

**IMPLIKASI UNDANG-UNDANG NOMOR 36 TAHUN 2009 TENTANG
KESEHATAN TERHADAP PENGALOKASIAN ANGGARAN DAN
CAPAIAN INDIKATOR KINERJA DI BIDANG KESEHATAN
TAHUN 2005-2013**

Achmad Zunaidi
Agung Lestanto N. R.
Agung Hidayat Purwanto
Diana Setyawati

Abstraksi

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan adanya alokasi anggaran kesehatan sebesar 5% dari belanja APBN dan 10% dari belanja APBD. Harapannya, penerapan Undang-Undang Kesehatan akan berdampak signifikan terhadap perbaikan pelayanan atau kondisi bidang kesehatan yang tercermin dalam indikator-indikator pembangunan bidang kesehatan.

Berdasarkan kajian yang menggunakan metode riset kepustakaan dan *benchmark*, kondisi pengalokasian anggaran kesehatan *sharing* APBN (kewenangan Pemerintah Pusat) menunjukkan beberapa hal berikut. Pertama, alokasi anggaran kesehatan menunjukkan tren kenaikan (meskipun belum memenuhi amanat Undang-Undang Kesehatan) sebagai tanda bahwa kesehatan merupakan salah satu prioritas dalam pembangunan. Dua, antara target dan capaian kinerja kesehatan menunjukkan perbaikan dan/atau kenaikan dalam beberapa aspek bidang kesehatan seiring dengan tren kenaikan alokasi anggarannya. Tiga, posisi Indonesia khususnya di bidang kesehatan dibanding dengan negara-negara ASEAN selama rentang waktu 2008-2013 tidak menunjukkan perubahan signifikan masih dalam kelompok tingkat GDP per kapita sedang padahal alokasi anggaran kesehatan menunjukkan tren kenaikan dan target-target pada beberapa aspek bidang kesehatan tercapai.

Kata kunci: anggaran kesehatan, APBN, kinerja kesehatan

1. PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan penting bagi manusia. Kesehatan menjadi salah satu komponen dalam penghitungan tingkat pembangunan manusia (*human development index* atau HDI) antar negara di dunia. Dua komponen lain dari HDI adalah tingkat pendapatan per kapita dan pendidikan. Dalam konteks Indonesia, hal ihwal kesehatan dan pendidikan diatur dalam suatu peraturan perundangan. Pendidikan diatur dan diamanatkan dalam UUD tahun 1945, sedangkan kesehatan diatur dan diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Salah satu amanat dalam undang-undang (UU) tersebut adalah kewajiban memenuhi kebutuhan anggaran kesehatan melalui APBN dan APBD yang masing-masing sebesar 5% dan 10%.

Dalam kenyataannya, setelah penetapan Undang-Undang tentang Kesehatan, pemerintah masih belum dapat memenuhi amanat mengenai pemenuhan anggaran kesehatan dimaksud. Berkaitan dengan hal ini, sekelompok masyarakat mengadakan *class action* kepada Mahkamah Konstitusi agar Pemerintah segera memenuhi amanat Undang-Undang Kesehatan. Namun Mahkamah Konstitusi (atas *class action* pemenuhan anggaran kesehatan sebesar 5% dari belanja negara) malah berpendapat bahwa tuntutan pemenuhan anggaran kesehatan juga harus memperhatikan kemampuan keuangan negara sebagaimana ditetapkan dalam Undang-Undang APBN. Meskipun demikian, Pemerintah berupaya merealisasikan pemenuhan anggaran kesehatan sebagaimana amanat Undang-Undang Kesehatan dalam APBN sejak tahun anggaran 2010. Hal ini terlihat dari kenaikan anggaran belanja dari waktu ke waktu.

Pada perpekstif lain, apabila dasar pengalokasian anggaran kesehatan hanya didasarkan pada kewajiban semata sebagaimana amanat Undang-Undang tentang Kesehatan tanpa melihat faktor-faktor lain, alokasi anggaran kesehatan akan menjadi besar secara nominal tetapi kejelasan capaian kinerja kurang menjadi fokus perhatian. Padahal paradigma penganggaran yang digunakan adalah penganggaran berbasis kinerja.

Kondisi-kondisi tersebut di atas memiliki daya tarik sebagai sebuah kajian untuk melihat kondisi tentang alokasi anggaran kesehatan apabila dikaitkan dengan indikator pembangunan bidang kesehatan pada saat sebelum dan setelah Undang-Undang Kesehatan ditetapkan (2009). Dengan mengetahui kondisi dimaksud, perencana atau pengambil

kebijakan yang terkait dengan anggaran kesehatan dapat mengambil pilihan yang terbaik atau minimal dapat memberi penjelasan mengapa kebijakan pengalokasian anggaran kesehatan diambil.

Ruang lingkup kesehatan dalam kajian, sebagai mana Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Sedangkan menurut *World Health Organization (WHO)*, “*health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*”. Berangkat dari dua definisi tersebut, kondisi sehat seseorang baik secara fisik, mental maupun sosial diukur dari status kesehatan dan gizi, ketersediaan perlindungan finansial, mutu pelayanan kesehatan dan sumber daya kesehatan sehingga dapat hidup produktif baik secara sosial maupun ekonomis.

Selanjutnya, untuk mewujudkan masyarakat yang sehat, diperlukan pembangunan kesehatan yang meliputi seluruh aktivitas pembangunan, baik secara langsung ataupun tidak langsung, dalam rangka mewujudkan/ mendukung target pembangunan nasional di bidang kesehatan. Aktivitas ini meliputi penyediaan/peningkatan layanan kesehatan a.l. rumah sakit dan termasuk penyuluhan, akses terhadap layanan kesehatan, layanan farmasi/obat-obatan, jaminan pelayanan kesehatan, layanan KB. Selanjutnya untuk mendukung pembangunan tersebut dibutuhkan pembiayaan baik yang berasal dari swasta (perorangan, korporasi/organisasi) maupun Pemerintah berupa alokasi anggaran belanja untuk kesehatan (APBN dan APBD). Di dalam APBN, komponen anggaran kesehatan meliputi seluruh pengeluaran negara (belanja negara dan pengeluaran pembiayaan). Anggaran kesehatan dialokasikan melalui Belanja Pemerintah Pusat (belanja K/L dan belanja non K/L), Transfer ke Daerah dan Dana Desa, serta pembiayaan. Kajian ini difokuskan pada alokasi anggaran kesehatan melalui APBN.

