



UNIVERSITAS INDONESIA

**DISTRIBUSI MANFAAT BELANJA PEMERINTAH PUSAT
DAN PEMERINTAH PROVINSI DI SEKTOR KESEHATAN
(STUDI KASUS ENAM PROVINSI DI INDONESIA
TAHUN 2009)**

TESIS

**VINDA PRATAMA
0906499801**

**FAKULTAS EKONOMI
PROGRAM MAGISTER PERENCANAAN DAN KEBIJAKAN PUBLIK
JAKARTA
JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**DISTRIBUSI MANFAAT BELANJA PEMERINTAH PUSAT
DAN PEMERINTAH PROVINSI DI SEKTOR KESEHATAN
(STUDI KASUS ENAM PROVINSI DI INDONESIA
TAHUN 2009)**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Ekonomi

**VINDA PRATAMA
0906499801**

**FAKULTAS EKONOMI
PROGRAM MAGISTER PERENCANAAN DAN KEBIJAKAN PUBLIK
KEKHUSUSAN MANAJEMEN SEKTOR PUBLIK-KEMISKINAN
JAKARTA
JULI 2011**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan Plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Jakarta, 20 Juli 2011



(Vinda Pratama)

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Vinda Pratama

NPM : 0906499801

Tanda Tangan : 

Tanggal : 20 Juli 2011

LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Vinda Pratama

NPM : 0906499801

Program Studi : Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik

Judul Tesis : Distribusi Manfaat Belanja Pemerintah Pusat dan Pemerintah Provinsi di Sektor Kesehatan (Studi Kasus Enam Provinsi Di Indonesia Tahun 2009)

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ekonomi pada Program Studi Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik, Fakultas Ekonomi, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Dr. Mohamad Ikhsan, S.E., M.A.



Ketua Penguji : Iman Rozani, S.E., M.Soc.Sc.



Penguji : Ir. Hania Rahma, M.Si.



Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 20 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Rabbil 'Alamin..

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala, karena atas ridho dan ijin-Nya penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul ***Distribusi Manfaat Belanja Pemerintah Pusat dan Pemerintah Provinsi di Sektor Kesehatan (Studi Kasus Enam Provinsi Di Indonesia Tahun 2009)***. Shalawat dan salam kepada junjungan Nabi besar Muhammad S.A.W tidak lupa penulis panjatkan. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Ekonomi Program Studi Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik (MPKP), Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.

Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dari berbagai pihak pada saat masa perkuliahan sampai dengan penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dan mendukung selesainya tesis ini:

1. Bapak Prof. Dr. Mohamad Ikhsan, S.E., M.A., selaku dosen pembimbing yang dalam kesibukannya bersedia meluangkan waktu untuk mengarahkan dan membimbing penulis dalam menyelesaikan tesis;
2. Bapak Iman Rozani, S.E., M.Soc.Sc. dan Ibu Ir. Hania Rahma, M.Si. selaku dosen penguji, yang telah bersedia memberikan koreksi untuk menyempurnakan tesis ini;
3. Ibu Thia Jasmina, S.E., M.Sc., selaku dosen yang memberikan pemikiran dasar terkait topik tesis ini;
4. Bapak Usman, selaku dosen yang memberikan pengarahan teknis terkait metode *incidence analysis* yang digunakan penulis;
5. Bapak Arindra Artasya Zainal, S.E., M.Sc., Ph.D, selaku Ketua Program Studi Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik (MPKP), FEUI;
6. Ibu Siti, Ibu Warni, dan seluruh staf administrasi program MPKP yang telah banyak membantu kelancaran proses perkuliahan selama penulis kuliah di MPKP;

7. Para dosen pengajar MPKP yang telah menambah ilmu pengetahuan penulis selama mengikuti perkuliahan;
8. Papa, Mama, Ade, dan seluruh keluarga yang telah mendukung dan berdoa untuk penulis selama ini. Tesis ini adalah bentuk cinta kasih penulis atas semua pengorbanan, doa dan dukungan yang telah keluarga berikan. Semoga Penulis dapat menjadi kebanggaan keluarga;
9. Raden Pratama Prabawaputra, S.Pi., yang selalu mendampingi dan memberikan semangat disaat penulis mengalami masa-masa sulit. Tesis ini menjadi bukti kasih sayang penulis atas dukungan tulus dan ikhlas yang telah diberikan kepada penulis. *Je vous aime*;
10. Vinny Stephanie, S.Si. dan Utami Rahayu, S.Si., yang selalu memberikan keceriaan dengan tulus kepada penulis;
11. Teman-teman MPKP FE-UI angkatan XX Pagi Reguler : Ka Dhita, Bang Sonny, Ryo San, Mas Saddam, Mas Lukman, Mas Sigit, Mas Yudi, Mas Gribig, Mas Doddy, Mas Arif, Mas Arinto, dan Pak Mul. Kalian adalah penyemangat sejati bagi penulis.
12. Teman-teman kelas kekhususan kemiskinan: Mba Dyah, Mas Saeful, Mas Winu, dan Mba Andi. Semoga kita dapat menjadi pionir penanggulangan kemiskinan di Indonesia, *Amin..*
13. Sabrina Valentina (*Sabi*) dan Kang Irwan yang telah memberikan ketenangan kepada penulis disaat penulis harus menyelesaikan tesis ini. Do'a singkat itu telah menenangkan hati ini. *Nuhun..*

Penulis sangat terbuka terhadap saran dan kritik yang dapat membuat tesis ini lebih sempurna. Akhir kata, penulis berharap Allah berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 20 Juli 2011



Penulis

LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademis Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Vinda Pratama
NPM : 0906499801
Program Studi : Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik
Departemen : Ilmu Ekonomi
Fakultas : Ekonomi
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**DISTRIBUSI MANFAAT BELANJA PEMERINTAH PUSAT DAN
PEMERINTAH PROVINSI DI SEKTOR KESEHATAN STUDI KASUS
ENAM PROVINSI DI INDONESIA TAHUN 2009**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/format mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada Tanggal : 20 Juli 2011

Yang menyatakan



(Vinda Pratama)

vii

ABSTRAK

Nama : Vinda Pratama
Program Studi : Manajemen Sektor Publik-Kemiskinan
Judul : Distribusi Manfaat Belanja Pemerintah Pusat dan Pemerintah Provinsi di Sektor Kesehatan (Studi Kasus Enam Provinsi Di Indonesia Tahun 2009)

Penelitian ini menganalisa manfaat dari belanja pemerintah pusat dan provinsi tahun 2009 di sektor kesehatan, studi kasus enam provinsi di Indonesia (Jawa Barat, Bali, Sulawesi Barat, Gorontalo, Kalimantan Timur dan Maluku). Jenis fasilitas kesehatan pemerintah (rumah sakit pemerintah dan puskesmas) digunakan sebagai pendekatan untuk menilai manfaat dari sektor kesehatan. Tujuan utama penelitian melihat efisiensi dari manfaat belanja pemerintah sektor kesehatan, khusus untuk fasilitas kesehatan. Metode utama penelitian adalah *Benefit Incidence Analysis*. Hasil penelitian menemukan manfaat belanja kesehatan pemerintah pusat belum bersifat progresif. Hal ini karena, manfaat dari belanja kesehatan untuk rumah sakit pemerintah masih bersifat regresif-netral, walaupun manfaat dari belanja kesehatan untuk puskesmas sudah merata dan memihak rumah tangga miskin. Penelitian ini juga menemukan hasil *benefit incidence* untuk keenam wilayah penelitian. Manfaat belanja kesehatan pemerintah Jawa Barat relatif bersifat progresif-netral. Sedangkan manfaat belanja kesehatan di provinsi Bali, Sulawesi Barat, Gorontalo, Kalimantan Timur dan Maluku belum bersifat progresif.

Kata Kunci : Belanja pemerintah, kesehatan dan kemiskinan, dan *Benefit Incidence Analysis*

ABSTRACT

Name : Vinda Pratama
Study Program : Public Sector Management-Poverty
Title : The Distribution of Benefit of Central and Provincial Government Spending in the Health Sector (Case Study of Six Provinces in Indonesia Year 2009)

This study, is to analyzed the benefit of central and provincial government spending for years 2009 in the health sector, a case study of six provinces in Indonesia (West Java, Bali, West Sulawesi, Gorontalo, East Kalimantan and Maluku). This type of government health facilities (government hospitals and health center) are used as an approach to assess the benefit of the health sector. The main purpose of this research is to see the efficiency of benefit government spending in the health sector, specifically for healthcare facilities. The main method of this research is The Benefit Incidence Analysis. The study found that the benefit of central government health spending has not been progressive. This is because the benefit of health spending for government hospital still relative regressive-neutral likely, although the benefit of health spending for health centers has been justified and favor poor households. The study also found a benefit incidence results for the six study areas. Benefit of government health spending in West Java is relatively progressive-neutral. While the benefit of health spending in the province of Bali, West Sulawesi, Gorontalo, East Kalimantan and Maluku not showing the progressive.

Key Words : Government Spending, Health and Poverty, and Benefit Incidence Analysis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah.....	4
1.3. Tujuan Penelitian.....	10
1.4. Manfaat Penelitian.....	10
1.5. Batasan Penelitian	11
1.6. Kerangka Pemikiran.....	11
1.7. Metodologi	13
1.8. Sistematika Penulisan.....	15
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	17
2.1. Penelitian Sebelumnya	17
2.2. Kemiskinan dan Kesehatan	31
2.3. Belanja Publik Untuk Kesehatan.....	33
2.3.1. Tren Belanja Pemerintah Pusat dan Sektor Kesehatan	34
2.3.2. Tren dan Tingkat Belanja Kesehatan di Daerah.....	36
2.3.3. Perbandingan Internasional dalam Hal Belanja Kesehatan....	37
BAB 3 METODOLOGI	40
3.1. Jenis dan Sumber Data	40

3.1.1.	Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas)	41
3.1.2.	APBN	43
3.1.3.	APBD	44
3.1.4.	Dana Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan	44
3.2.	Deskripsi Data	45
3.2.1.	Tabel Frekuensi	46
3.2.2.	Ukuran Deskripsi.....	47
3.3.	Benefit Incidence Analysis.....	47
BAB 4	HASIL DAN PEMBAHASAN	53
4.1.	Deskripsi Data	53
4.1.1.	Nasional.....	53
4.1.2.	Wilayah Penelitian	64
4.2.	Benefit Incidence.....	71
4.2.1.	Nasional.....	75
4.2.2.	Wilayah Penelitian	78
BAB 5	KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	88
5.1.	Kesimpulan.....	88
5.2.	Rekomendasi	89
5.2.1.	Rekomendasi Kebijakan.....	89
5.2.2.	Rekomendasi Penelitian Selanjutnya	90
	DAFTAR REFERENSI	92

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Lingkaran Setan Kemiskinan	2
Gambar 1.2	Anggaran Penanggulangan Kemiskinan dalam APBN Tahun 2002-2010	4
Gambar 1.3	Transfer APBN per Kapita di 33 Provinsi Indonesia Tahun 2009...7	
Gambar 1.4	Kerangka Pikir Penelitian.....	13
Gambar 2.1	Kurva Konsentrasi dari <i>Benefit Incidence</i> Layanan Kesehatan Pemerintah.....	20
Gambar 2.2	Kurva konsentrasi untuk subsidi sektor kesehatan dan kurva lorenz dari konsumsi rumah tangga di Vietnam tahun 1998.....	25
Gambar 2.3	Distribusi Belanja Pemerintah Pusat Menurut Fungsi.....	34
Gambar 2.4	Tren Belanja Pemerintah Pusat Berdasarkan Fungsi Kesehatan	35
Gambar 2.5	Distribusi Kementrian Lembaga Pelaksana Fungsi Kesehatan...36	
Gambar 2.6	Distribusi Persentasi Belanja Kesehatan Terhadap Total Belanja Daerah Tahun 2009	37
Gambar 3.1	Alur Penelitian.....	50
Gambar 4.1	Keluhan Kesehatan dan Tindakan Perawatan	53
Gambar 4.2	Jenis Keluhan Kesehatan.....	56
Gambar 4.3	Jenis Keluhan Kesehatan untuk Kelompok 20 Persen Termiskin dan Terkaya	57
Gambar 4.4	Fasilitas Kesehatan yang Digunakan Rumah Tangga Indonesia untuk Berobat Jalan	58
Gambar 4.5	Partisipasi Rumah Tangga dalam Memanfaatkan Rumah Sakit Pemerintah.....	65
Gambar 4.6	Partisipasi Rumah Tangga dalam Memanfaatkan Puskesmas.....	66
Gambar 4.7	Perilaku Rumah Tangga dalam Mengeluarkan Biaya Kesehatan ..	67
Gambar 4.8	Rata-Rata Pengeluaran Rumah Tangga Per kapita untuk Kesehatan	69
Gambar 4.9	Proporsi Belanja Kesehatan terhadap Total Belanja Rumah Tangga	70

Gambar 4.10	Proporsi Belanja Sektor Kesehatan Pemerintah Pusat terhadap Total Belanja Pemerintah Tahun 2009	71
Gambar 4.11	Proporsi Belanja Sektor Kesehatan Pemerintah Daerah Terhadap Total Belanja Pemerintah Tahun 2009	72
Gambar 4.12	Rata-Rata Proporsi Belanja Fasilitas Kesehatan terhadap Total Belanja Kesehatan	74
Gambar 4.13	Kurva Lorenz dan Kurva Konsentrasi dari Manfaat Belanja Fasilitas Kesehatan Pemerintah.....	77
Gambar 4.14	Rekapitulasi Data SDM Kesehatan Desember 2009	86
Gambar 4.15	Rasio Dokter Umum, dan Bidan Terhadap Jumlah Puskesmas Tahun 2009.....	87



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Daftar Nama Provinsi Berdasarkan Transfer APBN per Kapita	7
Tabel 2.1	Kebutuhan dan Ketersediaan Data untuk BIA di Sektor Kesehatan	29
Tabel 2.2	Kelebihan dan Keterbatasan Jenis Survei di Indonesia	30
Tabel 2.3	Persentasi Total Pengeluaran Kesehatan terhadap Produk Domestik Bruto	38
Tabel 3.1	Daftar Nama Provinsi dengan Jumlah Sampel yang Digunakan....	42
Tabel 3.2	Contoh Tabel Frekuensi Satu Kategori	46
Tabel 3.3	Contoh Tabel Frekuensi Dua Kategori.....	47
Tabel 3.4	Variabel Binary untuk Benefit Incidence Analysis	52
Tabel 4.1	Tindakan Perawatan Rumah tangga Ketika Memiliki Keluhan Kesehatan	54
Tabel 4.2	Partisipasi Rumah Tangga dalam Memanfaatkan Rumah Sakit Pemerintah.....	59
Tabel 4.3	Partisipasi Rumah Tangga dalam Memanfaatkan Rumah Sakit Pemerintah dan Rumah Sakit Swasta	60
Tabel 4.4	Partisipasi Rumah Tangga dalam Memanfaatkan Puskesmas.....	61
Tabel 4.5	Perilaku Rumah Tangga dalam Mengeluarkan Biaya Kesehatan ..	62
Tabel 4.6	Pengeluaran Rumah Tangga Per Kapita Untuk Kesehatan	63
Tabel 4.7	Proporsi Pengeluaran Kesehatan Terhadap Total Pengeluaran Rumah Tangga.....	64
Tabel 4.8	Daftar Sektor dari Belanja Pemerintah Menurut Fungsi	71
Tabel 4.9	Manfaat Belanja Pemerintah Pusat di Sektor Kesehatan untuk Rumah Sakit Pemerintah	75
Tabel 4.10	Manfaat Belanja Pemerintah Pusat di Sektor Kesehatan untuk Puskesmas.....	76
Tabel 4.11	Manfaat Belanja Pemerintah Provinsi di Sektor Kesehatan untuk Rumah Sakit Pemerintah	79
Tabel 4.12	Rasio Rumah Sakit Pemerintah per 1,000 Km ² Luas Wilayah Tahun 2009.....	81

Tabel 4.13	Manfaat Belanja Pemerintah Provinsi di Sektor Kesehatan untuk Puskesmas.....	82
Tabel 4.14	Rasio Puskesmas per 1,000 Km ² Tahun 2009.....	85



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Rincian Provinsi Berdasarkan Transfer APBN ke Daerah Tahun 2009 dan Jumlah Penduduk (t-1).....	95
Lampiran 2	Daftar Realisasi Belanja Pemerintah Pusat Untuk Sektor Kesehatan	96
Lampiran 3	Distribusi Belanja Pemerintah Pusat Tahun 2005-2009.....	97
Lampiran 4	Realisasi Total Belanja Daerah dan Belanja Kesehatan Tahun 2009	98
Lampiran 5	Proporsi Belanja Fasilitas Kesehatan terhadap Total Belanja Kesehatan	99
Lampiran 6	Manfaat Belanja Pemerintah Provinsi di Sektor Kesehatan untuk Rumah Sakit Pemerintah.....	100
Lampiran 7	Manfaat Belanja Pemerintah Provinsi di Sektor Kesehatan untuk Puskesmas.....	102
Lampiran 8	Rekapitulasi Data Sumber Daya Manusia dalam Bidang Kesehatan Per Provinsi Keadaan Desember 2009	104

BAB 1

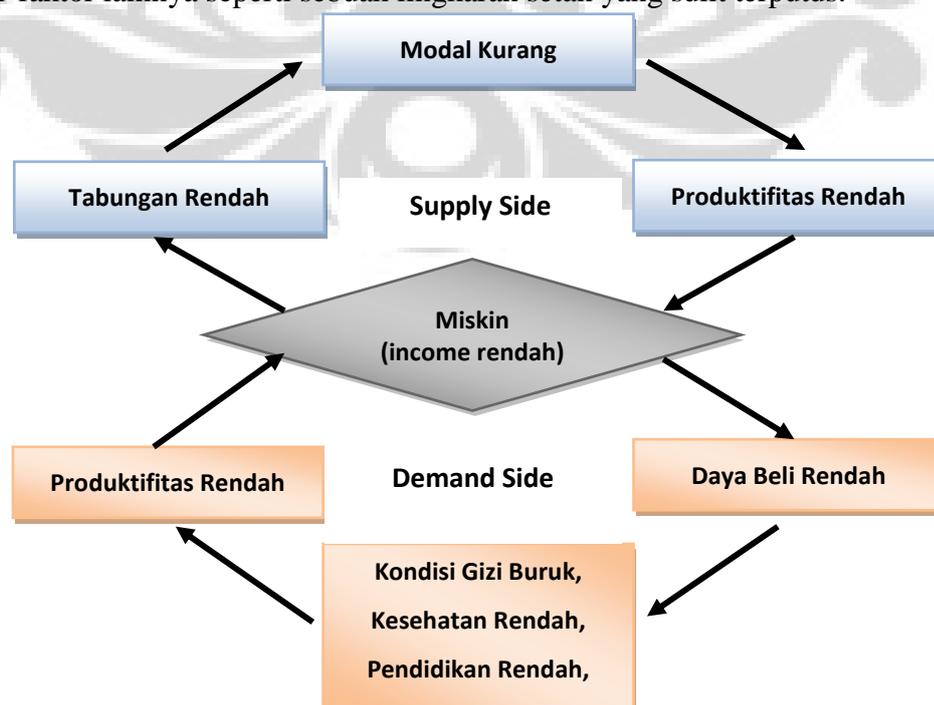
PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Permasalahan kesehatan di Indonesia masih kurang membanggakan, hal tersebut dapat dilihat dari indikator kematian, salah satunya kematian ibu dan anak. Apabila dibandingkan dengan negara Malaysia, angka kematian ibu di sana lebih kecil, yaitu 40 : 100,000. Sedangkan di Indonesia, angka kematian ibu mencapai 300 : 100,000. Selain itu, HDI (*Human Development Index*) untuk Indonesia belum cukup membanggakan. Indonesia masuk dalam kategori HDI sedang, berada di posisi 111 dari 182 negara di dunia. Pada tahun 2007 HDI Indonesia sebesar 0.734, mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan tahun 2006 (HDI 2006 adalah 0.729). Kondisi yang seperti ini, memperlihatkan bahwa komitmen Indonesia masih sangat lemah dalam urusan kesehatan. Padahal kesehatan sangat penting untuk sumber daya manusia, terutama rumah tangga miskin.

Kesehatan secara langsung maupun tidak langsung akan mempengaruhi tingkat kemiskinan. Mengutip World Bank (2007) yang menyatakan bahwa, rumah tangga miskin sangat rentan terhadap gangguan kesehatan. Bagi rumah tangga miskin, kesehatan dapat berdampak negatif terhadap kesejahteraan keluarga. Fakta yang diungkap dalam World Bank (2007) yaitu, hilangnya pendapatan yang disebabkan oleh faktor kesehatan lebih sering dilaporkan, daripada hilangnya pendapatan yang diakibatkan oleh pengangguran. Kondisi ini tidak hanya berlaku untuk kelompok miskin, melainkan untuk semua kelompok yang ada. Ketika suatu keluarga mengalami gangguan kesehatan, maka keluarga tersebut akan melakukan pengobatan atau perawatan untuk memulihkan kondisi kesehatannya. Pengobatan atau perawatan yang dilakukan dapat berdampak pada pengurangan penghasilan keluarga. Sehingga ketika sektor kesehatan terganggu, akan mengakibatkan terganggunya tingkat pendapatan suatu rumah tangga. Terganggunya tingkat pendapatan dapat membawa suatu keluarga masuk ke dalam lubang kemiskinan.

Hubungan antara kesehatan dan kemiskinan juga dapat dijelaskan melalui teori lingkaran setan kemiskinan (*vicious circle of poverty*) karya Ragnar Nurkse. Teori ini dapat divisualisasikan melalui Gambar 1.1. Pada Gambar 1.1 diketahui, ketika rumah tangga memiliki pendapatan yang rendah (miskin), maka daya beli rumah tangga tersebut terhadap suatu komoditas barang ataupun jasa juga akan rendah. Hal ini akan berimplikasi pada pemenuhan kebutuhan dasar yang rendah. Kebutuhan dasar rumah tangga antara lain: kebutuhan gizi, kesehatan, pendidikan dan infrastruktur. Kemiskinan akan berdampak terhadap pemenuhan gizi yang rendah, sehingga kualitas kesehatan dari rumah tangga miskin juga akan rendah. Kualitas kesehatan yang rendah akan memperlambat usaha rumah tangga miskin ini untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Modal utama yang dimiliki rumah tangga miskin untuk memenuhi kebutuhan hidup hanyalah tenaga (*labor*), sulit bagi rumah tangga miskin untuk membuka usaha dalam mencari pendapatan. Sehingga rendahnya kualitas kesehatan dapat menyebabkan produktifitas dari rumah tangga miskin menurun. Pendapatan yang diperoleh ketika rumah tangga miskin ini sakit akan jauh lebih rendah dibandingkan ketika sehat. Selain tidak memiliki pendapatan selagi sakit, rumah tangga miskin harus mengeluarkan biaya lebih untuk berobat. Gangguan kesehatan yang dialami rumah tangga miskin (rentan miskin), akan membawa rumah tangga jatuh ke dalam jurang kemiskinan yang lebih dalam lagi. Seterusnya masalah kemiskinan akan berdampak terhadap faktor-faktor lainnya seperti sebuah lingkaran setan yang sulit terputus.



Gambar 1.1. Lingkaran Setan Kemiskinan
 Distribusi manfaat..., Vinda Pratama., FEUI, 2011

Guncangan terhadap pendapatan atau pengeluaran, seperti hilangnya pendapatan karena sakit dan biaya perawatan, dapat menyebabkan perubahan secara tiba-tiba pada tingkat kemiskinan rumah tangga. Situasi seperti ini sangat mengancam Indonesia, karena Indonesia memiliki jumlah penduduk rentan miskin yang sangat besar (World Bank, 2007). Indonesia telah berhasil menekan jumlah penduduk di bawah garis kemiskinan hingga 31,02 juta orang (Maret 2010), namun jumlah penduduk rentan miskin sekitar 29,38 juta orang. Profil penduduk rentan miskin mempunyai ciri-ciri yang sangat mirip dengan penduduk miskin (World Bank 2007). Ini berarti, guncangan kesehatan yang dialami oleh penduduk rentan miskin akan meningkatkan angka kemiskinan Indonesia. Implikasinya, kebijakan-kebijakan yang relevan dengan upaya untuk mendorong penduduk miskin berada di atas garis kemiskinan nasional, juga relevan dengan upaya untuk mendongkrak tingkat pendapatan penduduk rentan miskin yang lebih tinggi (di atas 2 dollar AS per hari).

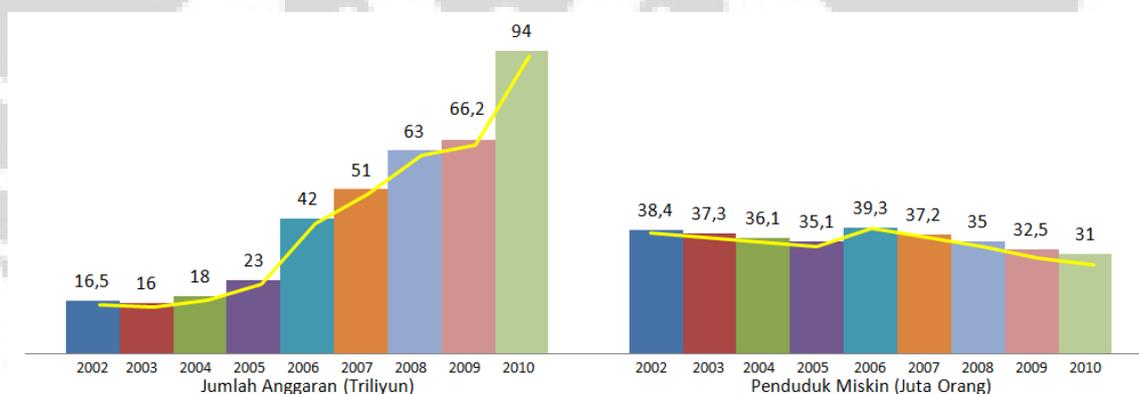
Sejarah pengentasan kemiskinan di Indonesia tercatat dalam World Bank (2007), ada tiga cara untuk mengentaskan kemiskinan. Cara-cara untuk membantu mengangkat diri dari kemiskinan adalah melalui pertumbuhan ekonomi, layanan rumah tangga dan belanja negara. Strategi pengentasan kemiskinan yang efektif bagi Indonesia dengan menggunakan belanja negara, yaitu menjadikan belanja negara bermanfaat bagi penduduk miskin. Mawardi dan Sumarto (2003) menggunakan belanja negara sebagai salah satu cara penanggulangan kemiskinan dengan membuat kebijakan anggaran belanja negara yang memihak pada orang miskin (*pro-poor budget*). Dalam penelitiannya Mawardi dan Sumarto (2003) menyampaikan pula bahwa *pro-poor budget* harus tetap dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan, dari sekian banyak kebijakan lain yang dipergunakan untuk menanggulangi kemiskinan. *Pro-poor budget* dapat mendukung penanggulangan kemiskinan jika realisasinya dalam belanja negara atau pengeluaran pemerintah juga memihak pada orang miskin.

Fan et. al. (1999) dalam Syam (2009) mengemukakan bahwa jenis pengeluaran pemerintah yang diidentifikasi mempunyai pengaruh, baik secara langsung maupun tidak langsung, terhadap kemiskinan adalah pengeluaran untuk

pendidikan, kesehatan, infrastruktur, teknologi, perumahan, subsidi, dan transfer. Senada dengan salah satu temuan penting dalam penelitian Syam 2009 yaitu pengeluaran pemerintah untuk pendidikan dan kesehatan merupakan sebuah kebijakan yang “*pro-poor*”. Pengeluaran kesehatan tidak seperti halnya pengeluaran pendidikan, disamping merupakan sebuah kebijakan yang “*pro-poor*” juga sekaligus merupakan kebijakan yang “*pro-growth*”. Sehingga dapat dinyatakan bahwa pengeluaran kesehatan selain potensial mengurangi angka kemiskinan, juga potensial mendorong laju pertumbuhan.

1.2. Perumusan Masalah

Mengutip dari Lembaga penelitian SMERU (2004), pemerintah memberikan anggaran penanggulangan kemiskinan yang meningkat setiap tahunnya, tetapi angka kemiskinan itu sendiri terus meningkat atau bertahan. Kondisi ini didukung dengan Gambar 1.2, pada gambar tersebut dapat dilihat perkembangan anggaran penanggulangan kemiskinan dalam APBN dari tahun 2002 sampai dengan tahun 2010.



Sumber : <http://data.menkokesra.go.id> dan BPS, diolah

Gambar 1.2 Anggaran Penanggulangan Kemiskinan dalam APBN Tahun 2002-2010

Berdasarkan Gambar 1.2 terlihat bahwa anggaran pemerintah untuk penanggulangan kemiskinan di tahun 2010 mengalami kenaikan yang cukup signifikan yaitu sebesar 27,8 triliyun dari 66,2 triliyun atau menjadi 94 triliyun. Dampak dari kenaikan anggaran ini tentu saja diharapkan dapat menurunkan jumlah penduduk miskin yang sangat signifikan pula. Tetapi jumlah penduduk

miskin pada tahun 2010 mengalami penurunan yang tidak terlalu signifikan, yaitu dari 32,5 juta orang di tahun 2009 menjadi 31 juta orang.

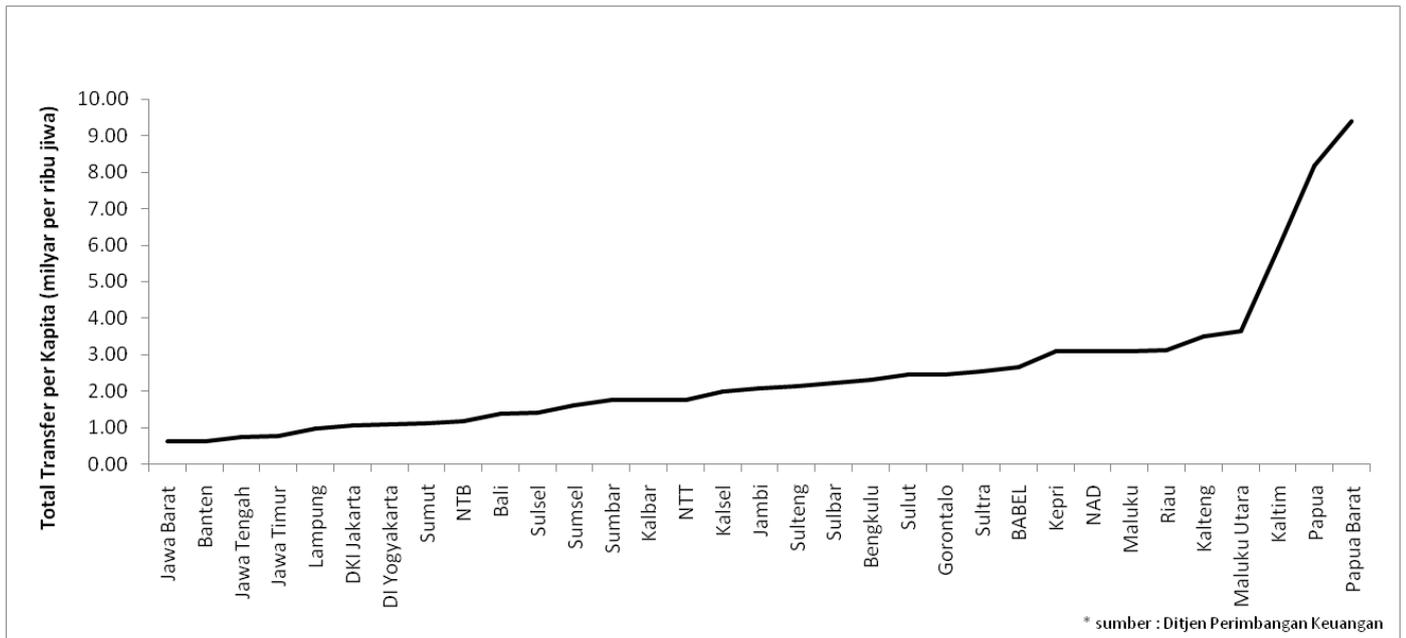
Peran pemerintah pusat terhadap masalah kemiskinan yang dialami oleh rumah tangganya telah ditunjukkan dengan alokasi anggaran pemerintah untuk menanggulangi kemiskinan yang terus meningkat setiap tahunnya. Tetapi kenaikan anggaran ini tidak sebanding dengan penurunan jumlah penduduk miskin. Konstannya jumlah penduduk miskin di Indonesia diakibatkan oleh permasalahan kemiskinan yang multidimensi.

