

STUDI TENTANG PEMBIAYAAN KESEHATAN OLEH PEMERINTAH SEBELUM DAN SELAMA OTONOMI DAERAH DI PROPINSI KALIMANTAN TIMUR

Studi Kasus di Kabupaten Kutai Kartanegara dan Kota Balikpapan

*RESEARCH ON HEALTH FINANCING BY THE GOVERNMENT
BEFORE AND AFTER DISTRICT AUTONOMY
IN EAST KALIMANTAN PROVINCE*

The Case Study in Kutai Kartanegara Regency and Balikpapan Municipality

Wasis Budiarto dan Ristrini

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

ABSTRACT

Background: The health financing by government in local area has purpose to supply the fund and create the financial incentive for health services providers at local area.

Objectives: This objective of research was to analyze the financing that allocated by government before and after district autonomy in East Kalimantan Province.

Method: The data collected retrospectively by District Health Account (DHA), namely for the year 1999, 2000 and 2001, from many government institutions in local area. The data analysis was done descriptively.

Results: This research result indicated that the health fund proportion toward APBD II remain under the agreement of Regents or Mayors in Indonesia namely 15% from APBD II, while in Kutai Kartanegara respectively in 1999, 2000, and 2001 are 1.98%, 1.30%, and 1.76%, and in Balikpapan respectively 1.18%, 0.86% and 1.04%. From those total financing, in Kutai Kertanegara almost all (more than 90%) used for the community health services while in Balikpapan more than 80%. The cost for operational dominating the financing in both of two areas.

Conclusion: In order to make the health financing data in local area were obtained accurately and accountable, so it was necessary to held any supply and data computation training of health financing.

Keywords: health financing, district autonomy, government budget

PENGANTAR

Berlakunya Undang-Undang No. 22 dan 25 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah menuntut kepada pihak pelaksana daerah untuk merencanakan anggaran daerah (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah atau APBD) sesuai dengan paradigma baru, yaitu: 1). APBD harus berorientasi pada kepentingan publik, 2). APBD disusun dengan pendekatan kinerja

(Peraturan Pemerintah atau PP No.105 / 2000), 3). terdapat keterkaitan antara pengambil kebijakan (Dewan Perwakilan Rakyat Daerah atau DPRD) dengan perencanaan operasional (Pemerintah Daerah atau Pemda) dan penganggaran oleh unit kerja, 4). terdapat upaya untuk mensinergikan hubungan antara APBD, sistem dan prosedur pengelolaan keuangan daerah, lembaga pengelola keuangan daerah dan unit-unit pengelola layanan publik dalam pengambilan kebijakan. Di samping itu, Menteri

Dalam Negeri (Mendagri) menindaklanjuti PP tersebut dengan mengeluarkan Keputusan Mendagri No. 29 Keputusan Mendagri No.20/2002 tentang Kewajiban Menyusun Anggaran berdasarkan kinerja bagi aparat pemerintah di kabupaten-kota.

Berdasarkan undang-undang dan PP tersebut di atas tampak ada perbedaan yang signifikan antara pengelolaan anggaran keuangan pada era otonomi dengan era sebelumnya, termasuk pengelolaan anggaran kesehatan. Dalam era otonomi ini, pemerintah daerah (kabupaten-kota) memperoleh dan mengelola anggaran pelayanan kesehatan secara independen dan tetap mendapatkan dukungan dari pemerintah pusat untuk kegiatan-kegiatan yang dinilai penting secara nasional. Penghasilan unit-unit pelaksana kesehatan sebagian besar diserahkan kembali dan digunakan untuk usaha peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Anggaran untuk kesehatan dari pemerintah pusat yang berupa Instruksi Presiden (Inpres), Sumbangan Biaya Operasional (SBO), dan Operasional dan Pemeliharaan Rumah Sakit (OPRS) diserahkan kepada daerah dalam bentuk Dana Alokasi Umum (DAU). Penyesuaian-penyesuaian tarif pelayanan pada unit-unit kesehatan dapat dilakukan dengan prosedur yang lebih sederhana dan tidak perlu sampai ke pusat.¹

Dalam rangka mengantisipasi perubahan anggaran pembiayaan kesehatan tersebut, maka diharapkan pihak Dinas Kesehatan (Dinkes), Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) mampu menghitung kebutuhan anggaran dan merencanakan penggunaannya secara efisien, serta mampu melaksanakan anggaran

secara benar, rasional dan 'accountable'. Sedangkan pihak legislatif yakni DPRD juga mampu mengetahui perhitungan dalam anggaran dan mendukung pelaksanaan anggaran kesehatan yang tertuang dalam APBD.

