



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PEMBIAYAAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DI PROPINSI BENGKULU TAHUN 2006-2008**

TESIS

RATIH DWI LESTARI

NPM : 0706189772

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

DEPOK

JULI, 2009



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PEMBIAYAAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DI PROPINSI BENGKULU TAHUN 2006-2008**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Administrasi
Rumah Sakit

RATIH DWI LESTARI

NPM : 0706189772

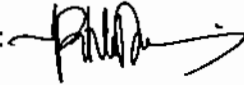
**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

DEPOK

JULI, 2009

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Ratih Dwi Lestari
NPM : 0706189772
Tanda Tangan : 
Tanggal : 2 Juli 2009



SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : RATIH DWI LESTARI

NPM : 0706189772

Mahasiswa Program : KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Tahun Akademik : 2009/2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi/tesis/disertasi saya yang berjudul :

ANALISIS PEMBIAYAAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DI PROPINSI BENGKULU TAHUN 2006 - 2008



Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 7 JULI 2009

(Ratih Dwi Lestari)

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Ratih Dwi Lestari
NPM : 0706189772
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul Tesis : Analisis Pembiayaan RSUD di
Propinsi Bengkulu Tahun
2006/2008

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : DR. Mardiaty Nadjib, drg, M.Sc (.....)
Penguji : Prastuti Soewondo, SE, MPH, PHD (.....)
Penguji : Pujiyanto, SKM, M.Kes (.....)
Penguji : Drs. Sawidjan Gunadi, M.Kes (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 2 Juli 2009

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT, karena petunjuk dan bimbingan-Nya saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu DR. Mardiaty Nadjib, drg, M.Sc, sebagai pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini.
2. Kepala Bappeda Kabupaten Bengkulu Selatan, Kepala Bappeda Kabupaten Bengkulu Utara, Kepala Bappeda Kabupaten Rejang Lebong, Kepala Bappeda Kabupaten Kepahiang dan Kepala Bappeda Kabupaten Seluma, yang telah bersedia di wawancara dan memberikan data.
3. Direktur RSUD Manna, Direktur RSUD Argamakmur, Direktur RSUD Curup, Direktur RSUD Kepahiang dan Direktur RSUD Tais, yang telah bersedia di wawancara dan memberikan data.
4. Suamiku, Rahmat Eka Wijaya, dan bayi kecilku, Mehrunnisa Putri Wijaya di Kepahiang, yang ditinggalkan selama proses kuliah, maafkan ibu karena belum bisa melaksanakan kewajiban sebagai ibu yang sesungguhnya.
5. Papa, Mama dan Mas Oland yang selalu memberi semangat dan bersedia direpotkan untuk mengurus bayi kecilku.
6. Sahabat-sahabatku, di KARS 2007 yang selalu saling memberikan dukungan dalam menyelesaikan tugas.
7. Semua pihak yang telah memberikan bantuan yang tidak bisa disebutkan satu persatu..

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 2 Juli 2009

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Ratih Dwi Lestari
NPM : 0706189772
Program Studi : Kajian Adimistrasi Rumah Sakit
Departemen : AKK
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

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

Analisis Pembiayaan Rumah Sakit Umum Daerah di Propinsi Bengkulu Tahun 2006-2008

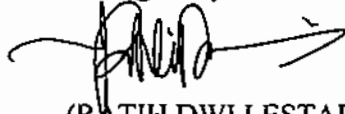
beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 2 Juli 2009

Yang menyatakan



(RATIH DWI LESTARI)

ABSTRAK

Nama : Ratih Dwi Lestari
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul : Analisis Pembiayaan Rumah Sakit Umum Daerah di Propinsi Bengkulu Tahun 2006-2008

Propinsi Bengkulu memiliki 12 unit rumah sakit dengan 10 unit Rumah Sakit Pemerintah dengan variasi jumlah tempat tidur, kelas dan alokasi dana. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Dalam pengalokasian anggaran untuk pembiayaan RSUD di propinsi Bengkulu ternyata tidak ada kaitan dengan luas wilayah, jumlah penduduk dan jumlah penduduk miskin. Pembiayaan di tiga RSUD kelas C sumber subsidi terbesar dari APBD Rp.4.916.765.000,- s/d Rp.32.271.723.867,- (48,3%-68%). Sumber lainnya adalah APBN 12,7%-33,9%, OOP 7,6%-9,8%, Askes PNS 2,8%-3,6%, pasien miskin 0,9%-5,3% dan sumber lain 0,7%. Pembiayaan pada tahun 2006 terbesar fungsi rawat inap mencapai proporsi 33%-40%. Pembiayaan RSUD kelas D menurut sumber tahun 2006 s/d 2007 terbesar adalah APBD dan tahun 2008 adalah APBN dan dana Ad Hoc. Sumber OOP memiliki kecenderungan meningkat, sementara sumber asuransi hanya berkisar 0,2%-1,9%. Berdasarkan jenis belanja, tahun 2006 di RSUD kelas D terbesar belanja operasional, tahun 2007 belanja gaji sedangkan tahun 2008 belanja modal. Pembiayaan RSUD Non Kelas tahun 2006 terbesar adalah bersumber APBN, sedangkan tahun 2006 dan 2008 adalah APBD dan APBN. Output kinerja dari RSUD belum menunjukkan efisiensi, hanya RSUD Manna sudah efisien. Lima RSUD di propinsi Bengkulu masih mensubsidi semua pasien baik miskin maupun kaya menunjukkan belum *equity*. Implikasi pembiayaan terhadap *sustainability*, hanya tiga rumah sakit yaitu RSUD Manna, RSUD Argamakmur dan RSUD Kepahiang yang selalu menaikkan proporsi anggaran.

Kata kunci: Pembiayaan Rumah Sakit, Sumber, Fungsi, Efisiensi, *Equity*, *sustainability*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GRAFIK	xiii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB.1. PENDAHULUAN	1
1.1.Latar Belakang	1
1.2.Rumusan Masalah	4
1.3.Pertanyaan Penelitian	4
1.4.Tujuan Penelitian	4
1.4.1. Tujuan Umum.....	4
1.4.2. Tujuan Khusus.....	4
1.5. Manfaat Penelitian.....	5
1.5.1. Bagi Departemen Kesehatan	5
1.5.2. Bagi Pemerintah Daerah	5
1.5.3. Bagi Rumah Sakit.....	5
1.5.4. Bagi Peneliti	5
1.5.5. Bagi Institusi Pendidikan	5
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	5
BAB. 2. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1.Konsep Rumah Sakit.....	6
2.1.1. Definisi Rumah Sakit.....	6

2.1.2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit.....	6
2.1.3. Karakteristik Rumah Sakit	7
2.1.4. Jenis-jenis Rumah Sakit.....	8
2.1.5. Status Pengelolaan Rumah Sakit Pemerintah.....	9
2.1.6. Manajemen Pengelolaan Rumah Sakit Pemerintah.....	9
2.1.7. Kinerja Rumah Sakit.....	10
2.2. Pembiayaan Kesehatan	11
2.2.1. Konsep Pembiayaan Kesehatan.....	11
2.2.2. Prinsip Dasar Pembiayaan Kesehatan.....	11
2.2.3. Sumber Pembiayaan Kesehatan	12
2.2.4. Pembiayaan Rumah Sakit Pemerintah.....	13
2.2.5. Penganggaran	15
2.2.6. Aliran Anggaran di Sektor Kesehatan	17
2.2.7. Penggunaan sumber Pembiayaan Kesehatan	19
2.2.8. Pembiayaan Daerah	19
2.2.9. Tujuan Studi Pembiayaan Kesehatan	20
2.3. National Health Account	21
2.3.1. Konsep NHA versi OECD	21
2.3.2. Konsep NHA versi WHO	21
2.3.3. Konsep NHA di Indonesia	21
2.3.4. Provincial dan District Health Account	22
2.3.5. District Health Account	23
2.3.6. Batasan Pengeluaran Pembiayaan Kesehatan di Indonesia	24
2.3.7. Komponen dari ALiran Anggaran.....	25
2.4. Efisiensi, Equity dan Sustainability	26
2.4.1. Efisiensi.....	26
2.4.2. <i>Equity</i>	27
2.4.3. Sustainability	28

BAB. 3. GAMBARAN RSUD DI PROPINSI BENGKULU	29
3.1. Gambaran Umum Propinsi Bengkulu	29
3.1.1. Letak Geografis dan Pemerintahan.....	29
3.1.2. Kependudukan.....	29
3.2. Sumber Daya Kesehatan.....	31
3.2.1. Sarana Kesehatan.....	31
3.2.2. Tenaga Kesehatan.....	32
3.2.3. Pembiayaan Kesehatan	33
3.3. Rumah Sakit Umum Daerah di Propinsi Bengkulu	33
3.3.1. RSUD Argamakmur	34
3.3.2. RSUD Manna	36
3.3.3. RSUD Curup	38
3.3.4. RSUD Kepahiang	39
3.3.5. RSUD Tais	40
BAB. 4. KERANGKA KONSEP.....	41
4.1. Kerangka Teori	41
4.2. Kerangka Konsep	42
4.3. Definisi Operasional.....	43
BAB. 5. METODOLOGI PENELITIAN.....	45
5.1. Rancangan Penelitian	45
5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	45
5.3. Populasi dan Sampel Penelitian	45
5.3.1. Populasi.....	45
5.3.2. Sampel.....	45
5.4. Sumber Data.....	46
5.5. Instrumen Pengumpulan Data.....	46
5.6. Pengumpulan Data	47
5.7. Pengolahan dan Analisis Data	47
5.7.1. Pengolahan Data	47
5.7.2. Validasi Data	48
5.8. Analisis Data.....	48

5.7.Penyajian Data	48
BAB. 6. HASIL PENELITIAN	49
6.1.Pelaksanaan Penelitian	49
6.2.Karakteristik Umum RSUD di Propinsi Bengkulu	49
6.3.Karakteristik Informan	50
6.4.Kapasitas Fiskal, Jumlah Penduduk, Jumlah Penduduk Miskin dan Luas Wilayah.....	50
6.5.Pembiayaan RSUD di Propinsi Bengkulu menurut Tahun Anggaran	52
6.6.Pembiayaan RSUD di Propinsi Bengkulu Berdasarkan Sumber	52
6.6.1. Pembiayaan RSUD Kelas C menurut Sumber	52
6.6.2.Pembiayaan RSUD Kelas D Menurut Sumber	60
6.6.3.Pembiayaan RSUD Non Kelas Menurut Sumber.....	64
6.7.Pembiayaan RSUD di Propinsi Bengkulu menurut Belanja tahun 2006-2008.....	67
6.7.1. Pembiayaan RSUD Kelas C di Propinsi Bengkulu Menurut Jenis Belanja	67
6.7.2.Pembiayaan RSUD Kelas D di Propinsi Bengkulu menurut Jenis Belanja	69
6.7.3.Pengeluaran RSUD Non Kelas di Propinsi Bengkulu Menurut Jenis Belanja	70
6.8.Proporsi Pembiayaan RSUD di Propinsi Bengkulu menurut Fungsi.....	72
6.8.1.Pembiayaan RSUD Kelas C di Propinsi Bengkulu menurut Fungsi..	72
6.8.2.Pembiayaan RSUD Kelas D di Propinsi Bengkulu Menurut Fungsi	75
6.8.3.Pembiayaan RSUD Non Kelas di Propinsi Bengkulu Menurut Fungsi	76
6.9.Implikasi Pembiayaan terhadap Efisiensi, Equity dan Sustainability RSUD di Propinsi Bengkulu	77
6.9.1. Isu Efisiensi	77
6.9.2.Isu <i>Equity</i>	79
6.9.3.Isu Sustainability	81
BAB.7. PEMBAHASAN.....	84
7.1.Keterbatasan Penelitian	84
7.2.Analisis Sumber Pembiayaan RSUD di Propinsi Bengkulu.....	85

7.2.1. Kapasitas Fiskal Jumlah Penduduk, Jumlah Penduduk Miskin dan Luas Wilayah di Lokasi RSUD di Propinsi Bengkulu	85
7.3. Analisis Pembiayaan RSUD di Propinsi Bengkulu Berdasarkan Sumber, Jenis Belanja dan Fungsi	88
7.3.1. Analisis Pembiayaan RSUD Kelas C menurut Sumber, Jenis Belanja dan Fungsi.....	88
7.3.2. Analisis Pembiayaan RSUD Kelas D menurut Sumber, Jenis Belanja dan Fungsi.....	94
7.3.3. Analisis Pembiayaan RSUD Non Kelas menurut Sumber, Jenis Belanja dan Fungsi	98
7.4. Isu Efisiensi, Equity dan Sustainability dalam Pembiayaan RSUD di Propinsi Bengkulu	100
7.4.1. Isu efisiensi.....	100
7.4.2. Isu <i>Equity</i>	103
7.4.3. Isu <i>Sustainability</i>	105
BAB.8. KESIMPULAN DAN SARAN.....	108
8.1. Kesimpulan	108
8.2. Saran.....	112



DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GRAFIK

Grafik 6.1. Total Pembiayaan Masing-masing RSUD di Propinsi Bengkulu tahun 2006-2008.....	52
Grafik 6.2. Proporsi Pembiayaan RSUD Kelas C tahun 2006-2008 menurut Sumber.....	53
Grafik 6.3. Proporsi Pembiayaan Masing-masing RSUD Kelas C tahun 2006-2008 menurut Sumber.....	55
Grafik 6.4. Proporsi Pembiayaan RSUD Kelas D tahun 2006-2008 menurut Sumber.....	61
Grafik 6.5. Proporsi Pembiayaan RSUD Non Kelas Tahun 2006-2008 menurut Sumber.....	65
Grafik 6.6. Proporsi Pembiayaan RSUD Kelas C di Propinsi Bengkulu menurut Jenis Belanja Tahun 2006-2008	67
Grafik 6.7. Proporsi Pembiayaan RSUD Kelas D di Propinsi Bengkulu menurut Jenis Belanja Tahun 2006-2008	69
Grafik 6.8. Proporsi Pembiayaan Alokasi RSUD Non Kelas berdasarkan Jenis Belanja tahun 2006-2008.....	71
Grafik 6.9. Proporsi Rata-rata Pembiayaan RSUD Kelas C di Propinsi Bengkulu menurut Fungsi Tahun 2006-2008	72
Grafik 6.10. Pembiayaan RSUD Kelas D di Propinsi Bengkulu menurut Fungsi Tahun 2006-2008	75
Grafik 6.11. Pembiayaan RSUD Non Kelas di Propinsi Bengkulu menurut Fungsi.....	76
Grafik 6.12. Proporsi Anggaran bersumber APBD Lima RSUD di Propinsi Bengkulu dengan Total APBD di masing-masing kabupaten.....	81

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Ringkasan Aliran Anggaran	18
Tabel 3.1. Perkembangan Jumlah Penduduk Propinsi Bengkulu Tahun 2003s/d 2007	30
Tabel 3.2 Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) dan PDRB Perkapita di Propinsi Bengkulu Tahun 2002s/d 2006	31
Tabel 6.1. Karakteristik 5 RSUD sampel di Propinsi Bengkulu tahun 2008 .	49
Tabel 6.2. Karakteristik Informan	50
Tabel 6.3 Tabel Luas Wilayah, Jumlah Penduduk, Jumlah Penduduk Miskin dan Kapasitas Fiskal Kabupaten Lokasi RSUD di Propinsi Bengkulu Tahun 2008.....	51
Tabel 6.4. Pembiayaan RSUD Manna tahun 2006-2008 menurut Sumber	53
Tabel 6.5. Pembiayaan RSUD Curup tahun 2006-2008 menurut Sumber	54
Tabel 6.6. Pembiayaan RSUD Argamakmur tahun 2006-2008 menurut Sumber	54
Tabel 6.7. Pembiayaan RSUD Kelas D tahun 2006-2008 menurut Sumber ...	60
Tabel 6.8. Pembiayaan RSUD Non Kelas Sumber Tahun 2006-2008.....	64
Tabel 6.9. Pembiayaan RSUD Manna menurut Jenis Belanja Tahun 2006- 2008	67
Tabel 6.10. Pembiayaan RSUD Curup menurut Jenis Belanja Tahun 2006- 2008	68
Tabel 6.11. Pembiayaan RSUD Argamakmur menurut Jenis Belanja Tahun 2006-2008	68
Tabel 6.12. Proporsi Pembiayaan Alokasi Masing-masing RSUD Kelas C berdasarkan Jenis Belanja tahun 2006-2008.....	68
Tabel 6.13. Pembiayaan Alokasi RSUD Kelas D berdasarkan Jenis Belanja tahun 2006-2008.....	69
Tabel 6.14. Pembiayaan Alokasi RSUD Non Kelas berdasarkan Jenis Belanja tahun 2006-2008.....	70
Tabel 6.15. Pembiayaan RSUD Manna menurut Fungsi Tahun 2006-2008...	73
Tabel 6.16. Pembiayaan RSUD Curup menurut Fungsi Tahun 2006-2008 ...	73
Tabel 6.17. Pembiayaan RSUD Manna menurut Fungsi Tahun 2006-2008...	73

Tabel 6.18. Pembiayaan RSUD Kelas D di Propinsi Bengkulu menurut Fungsi Tahun 2006-2008	75
Tabel 6.19. Proporsi Pembiayaan RSUD Non Kelas di Propinsi Bengkulu menurut Fungsi Tahun 2006-2008	76
Tabel 6.20. Pembiayaan RS menurut Fungsi Rawat Jalan dan Fungsi Rawat Inap Tahun 2006-2008.....	77
Tabel 6.21. Kinerja Lima RSUD di Propinsi Bengkulu Tahun 2006-2008.....	77
Tabel.6.22. Proporsi Perbandingan Kunjungan Pasien Maskin dengan Pasien Umum di Rawat Inap dan Rawat Jalan RSUD di Propinsi Bengkulu Tahun 2006-2008.....	79
Tabel 6.23. Proporsi Belanja Operasional Bersumber APBD II disbanding dengan Total APBD II RSUD di Propinsi Bengkulu Tahun 2006-2008	81



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Aliran Anggaran Pemerintah Sektor Kesehatan	17
Gambar 2.2. Aliran Dana	25



BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Sektor kesehatan di Indonesia masih terjadi keterbatasan anggaran dan di saat yang bersamaan terjadi peningkatan kebutuhan dan permintaan terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Dibandingkan dengan negara tetangga yaitu Malaysia dan Thailand, pengeluaran untuk kesehatan di Indonesia lebih kecil. Total estimasi pengeluaran kesehatan per kapita pada tahun 2003 di Indonesia adalah US\$ 33 sedangkan Malaysia US\$ 149 dan Thailand US\$ 90. (WHO,2008)

Pembiayaan untuk sektor kesehatan di Indonesia diperoleh dari tiga sumber utama. Sekitar 65 persen berasal dari biaya swasta, yang sekitar 75 persennya berupa biaya yang dikeluarkan dari kantong sendiri. Kurang dari 2 persen berasal dari bantuan asing, yang terutama disalurkan melalui anggaran pemerintah dan sisanya dibiayai dengan pendapatan pemerintah umum. (Bank Dunia,2008). Masih tingginya pengeluaran *out-of-pocket* perlu mendapat perhatian yang besar dari pemerintah karena pengeluaran *out-of-pocket* merupakan cara yang paling tidak adil dalam membayar perawatan kesehatan dan menghambat perlindungan keuangan.

Dari hasil kajian WHO (2008), distribusi pengeluaran rumah tangga di Indonesia lebih condong pada kelompok dengan pendapatan yang tinggi hal ini mencerminkan rendahnya utilisasi dari pelayanan kesehatan dan rendahnya penggunaan dari rumah sakit umum.

Rumah sakit masuk dalam kategori pengeluaran terbesar dalam sistem kesehatan di negara berkembang. Persentase alokasi pendanaan kesehatan pemerintah untuk rumah sakit di Asia Pasifik, yaitu 33% di Myanmar dan 71% di India, dengan nilai tengahnya adalah 56%. Hal ini menunjukkan bahwa sangat penting untuk melakukan penilaian terhadap jumlah dari kegiatan klinis dan melakukan perbandingan terhadap relatif efisiensi antar rumah sakit, biaya dan kompleksitas pasien yang diobati, alokasi sumber daya, kualitas dan penampilan rumah sakit.(Jafaar dkk,2003).

Melalui subsidi untuk perawatan rumah sakit secara umum berdasarkan kajian Bank Dunia (2008) pengeluaran pemerintah lebih memihak kelompok berpenghasilan tinggi dibandingkan dengan masyarakat miskin. Masyarakat miskin mempunyai akses yang sangat terbatas terhadap rumah sakit umum, oleh karena itu mereka tidak menggunakan sebagian besar dari pengeluaran yang disalurkan untuk perawatan sekunder.

Cara pencatatan data pengeluaran publik di rumah sakit menyulitkan upaya pembedaan antara pengeluaran rumah sakit dan non-rumah sakit dan mengklasifikasikan pengeluaran berdasarkan fungsi yang sesuai dengan WHO, yaitu fungsi rawat inap, rawat jalan, penunjang medik dan lainnya. Kurangnya data tentang pengalokasian pengeluaran yang fungsional merupakan celah yang kritis dalam dasar pembuktian yang diperlukan untuk membuat kebijakan.

Berdasarkan laporan Bank Dunia pada tahun 2001, bahwa pembelanjaan publik yang efektif adalah krusial untuk menurunkan kemiskinan dan sistem manajemen pembiayaan publik yang baik esensial dalam memastikan bantuan pengembangan. Hal ini menjadikan kajian mengenai pengeluaran publik dibangun untuk mengetahui jumlah pengeluaran publik dalam sektor yang berbeda dan untuk mengetahui efek dari pengeluaran terhadap efisiensi, *equity* dan *sustainability* dari pengeluaran publik.

Rekomendasi kebijakan dari Bank Dunia (2008) untuk negara-negara dengan *middle-income* untuk pembiayaan kesehatan adalah melihat efisiensi dan *equitable* mobilisasi penerimaan sebagai prioritas utama dalam kesehatan karena merupakan hal yang kritis mengenai *sustainable* dari penganggaran dan memastikan untuk kebutuhan jangka panjang dari transisi kesehatan.

Di Indonesia berdasarkan kajian pengeluaran yang dilakukan oleh Bank Dunia (2008), penyediaan perawatan kesehatan termasuk rumah sakit dan perawatan primer telah sepenuhnya menjadi tanggung jawab pemerintah kabupaten/kota sejak desentralisasi tetapi sektor ini hanya mendapatkan alokasi sebesar 7% dari total dana daerah. Dengan keterbatasan sumber daya ini, rumah sakit harus dikelola secara profesional dan memperhatikan kualitas pemberian pelayanan yang memadai serta selalu mempertimbangkan aspek efektivitas dan efisiensi.

Hasil dari Laporan Pendataan Pembiayaan Kesehatan di Rumah Sakit pada tahun 2007 oleh PT.Multi Area Desentralisasi Pembangunan, bahwa sumber penerimaan yang berasal dari pemerintah untuk RS kelas B masih di atas 70% yaitu 77%, sedangkan yang berasal dari OOP sebesar 20% sedangkan untuk di RS tipe C penerimaan berasal dari pemerintah adalah 71% dan OOP 26%. Hal ini berbeda dengan hasil laporan teknis yang diselenggarakan oleh Bappenas pada tahun 2007 mengenai mekanisme pembiayaan rumah sakit di Indonesia, dimana sumber pembiayaan yang paling besar adalah pendapatan langsung dari pelayanan kepada pasien.

Rumah sakit pemerintah selaku pengguna anggaran dituntut harus efisien, efektif, transparan, akuntabel, tertib, adil, patut dan taat pada peraturan perundang-undangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 23, UU No 32 tahun 2004. Dengan demikian setiap pengeluaran dan pembiayaan harus melalui sebuah proses analisa yang mendalam seberapa besar kebutuhannya dan seberapa besar menghasilkan manfaat ekonomis dan manfaat sosialnya, sehingga penggunaan anggaran yang bersumber dari pajak rakyat dapat dipertanggung jawabkan oleh pemerintah terhadap rakyat.

Dipilihnya propinsi Bengkulu dalam penelitian ini karena salah satu pembatasan dari pembiayaan kesehatan adalah lokasi geografis yang dihubungkan dengan kapasitas fiskal dari suatu daerah, indeks kapasitas fiskal propinsi Bengkulu adalah 0,3213 dan termasuk dalam kategori rendah. Sedangkan dari profil daya saing ekonomi kabupaten/kota di propinsi Bengkulu umumnya berada dalam kuadran III, dimana daerah ini memiliki karakteristik input dan output yang lebih rendah dibandingkan dengan input dan output nasional.

Dilihat dari rincian alokasi untuk pelayanan publik yang bersumber dari anggaran APBD kabupaten di RSUD sangat bervariasi, RSUD Argamakmur pada tahun 2006 mendapatkan alokasi Rp.5.676.093.535,-, RSUD Manna mendapatkan alokasi Rp.7.638.565.000,-, RSUD Curup Rp. 4.394.791.600,-, RSUD Kepahiang Rp.2.385.342.000,- sedangkan RSUD Kaur, Tais, Mukomuko dan Lebong belum mendapatkan alokasi anggaran sama sekali.

Bervariasinya alokasi dana yang diterima oleh RSUD di propinsi Bengkulu dan belum adanya kajian implikasi pembiayaan terhadap efisiensi,

Universitas Indonesia

equity dan *sustainability* dari pengeluaran rumah sakit menunjukkan pentingnya dilakukan studi pembiayaan RSUD di propinsi Bengkulu.

1.2. Rumusan Masalah

Bervariasinya alokasi dana dari pusat dan kabupaten yang diterima oleh RSUD di propinsi Bengkulu dan belum adanya kajian implikasi pembiayaan terhadap efisiensi, *equity* dan *sustainability* dari pengeluaran rumah sakit merupakan celah yang kritis dalam dasar pembuktian yang diperlukan untuk membuat kebijakan di sektor rumah sakit.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan penelitian yang dikemukakan adalah:

- 1.3.1. Bagaimana variasi pembiayaan RSUD di Propinsi Bengkulu menurut kapasitas fiskal, jumlah penduduk, jumlah penduduk miskin dan luas wilayah ?
- 1.3.2. Bagaimana variasi pembiayaan RSUD di Propinsi Bengkulu menurut kelas rumah sakit dilihat dari sumber pembiayaan, jenis belanja dan fungsi?
- 1.3.3. Bagaimana gambaran implikasi pembiayaan rumah sakit terhadap efisiensi, *equity* dan *sustainability* di RSUD propinsi Bengkulu?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Memperoleh informasi mengenai pembiayaan RSUD di propinsi Bengkulu tahun 2006 - 2008.

1.4.2. Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui variasi pembiayaan RSUD di Propinsi Bengkulu menurut kapasitas fiskal, jumlah penduduk, jumlah penduduk miskin dan luas wilayah.
- 2) Mengetahui variasi pembiayaan RSUD di Propinsi Bengkulu menurut kelas rumah sakit dilihat dari sumber pembiayaan, jenis belanja dan fungsi.

- 3) Mendapatkan gambaran implikasi pembiayaan terhadap efisiensi, *equity* dan *sustainability* di RSUD propinsi Bengkulu

1.5. Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini adalah manfaat aplikatif, yaitu:

1.5.1. Bagi Pemerintah Pusat

Sebagai masukan dalam mengambil kebijakan lokasi dan alokasi dana dekonstruksi/tugas pembantuan agar tepat sasaran dan tidak terkonsentrasi di RSUD tertentu.

1.5.2. Bagi Pemerintah Daerah

Sebagai masukan dalam mengambil kebijakan pembiayaan RSUD agar tepat sasaran, terarah dan efisien dalam penganggaran dana.

1.5.3. Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan bagi rumah sakit dalam efisiensi sumber daya di rumah sakit untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang optimal.

1.5.4. Bagi peneliti

Memperoleh pengetahuan, wawasan dan pengalaman dalam bidang penelitian, khususnya mengenai analisa efisiensi rumah sakit dan pembiayaan kesehatan.

1.5.5. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai masukan bagi program studi untuk menilai dan mengevaluasi kemampuan mahasiswa dalam menerapkan ilmu yang didapatkan.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian analisis pembiayaan kesehatan RSUD di Propinsi Bengkulu dilakukan di 5 RSUD kabupaten yang telah terdaftar di Depkes RI pada tahun 2007 dilakukan selama bulan Mei 2009 dengan menggunakan desain analisis *cross sectional* dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif data-data tahun 2006-2008 yang tersedia di rumah sakit yang menjadi sampel studi. Data yang dikumpulkan adalah data primer dan data sekunder yang dikumpulkan secara bersamaan sesuai dengan tujuan penelitian.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Rumah Sakit

2.1.1. Definisi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menkes RI Nomor 1045/Menkes/Per/XI/2006 Rumah sakit didefinisikan sebagai suatu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan rawat inap dan rawat jalan yang memberikan pelayanan kesehatan jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri dari observasi, diagnostik, terapeutik dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, cedera, dan melahirkan.

Dalam Permenkes 1045 tahun 2006 disebutkan bahwa rumah sakit merupakan Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Departemen Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik.

2.1.2. Tugas dan fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Menkes 1045 tahun 2006 disebutkan bahwa rumah sakit mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan paripurna, pendidikan, dan pelatihan. Rumah sakit juga dapat bertugas untuk melaksanakan penelitian, pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan berdasarkan kemampuan pelayanan kesehatan dan kapasitas sumber daya organisasi yang dimiliki.

Sedangkan fungsi rumah sakit yaitu : (1) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan paripurna tingkat sekunder dan tersier. (2) Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan dalam rangka meningkatkan kemampuan sumber daya manusia dalam pemberian pelayanan kesehatan. (3) Pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan. (4) Pelaksanaan administrasi rumah sakit.

Milton Roemer dan Friedman dalam buku *Doctors in Hospital* (1971) yang dikutip oleh Aditama (2006) menyatakan bahwa rumah sakit setidaknya punya lima fungsi:

- 1) Harus ada pelayanan rawat inap dengan fasilitas diagnostik dan terapeutiknya. Berbagai jenis spesialisasi, baik bedah maupun non bedah, harus tersedia. Pelayanan rawat ini juga meliputi pelayanan keperawatan, gizi, farmasi, laboratorium, radiologi dan berbagai pelayanan diagnostik serta terapeutik lainnya.
- 2) Rumah sakit harus memiliki pelayanan rawat jalan
- 3) Rumah sakit juga punya tugas untuk melakukan pendidikan dan latihan
- 4) Rumah sakit perlu melakukan penelitian di bidang kedokteran dan kesehatan, karena keberadaan pasien di rumah sakit merupakan modal dasar untuk penelitian ini
- 5) Rumah sakit juga punya tanggung jawab untuk program pencegahan penyakit dan penyuluhan kesehatan bagi populasi di sekitarnya.

2.1.3. Karakteristik Rumah Sakit

Karakteristik rumah sakit menurut Djojodibroto (1997) antara lain :

- 1) Sebagian besar tenaga kerja rumah sakit adalah tenaga profesional
- 2) Wewenang kepala rumah sakit berbeda dengan wewenang kepala perusahaan
- 3) Tugas-tugas kelompok profesional lebih banyak dibandingkan tugas manajerial
- 4) Beban kerjanya tidak bisa diatur
- 5) Jumlah dan sifat pekerjaan di unit kerja beragam
- 6) Hampir semua pekerjaan bersifat urgen
- 7) Tugas memberikan pelayanannya bersifat pribadi, pelayanan harus cepat dan tepat dimana kesalahan tidak bisa ditolerir
- 8) Pelayanan berjalan terus 24 jam
- 9) Keharusan penyediaan tenaga yang selalu siap setiap waktu
- 10) Keharusan adanya peralatan yang selalu siap

2.1.4. Jenis-Jenis Rumah Sakit

Rumah sakit dibedakan atas beberapa jenis, antara lain:

- 1) Menurut Pemilik:
 - a) Rumah Sakit Pemerintah
Rumah sakit yang merupakan milik pemerintah
 - b) Rumah Sakit Swasta
Rumah sakit milik swasta baik perorangan maupun kelompok
- 2) Menurut Filosofi yang dianut
 - a) Rumah sakit Profit
Rumah sakit yang mencari keuntungan
 - b) Rumah sakit Non-Profit
Rumah sakit yang tidak mencari keuntungan
- 3) Menurut Jenis Pelayanan yang Diselenggarakan
 - a) Rumah Sakit Umum
Rumah sakit yang memberikan semua jenis pelayanan kesehatan
 - b) Rumah Sakit Khusus
Rumah sakit yang memberikan satu jenis pelayanan kesehatan saja.
- 4) Menurut Lokasi Rumah Sakit
 - a) Rumah Sakit Pusat
Rumah sakit yang berada di ibukota negara
 - b) Rumah Sakit Propinsi
Rumah sakit yang berada di ibukota propinsi
 - c) Rumah Sakit Kabupaten
Rumah sakit yang berada di ibukota kabupaten
- 5) Menurut Kemampuan yang Dimiliki
 - a) Rumah Sakit Kelas A
Rumah sakit yang memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan subspecialistik yang luas
 - b) Rumah Sakit Kelas B
Rumah sakit yang memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan subspecialistik yang terbatas

- c) Rumah Sakit Kelas C
Rumah sakit yang memberikan pelayanan kedokteran spesialis terbatas
- d) Rumah Sakit Kelas D
Rumah sakit yang bersifat transisi. Rumah sakit yang hanya mampu memberikan pelayanan kedokteran umum dan kedokteran gigi.
- e) Rumah Sakit Kelas E
Rumah sakit yang memberikan hanya satu pelayanan kedokteran saja.

2.1.5. Status Pengelolaan Rumah Sakit Pemerintah

Berbagai status rumah sakit telah ditetapkan oleh Pemerintah agar mampu mengakomodir kebutuhan pengelolaan rumah sakit. Keragaman status tersebut antara lain rumah sakit sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Non Swadana, Swadana, Pengguna Pendapatan Negara Bukan Pajak (PNBP), Perusahaan Jawatan (Perjan), dan Badan Layanan Umum (BLU). Status ini ditetapkan pada Rumah Sakit Pemerintah yang kepemilikannya ada di tangan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.



2.1.6. Manajemen Pengelolaan Rumah Sakit Pemerintah

Berkembangnya *New Publik Management* (NPM) pada akhir abad ke-20 menimbulkan kebijakan baru yang dikembangkan untuk meningkatkan efisiensi, ekonomi dan efektifitas dari administrasi pemerintahan publik.

Reformasi rumah sakit sebagai dampak dari gerakan NPM yang secara lengkap di *review* oleh Preker dan Harding (2003), dimana dia melihat perubahan kelembagaan rumah sakit dalam suatu spektrum skala dari empat jenis kelembagaan rumah sakit, yaitu :

1. Rumah Sakit Subsidi, yang merupakan hirarki/birokrasi pemerintah
2. Rumah Sakit Otonom, yang mempunyai kebebasan untuk mengelola bidang tertentu (umumnya keuangan)
3. Rumah Sakit korporat, dimana aset milik pemerintah maupun manajemen dikelola sebagai organisasi bisnis, dan

4. Rumah Sakit privatisasi, yang telah menjadi PT. Tbk dengan menjual saham kepada publik.

Menurut Rijadi,S (2005), manajemen strategis Rumah Sakit Pemerintah (RSP) sangat bergantung kepada instansi vertikal yang di atasnya, apakah Pemerintah Daerah/Pemda (untuk Rumah Sakit Umum Daerah), dan Departemen Kesehatan (untuk Rumah Sakit Umum Pusat).

Manajemen Keuangan RSP karena masih dianggap kantor dan kantor tidak mempunyai penghasilan, maka penerimaan RSUD harus disetorkan ke Kas Negara setiap hari paling lambat 24 jam setelah penerimaan, sedangkan pemakaian langsung dari uang yang diterima melalui jasa pelayanan masyarakat adalah tidak diperbolehkan dan dilarang undang-undang.

Untuk manajemen anggaran maka RSUD harus membuat anggaran setahun sebelumnya untuk mendapatkan anggaran belanja ke depan. Setiap anggaran yang turun ke RSUD sudah diatur pemakaiannya secara detil dalam jenis anggaran yang dikeluarkan, penggunaan anggaran untuk jenis kegiatan yang berbeda dilarang dan bila memang harus diubah, harus menunggu mekanisme perubahan anggaran di tengah tahun berlaku.

Di bidang keuangan menurut Sophia,P, (2006), yaitu sumber dana rumah sakit berasal dari APBN, dan masyarakat. Dana APBN merupakan gabungan dari belanja operasional dan modal (*unified budget*). Sumber dana dari masyarakat terdiri atas pendapatan operasional, hibah dan hasil kerja sama dengan pihak ketiga.

2.1.7 Kinerja Rumah Sakit

Kinerja rumah sakit yang perlu diukur adalah mutu pelayanan, efisiensi pelayanan dan cakupan pelayanan.

Indikator mutu pelayanan untuk mengukur tingkat efisiensi RS menurut Dojodibroto (1997) :

- 1). *Bed Occupancy Rate* (BOR)
- 2). *Bed Turn Over* (BTO)
- 3). *Length of Stay* (LOS)
- 4). *Turn Over Interval*

2.2. Pembiayaan Kesehatan

2.2.1. Konsep Pembiayaan Kesehatan

Menurut Match and Abel-Smith (1983), pembiayaan kesehatan didefinisikan sebagai aktivitas pembiayaan yang tujuan utamanya adalah peningkatan pelayanan kesehatan.

Definisi Pembiayaan kesehatan berdasarkan OECD (1997), yaitu semua pendanaan yang dipergunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan individu yang ditangani oleh tenaga kesehatan yang profesional dengan menggunakan alat-alat yang menggunakan modern.

Berman dan Thompson (1999) :” *Health expenditure are defined as all expenditures or outlays for prevention, promotion, rehabilitation, and care; population activities; nutrition and emergency programs for specific and predominant objective or improving health.*”

Pembiayaan kesehatan adalah semua kegiatan yang mempunyai tujuan utama/primer untuk mempromosi, mengembalikan atau menjaga kesehatan .(WHO,2000).

Depkes (2004) menyatakan bahwa pembiayaan kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya penggalian, pengalokasian dan pembelanjaan sumber daya keuangan secara adil dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

2.2.2. Prinsip Dasar Pembiayaan Kesehatan

Menurut Gottret and Schieber (2006) ada tiga prinsip dasar dari pembiayaan kesehatan untuk publik, yaitu :

- 1) Menaikkan penerimaan secukupnya agar dapat menyediakan kebutuhan dasar perseorangan dengan paket dasar pelayanan esensial dan keamanan keuangan dari pengeluaran medis katastrofik yang disebabkan oleh kesakitan dan kecelakaan secara merata (*equitable*), efisien dan keberlanjutan (*sustainable*)

- 2) Mengatur penerimaan untuk mengelompokkan resiko kesehatan yang *equitable* dan efisien.
- 3) Memastikan pembelanjaan pelayanan kesehatan sesuai dengan petunjuk bahwa secara alokasi dan teknis adalah efisien.

2.2.3. Sumber Pembiayaan Kesehatan

Zschock (1979) menjelaskan bahwa pembiayaan kesehatan berasal dari dua sumber yaitu :

- 1) Publik dan Quasi Publik, yang terdiri dari : pendapatan dari pajak, pendapatan dari penghasilan, asuransi sosial dan sebagainya.
- 2) Pribadi, yang terdiri dari asuransi pribadi, sumbangan dana pribadi, pengeluaran langsung rumah tangga.

Banyak kategori analisis mengenai sumber pembiayaan dalam hal ini yaitu publik, kuasi publik dan privat. Umumnya, sumber pembiayaan publik dan kuasi publik adalah penerimaan pajak (nasional, regional dan lokal) dan donor. Sumber pembiayaan yang berasal dari privat adalah pembayaran dari perusahaan, dari pengeluaran rumah tangga dan donasi.

Untuk menjawab pertanyaan mengenai sumber pembiayaan, tidak hanya dibutuhkan mengidentifikasi semua sumber pembiayaan di negara tersebut, tetapi juga mengetahui jumlah bagaimana setiap sumber memberikan kontribusi.

Menurut Azwar (1996), secara umum sumber pembiayaan kesehatan berbeda antara satu negara dengan negara lain. Sumber pembiayaan kesehatan ini dapat dibedakan atas dua macam yaitu :

- 1) Seluruhnya bersumber dari anggaran pemerintah
Seluruh pelayanan kesehatan diselenggarakan oleh pemerintah dan pelayanan kesehatan tersebut dilaksanakan secara cuma-cuma.
- 2) Sebagian ditanggung oleh masyarakat.
Masyarakat diajak berperan serta, baik dalam menyelenggarakan upaya kesehatan ataupun pada waktu memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan.

