

BAB 5

DESENTRALISASI PEMBIAYAAN KESEHATAN DAN TEKNIK ALOKASI ANGGARAN

Laksono Trisnantoro
Deni Harbianto

PENGANTAR UMUM

Sebelum desentralisasi, alokasi anggaran kesehatan dilakukan oleh pemerintah pusat dengan menggunakan model negosiasi ke provinsi-provinsi. Ketika sifat *Big-Bang* kebijakan desentralisasi mengenai sektor kesehatan, tiba-tiba terjadi apa yang disebut sebagai alokasi anggaran pembangunan melalui Dana Alokasi Umum (DAU) yang berbasis pada formula¹⁰⁵. Formula ini ditetapkan berbasis pada potensi penerimaan dan kebutuhan fiskal oleh sebuah daerah. Dalam formula ini pembagian alokasi anggaran tidak hanya ke provinsi saja tetapi sampai ke sekitar 400-an kabupaten/kota di Indonesia. Sesuatu yang mengejutkan terjadi untuk sektor kesehatan karena di dalam formula DAU komponen kesehatan secara implisit dianggap sudah masuk di dalamnya walaupun secara eksplisit tidak ada. Akibatnya, secara praktis sektor kesehatan harus berjuang di tiap-tiap provinsi dan kabupaten/kota untuk mendapatkan anggaran. Hal ini merupakan perkembangan baru untuk fungsi pemerintah daerah di sektor kesehatan, yaitu harus merencanakan dan menganggarkan program kesehatan dan bersaing dengan sektor lain untuk mendapatkannya.

Ada hal menarik dalam masalah peran pemerintah dalam alokasi anggaran kesehatan. Di luar DAU, masih banyak sumber anggaran pemerintah pusat untuk kesehatan misalnya melalui dana kompensasi BBM, Dana Alokasi Khusus (DAK), sampai Anggaran Belanja Tambahan (ABT). *Big-Bang* desentralisasi telah mengubah sistem alokasi dari pusat, ada yang langsung ke kabupaten/kota.

Sementara itu, tradisi alokasi anggaran di pusat belum mantap dalam menggunakan formula berbasis data. Terlihat bahwa fungsi pemerintah pusat belum mantap dalam alokasi anggaran. Kultur negosiasi dalam alokasi anggaran masih kental dan menjadi lebih rumit dengan semakin kuatnya pengaruh anggota Dewan Perwakilan Rakyat dalam menentukan kegiatan kesehatan pascakebijakan desentralisasi. Akibatnya, berbagai ketidakadilan, keanehan, dan ketidakpuasan muncul dalam alokasi anggaran. Salahsatu ketidakadilan adalah ketika daerah-daerah yang miskin mendapat alokasi anggaran yang bobotnya sama dengan daerah kaya. Sebagai gambaran praktis, dalam alokasi dana kompensasi BBM, prinsip keadilan sosial perlu ditegakkan dengan menggunakan formula dengan kekuatan fiskal pemerintah daerah menjadi bobot penting. Bagi kabupaten kaya seperti Bengkalis atau Kutai Kartanegara, diharapkan mampu membiayai masyarakat miskin di daerahnya. Sementara itu, bagi kabupaten miskin peran pemerintah pusat diperlukan untuk menutup kekurangan.

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

¹⁰⁵ Sidik M, Raksaka Mahi B, Simanjatak R, Brodjonegoro D. (2002). *Dana ALokasi Umum: Konsep, Hambatan, dan Prospek di Era Otonomi Daerah*. Penerbit Buku Kompas Jakarta.

- (1) Pembiayaan Pemerintah Pusat dan Dana Dekonsentrasi (*Central Government Budget and De-concentrated Budget*)
- (2) Pembiayaan Pemerintah Provinsi melalui skema Dana Provinsi (PAD ditambah Dana Desentralisasi DAU Provinsi dan DAK Provinsi),
- (3) Pembiayaan Pemerintah Kabupaten/Kota melalui skema Dana Pemerintah Kabupaten/Kota (PAD ditambah dana desentralisasi DAU Kabupaten/Kota dan DAK Kabupaten/ Kota)¹⁰⁶.

Tulisan ini tersusun atas: Pengantar Umum, Permasalahan, Metode Pengamatan, dan Hasil Pengamatan. Pada hasil pengamatan akan disajikan perkembangan mengenai dua hal. Pertama, perkembangan dana desentralisasi yang terdiri dari DAU dan DAK. Dana kesehatan yang berasal dari PAD dan dana bagi hasil tidak masuk dalam perhitungan ini karena data sulit untuk dikumpulkan. Perkembangan kedua mengenai dana-dana pusat lainnya yang terdiri atas dana dekonsentrasi, Dana Program Kompensasi BBM, dan ABT. Pembahasan akan dilakukan dalam konteks apakah terjadi pergeseran (*shift*) pola pembiayaan dari sentralisasi ke desentralisasi dan teknik alokasi anggaran kesehatan oleh pemerintah pusat.

PERMASALAHAN

Makalah ini mengemukakan perkembangan dalam pembiayaan kesehatan sebelum dan sesudah desentralisasi. Pertanyaan yang timbul adalah:

- A) Bagaimana pergeseran (*shift*) dana? apakah bersifat ke arah desentralisasi atau ke resentralisasi?
 - i) Bagaimana perkembangan dana-dana kesehatan yang tergolong desentralisasi (DAU dan DAK)?
 - ii) Bagaimana perkembangan dana-dana kesehatan yang tergolong sebagai dana

dekonsentrasi dan dana-dana yang diputuskan oleh pusat?

- iii) Apakah terjadi peningkatan atau penurunan dana desentralisasi dan dana pusat?

- B) Bagaimana teknik alokasi dana pemerintah pusat? Apakah dana desentralisasi ini benar-benar melibatkan kewenangan dan situasi daerah dalam menentukan besarnya anggaran kesehatan. Hal ini terkait dengan apakah teknik alokasi anggaran yang dilakukan pemerintah sekarang sesuai dengan kebijakan desentralisasi? Apakah faktor sosioekonomi suatu daerah berpengaruh? Atau masih menggunakan dasar alokasi sebelumnya (diskusi, negosiasi, dan argumentasi)?

