

## FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMBIAYAAN KESEHATAN DAERAH BERSUMBER ANGGARAN PENDAPATAN DAN BELANJA DAERAH TAHUN 2006

*FACTORS ASSOCIATED WITH LOCAL HEALTH FINANCING FROM LOCAL GOVERNMENT BUDGET OF PONTIANAK DISTRICT 2006*

Tisa Harmana<sup>1</sup>, Wiku B. Adisasmito<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rubini Kabupaten Pontianak

<sup>2</sup>Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan,  
Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok

### ABSTRACT

**Background:** District health financing patterns varied among many local governments in Indonesia associated to the size of the budget and its allocation. The main source of district health financing is from local government funds (APBD).

**Method:** This was a qualitative study to find out factors associated to district health financing and budget allocation in Pontianak District which based on APBD fiscal year 2006. This study was conducted in city of Mempawah, Pontianak, from April to May 2006. Primary data was collected by indepth interview and secondary data was collected from documentation in DPRD, BPKD, City and District Health Offices, Local General Hospital and Local Development Office. Content of the data were verified and analyzed using triangulation method.

**Results:** The results of the study showed factors associated with district health budget allocation of Pontianak District year 2006, i.e: Commitment of decision makers, Advocacy, Planning Ability, Health Problem Priority, Program Intervention Chosen, Funds Allocation, other Legal Income, Information of Financing Flow, and Balancing Budget Allocation. The Original District Income (PAD) was not associated with district health budget allocation in Pontianak District.

**Conclusion:** The results showed total budget for health originating from local government funds (APBD) - Pontianak District fiscal year 2006 is Rp47.542.542.000,00 or 8,99% from total APBD. Funds allocated per capita/year is Rp34.579,60,00. This value is still under World Bank standard i.e Rp51.000,00 per capita/year

**Key words :** health decentralization, district health account, local government funds, distric health budget allocation

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Pembiayaan kesehatan daerah mempunyai pola yang berbeda pada banyak pemerintah daerah di Indonesia. Faktor-faktor pembiayaan kesehatan daerah dihubungkan dengan besarnya jumlah anggaran dan alokasi pembiayaan. Sumber utama pembiayaan kesehatan daerah berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).

**Metoda:** Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi besaran pembiayaan kesehatan daerah dan mengetahui pemanfaatan alokasi pembiayaan kesehatan daerah Kabupaten Pontianak yang bersumber dari APBD tahun anggaran 2006. Penelitian dilakukan di Kota Mempawah Kabupaten Pontianak selama 1

bulan, yaitu mulai awal April sampai awal Mei 2006. Data primer diperoleh dari wawancara mendalam dan data sekunder didapatkan dari penelusuran dokumen yang berada di DPRD, BPKD, Kantor Dinas Kesehatan, RSUD dan Kantor Bappeda. Data yang telah dikumpulkan dianalisis dan diverifikasi dengan menggunakan metode triangulasi.

**Hasil Penelitian:** Hasil penelitian menunjukkan faktor-faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan daerah Kabupaten Pontianak tahun 2006 adalah : Komitmen Daerah, kemampuan Advokasi, kemampuan Perencanaan, Prioritas Masalah Kesehatan, pemilihan Intervensi Program, kemampuan Perencanaan, Dana Perimbangan, Lain-lain Pendapatan yang Sah, Informasi Alur Pembiayaan, dan Keseimbangan antara Mata Anggaran. Sedangkan faktor PAD tidak mempengaruhi pembiayaan kesehatan daerah di Kabupaten Pontianak.

**Kesimpulan:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa total anggaran untuk pembiayaan kesehatan bersumber pada APBD Kabupaten Pontianak tahun anggaran 2006 adalah Rp47.542.542.000,00 atau 8,99% dari total APBD. Pembiayaan kesehatan per kapita per tahun di Kabupaten Pontianak tahun 2006 berdasarkan belanja publik adalah sebesar Rp34.579,60,00 per kapita per tahun, nilai ini masih jauh dari nilai standar yang ditetapkan oleh *World Bank* sebesar Rp51.000,00 per kapita per tahun.

**Kata Kunci :** desentralisasi kesehatan, laporan kesehatan daerah, pembiayaan kesehatan daerah, alokasi anggaran kesehatan daerah

### PENGANTAR

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 Pusat dan Daerah membawa perubahan kepada semua bidang pembangunan tidak terkecuali kesehatan. Menurut Mardiasmo<sup>1</sup> perubahan pada bidang kesehatan secara garis besar terdiri dari dua hal yaitu : 1) perubahan dalam sistem dan proses organisasional yang terdiri dari pembangunan kebijakan kesehatan (*health policy development*),

kebutuhan penghitungan dan informasi (*needs assesment and information*), perencanaan dan alokasi sumber daya (*planning and resource allocation*), pembiayaan dan manajemen keuangan (*financing and financial management*), perencanaan dan manajemen sumber daya manusia (*human resources planning and management*), koordinasi antarsektoral (*intersectoral coordination*) dan partisipasi masyarakat (*public participation*); 2) keadilan, efisiensi dan kualitas pelayanan.

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*<sup>2</sup> 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.

Status kesehatan penduduk Indonesia setelah pembangunan kesehatan selama tiga dekade lalu mengalami kemajuan yang cukup pesat, namun masih tertinggal jauh dibanding status kesehatan negara-negara tetangga ASEAN. Hal ini didukung data dari WHO tahun 2000<sup>3</sup> bahwa Indonesia pada tahun 1998 mempunyai angka kematian bayi yang masih tinggi yaitu 48 per 1000 kelahiran hidup, jika dibandingkan dengan Malaysia hanya 11 per 1000 kelahiran hidup, Thailand 29 per 1000 kelahiran hidup dan Philipina 36 per 1000 kelahiran hidup.

Dampak yang ada menurut Departemen Kesehatan (Depkes)<sup>4</sup> dari hasil pengukuran indeks pembangunan manusia atau *Human Development Index* (HDI) tahun 2000, Indonesia berada pada peringkat 102 di antara 190 negara di dunia dan pada tahun 2003 peringkat Indonesia turun menjadi peringkat ke-112, sedangkan untuk Provinsi Kalimantan Barat, HDI yang diperoleh adalah urutan ke-27 dari 30 provinsi yang ada di Indonesia.

Profil kesehatan pada Kabupaten Pontianak disebutkan bahwa kasus kematian bayi pada tahun 2001 sebanyak 75 kasus, tahun 2002 sebanyak 110 kasus, tahun 2003 sebanyak 102 kasus, tahun 2004 sebanyak 71 kasus dan tahun 2005 sampai bulan Juli terdapat 49 kasus. Angka kematian bayi tahun 2003 terdapat 47,14 per 1000 kelahiran hidup dengan umur harapan hidup pada tahun 2002 di Kabupaten Pontianak adalah 61,62 tahun. Kasus kematian ibu melahirkan pada tahun 2002 sebanyak 20 kasus, tahun 2003 tercatat 22 kasus, tahun 2004 sebanyak 11 kasus dan tahun 2005 sampai bulan Juli sebanyak 6 kasus. Status gizi masyarakat tahun 2003 gizi

balita buruk 1,16%, tahun 2004 balita dengan status gizi buruk 1,24% sedangkan tahun 2005 sampai bulan Juli ditemukan 284 kasus anak dengan gizi buruk.<sup>5</sup>

Kebijakan otonomi khususnya desentralisasi kesehatan menuntut adanya perbaikan sistem pembiayaan dan manajemen keuangan daerah yang masalah pembiayaan kesehatan daerah selalu menjadi hambatan utama dalam mewujudkan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010. Pembiayaan kesehatan belum dapat memperbaiki indikator kesehatan masyarakat secara umum. Hal ini bisa disebabkan oleh pembiayaan yang tidak cukup dan berdampak pada kualitas dari pelayanan kesehatan.<sup>6</sup>

Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) menjadi sumber yang memiliki proporsi yang berimbang dengan sumber-sumber lain dan bahkan di beberapa daerah menjadi sumber terbesar dalam pembiayaan kesehatan daerah. Di Kabupaten Lampung Selatan, APBD memberikan kontribusi 49,83% dari total pembiayaan kesehatan daerah,<sup>7</sup> di Kota Depok APBD memberikan kontribusi 50% dari total pembiayaan kesehatan daerah<sup>8</sup>, di Kabupaten Tangerang APBD memberikan kontribusi 74,20% dari total pembiayaan kesehatan daerah<sup>9</sup>, di Kabupaten Sleman tahun 2002 APBD memberikan kontribusi 74,03% dari total pembiayaan kesehatan daerah dan pada tahun 2003 APBD memberikan kontribusi 82,24% dari total pembiayaan kesehatan daerah<sup>6</sup>, untuk wilayah Kabupaten Ketapang Provinsi Kalimantan Barat APBD tahun 2004 memberikan kontribusi 69,64% dari total pembiayaan kesehatan daerah.<sup>10</sup>

Alokasi pembiayaan kesehatan yang bersumber dari APBD Kabupaten Pontianak mengalami peningkatan dari tahun 2003 sampai tahun 2005 terhadap total APBD kabupaten. Proporsi alokasi kesehatan terhadap APBD di satu sisi telah menunjukkan peningkatan yang cukup signifikan yaitu dari sekitar 6% pada tahun 2003 menjadi 8% pada tahun 2005. Tabel 1 menunjukkan perbandingan alokasi APBD bidang kesehatan Kabupaten Pontianak tahun 2003-2005.

**Tabel 1. Perbandingan Alokasi APBD Bidang Kesehatan Kabupaten Pontianak Tahun 2003-2005**

Tahun Anggaran	Total APBD (ribuan Rp)	Alokasi Anggaran Kesehatan (ribuan Rp)	%
2003	315.865.267	21.801.358	6,90
2004	323.911.676	21.933.158	6,76
2005	326.412.223	26.951.342	8,26

Sumber : Diolah dari APBD tahun 2003-2005.

Pembiayaan kesehatan di Kabupaten Pontianak pada tahun 2005 jika dibandingkan dengan jumlah penduduk tahun 2005 yang berjumlah 725.662 jiwa adalah sebesar Rp37.140,00 per kapita per tahun, sedangkan standar pembiayaan kesehatan di negara-negara berkembang menurut *World Bank* dalam proyek *Health Workforce Services (HWS)*<sup>5</sup> yaitu sebesar Rp51.000,00.

Meskipun pembiayaan kesehatan di Kabupaten Pontianak per kapita per tahun pada tahun 2005 telah diketahui, tetapi faktor-faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan pada tahun 2006 serta pemanfaatan alokasi APBD terhadap pembiayaan sektor kesehatan yang dimulai dari sumber-sumber pembiayaan sampai dengan bagaimana biaya tersebut digunakan dan kepada siapa biaya tersebut diperuntukkan masih belum diketahui.

Berdasarkan penjelasan di atas, maka sangat penting dilakukan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan di Kabupaten Pontianak tahun 2006 dan menganalisis pemanfaatan alokasi dari pembiayaan kesehatan daerah bersumber APBD tahun anggaran 2006. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi besaran pembiayaan kesehatan daerah dan mengetahui pemanfaatan alokasi pembiayaan kesehatan daerah Kabupaten Pontianak yang bersumber dari APBD tahun anggaran 2006.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan metode wawancara mendalam. Penelitian dilaksanakan di Kota Mempawah sebagai pusat pelayanan administratif dan Ibukota Kabupaten Pontianak selama satu bulan yaitu dimulai pada awal bulan April sampai dengan awal bulan Mei 2006.

Informan berjumlah 6 orang yang terdiri dari 2 orang dari tim anggaran eksekutif (BPKD dan BAPPEDA), 1 orang dari panitia anggaran legislatif (DPRD) dan 3 orang dari instansi pengusul (2 orang dari Dinas Kesehatan dan 1 orang dari RSUD dr.Rubini). Informan dari tim anggaran eksekutif berasal dari instansi BPKD yang merupakan sekretaris tim dan dari instansi BAPPEDA adalah anggota tim bidang operasional pemeliharaan dan belanja modal.

Pengumpulan data terbagi menjadi dua, yaitu data primer yang diperoleh melalui wawancara mendalam dan data sekunder yang diperoleh dari DPRD, BPKD, kantor dinas kesehatan, RSUD dan kantor Bappeda untuk mendapatkan dokumen daerah yang berkaitan dengan penelitian. Data yang telah dikumpulkan diverifikasi dan dianalisis menggunakan metode triangulasi.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### 1. Gambaran APBD Kabupaten Pontianak

Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Pontianak untuk tahun anggaran 2006 terdiri dari anggaran pendapatan sebesar Rp531.586.103.000,00 yang bersumber dari Pendapatan Asli Daerah (PAD), dana perimbangan dan lain-lain pendapatan yang sah, sedangkan anggaran belanja adalah sebesar Rp528.586.103.000,00.

Pendapatan daerah melalui sebesar Rp21.617.027.000,00 atau sekitar 4,07% dari total pendapatan, dana perimbangan sebesar Rp503.485.787.000,00 atau sekitar 94,71% dari total pendapatan, sedangkan lain-lain pendapatan yang sah sebesar Rp6.483.289.000,00 atau sekitar 1,22% dari total pendapatan.

Anggaran belanja terdiri dari belanja aparatur daerah sebesar Rp84.182.757.500,00 atau sekitar 15,9% dari dan belanja pelayanan publik sebesar Rp428.629.391.500,00 atau sekitar 81,1% dari total belanja, sedangkan belanja bagi hasil dan bantuan keuangan sebesar Rp15.273.954.000,00 atau sekitar 2,89% dari total belanja APBD, dan belanja tidak tersangka sebesar Rp500.000.000,00 atau sekitar 0,09% dari total belanja APBD.

### 2. Kemampuan Perencanaan

Dari wawancara mendalam diketahui faktor-faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan daerah Kabupaten Pontianak bersumber pada APBD tahun anggaran 2006 antara lain :

1. Kemampuan perencanaan/proses RASK, yang terdiri dari variabel: komitmen daerah, kemampuan advokasi, keseimbangan alokasi antara mata anggaran, skala prioritas masalah kesehatan, intervensi program.
2. Pendapatan Asli Daerah (PAD)
3. Dana perimbangan
4. Lain-lain pendapatan yang sah
5. Informasi alur pembiayaan

Perencanaan yang dilakukan di Kabupaten Pontianak mengacu kepada Keputusan Menteri Dalam Negeri No. 29/2002, melalui proses *bottom up planning* pada Musyawarah Rencana Pengembangan (Musrenbang) dari tingkat desa, kecamatan sampai tingkat kabupaten. Perencanaan terdokumentasi ke dalam Rencana Anggaran Satuan Kerja (RASK) yang diajukan oleh setiap instansi termasuk dinas kesehatan dan RSUD sebagai sektor utama kesehatan.

Hasil wawancara mendalam kepada para informan dari tim anggaran eksekutif dan panitia anggaran legislatif menjelaskan bahwa perencanaan

yang diusulkan oleh dinas kesehatan dan RSUD dinilai baik karena telah sesuai dengan Kebijakan Umum Anggaran (KUA), serta dokumen perencanaan lainnya, sehingga delapan program yang ada pada RASK diakomodir semuanya ke dalam DASK.

