

**PENERAPAN PASAL 170 UNDANG-UNDANG NOMOR 36 TAHUN 2009 TENTANG KESEHATAN DALAM PERDA NOMOR 6 TAHUN 2011 TENTANG APBD 2012 DI SULAWESI TENGAH**

**SYARIFA / D 101 09 285**

**ABSTRAK**

*Penelitian ini berjudul penerapan pasal 170 undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan dalam perda nomor 6 tahun 2011 tentang APBD 2012 di Sulawesi Tengah, dengan identifikasi masalah bagaimana penerapan pasal 170 undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan dalam perda nomor 6 tahun 2011 tentang APBD 2012 di Sulawesi Tengah. Tujuan penelitian untuk mengetahui bagaimana penerapan pasal 170 Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 dalam APBD di Sulawesi Tengah.*

*Lokasi penelitian ini bertempat di kota Palu Provinsi Sulawesi Tengah dengan penelitian hukum normatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam penerapan pasal 170 undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Unsur-unsur pembiayaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas sumber pembiayaan, alokasi, dan pemanfaatan. Sumber pembiayaan kesehatan berasal dari Pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, swasta dan sumber lain. Besar anggaran kesehatan Pemerintah Daerah Provinsi, Kabupaten/Kota, di alokasikan minimal 10 % dari APBD di luar gaji, besar anggaran kesehatan diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik yang besarnya sekurang-kurangnya 2/3 ( 75 % ) dari anggaran kesehatan dalam APBN dan APBD. Alokasi pembiayaan kesehatan di tujukan untuk pelayanan kesehatan di bidang publik yaitu penduduk miskin, kelompok lanjut usia, dan anak terlantar. Alokasi pembiayaan kesehatan yang bersumber dari swasta dalam pasal 170 ayat (3) dimobilisasikan melalui sistem jaminan sosial dan/ atau asuransi kesehatan komersial.*

**Kata Kunci : pembiayaan kesehatan, anggaran pendapatan belanja daerah.**

## **I. PENDAHULUAN**

### **A. Latar belakang**

Pemikiran atau konsepsi manusia merupakan anak zaman yang lahir dan berkembang dalam situasi kesejarahan dengan berbagai pengaruhnya. Pemikiran konseptual manusia tentang negara hukum juga lahir dan berkembang dalam situasi kesejarahan. Oleh karena itu, meskipun konsep negara hukum dianggap konsep universal, pada dataran implementasi ternyata memiliki karakteristik beragam. Hal ini dikarenakan adanya pengaruh-pengaruh situasi kesejarahan, disamping pengaruh falsafah bangsa, ideologi negara, dan lain-lain. Atas dasar itu, secara historis dan praktis, konsep negara hukum muncul dalam berbagai model seperti negara hukum menurut Alquran dan Sunnah atau

demokrasi Islam, negara hukum menurut konsep Eropa Kontinental yang dinamakan *rechtsstaat*, negara hukum menurut konsep Anglo Saxon (*rule of law*), konsep *socialist legality*, dan konsep negara hukum Pancasila. Konsep-konsep negara hukum ini memiliki dinamika sejarahnya masing-masing. Meskipun demikian, tulisan ini hanya melakukan "*momen opname*" terhadap sejarah kemunculan negara hukum, khususnya Eropa Kontinental (*rechtsstaat*), yang memiliki kaitan langsung dengan munculnya ilmu Hukum Administrasi Negara.<sup>1</sup>

Masalah negara hukum pada hakikatnya tidak lain daripada persoalan tentang

---

<sup>1</sup> Ridwan HR, *Hukum Administrasi Negara*, Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada, 2006. hlm 1-2

kekuasaan. Ada dua sentral kekuasaan, di satu pihak terdapat negara dengan kekuasaan yang menjadi syarat mutlak untuk dapat memerintah. Di lain pihak nampak rakyat yang diperintah segan melepaskan segala kekuasaannya. Kita menyaksikan bahwa apabila penguasa di suatu negara hanya bertujuan untuk memperoleh kekuasaan sebesar-besarnya tanpa menghiraukan kebebasan rakyatnya, maka lenyaplah negara hukum. Dengan demikian nyatalah betapa penting tujuan suatu negara dalam kaitannya dengan persoalan kita.<sup>2</sup>

