

INTERVENSI POLITIK DALAM PROSES PENGANGGARAN DEPARTEMEN KESEHATAN TAHUN 2006-2007

POLITICAL INTERVENTION IN THE MINISTRY OF HEALTH BUDGETING PROCESS 2006-2007

Dewi Marhaeni Diah Herawati
Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul

ABSTRACT

Background: The budget transfer from the Ministry of Health to the local includes deconcentrated fund, assisting tasks and the fund of the Ministry of Health sectors, although Law 33/2004 only specifies deconcentrated fund and assisting task. The regulation enforcing deconcentrated fund and assisting task is just issued in 2008 by the publication of PP No.7/2008, where as the fund of the Ministry of Health sectors has not gained any legal form. The process of budget allocation has not been based on any technical rationale. Consequently, the political intervention becomes a dominant variable in the budgeting process, especially for that of the physical programs.

Objective: To analyse the budgeting process of deconcentrated fund, assisting tasks and MoH sectors' fund.

Method: The research design applied an explorative-qualitative method. The research setting was the central. The analyzed units were budgeting processes of the deconcentrated fund, assisting tasks and MoH sectors.

Result: Among the five programs studied, namely: maternal health, TB, hospital, drugs and impoverished household, it was obvious that the hospital received the greatest political intervention from the House of Legislatives.

Conclusion: The political intervention from the House of Legislatives played a dominant budgeting role in MoH, especially in hospital's physical budgeting. Political intervention occurred because the budget transfer from the central to the local has not been supported by legal forms and rational technical measurement.

Keywords: politic, health budget process

ABSTRAK

Latar Belakang: Transfer anggaran Departemen Kesehatan ke daerah meliputi dana dekonsentrasi, tugas pembantuan, dan dana sektoral Departemen Kesehatan, padahal dalam UU No. 33/2004 hanya ada dana dekonsentrasi dan tugas pembantuan. Aturan yang mendukung pelaksanaan dana dekonsentrasi dan tugas pembantuan baru muncul pada tahun 2008 dengan dikeluarkannya PP No. 7/ 2008, sedang dana sektoral Departemen Kesehatan sampai saat ini belum ada legal formalnya. Proses alokasi anggaran juga belum berdasarkan rasionalitas teknis. Akibatnya, intervensi politik menjadi variabel yang dominan dalam proses penganggaran, terlebih untuk program yang bersifat fisik.

Tujuan: Penelitian ini memiliki tujuan untuk menganalisis proses penganggaran dana dekonsentrasi, tugas pembantuan, dan dana sektoral Departemen Kesehatan.

Metode: Desain penelitian ini adalah eksploratif kualitatif. Lokasi penelitian adalah di pemerintahan pusat. Unit analisis data

penelitian adalah proses penganggaran dana dekonsentrasi, tugas pembantuan, dan sektoral Departemen Kesehatan.

Hasil: Di antara lima program yang diteliti yaitu kesehatan ibu, TBC, rumah sakit, obat dan gakin, terlihat bahwa rumah sakit mendapat intervensi politik paling besar dari DPR.

Kesimpulan: Intervensi politik DPR mempunyai peran dominan dalam penganggaran di Departemen Kesehatan, khususnya dalam anggaran rumah sakit yang bersifat fisik. Intervensi politik terjadi karena transfer anggaran Departemen Kesehatan ke daerah belum didukung oleh legal formal serta perhitungan teknis yang rasional.

Kata Kunci: politik, proses dana kesehatan

PENGANTAR

Melihat sejarah perkembangan kebijakan anggaran dari pemerintah pusat ke daerah yang dimulai dengan dikeluarkannya Peraturan Pemerintah (PP) No. 45/1992, sampai saat ini ternyata permasalahan yang terjadi bukan menjadi berkurang, tetapi menjadi lebih kompleks lagi, khususnya di sektor kesehatan.¹ Hal ini disebabkan oleh anggaran yang terfragmentasi pada setiap program dengan berbagai sumber anggaran seperti dana dekonsentrasi, tugas pembantuan, dan sektoral Departemen Kesehatan.