METODE PENGAMATAN

Metode penelitian dalam kegiatan ini menggunakan dua pendekatan:

- i. *Review data series* anggaran kesehatan nasional (pemerintah) dari sebelum desentralisasi sampai setelah desentralisasi, dengan penekanan detail data mulai tahun 1999 sampai dengan 2003. Data yang digunakan merupakan kompilasi dari beberapa data anggaran kesehatan (APBN-Depkes, World Bank, WHO) dan beberapa penelitian yang dilakukan oleh PMPK FK-UGM (*National Health Account*, dan *Public Health Expenditure Review*, kerjasama dengan WHO Indonesia dan IPS Srilanka).
- ii. Menggunakan korelasi-statistik sederhana untuk mengetahui hubungan (korelasi) antara variabel-variabel anggaran kesehatan (sentral, dekonsentrasi, DAU, DAK, dsb) dengan variabel-variabel sosio-ekonomi (*Fiscal Capacity*, Indeks Kemiskinan, GDRP per kapita).

Hasil dari kedua metode penelitian ini disajikan dalam bagian pembahasan. Pembahasan

¹⁰⁶ Undang-Undang No 25 tahun 1999, BAB III, Pasal 3, Pasal 4 dan Pasal 5, tentang Sumber Sumber Penerimaan Desentralisasi

pertama melihat gambaran umum kondisi anggaran kesehatan. Pembahasan kedua melihat gambaran korelasi sederhana dan teknik alokasi anggaran kesehatan pemerintah pusat setelah kebijakan desentralisasi.

HASIL PENGAMATAN

1 Dana Desentralisasi

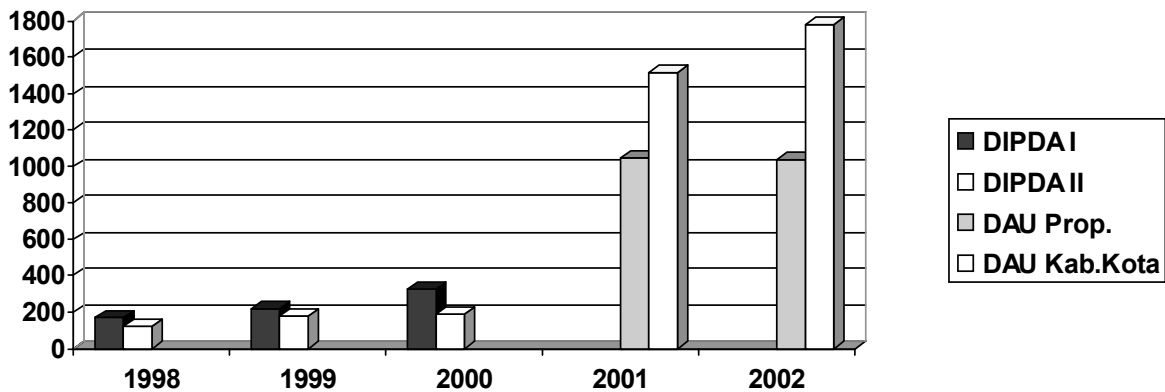
1.1. Gambaran anggaran kesehatan dari DAU

Konsekuensi diterapkannya otonomi daerah adalah perubahan sistem administratif yang berlaku. Daerah dituntut lebih otonom baik dalam menjalankan pemerintahannya maupun dalam mendanai keuangan daerahnya, sedangkan, kemampuan satu daerah dengan daerah lain tidak lah sama. Untuk menunjang pelaksanaan otonomi daerah tersebut, pemerintah pusat memberikan kebijakan transfer kepada daerah dalam bentuk Dana Alokasi Umum (DAU)¹⁰⁷.

Dana Alokasi Umum (DAU) adalah salah satu dari dana perimbangan, yang juga sering disebut sebagai dana desentralisasi. Kewenangan pengalokasian DAU, dan juga dana perimbangan lain seperti dana bagi hasil diserahkan kepada

masing-masing pemerintah daerah. Sebagian besar pemerintah daerah di Indonesia melakukan pencampuran DAU ini dengan dana daerah lainnya seperti PAD atau pinjaman daerah. Alokasi dana ini sangat tergantung dari kebutuhan dan *lobby*, negosiasi, serta argumentasi antara pihak eksekutif, unit-unit teknis di daerah dengan pihak legislatife (DPRD).

Pembiayaan kesehatan daerah yang berasal dari dana daerah (provinsi dan kabupaten/kota), mengalami peningkatan yang cukup berarti dari tahun ke tahun setelah desentralisasi. Penyebab utamanya adalah meningkatnya jumlah total DAU yang diterima oleh pemerintah daerah. Berikut ini perbandingan antara DAU kesehatan provinsi dan kabupaten tahun 2001 dan 2002, dengan menggunakan perbandingan dana dekonsentrasi yang diterima oleh daerah berbasis provinsi (DIP-Pusat) sebelum desentralisasi. Sebagai perbandingan *before and after* desentralisasi, digunakan alokasi DIPDA I dan DIPDA II¹⁰⁸ (provinsi dan kabupaten/kota).



note: Istilah DAU digunakan setelah adanya desentralisasi, sebelum adanya desentralisasi digunakan perbandingan menggunakan DIPDA I dan DIPDA II

Gambar III.1. Grafik Dana Daerah dan Dana Alokasi Umum Sektor Kesehatan (tahun 2001 dan 2002), dalam milyar Rupiah

¹⁰⁷ Sidik M, Raksaka Mahi B, Simanjutak R, Brodjonegoro D. (2002). *Dana ALokasi Umum: Konsep, Hambatan, dan Prospek di Era Otonomi Daerah*. Penerbit Buku Kompas Jakarta.

¹⁰⁸ Juwono, M; Lieberman, Samuel. S; Saadah, Fadia. (1999). *Indonesian Health Expenditure During The Crisis*, Watching Brief V, World Bank, Jakarta

Bobot DAU secara umum ditentukan oleh potensi daerah yang berbanding terbalik dengan bobot DAU. Artinya, makin besar sumber daya alam, penerimaan, dan pendapatan suatu daerah, bobot DAU-nya akan semakin kecil. Jika dikaitkan dengan alokasi anggaran teknis, misalnya untuk kesehatan, seharusnya alokasi DAU harus memperhatikan posisi kemampuan fiskal daerah dalam penyediaan dana kesehatan¹⁰⁹.