Konsep Negara Kesejahteraan yang lahir di era abad ke-20,<sup>3</sup> sebagai koreksi berkembangnya konsep negara 'Penjaga Malam' (*nachtwachtersstaat*), muncul pula gejala kapitalisme di lapangan perekonomian yang secara perlahan-lahan menyebabkan terjadinya kepincangan dalam pembagian sumber-sumber kemakmuran bersama. Akibatnya timbul jurang kemiskinan yang menunjukkan kecenderungan semakin menajam, yang sulit dipecahkan oleh negara yang difungsikan secara minimal. Negara dianggap tidak dapat melepaskan tanggung jawabnya untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Kenyataan ini, mendorong muncul kesadaran baru mengenai pentingnya keterlibatan negara dalam menangani dan mengatasi masalah ketimpangan itu. Negara dianggap tidak dapat melepaskan tanggung jawabnya untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Negara perlu turut campur tangan dalam mengatur agar sumber-sumber kemakmuran tidak dikuasai oleh segelintir orang.

Dalam konsep negara kesejahteraan ini, negara dituntut untuk memperluas tanggung jawabnya kepada masalah-masalah sosial

ekonomi yang dihadapi rakyat banyak. Perkembangan inilah yang memberikan legalisasi bagi '*negara intervensionis*' abad ke-20. Fungsi negara juga meliputi kegiatan-kegiatan yang sebelumnya berada diluar jangkauan fungsi negara, seperti memperluas ketentuan pelayanan sosial kepada individu dan keluarga dalam hal-hal khusus, seperti '*social security*', kesehatan, kesejahteraan-sosial, pendidikan dan pelatihan serta perumahan.

Negara perlu dan bahkan harus melakukan intervensi dalam berbagai masalah sosial dan ekonomi untuk menjamin terciptanya kesejahteraan bersama dalam masyarakat. Sesuai dengan tujuan terakhir bagi setiap negara adalah untuk menciptakan kebahagiaan bagi rakyatnya.<sup>4</sup>

Berdasarkan Pasal 170 Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, dalam Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063, bahwa Pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Unsur-unsur pembiayaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas sumber pembiayaan, alokasi, dan pemanfaatan. Sumber pembiayaan kesehatan berasal dari Pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, swasta dan sumber lain.<sup>5</sup>

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis merumuskan masalah sebagai berikut bagaimana Penerapan Pasal 170 Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan dalam Perda Nomor 6 Tahun 2011 Tentang APBD 2012 di Sulawesi Tengah?

## **II. TINJAUAN UMUM KEUANGAN DAERAH**

---

<sup>4</sup> Jurnal Hukum, *Konsep Negara Kesejahteraan Pra Kemerdekaan RI*. 2005. hlm 572-573

<sup>5</sup> Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009, pasal 170 tentang *Pembiayaan Kesehatan*, dalam Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063.

---

<sup>2</sup> Ibid

<sup>3</sup> Ian Gough, *The Political Economy of the Welfare State*, The Lu4acmillan Fress, London and Basingstoke, dalam Jimly Asshiddiqie, *Gagasan Kedaulatan Rakyat Dalam Konstitusi Dan Pelaksanannya Di Indonesia*, Ichtiar Baru Van Hoeve, Jakarta, 1994, hal. 223. Selanjutnya dikatakan oleh Ian Gough, *The twentieth century, and in pafficular the peiode since the Qecond Wodd War, can faily be descibed as the era af the 'welfare state'*

### **A. Pengelolaan Keuangan Daerah**

Berdasarkan pasal 23 Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang pemerintahan daerah, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125 :<sup>6</sup>

1. Hak dan kewajiban daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 dan Pasal 22 diwujudkan dalam bentuk rencana kerja pemerintahan daerah dan dijabarkan dalam bentuk pendapatan, belanja, dan pembiayaan daerah yang dikelola dalam sistem pengelolaan keuangan daerah.
2. Pengelolaan keuangan daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara efisien, efektif, transparan, akuntabel, tertib, adil, patut, dan taat pada peraturan perundang-undangan.

