

STUDI ATAS BELANJA KESEHATAN PEMERINTAH DAERAH DI INDONESIA

Study On Local Government Health Expenditures In Indonesia

Marihot Nasution⁹

Abstract

This study aims to describe how the fulfillment of mandatory health spending by local governments is and how the relationship between the fulfillment of mandatory health spending by local governments is the quality of public services in the health sector. The study was conducted in a quantitative descriptive manner on the data collected from the period 2018 to 2020.

From the results of data collection, it is known that the fulfillment of mandatory health spending for regional governments, namely health spending allocated 10 percent of the total expenditure in the APBD excluding salaries, has increased every year of observation. The increase in the implementation of the mandate of the Health Law also occurs when the local government realizes the budget it has set out in its APBD regional regulation. However, not all local governments have implemented the mandate of the Law, because there are still regions that allocate and realize their health spending less than the minimum 10 percent limit and/or allocate health spending at the minimum limit but include the salary expenditure component in the calculation.

From the correlation test, it is known that the fulfillment of the mandatory expenditure is not significantly related to several health service indicators. Local government compliance in allocating its health budget is only significantly related to the proportion of children under five with complete basic immunization.

Keywords: *mandatory spending kesehatan, belanja pemerintah daerah*

1. Pendahuluan

Desentralisasi di Indonesia ditandai dengan adanya perubahan pola hubungan yang terjadi antara pemerintah pusat dan daerah yang saat ini diatur dalam Undang-Undang (UU) No. 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintah Daerah (UU Pemda) dan UU Nomor 1 Tahun 2022 Tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (UU HKPD). Pada prinsipnya desentralisasi bertujuan pada efisiensi sektor publik dalam produksi dan distribusi pelayanan, meningkatkan kualitas pembuatan keputusan dengan menggunakan informasi lokal, meningkatkan akuntabilitas dan meningkatkan kemampuan respon terhadap kebutuhan dan kondisi lokal (Giannoni, 2002). Hal inilah yang mendorong desentralisasi diserahkan dan dilaksanakan pemerintahan daerah yakni kabupaten/kota. Selain itu, menurut Silverman (1990) dalam laporan World Bank di Uganda (2005) menyatakan bahwa pemerintah lokal lebih responsif terhadap warga negaranya dibanding pemerintah pusat sehingga keputusan yang diambil lebih merefleksikan kebutuhan dan keinginan rakyat. Desentralisasi akan membawa pemerintah lebih dekat dengan rakyat dan mendorong mereka untuk lebih terlibat (Mills, 1994).

⁹ Analis APBN Ahli Muda, Pusat Kajian Anggaran Badan Keahlian Setjen DPR RI, marihot.nasution@gmail.com

Bersamaan dengan adanya desentralisasi tersebut, terdapat konsekuensi pelimpahan dan penugasan urusan pemerintahan kepada daerah harus diikuti dengan pengaturan, pembagian dan pemanfaatan sumber daya nasional secara adil. Pengaturan tersebut termasuk yang terkait dengan perimbangan keuangan antara pemerintah dan pemerintahan daerah. Guna mendukung penyelenggaraan desentralisasi tersebut, pemerintah pusat menransfer dana perimbangan untuk pemerintah daerah. Dana perimbangan ini diperlukan untuk mengendalikan roda pembangunan yang adil dan berkesinambungan. Dana perimbangan juga diperlukan untuk mengurangi ketimpangan baik antara pusat dan daerah maupun antardaerah.

Namun demikian, isu yang ada dalam hal desentralisasi bukan hanya pada bagaimana menciptakan sistem transfer sehingga sumber dana untuk daerah (terutama daerah miskin) yang relatif memadai dan tidak timpang antara daerah satu dengan lainnya. Isu lain yang juga mengemuka adalah bagaimana mengarahkan daerah, terutama daerah-daerah yang tidak kaya untuk bisa menggunakan Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) secermat mungkin dan berkontribusi pada peningkatan kesejahteraan masyarakat (Hirawan, 2007).

Untuk memastikan daerah mengalokasikan sumber dayanya demi pembangunan yang optimal dibuat ketentuan dalam peraturan perundangan yang mewajibkan pemerintah daerah untuk mengalokasikan sebagian APBD-nya untuk keperluan belanja dalam fungsi tertentu. Kewajiban alokasi anggaran ini disebut *mandatory spending* atau belanja wajib. Upaya ini juga dilakukan untuk memastikan ketersediaan anggaran pada bidang tertentu mengingat sebelum diatur dalam peraturan perundang-undangan, alokasi belanja relatif lebih rendah. Dengan ketentuan belanja wajib tersebut maka alokasi belanja daerah dapat ditingkatkan terutama untuk sektor pembangunan yang menjadi target prioritas, seperti pendidikan dan kesehatan. Namun perlu dilakukan evaluasi untuk mengetahui apakah peningkatan anggaran pada bidang tersebut digunakan demi peningkatan kinerja pelayanan kepada masyarakat.

Studi internasional menunjukkan bahwa peningkatan belanja pemerintah dengan peningkatan kinerja pelayanan publik tidak berhubungan langsung (Huther et al., 1997). Namun demikian, peningkatan belanja pemerintah belum tentu menjadi suatu hal yang sia-sia. Mengalokasikan anggaran untuk pelayanan publik sangat penting untuk mengkomunikasikan akuntabilitas keuangan pemerintah (Glynn, 1993). Dalam konteks ini, alokasi anggaran yang meningkat tidak dapat dilihat dari sisi ketersediaan sumber daya keuangannya saja, namun juga dari adanya mekanisme yang diterapkan secara efektif untuk memastikan bahwa pemanfaatan anggaran tersebut sesuai dengan peruntukannya.

Seperti disampaikan sebelumnya bahwa salah satu *mandatory spending* yang ada di Indonesia ada di sektor kesehatan. Ketentuan yang diamanatkan untuk sektor kesehatan ini bagi pemerintah daerah adalah anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10 persen dari APBD di luar gaji. Ketentuan ini diatur dalam UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (UU Kesehatan). Amanat UU Kesehatan ini mulai ditegakkan sejak tahun 2016. Sayangnya, hingga kini studi atas pemenuhan *mandatory spending* kesehatan dan bagaimana hubungan pemenuhan amanat tersebut terhadap kualitas akses atas pelayanan kesehatan belum dilakukan pada level nasional. Studi yang ada hanya berupa studi atas wilayah tertentu saja dan tidak menggambarkan kondisi seluruh pemerintah daerah di Indonesia.

Studi ini bertujuan untuk mendeskripsikan pemenuhan *mandatory spending* kesehatan oleh pemerintah daerah. Dengan demikian rumusan masalah yang diangkat dalam studi ini

adalah sejauh mana pemerintah daerah memenuhi belanja kesehatan yang diwajibkan oleh UU Kesehatan dan apa hubungan antara pemenuhan *mandatory spending* kesehatan pemerintah daerah kualitas layanan publik di bidang kesehatan. Studi ini diharapkan dapat memberikan gambaran atas perilaku pemerintah daerah mengalokasikan dan menghabiskan anggaran kesehatannya sehingga dapat menjadi bahan evaluasi pemerintah pusat dan memberi pedoman bagi pemangku kebijakan dalam memutuskan bagaimana penegakan amanat UU Kesehatan ke depan. Pengkajian ini tepat dilaksanakan saat ini mengingat Indonesia sedang fokus mewujudkan pemerataan pembangunan di Indonesia termasuk pembangunan bidang kesehatan. Diharapkan nantinya pelayanan publik bidang kesehatan dapat diterima oleh seluruh lapisan masyarakat dengan standar dan kualitas yang sama dengan anggaran yang memadai melalui pembelanjaan yang efektif dan efisien.

