

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Landasan Teori

1. *Public Expenditure Management* (PEM)

Anggaran merupakan instrumen kebijakan yang paling penting dalam memberikan dampak terhadap perekonomian dan prioritas sosial suatu negara. Anggaran juga merupakan cerminan keuangan dari tingkat ekonomi dan pilihan sosial masyarakat. Untuk mencapai peranan yang diamanatkan oleh rakyat, negara melakukan hal berikut: (i) mengumpulkan sumber daya ekonomi, dengan cara yang cukup dan tepat; dan (ii) mengalokasikan dan menggunakan sumber daya tersebut secara responsif, efisien dan efektif (ADB, 1999, 1). *Public Expenditure Management* (PEM) merupakan instrumen kebijakan pemerintah untuk mencapai poin (ii).

PEM mengarahkan pemerintah untuk menjawab pertanyaan tidak hanya mengenai kebijakan belanja “apa” yang harus dilakukan, namun juga terkait pengelolaan belanjanya tentang “bagaimana” hal tersebut harus dilakukan. PEM menekankan pentingnya substantif *outcome*. Untuk itu, PEM memberikan perhatian terhadap hal yang berkenaan dengan total pendapatan dan belanja, alokasi sumber daya untuk berbagai program dan sektor, dan efisiensi dari institusi pemerintah. Untuk dapat mencapai *outcome* yang diharapkan, pemerintah harus mengatur pengeluaran publik sebaik-baiknya. PEM ada untuk menjawab bagaimana institusi publik harus diatur sehingga dapat mencapai *outcome* yang diharapkan (Sari, 2016, 8). Terdapat tiga tujuan utama dari PEM yakni disiplin fiskal, efisiensi alokasi sumber daya, dan efisiensi

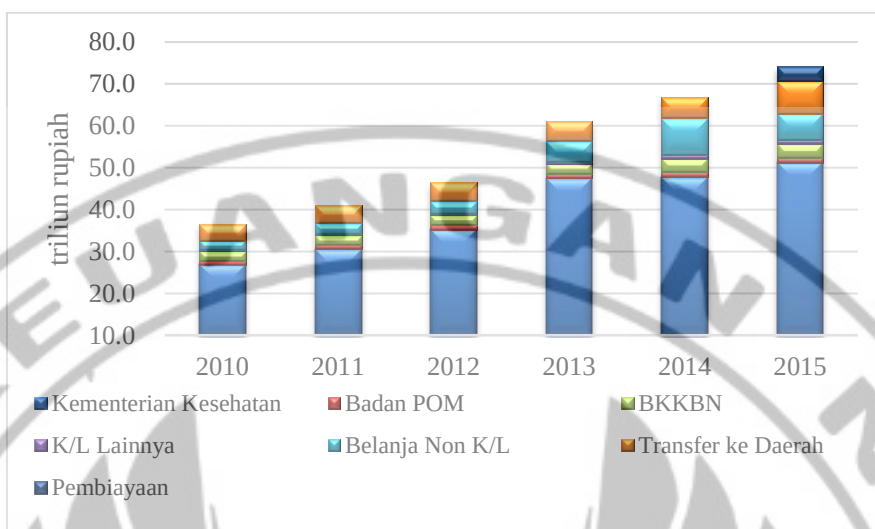
operasional. Disiplin fiskal berarti total anggaran tidak hanya mengakomodasi permintaan belanja, akan tetapi berkesinambungan mencakup sebelum keputusan belanja ditetapkan, selama implementasi anggaran dan untuk jangka menengah maupun jangka panjang. Efisiensi alokasi berarti pengeluaran pemerintah harus didasarkan atas asas prioritas dan efektivitas program. Anggaran harus dialokasikan dari yang kurang penting ke prioritas yang lebih penting dan dari yang kurang efektif ke program yang lebih efektif. Sementara efisiensi operasional yakni institusi publik harus menghasilkan barang dan jasa dengan biaya efisien. Barang dan jasa publik tersebut harus dapat diakses oleh masyarakat dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat serta didistribusikan secara merata (Schick, 1998, 13).

