

KONTRIBUSI ANGGARAN PEMERINTAH DALAM PEMBIAYAAN PROGRAM KESEHATAN PADA ERA OTONOMI DAERAH (Studi Kasus pada Dua Kabupaten di Jawa Timur)

*THE CONTRIBUTION OF GOVERNMENT BUDGET THAT FINANCING
THE HEALTH PROGRAMS ON DISTRICT AUTONOMY
(The Case Study in Two Regency in East Java)*

Wasis Budiarto dan Ristrini

Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan dan Teknologi Kesehatan
Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Departemen Kesehatan Republik Indonesia

ABSTRACT

Background and Objective: This objective of research was to analyze the health financing that contributed by Government Budget Institution in order to district autonomy in East Java. This financing research focused on health financing by the government. The data collected retrospectively, namely for the year 1999, 2000 and 2001, from many government institutions in Magetan and Bojonegoro. The data analysis was done descriptively.

Result: This research result indicated that the health fund proportion toward district budget while in Magetan respectively in 1999, 2000, and 2001 are 1,36%, 1,79%, and 1,76%, and in Bojonegoro respectively 2,87%, 2,23% and 1,38%. The contribution of Nonhealth Institution for the health toward their total district budget were relatively low namely in Magetan 0,80%, 0,89% and 0,68% for years 1999, 2000 and 2001 respectively, while in Bojonegoro in the same years were 1,79%, 1,19% and 0,98%. From those total financing, in Magetan respectively are 88,40%, 80,25% and 80,87% used for the community health services while in Bojonegoro are 86,66%, 84,54% and 78,34% in same years. The operational cost dominating the financing in both of two areas.

Conclusions: It was necessary Health Office Regency must capable in comprehensive health accounting focusing public goods program and health care program for protecting the poor.

Keywords: government budget, health financing, district autonomy

PENGANTAR

Otonomi daerah merupakan suatu proses yang memerlukan transformasi paradigmatik dalam penyelenggaraan pemerintahan di daerah. Ditinjau dari aspek ekonomi, perubahan utama terletak pada perspektif bahwa sumber-sumber ekonomi yang tersedia di daerah harus dikelola secara mandiri dan bertanggung jawab serta hasilnya lebih

diorientasikan pada peningkatan kesejahteraan dan pelayanan kepada masyarakat di daerah. Tugas pengelolaan merupakan mandat masyarakat di daerah yang menjadi kewajiban bagi manajemen pemerintahan di daerah untuk melaksanakannya. Hal tersebut terkait dengan perlunya mekanisme pengelolaan keuangan daerah yang efisien dan efektif dalam rangka peningkatan kesejahteraan dan pelayanan kepada masyarakat.¹

Menyadari pentingnya pelaksanaan otonomi daerah dan desentralisasi fiskal tersebut, maka pemerintah telah mengeluarkan perangkat perundang-undangan untuk mendukung kesuksesan otonomi daerah yaitu dengan mengeluarkan Undang-Undang (UU) No. 22 Tahun 1999, UU No. 25 Tahun 1999, PP No. 25, 84, 104, 105, 106, dan 107 Tahun 2000. Diharapkan perangkat perundang-undangan di bidang otonomi daerah dan desentralisasi fiskal tersebut akan membawa dampak luas terhadap tata kehidupan pemerintahan di daerah dan hubungan keuangan antara pemerintah pusat dan daerah.

Dalam bidang pembiayaan kesehatan, hal yang penting untuk mendapat perhatian dari UU No. 22 Tahun 1999 dan PP No.25 Tahun 2000 tersebut adalah bahwa dalam bidang keuangan, semua pembiayaan kesehatan (kecuali yang bersifat khusus) dipusatkan pada Kepala Daerah bersama keuangan sektor lain, dalam bentuk Dana Alokasi Umum (DAU) dan Dana Alokasi Khusus (DAK) yang menggantikan pola lama. Dalam pola DAU maka anggaran kesehatan tidak saja disatukan antara anggaran dari Departemen Kesehatan, Departemen Dalam Negeri, dan sumber lain, tetapi anggaran kesehatan juga disatukan dengan sektor lainnya (pendidikan, pertanian, pekerjaan umum dan sebagainya). Dalam plot anggaran bersama tersebut, alokasi ke bidang kesehatan akan ditentukan oleh Kepala Daerah bersama DPRD disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan daerah.

Pembiayaan kesehatan pada dasarnya adalah sekumpulan dana dan penggunaan dana untuk pembiayaan secara langsung dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. *National Health Account* (NHA) menurut WHO adalah:

"is an intergrated set of cross-classification purporting to measure health related activity and economic flows, and resource use contributing to the enhancement of health status".²

Konsep NHA tersebut di dalamnya terdapat aliran keuangan (*flow of fund: where the money from, and where it goes, and how it is used*) dan matrik dari aliran keuangan tersebut.³

Dengan mengetahui besarnya pembiayaan untuk program-program kesehatan khususnya yang berasal dari instansi pemerintah nonkesehatan dapat dipakai sebagai dasar mengambil langkah-langkah yang strategis dalam rangka pengajuan anggaran pembiayaan kesehatan untuk periode berikutnya melalui forum advokasi dengan eksekutif maupun lembaga legislatif di daerah.

