



DISTRICT HEALTH ACCOUNT DALAM PEMBIAYAAN KESEHATAN DI INDONESIA

Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran,
Universitas Udayana



DISTRICT HEALTH ACCOUNT DALAM PEMBIAYAAN KESEHATAN DI INDONESIA

Untuk Mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat

TIM PENYUSUN

Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana

Putu Ayu Indrayathi
Putu Dedy Kastaman Hardy

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan bahan ajar yang berjudul “District Health Account dalam Pembiayaan Kesehatan di Indonesia.”

Pembuatan bahan ajar ini dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan pemahaman mahasiswa PS. Kesehatan Masyarakat mengenai bagaimana pembiayaan kesehatan di era otonomi daerah di Indonesia. Manfaat yang diharapkan dari bahan ajar ini adalah meningkatnya pengetahuan dan keterampilan mahasiswa dalam pelaksanaan pembiayaan kesehatan di Indonesia.

Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan bahan ajar ini. Semoga Tuhan senantiasa melimpahkan rahmat – Nya kepada kita semua.

Denpasar, 2 Januari 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SUB JUDUL.....	1
TIM PENYUSUN	2
KATA PENGANTAR.....	3
DAFTAR ISI	4
BAGIAN I PENDAHULUAN.....	5
BAGIAN II FUNGSI PEMBIAYAAN	7
BAGIAN III HEALTH ACCOUNT	10
BAGIAN IV NATIONAL HEALTH ACCOUNT	12
BAGIAN V DISTRICT HEALTH ACCOUNT.....	14
BAGIAN VI CASE STUDY : DISTRICT HEALTH ACCOUNT.....	19
BAGIAN VII PENUTUP	26
DAFTAR PUSTAKA	27
LAMPIRAN BEDAH ARTIKEL DHA.....	30

BAGIAN I

PENDAHULUAN

Pembiayaan kesehatan adalah besarnya dan alokasi dana yang harus disediakan untuk dimanfaatkan dalam upaya kesehatan sesuai dengan kebutuhan perorangan, kelompok dan masyarakat. Dalam sistem kesehatan nasional, pembiayaan kesehatan adalah penataan sumber daya keuangan yang mengatur penggalan, pengalokasian dan membelanjakan biaya kesehatan dengan prinsip efisiensi, efektif, ekonomis, adil, transparan akuntabel dan berkelanjutan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembiayaan yang dialokasikan untuk kesehatan dikatakan baik apabila dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan, jumlahnya mencukupi dan dapat dimanfaatkan sebagai mana mestinya sehingga tidak terjadi pembengkakan biaya yang berlebihan (Azwar, 1996).

Semakin maju suatu negara, semakin besar belanja publik untuk kesehatan. Sampai 2014, belanja APBN Kementerian Kesehatan masih 2% dari total APBN. Kecilnya alokasi pendanaan di Indonesia oleh karena: 1) Tax ratio Indonesia kurang dari 13% sedangkan negara-negara maju dan menengah keatas sudah mencapai 20%. 2) Komitmen pemerintah Indonesia belum memberikan prioritas dalam alokasi dana untuk kesehatan publik (Thabrany, 2014). Pembiayaan kesehatan mempengaruhi pertumbuhan ekonomi dan juga status kesehatan masyarakat. Pada era desentralisasi saat ini pembiayaan kesehatan daerah untuk alokasi biaya kesehatan sebesar 10% dari dana APBD di luar gaji sesuai ketentuan pasal 171 ayat 2 dalam Undang-Undang Kesehatan nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Pembiayaan kesehatan dapat ditinjau dari dua sudut yaitu : 1) Pemakai jasa pelayanan, yaitu besarnya dana yang dapat dimanfaatkan untuk jasa pelayanan. 2) Pemberi layanan kesehatan, yaitu besarnya dana yang harus dialokasikan untuk mampu menyelenggarakan berbagai kegiatan kesehatan. Berdasarkan pembagian layanan kesehatan, pembiayaan kesehatan dapat dibedakan atas : 1) Biaya pelayanan kedokteran, yaitu biaya yang dimanfaatkan dalam upaya untuk menyelenggarakan dan atau menggunakan pelayanan kedokteran dengan harapan untuk mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan penderita. 2) Biaya layanan kesehatan masyarakat, yaitu biaya yang dibutuhkan dalam upaya untuk menyelenggarakan dan atau menggunakan layanan kesehatan masyarakat dengan tujuan utamanya adalah untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan serta untuk mencegah penyakit. Faktor utama pembiayaan kesehatan mencakup beberapa rumusan (Depkes, 2008a) : 1) Kecukupan / *adequacy* dan keberlanjutan pembiayaan kesehatan baik pada tingkat pusat maupun kabupaten. 2) Pengurangan biaya *out of pocket* dan meminimalisir hambatan pembiayaan untuk memperoleh layanan kesehatan terutama masyarakat yang tidak mampu dan rentan. 3) Peningkatan efektifitas dan efisiensi pembiayaan kesehatan.

BAGIAN II

FUNGSI PEMBIAYAAN

Dalam Sistem Kesehatan Nasional 2012 dijelaskan bahwa pembiayaan kesehatan di Indonesia memiliki beberapa fungsi diantaranya : 1) Penggalan dana dalam kegiatan-kegiatan pokok puskesmas antara lain upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP). Penggalan dana adalah kegiatan yang menghimpun dana atau anggaran yang dibutuhkan dalam keberlangsungan kegiatan-kegiatan kesehatan dan atau pemeliharaan kesehatan. Sistem kesehatan yang baik adalah mengumpulkan dana yang memadai dalam upaya untuk penyelenggaraan pembangunan kesehatan serta memastikan semua masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melindungi masyarakat dari kebangkrutan akibat pembayaran akibat menerima layanan kesehatan 2) Alokasi dana adalah penetapan peruntukan pemakaian dana yang telah berhasil dihimpun baik yang bersumber dari pemerintah maupun dunia usaha. Dana yang dihimpun tersebut akan dibayarkan ke provider kesehatan. 3) Pembelanjaan, adalah pemanfaatan alokasi anggaran yang telah dianggarkan sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan dan prioritas untuk berbagai intervensi pelayanan kesehatan dan atau dilakukan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan wajib atau sukarela.