1. 2. Dana Alokasi Khusus Nonreboisasi Bidang Kesehatan:

Bidang kesehatan mendapat alokasi dana alokasi khusus yang akan dipakai untuk membiayai peningkatan daya jangkau dan kualitas kesehatan masyarakat di kabupaten/kota. Misalnya rehabilitasi gedung puskesmas, pengadaan puskesmas keliling, perairan atau roda empat, dan peningkatan fisik puskesmas. Pada prinsipnya, pengalokasian DAK diprioritaskan untuk daerah-daerah yang memiliki kemampuan fiskal rendah atau di bawah rata-rata¹¹⁰ (Keputusan Menteri Keuangan No. 544 Tahun 2002). Daerah tersebut antara lain: Provinsi Papua, Provinsi NAD, kawasan timur Indonesia, wilayah perbatasan, daerah pesisir dan kepulauan, daerah pascakonflik, daerah hilir aliran sungai rawan banjir, dan daerah terpencil.

Menurut Keputusan Menteri Keuangan No. 544 Tahun 2002, untuk setiap daerah yang menerima kucuran DAK pemerintah mewajibkan setiap daerah menyediakan dana pendamping minimal 10% dari jumlah DAK yang diterimanya. Dana pendamping tersebut wajib dicantumkan dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah 2004 serta dicantumkan dalam rencana definisi dan daftar isian proyek daerah atau dokumen anggaran satuan kerja.

Untuk efektivitas pelaksanaan DAK, masing-masing pemerintah daerah membentuk tim koordinasi yang bersifat fungsional bertugas

mengkoordinasikan perencanaan, pelaksanaan, pelaporan, dan pemantauan DAK. Tim itu bisa mengkoordinasikan kegiatan DAK agar tidak terjadi tumpang tindih dengan proyek lainnya. Tim koordinasi juga bertugas menjabarkan setiap proyek agar transparan. Anggaran dana alokasi khusus tidak dipakai untuk pengeluaran biaya administrasi proyek, persiapan proyek fisik, penelitian, pelatihan, perjalanan pegawai daerah, dan biaya umum sejenis. Anggaran DAK ini tercantum dalam APBN 2004 yang disetujui DPR pada November lalu.

Tabel III. 1. Jumlah Dana Alokasi Khusus Nonreboisasi Bidang Kesehatan Tahun 2003 dan 2004

Tahun 2003	Tahun 2004
Rp. 375.000.000.000,-	Rp. 456.180.000.000,-

2. Dana Pemerintah Pusat atau Dana Nondesentralisasi

2.1 Dana Depkes (Dekonsentrasi Kesehatan)

Dekonsentrasi dalam perspektif ilmu pemerintahan, dipahami sebagai bagian dari manajemen pemerintahan yang dilakukan oleh pemerintahan pusat kepada provinsi untuk melaksanakan berbagai urusan dan kewenangan pusat di daerah otonom dengan kewajiban melaporkan segala hasil pelaksanaannya. Selanjutnya, tugas pembantuan ditinjau dari perspektif ilmu pemerintahan merupakan bagian dari manajemen pemerintahan untuk melaksanakan urusan atau tugas pemerintahan pusat, yang diserahkan kepada pemerintah daerah atau pemerintah provinsi kepada kabupaten/kota untuk melaksanakan dengan kewajiban melaporkan hasil pelaksanaannya¹¹¹.

Dana Dekonsentrasi, yang dahulu dikenal sebagai dana sektoral dialokasikan oleh kementerian teknis. Alokasi untuk dana

¹⁰⁹ Harian KOMPAS, Jakarta, Januari 2001.

¹¹⁰ Keputusan Menteri Keuangan, No. 544/KMK.07/2002, Penetapan Alokasi Dan Pedoman Umum Pengelolaan Dana Alokasi Khusus Non Dana Reboisasi, Jakarta.

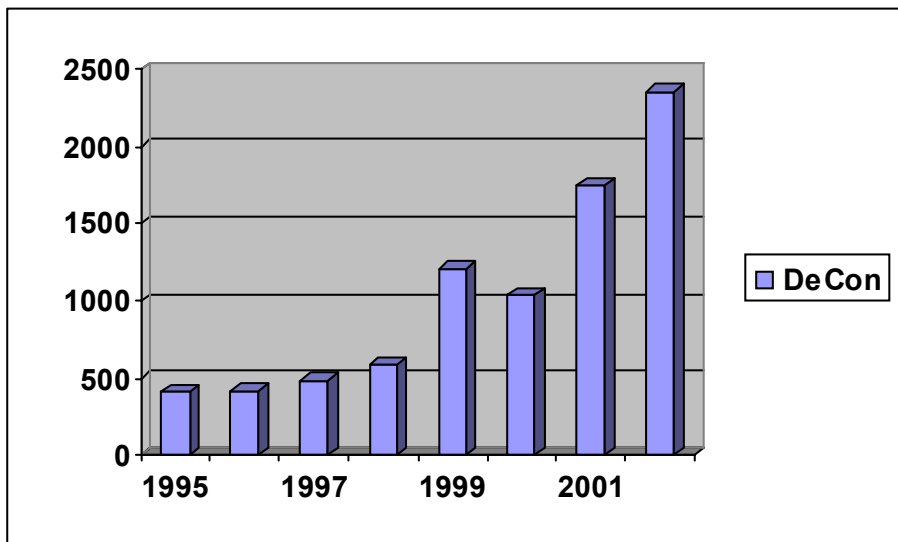
¹¹¹ Sabarno Hari. (2002). Sambutan Lokakarya, "Peran Gubernur Dalam Penyelenggaraan Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan di Era Otonomi", Jakarta.

dekonsentrasi ini selalu meningkat dari tahun ke tahun (Gambar III. 2). Adanya *euphoria* Desentralisasi dan pemendekan masa anggaran (9 bulan), pada masa peralihan, sempat menyebabkan anggaran dekonsentrasi untuk sektor kesehatan pada tahun 2000 mengalami penurunan yang cukup drastis. Akan tetapi, kemudian meningkat tajam. Peningkatan tajam dana dekonsentrasi disebabkan pula peningkatan alokasi anggaran yang bersumber dari luar negeri (donor) misalnya dana untuk kuratif kesehatan dan preventif kesehatan (pemberantasan penyakit menular) pada tahun 2002 dan 2003. Di sisi lain, anggaran yang bersifat administrasi pusat menurun tajam tahun 2003, dari sekitar Rp. 1,7 triliun tahun 2001, menjadi sekitar Rp. 1,4 triliun pada tahun 2002.