Menurut Gani (2001), sumber biaya kesehatan khususnya bersumber pemerintah terdiri dari :

- 1) Pemerintah pusat : APBN, JPSBK, dan bantuan dan pinjaman luar negeri,
- 2) Pemerintah propinsi : APBD Propinsi dan
- 3) Pemerintah daerah : APBD Kabupaten/kota.

2.2.4. Pembiayaan Rumah Sakit Pemerintah

Berdasarkan Laporan Teknis mengenai mekanisme pembiayaan RS di Indonesia (gtz,2007), terdapat tiga sumber utama pembiayaan untuk RS pemerintah yaitu: APBN, APBD, dan Pendapatan dari tarif pelayanan.

1) APBN

Anggaran untuk RS yang diperoleh dari APBN terdiri atas:

- a. Anggaran untuk RS vertikal dari Depkes
- b. Dana dekonsentrasi untuk pemerintah propinsi
- c. Dana Tugas Pembantuan untuk pemerintah kabupaten/kota.

2) APBD

Anggaran yang diterima RS daerah dari APBD dapat berasal dari: Dana Alokasi Umum, Dana Alokasi Khusus dan Dana Bagi Hasil.

Pembiayaan dari APBN dan APBD

APBN dan APBD dialokasikan untuk pengeluaran-pengeluaran berikut ini:

- a. Belanja Pegawai:
 - a) Meliputi kompensasi dalam bentuk uang maupun barang yang diberikan kepada PNS sebagai imbalan atas pekerjaan yang telah dilaksanakan, kecuali pekerjaan yang berkaitan dengan pembentukan modal.
 - b) Gaji dan Tunjangan adalah kompensasi yang harus dibayarkan kepada PNS berupa gaji pokok dan berbagai tunjangan yang diterima berkaitan dengan sifat pekerjaan yang dilakukan baik dalam bentuk uang maupun barang.
 - c) Honor, lembur, vakasi.
 - d) Pensiun
 - e) Asuransi Kesehatan untuk PNS oleh PT.Askes.

b. Belanja Operasional

a) Belanja Barang dan Jasa

Meliputi pengeluaran untuk keperluan kantor sehari-hari, pengadaan/penggantian inventaris kantor, langganan daya dan jasa, dan lain-lain pengeluaran yang diperlukan untuk membiayai pekerjaan yang bersifat non fisik dan secara langsung menunjang tugas pokok dan fungsi departemen/lembaga.

b) Pemeliharaan

Meliputi pengeluaran untuk pemeliharaan gedung kantor, rumah dinas, kendaraan bermotor termasuk perbaikan peralatan dan sarana

c) Perjalanan Dinas

Meliputi pengeluaran untuk perjalanan dinas dalam rangka pelaksanaan tugas dan fungsi serta jabatan.

c. Belanja Modal

Meliputi pengeluaran dalam rangka pembentukan modal dalam bentuk tanah, peralatan mesin, gedung dan bangunan, jaringan, maupun bentuk fisik lainnya seperti buku, binatang dan lainnya.

3) Pembiayaan dari Pendapatan RS sendiri

RS pemerintah mengandalkan pembiayaan dari pendapatannya sendiri ketika pendanaan dari APBD dan APBN tidak dapat memenuhi kebutuhannya.

Peraturan yang mengatur tentang pendapatan rumah sakit:

a. Peraturan ICW (1925-2003)

Pemerintah Indonesia menggunakan peraturan pemerintah kolonial Belanda *Indische Comptabiliteits Wet* (ICW) sampai dengan tahun 2003. Peraturan ICW mewajibkan semua institusi pemerintah menyeter pendapatannya ke kas negara. Dampak dari peraturan ini adalah kurangnya insentif untuk meningkatkan kinerja RS.

b. Kebijakan RS Swadana (1991-1997)

Tujuan utama dari kebijakan ini adalah memberi otonomi dan keleluasaan dalam manajemen keuangan rumah sakit pemerintah. RS swadana diperbolehkan menaikkan atau menurunkan tarif untuk seluruh kelas rawat

inap kecuali kelas 3 dan langsung menggunakan pendapatan yang diperolehnya.

c. Undang-undang PNBPN (1997-sekarang)

Undang-undang No.18/1997 tentang Retribusi Daerah dan Undang-undang No.20/1997 tentang Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP). Kedua undang-undang tersebut mewajibkan semua institusi pemerintah menyetor pendapatannya ke kas daerah dan kas negara.

d. Perusahaan Jawatan/Perjan (2000-2005)

Peraturan pemerintah No.6/2000 tentang Perjan memperbolehkan institusi dengan status perjan untuk menggunakan pendapatannya sendiri karena pendapatannya tersebut tidak dianggap sebagai Penerimaan Negara Bukan Pajak.

e. Badan Layanan Umum/BLU (2005-sekarang)

BLU adalah institusi pemerintah yang menyediakan barang/jasa publik tanpa mengutamakan keuntungan serta boleh menggunakan pendapatannya untuk belanja operasionalnya. Pendapatan RS BLU dapat dipakai secara langsung untuk belanja operasionalnya, tidak perlu disetor.

2.2.5. Penganggaran

Peraturan penganggaran bagi rumah sakit pemerintah yang menerima dana APBN dan APBD ditetapkan oleh pemerintah pusat dan daerah. APBN diterima dalam bentuk DIPA (Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran) dari Departemen Keuangan, sedangkan APBD penyalurannya dalam bentuk DPA-SKPD (Dokumen Pelaksanaan Anggaran-Satuan Kerja Perangkat Daerah).

Di rumah sakit dalam penyusunan anggaran yang bersumber dari APBN sama dengan instansi pemerintah lain, yaitu berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan RI No.54/PMK.02/2005 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penelahaan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga Tahun 2006, membagi belanja menjadi Belanja Pegawai, Belanja Barang, Belanja Modal dan Bantuan Sosial

Sedangkan untuk penggunaan dana yang berasal dari APBD, rumah sakit pemerintah mengacu pada Kepmendagri No.13 tahun 2006, dimana belanja rumah sakit dibagi menjadi dua, yaitu belanja langsung dan belanja tidak langsung.

Selama ini alokasi anggaran pusat dilakukan atas dasar:

- 1) *hystorical budget*,
penganggaran historis yang bersifat top down tidak memperhatikan luaran ataupun kinerja dari organisasi yang menerima anggaran. RS pemerintah hanya sedikit terlibat dalam proses penganggaran yaitu hanya pada penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran RS.
- 2) usulan yang disampaikan daerah,
- 3) perhitungan kebutuhan daerah menurut jumlah penduduk.

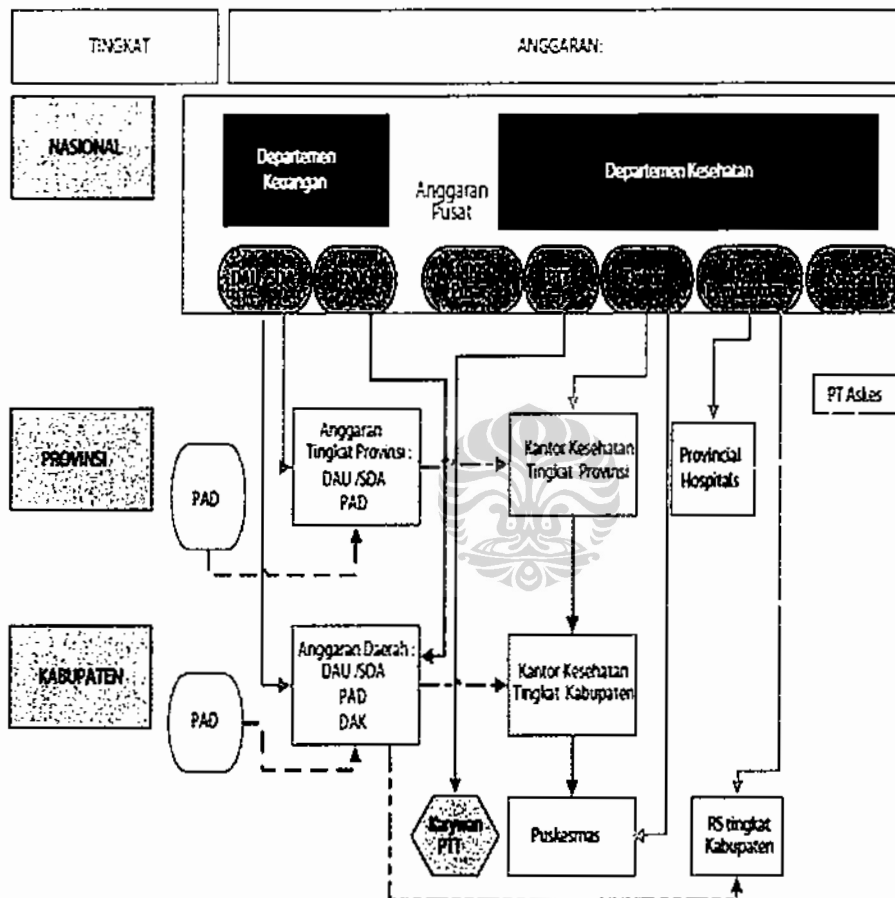
Dalam pemerintahan yang desentralistik, alokasi dari pusat ke daerah secara garis besar ditentukan oleh dua faktor, yaitu kapasitas fiskal dan kebutuhan fiskal. Kapasitas fiskal mencerminkan kemampuan suatu daerah untuk mendanai jasa-jasa pelayanan publik yang harus disediakan oleh pemerintah. Sedangkan kebutuhan fiskal menunjukkan total pengeluaran yang dibutuhkan suatu daerah untuk melaksanakan aktivitas di daerahnya. (Edy,2005).



2.2.6. Aliran Anggaran Pemerintah di Sektor Kesehatan

Berikut merupakan aliran anggaran antar pemerintah pada sektor kesehatan di tahun 2007, dan pada tahun 2008, aliran dana Askeskin diubah oleh Departemen Kesehatan dengan langsung dibayarkan ke rumah sakit, dan PT.Askes hanya bertanggung jawab untuk mengurus keanggotaan dalam program tersebut.

Gambar 2.1. Aliran Anggaran Pemerintah Sektor Kesehatan



(Bank Dunia, 2008)

Tabel.2.1. Ringkasan Aliran Anggaran

Transfer/	Aliran:	Penggunaan:	Penetapan Sasaran:	Komentar, Jumlah & signifikansi:
DAU	Langsung masuk ke APBD I dan II	Sebagian besar khusus diperuntukkan gaji dan siswanya digunakan berdasarkan kebijakan di tingkat provinsi / kabupaten. Secara de facto, keperluan yang utama adalah pembayaran gaji	Mengatasi ketimpangan horizontal	Sebagian besar anggaran untuk sektor kesehatan berasal dari DAU
Pendapatan bersama	Dari pusat ke APBD I dan II	Masuk ke APBD tergantung pada kebijakan di tingkat Kabupaten/ provinsi	Mengatasi ketimpangan vertikal	Jumlahnya besar di beberapa provinsi
PAJ	Langsung masuk ke APBD I dan II	Tergantung kebijakan di tingkat kabupaten/ provinsi	Tergantung kapasitas daerah yang dapat meningkatkan pendapatan (tarif pada sektor kesehatan merupakan bagian yang signifikan)	Dapat ditingkatkan dengan mengizinkan pajak yang berbeda (jumlahnya besar di tingkat provinsi)
DAK	Langsung masuk ke APBD II	Didefinisikan dalam arti sempit sebagai pembangunan atau rehabilitasi fasilitas layanan utama. Memerlukan iuran yang sesuai sebesar 10 persen dari APBD 2	Mencerminkan prioritas-prioritas nasional, dalam sektor kesehatan, investasi yang ditanggungkan pada fasilitas layanan utama	kecil (US\$0,20 per kapita/tahun) – pembuat kebijakan di sektor kesehatan menggunakan pengalokasian dan juga mengizinkan penggunaan operasional
Dekan	Dari APBN ke APBD I atau rumah sakit – dan untuk kabupaten dari APBD I ke APBD II Sebagian besar Dana dekonsentrasi dikelola oleh Kantor Kesehatan Provinsi, namun sebagian besar keuntungan berupa uang tunai atau dalam bentuk natura sebagian ditransfer ke Kantor Kesehatan Kabupaten	Diperuntukkan bagi pengeluaran non-fiskal	Ditujukan pada prioritas nasional	Besar jumlahnya – pembuat kebijakan menggunakan kebijakan saat ini bertentangan dengan prinsip desentralisasi
Tugas Pembantuan	Dari APBN langsung ke rumah sakit atau APBD II (dan kemudian ke Dinas)	Diperuntukkan bagi aset/ infrastruktur fisik	Ditujukan pada prioritas nasional	Sangat kecil
PTT	Langsung ke rekening pribadi anggota karyawan PTT	Gaji dan tunjangan untuk karyawan pada wilayah yang kekurangan tenaga kerja	Wilayah yang kekurangan tenaga kerja	Salah satu dari beberapa instrumen kebijakan adalah untuk memperbaiki ketimpangan daerah dalam penyediaan tenaga kerja
Askeskin	Langsung ke rumah sakit atau Puskesmas (yang terakhir melalui Dinas)	Untuk menutupi biaya biaya yang digunakan untuk menyediakan layanan kesehatan gratis bagi masyarakat miskin	Ditujukan bagi berbagai masalah terkait dengan penerima manfaat	Sistem jaminan Non iuran yang menghadapi peningkatan biaya-biaya yang pesat

(Bank Dunia, 2008)

2.2.7. Penggunaan sumber pembiayaan kesehatan

Data pembiayaan kesehatan dapat di gambarkan dalam banyak cara, yaitu:

1. Berdasarkan penyedia pelayanan (organisasi atau praktisi individu yang menyediakan jasa pelayanan kesehatan)
2. Berdasarkan tipe dari fungsi pelayanan (contohnya pengobatan pasien rawat inap, preventif dll)
3. Berdasarkan kategori input (contohnya jumlah pekerja, pengobatan dan penunjang medis)
4. Berdasarkan area geografi (contohnya propinsi, regional, distrik, rural/urban)
5. Berdasarkan pengguna pelayanan (contohnya, jenis kelamin, umur, kelas sosial)
6. Berdasarkan diagnosa (klasifikasi penyakit).

Data pembiayaan kesehatan sering di presentasikan dengan menggunakan format angka dan dapat di gambarkan untuk setahun atau tren beberapa tahun. Data tersebut juga dapat membandingkan antara output dan *outcome* data terhadap isu terkini mengenai efisiensi dan efektifitas dari anggaran yang tersedia. Isu pemerataan juga dapat di eksplorasi termasuk dalam hal area geografis dan analisis pengguna pelayanan.

2.2.8. Pembiayaan Daerah

Pembiayaan daerah adalah semua transaksi keuangan untuk menutup defisit atau untuk memanfaatkan surplus serta penerimaan yang perlu dibayar kembali dan atau pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang bersangkutan maupun tahun-tahun anggaran berikutnya. Pembiayaan daerah terdiri atas penerimaan pembiayaan dan pengeluaran pembiayaan.

1. Penerimaan Pembiayaan

Sebagaimana yang diatur dalam Permendagri No.16 tahun 2006 ayat (1), penerimaan pembiayaan meliputi sisa hasil lebih penghitungan anggaran tahun sebelumnya, pencairan dana cadangan, hasil penjualan kekayaan daerah yang

dipisahkan, penerimaan pinjaman daerah, penerimaan kembali pemberian pinjaman dan penerimaan piutang daerah.

2. Pengeluaran Daerah

Selanjutnya dalam Pasal 60 ayat (2) disebutkan bahwa pengeluaran pembiayaan terdiri atas pembentukan dana cadangan, penyertaan modal (investasi) pemerintah daerah, pembayaran pokok utang, dan pinjaman daerah.

2.2.9. Tujuan Studi Pembiayaan Kesehatan

Menurut Mills dan Gilson (1990) penelitian pembiayaan sektor kesehatan umumnya memiliki dua tujuan utama jika dikaitkan dengan persoalan yang dihadapi oleh sektor kesehatan yaitu menyelidiki efisiensi sektor kesehatan dan melengkapi informasi untuk perencanaan anggaran.

Informasi tersebut berguna untuk:

1. Mengidentifikasi siapa yang memperoleh keuntungan dari jasa-jasa kesehatan sehingga dapat dilihat dengan jelas dampak kebijakan dalam perataan.
2. Mengidentifikasi siapa memperoleh apa dan menentukan apakah semua telah sesuai dengan garis kebijakan yang telah dibuat.
3. Meneliti pola pembiayaan dan pendanaan yang ada untuk dapat digunakan dalam pembahasan pencarian alternative sumber-sumber keuangan.
4. Mengidentifikasi dan menghitung kekurangan sumber daya dengan cara memperjelas pelayanan yang dihasilkan beserta sumber daya yang digunakan dalam menghasilkan pelayanan
5. Meningkatkan koordinasi antara para donor dan pusat-pusat pembelanjaan/pengeluaran
6. Menganalisis cara penggalan sumber daya dan mengidentifikasi kemungkinan untuk memobilisasi sumber daya lanjutan.
7. Memungkinkan melakukan perbandingan antar Negara mengenai pola pembiayaan dan pendanaan sektor kesehatan.

2.3. National Health Account

National Health Account (NHA) adalah suatu alat untuk mengetahui berapa besar biaya kesehatan yang dikeluarkan, jenis pelayanan apa yang dikeluarkan dan siapa yang mengeluarkan biaya tersebut. NHA berguna bagi pemegang kebijakan untuk memantau pola pembiayaan kesehatan sehingga kebijakan yang dibuat dapat lebih efektif dan efisien (*Manual of ICHA-NHA*, 2006).

Menurut WHO, pengertian NHA ini adalah “ *is an integrated set of cross-classification purporting to measure health related activity and economic flows, and resource use contributing to the enhancement of health status*”.

2.3.1. Konsep NHA versi OECD

Pengeluaran biaya kesehatan menurut OECD adalah semua pendanaan yang dipergunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan individu yang ditangani oleh tenaga kesehatan yang profesional dengan menggunakan alat-alat yang menggunakan teknologi modern.

2.3.2. Konsep NHA versi WHO

Pengeluaran kesehatan adalah segala pengeluaran/pendanaan yang dikeluarkan dengan tujuan pokok/utama adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan, baik individu maupun kelompok. (Andayani, 2005).

2.3.3. Konsep NHA di Indonesia

NHA di Indonesia mengikuti petunjuk WHO, namun dalam pengelompokannya mengacu pada kombinasi konsep antara WHO dan OECD dengan harapan memacu perkembangan system dan manajemen keuangan kesehatan di Indonesia (Depkes, 2004).

Manfaat NHA bagi suatu sistem kesehatan adalah estimasi jumlah dan karakteristik biaya kesehatan yang dibelanjakan di suatu negara dan digunakan oleh pengambil kebijakan atau perencana kesehatan. NHA dapat digunakan sebagai input kebijakan dan sekaligus sebagai alat ukur *outcome* dari sistem kesehatan di suatu negara. (Hamana, 2006).

Sejak konsep NHA diperkenalkan pada tahun 1990, banyak muncul paradigma baru, Bank Dunia dan *International Monetary Fund* (IMF) mulai menekankan promosi pada negara berkembang untuk menurunkan kemiskinan. (Ishikawa,2006). Berdasarkan hasil laporan Bank Dunia pada tahun 2001, bahwa pembelanjaan publik yang efektif adalah krusial untuk menurunkan kemiskinan dan sistem manajemen pembiayaan pulik yang baik esensial dalam memastikan bantuan pengembangan. Hal ini menjadikan *Publik Expenditure Review (PER)*, atau kajian mengenai pengeluaran publik dibangun untuk mengetahui jumlah pengeluaran publik dalam sektor yang berbeda dan untuk mengetahui efek dari pengeluaran terhadap efisiensi, *equity* dan *sustainability* dari pengeluaran publik. NHA dirancang untuk memberikan informasi dalam menjawab isu kebijakan:

Bagaimana mobilisasi sumber dana pembiayaan kesehatan?

1. Siapa yang membayar?
2. Apa yang diproduksi?
3. Bagaimana sumber daya dikelola?
4. Apakah *pooling* cukup baik?
5. Bagaimana *provider* dibayar?
6. Bagaimana alokasi sumber daya?
7. Siapa yang menyediakan pelayanan dana pelayanan apa yang diberikan?
8. Untuk siapa pelayanan diberikan?
9. Bagaimana pengeluaran kesehatan didistribusikan dalam kelompok penduduk seperti kelompok penghasilan, umur, gender, dan daerah dalam suatu negara?

2.3.4. Provincial dan District Health Account

Provincial/District Health Account adalah suatu bentuk *health account* yang lebih kecil dan bersifat *regional* (propinsi atau kabupaten/kota) dengan tetap mengacu pada kaidah-kaidah NHA yang telah disepakati dan ditetapkan secara nasional, baik dari segi batasan *health account*, klasifikasi dan sumber biaya yang diperhitungkan.

2.3.5. District Health Account (DHA)

DHA adalah proses pencatatan dan analisis data pembiayaan kesehatan pada tingkat kabupaten/kota, yang menghasilkan informasi pembiayaan. Informasi pembiayaan kesehatan daerah tersebut berguna dan diperlukan untuk menentukan kebijaksanaan strategi pembiayaan program kesehatan (Depkes RI & P2KT Modul 8,2002)

Dengan DHA dapat diketahui hal-hal sebagai berikut:

1. Berapa besar biaya kesehatan yang tersedia pada satu tahun, secara total maupun perkapita
2. Dari mana saja sumbernya
3. Untuk program apa saja biaya kesehatan terpakai
4. Apakah ada keseimbangan mata anggaran: investasi, operasional dan pemeliharaan.

Sumber-sumber biaya kesehatan di lingkungan Pemerintah Daerah Propinsi dan kabupaten/kota di bagi dua, yaitu:

Sumber Pemerintah:

1. Pemerintah Pusat; Dana APBN sektoral atau dana dekonsentrasi, Tugas Pembantuan
2. Pemerintah Daerah Propinsi; dari dana APBD propinsi yang dibantukan ke kabupaten/kota sesuai dengan kemampuan propinsi
3. Badan Usaha Milik Negara (BUMN)
4. Pemerintah Daerah kabupaten/kota yang berasal dari berbagai sumber pendapatan kabupaten/kota yang sah, yaitu:
 - (1) Pendapatan Asli Daerah (PAD)
 - (2) Dana Perimbangan
 - a. Dana Bagi Hasil
 - b. Dana Alokasi Umum (DAU)
 - c. Dana Alokasi Khusus (DAK)
 - (3) Pinjaman Daerah

Sumber Non Pemerintah:

1. Pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan (pembayaran langsung/*out of pocket*)
2. Pengeluaran melalui prinsip asuransi
3. Pengeluaran oleh perusahaan swasta
4. Pengeluaran oleh badan atau lembaga swadaya masyarakat.

2.3.6. Batasan Pengeluaran Pembiayaan Kesehatan di Indonesia.

Terdapat empat konsep dasar yang telah dipergunakan dalam menentukan *health expenditure boundary* untuk NHA di Indonesia.

1. Batasan Geografik

Konsep ini dipergunakan untuk mengestimasi berapa besar wilayah telah mengeluarkan biaya untuk mempertahankan dan atau meningkatkan derajat kesehatannya per satuan penduduk, yang lebih dikenal dengan biaya kesehatan perkapita.

2. Batasan Waktu

Batasan waktu dipergunakan untuk membatasi perhitungan berdasarkan waktu, yaitu mengukur *health expenditure* dalam krun waktu satu tahun dan menggunakan dasar perhitungan secara *accrual*.

3. Batasan Arti *Expenditure* Kesehatan

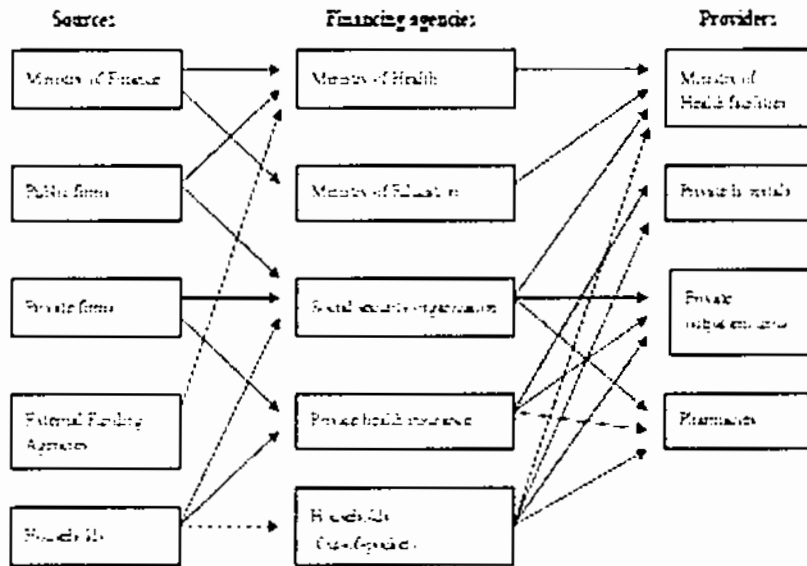
Batasan pada arti yaitu *merefer* nilai moneter yang menggambarkan knsumsi keseluruhan terhadap kebutuhan-kebutuhan atau pengeluaran biaya untuk keperluan kesehatan atau keperluan yang diklasifikasi sebagai kelompok kesehatan.

4. Batasan Sehat

Batasan sehat yakni mengandung konsep fungsi (jenis) aktifitas pelayanan kesehatan dan konsep penyedia layanan kesehatan.

2.3.7. Komponen dari aliran dana terdiri dari:

Gambar .2.2 Aliran Dana



Sumber: WHO,2005

Sumber Dana (*Financing Sources-S*) : Institusi yang memberikan dana untuk barang dan pelayanan. Misalnya: pemerintah, masyarakat, perusahaan dan donor

Agen Keuangan (*Financing Agents-FA*) : Institusi perantara yang mengumpulkan dana dari sumber dana serta menggunakannya untuk membeli barang dan pelayanan. Misalnya: Depkes dan institusi kesehatan di daerah (Propinsi, kabupaten/kota), Departemen/institusi lain (TNI/POLRI,BUMN dsb), Perusahaan Asuransi, Keluarga (OOP), LSM, Perusaaan dsb.

Pemberi Pelayanan (*Providers-P*) : Institusi yang menerima sumber daya keuangan dan menggunakannya untuk menghasilkan barang dan pelayanan atau sebagai pembayaran. Misalnya: RS,Puskesmas, Apotik, Klinik, Institusi Litbang/Diklat Kesehatan.

Universitas Indonesia

Fungsi (*Function-F*) : Kategori barang dan jasa yang dihasilkan.
Misalnya: rawat jalan, rawat inap, obat, penunjang medik dll.

Untuk mendapatkan data pembiayaan kesehatan rumah sakit, dilakukan dengan melakukan estimasi proporsi penerimaan rumah sakit yang kemudian menjadi dasar prediksi estimasi pengeluaran kesehatan rumah sakit.

2.4. Efisiensi, *Equity* dan *Sustainability*

Menurut Bank Dunia (1999), kajian pengeluaran kesehatan dikembangkan untuk menilai pengeluaran publik dari sektor sosial yang berbeda dan untuk memeriksa efek pengeluaran atau pembiayaan dalam memperbaiki efisiensi, *effectiveness* dan *equity* juga termasuk *sustainability* dari pembiayaan. (Brinkerhoff, 2009)

2.4.1. Efisiensi

Efisiensi adalah pengalokasian dan penggunaan sumber daya dengan tujuan mendapatkan output pelayanan kesehatan yang terbaik dengan biaya yang sedikit. (Mwase, 2006)

Kirigia et al (2007) mengatakan bahwa *provincial/district health account* dapat digunakan secara bersamaan dengan output dari kesehatan (atau *outcomes*) untuk menilai efisiensi di setiap level pelayanan kesehatan. (Brinkerhoff, 2009).

Dalam pelayanan kesehatan terdapat tiga tipe dari efisiensi, yaitu:

1) *Economic efficiency* (Efisiensi Ekonomi)

Disebut juga dengan *using least cost input*.

2) *Technical in Efficiency* (Efisiensi Teknik)

Banyak sekali pemborosan teknis akibat dari kombinasi sumber daya yang tidak sesuai (*miss match resources*)

3) *Scale efficiency*

Efisiensi yang berkaitan dengan besarnya investasi yang sangat rawan untuk terjadi inflasi.

Kajian pengeluaran publik lebih pada kajian kebijakan dan pada isu efisiensi yaitu efisiensi ekonomi. (Brinkerhoff, 2009).

Menurut Eckermann (2007), efisiensi ekonomi mengukur semua termasuk apa yang dimiliki penyedia yaitu efek model kesehatan sebagai parameter eksogenus pada pengukuran efisiensi dan termasuk menilai efek dengan ekonomi estimasi atau efisiensi alokasi. Juga dilakukan dengan menilai efek kesehatan secara spesifik dalam utilisasi output.

Efisiensi pemanfaatan rumah sakit secara garis besar dapat dilihat dari dua aspek, yaitu aspek medis yang meninjau efisiensi dari pelayanan medis rumah sakit, serta aspek ekonomi yang meninjau efisiensi dari pendayagunaan sarana yang ada. Parameter yang umum digunakan untuk mengukur efisiensi rumah sakit adalah *bed occupancy rate* (BOR), *length of stay* (LOS), *bed turn over* (BTO) dan *turn over interval* (TOI). Selain itu, terdapat pula cara lain untuk mengukur efisiensi rumah sakit, yaitu dengan membandingkan tingkat input rumah sakit dan output yang dihasilkannya dengan metode *data envelopment analysis* (DEA). (Asmaliza, Anis Fuad, Adi Utarini, 2007).

2.4.2. Equity

Equity merupakan suatu konsep sosial yang di dalamnya tercakup keadilan dan ketidakberpihakan. *Equity* ini merupakan pemerataan yang adil, bukan yang sama rata. Mengandung unsur: *need*, geografi, sosio-ekonomi. *Need* pada program prioritas, Geografi : kabupaten kaya/ miskin, sosioekonomi yaitu kelompok masyarakat kaya/miskin dll. (Yunita, 2002).

Efek dari *equity* ini tergantung dengan proteksi yang diberikan kepada masyarakat dengan pendapatan rendah. Untuk semua level dari pengeluaran kesehatan nasional, tingkatan *equity* pada sistem pelayanan kesehatan pada bagaimana penerimaan dari sistem kesehatan dan bagaimana pengeluaran di sistem kesehatan pada penerima manfaat. (Glieb, 2008).

Equity mengandung pengertian perlunya memberikan prioritas kepada penduduk yang membutuhkan. Dalam hal ini, penduduk yang memerlukan adalah penduduk miskin, mereka yang hidup di daerah yang kurang menguntungkan atau daerah terpencil, kelompok rentan (perempuan, anak-anak, dan lansia), atau yang memiliki hambatan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. WHO telah memperkenalkan formula mengenai *equity* dengan membandingkan pengeluaran

rumah-tangga (dalam hal ini mereka menggunakan pengeluaran non-makanan sebagai proksi) yang digunakan untuk biaya kesehatan, antara golongan kaya dan miskin. Jika kedua kelompok memiliki beban yang sama (*equal share*) maka *equity* telah tercapai.

2.4.3. *Sustainability*

Sustainability adalah suatu sistem untuk menghasilkan keuntungan nilai yang sufisien melalui pengguna dan stakeholder untuk memastikan sumber daya yang cukup untuk melanjutkan aktivitas dengan keuntungan yang berkelanjutan.(Soewondo,2008).

Menurut Soewondoe (2008), bila $\geq 70\%$ biaya operasional dicakup Pemda hal itu baik sekali.

Menurut Gotrett and Schieber (2006) efisiensi dari sistem memiliki implikasi pembiayaan penting untuk *sustainability* dari *long-term fiscal*. Intervensi dari pemerintah dapat mengembangkan efisiensi dan *sustainability* termasuk skema subsidi, bantuan teknis dan kaitan pada penataan pembiayaan formal.

Kebijakan yang dibuat pemerintah adalah penting dalam mengembangkan *sustainability* dari posisi fiskal pemerintah, jadi konsentrasi pada subsidi sektor kesehatan adalah area kunci. (Gotrett and Schieber, 2006)

BAB III

GAMBARAN RSUD DI PROPINSI BENGKULU

3.1. Gambaran Umum Propinsi Bengkulu

3.1.1. Letak Geografis Dan Pemerintahan

1) Letak Geografis

Luas wilayah Propinsi Bengkulu adalah 19.788,70 kilometer persegi dan secara geografis terletak diantara $2^{\circ} 16'$ - $3^{\circ} 31'$ Lintang Selatan dan $101^{\circ} 01'$ - $103^{\circ} 41'$ Bujur Timur, dengan suhu udara relatif sama dengan daerah-daerah kota pinggiran pantai lainnya di Indonesia yaitu maksimum berkisar antara $32.9 - 34^{\circ} C$ dan suhu udara minimum antara $22 - 23.3^{\circ} C$.

Letak Propinsi Bengkulu, sebelah Utara berbatasan dengan Propinsi Sumatera Barat, sebelah Selatan berbatasan dengan Propinsi Lampung, sebelah Barat berbatasan dengan Samudera Indonesia dan sebelah Timur berbatasan dengan Propinsi Jambi dan Propinsi Sumatera Selatan. Propinsi Bengkulu terletak di sepanjang kaki bukit barisan dan diatas tiga lempeng dan satu patahan, yang kerap mengalami gempa bumi, disamping gempa vulkanik juga gempa tektonik yang dapat dirasakan hampir diseluruh wilayah Bengkulu hingga pedesaan.

2) Pemerintahan

Seiring dengan semangat otonomi daerah, Propinsi Bengkulu dengan ibukota Bengkulu, sejak tahun 2003 telah terjadi pemekaran wilayah Kabupaten/Kota dari tiga Kabupaten dan satu Kota menjadi delapan kabupaten dan satu kota, dengan 110 Kecamatan dan 1320 desa/kelurahan.

3.1.2. Kependudukan

1) Pertumbuhan Penduduk

Jumlah penduduk Propinsi Bengkulu dari tahun ke tahun terus mengalami peningkatan. Menurut data Bengkulu Dalam Angka (BDA) Tahun 2007 dan data yang dikeluarkan BPS Propinsi Bengkulu Tahun 2008, perkembangan penduduk Propinsi Bengkulu dari Tahun 2003 sampai dengan Tahun 2007 adalah seperti tabel berikut.

Tabel 3.1
Perkembangan Jumlah Penduduk
Propinsi Bengkulu Tahun 2003 s/d 2007

No	Tahun	Jumlah Penduduk	Sumber Data
1	2003	1.517.181	BDA 2005/2007
2	2004	1.541.551	BDA 2005/2007
3	2005	1.546.286	BDA 2005/2007
4	2006	1.568.077	BDA 2005/2007
5	2007	1.616.663	BPS Prop. Bkl

Sumber: Profil Dinkesprop Bengkulu, 2008

Tingkat kepadatan penduduk Propinsi Bengkulu Tahun 2007 adalah 81,70 jiwa/Km². Kepadatan penduduk tertinggi ada di Kota Bengkulu dengan 1.868,80 jiwa/Km² dan terendah di Kabupaten Lebong dengan 11,59 jiwa/Km².

2) *Dependency Ratio*

Angka beban tanggungan (*dependency ratio*) merupakan angka yang menyatakan perbandingan antara banyaknya orang yang tidak produktif (umur dibawah 15 tahun dan diatas 65 tahun) dengan banyaknya orang yang termasuk dalam usia produktif (umur 15 – 64 tahun). Makin tinggi angka rasio beban tanggungan berarti makin sedikit penduduk yang termasuk usia produktif dan semakin besar beban yang harus ditanggung untuk membiayai kelompok usia yang tidak produktif.

Melihat komposisi penduduk Propinsi Bengkulu Tahun 2007 menurut kelompok umur, menunjukkan bahwa kelompok penduduk usia produktif (15-64 tahun) sebesar 1.054.334 jiwa (65,22%), dan 562.329 jiwa (34,78%) merupakan kelompok yang tidak produktif. Angka beban tanggungan di Propinsi Bengkulu pada Tahun 2007 sebesar 523,5. Artinya tiap 1000 penduduk yang produktif harus menanggung 523,5 penduduk yang tidak produktif.

3) Produk Domestik Regional Bruto (PDRB)

PDRB Propinsi Bengkulu dari tahun ke tahun terus mengalami peningkatan. Pada tahun 2006 PDRB atas dasar harga berlaku sebesar Rp. 11.397.004 juta sedangkan atas dasar harga konstan sebesar Rp. 6.610.626 juta PDRB perkapita atas dasar harga berlaku di Propinsi Bengkulu dari tahun ketahun juga mengalami peningkatan. PDRB dan PDRB per kapita berdasarkan harga

berlaku dan harga konstan di Propinsi Bengkulu tahun 2002 s/d tahun 2006 adalah sebagai berikut:

Tabel 3.2
Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) dan PDRB Per kapita di Propinsi Bengkulu Tahun 2002-2006

Tahun	PDRB (Juta)		PDRB per Kapita (Rp)	
	ADHB	ADHK	ADHB	ADHK
1	2	3	4	5
2002	6.276.077	5.310.016	3.825.484	3.236.636
2003	7.251.984	5.595.030	4.779.907	3.687.780
2004	8.104.894	5.896.256	5.257.625	3.824.885
2005	10.134.451	6.239.365	6.262.416	3.904.051
2006	11.397.004	6.610.628	6.795.029	3.924.741

Sumber : BDA 2007

Keterangan :

- PDRB : Produk Domestik Regional Bruto
- ADHB : Atas Dasar Harga Berlaku
- ADHK : Atas Dasar Harga Konstan

Ditinjau dari PDRB perkapita baik berdasarkan harga berlaku maupun harga konstan, dapat diketahui bahwa tingkat kesejahteraan penduduk di Propinsi Bengkulu masih jauh di bawah tingkat kesejahteraan penduduk tingkat nasional. Pada tahun 2006 nilai nominal pendapatan per kapita penduduk Indonesia telah mencapai lebih dari Rp. 12.000.000,- .

4) Tingkat Pendidikan

Kemampuan baca tulis tercermin dari angka melek huruf pada penduduk yang dalam hal ini didefinisikan sebagai persentase penduduk usia 10 tahun keatas yang dapat membaca dan menulis huruf latin. Di Propinsi Bengkulu pada tahun 2007 penduduk yang melek huruf sebesar 1.529.884 (94,63%) dari jumlah penduduk Propinsi Bengkulu usia 10 keatas.

3.2. Sumber Daya Kesehatan

3.2.1. Sarana Kesehatan

1) Puskesmas

Jumlah Puskesmas di Propinsi Bengkulu dari tahun ke tahun terus meningkat. Pada tahun 2004 jumlah Puskesmas (termasuk Puskesmas Perawatan) berjumlah 113 buah, pada tahun 2005 berjumlah 123 buah dan pada tahun 2006

Universitas Indonesia

menjadi 129 buah puskesmas serta tahun 2007 menjadi 142. Pada tahun 2004 rasio jumlah puskesmas per 10.000 penduduk adalah 0,67, kemudian pada tahun 2005 rasio naik menjadi 0,70 per 10.000 penduduk dan pada tahun 2006 menjadi 0,76, serta tahun 2007 menjadi 0,88 per 10.000 penduduk. Untuk tahun 2007 berarti rata-rata setiap puskesmas melayani kurang lebih 11.384 penduduk.

2) Rumah Sakit

Jumlah Rumah Sakit di Propinsi Bengkulu sampai dengan tahun 2007 sebanyak 12 unit, Rumah Sakit Pemerintah sebanyak 7 unit (RSUD M. Yunus Bengkulu, RSUD Manna, RSUD Curup, RSUD Argamakmur, RSUD Kepahiang, RSUD Seluma dan RSJ&KO Soeprapto), 1 Rumah Sakit Bhayangkara, 2 Rumah Sakit DKT dan 2 Rumah Sakit Swasta (RS Raflesia dan Caritas). Cakupan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan digambarkan pada rasio tempat tidur rumah sakit per 100.000 penduduk, baik rumah sakit umum maupun swasta. Pada Tahun 2007 rasio tempat tidur rumah sakit sebesar 74,78 per 100.000 penduduk atau rata-rata setiap tempat tidur rumah sakit melayani 1.337 penduduk.

3.2.2. Tenaga Kesehatan

1) Ketersediaan Tenaga Kesehatan

Data tenaga kesehatan yang disajikan terdiri dari tenaga medis (Dokter, Dokter Gigi, Dr/Drg Spesialis), perawat & bidan (termasuk lulusan DIII dan S1), farmasi (Apoteker, Asisten Apoteker), gizi (Lulusan D-I, D-III Gizi (SPAG dan AKZI) dan D-IV), teknisi medis (Analis, ATEM dan Penata Rontgen, Penata Anestesi, Fisioterapi), sanitasi (Lulusan SPPH, APK, dan DIII Kesehatan Lingkungan) dan kesehatan masyarakat (SKM, MPH, dll).