2. Tinjauan Pustaka

Desentralisasi dapat dilaksanakan untuk merangsang pertumbuhan ekonomi, mengurangi kemiskinan pedesaan, memperkuat masyarakat sipil, memperdalam demokrasi, atau mendelegasikan tanggung jawab kepada pemerintah tingkat yang lebih rendah (World Bank, 1987; Manor, 1999; Cueto, 2004; Labonte´ et al., 2007). Selain itu, desentralisasi mendukung ideologi yang menghindari perencanaan oleh pusat, memprioritaskan pasar kompetitif, dan pengambilan keputusan dari bawah ke atas (Hayek, 1945). Dan pada tahun 1980-an, reformasi desentralisasi juga dilaksanakan sejalan dengan rekomendasi WHO dan reformasi sistem kesehatan yang dipicu oleh Deklarasi Alma Ata untuk mengatasi keterbatasan sistem kesehatan yang diatur secara terpusat untuk menjangkau masyarakat pedesaan yang kurang terlayani di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (Goergen dan Schmidt-Ehry, 2004).

Negara berkembang dan negara maju telah menaruh perhatian terhadap pelaksanaan desentralisasi fiskal. Pandangan bahwa pemerintah pusat gagal membawa pertumbuhan yang berkelanjutan adalah alasan di balik ini (Oates, 1999). Para pendukung desentralisasi fiskal percaya bahwa desentralisasi fiskal merupakan kebijakan yang efektif untuk meningkatkan efisiensi dalam penyediaan barang publik. Pemerintah daerah dianggap lebih dekat dengan masyarakat dan memahami apa yang dibutuhkan dalam barang dan jasa publik (Oates, 1999; Lin dan Liu, 2000; Martinez-Vazquez dan McNab, 2003). Oleh karena itu, desentralisasi fiskal muncul sebagai salah satu cara untuk mendorong pertumbuhan ekonomi. Di Indonesia, penerapan desentralisasi fiskal dilakukan dengan menyerahkan fungsi pelayanan publik kepada pemerintah daerah. Konsekuensi dari penyerahan fungsi ini adalah meningkatnya anggaran daerah secara signifikan. Awalnya fungsi pelayanan publik lebih banyak dilakukan oleh pemerintah pusat melalui kementerian/lembaga sebelum penerapan desentralisasi (Kemenkeu, 2018).

Sementara itu, desentralisasi fiskal mungkin memiliki beberapa efek negatif, seperti ketidakseimbangan fiskal horizontal antara pemerintah daerah (Martinez-Vazquez dan McNab, 2003), penurunan daya saing daerah dan beberapa daerah akan tertinggal (Blöchligeri, Hansjörget al., 2016). Dalam pemenuhan barang dan jasa publik, pengeluaran pemerintah daerah dibatasi pada wilayahnya sendiri. Dengan ini, tingkat output bervariasi antar wilayah karena perbedaan preferensi dan biaya (Oates, 1999).

Menurut Musgrave (1959), tujuan utama sektor publik adalah (i) efisiensi dalam alokasi sumber daya; (ii) redistribusi pendapatan; (iii) stabilitas makroekonomi. Yang pertama dari fungsi-fungsi ini dapat ditugaskan ke tingkat pemerintahan yang lebih rendah, dan dua yang

terakhir dapat ditugaskan ke tingkat pemerintah pusat. Pada fungsi pertama, dapat menghasilkan efisiensi yang lebih karena preferensi berbeda antar wilayah, dan biaya produksi juga bervariasi antar yurisdiksi (Oates, 1999). Di sisi lain, kondisi ini dapat menghambat stabilitas ekonomi dan selanjutnya dapat memperburuk ketimpangan regional (Canaleta et al., 2004). Bentuk umum dari desentralisasi adalah devolusi (Rondinelli et al, 1983) di mana unit pemerintah daerah, kegiatan terpisah dan di luar kendali langsung pemerintah pusat, telah dipilih untuk Indonesia (Seymour dan Turner, 2002).

Di Indonesia, sejak 2001, sebagian besar kewenangan pemerintah pusat didesentralisasikan ke dua tingkat pemerintahan yang lebih rendah: provinsi; dan kabupaten dan kota. Kewenangan tersebut tidak termasuk tanggung jawab pertahanan, keamanan, peradilan, luar negeri, fiskal, dan agama yang tetap berada di pemerintah pusat. Desentralisasi administratif memberikan otonomi kepada provinsi dan kabupaten/kota. Namun, tanggung jawab penyelenggaraan pelayanan publik dasar terutama berada di tangan pemerintah kabupaten/kota. Desentralisasi di tingkat provinsi berbentuk dekonsentrasi dan devolusi. Provinsi juga dianggap sebagai “kepanjangan tangan” dari pemerintah pusat. Distrik beroperasi dalam bentuk devolusi dan pada tingkat administrasi pemerintahan yang sama. Pengalihan wewenang ini juga diikuti oleh hubungan fiskal antar pemerintah: sisi penerimaan dan pengeluaran, tetapi sebagian besar mempengaruhi sisi pengeluaran. Selain itu, terdapat peningkatan substansial dalam transfer antar pemerintah dari pemerintah pusat ke kabupaten/kota untuk mengamankan penyediaan layanan publik dasar (Kis-Katos dan Sjahrir, 2017).

Fungsi pelayanan publik vital diantaranya adalah pendidikan dan kesehatan, terutama untuk masyarakat miskin (Keefer and Khemani, 2005). Penyediaan pelayanan di sektor tersebut perlu didukung oleh anggaran pemerintah. Banyak studi menunjukkan bahwa efektivitas penyediaan pelayanan publik dapat ditingkatkan dengan belanja pemerintah jika memenuhi kondisi tertentu. Di bidang kesehatan misalnya, Stanley et al. (2017) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa belanja pemerintah di bidang kesehatan berpengaruh positif pada asupan nutrisi anak-anak di bawah usia lima tahun di Nepal. Belanja pemerintah juga mempengaruhi penurunan tingkat kematian bayi (Kim and Lane, 2013; Gani, 2009; Rajkumar dan Swaroop, 2008; Gupta et al., 2002), PDRB per kapita (Kim dan Lane, 2013; Rajkumar dan Swaroop, 2008), dan pendapatan per kapita (Gani, 2009).

Idealnya belanja pemerintah diharapkan dapat memperbaiki kinerja kesehatan. Di Indonesia sendiri diketahui bahwa perbaikan kinerja di bidang kesehatan terjadi secara signifikan sejak desentralisasi diterapkan khususnya sejak *mandatory spending* di bidang kesehatan ditegakkan. Secara nasional Angka Harapan Hidup (AHH) meningkat dari 70,90 tahun 2016 menjadi 71,47 tahun 2020 (BPS, 2022).

Mandatory spending merupakan upaya untuk memastikan pemerintah pusat maupun daerah mengalokasikan sumber dayanya demi pembangunan yang optimal. Agar pemerintah daerah mengalokasikan anggaran yang cukup bagi pembangunan sektor prioritas maka dibuat ketentuan dalam peraturan perundangan yang mewajibkan pemerintah daerah untuk mengalokasikan sebagian APBD-nya untuk keperluan belanja dalam fungsi tertentu. Kewajiban alokasi anggaran tersebut dilakukan mengingat sebelum diatur dalam peraturan perundang-undangan, alokasi belanja di daerah untuk sektor tertentu relatif lebih rendah. Namun evaluasi atas dampak peningkatan anggaran pada bidang tersebut pada kinerja pelayanan kepada masyarakat perlu untuk dilakukan.