Ukuran keberhasilan suatu daerah otonom dapat dilihat dari kemampuan dalam pengelolaan keuangan daerah. Pengelolaan keuangan daerah yang baik akan bermuara pada peningkatan pendapatan asli daerah dan meningkatnya usaha-usaha pembangunan. Ruang lingkup pengelolaan daerah meliputi kekayaan daerah yang dikelola langsung pemerintah daerah, yaitu APBD dan barang-barang inventaris milik daerah, dan kekayaan daerah yang dipisahkan pengurusannya, contohnya BUMN. Dalam hal ini, yang dimaksud keuangan daerah adalah semua hak dan kewajiban daerah yang dapat dinilai dengan uang dan segala sesuatu berupa uang dan barang yang dapat dijadikan milik daerah yang berhubungan dengan pelaksanaan hak dan kewajiban tersebut.

Dalam rangka efisiensi dan efektivitas pengelolaan keuangan daerah, kepala daerah mendelegasikan sebagian atau seluruh kewenangannya kepada perangkat pengelolaan keuangan. Kewenangan yang didelegasikan minimal adalah kewenangan yang berkaitan dengan tugas sebagai bendahara umum daerah. Sekretaris daerah atau pimpinan perangkat pengelolaan keuangan daerah

bertanggung jawab kepada pemegang kekuasaan umum pengelolaan keuangan daerah.<sup>7</sup>

Dari aspek pelaksanaan, Pemerintah Daerah dituntut mampu menciptakan sistem manajemen yang mampu mendukung operasionalisasi pembangunan daerah. Salah satu aspek dari pemerintahan daerah yang harus diatur secara hati-hati adalah masalah pengelolaan keuangan daerah dan anggaran daerah. Anggaran Daerah atau Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) merupakan instrumen kebijakan yang utama bagi Pemerintah Daerah. Sebagai instrumen kebijakan, APBD menduduki posisi sentral dalam upaya pengembangan kapabilitas dan efektivitas pemerintah daerah. APBD digunakan sebagai alat untuk menentukan besarnya pendapatan dan pengeluaran, membantu pengambilan keputusan dan perencanaan pembangunan, otorisasi pengeluaran di masa-masa yang akan datang, sumber Pengembangan ukuran-ukuran standar untuk evaluasi kinerja, alat untuk memotivasi para pegawai, dan alat koordinasi bagi semua aktivitas dari berbagai unit kerja. Dalam kaitan ini, proses penyusunan dan pelaksanaan APBD hendaknya difokuskan pada upaya untuk mendukung pelaksanaan program dan aktivitas yang menjadi preferensi daerah yang bersangkutan. Untuk memperlancar pelaksanaan program dan aktivitas yang telah direncanakan dan mempermudah pengendalian, pemerintah daerah dapat membentuk pusat-pusat pertanggungjawaban (*responsibility centers*) sebagai unit pelaksana.<sup>8</sup>

### **B. Struktur Anggaran Pendapatan Belanja Daerah**

Berdasarkan pasal 1 Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dalam Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125. Yang di

---

<sup>6</sup> Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang *Pemerintahan Daerah* dalam Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, hlm 24

---

<sup>7</sup> Ibid  
<sup>8</sup> Kuncoro Thesaurianto, *Tesis, Analisis Pengelolaan Keuangan Daerah terhadap Kemandirian Daerah*, Semarang : 2007. Hlm 10

maksud dengan struktur APBD adalah satu kesatuan yang terdiri dari :<sup>9</sup>

1. Pendapatan Daerah adalah semua hak daerah yang diakui sebagai penambah nilai kekayaan bersih dalam periode tahun anggaran yang bersangkutan. Seperti PAD, Dana perimbangan, lain-lain pendapatan yang sah.
2. Belanja Daerah adalah semua kewajiban daerah yang diakui sebagai pengurang nilai kekayaan bersih dalam periode tahun anggaran yang bersangkutan. Seperti klasifikasi belanja menurut organisasi, klasifikasi belanja menurut fungsi, klasifikasi menurut program dan kegiatan, dan klasifikasi menurut jenis belanja.
3. Pembiayaan Daerah adalah setiap penerimaan yang perlu dibayar kembali dan/ atau pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang bersangkutan maupun pada tahun-tahun anggaran berikutnya. Seperti penerimaan pembiayaan, dan pengeluaran pembiayaan.