Rasio tenaga kesehatan di Propinsi Bengkulu per 100.000 penduduk sebesar 242,23. Ini berarti bahwa setiap 100.000 penduduk dilayani oleh sekitar 240 tenaga kesehatan.

Dapat diketahui bahwa rasio tenaga kesehatan terbesar adalah rasio tenaga perawat yaitu sebesar 161,32 per 100.000 penduduk, dan bidan 72,16 per 100.000 penduduk selanjutnya tenaga medis (Tenaga Dokter) sebesar 69,53 per 100.000 penduduk, dan rasio yang paling kecil adalah rasio tenaga gizi yaitu sebesar 6,87 per 100.000 penduduk.

Persebaran tenaga kesehatan menurut unit kerja, sebagian besar tenaga kesehatan bekerja di Puskesmas (termasuk Pustu dan Polindes) yaitu sebesar 56,02%, di Rumah sakit sebesar 22,80%, di Dinas Kesehatan 17,57%, di sarana kesehatan lain 2,89% dan Instusi Diklat/Diknakes sebesar 0,69%.

Untuk melihat kecukupan tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan diantaranya digunakan rasio tenaga perawat Puskesmas per Puskesmas dan rasio tempat tidur di rumah sakit terhadap perawat yang bertugas di rumah sakit. Di Propinsi Bengkulu pada tahun 2007, rasio tenaga perawat/bidan Puskesmas per Puskesmas adalah 11,87 Ini berarti bahwa setiap puskesmas rata-rata mempunyai 12 orang perawat. Sedangkan rasio tempat tidur terhadap perawat/bidan yang bertugas di rumah sakit adalah 1,04. Jadi rata-rata setiap perawat di rumah sakit melayani 1-2 tempat tidur.

3.2.3. Pembiayaan Kesehatan

Anggaran Pembangunan Kesehatan Propinsi Bengkulu yang bersumber dana APBN dan APBD dan sumber lainnya dari tahun ke tahun terus meningkat. Pada tahun 2004 anggaran kesehatan Propinsi Bengkulu sebesar 107,37 milyar rupiah, pada tahun 2005 sebesar 202,33 milyar rupiah, pada tahun 2006 menjadi 415,79 milyar rupiah dan tahun 2007 berjumlah 295.15 milyar rupiah . Anggaran 295.15 milyar rupiah tersebut bersumber dari APBD kabupaten/kota sebesar 74,56 milyar rupiah (25,26%), APBD Propinsi sebesar 15,73 milyar rupiah (5,33%), dari APBN sebesar 180,25 milyar rupiah (61,07%) dan dari pinjaman/hibah luar negeri (PHLN) sebesar 24,60 milyar rupiah (8,34%).

Persentase APBD kesehatan terhadap total APBD kabupaten/kota sebesar 6,82%. Sedangkan anggaran kesehatan per kapita di Propinsi Bengkulu pada tahun 2007 ini sebesar 182,47 rupiah per tahun.

3.3. Rumah Sakit Umum Daerah di Propinsi Bengkulu

Jumlah Rumah Sakit di Propinsi Bengkulu sampai dengan tahun 2008 sebanyak 12 unit, Rumah Sakit Pemerintah sebanyak 10 unit (RSUD M. Yunus Bengkulu, RSUD Manna, RSUD Curup, RSUD Argamakmur, RSUD Kepahiang, RSUD Seluma, RSUD Kaur, RSUD Muko-Muko, RSUD Lebong dan RSJ&KO

Soeprapto), 1 Rumah Sakit Bhayangkara, 2 Rumah Sakit DKT dan 2 Rumah Sakit Swasta (RS Raflesia dan Caritas).

3.3.1. RSUD Argamakmur

Rumah Sakit Umum Daerah Arga Makmur merupakan Rumah Sakit yang ada dikabupaten Bengkulu Utara dan telah diberikan wewenang menjadi Rumah Sakit Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

1) Visi

“ Terciptanya RSUD Arga Makmur yang memberikan pelayanan kesehatan paripurna bermutu tinggi, terjangkau dan sebagai pusat rujukan yang terpercaya di Kabupaten Bengkulu Utara”.

2) Misi :

- a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna, bermutu tinggi dan terjangkau bagi masyarakat Kabupaten Bengkulu Utara.
- b. Menyelenggarakan sistem rujukan yang terpercaya, bertanggung jawab dan berkesenambungan.
- c. Menyelenggarakan manajemen sistem informasi Rumah Sakit yang berkualitas, transparan dan akuntabel.
- d. Menyediakan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang berorientasi pada ilmu pengetahuan dan teknologi dan sesuai standar.
- e. Menyiapkan sumber daya manusia yang professional menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dan berorientasi pada ilmu pengetahuan dan teknologi.

3) Areal Rumah Sakit

Bangunan RSUD Arga Makmur didirikan di atas tanah milik Pemerintah Daerah Bengkulu utara dengan luas tanah 22.700 m², sedangkan luas tanah yang diperuntukan sebagai lahan mendirikan bangunan gedung / ruangan RSUD Arga Makmur sekitar 15.500 m².

RSUD Arga Makmur didirikan pada tanggal 12 Juli 1978 bersamaan dengan pindahnya Ibu Kota Kabupaten Bengkulu Utara yang semula di Kota Bengkulu. Bangunan yang didirikan adalah sebuah kantor yang merupakan pelayanan kesehatan seluas 225 m².

Pada tanggal 08 Maret 1993 RSUD Arga Makmur ditetapkan sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) di bawah naungan Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Utara dengan klasifikasi Rumah Sakit Umum tipe D. Selanjutnya pada tanggal 20 Mei 1997 sesuai dengan SK Menkes Nomor : 483/Menkes/SK/V/1997, RSUD Arga Makmur yang semula tipe D menjadi ditingkatkan menjadi tipe C.

Pada tanggal 28 Januari 2005 RSUD Arga Makmur mengalami perubahan menjadi Badan Pelayanan RSUD Arga Makmur sesuai dengan perda Nomor 17 tahun 2004.

4) Tugas dan Fungsi

Berdasarkan Perda Nomor 17 Tahun 2004, tugas pokok dan fungsi RSUD Arga Makmur adalah :

a. Tugas Pokok

Membantu Bupati dalam pelaksanaan kesehatan masyarakat secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan kesehatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya sistem rujukan.

b. Fungsi RSUD Arga Makmur

- a) Penyelenggara Pelayanan Medis
- b) Penyelenggara Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis
- c) Penyelenggara Pelayanan Keperawatan dan Asuhan Keperawatan
- d) Penyelenggara Pelayanan Rujukan
- e) Penyelenggara Pelayanan Administrasi Umum dan Keuangan
- f) Penyelenggara Pendidikan dan Pelatihan Kesehatan
- g) Penyelenggara Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

5) Kegiatan Pelayanan

Jenis Kegiatan

- a. Kegiatan Pelayanan Gawat Darurat di IGD
- b. Pelayanan Rawat Jalan terdiri dari :
 - a) Poliklinik Penyakit Dalam (Interne)
 - b) Poliklinik Bedah
 - c) Poliklinik Kebidanan (Obgyn)

- d) Poliklinik Anak
 - e) Poliklinik Gigi
 - f) Poliklinik Umum
- c. Pelayanan Rawat Inap
- a) VIP
 - b) Perawatan Anak
 - c) Perawatan Kebidanan (Obgyn)
 - d) Perawatan Penyakit Dalam (Internis)
 - e) Perawatan Bedah
4. Instalasi Bedah Sentral (IBS)
- d. Penunjang Medis terdiri dari :
- a) Laboratorium
 - b) Radilogi
 - c) Fisiotherapi
 - d) Apotik
 - e) Poli Interne

3.3.2. RSUD Manna

RSUD Manna merupakan satu-satunya rumah sakit yang berada di kabupaten Bengkulu selatan, sejak tahun 1997 berubah tipe dari rumah sakit tipe D menjadi rumah sakit tipe C. Pada tanggal 1 februari 2001 RSUD Manna berubah menjadi rumah sakit unit swadana dengan SK Bupati Bengkulu Selatan Nomor 51 tahun 2001.

1) Visi :

Rumah Sakit Umum Daerah Manna menjadi instansi layanan kesehatan pilihan masyarakat Bengkulu selatan melalui keunggulan sumber daya manusia di Tahun 2009.

2) Misi:

- a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau oleh masyarakat
- b. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kepuasan pengguna jasa rumah sakit

Universitas Indonesia

- c. Sebagai tempat penyelenggaraan Pendidikan Ahli Madya Keperawatan di Bengkulu Selatan.
- 3) Jenis Pelayanan yang ada di RSUD Manna :
- a. Pelayanan Rawat Jalan terdiri dari:
- a) Poliklinik Umum
 - b) Poliklinik Spesialis Penyakit Dalam
 - c) Poliklinik Spesialis Anak
 - d) Poliklinik Spesialis Bedah
 - e) Poliklinik Spesialis Kebidanan dan Kandungan
 - f) Poliklinik Spesialis THT
 - g) Poliklinik Spesialis Mata
 - h) Poliklinik Gigi dan Mulut
- b. Pelayanan Penunjang Medis, terdiri dari:
- a) Pelayanan Radiologi
 - b) Pelayanan Radiodiagnostik: USG dan EKG
 - c) Pelayanan Laboratorium
 - d) Pelayanan Fisioterapi
 - e) Pelayanan Farmasi
 - f) Pelayanan Gizi
- c. Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
- d. Pelayanan UGD 24 Jam
- e. Pelayanan Ambulance 24 Jam
- f. Pelayanan Rawat Inap, terdiri dari
- a) Rawat Inap Penyakit Dalam
 - b) Rawat Inap Penyakit Bedah
 - c) Rawat Inap Penyakit Anak
 - d) Rawat Inap Perinatologi
 - e) Rawat Inap Kebidanan dan Kandungan
 - f) Rawat Inap Paviliun
 - g) Ruang Perawatan Intensif.
- g. Pelayanan Kamar Operasi
- 4) Gambaran dan Situasi SDM



Situasi SDM di RSUD Manna adalah sebagai berikut:

- a) 4 orang dokter spesialis
- b) 6 orang dokter umum
- c) 125 orang tenaga keperawatan
- d) 45 orang tenaga non keperawatan

3.3.3. RSUD Curup

RSUD Curup merupakan rumah sakit tipe C yang memiliki empat bidang spesialisasi yang berada di Kabupaten Rejang Lebong dan masih unit swakelola.

1) Sarana Pelayanan Kesehatan

- a. Instalasi Rawat Jalan
 - a) Poliklinik Umum
 - b) Poliklinik Penyakit Dalam
 - c) Poliklinik Anak
 - d) Poliklinik Bedah
 - e) Poliklinik Kebidanan dan Kandungan
 - f) Poliklinik Mata
 - g) Poliklinik Gigi dan Mulut
 - h) Poliklinik Rehabilitasi Medik
 - i) Gizi
- b. Instalasi Rawat Inap, terdiri dari
 - a) Unit Rawat Inap Penyakit Dalam
 - b) Unit Rawat Inap Bedah
 - c) Unit Rawat Inap Anak
 - d) Unit Rawat Inap Kebidanan
 - e) Unit Rawat Inap ICU
 - f) Unit Rawat Inap Paviliun
 - g) Unit Rawat Inap Bayi
- c. Sarana Penunjang
 - a) Kamar Operasi
 - b) Radiologi
 - c) Laboratorium



Universitas Indonesia

- d) Farmasi
- e) Fisioterapi
- f) IPRS
- g) Gizi
- h) Genset Ambulan
- i) Laundry
- j) Sanitasi
- k) Kamar Jenazah
- l) Hemodialisa

3.3.4. RSUD Kepahiang

RSUD Kepahiang didirikan pada tahun 2003 yang merupakan peningkatan dari puskesmas perawatan dibangun atas inisiatif Bapak Gubernur Bengkulu melalui dana Proyek DHS-ADB propinsi Bengkulu.

l) Sarana Pelayanan Kesehatan

a. Instalasi rawat jalan

Sarana rawat jalan pada RSUD Kepahiang terdiri dari :

- a) Poli umum
- b) Poli Gigi
- c) Poli penyakit dalam
- d) Poli Bedah
- e) Poli kebidanan dan penyakit kandungan
- f) Poli anak.

b. Instalasi Rawat Inap

Ruang perawatan pada rawat inap terdiri dari Irma paviliun, Irma anak, Irma penyakit dalam, Irma kebidanan dan Irma bedah, dengan rincian tempat tidur sebagai berikut :

- a) Paviliun : 10 TT
- b) Kelas I : 12 TT
- c) Kelas II : 12 TT
- d) Kelas III : 16 TT

2) Sarana Penunjang

Penunjang medik

a) Laboratorium

Laboratorium di RSUD Kepahiang melayani pemeriksaan patologi klinik, yaitu :

1. Hematologi
2. Analisa urine dan tinja
3. Kimia klinik
4. Serologi/imunologi
5. Mikrobiologi

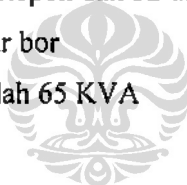
b) Rehabilitasi Medik (fisioterapi)

c) Radiologi :

Melayani pemeriksaan : thorax, extremitas (atas & bawah), cranium, *solder joint*, lumbo sakral dan BNO.

3) Sarana pendukung lain :

- a. Sarana komunikasi 2 unit telepon dan 32 unit Airpon
- b. Prasarana air dengan 2 sumur bor
- c. Tenaga listrik terpasang adalah 65 KVA
- d. Incenerator adalah 1 Unit



2.3.4. RSUD Tais

RSUD Tais berada di Kabupaten Seluma dibangun pada tahun 2004 berdasarkan izin mendirikan No. 050/2383/Kes.II dan izin operasional sementara No. 050/2155/Kes.II oleh Dinas Kesehatan Propinsi Bengkulu serta Registrasi Rumah Sakit No. 17 05 0 18.

1) Visi:

"menjadi rumah sakit yang berkualitas, profesional dan terjangkau"

2) Misi:

- a. meningkatkan profesionalisme pelayanan kesehatan
- b. menyiapkan sumber daya manusia dan teknologi kesehatan yang berkualitas
- c. mewujudkan sistem pembiayaan kesehatan yang efektif dan efisien

Universitas Indonesia

BAB IV KERANGKA KONSEP

4.1. Kerangka Teori

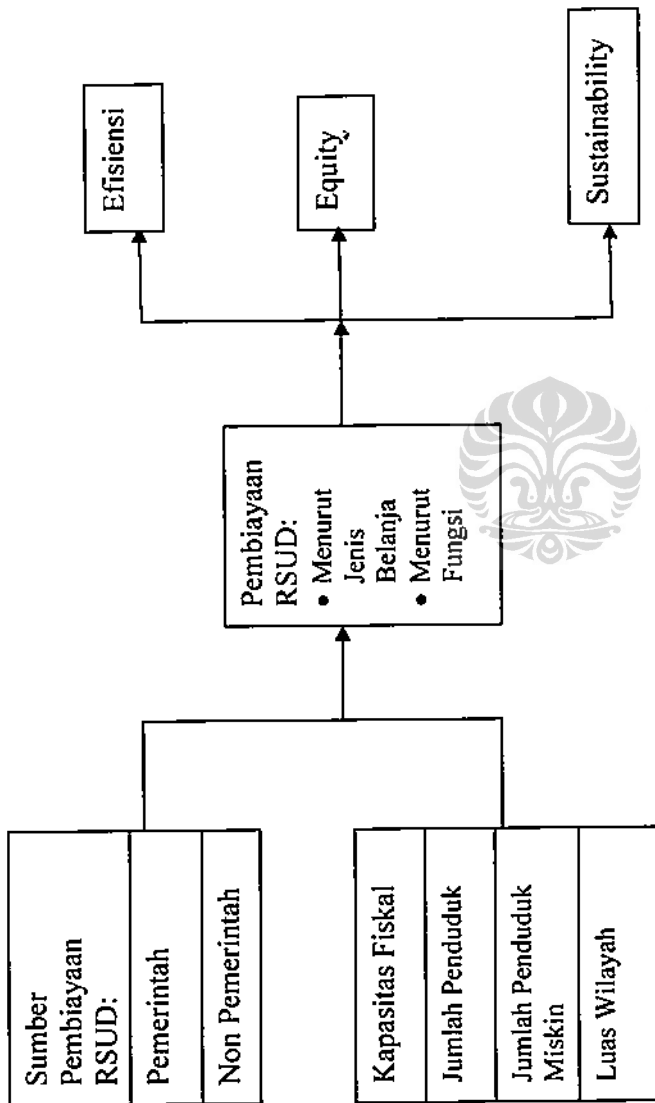
Untuk mendapatkan data pembiayaan di rumah sakit menggunakan suatu pembatasan pengertian dari pembiayaan kesehatan. Pembatasan pengertian pembiayaan kesehatan yang digunakan adalah bersumber dari Depkes (2004) bahwa pembiayaan kesehatan merupakan tatanan yang menghimpun berbagai upaya penggalian, pengalokasian dan pembelanjaan sumber daya keuangan secara adil dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

Peraturan penganggaran bagi sumber pembiayaan rumah sakit pemerintah didasarkan pada UU No. 33 tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antar Pemerintah Daerah dan Pemerintah Pusat, Kepmenkes NO.1258/Menkes/SK/XII/2007 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan DAK bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2008 serta PP No.7 Tahun 2008 tentang Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan sehingga variabel yang diteliti adalah kapasitas fiskal, jumlah penduduk, jumlah penduduk miskin dan luas wilayah.

Untuk mendapatkan data pengeluaran menurut OECD (2000) dan termasuk disini rumah sakit, yaitu dengan melakukan estimasi proporsi penerimaan rumah sakit yang kemudian menjadi dasar prediksi estimasi pengeluaran rumah sakit.

Menurut Bank Dunia (1999), kajian pengeluaran kesehatan dikembangkan untuk menilai pengeluaran publik dari sektor sosial yang berbeda dan untuk memeriksa efek pengeluaran atau pembiayaan dalam memperbaiki efisiensi, *effectiveness* dan *equity* juga termasuk *sustainability* dari pembiayaan.(Brinkerhoff, 2009)

4.2. Kerangka Konsep



4.3. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Sumber Data
1	Sumber Pembiayaan RSUD	Semua dana yang digunakan untuk menghasilkan produk/jasa pelayanan di RSUD yang ditelusuri dari sektor pemerintah yaitu pusat dan daerah, dan non pemerintah yaitu OOP, swasta dan donor pada tahun anggaran 2006/2008	Daftar Isian/Check list	1. Melihat dokumen Keuangan 2. Wawancara	Jumlah total pembiayaan masing-masing rumah sakit berdasarkan sumber pembiayaan	Dokumen keuangan rs dan profil rs
2	Pembiayaan RSUD	semua bentuk pembiayaan RSUD untuk melaksanakan kegiatan rumah sakit di tahun anggaran 2006/2008 yang diukur berdasarkan sumber pembiayaan, jenis belanja dan fungsi	Daftar Isian/Check list	1. Melihat dokumen Keuangan RS 2. Wawancara	pembiayaan masing-masing rumah sakit berdasarkan fungsi dan pembiayaan berdasarkan mata anggaran	Dokumen keuangan rs dan profil rs
3	Kapasitas Fiskal Daerah	kemampuan suatu daerah untuk mendanai jasa-jasa pelayanan publik yang disediakan oleh pemerintah dilihat dari peta kapasitas fiskal daerah tahun 2008	Daftar Isian/Check list	1. Melihat Permenkeu No.224/PMK.0.7/2008 2. Wawancara	Rendah, sedang, tinggi, sangat tinggi	Permenkeu No.224/PMK.0.7/2008
4	Jumlah Penduduk	Jumlah semua orang yang berdomisili di wilayah kabupaten/kota lokasi RSUD pada tahun 2008	Daftar Isian/Check list	1. Melihat dokumen BPS tahun 2008 2. Wawancara	jumlah penduduk dalam jiwa	BPS tahun 2008
5	Jumlah Penduduk Miskin	Jumlah Penduduk miskin yang berdomisili di wilayah kabupaten/kota lokasi RSUD pada tahun 2008 berdasarkan kuota Jamkesmas 2008	Daftar Isian/Check list	1. Melihat Pedoman Jamkesmas, 2008 2. Wawancara	jumlah penduduk dalam jiwa	Pedoman Jamkesmas, 2008
6	Luas Wilayah	Luas wilayah kabupaten/kota lokasi RSUD	Daftar Isian/Check list	1. Melihat dokumen BPS tahun 2008 2. Wawancara	luas dalam Km2	BPS Tahun 2008

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Sumber Data
7	Efisiensi	pencaapaian keluaran dari rumah sakit yang dilihat dari indikator kinerja rumah sakit dan dibandingkan dengan pembiayaan untuk pelayanan di rumah sakit	Daftar Isian/Check list	1. Melihat dokumen Profil RS dan keuangan RS 2. Wawancara	Pengeluaran di rawat jalan dan rawat inap dibandingkan dengan kinerja rumah sakit	Dokumen keuangan rs dan profil rs
8	Equity	jumlah pelayanan yang dinikmati oleh pasien miskin di RSUD	Daftar Isian/Check list	1. Melihat dokumen Profil RS dan keuangan 2. Wawancara	Proporsi pasien miskin dibandingkan dengan pasien umum di rawat jalan dan rawat inap	Dokumen keuangan rs dan profil rs
9	Sustainability	potensi dari pemerintah daerah untuk membiayai kegiatan rumah sakit dengan menggunakan dana bersumber APBD II Kabupaten	Daftar Isian/Check list	1. Melihat dokumen Profil RS dan keuangan 2. Wawancara	belanja operasional ≥ 70% sustain belanja operasional < 70% tdk sustain	Dokumen keuangan rs dan profil rs



BAB V METODOLOGI PENELITIAN

5.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode *cross sectional analytic* dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif yang dilakukan untuk membuat gambaran tentang pembiayaan kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) di Propinsi Bengkulu secara objektif. Penelitian ini menggunakan pendekatan retrospektif data-data tahun 2006-2008 yang tersedia di rumah sakit yang menjadi sampel studi. Tahapan yang dilakukan adalah dengan pengumpulan data kuantitatif yang bersumber dari data sekunder alokasi anggaran pemerintah, swasta dan masyarakat tahun anggaran 2006-2008 dan secara bersamaan juga dilakukan pengumpulan data kualitatif yaitu data primer dengan melakukan wawancara mendalam mengenai alokasi pembiayaan kesehatan RSUD di propinsi Bengkulu.

5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini adalah di wilayah Propinsi Bengkulu, yang mencakup data alokasi anggaran kesehatan rumah sakit di 5 RSUD kabupaten di propinsi Bengkulu yang telah terdaftar di Depkes RI pada tahun 2007. Penelitian dilakukan selama bulan Mei tahun 2009.

5.3. Populasi dan Sampel Penelitian

5.3.1. Populasi

Populasi penelitian ini adalah semua rumah sakit umum daerah di propinsi Bengkulu yaitu berjumlah 9 RSUD.

5.3.2. Sampel

Sampel penelitian ini adalah 5 RSUD kabupaten di propinsi Bengkulu yang sudah terdaftar di Depkes RI pada tahun 2007 yaitu RSUD Manna, RSUD Curup, RSUD Argamakmur, RSUD Kepahiang, RSUD Tais dengan kriteria sebagai berikut:

- 1) Kriteria Inklusi:
 - a. RSUD yang sudah terdaftar di Depkes RI tahun 2007
 - b. RSUD yang berlokasi di kabupaten/kota
- 2) Kriteria Eksklusi:
 - a. RSUD yang terdaftar di Depkes RI di atas tahun 2007
 - b. RSUD berlokasi di propinsi

5.4. Sumber Data

Sumber data kuantitatif yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder berupa data historis sesuai dengan variabel yang diteliti:

- 1) Profil RSUD tahun 2006-2008 : Karakteristik RS
- 2) Peta Kapasitas Fiskal berdasarkan Permenkeu No.224/PMK.0.7/2008 tahun 2008 : Kapasitas Fiskal Daerah
- 3) BPS 2008 : Jumlah Penduduk dan Luas Wilayah
- 4) Pedoman Jamkesmas 2008 : Jumlah Penduduk Miskin
- 5) Laporan Keuangan, Profil RSUD tahun 2006-2008 : Penerimaan RS, Pengeluaran RS, Efisiensi, *Equity* dan *Sustainability*

Dan sumber data kualitatif adalah data primer dari informan melalui wawancara mendalam yang dipilih melalui prinsip kesesuaian, mereka adalah:

- 1) Direktur RSUD sampel, selaku pengguna anggaran di institusi rumah sakit.
- 2) Kepala Bappeda Kab/Kota di lokasi RSUD, selaku tim anggaran eksekutif
- 3) Kepala Dinas Kesehatan Propinsi, selaku instansi pengusul dan pengguna anggaran.

5.5. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data sekunder yang digunakan adalah format isian untuk menghimpun dan menghitung data dari dokumen-dokumen dan laporan keuangan yang terdapat di rumah sakit tahun anggaran 2006-2008.

Untuk data primer menggunakan pedoman wawancara, dimana diharapkan dapat memberikan informasi dari data kuantitatif yang didapat. Wawancara dilakukan dengan *tape recorder* sebagai alat perekam dan dokumentasi .

Universitas Indonesia

5.6. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan secara bersamaan yaitu pengumpulan data kuantitatif berupa data sekunder dokumen-dokumen yang berkaitan dengan penelitian, yaitu:

- 1) DIPA RSUD tahun anggaran 2006-2008
- 2) DPA RSUD tahun anggaran 2006-2008
- 3) Laporan Realisasi Anggaran tahun 2006-2008
- 4) Laporan Penerimaan RSUD tahun anggaran 2006-2008
- 5) Laporan Pengeluaran RSUD tahun Anggaran 2006-2008
- 6) Laporan Akhir Tahun RSUD tahun Anggaran 2006-2008
- 7) Profil RSUD tahun Anggaran 2006-2008

Dan melakukan pengumpulan data kualitatif yaitu melakukan wawancara secara mendalam kepada informan dengan bantuan pedoman wawancara, diharapkan dengan kondisi atau situasi pada level *Good Raport Condition* yaitu nilai kepercayaan informan tinggi terhadap pewawancara. Hal ini untuk meminimalisasi potensi bias.



5.7. Pengolahan dan Analisis Data

5.7.1. Pengolahan Data

1) Pengolahan Data Kuantitatif

Data sekunder dikumpulkan kemudian dilakukan kode akun berdasarkan ICHA-NHA, di *entry* dan selanjutnya diolah menggunakan Ms.Excel.

Berdasarkan klasifikasi dari WHO (2005), peneliti menyusun klasifikasi penerimaan dan pengeluaran kesehatan di rumah sakit. Koding dibuat untuk seluruh jenis penerimaan dan pengeluaran. Pada saat penelitian ini dilakukan belum ada panduan melakukan analisis pembiayaan rumah sakit dari Departemen Kesehatan

2) Pengolahan Data Kualitatif

Data primer yang diperoleh melalui wawancara mendalam akan dianalisis dengan cara analisis tematik yaitu menganalisis sesuai dengan tema-tema yang ada dari setiap hasil wawancara mendalam dengan cara mencatat

Universitas Indonesia

sehingga menjadi teks narasi, mengelompokkan, membuat matriks dan menginterpretasikan ke dalam beberapa tema yang penting.

5.7.2. Validasi Data

Untuk mendapatkan analisa data yang valid, maka penelitian ini mempergunakan metode triangulasi, yaitu:

1. Triangulasi sumber: dengan menggali sumber dari Direktur rumah sakit, kepala Bappeda dan Kepala Dinas Kesehatan Propinsi.
2. Triangulasi Metode: dengan menggunakan pengumpulan data kuantitatif dan kualitatif serta pengamatan dokumen yang berhubungan dengan penelitian ini.
3. Triangulasi Analisa Data: dilakukan oleh peneliti serta meminta pendapat ahli mengenai interpretasi dan analisis yang dilakukan untuk mendapatkan masukan, korelasi atas kesalahan dan menghindari subjektifitas peneliti dalam menganalisis data.

5.8. Analisis Data

Melakukan analisis besarnya rata-rata biaya kesehatan di RSUD di propinsi Bengkulu menurut sumber dan fungsi

- 1) Pengeluaran RSUD menurut sumber
- 2) Pengeluaran RSUD menurut jenis belanja
- 3) Pengeluaran RSUD menurut fungsi

Melakukan analisis dari pengeluaran RSUD di propinsi Bengkulu:

Analisis implikasi pembiayaan RSUD terhadap efisiensi, *equity* dan *sustainability*.

5.9. Penyajian Data

Data disajikan dengan hasil yang dicapai:

1. Data sekunder hasil perhitungan ditampilkan dalam format-format yang sesuai dengan analisis pembiayaan dalam panduan WHO (2005).
2. Data primer hasil wawancara mendalam dipindahkan ke dalam form untuk masing-masing sumber informasi, dibuat dalam matriks wawancara.

Universitas Indonesia

BAB VI HASIL PENELITIAN

6.1. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini dilakukan dari awal Mei sampai dengan Awal Juni Tahun 2009 di 5 kabupaten di Propinsi Bengkulu, yaitu RSUD Argamakmur dan Bappeda Bengkulu Utara di Kabupaten Bengkulu Utara, RSUD Manna dan Bappeda Bengkulu Selatan di Kabupaten Bengkulu Selatan, RSUD Tais dan Bappeda Seluma di Kabupaten Seluma, RSUD Curup dan Bappeda Rejang Lebong di Kabupaten Rejang Lebong dan RSUD Kepahiang dan Bappeda Kepahiang di Kabupaten Kepahiang.

6.2. Karakteristik Umum RSUD di Propinsi Bengkulu

Dari penelitian ini diperoleh data dari 5 RSUD di Propinsi Bengkulu seperti terlihat di tabel 6.1 berikut ini

Tabel 6.1 Karakteristik 5 RSUD sampel di Propinsi Bengkulu tahun 2008

Kategori	Karakteristik	Jumlah
Kelas	Kelas C	3
	Kelas D	1
	Non Kelas	1
Kepemilikan	Kabupaten/Kota	5
	BLU	1
	Swadana	2
TT-2008	Lain	2
	<50	2
	50-100	3
BOR-2008	<60%	4
	60% - 80%	1
	>80%	-
Jml Poli Spesialis	<6	3
	>6	2
Kapasitas Fiskal	Rendah	4
	Sedang	1
	Tinggi	-

6.3. Karakteristik Informan

Dari penelitian yang dilakukan di lima kabupaten wilayah RSUD, berikut adalah karakteristik informan dari Bappeda kabupaten dan rumah sakit.

Tabel 6.2. Karakteristik Informan

No	Kode Informan	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir
1	R1	Laki2	S2 Manajemen
2	R2	Laki2	S1 Teknik
3	R3	Laki2	S2 Manajemen
4	R4	Laki2	S1 Pertanian
5	R5	Laki2	S1 Hukum
6	R6	Laki2	S1 Kesehatan Masyarakat
7	R7	Laki2	S2 Kesehatan
8	R8	Laki2	S2 Manajemen
9	R9	Perempuan	S2 Manajemen
10	R10	Laki2	S1 kedokteran

6.4. Kapasitas Fiskal, Jumlah Penduduk, Jumlah Penduduk Miskin dan Luas Wilayah

RSUD di propinsi Bengkulu menerima alokasi dana bersumber APBD kabupaten, APBN dalam bentuk Tugas Pembantuan(TP) dan Dana Alokasi Khusus(DAK). Kriteria teknis untuk formulasi DAU (APBD) adalah celah fiskal yaitu selisih antara kebutuhan fiskal dikurangi dengan kapasitas fiskal dan alokasi daerah. Komponen variabel yang diteliti dari DAU adalah kapasitas fiskal dan kebutuhan fiskal (jumlah penduduk,luas wilayah). Kriteria teknis daerah yang mendapatkan dana DAK yang diteliti adalah jumlah penduduk miskin dan jumlah penduduk. Berikut adalah Indeks kapasitas fiskal dan kebutuhan fiskal di 5 kabupaten wilayah RSUD yang diteliti:

Tabel.6.3. Tabel Luas Wilayah, Jumlah Penduduk, Jumlah Penduduk Miskin dan Kapasitas Fiskal Kabupaten Lokasi RSUD di Propinsi Bengkulu Tahun 2008

Kabupaten	Luas Wilayah (km ²)	Jumlah Penduduk (Jwa)	Jumlah Penduduk Miskin (Jwa)	Kapasitas Fiskal
Bengkulu Selatan	1.179,65	137.203	59.077	0.2903 (Rendah)
Bengkulu Utara	5.548,54	339.873	150.554	0.2418 (rendah)
Rejang Lebong	1.475,99	249.714	76.394	Tidak ada data
Kepahiang	704,57	116.882	45.035	0.7975 (sedang)
Seluma	2.400,44	162.104	88.763	0.2729 (rendah)

Sumber: BPS, 2008; Pedoman Jamkesmas, 2008; Permenkeu No.224/PMK.0.7/2008

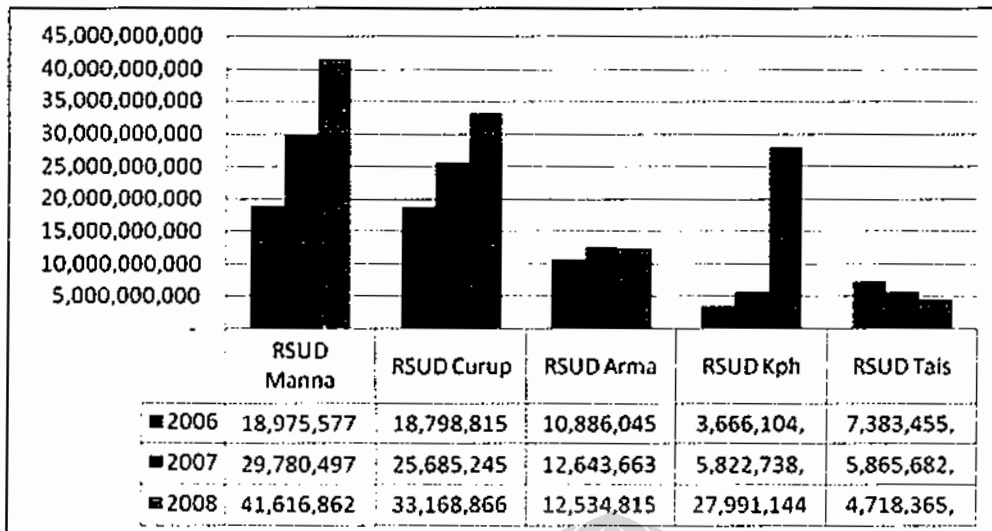
Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa Kabupaten Rejang Lebong tidak ada data untuk kapasitas fiskal, hal ini berdasarkan data yang didapatkan pada Permenkeu No.224/PMK.0.7/2008 tentang Peta Kapasitas Fiskal Daerah, bahwa daerah tersebut termasuk Daerah yang tidak dikategorikan karena daerah tidak menyampaikan data Realisasi APBD tahun Anggaran 2007; dan Daerah yang telah menyampaikan data Realisasi APBD Tahun Anggaran 2007 namun tidak disertai rincian informasi yang diperlukan untuk penghitungan kapasitas fiskal. Daerah ini tidak akan menerima alokasi hibah yang bersumber dari penerusan Pinjaman Luar Negeri. Dari lima kabupaten tersebut di atas, tiga adalah kabupaten dengan kapasitas fiskal rendah yaitu kabupaten Bengkulu Utara, kabupaten Bengkulu Selatan dan Kabupaten Seluma. Sedangkan Kabupaten Kepahiang masuk kategori kapasitas fiskal sedang.

Jumlah Penduduk yang terbesar adalah kabupaten Bengkulu Utara dan memiliki wilayah terluas serta jumlah penduduk miskin terbanyak dari 5 kabupaten yang diteliti.

6.5. Pembiayaan RSUD di Propinsi Bengkulu menurut Tahun Anggaran

Gambaran total pembiayaan masing-masing RSUD di propinsi Bengkulu dari tahun 2006-2008 dapat dilihat dari grafik di bawah ini:

Grafik 6.1. Total Pembiayaan Masing-masing RSUD di Propinsi Bengkulu Tahun 2006-2008



Dari grafik 6.1 terlihat peningkatan total pembiayaan adalah terjadi di empat rumah sakit, yaitu RSUD Manna, RSUD Curup, RSUD argamakmur dan RSUD Kepahiang. Sedangkan RSUD Tais mengalami penurunan pembiayaan rumah sakit.

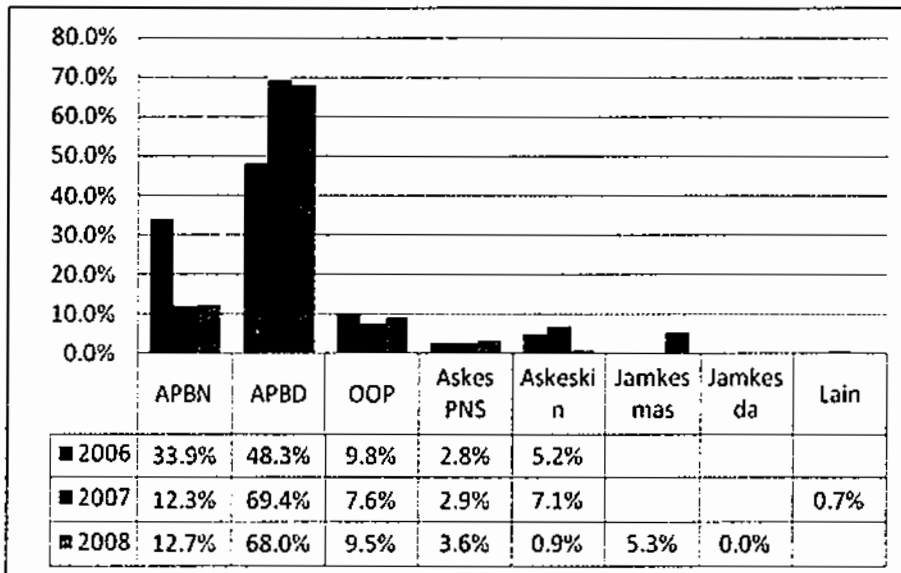
6.6. Pembiayaan RSUD di Propinsi Bengkulu berdasarkan Sumber

6.6.1. Pembiayaan Sakit Umum Daerah (RSUD) Kelas C menurut Sumber

Penggambaran pembiayaan terhadap RSUD dimaksud untuk memberi masukan bagi kebijakan RSUD di propinsi Bengkulu di dalam alokasi anggaran, perbaikan di dalam pelayanan, serta penetapan status dari rumah sakit. Dalam kaitannya, yang diambil adalah data tahun 2006-2008, terdapat satu rumah sakit yang pada tahun 2006 data pembiayaan yang berasal dari OOP yang di estimasi dari jumlah pasien dengan tarif.

Gambaran pembiayaan RSUD kelas C tahun 2006-2008 menurut sumber dapat terlihat dari tabel di bawah ini.

