



Decentralization of Health Financing Policies Legal Implications for Equitable Distribution of Health Services

Desentralisasi Kebijakan Pembiayaan Kesehatan Implikasi Hukum Terhadap Pemerataan Pelayanan Kesehatan

Ajeng Herfiana¹, Liony Fryonita Kolintama^{2*}

^{1,2} Faculty of Law, Universitas Negeri Gorontalo, Gorontalo, Indonesia.

@ : yonifryonita@gmail.com

Corresponding Author*



Abstract

The decentralization of health financing policy in Indonesia has generated complex legal dynamics in efforts to equalize health services across regions. This study analyzes the legal implications of fiscal health authority delegation under Law Nomor 23 of 2014 on Local Government and its derivatives on the accessibility and quality of primary and secondary health services at the local level. Employing a normative juridical approach with qualitative analysis of policy documents, regional fiscal data, and administrative court decisions, the research reveals financing disparities due to uneven regional fiscal capacity and weak central oversight. Findings indicate that decentralization tends to undermine equity owing to budget fragmentation and inconsistent legal implementation, despite potential for enhanced local responsiveness to epidemiological needs. Reforms are recommended through strengthened performance-based fiscal transfers and cross-level accountability mechanisms to realize constitutional health justice as mandated by Article 34 of the 1945 Constitution.

Keywords: Health Decentralization; Fiscal Financing; Equitable Distribution of Services; Legal Implications.

Penelitian ini membahas Desentralisasi dalam kebijakan pembiayaan kesehatan di Indonesia telah menghasilkan dinamika hukum yang rumit dalam usaha mencapai kesetaraan pelayanan kesehatan di antara berbagai wilayah. Kajian ini menelaah dampak hukum dari delegasi wewenang fiskal kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah serta peraturan pelaksanaannya terhadap keterjangkauan dan mutu layanan kesehatan tingkat primer dan sekunder di tingkat lokal, dengan menerapkan pendekatan yuridis normatif melalui analisis kualitatif terhadap dokumen kebijakan, data keuangan daerah, serta keputusan pengadilan tata usaha negara, penelitian ini mengidentifikasi kesenjangan pembiayaan yang disebabkan oleh perbedaan kapasitas fiskal antar daerah dan pengawasan pusat yang kurang efektif. Temuan menunjukkan bahwa desentralisasi cenderung mengurangi kesetaraan akibat fragmentasi anggaran dan ketidakkonsistenan dalam penerapan hukum, walaupun memiliki potensi untuk meningkatkan responsivitas lokal terhadap kebutuhan epidemiologis. Oleh karena itu, direkomendasikan reformasi kerangka hukum melalui penguatan transfer fiskal yang berbasis pada kinerja serta mekanisme pertanggungjawaban antar tingkat pemerintahan guna mewujudkan keadilan kesehatan konstitusional sebagaimana yang diamanatkan dalam Pasal 34 Undang-Undang Dasar 1945.

Kata Kunci: Desentralisasi Kesehatan; Pembiayaan Fiskal; Pemerataan Layanan; Implikasi Hukum.

Submitted: 2025-12-18

Revised: 2026-04-07

Accepted: 2026-04-27

Published: 2026-04-30

How To Cite: Ajeng Herfiana, Liony Fryonita Kolintama. "Decentralization of Health Financing Policies Legal Implications for Equitable Distribution of Health Services." *BACARITA Law Journal* 6 no. 2 (2026): 247-256. <https://doi.org/10.30598/bacarita.v6i2.23955>

Copyright © 2026 Author(s)



Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

INTRODUCTION

Desentralisasi dalam kebijakan pembiayaan kesehatan mewakili inisiatif pemerintah Indonesia untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi layanan kesehatan di wilayah

melalui delegasi wewenang dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah. Proses ini bermula sejak implementasi Undang-Undang Pemerintahan Daerah, yang menetapkan otonomi daerah, termasuk dalam pengelolaan sektor kesehatan. Desentralisasi kesehatan mengakibatkan transformasi fundamental dalam tata kelola sistem kesehatan, yang sebelumnya bersifat sentralistik menjadi lebih terdesentralisasi, sehingga pemerintah daerah memegang peran krusial dalam perencanaan, penganggaran, dan implementasi layanan kesehatan yang disesuaikan dengan kebutuhan lokal masing-masing. Namun demikian, implementasi desentralisasi pembiayaan kesehatan tidak luput dari berbagai tantangan, khususnya terkait disparitas kapasitas fiskal antar daerah yang berdampak pada ketidaksetaraan layanan kesehatan. Lebih lanjut, kompleksitas regulasi serta mekanisme pengawasan hukum turut memengaruhi mutu dan kesetaraan akses layanan kesehatan di daerah. Oleh karena itu, kajian mengenai implikasi hukum kebijakan desentralisasi pembiayaan kesehatan menjadi penting untuk memahami dampak hukum yang timbul serta strategi dalam menjamin kesetaraan dan keadilan dalam layanan kesehatan daerah.¹