Definisi umum dari dana dekonsentrasi adalah dana pemerintah pusat yang digunakan untuk membiayai tugas-tugas perbantuan atas asas dekonsentrasi¹¹². Definisi operasionalnya adalah dana yang digunakan untuk membiayai pelaksanaan urusan dan kewenangan pemerintah pusat di daerah dan diserahkan secara hierarkis ke pemerintahan. Pemerintah daerah (dalam hal ini pemerintah provinsi) wajib melaporkan dan

membuat laporan pertanggungjawaban pemerintah provinsi ke pemerintah pusat. Menurut PP No. 39 Tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Dekonsentrasi, PP No. 52 Tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Tugas Pembantuan, dan PP No. 106 Tahun 2001 tentang Pengelolaan dan Pertanggungjawaban Keuangan Dalam Pelaksanaan Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan, akan dilakukan oleh pemerintah daerah sendiri, sepanjang memenuhi ketentuan sebagaimana dipersyaratkan oleh PP tersebut.

Grafik pada gambar III.2 menunjukkan kenaikan anggaran dari tahun 1995 (dan juga tahun-tahun sebelumnya). Terlihat kenaikan yang mulus (*smooth-growth*). Tahun 1999 terlihat lonjakan drastis akibat adanya bantuan untuk penanggulangan pascakrisis, seperti program JPS. Tahun 2000 terlihat menurun, diakibatkan adanya *shifting* beban pembiayaan kesehatan dari pusat ke daerah dengan skema desentralisasi, dan anggaran tahun 2000 yang hanya 9 bulan. Dana dekonsentrasi yang digunakan dalam pengamatan di sini hanya meliputi dana pembangunan.



Gambar III. 2. Grafik Dana Sektoral atau Dana Dekonsentrasi Pembangunan Depkes, dalam Milyar Rupiah

¹¹² PP No. 39 Tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Dekonsentrasi, Jakarta 2001.

2.2 Dana Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) Bidang Kesehatan

Pada tahun anggaran 2003 pemerintah menyediakan anggaran untuk pelayanan penduduk miskin melalui Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS BBM) Bidang Kesehatan sebesar Rp 945.9 milyar. Dari jumlah tersebut, dana bantuan terbesar atau sebanyak Rp 445.9 milyar dimanfaatkan untuk penyediaan pelayanan dasar di puskesmas dan bidan desa.

Bantuan PKPS BBM untuk bidang kesehatan sebesar Rp945.9 milyar tersebut, akan digunakan antara lain, sebanyak Rp 143 milyar untuk pemberian pelayanan kesehatan dasar di puskesmas Rp47,9 juta untuk keluarga miskin, Rp214 milyar untuk pelayanan kebidanan dasar oleh bidan di desa untuk 1.437.860 ibu hamil dan Rp326 milyar untuk pelayanan rujukan di rumah sakit untuk 4,4 juta hari rawap inap. Juga dialokasikan sebesar Rp69 milyar untuk revitalisasi 244.832 posyandu dan Rp35 milyar untuk menyediakan vaksin Hepatitis B untuk 1.437.000 bayi dari keluarga miskin.

Selain untuk pelayanan kesehatan dasar, dana tersebut juga akan digunakan untuk menyediakan pelayanan rujukan sebesar Rp326 milyar, pembelian obat senilai Rp130 milyar, vaksin Hepatitis B Rp35 milyar dan sisanya sebanyak Rp9 miliar sebagai biaya penunjang pusat dan provinsi. Bantuan PKPS BBM tersebut disediakan pemerintah ketika pemerintah mengeluarkan kebijakan menaikkan harga BBM. Kebijakan tersebut berdampak pada kenaikan berbagai jenis kebutuhan masyarakat.

Kondisi ini dikhawatirkan meningkatkan jumlah penduduk miskin. Karena itu, khusus untuk bidang kesehatan bantuan PKPS BBM lebih ditujukan untuk membantu masyarakat miskin yang menderita penyakit yang dapat disembuhkan, seperti ibu bersalin melalui *caesar* dan TBC. Dasar alokasi untuk penyaluran PKPS

BBM lebih banyak ditujukan untuk masyarakat miskin¹¹³ yang membutuhkan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan (kelas III). Kegiatan ini masih terbatas pada beberapa pelayanan kesehatan di tingkat provinsi. Kegiatan ini kemudian dilanjutkan di masing-masing kabupaten/kota dan rumah sakit, seterusnya hingga akhirnya sampai ke pelaksana pelayanan kesehatan dasar seperti di puskesmas.

Dalam rangka pelaksanaan otonomi daerah, pemerintah daerah diharapkan dapat menyediakan anggaran melalui APBD untuk pelayanan kesehatan orang miskin pada tahun anggaran yang akan datang sesuai dengan kemampuan masing-masing daerah. Melalui bantuan dana dari PKPS BBM tahun 2003, keluarga miskin di Indonesia akan mendapatkan pelayanan kesehatan paripurna secara gratis. Dari total dana PKPS BBM sebesar Rp4,4 triliun, Depkes mendapat alokasi dana sebesar Rp945,9 milyar (2003) untuk menyediakan pelayanan kesehatan gratis bagi keluarga miskin. Dengan dana tersebut, keluarga miskin akan mendapatkan pelayanan kesehatan paripurna secara gratis. Mulai dari pelayanan kesehatan dasar di puskesmas dan bidan di desa sampai dengan pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit. DKI Jakarta, DIY dan Nanggroe Aceh Darussalam serta lima belas kabupaten/kota terpilih akan dijadikan *pilot project* penyaluran dana PKPS BBM, menggunakan sistem Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK Gakin) dengan prinsip asuransi. Tentang JPK Gakin yang terkait dengan pembiayaan akan disajikan dalam bahasan selanjutnya.

2.3. Anggaran Biaya Tambahan (ABT)

Anggaran Biaya Tambahan (ABT) Kesehatan tahun 2003 sebesar Rp 345 milyar untuk seluruh Indonesia. Dana sebesar itu masing-masing dialokasikan untuk Kawasan Timur Indonesia (KTI) sebesar Rp 201 milyar, pengadaan tiga unit *Mobile Hospital* (Rumah sakit

¹¹³ Sumodiningrat, Gunawan. (2003). *Kebijakan Penanggulangan Kemiskinan di Indonesia 2003, Agenda Kini dan Ke Depan*, Jakarta.

yang mudah dipindahkan) sebesar Rp 66 milyar dan untuk Kawasan Barat Indonesia (KBI) terutama daerah-daerah yang dimekarkan sebesar Rp 78 milyar. Pembagian atau pengalokasian dana tersebut tidak ditentukan oleh Depkes sendiri tetapi atas diskusi dan negosiasi, argumentasi dan persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat (DPR).