Meskipun tidak ada hubungan langsung antara peningkatan belanja pemerintah dengan peningkatan kinerja pelayanan publik (Huther et al., 1997), bukan berarti bahwa belanja

pemerintah yang meningkat menjadi yang sia-sia. Hal ini disebabkan alokasi anggaran untuk pelayanan publik penting untuk mengkomunikasikan akuntabilitas keuangan pemerintah (Glynn, 1993). Dalam konteks ini, alokasi anggaran yang mengalami peningkatan tidak dapat dilihat dari sisi ketersediaan sumber daya keuangannya saja, namun juga dari sisi ketersediaan mekanisme untuk memastikan bahwa pemanfaatan anggaran tersebut sesuai dengan peruntukannya yang dijalankan secara efektif.

Seperti disampaikan sebelumnya bahwa salah satu *mandatory spending* yang ada di Indonesia ada di sektor kesehatan. Ketentuan yang diamanatkan untuk sektor kesehatan ini bagi pemerintah daerah adalah anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10 persen dari APBD di luar gaji. Ketentuan ini diatur dalam UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (UU Kesehatan). Amanat UU Kesehatan ini mulai ditegakkan sejak tahun 2016. Hasil studi yang dilakukan oleh Bartley dan McLoughlin (2015) menjadi salah satu landasan untuk menganalisis kinerja sektor-sektor pelayanan tertentu, salah satunya kesehatan serta mengaitkannya dengan dukungan keuangan yang diberikan melalui APBD. Kinerja sektor pelayanan kesehatan tersebut direpresentasikan dengan tingkat balita yang pernah mendapatkan imunisasi lengkap, persalinan ditolong tenaga kesehatan, persentase wanita yang menggunakan KB, jumlah fasilitas layanan kesehatan primer di pemerintahan tingkat kecamatan dan jumlah desa yang dapat mengakses layanan kesehatan primer, angka keberhasilan penanganan TBC, serta angka kesakitan malaria tiap 1.000 penduduk. Melalui studi ini, akan diidentifikasi karakteristik dari sektor pelayanan yang cenderung menjadi prioritas di Indonesia, dan bagaimana hal tersebut berhubungan dengan pendanaan daerah untuk sektor tersebut.

3. Metodologi Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif atas pemenuhan *mandatory spending* kesehatan oleh pemerintah daerah. Pemenuhan *mandatory spending* kesehatan dicerminkan dari nilai persentase alokasi belanja fungsi kesehatan yang mencapai 10 persen dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) di luar belanja gaji. Jika persentase anggaran belanja fungsi kesehatan di atas atau sama dengan 10 persen maka pemerintah daerah tersebut memenuhi amanat UU Kesehatan dan sebaliknya. Pengukuran persentase tersebut dilakukan atas alokasi anggaran dan realisasinya. Pengukuran lanjutan untuk mengetahui bagaimana tingkat pemanfaatan belanja kesehatan juga dilakukan dengan membandingkan antara anggaran fungsi kesehatan dan realisasinya. Reviu atas pemenuhan *mandatory spending* tersebut dilakukan untuk periode pelaporan keuangan 2018 hingga 2020. Untuk periode pengamatan tahun 2020 dilakukan pembahasan terpisah mengingat pada tahun tersebut terjadi pandemi Covid-19 yang memaksa pemerintah pusat maupun pemerintah daerah untuk menyesuaikan anggaran yang dialokasikannya.

Dalam pengujian hubungan/korelasi pemenuhan amanat UU Kesehatan dengan kualitas pelayanan kesehatan di daerah dilakukan dengan mengubah pemenuhan amanat UU Kesehatan menjadi variabel *dummy* yang menunjukkan angka 1 (satu) jika *mandatory spending* kesehatan terpenuhi dan angka 0 (nol) jika sebaliknya. Data tersebut diperoleh dan diolah dari Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan (DJPK) Kementerian Keuangan. Sementara itu, kualitas pelayanan kesehatan diukur dengan variabel jumlah fasilitas kesehatan primer yang ada di daerah dan jumlah desa yang memiliki akses ke fasilitas kesehatan primer serta beberapa indikator keberhasilan pembangunan kesehatan lainnya seperti tingkat balita yang pernah mendapatkan imunisasi lengkap, persalinan ditolong tenaga kesehatan, persentase wanita yang menggunakan KB, angka keberhasilan

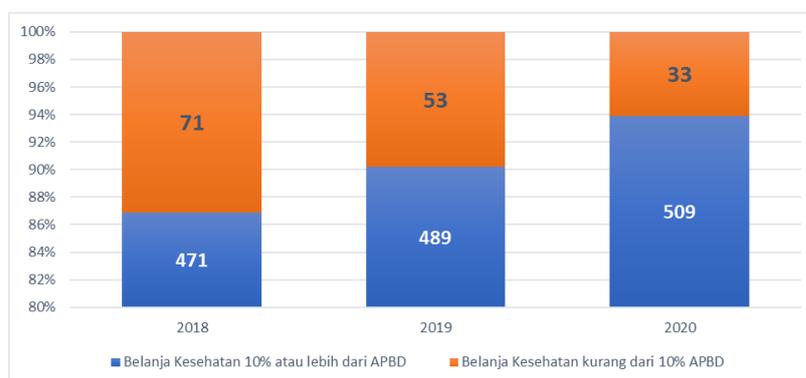
penanganan TBC, serta angka kesakitan malaria tiap 1.000 penduduk. Data tersebut diperoleh dari publikasi Statistik Indonesia 2022 yang diterbitkan oleh BPS (2022). Pengujian hubungan akan dilakukan untuk periode data 2020. Periode ini dipilih mengingat data anggaran dan realisasinya telah tersedia.

4. Hasil Analisis dan Pembahasan

4.1. Frekuensi Pemenuhan *Mandatory Spending* Pemerintah Daerah

Pengumpulan data anggaran dan realisasi belanja fungsi kesehatan pemerintah daerah dilakukan dengan mengambil data dari DJPK Kementerian Keuangan. Sehubungan dengan adanya kewajiban pemerintah daerah untuk menyampaikan informasi keuangannya kepada direktorat tersebut maka semua pemerintah daerah baik pemerintah provinsi maupun pemerintah kabupaten/kota. Secara umum seluruh pemerintah daerah menunjukkan peningkatan kepatuhan atas *mandatory spending* ini. Terbukti dari data yang terkumpul selama 3 periode pengamatan, 2018-2020 yang disajikan dalam Gambar 1 berikut. Selama periode 2018-2020 tercatat terjadi peningkatan kepatuhan oleh pemerintah daerah dalam mengalokasikan belanja kesehatannya. Pada 2018 terdapat 471 pemerintah daerah yang mematuhi amanat UU Kesehatan dan pada 2020 terdapat 509 pemerintah daerah. World Bank (2020) dalam laporan *Public Expenditure Review*-nya menyatakan bahwa 33 persen pemerintah daerah telah memenuhi persyaratan hukum untuk mengalokasikan minimal 10 persen dari anggaran mereka untuk kesehatan. Namun tolok ukur tersebut tidak menjamin kecukupan pembiayaan kesehatan, karena di beberapa pemerintah daerah masih mengalokasikan belanja gaji tenaga kesehatan ke dalam pemenuhan target yang diamanatkan.