Permasalahan pendanaan kesehatan daerah antara lain : 1) kecenderungan menganggakan kesehatan untuk belanja fisik lebih banyak (membeli alat, pembangun gedung, pengadaan kendaraan dan lain-lain). 2) Anggaran operasional berupa kegiatan langsung pengaruhnya terhadap kinerja, yaitu kegiatan pelayanan individu atau kegiatan kesehatan masyarakat di lapangan. Contoh kegiatan operasional antara lain gaji/upah, obat dan bahan medis non medis / alat tulis kantor, makanan minuman , listrik, air, telepon, perjalanan dan lain-lain. Contoh kegiatan langsung : pelayanan ANC (*antenatal care*),

pengobatan, imunisasi, penyemprotan nyamuk, penyuluhan masyarakat, pengamatan tempat-tempat umum, dan lain-lain. 3) Dampak dari dana dekonsentrasi adalah pegawai meninggalkan pekerjaannya selama beberapa hari karena mengikuti kegiatan peningkatan kapasitas di provinsi. 4) Kecenderungan pelayanan kesehatan digratiskan untuk seluruh masyarakat. Pada masa sekarang belum bisa diterapkan karena menyesuaikan dengan pendapatan asli daerah masing-masing. 5) Ketergantungan pada sistem OOP (*out of pocket payment*), potensial menyebabkan keluarga menjadi miskin saat mengalami sakit berat karena biaya sendiri dan mahal berakibat malapetaka keuangan rumah tangga (*financial catastrophe*). 6) Realisasi anggaran yang terlambat, telah berlangsung kronis dan berdampak pada kinerja program sehingga perencanaan lebih cepat direalisasikan melalui kegiatan-kegiatan tidak langsung seperti pelatihan-pelatihan, pertemuan dan lainnya yang dapat menyerap anggaran cepat namun tidak segera dapat meningkatkan kinerja program kesehatan (PPJK Kemenkes & Pusat Kajian UI, edisi 4).

Sedangkan menurut Azwar (2010), permasalahan pendanaan kesehatan karena kurangnya dana tersedia untuk kegiatan program kesehatan, pemanfaatan dana yang ada belum sesuai yaitu lebih mengutamakan untuk pelayanan kuratif dibanding untuk pelayanan promotif dan preventif, lebih banyak di gunakan untuk daerah perkotaan, dalam hal pengelolaan pembiayaan belum sempurna serta biaya kesehatan dari tahun ke tahun semakin meningkat.

Sumber Pembiayaan Kesehatan

Sumber pembiayaan di bidang kesehatan terdiri dari empat sumber utama yaitu 1) pemerintah, 2) swasta, 3) masyarakat dalam bentuk fee for services dan asuransi, 4) sumber-sumber lain dalam bentuk hibah dan pinjaman luar negeri (Muninjaya, 2004). Sedangkan menurut Aswar (1996), pembiayaan kesehatan berbeda antara satu negara dengan negara lainnya dan secara garis besar dibedakan antara lain, yakni 1) bersumber dari anggaran pemerintah : yaitu seluruh pelayanan kesehatan yang diselenggarakan sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah dan tidak ditemukan pelayanan kesehatan oleh

swasta, 2) sebagian ditanggung oleh masyarakat : beberapa negara melibatkan masyarakat dalam memberikan kontribusi pembiayaan kesehatan yaitu masyarakat diharuskan iur biaya terhadap layanan kesehatan yang diterimanya.

Sumber pembiayaan kesehatan di kabupaten/kota adalah sebagai berikut (PPJK Kemenkes & Pusat Kajian UI,2015) :

1) Pemerintah

2) Non pemerintah. Sumber pembiayaan dari pemerintah meliputi :

- a. Pemerintah Pusat : dari dana tugas pembantuan (TP), dana kesehatan penduduk miskin, bantuan operasional kesehatan (BOK), bantuan (hutang, hibah).
- b. Pemerintah Provinsi : dari dana dekonsentrasi dan pendapatan asli daerah (PAD) provinsi.
- c. Pemerintah Kabupaten/Kota: antara lain dari DAU (dana alokasi umum, DAK (dana alokasi khusus), PAD, dana kesehatan penduduk miskin, penerimaan fungsional yang ditahan.
- d. Lin-lain: yaitu dari pelayanan kesehatan TNI/Polri, pelayanan kesehatan kementerian dan pelayanan kesehatan milik BUMN/BUMD serta subsidi premi PNS.

Sedangkan sumber pembiayaan dari non pemerintah antara lain dari rumah tangga, pelayanan kesehatan milik swasta, yayasan/LSM/Donor dan perusahaan swasta.

BAGIAN III

HEALTH ACCOUNT

Di Indonesia pembiayaan kesehatan yang relatif kecil, efektivitas, dan efisiennya belum optimal. Efektivitas dan efisien yang belum optimal tersebut diduga berkaitan dengan jumlahnya yang mungkin kurang, alokasi yang tidak sesuai dengan prioritas kesehatan dan pola belanja yang cenderung dengan investasi barang dan kegiatan tidak langsung sehingga biaya operasional dan biaya untuk kegiatan tidak langsung menjadi kurang. Kinerja suatu program sangat ditentukan oleh kecukupan anggaran operasional dan anggaran kegiatan langsung (Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan FKM UI & PPJK, 2009).

Banyak faktor yang menentukan kecukupan, efisiensi, dan kualitas dari barang dan jasa sistem kesehatan. Salah satunya berkaitan dengan mobilisasi sumber pendanaan, bagaimana sumber daya ini diprganisasikan serta bagaimana sumber daya digunakan untuk memproduksi barang dan jasa. Maka dari itu diperlukan alat untuk dapat memantau maupun mengelola dari pembiayaan sistem kesehatan tersebut. *Health account* erat kaitannya dengan belanja kesehatan yakni proses pencatatan dan klasifikasi data untuk menggambarkan aliran belanja dalam penyelenggaraan sistem kesehatan sebagai monitoring transaksi.

Konsep *health account* adalah menjawab dari beberapa pertanyaan mendasar yakni dari mana sumber dana, yang mengelola, yang dibayar, fungsi yang dilakukan, berupa apa saja yang dibeli untuk manfaat tersebut, masuk dalam kegiatan program mana, pada jenjang apa fungsi tersebut dilaksanakan dan kelompok mana yang mendapat manfaat (PPJK Kemenkes & Pusat Kajian UI,2015).