Berdasarkan Undang-Undang (UU) No. 33/2004² transfer anggaran pusat ke daerah meliputi Dana Bagi Hasil, Dana Alokasi Umum (DAU), dan Dana Alokasi Khusus (DAK). Dana Kementerian/Lembaga yang diberikan kepada daerah meliputi dana dekonsentrasi dan tugas pembantuan. Namun demikian, kenyataan menunjukkan di Departemen Kesehatan anggaran yang diberikan kepada daerah meliputi dana dekonsentrasi, tugas pembantuan, dan dana sektoral Departemen Kesehatan. Peraturan pemerintah yang mengatur dana dekonsentrasi dan tugas pembantuan baru muncul pada tahun 2008 dengan dikeluarkannya PP No. 7/2008.³ Sampai saat ini dana sektoral Departemen Kesehatan belum diatur secara legal dan formal. Akibatnya, pemahaman dan pelaksanaan dana dekonsentrasi dan tugas

pembantuan selama ini menimbulkan banyak permasalahan, demikian pula dengan dana sektoral Departemen Kesehatan.

Isu mendasar dalam alokasi anggaran Departemen Kesehatan ke daerah seperti dana dekonsentrasi, tugas pembantuan, dan dana sektoral adalah adanya dominasi peran pemerintah pusat. Kenyataannya, terjadi kenaikan anggaran Departemen Kesehatan yang cukup bermakna. Hal ini menunjukkan bahwa terjadi sentralisasi anggaran dalam desentralisasi fungsi.⁴ Terlihat belum adanya dasar atau kriteria yang jelas dalam menentukan alokasi anggaran dana dekonsentrasi, tugas pembantuan, dan sektoral di berbagai program. Kondisi tersebut menyebabkan intervensi politik DPR menjadi variabel yang dominan dalam proses penganggaran, khususnya dalam program yang bersifat fisik. Terlihat adanya "perilaku" negatif dari para aktor dan menyebabkan terjadi konflik internal di DPR.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dan eksploratif.⁵ Lokasi penelitian dilaksanakan di pemerintah pusat. Unit analisisnya adalah anggaran dana dekonsentrasi, tugas pembantuan, dan dana sektoral. Adapun subjek penelitian ini adalah Departemen Kesehatan, Departemen Keuangan, Bappenas, dan DPR.

Populasi penelitian ini adalah seluruh program di Departemen Kesehatan. Sampel penelitian ditentukan secara *purposive* yaitu program kesehatan ibu, TBC, rumah sakit, obat, dan keluarga miskin (gakin). Pada tahap ini data primer yang dikumpulkan adalah tentang bagaimana proses anggaran dana dekonsentrasi, tugas pembantuan, dan sektoral Departemen Kesehatan. Data sekunder adalah data perolehan anggaran tiap-tiap propinsi dan kabupaten/kota tahun 2006 dan 2007. Pengumpulan data primer dilakukan melalui wawancara mendalam dan daftar tilik, sedangkan data sekunder diperoleh dari dokumen anggaran dan program.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Deskripsi Tentang Dana Dekonsentrasi, Tugas Pembantuan, dan Dana Sektoral Departemen Kesehatan

Pemahaman pengelola program terhadap anggaran dekonsentrasi masih belum optimal. Menteri Kesehatan bahkan lebih memilih istilah "Dana Departemen Kesehatan yang didaerahkan". Penyebutan istilah ini sebenarnya bukan menjadi kesalahan utama sektor kesehatan. Peraturan

Pemerintah yang mengatur lebih teknis untuk mekanisme, pengelolaan, dan pertanggungjawaban dana dekonsentrasi baru muncul awal tahun 2008, yaitu dengan terbitnya PP No. 7/2008. Padahal, dana dekonsentrasi diberikan sudah sejak diberlakukannya UU No. 22/1999⁶ tentang Pemerintahan Daerah dan UU No. 25/1999⁷ tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah. Pada tahun 2001 sampai dengan 2007, kondisi dana dekonsentrasi belum sesuai dengan peraturan yang ada, bahkan "orang pusat" sering menyebutkan sebagai "dekon-dekonan".