Grafik 6.2. Proporsi Pembiayaan RSUD Kelas C Tahun 2006-2008 menurut Sumber



Tabel 6.4. Pembiayaan RSUD Manna Tahun 2006-2008 menurut Sumber

Sumber Pembiayaan	Pembiayaan Menurut Tahun (Rupiah)		
	2006	2007	2008
APBN	12,500,000,000	1,980,182,000	4,250,000,000
APBD	4,916,765,000	24,347,963,000	32,271,723,867
OOP	1,558,812,000	1,268,307,200	1,787,246,500
Askes PNS			768,720,000
Askeskin		1,728,443,500	811,104,332
Jamkesmas			1,708,710,674
Jamkesda			19,357,000
Lain		455,601,500	
Total	18,975,577,000	29,780,497,200	41,616,862,373

Universitas Indonesia

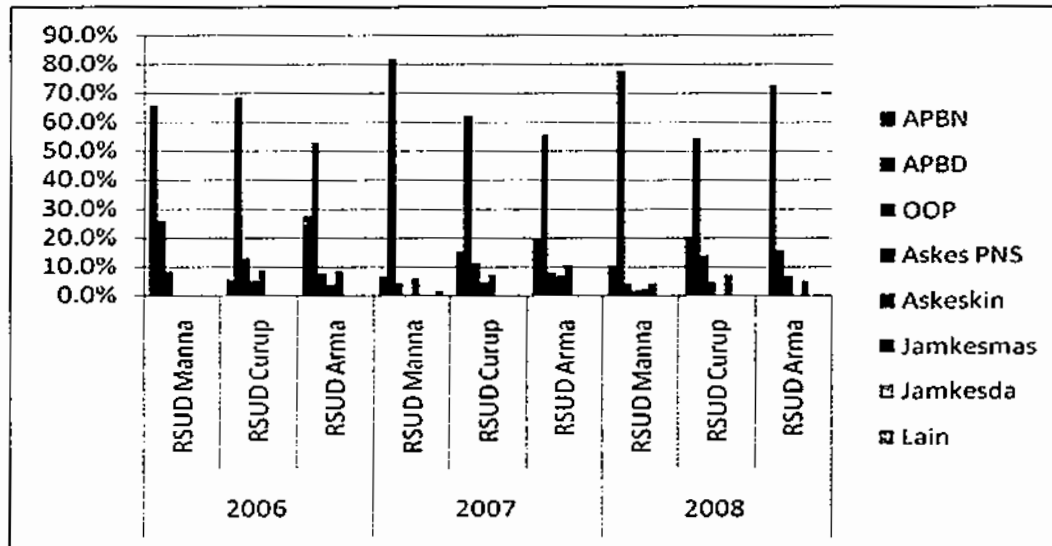
Tabel 6.5. Pembiayaan RSUD Curup Tahun 2006-2008 menurut Sumber

Sumber Pembiayaan	Pembiayaan Menurut Tahun (Rupiah)		
	2006	2007	2008
APBN	1,000,000,000	3,954,301,000	6,800,000,000
APBD	12,829,751,467	15,893,166,800	18,000,124,787
OOP	2,391,390,525	2,907,380,602	4,505,705,005
Askes PNS	951,514,055	1,137,957,750	1,542,252,000
Askeskin	1,626,159,361	1,792,439,000	
Jamkesmas			2,320,784,215
Total	18,798,815,408	25,685,245,152	33,168,866,007

Tabel 6.6. Pembiayaan RSUD Argamakmur Tahun 2006-2008 menurut Sumber

Sumber Pembiayaan	Pembiayaan Menurut Tahun (Rupiah)		
	2006	2007	2008
APBN	3,000,000,000	2,456,659,000	-
APBD	5,748,093,535	7,016,215,858	9,090,315,858
OOP	839,050,305	1,012,332,900	1,984,316,600
Askes PNS	408,016,600	833,451,300	837,181,650
Askeskin	890,885,000	1,325,004,300	
Jamkesmas			623,001,453
Total	10,886,045,440	12,643,663,358	12,534,815,561

Grafik 6.3. Proporsi Pembiayaan Masing-masing RSUD Kelas C Tahun 2006-2008 menurut Sumber



Sumber Pembiayaan yang berasal dari pemerintah di tiga RSUD kelas C di propinsi Bengkulu berasal dari APBN yaitu Tugas Pembantuan, APBD, Askeskin, Askes PNS, Jamkesmas dan Jamkesda. Sedangkan sumber dari non pemerintah terdiri dari OOP dan sumber lain.

Dari grafik 6.2. di atas menunjukkan bahwa sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah masih di atas 80%, yaitu sebesar 90.2% di tahun 2006, tahun 2007 92,4% dan pada tahun 2008 adalah 90,5%.

Dari data tersebut di atas dapat dilihat bahwa pada 3 tahun tersebut, sumber pemerintah berkontribusi di atas 90% dari total pembiayaan RSUD kelas C setiap tahunnya, sedangkan sumber dari masyarakat didominasi dari pasien langsung (OOP) rata-rata 9% setiap tahunnya. Pembiayaan bersumber APBN mengalami penurunan sampai 22% dari tahun 2006. Penurunan bersumber APBN ini dikuatkan dengan hasil wawancara dengan salah satu rumah sakit yang menerima dana terbesar bersumber APBN pada tahun 2006:

R6: " alokasi dana dari pusat bukan sudah terencana sebelumnya tetapi tergantung dengan anggaran yang diberikan oleh pusat terhadap kita sendiri, jadi persentasenya sangat bervariasi, pada tahun 2006 mendapat 12,5 M, maka dilihat dari keseluruhan operasional pada tahun 2006 lebih banyak dari pusat daripada pendapatan dan APBD hal ini dikarenakan kita melakukan relokasi rumah sakit. Kemudian tahun 2007 hanya mendapat 2M atau sekitar 20% dari

Universitas Indonesia

keseluruhan , sedangkan pada tahun 2008 mendapat 4 M sekitar 25%. Untuk tahun 2007 dan 2008, kelanjutan relokasi rumah sakit diantisipasi dengan ditambahnya dari alokasi APBD.”

Sedangkan di rumah sakit lainnya menyatakan mengenai pembiayaan ini bahwa:

R9: ”alokasi dana pusat lebih banyak dan besarnya tergantung lobi . Daerah kita belum mampu karena keadaan keuangan yang belum mencukupi untuk semua kebutuhan pembangunan rumah sakit.”

Pernyataan tersebut di atas berbeda dengan grafik, sumber dana terbesar adalah bersumber APBD, yaitu meningkat dari 48% menjadi 68% di tahun 2007 dan tetap di tahun 2008. Untuk pihak rumah sakit, kenyataan jumlah dana bersumber APBD dianggap tidak besar karena pada Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA-SKPD), di dua rumah sakit kelas C ini, target pendapatan asli rumah sakit pada tahun anggaran berlangsung dimasukkan sebagai alokasi bersumber APBD untuk rumah sakit, karena masih target jadi RS tidak melihat dana tersebut sebagai alokasi tetapi sebagai pendapatan sendiri yang belum ada.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan Kepala Bappeda mengenai alokasi di 3 rumah sakit ini, dana yang besar bersumber dari APBD bisa dikarenakan oleh masuknya kesehatan dalam prioritas pembangunan di kabupaten tersebut, seperti dalam petikan wawancara mengenai sektor yang menjadi prioritas dalam menunjang visi dan misi kabupaten adalah sebagai berikut:

R1:”yang pertama adalah sektor pendidikan yaitu 20% yang dianjurkan dari pemerintah pusat, untuk Bengkulu Selatan sudah 34%, yang kedua adalah kesehatan. Kemudian sektor-sektor yang menunjang kemiskinan, yang banyak bantuan dari pusat.”

Memang di daerah kabupaten Bengkulu Selatan tersebut, dana alokasi pada tahun 2006 mendapatkan alokasi terbesar dari APBN yaitu 65,9% dari total pembiayaan pada tahun tersebut, tetapi dengan menurunnya alokasi APBN pada tahun berikutnya yaitu menjadi 6,6%, pemerintah daerah menaikkan jumlah alokasi bersumber APBD sampai 81,8% dari total pembiayaan rumah sakit di tahun 2007.

Di kabupaten Rejang Lebong proporsi pembiayaan bersumber APBD terhadap total pembiayaan malah menurun, walaupun jika dilihat hanya dari nominal terlihat kecenderungan naik. Menurut pejabat Bappeda di kabupaten Rejang Lebong mengenai prioritas pembangunan di kabupaten tersebut adalah sebagai berikut;

R4: "Sektor prioritas di kabupaten Rejang Lebong adalah pendidikan, kesehatan, pertanian dan sarana dan prasarana ruang yang menunjang visi misi kepala daerah."

Proporsi pembiayaan bersumber APBD untuk rumah sakit dari nominal naik mungkin disebabkan oleh masuknya kesehatan sebagai sektor prioritas yang menunjang visi dan misi Kepala Daerah Rejang Lebong.

Di RSUD Kelas C lain, yaitu RSUD Argamakmur di kabupaten Bengkulu Utara, Untuk kabupaten Bengkulu Utara, pembiayaan bersumber APBD di rumah sakit dalam DPA-SKPD berbeda dengan 2 rumah sakit tipe C lain, dimana target pendapatan pada tahun anggaran berjalan tidak dimasukkan dalam alokasi anggaran. Untuk APBD ini, daerah juga selalu meningkatkan alokasi dana untuk rumah sakit, proporsi pembiayaan bersumber APBD terhadap total pembiayaan di tahun 2006 adalah 52,8% dan meningkat hingga 72,5% di tahun 2008, mungkin peningkatan ini untuk menutupi biaya yang dibutuhkan oleh RSUD argamakmur karena pada tahun 2008 rumah sakit ini tidak menerima alokasi bersumber APBN. Secara tidak langsung menurut pejabat Bappeda Kabupaten Bengkulu Utara, kesehatan masuk dalam prioritas yang mendukung visi dan misi di kabupaten ini, berikut petikan wawancaranya:

R3: "prioritas yang pertama adalah infrastruktur, kemudian sosial budaya yang terdiri dari kesehatan dan pendidikan, kemudian ekonomi."

Untuk pembiayaan bersumber pasien langsung (OOP) berdasarkan grafik 6.2 di atas dari tahun 2006 sampai dengan 2008, turun 1 % pada tahun 2007, dan naik 1% di tahun 2008.

Hasil wawancara mendalam di salah satu rumah sakit mengenai pembiayaan yang bersumber pendapatan sendiri, sebagai berikut:

Universitas Indonesia

R6:” pembiayaan bervariasi dan tiap tahun itu tidak sama, yang pasti rata-rata yang besar itu adalah dari PAD, pendapatan rumah sakit sendiri. Sedangkan DAU tergantung anggaran pemerintah daerah juga. Sifat RSUD Manna adalah ujicoba swadana, sesuai dengan PERDA tahun 2005 dan pada tahun 2008 tetap uji coba swadana.”

Seperti yang sudah dijelaskan di atas, target pendapatan di dua rumah sakit masuk dalam alokasi anggaran tahun berjalan, karena RSUD Manna adalah ujicoba Swadana maka seluruh pembiayaan rumah sakit langsung digunakan terutama untuk operasional rumah sakit.

Hal ini juga diperkuat oleh pernyataan dari Kepala Bappeda mengenai RSUD Manna untuk pendapatan rumah sakit ini:

R1:” di kabupaten ini RSUD adalah semi swadana, berapa penghasilan (PAD) akan dikembalikan full ke rs dan berapa program-program yang dianggap penting akan disupport oleh Pemda. Untuk mencapai BLUD RS Manna belum bisa jadi pemerintah daerah masih mempertahankan RS Swadana. Karena rumah sakit swadana jadi Bappeda agak longgar. Kalau target PAD 10 M, semua yang dihasilkan akan diserahkan ke rumah sakit. Untuk lain-lain DAU, akan dilihat prioritasnya. ”

Pembiayaan yang bersumber pasien langsung (OOP) di RSUD Manna pada tahun 2006 Rp.1.558.812.000,-, atau 8,1% dari total pembiayaan di tahun tersebut, pendapatan ini diestimasi dari jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap pada tahun tersebut dikalikan dengan tarif. Hal ini dilakukan karena data pendapatan tahun 2006 tidak ada seiring dengan pergantian bendahara pada tahun 2007, sehingga data juga ikut dibawa oleh bendahara yang lama. Untuk tahun 2007, proporsi pembiayaan bersumber OOP adalah 4,3% dan konstan di tahun 2008.

Kenaikan pendapatan bersumber OOP ini juga terjadi di dua rumah sakit tipe C lain, di RSUD Curup, pada tahun 2006 proporsi pembiayaan OOP terhadap total pembiayaan mengalami fluktuasi. Di RSUD Curup ini seluruh pendapatan langsung digunakan untuk operasional rumah sakit, karena berstatus swakelola.

Di RSUD Argamakmur, proporsi pendapatan bersumber dari pasien langsung ini mengalami peningkatan dari tahun 2006 sampai 2008. RSUD Argamakmur ini juga merupakan rumah sakit swakelola, dengan pengelolaan

Universitas Indonesia

yang sama dengan RSUD Curup. Peningkatan pendapatan yang bersumber pasien langsung ini juga sesuai dengan peningkatan jumlah pasien umum di RSUD Argamakmur, yaitu untuk rawat inap berjumlah 846 pasien tahun 2006 menjadi 1.803 pasien pada tahun 2007, dan menjadi 2.030 pasien pada tahun 2008. Begitu pula pada rawat jalan, jumlah pasien pada tahun 2006 adalah 4.349 pasien, 7.397 pasien di tahun 2007 dan meningkat menjadi 6.098 pasien di tahun 2008.

Pada pembiayaan bersumber Askeskin, berdasarkan grafik di atas terlihat bahwa terjadi penurunan proporsi pada tahun 2008. Di tiga rumah sakit ini terjadi penurunan dari sumber Askeskin, yaitu rata-rata proporsi total pembiayaan dari 5% di tahun 2006 menjadi 1% di tahun 2008, dan dari tiga rumah sakit tersebut pembiayaan dari Askeskin yang paling tinggi adalah di tahun 2007. Sedangkan untuk tahun 2008, hanya RSUD Manna yang masih mendapatkan pendapatan dari Askeskin, dua rumah sakit lain sudah tidak. hal ini dimungkinkan karena adanya kebijakan baru mengenai Jamkesmas di tahun 2008, sedang masih dijumpainya pendapatan Askeskin pada tahun 2008 adalah karena klaim Askeskin tahun 2007 baru dibayar pada tahun 2008. Sedangkan di RSUD Curup, pengklasifikasian di bagian rekam medik tidak membedakan pasien Askeskin dengan Jamkesmas.

Pembiayaan rumah sakit bersumber Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) baru ada di tahun 2008, dan proporsinya adalah 5% dari total pembiayaan 3 RSUD tipe C ini. Pasien yang mendapat alokasi dana Jamkesmas ini sudah ditentukan dari pusat dan yang tidak tercover diantisipasi oleh dana Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah) yang dikelola oleh Dinas Kesehatan di kabupaten lokasi RSUD masing-masing. Proporsi pembiayaan rumah sakit bersumber Jamkesda dibawah 1 %, atau sekitar 0,00..%. Berikut petikan wawancara mendalam di tiga kabupaten mengenai kesiapan pengalokasian dana Jamkesda di 3 kabupaten tersebut:

R1: *"Pengalokasian dana Jamkesda di Kabupaten Bengkulu Selatan belum terlihat, untuk dana tambahan anggaran adalah di Dinas Keuangan dan Pendapatan Daerah(DKPD) maka koordinasi dengan DKPD."*

R3: *" Pasien yang tidak tercover oleh dana Jamkesmas ,kita tanggulangi melalui dana Jamkesda di Dinas Kesehatan, jika yang tidak masuk juga tetap diterima dan diklaim ke dinkes"*

Universitas Indonesia

R4: "untuk dana Jamkesda ini dimonitor oleh Dinas Kesehatan sehingga ada sebagian juga yang dialokasikan di Dinkes, dan mulai berjalan 2008."

R6: untuk jamkesda dari PEMDA dan dikelola oleh Dinas Kesehatan jadi sifat rumah sakit sama dengan jamkesmas, rumah sakit hanya klaim ke pengelola jamkesda di Dinkes. Jamkesda seingat saya dari tahun 2007, tetapi pastinya kurang jelas, sedang 2008 sudah efektif jalan.

R9: "Yang jelas rumah sakit melayani dan klaim langsung ke Dinkes, yang SKTM"

Dari hasil wawancara tersebut dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengelolaan Jamkesda ada di Dinas Kesehatan kabupaten setempat,
2. RSUD hanya melayani pasien dan klaim langsung ke pengelola Jamkesda di Dinas Kesehatan lokasi RSUD.
3. Pengelolaan Jamkesda secara efektif baru di tahun 2008.

6.6.2. Pembiayaan RSUD kelas D tahun 2006-2008 menurut Sumber

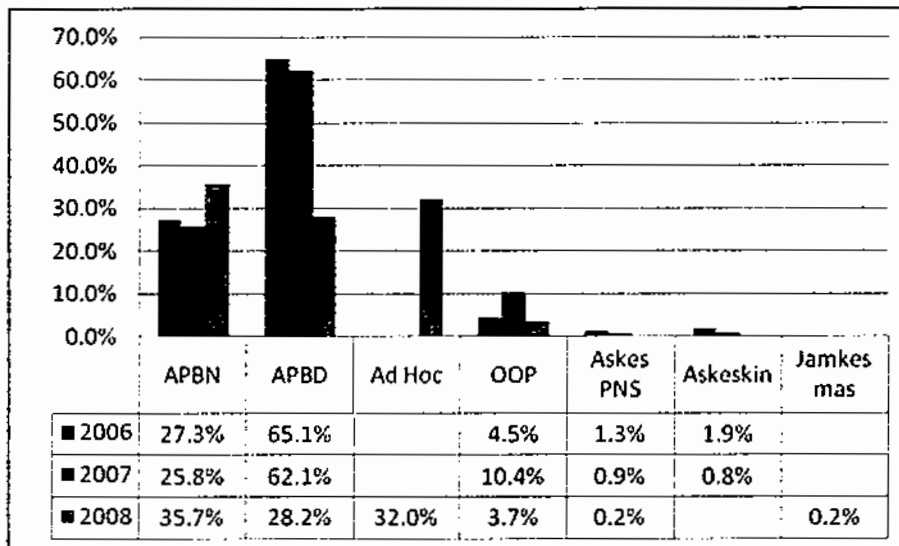
Pada penelitian ini, RSUD dengan kelas D hanya ada satu rumah sakit yaitu RSUD Kepahiang.

Gambaran pembiayaan RSUD kelas D tahun 2006-2008 menurut sumber dapat terlihat dari tabel di bawah ini.

Tabel 6.7. Pembiayaan RSUD kelas D menurut Sumber Tahun 2006-2008

Sumber Penerimaan	Pembiayaan Menurut Tahun (Rupiah)		
	2006	2007	2008
APBN	1.000.000.000	1.500.000.000	10.000.000.000
APBD	2.385.342.000	3.615.169.499	7.893.583.366
OOP	163.266.000	605.641.748	1.033.855.157
Askes PNS	47.062.929	52.772.740	63.311.184
Askeskin	70.433.585	49.154.427	
Jamkesmas			56.284.618
Ad Hoc			8.944.110.000
Total	3.666.104.514	5.822.738.414	27.991.144.325

Grafik 6.4. Proporsi Pembiayaan RSUD kelas D tahun 2006-2008 menurut Sumber



Berdasarkan grafik di atas terlihat bahwa sumber subsidi untuk RSUD kelas D ini yang berasal dari pemerintah adalah APBN, APBD, dana Ad Hoc, Askes PNS, Askeskin dan Jamkesmas. Sedangkan sumber dari masyarakat terdiri dari langsung pasien (OOP).

Dari data tersebut di atas dapat dilihat bahwa pada 3 tahun tersebut, sumber pemerintah berkontribusi di atas 80% dari total pembiayaan RSUD Kepahiang setiap tahunnya, sedangkan sumber dari masyarakat didominasi dari pasien langsung (OOP) rata-rata 6,7% setiap tahunnya. Pembiayaan bersumber APBN jika dari total pembiayaan mengalami fluktuasi dari tahun 2006 sampai dengan 2008, tetapi jika hanya melihat berdasarkan pembiayaan APBN, jumlahnya meningkat setiap tahun. Pembiayaan bersumber APBN terbesar adalah di tahun 2008 yaitu Rp.10.000.000.000,- karena pada tahun ini dilaksanakan relokasi RSUD Kepahiang dan pada tahun ini untuk relokasi rumah sakit juga mendapatkan dana Ad hoc sebesar Rp. 8,944,110,000,-. Kenaikan pembiayaan bersumber APBN ini dikuatkan dengan hasil wawancara dengan pihak Bappeda dan rumah sakit di bawah ini:

R10: ” sumber pembiayaan yang terbesar dari RSUD Kepahiang adalah dana dari APBN ”

Universitas Indonesia

Padahal jika dilihat dari proporsi pada tahun 2006 dan 2007 yang terbesar adalah bersumber dari APBD, sama seperti kasus di dua RSUD tipe C di atas dimana di Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA-SKPD), tetapi bedanya target pendapatan asli rumah sakit pada tahun anggaran berlangsung sesuai dengan peraturan daerah 85% dari target PAD rumah sakit dimasukkan sebagai alokasi bersumber APBD untuk rumah sakit, karena masih target jadi rumah sakit tidak melihat dana tersebut sebagai alokasi tetapi sebagai pendapatan sendiri.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan Kepala Bappeda untuk mengetahui sektor prioritas dalam menunjang visi dan misi kabupaten adalah sebagai berikut:

R5: "Visi Kabupaten Kepahiang adalah terdepan di bidang industri dan pariwisata berbasis pertanian dan sumber daya manusia.."

Jadi alokasi APBD dari pemerintah daerah ini ke rumah sakit, karena salah satu visi dari kabupaten Kepahiang adalah di bidang sumber daya manusia, yang menurut Bappeda secara tidak langsung jika sumber daya manusia di Kepahiang ditingkatkan kemampuannya maka pendapatan akan meningkat dan berpengaruh pada daya beli masyarakat terhadap jasa kesehatan.

Di kabupaten Kepahiang, pembiayaan bersumber APBD untuk rumah sakit ini selalu meningkat tiap tahunnya, pada tahun 2006 Rp.2.385.342.000,- kemudian meningkat pada tahun 2007 menjadi Rp.3.615.169.499,- dan menjadi Rp.3.778.644.435,- pada tahun 2008 dan juga menerima dana DAK yang langsung masuk dalam anggaran DPA SKPD RSUD Kepahiang.

Untuk pembiayaan bersumber pasien langsung (OOP) berdasarkan grafik 6.2 di atas dari tahun 2006 sampai dengan 2008 terjadi fluktuasi dari proporsi pembiayaan OOP dibanding dengan total pembiayaan rumah sakit. Pada tahun 2006 proporsi OOP adalah 4,5%, di tahun 2007 adalah 10,4% dan kemudian di tahun 2008 turun menjadi 5,4%.

Hasil wawancara mendalam di rumah sakit mengenai pembiayaan yang bersumber pendapatan sendiri, sebagai berikut:

Universitas Indonesia

R10:” RSUD Kepahiang ini sesuai dengan Perda tahun 2005, 85% dari total pembiayaan RS akan langsung digunakan rumah sakit, dan sisanya yaitu 15% disetor ke kas daerah.”

Peningkatan pendapatan yang bersumber pasien langsung ini juga sesuai dengan peningkatan jumlah pasien umum di RSUD Kepahiang, yaitu untuk rawat inap berjumlah 806 pasien tahun 2006 menjadi 887 pasien pada tahun 2007, dan menjadi 1.814 pasien pada tahun 2008. Begitu pula pada rawat jalan, jumlah pasien pada tahun 2006 adalah 4.827 pasien, 3.503 pasien di tahun 2007 dan meningkat menjadi 8.220 pasien di tahun 2008.

Pada pembiayaan bersumber Asuransi Kesehatan untuk Pegawai Negeri Sipil (Askes PNS), dari tahun 2006 sampai dengan tahun 2008 terjadi penurunan pada proporsi pembiayaan di rumah sakit ini, pada tahun 2006 adalah 1,3% dari total pembiayaan, menjadi 0,9% di tahun 2007 kemudian turun menjadi 0,3% di tahun 2008. Padahal dari jumlah pasien PNS terjadi peningkatan, untuk rawat jalan pada tahun 2006 adalah 273 pasien dan meningkat menjadi 470 pasien di tahun 2007. Untuk Rawat inap, pada tahun 2006 adalah 166 pasien, dan menjadi 303 pasien di tahun 2007.

Pada pembiayaan bersumber Askeskin, berdasarkan grafik di atas terlihat bahwa terjadi penurunan proporsi pada tahun 2007 dan tidak ada sama sekali di tahun 2008, hal ini dimungkinkan karena adanya kebijakan baru mengenai Jamkesmas di tahun 2008. Proporsi pembiayaan bersumber subsidi Askeskin adalah 1,9% di tahun 2006 dan turun menjadi 0,8% di tahun 2007. Berdasarkan jumlah kunjungan, untuk rawat jalan jumlah pasien miskin adalah 190 pasien di tahun 2006 dan turun menjadi 150 pasien di tahun 2007. Untuk pasien rawat inap, jumlah pasien di tahun 2006 adalah 467 pasien dan 570 pasien di tahun 2007.

Pembiayaan rumah sakit bersumber Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) baru ada di tahun 2008, dan proporsinya adalah 0,3% dari total pembiayaan rumah sakit. Pasien yang mendapat alokasi dana Jamkesmas ini sudah ditentukan dari pusat dan yang tidak tercover diantisipasi oleh dana Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah) yang dikelola oleh Dinas Kesehatan di kabupaten lokasi RSUD masing-masing. Untuk Jamkesda baru berlaku efektif dan

Universitas Indonesia

dianggarkan oleh pemerintah daerah pada tahun 2009. Berikut petikan wawancara mendalam di kabupaten Kepahiang mengenai kesiapan pengalokasian dana Jamkesda tersebut:

R5: *"Pengelolaan Jamkesda sudah berjalan, yang paling tahu adalah Dinas Kesehatan, dan sudah berjalan sejak 2008."*

R10: *"Untuk Jamkesda dikelola oleh Dinas Kesehatan, sedang pasien yang diluar jamkesmas dan jamkesda dananya dari Dinas Sosial dan tidak akan diambil dari operasional rumah sakit, jadi ada kerjasama dengan dinas sosial untuk pasien-pasien yang tidak tercover."*

Serupa dengan di 3 RSUD tipe C sebelumnya, pengelolaan subsidi Jamkesda dikelola oleh Dinas Kesehatan di lokasi rumah sakit, yang sedikit berbeda dan tidak ditemui di tiga rumah sakit sebelumnya adalah adanya kerjasama dengan pihak Dinas Sosial setempat untuk pembayaran pasien yang tidak masuk dalam Jamkesmas maupun Jamkesda di Kabupaten.

6.6.3. Pembiayaan RSUD non kelas tahun 2006-2008 menurut Sumber

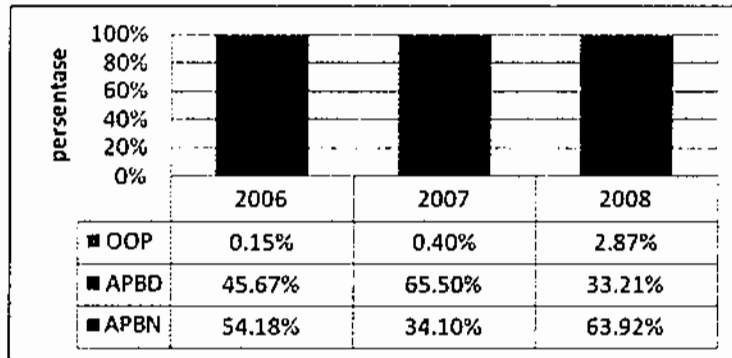
Pada penelitian ini, RSUD non kelas hanya ada satu yaitu RSUD Tais.

Gambaran pembiayaan RSUD Non Kelas tahun 2006-2008 menurut sumber dapat terlihat dari tabel di bawah ini.

Tabel 6.8. Pembiayaan RSUD Non Kelas menurut Sumber Tahun 2006-2008

Sumber Pembiayaan	Pembiayaan Menurut Tahun (Rupiah)		
	2006	2007	2008
APBN	4,000,000,000	2,000,000,000	3,016,099,779
APBD	3,372,283,200	3,841,978,250	1,566,751,828
OOP	11,172,000	23,704,100	135,513,815
Total	7,383,455,200	5,865,682,350	4,718,365,422

Grafik 6.5. Proporsi Pembiayaan RSUD Non Kelas tahun 2006-2008 menurut Sumber



Berdasarkan grafik dan tabel di atas terlihat bahwa sumber subsidi untuk RSUD non kelas di Seluma ini yang berasal dari pemerintah adalah APBN dan APBD. Sedangkan sumber dari masyarakat terdiri dari langsung pasien (OOP).

Sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah masih di atas 90%, di tahun 2006 proporsi dari pemerintah adalah 99,8. Pada tahun 2007, dari subsidi pemerintah adalah 99,6% sedang pada tahun 2008 subsidi pemerintah turun menjadi 97,1%.

Pembiayaan bersumber APBN jika dari total pembiayaan mengalami fluktuasi dari tahun 2006 sampai dengan 2008. Pembiayaan bersumber APBN ini pada tahun 2008 proporsinya lebih besar daripada APBD, hal ini berbeda dengan proporsi di rumah sakit tipe C maupun tipe D dengan subsidi APBD yang lebih besar. Padahal berdasarkan wawancara mengenai sektor yang menjadi prioritas di kabupaten Seluma dengan Bappeda setempat:

R2: " Sektor yang menjadi prioritas adalah pembangunan infrastruktur, kesehatan, pendidikan dan infra struktur sarana Kota"

Sedangkan menurut pihak RSUD Tais, alokasi dana APBD ini tergantung dari pengambil kebijakan di daerah yaitu bupati.

Di kabupaten Seluma, pembiayaan bersumber APBD untuk rumah sakit ini pada tahun 2006 Rp.3.372.283.200,- kemudian meningkat pada tahun 2007 menjadi Rp.3.841.978.250,- dan menjadi Rp.3.895.971.476,- pada tahun 2008 dan juga menerima dana DAK yang langsung masuk dalam anggaran DPA SKPD RSUD Tais.

Universitas Indonesia

Untuk pembiayaan bersumber pasien langsung (OOP) berdasarkan grafik 6.3 di atas dari tahun 2006 sampai dengan 2008, terjadi kenaikan dari proporsi pembiayaan OOP dibanding dengan total pembiayaan rumah sakit. Pada tahun 2006 proporsi OOP adalah 0,2%, di tahun 2007 adalah 0,4% dan kemudian di tahun 2008 naik menjadi 2,9%.

Hasil wawancara mendalam di rumah sakit mengenai pembiayaan yang bersumber pendapatan sendiri, sebagai berikut:

R7: " untuk RSUD Tais pengelolaan pendapatan asli rumah sakit adalah 60% untuk operasional rumah sakit dan 40% disetor ke kas daerah, kalau untuk rumah sakit peraturan ini tidak merugikan tetapi untuk staf itu merugikan karena seharusnya insentif untuk mereka, dan untuk pengurusan keluar uang yang sudah disetor mekanismenya susah, jadi uang tersebut tidak akan kembali ke rumah sakit."

Di RSUD Tais ini, sesuai dengan peraturan daerah mengenai rumah sakit, dimana pendapatan yang diterima rumah sakit 60% langsung digunakan oleh rumah sakit dan sisanya yaitu 40% disetor ke kas daerah. Rendahnya pembiayaan yang bersumber dari langsung pasien (OOP) pada tahun 2006 dikarenakan rumah sakit hanya menerima pelayanan rawat jalan, dan rawat inap baru ada sejak tahun 2007.

Untuk pembiayaan bersumber asuransi seperti Askes PNS, Askeskin maupun Jamkesmas, dari laporan pembiayaan keuangan RSUD Tais sampai dengan tahun 2008 tidak ada dikarenakan pada tahun 2006 sampai dengan tahun 2007 RSUD Tais belum ada kerjasama dengan PT.Askes sedangkan untuk Jamkesmas baru akan dimulai di tahun 2009.

Melalui wawancara mendalam kepada pihak Bappeda dan rumah sakit mengenai pembiayaan pasien miskin adalah sebagai berikut:

R2: " Pemerintah kota Seluma mengalokasikan Jamkesda oleh APBD yang ditampung dalam Dinas Kesehatan "

R7: Di RSUD Tais, Jamkesda tidak ada mungkin tahun-tahun ke depan baru ada. Untuk yang tidak tercover jamkesmas kebijakan direktur saja, dan bukan kebijakan daerah. Di perda No.1 tahun 2008, direktur berwenang memberikan dispensasi-dispensasi jadi wewenang direktur bagaimana pembiayaan pasien miskin. Dana untuk itu diambil dari mana saja yang penting pasien terlayani."

Universitas Indonesia

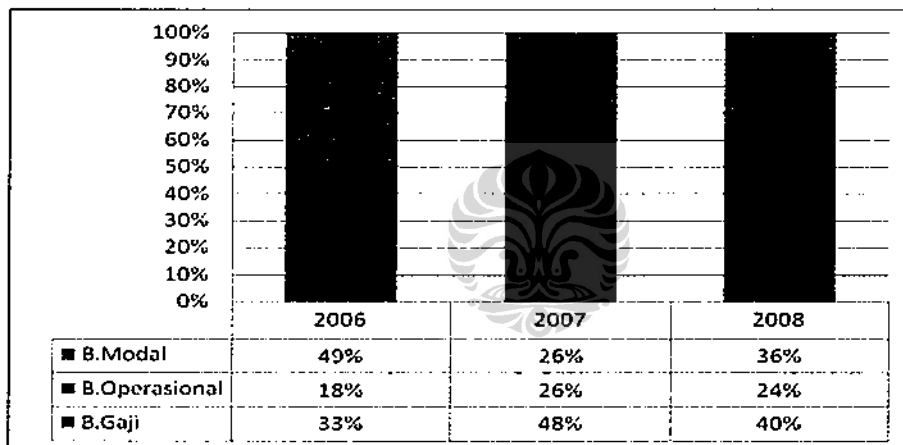
Dapat disimpulkan dari laporan pembiayaan keuangan RSUD Tais serta hasil wawancara mendalam ini:

1. Belum adanya kerjasama RSUD Tais dengan PT.Askes untuk pengelolaan asuransi kesehatan baik Askes PNS maupun Askeskin.

6.7. Pembiayaan RSUD di Propinsi Bengkulu menurut Belanja Tahun 2006-2008.

6.7.1. Pembiayaan RSUD Kelas C di Propinsi Bengkulu Menurut Jenis Belanja

Grafik 6.6. Proporsi Pembiayaan RSUD Kelas C di Propinsi Bengkulu menurut Jenis Belanja Tahun 2006-2008



Dan untuk jelasnya, berikut adalah proporsi alokasi pembiayaan RSUD Kelas C berdasarkan jenis belanja di masing-masing rumah sakit

Tabel 6.9. Pembiayaan RSUD Manna menurut Jenis Belanja Tahun 2006-2008

Tahun Anggaran	Pembiayaan menurut Jenis Belanja(Rupiah)		
	B.Gaji	B.Op	B. Modal
2006	3,892,905,000	945,971,000	12,577,889,000
2007	13,642,222,000	5,916,523,219	6,769,399,781
2008	16,363,510,299	4,838,019,918	15,320,193,650

Universitas Indonesia

Tabel 6.10. Pembiayaan RSUD Curup menurut Jenis Belanja Tahun 2006-2008

Tahun Anggaran	Pembiayaan menurut Jenis Belanja (Rupiah)		
	B. Gaji	B. Op	B. Modal
2006	6,034,384,767	4,974,029,600	2,821,337,100
2007	8,420,626,600	7,657,029,000	3,769,812,200
2008	6,034,384,767	9,650,710,000	8,776,604,000

Tabel 6.11. Pembiayaan RSUD Argamakmur menurut Jenis Belanja Tahun 2006-2008

Tahun Anggaran	Pembiayaan Menurut Jenis Belanja (Rupiah)		
	B.Gaji	B.Op	B.Modal
2006	3,345,593,785	1,205,839,750	4,196,660,000
2007	4,392,565,858	992,459,650	4,087,849,350
2008	5,392,133,858	2,385,900,644	1,312,281,356

Tabel 6.12. Proporsi Pembiayaan Alokasi Masing-masing RSUD Kelas C berdasarkan Jenis Belanja tahun 2006-2008

Jenis Belanja	Proporsi Pembiayaan menurut Jenis Belanja								
	2006			2007			2008		
	RSUD Manna	RSUD Curup	RSUD Arma	RSUD Manna	RSUD Curup	RSUD Arma	RSUD Manna	RSUD Curup	RSUD Arma
B.Gaji	22.4%	43.6%	38.2%	51.8%	42.4%	46.4%	44.8%	24.7%	59.3%
B.Op	5.4%	36.0%	13.8%	22.5%	38.6%	10.5%	13.2%	39.5%	26.2%
B.Modal	72.2%	20.4%	48.0%	25.7%	19.0%	43.2%	41.9%	35.9%	14.4%
Total	100.0 %	100.0%	100.0 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Berdasarkan grafik 6.6 pada tahun 2006, jumlah pembiayaan terbesar adalah untuk belanja modal yaitu 49%, dimana pada tahun tersebut di RSUD Manna mendapat alokasi belanja modal mencapai 72,2% dari total alokasi yang diterima rumah sakit yaitu Rp.12,577,889,00,- dan RSUD Argamakmur menerima sampai 48%. Sedangkan untuk tahun 2007, yang terbesar adalah alokasi belanja gaji, dimana proporsi gaji adalah 48% dari total pembiayaan. Untuk tahun 2008, proporsi belanja gaji dan belanja modal hamper sama, dimana RSUD Manna pada

Universitas Indonesia

tahun ini mendapatkan alokasi belanja modal 41,9% dan RSUD Curup menerima 51,7% sedangkan untuk belanja gaji proporsi yang diterima oleh RSUD Manna adalah 44,8% dan RSUD Argamakmur adalah 59,3%.

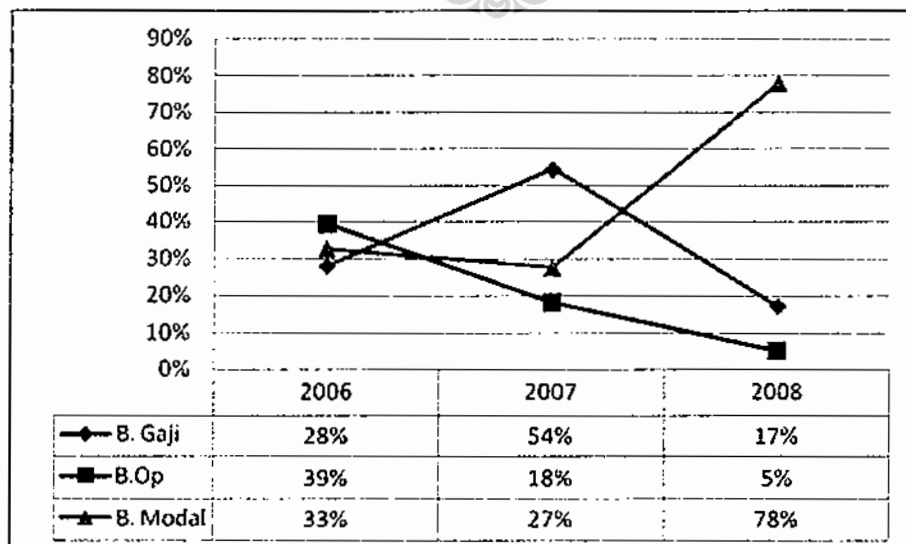
6.7.2. Pembiayaan RSUD Kelas D di Propinsi Bengkulu Menurut Jenis Belanja

Berikut ini adalah gambaran pembiayaan alokasi RSUD kelas D berdasarkan jenis belanja adalah bawah ini:

Tabel 6.13. Pembiayaan Alokasi RSUD Kelas D berdasarkan Jenis Belanja tahun 2006-2008

Tahun Anggaran	Pembiayaan menurut Jenis Belanja (Rupiah)		
	B. Gaji	B. Op	B. Modal
2006	949,652,000	1,333,085,000	1,102,605,000
2007	2,783,861,999	926,757,500	1,404,550,000
2008	4,614,072,381	1,308,461,435	20,915,159,550

Grafik 6.7. Proporsi Pembiayaan Alokasi RSUD Kelas D berdasarkan Jenis Belanja tahun 2006-2008



Berdasarkan tabel di atas, pada tahun 2006, alokasi belanja yang terbesar adalah belanja operasional. Sedangkan pada tahun 2008, yang terbesar adalah alokasi

untuk belanja modal mencapai 78 %, dan pada tahun 2008 jumlah alokasi untuk belanja operasional hanya 5 % dari total pembiayaan alokasi RSUD. Pada tahun 2008 ini, RSUD Kepahiang mulai pembangunan untuk alokasi RSUD sehingga belanja modal pada tahun ini meningkat.

Berdasarkan hasil wawancara dengan pihak RSUD Kepahiang mengenai jenis belanja yang diterima adalah sebagai berikut:

R10: *“kita tahun 2008 ini hanya mendapatkan 200 juta untuk operasional. Jadi masih sangat kurang dari APBD.”*

Hal ini sesuai dengan proporsi pada tahun 2008. alokasi berdasarkan belanja operasional hanya 5% dari total pembiayaan RSUD Kepahiang.