Pengelolaan belanja publik dilakukan agar pemerintah tetap dapat memberikan pelayanan publik meskipun dengan sumber daya yang terbatas. Keterbatasan sumber daya ini menjadikan alokasi anggaran yang efisien menjadi sangat penting berdasarkan prioritas dan efektivitas program yang ingin dicapai. Evaluasi terhadap program yang sedang berjalan dapat membantu pemerintah membuat prioritas program dan relokasi anggaran dari program yang kurang efektif ke program yang lebih efektif. Sedangkan efisiensi operasional dapat dilakukan dengan memanfaatkan informasi kinerja seperti pengukuran, target, pelaporan, audit, dan penganggaran berbasis kinerja, serta dengan mekanisme *reward* dan *punishment*.

2. Belanja kesehatan

Belanja fungsi kesehatan digunakan untuk membiayai penyelenggaraan penyediaan layanan kesehatan. Penyediaan pelayanan kesehatan yang baik dan merata merupakan tanggung jawab pemerintah baik pusat maupun daerah. Dalam pelayanan publik, pemerintah daerah lebih dekat secara fisik dengan masyarakat. Oleh karena itu melalui desentralisasi fiskal pemerintah pusat mendelegasikan sejumlah kewenangan pelayanan publik termasuk bidang kesehatan kepada daerah disertai pemberian dana transfer untuk mendanai program dan kegiatannya. Undang-Undang Kesehatan Pasal 171 ayat (1) mengamanatkan alokasi anggaran kesehatan minimal sebesar 5% dari APBN di luar gaji pegawai. Untuk itu pemerintah pusat senantiasa meningkatkan alokasi anggaran kesehatan sebagaimana ditunjukkan oleh Gambar II.1.

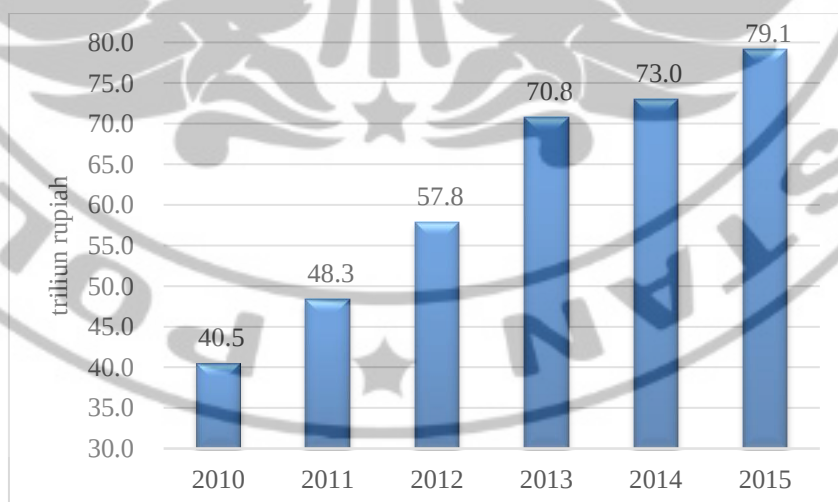
Gambar II.1 Anggaran Kesehatan Indonesia Tahun 2010-2015



Sumber: Kesehatan1, www.anggaran.depkeu.go.id (diakses 12 April 2016)

Undang-Undang Kesehatan Pasal 171 ayat (2) juga mewajibkan pemerintah daerah untuk mengalokasikan anggaran kesehatan minimal sebesar 10% dari APBD di luar gaji pegawai. Anggaran kesehatan yang akan digunakan untuk belanja kesehatan dapat berasal dari Pendapatan Asli Daerah (PAD), Dana Perimbangan maupun Dana Desentralisasi dan Dekonsentrasi. Perkembangan belanja kesehatan di tingkat pemerintah daerah dapat dilihat pada Gambar II.2.