Pengadaan dan penempatan peralatan kesehatan dilakukan di rumah sakit yang sudah siap dalam arti sudah ada gedungnya dan sudah ada tenaga yang mengoperasikan. Akan tetapi, di tempat-tempat yang rumah sakitnya belum siap dan tenaga yang mengoperasikan belum ada akan ditempatkan *Mobile Hospital*. *Mobile Hospital* adalah rumah sakit yang dilengkapi kamar operasi (OK), Unit Gawat Darurat (UGD) dan peralatan-peralatan yang mendukungnya disertai tenaga yang mengoperasikan alat-alat tersebut dalam suatu kontainer. Bagi kabupaten yang belum ada rumah sakitnya karena baru dimekarkan akan ditempatkan *Mobile Hospital*. Pengalokasian dana ABT tahun 2003 dilakukan oleh Depkes bersama-sama DPR. Untuk seluruh rumah sakit KTI, Depkes mengusulkan dana sebesar Rp3 triliun. Adapun pengadaan tiga unit *Mobile Hospital* rencananya akan ditempatkan di KTI dua unit dan KBI satu unit. Sedangkan keseluruhan pengadaan alat kesehatan tersebut diharapkan selesai dalam tahun anggaran 2003.

PEMBAHASAN

1. Perkembangan Anggaran Kesehatan Nasional Sektor Pemerintah Sebelum dan Setelah Desentralisasi

Hasil Penelitian PMPK FK-UGM dari *National Health Account* dan *Public Health Expenditure Review* menunjukkan hasil seperti tersaji dalam tabel-grafik pada lampiran. Gambaran umum menunjukkan bahwa, tiga tahun desentralisasi belum cukup untuk membuat gambaran tentang *shifting* kewenangan dan keuangan dari pusat kepada daerah. Pada tabel

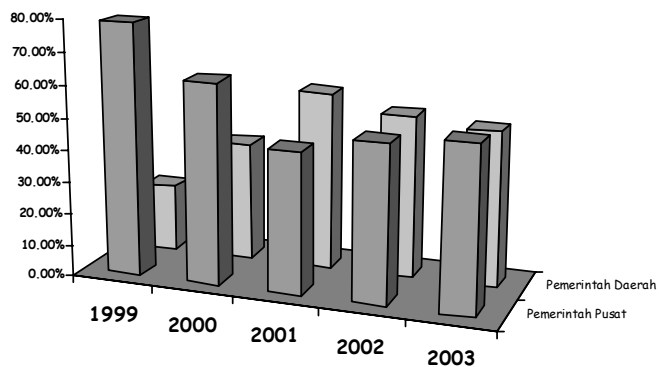
proporsi sumber proporsi pembiayaan (Gambar III.3), terlihat pada awal desentralisasi ada *shifting* pembiayaan dari pusat dan daerah, tetapi kemudian proporsi hampir berimbang dan kemungkinan pusat akan mengalokasikan sumber dana yang lebih besar lagi (melalui mekanisme DAK nonreboisasi bidang kesehatan, PKPS BBM, atau Anggaran Biaya Tambahan).

Ada *statement* menarik bahwa pemerintah akan mendongkrak anggaran kesehatan sampai dengan 15% dari APBN, sedangkan di sisi lain, anggaran kesehatan selama ini hanya sekitar 2,5% dari total APBN (lihat data lampiran, Anggaran Kesehatan Nasional, APBN tahun 1994 -2000).

Untuk unit pelayanan kesehatan, terjadi pergeseran yaitu dana pembiayaan untuk kesehatan yang sebelum desentralisasi “dikuasai” oleh kantor kesehatan (dari kementerian sampai dinas kesehatan kabupaten) dengan perbandingan 45% untuk dinas dan 55% untuk pelayanan. Setelah desentralisasi, pembiayaan kesehatan lebih tertuju langsung ke unit pelaksana langsung seperti rumah sakit dan puskesmas (di dorong oleh adanya bantuan PKPS BBM untuk rumah sakit, dan DAK untuk puskesmas) dengan proporsi 30% untuk dinas kesehatan, dan 70% untuk pelayanan kesehatan (Gambar III.5). Demikian juga untuk fungsi kesehatan (Lampiran). Pembiayaan untuk preventif meningkat dengan adanya perhatian lebih program P2M-PL, seperti ICDC, dsb. Pembiayaan program kuratif dan promotif juga meningkat, dianalisis sebagai akibat *shifting* dana anggaran kesehatan ke unit pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dan puskesmas meningkat.

Perencanaan dan teknik alokasi pembiayaan kesehatan pemerintah pusat telah sering didiskusikan dalam berbagai forum. Hal yang menarik untuk diamati dalam rangka perjalanan desentralisasi ini adalah pelimpahan wewenang, kekuasaan, dan pembiayaan (uang) dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah.

DESENTRALISASI PEMBIAYAAN KESEHATAN DAN TEKNIK ALOKASI ANGGARAN



	1999	2000	2001	2002	2003
Pemerintah Pusat	78.94%	62.69%	44.31%	49.08%	51.45%
Pemerintah Daerah	21.05%	37.31%	55.69%	50.92%	48.45%

Gambar III.3. Grafik Perbandingan Persentase Anggaran Pemerintah Pusat dan Daerah untuk Kesehatan

Gambar III.4. Grafik Perbandingan Anggaran Pembangunan Dekonsentrasi dan Dana Alokasi Umum Sektor Kesehatan, dalam milyar rupiah

Gambar III.5. Grafik Perbandingan Alokasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Unit Pelaksana (*User*)

2 Pembahasan Umum tentang Teknik Alokasi Pembiayaan untuk Kesehatan

Dengan adanya desentralisasi, wewenang perencanaan dan penganggaran sektor kesehatan berpindah dari pusat ke daerah. Sedangkan apabila dilihat dari “dananya” terlihat bahwa “pusat” masih menguasai pembiayaan kesehatan di daerah. Hal ini akan terlihat bahwa dana-dana yang diputuskan di daerah masih belum terlihat “meningkat” pesat setelah 3 tahun desentralisasi ini. Dengan kata lain “pelaksanaan anggaran” sudah terdesentralisasi, sedangkan “sumber pembiayaan” dan “alokasi anggaran” masih sentralisasi. Mengapa?