Gambar 1. Kondisi Pemenuhan *Mandatory Spending* Kesehatan oleh Pemerintah Daerah - Anggaran Belanja Kesehatan 10 Persen Dari APBD Dengan Gaji Pegawai

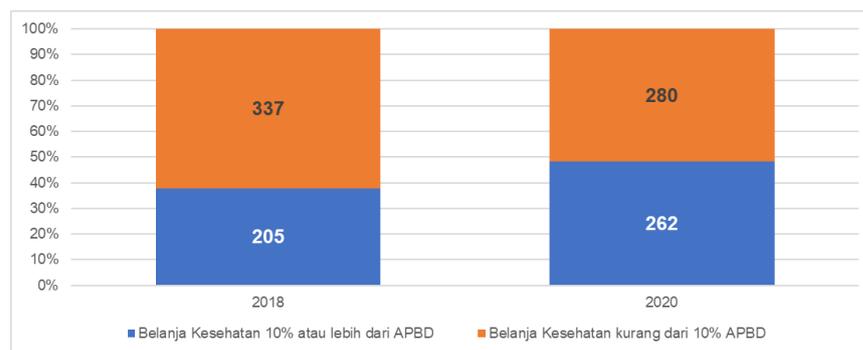


Sumber: Hasil olah data

Untuk itu, kinerja pemenuhan alokasi anggaran kesehatan jika tidak mengikutsertakan belanja gaji tenaga kesehatan tampak di Gambar 2. Meskipun dihitung tanpa gaji pegawai, kepatuhan atas pemenuhan amanat UU Kesehatan tetap mengalami peningkatan dari tahun 2018 hingga 2020. Pada tahun 2018 terdapat 205 pemerintah daerah (37,8 persen) yang memenuhi *mandatory spending* sepenuhnya dan di 2020 menjadi 262 pemerintah daerah (48,3 persen). Hal ini menunjukkan makin besar kesadaran pemerintah daerah dalam memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan. Namun jumlah pemerintah daerah yang patuh jauh lebih sedikit dibandingkan

dengan pendataan sebelumnya yang tanpa memisahkan belanja gaji. Pemisahan belanja gaji pegawai ini dilakukan sesuai amanat UU Kesehatan, namun dalam Bappenas (2020) disampaikan bahwa terdapat dua pendapat terkait perlakuan komponen gaji dalam anggaran kesehatan dimana daerah menyatakan gaji perlu dimasukkan sebagai bagian dari belanja kesehatan, namun gaji yang dimasukkan hanya mencakup komponen gaji pada tenaga yang memberikan pelayanan langsung ke masyarakat. Meskipun pada praktiknya terdapat kesulitan dalam mengidentifikasi gaji antara tenaga yang memberikan pelayanan langsung dan tenaga yang tidak melakukan pelayanan langsung. Sementara itu, Kemendagri berpendapat bahwa gaji tidak dimasukkan dalam anggaran kesehatan karena berpedoman pada UU yang ada dan tidak ada peraturan turunan yang menerangkan lebih detail atas perihal tersebut (Bappenas, 2020).

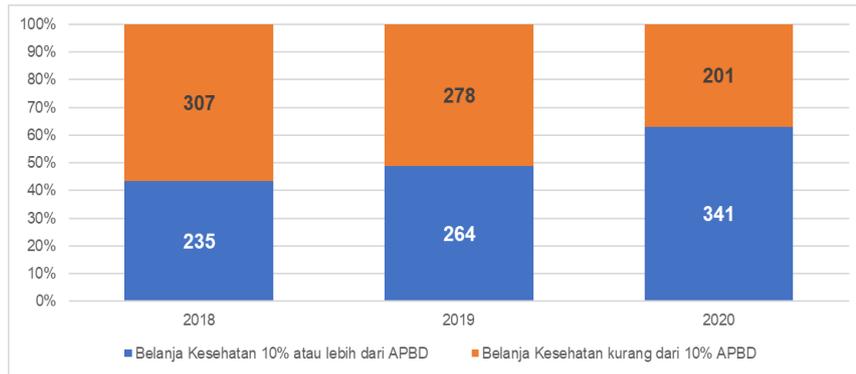
Gambar 2. Kondisi Pemenuhan Mandatory Spending Kesehatan oleh Pemerintah Daerah - Anggaran Belanja Kesehatan 10 Persen Dari APBD Tanpa Gaji Pegawai



Sumber: Hasil olah data

Jika dibandingkan dengan realisasinya, tidak banyak perbedaan terjadi dalam penghitungan jumlah pemerintah daerah yang telah mengalokasikan belanja kesehatannya sesuai amanat UU Kesehatan. Dari perbandingan antar Gambar 2 dan 3, diketahui bahwa 341 pemerintah daerah merealisasikan belanja kesehatannya melebihi 10 persen yang dipersyaratkan, sementara yang mengalokasikan di atas 10 persen hanya 262 pemerintah daerah di 2020. Hal ini menunjukkan tingkat kebutuhan dan kesadaran pemerintah daerah akan pentingnya belanja kesehatan bagi pelayanan publik sehingga mereka merealisasikan belanja tersebut lebih tinggi dari anggarannya.

Gambar 3. Kondisi Pemenuhan *Mandatory Spending* Kesehatan oleh Pemerintah Daerah - Realisasi Belanja Kesehatan 10 Persen Dari APBD Tanpa Gaji Pegawai



Sumber: Hasil olah data

Dari pengumpulan data diketahui pemerintah daerah kabupaten/kota yang tidak memenuhi *mandatory spending* pada alokasi anggaran kemudian diikuti dengan realisasinya di tahun 2018 dan berlanjut di tahun 2019 diantaranya: Kota Gunungsitoli, Kab. Lampung Tengah, Kab. Tulang Bawang Barat, Kota Batu, Kab. Kutai Timur, Kota Jayapura, Kab. Waropen, Kab. Intan Jaya, Kota Ternate, Kab. Pegunungan Arfak, dan Kab. Tana Tidung. Rata-rata alokasi anggaran kesehatan pemerintah daerah tersebut di angka 7,64 persen di tahun 2018 dan 8,51 persen di tahun 2019. Persentase rata-rata tersebut tanpa memisahkan belanja gaji pegawai. Dari sebaran geografisnya terlihat daerah tersebut di atas diketahui bahwa pemerintah daerah yang tidak memenuhi belanja wajib kesehatan tersebar di seluruh wilayah Indonesia.