Selanjutnya, untuk metode riset, kajian mengenai pengalokasian anggaran di bidang kesehatan menggunakan metode riset berupa studi pustaka dan *benchmark* mengenai anggaran kesehatan dan kinerjanya yang diambil dari berbagai sumber. Hasil studi pustaka dan komparasi data tersebut kemudian dianalisis untuk mendapatkan suatu kesimpulan.

2. KERANGKA TEORITIS

a. Anggaran Berbasis Kinerja

Undang-Undang Nomor 17 tahun 2003 tentang Keuangan Negara memerintahkan kepada menteri/pimpinan lembaga untuk menyusun rencana dan anggaran (RKA-KL) dengan menggunakan pendekatan penganggaran terpadu, penganggaran berbasis kinerja dan penganggaran dalam kerangka pengeluaran jangka menengah (KPJM). Penganggaran terpadu merupakan suatu konsep pengelolaan penganggaran yang terpadu dan tidak terpisah dalam suatu unit kerja (Satker). Keterpaduan ini terlihat dari sisi perencanaan, pelaksanaan, pertanggungjawaban, dan pelaporan kinerja dan keuangannya. Penganggaran berbasis kinerja merupakan konsep penyusunan anggaran yang memperhatikan keterkaitan antara pendanaan dan keluaran serta hasil yang diharapkan, termasuk efisiensi dalam pencapaian hasil dan keluaran dimaksud. KPJM merupakan konsep penganggaran yang memperkirakan implikasi kebijakan dan anggaran yang ditetapkan saat ini terhadap anggaran pada masa 3 (tiga) tahun dari tahun yang direncanakan.

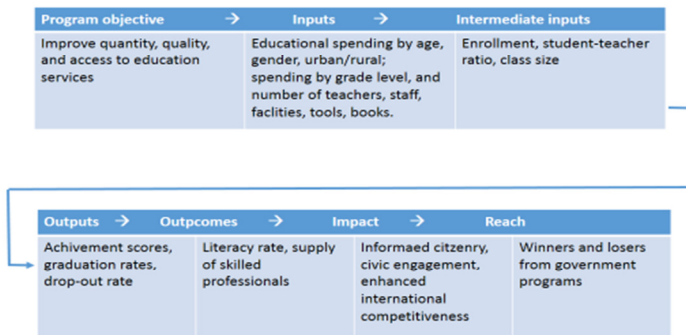
Ketiga pendekatan tersebut di atas bertumpu pada penganggaran berbasis kinerja. Penganggaran terpadu merupakan prasyarat agar penganggaran berbasis kinerja dapat berjalan dengan baik. Selanjutnya, penganggaran dalam kerangka KPJM akan dapat diterapkan apabila penganggaran berbasis kinerja telah diterapkan terlebih dahulu. Alasan logisnya, anggaran berbasis kinerja sebagai tumpuan paradigma penganggaran karena mengutamakan upaya pencapaian hasil kerja (*output*) dan dampak (*outcome*) atas alokasi belanja (*input*) yang ditetapkan.

Anwar Shah dan Chunli Shen (2007: 143) menyatakan definisi mengenai anggaran berbasis kinerja adalah: *"Performance budgeting is a system of budgeting that present the purpose and objective for which funds are required, the cost of programs and associated activities proposed for achivieng those objective, and the output to produced or sevicees to be rendered under each program."*

Lebih lanjut, Anwar Shah dan Chunli Shen (2007) menjelaskan beberapa poin penting mengenai konsep anggaran berbasis kinerja sebagai berikut:

1. hubungan beberapa definisi dalam konteks anggaran berbasis kinerja digambarkan dalam **Grafik 1** yang disebut *result based chain* berikut ini:
 - *Input* dan *input* antara → sumber daya untuk menghasilkan *output*;
 - *Output* → kuantitas dan kualitas dari barang dan jasa yang dihasilkan;
 - *Outcome* → perkembangan dalam pencapaian tujuan program;
 - *Impact* → tujuan program (*goal*);
 - *Reach* → masyarakat yang mendapat manfaat atau dampak dari suatu program.

Grafik 1. Result Based Chain



Sumber : *Budgeting and Budgetary Institutions*

2. Sebagai produk informasi yang dibutuhkan dalam *result based chain*, anggaran kinerja juga menghasilkan indikator yang digunakan terkait dengan efisiensi dan kualitas penyelenggaraan pemerintahan.
3. Anggaran berbasis kinerja mengijinkan fleksibilitas penggunaan anggaran dan lebih fokus pada hasil.

b. Benchmarking

Menurut Patricia Keehley dan Neil N. Abercrombie (2008), "*Benchmarking is process of comparing one organization's process to*

another's in an attempt to discover best practice that, once imported, will improve operation." Dengan kalimat lain, *benchmarking* merupakan upaya membandingkan satu organisasi dengan organisasi lainnya dan melihat kelebihan-kelebihannya untuk dapat ditiru dan diterapkan pada suatu organisasi. *Benchmarking* sebagai kerangka teori kajian ini akan lebih memfokuskan membandingkan dengan negara-negara lain dalam hal besaran alokasi anggaran dan indikator kinerja secara makro yang dicapai.

Dalam konteks pengalokasian anggaran kesehatan di Indonesia, amanat pengalokasian anggaran kesehatan sebesar 5% dari belanja negara dalam Undang-Undang tentang Kesehatan bukanlah berasal dari WHO. Tulisan yang secara resmi dapat dikaitkan dengan WHO adalah sebuah tinjauan dokumen "*Global Strategy for Health for All in the Year 2000*". Dokumen tersebut mengungkapkan bahwa WHO tidak pernah secara resmi menyatakan angka 5% dari pendapatan nasional bagi pengeluaran kesehatan. Hanya saja, WHO berkomitmen memantau sejumlah negara melalui indikator yang meliputi, antara lain: kondisi sosial-ekonomi (PDB misalnya per kapita lebih besar dari \$500; keaksaraan untuk pria dan wanita lebih tinggi dari 70%), hasil kesehatan (misalnya kematian bayi di bawah 50 per 1000 orang), dan *input* (misalnya kepemilikan penduduk atas air minum), serta "Setidaknya 5% dari PDB dihabiskan untuk kesehatan". Pernyataan terakhir inilah sebenarnya yang melatarbelakangi amanat dalam Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Jadi, WHO lebih fokus melihat pada capaian indikator makro suatu negara terkait dengan bidang kesehatan dibanding melihat besaran alokasi anggarannya.

