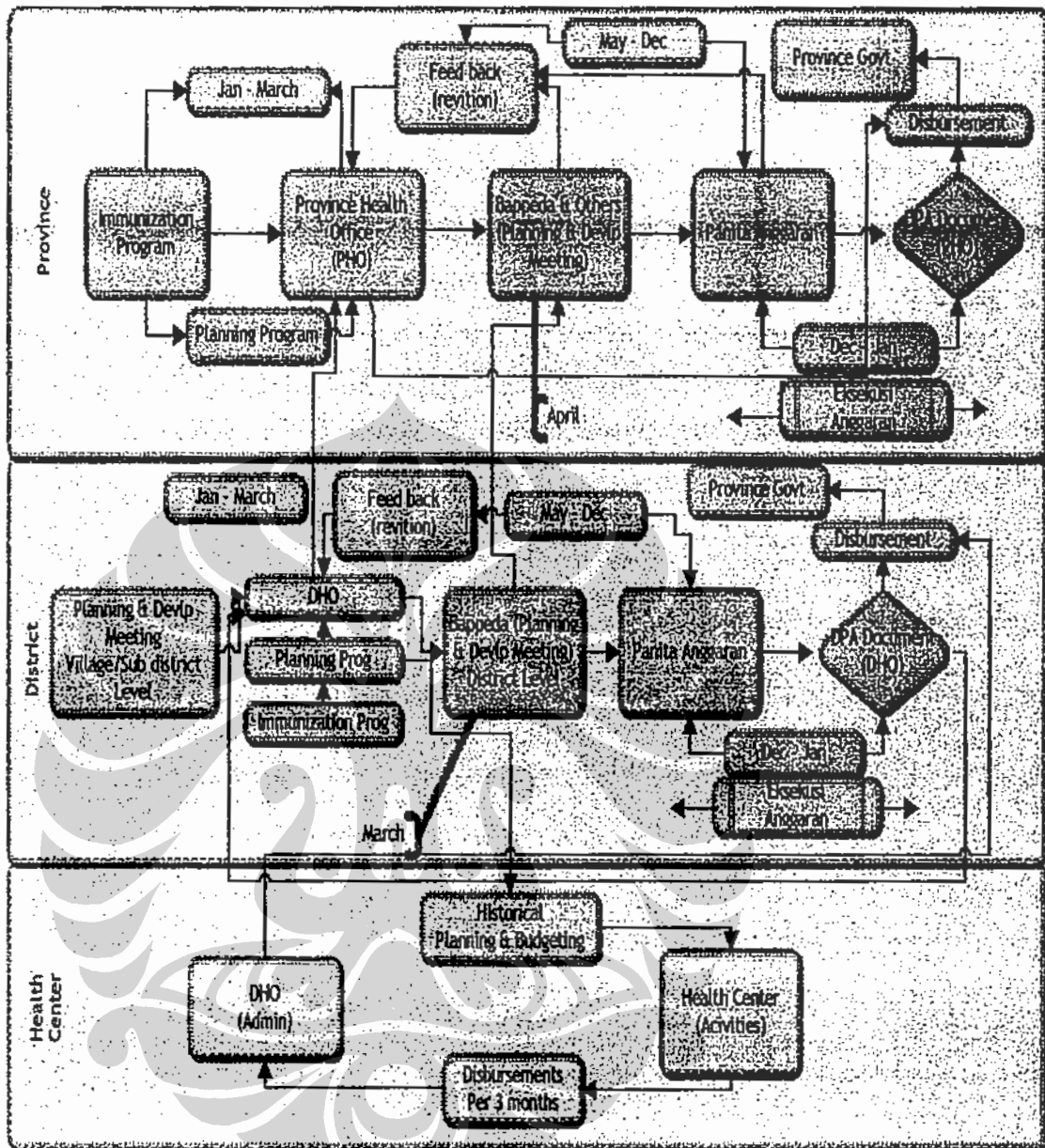


SUMBER: FSP Of Indonesia, MOH, 2005

Gambar 2.2. Tingkat Akuntabilitas dalam costing dan financing (biaya dan pembiayaan)

2.6.1. Tingkat Provinsi dan kabupaten/kota

Perencanaan dan anggaran di tingkat provinsi dan kabupaten/kota mirip dengan di tingkat pusat hanya tidak ada pertemuan trilateral di daerah. Kegiatan ini merujuk pada UU No. 25 tahun 2004 di mana dinyatakan bahwa untuk mengharmonisasikan pembangunan, Musrenbang diselenggarakan.



Sumber: Studi Hambatan Pembiayaan Imunisasi di 3 Provinsi, Unicef 2008.

Gambar 2.3: Proses Perencanaan di tingkat Propinsi dan Kabupaten

Keputusan Menteri Kesehatan No. 1575 /Menkes/PER/XI/ 2005, mengenai organisasi dan pengelolaan di Departemen Kesehatan Pasal 421 menyebutkan bahwa Subdirektorat Imunisasi memiliki tugas utama untuk melaksanakan penyiapan bahan-bahan untuk perumusan pelaksanaan, kebijakan teknis, standar pengembangan, standar panduan, kriteria, prosedur untuk bantuan teknis, dan menyiapkan laporan imunisasi. Dalam pasal 422 dijelaskan fungsi Subdirektorat Imunisasi yang memiliki

deskripsi yang sama dengan pasal 421 dan pasal 423 mengenai pembagian unit EPI, yaitu bagian / seksi standardisasi dan bagian / seksi evaluasi teknis.

Tabel 2.4: Kutipan dari Peraturan Pemerintah No. 38/2007

| Sub Bidang | Sub Sub Bidang | Pemerintah | Pemerintah Daerah Propinsi | Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota |
|---------------------------------------|--|---|--|---|
| 4. Logistik kesehatan dan obat-obatan | 1. ketersediaan, kesetaraan Mutu obat, keterjangkauan harga obat, dan logistik kesehatan | 1. Pengadaan dan Pengelolaan Cadangan penyangga obat nasional, peralatan kesehatan tertentu, reagen tertentu, vaksin spesifik skala nasional. | 2. Pengadaan dan Pengelolaan Cadangan penyangga obat propinsi, peralatan kesehatan, reagen dan vaksin lain skala propinsi. | 3. Pengadaan dan Pengelolaan Cadangan penyangga obat propinsi, peralatan kesehatan, reagen dan vaksin lain skala kabupaten/ kota. |

Sumber: Peraturan Pemerintah No38/ 2007, Pembagian Urusan Pemerintahan, Pemerintah Daerah Propinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten, halaman 21, lampiran kesehatan

Berkenaan dengan pengadaan vaksin, bila kita merujuk ke Peraturan Pemerintah No. 38/ 2007, ada kemungkinan bagi pemerintah daerah untuk membeli vaksin (vaksin spesifik, periksa tabel 2). Meskipun demikian, untuk beberapa alasan, pengadaan vaksin masih sepenuhnya di tingkat pusat.

Dengan alasan kemampuan keuangan yang rendah, banyak biaya operasional imunisasi yang seharusnya menjadi tanggung jawab pemerintah daerah masih tergantung pada anggaran pusat. Menurut Peraturan Pemerintah No. 38/ 2007 tentang pembagian tanggung jawab antara pemerintah pusat, pemerintah propinsi dan pemerintah kota/ kabupaten dan Peraturan Pemerintah No. 38/ 2007 bagian lampiran kesehatan, dinyatakan dengan jelas pembagian wewenang antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah.

Tabel 2.5 : Kutipan Peraturan Pemerintah No. No.38/2007 Poin B

| SUB BIDANG | SUB SUB BIDANG | PEMERINTAH | PEMERINTAHAN DAERAH PROVINSI | PEMERINTAHAN DAERAH KABUPATEN/KOTA |
|--------------------------|--|---|--|---|
| 1. Upaya-upaya kesehatan | 1. Pencegahan dan pemberantasan penyakit | 1. Pengelolaan surveilans Epidemiologi wabah skala nasional | 1. Pengelolaan surveilans Epidemiologi dan investigasi wabah dalam skala propinsi. | 1. Implementasi surveilans Epidemiologi dan investigasi wabah dalam skala kabupaten. |
| | | 2. Manajemen pencegahan dan pemberantasan penyakit menular yang berpotensi wabah, yang menjadi komitmen nasional, internasional dan global. | 2. Manajemen pencegahan dan pemberantasan penyakit menular skala provinsi. | 2. Implementasi pencegahan dan pemberantasan penyakit menular skala provinsi. |
| | | 3. Manajemen pencegahan dan pemberantasan penyakit tidak menular yang berskala nasional. | 3. Implementasi pencegahan dan pemberantasan penyakit tidak menular spesifik dalam skala propinsi | 3. Implementasi pencegahan dan pemberantasan penyakit tidak menular spesifik dalam skala kabupaten/kota. |
| | | 4. Menangani masalah yang disebabkan oleh wabah dan bencana berskala nasional. | 4. Mengontrol penanganan operasional masalah kesehatan yang disebabkan oleh wabah dan bencana berskala propinsi. | 4. Implementasi penanganan operasional masalah kesehatan yang disebabkan oleh wabah dan bencana berskala kabupaten/kota |

Sumber: Peraturan Pemerintah No. 38 tahun 2007, Pembagian Urusan Pemerintahan, Pemerintah Daerah Propinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten, hal 15, lampiran kesehatan.

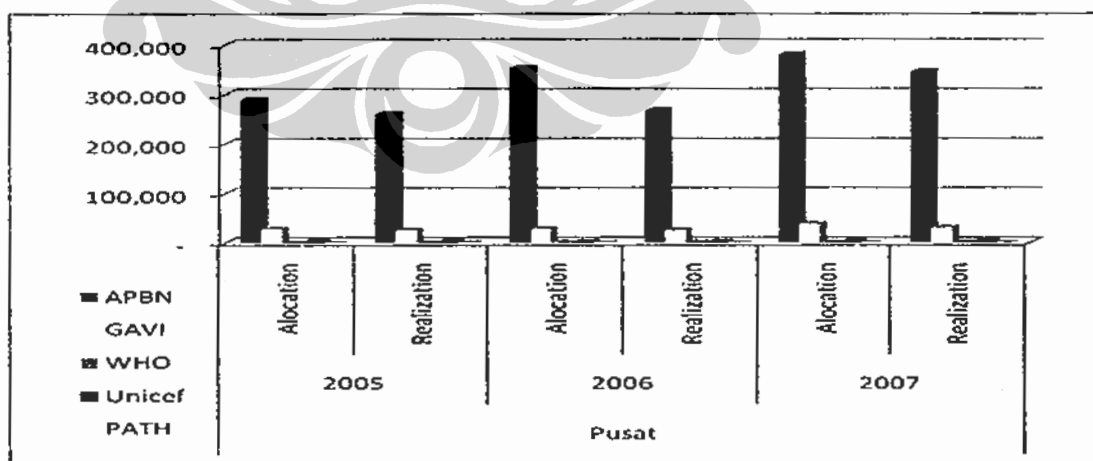
Dalam kolom ke tiga pada poin ke dua, dinyatakan bahwa manajemen pencegahan penyakit menular yang memiliki potensi epidemi adalah tanggung jawab pemerintah sebagai bagian dari komitmen nasional dan internasional. Sementara dalam kolom 4 dan 5, poin dua dinyatakan bahwa 'Implementasi pencegahan dan pemberantasan penyakit menular menjadi tanggung jawab pemerintah daerah (sesuai skala tingkat). Jadi, pusat sebagai pengelola dan pemerintah daerah sebagai penyedia/ pelaksana.

Anggaran untuk program imunisasi datang dari beberapa sumber seperti APBN, APBD baik Provinsi maupun Kabupaten/Kota, pinjaman, dan donor. Pinjaman biasanya mengikuti mekanisme pembiayaan APBN, namun hibah dan donor biasanya secara langsung mendanai program. Donor seperti GAVI, UNICEF

serta WHO memberikan dukungan untuk program yang tidak permanen seperti PIN (Pekan Imunisasi Nasional).

Studi Tentang Hambatan Pembiayaan Imunisasi yang dilakukan oleh Unicef di 3 Provinsi tahun 2008 menunjukkan bahwa dukungan atau bantuan dari donor masih dibutuhkan karena kemampuan finansial pemerintah (daerah dan pusat) masih rendah. Hampir semua narasumber menyatakan bahwa dukungan donor dalam segala bentuknya masih dibutuhkan (barang atau dana segar untuk biaya operasional). Dukungan atau bantuan ini berguna untuk mendampingi atau melengkapi APBN/APBD yang tidak cukup. Proporsi anggaran program imunisasi terhadap seluruh anggaran Departemen Kesehatan masih kurang dari 1%, proporsi yang sama ditemukan pada anggaran Dinas Kesehatan di tingkat Kabupaten. Proporsi ini tidak cukup penting untuk analisis karena polanya mirip di semua tingkatan. Keterbatasan anggaran di tingkat provinsi dan tingkat kabupaten menyebabkan beberapa kegiatan ditunda atau dihapus, seperti pemantauan dan evaluasi, sweeping, dan biaya transpor.

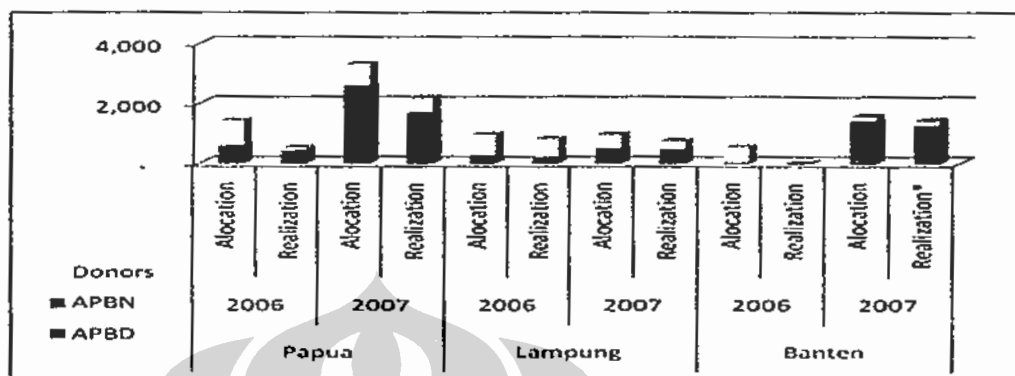
Dari laporan tahunan subdit imunisasi tahun 2005 – 2008, terlihat pada umumnya, sebagian besar program imunisasi di tingkat pusat dan daerah ditutup oleh dana publik (grafik 1). Sumber dana publik mencakup sekitar 90%, namun angka itu nampaknya di bawah perkiraan karena dukungan dari donor dalam bentuk barang (rantai dingin atau yang lain) belum dinilai dan diperlukan kajian lanjutan dalam pembiayaan untuk menggali dan menganalisisnya.



Sumber: Laporan Tahunan Subdit Imunisasi Tahun 2005 - 2007

Gambar 2.4 : Proporsi Anggaran Program Imunisasi Dari Semua Sumber Pembiayaan tahun 2005-2007

Pembiayaan program imunisasi di tingkat propinsi (tahun 2006-2007) bervariasi tergantung pada kemampuan untuk merealisasikan (menyerap) anggaran.



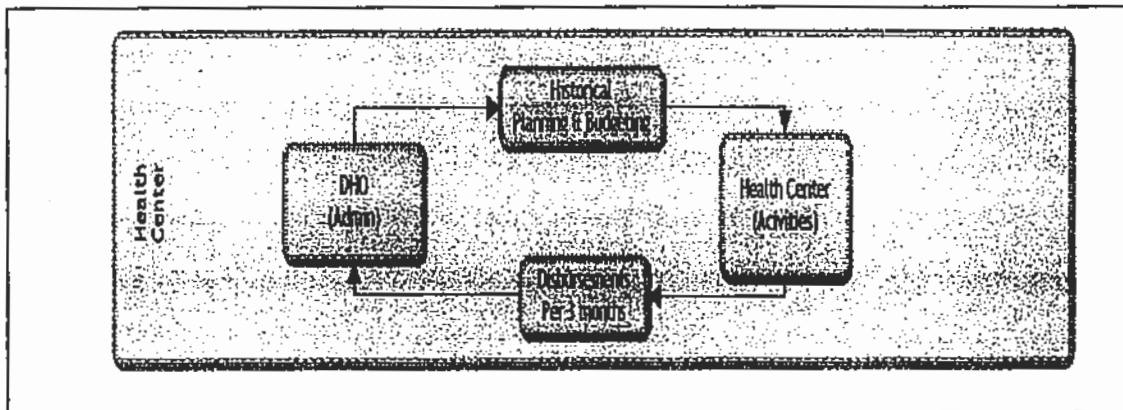
Sumber: Hasil Studi Hambatan Pembiayaan Imunisasi yang dilakukan oleh Unicef di 3 Provinsi tahun 2008

Gambar 2.5: Grafik Perbandingan Alokasi dan Realisasi Anggaran Program Imunisasi dari semua sumber di tiga propinsi, 2006-2007

2.6.2. Tingkat Puskesmas

Anggaran program imunisasi di pusat kesehatan jauh dari ideal atau memadai. Karena puskesmas memiliki pengalaman panjang dalam hal kekurangan uang, sekarang mereka ahli dalam cara mengatasi atau memecahkan kekurangan itu. Pengeluaran yang paling penting di pusat kesehatan adalah anggaran transpor, khususnya untuk kegiatan lapangan seperti untuk BIAS (Program Bulan Imunisasi Anak Sekolah), posyandu dan kegiatan rutin lainnya. Antisipasi pusat kesehatan untuk menutup keterbatasan itu adalah dengan mengoptimalkan anggaran yang ada dari semua sumber, termasuk dana Jamkesmas.

Perencanaan dan anggaran di pusat kesehatan idealnya berdasarkan pada data kebutuhan dan cakupan tahun lalu. Kendatipun demikian, karena keterbatasan anggaran, akhirnya proses perencanaan lebih didasarkan pada sejarah anggaran tahun lalu. Kalau ada tambahan biasanya hanya program *sweeping*. Semua pusat kesehatan melaporkan telah menyelenggarakan lokakarya mini sebagai kegiatan pemantauan dan evaluasi rutin untuk meningkatkan cakupan program.



Sumber: Hasil Studi Hambatan Pembiayaan Imunisasi yang dilakukan oleh Unicef di 3 Provinsi tahun 2008

Gambar 2.6: Proses Perencanaan di Tingkat Puskesmas

Sumber anggaran untuk biaya operasional program imunisasi di puskesmas datang dari dua sumber, yaitu APBD II dan dana Jamkesmas. Dana Jamkesmas di pusat kesehatan sangat berguna dan sangat berarti karena dana itu dapat digunakan untuk sebagian biaya operasional program imunisasi, khususnya untuk biaya transpor ke posyandu. Kegiatan yang kurang mendapatkan dukungan finansial adalah untuk BIAS. Dan ini terjadi karena penetapan prioritas di tingkat kabupaten.

2.7. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kestinambungan Program Kesehatan Masyarakat

Ada 10 faktor yang mempengaruhi kestinambungan program kesehatan masyarakat (Reynolds dan Stinson, 1993) yaitu :

2.7.1. Target populasi menyangkut jumlah, komposisi dan distribusi :

Dalam hal ini akan terjadi suatu transisi demografi yang menyangkut jumlah, komposisi dan distribusi target populasi pada masa mendatang. Suatu peningkatan atau penurunan yang besar dan cepat dalam jumlah target populasi akan mempengaruhi kestinambungan program. Suatu peningkatan yang besar dan cepat dapat meningkatkan beban kerja secara nyata, yang berimplikasi pada biaya yang besar dan atau penurunan kualitas pelayanan. Sedangkan penurunan yang besar dan cepat akan mengurangi permintaan akan pelayanan yang akan mempengaruhi pendapatan dan dukungan politik terhadap proyek tersebut.

2.7.2. Pengetahuan, sikap dan perilaku kelompok sasaran:

Suatu keadaan dimana pada dasarnya kelompok sasaran proyek secara terus menerus meningkatkan pengetahuan mengenai pelayanan *PHC (Primary Health Care)* dan manfaatnya, terdorong untuk menggunakan pelayanan tersebut dan berperilaku hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari termasuk menggunakan pelayanan kesehatan dasar. Ibu secara khusus perlu memahami pelayanan kesehatan dasar, dan cukup termotivasi dalam hal permintaan pelayanan esensial baik bagi ibu maupun anaknya dan mempertahankan perilaku hidup sehat di rumah. Jika tidak, maka permintaan terhadap pelayanan kesehatan dasar dan perilaku hidup sehat tidak cukup memadai untuk memperbaiki kesehatan.

2.7.3. Kualitas Pelayanan Kesehatan Dasar:

Suatu keadaan dimana proyek akan memberikan hasil dan pelayanan yang memenuhi standar teknis dan harapan pengguna. Rendahnya kualitas atau tidak adanya pelayanan dan hasil esensial yang dicapai oleh proyek akan menghambat penggunaannya. Jika kualitas pelayanan dan hasil baik akan menarik masyarakat untuk membayar dan mendorong kepercayaan masyarakat untuk menggunakan secara efektif intervensi pelayanan kesehatan dasar.

2.7.4. Dukungan manajemen:

Suatu keadaan dimana dukungan manajemen pelayanan (perencanaan, supervisi) adalah penting untuk mempertahankan bahkan meningkatkan kualitas pada masa yang akan datang. Tidak adanya/lemahnya dukungan manajemen akan merupakan ancaman. WHO telah mengidentifikasi manajemen yang baik sebagai salah satu elemen kritis dari kesuksesan program pelayanan kesehatan dasar. Jika dukungan kuat maka program berjalan lancar, efektif dan efisien. Sebaliknya jika dukungan lemah maka programnya lemah bahkan secara berangsur-angsur akan kehilangan dukungan.

2.7.5. Kapasitas Organisasi

Suatu keadaan dimana terjadinya kerja sama yang kuat dengan organisasi induk dan organisasi lainnya, karena sebahagian besar program pelayanan kesehatan dasar adalah merupakan bagian dari suatu organisasi atau kerjasama yang lebih besar dengan lembaga lainnya untuk menyediakan pelayanan kesehatan dasar. Suatu organisasi yang kuat dapat saling melengkapi satu sama lain untuk menutupi kelemahan masing-masing.

2.7.6. Komitmen Politik

Suatu keadaan dimana program kesehatan tersebut mendapat dukungan baik secara individu, kelompok dan organisasi pemerintah maupun bukan pemerintah. Adanya komitmen yang tinggi dan dukungan yang luas dari berbagai pihak, merupakan iklim yang kondusif bagi terjadinya kesinambungan program dan jika sebaliknya akan mengancam kesinambungan program.

2.7.7. Sumber Daya Manusia

Suatu keadaan dimana staf manajemen, teknis dan lapangan yang terampil dapat dipertahankan pada masa mendatang. Kehilangan staf utama akan menjadi ancaman kesinambungan program. Staf adalah sumberdaya paling penting dalam program pelayanan kesehatan dasar yang dimiliki. Kadang-kadang alokasi anggaran dari program tersebut untuk pengembangan sumber daya manusia dapat mencapai 50-70%. Sangat membutuhkan waktu yang lama untuk merekrut, melatih dan membimbing staf untuk dapat melakukan tugasnya secara benar. Jika staf yang terampil meninggalkan program atau dimutasi ke bagian lain maka dapat mempengaruhi kualitas pelayanan, moral staf yang lain dan biaya. Jika sejumlah staf utama meninggalkan program pada saat yang sama, hal ini merupakan ancaman yang serius bagi dukungan politik terhadap program itu dan kemampuan organisasi untuk bertahan.

2.7.8. Pendapatan Program

Suatu keadaan dimana dibutuhkan pendapatan keuangan yang perlu dipertahankan pada masa mendatang. Pendapatan yang tidak cukup akan menjadi ancaman kesinambungan program. Semua organisasi membutuhkan uang yang cukup untuk membiayai staf, ruang, perlengkapan dan pengeluaran lainnya. Organisasi yang surplus dapat melakukan reinvestasi uang mereka untuk memperluas pelayanan, uji ide baru dan perbaikan mutu pelayanan, dsb.

2.7.9. Pengeluaran Program

Suatu keadaan dimana biaya dapat dikontrol pada masa yang akan datang. Biaya tinggi, khususnya melebihi penerimaan akan mengancam kesinambungan program. Biaya harus tetap dipertahankan lebih rendah dari penerimaan dan jika tidak maka organisasi akan berjalan dalam keadaan rugi dan lama kelamaan akan berhenti bergerak. Mungkin akan dapat berjalan dengan menjual aset atau

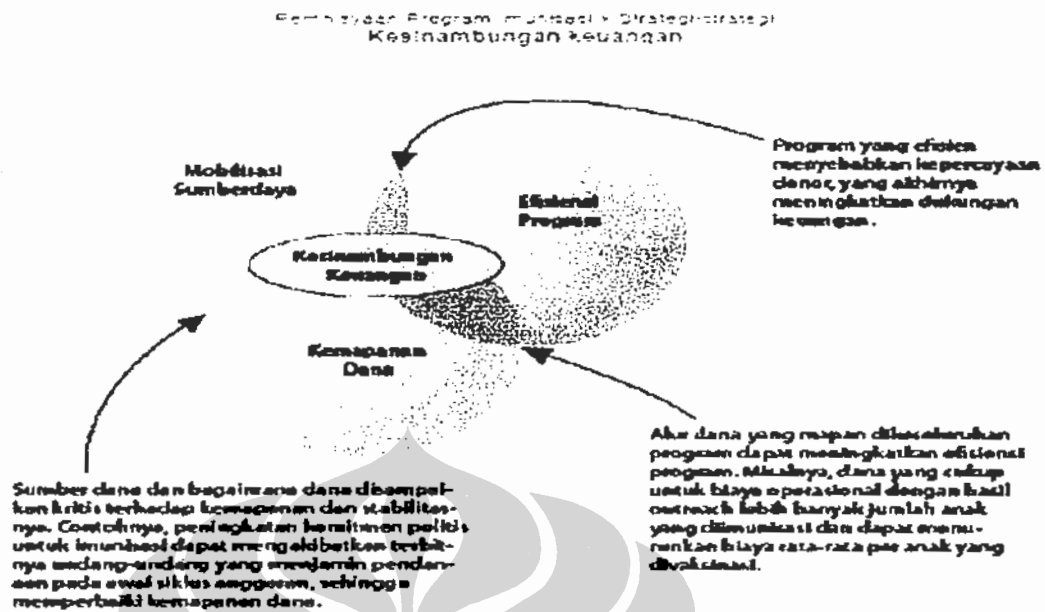
menggunakan dana cadangan tetapi hal itu hanya bersifat jangka pendek. Jika biaya tetap dipertahankan berada di bawah penerimaan, maka surplus dapat menambah cadangan untuk digunakan pada waktu keadaan buruk atau digunakan untuk memperluas dan meningkatkan pelayanan

2.7.10. Lingkungan

Suatu keadaan dimana akan terjadi perubahan-perubahan yang kontekstual seperti cuaca, ekonomi, stabilitas politik, sistem transportasi pada masa yang akan datang. Program dapat dipengaruhi oleh faktor di luar kontrolnya. Penurunan ekonomi dapat mengurangi sumber keuangan lokal, sementara pertumbuhan dapat meningkat dalam hal penggunaan dan potensi bagi pembayaran oleh pengguna. Ketidakstabilan politik dapat menyebabkan percepatan keluarnya staff atau kehilangan dukungan masyarakat.

2.8. Kestinambungan Pembiayaan Program Imunisasi

Program Imunisasi membutuhkan sumberdaya uang, peralatan dan personil untuk memberikan pelayanan rutin yang telah diprogramkan dan juga untuk melakukan pengembangan seperti kajian terhadap vaksin baru, kajian teknologi baru dan introduksi hal-hal lain di masa mendatang. Mobilisasi sumberdaya adalah proses mendapatkan sumberdaya ini. Hal ini merupakan tanggung jawab pemerintah dan mitra terkait. Kebijakan dari pemerintah akan mempengaruhi tindakan mitra baik nasional maupun internasional, dan sebaliknya. Contohnya, jika pemerintah nasional berkomitmen untuk meningkatkan pendanaan program imunisasi untuk beberapa tahun, donor internasional melihat ini sebagai dorongan untuk melanjutkan dukungan mereka. (<http://aim-e-learning.stanford.edu>, PATH, 2005)



Gambar 2.8.: Kestinambungan Pembiayaan Program

Hasil Riset Kesehatan Dasar yang dilakukan oleh Badan Litbangkes Depkes tahun 2007 menunjukkan bahwa, anak terimunisasi lengkap di tingkat nasional hanya mencapai 46,2%. Masalah lain adalah munculnya kembali PD3I yang berhasil ditekan (*reemerging disease*) serta timbulnya penyakit-penyakit menular baru (*Emerging Infectious Diseases*). Penyakit-penyakit infeksi yang betul-betul baru (*new diseases*) adalah penyakit-penyakit yang tadinya tidak dikenal (memang belum ada, atau sudah ada tetapi penyebarannya sangat terbatas; atau sudah ada tetapi tidak menimbulkan gangguan kesehatan yang serius pada manusia). Termasuk juga didalamnya penyakit-penyakit yang mencuat, yaitu penyakit yang angka kejadiannya meningkat dalam dua dekade terakhir ini, atau mempunyai kecenderungan untuk meningkat dalam waktu dekat, penyakit yang area geografis penyebarannya meluas, dan penyakit yang tadinya mudah dikontrol dengan obat-obatan namun kini menjadi resisten. (Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, DepKes RI, Profil Ditjen. PPPL, 2007)

Sebagai jawaban menghadapi tantangan atas pencapaian target imunisasi baik global maupun nasional yaitu UCI di 100% desa, termasuk juga memperkenalkan vaksin baru yang sesuai dengan kebutuhan dan kondisi epidemiologis di tiap negara, WHO dan UNICEF bersama dengan mitra yang lain sudah mengembangkan Strategi

dan Visi Imunisasi Global (*GIVS= Global Immunization Vision and Strategy*) untuk periode 2006-2015. *GIVS* adalah suatu kerangka yang menawarkan kepada para pembuat kebijakan dan *stakeholders* suatu visi yang tentang imunisasi dan satu set strategi yang dapat dipilih oleh tiap negara-negara mana yang paling sesuai dengan kebutuhan spesifik mereka. Dalam penyusunan rencana lima tahunannya tiap negara dianjurkan untuk merujuk kepada *GIVS* ini. (WHO 2005)

Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi membawa program imunisasi ke dalam penyelenggaraan yang bermutu dan efisien. Upaya tersebut didukung dengan kemajuan yang pesat dalam bidang penemuan vaksin baru (*Haemophilus influenzae type b, Pneumokok, Rotavirus, Japanese Encephalitis, Human Papiloma Virus* dan lain-lain). Beberapa jenis vaksin dapat digabung sebagai vaksin kombinasi yang terbukti dapat meningkatkan cakupan imunisasi, mengurangi jumlah suntikan dan kontak dengan petugas imunisasi.

Dari uraian di atas jelaslah bahwa dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, upaya imunisasi dapat semakin efektif dan efisien dengan harapan dapat memberikan sumbangan yang nyata bagi kesejahteraan anak, ibu serta masyarakat lainnya.

Sejak kebijakan desentralisasi diterapkan pada tahun 1999, keputusan untuk membelanjakan uang didelegasikan ke tingkat daerah. Pelaksanaan imunisasi rutin di Indonesia menjadi lebih lemah karena kekurangan dari alokasi dana untuk biaya operasional, distribusi vaksin dan pengawasan. Hal ini erat kaitannya dengan program prioritas yang berbeda-beda di tiap-tiap daerah. Tinjauan ulang revitalisasi EPI yang terbaru menunjukkan bahwa Badan Perencana Daerah (Bappeda) ingin penjelasan pembiayaan apa yang diperlukan untuk memastikan imunisasi rutin sudah mendapat dukungan. Tetapi para manajer imunisasi di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota belum mampu untuk menjelaskan dan meyakinkan perencana lokal (Bappeda) tentang kebutuhan pembiayaan untuk imunisasi rutin, oleh karena itu peningkatan kapasitas mereka di perencanaan anggaran.

GAVI sudah berkomitmen akan menganggarkan US\$40 juta dollar untuk program imunisasi di Indonesia untuk periode 5 (lima) tahun (2004 – 2007). Sebagai persyaratan dukungan untuk semua negara penerima dana GAVI, setiap negara perlu menyusun *Financial Sustainability Plan (FSP)*. *FSP* untuk imunisasi diperkenalkan

di 2002, dengan tujuan mengerahkan seluruh sumber daya nasional dan internasional mendukung tercapainya target program imunisasi dengan perkataan lain untuk menjamin pemerintah bersama mitranya mengkaji biaya yang terkait dengan program imunisasi dan untuk mengembangkan perencanaan yang menjamin kesinambungan (*sustainability*) di masa yang akan datang. FSP dikembangkan oleh tim EPI untuk memenuhi kebutuhan akan perencanaan yang baik dengan menitikberatkan pada *costing dan financing* (biaya dan pembiayaan atau pendanaan).

'*Sustainable*' atau kesinambungan berarti diharapkan dalam jangka panjang seluruh kebutuhan dana dapat dipenuhi oleh pemerintah Indonesia (mandiri) dan berkelanjutan. Untuk jangka pendek, dalam pencapaian target (yang memenuhi kriteria alokasi sumberdaya misalnya akses, efektif, kualitas, pemerataan), diharapkan sumberdaya dapat dimobilisir dan menggunakan sumberdaya domestik secara efisien untuk mencapai target. Ada tiga hal utama yang mempengaruhi kesinambungan program imunisasi: (1) penundaaan pelaksanaan anggaran; (2) konflik kepentingan antar program pada institusi kesehatan; dan (3) kurangnya komitmen pemangku kepentingan. Dokumen FSP menunjukkan komitmen pemerintah dalam mendukung program imunisasi. (*FSP Of Indonesia, MOH, 2005*)

Walaupun Pemerintah Indonesia telah mencapai prestasi yang luar biasa dalam program imunisasi, itu tidak berarti tanpa masalah. Dalam sepuluh tahun terakhir, Pemerintah Indonesia menghadapi kekurangan dana dan sumber daya manusia untuk melestarikan program pelayanan imunisasi dan situasi ini menjadi lebih buruk sejak desentralisasi di sektor publik diterapkan dari tahun 2001. Secara tidak langsung, desentralisasi berimbas pada kesinambungan dan ketersediaan dana imunisasi. Program imunisasi telah melakukan beberapa upaya untuk mengatasi masalah itu yakni mengembangkan *cMYP/comprehensive Multi Year Plann* (Perencanaan multi tahunan yang komprehensif) untuk tahun 2007-2011, untuk mendukung kesinambungan program imunisasi, dengan memakai tools cMYP yang dikembangkan oleh WHO, Unicef dan GAVI Alliance.

Di akhir 2005, UNICEF dan WHO, bersama-sama dengan GAVI Alliance, mengembangkan suatu pedoman dalam penyusunan suatu rencana lima tahunan yang menyeluruh (cMYP) untuk imunisasi, untuk membantu negara-negara dalam memperkuat perencanaan program imunisasi mereka. Penyusunan rencana lima

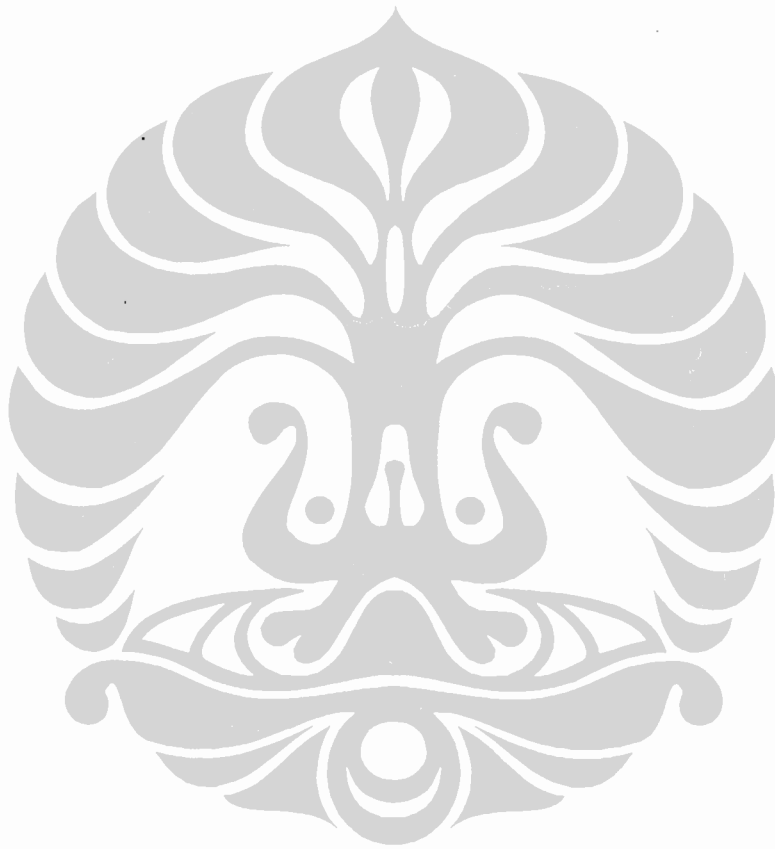
tahunan ini disebut menyeluruh karena sudah mencakup seluruh kegiatan yang dibutuhkan dalam pelaksanaan program imunisasi, terpadu dengan kegiatan program lain yang akan meningkatkan cakupan imunisasi, serta sudah mencantumkan pembiayaan dari program imunisasi dan pemetaan penganggaran imunisasi terhadap sumber-sumber biaya yang diharapkan.

Perencanaan multi tahunan (*cMYP*) adalah suatu alat manajemen kunci untuk program imunisasi nasional, dan di setiap tahun terakhir para manajer program dimintakan untuk menyusun rencana lima tahunan mendatang agar dapat menjangkau seluruh sasaran. Penyusunan Rencana Lima Tahunan ini haruslah mengacu pada rencana strategies dan *Global Immunization Vision and Strategies* (GIVS). GIVS merekomendasikan untuk menerapkan RED (*Reach Every District*) untuk memastikan perlindungan terhadap penyakit yang yang dapat dicegah dengan imunisasi. (WHO, *cMYP Guideline*, 2005) Perencanaan strategis untuk imunisasi memerlukan informasi yang dapat dipercaya tentang biaya-biaya yang dibutuhkan untuk menjangkau seluruh sasaran dan target yang telah ditetapkan dan penganggaran terhadap program (siapa yang akan membiayai kebutuhan, apa yang masih merupakan shortfalls/belum terdani dan bagaimana cara memprioritaskan aktivitas berdasarkan dana yang yang tersedia). Oleh sebab itu, perkiraan jumlah biaya dan pembiayaan dari program imunisasi adalah suatu kunci masuk pengembangan dari suatu *Multi-Year Plan* yang menyeluruh untuk imunisasi.

Untuk menetapkan besar biaya dan penganggaran dari *cMYP*, telah dikembangkan suatu instrumen - *Financing dan Costing cMYP Tool* yang dapat digunakan untuk perkiraan biaya dimasa datang dan pembiayaan imunisasi pada masa lalu persyaratannya sumber daya pada masa depan, dan analisa sesuai dengan kesenjangan pembiayaan. Tools *cMYP* ini mengacu pada tools FSP yang sebelumnya sudah dikembangkan oleh WHO bekerjasama dengan *Unicef, GAVI dan World Bank*.

Rencana multi tahunan yang menyeluruh untuk imunisasi harus mencakup hal-hal berikut: tujuan nasional, strategi dan sasaran hasil untuk tiga sampai lima tahun berdasar pada suatu analisa situasi; menunjuk semua komponen dari program imunisasi yang relevan bagi negarayang bersangkutan, bersinergi dengan berbagai inisiatif imunisasi lainnya seperti: polio, campak, *maternal dan neonatal tetanus* (MNT), penyuntikan yang aman, dan lain-lain—untuk menghindari perencanaan

yang terpisah-pisah, mengintegrasikan satu aktivitas/rencana pengendalian penyakit dan prakarsa lainnya dengan imunisasi rutin untuk menghindari duplikasi; penetapan biaya dan pembiayaan dihubungkan dengan siklus perencanaan; serta meliputi strategi dan skenario untuk kesinambungan keuangan (*financing sustainability*).



BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan pustaka pada Bab 2 sebelumnya, penelitian ini mempunyai tujuan untuk mendapatkan gambaran tentang potensi kesinambungan pembiayaan program imunisasi di Kabupaten Garut, Provinsi Jawa Barat pada tahun 2010 – 2014.

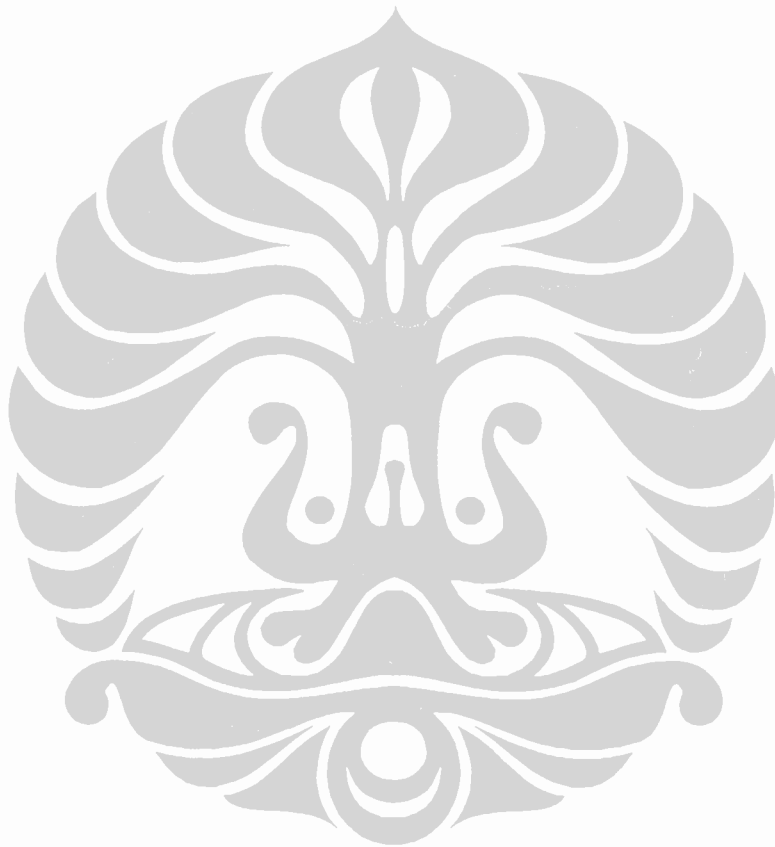
Untuk dapat menilai atau menganalisa apakah pembiayaan dari suatu program dapat berkesinambungan maka kita harus terlebih dahulu mengetahui kesenjangan/gap pembiayaan itu sendiri. Kesenjangan ini didapatkan dengan cara membandingkan total seluruh biaya yang dibutuhkan oleh program dengan ketersediaan dari biaya yang ada atau yang mungkin akan ada. Kesenjangan dari pembiayaan ini juga dipengaruhi oleh komitmen dari pejabat yang berwenang di terutama pada era desentralisasi sekarang ini dan juga proses perencanaan di daerah tersebut. Disamping itu adanya kebijakan-kebijakan dalam program terkait baik yang berasal dari pemerintah pusat maupun daerah juga akan mempengaruhi kesenjangan yang terjadi.