Health Account atau HA merupakan suatu cara pemantauan yang sistematis, komprehensif serta konsisten yang terkait dengan pemanfaatan aliran dana/ biaya pada kesehatan (health spending). Tujuannya adalah mengukur alur pengeluaran yang ada ditingkat Nasional, Provinsi, dan Kabupaten, sehingga pembiayaan kesehatan ditahun yang akan datang dapat diproyeksikan secara tepat sasaran. Manfaat besar dari adanya Health Account adalah identifikasi area intervensi kesehatan, mengusulkan intervensi pembiayaan kesehatan sesuai kebutuhan, memonitor, dan mengevaluasi intervensi serta mengurangi kemungkinan pengeluaran kesehatan yang tidak sesuai dengan kebutuhan dan kebijakan.

Health account diperlukan untuk mempelajari pengeluaran masa lalu secara retrospektif, meningkatkan sistem akuntabilitas perencanaan dan alokasi sumber daya yang bertujuan membantu negara-negara dalam melindungi rakyatnya dari ancaman pengeluaran biaya kesehatan , mengurangi ketidak seimbangan dalam kesehatan pada program jaminan kesehatan nasional (WHO,2015). Fokus health account dalam reformasi pembiayaan kesehatan diantaranya : 1) desentralisasi fiskal (DHA), 2) klien membayar tarif pada saat menggunakan pelayanan, 3) pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin, 4) alokasi pembiayaan publik dan 5) asuransi kesehatan (Bappenas & FKM UI, 2008).

BAGIAN IV

NATIONAL HEALTH ACCOUNT

Untuk di tingkat Nasional dikenal dengan National Health Account atau NHA yang mencerminkan gambaran dana untuk kesehatan dari berbagai sumber dan peruntukannya. Dengan mengikuti standard internasional, maka hasilnya dapat diperbandingkan antar negara. Badan dunia (WHO dan OECD) menyarankan agar masing-masing negara membuat pencatatan dan analisis pada pembiayaan kesehatan. Ruang lingkup pencatatan, analisis dan pelaporan data pembiayaan kesehatan di tingkat nasional disebut NHA dan pada level provinsi disebut PHA (*provincial health account*) sedangkan pada tingkat kabupaten/kota disebut DHA. Konsep NHA terdiri dari empat pertanyaan mendasar yakni : 1) sumber pembiayaan yang datang dari mana, 2) aliran sumber tersebut kemana saja, 3) jenis pelayanan yang diberikan apa saja dan 4) siapa yang mendapatkan manfaat tersebut (WHO,2003). NHA adalah potret mengenai kondisi pembiayaan kesehatan di Indonesia berdasarkan data dan analisis yang berisikan laporan data yang akurat dan valid yang dapat dimanfaatkan sebagai informasi dasar dalam perencanaan dan penyusunan kebijakan berbasis bukti (AIPHSS,2016). Di beberapa negara seperti Afrika NHA digunakan untuk menghasilkan informasi dan bukti tentang kondisi pembiayaan kesehatan yang berkeadilan, efisiensi dan berkelanjutan.

Tujuan pendekatan NHA adalah untuk mengetahui data pembiayaan kesehatan yang tepat dalam setahun dan juga untuk menghubungkan antara output kesehatan dan pengeluaran anggaran dalam setiap tahun secara berkelanjutan (WHO,2014). NHA dapat digunakan dalam manajemen untuk meningkatkan kinerja sistem kesehatan.

Data NHA dapat memberikan bukti penggunaan sumber daya sesuai prioritas dan fungsi kesehatan dalam meningkatkan anggaran kesehatan 2-3% PDB (Rout,2012).di beberapa negara yang menerapkan NHA menemukan berbagai masalah diantaranya : 1) pelaporan NHA belum teratur, 2) permintaan data NHA dalam membuat kebijakan masih dibatasi yakni hanya untuk data kesejahteraan keluarga dan pelayanan kesehatan saja, 3) staf teknis yang bertugas mengelola data NHA belum memiliki keahlian teknis dalam masalah kesehatan dan bukan berasal dari kalangan kesehatan.

Perhitungan NHA di Indonesia bertujuan : 1) mengetahui sumber daya kesehatan yaitu siapa yang diberikan pelayanan kesehatan dan siapa yang membayar pelayanan tersebut, 2) sebagai alat dalam perencanaan, pengembangan dan pengawasan pembiayaan kesehatan nasional. Hasil NHA dapat dimanfaatkan untuk membandingkan pembiayaan kesehatan antar negara yang selanjutnya dapat dikaitkan dengan kinerja pembangunan kesehatan masing-masing serta untuk menyusun kebijakan pembiayaan kesehatan.

BAGIAN V DISTRICT HEALTH ACCOUNT

District Health Account (DHA) merupakan bagian dari upaya pembangunan sistem informasi keuangan. Dengan kata lain, DHA merupakan cara sistematis untuk menampilkan informasi tentang belanja kesehatan di tingkat kabupaten/kota. Secara rinci DHA akan menjelaskan alur dana, sumber, peruntukan, dan manfaat. DHA memiliki manfaat sebagai alat bantu mengambil keputusan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan penting terkait dengan pembiayaan kesehatan di kabupaten/kota. DHA memberi informasi, alur sumber dana, berapa dikeluarkan, kemana didistribusikan antar berbagai macam pelayanan, intervensi dan kegiatan dalam sistem kesehatan, dan siapa saja yang memperoleh manfaat di tingkat kabupaten/kota.

DHA dapat memberikan gambaran yang lengkap terkait status pendanaan, potret kondisi ketersediaan dana dan bagaimana dana dimanfaatkan secara faktual, apakah telah sesuai prioritas dan efisien di tingkat kabupaten atau kota. Selain itu juga, DHA dapat memberikan informasi yang dibutuhkan untuk menilai kesenjangan sumber daya. Sebagai contoh, dana yang bersumber dari publik di kabupaten X pada tahun 2017 adalah sekian milyar rupiah. Hal ini menunjukkan bahwa pada tahun 2017 kegiatan program yang dilaksanakan menyerap dana sebesar sekian milyar rupiah. Selanjutnya dapat dibandingkan dengan kebutuhan dana melalui proses perencanaan (misal menghitung SPM atau kebutuhan anggaran dalam perencanaan terpadu), maka dapat diperoleh informasi mengenai kesenjangan dana. Ketika dilakukan advokasi kepada para pemangku kepentingan, baik informasi mengenai kebutuhan dana maupun ketersediaan

dana (melalui DHA) yang telah disampaikan, maka gambaran sumber daya dapat dipahami secara jelas. Selain itu, informasi juga dapat menjelaskan dari mana saja sumber dana, misalnya proporsi dana tersebut berasal dari donor, maka akan terdapat tantangan sustainabilitas.