Dalam kajian ini, *benchmarking* adalah komparasi atau perbandingan kondisi antara Indonesia dengan negara-negara ASEAN berdasarkan GDP per kapita, belanja anggaran kesehatan secara nasional (pemerintah dan swasta), dan capaian indikator kinerja bidang kesehatan.

c. Risiko Fiskal

Risiko fiskal didefinisikan sebagai segala sesuatu yang di masa mendatang dapat menimbulkan tekanan fiskal terhadap APBN. Hal ini dilatarbelakangi kondisi APBN yang dalam pelaksanaannya dihadapkan pada berbagai macam tantangan perubahan kondisi ekonomi global maupun domestik yang selanjutnya memengaruhi besaran asumsi dasar

ekonomi makro yang menjadi dasar penyusunan APBN. Selain itu, terdapat faktor lain yang dapat memicu tekanan terhadap APBN, yaitu kemungkinan terealisasinya jaminan yang diberikan oleh Pemerintah, keberlanjutan program jaminan sosial, kemungkinan Pemerintah kalah dalam perkara gugatan oleh pihak ketiga, dan terjadinya bencana alam yang mewajibkan Pemerintah menyediakan dana untuk tanggap darurat, rehabilitasi dan rekonstruksi pasca bencana.

Dalam proses penyusunan APBN, Pemerintah selalu mempertimbangkan adanya risiko fiskal agar tercipta kondisi kesinambungan fiskal. Sumber risiko fiskal dapat diidentifikasi ke dalam tiga kelompok, yaitu: (1) risiko deviasi APBN; (2) risiko kewajiban kontinjensi Pemerintah Pusat; dan (3) risiko fiskal tertentu. Kelompok risiko deviasi APBN ini mencakup: risiko asumsi dasar ekonomi makro; risiko deviasi pendapatan dan belanja negara; risiko utang pemerintah. Kelompok risiko kewajiban kontinjensi Pemerintah Pusat terdiri dari: dukungan dan/atau jaminan Pemerintah pada proyek pembangunan infrastruktur; Program Jaminan Sosial Nasional dan Program Pensiun serta THT PND; risiko penugasan khusus ekspor; risiko fiskal dari lembaga keuangan tertentu (BI, LPS, LPEI). Sementara kelompok risiko fiskal tertentu meliputi: risiko bencana alam, tuntutan hukum kepada Pemerintah, risiko transaksi internasional, dan risiko program pembiayaan perumahan.

Risiko fiskal dalam kajian ini difokuskan pada risiko deviasi APBN, utamanya risiko deviasi pendapatan dan belanja negara. Hal ini karena, alokasi anggaran kesehatan merupakan salah satu komponen dalam belanja negara. Risiko deviasi pendapatan dan belanja negara diungkapkan untuk memberikan informasi atas berbagai kemungkinan terjadinya deviasi pada penerimaan dan belanja negara. Deviasi pendapatan dan belanja negara diukur dari selisih antara target penerimaan dan pagu belanja negara dengan realisasinya. Hal ini dilakukan guna merumuskan langkah-langkah kebijakan (*policy measures*) yang akan ditempuh oleh Pemerintah dalam mengamankan APBN.

Selanjutnya, pembahasan mengenai belanja yang dikaitkan dengan kapasitas fiskal akan bermuara pada bahasan mengenai pengeluaran wajib (*mandatory spending*) sebagai amanat peraturan perundangan yang berlaku dan anggaran belanja yang bersifat wajib atau mengikat

untuk penyelenggaraan operasional pemerintahan. Dua jenis belanja ini merupakan prioritas dalam pengalokasian anggaran belanja.

Yang dimaksud dengan pengeluaran yang diwajibkan adalah pengeluaran negara pada program-program tertentu yang dimandatkan atau diwajibkan oleh ketentuan peraturan perundangan yang berlaku. Beberapa ketentuan peraturan perundangan terkait pengeluaran wajib pada APBN antara lain: (1) kewajiban penyediaan anggaran pendidikan sebesar 20 persen dari APBN/APBD sesuai amanat amandemen ke empat UUD 1945 pasal 31 ayat 4 tentang Penyediaan Anggaran Pendidikan dari APBN/APBD; (2) kewajiban penyediaan Dana Alokasi Umum (DAU) minimal 26 persen dari penerimaan dalam negeri neto, dan Dana Bagi Hasil (DBH) sesuai ketentuan Undang-Undang No.33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah; (3) penyediaan dana otonomi khusus sesuai dengan Undang-Undang Otonomi Khusus Provinsi Aceh, Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat yang berjumlah 4 persen dari DAU Nasional; (4) penyediaan dana desa sesuai ketentuan Undang-Undang No. 6 Tahun 2014 tentang Desa yaitu 10 persen dari dan di luar dana Transfer ke Daerah, dan (5) penyediaan alokasi anggaran kesehatan sebesar 5 persen dari APBN sesuai dengan Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Sementara itu, masih di sisi belanja negara, ruang gerak fiskal juga dipengaruhi oleh besaran besaran belanja yang bersifat wajib untuk penyelenggaraan operasional pemerintahan, pemenuhan kewajiban yang harus dilaksanakan Pemerintah, serta belanja yang bersumber dari PNBPN/BLU. Kewajiban pemenuhan kebutuhan anggaran dimaksud disebut belanja mengikat (*nondiscretionary spending*). Jenis belanja yang masuk dalam ruang lingkup belanja mengikat meliputi: (1) belanja pegawai; (2) belanja barang operasional; (3) belanja yang bersumber dari PNBPN/BLU; (4) pembayaran bunga utang; (5) subsidi; (6) belanja lain-lain yang bersifat wajib; (7) transfer ke daerah dan dana desa. Jika dikaitkan dengan pemenuhan pengeluaran wajib dan belanja mengikat, keduanya mempunyai irisan. Ada sebagian alokasi anggaran yang merupakan bagian dari belanja *mandatory spending* dan juga merupakan bagian dari belanja mengikat.