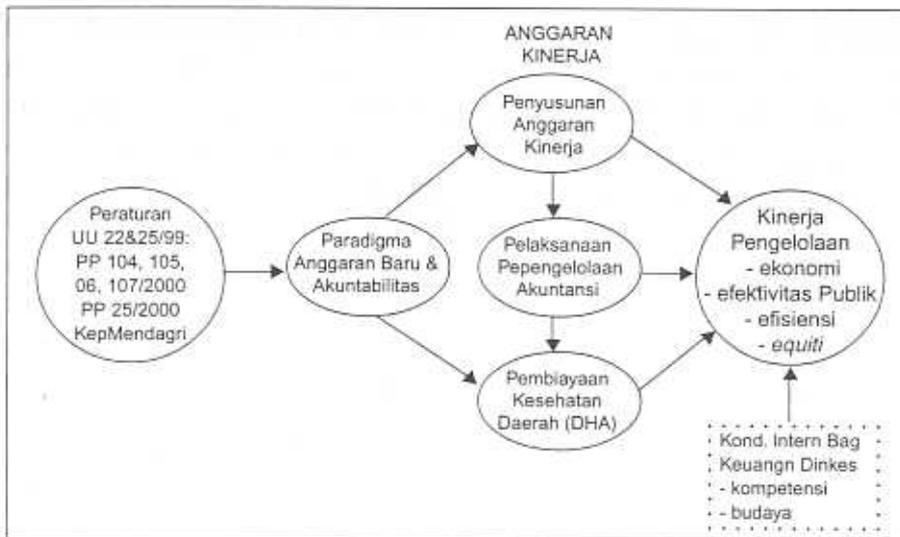
Diharapkan dengan terjadinya sinkronisasi perencanaan anggaran dan pembiayaan undang-undang kesehatan di daerah antara eksekutif (dalam hal ini adalah pemerintah kabupaten-kota) melalui tim eksekutif anggaran dengan pihak legislatif yakni DPRD melalui panitia anggaran legislatif maka permasalahan pembangunan kesehatan di daerah akan berlangsung secara berkesinambungan.

Dari gambaran tentang anggaran dan pembiayaan program kesehatan di daerah dalam rangka otonomi daerah maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut: Bagaimana kondisi pembiayaan program kesehatan di daerah dengan diberlakukannya otonomi daerah baik pembiayaan menurut fungsi, penggunaan, dan jenis pembiayaannya?

Penelitian ini bertujuan untuk melakukan analisis situasi pembiayaan program kesehatan dalam rangka otonomi daerah, dengan menggunakan pendekatan *District Health Account* (DHA), baik pembiayaan menurut fungsi, penggunaan dan jenis biayanya.

KERANGKA KONSEP

Dalam penelitian ini, kerangka konsep penelitian yang merupakan penjabaran dari UU No. 22 dan 25/1999, PP No. 104, 105, 106 dan 107/2000 serta PP No. 25/2000 dapat digambarkan sebagai berikut: (Gambar 1)



Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian

Dari Gambar 1 tersebut tampak bahwa dengan dasar peraturan yang ada (UU dan PP), yang tercantum perlunya paradigma baru dalam proses penganggaran khususnya yang berkaitan dengan akuntabilitas publik diperlukan penyusunan anggaran berdasarkan kinerja. Hasil penyusunan anggaran tersebut dilaksanakan dengan penatausahaan yang menggunakan sistem akuntansi pemerintahan daerah. Pelaksanaan anggaran yang menggunakan sistem akuntansi 'accrual basis' pada pemerintahan di daerah akan menghasilkan berbagai jenis pembiayaan untuk program kesehatan. Pembiayaan kesehatan yang tercermin pada anggaran (APBN, APBD I, APBD II, DAU, Dana Alokasi Khusus atau DAK, *loan* dan *grant*) akan menghasilkan kinerja pengelolaan yang ekonomi, efektif, efisien dan *equity*.²

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang menggambarkan kondisi pembiayaan kesehatan di Kabupaten Kutai Kartanegara dan Kota Balikpapan. Konsep penghitungan pembiayaan kesehatan yang dilakukan mengacu pada konsep *World Health Organization* (WHO) yang digunakan oleh

negara-negara berkembang³ sehingga memungkinkan untuk dilaksanakan di negara-negara sedang berkembang maupun negara maju.⁴ Ketersediaan data di masing-masing kabupaten-kota tidak jauh perbedaannya, baik dalam sistem manajemen keuangan secara makro maupun dalam sistem "monitoring" keuangan pembiayaan kesehatannya.⁵

Data pembiayaan kesehatan dalam penelitian ini hanya difokuskan pada pembiayaan yang bersumber dari pemerintah, baik berasal dari unit kerja kesehatan maupun yang berasal dari unit kerja atau non-Dinas Kesehatan (non-Dinkes). Data pembiayaan dari berbagai sumber instansi pemerintah tersebut dikumpulkan secara retrospektif yaitu upaya menghitung pembiayaan kesehatan dimasa lalu, selanjutnya diolah dan diklasifikasikan yang pada langkah berikutnya dianalisis dengan metode penghitungan pembiayaan kesehatan yang telah diberlakukan dalam DHA maupun *National Health Account* (NHA).⁶

Sumber pembiayaan dari pemerintah pada penelitian ini meliputi: 1). pembiayaan yang bersumber dari anggaran pembangunan sektor kesehatan, yang terdiri dari Daftar Isian Proyek (DIP) rupiah murni, DIP Inpres, OPRS,

Daftar Isian Kegiatan (DIK) atau Sumbangan Biaya Operasional Rumah sakit (SBORSUD), 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.

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 Dinkes Kabupaten-kota, RSUD, Puskesmas, pemerintah kabupaten-kota yang terdiri dari Bank Pemerintah Daerah (Bappeda), bagian keuangan dan anggaran serta sektor terkait yaitu Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Dinas Sosial, Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi (Disnakertrans), Dinas Pendidikan Nasional, dan PT. Askes.

Di samping data keuangan, kajian ini juga memerlukan dukungan data sekunder lainnya berupa: a). Profil kesehatan masing-masing kabupaten-kota, b). Laporan tahunan dinas kesehatan dan RSUD, c). Peraturan Daerah (Perda) tentang kesehatan, d). Pedoman teknis dan petunjuk pelaksanaan serta e). Anggaran pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) sektor kesehatan dan rumah sakit.

Analisis data dilakukan secara deskriptif, yang mendeskripsikan tentang pembiayaan kesehatan di dua kabupaten baik menurut instansi (sumber pembiayaan) 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 pembiayaan yang bersumber dari pemerintah serta proses penyusunan dan pelaksanaan anggaran di Kabupaten Kutai Kartanegara dan Kota Balikpapan.