Pemahaman pengelola program terhadap tugas pembantuan lebih jelas karena anggaran ini hanya digunakan untuk kegiatan fisik. Pemerintah Daerah mendapat anggaran tugas pembantuan untuk membangun fisik gudang farmasi dan rumah sakit. Anggaran ini dari pemerintah pusat langsung diberikan ke rumah sakit daerah. Permasalahan dalam dana tugas pembantuan rumah sakit ini adalah lebih banyak intervensi politik dibanding dengan dana dekonsentrasi program kesehatan ibu, TBC, dan obat. Proses lobi, atau negosiasi, dilakukan oleh Bupati/Walikota ke DPR pada saat penentuan pagu definitif, dan juga ketika pagu indikatif ditetapkan menjadi Surat Edaran (SE) Departemen Keuangan dan Bappenas.

Konflik kepentingan tampak mewarnai proses penganggaran dana tugas pembantuan di DPR, khususnya di Komisi IX. Contoh kasus yang menarik adalah bahwa secara informal di Komisi IX ada pembagian wilayah "garapan" sebagai wilayah "kekuasaan" anggota Komisi IX yang berbasiskan idealisme politik. Pembagian wilayah secara informal sebenarnya tidak menjadi masalah sebab peran ini merupakan misi dari pejabat politik yang mewakili konstituennya. Akan tetapi, fakta yang terjadi, terdapat "daerah kekuasaan" yang digunakan untuk kepentingan bisnis di bidang kesehatan oleh anggota Komisi IX. Lebih jauh dari itu, kepentingan bisnis ini merambah ke lintas "wilayah kekuasaannya".

Permasalahan yang lain adalah bahwa kebijakan DAK tahun 2008 juga diberikan untuk rumah sakit. Kedua anggaran ini sama-sama digunakan untuk kegiatan fisik. Timbul pertanyaan mengapa kedua kebijakan ini tidak disatukan menjadi satu kebijakan yang lebih sederhana melalui satu skema anggaran? Bukankah, tujuan dan sasaran kebijakan nampaknya tidak jauh berbeda.

Kebijakan anggaran tugas pembantuan selama ini ditujukan untuk berbagai aspek. Berbagai aspek itu adalah untuk (1) pemenuhan sarana dan prasarana dan peralatan untuk peningkatan mutu

pelayanan di kelas III, (2) pemenuhan sarana, prasarana, dan peralatan untuk pelayanan gawat darurat, (3) pemenuhan sarana, prasarana, dan peralatan untuk pelayanan PONEK termasuk pelayanan darah dan laboratorium, dan (4) akreditasi rumah sakit dan atau laboratorium kesehatan.

Dana Alokasi Khusus (DAK) rumah sakit 2008⁸ digunakan untuk berbagai keperluan. Berbagai keperluan itu adalah untuk (1) peningkatan fasilitas tempat tidur kelas III RS baik untuk membangun bangsal maupun rawat inap kelas III serta pembelian set tempat tidur kelas III dan perlengkapannya, (2) peningkatan pelayanan darah melalui pendirian Unit Transfusi Darah Rumah Sakit (UTD RS) baik untuk pembangunan baru UTD maupun pengadaan perlengkapan peralatan UTD RS, dan (3) pengadaan sarana prasarana pelayanan medik UGD RS.