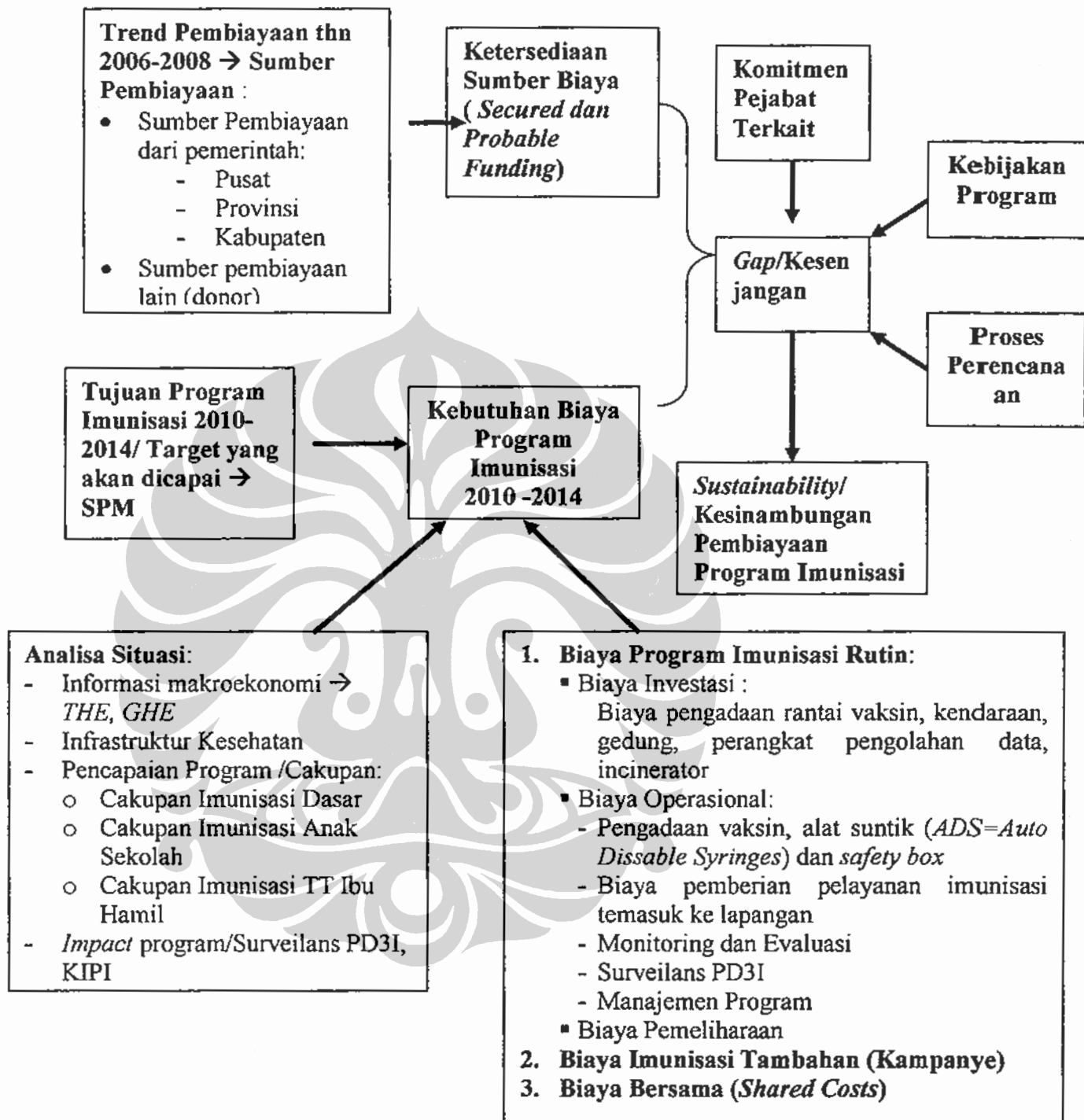
Untuk dapat mengetahui total biaya yang dibutuhkan oleh suatu program kita perlu terlebih dahulu melakukan analisa situasi yang meliputi antara lain: Gambaran Demografi, Informasi makroekonomi (*Total Health Expenditure (THE)*, *Government Health Expenditure (GHE)*), Pertumbuhan penduduk, Infrastruktur Kesehatan (penunjang program imunisasi), Pencapaian Program /Cakupan (Cakupan Imunisasi Dasar, Cakupan Imunisasi Anak Sekolah, Cakupan Imunisasi TT Ibu Hamil), *Impact* program/Surveilans PD3I (Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi), KIP (Kejadian Ikutan Paska Imunisasi). Disamping itu harus ditetapkan tujuan yang akan dicapai oleh program, lalu di petakan strategi dan kegiatan – kegiatan yang akan dilakukan untuk dapat mencapai target tersebut. Berdasarkan kegiatan ini nanti akan dihitung seluruh komponen biaya yang diperlukan.

Untuk melakukan analisa/ menilai tentang ketersediaan sumber biaya bagi suatu program dapat diambil kesimpulan dari tren pembiayaan pada program tersebut selama beberapa tahun sebelumnya. Adapun sumber pembiayaan ini sendiri kita bagi atas; sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah (pemerintah pusat, provinsi

atau puskesmas) dan sumber pembiayaan non pemerintah (misalnya WHO, Unicef, LSM/NGO lainnya, *OOP = Out Of Pocket*).

Kesimpulannya, informasi penelitian ini diharapkan dapat menilai total biaya yang dibutuhkan dan pembiayaan yang mungkin untuk program imunisasi di Kabupaten Garut selama 5 (lima) tahun mendatang yaitu tahun 2010 - 2014 serta bagaimana cara pemerintah daerah menyikapi kesenjangan penganggaran yang ada untuk menilai kesinambungan program imunisasi.





Gambar 3.1
Kerangka Konsep Kesiambungan Pembiayaan Program Imunisasi di Kabupaten Garut

| NO | DEFINISI OPERASIONAL | CARA PENGUKURAN | ALAT UKUR | HASIL UKUR |
|----|---|--|-------------------------------------|--|
| 1. | Sumber-sumber pembiayaan program imunisasi adalah semua sumber yang berperan dalam pembiayaan program imunisasi di kabupaten Garut baik yang berasal dari pemerintah maupun dari lembaga non pemerintah (APBN, APBD Provinsi, APBD Kabupaten, Donor). | Observasi dan telaah semua dokumen keuangan yang berhubungan dengan program imunisasi seperti DIP, DIK, RASK, DASK, DPA, laporan penyerapan dana di Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. | Checklist (kuesioner), format bantu | Data semua sumber pembiayaan yang berperan dalam program imunisasi |
| 2. | <i>Secured Funding</i> adalah total dana yang sudah pasti ada sumber pembiayaannya | Observasi dan telaah dokumen keuangan 2006 - 2008 untuk melihat trend pembiayaan di kabupaten Garut | Checklist (kuesioner), format bantu | Besaran biaya dalam rupiah |
| 3. | <i>Probable Funding</i> adalah dana yang diharapkan dari suatu sumber pembiayaan namun belum pasti pengalokasiannya | Observasi dan telaah dokumen keuangan 2006 - 2008 untuk melihat trend pembiayaan di kabupaten Garut dan membandingkannya dengan hasil wawancara mendalam dengan pejabat terkait | Checklist (kuesioner), format bantu | Besaran biaya dalam rupiah |

| NO | DEFINISI OPERASIONAL | CARA PENGUKURAN | ALAT UKUR | HASIL UKUR |
|----|---|--|--|--|
| 4. | <p>Kebutuhan Biaya Program Imunisasi 2010 -2014 adalah estimasi kebutuhan dana normatif untuk program imunisasi tahun 2010</p> <p>– 2014 baik rutin maupun tambahan agar dapat mencapai target sesuai dengan standar pelayanan minimal.</p> <p>Gap/kesenjangan adalah kesenjangan atau selisih total biaya yang dibutuhkan dengan dana yang sudah maupun belum pasti ada sumber pembiayaannya</p> | <p>Menghitung anggaran normatif berdasarkan kebutuhan anggaran</p> | <p>Software biaya dan pembiayaan perencanaan multi tahunan imunisasi</p> | <p>Besaran biaya dalam rupiah</p> |
| 5. | <p>Gap/kesenjangan adalah kesenjangan atau selisih total biaya yang dibutuhkan dengan dana yang sudah maupun belum pasti ada sumber pembiayaannya</p> | <p>Menghitung selisih antara anggaran normatif untuk program imunisasi yang dihitung berdasarkan kebutuhan untuk mencapai target SPM dengan dana yang sudah pasti ada sumber pembiayaannya</p> | <p>Software biaya dan pembiayaan perencanaan multi tahunan imunisasi</p> | <p>Besaran biaya dalam rupiah</p> |
| 6. | <p>Komitmen Pejabat Terkait: adalah pernyataan (statement) para pengambil kebijakan di kabupaten yang tertuang dalam dokumen daerah dan diwujudkan dalam bentuk proporsi alokasi pembiayaan program imunisasi yang tercantum dalam APBD, dimana pengambil keputusan berasal dari pihak Legislatif dan Eksekutif.</p> | <p>Wawancara mendalam dan telaah dokumen.</p> | <p>Pedoman Wawancara, daftar isian/Checklist, dokumen APBD</p> | <p>Tingkat Komitmen Pejabat Terkait dilihat dari tren pembiayaan dalam tahun lalu.</p> |

| NO | DEFINISI OPERASIONAL | CARA PENGUKURAN | ALAT UKUR | HASIL UKUR |
|----|---|---|--|---|
| 7 | <p>Kesinambungan/<i>Sustainability</i> adalah diharapkan dalam jangka panjang seluruh kebutuhan dana dapat dipenuhi oleh pemerintah Indonesia (mandiri) dan berkelanjutan. Untuk jangka pendek, dalam pencapaian target (yang memenuhi kriteria alokasi sumberdaya misalnya akses, efektif, kualitas, pemerataan), diharapkan sumberdaya dapat dimobilisir dan menggunakan sumberdaya domestik secara efisien untuk mencapai target</p> | <p>Wawancara mendalam dengan petugas terkait dan telaah dokumen</p> | <p>Check list (kuesioner), pedoman wawancara</p> | <p>Asumsi sinambung atau tidak</p> |
| 8 | <p>Kebijakan Program adalah aturan dan Peraturan yang ditetapkan oleh Pemerintah baik dari pusat maupun daerah dalam pelaksanaan program imunisasi baik dari segi manajemen maupun teknis pelaksanaan.</p> | <p>Wawancara mendalam dengan petugas terkait dan telaah dokumen</p> | <p>Check list (kuesioner), pedoman wawancara</p> | <p>Data seluruh kebijakan program imunisasi</p> |

| NO | DEFINISI OPERASIONAL | CARA PENGUKURAN | ALAT UKUR | HASIL UKUR |
|------|--|--|---|---|
| 8. | Proses Perencanaan adalah tahapan dalam menyusun perencanaan program imunisasi di suatu daerah | Melakukan wawancara mendalam kepada seluruh pemangku kepentingan (stakeholder) yang terlibat dalam penyusunan perencanaan dan membandingkan dengan dokumen terkait yang ada | Check list (kuesioner), pedoman wawancara | Alur Perencanaan dan waktu pelaksanaan tiap tahapan |
| 9. | Informasi makroekonomi adalah kondisi makroekonomi di kabupaten penelitian. | Telaah dokumen yang terkait (data dari BPS Kabupaten.) | Check list (kuesioner), format bantu | Angka atau nilai dari tiap data |
| 9.a. | <i>Total Health Expenditure (THE)</i> percapita: biaya kesehatan total yang dikeluarkan per penduduk | Telaah dokumen yang terkait (data dari BPS Kabupaten.) | Check list (kuesioner), format bantu | Besaran biaya dalam rupiah |

| NO | DEFINISI OPERASIONAL | CARA PENGUKURAN | ALAT UKUR | HASIL UKUR |
|------|--|---|---|---|
| 9.b. | Government Health Expenditure (GHE): pengeluaran kesehatan yang berasal dari anggaran pemerintah | Telaah dokumen yang terkait (data dari BPS Kabupaten.) | Check list (kuesioner), format bantu | Besaran biaya dalam rupiah |
| 10. | Infrastruktur Kesehatan: Struktur sarana kesehatan untuk imunisasi di setiap tingkat administrative (jumlah dinas kesehatan kabupaten dan puskesmas) | Telaah dokumen yang terkait | Software biaya dan pembiayaan perencanaan multi tahunan imunisasi | Jumlah tiap jenis infrastruktur kesehatan yang ada pada tiap tingkat administrative (Inventory) |
| 11. | Pencapaian program: adalah cakupan pelaksanaan program imunisasi rutin di kabupaten penelitian setiap bulan yang terdiri dari: a. Cakupan imunisasi dasar yaitu persentase jumlah bayi umur 0-11 bulan yang telah mendapatkan | Observasi dan melakukan perhitungan dengan memeriksa buku laporan imunisasi (data sekunder): jumlah bayi umur 0-11 bulan yang telah mendapatkan imunisasi dibagi dengan jumlah seluruh bayi 0-11 bulan | Format/format bantu | persentase bayi umur 0-11 bulan yang telah |

| | | |
|---|---|---|
| <p>imunisasi dibagi dengan jumlah seluruh bayi 0-11 bulan yang ada di kabupaten kali 100% atau X/Y x100% perantigen</p> <p>b. Cakupan imunisasi anak sekolah yaitu persentase jumlah anak sekolah SD (kelas 1 s/d 3) yang telah mendapatkan imunisasi dibagi dengan jumlah seluruh anak sekolah SD (kelas 1 s/d 3) yang ada di kabupaten kali 100% atau X/Y x100% perantigen</p> <p>c. Cakupan imunisasi TT ibu hamil yaitu persentase jumlah ibu hamil yang telah memiliki status imunisasi T minimal T2 dibagi dengan jumlah seluruh ibu hamil yang ada di kabupaten kali 100% atau X/Y x100%</p> | <p>yang ada di kabupaten untuk tiap jenis antigen</p> <p>jumlah anak sekolah SD (kelas 1 s/d 3) yang telah mendapatkan imunisasi dibagi dengan jumlah seluruh anak sekolah SD (kelas 1 s/d 3) yang ada di kabupaten untuk tiap jenis antigen</p> <p>jumlah ibu hamil dengan status imunisasi TT minimal T2 dibagi dengan jumlah seluruh ibu hamil yang ada di kabupaten</p> | <p>mendapatkan imunisasi untuk tiap jenis antigen</p> <p>persentase anak sekolah SD (kelas 1 s/d 3) yang telah mendapatkan imunisasi untuk tiap jenis antigen</p> <p>persentase ibu hamil dengan status imunisasi TT minimal T2</p> |
|---|---|---|

| NO | DEFINISI OPERASIONAL | CARA PENGUKURAN | ALAT UKUR | HASIL UKUR |
|-----|---|---|---|--|
| 12. | Impact Program/Surveilans PD3I dan KIPI: adalah cara menilai keberhasilan program imunisasi dengan melihat jumlah PD3I (penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi) dan kasus KIPI (Kejadian Ikutan Paska Imunisasi) yang ada selama periode penilaian. | Observasi buku laporan surveilans PD3I dan membandingkannya dengan cakupan imunisasi di lokasi yang sama. Observasi dan telaah hasil audit kasus KIPI yang terjadi selama periode penilaian. | Format/format bantu | jumlah kasus PD3I yang terjadi dikelompokkan menurut riwayat imunisasi pengelompokan kasus KIPI berdasar penyebabnya |
| 13. | Biaya Investasi adalah biaya yang dibutuhkan untuk pengadaan barang yang masa pakainya lebih dari 1 tahun yaitu peralatan rantai vaksin, kendaraan, gedung, peralatan pengolahan data dan peralatan penanganan limbah | Observasi data inventory barang-barang investasi dan melakukan perhitungan | Software biaya dan pembiayaan perencanaan multi tahunan imunisasi | Besaran biaya dalam rupiah |

| NO | DEFINISI OPERASIONAL | CARA PENGUKURAN | ALAT UKUR | HASIL UKUR |
|-----|--|---|--|----------------------------|
| 14. | Biaya Operasional: adalah biaya yang dibutuhkan untuk pelaksanaan program imunisasi dan selalu berulang setiap tahun, meliputi pengadaan vaksin, alat suntik dan safety box, gaji petugas imunisasi, pendistribusian vaksin, pelaksanaan imunisasi di lapangan, monitoring dan evaluasi, manajemen program dan biaya surveilans PD3I dan KPII. | Observasi dan telaah dokumen anggaran yang ada dan melakukan perhitungan untuk estimasi kebutuhan biaya pada tahun-tahun berikutnya | <i>Software</i> biaya dan pembiayaan perencanaan multi tahunan imunisasi | Besaran biaya dalam rupiah |
| 15. | Biaya pemeliharaan adalah biaya yang dibutuhkan tiap peralatan investasi baik yang dimiliki dan akan dimiliki agar tetap dapat berfungsi dengan optimal. | Observasi dan telaah dokumen anggaran yang ada dan melakukan perhitungan untuk estimasi kebutuhan biaya pada tahun-tahun berikutnya | <i>Software</i> biaya dan pembiayaan perencanaan multi tahunan imunisasi | Besaran biaya dalam rupiah |
| 16. | Biaya Imunisasi Tambahan adalah biaya yang dibutuhkan untuk pelaksanaan imunisasi di luar rutin meliputi biaya pengadaan logistik dan operasional . | Melakukan perhitungan kebutuhan total biaya untuk pelaksanaan kampanye | Checklist (kuesioner), format bantu | Besaran biaya dalam rupiah |

| NO | DEFINISI OPERASIONAL | CARA PENGUKURAN | ALAT UKUR | HASIL UKUR |
|----|--|---|--|----------------------------|
| 9. | Biaya bersama atau <i>shared costs</i> adalah biaya yang di butuhkan untuk program imunisasi, tetapi terintegrasi dengan pelaksanaan program lainnya, dengan perkataan lain biaya yang dipergunakan untuk kepentingan beberapa program termasuk imunisasi. | Observasi dan telaah dokumen anggaran yang ada dan melakukan perhitungan untuk estimasi kebutuhan biaya pada tahun-tahun berikutnya | <i>Software</i> biaya dan pembiayaan perencanaan multi tahunan imunisasi | Besaran biaya dalam rupiah |

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah studi kasus pembiayaan pada satu kabupaten dengan pendekatan kuantitatif (analisis pembiayaan dan penganggaran) dan kualitatif (analisis komitmen).

4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Kabupaten Garut yaitu kabupaten terbesar (urutan ke 2) di Provinsi Jawa Barat dengan cakupan imunisasi yang belum mencapai target nasional. Lokasi penelitian ini dilakukan di kota Garut sebagai pusat pelayanan administratif dan ibukota Kabupaten, pada kantor DPRD, Kantor Dinas Kesehatan, dan kantor BAPPEDA . Pelaksanaan penelitian ini dimulai dari pengumpulan data sampai penyajian data dilakukan selama 2 (dua) bulan yaitu pada awal bulan Mei 2009 sampai akhir bulan Juni 2009.

4.3. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi pada penelitian ini adalah dinas kesehatan Garut dengan mengumpulkan data dari puskesmas yang ada di wilayah ini. Khusus untuk data biaya pelaksanaan imunisasi di luar gedung (*outreach operational cost*), karena keterbatasan waktu dan tenaga, diambil dari puskesmas sampel .

Tehnik pengambilan sampel secara *stratified sampling*: dimana puskesmas terlebih dahulu dikelompokkan kedalam 2 (dua) kelompok berdasarkan pencapaian indikator program (UCI Desa), kemudian dengan pendekatan proporsi setiap kelompok 10%, didapatkan 5 puskesmas dari yang kelompok yang belum mencapai target dan 2 puskesmas dari kelompok yang telah mencapai target . Alasan pengambilan proporsi 10% karena populasi penduduk yang menjadi target imunisasi di Kabupaten Garut cenderung homogen dan sumber pembiayaan di setiap puskesmas adalah sama, sehingga diasumsikan bahwa jumlah sampel 10% untuk tiap kelompok sudah dapat mewakili seluruh populasi. Data dari puskesmas sampel ini kemudian diekstrapolasi menjadi total puskesmas dengan cara mengalikan biaya pada puskesmas sampel dengan jumlah puskesmas di tiap kelompok, lalu hasil dari

biaya di tiap kelompok puskesmas ini dijumlahkan untuk menjadi total biaya dari seluruh puskesmas.

4.4. Pengumpulan Data

4.4.1. Data Kuantitatif

Data yang digunakan adalah dokumen-dokumen penganggaran berupa alokasi anggaran untuk program imunisasi, standar biaya umum, dan alokasi biaya di program lain yang ada hubungannya dengan imunisasi di kedua kabupaten sepanjang tahun 2008 yang didapatkan dari pengelola program imunisasi, bagian bina program Dinas Kesehatan di kabupaten lokasi penelitian, meliputi:

- a. Rencana Anggaran Satuan Kerja Dinas/Instansi
- b. Dokumen Anggaran Satuan Kerja
- c. Daftar Isian Proyek dan Anggaran (DIPA)
- d. Dokumen Keuangan lainnya (BLN, daftar gaji pegawai Dinas Kesehatan Kabupaten termasuk puskesmas, kwitansi-kwitansi pengeluaran rutin seperti air, listrik, telephone, dll)

Walaupun data kuantitatif ini diambil hanya untuk satu tahun anggaran saja sebagai *baseline year* untuk dimasukkan kedalam *software*, tetapi peneliti tetap memperhitungkan tren pembiayaan yang ada di Kabupaten Garut selama minimal 3 tahun terakhir.

Data ini dimasukkan dalam alat bantu program excel (*Tools*) yang telah dikembangkan oleh WHO untuk mendapatkan informasi tentang pembiayaan program imunisasi yang dikenal dengan nama *costing tools cMYP (comprehensive Multi Year Plan)* sesuai dengan kelompok pembiayaannya masing-masing.

4.4.2. Data Kualitatif

a. Sumber Informasi

Penentuan informan sebagai sumber informasi ditentukan berdasarkan purposive sampling atau sample bertujuan. Sebagai sampel pada penelitian ini adalah Kepala Dinas Kesehatan atau Kepala Sub Bidang Perencanaan dan Kepala Bidang P2 yang berperan dalam penyusunan anggaran program imunisasi serta stakeholders yang menentukan pengalokasian anggaran program imunisasi di kabupaten lokasi

penelitian yang akan menjadi sumber informasi/informan dalam wawancara mendalam, yaitu:

- Ketua Komisi D DPRD Kabupaten Garut selaku lembaga Legislatif
- Kepala Bidang yang membidangi kesehatan Bappeda Kabupaten Garut selaku Tim Anggaran Eksekutif.

b. Instrumentasi

Pada penelitian ini instrumentasi yang digunakan adalah pedoman wawancara yang sudah pernah dipergunakan dalam survey *FSP/ Financial Sustainability Plan* yang dilaksanakan di 4 provinsi (Jawa Timur, Sumatera Barat, Nusa Tenggara Timur dan Kalimantan Timur), dimana diharapkan akan mendapatkan semua informasi yang dibutuhkan sehingga mencapai validitas dan realibilitas yang adekuat, dengan instrumen peneliti sendiri (Moleong, 2004).

Pada saat wawancara dilaksanakan oleh peneliti menggunakan *tape recorder* sebagai alat perekam untuk dokumentasi kegiatan.

Pada saat melakukan wawancara perlu diperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi wawancara antara lain: pewawancara, responden, situasi wawancara dan isi dari pedoman wawancara. (Bachtiar, dkk. 2005)

c. Validasi Data

Untuk mendapatkan analisis data yang valid, maka penelitian ini menggunakan metode triangulasi yaitu:

1. Triangulasi Sumber: dengan menggali sumber dari ketua DPRD, Kepala Sub Bidang Pengendalian BAPPEDA, Kepala Dinas Kesehatan atau Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan Dinas Kesehatan dan Kepala Sub Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.
2. Triangulasi Metode: dengan menggunakan wawancara mendalam (*indepth interview*) serta pengamatan dokumen dan dokumen-dokumen pendukung lainnya yang berhubungan dengan penelitian ini.
3. Triangulasi Analisa Data: dilakukan oleh peneliti serta meminta pendapat ahli (pembimbing) mengenai interpretasi dan analisis yang dilakukan untuk mendapatkan masukan, koreksi atas kesalahan dan menghindari subjektivitas peneliti dalam menganalisis data.

Kematian Ibu (AKI) terus mengalami penurunan dari sebesar 264/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2004 menjadi sebesar 255/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2005, kemudian menurun menjadi 246/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2006, serta mengalami penurunan pada tahun 2007 menjadi sebesar 237/100.000 kelahiran hidup.

Kinerja pembangunan kesehatan di tahun 2007 telah mengalami kemajuan capaian indeks kesehatan yang ternyata masih berada pada urutan terbawah di Jawa Barat, sehingga tentu saja diperlukan upaya yang lebih keras lagi, sehingga diharapkan dapat mengembangi akselerasi kemajuan pembangunan kesehatan pada kabupaten/kota lainnya di Jawa Barat.

Untuk tahun 2008 dan 2009 indikator derajat kesehatan dapat meningkat. Pada tahun 2008, nilai indeks kesehatan diproyeksikan dapat meningkat menjadi sebesar 67,4 poin dan pada tahun 2009 sebesar 68,8 poin dengan pencapaian Angka harapan hidup pada tahun 2008 diproyeksikan naik menjadi 65,5 tahun dan tahun 2009 diproyeksikan mencapai 66,3 tahun. Sedangkan Angka Kematian bayi (AKB) diproyeksikan mengalami penurunan menjadi 51,8 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2008 dan menjadi 50,8 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2009. Demikian pula dengan Angka Kematian Ibu (AKI) diproyeksikan dapat menurun menjadi 729/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2008 dan menjadi dibawah 221/100.000 kelahiran hidup tahun, 2009.

Perkembangan Indikator makro Pembangunan Kabupaten Garut sampai dengan tahun 2007 dan proyeksi tahun 2008-2009 dapat disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 5.2
Indikator Makro Pembangunan Kabupaten Garut Tahun 2007
dan proyeksi Tahun 2008-2009

| No | Uraian | Realisasi | | | | Proyeksi** | |
|----|--|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|
| | | 2004 | 2005 | 2006 | 2007* | 2008 | 2009 |
| 1 | IPM | 67,3 | 68,7 | 69,5 | 70,2 | 71,1 | 71,9 |
| | Indeks Kesehatan | 63,8 | 64,2 | 65,1 | 66,1 | 67,4 | 68,6 |
| | Angka Harapan Hidup (Tahun) | 63,3 | 63,5 | 64,1 | 64,7 | 65,5 | 66,3 |
| | Angka Kematian Bayi (per 1000 kelahiran hidup) | 55,9 | 54,8 | 53,8 | 52,77 | 51,8 | 50,8 |
| | Indeks Pendidikan | 80,0 | 80,4 | 81,7 | 82,1 | 82,6 | 83,0 |
| | Angka Melek Huruf (%) | 97,7 | 98,0 | 98,9 | 99,0 | 99,1 | 99,2 |
| | Rata-rata Lama Sekolah (Tahun) | 6,7 | 6,8 | 7,1 | 7,2 | 7,4 | 7,6 |
| | Indeks Daya Beli | 58,1 | 61,5 | 61,7 | 62,5 | 63,1 | 54,0 |
| | Kemampuan Daya Beli (000 Rp) | 611,2 | 626,1 | 626,9 | 630,5 | 633,1 | 636,8 |
| 2 | Jumlah Penduduk (Jiwa) | 2.204.175 | 2.239.091 | 2.274.973 | 2.309.774 | 2.345.108 | 2.380.981 |
| 3 | Laju Pertumbuhan Penduduk (%) | 1,41 | 1,58 | 1,60 | 1,53 | 1,53 | 1,53 |
| 4 | Jumlah Penduduk Miskin (jiwa) | 338.300 | 336.076 | 363.148 | 358.217 | 329.447 | 311.731 |
| 5 | PDRB Berlaku (Trilyun Rp) | 11,32 | 13,70 | 15,89 | 17,68 | 19,66 | 21,88 |
| 6 | Inflasi (%) | 8,47 | 16,14 | 11,43 | 6,38 | 6,00 | 6,00 |
| 7 | Konsumsi Pemerintah (juta Rp) | 860.624 | 1.185.352 | 1.607.567 | 1.788.513 | 1.988.599 | 2.213.916 |
| 8 | Laju Pertumbuhan Ekonomi (%) | 4,01 | 4,16 | 4,11 | 4,58 | 4,89 | 5,02 |
| 9 | PDRB Per Kapita (Rp) | 5.137.426 | 6.117.609 | 6.984.822 | 7.653.940 | 8.381.985 | 9.191.100 |
| 10 | Investasi (Miliar) | 2.703,28 | 3.216,12 | 3.898,76 | 4.209,02 | 4.892,57 | 5.480,83 |
| 11 | Laju Investasi (%) | 19,86 | 18,97 | 21,23 | 7,96 | 16,24 | 12,02 |
| 12 | Jumlah Peduduk Yang Bekerja 10 Tahun Ke Atas | 792.040 | 799.481 | 839.688 | 852.533 | 865.575 | 891.740 |
| 13 | Jumlah Pengangguran terbuka (Jiwa) | 51.764 | 50.726 | 49.671 | 49,829 | 48.783 | 48.334 |

Sumber: BPS Kabupaten Garut (*Angka Sementara, **Angka Proyeksi)

5.4. Anggaran Daerah

Sesuai undang-undang nomor 32 tahun 2004 tentang pemerintah daerah dan undang-undang dasar nomor 33 tahun 20034 tentang perimbangan keuangan pusat dan daerah, Undang-Undang nomor 17 tahun 2003 tentang keuangan daerah, dan Peraturan Pemerintah nomor 58 tahun 2005 tentang pengelolaan keuangan daerah serta Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 13 tahun 2006 tentang pedoman pengelolaan keuangan daerah, APBD yang merupakan dasar pengelolaan keuangan daerah dalam masa 1 tahun . Anggaran terdiri atas pendapatan daerah, belanja daerah, pendapatan daerah.

Sumber Penerimaan daerah terdiri atas Pendapatan Asli Daerah (PAD), dana perimbangan, dan lain-lain yang sah. Sedangkan pembiayaan bersumber dari Sisa Lebih Penghitungan Anggaran (SILPA), Penerimaan Pinjaman Daerah, Dana Cadangan Daerah (DCD), dan Hasil Penjualan Kekayaan Daerah yang dipisahkan. Selain dana dari penerimaan daerah tersebut , daerah menerima dana pemerintah pusat dan propinsi yang disebut dana rekonstruksi dan tugas pembantuan, sesuai kebijakan pemerintahan pusat dan provinsi serta dana inventasi/swasta untuk kepentingan pelaksanaan pembangunan.

Perkembangan Anggaran Pendanaan Pembangunan Kabupaten Garut selama kurun waktu 5 tahun (2004-2008) dari berbagai sumber pendanaan sebagai berikut :

Tabel 5.3
Gambaran Anggaran Dana Pembangunan di Kabupaten Garut Berdasarkan Berbagai Sumber Dana, Tahun 2004 s.d 2009

| TAHUN | PAD | APBD prov | APBD/BLN | Jumlah dana pembangunan |
|--|-----------------|----------------|-------------------|-------------------------|
| 2004 | 40.129.293.242 | 34.095.903.388 | 563.739.007.985 | 637.964.204.617 |
| 2005 | 49.861.740.873 | 34.111.627.897 | 604.061.110.526 | 688.034.479.296 |
| 2006 | 62.543.259.120 | 52.056.245.898 | 913.446.955.438 | 1.028.046.460.462 |
| 2007 | 79.510.3224.318 | 64.603.630.958 | 1.054.463.085.773 | 1.198.577.041.848 |
| 2008 | 84.068.693.850 | 28.154.514 | 1.162.908.060.000 | 1.275.131.268.234 |
| Rata-rata pertumbuhan Per tahun | 20,64 | 5,08 | 21,02 | 20,06 |
| Rata-rata pertumbuhan proporsi per tahun | 6,57 | 4,59 | 58,84 | 100,00 |

Sumber: BPKD kab.Garut tahun 2004-2007 (anggaran perubahan), tahun 2008*(anggaran murni)

Selama kurun waktu 5 tahun (2004-2008) sumber dana pembangunan APBD Kabupaten Garut masih didominasi oleh dana yang bersumber dari dana perimbangan dan lain-lain pendapatan yang sah dari pemerintahan pusat (meliputi dana DAU, DAK, bagi hasil pajak/bagi hasil bukan pajak, dana penyeimbang, dana darurat) yakni dengan rata-rata proporsi per tahun sebesar 88,84%, sementara kemampuan pendapatan asli daerah (PAD) hanya memberikan kontribusi dengan rata-rata proporsi per tahun sebesar 6,57%, dan dana perimbangan dari provinsi (Dana Bagi Hasil Pajak dan Bantuan Keuangan dari provinsi) sebesar 4,59%. Secara keseluruhan dana, anggaran yang berasal dari dana Pendapatan Asli Daerah, APBD Prov, dan APBD/BLN selama kurun waktu 5 tahun (2004-2008), rata-rata per tahun mengalami kenaikan sebesar 20,96%

Kebijakan anggaran merupakan acuan umum dari rencana kerja pembangunan dan merupakan bagian dari perencanaan operasional anggaran dan alokasi sumber daya berdasarkan kebijakan prioritas nasional, kesepakatan Gubernur Jawa Barat dengan Bupati/Walikota, visi dan misi anggaran didasarkan pada Strategi Dasar Pembangunan Tahun 2009, yaitu: "Optimalisasi pelayanan kebutuhan dasar masyarakat dan penguatan ekonomi kerakyatan", yang diimplementasikan dalam 4 prioritas pembangunan daerah, yaitu Peningkatan penanggulangan kemiskinan daerah yang akan didukung oleh pagu anggaran minimal sebesar 20%, Peningkatan Kualitas Pelayanan Infrastruktur Dasar Untuk mendukung Perekonomian daerah, yang akan didukung dengan pagu anggaran minimal sebesar 30%, Peningkatan Kualitas Pembangunan SDM dan Pelayanan Birokasi Pemerintahan Daerah, yang akan didukung dengan pagu anggaran minimal sebesar 35%, serta Peningkatan Nilai tambah dan produktivitas Pertanian, yang akan didukung dengan pagu anggaran minimal sebesar 15%

5.5. Hasil wawancara mendalam tentang Proses Perencanaan di Kabupaten Garut

Perencanaan dan anggaran di kabupaten Garut mengacu pada PP 58 tahun 2005. Untuk mengharmonisasikan pembangunan, Musrenbang diselenggarakan. Musrenbang dimulai dari tingkat desa ke tingkat kecamatan, kabupaten, propinsi dan pusat. Musrenbang di tingkat kabupaten diselenggarakan pada Maret- April. Hasil

dari Musrenbang kabupaten kemudian dibawa ke tingkat provinsi pada bulan April dan kemudian dibawa ke pusat pada bulan April- Mei.

"...Awal proses APBD paling lambat Bulan april penyusunan, kebijakan umum anggaran, dan penetapan plafon sementara APBD tahun berikutnya. KUA dan PPAS bupati menyampaikan ke dewan setelah mendapatkan persetujuan kemudian diusulkan menjadi draft APBD dan disampaikan ke DPRD mengenai kegiatan yang akan dilaksanakan dibahas dengan panitia anggaran. KUA PPAS menjadi draft APBD...Dinas menyusun RKA yang berdasarkan KUA dan PPAS, dinas mengajukan anggaran sebagai implementasi" (I2)

Idealnya, perencanaan dibuat sesuai dengan rencana strategis lima tahunan yang kemudian dijabarkan dalam rencana tahunan. Setiap OPD harus menyusunnya sesuai dengan tujuan yang akan dicapai tahun ini dengan masukan dari program terkait. Tetapi kenyataannya perencanaan seringkali kurang melibatkan unit teknis.

"Bappeda adalah untuk perencanaan macro, permasalahannya adalah manajerial di OPDnya. Jadi tergantung di kedalaman kegiatan teknis di OPD. Dan ini semua tinggal tergantung dari kebijakan pihak teknis dalam hal ini Kadis Kes Garut (OPD)kemana prioritasnya. Tapi saat ini dalam menaikkan IPM khususnya untuk UHH maka lebih fokus pada Linakes (persalinan oleh tenaga kesehatan) utk menekan AKI/AKB" (I1)

"Dimulai dngan RPJMD untuk jangka 5 tahunan program Permendagri no 13, dibuat renstra 5 tahunan penjabaran RPJMD. Untuk tahunan membuat Renja, Bappeda membuat PPAS untuk tahunan berdasarkan usulan dinkes. Setelah itu musyawarah, kalau sudah ada sinyal pagu dari pemda. Setelah itu dibuat PPA dan dibuat RKA dan sinkronisasi dengan dewan. Pada saat perencanaan dengan program mestinya duduk bareng, kendala tidak semua program hadir pada pertemuan" (I3)

"...Perencanaan kurang melibatkan unit teknis, porsi untuk kegiatan program P2M kecil..." (I4)

5.6. Pembiayaan Kesehatan Kabupaten Garut

Sumber utama pembiayaan kegiatan kesehatan di Kabupaten Garut berasal dari Dana Pendapatan Asli Daerah (PAD), Dana Perimbangan (DAU dan DAK), dana bantuan dari Provinsi dan bantuan dari donor.

Total belanja daerah untuk sektor kesehatan di Kabupaten Garut Tahun 2008 adalah Rp. 153.188.208.949,- atau sekitar 11,84% dari total belanja di Kabupaten Garut sebesar Rp. 1.293.415.164.075,-. Belanja sektor kesehatan ini terdiri dari:

- a. Dinas Kesehatan sebesar : Rp. 73.838.085.701,-
- b. RSUD Dr. Slamet Garut sebesar : Rp. 79.350.123.248,-

Dari total belanja Dinas Kesehatan tersebut diatas, belanja untuk program imunisasi adalah sebesar Rp. 354.744.350,- atau sekitar 0,48%.

5.7. Pencapaian Program Imunisasi

Cakupan hasil pelaksanaan program imunisasi di kabupaten Garut menunjukkan angka yang naik turun. Umumnya cakupan pada semua antigen menunjukkan tren meningkat pada tahun 2006 dibandingkan tahun 2005 kecuali untuk HB 0-7 hari. Demikian juga pada tahun 2007 dibandingkan tahun 2006 kecuali untuk campak, TT1 dan TT2 ibu hamil. Sedangkan tahun 2008 cakupan semua antigen menunjukkan tren meningkat kecuali untuk BCG karena sempat terjadi kekosongan vaksin pada awal tahun selama beberapa bulan.

Cakupan tiap antigen di tingkat puskesmas masih belum merata, sehingga dijumpai ada puskesmas yang sudah mencapai target bahkan sampai melampaui 100% tetapi ada juga yang masih belum mencapai target. Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan imunisasi di Kabupaten Garut masih belum baik karena masih terdapat daerah kantong yang cakupannya belum mencapai target.