Pada penelitian yang dilakukan Dharmawan<sup>11</sup> menyatakan bahwa pada tingkat pemberian besaran nominal rupiah yang diperlukan dipengaruhi oleh RASK dinas kesehatan sebagai satu-satunya sumber informasi yang dapat memberikan besaran pengalokasian APBD.

Rencana Anggaran Satuan Kerja (RASK) merupakan informasi perencanaan anggaran terdokumentasi secara jelas dan tegas yang menyatakan nominal anggaran, sumber anggaran, fungsi anggaran dan pelaksana anggaran. Penetapan jumlah anggaran di Kabupaten Pontianak berdasarkan *history budgeting* yaitu jumlah anggaran tahun lalu ditambah 10%, namun tidak ada pagu dana yang ditetapkan secara pasti artinya anggaran dibuat pagu sementara melalui *history budgeting* tadi. Peran pimpinan dalam proses perencanaan juga menjadi hal yang patut diperhatikan karena kepemimpinan dapat memberi motivasi dan kepercayaan. Pemimpin yang benar-benar menguasai bidangnya akan sangat membantu proses perencanaan karena apapun yang diusulkan oleh instansinya dia mengerti seberapa besar dan pentingnya masalah tersebut, sehingga ketika mempertahankan kegiatan yang akan dihapus oleh tim anggaran dapat melakukan pembelaan dengan memberi alasan yang tepat atau dengan kata lain dapat memberikan justifikasi dan disinilah peran advokasi bermain.

Tidak menutup kemungkinan perencanaan yang baik akan memperoleh anggaran lebih besar jika dianggap kegiatan atau program yang diusulkan merupakan sesuatu yang mendesak, sesuai kondisi dan keadaan terakhir sebelum anggaran disahkan oleh DPRD.

Hasil telaah dokumen menjelaskan bahwa nominal DASK ternyata lebih besar dari RASK, namun tidak dapat dikatakan perencanaan yang disusun dan terdokumentasi dalam RASK oleh instansi pengusul dalam hal ini dinas kesehatan dan RSUD telah baik. Besarnya nominal DASK dapat disebabkan adanya kenaikan gaji, tunjangan, berkala, penambahan Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS) baru kemudian penyesuaian biaya perjalanan dinas akibat kenaikan BBM, dan belanja modal yang dibiayai dari Dana Alokasi Khusus Non-Dana Reboisasi (DAK Non-DR) yang pada saat penyusunan RASK (September 2005) belum

diketahui besaran alokasinya, kemudian baru bulan November dimasukkan setelah pagu DAK Non-DR keluar, sehingga tidak terdokumentasi dalam RASK tetapi tercatat pada dokumen rencana definitif DAK Non-DR bidang kesehatan dan langsung di masukkan ke dalam DASK. Implikasi belanja modal harus diimbangi dengan biaya operasional dan pemeliharaan, sehingga pada kedua *item* ini juga nominalnya berubah menjadi lebih besar.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa kemampuan perencanaan mempengaruhi pembiayaan kesehatan daerah yang bersumber pada APBD. Dengan adanya pagu sementara dari tim anggaran menciptakan tantangan tersendiri bagi tim perencanaan dari instansi pengusul agar dalam membuat perencanaan dapat mengakomodasi azas kewajaran dan kesesuaian antara dokumen perencanaan yang dimulai dari KUA, melihat skala prioritas, pagu, aspirasi masyarakat dan visi misi daerah maupun pusat tentang kesehatan serta mengantisipasi alokasi dana dari DAK. Kemampuan perencanaan dalam hal ini proses RASK dikontribusi oleh beberapa variabel yaitu: komitmen daerah, kemampuan advokasi, prioritas masalah, intervensi masalah dan keseimbangan antara mata anggaran.

Hubungan komitmen daerah dengan kemampuan perencanaan / proses RASK ini bahwa komitmen daerah merupakan bentuk pernyataan para pengambil kebijakan dalam menentukan proporsi anggaran, sehingga dengan diketahuinya proporsi tersebut nilai nominal atau besaran RASK akan dapat diketahui oleh instansi pengusul.

Hubungan kemampuan advokasi dengan proses RASK dapat dijelaskan bahwa advokasi yang dilakukan adalah kegiatan "*follow up*" dari instansi pengusul terhadap komitmen daerah yang ada sehingga besaran RASK akan bertambah jika advokasi yang dilakukan diterima para pengambil kebijakan sebagai sesuatu yang mendesak dan berdampak luas terhadap masyarakat.

Hubungan prioritas masalah dengan besaran RASK dijelaskan bahwa semakin banyak program prioritas yang tertuang di dalam RASK semakin besar nominal RASK yang diusulkan. Demikian juga dengan intervensi masalah, ketika penentuan prioritas masalah terjadi diikuti dengan tindakan intervensi, sehingga banyaknya intervensi yang dilakukan akan menambah nominal usulan dalam dokumen RASK.

Keseimbangan antara mata anggaran dimaksudkan bahwa setiap adanya investasi maka biaya operasional dan pemeliharaan harus disiapkan dan hal ini tertuang dalam dokumen perencanaan yang pada RASK akan diklasifikasi menurut mata

anggaran masing-masing, berikut dapat dijelaskan variabel-variabel tersebut:

#### a. Komitmen Daerah

Dari hasil wawancara mendalam, semua informan menyatakan setuju bahwa Pemerintah Daerah Kabupaten Pontianak baik lembaga legislatif dan eksekutifnya memiliki komitmen yang baik kepada sektor kesehatan. Hal ini juga ditunjukkan dari hasil telaah dan olahan dokumen data sekunder yang menghasilkan proporsi alokasi APBD yang memiliki tren meningkat dari tahun ke tahun, khusus untuk tahun 2006 sebesar 7,71% dari total APBD jika hanya dihitung dari dinas kesehatan dan RSUD namun secara agregat pembiayaan kesehatan daerah termasuk instansi di luar Dinas Kesehatan dan RSUD adalah sebesar 8,99% dari total APBD dan menduduki urutan ketiga dalam jumlah anggaran yang dialokasikan.

Akan tetapi, meski kesehatan berada di urutan ketiga setelah pendidikan dan infrastruktur namun kesenjangan sangat jauh yaitu 36,36% untuk Dinas Pendidikan dan 23,35% untuk Dinas PU (infrastruktur) jika dibanding total pembiayaan kesehatan yang hanya 8,99%, maka sebenarnya Pemerintah Daerah dan DPRD Kabupaten Pontianak belum mewujudkan komitmen secara nyata dalam bentuk besaran anggaran.

Komitmen daerah Pemerintah Kabupaten Pontianak memberikan pengaruh kepada pembiayaan kesehatan daerah yang bersumber pada APBD kabupaten, karena pernyataan atau komitmen yang ada baik secara tertulis maupun tidak tertulis menjadi sebuah kebijakan publik bahwa kebijakan yang diambil telah melalui tahapan-tahapan tertentu dengan mengacu kepada Kepmendagri No. 29/2002, sehingga keputusan atau keluarannya merupakan kesepakatan bersama antara eksekutif dan legislatif. Keputusan ini akan mengakomodasi seberapa besar proporsi pembiayaan kesehatan yang akan dialokasikan melalui APBD kabupaten.

Keputusan bersama ini disampaikan dalam KUA yang ditanda tangani Bupati dan Ketua DPRD, sehingga menjadi sebuah kebijakan publik yang tertuang dalam nota kesepakatan antara Bupati Pontianak dengan DPRD Kabupaten Pontianak. Kebijakan Umum Anggaran (KUA) ini tidak terlepas dari dokumen perencanaan daerah yaitu Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD), juga memperhatikan aspirasi masyarakat yang dihasilkan dari proses musrenbang dari tingkat desa sampai dengan tingkat kabupaten.

