

ANALISIS PEMBIAYAAN KESEHATAN YANG BERSUMBER DARI PEMERINTAH MELALUI *DISTRICT HEALTH ACCOUNT* DI KABUPATEN SINJAI

*HEALTH FINANCE ANALYSIS FROM GOVERNMENTAL SOURCE
USING SINJAI DISTRICT HEALTH ACCOUNT*

Akhirani¹, Laksono Trisnantoro²

¹Dinas Kesehatan Kabupaten Sinjai

²Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan, UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Health account is one method to acquire information about financial situation in the district or the state. Based on the information, the analysis on the policy can be made, such as priority setting and equity. The information is also used for policy decision and financial planning. Complete health finance data can be acquired in condition when there is a district health account.

Objective: To describe health financial before and after the decentralization was implemented (1998 to 2002) in Sinjai District.

Method: This research is a quasi experiment research with before and after design. Method of health account development, is adopted from National Health Account.

Result: This research showed that there was an increase of health funding since 1998 to 2002 in Sinjai District obtained from the government. Before decentralization central government role in health finance was high (11,6% to 60%), but after decentralization, the role of central government decreased and district government role increased (24% to 83%). From finance intermediary site the role of hospital as finance intermediary increased since 1999 to 2002 (11% to 40%). District Health Official still took prominent finance intermediary point in Sinjai District. From health provider site, health expenditure allocation at community health center showed a trend to decrease. Health care administration and investment function showed escalation trend. Public health action constantly decreased since 1998 to 2002.

Conclusions: Sinjai District Health Finance increased since 1998 to 2002. Due to the increase of hospital health financial allocation, hospital finance intermediary also increased. On the other hand, the financial allocation in public health programs decreased. This pattern of health finance should be reserved for a pro-poor resource allocation.

Keywords: health finance, District Health Account

PENGANTAR

Departemen Kesehatan RI¹, menekankan setiap daerah untuk melakukan analisis pembiayaan kesehatan agar setiap daerah dapat mengetahui kecenderungan pembiayaan kesehatan dari tahun ke tahun. Di samping itu, juga dapat diketahui penggunaan dari biaya menurut jenis pelayanan dan kontribusi masing-masing sumber pembiayaan.

Selama ini belum pernah dilakukan analisis terhadap pembiayaan kesehatan di Kabupaten Sinjai. Hal ini menyebabkan tidak diketahui berapa besar biaya kesehatan yang ada di Kabupaten Sinjai dan bagaimana penggunaannya, sehingga berdampak pada sulitnya pengambil kebijakan dalam menyusun dan mengalokasikan anggaran kesehatan.

Untuk menyusun analisis pembiayaan kesehatan diperlukan data anggaran kesehatan yang mencakup sumber pembiayaan, agen pembiayaan, alokasi anggaran menurut jenis pelayanan dan fungsi pelayanan. Data anggaran kesehatan yang lengkap dapat diperoleh apabila suatu daerah memiliki *District Health Account* (DHA). Dalam DHA data anggaran sektor kesehatan yang terdapat di berbagai departemen atau instansi yang ada di suatu daerah kabupaten atau kota dapat dikumpulkan dan direkap, sehingga akan memudahkan dalam membuat analisis pembiayaan kesehatan di suatu daerah.

Pengembangan DHA semakin penting dengan diberlakukannya desentralisasi. Dampak desentralisasi terhadap aspek keuangan dalam pelayanan kesehatan menurut Trisnantoro²

