



**STUDI PEMBIAYAAN KESEHATAN
KABUPATEN MALUKU TENGGARA BARAT (MTB)
PROPINSI MALUKU**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN, DAN
PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
TAHUN 2012**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas rahmat dan hidayahNya, akhirnya penyusunan laporan hasil studi “Pembiayaan Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan” ini dapat diselesaikan.

Tujuan dari studi ini adalah untuk mendapatkan gambaran peta pembiayaan kesehatan di daerah bermasalah kesehatan tahun 2011, termasuk permasalahan-permasalahannya dan saran-saran dari lapangan yang kiranya dapat dimanfaatkan sebagai masukan untuk perbaikan perencanaan dan penganggaran yang selanjutnya untuk meningkatkan kinerja program di daerah bermasalah kesehatan.

Dengan keterbatasan yang ada, kami yakin tim peneliti telah berusaha menyelesaikan studi ini dengan semaksimal mungkin, namun tidak berarti hasil yang dicapai telah sempurna, untuk itu kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan.

Ucapan terima kasih disampaikan kepada seluruh tim peneliti, pembimbing dan pengarah studi ini, karena hasil ini tidak terlepas dari kerja keras seluruh tim.

Kami berharap, semoga hasil studi ini dapat memberikan manfaat bagi pihak-pihak yang berkepentingan, terutama bagi dinas kesehatan dan penentu kebijakan sehingga mampu memperbaiki perencanaan dan penganggaran yang berdampak pada peningkatan kinerja program kesehatan .

Jakarta, 27 November 2012

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Kepala,



Dr.dr. Trihono, M.Sc

SUSUNAN TIM PENELITI

PENGARAH

Dr. dr. Trihono, MSc

Prof. dr. Ascobat Gani, MPH, Dr. PH

Dr. Soewarto Kosen, MPH, Dr. PH

PENANGGUNG JAWAB

Drg. Agus Suprpto, M.Kes

KETUA PELAKSANA

Wahyu Pudji Nugraheni, SKM, M.Kes

ANGGOTA TIM PENELITI

Rofingatul Mubasyiroh, SKM

Tumiani Laksmiarti, SE, MM

Galih Arianto, SE

dr. Wahyu Dwi Astuti, SpPK, M.Kes

Wening Widjajanti, SKM

Indah Pawita, SKM

Djazuly Chalidyanto, SKM, M.Kes

Dra. Sri Nurwati, MSi

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Kata Pengantar	ii
Daftar Isi	iii
Daftar Tabel	vi
I. PENDAHULUAN	1
Latar Belakang	1
Tujuan Penelitian	5
II. TINJAUAN PUSTAKA	7
Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat	7
Daerah Bermasalah Kesehatan	7
Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan	8
Kapasitas Fiskal	9
Masalah Sistem Pencatatan Pembiayaan Kesehatan	11
Sub sistem Pembiayaan Kesehatan sebagai bagian dari SKN	13
Masalah Pembiayaan Kesehatan Daerah.....	13
Health Account.....	16
District Health Account.....	16
Proses Pelaksanaan DHA.....	19
III. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	20
Kerangka Konsep	20

Definisi Operasional.....	21
IV. METODOLOGI PENELITIAN	23
Desain Penelitian.....	23
Jenis Penelitian.....	23
Tempat dan Waktu Penelitian	23
Unit Analisis dan Sumber Informasi	23
Variabel Penelitian	24
Instrumen dan Cara Pengumpulan Data.....	24
Tahapan Penelitian	25
Manajemen Data	25
V. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	27
Gambaran Umum Kabupaten Maluku Tenggara Barat	27
- Distribusi Penduduk Menurut Umur dan Pendidikan	30
- Fasilitas Kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara Barat	31
- Cakupan Program di Kabupaten Maluku Tenggara Barat	32
Gambaran Peta Pembiayaan di KabupAten Maluku Tenggara Barat.....	32
- Peta Pembiayaan Berdasarkan Sumber Anggaran di Kabupaten Maluku Tenggara Barat	32
- Peta Pembiayaan Berdasarkan Pengelola Anggaran di Kabupaten Maluku Tenggara Barat	33
- Peta Pembiayaan Berdasarkan Penyedia Layanan di Kabupaten Maluku Tenggara Barat	33
- Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten Maluku Tenggara Barat	34
- Peta Pembiayaan Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten Maluku Tenggara Barat	35

-	Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenis Program di Kabupaten Maluku Tenggara Barat	36
-	Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten Maluku Tenggara Barat	37
-	Peta Pembiayaan Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten Maluku Tenggara Barat	37
-	Peta Pembiayaan Kesehatan Program Kesehatan Ibu Anak di Kabupaten Maluku Tenggara Barat	37
-	Peta Pembiayaan Kesehatan Berbasis Kinerja	40
VI.	KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	42
	Kesimpulan	42
	Rekomendasi.....	43
VII.	KEPUSTAKAAN	45

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Lokasi Penelitian Studi Pembiayaan Daerah Bermasalah Kesehatan	21
Tabel 5.1. Jumlah Kecamatan, Desa, anak Desa dan Kelurahan	25
Tabel 5.2. Luas wilayah menurut Kecamatan (Km ²).....	26
Tabel 5.3. Distribusi penduduk menurut umur dan Pendidikan di Kabupaten MTB ...	28
Tabel 5.4. Fasilitas kesehatan di Kabupaten MTB	29
Tabel 5.5. Cakupan program kesehatan di Kabupaten MTB.....	30
Tabel 5.6. Biaya Kesehatan menurut Sumber Pembiayaan Kab. MTB, Tahun 2011.	30
Tabel 5.7. Biaya Kesehatan menurut Pengelola Anggaran di Kab. MTB Tahun 2011.	31
Tabel 5.8. Biaya Kesehatan menurut Penyedia Pelayanan Kab. MTB, Tahun 2011. ...	31
Tabel 5.9. Belanja Kesehatan menurut Jenis Kegiatan Kab. MTB, Tahun 2011	32
Tabel 5.10. Belanja Kesehatan menurut Mata Anggaran Kab. MTB, Tahun 2011	33
Tabel 5.11. Belanja Kesehatan menurut Jenis Program di Kab. MTB, Tahun 2011 ...	34
Tabel 5.12. Belanja Kesehatan menurut Jenjang Kegiatan di Kab. MTB Tahun 2011	35
Tabel 5.13. Belanja Kesehatan menurut Penerima Manfaat di Kab. MTB Tahun 2011	36
Tabel 5.14. Belanja Kesehatan Program KIA menurut Sumber Biaya di Kab. MTB Tahun 2011	36
Tabel 5.15. Belanja Kesehatan Program KIA berdasarkan Pengelola Anggaran di Kab. MTB Tahun 2011	36

Tabel 5.16. Belanja Kesehatan Program KIA berdasarkan Penyedia Pelayanan di Kab. MTB Tahun 2011	36
Tabel 5.17. Belanja Kesehatan Program KIA berdasarkan Jenis Kegiatan di Kab. MTB Tahun 2011	37
Tabel 5.18. Belanja Kesehatan Program KIA berdasarkan Mata Anggaran di Kab. MTB Tahun 2011	37
Tabel 5.19. Belanja Kesehatan Program KIA berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kab. MTB Tahun 2011	37
Tabel 5.20. Belanja Kesehatan Program KIA berdasarkan Penerima Manfaat di Kab. MTB Tahun 2011	38
Tabel 5.21. Peta Pembiayaan Kesehatan berbasis Kinerja di Kab. MTB Tahun 2011	38
Tabel 5.22. Peta Pembiayaan Kesehatan berbasis kinerja untuk program KIA di Kab. MTB Tahun 2011	39

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, Survei Sosial Ekonomi (Susenas) 2007 dan Survei Potensi Desa (Podes) tahun 2008 melahirkan indeks pembangunan kesehatan masyarakat (IPKM) yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan. IPKM dibentuk dari 24 indikator kesehatan. Salah satu kegunaan IPKM adalah diperolehnya gambaran indikator kesehatan yang tertinggal di masing-masing kabupaten/kota, sehingga bisa dirumuskan program intervensi yang lebih tepat. Nilai IPKM diantaranya bisa menggambarkan baik buruk dan kompleks tidaknya masalah kesehatan di suatu kabupaten/kota. Misalnya IPKM rendah artinya makin buruk dan makin kompleks masalah kesehatannya, karena banyak indikator kesehatan yang tertinggal.

Hasil analisis data IPKM diantaranya menghasilkan rumusan Daerah Bermasalah Kesehatan. Kajian IPKM menunjukkan bahwa dari 75 kabupaten dengan masalah kesehatan berat ($IPKM < 0,337$) dan ternyata 64 kabupaten (85,3%) termasuk daerah tertinggal.

Kementerian Kesehatan pada tahun 2010 mencanangkan Program Pendampingan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK). Kabupaten yang masuk dalam kategori daerah bermasalah kesehatan adalah kabupaten/kota yang memiliki IPKM diantara rerata sampai dengan minus satu (-1) simpang baku dan mempunyai nilai kemiskinan (pendataan status ekonomi/PSE) di atas rerata (masing-masing untuk kelompok kabupaten dan kota). Untuk tahap awal pendampingan DBK diprioritaskan pada 8 (delapan) propinsi yang memiliki lebih dari 50% kabupaten/kota dengan kriteria DBK yaitu Aceh, NTB, NTT, Sulteng, Sultra, Gorontalo, Sulbar, Maluku, Papua Barat dan Papua (dua propinsi terakhir penanganannya di bawah koordinasi Bappenas).

Pendampingan dimaksud bertujuan untuk meningkatkan nilai IPKM di daerah bermasalah kesehatan dalam kurun waktu yang telah disepakati, setidaknya diharapkan ada peningkatan yang bermakna atas derajat kesehatan masyarakat Indonesia secara keseluruhan dengan kesenjangan antar daerah yang semakin kecil, dengan metode memberikan motivasi kabupaten/kota untuk lebih sensitif terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya.

IPKM menggambarkan indikator kesehatan yang tertinggal di masing-masing kabupaten. Rendahnya nilai IPKM di suatu kabupaten diduga antara lain akibat dari kurang efektif dan efisien dalam anggaran kesehatan, misalnya kecenderungan anggaran daerah digunakan untuk belanja fisik, kurang untuk biaya operasional, kecenderungan daerah untuk membebaskan biaya pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk, realisasi anggaran pemerintah yang terlambat dan lain sebagainya. Berbagai permasalahan tersebut dapat terdeteksi dan diketahui melalui pelaksanaan *District Health Account* (DHA) di tingkat kabupaten/kota.

WHO dan lembaga dunia lain (*World Bank*, UNDP, dll) menyarankan agar negara-negara di dunia melakukan pencatatan dan analisis situasi pembiayaan kesehatan (*National Health Account*) dengan tujuan untuk melihat kecukupan, ketepatan alokasi dan efektifitas pembiayaan kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatan penduduk. Selain itu hasil pencatatan tersebut dapat dibandingkan antar negara. Melalui pendekatan ini dapat diketahui bagaimana mobilisasi dana dari sumber pembiayaan ke penyedia atau pemberi layanan kesehatan dan fungsinya.

Sampai saat ini pemanfaatan dana menjadi masalah di sebagian besar kabupaten/kota di Indonesia, padahal hampir semua daerah di Indonesia menetapkan kesehatan sebagai salah satu program prioritas. Pemberlakuan otonomi daerah memberikan peluang kepada daerah untuk menyusun perencanaan dan pengalokasian anggaran di lingkungan pemerintah daerah masing-masing. Peran dan komitmen *policymakers* sebagai pengambil kebijakan sangat besar dalam menentukan arah pembangunan dan pengalokasian anggaran bersumber dari pemerintah (Nyoman Sumaryadi, 2005).

IPKM dibangun dari beberapa indikator diantaranya indikator kinerja program kesehatan. Sehingga untuk meningkatkan nilai IPKM suatu daerah, hal yang harus dipikirkan adalah bagaimana menjamin program kesehatan di daerah tersebut berjalan secara efektif dan efisien. Selama ini disinyalir ada beberapa masalah pembiayaan kesehatan di daerah baik di kabupaten atau di kota yang mengakibatkan tidak efektifnya program kesehatan yaitu: jumlah anggaran kesehatan terlalu kecil dibandingkan dengan kebutuhan, sumber pembiayaan tidak terintegrasi atau masih terpisah-pisah sehingga pemanfaatan biaya menjadi tidak efisien, anggaran kesehatan lebih banyak digunakan untuk kegiatan tidak langsung (pelatihan, belanja barang modal dll) sehingga kegiatan langsung terkait dengan program menjadi kecil (pelayanan dan

intervensi), alokasi anggaran tidak sesuai dengan program prioritas dan realisasi anggaran sering telat turun sehingga pelaksanaan kegiatan program dilaksanakan dengan terburu-buru dengan mutu yang kurang optimal (Ascobat Gani, 2009).

Idealnya untuk meningkatkan IPKM pada daerah bermasalah kesehatan harus ditunjang dengan data yang mendukung, Salah satunya adalah data pembiayaan kesehatan yang menyeluruh dan berkesinambungan. Realitanya pada saat ini sebagian besar daerah di Indonesia belum memiliki data atau peta pembiayaan kesehatan. Selama ini penyediaan informasi data pembiayaan di daerah dilakukan secara insidental hanya beberapa daerah saja (Laoda Ahmad Dkk 2006).