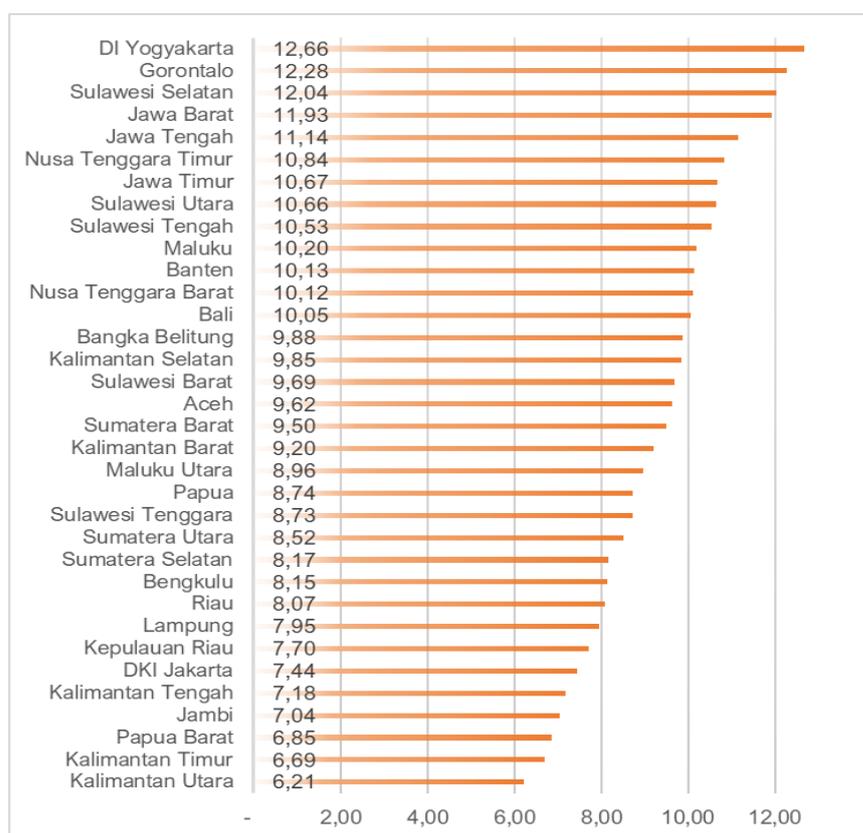
Sementara itu, jika dilakukan pendataan lebih lanjut dengan memisahkan belanja gaji pegawai dari belanja kesehatan sesuai ketentuan UU Kesehatan, maka diketahui jumlah pemerintah daerah yang mengalokasikan dan merealisasikan belanja kesehatan 10 persen di luar gaji dari tahun 2018 dan berlanjut di tahun 2019 adalah sebesar 192 pemerintah daerah kabupaten/kota yang tersebar di seluruh provinsi wilayah Indonesia. Rata-rata alokasi anggaran kesehatan pemerintah daerah tersebut di angka 6,79 persen di tahun 2018 dan 7,54 persen di tahun 2019. Jumlah tersebut sangat berbeda dengan 11 pemerintah daerah kabupaten/kota yang disampaikan sebelumnya. Dari jumlah tersebut 12 pemerintah daerah berasal dari Provinsi Papua dan 9 pemerintah daerah dari Provinsi Papua Barat. Hal ini sejalan dengan temuan Kekry (2022) yang menemukan bahwa pemerintah daerah di Provinsi Papua mayoritas tidak mematuhi kewajiban *mandatory spending* kesehatan. Bawono et.al (2018) menyatakan bahwa pemenuhan alokasi anggaran minimal untuk belanja wajib dipengaruhi oleh ruang fiskal daerah namun Kementerian Keuangan (2018) menyatakan pula bahwa pemegang kekuasaan pengelolaan keuangan daerah di daerah berperan lebih dominan dalam mempengaruhi pemenuhan belanja wajib. Temuan di atas juga sejalan dengan Mulyani (2021) yang menyebutkan bahwa hanya 64 daerah yang belum optimal memenuhi alokasi minimal untuk belanja pendidikan, sedangkan untuk belanja kesehatan ada 13 daerah.

4.2. Perkembangan Proporsi Belanja Kesehatan Dalam Rangka Pemenuhan *Mandatory Spending* Pemerintah Daerah

Berdasarkan data belanja kesehatan tahun 2018 dan tahun 2020 yang diperoleh dari DJPK Kemenkeu, diketahui bahwa proporsi anggaran belanja fungsi kesehatan dalam APBD bervariasi di tiap pemerintah daerah. Secara nasional, rata-rata belanja APBD

pemerintah daerah untuk kesehatan adalah sebanyak Rp278,47 miliar di tahun 2018 dengan proporsi belanja gaji sebesar 35,43 persen, belanja barang sebesar 44,07 persen dan belanja modal sebesar 20,82 persen. Pada tahun yang sama, rata-rata proporsi belanja kesehatan dalam APBD tertinggi ada di kabupaten/kota di Provinsi DI Yogyakarta yang mencapai persentase sebesar 12,66 persen, sedangkan yang terendah di kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Utara dengan proporsi sebesar 6,21 persen (Gambar 4). Gambar 4 juga menunjukkan bahwa rata-rata pemerintah kabupaten/kota baru mengalokasikan 9,34 persen APBD-nya untuk belanja kesehatan atau belum sepenuhnya mengalokasikan APBD-nya minimal 10 persen di luar belanja gaji pegawai. Hal ini menunjukkan kinerja pemenuhan *mandatory spending* belum sepenuhnya mengalami peningkatan secara signifikan mengingat Bappenas (2020) melaporkan bahwa pada tahun 2017 rata-rata proporsi belanja APBD untuk kesehatan terhadap total APBD secara nasional adalah 9,2 persen namun masih menyertakan belanja gaji dalam penghitungannya.

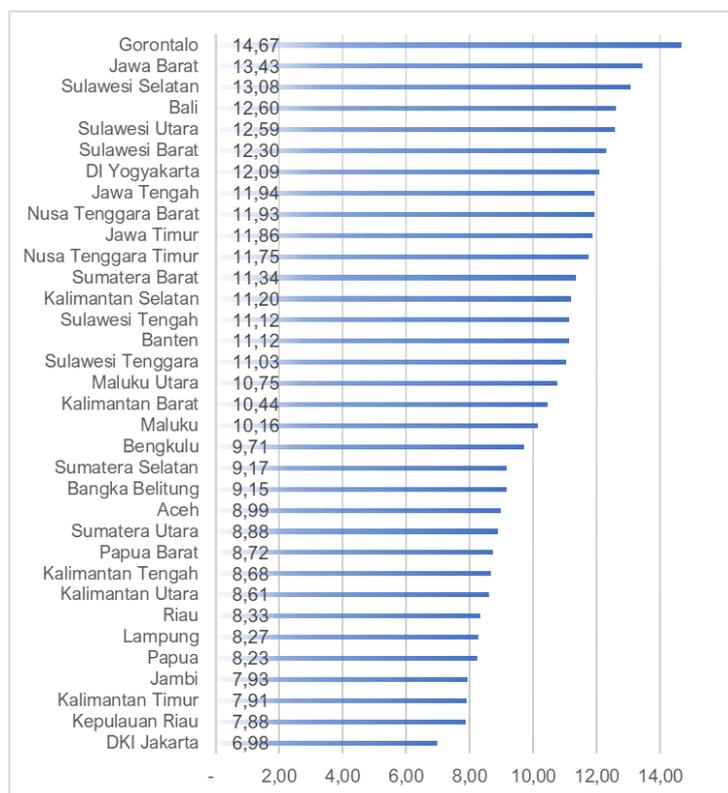
Gambar 4. Proporsi Belanja Kesehatan Terhadap APBD Pemerintah Daerah Menurut Provinsi, Tahun 2018 (dalam persen)



Sumber: Hasil olah data

Sementara itu, di tahun 2020, rata-rata persentase belanja APBD yang dialokasikan untuk kesehatan adalah sebesar 10,38 persen dengan rincian seperti tampak di Gambar 5. Terlihat terdapat peningkatan rata-rata alokasi belanja kesehatan dari 9,34 persen di 2018 menjadi 10,38 persen di 2020. Provinsi dengan pemerintah daerah yang mengalokasikan belanja kesehatan tertinggi adalah Provinsi Gorontalo dan yang terendah adalah Provinsi DKI Jakarta. Pada tahun 2020, secara nasional, rata-rata belanja pemerintah daerah yang dialokasikan untuk kesehatan adalah sebesar Rp348,07 miliar dengan proporsi belanja gaji sebesar 35,74 persen, belanja barang sebesar 44,74 persen dan belanja modal sebesar 19,29 persen.