Cakupan imunisasi di Kabupaten Garut selama tahun 2005 sampai tahun 2007 dapat kita lihat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.4.
Cakupan Imunisasi Rutin di Kabupaten Garut Tahun 2005 – 2007

| NO | PUSKESMAS | Sasaran | | BCG % | DPT4B1 % | DPT4B3 % | Polio 4 % | Campak % | HB 0-7 hr % | TT 1 % | TT 2 % |
|------------|---------------|---------|--------|----------|-------------|-------------|--------------|-------------|----------------|-----------|-----------|
| | | Bayi | Hamil | | | | | | | | |
| 1 | Silwangi | 918 | 973 | 103,05 | 90,13 | 55,34 | 61,98 | 82,03 | 19,50 | 74,10 | 61,36 |
| 2 | Guntur | 872 | 896 | 112,84 | 106,19 | 84,52 | 87,61 | 78,49 | 47,02 | 80,38 | 63,95 |
| 3 | Pasundan | 840 | 1036 | 105,11 | 108,62 | 104,15 | 93,51 | 108,08 | 7,34 | 78,98 | 76,54 |
| 4 | Karangpawitan | 860 | 1045 | 91,88 | 94,58 | 87,50 | 85,73 | 82,71 | 50,42 | 83,84 | 81,15 |
| 5 | Karangmulya | 1441 | 1578 | 96,95 | 99,88 | 92,51 | 75,09 | 88,48 | 10,76 | 82,51 | 52,88 |
| 6 | Vanaraja | 1055 | 1181 | 99,81 | 99,81 | 86,28 | 71,66 | 79,81 | 50,81 | 86,76 | 63,62 |
| 7 | Cimeragas | 892 | 981 | 89,78 | 85,08 | 68,03 | 54,71 | 74,10 | 44,51 | 49,03 | 39,85 |
| 8 | Garawangsa | 643 | 707 | 81,28 | 56,45 | 45,41 | 23,48 | 31,73 | 14,77 | 49,50 | 47,38 |
| 9 | Terapong | 738 | 815 | 108,97 | 115,22 | 119,28 | 118,58 | 109,85 | 60,80 | 79,51 | 73,74 |
| 10 | Cipanas | 501 | 553 | 105,89 | 100,40 | 83,03 | 101,80 | 93,41 | 54,68 | 52,62 | 48,64 |
| 11 | Mekarwangi | 296 | 438 | 134,12 | 129,05 | 110,47 | 98,31 | 118,89 | 104,39 | 79,88 | 84,38 |
| 12 | Haurpanggung | 985 | 1083 | 122,54 | 117,28 | 93,40 | 80,56 | 85,43 | 70,25 | 71,64 | 60,30 |
| 13 | Sukageh | 301 | 331 | 107,31 | 89,04 | 93,02 | 74,09 | 89,10 | 74,75 | 67,37 | 55,59 |
| 14 | Pembangunan | 813 | 888 | 114,51 | 113,85 | 104,06 | 102,34 | 104,82 | 48,48 | 100,35 | 98,16 |
| 15 | Sukasonang | 655 | 729 | 102,14 | 94,05 | 85,80 | 93,13 | 93,28 | 21,83 | 79,29 | 64,05 |
| 16 | Begondit | 628 | 673 | 108,12 | 96,50 | 81,53 | 58,28 | 87,80 | 23,25 | 59,44 | 50,37 |
| 17 | Sukareja | 413 | 454 | 94,19 | 104,36 | 93,70 | 77,48 | 86,81 | 11,62 | 57,05 | 55,95 |
| 18 | Samarang | 1302 | 1932 | 108,68 | 96,77 | 100,00 | 105,07 | 102,84 | 26,19 | 84,06 | 79,36 |
| 19 | Padaewas | 1085 | 615 | 60,46 | 63,23 | 65,18 | 50,88 | 59,08 | 12,53 | 73,82 | 83,80 |
| 20 | Galog | 672 | 718 | 68,50 | 68,78 | 45,28 | 56,85 | 69,84 | 9,08 | 71,03 | 56,69 |
| 21 | Leles DTP | 920 | 981 | 98,91 | 98,59 | 94,87 | 86,41 | 81,52 | 47,39 | 80,62 | 81,65 |
| 22 | Lembang | 414 | 573 | 122,71 | 128,50 | 102,80 | 77,28 | 140,82 | 82,85 | 84,47 | 88,24 |
| 23 | Kedungora | 878 | 963 | 117,08 | 115,60 | 104,58 | 80,41 | 89,88 | 83,78 | 78,01 | 85,83 |
| 24 | Rancasatek | 805 | 860 | 103,85 | 90,31 | 78,83 | 73,91 | 88,21 | 84,10 | 80,23 | 68,74 |
| 25 | Leuwigoong | 1089 | 1207 | 89,81 | 65,86 | 66,21 | 64,10 | 65,29 | 38,11 | 57,25 | 41,92 |
| 26 | Cibatu | 1068 | 1553 | 124,25 | 122,28 | 121,35 | 105,08 | 128,22 | 88,78 | 75,02 | 72,98 |
| 27 | Sukamerang | 688 | 735 | 103,50 | 96,50 | 74,84 | 58,80 | 60,81 | 20,28 | 67,82 | 71,02 |
| 28 | Malengbong | 1145 | 1208 | 105,41 | 90,66 | 77,12 | 50,83 | 80,79 | 80,09 | 53,15 | 47,18 |
| 29 | Citras | 1282 | 1410 | 94,38 | 90,41 | 87,13 | 86,58 | 89,00 | 68,33 | 108,22 | 72,06 |
| 30 | Sukawening | 539 | 534 | 93,51 | 97,86 | 97,40 | 77,37 | 77,37 | 30,81 | 78,03 | 69,66 |
| 31 | Sukamukti | 174 | 200 | 90,80 | 84,48 | 78,31 | 53,45 | 83,10 | 49,43 | 71,00 | 47,00 |
| 32 | Merpati | 487 | 298 | 85,44 | 78,87 | 80,81 | 37,80 | 49,89 | 31,26 | 152,01 | 138,83 |
| 33 | Cintamanik | 350 | 420 | 109,43 | 117,43 | 100,00 | 115,43 | 103,71 | 41,71 | 93,10 | 88,90 |
| 34 | Bayangbong | 713 | 1011 | 142,64 | 123,14 | 105,05 | 103,65 | 100,70 | 50,83 | 105,04 | 92,28 |
| 35 | Cilimus | 771 | 830 | 105,68 | 112,45 | 89,35 | 98,05 | 103,11 | 68,35 | 94,34 | 82,53 |
| 36 | Sukahurip | 894 | 825 | 77,18 | 70,47 | 87,45 | 64,77 | 69,57 | 5,83 | 49,58 | 49,70 |
| 37 | Ciawu | 1150 | 1278 | 106,96 | 80,26 | 91,30 | 70,28 | 84,09 | 11,74 | 85,45 | 71,05 |
| 38 | Bojongloa | 919 | 1020 | 77,28 | 79,00 | 68,12 | 57,67 | 87,14 | 21,65 | 41,27 | 31,47 |
| 39 | Ciburupan | 1300 | 1382 | 107,69 | 104,15 | 101,15 | 78,64 | 85,38 | 34,77 | 66,88 | 66,88 |
| 40 | Pakuwon | 394 | 581 | 117,26 | 101,27 | 81,73 | 72,84 | 105,08 | 31,98 | 59,21 | 47,18 |
| 41 | Sukamulya | 819 | 901 | 103,78 | 82,30 | 88,86 | 100,37 | 82,54 | 37,61 | 52,05 | 50,83 |
| 42 | Cikelang | 1621 | 1913 | 114,93 | 103,64 | 92,17 | 73,23 | 78,85 | 33,68 | 81,65 | 61,21 |
| 43 | Singajaya | 874 | 952 | 94,05 | 92,45 | 82,95 | 80,21 | 83,84 | 52,40 | 79,83 | 61,84 |
| 44 | Churip | 368 | 406 | 93,75 | 82,34 | 58,70 | 56,79 | 101,83 | 35,05 | 93,60 | 83,99 |
| 45 | Banjarwangi | 858 | 1268 | 98,83 | 86,25 | 81,12 | 66,32 | 65,50 | 31,93 | 87,35 | 58,55 |
| 46 | Poundouy | 336 | 480 | 126,19 | 106,55 | 73,51 | 88,10 | 88,31 | 31,85 | 53,13 | 53,13 |
| 47 | Pameungpeuk | 867 | 848 | 122,38 | 134,37 | 118,28 | 108,23 | 93,08 | 43,83 | 79,84 | 80,55 |
| 48 | Cismpat | 882 | 1098 | 107,80 | 129,63 | 115,36 | 81,80 | 96,05 | 47,30 | 69,15 | 58,14 |
| 49 | Cikelat | 522 | 574 | 121,07 | 113,03 | 102,30 | 81,80 | 102,30 | 10,15 | 84,29 | 41,46 |
| 50 | Cimari | 283 | 253 | 103,89 | 104,24 | 83,04 | 99,29 | 98,11 | 11,68 | 70,75 | 71,15 |
| 51 | Cibalang | 932 | 1024 | 91,20 | 88,95 | 90,99 | 78,88 | 81,78 | 22,75 | 68,80 | 64,84 |
| 52 | Bungbulang | 1186 | 1258 | 108,18 | 103,20 | 97,22 | 90,98 | 86,51 | 40,86 | 86,87 | 63,22 |
| 53 | Mekarukti | 314 | 332 | 100,00 | 98,41 | 82,68 | 94,27 | 91,08 | 67,20 | 100,00 | 94,88 |
| 54 | Sindenratu | 1548 | 1697 | 120,22 | 107,38 | 102,33 | 95,09 | 88,89 | 33,33 | 82,58 | 46,20 |
| 55 | Ciawu | 652 | 681 | 84,51 | 102,76 | 92,79 | 68,40 | 65,64 | 35,43 | 89,56 | 78,88 |
| 56 | Sukarame | 879 | 748 | 98,78 | 89,84 | 83,80 | 85,57 | 84,88 | 87,75 | 70,32 | 58,29 |
| 57 | Telegong | 633 | 697 | 89,57 | 69,51 | 69,83 | 70,62 | 84,30 | 15,86 | 85,14 | 59,83 |
| 58 | Pemulihan | 250 | 333 | 100,40 | 94,40 | 78,40 | 61,80 | 69,60 | 10,80 | 71,17 | 61,56 |
| 59 | Cisandean | 138 | 148 | 123,19 | 88,84 | 89,57 | 48,55 | 60,87 | 20,28 | 59,48 | 47,97 |
| 60 | Bt. Limbangan | 1121 | 1860 | 97,95 | 99,29 | 89,65 | 89,40 | 90,89 | 84,84 | 43,13 | 54,84 |
| 61 | Solawati | 927 | 828 | 105,07 | 100,76 | 96,44 | 89,97 | 90,84 | 75,40 | 111,86 | 103,89 |
| 62 | Cibuk | 501 | 645 | 96,17 | 71,05 | 84,06 | 55,41 | 61,80 | 30,28 | 84,50 | 71,84 |
| KAB GARUT | | 48.667 | 64.287 | 102,35 | 96,46 | 87,92 | 79,89 | 85,97 | 39,73 | 73,46 | 64,81 |
| Tahun 2005 | | 48.667 | 64.287 | 89,69 | 78,18 | 80,78 | 78,30 | 85,83 | 38,48 | 80,88 | 88,82 |
| Tahun 2006 | | 58.308 | 84.050 | 89,50 | 78,18 | 80,78 | 74,80 | 87,12 | 61,70 | 85,88 | 78,70 |
| Target | | | | 98 | 98 | 90 | 80 | 80 | 80 | 85 | 93 |

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut (telah di olah)

Dari tabel di atas terlihat bahwa cakupan imunisasi di kabupaten Garut pada tahun 2005 sampai 2007 masih belum dapat mencapai target. Antigen yang pencapaiannya tidak mencapai target di semua puskesmas adalah HB 0-7 hari.

Tabel 5.5.
Cakupan Imunisasi Kabupaten Garut Tahun 2008

| NO | PUSKESMAS | Sasaran | | BCG | | DPT - HB kombi 1 | | DPT - HB kombi 3 | | POLIO 4 | | CAMPAN | | Hepatitis B 0-7 Hari | | TT 1 | | TT 2 | |
|----|------------------|---------|--------|-------|-------|------------------|-------|------------------|-------|---------|-------|--------|-------|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | Bayi | Hamil | Jml | % | Jml | % | Jml | % | Jml | % | Jml | % | Jml | % | Jml | % | Jml | % |
| 1 | Sasaran PKM | 54.317 | 59.749 | 53993 | 99,40 | 54253 | 99,88 | 51589 | 94,91 | 50235 | 92,48 | 51025 | 93,94 | 24636 | 46,36 | 53701 | 89,88 | 49554 | 82,94 |
| 2 | Sasaran Proyeksi | 61.944 | 68.182 | | 87,11 | | 87,53 | | 83,23 | | 81,85 | | 82,32 | | 39,75 | | 86,64 | | 79,95 |
| | Target | | | | 98 | | 98 | | 98 | | 98 | | 98 | | 88 | | 88 | | 88 |

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut (telah diolah)

Dari tabel diatas terlihat adanya perbedaan angka sasaran program imunisasi menurut hasil pendataan di lapangan (dari puskesmas yang dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten) dengan angka proyeksi yang diberikan oleh Provinsi. Sasaran proyeksi lebih besar dari laporan puskesmas sehingga cakupan imunisasi tahun 2008 berdasarkan angka proyeksi tidak dapat mencapai target yang ditetapkan oleh dinas kesehatan kabupaten untuk semua antigen, tetapi kalau berdasarkan data dari puskesmas hanya BCG, HB 0-7 hari, TT1 dan TT2 yang belum mencapai target.

Tabel 5.6.
Tren Cakupan Imunisasi di Kabupaten Garut Tahun 2005-2008

| NO | Tahun | Sasaran | | BCG | | DPT/HB1 | | DPT/HB3 | | POLIO 4 | | CAMPAN | | HB0-7 hr | | TT 1 | | TT 2 | |
|----|--------|---------|--------|--------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|--------|---|----------|---|------|--|------|--|
| | | Bayi | Hamil | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | | | |
| 1 | 2005 | 58.308 | 64.050 | 89,50 | 78,18 | 60,79 | 74,60 | 87,12 | 81,70 | 85,80 | 76,78 | | | | | | | | |
| 2 | 2006 | 48.557 | 54.297 | 89,50 | 78,18 | 60,79 | 78,30 | 95,63 | 30,48 | 90,88 | 60,02 | | | | | | | | |
| 3 | 2007 | 48.557 | 54.297 | 102,35 | 96,48 | 87,92 | 79,09 | 85,97 | 39,73 | 73,45 | 64,01 | | | | | | | | |
| 4 | 2008 | 64.317 | 59.749 | 99,40 | 99,88 | 94,98 | 92,48 | 93,94 | 46,36 | 89,88 | 82,94 | | | | | | | | |
| | Target | | | 98 | 98 | 98 | 98 | 98 | 88 | 88 | 88 | | | | | | | | |

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut (telah diolah)

Kalau dilihat dari aksesibilitas program yang dapat dinilai dari cakupan BCG maka Kabupaten Garut sudah tidak bermasalah. Untuk manajemen program yang dinilai dari *Drop Out (DO)* imunisasi DPT/HB3 dibandingkan DPT/HB1 maka kabupaten Garut menunjukkan perbaikan dari tahun ke tahun dan sudah berhasil mencapai target yaitu $\leq 10\%$. Angka DO dari tahun 2006 – 2008 berturut-turut adalah 17,4%, 8,64% dan 4,9%, hal ini menunjukkan bahwa pengelolaan manajemen

program imunisasi di kabupaten Garut sudah semakin baik. Hal ini harus terus dipertahankan. Yang menjadi masalah adalah bahwa cakupan di kabupaten Garut ini masih belum mencapai target, sehingga masih dibutuhkan usaha untuk dapat meraih semua sasaran.

Hasil pelaksanaan imunisasi pada anak sekolah selama tahun 2006-2008 dapat dilihat pada tabel berikut ini. Cakupan imunisasi pada anak sekolah sudah dapat mencapai target yaitu 95% untuk semua antigen.

Tabel 5.7
Hasil Pelaksanaan Imunisasi Anak Sekolah (Campak, DT dan TT) Kabupaten Garut Tahun 2006 – 2008

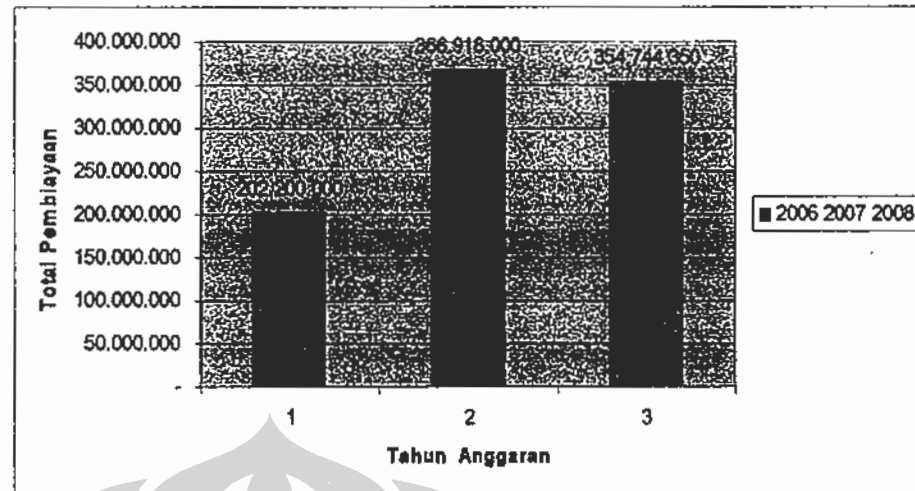
| Tahun | Sasaran | | | Cakupan | | | | | | | |
|-------|---------|--------|--------|-------------------|------|---------------|------|---------------|------|---------------|------|
| | KIs 1 | KIs 2 | KIs 3 | Campak (KIs 1) | % | DT (KIs 1) | % | TT (KIs 2) | % | TT (KIs 3) | % |
| 2006 | 58.452 | 46.634 | 44.409 | 57.713 | 95,7 | 57.360 | 98,1 | 45.268 | 97,1 | 43.587 | 98,1 |
| 2007 | 63.383 | 62.657 | 57.265 | 62.769 | 99,0 | 61.922 | 97,7 | 61.168 | 97,6 | 56.333 | 98,4 |
| 2008 | 60.674 | 60.177 | 60.032 | 60.716 | 97,4 | 59.709 | 98,4 | 59.313 | 98,6 | 58.586 | 97,6 |

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut

5.8. Pembiayaan dan Penganggaran Program Imunisasi Kabupaten Garut

5.8.1. Total Pembiayaan Program Imunisasi Tahun 2006 – 2008

Tren total pembiayaan Program Imunisasi (di luar gaji dan investasi) pada Dinas Kesehatan Kabupaten Garut yang bersumber dana APBD Kabupaten dari tahun 2006 ke tahun 2007 mengalami peningkatan yaitu dari Rp. 202.200.000 (2006) menjadi Rp. 366.918.000 (2007), tetapi menurun pada tahun 2008 menjadi Rp. 354.744.350 (2008) seperti terlihat pada grafik 5.2 dibawah ini.



Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut (diolah)

Gambar 5.2. : Grafik Total Realisasi Pembiayaan Program Imunisasi di Dinas Kesehatan Kabupaten Garut Tahun 2006- 2008

Berdasarkan hasil wawancara mendalam seluruh informan menyatakan bahwa sektor kesehatan menjadi prioritas kedua sesudah pendidikan untuk mendapatkan dana pembangunan. Meskipun di dalam visi dan misi tidak tercantum secara jelas tentang sektor kesehatan, tetapi dalam tujuan dan strategi pembangunan Kabupaten Garut salah satunya adalah meningkatkan kualitas sumber daya manusia melalui pelayanan pendidikan, kesehatan dan mengembangkan kehidupan serta kerukunan umat beragama. Hal ini dapat digambarkan dari pernyataan-pernyataan berikut ini:

"Prioritas tetap menempatkan pembangunan SDM sebagai tempat yang pertama, pembangunan ekonomi di tempat kedua, tata kelola pemerintahan di tempat ke tiga karena kita tau bersama Garut pemerintahan yang lalu dikenal dengan korupsi kemudian diikuti dengan tata ruang dan lingkungan hidup. Untuk kesehatan secara langsung masuk dalam visi yang pertama, dan dalam misi kesehatan ada di posisi kedua setelah pendidikan. Kalau di Garut dari sudut kedalaman program yang di prioritaskan adalah Linakes karena masih tingginya AKI" (I1)

"Sesuiakan dengan visi dan misi di RPJMD yang sedang disusun, sementara masih mengacu dari RPJMD yang lama" (I2)

"Disesuaikan dengan renstra kabupaten, program imunisasi tidak secara khusus menjadi prioritas tercakup dalam program lain" (I3)

"... masih prioritas usulan dibuat berdasarkan data" (I4).

5.8.2. Proporsi Pembiayaan Program Imunisasi di Kabupaten Garut Tahun 2006 - 2008

Total realisasi anggaran Program Imunisasi (diluar gaji) di Dinas Kesehatan Kabupaten Garut dalam tiga tahun (2006 – 2008) yang berasal dari dana APBD kabupaten tiap tahunnya berkisar antara Rp. 202.200.000,- sampai dengan Rp. 354.744.350,-. Jika dilihat persentase anggaran imunisasi ini terhadap dana P2M maupun dana Dinkes menunjukkan tren yang menurun. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat data pada tabel 5.7 di bawah ini.

Tabel 5.8
Proporsi Pembiayaan Program Imunisasi Terhadap Pembiayaan P2M dan Dinas Kesehatan Kab. Garut Tahun 2006 – 2008

| No | Tahun Anggaran | Realisasi Dana Imunisasi (Rp) | Alokasi Dana Dinkes (Rp) | Alokasi Dana P2M (Rp) | % Dana Program Imunisasi terhadap Dana P2M | % Dana Program Imunisasi Terhadap Dana Dinkes |
|-----|----------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------|--|---|
| (a) | (b) | (c) | (d) | (e) | (f)=(c)/(e)x100 | (g)=(c)/(d)x100 |
| 1 | 2006 | 202.200.000 | 43.031.730.000 | 590.028.000 | 34,27 | 0,47 |
| 2 | 2007 | 366.918.000 | 32.029.813.943 | 548.880.000 | 66,85 | 1,15 |
| 3 | 2008 | 354.744.350 | 73.838.085.701 | 894.113.450 | 52,27 | 0,48 |

Sumber : Dinas Kesehatan Kab. Garut (diolah)

Proporsi pembiayaan program imunisasi terhadap total pembiayaan Dinas Kesehatan Kabupaten Garut antara tahun 2006 – 2008 juga menunjukkan tren meningkat dan menurun yaitu dari 0,47 % naik menjadi 1,15 % dan turun kembali ke 0,48% yang mana hal ini diakibatkan oleh alokasi anggaran untuk dinas kesehatan yang naik tidak diikuti kenaikan alokasi dan realisasi anggaran untuk program imunisasi.

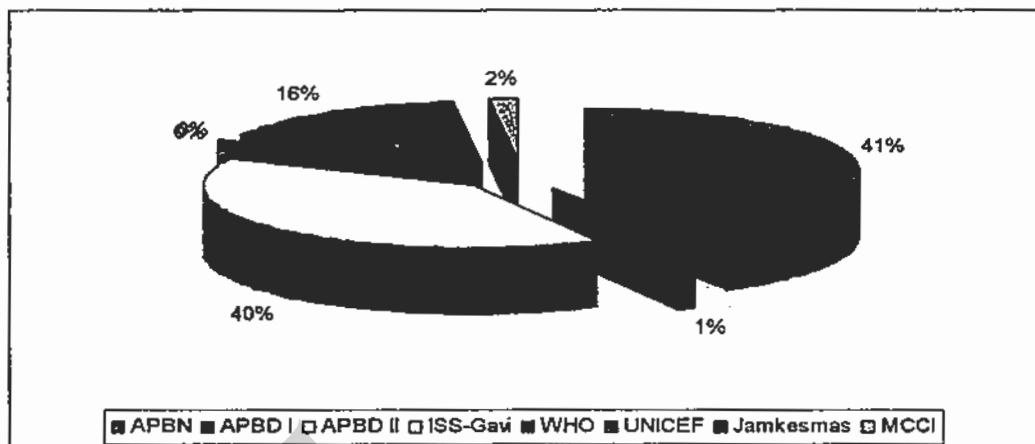
Berdasarkan hasil wawancara, maka diperoleh gambaran bahwa Bappeda dan pihak DPRD komisi D hanya perencana pada tingkat makro sedang mikronya ada di pihak dinas kesehatan.

“...Jadi karena adanya keterbatasan anggaran harus ada Prioritas, di Bappeda prioritas nya hanya makro, dan mikronya sistim prioritas ada di OPD. Jika nanti OPD dapat menjabarkan perencanaan dan kebutuhan dana dengan rinci dan sangat menyentuh kepada permasalahan yang ada maka pasti ini akan didukung oleh Bappeda. Untuk Bappeda semua kegiatan teknis pasti akan disetujui tapi harus kelihatan sinkronisasi dengan RKA...”.(11)

*“Harus pandai mengemas program agar kebutuhan anggaran disetujui”
(12)*

5.8.3. Pembiayaan Program Imunisasi Berdasarkan Sumber Pembiayaan di Kabupaten Garut Tahun 2008

Pembiayaan Program Imunisasi secara menyeluruh termasuk gaji di Dinas Kesehatan Kabupaten Garut tahun 2008 berdasarkan sumber biayanya dapat dilihat pada grafik di bawah ini.



Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut (diolah)

Gambar 5.3: Grafik Pembiayaan Program Imunisasi Berdasarkan Sumber Pembiayaan di Dinas Kabupaten Garut Tahun 2008

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa sumber pembiayaan untuk Program Imunisasi termasuk gaji di Dinas Kesehatan Kabupaten Garut bersumber dari APBD Kab.Garut, APBD Prov Jawa Barat, APBN, Jamkesmas dan lembaga donor yakni Gavi dan MCCI . Sumber utama pembiayaan Program Imunisasi di Kabupaten Garut pada tahun 2008 adalah APBN (41%) APBD Kab Garut (40%), dan Jamkesmas (16%). Dana dari APBN diperoleh dalam bentuk vaksin, alat suntik dan *safety box*, sedang dana APBD Kabupaten dan Jamkesmas dipergunakan untuk kegiatan operasional dan pemeliharaan.

Dari hasil wawancara mendalam juga diperoleh keterangan yang sama bahwa dana operasional diperoleh dari dana kabupaten:

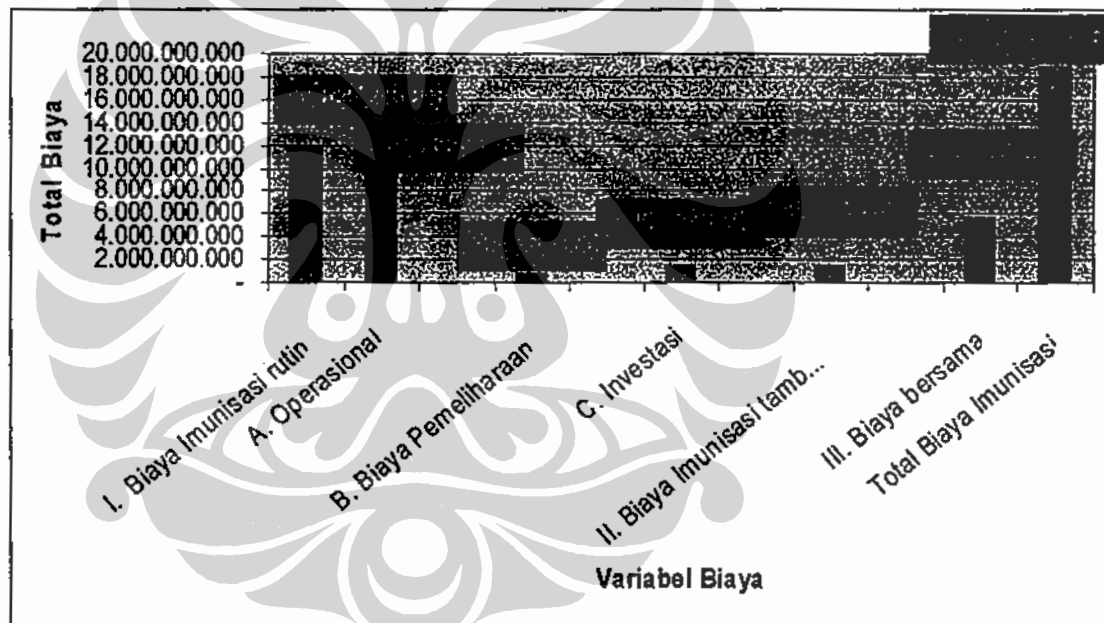
"...selama ini dana operasional di puskesmas ya dari dinkes dan diberikan per triwulan..." (13)

5.8.4. Pembiayaan Program Imunisasi Berdasarkan Komponen Biaya di Kabupaten Garut Tahun 2008

Peneliti membagi komponen biaya untuk program imunisasi rutin menjadi 3 bagian besar yaitu biaya investasi, biaya operasional dan biaya pemeliharaan. Masing-masing komponen biaya terdiri lagi dari variabel-variabel biaya. Komponen biaya investasi terdiri dari biaya pengadaan barang-barang investasi/modal yaitu peralatan rantai vaksin, kendaraan, gedung, peralatan pengolahan data dan barang investasi lainnya. Komponen operasional terdiri dari bahan-bahan dan kegiatan yang

rutin harus diadakan setiap tahun untuk terselenggaranya pelayanan imunisasi sesuai dengan standar. Variabel biaya yang termasuk ke dalam kelompok ini adalah bahan-bahan habis pakai seperti vaksin, alat suntik dan *safety box*, gaji pegawai, pelayanan imunisasi di lapangan, pendistribusian logistik termasuk vaksin, monitoring dan supervisi, pertemuan-pertemuan, surveilans PD3I dan KIPI, dan transportasi ke lapangan. Sedangkan komponen biaya pemeliharaan berisi biaya yang dibutuhkan secara rutin untuk menjaga agar seluruh peralatan/barang modal dapat berfungsi dengan baik dan terpelihara.

Pembiayaan Program Imunisasi di Dinas Kesehatan Kabupaten Garut berdasarkan komponen biaya dapat dilihat pada grafik 5.4 dibawah ini.



Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut (diolah)

Gambar 5.4: Grafik Anggaran Program Imunisasi Berdasarkan Komponen Biaya di Dinas Kabupaten Garut Tahun 2008

Dari grafik di atas ini dapat kita lihat variabel biaya Program Imunisasi di Dinas Kesehatan Kabupaten Garut terbesar adalah untuk operasional, di dalamnya termasuk gaji, pelayanan imunisasi di lapangan, pengadaan vaksin dan kegiatan berulang lainnya (seperti pertemuan-pertemuan, pelatihan, sosmob dan surveilans) kemudian diikuti dengan biaya bersama (*Shared Costs*).

Indikator pembiayaan program imunisasi di Kabupaten Garut pada tahun 2008 dapat kita lihat pada tabel dibawah ini. Untuk kegiatan imunisasi rutin dibutuhkan biaya Rp. 5.000 per kapita. Biaya untuk imunisasi DTP3 per anak sekitar Rp. 311.280,- biaya ini termasuk didalamnya gaji petugas, investasi alat, logistik dan seluruh biaya rutin lainnya seperti manajemen program.

Tabel 5.9.
Indikator Biaya Program Imunisasi Kabupaten Garut Tahun 2008

| Indikator Dasar Tahun 2008 | Rp. |
|-------------------------------|----------------|
| Total Biaya Imunisasi | 13.283.399.676 |
| Imunisasi Tambahan (Kampanye) | 1.461.150.858 |
| Hanya Imunisasi rutin | 11.822.248.818 |
| per kapita | 5.034 |
| DTP3 per anak | 311.281 |
| % Vaksin dan Peralatan | 38 |
| % Dana Pusat | 37 |
| % Total health expenditures | 12 |
| % Gov. health expenditures | 32 |
| % GDP | 0 |
| Total Biaya Bersama | 5.654.699.760 |
| % Biaya Bersama | 30 |
| TOTAL | 18.938.099.436 |

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut (diolah)

5.8.5. Pembiayaan Program Imunisasi Berdasarkan Komponen Biaya di Kabupaten Garut Tahun 2010-2014.

Pembiayaan program imunisasi 5 tahun mendatang trennya menurun dibandingkan tahun 2008, kecuali pada tahun 2011 karena adanya rencana pelaksanaan kegiatan imunisasi tambahan campak dan polio. Imunisasi tambahan campak harus dilakukan jika hasil imunisasi rutin tidak dapat mencapai target selama 3 tahun berturut-turut setelah pelaksanaan imunisasi tambahan yang terakhir. Hal ini yang menjadi alasan kenapa pada tahun 2010, 2012 -2014 tidak dilakukan pemberian imunisasi tambahan. Untuk lebih jelasnya, pembiayaan program imunisasi tahun 2008 dan 2010-2014 dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

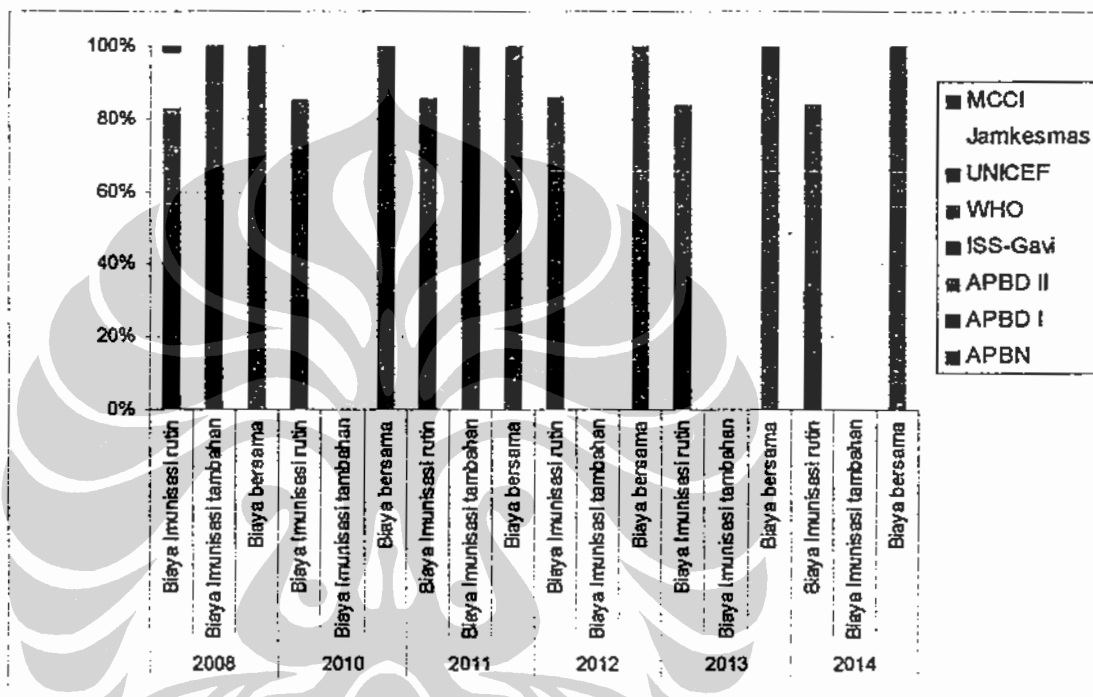
Tabel 5.10.
Pembiayaan Program Imunisasi di Dinas Kesehatan Kab. Garut
Tahun 2008 dan Tahun 2010 – 2014

| | 2008 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| I. Biaya imunisasi rutin | 11.022.748.318 | 11.372.975.579 | 12.015.850.730 | 12.607.755.804 | 11.013.319.200 | 11.561.353.977 |
| A. Operasional | 9.673.638.818 | 9.813.624.179 | 9.999.300.842 | 10.196.718.832 | 10.024.554.764 | 11.347.792.260 |
| - Vaksin | 3.940.223.000 | 2.685.889.162 | 2.752.573.739 | 2.818.209.302 | 2.886.431.303 | 2.952.870.175 |
| - alat suntik dan safety box | 501.579.308 | 811.715.706 | 838.649.581 | 864.471.175 | 891.570.773 | 920.028.886 |
| - gaji petugas | 1.372.714.200 | 1.551.965.904 | 1.975.591.007 | 2.394.616.276 | 2.829.612.321 | 3.116.736.639 |
| - pelayanan imunisasi di lapangan/biaya petugas ke lapangan | 3.272.400.000 | 3.340.296.000 | 3.409.598.880 | 3.480.337.757 | 3.552.542.349 | 3.623.593.196 |
| - monitoring dan supervisi (termasuk transportasi ke lapangan) | 160.080.077 | 163.359.073 | 171.649.659 | 180.206.901 | 188.747.734 | 199.147.000 |
| - distribusi vaksin | 52.771.883 | 64.954.177 | 66.950.267 | 68.999.842 | 71.680.561 | 79.165.626 |
| - training | 70.900.000 | 91.647.000 | 57.560.130 | 38.044.307 | 38.805.193 | 79.714.634 |
| - program manajemen | 192.645.350 | 208.671.957 | 242.845.396 | 222.408.344 | 226.856.511 | 231.393.641 |
| - surveilans | 5.040.000 | 6.426.000 | 6.762.600 | 7.428.456 | 7.577.025 | 8.280.606 |
| - biaya berulang lainnya | 55.280.000 | 88.699.200 | 107.119.584 | 121.996.472 | 130.930.994 | 136.861.856 |
| B. Biaya Pemeliharaan | 794.060.000 | 827.087.400 | 858.454.848 | 882.256.495 | 58.581.228 | 59.808.857 |
| C. Investasi | 1.404.568.000 | 1.482.264.000 | 1.558.183.040 | 1.618.480.157 | 140.283.208 | 153.853.660 |
| - Kendaraan | 77.000.000 | 84.252.000 | 88.850.160 | 93.598.546 | 12.423.240 | 12.365.705 |
| - Rantai dingin | 1.041.150.000 | 1.072.020.000 | 1.102.824.000 | 1.135.206.034 | 40.899.449 | 52.278.226 |
| - Lainnya | 286.400.000 | 325.992.000 | 366.428.880 | 389.675.578 | 87.460.519 | 89.209.729 |
| II. Biaya imunisasi tambahan | 1.461.450.828 | | 2.358.683.724 | | | |
| III. Biaya bersama | 5.654.700.000 | 5.767.793.755 | 5.853.729.250 | 6.072.385.047 | 6.153.849.904 | 6.290.960.455 |

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut (diolah)

Gambaran kebutuhan biaya program imunisasi untuk 5 tahun mendatang ini berdasarkan komponen biaya dan sumber pembiayaannya dapat dilihat pada grafik di bawah ini. Pada grafik ini dengan jelas dapat dilihat bahwa sebagian besar pembiayaan untuk program imunisasi untuk 5 tahun mendatang diharapkan bersumber dari APBD Kabupaten Garut khususnya untuk komponen biaya imunisasi rutin (khususnya untuk biaya operasional diluar vaksin dan alat suntik) dan biaya bersama/*shared costs*. Biaya bersama ini sebagian besar digunakan untuk gaji petugas kesehatan yang terlibat dalam imunisasi tetapi juga mengerjakan program lainnya. Biaya ini semakin meningkat dari tahun ke tahun karena saat ini pelayanan imunisasi dilakukan oleh bidan desa dan jumlahnya sekitar 30% dari total biaya

program imunisasi yang dibutuhkan. Jamkesmas juga menunjang biaya imunisasi di Kabupaten Garut terutama dalam komponen biaya imunisasi rutin untuk membiayai petugas ke lapangan /pelayanan imunisasi di lapangan. Hal ini juga perlu dianalisa lebih lanjut tentang kemungkinan pemakaian sumber dana dari Jamkesmas ini pada tahun-tahun yang akan datang.



Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut (diolah)

Gambar 5.5: Grafik Pembiayaan Program Imunisasi Berdasarkan Komponen Biaya dan Sumber Pembiayaan di Kabupaten Garut Tahun 2010 – 2014

Menurut Peraturan Pemerintah No. 38/ 2007 mengenai pembagian tanggung jawab antara pemerintah pusat, pemerintah provinsi dan pemerintah kota/ kabupaten dan Peraturan Pemerintah No. 38/ 2007 bagian lampiran kesehatan, dinyatakan dengan jelas pembagian wewenang antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Idealnya, bila ada tugas dan fungsi, kewenangan akan menjadi jelas mana yang menjadi kewenangan daerah, dan mana yang menjadi kewenangan pusat. Saat ini sesudah bantuan dari pihak donor berakhir biaya operasional adalah menjadi tanggung jawab pemerintah daerah.

Terkait dengan hal ini pemerintah daerah Garut siap untuk mengimplementasikan PP 38/2007 ini dinyatakan oleh 2 (dua) informan yaitu dari Bappeda dan DPRD, terlihat dari pernyataan berikut:

“Terkait PP 38 saat ini masih banyak dana yang ditanggung oleh pusat dan donor yang di tahun2 mendatang harus ditanggung oleh kabupaten. Hal ini tidak ada masalah di Bappeda” (11)

“Dinas mengajukan kegiatan lanjutan tsb kalau memang kegiatan itu penting ya harus dipertahankan dengan argumentasi yang kuat” (12)

Tetapi berbeda halnya dengan informan dari Dinas Kesehatan, seperti yang tertuang dalam pernyataan berikut ini:

“.....Mestinya seperti dulu, ada dana operasional puskesmas yang dari Pusat” (13)

“ Belum memungkinkan bila daerah harus menanggung semua biaya program terutama biaya vaksin” (14)

Untuk gaji petugas yang dihitung dalam komponen biaya operasional adalah gaji bagi petugas yang bekerja penuh untuk imunisasi di dinas kesehatan Kabupaten Garut dan seluruh puskesmas termasuk insentif yang diterima dalam setahun.

Adanya kebijakan bahwa daerah menanggung pengadaan 20% alat suntik dan safety box, tidak mempengaruhi kebutuhan biaya imunisasi di Kabupaten Garut ini karena akan bersumber dari APBD Provinsi. Tetapi kebijakan ini tidak merupakan keputusan mutlak karena masih dimungkinkan bagi daerah yang tidak mempunyai sumber pembiayaan cukup, maka dapat mengajukan permohonan ke pusat untuk dibantu dalam pengadaannya.