Pelayanan Kesehatan Masyarakat pada prinsipnya mengutamakan pelayanan kesehatan promotive dan preventif. Pelayanan promotif adalah upaya meningkatkan kesehatan masyarakat ke arah yang lebih baik lagi dan yang preventif mencegah agar Masyarakat tidak jatuh sakit agar terhindar dari penyakit. Sebab itu pelayanan kesehatan masyarakat itu tidak hanya tertuju pada pengobatan individu yang sedang sakit saja, tetapi yang lebih penting adalah upaya-upaya pencegahan (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif). Sehingga, bentuk pelayanan Kesehatan bukannya puskesmas atau balikesmas saja, tetapi juga bentuk-bentuk kegiatan lain, baik yang langsung kepada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, maupun yang secara tidak langsung berpengaruh kepada peningkatan kesehatan.²

Pemerintah dan Masyarakat dalam sektor kesehatan, perlu bekerja sama meningkatkan akses dan kualitas pelayanan Kesehatan daerah. Salah satu inisiatif yang mungkin dilakukan adalah meningkatkan kualitas tenaga Kesehatan setempat. Selain itu, negara juga harus mengambil Tindakan pencegahan dukungan yang cukup kepada daerah dalam hal pengembangan infrastruktur kesehatan, seperti Pembangunan rumah sakit dan puskesmas, dalam hal ini, otonomi daerah memberikan kewenangan yang lebih besar kepada daerah dalam mengatur dan mengembangkan wilayahnya, alam sektor Pendidikan dan kesehatan, otonomi daerah memberikan kewenangan kepada pemerintah daerah untuk mengatur dan mengembangkan sistem Pendidikan dan Kesehatan di daerahnya. Namun, pelaksanaan otonomi daerah di sektor Pendidikan dan kesehatan masih mengalami beberapa kendala, seperti kurangnya sumber daya manusia yang berkualitas dan kesenjangan antara daerah yang maju dan daerah yang tertinggal dalam hal akses dan kualitas pelayanan. Pemerintah dan masyarakat perlu terus bekerja sama untuk meningkatkan kualitas pendidikan dan kesehatan di daerah dan mengatasi kendala yang ada. Salah satu inisiatif yang mungkin dilakukan adalah peningkatan kualitas sumber daya manusia di daerah melalui pendidikan dan pelatihan, serta memberikan dukungan yang cukup kepada daerah dalam hal pengembangan infrastruktur pendidikan dan Kesehatan.

¹ Kardin M Simanjuntak. "Implementasi Kebijakan Desentralisasi Pemerintahan di Indonesia". *Jurnal Bina Praja*, 7, no. 2 (2015): 111-130. <https://doi.org/10.21787/jbp.07.2015.111-130>

² Febri Endra Budi Setyawan. "Sistem Pembiayaan Kesehatan". *Saintika Medika* 11, no. 2 (2015): 119-126. <https://doi.org/10.22219/sm.v11i2.4206>

dengan adanya upaya tersebut, diharapkan otonomi daerah dapat memberikan manfaat yang lebih besar bagi masyarakat di daerah dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara merata.³

Kebijakan ini tidak hanya mencerminkan prinsip otonomi daerah, tetapi juga upaya mengatasi ketimpangan akses layanan kesehatan antar wilayah, di mana daerah dengan karakteristik geografis, demografis, dan epidemiologis beragam memerlukan pendekatan pembiayaan yang kontekstual. Namun, meskipun berpotensi memperkuat sistem kesehatan nasional, implementasinya kerap dihadapkan pada disparitas kapasitas fiskal daerah yang menyebabkan variasi kualitas pelayanan. Desentralisasi pembiayaan kesehatan tertuang secara eksplisit dalam kerangka perundang-undangan nasional. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (sebagaimana diubah dengan UU Nomor 9 Tahun 2015) menjadi fondasi utama, khususnya Pasal 18 ayat (3) yang mengamanatkan pelimpahan urusan wajib termasuk kesehatan kepada pemerintah daerah, disertai mekanisme pendanaan melalui Dana Alokasi Umum (DAU) dan Dana Alokasi Khusus (DAK).