Pembiayaan Kesehatan

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, namun keberadaannya sangat mempengaruhi derajat kesehatan kelompok masyarakat.

Dalam penelitian ini, pembiayaan kesehatan dari pemerintah di daerah kabupaten-kota ditinjau dari tiga aspek pokok seperti yang dikemukakan dalam penghitungan pembiayaan kesehatan nasional (NHA) yaitu ditinjau dari: a). aspek instansi yang membiayai program-program kesehatan, b). aspek fungsi pelayanan kesehatan dan c). aspek jenis biayanya.

Pembiayaan Kesehatan Menurut Instansi

a. Kabupaten Kutai Kartanegara

Pembiayaan kesehatan dari Dinkes Kabupaten Kutai Kartanegara antara tahun 1999-2001 terus mengalami peningkatan dari Rp1.152.460.000,00 pada tahun 1999 dan meningkat menjadi Rp5.605.710.000,00 pada tahun 2000 dan sebesar Rp15.150.760.000,00 pada tahun 2001 atau meningkat sebesar 386,41%, sedangkan anggaran program kesehatan yang dikeluarkan oleh Instansi Non Dinkes yang meliputi Pemda, BKKBN, Askes, Disnakertrans, Dinas Sosial dan Dinas Pendidikan Nasional menunjukkan menurun pada tahun 2000 yakni sebesar Rp321.400.000,00 pada tahun 1999 menjadi Rp300.690.000,00 pada tahun 2000 dan meningkat kembali menjadi Rp597.830.000,00 pada tahun 2001.

Kenaikan tersebut menunjukkan bahwa peran instansi non-Dinkes di Kabupaten Kutai Kartanegara adalah baik dan jika dilihat dari kontribusi anggaran instansi non-Dinkes terhadap anggarannya cukup besar yakni sebesar 9,44%, 1,48%, dan 1,55% pada tahun 1999, 2000 dan 2001. Hal tersebut cukup menggembirakan bahwa peran lintas sektor dalam meningkatkan status kesehatan juga didukung dengan jumlah anggaran kesehatan di instansinya yang cenderung meningkat secara absolut walaupun jumlah anggaran instansinya naik secara tajam tetapi kontribusi di bidang kesehatan relatif tetap. Pembiayaan kesehatan menurut instansi di Kabupaten Kutai Kartanegara tampak pada Tabel 1.

keseluruhan yaitu sebesar 32,35%, 22,80%, dan 29,34% untuk tahun 1999, 2000, dan 2001. Kontribusi anggaran kesehatan terhadap APBD II di Kabupaten Kutai Kartanegara secara relatif mengalami penurunan yakni dari 1,98% pada tahun 1999, turun menjadi 1,30% pada tahun 2000, dan tahun 2001 naik kembali menjadi 1,76%.

b. Kota Balikpapan

Pembiayaan kesehatan dari Dinkes Kota Balikpapan antara tahun 1999-2000 mengalami peningkatan yakni Rp509.710.000,00 pada tahun 1999, meningkat menjadi Rp787.240.000,00 dan meningkat kembali menjadi Rp1.316.500.000,00 pada tahun 2001,

Tabel 1. Pembiayaan Kesehatan Menurut Instansi di Kabupaten Kutai Kartanegara (Dalam Juta Rupiah)

No	Instansi	1999	2000	2001
1	Dinas Kesehatan			
	a. Jumlah anggaran	1.152,46	5.605,71	15.150,76
	b. Anggaran Kesehatan	1.152,46	5.605,71	15.150,76
	c. % Anggaran Kesehatan	100,0	100,0	100,0
2	7 Instansi Non Dinkes*)			
	a. Jumlah anggaran	3.403,01	20.293,14	38.530,16
	b. Anggaran Kesehatan	321,40	300,69	597,83
	c. % Anggaran Kesehatan	9,44	1,48	1,55
3	Dinkes + 7 Instansi Non-Dinkes			
	a. Jumlah Anggaran	4.555,53	25.898,84	53.680,92
	b. Anggaran Kesehatan	1.473,86	5.906,35	15.748,58
	c. % Anggaran Kesehatan	32,35	22,80	29,34
4	APBD II			
	a. Jumlah APBD II	74.526,76	454.188,69	887.154,83
	b. Anggaran Kesehatan	1.473,86	5.906,35	15.748,58
	c. % Anggaran Kes thd APBD	1,98	1,30	1,76

*) 7 Instansi non Dinkes yang menganggarkan program kesehatan: RSUD, Pemda, BKKBN, Askes, Disnakertrans, Dinas Sosial dan Dinas Pendidikan Nasional

Dari Tabel 1 tersebut juga tampak bahwa anggaran kesehatan di Kabupaten Kutai Kartanegara yang bersumber dari Dinkes maupun instansi pemerintah non-Dinkes cukup besar yang ditunjukkan pada kontribusi anggaran kesehatan terhadap total anggaran

sedangkan anggaran program kesehatan yang dikeluarkan oleh instansi non Dinkes yang meliputi Pemda, BKKBN, Askes, Disnakertrans, Dinas Sosial dan Dinas Diknas menunjukkan kenaikan yang cukup baik yakni sebesar Rp76.000.000,00 pada tahun 1999 dan

meningkat Rp134.530.000,00 pada tahun 2000 atau meningkat sebesar 77,01% untuk tahun 1999-2000, dan meningkat cukup tinggi menjadi sebesar Rp676.380.000,00 pada tahun 2001 atau meningkat sebesar 402,77% untuk tahun 2000-2001.