Jika biaya yang dihitung pada tabel 5.9 diatas dikurangi dengan biaya gaji dan biaya pengadaan vaksin, alat suntik dan *safety box*, dimana sumber pembiayaan bagi tiap variabel ini sudah pasti ada dari tahun ke tahun, maka biaya program imunisasi yang dibutuhkan pada tahun 2010 – 2014 dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.11.
Pembiayaan Program Imunisasi di Dinas Kesehatan Kab. Garut
Di luar Gaji dan Pengadaan Vaksin, Alat Suntik dan *Safety Box* Tahun
2008 dan Tahun 2010 – 2014

| | 2008 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Biaya Imunisasi | 3.009.125.310 | 3.964.053.807 | 4.832.406.516 | 4.119.422.079 | 4.746.940.367 | 4.368.196.599 |
| A. Operasional | 3.009.125.310 | 3.340.296.000 | 3.409.598.880 | 3.480.337.757 | 3.552.542.349 | 3.623.583.196 |
| - pelayanan imunisasi di lapangan/biaya pelugas ke lapangan | 3.272.400.000 | 3.340.296.000 | 3.409.598.880 | 3.480.337.757 | 3.552.542.349 | 3.623.583.196 |
| - monitoring dan supervisi (termasuk transportasi ke lapangan) | 160.088.077 | 163.359.073 | 171.649.659 | 180.206.901 | 188.747.734 | 199.147.000 |
| - distribusi vaksin | 52.771.883 | 64.954.177 | 66.950.267 | 68.999.842 | 71.480.561 | 79.165.626 |
| - training | 70.900.000 | 91.647.000 | 57.560.130 | 38.044.307 | 38.805.193 | 79.714.634 |
| - program manajemen | 192.645.350 | 208.671.957 | 212.845.396 | 222.408.344 | 226.856.511 | 231.393.641 |
| - surveilans | 5.040.000 | 6.426.000 | 6.762.600 | 7.428.456 | 7.577.025 | 8.280.606 |
| - biaya berulang lainnya | 55.280.000 | 88.699.200 | 107.119.584 | 121.996.472 | 130.930.994 | 136.861.856 |
| B. Biaya Pemeliharaan | 794.060.000 | 827.087.400 | 858.454.848 | 882.256.495 | 98.581.228 | 59.888.857 |
| C. Investasi | 1.404.550.000 | 1.482.264.000 | 1.568.183.840 | 1.618.480.457 | 140.283.208 | 153.853.660 |
| - Kendaraan | 77.000.000 | 84.252.000 | 88.850.160 | 93.598.546 | 12.123.240 | 12.365.705 |
| - Rantai dingin | 1.041.150.000 | 1.072.020.000 | 1.102.824.000 | 1.136.206.034 | 40.699.449 | 52.278.226 |
| - Lainnya | 286.400.000 | 325.992.000 | 366.428.880 | 389.675.578 | 87.460.519 | 89.209.729 |
| D. Biaya Imunisasi Tambahan | 1.061.190.850 | - | 2.358.665.771 | - | - | - |
| D. Biaya bersama | 5.054.780.000 | 5.767.993.995 | 5.890.773.958 | 5.872.583.107 | 5.651.870.981 | 5.280.590.955 |

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut (diolah)

Jika biaya pada tabel 5.10 di atas kita kurangkan lagi dengan biaya investasi dan biaya imunisasi tambahan yang sumber pembiayaannya masih bisa diharapkan dari sumber lain selain APBD Kabupaten serta biaya bersama (*shared costs*) karena biaya ini sudah pasti ada dan tidak menjadi tanggungjawab dari bagian imunisasi, maka total biaya program imunisasi pada tahun 2010 – 2014 di kabupaten Garut akan menjadi seperti terlihat pada tabel 5.11 di bawah ini. Biaya ini adalah biaya yang memang harus ada dan bersumber dari APBD Kabupaten sesuai dengan PP 38 tahun 2007 agar program imunisasi di Kabupaten Garut dapat berkesinambungan dan dapat mencapai target yang telah ditetapkan.

Tabel 5.12.
Pembiayaan Program Imunisasi di Dinas Kesehatan Kab. Garut
Di luar Biaya Gaji dan Pengadaan Vaksin, Alat Suntik, *Safety Box*,
Investasi, Imunisasi Tambahan dan *Shared Costs*
Tahun 2008 dan Tahun 2010 – 2014

| | 2008 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Biaya imunisasi rutin | 4.643.185.310 | 4.791.140.007 | 4.890.941.661 | 4.907.070.572 | 4.752.221.694 | 4.617.864.177 |
| A. Operasional | 3.889.125.310 | 3.964.853.407 | 4.032.486.516 | 4.119.422.879 | 4.216.940.367 | 4.358.156.589 |
| - pelayanan imunisasi di lapangan/biaya petugas ke lapangan | 3.272.400.000 | 3.340.256.000 | 3.409.598.880 | 3.480.337.757 | 3.552.542.349 | 3.623.593.196 |
| - monitoring dan supervisi (termasuk transportasi ke lapangan) | 160.088.877 | 163.359.073 | 171.649.659 | 180.206.901 | 188.747.734 | 199.147.000 |
| - distribusi vaksin | 52.771.883 | 64.954.177 | 66.950.267 | 68.999.842 | 71.480.561 | 79.185.626 |
| - training | 70.900.000 | 91.647.000 | 57.560.130 | 38.044.307 | 38.805.193 | 79.714.634 |
| - program manajemen | 192.645.350 | 208.671.957 | 212.845.396 | 222.408.344 | 226.856.511 | 231.393.641 |
| - surveilans | 5.040.000 | 6.426.000 | 6.762.600 | 7.428.456 | 7.577.025 | 8.280.506 |
| - biaya berulang lainnya | 55.280.000 | 88.699.200 | 107.119.584 | 121.996.472 | 130.930.994 | 136.861.856 |
| B. Biaya Pemeliharaan | 794.060.000 | 827.087.400 | 858.454.848 | 882.256.495 | 535.811.228 | 59.800.857 |
| | | | | | | |

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut (diolah)

Berdasarkan trend pembiayaan program imunisasi di Kabupaten Garut selama 3 tahun terakhir, didapatkan bahwa biaya pelayanan imunisasi di lapangan diperoleh dari dana Bantuan Operasional Puskesmas (BOP) yang berasal dari APBD Kabupaten tetapi dana ini disalurkan tidak melalui bidang P2/seksi imunisasi melainkan melalui program Upaya Kesehatan Masyarakat. Disamping itu sebagian biaya untuk pelayanan imunisasi di lapangan juga bersumber dari Jamkesmas. Demikian juga komponen biaya pemeliharaan sebagian dimasukkan dalam bantuan operasional puskesmas dan sebagian lagi ada dalam tanggungjawab program lain. Jika skenario seperti ini akan berlangsung terus, maka biaya yang dibutuhkan program imunisasi yang penyalurannya melalui bidang P2/seksi imunisasi dapat terlihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.13.
Pembiayaan Program Imunisasi yang Dananya Menjadi Tanggung Jawab dari Bagian P2 atau seksi Imunisasi Kab. Garut Tahun 2008 dan Tahun 2010 – 2014

| | 2008 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| A. Operasional | 536.725.310 | 623.757.407 | 622.887.636 | 639.084.322 | 664.398.019 | 734.563.363 |
| - monitoring dan supervisi (termasuk transportasi ke lapangan) | 160.088.077 | 163.359.073 | 171.649.639 | 180.206.901 | 188.747.734 | 199.147.000 |
| - distribusi vaksin | 52.771.883 | 64.954.177 | 66.950.267 | 68.999.842 | 71.480.561 | 79.165.626 |
| - training | 70.900.000 | 91.647.000 | 57.560.130 | 38.044.307 | 38.805.193 | 79.714.634 |
| - program manajemen | 192.645.350 | 208.671.957 | 212.845.296 | 222.408.344 | 226.856.511 | 231.393.641 |
| - surveilans | 5.840.000 | 6.426.000 | 6.762.600 | 7.428.456 | 7.577.025 | 8.298.606 |
| - biaya berutang lainnya | 55.280.000 | 88.699.200 | 107.119.584 | 121.996.472 | 130.930.994 | 136.861.856 |
| | . | . | . | . | . | . |
| | . | . | . | . | . | . |

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut (diolah)

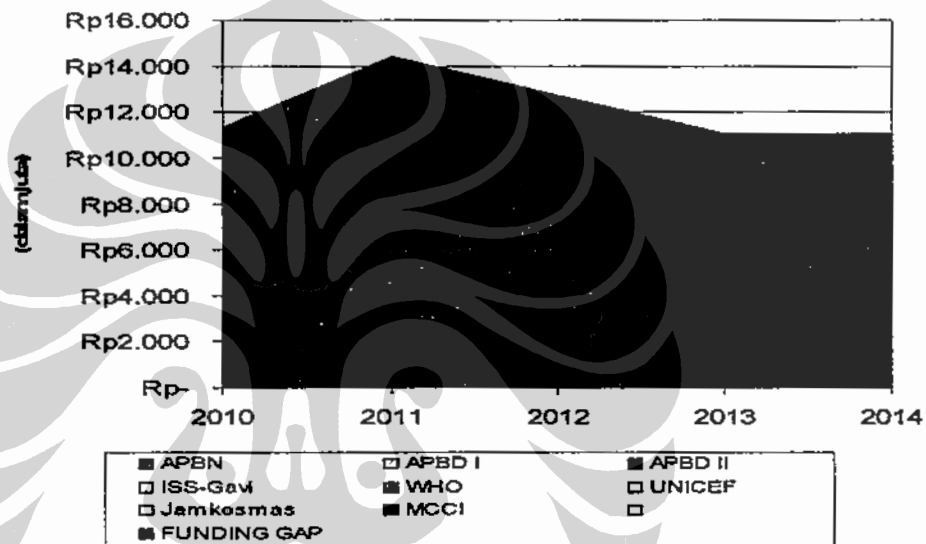
5.8.6. Kesenjangan /Gap Pembiayaan Program Imunisasi di Dinas Kesehatan Garut tahun 2010 – 2014 (Perbandingan Alokasi Anggaran yang pasti dengan Total Pembiayaan)

Dari hasil wawancara dan data yang ada di dinas kesehatan, Bappeda dan DPRD Kabupaten Garut diperoleh gambaran kesenjangan (gap) dari total pembiayaan program imunisasi untuk semua komponen pembiayaan dalam 5 tahun mendatang terhadap sumber pembiayaan yang sudah pasti ada (*Future Secure Financing and Gaps*), yang didapatkan dari tren pembiayaan program imunisasi selama 3 tahun yang lalu.

Kesenjangan /gap ini didapatkan dengan cara membandingkan total kebutuhan biaya dalam 5 tahun mendatang dengan sumber pembiayaan yang ada. Dengan skenario untuk mencapai UCI desa 100% dan asumsi bahwa pendekatan yang dilakukan untuk mengejar target pada tahun 2008 sudah cukup baik dan harus dipertahankan.

Sumber pembiayaan dari donor yang selama ini membantu program imunisasi sudah dan akan berakhir pada tahun 2009, begitu juga adanya perubahan kebijakan dari pemerintah pusat tentang pengadaan alat suntik dan safety box untuk program imunisasi yang hanya membiayai 80% dari total kebutuhan. Sesuai dengan

PP 38 tahun 2007 dan SPM Bidang Kesehatan maka biaya operasional untuk mencapai target seperti biaya pelayanan imunisasi di lapangan, monitoring dan supervisi, pendistribusian vaksin dan logistik lainnya, pelatihan, program manajemen, surveilans PD3I dan KIPI, serta biaya berulang lainnya harus menjadi tanggung jawab pemerintah daerah kabupaten, sedangkan biaya untuk pengadaan alat suntik sudah disepakati di provinsi Jawa Barat didanai dari APBD Provinsi. Kesenjangan/gap ini dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

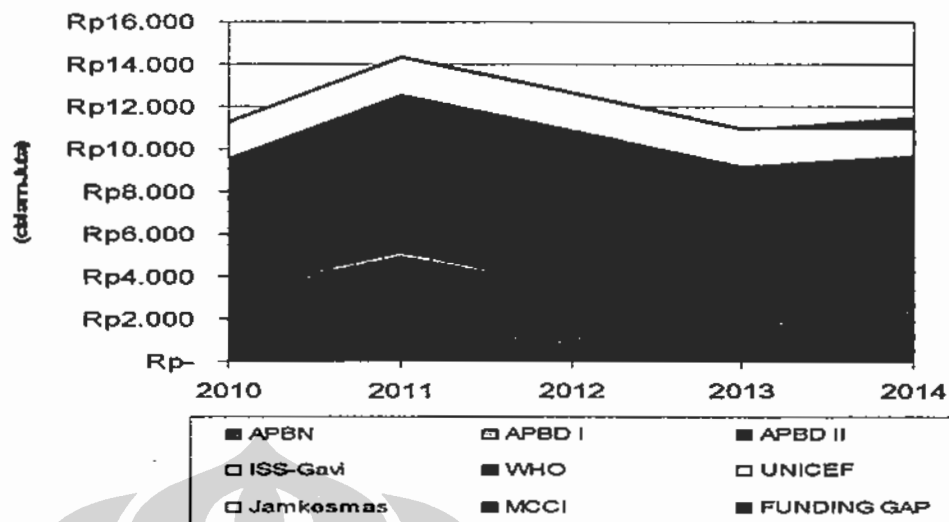


Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut (diolah)

Gambar 5.6: Grafik Kesenjangan Pembiayaan Program Imunisasi (Total Pembiayaan terhadap Anggaran yang sudah Pasti/Secure) di Kabupaten Garut Tahun 2010 – 2014

Kesenjangan yang paling tinggi terdapat pada tahun 2012 dan yang terendah pada tahun 2010.

Jika total pembiayaan imunisasi yang dibutuhkan dibandingkan dengan alokasi penganggaran program imunisasi yang pasti maupun yang masih mungkin ada sumber pembiayaannya dalam 5 tahun mendatang akan mengakibatkan turunnya kesenjangan / gap yang ada. Hal ini dapat dilihat pada grafik di bawah ini.



Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut (diolah)

Gambar 5.7: Grafik Kesenjangan Pembiayaan Program Imunisasi (Total Pembiayaan terhadap Anggaran baik yang sudah Pasti/Secure maupun yang masih mungkin) di Kab. Garut Tahun 2010 – 2014

Tetapi dengan asumsi bahwa anggaran pendapatan Kabupaten Garut relatif tetap dari tahun ke tahun maka akan sangat sulit memastikan biaya ini dapat didanai oleh APBD Kabupaten.

Hal ini sesuai dengan hasil wawancara mendalam, dimana diperoleh gambaran bahwa adanya kesamaan dari 3 (tiga) informan yaitu Bappeda dan pihak DPRD komisi D dan pihak dinas kesehatan bahwa besarnya alokasi dana sektor kesehatan nomor 2 di Garut setelah sektor pendidikan. Tetapi hal ini juga tidak dapat memenuhi seluruh kebutuhan dan disesuaikan dengan tingkat pendapatan daerah.

“ Bahwa pengalokasian dana kesehatan disesuaikan dengan keterbatasan dari pendapatan daerah...seperti kita ketahui untuk besaran dana maka berlaku prinsip ekonomi yaitu besarnya sumber daya senantiasa tidak dapat mengejar kebutuhan. Tetapi sektor kesehatan tetap menjadi prioritas sesudah pendidikan, oleh karenanya alokasi dana kesehatan diharapkan terus meningkat seiring dengan perkembangan situasi kesehatan di kabupaten Garut” (11).

“...kelemahan biasanya di data pendukung dari dinkes sehingga dicoret. Ya jadinya kue yang ada dibagi-bagi...” (13)

Semua informan mempunyai pendapat yang sama bahwa penentu dari besarnya alokasi program imunisasi adalah sepenuhnya wewenang dari manajemen OPD. Sementara untuk segi makronya (sektor kesehatan secara keseluruhan) memang menjadi bagian dari tugas Bappeda dan DPRD, terlihat dari pernyataan berikut:

"Dan ini semua tinggal tergantung dari kebijakan pihak teknis dalam hal ini Kadis Kes Garut (OPD) kemana prioritasnya" (11).

"Advokasi dan detail kegiatan disampaikan pada saat pembahasan anggaran dan terjadi sinkronisasi di pembahasan dengan dewan. Dinas mengajukan di PPAS dalam kenyataan antara PPAS dengan pengajuan tidak sesuai/tidak sinkron" (12)

"....pimpinan harus memberikan arahan karena sifatnya rutinitas...." (13)

5.8.7. Komposisi dari Kesenjangan Pembiayaan Program Imunisasi

Tabel berikut menjelaskan komposisi kesenjangan pembiayaan untuk program imunisasi pada 5 tahun ke depan (2010 – 2014). Kesenjangan ini terdiri dari beberapa variabel biaya yaitu personel (yaitu biaya pelaksanaan imunisasi di lapangan dan kegiatan monitoring & supervisi), transport untuk ke lapangan, kegiatan berulang lainnya (seperti pertemuan koordinasi, surveilans PD3I dan KIPI, pemeliharaan, pengadaan materi KIE, dll), pengadaan peralatan (kendaraan, peralatan rantai vaksin, dan barang investasi lainnya), serta pelaksanaan imunisasi tambahan.

Tabel 5.14.
Komposisi Kesenjangan Pembiayaan Program Imunisasi di Kabupaten Garut
Tahun 2010 – 2014

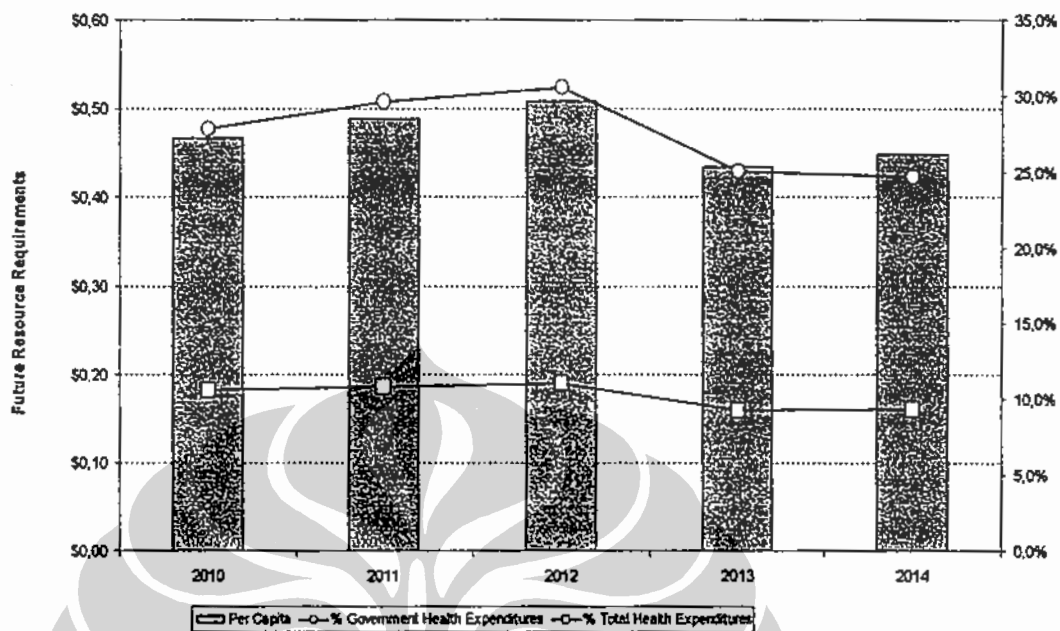
| Komposisi dari gap pembiayaan | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
|---|----------------------|------------|----------------------|------------|----------------------|------------|----------------------|------------|----------------------|------------|
| | Rp | % | Rp | % | Rp | % | Rp | % | Rp | % |
| Vaksin, ADS dan Safety Box | 0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Personel (biaya imunisasi di lapangan) | 3.503.332.800 | 90 | 3.580.890.336 | 72 | 3.660.148.840 | 85 | 3.741.145.329 | 84 | 3.822.592.720 | 84 |
| Transport (distribusi vaksin dan ke lapangan) | 65.061.601 | 2 | 67.069.668 | 1 | 68.131.781 | 2 | 71.528.813 | 2 | 73.214.784 | 2 |
| Kegiatan rutin yang berulang lainnya | 306.744.957 | 8 | 384.287.710 | 8 | 389.877.579 | 10 | 462.750.952 | 11 | 516.068.795 | 11 |
| Logistik (Kendaraan, Rantai Vaksin dan peralatan lainnya) | - | - | - | - | 1.618.480.157 | 3 | 140.283.208 | 3 | 153.853.660 | 3 |
| Imunisasi Tambahan | - | - | 933.704.202 | 19 | - | - | - | - | - | - |
| Total Gap Pembiayaan* | 3.875.139.358 | 100 | 4.965.951.916 | 100 | 5.737.638.357 | 100 | 4.415.708.301 | 100 | 4.571.719.959 | 100 |

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut (diolah)

5.8.8. Analisa Kestinambungan Program Imunisasi di Kabupaten Garut Tahun 2010 – 2014

Jika dibandingkan dengan total kebutuhan biaya program imunisasi untuk seluruh komponen biaya dalam 5 tahun mendatang dapat dilihat bahwa biaya rata-rata untuk imunisasi rutin per kapita adalah sekitar Rp. 4.700,- (\$ 0,47) dan biaya ini hanya sekitar 10,7% dari total biaya kesehatan (*THE*) atau sekitar 28,7% dari belanja pemerintah terhadap sektor kesehatan (*GHE*). Informasi tentang Total Biaya Kesehatan diperoleh dari informasi Bappeda karena data ini tidak tersedia di BPS Garut. Proporsi biaya imunisasi per kapita ini terhadap *GHE* memang terlalu tinggi karena biaya ini dihitung dari semua variabel biaya sehingga harus dibandingkan dengan biaya yang betul-betul harus bersumber dari APBD Kabupaten.

Sustainability Analysis



Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut (diolah)

Gambar 5.9: Grafik Analisa Kestinambungan Pembiayaan Program Imunisasi di Kab. Garut Tahun 2010 – 2014

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini berupa studi kasus di bidang analisis pembiayaan kesehatan khususnya Program Imunisasi dengan pendekatan evaluatif. Adapun tujuannya adalah untuk mendapatkan gambaran tentang potensi kesinambungan pembiayaan program imunisasi di Kabupaten Garut, Provinsi Jawa Barat, pada tahun 2010 – 2014.

Pengumpulan data sekunder dilakukan dari seluruh dokumen RKP, APBD, DASK/DPA 2006 – 2008 Dinas Kesehatan Kabupaten Garut dan dokumen keuangan lain yang berkaitan dengan program imunisasi. Data primer diperoleh dari wawancara mendalam dengan para informan yang bertujuan untuk mendukung data sekunder dan mendapatkan informasi kebijakan perencanaan dan pembiayaan program imunisasi. Namun demikian dalam penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan penelitian, antara lain:

1. Tidak membahas seluruh pembiayaan yang terlibat dengan imunisasi seperti pihak swasta (*private sector*) begitu juga dengan imunisasi yang dilaksanakan di RSUD. Untuk daerah pedesaan pelayanan imunisasi oleh swasta sedikit sekali pengaruhnya kepada pembiayaan program imunisasi, karena bidan/perawat ini memberi pelayanan imunisasi dengan logistik yang diperoleh dari puskesmas. Tetapi di daerah perkotaan hal ini punya pengaruh terhadap pembiayaan program imunisasi, karena banyaknya pelayanan imunisasi yang dilakukan oleh pihak swasta dengan vaksin yang mungkin berbeda dengan vaksin program.
2. Untuk perhitungan pembiayaan (operasional cost) pada pelaksanaan imunisasi di luar gedung, data tidak diambil dari seluruh total puskesmas, tetapi hanya mengambil data dari beberapa puskesmas sebagai sampel dan kemudian mengekstrapolasi sesuai jumlah puskesmas yang ada di Kabupaten Garut. Hal ini dikarenakan keterbatasan waktu dan sumber daya dari peneliti mengingat jumlah puskesmas yang cukup besar di Garut yaitu 63 buah. Teknik pengambilan sampel secara *stratified sampling*, dimana puskesmas terlebih dahulu dikelompokkan kedalam 2 (dua) kelompok berdasarkan

pencapaian indikator program (UCI Desa), dengan pendekatan setiap kelompok diambil 10%, sehingga didapatkan 5 puskesmas dari yang kelompok yang belum mencapai target dan 2 puskesmas dari kelompok yang telah mencapai target . Alasan pengambilan proporsi 10% karena populasi penduduk yang menjadi target imunisasi di Kabupaten Garut cenderung homogen.

3. Perhitungan biaya program imunisasi pada penelitian ini dilakukan dengan asumsi normatif dan hanya dengan skenario pencapaian target UCI desa 100% di tahun 2010, tanpa mempertimbangkan adanya inovasi-inovasi baru pada program imunisasi di tahun mendatang. Inovasi ini misalnya introduksi vaksin ataupun teknologi baru ke dalam program. Sehingga kesenjangan dari hasil penelitian ini kemungkinan lebih kecil dibandingkan kesenjangan pembiayaan yang akan terjadi jika memperhitungkan inovasi baru.
4. Jumlah informan terbatas karena terdapat beberapa kesibukan pekerjaan dari beberapa informan menyebabkan informan tidak seluruhnya merupakan kepala bagian atau kepala instansi. Namun informan yang didapat sudah merupakan pelaksana yang kompeten di bidangnya.

6.2. Analisis Pencapaian Program Imunisasi di Kabupaten Garut

Pencapaian program imunisasi di tingkat kabupaten Garut tahun 2005-2008 sebagaimana yang terlihat pada tabel 5.4, 5.5 dan 5.6 menunjukkan tren yang meningkat dari tahun ke tahun, akan tetapi cakupan di tingkat kabupaten ini masih belum dapat mencapai target yang ditetapkan. Cakupan BCG yang cukup tinggi menunjukkan bahwa akses terhadap pelayanan imunisasi di kabupaten Garut cukup baik. Sementara angka drop out yang menunjukkan tren semakin menurun dan pada tahun 2008 sudah dibawah dari target menunjukkan pemanfaatan pelayanan imunisasi oleh masyarakat sudah mulai membaik. Tetapi cakupan campak yang masih belum mencapai target menunjukkan masih rendahnya tingkat keefektifan dari program imunisasi. Kalau cakupan ini dianalisa per puskesmas maka masih ditemukan puskesmas yang masih belum mencapai target disamping ada juga puskesmas yang sudah berhasil mencapai target yang telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi. Masih banyaknya masyarakat yang tidak membawa bayinya

untuk mendapatkan imunisasi disebabkan karena kurangnya informasi yang diterima atau tidak mendapatkan informasi yang benar tentang imunisasi. Hal lain yang menjadi penyebab tidak meratanya cakupan pelayanan imunisasi adalah kurangnya kapasitas dan motivasi dari petugas di beberapa puskesmas yang disebabkan oleh tingginya angka mutasi sehingga menjadi kendala untuk memanfaatkan PWS (Pemantauan Wilayah setempat) sebagai alat monitoring pelayanan imunisasi dalam mencari masalah yang spesifik di daerahnya masing-masing dan menyusun rencana tindak lanjutnya. Disamping itu masalah perbedaan sasaran yang ditetapkan provinsi dibandingkan dengan sasaran yang didapatkan di lapangan juga menjadi penyebab tidak tercapainya target.

Kurangnya keterlibatan para pemangku kepentingan/stakeholder seperti Bupati, Camat, DPRD dan organisasi kemasyarakatan terutama yang memiliki pengikut di akar rumput seperti PKK, Aisyah, Muslimat NU, Pramuka juga turut berperan terhadap masih belum tercapainya target cakupan.

Solusi dari masalah ini sudah di mulai dengan bantuan donor (*ISS –GAVI = Immunization Strengthening Support Global Alliance for Vaccine and Immunization* dan *MCCI = Millenium Challenge Corporation Indonesia*) melalui kegiatan memperkuat sisi teknis dari pelayanan imunisasi dan mengembangkan advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial. Penguatan sisi teknis dilakukan melalui peningkatan kemampuan petugas imunisasi melalui berbagai pelatihan yang berkaitan dengan imunisasi dan penguatan manajemen imunisasi yang diikuti dengan kegiatan pertemuan koordinasi rutin 3 bulanan yang mengundang seluruh puskesmas, pertemuan PWS tingkat kecamatan, supervisi suportif, *sweeping* dan validasi data. Sementara penguatan dari sisi advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial dilakukan dengan membentuk suatu Forum Komunikasi Imunisasi sampai ke kecamatan. Forum ini dibentuk berdasarkan surat keputusan Bupati tahun 2008. Melalui forum ini kerjasama dengan para mitra semakin dipererat untuk meningkatkan pencapaian dari program imunisasi.

Kegiatan – kegiatan di atas sudah menunjukkan dampaknya dimana tahun 2008 cakupan imunisasi di Kabupaten Garut menunjukkan kenaikan yang bermakna, dan hal ini juga diakui oleh petugas di Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. Sehingga seluruh kegiatan yang telah terbukti manfaatnya dalam peningkatan pencapaian

imunisasi di Kabupaten Garut ini seharusnya secara rutin tetap berjalan. Hanya yang menjadi kendala saat ini adalah kesinambungan dari kegiatan –kegiatan ini karena bantuan dari donor sudah berakhir pada Maret 2009 yang lalu. Hal ini yang harus terus diadvokasi kepada para pemangku kepentingan untuk dapat menjadi dasar dalam merencanakan pembiayaan bagi program imunisasi.

6.3. Analisis Pembiayaan Program Imunisasi di Kabupaten Garut Tahun 2008

Biaya program imunisasi pada 3 tahun yang lalu 2006-2008 (*past costing*) di Kabupaten Garut menunjukkan bahwa sumber utama pendanaan program imunisasi adalah berasal dari dana APBD Kabupaten Garut dan dana dari pemerintah Pusat yaitu APBN dan Jamkesmas. Selain dari itu masih terdapat dana yang berasal dari donor yaitu *MCCI (Millenium Challenge Corporation)* dan *ISS GAVI (Immunization Strengthening Support Global Alliance for Vaccine and Immunization)* yaitu sekitar sebesar 3% yang digunakan untuk menunjang operasional di lapangan dan peningkatan kapasitas petugas (Grafik 5.3). Komponen biaya yang utama adalah biaya operasional yaitu untuk vaksin, personel (didalamnya termasuk gaji petugas imunisasi, biaya pelayanan imunisasi di luar gedung, dan biaya monitoring serta supervisi) dan biaya bersama atau *shared cost* (gaji pegawai paruh waktu, biaya transport menggunakan kendaraan bersama dan biaya gedung).

Biaya program imunisasi di tingkat kabupaten meliputi semua komponen biaya pelaksanaan program di kabupaten termasuk komponen biaya di seluruh puskesmas. Pengadaan vaksin dan suplai jarum suntik disediakan oleh Pusat (didistribusikan melalui Provinsi) dan sebagian kecil dari provinsi, sedangkan untuk biaya operasional lainnya dan pemeliharaan bersumber dari anggaran pemerintah daerah (dana APBD Kabupaten Garut atau BOP), dari dana Jamkesmas dan dari bantuan donor. Biaya ke luar gedung (program outreach) mencapai 19% dari total biaya program imunisasi. Biaya ini berasal dari dana APBD Kabupaten Garut, Jamkesmas dan donor.

Dari tabel 5.12 dapat dilihat bahwa biaya untuk program imunisasi yang dananya menjadi tanggungjawab seksi imunisasi di Dinas Kesehatan Kabupaten Garut (dengan telah memperhitungkan tren pembiayaan imunisasi selama 3 tahun

terakhir) adalah sebesar Rp. 536.725.310.- sedangkan dari tabel 5.7 dapat dilihat bahwa dana untuk imunisasi adalah Rp. 354.744.350,-. Kekurangan dana ini ditutup dari bantuan donor (*ISS* dan *MCCI*). Hanya saja yang perlu diperjuangkan adalah kepastian untuk mengambillah biaya yang selama ini didapat dari donor pada tahun mendatang oleh dana APBD Kabupaten. Disamping itu juga perlu adanya pola yang pasti dari pembiayaan variabel biaya pelayanan imunisasi di lapangan dan komponen biaya pemeliharaan serta komponen biaya investasi, sehingga jelas ketika mengadakan advokasi.

Dari sub bab 5.5 dapat dilihat bahwa proporsi belanja sektor kesehatan hanya 11,84% dari total belanja pemerintah di Kabupaten Garut. Hal ini tidak sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan 4 (empat) informan, dimana semua informan menyatakan bahwa sektor pendidikan dan kesehatan merupakan sektor prioritas dalam pembangunan di Kabupaten Garut. Pada kenyataan dilapangan, tampak bahwa alokasi anggaran untuk kesehatan dari sisi proporsi pembiayaan belum dapat dikatakan bahwa kesehatan adalah prioritas pembangunan. Ketidaksinkronan ini dapat terjadi karena adanya kesenjangan komunikasi antara unit teknis (program) dan unit perencanaan di Dinas Kesehatan. Dimana dari hasil wawancara mendalam kepada Kabid P2 Dinkes Garut disampaikan bahwa perencanaan di Dinkes Garut kurang melibatkan unit teknis terkait. Sehingga Bapeda/DPR selaku penyusun perencanaan makro juga tidak mengetahui secara detail kebutuhan setiap program teknis. Bila hal ini dikaitkan dengan pertemuan nasional Bupati dan Walikota se-Indonesia dalam rangka desentralisasi di bidang kesehatan yang diadakan pada tanggal 28 Juli 2000 menyatakan bahwa secara bertahap proporsi anggaran kesehatan akan ditingkatkan sehingga sesuai dengan kebutuhan standar Badan Kesehatan Sedunia (WHO) yaitu minimal 5% dari PDRB (Product Domestik Regional Bruto) atau setara dengan minimal 15% dari APBD, maka pembiayaan kesehatan di Kabupaten Garut masih perlu ditingkatkan lagi.

Dari komponen pembiayaan program imunisasi di Kabupaten Garut jelas terlihat bahwa pemerintah Pusat berperan penting dalam pembiayaan. Pemerintah Pusat tidak hanya memberikan dana secara langsung tetapi membiayai dalam bentuk vaksin, jarum suntik dan *safety box*, tetapi juga memberi dukungan dalam bentuk kegiatan imunisasi tambahan, pelatihan dan komponen biaya lainnya, sedangkan

pemerintah daerah (kabupaten) menyediakan biaya operasional dan pemeliharaan.

Menurut teori analisis pembiayaan kesehatan daerah pada Modul P2KT, terdapat dua sumber utama pembiayaan kesehatan yaitu berasal dari Pemerintah dan non Pemerintah. Untuk sektor pemerintah berasal dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten., Biaya dari pemerintah daerah untuk sektor kesehatan dialokasikan untuk dinas kesehatan dan puskesmas, RSUD, Gudang Farmasi, Laboratorium Daerah, BKKBN, dll. Sedangkan untuk sektor non kesehatan diberikan kepada dinas atau instansi lain seperti; Dinas PMD untuk program perbaikan gizi, Dinas Pendidikan untuk program UKS, dan lain-lain. Hal seperti ini berarti sumber utama alokasi dana sektor kesehatan yang ada di Kabupaten Garut sudah mengikuti pola pembiayaan kesehatan daerah atau District Health Account (DHA).

6.4. Analisis Biaya dan Pembiayaan Program Imunisasi di Kabupaten Garut Tahun 2010 – 2014

Pada penelitian ini perhitungan estimasi biaya dan pembiayaan adalah untuk total kabupaten Garut. Perhitungan kebutuhan biaya dimulai dengan identifikasi tujuan yang akan dicapai oleh program imunisasi di Kabupaten Garut yaitu ingin mencapai UCI desa 100% pada tahun 2010 diikuti dengan menetapkan strategi dan kegiatan yang akan dilakukan serta analisa target cakupan dan indeks pemakaian tiap vaksin untuk 5 tahun mendatang.

Biaya yang dibutuhkan program imunisasi di kabupaten Garut untuk 5 tahun mendatang 2010-2014 dibagi dalam 3 bagian besar yaitu Biaya Imunisasi Rutin yang terdiri dari komponen biaya operasional, pemeliharaan dan investasi, Biaya Imunisasi Tambahan dan Biaya bersama (*Shared costs*).

Proyeksi kebutuhan dana tahun 2010 sampai tahun 2014 seperti yang telah ditampilkan pada BAB V memperlihatkan angka yang cenderung konstan, kecuali pada tahun 2011 dimana Dinkes Kabupaten Garut merencanakan kegiatan Kampanye Campak untuk dapat menutupi cakupan campak yang tidak dapat memenuhi target 90% dan tidak merata selama 2 tahun berturut-turut yaitu hanya 85 dan 82%.

Kebutuhan biaya yang cenderung konstan ini disebabkan karena biaya program imunisasi pada tahun 2008 yang berasal dari berbagai sumber dirasakan sudah cukup untuk meningkatkan dan mempertahankan kinerja program imunisasi rutin. Hanya

yang menjadi permasalahan adalah dana operasional yang berasal dari bantuan donor saat itu yang harus diambil alih oleh pemerintah daerah Kabupaten Garut karena telah berakhirnya masa bantuan.

Pada tabel 5.9 dapat dilihat gambaran biaya yang dibutuhkan dalam 5 tahun mendatang. Biaya Imunisasi rutin dalam komponen biaya operasional secara umum tidak menunjukkan kenaikan yang bermakna termasuk belanja barang habis pakai (yang umumnya tidak melebihi 1 tahun, seperti vaksin, ADS, safety box) juga cenderung tetap. Komponan biaya investasi mengalami sedikit kenaikan setiap tahunnya sampai tahun 2012, kemudian mengalami penurunan di tahun 2013 dan 2014. Hal ini disebabkan karena biaya untuk investasi ini sudah memakai pendekatan *simple straight depreciation (annulized capital costs)*, sehingga nilai dari barang investasi ini dibagikan dengan usia pakainya. Sementara barang investasi yang sudah ada kebanyakan diadakan pada tahun-tahun sebelum 2008 (berakhir masa pakainya sekitar 2010-2012) dan penambahan pengadaan barang investasi kebanyakan direncanakan pada 2009-2012, sehingga terjadi penumpukan biaya pengadaan barang di tahun tersebut. Biaya lain yang juga besar jumlahnya di tahun mendatang adalah biaya bersama (*Shared Cost*), baik itu untuk *shared personal cost*, *shared transportation costs* dan *construction of new building*. *Shared costs* yang terus meningkat ini erat kaitannya dengan perubahan petugas pelaksana imunisasi di lapangan yang bukan lagi dilakukan oleh "Jurim" tetapi oleh bidan/perawat yang tugasnya rutinnnya sehari-hari tidak hanya mengerjakan imunisasi tetapi juga mengerjakan program lainnya seperti KIA.

Sebagian besar anggaran yang diestimasikan terserap untuk komponen biaya operasional (belanja vaksin, jarum suntik, gaji petugas, pelayanan imunisasi ke lapangan), komponen biaya investasi (pengadaan rantai dingin) dan komponen biaya bersama (*shared costs*). Biaya bersama ini akan mengurangi pembiayaan bagi program imunisasi, tetapi yang perlu disikapi adalah bagaimana dengan program lain dimana si *vaksinator* ini juga bertanggungjawab. Untuk itu penting disusun perencanaan bersama-sama dengan lintas program lainnya, sehingga bisa di rencanakan pelayanan terintegrasi.

Peran pemerintah Pusat selama ini cukup dominan. Skenario masa yang akan datang, keterlibatan pemerintah Pusat ini masih tetap diharapkan khususnya dalam

penyediaan vaksin dan alat suntik. Adanya kebijakan pengadaan 20% alat suntik menjadi tanggung jawab daerah sudah di ambil alih oleh provinsi. Namun perlu peningkatan peran dari Pemerintah Daerah Kabupaten juga terutama karena bantuan dana dari MCCI dan GAVI sudah dan akan berakhir pada tahun 2009 ini. Untuk itu dibutuhkan advokasi yang kuat dari program imunisasi kepada penentu kebijakan di Dinas Kesehatan Kabupaten Garut agar pembiayaan imunisasi dapat tetap terjaga.

Pada tabel 5.10 dapat dilihat biaya imunisasi diluar dari gaji yang sumber pembiayaannya sudah pasti dan pengadaan barang habis pakai yang sumber pembiayaannya dari APBN.

Komponen biaya investasi, imunisasi tambahan dan biaya bersama sumber pembiayaannya dapat diharapkan dari dana di luar APBD Kabupaten, sehingga biaya yang betul-betul harus didanai dari APBD Kabupaten adalah seperti yang tertera pada tabel 5.11, yang meliputi komponen operasional (diluar gaji, bahan habis pakai) dan komponen biaya pemeliharaan. Besar biaya ini berturut-turut dari tahun 2010 sampai 2014 adalah Rp. 4.791.140.807,- ; Rp. 4.890.941.364,-; Rp. 5.001.678.573,-; Rp. 4.275.521.596,-; dan Rp. 4.417.964.617,- Tapi jika menganalisa tren pembiayaan program imunisasi di Kabupaten Garut ini, ternyata variabel biaya pelayanan imunisasi di lapangan/biaya petugas ke lapangan dalam 3 tahun terakhir berasal dari dana APBD Kabupaten melalui dana Bantuan Operasional Puskesmas (BOP) dan dana Jamkesmas. Demikian juga dengan biaya pemeliharaan sebagian dimasukkan dalam bantuan operasional puskesmas dan sebagian lagi ada dalam tanggungjawab program lain. Sehingga dana ini tidak melewati program imunisasi tetapi langsung ke puskesmas. Berdasarkan hal ini maka total biaya imunisasi untuk kabupaten Garut yang menjadi tanggungjawab seksi imunisasi di Dinas Kabupaten Garut berturut turut dari tahun 2010 sampai 2014 adalah Rp. 623.757.407; Rp. 622.877.636,-; Rp. 639.084.322,-; Rp.664.398.018,-; Rp. 734.563.363,-

Gambar 5.6 menunjukkan *secure financing* dan *gap*. Pada gambar ini menerangkan proporsi sumber pembiayaan yang sudah pasti dan kesenjangan pembiayaan atau yang belum jelas sumber pembiayaannya. Di tahun 2012 kesenjangan akan mencapai area yang paling luas karena adanya pengadaan peralatan rantai vaksin, kendaraan dan barang investasi lainnya seperti insenerator yang perlu diadakan tetapi sumber pembiayaannya belum dapat dipastikan. Selain itu

komponen lain yang pembiayaannya memiliki kesenjangan yang terbesar selama 5 lima) tahun mendatang adalah personil, terutama biaya untuk pelaksanaan imunisasi di luar gedung dan pelaksanaan monitoring serta supervisi. Sesuai dengan PP no.38/2007 diharapkan bahwa Pemerintah Daerah Kabupaten Garut nantinya dapat mencukupi kebutuhan anggaran sehingga akan menutupi kesenjangan tersebut agar program yang direncanakan berjalan dengan kualitas yang baik.

Gambar 5.6 dan 5.7 memperlihatkan proyeksi kebutuhan sumberdaya dan pembiayaan (baik pembiayaan yang sudah pasti maupun yang masih mungkin) serta kesenjangan/gap program imunisasi dalam 5 tahun mendatang di kabupaten Garut. Vaksin dan *supply* jarum suntik adalah dua komponen sumberdaya utama yang dibutuhkan dan pemerintah pusat diharapkan tetap memenuhi kebutuhan vaksin dan *supply* jarum suntik tersebut. Gap akan muncul jika tidak ada komitmen politik untuk menjamin pembiayaan di masa yang akan datang. Jika gap tidak tertutupi maka akan berdampak pada pelaksanaan imunisasi di kabupaten Garut. Hal ini merupakan tantangan bagi stakeholder apabila mereka ingin mempertahankan kinerja dan meningkatkan kualitas program EPI.