Selama ini pengelolaan program penanggulangan kemiskinan secara langsung ditangani oleh pemerintah pusat. Semua sumber dananya berasal dari APBN atau sumber-sumber lain yang berasal atau dikelola oleh pemerintah pusat. Alawi (2006) berpendapat proses perencanaan pembangunan di daerah berubah sejak otonomi daerah dan desentralisasi fiskal. Perubahan berlaku sejak tanggal 1 Januari 2001 dan didasarkan pada Undang-Undang Nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, dan UU nomor 25 tahun 1999 tentang Keuangan Daerah. Proses perencanaan pembangunan daerah diberikan kewenangan yang besar kepada daerah untuk mengelola daerahnya sendiri, dan meningkatkan alokasi dana transfer dari pemerintah pusat ke daerah dalam bentuk dana pembangunan. Sejalan dengan pelaksanaan otonomi daerah yang mulai berlaku, sejak Januari 2001, upaya pengentasan kemiskinan tidak lagi sepenuhnya menjadi tanggung jawab atau dilakukan oleh pemerintah pusat. Dalam kewenangan otonomi yang dipunyai daerah melekat pula kewenangan dan tanggung jawab untuk secara aktif dan secara langsung mengupayakan penanggulangan kemiskinan di daerah yang bersangkutan. Sejalan dengan Alawi, Mawardi dan Sumarto (2003) memiliki pendapat yang sama yaitu sejak Januari 2001, melalui pemberlakuan kebijakan desentralisasi dan otonomi daerah, pemerintah daerah mempunyai kewenangan yang besar untuk merencanakan, merumuskan dan melaksanakan kebijakan dan program pembangunan yang sesuai dengan kebutuhan setempat. Kewenangan otonom yang dimiliki daerah, melekat pula kewenangan dan sekaligus tanggung jawab untuk secara aktif dan secara langsung mengupayakan kebijakan penanggulangan kemiskinan di daerah yang bersangkutan. Tanggung jawab

demikian sebenarnya merupakan konsekwensi dari salah satu tujuan pelaksanaan otonomi daerah, yakni menciptakan sistem layanan publik yang lebih baik, efektif, dan efisien. Sehingga diharapkan dapat meningkatkan kesejahteraan serta kemandirian rumah tangga. Oleh karena itu, upaya penanggulangan kemiskinan tidak lagi menjadi tanggung jawab atau dilakukan oleh pemerintah pusat semata melainkan menjadi tanggung jawab bersama pemerintah pusat dan daerah.

Berbagai strategi, kebijakan, dan program penanggulangan kemiskinan di daerah yang sudah dirancang oleh pemerintah, pada akhirnya tergantung pada ketersediaan dan mekanisme penggunaan anggaran. Salah satu sumber anggaran daerah yang berasal dari transfer APBN ke daerah tentu saja akan berbeda untuk setiap daerah. Masing-masing daerah memiliki perhitungan kebutuhan pembiayaan daerah. Andika (2004) mendefinisikan ada empat variabel yang berhubungan dengan perhitungan kebutuhan pembiayaan daerah, yaitu (i) jumlah penduduk, (ii) luas wilayah, (iii) indeks harga bangunan, dan (iv) penduduk miskin.

Daerah dengan jumlah penduduk tinggi memberi indikasi pada daerah tersebut untuk mendapatkan transfer APBN yang lebih tinggi dibandingkan dengan daerah yang jumlah penduduknya rendah, dengan asumsi variabel lain (luas wilayah, indeks harga bangunan, dan penduduk miskin) konstan. Untuk membandingkan secara proposional jumlah transfer APBN yang diterima setiap daerah maka digunakan jumlah transfer APBN per kapita, yaitu membagi jumlah transfer APBN ke daerah dengan jumlah penduduk di daerah yang bersangkutan. Secara deskriptif transfer APBN per kapita untuk 33 provinsi di Indonesia dapat dilihat pada Gambar 1.3, sedangkan rincian provinsi berdasarkan transfer APBN ke daerah dan jumlah penduduk dapat dilihat pada Lampiran 1.



Gambar 1.3 Transfer APBN per Kapita di 33 Provinsi Indonesia Tahun 2009

Seluruh provinsi diperingkatkan berdasarkan transfer APBN per kapita, sehingga provinsi dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok. Pertama, provinsi dengan transfer APBN per kapita rendah, kedua, provinsi dengan transfer APBN per kapita sedang, dan ketiga, provinsi dengan transfer APBN per kapita tinggi. Daftar provinsi berdasarkan kelompok transfer APBN per kapita dapat dilihat pada Tabel 1.1.

Tabel 1.1 Daftar Nama Provinsi Berdasarkan Transfer APBN per Kapita

No	Transfer APBN per Kapita		
	Rendah	Sedang	Tinggi
1	Jawa Barat	Sumatera Selatan	Sulawesi Tenggara
2	Banten	Sumatera Barat	Bangka Belitung
3	Jawa Tengah	Kalimantan Barat	Kepulauan Riau
4	Jawa Timur	NTT	NAD
5	Lampung	Kalimantan Selatan	Maluku
6	DKI Jakarta	Jambi	Riau
7	DI Yogyakarta	Sulawesi Tengah	Kalimantan Tengah
8	Sumatera Utara	Sulawesi Barat	Maluku Utara
9	NTB	Bengkulu	Kalimantan Timur

(Sambungan Tabel 1.1)

No	Transfer APBN per Kapita		
	Rendah	Sedang	Tinggi
10	Bali	Sulawesi Utara	Papua
11	Sulawesi Selatan	Gorontalo	Papua Barat

Tinggi atau rendahnya transfer APBN yang oleh diterima setiap provinsi, dapat memberi indikasi terkait tingkat kemandirian di provinsi tersebut. Rendahnya transfer APBN yang di terima, mengindikasikan bahwa provinsi tersebut sudah cukup mandiri dalam membiayai kebutuhan daerahnya. Sebaliknya, jika transfer APBN yang diterima oleh masing-masing provinsi masih tinggi, maka provinsi tersebut belum mandiri dalam memenuhi kebutuhan daerahnya. Secara tidak langsung pemanfaatan anggaran untuk masing-masing provinsi berbeda, begitu pula kebijakan dalam program penanggulangan kemiskinan yang dirancang untuk setiap provinsi akan berbeda. Untuk melihat perbedaan perilaku dari masing-masing provinsi, maka dalam penelitian ini digunakan dua provinsi dari masing-masing kelompok. Kelompok provinsi dengan transfer APBN per kapita rendah diwakili oleh Jawa Barat dan Bali, Sulawesi Barat dan Gorontalo mewakili kelompok provinsi dengan transfer APBN per kapita sedang, sedangkan kelompok provinsi dengan transfer APBN tinggi diwakili oleh Kalimantan Timur dan Maluku. Pemilihan provinsi dilakukan secara acak dan menyesuaikan dengan ketersediaan data yang ada di Departemen Keuangan Republik Indonesia.

Upaya penanggulangan kemiskinan tidak akan dapat berjalan dengan baik jika tidak didukung oleh belanja pemerintah yang menunjukkan kepemihakan kepada orang miskin. Tanpa adanya kebijakan demikian dapat dikatakan bahwa upaya penanggulangan kemiskinan akan terhenti pada tataran wacana, dan sekedar menjadi retorika. Jasmina dkk (2001) melakukan analisa determinan untuk 21 sektor yang ada pada anggaran pengeluaran pembangunan pemerintah daerah dalam APBD. Hasil analisisnya, memperkirakan sektor pengeluaran pembangunan yang berhubungan dengan penanggulangan rumah tangga miskin antara lain:

1. Sektor Pertanian dan Kehutanan
2. Sektor Transportasi
3. Sektor Pendidikan, Kebudayaan Nasional, Kepercayaan terhadap Tuhan YME, Pemuda dan Olahraga
4. Sektor Kesehatan, Kesejahteraan Sosial, Peranan Wanita, Anak dan Remaja
5. Sektor Perumahan dan Pemukiman
6. Sektor Industri
7. Sektor Sumber Daya Air dan Irigasi
8. Sektor Perdagangan, Pengembangan Usaha Daerah, Keuangan Daerah dan Koperasi
9. Sektor Pembangunan Daerah dan Pemukiman
10. Sektor Kependudukan dan Keluarga Sejahtera

Jika merujuk pada Syam (2009), sektor dalam anggaran pemerintah yang berpotensi lebih besar dalam mengurangi angka kemiskinan dan juga potensial mendorong laju pertumbuhan adalah sektor kesehatan. Hasil penelitian ini senada dengan penelitian SMERU (2001). Penelitiannya menyatakan bahwa kesehatan dasar merupakan sektor yang sudah teruji manfaatnya bagi rumah tangga miskin. Penyediaan pelayanan kesehatan dasar ini mencakup puskesmas, posyandu, atau pelayanan kesehatan rumah tangga lainnya. Tetapi sangat disayangkan, manfaat subsidi untuk rumah sakit masih lebih dirasakan oleh kelompok penduduk yang lebih mampu.

Oleh karena itu, alokasi belanja pemerintah untuk sektor kesehatan dasar rumah tangga dapat menjadi salah satu sasaran prioritas pemerintah dalam upaya menaggulangi kemiskinan. Dimana pelayanan kesehatan dasar dapat dimanfaatkan oleh rumah tangga di fasilitas kesehatan pemerintah, seperti rumah sakit ataupun puskesmas. Berdasarkan uraian di atas, permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini yaitu:

1. Bagaimana alokasi dari realisasi belanja pemerintah pusat di sektor kesehatan untuk fasilitas kesehatan pemerintah (rumah sakit pemerintah dan puskesmas)?

2. Bagaimana alokasi dari realisasi belanja pemerintah daerah sektor kesehatan untuk fasilitas pemerintah di keenam wilayah penelitian (Jawa Barat, Bali, Gorontalo, Sulawesi Barat, Kalimantan Timur, dan Maluku)?
3. Bagaimana penggunaan layanan dari fasilitas kesehatan? Apakah fasilitas kesehatan digunakan secara merata oleh seluruh kelompok rumah tangga (miskin dan kaya)?
4. Siapakah yang mendapatkan manfaat dari belanja pemerintah di sektor kesehatan khusus untuk fasilitas kesehatan pemerintah? Apakah belanja pemerintah di sektor kesehatan dinikmati lebih banyak oleh rumah tangga miskin? atau justru lebih banyak dinikmati oleh kaum kaya?

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan umum penelitian ini yaitu untuk melihat efisiensi dari belanja pemerintah sektor kesehatan khusus untuk fasilitas kesehatan. Sedangkan tujuan khusus dari penelitian ini yaitu:

1. Mengetahui distribusi belanja pemerintah di sektor kesehatan, khusus untuk fasilitas pemerintah (rumah sakit pemerintah dan puskesmas).
2. Mengetahui distribusi manfaat dari belanja kesehatan pemerintah khusus untuk fasilitas kesehatan pemerintah, berdasarkan kelompok sosial ekonomi rumah tangga.

1.4. Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini antara lain:

1. Mengetahui distribusi dari alokasi belanja pemerintah ke sektor kesehatan.
2. Memberikan gambaran mengenai distribusi manfaat dari belanja pemerintah dan penggunaan layanan di sektor kesehatan, khusus untuk fasilitas kesehatan pemerintah.
3. Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan evaluasi pemerintah, terhadap belanja pemerintah di sektor kesehatan khusus untuk fasilitas kesehatan (rumah sakit pemerintah dan puskesmas) di tahun-tahun yang akan datang.

1.5. Batasan Penelitian

Analisa yang dilakukan dalam penelitian ini berdasarkan aspek pembelanjaan pemerintah dan terbatas untuk Indonesia. Sedangkan analisa aspek penyusunan anggaran dan aspek penerimaan anggaran tidak dilakukan dalam penelitian ini mengingat analisa ini memerlukan informasi data primer untuk memberikan hasil yang komprehensif. Batasan penelitian juga berlaku untuk tahun anggaran dari realisasi belanja pemerintah, yaitu tahun 2009. Pemilihan tahun anggaran ini karena tahun 2009 merupakan tahun dengan data realisasi belanja pemerintah terlengkap dibanding dengan tahun-tahun terbaru.

Belanja pemerintah menurut fungsi antara lain terdiri dari pelayanan umum, pertahanan, ketertiban dan keamanan, ekonomi, lingkungan hidup, perumahan dan fasilitas umum, kesehatan, pariwisata, budaya, agama, pendidikan, dan perlindungan sosial. Penelitian ini hanya fokus mengkaji satu sektor yaitu kesehatan sedangkan sektor lainnya tidak masuk dalam kajian penelitian ini. Selain belanja pemerintah di sektor kesehatan, masih terdapat belanja pemerintah yang berhubungan langsung maupun tidak langsung terhadap kesehatan rumah tangga miskin. Misalnya belanja pemerintah untuk program Jamkesmas, pada penelitian ini belanja Jamkesmas tidak diakomodir dalam perhitungan belanja pemerintah untuk sektor kesehatan. Belanja pemerintah untuk sektor kesehatan yang diperhitungkan dalam penelitian ini, fokus pada belanja kesehatan yang berhubungan dengan urusan rumah sakit pemerintah dan puskesmas. Sebagai contoh, pada Lampiran 2 dapat dilihat jenis kegiatan dan realisasi belanja pemerintah pusat untuk rumah sakit pemerintah dan puskesmas.

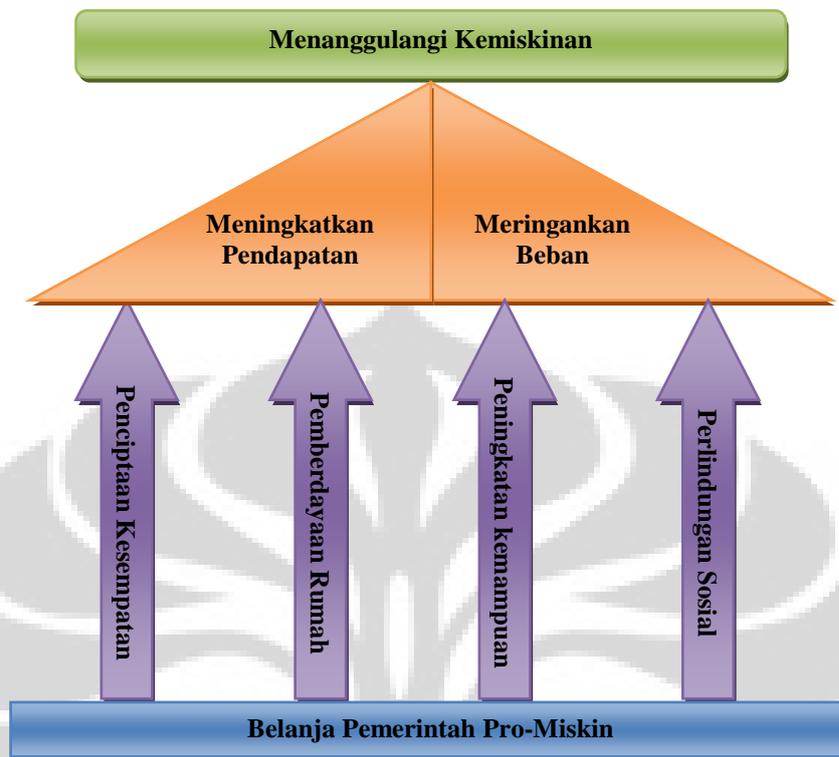
1.6. Kerangka Pemikiran

Merujuk pada SMERU (2004) untuk mempercepat penanggulangan kemiskinan, pemerintah telah memutuskan untuk melakukan pengarusutamaan penanggulangan kemiskinan dalam proses penyusunan Rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (RAPBN). Dimulai dengan rancangan Repeta 2003 yang menempatkan masalah penanggulangan kemiskinan sebagai salah satu prioritas kebijakan di antara 11 prioritas yang telah ditetapkan oleh pemerintah.

Untuk itu dalam RAPBN 2003 dilakukan penajaman program/kegiatan di seluruh sektor terkait melalui langkah kebijakan: (i) penciptaan kesempatan yang berkaitan dengan sasaran pemulihan ekonomi makro, perwujudan pemerintahan yang baik, dan peningkatan pelayanan umum; (ii) pemberdayaan rumah tangga yang berkaitan dengan sasaran penyediaan akses rumah tangga miskin ke sumber daya ekonomi dan keterlibatan rumah tangga miskin dalam pengambilan keputusan; (iii) peningkatan kemampuan yang berkaitan dengan sasaran peningkatan pelayanan pendidikan, kesehatan, pangan, perumahan agar rumah tangga makin produktif; dan (iv) perlindungan sosial yang berkaitan dengan sasaran pemberian jaminan kehidupan bagi rumah tangga yang mengalami kecacatan, fakir miskin, keterisolasian, konflik sosial, kehilangan pekerjaan sehingga berpotensi menjadi miskin.

World Bank (2007) menunjuk tiga cara menanggulangi kemiskinan di Indonesia yang salah satunya menjadikan belanja pemerintah bermanfaat bagi penduduk miskin. Dengan menentukan sasaran pengeluaran untuk penduduk miskin, pemerintah dapat membantu rumah tangga yang menghadapi kemiskinan (baik dari segi pendapatan maupun non-pendapatan). Belanja pemerintah dapat digunakan untuk membantu rumah tangga yang rentan terhadap kemiskinan dari segi pendapatan melalui suatu sistem perlindungan sosial moderen yang meningkatkan kemampuan rumah tangga untuk menghadapi ketidakpastian ekonomi. Belanja pemerintah dapat digunakan untuk memperbaiki indikator-indikator pembangunan rumah tangga, sehingga dapat mengatasi kemiskinan dari aspek non-pendapatan. Menciptakan belanja pemerintah yang bermanfaat bagi penduduk miskin menjadi salah satu solusi bagi Indonesia saat ini untuk mengentaskan kemiskinan

Berdasarkan pemaparan di atas dapat disimpulkan menjadi kerangka pikir penelitian yang dapat tergambarkan seperti Gambar 1.5.



Gambar 1.4 Kerangka Pikir Penelitian

1.7. Metodologi

Deskripsi data digunakan sebagai tahap awal dalam penelitian ini. Fungsi menggunakan deskripsi data adalah untuk memberikan gambaran umum tentang data yang telah diperoleh. Senada dengan Mattjik dan Sumertajaya (2002) yang menganalogikan deskripsi data dengan statistika deskripsi. Statistika deskripsi memberikan suatu bentuk ringkasan data, sehingga dapat dipahami informasi yang terkandung dalam data. Statistika deskripsi ini belum sampai pada upaya menarik suatu kesimpulan. Gambaran umum ini bisa menjadi acuan untuk melihat karakteristik data yang diperoleh. Saefuddin, dkk (2009) menyampaikan bahwa tabel frekuensi merupakan cara penyajian yang paling umum untuk deskripsi data, yang sering ditampilkan juga secara visual dalam bentuk diagram batang atau histogram. Ukuran deskriptif seperti nilai maksimum, nilai minimum, nilai tengah kuantil, dan ukuran deskriptif lainnya dapat digunakan untuk mendeskripsikan data.

Tahap inti dalam penelitian ini yaitu analisa aspek belanja, analisa ini meliputi analisa proporsi belanja sektor kesehatan terhadap total belanja pemerintah dan hasil perhitungan *public spending incidence analysis*. Analisa proporsi nilai belanja pemerintah sektor kesehatan terhadap total belanja pemerintah, bertujuan untuk melihat seberapa besar nilai belanja yang dialokasikan pemerintah untuk sektor kesehatan. Semakin besar belanja pemerintah untuk sektor kesehatan, maka pemerintah dapat dinilai semakin memperhatikan kesehatan rumah tangga miskin karena secara tidak langsung rumah tangga miskin juga akan merasakan manfaat belanja yang dikeluarkan untuk sektor kesehatan. Sedangkan metode perhitungan *incidence analysis*, digunakan teknik kuantitatif yang dikenal dengan analisa pembagian manfaat (*benefit incidence analysis*). Analisa ini memperlihatkan bagaimana manfaat dari belanja pemerintah terdistribusi kepada rumah tangga atau kelompok sosial ekonomi.

Pengeluaran publik yang efisien didefinisikan secara sederhana oleh World Bank (1993) dalam Jasmina dkk (2001) sebagai proporsi manfaat yang diterima oleh rumah tangga miskin. Proksi rumah tangga miskin yang digunakan adalah berdasarkan tingkat kemiskinan relatif, yaitu 20 persen rumah tangga termiskin dilihat dari sisi pendapatan/pengeluarannya. Dalam analisa ini, dibandingkan antara manfaat yang diterima oleh 20 persen rumah tangga termiskin dengan kelompok di sisi ekstrim yaitu 20 persen rumah tangga terkaya.

Sifat-sifat dari pengeluaran publik dapat dikategorikan menjadi tiga (Jasmina dkk, 2001), yaitu:

- 1. Pro-Orang Miskin (Progresif)**

Jika rumah tangga miskin mendapatkan proporsi manfaat yang lebih besar daripada rumah tangga kaya.

- 2. Pro-Orang Kaya (Regresif)**

Jika proporsi manfaat untuk rumah tangga miskin lebih kecil daripada yang dinikmati oleh rumah tangga kaya.

- 3. Netral**

Jika proporsi manfaat yang dinikmati oleh rumah tangga miskin dan rumah tangga kaya sama.

Perhitungan analisa *benefit incidence* memerlukan informasi sebagai berikut:

- Pendapatan atau pengeluaran rumah tangga yang diurutkan dari yang terendah ke yang tertinggi, untuk kemudian dicari kelompok 20 persen rumah tangga termiskin dan kelompok 20 persen rumah tangga terkaya. Umumnya informasi pendapatan rumah tangga *underestimate* dari kondisi sebenarnya, maka digunakan data pengeluaran untuk menentukan kelompok sosial ekonomi rumah tangga.
- Variabel *binary* untuk masing-masing rumah tangga, sebagai indikasi rumah tangga tersebut menerima manfaat belanja pemerintah di sektor kesehatan.
- Nilai total belanja pemerintah di sektor kesehatan dan belanja pemerintah untuk fasilitas kesehatan pemerintah (rumah sakit pemerintah dan puskesmas).

Data yang digunakan untuk mendukung analisa ini adalah data realisasi APBN, APBD tahun anggaran 2009, realisasi belanja dari dana Dekonsentrasi (Dekon) tahun 2009, realisasi belanja dari dana Tugas Pembantuan (TP) tahun 2009 dan data SUSENAS 2009. Data realisasi APBN, APBD, dan dana Dekon-TP diperoleh dari Kementerian Keuangan Republik Indonesia, sedangkan data SUSENAS diperoleh dari Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional (Bappenas).

1.8. Sistematika Penulisan

BAB I PENDAHULUAN

Memaparkan latar belakang penelitian, perumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, batasan penelitian, kerangka pemikiran, metodologi, dan sistematika penulisan. Secara umum bab ini memberikan gambaran menyeluruh terkait penelitian yang memiliki judul : **“Distribusi Manfaat Belanja Pemerintah Pusat dan Pemerintah Provinsi di Sektor Kesehatan (Studi Kasus Enam Provinsi di Indonesia Tahun 2009)”**

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka ini berisikan pengertian-pengertian dari kata kunci penelitian. Kata kunci penelitian ini antara lain : penelitian sebelumnya, keterkaitan antara kemiskinan dan kesehatan, dan belanja publik untuk kesehatan. Pada sub bab belanja publik untuk kesehatan akan dirinci dengan tren belanja pemerintah pusat dan sektor kesehatan, tren dan tingkat belanja kesehatan di daerah, dan perbandingan internasional dalam hal belanja kesehatan. Tujuan dari bab ini yaitu untuk mendapatkan landasan dalam melakukan penelitian yang bersifat ilmiah dan dapat dipertanggungjawabkan dari sisi ilmu pengetahuan.

BAB III METODOLOGI

Pada bab ini akan dijelaskan secara rinci terkait tahap-tahap yang akan dilakukan dalam penelitian. Berawal dari jenis dan sumber data yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu SUSENAS, APBN dan APBD. Selain itu, bab ini akan memberikan pengertian dan kosep mendasar dari analisa yang digunakan dalam penelitian ini, antara lain deskripsi data dan *benefit incidence analysis*.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil deskripsi data dan analisa dari *benefit incidence* akan dipaparkan pada bab ini. Pada bab ini akan menjawab secara keseluruhan yang menjadi tujuan penelitian.

BAB V KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Kesimpulan dari hasil penelitian akan disampaikan pada bab ini, berdasarkan kesimpulan penelitian maka dapat dibuat rekomendasi penelitian. Rekomendasi penelitian yang diberikan, terdiri dari rekomendasi untuk kebijakan dan rekomendasi untuk penelitian selanjutnya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Penelitian Sebelumnya

Penelitian tentang belanja pemerintah (*government spending*) sudah banyak dilakukan di Indonesia maupun di luar negeri. Salah satu tujuan penelitian pengeluaran pemerintah ini adalah untuk melihat bagaimana distribusi dari belanja pemerintah itu sendiri atau untuk mengetahui siapa penerima manfaat dari belanja pemerintah. Penelitian ini juga dapat dilakukan untuk berbagai sektor sesuai dengan pembagian sektor yang terdapat dalam anggaran pemerintah. Sebagai contoh, *issue paper* yang ditulis oleh Pearson (2002) menyatakan bahwa *Benefit Incidence Analysis* (BIA) di sektor kesehatan memberikan langkah untuk memeriksa siapa penerima manfaat dari pengeluaran untuk perawatan kesehatan. BIA juga berhubungan dengan pengeluaran publik dan masalah bagaimana pemerintah efektif untuk menargetkan layanan yang terbatas terhadap kebutuhan orang miskin. Sasaran pengelompokan layanan dapat di definisikan dalam berbagai cara antara lain menurut wilayah, usia atau jenis kelamin tetapi dapat juga dikelompokkan berdasarkan pendapatan. Sedangkan wilayah pengeluaran publik juga dapat dipisahkan dalam beberapa cara. Cara yang sederhana dapat dibedakan antara rawat inap dan rawat jalan atau mungkin ingin memisahkan jenis fasilitasnya (*teaching hospital, secondary hospital, dan primari health centres*). Dalam tulisannya Pearson berpendapat bahwa BIA tidak memberikan informasi terkait berapa banyak perawatan yang dibutuhkan seseorang, melainkan memberikan ide berapa banyak perawatan yang didapatkan oleh seseorang.

Untuk menyempurnakan tulisannya Pearson melakukan studi kasus di India dan Bangladesh . Studi kasus India disajikan hanya untuk temuan terpilih di tiga negara bagian : (i) Kerala, penampilan baik (ii) Uttar Pradesh, penampilan medium (iii) Orissa, penampilan buruk. Kerala telah sukses dalam menargetkan subsidi publik untuk kelompok lebih miskin. Sementara di Orissa, kelompok kaya menyisihkan sebagian besar subsidi sektor publik. Jika melihat dari sisi keadilan

akses layanan rumah sakit, Kerala memiliki tingkat pemanfaatan layanan rumah sakit yang di atas rata-rata. Dimana kelompok miskin menggunakan layanan hampir seperti kelompok kaya. Sedangkan di Orissa, pemanfaatan lebih condong ke kelompok yang lebih baik. Uttar Pradesh, memiliki tingkat pemanfaatan layanan di antara titik ekstrim Kerala dan Orissa.

Temuan untuk studi kasus Bangladesh sama seperti kasus di India, subsidi terkonsentrasi di rumah sakit daripada di tingkat yang lebih rendah. Kelompok kaya memiliki akses yang lebih mudah terhadap subsidi publik untuk rawat inap. Sementara orang miskin memiliki akses yang relatif baik untuk perawatan rawat inap di rumah sakit universitas. Lain halnya pada rumah sakit pemerintah, subsidi pada 20 persen rumah tangga kaya melebihi kelompok 20 persen rumah tangga miskin.

Berbeda dengan Pearson, Jasmina, dkk (2001) melakukan analisa aspek pembelanjaan daerah dengan melihat efektifitas dan efisiensi dari anggaran dalam menanggulangi kemiskinan. Analisa dilakukan untuk 288 kabupaten/kota di sektor pertanian, transportasi, perumahan, pendidikan dan kesehatan. Secara rata-rata porsi pengeluaran untuk sektor kesehatan relatif kecil yaitu hanya 5 persen. Untuk dapat melihat apakah anggaran pengeluaran pembangunan di sektor-sektor tersebut memihak pada rumah tangga miskin, Jasmina, dkk melakukan *incidence analysis*. Analisa ini membandingkan manfaat pengeluaran sektoral yang dinikmati rumah tangga miskin dan rumah tangga kaya. Berdasarkan hasil *incidence analysis* dari kelima sektor yang dianalisa, untuk sektor kesehatan manfaat yang dinikmati oleh kelompok 20 persen rumah tangga miskin relatif sama dengan manfaat yang dinikmati oleh rumah tangga kaya dengan kata lain untuk sektor kesehatan cenderung bersifat regresif.

Penelitian tentang pembagian manfaat dari belanja pemerintah untuk kesehatan juga pernah dilakukan oleh Mangham (2006). Beliau menggunakan teknik kuantitatif yang dikenal dengan analisa *benefit incidence*, untuk memperkirakan dampak distribusi dalam belanja kesehatan rumah tangga. Analisa *benefit incidence* menggabungkan informasi tentang penyediaan barang atau jasa, dengan

penggunanya. Analisa ini memperlihatkan bagaimana manfaat dari belanja pemerintah terdistribusi kepada rumah tangga atau kelompok sosial ekonomi. Dalam menerapkan analisa ini, penyediaan layanan kesehatan pemerintah, Mangham (2006) menggunakan tiga informasi. **Pertama**, informasi pengeluaran pemerintah dalam menyediakan pelayanan kesehatan rumah tangga. **Kedua**, data pengguna fasilitas kesehatan pemerintah. **Ketiga**, karakteristik sosial ekonomi dari pengguna fasilitas.

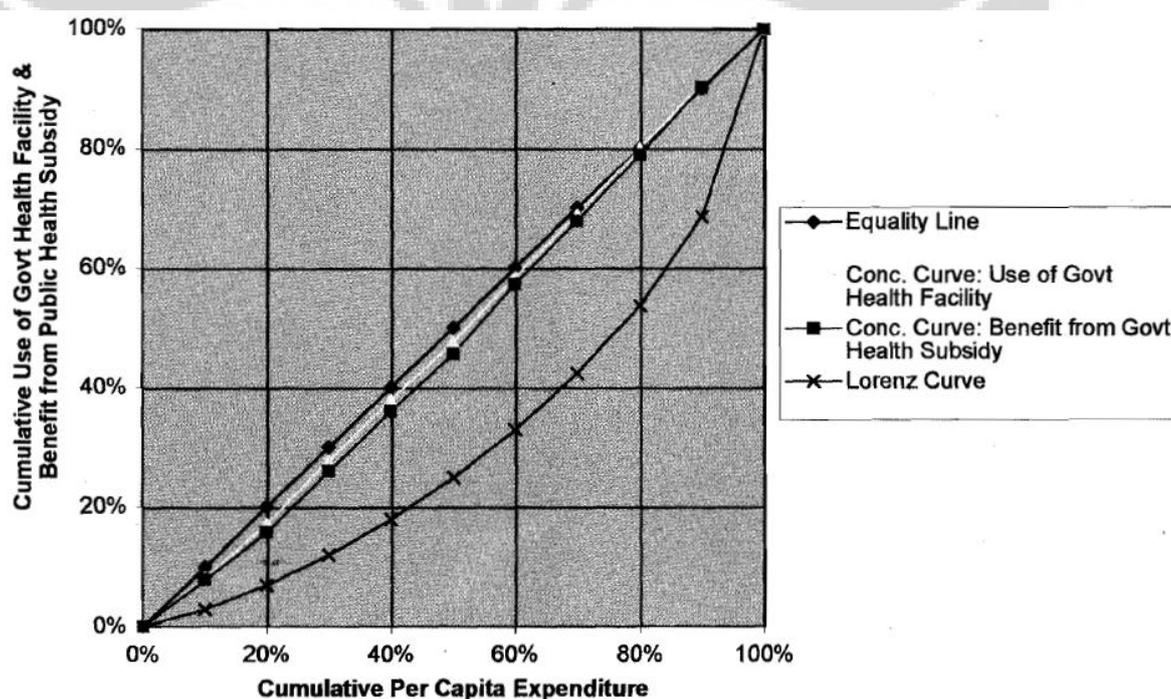
Terdapat tiga langkah yang dirumuskan oleh Mangham (2006) terkait penerapan analisa *benefit incidence*. Langkah pertama menduga unit subsidi, yaitu belanja bersih pemerintah terhadap layanan dibagi dengan jumlah penggunaan layanan dalam jangka waktu tertentu. Total pengeluaran pelayanan kesehatan terdiri dari dua komponen: (i) semua pengeluaran rutin, yang dikategorikan sebagai pelayanan kesehatan dan (ii) pengeluaran berkala, yaitu layanan administrasi dan layanan pendukung.

Mangham memperkirakan jumlah kunjungan ke fasilitas kesehatan melalui pendekatan persentasi dari respon individu terhadap cara perawatan, setelah dikelompokkan berdasarkan sosial ekonomi (studi kasus di Malawi). Persentasi tersebut menunjukkan bahwa individu yang lebih miskin mengalami kejadian sakit yang lebih rendah. Hasil ini menunjukkan hubungan terbalik antara kemiskinan dan frekuensi kesehatan. Hasil survei juga menunjukkan perbedaan setiap individu dalam menyikapi sebuah penyakit. Individu miskin memiliki toleransi lebih besar terhadap penyakit dan perhatian yang rendah tentang isu-isu kesehatan. Kasus ini juga menunjukkan bahwa kelompok miskin cenderung untuk tidak mengambil tindakan apapun atau lebih memilih perawatan tradisional lainnya. Mereka kurang suka untuk mencari perawatan di fasilitas kesehatan milik swasta karena membutuhkan biaya.