Kenaikan tersebut menunjukkan bahwa peran instansi non-Dinkes di Kota Balikpapan cukup besar, dan jika dilihat dari kontribusi anggaran instansi non-Dinkes terhadap anggarannya cukup besar yakni sebesar 4,66% pada tahun 1999, 7,25% pada tahun 2000 dan meningkat menjadi 9,76 pada tahun 2001.

Peran lintas sektor dalam meningkatkan status kesehatan disamping mendukung jumlah anggaran kesehatan diinstansinya juga mendukung dalam bentuk partisipasi staf dalam peningkatan derajat kesehatan melalui kerja sama lintas sektor. Dari Tabel 2 tersebut juga tampak bahwa anggaran kesehatan di Kota Balikpapan baik yang bersumber dari

Dinkes maupun instansi pemerintah non-Dinkes cukup besar yang ditunjukkan pada kontribusi anggaran untuk kesehatan terhadap total anggaran 7 instansi pemerintah secara keseluruhan yaitu sebesar 27,35%, 34,89%, dan 24,17% untuk tahun 1999, 2000, dan 2001. Kontribusi anggaran kesehatan terhadap APBD II di Kota Balikpapan secara relatif mengalami penurunan yakni dari pada 1,18% pada tahun 1999, turun menjadi 0,86% pada tahun 2000, dan pada tahun 2001 naik kembali menjadi 1,84%.

Pembiayaan Kesehatan Menurut Fungsi Pelayanan Kesehatan

Fungsi pelayanan meliputi 2 komponen penting yakni pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Sesuai dengan klasifikasi fungsi pelayanan kesehatan yang bersumber dari anggaran pemerintah dari hasil *Workshop* NHA di

Tabel 2. Pembiayaan Kesehatan Menurut Instansi di Kota Balikpapan (Dalam Juta Rupiah)

No	Instansi	1999	2000	2001
1	Dinas Kesehatan			
	a. Jumlah anggaran	509,71	787,24	1.316,50
	b. Anggaran Kesehatan	509,71	787,24	1.316,50
	c. % Anggaran Kesehatan	100,0	100,0	100,0
2	7 Instansi Non-Dinkes*)			
	a. Jumlah anggaran	1.631,56	1.854,51	6.927,19
	b. Anggaran Kesehatan	76,00	134,53	676,38
	c. % Anggaran Kesehatan	4,66	7,25	9,76
3	Dinkes + 7 Instansi Non-Dinkes			
	a. Jumlah Anggaran	2.141,26	2.641,75	8.243,69
	b. Anggaran Kesehatan	585,71	921,78	1.992,88
	c. % Anggaran Kesehatan	27,35	34,89	24,17
4	APBD II			
	a. Jumlah APBD II	49.566,42	106.588,76	192.218,26
	b. Anggaran Kesehatan	585,71	921,78	1.992,88
	c. % Anggaran Kes thd APBD II	1,18	0,86	1,04

*) 7 Instansi non-Dinkes yang menganggarkan program kesehatan: RSUD, Pemda, BKKBN, Askes, Disnakertrans, Dinas Sosial dan Dinas Pendidikan Nasional

Indonesia⁷, maka fungsi pelayanan kesehatan perorangan meliputi perawatan rawat inap, rawat jalan, Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), perawatan kesehatan gigi, farmasi dan obat-obatan, laboratorium, jasa transportasi pasien (ambulans), dan alat-alat kesehatan, sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat meliputi preventif dan promotif kesehatan, pendidikan dan latihan tenaga kesehatan (Diklat Nakes), Penelitian dan Pengembangan (Litbang), Pengawasan Obat dan Makanan (POM), Kesehatan Lingkungan (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 Kutai Kartanegara

Di Kabupaten Kutai Kartanegara fungsi pelayanan kesehatan lebih diarahkan kepada pelayanan kesehatan masyarakat, khususnya jika dilihat dari aspek pembiayaannya yang tampak pada Tabel 3.

Jika dilihat dari pembiayaan tampak bahwa yang dialokasikan untuk pelayanan kesehatan masyarakat cukup besar yaitu 91,76% pada tahun 1999, 91,38% pada tahun 2000 dan pada tahun 2001 mencapai 83,54%. Jika dilihat dari kontribusi instansi lintas sektor (non-Dinkes), yang menunjukkan lebih dari tiga perempat seluruh anggaran untuk program kesehatan digunakan untuk pelayanan kesehatan masyarakat, pada tahun 1999 sebesar 82,29%, tahun 2000 sebesar 77,25% dan pada tahun 2001 sebesar 72,89%.

Tabel 3. Pembiayaan Kesehatan Menurut Fungsi Pelayanan Kesehatan (Yankes) Di Kabupaten Kutai Kartanegara (dalam Juta Rupiah)

No	Fungsi Pelayanan Kesehatan	1999		2000		2001	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	Dinas Kesehatan						
a.	Pelayanan Kesehatan perorangan	64,52	5,60	441,00	7,83	2.429,80	16,04
b.	Pelayanan Kesehatan masyarakat	1.087,94	94,40	5.164,71	92,13	12.720,96	83,96
c.	Total	1.152,46	100,0	5.605,71	100,0	15.150,76	100,0
2	Rumah Sakit						
a.	Pelayanan Kesehatan perorangan	ta		ta		ta	
b.	Pelayanan Kesehatan masyarakat	ta		ta		ta	
c.	Total	ta		ta		ta	
3	6 Instansi non-Dinkes						
a.	Pelayanan Kesehatan perorangan	56,91	17,71	68,42	22,75	162,10	27,11
b.	Pelayanan Kesehatan masyarakat	264,49	82,29	232,27	77,25	435,73	72,89
c.	Total	321,40	100,0	300,69	100,0	597,83	100,0
4	Dinkes + 6 Instansi non-Dinkes						
a.	Pelayanan Kesehatan perorangan	121,43	8,24	509,42	8,62	2.591,90	16,46
b.	Pelayanan Kesehatan masyarakat	1.352,43	91,76	5.396,93	91,38	13.156,68	83,54
c.	Total	1.473,86	100,0	5.906,35	100,0	15.748,58	100,0