Gambar 5. Proporsi Belanja Kesehatan Terhadap APBD Pemerintah Daerah Menurut Provinsi, Tahun 2020 (dalam persen)

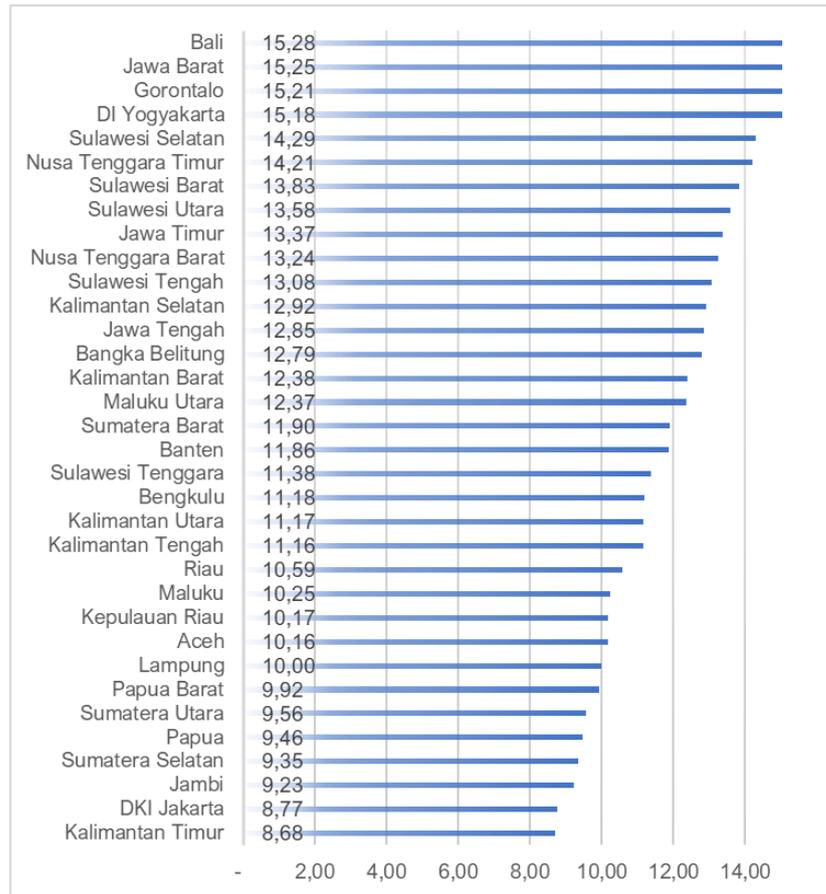


Sumber: Hasil olah data

Dalam merealisasikan anggaran terkadang banyak hal-hal yang ditemui seiring dengan berlalunya waktu yang berakibat realisasi tidak sama dengan anggarannya. Begitu pula yang terjadi pada tahun anggaran 2020. Secara nasional, rata-rata realisasi belanja pemerintah daerah untuk kesehatan adalah sebanyak Rp329 miliar di tahun 2020 dengan proporsi belanja gaji sebesar 33,19 persen, belanja barang sebesar 47,74 persen dan belanja modal sebesar 17,67 persen. Pada tahun yang sama, rata-rata proporsi belanja kesehatan dalam realisasi APBD tertinggi ada di kabupaten/kota di Provinsi Bali yang mencapai persentase sebesar 15,28 persen, sedangkan yang terendah di kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Timur dengan proporsi sebesar 8,68 persen (Gambar 6). Gambar 6 juga menunjukkan bahwa rata-rata pemerintah kabupaten/kota baru merealisasikan belanja kesehatan sebesar 11,90 persen dari total belanja daerahnya untuk kesehatan. Realisasi belanja kesehatan berjumlah lebih tinggi daripada alokasi anggarannya terutama untuk belanja barang.

Pada tahun 2020, dalam menanggapi krisis kesehatan akibat COVID-19, terdapat serangkaian penyesuaian yang dilakukan oleh pemerintah provinsi dan pemerintah daerah. Dari APBN-P yang ditetapkan, sebagian besar provinsi dan pemerintah daerah merespons dengan mengalihkan alokasi belanja ke mitigasi kegiatan terkait COVID-19, bukan dengan memperluas belanja (Qibthiyah, 2021). Sebagian besar pemerintah daerah mengalami kontraksi belanja kesehatan demi melakukan mitigasi pandemi. Hal ini diikuti oleh hasil studi ini yang menunjukkan terjadinya kontraksi belanja pemerintah daerah dalam merespons kondisi akibat pandemi COVID-19. Qibthiyah, 2021 juga menemukan bahwa mengingat kematian akibat COVID-19 terkonsentrasi di wilayah Jawa-Bali, maka pengeluaran darurat tampaknya efektif dalam mengurangi kematian COVID-19 untuk kasus provinsi di wilayah Jawa-Bali.

Gambar 6. Proporsi Belanja Kesehatan Terhadap Realisasi APBD Pemerintah Daerah Menurut Provinsi, Tahun 2020 (dalam persen)



Sumber: Hasil olah data

4.3. Hasil Pengujian Korelasi

Dalam pengujian korelasi antara proporsi belanja kesehatan terhadap total belanja daerah dan indikator pembangunan kesehatan dilakukan melalui analisis data Microsoft Excel. Deskripsi statistik atas data yang digunakan dalam pengujian dapat dilihat di Tabel 1.

Tabel 1. Statistik Deskriptif

| | Proporsi Belanja Kesehatan dari Total Belanja (%) | Jumlah Puskesmas | Rasio Puskesmas- Kecamatan | Jml Desa dg Puskesmas | Jml Desa dg Puskesmas Pembantu | Angka Kesakitan Malaria per 1.000 Penduduk | Angka Keberhasilan Pengobatan TBC | Proporsi Wanita Menggunakan KB (%) | Proporsi Balita dg Imunisasi Dasar Lengkap (%) | Proporsi Kelahiran Dibantu Nakes (%) |
|------------------|---|------------------|----------------------------|-----------------------|--------------------------------|--|-----------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| Mean | 11,9017 | 300,1176 | 1,5611 | 308,2059 | 738,3529 | 2,3262 | 83,1682 | 53,4550 | 50,3071 | 93,5106 |
| Standard Error | 0,3476 | 42,2651 | 0,1758 | 43,1487 | 92,1986 | 1,8672 | 1,9296 | 1,7268 | 1,8335 | 1,2816 |
| Median | 11,8847 | 223,0000 | 1,4025 | 236,0000 | 576,0000 | 0,0600 | 86,2200 | 55,2850 | 54,3100 | 96,1100 |
| Standard Deviatc | 2,0269 | 246,4456 | 1,0253 | 251,5978 | 537,6055 | 10,8874 | 11,2513 | 10,0689 | 10,6911 | 7,4729 |
| Range | 6,5959 | 1.028,0000 | 6,4206 | 1.035,0000 | 2.265,0000 | 63,1200 | 48,4600 | 48,1400 | 51,2300 | 31,5100 |
| Minimum | 8,6841 | 55,0000 | 0,7385 | 59,0000 | 4,0000 | - | 48,2900 | 21,2300 | 19,2600 | 68,4900 |
| Maximum | 15,2799 | 1.083,0000 | 7,1591 | 1.094,0000 | 2.269,0000 | 63,1200 | 96,7500 | 69,3700 | 70,4900 | 100,0000 |
| Count | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 |