adalah: a) cara pemerintah mengalokasikan anggaran; b) cara pemerintah daerah membelanjakan anggaran untuk berbagai sektor; c) bagaimana masyarakat setempat membelanjakan uang untuk kebutuhan hidupnya? Dari kenyataan tersebut, apabila tidak terdapat informasi tentang pembiayaan kesehatan di daerah, maka pemerintah daerah akan mengalami kesulitan dalam pengalokasian anggaran untuk berbagai sektor termasuk sektor kesehatan. Hal ini akan berakibat bahwa pada suatu sektor akan terjadi *under finance* atau *over finance*.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pembiayaan kesehatan sebelum dan sesudah desentralisasi (tahun 1998-2002) di Kabupaten Sinjai. Tujuan khusus penelitian ini adalah: 1) mengetahui gambaran pembiayaan kesehatan berdasarkan sumber pembiayaan, agen pembiayaan kesehatan, *provider* kesehatan, dan fungsi pelayanan kesehatan sebagai pengguna dari biaya kesehatan sebelum dan setelah desentralisasi (tahun 1998-2002) di Kabupaten Sinjai, 2) memberikan rekomendasi untuk kebijakan kesehatan di Kabupaten Sinjai.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini adalah jenis penelitian *quasi experiment, before and after*, untuk mengetahui gambaran pembiayaan kesehatan berdasarkan sumber pembiayaan kesehatan, agen pembiayaan kesehatan, alokasi anggaran berdasarkan pemberi pelayanan kesehatan, dan fungsi pelayanan kesehatan di Kabupaten Sinjai sebelum dan setelah desentralisasi dilaksanakan. Subyek penelitian adalah data sekunder anggaran kesehatan di Kabupaten Sinjai tahun 1998 sampai dengan tahun 2002. Data anggaran kesehatan diperoleh dari Daftar Isian Proyek (DIP), Daftar Isian Kegiatan (DIK), laporan tahunan keuangan pemerintah daerah, dan laporan tahunan proyek pembangunan pada Bappeda. Kemudian dilakukan *cross check* data pada dinas kesehatan, rumah sakit, Puskesmas, dan departemen atau instansi terkait yang dalam DIP dan DIK-nya terdapat kegiatan kesehatan.

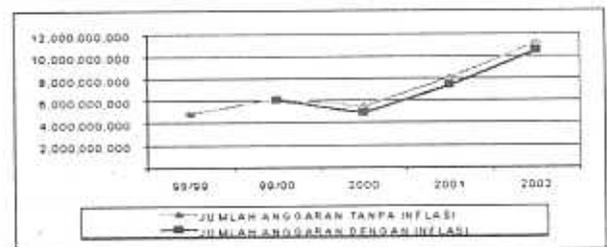
Instrumen penelitian yang digunakan adalah format tabel yang diadopsi dari format tabel *National Health Account*. Setelah data terkumpul dilakukan penghitungan menurut sumber pembiayaan yaitu pembiayaan dari pusat, provinsi,

kabupaten, dan Bantuan Luar Negeri (BLN). Kemudian data dari sumber pembiayaan tersebut dialokasikan menurut agen pembiayaan kesehatan yang terdiri atas dinas kesehatan, rumah sakit, departemen lain, dan TNI atau Polri. Dari agen pembiayaan kesehatan, kemudian dana dialokasikan menurut pemberi pelayanan kesehatan yang terdiri atas dinas kesehatan, rumah sakit, Puskesmas, pustu, gudang farmasi, dan balai pengobatan. Selanjutnya, dana dialokasikan menurut fungsi pelayanan kesehatan.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Deskripsi Pembiayaan Kesehatan Berdasarkan Sumber Pembiayaan, Agen Pembiayaan Kesehatan

Sumber pembiayaan kesehatan dari pemerintah di Kabupaten Sinjai terdiri atas pembiayaan yang bersumber dari pemerintah pusat, provinsi, kabupaten, dan bantuan luar negeri. Keadaan pembiayaan kesehatan berdasarkan sumber pembiayaan dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. *Trend* Pembiayaan Kesehatan Berdasarkan Sumber Pembiayaan di Kabupaten Sinjai Tahun 1998-2002

Gambar 1 memperlihatkan kecenderungan meningkatnya pembiayaan kesehatan di Kabupaten Sinjai dari tahun anggaran 1998/1999 sampai dengan tahun 2002, kecuali pada tahun 2000 turun 11,15% dari tahun anggaran 1999/2000. Pada tahun anggaran 1999/2000 anggaran kesehatan di Kabupaten Sinjai meningkat sebesar 26,64% dari tahun anggaran 1998/1999, tahun 2001 meningkat 47% dari tahun 2000, dan pada tahun 2002 meningkat 40% dari tahun 2001. Pada Gambar 1 tersebut juga dapat dilihat adanya perbedaan jumlah antara anggaran yang disesuaikan dan faktor inflasi dengan anggaran yang tidak disesuaikan dengan faktor inflasi.

Pada Tabel 1 dapat dilihat perbandingan biaya kesehatan per kapita penduduk Kabupaten Sinjai tahun 1998 sampai dengan tahun 2002.