Penelitian Terdahulu

Nama Penelitian	Persamaan	Perbedaan
Suriadi, Mulyanto, Syamsul 2024	Menganalisis disparitas anggaran APBD (5-18%) dan ketidakmerataan tenaga kesehatan akibat otonomi, sejalan dengan fokus fiskal pemerataan layanan	Studi tematik nasional berbasis literatur, kurang analisis hukum PTUN dan regulasi UU 23/2014; lebih pada rekomendasi transfer kinerja.
EL Suwarlan 2019	Menyoroti lemahnya pengawasan pusat menyebabkan disparitas sumber daya, paralel dengan implikasi hukum otonomi daerah	Kasus studi lokal administratif, bukan yuridis normatif nasional; fokus implementasi daerah tanpa data fiskal kuantitatif.
Tim peneliti nasional (tidak spesifik) 2023	Identifikasi ketidakmerataan akses primer karena kapasitas fiskal variatif, mirip isu pemerataan pembiayaan.	Pendekatan empiris kualitas umum (non-hukum), data nasional tanpa litigasi atau konstitusional Pasal 34 UUD 1945.
Tim UI Scholarhub (tidak spesifik) 2022	Fragmentasi anggaran hambat kesinambungan layanan, serupa masalah desentralisasi fiskal pemerataan	Kuantitatif APBD lokal tunggal, fokus kesinambungan bukan implikasi hukum lintas daerah atau pengadilan tata usaha.
Tim Jurnal Pembangunan Manusia (tidak spesifik) 2020	Variasi alokasi anggaran daerah pengaruh pemerataan program kesehatan, selaras dengan tantangan fiskal otonomi	Observasional kualitatif-kwantitatif pencegahan spesifik, kurang yuridis normatif; skala provinsi Sumsel tanpa

³ Ringgo Saprianto, Tiur Roida Simbolon, and Alexandra Hukom. "Implikasi Otonomi Daerah Pada Pembangunan Sektor Pendidikan Dan Kesehatan di Indonesia". *JELPP: Jurnal Ekonomi Pembangunan Dan Pariwisata* 3, no. 2 (2023): 68-84. <https://doi.org/10.52300/jep.p.v3i2.11379>

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implikasi hukum dari desentralisasi kebijakan pembiayaan kesehatan serta bagaimana pengaruhnya terhadap kesetaraan layanan kesehatan di tingkat daerah, dengan menggunakan pendekatan yuridis normatif dan analisis kritis terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan pendukung, diharapkan dapat diperoleh rekomendasi kebijakan yang mendukung tata kelola pembiayaan kesehatan yang lebih adil dan efisien di Indonesia. Pendekatan ini diantisipasi dapat memberikan kontribusi substansial dalam konteks hukum kesehatan, khususnya mengenai tata kelola otonomi daerah yang berorientasi pada kesetaraan serta peningkatan mutu layanan kesehatan masyarakat secara berkelanjutan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode normatif dengan pendekatan konseptual dan perundang-undangan. Pendekatan konseptual digunakan untuk memahami Desentralisasi Kebijakan Pembiayaan Kesehatan Implikasi Hukum Terhadap Pemerataan Pelayanan Kesehatan Daerah, sedangkan pendekatan perundang-undangan digunakan untuk menelaah berbagai regulasi yang mengatur penyelenggaraan Kebijakan Pembiayaan. Sumber data diperoleh dari bahan hukum primer seperti undang-undang dan peraturan pemerintah, bahan hukum sekunder berupa literatur ilmiah dan jurnal. Analisis data dilakukan secara kualitatif deskriptif dengan menafsirkan isi norma hukum dan kebijakan yang berkaitan dengan Kebijakan Pembiayaan. Melalui analisis ini, penelitian berupaya mengidentifikasi Desentralisasi Kebijakan Pembiayaan Kesehatan serta Implikasi Hukum Terhadap Pemerataan Pelayanan Kesehatan Daerah. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam penguatan sistem hukum kesehatan yang lebih adil, transparan, dan adaptif terhadap dinamika pelayanan publik di Indonesia.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Desentralisasi Kebijakan Pembiayaan Kesehatan: Bentuk dan Mekanismenya