Teori yang dikemukakan oleh Dunn<sup>12</sup> bahwa kebijakan publik merupakan hasil-hasil keputusan eksekutif sebagai respon terhadap lingkungannya, sehingga peneliti berpendapat bahwa kebijakan publik yang dihasilkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Pontianak dalam hal ini komitmen daerah terhadap keputusan sektor kesehatan telah sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku dan teori yang ada.

Penelitian lain juga mengatakan bahwa komitmen daerah menjadi salah satu faktor penentu dalam pembiayaan kesehatan, hal ini dikemukakan oleh beberapa peneliti antara lain Gani<sup>13</sup> Irwansyah<sup>7</sup>, Lestari<sup>9</sup>, dan Vollini<sup>8</sup>. Departemen Kesehatan RI<sup>2</sup> juga menyatakan bahwa salah satu faktor yang menentukan kecukupan alokasi anggaran kesehatan di daerah adalah skala prioritas bidang kesehatan di mata para pimpinan daerah dalam hal ini komitmen daerah.

#### b. Advokasi

Hasil wawancara mendalam kepada informan menunjukkan adanya pengaruh kemampuan advokasi yang dilakukan instansi pengusul terhadap besaran alokasi dana khususnya bidang kesehatan seperti diungkapkan oleh tiga orang informan, namun ada tanggapan dari informan lain bahwa tidak ada intervensi dan belum tentu terjadi perubahan namun hal itu masih dimungkinkan.

Menurut Dharmawan<sup>11</sup> perlu adanya advokasi kepada aparat pemerintah baik dimulai dari tingkat desa, kecamatan sampai dengan DPRD agar kesadaran akan kebutuhan pembangunan kesehatan meningkat. Departemen Kesehatan RI<sup>2</sup> juga menyebutkan kemampuan advokasi dinas kesehatan berpengaruh terhadap pembiayaan kesehatan.

#### c. Skala prioritas masalah

Hasil penelitian menyebutkan bahwa penentuan skala prioritas masalah kesehatan di Kabupaten Pontianak khususnya dari instansi pengusul baik Dinas Kesehatan dan RSUD adalah berdasarkan Standar Pelayanan Minimal (SPM), Rencana Strategi (Renstra) dan hasil Musrenbang. Standar Pelayanan Minimal (SPM) dijadikan dasar penentuan skala prioritas karena merupakan cara untuk menjamin dan mendukung kewenangan untuk penyelenggaraan pelayanan oleh daerah, juga sekaligus merupakan akuntabilitas daerah. Penetapan standar pelayanan minimal daerah harus mengacu kepada indikator-indikator pelayanan minimal yang ditetapkan oleh pemerintah pusat.

Renstra juga dijadikan acuan karena skala prioritas yang ada harus dapat mendukung visi dan misi dari pemerintah daerah, sehingga kesesuaian antara skala prioritas dengan rencana strategis menjadi penting agar tercapai tujuan yang dikehendaki yaitu mewujudkan "Kabupaten Pontianak Sehat 2008".

Hasil Musrenbang juga menjadi acuan karena merupakan wujud dari perencanaan dengan melibatkan aspirasi masyarakat sesuai dengan yang diatur dalam Kepmendagri No. 29/2004 sekaligus hakekat dari desentralisasi yaitu peran serta masyarakat dalam pembangunan.

Hasil dari penentuan program prioritas akan dituangkan ke dalam RASK, sehingga RASK merupakan dokumentasi yang penting dalam mengakomodasi program-program yang diprioritaskan dan nantinya akan menentukan intervensi serta besaran alokasi pada APBD.

Gani<sup>14</sup> menyatakan program-program kesehatan yang dilaksanakan berkembang atas dasar daftar masalah kesehatan yang ada. Dalam keadaan pembiayaan yang sangat terbatas, penting sekali untuk menetapkan prioritas masalah. Pelaksanaan program secara menyeluruh, minimal berdasarkan kewenangan wajib dan standar pelayanan minimal menyebabkan pembiayaan yang terbatas harus dapat mengakomodir program-program kesehatan tersebut, namun tidak cukup untuk membuat program-program kesehatan efektif dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan.

#### d. Intervensi Program

Menurut informan bahwa dalam menetapkan intervensi program harus berpedoman pada renstra, aspirasi masyarakat, serta standar pelayanan minimal bidang kesehatan. Intervensi ini merupakan penjabaran dari skala prioritas yang ada. Telaah dokumen RASK menghasilkan ada 8 program dan 23 kegiatan kesehatan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan.

Program yang ada jika mengacu pada sistem *district health account* menjadi 9 program dari 19 program yang telah ditentukan pemerintah pusat, walaupun dari segi jumlah program lebih sedikit dari yang ditentukan namun Pemerintah Daerah Kabupaten Pontianak khususnya, Dinas Kesehatan telah menyelaraskan arahan dari pusat dan kebutuhan pelayanan kesehatan di daerah.

Program yang dilaksanakan di Kabupaten Pontianak antara lain penyuluhan kesehatan, pelayanan kesehatan rujukan rumah sakit, pelayanan kesehatan masyarakat, pencegahan dan pemberantasan penyakit, perbaikan gizi,

pengawasan obat dan makanan, penyehatan lingkungan pemukiman, penyediaan dan pengelolaan air bersih dan diklat aparatur negara.

Program pelayanan kesehatan masyarakat mendapat porsi paling besar yaitu 43,19%. Hal tersebut dikarenakan kegiatan yang ada pada program ini merupakan kegiatan operasional terbesar yang ada di Dinas Kesehatan kemudian dari kegiatan investasi yang merupakan penunjang pelayanan kesehatan masyarakat berupa pengadaan obat, alat kesehatan serta pembangunan dan rehab puskesmas, pustu dan polindes terdapat pada program ini. Hal ini dirasakan sudah cukup sesuai dengan UU No. 32/2004 Pasal 22 bahwa dalam menyelenggarakan otonomi, daerah mempunyai kewajiban meningkatkan kualitas kehidupan masyarakat.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa intervensi yang sesuai dengan skala prioritas masalah akan mempengaruhi pembiayaan kesehatan daerah yang bersumber dari APBD Kabupaten Pontianak, semakin banyak program yang dipilih untuk diintervensi yang terdokumentasi dalam RASK menyebabkan besaran alokasi RASK akan bertambah, sehingga akhirnya alokasi APBD semakin besar yang diserap, tetapi hal ini juga menimbulkan tantangan baru untuk menciptakan intervensi yang "*cost effective*".

#### e. Keseimbangan Antara Mata Anggaran

Menurut informan, keseimbangan antara mata anggaran bukan merupakan pembagian proporsi sama rata pada setiap jenis mata anggaran, melainkan terpenuhinya pembiayaan pada setiap mata anggaran berdasarkan KUA dan skala prioritas, jika pada KUA dan skala prioritas mementingkan perbaikan sarana dan prasarana kesehatan maka belanja modal akan menjadi lebih besar dan belanja operasional pemeliharaan menjadi penunjangnya.

Hasil pengolahan data sekunder dengan format *District Health Account* (DHA) menghasilkan alokasi terbesar pada Belanja Administrasi Umum (BAU) sebesar 49,40% dan terkecil pada belanja modal (BM) sebesar 21,79%. Besarnya alokasi pada BAU dikarenakan akumulasi dari belanja publik Rp1,034,820,000,00 dan belanja aparatur Rp22,449,437,000,00 yang terdiri dari gaji dan tunjangan pegawai. Belanja modal hanya dialokasikan pada belanja publik saja yaitu sebesar Rp10,357,550,000,00 dan tidak ada alokasi pada belanja aparatur, selain itu besarnya BAU juga bisa disebabkan acuan perencanaan terhadap KUA Dinas Kesehatan poin (1) pemerataan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dasar yang berisikan

kegiatan administrasi proyek, gaji/upah, barang habis pakai dari dua instansi yaitu dinas kesehatan dan RSUD.