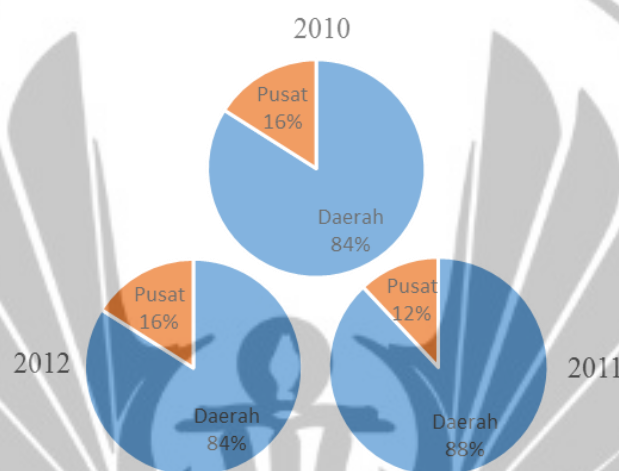
Gambar II.2 Anggaran Kesehatan Pemerintah Daerah Tahun 2010-2015



Sumber: Data Keuangan Daerah Setelah TA 2016,
www.djpk.depkeu.go.id/?page_id=316, diolah (diakses 12 April 2016)

Belanja kesehatan berkaitan langsung dengan program Pembangunan Kesehatan Nasional yang pelaksanaannya terbagi menjadi kewenangan pusat dan daerah. Menurut Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, 80% kewenangan penanganan bidang kesehatan berada pada tingkat daerah. Dengan demikian peran pemerintah daerah selaku pelaksana *grand design* pembangunan kesehatan nasional menjadi sangat penting untuk diketahui efisiensi belanjanya.

Gambar II.3 Kewenangan Bidang Kesehatan Tahun 2010-2012



Sumber: UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah

Pengelolaan Keuangan Daerah diatur dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri (Permendagri) Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Permendagri Nomor 13 Tahun 2006. Menurut Permendagri Nomor 21 Tahun 2011, belanja daerah adalah kewajiban pemerintah daerah yang diakui sebagai pengurang nilai kekayaan bersih. Belanja daerah ditujukan bagi urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan provinsi, kabupaten, dan/atau kota yang terdiri atas urusan wajib dan urusan pilihan, serta urusan yang dilakukan secara bersama-sama antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Untuk poin yang terakhir, penyelenggaraan pelayanan kesehatan merupakan salah satu contoh urusan yang dilakukan secara bersama-sama antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Belanja fungsi kesehatan antara lain digunakan untuk Pembinaan Upaya Kesehatan Rujukan, Peningkatan Ketersediaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan. Pembangunan kesehatan merupakan salah satu

program prioritas pemerintah yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Sehingga belanja fungsi kesehatan harus dilaksanakan seoptimal dan seefisien mungkin guna mencapai tujuan tersebut.

3. Konsep efisiensi

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, definisi efisiensi adalah ketepatan cara (usaha, kerja) dalam menjalankan sesuatu (dengan tidak membuang waktu, tenaga, biaya); kedayagunaan; ketepatangunaan; kesangkilan; serta kemampuan menjalankan tugas dengan baik dan tepat (dengan tidak membuang waktu, tenaga, biaya). Sari (2016, 11) mengutip Suswandi bahwa suatu aktivitas dapat diukur tingkat efisiensinya dengan melakukan perbandingan antara *input* dan *output*, dikatakan efisien apabila (1) dengan *input* yang sama dapat menghasilkan *output* yang lebih besar, (2) *input* yang lebih kecil dapat menghasilkan *output* yang sama, dan (3) dengan *input* yang lebih besar dapat menghasilkan *output* yang lebih besar lagi.