Anggaran untuk membiayai pengeluaran yang sifatnya tidak tersangka disediakan dalam bagian anggaran pengeluaran yang tidak tersangka.<sup>10</sup>

Pada umumnya sumber pendapatan daerah terdiri atas :<sup>11</sup>

1. Pendapatan Asli Daerah (PAD) terdiri dari :
  - a. Hasil pajak daerah;
  - b. Hasil retribusi daerah;
  - c. Hasil pengelolaan kekayaan daerah yang dipisahkan antara lain berupa bagian laba dari BUMD, hasil kerja sama dengan pihak ketiga;

- d. Lain-lain PAD yang sah, antara lain penerimaan daerah di luar pajak dan retribusi daerah, seperti jasa giro, hasil penjualan aset daerah;

2. Dana perimbangan, yaitu dana yang bersumber dari APBN yang dialokasikan kepada daerah untuk mendanai kebutuhan daerah dalam pelaksanaan desentralisasi (otonomi daerah);
3. Lain-lain pendapatan daerah yang sah, antara lain hibah atau dana darurat dari pemerintah pusat.

Pajak daerah dan retribusi daerah ditetapkan dengan undang-undang yang pelaksanaannya diatur dengan Perda. Dalam hal ini pemerintah daerah dilarang melakukan pungutan atau dengan sebutan lain di luar yang telah ditetapkan undang-undang. Hasil pengelolaan kekayaan daerah, yang dipisahkan dan lain-lain PAD yang sah ditetapkan dengan perda dengan berpedoman pada peraturan perundang-undangan.<sup>12</sup>

Pedoman penggunaan adalah pengalokasian belanja daerah yang sesuai dengan kewajiban daerah sebagaimana diatur dalam undang-undang. Supervisi, monitoring dan evaluasi atas dana bagi hasil pajak, dana bagi hasil sumber daya alam, DAU, DAK, diatur dalam peraturan Menteri Dalam Negeri. Pengaturan lebih lanjut mengenai pembagian dana perimbangan, ditetapkan dalam undang-undang tentang perimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah yaitu Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004.<sup>13</sup>

Untuk membiayai penyelenggaraan pemerintah daerah, pemerintah daerah dapat melakukan pinjaman yang bersumber dari pemerintah, pemerintah daerah lain, lembaga keuangan bank, lembaga keuangan bukan bank, dan masyarakat. Pemerintah daerah dengan persetujuan DPRD dapat menertibkan obligasi daerah untuk membiayai investasi yang menghasilkan penerimaan daerah. Pemerintah daerah dapat melakukan pinjaman yang berasal dari penerusan utang luar negeri

---

<sup>9</sup> Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah dalam Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125

<sup>10</sup> Ibid

<sup>11</sup> Rozali Abdullah, *Pelaksanaan Otonomi Luas*, Jakarta : Rajawali Pers, 2011. Hlm 144

---

<sup>12</sup> Ibid Hlm 145

<sup>13</sup> Ibid 147

dari menteri keuangan atas nama pemerintah, setelah memperoleh pertimbangan menteri dalam negeri. Perjanjian penerusan ini dilakukan antara menteri keuangan dan kepala daerah.

Selisih antara anggaran pendapatan daerah dan anggaran belanja daerah dapat mengakibatkan terjadinya surplus atau defisit anggaran. Surplus anggaran bisa terjadi, apabila anggaran pendapatan daerah lebih besar daripada anggaran belanja daerah. Adapun defisit anggaran bisa terjadi, apabila anggaran pendapatan daerah lebih kecil dari anggaran belanja daerah.<sup>14</sup>

### **C. Sumber Sumber Pembiayaan Daerah**

Kurangnya anggaran negara yang dialokasikan bagi sektor kesehatan, dapat dilihat sebagai rendahnya apresiasi akan pentingnya bidang kesehatan sebagai elemen penunjang, yang bila terabaikan akan menimbulkan masalah baru yang justru akan menyerap keuangan negara lebih besar lagi. Sejenis pemborosan baru yang muncul karena kesalahan kita sendiri.