Peningkatan biaya investasi yang diikuti adanya biaya operasional dan pemeliharaan sehingga jumlah BOP tidak jauh berbeda dengan proporsi BM, BOP yang dialokasikan pada APBD untuk pembiayaan kesehatan sebesar 28,82% atau hanya 7,03% selisihnya dengan BM. Hal ini akan memberikan dampak meningkatnya jumlah alokasi anggaran pada APBD dan tidak terlepas dari skala prioritas, serta KUA dari instansi pengusul baik dinas kesehatan dan RSUD.

Jika menelaah dokumen KUA dapat disimpulkan bahwa BM dan BOP yang dianggarkan memang mengacu kepada KUA dinas kesehatan dan KUA RSUD, pada KUA dinas kesehatan poin (2) Peningkatan jumlah jaringan dan kualitas fasilitas kesehatan dan pada KUA RSUD poin (1) peningkatan dan pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit, poin (2) peningkatan dan pemeliharaan sarana dan prasarana nonmedik penunjang, memberikan implikasi setiap adanya peningkatan selalu diikuti pemeliharaan.

Perencanaan dan manajemen anggaran investasi biasanya terpisah dari perencanaan dan manajemen anggaran operasional dan pemeliharaan. Dalam melakukan investasi sering implikasi biaya operasional dan biaya pemeliharaan investasi tersebut tidak diperhitungkan, akibatnya banyak investasi yang tidak dapat berjalan dengan baik. Oleh sebab itu, setiap perencanaan investasi harus selalu disertai dengan perhitungan implikasi biaya operasional dan pemeliharaan yang diperlukan.<sup>14</sup>

Di Kabupaten Pontianak, setiap perencanaan belanja modal selalu diikuti dengan operasional pemeliharaan, sehingga harapan dari pernyataan Gani<sup>14</sup> telah sesuai dengan kenyataan yang ada di Kabupaten Pontianak. Hal ini disebabkan perencana di instansi pengusul baik dinas kesehatan dan RSUD telah memahami jika mengalokasikan dana untuk belanja modal perlu juga mengikutsertakan alokasi belanja operasional pemeliharaan.

Perencanaan dengan sistem anggaran berbasis kinerja dituntut kehandalan perencana dalam membuat perencanaan suatu kegiatan yang *comprehensif* dengan memperhatikan ketentuan-ketentuan yang sesuai dengan kegiatan tersebut, karena hal ini akan berpengaruh kepada keseimbangan mata anggaran. Seperti dalam anggaran kesehatan yang bersumber dari DAK, perencana harus memahami kekhususan pendanaan tersebut, yaitu dialokasikan untuk kegiatan yang termasuk dalam kelompok belanja modal, tetapi

dalam pelaksanaan kegiatan tersebut diperlukan pembiayaan yang termasuk dalam belanja operasional dan juga dimungkinkan untuk pembiayaan kelompok belanja pemeliharaan. Jadi keseimbangan antara mata anggaran sangat dipengaruhi oleh KUA dan tertuang dalam skala prioritas dan akan mempengaruhi jumlah pembiayaan kesehatan yang dituangkan dalam dokumen perencanaan (RASK).

### 3. Pendapatan Asli Daerah (PAD)

Pendapatan Asli Daerah (PAD) merupakan salah satu sumber pendapatan dalam APBD sesuai dengan UU No. 33/2004. Berdasarkan sumber pendapatan porsi terbesar penyumbang pembiayaan kesehatan Kabupaten Pontianak adalah Dana Alokasi Umum (DAU), sementara pada PAD tidak memberikan kontribusi kepada kegiatan kesehatan, sehingga PAD menurut salah seorang informan memang tidak berpengaruh terhadap pembiayaan kesehatan karena pemda tidak menerapkan setoran PAD berbanding dengan pembiayaan. Tabel 2 menunjukkan pembiayaan kesehatan daerah berdasarkan sumber pendapatan.

**Tabel 2. Pembiayaan Kesehatan Daerah Berdasarkan Sumber Pendapatan**

Sumber Dana Sesuai UU No.33/2004	Jumlah (ribuan Rp)	%
1. Pendapatan Asli Daerah (PAD)	0	0,00
2. Dana Perimbangan :		
a. DAU	35.088.253	<b>73,80</b>
b. DAK Non-DR :	9.608.575	<b>18,34</b>
- DAK Bidang Kesehatan	7.738.575	14,41
- DAK Bidang Lingkungan Hidup	310.000	0,65
- DAK Bidang Infrastruktur	1.560.000	3,28
3. Lain-lain pendapatan yang sah bantuan dari Pemerintah Pusat (HWS)	3.734.289	<b>7,86</b>
<b>Total :</b>	<b>47.542.542</b>	<b>100,00</b>

Pendapatan Asli Daerah (PAD) Kabupaten Pontianak khususnya yang berasal dari kesehatan relatif kecil, sebaliknya dana perimbangan yang terdiri dari DAU, serta DAK sangat besar porsinya. Kecilnya PAD yang dimiliki oleh Kabupaten Pontianak hanya 4,07% dari total pendapatan APBD. Menurut peneliti, hal ini dapat disebabkan belum tergalinya potensi PAD yang riil dimiliki daerah dan belum optimalnya pengelolaan kekayaan daerah, sehingga PAD ini tidak memberikan pengaruh yang berarti kepada pembiayaan kesehatan daerah karena sistem keuangan di daerah tidak menganut proporsi anggaran berdasarkan setoran PAD tetapi

anggaran berbasis kinerja sesuai Kepmendagri No. 29/2002.

Seperti penelitian yang dilakukan oleh Lestari<sup>9</sup> bahwa PAD menjadi penyumbang terbesar dalam pembiayaan kesehatan di Tangerang tahun 2003 yaitu sebesar Rp39.377.231.000,00 dari total pembiayaan sebesar Rp80.960.838.900,00 atau 48,64% sehingga PAD sangat mempengaruhi pembiayaan di Tangerang pada tahun 2003.

Jika membandingkan PAD Kabupaten Pontianak yang kecil dengan Kabupaten Tangerang, karena Kabupaten Tangerang merupakan daerah pinggiran ibu kota Indonesia yang banyak dijadikan kawasan industri, perdagangan dengan mobilisasi penduduk yang tinggi serta memiliki objek pajak yang banyak, sedangkan Kabupaten Pontianak masih didominasi pertanian dan perikanan, serta menyisakan sedikit sumber daya alam berupa hutan yang sudah "gundul" sehingga secara agregat menyebabkan PAD yang ada masih kecil.

Melihat jumlah PAD yang relatif kecil jika dibandingkan dengan dana perimbangan sebagai sumber pendapatan APBD, maka dapat dikatakan bahwa PAD belum mempengaruhi pembiayaan kesehatan di Kabupaten Pontianak, selain itu PAD dari sektor kesehatan yang dihasilkan dari retribusi kesehatan yang disetorkan ke pemda memang dikembalikan kepada instansi bersangkutan sebanyak 60% dari total setoran tetapi uang pengembalian dialokasikan dari DAU dalam bentuk uang lembur dan kompensasi pelayanan kesehatan.

#### 4. Dana Perimbangan

Hasil penelitian melalui telaah dan olahan data sekunder menunjukkan bahwa dana perimbangan menjadi sumber pendapatan yang paling besar memberikan kontribusi terhadap pembiayaan kesehatan daerah Kabupaten Pontianak yang bersumber pada APBD tahun anggaran 2006 yaitu sebesar 92,14%. Wawancara mendalam kepada para informan juga menyatakan bahwa sumber pendapatan terbesar dari DAU yang merupakan salah satu bagian dari dana perimbangan.