Berdasarkan penjelasan pengelola program Departemen Kesehatan, pada tahun 2008 diketahui bahwa sudah tidak ada lagi dana tugas pembantuan, dan semua dialihkan ke DAK rumah sakit. Namun demikian, karena anggaran untuk DAK rumah sakit sangat kecil, pengelola program tetap mengalokasikan anggaran tugas pembantuan ke rumah sakit dengan alasan untuk membiayai rumah sakit daerah yang tidak mendapat anggaran DAK. Perubahan kebijakan ini menjadi masalah bagi pengelola program. Pemerintah pusat seharusnya mempunyai data dan informasi tentang kondisi rumah sakit yang ada di daerah khususnya data *gap of existing resources to standard*. Data ini digunakan untuk melakukan advokasi kepada Departemen Keuangan, Bappenas dan DPR tentang kebutuhan anggaran untuk rumah sakit. Untuk mendapatkan kondisi standar yang ideal rumah sakit, sudah tentu dibutuhkan komitmen dari pemerintah daerah, yaitu berapa kemampuan pemerintah daerah, dan berapa persen bagian yang menjadi tanggung jawab pemerintah pusat.

Dana sektoral Departemen Kesehatan yang diberikan kepada pemerintah daerah adalah untuk program gakin. Sebenarnya istilah dana sektoral program gakin, masih belum jelas bagi Departemen Kesehatan sendiri. Istilah yang lebih disukai adalah dana APBN. Sumber anggaran pelayanan gakin sesuai dengan buku Pedoman Pelaksanaan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin Tahun 2007⁹ berasal dari APBN yang dialokasikan melalui DIPA Ditjen Bina Yanmedik Nomor 1189.0/024-04.0/-/2007 dan DIPA Ditjen Binakesmas Nomor 0674/024-03.0/-/2007 Departemen Kesehatan Tahun Anggaran 2007 ditambah sisa/luncuran dana tahun 2006.

Anggaran untuk kegiatan *safeguarding* program gakin berasal dari DIPA Pusat Pembiayaan dan

Jaminan Kesehatan Departemen Kesehatan Tahun 2007. Kegiatan *safeguarding* propinsi dan kabupaten/kota berasal dari APBN pusat yang didaerahkan. Penulis menyimpulkan bahwa berdasar skema APBN yang ada sekarang ini, dana pelayanan kesehatan program gakin berasal dari dana sektoral Departemen Kesehatan, sedangkan *safeguarding* berasal dari dana dekonsentrasi. Berdasarkan berbagai informasi, terlihat bahwa anggaran untuk program gakin terpecah-pecah dari beberapa sumber anggaran. Hal ini menyebabkan permasalahan menjadi semakin kompleks.

Peran Dana Dekonsentrasi, Tugas Pembantuan, dan Dana Sektoral Departemen Kesehatan

Saat ini meskipun dana dekonsentrasi mempunyai banyak permasalahan baik dalam mekanisme anggaran, teknis, dan maupun manajemen pengelolaannya, kenyataannya pemerintah daerah sangat membutuhkan transfer anggaran dana dekonsentrasi. Kondisi ini disebabkan karena *ownership* pemerintah daerah khususnya dalam program kesehatan ibu dan TBC masih sangat minim. Anggaran APBD kabupaten/kota pada umumnya yang digunakan untuk program TBC sangat kecil. Anggaran APBD kabupaten/kota yang digunakan untuk program kesehatan ibu juga masih jauh untuk dapat mencukupi kebutuhan program.

Anggaran tugas pembantuan yang digunakan untuk kegiatan fisik rumah sakit sangat dibutuhkan oleh pemerintah daerah, meskipun dalam memperoleh anggaran ini kabupaten/kota harus berjuang "melakukan lobi dan negosiasi ke DPR". Alokasi anggaran APBD kabupaten/kota tampak belum dapat memenuhi secara optimal kebutuhan rumah sakit agar dapat mencapai standar pelayanan sesuai tipe rumah sakit. kecuali bagi rumah sakit yang pemerintah daerahnya kaya, dengan kebutuhan anggaran dapat dibiayai sepenuhnya dari APBD. Oleh karena itu, idealnya untuk mencapai standar tipe rumah sakit, Departemen Kesehatan perlu memfasilitasi serta memberi bantuan anggaran agar skema anggaran yang sekarang diubah menjadi DAK rumah sakit. Departemen Kesehatan perlu melakukan evaluasi terhadap kebijakan dana tugas pembantuan, apakah dana tugas pembantuan masih dibutuhkan, atau apakah sebenarnya fungsi dana tugas pembantuan itu?