DHA juga dapat digunakan untuk membantu analisis NHA, dimana DHA dapat dimanfaatkan sebagai dasar untuk disagregasi data menurut komponen klasifikasi. Dalam DHA dapat juga digunakan klasifikasi internasional (ICHA). DHA tidak ada standar internasional, maka dari itu dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan khusus di Indonesia. Pada kegiatan pendampingan, rujukan yang dipilih adalah berdasarkan prinsip-prinsip yang sejalan dengan NHA karena DHA dan NHA saling melengkapi. Menurut Pusat Pembiayaan dan Manajemen Asuransi/Jaminan Kesehatan (2008) DHA (*district health account*) adalah suatu instrumen yang didalamnya terdapat data lengkap dan akurat tentang sumber-sumber dan pengeluaran pembiayaan kesehatan, jenis pelayanan kesehatan apa saja yang menggunakan biaya kesehatan serta yang membayar biaya kesehatan tersebut siapa saja di tingkat kabupaten/kota. Di Indonesia, DHA sangat penting untuk NHA dan PHA karena sangat sulit melakukan *health account* secara sentralitas mencapai lebih dari 514 kabupaten/kota (2015). DHA menghasilkan data yang dapat dimanfaatkan untuk bahan advokasi kepada pengambil kebijakan dengan harapan dapat memperbaiki kelemahan/kekurangan sistem pembiayaan, antara lain : 1) meningkatkan alokasi pembiayaan kesehatan, 2) mengutamakan /mengarahkan anggaran pembiayaan pada masalah kesehatan prioritas, 3) mengarahkan anggaran pada intervensi dan kegiatan yang lebih “*cost effective*”, 4) mengembangkan sistem asuransi dan lain-lain. DHA merupakan potret pembiayaan kesehatan di kabupaten/kota yang merupakan salah satu alat evaluasi dan analisa tentang kondisi pengalokasian dan pemanfaatan pembiayaan kesehatan di kabupaten/kota. Potret pembiayaan kesehatan yang menggambarkan ciri suatu belanja kesehatan harus ditelaah dan diberikan identitas masing-masing.

Dalam DHN, ada sembilan dimensi yang menggambarkan ciri suatu belanja kesehatan yaitu (PPJK Kemenkes & Pusat Kajian UI,2015) :

- 1) *Financial Sources* (Sumber biaya), yaitu sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah maupun non pemerintah.
- 2) *Financial Agent* (Pengelola pembiayaan), adalah instansi yang menerima dan memanfaatkan sumber biaya untuk membayar atau membeli barang dan jasa pelayanan.
- 3) *Health Providers* (Penyedia Pelayanan), yaitu institusi yang memperoleh dan menggunakan dana untuk memproduksi barang dan jasa pelayanan atau melaksanakan program kesehatan.
- 4) *Function of Health Care* (Fungsi), adalah semua aktifitas yang berdampak untuk memelihara, memperbaiki dan mencegah status kesehatan antara lain pelayanan pencegahan dan kesehatan masyarakat, pelayanan kuratif, rehabilitatif, alat dan bahan medis, pelayanan rawat jangka panjang, pelayanan penunjang dan tata kelola sistem kesehatan dan administrasi pembiayaan kesehatan.
- 5) *Programs* (Program), dalam klasifikasi health account yang dikembangkan oleh WHO/OECD jenis program yang dilaksanakan penyedia pelayanan kesehatan di banyak negara antara lain : program upaya kesehatan masyarakat, program upaya kesehatan individu, program penguatan sistem kesehatan. Dan di Indonesia klasifikasi program tersebut tercermin pada : 1) Standar pelayanan minimal (SPM), 2) Pembagian urusan pemerintahan (UU no.23/2014), 3) Program-program yang tercantum dalam Permendagri 13/2006 dan 59/2008 dan 21/2011, 4) Program-program dalam SDGs (2016-2030).
- 6) *Health Activities* (Macam Kegiatan), yaitu kegiatan-kegiatan yang dilakukan pemberi layanan secara langsung maupun tidak langsung dalam sektor kesehatan.

- 7) *Health Inputs* (Mata Anggaran), adalah jenis input yang dibelo oleh pelaksana program pelayanan kesehatan termasuk : 1) barang modal (gedung, alat kesehatan, alat non kesehatan, fellowship untuk staf dan lain-lain), 2) biaya operasional (tenaga, obat, bahan medis non medis, makanan, listrik, air, telepon, perjalanan dan lain-lain), 3) biaya pemeliharaan (gedung, alat, pelatihan dan lain-lain).
- 8) *Level of Activities* (Tingkatan Kegiatan), yaitu jenjang administratif dimana kegiatan tersebut dilaksanakan, misalnya di tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/masyarakat.
- 9) *Health Beneficiaries* (Penerima Manfaat), adalah kelompok masyarakat yang mendapat manfaat dari barang dan jasa kesehatan yang dibiayai. *Health beneficiaries* menurut kategori antara lain : 1) Ciri demografi (bayi (0-<1 tahun), balita (1-5 tahun), anak sekolah (6-12 tahun), remaja (13-18 tahun), usia produktif (19-64 tahun), usia lanjut(65 tahun keatas), 2) Tingkat ekonomi (miskin, non miskin), 3) Geografi (kota, desa, daerah terpencil dan lain-lain).

District Health Account atau DHA terdapat 8 dimensi yang menggambarkan ciri suatu belanja kesehatan. Delapan dimensi tersebut adalah :

1. Sumber Biaya (*financing sources*)
2. Pengelola Anggaran (*financing agents*)
3. Penyelenggara pelayanan / program (*providers/executors*)
4. Jenis kegiatan
5. Mata anggaran
6. Jenis Program
7. Jenjang Program
8. Penerima manfaat.