Secara umum penelitian ini ingin mengkaji peran serta anggaran instansi pemerintah dalam pembiayaan program kesehatan di daerah, khususnya ditinjau dari aspek besarnya kontribusi instansi pemerintah sebagai lembaga *intermediary*, serta ditinjau dari aspek fungsi atau penggunaan biaya program kesehatan

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang menggambarkan kondisi pembiayaan kesehatan di Kabupaten Magetan dan Bojonegoro. Kondisi tersebut memuat kontribusi instansi nonkesehatan pada anggaran kesehatan di dua kabupaten tersebut. Konsep penghitungan pembiayaan kesehatan yang dilakukan mengacu pada konsep WHO yang digunakan oleh negara-negara berkembang (*OECD Countries*) yang memungkinkan untuk dilaksanakan di negara-negara sedang berkembang maupun negara telah berkembang.² Ketersediaan data di dua kabupaten tidak jauh berbeda, baik dalam sistem manajemen keuangan secara makro maupun dalam sistem monitoring keuangan pembiayaannya.⁴

Data pembiayaan dari berbagai sumber instansi pemerintah tersebut dikumpulkan secara retrospektif yaitu upaya menghitung pembiayaan kesehatan di masa lalu, selanjutnya diolah dan diklasifikasikan dan pada langkah berikutnya dianalisis dengan metode penghitungan pembiayaan kesehatan yang telah diberlakukan dalam DHA maupun NHA.⁵

Sumber pembiayaan dari pemerintah pada penelitian ini meliputi: 1) pembiayaan yang bersumber dari anggaran pembangunan sektor kesehatan, yang terdiri dari DIP rupiah murni, DIP Inpres, OPRS, DIK DO atau SBO-RSUD, anggaran rutin sektor kesehatan dan dana hibah; 2) pembiayaan dari sektor terkait. Kuesioner dalam penelitian ini meliputi dua komponen yaitu komponen proses penganggaran daerah mulai dari persiapan, penyusunan maupun pelaksanaan anggaran, dan komponen besarnya pembiayaan yang dialokasikan untuk program-program kesehatan khususnya yang bersumber dari pemerintah saja.

Cara Pengumpulan Data

Dalam operasionalnya, penelitian ini menggunakan informasi dari berbagai sumber dengan cara pengumpulan data sekunder, di bagian keuangan dan anggaran instansi yang bersangkutan. Instansi-instansi tersebut meliputi dinas kesehatan kabupaten-kota, RSUD, Puskesmas, pemerintah kabupaten-kota yang terdiri atas Bappeda, bagian keuangan dan anggaran serta sektor terkait yaitu BKKBN, Dinas Sosial, Dinas Nakertrans, Dinas Pendidikan Nasional, PT Askes.

Di samping data-data keuangan, kajian ini juga memerlukan dukungan data-data sekunder lainnya berupa: a) profil kesehatan masing-masing kabupaten-kota, b) laporan tahunan, c) peraturan daerah tentang kesehatan, d) pedoman teknis dan petunjuk pelaksanaan APBD kabupaten-kota.

Cara Analisis Data

Analisis data dilakukan secara deskriptif, yang mendeskripsikan tentang pembiayaan kesehatan dari instansi pemerintah nonkesehatan di dua kabupaten baik menurut instansi sebagai lembaga *intermediary*, menurut fungsi pelayanan kesehatan, maupun jenis pembiayaannya selama tiga tahun yakni sebelum otonomi tahun 1999, 2000, dan selama otonomi daerah tahun 2001.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini hanya memfokuskan pada kontribusi instansi pemerintah nonkesehatan dalam pembiayaan kesehatan di Kabupaten Magetan dan Bojonegoro. Pembiayaan yang bersumber dari biaya pemerintah adalah semua bentuk pembiayaan yang dialokasikan oleh pemerintah (pusat, propinsi, kabupaten-kota) untuk pembangunan kesehatan, baik upaya kesehatan yang bersifat langsung untuk pelayanan kesehatan maupun secara tidak langsung, tetapi keberadaannya sangat mempengaruhi derajat kesehatan kelompok masyarakat.

Dalam penelitian ini, pembiayaan kesehatan dari pemerintah di daerah kabupaten-kota ditinjau dari dua aspek pokok seperti yang dikemukakan dalam penghitungan pembiayaan kesehatan nasional (*National Health Account*) yaitu dari: a) aspek lembaga yang membiayai program-program kesehatan (*intermediary*), b) aspek fungsi atau penggunaan pembiayaan kesehatan menurut jenis pelayanan kesehatan maupun jenis pembiayaannya.