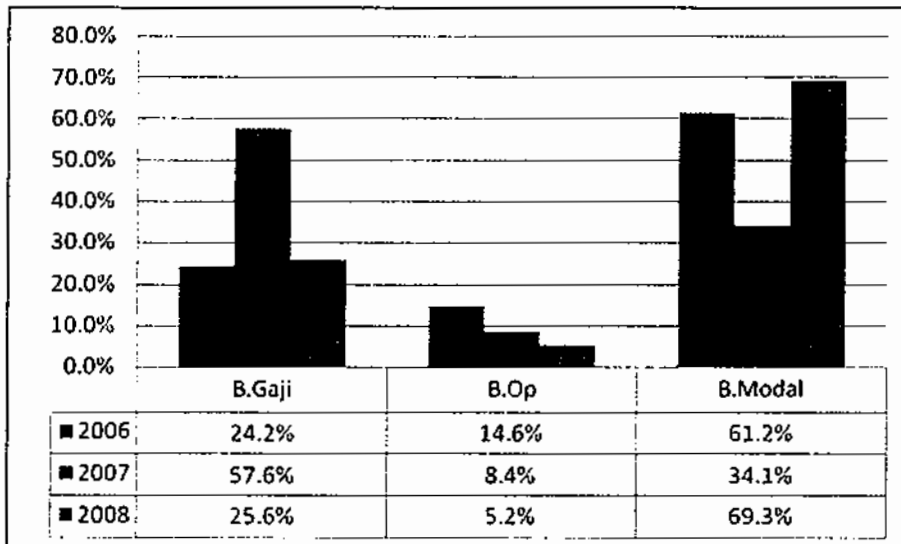
6.7.3. Pembiayaan RSUD Non Kelas di Propinsi Bengkulu Menurut Jenis Belanja

Berikut ini adalah gambaran pembiayaan alokasi RSUD Non Kelas berdasarkan jenis belanja adalah bawah ini:

Tabel 6.14. Pembiayaan Alokasi RSUD Non Kelas berdasarkan Jenis Belanja tahun 2006-2008

Tahun Anggaran	Pembiayaan menurut Jenis Belanja (Rupiah)		
	B. Gaji	B. Operasional	B. Modal
2006	1,784,883,200	1,074,490,000	4,512,910,000
2007	3,362,673,750	487,924,500	1,991,380,000
2008	1,171,955,517	236,249,085	3,174,647,005

Grafik 6.8. Proporsi Pembiayaan Alokasi RSUD Non Kelas berdasarkan Jenis Belanja tahun 2006-2008



Pada tahun 2006, proporsi belanja modal adalah 61,2% yaitu Rp.4.512.910.000,- dimana pada tahun ini RSUD Tais masih melakukan pembangunan fisik rumah sakit, sedang pada tahun 2007 jumlah yang terbesar adalah proporsi belanja gaji dan pada tahun 2008 yang meningkat adalah proporsi belanja modal yaitu 69,3%. Hal ini menurut pihak RSUD Tais, belanja operasional sebenarnya sangat dibutuhkan, berikut petikan wawancaranya:

R9: "Pemerintah daerah sekedar hanya melihat ada rumah sakit, belum memperhatikan dana untuk menunjang rumah sakit yaitu untuk pembayaran dokter spesialis, listrik dan operasional lainnya."

6.8. Proporsi Pembiayaan RSUD di Propinsi Bengkulu Tahun 2006-2008 menurut Fungsi

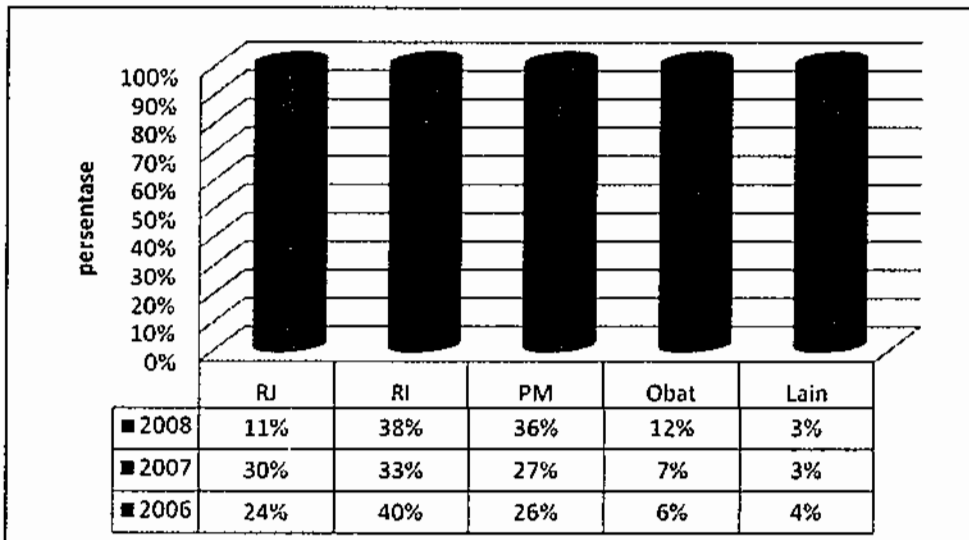
Estimasi Proporsi Fungsi Rumah Sakit untuk Diagregasi sesuai dengan ICHA-NHA. Berdasarkan standar ICHA-NHA pembiayaan suatu rumah sakit seharusnya dapat dirinci menurut fungsi, yaitu:

1. Rawat inap
2. Rawat Jalan
3. Penunjang Medik
4. Obat
5. Fungsi Lainnya.

Untuk melakukan agregasi estimasi proporsi pembiayaan menurut fungsi pelayanan rumah sakit dengan menghitung persentase total pembiayaan rumah sakit menurut fungsi masing-masing (rawat jalan, rawat inap, penunjang medik, obat dan lainnya) terhadap total pembiayaan.

6.8.1. Pembiayaan RSUD Kelas C di Propinsi Bengkulu menurut Fungsi Tahun 2006-2008

Grafik 6.9. Proporsi Rata-rata Pembiayaan RSUD Kelas C di Propinsi Bengkulu menurut Fungsi Tahun 2006-2008



Universitas Indonesia

Tabel 6.15. Pembiayaan RSUD Manna menurut Fungsi Tahun 2006-2008

Fungsi	Pembiayaan menurut Tahun (Rupiah)		
	2006	2007	2008
Rawat Jalan	3,208,691,345	3,422,658,850	5,113,041,341
Rawat Inap	14,208,073,655	9,741,413,650	12,052,168,876
Penunjang Medis		11,321,102,350	17,165,210,217
Lain		1,842,970,150	2,191,303,432
Total	17,416,765,000	26,328,145,000	36,521,723,867

Tabel 6.16. Pembiayaan RSUD Curup menurut Fungsi Tahun 2006-2008

Fungsi	Pembiayaan menurut Tahun (Rupiah)		
	2006	2007	2008
Rawat Jalan	5,801,145,352	7,977,422,994	1,661,490,710
Rawat Inap	4,248,614,140	6,171,690,254	9,104,957,264
Penunjang Medis	993,750,862	1,777,901,419	5,260,786,588
Obat	2,593,972,260	3,903,316,116	8,741,750,992
Lain	192,268,853	17,137,018	31,139,234
Total	13,829,751,467	19,847,467,800	24,800,124,787

Tabel 6.17. Pembiayaan RSUD Argamakmur menurut Fungsi Tahun 2006-2008

Fungsi	Pembiayaan menurut Tahun (Rupiah)		
	2006	2007	2008
Rawat Jalan	1,532,038,466	5,363,130,301	926,509,826
Rawat Inap	5,458,201,270	2,241,768,062	5,591,765,261
Penunjang Medis	1,757,853,799	1,867,976,495	2,572,040,771
Total	8,748,093,535	9,472,874,858	9,090,315,858

Berdasarkan grafik 6.9 di atas proporsi pembiayaan yang cenderung konsisten adalah penunjang medik dan obat, pada tahun 2006 proporsi

pembiayaan penunjang medik adalah 26% kemudian menjadi 27% di tahun 2007 dan meningkat menjadi 36% di tahun 2008. Obat berkisar antara 65 di tahun 2006 dan meningkat menjadi 12% di tahun 2008. Ternyata pembiayaan terbesar adalah rawat inap dan penunjang medik, keduanya mencakup lebih dari 70% dari pembiayaan.

Berdasarkan wawancara terhadap tiga rumah sakit tipe C di propinsi Bengkulu mengenai pembiayaan di rumah sakit masing-masing adalah sebagai berikut:

R1: Kalau pembiayaan itu sesuai dengan perencanaan yang ada jadi walaupun ada yang diluar itu tidak terlalu signifikan

R1 : kalo prosedurnya sudah sesuai kalau alokasi anggarannya masih sangat kurang sehingga masih ada keluhan2 dari ruangan, hal ini terjadi karena dana kita memang tidak cukup.

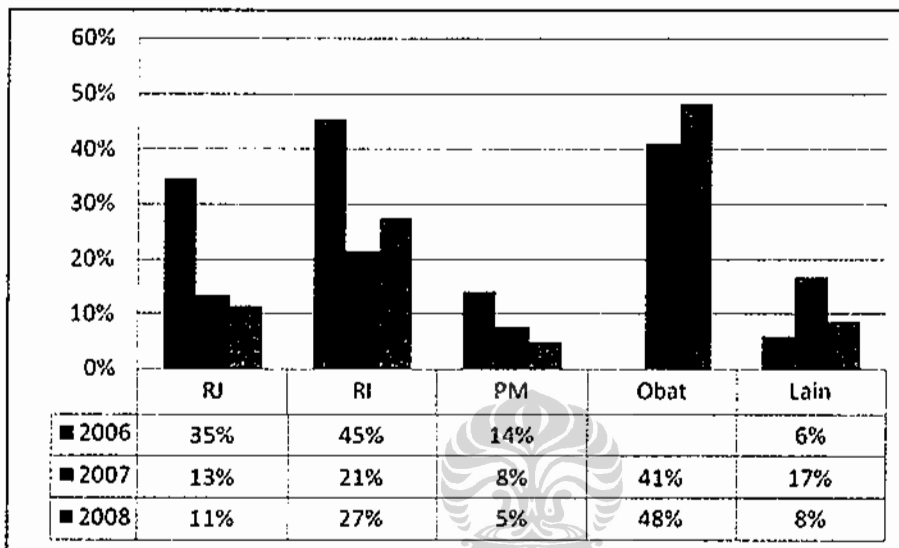
Jika hanya dilihat dari proporsi pembiayaan di RSUD Manna saja, hanya ada 4 fungsi, yaitu Rawat jalan, rawat inap, penunjang medik dan fungsi lain. Terdapat data yang ekstrim pada tahun 2006, hal ini dimungkinkan karena untuk estimasi pembiayaan didasarkan pada proporsi pembiayaan yang pada tahun 2006 diestimasi langsung dari jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap dikalikan dengan tarif. Di RSUD Manna pembiayaan berdasarkan fungsi yang terbesar adalah fungsi penunjang medik.

Untuk RSUD Curup proporsi pembiayaannya terdapat 5 fungsi, dengan rentang sebagai berikut rawat jalan 7-42%, rawat inap 31-37%, penunjang medik 7-21%, obat 19-35% dan fungsi lain adalah 0,1-1,4%. Untuk proporsi ini, yang masuk dalam rentang yang sama dengan proporsi RSUD kelas C adalah rawat inap.

Di RSUD Argamakmur dari estimasi pembiayaan hanya ada 3 fungsi yang dapat diproporsikan untuk pembiayaan rumah sakit, untuk rawat jalan adalah 10-57%, rawat inap 24-62% dan fungsi penunjang medik adalah 20-28%. 3 fungsi ini masih masuk dalam rentang proporsi pembiayaan di RSUD kelas C di propinsi Bengkulu.

6.8.2. Proporsi Pembiayaan RSUD Kelas D di Propinsi Bengkulu menurut Fungsi Tahun 2006-2008

Grafik 6.10. Pembiayaan RSUD Kelas D di Propinsi Bengkulu menurut Fungsi Tahun 2006-2008



Tabel 6.18. Pembiayaan RSUD Kelas D di Propinsi Bengkulu menurut Fungsi Tahun 2006-2008

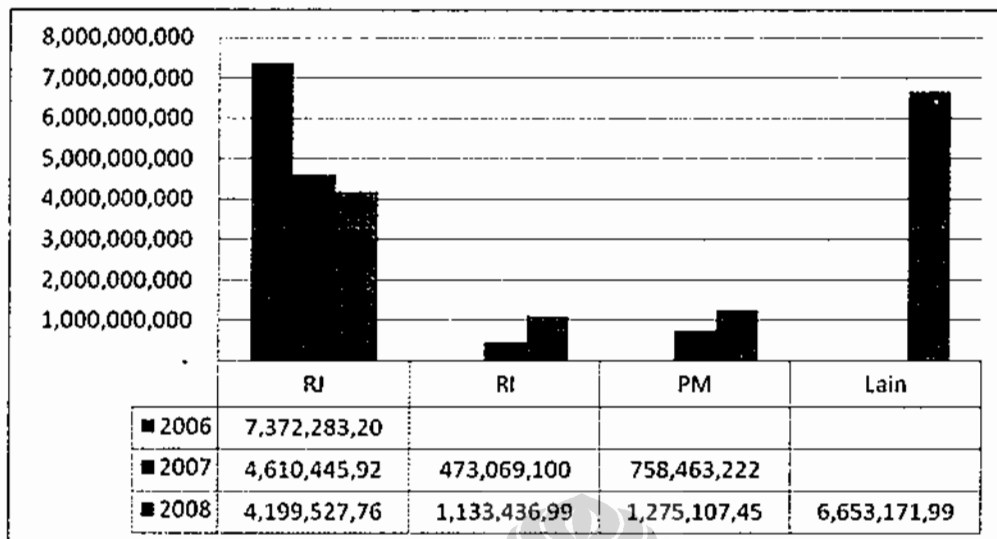
Fungsi	Pembiayaan menurut Tahun (Rupiah)		
	2006	2007	2008
RJ	1,173,221,568	682,370,537	3,039,896,988
RI	1,533,152,983	1,097,586,185	7,344,547,178
PM	478,134,883	391,456,322	1,264,387,145
Obat	-	2,091,293,298	12,918,395,455
Lain	200,832,567	852,463,158	2,270,466,599
Total	3,385,342,000	5,115,169,499	26,837,693,366

Berdasarkan hasil analisis estimasi proporsi pembiayaan di RSUD kelas D yang kecenderungan konsisten adalah fungsi obat yaitu 41% di tahun 2007 menjadi 48% di tahun 2008. Rawat jalan berkisar antara 11% dan 35%, ada

penurunan di proporsi rawat inap semula 45% kemudian turun menjadi 21% dan naik kembali di tahun 2008 menjadi 27%.

6.8.3. Pembiayaan RSUD Non Kelas di Propinsi Bengkulu menurut Fungsi Tahun 2006-2008

Grafik 6.11. Pembiayaan RSUD Non Kelas di Propinsi Bengkulu menurut Fungsi



Tabel 6.19. Proporsi Pembiayaan RSUD Non Kelas di Propinsi Bengkulu menurut Fungsi Tahun 2006-2008

Fungsi	Proporsi Pembiayaan menurut tahun		
	2006	2007	2008
Rawat Jalan	100%	79%	32%
Rawat Inap		8%	9%
Penunjang Medik		13%	10%
Lain			50%
Total	100%	100%	100%

Berdasarkan hasil analisis estimasi proporsi pembiayaan di RSUD non kelas yang kecenderungan konsisten adalah fungsi penunjang medik yaitu 13% di tahun 2007 menjadi 10% di tahun 2008 dan fungsi rawat inap yaitu 8% di tahun 2007 menjadi 9% di tahun 2008. Proporsi pembiayaan terbesar adalah di fungsi rawat jalan tetapi menurun di tahun 2008.

6.9. Implikasi Pembiayaan terhadap Efisiensi, *Equity* dan *Sustainability* RSUD di Propinsi Bengkulu

6.9.1. Isu Efisiensi

Dalam penelitian ini efisiensi dilihat dari pembiayaan rumah sakit menurut fungsi rawat jalan dan fungsi rawat inap dengan pencapaian kinerja rumah sakit, dapat dilihat dari data berikut.

Tabel 6.20. Pembiayaan Rumah Sakit menurut Fungsi Rawat Jalan dan Fungsi Rawat Inap Tahun 2006-2008

Rumah Sakit	Pembiayaan menurut fungsi dan tahun (dalam rupiah)					
	2006		2007		2008	
	Rawat Jalan	Rawat Inap	Rawat Jalan	Rawat Inap	Rawat Jalan	Rawat Inap
RSUD Manna	3.208.691.345	14.208.073.655	3.422.658.850	9.741.413.650	5.113.041.341	12.052.168.876
RSUD Curup	5.801.145.352	4.248.614.140	7.977.422.994	6.171.690.254	7.977.422.994	9.104.957.264
RSUD Arma	1.532.038.466	5.458.201.270	5.363.130.301	2.241.768.062	5.363.130.301	5.591.765.261
RSUD Kepahiang	1.173.221.568	1.533.152.983	682.370.537	1.097.586.185	3.039.896.988	7.344.547.178
RSUD Tais	7.372.283.200		4.610.445.928	473.069.100	4.199.527.763	1.133.436.999

Tabel 6.21. Kinerja Lima RSUD di Propinsi Bengkulu Tahun 2006-2008

Rumah Sakit	Kinerja Rumah Sakit menurut tahun								
	2006			2007			2008		
	BOR	Pasien RJ	Pasien RI	BOR	Pasien RJ	Pasien RI	BOR	Pasien RJ	Pasien RI
RSUD Manna	51,48%	28718		66,75%	19605	4753	66,88%	28492	4862
RSUD Curup	46,1%	23474	4953	57,2%	23835	5953	47,2%	20636	6084
RSUD Arma	40%	8655	2048	48%	16565	4267	38%	11402	3189
RSUD Kepahiang	24%	5290	1439	32%	4123	1760	30,71%	4554	1811
RSUD Tais	0	1364		4,78%	161	98	9%	2977	270

Untuk tiga rumah sakit yang sama kelas yaitu RSUD Curup, RSUD Manna dan RSUD Argamakmur, berdasarkan tabel di atas untuk tahun 2006, pembiayaan terbesar untuk fungsi rawat jalan adalah RSUD Curup, tetapi dari jumlah kunjungan pasien rawat jalan yang terbesar adalah RSUD Manna. Sedangkan di tahun 2006 ini pembiayaan untuk fungsi terbesar adalah RSUD

Manna, hal ini dibarengi dengan BOR tertinggi dari tiga rumah sakit tersebut. Pada tahun 2007, pembiayaan berdasarkan fungsi rawat inap yang memiliki pembiayaan terbesar adalah di RSUD Manna dengan kinerja BOR juga tertinggi yaitu mencapai 66,75% dari dua rumah sakit kelas C lain. Sedang untuk tahun 2008, pembiayaan terbesar adalah di RSUD Manna baik untuk fungsi rawat jalan maupun fungsi rawat inap, hal ini juga sesuai dengan jumlah kunjungan untuk rawat jalan yang tertinggi dan BOR untuk rumah sakit juga tertinggi dibandingkan dengan dua rumah sakit kelas C lain.

Untuk RSUD Kepahiang, pengeluaran berdasarkan fungsi rawat jalan dan rawat inap tidak sebesar tiga RSUD kelas C, hal ini dikarenakan jumlah pelayanan yang belum lengkap. Pembiayaan di rumah sakit ini berfluktuasi baik untuk rawat jalan maupun rawat inap, di tahun 2007 mengalami penurunan walaupun kinerja malah naik yaitu BOR meningkat dari 24% menjadi 32%, kemudian di tahun 2008 pembiayaan rawat inap kembali naik tetapi dengan kinerja yang malah turun yaitu BOR menjadi 30%.

Di RSUD Tais, untuk fungsi pembiayaan di tahun 2006 dibandingkan dengan empat rumah sakit lain merupakan pembiayaan terbesar untuk rawat jalan, tetapi untuk jumlah kunjungan pasien, rumah sakit ini yang paling kecil. Hal ini dimungkinkan karena pada tahun 2006 RSUD Tais masih melakukan pembangunan awal rumah sakit dan baru melaksanakan pelayanan rawat jalan. Pembiayaan untuk fungsi rawat jalan kemudian turun di tahun 2007 dan 2008 sedangkan jumlah kunjungan terlihat naik, hal ini dikarenakan pada tahun tersebut sudah melaksanakan pelayanan rawat inap.

Seperti merujuk pada tabel 6.1, BOR di lima rumah sakit ini sangat bervariasi dikarenakan juga bervariasinya jumlah tempat tidur. Begitu juga dengan tiga rumah sakit di kelas C ini, jumlah tempat tidur di RSUD Manna adalah 78, RSUD Curup adalah 100 tempat tidur sedang di RSUD Argamakmur adalah 68 tempat tidur. Baru RSUD Manna yang menunjukkan efisien dalam hal perbandingan pengeluaran dengan utilisasi, sedang RSUD Curup dengan jumlah tempat tidur yang paling banyak, penggunaannya belum optimal masih di bawah 60% begitu juga dengan RSUD Argamakmur, BOR rumah sakit malah

Universitas Indonesia

kecenderungan untuk menurun hal ini menunjukkan RSUD Curup dan RSUD Argamakmur belum efisien. Di dua rumah sakit lain, yaitu RSUD Kepahiang dan RSUD Tais dengan jumlah tempat tidur yang masih sedikit, yaitu RSUD Kepahiang adalah 50 tempat tidur, sedangkan RSUD Tais adalah 43 tempat tidur dan masih belum digunakan sepenuhnya dengan terlihat BOR di kedua rumah sakit ini masih sangat rendah, padahal jumlah pembiayaan untuk fungsi rawat inap cenderung meningkat dan dengan proporsi yang besar, hal ini menunjukkan ketidakefisienan di RSUD Kepahiang dan RSUD Tais.

6.9.2. Isu *Equity*

Pada penelitian ini *equity* yang dilihat adalah dari sosio-ekonomi pasien yang berkunjung ke rumah sakit, berikut adalah perbandingan proporsi jumlah pasien masyarakat miskin dengan pasien umum di RSUD propinsi Bengkulu tahun 2006-2008,

Tabel.6.22. Proporsi Perbandingan Kunjungan Pasien Miskin dengan Pasien Umum di Rawat Inap dan Rawat Jalan RSUD dan Proporsi Penduduk Miskin di Lima Kabupaten di Propinsi Bengkulu Tahun 2006-2008

RSUD	Proporsi Penduduk Miskin di Kabupaten	Proporsi Kunjungan Pasien Miskin dan Pasien Umum (persen)											
		Tahun 2006				Tahun 2007				Tahun 2008			
		Pasien Miskin		Pasien Umum		Pasien Miskin		Pasien Umum		Pasien Miskin		Pasien Umum	
		RJ	RI	RJ	RI	RJ	RI	RJ	RI	RJ	RI	RJ	RI
Manna	43%	52%		48%		75%	67%	25%	33%	22%	22%	78%	78%
Argamakmur	44%	11%	49%	89%	51%	30%	46%	70%	54%	19%	20%	81%	80%
Curup	31%	34%	51%	66%	49%	48%	62%	52%	38%	21%	36%	79%	64%
Kepahiang	39%	37%	4%	63%	96%	4%	39%	96%	61%	2%	12%	98%	88%
Tais	55%			100%				100%	100%			100%	100%

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat pada tahun 2006, di RSUD Manna jumlah kunjungan pasien miskin di rawat jalan hampir sama perbandingannya dengan jumlah kunjungan pasien umum, di tahun 2007 perbandingan proporsi pasien miskin dan pasien umum, lebih banyak pasien miskin. Tetapi pada tahun 2008, proporsi pasien umum lebih besar dari pasien miskin, setidaknya proporsi yang memenuhi *equity* sosio ekonomi di RSUD Manna ini adalah perbandingan

Universitas Indonesia

proporsi pasien miskin adalah 43% dari total pasien yang berkunjung. Dari hasil perbandingan proporsi pasien miskin dan pasien umum di RSUD Manna ini, masih belum terjadi *equity* untuk sosio ekonomi.

Di RSUD Argamakmur, berdasarkan tabel di atas pada tahun 2006 jumlah pasien umum di rawat jalan dan rawat inap lebih besar daripada kunjungan pasien miskin dan hal itu juga terjadi di tahun 2007 dan 2008. Perbandingan proporsi kunjungan pasien miskin dan pasien umum ini rata-rata setiap tahunnya melebihi proporsi jumlah penduduk miskin dibandingkan total penduduk di Kabupaten Bengkulu Utara, yaitu 44%. Jadi terlihat disini, untuk RSUD Argamakmur, sudah ada *equity* untuk sosio ekonomi pada pasien miskin.

Untuk RSUD Curup, proporsi perbandingan kunjungan pasien miskin dan pasien umum pada tahun 2007 kecenderungan turun untuk kunjungan pasien miskin. Tetapi, memang jika dibandingkan dengan kabupaten lain proporsi penduduk miskin paling kecil yaitu 31%. Dan pada tahun 2008, proporsi kunjungan pasien miskin naik baik di rawat jalan maupun rawat inap dan jauh melebihi proporsi penduduk miskin di wilayah Rejang Lebong. Hal ini menunjukkan bahwa di RSUD Curup pembiayaan di rumah sakit sudah ada *equity* sosio ekonomi pada pasien miskin.

Lebih besarnya proporsi perbandingan jumlah kunjungan pasien umum dibandingkan dengan pasien miskin berdasarkan data di atas terjadi di RSUD Kepahiang, baik pada tahun 2006, 2007 maupun tahun 2008. Malah pada tahun 2008, proporsi kunjungan pasien miskin adalah 2-12%, padahal proporsi penduduk miskin di kabupaten Kepahiang adalah 39%. Hal ini menunjukkan dengan pembiayaan di rumah sakit belum memenuhi *equity* sosio ekonomi untuk pasien miskin di RSUD Kepahiang

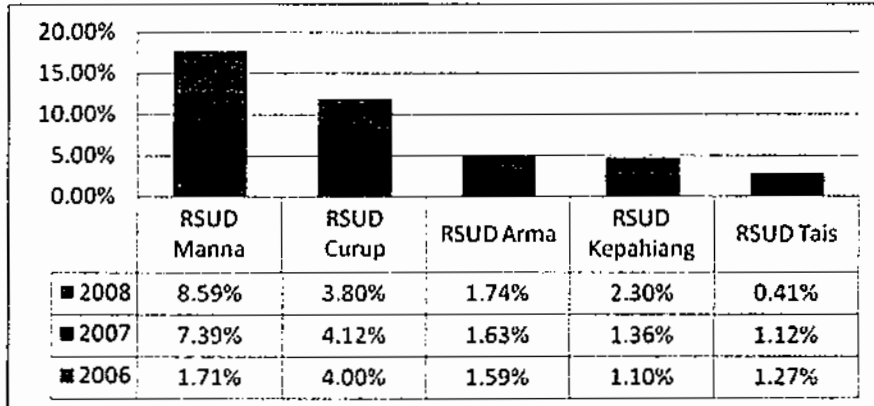
Untuk RSUD Tais, tiga tahun ini hanya menerima pasien umum, sedang pasien miskin belum mendapat subsidi dikarenakan di tahun 2006 dan 2007 tidak ada kerjasama dengan PT.Askes, sedang untuk Jamkesmas baru mulai di tahun 2009.

Universitas Indonesia

6.9.3. Isu Sustainability

Berikut ini adalah proporsi anggaran bersumber APBD dengan total APBD kabupaten:

Grafik 6.12. Proporsi Anggaran bersumber APBD Lima RSUD di Propinsi Bengkulu dengan Total APBD di masing-masing Kabupaten



Tabel 6.23. Proporsi Belanja Operasional bersumber APBD II dibandingkan dengan total APBD II RSUD di Propinsi Bengkulu Tahun 2006-2008

Rumah Sakit	Proporsi Belanja Operasional RSUD dibandingkan total APBD II kabupaten (persen)		
	2006	2007	2008
RSUD Manna	67%	31%	20%
RSUD Argamakmur	24%	28%	53%
RSUD Curup	17%	91%	77%
RSUD Kepahiang	69%	67%	33%
RSUD Tais	46%	42%	30%

Dari grafik 6.12 di atas, hanya tiga rumah sakit dimana terdapat kecenderungan pemerintah daerahnya selalu menaikkan proporsi anggaran untuk rumah sakit, yaitu pemerintah Kabupaten Bengkulu Selatan terhadap RSUD Manna, Pemerintah Bengkulu Utara terhadap RSUD Argamakmur serta pemerintah kabupaten Kepahiang terhadap RSUD Kepahiang. Sedangkan untuk pemerintah kabupaten Rejang Lebong terlihat adanya fluktuasi proporsi anggaran

Universitas Indonesia

untuk RSUD Curup, sedikit naik pada tahun 2007 kemudian turun di tahun 2008. Proporsi anggaran dari pemerintah daerahnya yang mengalami kecenderungan penurunan adalah di kabupaten Seluma untuk RSUD Tais, dari tahun 2006 hingga ke 2008 mengalami penurunan hingga menjadi 0,41%.

Berdasarkan tabel 6.17 terlihat dari perbandingan proporsi belanja operasional dengan total APBD II yang diterima oleh rumah sakit, hanya RSUD Curup yang memiliki proporsi selalu di atas 70% dan dapat dikatakan sustain. Tetapi proporsi untuk belanja operasional di RSUD Curup ini juga mengalami penurunan dari 91% di tahun 2007 menjadi 77% di tahun 2008.

Untuk proporsi belanja operasional yang memiliki kecenderungan naik adalah RSUD Argamakmur, tetapi belum mencapai 70% dari total APBD II yang diterima oleh rumah sakit pada tiap tahun anggaran.

Tiga rumah sakit, yaitu RSUD Manna, RSUD Kepahiang dan RSUD Tais kecenderungan proporsi belanja operasional rumah sakitnya turun dan masih jauh dari 70%. Hal ini menunjukkan tidak sustainnya pemerintah daerah dalam mengalokasikan dana untuk pelayanan kesehatan perorangan.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam mengenai belanja yang dialokasikan untuk tiga rumah sakit ini adalah sebagai berikut:

Wawancara dengan pihak rumah sakit:

R6: “ *anggaran sangat minim sekali, sedang kita dalam mengelola suatu rumah sakit memerlukan anggaran yang besar jadi itu juga berpengaruh terhadap kinerja nanti.* ”

R7: “ *Pemda sekedar hanya melihat ada rumah sakit, belum menunjang rumah sakit untuk mencukupi anggaran-anggaran yang dibutuhkan oleh rumah sakit, seperti dr spesialis, listrik dll.* ”

R10: “ *.. untuk operasional rumah sakit dari APBD, masih sangat kurang kita tahun ini hanya 800 juta, 60juta untuk gaji, 200juta untuk operasional, jadi masih sangat kurang dari APBD* ”

Universitas Indonesia

Dapat disimpulkan dari rumah sakit memang mengakui kurangnya dana untung menunjang kegiatan operasional rumah sakit yang bersumber dari pemerintah daerah.

Wawancara dengan pihak Bappeda:

R1: "Masih kurang, banyak kebutuhan rumah sakit"

R2: "rumah sakit harus disubsidi oleh Pemerintah Daerah dan mendapatkan PAD secara profesional"

R5: " Kalau untuk Kesehatan alokasi masih jauh dari cukup, karena kita ini kabupaten baru, seharusnya dana ya lebih dari kabupaten lama."

Kesimpulan dari hasil wawancara dengan pihak Bappeda, dengan Kepala Bappeda mengatakan bahwa alokasi untuk rumah sakit masih sangat kurang, dan di kabupaten pemekaran hendaknya dana harus lebih dari kabupaten induk.



Universitas Indonesia

BAB VII PEMBAHASAN

7.1. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini merupakan menggunakan metode *cross sectional analytic* dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif merupakan data sekunder yang diperoleh dari data pembiayaan di 5 RSUD di Propinsi Bengkulu yang bersumber dari pemerintah dan swasta untuk tahun anggaran 2005-2008. Sedangkan data kualitatif merupakan data primer dengan melakukan wawancara mendalam terhadap pejabat yang terkait dalam penentuan alokasi anggaran dan pelaksana anggaran di 5 RSUD di propinsi Bengkulu.

Namun demikian dalam penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan penelitian, yaitu:

1. Data pembiayaan bersumber pemerintah yang dikumpulkan adalah data alokasi, bukan realisasi.
2. Dalam melakukan wawancara mendalam, terdapat kesibukan pekerjaan dari beberapa informan, sehingga pernyataan yang diberikan terburu-buru dan informasinya kurang mendalam.
3. Jumlah informan terbatas, tidak semua pejabat penentu/pengambil kebijakan alokasi anggaran dilakukan wawancara mendalam. Hal ini karena kesibukan dari pejabat yang diwawancarai.
4. Jarak antar rumah sakit dengan rumah sakit lain yang berjauhan sehingga peneliti banyak menghabiskan waktu untuk berpindah lokasi penelitian.
5. Untuk wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan Propinsi tidak dapat dilakukan karena kesibukan dari pejabat terkait seiring dengan jabatan rangkap sebagai Penjabat di Kabupaten Bengkulu Tengah.

7.2. Analisis Sumber Pembiayaan RSUD di propinsi Bengkulu

Sumber pembiayaan RSUD di propinsi Bengkulu dari pemerintah dan swasta. Sumber subsidi pemerintah adalah berasal dari alokasi dana bersumber APBD, APBN dalam bentuk Tugas Pembantuan (TP) dan Dana Alokasi Khusus (DAK) dan dana Ad Hoc.

7.2.1. Kapasitas Fiskal, Jumlah Penduduk, Jumlah Penduduk Miskin dan Luas Wilayah di Lokasi RSUD Propinsi Bengkulu

Dari 5 lokasi RSUD yang diteliti, hanya satu kabupaten yang memiliki kapasitas fiskal sedang, dan yang lainnya adalah termasuk kapasitas fiskal rendah. Hal ini sesuai dengan kajian Shah dan Qureshi (1994), bahwa koefisien ketimpangan fiskal vertikal di Indonesia sebesar 0,19, yang menggambarkan tingkat kemandirian daerah-daerah di Indonesia yang rendah. (Edy S, 2005).

Sedangkan untuk kebutuhan fiskal, jumlah penduduk miskin yang terbesar adalah kabupaten Bengkulu Utara dan juga memiliki wilayah terluas dengan jumlah penduduk terbanyak.

Salah satu instrumen fiskal dari desentralisasi fiskal adalah adanya DAU untuk pembiayaan daerah yang menurut UU No.33/2004 bertujuan mengurangi ketimpangan kemampuan keuangan antar daerah. Dalam UU tersebut secara eksplisit disebutkan bahwa kriteria DAU didasarkan pada dua faktor penting, yakni kebutuhan daerah dan kapasitas fiskal daerah. (Ahmad E, 2008).

KFD menggambarkan kemampuan keuangan daerah dan besarnya dana transfer ke daerah. Kemampuan Keuangan Daerah meliputi Pendapatan Asli daerah (PAD) dan lain-lain pendapatan yang sah, sedangkan dana transfer ke daerah meliputi Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK), Dana Bagi Hasil (DBH), Dana Otonomi Khusus, dan Dana Penyesuaian.

Berdasarkan konsep celah fiskal, distribusi DAU akan lebih kecil kepada daerah-daerah dengan kapasitas fiskal relatif kecil. (Ahmad E, 2008). Selanjutnya KFD tersebut dikurangi dengan belanja PNSD untuk mengetahui berapa besar ruang fiskal (*fiskal space*) daerah yang dapat digunakan pemerintah daerah dalam rangka melaksanakan pembangunan dan pelayanan masyarakat di daerahnya

secara leluasa dan fleksibel. Keseimbangan pendanaan di daerah dimaksudkan bahwa pengalokasian mempertimbangkan kemampuan fiskal daerah yang terdiri dari besarnya transfer ke daerah dan kemampuan keuangan daerah.

Menurut Penjelasan Pasal 21 Ayat (2) dan Pasal 50 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2008 tentang Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan, keseimbangan pendanaan dilakukan secara proporsional agar sebaran alokasi dana dekonsentrasi dan tugas pembantuan tidak terkonsentrasi pada daerah tertentu. Selanjutnya dalam Peraturan Menteri Keuangan Nomor 156/PMK.07/2008 tentang Pedoman Pengelolaan Dana Dekonsentrasi dan Dana Tugas Pembantuan, pengalokasian dana dekonsentrasi dan/atau tugas pembantuan mempertimbangkan Kemampuan Fiskal Daerah yang terdiri dari besarnya transfer ke daerah dan kemampuan keuangan daerah.

Berdasarkan dua peraturan tersebut di atas rencana lokasi/daerah penerima alokasi dana dekonsentrasi dan tugas pembantuan direkomendasikan untuk daerah prioritas I yaitu daerah yang mempunyai KFD dan IPM di bawah rata-rata nasional. Tetapi di Kabupaten Bengkulu Utara yang merupakan lokasi RSUD Argamakmur dengan KFD berada di bawah rata-rata nasional di tahun 2008 tidak mendapatkan alokasi untuk dana bersumber APBN yaitu Tugas Pembantuan. Hal ini juga berlaku untuk dana bersumber DAK (Dana Alokasi Khusus) padahal dalam petunjuk teknis DAK Bidang Kesehatan tahun 2008, kriteria teknis Sarana Prasarana dan Peralatan Kesehatan Untuk Pelayanan Kesehatan Rujukan adalah indeks jumlah penduduk dan indeks jumlah penduduk miskin, dengan jumlah penduduk terbesar dan jumlah penduduk miskin terbanyak di propinsi Bengkulu, RSUD Argamakmur tidak mendapatkan dana bersumber DAK bidang kesehatan seperti empat rumah sakit lain di propinsi Bengkulu yang diteliti.

Sedangkan di kabupaten Kepahiang, yang berada di kapasitas fiskal sedang, RSUD Kepahiang pada tahun 2008 mendapatkan dana bersumber APBN dengan proporsi 35,7 % dan dana Ad Hoc 32% dari Rp.27.991.144.325,- total pembiayaan di RSUD Kepahiang, dengan jumlah terbesar untuk alokasi APBN diantara rumah sakit lain yang diteliti. Hal demikian juga terjadi di Bengkulu Selatan yang termasuk daerah non prioritas pada tahun 2008, tetapi untuk RSUD

Manna masih mendapatkan dana bersumber APBN yang besarnya mencapai 10,2% dari total pembiayaan pada tahun tersebut.

Kenyataan di atas mungkin dapat dijelaskan dengan hasil penelitian dari Dewi (2006), bahwa untuk program rumah sakit tidak ada perbedaan/pembobotan untuk daerah dengan fiskal tinggi atau rendah, juga sesuai dengan hasil penelitian Trisnantoro dan Harbianto (2006), bahwa pada hasil analisis korelasi bahwa daerah kaya (kapasitas fiskal tinggi) mendapatkan DAK yang tinggi, dan dilihat dari *poverty indeks*, daerah yang memiliki indeks rendah justru mendapat DAK lebih. Sedang untuk dana dekonsentrasi, menunjukkan bahwa daerah kaya tetap mendapat porsi anggaran yang besar.

Hal ini berbeda dengan hasil studi terbaru yang dilakukan oleh Fengler and Hofman (2008) tentang pemerataan transfer keuangan antar pemerintah menemukan bahwa kabupaten miskin merupakan penerima utama pendanaan sejak diberlakukannya desentralisasi. Studi tersebut menyimpulkan bahwa sebagian besar tantangan berat yang dihadapi pemerintah adalah menjamin bahwa sumberdaya dipergunakan secara lebih efisien daripada didistribusikan secara lebih merata. (Bank Dunia,2008).

Padahal menurut Sidik (1999) salah satu kriteria untuk menjamin sistem hubungan keuangan pusat-daerah yang baik adalah sejauh mungkin membagi pengeluaran pemerintah secara adil di antara daerah-daerah, atau sekurang-kurangnya memberikan prioritas pada pemerataan pelayanan kebutuhan dasar tertentu.(Edi S,2005).

Berdasarkan hasil wawancara, pihak rumah sakit mengatakan bahwa alokasi dana pusat yaitu APBN jumlahnya tergantung dari lobi. Sedangkan menurut Hanif Nurcholis (2007), bahwa keputusan alokasi dan pelaksanaan di era desentralisasi sepenuhnya diserahkan pada jenjang-jenjang organisasi yang lebih rendah.(Sony dkk, 2008).

Perlu dijelaskan di sini bahwa nampaknya baik pemerintah pusat belum sepenuhnya memanfaatkan ruang fiskal mereka hingga saat ini untuk alokasi penganggaran di rumah sakit daerah.

7.3. Analisis Pembiayaan RSUD di Propinsi Bengkulu berdasarkan Sumber, Jenis Belanja dan Fungsi

7.3.1. Analisis Pembiayaan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kelas C menurut Sumber, Jenis Belanja dan Fungsi

Sumber subsidi Pemerintah di 3 RSUD kelas C di propinsi Bengkulu berasal dari APBN, APBD, Askeskin, Askes PNS, Jamkesmas dan Jamkesda. Sedangkan sumber dari masyarakat terdiri dari Langsung Pasien (OOP) dan sumber lain. Dari data tersebut di atas dapat dilihat bahwa pada 3 tahun tersebut, sumber pemerintah berkontribusi di atas 90% dari total pembiayaan RSUD kelas C setiap tahunnya, sedangkan sumber dari masyarakat didominasi dari pasien langsung (OOP) rata-rata 9% setiap tahunnya. Hal ini juga hampir sama dengan hasil Laporan PT.Madep (2007) mengenai pembiayaan kesehatan di rumah sakit, dimana proporsi sumber pembiayaan untuk rumah sakit kelas C yang terbesar adalah bersumber dari pemerintah (71%).