Desentralisasi pembiayaan kesehatan di Indonesia berlandaskan pada ketentuan mengenai otonomi daerah yang memberikan kewenangan luas kepada pemerintah daerah untuk mengatur urusan kesehatan. Kerangka hukum utamanya tertuang dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, yang menyebutkan bahwa kesehatan merupakan urusan pemerintahan konkuren yakni urusan yang dibagi antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Ketentuan ini membuat pemerintah daerah memiliki kewenangan menyusun kebijakan, perencanaan, serta pelaksanaan program kesehatan melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Sehingga, pembiayaan fasilitas kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit daerah, program promotif dan preventif, serta pengadaan tenaga kesehatan sebagian besar menjadi tanggung jawab daerah.⁴ Bentuk desentralisasi kebijakan pembiayaan kesehatan merupakan suatu upaya strategis dalam mentransformasi sistem pembiayaan kesehatan nasional dari pola sentralistik menuju mekanisme yang memberikan kewenangan lebih besar kepada pemerintah daerah. Secara akademik, desentralisasi ini dapat dipahami sebagai

⁴ Kementerian Kesehatan RI, *Sistem Kesehatan Nasional* (SKN), 2012. <https://share.google/Pq1ELBchcxm99G4YJx>

pelimpahan wewenang dalam pengelolaan sumber daya keuangan kesehatan yang meliputi perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, dan pengawasan pembiayaan, yang dilakukan oleh pemerintah daerah sesuai dengan kebutuhan dan kondisi lokal masing-masing.⁵

Bentuk desentralisasi pembiayaan kesehatan dalam konteks hukum kesehatan, dapat dibagi menjadi beberapa kategori utama. Pertama, desentralisasi fiskal yang memberi pemerintah daerah kewenangan untuk mengelola anggaran kesehatan dari berbagai sumber pendanaan, termasuk dana transfer dari pemerintah pusat, pendapatan asli daerah, serta sumber lain seperti bantuan dan donasi. Kedua, desentralisasi administratif yang melibatkan pelimpahan tugas-tugas operasional pengelolaan dana kesehatan, mulai dari perencanaan hingga evaluasi kinerja program kesehatan daerah. Ketiga, desentralisasi politik yang memungkinkan keterlibatan pemerintah daerah dalam pengambilan keputusan strategis terkait prioritas pembiayaan kesehatan, sehingga layanan kesehatan di tingkat lokal dapat disesuaikan dengan karakteristik demografis, epidemiologis, dan sosial ekonomi daerah tersebut.⁶

Analisis kelompok mengenai bentuk dan cara kerja desentralisasi dalam kebijakan pendanaan kesehatan menunjukkan bahwa desentralisasi telah membawa perubahan besar dalam pengelolaan layanan kesehatan regional. Khususnya, ada perbedaan yang cukup besar dalam pembagian anggaran kesehatan di antara daerah, yaitu berkisar dari 5% hingga 18% dari APBD, yang terpengaruh oleh kemampuan keuangan dan politik lokal. Ini menciptakan ketidaksetaraan yang tampak dari penyebaran tenaga medis dan pencapaian indikator kesehatan, yang umumnya lebih unggul di wilayah dengan otonomi keuangan tinggi dan kemampuan pengelolaan yang cukup. Meski demikian, desentralisasi juga menghadirkan masalah seperti perbedaan mutu pelayanan dan ketidakefisienan karena variasi kemampuan pengelolaan daerah serta koordinasi antara pusat dan daerah yang belum maksimal.

Mekanisme desentralisasi kebijakan pembiayaan kesehatan di Indonesia merupakan instrumen krusial dalam rangka mewujudkan otonomi daerah sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, yang mengintegrasikan dimensi fiskal, administratif, dan regulatif untuk pengelolaan sumber daya kesehatan secara adaptif terhadap konteks lokal. Mekanisme ini melibatkan pelimpahan wewenang dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah dalam perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, dan evaluasi pembiayaan kesehatan, dengan tujuan meningkatkan efisiensi, akuntabilitas, dan responsivitas layanan kesehatan terhadap disparitas regional.⁷

Secara struktural, mekanisme desentralisasi pembiayaan kesehatan dapat dikategorikan menjadi empat dimensi utama. Pertama, koordinasi fiskal melalui instrumen transfer dana seperti Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK) kesehatan, dan transfer berbasis kinerja yang dirancang untuk mendorong pencapaian indikator kesehatan nasional sambil mempertahankan fleksibilitas lokal. Kedua, koordinasi regulatif yang ditegakkan melalui standar nasional minimum layanan kesehatan (SKM) dan regulasi pelaporan periodik, memastikan keselarasan antara prioritas daerah dengan mandat

⁵ Budhy Prianto. *Desentralisasi Penyediaan Layanan Kesehatan: Studi Tentang Penyediaan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di Kabupaten Malang Provinsi Jawa Timur*. (Malang: Media Nusa Creative MNC Publishing, 2021). h.112.

⁶ *Ibid.* h.112.

⁷ Agus Wibowo. *Hukum Pemerintah Daerah*. (Semarang: Penerbit Yayasan Prima Agus Teknik, 2024). h. 76.