Langkah kedua, menghitung *benefit incidence*. Tujuan perhitungan ini untuk menggambarkan manfaat pada pengguna layanan. Setiap individu yang dilaporkan menggunakan fasilitas kesehatan pemerintah, telah dikenakan manfaat moneter yang berpengaruh terhadap unit subsidi di daerah individu tersebut tinggal. Langkah terakhir, yaitu menganalisa distribusi manfaat dari subsidi publik

terhadap seluruh rumah tangga yang dikelompokkan berdasarkan karakter sosial ekonomi. Selanjutnya dapat menetapkan apakah manfaat dari layanan kesehatan menyentuh kelompok miskin di Malawi. Jenis fasilitas pemerintah dapat terbagi menjadi : rumah sakit pemerintah dan puskesmas. *Benefit incidence* juga dapat dihitung berdasarkan jenis kelamin dan tempat tinggal (kota atau desa).

Perbedaan distribusi antara penggunaan fasilitas kesehatan pemerintah dan manfaat yang diterima dari subsidi kesehatan rumah tangga, digambarkan Mangham melalui kurva konsentrasi (*concentration curve*) seperti yang terlihat pada Gambar 2.1. Sumbu vertikal kurva konsentrasi menggambarkan perbandingan kumulatif dari pemanfaatan layanan kesehatan dan manfaat yang diterima dari subsidi kesehatan oleh individu. Sedangkan pada sumbu horizontal menggambarkan perbandingan kumulatif individu setelah diurutkan berdasarkan pengeluaran per kapita.



Sumber : Mangham, Lindsay. (2006)

Gambar 2.1 Kurva Konsentrasi dari *Benefit Incidence* Layanan Kesehatan Pemerintah

Distribusi yang rata antara kelompok kaya dan miskin terjadi di sepanjang garis 45° , yang dikenal dengan nama garis kesetaraan (*equality line*). Ketika kurva konsentrasi menyimpang dari garis kesetaraan maka mengindikasikan terjadinya ketidaksetaraan distribusi. Kurva konsentrasi terletak di bawah garis kesetaraan, maka menunjukkan ketidaksetaraan terhadap kelompok kaya. Sebaliknya, jika kurva konsentrasi terletak di atas garis kesetaraan, maka menunjukkan ketidaksetaraan terhadap kelompok miskin.

Ketika kurva konsentrasi yang menggambarkan *benefit incidence* dari subsidi kesehatan rumah tangga terletak di bawah garis kesetaraan. Hal ini menunjukkan bahwa ada distribusi yang cukup merata dengan sedikit bias disebabkan oleh kelompok kaya. Sementara kurva konsentrasi untuk pemanfaatan layanan kesehatan pemerintah terletak di atas kurva konsentrasi manfaat menunjukkan sedikit lebih merata. Perbedaan antara dua kurva konsentrasi menunjukkan ketimpangan pada unit-unit subsidi antara daerah (kecamatan) terhadap orang kaya.

Gambar 2.1 juga memperlihatkan Kurva Lorenz, yang menggambarkan tingkat ketimpangan pengeluaran di antara penduduk. Ketika garis terletak jauh di bawah garis kesetaraan, menunjukkan kesenjangan yang cukup besar antara kesejahteraan individu. Ketika kurva konsentrasi *benefit* terletak di atas Kurva Lorenz, maka belanja pemerintah untuk layanan kesehatan rumah tangga adalah progresif relatif terhadap pengeluaran. Dengan kata lain, distribusi manfaat dari subsidi kesehatan jauh lebih merata dibandingkan dengan distribusi pengeluaran dalam rumah tangga.

Teknik kuantitatif serupa juga digunakan oleh O'Donnell, et. al (2008) untuk analisa keadilan kesehatan (*health equity analysis*). Buku beliau memperkenalkan *Benefit Incidence Analysis* (BIA) untuk menjawab siapa yang dimanfaatkan dari subsidi sektor kesehatan. BIA dapat menjelaskan distribusi dari subsidi sektor kesehatan dalam rumah tangga berdasarkan standar hidup mereka. Dasar distribusi ini, dapat dinilai apakah subsidi perawatan kesehatan konsisten dalam memperkecil kesenjangan antara standar hidup orang kaya dan miskin.

Untuk melakukan BIA di sektor kesehatan, O'Donnell, et. al (2008) melibatkan empat langkah utama, yaitu :

1. Mengkategorikan individu berdasarkan ukuran standar hidup.
2. Menjelaskan hubungan antara pemanfaatan layanan kesehatan rumah tangga dengan standar hidup.
3. Memboboti individu, layanan yang digunakan individu berdasarkan nilai subsidi publik yang diterimanya.
4. Mengevaluasi distribusi subsidi terhadap target distribusi.

Pengkategorian Individu

Subsidi di sektor kesehatan dapat dibedakan berdasarkan beberapa karakteristik, antara lain: jenis kelamin, usia, suku, dan wilayah. Diasumsikan tujuan dari pengklasifikasian individu ini adalah untuk menetapkan sejauh mana subsidi sebagai alat yang efektif dalam menanggulangi kemiskinan atau ketimpangan. Selain itu juga, fokus terhadap pengaruh hubungan beberapa indikator standar hidup. Dalam konteks negara berkembang, alternatif indikator standar hidup yang dapat digunakan antara lain: konsumsi rumah tangga, pengeluaran, dan pendapatan.

Unit yang dianalisa dapat berupa rumah tangga atau individu, pilihan unit analisa ini pada dasarnya tergantung pada tujuan analisa. Ingin mengetahui distribusi standar hidup di rumah tangga atau individu, sebagian besar aplikasi menggunakan individu sebagai unit analisisnya.

Penjelasan penggunaan layanan kesehatan

Data dari survei rumah tangga dibutuhkan untuk menetapkan jumlah individu yang disubsidi dalam menggunakan layanan kesehatan oleh negara. Tiga faktor yang harus dipertimbangkan dalam memilih jenis survei. Pertama, survei harus memiliki data pengguna perawatan kesehatan dan ukuran standar hidup. Kedua, membedakan antara perawatan publik dan swasta. Ketiga, untuk meminimalkan masalah sampel kecil, acuan untuk masa rawat inap harus cukup lama, misalnya 12 bulan.

Kesulitan muncul ketika data survei tidak membedakan antara perawatan publik dengan swasta. Adanya asuransi pribadi (jika tersedia) dapat dijadikan pembeda antara pasien umum dan swasta. Jika tidak BIA hanya dapat dilakukan ketika sektor swasta cukup kecil sehingga dapat diabaikan.

Menghitung subsidi kesehatan rumah tangga

Ketika data yang digunakan tidak dapat memperlihatkan keragaman nilai subsidi atau juga tidak mendukung keseluruhan layanan, untuk menentukan distribusi total subsidi di sektor kesehatan. Kedua hal ini membutuhkan pendugaan dari unit subsidi.

- **Definisi Subsidi Publik**

Subsidi layanan publik tertentu yang diterima oleh individu (S_{ki}) dapat didekati dengan persamaan berikut :

$$S_{ki} = q_{ki} c_{kj} - f_{ki}$$

dimana :

q_{ki} = jumlah layanan k yang dimanfaatkan oleh individu i

c_{kj} = biaya satuan untuk menyediakan layanan k di wilayah j dimana individu i tinggal

f_{ki} = jumlah yang dibayarkan oleh individu i untuk layanan k

total subsidi publik yang diterima oleh individu i adalah $S_i = \sum_k \alpha_k (q_{ki} c_{kj} - f_{ki})$ dimana α_k adalah faktor skala yang menstandarkan acuan masa pemanfaatan layanan. Sebagai contoh, dalam kasus rawat inap, periode lebih dari satu tahun maka $\alpha_k=1$, sedangkan $\alpha_k = 13$ untuk layanan yang lebih dari 4 minggu.

- **Biaya Satuan (*Unit Cost*)**

Titik awal untuk komponen biaya BIA adalah total pengeluaran rutin dalam perawatan kesehatan. Idealnya, pengeluaran ini dibedakan berdasarkan kawasan geografis, jenis fasilitas (rumah sakit, puskesmas, dll) dan berdasarkan layanan (rawat inap/rawat jalan, dll). Biaya satuan dihitung

dengan membagi total pengeluaran rutin dengan total unit yang dimanfaatkan. Jumlah terboboti dari layanan kesehatan yang dikonsumsi oleh individu, menghasilkan pengeluaran kesehatan per individu.

Sebagai contoh, penurunan biaya satuan di Vietnam tahun 1998. Total pengeluaran publik di sektor kesehatan lebih dari 5 triliun Dong Vietnam. Pengeluaran ini digunakan untuk : (i) semua belanja untuk program dan layanan kesehatan, (ii) subsidi kesehatan (iii) asuransi kesehatan sosial dan (iv) donor eksternal. Sementara itu, laporan publik tidak memisahkan fasilitas antar wilayah. Sehingga digunakan biaya satuan yang sama untuk semua pengguna, terlepas dari lokasi geografis mereka. Keadaan umum seperti ini dalam studi BIA disesalkan, karena tidak mempertimbangkan variasi geografis.

Di tingkat nasional, laporan keuangan dipisahkan antara pengeluaran kesehatan pemerintah pusat dan provinsi berdasarkan fasilitas, misalnya rumah sakit, poliklinik dan puskesmas. Sedangkan untuk belanja publik yang dibiayai dari sumber lain tidak dipisahkan berdasarkan fasilitas. Kasus yang sering terjadi di Vietnam, laporan tidak membedakan pengeluaran rumah sakit antara layanan rawat inap dan rawat jalan. Sehingga dugaan fungsi biaya berdasarkan hasil survei terhadap 80 persen rumah sakit umum, dimana biaya satu hari untuk rawat inap lebih dari 17 kali biaya untuk kunjungan rawat jalan. Sedangkan biaya satuan untuk kunjungan ke puskesmas dan poliklinik dihitung berdasarkan pembagian total pengeluaran publik untuk fasilitas ini dengan jumlah yang memanfaatkan fasilitas ini.

- **Biaya Pengguna**

Metode paling sederhana untuk mengalokasikan biaya pengguna yaitu dengan membagi seluruh penerimaan biaya pengguna, dengan dugaan total pemanfaatan. Sehingga menghasilkan bayaran rata-rata untuk seluruh pengguna. Jika survei hanya memberikan informasi tentang nilai total yang dibayarkan untuk seluruh pelayanan kesehatan maka persamaan menjadi:

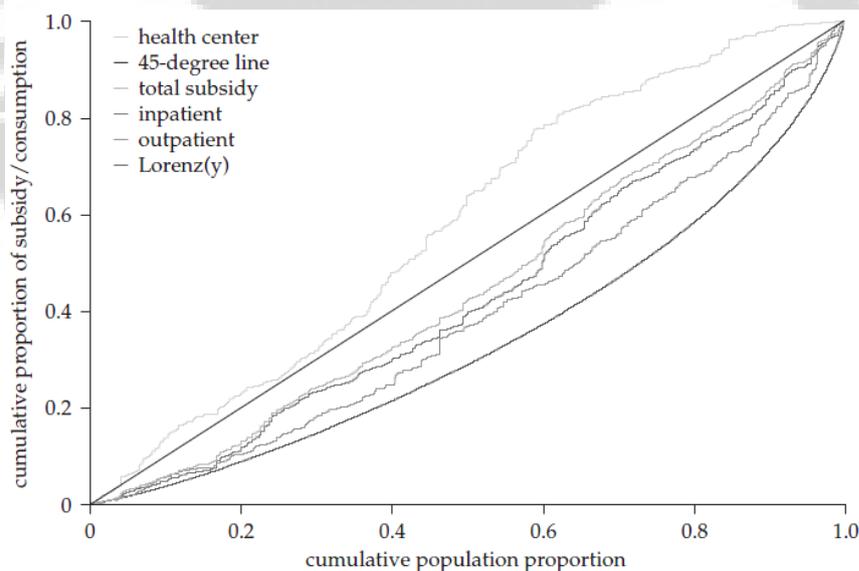
$$S_i = \sum_k \delta_k q_{ki} c_{kj} - f_i$$

dimana f_i adalah bayaran untuk semua perawatan kesehatan rumah tangga dan δ_k adalah faktor skala yang menstandarisasi acuan masa pemanfaatan variabel-variabel pembayaran.

Jika tidak ada perbedaan antara bayaran untuk perawatan kesehatan umum dan swasta, maka diasumsikan survei tersebut tidak memiliki informasi tentang perbedaan jenis bayaran. Dalam hal ini, pembayaran rata-rata harus dialokasikan untuk semua pengguna.

Mengevaluasi distribusi dari subsidi kesehatan

Mengategorikan individu berdasarkan standar hidupnya dan menghitung nilai subsidi sektor kesehatan yang diterima setiap individu, maka dapat dilacak distribusi subsidi terkait dengan standar hidup. Misalnya, seseorang mendapatkan bagian dari subsidi berdasarkan kuantil standar hidup, atau berdasarkan proporsi kumulatif populasi yang diukur dari standar hidup. Hal ini dapat digambarkan melalui kurva konsentrasi (*concentration curve*) subsidi sektor kesehatan seperti pada Gambar 2.2.



Sumber : O'Donnell, et. al (2008)

Gambar 2.2 Kurva konsentrasi untuk subsidi sektor kesehatan dan kurva Lorenz dari konsumsi rumah tangga di Vietnam tahun 1998

Jika tujuan distribusi subsidi sektor kesehatan untuk menutup kesenjangan mutlak kesejahteraan antara kaya dan miskin maka kurva konsentrasi subsidi harus terletak di atas garis 45°. Hal seperti ini disebut sebagai progresif lemah. Ukuran progresif kuat dan lemah dalam distribusi subsidi sektor kesehatan dapat diberikan oleh indeks konsentrasi dan indeks Kakwani.

Demery (2000) melengkapi metodologi *benefit incidence* dengan tiga langkah sebagai berikut.:

- **Pertama**, menduga unit subsidi dalam penyediaan layanan. Hal ini biasanya didasarkan pada belanja publik untuk layanan tertentu.
- **Kedua**, menghitung unit subsidi untuk rumah tangga atau individu yang teridentifikasi sebagai pengguna layanan. Individu yang menggunakan layanan publik bersubsidi menerima hasil dalam bentuk transfer. Analisa *benefit incidence* mengukur distribusi transfer yang diterima oleh seluruh rumah tangga.
- **Ketiga**, menggabungkan individu (atau rumah tangga) ke dalam kelompok untuk membandingkan bagaimana subsidi tersebut terdistribusi ke seluruh kelompok. Pengelompokan yang umum digunakan yaitu berdasarkan pendapatan, atau ukuran lainnya yang terkait dengan kesejahteraan individu (misalnya: pengeluaran).

Pembagian untuk satu kelompok (kelompok termiskin, penduduk kota atau penduduk perempuan) tergantung pada dua faktor, yaitu penggunaan layanan publik yang didanai oleh kelompok itu, dan distribusi dari pengeluaran pemerintah. Hasil *benefit incidence* dari pengeluaran pemerintah untuk kelompok tertentu, Demery memperlihatkan hasilnya melalui persamaan berikut ini :

$$X_j \equiv \sum_{i=1}^n E_{ij} \frac{S_i}{E_i} \equiv \sum_{i=1}^n \frac{E_{ij}}{E_i} S_i$$

dengan :

- X_j = nilai total subsidi untuk kelompok j
 E_{ij} = jumlah rumah tangga di kelompok j yang menggunakan layanan atau fasilitas i
 E_i = jumlah pendaftar (semua kelompok) pada layanan atau fasilitas i
 S_i = pengeluaran pemerintah pada layanan atau fasilitas i
 i = jenis layanan (rawat inap atau rawat jalan) atau jenis fasilitas (rumah sakit, puskesmas, poliklinik atau posyandu)

Deskripsi dari cara hitung *benefit incidence* dijelaskan oleh Deremy dengan empat langkah sebagai berikut :

Langkah pertama: menduga unit subsidi

Informasi dasar untuk menduga unit subsidi adalah laporan pengeluaran pemerintah. Unit subsidi harus berdasarkan pengeluaran aktual pemerintah, dan bukan alokasi anggaran. Namun, informasi tersebut sering kali sulit didapat. Sehingga memerlukan survei khusus instansi kesehatan untuk menentukan, berapa biaya yang dihabiskan dalam menyediakan perawatan kesehatan per pasien pada berbagai tingkat pelayanan.

Langkah kedua: mengidentifikasi pengguna layanan

Terdapat dua masalah utama dalam identifikasi pengguna layanan dari survei rumah tangga, yaitu : bagaimana menghadapi bias dalam data, dan bagaimana mencocokkan data survei dengan informasi resmi. Jika menggunakan survei rumah tangga sebagai dasar untuk *benefit incidence*, analisa harus menyadari potensi bias dalam data. Ini dapat timbul karena berbagai alasan, tergantung pada rancangan survei seperti : desain sampel, struktur kuesioner, kata-kata yang digunakan, dan sebagainya. Penggunaan layanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah tergantung pada suatu penyakit atau cedera yang terjadi dalam rumah tangga. Dalam survei rumah tangga banyak penyakit dan cedera yang dilaporkan. Pola seperti ini dapat menyebabkan bias jika responden miskin tidak melaporkan penyakit yang biasa diderita. Sebaliknya, responden lebih makmur melaporkan

kehidupannya yang normal. Bias ini juga akan menyebabkan bias dalam mengukur *benefit incidence*, orang miskin akan terlihat kurang menggunakan layanan dibandingkan orang kaya. Hal ini karena kelompok miskin kurang mampu mengidentifikasi (penyakit).

Langkah ketiga: menggabungkan individu ke dalam kelompok

Klasifikasi utama yang digunakan untuk mengelompokkan rumah tangga antara lain, pendapatan atau total pengeluaran rumah tangga. Indikator ini dipilih sebagai ukuran kesejahteraan rumah tangga dan anggotanya. Individu tersebut kemudian diperingkatkan menurut ukuran kesejahteraan. Peringkat individu ini penting dalam *benefit incidence*, karena menunjukkan apakah pengeluaran pemerintah sudah tepat sasaran kepada mereka yang paling membutuhkan. Berdasarkan peringkat tersebut individu digabungkan ke dalam kelompok dengan ukuran yang sama. Misalkan, membagi peringkat individu menjadi lima kelompok yang sama akan menghasilkan kuantil penduduk.

Langkah keempat: memperhitungkan belanja rumah tangga

Langkah keempat ini mempertimbangkan belanja rumah tangga yang dibutuhkan untuk mendapatkan layanan. Rumah tangga harus mengeluarkan sejumlah biaya untuk mendapatkan akses ke layanan subsidi pemerintah. Terdapat dua alasan mengapa belanja rumah tangga dimasukan sebagai faktor dalam perhitungan *benefit incidence*. Pertama, menyediakan laporan dari *benefit incidence* yang lengkap. Kedua, beban biaya layanan (khusus untuk rumah tangga miskin) dapat menghambat penggunaan layanan, dan berdampak terhadap miskinnya sasaran dari subsidi pemerintah.

Berdasarkan jurnal dan buku yang telah dipelajari, kebutuhan dan ketersediaan data melakukan analisa *benefit incidence* di sektor kesehatan dapat terlihat pada Tabel 2.1.

Tabel 2.1 Kebutuhan dan Ketersediaan Data untuk BIA di Sektor Kesehatan

Kebutuhan Data	Unit Subsidi	Living Standart	Analisa Pendukung Lainnya	Sumber Data
Realisasi anggaran penyediaan layanan kesehatan rumah tangga	√			Rincian Laporan Realisasi anggaran APBD dan APBN
Jumlah pengguna fasilitas				
- Puskesmas	√			Susenas Kor 2005-2009, Rikesda (RT) 2010
- Posyandu	√			Rikesda (RT) 2010
- Poliklinik	√			Susenas Kor 2005-2009
- Rumah Sakit	√			Susenas Kor 2005-2009, Rikesda (RT) 2010
Jumlah layanan yang digunakan				
- Rawat Inap	√			Rikesda (IND) 2007, Susenas Kor 2005-2009
- Rawat Jalan	√			Rikesda (IND) 2007, Susenas Kor 2005-2009
Biaya yang dikeluarkan individu untuk kesehatan				
- Puskesmas/ posyandu	√			Susenas Modul 2005-2008, Susenas Kor 2009
- Rumah Sakit	√			Susenas Modul 2005-2008, Susenas Kor 2009
Biaya yang dikeluarkan individu untuk layanan				
- Rawat Inap	√			Rikesda (IND) 2007
- Rawat Jalan	√			Rikesda (IND) 2007
Pengeluaran rumah tangga		√		Susenas Modul 2005-2008, Susenas Kor 2009, Rikesda (RT) 2010
Akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan			√	Rikesda (RT) 2007

Jenis survei yang ada di Indonesia tidak semuanya dapat mendukung analisa *benefit incidence* ada kelebihan dan keterbatasan dari jenis survei tersebut yang akan dijelaskan dalam Tabel 2.2.

Tabel 2.2 Kelebihan dan Keterbatasan Jenis Survei di Indonesia

Jenis Survei	Kelebihan	Keterbatasan
Rincian Laporan Realisasi APBD dan APBN, untuk Dinas Kesehatan	Menampilkan realisasi anggaran secara rinci dari program hingga kegiatan urusan pemerintahan nasional/daerah, organisasi dan belanja.	<p>1. Hanya menyediakan realisasi anggaran dari program pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puskesmas/ puskesmas pembantu dan jaringannya - Rumah sakit/ rumah sakit jiwa / rumah sakit paru-paru/ rumah sakit mata <p>2. Realisasi anggaran yang telah terkumpul di Ditjen Perimbangan Keuangan hanya sampai tahun 2009.</p>
Riskesdas 2010	Menyediakan data tentang pengeluaran rumah tangga sehingga tidak perlu menggabungkan dengan data Susenas.	Tidak menggali data terkait : <ul style="list-style-type: none"> - Penggunaan layanan rawat inap ataupun rawat jalan - Biaya yang dikeluarkan rumah tangga dalam menggunakan fasilitas kesehatan rumah tangga (puskesmas, Posyandu, atau rumah sakit).
Riskesdas 2007	<p>1. Data Riskesdas menggunakan kerangka sampling yang sama dengan KOR Susenas 2007 sehingga datanya dapat digabungkan.</p> <p>2. Riskesdas dapat menggambarkan profil kesehatan di tingkat kabupaten/kota atau provinsi.</p>	Tidak memberikan data terkait jumlah pengguna fasilitas kesehatan (rumah sakit/ puskesmas/ posyandu/ poliklinik).

(Sambungan Tabel 2.2)

Jenis Survei	Kelebihan	Keterbatasan
Susenas Kor 2005-2008		1. Tidak memberikan data tentang biaya kesehatan. 2. Tidak memberikan data pengeluaran rumah tangga. 3. Tidak memberikan data terkait analisa kesehatan pendukung lainnya (data akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan).
Susenas Modul 2005-2008		1. Tidak memberikan data tentang jumlah pengguna fasilitas dan layanan kesehatan. 2. Tidak memberikan data terkait analisa kesehatan pendukung lainnya (data akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan).
Susenas Kor 2009		1. Menggabungkan data biaya kesehatan antara rumah sakit, puskesmas, dokter praktek, dukun, obat-obatan dan lainnya. 2. Tidak memberikan data terkait analisa kesehatan pendukung lainnya (data akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan).

2.2. Kemiskinan dan Kesehatan

SMERU (2001) menyatakan bahwa kemiskinan berwajah majemuk, berubah dari waktu ke waktu, atau dari satu tempat ke tempat lain. Sehingga hal ini memberi isyarat terhadap definisi kemiskinan yang harus mencakup pengertian kemiskinan yang memiliki berbagai dimensi, antara lain:

1. Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan konsumsi dasar (sandang, pangan, papan).

2. Tidak adanya akses terhadap kebutuhan hidup dasar lainnya (kesehatan, pendidikan, sanitasi, air bersih dan transportasi).
3. Tidak adanya jaminan masa depan (karena tiadanya investasi untuk pendidikan dan keluarga).
4. Kerentanan terhadap guncangan yang bersifat individual maupun massal.
5. Rendahnya kualitas sumber daya manusia dan keterbatasan sumber daya alam.
6. Tidak dilibatkan dalam kegiatan sosial rumah tangga.
7. Tidak adanya akses terhadap lapangan kerja dan mata pencaharian yang berkesinambungan.
8. Ketidakmampuan untuk berusaha karena cacat fisik maupun mental.
9. Ketidakmampuan dan ketidakberuntungan sosial (anak-anak terlantar, wanita korban kekerasan rumah tangga, janda miskin, kelompok marjinal dan terpendek).

Berdasarkan definisi kemiskinan yang telah dijelaskan sebelumnya, kesehatan dapat menjadi pemicu timbulnya masalah kemiskinan. Keterbatasan akses terhadap kesehatan tentunya akan menghambat rumah tangga dalam menggunakan fasilitas dan layanan kesehatan. Sehingga dampak dari terbatasnya akses kesehatan juga akan menimbulkan tingkat kesadaran terhadap kesehatan yang semakin rendah. Rendahnya kesadaran akan pentingnya kesehatan bagi rumah tangga dapat berimplikasi terhadap produktifitas yang tidak maksimal. Rendahnya produktifitas akan membuat rumah tangga berpendapatan rendah, sehingga menyebabkan daya beli rumah tangga tersebut rendah. Fenomena ini tergambar dalam teori lingkaran setan kemiskinan (*vicious circle of poverty*) karya Ragnar Nurkse yang dikemukakan oleh Kuncoro (2008).

Perhatian terhadap aspek kemiskinan dan kesehatan juga merupakan fokus dalam paradigma pembangunan di abad ke-21 ini. Hal tersebut diindikasikan dengan terdapatnya perhatian kedua aspek tersebut dalam tekad dunia pada pembangunan dunia yang dituangkan dalam *Millenium Development Goals* (MDGs). Aspek kemiskinan dan kesehatan merupakan dua hal yang secara implisit termaktub dalam MDGs. Deklarasi millenium ini merupakan kesepakatan para kepala negara

dan perwakilan dari 189 negara dalam sidang Persatuan Bangsa-Bangsa (PBB) di New York pada bulan September 2000. Komitmen dunia terhadap peningkatan kesejahteraan rumah tangga dunia terlihat dalam target MDGs. Delapan target tujuan pembangunan milenium yang akan dicapai pada tahun 2015, yaitu: memberantas kemiskinan dan kelaparan, mewujudkan pendidikan dasar bagi semua, mendorong kesetaraan jender dan memberdayakan perempuan, mengurangi tingkat kematian anak, meningkatkan kesehatan ibu, memerangi HIV/AIDS, malaria, dan penyakit lain, menjamin kelestarian lingkungan, dan mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan. Berdasarkan target MDGs terlihat bahwa permasalahan kemiskinan dan kesehatan termasuk dalam fokus utama tujuan pembangunan milenium. Hal ini ditunjukkan dengan empat dari delapan target MDGs yang fokus terhadap aspek kesehatan.

2.3. Belanja Publik Untuk Kesehatan

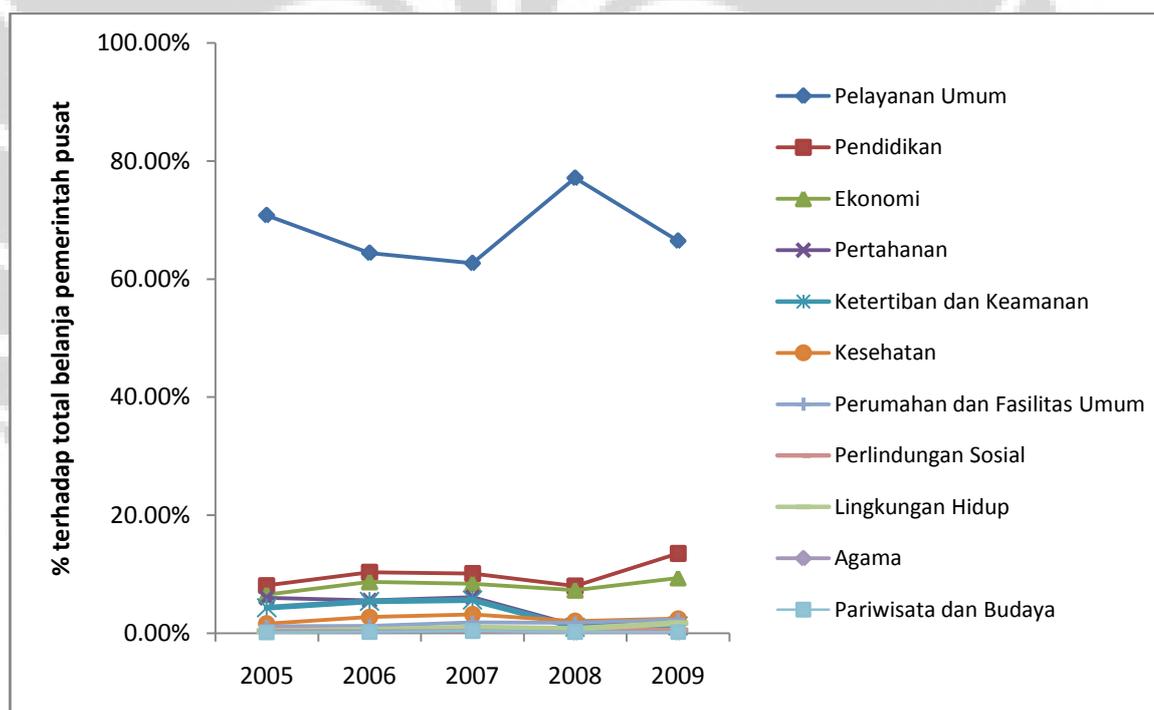
Mengutip UU Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan, sumber pembiayaan kesehatan berasal dari Pemerintah, pemerintah daerah, rumah tangga, swasta dan sumber lain. Besar anggaran kesehatan pemerintah dialokasikan dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Sedangkan besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) di luar gaji. Pada APBN, belanja untuk sektor kesehatan termasuk dalam komponen belanja pemerintah pusat menurut fungsi. Belanja pemerintah menurut fungsi memiliki sepuluh komponen selain kesehatan, yaitu : pelayanan umum, pertahanan, ketertiban dan keamanan, ekonomi, lingkungan hidup, perumahan dan fasilitas umum, pariwisata dan budaya, agama, pendidikan, dan perlindungan sosial.

Sedangkan pada APBD, belanja kesehatan termasuk dalam komponen bidang pemerintahan kesehatan. Belanja kesehatan tersebut tercatat dalam laporan anggaran yang dimiliki berdasarkan urusan pemerintah daerah, organisasi dan belanja. Implementasi dari alokasi anggaran pemerintah untuk belanja kesehatan akan terlihat pada program atau kegiatan yang dilaksanakan. Oleh karena itu, bab ini berisi tinjauan atas sumber belanja kesehatan. Seperti : (i) melihat tren belanja kesehatan dari keseluruhan belanja pemerintah pusat, (ii) melihat tren dan tingkat

belanja kesehatan di daerah, dan (iii) membandingkan belanja kesehatan di Indonesia negara lainnya.

2.3.1. Tren Belanja Pemerintah Pusat dan Sektor Kesehatan

Jumlah belanja pemerintah pusat menurut fungsi dari tahun 2005 sampai dengan 2009 dapat dilihat pada Gambar 2.3. Grafik tersebut menggambarkan persentasi belanja pemerintah berdasarkan fungsi terhadap total belanja pemerintah pusat. Berdasarkan Gambar 2.3 terlihat bahwa sektor belanja pemerintah pusat terbesar untuk fungsi pelayanan umum. Pelayanan umum dapat menghabiskan anggaran belanja di atas 60 persen setiap tahunnya. Sedangkan fungsi lainnya hanya menghabiskan kurang dari 20 persen anggaran belanja pemerintah pusat, termasuk untuk fungsi kesehatan.

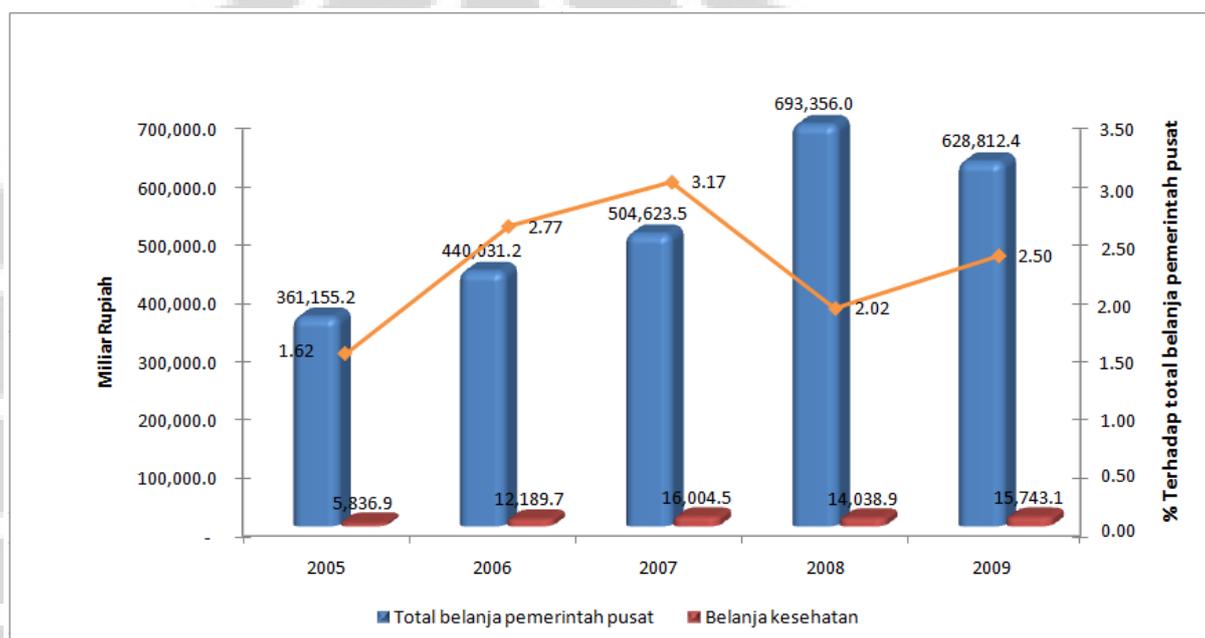


Sumber : data DJA, Departemen Keuangan dan diolah peneliti

Gambar 2.3 Distribusi Belanja Pemerintah Pusat Menurut Fungsi

Secara keseluruhan belanja pemerintah pusat untuk semua sektor meningkat dari tahun 2005 sampai dengan 2007. Tetapi memasuki tahun 2008, belanja pemerintah mengalami penurunan yang sangat signifikan di beberapa sektor. Untuk gambaran lebih rinci dapat dilihat pada

Lampiran 3. Sebagai contoh, untuk sektor pertahanan dari 6.08% di tahun 2007 turun menjadi 1.32% di tahun 2008. Turunnya belanja pemerintah pusat di tahun 2008 ini merupakan dampak dari krisis keuangan global yang berawal dari Amerika Serikat. Krisis keuangan yang terjadi ini membawa dampak bagi stabilitas perekonomian dunia termasuk Indonesia. Sebagai negara yang menjadi bagian dari perekonomian dunia, Indonesia akan terkena dampak langsung maupun tidak langsung dari krisis keuangan di Amerika Serikat.