Besarnya kontribusi dana perimbangan terhadap pembiayaan kesehatan daerah Kabupaten Pontianak tahun anggaran 2006 disebabkan jumlah pendapatan pada APBD sesuai struktur APBD yang diatur UU No. 33/2004 menghasilkan dana perimbangan memberikan kontribusi terbesar yaitu 94,71% dari total APBD Kabupaten Pontianak tahun anggaran 2006 dengan DAU sebagai sumber pendapatan terbesar.

Dana Alokasi Umum (DAU) yang diberikan kepada daerah ditetapkan sekurang-kurangnya 25%

dari Penerimaan Dalam Negeri yang ditetapkan dalam APBN. Pendapatan Asli Daerah (PAU) untuk daerah provinsi dan kabupaten/kota ditetapkan masing-masing sebesar 10% dan 90%.<sup>1</sup> Pendapatan Asli Daerah (PAU) ini sebenarnya dimaksudkan untuk menjaga pemerataan dan perimbangan keuangan antar daerah, menjaga agar tidak terlalu besar *fiscal gap* yang terjadi. *Fiscal gap* didapat dari formulasi *fiscal needs* dibandingkan dengan *fiscal capacity*.

Dana Alokasi Khusus (DAK) seperti yang terlihat pada Tabel 2 menunjukkan alokasi DAK adalah sebesar 18,34% dari total pembiayaan kesehatan daerah, sumber DAK tidak saja berasal dari DAK Non-DR bidang Kesehatan, tetapi juga berasal dari DAK Non-DR bidang Lingkungan Hidup dan DAK Non-DR Infrastruktur. Hal ini dapat menjadi salah satu sumber untuk peningkatan pembiayaan kesehatan, namun untuk DAK Non-DR bidang kesehatan daerah masih perlu menyampaikan usulan dan data awal agar pada perhitungan formulasi penentuan alokasi DAK melalui kriteria umum, kriteria khusus dan kriteria teknis dapat maksimal. Hal ini karena walaupun pemerintah pusat telah memiliki formula tertentu dalam penetapannya daerah juga harus pro aktif untuk memperoleh dana tersebut di pusat.

Seperti penelitian yang dilakukan oleh Sariasih<sup>15</sup> yang menyatakan bahwa ada 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.

Dana perimbangan menentukan besar kecilnya alokasi untuk pembiayaan kesehatan di Kabupaten Pontianak. Semakin besar dana perimbangan khususnya DAU maka semestinya semakin besar pula alokasi kesehatan.

#### 5. Lain-Lain Pendapatan Yang Sah

Hasil penelitian menunjukkan bahwa *item* lain-lain pendapatan yang sah sesuai struktur APBD menurut UU No. 33/2004 memberikan kontribusi sebesar 7,86% dari total pembiayaan kesehatan daerah Kabupaten Pontianak bersumber pada APBD tahun anggaran 2006.

Pendapatan tersebut didapat dari dana hibah pemerintah pusat kepada daerah dalam bentuk proyek pengembangan sumber daya kesehatan atau HWS. Kegiatan HWS ini berlangsung selama lima tahun dimulai dari tahun 2004 sampai dengan tahun 2008, diharapkan setelah kegiatan HWS ini selesai pemerintah daerah dapat mengalokasikan dana APBD



sebesar 15% sesuai dengan kesepakatan pertemuan nasional Bupati dan Walikota se-Indonesia dalam rangka desentralisasi di bidang kesehatan yang diadakan pada tanggal 28 Juli 2000 yang menyatakan bahwa secara bertahap proporsi anggaran kesehatan akan ditingkatkan sehingga sesuai dengan kebutuhan standar Badan Kesehatan Dunia (WHO) yaitu minimal 5% dari *Product Domestic Regional Bruto* (PDRB) atau setara dengan minimal 15% dari APBD.

Struktur pendapatan APBD sesuai UU No.33/2004 yang terdiri dari PAD, dana perimbangan dan lain-lain pendapatan yang sah secara agregat menjadi sumber pembiayaan kesehatan daerah, walaupun secara fakta di lapangan PAD belum mempengaruhi pembiayaan kesehatan di Kabupaten Pontianak.

Pemerintah daerah dalam otonomi mempunyai empat sumber pendapatan untuk membiayai kegiatan yaitu: (1) alokasi dari pusat dalam bentuk DAU dan DAK, (2) anggaran perimbangan atau bagi hasil yang diperoleh dari pertambangan, migas, hasil hutan dan perikanan, (3) pendapatan dari pajak dan retribusi, dan (4) pinjaman dalam negeri dan luar negeri. Azwar<sup>16</sup> mengatakan jumlah dana yang tersedia di daerah dalam bentuk APBD mempengaruhi pembiayaan kesehatan daerah.

## 6. Informasi Alur Pembiayaan

Hasil penelitian melalui wawancara mendalam dengan para informan diketahui alur pembiayaan kesehatan diharapkan menjadi pedoman pada level pengambilan kebijakan pembiayaan kesehatan daerah, sehingga kesinambungan informasi ini sangat dibutuhkan.

Data pembiayaan kesehatan daerah saat ini dapat diolah melalui format DHA yang merupakan jabaran dari *National Health Account* (NHA), sehingga alur pembiayaan yang memuat jumlah dana, sumber dana, pengelola dana sampai ke mana saja dana tersebut dialokasikan terekam dalam sistem DHA. Tabel 3 berikut menunjukkan besaran alokasi pembiayaan kesehatan Kabupaten Pontianak yang bersumber dari APBD Kabupaten.

**Tabel 3. Pembiayaan Kesehatan Kabupaten Pontianak Berdasarkan Kelompok Belanja**

Belanja	Jumlah (ribuan Rp)	%
Aparatur	Rp22.449.437,00	47,22
Pelayanan Publik	Rp25.093.105,00	52,78
	Rp47.542.542,00	100,00

Pembiayaan kesehatan Kabupaten Pontianak tahun 2006 terdiri dari dua kelompok yaitu, kelompok belanja aparatur sebesar Rp22,449,437,000,00 atau 47,22% dan kelompok belanja pelayanan publik sebesar Rp25,093,105,000,00 atau 52,78%. Pembiayaan untuk belanja pelayanan publik hampir berimbang dengan belanja aparatur sehingga tujuan dari desentralisasi, prioritas pembangunan daerah dan berdasarkan visi pembangunan kesehatan Kabupaten Pontianak, serta adanya paradigma baru dari perubahan sistem anggaran pada era desentralisasi yaitu APBD harus berorientasi pada kepentingan publik belum tercapai dengan optimal.

Kesepakatan 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 WHO yaitu minimal 5% dari PDRB atau setara dengan minimal 15% dari APBD.

Hasil wawancara mendalam diketahui bahwa sektor kesehatan merupakan sektor prioritas dalam pembangunan Kabupaten Pontianak setelah pendidikan dan infrastruktur, tetapi bila dikaitkan dengan kesepakatan pertemuan nasional Bupati dan Walikota se-Indonesia, pembiayaan kesehatan bersumber dari APBD kabupaten masih perlu ditingkatkan lagi. Untuk dapat mengatasi permasalahan ini maka Kabupaten Pontianak mendapat tambahan alokasi dana pembiayaan kesehatan dari proyek HWS.