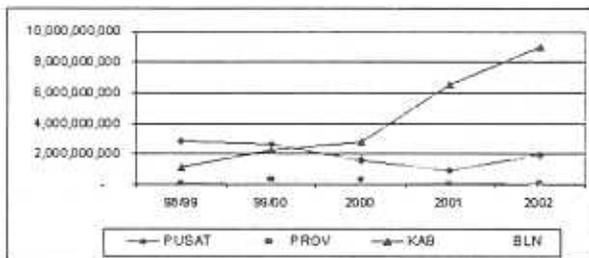
Tabel 1. Perbandingan Biaya Kesehatan di Luar Belanja Pegawai (Gaji) dan Bln Per Kapita Penduduk Kabupaten Sinjai Tahun 1998-2002

Tahun	Anggaran (Rp)	Penduduk	Pengeluaran Pemerintah Per Kapita (Rp)
1998/1999	3.009.921.670	200.905	14.982
1999/2000	3.999.387.232	202.557	19.745
2000	3.301.106.820	204.802	16.119
2001	3.172.354.165	205.882	15.409
2002	6.914.447.939	207.257	33.362

Sumber: BPS, data hasil penelitian

Pada Tabel 1 dapat dilihat pengeluaran pemerintah untuk kesehatan per kapita penduduk Kabupaten Sinjai sebelum desentralisasi yaitu pada tahun anggaran 1998/1999, tahun anggaran 2000 turun 18% dari tahun 1999/2000. Setelah desentralisasi yaitu pada tahun 2001, pembiayaan kesehatan per kapita penduduk turun sebesar 4% dari tahun 2000, sedangkan pada tahun 2002 meningkat sebesar 116% dari tahun 2001.

Adapun gambaran pembiayaan kesehatan berdasarkan sumber pembiayaan dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 2. Trend Pembiayaan Kesehatan Berdasarkan Sumber Pembiayaan di Kabupaten Sinjai Tahun 1998-2002

Gambar 2 memperlihatkan *trend* pembiayaan kesehatan berdasarkan sumber pembiayaan kesehatan di Kabupaten Sinjai tahun anggaran 1998/1999 sampai dengan tahun 2002. Pada gambar tersebut nampak bahwa pembiayaan yang bersumber dari pusat dari tahun anggaran 1998/1999 sampai dengan tahun 2001 memperlihatkan kecenderungan menurun. Pada tahun anggaran 1999/2000 anggaran dari pusat turun sebesar 10,56% dari tahun 1998/1999, tahun 2000 turun sebesar 36,33% dari tahun 1999/2000, dan pada tahun 2001 turun sebesar 43,79% dari tahun 2000,

sedangkan pada tahun 2002 meningkat 105% dari tahun 2001.

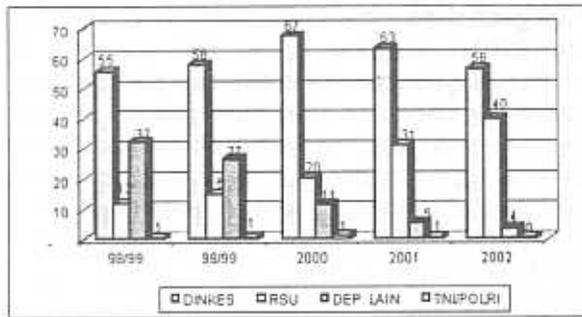
Pembiayaan yang bersumber dari provinsi mulai tahun anggaran 1998/1999 sampai dengan tahun anggaran 2002 hanya berkisar antara 0,4%-5,3%. Anggaran tersebut dialokasikan untuk pembelian obat sebagai tambahan dari anggaran obat yang bersumber dari pusat. Untuk pembiayaan yang bersumber dari BLN setelah desentralisasi cenderung menurun. Pada tahun anggaran 1998/1999 proporsi pembiayaan yang bersumber dari BLN terhadap seluruh sumber pembiayaan sebesar 14,4%, tahun 1999/2000 (15,6%), tahun 2000 (12,7%), tahun 2001 turun (4,1%), dan pada tahun 2002 (0%).

Untuk pembiayaan yang bersumber dari kabupaten, mulai tahun anggaran 1998/1999 sampai dengan tahun 2002 memperlihatkan kecenderungan meningkat. Pada tahun anggaran 1999/2000 meningkat sebesar 94,26% dari anggaran tahun 1998/1999, tahun 2000 meningkat sebesar 24,27% dari anggaran tahun 1999/2000, tahun 2001 meningkat 136,85% dari tahun 2000, dan pada tahun 2002 meningkat 37,93% dari tahun 2001.