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) terdiri dari sebagai berikut :<sup>15</sup>

1. Upaya Kesehatan
2. Pembiayaan Kesehatan
3. Sumber Daya Manusia Kesehatan
4. Sumber Daya Obat dan Perbekalan Kesehatan
5. Pemberdayaan Masyarakat
6. Manajemen Kesehatan

Terbatasnya anggaran kesehatan di negeri ini, diakui banyak pihak, bukan tanpa alasan. Berbagai hal biasa dianggap sebagai pemicunya. Selain karena rendahnya kesadaran pemerintah untuk menempatkan pembangunan kesehatan sebagai sector prioritas, juga karena kesehatan belum menjadi komoditas politik yang laku dijual di negeri yang sedang mengalami transisi demokrasi ini.<sup>16</sup>

Pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkesinambungan memegang peranan yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan penting dari pembangunan kesehatan di suatu negara diantaranya adalah pemerataan pelayanan kesehatan dan akses (*equitable access to health care*) dan pelayanan yang berkualitas (*assured quality*). Oleh karena itu reformasi kebijakan kesehatan di suatu negara seyogyanya memberikan fokus penting kepada kebijakan pembiayaan kesehatan untuk menjamin terselenggaranya kecukupan (*adequacy*), pemerataan (*equity*), efisiensi (*efficiency*) dan efektifitas (*effectiveness*) dari pembiayaan kesehatan itu sendiri.<sup>17</sup>

Implementasi strategi pembiayaan kesehatan di suatu negara diarahkan kepada beberapa hal pokok yakni; kesinambungan pembiayaan program kesehatan prioritas, reduksi pembiayaan kesehatan secara tunai perorangan (*out of pocket funding*), menghilangkan hambatan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, pemerataan dalam akses pelayanan, peningkatan efisiensi dan efektifitas alokasi sumber daya (*resources*) serta kualitas pelayanan yang memadai dan dapat diterima pengguna jasa.<sup>18</sup>

Tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah tersedianya pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya-guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan yang akan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Pada dasarnya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan pembiayaan kesehatan di daerah merupakan tanggung jawab pemerintah daerah. Namun untuk pemerataan pelayanan kesehatan, pemerintah menyediakan dana perimbangan (*maching grant*) bagi daerah yang kurang mampu.

Telah diketahui bersama bahwa sumber pembiayaan untuk penyediaan fasilitas-

---

<sup>14</sup> Siswanto Sunarso, Opt cit. Hlm 91-92

<sup>15</sup> *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah 2011*, hlm 1

<sup>16</sup> Astiena, Adila Kasni, *Materi Kuliah Pembiayaan Pelayanan Kesehatan. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas*, Jakarta : Depkes RI, 2009, hlm 22

---

<sup>17</sup> Ibid

<sup>18</sup> Ibid



fasilitas kesehatan melibatkan dua pihak utama yaitu pemerintah (*public*) dan swasta (*private*). Di sebagian besar wilayah Indonesia, sektor swasta mendominasi penyediaan fasilitas kesehatan, lebih dari setengah rumah sakit yang tersedia merupakan rumah sakit swasta, dan sekitar 30-50 persen segala bentuk pelayanan kesehatan diberikan oleh pihak swasta (satu dekade yang lalu hanya sekitar 10 persen). Hal ini tentunya akan menjadi kendala terutama bagi masyarakat golongan menengah ke bawah. Tingginya biaya kesehatan yang harus dikeluarkan jika menggunakan fasilitas-fasilitas kesehatan swasta tidak sebanding dengan kemampuan ekonomi sebagian besar masyarakat Indonesia yang tergolong menengah ke bawah.

Sumber biaya kesehatan tidaklah sama antara satu negara dengan negara lain. Secara umum sumber biaya kesehatan dapat dibedakan sebagai berikut :

1. Bersumber dari anggaran pemerintah  
Pada sistem ini, biaya dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah. Pelayanannya diberikan secara cuma-cuma oleh pemerintah sehingga sangat jarang penyelenggaraan pelayanan kesehatan disediakan oleh pihak swasta. Untuk negara yang kondisi keuangannya belum baik, sistem ini sulit dilaksanakan karena memerlukan dana yang sangat besar. Contohnya dana dari pemerintah pusat dan provinsi.
2. Bersumber dari anggaran masyarakat  
Dapat berasal dari individual ataupun perusahaan. Sistem ini mengharapkan agar masyarakat (swasta) berperan aktif secara mandiri dalam penyelenggaraan maupun pemanfaatannya. Hal ini memberikan dampak adanya pelayanan-pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pihak swasta, dengan fasilitas dan penggunaan alat-alat berteknologi tinggi disertai peningkatan biaya pemanfaatan atau penggunaannya oleh pihak pemakai jasa layanan kesehatan

tersebut. Contohnya CSR atau *Corporate Social Responsibility*) dan pengeluaran rumah tangga baik yang dibayarkan tunai atau melalui sistem asuransi.