Sumber: Hasil olah data

Hasil analisis korelasi atas persentase belanja kesehatan terhadap total belanja daerah dengan variabel akses atas pelayanan kesehatan di daerah yaitu jumlah puskesmas dalam provinsi, rasio jumlah puskesmas-jumlah kecamatan, jumlah desa dengan puskesmas, dan jumlah desa dengan puskesmas pembantu menunjukkan bahwa nilai

koefisien korelasi masing sebesar 0,13366; -0,19173; 0,13530; dan 0,05478. Namun, keempatnya memiliki nilai signifikansi (*p-value*) lebih dari 0,05, artinya persentase belanja kesehatan terhadap total belanja daerah tidak memiliki hubungan yang signifikan terhadap keempat variabel tersebut. Kondisi tersebut menandakan bahwa besarnya belanja daerah untuk kesehatan belum sepenuhnya digunakan untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan primer di daerah atau peningkatan pembangunan jumlah puskesmas di daerah. dalam Buku Putih Reformasi Sistem Kesehatan Nasional disampaikan bahwa berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019, Puskesmas wajib tersedia minimal 1 di setiap kecamatan yang disesuaikan dengan beban jumlah masyarakat yang dilayani di wilayahnya, namun hingga Desember 2020, masih terdapat 171 Kecamatan yang belum memiliki Puskesmas dengan 156 berlokasi di Pulau Papua (Kemenkes, 2020 dalam Bappenas, 2022). Hal tersebut sejalan dengan temuan studi ini yang menunjukkan bahwa meskipun alokasi belanja kesehatan bertambah namun belum sepenuhnya digunakan untuk peningkatan pelayanan kesehatan.

Tabel 2. Hasil Pengujian Korelasi Pearson

| | Koefisien Korelasi Pearson (<i>r</i>) | Jumlah Sampel | t-Statistik | Degree of Freedom | Signifikansi (<i>p-value</i>) |
|---|---|---------------|-------------|-------------------|---------------------------------|
| Jumlah Puskesmas dalam Provinsi | 0,13366 | 34 | 0,7629 | 32 | 0,45110 |
| Rasio Jumlah Puskesmas-Jumlah Kecamatan | -0,19173 | 34 | 1,1051 | 32 | 0,27736 |
| Jml Desa dg Puskesmas | 0,13530 | 34 | 0,7725 | 32 | 0,44550 |
| Jml Desa dg Puskesmas Pembantu | 0,05478 | 34 | 0,3104 | 32 | 0,75830 |
| Angka Kesakitan Malaria per 1.000 Penduduk | -0,23393 | 34 | 1,3611 | 32 | 0,18300 |
| Angka Keberhasilan Pengobatan TBC | 0,16688 | 34 | 0,9574 | 32 | 0,34553 |
| Proporsi Wanita Menggunakan KB (%) | 0,29510 | 34 | 1,7471 | 32 | 0,09021 |
| Proporsi Balita dg Imunisasi Dasar Lengkap (%) | 0,49615 | 34 | 3,2326 | 32 | 0,00284 |
| Proporsi Kelahiran Dibantu Tenaga Kesehatan (%) | 0,20897 | 34 | 1,2088 | 32 | 0,23560 |

Sumber: Hasil olah data

Dalam hal kinerja ketahanan kesehatan dan pengendalian penyakit, besarnya proporsi belanja kesehatan terhadap total belanja daerah juga tidak menunjukkan korelasi yang signifikan (nilai signifikansi > 0,05), khususnya untuk penanganan malaria dan tuberkulosis (TBC). Dari Tabel 2 ditunjukkan bahwa nilai koefisien korelasi masing-masing sebesar -0,23393 dan 0,16688. Sementara itu, pada indikator proporsi balita dengan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL), besaran proporsi belanja kesehatan memiliki korelasi positif sebesar 0,49615 (nilai signifikansi 0,002 < 0,05), artinya makin besar proporsi belanja kesehatan terhadap total belanja maka makin bertambah pula proporsi balita yang menerima imunisasi dasar. Hal ini sejalan dengan temuan dari Kemenkeu (2018) yang menyatakan bahwa memenuhi belanja wajib memiliki capaian indikator kesehatan yang lebih baik dibandingkan dengan daerah yang tidak memenuhi belanja wajib. Pada indikator imunisasi lengkap, daerah yang memenuhi belanja wajib secara rata-rata memiliki tingkat imunisasi yang lebih baik.

Studi Kemenkeu (2018) juga menyatakan bahwa daerah yang memenuhi belanja wajib memiliki rata-rata tingkat persalinan yang dibantu tenaga kesehatan lebih baik, namun temuan ini tidak sejalan dengan studi ini. Daerah yang memiliki proporsi belanja kesehatan terhadap total belanja tidak memiliki hubungan signifikan dengan peningkatan rata-rata proporsi kelahiran yang dibantu tenaga kesehatan. Terkait dengan indikator proporsi wanita yang menggunakan KB, ditunjukkan pula dalam Tabel 2 bahwa variabel proporsi belanja kesehatan terhadap total belanja berhubungan signifikan

terhadap indikator kinerja tersebut dengan nilai koefisien korelasi Pearson sebesar 0,29510 dan nilai signifikansi 0,09021 ($\text{sig} < 0,10$). Hal ini menunjukkan bahwa makin besar belanja kesehatan daerah maka makin besar proporsi wanita kawin usia 15-49 tahun yang menggunakan KB, sehingga *unmet need* makin berkurang.

5. Penutup

5.1. Kesimpulan

Dalam menjalankan amanat UU Kesehatan yang menyatakan bahwa belanja kesehatan di daerah wajib dialokasikan minimal 10 persen dari total belanja dalam APBD di luar gaji pegawai belum semua pemerintah daerah menjalankannya. Pada tahun 2020, terdapat 341 pemerintah daerah (62,92 persen) yang memenuhi belanja wajib ini dalam realisasi anggarannya, dan 201 pemerintah daerah (37,08 persen) tidak memenuhi belanja wajib. Hal ini merupakan peningkatan dari periode-periode sebelumnya dimana pada 2018 hanya terdapat 43,36 persen pemerintah daerah yang mematuhi mandat UU Kesehatan. Pada tahun 2020 juga tercatat bahwa Rata-rata proporsi belanja kesehatan dalam realisasi APBD tertinggi ada di kabupaten/kota di Provinsi Bali yang mencapai persentase sebesar 15,28 persen, sedangkan yang terendah di kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Timur dengan proporsi sebesar 8,68 persen. Hal ini menunjukkan bahwa pemerintah daerah mulai menyadari pentingnya belanja kesehatan dalam pembangunan.

Namun dalam pengujian korelasi atas pemenuhan *mandatory spending* kesehatan terhadap kinerja indikator kesehatan seperti proporsi balita yang pernah mendapatkan imunisasi lengkap, persalinan ditolong tenaga kesehatan, persentase wanita yang menggunakan KB, jumlah fasilitas layanan kesehatan primer di pemerintahan tingkat kecamatan dan jumlah desa yang dapat mengakses layanan kesehatan primer. angka keberhasilan penanganan TBC, serta angka kesakitan malaria tiap 1.000 penduduk diketahui bahwa hanya proporsi balita dengan imunisasi dasar lengkap yang memiliki korelasi signifikan. pemenuhan mandat UU Kesehatan tersebut berkorelasi positif terhadap proporsi balita yang memperoleh imunisasi dasar lengkap. Artinya makin besar belanja kesehatan terhadap total belanja di daerah maka imunisasi pada balita makin gencar dilakukan di daerah.