Menurunnya pembiayaan dari pusat dan meningkatnya pembiayaan yang bersumber dari kabupaten, terkait dengan diberlakukannya Undang-Undang No.22/1999³ tentang Otonomi Daerah. Dalam undang-undang tersebut diatur mengenai kewenangan pusat dan daerah. Kesehatan merupakan salah satu bidang kewenangan yang dilimpahkan ke daerah. Konsekuensi dari pelimpahan kewenangan bidang kesehatan tersebut adalah pusat juga melimpahkan sumber-sumber pembiayaan kesehatan kepada daerah. Prinsip utama yang menghubungkan antara desentralisasi kewenangan dengan pembiayaan desentralisasi adalah konsep *money follow function*, yang berarti bahwa kewenangan yang diserahkan kepada daerah harus diikuti dengan pembiayaan yang sesuai dengan besarnya beban kewenangan yang diberikan.⁴

Sebagai bahan perbandingan dari hasil penelitian SMERU⁵ di Provinsi Lampung juga memperlihatkan bahwa setelah desentralisasi terjadi peningkatan pembiayaan di subsektor kesehatan, yaitu dari 2,7% pada tahun anggaran 1999/2000 naik menjadi 4,6% pada tahun anggaran 2001.

Gambaran pembiayaan kesehatan berdasarkan agen pembiayaan dapat dilihat pada Gambar 3.



Gambar 3. Proporsi Pembiayaan Kesehatan pada Agen Pembiayaan di Kabupaten Sinjai Tahun 1998-2002

Gambar 3 memperlihatkan peran dinas kesehatan sebagai agen pembiayaan kesehatan sebelum dan setelah desentralisasi dilaksanakan cukup tinggi. Alokasi pembiayaan kesehatan pada dinas kesehatan dari tahun anggaran 1998/1999 sampai dengan 2002 berkisar antara 55%-67%, dengan kisaran tertinggi pada tahun 2000 (67%) dan kisaran terendah pada tahun 1998/1999 (55%). Gambar 3 juga menunjukkan peran rumah sakit sebagai agen pembiayaan sebelum dan setelah desentralisasi yang cenderung meningkat. Hal ini dapat dilihat dari proporsi pembiayaan yang dialokasikan ke rumah sakit dari tahun 1998 sampai tahun 2002 yang terus mengalami peningkatan tahun 1998 (11,91%), tahun 2002 (40%).

Sebaliknya peran departemen terkait (sektor terkait) dalam pembiayaan kesehatan memperlihatkan kecenderungan yang semakin kecil. Hal ini dapat dilihat dari data pada tahun 1998 bahwa 32% pembiayaan kesehatan berada pada departemen atau sektor terkait, kemudian turun menjadi 4% pada tahun 2002. Hal yang sama diperlihatkan oleh New Zealand sebelum desentralisasi diberlakukan pada tahun 1984, pembiayaan kesehatan yang berasal dari departemen lain (*other department*) pada tahun 1983/1984 sebesar 5,2% dari total pembiayaan kesehatan yang bersumber dari pemerintah, tetapi setelah desentralisasi pembiayaan kesehatan yang

berasal dari departemen lain turun menjadi 4,7% (tahun 1985/1986)⁶. Tentara Nasional Indonesia (TNI) atau Polri sebagai agen pembiayaan selama tahun 1998 sampai dengan tahun 2002 mengeluarkan biaya kesehatan hanya berkisar 1%.

2. Deskripsi Pembiayaan Berdasarkan Alokasi Biaya pada *Provider* dan Fungsi Pelayanan Kesehatan

Deskripsi pembiayaan kesehatan menurut jenis pelayanan dapat dilihat pada Tabel 2.

Pada Tabel 2 dapat dilihat alokasi anggaran pada dinas kesehatan sebagai *provider* kesehatan tampak berfluktuasi. Alokasi tertinggi pada tahun 2001 (46,38%) dan alokasi terendah pada tahun 1998/1999 (25,26%). Untuk rumah sakit menunjukkan kecenderungan meningkat. Pada tahun 1998/1999 alokasi anggaran pada rumah sakit (11,91%), sedangkan pada tahun 2002 meningkat (39,65%). Sebaliknya pada Puskesmas memperlihatkan kecenderungan menurun. Pada tahun anggaran 1998/1999 alokasi anggaran pada Puskesmas (18,52%), sedangkan pada tahun 2002 (10%). Untuk *provider* tidak terklasifikasi (departemen lain) berkisar antara 2,47%-23,68% yaitu pembiayaan pemerintah yang tidak melalui sarana pelayanan kesehatan tetapi langsung ke masyarakat yang digunakan untuk kegiatan penyehatan lingkungan permukiman dan sarana air bersih, serta pemberian makanan tambahan bagi anak sekolah (PMT-AS).