Dari hasil wawancara mendalam, didapatkan informasi bahwa pada dasarnya APBD kabupaten Garut akan terus meningkat dari tahun ke tahun yang kemudian akan diikuti pula dengan meningkatnya proporsi alokasi dana kesehatan yang menjadi sektor prioritas Kabupaten Garut. Akan tetapi Pemerintah Daerah melihat bahwa pihak Dinas Kesehatan dinilai kurang mampu membuat perencanaan yang berdasarkan analisa situasi yang ada di lapangan. Hal ini disampaikan oleh informan melihat dari kegiatan advokasi pihak Dinas Kesehatan pada saat penentuan prioritas kegiatan dalam penetapan anggaran yang kurang dapat mempertahankan argumentasi tentang kegiatan yang akan dilaksanakan. Selain dari pada itu, salah satu informan juga menganggap bahwa dalam komponen anggaran yang diajukan oleh Dinas Kesehatan tergambar bahwa proporsi lebih besar untuk aparat bukan untuk pelayanan publik.

6.5. Analisis Strategi *Sustainability* Pembiayaan Program Imunisasi di Kabupaten Garut Tahun 2010 – 2014

Berdasarkan perkiraan dari penelitian ini dengan asumsi ingin mencapai UCI di 100%desa, maka untuk melaksanakan semua kegiatan program imunisasi di Kabupaten Garut membutuhkan biaya rata-rata sekitar Rp. 4.700,- (\$ 0,47) perkapita dalam 5 tahun mendatang. (dapat dilihat pada gambar 5.10). Biaya ini hanya sekitar 10,7% dari total biaya kesehatan (THE) atau sekitar 28,7% dari belanja pemerintah terhadap sektor kesehatan (GHE). Dari persentase ini terlihat bahwa biaya ini masih jauh dari keadaan saat ini, dimana imunisasi hanya mendapatkan 0,48% dari total dana Dinas Kesehatan. Hal ini akan menjadi ancaman bagi kesinambungan/ sustainability dari program imunisasi di Kabupaten Garut.

Proporsi biaya imunisasi per kapita ini terhadap GHE memang terlalu tinggi karena biaya ini dihitung dari semua variabel biaya. Jika biaya imunisasi hanya diperhitungkan yang menjadi tanggungjawab/yang pendistribusian dananya melalui seksi imunisasi di Dinas Kesehatan Kabupaten saja (seperti pada tabel 5.12), maka biaya ini hanya sekitar 0,6% dari total biaya kesehatan atau sekitar 1,53% dari belanja pemerintah terhadap sektor kesehatan.

Ini berarti jika dibandingkan dengan proporsi biaya imunisasi terhadap belanja Dinas Kesehatan tahun 2008 yang hanya sebesar 0,48%, maka perlu peningkatan alokasi biaya imunisasi kurang lebih 3 kali lipat pada 5 tahun mendatang.

Dengan asumsi bahwa APBD Kabupaten tidak dapat meningkat secara drastis untuk menutupi kesenjangan pembiayaan yang terjadi, maka perlu di cari alternatif solusi, misalnya keterlibatan pihak swasta. Di Kabupaten Garut peran swasta ini tidak terlalu besar karena umumnya masyarakat memperoleh pelayanan imunisasinya di fasilitas publik (posyandu, puskesmas) dan biasanya swasta hanya untuk pemberian pelayanan saja, sedangkan pengadaan logistik termasuk vaksin masih menjadi tanggungjawab pemerintah.

Kebijakan Desentralisasi berpotensi dapat menghambat pelayanan program kesehatan, termasuk program imunisasi . Hal ini sesuai dengan hasil studi FSP (*Financial Sustainability Plann*) yang dilakukan di 4 provinsi tahun 2003-2005, dinyatakan bahwa secara umum sebagian besar Kepala Dinas Kesehatan menyatakan perhatian mereka terhadap masalah keterbatasan dana, khususnya

biaya operasional dan pemeliharaan. Sektor kesehatan seringkali harus bersaing dengan sektor lain dalam usaha mendapatkan dana dari pemerintah daerah.

Dalam rangka memastikan pelayanan program imunisasi tetap berjalan dengan baik, penting untuk mendapatkan komitmen politik dari pemerintah baik pusat maupun daerah, yang harus sejalan dengan komitmen global dan komitmen nasional. Pemerintah daerah seharusnya berperan lebih utama dalam pelaksanaan pelayanan imunisasi karena pada era otonomi daerah saat ini, pemerintah daerah Kabupaten mempunyai kewenangan dalam hal kebijakan operasional dan kebijakan pembiayaan. Kebutuhan advokasi untuk program imunisasi sangat penting. Dari data tahun 2008 memperlihatkan bahwa vaksin terjamin, didanai oleh pemerintah pusat. Akan tetapi, komitmen untuk melanjutkan penyediaan vaksin dan program suntikan aman harus digaribawahi.

Program imunisasi berkewajiban untuk menjamin kualitas produk termasuk kualitas pelayanan dan kualitas vaksin. Dalam konteks ini perlu untuk memperkuat surveilans rutin Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Surveillans PD3I memungkinkan untuk asesment kualitas vaksin (*poor efficacy*) dan pelayanan (*disease due to low coverage*). Seiring dengan turunnya insiden penyakit, KIPi akan meningkat sehingga disamping pelaksanaan imunisasi rutin harus juga disertai dengan surveilans KIPi khususnya untuk menilai kualitas vaksin dan pelayanan imunisasi yang diberikan. Selain itu program imunisasi juga harus melaksanakan pemantauan kinerja program setiap tiga bulan, membuat perencanaan kegiatan imunisasi yang bersifat local spesifik dan evaluasi tiga bulanan.

Disamping itu perlu dilakukan penguatan sistem advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial misalnya dengan pembentukan Forum Komunikasi Imunisasi (yang sudah terbentuk di Kabupaten Garut pada tahun 2008) dan menggalang kerjasama dengan mitra potensial seperti TP-PKK, Muslimat NU, Aisyiah, Gerakan Pramuka dan organisasi professional yaitu IDI, IDAI, IBI dan PPNI.

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

- a. Total biaya program imunisasi di Kabupaten Garut untuk seluruh komponen biaya pada tahun 2008 yang berasal dari berbagai sumber adalah sebesar Rp. 18.938.099.676,-.
- b. Total biaya program imunisasi untuk seluruh komponen dan variabel biaya di Kabupaten Garut 5 tahun mendatang dari 2010-2014 berturut-turut adalah Rp. 17.090.769.334,-; Rp. 20.268.273.704,-; Rp. 18.719.850.531,-; Rp. 17.177.269.184,-; Rp. 17.852.414.931,-. Komponen biaya ini terdiri dari Imunisasi Rutin (komponen biaya operasional, komponen biaya investasi, komponen biaya pemeliharaan), Imunisasi Tambahan dan Biaya Bersama (*Shared Costs*) menunjukkan trend yang meningkat, kecuali untuk komponen biaya pemeliharaan dan investasi yang menurun pada tahun 2013 dan 2014. Khusus untuk vaksin dan logistik menunjukkan lonjakan pada tahun 2011 dikarenakan adanya rencana kegiatan kampanye campak. Biaya yang betul-betul harus didanai dari APBD Kabupaten adalah seperti yang tertera pada tabel 5.11, yang meliputi komponen operasional (diluar gaji, bahan habis pakai) dan komponen biaya pemeliharaan. Besar biaya ini berturut-turut dari tahun 2010 sampai 2014 adalah Rp. 4.791.140.807,- ; Rp. 4.890.941.364,-; Rp. 5.001.678.573,-; Rp. 4.275.521.596,-; dan Rp. 4.417.964.617,-. Jika skenario pembiayaan imunisasi pada tahun lalu akan berlangsung terus, maka biaya yang dibutuhkan program imunisasi yang penyalurannya melalui bidang P2/seksi imunisasi berturut-turut dari tahun 2010 sampai 2014 adalah Rp. 623.757.407; Rp. 622.877.636,-; Rp. 639.084.322,-; Rp.664.398.018,-; Rp. 734.563.363,-
- c. Sumber-sumber pembiayaan program imunisasi di Kabupaten Garut pada tahun 2008 berturut-turut dari yang terbesar berasal dari dana APBN, APBD kabupaten Garut, Jamkesmas, MCCI, APBD Provinsi Jawa Barat, ISS-GAVI dan pada tahun 2010-2014 berturut-turut dari

yang terbesar berasal dari dana APBD kabupaten Garut, APBN, Jamkesmas.

- d. Komitmen dari pejabat Pemerintah Daerah Kabupaten Garut terhadap sektor kesehatan dapat dilihat dari prosentase anggaran pembiayaan kesehatan terhadap total belanja Pembangunan Kabupaten Garut adalah sebesar 11,84% masih dibawah kesepakatan Bupati dan Walikota se-Indonesia, tetapi tidak serta merta dapat dinilai kurang karena sektor kesehatan sendiri sudah menjadi prioritas pembangunan daerah. Untuk program imunisasi di Garut sudah mendapatkan dukungan politis dari pemerintah daerah dengan terbentuknya Forum Komunikasi Imunisasi yang disahkan dengan SK Bupati Garut nomor HH 3.32/Kep 174-Diskes/2008, tetapi masih diperlukan advokasi yang optimal terhadap pengambil kebijakan di Dinas Kesehatan selaku perencana mikro agar pembiayaan imunisasi dapat ditingkatkan dan berkesinambungan. Proporsi biaya imunisasi terhadap belanja Dinas Kesehatan pada tahun 2010-2014 perlu peningkatan kurang lebih 3 kali lipat dibandingkan dengan tahun 2008.
- e. Dari besarnya kesenjangan/gap pembiayaan program imunisasi dan komitmen dari Pemerintah Daerah Kabupaten Garut diperoleh kesimpulan bahwa kesinambungan pembiayaan imunisasi di Kabupaten Garut dapat tetap terjaga. Hal ini terutama bila pola sumber pembiayaan yang sudah ada selama ini dapat dipertahankan, khususnya peran dari Jamkesmas dan kegiatan integrasi dengan lintas program.

7.2. Saran/Rekomendasi

7.2.1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Garut

1. Melakukan dialog kebijakan dan advokasi alokasi sumber daya mobilisasi imunisasi yang adekuat kepada pejabat pengambil keputusan (Bupati, Bappeda, Dinkes) di Kabupaten Garut tentang pentingnya kesinambungan program imunisasi secara umum dan harus didukung kesinambungan pelaksanaan kegiatan di lapangan

2. Memakai hasil studi analisa pembiayaan program imunisasi ini untuk menunjukkan biaya saat ini, biaya yang akan datang serta gap yang ada sebagai materi advokasi kepada pejabat pengambil keputusan sebagai dasar penyusunan strategi untuk menurunkan gap pembiayaan dan meningkatkan sustainability pembiayaan program imunisasi
3. Memastikan dukungan dari pejabat pemerintah Daerah Kabupaten Garut terhadap pembiayaan program Imunisasi dalam bentuk Surat Keputusan.
4. Dinas Kesehatan hendaknya memakai hasil studi analisa pembiayaan program imunisasi ini untuk menyusun perencanaan dan penganggaran program imunisasi dalam 5 tahun mendatang
5. Perlu dilakukan kajian tentang efisiensi pembiayaan kesehatan khususnya program imunisasi dengan adanya perubahan struktur pelaksana imunisasi di lapangan saat ini yang dikerjakan oleh bidan desa yang juga mengerjakan kegiatan program lainnya.
6. Perlu dipertimbangkan kemungkinan alokasi pembiayaan kegiatan imunisasi di lapangan langsung ke puskesmas sehingga dapat lebih dipertanggungjawabkan akuntabilitasnya.
7. Tetap mempertahankan kemitraan dengan *stakeholder* khususnya dari masyarakat sipil seperti PKK, Muslimat NU, Aisyah, pramuka, IBI, dan IDAI, terutama sebagai advokator kepada para pemegang kebijakan maupun penyampai pesan kepada masyarakat.

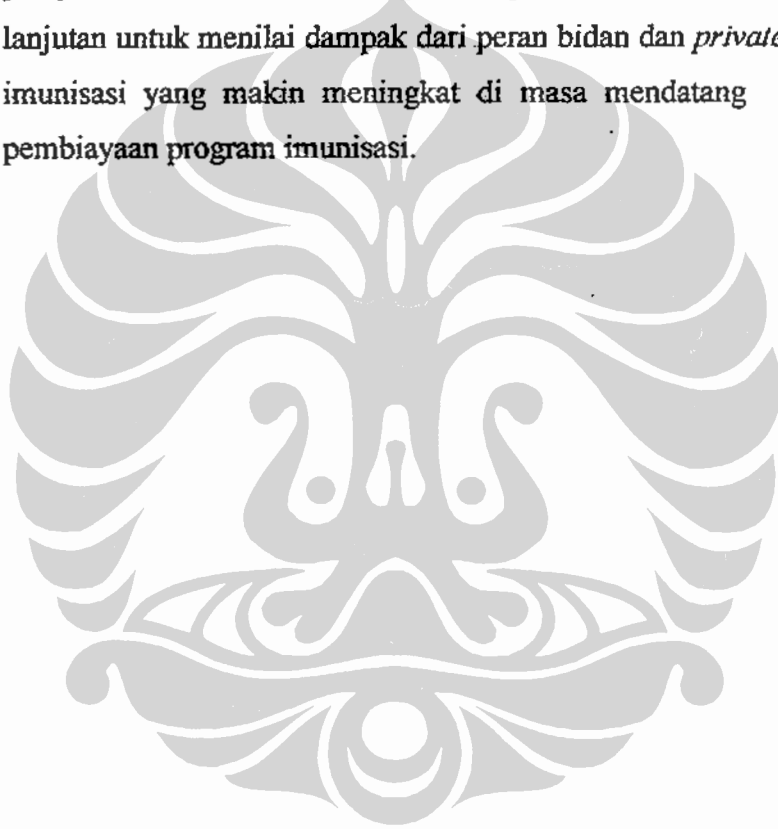
7.2.2. Bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Garut

1. Mempertahankan dukungan yang sudah ada saat ini seperti terbentuknya Forum Komunikasi Imunisasi di Kabupaten Garut melalui terselenggaranya pertemuan yang reguler untuk memperkuat sistem advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial
2. Perlu dukungan politis lanjutan terhadap kesinambungan program imunisasi di Kabupaten Garut dalam bentuk suatu surat keputusan dari Pemerintah Daerah misalnya menempatkan imunisasi secara eksplisit sebagai bagian dari struktur organisasi di Dinas Kesehatan Kabupaten

Garut, sehingga program imunisasi dapat menjadi program prioritas dan lebih terjamin pembiayaannya.

7.2.3. Bagi Peneliti Pembiayaan

Dengan keterbatasan penelitian ini dan adanya perubahan kebijakan dalam pemberian imunisasi saat ini, dimana *vaccinator* adalah bidan desa/perawat dan adanya kecenderungan pelayanan imunisasi di daerah perkotaan diberikan oleh pihak pelayanan kesehatan swasta (*private provider*), maka perlu dilakukan penelitian lanjutan untuk menilai dampak dari peran bidan dan *private provider* dalam program imunisasi yang makin meningkat di masa mendatang terhadap kesinambungan pembiayaan program imunisasi.



DAFTAR PUSTAKA

- AIM- *Advanced Immunization Management*, 2005, dari <http://aim-e-learning.stanford.edu> > [14 Februari 2009]
- Akhirani, Trisnantoro, L 2004, '*Analisis Pembiayaan Kesehatan yang Bersumber dari Pemerintah melalui District Health Account di Kabupaten Sinjai*' JMPK, vol. 07, no.01, Maret., pp 19 – 26.
- Azwar, A. 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, cetakan ketiga, Bina Rupa Aksara Jakarta .
- Bachtiar A. dkk, 2000: *Metodologi Kesehatan Paket Mata Ajaran*, Program Studi Kesehatan Masyarakat, UI, Depok.
- Bappenas, PKEK FKM UI, 2002, *Analisis Pembiayaan Kesehatan Daerah Sebelum dan Sesudah Desentralisasi*, Jakarta .
- Berman, P. 2004, *Immunization financing in developing countries and the international vaccine market: trends and issues*, Bulletin of the World Health Organization, September p. 710 – 711,
- Departemen Kesehatan RI, 2002, *NHA (National Health Account)*, Biro Perencanaan, Jakarta,.
- Departemen Kesehatan RI, 2004, *Konseptual Framework Provincial Health Account (PHA), District Health Account (DHA) bersumber pemerintah*, Biro Keuangan, Jakarta,.
- Depkes RI, 2005, *Profil Kesehatan Indonesia 2005*, Jakarta, p.23.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2008, *Laporan Rutin Cakupan Imunisasi*, Bandung.
- Direktorat Pengelolaan Keuangan Daerah Ditjen Otda, 2002, *Keputusan Menteri Dalam Negeri No.29 Tahun 2002, tentang Pedoman Pengurusan, Pertanggungjawaban dan Pengawasan Keuangan Daerah serta Tatacara Penyusunan APBD, Pelaksanaan Tata Usaha Keuangan Daerah dan Perhitungan APBD*, Jakarta
- Ditjen PP&PL, Direktorat Sepimkesma, 2005, *Laporan Tahunan Subdit Imunisasi*, Jakarta.
- Ditjen PP&PL, Direktorat Sepimkesma, 2006, *Laporan Tahunan Subdit Imunisasi*, Jakarta.

- Ditjen PP&PL, Direktorat Sepimkesma, 2007, *Laporan Tahunan Subdit Imunisasi*, Jakarta.
- Gani, A. 2001-1998, *Reformasi Pendanaan Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Gani, A. 2001, *Konsep dan Klasifikasi Biaya*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- GAVI. 2003, *Guidelines for preparing a National Immunization Program Financial Sustainability Plan*, Geneva.
- Harmana, T., Adisasmito W. B., 2006, *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pembiayaan Kesehatan Daerah Bersumber Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun 2006*, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, Vol. 09, No.3, September: p.134-p.145.
- Kaddar M, Lydon P & Levine R. 2004. *Financial challenges of immunization: a look at GAVI*. Bulletin of The World Health Organization 82: p . 697-. 702
- Kamara, L. et al. 2008, *Strategies for Financial sustainability of immunization programs: A review of the strategies from 50 national immunization program financial sustainability plans*.
- Departemen Kesehatan RI, 2005, *Keputusan Menteri Kesehatan No. 1575 /Menkes/PER/XI/ 2005, Tentang Organisasi dan Pengelolaan di Departemen Kesehatan*, Jakarta.
- Mardiasmo, 2002, *Otonomi dan Manajemen Keuangan Daerah*, Andi Offset, Yogyakarta.
- Mills, A. & Gilson, L, 1990, *Ekonomi Kesehatan Untuk Negara-negara sedang berkembang*, Penerbit Dian Rakyat, Jakarta.
- National Immunization Program, Royal Government of Cambodia, 2002, *National Immunization Program. 2002. Financial Sustainability Plan.*, Ministry of Health, Phnom Penh, Cambodia:
- National Immunization Program, 2006, *Indonesian FSP (Financial Sustainability Plan)*, Ministry of Health of Indonesia, Jakarta
- Departemen Keuangan. 2008, *Peta Kapasitas Fiskal Kabupaten/Kota Tahun, 2007*, Dari:
http://www.djpk.depkeu.go.id/hukum/kmk/pmk153_peta_fiskal_kabkota.htm - 100k > [3 April 2009]
- Departemen Kesehatan RI, 2009, *Permenkes RI No. 741/Menkes/PER/VII/2008, Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten/Kota*, Jakarta

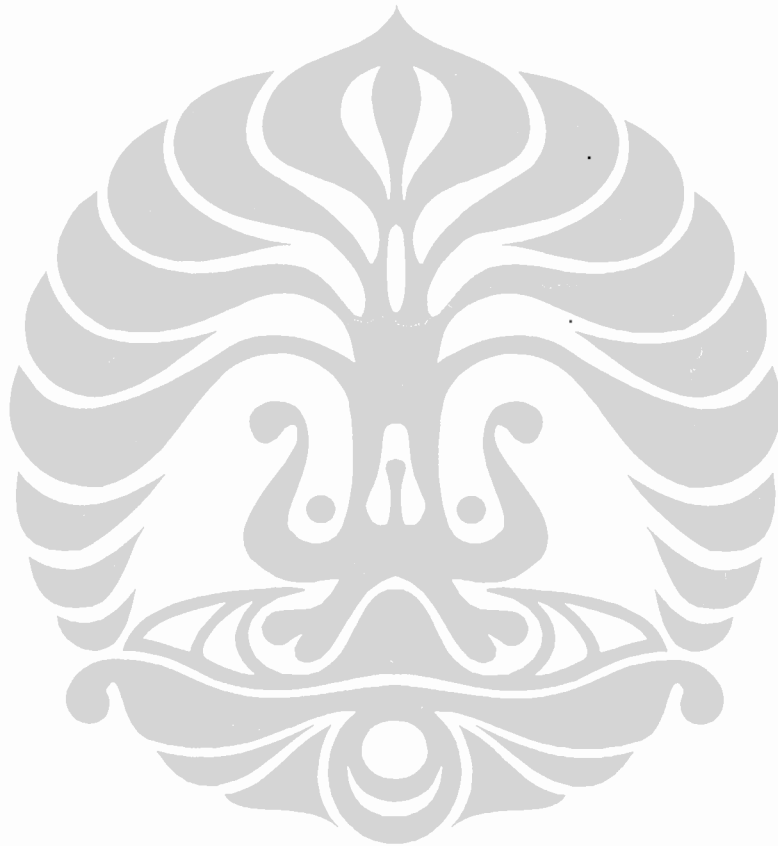
- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan 2007, *Profil Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan, 2006*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta
- Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Pembiayaan Kesehatan, March 2008, Departemen Kesehatan, dari : [http:// www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id) [12 February 2009]
- Reynolds, J & Stinson, W, 1993, *Sustainability Analysis. Primary Health Care Management Advancement Programme, Modul 9: User's Guide*. The Aga Khan University and Aga Khan Foundation, Washington DC, 105.
- Sabarno, H, 2002, *Sambutan Lokakarya, " Peran Gubernur dalam Penyelenggaraan Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan di Era Otonomi"*, Jakarta.
- Sariasih, A., 2005, *Analisis Keputusan Menteri Keuangan No. 505/KMK.02/2004 sebagai Model Penetapan Dana Alokasi Khusus Non Dana Reboisasi Tahun Anggaran 2005 Bidang Kesehatan*, Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Siddik, M. et al 2002, *Dana Alokasi Umum: Konsep, Hambatan, dan Prospek di Era Otonomi Daerah*, Penerbit Buku Kompas, Jakarta.
- Tjiptoherijanto, Prijono & Soesetyo, B, 1994, *Ekonomi Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Thabrany, H, 2002, *Peran Publik dalam Pembiayaan Kesehatan*, *Majalah Kedokteran Indonesia*, 2002; 52 (1): p 1 – p.6.
- Faculty of Public Health University of Indonesia, Ministry of Health, Government of Indonesia, World Health Organization, 2008, *The Indonesian National Health Accounts year 2002 – 2004*, Jakarta
- Trisnantoro, L, Harbianto, D, 2005, *Desentralisasi Pembiayaan Kesehatan dan Teknik Alokasi Anggaran*, *Desentralisasi dan Pendanaan Kesehatan*, Jakarta
- Undang-Undang Republik Indonesia No. 17 Tahun 2007 tentang *Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005 – 2015*, Penerbit Pustaka Yustisia, Yogyakarta, 2007. 215 hal
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 & 33 Tahun 2004 tentang *Otonomi Daerah 2004 – 2007* dilengkapi dengan PERPU No. 3 Tahun 2005, UU RI No. 8 Tahun 2005, Peraturan bersama Menteri Agama dan Mendagri No. 9 Tahun 2006 dan No. 8 Tahun 2006, PP RI No. 3 Tahun 2007, PP RI No. 21 Tahun 2007, PP RI No. 25 Tahun 2007, PP RI No. 38 Tahun 2007, PP RI No. 39 Tahun 2007, PP RI No. 41 Tahun 2007, PP RI No. 50 Tahun 2007 beserta penjelasannya, Penerbit Citra Umbara, Bandung, 2008.

Undang-undang No. 22 pasal 18 angka 1 huruf c tahun 1999, Tentang *APBD merupakan produk dari kebijakan publik karena ditetapkan oleh Kepala Daerah (eksekutif) dan DPRD (legislatif)*.

Undang-undang No. 25 Tahun 1999, BAb III, pasal 3, Pasal 4 dan Pasal 5, tentang *Sumber-sumber Penerimaan Desentralisasi*.

Unicef, 2008, *Studi Pemetaan dan Pengidentifikasian Hambatan Pembiayaan Imunisasi di 3 Provinsi, Jakarta*.

WHO, 2005, *cMYP (comprehensive Multi Years Plan) Guideline, Geneva*.



DATA INFORMAN

Nama :

Jabatan :

Unit Kerja :

Pendidikan terakhir :

Riwayat Pekerjaan :

a.

b.

c.

d.

Alamat :

No. Telp. /HP :

Pelaksana Wawancara : Hari :

Tanggal :

Jam :

Tempat :

PEDOMAN WAWANCARA UNTUK KETUA KOMISI E DPRD

1. **Prioritas Pembangunan:**
 - a. Dikaitkan dengan visi dan misi serta Pola Dasar Pembangunan Kabupaten Karawang/Garut , sektor apa saja yang menjadi prioritas? Apa alasannya? Apakah program imunisasi termasuk dalam prioritas pembangunan? Mengapa?

2. **Penetapan Anggaran:**
 - a. Bagaimana mekanisme penetapan APBD, khususnya untuk sektor kesehatan?
 - b. Bagaimana pendekatan instansi (khususnya Dinkes) dalam mengusulkan peningkatan anggaran kesehatan?
 - c. Bagaimana pendapat Anda tentang alokasi anggaran APBD I/II untuk kesehatan di wilayah Anda
 - d. Berapa besar alokasi sektor kesehatan pada APBD tahun anggaran 2008? Bagaimana trendnya? Berapa besar alokasi untuk program imunisasi pada APBD tahun anggaran 2008? Bagaimana trendnya?
 - e. Bagaimana peranan anda sebagai Ketua DPRD dalam penentuan alokasi anggaran?

3. **Kesinambungan (Sustainability) pembiayaan kesehatan/imunisasi terkait dengan PP 38/2007:**
 - a. Bagaimana dengan implementasi dari PP.38 tentang pelimpahan wewenang ke daerah terkait sector kesehatan/program imunisasi?
 - b. (Perlihatkan pemetaan anggaran program imunisasi lima tahun kedepan dengan cMYP). Bagaimana pendapat Anda tentang pemetaan anggaran berdasarkan cMYP ini?

4. **Permasalahan dalam perencanaan Pembiayaan Kesehatan/Program Imunisasi:**
 - a. Bagaimana anda menilai kelayakan alokasi dana yang diusulkan oleh Dinas Kesehatan untuk pembiayaan program imunisasi?

**PEDOMAN WAWANCARA UNTUK KEPALA BIDANG YANG MEMBIDANGI
KESEHATAN BAPPEDA KABUPATEN**

1. Prioritas Pembangunan:
 - a. Dikaitkan dengan visi dan misi serta Pola Dasar Pembangunan Kabupaten Karawang/Garut , sektor apa saja yang menjadi prioritas? Apa alasannya? Apakah program imunisasi termasuk dalam prioritas pembangunan? Mengapa?
 - c. Bagaimana penilaian anda tentang kemampuan perencanaan dari dinas kesehatan ?
2. Penetapan Anggaran:
 - a. Bagaimana mekanisme penetapan APBD, khususnya untuk sektor kesehatan?
 - b. Bagaimana pendekatan instansi (khususnya Dinkes) dalam mengusulkan peningkatan anggaran kesehatan?
 - c. Berapa besar alokasi sektor kesehatan pada APBD tahun anggaran 2008? Berapa besar alokasi untuk program imunisasi pada APBD tahun anggaran 2008 dan komponen apa saja yang dibiayai oleh Pemda untuk program imunisasi? (cocokkan dengan template cMYP based year). Mengapa?
 - d. Bagaimana Pemda mencukupi anggaran program imunisasi selama ini (tiga tahun kebelakang)? Lihatkan hasil pemetaan
3. Kestinambungan (Sustainability) pembiayaan kesehatan/imunisasi terkait dengan PP 38/2007:
 - a. Bagaimana dengan implementasi dari PP.38 tentang pelimpahan wewenang ke daerah terkait program imunisasi?
 - b. (Perlihatkan pemetaan anggaran program imunisasi lima tahun kedepan dengan cMYP). Bagaimana pendapat Anda tentang pemetaan anggaran berdasarkan cMYP ini?
4. Permasalahan dalam perencanaan Pembiayaan Kesehatan/Program Imunisasi:
 - b. Bagaimana anda menilai kelayakan alokasi dana yang diusulkan oleh Dinas Kesehatan untuk pembiayaan program imunisasi?
 - c. Menurut Anda, bagaimana seharusnya atau selayaknya pembiayaan program imunisasi ini (yang lalu dan yang akan datang)
 - d. Apa rencana Pemda kedepan dalam mengalokasikan anggaran program imunisasi lima tahun kedepan?

PEDOMAN WAWANCARA UNTUK KADINKES/KASIE PERENCANAAN

1. **Prioritas Pembangunan:**
 - a. Bagaimana kebijakan di institusi anda dalam membuat perencanaan anggaran bidang kesehatan?
 - b. Apakah imunisasi merupakan salah satu program prioritas di dinkes? Kenapa?
2. **Penetapan Anggaran:**
 - a. Bagaimana Pemda mencukupi anggaran program imunisasi selama ini (tiga tahun kebelakang)? Lihatkan hasil pemetaan
 - b. Komponen apa saja yang dibiayai oleh Pemda untuk program imunisasi? (cocokkan dengan template cMYP based year). Mengapa?
 - c. Langkah-langkah apa yang anda lakukan untuk melobi pihak Pemda dan DPRD dalam mengupayakan peningkatan biaya kesehatan khususnya program imunisasi agar usulan diterima?
 - i. Jelaskan/probing untuk masing2 komponen anggaran berdasarkan cMYP, tanyakan pendapatnya.
 - ii. Apa rencana dan pendapat Anda setelah melihat template cMYP ini.
3. **Kesinambungan (Sustainability) pembiayaan kesehatan/imunisasi terkait dengan PP 38/2007:**
 - a. Bagaimana dengan implementasi dari PP.38 tentang pelimpahan wewenang ke daerah terkait program imunisasi?
 - b. (Perlihatkan pemetaan anggaran program imunisasi lima tahun kedepan dengan cMYP). Bagaimana pendapat Anda tentang pemetaan anggaran berdasarkan cMYP ini?
4. **Permasalahan dalam perencanaan Pembiayaan Kesehatan/Program Imunisasi:**
 - a. Menurut Anda, bagaimana seharusnya atau selayaknya pembiayaan program imunisasi ini (yang lalu dan yang akan datang)?
 - b. Apa solusi Anda untuk pemecahan permasalahan anggaran program imunisasi ini agar terjadi keberlanjutan (sustainability).

**PEDOMAN WAWANCARA
UNTUK KASUBDIN P2M /KASIE IMUNISASI**

1. Prioritas Pembangunan:
 - a. Program di Dinkes yang menjadi prioritas apa saja? Apakah Program Imunisasi termasuk didalamnya? Mengapa?
 - b. Menurut pengetahuan Anda, komponen apa saja dari Program Imunisasi yang dibiayai dari APBD II, APBD I, APBN dan donor?
2. Penetapan Anggaran:
 - a. Bagaimana pendanaan program imunisasi selama tiga tahun terakhir ini? (banyak bantuan dari donor, APBN, APBD I dan APBD II).
 - b. Bisakah/ tahukah Anda proporsi dari masing-masing sumber pembiayaan tersebut untuk program imunisasi?
 - c. Dari delapan komponen anggaran untuk program imunisasi (lihat tool cMYP), komponen apa yang selama ini ditanggung oleh APBD II selain daripada biaya personil.
3. Kestinambungan (Sustainability) pembiayaan kesehatan/imunisasi terkait dengan PP 38/2007:
 - a. Mengacu dari PP no.38 tentang kewajiban daerah, bagaimana anda menyikapinya? (terutama untuk kegiatan operasional yang mungkin selama ini masih didanai oleh donor atau sumber lain).
 - b. Apa rencana Anda terkait penganggaran program imunisasi kedepan untuk masing-masing komponen anggaran terkait adanya PP.no38? (berdasarkan pemetaan anggaran lima tahunan program imunisasi menggunakan tool cMYP)
 - i. Vaksin & alat suntik
 - ii. Personil
 - iii. Cold chain
 - iv. Operasional campaign
 - v. Program management & Surveilan
 - vi. Peralatan, investasi & gedung
 - c. Bagaimana pendapat Anda untuk penganggaran program imunisasi kedepan? (bila bantuan/donor sudah tidak ada?)
4. Permasalahan dalam perencanaan Pembiayaan Kesehatan/Program Imunisasi:
 - a. Apakah Anda tahu komponen2 anggaran untuk program imunisasi? (bila tidak tahu, mengapa?)
 - b. Apakah menurut Anda pembiayaan program imunisasi sudah mencukupi? Bila belum, bagaimana Anda menyikapinya/mencari solusinya?
 - c. Tahukan Anda, untuk komponen apa yang selama ini masih kurang dalam hal pembiayaannya?

Future Financing of the Multi-Year Plan for Immunization for KABUPATEN GARUT (in US\$)
Past Expenditure and Financing

| YEAR | 2008 |
|---------------------------|------|
| Annualized capital costs? | N |

Select Y if you want annualized capital costs reported (by straight line depreciation).

| Cost Category | Total Resource Requirements US\$ | Available Financing US\$ | Total Probable Financing US\$ | UNFUNDED US\$ | APBN US\$ | Risk Type | APBD I US\$ | Risk Type |
|--|----------------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------|------------|-----------|-------------|-----------|
| Routine/Recurent Costs | | | | | | | | |
| Vaccines (routine vaccines only) | | | | | | | | |
| Traditional vaccines | \$ 262,139 | \$ 262,139 | \$ 262,139 | \$ - | \$ 262,139 | 1 | \$ - | 1 |
| New and underused vaccines | \$ 131,884 | \$ 131,884 | \$ 131,884 | \$ - | \$ 131,884 | 1 | \$ - | 1 |
| Injection supplies | \$ 50,158 | \$ 50,158 | \$ 50,158 | \$ - | \$ 40,128 | 1 | \$ 10,032 | 1 |
| Personnel | \$ 137,271 | \$ 137,271 | \$ 137,271 | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Salaries of full-time NIP health workers (immunization specific) | \$ 327,240 | \$ 327,240 | \$ 327,240 | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Per-diem for outreach vaccinators/mobile teams | \$ 15,984 | \$ 15,984 | \$ 15,984 | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Per-diem for supervision and monitoring | \$ 5,277 | \$ 5,277 | \$ 5,277 | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Transportation | \$ 25 | \$ 25 | \$ 25 | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Fixed site and vaccine delivery | \$ 41,829 | \$ 41,829 | \$ 41,829 | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Outreach activities | \$ 35,960 | \$ 35,960 | \$ 35,960 | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Maintenance and overhead | \$ 1,617 | \$ 1,617 | \$ 1,617 | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Cold chain maintenance and overheads | \$ 7,090 | \$ 7,090 | \$ 7,090 | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Maintenance of other capital equipment | \$ 12,043 | \$ 12,043 | \$ 12,043 | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Building overheads (electricity, water...) | \$ 504 | \$ 504 | \$ 504 | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Short-term training | \$ 7,222 | \$ 7,222 | \$ 7,222 | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| IEG/social mobilization | \$ 5,528 | \$ 5,528 | \$ 5,528 | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Disease surveillance | \$ 1,941,774 | \$ 1,941,774 | \$ 1,941,774 | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Programme management | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Other routine recurrent costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Subtotal Recurrent Costs | \$ 1,041,770 | \$ 1,041,770 | \$ 1,041,770 | \$ - | \$ 434,149 | 1 | \$ 10,032 | 1 |
| Routine Capital Costs | | | | | | | | |
| Vehicles | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Cold chain equipment | \$ 578 | \$ 578 | \$ 578 | \$ - | \$ 300 | 1 | \$ 175 | 1 |
| Other capital equipment | \$ 4,500 | \$ 4,500 | \$ 4,500 | \$ - | \$ 300 | 1 | \$ 175 | 1 |
| Subtotal Capital Costs | \$ 5,078 | \$ 5,078 | \$ 5,078 | \$ - | \$ 300 | 1 | \$ 175 | 1 |
| Campaigns | | | | | | | | |
| Polio | | | | | | | | |
| Vaccines | \$ 31,143 | \$ 31,143 | \$ 31,143 | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Other operational costs | \$ 42,771 | \$ 42,771 | \$ 42,771 | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Measles | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ 65,788 | \$ 65,788 | \$ 65,788 | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Other operational costs | \$ 6,434 | \$ 6,434 | \$ 6,434 | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Yellow Fever | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| MNT campaigns | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Other campaigns (Year 1 - Round 1) | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Other campaigns (Year 1 - Round 2) | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | 1 |

Future Financing of the Multi-Year Plan for Immunization for KABUPATEN GARUT (in US\$)

YEAR 2008 Past Expenditure and Financing

Select Y if you want annualized capital costs reported (by straight line)

| Annualized capital costs? | 2008 | N | Total Resource Requirements | Available Financing | Total Probable Financing | UNFUNDED | UNICEF | Risk Type | Jamkesmas | Risk Type | MCCI | Risk Type |
|--|------|---|-----------------------------|---------------------|--------------------------|----------|--------|-----------|-----------|-----------|------|-----------|
| | US\$ | | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | | US\$ | | US\$ | |
| Cost Category | | | | | | | | | | | | |
| Routine Recurrent Costs | | | | | | | | | | | | |
| Vaccines (routine vaccines only) | | | | | | | | | | | | |
| Traditional vaccines | | | 282,139 | 282,139 | | | | | | | | |
| New and underused vaccines | | | 131,884 | 131,884 | | | | | | | | |
| Injection supplies | | | 50,158 | 50,158 | | | | | | | | |
| Personnel | | | 137,271 | 137,271 | | | | | | | | |
| Salaries of full-time NIP health workers (immunization specific) | | | 327,240 | 327,240 | | | | | | | | |
| Per-diem for outreach vaccinators/mobile teams | | | 15,984 | 15,984 | | | | | | | | |
| Per-diem for supervision and monitoring | | | 5,277 | 5,277 | | | | | | | | |
| Transportation | | | 28 | 28 | | | | | | | | |
| Fixed site and vaccine delivery | | | | | | | | | | | | |
| Outreach activities | | | | | | | | | | | | |
| Maintenance and overhead | | | 41,829 | 41,829 | | | | | | | | |
| Cold chain maintenance and overheads | | | 35,960 | 35,960 | | | | | | | | |
| Maintenance of other capital equipment | | | 1,817 | 1,817 | | | | | | | | |
| Building overheads (electricity, water...) | | | 7,090 | 7,090 | | | | | | | | |
| Short-term training | | | 12,043 | 12,043 | | | | | | | | |
| IEC/social mobilization | | | 504 | 504 | | | | | | | | |
| Disease surveillance | | | 7,222 | 7,222 | | | | | | | | |
| Programme management | | | 5,528 | 5,528 | | | | | | | | |
| Other routine recurrent costs | | | 1,041,770 | 1,041,774 | | | | | | | | |
| Subtotal Recurrent Costs | | | 2,411,770 | 2,411,774 | | | | | | | | |
| Routine Capital Costs | | | | | | | | | | | | |
| Vehicles | | | 578 | 578 | | | | | | | | |
| Cold chain equipment | | | 4,500 | 4,500 | | | | | | | | |
| Other capital equipment | | | 5,078 | 5,078 | | | | | | | | |
| Subtotal Capital Costs | | | 10,893 | 10,893 | | | | | | | | |
| Campaigns | | | | | | | | | | | | |
| Polio | | | | | | | | | | | | |
| Vaccines | | | 31,143 | 31,143 | | | | | | | | |
| Other operational costs | | | 42,771 | 42,771 | | | | | | | | |
| Measles | | | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | | | 65,788 | 65,788 | | | | | | | | |
| Other operational costs | | | 6,434 | 6,434 | | | | | | | | |
| Yellow Fever | | | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | | | | | | | | | | | | |
| Other operational costs | | | | | | | | | | | | |
| MNT campaigns | | | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | | | | | | | | | | | | |
| Other operational costs | | | | | | | | | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 1) | | | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | | | | | | | | | | | | |
| Other operational costs | | | | | | | | | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 2) | | | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | | | | | | | | | | | | |
| Other operational costs | | | | | | | | | | | | |

| Cost Category | Total Resource Requirements | Available Financing | Total Potentially Financing | UNFUNDED | APBD II | Risk Type | ISS-Gavi | Risk Type | WHO | Risk Type |
|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|----------|------------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|
| | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | | US\$ | | US\$ | |
| Routine Requirements | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Outbreaks | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other campaigns | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Subtotal Campaign Costs | \$ 148,115 | \$ 148,115 | \$ - | \$ 0 | \$ 10,693 | | \$ - | | \$ 24,891 | |
| Other Costs | \$ 563,040 | \$ 563,040 | \$ 563,040 | \$ - | \$ 563,040 | | \$ - | | \$ - | |
| Shared personnel costs | \$ 356 | \$ 407 | \$ - | \$ 51 | \$ 200 | | \$ - | | \$ - | |
| Construction of new buildings | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | \$ - | | \$ - | |
| Subtotal Optional | \$ 563,396 | \$ 563,447 | \$ - | \$ 51 | \$ 563,240 | | \$ - | | \$ - | |
| GRAND TOTAL | \$ 1,756,358 | \$ 1,766,414 | \$ 1,766,414 | \$ 56 | \$ 991,218 | | \$ 2,987 | | \$ 24,891 | |
| Routine Services (Fixed and Outreach) | \$ 1,810,243 | \$ 1,810,288 | \$ - | \$ 55 | \$ 980,525 | | \$ - | | \$ - | |
| Supplemental Immunization/Activities | \$ 148,115 | \$ 148,115 | \$ - | \$ 0 | \$ 10,693 | | \$ - | | \$ 24,891 | |
| Total Secure Funding | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ 891,218 | | \$ 2,987 | | \$ 24,891 | |
| Total Available Financing | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | \$ - | | \$ - | |

| Cost Category | Total Resource Requirements | Available Financing | Total Probable Financing | UNFINANCED | UNICEF | Jamkesmas | MCCI | Risk Type |
|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|
| Routine Recurrent Costs: | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 1 |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 1 |
| Outbreaks | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 1 |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 1 |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 1 |
| Other campaigns | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 1 |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 1 |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 1 |
| Subtotal Campaign Costs | \$ 146,115 | \$ 146,115 | \$ 146,115 | \$ 0 | \$ 13,821 | \$ - | \$ - | |
| Other Costs: | \$ 563,040 | \$ - | \$ 563,040 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 1 |
| Shared personnel costs | \$ 358 | \$ - | \$ 407 | \$ 51 | \$ - | \$ - | \$ - | 1 |
| Shared transportation costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 1 |
| Construction of new buildings | \$ 563,395 | \$ - | \$ 563,447 | \$ 51 | \$ - | \$ - | \$ - | 1 |
| Subtotal Optional | \$ 1,756,358 | \$ - | \$ 1,756,414 | \$ 51 | \$ -13,821 | \$ 163,620 | \$ 16,511 | |
| GRAND TOTAL: | \$ 1,610,243 | \$ - | \$ 1,610,298 | \$ 51 | \$ - | \$ 163,620 | \$ 16,511 | |
| Routine Services (Fixed and Outreach) | \$ 146,115 | \$ - | \$ 146,115 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Supplemental Immunization Activities | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ 13,821 | \$ - | \$ - | |
| Total Secure Funding | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ 13,821 | \$ 163,620 | \$ 16,511 | |
| TOTAL FUNDING | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ 13,821 | \$ 163,620 | \$ 16,511 | |

| Risk Type | Enter a 1 if the funding is secured | | Enter a 2 if the funding is not secured | |
|-----------|-------------------------------------|-----------|---|-----------|
| | APBN US\$ | Risk Type | APBN US\$ | Risk Type |
| | \$ 119,300 | 1 | | |
| | \$ 149,574 | 1 | | |
| | \$ 64,991 | 1 | \$ 8,124 | 1 |