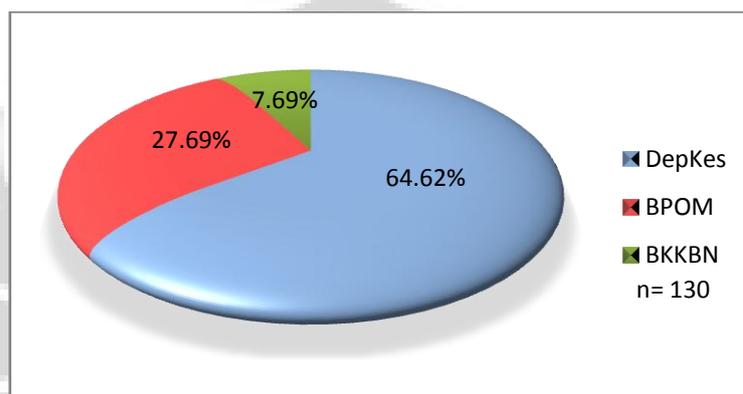


sumber : data DJA, Departemen Keuangan dan diolah peneliti

Gambar 2.4 Tren Belanja Pemerintah Pusat Berdasarkan Fungsi Kesehatan

Krisis keuangan global juga berdampak terhadap jumlah belanja pemerintah di beberapa sektor kunci pembangunan, seperti kesehatan, pendidikan, ekonomi dan perlindungan sosial. Meskipun belanja pemerintah untuk sektor kesehatan meningkat perlahan dari tahun 2005 sampai dengan 2007, pada tahun 2008 tetap saja mengalami penurunan. Pada tahun 2007 belanja pemerintah untuk kesehatan sekitar 3.17% dari total belanja pemerintah turun menjadi 2.02% pada tahun 2008, dan pada tahun 2009 mengalami kenaikan menjadi 2.5%. Untuk gambaran lebih rinci lihat Gambar 2.4.

Belanja pemerintah pusat untuk sektor kesehatan dilakukan oleh tiga Kementerian Lembaga (KL), yaitu : Departemen Kesehatan, Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM), dan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Program/ kegiatan belanja pemerintah pusat untuk fungsi kesehatan terbanyak dilakukan oleh Departemen Kesehatan yaitu sebesar 64.62%. Sedangkan distribusi KL lainnya dalam melaksanakan fungsi kesehatan dapat dilihat pada Gambar 2.5.



Sumber : data DJA, Departemen Keuangan dan diolah peneliti

Gambar 2.5 Distribusi Kementerian Lembaga Pelaksana Fungsi Kesehatan

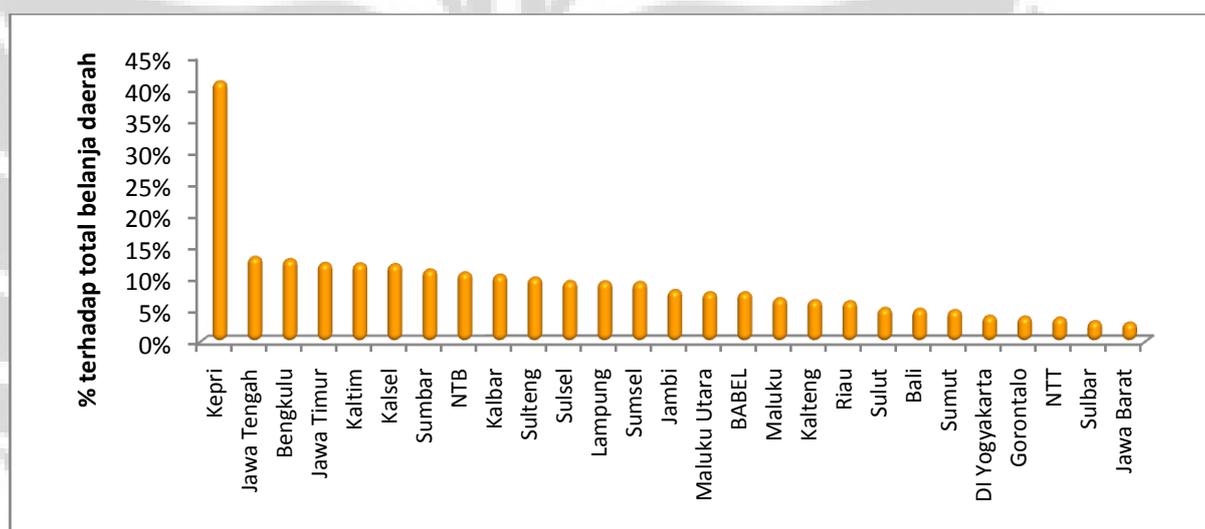
2.3.2. Tren dan Tingkat Belanja Kesehatan di Daerah

Untuk melihat tren dan tingkat belanja kesehatan di daerah, digunakan data realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) tahun 2009. Data belanja daerah ini diperoleh dari Departemen Keuangan, tetapi hanya tersedia data belanja daerah untuk 27 provinsi. Pengiriman laporan realisasi APBD dari tingkat daerah ke pusat tentu saja membutuhkan waktu, sehingga sampai saat ini masih terdapat enam provinsi yang belum menyerahkan laporan realisasi APBD tahun 2009 ke Departemen Keuangan. Provinsi yang belum melaporkan realisasi APBD tahun 2009 antara lain: Provinsi Banten, DKI Jakarta, Sulawesi Tenggara, NAD, Papua, dan Papua Barat.

Belanja daerah sektor kesehatan di tahun 2009 untuk 27 provinsi secara nasional mencapai angka 5 Triliun dari total belanja daerah sekitar 61 Triliyun. Rincian lengkap untuk belanja daerah di masing-masing provinsi dapat dilihat pada Lampiran 4. Rata-rata setiap provinsi sudah

mengalokasikan 8.73% anggarannya untuk belanja di sektor kesehatan. Distribusi belanja kesehatan terhadap belanja daerah telah dideskripsikan pada Gambar 2.6.

Gambar 2.6 memberikan informasi bahwa Provinsi Kepulauan Riau (Kepri) merupakan provinsi terbesar dalam membelanjakan anggaran di sektor kesehatan. Sehingga Kepri dapat dinyatakan sebagai provinsi yang sangat memperhatikan kesehatan rumah tangganya. Sedangkan untuk provinsi lainnya persentasi belanja daerah untuk kesehatan tidak lebih dari 15 persen. Terlebih untuk Provinsi Jawa Barat, yang merupakan provinsi terkecil dalam mengalokasikan anggaran untuk kesehatan, yaitu hanya sekitar 3% (Lampiran 4).



Sumber: DJPK, Departemen Keuangan Republik Indonesia

Gambar 2.6 Distribusi Persentasi Belanja Kesehatan Terhadap Total Belanja Daerah Tahun 2009

2.3.3. Perbandingan Internasional dalam Hal Belanja Kesehatan

Perbandingan jumlah total pengeluaran kesehatan di tingkat regional menunjukkan bahwa tingkat belanja Indonesia sedikit di bawah jumlah negara-negara tetangga di Asia Timur. Indonesia membelanjakan kurang dari 3 persen dari PDB untuk sektor kesehatan. Selama periode 2001-2009 Indonesia mengalami puncak pengeluaran kesehatan pada tahun 2003, yaitu mencapai 2.53% dari PDB. Negara-negara lain, bahkan negara-

negara dengan pendapatan per kapita yang sama atau lebih rendah, membelanjakan sedikitnya 3 hingga 4 persen dari PDB untuk sektor kesehatan. Dalam hal pengeluaran kesehatan sebagai bagian dari total pengeluaran, Indonesia tertinggal dari Filipina, di mana Filipina telah mampu membelanjakan hampir 4 persen dari total sumberdaya pemerintah untuk sektor kesehatan (Tabel 2.3).

Peringkat tiga besar negara bagian Asia Timur dalam belanja sektor kesehatan diduduki oleh Kamboja, Vietnam dan Samoa. Meskipun pada tahun 2009 Kamboja hanya membelanjakan 5.94% dari PDB, sedangkan Vietnam dan Samoa lebih dari 7 persen, Kamboja relatif stabil dari tahun 2001 hingga 2009. Vietnam dan Samoa perlahan mulai meningkat pada tahun 2003, walaupun sesekali masih mengalami penurunan.

Tabel 2.3 Persentasi Total Pengeluaran Kesehatan terhadap Produk Domestik Bruto

Negara	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Kamboja	6.09	6.25	6.81	6.53	6.38	5.90	5.94	5.67	5.94
Vietnam	5.67	5.22	5.34	5.67	5.97	6.55	7.11	7.25	7.21
Samoa	4.91	4.86	5.03	5.18	5.54	6.25	6.08	5.86	7.04
China	4.58	4.81	4.85	4.75	4.73	4.55	4.25	4.32	4.57
Laos	4.02	3.93	5.02	4.45	4.27	3.95	4.00	3.99	4.06
Malaysia	3.48	3.48	4.65	4.47	4.13	4.31	4.50	4.30	4.81
Thailand	3.32	3.70	3.58	3.51	3.55	3.71	3.75	4.05	4.31
Filipina	3.21	2.96	3.42	3.56	3.65	3.59	3.52	3.68	3.82
Indonesia	2.25	2.24	2.53	2.37	2.06	2.30	2.48	2.26	2.36

Sumber : Bank Dunia, berdasarkan WDI dan GDF 2010

Bank Dunia (2008) menyampaikan himbauan terkait perbandingan internasional dalam hal belanja kesehatan. Meskipun perbandingan internasional ini merupakan tolak ukur terbaik, yang dimiliki untuk membandingkan tingkat pengeluaran total atau pengeluaran publik untuk sektor kesehatan, sikap hati-hati tetap diperlukan. Hal tersebut karena ukuran kecukupan untuk tingkat pengeluaran tertentu mungkin tergantung pada: (i) jumlah penyediaan perawatan oleh kesehatan sektor swasta di masing-masing negara (jika jumlahnya besar, tingkat biaya publik

dipastikan rendah); (ii) Apakah tingkat kontribusi swasta dari keluarga dipertimbangkan secara akurat (ini bisa menjelaskan tingkat total biaya untuk beberapa negara); dan, (iii) kebutuhan-kebutuhan pembangunan yang bersifat spesifik bagi setiap negara.



BAB 3 METODOLOGI

3.1. Jenis dan Sumber Data

Penelitian ini membutuhkan tiga informasi dasar, antara lain :

1. Informasi belanja pemerintah pusat dan daerah dalam menyediakan fasilitas kesehatan rumah tangga (rumah sakit pemerintah dan puskesmas).
2. Informasi pengguna fasilitas kesehatan rumah tangga.
3. Informasi karakteristik sosial ekonomi dari pengguna fasilitas kesehatan.

berdasarkan ketiga informasi tersebut data yang dibutuhkan dapat diklasifikasi menjadi dua kebutuhan data utama. **Pertama**, laporan resmi belanja pemerintah untuk fasilitas kesehatan rumah tangga. **Kedua**, hasil survei nasional dari rumah tangga. Dengan mempertimbangkan kebutuhan data, penelitian ini menggunakan jenis data sekunder. Hasan (2004) mendefinisikan data sekunder sebagai data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh orang yang melakukan penelitian dari sumber-sumber yang telah ada.

Data yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari : (i) Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) tahun 2009, (ii) Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) tahun 2009 Provinsi Jawa Barat, Bali, Sulawesi Barat, Gorontalo, Kalimantan Timur dan Maluku, (iii) Realisasi belanja dana Dekonsentrasi (Dekon) dan Tugas Pembantuan (TP) tahun 2009, (iv) Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor pada Juli 2009. Sumber data tersebut diperoleh dari instansi pemerintahan, seperti Departemen Keuangan Republik Indonesia untuk data APBN dan APBD. Sedangkan data Susenas Kor 2009 diperoleh dari Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional (Bappenas).

Untuk memperoleh pemahaman yang lebih lengkap (komprehensif) mengenai data yang digunakan dalam penelitian ini, maka sub bab berikut ini memberikan deskripsi secara singkat terkait data.

3.1.1. Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas)

BPS (1999) menjelaskan secara umum kegiatan Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) dalam buku pedoman. Susenas adalah survei yang dirancang untuk mengumpulkan data sosial kependudukan yang relatif sangat luas. Data yang dikumpulkan antara lain menyangkut bidang-bidang pendidikan, kesehatan/ gizi, perumahan/ lingkungan hidup, kriminalitas, kegiatan sosial budaya, konsumsi dan pendapatan rumah tangga, perjalanan, dan pendapat rumah tangga mengenai kesejahteraan rumah tangganya. Susenas dibagi menjadi dua jenis, yaitu: (a) Susenas Kor yang dibuat setiap tahun dan (b) Susenas Modul yang dibuat setiap tiga tahun. Pada tahun 1992, sistem pengumpulan data Susenas diperbaharui, yaitu informasi yang digunakan untuk menyusun indikator kesejahteraan rakyat (Kesra) yang terdapat di modul ditarik ke dalam kor. Sejak itu, setiap tahun dalam Susenas tersedia perangkat data yang dapat digunakan untuk memantau taraf kesejahteraan rumah tangga, merumuskan program pemerintah yang khusus ditujukan untuk meningkatkan kesejahteraan sektor-sektor tertentu dalam rumah tangga, dan menganalisa dampak berbagai program peningkatan kesejahteraan penduduk.

Kerangka sampel yang digunakan dalam Susenas 2009 terdiri dari 3 jenis, yaitu: kerangka sampel untuk pemilihan blok sensus, kerangka sampel untuk pemilihan sub blok sensus (khusus untuk blok sensus yang bermuatan rumah tangga lebih dari 150 rumah tangga), dan kerangka sampel untuk pemilihan rumah tangga dalam blok sensus/ sub blok sensus terpilih. Kerangka sampel blok sensus adalah daftar blok sensus biasa hasil Sensus Ekonomi 2006 yang dilengkapi dengan jumlah rumah tangga hasil pencacahan Pendaftaran Pemilih dan Pendataan Penduduk Berkelanjutan (P4B). Kerangka sampel blok sensus ini mencakup blok sensus di 471 kabupaten/ kota dan dibedakan menurut daerah perkotaan dan perdesaan. Pelaksanaan Susenas Juli 2009 mencakup sebanyak 18.243 blok sensus atau sebanyak 291.888 rumah tangga sampel yang tersebar di seluruh wilayah geografis Indonesia.

Bahan penelitian yang digunakan merupakan hasil survei Badan Pusat Statistik tentang sosial ekonomi skala nasional pada Juli tahun 2009, dengan rincian jumlah sampel pada Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Daftar Nama Provinsi dengan Jumlah Sampel yang Digunakan

KODE PROVINSI	NAMA PROVINSI	JUMLAH SAMPEL	PERSEN	PERINGKAT
11	Nanggroe Aceh Darussalam	47,791	4.14	7
12	Sumatera Utara	79,723	6.9	3
13	Sumatera Barat	45,864	3.97	8
14	Riau	28,679	2.48	16
15	Jambi	24,015	2.08	21
16	Sumatera Selatan	36,548	3.16	9
17	Bengkulu	21,684	1.88	24
18	Lampung	30,681	2.66	14
19	Kep. Bangka Belitung	14,130	1.22	29
21	Kep. Riau	13,976	1.21	30
31	DKI Jakarta	26,714	2.31	18
32	Jawa Barat	78,278	6.77	4
33	Jawa Tengah	91,731	7.94	2
34	DI Yogyakarta	11,402	0.99	32
35	Jawa Timur	107,057	9.26	1
36	Banten	23,921	2.07	22
51	Bali	21,732	1.88	25
52	Nusa Tenggara Barat	21,801	1.89	23
53	Nusa Tenggara Timur	53,396	4.62	6
61	Kalimantan Barat	34,912	3.02	10
62	Kalimantan Tengah	32,174	2.78	12
63	Kalimantan Selatan	28,732	2.49	15
64	Kalimantan Timur	32,159	2.78	13
71	Sulawesi Utara	27,936	2.42	17
72	Sulawesi Tengah	25,777	2.23	20
73	Sulawesi Selatan	61,792	5.35	5
74	Sulawesi Tenggara	33,453	2.89	11
75	Gorontalo	15,832	1.37	27
76	Sulawesi Barat	13,834	1.2	31
81	Maluku	18,348	1.59	26
82	Maluku Utara	15,456	1.34	28
91	Papua Barat	9,675	0.84	33
94	Papua	26,363	2.28	19
Total		1,155,566	100	

Penelitian ini menggunakan data Susenas untuk mendapatkan informasi karakteristik sosial ekonomi rumah tangga dan pengguna fasilitas kesehatan rumah tangga. Pengeluaran rumah tangga per kapita digunakan sebagai indikator untuk mengelompokkan rumah tangga berdasarkan status sosial ekonomi. Pengeluaran rumah tangga per kapita diperoleh dengan membagi pengeluaran rumah tangga dengan jumlah anggota rumah tangga. Sedangkan informasi pengguna fasilitas rumah sakit atau puskesmas dalam Susenas merupakan pertanyaan turunan ketika individu memanfaatkan layanan rawat jalan maupun rawat inap.

3.1.2. APBN

Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dalam UU Nomor 41 tahun 2008 dijelaskan sebagai wujud dari pengelolaan keuangan negara yang dilaksanakan secara terbuka dan bertanggung jawab untuk sebesar-besarnya kemakmuran rakyat. Penyusunan APBN disesuaikan dengan kebutuhan penyelenggaraan pemerintahan negara dan kemampuan dalam menghimpun pendapatan negara. Selain itu, penyusunan APBN dapat mendukung terwujudnya perekonomian nasional berdasarkan atas demokrasi ekonomi dengan prinsip kebersamaan, efisiensi, berkeadilan, berkelanjutan, berwawasan lingkungan, kemandirian, serta dengan menjaga keseimbangan kemajuan dan kesatuan ekonomi nasional.

Penelitian ini memanfaatkan realisasi APBN, dimana pertanggungjawaban atas pelaksanaan APBN setiap tahunnya akan tertuang dalam Laporan Keuangan Pemerintah Pusat (LKPP). Fokus utama penelitian ini pada realisasi belanja pemerintah untuk sektor kesehatan. Sektor kesehatan merupakan salah satu fungsi yang berada pada belanja pemerintah pusat menurut fungsi. Sehingga untuk melihat proporsi nilai belanja pemerintah sektor kesehatan, dapat diperoleh dengan membagi jumlah belanja pemerintah pusat untuk fungsi kesehatan terhadap total belanja pemerintah pusat.

3.1.3. APBD

Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) merupakan wujud pengelolaan keuangan daerah yang ditetapkan setiap tahun dengan Peraturan Daerah (Pasal 16 (1) UU 17/2003). APBD terdiri atas anggaran pendapatan, anggaran belanja, dan pembiayaan. Sumber pendapatan daerah berasal dari pendapatan asli daerah, dana perimbangan dan lain-lain pendapatan yang sah. Realisasi APBD dilaporkan pemerintah daerah dalam bentuk laporan keuangan yang telah diperiksa oleh Badan Pemeriksa Keuangan, selambat-lambatnya 6 (enam) bulan setelah tahun anggaran berakhir.

Sama seperti APBN, fokus utama penelitian ini terhadap APBD juga pada realisasi belanja sektor kesehatan. Sektor kesehatan merupakan salah satu fungsi yang ada pada belanja daerah menurut fungsi. Berdasarkan data total realisasi belanja daerah dan belanja daerah untuk kesehatan, maka dapat diketahui proporsi belanja kesehatan. Informasi proporsi belanja kesehatan daerah akan dibandingkan untuk enam provinsi wilayah penelitian (Provinsi Jawa Barat, Bali, Sulawesi Barat, Gorontalo, Kalimantan Timur dan Maluku). Perbandingan nilai proporsi belanja kesehatan akan memperlihatkan perilaku dari masing-masing provinsi terhadap sektor kesehatan. Apakah tingkat kemandirian suatu provinsi akan berbanding lurus dengan nilai proporsi belanja kesehatan?

3.1.4. Dana Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan

Mengutip PP No. 7 Tahun 2008 tentang Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan, dekonsentrasi adalah pelimpahan wewenang dari pemerintah pusat kepada gubernur sebagai wakil pemerintah pusat. Sedangkan Tugas Pembantuan (TP) adalah penugasan dari pemerintah pusat kepada daerah untuk melaksanakan tugas tertentu, dengan kewajiban melaporkan dan mempertanggungjawabkan pelaksanaannya kepada yang menugaskan.

Pendanaan dalam rangka dekonsentrasi dikenal dengan dana dekon. Dana dekon adalah dana yang berasal dari APBN yang dilaksanakan oleh

gubernur sebagai wakil pemerintah yang mencakup semua penerimaan dan pengeluaran dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi. Dana dekon tidak termasuk dana yang dialokasikan untuk instansi vertikal pusat di daerah. Sedangkan pendanaan dalam rangka tugas pembantuan dikenal dengan dana TP. Dana TP adalah dana yang berasal dari APBN yang dilaksanakan oleh daerah dan desa yang mencakup semua penerimaan dan pengeluaran dalam rangka pelaksanaan tugas pembantuan.

Dana dekon-TP diberikan ke daerah dengan tujuan meningkatkan tingkat pencapaian efisiensi dan efektivitas dalam penyelenggaraan pemerintahan, pelayanan publik, dan pembangunan di daerah. Selain itu, dana dekon-TP untuk menciptakan keselarasan dan sinergitas secara nasional antara program/kegiatan dekon-TP yang didanai dari APBN melalui RKA-KL dengan program/kegiatan desentralisasi yang didanai dari APBD melalui RKA-SKPD. Secara khusus, dana dekon-TP bertujuan lebih menjamin tersedianya sebagian anggaran kementerian negara/lembaga bagi pelaksanaan program/kegiatan pemerintah di daerah.

Penelitian ini menggabungkan dana dekon-TP dan APBD untuk mengakomodir belanja kesehatan yang dilakukan daerah. Dana dekon-TP yang digunakan terbatas untuk dana yang ditujukan ke wilayah penelitian dan khusus untuk belanja kesehatan di rumah sakit pemerintah dan puskesmas.

3.2. Deskripsi Data

Deskripsi data adalah upaya menampilkan data agar dapat dipaparkan secara baik dan diinterpretasikan secara mudah. Deskripsi data meliputi penyusunan data dalam bentuk tampilan yang mudah dipahami secara lengkap (Saefuddin, dkk, 2009). Sedangkan Mattjik dan Sumertajaya (2002) mendefinisikan deskripsi data dengan statistika deskripsi. Statistika deskripsi adalah bidang statistika yang membicarakan cara atau metode mengumpulkan, menyederhanakan dan menyajikan data sehingga dapat memberikan informasi.

Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk tabel frekuensi, histogram, digram dahan daun, boxplot, diagram grafik atau bentuk lainnya. Tujuan analisa ini mencoba untuk menggambarkan pola-pola yang konsisten dalam data, sehingga hasilnya dapat dipelajari dan ditafsirkan secara singkat dan penuh makna. Analisa ini tidak sampai pada tahap menarik suatu kesimpulan dalam data, tetapi sampai pada tingkat memberikan suatu bentuk ringkasan data. Tabel frekuensi merupakan cara penyajian yang paling umum untuk deskripsi data, diagram batang atau histogram juga visualisasi yang sering digunakan dalam menyajikan data (Saefuddin, dkk , 2009). Selain itu, ukuran deskriptif adalah penyajian data yang digunakan untuk mengetahui sebaran data.

3.2.1. Tabel Frekuensi

Tabel frekuensi merupakan bentuk deskripsi yang umum digunakan untuk peubah kategorik. Tabel ini menampilkan kategori-kategori yang muncul dalam gugus data beserta frekuensinya. Frekuensi relatif atau persentase biasanya ditampilkan pada tabel tersebut. Tabel frekuensi dapat menyajikan data dalam satu kategori atau dua kategori, sesuai dengan informasi yang ingin diperoleh dari data. Tabel 3.2 menampilkan contoh tabel frekuensi dengan satu kategori, sedangkan Tabel 3.3 contoh tabel frekuensi dengan dua kategori. Tabel frekuensi juga dapat disajikan dalam bentuk diagram (*chart*) untuk dapat mempermudah interpretasi data. Diagram yang relevan dengan tabel frekuensi adalah diagram batang dan histogram. Diagram sangat membantu ketika observasi dalam penelitian banyak, sehingga dapat secara langsung mengetahui perbandingan antar frekuensi.

Tabel 3.2 Contoh Tabel Frekuensi Satu Kategori

No.	Kategori A	Frekuensi	Persen
1	Kategori A ₁	309	88.2
⋮	⋮	⋮	⋮
n	Kategori A _n	30	8.6
Total		350	100

Tabel 3.3 Contoh Tabel Frekuensi Dua Kategori

No.	Kategori A	Kategori B			Total
		Kategori B ₁	...	Kategori B _n	
1	Kategori A ₁	300 (46.4)	...	3 (0.5)	371 (57.4)
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
n	Kategori A _n	20 (3.1)	...	8 (1.2)	73 (11.3)
Total		370 (57.3)	...	40 (6.2)	646 (100)

3.2.2. Ukuran Deskripsi

Ukuran-ukuran deskriptif diperlukan untuk peubah pengukuran sebagai nilai rangkuman atas nilai-nilai pengamatan (Saefuddin, dkk, 2009). Ukuran deskripsi ini merupakan ukuran yang menggambarkan posisi nilai-nilai peubah dalam suatu garis peubah. Ukuran yang menyatakan letak pusat secara umum dinamakan ukuran pemusatan, dan ukuran yang menyatakan posisi relatif nilai-nilai peubah terhadap nilai pusat tersebut dinamakan ukuran pesebaran.

Ukuran pemusatan yang sering digunakan antara lain : median, modus, kuartil, dan nilai tengah (rata-rata). Sedangkan ukuran penyebaran yang biasa digunakan adalah wialyah (*range*), jangkauan antar kuartil (*inter quartil range*), dan ragam (*variance*).

3.3. Benefit Incidence Analysis

Penelitian ini menggunakan *Benefit Incidence Analysis* (BIA) untuk menganalisa distribusi belanja kesehatan. Juswanto (2010) berpendapat bahwa BIA merupakan alat analisa yang mudah digunakan, untuk monitoring dan evaluasi efektivitas dari program pengeluaran sosial. BIA juga dapat memberikan informasi tentang efesiensi/ inefesiensi dan keadilan/ ketidakadilan dalam alokasi sumber daya pemerintah, untuk pelayanan sosial dan pada penggunaan layanan umum.

Pendekatan BIA dipelopori oleh penelitian kembar Bank Dunia, yaitu Selowsky dan Meermen. Tujuan utama dari metode ini adalah untuk mengidentifikasi manfaat dari belanja publik dan seberapa besar manfaat tersebut diterima. Inti dari

pendekatan ini adalah menggunakan informasi pada belanja fasilitas kesehatan pemerintah (rumah sakit pemerintah dan puskesmas), bersama dengan informasi tentang penggunaan rumah tangga dengan kelompok pendapatan yang berbeda untuk memperkirakan distribusi manfaat.

BIA digambarkan oleh beberapa aljabar sederhana, yang diterapkan pada kasus penelitian ini. Manfaat dari belanja pemerintah pada fasilitas kesehatan i (rumah sakit pemerintah dan puskesmas) untuk kelompok rumah tangga j , diperkirakan dengan persamaan berikut :

$$X_{ij} = \frac{E_{ij}}{E_i} S_i = \frac{S_i}{E_i} E_{ij}$$

dimana E_{ij} merupakan jumlah rumah tangga yang menggunakan fasilitas i dari kelompok sosial ekonomi j . S_i/E_i adalah *unit cost* dalam menyediakan fasilitas kesehatan i . Oleh karena itu, manfaat total belanja pemerintah pada kedua fasilitas untuk kelompok sosial ekonomi j adalah $X_j = \sum_{i=1}^n X_{ij}$. Maka persamaan sebelumnya akan berubah menjadi persamaan berikut:

$$X_j = \sum_{i=1}^n E_{ij} \frac{S_i}{E_i} = \sum_{i=1}^n \frac{E_{ij}}{E_i} S_i$$

Mangham (2006) menggunakan tiga informasi dalam melakukan *benefit incidence analysis*, yaitu (i) informasi pengeluaran pemerintah dalam menyediakan pelayanan kesehatan rumah tangga, (ii) data pengguna fasilitas kesehatan pemerintah, dan (iii) karakteristik sosial ekonomi dari pengguna fasilitas. Penelitian ini merujuk kepada tiga informasi utama yang digunakan oleh Mangham (2006). Jenis fasilitas kesehatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah fasilitas kesehatan milik pemerintah yang terbagi menjadi rumah sakit pemerintah dan puskesmas.

Jika Mangham memperkirakan jumlah kunjungan ke fasilitas kesehatan melalui pendekatan persentasi dari respon individu terhadap cara perawatan, penelitian ini mengadopsi metode yang digunakan oleh Jasmina, dkk (2001). Jasmina, dkk menggunakan variabel *binary* untuk memberikan proksi individu yang menikmati

manfaat dari pengeluaran pembangunan. Alasan utama memodifikasi metode Mangham (2006) dengan Jasmina, dkk (2001) karena penelitian ini menggunakan sumber data yang sama dengan Jasmina, dkk yaitu SUSENAS Kor.

Secara sistematis, analisa *benefit incidence* dalam penelitian ini melibatkan setidaknya enam langkah yang dengan mudah diimplementasikan menggunakan *software* STATA Ver. 11. Keenam langkah tersebut adalah sebagai berikut :

1. Menghitung pengeluaran rumah tangga per kapita, yang diperoleh dari data pengeluaran rumah tangga dibagi dengan jumlah anggota rumah tangga.
2. Memberi peringkat rumah tangga dari termiskin hingga terkaya menggunakan pengeluaran rumah tangga per kapita. Setelah memperoleh peringkat rumah tangga, maka menggabungkan rumah tangga berdasarkan peringkatnya ke dalam kelompok dengan persentasi yang sama. Penelitian ini membagi peringkat rumah tangga menjadi lima kelompok, sehingga akan diperoleh kelompok 20 persen rumah tangga termiskin, 20 persen rumah tangga miskin, 20 persen rumah tangga tidak miskin, 20 persen rumah tangga kaya, dan 20 persen rumah tangga terkaya.
3. Menentukan nilai belanja pemerintah per kapita untuk fasilitas kesehatan pemerintah. Belanja pemerintah per kapita yaitu membagi belanja pemerintah dengan jumlah penduduk. Penelitian ini menggunakan dua fasilitas kesehatan pemerintah, yaitu rumah sakit dan puskesmas.
4. Menentukan variabel *binary* sebagai indikasi rumah tangga penerima manfaat dari masing-masing fasilitas kesehatan pemerintah.
5. Menentukan manfaat yang diperoleh dari belanja pemerintah per kapita masing-masing fasilitas kesehatan, dengan mengalikan belanja pemerintah per kapita dengan variabel *binary* untuk setiap fasilitas kesehatan.
6. Menentukan proposi belanja pemerintah yang dinikmati oleh kelompok rumah tangga.

Alur utama penelitian menggunakan metode BIA dapat dideskripsikan melalui bagan yang terlihat pada Gambar.3.1.