Pengukuran efisiensi modern mula-mula dilakukan oleh Farrell pada tahun 1957. Ia mengusulkan bahwa efisiensi dari suatu perusahaan terdiri atas dua komponen: efisiensi teknis, yang merefleksikan kemampuan perusahaan untuk menghasilkan *output* yang maksimal dari sejumlah *input* tertentu yang diberikan, dan efisiensi alokasi, yang merefleksikan kemampuan perusahaan untuk menggunakan *input* dalam proporsi yang optimal pada tingkat harganya masing-masing. Kedua pengukuran ini kemudian dikombinasikan menjadi efisiensi ekonomi (Coelli, 1996, 4).

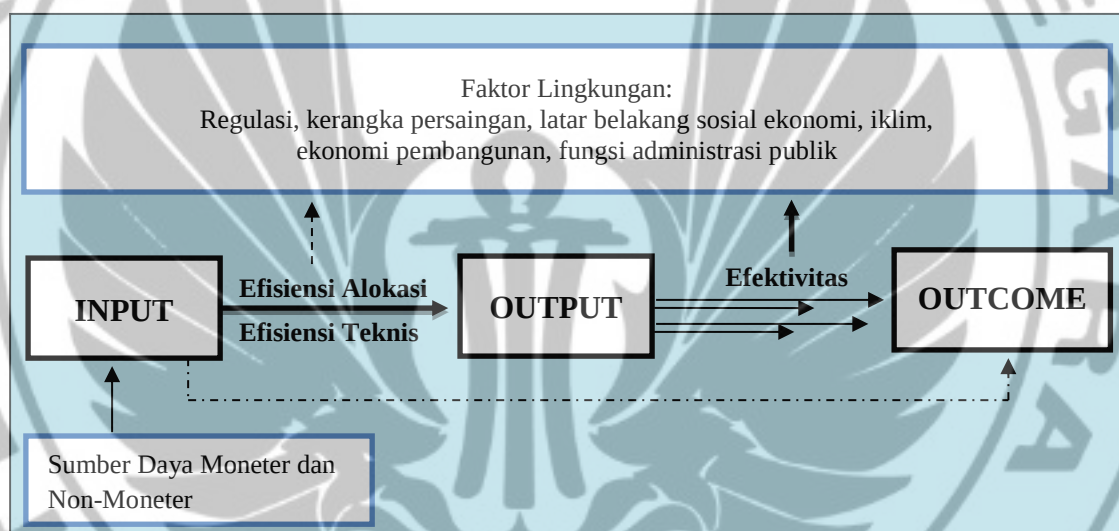
Terkait hal ini, maka efisiensi teknis merupakan pengukuran yang tepat untuk digunakan dalam penelitian ini. Efisiensi teknis dapat dilihat dari dua pendekatan yakni pendekatan *input* maupun *output*. Pendekatan *input* ialah penggunaan *input* yang lebih kecil untuk mencapai *output* yang telah ditetapkan. Sementara pendekatan *output* adalah pencapaian *output* yang lebih besar dengan menggunakan *input* yang telah ditetapkan. Utami (2016, 11) mengutip Henderson dan Kingwell bahwa “efisiensi teknis tercapai apabila mampu memproduksi *output* maksimal dengan seperangkat *input* yang telah ditentukan, atau pemerintah dapat meminimalisasi *input* untuk mencapai suatu *output* tertentu. Efisiensi teknis dalam penelitian ini adalah perbandingan antara *input* dan *output* yang digunakan oleh pemerintah daerah, untuk

mengetahui apakah pemerintah daerah telah mampu memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat baik secara kuantitas maupun kualitas dengan menggunakan sumber daya yang dimiliki.

4. Efisiensi teknis dalam belanja kesehatan

Kualitas belanja kesehatan dapat diukur dengan parameter efisiensi dan efektivitas. Efisiensi menggambarkan hubungan antara *input* dengan *output*, sementara efektivitas menggambarkan hubungan antara *input*, *output*, dan *outcome*. Namun, karena penelitian ini hanya berfokus pada pengukuran efisiensi teknis, maka konsep efektivitas tidak akan dibahas lebih jauh. Kerangka konseptual efisiensi dan efektivitas dapat dilihat pada Gambar II.4.