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

b. Kota Balikpapan

Seperti halnya di Kabupaten Kutai Kartanegara, maka di Kota Balikpapan pelayanan kesehatan juga lebih diarahkan kepada pelayanan kesehatan masyarakat, khususnya jika dilihat dari aspek pembiayaannya yang tampak pada Tabel 4 berikut ini:

Di Kota Balikpapan pembiayaan yang dialokasikan untuk pelayanan kesehatan masyarakat juga cukup besar yaitu 88,13% pada tahun 1999 sebesar 85,06% pada tahun 2000 dan pada tahun 2001 mencapai 79,85%. Jika dilihat dari kontribusi instansi lintas sektor (non Dinkes) yang menunjukkan lebih dari 85% seluruh anggaran untuk kesehatan digunakan untuk kegiatan pelayanan kesehatan di masyarakat dimana pada tahun 1999 sebesar 100,00%, tahun 2000 sebesar 84,46% dan pada tahun 2001 sebesar 86,45%

Pembiayaan Kesehatan Menurut Jenis Biaya

Pembagian ketiga dari pembiayaan adalah menurut jenis biaya, yang hasil ini akan digunakan untuk lebih mencermati pengeluaran kesehatan dari sisi besarnya investasi maupun operasionalnya. Sebenarnya format yang dipakai sudah cukup lengkap yang unit pelayanan kesehatan swasta dan masyarakat juga masuk dalam rencana analisis, tetapi karena sulitnya memperoleh data maka untuk sementara data dari swasta dan masyarakat tidak masuk dalam perhitungan pembiayaan kesehatan ini. Sesuai dengan definisinya maka biaya operasional adalah biaya yang habis dalam masa satu tahun atau kurang sedangkan biaya investasi adalah biaya yang digunakan untuk pembelian bahan atau alat yang umurnya lebih dari satu tahun.

Tabel 4. Pembiayaan Kesehatan Menurut Fungsi Pelayanan Kesehatan (Yankes) Di Kota Balikpapan (Dalam Juta Rupiah)

No	Fungsi Pelayanan Kesehatan	1999		2000		2001	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	Dinas Kesehatan						
	a. Yankes perorangan	69,50	13,63	119,50	15,18	310,00	23,55
	b. Yankes masyarakat	440,21	86,37	667,74	84,82	1.006,50	76,45
	c. Total	509,71	100,0	787,24	100,0	1.316,50	100,0
2	Rumah Sakit						
	a. Yankes perorangan	ta		ta		ta	
	b. Yankes masyarakat	ta		ta		ta	
	c. Total	ta		ta		ta	
3	6 Instansi non-Dinkes*)						
	a. Yankes perorangan	-	-	18,21	13,54	91,65	13,55
	b. Yankes masyarakat	76,00	100,0	116,32	86,46	584,73	86,45
	c. Total	76,00	100,0	134,53	100,0	676,38	100,0
4	Dinkes + 7 Instansi non-Dinkes						
	a. Yankes perorangan	69,50	11,87	137,71	14,94	401,65	20,15
	b. Yankes masyarakat	516,21	88,13	784,07	85,06	1.591,23	79,85
	c. Total	585,71	100,0	921,78	100,0	1.992,88	100,0

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

a. Kabupaten Kutai Kartanegara

Pembiayaan kesehatan di Kabupaten Kutai Kartanegara terlihat pada Tabel 5.

Dari Tabel 5 tersebut tampak bahwa biaya operasional program kesehatan secara keseluruhan untuk tahun 1999 mencapai 91,48% pada tahun 1999, 88,53% pada tahun 2000 dan 82,12% untuk tahun 2001, sedangkan pembiayaan yang berasal dari Pemda dan BKKBN seluruhnya digunakan untuk biaya operasional program kesehatan. Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara sendiri mengalokasikan ang-

garannya untuk kegiatan operasional mencapai 89,11% pada tahun 1999, 97,92% untuk tahun 2000 dan pada tahun 2001 mencapai 81,42% dari total biayanya. Data dari Rumah Sakit Kutai Kartanegara tidak diperoleh keterangan.

Pembiayaan untuk kesehatan dari pemda kabupaten dapat dikatakan tidak terlalu meningkat dari tahun ke tahun yakni dari Rp89.110.000,00 pada tahun 1999 menjadi Rp87.920.000,00 pada tahun 2000 (15 kali lipat) dan meningkat 81,42% pada tahun 2001. Di sini mengindikasikan bahwa pada era

Tabel 5. Pembiayaan Kesehatan Menurut Jenis Biaya di Kabupaten Kutai Kartanegara (dalam Juta Rupiah)