Anggaran sektoral program gakin sangat dibutuhkan oleh pemerintah daerah karena pemerintah daerah dengan kapasitas fiskal yang rendah pada umumnya tidak mempunyai kemampuan untuk membiayai masyarakat miskin di daerahnya. Kemampuan pemerintah pusat dalam

membayai orang miskin juga sangat terbatas sehingga dibutuhkan pendampingan dari daerah. Untuk mengatasi permasalahan pembiayaan kesehatan bagi orang miskin, misalnya, propinsi Kaltim telah membuat kerjasama dengan kabupaten/kota yang dituangkan dalam MOU, dengan komitmen 40% pembiayaan berasal dari propinsi dan 60% berasal dari kabupaten/kota. Kebijakan tersebut merupakan solusi ketika pembiayaan yang diberikan pemerintah pusat tidak cukup untuk membiayai pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin baik di tingkat pelayanan dasar maupun di pelayanan rujukan. Pertanyaannya adalah bagaimana bagi daerah yang tidak mampu? Siapa yang akan mengatasi pembiayaan masyarakat miskin secara penuh? Masalah ini tentu perlu dikaji dan dianalisis lebih dalam lagi pada penelitian lain.

Permasalahan dalam anggaran sektoral Departemen Kesehatan adalah belum ada peraturan yang secara legal mengaturnya. Undang- Undang (UU) No. 33/2004² hanya mengatur dana desentralisasi, dekonsentrasi, dan tugas pembantuan, serta tidak mengatur dana sektoral. Tidak adanya legal formal ini menimbulkan kekhawatiran atas permasalahan akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas anggaran dan program yang menjadi tidak optimal.

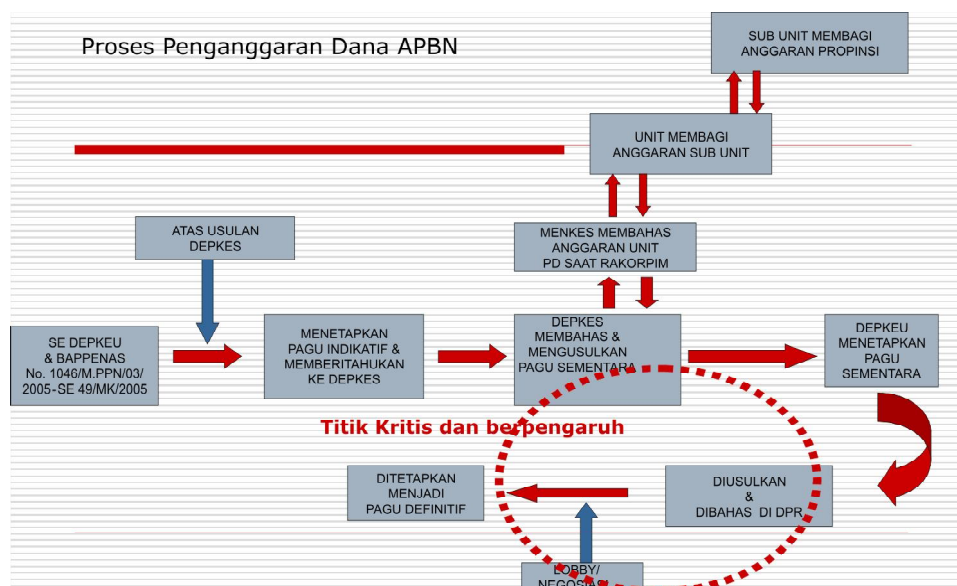
Evaluasi yang dilaksanakan oleh Departemen Keuangan terhadap pelaksanaan dana dekonsentrasi dan tugas pembantuan memperlihatkan adanya permasalahan di daerah yang sangat kompleks. Implementasi dana tersebut dengan dana desentralisasi harus selalu sinergis dan tidak tumpang tindih. Faktanya, kerap kali terjadi tumpang