Gambar 3.1 Alur Penelitian

Benefit incidence analysis dapat memberikan gambaran berapa besar manfaat yang diterima oleh rumah tangga miskin, tetapi terdapat beberapa kelemahan dalam metode ini. Kelemahan ini dikutip Jasmina, dkk (2001) dari Fozzard, Holmes, Klugman dan Withers (2001) dan Van de Walle (2004). Beberapa kelemahan yang harus diperhatikan dalam analisa ini anatra lain:

- Proksi untuk manfaat yang diterima seringkali tidak tepat mencerminkan manfaat sebenarnya yang diterima dari belanja pemerintah untuk sektor tertentu. Indikator *binary* yang digunakan untuk mengukur manfaat yang diperoleh dari belanja pemerintah tidak dapat menangkap kualitas jasa publik. Alternatif proksi lain adalah biaya per unit jasa yang disediakan. Akan tetapi, data ini sangat sulit diperoleh dan seringkali tidak akurat karena harus memperhatikan biaya-biaya lain yang masuk dalam penyediaan jasa publik tertentu (misal : biaya transport). Selain itu, sulit menentukan proksi yang dapat menangkap manfaat sosial dari suatu barang dan jasa publik yang disediakan oleh pemerintah.
- Analisa ini tidak dapat menangkap kualitas dari jasa publik yang disediakan oleh pemerintah yang dapat berbeda berdasarkan lokasi atau kelompok sosial rumah tangga. Penggunaan variabel *binary* sebagai dasar penentuan penerimaan manfaat tidak dapat menangkap perbedaan dalam kualitas jasa publik yang disediakan dan dapat memberikan bias dalam estimasi (misal: indikator ini bisa *over-estimate* manfaat yang diperoleh rumah tangga miskin padahal kualitas dari jasa publik yang diperoleh rendah)

- Seringkali sulit untuk mengalokasikan manfaat jasa publik terhadap berbagai kelompok rumah tangga. Misalnya, sulit untuk menetapkan manfaat yang diperoleh kelompok rumah tangga kaya dan miskin untuk program pengadaan gudang obat.
- Dalam memperhitungkan distribusi manfaat dari belanja publik, indikator tingkat kesejahteraan rumah tangga yang digunakan kurang sempurna. Berdasarkan van de Walle (2001) indikator pendapatan, pengeluaran atau konsumsi tidak cukup untuk menggambarkan distribusi standar hidup rumah tangga. Indikator ini dapat menimbulkan *misleading* untuk melihat perubahan kesejahteraan kelompok rumah tangga dengan adanya pengeluaran publik. Pola pengeluaran atau konsumsi rumah tangga juga sangat dipengaruhi oleh ketersediaan barang dan jasa publik yang sudah ada. Sehingga perubahan pengeluaran/ konsumsi karena adanya perubahan pengeluaran publik untuk barang dan jasa publik tertentu tidak sepenuhnya mencerminkan perubahan kesejahteraan rumah tangga.

Merujuk pada kelemahan di atas, interpretasi dari hasil analisa harus hati-hati mengingat akurasi hasil dari analisa ini sangat tergantung dengan ketersediaan data. Beberapa hal sehubungan dengan penerapan *incidence analysis* dalam penelitian ini perlu diperhatikan, yaitu antara lain:

1. Analisa ini dilakukan untuk sektor kesehatan, tetapi hanya menilai dari pemanfaatan dua fasilitas kesehatan pemerintah (rumah sakit pemerintah dan puskesmas). Pada kenyataannya, sektor kesehatan masih memiliki beberapa program dan kegiatan lainnya yang tidak berhubungan dengan rumah sakit atau puskesmas tetapi sangat berhubungan dengan kesehatan. Misalnya, pembangunan gudang obat atau peningkatan kualitas dokter dan bidan. Pada penelitian ini, diasumsikan kegiatan yang berhubungan dengan rumah sakit pemerintah dan puskesmas dapat mewakili pemanfaatan belanja publik di sektor kesehatan.
2. Penentuan variabel *binary* hanya sebagai indikator rumah tangga yang menerima manfaat dari belanja pemerintah, indikator ini tidak dapat mengukur tingkat kepuasan dari fasilitas kesehatan yang digunakan.

Sebelum melakukan *incidence analysis*, perlu ditetapkan terlebih dahulu proksi data yang akan digunakan sebagai variabel *binary* untuk masing-masing fasilitas kesehatan pemerintah. Variabel *binary* bertujuan untuk mengetahui rumah tangga yang menerima manfaat dari belanja pemerintah untuk fasilitas kesehatan pemerintah. Proksi data yang dilakukan untuk mendapatkan variabel *binary* disajikan dalam Tabel 3.4.

Tabel 3.4 Variabel Binary untuk Benefit Incidence Analysis

Fasilitas Kesehatan Pemerintah	Variabel Binary	Sumber Data Variabel Binary
Rumah Sakit Pemerintah	Apakah pernah berobat jalan di rumah sakit pemerintah dalam 1 bulan terakhir, atau pernah rawat inap di rumah sakit pemerintah dalam 1 tahun terakhir? 1 = Ya 0 = Tidak	SUSENAS 2009
Puskesmas	Apakah pernah berobat jalan di puskesmas dalam 1 bulan terakhir, atau pernah rawat inap di puskesmas dalam 1 tahun terakhir? 1 = Ya 0 = Tidak	SUSENAS 2009
Catatan : 1 = rumah tangga yang memperoleh manfaat dari fasilitas kesehatan yang disediakan 0 = rumah tangga yang tidak memperoleh manfaat dari fasilitas kesehatan yang disediakan		

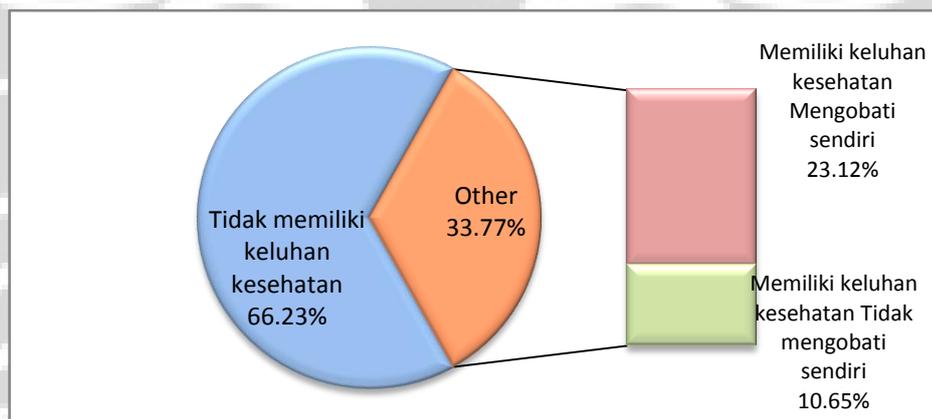
BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Deskripsi Data

Objek penelitian dari analisa deskripsi data yaitu rumah tangga Indonesia. Rumah tangga diperingkatkan berdasarkan pengeluaran rumah tangga per bulan per kapita. Langkah selanjutnya, rumah tangga dikelompokkan menjadi lima kelompok dengan persentasi yang sama setiap kelompoknya. Kelompok pertama merupakan 20 persen rumah tangga dengan pengeluaran terendah. Sedangkan 20 persen rumah tangga dengan pengeluaran tertinggi digabungkan dalam kelompok kelima. Sederhananya kelompok pertama dapat dinyatakan sebagai kelompok 20 persen termiskin, dan kelompok 20 persen terkaya untuk kelompok kelima.

4.1.1. Nasional



Gambar 4.1 Keluhan Kesehatan dan Tindakan Perawatan

Kesehatan rumah tangga dapat terlihat dari kondisi tubuhnya. Ketika tubuh sedang tidak sehat, maka rumah tangga akan mengeluhkan kesehatannya. Gambar 4.1 mendeskripsikan rumah tangga berdasarkan keluhan kesehatan dan tindak pengobatan. Sekitar 66.23% rumah tangga tidak memiliki keluhan selama satu bulan terakhir, dan hanya 33.77% rumah tangga yang memiliki keluhan kesehatan. Terdapat dua tindak pengobatan yang dipilih rumah tangga ketika memiliki keluhan kesehatan yaitu: mengobati sendiri atau tidak mengobati sendiri. Mengobati sendiri didefinisikan menurut pedoman Susenas adalah upaya anggota rumah

tangga/ keluarga dengan melakukan pengobatan tanpa datang ke tempat fasilitas kesehatan, atau memanggil dokter/petugas kesehatan ke rumahnya (misalnya minum obat modern, jamu, kerokan, kompres, pijat) agar sembuh atau menjadi lebih ringan keluhan kesehatannya.

Secara umum rumah tangga lebih memilih untuk mengobati sendiri, karena dari 33.77% rumah tangga yang memiliki keluhan kesehatan 23.12% diantaranya memilih untuk mengobati sendiri. Sedangkan rumah tangga yang memilih untuk tidak mengobati sendiri, hanya sekitar 10.65% dari 33.77% rumah tangga yang mengeluhkan kondisi kesehatannya.

Kecenderungan tindak pengobatan rumah tangga berdasarkan kelompok sosial ekonomi, dapat mencerminkan tingkat kepercayaan dan kemudahan rumah tangga dalam mengakses fasilitas kesehatan. Ketika rumah tangga memiliki keluhan kesehatan dan memilih untuk tidak mengobati sendiri, secara langsung rumah tangga tersebut akan memanfaatkan fasilitas kesehatan dalam meringankan keluhan kesehatannya. Jika didefinisikan, tidak mengobati sendiri adalah upaya anggota rumah tangga/ keluarga dengan melakukan pengobatan datang ke tempat fasilitas kesehatan. Distribusi tindak pengobatan rumah tangga yang dipilih ketika mengalami keluhan kesehatan berdasarkan kelompok sosial ekonomi, telah diringkas pada Tabel 4.1.

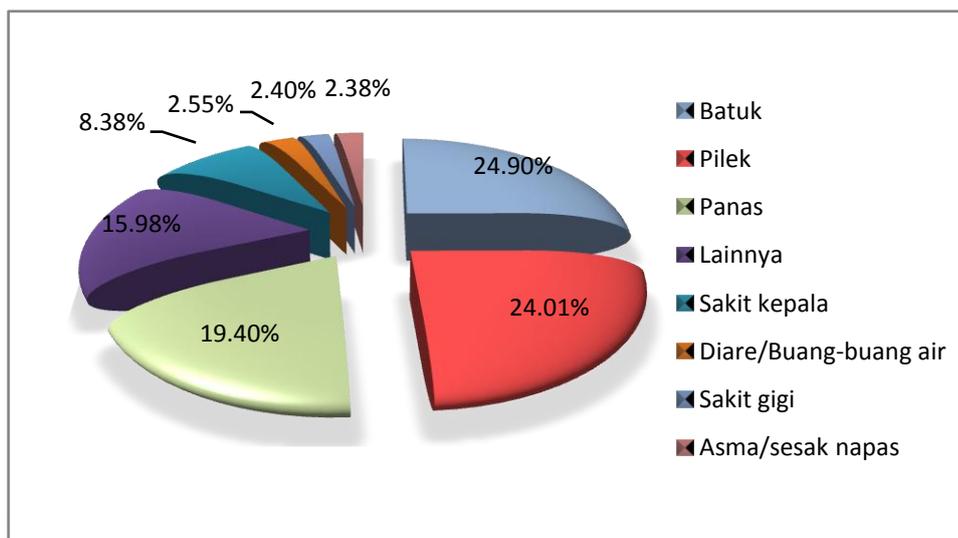
Tabel 4.1 Tindakan Perawatan Rumah tangga Ketika Memiliki Keluhan Kesehatan

Kelompok	Mengobati Sendiri	Tidak Mengobati Sendiri	Total
1 (<i>poor</i> 20%)	4.20%	1.90%	6.10%
2	4.72%	1.98%	6.70%
3	4.76%	2.05%	6.81%
4	4.71%	2.15%	6.87%
5 (<i>rich</i> 20%)	4.72%	2.56%	7.29%
Total	23.12%	10.65%	33.77%

Pada Tabel 4.1 diketahui bahwa dari 33.77% rumah tangga yang memiliki keluhan kesehatan, keluhan kesehatan lebih banyak dialami oleh kelompok 20 persen rumah tangga terkaya (7.29%). Sedangkan kelompok 20 persen rumah tangga termiskin relatif lebih jarang mengalami keluhan kesehatan (6.10%). Tindak pengobatan yang lebih dipilih oleh kelompok 20 persen rumah tangga termiskin adalah mengobati sendiri (4.2%) daripada diobati oleh orang lain (1.9%). Sama halnya dengan kelompok 20 persen rumah tangga terkaya yang lebih memilih diobati sendiri ketika mengalami keluhan kesehatan (4.72%), daripada tidak mengobati sendiri (2.56%).

Jika dibandingkan antara perilaku tindak pengobatan, mengobati sendiri merupakan tindakan perawatan yang dominan pilihan kelompok 20 persen terkaya. Merujuk pada definisi dari pengobatan sendiri, diduga kelompok kaya lebih memilih memanggil dokter/ petugas kesehatan ke rumahnya. Begitu pula kelompok kaya mendominasi tindak pengobatan dengan orang lain, hal ini jelas menandakan kelompok kaya memiliki modal lebih untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mangham (2006), pada penelitian tersebut dinyatakan bahwa individu miskin memiliki toleransi lebih besar terhadap penyakit dan perhatian yang rendah tentang isu-isu kesehatan. Kasus ini juga menunjukkan bahwa kelompok miskin cenderung untuk tidak mengambil tindakan apapun. Sebaliknya, kelompok kaya cenderung lebih peka terhadap keluhan kesehatan yang dialaminya

Keluhan kesehatan yang umum dirasa oleh rumah tangga antara lain : batuk, pilek, panas, sakit kepala, diare/ buang-buang air, sakit gigi dan asma/ sesak napas dan lainnya. Pedoman Susenas mendefinisikan keluhan kesehatan lainnya, adalah keluhan kesehatan karena penyakit lain seperti campak, telinga berair/ congek, sakit kuning/ *liver*, kejang-kejang, lumpuh, pikun. Keluhan kesehatan ini termasuk juga gangguan kesehatan akibat kecelakaan/ musibah, bencana alam, tidak nafsu makan, dan penyakit lainnya yang tidak termasuk kategori keluhan kesehatan yang umum dirasakan oleh rumah tangga.

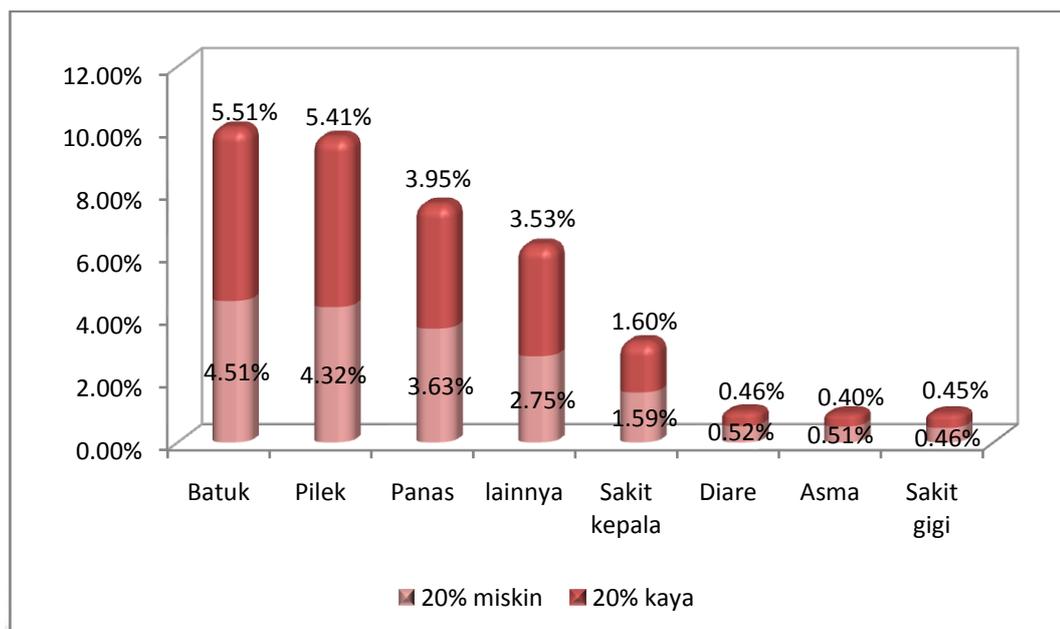


Gambar 4.2 Jenis Keluhan Kesehatan

Sebaran jenis keluhan kesehatan yang dialami oleh rumah tangga telah digambarkan melalui Gambar 4.2. Keluhan kesehatan yang paling banyak diderita oleh rumah tangga adalah batuk, yaitu sekitar 24.9% rumah tangga mengalami penyakit ini. Selain itu, pilek (24.01%) dan panas (19.4%) menjadi peringkat tiga teratas dari keluhan kesehatan yang sering diderita oleh rumah tangga.

Asma/ sesak napas, diare/ buang-buang air, dan sakit kepala merupakan jenis keluhan peringkat tiga terbawah yang relatif jarang diderita oleh rumah tangga. Diare/ buang-buang air hanya dialami oleh 2.55% rumah tangga, sedangkan untuk sakit gigi hanya sekitar 2.4% rumah tangga yang mengeluhkan penyakit ini. Jenis keluhan yang paling jarang dialami oleh rumah tangga adalah asma/ sesak napas, yaitu hanya sekitar 2.38% rumah tangga yang pernah mengidap penyakit ini.

Distribusi jenis keluhan kesehatan yang dialami oleh kelompok 20 persen termiskin dan kelompok 20 persen terkaya, dapat dilihat pada Gambar 4.3. Tujuan dari distribusi jenis keluhan ini, adalah untuk melihat keluhan kesehatan yang dialami oleh rumah tangga termiskin dan terkaya. Terdapat perbedaan atau tidak dari jenis keluhan kesehatan yang dialami oleh dua kelompok ini.



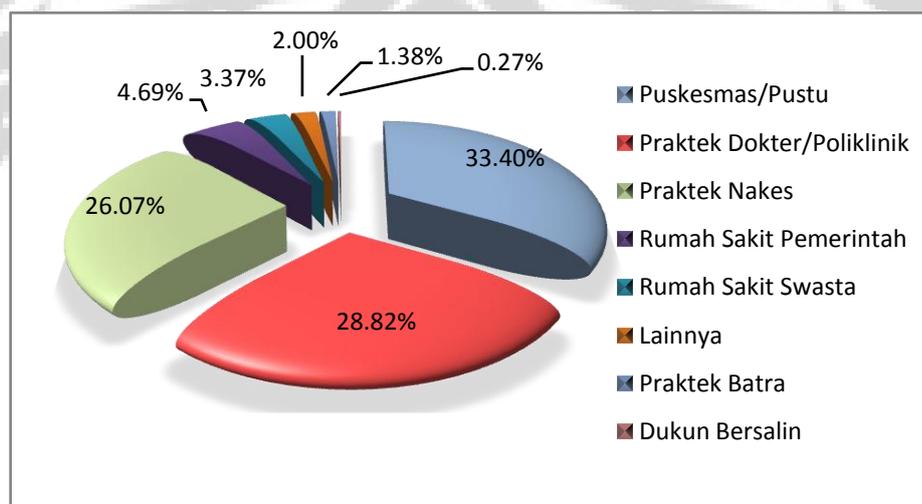
Gambar 4.3 Jenis Keluhan Kesehatan untuk Kelompok 20 Persen Termiskin dan Terkaya

Berdasarkan Gambar 4.3 diketahui bahwa jenis penyakit yang paling banyak dikeluhkan oleh kelompok 20 persen termiskin dan terkaya relatif sama. Batuk, pilek, panas, sakit kepala dan lainnya adalah jenis keluhan yang banyak dialami oleh kedua kelompok. Batuk dikeluhkan sekitar 5.51% rumah tangga kelompok terkaya, dan sebesar 4.51% rumah tangga termiskin yang mengeluhkan penyakit ini. Untuk keluhan pilek, sebesar 5.41% dikeluhkan oleh rumah tangga kelompok 20 terkaya dan 4.32% dikeluhkan oleh kelompok 20 persen termiskin. Sementara keluhan diare, asma dan sakit gigi relatif jarang dialami oleh kelompok rumah tangga termiskin maupun terkaya.

Tindak pengobatan tidak mengobati sendiri atau diobati oleh orang lain adalah alternatif yang dipilih rumah tangga ketika memiliki keluhan kesehatan. Secara langsung, rumah tangga akan berobat jalan di fasilitas kesehatan untuk mengobati keluhan kesehatannya. Berbagai fasilitas kesehatan yang dapat dinikmati oleh rumah tangga dapat dilihat pada Gambar 4.4. Fasilitas kesehatan yang dapat dinikmati oleh rumah tangga, saat membutuhkan berobat jalan antara lain: rumah sakit swasta, puskesmas/ puskesmas pembantu (pustu), praktek tenaga kesehatan

(nakes), rumah sakit pemerintah, praktek dokter/ poliklinik, praktek pengobatan tradisional (batra), dukun bersalin dan lainnya. Fasilitas kesehatan lainnya, misalnya Polindes (Pondok Bersalin Desa) dan Posyandu.

Puskesmas/ (pustu), praktek dokter/ poliklinik dan praktek (nakes) adalah fasilitas kesehatan yang banyak digunakan oleh rumah tangga. Fasilitas utama kesehatan yang digunakan oleh sebagian besar rumah tangga adalah puskesmas (33.4%). Praktek dokter/ poliklinik juga tidak kalah banyak digunakan oleh rumah tangga, sekitar 28.82% rumah tangga yang menggunakan fasilitas kesehatan ini. Praktek nakes juga menempati peringkat ketiga dari fasilitas yang banyak dinikmati oleh rumah tangga (26.07%). Sedangkan peringkat tiga terbawah fasilitas kesehatan yang sedikit penikmatnya adalah fasilitas lainnya (polindes dan posyandu), praktek batra dan dukun bersalin. Fasilitas kesehatan lainnya dinikmati oleh 2% rumah tangga, praktek batra dinikmati lebih sedikit oleh rumah tangga yaitu hanya sekitar 1.38%. Dukun bersalin, merupakan fasilitas kesehatan yang paling jarang dinikmati oleh rumah tangga (0.27%). Sedikitnya penikmat dukun bersalin ini dapat juga disebabkan oleh fungsinya yang sangat spesifik, yaitu hanya untuk persalinan.



Gambar 4.4 Fasilitas Kesehatan yang Digunakan Rumah Tangga Indonesia untuk Berobat Jalan

Fokus fasilitas kesehatan dalam penelitian ini hanya untuk rumah sakit pemerintah dan puskesmas. Rumah tangga mengenal dua jenis rumah sakit yang umum digunakan, yaitu rumah sakit pemerintah dan swasta. Distribusi rumah tangga dalam memanfaatkan dua jenis rumah sakit ini relatif tidak beda jauh. Rumah tangga yang memilih menggunakan rumah sakit pemerintah sekitar 4.69%, sedangkan yang menggunakan rumah sakit swasta sebesar 3.37%.

Partisipasi rumah tangga dalam memanfaatkan rumah sakit pemerintah, berdasarkan kelompok sosial ekonomi terangkum dalam Tabel 4.2. Berdasarkan Tabel 4.2 dapat diketahui bahwa tingkat partisipasi rumah tangga dalam memanfaatkan rumah sakit pemerintah relatif masih rendah. Hal ini dibuktikan hanya 1.6% rumah tangga yang sudah dapat memanfaatkan rumah sakit pemerintah dan sekitar 98.4% rumah tangga yang tidak memanfaatkan fasilitas ini untuk meringankan keluhan kesehatannya. Kelompok 20 persen rumah tangga termiskin merupakan kelompok dengan partisipasi terendah dalam memanfaatkan rumah sakit pemerintah (0.16%). Sedangkan tingkat partisipasi kelompok 20 persen terkaya adalah tingkat partisipasi rumah tangga tertinggi dalam memanfaatkan rumah sakit pemerintah (0.55%). Walaupun rumah tangga kaya lebih banyak yang memanfaatkan rumah sakit pemerintah, kelompok ini juga merupakan kelompok rumah tangga terbanyak yang tidak memanfaatkan rumah sakit pemerintah. Sekitar 20.86% rumah tangga kelompok terkaya tidak memanfaatkan rumah sakit pemerintah.

Tabel 4.2 Partisipasi Rumah Tangga dalam Memanfaatkan Rumah Sakit Pemerintah

Kelompok	Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	n
1 (<i>poor</i> 20%)	18.83%	0.16%	231,113
2	19.81%	0.23%	231,113
3	19.58%	0.29%	231,113
4	19.32%	0.37%	231,113
5 (<i>rich</i> 20%)	20.86%	0.55%	231,114
Total	98.40%	1.60%	1,155,566

Tabel 4.3 Partisipasi Rumah Tangga dalam Memanfaatkan Rumah Sakit Pemerintah dan Rumah Sakit Swasta

Kelompok	Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	n
1 (<i>poor</i> 20%)	18.78%	0.22%	231,113
2	19.72%	0.32%	231,113
3	19.43%	0.44%	231,113
4	19.08%	0.61%	231,113
5 (<i>rich</i> 20%)	20.22%	1.19%	231,114
Total	97.22%	2.78%	1,155,566

Tabel 4.3 merangkum tingkat partisipasi rumah tangga yang memanfaatkan rumah sakit pemerintah dan swasta. Partisipasi rumah tangga dalam memanfaatkan rumah sakit ini akan dikelompokkan berdasarkan tingkat sosial ekonominya. Rumah tangga memanfaatkan fasilitas ini untuk berobat jalan atau rawat inap. Tingkat partisipasi rumah tangga dalam memanfaatkan dua jenis rumah sakit ini, tentunya lebih tinggi dibandingkan tingkat partisipasi rumah sakit pemerintah. Sebesar 2.78% rumah tangga yang memanfaatkan fasilitas ini, masih sekitar 97.22% rumah tangga yang tidak memanfaatkan rumah sakit untuk berobat.

Kelompok 20 persen rumah tangga termiskin masih saja merupakan kelompok rumah tangga dengan partisipasi terendah, dalam memanfaatkan rumah sakit (0.22%). Tingkat partisipasi tertinggi dalam memanfaatkan fasilitas ini adalah kelompok rumah tangga terkaya (kelompok kelima). Sekitar 1.19% rumah tangga yang memanfaatkan rumah sakit pemerintah dan swasta, untuk mendapatkan layanan kesehatan. Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi rumah tangga, tingkat partisipasi rumah tangga dalam memanfaatkan rumah sakit relatif semakin tinggi. Tingginya tingkat sosial ekonomi, juga sebanding dengan persentasi rumah tangga yang tidak memanfaatkan rumah sakit. Kelompok 20 persen termiskin adalah kelompok dengan persentasi terendah yang tidak menggunakan rumah sakit (18.78%). Jika dibandingkan dengan kelompok 20 persen terkaya, kelompok ini adalah kelompok dengan persentasi tidak memanfaatkan rumah sakit pemerintah dan swasta tertinggi (20.22%).

Tabel 4.4 Partisipasi Rumah Tangga dalam Memanfaatkan Puskesmas

Kelompok	Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	n
1 (<i>poor</i> 20%)	17.80%	1.19%	231,113
2	18.76%	1.28%	231,113
3	18.65%	1.21%	231,113
4	18.56%	1.13%	231,113
5 (<i>rich</i> 20%)	20.57%	0.84%	231,114
Total	94.34%	5.66%	1,155,566

Pada Tabel 4.4 terlihat bahwa tingkat partisipasi rumah tangga dalam menggunakan puskesmas juga masih rendah, hanya sekitar 5.66% rumah tangga yang sudah memanfaatkan puskesmas. Sedangkan sekitar 94.34% rumah tangga yang tidak menggunakan puskesmas untuk mengobati penyakitnya. Jika dibandingkan dengan tingkat pemanfaatan rumah sakit pemerintah dan swasta (2.78%), puskesmas memiliki tingkat partisipasi yang lebih tinggi (5.66%).

Berdasarkan Tabel 4.4 diketahui bahwa kelompok 20 persen rumah tangga termiskin yang sudah memanfaatkan puskesmas sekitar 1.19% dan sekitar 17.8% rumah tangga di kelompok ini yang tidak memanfaatkan puskesmas. Partisipasi tertinggi dalam memanfaatkan puskesmas tidak berasal dari kelompok 20 persen termiskin, melainkan kelompok 20 persen miskin (kelompok kedua). Kelompok 20 persen miskin yang sudah memanfaatkan puskesmas sekitar 1.28%. Puskesmas dimanfaatkan paling sedikit oleh kelompok 20 persen terkaya, yaitu hanya sekitar 0.84% rumah tangga. Jika dilihat dari nilai persentasi rumah tangga yang tidak memanfaatkan puskesmas, kelompok 20 persen terkaya yang memiliki persentasi tertinggi (20.57%).

Kesenjangan partisipasi dalam memanfaatkan puskesmas, antara kelompok rumah tangga miskin dan kaya tidak terlalu signifikan. Hal ini ditunjukkan dengan selisih persentasi yang tidak terlalu besar (0.35%). Deskripsi data tentang partisipasi rumah tangga dalam memanfaatkan puskesmas, dapat menjawab fakta bahwa kelompok miskin lebih identik menggunakan puskesmas.

Tabel 4.5 Perilaku Rumah Tangga dalam Mengeluarkan Biaya Kesehatan

Kelompok	Tidak Mengeluarkan Biaya	Mengeluarkan Biaya	n
1 (<i>poor</i> 20%)	0.89%	18.11%	231,113
2	0.69%	19.35%	231,113
3	0.68%	19.19%	231,113
4	0.73%	18.96%	231,113
5 (<i>rich</i> 20%)	0.92%	20.49%	231,114
Total	3.90%	96.10%	1,155,566

Pelayanan kesehatan gratis sering kali menjadi topik utama dalam kampanye dari kandidat calon tingkat presiden, gubernur maupun bupati/wali kota. Pelayanan kesehatan gratis sebenarnya upaya dari seluruh kandidat calon untuk menarik simpati rumah tangga, terutama rumah tangga miskin. Faktanya setiap rumah tangga masih harus mengeluarkan biaya kesehatan. Biaya kesehatan yang dimaksud antara lain adalah biaya untuk kunjungan ke rumah sakit, puskesmas, dokter praktek, dukun atau untuk keperluan obat-obatan. Perilaku rumah tangga dalam mengeluarkan atau tidak, biaya untuk kesehatan dapat dilihat pada Tabel 4.5. Sekitar 96.1% rumah tangga mengeluarkan biaya untuk keperluan kesehatan. Tersisa 3.9% rumah tangga yang tidak mengeluarkan biaya untuk keperluan kesehatannya.

Pada Tabel 4.5 dapat diketahui kelompok rumah tangga termiskin memiliki persentasi terkecil (18.11%), dalam perilakunya mengeluarkan biaya untuk kesehatan. Hanya 0.89% rumah tangga di kelompok termiskin yang tidak mengeluarkan biaya untuk kesehatan. Untuk kelompok 20 persen rumah tangga terkaya, adalah kelompok rumah tangga dengan persentasi tertinggi dalam perilaku ini. Sekitar 20.49% rumah tangga di kelompok terkaya yang mengeluarkan biaya untuk kesehatan, dan 0.92% rumah tangga kelompok ini yang tidak mengeluarkan biaya. Masih banyak rumah tangga yang harus mengeluarkan biaya untuk kesehatan, mencerminkan bahwa kebijakan pemerintah untuk menggratiskan biaya kesehatan belum terealisasi. Tingkat kesejahteraan dengan persentasi rumah tangga yang mengeluarkan biaya kesehatan tidak berbanding lurus.

Rumah tangga di kelompok 20 persen miskin (kelompok kedua), lebih banyak yang mengeluarkan biaya kesehatan (19.35%) dibandingkan dengan kelompok rumah tangga termiskin. Tetapi rumah tangga di kelompok 20 persen tidak miskin (kelompok ketiga), memiliki persentasi mengeluarkan biaya yang lebih kecil (19.19%).

Tabel 4.6 Pengeluaran Rumah Tangga Per Kapita Untuk Kesehatan

Kelompok	Rata-Rata
1 (<i>poor</i> 20%)	Rp 36,300.10
2	Rp 58,532.42
3	Rp 83,916.73
4	Rp 127,768.40
5 (<i>rich</i> 20%)	Rp 352,176.31

Kemampuan setiap rumah tangga dalam membiayai kesehatan keluarganya berbeda-beda, sesuai dengan pendapatan yang diperoleh rumah tangga tersebut. Tabel 4.6 mencoba meringkas rata-rata pengeluaran rumah tangga per kapita untuk keperluan kesehatan. Berdasarkan Tabel 4.6 terlihat bahwa tingkat pengeluaran rumah tangga berbanding lurus dengan rata-rata pengeluaran kesehatan yang dikeluarkan oleh rumah tangga. Semakin tinggi kelompok sosial ekonomi suatu rumah tangga, semakin besar pula biaya yang harus dikeluarkan untuk kebutuhan kesehatan.

Rata-rata pengeluaran rumah tangga untuk biaya kesehatan di kelompok termiskin hanya sekitar Rp. 36,300.10, sementara di kelompok terkaya rata-rata pengeluaran untuk kesehatan hampir mencapai sepuluh kalinya yaitu sekitar Rp. 352,176.31.

Perhatian rumah tangga terhadap masalah kesehatan akan tercermin pula dalam proporsi biaya kesehatan. Nilai proporsi ini diperoleh dengan membagi pengeluaran rumah tangga untuk keperluan kesehatan dengan total pengeluaran rumah tangga tersebut selama satu bulan. Proporsi pengeluaran kesehatan akan diklasifikasikan berdasarkan kelompok sosial ekonomi rumah tangga. Hasil proporsi pengeluaran kesehatan untuk masing-masing kelompok rumah tangga dapat dilihat pada Tabel 4.7.