Pembiayaan kesehatan daerah Kabupaten Pontianak yang tersebar di seluruh satuan kerja di lingkungan Pemerintah Daerah jika hanya memperhatikan kegiatan kesehatan dengan kelompok belanja pelayanan publik maka hanya 9 satuan kerja yang melakukan kegiatan kesehatan berbasis pelayanan publik yaitu dinas kesehatan, RSUD dr.Rubini, dinas pekerjaan umum, dinas kependudukan, catatan sipil dan keluarga berencana, dinas lingkungan hidup, energi dan sumber daya mineral, dinas pendidikan, dinas sosial, tenaga kerja dan transmigrasi, UPT Panti Sosial (PTSW) dan sekretariat daerah. Sisanya hanya melakukan kegiatan kesehatan yang berkaitan dengan aparatur yaitu perawatan dan pengobatan lokal dan GCU.

Jika dianalisis jumlah belanja pelayanan publik sebesar Rp25,093,105,000,00 terhadap jumlah penduduk Kabupaten Pontianak tahun 2005

sebanyak 725662 jiwa maka jumlah per kapita per tahun menjadi Rp34,579,60,00. Angka ini masih jauh di bawah standar WHO, sehingga dapat dikatakan bahwa Kabupaten Pontianak belum menempatkan pembangunan kesehatan sebagai arus pembangunannya.

Pembiayaan kesehatan berdasarkan fungsi pelayanan kesehatan berdasarkan pedoman DHA terdiri dari 12 fungsi, dan dari hasil penelitian diketahui bahwa semua fungsi teralokasikan pembiayaannya. Fungsi yang mendapatkan porsi terbesar adalah fungsi perencanaan dengan alokasi 26,96% yang besarnya fungsi perencanaan ini disebabkan salah satu kegiatan dalam fungsi ini adalah pelaksanaan program, sehingga apa saja program yang dilaksanakan akan dimasukkan ke dalam fungsi perencanaan sesuai pedoman penyusunan DHA.

Jika melihat kewenangan wajib maka pembiayaan kesehatan daerah di Kabupaten Pontianak bersumber APBD tahun anggaran 2006 telah dapat membiayai seluruh kewenangan wajib yang berjumlah 9. Dari 9 kewenangan wajib yang mendapatkan alokasi pembiayaan di Kabupaten Pontianak tahun 2006, proporsi terbesar dialokasikan untuk menyelenggarakan kewenangan wajib pelayanan kesehatan dasar yaitu sebesar 54,45% atau sebesar Rp13.664.313.500,00 yang terdiri dari jenis pelayanan KIA, pelayanan kesehatan anak pra sekolah, pelayanan KB, pelayanan imunisasi, pelayanan pengobatan/perawatan, pelayanan kesehatan jiwa, pelayanan kesehatan kerja dan pelayanan kesehatan usia lanjut.

Salah satu faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan daerah adalah kemampuan menyajikan informasi alur pembiayaan kesehatan daerah termasuk informasi sumber-sumber dana yang ada sampai bagaimana penggunaan dana tersebut terhadap pencapaian program-program kesehatan.<sup>2</sup>

Informasi alur pembiayaan menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan daerah karena adanya alur informasi ini pihak perencana dan pihak pengambil kebijakan dapat menganalisis apakah kebijakan dibidang kesehatan telah dapat mengakomodasi dan memecahkan permasalahan kesehatan di Kabupaten Pontianak.

## **7. Analisis Pembiayaan Kesehatan Kabupaten Pontianak**

Otonomi daerah yang diatur dalam UU No. 22/1999 tentang Pemerintahan Daerah dan UU No. 25/1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah yang kemudian

digantikan dengan UU No. 32/2004 dan UU No.33/2004 membawa implikasi pada perubahan berbagai sektor dalam sistem sosial masyarakat termasuk sektor kesehatan.

Pembiayaan kesehatan daerah Kabupaten Pontianak yang bersumber pada APBD tahun anggaran 2006 merupakan salah satu implikasi desentralisasi yang mengamanatkan pemerintah daerah untuk memenuhi kewajiban seperti yang tercantum dalam UU No. 32/2004 Pasal 22. Hasil wawancara mendalam diperoleh informasi tentang sektor-sektor yang menjadi prioritas, yaitu: pendidikan, infrastruktur dan kesehatan. Hal ini dibuktikan dengan hasil olahan data sekunder yang menempatkan sektor kesehatan di Kabupaten Pontianak menempati tiga besar dalam skala prioritas pembangunan menurut jumlah alokasi anggaran.

Pembiayaan kesehatan daerah di lingkungan Pemerintah Daerah Kabupaten Pontianak yang bersumber dari APBD Tahun Anggaran 2006 dibagi menjadi dua kelompok, yaitu dana yang berada di sektor kesehatan yakni Dinas Kesehatan dan RSUD dr.Rubini dan dana yang berada di sektor nonkesehatan yaitu instansi lain yang melakukan kegiatan kesehatan. Alokasi terbesar berada di sektor kesehatan dibandingkan dengan sektor nonkesehatan dengan perbandingan 85,76% untuk sektor kesehatan dan 14,24% untuk sektor nonkesehatan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Gani<sup>16</sup> yang menjelaskan bahwa sumber biaya kesehatan di daerah dibagi dalam dua kelompok yaitu sektor kesehatan dan sektor nonkesehatan, yang sektor nonkesehatan adalah instansi di luar Dinas kesehatan dan RSUD yang melakukan kegiatan kesehatan.

Total seluruh pembiayaan kesehatan yang bersumber pada APBD sebesar Rp47,542,542,000,00, sehingga persentasi dana yang dialokasikan untuk pembiayaan kesehatan daerah Kabupaten Pontianak adalah sebesar 8,99% dari total APBD Kabupaten Pontianak Tahun Anggaran 2006 dan jika hanya memperhitungkan pada sektor utama saja, yaitu Dinas Kesehatan dan RSUD dr.Rubini, maka persentase dana yang dialokasikan pada pembiayaan kesehatan adalah sebesar 7,71% dari total APBD, atau sebesar 85,75% (Dinas Kesehatan 69,57% dan RSUD 16,18%) dari total pembiayaan kesehatan daerah yang bersumber dari APBD tahun anggaran 2006.

Pembiayaan kesehatan Kabupaten Pontianak yang bersumber dari APBD tahun anggaran 2006 jika dibandingkan dengan jumlah penduduk pada

tahun 2005 berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik (BPS) Kabupaten Pontianak sebesar Rp65,516.10,00 per kapita per tahun. Nilai ini adalah perhitungan secara total dari pembiayaan kesehatan daerah baik dari sektor kesehatan maupun sektor nonkesehatan. Jika hanya diperhitungkan dari sektor kesehatan saja yaitu dari Dinas Kesehatan dan RSUD dr.Rubini sebagai sektor utama kesehatan maka pembiayaan kesehatan daerah Kabupaten Pontianak adalah sebesar Rp56,184.22,00 per kapita per tahun.

Apabila dihitung berdasarkan belanja publik menjadi Rp34,579.60,00 per kapita per tahun, sehingga jika dibandingkan dengan standar WHO sebesar Rp51,000,00 per kapita per tahun maka pembiayaan kesehatan di Kabupaten Pontianak belum memenuhi standar. Jika digunakan standar 15% APBD maka pembiayaan kesehatan di Kabupaten Pontianak juga belum memenuhi standar karena baru mencapai nilai 8,99% dari total APBD tahun anggaran 2006. Hal ini perlu menjadi perhatian para praktisi kesehatan di lapangan, perlu adanya "improve" baru agar dapat mendongkrak jumlah alokasi anggaran, alasan lain nilai per kapita Kabupaten Pontianak masih rendah bisa terjadi karena pada penelitian ini hanya mengambil sumber dari APBD saja, sehingga dana dari sumber-sumber lain seperti APBN dan dekon belum diakumulasi dan diperhitungkan. Ini erat kaitannya dengan tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan daerah yang bersumber pada APBD.