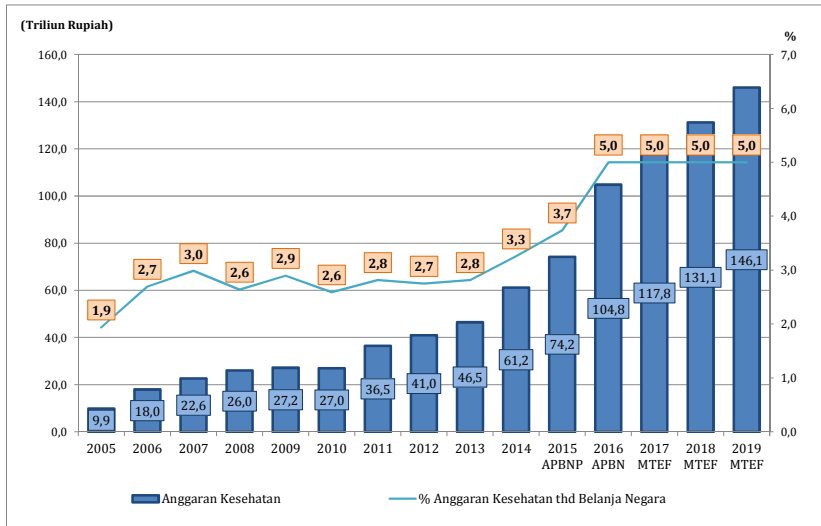
3. DATA EMPIRIS

a. Prespektif Fiskal

Untuk mendukung pencapaian sasaran pembangunan di bidang kesehatan, diperlukan dukungan anggaran baik dari Pemerintah maupun sektor swasta. Dalam kajian ini, akan lebih ditekankan pada pengalokasian anggaran di bidang kesehatan yang berasal dari APBN (sebagai bagian dari fungsi alokasi APBN) dan kaitannya dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Dalam Undang-undang tersebut diatur mengenai kewajiban Pemerintah untuk mengalokasikan anggaran kesehatan sebesar 5 persen dari APBN.

Perkembangan anggaran kesehatan dalam periode 2005-2009 baik secara nominal maupun persentase menunjukkan peningkatan, yaitu sebesar Rp9,9 triliun (1,9 %) pada tahun 2005 menjadi Rp27,2 trilin (2,9 %) pada tahun 2009. Selanjutnya, setelah diundangkannya Undang-Undang No 36 pada tahun 2009, alokasi anggaran kesehatan selama periode 2010-2015 masih menunjukkan tren peningkatan walaupun belum memenuhi amanat Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009. Belum dipenuhinya alokasi anggaran kesehatan sebesar 5% tersebut dikarenakan tahun 2010-2015 merupakan masa peralihan dalam perencanaan pengalokasian anggaran kesehatan. Hal ini sejalan dengan pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional (JKN) yang mulai diberlakukan pada tanggal 1 Januari 2014. Pelaksanaan program JKN tersebut merupakan amanat Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Pengelola Jaminan Sosial. Dengan demikian, mulai tahun 2016 Pemerintah berkomitmen untuk memenuhi amanat pemenuhan alokasi anggaran kesehatan sebesar 5%. Hal ini berarti alokasi anggaran kesehatan pada tahun 2016 mengalami kenaikan yang cukup signifikan apabila dibandingkan dengan tahun 2015 (lihat **Grafik 2**).

Grafik 2. Perkembangan Alokasi Belanja



Sumber: Kementerian Keuangan

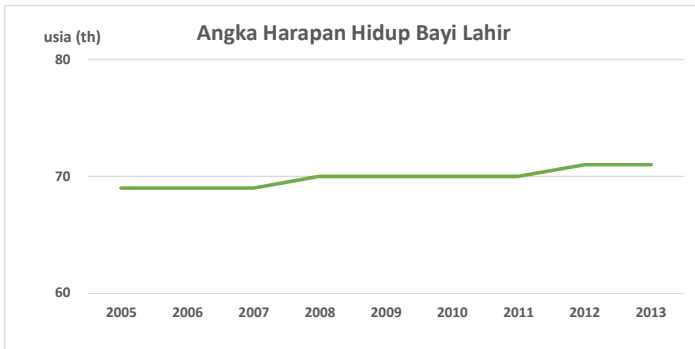
Dalam proses perencanaan anggaran, Pemerintah selain memerhatikan target/sasaran pembangunan yang akan dicapai, juga perlu mempertimbangkan risiko fiskal yang ada serta menyiapkan mitigasinya, sehingga kesinambungan fiskal dapat selalu terjaga. Dalam kajian ini, pembahasan terkait risiko fiskal akan lebih ditekankan pada pembahasan risiko belanja negara, terutama mengenai kemampuan penerimaan dalam negeri (kapasitas fiskal di luar penerimaan pembiayaan) yang dapat dihimpun Pemerintah untuk membiayai pengeluaran-pengeluaran Pemerintah yang bersifat: belanja wajib, belanja mengikat, serta ruang fiskal yang tersedia yang dapat digunakan Pemerintah. Hal ini tentunya dirangkul dalam kebijakan Pemerintah yang selalu berupaya untuk meningkatkan kualitas belanja negara melalui penajaman prioritas belanja yang produktif maupun upaya efisiensi dan efektifitasnya.

b. Capaian di Bidang Kesehatan di Indonesia

Dengan disahkannya Undang Undang tentang Kesehatan, Pemerintah tidak hanya memerhatikan pemenuhan alokasi di bidang kesehatan (sebesar 5% dari APBN), tetapi memerhatikan juga capaian dari indikator-indikator kesehatan. Capaian-capaian tersebut merupakan hasil dari usaha di bidang kesehatan yang tercermin dari capaian-capaian mikro seperti peningkatan gizi, penurunan penyakit menular, peningkatan kesehatan ibu dan bayi, dan lain sebagainya. Untuk melihat sejauh mana capaian Indonesia di bidang kesehatan, berikut ini akan dibahas mengenai beberapa capaian pada beberapa aspek bidang kesehatan dalam beberapa tahun. Capaian-capaian tersebut hanya sebagai contoh dari keseluruhan capaian di bidang kesehatan sehingga hal ini tidak mencerminkan keseluruhan capaian di bidang kesehatan di Indonesia. Namun dengan menganalisa beberapa capaian tersebut, kita mendapatkan gambaran bagaimana usaha-usaha di bidang kesehatan di lakukan dari sebelum disahkannya Undang-Undang tentang Kesehatan hingga setelah disahkannya Undang-Undang tentang Kesehatan.

Pada **Grafik 3**, salah satu capaian indikator kinerja di bidang kesehatan terefleksi dari angka harapan hidup seorang bayi ketika baru lahir. Angka harapan hidup adalah salah satu indikator untuk mengukur berapa tahun rata-rata seorang bayi yang baru lahir akan hidup. Indikator tersebut sering digunakan sebagai *proxy* terhadap kondisi tingkat kesehatan di suatu daerah. Dari data di atas dapat kita lihat bahwa terdapat tren kenaikan angka harapan hidup dari tahun 2005 hingga tahun 2013, dari yang semula 69 tahun pada tahun 2005 menjadi 71 tahun pada tahun 2013. Dengan kata lain Pemerintah Indonesia dapat meningkatkan angka harapan hidup sebanyak 2 tahun dalam kurun waktu 8 tahun melalui beberapa usaha di bidang kesehatan. Usaha-usahan tersebut dapat kita lihat dari capaian-capaian indikator kinerja di bawah ini.