3. Bantuan biaya dari dalam dan luar negeri  
Sumber pembiayaan kesehatan, khususnya untuk penatalaksanaan penyakit-penyakit tertentu cukup sering diperoleh dari bantuan biaya pihak lain, misalnya oleh organisasi sosial ataupun pemerintah negara lain. Misalnya bantuan dana dari luar negeri untuk penanganan HIV dan virus H5N1 yang diberikan oleh WHO kepada negara-negara berkembang (termasuk Indonesia).
4. Gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat  
Sistem ini banyak diadopsi oleh negara-negara di dunia karena dapat mengakomodasi kelemahan-kelemahan yang timbul pada sumber pembiayaan kesehatan sebelumnya. Tingginya biaya kesehatan yang dibutuhkan ditanggung sebagian oleh pemerintah dengan menyediakan layanan kesehatan bersubsidi. Sistem ini juga menuntut peran serta masyarakat dalam memenuhi biaya kesehatan yang dibutuhkan dengan mengeluarkan biaya tambahan.

Biaya kesehatan banyak macamnya karena semuanya tergantung dari jenis dan kompleksitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan atau dimanfaatkan. Hanya saja disesuaikan dengan pembagian pelayanan kesehatan, maka biaya kesehatan tersebut secara umum dapat dibedakan atas dua macam yakni :

1. Biaya pelayanan kedokteran  
Biaya yang dimaksudkan di sini adalah biaya yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kedokteran, yakni yang tujuan utamanya untuk mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan penderita.
2. Biaya pelayanan kesehatan masyarakat

Biaya yang dimaksudkan di sini adalah biaya yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan masyarakat yakni bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta untuk mencegah penyakit.

Sama halnya dengan biaya kesehatan secara keseluruhan, maka masing-masing biaya kesehatan ini dapat pula ditinjau dari dua sudut yakni dari sudut penyelenggara kesehatan (*health provider*) dan dari sudut pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*).

### **III. ANALISIS ANGGARAN KESEHATAN PROVINSI SULAWESI TENGAH TAHUN 2012**

#### **A. Anggaran Kesehatan**

Dalam anggaran kesehatan, Perencanaan dan pengelolaan anggaran kesehatan merupakan faktor yang sangat menunjang, tanpa anggaran tentunya tempat pelayanan kesehatan tidak dapat menjalankan pelayanannya, dan melaksanakan operasional secara menyeluruh. Sebagai alat perencanaan, anggaran merupakan rencana kegiatan yang terdiri dari sejumlah target yang akan dicapai pemerintah daerah dalam melaksanakan serangkaian kegiatan tertentu pada masa yang akan datang. Sasaran anggaran dapat dicapai melalui pelaksanaan seluruh aktifitas yang telah ditetapkan sebelumnya dalam bentuk anggaran.

Biaya kesehatan cenderung terus meningkat dan pemerintah daerah dituntut untuk secara mandiri mengatasi masalah tersebut. Peningkatan biaya kesehatan ini menyebabkan fenomena tersendiri bagi rumah sakit pemerintahan karena rumah sakit pemerintah memiliki segmen layanan kesehatan untuk kalangan menengah ke bawah. Akibatnya rumah sakit pemerintah diharapkan menjadi rumah sakit yang murah dan bermutu.

Pemerintah Provinsi Sulawesi Tengah menyiapkan dana yang diperlukan untuk penyelenggaraan pembangunan kesehatan termasuk penyelenggaraan upaya kesehatan bagi penduduk miskin dan penduduk rentan.

Sumber dana yang disiapkan oleh pemerintah provinsi Sulawesi Tengah juga dapat berasal dari pemerintah, swasta, dan masyarakat. Seperti yang dijelaskan dalam pasal 14 Peraturan daerah Nomor 1 tahun 2013, Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Tengah Nomor 30.<sup>19</sup>

#### **B. Penerapan Pasal 171 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Dalam APBD 2012 Di Sulawesi Tengah**

Berdasarkan Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, dalam Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063. Dijelaskan dalam pasal 171 ayat (2), bahwa Besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% (sepuluh persen) dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji.

Berdasarkan Perda Nomor 6 Tahun 2011 tentang Anggaran pendapatan dan Belanja Daerah, di jelaskan bahwa anggaran belanja langsung APBD direalisasikan sebesar Rp. 931.405.951.478,10 (48,23%) sedangkan belanja tidak langsung APBD direalisasikan sebesar Rp. 999.793.463.992,90 (51,77 %), sehingga total APBD 2012 di Sulawesi Tengah sebesar Rp. 1.931.199.415.471,00.