No	Unit Pelayanan Kesehatan dan Jenis Biaya	1999			2000			2001		
		Inst.Pemerintah		Swasta/	Inst.Pemerintah		Swasta/	Inst.Pemerintah		Swasta/
		Jumlah	%	Masy.	Jumlah	%	Masy.	Jumlah	%	Masy.
1	Dinas Kesehatan									
	a. Biaya Operasional	1.026,96	89,11	-	4.928,37	87,92	-	12.335,52	81,42	-
	b. Biaya Investasi	125,50	10,89	-	677,34	12,08	-	2.815,24	18,58	-
	c. Total	1.152,46	100,0	-	5.605,71	100,0	-	15.150,76	100,0	-
2	Rumah Sakit									
	a. Biaya Operasional	ta		-	ta		-	ta		-
	b. Biaya Investasi	ta		-	ta		-	ta		-
	c. Total	ta		-	ta		-	ta		-
3	Pemda Kabupaten									
	a. Biaya Operasional	186,75	100,0	-	172,65	100,0	-	245,19	100,0	-
	b. Biaya Investasi	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	c. Total	186,75	100,0	-	172,65	100,0	-	245,19	100,0	-
4	BKKBN									
	a. Biaya Operasional	29,50	29,50	-	18,75	100,0	-	18,07	100,0	-
	b. Biaya Investasi	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	c. Total	29,50	29,50	-	18,75	100,0	-	18,07	100,0	-
5	Askes									
	a. Biaya Operasional	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	b. Biaya Investasi	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	c. Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Dinas Non-Kesehatan Lain									
	a. Biaya Operasional	105,15	100,0	-	109,29	100,0	-	334,57	100,0	-
	b. Biaya Investasi	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	c. Total	105,15	100,0	-	109,29	100,0	-	334,57	100,0	-
7	Total Kesehatan-Non Kesehatan									
	a. Biaya Operasional	1.348,36	91,48	-	5.229,01	88,53	-	12.933,34	82,12	-
	b. Biaya Investasi	125,50	8,52	-	677,34	11,47	-	2.815,24	17,88	-
	c. Total	1.473,86	100,0	-	5.906,35	100,0	-	15.748,58	100,0	-

otonomi daerah sekarang ini, peran pemda dalam upaya meningkatkan status kesehatan masyarakatnya menjadi lebih besar yang tampak pada pengalokasian anggaran untuk program kesehatan. Demikian pula untuk instansi lain non-Dinkes juga meningkatkan anggarannya yang disertai dengan peningkatan alokasi anggaran untuk program-program kesehatan.

b. Kota Balikpapan

Pemerintah Kota Balikpapan lebih memprioritaskan pada kegiatan operasional yang tampak pada proporsi pembiayaan kesehatan untuk operasional yang lebih dari 80% dari total anggarannya, yang tampak pada Tabel 6.

Dari Tabel 6 tersebut tampak bahwa biaya operasional program kesehatan secara keseluruhan untuk tahun 1999 mencapai 82,22% pada tahun 1999, 82,04% pada tahun 2000, dan 81,11% untuk tahun 2001, sedangkan pembiayaan yang berasal dari non-Dinkes hampir seluruhnya digunakan untuk biaya operasional program kesehatan. Dinas Kesehatan Kota Balikpapan sendiri mengalokasikan anggarannya untuk kegiatan operasional mencapai 77,55% pada tahun 1999, 78,96% pada tahun 2000 dan 71,40% pada tahun 2001 dari total biayanya.

Tabel 6. Pembiayaan Kesehatan Menurut Jenis Biaya Di Kota Balikpapan (Dalam Juta Rupiah)

No	Unit Pelayanan Kesehatan dan Jenis Biaya	1999			2000			2001		
		Inst.Pemerintah		Swasta/	Inst.Pemerintah		Swasta/	Inst.Pemerintah		Swasta/
		Jumlah	%	Masy	Jumlah	%	Masy	Jumlah	%	Masy
1	Dinas Kesehatan									
	a. Biaya Operasional	359,59	77,55	-	621,65	78,96	-	940,00	71,40	-
	b. Biaya Investasi	104,12	22,45	-	165,59	21,04	-	376,50	28,60	-
	c. Total	463,71	100,0	-	787,24	100,0	-	1.316,50	100,0	-
2	Rumah Sakit									
	a. Biaya Operasional	ta		-	ta		-	ta		-
	b. Biaya Investasi	ta		-	ta		-	ta		-
	c. Total	ta		-	ta		-	ta		-
3	Pemda Kabupaten									
	a. Biaya Operasional	46,00	100,0	-	54,06	100,0	-	143,00	100,0	-
	b. Biaya Investasi	-		-	-		-	-		-
	c. Total	46,00	100,0	-	54,06	100,0	-	143,00	100,0	-
4	BKKBN									
	a. Biaya Operasional	30,00	100,0	-	39,05	100,0	-	80,38	100,0	-
	b. Biaya Investasi	-		-	-		-	-		-
	c. Total	30,00	100,0	-	39,05	100,0	-	80,38	100,0	-
5	Askes									
	a. Biaya Operasional	26,25	100,0	-	24,98	100,0	-	78,42	100,0	-
	b. Biaya Investasi	-		-	-		-	-		-
	c. Total	26,25	100,0	-	24,98	100,0	-	78,42	100,0	-
6	Dinas Non-Kes Lain									
	a. Biaya Operasional	19,75	100,0	-	16,45	100,0	-	374,58	100,0	-
	b. Biaya Investasi	-		-	-		-	-		-
	c. Total	19,75	100,0	-	16,45	100,0	-	374,58	100,0	-
7	Total Kes+Non-Kes									
	a. Biaya Operasional	481,59	82,22	-	756,19	82,04	-	1.616,38	81,11	-
	b. Biaya Investasi	104,12	17,78	-	165,59	17,96	-	376,50	18,89	-
	c. Total	585,71	100,0	-	921,78	100,0	-	1.992,88	100,0	-