Informasi alokasi, realisasi dan kebutuhan anggaran kesehatan sebagai indikator pembiayaan kesehatan pada daerah bermasalah kesehatan dirasakan sangat perlu diketahui dan ditelusuri dalam rangka pendampingan daerah bermasalah kesehatan yang bertujuan meningkatkan IPKM di daerah tersebut. Informasi alokasi dan realisasi anggaran kesehatan bisa diperoleh dengan kegiatan DHA.

Diharapkan dengan adanya informasi biaya tersebut bisa dibuat rumusan atau simulasi pengelolaan anggaran yang baik dan efisien pada daerah bermasalah kesehatan sehingga kedepan pelaksanaan program bisa berjalan dengan efisien, tepat waktu, efektif, optimal, bermutu dan berdasarkan skala prioritas dan bermuara pada meningkatnya IPKM di daerah bermasalah kesehatan tersebut.

Dari uraian/fakta di atas dan dalam rangka kegiatan pendampingan pada daerah bermasalah kesehatan, di perlukan informasi pembiayaan kesehatan daerah sebagai pintu untuk meningkatkan IPKM di daerah bermasalah kesehatan.

1.1.1. Permasalahan Penelitian

Dari uraian tersebut di atas, maka permasalahan yang perlu dianalisis dalam meningkatkan IPKM adalah:

- Belum tersedianya informasi biaya kesehatan yang akurat dan berkesinambungan dalam rangka pendampingan daerah bermasalah kesehatan.
- Perencanaan pembiayaan kesehatan di kabupaten/kota belum terencana secara spesifik.
- Pemanfaatan/pembiayaan dan alokasi penganggaran belum efektif.

1.1.2. Topik Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian pembiayaan bidang kesehatan secara keseluruhan di daerah, baik yang bersumber dari daerah berupa APBD/DAU propinsi, Kabupaten/kota, bersumber dari pemerintah pusat (APBN, DAK), Bantuan luar negeri (PHLN), dan lain-lain yang berada di sektor-sektor lain.

1.1.3. Pertanyaan Penelitian

Dari uraian di atas, maka pertanyaan penelitian adalah:

- 1) Bagaimana peta pembiayaan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah di Kabupaten MTB tahun 2011?
- 2) Bagaimana peta pembiayaan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan non-pemerintah/swasta di Kabupaten MTB tahun 2011?
- 3) Bagaimana proporsi biaya pengeluaran Rumah Tangga (*Out Of Pocket*) dari hasil SUSENAS tahun 2010 di Kabupaten MTB?
- 4) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan sumber biaya di Kabupaten MTB?
- 5) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan pengelola anggaran di Kabupaten MTB?
- 6) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan jenis kegiatan kesehatan di Kabupaten MTB?
- 7) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan penyedia pelayanan/program di DBK?
- 8) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan mata anggaran di Kabupaten MTB?
- 9) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan jenis program di Kabupaten MTB?
- 10) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan jenjang kegiatan di Kabupaten MTB?
- 11) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan penerima manfaat di Kabupaten MTB?
- 12) Bagaimana kelembagaan DHA di Kabupaten MTB?

1.1.4. Manfaat Penelitian

- 1) Untuk Pemerintah Daerah: membantu daerah untuk mengetahui jumlah anggaran kesehatan kabupaten/kota
- 2) Untuk Sektor Kesehatan: memberikan masukan kepada Kemenkes dan pengambil kebijakan lainnya tentang pembiayaan sektor kesehatan
- 3) Untuk Institusi Penelitian: mengembangkan penelitian dalam hal ini DHA yang bersifat *Client Oriented Research Activities* (CORA)

1.2. TUJUAN PENELITIAN

1.2.1. Tujuan Umum

Diperolehnya peta pembiayaan kesehatan dari berbagai sumber di daerah bermasalah kesehatan dalam rangka mendukung program Pendampingan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK) sebagai salah satu upaya awal meningkatkan peringkat IPKM.

1.2.2. Tujuan Khusus

- 1) Melakukan identifikasi /pemetaan biaya kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah di daerah bermasalah kesehatan tahun 2011.
- 2) Melakukan identifikasi/pemetaan biaya kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan non-pemerintah/swasta di daerah bermasalah kesehatan tahun 2011.
- 3) Melakukan analisis proporsi biaya pengeluaran Rumah Tangga (*Out of Pocket*) dari hasil SUSENAS tahun 2010
- 4) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan sumber biaya di Kabupaten MTB.
- 5) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan pengelola anggaran di Kabupaten MTB.
- 6) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan jenis kegiatan kesehatan di Kabupaten MTB.
- 7) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan penyedia pelayanan/program di Kabupaten MTB.
- 8) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan mata anggaran di Kabupaten MTB.
- 9) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan jenis program di Kabupaten MTB.

- 10) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan jenjang kegiatan di Kabupaten MTB.
- 11) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan penerima manfaat di Kabupaten MTB.
- 12) Membangun kelembagaan DHA di Kabupaten MTB.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat

IPKM (Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat) adalah indikator komposit yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan, dirumuskan dari data kesehatan berbasis komunitas yaitu:

- a. Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar)
- b. Susenas (Survei Ekonomi Nasional)
- c. Survei Podes (Potensi Desa)

IPKM merupakan indeks komposit yang dirumuskan dari 24 indikator kesehatan yang dikumpulkan dari ketiga survei tersebut.

Dengan indikator tersebut, maka setiap kabupaten/kota memiliki nilai Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat, dimana nilai 0 (nol) adalah Nilai Terburuk, dan nilai 1 (satu) adalah Nilai Terbaik. Berdasarkan nilai tersebut maka tersusun Ranking IPKM kabupaten/kota; dengan Rerata Nasional adalah 0,508629 dan simpang baku sebesar 0,092642. IPKM Terendah adalah 0,247059 (Kabupaten Pegunungan Bintang, Propinsi Papua), dan tertinggi adalah 0,708959 (Kota Magelang, Provinsi Jawa Tengah).

2.2. Daerah Bermasalah Kesehatan

Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK) adalah kabupaten atau kota yang mempunyai nilai IPKM di antara rerata sampai dengan -1 (minus satu) simpang baku, dan mempunyai nilai kemiskinan (Pendataan Status Ekonomi/PSE) di atas rerata (masing-masing untuk kelompok kabupaten dan kelompok kota).

Daerah Bermasalah Kesehatan Berat (DBK-B) adalah kabupaten atau kota yang mempunyai nilai IPKM lebih rendah dari rerata IPKM -1 (minus satu) simpang baku.

Daerah Bermasalah Kesehatan Khusus (DBK-K) adalah kabupaten atau kota yang mempunyai masalah khusus, seperti misalnya yang terkait dengan:

- a. Geografi, yaitu daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan.

- b. Sosial budaya, yaitu tradisi atau adat kebiasaan yang mempunyai dampak buruk terhadap kesehatan.

Penyakit tertentu yang spesifik di daerah tersebut, misalnya *Fasciolopsis buski* di Kabupaten Hulu Sungai Utara Provinsi Kalimantan Selatan, *Schistosomiasis* di sekitar Danau Lindu Provinsi Sulawesi Tengah, dll.

2.3. Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan

Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (P-DBK) adalah upaya kesehatan terfokus, terintegrasi, berbasis bukti, dilakukan secara bertahap di daerah yang menjadi prioritas bersama kementerian terkait, dalam jangka waktu tertentu, sampai mampu mandiri dalam menyelenggarakan kewenangan pemerintahan di bidang (urusan wajib) kesehatan seluas-luasnya.

Terfokus – sesuai upaya kesehatan prioritas Kabinet Indonesia Bersatu – II; *Terintegrasi* - dalam perencanaan, penganggaran, dan penerapan; *Berbasis evidence* - sesuai hasil Riskesdas, Podes, PSE; *Bertahap* - dimulai kabupaten/kota dengan IPKM rendah dan Angka Kemiskinan Tinggi, dimulai dari Propinsi dengan lebih dari 50 % kabupaten/kota sebagai DBK; *Dalam jangka waktu tertentu* – tidak selamanya, sesuai tingkatan bermasalahnya; sesuai azas stewardship, concurrent; *Mampu mandiri* - dalam konteks kelembagaan, ketatalaksanaan, SDM; *Kewenangan seluas-luasnya* – sesuai azas desentralisasi.

Tahapan – untuk tahap awal Pendampingan -DBK diprioritaskan pada 8 (delapan) Propinsi yang memiliki lebih dari 50 % Kabupaten/Kota dengan Kriteria DBK/DBK-B/DBK-K, yaitu : Aceh, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Tengah, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku, Papua Barat, dan Papua (Dua provinsi terakhir inilah yang penanganannya di bawah koordinasi Bappenas); kabupaten memperoleh perhatian lebih dibandingkan dengan kota; dan kabupaten baru hasil pemekaran kabupaten DBK (setelah tahun 2007) memperoleh prioritas yang sama.

2.4. Kapasitas Fiskal

Dalam setiap penyelenggaraan negara, pemerintah menetapkan suatu keputusan atau kebijakan yang bertujuan untuk menjaga stabilitas ekonomi, politik, sosial budaya dan pertahanan yang di dalamnya tersirat supaya terwujud kesejahteraan seluruh masyarakat.

Stabilitas dalam bidang ekonomi dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu stabilitas pasar barang dan jasa, stabilitas pasar uang, dan stabilitas pasar luar negeri. Kebijakan fiskal dimana suatu kebijakan yang berkaitan dengan pasar barang dan jasa serta kebijakan moneter yang berkaitan dengan pasar uang. Kebijakan tentang pasar barang dan jasa merupakan kebijakan fiskal dan tentang pasar uang merupakan kebijakan moneter.

Pelaksanaan kebijakan fiskal dan moneter membawa pengaruh terhadap perubahan keseimbangan internal dan eksternal ekonomi suatu negara. Keseimbangan internal atau sering juga disebut dengan keseimbangan domestik adalah suatu keseimbangan di pasar barang dan di pasar uang. Keseimbangan eksternal atau sering disebut dengan keseimbangan luar negeri adalah suatu keseimbangan neraca pembayaran.

Peraturan Menteri Keuangan RI No 244/PMK.07/2011 tentang Peta Kapasitas Fiskal Daerah.

Pasal 1, ayat 2:

“Kapasitas fiskal adalah gambaran, kemampuan keuangan masing-masing daerah yang dicerminkan melalui penerimaan umum anggaran pendapatan dan belanja daerah (tidak termasuk dana alokasi khusus, dana darurat, dana pinjaman lama, dan penerimaan lain yang penggunaannya dibatasi untuk membiayai pengeluaran tertentu). Untuk membiayai tugas pemerintahan setelah dikurangi belanja pegawai dan dikaitkan dengan jumlah penduduk miskin”

Pasal 1, ayat 3:

Peta kapasitas fiskal daerah yang selanjutnya disebut peta kapasitas fiskal adalah gambaran kapasitas fiskal yang dikelompokkan berdasarkan indeks kapasitas fiskal daerah.

Pasal 1, ayat 4:

Anggaran pendapatan dan belanja daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan pemerintah daerah yang dibahas dan disetujui bersama oleh

pemerintah daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dan ditetapkan dengan peraturan daerah.

Pasal 2, ayat 1:

“Peta kapasitas fiskal dapat digunakan untuk :

- a. pengusulan Pemerintah daerah sebagai penerima hibah.*
- b. penilaian atas usulan pinjaman daerah*
- c. penentuan besaran dana pendamping, jika dipersyaratkan dan /atau*
- d. hal lain yang diatur secara khusus dalam ketentuan peraturan perundang-undangan”*

Pasal 2, ayat 2:

“Peta kapasitas fiskal terdiri dari peta kapasitas fiskal provinsi dan peta kapasitas fiskal kabupaten/kota”.

Pasal 3:

“Penyusunan peta kapasitas fiskal dilakukan melalui 2 tahap, yaitu:

- a. penghitungan kapasitas fiskal daerah provinsi dan daerah kabupaten/kota*
- b. penghitungan indeks kapasitas daerah provinsi dan daerah kabupaten/kota*

Pasal 4, ayat 1

Penghitungan kapasitas fiskal daerah provinsi dan daerah kabupaten/kota sebagaimana dimaksud dalam pasal 3 huruf a didasarkan pada formula sebagai berikut:

$$(PAD+DBH+DAU+LP)-BP$$

$$KF= \frac{\text{Jumlah penduduk miskin}}{\text{Jumlah penduduk miskin}}$$

Jumlah penduduk miskin

KF	= kapasitas fiskal
PAD	= Pendapatan asli daerah
DBH	= Dana Bagi Hasil
DAU	= Dana Alokasi Umum
LP	= Lain-lain Pendapatan daerah yang sah
BP	= Belanja pegawai

Pasal 4, ayat 2:

Jumlah penduduk miskin sebagaimana dimaksud pada ayat 1 adlah jumlah penduduk miskin berdasarkan data badan pusat statistik tahun 2010.

Pasal 4, ayat 3 :

Penghitungan kapasitas fiskal didasarkan pada data realisasi APBD tahun anggaran 2010

Pasal 4, ayat 4:

“Penghitungan indeks kapaistas jikal daerah provinsi sebagaimana dimaksud dalam pasal 3 huruf B dilakukan dengan menghitung kapasitas fiskal masing-masing daerah provinsi dibagi dengan rata-rata kapasitas fiskal seluruh daerah provinsi”.