Peningkatan proporsi pembiayaan pada rumah sakit setelah desentralisasi disebabkan oleh meningkatnya anggaran rutin, khususnya anggaran untuk gaji. Sebelum desentralisasi, sebagian pegawai rumah sakit yang status kepegawaianya sebagai pegawai pusat (DPK) menerima gaji melalui Kandep Kesehatan yang dananya berasal dari pusat (DIK-APBN).

Setelah desentralisasi dengan adanya pelimpahan kewenangan dari pusat ke kabupaten yang diikuti dengan pelimpahan pegawai, maka anggaran rutin rumah sakit meningkat. Di samping

Tabel 2. Proporsi Pembiayaan Kesehatan Menurut *Provider* di Kabupaten Sinjai Tahun 1998-2002

PROVIDER	SEBELUM DESENTRALISASI			SETELAH DESENTRALISASI	
	1998/1999	1999/2000	2000	2001	2002
Dinas Kesehatan	25.26	27.13	41.68	46.38	33.02
Rumah Sakit Umum (RSU)	11.91	14.94	20.05	30.39	39.65
Gudang Farmasi	8.36	11.75	11.88	6.60	11.65
Puskesmas	18.52	18.89	13.84	9.03	10.02
Pustu	3.27	0.07	0.08	0.35	0.35
BP	0.63	0.66	1.21	0.56	0.41
Tidak Terklasifikasi	32.05	26.48	11.29	7.02	3.70
JUMLAH	100	100	100	100	100

Sumber: Data hasil penelitian

Tabel 3. Distribusi Biaya Kesehatan pada Puskesmas Berdasarkan Jenis Kegiatan Tahun 1998-2002 di Kabupaten Sinjai

KEGIATAN	SEBELUM DESENTRALISASI			SETELAH DESENTRALISASI	
	1998/1999	1999/2000	2000	2001	2002
Program	165.287.087	322.798.000	153.480.000	58.755.000	91.035.000
Operasional atau penunjang	86.886.913	21.071.472	16.994.978	29.521.500	29.965.000
Jumlah	251.174.000	343.869.472	170.474.978	88.276.500	121.000.000

Sumber: Data hasil penelitian

itu, pada tahun 2002 rumah sakit masih menerima dana APBN yang berupa dana dekonsentrasi. Meningkatnya pembiayaan pada rumah sakit juga disebabkan oleh adanya rencana peningkatan status rumah sakit yaitu dari tipe D ke tipe C, sehingga konsekuensinya adalah rumah sakit harus menambah ruang perawatan dan peralatan untuk empat spesialis dasar yang menjadi persyaratan rumah sakit tipe C.

Adapun alokasi biaya untuk kegiatan peningkatan program kesehatan dan biaya operasional Puskesmas dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3 menunjukkan kecenderungan menurunnya alokasi anggaran untuk membiayai kegiatan program kesehatan di Puskesmas. Pada tahun 2001 terjadi penurunan biaya program (62%) bila dibandingkan dengan tahun 2000.

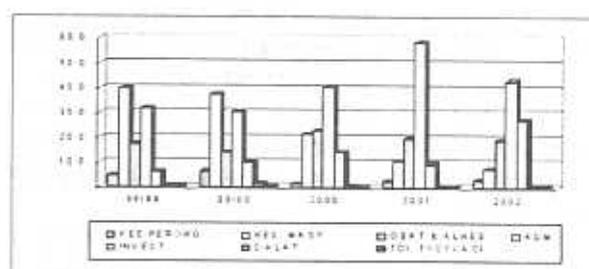
Kecilnya anggaran untuk program tidak sebanding dengan beban pelayanan yang harus dilaksanakan oleh Puskesmas, dengan diketahui bahwa terdapat 18 program pokok yang harus dilaksanakan oleh Puskesmas. Sebagai gambaran, pada tahun 2001 untuk kegiatan pemberantasan penyakit menular (P2M) untuk seluruh Puskesmas (13 Puskesmas) hanya mengalokasikan anggarannya sebesar Rp5.847.500,00 (7%), KIA sebesar Rp4.722.500,00 (5%), imunisasi sebesar Rp4.860.000,00 (6%) dari seluruh anggaran untuk program di Puskesmas. Melihat kenyataan tersebut, maka Puskesmas mengalami kesulitan dalam pencapaian cakupan program.