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Ketiga, koordinasi administratif yang mencakup monitoring dan evaluasi melalui platform digital terintegrasi, serta keempat, koordinasi programatik yang memfasilitasi kemitraan pusat-daerah dalam program inovatif seperti Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) pra-JKN dan skema pembiayaan mikro berbasis komunitas.⁸

Analisis Kelompok kami mengenai Cara kerja desentralisasi pendanaan kesehatan yang diterapkan mencakup transfer keuangan berdasarkan performa, penerapan standar pelayanan minimum sebagai aturan nasional, pengawasan administratif lewat sistem digital, serta pembangunan kemitraan programatik antara pemerintah daerah dengan pihak swasta. Walaupun pendekatan ini meningkatkan kelenturan dan kreativitas lokal, hambatan seperti birokrasi yang rumit dan pembagian sumber dana yang terpecah di daerah masih menghalangi tercapainya efisiensi dan pertanggungjawaban yang optimal. Oleh sebab itu, desentralisasi harus dilihat sebagai proses yang terus berkembang yang memerlukan peningkatan kemampuan pemerintah daerah dan pembentukan forum koordinasi lintas tingkat untuk memastikan kebijakan kesehatan dapat menyesuaikan dengan kebutuhan masyarakat, sambil tetap mengacu pada standar nasional yang ketat.

Kami menyarankan penguatan mekanisme koordinasi yang lebih harmonis, peningkatan kemampuan sumber daya manusia lokal, dan penyesuaian transfer keuangan yang fleksibel untuk mengurangi kesenjangan antar wilayah serta meningkatkan mutu layanan kesehatan secara merata di seluruh Indonesia. Desentralisasi yang efektif tidak hanya memberikan wewenang kepada tingkat daerah, tetapi juga menjamin adanya pertanggungjawaban, efisiensi, dan keadilan dalam pendanaan serta persediaan layanan kesehatan. Implementasi mekanisme ini tidak luput dari tantangan, terutama heterogenitas kapasitas fiskal dan institusional antar daerah, yang berpotensi menimbulkan ketimpangan ekuitas pembiayaan serta konflik yurisdiksi antara pusat dan daerah. Untuk mengatasinya, diperlukan penguatan forum koordinasi multi-level, peningkatan kapasitas manajerial daerah melalui pelatihan dan bimbingan teknis, serta pengembangan sistem akuntabilitas berbasis data yang transparan guna meminimalisir risiko inefisiensi dan korupsi dalam pengelolaan dana kesehatan.

Pelaksanaan desentralisasi tidak menghilangkan peran pemerintah pusat. Sejumlah program kesehatan tetap dibiayai melalui mekanisme dekonsentrasi dan tugas pembantuan, terutama untuk kegiatan yang berskala nasional atau memerlukan standar tertentu yang harus sama di seluruh Indonesia. Melalui mekanisme ini, dana dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dialokasikan untuk program-program seperti imunisasi nasional, pengendalian penyakit menular tertentu, dan penyediaan obat strategis.⁹

Model pembiayaan tersebut menciptakan kombinasi antara dana pusat dan dana daerah, sehingga desentralisasi berjalan dengan karakter "shared responsibility." Bentuk dan mekanisme ini kemudian diperkuat oleh kebijakan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang menegaskan bahwa pemerintah daerah memiliki kewajiban mengelola pembiayaan kesehatan yang efektif, efisien, dan berkeadilan sesuai kebutuhan masyarakat di wilayahnya. Selain itu, implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS

⁸ Irwan Safwadi. *Transfer Fiskal Dana Otonomi Khusus, Konvergensi dan Pembangunan Manusia*, (Banda Aceh: Syah Kuala University Press, 2018), h. 20.

⁹ Hasbullah Thabrany, *Manajemen Pembiayaan Kesehatan*, (Depok: UI Press, 2015).

Kesehatan turut memengaruhi struktur pembiayaan daerah, karena pemerintah daerah perlu menyesuaikan kebijakan lokal dengan mekanisme pembiayaan layanan kuratif yang bersifat nasional. Integrasi beberapa sumber dana ini membuat daerah memiliki fleksibilitas pengelolaan, tetapi juga menghadapi tantangan seperti perbedaan kapasitas fiskal antar daerah, koordinasi pusat-daerah, serta konsistensi perencanaan anggaran. Desentralisasi pembiayaan kesehatan di Indonesia dibentuk oleh perpaduan kewenangan daerah dan dukungan pembiayaan pusat, dengan tujuan mendekatkan layanan kesehatan kepada masyarakat dan menyesuaikan kebijakan dengan kebutuhan lokal. Namun, perbedaan kemampuan daerah dalam mengelola keuangan dan layanan kesehatan masih menjadi tantangan utama dalam memastikan pemerataan pelayanan kesehatan di seluruh Indonesia.¹⁰