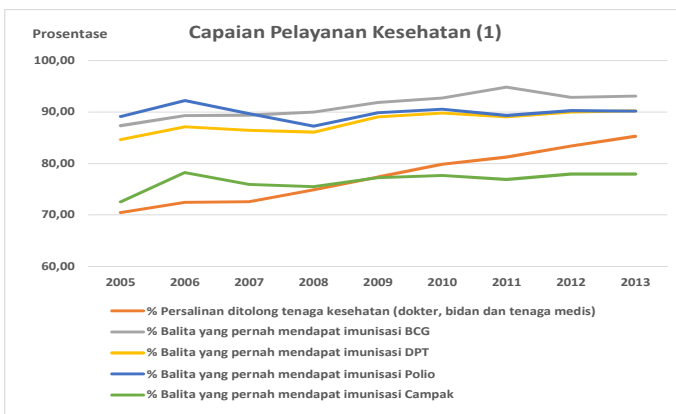
Grafik 3. Angka Harapan Hidup Indonesia



Sumber : World Bank

Sebagaimana data pada **Grafik 4**, pelayanan kesehatan neonatal sebagai cerminan dari sasaran strategis terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan mengalami peningkatan baik sebelum ditetapkan Undang-Undang Kesehatan, maupun sesudah ditetapkan Undang-Undang Kesehatan. Program pemerintah yang terkait dengan pelayanan kesehatan neonatal mencakup usaha peningkatan pelayanan kepada balita.

Grafik 4. Capaian Pelayanan Kesehatan

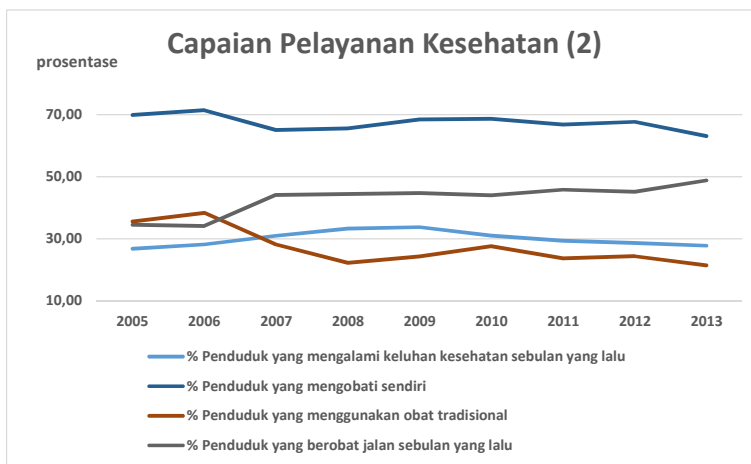


Sumber : Badan Pusat Statistik

Selanjutnya, **Grafik 5** menggambarkan capaian kesehatan dalam rangka sasaran strategis meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Dari **Grafik 5** tersebut, penduduk yang mengobati sendiri mengalami penurunan pada periode 2006 hingga 2008, namun meningkat kembali pada periode 2009 hingga 2012. Sedangkan penduduk yang menggunakan obat tradisional mengalami penurunan dari periode 2006 hingga periode 2013. Hal ini merupakan cermin semakin meningkatnya akses kesehatan penduduk.

Selanjutnya penduduk yang mengalami keluhan kesehatan sebulan yang lalu sempat mengalami peningkatan pada periode 2009 tetapi kembali turun pada level yang sama pada tahun 2005 dan tahun 2013. Indikator ini mengindikasikan perilaku hidup sehat masyarakat yang mengalami peningkatan.

Grafik 5. Capaian Pelayanan Kesehatan



Sumber : Badan Pusat Statistik

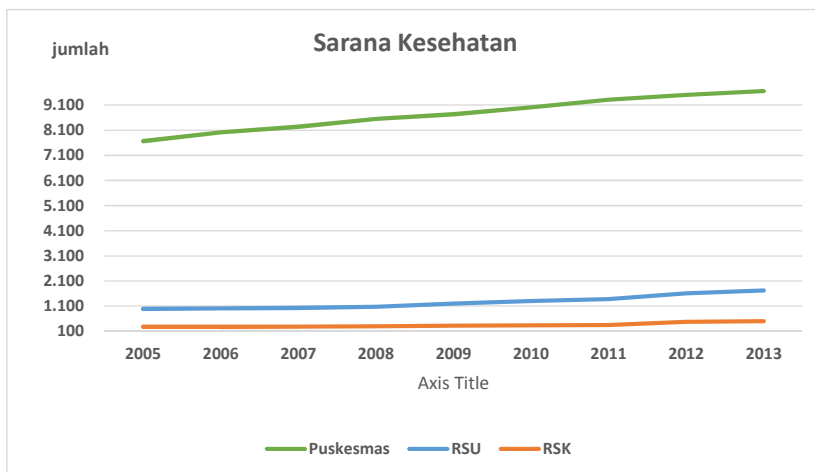
Sarana Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan yang dibahas pada kajian ini adalah puskesmas, rumah sakit umum, dan rumah sakit khusus sebagai refleksi sarana dan prasarana kesehatan. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan

kabupaten/kota tingkat pertama yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya yang lebih bersifat promotif dan preventif. Sedangkan rumah sakit merupakan pelayanan kesehatan pada masyarakat yang bergerak dalam kegiatan kuratif dan rehabilitatif. Selain itu rumah sakit juga melakukan pelayanan kesehatan rujukan.

Grafik 6 menunjukkan peningkatan jumlah sarana kesehatan di Indonesia dari tahun 2005 hingga tahun 2013. Pada kajian ini hanya dibahas mengenai perkembangan jumlah puskesmas, rumah sakit umum, dan rumah sakit khusus sebagai refleksi sarana dan prasarana kesehatan. Dari **Grafik 6** di bawah, terdapat peningkatan pada ketiga sarana kesehatan dari tahun ke tahun. Semula Indonesia hanya memiliki 7.669 Puskesmas pada tahun 2005 menjadi 9.655 unit pada tahun 2013. Jumlah Rumah Sakit Umum juga mengalami peningkatan dari 995 unit menjadi 1.725 unit pada tahun 2005 dan 2013. Demikian juga jumlah Rumah Sakit Khusus yang mengalami peningkatan sebanyak 184,2% atau peningkatan sebanyak 230 unit dari tahun 2005 sebanyak 273 unit.