Berdasarkan hasil penelitian tentang pembiayaan kesehatan di lingkungan Pemerintah Daerah Kabupaten Pontianak yang bersumber dari APBD Tahun Anggaran 2006 diketahui bahwa ternyata pengalokasian anggaran kesehatan menyebar keseluruh satuan kerja yang ada di lingkungan Pemerintah Daerah Kabupaten Pontianak. Hal ini terjadi karena setiap satuan kerja melakukan kegiatan kesehatan yaitu perawatan dan pengobatan lokal serta pemeriksaan kesehatan atau *General Check Up* (GCU) di RSUD dr. Rubini, namun dana GCU tersebut disalurkan melalui satuan kerja masing-masing (lihat Tabel 2), yang alokasi terbesar dari total pembiayaan kesehatan daerah berada di Dinas Kesehatan sebagai sektor utama sebesar Rp33,076,441,000,00 atau 69,57% dan terkecil berada di unit kerja UPT LLK-UKM, SKB, UPPD Sungai Raya dan Pelabuhan Rasau Jaya Rp3,250,000,00 atau 0,01% yang semuanya adalah Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD).

*General Check Up* (GCU) ini dilakukan untuk pejabat eselon, dimulai dari pejabat eselon IV

(setingkat kepala seksi) sampai dengan pejabat eselon II (setingkat kepala dinas sampai Sekda) dan seluruh anggota DPRD Kabupaten Pontianak. Kegiatan kesehatan yang dilakukan berupa perawatan dan pengobatan lokal, serta GCU ini merupakan kegiatan bagi aparatur pemerintah bukan pelayanan publik, namun hasil yang diinginkan dari kegiatan ini adalah memberikan peningkatan kinerja aparatur dalam melayani publik atau masyarakat demikian alasan yang disampaikan salah satu informan pada wawancara mendalam.

Sebenarnya hal ini perlu digarisbawahi karena dampak ke depan adalah menciptakan aparatur atau SDM yang sehat baik secara fisik maupun mental spiritual, sehingga diharapkan dapat terciptanya *good governance*, namun kegiatan GCU yang dilaksanakan oleh semua instansi yang ada di lingkungan Pemerintah Kabupaten Pontianak merupakan kegiatan yang tidak semestinya dibiayai pemerintah karena bukan merupakan *public goods*, externalitasnya rendah, merupakan usaha kesehatan perorangan dan bukan paket kegiatan esensial yang harus dibiayai.

Jika kita merujuk kepada keterbatasan sumber daya dalam hal ini dana APBD, kegiatan GCU yang dilakukan merupakan pemborosan sumber daya, sehingga pemilihan kegiatan sebaiknya difokuskan pada pelayanan esensial. Kegiatan GCU yang dilakukan di RSUD milik pemda pada sisi lain juga menguntungkan bagi pihak RSUD karena biaya GCU dijadikan PAD kesehatan. Kegiatan GCU ini tidak dapat dikatakan sebagai indikator kinerja bahwa kinerja PEMDA tidak baik dengan mengalokasikan dana untuk GCU, akan tetapi pada kasus ini terjadi disalokasi sumber daya. Gani<sup>14</sup> mengatakan pelayanan kesehatan yang memiliki externalitas tinggi berupa *public goods* serta merupakan paket pelayanan esensial wajib dibiayai oleh pembiayaan pemerintah.

Hasil olahan data sekunder juga menunjukkan bahwa daerah belum menempatkan alur pembiayaan kesehatan pada belanja publik. Hal ini bisa dilihat dari proporsi belanja publik dan aparatur yang tidak berbeda jauh atau bisa dikatakan hampir berimbang yaitu: belanja publik sebesar 52,78% sedangkan belanja aparatur 47,22% dari total pembiayaan kesehatan daerah.

Keppmendagri No. 29/2002 menjelaskan proporsi yang ideal adalah belanja publik 70% sedangkan belanja aparatur 30%, sehingga masih terjadi kesenjangan yang lebar. Permasalahan ini juga masih perlu dicermati oleh para pengambil kebijakan sebagai bahan pertimbangan dalam membelanjakan sumber daya, sehingga lebih mengarah kepada *public oriented*.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

### **Kesimpulan**

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 di Kabupaten Pontianak. Pembiayaan kesehatan Kabupaten Pontianak per kapita per tahun jika dilihat dari belanja publik yang bersumber pada APBD tahun 2006 belum mencapai nilai standar yang ditetapkan oleh WHO, namun demikian belum dapat dikatakan kinerja sektor kesehatan itu belum baik karena mengingat sumber daya yang terbatas dalam hal ini alokasi anggaran.

### **Saran**

Hendaknya melakukan pelatihan tentang DHA bagi pihak instansi pengusul baik Dinas Kesehatan Kabupaten Pontianak dan RSUD dr.Rubini agar dapat membuat informasi alur pembiayaan dengan menggunakan format dan pedoman DHA beserta analisisnya setiap tahun secara berkesinambungan, agar dapat dijadikan pedoman dan bahan advokasi kepada para pengambil kebijakan di daerah.

Pemerintah Kabupaten Pontianak diharapkan tetap konsisten dalam memegang komitmennya terhadap sektor kesehatan yang merupakan salah satu prioritas pembangunan melalui peningkatan jumlah alokasi anggaran walaupun secara bertahap sehingga dapat mencapai 15% dari total APBD sesuai kesepakatan Bupati/Walikota se-Indonesia.

Penelitian lanjutan dengan desain dan metode berbeda terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan daerah sangat diperlukan untuk mengetahui apakah faktor-faktor tersebut juga bisa mempengaruhi pembiayaan kesehatan di tempat yang berbeda.

### **KEPUSTAKAAN**

1. Mardiasmo. Otonomi dan Manajemen Keuangan Daerah. Andi Offset. Yogyakarta. 2002.
2. Departemen Kesehatan RI. Konseptual Framework Provincial Health Account (PHA), District Health Account (DHA) bersumber Pemerintah, Biro Keuangan Departemen Kesehatan RI, Jakarta. 2004.
3. Thabrany, H. Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia. Raja Grafindo Persada. Jakarta. 2005.
4. Departemen Kesehatan RI. Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat, Depkes RI, Jakarta. 2003.
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Pontianak. Proposal HWS Kabupaten Pontianak 2006. Mempawah, Kalimantan Barat. 2005.
6. Soewondo, P. Studi Pembiayaan Kesehatan di Yogyakarta dan Lampung. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Depok. 2003.
7. Irwansyah. Analisis Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah di Kabupaten Lampung Selatan. Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Indonesia. 2003.
8. Volini, N. Analisis Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah di Kota Depok. Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Indonesia. 2003.
9. Lestari, N.I. Analisis Pembiayaan Kesehatan Daerah Bersumber Pemerintah di Kabupaten Tangerang. Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Indonesia. 2003.
10. Dinas Kesehatan Kabupaten Ketapang. DHA Kabupaten Ketapang, Ketapang Kalimantan Barat. 2003.
11. Dharmawan, T.W. Analisis Alokasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah dalam Pelaksanaan Desentralisasi Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Sukabumi. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Indonesia. 2004.
12. Dunn, W.N. Pengantar Analisis Kebijakan Publik, edisi kedua. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta. 2000.
13. Gani, A. Analisis Biaya Program Kesehatan Masyarakat dalam Kebijakan Desentralisasi. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Depok. 2002.
14. Gani, A. Reformasi Pendanaan Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Depok. 1998.
15. Sariasih, A. 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, Indonesia. 2005.
16. Gani, A. Konsep dan Klarifikasi Biaya. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Depok. 2001.