

MODUL PEMBELAJARAN
PEMBIAYAAN & PENGANGGARAN KESEHATAN



Penyusun:
Yuyun Umniyatun, SKM., MARS (0312017301)

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA
FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
2021

Ucapan Terima Kasih

Bismillaahirrahmaanirrahiim.

Puji syukur Penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah memberikan kesempatan waktu, tenaga dan pikiran sehingga modul ini dapat diselesaikan. Penulis juga ingin menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan modul ini, yaitu kepada:

1. Prof. Dr. Gunawan Suryoputro, M.Hum. selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka.
2. Prof. Dr. Abd. Rahman Ghani, M.Pd. Selaku Wakil Rektor 1 Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka
3. Dr. Zamah Sari, M.Ag. Selaku Wakil Rektor 2 Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka
4. Ony Linda, SKM., M.Kes selaku Dekan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka
5. Dr. Tri Wintolo Apoko, M.Pd. selaku Ketua Lembaga Pengembangan Pendidikan dan Pengajaran Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka
6. Dian Kholika Hamal, SKM., MKes, selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka
7. Tim Modul Digital UHAMKA, selaku Tim UHAMKA yang membantu terlaksananya program Modul Digital UHAMKA

Besar harapan kami agar modul ini dapat memberi manfaat bagi mahasiswa program studi kesehatan masyarakat khususnya di UHAMKA.

Jakarta, 1 Agustus 2021

Penyusun

Daftar Isi

Ucapan Terima Kasih.....	2
Daftar Isi.....	3
Daftar Gambar	7
Daftar Tabel	8
Deskripsi Mata Kuliah	9
Peta Kompetensi.....	9
Modul 1: Pengertian Biaya Kesehatan & Pembiayaan Kesehatan	10
Materi 1.....	10
1. Pengertian Biaya kesehatan	10
2. Pembiayaan kesehatan	11
3. Mengukur Kebutuhan Pembiayaan Kesehatan.....	12
Latihan 1.....	14
Jawaban 1	14
Rangkuman 1.....	15
Tes Formatif 1	16
Modul 2: Sistem Kesehatan	18
Materi 2.....	18
1. Sistem Kesehatan	18
2. Sistem kesehatan di Indonesia.....	22
Latihan 2.....	24
Rangkuman 2.....	26
Tes Formatif 2	27
Modul 3: Sistem Pembiayaan Kesehatan.....	29
Materi 3.....	29
1. Pembiayaan Kesehatan Sebagai Bagian Dari System Kesehatan.....	29
2. Prinsip Pembiayaan Kesehatan.....	30
3. Fungsi Sistem Pembiayaan	31
Latihan 3.....	37
Rangkuman 3.....	38
Tes Formatif 3	39
Modul 4: Model-Model Pembiayaan Kesehatan di berbagai negara.....	41
Materi 4.....	41
1. Pembiayaan kesehatan di Jerman.....	41

2. Pembiayaan kesehatan di Australia.....	45
3. Pembiayaan kesehatan di Inggris	49
4. Pembiayaan kesehatan di Thailand.....	53
Latihan 4.....	57
Jawaban 4	57
Rangkuman 4.....	58
Tes Formatif 4	58
Modul 5: Jaminan Kesehatan Nasional	61
Materi 5.....	61
1. Perjalanan jaminan kesehatan di Indonesia.....	61
2. Model Pembiayaan Kesehatan dalam JKN	64
3. Sistem Pembiayaan Kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)....	65
Latihan 5.....	68
Rangkuman 5.....	69
Tes Formatif 5	70
Modul 6: Sistem Kapitasi.....	72
Materi 6.....	72
1. Mekanisme pembayaran kesehatan.....	72
2. Sistem kapitasi	75
3. Perhitungan Kapitasi.....	76
Latihan 6.....	79
Jawaban.....	79
Rangkuman 6.....	81
Tes Formatif 6	82
Modul 7: Sistem DRGs.....	84
Materi 7.....	84
1. DRGs	84
2. Metode Pembayaran Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit	85
3. INA-CBGs.....	86
Latihan 7.....	89
Jawaban 7	89
Rangkuman 7.....	91
Tes Formatif 7	91

Materi 8.....	93
1. ATP (Ability to Pay).....	93
Rangkuman 8.....	97
Tes Formatif 8	98
Materi 9.....	100
1. WTP (<i>Willingness to Pay</i>)	100
2. Penerapan ATP dan WTP.....	102
Latihan 9.....	105
Tes Formatif 9	107
Modul 10: Konsep Health Account dan National Health Account (NHA) & DHA	109
Materi 10	109
Latihan 10.....	117
Jawaban.....	117
Rangkuman 10.....	118
Tes Formatif 10	119
Modul 11: District Health Account (DHA).....	122
Materi 11	122
1. <i>District Health Account (DHA)</i>	122
2. Dimensi dalam DHA.....	123
3. Contoh DHA di Kabupaten/Kota	124
Latihan 11.....	127
Rangkuman 11.....	128
Tes Formatif 11	128
Modul 12: Penganggaran Sektor Publik.....	131
Materi 12	131
1. Definisi Anggaran.....	131
2. Fungsi Anggaran Sektor Publik.....	133
3. Pendekatan dalam Penyusunan Penganggaran (Sistem Penganggaran).....	136
Latihan 12.....	143
Jawaban 12	143
Rangkuman 12.....	145
Tes Formatif 12	146
Modul 13: Penganggaran Berbasis Kinerja.....	149
Latihan 13.....	156

Jawaban 13	156
Rangkuman 13.....	157
Tes Formatif 13	158
Modul 14: Penganggaran Kesehatan	160
Materi 14	160
1. Kebijakan Penganggaran Kesehatan	160
DAFTAR PUSTAKA.....	162

Daftar Gambar

Gambar 1 Persentase Belanja Kesehatan terhadap GDP di Indonesia tahun 2010-2015	13
Gambar 2 Sistem Kesehatan Menurut Roemer.....	19
Gambar 3 The WHO Health System Framework.....	22
Gambar 4 Fungsi Sistem Kesehatan.....	23
Gambar 5 Sistem Kesehatan Nasional	24
Gambar 6 Ilustrasi sumber pembiayaan, mekanisme pengumpulan dan badan yang mengumpulkan pembiayaan kesehatan	32
Gambar 7 Model subsidi silang untuk pengumpulan risiko dan peningkatan keadilan dalam kontribusi setiap kelompok masyarakat.....	36
Gambar 8 Sumber keuangan dari pembelanjaan kesehatan (Total Health Expenditure) di Jerman tahun 2012	43
Gambar 9 Populasi Penduduk Indonesia Yang Terlindungi Asuransi Kesehatan	63
Gambar 10 Struktur Kode INA-CBG	87
Gambar 11 Alur Health Account.....	112
Gambar 12 Belanja Kesehatan menurut Skema Pendanaan, 2012-2018.....	114
Gambar 13 Belanja Kesehatan menurut Sumber Dana (FS.RI), 2016 -2018	115
Gambar 14 Total Belanja Kesehatan Indonesia berdasarkan Provider, 2012 -2018 ...	116
Gambar 15 Total Belanja Kesehatan menurut Fungsi, 2012 –2018.....	116
Gambar 16 Siklus Anggaran	136