Pasal 4, ayat 5:

“Penghitungan indeks kapasitas fiskal daerah kabupaten/kota sebagaimana dimaksud dalam psal 3 huruf b, dilakukan dengan menghitung kapasitas fiskal masing-masing daerah kabupaten/kota dibagi dengan rata-rata kapasitas fiskal seluruh daerah kabupaten/kota”.

Pasal 4, ayat 6 :

“Berdasarkan indeks sebagaimana dimaksud pada ayat 4 dan ayat 5, daerah dikelompokn dalam 4 katagori sebagai berikut;

- a. daerah yang indeks kapasitas fiskalnya lebih dari atau sama dengan 2 ($\text{indeks} > 2$) merupakan daerah yang termasuk kategori kapasitas fiskal sangat tinggi.*
- b. daerah yang indeks kapasitas fiskalnya antara lebih dari atau sama dengan 1 sampai kurang dari 2 ($1 < \text{indeks} < 2$) merupakan daerah yang termasuk kategori kapasitas fiskal tinggi*
- c. Daerah yang indeks kapasitas fiskalnya antara lebih dari 0,5 sampai kurang dari 1 ($0,5 < \text{indeks} < 1$) merupakan daerah yang termasuk kategori kapasitas fiskal sedang*
- d. Daerah yang indeks kapasitas fiskalnya kurang dari atau sama dengan 0,5 ($\text{indeks} < 0,5$) merupakan daerah yang termasuk kategori kapasitas fiskal rendah.*

2.5. Masalah Sistem Pencatatan Pembiayaan Kesehatan

WHO dan lembaga dunia lain (UNDP, *World Bank*, dll) menyarankan agar negara-negara di dunia melakukan pencatatan dan analisis situasi pembiayaan kesehatan (*National Health Account*). Tujuannya adalah untuk melihat kecukupan, ketepatan alokasi dan efektifitas pembiayaan kesehatan tersebut dalam meningkatkan derajat kesehatan penduduk.

Selama ini disinyalir ada beberapa masalah dalam system pembiayaan kesehatan kabupaten/kota, yaitu sebagai berikut:

- a) Jumlahnya terlalu kecil, tidak cukup untuk menjamin efektivitas program kesehatan
- b) Berbagai sumber pembiayaan terfragmentasi (tidak terintegrasi), sehingga menyebabkan penggunaan biaya tersebut tidak efektif dan tidak efisien
- c) Kekurangan biaya operasional, padahal kinerja suatu program kesehatan sangat ditentukan oleh kecukupan anggaran operasional
- d) Terlalu banyak untuk kegiatan tidak langsung, misalnya untuk peningkatan kapasitas administrative (pelatihan, belanja barang modal, dll) padahal kinerja

program kesehatan sangat ditentukan oleh kegiatan langsung (pelayanan atau intervensi di tengah masyarakat)

- e) Alokasi tidak sesuai dengan program prioritas seperti telah ditetapkan dalam kebijakan-kebijakan (misalnya SPM, RPJMN, Permendagri, MDGs, dll)
- f) Realisasi anggaran telat turun, sehingga pelaksanaan dilaksanakan terburu-buru di akhir tahun dengan mutu yang tidak optimal

Health account adalah pencatatan, analisa dan pelaporan situasi pembiayaan kesehatan di suatu wilayah. Kalau ruang lingkupnya adalah tingkat kabupaten/kota, maka pencatatan tersebut disebut *District Health Account* (DHA). Dengan melakukan DHA, maka kabupaten/kota akan mendapatkan gambaran menyeluruh (komprehensif) tentang situasi pembiayaan kesehatan di kabupaten/kota bersangkutan. Dengan DHA misalnya akan dihasilkan gambaran tentang :

- a) Total biaya kesehatan yang tersedia
- b) Biaya kesehatan per kapita (yang dapat dibandingkan dengan angka nasional atau daerah lain)
- c) Sumber-sumber biaya kesehatan tersebut (pemerintah dan non-pemerintah)
- d) Siapa yang mengelola biaya tersebut
- e) Siapa yang dibiayai oleh pengelola dana tersebut untuk melakukan kegiatan kesehatan
- f) Untuk kegiatan apa biaya tersebut dipergunakan (kegiatan langsung dan kegiatan penunjang)
- g) Untuk mata anggaran apa biaya tersebut dipergunakan (investasi, operasional, pemeliharaan)
- h) Untuk program apa biaya tersebut dipergunakan (sudahkah sesuai dengan prioritas program?)
- i) Di jenjang mana kegiatan tersebut dilakukan (propinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/masyarakat)
- j) Segmen penduduk mana yang mendapat manfaat dari biaya tersebut (ibu dan anak, penduduk miskin, dll)

Informasi di atas sangat berguna untuk menyusun strategi perbaikan system pembiayaan kesehatan, yang pada gilirannya akan meningkatkan kinerja program kesehatan di kabupaten/kota.

2.6. Sub Sistem Pembiayaan Kesehatan sebagai Bagian dari Sistem Kesehatan Nasional

Tujuan system kesehatan (nasional) adalah meningkatkan dan memelihara status kesehatan penduduk, responsif terhadap kebutuhan non-medis penduduk dan mewujudkan keadilan (*fairness*) dalam kontribusi pembiayaan. Untuk mencapai tujuan tersebut, system kesehatan perlu melaksanakan empat fungsi utama. Salah satu fungsi utama tersebut adalah pembiayaan kesehatan (*health financing*), disamping fungsi *stewardships*, mobilisasi sumber daya (investasi dan pendidikan/latihan SDM) dan penyediaan pelayanan kesehatan (WHO, 2000).

Dalam konteks Indonesia, pembiayaan kesehatan tersebut selain relative kecil juga efektifitas dan efisiensi penggunaannya belum optimal. Efektifitas dan efisiensi yang rendah tersebut disinyalir berkaitan dengan jumlahnya yang kurang, alokasinya yang tidak sesuai dengan prioritas kesehatan dan pola belanja yang cenderung pada investasi barang dan kegiatan tidak langsung, sehingga kurang biaya operasional dan biaya untuk kegiatan langsung. Dalam teori dan pengalaman empiris, kinerja suatu program kesehatan sangat ditentukan oleh kecukupan anggaran operasional dan anggaran kegiatan langsung.

2.7. Masalah Pembiayaan Kesehatan Daerah

Masalah pembiayaan kesehatan di daerah yang perlu diperbaiki agar kinerja program atau pembangunan kesehatan bisa meningkat diantaranya adalah sebagai berikut :

1) Kecenderungan untuk biaya fisik

Dari telaahan terhadap pola biaya kesehatan di kabupaten/kota, tampak adanya kecenderungan untuk mengalokasikan anggaran kesehatan untuk belanja barang modal (fisik). Belanja-belanja tersebut memang perlu kalau sarana fisik yang diadakan sesuai dengan kebutuhan dan sudah melalui studi kelayakan tentang prospek utilitasnya. Akan tetapi kalau dari tahun ke tahun kecenderungan seperti itu berlanjut, program kesehatan bisa menjadi tidak efektif ; kalau investasi barang modal tersebut tidak diikuti dengan kecukupan biaya operasional dan biaya pemeliharaan. Kalau anggaran kesehatan kabupaten/kota terbatas, kecenderungan pada belanja barang fisik bisa menyebabkan alokasi untuk biaya operasional tidak mencukupi.

- 2) Biaya operasional untuk kegiatan langsung: pengaruhnya terhadap kinerja
Kinerja program kesehatan sangat dipengaruhi oleh kecukupan biaya operasional dan biaya untuk kegiatan langsung, yaitu kegiatan pelayanan individu atau kegiatan kesehatan masyarakat di lapangan. Ada tidaknya masalah kekurangan biaya operasional untuk kegiatan langsung dapat dilihat dari hasil DHA.
- 3) Dampak dari dana dekonsentrasi
Dana dekonsentrasi adalah dana milik pemerintah pusat yang diserahkan pengelolaannya kepada propinsi. Peruntukannya bisa untuk peningkatan kapasitas daerah, melakukan koordinasi dengan daerah, koordinasi lintas sektor serta bantuan dana untuk program kesehatan tertentu di tingkat kabupaten/kota sejauh penggunaannya sesuai dengan peruntukkan dana dekonsentrasi tersebut.
Kalau dana dekonsentrasi dipergunakan untuk peningkatan kapasitas dinas kesehatan kabupaten/kota, seringkali kegiatan peningkatan kapasitas tersebut diselenggarakan di propinsi. Akibatnya staf kabupaten/kota harus berada di ibukota propinsi untuk dilatih, diberikan bekal/sosialisasi kebijakan pusat, dll. Untuk daerah-daerah yang cukup jauh dari ibukota propinsi, staf kabupaten/kota harus meninggalkan daerahnya selama beberapa hari.
- 4) Kecenderungan menggratiskan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk
Perkembangan lain adalah kecenderungan pimpinan daerah untuk memberikan pelayanan kesehatan gratis bagi seluruh penduduk di wilayahnya. Kebijakan ini jelas sasarannya bukan penduduk miskin, karena biaya kesehatan penduduk miskin sudah ditanggung oleh pemerintah pusat melalui dana bantuan social (Jamkesmas). Dengan perkataan lain, kebijakan pemerintah daerah bersangkutan adalah member subsidi kepada penduduk mampu (non-miskin).
Kebijakan pelayanan gratis tersebut pada masa sekarang jelas tidak bisa diterapkan oleh sebagian besar daerah di Indonesia. Hanya daerah yang memiliki Pendapatan Asli Daerah (PAD) cukup tinggi yang mampu membiayainya. Itupun perkiraan tidak bisa bertahan dalam jangka panjang, karena sekarang ini pola penyakit sudah jelas ditandai dengan naiknya penyakit degeneratif seperti diabetes melitus, hipertensi, jantung koroner, stroke, hemodialisis, kanker, dll. Penyakit-penyakit tersebut memerlukan pelayanan kesehatan yang canggih dan mahal.
Hasil DHA akan memperlihatkan kemampuan membayar masyarakat dan hendaknya dipertimbangkan dalam menentukan kebijakan, apakah (a) menggratiskan pelayanan bagi seluruh penduduk atau (b) secara selektif

mengenakan tariff bagi penduduk mampu atau (c) memanfaatkan kemampuan membayar tersebut untuk mengembangkan system asuransi kesehatan.

5) Ketergantungan pada system “*out of pocket payment*” (OOP)

Sekarang ini secara nasional pembiayaan kesehatan sebagian besar (sekitar 60%) ditanggung oleh rumah tangga dan itupun dalam bentuk pembayaran langsung kepada penyedia pelayanan kesehatan (*out of pocket payment*). Pembayaran OOP potensial menyebabkan pemiskinan rumah tangga. Apabila ada anggota rumah tangga yang mengalami sakit berat dengan biaya mahal, maka biaya tersebut bisa menyebabkan “malapetaka” keuangan rumah tangga (*financial catastrophe*).

Perlu dikemukakan bahwa kebijakan nasional adalah mengembangkan asuransi kesehatan sosial sesuai dengan isi Undang-undang No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) terdiri dari empat macam jaminan, yaitu (1) jaminan hari tua, (2) jaminan kematian, (3) jaminan kecelakaan kerja dan (4) jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK). Sampai dengan tahun 2008 UU tersebut belum disusun Peraturan Pemerintahnya, sehingga implementasinya tidak terlaksana dengan baik dan cepat.

Namun sementara itu ada sekitar 40 kabupaten/kota yang telah mengembangkan sistem asuransi kesehatan yang disebut sebagai Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Bentuk Jamkesda tersebut sangat beragam dan belum seluruhnya dapat diterapkan sesuai dengan prinsip asuransi kesehatan sosial seperti diamanatkan dalam UU SJSN tersebut di atas.

6) Realisasi anggaran terlambat

Keterlambatan realisasi anggaran sudah menjadi pengetahuan umum dan telah berlangsung kronis. Dampaknya terhadap kinerja program besar sekali. Mungkin karena sadar bahwa realisasi akan terlambat, maka perencanaan dengan sengaja memilih kegiatan yang cepat menyerap anggaran. Kegiatan semacam itu misalnya adalah lokakarya, pertemuan koordinasi, pelatihan, dll. Inilah barangkali yang menyebabkan kenapa setiap akhir tahun kegiatan semacam itu banyak dilakukan di tempat-tempat pertemuan seperti hotel, dll. Kegiatan-kegiatan tidak langsung semacam itu jelas tidak segera meningkatkan kinerja program kesehatan.

DHA bukan suatu alat atau cara yang bisa memperbaiki masalah keterlambatan realisasi tersebut. Akan tetapi kalau hasil DHA menunjukkan bahwa kegiatan seminar, lokakarya, pertemuan koordinasi dan pelatihan banyak menyerap

anggaran kesehatan daerah, maka bisa diselidiki kaitannya dengan terlambatnya realisasi anggaran.

2.8. *Health Account*

Health Account (HA) adalah proses pencatatan dan klasifikasi data biaya kesehatan. HA yang dilaksanakan pada tingkat kabupaten/kota dikenal dengan istilah *District Health Account* (DHA).

HA menjawab empat pertanyaan dasar: dari mana asal dana atau sumbernya, kemana dana tersebut mengalir, jenis barang atau jasa apa yang dibeli dan siapa yang mendapat manfaatnya (Poullier et al, WHO, 2002 dalam Ascobat).