Pembiayaan kesehatan pada tingkat nasional dan daerah dalam kenyataannya masih menghadapi berbagai kekurangan yang menghambat kinerja program kesehatan. Kekurangan dan kelemahan tersebut seperti kekurangan dana , anggaran terfragmentasi, bergantung sebagian besar pada pembiayaan tunai oleh pasien (out of pocket payment), ketidak kecukupan biaya operasional, kecendrungan membelanjakan dana untuk kontruksi sarana fisik penunjang, dan dana terserap banyak untuk kuratif (Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan FKM UI & PPJK, 2009).

Contoh Kasus DHA

Sumber Anggaran Kesehatan di Kabupaten X Tahun 2009-2011

Sumber Dana	2009	2010	2011
APBD Kab.X	74.379.143.411	70.000.888.176	87.184.938.691
APBN	14.495.200.000	21.607.462.100	18.179.534.243
PHLN	3.982.907.800	3.455.000.000	3.734.640.000
Jumlah	92.857.251,211	95.063.350.276	109.099.112.934

Pada tabel di atas, menunjukkan pembiayaan kesehatan cenderung meningkat tetapi perubahan tersebut tidak menggambarkan pembiayaan kesehatan di Kabupaten Ketapang, karena tidak didukung dengan penggunaan data atau pencatatan pembiayaan kesehatan daerah. Hal ini menyebabkan tidak diketahuinya berapa besar biaya untuk sektor kesehatan dan bagaimana penggunaan serta jenis program dan kegiatan kesehatan, sehingga diperlukan *District Health Account* atau DHA untuk menggambarkan pembiayaan kesehatan secara menyeluruh. Penggunaan DHA di kabupaten/kota dapat melakukan diagnosis kemungkinan adanya masalah dalam sistem pembiayaan kesehatan kabupaten/kota, dengan hasil DHA kabupaten/kota dapat melakukan perbaikan dan perubahan (*reform*) terhadap sistem pembiayaan.

BAGIAN VI

CASE STUDY : DISTRICT HEALTH ACCOUNT

Sejak awal 2014, Australia-Indonesia Partnership for Health System Strengthening (AIPHSS) telah membantu beberapa kabupaten terpilih di Nusa Tenggara Timur (NTT) dan Jawa Timur untuk mengembangkan District Health Account (DHA). DHA sebenarnya bukan hal baru di Indonesia, pada tahun 2008, melalui keputusan Menteri ditetapkan bahwa akun kesehatan (Health Account) perlu diterapkan secara regular setiap tahun di kabupaten, provinsi, dan nasional. Namun, hal ini juga didukung dengan peraturan daerah agar DHA dapat dilaksanakan secara efektif. AIPHSS membantu kabupaten-kabupaten yang ketinggalan dibanding kabupaten lainnya dalam menetapkan akun kesehatan mereka.

Timor Tengah Utara (TTU) adalah satu kabupaten di provinsi NTT dengan pendapatan perkapita \$US35 per bulan. Hanya satu dollar lebih per hari, per orang, tetapi makanan segar terbilang melimpah dan murah. Pelayanan kesehatan dasar dan pendidikan disediakan oleh pemerintah. Mengingat pendapatan rendah pemerintah, pemanfaatan secara bijaksana terhadap sumber daya yang ada sangat penting untuk memberikan pelayanan kesehatan yang memadai kepada masyarakat. Mengetahui bagaimana dana dibelanjakan oleh pemerintah untuk sektor kesehatan merupakan kunci untuk merencanakan anggaran tahunan sehingga sumber daya dapat ditargetkan untuk layanan sosial yang membutuhkan.

Sebelum program AIPHSS, kabupaten TTU bahkan tidak memiliki profil keuangan yang terdokumentasikan, atau indikasi yang jelas tentang bagaimana anggaran kesehatan harus dibelanjakan sesuai dengan permintaan layanan setempat. Setiap tahun, pada pemangku kepentingan (stakeholder) membuat perencanaan anggaran berdasarkan anggaran tahun sebelumnya tanpa memperhatikan kebutuhan yang muncul atau prioritas utama masyarakat. Biaya tidak dianalisis secara seksama untuk melihat bagaimana anggaran dibelanjakan untuk pelayanan kepentingan masyarakat yang terbaik. Ketika Beato Yoseo Fren Oenunu, Kepala Sub-Divisi Sosial dan Budaya, Bappeda TTU mulai mengkaji akun kesehatan (health accounts), beliau mencatat dimana anggaran tersebut dibelanjakan.

Dukungan AIPHSS pada awal tahun 2014 diberikan dengan melatih sebanyak 95 orang yang terdiri dari berbagai unsur terkait di pemerintahan sekaligus pembentukan Tim Perumus DHA dimasing-masing kabupaten. Tujuannya adalah meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin dan hampir miskin melalui pembiayaan pelayanan kesehatan setempat yang lebih baik dengan merelokasikan dana dari bidang-bidang prioritas yang lebih rendah.

Di beberapa kabupaten AIPHSS lainnya, hasil DHA kini jelas menggambarkan belanja pemerintah untuk kesehatan dan mulai memberikan dampak terhadap mobilisasi biaya kesehatan untuk pelayanan kesehatan yang lebih efektif dan efisien. Hasil DHA memberikan pemahaman yang lebih baik bagi para penyusun anggaran mengenai bagaimana seharusnya struktur anggaran dan bagaimana menyelaraskannya dengan layanan pendukung pemerintah lainnya. Di TTU misalnya, kini muncul budaya baru diantara para pejabat pemerintah yang menyadari bahwa sektor kesehatan memerlukan kerjasama lintas sektor, tidak hanya sebatas dinas kesehatan. Diantaranya dengan membina hubungan dengan dinas pendidikan, Bappeda dan instansi lainnya.