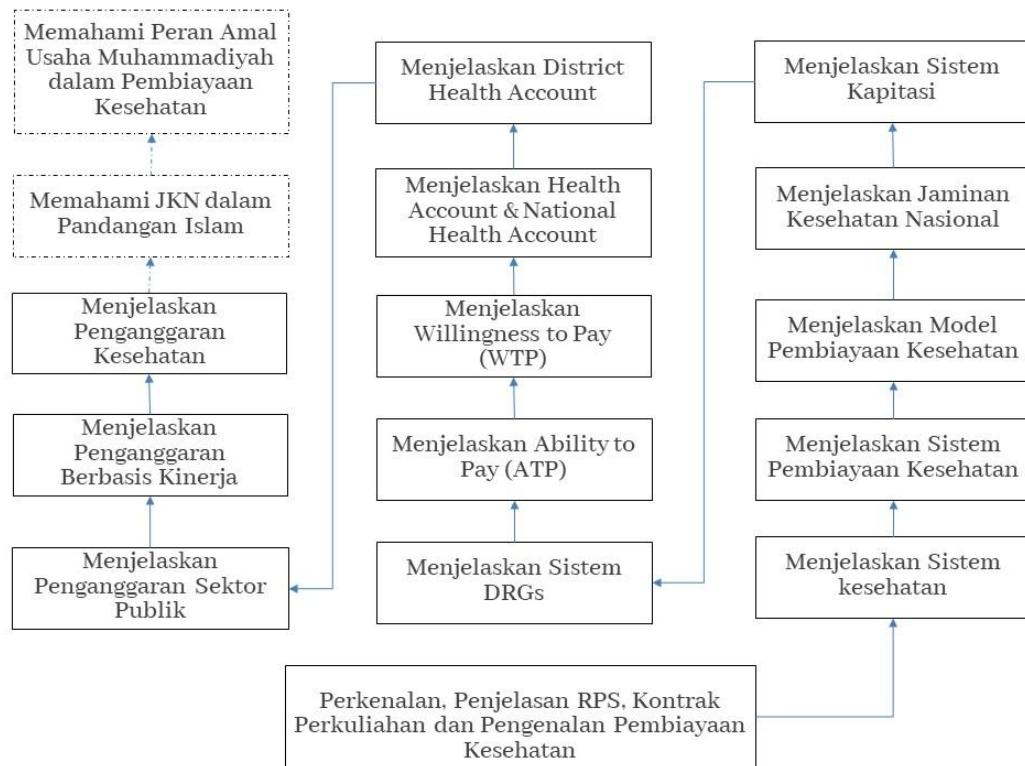
Daftar Tabel

Tabel 1 Tipologi Sistem Kesehatan Menurut Roemer (1993).....	20
Tabel 2 Overview of Social Health Insurance Landmarks in Indonesia.....	62
Tabel 3 Contoh Perhitungan Kapitasi Model Kapitasi Total/Penuh.....	77
Tabel 4 Model Kapitasi Rawat Jalan Primer	78
Tabel 5 Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Prospektif.....	85
Tabel 6 Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Retrospektif	85
Tabel 7 Group Tipe Kasus dalam INA-CBGs	88
Tabel 8 Contoh kode INA-CBGs	89

Deskripsi Mata Kuliah

Pembiayaan dan penganggaran kesehatan adalah mata kuliah yang mempelajari tentang konsep biaya dan pembiayaan kesehatan, skema dan sumber pembiayaan kesehatan, jaminan kesehatan nasional dan system pembiayaan dalam JKN system penganggaran, penganggaran berbasis kinerja dan penerapannya di bidang kesehatan. Di dalam kata kuliah ini akan dibahas pula materi yang terintegrasi AIK yaitu sudut pandang JKN dalam Islam dan peran Amal Usaha Muhammadiyah (AUM) dalam pembiayaan kesehatan di Indonesia.

Peta Kompetensi



Modul 1: Pengertian Biaya Kesehatan & Pembiayaan Kesehatan

Metode Pembelajaran	Estimasi Waktu	Capaian Pembelajaran Mata Kuliah
Kuliah Interaktif Diskusi Question Based Learning	100 menit	<ul style="list-style-type: none">• Mahasiswa mampu menjelaskan definisi biaya kesehatan• Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian pembiayaan kesehatan• Mahasiswa mampu menjelaskan pengukuran pembiayaan kesehatan

Materi 1

1. Pengertian Biaya kesehatan

Biaya kesehatan menurut Azwar (2010) adalah adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Oleh karena itu terdapat dua sudut pandang terhadap biaya kesehatan, yaitu:

1. Dari sudut pandang penyedia pelayanan kesehatan biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan.
2. Dari sudut pandang pemakai jasa pelayanan kesehatan biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan.

Dari kedua sudut pandang tersebut dapat diartikan bahwa masing-masing pihak baik dari penyedia pelayanan kesehatan maupun pemakai jasa pelayanan kesehatan harus menyiapkan biaya kesehatan. Biaya kesehatan dari sudut pandang penyedia pelayanan kesehatan adalah sejumlah dana yang harus dikeluarkan untuk membayar komponen-komponen biaya yang terdiri dari biaya gaji, biaya pemeliharaan, biaya pembelian alat, dan sebagainya. Biaya kesehatan dari sudut pemakai jasa pelayanan kesehatan merujuk kepada sejumlah dana yang harus dikeluarkan oleh pemakai jasa (pasien) untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan masalah kesehatan yang dialaminya. Biaya kesehatan yang

ditujukan kepada masyarakat dapat diartikan sejumlah dana yang disediakan oleh pihak yang berkepentingan seperti Pemerintah atau badan swasta untuk menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat. Pembiayaan kesehatan yang mencukupi dapat meningkatkan pelayanan kesehatan kepada pasien dan juga meningkatkan pendapatan pelayanan kesehatan itu sendiri. Perawatan kesehatan melibatkan prosedur medis yang dibutuhkan pasien. Pembiayaan perawatan kesehatan mengacu pada pengelolaan dana untuk sumber daya medis ini. Jenis pembiayaan pelayanan kesehatan mengacu pada pembayaran terkait perawatan rumah sakit, perawatan dokter, perawatan gigi, resep, dan layanan medis lainnya. Pembiayaan kesehatan di pelayanan kesehatan bisa bersumber dari pasien itu sendiri, melalui pihak ketiga seperti perusahaan dimana pasien bekerja dan perusahaan asuransi atau dari Pemerintah apabila pasien tidak mampu membayar.(ClearGage, 2018)

2. Pembiayaan kesehatan

Pembiayaan kesehatan adalah tersedianya dana untuk menyelenggarakan atau mendapatkan upaya kesehatan. Undang-undang kesehatan nomor 36 tahun 2009 pasal 170 menyebutkan bahwa pembiayaan kesehatan bertujuan untuk menyediakan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tinggi. (Republik Indonesia, 2009)

Pembiayaan kesehatan merupakan fungsi inti dari sistem kesehatan yang memungkinkan terwujudnya jaminan kesehatan universal dengan meningkatkan cakupan layanan yang efektif dan perlindungan keuangan. Saat ini, jutaan orang tidak mengakses layanan karena biayanya. Banyak orang lain menerima kualitas layanan yang buruk bahkan ketika mereka membayar sendiri. Kebijakan pembiayaan kesehatan yang dirancang dan diterapkan dengan hati-hati dapat membantu mengatasi masalah ini. Misalnya, pengaturan kontrak dan pembayaran dapat mendorong koordinasi perawatan dan meningkatkan kualitas perawatan; Pencairan dana yang cukup dan tepat waktu kepada penyedia dapat membantu memastikan staf dan obat-obatan yang memadai untuk merawat pasien. Pendekatan *World Health Organization* (WHO) terhadap pembiayaan kesehatan berfokus pada fungsi inti:

- a. peningkatan pendapatan (sumber dana, termasuk anggaran pemerintah, skema asuransi prabayar wajib atau sukarela, pembayaran langsung dari kantong pengguna, dan bantuan eksternal)
- b. *pooling of fund* (akumulasi dana prabayar atas nama sebagian atau seluruh populasi)
- c. pembelian layanan (pembayaran atau alokasi sumber daya untuk penyedia layanan kesehatan)

Pembiayaan kesehatan sangat penting bagi kemampuan sistem kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesejahteraan manusia. Secara ekstrim, tanpa dana yang diperlukan tidak ada pekerja kesehatan yang akan dipekerjakan, tidak ada obat-obatan yang tersedia dan tidak ada promosi atau pencegahan kesehatan yang akan dilakukan. Namun, pembiayaan lebih dari sekadar menghasilkan dana. Untuk memahami sifat dari indikator yang dapat digunakan untuk memantau dan mengevaluasi pembiayaan sistem kesehatan memerlukan penilaian eksplisit tentang apa yang diharapkan untuk dicapai.