2.9. *District Health Account* (DHA)

District Health Account (DHA) menghasilkan data yang dapat dipergunakan untuk bahan advokasi kepada pengambil keputusan dengan tujuan memperbaiki kekurangan sistem pembiayaan, misalnya (a) meningkatkan alokasi anggaran kesehatan, (b) mengarahkan alokasi dana pada masalah prioritas, (c) mengarahkan dana pada intervensi dan kegiatan yang lebih “*cost effective*”, (d) mengembangkan sistem asuransi, dll.

DHA juga akan menghasilkan gambaran besar belanja kesehatan rumah tangga, apakah untuk pembayaran langsung (*out of pocket payment*) atau melalui asuransi kesehatan. Data ini penting untuk melihat sejauh mana prospek pengembangan sistem jaminan kesehatan di kabupaten/kota bersangkutan.

Akhirnya hasil DHA sangat diperlukan dalam pelaksanaan *Province Health Account* (PHA) dan *National Health Account* (NHA).

Dalam DHA ada delapan dimensi yang menggambarkan cirri suatu belanja kesehatan. Setiap data belanja/biaya kesehatan yang ditemukan, harus ditelaah dan diberikan identitas menurut delapan dimensi tersebut. Masing-masing dimensi tersebut dijelaskan berikut ini :

(1) Sumber Biaya (*Financing Source*)

Adalah institusi atau unit yang menyediakan biaya kesehatan. Sumber biaya tersebut bisa instansi pemerintah yang mengelola dana berasal dari pajak, jaminan social. Sumber tersebut juga bisa organisasi swasta seperti misalnya LSM, Rumah Tangga, atau suatu kesatuan organisasi lainnya (misalnya biaya dari sumber eksternal).

(2) Pengelola Anggaran (*Financing Agents*)

Adalah institusi atau unit yang menerima dan mengelola dana dari sumber dana untuk membayar atau membeli barang dan jasa kesehatan. Ini misalnya termasuk departemen kesehatan, dinas kesehatan propinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, badan pengelola jaminan social, perusahaan asuransi kesehatan swasta, LSM, perusahaan dan rumah tangga.

(3) Penyelenggara Pelayanan/Program (*Providers/Executors*)

Adalah institusi atau unit yang menerima dan menggunakan dana untuk memproduksi barang dan jasa pelayanan/program kesehatan termasuk misalnya dinas kesehatan, rumah sakit milik pemerintah, rumah sakit swasta, klinik, puskesmas, praktek dokter (swasta), dll.

(4) Jenis Kegiatan

Kegiatan adalah tindakan-tindakan yang dilakukan oleh provider yang secara umum dapat dibagi dua, yaitu (a) kegiatan langsung dan (b) kegiatan tidak langsung atau disebut juga kegiatan penunjang.

Dalam sektor kesehatan, kegiatan langsung dapat dibagi dua, yaitu (a) kegiatan pelayanan perorangan seperti pengobatan dan perawatan individu yang sakit dan (b) kegiatan kesehatan masyarakat (*public health*) seperti misalnya pemberantasan vector, sanitasi, promosi kesehatan, imunisasi, dll.

Kegiatan tidak langsung adalah kegiatan yang dilakukan untuk menunjang kedua kelompok kegiatan langsung di atas. Ini termasuk misalnya kegiatan administrasi dan manajemen, monitoring, evaluasi, dll.

(5) Mata Anggaran (Jenis Input, Biaya Faktor Produksi)

Adalah jenis input yang dibeli oleh provider untuk melaksanakan kegiatan di atas. Ini termasuk :

- (a) Barang modal (seperti gedung, alat kesehatan, alat non-kesehatan, *fellowship* untuk staff, dll)

- (b) Biaya operasional atau biaya variable (seperti tenaga, obat, bahan medis, bahan non-medis, makanan, listrik, telepon, air, perjalanan, dll) dan
- (c) Biaya pemeliharaan (pemeliharaan gedung, alat, pelatihan, dll)

(6) Jenis Program

Adalah kelompok program kesehatan yang sudah dibakukan. Di Indonesia, pengelompokan jenis program tersebut dapat dilihat pada kebijakan/konsep berikut:

- (a) Standar Pelayanan Minimal (SPM) (Permenkes No. 741/2008)
- (b) Permendagri No. 59/2007 (Perubahan atas Permendagri No. 13/2006)
- (c) PP No. 38/2007 dan
- (d) MDGs

(7) Jenjang Kegiatan

Jenjang kegiatan adalah jenjang administrative dimana kegiatan tersebut dilaksanakan. Untuk DHA, jenjang kegiatan tersebut bisa di:

- (a) Propinsi
- (b) Kabupaten
- (c) Kecamatan
- (d) Desa atau masyarakat

(8) Penerima Manfaat (*Beneficiaries*)

Adalah kelompok penduduk yang mendapat manfaat dari barang dan jasa kesehatan yang dibiayai. Penerima manfaat ini dapat dibagi menurut kategori sebagai berikut:

- (a) Ciri demografi (bayi, balita, anak sekolah, remaja, usia produktif, usila)
- (b) Tingkat ekonomi (miskin, non-miskin)
- (c) Geografi (kota, desa, daerah terpencil, dll)

Dalam penelitian ini, yang dipergunakan adalah kelompok penerima manfaat berdasarkan struktur umur penduduk, yaitu :

- (a) 0 – < 1 tahun : bayi
- (b) 1 – 5 tahun : balita
- (c) 6 – 12 tahun : anak sekolah
- (d) 13 – 18 tahun : anak sekolah/remaja
- (e) 19 – 64 tahun : usia produktif
- (f) 65+ tahun : lanjut usia
- (g) Semua umur : semua kelompok umur

2.10. Proses Pelaksanaan DHA

Salah satu tahapan penting dalam pelaksanaan DHA adalah bagaimana memperoleh data anggaran/belanja kesehatan dengan selengkap mungkin. Belanja kesehatan tersebut terdapat di berbagai instansi/institusi yang ada di kabupaten/kota. Secara garis besar, instansi/institusi yang harus dikunjungi untuk mendapatkan data tersebut adalah instansi pemerintah dan instansi non pemerintah. Dalam DHA ini, data anggaran kesehatan yang dikumpulkan adalah realisasi anggaran kesehatan.

Untuk instansi pemerintah, anggaran kesehatan terbesar berada di dinas kesehatan dan RSUD. Selain itu, perlu juga dilacak anggaran kesehatan di instansi lainnya. Beberapa instansi yang mempunyai anggaran kesehatan adalah Dukcapil KB dan pemberdayaan perempuan, Dinas Sosial, BPMD, PU/Kimpraswil dan lain sebagainya. Untuk melacak keberadaan anggaran kesehatan di berbagai instansi ini, dapat dimulai dengan mendapatkan informasi dari Bappeda Kabupaten/Kota (pada bidang yang membawahi kesehatan). Sementara sumber biaya yang berasal non pemerintah dapat berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan swasta, LSM, perusahaan swasta dan lain sebagainya.

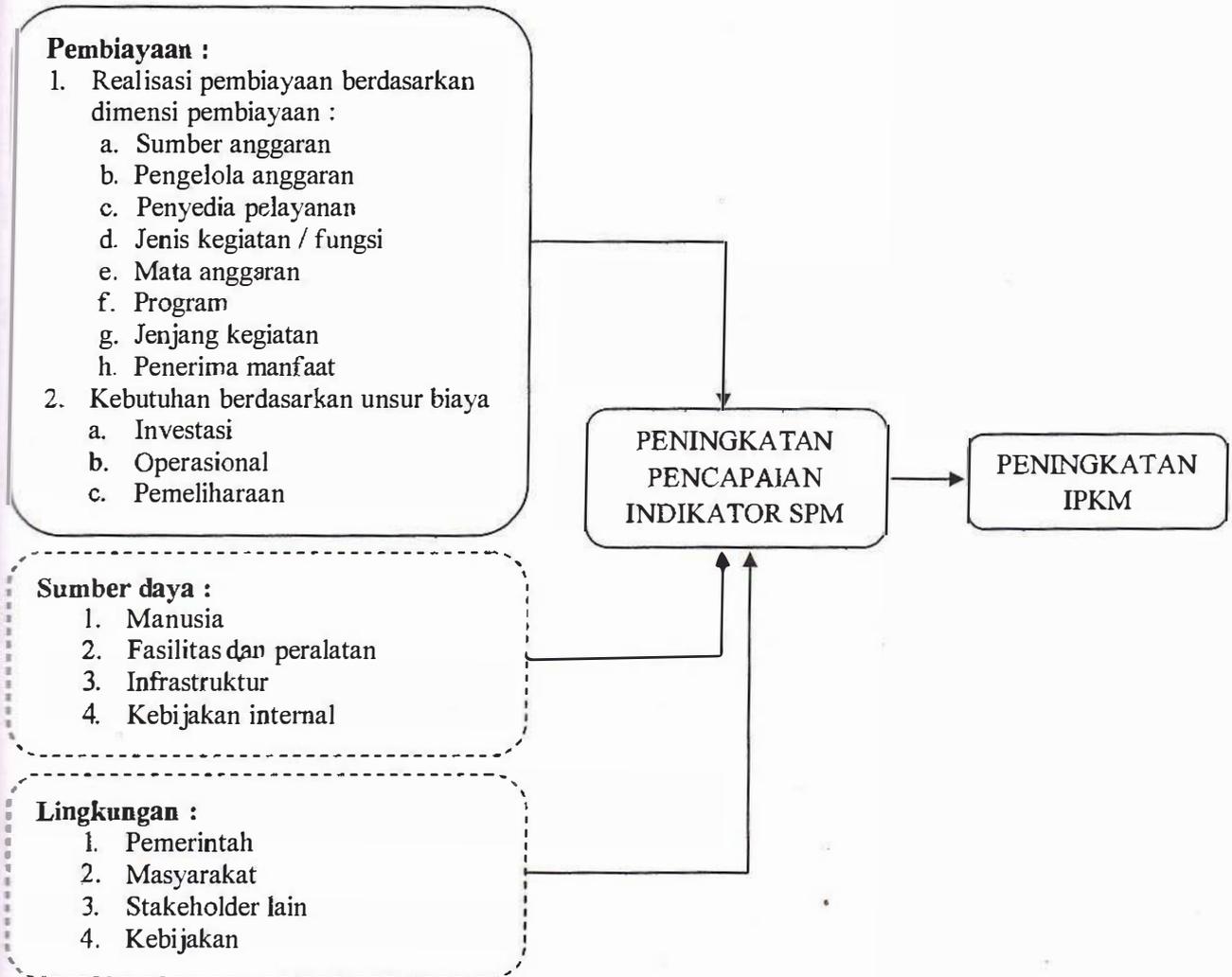
Untuk memperoleh data mengenai besaran pembiayaan kesehatan yang dikeluarkan oleh rumah tangga, dapat dilakukan melalui analisis data Susesnas. Data Susesnas ini dapat mewakili kondisi penduduk sebuah kabupaten/kota. Hasil analisis data Susesnas untuk keperluan DHA adalah sebagai berikut :

- (1) Rata-rata pengeluaran total rumah tangga per tahun
- (2) Rata-rata pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan per tahun
- (3) Rata-rata pengeluaran rumah tangga untuk asuransi kesehatan per tahun
- (4) Total (kabupaten) untuk (1), (2), dan (3)
- (5) Rincian (1), (2) dan (3) di atas menurut tingkat pengeluaran rumah tangga (dalam hal ini dibagi 5 tingkat atau 5 quintiles).

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep



Keterangan :

----- : tidak diteliti

3.2. Definisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional
1	Sumber Anggaran	Unit/institusi yang menyediakan biaya kesehatan, dalam hal ini bisa instansi pemerintah, non-pemerintah dan rumah tangga
2	Pengelola Anggaran	Unit/institusi yang menerima dan mengelola dana dari sumber dana untuk membayar atau membeli barang dan jasa kesehatan, dalam hal ini bisa instansi pemerintah, non pemerintah dan rumah tangga
3	Penyedia Pelayanan	Unit/institusi yang menerima dan menggunakan dana untuk memproduksi barang dan jasa pelayanan/program kesehatan
4	Jenis Kegiatan/Fungsi	Tindakan yang dilakukan oleh provider, ada dua jenis kegiatan yaitu a) Kegiatan langsung dan b) Kegiatan tidak langsung/penunjang
5	Mata Anggaran	Jenis input yang dibeli oleh provider untuk melaksanakan kegiatan. Ada tiga macam : a) Biaya Modal b) Biaya Operasional c) Biaya Pemeliharaan
6	Jenis Program	Kelompok program kesehatan yang sudah dibakukan. Di Indonesia pengelompokan program bisa dilihat pada : a) SPM (Permenkes No.741/2008) b) Permendagri No.59/2007 (Perubahan atas Permendagri No.13/2006) c) PP No.38/2007 dan d) MDGs
7	Jenjang Kegiatan	Jenjang administratif dimana kegiatan tersebut dilaksanakan. Untuk studi ini, jenjang kegiatan bisa di a) Propinsi b) Kabupaten c) Kecamatan dan d) Desa
8	Penerima Manfaat	Kelompok penduduk yang mendapat manfaat dari barang dan jasa kesehatan yang dibiayai. Ada beberapa kategori yaitu : a) Ciri Demografi : bayi, balita, anak sekolah, remaja, usia produktif, usila b) Tingkat ekonomi : Miskin dan Non Miskin c) Geografi: Kota,Desa, Daerah terpencil dll)
9	Indikator SPM	Jenis program kesehatan yang secara spesifik dimasukkan dalam Standart Pelayanan Minimal, terdapat 18 indikator yang terbagi menjadi 3 bagian besar yaitu: Pelayanan Kesehatan Dasar, Pelayanan Rujukan dan Surveilans Epidemiologi dan Penanganan KLB

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional
10	Biaya Investasi	Biaya yang dikeluarkan untuk membeli barang modal
11	Biaya Operasional	Biaya yang dikeluarkan untuk mengoperasikan barang-barang modal
12	Biaya Pemeliharaan	Biaya yang dikeluarkan untuk memelihara barang-barang modal

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Disain Penelitian

Penelitian ini menggunakan disain *Cross Sectional* dimana data dikumpulkan dalam waktu yang sama (tahun anggaran sama).