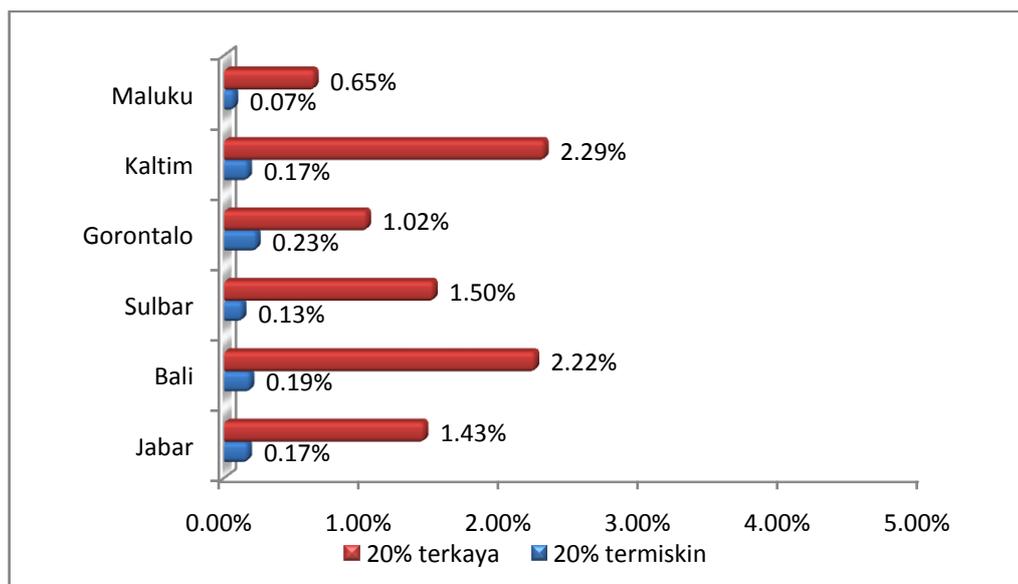
Tabel 4.7 Proporsi Pengeluaran Kesehatan Terhadap Total Pengeluaran Rumah Tangga

Kelompok	Rata-Rata
1 (<i>poor</i> 20%)	19.82%
2	22.42%
3	24.61%
4	27.67%
5 (<i>rich</i> 20%)	35.49%

Rata-rata proporsi pengeluaran kesehatan untuk kelompok termiskin merupakan proporsi terendah dibandingkan dengan kelompok rumah tangga lainnya, yaitu sekitar 19.82% dari total pengeluaran rumah tangga. Kebutuhan untuk kesehatan dialokasikan lebih besar oleh kelompok terkaya, sekitar 35.49% pengeluaran rumah tangga untuk keperluan kesehatan. Hal ini sejalan dengan rata-rata biaya yang dikeluarkan untuk kesehatan. Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi rumah tangga, akan memberikan kesempatan lebih besar dalam menyisihkan pengeluaran rumah tangga untuk keperluan kesehatan.

4.1.2. Wilayah Penelitian

Analisa deskripsi data untuk wilayah penelitian melibatkan enam provinsi di Indonesia. Jika mengulas kembali tentang alasan pemilihan provinsi, keenam provinsi ini merupakan provinsi dengan kekayaan transfer APBN ke daerah yang berbeda-beda. Kelompok provinsi dengan transfer per kapita rendah diwakili oleh Jawa Barat dan Bali, Sulawesi Barat dan Gorontalo mewakili kelompok provinsi dengan transfer APBN per kapita sedang, sedangkan kelompok provinsi dengan transfer APBN tinggi diwakili oleh Kalimantan Timur dan Maluku. Analisa deskripsi data untuk wilayah penelitian ini akan memberikan gambaran perilaku rumah tangga di keenam provinsi secara umum, dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan pemerintah dan perilaku rumah tangga dalam membiayai keperluan kesehatan.



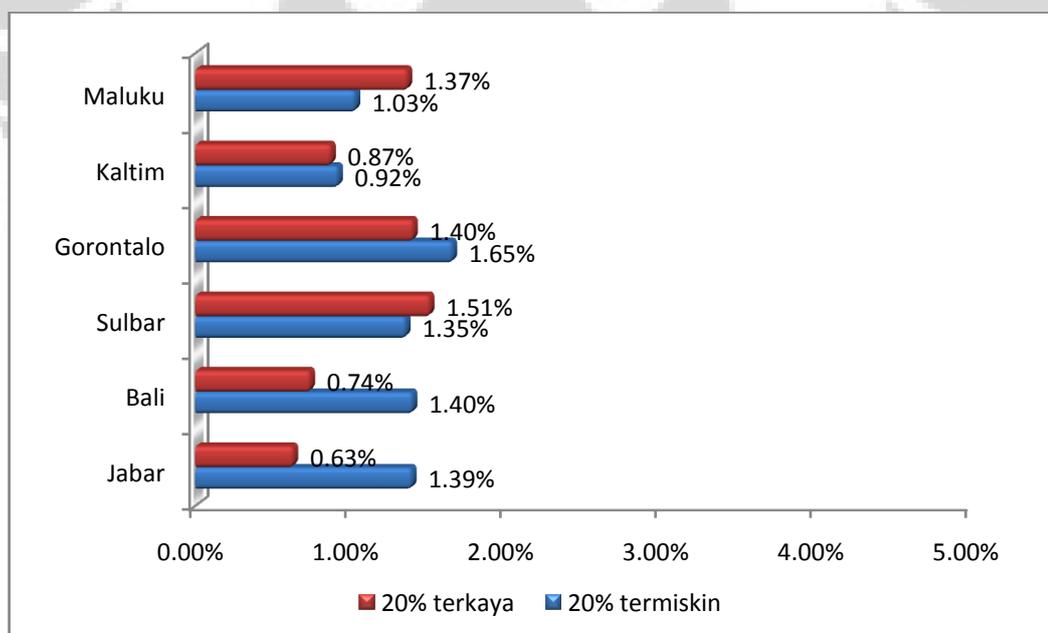
Gambar 4.5 Partisipasi Rumah Tangga dalam Memanfaatkan Rumah Sakit Pemerintah

Gambar 4.5 mendeskripsikan partisipasi rumah tangga dalam memanfaatkan fasilitas rumah sakit pemerintah yang ada di masing-masing provinsi. Keenam provinsi memiliki pola partisipasi seragam, yaitu kelompok 20 persen rumah tangga termiskin berpartisipasi lebih rendah daripada kelompok 20 persen rumah tangga terkaya. Kesenjangan partisipasi untuk keenam provinsi terlihat sangat signifikan. Perbedaan tingkat transfer APBN ke daerah untuk enam provinsi ini, tidak memberikan pola khusus terhadap tingkat partisipasi rumah tangga memanfaatkan rumah sakit pemerintah. Rumah sakit di Jawa Barat dimanfaatkan oleh 0.17% rumah tangga dari kelompok 20 persen termiskin, terdapat selisih 1.26% dengan partisipasi kelompok 20 persen rumah tangga terkaya yang memanfaatkan rumah sakit pemerintah (1.43%). Bali memiliki tingkat partisipasi yang relatif lebih tinggi dibandingkan dengan Jawa Barat. Kelompok 20 persen rumah tangga termiskin di Bali yang sudah memanfaatkan rumah sakit pemerintah, sekitar 0.19%. dan 2.22% rumah tangga di kelompok 20 persen terkaya yang memanfaatkan rumah sakit pemerintah.

Untuk kelompok 20 persen rumah tangga termiskin di Gorontalo, adalah kelompok termiskin dengan tingkat partisipasi tertinggi (0.23%).

Sedangkan untuk kelompok 20 persen rumah tangga terkaya di Kalimantan Timur adalah tingkat partisipasi paling tinggi, yaitu 2.29% rumah tangga terkaya Kalimantan Timur memanfaatkan rumah sakit pemerintah. Sementara untuk Maluku, adalah provinsi dengan tingkat partisipasi terendah. Kelompok 20 persen rumah tangga termiskin di Maluku hanya 0.07% yang memanfaatkan rumah sakit pemerintah. Sedangkan untuk kelompok 20 persen rumah tangga terkaya, hanya 0.65% yang memanfaatkan rumah sakit.

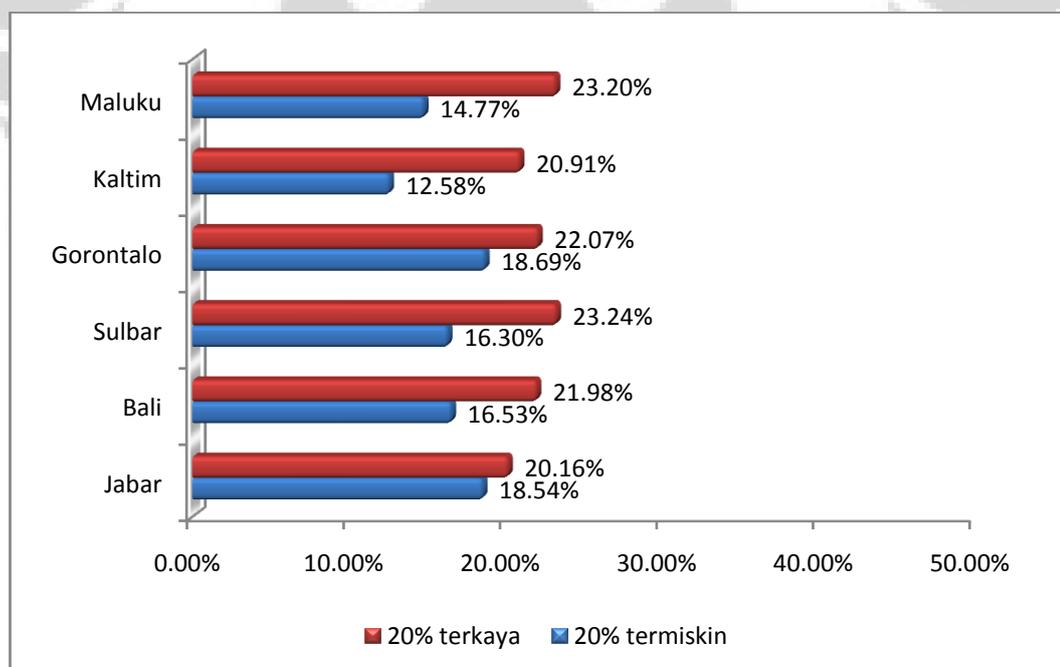
Pada Gambar 4.6 kelompok 20 persen rumah tangga termiskin dan terkaya akan dideskripsikan berdasarkan partisipasinya dalam memanfaatkan puskesmas. Secara rata-rata dari keenam provinsi yang dianalisa, puskesmas lebih banyak dimanfaatkan oleh kelompok 20 persen rumah tangga termiskin. Misalnya untuk Jawa Barat, sebesar 1.39% rumah tangga kelompok 20 persen termiskin memanfaatkan puskesmas dan hanya 0.63% rumah tangga dari kelompok 20 persen terkaya yang memanfaatkan puskesmas. Sama halnya untuk Bali, sekitar 1.4% rumah tangga kelompok 20 persen termiskin memanfaatkan puskesmas dan hanya 0.74% rumah tangga dari kelompok 20 persen terkaya yang memanfaatkan puskesmas.



Gambar 4.6 Partisipasi Rumah Tangga dalam Memanfaatkan Puskesmas

Jawa Barat dan Bali adalah provinsi dengan transfer APBN ke daerah yang terendah, kesamaan dari dua provinsi ini yaitu kesenjangan tingkat partisipasi rumah tangga yang lebih signifikan dibandingkan dengan provinsi lainnya. Sedangkan untuk Sulawesi Barat dan Gorontalo, yang merupakan provinsi dengan tingkat transfer APBN ke daerah sedang memiliki kesenjangan partisipasi memanfaatkan puskesmas yang relatif sama. Kelompok 20 persen rumah tangga terkaya di Sulawesi Barat memanfaatkan puskesmas sedikit lebih banyak (1.51%), daripada rumah tangga di kelompok 20 persen termiskin (1.35%). Berbeda dengan Gorontalo, kelompok 20 persen rumah tangga termiskin relatif lebih banyak memanfaatkan puskesmas (1.65%).

Selain Sulawesi Barat dan Gorontalo, Kalimantan Timur juga memiliki kesenjangan partisipasi yang relatif sama. Kelompok 20 persen rumah tangga termiskin di Kalimantan Timur sedikit lebih banyak dalam memanfaatkan puskesmas (0.92%). Sementara untuk Maluku, kelompok 20 persen rumah tangga termiskin memanfaatkan puskesmas lebih sedikit (1.03%) dibandingkan dengan kelompok 20 persen rumah tangga terkaya (1.37%).

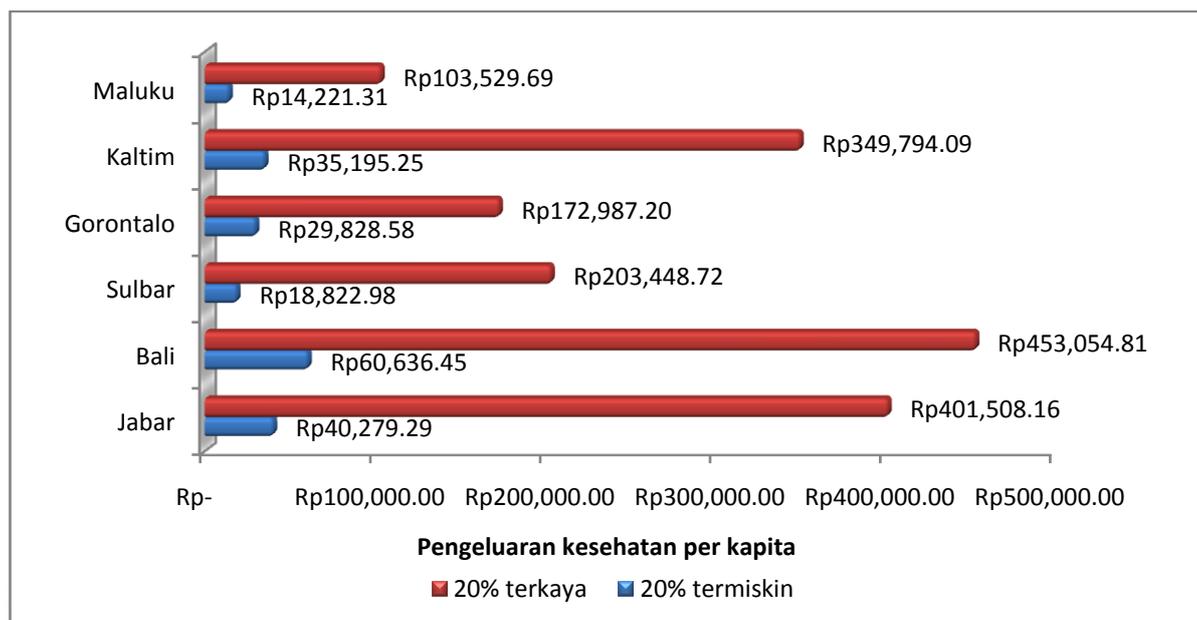


Gambar 4.7 Perilaku Rumah Tangga dalam Mengeluarkan Biaya Kesehatan

Kemakmuran suatu provinsi ternyata tidak memberikan pola terhadap perilaku rumah tangga, dalam mengeluarkan biaya untuk kesehatan. Perilaku kelompok 20 persen rumah tangga termiskin dan terkaya dalam mengeluarkan biaya kesehatan, dapat dilihat pada Gambar 4.7. Berdasarkan Gambar 4.7 diketahui persamaan perilaku rumah tangga untuk keenam provinsi. Kesiediaan rumah tangga di kelompok 20 persen termiskin lebih sedikit dibandingkan kelompok 20 persen terkaya dalam mengeluarkan biaya kesehatan.

Kalimantan Timur dan Maluku merupakan provinsi dengan transfer APBN tinggi, kondisi ini memberikan kesempatan bagi kelompok miskin untuk memanfaatkan layanan kesehatan secara gratis. Terbukti dengan persentasi rumah tangga termiskin yang mengeluarkan biaya untuk kesehatan lebih sedikit dibandingkan dengan provinsi lainnya. Kalimantan Timur, hanya 12.58% rumah tangga di kelompok 20 persen termiskin yang mengeluarkan biaya kesehatan. Sedangkan di Maluku, sekitar 14.77% rumah tangga kelompok 20 persen termiskin yang mengeluarkan biaya kesehatan.

Untuk Jawa Barat dan Gorontalo, rumah tangga di kelompok 20 persen termiskin lebih banyak yang mengeluarkan biaya untuk kesehatan dibandingkan dengan provinsi lain. Untuk Jawa Barat, sekitar 18.54% rumah tangga di kelompok 20 persen termiskin yang mengeluarkan biaya untuk kesehatan. Untuk Gorontalo, persentasi tertinggi untuk kelompok 20 persen rumah tangga termiskin yang mengeluarkan biaya kesehatan (18.69%). Masih banyaknya rumah tangga miskin yang harus mengeluarkan biaya untuk kesehatan, menandakan bahwa program layanan kesehatan gratis belum tepat sasaran.



Gambar 4.8 Rata-Rata Pengeluaran Rumah Tangga Per kapita untuk Kesehatan

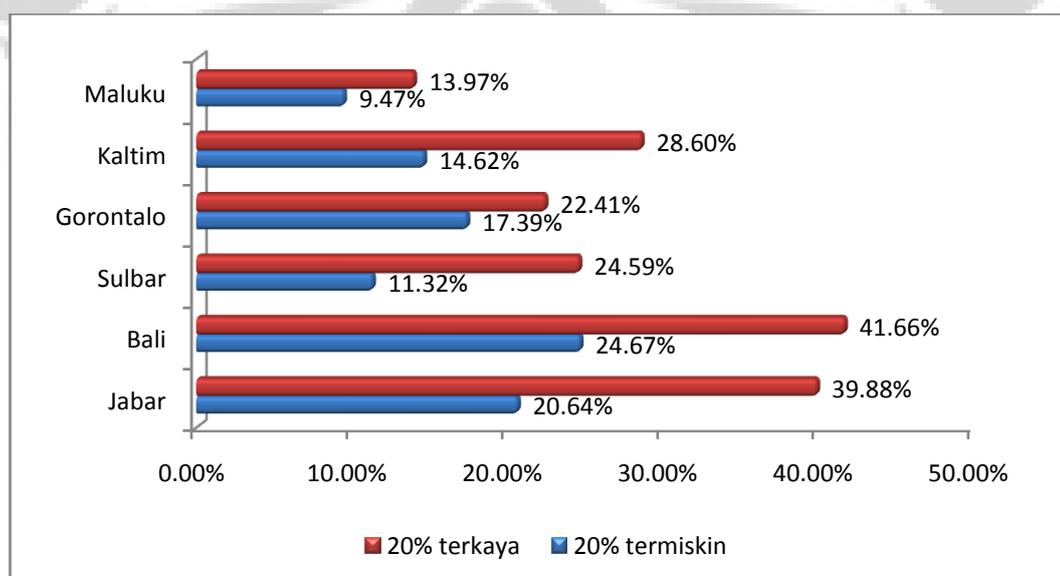
Kemampuan rumah tangga di keenam wilayah penelitian untuk memenuhi keperluan kesehatan secara umum dapat dilihat melalui Gambar 4.8. Keenam provinsi memperlihatkan kelompok 20 persen rumah tangga termiskin mengeluarkan biaya kesehatan lebih kecil daripada kelompok 20 persen rumah tangga terkaya. Jawa Barat dan Bali merupakan provinsi dengan rata-rata pengeluaran biaya kesehatan per kapita yang lebih besar dibandingkan dengan provinsi lainnya. Kelompok 20 persen rumah tangga termiskin di Jawa Barat, rata-rata mengeluarkan biaya kesehatannya sebesar Rp. 40,279.29. Sedangkan untuk kelompok 20 persen rumah tangga terkaya di Jawa Barat rata-rata pengeluaran untuk kesehatannya sebesar Rp. 401,508.16. Hal serupa untuk rata-rata pengeluaran biaya kesehatan di Bali yang di atas rata-rata. Rata-rata kelompok 20 persen rumah tangga termiskin di Bali mengeluarkan biaya kesehatan sebesar Rp. 60,636.45. Sedangkan untuk kelompok 20 persen rumah tangga terkaya di Bali rata-rata pengeluaran untuk kesehatannya sebesar Rp. 453,054.81.

Provinsi Maluku, merupakan provinsi dengan rata-rata pengeluaran biaya untuk kesehatan yang relatif lebih kecil dibandingkan lima provinsi lainnya. Kelompok 20 persen rumah tangga termiskin di Maluku, rata-rata

mengeluarkan biaya untuk kesehatan hanya sebesar Rp.14,221.31. Untuk kelompok 20 persen rumah tangga terkaya di Maluku, rata-rata pengeluaran kesehatannya hanya sebesar Rp. 103,529.69.

Proporsi pengeluaran untuk biaya kesehatan dapat memberikan informasi tentang perhatian rumah tangga terhadap kesehatan. Semakin besar proporsi pengeluaran kesehatannya, dapat diduga rumah tangga tersebut lebih memprioritaskan masalah kesehatan daripada masalah lainnya. Proporsi pengeluaran kesehatan diperoleh dengan membagi belanja untuk kesehatan dengan total pengeluaran rumah tangga. Proporsi pengeluaran kesehatan untuk keenam wilayah penelitian dapat dilihat pada Gambar 4.9.

Jawa Barat dan Bali merupakan provinsi dengan rata-rata proporsi pengeluaran kesehatan terbesar diantara empat provinsi lainnya. Secara umum untuk keenam provinsi, kelompok 20 persen rumah tangga termiskin memiliki proporsi pengeluaran kesehatan yang lebih kecil. Kelompok 20 persen rumah tangga termiskin di Maluku, merupakan kelompok 20 persen termiskin dengan proporsi pengeluaran kesehatan terkecil (9.47%). Sedangkan untuk kelompok 20 persen terkaya dengan proporsi pengeluaran kesehatan terkecil juga dimiliki oleh provinsi Maluku, yaitu sebesar 13.97%.



Gambar 4.9 Proporsi Belanja Kesehatan terhadap Total Belanja Rumah Tangga

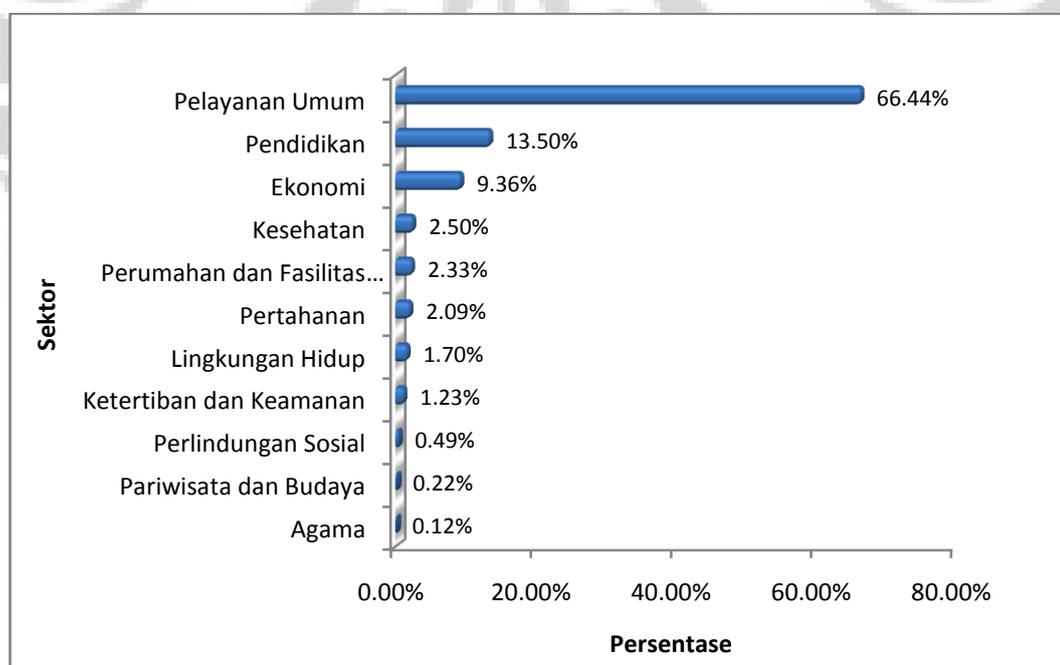
4.2. Benefit Incidence

Belanja pemerintah pusat dalam APBN menurut fungsi terdiri dari sebelas sektor yang kemudian dirinci menjadi beberapa sub fungsi, program dan kegiatan. Kesebelas sektor tersebut dapat dilihat pada Tabel 4.8.

Tabel 4.8 Daftar Sektor dari Belanja Pemerintah Menurut Fungsi

No.	Sektor	No.	Sektor
1	Pelayanan Umum	7	Kesehatan
2	Pertahanan	8	Pariwisata dan Budaya
3	Ketertiban dan Keamanan	9	Agama
4	Ekonomi	10	Pendidikan
5	Lingkungan Hidup	11	Perlindungan Sosial
6	Perumahan dan Fasilitas Umum		

Sektor kesehatan memiliki enam sub fungsi utama yaitu : (i) obat dan perbekalan kesehatan (ii) pelayanan kesehatan perorangan (iii) pelayanan kesehatan rumah tangga (iv) kependudukan dan keluarga berencana (v) litbang kesehatan (vi) kesehatan lainnya. Belanja pemerintah untuk rumah sakit dan puskesmas dapat diperoleh berdasarkan realisasi anggaran pemerintah di tingkat kegiatan.

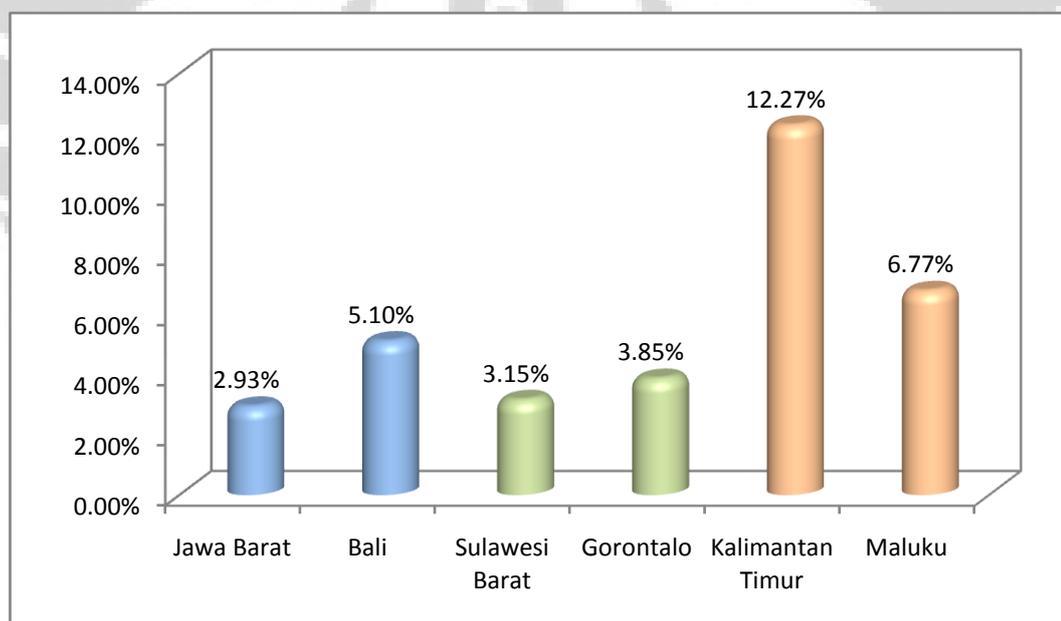


Sumber : data DJA, Departemen Keuangan dan diolah peneliti

Gambar 4.10 Proporsi Belanja Sektor Kesehatan Pemerintah Pusat terhadap Total Belanja Pemerintah Tahun 2009

Realisasi APBN tahun 2009 menurut fungsi tertuang dalam Laporan Keuangan Pemerintah Pusat (LKPP), proporsi realisasi belanja pemerintah untuk setiap sektor terhadap total belanja pemerintah dapat dilihat pada Gambar 4.10. Berdasarkan gambar tersebut diketahui bahwa perhatian utama pemerintah pusat adalah sektor pelayanan umum, karena telah menyerap 66.44% anggaran pemerintah pusat. Fokus perhatian kedua dan ketiga, yaitu terhadap sektor pendidikan (13.5%) dan ekonomi (9.36%). Sedangkan untuk sektor kesehatan dan tujuh sektor lainnya telah menghabiskan anggaran pemerintah pusat kurang dari tiga persen, untuk masing-masing sektor. Sektor kesehatan, menempati peringkat keempat dalam realisasi belanja pemerintah yaitu sekitar 2.5%.

Penelitian ini akan memotret perilaku pemerintah daerah, khusus wilayah penelitian dalam mengeluarkan belanja untuk sektor kesehatan. Hasil perhitungan proporsi ini akan menjawab, apakah pemerintah daerah yang menerima transfer APBN tinggi akan berdampak terhadap belanja kesehatan yang lebih banyak dibandingkan dengan provinsi dengan transfer APBN rendah. Proporsi belanja kesehatan untuk enam wilayah penelitian dapat dilihat pada Gambar 4.11.



Sumber : data DJPK, Departemen Keuangan dan diolah peneliti

Gambar 4.11 Proporsi Belanja Sektor Kesehatan Pemerintah Daerah Terhadap Total Belanja Pemerintah Tahun 2009

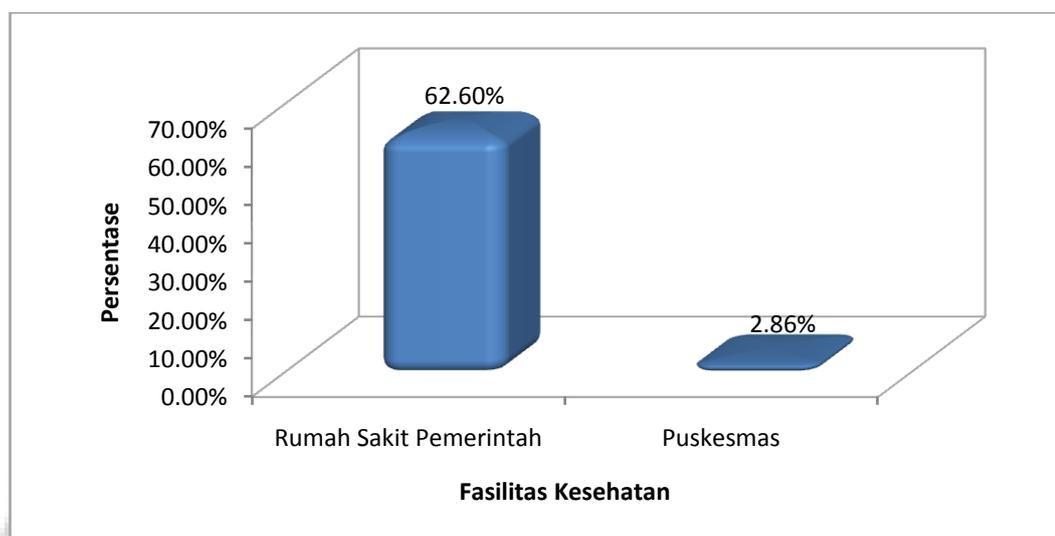
Kelompok provinsi dengan transfer APBN per kapita tinggi diwakili oleh Kalimantan Timur dan Maluku, relatif memiliki proporsi belanja kesehatan yang lebih tinggi dibandingkan dengan provinsi lainnya. Kalimantan Timur, merupakan provinsi dengan belanja kesehatan tertinggi yaitu 12.27% dari total belanja pemerintah Kalimantan Timur. Untuk Maluku, belanja kesehatannya adalah tertinggi kedua yaitu sebesar 6.77% dari total belanja pemerintah daerah Maluku. Sementara provinsi dengan transfer APBN per kapita rendah dan sedang memiliki nilai proporsi belanja kesehatan yang relatif sama.

Jawa Barat merupakan provinsi dengan nilai proporsi belanja kesehatan terendah, yaitu hanya sebesar 2.93%. Provinsi Bali memiliki proporsi belanja kesehatan yang lebih tinggi yaitu sekitar 5.1%. Sulawesi Barat dan Gorontalo mewakili kelompok provinsi dengan transfer APBN per kapita sedang, tetapi proporsi belanja kesehatan dari kedua provinsi ini relatif lebih rendah dibandingkan dengan provinsi dengan transfer APBN per kapita rendah. Sulawesi Barat memiliki proporsi belanja kesehatan sekitar 3.15%, sedangkan Gorontalo sekitar 3.85% belanja pemerintah daerahnya dialokasikan untuk belanja kesehatan.

Perhitungan *benefit incidence* dalam penelitian ini didekati melalui penilaian manfaat dari dua fasilitas kesehatan utama pemerintah, yaitu rumah sakit pemerintah dan puskesmas. Proporsi belanja rumah sakit pemerintah terhadap total belanja kesehatan pemerintah pusat yaitu sebesar 43.28%. Sedangkan proporsi belanja puskesmas hanya sebesar 9% dari total belanja kesehatan pemerintah pusat. Hal ini mengindikasikan bahwa perhatian utama pemerintah pusat terhadap fasilitas kesehatan sebagian besar fokus pada rumah sakit pemerintah (sumber data: DJA, Departemen Keuangan).