Pembiayaan kesehatan mengacu pada "fungsi sistem kesehatan yang berkaitan dengan mobilisasi, akumulasi dan alokasi uang untuk menutupi kebutuhan kesehatan masyarakat, baik secara individu maupun kolektif, dalam sistem kesehatan ... tujuan pembiayaan kesehatan adalah untuk mendanai tersedia, serta untuk menetapkan insentif keuangan yang tepat bagi penyedia, untuk memastikan bahwa semua individu memiliki akses ke kesehatan masyarakat dan perawatan kesehatan pribadi yang efektif" (World Health Organization, 2008)

Pembiayaan kesehatan adalah upaya penggalian dana yang kemudian dialokasikan untuk membeli sejumlah pelayanan kesehatan. Pembiayaan kesehatan yang cukup di suatu negara akan dapat meningkatkan derajat kesehatan di negara tersebut. Saat ini pembiayaan kesehatan menjadi isu yang penting seperti yang dijelaskan oleh WHO bahwa negara harus memberikan jaminan kesehatan kepada seluruh warga negaranya. Setiap warga negara harus mendapatkan pelayanan kesehatan yang mudah dan memadai serta terlindungi dari kerugian finansial apabila mengalami suatu penyakit. Maka negara mempunyai peranan yang sangat penting di dalam menyediakan pembiayaan kesehatan yang cukup dan merata untuk seluruh warga negaranya.

3. Mengukur Kebutuhan Pembiayaan Kesehatan

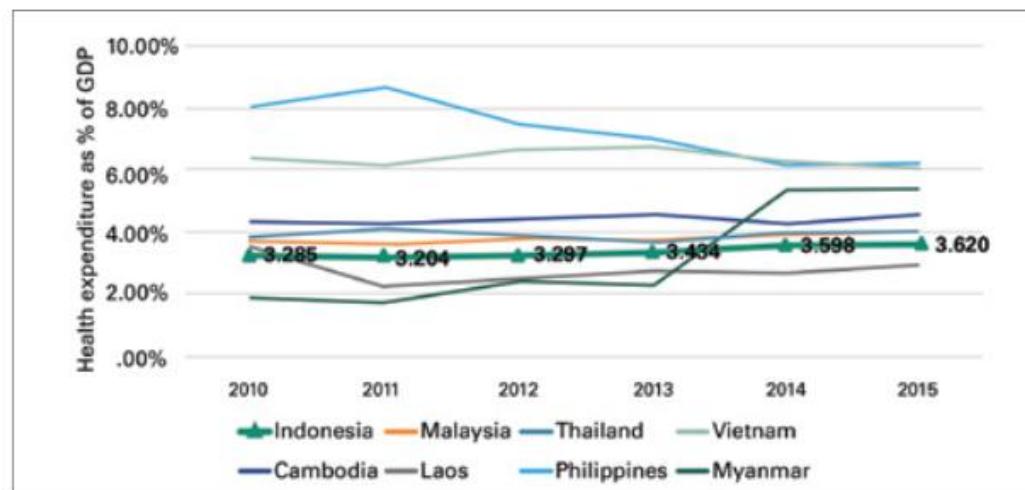
Berapa sesungguhnya jumlah biaya kesehatan yang dibutuhkan oleh suatu negara, tidak ada rumus pasti untuk mengukurnya. Oleh karena itu metode yang digunakan adalah dengan melakukan perbandingan belanja kesehatan di suatu negara. Biaya kesehatan di suatu negara dipengaruhi oleh berbagai faktor, di antaranya adalah jumlah penduduk dan komposisinya, tingkat kesuburan, pola penyakit, lingkungan, intervensi kesehatan yang dilakukan, pelayanan kesehatan yang tersedia dan permintaan dari masyarakat. Selain itu juga dipengaruhi oleh kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan oleh masing-masing negara.

Ada beberapa indikator yang digunakan WHO untuk memperkirakan kebutuhan biaya kesehatan di suatu negara. WHO menggunakan dua bentuk istilah yaitu target relative dan target abosolut. Target relative adalah perbandingan yang dilakukan dengan menghitung persentase (%) belanja kesehatan yang dibandingkan dengan denominator tertentu, yaitu:

- a. Proporsi belanja kesehatan nasional (*Total Health Expenditure*) dari *Gross Domestic Product* atau (THE/GDP)
- b. Proporsi belanja pemerintah (*General Government Health expenditure*) dari GDP atau (GGHE/GDP)
- c. Proporsi belanja pemerintah untuk kesehatan (*General Government Expenditure*) atau (GGHE/GGE)

Sering dikemukakan batasan 5% untuk negara-negara setara Indonesia dari perbandingan THE/GDP. Batasan tersebut berdasarkan rata-rata belanja kesehatan di beberapa negara namun tidak dikaitkan dengan kinerja. Perbandingan GGHE/GDP (*General Government Health expenditure/GDP*) menunjukkan tingkat prioritas kesehatan dan tingkat kemampuan fiskal pemerintah dalam membiayai kesehatan. WHO menyebutkan bila suatu negara GGHE/GDP lebih kecil dari 4 – 5% GDP, maka akan sulit mencapai *Universal Health Coverage* (UHC). (World Health Organization, 2010). Ada dua indikator yang digunakan untuk menentukan UHC yaitu besarnya proporsi *out of pocket* (OOP) dalam belanja kesehatan nasional dan cakupan beberapa pelayanan kesehatan esensial (seperti TB, KB, imunisasi, dan lain-lain).

Gambar 1 Persentase Belanja Kesehatan terhadap GDP di Indonesia tahun 2010-2015



Sumber: Soewondo dan Prastuti (2009) dalam Kementerian PPN/Bappenas (2019)

Grafik diatas adalah perbandingan presentase (%) belanja kesehatan terhadap GDP pada tahun 2010 sampai dengan tahun 2015. Belanja kesehatan untuk Indonesia berkisar konstan yaitu 3,6%, sementara negara Philipina mengalami penurunan dan negara Myanmar mengalami kenaikan. Oleh sebab itu, perbandingan % GDP antara negara sebetulnya tidak bisa dipakai sebagai patokan untuk menentukan kebijakan berapa % seharusnya porsi belanja kesehatan dalam GDP. Angka tersebut lebih berguna untuk perbandingan antar waktu.

Target relatif lain misalnya alokasi pembiayaan kesehatan yang besarnya ditentukan "minimum 5% dari APBN setelah dikurangi gaji dan minimum 10% APBD

setelah dikurangi gaji". (Republik Indonesia, 2009) Pemerintah pusat mulai menerapkan kebijakan tersebut pada tahun 2016, sementara untuk pemerintah daerah bervariasi disesuaikan dengan kemampuan daerah.