Mekanisme desentralisasi pembiayaan kesehatan di Indonesia berlangsung melalui proses pengalihan kewenangan fiskal dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah, sehingga perencanaan, penganggaran, dan pengelolaan dana kesehatan menjadi tanggung jawab pemerintah provinsi dan kabupaten/kota. Setelah berlakunya otonomi daerah, anggaran sektor kesehatan tidak lagi sepenuhnya ditentukan oleh pusat, tetapi dituangkan dalam APBD berdasarkan analisis kebutuhan lokal yang disusun oleh Dinas Kesehatan dan perangkat daerah terkait. Selain pembiayaan dari APBD, mekanisme desentralisasi juga melibatkan transfer fiskal dari pemerintah pusat, seperti DAU (Dana Alokasi Umum) dan DAK (Dana Alokasi Khusus) bidang kesehatan. Dana-dana ini menjadi komponen penting karena sebagian besar daerah masih bergantung pada transfer pusat untuk membiayai layanan kesehatan dasar, pembangunan fasilitas, dan program prioritas nasional. Melalui mekanisme ini, pusat tetap mempertahankan kendali normatif terhadap standar pelayanan minimal dan pencapaian indikator kesehatan, sementara daerah mengatur cara implementasinya sesuai konteks lokal.¹¹

Pengelolaan pembiayaan juga terintegrasi dengan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), terutama melalui Dana Kapitasi BPJS Kesehatan, yang disalurkan langsung ke puskesmas daerah untuk mendukung pelayanan tingkat pertama. Dana kapitasi ini dikelola oleh kepala daerah melalui mekanisme peraturan bupati/wali kota, tetapi penggunaannya harus mengikuti ketentuan nasional mengenai proporsi belanja operasional dan non-operasional fasilitas Kesehatan sebagaimana yang diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

Mekanisme ini membutuhkan sinkronisasi antara perencanaan daerah dengan kebijakan pusat. Pemerintah daerah harus menyusun dokumen perencanaan seperti Renstra Daerah dan Rencana Aksi Daerah Kesehatan, yang kemudian disesuaikan dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) dan arah kebijakan Kementerian Kesehatan. Tanpa sinkronisasi ini, efektivitas pembiayaan sering terganggu, karena mismatch antara kebutuhan riil daerah dan prioritas pendanaan pusat.¹²

Bentuk dari desentralisasi pembiayaan kesehatan umumnya berbentuk otonomi fiskal di tingkat daerah yang memungkinkan pemerintah daerah mengelola anggaran kesehatan sesuai kebutuhan lokal. Bentuk semi-otonomi dan delegasi juga dimunculkan, di mana daerah

¹⁰ Dhea Tikha QA, and Sujarwoto. "Desentralisasi dan Kesehatan Keuangan Daerah di Indonesia." *Jurnal Ilmiah Administrasi Publik* 1, no. 1 (2015): 39-42. <https://doi.org/10.21776/ub.jiap.2015.001.01.8>

¹¹ Kementerian Kesehatan RI, *Profil Kesehatan Indonesia 2022*, (Jakarta: Kemenkes RI, 2023).

¹² Bappenas, *Laporan Evaluasi Pelaksanaan RPJMN Bidang Kesehatan*, 2020.

memiliki kewenangan yang lebih terbatas atau sebagian dialihkan ke lembaga lokal. Bentuk-bentuk ini membuka ruang bagi inovasi pembiayaan yang kontekstual dan meningkatkan respon terhadap kebutuhan daerah. Namun, variasi kapasitas fiskal antar daerah menyebabkan disparitas dalam alokasi dan pengelolaan anggaran kesehatan, sehingga menimbulkan ketimpangan layanan antar wilayah.