Mereka yakin bahwa proses DHA mampu mengurangi risiko munculnya ego sektoral, dan kini masing-masing pihak memahami pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif hanya dapat dicapai melalui kerja sama; dan perbaikan tersebut dimulai dari pengalokasian anggaran yang tepat. Pekerjaan menghasilkan DHA bukanlah proses yang rumit dan berbelit-belit, tetapi memerlukan kemauan politik yang kuat. Pendekatan yang telah dilakukan AIPHSS adalah bekerja dengan sistem pemerintah sekaligus melakukan lobi politik untuk mendapatkan dukungan bagi implementasi DHA. Sosialisasi ini dilakukan untuk meningkatkan kesadaran dan mendapatkan komitmen dari pejabat pemerintah. Pelatihan DHA yang dilakukan oleh Tim DHA memberikan keterampilan dalam menghitung pengeluaran keuangan daerah untuk berbagai sektor. Sebagai tindak lanjut paska pelatihan, masing-masing kabupaten melakukan pengumpulan dan analisis data DHA. Pengumpulan data dilakukan diberbagai sektor pemerintah yang membelanjakan dana untuk sektor kesehatan, seperti: BPMPD, lembaga permasyarakatan dan rumah tahanan, RSUD, RS Polri, PMI dan lainnya.

Dalam dua tahun terakhir, DHA telah berhasil dilembagakan didelapan (8) kabupaten AIPHSS dan menunjukkan hasil positif. Optimisme terus berkembang diantara mereka yang terlibat bahwa akan ada peningkatan anggaran kesehatan, dan hal ini akan meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan kurang beruntung. Sekretaris Dinas Kesehatan TTU turut berbagi optimisme mengenai kerja program AIPHSS. Yang terpenting, proses dan hikmah belajar AIPHSS akan sangat berharga bagi pelaksanaan advokasi dan replikasi pelaksanaan DHA di kabupaten-kabupaten lainnya.

PROVINCIAL HEALTH ACCOUNT (PHA) DAN DISTRICT HEALTH ACCOUNT (DHA): MELACAK BIAYA KESEHATAN DAERAH

Dalam praktek, banyak negara hanya menggunakan *National Health Account* namun Indonesia melakukan inovasi dengan menyusun health account tingkat Provinsi yang disebut *Provincial Health Account (PHA)* dan tingkat Kabupaten yang disebut *District Health Account (DHA)*. Fakta ini merupakan hal yang luar biasa, dan ini tidak lepas dari komitmen Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan dalam membangun sistem kesehatan nasional yang lebih kuat.

Inovasi PHA dan DHA ini menjadi inovasi yang luar biasa karena secara spesifik memberikan informasi tentang siapa yang membiayai pelayanan kesehatan di tingkat Provinsi dan Kabupaten, berapa banyak dana itu diserap, oleh jenis layanan yang mana, dan siapa yang diuntungkan dari pengeluaran kesehatan tersebut. Informasi ini sangat berguna karena akan memberikan dasar bagi perencanaan dan pengambilan keputusan yang berbasis bukti sehingga pada gilirannya, dapat meningkatkan tata kelola dan akuntabilitas pemerintahan lokal.

Dari perspektif hukum, menurut UU Kesehatan no. 36 tahun 2009, 10% dari anggaran Kabupaten harus dialokasikan untuk kesehatan. Disini, PHA & DHA dapat digunakan untuk mengevaluasi apakah kewajiban tersebut telah terpenuhi atau belum. Jika kewajiban tersebut telah terpenuhi, *DHA* dapat digunakan untuk menunjukkan apakah dana tersebut dialokasikan sesuai kebutuhan kesehatan dan prioritas daerah. Di sisi lain, jika persentase wajib tersebut belum terpenuhi, *DHA* dapat digunakan untuk menunjukkan dimana kesenjangannya dan seberapa besar kesenjangan tersebut.

Dari perspektif ekuitas, PHA & DHA dapat digunakan untuk menunjukkan siapa yang diuntungkan dari pengeluaran kesehatan, dan apakah pembiayaan kesehatan telah memenuhi tujuannya, yaitu tersedianya pendanaan yang cukup untuk melindungi orang miskin. *DHA* juga dapat menunjukkan siapa yang menanggung pengeluaran kesehatan lebih banyak, apakah sektor publik atau swasta.

Semua informasi yang dihasilkan dari PHA & DHA ini dapat digunakan untuk kebutuhan advokasi apabila dibutuhkan tambahan dana kesehatan dan untuk bidang apa dana tambahan tersebut diperlukan. Juga untuk kebutuhan advokasi terkait pengalokasian pembiayaan kesehatan yang lebih baik, yang pada gilirannya akan menyumbang pada penguatan sistem kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan spesifik kabupaten.

JEJAK LANGKAH AIPHSS DALAM PENGUATAN SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN

Institusionalisasi sistem pembiayaan kesehatan adalah salah satu kebutuhan dari penguatan sistem kesehatan nasional melalui sistem pembiayaan kesehatan guna membantu Kementerian Kesehatan agar dapat memanfaatkan data berbasis bukti dan informasi secara *up to date*. Kebijakan nasional terutama yang terkait dengan pembiayaan kesehatan dalam rangka peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan hampir miskin. Intitusionalisasi pembiayaan kesehatan ini dilakukan dengan mengembangkan *National Health Account* dan bank data di tingkat nasional dan Pengembangan *Health Account* di tingkat Propinsi/Kabupaten. Kerjasama yang produktif selama dua tahun (2012-2014) antara Kemenkes RI dengan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia dengan dukungan Program Kemitraan Indonesia Australia Untuk Penguatan Sistem Kesehatan (AIPHSS) pada akhirnya menghasilkan draft akhir dokumen *NHA 2011* dengan metodologi *SHA 1.0*.

Setelah dokumen *NHA 2011* dihasilkan maka proses selanjut adalah pelaksanaan pelatihan menggunakan instrumen WHO versi terbaru (*SHA 2011*); Diseminasi hasil *NHA* ditingkat Pusat; Kegiatan pengembangan *PHA* dan *DHA* yang mencakup: Integrasi modul *DHA* dengan *NHA*; Pelatihan, dan; Sosialisasi hasil kepada pengambil kebijakan di daerah. Selanjutnya adalah kegiatan penyusunan modul *PHA* dan pelatihan *PHA* di tingkat Pusat.