Gambar II.4 Kerangka Konseptual Efisiensi dan Efektivitas



Sumber: (Mandl, Dierx, dan Ilzkovitz., 2008)

Terdapat dua variabel penting dalam pengukuran efisiensi teknis. Pertama, *input* yaitu usaha atau sumber daya yang digunakan untuk menghasilkan *output* dan mencapai *outcome*. *Input* dapat dibedakan menjadi *input* moneter dan non-moneter. Kedua, *output* yakni hasil langsung dari pemakaian *input*. *Output* dihasilkan dalam jangka pendek dan lebih mudah untuk dikuantifikasi. Sementara pengukuran efisiensi teknis belanja kesehatan bertujuan untuk mengetahui kinerja pemerintah daerah dalam menggunakan *input* dalam hal ini adalah belanja kesehatan dalam kaitannya untuk menghasilkan *output* yang dicerminkan melalui indikator kesehatan.

5. Data Envelopment Analysis (DEA)

Data Envelopment Analysis (DEA) diperkenalkan pertama kali oleh Charnes, Cooper, dan Rhodes pada tahun 1978, dan kemudian dikembangkan oleh Banker, Charnes, dan Cooper pada tahun 1984. Prinsip kerja DEA yakni membandingkan *input* dan *output* dari suatu organisasi atau disebut dengan *decision making unit* (DMU) dengan *input* dan *output* dari DMU sejenis. DEA merupakan metode *non-parametrik* dengan menggunakan program linier untuk mengukur tingkat efisiensi suatu *Decision Making Unit* (DMU). Efisiensi teknis yang dihasilkan berupa efisiensi relatif, tergantung pada tingkat efisiensi DMU lain yang menjadi sampel penelitian. Nilai efisiensi berkisar antara 0 sampai 1, dan angka 1 menunjukkan nilai efisiensi sempurna. Unit-unit yang memiliki nilai efisiensi 1 dihubungkan dengan suatu garis yang menjadi *envelope* untuk *frontier* efisiensi. DMU yang berada di dalam *envelope* merupakan DMU yang menunjukkan adanya ketidakefisienan.

DEA telah banyak digunakan pada penelitian di berbagai bidang, seperti sekolah, pendidikan, rumah sakit, perbankan, termasuk sektor publik, karena beberapa kelebihanannya, antara lain: bisa mengukur efisiensi teknis dengan multi *input* dan *output*, tidak perlu mengetahui hubungan fungsional antara *input* dan *output*, dapat membentuk garis *frontier* fungsi efisiensi terbaik atas variabel *input-output* dari setiap sampelnya, dapat digunakan untuk menganalisis jumlah sampel yang relatif lebih kecil, serta *input* dan *output* dapat memiliki satuan pengukuran yang berbeda. Meskipun demikian, DEA juga memiliki beberapa keterbatasan seperti:

- a. *Output* dan *input* yang digunakan harus bersifat deterministik, tidak bersifat stokastik, tidak dipengaruhi oleh hal-hal yang berada di luar kendali DMU seperti cuaca, keberuntungan, dan sebagainya. DEA tidak mampu mengenali hal tersebut dan tidak memasukkannya dalam penghitungan inefisiensi.
- b. DEA berasumsi bahwa unit *input* dan *output* adalah identik dengan unit lain dalam tipe yang sama. Akibatnya, pengukuran efisiensi yang melibatkan nominal uang atas setiap DMU memiliki tingkat inflasi yang berbeda tanpa adanya penyesuaian dapat menyebabkan hasil yang bias.

- c. DEA merupakan *extreme point technique*, artinya perbedaan jumlah dan jenis DMU sampel, variabel *input* dan *output* yang digunakan, serta adanya *outlier* akan mempengaruhi hasil penilaian secara keseluruhan.
- d. Uji hipotesis secara statistik atas hasil DEA sulit dilakukan, mengingat DEA tidak memuat asumsi atas fungsi produksi serta tidak mempertimbangkan adanya *error* dalam penelitian atas hal-hal yang berada di luar kendali unit yang diukur.