Perhitungan proporsi belanja fasilitas kesehatan pemerintah dilakukan juga terhadap data realisasi anggaran pemerintah daerah. Data realisasi APBD tahun 2009 yang dimiliki oleh Departemen Keuangan Republik Indonesia hanya untuk 27 provinsi. Proporsi belanja fasilitas kesehatan terhadap total belanja kesehatan pemerintah daerah dapat dilihat pada Gambar 4.12 dan Lampiran 5. Secara rata-rata, realisasi belanja fasilitas kesehatan tertinggi yang dikeluarkan pemerintah

daerah adalah untuk rumah sakit pemerintah (62.6%). Belanja pemerintah daerah untuk puskesmas rata-rata sekitar 2.85% dari total belanja kesehatan.



Sumber : data DJPK, Departemen Keuangan dan diolah peneliti

Gambar 4.12 Rata-Rata Proporsi Belanja Fasilitas Kesehatan terhadap Total Belanja Kesehatan

Untuk belanja rumah sakit pemerintah, pemerintah daerah Provinsi Kalimantan Timur mengalokasikan hampir seluruh belanjanya (94.52%). Pemerintah daerah yang proporsi belanja terkecil untuk belanja rumah sakit pemerintah adalah Provinsi Gorontalo, yaitu hanya sebesar 0.84% dari total belanja kesehatan. Sedangkan untuk belanja puskesmas, belanja terbesar oleh pemerintah daerah Provinsi Jawa Barat (20.45%). Walaupun Provinsi Kalimantan Timur memiliki belanja kesehatan untuk rumah sakit pemerintah lebih besar, hal ini tidak diikuti oleh belanja puskesmas. Provinsi Kalimantan Timur merupakan provinsi terkecil dalam realisasi belanja untuk puskesmas (0.07%).

Proporsi belanja pemerintah daerah untuk puskesmas, lebih kecil daripada rumah sakit pemerintah. Walaupun demikian, hasil analisa proporsi belanja fasilitas kesehatan ini tidak dapat menjawab pertanyaan, apakah rumah tangga miskin memperoleh manfaat yang relatif lebih kecil dari belanja pemerintah di sektor kesehatan. Untuk dapat melihat apakah belanja pemerintah di sektor kesehatan ini memihak pada rumah tangga miskin, perlu dilakukan analisa *benefit incidence*. Analisa ini akan membandingkan manfaat belanja sektor kesehatan yang dinikmati oleh rumah tangga termiskin dan rumah tangga kaya.

4.2.1. Nasional

Perhitungan manfaat belanja kesehatan yang didekati dari pemanfaatan fasilitas kesehatan pemerintah, yaitu rumah sakit pemerintah dan puskesmas. Pada Tabel 4.9 disajikan hasil perhitungan manfaat belanja kesehatan untuk rumah sakit pemerintah. Manfaat belanja kesehatan yang dinikmati oleh rumah tangga akan dibandingkan berdasarkan kelompok sosial ekonomi. Belanja pemerintah pusat di sektor kesehatan khusus untuk rumah sakit pemerintah, cenderung belum memihak rumah tangga miskin. Manfaat belanja untuk rumah sakit pemerintah, relatif dinikmati merata oleh seluruh kelompok rumah tangga tetapi sedikit timpang terhadap kelompok rumah tangga kaya. Kelompok 20 persen rumah tangga termiskin menikmati manfaat belanja rumah sakit pemerintah lebih kecil (20.02%), jika dibandingkan dengan manfaat yang dinikmati oleh kelompok 20 persen rumah tangga terkaya (20.61%). Walau demikian, distribusi manfaat dari belanja kesehatan ini yang relatif merata, kelima kelompok menikmati manfaat belanja sekitar 20 persen. Kelompok 20 persen rumah tangga miskin (kelompok 2) menikmati manfaat sekitar 20.20%, kelompok 20 persen rumah tangga tidak miskin (kelompok 3) menikmati sekitar 19.63%. Sedangkan kelompok 20 persen rumah tangga kaya (kelompok 4) menikmati manfaat belanja sekitar 19.54%. Sehingga dapat dinyatakan bahwa distribusi manfaat dari belanja rumah sakit pemerintah ini bersifat regresif/ *pro rich*- netral.

Tabel 4.9 Manfaat Belanja Pemerintah Pusat di Sektor Kesehatan untuk Rumah Sakit Pemerintah

Kelompok	Total Manfaat	Persentasi Manfaat	n
1 (<i>poor</i> 20%)	Rp 21,164,426,575.31	20.02%	4,103
2	Rp 21,348,769,664.88	20.20%	4,103
3	Rp 20,753,369,791.61	19.63%	4,103
4	Rp 20,656,421,602.47	19.54%	4,103
5 (<i>rich</i> 20%)	Rp 21,785,685,196.11	20.61%	4,104
Total	Rp 105,708,672,830.39	100.00%	20,516

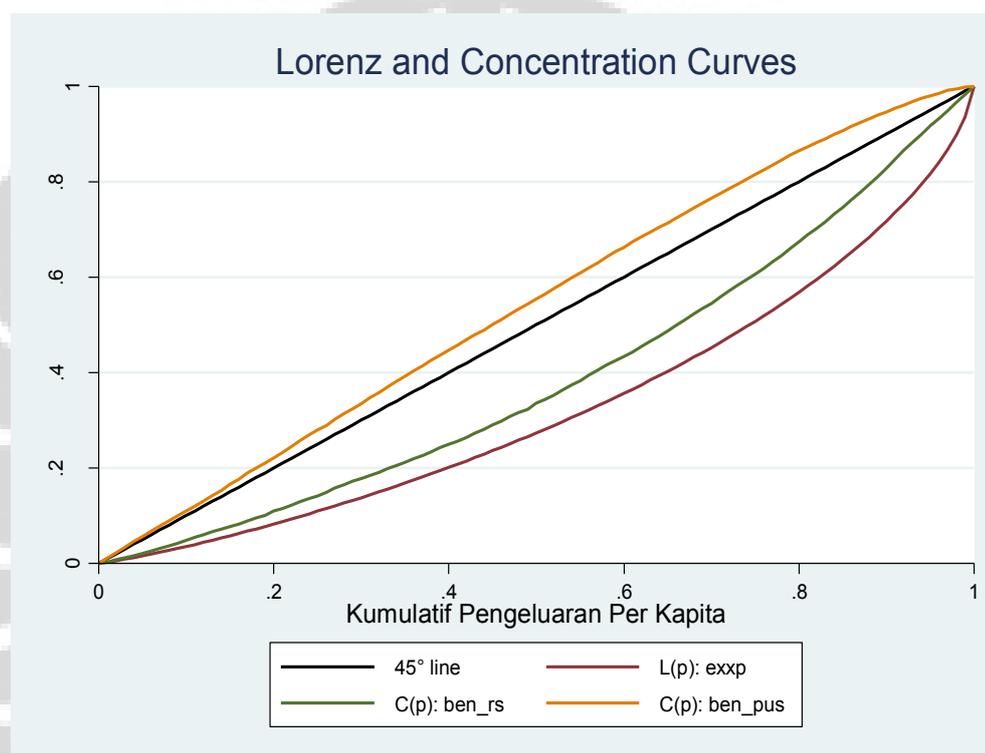
Tabel 4.10 Manfaat Belanja Pemerintah Pusat di Sektor Kesehatan untuk Puskesmas

Kelompok	Total Manfaat	Persentasi Manfaat	n
1 (<i>poor</i> 20%)	Rp 13,785,080,910.86	17.77%	14,663
2	Rp 16,272,786,437.80	20.98%	14,663
3	Rp 15,997,896,019.90	20.62%	14,663
4	Rp 15,676,771,354.94	20.21%	14,663
5 (<i>rich</i> 20%)	Rp 15,834,171,453.86	20.41%	14,664
Total	Rp 77,566,706,177.36	100.00%	73,316

Distribusi manfaat dari belanja pemerintah pusat di sektor kesehatan untuk puskesmas, dapat dilihat pada Tabel 4.10. Berdasarkan tabel tersebut dapat diketahui bahwa, manfaat belanja puskesmas dinikmati lebih banyak oleh kelompok rumah tangga miskin dan tidak miskin (kelompok 3). Walaupun kelompok 20 persen rumah tangga termiskin hanya menikmati manfaat sekitar 17.77%, kelompok rumah tangga miskin menikmati manfaat belanja terbesar yaitu sebesar 20.98%. Sedangkan kelompok 20 persen kaya hanya menikmati manfaat belanja sebesar 20.21%, dan kelompok 20 persen rumah tangga terkaya sekitar 20.41%. Sehingga dapat dinyatakan bahwa manfaat belanja untuk puskesmas sudah memihak rumah tangga miskin (*pro poor*), atau bersifat progresif-netral.

Hal ini searah dengan tingkat partisipasi rumah tangga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan. Secara umum, tingkat partisipasi masyarakat miskin dalam menggunakan rumah sakit pemerintah lebih rendah. Kelompok 20 persen rumah tangga terkaya memiliki tingkat partisipasi lebih tinggi dalam menggunakan/ memanfaatkan rumah sakit pemerintah. Faktor ini antara lain menyebabkan relatif kecilnya, manfaat belanja kesehatan untuk rumah sakit pemerintah yang dinikmati oleh rumah tangga miskin. Sedangkan kelompok 20 persen rumah tangga termiskin memiliki tingkat partisipasi lebih tinggi dalam menggunakan/ memanfaatkan puskesmas. Sehingga manfaat belanja kesehatan untuk puskesmas relatif lebih banyak dinikmati oleh rumah tangga miskin daripada rumah tangga kaya.

Perbedaan distribusi manfaat yang diterima rumah tangga dapat digambarkan melalui kurva konsentrasi (*concentration curve*) seperti yang terlihat pada Gambar 4.13. Sumbu vertikal kurva konsentrasi menggambarkan perbandingan kumulatif dari manfaat belanja fasilitas kesehatan. Sedangkan pada sumbu horizontal menggambarkan perbandingan kumulatif individu setelah diurutkan berdasarkan pengeluaran per kapita.



Gambar 4.13 Kurva Lorenz dan Kurva Konsentrasi dari Manfaat Belanja Fasilitas Kesehatan Pemerintah

Distribusi yang rata antara kelompok kaya dan miskin terjadi di sepanjang garis 45° , yang dikenal dengan nama garis kesetaraan (*equality line*). Ketika kurva konsentrasi menyimpang dari garis kesetaraan maka mengindikasikan terjadinya ketidaksetaraan distribusi. Kurva konsentrasi terletak di bawah garis kesetaraan, maka menunjukkan ketidaksetaraan terhadap kelompok kaya. Sebaliknya, jika kurva konsentrasi terletak di atas garis kesetaraan, maka menunjukkan ketidaksetaraan terhadap kelompok miskin.

Kurva konsentrasi yang menggambarkan manfaat belanja pemerintah untuk puskesmas, terletak di atas garis kesetaraan (Gambar 4.13). Hal ini menunjukkan ketimpangan/ ketidaksetaraan manfaat yang diterima, manfaat yang diterima lebih berpihak kepada kelompok miskin. Sementara kurva konsentrasi manfaat belanja untuk rumah sakit pemerintah, terletak di bawah garis kesetaraan. Hal ini juga menunjukkan ketidaksetaraan manfaat yang diterima rumah tangga, manfaat sedikit bias yang disebabkan oleh kelompok kaya.

Pada Gambar 4.13 juga memperlihatkan kurva lorenz, yang menggambarkan tingkat ketimpangan pengeluaran di antara penduduk. Kurva lorenz terletak jauh di bawah garis kesetaraan, maka menunjukkan kesenjangan yang cukup besar antara kesejahteraan individu. Selain kurva lorenz, Koefisien Gini juga dapat digunakan sebagai indikator untuk melihat tingkat ketimpangan atau ketidakmerataan. Tahun 2009 Indonesia memiliki Koefisien Gini sebesar 0.34, yang menunjukkan bahwa tingkat pengeluaran rumah tangga di Indonesia mengalami ketimpangan yang sedang. Kurva konsentrasi untuk manfaat belanja untuk puskesmas terletak jauh di atas kurva lorenz (Gambar 4.13). Kondisi ini menunjukkan belanja pemerintah untuk puskesmas adalah progresif (*pro-poor*) relatif terhadap pengeluaran. Dengan kata lain, distribusi manfaat dari belanja puskesmas jauh lebih merata dibandingkan dengan distribusi pengeluaran dalam rumah tangga. Sementara kurva konsentrasi dari manfaat belanja untuk rumah sakit pemerintah, terletak jauh di bawah garis kesetaraan dan masih di atas kurva lorenz. Hal ini menunjukkan distribusi manfaat belanja untuk rumah sakit pemerintah jauh lebih merata, dibandingkan dengan distribusi pengeluaran rumah tangga.

4.2.2. Wilayah Penelitian

Wilayah penelitian terbagi menjadi tiga kelompok, yaitu kelompok provinsi yang menerima transfer APBN terendah, sedang dan tinggi. Penelitian ini membahas hasil *benefit incidence* berdasarkan jenis fasilitas kesehatan. Tabel 4.11 menunjukkan hasil perhitungan manfaat dari belanja

pemerintah provinsi di sektor kesehatan, untuk rumah sakit pemerintah. Sedangkan rincian manfaat belanja dapat dilihat pada Lampiran 6.

Berdasarkan Tabel 4.11 sebagian besar manfaat belanja pemerintah provinsi untuk rumah sakit pemerintah, dinikmati lebih besar oleh kelompok 20 persen rumah tangga terkaya. Kecuali Jawa Barat, kelompok 20 persen rumah tangga termiskin menikmati manfaat lebih besar. Distribusi manfaat belanja rumah sakit pemerintah di Jawa Barat dapat dinyatakan relatif merata. Terlihat dari manfaat yang diterima oleh kelima kelompok rumah tangga relatif sama. Kelompok 20 persen rumah tangga tidak miskin di Jawa Barat menikmati manfaat belanja rumah sakit terbesar dibandingkan dengan kelompok rumah tangga lainnya. Sehingga sifat dari manfaat belanja rumah sakit pemerintah di Jawa Barat adalah progresif-netral.

Objek perhitungan *benefit incidence* dari belanja kesehatan ini adalah rumah tangga. Sehingga variabel *binary* yang mencerminkan penerima manfaat dari belanja ini satuannya juga rumah tangga. Perlu berhati-hati dalam memahami hasil perhitungan *benefit incidence*. Ketika kelompok rumah tangga terkaya menikmati manfaat belanja lebih besar, hasil ini bisa saja bias. Karena berapapun jumlah anggota keluarga yang sudah memanfaatkan rumah sakit pemerintah, variabel *binary* untuk rumah tangga tetap satu. Sementara kelompok rumah tangga miskin identik dengan jumlah anggota rumah tangga yang banyak.

Tabel 4.11 Manfaat Belanja Pemerintah Provinsi di Sektor Kesehatan untuk Rumah Sakit Pemerintah

Kelompok	Kelompok Transfer APBN Rendah		Kelompok Transfer APBN Sedang		Kelompok Transfer APBN Tinggi	
	Jawa Barat	Bali	Sulawesi Barat	Gorontalo	Kalimantan Timur	Maluku
1 (<i>poor</i> 20%)	20.08%	17.97%	18.94%	18.84%	14.58%	14.18%
2	20.31%	18.90%	17.66%	19.14%	18.30%	20.20%
3	20.49%	20.13%	18.64%	17.86%	21.92%	24.78%
4	20.05%	20.27%	17.83%	22.24%	23.43%	19.74%
5 (<i>rich</i> 20%)	19.08%	22.73%	26.93%	21.92%	21.77%	21.10%

Manfaat belanja rumah sakit pemerintah di Bali, dinikmati terbanyak oleh kelompok 20 persen rumah tangga terkaya. Sementara kelompok 20 persen rumah tangga termiskin di Bali menikmati manfaat belanja ini hanya sebesar 17.97%. Belanja kesehatan pemerintah Bali untuk rumah sakit pemerintah bersifat regresif. Hal ini sejalan dengan tingkat partisipasi rumah tangga dalam memanfaatkan rumah sakit pemerintah. Rumah sakit pemerintah di Bali, lebih banyak dimanfaatkan oleh kelompok rumah tangga kaya dibandingkan rumah tangga miskin. Kelompok 20 persen rumah tangga kaya yang memanfaatkan fasilitas ini sekitar 2.22% sedangkan kelompok 20 persen rumah tangga termiskin hanya sekitar 0.19%. Walaupun demikian, kelompok rumah tangga miskin di Bali memiliki rata-rata jumlah anggota keluarga yang lebih besar dibandingkan dengan kelompok rumah tangga kaya. Rata-rata jumlah anggota keluarga kelompok rumah tangga miskin adalah lima sedangkan kelompok rumah tangga kaya hanya tiga. Selain itu, tingkat ketimpangan pengeluaran antara rumah tangga miskin dan kaya di Bali relatif ringan. Ditunjukkan dengan nilai Koefisien Gini untuk Bali, berdasarkan data Susenas 2009 adalah sebesar 0.3.

Sama halnya dengan Sulawesi Barat, manfaat belanja kesehatan untuk rumah sakit pemerintah dinikmati lebih banyak oleh kelompok 20 persen rumah tangga terkaya (regresif). Kelompok 20 persen rumah tangga terkaya menikmati belanja rumah sakit pemerintah sebesar 26.93%, sementara kelompok 20 persen rumah tangga termiskin hanya sebesar 18.94%. Rendahnya manfaat belanja yang dinikmati oleh kelompok rumah tangga termiskin sebanding dengan tingkat partisipasi rumah tangga ini dalam memanfaatkan rumah sakit pemerintah. Kelompok 20 persen rumah tangga termiskin yang sudah memanfaatkan rumah sakit pemerintah hanya sekitar 0.13%. Kepedulian rumah tangga miskin yang rendah terhadap kesehatan diduga karena faktor tingkat kemiskinan di Sulawesi Barat yang masih tinggi. Data BPS tahun 2009 mencatat, tingkat kemiskinan di Sulawesi Barat adalah 15.3%.

Kondisi yang sama juga terjadi di Gorontalo, kelompok rumah tangga kaya menikmati manfaat dari belanja rumah sakit pemerintah yang lebih besar. Kelompok 20 persen rumah tangga kaya menikmati manfaat belanja terbesar, yaitu sebesar 22.24%. Sementara kelompok yang menikmati manfaat belanja terendah adalah rumah tangga tidak miskin (17.86%). Perbedaan distribusi manfaat belanja antara kelompok rumah tangga tidak terlalu jauh. Sehingga dapat dinyatakan bahwa manfaat belanja rumah sakit pemerintah di Gorontalo bersifat regresif-netral.

Kelompok 20 persen rumah tangga termiskin di Kalimantan Timur dan Maluku, menikmati manfaat dari belanja rumah sakit pemerintah terendah. Untuk Kalimantan Timur, 14.58% belanja rumah sakit pemerintah dinikmati oleh kelompok rumah tangga termiskin. Sementara di Maluku, kelompok 20 persen rumah tangga termiskin menikmati manfaat belanja ini sekitar 14.18%. Selain tingkat partisipasi kelompok rumah tangga miskin yang masih rendah dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan ini. Jumlah rumah sakit pemerintah yang ada di provinsi ini masih jarang. Pada Tabel 4.12 dapat dilihat rasio jumlah rumah sakit pemerintah terhadap luas wilayah (km^2). Kalimantan Timur adalah provinsi dengan nilai rasio yang terendah dibandingkan provinsi lain (0.11). Maluku memiliki rasio rumah sakit pemerintah lebih tinggi dibandingkan Kalimantan Timur, yaitu 0.28.

Tabel 4.12 Rasio Rumah Sakit Pemerintah per 1,000 Km^2 Luas Wilayah Tahun 2009

Provinsi	Luas Wilayah (Km^2)	Jumlah Rumah Sakit Pemerintah	Rasio Rumah Sakit Pemerintah per 1,000 Km^2
Jawa Barat	35,377.76	61	1.72
Bali	5,780.06	13	2.25
Sulawesi Barat	16,787.18	3	0.18
Gorontalo	11,257.07	5	0.44
Kalimantan Timur	204,534.34	23	0.11
Maluku	46,914.03	13	0.28
INDONESIA	1,910,931.32	764	0.40

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2009

Pada Tabel 4.12 terlihat bahwa rasio rumah sakit pemerintah untuk Jawa Barat (1.72) dan Bali (2.25) berada di atas rasio rumah sakit pemerintah Indonesia (0.4). Nilai rasio rumah sakit pemerintah ini menunjukkan sebaran rumah sakit di masing-masing provinsi. Jawa Barat dan Bali memiliki jumlah rumah sakit pemerintah yang relatif banyak. Sehingga masyarakat/ rumah tangga memiliki akses yang mudah dalam memanfaatkan fasilitas ini. Meskipun luas wilayah Bali sudah dipadati oleh rumah sakit pemerintah, partisipasi kelompok rumah tangga miskin di provinsi ini masih rendah. Lain halnya untuk Sulawesi Barat (0.18), dan Gorontalo (0.44), yang memiliki rasio rumah sakit pemerintah yang relatif rendah. Rumah sakit pemerintah di Sulawesi Barat dan Gorontalo masih relatif jarang ditemukan, atau cakupan wilayah kerja dari rumah sakit ini belum luas. Sehingga untuk dapat memanfaatkan fasilitas ini masyarakat/ rumah tangga harus mengeluarkan biaya transport.

Manfaat belanja pemerintah di sektor kesehatan didekati dari pemanfaatan rumah tangga terhadap fasilitas kesehatan. Selain rumah sakit pemerintah, puskesmas juga digunakan untuk melihat manfaat belanja kesehatan yang sudah dikeluarkan oleh pemerintah. Pada Tabel 4.13 dapat dilihat hasil perhitungan *benefit incidence* untuk puskesmas, sedangkan rincian lengkap dari perhitungan ini dapat dilihat pada Lampiran 7. Berdasarkan Tabel 4.13 diketahui hanya Jawa Barat yang memiliki distribusi manfaat belanja puskesmas relatif merata.

Tabel 4.13 Manfaat Belanja Pemerintah Provinsi di Sektor Kesehatan untuk Puskesmas

Kelompok	Kelompok Transfer APBN Rendah		Kelompok Transfer APBN Sedang		Kelompok Transfer APBN Tinggi	
	Jawa Barat	Bali	Sulawesi Barat	Gorontalo	Kalimantan Timur	Maluku
1 (<i>poor</i> 20%)	20.01%	13.70%	15.11%	17.02%	11.39%	11.00%
2	20.01%	18.59%	19.84%	20.29%	14.32%	15.26%
3	19.40%	20.39%	16.42%	18.77%	20.53%	21.88%
4	20.64%	21.21%	28.35%	19.76%	25.81%	25.83%
5 (<i>rich</i> 20%)	19.94%	26.11%	20.28%	24.15%	27.95%	26.03%

Kelompok 20 persen rumah tangga termiskin di Jawa Barat, menikmati manfaat dari belanja puskesmas sebesar 20.01%. Sedangkan kelompok 20 persen rumah tangga terkayanya, menikmati manfaat yang tidak jauh berbeda yaitu 19.94%. Distribusi manfaat belanja puskesmas untuk kelima kelompok rumah tangga di Jawa Barat relatif merata, yaitu sekitar 20 persen. Sehingga manfaat belanja pemerintah Jawa Barat untuk puskesmas bersifat netral.

Berbeda dengan provinsi satu kelompoknya, distribusi manfaat belanja puskesmas di Bali lebih banyak dinikmati oleh kelompok 20 persen rumah tangga terkaya (26.11%). Sementara kelompok 20 persen rumah tangga termiskin hanya menikmati 13.70% dari manfaat belanja ini. Kesenjangan manfaat belanja puskesmas yang dinikmati rumah tangga harus ditanggapi hati-hati. Hal ini terkait dengan jumlah anggota keluarga dalam rumah tangga tidak terekam dalam perhitungan *benefit incidence*. Rumah tangga termiskin dengan jumlah anggota keluarga yang banyak mendapatkan nilai variabel *binary* satu, walaupun semua anggota keluarga sudah memanfaatkan puskesmas. Sementara rumah tangga kaya dengan anggota keluarga yang lebih sedikit, juga akan mendapatkan nilai variabel satu ketika salah satu anggota keluarganya sudah memanfaatkan fasilitas ini. Sehingga sifat regresif dari manfaat belanja puskesmas ini akan berbeda ketika satuan perhitungan *benefit incidence* adalah pengguna puskesmas, bukan rumah tangga.

Fenomena yang sama terjadi di Sulawesi Barat, kelompok 20 persen rumah tangga termiskin menikmati manfaat dari belanja puskesmas yang lebih sedikit, dibandingkan dengan kelompok 20 persen rumah tangga terkaya. Kelompok 20 persen rumah tangga termiskin menikmati manfaat belanja sebesar 15.11%, dan 20.28% manfaat dinikmati oleh kelompok 20 persen rumah tangga terkaya. Manfaat belanja puskesmas di Sulawesi Barat terbanyak dinikmati oleh kelompok 20 persen rumah tangga kaya (kelompok 4), yaitu sebesar 28.35%. Rendahnya manfaat yang dinikmati oleh rumah tangga miskin di Sulawesi Barat ini, searah dengan tingkat

partisipasi kelompok 20 persen rumah tangga termiskin yang lebih rendah dari tingkat partisipasi kelompok 20 persen rumah tangga terkaya. Kelompok 20 persen rumah tangga termiskin yang sudah memanfaatkan puskesmas hanya sekitar 1.35%, sedangkan di kelompok 20 persen rumah tangga terkaya sekitar 1.51% rumah tangga yang sudah memanfaatkan puskesmas.

Kelompok 20 persen rumah tangga termiskin di Gorontalo, menikmati manfaat belanja puskesmas lebih sedikit dibandingkan dengan kelompok 20 persen rumah tangga terkaya. Sekitar 17.02% manfaat belanja yang sudah dinikmati oleh kelompok rumah tangga termiskin. Sedangkan manfaat yang dinikmati oleh kelompok 20 persen rumah tangga terkaya, sekitar 24.15%. Perbedaan manfaat belanja yang dinikmati oleh kelompok rumah tangga termiskin dan terkaya cukup signifikan. Tingkat kemiskinan yang masih tinggi di Gorontalo dapat menyebabkan manfaat yang dinikmati oleh rumah tangga miskin lebih rendah. BPS tahun 2009 mencatat tingkat kemiskinan Gorontalo sebesar 25%. Nilai ini menunjukkan bahwa sekitar 25% masyarakat masih berada di bawah garis kemiskinan.

Kalimantan Timur dan Maluku memiliki sifat distribusi manfaat belanja puskesmas yang sama, yaitu regresif. Kelompok 20 persen rumah tangga termiskin menikmati manfaat lebih sedikit, dibandingkan dengan kelompok 20 persen rumah tangga terkaya. Kelompok 20 persen rumah tangga termiskin di Kalimantan Timur, menikmati manfaat belanja puskesmas hanya sebesar 11.39%. Sedangkan manfaat yang lebih besar dinikmati oleh kelompok 20 persen rumah tangga terkaya, yaitu 27.95%. Selain faktor tingkat partisipasi rumah tangga miskin yang relatif rendah, jumlah puskesmas di Kalimantan Timur masih sedikit. Terlihat dari nilai rasio puskesmas terhadap luas wilayah (Tabel 4.14). Kalimantan Timur hanya memiliki puskesmas sebanyak 207, sehingga jika dibandingkan dengan luas wilayahnya Kalimantan Timur memiliki rasio puskesmas yang masih rendah (1.01).

Tabel 4.14 Rasio Puskesmas per 1,000 Km² Tahun 2009

Provinsi	Luas Wilayah (Km ²)	Jumlah Puskesmas	Rasio Puskesmas per 1,000 Km ²
Jawa Barat	35,377.76	1,008	28.49
Bali	5,780.06	114	19.72
Sulawesi Barat	16,787.18	77	4.59
Gorontalo	11,257.07	75	6.66
Kalimantan Timur	204,534.34	207	1.01
Maluku	46,914.03	135	2.88
INDONESIA	1,910,931.32	8,737	4.57

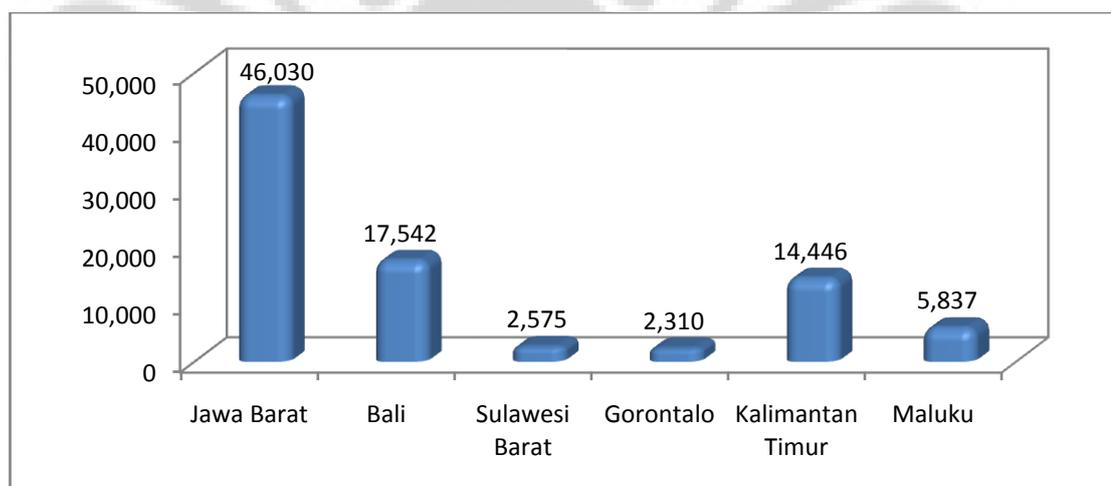
Sumber : Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2009

Permasalahan yang sama terjadi di Maluku, tingginya tingkat kemiskinan di Maluku dapat menyebabkan rumah tangga miskin mendapatkan manfaat yang lebih rendah daripada kelompok rumah tangga kaya. Pada tahun 2009, BPS mencatat sebanyak 28.2% masyarakat di Maluku yang masih berada di bawah garis kemiskinan. Masih tingginya angka kemiskinan ini memberi dampak terhadap kesadaran rumah tangga yang masih rendah terhadap kesehatan. Kelompok 20 persen rumah tangga miskin di Maluku hanya menikmati manfaat sebesar 11%, sementara kelompok 20 persen rumah tangga terkaya sudah menikmati manfaat sebesar 26.03%.

Jumlah puskesmas yang relatif memadai terdapat di Jawa Barat, tingginya nilai rasio puskesmas (28.49) menggambarkan akses puskesmas yang mudah dijangkau oleh rumah tangga. Berdasarkan data Susenas, rumah tangga Indonesia lebih banyak memilih puskesmas sebagai tempat berobat dibandingkan dengan fasilitas lainnya. Sekitar 33.4% rumah tangga yang menggunakan puskesmas, ketika mengalami keluhan terhadap kesehatannya. Tingginya partisipasi rumah tangga dalam menggunakan puskesmas telah difasilitasi oleh pemerintah dengan mendirikan puskesmas lebih banyak dibandingkan rumah sakit pemerintah. Hal ini ditunjukkan dengan nilai rasio puskesmas yang lebih tinggi dibandingkan dengan rasio rumah sakit pemerintah. Indonesia memiliki rasio puskesmas terhadap luas wilayah sebesar 4.57, sementara rasio rumah sakit pemerintah terhadap luas wilayah hanya 0.4.

Untuk meningkatkan partisipasi rumah tangga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan, harus didukung dengan sumber daya manusia yang bergerak di bidang kesehatan. Sumber Daya Manusia yang bergerak di bidang kesehatan, selanjutnya disebut dengan SDM kesehatan. SDM kesehatan terdiri dari tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga yang berkaitan dengan kesehatan rumah tangga, tenaga gizi, terapi, dan tenaga yang mengatasi masalah teknis medis. Secara umum SDM kesehatan dapat dikategorikan menjadi dua kelompok yaitu tenaga kesehatan dan SDM non tenaga kesehatan. Rincian jumlah SDM kesehatan untuk enam provinsi wilayah penelitian dapat dilihat pada Gambar 4.14 dan Lampiran 8.

Pada Gambar 4.14 terlihat bahwa Jawa Barat merupakan provinsi dengan jumlah SDM kesehatan tertinggi. Bali dan Kalimantan Timur sudah memiliki SDM kesehatan yang relatif tinggi dibandingkan dengan Sulawesi Barat, Gorontalo dan Maluku. Walau demikian, distribusi manfaat belanja kesehatan di Bali dan Kalimantan Timur lebih banyak dinikmati oleh rumah tangga kaya. Sehingga akses rumah tangga ke fasilitas kesehatan, menjadi perhatian utama untuk meningkatkan partisipasi rumah tangga dalam menggunakan fasilitas kesehatan. Meluasnya program layanan gratis bagi masyarakat miskin akan terhambat, jika masyarakat masih mengalami kesulitan akses/ transport.