Dari input dan rangkaian proses diatas menghasilkan tiga pencapaian, masing-masing : Produksi *NHA* tahun 2012 sampai dengan 2014; Terbentuknya tim *PHA* Provinsi Jawa Timur dan Nusa Tenggara Timur dimana tim ini mampu menyusun *PHA*; kemudian terbentuknya tim *DHA* di delapan Kabupaten wilayah *AIPHSS* yang juga telah menghasilkan dokumen analisa *DHA* yakni kabupaten Timur Tengah Utara (TTU), Ngada, Sumba Barat Daya (SBD), Flores Timur (Flotim), Bondowoso, Sampang, Bangkalan dan Situbondo.

Sebagai lanjutan, terkait *NHA* adalah melengkapi data riil sektor BUMN yang akan digunakan untuk melengkapi dan mengoreksi data *NHA* Indonesia. Sementara untuk produksi *NHA* tahun 2015 diusulkan pada tahun 2016; Pengadaan Server/Bank Data *NHA/PHA/DHA* pada tahun anggaran 2016. Sementara kegiatan terkait *PHA/DHA* adalah pelatihan *PHA* bagi provinsi yang belum dilatih dan melakukan pendampingan; Pelatihan Petugas Provinsi untuk melatih *DHA* bagi Kabupaten/Kota dan melakukan pendampingan; Penyesuaian instrumen *PHA/DHA* agar terintegrasi dengan *NHA*.

MENGEMBANGKAN *PHA* & *DHA*

Dibutuhkan komitmen jangka panjang dari para pengambil kebijakan di berbagai sektor sebagai kunci untuk menjaga keberlangsungan *PHA/DHA*. Komitmen tersebut harus secara nyata diwujudkan dalam bentuk pelebagaan tim *PHA/DHA* melalui regulasi dan juga alokasi sumber daya keuangan dan

sumber daya manusia untuk PHA/DHA dengan menyediakan pendanaan yang memadai dari APBD. Selain itu, keberlanjutan PHA/DHA juga membutuhkan interaksi antara pembuat kebijakan dan tim teknis PHA/DHA yang memungkinkan tim untuk merespon kebutuhan kebijakan tertentu melalui kerja-kerja analisis sub-sektor yang lebih mendalam sesuai kebutuhan.

Pada akhirnya, keberhasilan pengembangan PHA dan DHA di Provinsi Jawa Timur dan Nusa Tenggara Timur beserta delapan Kabupaten yakni kabupaten Timur Tengah Utara, Ngada, Sumba Barat Daya, Flores Timur, Bondowoso, Sampang, Bangkalan dan Situbondo akan menjadi pembelajaran penting untuk kebutuhan replikasi pengembangan PHA/DHA di seluruh Provinsi dan Kabupaten/Kota lain di Indonesia, dan tentunya melalui komitmen dan dukungan kuat dari Pemerintah Pusat dan Daerah.

BAGIAN VII

PENUTUP

Pembiayaan kesehatan di era otonomi sangat tergantung komitmen ,khususnya pembiayaan pembiayaan yang bersumber dari pemerintah. Sistem pembiayaan kesehatan di daerah perlu dikembangkan agar isu pokok dalam pembiayaan kesehatan daerah,yaitu mobilisasi,alokasi dan efisiensi pembiayaan dapat terselenggara dengan baik sehingga menjamin pemerataan,mutu dan keseimbangan pembangunan kesehatan daerah.

Tersedianya data pembiayaan kesehatan menjadi sangat penting dengan adanya kebijakan desentralisasi atau otonomi daerah dalam pelayanan kesehatan sehingga diperlukan penentuan kebijakan dan strategi pembiayaan program kesehatan di daerah. Data mengenai pembiayaan daerah akan menjadi inovasi yang luar biasa karena secara spesifik memberikan informasi tentang siapa yang membiayai pelayanan kesehatan di tingkat Provinsi dan Kabupaten, berapa banyak dana itu diserap, oleh jenis layanan yang mana, dan siapa yang diuntungkan dari pengeluaran kesehatan tersebut. Informasi ini sangat berguna karena akan memberikan dasar bagi perencanaan dan pengambilan keputusan yang berbasis bukti sehingga pada gilirannya, dapat meningkatkan tata kelola dan akuntabilitas pemerintahan lokal.

Semua informasi yang dihasilkan dari DHA ini dapat digunakan untuk kebutuhan advokasi apabila dibutuhkan tambahan dana kesehatan dan untuk bidang apa dana tambahan tersebut diperlukan. Juga untuk kebutuhan advokasi terkait pengalokasian pembiayaan kesehatan yang lebih baik, yang pada

gilirannya akan menyumbang pada penguatan sistem kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan spesifik kabupaten.

Daftar Pustaka

- Akhirani.2004.”Analisis Pembiayaan Kesehatan Yang Bersumber dari Pemerintah Melalui District Health Account: .Yogyakarta;Universitas Gadjah Mada.
- Budiarto.W.2003.”Studi Tentang Pembiayaan Kesehatan Oleh Pemerintah Sebelum Dan Sesudah Otonomi Daerah” Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Dominirsep, D.dkk.2012. “ Analisis Pembiayaan Program Kesehatan Ibu dan Anak Bersumber Pemerintah Dengan Pendekatan Health Account” (tesis). Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Djuhaeni,E.2007.” Sistem Pembiayaan Layanan Kesehatan”. Available: <http://healthforindonesia.blogspot.co.id/2010/11/sistem-pembiayaan-layanan-kesehatan>. Accessed : 2017,Desember 06.
- Eben, E.2017. Tahapan Program Pembiayaan dan Penyusunan Anggaran Kesehatan Nasional. Available :<http://mudadix.com/2017/03/20/sistem-pembiayaan-dan-penyusunan>.Accessed :2017,Desember 06.
- Estherlina,S.2017. “ Analisis Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah” Jakarta. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Friska,K. 2016.Sistem Pembiayaan Kesehatan. Available : <http://fkowureng.blogspot.co.id/2016/11/sistem-pembiayaan-kesehatan>. Accessed : 2017, Desember 15
- Fery,T.2010. “ Transparansi Anggaran Sektor Kesehatan Daerah” Jurnal Ilmiah Administrasi Publik dan Pembangunan”, Juli-Desember Vol. 1, No.2
- Febri,E.2015. Sistem Pembiayaan Kesehatan. Malang: Universitas Muhammadiyah.
- Hujaipah, 2013. “ Analisis Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah Dengan Pendekatan District Health Account (DHA) “ (tesis). Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Harmana,T,dkk.2006. “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pembiayaan Kesehatan Daerah Bersumber Anggaran Pendapatan Belanja Daerah”.Depok : Universitas Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.2016. Profil Kesehatan Indonesia
- Lestari,N.I.2003.” Analisis Pembiayaan Kesehatan Daerah Bersumber Pemerintah” Depok: Universitas Indonesia.