Distribusi belanja langsung APBD Rp. 931.405.951.478,10 yang meliputi belanja pegawai yang besar anggarannya direalisasikan Rp. 105.501.437.144,00, belanja barang dan jasa Rp. 526.680.173.252,00, serta belanja modal Rp. 299.224.341.082,00

Dalam APBD 2012 di Sulawesi Tengah, anggaran kesehatan di realisasikan kepada dinas kesehatan, rumah sakit umum undata, dan rumah sakit umum madani.

##### **a. Anggaran Dinas Kesehatan**

Dalam melaksanakan upaya pembangunan kesehatan diperlukan pembiayaan kesehatan atau anggaran kesehatan, baik yang bersumber dari pemerintah, maupun Masyarakat termasuk swasta. Anggaran kesehatan yang bersumber dari pemerintah terdiri atas :<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Ibid

<sup>20</sup> *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah 2011*, hlm 98

1. APBD Kesehatan meliputi APBD Provinsi dan APBD Kabupaten/Kota;
2. APBN kesehatan meliputi APBN Provinsi dan Kabupaten/Kota termasuk Tugas Pembantuan, Dana Alokasi Khusus (DAK), Askeskin dan lain-lain;
3. Pinjaman/Hibah Luar Negeri (PHLN) Kabupaten/Kota dan Provinsi, serta;
4. Dana dari sumber pemerintah lain.

Adapun Analisis anggaran dinas kesehatan tahun 2012 di Sulawesi Tengah dengan total anggaran belanja dinas kesehatan dari APBD 2012 Sulawesi Tengah yang direalisasikan sebesar Rp 51.856.313.359,00. Dimana belanja langsung sebesar Rp 38.639.425.393 dan belanja tidak langsung sebesar Rp. 13.216.887.966,00

b. Anggaran Rumah Sakit Umum Undata

Total belanja anggaran rumah sakit umum Undata yang terealisasikan sebesar Rp. 108.560.074.398,46 dengan belanja langsung sebesar Rp. 75.785.031.591 dan belanja tidak langsung sebesar Rp. 32.775.042.807,00

c. Anggaran Rumah sakit umum Madani

Total belanja anggaran rumah sakit umum Madani yang terealisasikan sebesar Rp. 31.517.665.009,00. Dengan belanja langsung sebesar Rp. 19.233.631.985 dan belanja tidak langsung sebesar Rp. 12.284.033.024,00.

Sehingga dari penjelasan di atas, bahwa total APBD dikurang gaji adalah Rp. 1.931.199.415.471,00 – Rp. 300.000,00 = Rp. 1.931.199.115.471,00 dari 10 % APBD di luar gaji. Jadi, seluruh anggaran kesehatan tahun 2012 di Sulawesi Tengah terealisasikan sebesar Rp. 191.934.052.766,46 dengan persentase 9,95 %.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan akses informasi kesehatan bagi masyarakat dan memberikan kemudahan terhadap aksesnya. Dijelaskan pula bahwa penyelenggaraan upaya kesehatan yang efektif dan efisien diperlukan sistem informasi kesehatan melalui kerjasama secara lintas sektor.

Berdasarkan pasal 171 ayat (2) dan (3) Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009

tentang kesehatan, dalam Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063. Dijelaskan, bahwa Besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% (sepuluh persen) dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji. Besaran anggaran kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik yang besarnya sekurang-kurangnya 2/3 (dua pertiga) dari anggaran kesehatan dalam anggaran pendapatan dan belanja negara dan anggaran pendapatan dan belanja daerah.

Alokasi pembiayaan kesehatan ditujukan untuk pelayanan kesehatan dibidang pelayanan publik, terutama bagi penduduk miskin, kelompok lanjut usia, dan anak terlantar, yang ketentuannya diatur dalam Peraturan Pemerintah, sebagaimana di jelaskan dalam pasal 172 Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009, dalam Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063.

Dari penjelasan ayat (2) di atas bahwa total belanja anggaran kesehatan direalisasikan sebesar Rp. 191.934.052.766,46 (21 %). Dengan belanja langsung Rp. 133.658.088.969 (69,64 %) dan belanja tidak langsung Rp. 58.275.963.797,00 (30,36 %).