Penelitian ini melibatkan satu variabel *input* dan beberapa variabel *output*, oleh karena itu metode DEA dirasa tepat untuk digunakan karena kelebihanannya bisa mengukur efisiensi teknis dengan multi *input* dan *output* tanpa perlu mengetahui hubungan fungsional antara berbagai *input* dan *output* tersebut.

B. Penelitian Terdahulu

Penelitian ini mengambil referensi dari sejumlah penelitian terdahulu yang terkait dengan efisiensi belanja publik, baik di bidang kesehatan maupun di bidang lainnya. Jafarov dan Gunnarsson (2008) dalam publikasinya yang berjudul *Government Spending on Health Care and Education in Croatia: Efficiency and Reform Options* menggunakan *input* berupa anggaran kesehatan dan *output* berupa Angka Harapan Hidup, Angka Kematian Kasar per 100.000 penduduk, Angka Kematian Bayi per 1000 kelahiran, Angka Kematian Balita per 1000 kelahiran, Angka Kematian Ibu per 100.000 kelahiran, serta *intermediate output* berupa jumlah tenaga kesehatan, ahli farmasi, jumlah tempat tidur di rumah sakit dan jumlah vaksin yang diberikan. Hasil penelitian Jafarov dan Gunnarsson menunjukkan ketidakefisienan dalam belanja kesehatan meliputi ketidakcukupan *cost recovery*, kelemahan pada mekanisme pembiayaan, dan kelemahan dalam target subsidi untuk pendidikan dan kesehatan.

Penelitian Afonso dan St. Aubyn (2005) yang berjudul *Non-Parametric Approaches to Education and Health efficiency in OECD Countries* mengukur efisiensi dengan membandingkan dua metode yakni *Data Envelopment Analysis* (DEA) dan *Free Disposal Hull* (FDH). *Input* yang digunakan adalah rasio tempat tidur, teknologi pengobatan, tenaga kesehatan, dengan *output* berupa Angka Harapan Hidup dan Angka Kematian Bayi. Penelitian menunjukkan bahwa hasil DEA dan FDH relatif sama, namun nilai efisiensi FDH lebih kecil.

Dimas Rizal Hakimudin (2010) melalui penelitiannya yang berjudul Analisis Efisiensi Belanja Kesehatan Pemerintah Daerah Di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007 menunjukkan hasil bahwa sebagian besar daerah di Provinsi Jawa Tengah masih belum efisien secara teknis biaya kesehatan. Penggunaan anggaran kesehatan yang besar tidak diikuti dengan pengadaan fasilitas dan peningkatan pelayanan kesehatan yang memadai. Penelitian ini menggunakan belanja kesehatan sebagai *input*, dan Angka Kematian Ibu, Angka Kematian Bayi dan Angka Harapan Hidup sebagai *output*, serta jumlah dokter dan jumlah tempat tidur di rumah sakit sebagai *intermediate output*. Beberapa penelitian terdahulu lainnya yang juga menjadi referensi penelitian ini sebagaimana terlihat pada Lampiran 2.

Meski demikian penelitian ini memiliki sejumlah perbedaan dari yang terdahulu, antara lain objek penelitian lintas provinsi dan tahun penelitian yang berbeda yakni 2010-2012. Kemudian variabel *input* belanja kesehatan menggunakan pendekatan wilayah yaitu akumulasi belanja kesehatan provinsi, kabupaten, dan kota yang ada dalam satu provinsi tertentu. Sementara untuk *intermediate output* penelitian ini juga memasukkan rasio jumlah puskesmas, dan rasio jumlah tenaga kesehatan tidak hanya meliputi dokter, namun juga bidan dan perawat. Terakhir, *output* pada penelitian ini hanya menggunakan Angka Harapan Hidup.