2010 Future Needs and Financing

| Cost Category | Total Resource Requirements | Total Secured Financing | Total Probable Financing | UNFUNDED |
|--|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|----------|
| | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ |
| Routine Recurrent Costs | | | | |
| Vaccines (routine vaccines only) | \$ 119,300 | \$ 119,300 | \$ - | \$ - |
| Traditional vaccines | \$ 149,574 | \$ 149,574 | \$ - | \$ - |
| New and unused vaccines | \$ 81,239 | \$ 81,239 | \$ - | \$ - |
| Infection supplies | | | | |
| Personnel | \$ 155,197 | \$ 155,197 | \$ - | \$ - |
| Salaries of full-time NIP health workers (immunization specific) | \$ 334,030 | \$ - | \$ 334,030 | \$ - |
| Per-diem for outreach vaccinators/mobile teams | \$ 18,304 | \$ - | \$ 18,304 | \$ - |
| Per-diem for supervision and monitoring | \$ 6,495 | \$ - | \$ 6,495 | \$ - |
| Transportation | \$ 32 | \$ 21 | \$ 11 | \$ - |
| Food site and vaccine delivery | | | | |
| Outreach activities | \$ 42,877 | \$ 42,877 | \$ - | \$ - |
| Maintenance and overhead | \$ 38,383 | \$ 38,383 | \$ - | \$ - |
| Cold chain maintenance and overheads | \$ 1,649 | \$ 1,649 | \$ - | \$ - |
| Maintenance of other capital equipment | \$ 8,165 | \$ - | \$ 8,165 | \$ - |
| Building overheads (electricity, water...) | \$ 13,978 | \$ - | \$ 13,978 | \$ - |
| Short-term training | \$ 643 | \$ - | \$ 643 | \$ - |
| IEC/social mobilization | \$ 8,689 | \$ - | \$ 8,689 | \$ - |
| Disease surveillance | \$ 8,870 | \$ 8,870 | \$ - | \$ - |
| Programme management | \$ 98,423 | \$ 98,423 | \$ 387,514 | \$ - |
| Other routine recurrent costs | \$ 8,425 | \$ 8,425 | \$ - | \$ - |
| Subtotal Recurrent Costs | \$ 1,072,022 | \$ 1,072,022 | \$ 387,514 | \$ - |
| Routine Capital Costs | | | | |
| Vehicles | \$ 32,599 | \$ 32,599 | \$ - | \$ - |
| Cold chain equipment | \$ 148,226 | \$ 148,226 | \$ - | \$ - |
| Other capital equipment | | | | |
| Subtotal Capital Costs | \$ 180,825 | \$ 180,825 | \$ - | \$ - |
| Campaigns | | | | |
| Polio | | | | |
| Vaccines | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - |
| Measles | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - |
| Yellow Fever | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - |
| MNT campaigns | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - |
| Other campaigns (Year 1 - Round 1) | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - |
| Other campaigns (Year 1 - Round 2) | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - |
| Outbreaks | | | | |

| YEAR | Future Needs and Financing | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|----------|---------|-----------|----------|-----------|------|-----------|------|
| | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 |
| Cost Category | Total Resource Requirements | Total Secured Financing | Total Probable Financing | UNFUNDED | APBD II | Risk Type | ISS-Govt | Risk Type | WHO | Risk Type | |
| Routine/Recurrent Costs | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | | US\$ | | US\$ | | |
| Vaccines (routine vaccines only) | | | | | | | | | | | |
| Traditional vaccines | \$ 119,300 | \$ 119,300 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| New and underused vaccines | \$ 149,574 | \$ 149,574 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Injection supplies | \$ 81,239 | \$ 81,239 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Personnel | \$ 155,197 | \$ 155,197 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Salaries of full-time NIP health workers (immunization specific) | \$ 334,030 | \$ - | \$ 334,030 | \$ - | | | | | | | |
| Per-diem for outreach vaccinators/mobile teams | \$ 18,304 | \$ - | \$ 18,304 | \$ - | | | | | | | |
| Per-diem for supervision and monitoring | \$ 0,495 | \$ - | \$ 0,495 | \$ - | | | | | | | |
| Transportation | \$ 32 | \$ 21 | \$ 11 | \$ - | | | | | | | |
| Fixed site and vaccine delivery | \$ 42,677 | \$ 42,677 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Outreach activities | \$ 38,383 | \$ 38,383 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Maintenance and overhead | \$ 1,649 | \$ 1,649 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Cold chain maintenance and overheads | \$ 9,165 | \$ - | \$ 9,165 | \$ - | | | | | | | |
| Maintenance of other capital equipment | \$ 13,979 | \$ - | \$ 13,979 | \$ - | | | | | | | |
| Building overheads (electricity, water...) | \$ 643 | \$ - | \$ 643 | \$ - | | | | | | | |
| Short-term training | \$ 8,889 | \$ - | \$ 8,889 | \$ - | | | | | | | |
| IEC/social mobilization | \$ 8,870 | \$ - | \$ 8,870 | \$ - | | | | | | | |
| Disease surveillance | \$ 984,423 | \$ 596,909 | \$ 387,514 | \$ - | | | | | | | |
| Programme management | \$ 8,425 | \$ 8,425 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Other routine recurrent costs | \$ 107,202 | \$ 107,202 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Subtotal Recurrent Costs | \$ 148,226 | \$ 148,226 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Routine Capital Costs | | | | | | | | | | | |
| Vehicles | \$ 0,425 | \$ 0,425 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Cold chain equipment | \$ 32,599 | \$ 32,599 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Other capital equipment | \$ 148,226 | \$ 148,226 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Subtotal Capital Costs | \$ 148,226 | \$ 148,226 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Campaigns | | | | | | | | | | | |
| Polio | | | | | | | | | | | |
| Vaccines | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Meadles | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Yellow Fever | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| MNT campaigns | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 1) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 2) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| Outbreaks | | | | | | | | | | | |

2010 **Future Needs and Financing**

| Cost Category | Total Resource Requirements US\$ | Total Secured Financing US\$ | Total Probable Financing US\$ | UNFUNDED US\$ | UNICEF US\$ | Risk Type | Jamkesmas US\$ | Risk Type | MCDI US\$ | Risk Type |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------|----------------|-----------|-------------------|-----------|--------------|-----------|
| Routine Recurrent Costs | | | | | | | | | | |
| Vaccines (routine vaccines only) | | | | | | | | | | |
| Traditional vaccines | \$ 119,300 | \$ 119,300 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| New and underused vaccines | \$ 148,574 | \$ 148,574 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Injection supplies | \$ 81,239 | \$ 81,239 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Personnel | | | | | | | | | | |
| Salaries of full-time NIP health workers (immunization specific) | \$ 155,197 | \$ 155,197 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Per-diem for outreach vaccinators/mobile teams | \$ 334,030 | \$ - | \$ 334,030 | \$ - | | | \$ 167,015 | 2 | | |
| Per-diem for supervision and monitoring | \$ 18,304 | \$ - | \$ 18,304 | \$ - | | | | | | |
| Transportation | | | | | | | | | | |
| Fixed site and vaccine delivery | \$ 8,485 | \$ - | \$ 8,485 | \$ - | | | | | | |
| Outreach activities | \$ 32 | \$ 21 | \$ 11 | \$ - | | | \$ - | 11 | | 1 |
| Maintenance and overhead | | | | | | | | | | |
| Cold chain maintenance and overheads | \$ 42,877 | \$ 42,877 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Maintenance of other capital equipment | \$ 38,383 | \$ 38,383 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Building overheads (electricity, water...) | \$ 1,640 | \$ 1,640 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Short-term training | \$ 9,165 | \$ - | \$ 9,165 | \$ - | | | | | | |
| IEC/social mobilization | \$ 13,870 | \$ - | \$ 13,870 | \$ - | | | | | | |
| Disease surveillance | \$ 643 | \$ - | \$ 643 | \$ - | | | | | | |
| Programme management | \$ 6,889 | \$ - | \$ 6,889 | \$ - | | | | | | |
| Other routine recurrent costs | \$ 8,870 | \$ 8,870 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Subtotal Recurrent Costs | \$ 984,423 | \$ 695,909 | \$ 387,514 | \$ - | | | \$ 167,026 | | | |
| Routine Capital Costs | | | | | | | | | | |
| Vehicles | \$ 8,425 | \$ 8,425 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Cold chain equipment | \$ 107,202 | \$ 107,202 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other capital equipment | \$ 32,599 | \$ 32,599 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Subtotal Capital Costs | \$ 148,226 | \$ 148,226 | \$ - | \$ - | | | \$ - | | | |
| Campaigns | | | | | | | | | | |
| Polio | | | | | | | | | | |
| Vaccines | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Measles | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Yellow Fever | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| MINT campaigns | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 1) | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 2) | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Outbreaks | | | | | | | | | | |

| Cost Category | Total Resource Requirements (US\$) | Total Secured Financing (US\$) | Total Probable Financing (US\$) | UNFUNDED (US\$) | APBO II (US\$) | Risk Type | ISS-Gavi (US\$) | Risk Type | WHO (US\$) | Risk Type |
|---|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------|----------------|-----------|-----------------|-----------|------------|-----------|
| Routine/Recurrent Costs (Vaccines and supplies) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | \$ - | | \$ - | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | \$ - | | \$ - | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | \$ - | | \$ - | |
| Other campaigns | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | \$ - | | \$ - | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | \$ - | | \$ - | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | \$ - | | \$ - | |
| Subtotal Campaign Costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | \$ - | | \$ - | |
| Other Costs | \$ 574,300 | \$ 574,300 | \$ - | \$ - | \$ 574,300 | 1 | \$ - | | \$ - | |
| Shared personnel costs | \$ 363 | \$ 363 | \$ - | \$ - | \$ - | 1 | \$ - | | \$ - | |
| Shared transportation costs | \$ 2,116 | \$ 2,116 | \$ 2,116 | \$ - | \$ - | 2 | \$ - | | \$ - | |
| Construction of new buildings | \$ 576,779 | \$ 574,683 | \$ 2,116 | \$ - | \$ 576,779 | | \$ - | | \$ - | |
| Subtotal Optional | \$ 1,709,429 | \$ 1,319,799 | \$ 389,630 | \$ - | \$ 1,200,404 | | \$ - | | \$ - | |
| GRAND TOTAL (Routin, Shared and Outreach) | \$ 1,709,429 | \$ 1,319,799 | \$ 389,630 | \$ - | \$ 1,200,404 | | \$ - | | \$ - | |
| Routine Services (Fixed and Outreach) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | \$ - | | \$ - | |
| Supplemental Immunization Activities | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | \$ - | | \$ - | |
| Total Secured Funding | \$ 1,319,799 | \$ 1,319,799 | \$ 389,630 | \$ - | \$ 977,800 | | \$ - | | \$ - | |
| Total Probable Funding | \$ 1,319,799 | \$ 1,319,799 | \$ 389,630 | \$ - | \$ 222,604 | | \$ - | | \$ - | |

| Cost Category | Total Resource Requirements | Total Secured Financing | Total Probable Financing | UNFUNDED | UNICEF | Jamkesmas | MCCI | Risk Type |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|----------|--------|------------|------|-----------|
| | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | |
| Routine Health Costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Other campaigns | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Subtotal Campaign Costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Other Costs (MCC) | \$ 574,300 | \$ 574,300 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Shared personnel costs | \$ 363 | \$ 363 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Shared transportation costs | \$ 2,116 | \$ 2,116 | \$ 2,116 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Construction of new buildings | \$ 576,779 | \$ 574,863 | \$ 2,116 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Subtotal Optional | \$ 1,709,429 | \$ 1,319,789 | \$ 389,630 | \$ - | \$ - | \$ 167,026 | \$ - | |
| GRAND TOTAL | \$ 1,709,429 | \$ 1,319,789 | \$ 389,630 | \$ - | \$ - | \$ 167,026 | \$ - | |
| Routine Services (fixed and Outreach) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Supplemental Immunization Activities | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Total Secured Financing | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Total Probable Funding | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |

Future Needs and Financing

2011

YEAR

| Cost Category | Total Resource Requirements US\$ | Total Secured Financing US\$ | Total Probable Financing US\$ | UNFUNDED US\$ | Risk Type | APBD I US\$ | Risk Type |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------|-----------|----------------|-----------|
| Routine Recurrent Costs | | | | | | | |
| Vaccines (routine vaccines only) | | | | | | | |
| Traditional vaccines | \$ 123,825 | \$ 123,825 | \$ - | \$ - | 1 | | |
| New and underused vaccines | \$ 151,922 | \$ 151,922 | \$ - | \$ - | 1 | | |
| Injection supplies | \$ 83,933 | \$ 83,933 | \$ - | \$ 0 | 1 | \$ 8,393 | 1 |
| Personnel | | | | | | | |
| Salaries of full-time NIP health workers (immunization specific) | \$ 187,559 | \$ 187,559 | \$ - | \$ - | | | |
| Per-diem for outreach vaccinators/mobile teams | \$ 340,960 | \$ - | \$ 340,960 | \$ - | | | |
| Per-diem for supervision and monitoring | \$ 17,129 | \$ - | \$ 17,129 | \$ - | | | |
| Transportation | | | | | | | |
| Fixed site and vaccine delivery | \$ 6,895 | \$ - | \$ 6,895 | \$ - | | | |
| Outreach activities | \$ 36 | \$ 24 | \$ 12 | \$ - | | | |
| Maintenance and overhead | | | | | | | |
| Cold chain maintenance and overheads | \$ 43,541 | \$ 43,541 | \$ - | \$ - | | | |
| Maintenance of other capital equipment | \$ 40,822 | \$ 40,822 | \$ - | \$ - | | | |
| Building overheads (electricity, water,...) | \$ 1,682 | \$ 1,682 | \$ - | \$ - | | | |
| Short-term training | \$ 5,756 | \$ - | \$ 5,756 | \$ - | | | |
| IEC/social mobilization | \$ 14,258 | \$ - | \$ 14,258 | \$ - | | | |
| Disease surveillance | \$ 678 | \$ 678 | \$ - | \$ - | | | |
| Programme management | \$ 7,028 | \$ 7,028 | \$ - | \$ - | | | |
| Other routine recurrent costs | \$ 10,712 | \$ - | \$ 10,712 | \$ - | | | |
| Subtotal Recurrent Costs | \$ 1,046,134 | \$ 642,909 | \$ 403,225 | \$ 0 | | \$ 8,393 | |
| Routine Capital Costs | | | | | | | |
| Vehicles | \$ 8,885 | \$ 8,885 | \$ - | \$ - | | | |
| Cold chain equipment | \$ 110,282 | \$ 110,282 | \$ - | \$ - | | | |
| Other capital equipment | \$ 36,643 | \$ 36,643 | \$ - | \$ - | | | |
| Subtotal Capital Costs | \$ 155,810 | \$ 155,810 | \$ - | \$ - | | | |
| Campaigns | | | | | | | |
| Polio | | | | | | | |
| Vaccines | \$ 49,253 | \$ 49,253 | \$ - | \$ - | 1 | | |
| Other operational costs | \$ 84,141 | \$ - | \$ 84,141 | \$ - | | \$ 28,047 | 2 |
| Measles | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ 93,245 | \$ 93,245 | \$ - | \$ - | 1 | | |
| Other operational costs | \$ 9,230 | \$ - | \$ 9,230 | \$ - | | \$ 3,077 | 2 |
| Yellow Fever | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| MINT campaigns | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 1) | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 2) | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| Outbreaks | | | | | | | |

Risk Type
Enter a 1 if the funding is secured
Enter a 2 if the funding is not secured

Future Needs and Financing

| YEAR | 2011 | | Total Resource Requirements | Total Secured Financing | Total Probable Financing | UNFUNDED | APAD II | Risk Type | ISS-Gavi | Risk Type | WHO | Risk Type |
|------|--|--------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|----------|---------|-----------|----------|-----------|-----|-----------|
| | Cost Category | US\$ | | | | | | | | | | |
| | Routine Recurrent Costs | | | | | | | | | | | |
| | Vaccines (routine vaccines only) | | | | | | | | | | | |
| | Traditional vaccines | \$ 123,825 | \$ 123,825 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | New and underused vaccines | \$ 151,922 | \$ 151,922 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Injection supplies | \$ 83,933 | \$ 83,933 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Personnel | \$ 197,559 | \$ 197,559 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Salaries of full-time NIP health workers (immunization specific) | \$ 340,960 | \$ 340,960 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Per-diem for outreach vaccinators/mobile teams | \$ 17,129 | \$ 17,129 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Per-diem for supervision and monitoring | \$ 6,695 | \$ 6,695 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Transportation | \$ 36 | \$ 36 | \$ 12 | \$ 12 | | | | | | | |
| | Fixed site and vaccine delivery | \$ 43,541 | \$ 43,541 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Outreach activities | \$ 40,822 | \$ 40,822 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Maintenance and overhead | \$ 1,682 | \$ 1,682 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Total chain maintenance and overheads | \$ 5,756 | \$ 5,756 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Maintenance of other capital equipment | \$ 14,258 | \$ 14,258 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Building overheads (electricity, water...) | \$ 879 | \$ 879 | \$ 678 | \$ 678 | | | | | | | |
| | Short-term training | \$ 7,026 | \$ 7,026 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | IEC/social mobilization | \$ 10,712 | \$ 10,712 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Disease surveillance | \$ 1,046,134 | \$ 1,046,134 | \$ 403,225 | \$ 403,225 | | | | | | | |
| | Programme management | \$ 8,885 | \$ 8,885 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Other routine recurrent costs | \$ 110,282 | \$ 110,282 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Subtotal Recurrent Costs | \$ 36,843 | \$ 36,843 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Routine Capital Costs | \$ 155,810 | \$ 155,810 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Vehicles | \$ 8,885 | \$ 8,885 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Cold chain equipment | \$ 110,282 | \$ 110,282 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Other capital equipment | \$ 36,843 | \$ 36,843 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Subtotal Capital Costs | \$ 155,810 | \$ 155,810 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Campaigns | | | | | | | | | | | |
| | Polio | | | | | | | | | | | |
| | Vaccines | \$ 49,253 | \$ 49,253 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Other operational costs | \$ 84,141 | \$ 84,141 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Mosquitoes | \$ 93,245 | \$ 93,245 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Vaccines and supplies | \$ 9,230 | \$ 9,230 | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Yellow Fever | \$ - | \$ - | \$ 8,230 | \$ 8,230 | | | | | | | |
| | Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | MNT campaigns | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Other campaigns (Year 1 - Round 1) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Other campaigns (Year 1 - Round 2) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |
| | Outbreaks | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | |

| YEAR | Future Needs and Financing | | | | | | | | | |
|--|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|--------|-----------|------------|-----------|------|-----------|
| | Cost Category | Total Resource Requirements | Total Secured Financing | Total Probable Financing | UNICEF | Risk Type | Jointman | Risk Type | MICI | Risk Type |
| | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | | US\$ | | US\$ | |
| Routine Recurrent Costs | | | | | | | | | | |
| Vaccines (routine vaccines only) | | | | | | | | | | |
| Traditional vaccines | \$ 123,625 | \$ 123,625 | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| New and unused vaccines | \$ 151,922 | \$ 151,922 | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Injection supplies | \$ 83,933 | \$ 83,933 | \$ - | \$ - | \$ 0 | | | | | |
| Personnel | | | | | | | | | | |
| Salaries of full-time NIP health workers (immunization specific) | \$ 187,559 | \$ 187,559 | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Per-diem for outreach vaccinators/mobile teams | \$ 340,960 | \$ 340,960 | \$ - | \$ 340,960 | \$ - | | \$ 170,480 | 2 | | |
| Per-diem for supervision and monitoring | \$ 17,128 | \$ 17,128 | \$ - | \$ 17,128 | \$ - | | | | | |
| Transportation | | | | | | | | | | |
| Fixed site and vaccine delivery | \$ 6,695 | \$ 6,695 | \$ - | \$ 6,695 | \$ - | | | | | |
| Outreach activities | \$ 38 | \$ 38 | \$ 24 | \$ 12 | \$ - | | \$ 12 | 1 | | |
| Maintenance and overhead | | | | | | | | | | |
| Cold chain maintenance and overheads | \$ 43,541 | \$ 43,541 | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Maintenance of other capital equipment | \$ 40,822 | \$ 40,822 | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Building overheads (electricity, water...) | \$ 1,682 | \$ 1,682 | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Short-term training | \$ 5,758 | \$ 5,758 | \$ - | \$ 5,758 | \$ - | | | | | |
| IEC/social mobilization | \$ 14,258 | \$ 14,258 | \$ - | \$ 14,258 | \$ - | | | | | |
| Disease surveillance | \$ 678 | \$ 678 | \$ - | \$ 678 | \$ - | | | | | |
| Programme management | \$ 7,028 | \$ 7,028 | \$ - | \$ 7,028 | \$ - | | | | | |
| Other routine recurrent costs | \$ 10,712 | \$ 10,712 | \$ - | \$ 10,712 | \$ - | | | | | |
| Subtotal Recurrent Costs | \$ 1,046,134 | \$ 842,909 | \$ 403,225 | \$ 403,225 | \$ 0 | | \$ 170,492 | | \$ - | |
| Routine Capital Costs | | | | | | | | | | |
| Vehicles | \$ 8,885 | \$ 8,885 | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Cold chain equipment | \$ 110,282 | \$ 110,282 | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other capital equipment | \$ 38,643 | \$ 38,643 | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Subtotal Capital Costs | \$ 155,810 | \$ 155,810 | \$ - | \$ - | \$ - | | | | \$ - | |
| Campaigns | | | | | | | | | | |
| Polio | | | | | | | | | | |
| Vaccines | \$ 49,253 | \$ 49,253 | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ 84,141 | \$ 84,141 | \$ - | \$ 84,141 | \$ - | | | | | |
| Measles | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ 93,245 | \$ 93,245 | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ 9,230 | \$ 9,230 | \$ - | \$ 9,230 | \$ - | | | | | |
| Yellow Fever | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| MNT campaigns | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 1) | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 2) | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Outbreaks | | | | | | | | | | |

| Cost Category | Total Resource Requirements (US\$) | Total Secured Financing (US\$) | Total Probable Financing (US\$) | UNFUNDED (US\$) | APBD II (US\$) | Risk Type | ISS-OAVI (US\$) | Risk Type | WHO (US\$) |
|---|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------|----------------|-----------|-----------------|-----------|------------|
| Routine/Recurrent/Contracted Activities | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other campaigns | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Subtotal Campaign Costs | \$ 235,889 | \$ 142,498 | \$ 93,370 | \$ 62,247 | \$ 62,247 | | \$ - | | \$ - |
| Other Goods | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Shared personnel costs | \$ 589,844 | \$ - | \$ 589,844 | \$ - | \$ 589,844 | 2 | | | |
| Shared transportation costs | \$ 370 | \$ - | \$ 370 | \$ - | \$ 370 | 2 | | | |
| Construction of new buildings | \$ 2,158 | \$ - | \$ 2,158 | \$ - | \$ 2,158 | 2 | | | |
| Subtotal Optional | \$ 589,373 | \$ - | \$ 589,373 | \$ - | \$ 589,373 | | \$ - | | \$ - |
| GRAND TOTAL (including JICA) | \$ 2,027,186 | \$ 941,218 | \$ 1,085,968 | \$ 0 | \$ 1,331,973 | | \$ - | | \$ - |
| Routine Services (Fixed and Outreach) | \$ 1,791,317 | \$ 798,719 | \$ 992,598 | \$ 0 | \$ 1,269,726 | | \$ - | | \$ - |
| Supplemental Immunization Activities | \$ 235,869 | \$ 142,498 | \$ 93,370 | \$ 62,247 | \$ 62,247 | | \$ - | | \$ - |
| Total Secured Funding | | | | | \$ 1,417,820 | | \$ - | | \$ - |
| Total Probable Funding | | | | | \$ 1,484,353 | | \$ - | | \$ - |

| Cost Category | Total Resource Requirements | Total Secured Financing | Total Probable Financing | UNFUNDED | UNICEF | Jamkesmas | MCCI | Risk Type |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|----------|--------|------------|------|-----------|
| | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | |
| Routine Reimbursement | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Other campaigns | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Subtotal Campaign Costs | \$ 235,869 | \$ 142,498 | \$ 93,370 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Other Costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Subtotal Campaign Costs | \$ 235,869 | \$ 142,498 | \$ 93,370 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Other Costs | \$ 586,844 | \$ - | \$ 586,844 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Shared personnel costs | \$ 370 | \$ - | \$ 370 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Shared transportation costs | \$ 2,158 | \$ - | \$ 2,158 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Construction of new buildings | \$ 589,373 | \$ - | \$ 589,373 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Subtotal Optional | \$ 2,027,155 | \$ 941,218 | \$ 1,085,937 | \$ - | \$ - | \$ 170,482 | \$ - | |
| GRAND TOTAL | \$ 1,791,317 | \$ 798,719 | \$ 932,598 | \$ 0 | \$ - | \$ 170,482 | \$ - | |
| Routine Services (Fixed and Outreach) | \$ 235,869 | \$ 142,498 | \$ 93,370 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Supplemental Immunization Activities | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Total Secured Funding | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ 170,480 | \$ - | |
| Total Probable Funding | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |

Future Needs and Financing

2012

YEAR

| Cost Category | Total Resource Requirements | Total Secured Financing | Total Probable Financing | UNFUNDED | APBN | Risk Type | APBD 1 | Risk Type |
|--|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|------------|------------|-----------|----------|-----------|
| | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | | US\$ | |
| Routine recurrent costs | | | | | | | | |
| Vaccines (routine vaccines only) | | | | | | | | |
| Traditional vaccines | \$ 127,808 | \$ 127,808 | \$ - | \$ - | \$ 127,808 | 1 | \$ - | |
| New and underused vaccines | \$ 154,307 | \$ 154,307 | \$ - | \$ - | \$ 154,307 | 1 | \$ - | |
| Injection supplies | \$ 88,517 | \$ 88,517 | \$ - | \$ - | \$ 88,517 | 1 | \$ 8,652 | 1 |
| Personnel | | | | | | | | |
| Salaries of full-time NIP health workers (immunization specific) | \$ 238,462 | \$ 238,462 | \$ - | \$ - | | | | |
| Per-diem for outreach vaccinators/mobile teams | \$ 348,034 | \$ - | \$ 348,034 | \$ - | | | | |
| Per-diem for supervision and monitoring | \$ 17,981 | \$ - | \$ 17,981 | \$ - | | | | |
| Transportation | | | | | | | | |
| Fixed site and vaccine delivery | \$ 6,900 | \$ 6,900 | \$ - | \$ - | | | | |
| Outreach activities | \$ 40 | \$ 40 | \$ 26 | \$ 13 | | | | |
| Maintenance and overhead | | | | | | | | |
| Cold chain maintenance and overheads | \$ 44,422 | \$ 44,422 | \$ - | \$ - | | | | |
| Maintenance of other capital equipment | \$ 42,088 | \$ 42,088 | \$ - | \$ - | | | | |
| Building overheads (electricity, water...) | \$ 1,718 | \$ 1,718 | \$ - | \$ - | | | | |
| Short-term training | \$ 3,804 | \$ 3,804 | \$ - | \$ 3,804 | | | | |
| IEC/social mobilization | \$ 14,543 | \$ 14,543 | \$ - | \$ 14,543 | | | | |
| Disease surveillance | \$ 743 | \$ 743 | \$ - | \$ 743 | | | | |
| Programme management | \$ 7,698 | \$ 7,698 | \$ - | \$ 7,698 | | | | |
| Other routine recurrent costs | \$ 12,200 | \$ 12,200 | \$ - | \$ 12,200 | | | | |
| Subtotal Recurrent Costs | \$ 1,108,282 | \$ 696,348 | \$ 411,916 | \$ - | \$ 351,320 | | \$ 8,652 | |
| Routine Capital Costs | | | | | | | | |
| Vehicles | \$ 9,380 | \$ 9,380 | \$ - | \$ 9,380 | | | | |
| Cold chain equipment | \$ 113,621 | \$ 113,621 | \$ - | \$ 113,621 | | | | |
| Other capital equipment | \$ 38,988 | \$ 38,988 | \$ - | \$ 38,988 | | | | |
| Subtotal Capital Costs | \$ 161,848 | \$ 161,848 | \$ - | \$ 161,848 | | | | |
| Campaigns | | | | | | | | |
| Polio | | | | | | | | |
| Vaccines | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Measles | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Yellow Fever | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| MNT campaigns | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 1) | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 2) | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Outbreaks | | | | | | | | |

Risk Type

Enter a 1 if the funding is secured

Enter a 2 if the funding is not secured

Risk Type

APBD 1

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

US\$

| YEAR | Future Needs and Financing | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|----------|------------|-----------|----------|-----------|------|-----------|
| 2012 | Total Resource Requirements | Total Secured Financing | Total Probable Financing | UNFUNDED | APPD II | Risk Type | ISS-Gart | Risk Type | WHO | Risk Type |
| | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | | US\$ | | US\$ | |
| Cost Category | | | | | | | | | | |
| Routine Recurrent Costs | | | | | | | | | | |
| Vaccines (routine vaccines only) | | | | | | | | | | |
| Traditional vaccines | \$ 127,808 | \$ 127,808 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| New and underused vaccines | \$ 154,307 | \$ 154,307 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Injection supplies | \$ 86,517 | \$ 86,517 | \$ - | \$ - | \$ 8,652 | 1 | | | | |
| Personnel | \$ 239,462 | \$ 239,462 | \$ - | \$ - | \$ 239,462 | 1 | | | | |
| Salaries of full-time NIP health workers (immunization specific) | \$ 348,034 | \$ - | \$ 348,034 | \$ - | \$ 174,017 | 2 | | | | |
| Per-diem for outreach vaccinators/mobile teams | \$ 17,981 | \$ - | \$ 17,981 | \$ - | \$ 17,981 | 2 | | | | |
| Per-diem for supervision and monitoring | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Transportation | \$ 6,900 | \$ - | \$ 6,900 | \$ - | \$ 6,900 | 2 | | | | |
| Fixed site and vaccine delivery | \$ 40 | \$ 26 | \$ 13 | \$ - | \$ 13 | 1 | \$ 13 | 2 | | |
| Outreach activities | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Maintenance and overhead | \$ 44,422 | \$ 44,422 | \$ - | \$ - | \$ 44,422 | 1 | | | | |
| Cold chain maintenance and overheads | \$ 42,088 | \$ 42,088 | \$ - | \$ - | \$ 42,088 | 1 | | | | |
| Maintenance of other capital equipment | \$ 1,718 | \$ 1,718 | \$ - | \$ - | \$ 1,718 | 1 | | | | |
| Building overheads (electricity, water...) | \$ 3,804 | \$ - | \$ 3,804 | \$ - | \$ 3,804 | 2 | | | | |
| Short-term training | \$ 14,543 | \$ - | \$ 14,543 | \$ - | \$ 14,543 | 2 | | | | |
| IEC/social mobilization | \$ 743 | \$ - | \$ 743 | \$ - | \$ 743 | 2 | | | | |
| Disease surveillance | \$ 7,698 | \$ - | \$ 7,698 | \$ - | \$ 7,698 | 2 | | | | |
| Programme management | \$ 12,200 | \$ - | \$ 12,200 | \$ - | \$ 12,200 | 2 | | | | |
| Other routine recurrent costs | \$ 1,106,262 | \$ 696,346 | \$ 411,916 | \$ - | \$ 574,238 | 2 | \$ - | \$ 13 | \$ - | \$ - |
| Subtotal Recurrent Costs | \$ 9,350 | \$ - | \$ 9,350 | \$ - | \$ 9,350 | 2 | | | | |
| Routine Capital Costs | \$ 113,521 | \$ - | \$ 113,521 | \$ - | \$ 113,521 | 2 | | | | |
| Vehicles | \$ 38,968 | \$ - | \$ 38,968 | \$ - | \$ 38,968 | 2 | | | | |
| Cold chain equipment | \$ 181,848 | \$ - | \$ 181,848 | \$ - | \$ 181,848 | 2 | | | \$ - | \$ - |
| Other capital equipment | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Subtotal Capital Costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Campaigns | | | | | | | | | | |
| Polio | | | | | | | | | | |
| Vaccines | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Measles | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Yellow Fever | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| MNT campaigns | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 1) | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 2) | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Outbreaks | | | | | | | | | | |

| YEAR | 2012 | | | | | | | | | | Future Needs and Financing | |
|--|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|----------|--------|-----------|------------|-----------|------|-----------|----------------------------|--|
| Cost Category | Total Resource Requirements | Total Secured Financing | Total Probable Financing | UNFUNDED | UNICEF | Risk Type | Jamkesmas | Risk Type | MCDI | Risk Type | | |
| Routine/Recurrent Costs | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | | US\$ | | US\$ | | | |
| Vaccines (routine vaccines only) | | | | | | | | | | | | |
| Traditional vaccines | \$ 127,808 | \$ 127,808 | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| New and underused vaccines | \$ 154,307 | \$ 154,307 | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| Injection supplies | \$ 86,517 | \$ 86,517 | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| Personnel | | | | | | | | | | | | |
| Salaries of full-time NIP health workers (immunization specific) | \$ 239,462 | \$ 239,462 | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| Per-diem for outreach vaccinators/mobile teams | \$ 348,034 | \$ - | \$ 348,034 | \$ - | | | \$ 174,017 | 2 | | | | |
| Per-diem for supervision and monitoring | \$ 17,961 | \$ - | \$ 17,961 | \$ - | | | | | | | | |
| Transportation | | | | | | | | | | | | |
| Fixed site and vaccine delivery | \$ 6,900 | \$ - | \$ 6,900 | \$ - | | | | | | | | |
| Outreach activities | \$ 40 | \$ - | \$ 40 | \$ - | | | \$ 13 | 1 | | | | |
| Maintenance and overhead | | | | | | | | | | | | |
| Cold chain maintenance and overheads | \$ 44,422 | \$ 44,422 | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| Maintenance of other capital equipment | \$ 42,068 | \$ 42,068 | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| Building overheads (electricity, water...) | \$ 1,716 | \$ 1,716 | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| Short-term training | \$ 3,804 | \$ 3,804 | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| IEC/social mobilization | \$ 14,543 | \$ - | \$ 14,543 | \$ - | | | | | | | | |
| Disease surveillance | \$ 743 | \$ 743 | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| Programme management | \$ 7,698 | \$ 7,698 | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| Other routine recurrent costs | \$ 12,200 | \$ - | \$ 12,200 | \$ - | | | | | | | | |
| Subtotal Recurrent Costs | \$ 1,108,252 | \$ 695,346 | \$ 411,916 | \$ - | \$ - | | \$ 174,030 | | \$ - | | | |
| Routine Capital Cost | | | | | | | | | | | | |
| Vehicles | \$ 9,360 | \$ - | \$ 9,360 | \$ - | | | | | | | | |
| Cold chain equipment | \$ 113,521 | \$ - | \$ 113,521 | \$ - | | | | | | | | |
| Other capital equipment | \$ 38,968 | \$ - | \$ 38,968 | \$ - | | | | | | | | |
| Subtotal Capital Costs | \$ 161,849 | \$ - | \$ 161,849 | \$ - | \$ - | | \$ - | | \$ - | | | |
| Campaigns | | | | | | | | | | | | |
| Polio | | | | | | | | | | | | |
| Vaccines | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| Measles | | | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| Yellow Fever | | | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| MNT campaigns | | | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 1) | | | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 2) | | | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | | | |
| Outbreaks | | | | | | | | | | | | |

| Cost Category | Total Resource Requirements | Total Secured Financing | Total Probable Financing | UNFUNDED | APBD II | Risk Type | ISS-Gavl | Risk Type | WHO | Risk Type |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|----------|--------------|-----------|----------|-----------|------|-----------|
| | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | | US\$ | | US\$ | |
| Routine Recruitment Costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other campaigns | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | \$ | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Subtotal Campaign Costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | \$ | |
| Other Costs | \$ 599,660 | \$ - | \$ 599,660 | \$ - | \$ 599,660 | 2 | | | | |
| Shared personnel costs | \$ 378 | \$ - | \$ 378 | \$ - | \$ 378 | 2 | | | | |
| Shared transportation costs | \$ 2,201 | \$ - | \$ 2,201 | \$ - | \$ 2,201 | 2 | | | | |
| Construction of new buildings | \$ 602,240 | \$ - | \$ 602,240 | \$ - | \$ 602,240 | | | | \$ | |
| Subtotal Operational | \$ 1,872,349 | \$ 696,346 | \$ 1,176,003 | \$ - | \$ 1,338,325 | | | | \$ | |
| GRAND TOTAL | \$ 1,872,349 | \$ 696,346 | \$ 1,176,003 | \$ - | \$ 1,338,325 | | | | \$ | |
| Routine Services (Fixed and Outreach) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | \$ | |
| Supplemental Immunization Activities | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | \$ | |
| Total Secured Financing | | \$ 696,346 | \$ 696,346 | \$ - | \$ 696,346 | | | | \$ | |
| Total Probable Financing | | \$ 1,001,973 | \$ 1,001,973 | \$ - | \$ 1,001,973 | | | 13 | \$ | |

| Cost Category | Total Resource Requirements | Total Secured Financing | Total Probable Financing | UNFUNDED | UNICEF | Jambesmas | MCCI | Risk Type |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|----------|--------|------------|------|-----------|
| | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | |
| Routine Recurrent Costs: | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other campaigns | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Subtotal Campaign Costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other Costs: | | | | | | | | |
| Shared personnel costs | \$ 588,860 | \$ - | \$ 588,860 | \$ - | | | | |
| Shared transportation costs | \$ 378 | \$ - | \$ 378 | \$ - | | | | |
| Construction of new buildings | \$ 2,201 | \$ - | \$ 2,201 | \$ - | | | | |
| Subtotal Optional | \$ 602,240 | \$ - | \$ 602,240 | \$ - | | | | |
| GRAND TOTAL | \$ 1,872,349 | \$ 696,346 | \$ 1,176,003 | \$ - | \$ - | \$ 174,030 | \$ - | |
| Routine Services (Fixed and Outreach) | \$ 1,872,349 | \$ 696,346 | \$ 1,176,003 | \$ - | \$ - | \$ 174,030 | \$ - | |
| Supplemental Immunization Activities | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Total Secured Funding | | | | | \$ - | \$ 174,017 | \$ - | |
| Total Probable Funding | | | | | \$ - | \$ 174,017 | \$ - | |

Risk Type
Enter a 1 if the funding is secured
Enter a 2 if the funding is not secured