1. Pembiayaan Kesehatan menurut Lembaga *Intermediary*

a. Kabupaten Magetan

Pembiayaan kesehatan dari instansi pemerintah nonkesehatan di dua kabupaten yang meliputi Pemda, BKKBN, Askes,

Disnakertrans, Dinas Sosial dan Dinas Pendidikan Nasional tidak menunjukkan kenaikan yang cukup signifikan. Pembiayaan kesehatan menurut lembaga *intermediary* di Kabupaten Magetan tampak pada Tabel 1.

naik (0,91%), yang selanjutnya tahun 2001 (1,08%). Persentase anggaran kesehatan yang berasal dari instansi pemerintah nonkesehatan relatif kecil yakni tahun 1999 (0,80%), tahun 2000 (0,89%) dan tahun 2001 (0,68%).

Tabel 1. Pembiayaan Kesehatan Menurut Lembaga *Intermediary* Di Kabupaten Magetan (juta rupiah)

No	INSTANSI	1999	2000	2001
1	Dinas Kesehatan			
	a. Jumlah anggaran	1.211,16	1.912,70	2.829,70
	b. Anggaran Kesehatan	1.211,16	1.912,70	2.829,70
	c. % Anggaran Kesehatan	100,0	100,0	100,0
2	6 Instansi Nonkesehatan*			
	a. Jumlah anggaran	9.678,45	11.704,18	10.767,40
	b. Anggaran Kesehatan	1.749,57	1.872,67	1.782,32
	c. % Anggaran Kesehatan terhadap Anggaran	18,08	16,00	16,55
3	Dinkes + 6 Instansi Nonkesehatan			
	a. Jumlah Anggaran	10.889,61	13.616,88	13.597,10
	b. Anggaran Kesehatan	2.960,73	3.785,37	4.612,02
	c. % Anggaran Kesehatan terhadap Anggaran	27,19	27,80	33,98
4	APBD II			
	a. Jumlah APBD II	218.437,59	211.185,67	262.469,22
	b. Anggaran Kesehatan	2.960,73	3.785,37	4.612,02
	c. % Anggaran Kesehatan terhadap APBD	1,36	1,79	1,76
	d. % Anggaran Kesehatan dari Instansi Nonkesehatan terhadap APBD II	0,80	0,89	0,68

*) 6 Instansi Nonkesehatan yang menganggarkan program kesehatan: Pemda, BKKBN, Askes, Disnakertrans, Dinas Sosial, dan Dinas Diknas.

Dari Tabel 1 tersebut juga tampak bahwa anggaran kesehatan di Kabupaten Magetan baik yang bersumber dari dinkes maupun instansi pemerintah nondinkes cukup besar yang ditunjukkan pada kontribusi anggaran kesehatan terhadap total anggaran dari dinkes ditambah enam instansi secara keseluruhan yaitu tahun 1999 (27,19%), tahun 2000 (27,80%) dan tahun 2001 (33,98%). Kontribusi anggaran kesehatan terhadap APBD II di Kabupaten Magetan relatif kecil dan tetap yakni tahun 1999 (1,36%), tahun 2000 (1,79%), tahun 2001 (1,76%). Peningkatan APBD II di Kabupaten Magetan juga tidak terlalu besar dari tahun 1999, 2000, dan 2001, sedangkan anggaran dinkes terhadap APBD II secara absolut dan relatif juga mengalami peningkatan yakni pada tahun 1999 (0,55%) dan tahun 2000

b. Kabupaten Bojonegoro

Seperti halnya dengan Kabupaten Magetan, pembiayaan untuk kesehatan yang dikeluarkan oleh instansi nonkesehatan yang meliputi Pemda, BKKBN, Askes, Disnakertrans, Dinas Sosial dan Dinas Pendidikan Nasional mengalami kenaikan sebesar 2,56% untuk tahun 1999-2000 dan meningkat lagi sebesar 15,95% untuk tahun 2000-2001, walaupun jumlah anggaran mereka relatif sama antara tahun 1999, 2000, dan 2001.

Peran lintas sektor dalam meningkatkan status kesehatan di samping mendukung dengan jumlah anggaran kesehatan di instansinya yang cenderung meningkat baik secara absolut maupun relatif juga mendukung dalam bentuk partisipasi staf dalam peningkatan derajat kesehatan melalui kerja sama lintas sektor.

Tabel 2. Pembiayaan Kesehatan Menurut Lembaga *Intermediary*
Di Kabupaten Bojonegoro (juta rupiah)

No	INSTANSI	1999	2000	2001
1	Dinas Kesehatan			
	a. Jumlah anggaran	1.349,24	1.983,40	2.079,67
	b. Anggaran Kesehatan	1.349,24	1.983,40	2.079,67
	c. % Anggaran Kesehatan	100,0	100,0	100,0
2	6 Instansi Nonkesehatan			
	a. Jumlah Anggaran	12.393,92	12.286,50	13.352,06
	b. Anggaran Kesehatan	2.224,59	2.281,43	2.645,30
	c. % Anggaran Kesehatan terhadap Anggaran	17,95	18,57	19,81
3	Dinkes + 6 Inst Nonkesehatan			
	a. Jumlah Anggaran	13.743,16	14.269,90	15.431,73
	b. Anggaran Kesehatan	3.573,83	4.264,83	3.724,97
	c. % Anggaran Kesehatan terhadap Anggaran	26,00	29,89	24,14
4	APBD II			
	a. Jumlah APBD II	124.312,31	191.091,52	269.493,21
	b. Anggaran Kesehatan	3.573,83	4.264,83	3.724,97
	c. % Anggaran Kesehatan terhadap APBD	2,87	2,23	1,38
	d. % Anggaran Kesehatan dari Instansi Nonkesehatan terhadap APBD II	1,79	1,19	0,98