Misnaniarti.2010."Pola Pembiayaan Program Pemberantasan Penyakit Menular".Sumatera Selatan: Universitas Sriwijaya.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2016, Penggunaan Dana Kapitasi, Jaminan Kesehatan Nasional untuk jasa pelayanan dan dukungan biaya operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah.Jakarta.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013. Tarif Pelayanan Kesehatan, Jakarta

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014. Pusat Kesehatan Masyarakat.Jakarta

Peraturan Presiden Nomor : 32 Tahun 2014. Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah. Jakarta.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016. Standar Pelayanan Minimum Kesehatan. Jakarta.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016.Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga.Jakarta

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2016. Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan.Jakarta

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2012.Sistem Kesehatan Nasional.Jakarta

Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 29 Tahun 2002.Pelaksanaan APBD.Jakarta

Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan Indonesia dan Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Edisi 4. Pedoman dan Modul Pelatihan District Health Account (DHA) untuk Tingkat Kabupaten/Kota.Jakarta.

Rahmaniawati,N.A.2007."Analisis Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah"Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional ,Agustus Vol.2,No.1

Samkani,2009."Analisis Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah Dengan Pendekatan District Health Account (DHA)" (tesis).Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.

Surat Keputusan Bupati Karangasem Nomor 331/HK/2014, Alokasi Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas. Karangasem.

Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Nomor 02/2015, Penetapan Alokasi Dana Khusus Non Fisik Bidang Kesehatan (Bantuan Operasional Kesehatan) pada Puskesmas. Karangasem

Stefani,D.L,2013.”Makalah Pembiayaan Kesehatan”.Kendari: Universitas Haluoleo.

Syamruth,Y.K. 2013.” Pivot Table Analisis BiayaProgram Gizi Dengan Perspektif District Health Account (DHA).Kupang : Universitas Nusa Cendana.

Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004.Perimbangan Keuangan Pemerintah Pusat dan Daerah.Jakarta

Universitas Udayana, 2017. Pedoman Penulisan Usulan Penelitian dan Tesis.Denpasar: Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Wardani,Sri.2015.”Analisis Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah Dengan Pendekatan District Health Account (DHA)” (tesis).Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.

Wikrama,L.B. 2010.” Analisis Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah Berdasarkan District Health Account (DHA)” (tesis).Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.

Yahya, 2014. Pengantar Pembiayaan Kesehatan.Available: <https://prezi.com/5d6fq/vtptyq/pengantar-pembiayaan-kesehatan>. Accessed: 2017, Desember 06.

Yandriani,A. 2007. “ Analisis Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah Berdasarkan Pendekatan District Health Account” (tesis). Yogyakarta : Universitas Gadjah Mada.

Yandrizal. 2014. “ Analisis Ketersediaan Fasilitas dan Pembiayaan Kesehatan Pada Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional”.Bengkulu: Universitas Muhammadiyah.

LAMPIRAN

BEDAH ARTIKEL
DISTRICT HEALTH ACCOUNT

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.

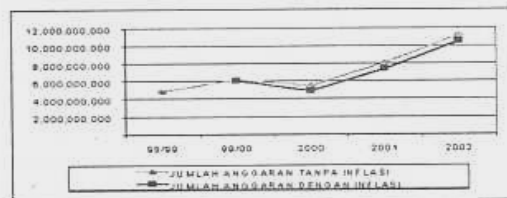
Instrumen penelitian yang digunakan adalah format tabel yang diadopsi dari format tabel *National Health Account*. Setelah data terkumpul dilakukan penghitungan menurut sumber pembiayaan yaitu pembiayaan dari pusat, provinsi,

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.

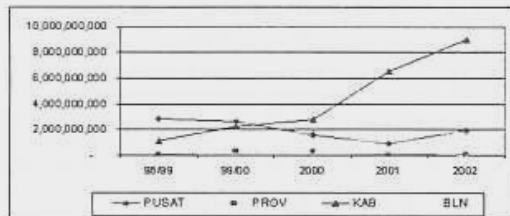
Tabel 1. Perbandingan Biaya Kesehatan di Luar Belanja Pegawai (Gaji) dan Bln Per Kapita Penduduk Kabupaten Sinjai Tahun 1998-2002

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 1999/2000 naik sebesar 31,79% dari 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.

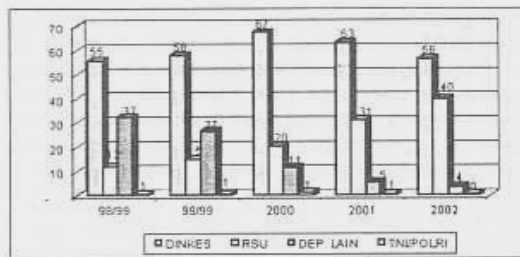
Pembiayaan yang bersumber dari provinsi mulai tahun anggaran 1998/1999 sampai dengan tahun anggaran 2002 hanya berkisar antara 0,4%-5,3%. Anggaran tersebut dialokasikan untuk pembelian obat sebagai tambahan dari anggaran obat yang bersumber dari pusat. Untuk pembiayaan yang bersumber dari BLN setelah 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 kepegawaiannya 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.

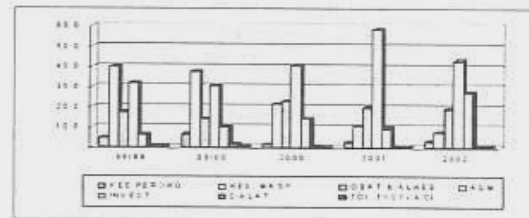
Kecilnya anggaran untuk program tidak sebanding dengan beban pelayanan yang harus dilaksanakan oleh Puskesmas, dengan diketahui bahwa terdapat 18 program pokok yang harus dilaksanakan oleh Puskesmas. Sebagai gambaran, pada tahun 2001 untuk kegiatan pemberantasan penyakit menular (P2M) untuk seluruh Puskesmas (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 pustu menurun, 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 pustu, 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/detail/3e7.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.