Besarnya pembiayaan bersumber pemerintah ini sesuai dengan kajian WHO (2000) bahwa pemerintah memiliki tanggung jawab untuk menciptakan kondisi dimana rumah sakit dapat berfungsi dan memastikan keberlangsungan dari sistem rumah sakit tersebut, dengan kata lain pemerintah harus melakukan investasi secara bijaksana untuk melakukan perbaikan kinerja rumah sakit. (Mckee and Healy, 2002).

Berdasarkan hasil penelitian, sumber dana terbesar di RSUD kelas C ini adalah bersumber APBD, yaitu meningkat dari 48% menjadi 68% di tahun 2007 dan tetap di tahun 2008, besarnya pembiayaan bersumber APBD untuk rumah sakit dimungkinkan dengan masuknya kesehatan dalam sektor prioritas yang menunjang visi dan misi kabupaten.

Hal ini sama dengan hasil penelitian Kruse dkk (2009) mengenai pengeluaran kesehatan di 320 kabupaten di Indonesia bahwa pembiayaan yang terbesar bersumber dari alokasi DAU (Dana Alokasi Umum).

Besarnya pembiayaan bersumber APBD mencerminkan perubahan yang menyebabkan sebagian besar fungsi untuk layanan kesehatan menjadi tanggung jawab pemerintah tingkat daerah. Peningkatan pengeluaran pembangunan di tingkat pemerintah ini mungkin diakibatkan oleh peningkatan pembelian dan

pengadaan yang dilakukan kabupaten setelah desentralisasi. Dan sesuai dengan kajian dari Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat(2001) bahwa setelah otonomi daerah, peranan APBD terhadap pembiayaan kesehatan di daerah lebih besar dibandingkan APBN. Besarnya APBD ini karena pusat sudah melimpahkan anggaran APBN ke dalam Dana Alokasi Umum (DAU).

Untuk alokasi bersumber APBD, besarnya proporsi alokasi juga dapat dijelaskan dari hasil wawancara mendalam dengan Kepala Bappeda mengenai alokasi di tiga rumah sakit ini, bahwa sektor kesehatan masuk dalam prioritas pembangunan di kabupaten tersebut. Depkes (2004) juga menyatakan bahwa salah satu faktor yang menentukan kecukupan alokasi anggaran kesehatan di daerah adalah skala prioritas bidang kesehatan di mata para pimpinan daerah. (Harmana, 2006).

Dalam berbagai derajat sesuai PP 21 tahun 2004 dan Permenkeu No.96 tahun 2005 , APBN dan APBD di Rumah Sakit pemerintah dialokasikan untuk belanja pegawai, belanja operasional yang meliputi belanja barang dan jasa, pemeliharaan dan perjalanan dinas serta belanja modal.

Berdasarkan jenis belanja, proporsi pembiayaan alokasi bersumber pemerintah untuk tahun 2006, di RSUD kelas C ini 49% adalah untuk belanja modal, dimana pada tahun tersebut di RSUD Manna proporsi pembiayaan untuk belanja modal adalah 72,2% dan RSUD Argamakmur adalah 48%.

Anggaran untuk rumah sakit kelas C ini serupa dengan hasil pengkajian Soejitno dkk (2007), bahwa anggaran untuk RS kabupaten lebih terfragmentasi dan terdiri atas sumber dari APBD dan APBN, dan keduanya biasa digunakan untuk belanja modal. Gani (1998) mengatakan perencanaan dan manajemen anggaran investasi biasanya terpisah dari perencanaan dan manajemen anggaran operasional dan pemeliharaan, dalam melakukan investasi sering implikasi biaya operasional dan biaya pemeliharaan investasi tersebut tidak diperhitungkan, akibatnya banyak investasiyang tidak dapat berjalan dengan baik. Oleh sebab itu setiap perencanaan investasi harus selalu disertai dengan perhitungan implikasi biaya operasional dan pemeliharaan yang diperlukan.(Harmana,2006). Fluktuasi belanja modal di RSUD ini yang bersumber dari APBN diluar kendali dari pemerintah daerah.

Menurut Allen dan Tommasi (2001), dalam konteks pengelolaan keuangan daerah, pengalokasian belanja modal sangat berkaitan dengan perencanaan keuangan jangka panjang, terutama pembiayaan untuk pemeliharaan aset tetap yang dihasilkan dari belanja modal tersebut. Konsep *multi-term expenditure framework* (MTEF) menyatakan bahwa kebijakan belanja modal harus memperhatikan kemanfaatan (*usefulness*) dan kemampuan keuangan pemerintah daerah (*budget capability*) dalam pengelolaan aset tersebut dalam jangka panjang (Abdullah dan Halim, 2006). Tetapi belanja modal yang tidak konsisten ini dan kecenderungan berfluktuasi sangat diluar kendali daerah.

Pada tahun anggaran 2007, proporsi pembiayaan alokasi untuk belanja modal menurun hingga 23%, dan yang paling besar proporsinya adalah alokasi belanja gaji dengan rata-rata adalah 48%. Hal ini sesuai dengan kajian dari Fengler and Hofman (2008) bahwa di tingkat kabupaten/kota, persentase pengeluaran pegawai sangat tinggi. Dan menurut hasil kajiannya, jika pemerintah daerah menyusun kembali struktur pegawainya, hal tersebut nampaknya akan menyebabkan kerugian besar dalam alokasi hibah pemerintah pusat karena variabel utama yang menentukan dana perimbangan (khususnya DAU) adalah tagihan upah daerah. (Bank, Dunia, 2008). Dengan demikian proporsi pembiayaan alokasi untuk belanja gaji kecenderungan untuk tetap atau meningkat, hal itu terlihat dari proporsi belanja gaji di tiga rumah sakit kelas C ini yang meningkat hampir 20% di tahun 2007.

Sedangkan untuk belanja operasional di tiga rumah sakit ini kecenderungan rata-rata proporsi alokasi untuk jenis belanja ini selalu naik. Hal ini dapat dijelaskan dengan pernyataan dari Bland & Nunn (1992) bahwa anggaran operasional mencerminkan bagaimana struktur organisasi pemerintahan dan membandingkan pengeluaran setiap departemen antara tahun berjalan dengan tahun lalu untuk mendapatkan estimasi pengeluaran untuk tahun yang akan datang dan belanja pemeliharaan bersifat rutin dari tahun ke tahun, sesuai dengan keadaan aset tetap yang dimiliki oleh pemerintah. (Abdullah dan Halim, 2006).

Rumah sakit pemerintah harus mengandalkan pembiayaan sendiri ketika pendanaan dari APBD dan APBN tidak dapat memenuhi kebutuhannya, tetapi

dalam pembiayaan dari pendapatan sendiri tersebut masih merupakan masalah akibat berbagai peraturan yang ada.

Di tiga rumah sakit kelas C ini, kebijakan pembiayaan dari pendapatan rumah sakit pada tahun 2006-2008 adalah kebijakan RS Swadana yang sesuai dengan Keputusan Presiden No.38/1991 tentang Lembaga Unit Swadana yang memberikan otonomi kepada RS untuk menggunakan langsung pendapatannya sendiri. Dalam batas tertentu, RS Swadana diperbolehkan menaikkan dan menurunkan tarif untuk seluruh kelas rawat inap kecuali kelas 3 dan langsung menggunakan pendapatan yang diperolehnya. Dan di RS Swadana ini pendapatan sudah tidak disetor ke kas negara baik pusat maupun daerah.

Salah satu sumber pembiayaan yang berasal dari pendapatan rumah sakit adalah bersumber pasien langsung (OOP), di RSUD Kelas C tahun 2006 sampai dengan 2008, turun 1 % pada tahun 2007, dan naik 1% di tahun 2008 menjadi 9% dari rata-rata total pembiayaan. Dua rumah sakit kecenderungan mengalami peningkatan dari pembiayaan bersumber OOP, yaitu RSUD Curup dan RSUD Argamakmur dimana hal ini sesuai dengan Trisnantoro (2000), keadaan pendanaan sektor kesehatan akan bergantung pada ekonomi masyarakat yang akan mendorong kecenderungan *out of pocket* dari masyarakat lebih tinggi. (Thabrany, 2005).

Pembiayaan subsidi bersumber dari Askeskin di RSUD kelas C ini, sejak tahun 2005 sampai dengan tahun 2007 pembiayaan pelayanan bagi masyarakat miskin dikelola oleh PT.Askes menggunakan "*case based reimbursement*" dengan biaya paket. Di tiga rumah sakit ini terjadi penurunan dari sumber Askeskin, yaitu rata-rata proporsi total pembiayaan dari 5% di tahun 2006 menjadi 1% di tahun 2008, dan dari tiga rumah sakit tersebut pembiayaan dari Askeskin yang paling tinggi adalah di tahun 2007. Sedangkan untuk tahun 2008, hanya RSUD Manna yang masih mendapatkan pembiayaan dari Askeskin, dua rumah sakit lain sudah tidak. Masih adanya pembiayaan dari Askeskin di RSUD Manna ini dimungkinkan oleh pola pembayaran kembali yang kaku dari PT.Askes, dimana klaim rumah sakit memakan waktu 1-3 bulan tergantung pada verifikasi proses klaim, selisih harga obat, kelengkapan data klaim dan masalah dalam pengolahan data kedua belah pihak. (Dirjen Yanmed, 2005).

Akan tetapi, sejak tahun 2008, fungsi klaim pembayaran untuk rumah sakit sekarang ini telah diambil alih kembali oleh Departemen Kesehatan dalam bentuk dana Jamkesmas. Ketika terjadi kekurangan dana yang besar di tahun 2007, baru disadari bahwa peran pemerintah daerah merupakan hal yang tidak dapat diabaikan dalam askeskin. Hasil yang dipelajari bahwa secara jelas memang tidak ada batasan yang hitam putih dalam hal pembiayaan masyarakat miskin dari pemerintah pusat dan daerah. Saat ini berbagai daerah mulai mengkombinasikan dana dari berbagai sumber. Sehingga di tahun 2008, mulai diberlakukannya kebijakan Jamkesmas dan Jamkesda di Indonesia.

Pembiayaan rumah sakit bersumber Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) baru ada di tahun 2008, dan proporsinya adalah 5% dari total pembiayaan di 3 RSUD tipe C ini. Sumber dana untuk program Jamkesmas pengganti Askeskin ini adalah APBN dari sektor kesehatan Tahun Anggaran 2008 dan merupakan dana bantuan sosial. Pembayaran ke rumah sakit dalam bentuk paket yang berdasarkan klaim dan disini peserta tidak dikenakan iuran bayar.

UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang intinya menyatakan bahwa terselenggaranya sistem jaminan sosial secara terpadu, sinkron, melalui pendekatan sistem yang berlaku bagi seluruh penduduk Indonesia, Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat. Yang intinya menyatakan bahwa pemerintah daerah diminta berpartisipasi menanggulangi masyarakat miskin yang tidak terakomodir melalui Jamkesmas melalui program pendampingan atau penjaminan langsung. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antar Pemerintah, Pemerintahan Daerah Propinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota telah mendorong berbagai daerah saat ini untuk mengembangkan sistem jaminan kesehatannya sendiri.

Untuk Jamkesda proporsinya masih dibawah 1%, hal ini dimungkinkan karena pengelolaan Jamkesda berada di Dinas Kesehatan. Atau memang pendanaan untuk Jamkesda ini masih kurang, karena berdasarkan hasil wawancara masih ada pihak di tim anggaran yang tidak mengetahui adanya dana Jamkesda di daerahnya. Terlihat disini masih minimnya sosialisasi dan terlambatnya peran

pemerintah daerah sehingga terkesan tidak serius dalam mengembangkan skema Jamkesda.

Berdasarkan fungsi pembiayaan, rata-rata di tiga rumah sakit ini yang terbesar adalah dari rawat inap. Hal ini dapat dipahami dimana tiga RSUD kelas C ini merupakan rumah sakit yang lokasinya berada di kabupaten induk dan sudah berdiri sejak lama dengan pelayanan yang diberikan lebih lengkap daripada rumah sakit lain yang baru berdiri sejak adanya desentralisasi dan biasanya pasien-pasien dari rumah sakit di wilayah pemekaran dirujuk ke tiga rumah sakit ini.

Berdasarkan hasil estimasi proporsi pembiayaan untuk pengeluaran di tiga rumah sakit kelas C ini, proporsi pengeluaran terbesar adalah fungsi rawat inap dan penunjang medik yang keduanya mencakup lebih dari 70% dari total pengeluaran. Hal ini berbeda dengan hasil laporan PT.Madep (2007), bahwa proporsi pengeluaran yang terbesar untuk rumah sakit kelas C di Indonesia adalah fungsi rawat inap dan fungsi obat.

Dan juga berbeda dengan kajian dari Bank Dunia (2008), bahwa bagian pengeluaran yang besar pada obat-obatan, vaksin, perjalanan, dan biaya operasional lainnya dimasukkan dalam anggaran pembangunan, beserta pembelian modal yang lebih konvensional.

Tetapi hal ini dapat dijelaskan oleh Sorkin (1985), bahwa biaya yang harus dibayar paling tinggi oleh rumah sakit adalah untuk barang-barang dan "*delivery of care*", yaitu makanan, laboratorium dan barang modal. Untuk fungsi rawat inap, menurut Sorkin peningkatan pengeluaran rumah sakit karena peningkatan penggunaan pelayanan rumah sakit, juga adanya perubahan karakter dimana rumah sakit secara rutin melakukan perbaikan alat-alat laboratorium dan penunjang medik serta peningkatan dari pasien yang dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan menggunakan penunjang medis.

Di RSUD Curup, yang masih masuk dalam rentang rata-rata proporsi pengeluaran rumah sakit kelas C adalah fungsi rawat inap. Sedang di RSUD Manna tidak ada yang masuk dalam rentang rata-rata proporsi di rumah sakit kelas C. Hanya RSUD Argamakmur yang tiga fungsi pengeluarannya masuk dalam rentang proporsi rumah sakit kelas C.

Hal ini menunjukkan adanya perbedaan prioritas pembiayaan di tiga rumah sakit ini. Menurut Sorkin(1987), rumah sakit akan memproduksi tipe pelayanan yang berbeda termasuk pelayanan rawat inap, pelayanan rawat jalan dan pelayanan pendidikan kesehatan.

Dapat disimpulkan bahwa berdasarkan sumber pembiayaan, di RSUD kelas C pembiayaan terbesar masih dari sumber pemerintah, yaitu APBD.

Berdasarkan jenis belanja, pembiayaan untuk RSUD kelas C yang paling besar berbeda tiap tahunnya, hal ini dimungkinkan oleh kegiatan prioritas yang dilakukan oleh rumah sakit masing-masing di kelas C ini berbeda-beda.

Sedangkan menurut fungsi, pembiayaan RSUD kelas C ini berbeda-beda tiap rumah sakit hal ini dimungkinkan oleh laporan penerimaan keuangan yang berbeda formatnya. Secara umum RSUD kelas C ini fungsi rawat inap merupakan dengan pembiayaan terbesar.

7.3.2. Analisis Pembiayaan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kelas D menurut Sumber, Jenis Belanja dan Fungsi

RSUD Kepahiang yang merupakan rumah sakit kelas D yang baru terbentuk sejak adanya pemekaran wilayah di kabupaten Rejang Lebong yaitu adanya Kabupaten Kepahiang.

Dari hasil penelitian pada tiga tahun tersebut, sumber pemerintah berkontribusi di atas 80% dari total pembiayaan RSUD kelas D setiap tahunnya, sedangkan sumber dari masyarakat didominasi dari pasien langsung (OOP) rata-rata 6,7% setiap tahunnya.

Untuk sumber dana APBN meningkat dari 27,3% di tahun 2006 menjadi 35,7% di tahun 2008. Juga pada tahun ini RSUD Kepahiang mendapatkan dana Ad Hoc yang dikelola Dinas Kesehatan Kabupaten Kepahiang tetapi untuk relokasi rumah sakit Kepahiang, dimana dana Ad Hoc ini bersumber dari APBN untuk membantu keuangan daerah dalam rangka mendanai pembangunan infrastruktur jalan serta sarana dan prasarana fisik lainnya, di tahun 2008 pada belanja APBN ini dilakukan untuk relokasi rumah sakit hal ini terlihat dari proporsi alokasi berdasarkan jenis belanja adalah 78% untuk belanja modal dari total pembiayaan rumah sakit. Menurut Direktur RSUD Kepahiang hal ini disebabkan rumah sakit

menuju tahap menaikkan kelas sehingga ada penambahan anggaran untuk gaji dan penambahan peralatan. Dari Bappeda secara tidak langsung mengatakan dengan relokasi rumah sakit maka Kepahiang akan memiliki rumah sakit dengan fasilitas yang bagus sehingga pasien-pasien dari kabupaten tetangga akan berobat ke RSUD Kepahiang. Sedangkan dari pihak rumah sakit sendiri mengatakan bahwa rumah sakit tidak punya konsep wilayah.

Memang, berdasarkan kajian Darmawan dkk (2007) bahwa daerah otonomi baru terlihat memiliki fokus kepada belanja yang sifatnya investasi daripada konsumtif. Hal ini termasuk wajar karena daerah ini baru saja menjadi daerah otonom baru. Secara rinci belanja modal di daerah baru memiliki fokus yang berbeda dibandingkan dengan daerah induk dan daerah kabupaten lainnya. Pada daerah baru, belanja modal difokuskan untuk membiayai pembangunan berbagai infrastruktur pemerintahan yang belum dimiliki seperti gedung perkantoran, alat transportasi, juga alat-alat perkantoran dan rumah tangga. Alokasi belanja modal ini dilakukan secara bertahap, paling tidak dalam jangka waktu 5 tahun pertama sejak awal dimekarkannya daerah tersebut.

Tetapi untuk RSUD Kepahiang yang telah memiliki rumah sakit yang baru didirikan 4 tahun seiring dengan kabupaten, hal ini terkesan sebuah pemborosan.

Menurut Fitriani et al. (2005) menyatakan bahwa pemekaran telah membuka peluang terjadinya *bureaucratic and political rent-seeking*, yakni kesempatan untuk memperoleh keuntungan dana, baik dari pemerintah pusat maupun dari pembiayaan daerah sendiri. Hal ini diperkuat oleh kajian dari Pusat Litbang Otonomi Daerah Departemen Dalam Negeri (2005) bahwa pemerintahan daerah otonom baru kurang mampu merumuskan dengan tepat kewenangan ataupun urusan yang akan dilaksanakan agar sesuai dengan kondisi, karakteristik daerah serta kebutuhan masyarakat. (Darmawan, 2007).

Proporsi dari APBD kecenderungan menurun, hal ini juga terlihat dari belanja operasional dan belanja gaji yang alokasinya menurun, untuk tahun 2008 proporsi untuk belanja operasional hanya 5%. Padahal dalam studi mengenai alokasi belanja modal yang dilakukan oleh Abdullah dan Halim (2006) bahwa bahwa pembuatan keputusan pengalokasian belanja modal berasosiasi positif terhadap pengalokasian belanja pemeliharaan. Artinya, pemerintah daerah

mengantisipasi konsekuensi kenaikan belanja modal terhadap kenaikan belanja pemeliharaan.

Mungkin dipahami bahwa proporsi belanja modal yang besar adalah bersumber dari APBN Tugas Pembantuan, sedang untuk belanja perasional rutin rumah sakit bersumber dari APBD. Dan menurut Karo-Karo (2006) yang menyatakan bahwa tidak terdapat korelasi antara belanja modal dan belanja operasional dan pemeliharaan (BOP). (Abdullah dan Halim,2006).

Untuk pembiayaan bersumber pendapatan sendiri, pendapatan sendiri RSUD Kepahiang masih disetor ke kas, karena masih mengikuti UU No.18 tahun 2007 tentang Retribusi Daerah dan UU No.20/1997 tentang PNBPD dimana mewajibkan seluruh institusi pemerintah untuk menyetorkan pendapatannya ke kas negara atau kas daerah. Berdasarkan hasil kajian Soejitno dkk (2007) bahwa pendapatan di rumah sakit yang masih mengikuti peraturan tersebut harus disetor setiap hari dan masuk ke kas daerah sekitar jam 3 sore. Hal ini mengakibatkan pelayanan rumah sakit hanya dapat berlangsung sampai jam 1 siang karena diperlukan persiapan administratif sebelum menyetorkan uangnya ke kas daerah.

Keadaan demikian juga berlaku di RSUD Kepahiang, dimana pelayanan hanya sampai jam 12 siang dan setiap hari melakukan setoran ke kas daerah dengan perbandingan 85% langsung digunakan oleh rumah sakit, dan 15% disetor ke kas daerah.

Akibat dari harus menyetorkan pendapatannya, RS dijadikan pusat pendapatan bagi pemerintah daerah maupun pemerintah pusat, dimana target setoran biasanya naik setiap tahunnya dan secara tidak langsung pasien menyumbang kepada pendapatan pemerintah.

Menurut Rijadi, S (2005) pendapatan harian yang disetor ke kas daerah ini karena sudah direncanakan sebelumnya, maka tidak ada hubungan langsung antara pendapatan dan pengeluaran rumah sakit pemerintah.

Dari OOP, proporsi pembiayaan di RSUD Kepahiang terjadi fluktuasi, hal ini dimungkinkan pada tahun 2007 ada kerjasama dengan RSUD M.Yunus untuk empat pelayanan dokter spesialis, tetapi di awal tahun 2008 terjadi pemutusan kerjasama sehingga tidak ada pelayanan dari dokter spesialis untuk empat

pelayanan dasar. Tetapi jika melihat dari jumlah kunjungan rawat jalan terjadi peningkatan, dari 3503 pasien/tahun menjadi 8220 pasien/tahun di 2008.

Menurut Rijadi, S (2005), dengan pendapatan dari pasien disetor ke kas daerah, maka rumah sakit pemerintah tidak peduli dengan faktor-faktor yang berpengaruh untuk meningkatkan pendapatan dari pasiennya, sehingga kualitas pelayanan pasien, baik sarana, prasarana dan kompetensi sumber daya manusia tidak diprioritaskan.

Pembiayaan bersumber dari Askeskin mengalami penurunan dari tahun 2006 ke tahun 2007, yaitu dari 1,9% menjadi 0,8% dan memang kunjungan pasien miskin rawat jalan menurun, padahal kebijakan Askeskin seharusnya meningkatkan kunjungan pasien miskin ke rumah sakit. Hal ini menunjukkan secara tidak langsung dengan kebijakan untuk masyarakat miskin tersebut, pemerintah pusat mensubsidi semua pasien baik miskin maupun kaya.

Untuk Jamkesmas, baru dilaksanakan pada pertengahan 2008, hal ini mungkin menyebabkan proporsi pembiayaannya baru 0,2%. Di RSUD Kepahiang ini yang ditemukan bahwa untuk pasien miskin yang belum tercakup sebagai peserta Jamkesmas dan Jamkesda, pihak Rumah sakit juga melakukan kerja sama dengan Dinas Sosial di Kabupaten Kepahiang yang nota bene juga mendapat aloksi dana untuk pelayanan masyarakat yang tidak mampu sehingga rumah sakit tidak akan mensubsidi dana untuk biaya penggantian pelayanan pasien miskin yang tidak tercakup di Jamkesmas ataupun Jamkesda.

Pengeluaran rumah sakit menurut fungsi yang terbesar adalah fungsi obat yaitu hampir 48% kemudian diikuti oleh rawat inap hingga 27%.

Menurut Mckee dan Healy (2002), pelayanan rawat inap merupakan fungsi esensial di rumah sakit, dengan adanya perubahan pada desain pelayanan di rumah sakit, misalnya dengan pengurangan atau penambahan jumlah tempat tidur serta penambahan fasilitas penunjang seperti radiologi, endoskopi dan bedah, hal ini juga merubah komposisi staf, sebagai contoh dibutuhkannya sumber daya manusia yang memiliki kemampuan skil untuk menggunakan penunjang medik tersebut.

Besarnya pengeluaran dari fungsi obat dikarenakan dalam struktur rumah sakit, instalasi farmasi merupakan unit penunjang penyelenggaraan pelayanan

medis yang mendatangkan *revenue* (penghasilan) bagi rumah sakit, atau biasa disebut *revenue centre*. Apotik atau instalasi farmasi di rumah sakit menghasilkan kurang lebih 30% dari *revenue* rumah sakit. (Djojodibroto D., 1997). Di Indonesia, peranan instalasi farmasi rumah sakit dalam penjualan obat cukup signifikan. Dari data distributor farmasi terkemuka didapatkan kontribusi penjualan obat di tiga sektor dalam bisnis obat di Indonesia adalah sbb: dari rumah sakit sebesar 51% , 46% dari apotik, dan sisanya 3% melalui dispensing dokter (Rafdi, 2008).

7.3.3. Analisis Pembiayaan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Non Kelas menurut Sumber, Jenis Belanja

RSUD Tais yang merupakan rumah sakit non Kelas yang mulai dibangun pada tahun 2004, yaitu setahun setelah diresmikannya Kabupaten Seluma yang merupakan pemekaran dari kabupaten Bengkulu Selatan.

Dari hasil penelitian pada tiga tahun tersebut, sumber pemerintah berkontribusi di atas 90% dari total pembiayaan RSUD setiap tahunnya, sedangkan sumber dari masyarakat didominasi dari pasien langsung (OOP) rata-rata 1,7 % setiap tahunnya.

Dengan proporsi pembiayaan bersumber APBN 54,2% pada tahun 2006, dan dengan proporsi alokasi belanja modal adalah 61,2%.

Padahal harapan tentang pembiayaan kesehatan pada masa desentralisasi antara lain adalah terwujudnya komitmen daerah terhadap kesehatan, yang tercermin dalam APBDnya; biaya operasional dan pemeliharaan tercukupi; serta besarnya biaya kesehatan dari APBD lebih besar dari APBN(Bappenas, 2002).

Sama seperti RSUD Kepahiang yang merupakan daerah pemekaran, berdasarkan kajian Darmawan dkk (2007) bahwa daerah otonomi baru terlihat memiliki fokus kepada belanja yang sifatnya investasi daripada konsumtif.

Untuk pembiayaan bersumber APBD, proporsi kecenderungan mengalami penurunan, dari 45,7% pada tahun 2006 menjadi 33,2% di tahun 2008, padahal hasil dari kajian Direktorat Gizi dan Kesehatan masyarakat (2002) bahwa setelah otonomi daerah, peranan APBD terhadap pembiayaan kesehatan di daerah lebih

besar dibandingkan APBN. Besarnya APBD ini karena pusat sudah melimpahkan anggaran APBN ke dalam Dana Alokasi Umum (DAU).

Sedangkan belanja operasional rumah sakit mengalami kecenderungan turun, dari 14,6% pada tahun 2006 menjadi 5,2% di tahun 2008. Hal ini sesuai dengan kajian dari Bank Dunia (2008), bahwa pengeluaran untuk barang telah menurun baik secara persentase maupun nilai nominal seiring dengan berjalannya waktu: pengeluaran kabupaten/kota untuk barang turun sebesar 12 persen sedangkan pengeluaran provinsi untuk barang turun hampir sepertiganya. Hal tersebut dapat menjelaskan sebagian masalah yang dihadapi oleh tenaga kesehatan dalam menjalankan tanggung jawab pengawasannya secara memadai dan rendahnya tingkat pemeliharaan.

Untuk pembiayaan bersumber pendapatan sendiri, pendapatan sendiri RSUD Tais sama dengan RSUD Kepahiang masih disetor ke kas, karena masih mengikuti UU No.18 tahun 2007 tentang Retribusi Daerah dan UU No.20/1997 tentang PNBPN.

Keadaan demikian juga berlaku di RSUD Tais dimana pelayanan hanya sampai jam 12 siang dan setiap hari melakukan setoran ke kas daerah dengan perbandingan 60% langsung digunakan oleh rumah sakit, dan 40% disetor ke kas daerah.

Menurut Rijadi, S(2005) pendapatan harian yang disetor ke kas daerah ini karena sudah direncanakan sebelumnya, maka tidak ada hubungan langsung antara pendapatan dan pengeluaran rumah sakit pemerintah.

Dari OOP, proporsi pembiayaan di RSUD Tais kecenderungan naik, hal ini terjadi karena pada tahun 2006 RSUD Tais baru melayani rawat jalan dan baru di tahun 2007 dan 2008 rumah sakit melayanai pasien rawat inap.

Pembiayaan bersumber dari Askeskin belum ada hal ini karena RSUD Tais masih berstatus non kelas hingga tidak ada kerjasama dengan PT.Askes pada tahun 2007. Sedang untuk Jamkesmas, baru efektif dilaksanakan pada awal 2009. Di konfrimasi dengan pihak rumah sakit, untuk pasien miskin adalah kebijaksanaan dari direktur rumah sakit mensubsidi dari dana yang ada di rumah sakit.

Dengan subsidi yang dilakukan oleh rumah sakit untuk pembiayaan pasien miskin serta baru pasien umum yang banyak mendapatkan pelayanan di RSUD Tais, berarti pemerintah memaksa rumah sakit untuk mensubsidi pasien miskin maupun pasien kaya.

Untuk rumah sakit non kelas yaitu RSUD Tais, proporsi pengeluaran terbesar adalah di fungsi rawat jalan. Hal ini dimungkinkan dengan baru beroperasinya pelayanan rawat inap pada tahun 2007 serta jarak Kabupaten Seluma ke propinsi Bengkulu yang dekat, sehingga pasien cenderung memilih langsung ke rumah sakit propinsi untuk dirawat inap. Dan juga untuk rawat inap ini, pelayanan empat dokter spesialis juga belum ada, dokter spesialis masih didatangkan dari RSUD M.Yunus di propinsi Bengkulu dan hanya untuk rawat jalan satu kali seminggu.

7.4. Isu Efisiensi, *Equity* dan *Sustainability* dalam Pembiayaan RSUD di Propinsi Bengkulu

7.4.1. Isu Efisiensi

Efisien berarti sepadan hasil dengan pengorbanan sumber daya (worth spent). Analisis terhadap efisiensi teknis di tingkat daerah dapat memberikan pemahaman yang berharga, yang memungkinkan identifikasi awal tentang daerah-daerah yang efisien dan mungkin menghasilkan penjelasan tentang variasi dalam pencapaian keluaran di seluruh kabupaten.

Secara umum, informasi tentang daerah-daerah yang efisien dapat berguna karena sejumlah alasan. Pertama, sebagai bagian dari pelaksanaan penelitian, informasi tersebut dapat memberikan pemahaman tentang variasi antar kabupaten dalam hal hasil layanan kesehatan. Selain itu, setelah pengidentifikasian ukuran relatif efisiensi di kabupaten, pendekatan tersebut dapat membuka peluang bagi terciptanya pemahaman-pemahaman lebih lanjut tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perbedaan dalam hal pencapaian keluaran dan mengidentifikasi faktor-faktor yang mungkin tidak berkaitan dengan kebijakan dan yang seringkali berada di luar kendali pemerintah kabupaten.

Efisiensi pemanfaatan rumah sakit secara garis besar dapat dilihat dari dua aspek, yaitu aspek medis yang meninjau efisiensi dari pelayanan medis rumah

sakit, serta aspek ekonomi yang meninjau efisiensi dari pendayagunaan sarana yang ada. Parameter yang umum digunakan untuk mengukur efisiensi rumah sakit adalah *bed occupancy rate* (BOR), *length of stay* (LOS), *bed turn over* (BTO) dan *turn over interval*(TOI). Selain itu, terdapat pula cara lain untuk mengukur efisiensi rumah sakit, yaitu dengan membandingkan tingkat input rumah sakit dan output yang dihasilkannya dengan metode *data envelopment analysis* (DEA).

Kirigia et al (2007) mengatakan bahwa *provincial/district health account* dapat digunakan secara bersamaan dengan output dari kesehatan (atau *outcomes*) untuk menilai efisiensi di setiap level pelayanan kesehatan. (Brinkerhoff, 2009).

Maka pada penelitian ini dilihat hasil dari *district health account* RSUD yaitu pembiayaan fungsi rawat jalan dan fungsi rawat inap kemudian dilihat output dari rumah sakit.

Untuk tiga rumah sakit yang sama kelas yaitu RSUD Curup, RSUD Manna dan RSUD Argamakmur, untuk tahun 2006 pengeluaran terbesar untuk fungsi rawat jalan adalah di RSUD Curup, tetapi dari jumlah kunjungan pasien rawat jalan yang terbesar adalah RSUD Manna. Sedangkan di tahun 2006 ini pengeluaran untuk fungsi yang terbesar adalah RSUD Manna, hal ini dibarengi dengan BOR tertinggi dari tiga rumah sakit tersebut. Pada tahun 2007, pengeluaran berdasarkan fungsi rawat jalan yang terbesar adalah di RSUD Curup dengan memiliki kunjungan yang terbesar juga adalah di RSUD tersebut, untuk fungsi rawat inap yang memiliki pengeluaran terbesar adalah di RSUD Manna dengan kinerja BOR juga tertinggi yaitu mencapai 66,75% dari dua rumah sakit kelas C lain. Sedang untuk tahun 2008 pengeluaran terbesar adalah di RSUD Manna baik untuk fungsi rawat jalan dan fungsi rawat inap, hal ini juga sesuai dengan jumlah kunjungan untuk rawat jalan yang tertinggi dan BOR untuk rumah sakit juga tertinggi dibandingkan dua rumah sakit kelas C lain. Baru RSUD Manna yang menunjukkan efisien dalam hal perbandingan pengeluaran dengan utilisasi.

RSUD Curup dengan jumlah tempat tidur yang paling banyak, penggunaannya belum optimal masih di bawah 60% begitu juga dengan RSUD Argamakmur, BOR rumah sakit malah kecenderungan untuk menurun hal ini menunjukkan RSUD Curup dan RSUD Argamakmur belum efisien

Tiga rumah sakit ini di tiga kabupaten ini memiliki masukan yang berbeda dari segi alokasi dana sehingga keluarannya pun beragam. Untuk RSUD Curup, peningkatan pengeluaran untuk rawat inap tidak serta merta menyebabkan BOR rumah sakit tersebut pada tahun 2008 meningkat, tetapi malah turun.

Menurut (Gregan et al. 1997, Puig-Junoy 1998, Dawson et al. 2005), dampak kesehatan secara spesifik sebagai utilisasi output dalam pengkajian efisiensi merepresentasikan dimana teridentifikasi dari objek termasuk rata-rata biaya dari dampak per unit.

Untuk RSUD Kepahiang, pengeluaran berdasarkan fungsi tidak tidak sebesar tiga RSUD kelas C, hal ini dikarenakan jumlah pelayanan yang belum lengkap. Pembiayaan di rumah sakit ini berfluktuasi baik untuk rawat jalan maupun rawat inap, kemudian di tahun 2008 pembiayaan rawat inap kembali naik tetapi dengan kinerja yang malah turun yaitu BOR menjadi 30%. Hal ini menunjukkan tidak efisiennya rumah sakit ini, karena dengan pengeluaran yang besar yaitu untuk rawat jalan lebih besar dari RSUD Curup dan RSUD Argamakmur, tetapi jumlah kunjungan pasien rawat jalan hanya setengahnya pada tahun 2008.

Di RSUD Tais, untuk fungsi pembiayaan di tahun 2006 dibandingkan dengan empat rumah sakit lain merupakan pembiayaan terbesar untuk rawat jalan, tetapi untuk jumlah kunjungan pasien, rumah sakit ini yang paling kecil.

Di dua rumah sakit ini, yaitu RSUD Kepahiang dan RSUD Tais dengan jumlah tempat tidur yang masih sedikit, yaitu RSUD Kepahiang adalah 50 tempat tidur, sedangkan RSUD Tais adalah 43 tempat tidur dan masih belum digunakan sepenuhnya dengan terlihat BOR di kedua rumah sakit ini masih sangat rendah, padahal jumlah pembiayaan untuk fungsi rawat inap cenderung meningkat dan dengan proporsi yang besar, hal ini menunjukkan ketidakefisienan di RSUD Kepahiang dan RSUD Tais.

Masih tidak efisiennya pembiayaan rumah sakit di RSUD Tais ini menunjukkan belum optimalnya penggunaan alokasi biaya untuk memproduksi pelayanan. Hal ini dimungkinkan juga karena, RSUD Tais ini masih dalam kondisi baru membangun dan sarana-prasarana serta SDM yang masih sangat terbatas.

7.4.2. Isu *Equity*

Equity merupakan suatu konsep sosial yang di dalamnya tercakup keadilan dan ketidakberpihakkan. *Equity* ini merupakan pemerataan yang adil, bukan yang sama rata. Mengandung unsur: *need*, geografi, sosio-ekonomi. *Need* pada program prioritas, Geografi : kabupaten kaya/ miskin, sosio ekonomi yaitu kelompok masyarakat kaya/miskin dll.

Equity mengandung pengertian perlunya memberikan prioritas kepada penduduk yang membutuhkan. Dalam hal ini, penduduk yang memerlukan adalah penduduk miskin, mereka yang hidup di daerah yang kurang menguntungkan atau daerah terpencil, kelompok rentan (perempuan, anak-anak, dan lansia), atau yang memiliki hambatan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. WHO telah memperkenalkan formula mengenai *equity* dengan membandingkan pengeluaran rumah-tangga (dalam hal ini mereka menggunakan pengeluaran non-makanan sebagai proksi) yang digunakan untuk biaya kesehatan, antara golongan kaya dan miskin. Jika kedua kelompok memiliki beban yang sama (*equal share*) maka *equity* telah tercapai.

Dari hasil penelitian, rata-rata untuk setiap tahunnya jumlah kunjungan pasien umum baik di rawat jalan maupun rawat inap lebih banyak dari pada pasien miskin. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian Kruse dkk (2009) bahwa adanya desentralisasi mengakibatkan terjadinya prioritas pelayanan kepada penduduk miskin. Selama tingkat pembayaran dari pasien umum yang merupakan pembayaran OOP masih tinggi, maka kesetaraan dalam pembiayaan kesehatan akan sulit dicapai.

Berdasarkan kajian Bank Dunia (2008), pada tahun 2005 hanya 8,5 persen pengguna program yang mengunjungi rumah sakit, sementara 91,4 dari orang miskin menggunakan kartu hanya di Puskesmas atau Pustu. Hal ini secara krusial menjadi masalah karena data survei lain (GDS2) menunjukkan bahwa anggaran rumah sakit telah meningkat rata-rata sepertiga kali, sebagian besar akibat penggantian Askeskin. Pengurus rumah sakit melaporkan bahwa program tersebut memberi dampak besar terhadap pendapatan rumah sakit dan pada tahun 2005,

sekitar 28 persen dari total anggaran rumah sakit yang disurvei berasal dari program Askes. Peningkatan anggaran rumah sakit selama satu tahun ini, yang terjadi bersamaan dengan dimulainya program Askes, menunjukkan bahwa kenaikan anggaran rumah sakit kemungkinan merupakan dampak dari program tersebut. (Bank Dunia, 2008).

Dari hasil perbandingan proporsi pasien miskin dan pasien umum di RSUD Manna ini, masih belum terjadi *equity* untuk sosio ekonomi, hal ini menunjukkan bahwa pemerintah mensubsidi baik ke pasien miskin maupun pasien mampu, dan memperlihatkan utilisasi pasien miskin di RSUD Manna masih rendah.

Perbandingan proporsi kunjungan pasien miskin dan pasien umum ini rata-rata setiap tahunnya melebihi proporsi jumlah penduduk miskin dibandingkan total penduduk di Kabupaten Bengkulu Utara, yaitu 44%. Jadi terlihat disini, untuk RSUD Argamakmur, sudah ada *equity* untuk sosio ekonomi pada pasien miskin. Dan *equity* sosio ekonomi ini juga sudah ada di RSUD Curup. Jadi hal ini memperlihatkan, bahwa pemerataan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin sudah dapat dilaksanakan di dua kabupaten ini.

Lebih besarnya proporsi perbandingan jumlah kunjungan pasien umum dibandingkan dengan pasien miskin berdasarkan data di atas terjadi di RSUD Kepahiang hal ini menunjukkan dengan pembiayaan di rumah sakit belum memenuhi *equity* sosio ekonomi untuk pasien miskin di RSUD Kepahiang. Dengan adanya data ini hendaknya, pemerintah menjadi lebih *aware* terhadap pelayanan kesehatan pada kaum marjinal.