Untuk target absolut ditentukan dari nilai nominal per kapita yang diperlukan untuk belanja kesehatan. Gagasan ini dikemukakan. Bank Dunia pada tahun 1993 yang dimana memberi saran kepada pemerintah untuk menginvestasikan dana sebesar US\$ 12/kapita per tahun. Jumlah tersebut digunakan pelayanan klinis esensial (KIA, KB, pengobatan TB, pengobatan PMS dan balita kurang gizi) sebesar US\$ 7/kapita dan pelayanan kesehatan masyarakat esensial seperti Imunisasi, UKS, KIE KB dan gizi, pengendalian konsumsi tembakau, pencegahan HIV/AIDS dan regulasi/informasi tentang sanitasi rumah tangga sebesar US\$ 5 per kapita. (World Bank, 1993)

WHO, pada tahun 2000 menyarankan agar *total health expenditure* (THE) sebesar US\$ 34/kapita dari semua sumber, meskipun tidak dirinci alokasi penggunannya. Pada saat diberlakukannya *Millenium Development Goals* (MDGs), WHO memperkirakan US\$ 60 per kapita digunakan untuk membiayai beberapa pelayanan esensial yang ada dalam MDGs yaitu MDGs 1, 4, 5, 6 dan 8e (penanggulangan masalah gizi, penurunan kematian anak, penurunan kematian ibu, pengendalian ATM dan ketersediaan obat esensial). (Kementerian PPN/Bappenas, 2019)

Latihan 1

1. Jelaskan pengertian biaya kesehatan dari sudut pandang penyedia pelayanan kesehatan dan dari pemakai jasa pelayanan kesehatan?
2. Jelaskan pengertian dari pembiayaan kesehatan menurut WHO?
3. Jelaskan cara mengukur kebutuhan pembiayaan kesehatan di suatu negara!

Jawaban 1

1. Biaya kesehatan dari sudut pandang penyedia pelayanan kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan dan dari sudut pandang pemakai jasa pelayanan kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan
2. Pembiayaan kesehatan menurut WHO adalah mengacu pada "fungsi sistem kesehatan yang berkaitan dengan mobilisasi, akumulasi dan alokasi uang untuk menutupi kebutuhan kesehatan masyarakat, baik secara individu maupun kolektif, dalam sistem kesehatan ... tujuan pembiayaan kesehatan adalah untuk mendanai tersedia, serta untuk menetapkan insentif keuangan yang tepat bagi penyedia, untuk memastikan bahwa semua individu memiliki akses ke kesehatan masyarakat dan perawatan kesehatan pribadi yang efektif"
3. Terdapat dua indicator target dalam mengukur kebutuhan pembiayaan kesehatan di suatu negara, yaitu target relative dan target absolut. Target

relative adalah menghitung presentase (%) belanja kesehatan yang dibandingkan dengan denominator tertentu, yaitu: a) Proporsi belanja kesehatan nasional (*Total Health Expenditure*) dari *Gross Domestic Product* atau (THE/GDP), b) Proporsi belanja pemerintah (*General Government Health expenditure*) dari GDP atau (GGHE/GDP), dan c) Proporsi belanja pemerintah untuk kesehatan (*General Government Expenditure*) atau (GGHE/GGE). Target relatif lainnya adalah alokasi pembiayaan kesehatan yang besarnya ditentukan seperti yang terdapat dalam Undang-Undang Kesehatan No 36 tahun 2009, yaitu “minimum 5% dari APBN setelah dikurangi gaji dan minimum 10% APBD setelah dikurangi gaji”. Sedangkan untuk target absolut ditentukan dari nilai nominal per kapita yang diperlukan untuk belanja kesehatan.

Rangkuman 1

Biaya kesehatan adalah adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Oleh karena itu terdapat dua sudut pandang terhadap biaya kesehatan, yaitu sudut pandang penyedia pelayanan kesehatan biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan dan sudut pandang pemakai jasa pelayanan kesehatan biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan.

Pembiayaan kesehatan adalah tersedianya dana untuk menyelenggarakan atau mendapatkan upaya kesehatan. Pendekatan WHO terhadap pembiayaan kesehatan berfokus pada fungsi inti: a) peningkatan pendapatan (sumber dana, termasuk anggaran pemerintah, skema asuransi prabayar wajib atau sukarela, pembayaran langsung dari kantong pengguna, dan bantuan eksternal), b) *pooling of fund* (akumulasi dana prabayar atas nama sebagian atau seluruh populasi) dan c) pembelian layanan (pembayaran atau alokasi sumber daya untuk penyedia layanan kesehatan).

Ada beberapa indikator yang digunakan WHO untuk mengukur kebutuhan biaya kesehatan di suatu negara. WHO menggunakan dua bentuk istilah yaitu target relative dan target absolut. Target relative adalah perbandingan yang dilakukan dengan menghitung presentase (%) belanja kesehatan yang dibandingkan dengan denominator tertentu, yaitu: a) Proporsi belanja kesehatan nasional (*Total Health Expenditure*) dari *Gross Domestic Product* atau (THE/GDP), b) Proporsi belanja pemerintah (*General Government Health Expenditure*) dari GDP atau (GGHE/GDP), dan c) Proporsi belanja pemerintah untuk kesehatan (*General Government Expenditure*) atau (GGHE/GGE). Target relatif lainnya adalah alokasi pembiayaan kesehatan yang besarnya ditentukan seperti yang terdapat dalam Undang-Undang Kesehatan No 36 tahun 2009, yaitu “minimum 5% dari APBN setelah dikurangi gaji dan minimum 10% APBD setelah dikurangi gaji”. Sedangkan untuk target absolut ditentukan dari nilai nominal per kapita yang diperlukan untuk belanja kesehatan.

Tes Formatif 1

1. Biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Pengertian tersebut dikemukakan oleh?
 - a. Azwar
 - b. WHO
 - c. World Bank
 - d. Kementerian Keuangan
 - e. Kementerian Kesehatan
2. Membayar pembelian obat-obatan kepada supplier yang digunakan dokter untuk melakukan tindakan pembedahan medis adalah biaya kesehatan yang harus disediakan oleh?
 - a. Pemerintah
 - b. Rumah Sakit
 - c. Pasien
 - d. Asuransi Kesehatan
 - e. Perusahaan dimana pasien bekerja
3. Batasan kebutuhan pembiayaan kesehatan di Indonesia menurut target relative dari THE/GDP adalah?
 - a. 3,6%
 - b. 5%
 - c. 6%
 - d. 7%
 - e. 10%
4. Jumlah pembiayaan kesehatan yang ditentukan melalui konsep target absolut adalah?
 - a. Proporsi belanja kesehatan nasional (*Total Health Expenditure*) dari *Gross Domestic Product*
 - b. Proporsi belanja pemerintah (*General Government Health expenditure*) dari GDP atau (GGHE/GDP)
 - c. Proporsi belanja pemerintah untuk kesehatan (*General Government Expenditure*) atau (GGHE/GGE)
 - d. Sebesar US\$ 60 per kapita untuk membiayai pelayanan esensial dalam MDGs
 - e. Minimal 5% dari APBN
5. Agar tercapai *Universal Health Coverage* (UHC), maka pembiayaan kesehatan di suatu negara harus mencapai minimal?
 - a. 1% dari GDP
 - b. 2% dari GDP

- c. 3% dari GDP
- d. 4% dari GDP
- e. 5% dari GDP

Jawaban tes formatif 1

- 1. A.
- 2. C.
- 3. B.
- 4. D.
- 5. E.

Cocokkanlah jawaban Saudara dengan kunci jawaban Tes Formatif 1 yang terdapat di bagian modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus dibawah ini untuk mengetahui tingkat penguasaan Saudara terhadap materi Modul 1.

Tingkat Penguasaan = Jumlah jawaban yang benar X 100%

Jumlah Soal

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100%	: baik sekali
80 – 89%	: baik
70 – 79%	: cukup
< 70%	: kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, saudara dapat meneruskan dengan kegiatan belajar materi modul 2. Bagus! jika masih dibawah 80% saudara harus mengulangi materi kegiatan belajar modul 1, terutama bagian yang belum dikuasai.

Modul 2: Sistem Kesehatan

Metode Pembelajaran	Estimasi Waktu	Capaian Pembelajaran
Kuliah Interaktif Diskusi <i>Question Based Learning</i>	100 menit	<ul style="list-style-type: none">• Mahasiswa mampu menjelaskan konsep sistem kesehatan• Mahasiswa mampu menjelaskan sistem kesehatan nasional

Materi 2

1. Sistem Kesehatan

Setiap negara memiliki sistem kesehatan nasional, yang mencerminkan sejarahnya, perkembangan ekonominya, dan ideologi politiknya yang dominan. Karena keadaan yang beragam ini, terdapat beberapa jenis sistem kesehatan. Jenis sistem kesehatan di suatu negara bergantung pada karakteristik masing-masing bagian komponen sistem tersebut. Setiap sistem kesehatan nasional di suatu negara pada setiap tahap perkembangan ekonomi dapat dianalisis menurut lima bagian komponen utama: sumber daya, organisasi, manajemen, dukungan ekonomi, dan pemberian layanan.