PEMBAHASAN

Jika ditelaah lebih jauh pembiayaan kesehatan sektor pemerintah di Indonesia dapatlah digambarkan bahwa persentase pengeluaran kesehatan terhadap produk domestik bruto mencapai 2,6% pada tahun 1999 dan 2,7% pada tahun 2000, sedangkan pengeluaran kesehatan pemerintah terhadap pengeluaran kesehatan secara keseluruhan hanya 28,0% pada tahun 1999 dan 23,7% pada tahun 2000. Di lain pihak, total pengeluaran pemerintah untuk kesehatan hanya 3,2% dari total pengeluaran pemerintah pada tahun 1999 dan 3,1% untuk tahun 2000. Peranan sumber pembiayaan eksternal untuk kesehatan dibandingkan dengan pembiayaan kesehatan dari pemerintah sebesar 30,1% untuk tahun 1999 dan 28,5% untuk tahun 2000,

sedangkan pengeluaran lembaga sosial untuk kesehatan terhadap pembiayaan kesehatan dari pemerintah sebesar 7,3% pada tahun 1999 dan 7,5% pada tahun 2000.

Dari Tabel 7 tampak bahwa persentase pengeluaran kesehatan terhadap produk domestik bruto mulai mengalami sedikit penurunan dari 2,1% pada tahun 1995 menjadi 2,0% pada tahun 1996, dan selanjutnya terus meningkat hingga mencapai 2,7% pada tahun 2000, tetapi untuk pengeluaran kesehatan dari pemerintah terhadap pengeluaran kesehatan secara keseluruhan mengalami penurunan dari 46% pada tahun 1995 menurun sampai 23,7% di tahun 2000. Tetapi secara absolut meningkat dari Rp2.840.500.000,00 pada tahun 1995 meningkat menjadi Rp8.250.200.000,00 pada tahun 2000. Hal

Tabel 7. Situasi Pembiayaan Kesehatan Nasional Di Indonesia Tahun 1995 sampai dengan 2000

No	PENGELUARAN KESEHATAN	Tahun					
		1995	1996	1997	1998	1999	2000
A Rasio Pengeluaran							
1	% Pengeluaran Kesehatan terhadap PDB	2,1	2,0	2,4	2,5	2,6	2,7
2	% Pengeluaran Kesehatan dari pemerintah terhadap Pengeluaran Kesehatan	46,0	32,4	23,7	27,2	28,0	23,7
3	% Pengeluaran Pemerintah. u/ Kesehatan terhadap Total Pengel. Pemerintah	3,5	3,5	2,8	3,2	3,2	3,1
4	% Sumbangan Pembiayaan Ekst terhadap Pengeluaran Pemerintah. u/ Kesehatan	3,2	3,7	15,0	30,7	30,1	28,5
5	% Pengeluaran Kesehatan dr Lemb. Sos terhadap Pengeluaran Pemerintah. u/ Kesehatan	11,4	10,6	14,1	9,0	7,3	7,5
B Jumlah Pengeluaran Kesehatan (dalam milyar rupiah)							
6	Jumlah Pengeluaran Kesehatan	8.193,1	10.489,9	15.180,4	23.537,1	28.336,7	34.800,0
7	Jumlah Pengeluaran Kesehatan Pemerintah	2.840,5	3.401,3	3.590,4	8.407,7	7.943,2	8.250,2
8	Jumlah Pengeluaran Kesehatan Swasta	3.346,6	7.088,8	11.590,0	17.129,4	20.393,6	26.549,8
C Data Variabel Makro (dalam milyar rupiah)							
9	Produk Domestik Bruto (PDB)	383.788	532.568	627.695	955.783	1.108.979	1.290.684
10	Pengel Pemerintah untuk Umum	79.215	98.512	127.968	202.715	252.075	262.707
11	% Pengel. Kes. Pemerintah terhadap PDB	1,00	0,64	0,57	0,88	0,72	0,64

yang sama juga terjadi pada pengeluaran untuk kesehatan yang sebesar Rp8.193.100.000,00 naik menjadi Rp34.800.000.000,00 pada tahun 2000.

Anggaran kesehatan di Kutai Kartanegara yang terus meningkat yakni Rp1.473.860.000,00 pada tahun 1999 dan meningkat sampai Rp15.748.580.000,00 secara absolut, jika dilihat proporsinya terhadap APBD II terus mengalami penurunan yakni 1,98% pada tahun 1999 tetapi menurun sebesar 1,76% pada tahun 2001. Demikian pula di Balikpapan, jumlah anggaran kesehatan yang sebesar Rp585.710.000,00 pada tahun 1999 meningkat menjadi Rp1.992.880.000,00 pada tahun 2001 secara absolut, tetapi bila dibandingkan dengan APBD ternyata mengalami penurunan yakni 1,18% terhadap APBD II pada tahun 1999 menurun menjadi 1,04% pada tahun 2001. Di lain pihak, hasil kesepakatan bupati dan walikota se-Indonesia adalah bahwa alokasi anggaran kesehatan sebesar 15% dari APBD II belum terpenuhi. Gani⁵ menyatakan bahwa anggaran kesehatan yang ideal bagi sebuah negara maju adalah 4% dari pendapatan nasionalnya, sedangkan di Indonesia, anggaran kesehatan di daerah hanya 0,5% dari pendapatan daerah.