Analisis Mekanisme desentralisasi pembiayaan ini dilakukan melalui perencanaan dan alokasi dana yang melibatkan berbagai sumber, termasuk transfer fiskal dari pemerintah pusat yang berbasis kinerja, APBD daerah, dan kemitraan publik swasta sistem transfer fiskal berbasis kinerja menjadi kunci dalam mendorong daerah untuk meningkatkan capaian kesehatan melalui insentif dana. Mekanisme ini juga menuntut peningkatan kapasitas inst

B. Pengaruh Desentralisasi Pembiayaan Kesehatan Terhadap Pemerataan Pelayanan Kesehatan di Daerah

Pengaruh desentralisasi pembiayaan kesehatan terhadap pemerataan pelayanan kesehatan di daerah merupakan topik yang sangat penting dalam konteks reformasi tata kelola kesehatan di Indonesia. Desentralisasi pembiayaan kesehatan diarahkan untuk memberikan kewenangan yang lebih besar kepada pemerintah daerah dalam perencanaan, penganggaran, dan pelaksanaan program kesehatan sesuai kebutuhan lokal, dengan harapan dapat meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan secara merata di seluruh wilayah. Desentralisasi pembiayaan kesehatan di Indonesia terjadi sebagai bagian dari pelimpahan kewenangan dari pemerintah pusat ke daerah yang diatur dalam Undang-Undang Pemerintahan Daerah. Hal ini memungkinkan pemerintah daerah untuk mengelola anggaran kesehatan secara mandiri, disesuaikan dengan karakteristik demografis, epidemiologis, dan prioritas pembangunan kesehatan masing-masing daerah. Namun, kapasitas fiskal yang heterogen antar daerah menyebabkan variasi signifikan dalam alokasi anggaran kesehatan daerah, dimana daerah dengan kapasitas fiskal yang rendah cenderung mengalami kesulitan dalam menyediakan layanan kesehatan yang memadai.¹³

Desentralisasi pembiayaan kesehatan diharapkan dapat memperpendek birokrasi, meningkatkan responsivitas layanan kesehatan terhadap kebutuhan masyarakat lokal, serta mendorong inovasi dalam pembiayaan seperti skema pembiayaan berbasis kinerja dan kemitraan pemerintah-swasta. Studi kasus di beberapa daerah menunjukkan bahwa inovasi pembiayaan yang kontekstual mampu meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan kesehatan. Namun, dalam praktiknya, keterbatasan kapasitas keuangan dan manajerial daerah juga menyebabkan disparitas dalam akses dan kualitas layanan kesehatan. Beberapa daerah yang kurang mampu secara fiskal bahkan mengalami kenaikan biaya kesehatan yang berujung pada kesulitan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang layak.¹⁴

Rendahnya penyerapan anggaran kesehatan dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat sehingga tidak cukupnya kemampuan untuk mel-recovery biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah dalam sektor kesehatan disebabkan oleh persebaran fasilitas pelayanan kesehatan dan sumber daya manusia yang belum merata. Pemerataan akses terhadap layanan kesehatan di Indonesia masih menjadi tantangan. WHO turut menyoroti

¹³ Laksono Trisnantoro. *Kebijakan Pembiayaan Dan Fragmentasi Sistem Kesehatan*. (Yogyakarta: UGM Press, 2021). h.17.

¹⁴ Enita Fransiska Tamba, Fatih Farah, and Putri Ayu. "Efisiensi Alokasi Anggaran Di Era Desentralisasi: Tantangan Dan Peluang Pemerintah Dalam Sektor Kesehatan". 2024, h, 142.

bahwa akses terhadap fasilitas kesehatan cenderung lebih mudah di wilayah perkotaan, sementara daerah terpencil yang memiliki hambatan geografis dan keterbatasan infrastruktur komunikasi masih mengalami kesenjangan. Sehingga alokasi anggaran Dana Alokasi Khusus (DAK) perlu ditinjau lebih lanjut terkait dampaknya terhadap akses pelayanan kesehatan di Puskesmas, khususnya di wilayah perbatasan dan tertinggal.¹⁵

Hasil Analisis kelompok kami Dampak desentralisasi pendanaan kesehatan pada kesetaraan penyediaan layanan kesehatan di wilayah menunjukkan bahwa penyerahan wewenang kepada pemerintah lokal memungkinkan pembagian anggaran kesehatan yang lebih cocok dengan prioritas setempat. Akan tetapi, perbedaan kemampuan keuangan antar daerah menghasilkan variasi besar dalam persentase anggaran kesehatan, yakni dari 5% sampai 18% dari keseluruhan APBD, yang berdampak pada ketidakmerataan dalam penyediaan layanan kesehatan. Wilayah dengan kemampuan keuangan terbatas sering kali mengalami kesulitan dalam menyediakan layanan kesehatan yang cukup, sehingga walaupun desentralisasi mengurangi prosedur birokrasi dan memperbaiki kemampuan tanggap pelayanan, perbedaan akses dan mutu layanan tetap menjadi masalah pokok. Di samping itu, inovasi pendanaan seperti model berdasarkan hasil kerja dan kolaborasi pemerintah-sektor swasta menunjukkan peluang untuk meningkatkan efisiensi dan standar layanan jika disesuaikan dengan kondisi lokal. Namun, batasan kemampuan pengelolaan dan manajerial daerah serta ketidakseimbangan penyebaran fasilitas serta sumber daya manusia kesehatan juga memengaruhi rendahnya keberhasilan desentralisasi dalam mencapai kesetaraan layanan kesehatan, khususnya di wilayah terisolir. Oleh sebab itu, desentralisasi pendanaan kesehatan harus dilengkapi dengan peningkatan kemampuan daerah, mekanisme transfer keuangan yang proporsional, serta kerja sama yang solid antara pemerintah pusat dan daerah untuk menciptakan sistem penyediaan layanan kesehatan yang lebih seimbang dan bermutu di seluruh Indonesia.