Sumber daya sistem kesehatan terdiri dari sumber daya manusia (personel), fasilitas (rumah sakit, puskesmas, dan lain-lain.), Komoditas (obat-obatan, peralatan, perbekalan, dan lain-lain), dan pengetahuan. Manajemen sistem kesehatan terdiri dari perencanaan kesehatan, administrasi (supervisi, konsultasi, koordinasi, dan lain-lain), Regulasi, dan perundang-undangan. Metode pelaksanaan setiap proses manajerial cenderung bervariasi terutama dengan ideologi politik dominan suatu negara. Dukungan ekonomi dari berbagai bagian sistem kesehatan biasanya bergantung pada satu atau lebih mekanisme keuangan. Ini mungkin pendapatan pajak pemerintah (pada tingkat yang berbeda), asuransi sosial (undang-undang), asuransi sukarela, amal, dan rumah tangga pribadi. Di negara-negara yang secara ekonomi kurang berkembang, bantuan luar negeri dapat memainkan peran. Proporsi relatif di antara berbagai bentuk dukungan ini mempengaruhi banyak fitur sistem kesehatan. Terakhir, keempat komponen sistem kesehatan ini mengarah pada bagian kelima yang penting: pemberian layanan kesehatan. Layanan ini dapat dianalisis menurut beberapa subdivisi utama: perawatan kesehatan primer (preventif dan kuratif), perawatan sekunder, dan perawatan tersier. Lebih lanjut, dalam kebanyakan sistem kesehatan, terdapat cara-cara khusus untuk memberikan layanan kesehatan kepada penduduk tertentu dan untuk gangguan tertentu.

Gambar 2 Sistem Kesehatan Menurut Roemer



Typology system kesehatan menurut Roemer terdiri dari 3 yaitu tipe berorientasi kesejahteraan / mandat, tipe kewirausahaan dan tipe komprehensif. Tipe pertama yaitu sistem kesehatan yang berorientasi pada kesejahteraan/ mandat. Sistem ini bermuara pada penerapan asuransi yang diamanatkan kepada pekerja. Asuransi mencakup sebagian dari biaya perawatan kesehatan sementara sisanya umumnya dibayarkan melalui asuransi pelengkap (sering disebut "bersama" di negara-negara Eropa) yang dikontrak melalui pekerjaan. Mekanisme tata kelola sistem semacam itu bergantung pada fakta bahwa pekerja, pemberi kerja, dan negara mendanai dana asuransi kesehatan. Tipe kedua adalah sistem pelayanan kesehatan yang bersifat wirausaha dimana sebagian besar bergantung pada prevalensi sektor swasta untuk menyediakan jaminan pelayanan kesehatan dan persalinan. Asuransi swasta dapat bersifat kolektif atau perorangan, meskipun kelompok kerja cenderung menjadi penyedia utama asuransi kesehatan di sektor swasta. Sistem yang ketiga adalah tipe komprehensif dimana system kesehatan dibiayai melalui pajak progresif. Perlindungan kesehatan berupa jaminan kesehatan universal yang mencakup semua warga negara atau penduduk suatu negara sesuai dengan kebutuhannya. Karena pengaturan dan tujuan pendanaan, sistem ini cenderung dikelola secara terpusat oleh kementerian kesehatan atau departemen negara bagian. Asuransi swasta masih ada dalam sistem ini, meskipun biasanya bersifat tambahan dan hanya mencakup pelayanan yang tidak disediakan dalam asuransi nasional. (Roemer, 1993)

Tabel 1 Tipologi Sistem Kesehatan Menurut Roemer (1993)

Health system types	Insurance	Funding	Management	Health systems\Case studies
Comprehensive	Universal, according to need	Progressive taxation	Public Centralized	Quebec England
Welfare-oriented/ Mandated	Mandated for those who contribute to insurance fund	Insurance fund covering a part of health care costs (employers, workers, state)	Public Decentralized	France Netherlands
Entrepreneurial	Private for population, public for limited targeted population	Private, out of pocket, collective insurance	Private/public	Massachusetts- USA

Sumber: Roemer (1993) dalam Bourque & Farrah (2012)

Organisasi Kesehatan Dunia (2000) mendefinisikan kembali tujuan utama dalam sistem kesehatan sebagai "semua kegiatan yang tujuan utamanya adalah untuk mempromosikan, memulihkan, dan memelihara kesehatan." Ini termasuk upaya untuk mempengaruhi faktor penentu kesehatan serta kegiatan peningkatan kesehatan yang lebih langsung. Oleh karena itu, sistem kesehatan lebih dari sekadar piramida fasilitas milik umum yang memberikan layanan kesehatan pribadi. Ini mencakup, misalnya, seorang ibu yang merawat anak yang sakit di rumah; penyedia swasta; program perubahan perilaku; kampanye pengendalian vektor; organisasi asuransi kesehatan; undang-undang kesehatan dan keselamatan kerja. Ini termasuk tindakan antar sektor oleh staf kesehatan, misalnya, mendorong kementerian pendidikan untuk mempromosikan pendidikan perempuan, faktor penentu kesehatan yang lebih baik. (World Health Organization, 2007)

Dalam beberapa tahun terakhir, tujuan sistem kesehatan diperluas lebih jauh dengan memasukkan pencegahan kemiskinan rumah tangga akibat penyakit. Sistem kesehatan dikenal sebagai sistem terbuka karena terbuka terhadap pengaruh faktor eksternal seperti kemiskinan, pendidikan, infrastruktur, dan lingkungan sosial dan politik yang lebih luas. Banyak bagian sistem kesehatan beroperasi di banyak tingkatan untuk memberikan koherensi di tingkat komunitas atau nasional.(World Bank, 2007)

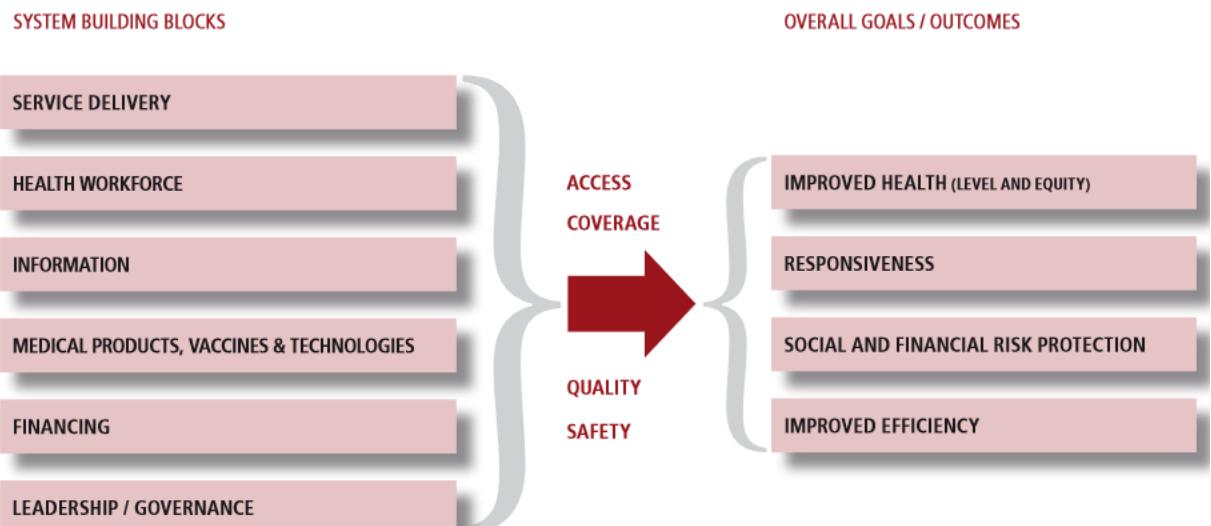
Oleh karena itu sistem kesehatan memiliki banyak tujuan. Laporan Kesehatan Dunia 2000 mendefinisikan hasil atau tujuan sistem kesehatan secara keseluruhan sebagai: meningkatkan kesehatan dan keadilan kesehatan, dengan cara yang responsif, adil secara finansial, dan memanfaatkan sumber daya yang tersedia dengan sebaik-baiknya, atau paling efisien. Ada juga tujuan menengah yang penting: rute dari masukan ke hasil kesehatan adalah melalui pencapaian akses dan

cakupan yang lebih besar untuk intervensi kesehatan yang efektif, tanpa mengorbankan upaya untuk memastikan kualitas dan keselamatan penyedia. (World Health Organization, 2007)