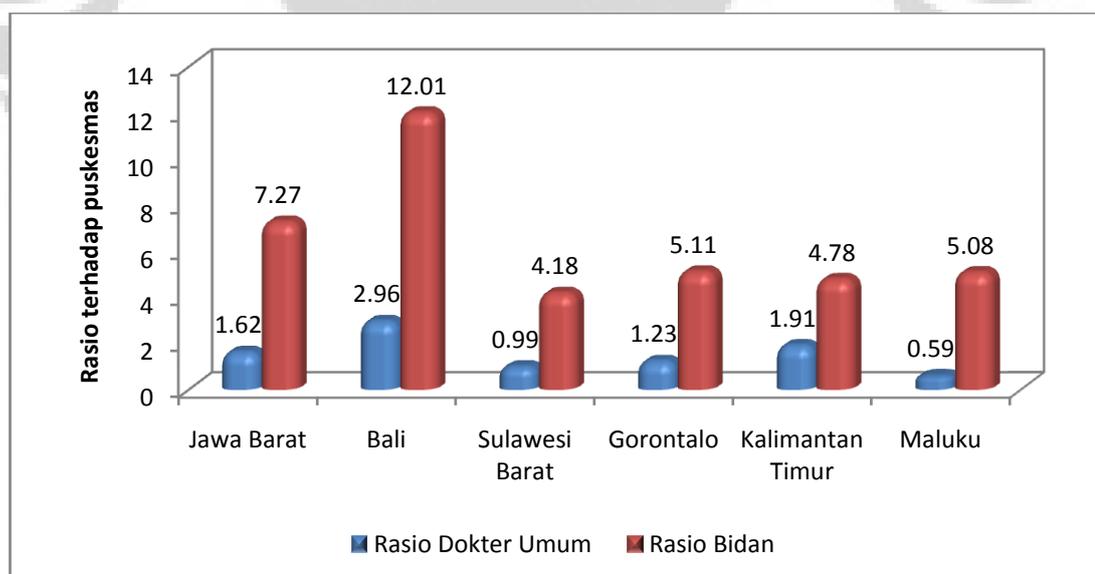


Sumber : Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2009

Gambar 4.14 Rekapitulasi Data SDM Kesehatan Desember 2009

Puskesmas merupakan ujung tombak dalam pelayanan kesehatan rumah tangga. Terutama untuk rumah tangga miskin, puskesmas menjadi pilihan utama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Kinerja puskesmas sangat dipengaruhi oleh ketersediaan sumber daya manusia yang dimiliki, terutama ketersediaan tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan utama yang ada di puskesmas adalah dokter umum dan bidan. Pada Gambar 4.15 disajikan rasio jumlah dokter umum dan bidan terhadap puskesmas. Terlihat pada gambar tersebut rasio bidan di enam provinsi wilayah penelitian, lebih tinggi dibandingkan rasio dokter umum terhadap puskesmas.

Rasio bidan di Jawa Barat dan Bali adalah rasio tertinggi. Jawa Barat, memiliki rasio bidan terhadap puskesmas sebesar 7.27 dan Bali memiliki rasio sebesar 12.01. Rasio dokter umum tertinggi terdapat di Bali, yaitu 2.96. sedangkan rasio dokter umum terendah, yaitu 0.59 dimiliki oleh Maluku. Kondisi yang cenderung seragam yaitu Sulawesi Barat, Gorontalo dan Kalimantan Timur. Rasio bidan terhadap puskesmas di tiga provinsi ini termasuk rendah, jika dibandingkan dengan rasio bidan di Jawa Barat atau Bali.



Sumber : Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2009

Gambar 4.15 Rasio Dokter Umum, dan Bidan Terhadap Jumlah Puskesmas Tahun 2009

BAB 5

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

5.1. Kesimpulan

Hasil penelitian yang berjudul “*Distribusi Manfaat Belanja Pemerintah Pusat dan Pemerintah Provinsi di Sektor Kesehatan (Studi Kasus Enam Provinsi di Indonesia Tahun 2009)*” dapat disimpulkan menjadi beberapa poin sebagai berikut :

1. Manfaat belanja kesehatan pemerintah belum dapat dinyatakan memihak rumah tangga miskin (progresif- *pro poor*). Walaupun manfaat belanja puskesmas relatif sudah memihak rumah tangga miskin (progresif-netral), tetapi manfaat belanja kesehatan untuk rumah sakit pemerintah yang dinikmati oleh rumah tangga miskin lebih kecil dibandingkan rumah tangga kaya (regresif-netral).
2. Mengingat proporsi belanja rumah sakit pemerintah terhadap total belanja kesehatan pemerintah pusat lebih besar yaitu 43.28%, dapat diduga bahwa secara umum belanja pemerintah untuk sektor kesehatan cenderung tidak *pro poor*. Walaupun, belanja untuk puskesmas sudah *pro poor*.
3. Sedikitnya manfaat belanja rumah sakit pemerintah yang dinikmati oleh kelompok 20 persen rumah tangga termiskin, karena rendahnya tingkat partisipasi kelompok ini dalam memanfaatkan rumah sakit pemerintah (0.16%). Tingkat partisipasi kelompok 20 persen rumah tangga termiskin lebih besar dalam memanfaatkan puskesmas, yaitu sekitar 1.19%.
4. Distribusi manfaat belanja kesehatan di Jawa Barat relatif sudah merata dan memihak rumah tangga miskin (progresif). Sedangkan manfaat belanja kesehatan di Bali, Gorontalo, Sulawesi Barat dan Maluku belum bersifat progresif. Rendahnya partisipasi rumah tangga miskin dalam memanfaatkan/menggunakan fasilitas kesehatan, menjadi faktor utama rendahnya manfaat belanja kesehatan yang dapat dinikmati.
5. Sebaran jumlah rumah sakit pemerintah dan puskesmas di Jawa Barat relatif sudah padat jika dibandingkan dengan luas wilayahnya. Sehingga rumah tangga di Jawa Barat memiliki kesempatan yang lebih mudah untuk

memanfaatkan fasilitas kesehatan. Fenomena yang terbalik terjadi di Bali. Rasio jumlah rumah sakit pemerintah dan puskesmas di Bali sudah cukup tinggi, tetapi distribusi manfaat belanja kesehatan belum memihak rumah tangga miskin.

5.2. Rekomendasi

Kesimpulan dari hasil penelitian menjadi dasar untuk memberikan beberapa rekomendasi kebijakan terkait belanja pemerintah untuk sektor kesehatan dan untuk penelitian selanjutnya, sebagai berikut :

5.2.1. Rekomendasi Kebijakan

1. Mengutip dari Fan et. al (1999) dalam Syam (2009) yang mengemukakan bahwa pengeluaran/ belanja pemerintah untuk pendidikan, kesehatan, infrastruktur, teknologi, perumahan, subsidi dan transfer diidentifikasi mempunyai pengaruh langsung maupun tidak langsung terhadap kemiskinan. Masih rendahnya proporsi belanja kesehatan (2.5%) terhadap total belanja pemerintah Indonesia menurut fungsi di tahun 2009, dibanding dengan proporsi belanja untuk sektor pendidikan (13.5%) dapat menjadi pemicu bagi pemerintah untuk dapat meningkatkan belanja kesehatan di tahun-tahun ke depan. Belanja kesehatan yang dikeluarkan pemerintah tentunya harus tepat sasaran dan disesuaikan dengan kebutuhan aktual rumah tangga Indonesia.
2. Manfaat belanja pemerintah untuk puskesmas sudah memihak rumah tangga miskin (*pro poor*). Sehingga pemerintah dapat meningkatkan kesejahteraan rumah tangga miskin, dengan cara meningkatkan alokasi anggaran belanja di sektor kesehatan khusus untuk puskesmas. Peningkatan alokasi untuk belanja puskesmas ini adalah salah satu upaya preventif, mencegah salah sasaran penerima manfaat subsidi pemerintah di sektor kesehatan.
3. Rumah tangga miskin lebih banyak memanfaatkan puskesmas daripada rumah sakit pemerintah. Oleh karena itu, fungsi dari

puskesmas perlu dimaksimalkan/ ditingkatkan. Pelayanan puskesmas dapat ditingkatkan tidak hanya melayani penyakit ringan, tapi juga penyakit berat. Sehingga rumah tangga miskin tidak perlu datang ke kota, untuk berobat di rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit swasta. Selain itu, rumah tangga miskin dapat menghemat biaya kesehatan.

4. Perbedaan hasil perhitungan *benefit incidence* sektor kesehatan untuk keenam wilayah penelitian, memberi gambaran kepada pemerintah untuk lebih spesifik dalam melakukan identifikasi masalah. Identifikasi masalah kesehatan yang tepat untuk setiap daerah akan mempermudah pemerintah dalam memecahkan masalah kesehatan di daerah yang bersangkutan.
5. Bali sudah memiliki rumah sakit pemerintah dan puskesmas yang relatif banyak, terlihat dari rasio rumah sakit pemerintah dan puskesmas yang tinggi. Tetapi rumah tangga miskin belum dapat menikmati manfaat lebih besar dari belanja kesehatan untuk rumah sakit pemerintah maupun puskesmas. Kondisi ini memberi dugaan faktor akses rumah tangga ke fasilitas kesehatan yang masih sulit. Sehingga pemerintah dapat meningkatkan kemudahan akses untuk rumah tangga Bali, maupun rumah tangga lainnya, untuk dapat meningkatkan partisipasi rumah tangga dalam menggunakan fasilitas kesehatan.

5.2.2. Rekomendasi Penelitian Selanjutnya

1. Penelitian ini terbatas dalam mengidentifikasi manfaat belanja pemerintah di sektor kesehatan, dalam penelitian ini hanya melalui dua fasilitas kesehatan pemerintah (rumah sakit pemerintah dan puskesmas). Rekomendasi untuk penelitian selanjutnya untuk dapat menambahkan komponen rawat inap dan rawat jalan, untuk melihat manfaat belanja di sektor kesehatan lebih komprehensif.
2. Pada penelitian ini tidak mengakomodir belanja kesehatan pemerintah yang diberikan dalam bentuk dana Jamkesmas. Untuk

menyempurnakan hasil perhitungan *benefit incidence* belanja pemerintah di sektor kesehatan, belanja untuk Jamkesmas dapat digabungkan dengan belanja kesehatan lainnya.

3. Penelitian ini menggunakan pendekatan variabel *binary* untuk mengetahui manfaat yang dinikmati oleh rumah tangga. Untuk penelitian selanjutnya, dapat menggunakan pendekatan frekuensi dalam melihat manfaat dari belanja pemerintah. Frekuensi yang dimaksud adalah jumlah pengguna fasilitas kesehatan, bukan rumah tangga yang menjadi objek penelitian ini. Melainkan masyarakat yang menjadi objek penelitian selanjutnya.



DAFTAR REFERENSI

- Andika, Muhammad Nova. 2004. *Pengaruh APBD Jakarta Terhadap Peningkatan Kesejahteraan Rumah tangga Miskin Kota*. Tesis Pascasarjana MPKP. Jakarta : Universitas Indonesia
- Badan Pusat Statistik. 2008. *Analisa dan Perhitungan Tingkat Kemiskinan 2008*. Jakarta: BPS. <http://www.bps.go.id>
- Badan Pusat Statistik. 2010. *Laporan Bulanan Data Sosial Ekonomi*, Edisi kedua. Agustus 14, 2010. <http://www.bps.go.id>
- Bank Dunia. 2008. *Berinvestasi dalam Sektor Kesehatan Indonesia : Tantangan dan Peluang untuk Pengeluaran Publik di Masa Depan*.
- BAPPENAS. 2009. *Data Kemiskinan Tahun 2009*. Jakarta: Kantor Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional. <http://www.worldbank.org>
- Demery, Lionel. 2000. *Benefit Incidence: A Practitioner's Guide*. Poverty and Social Development Group Africa Region. The World Bank.
- Hasan, Iqbal. 2004. *Analisa Data Penelitian dengan Statistika*. Jakarta : Bumi Aksara.
- Jasmina, Thia dkk. 2001. *Analisa Peringkat Penganggulan Kemiskinan Kabupaten/Kota*. Jurnal Ekonomi dan Keuangan Indonesia Volune XLIX Nomor 4.
- Juswanto, Wawan. 2010. *Distribution of Government Expenditure and Demand for Education Services: The case of Indonesia*. Forum of Internasional Development Studies 39 (Mar.2010)
- Kuncoro, Mudrajad. 2008. *Grameen Bank & Lembaga Keuangan Mikro. Kedaulatan Rakyat*, <http://www.kr.co.id>
- Lembaga Penelitian SMERU.2001. *Paket Informasi Dasar Penanggulangan Kemiskinan* .

- Lembaga Penelitian SMERU. 2004. *Perencanaan dan Penganggaran Strategi Penanggulangan Kemiskinan di Daerah: Pola Mana yang Paling Tepat?*
- Mangham, Lindsay. 2006. *Who benefits from Public Spending on Health Care in Malawi? An Application of Benefit Incidence Analysis to Health Sector*. Malawi Medical Journal; 18(2)60-65. Lilongwe: DFID.
- Mattjik, Ahmad Ansori dan I Made Sumertajaya. 2002. Perancangan Percobaan dengan Aplikasi SAS dan Minitab. Edisi kedua. Bogor : IPB Press.
- Mawardi, Sulton dan Sudarno Sumarto. 2003. *Kebijakan Publik yang Memihak Orang Miskin (Fokus : Pro-Poor Budget)*. Lembaga Penelitian SMERU. www.smeru.or.id
- O'Donnell, Owen, et.al. 2008. *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data : A Guide to Techniques and Their Implementation*. Washington, DC : The World Bank.
- Pearson, Mark. 2002. *Benefit Incidence Analysis: how can it contribute to our understanding of health system performance?*. Issues Paper. London : DFID Health System Resource Centre.
- Saefuddin, Asep, dkk. 2009. *Statistika Dasar*. Jakarta: Grasindo.
- Syam, Agussalim. 2009. *Sanggupkah Pengeluaran Pemerintah Mereduksi Kemiskinan?*. <http://www.scribd.com/doc/22134649/Pengeluaran-Pemerintah-Dan-Kemiskinan>
- Todaro, Michael P. and Stephen C. Smith. 2006. *Economic Development*, 9th Edition. United Kingdom: Pearson Education Limited.
- Undang-Undang Republik Indonesia 17 tahun 2003 . “*Keuangan Negara*“
- Undang-Undang Republik Indonesia 41 tahun 2008 . “*Penyusunan dan Penetapan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN)*“

Undang-Undang Republik Indonesia 36 tahun 2009. "*Kesehatan*"

Wahyudi. 1997. Analisa Permintaan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit oleh Konsumen Perusahaan di Jepara. Tesis Pascasarjana Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit. Jakarta : Universitas Indonesia

World Bank. 2007. *Era Baru dalam Pengentasan Kemiskinan di Indonesia*. Jakarta: World Bank.



Lampiran 1 Rincian Provinsi Berdasarkan Transfer APBN ke Daerah Tahun 2009 dan Jumlah Penduduk (t-1)

Peringkat	Provinsi	Transfer APBN ke APBD (Miliar)	Jumlah penduduk (t-1) (ribu jiwa)	Transfer APBN per kapita (%)
1	Jawa Barat	25,159	40,918	0.61
2	Banten	6,011	9,602	0.63
3	Jawa Tengah	25,017	32,626	0.77
4	Jawa Timur	28,945	37,095	0.78
5	Lampung	7,157	7,391	0.97
6	DKI Jakarta	9,545	9,146	1.04
7	DI Yogyakarta	3,865	3,469	1.11
8	Sumatera Utara	15,014	13,042	1.15
9	NTB	5,250	4,364	1.20
10	Bali	5,026	3,516	1.43
11	Sumatera Selatan	10,426	7,122	1.46
12	Sulawesi Selatan	11,466	7,805	1.47
13	Sumatera Barat	8,468	4,763	1.78
14	NTT	8,125	4,534	1.79
15	Kalimantan Barat	7,794	4,249	1.83
16	Jambi	5,424	2,788	1.95
17	Kalimantan Selatan	7,089	3,447	2.06
18	Riau	10,918	5,189	2.10
19	Sulawesi Barat	2,356	1,032	2.28
20	Sulawesi Tengah	5,569	2,438	2.28
21	Kepulauan Seribu	3,422	1,453	2.36
22	Bengkulu	3,973	1,642	2.42
23	Gorontalo	2,527	972	2.60
24	Sulawesi Utara	5,826	2,208	2.64
25	Bangka Belitung	2,973	1,123	2.65
26	Sulawesi Tenggara	5,538	2,075	2.67
27	NAD	13,694	4,294	3.19
28	Maluku	4,410	1,321	3.34
29	Kalimantan Tengah	7,514	2,057	3.65
30	Maluku Utara	3,681	960	3.84
31	Kalimantan Timur	13,720	3,095	4.43
32	Papua	17,526	2,057	8.52
33	Papua Barat	7,225	730	9.90

**Dikompilasi oleh Ditjen Perimbangan Keuangan - Status: tanggal 2 April 2009; pukul 16.00*

Lampiran 2 Daftar Realisasi Belanja Pemerintah Pusat Untuk Sektor Kesehatan

JENIS KEGIATAN	PELAKSANA	PAGU PERPRES	PAGU AKHIR TAHUN	REALISASI AKHIR TAHUN
Peningkatan Mutu Pelayanan Farmasi Komunitas dan Rumah Sakit	DEPARTEMEN KESEHATAN	Rp 7,000,000,000	Rp 7,375,330,000	Rp7,182,458,250
Pelayanan Kesehatan Bagi Penduduk Miskin Kelas III Rumah Sakit		Rp 4,584,000,000,000	Rp 3,608,000,000,000	Rp3,593,082,861,000
Pelayanan Operasional Rumah Sakit (PNBP)		Rp 20,525,008,000	Rp 48,248,158,000	Rp36,508,831,408
Pelayanan Operasional Rumah Sakit (BLU)		Rp 3,213,718,131,000	Rp 3,185,994,981,000	Rp3,185,276,599,805
Pelayanan Kesehatan Bagi Seluruh Penduduk di Puskesmas dan Jaringannya		Rp 1,693,974,671,000	Rp 916,800,000,000	Rp885,248,292,000
Pemenuhan Kebutuhan Tenaga Kesehatan untuk Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan JAR, RS Kab/Kot Terutama di Daerah Terpencil & Bencana		Rp 470,408,069,000	Rp 607,644,805,000	Rp534,045,584,310
Total		Rp9,989,625,879,000	Rp 8,374,063,274,000	Rp 8,241,344,626,773

**Sumber :DJA, Departemen Keuangan RI*

Lampiran 3. Distribusi Belanja Pemerintah Pusat Tahun 2005-2009

FUNGSI	2005	2006	2007	2008	2009
	Belanja Pemerintah (Miliyar Rupiah)				
	Persentasi	Persentasi	Persentasi	Persentasi	Persentasi
Pelayanan Umum	255603.2	283341.1	316139.3	534567.2	417771.9
	70.77%	64.39%	62.65%	77.10%	66.44%
Pertahanan	21562.2	24426.1	30685.9	9158.5	13145.7
	5.97%	5.55%	6.08%	1.32%	2.09%
Ketertiban Dan Keamanan	15617.3	23743.1	28315.9	7019.2	7753.9
	4.32%	5.40%	5.61%	1.01%	1.23%
Ekonomi	23504	38295.6	42222	50484.8	58845.1
	6.51%	8.70%	8.37%	7.28%	9.36%
Klingkungan Hidup	1333.9	2664.5	4952.6	5315.1	10703
	0.37%	0.61%	0.98%	0.77%	1.70%
Perumahan Dan Fasilitas Umum	4216.5	5457.2	9134.6	12448.7	14648.5
	1.17%	1.24%	1.81%	1.80%	2.33%
Kesehatan	5836.9	12189.7	16004.5	14038.9	15743.1
	1.62%	2.77%	3.17%	2.02%	2.50%
Pariwisata Dan Budaya	588.6	905.4	1851.2	1293.7	1406.2
	0.16%	0.21%	0.37%	0.19%	0.22%
Agama	1312.3	1411.2	1884.2	745.7	773.5
	0.36%	0.32%	0.37%	0.11%	0.12%
Pendidikan	29307.9	45303.9	50843.4	55298	84919.5
	8.12%	10.30%	10.08%	7.98%	13.50%
Perlindungan Sosial	2103.8	2303.3	2650.4	2986.4	3102.3
	0.58%	0.52%	0.53%	0.43%	0.49%
TOTAL	361155.2	440031.2	504623.5	693356	628812.4

Sumber : DJA, Departemen Keuangan Republik Indonesia

Lampiran 4 Realisasi Total Belanja Daerah dan Belanja Kesehatan Tahun 2009

Peringkat	Provinsi	Total Belanja Daerah (rupiah)	Total Belanja Kesehatan (rupiah)	% Belanja Kesehatan
1	Kepulauan Riau	186,592,467,013.00	76,520,873,276.66	41.01%
2	Jawa Tengah	5,200,131,112,951.00	691,459,005,569.00	13.30%
3	Bengkulu	932,490,304,038.96	120,553,634,181.00	12.93%
4	Jawa Timur	7,602,038,807,526.87	937,008,816,076.30	12.33%
5	Kaltim	6,309,258,865,084.76	773,870,667,283.76	12.27%
6	Kalsel	2,105,293,055,345.89	255,857,752,342.00	12.15%
7	Sumbar	1,657,403,919,450.58	187,228,196,391.33	11.30%
8	NTB	1,100,497,892,873.00	119,382,045,045.00	10.85%
9	Kalbar	1,627,012,304,264.54	170,527,658,221.00	10.48%
10	Sulteng	1,059,555,058,672.00	106,240,568,886.00	10.03%
11	Sulsel	2,122,191,791,375.22	201,044,149,332.20	9.47%
12	Lampung	1,847,107,847,257.00	174,175,430,364.00	9.43%
13	Sumsel	2,341,327,091,455.29	218,574,897,161.00	9.34%
14	Jambi	1,530,073,192,806.26	123,087,078,344.00	8.04%
15	Maluku Utara	761,084,266,737.00	58,652,525,018.00	7.71%
16	Bangka Belitung	854,261,275,649.31	65,776,274,967.88	7.70%
17	Maluku	1,015,807,644,281.76	68,744,857,692.00	6.77%
18	Kalteng	1,471,278,248,485.60	95,020,777,451.00	6.46%
19	Riau	3,757,480,844,229.41	236,474,268,020.00	6.29%
20	Sulut	1,034,427,881,782.38	53,914,746,217.00	5.21%
21	Bali	1,810,946,336,948.00	92,294,073,227.00	5.10%
22	Sumut	3,444,560,582,321.72	168,806,555,045.00	4.90%
23	DI Yogyakarta	1,327,487,848,943.00	53,034,699,234.00	4.00%
24	Gorontalo	619,327,894,227.00	23,854,726,595.00	3.85%
25	NTT	1,025,445,818,359.00	37,984,721,620.00	3.70%
26	Sulbar	590,163,811,677.29	18,561,356,306.29	3.15%
27	Jawa Barat	8,193,613,916,013.00	239,858,573,274.00	2.93%
Jumlah		61,526,860,079,768.80	5,368,508,927,140.42	8.73%

Sumber: DJPK, Departemen Keuangan Republik Indonesia

Lampiran 5 Proporsi Belanja Fasilitas Kesehatan terhadap Total Belanja Kesehatan

Provinsi	Total Belanja Kesehatan (Rupiah)	Belanja untuk Rumah Sakit (Rupiah)	Belanja untuk Puskesmas (Rupiah)	Belanja untuk Rumah Sakit (Persen)	Belanja untuk Puskesmas (Persen)
JawaBarat	239,858,573,274.00	121,863,749,940.00	49,043,447,359.00	50.81%	20.45%
JawaTengah	691,459,005,569.00	563,061,477,053.00	*	81.43%	-
JawaTimur	937,008,816,076.30	766,400,367,513.70	2,709,538,370.00	81.79%	0.29%
Lampung	174,175,430,364.00	134,369,995,080.00	*	77.15%	-
DIYogyakarta	53,034,699,234.00	19,130,604,766.00	1,413,834,990.00	36.07%	2.67%
Sumut	168,806,555,045.00	20,055,954,201.00	457,279,550.00	11.88%	0.27%
NTB	119,382,045,045.00	91,312,387,380.00	190,704,100.00	76.49%	0.16%
Bali	92,294,073,227.00	38,895,321,419.00	7,300,686,948.00	42.14%	7.91%
Sumsel	218,574,897,161.00	85,228,483,777.00	1,531,640,000.00	38.99%	0.70%
Sulsel	201,044,149,332.20	147,544,996,667.20	2,166,005,149.00	73.39%	1.08%
Sumbar	187,228,196,391.33	170,068,254,356.83	*	90.83%	-
NTT	37,984,721,620.00	448,464,181.00	*	1.18%	-
Kalbar	170,527,658,221.00	120,888,390,117.00	4,022,863,126.00	70.89%	2.36%
Jambi	123,087,078,344.00	96,349,048,108.00	*	78.28%	-
Kalsel	255,857,752,342.00	209,363,251,310.00	*	81.83%	-
Riau	236,474,268,020.00	166,716,373,190.00	1,650,801,850.00	70.50%	0.70%
Sulbar	18,561,356,306.29	7,229,426,942.29	383,035,000.00	38.95%	2.06%
Sulteng	106,240,568,886.00	74,826,503,874.00	*	70.43%	-
Kepri	76,520,873,276.66	63,704,841,313.03	1,884,301,238.00	83.25%	2.46%
Bengkulu	120,553,634,181.00	102,092,944,721.00	*	84.69%	-
Gorontalo	23,854,726,595.00	200,000,000.00	337,073,785.00	0.84%	1.41%
Sulut	53,914,746,217.00	25,969,912,569.00	*	48.17%	-
BABEL	65,776,274,967.88	52,996,979,610.88	*	80.57%	-
Maluku	68,744,857,692.00	50,433,145,426.00	833,571,000.00	73.36%	1.21%
Kalteng	95,020,777,451.00	66,868,408,477.00	1,892,280,200.00	70.37%	1.99%
MalukuUtara	58,652,525,018.00	47,815,332,770.00	*	81.52%	-
Kaltim	773,870,667,283.76	731,497,124,290.76	576,818,200.00	94.52%	0.07%
Rata-rata				62.60%	2.86%

*: data tidak tersedia

Sumber: DJPK, Departemen Keuangan Republik Indonesia

**Lampiran 6 Manfaat Belanja Pemerintah Provinsi di Sektor Kesehatan
untuk Rumah Sakit Pemerintah**

Provinsi Jawa Barat			
Kelompok	Total Manfaat	Persentasi Manfaat	n
1 (<i>poor</i> 20%)	Rp 343,618,668.99	20.08%	247
2	Rp 347,494,630.50	20.31%	248
3	Rp 350,571,909.02	20.49%	247
4	Rp 343,019,656.76	20.05%	248
5 (<i>rich</i> 20%)	Rp 326,417,621.65	19.08%	248
Total	Rp 1,711,122,486.93	100.00%	1,238
Provinsi Bali			
Kelompok	Total Manfaat	Persentasi Manfaat	n
1 (<i>poor</i> 20%)	Rp 149,578,848.91	17.97%	94
2	Rp 157,290,002.23	18.90%	94
3	Rp 167,553,284.41	20.13%	95
4	Rp 168,736,245.42	20.27%	94
5 (<i>rich</i> 20%)	Rp 189,218,996.41	22.73%	95
Total	Rp832,377,377.38	100.00%	472
Provinsi Sulawesi Barat			
Kelompok	Total Manfaat	Persentasi Manfaat	n
1 (<i>poor</i> 20%)	Rp 20,301,720.75	18.94%	34
2	Rp 18,935,855.75	17.66%	35
3	Rp 19,977,500.27	18.64%	34
4	Rp 19,115,211.76	17.83%	35
5 (<i>rich</i> 20%)	Rp 28,869,419.42	26.93%	35
Total	Rp 107,199,707.96	100.00%	173
Provinsi Gorontalo			
Kelompok	Total Manfaat	Persentasi Manfaat	n
1 (<i>poor</i> 20%)	Rp 1,053,658.52	18.84%	84
2	Rp 1,069,918.68	19.14%	85
3	Rp 998,577.22	17.86%	85
4	Rp 1,243,699.17	22.24%	85
5 (<i>rich</i> 20%)	Rp 1,225,406.49	21.92%	85
Total	Rp 5,591,260.08	100.00%	424
Provinsi Kalimantan Timur			
Kelompok	Total Manfaat	Persentasi Manfaat	n
1 (<i>poor</i> 20%)	Rp 2,330,852,606.17	14.58%	136
2	Rp 2,926,450,738.66	18.30%	136
3	Rp 3,505,639,299.00	21.92%	136
4	Rp 3,746,235,983.48	23.43%	136
5 (<i>rich</i> 20%)	Rp 3,480,216,018.22	21.77%	137
Total	Rp 15,989,394,645.53	100.00%	681

(Lanjutan Lampiran 6)

Provinsi Maluku			
Kelompok	Total Manfaat	Persentasi Manfaat	n
1 (<i>poor</i> 20%)	Rp 114,641,314.43	14.18%	50
2	Rp 163,305,536.21	20.20%	51
3	Rp 200,377,661.86	24.78%	51
4	Rp 159,654,778.66	19.74%	51
5 (<i>rich</i> 20%)	Rp 170,607,051.32	21.10%	51
Total	Rp 808,586,342.48	100.00%	254



**Lampiran 7 Manfaat Belanja Pemerintah Provinsi di Sektor Kesehatan
untuk Puskesmas**

Provinsi Jawa Barat			
Kelompok	Total Manfaat	Persentasi Manfaat	n
1 (<i>poor</i> 20%)	Rp 569,869,224.38	20.01%	953
2	Rp 570,024,028.76	20.01%	954
3	Rp 552,619,761.31	19.40%	953
4	Rp 587,957,703.59	20.64%	954
5 (<i>rich</i> 20%)	Rp 567,859,130.75	19.94%	954
Total	Rp 2,848,329,848.79	100.00%	4,768
Provinsi Bali			
Kelompok	Total Manfaat	Persentasi Manfaat	n
1 (<i>poor</i> 20%)	Rp 10,310,076,274.60	13.70%	272
2	Rp 13,996,737,802.75	18.59%	272
3	Rp 15,348,333,015.09	20.39%	272
4	Rp 15,962,818,589.55	21.21%	272
5 (<i>rich</i> 20%)	Rp 19,655,557,393.61	26.11%	272
Total	Rp 75,273,523,075.60	100.00%	1,360
Provinsi Sulawesi Barat			
Kelompok	Total Manfaat	Persentasi Manfaat	n
1 (<i>poor</i> 20%)	Rp 708,325,597.49	15.11%	249
2	Rp 929,905,514.88	19.84%	249
3	Rp 769,911,479.70	16.42%	249
4	Rp 1,328,820,208.30	28.35%	249
5 (<i>rich</i> 20%)	Rp 950,768,686.45	20.28%	249
Total	Rp 4,687,731,486.82	100.00%	1,245
Provinsi Gorontalo			
Kelompok	Total Manfaat	Persentasi Manfaat	n
1 (<i>poor</i> 20%)	Rp 549,502,982.32	17.02%	268
2	Rp 654,893,329.40	20.29%	268
3	Rp 606,116,216.35	18.77%	269
4	Rp 638,058,047.74	19.76%	268
5 (<i>rich</i> 20%)	Rp 779,795,701.66	24.15%	269
Total	Rp 3,228,366,277.48	100.00%	1,342
Provinsi Kalimantan Timur			
Kelompok	Total Manfaat	Persentasi Manfaat	n
1 (<i>poor</i> 20%)	Rp 596,984,630.16	11.39%	377
2	Rp 750,153,130.02	14.32%	377
3	Rp 1,075,819,287.07	20.53%	378
4	Rp 1,352,463,590.56	25.81%	377
5 (<i>rich</i> 20%)	Rp 1,464,866,910.03	27.95%	378
Total	Rp 5,240,287,547.84	100.00%	1,887

(Lanjutan Lampiran 7)

Provinsi Maluku			
Kelompok	Total Manfaat	Persentasi Manfaat	n
1 (<i>poor</i> 20%)	Rp 879,358,541.72	11.00%	272
2	Rp 1,219,857,933.27	15.26%	272
3	Rp 1,749,318,883.87	21.88%	272
4	Rp 2,064,725,024.70	25.83%	272
5 (<i>rich</i> 20%)	Rp 2,080,371,653.95	26.03%	273
Total	Rp 7,993,632,037.51	100.00%	1,361



Lampiran 8 Rekapitulasi Data Sumber Daya Manusia dalam Bidang Kesehatan Per Provinsi Keadaan Desember 2009

SDM Kesehatan	Jawa Barat	Bali	Sulawesi Barat	Gorontalo	Kalimantan Timur	Maluku
Dokter Spesialis	1,337	423	46	38	297	40
Dokter Umum	2,851	1,193	150	172	831	345
Dokter Gigi	946	370	39	62	269	97
Perawat	13,765	6,234	1,182	850	5,387	2,646
Perawat Gigi	1,007	380	79	48	158	18
Bidan	9,862	2,275	352	361	1,467	1,244
Sarjana Farmasi & Apoteker	252	112	26	45	204	47
Asisten Aptoteker	991	395	37	41	363	53
Sarjana Kesmas	1,298	437	151	139	305	170
Sanitarian	1,155	380	79	75	332	236
Tenaga Gizi	946	371	77	70	261	221
Keterampilan Fisik	103	76	18	34	71	17
Keteknisian Medis	1,027	364	41	95	465	29
Jumlah Nakes	35,540	13,010	2,277	2,030	10,410	5,163
SDM Non Nakes	10,490	4,532	298	280	4,036	674
Total SDM Kesehatan	46,030	17,542	2,575	2,310	14,446	5,837

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2009