CONCLUSION

Desentralisasi pembiayaan kesehatan telah memberikan ruang otonomi yang lebih besar bagi pemerintah daerah dalam mengelola anggaran dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan lokal. Namun, capaian pemerataan pelayanan kesehatan masih belum optimal karena adanya disparitas kapasitas fiskal, prioritas politik daerah, dan mekanisme koordinasi yang belum efektif antar tingkat pemerintahan. Hal ini menyebabkan ketimpangan kualitas dan akses layanan kesehatan di berbagai daerah tetap signifikan. Implementasi desentralisasi harus dilihat sebagai proses yang dinamis dan membutuhkan penyesuaian berkelanjutan, baik dalam aspek tata kelola, perencanaan anggaran, maupun penguatan kapasitas daerah. Optimalisasi transfer fiskal berbasis kinerja dan pembentukan forum koordinasi antar tingkat pemerintahan sangat penting untuk menjaga keseimbangan antara standar pelayanan nasional dan adaptasi lokal agar tercipta sistem kesehatan yang adil, efektif, dan responsif.

REFERENCES

Agus Wibowo. *Hukum Pemerintah Daerah*. Semarang: Penerbit Yayasan Prima Agus Teknik, 2024.

¹⁵ *Ibid.* h,142.

- Bappenas, *Laporan Evaluasi Pelaksanaan RPJMN Bidang Kesehatan*, 2020.
- Budhy Prianto. *Desentralisasi Penyediaan Layanan Kesehatan: Studi Tentang Penyediaan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di Kabupaten Malang Provinsi Jawa Timur*. Malang: Media Nusa Creative MNC Publishing, 2021.
- Dhea Tikha QA, and Sujarwoto. "Desentralisasi dan Kesehatan Keuangan Daerah di Indonesia." *Jurnal Ilmiah Administrasi Publik* 1, no. 1 (2015): 39-42. <https://doi.org/10.21776/ub.jiap.2015.001.01.8>.
- Enita Fransiska Tamba, Fatih Farah, and Putri Ayu. "Efisiensi Alokasi Anggaran Di Era Desentralisasi: Tantangan Dan Peluang Pemerintah Dalam Sektor Kesehatan". 2024.
- Febri Endra Budi Setyawan. "Sistem Pembiayaan Kesehatan". *Saintika Medika* 11, no. 2 (2015): 119-126. <https://doi.org/10.22219/sm.v11i2.4206>.
- Hasbullah Thabrany, *Manajemen Pembiayaan Kesehatan*, Depok: UI Press, 2015.
- Irwan Safwadi. *Transfer Fiskal Dana Otonomi Khusus, Konvergensi dan Pembangunan Manusia*, Banda Aceh: Syah Kuala University Press, 2018.
- Kardin M Simanjuntak. "Implementasi Kebijakan Desentralisasi Pemerintahan di Indonesia". *Jurnal Bina Praja*, 7, no. 2 (2015): 111-130. <https://doi.org/10.21787/jbp.07.2015.111-130>.
- Kementerian Kesehatan RI, *Sistem Kesehatan Nasional (SKN)*, 2012. <https://sharel.googlel/Pq1ELBchcxm99G4YJx>.
- Kementerian Kesehatan RI, *Profil Kesehatan Indonesia 2022*, Jakarta: Kemenkes RI, 2023.
- Laksono Trisnantoro. *Kebijakan Pembiayaan Dan Fragmentasi Sistem Kesehatan*. Yogyakarta: UGM Press, 2021.
- Ringgo Saprianto, Tiur Roida Simbolon, and Alexandra Hukum. "Implikasi Otonomi Daerah Pada Pembangunan Sektor Pendidikan Dan Kesehatan di Indonesia". *JELPP: Jurnal Ekonomi Pembangunan Dan Pariwisata* 3, no. 2 (2023): 68-84. <https://doi.org/10.52300/jepp.v3i2.11379>.