Future Needs and Financing

2013

YEAR

| Cost Category | Total Resource Requirements (US\$) | Total Secured Financing (US\$) | Total Probable Financing (US\$) | UNFUNDED (US\$) | APBN (US\$) | APB01 (US\$) | Risk Type | Risk Type |
|--|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------|-----------|
| Routine Recurrent Costs | | | | | | | | |
| Vaccines (routine vaccines only) | | | | | | | | |
| Traditional vaccines | \$ 132,213 | \$ 132,213 | \$ - | \$ - | \$ 132,213 | \$ - | 1 | |
| New and underused vaccines | \$ 158,730 | \$ 158,730 | \$ - | \$ - | \$ 158,730 | \$ - | 1 | |
| Injection supplies | \$ 89,228 | \$ 89,228 | \$ - | \$ - | \$ 71,382 | \$ 8,923 | 1 | 1 |
| Personnel | | | | | | | | |
| Salaries of full-time NIP health workers (immunization specific) | \$ 282,961 | \$ - | \$ 282,961 | \$ - | | | | |
| Per-diem for outreach vaccinators/mobile teams | \$ 355,254 | \$ - | \$ 355,254 | \$ - | | | | |
| Per-diem for supervision and monitoring | \$ 18,860 | \$ - | \$ 18,860 | \$ - | | | | |
| Transportation | | | | | | | | |
| Fixed site and vaccine delivery | \$ 7,148 | \$ - | \$ 7,148 | \$ - | | | | |
| Outreach activities | \$ 14 | \$ 10 | \$ 5 | \$ - | | | | |
| Maintenance and overhead | | | | | | | | |
| Cold chain maintenance and overheads | \$ 103 | \$ - | \$ 103 | \$ - | | | | |
| Maintenance of other capital equipment | \$ 4,005 | \$ - | \$ 4,005 | \$ - | | | | |
| Building overheads (electricity, water...) | \$ 1,750 | \$ - | \$ 1,750 | \$ - | | | | |
| Short-term training | \$ 3,881 | \$ - | \$ 3,881 | \$ - | | | | |
| IEC/social mobilization | \$ 14,834 | \$ - | \$ 14,834 | \$ - | | | | |
| Disease surveillance | \$ 758 | \$ - | \$ 758 | \$ - | | | | |
| Programme management | \$ 7,851 | \$ - | \$ 7,851 | \$ - | | | | |
| Other routine recurrent costs | \$ 13,093 | \$ - | \$ 13,093 | \$ - | | | | |
| Subtotal Recurrent Costs | \$ 1,088,883 | \$ 661,141 | \$ 427,543 | \$ 0 | \$ 360,325 | \$ 8,923 | | |
| Routine Capital Costs | | | | | | | | |
| Vehicles | \$ 1,212 | \$ - | \$ 1,212 | \$ - | | | | |
| Cold chain equipment | \$ 4,070 | \$ - | \$ 4,070 | \$ - | | | | |
| Other capital equipment | \$ 8,748 | \$ - | \$ 8,748 | \$ - | | | | |
| Subtotal Capital Costs | \$ 14,028 | \$ - | \$ 14,028 | \$ - | \$ - | \$ - | | |
| Campaigns | | | | | | | | |
| Polio | | | | | | | | |
| Vaccines | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Measles | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Yellow Fever | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| MNT campaigns | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 1) | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 2) | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | |
| Outbreaks | | | | | | | | |

| YEAR | Future Needs and Financing | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|----------|-----------|----------------|-----------|------|-----------|-----|
| | 2013 | | | | | d but probable | | | | |
| Cost Category | Total Resource Requirements | Total Secured Financing | Total Probable Financing | UNFUNDED | Risk Type | ISS-Gavi | Risk Type | WHO | Risk Type | |
| US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | |
| Routine Recurrent Costs | | | | | | | | | | |
| Vaccines (routine vaccines only) | | | | | | | | | | |
| Traditional vaccines | \$ 132,213 | \$ 132,213 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| New and underused vaccines | \$ 156,730 | \$ 156,730 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Injection supplies | \$ 89,228 | \$ 89,228 | \$ - | \$ 0 | | | | | | 1 |
| Personnel | | | | | | | | | | |
| Salaries of full-time NIP health workers (immunization specific) | \$ 282,961 | \$ 282,961 | \$ - | \$ - | | | | | | 1 |
| Per-diem for outreach vaccinators/mobile teams | \$ 355,254 | \$ - | \$ 355,254 | \$ - | | | | | | 2 |
| Per-diem for supervision and monitoring | \$ 18,860 | \$ - | \$ 18,860 | \$ - | | | | | | 2 |
| Transportation | | | | | | | | | | |
| Fixed site and vaccine delivery | \$ 7,148 | \$ - | \$ 7,148 | \$ - | | | | | | 2 |
| Outreach activities | \$ 14 | \$ 10 | \$ 5 | \$ - | | | | | | 5 1 |
| Maintenance and overhead | | | | | | | | | | |
| Cold chain maintenance and overheads | \$ 103 | \$ - | \$ 103 | \$ - | | | | | | 2 |
| Maintenance of other capital equipment | \$ 4,005 | \$ - | \$ 4,005 | \$ - | | | | | | 2 |
| Building overheads (electricity, water...) | \$ 1,750 | \$ - | \$ 1,750 | \$ - | | | | | | 2 |
| Short-term training | \$ 3,881 | \$ - | \$ 3,881 | \$ - | | | | | | 2 |
| IEC/social mobilization | \$ 14,834 | \$ - | \$ 14,834 | \$ - | | | | | | 2 |
| Disease surveillance | \$ 758 | \$ - | \$ 758 | \$ - | | | | | | 2 |
| Programme management | \$ 7,851 | \$ - | \$ 7,851 | \$ - | | | | | | 2 |
| Other routine recurrent costs | \$ 13,093 | \$ - | \$ 13,093 | \$ - | | | | | | 2 |
| Subtotal Recurrent Costs | \$ 1,086,683 | \$ 861,141 | \$ 427,543 | \$ 0 | | | | | | 5 |
| Routine Capital Costs | | | | | | | | | | |
| Vehicles | \$ 1,212 | \$ - | \$ 1,212 | \$ - | | | | | | 2 |
| Cold chain equipment | \$ 4,070 | \$ - | \$ 4,070 | \$ - | | | | | | 2 |
| Other capital equipment | \$ 8,746 | \$ - | \$ 8,746 | \$ - | | | | | | 2 |
| Subtotal Capital Costs | \$ 14,028 | \$ - | \$ 14,028 | \$ - | | | | | | 2 |
| Campaigns | | | | | | | | | | |
| Polio | | | | | | | | | | |
| Vaccines | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Masles | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | 1 |
| Yellow Fever | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| MNT campaigns | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 1) | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 2) | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Outbreaks | | | | | | | | | | |

| YEAR | Future Needs and Financing | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|------------|--------|-----------|-----------|------------|------|-----------|
| | Total Resource Requirements | Total Secured Financing | Total Probable Financing | UNFINANCED | UNICEF | Risk Type | Jamkesmas | Risk Type | MCCI | Risk Type |
| | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | | US\$ | | US\$ | |
| Cost Category | | | | | | | | | | |
| Routine Requirements | | | | | | | | | | |
| Vaccines (routine vaccines only) | | | | | | | | | | |
| Traditional vaccines | \$ 132,213 | \$ 132,213 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| New and underused vaccines | \$ 158,730 | \$ 158,730 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Injection supplies | \$ 89,228 | \$ 89,228 | \$ - | \$ 0 | | | | | | |
| Personnel | | | | | | | | | | |
| Salaries of full-time NIP health workers (immunization specific) | \$ 282,961 | \$ 282,961 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Per-diem for outreach vaccinators/mobile teams | \$ 355,254 | \$ - | \$ 355,254 | \$ - | | | | | | |
| Per-diem for supervision and monitoring | \$ 18,860 | \$ - | \$ 18,860 | \$ - | | | | \$ 177,827 | | 2 |
| Transportation | | | | | | | | | | |
| Fixed site and vaccine delivery | \$ 7,148 | \$ - | \$ 7,148 | \$ - | | | | | | |
| Outreach activities | \$ 14 | \$ 10 | \$ 5 | \$ - | | | | \$ - | | 5 1 |
| Maintenance and overhead | | | | | | | | | | |
| Cold chain maintenance and overheads | \$ 103 | \$ - | \$ 103 | \$ - | | | | | | |
| Maintenance of other capital equipment | \$ 4,005 | \$ - | \$ 4,005 | \$ - | | | | | | |
| Building overheads (electricity, water...) | \$ 1,750 | \$ - | \$ 1,750 | \$ - | | | | | | |
| Short-term training | \$ 3,881 | \$ - | \$ 3,881 | \$ - | | | | | | |
| IEC/social mobilization | \$ 14,834 | \$ - | \$ 14,834 | \$ - | | | | | | |
| Disease surveillance | \$ 758 | \$ - | \$ 758 | \$ - | | | | | | |
| Programme management | \$ 7,851 | \$ - | \$ 7,851 | \$ - | | | | | | |
| Other routine recurrent costs | \$ 13,093 | \$ - | \$ 13,093 | \$ - | | | | | | |
| Subtotal Recurrent Costs | \$ 1,088,883 | \$ 681,141 | \$ 427,843 | \$ 0 | | | | \$ 177,827 | | \$ |
| Routine Capital Costs | | | | | | | | | | |
| Vehicles | \$ 1,212 | \$ - | \$ 1,212 | \$ - | | | | | | |
| Cold chain equipment | \$ 4,070 | \$ - | \$ 4,070 | \$ - | | | | | | |
| Other capital equipment | \$ 8,748 | \$ - | \$ 8,748 | \$ - | | | | | | |
| Subtotal Capital Costs | \$ 14,028 | \$ - | \$ 14,028 | \$ - | | | | \$ - | | \$ |
| Campaigns | | | | | | | | | | |
| Polio | | | | | | | | | | |
| Vaccines | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Measles | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Yellow Fever | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| MNT campaigns | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 1) | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 2) | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Outbreaks | | | | | | | | | | |

| | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ |
|---------------------------------------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|------|
| Routine Recurrent/Continual | | | | | | | |
| Outbreaks | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| Other campaigns | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| Subtotal Campaign Costs | | | | | | | |
| Other Campaign Costs | \$ 612,754 | \$ - | \$ 612,754 | \$ - | \$ 812,754 | 2 | |
| Shared personnel costs | \$ 385 | \$ - | \$ 385 | \$ - | \$ 385 | 2 | |
| Shared transportation costs | \$ 2,245 | \$ - | \$ 2,245 | \$ - | \$ 2,245 | 2 | |
| Construction of new buildings | \$ 615,385 | \$ - | \$ 615,385 | \$ - | \$ 615,385 | | |
| Subtotal Optional | \$ 1,718,097 | \$ - | \$ 1,056,956 | \$ - | \$ 1,171,213 | | |
| GRAND TOTAL | \$ 1,718,097 | \$ - | \$ 661,141 | \$ - | \$ 1,171,213 | | |
| Routine Services (Fixed and Outreach) | \$ - | \$ - | \$ 661,141 | \$ - | \$ 0 | | |
| Supplemental Immunization Activities | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | |
| Total Secure Funding | | | | | \$ 291,889 | | |
| Total Probable Funding | | | | | \$ 879,324 | | |

Risk Type
Enter a 1 if the funding is secured
Enter a 2 if the funding is not secured

2014

Future Needs and Financing

| YEAR | Cost Category | Total Resource Requirements | Total Secured Financing | Total Probable Financing | UNFUNDED | Risk Type | APBD I | Risk Type |
|------|--|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------|-----------|-------------------|-----------|
| | | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | | US\$ | |
| | Routine Recurrent Costs | | | | | | | |
| | Vaccines (routine vaccines only) | | | | | | | |
| | Traditional vaccines | \$ 136,400 | \$ 136,400 | \$ - | \$ - | | \$ 136,400 | 1 |
| | New and undated vaccines | \$ 159,190 | \$ 159,190 | \$ - | \$ - | | \$ 159,190 | 1 |
| | Injection supplies | \$ 92,075 | \$ 92,075 | \$ - | \$ - | | \$ 92,075 | 1 |
| | Personnel | | | | | | | |
| | Salaries of full-time NIP health workers (immunization specific) | \$ 311,674 | \$ 311,674 | \$ - | \$ - | | | |
| | Per-diem for outreach vaccinators/mobile teams | \$ 382,359 | \$ - | \$ 982,359 | \$ - | | | |
| | Per-diem for supervision and monitoring | \$ 18,900 | \$ - | \$ 18,900 | \$ - | | | |
| | Transportation | | | | | | | |
| | Fixed site and vaccine delivery | \$ 7,917 | \$ - | \$ 7,917 | \$ - | | | |
| | Outreach activities | \$ 15 | \$ 10 | \$ 5 | \$ - | | | |
| | Maintenance and overhead | | | | | | | |
| | Cold chain maintenance and overheads | \$ 110 | \$ - | \$ 110 | \$ - | | | |
| | Maintenance of other capital equipment | \$ 4,085 | \$ - | \$ 4,085 | \$ - | | | |
| | Building overheads (electricity, water...) | \$ 1,785 | \$ - | \$ 1,785 | \$ - | | | |
| | Short-term training | \$ 7,971 | \$ - | \$ 7,971 | \$ - | | | |
| | IEC/social mobilization | \$ 15,131 | \$ - | \$ 15,131 | \$ - | | | |
| | Disease surveillance | \$ 828 | \$ - | \$ 828 | \$ - | | | |
| | Programme management | \$ 8,008 | \$ - | \$ 8,008 | \$ - | | | |
| | Other routine recurrent costs | \$ 13,686 | \$ - | \$ 13,686 | \$ - | | | |
| | Subtotal Recurrent Costs | \$ 1,141,135 | \$ 699,049 | \$ 441,787 | \$ - | | \$ 369,250 | 1 |
| | Routine Capital Costs | | | | | | | |
| | Vehicles | \$ 1,237 | \$ - | \$ 1,237 | \$ - | | | |
| | Cold chain equipment | \$ 5,228 | \$ - | \$ 5,228 | \$ - | | | |
| | Other capital equipment | \$ 8,921 | \$ - | \$ 8,921 | \$ - | | | |
| | Subtotal Capital Costs | \$ 15,386 | \$ - | \$ 15,386 | \$ - | | \$ - | |
| | Campaigns | | | | | | | |
| | Polio | | | | | | | |
| | Vaccines | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| | Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| | Measles | | | | | | | |
| | Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| | Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| | Yellow Fever | | | | | | | |
| | Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| | Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| | MNT campaigns | | | | | | | |
| | Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| | Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| | Other campaigns (Year 1 - Round 1) | | | | | | | |
| | Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| | Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| | Other campaigns (Year 1 - Round 2) | | | | | | | |
| | Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| | Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | |
| | Outbreaks | | | | | | | |

| YEAR | 2014 | Future Needs and Financing | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|----------|------------|-----------|----------|-----------|------|-----------|
| Cost Category | Total Resource Requirements | Total Secured Financing | Total Probable Financing | UNFUNDED | APBD II | Risk Type | ISS-Gavi | Risk Type | WHO | Risk Type |
| | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | | US\$ | | US\$ | |
| Routine Recurrent Costs | | | | | | | | | | |
| Vaccines (routine vaccines only) | | | | | | | | | | |
| Traditional vaccines | \$ 138,400 | \$ 138,400 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| New and underused vaccines | \$ 159,190 | \$ 159,190 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Injection supplies | \$ 92,075 | \$ 92,075 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Personnel: | | | | | | | | | | |
| Salaries of full-time NIP health workers (immunization specific) | \$ 311,674 | \$ 311,674 | \$ - | \$ - | \$ 311,674 | 1 | | | | |
| Per-diem for outreach vaccinators/mobile teams | \$ 382,359 | \$ - | \$ 382,359 | \$ - | \$ 181,180 | 2 | | | | |
| Per-diem for supervision and monitoring | \$ 19,900 | \$ - | \$ 19,900 | \$ - | \$ 19,900 | 2 | | | | |
| Transportation | | | | | | | | | | |
| Fixed site and vaccine delivery | \$ 7,917 | \$ - | \$ 7,917 | \$ - | \$ 7,917 | 2 | | | | |
| Outreach activities | \$ 15 | \$ 10 | \$ - | \$ 5 | \$ - | 5 | \$ 5 | 1 | \$ 5 | 2 |
| Maintenance and overhead | | | | | | | | | | |
| Cold chain maintenance and overheads | \$ 110 | \$ - | \$ 110 | \$ - | \$ - | 110 | \$ - | | | |
| Maintenance of other capital equipment | \$ 4,085 | \$ - | \$ 4,085 | \$ - | \$ 4,085 | 2 | | | | |
| Building overheads (electricity, water...) | \$ 1,785 | \$ - | \$ 1,785 | \$ - | \$ - | 1,785 | \$ - | | | |
| Short-term training | \$ 7,971 | \$ - | \$ 7,971 | \$ - | \$ 7,971 | 2 | | | | |
| IEC/social mobilization | \$ 15,131 | \$ - | \$ 15,131 | \$ - | \$ 15,131 | 2 | | | | |
| Disease surveillance | \$ 828 | \$ - | \$ 828 | \$ - | \$ 828 | 2 | | | | |
| Programs management | \$ 6,008 | \$ - | \$ 6,008 | \$ - | \$ 6,008 | 2 | | | | |
| Other routine recurrent costs | \$ 13,686 | \$ - | \$ 13,686 | \$ - | \$ 13,686 | 2 | | | | |
| Subtotal Recurrent Costs | \$ 1,141,135 | \$ 699,349 | \$ 441,787 | \$ - | \$ 581,486 | | \$ - | | \$ - | |
| Routine Capital Cost | | | | | | | | | | |
| Vehicles | \$ 1,237 | \$ - | \$ 1,237 | \$ - | \$ 1,237 | 2 | | | | |
| Cold chain equipment | \$ 5,228 | \$ - | \$ 5,228 | \$ - | \$ 5,228 | 2 | | | | |
| Other capital equipment | \$ 8,921 | \$ - | \$ 8,921 | \$ - | \$ 8,921 | 2 | | | | |
| Subtotal Capital Costs | \$ 15,385 | \$ - | \$ 15,385 | \$ - | \$ 15,385 | | \$ - | | \$ - | |
| Campaigns | | | | | | | | | | |
| Polio | | | | | | | | | | |
| Vaccines | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Measles | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Yellow Fever | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| MINT campaigns | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 1) | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 2) | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | |
| Outbreaks | | | | | | | | | | |

d/bd probable

2014

Future Needs and Financing

YEAR

| Cost Category | Total Resource Requirements US\$ | Total Secured Financing US\$ | Total Probable Findings US\$ | UNFUNDED US\$ | UNICEF US\$ | Risk Type | Jamkesmas US\$ | Risk Type | MCCI US\$ | Risk Type |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------|----------------|-----------|-------------------|-----------|--------------|-----------|
| Routine Recurrent Costs | | | | | | | | | | |
| Vaccines (routine vaccines only) | | | | | | | | | | |
| Traditional vaccines | \$ 138,400 | \$ 138,400 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| New and undensified vaccines | \$ 159,180 | \$ 159,180 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Injection supplies | \$ 92,075 | \$ 92,075 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Personnel | \$ 311,674 | \$ 311,674 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Salaries of full-time NIP health workers (immunization specific) | \$ 382,359 | \$ - | \$ 382,359 | \$ - | | | | | | |
| Per-diem for outreach vaccinators/mobile teams | \$ 19,900 | \$ - | \$ 19,900 | \$ - | | | \$ 181,180 | 2 | | |
| Per-diem for supervision and monitoring | \$ 7,917 | \$ - | \$ 7,917 | \$ - | | | | | | |
| Transportation | \$ 15 | \$ 10 | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Fixed site and vaccine delivery | \$ 110 | \$ - | \$ 110 | \$ - | | | | | | |
| Outreach activities | \$ 4,085 | \$ - | \$ 4,085 | \$ - | | | | | | |
| Maintenance and overhead | \$ 1,785 | \$ - | \$ 1,785 | \$ - | | | | | | |
| Cold chain maintenance and overheads | \$ 7,971 | \$ - | \$ 7,971 | \$ - | | | | | | |
| Maintenance of other capital equipment | \$ 15,131 | \$ - | \$ 15,131 | \$ - | | | | | | |
| Building overheads (electricity, water...) | \$ 828 | \$ - | \$ 828 | \$ - | | | | | | |
| Short-term training | \$ 8,008 | \$ - | \$ 8,008 | \$ - | | | | | | |
| IEC/social mobilization | \$ 13,648 | \$ - | \$ 13,648 | \$ - | | | | | | |
| Disease surveillance | \$ 899,349 | \$ 899,349 | \$ 441,787 | \$ - | | | \$ 181,185 | | \$ - | |
| Programs management | \$ 1,237 | \$ - | \$ 1,237 | \$ - | | | | | | |
| Other routine recurrent costs | \$ 5,228 | \$ - | \$ 5,228 | \$ - | | | | | | |
| Subtotal Recurrent Costs | \$ 1,741,135 | \$ - | \$ 1,741,135 | \$ - | | | | | | |
| Routine Capital Costs | | | | | | | | | | |
| Vehicles | \$ 1,237 | \$ - | \$ 1,237 | \$ - | | | | | | |
| Cold chain equipment | \$ 5,228 | \$ - | \$ 5,228 | \$ - | | | | | | |
| Other capital equipment | \$ 8,621 | \$ - | \$ 8,621 | \$ - | | | | | | |
| Subtotal Capital Costs | \$ 15,385 | \$ - | \$ 15,385 | \$ - | | | | | | |
| Campaigns | | | | | | | | | | |
| Polio | | | | | | | | | | |
| Vaccines | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Measles | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Yellow Fever | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| MNT campaigns | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 1) | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other campaigns (Year 1 - Round 2) | | | | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | | | | | | |
| Outbreaks | | | | | | | | | | |

| | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Routine Recurrent Costs | | | | | | | | | |
| Outbreaks | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Vaccines and supplies | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Other operational costs | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Other campaigns | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Vaccines and supplies | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Other operational costs | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Subtotal Campaign Costs | | | | | | | | | |
| Other Costs | \$ 628,413 | \$ 628,413 | \$ 628,413 | \$ 628,413 | \$ 628,413 | \$ 628,413 | \$ 628,413 | \$ 628,413 | \$ 628,413 |
| Shared personnel costs | \$ 383 | \$ 383 | \$ 383 | \$ 383 | \$ 383 | \$ 383 | \$ 383 | \$ 383 | \$ 383 |
| Shared transportation costs | \$ 2,290 | \$ 2,290 | \$ 2,290 | \$ 2,290 | \$ 2,290 | \$ 2,290 | \$ 2,290 | \$ 2,290 | \$ 2,290 |
| Construction of new buildings | \$ 629,096 | \$ 629,096 | \$ 629,096 | \$ 629,096 | \$ 629,096 | \$ 629,096 | \$ 629,096 | \$ 629,096 | \$ 629,096 |
| Subtotal Operational | \$ 1,785,617 | \$ 1,785,617 | \$ 1,785,617 | \$ 1,785,617 | \$ 1,785,617 | \$ 1,785,617 | \$ 1,785,617 | \$ 1,785,617 | \$ 1,785,617 |
| GRAND TOTAL | \$ 1,785,617 | \$ 1,785,617 | \$ 1,785,617 | \$ 1,785,617 | \$ 1,785,617 | \$ 1,785,617 | \$ 1,785,617 | \$ 1,785,617 | \$ 1,785,617 |
| Routine Services (Fixed and Outreach) | | | | | | | | | |
| Supplemental Immunization Activities | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Total Secure Funding | \$ 320,886 | \$ 320,886 | \$ 320,886 | \$ 320,886 | \$ 320,886 | \$ 320,886 | \$ 320,886 | \$ 320,886 | \$ 320,886 |
| Total Probable Funding | \$ 905,084 | \$ 905,084 | \$ 905,084 | \$ 905,084 | \$ 905,084 | \$ 905,084 | \$ 905,084 | \$ 905,084 | \$ 905,084 |

| | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ | US\$ |
|---------------------------------------|--------------|------------|--------------|------|------|------------|------|
| Routine Recurrent Costs | | | | | | | |
| Outbreaks | | | | | | | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Other campaigns | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Vaccines and supplies | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Other operational costs | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Subtotal Campaign Costs | | | | | | | |
| Other Costs | \$ 628,413 | \$ - | \$ 628,413 | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Shared personnel costs | \$ 393 | \$ - | \$ 393 | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Shared transportation costs | \$ 2,290 | \$ - | \$ 2,290 | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Construction of new buildings | \$ 629,096 | \$ - | \$ 629,096 | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Subtotal Optional | \$ 1,785,617 | \$ - | \$ 1,785,617 | \$ - | \$ - | \$ - | |
| GRAND TOTAL | \$ 1,785,617 | \$ 699,349 | \$ 1,086,268 | \$ - | \$ - | \$ 181,185 | |
| Routine Services (Fixed and Outreach) | \$ 1,785,617 | \$ 699,349 | \$ 1,086,268 | \$ - | \$ - | \$ 181,185 | |
| Supplemental Immunization Activities | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Total Secure Funding | | | | | | \$ 5 | |
| Total Probable Funding | | | | | | \$ 181,180 | |

KABUPATEN GARUT cMYP Funding Gaps and Selected Indicators (Immunization Specific Cos

N Select Y to include shared costs and financing or N for immunization specific costs only)
Recommended setting is N

| Baseline Indicators | 2008 |
|---------------------------------|--------------------|
| Total Immunization Expenditures | \$1,328,340 |
| Campaigns | \$146,115 |
| Routine Immunization only | \$1,182,225 |
| per capita | \$0,5 |
| per DTP3 child | \$31,1 |
| % Vaccines and supplies | 37,6% |
| % National funding | 36,7% |
| % Total health expenditures | 11,6% |
| % Gov. health expenditures | 32,3% |
| % GDP | 0,06% |
| Total Shared Costs | \$565,470 |
| % Shared health systems cost | 30% |
| TOTAL | \$1,893,810 |

| Resource Requirements, Financing and Gaps | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2010 | 2014 |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------|
| Total Resource Requirements | \$1,132,649 | \$1,437,813 | \$1,270,110 | \$1,102,712 | \$1,156,521 | \$6,099,804 | |
| Annual growth rate | -17% | 21% | -13% | -15% | 5% | | |
| Total Resource Requirements (Routine only) | \$1,132,649 | \$1,201,944 | \$1,270,110 | \$1,102,712 | \$1,156,521 | \$5,863,935 | |
| per capita | \$0,5 | \$0,5 | \$0,5 | \$0,4 | \$0,4 | \$0,5 | |
| per DTP targeted child | \$25,7 | \$26,8 | \$27,9 | \$23,9 | \$23,4 | \$25,5 | |
| % Vaccines and supplies | 31% | 30% | 29% | 34% | 34% | 31% | |
| Total Secured Financing | \$737,012 | \$932,824 | \$887,694 | \$652,218 | \$690,141 | \$3,699,889 | |
| APBN | \$333,865 | \$485,192 | \$351,329 | \$360,325 | \$369,250 | \$1,899,960 | |
| APBD I | | | | | | | |
| APBD II | \$403,136 | \$447,620 | \$336,352 | \$291,889 | \$320,886 | \$1,799,883 | |
| ISS-Gavi | | | | | | | |
| WHO | | | | | | | |
| UNICEF | | | | | | | |
| Jamkesmas | \$11 | \$12 | \$13 | \$5 | \$5 | \$46 | |
| MCCI | | | | | | | |
| Funding Gap (with secured funds only) | \$395,638 | \$504,989 | \$582,415 | \$450,494 | \$466,379 | \$2,399,915 | |
| % of Total Needs | 35% | 35% | 46% | 41% | 40% | 39% | |
| Total Probable Financing | \$387,614 | \$496,695 | \$573,764 | \$441,571 | \$457,172 | \$2,356,616 | |
| APBN | | | | | | | |
| APBD I | | \$31,123 | | | | \$31,123 | |
| APBD II | \$220,488 | \$294,980 | \$399,734 | \$263,939 | \$275,987 | \$1,455,128 | |
| ISS-Gavi | \$11 | \$12 | \$13 | \$5 | \$5 | \$46 | |
| WHO | | | | | | | |
| UNICEF | | | | | | | |
| Jamkesmas | \$167,015 | \$170,480 | \$174,017 | \$177,627 | \$181,180 | \$870,318 | |
| MCCI | | | | | | | |
| Funding Gap (with secured & probable funds) | \$8,124 | \$8,393 | \$6,652 | \$8,923 | \$9,207 | \$43,299 | |
| % of Total Needs | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% | |

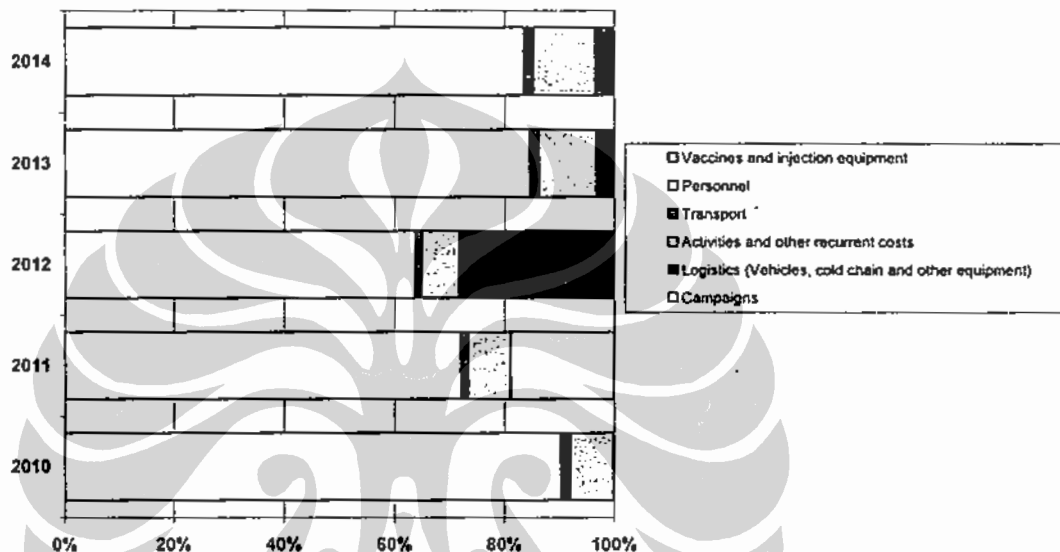
KABUPATEN GARUT - Composition of the Funding Gap (Immunization Specific Only)

Show the funding gap with secure funds only Y (Select N for displaying the funding gap with both secure and probable funds)

| Composition of the funding gap | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2010 - 2014 |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|
| Vaccines and injection equipment | | | | | | |
| Personnel | \$350,333 | \$358,089 | \$366,015 | \$374,115 | \$382,259 | \$1,830,811 |
| Transport | \$6,506 | \$6,707 | \$6,913 | \$7,153 | \$7,921 | \$35,201 |
| Activities and other recurrent costs | \$30,674 | \$38,429 | \$38,988 | \$46,275 | \$51,606 | \$205,972 |
| Logistics (Vehicles, cold chain and other equipment) | | | \$161,848 | \$14,028 | \$15,385 | \$191,262 |
| Campaigns | | \$93,370 | | | | \$93,370 |
| Total Funding Gap* | \$387,614 | \$496,595 | \$573,764 | \$441,571 | \$457,172 | \$2,356,616 |

* Immunization specific resource requirements, financing and gaps. Shared costs are not included.

Composition of the Funding Gap*



* Immunization specific funding gap. Shared costs are not included.

cMYP Coating and Financing Graphs for KABUPATEN GARUT

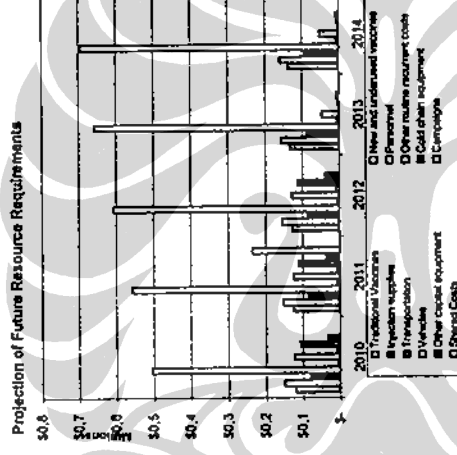
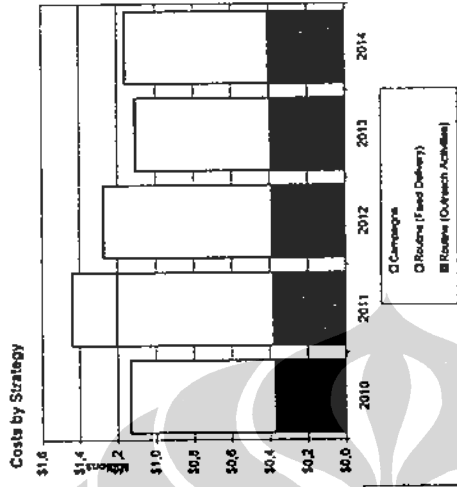
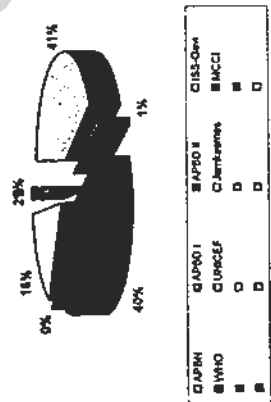
Click on Cost or Funding to view or print a graph in full size, select the graph you want, click print, preview and print.

Baseline Cost Profile (Routine Only)*

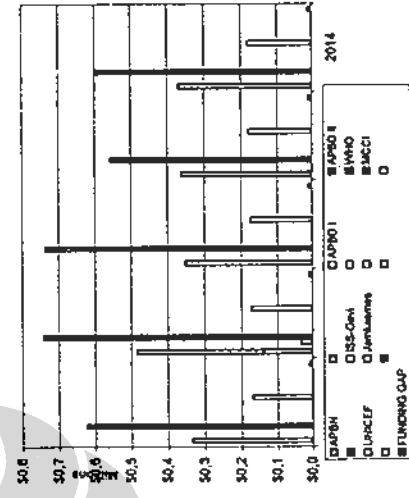


* Shared costs and campaigns excluded

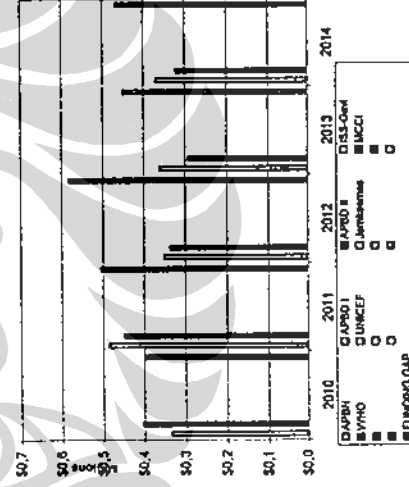
Baseline Financing Profile (Routine Only)*



Future Secure + Probable Financing and Gaps



Future Secure Financing and Gaps



Matriks hasil wawancara:

Lampiran 7

| INFORMAN | | | | |
|--------------------------|---|---|---|--|
| Topik | Bappeda | Sekwan | Kabid Perencanaan | Kabid P2M |
| 1. Prioritas pembangunan | <ul style="list-style-type: none"> • prioritas tetap menempatkan pembangunan SDM sebagai tempat yang pertama, pembangunan ekonomi di tempat kedua, tata kelola pemerintahan di tempat ke tiga karena kita tau bersama Garut pemerintahan yang lalu dikenal dengan korupsi kemudian diikuti dengan tata ruang dan lingkungan hidup • Untuk kesehatan secara langsung masuk dalam visi yang pertama, dan dalam misi kesehatan ada di posisi kedua setelah pendidikan, • Kalau di Garut dari sudut kedalaman program yang di prioritaskan adalah Linakes karena masih tingginya AKI dan AKB | <ul style="list-style-type: none"> • Sesuaikan dengan visi dan misi di RPJMD yang sedang disusun, sementara masih mengacu dari RPJMD yang lama | <ul style="list-style-type: none"> • Disesuaikan dengan renstra kabupaten, program imunitasi tidak secara khusus menjadi prioritas tercakup dalam program lain | <ul style="list-style-type: none"> • Kalau menurut dinkes apakah imunitasi masih merupakan kegiatan prioritas ? Jawab : masih prioritas usulan dibuat berdasarkan data. Agak kecewa, kenapa Bappeda menetapkan pagu : bukan mencoret kegiatan |

INFORMAN

| Topik | Bappeda | Sekwan | Kabid Perencanaan | Kabid P2M |
|--------------------|--|---|--|---|
| <p>2. Anggaran</p> | <ul style="list-style-type: none"> Yang menjadi permasalahan semua program kesehatan saat ini saya memfokuskan bahwa proses itu di lapangan hilang seperti Lokmin, Supervisi Suportif. Juga cepetnya mutasi dikalangan pegawai. Sementara tidak didukung oleh pendanaan yang cukup. Dimana saat ini "Kedekatan Individu" sangat menentukan ada/tidaknya pendanaan suatu kegiatan Di garut untuk pendidikan kalau include gaji mungkin mencapai sekitar 60% dari total anggaran Garut → sekitar 600M lebih (Total anggaran Garut sekitar 1,3 T) Proporsi anggaran kesehatan di kab Garut tahun 2010 naik 161% dibanding 2009 Bappeda adalah untuk perencanaan macro | <ul style="list-style-type: none"> Keppres yang ditetapkan bulan maret 2008 dan berlaku mundur tunjangan mulai Januari 2007 sebanyak 16.000 orang, jadi harus diberlakukan skala prioritas, guru sudah mendesak harus segera dibayarkan sehingga anggaran pembangunan berkurang 1,3 t 978 untuk aparatur, utk pembangunan hanya 43 m. anggaran digunakan untuk pembayaran tunjangan guru dan nakes berdasarkan perpres tahun 2007. Dibayar dianggrar th 2008 dan 2009, 2010 tidak ada beban untuk tunjangan tersebut | <ul style="list-style-type: none"> Anggaran sih mencukupi seperti nya kelemahan biasanya di data pendukung dari dinkes sehingga dicoret. Ya jadinya kue yang ada dibagi-bagi, untuk program imunisasi ya ikut dikurangi karena masih berorientasi pada pembagian kue, bukan. Karena keterbatasan anggaran, pembagian secara proporsional tidak secara personal Sebaiknya biaya rutin masuk dalam operasional puskesmas atau masuk ke biaya bidan desa sebagai kumpulan dari dana semua program, KIA, imunisasi dan gizi | <ul style="list-style-type: none"> Agak kecewa, kenapa Bappeda menetapkan pagu P2M program yang diluncurkan oleh depkes masih merupakan program prioritas termasuk imunisasi, kenyataannya ? masih bergantung pada dana BLN BIAS dibiayai dg dana Jamkesmas di puskesmas, rutin yang lain belum bisa. Menurut dinkes dana BLN dilaporkan ke Bappeda. Dana pendamping dari Pemda belum sesuai harapan, Program MCCI bagus dan perlu diadob, Kecenderungan dana untuk imunisasi cenderung turun, untuk operasional petugas ke lapangan tidak tersedia, untuk RR juga, dari provinsi terbatas Contoh kasus: Anggaran untuk coldchain terlalu mahal menurut orang perencanaan dan Dewan (gak ngeh ...) kalau lemari es rumah tangga murah tuh Pagu sudah ditentukan tanpa ada koordinasi dengan unit teknis |

| INFORMAN | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Topik | Bappeda | Sekwan | Kabid Perencanaan | Kabid P2M |
| 3. Sustainability terkait dengan PP 38/2007 | <ul style="list-style-type: none"> Dulu waktu sentralisasi semua dana untuk level bawah di lapangan pasti ada, tapi sekarang ,emang betul2 tergantung kepada OPD Terkait PP 38 saat ini masih banyak dana yang ditanggung oleh pusat dan donor yang di tahun2 mendatang harus ditanggung oleh kabupaten. Hal ini tidak ada masalah di Bappeda | <ul style="list-style-type: none"> Ada bantuan GAVI , MCC1, menurut PP 38 pembagian tugas dan wewenang sudah jelas seharusnya biaya oprasional program dibiayai oleh daerah, bagaimana kelanjutan dari program yang dibiayai oleh donor ? dinas mengajukan kegiatan lanjutan tsb kalau memang kegiatan itu penting ya harus dipertahankan dengan argumentasi yang kuat | <ul style="list-style-type: none"> Diusahakan biaya2 rutin dipindah ke biaya operasional puskesmas yang pasti didanai Mestinya seperti dulu, ada dana operasional puskesmas yang dari Pusat | <ul style="list-style-type: none"> Belum memungkinkan bila daerah harus menanggung semua biaya program terutama biaya vaksin |

INFORMAN

| Topik | Bappeda | Sekwan | Kabd Perencanaan | Kabd P2M |
|----------------------------|---|---|--|---|
| <p>4. Isu permasalahan</p> | <ul style="list-style-type: none"> Terusterang bahwa OPD belum Konsekuen menjabarkan kegoatan/program kepada problem yang ril saat ini ada idi masyarakat. Ini gejala tapi ini juga kajian akademisOPD lebih cenderung sifatnya bagi-bagi kegiatan/kue ...kalaupun kita lihat di setiap RKA kedalamannya sangat tipis untuk menyentuh aspek sebenarnya Tapi mungkin ini juga ada hhub dangan kekakuan pada Permendagri 13. Tapi itu lpun sebetulnya tergant=ung kemampuan OPD untuk mengkaji atau mekakuakn inovasi. Yang menjadi permasalahan semua program kesehatan saat ini saya memfokuskan bahwa proses itu di lapangan hilang seperti Lokmin, Supervisi Suportif. Juga cepetnya mutasi dikalangan pegawai. Sementara tidak didukung oleh pendanaan yang cukup. Dimana saat ini "Kedekatan Individu" sangat menentukan ada/tidaknya pendanaan suatu kegiatan | <ul style="list-style-type: none"> Rata-rata anggaran ditetapkan pada bulan Maret-April pada tahun berjalan. Bagaimana kalau target pencapaian keberhasilan bidang kesehatan tidak tercapai ? dilakukan addendum ? banyak factor yang berpengaruh terhadap pencapaian tsb. Harus ada kesinambungan upaya melalui kesinambungan dalam penetapan aturan perundangan di tingkat pusat | <ul style="list-style-type: none"> kelemahan biasanya di data pendukung dari dinkes sehingga dicoret. Ya jadinya kue yang ada dibagi-bagi, untuk program imunitas ya ikut dikurangi | <ul style="list-style-type: none"> Harus pandai mengemas program agar kebutuhan anggaran disetujui Tidak akan bosan untuk memberikan advokasi agar lebih diperhatikan |