4.2. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan riset operasional dimana terdiri dari beberapa aktifitas diantaranya adalah pengumpulan data, pendampingan analisis kepada tim pokja daerah, advokasi, pelebagaan DHA dn lokakarya hasil penelitian oleh tim pokja daerah di masing-masing kabupaten.

4.3. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di 6 kabupaten terpilih di dua propinsi yaitu Propinsi Maluku dan Propinsi Maluku Utara

Tabel 4.1. Lokasi Penelitian Studi Pembiayaan Daerah Bermasalah Kesehatan

NO	REGIONAL	PROPINSI	KABUPATEN	IPKM
1	III	MALUKU	Maluku Tenggara Barat	0,404
			Buru	0,368
			Kepulauan Aru	0,391
			Seram Bagian Barat	0,432
2	III	MALUKU	Halmahera Tengah	0,426
		UTARA	Halmahera Timur	0,439

Waktu penelitian : Januari - Oktober 2012 (12 bulan)

4.4. Unit Analisis dan Sumber Informasi

Unit analisis adalah kabupaten terpilih dalam penelitian ini.

Sumber informasi dan data dalam penelitian ini adalah:

Kabupaten	Sumber Informasi dan Data	
	Pemerintah	Non Pemerintah
Maluku Tenggara Barat	1. Dinas Kesehatan 2. RSUD 3. PMD (Pemberdayaan Masyarakat Desa) 4. Kesra 5. PT Askes 6. Unicef 7. Jamkesmas 8. Jampersal 9. Global fund 10. Dekonsentrasi Propinsi 11. Profil Kabupaten 2011	1. Rumah Tangga

4.5. Variabel Penelitian

Variabel yang dianalisis dalam penelitian ini adalah

1. Pembiayaan kesehatan secara umum
 - a) Sumber anggaran
 - b) Pengelola anggaran
 - c) Penyedia pelayanan
 - d) Jenis kegiatan/fungsi
 - e) Mata anggaran
 - f) Program
 - g) Jenjang kegiatan
 - h) Penerima manfaat
2. Pengeluaran rumah tangga dari data Susenas 2010
3. Capaian program Indikator SPM

4.6. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

Salah satu tahapan penting dalam penelitian ini adalah bagaimana memperoleh data anggaran kesehatan selengkap mungkin. Anggaran kesehatan dalam penelitian diambil dari beberapa instansi baik milik pemerintah maupun swasta.

Dalam penelitian ini pengumpulan data dilakukan dengan menelaah dokumen pembiayaan (laporan realisasi anggaran tahun 2011) dari unit analisis yang terpilih yang terkait dengan kesehatan dengan menggunakan instrument terstruktur .

4.7. Tahapan Penelitian

Dalam penelitian ini akan dilakukan beberapa tahapan kegiatan yang meliputi:

I. Tahap Persiapan

- (1) Penelusuran Dokumen Penunjang (SK Menkes tentang PDBK dan Literatur lainnya)
- (2) Penentuan Lokasi dan Unit analisis penelitian
- (3) Workshop DHA tingkat pusat
- (4) Workshop DHA tingkat propinsi

II. Tahap Pelaksanaan

- (1) Pengumpulan data
- (2) Pendampingan dan supervisi
- (3) Analisis data
- (4) Lokakarya kabupaten

III. Tahap pelaporan dan Desiminasi

- (1) Penyusunan laporan
- (2) Desiminasi

4.8. Manajemen Data

Secara umum data yang sudah terkumpul akan dilakukan pengolahan data dengan tahapan sebagai berikut:

1) *Editing*

Proses *editing* dimaksudkan untuk memperbaiki kualitas data, menghilangkan kerancuan, serta menjaga konsistensi data yang diperoleh. *Editing* mulai dilakukan oleh petugas pengumpul data semenjak data diperoleh di lapangan dan sekaligus mengkonfirmasi langsung ke penanggung jawab data atau program.

2) *Entry Data*

Realisasi anggaran yang telah diedit atau diklarifikasi selanjutnya diolah (*dientry*) dalam *template* DHA berbasis program *excel* untuk menjadi data elektronik yang akan menjadi *database*.

3) *Cleaning*

Setelah *entry* data selesai dilakukan, maka hasilnya dicek kembali untuk menghindari adanya kesalahan *entry* dengan menggunakan program yang sesuai. *Cleaning* terhadap data hasil *entry* dimaksudkan untuk menjamin validitas data.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1. GAMBARAN UMUM KABUPATEN MALUKU TENGGARA BARAT

5.1.1. Letak Demografis Kabupaten Maluku Tenggara Barat

5.1.1.1. Wilayah

Kabupaten Maluku Tenggara Barat (MTB) dibentuk berdasarkan Undang-undang Nomor 6 Tahun 2000 tentang Perubahan Undang-undang Nomor 46 Tahun 1999 tentang Pembentukan Provinsi Maluku Utara, Kabupaten Buru dan Kabupaten Maluku Tenggara Barat.

Berdasarkan undang-undang Nomor 31 Tahun 2008, dibentuk Kabupaten Maluku Barat Daya (MBD) sebagai pemekaran kabupaten MTB. Dengan kondisi tersebut secara administrasi pemerintahan Kabupaten Maluku Tenggara Barat terbagi atas 10 (Sepuluh) wilayah kecamatan (table 2.1) dengan 74 (tujuh puluh) desa dan 1 kelurahan.

Table 5.1
Jumlah Kecamatan, Desa, Anak Desa dan Kelurahan

No	Kecamatan	Ibu Kota	Jumlah		
			Desa Induk	Anak Desa	Kelurahan
1	2	3	4	5	6
1	Tanimbar Selatan	Saumlaki	10	1	1
2	Wertamrian	Lorulun	8	1	-
3	Wermaktian	Seira	9	1	-
4	Selaru	Adaut	6	1	-
5	Tanimar Utara	Larat	8	1	-
6	Yaru	Romean	6	-	-
7	Wuarlabobar	Wunlah	8	5	-
8	Nirunmas	Tutukembong	5	-	-
9	Kormomolin	Alusi Kelaan	9	-	-
10	Molo Maru	Wadankow	5	-	-
Jumlah			74	10	1

Sumber : BPS, Maluku Tenggara Barat dalam angka 2011.

Secara keseluruhan Kabupaten Maluku Tenggara Barat merupakan daerah kepulauan dan terkonsentrasi pada gugus pulau Tanimbar yang mempunyai luas keseluruhan 52.995,20 km² yang terdiri dari wilayah daratan seluas 10.102,92 km² (19,06)% dan wilayah perairan seluas 42.892,28 km² (80,94)%. Selengkapnya disajikan dalam tabel 5.2. berikut:

Table 5.2
Luas Wilayah Menurut Kecamatan (Km²)

No	Kecamatan	Luas Wilayah
1	Tanimbar Selatan	4.331,17
2	Wertamrian	6.811,07
3	Wermaktian	15.427,95
4	Selaru	4.334,16
5	Tanimar Utara	5.642,4
6	Yaru	416,62
7	Wuarlabobar	7.702
8	Nirunmas	3.434,45
9	Kormomolin	4.894,93
Jumlah		52.995,19

Sumber: BPS dalam Angka 2010 (diolah)

Secara astronomis terletak pada 6°-8°30' Lintang Selatan dan 125°45'-133° Bujur Timur Kabupaten ini berbatasan langsung dengan :

- Utara : Laut Banda
- Selatan : Laut Timor dan Samudera Pasifik
- Barat : Gugus Pulau Babar Sermatang, Maluku Barat Daya
- Timur : Laut Arafura

Letak geografis wilayah merupakan suatu potensi yang cukup strategis untuk mendukung interaksi wilayah Maluku Tenggara Barat dengan wilayah luar, baik dalam skala regional, nasional maupun internasional, terutama jika didukung dengan adanya fasilitas transportasi darat, laut dan udara.

Sebagai daerah kepulauan, kabupaten Maluku Tenggara Barat terdapat banyak pulau, baik yang sudah di huni maupun yang masih belut tersentuh dengan jumlah total pulau sebanyak 85 (delapan puluh lima) pulau. Sebaran pulau di kecamatan Tanimbar Selatan, Kecamatan Wertamrian, Kecamatan Wermaktian dan Kecamatan selaru sebanyak 31 (tiga puluh satu) pulau sudah di huni sedangkan 12 (dua belas) pulau belum dihuni. Kecamatan Tanimbar Utara, Yaru, Wuarlabobar, Niruunas dan Kormomolin, 26 (dua puluh enam) pulau sudah dihuni sedangkan 16 (enam belas) pulau belum dihuni.

5.1.1.2. Topografi dan hidrologi

Kabupaten Maluku Tenggara Barat merupakan wilayah yang relative datar (0-3%), landai/berombak (3-8%), bergelombang (8-15%), agak curam (15-30%), curam (30-50%) dan sangat curam (>50%).

5.1.1.3. Klimatologi

Sebagaimana daerah teropis lainnya, Kabupaten Maluku Tenggara Barat hanya mengenal dua musim yaitu musim kemarau dan musim hujan. Berdasarkan peta zona Agroklimat Provinsi Maluku (LTA-72, 1986) dan lasifikasi iklim oldeman (1980), GP Tanimbar termasuk dalam tiga zona argoklimat yaitu :

- Zona II.3: curah hujantahunan 1500-1800 mm, tercakup di dalam zona D3 (5-6 BB, 4-6 BK) menurut oldeman, termasuk P. Tanimbar dan Pulau-pulau bagian timur.
- Zona II.4: curah hujan tahunan 1500-2100 mm, tercakup di dalam zona C3 (5-6 BB, 4-6 BK) menurut oldeman, termasuk P. Tanimbar dan pulau-pulau bagian timur.
- Zona IV.1: curah hujan tahunan 3000-4000 mm tercakup di dalam zona A3 (>9BB, <2 BK) menurut Oldeman.

5.1.1.4. Kawasan Lindung

Penetapan kawasan lindung di wilayah Kabupaten Maluku Tenggara Barat meliputi kawasan hutan lindung, kawasan suaka alam/konservasi serta kawasan lindung laut/terumbu karang. Wilayah yang menjadi kawasan lindung terdapat di Pulau Yamdena dan Pulau Fordata. Kawasan Suaka Alam yang ditetapkan adalah kawasan pantai berhutan bakau.

5.1.1.5. Kawasan Rawan Bencana

Berdasarkan data yang ada mengenai potensi bencana alam di Kabupaten Maluku Tenggara Barat adalah kemungkinan gempa bumi dan kekeringan yang mengarah pada rawan pangan. Berdasarkan peta seismoteknik dan Peta Wilayah Rawan Bencana Gempa Bumi (Pusat Penelitian dan Pengembangan Geologi), di wilayah Kabupaten Maluku Tenggara Barat dijumpai adanya pusat-pusat gempa dengan intensitas skala *Modified Mercalli Intensity (MMI)* V-VI. Sumber gempa terdiri dari satu zona sumber yaitu zona sumber gempa bumi lempengan meliputi Gugus Pulau Lemola dan Pulau Babar (termasuk wilayah Kabupaten MBD) serta Pulau Tanimbar. Walaupun data mengenai gempa bumi yang menimbulkan tsunami tidak dijumpai, namun mengingat wilayah Maluku Tenggara Barat termasuk dalam zona gempa dengan intensitas menengah, maka dalam pembuatan bangunan berat kontruksinya perlu disesuaikan dengan kekuatan gempa yang mungkin terjadi.

5.1.2. Distribusi Penduduk Menurut Umur dan Pendidikan

Tabel 5.3.