Anggaran kesehatan untuk pelayanan publik menurut ayat (3) pasal 171 Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan bahwa diprioritaskan sebesar 2/3 atau 75 % dari anggaran kesehatan dalam anggaran pendapatan dan belanja negara dan anggaran pendapatan dan belanja daerah. Sehingga dari total anggaran kesehatan dalam pelayanan publik adalah total belanja kesehatan dikali 2/3 sama dengan Rp. 127.956.035.177,64.

Alokasi pembiayaan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 171 ayat (3) ditujukan untuk pelayanan kesehatan di bidang pelayanan publik, terutama bagi penduduk miskin, kelompok lanjut usia, dan anak terlantar (Pasal 172).

#### **IV. PENUTUP**

##### **a. Kesimpulan**



Dalam penerapannya, berdasarkan Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, dalam pasal 171 ayat (2) dijelaskan bahwa anggaran pembiayaan kesehatan atau pelayanan publik dialokasikan sebesar 10 % dan untuk ayat (3) dialokasikan sebesar 2/3 atau 75 % dari APBD diluar gaji. Dalam pelayanan publik dialokasikan untuk pembiayaan; (1) Jaminan Pelayanan Kesehatan; (2) Jaminan Persalinan. Alokasi anggaran belanja kesehatan adalah total APBD dikurang gaji (Rp. 1.931.199.415.471,00 – Rp. 300.000,00 = Rp. 1.931.199.115.471,00). Jadi, untuk APBD 2012 mengenai pembiayaan kesehatan direalisasikan hanya mencapai Rp. 191.934.052.766,46 atau dipersentasekan sebesar 9,95%. Dan menurut pasal 171 ayat (3) Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan bahwa pembiayaan kesehatan diprioritaskan sebesar 2/3 atau 75% dari APBD di luar gaji. Dengan total belanja kesehatan dikali 2/3 (Rp. 191.934.052.766,46 x 2/3 = Rp. 127.956.035.177,64) atau 69,64 %. Jadi, anggaran kesehatan dalam APBD 2012 di Sulawesi Tengah menurut pasal 171 Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan tidak mencapai 10 % untuk ayat (2), dan 75% untuk ayat (3).

**b. Saran**

Dalam anggaran APBD tahun 2012 di Sulawesi Tengah, jumlah dana pembiayaan kesehatan yang di anggarkan hanya mencapai 9,95 % dari APBD dan tidak mencapai kebutuhan pelayanan kesehatan, seperti yang dijelaskan dalam pasal 171 ayat (2) Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan. hal ini di harapkan untuk sebisa mungkin merubah penetapan anggaran belanja dan memberi penambahan anggaran di tahun anggaran selanjutnya. Karena hal tersebut akan berdampak pada pendapatan daerah dan tingkat kesejahteraan kesehatan masyarakat.

**DAFTAR PUSTAKA**

**A. Buku-buku**

- Abdullah, Rozali. *Pelaksanaan Otonomi Luas*, Jakarta : Rajawali Pers, 2011.
- Astien, dkk. *Materi Kuliah Pembiayaan Kesehatan, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas*, Jakarta : Depkes RI, 2009.
- Dinas kesehatan. *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah*, Palu : UPT. Surveilans data dan informasi, 2011.
- Gough, Ian. *Konsep Negara Kesejahteraan Pra Kemerdekaan RI*, 2005.
- HR, Ridwan, *Hukum Admistrasi Negara*. Jakarta : PT. Rajagrafindo Persada, 2006
- Jurnal Hukum. *Konsep Negara Kesejahteraan Pra Kemerdekaan RI*, 2005.
- Thesaurianto, Kuncoro. *Analisis Pengelolaan Keuangan Daerah terhadap Kemandirian Daerah*, Semarang : Tesis, 2007.

**B. Peraturan Perundang-undangan :**

- Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah, (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125)
- Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063)

**BIODATA PENULIS**



**Nama** : SYARIFA  
**No. Stambuk** : D 101 09 285  
**TTL** : Buol, 22 Januari 1991  
**Jenis kelamin** : Perempuan  
**Agama** : Islam  
**Alamat** : Jln. Tomblotutu  
**Telp** : 085241049391  
**Alamat e-mail** : ifha\_chaniez@ yahoo.co.id