Untuk menguatkan sistem kesehatan maka WHO membuat suatu kerangka yang dinamai dengan *The Six Building Blocks of A Health System* (enam balok bangunan sistem kesehatan). *Six building blocks* tersebut adalah:

- *Health Services* (Pelayanan kesehatan). Pelayanan kesehatan yang baik adalah mereka yang memberikan intervensi kesehatan pribadi dan non-pribadi yang efektif, aman, berkualitas kepada mereka yang membutuhkannya, kapan dan di mana diperlukan, dengan pemborosan sumber daya yang minimum.
- *Health Workforce* (Tenaga kesehatan). Tenaga kesehatan yang berkinerja baik adalah tenaga yang bekerja dengan cara yang tanggap, adil dan efisien untuk mencapai hasil kesehatan terbaik, dengan sumber daya dan keadaan yang tersedia (misalnya, ada staf yang memadai, tersebar secara adil; mereka kompeten, tanggap dan produktif).
- *Health information* (Sistem informasi). Sistem informasi kesehatan yang berfungsi dengan baik adalah sistem yang memastikan produksi, analisis, penyebaran, dan penggunaan informasi yang andal dan tepat waktu tentang faktor penentu kesehatan, kinerja sistem kesehatan, dan status kesehatan.
- *Medical products, vaccines and technologies*. Sistem kesehatan yang berfungsi dengan baik memastikan akses yang adil ke produk medis penting, vaksin dan teknologi dengan kualitas yang terjamin, keamanan, kemanjuran dan keefektifan biaya, dan penggunaannya yang masuk akal secara ilmiah dan hemat biaya.
- *Health Financing* (Pembiayaan Kesehatan). Sistem pembiayaan kesehatan yang baik mengumpulkan dana yang cukup untuk kesehatan, dengan cara yang memastikan orang dapat menggunakan layanan yang dibutuhkan, dan dilindungi dari malapetaka finansial atau pemiskinan yang terkait dengan keharusan membayarnya. Ini memberikan insentif bagi penyedia dan pengguna untuk menjadi efisien.
- *Leadership and Governance* (Kepemimpinan dan tata kelola). Kepemimpinan dan tata kelola memastikan adanya kerangka kebijakan strategis dan dikombinasikan dengan pengawasan yang efektif, pembentukan koalisi, regulasi, perhatian pada desain sistem dan akuntabilitas.

Gambar 3 The WHO Health System Framework



Sumber: (World Health Organization, 2007)

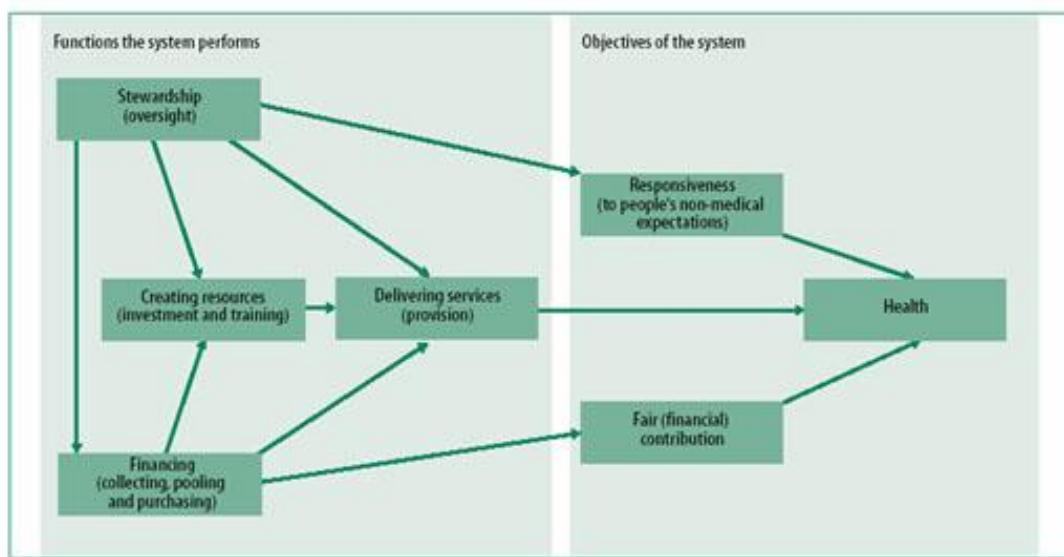
2. Sistem kesehatan di Indonesia

Fungsi pada Sistem Kesehatan

Merujuk kepada pendekatan system yaitu kaitan antara satu elemen dengan elemen lainnya untuk mencapai suatu tujuan, maka elemen-elemen pada system dapat dibagi menjadi 3 bagian besar yaitu:

- a. Input, yang meliputi regulator dan pembiayaan kesehatan
- b. Proses yang meliputi pengelolaan sumber daya-sumber daya kesehatan
- c. Output yang meliputi tersedianya pelayanan kesehatan.
- d. Outcome yang meliputi kesehatan bagi seluruh rakyat.

Gambar 4 Fungsi Sistem Kesehatan



Sumber: Darmawan, 2016

Sistem Kesehatan Nasional

Sistem kesehatan di Indonesia tertuang dalam bentuk kebijakan pemerintah yang dinamai dengan Sistem Kesehatan Nasional (SKN). SKN mengalami beberapa kali perubahan, yaitu SKN tahun 1982, SKN tahun 20024, SKN tahun 2009 dan terakhir adalah SKN yang diterbitkan melalui Peraturan Presiden (Perpres) nomor 72 tahun 2012. (Adisasmitho, 2014). SKN merupakan pedoman dalam menyusun dan melaksanakan pembangunan kesehatan yang dimulai perencanaan sampai monitoring dan evaluasi.