Distribusi Penduduk Menurut Umur dan Pendidikan di Kabupaten MTB

Kategori	Penduduk	
	Jumlah	%
Umur		
0 - 4 tahun	14.153	13,44
5 - 9 tahun	14.230	13,51
10 - 14 tahun	12.357	11,73
15 - 19 tahun	8.617	8,18
20 - 24 tahun	7.407	7,03
25 - 29 tahun	8.079	7,67
30 - 34 tahun	7.554	7,17
35 - 39 tahun	6.694	6,35
40 - 44 tahun	5.530	5,25
45 - 49 tahun	5.135	4,87
50 - 54 tahun	4.749	4,51
55 - 59 tahun	3.618	3,43
60 - 64 tahun	2.280	2,16
65 - 69 tahun	1.564	1,48
70 - 74 tahun	1.519	1,44
75+ tahun	1.855	1,76
Total	105.341	100

Kategori	Penduduk	
	Jumlah	Persen
Pendidikan		
Tidak/ belum pernah sekolah	4.541	4,98
Tidak/ belum tamat SD/ MI	20.815	22,83
SD/MI	27.930	30,63
SMP/MTs	17.112	18,77
SMA/SMK/MA	16.777	18,40
AK/diploma	3.918	4,30
Universitas	95	0,10

Sumber: Data Sensus Penduduk 2010 - Badan Pusat Statistik Republik Indonesia

5.1.3. Fasilitas kesehatan Kab. Maluku Tenggara Barat

Tabel 5.4.
Fasilitas Kesehatan di Kab. MTB

Fasilitas kesehatan	Jumlah
Rumah sakit umum Daerah	1
Rumah sakit Umum Swasta	1
Rumah Sakit Bergerak	1
Puskesmas perawatan	8
Puskesmas non perawatan	4
Puskesmas keliling	11
Puskesmas pembantu	35
Rumah bersalin	1
Balai pengobatan/ klinik	2
Praktik dokter perorangan	11
Poskesdes	11
Posyandu	122
Apotek	3
PMI	1

5.1.4. Cakupan program di Kabupaten Maluku Tenggara Barat

Tabel 5.5.
Cakupan Program Kesehatan di Kabupaten MTB

Kategori	Target		Capaian	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Pelayanan kesehatan dasar				
Kunjungan ibu hamil K4	2.655	100	2.378	89,6
Komplikasi kebidanan yang ditangani	531	100	NA	NA
Pertolongan persalinan oleh nakes/linakes	2.545	100	1.903	74,8
Pelayanan nifas	2.545	100	1.683	66,1
Neonatus dengan komplikasi yang ditangani	310	100	NA	NA
Kunjungan bayi	2.423	100	1.844	76,1
Desa/kelurahan UCI	75	100	54	72
Pelayanan anak balita	11.072	100	7.116	64,3
Balita gizi buruk mendapat perawatan	40	100	32	80
Penjaringan kesehatan siswa SD dan setingkat	6.694	100	6.301	94,1
Peserta KB aktif	15.841	100	10.751	67,9
Penemuan dan penanganan penderita penyakit				
Pneumonia balita	1.019	100	108	10,6
Pasien baru TB BTA positif	214	100	195	91,1
Diare	219	100	2.122	968,9
Pasien Rajal Strata I Maskin	91.842	100	16.887	18,4
Pasien Ranap Strata I Maskin	91.842	100	174	0,2
Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat				
Desa siaga aktif	74	100	15	20,3

5.2. GAMBARAN PETA PEMBIAYAAN KABUPATEN MTB

5.2.1. Peta Pembiayaan Berdasarkan Sumber Anggaran di Kabupaten MTB

Tabel 5.6.
Biaya Kesehatan Menurut Sumber Pembiayaan Kab. MTB, Tahun 2011

Sumber Pembiayaan (SB)	Total	Persen	Perkapita (USD/Tahun)
Pemerintah	44.034.971.517	91,44	43,84
SB 1.1.1 APBN	12.391.644.131	25,73	
SB 1.1.3 Donor: Hibah	847.312.100	1,76	
SB 1.2.1 APBD Propinsi	41.416.134	0,09	
SB 1.3.1 APBD Kabupaten/Kota	30.754.599.152	63,86	30,62
Non Pemerintah	4.123.286.992	8,56	
SB 2.4 Rumah Tangga	4.123.286.992	8,56	
Grand Total	48.158.258.509	100	47,95

Catatan, Jumlah Penduduk MTB Tahun 2011 : 105.725

Dari tabel diatas terlihat bahwa sumber dana terbesar adalah dari pemerintah (91,44%) dan didominasi oleh sumber dana pemerintah kabupaten sebesar 63,86.

Biaya Kesehatan perkapita di Kab. MTB sudah mencapai US\$ 47,95 berarti sudah melebihi sudah melebihi standard yang ditetapkan WHO. Sementara kalau dilihat biaya kesehatan per kapita yang hanya bersumber dari pemerintah, Kab. MTB sudah mencapai US\$ 43,84 yang juga sudah jauh melampaui standard yang ditetapkan World Bank (US\$ 18).

5.2.2. Peta Pembiayaan Berdasarkan Pengelola Anggaran di Kabupaten MTB

Tabel 5.7.
Biaya Kesehatan Menurut Pengelola Anggaran Kab. MTB, Tahun 2011

Pengelola Anggaran (PA)	Total	Persen
Pemerintah	43.694.423.321	90,73
PA 1.2 Pemerintah Provinsi/Dinkes	275.928.000	0,57
PA 1.3.01 Dinas Kesehatan	29.778.071.264	61,83
PA 1.3.02 Puskesmas	1.729.999.500	3,59
PA 1.3.03 RSUD	9.824.010.445	20,40
PA 1.3.08 Pemberdayaan Masyarakat & Desa	917.460.000	1,91
PA 1.3.11 Kesra/Binsos	82.440.000	0,17
PA 1.3.21 Unit Pemerintah Kab/Kota Lainnya	1.086.514.112	2,26
Semi Pemerintah	106.306.000	0,22
PA 2.1 PT Aškes	106.306.000	0,22
Non Pemerintah	4.357.529.188	9,05
PA 3.1 Perusahaan Asuransi Kesehatan	161.679.320	0,34
PA 3.4 Rumah Tangga	3.961.607.672	8,23
PA 3.5 Penyedia Pelayanan Lainnya	234.242.196	0,49
Grand Total	48.158.258.509	100,00

Terlihat pada tabel bahwa pengelola anggaran kesehatan di Kab. MTB didominasi oleh Dinas Kesehatan (61,83%) & RSUD (20,40%). Hal ini disebabkan besaran dana tersebut mencakup biaya Belanja Pegawai Tenaga Kesehatan.

5.2.3. Peta Pembiayaan Berdasarkan Pelaksana Program di Kabupaten MTB

Tabel 5.8.
Belanja Kesehatan Menurut Penyedia Pelayanan (PL) Kab. MTB, Tahun 2011

Penyedia Pelayanan (PL)	Total	Persen
PL 1.3.1 Dinas Kesehatan	18.798.266.042	39,03
PL 1.3.2 RSUD	11.712.868.445	24,32
PL 1.3.3 Puskesmas	15.378.789.474	31,93
PL 1.6 Faskes Pemerintah Lainnya	962.574.112	2,00
PL 2.1.1 RS Umum Milik Swasta	689.161.656	1,43
PL 2.1.9 Fasilitas Kesehatan Swasta Lainnya	454.919.460	0,94
PL 3 Tidak Jelas (Pemerintah atau Non Pemerintah)	161.679.320	0,34
Grand Total	48.158.258.509	100,00

Penyedia Pelayanan Kesehatan terbesar di Kab. MTB adalah pemerintah sebesar 97,29%, dengan urutan terbesar Dinas Kesehatan 39,03%, Puskesmas 31,93% dan RSUD 24,32%.

5.2.4. Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten MTB

Tabel 5.9.
Belanja Kesehatan Menurut Jenis Kegiatan Kab MTB, Tahun 2011

Jenis Kegiatan / Fungsi (JK)	Total	Persen
Kegiatan Tidak Langsung	27.958.542.152	58,06
JK 1.1 Manajerial dan koordinasi	25.971.237.788	53,93
JK 1.2 Peningkatan Kapasitas Personil (Pendidikan dan Pelatihan)	281.588.000	0,58
JK 1.3 Perencanaan dan Penganggaran Program	1.284.668.364	2,67
JK 1.4 Pengelolaan Program	78.179.000	0,16
JK 1.5 Monitoring dan Pelaporan	260.869.000	0,54
JK 1.6 Evaluasi	82.000.000	0,17
Kegiatan Langsung	20.199.716.357	41,94
Upaya Kesehatan Masyarakat	786.156.100	1,63
JK 2.1.01 Promosi dan penyuluhan kesehatan	73.303.000	0,15
JK 2.1.06 Pemeriksaan Mutu Air	41.345.000	0,09
JK 2.1.07 Surveilans Epidemiologi dan KLB	206.308.100	0,43
JK 2.1.09 Penemuan Kasus	1.380.000	0,00
JK 2.1.11 Pelaksanaan Program	201.561.000	0,42
JK 2.1.12 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	132.257.000	0,27
JK 2.1.13 Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan	44.250.000	0,09
JK 2.1.14 Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur Alat Medis	85.752.000	0,18
Upaya Kesehatan Perorangan	19.413.560.257	40,31
JK 2.2.2 Pelayanan Kesehatan	19.413.560.257	40,31
Grand Total	48.158.258.509	100,00

Dari Tabel di atas menunjukkan bahwa jenis kegiatan kesehatan terbesar masih bersifat tidak langsung (59,34%), walaupun kegiatan langsung mempunyai porsi yang cukup besar (41,94%) namun 40,41% diantaranya adalah upaya kesehatan perorangan, dan hanya 1,63% kegiatan langsung upaya kesehatan masyarakat.

5.2.5. Peta Pembiayaan Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten MTB

Tabel 5.10.
Belanja Kesehatan Menurut Mata Anggaran di Kab. MTB, Tahun 2011

Mata Anggaran (MA)	Total	Persen
Investasi	6.011.380.000	12,48
MA 1.2 Bangunan/Konstruksi	2.753.970.000	5,72
MA 1.3 Pengadaan Alat Non-Medis	1.018.100.000	2,11
MA 1.4 Pengadaan Alat medis	420.350.000	0,87
MA 1.6 Investasi Lainnya	1.818.960.000	3,78
Operasional	38.533.243.509	80,01
MA 2.1 Gaji	17.715.570.727	36,79
MA 2.2 Honorarium	9.125.212.265	18,95
MA 2.3 Obat dan Bahan Medis	1.958.355.000	4,07
MA 2.4 Bahan Non-Medis	479.749.311	1,00
MA 2.5 Perjalanan	3.129.623.464	6,50
MA 2.6 Akomodasi	1.718.445.750	3,57
MA 2.7 Utilities (Telepon, Listrik, Air)	235.100.000	0,49
MA 2.8 Biaya Operasional Lainnya	4.171.186.992	8,66
Pemeliharaan	3.613.635.000	7,50
MA 3.3 Pemeliharaan Alat Non-Medis	180.000.000	0,37
MA 3.4.Pemeliharaan Alat Medis	1.861.760.000	3,87
MA 3.5 Pelatihan Personil	71.875.000	0,15
MA 3.6 Pemeliharaan Lainnya	1.500.000.000	3,11
Grand Total	48.158.258.509	100,00

Tabel diatas menunjukkan bahwa biaya kesehatan terbesar (80%) digunakan untuk operasional, namun perlu pula diperhatikan bahwa biaya operasional terbesar digunakan untuk pembayaran gaji dan honorarium (55,74%).

5.2.6. Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenis Program di Kabupaten MTB

Tabel 5.11.
Belanja Kesehatan Menurut Jenis Program di Kab. MTB, Tahun 2011

Program (PR)	Total	Persen
Program Kesehatan Masyarakat	9.738.070.234	20,22
PR 1.01 KIA	1.635.633.134	3,40
PR 1.02 Gizi	385.263.000	0,80
PR 1.03 Imunisasi	357.350.000	0,74
PR 1.04 TBC	48.509.000	0,10
PR 1.05 Malaria	329.853.100	0,68
PR 1.06 HIV/AIDS	132.257.000	0,27
PR 1.10 Penyakit Menular Lain	296.435.000	0,62
PR 1.12 KB	928.740.000	1,93
PR 1.15 Kesehatan Lingkungan	188.777.000	0,39
PR 1.16 Promosi Kesehatan	320.333.000	0,67
PR 1.18 Surveilans	29.900.000	0,06
PR 1.19 Program Kesehatan Masyarakat Lainnya	5.085.020.000	10,56
Program Kesehatan Perorangan	6.326.745.123	13,14
PR 2.1 Pelayanan Rawat Jalan	1.010.807.760	2,10
PR 2.2 Pelayanan Rawat inap	2.703.262.992	5,61
PR 2.4 Pengobatan Umum (tidak jelas masuk PR 2.1- 2.3)	1.071.518.240	2,22
PR 2.5 Jaminan Kesehatan	1.541.156.131	3,20
Program yang menyangkut Capacity Building	32.093.443.152	66,64
PR 3.1 Administrasi & Manajemen	25.474.986.727	52,90
PR 3.2 Sistem Informasi Kesehatan	52.384.000	0,11
PR 3.3 Capacity Building	188.561.000	0,39
PR 3.4 Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur	3.667.974.311	7,62
PR 3.5 Pengawasan (Monitoring dan Supervisi)	454.062.364	0,94
PR 3.6 Obat dan Perbekalan Kesehatan	1.997.990.000	4,15
PR 3.7 Administrasi Jaminan Kesehatan	55.000.000	0,11
PR 3.8 Program Capacity Building/Penunjang Lainnya	202.484.750	0,42
Grand Total	48.158.258.509	100,00

Dari tabel tersebut, tampak bahwa biaya kesehatan terbesar digunakan untuk program yang menyangkut capacity building (Penunjang) sebesar 66,64%, dimana komponen administrasi & manajemen menggunakan 52,90%, sementara program kesehatan masyarakat hanya menggunakan 20,22% saja.

5.2.7. Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten MTB

Tabel 5.12.