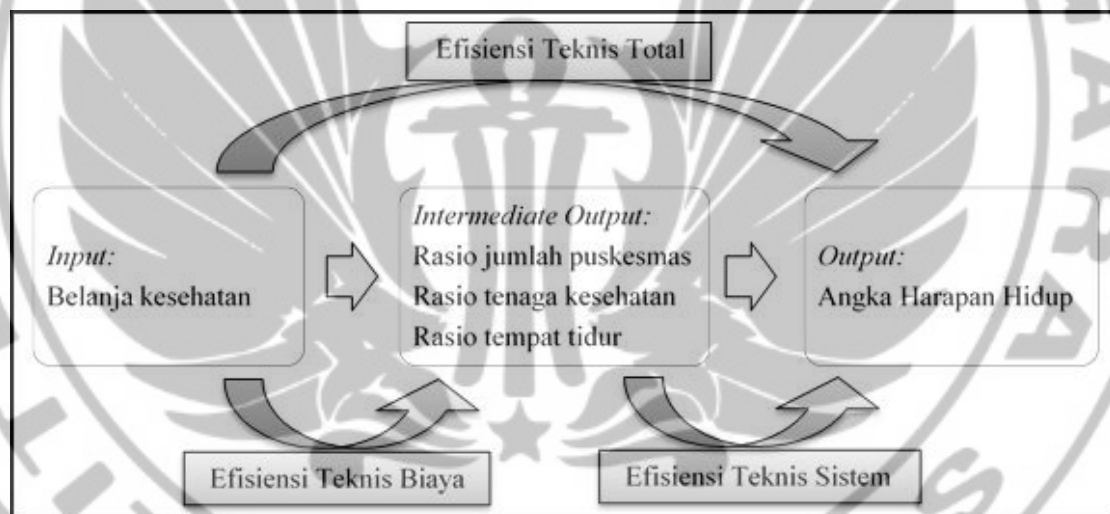
C. Kerangka Pemikiran

Penghitungan nilai efisiensi teknis dilakukan dengan menggunakan tiga variabel, yaitu *input*, *intermediate output*, dan *output*. Variabel *input* menggambarkan besarnya belanja kesehatan yang dikeluarkan oleh pemerintah daerah pada tingkat provinsi, kabupaten, dan kota. Indikator yang digunakan dalam variabel *input* yakni berupa total belanja kesehatan pada tiga level pemerintah daerah yakni pemerintah provinsi, kabupaten dan kota. Variabel *intermediate output* merupakan variabel yang menggambarkan fasilitas dan layanan kesehatan yang dimiliki oleh masing-masing pemerintah daerah. Indikator yang digunakan dalam variabel *intermediate output* adalah rasio jumlah puskesmas, rasio jumlah tenaga kesehatan, dan rasio tempat tidur yang tersedia di rumah sakit dan puskesmas milik pemerintah. Seluruh rasio ini diukur dengan membandingkan per 100.000 penduduk. Variabel *output* menggambarkan

derajat kesehatan masyarakat. Indikator yang digunakan dalam variabel *output* ini adalah Angka Harapan Hidup.

Variabel *input* akan dibandingkan dengan variabel *intermediate output* dan akan menghasilkan nilai efisiensi teknis biaya. Efisiensi teknis biaya merupakan efisiensi dalam penggunaan *input* berupa belanja kesehatan untuk menghasilkan *output* berupa fasilitas dan layanan kesehatan. Selanjutnya, variabel *intermediate output* akan dibandingkan dengan variabel *output* dan akan menghasilkan nilai efisiensi teknis sistem. Efisiensi teknis sistem adalah efisiensi dalam penggunaan *input* berupa fasilitas dan layanan kesehatan untuk menghasilkan *output* berupa derajat kesehatan. Kedua nilai efisiensi tersebut akan terbagi ke dalam dua kondisi, yaitu efisien dan tidak efisien (inefisien). Secara lebih jelas kerangka pemikiran penelitian sebagaimana ditunjukkan oleh Gambar II.5.

Gambar II.5 Kerangka Pemikiran



Sumber: Jafarov dan Gunnarson (2008) dengan beberapa penyesuaian