Untuk RSUD Tais, tiga tahun ini hanya menerima pasien umum, sedang pasien miskin belum mendapat subsidi dikarenakan di tahun 2006 dan 2007 tidak ada kerjasama dengan PT.Askes, sedang untuk Jamkesmas baru mulai di tahun 2009.

Begitu pula dengan rumah sakit lain dalam penelitian ini, kunjungan pasien umum lebih tinggi daripada kunjungan pasien miskin walaupun sudah ada kebijakan Askeskin maupun Jamkesmas. Hal ini menunjukkan rumah sakit mensubsidi untuk semua pasien baik miskin maupun kaya.

Pengeluaran dari OOP diperlukan di Indonesia karena hampir semua penyedia layanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta, membebankan biaya untuk layanan, sementara pertanggung jawaban asuransi sangat terbatas. Dari hasil penelitian ini menunjukkan sedikit bukti sistematis tentang tingkat biaya di sektor RSUD bahwa pembayaran dari kantong masyarakat lebih besar hal ini memungkinkan para individu tidak menerima manfaat risiko bersama dan perlindungan keuangan yang ada pada pengaturan asuransi. Selama tingkat pembayaran OOP masih tinggi, kesetaraan dalam pembiayaan kesehatan akan sulit untuk dicapai.

7.4.3. Isu Sustainability

Sustainability adalah suatu sistem untuk menghasilkan keuntungan nilai yang sufisien melalui pengguna dan stakeholder untuk memastikan sumber daya yang cukup untuk melanjutkan aktivitas dengan keuntungan yang berkelanjutan.

Dari hasil penelitian hanya tiga rumah sakit dimana terdapat kecenderungan pemerintah daerahnya selalu menaikkan proporsi anggaran untuk rumah sakit, yaitu pemerintah Kabupaten Bengkulu Selatan terhadap RSUD Manna, Pemerintah Bengkulu Utara terhadap RSUD Argamakmur serta pemerintah kabupaten Kepahiang terhadap RSUD Kepahiang.

Berdasarkan hasil wawancara, ketiga daerah tersebut di atas memasukkan sektor kesehatan sebagai sektor prioritas yang mendukung visi dan misi kepala daerah. Hal ini memperlihatkan keberlanjutan untuk sektor rumah sakit di kabupaten tersebut dapat dilaksanakan.

Sedang untuk RSUD Tais, proporsi anggaran rumah sakit terhadap APBD kabupaten mengalami penurunan, padahal menurut hasil wawancara dengan Bappeda kabupaten Seluma, sektor kesehatan adalah prioritas kedua dalam menunjang visi dan misi kabupaten. Dan hal ini juga sesuai dengan pernyataan dari pihak rumah sakit, bahwa pemerintah daerah Kabupaten Seluma melihat rumah sakit sama dengan instansi lain di kabupaten dan tidak memperhatikan sama sekali jika rumah sakit ini memproduksi jasa pelayanan.

Sustainability ini merupakan keberlanjutan kegiatan dengan dukungan dana yang memadai, terutama bersumber dari dana lokal (tergantung peran dan

fungsi Pusat-Provinsi-Kabupaten/kota). Tingginya komitmen daerah dilihat dari tingginya proporsi belanja operasional rumah sakit terhadap anggaran kesehatan APBD II dimana menunjukkan sustain jika >70%.

Berdasarkan perbandingan proporsi belanja operasional dengan total APBD II yang diterima oleh rumah sakit, hanya RSUD Curup yang memiliki proporsi selalu di atas 70% dan dapat dikatakan sustain. Hal ini menunjukkan komitmen pemerintah daerah Kabupaten Rejang Lebong terhadap pelayanan kesehatan perorangan.

Untuk proporsi belanja operasional yang memiliki kecenderungan naik adalah RSUD Argamakmur, tetapi belum mencapai 70% dari total APBD II yang diterima oleh rumah sakit pada tiap tahun anggaran. Kecenderungan naiknya alokasi untuk belanja operasional ini menunjukkan adanya perhatian pemerintah daerah kabupaten Bengkulu Utara terhadap sektor kesehatan khususnya rumah sakit.

Tiga rumah sakit, yaitu RSUD Manna, RSUD Kepahiang dan RSUD Tais kecenderungan proporsi belanja operasional rumah sakitnya turun dan masih jauh dari 70%. Untuk RSUD Kepahiang dan RSUD Tais dapat dimaklumi karena berada di lokasi kabupaten pemekaran, dimana memang berdasarkan kajian Darmawan dkk (2007) bahwa daerah otonomi baru terlihat memiliki fokus kepada belanja yang sifatnya investasi daripada konsumtif. Hal ini termasuk wajar karena daerah ini baru saja menjadi daerah otonom baru. Secara rinci belanja modal di daerah baru memiliki fokus yang berbeda dibandingkan dengan daerah induk dan daerah kabupaten lainnya.

Operasional dari APBD ini di empat RSUD masih belum cukup dan masih membutuhkan operasional dari pemerintah daerah melalui sumber dana APBD dan masih disubsidi juga dari pemerintah pusat. Sumber subsidi dari APBD pemerintah daerah ini belum cukup untuk rumah sakit, hal ini dikarenakan sebagian besar adalah untuk belanja gaji. Menurut Gotrett and Schieber (2006) efisiensi dari sistem memiliki implikasi pembiayaan penting untuk *sustainability* dari *long-term fiscal*. Intervensi dari pemerintah dapat mengembangkan efisiensi dan *sustainability* termasuk skema subsidi, bantuan teknis dan kaitan pada penataan pembiayaan formal.

Kebijakan yang dibuat pemerintah adalah penting dalam mengembangkan *sustainability* dari posisi fiskal pemerintah, jadi konsentrasi pada subsidi sektor kesehatan adalah area kunci. (Gotrett and Schieber, 2006)



Universitas Indonesia

BAB VIII KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. Kesimpulan

1. Dalam pengalokasian anggaran untuk pembiayaan RSUD di propinsi Bengkulu, dengan DAU yang besar alokasi bersumber APBD juga besar, untuk pembiayaan bersumber dari pemerintah pusat yaitu APBN dan DAK tidak ada kaitan dengan luas wilayah, jumlah penduduk dan jumlah penduduk miskin.
2. Menurut kelas rumah sakit, pembiayaan sangat bervariasi di tiga RSUD kelas C dimana sumber subsidi Pemerintah berasal dari APBN berfluktuasi setiap tahunnya, untuk RSUD Manna dari tahun 2006-2008 berkisar Rp.1.980.182.000,- s/d Rp.12.500.000.000,-, RSUD Curup berkisar Rp.1000.000.000,- s/d Rp.6.800.000.000,- dan RSUD Argamakmur pembiayaan bersumber APBN adalah Rp.2.456.659.000,- s/d Rp.3.000.000.000,- dan pada tahun 2008 ini RSUD Argamakmur tidak mendapatkan alokasi dana bersumber APBN. Pembiayaan bersumber dari APBD, di tiga rumah sakit kelas C ini lebih besar dari pembiayaan bersumber APBN yaitu berkisar antara Rp.4.916.765.000,- s/d Rp.32.271.723.867,-. Pembiayaan bersumber pasien langsung (OOP), juga bervariasi di tiga rumah sakit ini yaitu berkisar antara Rp. 839.050.305,- s/d Rp.4.505.705.005,- atau 7% - 9% dari total pembiayaan rumah sakit. Untuk pembiayaan bersumber asuransi, dari Askes PNS adalah berkisar Rp.408.016.600,- s/d Rp.1.542.252.000,-, bersumber Askeskin berkisar antara Rp.890.885.000,- s/d Rp.1.792.439.000,- dan bersumber Jamkesmas adalah Rp.623.001.453,- s/d Rp. 2.320.784.215,- sedangkan bersumber Jamkesda baru ada di RSUD Manna yaitu Rp. 19.357.000,- di

tahun 2008. Dan untuk pembiayaan bersumber lain juga hanya ada di RSUD Manna pada tahun 2007, yaitu Rp. 455,601,500,-.

3. Pembiayaan berdasarkan jenis belanja di tiga rumah sakit kelas C juga bervariasi, pada tahun 2006, yang terbesar adalah belanja modal, yaitu 49% dari total pembiayaan dan berkisar antara Rp.2.000.000.000,-s/d Rp.12.577.889.000,- dan belanja modal ini alokasi terbesarnya adalah di RSUD Manna pada tahun 2006 ini, pada tahun 2007 proporsi terbesar adalah belanja gaji yaitu 48% berkisar antara Rp. 4.392.565.858,- s/d Rp. 13.642.222.000,-, dan pada tahun 2008 proporsi yang terbesar juga belanja gaji yaitu 40% berkisar antara Rp.5.392.133.858 s/d Rp. 16.363.510.299,-.
4. Pembiayaan berdasarkan fungsi di tiga rumah sakit kelas C ini, hanya RSUD Curup yang pembiayaannya dapat diklasifikasikan menjadi lima fungsi, proporsi pembiayaan yang cenderung konsisten adalah penunjang medik dan obat, pada tahun 2006 proporsi pembiayaan penunjang medik adalah 26% kemudian menjadi 27% di tahun 2007 dan meningkat menjadi 36% di tahun 2008. Obat berkisar antara 65% di tahun 2006 dan meningkat menjadi 12% di tahun 2008. RSUD Manna pada tahun 2006, pembiayaan yang terbesar adalah untuk fungsi rawat inap yaitu Rp.14.208.073.655, sedangkan pada tahun 2007 s/d 2008 yang terbesar adalah fungsi penunjang medis yaitu berkisar Rp.11.321.102.350,- s/d Rp. 17.165.210.217,-. Untuk RSUD Curup, pada tahun 2006 s/d 2007 yang terbesar adalah fungsi rawat jalan berkisar Rp.5.801.145.352,-, s/d Rp.7.977.422.994,- dan pada tahun 2008 yang terbesar adalah fungsi rawat inap, yaitu Rp.9.104.957.264,-. Untuk RSUD Argamakmur, pada tahun 2006, pembiayaan berdasarkan fungsi terbesar adalah rawat inap yaitu Rp.5.458.201.270,-, tahun 2007 adalah pembiayaan untuk fungsi rawat jalan yaitu Rp.5.262.130.301,- dan pada tahun 2008 adalah fungsi rawat inap yaitu Rp.5.591.765.261,-.

Universitas Indonesia

5. Pembiayaan RSUD kelas D menurut sumber, pada tahun 2006 s/d 2007 yang terbesar adalah bersumber APBD yaitu Rp.2.385.342.000,- s/d Rp.3.615.169.499,-, sedangkan pada tahun 2008, sumber pembiayaan terbesar adalah bersumber APBN yaitu Rp.10.000.000.000,- dan Ad Hoc, yaitu Rp.8.944.110.000,-. Pembiayaan bersumber OOP kecenderungan meningkat setiap tahun, yaitu dari Rp.163.266.000,- di tahun 2006 naik hingga Rp.1.033.855.157,- di tahun 2008. Dari Asuransi, baik Askes PNS maupun Askeskin dan Jamkesmas, masih sangat kecil berkisar antara 0,2% s/d 1,9% dari total pembiayaan rumah sakit. Berdasarkan jenis belanja, pembiayaan pada tahun 2006 terbesar adalah untuk belanja operasional yaitu Rp.1.333.085,000,-, untuk tahun 2007 pembiayaan terbesar adalah belanja gaji yaitu Rp.2.783.861.999,- sedangkan pada tahun 2008 belanja modal merupakan pembiayaan terbesar yaitu 78% dari total pembiayaan atau Rp. 20.915.159.550,-. Untuk pembiayaan berdasarkan fungsi, kecenderungan konsisten adalah fungsi obat yaitu 41% atau Rp. 2.091.293.298,- di tahun 2007 menjadi 48% atau Rp.12.918.395.455,- di tahun 2008. Rawat jalan berkisar antara 11% s/d 35%, ada penurunan di proporsi rawat inap semula 45% kemudian turun menjadi 21% dan naik kembali di tahun 2008 menjadi 27% yaitu Rp.7.344.547.178,-.
6. Pembiayaan RSUD kelas Non kelas menurut sumber, pada tahun 2006 yang terbesar adalah bersumber APBN yaitu Rp.4.000.000.000,-, sedangkan pada tahun 2007, sumber pembiayaan terbesar adalah bersumber APBD yaitu Rp.3.841.978.250,- sedangkan pada tahun 2008 yang terbesar bersumber dari APBN yaitu Rp.3.016.099.779,-. Pembiayaan bersumber OOP kecenderungan meningkat setiap tahun, yaitu dari Rp.11.172.000,- di tahun 2006 naik hingga Rp.135.513.815,- di tahun 2008. Dari Asuransi, baik Askes PNS maupun Askeskin dan Jamkesmas,

Universitas Indonesia

masih belum ada. Berdasarkan jenis belanja, pembiayaan pada tahun 2006 terbesar adalah untuk belanja modal yaitu Rp.4.512.910.000,-, untuk tahun 2007 pembiayaan terbesar adalah belanja gaji yaitu Rp.3.362.673.750,- sedangkan pada tahun 2008 belanja modal merupakan pembiayaan terbesar yaitu Rp. 3.174.647.005,-. Untuk pembiayaan berdasarkan fungsi, pembiayaan terbesar pada tahun 2006 s/d 2008 adalah fungsi rawat jalan dan kecenderungan menurun yaitu dari Rp.7.372.283.200,- di tahun 2006 menjadi Rp. 4.199.527.760,- di tahun 2008.

7. Implikasi pembiayaan terhadap isu dari kelima RSUD hanya RSUD Manna yang lebih efisien dalam pengelolaan pembiayaan dimana output kinerjanya juga mengalami kecenderungan kenaikan dengan BOR sudah di atas 60% setiap tahunnya.
8. Implikasi pembiayaan terhadap isu *equity sosio ekonomi* menunjukkan rumah sakit mensubsidi untuk semua pasien baik miskin maupun kaya. Dimana rata-rata untuk setiap tahunnya jumlah kunjungan pasien umum baik di rawat jalan maupun rawat inap lebih banyak dari pada pasien miskin.
9. Implikasi pembiayaan terhadap *sustainability* hanya RSUD Curup yang memiliki proporsi belanja operasional bersumber APBD dibanding dengan total APBD II selalu di atas 70% dan dapat dikatakan sustain. Hal ini menunjukkan komitmen pemerintah daerah Kabupaten Rejang Lebong terhadap pelayanan kesehatan perorangan. Sedangkan untuk empat rumah sakit lain, proporsi belanja operasional yang kecenderungan naik adalah RSUD Argamakmur tetapi belum mencapai 70%.

Universitas Indonesia

8.2. Saran

1. Bagi pemerintah pusat khususnya Departemen Kesehatan dalam membagi alokasi untuk pembiayaan RSUD dari sumber APBN maupun DAK sebaiknya sesuai dengan petunjuk pelaksanaan pendanaan baik untuk pusat maupun daerah, dengan demikian kapasitas fiskal, jumlah penduduk, jumlah penduduk miskin serta luas wilayah diperhitungkan dalam penghitungan alokasi.
2. Bagi pemerintah daerah, peran pemerintah untuk mensubsidi RSUD masih sangat dibutuhkan untuk operasional rumah sakit pemerintah di kabupaten /kota lokasi RSUD hendaknya memiliki komitmen untuk penyelenggaraan operasional rumah sakit dengan meningkatkan alokasi dana dan untuk pemulihan biaya rumah sakit yang akan mengarah ke sistem BLU maka hendaknya pemerintah daerah di kabupaten mem-*follow up* pembiayaan mekanisme pembayaran berbasis asuransi.
3. Setiap perencanaan untuk belanja modal, pihak rumah sakit hendaknya memperhitungkan belanja operasional akibat investasi yang dilakukan.
4. Bagi peneliti lain yang tertarik untuk melakukan penelitian pembiayaan rumah sakit, dapat melakukan analisis hubungan belanja modal dan belanja operasional di rumah sakit pemerintah.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, Syukri dan Halim, Abdul, *Studi atas Belanja Modal pada Anggaran Pemerintah Daerah dalam Hubungannya dengan Belanja Pemeliharaan Pemerintah*. Jurnal Akuntansi Vol.2 No.2 November 2006, www.bppk.depkeu.go.id
- Aditama C., 2003, *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*, edisi 2, Jakarta: UI-Press
- Azwar A., 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Jakarta: Bina Rupa Aksara
- Bank Dunia, 2008, *Berinvestasi dalam sektor Kesehatan Indonesia : Tantangan dan Peluang untuk Pengeluaran Publik di Masa Depan*, Bank Dunia
- Brinkerhoff, Derick W, 2009, *National Health Accounts and Public Expenditure Reviews: Redundant or Complementary Tools?*, United States Agency for International Development (USAID). Health Systems 20/20 project, www.healthsystems2020.org
- Darmawan dkk, *Studi evaluasi Dampak Pemekaran Daerah 2001-2007*, www.undp.or.id
- Departemen Kesehatan ,2006. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1045/MENKES/PER/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit*. Jakarta
- Depkes RI & FKM UI, 2002. *Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) Modul 8: Analisis Pembiayaan Kesehatan Daerah (District Health Account)*.
- Depkeu RI, *Dana Alokasi Umum*, www.djpk.depkeu.go.id

- Dewi, MDH, 2006, *Perencanaan Anggaran dan Teknik Alokasi oleh Pemerintah Pusat Tahun 2006*
- Dinas Kesehatan Propinsi Bengkulu, 2008. *Profil Kesehatan Propinsi Bengkulu Tahun 2007*. Bengkulu : Dinas Kesehatan Propinsi Bengkulu.
- Dinas Kesehatan Propinsi Bengkulu, 2007. *Laporan Provincial Health Account (PHA) propinsi Bengkulu tahun 2007*. Bengkulu.
- Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI, 2007, *Modul Pelatihan Perencanaan Dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT)*, Jakarta, Depkes RI
- Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Deputy Bidang SDM dan Kebudayaan, *Pembiayaan Pembangunan Kesehatan di Kabupaten/Kota dalam Era Desentralisasi*, diakses dari www.bappenas.go.id.
- Eckermann, Simon, 2007, *Measuring Hospital Efficiency Consistent With Maximising Net Benefit*, Working Paper No. 2007/01, Flinders University, <http://clinicalchange.flinders.edu.au/Complete%20Working%20Paper%201%20Simon%20Eckermann.pdf>
- Glied, Sherry A, 2008, *Health Care Financing, Efficiency, And Equity, Working Paper 13881*, <http://www.nber.org/papers/w13881>,
- Gotrett, Pablo and Schieber, George, 2006, *A Practitioner's Guide, Health Financing Revisited*, The World Bank, Washington DC
- Hamid, Edy Suandi. 2005. *Formula Alternatif Dana Alokasi Umum (DAU) Upaya Mengatasi Ketimpangan Fiskal dalam Era Otonomi Daerah*. Yogyakarta: UII Press Yogyakarta.

- Harmana, Tisa, 2006, Tesis: *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pembiayaan Kesehatan Daerah Bersumber pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Pontianak* Depok: Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Ishikawa, Shigeru, 2006 :*The "Poverty Trap" and "Public Expenditure Management" - In Pursuit of a New Development Model -* : Discussion Paper on Development Assistance (No.2)
- Jaafar et all. 2003. *Creating Greater Equity, Efficiency and Quality in Health Through Casemix: Malaysian Perspective. Malaysia: NCD Malaysia, Vol 2 No.2*
- Kepmenkes RI no.1258/Menkes/SK/XII/2007 tentang *Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus (DAK) Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2008*
- Mckee, Martin and Healy, Judith, *Hospitals in a Changing Europe*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia, WHO, 2002
- Mills, Anne and Lucy Gilson ,1990. *Ekonomi Kesehatan Untuk Negara-Negara Sedang Berkembang*. Penerbit Dian Rakyat. Jakarta.
- Murti, Bhisma. 2006. *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Mwase, Takondwa, 2006, *Working Paper, Application of National Health Accounts to Hospital Efficiency Analyses in Eastern and Southern Africa*, Maryland: Abt. Associates Inc

Universitas Indonesia

OECD, 2000. *A System of Health Accounts Head of Publications Service*, OECD Publications Service, France.

Peraturan Menteri Keuangan No.224/PMK.07/2008 *tentang Peta Kapasitas Fiskal Daerah*.

Peraturan Pemerintah No.58 tahun 2005 *tentang Pengelolaan Keuangan Daerah*

Rijadi, Suprijanto, 2005, *Pola Transformasi Rumah Sakit Umum Daerah: Perubahan Bentuk Kelembagaan atau Pengelolaan Keuangan?*, Jurnal MARSIS, Vol.5N.4 Januari 2005.

Sjaaf, Amal C ,1991,. *Analisis Biaya Layanan Rumah Sakit*. Jakarta : Medika no.10, Oktober 1991. Jakarta.

Soedarmono dkk, 2007, *Laporan Teknis untuk Penyusunan Peraturan Pelaksanaan UU tentan SJSN, Mekanisme Pembiayaan Rumah Sakit di Indonesia: Apakah RS Sudah Siap untuk Asuransi Kesehatan Sosial?*. Kerjasama RI dengan Republik Jerman.

Soewondo, Prastuti, *National Health Account (NHA): Perannya dalam Perencanaan Pembangunan Kesehatan, Sosialisasi Perencanaan Anggaran TA.2009*, Solo 6 Agustus 2008.

Sophia, Poppi, 2006. Tesis : *Analisis Implementasi Pengellaan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU) Di Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin Bandung-Jawa Barat Tahun 2006*. Depok: Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Thabrany, Hasbullah, 2005, *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia* , Jakarta : PT. Rajagrafindo Persada.

Universitas Indonesia

Thomas et al, 2000, *National Health Account Project The Public Sector Report*. European Union and the National Department of Health.

WHO, 2003, *Guide To Producing National Health Accounts: With Special Applications For Low-Income And Middle income Countries*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

WHO, 2005, *A Short Guide to Producing National Health Accounts*. Cairo: Metropole

Yunita, Mirriani. *Thesis: Subsidi Program JPS-BK dan Kesetaraan dalam Kontribusi Pembiayaan Pelayanan Kesehatan (Fairness in Financing Health Care) di Propinsi D.I Jogjakarta (Analisis Data 1998 dan 1999)*, Program Pascasarjana PSIKM UI tahun 2002.

Yustika, Ahmad Erani, 2008, *Desentralisasi ekonomi di Indonesia, Kajian Teoritis dan Realitas Empiris*, Bayumedia Publishing, Jatim

Yuwono dkk, 2008, *Memahami APBD dan Permasalahannya (Panduan Pengelolaan Keuangan Daerah)*, Jatim: Bayumedia Publishing

**KUISIONER PENELITIAN PEMBIAYAAN KESEHATAN RSUD DI
PROPINSI BENGKULU TAHUN 2006-2008**

I. Data Umum

Nama RS :

Jenis RS :

Tipe RS :

Pemilik RS :

Alamat RS :

Kabupaten/Kota :

II. Pelayanan Rumah Sakit

Jumlah TT RS	:	2006:.....2007:.....2008:.....
Jumlah TT kelas III	:	2006:.....2007:.....2008:.....
BOR RS	:	2006:.....2007:.....2008:.....
ALOS RS	:	2006:.....2007:.....2008:.....
BTO RS	:	2006:.....2007:.....2008:.....
TOI RS	:	2006:.....2007:.....2008:.....

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

I. Petunjuk Umum

- a. Ucapkan terima kasih atas kesediaan informan
- b. Sebelum melakukan wawancara perkenalkan diri peneliti
- c. Melaksanakan *Inform Consent*
- d. Jelaskan maksud dan tujuan wawancara secara singkat
- e. Minta izin kepada informan tentang penggunaan alat komunikasi selama wawancara seperti : tape recorder, buku catatan dll
- f. Wawancara langsung dilakukan oleh peneliti
- g. Wawancara dengan menggunakan daftar pertanyaan yang telah disiapkan dalam pedoman wawancara mendalam
- h. Pewawancara mencatat suasana wawancara : gambaran umum, tingkah laku, dan ekspresi informan secara tepat dan benar
- i. Gunakan pertanyaan terbuka
- j. Semua pertanyaan yang ada di dalam petunjuk harus diperoleh jawabannya dari informan. Dari jawaban informan gali dan kembangkan pertanyaan lagi sesuai keperluan penelitian.
- k. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat
- l. Jawaban atau tanggapan informan tidak ada yang salah atau yang benar, karena hanya bertujuan untuk penelitian
- m. Semua keterangan akan dijamin kerahasiaannya

II. Pelaksanaan wawancara Mendalam Analisis Pembiayaan Kesehatan RSUD di propinsi Bengkulu

Pedoman Wawancara Mendalam ini digunakan untuk sasaran informan sebagai berikut diantaranya :

1. Kepala Dins Kesehatan Propinsi Bengkulu
2. Kepala Bappeda
3. Direktur RSUD

INFORMED CONSENT

Partisipasi bapak/ibu bersifat sukarela, tanpa paksaan sama sekali. Bapak/ibu bebas memberikan informasi berdasarkan kondisi yang sesungguhnya. Kami akan bertanya sekitar 60 menit dan jika disela – sela wawancara ada keperluan yang harus bapak/ ibu kerjakan, bapak/ ibu dapat meninggalkan atau berhenti dalam wawancara. Jika ada pertanyaan yang anda anggap sulit untuk menjawabnya atau sesuatu yang bisa membuat bapak/ ibu tidak nyaman , saya persilahkan untuk tidak menjawab pertanyaan tersebut dan juga berhak berhenti diwawancarai kapanpun.

Kegiatan wawancara ini akan kami rekam, untuk membantu kami mendapatkan informasi yang detil dan akurat. Hanya orang – orang tertentu dalam kegiatan studi ini yang mengetahuinya. Hasil rekaman tidak akan menyebutkan nama atau identitas informan dan bersifat sangat rahasia.

Apakah Bapak/Ibu bersedia untuk diwawancarai?	1. Ya	0. Tidak
Tanda Tangan Pewawancara	

III. Karakteristik Informan

Nama :

Umur :

Dinas/Kantor/Rumah :

Sakit

Pekerjaan/Jabatan :

Pendidikan Terakhir :

Nomor Telepon/HP :

E-mail :

Alamat :

.....

Pelaksanaan

Wawancara : Hari..... Tanggal.....

Jam mulaisampai dengan.....

Tempat



Tanda Tangan Informan

Universitas Indonesia

DAFTAR PERTANYAAN

Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Bengkulu:

1. Bagimanakah metode alokasi pembiayaan rumah sakit di propinsi Bengkulu? (line item budget, global budget) Dan apa yang menjadi dasar pertimbangannya?
2. Apakah formulasi untuk teknik alokasi anggaran di institusi pemerintah juga digunakan di rumah sakit? Jika iya, apakah kebutuhan fiskal dan kapasitas fiskal mempengaruhi alokasi dana APBN untuk rumah sakit?
3. Menurut anda berapa persen alokasi dana yang cukup untuk sektor rumah sakit dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah setiap tahunnya?
4. Bagaimana peranan Dinas Kesehatan propinsi dalam menentukan kebijakan penetapan alokasi anggaran di rumah sakit?
5. Bagaimanakah fungsi dari Dinas Kesehatan propinsi dalam penentuan alokasi anggaran rumah sakit?
6. Menurut bapak apakah dengan pola pembiayaan sekarang, dimana dana DAK dan Jamkesmas langsung turun ke rumah sakit dapat memaksimalkan kinerja rumah sakit?
7. Menurut bapak, apakah sumber daya di rumah sakit sudah mampu melakukan pengelolaan anggaran?

Kepala Bappeda kabupaten/kota

1. Sektor apa saja yang menjadi prioritas dalam menunjang visi dan misi kabupaten/kota anda?
2. Pertimbangan apa yang menjadikan sektor tersebut menjadi prioritas?
3. Bagaimanakah sistem/mekanisme dalam menentukan alokasi dana untuk semua sektor ? dan apa yang menjadi dasar pertimbangannya?
4. Berapa persen alokasi dana untuk kesehatan? Berapa persen alokasi dana untuk rumah sakit? Apa yang menjadi dasar pertimbangan?
5. Bagaimanakah metode alokasi pembiayaan rumah sakit di daerah anda? (line item budget, global budget) Dan apa yang menjadi dasar pertimbangannya?
6. Menurut anda berapa persen alokasi dana yang cukup untuk sektor rumah sakit dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah setiap tahunnya?bagaimana dengan di kabupaten anda?
7. Bagaimanakah Bappeda menilai kelayakan alokasi dana yang diusulkan oleh rumah sakit ? apakah Bappeda melihat juga dari karakteristik rumah sakit tersebut?
8. Jika ada dana alokasi yang tidak terpakai sampai akhir tahun anggaran berjalan, dana rumah sakit tersebut akan kembali ke rumah sakit atau tidak?mengapa
9. Bagaimanakah peran Bappeda /Bapak dalam menentukan kebijakan penetapan alokasi anggaran tersebut?
10. Dengan adanya kebijakan alokasi dana DAK untuk rumah sakit, bagaimanakah kesiapan daerah untuk menyiapkan dana pendamping?
11. Bagaimana kebijakan daerah mengenai alokasi dana untuk Jamkesda?
12. Menurut anda berapa persen alokasi dana yang cukup untuk sektor rumah sakit dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah setiap tahunnya?
13. Menurut bapak bagaimana kecukupan dari anggaran untuk rumah sakit di daerah anda?

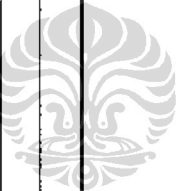
Direktur RSUD

1. Bagaimanakah mekanisme perencanaan anggaran untuk rumah sakit ? Dan apa yang menjadi dasar pertimbangan jumlah dana yang diusulkan?
2. Apakah karakteristik rumah sakit mempengaruhi alokasi dana yang didapat RSUD? Bagaimana menurut pendapat anda?
3. Berapa persen alokasi dana untuk sektor rumah sakit dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah untuk tahun 2006,2007 dan 2008?
4. Bagaimana pembiayaan rumah sakit anda? Dari sumber biaya, yang paling besar dari mana? Apakah pemerintah pusat?daerah? atau dari sektor swasta? Menurut anda, mengapa sumber tersebut yang lebih banyak untuk penerimaan rumah sakit?
5. Bagaimanakah realisasi dari alokasi anggaran yang diterima oleh rumah sakit?
6. Bagaimanakah pengeluaran dari rumah sakit anda, apakah sudah sesuai dengan perencanaan?mengapa?
7. Bagaimanakah dengan dana alokasi yang tidak terpakai pada akhir tahun?apakah rumah sakit dapat menggunakannya?
8. Menurut anda, dengan peraturan setiap penerimaan harus disetor ke kas daerah, apakah merugikan rumah sakit?
9. Apakah menurut anda kinerja pelayanan pad tahun sebelumnya mempengaruhi jumlah dana yang diberikan untuk tahun berikutnya?
10. Menurut bapak, apakah pengeluaran rumah sakit untuk rawat inap dan rawat jalan sudah sesuai dengan alokasi yang diberikan?
11. Menurut bapak sudah cukupkah anggaran dari pemda untuk rumah sakit?jika belum, berapa yang dibutuhkan rumah sakit?
12. Dengan adanya penjaminan untuk masyarakat miskin dr pemerintah, jika ada pasien yang tidak tercover sbg peserta bagaimana rumah sakit menyikapinya? Dana untuk pelayanan bagi pasien diambil dari mana?

DAFTAR ISIAN "ANALISIS PEMBIAYAAN RSUD DI PROPINSI BENGKULU TAHUN 2006-2009"
 ALOKASI DANA BERSUMBER
 APBD

KABUPATEN :
 RSUD :
 Tahun:

Jenis Program/Kegiatan	JML PENDUDUK	Rincian APBD				JML
		Belanja Tidak Langsung	Belanja Langsung		Belanja Modal	
			Belanja Pegawai	Belanja Barang dan Jasa		
1	3			4	5	



DAFTAR ISI AN "ANALISIS PEMBIAYAAN RSUD DI PROPINSI BENGKULU TAHUN 2006-2009"
 ALOKASI DANA BERSUMBER
 APBN

KABUPATEN :
 RSUD :
 Tahun :

Program/Kegiatan	RINCIAN DIPA RSUD			JML
	Belanja Pegawai	Belanja Operasional	Belanja Modal	
1	2	3	4	5=2+3+4

DAFTAR ISIAN "ANALISIS PEMBIAYAAN RSUD DI PROPINSI BENGKULU TAHUN 2006-2009"
 ALOKASI DANA UNTUK PENDUDUK MISKIN YANG DATANG KE RSUD

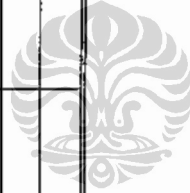
KABUPATEN :
 RSUD :

TA	JML PENDUDUK MISKIN	JML PENDUDUK K MISKIN YANG DIBIYAI PEMERINT AH	JUMLAH PASIEN MISKIN YANG DATANG KE RSUD				KARTU MISKIN LAINNY A	JML	RINCIAN ALOKASI UNTUK PENDUDUK MISKIN DI RSUD				
			PASIEN MENGUNAKA N SKTM	PASIEN MENGUNAKA N KARTU ASKESKIN	PASIEN MENGUNAKA N KARTU JAMKESMA S	ASKEKI N			JAMKESMA S	JAMKESD A	SUMBE R LAIN	JML	
1	2	3	4	5	6	7	8=4+5+6+7	9	10	11	12	13	
2006													
2007													
2008													

DAFTAR ISIAN "ANALISIS PEMBIAYAAN RSUD DI PROPINSI BENGKULU TAHUN 2006-2009"
 ALOKASI DANA BERSUMBER SWASTA/MASYARAKAT/ASURANSI LAIN

KABUPATEN :
 RSUD :

TA	JUMLAH TT	JML PASIEN RAWAT JALAN	JML PASIEN RAWAT INAP	RINCIAN PENERIMAAN RUMAH SAKIT				JML
				ASKES PNS	ASKES PERUSAHAAN	OOP (MASYARAKAT)	LAIN- LAIN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9=5+6+7+8
2006								
2007								-
2008								-



Bappeda Kabupaten Bengkulu Selatan Sektor yang menjadi prioritas dalam menunjang Visi/Misi Kabupaten:
1. sektor pendidikan yaitu 20% yang dianjurkan dari pemerintah pusat, untuk Bengkulu Selatan sudah 34%, yang kedua adalah kesehatan. Kemudian sektor-sektor yang menunjang kemiskinan, yang banyak bantuan dari pusat.
Pertimbangan yang menjadikan sektor tersebut menjadi prioritas karena sudah dicanangkan oleh pemerintah pusat, jadi kita tidak jauh dari rencana kerja pusat dan propinsi. Kita kan satu payung, negara NKRI jadi harus saling mendukung, disini ada RKPP kemudian RKP Propinsi, RKP Kabupaten jadi semuanya saling dukung
Mekanisme dalam menentukan alokasi dana untuk semua sektor Ada tahapan-tahapannya, ada Musrenbang desa kemudian kecamatan kemudian kabupaten dan musrenbang nasional. Dari program-program Bappeda menentukan program-program unggulan/prioritas untuk menunjang visi dan misi, untuk keuangan melakukan kerjasama dengan Dinas Pendapatan dan Pengelolaan Keuangan DAerah. Juga melihat dan memperbandingkan dengan kegiatan di SKPD tahun sebelumnya.
Mekanisme menentukan alokasi dana dan dasar pertimbangan Ada tahapan-tahapannya, ada Musrenbang desa kemudian kecamatan kemudian kabupaten dan musrenbang nasional. Dari program-program Bappeda menentukan program-program unggulan/prioritas untuk menunjang visi dan misi, untuk keuangan melakukan kerjasama dengan Dinas Pendapatan dan Pengelolaan Keuangan DAerah. Juga dengan melihat dan membandingkan dengan kegiatan di SKPD tahun sebelumnya
metode alokasi pembiayaan RSUD dan yang menjadi dasar pertimbangan RS di kabupaten ini semi swadana, berapa penghasilan (PAD) akan dikembalikan full ke rs dan berapa program-program yang dianggap penting akan disupport oleh Pemda. Untuk mencapai BLUD RS Manna belum bisa jadi pemerintah daerah masih mempertahankan RS Swadana
Cara Bappeda menilai kelayakan alokasi dana yang diusulkan oleh rumah sakit, bagaimana dg karakteristik rumah sakit Karena rumah sakit swadana jadi Bappeda agak longgar. Kalau target PAD 10 M, semua yang dihasilkan akan diserahkan ke rumah sakit. Untuk lain-lain Dau, akan dilihat prioritasnya.
Peran Bappeda dalam menentukan kebijakan penetapan alokasi anggaran Bappeda koordinasi dengan Dinas Pendapatan dan Keuangan Daerah. DPKD masalah uang, dan Bappeda masalah program, kemudian dipadukan. Dengan adanya kebijakan alokasi DAK utk RS, bagaimana kesiapan daerah untuk menyiapkan dana pendamping Daerah siap, selagi ada dana bantuan daerah siap untuk menyiapkan dana pendamping
Kebijakan daerah untuk alokasi dana Jamkesda Belum terlihat, untuk dana tambahan anggaran adalah di Dinas Keuangan dan Pendapatan Daerah maka koordinasi dengan DKPD.

RSUD Manna
Bagaimana Kecukupan anggaran untuk rumah sakit di daerah anda
Masih kurang, banyak kebutuhan rumah sakit
Bagaimanakah mekanisme perencanaan anggaran untuk rumah sakit ? Dan apa yang menjadi dasar pertimbangan jumlah dana yang diusulkan?
sama seperti institusi pemerintahan yang lain, kitamenyampaikan usulan kita ke satuan tiga dari hasil perekapan dari instalasi-instalasi yang ada di rs, melalui Bappeda. Patokan awalnya adalah tahun sebelumnya dan juga berdasarkan kebutuhan
Apakah karakteristik rumah sakit mempengaruhi alokasi dana yang didapat RSUD? Bagaimana menurut pendapat anda?
tergantung juga dengan rencana ke depan, rs kita ini adalah tipe C dengan 4 spesialis kan sudah terpenuhi. Tetapi rs kita ada 2 subspesialis dengan sendirinya ada penambahan pelayanan, dengan adanya penambahan pelayanan maka beban kita ke depan bertambah maka dengan adanya spesialis itu juga berpengaruh dengan anggaran yang kita usulkan termasuk PAD.
Berapa persen alokasi dana untuk sektor rumah sakit dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah untuk tahun 2006,2007 dan 2008?
dari pusat bukan sudah terencana sebelumnya tetapi tergantung dengan anggaran yang diberikan oleh pusat terhadap kita sendiri, jadi persentasenya sangat bervariasi, pada tahun 2006 mendapat 12,5 M, maka dilihat dari keseluruhan operasional pada tahun 2006 lebih banyak dari pusat daripada pendapatan dan APBD. kemudian tahun 2007 hanya mendapat 2M atau sekitar 20% dari keseluruhan . sedangkan pada tahun 2008 mendapat 4 M sekitar 25%. Karena APBD, jika kita masukkan juga meningkat, kemudian juga mendapat DAK.
Bagaimana penerimaan rumah sakit anda? Dari sumber biaya, yang paling besar dari mana? Apakah pemerintah pusat?daerah? atau dari sektor swasta? Menurut anda, mengapa sumber tersebut yang lebih banyak untuk penerimaan rumah sakit?
bervariasi dan tiap tahun itu tidak sama, APBN tahun 2006 paling besar, yang pasti rata-rata yang besar itu adalah dari PAD, pendapatan rumah sakit sendiri. Sedangkan Dau tergantung anggaran pemerintah daerah juga. Sifat rs manna adalah ujicoba swadana, PERDA tahun 2005 sekarang disambung pada tahun 2008, dan tetap uji coba swadana.
Bagaimanakah realisasi dari alokasi anggaran yang diterima oleh rumah sakit?
kalo realisasi, 95% terealisasi dari anggaran yang diterima, sedang yang realisasinya yang tidak sesuai dengan anggaran yang dianggarkan adalah PAD, misalnya target 9 M hanya tercapai 5 M. Pada tahun 2006, 5 M, 2007 5,2 M dan tahun 2008 5,5 M, sedangkan target cenderung naik. Jika ada kekurangan, pada perubahan anggaran kita usulkan lagi bersumber dai DAU.
Bagaimanakah pengeluaran dari rumah sakit anda, apakah sudah sesuai dengan perencanaan?mengapa?
Kalau pengeluaran itu sesuai dengan perencanaan yang ada jadi walaupun ada yang diluar itu tidak terlalu signifikan
Bagaimanakah dengan dana alokasi yang tidak terpakai pada akhir tahun?apakah rumah sakit dapat menggunakannya?
Pada akhir tahun pada tanggal 20 Desember, jadi jika DAU rumah sakit tidak bisa digunakan lagi oleh rumah sakit. Jadi Pemda berhak mengalihkan dana tersebut, tahun 2008 dana DAK tidak kita manfaatkan dan kembali ke kas daerah dan pada tahun 2009 tidak kembali lagi
Menurut anda, denganperaturan setiap penerimaan harus disetor ke kas daerah, apakah merugikan rumah sakit?
kita dengan peraturan ujicoba swadana ini penerimaan langsung dikelola sendiri
Apakah menurut anda kinerja pelayanan pada tahun sebelumnya mempengaruhi jumlah dana yang diberikan untuk tahun berikutnya?