Belanja Kesehatan Menurut Jenjang Kegiatan di Kab. MTB, Tahun 2011

Jenjang Kegiatan (JJ)	Total	Persen
JJ 1 Pusat	209.374.000	0,43
JJ 2 Provinsi	1.457.950.000	3,03
JJ 3 Kabupaten	33.326.029.162	69,20
JJ 4 Kecamatan/Puskesmas	13.159.665.347	27,33
JJ 5 Desa/Kelurahan/masyarakat	5.240.000	0,01
Grand Total	48.158.258.509	100,00

Berdasarkan jenjang kegiatan, biaya kesehatan terbesar digunakan di jenjang tingkat kabupaten (69,20%), sementara hanya 0,01% biaya kesehatan yang digunakan di jenjang masyarakat.

5.2.8. Peta Pembiayaan Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten MTB

Tabel 5.13

Belanja Kesehatan Menurut Penerima Manfaat di Kab. MTB, Tahun 2011

Penerima Manfaat (PM)	Total	Persen
< 1 thn (Bayi)	5.745.483.907	11,93
1 - 4 thn (Balita)	4.184.210.055	8,69
5 - 12 thn (u sekolah)	2.407.652.674	5,00
13 - 18 thn (Remaja)	5.599.440.199	11,63
19 - 64 thn (Produktif)	8.795.768.337	18,26
65 + thn (Lansia)	1.648.807.073	3,42
Semua umur (Pasti)	19.776.896.264	41,07
Total	48.158.258.509	100,00

Dari tabel tersebut diatas dapat dilihat bahwa penerima manfaat dari biaya kesehatan yang berkaitan dengan investasi sumber daya manusia (SDM) yaitu bayi, balita dan usia sekolah adalah 25,62%, sementara penerima manfaat terbesar adalah untuk kelompok semua umur pasti (41,07%), yang artinya upaya kesehatan kuratif.

5.2.9. Peta Pembiayaan Kesehatan Program Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten MTB

Program Kesehatan Ibu dan Anak merupakan program yang perlu mendapat perhatian khusus baik di tingkat pusat, provinsi maupun kabupaten, karena program KIA merupakan program untuk pencapaian MDGs. Profil kesehatan Kab MTB tahun 2011 menunjukkan bahwa ada 10 kasus kematian ibu dari 2.545 ibu bersalin. Sementara

hasil perhitungan pembiayaan kesehatan Kab MTB, menunjukkan bahwa biaya kesehatan untuk program kesehatan ibu dan anak hanya 3,4% dari total biaya kesehatan di Kab. MTB. Untuk itu program Kesehatan Ibu dan Anak dipilih sebagai program yang akan dibedah sumber pembiayaannya.

5.2.9.1. Peta Pembiayaan Kesehatan Program KIA Berdasarkan Sumber Anggaran di Kab. MTB

Tabel 5.14.
Belanja Kesehatan Program KIA berdasar Sumber Biaya
Kabupaten MTB Tahun 2011

Sumber Pembiayaan (SB)	Total	Persen
SB 1.1.1 APBN	1.195.770.000	73,11
SB 1.1.3 Donor: Hibah	352.750.000	21,57
SB 1.2.1 APBD Propinsi	13.156.134	0,80
SB 1.3.1 APBD Kabupaten/Kota	73.957.000	4,52
Total	1.635.633.134	100,00

5.2.9.2. Peta Pembiayaan Kesehatan Program KIA berdasarkan Pengelola Anggaran di Kabupaten MTB

Tabel 5.15
Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Pengelola Anggaran
Kabupaten MTB Tahun 2011

Pengelola Anggaran (PA)	Total	Persen
PA 1.2 Pemerintah Provinsi/Dinkes	80.855.000	4,94
PA 1.3.01 Dinas Kesehatan	641.752.000	39,24
PA 1.3.02 Puskesmas	899.870.000	55,02
PA 1.3.03 RSUD	13.156.134	0,80
Total	1.635.633.134	100,00

5.2.9.3. Peta Pembiayaan Kesehatan Program KIA Berdasarkan Penyedia Pelayanan di Kabupaten MTB

Tabel 5.16
Belanja Kesehatan Program KIA berdasarkan Penyedia Pelayanan
Kab. MTB Tahun 2011

Penyedia Pelayanan (PL)	Total	Persen
PL 1.3.1 Dinas Kesehatan	1.127.242.000	68,92
PL 1.3.2 RSUD	13.156.134	0,80
PL 1.3.3 Puskesmas	495.235.000	30,28
Total	1.635.633.134	100,00

5.2.9.4. Peta Pembiayaan Kesehatan Program KIA Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten MTB

Tabel 5.17
Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Jenis Kegiatan Kabupaten MTB, Tahun 2011

Jenis Kegiatan / Fungsi (JK)	Total	Persen
JK 1.1 Manajerial dan koordinasi	59.440.000	3,63
JK 1.2 Peningkatan Kapasitas Personil (Pendidikan dan Pelatihan)	124.327.000	7,60
JK 1.3 Perencanaan dan Penganggaran Program	254.750.000	15,58
JK 1.5 Monitoring dan Pelaporan	12.885.000	0,79
JK 1.6 Evaluasi	11.910.000	0,73
JK 2.1.13 Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan	44.250.000	2,71
JK 2.2.2 Pelayanan Kesehatan	1.128.071.134	68,97
Total	1.635.633.134	100,00

5.2.9.5. Peta Pembiayaan Kesehatan Program KIA Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten MTB

Tabel 5.18
Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten MTB Tahun 2011

Mata Anggaran (MA)	Total	Persen
MA 2.2 Honorarium	877.226.134	53,63
MA 2.4 Bahan Non-Medis	890.000	0,05
MA 2.5 Perjalanan	494.341.000	30,22
MA 2.6 Akomodasi	263.176.000	16,09
Total	1.635.633.134	100,00

5.2.9.6. Peta Pembiayaan Kesehatan Program KIA Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten MTB

Tabel 5.19
Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten MTB Tahun 2011

Jenjang Kegiatan (JJ)	Total	Persen
JJ 2 Provinsi	40.255.000	2,46
JJ 3 Kabupaten	284.643.134	17,40
JJ 4 Kecamatan/Puskesmas	1.310.735.000	80,14
Total	1.635.633.134	100,00

5.2.9.7. Peta Pembiayaan Kesehatan Program KIA Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten MTB

Tabel 5.20
Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten MTB Tahun 2011

Penerima Manfaat (PM)	Total	Persen
PM 1. <1 tahun (bayi)	767.389.067	46,92
PM 5. 19 - 64 tahun (usia produktif)	767.389.067	46,92
PM 7. Semua Umur (pasti)	100.855.000	6,17
Total	1.635.633.134	100,00

Sumber pembiayaan terbesar untuk program KIA di Kab MTB adalah dari APBN (73,11%) kemudian dari hibah (21,57%), sementara dana yang bersumber dari APBD Kabupaten hanya 4,52%. Pembiayaan kesehatan untuk program KIA tersebut sebagian besar dikelola oleh Puskesmas (55%) dan dinas kesehatan (39,24%).

Penyediaan pelayanan program KIA di Kab. MTB terbesar adalah Dinas Kesehatan 68,92% dan di Puskesmas (30,28%). Kalau dilihat dari jenis kegiatan program KIA di MTB maka terbesar (68,97%) berupa pelayanan kesehatan. Dan bila dilihat berdasarkan mata anggaran, maka pemanfaatan program KIA terbesar digunakan untuk pembayaran honorarium (53,63%) dan perjalanan (30,22%).

Jenjang kegiatan program KIA di Kab. MTB, 80,14% kegiatan dilakukan di tingkat puskesmas, dengan penerima manfaat sebesar 46,92% adalah bayi.

5.2.10. Peta Pembiayaan Kesehatan Berbasis Kinerja

Tabel 5.21
Peta Pembiayaan Kesehatan Berbasis Kinerja Kab MTB. Tahun 2011

Kategori	Tidak Langsung		Langsung	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Investasi	796.472.000	1,65%	5.214.908.000	10,83%
Operasional	27.060.195.152	56,19%	11.473.048.357	23,82%
Pemeliharaan	101.875.000	0,21%	3.511.760.000	7,29%
Total	27.958.542.152	58,06%	20.199.716.357	41,94%

Pembiayaan kesehatan dapat dikatakan berbasis kinerja apabila biaya operasional langsung mendominasi pembiayaan kesehatan. Dari tabel tersebut diatas, terlihat bahwa pembiayaan kesehatan terbesar ada pada pembiayaan operasional tidak langsung, sementara pembiayaan operasional langsung hanya 23,82%.

Tabel 5.22
Peta Pembiayaan Kesehatan Berbasis Kinerja
Untuk program KIA di Kab. MTB Tahun 2011

Kategori	Tidak Langsung		Langsung	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Investasi	-	0%	-	0%
Operasional	463.312.000	28,33%	1.172.321.134	71,67%
Pemeliharaan	-	0%	-	0%
Total	463.312.000	28,33%	1.172.321.134	71,67%

Sementara pembiayaan kesehatan untuk program KIA, tampak bahwa biaya terbesar terletak pada kategori operasional langsung (71,67%). Data ini mencerminkan bahwa pembiayaan kesehatan program KIA di Kab. MTB sangat berbasis kinerja.

BAB VI

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

6.1. Kesimpulan

Walaupun Kabupaten Maluku Tenggara Barat (MTB) belum pernah menghitung District health Account (DHA), namun setelah mendapat pelatihan DHA dari Badan Litbangkes, Kabupaten MTB telah mampu menghitung DHA dan saat ini telah memiliki data DHA dengan sumber data keuangan Tahun 2011.

Data perhitungan DHA Kab MTB adalah pembiayaan publik tahun 2011 yang berasal dari Dinas Kesehatan Kabupaten MTB, Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD), Dana APBN yang dikelola oleh pemerintah daerah, dana hibah yang dikelola oleh Dinas Kesejahteraan Rakyat /Bina Sosial, dana APBD Propinsi dan dana pemerintah daerah. Hasil DHA digunakan untuk kepentingan perencanaan, monitoring dan evaluasi pembiayaan kesehatan kabupaten MTB.

Sumber pembiayaan kesehatan di Kab. MTB terbesar berasal dari Pemerintah Daerah Kabupaten MTB. Dari hasil perhitungan DHA, diperoleh data bahwa biaya kesehatan perkapita di Kab. MTB telah melebihi standard yang ditetapkan WHO (US\$ 46) dan juga telah melebihi standard yang ditentukan oleh Bank dunia (US\$ 18).

Pengelola anggaran kesehatan utama di Kab. MTB adalah Dinas Kesehatan. Hal ini sesuai dengan kontribusi pembiayaan kesehatan terbesar yaitu Dinas Kesehatan. Sementara untuk penyedia layanan di Kab. MTB hampir seimbang antara Dinas Kesehatan dan puskesmas, sementara RSUD menunjukkan peringkat ketiga dalam penyedia layanan. Demikian pula bila dilihat dari jenjang kegiatan, kegiatan banyak dilakukan di tingkat kabupaten.

Gambaran menurut jenis kegiatan menunjukkan bahwa komponen terbesar adalah kegiatan managerial dan koordinasi. Apabila dilihat dari jenis mata anggaran, penyerapan terbesar pada mata anggaran gaji dan honorarium.

Meskipun pembiayaan kesehatan per kapita di Kab. MTB sudah melebihi standard yang ditentukan, namun pemanfaatan biaya kesehatan terbesar masih pada program penunjang sementara untuk program kesehatan masyarakat masih sangat kecil seperti untuk program TB hanya menyerap 0,10% dan untuk kegiatan surveillance hanya 0,06%.

Dari sisi penerima manfaat, penerima manfaat terbesar dari pembiayaan kesehatan di Kab. MTB adalah kelompok semua umur pasti yang artinya penerima pelayanan kesehatan langsung, kemudian penerima manfaat berikutnya adalah kelompok yang berkaitan dengan investasi sumber daya manusia yaitu bayi, balita dan anak usia sekolah.

Persentase pembiayaan kesehatan untuk program Kesehatan Ibu dan Anak di Kab. MTB masih kecil sementara jumlah kematian ibu melahirkan masih cukup tinggi dan angka persalinan oleh di tenaga kesehatan masih dibawah standard yang ditetapkan oleh kementerian kesehatan.

Hasil pembedahan terhadap biaya kesehatan untuk program kesehatan ibu dan anak menunjukkan bahwa pembiayaan terbesar untuk program kesehatan ibu dan anak berasal dari APBN. Walaupun pengelola biaya program KIA terbesar adalah Puskesmas, namun data menunjukkan bahwa penyediaan pelayanan program KIA di Kab. MTB terbesar adalah Dinas Kesehatan. Bila dilihat berdasarkan mata anggaran, biaya program KIA terbesar digunakan untuk pembayaran honorarium dan perjalanan. Jenjang kegiatan program KIA di Kab. MTB, terbesar dilakukan di tingkat puskesmas dengan penerima manfaat terbesar bayi.

Pembiayaan kesehatan di Kab. MTB belum menggambarkan berbasis kinerja karena pembiayaan kesehatan terbesar masih di kelompok pembiayaan operasional tidak langsung. Namun untuk pembiayaan program KIA, sudah berbasis kinerja karena biaya terbesar terletak pada kategori operasional langsung.

6.2. Rekomendasi

Setelah beberapa kegiatan terkait dengan penyusunan DHA di Kabupten MTB dilakukan antara lain pelatihan DHA, pengumpulan data pembiayaan kesehatan, perhitungan DHA, dan paparan hasil yang disampaikan pada acara seminar DHA beserta diskusi yang menyertainya, maka untuk kesinambungan DHA di Kab. MTB, direkomendasikan beberapa hal-hal berikut:

- Jajaran pemerintah Daerah menyatakan bahwa DHA sangat penting dilakukan setiap tahun. Untuk itu perlu dibuat Surat Keputusan bentuk Tim DHA Kab. MTB agar dapat dijamin keberlanjutan fungsinya.
- Diharapkan ada peningkatan komitmen dan keterlibatan Pemerintah Daerah setelah melihat paparan hasil DHA untuk meningkatkan alokasi anggaran kesehatan.