Dari hasil penelitian SMERU^{5,7}, pada Puskesmas Kota Bandar Lampung dan Kabupaten Lombok Barat juga menunjukkan adanya kecenderungan menurunnya pembiayaan untuk anggaran program dan biaya operasional Puskesmas.

Dari keadaan pembiayaan tersebut di atas jelas akan berimplikasi pada pelayanan kesehatan masyarakat. Sebagai bahan perbandingan dalam hal pembiayaan kesehatan, pemerintah City of Marikina Filipina, mempunyai konsep pembiayaan yang berasal dari pemerintah untuk pelayanan kesehatan primer. Dengan demikian, pemerintah menggunakan konsep bahwa pelayanan kesehatan

dasar adalah *public goods* yang harus dibiayai oleh pemerintah.⁸

Keadaan pembiayaan kesehatan dari segi fungsi pelayanan dapat dilihat pada Gambar 3.



Gambar 4. Proporsi Pembiayaan Kesehatan Berdasarkan Fungsi Pelayanan di Kabupaten Sinjai Tahun 1998-2002

Gambar 4 menunjukkan bahwa sebagian besar anggaran kesehatan dialokasikan pada fungsi pelayanan administrasi. Pada tahun anggaran tahun 2000 proporsi pengeluaran untuk administrasi (31,5%) dari seluruh jenis pengeluaran, sedangkan pada tahun 2001 meningkat (58%), tahun 2002 turun (42,7%). Adapun yang termasuk dalam pengeluaran pada fungsi administrasi adalah pengeluaran untuk gaji dan administrasi penunjang kegiatan. Ini berarti bahwa rata-rata dari pembiayaan digunakan untuk kegiatan administrasi.

Meningkatnya pengeluaran untuk kegiatan administrasi khususnya administrasi gaji setelah desentralisasi, terkait dengan perubahan struktur organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Sinjai. Perubahan struktur organisasi tersebut diatur dalam Peraturan Daerah No.5/2001. Dalam struktur dinas kesehatan yang baru terjadi penambahan jabatan baru dan peningkatan eselon. Konsekuensi peningkatan eselon dan penambahan jabatan baru tersebut yaitu meningkatnya pengeluaran untuk kegiatan administrasi (gaji).

Hasil penelitian ini sejalan dengan Halim⁹, yang mengatakan bahwa DAU sebagai transfer tak bersyarat atau *block grant*, penggunaannya ditetapkan sendiri oleh daerah. Meskipun demikian,

dalam kerangka dasar Undang-Undang No.22/1999 dan Undang-Undang No.25/1999 disebutkan bahwa penggunaan DAU tersebut diutamakan untuk pembiayaan pelayanan dasar kepada masyarakat daerah. Keutamaan dari penggunaan DAU sebagaimana yang diisyaratkan oleh kedua undang-undang tersebut, tampaknya tidak dapat dilaksanakan dengan baik oleh pemerintah mengingat sebagian besar DAU tersebut akan dipergunakan untuk membiayai gaji pegawai.

Hasil penelitian tersebut didukung oleh hasil laporan ADB.¹⁰ Estimasi awal menunjukkan bahwa pemerintah lokal di tahun 2001 telah mengeluarkan lebih dari 50% total pengeluaran untuk gaji dan lebih sedikit untuk pengeluaran pembangunan. Hasil penelitian Bossert, Beauvais, Bowser¹¹, mendapatkan hal yang sama di Uganda yaitu 75% dari transfer yang diterima oleh dewan distrik digunakan untuk membayar gaji. Untuk kasus di Filipina, dari 65% belanja kesehatan pemerintah lokal, hanya 25% yang digunakan untuk belanja pembangunan, selebihnya digunakan untuk belanja gaji pegawai.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan sebelum dan setelah desentralisasi, pembiayaan untuk pelayanan kesehatan masyarakat (P2M, KIA, POM, Gizi, PHN, PSM, Kesling, penyuluhan, pengawasan kualitas air dan pemeliharaan kesehatan) cenderung menurun. Pada tahun anggaran 1998/1999 proporsi anggaran untuk kesehatan masyarakat (39,7%), tahun 1999/2000 (37,4%), tahun 2000 (21%), tahun 2001 (10,5%), dan pada tahun 2002 turun (7,3%). Hal yang sama diperlihatkan dari hasil penelitian Akin, Hutchinson, dan Strumpf di Uganda.¹² Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa salah satu dampak negatif desentralisasi di Uganda adalah pemerintah lokal mengurangi anggarannya untuk *public goods* dibandingkan dengan *private goods*.