<p>sebenarnya kinerja rumah sakit diperhatikan tetapi tidak terlalu signifikan dalam mempengaruhi kucuran dana. Untuk BOR hanya berpengaruh pada DAK, untuk APBD tidak sama sekali</p>
<p>Menurut bapak, apakah pengeluaran rumah sakit untuk rawat inap dan rawat jalan sudah sesuai dengan alokasi yang diberikan</p> <p>kalau prosedurnya sudah sesuai kalau alokasi anggarannya masih sangat kurang sehingga masih ada keluhan2 dari ruangan, hal ini terjadi karena dana kita memang tidak cukup.</p>
<p>Menurut bapak sudah cukupkah anggaran dari pemda untuk rumah sakit? jika belum, berapa yang dibutuhkan rumah sakit?</p> <p>sangat minim sekali, sedang kita dalam mengelola suatu rs memerlukan anggaran yang besar jadi itu juga berpengaruh terhadap kinerja nanti, selama ini sangat minim.</p>
<p>Dengan adanya penjaminan untuk masyarakat miskin dr pemerintah, jika ada pasien yang tidak tercover sbg peserta bagaimana rumah sakit menyikapinya? Dana untuk pelayanan bagi pasien diambil dari mana?</p> <p>kalau jamkesda dari PEMDA dan dikelola oleh Dinas Kesehatan jadi sifat rumah sakit sama dengan jamkesmas, rumah sakit hanya klaim ke pengelola jamkeda di Dinkes. Jamkesda seingat saya dari tahun 2007. tetapi pastinya kurang jelas, sedang 2008 sudah efektif jalan.</p>



Bappeda Rejang Lebong

Sektor yang menjadi prioritas dalam menunjang Visi/Misi Kabupaten:
Sektor Pendidikan, kesehatan, pertanian dan sarana dan prasarana ruang yang menunjang visi misi kepala daerah
Pertimbangan yang menjadikan sektor tersebut menjadi prioritas
Kaitannya dengan visi dan misi Bupati Rejang Lebong
Mekanisme dalam menentukan alokasi dana untuk semua sektor. Dasar pertimbangan karena pelayanan kesehatan masyarakat itu harus diprioritaskan sesuai dengan visi kepala daerah diaman
Sesuai dengan sistem perencanaan, melakukan musrenbang tingkat desa, kecamatan, kabupaten, kemudian perencanaan masing-masing SKPD, inilah dasar pertimbangan menentukan alokasi dana, juga melihat kebijakan umum keuangan daerah disana tergambar berapa pendapatan daerah, bagaimana pertimbangan ekonomi secara makro mikro, nanti sesuai dengan prioritas, dari bawah dan SKPD disesuaikan dengan rencana jangka panjang daerah dan visi misi bupati. Dan juga kita mempedomani RPJMN secara nasional yang dituangkan dalam rencana kerja pemerintah yang dananya tercantum dalam RKAKL yang akan diturunkan ke daerah
Mekanisme menentukan alokasi dana dan dasar pertimbangan
Sektor kesehatan ini menjalankan fungsi pelayanan dasar yang akan diterima oleh masyarakat. Itu kewajiban pemerintah, bukan urusan wajib tetapi masuk dalam urusan pilihan, karena memang masalah kesehatan merupakan SPM yang harus dipenuhi.
metode alokasi pembiayaan RSUD dan yang menjadi dasar pertimbangan
kita menilai berapa sebenarnya pendapatan RS, dengan kebutuhan minimal rs tsb harus berjalan mengakomodir dalam pelayanan2 askeskin, disini daerah memberikan subsidi dalam bentuk APBD, dalam perhitungan digabung berapa sebenarnya semua yang APBD berapa yang dari PEMDA. Jika kurang akan ditambah dalam anggaran perubahan APBD.
Cara Bappeda menilai kelayakan alokasi dana yang diusulkan oleh rumah sakit, bagaimana dg karakteristik rumah sakit
akan dirapatkan dengan tim anggaran, jika tidak wajar tidak akan diterima. Layak dan tidak layak adalah hasil diskusi tim pangsar DPRD dan tim anggaran Pemda.
Dana Alokasi yang tidak terpakai di akhir tahun, dana akan kembali ke rumah sakit/tidak
Jelas langsung dikembalikan ke kas negara
Peran Bappeda dalam menentukan kebijakan penetapan alokasi anggaran
Seluruh perencanaan dari SKPD akan dituangkan dalam plafon anggaran prioritas daerah, ini yang akan dibahas, yang dianggap belum prioritas akan dicoret, disini kita menerapkan azas efektif dan efisiensi
Dengan adanya kebijakan alokasi DAK utk RS, bagaimana kesiapan daerah untuk menyiapkan dana pendamping
Pemerintah Daerah siap untuk mendampingi, itu dari dana DAU, 15% DAU dari nilai bantuan DAK
Kebijakan daerah untuk alokasi dana Jamkesda
sebenarnya yg ditugaskan adalah Dinkes, dan untuk dana Jamkesda ini dimonitor oleh Dinas Kesehatan sehingga ada sebagian juga yang dialokasikan di Dinkes, dan mulai berjalan 2008
Bagaimana Kecukupan anggaran untuk rumah sakit di daerah anda
Kalau sekarang itu cukup, sesuai dengan yang diprioritaskan dan yang diminta masih bisa dipenuhi walaupun danan APBD sangat terbatas.

Direktur RSUD Curup

Bagaimanakah mekanisme perencanaan anggaran untuk rumah sakit ? Dan apa yang menjadi dasar pertimbangan jumlah dana yang diusulkan?
untuk PAD realisasi anggaran tahun sebelumnya dinaikkan 25%, kebutuhan dari ruangan ditampung sesuai dengan kebutuhan
Apakah karakteristik rumah sakit mempengaruhi alokasi dana yang didapat RSUD? Bagaimana menurut pendapat anda?
Memengaruhi, karena kita tipe C jadi sesuai dengan tipe C
Bagaimana penerimaan rumah sakit anda? Dari sumber biaya, yang paling besar dari mana? Apakah pemerintah pusat?daerah? atau dari sektor swasta? Menurut anda, mengapa sumber tersebut yang lebih banyak untuk penerimaan rumah sakit?
pusat lebih banyak, hampir berimbang dan tergantung lobi dan banyak ke pusat karena daerah kita belum mampu . Daerah mw mensupport tetapi keadaan keuangan
Bagaimanakah realisasi dari alokasi anggaran yang diterima oleh rumah sakit?
Jika sudah dikasi pasti terpakai
Bagaimanakah pengeluaran dari rumah sakit anda, apakah sudah sesuai dengan perencanaan?mengapa?
Kita kembalikan ke sumber, jika APBN dan APBD itu sesuai,yang banyak tidak sesuai ini adalah yang dari pendapatan sendiri, kadang-kadang sudah kita rencanakan misalnya untuk operasional untuk perakaian alat, ternyata bukan alat itu yang rusak, dan untuk rumah sakit ini banyak sekali pengeluaran yang diluar perencanaan. Dan di perubahan anggaran diusulkan.
Bagaimanakah dengan dana alokasi yang tidak terpakai pada akhir tahun?apakah rumah sakit dapat menggunakannya?
RSUD Curup sudah swakelaola sejak tahun 1999, jadi tidak ada yang disetor kekas daerah.
Apakah menurut anda kinerja pelayanan pada tahun sebelumnya mempengaruhi jumlah dana yang diberikan untuk tahun berikutnya?
Ya benar
Menurut bapak, apakah pengeluaran rumah sakit untuk rawat inap dan rawat jalan sudah sesuai dengan alokasi yang diberikan
Menurut bapak sudah cukupkah anggaran dari pemda untuk rumah sakit?jika belum, berapa yang dibutuhkan rumah sakit?
Belum, apalagi dengan rs swakelola, dampak positif dana bisa kita gunakan langsung tapi negatif apa dana itu cukup? Malah tidak cukup, memang rencana mw menuju ke BLU
Dengan adanya penjaminan untuk masyarakat miskin dr pemerintah, jika ada pasien yang tidak tercover sbg peserta bagaimana rumah sakit menyikapinya? Dana untuk pelayanan bagi pasien diambil dari mana?
Yang jelas rs melayani dan klaim langsung ke Dinkes, yang SKTM

Bappeda Kabupaten Bengkulu Utara

Sektor yang menjadi prioritas dalam menunjang Visi/Misi Kabupaten: yang pertama adalah infrastruktur, kemudian sosial budaya yang terdiri dari kesehatan dan pendidikan, kemudian ekonomi
Pertimbangan yang menjadikan sektor tersebut menjadi prioritas 1.Kondisi infrastruktur masih kurang, kemudian wilayah luas,2.Pendidikan dan kesehatan,org harus sehat dan bisa sekolah. Visi terakhirnya yaitu kesejahteraan.
Mekanisme dalam menentukan alokasi dana untuk semua sektor. Dasar pertimbangan karena pelayanan kesehatan masyarakat itu harus diprioritaskan sesuai dengan visi kepala daerah diaman sistem perencanaan sudah diatur oleh undang-undang diatur mulai dari desa,kecamatan,musyarah ditkt kabupaten, kemudian di tingkat propinsi kemudian nasional. Kemudian baru kita menyusun rencana kerja pemerintah daerah.Baru kemudian kita susun Rancangan APBD. Baru ke DPRDnya.
Mekanisme menentukan alokasi dana dan dasar pertimbangan 1.Usulan dari masing-masing, sumber dari desa,kecamatan kemudian yang terkait keseatan yg mengusulkan adalah kesehatan yaitu dinas teknisnya.Dikumpulkan kemudian dihubungkan dengan ketersediaan dana, adanya skala prioritas infrastruktur,pendidikan dan kesehatan, porsinya hampir seimbang.
metode alokasi pembiayaan RSUD dan yang menjadi dasar pertimbangan metode alokasi hampir mirip semua, usulan, untuk skala prioritas yg paling tahu adalah dinas teknis masing-masing, Bappeda melihat dan memverifikasi tingkat prioritas kepentingan dinas itu sendiri,semakin prioritas semakin kita tingkatkan dananya. Sumber alokasi dana kita tidak hanya DAU, ada PAD,DAK, memang awalnya kita melihat dari ketiga kelompok itu dulu masing-masing kemudian baru kita turunkan yang terkait ada yang paling mendesak akan kita arahkan kesana.
Formulasi teknik alokasi anggaran di institusi pemerintah apakah digunakan di Rsjuga, apakah kebutuhan fiskal dan kapasitas fiskal mempengaruhi alokasi dana APBD untuk rumah sakit hampir mirip semua, yang tahu skala prioritas teknis ya di instansi masing-masing,Bappeda memverifikasi melihat tingkat prioritas kepentingan dinas, semakin prioritas semakin ditingkatkan. Di Rs maupun di Dinkes, sumber dana kita tidak hanya DAU, DAK, PAD memang awalnya kita lihat ketiga kelompok tersebut, yg paling mendesak alokasinya kita arahkan kesana.
Cara Bappeda menilai kelayakan alokasi dana yang diusulkan oleh rumah sakit,bagaimana dg karakteristik rumah sakit kita verifikasi dulu, contohnya ketersediaan obat, apakah benar2 habi, jika masih banyak kita alihkan ke yang lain, seperti pelayanan. Jika rs bisa mempertahankan argumentasinya ya bisa dapat. Bappeda juga menilai dari tipe rs, jika tipe C ada batas standar minimal ada dokter spesialis jadi kita anggarkan untuk itu. Juga melohat standar kelayakan ruangan
Dana Alokasi yang tidak terpakai di akhir tahun, dana akan kembali ke rumah sakit/tidak Kalau tidak terpakai, itu sistem akan dikembalikan ke daerah dulu. Dan belum tentu kembali. Dan mulai tahun in rs, bappeda akan mengarah ke BLUD yaitu BLUD bertahap mulai tahun 2009, agar rutinitas jalan musti cepat.
Peran Bappeda dalam menentukan kebijakan penetapan alokasi anggaran Fungsi Bappeda memverifikasi untuk tingkat kepentingan dan dikaitkan dengan visi misi.
Dengan adanya kebijakan alokasi DAK utk RS, bagaimana kesiapan daerah untuk menyiapkan dana pendamping

Siap, dalam Bappeda menyusun, tingkat prioritas, kalau DAK, dana pendamping itu wajib jadi berapapun kita siap
Kebijakan daerah untuk alokasi dana Jamkesda
Kita tanggulangi melalui Dinas Kesehatan, jika yang tidak masuk juga tetap diterima dan diklaim ke dinkes
Bagaimana Kecukupan anggaran untuk rumah sakit di daerah anda
masih jauh dari cukup, 1 yang kurang ini yang jelasnya adalah sarana untuk pendukung rs ini, alat pendukung ini mahal2 jadi ke DAK diharapkan.



Bappeda Kabupaten Kepahiang

Sektor yang menjadi prioritas dalam menunjang Visi/Misi Kabupaten:
Visi Kabupaten Kepahiang adalah terdepan di bidang industri dan pariwisata berbasis pertanian dan sumber daya manusia.
Pertimbangan yang menjadikan sektor tersebut menjadi prioritas
Karena potensi alam di kepahiang adalah pertanian dalam artian luas: pertanian, perkebunan, perikanan dan keindahan alamnya. Industri harus dimajukan karena tanpa industri daerah mungkin tidak dapat meningkatkan PADnya. Jika masyarakat seluruhnya adalah petani tradisional maka daya beli rendah jika sakit tidak dapat berobat. Seluruhnya itu ada keterkaitan, visi kab. Kepahiang sudah tepat cuma kita belum dapat masuk ke faktor SDM, SDM belum punya skill dan belum pernah kita lihat di desa-desa itu home industri jika dikelola dengan bagus maka pendapatan masyarakat meningkat otomatis daya beli masyarakat meningkat dampak lain kerawanan sosial akan berkurang.
Mekanisme dalam menentukan alokasi dana untuk semua sektor. Dasar pertimbangan karena pelayanan kesehatan masyarakat itu harus diprioritaskan sesuai dengan visi kepala daerah diaman
Dari program dulu, program dulu baru angka
Cara Bappeda menilai kelayakan alokasi dana yang diusulkan oleh rumah sakit, bagaimana dg karakteristik rumah sakit
Menilai program yang diusulkan dengan rpjmn, rkp, rpjmd. Dilihat juga, karena penganggaran berdasarkan kinerja. Kita perlu tahap2 dalam pelayanan, pasien yg dtang terbatas, ada korelasi, jika dibangun dg fasilitas yg bagus, bisa jd pasien2 dr kabupaten tetangga. jadi kita melihat dari berbagai aspek, kita juga melihat peluang2, kekuatan2nya apa, tantangannya apa, minimal harus ada Feasibility ada.
Dana Alokasi yang tidak terpakai di akhir tahun, dana akan kembali ke rumah sakit/tidak
Bisa saja diajukan di perubahan APBD, atau perencanaannya belum pas makanya diberikan kesempatan di perubahan anggaran. Jika DAK tidak tahu, dikaitkan dengan kementerian masing-masing
Peran Bappeda dalam menentukan kebijakan penetapan alokasi anggaran
Mensinkronisasi dengan program di pusat, propinsi, dan daerah...
Dengan adanya kebijakan alokasi DAK utk RS, bagaimana kesiapan daerah untuk menyiapkan dana pendamping
Kita tunggu usulan dari SKPD, dana DAK yg didapat berada, ketentuannya, dana pendamping minimal 10%, dan untuk fisik 17,5% dari daerah
Kebijakan daerah untuk alokasi dana Jamkesda
Sudah berjalan, pengelolaan yang paling tahu adolah Dinas Kesehatan. Dan sudah berjalan sejak 2008
Bagaimana Kecukupan anggaran untuk rumah sakit di daerah anda
Kalau untuk Kesehatan masih jauh dari cukup, karena kita ini kabupaten baru, seharusnya danya lebih dari kabupaten lama.

RSUD Kepahiang

Bagaimanakah mekanisme perencanaan anggaran untuk rumah sakit ? Dan apa yang menjadi dasar pertimbangan jumlah dana yang diusulkan?
Biasanya kita punya tim, semua unsur yang ada di rs kita libatkan untuk membuat perencanaan tahun berikutnya. Dan kemudian kita bahas. Yang menjadi dasar sesuai dengan pelayanan publik, rs harus memiliki SPM, jadi di lini2 yang belum memenuhi SPM RS akan di fokuskan.
Apakah karakteristik rumah sakit mempengaruhi alokasi dana yang didapat RSUD? Bagaimana menurut pendapat anda?
Sangat mempengaruhi, salah satu syarat untuk menaikkan tipe adalah dokter spesialis, dengan penambahan dr spesialis 5, maka ada penambahan anggaran untuk gaji, n penambahan peralatan-peralatan dan akan direncanakan untuk tahun2 berikutnya
Bagaimana penerimaan rumah sakit anda? Dari sumber biaya, yang paling besar dari mana? Apakah pemerintah pusat?daerah? atau dari sektor swasta? Menurut anda, mengapa sumber tersebut yang lebih banyak untuk penerimaan rumah sakit?
sumber penerimaan, rs ini untuk terbesar adalah dana dari APBN
Bagaimanakah pengeluaran dari rumah sakit anda, apakah sudah sesuai dengan perencanaan?mengapa?
Sudah sesuai, tetapi di akhir tahun sering agak dipermasalahkan. untuk dana PABD masih kurang
Bagaimanakah dengan dana alokasi yang tidak terpakai pada akhir tahun?apakah rumah sakit dapat menggunakannya?
sejak 5 tahun berdirinya rs. belum ada kejadian ada dana2 yang tidak terpakai
Menurut anda, dengan peraturan setiap penerimaan harus disetor ke kas daerah, apakah merugikan rumah sakit?
sebenarnya tidak merugikan rs, tetapi diharapkan tahun kedepan rs dapat mengelola sendiri jadi 100% penghasilan dapat dikelola sendiri. Sebenarnya 15% ini dapat membantu untuk operasional rs
Apakah menurut anda kinerja pelayanan pada tahun sebelumnya mempengaruhi jumlah dana yang diberikan untuk tahun berikutnya?
ya mempengaruhi, tahun lalu kita mendapatkan penghargaan dari presiden suatu senjata untuk meminta dana ke pusat, untuk instansi2 berprestasi di pusat diperhatikan
Menurut bapak, apakah pengeluaran rumah sakit untuk rawat inap dan rawat jalan sudah sesuai dengan alokasi yang diberikan
kebetulan untuk operasional rs dari APBD, masih sangat kurang untuk rawat jalan dan rawat inap
Menurut bapak sudah cukupkah anggaran dari pemda untuk rumah sakit?jika belum, berapa yang dibutuhkan rumah sakit?
kita tahun ini hanya 800jt, 600jt untuk gaji,200jt untuk operasional.Jadi masih sangat kurang dari APBD
Dengan adanya penjaminan untuk masyarakat miskin dr pemerintah, jika ada pasien yang tidak tercover sbg peserta bagaimana rumah sakit menyikapinya? Dana untuk pelayanan bagi pasien diambil dari mana?
kita sudah punya kebijakan..40% adalah miskin.,masih ada yang tidak tertanggung ke jamkesda, diluar jamkesmas dan jamkesda dananya dari Dinas Sosial dan tidak akan diambil dari operasional rs. jd ada kerjasama dengan dinas sosial untuk pasien-pasien yang tidak tercover.

Bappeda Kabupaten Seluma

Sektor yang menjadi prioritas dalam menunjang Visi/Misi Kabupaten:
Sektor pembangunan infrastruktur, kesehatan, pendidikan dan infra struktur sarana Kota
Pertimbangan yang menjadikan sektor tersebut menjadi prioritas
Karena masih terbatasnya sarana dan prasarana yang tersedia di Kabupaten seluma
Mekanisme dalam menentukan alokasi dana untuk semua sektor
Dialokasikan dengan skala prioritas pembangunan sesuai dengan dana yang tersedia.
metode alokasi pembiayaan RSUD dan yang menjadi dasar pertimbangan
Global untuk memudahkan realiasi pelaksanaan di lapangan
Cara Bappeda menilai kelayakan alokasi dana yang diusulkan oleh rumah sakit, bagaimana dg karakteristik rumah sakit
Kami menilai sesuai dengan aktifitas kegiatan di rumah sakit, jumlah pasien, jumlah penduduk dan jumlah pasien yang berobat di rumah sakit.
Dana Alokasi yang tidak terpakai di akhir tahun, dana akan kembali ke rumah sakit/tidak
Apabila dana tersebut tidak terpakai tetap dipergunakan dengan rumah sakit yang bersangkutan
Peran Bappeda dalam menentukan kebijakan penetapan alokasi anggaran
Peran Bappeda adalah mensinkronkan program-program kesehatan dan alokasi dana yang tersedia untuk menunjang pelayanan kesehatan.
Dengan adanya kebijakan alokasi DAK utk RS, bagaimana kesiapan daerah untuk menyiapkan dana pendamping
Daerah siap mengalokasikan dana pendamping sebesar 10% dari dana alokasi DAK rumah sakit yang ada
Kebijakan daerah untuk alokasi dana Jamkesda
Pemcrintah kota Seluma mengalokasikan Jamkesda oleh APBD yang ditampung dalam Dinas Kesehatan
Bagaimana Kecukupan anggaran untuk rumah sakit di daerah anda
rumah sakit harus disubsidi oleh Pemerintah Daerah dan mendapatkan PAD secara profesional

RSUD Tais

Bagaimanakah mekanisme perencanaan anggaran untuk rumah sakit ? Dan apa yang menjadi dasar pertimbangan jumlah dana yang diusulkan?
Mekanisme RS tais kami rapat dulu dari segala lapisan, kemudian evaluasi dari tahun sebelumnya kemudian baru dibuat usulan. Keputusan tetap di tangan bupati. Menjadi adasr pertimbangan:jumlah pasien, jumlah layanan, jumlah pegawai, administrasi dan pemeliharaan masuk semuanya.
Apakah karakteristik rumah sakit mempengaruhi alokasi dana yang didapat RSUD? Bagaimana menurut pendapat anda?
benar, masalahnya ini kita tidak dapat dana dari pusat langsung dan dari pemda dan seberapa banyak yang dialokasikan oleh daerah ke kita, dan tergantung pengambil kebijakan yaitu Bupati. RS pemekaran dibedakan dengan kab induk, pemekaran tidak dapat, induk dapat dan sebaliknya
Apakah dalam membuat usulan anggaran rumah sakit juga memasukkan unsur kapasitas fiskal daerah dan kebutuhan fiskal di lokasi RSUD?
kalo kapasitas PAD Cuma dilihat dari jumlah penduduk, yang menentu kebijakan ya bupati
Bagaimana penerimaan rumah sakit anda? Dari sumber biaya, yang paling besar dari mana? Apakah pemerintah pusat?daerah? atau dari sektor swasta? Menurut anda, mengapa sumber tersebut yang lebih banyak untuk penerimaan rumah sakit?
untuk tahun 2008 rata-rata hampir sebanding, pemerintah pusat ngasih dan pemda ngasih tetapi yidak banyak. Kadang-kadang PAD daerah hanya besar tertulis, tetapi realnya minus yaitu lebih kecil daerah, biar terlihat kinerja daerah bagus.
Bagaimanakah realisasi dari alokasi anggaran yang diterima oleh rumah sakit?
biasanya realisasi selalu habis 100%. Kalau engga habis nanti ada pejabat yang diganti dan dupertanyakan kenapa dana tidak habis
Bagaimanakah pengeluaran dari rumah sakit anda, apakah sudah sesuai dengan perencanaan? mengapa?
90% sudah sesuai dengan rencana, tetapi ada juga biaya2 tak terduga jadi diambil dari pos2 lain.
Bagaimanakah dengan dana alokasi yang tidak terpakai pada akhir tahun?apakah rumah sakit dapat menggunakannya?
tidak ada sama sekali
Menurut anda, dengan peraturan setiap penerimaan harus disetor ke kas daerah, apakah merugikan rumah sakit?
60 -40, kalau untuk rs tidak merugikan tetapi untuk staf itu merugikan karena itu insentif untuk dia, dan untuk pengurusan keluar mekanismenya susah, jadi duit untuk jatah rs tidak akan kembali ke rumah sakit
Apakah menurut anda kinerja pelayanan pada tahun sebelumnya mempengaruhi jumlah dana yang diberikan untuk tahun berikutnya?
tidak dilihat sama sekali oleh pemda, pokoknya ini dana dan harus cukup dan disamakan dengan instansi lain yang tidak memproduksi jasa
Menurut bapak, apakah pengeluaran rumah sakit untuk rawat inap dan rawat jalan sudah sesuai dengan alokasi yang diberikan
Ada, hanya berdasarkan estimasi pasien, mw lebih mw kurang tetap yang sudah disitu
Menurut bapak sudah cukupkah anggaran dari pemda untuk rumah sakit?jika belum, berapa yang dibutuhkan rumah sakit?

kalau dibilang cukup tidak, dibilang tidak ya cukup. Pemda sekedar hanya melihat ada rumah sakit, belum menunjang rs untuk mencukupi anggaran2 yang dibutuhkan oleh rs, seperti dr spesialis, listrik dll. Mv dikasi sebarang harus habis

Dengan adanya penjaminan untuk masyarakat miskin dr pemerintah, jika ada pasien yang tidak tercover sbg peserta bagaimana rumah sakit menyikapinya? Dana untuk pelayanan bagi pasien diambil dari mana?

Di rs Tais, Jamkesda tidak ada mungkin tahun2 ke depan baru ada. Untuk yang tidak tercover jamkesmas kebijakan direktur aja, dan bukan kebijakan daerah. Di perda direktur berwenang memberikan dispensasi-dispensasi No.1 tahun 2008, wewenang direktur mau diapain. Dana diambil dari mana saja yang penting pasien terlayani.



RSUD Kelas C

1	2	3	4	5	B-TDK LANGSUNG			B-LANGSUNG			TOTAL	
					GAJI (TDK LANGSUNG G)	BLJ-BRG & JASA	JALAN LANGSUNG G	GAJI (LANGSUNG G)	BLJ_BARAN G & JASA	MODAL		JML LANGSUNG
TH	KODE	KEG	SBR	FS	GJL	BJ	TL	GJL TL	B&J	MODAL	L	TTL
2006	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.3	2,030,382,922	1,544,316,670	3,574,699,592		126,653,948	629,014,932	755,668,779	4,330,368,372
2006	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.1	2,601,910,438	1,979,022,586	4,580,933,024		162,306,329	806,074,804	988,380,133	5,549,313,157
2006	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.4.2	608,640,937	462,934,521	1,071,575,458		37,986,521	188,557,653	226,544,174	1,298,119,632
2006	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.1	721,105,398	548,476,161	1,269,582,560		44,982,106	223,399,580	288,381,686	1,537,964,246
2006	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.3	53,449,415	40,653,820	94,103,236		3,334,137	16,558,689	19,892,826	113,996,062
2006	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.1.3				6,375,857	7,691,346	323,258,304	337,525,507	337,525,507
2006	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.1.1				8,170,581	10,112,662	414,251,492	432,534,735	432,534,735
2006	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.4.2				1,911,269	2,365,562	95,902,809	101,179,640	101,179,640
2006	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.5.1				2,264,435	2,802,673	114,807,719	119,874,828	119,874,828
2006	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.5.3				167,843	207,738	8,509,709	8,885,290	8,885,290
2007	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.1.3				6,166,046	74,753,431	1,209,837,587	1,290,757,064	1,290,757,064
2007	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.1.1				5,608,452	70,418,174	1,139,674,162	1,215,900,788	1,215,900,788
2007	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.4.2				4,566,703	55,606,432	899,855,373	960,148,509	960,148,509
2007	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.5.1				1,893,837	22,959,738	371,589,026	396,442,601	396,442,601

2007	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.5.3			434,963	5,273,225	85,343,851	91,052,039	91,052,039
2007	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.1	1,886,157,568	2,389,569,616	194,866,017	2,294,027,860	20,686,516	2,352,204,366	2,352,204,366
2007	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.1	1,886,157,568	2,389,569,616	194,866,017	2,294,027,860	19,499,501	2,498,392,198	4,086,990,813
2007	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.4.2	1,886,157,568	1,886,157,568	153,877,946	1,803,605,847	15,397,191	1,872,880,984	3,859,038,652
2007	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.1	778,789,161	778,789,161	63,535,768	744,703,748	6,357,457	814,596,973	1,593,386,135
2007	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.3	178,865,601	178,865,601	14,592,431	171,038,113	1,480,134	187,080,678	365,957,279
2008	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.3	1,680,039,716	1,680,039,716	229,979,774	2,868,658,476	93,807,337	3,188,445,588	4,868,485,303
2008	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.1	1,775,553,970	1,775,553,970	238,827,261	3,031,748,533	99,140,507	3,369,716,301	5,145,270,270
2008	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.4.2	1,462,268,381	1,462,268,381	196,687,858	2,496,615,132	81,647,774	2,775,150,564	4,237,418,945
2008	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.1	546,890,711	546,890,711	73,534,597	933,471,349	30,525,231	1,037,531,176	1,584,221,887
2008	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.3	125,172,010	125,172,010	16,836,711	213,730,511	6,989,152	237,556,373	362,728,383
2008	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.1.3			9,363,439	31,945,169	2,002,469,702	2,043,798,310	2,043,798,310
2008	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.1.1			9,916,910	33,761,328	2,116,314,857	2,159,993,104	2,159,993,104
2008	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.4.2			8,167,132	27,804,349	1,742,904,112	1,778,875,592	1,778,875,592
2008	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.5.1			3,053,403	10,395,068	651,610,538	665,059,010	665,059,010
2008	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.5.3			699,117	2,380,087	149,194,781	152,273,984	152,273,984
2006	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.3	1,303,157,294	1,303,157,294	4,725,357	89,781,785	40,503,061	135,010,203	1,659,533,601
2006	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.1	1,669,979,846	1,669,979,846	6,055,486	115,054,240	51,904,168	173,013,894	2,126,671,649
2006	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.4.2	390,643,000	390,643,000	1,416,504	26,913,578	12,141,464	40,471,546	497,472,706
2006	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.1	462,826,520	462,826,520	1,678,248	31,886,704	14,384,979	47,949,931	589,396,357
2006	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.3	34,305,349	34,305,349	124,394	2,363,487	1,066,235	3,554,116	43,686,883

2006	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.1.3				6,072,084	8,141,453	4,204,855,304	4,219,068,840	4,219,068,840
2006	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.1.1				7,781,300	10,433,170	5,388,479,398	5,406,693,868	5,406,693,868
2006	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.4.2				1,820,208	2,440,535	1,260,475,078	1,264,735,821	1,264,735,821
2006	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.5.1				2,156,548	2,891,501	1,493,387,297	1,498,435,346	1,498,435,346
2006	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.5.3				159,846	214,322	110,691,956	111,066,124	111,066,124
2007	DIPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.3	1,761,095,462			2,685,547,952	1,920,488,088	1,580,514,466	6,186,530,486	7,947,625,948
2007	DIPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.1	1,658,982,340			2,829,802,053	1,809,092,278	1,488,853,974	5,827,746,305	7,486,710,845
2007	DIPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.4.2	1,310,016,601			1,997,684,098	1,428,588,244	1,175,888,787	4,601,941,129	5,911,957,730
2007	DIPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.1	540,902,146			824,838,109	589,851,784	485,438,572	1,900,128,465	2,441,030,611
2007	DIPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.3	124,230,451			189,442,787	135,472,846	111,491,983	436,407,615	550,638,066
2007	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.1.3				6,430,445	10,794,660	629,142,965	646,368,070	646,368,070
2007	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.1.1				6,057,517	10,168,634	592,656,393	608,882,544	608,882,544
2007	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.4.2				4,783,380	8,029,766	467,997,190	480,810,336	480,810,336
2007	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.5.1				1,975,044	3,315,468	193,234,715	198,525,227	198,525,227
2007	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.5.3				453,614	761,472	44,380,737	45,595,823	45,595,823
2008	DIPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.3	2,488,708,495			2,421,429,871	1,436,516,679	3,352,888,291	7,210,834,841	9,699,543,336
2008	DIPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.1	2,630,197,492			2,559,093,918	1,516,186,068	3,543,507,964	7,620,787,950	10,250,985,442
2008	DIPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.4.2	2,166,115,305			2,107,557,520	1,250,311,465	2,918,277,756	6,276,146,741	8,442,262,046
2008	DIPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.1	809,834,317			787,941,621	467,447,475	1,091,041,399	2,346,430,495	3,156,264,811
2008	DIPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.3	185,422,190			180,409,570	107,028,231	249,808,240	537,246,042	722,668,232

2007	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.1	192.631.607,4	102.631.601,4	21.635.873	232.156.705	526.823.000	1.030.083.370	21.674.033.892
2007	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.4.2	890.198.214	890.198.214	167.096.587	230.704.534	415.616.347	818.417.467	1.703.616.881
2007	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.1	367.560.323	367.560.323	66.993.708	95.257.249	171.606.813	335.857.770	703.418.092
2007	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.3	84.418.568	84.418.568	15.845.970	21.877.989	39.413.396	77.137.357	161.555.925
2008	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.3	1.366.980.631	1.366.980.631	253.671.437	717.102.897	394.417.414	1.365.191.749	2.732.172.380
2008	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.1	1.444.696.731	1.444.696.731	286.093.262	757.871.903	416.840.982	1.442.806.147	2.887.502.877
2008	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.4.2	1.189.788.869	1.189.788.869	220.769.853	624.150.062	343.291.952	1.188.231.867	2.378.020.736
2008	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.1	444.820.206	444.820.206	82.545.559	233.347.753	128.344.785	444.238.097	889.056.303
2008	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.3	101.847.421	101.847.421	18.899.889	53.428.029	29.386.222	101.714.140	203.561.561



RSUD Kelas D

1	2	3	4	5	B-TDK LANGSUNG			B-LANGSUNG			TOTAL	
					GAJI (TDK LANGSUNG G)	BLJ-BRG & JASA	TL	GAJI (LANGSUNG G)	BLJ_BARAN G & JASA	MODAL		BLJ LANGSUNG G
TH	KODE	KEG	SBR	FS	GIL	BJ	TL	GIL TL	BRJ	MODAL	L	TTL
2006	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.3	318.720.834	327.820.787	646.541.621	4.435.958	124.538.837	51.145.906	180.120.702	826.662.323
2006	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.1	416.500.865	428.392.582	844.893.447	5.799.861	162.745.977	66.836.906	235.379.743	1.080.273.190
2006	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.4.2	129.891.533	133.600.129	263.491.663	1.607.831	50.754.575	20.844.010	73.406.416	336.898.079
2006	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.1								
2006	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.3	54.558.768	56.116.502	110.675.270	759.349	21.318.511	8.755.178	30.833.138	141.508.408
2006	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.1.3				5.953.888	9.633.307	330.972.050	346.559.245	346.559.245
2006	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.1.1				7.780.475	12.588.700	432.510.618	452.879.793	452.879.793
2006	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.4.2				2.426.448	3.925.959	134.884.396	141.236.803	141.236.803
2006	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.5.1								
2006	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.5.3				1.019.189	1.649.034	56.655.936	59.324.159	59.324.159
2007	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.1.3				2.291.835	10.441.324	187.368.872	200.102.031	200.102.031
2007	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.1.1				3.666.394	16.794.765	301.380.956	321.862.116	321.862.116
2007	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.4.2				1.314.760	5.989.887	107.488.125	114.792.771	114.792.771
2007	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.5.1				7.023.896	32.000.020	574.238.254	613.262.170	613.262.170

2007	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.5.3			2.863.115	13.044.004	234.073.793	249.980.912	249.980.912
2007	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.4.2	179.234.831	32.495.232	64.933.488			97.428.719	276.663.590
2007	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.1	957.533.651	173.600.620	346.898.857			520.497.477	1.478.031.128
2007	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.3	390.314.530	70.763.930	141.403.766			212.167.716	602.482.246
2008	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.1.3		4.072.045	5.833.389	1.122.791.394		1.132.696.818	1.132.696.818
2008	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.1.1		9.838.270	14.093.766	2.712.721.624		2.736.653.660	2.736.653.660
2008	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.4.2		1.693.889	2.426.287	467.003.651		471.123.628	471.123.628
2008	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.5.1		17.304.629	24.789.663	4.771.432.445		4.813.526.736	4.813.526.736
2008	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.5.3		3.041.367	4.356.896	838.600.895		845.999.158	845.999.158
2008	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.3	183.864.496	21.821.667	59.216.423	96.980.778		178.020.867	371.885.363
2008	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.1	1.980.736.856	222.854.592	605.041.747	990.864.262		1.818.880.601	3.799.697.458
2008	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.5.3	348.123.487	39.185.281	106.338.832	174.148.889		319.673.001	657.796.488
2008	Ad Hoc	Relokasi RS	HF.1.1.5	HC.1.3				1.013.096.494		1.013.096.494	1.013.096.494
2008	Ad Hoc	Relokasi RS	HF.1.1.5	HC.1.1				2.447.693.137		2.447.693.137	2.447.693.137
2008	Ad Hoc	Relokasi RS	HF.1.1.5	HC.4.2				421.378.155		421.378.155	421.378.155
2008	Ad Hoc	Relokasi RS	HF.1.1.5	HC.5.1				4.305.271.262		4.305.271.262	4.305.271.262
2008	Ad Hoc	Relokasi RS	HF.1.1.5	HC.5.3				756.670.953		756.670.953	756.670.953

RSUD Non Kelas

1	2	3	4	5	B-TDK LANGSUNG			B-LANGSUNG					13	TTL
					GAJI (TDK LANGSUNG)	BLJ-BRG & JASA	TL	GAJI (LANGSUNG)	BLJ_BARA NG & JASA	MODAL	L	TTL		
2006	DPA	Pelaksanaan SKPD Upaya Kesehatan	HF.1.1.3	HC.1.3	1,624,239,200	439,800,000	2,064,039,200	139,644,000	597,800,000	571,000,000	1,308,244,000	3,372,283,200		
2006	DIPA	Perorangan	HF.1.1.1	HC.1.3				21,000,000	37,090,000	3,941,910,000	4,000,000,000	4,000,000,000		
2007	DIPA	Perorangan	HF.1.1.1	HC.1.3				18,806,459	28,245,203	1,531,333,512	1,578,385,174	1,578,385,174		
2007	DIPA	Perorangan	HF.1.1.1	HC.1.1				1,929,695	2,898,187	157,127,223	161,955,105	161,955,105		
2007	DIPA	Perorangan	HF.1.1.1	HC.4.2				3,093,846	4,646,611	251,919,265	259,659,721	259,659,721		
2007	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.3	2,173,257,830		2,173,257,830	361,763,907	3,002,119,955	4,024,632,123	6,530,262,123	3,032,060,754		
2007	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.1	222,993,858		222,993,858	47,377,537	36,612,745	4,129,955	88,120,137	311,113,995		
2007	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.4.2	357,522,062		357,522,062	75,959,557	58,700,559	6,821,323	141,261,439	498,803,501		
2008	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.3	716,631,324		716,631,324	196,497,926	155,478,786	755,844,075	1,107,820,787	1,824,452,111		
2008	DPA	Pelaksanaan SKPD	HF.1.1.3	HC.1.1	193,416,142		193,416,142	53,034,063	41,963,149	203,999,518	298,996,730	492,412,872		

2008	DIPA	Program Kesehatan	HE.1.1.3	HC.1.2	217.531.733,11	2.733.133,41	69.552.891,18	41.203.203,18	222.978.077,18	333.333.301,18	553.660.455,18
2008	DIPA	Program Kesehatan	HE.1.1.3	HC.5.3	1.135.335.143,18	1.135.335.143,18	311.305.120,18	246.319.863,18	1.197.468.599,18	1.755.083.582,18	2.880.418.726,18
2008	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.1.3		-	9.745.727,18	30.559.307,18	2.334.770.618,18	2.375.075.652,18	2.375.075.652,18
2008	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.1.1		-	2.630.336,18	8.247.844,18	630.145.948,18	641.024.127,18	641.024.127,18
2008	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.4.2		-	2.959.106,18	9.276.757,18	708.909.091,18	721.146.955,18	721.146.955,18
2008	DIPA	Upaya Kesehatan Perorangan	HF.1.1.1	HC.5.3			15.439.831,18	48.414.092,18	3.699.899.343,18	3.762.753.266,18	3.762.753.266,18