*) 6 Instansi Nonkesehatan yang menganggarkan program kesehatan: Pemda, BKKBN, Askes, Disnakertrans, Dinas Sosial dan Dinas Diknas

Dari Tabel 2 tersebut juga tampak bahwa anggaran kesehatan di Kabupaten Bojonegoro baik yang bersumber dari dinkes maupun instansi pemerintah nonkesehatan cukup besar yang ditunjukkan pada kontribusi anggaran kesehatan terhadap total anggaran instansi pemerintah secara keseluruhan yaitu tahun 1999 (26,0%), tahun 2000 (29,89%), dan tahun 2001 (24,14%). Kontribusi anggaran kesehatan terhadap APBD II di Kabupaten Bojonegoro relatif mengalami penurunan yakni tahun 1999 (2,87%), tahun 2000 (2,23%) dan pada tahun 2001 (1,38%). Kontribusi anggaran kesehatan dari instansi pemerintah nonkesehatan terhadap APBD II untuk tahun 1999 (1,79%), tahun 2000 (1,19%) dan 2001 (0,98%). Tampaknya baik di Kabupaten Bojonegoro maupun Magetan kontribusi anggaran kesehatan terhadap APBD II relatif kecil di bawah kesepakatan bupati atau walikota se-Indonesia.

2. Pembiayaan Kesehatan Menurut Fungsi Pelayanan Kesehatan

Fungsi pelayanan meliputi dua komponen penting yaitu pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Sesuai dengan klasifikasi fungsi pelayanan kesehatan yang bersumber dari anggaran pemerintah dari hasil *Workshop* NHA di Indonesia, maka fungsi pelayanan kesehatan perorangan meliputi perawatan rawat inap, rawat jalan, kesehatan ibu dan anak, perawatan kesehatan gigi, farmasi dan obat-obatan, laboratorium, jasa transportasi pasien dan ambulans, serta alat-alat kesehatan, sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat meliputi preventif dan promotif kesehatan, Diklat Nakes, litbang, POM, kesling, pengawasan air bersih, vaksinasi, administrasi program kesehatan dan asuransi, investasi dan kapitasi kesehatan, kesehatan tenaga kerja, dan pengeluaran lain yang belum terklasifikasikan.

a. Kabupaten Magetan

Pembiayaan kesehatan menurut fungsi pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di Kabupaten Magetan tampak pada Tabel 3.

Jika dilihat dari kontribusi instansi lintas sektor (nonkesehatan) yang menunjukkan lebih dari 80% anggaran kesehatan digunakan untuk pelayanan kesehatan masyarakat yang pada tahun 1999 (88,40%), tahun 2000 (80,25%) dan pada tahun 2001 turun (80,87%). Secara keseluruhan tampak bahwa pembiayaan yang dialokasikan untuk pelayanan kesehatan masyarakat cukup besar yaitu tahun 1999 (89,33%), tahun 2000 (84,28%) dan tahun 2001 turun (83,29%).

b. Kabupaten Bojonegoro

Seperti halnya di Kabupaten Magetan, maka di Kabupaten Bojonegoro fungsi pelayanan kesehatan juga lebih diarahkan kepada pelayanan kesehatan masyarakat, khususnya jika dilihat dari aspek pembiayaannya yang tampak pada Tabel 4.

Dilihat dari aspek pembiayaannya, tampak bahwa dikontribusi pembiayaan instansi pemerintah nonkesehatan di Kabupaten Bojonegoro yang dialokasikan untuk pelayanan kesehatan masyarakat juga cukup besar yaitu tahun 1999 (86,66%), tahun 2000 (84,54%) dan pada tahun 2001 turun

Tabel 3. Pembiayaan Kesehatan Menurut Fungsi Pelayanan Kesehatan (Yankes) Di Kabupaten Magetan (Dalam Juta Rupiah)

No	FUNGSI YANKES	1999		2000		2001	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	Dinas Kesehatan						
	a. Yankes perorangan	113,00	9,33	225,28	11,79	429,73	15,19
	b. Yankes masyarakat	1.098,16	90,67	1.687,51	88,22	2.399,97	84,81
	c. Total	1.211,16	100,0	1.912,79	100,0	2.829,70	100,0
2	6 Instansi Nonkesehatan						
	a. Yankes perorangan	202,89	11,60	369,92	19,75	341,00	19,13
	b. Yankes masyarakat	1.546,68	88,40	1.502,75	80,25	1.441,32	80,87
	c. Total	1.749,57	100,0	1.872,67	100,0	1.782,32	100,0
3	Dinkes+ 6 Instansi Nonkesehatan						
	a. Yankes perorangan	315,89	10,67	595,20	15,72	770,73	16,71
	b. Yankes masyarakat	2.644,84	89,33	3.190,17	84,28	3.841,29	83,29
	c. Total	2.960,73	100,0	3.785,37	100,0	4.612,02	100,0