Sebagaimana diketahui sebagian anggaran daerah untuk sektor kesehatan yang bersifat desentralisasi bersumber dari DAU. Dana ini masih banyak dipakai untuk gaji atau rutin, bukan untuk kegiatan pengembangan. Dengan demikian, apabila pemerintah di daerah mengandalkan DAU untuk pelayanan kesehatan, secara praktis pembangunan kesehatan tidak mempunyai sumber daya yang kuat kecuali pada daerah yang kaya. Dengan demikian, sumber dana dari pemerintah pusat masih penting untuk pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, teknik alokasi oleh pemerintah pusat menjadi hal kunci.

Pertanyaan pentingnya adalah bagaimana pemerintah pusat mengalokasikan anggaran kesehatan? Apakah ada dasar teknik alokasinya? Atau atas dasar diskusi, negosiasi, dan argumentasi? Seperti dalam pernyataan sebelumnya, Anggaran Biaya Tambahan dialokasikan berdasarkan atas diskusi, negosiasi, dan argumentasi pemerintah dengan DPR. Sementara itu, alokasi DAK Nonreboisasi bidang kesehatan berusaha menggunakan dasar Kemampuan Fiskal Daerah (*Fiscall Capacity*), sedangkan PKPS BBM menggunakan basis indikator masyarakat miskin. Keragaman teknik alokasi ini menarik untuk dikaji. Alokasi dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah seringkali

dinyatakan sebagai transfer dan meliputi beberapa jenis¹⁴⁰.

1. Anggaran Pusat.
2. Bantuan Pusat (*Grants*) yang dapat berupa : (a) *nonmatching grants* yang mempunyai kondisi *conditional (selective)* dan *unconditional (general)*; dan (b) *matching grants* (Litvack dan Seddon 1999. *cit davey*)
3. Bagi Hasil Pajak dan Bagi Hasil Sumber Daya Alam.
4. Pinjaman pemerintah pusat ke daerah.
5. Penyertaan modal.

Pemerintah daerah dapat menerima pendapatan dari: (1) perpajakan daerah, (2) retribusi; (3) pinjaman; dan (4) badan usaha milik daerah.

Dalam konsep desentralisasi, pemerintah pusat masih mempunyai peran sebagai pemberi anggaran melalui anggaran dekonsentrasi yang akan sampai ke provinsi. Logikanya dana dekonsentrasi akan semakin menurun seiring dengan semakin meningkatnya dana desentralisasi. Secara praktis hal ini diwujudkan dalam fenomena *merger*-nya kantor-kantor wilayah departemen teknis ke pemerintah daerah. Penghilangan pola vertikal dekonsentrasi ini diwujudkan dalam pola dekonsentrasi di pemerintahan provinsi yang masih didanai oleh pusat. Akan tetapi, di lapangan mungkin tidak ada penurunan dana dekonsentrasi seperti yang terjadi di Indonesia. Berdasarkan kenyataan ini maka kriteria transfer dana dari pemerintah pusat ke daerah menjadi penting. Secara teoretis ada berbagai kriteria dalam transfer dari pemerintah pusat ke daerah¹¹⁵. Kriteria-kriteria ini dapat bertentangan satu sama lainnya, antara lain:

1. Otonomi: pemerintah daerah sebaiknya dapat fleksibel dan otonom untuk menetapkan prioritas dan tidak dibatasi dengan kategori-kategori serta ketidakpastian yang berasal dari pemerintah pusat.

¹¹⁴ Davey, K., 1988, *Financing Regional Government*, John Wiley & Sons, New York.

¹¹⁵ Shah A. 1994. The Reform of Intergovernmental Fiscal Relations in Developing and Emerging Market Economies, *Policy and Research Series* 23 (Washington DC. World Bank.).

2. *Revenue Adequacy*. Grant diberikan dengan kriteria agar pemerintah daerah dapat mempunyai pendapatan cukup agar mampu mengerjakan tugas yang diberikan.
3. *Equity*. Dana yang dialokasikan pemerintah pusat harus adil bagi mereka yang membutuhkan dan berhubungan terbalik dengan kemampuan ekonomi provinsi.
4. *Predictability*. Diharapkan agar bantuan yang diterima oleh daerah dapat dijamin kelanggengannya dalam masa 5 tahun.
5. *Efficiency*. Kriteria ini berusaha menjamin agar alokasi bersifat netral terhadap pilihan berbagai sektor.
6. *Simplicity*. Kriteria kesederhanaan perlu untuk menyusun formula.
7. *Incentive*. Kriteria ini menekankan pada dorongan untuk mengurangi praktik-praktik in-efisiensi dalam penganggaran daerah. Dengan kriteria ini, seharusnya tidak ada transfer spesifik untuk menutup defisit pemerintah daerah.
8. *Safeguarding grantor objectives*. Kriteria ini mengacu pada masalah terjaminnya tujuan pemberi *grant* yang harus dipenuhi oleh penerima. Kriteria ini dapat mempunyai konflik dengan kriteria otonomi.

3. Penggunaan Kriteria-kriteria dalam Alokasi Anggaran

Berbagai kriteria tersebut memang cukup rumit untuk diterapkan. Dalam hal ini akan dibahas dua kriteria yaitu adekuasi dan *equity*. Berbagai contoh penggunaan dua kriteria tersebut dalam alokasi anggaran dapat disebutkan sebagai berikut:

1. Sebagai salah satu ciri program transfer keuangan antarpemerintah adalah transfer dilakukan seobjektif mungkin dan terbuka, yang idealnya dilakukan berdasarkan formula. Hal ini telah dilakukan dalam alokasi DAU. Dalam hal ini diharapkan penyusunan

formula berlangsung transparan, dengan berbasis pada kriteria yang baik dan sederhana mungkin. Dalam kaitannya dengan pembiayaan pelayanan kesehatan di daerah ada pertanyaan menarik: “bagaimana memasukkan kriteria adekuasi untuk pelayanan kesehatan ke DAU?”. Kriteria adekuasi ini dibutuhkan agar DAU cukup untuk dipergunakan dalam pelayanan kesehatan.