5.2. Saran

Melihat masih adanya ketimpangan di wilayah Indonesia, maka perlu diupayakan agar pemenuhan *mandatory spending* lebih menyeluruh mencakup seluruh pemerintah daerah di Indonesia. Dengan demikian pemerintah dapat mulai berfokus pada peningkatan efektivitas belanja pemerintah daerah demi kemajuan pembangunan kesehatan ke depan.

Untuk kedepannya, penelitian ini perlu dilakukan dengan melakukan pengujian dengan periode lebih lama dan menggunakan beberapa variabel kontrol seperti jumlah penduduk, dukungan anggota legislatif, dan variabel kualitatif yang mencerminkan kondisi internal pemerintah daerah seperti kapabilitas sumber daya manusia di pemerintahan yang ada di daerah.

Daftar Pustaka

- Abimbola, S., Baatiema, L., & Bigdeli, M. (2019). The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: a realist synthesis of the evidence. *Health policy and planning*, 34(8), 605–617. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz055>
- Bappenas. 2022. *Buku Putih Reformasi Sistem Kesehatan Nasional*. Cetakan Pertama. ISBN 978-623-5623-01-6. Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat. Jakarta
- Bappenas. 2020. *Bedah Anggaran Kesehatan*. Cetakan pertama: Mei 2020 ISBN: 978-623-93153-8-2. Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat. Jakarta
- Batley, R., & Mcloughlin, C. (2015). The Politics of Public Services: A Service Characteristics Approach. *World Development*, 74, 275-285.
- Bawono, ADB., Purbasari, H., dan Mujiyati. 2018. Analysis Of Fiscal Capacity On Human Development Index With Mandatory Spending On Education And Health As Intervening Variable (An Empirical Study On Regencies/Cities In Java). *Muhammadiyah International Journal of Economics and Business* Volume 1, Number 2, December 2018. <http://journals.ums.ac.id/index.php/mijeb>
- Blöchligeri, Hansjörg., Bartolinii, David., and Sibylle Stossberg. (2016). Does Fiscal Decentralisation Foster Regional Convergence? *OECD Economic Policy Paper*, No.17, pp.1–19, OECD, France.
- BPS. 2022. www.bps.go.id
- Cahyadi, Erdhany Dwi. (2019). Fiscal Decentralisation and Economic Growth in Indonesia. *JIAP* Vol 5, No 3, pp 320-327, 2019. ISSN 2302-2698. Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia
- Canaleta, C. G., Arzoz, P. P., and Garate, M. R. (2004). Regional Economic Disparities and Decentralization. *Urban Studies*, Vol. 41(1), pp.71–94.
- Cueto M. 2004. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health* 94: 1864–74.
- Gani, Azmat (1999). *Health Financing and Health Outcomes in Pacific Island Countries*. Health Policy and Planning Vol. 24, Oxford University Press
- Gupta, S., Verhoeven, M., & Tiongson, E. R. (2012). The Effectiveness of Government Spending on Education and Health Care in Developing and Transition Economies. *European Journal of Political Economy*, 18, 717-737.
- Giannoni, M dan Hitiris, T. 2002. The Regional Impact of Health Care Expenditure: The Case of Italy. *Applied Economics Letters*, 14.
- Glynn, John J. (1993). *Public Sector Financial Control and Accounting: Second Edition*. Blackwell Publishers, Oxford, UK.
- Goergen H, Schmidt-Ehry B. (2004) The concept of the district health system. In: Goergen H, Kirsch-Woik T and Schmidt-Ehry B (eds). *The District Health System: Experiences and Prospects in Africa*. 2nd ed. Schriftenreihe der GTZ, Nr.276. Wiesbaden: Universum Verlag, 27–50.
- Hayek FA. 1945. The Uses of Knowledge in Society. *The American Economic Review* 35: 519–30.

- Huther, J., Roberts, S., and Shah, A. (1997). Public Expenditure Reform under Adjustment Lending. World Bank Policy Research Paper No. 362 (1997)
- Kekry, B. P. N. (2022). Mandatory Spending of Education and Health Budget in Papua. *Jurnal Perencanaan Pembangunan: The Indonesian Journal of Development Planning*, 6 (1), 54-63. <https://doi.org/10.36574/jpp.v6i1.268>
- Kemenkeu. 2018. Belanja Daerah dan Perbaikan Pelayanan Publik: Studi Kasus Bidang Pendidikan dan Kesehatan. *Working Paper*. Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan
- Keefer, P., & Khemani, S. (2004). *Democracy, Public Expenditures, and the Poor*. Washington DC: The World Bank.
- Kim, Tan Kuen, and Lane, Shannon R. (2013). Government Health Expenditure and Public Health Outcomes: A Comparison Study Among 17 Countries and Implication for US Health Care Reform. *American Journal of Contemporary Research*, Vol. 3 No. 9.
- Kis-Katos, K., and Sjahrir, B. S. (2017). The Impact of Fiscal and Political Decentralization on Local Public Investment in Indonesia. *Journal of Comparative Economics*, Vol. 45(2), pp.344–365.
- Lin, J. Y., and Liu, Z. (2000). Fiscal Decentralization and Economic Growth in China. *Economic Development and Cultural Change*, Vol. 49(1), pp.1–21.
- Manor J. 1999. *The Political Economy of Democratic Decentralization*. Washington, DC: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/386101468739238037/pdf/multi-page.pdf>,
- Martinez-Vazquez, J., and McNab, R. M. (2003). Fiscal Decentralization and Economic Growth. *World Development*, Vol. 31(9), pp. 1597–1616.
- Mills, A. 1994. Decentralization and Accountability in The Health Sector From an International Perspective: What Are The Choices?. *Public Administration and Development*, Vol. 14.
- Mulyani, S. (2021). Highlighting Regional Expenditures, Sri Mulyani Finds Three Important Points for Regional Budget Evaluation. Kementerian Keuangan. <https://voi.id/en/economy/122763/highlighting-regional-expenditures-sri-mulyani-finds-three-important-points-for-regional-budget-evaluation>. 3 Maret 2022 (20.45)
- Musgrave, R.A. (1959) *The Theory of Public Finance*. McGraw Hill, New York.
- Oates, W. E. (1999). An Essay on Fiscal Federalism. *Journal of Economic Literature*, Vol. 37(3), pp.1120–1149.
- Qibthiyah, Riatu Mariatul. 2021. Province and Local Finances in Indonesia during COVID-19 Pandemic. LPEM-FEB UI Working Paper 059, April 2021 ISSN 2356-4008
- Rajkumar, A., & Swaroop, V. (2008). Public Spending and Outcomes: Does Governance Matter? *Journal of Development Economics*, 86, 96–111.
- Randinelli, D. A., Nellis, J. A., and Cheema, G. S. (1983). *Decentralization in Developing Country: A Review of Recent Experience*. World Bank Staff Working Paper, Number 581, The World Bank, Washington DC.
- Seymour, R., and Turner, S. (2002). Otonomi Daerah: Indonesia's Decentralisation Experiment. *New Zealand Journal of Asian Studies*, Vol. 4, No. 2, pp.33-51.
- World Bank. 1987. *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*. Washington, DC: World Bank.

World Bank. 2007. Indonesia Public Expenditure Review.

World Bank. 2020. Indonesia Public Expenditure Review: Spending for Better Results

Labonte´ R, Blouin C, Chopra M et al. 2007. Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution. Globalization Knowledge Network Research Paper. Ottawa: University of Ottawa.