*) 6 Instansi nondinkes yang menganggarkan program kesehatan: Pemda, BKKBN, Askes, Disnakertrans, Dinas Sosial dan Dinas Pendidikan Nasional

Tabel 4. Pembiayaan Kesehatan Menurut Fungsi Pelayanan Kesehatan Di Kabupaten Bojonegoro (Juta Rupiah)

No	FUNGSI YANKES	1999		2000		2001	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	Dinas Kesehatan						
	a. Yankes perorangan	119,24	8,84	396,59	20,00	231,87	11,15
	b. Yankes masyarakat	1.230,00	91,16	1.586,81	80,00	1.847,80	88,85
	c. Total	1.349,24	100,0	1.983,40	100,0	2.079,67	100,0
2	6 Instansi Nonkesehatan						
	a. Yankes perorangan	296,75	13,34	368,16	15,46	356,32	21,66
	b. Yankes masyarakat	1.927,84	86,66	1.913,27	84,54	1.288,98	78,34
	c. Total	2.224,59	100,0	2.281,43	100,0	1.645,30	100,0
3	Dinkes + 6 Instansi Nonkesehatan						
	a. Yankes perorangan	415,99	11,64	764,75	17,93	588,19	15,79
	b. Yankes masyarakat	2.157,84	88,36	3.500,08	82,07	3.136,78	84,21
	c. Total	3.573,83	100,0	4.264,83	100,0	3.724,97	100,0

*) 6 Instansi nondinkes yang menganggarkan program kesehatan: Pemda, BKKBN, Askes, Disnakertrans, Dinas Sosial dan Dinas Pendidikan Nasional

(78,34%). Di sini menunjukkan bahwa instansi pemerintah nonkesehatan di daerah juga sudah mengalokasikan anggarannya untuk pelayanan kesehatan perorangan.

3. Pembiayaan Kesehatan menurut Jenis Biaya

Pembagian berikutnya adalah menurut jenis pembiayaannya. Hasil ini akan digunakan untuk lebih mencermati pengeluaran kesehatan dari sisi besarnya investasi maupun operasionalnya. Sesuai dengan definisinya maka biaya operasional adalah biaya yang habis dalam masa setahun atau kurang, sedangkan biaya investasi adalah biaya yang digunakan untuk pembelian bahan atau alat yang umurnya lebih dari 1 tahun.

a. Kabupaten Magetan

Kabupaten Magetan lebih memprioritaskan pada kegiatan operasional yang tampak pada proporsi pembiayaan kesehatan untuk operasional mencapai 90,85% pada tahun 1999, 88,15% pada tahun 2000 dan pada tahun 2001 mencapai 85,14% dari total anggarannya, seperti tampak pada Tabel 5.

Dari Tabel 5 tersebut tampak bahwa pembiayaan kesehatan yang berasal dari pemda kabupaten, BKKBN, Askes semuanya digunakan untuk pembiayaan operasional kesehatan, sedangkan dari dinas nonkesehatan lainnya anggaran kesehatan yang digunakan untuk operasional tahun 1999 (88,37%), tahun 2000 (86,53%) dan tahun 2001 (85,46%).

Tabel 5 Pembiayaan Kesehatan Menurut Jenis Biaya Di Kabupaten Magetan (Dalam Juta Rupiah)

No	Unit Yankes dan Jenis Biaya	1999			2000			2001		
		Instansi Pemerintah		Swasta/ Masyarakat	Instansi Pemerintah		Swasta/ Masyarakat	Instansi Pemerintah		Swasta/ Masyarakat
		Jumlah	%		Jumlah	%		Jumlah	%	
1	Dinas Kesehatan									
	a. Biaya Operasional	1.051,16	86,79	-	1.578,70	82,54	-	2.207,20	78,00	-
	b. Biaya Investasi	160,00	13,21	-	334,00	17,46	-	622,50	22,00	-
	c. Total	1.211,16	100,0	-	1.912,79	100,0	-	2.829,70	100,0	-
2	Pemda Kabupaten									
	a. Biaya Operasional	119,27	100,0	-	137,76	100,0	-	245,45	100,0	-
	b. Biaya Investasi	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	c. Total	119,27	100,0	-	137,76	100,0	-	245,45	100,0	-
3	BKKBN									
	a. Biaya Operasional	5,50	100,0	-	15,00	100,0	-	26,50	100,0	-
	b. Biaya Investasi	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	c. Total	5,50	100,0	-	15,00	100,0	-	26,50	100,0	-
4	Askes									
	a. Biaya Operasional	697,39	100,0	-	869,92	100,0	-	1.078,37	100,0	-
	b. Biaya Investasi	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	c. Total	697,39	100,0	-	869,92	100,0	-	1.078,37	100,0	-
5	Dinas Nonkesehatan Lain									
	a. Biaya Operasional	819,54	88,37	-	735,42	86,53	-	369,20	85,46	-
	b. Biaya Investasi	107,87	11,63	-	114,48	13,47	-	62,80	14,54	-
	c. Total	927,41	100,0	-	849,90	100,0	-	432,00	100,0	-
6	Total Kesehatan+ Nonkesehatan									
	a. Biaya Operasional	2.692,86	90,95	-	3.336,80	88,15	-	3.926,72	85,14	-
	b. Biaya Investasi	267,87	9,05	-	448,57	11,85	-	685,30	14,86	-
	c. Total	2.960,73	100,0	-	3.785,37	100,0	-	4.612,02	100,0	-