Grafik 6. Jumlah Puskesmas Tahun 2009-2013



Sumber : Kemenkes RI

Sebenarnya selain fasilitas kesehatan puskesmas dan rumah sakit tersebut di atas, ketersediaan farmasi, dan alat kesehatan (alkes) juga memiliki peran yang signifikan dalam pelayanan kesehatan termasuk

terjaminnya penyediaan obat penting dengan harga murah dan mudah. Namun, data terkait Alkes yang dimiliki oleh setiap fasilitas kesehatan pemerintah berikut kondisinya sulit didapatkan sehingga analisa kebutuhan Puskesmas dan rumah sakit pemerintah yang memiliki alkes berikut obat-obatan sesuai dengan kondisi kesehatan dimana Puskesmas/Rumah Sakit tersebut berada tidak dapat dilakukan

Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan

Indonesia dengan letak geografis berada di daerah tropis sangat rentan terhadap ancaman penyakit. Hal ini dikarenakan oleh tingginya populasi pembawa (*carrier*) penyakit, seperti nyamuk dan lalat. Selain itu lingkungan yang lembab pada musim hujan juga menjadikan tempat berkembangnya bakteri, parasit, dan virus sumber penyakit. Oleh karena itu pengendalian penyakit merupakan salah satu sasaran startegis Pemerintah di bidang kesehatan.

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit yang perjalanan penyakitnya cepat dan dapat menyebabkan kematian dalam waktu singkat dan sering menimbulkan kejadian luar biasa (KLB) di Indonesia. Salah satu upaya pemberantasan penyakit ini adalah dengan pemberantasan sumber penyakit, yaitu pemberantasan sarang nyamuk. Sebagai tolak ukur upaya pemberantasan ini adalah tingkat partisipasi masyarakat dalam mencegah DBD yang di refleksikan melalui Angka Bebas Jentik (ABJ). Apabila prosentase ABJ telah meningkat, diharapkan penularan DBD dapat dicegah atau dikurangi.

Grafik 7 menyajikan perkembangan ABJ dari tahun 2005 hingga tahun 2013. ABJ dari tahun 2005 hingga tahun 2008 terdapat peningkatan dari 77,4% menjadi 85,7%. Pada tahun 2009, ABJ mengalami penurunan signifikan menjadi 71,1% dan setelah itu mengalami peningkatan menjadi 80,9% di tahun 2013. Namun demikian, dari tahun 2005 hingga tahun 2013, ABJ masih di bawah target yang ditetapkan Pemerintah yaitu sebesar 95%.

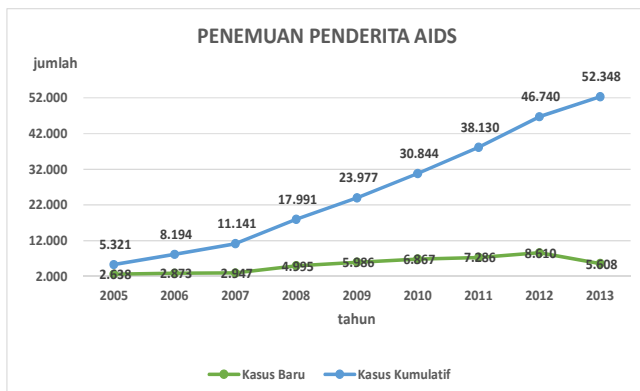
Grafik 7. Angka Bebas Jentik (ABJ)



Sumber : Kemenkes RI

Selanjutnya, **HIV/AIDS** merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi *Human Immunodeficiency Virus* yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Sebelum memasuki fase AIDS, penderita terlebih dahulu dinyatakan HIV positif. Sampai tahun 2012 terjadi kecenderungan peningkatan penemuan kasus baru, namun pada tahun 2013 terjadi penurunan sebesar 3.002 kasus.

Grafik 8. Jumlah Kasus Baru dan Kumulatif Penderita AIDS sampai 2013



Sumber : Kemenkes RI

Untuk penyakit **Polio**, Pemerintah telah berhasil menanganinya dengan sangat baik. Hal ini dibuktikan oleh sertifikat dari WHO yang menyatakan Indonesia bebas dari polio pada 27 Maret 2014.

c. *Benchmarking* Bidang Kesehatan dengan Negara-Negara ASEAN

Sosial Ekonomi dan Demografi

Untuk melihat kedudukan Indonesia di bidang kesehatan, kajian ini melakukan perbandingan (*benchmarking*) terhadap negara-negara ASEAN yang secara geografis dan demografi kondisinya hampir sama atau tidak jauh berbeda dengan Indonesia. Sebelum mencoba membandingkan data-data mengenai capaian dan alokasi belanja di bidang kesehatan, ada baiknya kita melihat perbandingan kondisi ekonomi pada negara-negara ASEAN terlebih dahulu, agar ada pandangan yang lebih tepat. **Tabel 1** menunjukkan data perbandingan Pendapatan Domestik Bruto (GDP) per kapita negara-negara ASEAN dalam US\$.

Tabel 1. Perbandingan GDP per kapita negara-negara ASEAN

Negara	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Singapore	38.577,0	46.569,7	53.122,2	54.578,2	55.979,8	56.286,8
Brunei Darussalam	27.727,1	31.453,0	41.786,6	41.808,8	39.152,3	41.344,0
Malaysia	7.312,0	8.802,9	10.125,9	10.507,8	10.628,0	10.933,5
Thailand	3.962,7	4.781,8	5.166,8	5.448,8	5.741,2	5.519,4
Indonesia	2.262,7	3.125,2	3.647,6	3.700,5	3.623,5	3.491,9
Philippines	1.836,9	2.145,2	2.371,9	2.606,2	2.788,2	2.870,5
Vietnam	1.232,4	1.333,6	1.543,0	1.755,3	1.908,6	2.052,3
Laos	948,0	1.147,1	1.301,0	1.445,9	1.700,5	1.269,8
Myanmar				1.421,5	1.107,0	1.203,8
Cambodia	735,4	782,7	879,2	947,6	1.009,9	1.090,1

Sumber : World Bank Data, 2015

Berdasarkan data **Tabel 1**, kondisi *income* per kapita negara-negara ASEAN cukup bervariasi dengan disparitas yang cukup tinggi. Singapura dan Brunei Darussalam memiliki GDP per kapita yang cukup tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya. Dari tahun 2009

hingga tahun 2014, GDP per kapita Brunei Darussalam dan Singapura adalah berada di kisaran US\$27.000 sampai dengan US\$57.000. Dengan GDP perkapita yang tinggi tersebut, tentulah tidak *fair* apabila kita menyandingkan capaian dan alokasi belanja di bidang kesehatan dengan negara ASEAN yang memiliki GDP per kapita jauh lebih rendah, seperti Kamboja yang hanya memiliki *income* per kapita sebesar US\$ 1.090,1 pada tahun 2014. Oleh karena itu, dalam menganalisa alokasi dan capaian di bidang kesehatan, kajian ini membagi dalam 3 kelompok negara ASEAN berdasarkan besaran GDP per kapita pada tahun 2013. Kelompok pertama dengan tingkat GDP perkapita tinggi (antara US\$10.000 s.d. US\$60.000) terdiri dari Singapore, Brunei Darussalam, dan Malaysia. Kelompok kedua dengan GDP perkapita sedang (antara US\$1.900 s.d. US\$6.000) yaitu Thailand, Indonesia, Philipina, dan Vietnam). Sedangkan kelompok ketiga dengan GDP perkapita rendah (antara US\$1.000 s.d. 1.900) terdiri dari Laos, Myanmar, dan Kamboja.