2. Kriteria untuk mengurangi perbedaan status keuangan antardaerah merupakan prinsip *equity* yang dilakukan dengan dana alokasi umum yang *non-matching*. Dalam hal ini alokasi DAU memang sebaiknya menggunakan prinsip *equity*. Pertanyaan penting di sini, apakah DAU saat ini sudah mencerminkan kriteria *equity*?
3. Pemakaian kriteria adekuasi dan *equity* dapat dilakukan untuk mencapai standar pelayanan minimal yang ditentukan secara nasional. Dalam hal ini dapat diberikan *conditional non-matching block transfer* (DAK tanpa ada dana pendamping daerah) berbasis pada standar pelayanan minimal yang ada. Prinsip adekuasi diperlukan untuk mendukung daerah agar mampu melakukan pelayanan minimal yang standarnya ditetapkan oleh pusat. Oleh karena itu, pemerintah sebaiknya menyusun standar pelayanan minimal secara nasional yang akan dipergunakan sebagai basis untuk menetapkan alokasi anggaran ke daerah berdasarkan kriteria adekuasi dan *equity*.

Dengan latar belakang pemahaman berbagai konsep¹¹⁶, ada beberapa pertanyaan penting yang muncul dalam hal alokasi dana oleh pemerintah pusat.

1. Apakah anggaran kesehatan yang berasal dari pusat sudah menggunakan kriteria *equity* atau belum?

¹² Davey, K., 1988, *Financing Regional Government*, John Wiley & Sons, New York. Litvack J, Seddon J. Decentralization Briefing Notes. World Bank Institute.

2. Jika tidak memperhatikan *equity*, bagaimanakah teknik alokasi anggaran pusat. Apakah berdasarkan negosiasi atau hubungan baik dengan penentu kebijakan?
 3. Pertanyaan lainnya adalah: apakah ada data untuk penetapan alokasi anggaran? Apakah mungkin pemerintah pusat menggunakan formula yang berbasis data untuk pengalokasian anggaran? Hal ini berarti pemerintah pusat harus mempunyai data kesehatan dan anggarannya di 400-an kabupaten/kota.
- DAU: Jumlah anggaran kesehatan daerah yang dialokasikan melalui skema DAU dengan telah mengurangi dengan pengeluaran rutin, tahun 2002, N=348 kabupaten/kota independen.
 - PKPS BBM : Anggaran dana kompensasi dari subsidi bahan bakar minyak, yang dialokasikan ke daerah. PKPS ini rekap total dana yang dialokasikan baik untuk rumah sakit atau puskesmas untuk tahun 2003, N=348 kabupaten.

Untuk menganalisis pertanyaan-pertanyaan tersebut dilakukan uji korelasi sederhana untuk beberapa sumber dana pusat. Uji hipotesa pada tabel korelasi berikut ini merupakan uji sederhana menggunakan *Pearson Correlation 2 tailed-test*. Jumlah Observasi 348 kabupaten/kota dan 30 provinsi.

Variabel Dependent:

- GDRP per kapita: menggunakan data BPS tahun 2002 untuk Pendapatan Domestik per kapita per kabupaten (N=348 kabupaten/kota)
- Kapasitas Fiskal: indeks kemampuan penerimaan fiskal suatu daerah untuk membiayai kebutuhan fiskal (*fiscal needs*) daerah tersebut, dengan indeks sama dengan satu berarti *on capacity* (N=348 kabupaten/kota)
- *Poverty Index*: Indeks kemiskinan yang dihitung dari konsumsi masyarakat untuk makanan pokok setara dengan 2 kilogram beras per keluarga per hari (standar Bapenas). Data ini telah diolah di BPS (N=348 kabupaten/kota)

Variabel Independent:

- DAK Bidang Kesehatan: Jumlah dana DAK NR bidang kesehatan yang dialokasikan di daerah tersebut pada tahun 2002, N=348 kabupaten

Hasil uji secara statistik tidak menunjukkan adanya korelasi dan signifikansi yang kuat, dilihat dari nilai signifikansinya yang relatif besar (di atas 0,05 pada tingkat kepercayaan tingkat 5%). Hasil gambaran yang dapat digunakan sebagai alat analisis adalah arah korelasinya positif atau negatif dan kesesuaian dengan hipotesis berdasarkan kondisi riil atau basis teorinya (dalam hal ini peraturan atau undang-undang). Hasil singkat korelasi dapat dilihat pada tabel III.2.

Dekonsentrasi: Anggaran Pusat yang berupa dana dekonsentrasi untuk kepentingan dana pembangunan provinsi dan membiayai fungsi dekonsentrasi. Dana ini dikurangi dengan pengeluaran pemerintah pusat untuk kepentingan Depkes. Jumlah data N=30 provinsi:

Donor Asing: Dana pinjaman dan bantuan luar negeri yang dialokasikan untuk program kesehatan, N=30 Provinsi

Analisis singkat dari tabel korelasi dapat dilihat pada tabel III.3. Hasil Singkat Hipotesis Berdasarkan Kondisi Riil atau Basis Teori masih terbatas . Untuk menunjukkan gambaran umum dari hasil data anggaran kesehatan nasional Indonesia dengan menggunakan alat statistik yang sangat sederhana, perlu penelitian lebih lanjut dan mendalam untuk mengetahui hasil yang lebih spesifik dan *acceptable*. Masukan dan detail teori sangat dibutuhkan untuk menyempurnakan penelitian ini.

Tabel III.2. Tabel Korelasi

Correlations		GDRP/Capita	FISCAL Capacity	POVERTY Index
DAK Bidang Kesehatan	<i>Pearson Correlation</i>	0,031	0,183	-0,028
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	0,872	0,343	0,885
DAU	<i>Pearson Correlation</i>	-0,067	0,007	0,002
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	0,731	0,972	0,99
PKPS-BBM	<i>Pearson Correlation</i>	-0,125	-0,011	0,339
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	0,517	0,953	0,072
Dekonsentrasi	<i>Pearson Correlation</i>	-0,069	0,106	0,162
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	0,717	0,577	0,391
Donor Asing	<i>Pearson Correlation</i>	-0,12	-0,022	0,046
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	0,576	0,918	0,832
**	<i>Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).</i>			
*	<i>Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).</i>			

Notes: Simulasi Statistik Korelasi menggunakan data-data tahun 2002 untuk alokasi anggaran tahun 2003, dengan mengkorelasi antar variabel secara independen.