Dalam laporan pembangunan Bank Dunia 1997 menekankan mengenai peranan negara ada tiga tingkat, yaitu: 1) peran minimal, 2) peran menengah, 3) peran sebagai pelaku kegiatan.¹³ Pada peran minimal, pemerintah bertugas untuk menyediakan pelayanan publik murni termasuk di antaranya kesehatan masyarakat. Jadi dalam hal ini pemerintah bertanggung jawab menyediakan pembiayaan untuk program kesehatan masyarakat yang merupakan barang publik. Secara teori barang publik harus disediakan oleh pemerintah atau kelompok masyarakat untuk kepentingan bersama dan dimiliki bersama.¹⁴ Dalam menentukan kebijakan peran publik, paling tidak ada tiga faktor yang harus diperhatikan, salah satu di antaranya faktor eksternalitas. Apabila suatu barang atau jasa memiliki eksternalitas yang tinggi, maka kebijakan

yang paling tepat adalah menjadikan barang atau jasa tersebut sebagai barang publik. Dalam pelayanan kesehatan, pelayanan imunisasi, lingkungan sehat, dan pengobatan penyakit menular memiliki eksternalitas yang tinggi sehingga cocok untuk dijadikan barang publik dan pembiayaannya menjadi tanggung jawab pemerintah atau publik.

Untuk belanja investasi, setelah desentralisasi cenderung mengalami peningkatan yaitu pada tahun 2002 dari seluruh anggaran 27% digunakan untuk kegiatan investasi. Dari keadaan ini tampak bahwa dalam dua tahun masa desentralisasi di Kabupaten Sinjai, pemerintah lebih banyak mengalokasikan dana untuk kegiatan investasi dibandingkan dengan kegiatan pelayanan langsung kesehatan masyarakat, dan adanya kekhawatiran akan alokasi dana yang tidak mencukupi.² Berbagai kecenderungan di daerah menunjukkan bahwa adanya dana untuk kesehatan ternyata ditujukan untuk kegiatan-kegiatan yang mengarah ke *private goods*. Diharapkan bahwa sumber biaya yang ada akan dialokasikan untuk pelayanan kesehatan publik yang bersifat preventif dan promotif.

3. District Health Account

Penelitian ini menggunakan metode *District Health Account* (DHA) dalam pengumpulan data, yang terdiri atas sumber pembiayaan kesehatan, agen pembiayaan kesehatan, alokasi biaya kesehatan pada pemberi pelayanan kesehatan dan fungsi pelayanan kesehatan sebagai pengguna biaya kesehatan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dengan menggunakan DHA ternyata lebih memudahkan dalam membuat analisis pembiayaan kesehatan.

Sebagaimana tujuan *National Health Account* (NHA) di Indonesia yaitu untuk mengetahui sumber daya kesehatan yang tersedia di suatu negara, kepada siapa pelayanan diberikan, dan siapa pembayar dari layanan tersebut. Di samping itu, NHA merupakan alat pengawasan, perencanaan, dan pengembangan kebijakan pembiayaan kesehatan nasional.

Demikian pula dengan DHA juga mempunyai tujuan yang sama dengan NHA Indonesia. Tuntutan untuk mengembangkan DHA terkait dengan pengalokasian anggaran. Untuk memberikan jaminan dialokasikannya sumber daya *input* secara ekonomis, efisien, dan efektif sesuai dengan konsep *value for money*, maka diperlukan informasi akuntansi manajemen yang akurat, relevan, dan handal untuk menghitung besarnya biaya program, aktivitas, atau proyek.¹⁵ Hal ini dapat mengurangi peluang terjadinya pemborosan, kebocoran dana, dan mendeteksi program-program yang tidak layak secara ekonomi.

KESIMPULAN DAN SARAN**Kesimpulan**

1. Pembiayaan kesehatan di Kabupaten Sinjai dari tahun 1998 sampai dengan tahun 2002 (sebelum dan setelah desentralisasi) terus meningkat.
2. Setelah desentralisasi peran pusat dalam pembiayaan kesehatan menurun, sebaliknya peran pemerintah kabupaten meningkat.
3. Dari sisi agen pembiayaan, peran rumah sakit sebagai agen pembiayaan meningkat. Meskipun demikian, dinas kesehatan masih merupakan agen pembiayaan utama di Kabupaten Sinjai.
4. Dari sisi pemberi pelayanan kesehatan, alokasi biaya untuk rumah sakit terus meningkat. Sebaliknya, alokasi pada Puskesmas dan puskesmas menuruni, sehingga berimplikasi pada menurunnya pembiayaan fungsi pelayanan kesehatan masyarakat.
5. Pemanfaatan data dari akuntansi keuangan kabupaten (*district health account*) yang disusun berdasarkan sumber pembiayaan dan alokasi biaya menurut jenis pelayanan dan fungsi pelayanan memberikan gambaran yang lebih akurat tentang keadaan pembiayaan kesehatan suatu daerah.