b. Kabupaten Bojonegoro

Seperti pada Kabupaten Magetan, maka Kabupaten Bojonegoro juga lebih memprioritaskan pada kegiatan operasional yang tampak pada proporsi pembiayaan kesehatan untuk operasional mencapai 92,90% pada tahun 1999, 87,64% pada tahun 2000 dan pada tahun 2001 menjadi 94,08%, yang tampak pada Tabel 6.

Dari Tabel 6 tersebut tampak bahwa pembiayaan yang berasal dari Pemda dan BKKBN seluruhnya digunakan untuk biaya operasional program kesehatan. Instansi lain nondinkes mengalokasikan anggarannya untuk biaya operasional, sedangkan dari Askes sekitar 90% dari total biaya kesehatan digunakan untuk biaya operasional.

PEMBAHASAN

Jika kita lihat alokasi pembiayaan untuk program kesehatan di Magetan yang hanya 1,36% sampai dengan 1,79% dari APBD II dan di Bojonegoro yang juga kecil yakni 1,38% sampai dengan 2,87%, maka timbul pertanyaan berapa sebenarnya alokasi pemerintah yang diperlukan untuk pembiayaan kesehatan di daerah? Ada pemikiran bahwa pemerintah daerah hendaknya mengalokasikan sebesar 15% dari APBD-nya untuk kesehatan, atau 5% dari PDRB daerah yang bersangkutan. Terdapat beberapa masalah jika kita menghitung besarnya pembiayaan kesehatan di daerah dengan menggunakan persentase tersebut. Pertama, untuk daerah miskin yang PAD-nya rendah dan alokasi

Tabel 6. Pembiayaan Kesehatan Menurut Jenis Biaya Di Kabupaten Bojonegoro (Dalam Juta Rupiah)

No	Unit Yankes dan Jenis Biaya	1999		2000		2001		Swasta/ Masyarakat
		Instansi Pemerintah Jumlah	%	Instansi Pemerintah Jumlah	%	Instansi Pemerintah Jumlah	%	
1	Dinas Kesehatan							
	a. Biaya Operasional	1.230,00	91,16	1.608,79	81,11	1.584,53	76,19	-
	b. Biaya Investasi	119,24	8,84	374,61	18,89	495,14	23,81	-
	c. Total	1.349,24	100,0	1.983,40	100,0	2.079,67	100,0	-
2	Pemda Kabupaten							
	a. Biaya Operasional	495,23	100,0	379,86	100,0	275,76	100,0	-
	b. Biaya Investasi	-	-	-	-	-	-	-
	c. Total	495,23	100,0	379,86	100,0	275,76	100,0	-
3	BKKBN							
	a. Biaya Operasional	43,41	100,0	41,42	100,0	22,58	100,0	-
	b. Biaya Investasi	-	-	-	-	-	-	-
	c. Total	43,41	100,0	41,42	100,0	22,58	100,0	-
4	Askes							
	a. Biaya Operasional	1.249,64	91,06	1.365,32	89,96	931,15	88,13	-
	b. Biaya Investasi	122,60	8,94	152,40	10,04	125,41	11,87	-
	c. Total	1.372,24	100,0	1.517,72	100,0	1.056,56	100,0	-
5	Dinas Nonkesehatan Lain							
	a. Biaya Operasional	301,91	96,24	342,43	100,0	290,40	100,0	-
	b. Biaya Investasi	11,80	3,76	-	-	-	-	-
	c. Total	313,71	100,0	342,43	100,0	290,40	100,0	-
6	Total Kesehatan+ Nonkesehatan							
	a. Biaya Operasional	3.320,19	92,90	3.737,82	87,64	3.104,42	94,08	-
	b. Biaya Investasi	253,64	7,10	527,01	12,36	620,55	16,66	-
	c. Total	3.573,83	100,0	4.264,83	100,0	3.724,97	100,0	-

anggaran pusat (DAU) terbatas, maka angka 15% dari APBD tentu akan menyerap cukup banyak anggaran daerah untuk kesehatan, sehingga menyebabkan sektor lain tidak mendapat alokasi yang cukup. Lebih-lebih lagi dengan alokasi anggaran pendidikan yang 20%, maka jelas sektor lain di luar kesehatan dan pendidikan, akan mendapatkan alokasi yang sangat kecil. Sebaliknya bagi daerah dengan penghasilan yang sangat besar, angka 15% dari APBD bisa melampaui kebutuhan riil sektor kesehatan sehingga terjadi *over budget*. Kondisi ideal, kebutuhan alokasi anggaran pemerintah untuk kesehatan seharusnya US\$ 4,45 per kapita.⁶ Angka tersebut masih sedikit di bawah angka ideal yang disarankan oleh Bank Dunia sebesar US\$ 5 per kapita.⁷