Alokasi di Bidang Kesehatan

Selanjutnya, **Tabel 2** menggambarkan total jumlah belanja di bidang kesehatan setiap individu di negara-negara ASEAN baik yang dibiayai oleh Pemerintah, maupun swasta. Belanja kesehatan tersebut termasuk upaya pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan, rencana kesehatan keluarga (asuransi kesehatan), aktivitas peningkatan nutrisi, dan kebutuhan mendesak terkait masalah kesehatan. Namun belanja total kesehatan tersebut tidak termasuk provisi untuk kebutuhan air bersih dan sanitasi.

Apabila kita bandingkan antara besaran GDP perkapita dengan alokasi total belanja kesehatan, pada kelompok pertama dan kelompok kedua, hubungannya adalah berbanding lurus. Singapore yang memiliki GDP perkapita terbesar diantara negara-negara ASEAN juga memiliki alokasi total belanja kesehatan yang terbesar. Begitu juga dengan Vietnam yang memiliki GDP per kapita terendah pada kelompok kedua juga memiliki total belanja kesehatan terendah pada kelompok kedua.

Tabel 2. Perbandingan Total Pengeluaran Kesehatan Per Kapita Negara-Negara ASEAN

Negara	2009	2010	2011	2012	2013
Singapore	1.651,0	1.833,0	2.081,0	2.287,0	2.507,0
Brunei Darussalam	766,0	844,0	922,0	946,0	974,0
Malaysia	289,0	349,0	391,0	418,0	423,0
Thailand	164,0	183,0	214,0	247,0	264,0
Indonesia	64,0	86,0	99,0	108,0	107,0
Philippines	78,0	90,0	101,0	115,0	122,0
Vietnam	72,0	83,0	93,0	102,0	111,0
Laos	34,0	26,0	27,0	27,0	32,0
Myanmar	13,0	15,0	19,0	20,0	14,0
Cambodia	46,0	46,0	49,0	69,0	76,0

Sumber : World Bank Data, 2015

Selanjutnya, anomali pada kelompok ketiga terjadi pada negara Kamboja. Negara tersebut dengan GDP perkapita terendah pada kelompok ketiga memiliki total belanja kesehatan yang tertinggi pada kelompok ketiga. Hal ini disebabkan karena Kamboja memiliki kebijakan untuk memprioritaskan pelayanan bidang kesehatan dalam hal menjembatani kesulitan pembiayaan dalam mengatasi masalah di bidang kesehatan, contohnya dengan skema voucher dan *Health Equity Fund* (HEF) yang menjangkau 80% penduduk miskin (WHO, 2014). Selain itu, Kamboja juga mendapatkan bantuan internasional yang diprioritaskan pada sektor kesehatan dan HIV. Dengan anomali tersebut, maka kita dapat mengabaikan negara Kamboja dalam perbandingan total pengeluaran kesehatan perkapita di negara-negara ASEAN.

Tabel 3. Perbandingan Prosentase Belanja Kesehatan Pemerintah dari Total Pengeluaran Kesehatan

Negara	2009	2010	2011	2012	2013
Singapore	35,8	34,8	34,3	35,9	39,8
Brunei Darussalam	92,0	92,2	92,0	91,8	91,9
Malaysia	58,8	57,3	54,9	55,2	54,8
Thailand	74,2	74,6	77,7	79,5	80,1
Indonesia	36,1	37,7	37,9	39,6	39,0
Philippines	36,3	37,2	30,5	30,4	31,6
Vietnam	41,9	46,5	45,2	42,6	41,9
Laos	49,3	40,7	37,1	31,8	49,3
Myanmar	11,4	15,6	15,9	23,9	27,2
Cambodia	19,4	22,5	22,6	19,7	20,5

Sumber : World Bank Data, 2015

Namun, apabila kita lihat pada **Tabel 3**, GDP perkapita tidak memiliki hubungan positif ataupun negatif dengan bagian pemerintah dari total belanja kesehatan. Pemerintah Singapore memiliki *share* belanja kesehatan yang lebih rendah dari Malaysia walaupun GDP perkapita Singapore 5 kali lebih tinggi dibanding Malaysia. Sebaliknya jika dibandingkan dengan Brunei Darusaalam, Pemerintah Malaysia hanya mengalokasikan belanja kesehatan lebih rendah 60% dari *sharing* Pemerintah Brunei Darussalam.

Selanjutnya, **Tabel 4** menunjukkan perbandingan angka harapan hidup pada negara-negara ASEAN. Dari tabel tersebut terdapat suatu pola bahwa semakin tinggi GDP akan meningkatkan angka harapan hidup suatu negara. Namun terdapat anomali pada negara Kamboja dan Vietnam. Asumsi yang digunakan pada negara Kamboja sudah dijelaskan sebelumnya bahwa Kamboja memiliki kebijakan untuk memprioritaskan pelayanan bidang kesehatan, sehingga dapat dimaklumkan memiliki peringkat angka harapan hidup yang tinggi jika dibandingkan dengan peringkat GDP perkapita yang dimilikinya. Sedangkan negara Vietnam memiliki angka harapan hidup yang tinggi dikarenakan beberapa program yang dijalankan oleh Pemerintah seperti menurunnya angka kelahiran di tahun 1990-an, sehingga peningkatan terhadap kesehatan

anak meningkat. Selain itu Pemerintah menjalankan berupa pemberian vaksinasi terhadap balita dengan capaian target sebanyak $\frac{3}{4}$ jumlah balita tervaksinasi.