tindih karena ketidakjelasan mengenai pembagian urusan pemerintahan antara pemerintah pusat dan daerah. Menteri Keuangan¹⁰ mengatakan terdapat indikasi bahwa banyak kegiatan yang seharusnya sudah menjadi kewenangan pemerintah daerah tetapi kegiatan tersebut masih dibiayai dengan dana dekonsentrasi dan tugas pembantuan.

Intervensi Politik

Ketika rasionalitas teknis dan kebijakan yang ada belum dapat memberikan dukungan yang kuat dalam transfer anggaran Departemen Kesehatan, tampaknya intervensi politik menjadi faktor yang paling dominan mempengaruhinya. Proses politik terbesar terjadi pada saat penentuan pagu definitif di DPR. Kondisi ini terjadi karena adanya lobi dari anggota partai politik yang duduk di DPR dengan bupati/walikota dan direktur rumah sakit. Perubahan drastis dari pagu sementara menjadi pagu definitif sama sekali tidak diketahui oleh pengelola program rumah sakit di Departemen Kesehatan. Keadaan ini tentu akan mengganggu proses penetapan anggaran yang telah dibuat berdasarkan perhitungan teknik dan proses manajemen oleh pengelola program Departemen Kesehatan. Lebih jelasnya hal itu dapat dilihat pada Gambar 1.

Adanya intervensi politik dalam proses penganggaran juga dikatakan oleh Atmawilata¹¹, bahwa proses politik itu terjadi baik pada saat penetapan pagu indikatif, pembahasan renja KL (rencana Kerja Kementrian Lembaga), penetapan pagu sementara, maupun pada saat penetapan pagu definitif. Pendekatan politik ataupun intervensi



Gambar 1. Proses Politik dalam Anggaran Belanja Departemen Kesehatan

politik terlihat mempunyai pengaruh paling dominan dalam transfer anggaran, yang dari waktu ke waktu nampaknya belum terdapat banyak perubahan.¹ Sejak PP No. 45/1992 sampai dikeluarkannya PP No. 38/2007 nuansa politik tampak kental mewarnainya. Hal ini sesuai dengan pendapat Davey¹², bahwa hubungan keuangan pemerintah pusat dan daerah sangat terkait dengan keseimbangan politik.

Mengapa intervensi politik DPR sangat tinggi dalam penetapan alokasi anggaran rumah sakit yang telah dihitung berdasarkan rasionalitas teknis? Menurut penulis hal ini dikarenakan dukungan kebijakan dalam rasionalitas teknis sendiri masih sangat lemah, atau bahkan tidak ada sama sekali. Hal ini berbeda dengan DAU dan DAK yang terlihat jelas terdapat dukungan kebijakan yang secara eksplisit dinyatakan pembagian alokasi anggaran dihitung dengan menggunakan formula dengan akuntabilitas formula DAU dapat diakses oleh banyak pihak. Jika ada suatu pemerintah daerah merasa tidak adil dalam pembagian DAU, pemerintah daerah tersebut dapat melakukan *judicial review* seperti yang dilakukan propinsi Kaltim terhadap perolehan DAU tahun 2008.¹³ Penelitian yang dilakukan Abdullah menunjukkan bahwa lembaga legislatif melakukan intervensi politik oleh karena *discretionary power* yang dimilikinya. Hal ini disebabkan karena lembaga legislatif memanfaatkan celah yang ada dalam UU 22/1999 dan PP 110/2000.¹⁴