- Untuk lebih melengkapi data yang ada hendaknya kedepan tidak hanya data pembiayaan dari pelayanan kesehatan milik pemerintah tetapi juga sarana pelayanan kesehatan swasta, data sumber swasta lain dan LSM yang terlibat dalam bidang kesehatan.
- Hasil DHA hendaknya betul-betul dimanfaatkan untuk mencukupi anggaran program-program prioritas seperti KIA, Gizi, imunisasi, kesehatan lingkungan, TB, promosi kesehatan, dan Malaria, yang dari hasil perhitungan DHA menunjukkan alokasi dana yang sangat kecil.
- Manfaatkan hasil DHA untuk menyusun perencanaan yang lebih berbasis kinerja dan sasaran yang tepat. Demikian juga jenjang kegiatannya perlu ditingkatkan kegiatan di jenjang masyarakat dan puskesmas.
- Kondisi geografis Kab. MTB adalah gugus pulau dengan transportasi sangat minim. Untuk itu diharapkan ada spesifikasi dan upaya kesehatan yang berbeda (khusus) yang disesuaikan dengan kondisi Kabupaten MTB. Kalau ada pembiayaan kesehatan dari pusat (APBN) hendaknya modelnya tidak disamakan dengan daerah lain.
- Penyusunan DHA penting, namun tidak kalah pentingnya melakukan monitoring dan evaluasi dalam setiap program kesehatan. Dengan demikian dapat diketahui korelasi antara perencanaan, besaran anggaran dan capaian program.
- Saat ini di Kab. MTB ada program bantuan dari beberapa LSM untuk mendukung kesehatan, perlu dipikirkan apabila bantuan sudah tidak ada lagi, apakah program yang sudah baik ini harus berhenti. Hal ini harus menjadi pertimbangan Pemerintah Daerah agar program yang sudah dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat ini dapat terus berlanjut.

BAB VII

KEPUSTAKAAN

Ascobat Gani, DKK , Modul Perhitungan Pembiayaan Kesehatan Daerah , 2009, Pusat kajian Ekonomi Kesehatan, Universitas Indonesia

Laoda Ahmad, Nanis Budiningsih, Sigit Riyanto (2006), Analisis Kesiapan Dinas Kesiapan Dalam mengalokasikan Anggaran Kesehatan Pada Era Desentralisasi.

Nyoman Sumaryadi, Efektifitas Implementasi Kebijakan Otonomi Daerah, Depok Citra Utama 2005

Universitas Indonesia, Pusat Kajian Ekonomi & Kebijakan Kesehatan FKMUI dan AusAID. Pedoman dan Modul District Health Account (DHA) Untuk Tingkat kabupaten. Jakarta : FKMUI, 2010

Kemendes RI, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI. Pedoman Teknis PDBK. Jakarta : Kemendes RI, 2010

Organisation For Economic Cooperation and Development, International Monetary Fund, World Bank et al. System Of National Account 1993. 1994.

Universitas Indonesia, Fakultas Bisnis Manajemen. Modul A System of Health Account. Jakarta : FBMUI, 2010

Anne Mills, Lucy Gilson. 1990, Ekonomi Kesehatan Untuk Negara-Negara Sedang Berkembang. Dian Rakyat, Jakarta.

Prijono Tjiptoherjanto, Budhi Soesetyo. 2008. Ekonomi Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta

Guide To producing National Health Accounts. World Bank, World Health Organization, USAID. 2003

Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintah antara Pemerintah Daerah provinsi dan Pemerintah Daerah kabupaten / Kota.

Kementerian Keuangan, Direktorat Jenderal perimbangan Keuangan, Anggaran Pendapatan dan Belanja Pemerintah Daerah (APBD) 2011.

Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara Barat, Profil Kesehatan Tahun 2011



BUPATI MALUKU TENGGARA BARAT

KEPUTUSAN BUPATI MALUKU TENGGARA BARAT

Nomor : Tahun 2012

T E N T A N G

**PEMBENTUKAN TIM KOORDINASI DAN TIM TEKNIS
PERHITUNGAN PEMBIAYAAN KESEHATAN DAERAH
(DISTRICT HEALTH ACCOUNT) KABUPATEN MALUKU TENGGARA BARAT
TAHUN ANGGARAN 2012**

BUPATI MALUKU TENGGARA BARAT,

- Menimbang** :
- a. bahwa Perhitungan Pembiaya Kesehatan Daerah (District Health Account) merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk menilai, mengevaluasi dan memotret kebijakan anggaran di bidang kesehatan, baik secara internal kepada Dinas Kesehatan maupun secara lintas sector;
 - b. Perhitungan Pembiaya Kesehatan Daerah (District Health Account) dalam prosesnya membutuhkan data dan informasi yang akurat secara lintas sector untuk kelancaraan pelaksanaan koordinasi dan proses pengumpulan vahan dan informasi dalam rangka kegiatan perhitungan pembiayaan kesehatan daerah maka perlu dibentuk Tim;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b di atas, perlu menetapkan Keputusan Bupati Maluku Tenggara Barat tentang Pembentukan Tim Koordinasi dan Tim Teknis Perhitungan Pembiayaan Kesehatan Daerah (District Health Account) Kabupaten Maluku Tenggara Barat Tahun 2012.
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 60 Tahun 1958 Tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 23 Tahun 1957 tentang Pembentukan Daerah Swatantra Tingkat II Dalam Wilayah Daerah Swatantra Tingkat I Maluku (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 111, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 645);
 2. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2000 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 46 Tahun 1999 tentang Pembentukan Propinsi Maluku Utara, Kabupaten Buru dan Kabupaten Maluku Tenggara Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4026) ;

3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
4. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437);
5. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004, tentang Pembentukan Peraturan Perundangan Undangan (Lembaran Negara 4389);
6. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
7. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063)
8. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia No 4578);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 3 Tahun 2007 tentang Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah kepada Pemerintah, Laporan Keterangan Pertanggungjawaban Kepala Daerah kepada DPRD, dan Informasi Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah kepada Masyarakat;
11. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 922/2008 tentang Pelaksanaan Nasional Alath Account (NHA), Provincial Health Account (PHA) dan District Health Account (DHA)
12. Peraturan Daerah Kabupaten Maluku Tenggara Barat Nomor 02 Tahun 2011 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Maluku Tenggara Barat.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :
- KESATU** : Membentuk Tim Koordinasi dan Tim Teknis dengan susunan dan kedudukan Tim sebagaimana tercantum dalam Lampiran I dan II Keputusan ini dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan.
- KEDUA** : Tugas Tim dimaksud pada dalam DIKTUM KESATU adalah sebagai berikut :
- a. **Tim Koordinasi Bertugas** :
 1. Melaksanakan Koordinasi dengan Satuan Kerja terkait dalam pembiayaan kesehatan
 2. Memberikan Input terhadap Tim Teknis dalam rangka pengumpulan data dan merumuskan rekomendasi
 3. Melaporkan Hasil Kegiatan Kepada Bupati Maluku Tenggara Barat

b. **Tim Teknis Bertugas :**

1. Melakukan pengumpulan data dan informasi dari berbagai sumber berkaitan dengan perhitungan biaya kesehatan daerah;
2. Menghitung belanja kesehatan rumah tangga menggunakan data Sosial Ekonomi Nasional;
3. Melakukan entri data dengan pivot tabel (excel)
4. Menghasilkan tabel-tabel estándar, interpretasi, dan merumuskan rekomendasi
5. Memnerikan masukan kepada para pengambil keputusan sesuai hasil analisis data DHA;
6. Bertanggung jawab dan melaporkan hasil kegiatan kepada Bupati Maluku Tenggara Barat

- KETIGA** : Dalam melaksanakan tugasnya, sebagaimana DIKTUM KEDUA diatas Tim Koordianasi diberikan honor selama 3 (tiga) Bulan dan Tim Teknis diberikan honor selama 4 (empat) bulan.
- KEEMPAT** : Dalam melaksanakan tugasnya, Tim Koordinasi dan Tim Teknis ini bertanggungjawab kepada Bupati Maluku Tenggara Barat Melalui Sekretaris Daerah.
- KELIMA** : Segala biaya yang timbul sebagai akibat ditetapkannya Keputusan ini, dibebankan kepada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) Pusat Pendidikan dan Pelatihan SDM Kesehatan Departemen Kesehatan RI Tahun Anggaran 2012
- KEENAM** : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam keputusan ini, maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Saumlaki

pada tanggal : 2012

BUPATI MALUKU TENGGARA BARAT,

BITZAEEL S. TEMMAR

Tembusan : Keputusan ini disampaikan Kepada Yth.

1. Ketua DPRD Kabupaten Maluku Tenggara Barat di Saumlaki
2. Kepala Badan, Dinas, Kantor, Bagian di lingkungan Pemerintah Kabupaten Maluku Tenggara Barat di Saumlaki
3. Yang bersangkutan untuk diketahui
4. Arsip.

LAMPIRAN I : KEPUTUSAN BUPATI MALUKU TENGGARA BARAT
 NOMOR : TAHUN 2012
 TANGGAL : TAHUN 2012
 TENTANG : PEMBENTUKAN TIM KOORDINASI PERHITUNGAN PEMBIAYAAN KESHATAN DAERAH
 (DISTRICT HEALTH ACCOUNT) KABUPATEN MALUKU TENGGARA BARAT TAHUN
 ANGGARAN 2012.

SUSUNAN TIM KOORDINASI PERHITUNGAN PEMBIAYAAN KESEHATAN DAERAH (DISTRICT HEALTH
 ACCOUNT) KABUPATEN MALUKU TENGGARA BARAT
 TAHUN ANGGARAN 2012.

NO	NAMA	JABATAN	KEDUDUKAN DALAMTIM	KET.
1	2	3	4	5
1	Bitzael S. Temmar	Bupati MTB	Pembina	
2	P. P. Werembinan, SH	Wakil Bupati MTB	Pembina	
3	Mathias Malaka, SH, MTP	Sekretaris Daerah	Pengarah	
4	Drs. H. N. Matrutty, M. Si	Kepala BAPPEDA	Ketua	
5	dr. Juliana Ch. Ratuanak	Kepala Dinas Kesehatan	Sekretaris	
6	Drs. D. A. T. Sabono, M. Si	As. Bid. Pembangunan & Investasi Kab. MTB	Anggota	
7	Ir. V. Battlayery, M. Si	Asisten Bid. Pemerintahan	Anggota	
8	dr. E. Tomaso	Asisten Bid. Administrasi	Anggota	
9	Ir. N. Loblobly, MT	Kepala Dinas PU&PE	Anggota	
10	Drs. J. Rettob, M. Si	Kepala BPMD Kab. MTB	Anggota	
11	Dina Biri, SE	Kepala Dinas PKD Kab. MTB	Anggota	
12	Dr. Lecsy Ruitan, MARS	Direktur RSUD PP. Magretty Saumlaki	Anggota	
13	Ir. A. Rieupassa	Kepala BPS Kab. MTB	Anggota	

Ditetapkan di : Saumlaki

padatanggal : 2012

BUPATI MALUKU TENGGARA BARAT,

BITZAEEL S. TEMMAR

LAMPIRAN II : KEPUTUSAN BUPATI MALUKU TENGGARA BARAT

NOMOR : TAHUN 2012

TANGGAL : TAHUN 2012

TENTANG : PEMBENTUKAN TIM TEKNIS PERHITUNGAN PEMBIAYAAN KESHATAN DAERAH (DISTRICT HEALTH ACCOUNT) KABUPATEN MALUKU TENGGARA BARAT TAHUN ANGGARAN 2012.

SUSUNAN TIM TEKNIS PERHITUNGAN PEMBIAYAAN KESEHATAN DAERAH (DISTRICT HEALTH ACCOUNT) KABUPATEN MALUKU TENGGARA BARAT TAHUN ANGGARAN 2012.

NO	NAMA	JABATAN	KEDUDUKAN DALAM TIM	KET.
1	2	3	4	5
1.	Reinhard Luturmas, SE	Kasubag. Keuangan Dinas Kesehatan Kab. MTB	Ketua	
2.	Robby W. Laisina, S. Sos	Kasubag. Umum Bappeda MTB	Sekretaris	
3.	Yohana V. Salembun, SKM	Staf Dinas Kesehatan Kab. MTB	Anggota	
4.	Benony M. Hukom	Staf BPS Kab. MTB	Anggota	
5	Wendelina Oratmangun	Staf RSUD PP. Magretty- Saumlaki	Anggota	

Ditetapkan di : Saumlaki

pada tanggal : 2012

BUPATI MALUKU TENGGARA BARAT,

BITZAEI S. TEMMAR

Dokumentasi DHA di Kabupaten Maluku Tenggara Barat



Foto 1. Pertemuan antara Ketua Tim Peneliti dengan salah satu Stakeholder Kabupaten Maluku Tenggara Barat



Foto 2. Lokakarya di Kabupaten Maluku Tenggara Barat



Foto 3. Paparan dari Staf Dinas Kesehatan dalam Lokakarya di Kabupaten Maluku Tenggara Barat