Tabel 4. Life Expectancy at Birth

Negara	2009	2010	2011	2012	2013
Singapore	81	82	82	82	82
Brunei Darussalam	78	78	78	78	79
Malaysia	74	74	75	75	75
Thailand	74	74	74	74	74
Indonesia	70	70	70	71	71
Philippines	68	68	68	69	69
Vietnam	75	75	75	76	76
Laos	66	67	67	68	68
Myanmar	64	65	65	65	65
Cambodia	70	71	71	71	72

Sumber : World Bank Data, 2015

5. PEMBAHASAN

Dengan disahkannya Undang-Undang Kesehatan, peningkatan pelayanan kesehatan semestinya diiringi dengan meningkatnya capaian kinerja yang tercermin dalam indikator-indikator di bidang kesehatan. Berdasarkan data empiris yang telah disajikan, target kinerja yang dicapai tidak menunjukkan perubahan positif yang signifikan setelah disahkannya Undang-Undang Kesehatan. Walaupun memiliki kenaikan, tren yang ada menunjukkan belum ada perubahan, baik antara sebelum maupun sesudah disahkannya Undang-Undang tentang kesehatan. Hal ini mengindikasikan bahwa Undang-Undang Kesehatan belum memberikan dampak yang signifikan terhadap peningkatan pelayanan di bidang kesehatan. Target-target yang dicapai seperti peningkatan angka harapan hidup, capaian pelayanan kesehatan, penyediaan sarana kesehatan, serta pengendalian penyakit dan kesehatan lingkungan memiliki tren yang sama dengan disahkannya atau tidaknya Undang-Undang Kesehatan.

Tabel 5. Nilai Korelasi GDP per Kapita Terhadap Total Pengeluaran Kesehatan

	Tahun				
	2009	2010	2011	2012	2013
Nilai Korelasi	0,97	0,98	0,95	0,95	0,96

Dengan membandingkan korelasi antara GDP per kapita dengan total pengeluaran kesehatan perkapita pada negara-negara ASEAN (selain Kamboja), dapat kita ambil kesimpulan bahwa terdapat hubungan positif antara GDP per kapita suatu negara dengan total pengeluaran kesehatan per kapita dengan nilai rata-rata korelasi antara tahun 2009 sampai dengan tahun 2013 sebesar 0,96. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa peningkatan GDP per kapita akan meningkatkan total pengeluaran kesehatan per kapita.

Selanjutnya, peran serta Pemerintah dalam pengalokasian kebutuhan akan kesehatan merupakan opsi. Hal ini tergantung dari kebijakan Pemerintah itu sendiri apakah akan mengambil peran yang besar atau menyerahkannya hal tersebut kepada pihak swasta. Tentunya hal ini juga mempertimbangkan faktor ketersediaan dana Pemerintah (*fiscal space*) dalam mendukung pengalokasian di bidang kesehatan. Perbandingan antara capaian di bidang kesehatan yang diwakili oleh indikator *life expectancy* mengindikasikan Indonesia masih stagnan berada pada kelompok GDP per kapita sedang, dalam hal ini antara Philipina dan Thailand. Bahkan Indonesia masih di bawah Kamboja dan Vietnam yang merupakan kelompok negara dengan GDP per kapita rendah.

Dengan menilik alokasi anggaran kesehatan pada kurun waktu 2005 hingga 2013, tren kenaikan alokasi anggaran kesehatan belum memenuhi amanat undang-undang tentang kesehatan (sebesar %5 dari APBN). Alokasi tahun 2005 hingga tahun 2015 di bidang kesehatan adalah bervariasi antara 1,9% hingga 3,7% dari APBN.

6. PENUTUP

Setelah menganalisis beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pengalokasian anggaran kesehatan di Indonesia terdapat beberapa hal yang dapat dijadikan kesimpulan, yaitu:

- a. Anggaran belanja di bidang kesehatan Indonesia belum sesuai dengan yang diamanatkan oleh Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 (belum mencapai 5% dari belanja negara);
- b. Alokasi anggaran kesehatan menunjukkan tren kenaikan (meskipun belum memenuhi amanat Undang-Undang Kesehatan) sebagai tanda bahwa kesehatan merupakan salah satu prioritas pembangunan;
- c. Antara target dan capaian kinerja kesehatan menunjukkan perbaikan dan/atau kenaikan dalam beberapa aspek bidang kesehatan seiring dengan tren kenaikan alokasi anggarannya; dan
- d. Posisi Indonesia khususnya di bidang kesehatan dibanding dengan negara-negara ASEAN selama rentang waktu 2008-2013 tidak menunjukkan perubahan signifikan (masih dalam kelompok negara dengan GDP per kapita sedang) padahal alokasi anggaran kesehatan menunjukkan tren kenaikan dan target-target pada beberapa aspek bidang kesehatan tercapai.

DAFTAR PUSTAKA

- Anand, S. and M Ravallion, 1993, *Human Development in Poor Countries: on the XX Private Incomes and Public Services*, *Journal of Economic Perspectives*, (7)1, 133-1XX.
- Anwar Shah dan Chunli Shen, 2007, *"Budgeting and budgetary Institutions"*, The World Bank, Washington , D.C.
- Data Statistik BPS, Indonesia, 2005-2014.
- Haub, Carl & Thi Thu Huong, Phuong, 2003,
<http://www.prb.org/Publications/Articles/2003/AnOverviewofPopulationandDevelopmentinVietnam.aspx>
diakses bulan November 2015

- Keehley, Patricia dan Neil N. Abercrombie.2008."*Benchmarking in The Public and Nonprofit Sectors: Best Practices for Achieving Performance Breakthroughs—2nd Ed*", Jossey Bass, San Fransisco
- Kementerian Kesehatan, 2007, "Profil Kesehatan Indonesia 2005", Kementrian Kesehatan R.I., Jakarta
- Kementerian Kesehatan, 2015, "Profil Kesehatan Indonesia 2014", Kementrian Kesehatan R.I., Jakarta
- Kementerian Kesehatan, 2015, "Laporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2014", Kementerian Kesehatan R.I., Jakarta
- Muis, Irsan et all, 2015, "*Kajian Pemenuhan Anggaran Kesehatan*", working paper, Jakarta.
- World Health Organization (WHO), 2003, How Much Should Countries Spend on Health?, Departement "Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation" FER Cluster " Evidence and Information for Policy" (EIP), Genewa.
- World Health Organization (WHO), 2014, "*Country Cooperation Strategy at a Glancet: Kamboja*", diakses bulan November 2015.
- World Bank Data <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> diakses bulan November 2015.
- World Bank Data <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> diakses bulan November 2015.
- World Bank Data
<http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN/countries?page=1> diakses bulan November 2015.