Pembiayaan program pelayanan kesehatan masyarakat di Kabupaten Magetan sebesar 2,64 sampai dengan 3,84 milyar rupiah per tahun dan di Bojonegoro antara 2,15-3,50 milyar rupiah per tahun tampaknya sangat kecil, karena dibagi dengan jumlah penduduk maka biaya yang dialokasikan pemerintah untuk pelayanan kesehatan masyarakat rata-rata per kapita per tahun sebesar Rp3.530,00-Rp5.135,00 di Magetan dan Rp1.599,00-Rp2.603,00 di Bojonegoro. Hal tersebut terlihat rendah bila dibandingkan dengan kebutuhan biaya yang sebenarnya, bahwa untuk program kesehatan masyarakat (yang termasuk *public goods*) diperkirakan kebutuhan biayanya sekitar US \$ 2 per kapita per tahun atau Rp17.500,00 per kapita per tahun, sedangkan untuk pelayanan kesehatan esensial bagi penduduk miskin, rata-rata kebutuhan biaya tersebut adalah Rp10.000,00 per kepala keluarga miskin per tahun untuk rawat jalan termasuk subsidi gizi dan Rp25.000,00 per kepala keluarga miskin per tahun untuk pelayanan rujukan di rumah sakit. Jadi per kepala keluarga miskin diperlukan dana sebesar Rp35.000,00 per kepala keluarga per tahun. Namun demikian, karena anggaran

pemerintah terbatas, yang perlu diberikan kepada penduduk miskin adalah pelayanan yang bersifat esensial, artinya bisa bersifat '*life saving*' dan menyangkut penduduk rentan.⁸

Hal yang paling penting dalam pembiayaan sektor kesehatan daerah adalah menentukan berapa besar biaya yang dibutuhkan untuk program-program kesehatan. Untuk itu, dinas kesehatan daerah kabupaten-kota harus mampu melakukan analisis kebutuhan biaya. Fokusnya adalah pada program yang menjadi tanggungjawab pemerintah, yaitu: a) program yang tergolong sebagai *public goods*, dan b) program pemeliharaan kesehatan bagi penduduk miskin.

Dinas kesehatan harus mampu melakukan *health accounting* secara komprehensif untuk mengetahui berapa sebetulnya anggaran atau potensi biaya kesehatan yang ada di daerah yang bersangkutan, termasuk pengeluaran masyarakat untuk kesehatan, biaya kesehatan perusahaan swasta dan biaya kesehatan pemerintah. Di lain pihak, pemda kabupaten-kota hendaknya melakukan alokasi DAU dan PAD atau sumber dana lain untuk kesehatan, paling tidak untuk memenuhi kebutuhan biaya dua kelompok program yang menjadi tanggungjawab pemerintah (*public goods* dan *protecting the poor*). Nilai kebutuhan biaya untuk kedua program tersebut harus diadvokasikan oleh Dinas Kesehatan kepada Pemda (Tim Eksekutif Anggaran) dan DPRD (Panitia Anggaran Legislatif) agar alokasi pembiayaan kesehatan di dasarkan pada kebutuhan riilnya. Diharapkan dengan terjadinya sinkronisasi perencanaan anggaran dan pembiayaan kesehatan di daerah antara eksekutif, dalam hal ini adalah pemerintah kabupaten-kota melalui tim eksekutif anggaran, dengan pihak legislatif yakni DPRD melalui Panitia Anggaran Legislatif maka permasalahan pembangunan kesehatan di daerah akan berlangsung secara berkesinambungan. Dengan pembiayaan kesehatan yang rendah mengakibatkan

konsep dan infrastruktur yang sebetulnya cukup baik tidak bisa berfungsi secara optimal.