"Sistem Kesehatan Nasional (SKN) didefinisikan sebagai pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya". (Republik Indonesia, 2012)

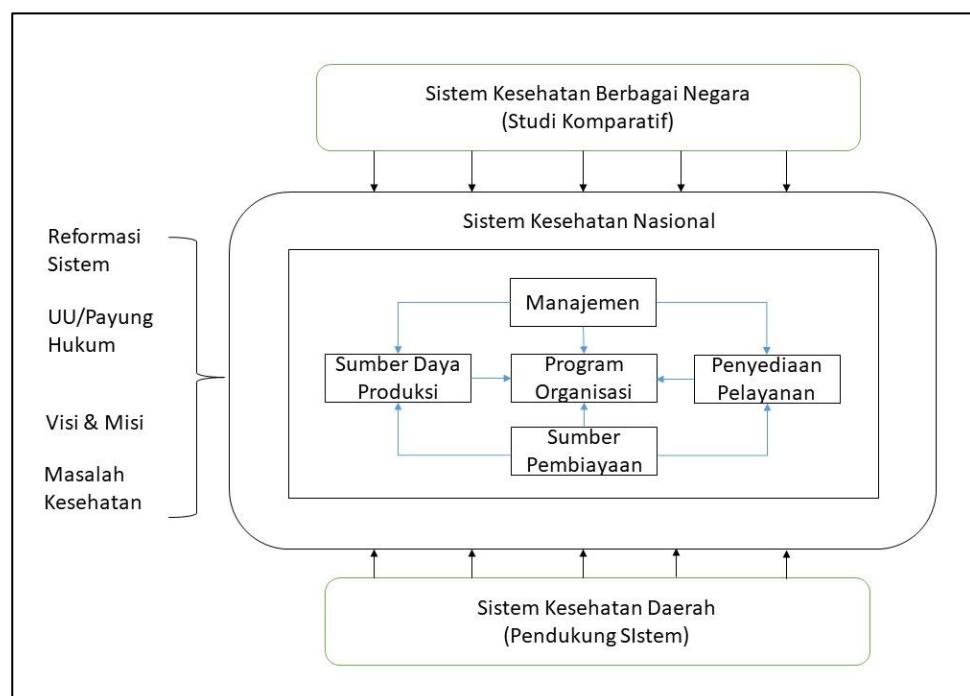
Pasal 2 ayat 1 dijelaskan bahwa pengelolaan kesehatan dilaksanakan melalui pengelolaan administrasi kesehatan, informasi kesehatan, sumber daya kesehatan, upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, peran serta dan pemberdayaan masyarakat, ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan, serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Komponen pengelolaan kesehatan dikelompokkan dalam subsistem, yaitu:

- upaya kesehatan;
- penelitian dan pengembangan kesehatan;
- pembiayaan kesehatan;
- sumber daya manusia kesehatan;
- sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan;
- manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan;

g. pemberdayaan masyarakat.

Adisasmito (2014) mendeskripsikan Sistem Kesehatan Nasional merupakan model yang diadopsi dari sistem kesehatan di berbagai negara. Sistem kesehatan nasional dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti reformasi sistem, kebijakan atau payung hukum yang berlaku, visi dan misi negara dan masalah kesehatan yang ada di negara tersebut. Sistem kesehatan nasional merupakan rangkaian fungsi yang saling berkaitan yaitu manajemen, sumber daya produksi, program organisasi, sumber pembiayaan kesehatan dan penyediaan pelayanan kesehatan. Sistem kesehatan nasional harus didukung oleh sistem kesehatan daerah.

Gambar 5 Sistem Kesehatan Nasional



Sumber: Adisasmito (2014)

Latihan 2

1. Sebutkan definisi sistem kesehatan menurut WHO?
2. Jelaskan tipologi sistem kesehatan menurut Roemer!
3. Apakah yang dimaksud dengan *Six Building Blocks of Health System*!
4. Apakah pengertian dari Sistem Kesehatan Nasional menurut Perpres No 72 tahun 2012!
5. Sebutkan komponen pengelolaan dalam SKN nomor 72 tahun 2012!

Jawaban 2

1. Sistem kesehatan menurut WHO adalah semua kegiatan yang tujuan utamanya adalah untuk mempromosikan, memulihkan, dan memelihara kesehatan.
2. Typology system kesehatan menurut Roemer terdiri dari 3 yaitu:
 - Tipe berorientasi kesejahteraan/mandat. Tipe ini bermula dari penerapan asuransi yang diamanatkan kepada pekerja. Asuransi mencakup sebagian dari biaya perawatan kesehatan sementara sisanya umumnya dibayarkan melalui asuransi pelengkap (sering disebut "bersama" di negara-negara Eropa) yang dikontrak melalui pekerjaan. Mekanisme tata kelola sistem semacam itu bergantung pada fakta bahwa pekerja, pemberi kerja, dan negara mendanai dana asuransi kesehatan.
 - Tipe kewirausahaan yaitu dimana sebagian besar bergantung pada prevalensi sektor swasta untuk menyediakan jaminan pelayanan kesehatan dan persalinan. Asuransi swasta dapat bersifat kolektif atau perorangan, meskipun kelompok kerja cenderung menjadi penyedia utama asuransi kesehatan di sektor swasta.
 - Tipe komprehensif adalah tipe dimana sistem kesehatan dibiayai melalui pajak progresif. Perlindungan kesehatan berupa jaminan kesehatan universal yang mencakup semua warga negara atau penduduk suatu negara sesuai dengan kebutuhannya. Karena pengaturan dan tujuan pendanaan, sistem ini cenderung dikelola secara terpusat oleh kementerian kesehatan atau departemen negara bagian. Asuransi swasta masih ada dalam sistem ini, meskipun biasanya bersifat tambahan dan hanya mencakup pelayanan yang tidak disediakan dalam asuransi nasional
3. *Six Building Blocks of a Health System* merupakan komponen-komponen yang diperlukan untuk menguatkan suatu sistem kesehatan. Komponen tersebut adalah a) *Health Services* (Pelayanan kesehatan), b) *Health Workforce* (Tenaga kesehatan), c) *Health information* (Sistem informasi), d) *Medical products, vaccines and technologies*, e) *Health Financing* (Pembiayaan Kesehatan) dan g) *Leadership and Governance* (Kepemimpinan dan tata kelola).
4. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
5. Komponen pengelolaan kesehatan dikelompokkan dalam subsistem, yaitu:
 - upaya kesehatan;
 - penelitian dan pengembangan kesehatan;
 - pembiayaan kesehatan;
 - sumber daya manusia kesehatan;
 - sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan;

- manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan;
- pemberdayaan masyarakat

Rangkuman 2

Setiap negara memiliki sistem kesehatan nasional, yang mencerminkan sejarahnya, perkembangan ekonominya, dan ideologi politiknya yang dominan. Menurut WHO (2000) sistem kesehatan adalah semua kegiatan yang tujuan utamanya adalah untuk mempromosikan, memulihkan, dan memelihara kesehatan.

Typology system kesehatan menurut Roemer terdiri dari 3 yaitu tipe berorientasi kesejahteraan/mandat, tipe kewirausahaan dan tipe komprehensif. Perbedaannya adalah sebagai berikut:

Health system types	Insurance	Funding	Management	Health systems\Case studies
Comprehensive	Universal, according to need	Progressive taxation	Public Centralized	Quebec England
Welfare-oriented/ Mandated	Mandated for those who contribute to insurance fund	Insurance fund covering a part of health care costs (employers, workers, state)	Public Decentralized	France Netherlands
Entrepreneurial	Private for population, public for limited targeted population	Private, out of pocket, collective insurance	Private/public	Massachusetts- USA

Untuk menguatkan system kesehatan maka WHO membuat suatu kerangka yang dinamai dengan *The Six Building Blocks of a Health System* (enam balok bangunan system kesehatan). *Six building blocks* tersebut adalah a) *Health Services* (Pelayanan kesehatan), b) *Health Workforce* (Tenaga kesehatan), c) *Health information* (Sistem informasi), d) *Medical products, vaccines and technologies*, e) *Health Financing* (Pembayaran Kesehatan) dan g) *Leadership and Governance* (Kepemimpinan dan tata kelola).