Multi-Year Plan Costing for KABUPATEN GARUT (in US\$) - Detailed Table

Lampiran 8

| Components | Sub-Components | Programme Inputs and Activities | Future Resource Requirements | | | | | | | |
|---------------------------------|--|---|-----------------------------------|------------|----------|------------|----------|------------|----------|----------|
| | | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | | |
| | | | Units | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ | |
| Vaccine Supply and Logistics | 1. - Adequate supply of vaccines and injection equipment | Traditional routine vaccines | Basic Vaccines | | | | | | | |
| | | | BCG | Doses | 202,703 | \$30,000 | 205,885 | \$30,471 | 209,118 | \$30,949 |
| | | | DTP | Doses | | | | | | |
| | | | Tetanus Toxoid (TT) Bumul | Doses | 70,007 | \$5,601 | 75,551 | \$6,044 | 76,737 | \$6,139 |
| | | | Measles | Doses | 86,331 | \$16,076 | 89,718 | \$16,329 | 91,326 | \$16,585 |
| | | | OPV | Doses | 274,807 | \$28,580 | 279,122 | \$29,029 | 283,504 | \$29,484 |
| | | | Measles 2nd Dose | Doses | 82,436 | \$15,003 | 88,157 | \$16,045 | 94,275 | \$17,158 |
| | | | DT Anak Sekolah | Doses | 73,277 | \$9,060 | 78,362 | \$8,620 | 83,600 | \$9,218 |
| | | | Tetanus Toxoid (TT Anak Sekolah) | Doses | 145,267 | \$16,979 | 155,349 | \$17,088 | 166,130 | \$18,274 |
| | | | Other vaccine (specify) | Doses | | | | | | |
| | | | Injection Supplies | | | | | | | |
| | | | AD syringes (for BCG) | No. | 56,196 | \$4,343 | 57,078 | \$4,411 | 57,975 | \$4,480 |
| | | | AD syringes (other) | No. | 390,687 | \$25,834 | 415,665 | \$27,486 | 438,916 | \$29,023 |
| | | | Reconstitution syringes (BCG) | No. | 11,239 | \$386 | 11,416 | \$394 | 11,595 | \$400 |
| | | | Reconstitution syringes (Measles) | No. | 9,795 | \$394 | 9,940 | \$400 | 10,105 | \$407 |
| Reconstitution syringes (Other) | No. | 9,142 | \$368 | 9,776 | \$393 | 10,455 | \$421 | | | |
| Safety boxes | No. | 4,771 | \$3,511 | 5,039 | \$3,709 | 5,290 | \$3,884 | | | |
| Other Supplies | Budget | | \$2,602 | | \$2,654 | | \$2,707 | | | |
| Underused and new vaccines | | | | | | | | | | |
| | | Underused and New Vaccines | Units | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ | |
| | | Yellow Fever | Doses | | | | | | | |
| | | DTP-Hep B-Hib | Doses | | | | | | | |
| | | DTP-Hep B | Doses | 206,105 | \$82,442 | 209,341 | \$83,737 | 212,628 | \$85,051 | |
| | | DTP-Hib | Doses | | | | | | | |
| | | Hep B | Doses | | | | | | | |
| | | Hep B Unifect (or other vaccine not requiring inj. equipment) | Doses | 39,258 | \$67,132 | 39,875 | \$68,165 | 40,501 | \$69,256 | |
| | | Hib | Doses | | | | | | | |
| | | MMR | Doses | | | | | | | |

Multi-Year Plan Costing for KABUPATEN GARUT (in US\$) - Detailed T:

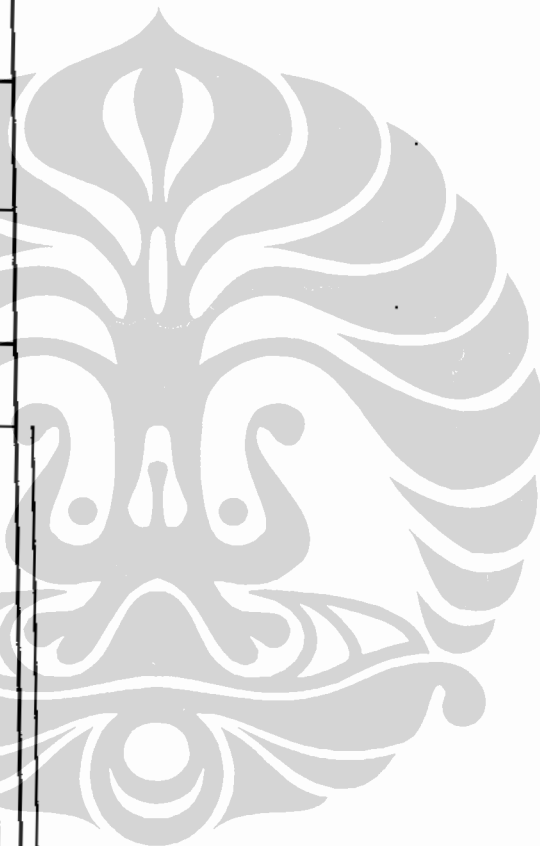
| Components | Sub-Components | Programme Inputs and Activities | Future Resource Requirements | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|----------------------------------|------------------------------|------------|----------|------------|-------------------|------------|-----------|-----------|
| | | | 2013 | | 2014 | | Total 2010 - 2014 | | | |
| | | | Units | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ | |
| Vaccine Supply and Logistics | 1. - Adequate supply of vaccines and injection, equipment | Traditional routine vaccines | | | | | | | | |
| | | Basic Vaccines | | | | | | | | |
| | | BCG | Doses | 212,401 | | \$31,435 | 215,736 | | 1,045,843 | \$154,785 |
| | | DTP | Doses | | | | | | | |
| | | Tetanus Toxoid (TT) Burnil | Doses | 77,941 | | \$6,235 | 73,511 | | 373,747 | \$29,900 |
| | | Measles | Doses | 92,557 | | \$18,845 | 64,010 | | 455,742 | \$82,945 |
| | | OPV | Doses | 287,955 | | \$29,947 | 292,470 | | 1,417,854 | \$147,458 |
| | | Measles 2nd Dose | Doses | 100,818 | | \$18,349 | 107,815 | | 473,502 | \$86,177 |
| | | DT Anak Sekolah | Doses | 89,618 | | \$9,858 | 95,836 | | 420,891 | \$46,298 |
| | | Tetanus Toxoid (TT Anak Sekolah) | Doses | 177,659 | | \$19,543 | 169,989 | | 834,395 | \$91,783 |
| | | Other vaccine (specify) | Doses | | | | | | | |
| | | Injection Supplies | | | | | | | | |
| | | AD syringes (for BCG) | No. | 58,865 | | \$4,551 | 59,809 | | 289,843 | \$22,407 |
| | | AD syringes (other) | No. | 483,693 | | \$30,862 | 490,101 | | 2,189,063 | \$145,413 |
| | | Reconstitution syringes (BCG) | No. | 11,777 | | \$408 | 11,962 | | 57,989 | \$2,001 |
| Reconstitution syringes (Measles) | No. | 10,264 | | \$413 | 10,425 | | 50,539 | \$2,034 | | |
| Reconstitution syringes (Other) | No. | 11,180 | | \$450 | 11,956 | | 52,508 | \$2,113 | | |
| Safety boxes | No. | 5,558 | | \$4,091 | 5,843 | | 26,500 | \$19,504 | | |
| Other Supplies | Budget | | | \$2,761 | | | | \$13,541 | | |
| Underused and new vaccines | | | | | | | | | | |
| | | | Units | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ | |
| | Underused and New Vaccines | | | | | | | | | |
| | Yellow Fever | Doses | | | | | | | | |
| | OTP-Hep B-Hib | Doses | | | | | | | | |
| | DTP-Hep B | Doses | 215,966 | | \$86,387 | 219,357 | | 1,063,398 | \$425,359 | |
| | DTP-Hib | Doses | | | | | | | | |
| | Hep B | Doses | | | | | | | | |
| | Hep B Uniject (or other vaccine not requiring inj. equipment) | Doses | 41,136 | | \$70,343 | 41,782 | | 202,552 | \$346,364 | |
| | Hib | Doses | | | | | | | | |
| | MMR | Doses | | | | | | | | |

Multi-Year Plan Costing for KABUPATEN GARUT (in US\$) - Detailed Table

| Components | Sub-Components | Programme Inputs and Activities | Future Resource Requirements | | |
|------------|----------------|---------------------------------|------------------------------|------|------|
| | | | 2010 | 2011 | 2012 |
| | | Safety boxes | No. | | |
| | | Other campaigns | Doses | | |
| | | Vaccines | No. | | |
| | | AD syringes | No. | | |
| | | Reconstitution syringes | No. | | |
| | | Safety boxes | No. | | |

Multi-Year Plan Costing for KABUPATEN GARUT (in US\$) - Detailed T:

| Component | Sub-Component | Programme Inputs and Activities | Future Resource Requirements | | |
|-----------|---------------|---------------------------------|------------------------------|------|-------------------|
| | | | 2013 | 2014 | Total 2010 - 2014 |
| | | Safety boxes No. | | | |
| | | Other campaigns Doses | | | |
| | | Vaccines No. | | | |
| | | AD syringes No. | | | |
| | | Reconstitution syringes No. | | | |
| | | Safety boxes No. | | | |



Multi-Year Plan Costing for KABUPATEN GARUT (in US\$) - Detailed Table

| Components | Sub-Components | Programme Inputs and Activities | Future Resource Requirements | | | | | |
|------------|--|---------------------------------|------------------------------|---------|------------|---------|------------|---------|
| | | | 2010 | | 2011 | | 2012 | |
| | | | Units | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ |
| | Procurement of adequate cold chain equipment and spare parts | | | | | | | |
| | | Cold Chain Equipment | | | | | | |
| | | Cold Rooms | No. | | | | | |
| | | Cold Boxes | No. | | | | | |
| | | Vaccine Carriers | No. | \$4,973 | 65 | \$4,682 | 65 | \$5,173 |
| | | Refrigerator (electric) | No. | | | | | |
| | | Refrigerator (gas) | No. | | | | | |
| | | Generators | No. | | | | | |
| | | Freezer | No. | | | | | |
| | | | No. | | | | | |
| | | | No. | | | | | |
| | | Spare Parts | | | | | | |
| | | Ice packs | No. | | | | | |
| | | Thermocouples | No. | | | | | |
| | | Electrical heaters | No. | | | | | |
| | | Burners | No. | | | | | |
| | | Freeze-tag | No. | \$51 | 5 | | | |
| | | Thermometer | No. | | | | | |
| | | | No. | | | | | |
| | Procurement of vehicles | | | | | | | |
| | | Procurement of Vehicles | Units | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ |
| | | 4 WD vehicles | No. | | | | | |
| | | Trucks | No. | | | | | |
| | | Cars | No. | | | | | |
| | | Boats (Motor) | No. | | | | | |
| | | Bicycle | No. | | | | | |
| | | Motorcycles | No. | \$2,856 | 2 | \$1,457 | 3 | \$1,435 |
| | | Vehicles for surveillance | No. | | | | | |
| | | | No. | | | | | |

Multi-Year Plan Costing for KABUPATEN GARUT (in US\$) - Detailed T:

| Components | Sub-Components | Programme Inputs and Activities | Future Resource Requirements | | | | | | |
|------------|--|---------------------------------|------------------------------|------------|---------|------------|-------------------|------------|----------|
| | | | 2013 | | 2014 | | Total 2010 - 2014 | | |
| | | | Units | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ |
| | Procurement of adequate cold chain equipment and spare parts | | | | | | | | |
| | | Cold Chain Equipment | | | | | | | |
| | | Cold Rooms | No. | | | | | | |
| | | Cold Boxes | No. | | | | | | |
| | | Vaccine Carriers | No. | 60 | \$4,871 | 65 | \$5,382 | 315 | \$25,061 |
| | | Refrigerator (electric) | No. | | | | | | |
| | | Refrigerator (gas) | No. | | | | | | |
| | | Generators | No. | | | | | | |
| | | Freezer | No. | | | | | | |
| | | | No. | | | | | | |
| | | Spare Parts | | | | | | | |
| | | Ice packs | No. | | | | | | |
| | | Thermocouples | No. | | | | | | |
| | | Electrical heaters | No. | | | | | | |
| | | Burners | No. | | | | | | |
| | | Freezing | No. | | | | | 5 | \$51 |
| | | Thermometer | No. | | | | | | |
| | | | No. | | | | | | |
| | Procurement of Vehicles | | | | | | | | |
| | | Procurement of Vehicles | Units | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ |
| | | 4 WD vehicles | No. | | | | | | |
| | | Trucks | No. | | | | | | |
| | | Cars | No. | | | | | | |
| | | Boats (Motor) | No. | | | | | | |
| | | Bicycle | No. | | | | | 4 | |
| | | Motorcycles | No. | 4 | | | | 17 | \$5,798 |
| | | Vehicles for surveillance | No. | | | | | | |
| | | | No. | | | | | | |

Multi-Year Plan Costing for KABUPATEN GARUT (in US\$) - Detailed Table

| Components | Sub-Components | Programme Inputs and Activities | Future Resource Requirements | | | | | | |
|------------|----------------|---------------------------------|------------------------------|------------|----------|------------|----------|------------|---------|
| | | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | |
| | | | Units | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ |
| | | Waste Management | No. | 2 | \$15,300 | 2 | \$15,608 | 1 | \$7,959 |
| | | Incinerators | No. | | | | | | |
| | | Other (specify) | No. | | | | | | |
| | | | No. | | | | | | |
| | | Surveillance/Lab Equipment | No. | | | | | | |
| | | Specimen kits and carriers | No. | | | | | | |
| | | Lab equipment | No. | | | | | | |
| | | Other (specify) | No. | | | | | | |
| | | | No. | | | | | | |
| | | Office Equipment | No. | | | | | | |
| | | Desktop computers | No. | | | | | | |
| | | Photocopy machine | No. | 1 | \$308 | | | | |
| | | Printer | No. | | | | | | |
| | | Laptop | No. | 1 | \$1,328 | 1 | \$1,353 | | |
| | | Other | No. | | | | | | |
| | | (specify) | No. | | | | | | |
| | | Other (specify) | No. | | | | | | |
| | | | No. | | | | | | |
| | | | No. | | | | | | |

Multi-Year Plan Costing for KABUPATEN GARUT (in US\$) - Detailed T:

| Components | Sub-Components | Programme Inputs and Activities | Future Resource Requirements | | | | | | |
|------------|----------------|---------------------------------|------------------------------|------------|------|------------|-------------------|------------|----------|
| | | | 2013 | | 2014 | | Total 2010 - 2014 | | |
| | | | Units | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ |
| | | Waste Management | No. | | | | | | |
| | | Incinerators | No. | | | | | 5 | \$30,865 |
| | | Other (specify) | No. | | | | | | |
| | | | No. | | | | | | |
| | | Surveillance/Lab Equipment | No. | | | | | | |
| | | Specimen kits and carriers | No. | | | | | | |
| | | Lab equipment | No. | | | | | | |
| | | Other (specify) | No. | | | | | | |
| | | | No. | | | | | | |
| | | Office Equipment | No. | | | | | | |
| | | Desktop computers | No. | | | | | | |
| | | Photocopy machine | No. | | | | | | |
| | | Printer | No. | | | | | 1 | \$306 |
| | | Laptop | No. | | | | | 2 | \$2,879 |
| | | | No. | | | | | | |
| | | Other | No. | | | | | | |
| | | (specify) | No. | | | | | | |
| | | Other (specify) | No. | | | | | | |
| | | | No. | | | | | | |

Multi-Year Plan Costing for KABUPATEN GARUT (in US\$) - Detailed Table

| Components | Sub-Components | Programme Inputs and Activities | Future Resource Requirements | | | | | | |
|------------------|-----------------------------|---|------------------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|
| | | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | |
| | | | Units | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ |
| Service Delivery | 5. Adequate human resources | Salaries (Existing Full Time Staff) | No. | 4 | \$9,018 | 4 | \$9,188 | 4 | \$9,382 |
| | | Kabupaten | No. | 58 | \$130,989 | 58 | \$133,619 | 58 | \$138,291 |
| | | Puskemas | No. | | | | | | |
| | | Per diems for outreach vaccinators/mobile teams | No. | 1,248 | \$333,785 | 1,248 | \$340,460 | 1,248 | \$347,270 |
| | | Salaries (Future New Staff) | No. | 7 | \$15,180 | 24 | \$52,691 | 41 | \$91,696 |
| | | Kabupaten | No. | | | | | | |
| | | Puskemas | No. | | | | | | |
| | | Per diems for outreach vaccinators/mobile teams | No. | 7 | \$245 | 24 | \$489 | 41 | \$764 |
| | | Supervision (per diems) | No. | 5 | \$2,982 | 5 | \$3,021 | 5 | \$3,082 |
| | | Kabupaten | No. | 186 | \$13,342 | 172 | \$14,108 | 178 | \$14,899 |
| | | Puskemas | No. | | | | | | |
| | | Salaries of Shared Health Workers | No. | 4 | \$2,802 | 4 | \$2,858 | 4 | \$2,915 |
| | | Kabupaten | No. | 1,238 | \$571,499 | 1,240 | \$583,987 | 1,244 | \$588,748 |
| | | Puskemas | No. | | | | | | |
| | | | No. | | | | | | |

Multi-Year Plan Costing for KABUPATEN GARUT (in US\$) - Detailed T:

| Components | Sub-Components | Programme Inputs and Activities | Future Resource Requirements | | | | | | | |
|------------------|------------------------------|---|------------------------------|------------|-----------|------------|-------------------|------------|-------------|--|
| | | | 2013 | | 2014 | | Total 2010 - 2014 | | | |
| | | | Units | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ | |
| Service Delivery | 6.- Adequate human resources | Salaries (Existing Full Time Staff) | No. | | | | | | | |
| | | Kabupaten | No. | 4 | \$9,570 | 4 | \$9,761 | 20 | \$48,930 | |
| | | Puskemas | No. | 58 | \$139,017 | 58 | \$141,797 | 290 | \$681,722 | |
| | | | No. | | | | | | | |
| | | Per diems for outreach vaccinators/mobile teams | No. | 1,248 | \$354,215 | 1,248 | \$361,289 | 6,240 | \$1,737,030 | |
| | | Salaries (Future New Staff) | No. | | | | | | | |
| | | Kabupaten | No. | 1 | \$2,134 | 1 | \$2,177 | 4 | \$8,455 | |
| | | Puskemas | No. | 58 | \$132,240 | 68 | \$157,938 | 188 | \$449,748 | |
| | | | No. | | | | | | | |
| | | Per diems for outreach vaccinators/mobile teams | No. | 58 | \$1,039 | 68 | \$1,060 | 188 | \$3,607 | |
| | | Supervision (per diems) | No. | | | | | | | |
| | | Kabupaten | No. | 5 | \$3,143 | 5 | \$3,206 | 25 | \$15,415 | |
| | | Puskemas | No. | 184 | \$16,717 | 189 | \$16,664 | 889 | \$74,759 | |
| | | | No. | | | | | | | |
| | | Salaries of Shared Health Workers | No. | | | | | | | |
| Kabupaten | No. | 4 | \$2,973 | 4 | \$3,033 | 20 | \$14,580 | | | |
| Puskemas | No. | 1,248 | \$609,781 | 1,253 | \$623,360 | 6,221 | \$2,985,393 | | | |
| | No. | | | | | | | | | |

Multi-Year Plan Costing for KABUPATEN GARUT (in US\$) - Detailed Table

| Components | Sub-Components | Programme Inputs and Activities | Future Resource Requirements | | | | | |
|------------|----------------|---|------------------------------|----------|------------|----------|------------|----------|
| | | | 2010 | | 2011 | | 2012 | |
| | | | Units | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ |
| | | Transportation | Budget | | | | | |
| | | Fuel | Budget | \$557 | | \$632 | | \$709 |
| | | Vehicle Maintenance | Budget | \$84 | | \$95 | | \$106 |
| | | Other Transport Costs | Budget | \$108 | | \$110 | | \$112 |
| | | Pengambilan Vaksin ke Propinsi | Budget | \$5,779 | | \$5,894 | | \$6,012 |
| | | Operasional/BBM dlm rangka distribusi vaksin ke pkm | Budget | | | | | |
| | | Other (specify) | Budget | | | | | |
| | | Shared Transport Costs | Budget | \$363 | | \$370 | | \$378 |
| | | Gold Chain Maintenance & Overheads | Budget | \$42,811 | | \$43,463 | | \$44,332 |
| | | Other Cold Chain Needs | Budget | \$68 | | \$78 | | \$90 |
| | | Heater | Budget | | | | | |
| | | Other (specify) | Budget | | | | | |
| | | Other (specify) | Budget | | | | | |
| | | Other (specify) | Budget | | | | | |
| | | Maintenance of Other Equipment | Budget | | | | | |
| | | Waste Management | Budget | \$6,273 | | \$7,678 | | \$8,484 |
| | | Surveillance/Lab Equipment | Budget | | | | | |
| | | Office Equipment | Budget | \$32,110 | | \$32,844 | | \$33,603 |
| | | Other | Budget | | | | | |

Multi-Year Plan Costing for KABUPATEN GARUT (in US\$) - Detailed T:

| Components | Sub-Components | Programme Inputs and Activities | Future Resource Requirements | | | | | | |
|------------|----------------|---|------------------------------|---------|------------|---------|-------------------|-----------|------------|
| | | | 2013 | | 2014 | | Total 2010 - 2014 | | |
| | | | Units | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities |
| | | Transportation | Budget | \$263 | | \$268 | | \$2,429 | |
| | | Fuel | Budget | \$39 | | \$40 | | \$364 | |
| | | Vehicle Maintenance | | | | | | | |
| | | Other Transport Costs | | | | | | | |
| | | Pengamblian Vaksin ke Propinsi | Budget | \$114 | | \$117 | | \$591 | |
| | | Operasional/BBM dim rangka distribusi vaksin ke pkm | Budget | \$6,748 | | \$7,506 | | \$31,938 | |
| | | | Budget | | | | | | |
| | | Other (specify) | Budget | | | | | | |
| | | Shared Transport Costs | Budget | \$385 | | \$393 | | \$1,889 | |
| | | Cold Chain Maintenance & Overheads | Budget | | | | | \$130,405 | |
| | | Other Cold Chain Needs | | | | | | | |
| | | Heater | Budget | \$103 | | \$110 | | \$448 | |
| | | | Budget | | | | | | |
| | | Other (specify) | Budget | | | | | | |
| | | Other (specify) | Budget | | | | | | |
| | | Maintenance of Other Equipment | Budget | | | | | | |
| | | Waste Management | Budget | \$3,328 | | \$3,395 | | \$29,159 | |
| | | Surveillance/Lab Equipment | Budget | | | | | | |
| | | Office Equipment | Budget | \$677 | | \$690 | | \$100,024 | |
| | | Other | Budget | | | | | | |

Multi-Year Plan Costing for KABUPATEN GARUT (in US\$) - Detailed Table

| Components | Sub-Components | Programme Inputs and Activities | Future Resource Requirements | | | | | |
|------------|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|---------|------------|----------|------------|---------|
| | | | 2010 | | 2011 | | 2012 | |
| | | | Units | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ |
| | Capacity Building | Training and Workshops | Budget | \$1,935 | | \$1,974 | | \$2,014 |
| | | Pelatihan Koordinator Imunisasi | Budget | | | | | |
| | | Pelatihan Juru Imunisasi | Budget | | | | | |
| | | Pelatihan Vaksinator | Budget | | | \$3,782 | | |
| | | Pelatihan Kader | Budget | \$7,229 | | | | \$1,791 |
| | | Other | | | | | | |
| | | Financial sustainability activities | Budget | | | | | |
| | | Sweeping | Budget | \$1,124 | | \$1,124 | | \$1,148 |
| | | Vehicle maintenance & spare part | Budget | \$4,335 | | \$6,088 | | \$7,482 |
| | | Pelaksanaan BIAS | Budget | \$3,433 | | \$3,502 | | \$3,572 |
| | | | Budget | | | | | |
| | | | Budget | | | | | |
| | Operational costs for campaigns | | Units | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ |
| | | Polio | Budget | | | \$94,141 | | |
| | | Measles | Budget | | | \$9,230 | | |
| | | Yellow Fever | Budget | | | | | |
| | | MINT campaigns | Budget | | | | | |
| | | Other campaigns (Year 1 - Round 1) | Budget | | | | | |
| | | Other campaigns (Year 1 - Round 2) | Budget | | | | | |
| | | Outbreaks | Budget | | | | | |
| | | Other campaigns | Budget | | | | | |
| | | Per diems and other operational costs | Budget | | | | | |

Multi-Year Plan Costing for KABUPATEN GARUT (in US\$) - Detailed Table

| Components | Sub-Components | Programme Inputs and Activities | Future Resource Requirements | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------|--|------------------------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|
| | | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | |
| | | | Units | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities |
| Advocacy and Communications | | Sosialisasi Program Imunisasi Kepada Masyarakat/ Puskesmas | Budget | \$3,269 | | \$3,334 | | \$3,401 | |
| | | Mass media | Budget | \$1,020 | | \$1,040 | | \$1,061 | |
| | | Pembuatan Poster dan Leaflet | Budget | \$2,040 | | \$2,081 | | \$2,122 | |
| | | Sosialisasi Lintas Sektor | Budget | \$7,650 | | \$7,803 | | \$7,956 | |
| | | | Budget | | | | | | |
| Monitoring and Disease Surveillance | | | Units | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities |
| | | Detection and Notification | Budget | | | | | | |
| | | Case and outbreak verification and investigation | Budget | \$643 | | \$678 | | \$743 | |
| | | Data Management | Budget | | | | | | |
| | | Laboratory | Budget | | | | | | |
| Programme Management | | Supportive Activities | Budget | | | | | | |
| | | | Units | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities | US\$ | Quantities |
| | | Perencanaan dan Rapat-rapat | Budget | \$3,060 | | \$3,121 | | \$3,174 | |
| | | Evaluations; Program reviews and assessments | Budget | \$2,803 | | \$2,855 | | \$2,708 | |
| | | Office supplies | Budget | \$429 | | \$437 | | \$446 | |
| | | Sewa Gedung Pertemuan | Budget | | | | | | |
| | | Supervisi dari Puskesmas ke Posyandu | Budget | | | | | | |
| | | Supervisi ke Puskesmas | Budget | \$787 | | \$813 | | \$929 | |
| | | Construction of new buildings | No. | | | | | | |
| | | Building overheads (electricity, water...) | Budget | \$1,649 | | \$1,682 | | \$1,716 | |

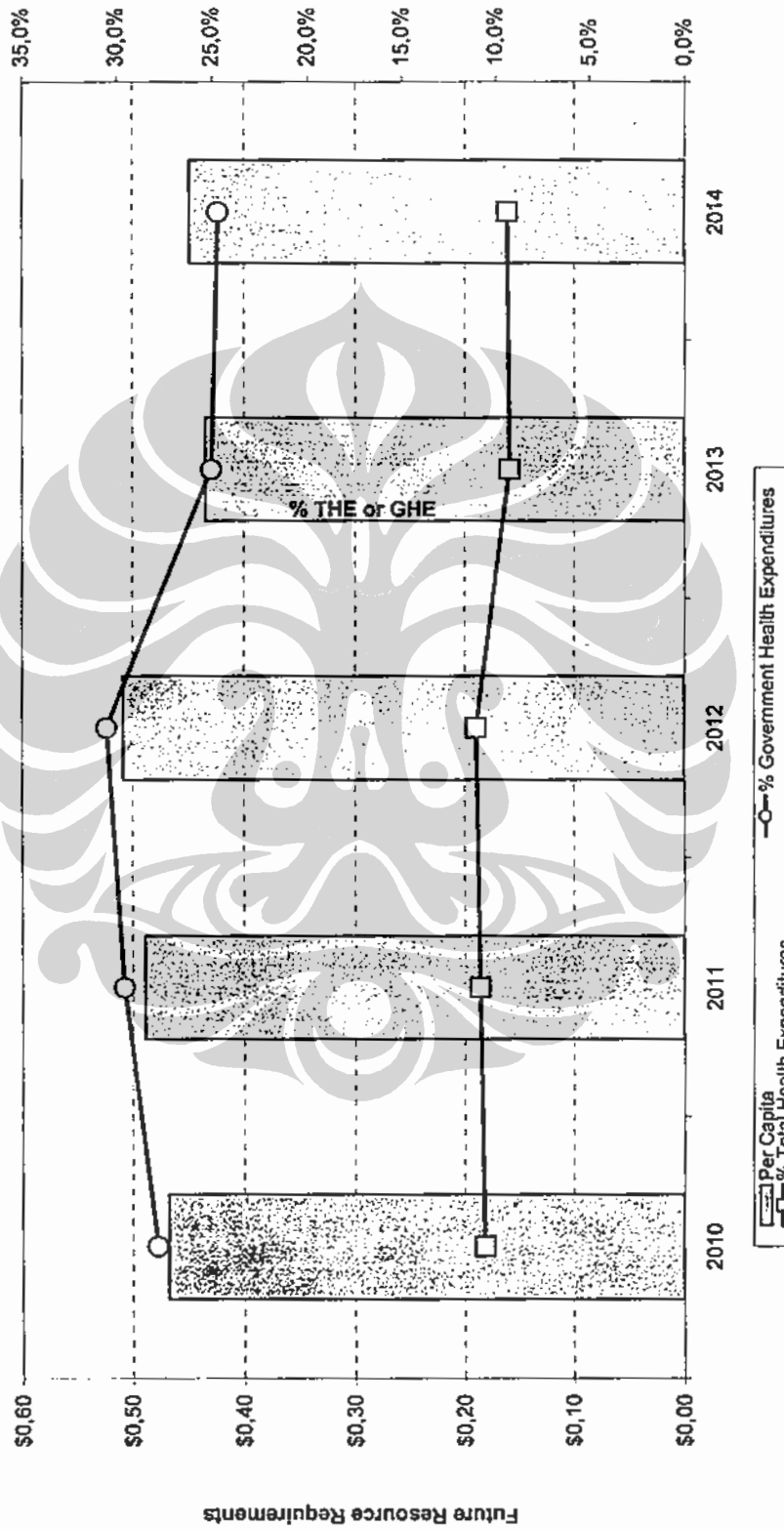
Immunitation Sustainability Analysis for KABUPATEN GARUT and Selected Indicators

Lampiran 9

| | Annualized capital costs? | | 2008 | | | | | | |
|--|---------------------------|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--|
| | Y | N | 2008 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | |
| Annualized capital costs? | | | | | | | | | |
| Include shared costs? | | | | | | | | | |
| Microeconomic and Sustainability Indicators | | | | | | | | | |
| Reference GDP (\$) | | | \$938 | \$919 | \$956 | \$994 | \$1,034 | \$1,075 | |
| Per capita GDP (\$) | | | \$4.3 | \$4.4 | \$4.5 | \$4.6 | \$4.7 | \$4.8 | |
| Total health expenditures per capita (THE per capita \$) | | | \$2,348.616 | \$2,422.942 | \$2,460.982 | \$2,499.619 | \$2,538.863 | \$2,578.724 | |
| Population | | | | | | | | | |
| GDP (\$) | | | \$1,968,606,672 | \$2,226,950,016 | \$2,352,389,657 | \$2,484,895,062 | \$2,624,864,231 | \$2,772,717,583 | |
| Total Health Expenditures (THE \$) | | | \$10,180,077 | \$10,712,286 | \$11,098,078 | \$11,497,764 | \$11,911,845 | \$12,340,838 | |
| Government Health Expenditures (GHE \$) | | | \$3,664,828 | \$4,070,669 | \$4,061,897 | \$4,162,191 | \$4,407,383 | \$4,689,518 | |
| Resource Requirements for Immunization | | | | | | | | | |
| Routine and Campaigns (\$) | | | \$1,328,340 | \$1,132,649 | \$1,437,813 | \$1,270,110 | \$1,102,712 | \$1,156,521 | |
| Routine Only (\$) | | | \$1,162,225 | \$1,132,649 | \$1,201,944 | \$1,270,110 | \$1,102,712 | \$1,156,521 | |
| per DTP3 child (\$) | | | \$31.1 | \$25.7 | \$26.8 | \$27.9 | \$23.9 | \$23.4 | |
| % Total Health Expenditures | | | | | | | | | |
| Resource Requirements for Immunization | | | | | | | | | |
| Routine and Campaigns | | | 13.0% | 10.6% | 13.0% | 11.0% | 9.3% | 9.4% | |
| Routine Only | | | 11.6% | 10.6% | 10.8% | 11.0% | 9.3% | 9.4% | |
| Funding Gap | | | | | | | | | |
| With Secure Funds Only | | | | 3.6% | 4.5% | 5.0% | 3.7% | 3.7% | |
| With Secure and Probable Funds | | | | | | | | | |
| % Government Health Expenditures | | | | | | | | | |
| Resource Requirements for Immunization | | | | | | | | | |
| Routine and Campaigns | | | 36.2% | 27.8% | 35.4% | 30.5% | 25.0% | 24.7% | |
| Routine Only | | | 32.3% | 27.8% | 29.6% | 30.5% | 25.0% | 24.7% | |
| Funding Gap | | | | | | | | | |
| With Secure Funds Only | | | | 9.5% | 12.2% | 13.8% | 10.0% | 9.7% | |
| With Secure and Probable Funds | | | | | | | | | |
| % GDP per capita | | | | | | | | | |
| Resource Requirements for Immunization | | | | | | | | | |
| Routine and Campaigns | | | 0.07% | 0.05% | 0.06% | 0.05% | 0.04% | 0.04% | |
| Routine Only | | | 0.06% | 0.05% | 0.05% | 0.05% | 0.04% | 0.04% | |
| Per Capita | | | | | | | | | |
| Resource Requirements for Immunization | | | | | | | | | |
| Routine and Campaigns | | | \$0.57 | \$0.47 | \$0.58 | \$0.51 | \$0.43 | \$0.45 | |
| Routine Only | | | \$0.50 | \$0.47 | \$0.49 | \$0.51 | \$0.43 | \$0.45 | |

Select Y if you want annualized capital costs reported (by straight line depreciation).
Select Y if you want to include shared costs.

Sustainability Analysis





Bupati Garut

KEPUTUSAN BUPATI GARUT

NOMOR :

TENTANG FORUM KOORDINASI IMUNISASI KABUPATEN GARUT DALAM RANGKA PENINGKATAN CAKUPAN DAN MUTU PELAYANAN IMUNISASI

BUPATI GARUT,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka akselerasi Indeks Pembangunan Manusia melalui pelaksanaan program pembangunan kesehatan Kabupaten Garut, dalam program Peningkatan Cakupan dan Mutu Pelayanan Imunisasi, merupakan salah satu upaya pokok untuk meningkatkan derajat Kesehatan dan kesejahteraan masyarakat menuju terciptanya kondisi penduduk yang berkualitas sebagai bagian integral pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM). Untuk itu perlu lebih ditingkatkan pelaksanaannya dengan memanfaatkan sumber daya/potensi diberbagai tingkatan wilayah ;
 - b. bahwa untuk keberhasilan pelaksanaan pembangunan Kabupaten Garut dalam program Peningkatan Cakupan dan Mutu Pelayanan Imunisasi dipandang perlu dibentuk Forum Koordinasi imunisasi Kabupaten Garut dalam program Peningkatan Cakupan dan Mutu Pelayanan Imunisasi.
 - c. bahwa untuk maksud dan kepentingan sebagaimana tersebut pada huruf "b" diatas, perlu ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Barat (Berita Negara tanggal 8 Agustus 1959);
 2. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular;
 3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan bagian kedua : Kesehatan Keluarga, Pasal 12 ayat 1 dan 2 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4389) ;
 4. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan. (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4421);
 5. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437);

9. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128 Tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat;
10. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 131 Tahun 2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
11. Peraturan Daerah Kabupaten Garut Nomor 8 Tahun 2004 tentang Pembentukan Organisasi Dinas Daerah.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan** : **KEPUTUSAN BUPATI GARUT TENTANG PEMBENTUKAN FORUM KOORDINASI IMMUNISASI KABUPATEN GARUT DALAM PENINGKATAN CAKUPAN DAN MUTU PELAYANAN IMMUNISASI**
- PERTAMA** : Membentuk Forum Koordinasi Imunisasi Dalam Program Peningkatan Cakupan dan Mutu Pelayanan Imunisasi dengan susunan personalia sebagaimana tercantum dalam lampiran Keputusan ini.
- KEDUA** : Tugas tim sebagaimana dimaksud pada Diktum PERTAMA diatas adalah sebagai berikut :
- a. Tim Pengarah :
 - Mengarahkan dan memberikan masukan secara langsung kepada Forum Koordinasi Imunisasi Kabupaten Garut dalam Program Peningkatan Cakupan dan Mutu Pelayanan Imunisasi.
 - Mengarahkan agar pelaksanaan Koordinasi Imunisasi dalam Program Peningkatan Cakupan Imunisasi sesuai dengan Rencana Kerja Pemerintah Daerah.
 - Mengendalikan dan mengevaluasi secara umum pelaksanaan koordinasi dalam Program Peningkatan Cakupan dan Mutu Pelayanan Imunisasi.
 - b. Forum Koordinasi :
 - Mengkoordinasikan Penyusunan Rencana Kerja Kabupaten dalam program Peningkatan Cakupan dan Mutu Pelayanan Imunisasi.
 - Mendukung program Kabupaten Garut dalam program Peningkatan Cakupan dan Mutu Pelayanan Imunisasi sesuai dengan peran, fungsi dan kewenangan lembaga masing-masing.
 - Melaksanakan Monitoring dan evaluasi bulanan, triwulanan, tengah tahunan dan tahunan.
 - Menyiapkan laporan akhir program berdasarkan keluaran dan indikator sebagaimana tercantum dalam rencana.

c. Sekretariat :

- Menyusun rencana kerja Kabupaten dalam program Peningkatan Cakupan dan Mutu Pelayanan Imunisasi.
- Mempersiapkan materi dan jadwal kegiatan untuk Forum Koordinasi Imunisasi dalam program Peningkatan Cakupan dan Mutu Pelayanan Imunisasi.
- Memperlakukan pelaksanaan evaluasi bulanan, triwulanan, tengah tahunan dan tahunan.

KETIGA : Dalam pelaksanaan tugasnya, Forum Koordinasi Imunisasi Kabupaten Garut dalam program Peningkatan Cakupan dan Mutu Pelayanan Imunisasi, berkewajiban mengembangkan koordinasi dan sinkronisasi serta Mengutamakan azas fungsionalisasi di lingkungan SKPD dan Organisasi terkait.

KEEMPAT : Hal-hal yang belum cukup diatur dalam keputusan ini, sepanjang mengenai teknis pelaksanaannya agar diatur lebih lanjut oleh Koordinator Forum sesuai dengan kewenangan dan kebutuhannya.

KELIMA : Pembiayaan yang berkaitan dengan pelaksanaan tugas Forum sebagaimana dimaksud pada Diktum KEDUA diatas, bersumber dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Garut serta sumber lain yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan yang berlaku.

KEENAM : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Garut
Pada tanggal

WAKIL BUPATI GARUT

MEMO HERMAWAN

TEMBUSAN, disampaikan kepada YTH :

1. Yth Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
2. Yth Gubernur Jawa Barat.
3. Yth Kepala Bappeda Provinsi Jawa Barat.
4. Yth Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.
5. Yth Ketua DPRD Kabupaten Garut.
6. Yth Kepala Bappeda Kabupaten Garut.
7. Yth Asisten Sekda Kabupaten Garut.
8. Yth Para Kepala SKPD terkait dalam Wilayah Kabupaten Garut
9. Yth Para Camat Kabupaten Garut.
10. Yth Para Ketua Organisasi terkait se Kabupaten Garut.

LAMPIRAN KEPUTUSAN BUPATI GARUT

NOMOR :

TANGGAL :

SUSUNAN ORGANISASI FORUM KOORDINASI IMMUNISASI KABUPATEN GARUT DALAM PROGRAM PENINGKATAN CAKUPAN DAN MUTU PELAYANAN IMMUNISASI

Penanggung Jawab : Bupati Garut
Penanggung Jawab Harian : Sekretaris Daerah Kabupaten Garut

I. TIM PENGARAH

Ketua : Kepala Bappeda Kabupaten Garut
Sekretaris : Sekretaris Bappeda
Anggota :
1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Garut.
2. Kepala Badan Pemberdayaan Masyarakat (BPMD).
3. Kepala Badan Keluarga Berencana dan Catatan Sipil Kabupaten Garut.
4. Kepala Dinas Pendidikan Kabupaten Garut.
5. Direktur RSUD Dr. Slamet Garut.

II. FORUM KOORDINASI

Koordinator : Drs. Nanang Sopyan Hambali, M.Pd (Gerakan Pramuka)
Wakil Koordinator : Hj. Ida Jubaedah, SKM (Tim Penggerak PKK)
Sekretaris : Alik Rahmat, S.Sos, M.Kes (Dinas Kesehatan)
Bendahara : Rohmahalla M Noor, SKM (Dinas Kesehatan)
Anggota :
1. Cucu Mutaqin (Tim Penggerak PKK)
2. Dr.H. Manan Affandi, Sp.A (IDAI)
3. dr.Hj. Tutik Isbariyah, M.Kes (IDI)
4. Dra. Hj. E Trita A Tajudin (Tim Penggerak PKK)
5. Dra Hj Yati Nurhayati (PC Muslimat NU)
6. Dra.Hasanah(PC Aisyiyah Muhammadiyah)
7. Imat Rohimat (Gerakan Pramuka)
8. Hj. Entin Kumiatin, AmKeb, SKM (Ikatan Bidan Indonesia)
9. Hj. Iis Hindasah, Am.Keb, SKM (Ikatan Bidan Indonesia)
10. Hj. Enok Kumiatina, Am.Keb (Dinas Kesehatan)
11. Yani Maryani, SKM (Dinas Kesehatan)
12. Dra. Tarkanah (BPMKL)
13. Zaki Lesmana (Mediamasa)

III. SEKRETARIAT

1. Arif, S.Sos (Pramuka)
2. Andriana (Dinas Kesehatan)

Ditetapkan di : GARUT
Pada tanggal :

WAKIL BUPATI GARUT

MEMO HERMAWAN

TEMBUSAN, disampaikan kepada YTH :

1. Yth Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
2. Yth Gubernur Jawa Barat.
3. Yth Kepala Bappeda Provinsi Jawa Barat.
4. Yth Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.
5. Yth Ketua DPRD Kabupaten Garut.
6. Yth Kepala Bappeda Kabupaten Garut.
7. Yth Asisten Sekda Kabupaten Garut.
8. Yth Para Kepala SKPD terkait dalam Wilayah Kabupaten Garut
9. Yth Para Camat Kabupaten Garut.
10. Yth Para Pimpinan Organisasi terkait se Kabupaten Garut

20 Jun 22 2023 12:36AM P2

File No: 22522246726

FROM: DIN KES GARU