Saran

1. Pemerintah Kabupaten Sinjai meningkatkan alokasi anggaran pada Puskesmas dan puskesmas, yang merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan masyarakat.
2. Pemerintah Kabupaten Sinjai meningkatkan alokasi anggaran untuk fungsi kesehatan masyarakat.
3. Dinas Kesehatan dan rumah sakit perlu meningkatkan advokasi kepada pengambil kebijakan dalam penganggaran kesehatan.
4. Pemerintah Kabupaten Sinjai perlu memperhatikan komposisi anggaran yang berimbang antara anggaran untuk kegiatan administrasi dan anggaran untuk operasional dan program (anggaran publik).
5. Pemerintah Kabupaten Sinjai perlu mengembangkan *District Health Account* (DHA), yang dapat digunakan sebagai salah satu dasar dalam penyusunan dan pengalokasian anggaran kesehatan di Kabupaten Sinjai.

KEPUSTAKAAN

1. Departemen Kesehatan RI. Analisis Pembiayaan Kesehatan yang Bersumber dari APBN-Pusat Selama Pelita VI (1994/1995-1998/1999). Biro Keuangan Departemen Kesehatan, Jakarta. 2001.
2. Trisnantoro, L. Konsep Good Governance dan Peran Pemerintah. Diskusi Terbuka Peran Pemerintah Pasca Desentralisasi, Yogyakarta. Agustus, 2002.
3. Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1999 Tentang Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah. Sinar Grafika. 2000.
4. Hidayanto, D. Anggaran BKKBN dalam Era Desentralisasi. Available: http://www.djpkpd.go.id/publikasi/otonomi/Des-Fiskal/BKKBN_pdf. 2002.
5. Lembaga Penelitian SMERU. Dampak Desentralisasi dan Otonomi Daerah Atas Kinerja Pelayanan Publik: Kasus Kota Bandar Lampung, Provinsi Lampung. Available: <http://www.gtzfdm.or.id/documents/dec-ind/o-pa/Dampak Otda Kota Bandar Lampung-Smeru.pdf>. 2002.
6. Ministry of Health. Health Expenditure Trends in New Zealand 1980-2000. Available: <http://www.moh.govt.nz>. April, 2002.
7. Lembaga Penelitian SMERU. Dampak Desentralisasi dan Otonomi Daerah Atas Kinerja Pelayanan Publik: Kasus Kabupaten Lombok Barat, Nusa Tenggara Barat. Available: <http://www.desentralisasi.net/files/detail3e7.pdf>. Juni, 2002.
8. Inter Countries in Health System Decentralization. Buletin www.desentralisasi-kesehatan.net. 2001.
9. Halim, A. Bunga Rampai Manajemen Keuangan daerah. UPP AMP YKPN, Yogyakarta, 2002.
10. Tasman Economics, Center of Economic and Public Policy Studies. Laporan Akhir Asian Development Bank TA:3777-INO Fiscal Decentralization. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2002.
11. Bossert, T., Beauvais, J., Bowser, D. Decentralization of Health System: Preliminary Review of Four Country Case Studies, Boston, US: Harvard School of Public Health. 2000.
12. Akin, J., Hutchinson, P., Strumpf, K. Decentralization and Government Provision of Public Goods: The Public Health Sector in Uganda. Carolina Population Center, USA. 2001.
13. Trisnantoro, L. Kegagalan Pemerintah dan Kekuatan Pasar dalam Pelayanan Kesehatan: Apakah Kebijakan Desentralisasi Pelayanan Kesehatan Akan Memperburuk Situasi?. Disampaikan pada Semiloka Public-Private

- Mix dalam Pelayanan Kesehatan, Jakarta. Mei,2000.
14. Thabrany,H. Peran Publik dalam Pembiayaan Kesehatan. Majalah Kedokteran Indonesia. 2002;52(1):1-6.
 15. Mardiasmo. Otonomi dan Manajemen Keuangan Daerah. Andi Offset, Yogyakarta. 2002.