KESIMPULAN DAN SARAN

1. Kontribusi anggaran kesehatan terhadap APBD II di Kabupaten Magetan relatif kecil yakni 1,36%, 1,79%, 1,76% pada tahun 1999, 2000 dan 2001, sedangkan anggaran dinkes terhadap APBD II secara absolut dan relatif juga mengalami peningkatan yakni tahun 1999 (0,55%), tahun 2000 (0,91%) dan tahun 2001 (1,08%). Persentase anggaran kesehatan yang berasal dari instansi pemerintah non-kesehatan relatif kecil yakni 0,80%, 0,89% dan 0,68% untuk tahun 1999, 2000 dan 2001. Di Bojonegoro, kontribusi anggaran kesehatan terhadap APBD II pada tahun 1999 (2,87%), tahun 2000 (2,23%) dan tahun 2001 (1,38%). Kontribusi anggaran kesehatan dari instansi pemerintah nonkesehatan terhadap APBD II untuk tahun 1999, 2000 dan 2001 berturut-turut sebesar 1,79%, 1,19% dan 0,98%. Tampaknya baik di Kabupaten Bojonegoro maupun Magetan kontribusi anggaran kesehatan terhadap APBD II relatif kecil di bawah kesepakatan bupati atau walikota se Indonesia.
2. Alokasi anggaran dari instansi pemerintah nonkesehatan di Magetan banyak digunakan untuk pelayanan kesehatan masyarakat dengan perincian pada tahun 1999 (88,40%), tahun 2000 (80,25%) dan pada tahun 2001 (80,87%). Secara keseluruhan tampak bahwa pembiayaan yang dialokasikan untuk pelayanan kesehatan masyarakat cukup besar yaitu tahun 1999 (89,33%), tahun 2000 (84,28%) dan pada tahun 2001 (83,29%). Di Bojonegoro pembiayaan dari instansi pemerintah nonkesehatan yang dialokasikan untuk pelayanan kesehatan masyarakat juga cukup besar yaitu tahun 1999 (86,6%), pada tahun 2000 (84,54%), dan pada tahun 2001 turun (78,34%).
3. Alokasi biaya kesehatan di Magetan lebih diprioritaskan pada kegiatan operasional dengan proporsi pembiayaan kesehatan untuk operasional pada tahun 1999 (90,58%), tahun 2000 (88,15%), dan tahun 2001 (85,14%) dari total anggarannya, sedangkan alokasi anggaran instansi pemerintah nonkesehatan yang digunakan untuk operasional pada tahun 1999 (88,37%), tahun 2000 (86,53%) dan tahun 2001 (85,46%). Di Bojonegoro juga diprioritaskan pada kegiatan operasional yakni tahun 1999 (92,90%), tahun 2000 (87,64%) dan pada tahun 2001 (94,08%), serta lebih dari 90% anggaran instansi pemerintah nonkesehatan digunakan untuk biaya operasional kesehatan.
4. Hal yang paling penting dalam pembiayaan sektor kesehatan daerah adalah menentukan berapa besar biaya yang dibutuhkan untuk program-program kesehatan. Untuk itu dinas kesehatan harus mampu melakukan *health accounting* secara komprehensif, dengan lebih memfokuskan pada program yang menjadi tanggung jawab pemerintah, yaitu: a) program yang tergolong sebagai *public goods*, dan b) program pemeliharaan kesehatan bagi penduduk miskin. Nilai kebutuhan biaya untuk kedua program tersebut harus diadvokasikan oleh dinas kesehatan kepada pemda (Tim Eksekutif Anggaran) dan DPRD (Panitia Anggaran Legislatif) agar alokasi pembiayaan kesehatan di dasarkan pada kebutuhan riilnya.
5. Rendahnya biaya kesehatan tersebut, terutama biaya operasional dan pemeliharaan, menyebabkan cakupan program kesehatan masyarakat dan mutu pelayanan kesehatan menjadi rendah. Untuk

itu disarankan agar angka biaya kesehatan per kapita sebesar US\$ 4,45-5,00 dapat dijadikan semacam patokan (*benchmarking*) bagi daerah dalam menaikkan alokasi anggaran pemerintah untuk pembiayaan program kesehatan, secara bertahap sehingga angka tersebut dapat dicapai dalam kurun waktu 3 hingga 4 tahun.

KEPUSTAKAAN

1. Pusat Antaruniversitas, Fakultas Ekonomi Universitas Gajah Mada. Laporan Akhir Pengembangan Model Standar Analisa Belanja (SAB) Anggaran Daerah (APBD). Uniuersitas Gajah Mada, Yogyakarta. 2000.
2. World Health Organization, NHA Producers Guide: chapter 1-13. Geneva: WHO. 2002.
3. Organization for Economic Co-Operation and Development. Chapter 1: Principles of the System of Health Accounts. In: A System of Health Accounts. Paris: OECD. 2000.
4. Wofson, M C., A System of Health Statistics Toward a New Conceptual Framework for Integrating Health Data. Review of Income and Wealth, 1991; 37(1): 81-104.
5. Poullier, J.P., Hernandez P. Estimates of National Health Accounts (NHA) for 1997. Geneva: WHO (GPE Discussion Paper No.27). 2000.
6. Gani, Ascobat. Bahan Advocacy Kesehatan: Kesehatan dan Pembangunan Daerah Kota Surabaya, Jawa Timur. The John Hopkins University, Center for Communication Program. Jakarta, Maret, 2001.
7. World Bank, World Development Report 1993: Investing in Halth. 1993.
8. Acharya, Shambhu, 1998. Impact of Economic Crisis on Health: Regional Perspective. Symposium on Health Initiative in Asian Economic Crisis, Human Centered Approach, Tokyo, April 27, 1998.