Bagaimanapun juga pertimbangan politik tidak bisa lepas dalam kebijakan transfer anggaran. Namun demikian, intervensi politik yang ada hendaknya bisa berubah menjadi pertimbangan politik yang dapat memenuhi unsur *equity, equality* dan *adequacy* sehingga bermanfaat bagi pembangunan kesehatan. Jika rasionalitas teknis sudah mendominasi dalam perhitungan alokasi anggaran disertai adanya dukungan kebijakan, pertimbangan politik akan menjadi sebuah pertimbangan politik yang beretika dan rasional pula. Untuk itu, Departemen Kesehatan sebaiknya segera membentuk tim formula anggaran agar dalam pembagian anggaran bisa dibuat sesuai rasionalitas teknis yang ada serta tujuan kebijakan program dan sasaran program. Departemen Kesehatan juga hendaknya segera membuat regulasi yang digunakan sebagai payung hukum tiap-tiap anggaran.

KESIMPULAN DAN SARAN

Intervensi politik DPR mempunyai peran dominan dalam proses penganggaran Departemen Kesehatan, khususnya dalam anggaran yang bersifat fisik seperti rumah sakit. Intervensi politik ini menjadi

“berlebihan” karena transfer anggaran Departemen Kesehatan ke pemerintah daerah belum didukung oleh aturan yang legal formal serta perhitungan teknis yang rasional.

Departemen Kesehatan hendaknya segera membuat kebijakan pembagian anggaran belanja ke pemerintah daerah dengan menggunakan formula yang telah dihitung secara rasionalitas teknis serta memenuhi unsur *equity, equality* dan *adequacy*. Pemerintah pusat hendaknya segera membuat aturan yang legal dan formal sebagai petunjuk teknis dana dekonsentrasi, tugas pembantuan, dan sektoral. Selain itu, Departemen Kesehatan harus mampu melakukan advokasi tentang tujuan kebijakan dan pentingnya formula anggaran dana dekonsentrasi, tugas pembantuan, dan sektoral ke DPR untuk mengurangi terjadinya intervensi politik DPR.

KEPUSTAKAAN

1. Bird, R.M., Vaillancourt, F. Desentralisasi Fiskal di Negara-Negara Berkembang. PT Gramedia Pustaka Utama.2000.
2. Republik Indonesia, Undang-Undang No 33 Tahun 2004 Tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.
3. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2008 Tentang Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan.
4. Trisnantoro, L. Desentralisasi Kesehatan Dan Reposisi Peran Pusat dan Daerah. Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan, UGM.Yogyakarta. 2008.
5. Creswell, J.W. Research Design: Qualitative & Quantitative Approaches; Sage Publications, Inc. California.1994.
6. Republik Indonesia. Undang-Undang No 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah.
7. Undang-Undang No 25 Tahun 1999 Tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.
8. Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan. 2008.
9. Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin.2007.
10. Menteri Keuangan R.I. Workshop Nasional Penguatan Pelaksanaan Kebijakan Desentralisasi Fiskal. Jakarta 5 April 2006.
11. Atmawilata, A. Evidence Based Policy: Dalam Perencanaan Pembangunan Nasional, Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Bappenas. Disampaikan Dalam Forum Kepemimpinan Kesehatan. Yogyakarta 8 Maret 2008.

12. Davey, K.J. *Pembiayaan Pemerintah Daerah di Indonesia*. Terjemahan Amanullah, UI. Press. Jakarta.1988.
13. Gani, I. *Formulasi DAU, Judicial Review Atau Tidak*. Fakultas Ekonomi Universitas Mulawarman.2008.
14. Abdullah, S. *Perilaku Oportunistik Legislatif Dalam Penganggaran Daerah: Pendekatan Principal Agent Theory*. Swadaya MANDIRI. 2004.