Tabel III.3. Hasil Singkat Hipotesis Berdasarkan Kondisi Riil atau Basisi Teori

HIPOTESA TEORI DAN KEBIJAKAN		HASIL ANALISIS KORELASI
DAK Bidang Kesehatan	DAK Nonreboisasi dialokasikan dengan menggunakan dasar Kapasitas Fiskal Daerah (Hipotesa I). Korelasi harus negatif antara DAK dengan <i>Fiscal Capacity</i> (Hipotesa II). Berarti daerah yang memiliki kemampuan fiskal rendah, harus mendapat DAK lebih tinggi	Tidak ada yang signifikan. Yang menarik nilainya positif (bertentangan dengan Hipotesa II). Pada hasil menunjukkan sebaliknya, bahwa daerah kaya (<i>High Fiscal Capacity</i>) mendapatkan Dana Alokasi Khusus yang tinggi. Demikian pula dilihat dari <i>Poverty Indeks</i> negatif, dan daerah yang memiliki indeks rendah justru mendapat DAK lebih.
DAU	Alokasi DAU khususnya untuk kesehatan tidak melalui formulasi khusus, hanya berdasarkan kebutuhan, <i>Argumentasi</i> , <i>Lobby</i> , dan <i>Negosiasi</i> di daerah. Bila dilihat dari formulasi awal, DAU berkorelasi negative dengan GDP/kapita dan positif dengan Indeks Kemiskinan. Di sisi lain DAU ini seharusnya berkorelasi negative dengan Kapasitas Fiskal	Sesuai dengan formulasi awal dalam penentuan DAU secara umum, Faktor sosio-ekonomi penduduk suatu daerah, seperti GDP, dan Indeks Kemiskinan mempunyai arah yang sesuai dengan hipotesa awal yaitu berkorelasi positif dengan Indeks Kemiskinan dan negative dengan GDP perkapita. Hal Inkonsistensi terjadi, apabila dilihat dari korelasi dengan variabel <i>Fiscal Capacity</i> , dimana yang terjadi justru korelasi positif walaupun hampir tidak ada signifikansinya
PKPS-BBM	PKPS BBM, menurut hipotesanya harus berkorelasi kuat dan positif dengan indeks kemiskinan	Hasil sesuai dengan hipotesa awal, bahwa alokasi PKPS BBM, ditujukan untuk masyarakat miskin, dilihat dari variabel <i>Pov-Index</i> yang berkorelasi positif dan signifikansi relatif kuat. Variabel lain juga menunjukkan hal yang tidak bertentangan seperti GDP (-) dan <i>Fiscal Capacity</i> (-)
Dekon-sentrasi	Dana dekonstrasi biasanya berbasis kepada alokasi tahun sebelumnya (<i>incremental budget</i>) dan bersifat politis.	Analisis untuk Dana dekonstrasi, belum menunjukkan adanya pertimbangan <i>equity</i> dalam alokasi pembiayaan kesehatan. Tujuan untuk melindungi orang miskin memang terlihat dengan adanya korelasi positif dengan indeks kemiskinan dan GDP, tetapi hal inkonsistensi terjadi dengan adanya daerah yang kaya (<i>High Fiscal Capacity</i>) tetap mendapat porsi anggaran yang besar
Donor Asing	Penyaluran dana-dana asing, biasanya berbasis menggunakan standard Internasional, yaitu GDRP perkapita	Hasil ini juga sesuai dengan standar penyaluran dana internasional, yaitu berbasis GDP perkapita, kedua variabel lain juga menunjukkan konsistensi walaupun tidak terkorelasi secara kuat

KESIMPULAN DAN PENUTUP

Kebijakan desentralisasi telah mentransfer wewenang penganggaran sektor kesehatan ke daerah melalui DAU dan berbagai dana desentralisasi lain. Dengan demikian, sudah ada desentralisasi pembiayaan. Sampai saat ini belum ada data detail mengenai besarnya anggaran sektor kesehatan dari DAU. Berbagai penelitian mengenai *District Health Account* sedang dilakukan di berbagai tempat.

Anggaran pemerintah pusat dalam berbagai bentuk ternyata meningkat dalam beberapa tahun terakhir ini. Dengan demikian, di era desentralisasi ini masih ada sentralisasi sumber pembiayaan. Oleh karena itu, masalah alokasi anggaran kesehatan oleh pemerintah pusat menjadi isu penting untuk dikaji.

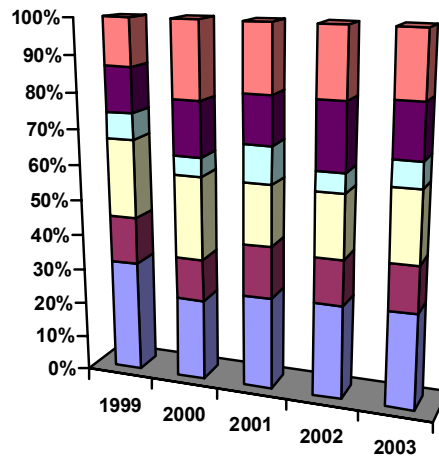
Berdasarkan hasil analisis statistik dan observasi, terlihat teknik alokasi untuk berbagai sumber anggaran di pemerintah pusat masih belum memperhitungkan *equity*. Ada sumber biaya pemerintah pusat yang teknik alokasi ke daerah tidak jelas dan bertumpu pada negosiasi serta hubungan antara daerah (provinsi, kabupaten/

kota) dan pemerintah pusat. Hal yang memperumit adalah adanya pengaruh DPR yang kuat dalam alokasi anggaran kesehatan. Keadaan ini menyebabkan alokasi anggaran kesehatan menjadi rentan terhadap tekanan politik.

AGENDA YANG BELUM SELESAI:

1. Sektor kesehatan di pemerintah provinsi/kabupaten-kota perlu untuk meningkatkan efektivitas perencanaan agar mendapat dana dari DAU.
2. Perbaiki teknik alokasi anggaran kesehatan yang bersumber dari pemerintah pusat. Teknik alokasi anggaran jelas merupakan hal yang sangat kompleks dan membutuhkan pertimbangan politik untuk menggunakannya.
3. Mengembangkan sistem data untuk perencanaan dan alokasi anggaran. Data ini dibutuhkan oleh teknik alokasi anggaran yang menggunakan formula. Tanpa ada dukungan data yang baik, maka kecenderungan alokasi akan berdasarkan negosiasi dan pengaruh politik.

LAMPIRAN



	1999	2000	2001	2002	2003
Pharmaceutical	13.14%	21.23%	18.54%	18.96%	17.97%
Adm, Reg, Plcy	12.46%	15.21%	13.28%	18.56%	14.88%
Education	7.41%	5.30%	10.41%	5.34%	7.12%
Preventive	22.14%	23.33%	17.03%	17.89%	20.10%
Promotive	13.19%	11.92%	14.60%	12.73%	13.11%
Kurative/Service	31.67%	23.01%	26.15%	26.52%	26.84%

Gambar Grafik Perbandingan Alokasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Fungsional