Pembiayaan kesehatan tersebut bila dikaitkan dengan pembiayaan kesehatan di Thailand⁹ menunjukkan bahwa jumlah pembiayaan kesehatan di Thailand pada tahun 1994 sebesar 128.305,11 baht (Rp.26.944.073,00), yang sebanyak 84,07% digunakan untuk konsumsi kesehatan sedangkan 15,93% untuk investasi. Dari jumlah pengeluaran untuk konsumsi kesehatan tersebut 36,14% digunakan untuk membiayai pelayanan kesehatan pemerintah, 32,35% untuk pelayanan kesehatan swasta, dan 5,93% untuk biaya administrasi dan 9,65% digunakan untuk pembiayaan program kesehatan masyarakat lainnya. Jumlah pengeluaran untuk kesehatan di Thailand sebanyak 3,56% dari PDB sedangkan di Indonesia 0,64% pada tahun 2000. Suatu situasi

yang sangat kontradiktif antara Indonesia dan Thailand dalam pembiayaan kesehatan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

- Terdapat kelemahan dari data pembiayaan yang dikumpulkan yakni data yang ada belum mengacu pada batasan-batasan tentang pengeluaran yang diklasifikasikan sebagai pengeluaran bagi pembiayaan kesehatan. Disamping itu, juga sulitnya menghitung data pembiayaan dari pemerintah karena bersumber dari anggaran (APBD I, APBD II, Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara atau APBN), *loan* dan *grant*, serta dari lintas instansi, yang pencatatannya dirasakan kurang akurat.
- Proporsi biaya program kesehatan terhadap APBD II ternyata masih dibawah kesepakatan bupati atau walikota se-Indonesia yakni sebesar 15% dari APBD II, yang berturut-turut pada tahun 1999, 2000 dan 2001 di Kutai Kartanegara sebesar 1,98%, 1,30%, dan 1,76%, sedangkan di Balikpapan berturut-turut sebesar 1,18%, 0,86%, dan 1,04%.
- Kontribusi institusi non-Dinkes untuk program kesehatan terhadap total anggarannya masih rendah yakni pada tahun 1999, 2000, 2001 berturut-turut di Kutai Kartanegara sebesar 9,44%, 1,48%, dan 1,55%, sedangkan di Balikpapan sebesar 4,66%, 7,25%, dan 9,76% dari total anggarannya. Dari total pembiayaan program kesehatan, alokasi untuk program pelayanan kesehatan masyarakat sudah cukup besar yakni 91,76%, 91,38%, dan 83,54% pada tahun 1999, 2000, dan 2001 di Kutai Kartanegara sedangkan di Balikpapan berturut-turut pada tahun 1999, 2000, dan 2001 sebesar 88,13%, 85,06%, dan 79,85%, sedangkan sisanya untuk pelayanan kesehatan individu.

- d. Biaya operasional untuk program kesehatan mendominasi pembiayaan secara keseluruhan (lebih dari 80% di Kutai Kartanegara dan Balikpapan) dan anggaran dari non-Dinkes hampir seluruhnya digunakan untuk biaya operasional dan mempunyai kecenderungan meningkat lagi untuk masa yang akan datang.

Saran

- a. Mengadakan pelatihan penyediaan dan penghitungan data pembiayaan kesehatan melalui pembuatan modul penghitungan biaya kesehatan dari tiga sumber utama, yaitu pengeluaran pemerintah, pengeluaran institusi untuk tenaga kerja dan pembayaran langsung dari masyarakat.
- b. Mengembangkan metode pengklasifikasian data pembiayaan kesehatan serta memberikan pelatihan dan pendidikan terhadap karyawan di daerah yang akan dilibatkan dalam penghitungan, baik dari institusi kesehatan (Dinkes, RSUD dan Puskesmas) serta sumber data keuangan non-Depkes yang mendukung pelayanan kesehatan (BKKBN, instansi pemerintah non-Depkes, pemda dan asuransi).
- c. Melakukan Diklat kegiatan Litbang dalam rangka pengembangan konsep dan kegiatan Pembiayaan Kesehatan di Daerah (DHA) baik untuk lingkungan sendiri (Depkes) maupun lintas sektor (pertahanan dan keamanan, pertanian, pendidikan nasional dan sebagainya) serta mengembangkan model sistem administrasi kesehatan yang secara langsung dapat mendeteksi pembiayaan kesehatan di daerah melalui *management support system*.

2. Departemen Kesehatan R.I. Modul Pelatihan Desentralisasi Pelayanan Kesehatan. 2002.
3. Organization for Economic Cooperation and Development. Chapter 1: Principles of the System of Health Accounts. In: A System of Health Accounts. Paris: OECD. 2000.
4. World Health Organization. NHA Producers Guide: Chapter 1-13. Geneva: WHO. 2002.
5. 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.
6. Poullier, J.P., Hernandez, P. Estimates of National Health Accounts (NHA) for 1997. Geneva: WHO (GPE Discussion Paper No.27). 2000.
7. Rannan-Eliya, Ravi, P. Status of National Health Accounts in Asia-Pacific Region: Results of the APNHAN Survey 2001. Asia-Pacific National Health Accounts Network. 2001.
8. Gani, Ascobat. Kesehatan dan Pembangunan Daerah Kota Surabaya, Jawa Timur. The John Hopkins University, Center for Communication Program. Jakarta. 2001.
9. Tangcharoensathien, Viroj, A., Laixuthai, J., Vasavit, N., Tantigate, W.P., Ruffolo, D., Vimolkit, J., Lertiendumrong. National Health Accounts Development: Lessons from Thailand. Health Policy and Planning. 1999; 14(4):342-53.

KEPUSTAKAAN

1. Syaukani, Achmad, Affan Gaffar, Ryaas Rasyid. Otonomi Daerah dalam Negara Kesatuan. Pustaka Pelajar. Yogyakarta. 2002.