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Komponen pengelolaan kesehatan dikelompokkan dalam subsistem, yaitu:

- upaya kesehatan;
- penelitian dan pengembangan kesehatan;
- pembiayaan kesehatan;
- sumber daya manusia kesehatan;
- sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan;

- manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan;
- pemberdayaan masyarakat

Tes Formatif 2

1. Di dalam system kesehatan, sumber-sumber pembiayaan kesehatan termasuk ke dalam komponen?
 - a. Input
 - b. Proses
 - c. Output
 - d. Outcome
 - e. Feedback
2. Di dalam system kesehatan, tersedianya pelayanan kesehatan termasuk ke dalam komponen?
 - a. Input
 - b. Proses
 - c. Output
 - d. Outcome
 - e. Feedback
3. Sistem Kesehatan Nasional pertama kali dikeluarkan oleh Pemerintah Indonesia pada tahun?
 - a. 2012
 - b. 2009
 - c. 2004
 - d. 1999
 - e. 1982
4. Sistem pelayanan kesehatan yang bergantung pada prevalensi sektor swasta untuk menyediakan jaminan pelayanan kesehatan dan persalinan merupakan tipe system kesehatan?
 - a. Welfare Oriented
 - b. Private Oriented
 - c. Entrepreneurial
 - d. Comprehensive
 - e. Partial
5. Sistem pelayanan kesehatan yang bergantung lebih banyak dibayar melalui pajak merupakan tipe system kesehatan?
 - a. Welfare Oriented
 - b. Private Oriented
 - c. Entrepreneurial
 - d. Comprehensive
 - e. Partial

Jawaban tes formatif

1. A.

2. C.
3. E
4. C
5. D

Cocokkanlah jawaban Saudara dengan kunci jawaban Tes Formatif 2 yang terdapat di bagian modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus dibawah ini untuk mengetahui tingkat penguasaan Saudara terhadap materi Modul 2.

Tingkat Penguasaan = Jumlah jawaban yang benar X 100%

Jumlah Soal

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100%	: baik sekali
80 – 89%	: baik
70 – 79%	: cukup
< 70%	: kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, saudara dapat meneruskan dengan kegiatan belajar materi modul 3. Bagus! jika masih dibawah 80% saudara harus mengulangi materi kegiatan belajar modul 2, terutama bagian yang belum dikuasai.

Modul 3: Sistem Pembiayaan Kesehatan

Metode Pembelajaran	Estimasi Waktu	Capaian Pembelajaran
Kuliah Interaktif Diskusi <i>Question Based Learning</i>	100 menit	<ul style="list-style-type: none">• Mahasiswa mampu menjelaskan pembiayaan kesehatan sebagai bagian dari sistem kesehatan• Mahasiswa mampu menjelaskan konsep <i>revenue collection, pooling mechanism, allocating mechanism</i> dan <i>purchasing mechanism</i>• Mahasiswa mampu menjelaskan model-model pembiayaan kesehatan

Materi 3

1. Pembiayaan Kesehatan Sebagai Bagian Dari System Kesehatan

Pembiayaan kesehatan terus meningkat dari tahun ke tahun. Persentase pengeluaran nasional kesehatan di Indonesia terhadap Produk Domestik Bruto (PDB) pada tahun 2005 adalah Rp 57,106.45 triliun (2,06%) dan meningkat secara progresif menjadi Rp 132,472.09 triliun (2,36%) pada tahun 2009. Persentase pengeluaran nasional bersumber publik terhadap PDB pada tahun 2005 adalah 0,89% berbanding 1,17% pengeluaran kesehatan swasta (*private*) dan menjadi 1,10% berbanding 1,26% pada tahun 2009. Sementara itu proporsi pengeluaran nasional kesehatan pada tahun 2005 sebesar 43% bersumber publik berbanding 57% bersumber swasta (*private*) bergeser menjadi 47% bersumber publik berbanding 53% bersumber swasta (*private*) yang menunjukkan terjadinya peningkatan pembiayaan kesehatan pada pembiayaan kesehatan bersumber publik. Sementara itu telah terjadi peningkatan pengeluaran nasional kesehatan per kapita lebih dari dua kali lipat yakni Rp 260.509,91,-(ekivalen USD 26.84) pada tahun 2005 menjadi Rp 576.053,95,-(ekivalen USD 55.44) pada tahun 2009. Pada pengeluaran kesehatan Pemerintah terjadi pergeseran pengelolaan dana Pemerintah yakni peningkatan yang signifikan pada Pemerintah Daerah sejalan dengan desentralisasi yakni, dari Rp 9,4 triliun pada tahun 2005 menjadi 24,8 triliun pada tahun 2009. (2012, n.d.)

Pembiayaan kesehatan merupakan dasar dari kemampuan sistem kesehatan suatu negara untuk memelihara dan meningkatkan kesejahteraan penduduknya. Dana/uang yang terkumpul digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan

kesehatan seperti membayar para tenaga kesehatan, obat-obatan dan juga membiayai kegiatan-kegiatan yang bersifat promotif dan preventif. Dengan dideklarasiannya *universal health coverage* (UHC) maka pembiayaan kesehatan saat ini ditujukan pula untuk memberikan perlindungan resiko keuangan penduduk yang artinya adalah pembiayaan kesehatan juga digunakan untuk membantu masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan akibat menderita suatu penyakit tanpa harus mengalami resiko finansial yang berakibat kemiskinan. Dapat disimpulkan bahwa pembiayaan kesehatan mempunyai dua hal tujuan yaitu mengumpulkan dana yang cukup dan memberikan perlindungan risiko keuangan kepada penduduk.

Dari penjelasan tentang sistem kesehatan pada modul 2, diketahui bahwa sistem pembiayaan kesehatan merupakan bagian dari sistem kesehatan. Oleh karena itu di dalam sistem kesehatan nasional (SKN) tahun 2012 disebutkan bahwa pembiayaan kesehatan merupakan sub sistem dalam SKN. Subsistem pembiayaan kesehatan merupakan pengelolaan upaya-upaya penggalian, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk menyelenggarakan pembangunan kesehatan yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu penyelenggaraan subsistem pembiayaan kesehatan bertujuan menyediakan dana kesehatan dalam jumlah cukup mencukupi, mengalokasikannya secara adil dan merata, memanfaatkannya secara efektif dan efisien dan menyalurkannya untuk menjamin terlaksananya pembangunan kesehatan.

2. Prinsip Pembiayaan Kesehatan

Pembangunan kesehatan mempunyai tujuan penting di antaranya adalah tersedianya pelayanan kesehatan yang merata dan kemudahan akses (*equitable access to health care*) serta pelayanan kesehatan yang berkualitas (*assured quality*). Hal ini dapat terwujud apabila suatu negara mempunyai pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkesinambungan. (Departemen Kesehatan RI, 2004)

Prinsip-prinsip pembiayaan kesehatan berdasarkan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah sebagai berikut:

a. Kecukupan

Pemerintah, Pemerintah Daerah, masyarakat, dan swasta mempunyai tanggung jawab bersama dalam pembiayaan kesehatan. Pemerintah mengalokasi dana melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja pusat dan daerah yang besarnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan. Selain untuk penyelenggaraan kesehatan, Pemerintah pusat dan daerah wajib menyediakan pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu.

Sumber-sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah, masyarakat dan swasta terus digali dan dikumpulkan serta ditingkatkan jumlahnya agar tersedia cukup sesuai kebutuhan dan tentu harus dikelola dengan baik untuk memenuhi prinsip efektif, efisien, adil dan merata dan pengelolaannya bersifat transparan dan akuntabel untuk menjamin kecukupan agar jumlahnya dapat sesuai.

b. Efektif dan efisien

Untuk menjamin pengelolaan dana kesehatan secara efektif dan efisien maka penggunaannya harus sesuai dengan perencanaan pembiayaan kesehatan,

penguatan kapasitas manajemen perencanaan anggaran dan kompetensi pemberi pelayanan kesehatan.

c. Adil dan transparan

Pengelolaan dana kesehatan yang dikumpulkan dari berbagai sumber (Pemerintah, Pemerintah Daerah, masyarakat dan swasta) harus digunakan secara adil terhadap seluruh masyarakat sehingga kesehatan masyarakat terpelihara dan masyarakat terlindung dari pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan. Pengelolaan dana kesehatan pun harus dilaksanakan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku, tata kelola pemerintahan yang baik (good governance), transparan dan seluruh penggunaannya dapat dipertanggungjawabkan.

3. Fungsi Sistem Pembiayaan

Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya bahwa pembiayaan kesehatan melingkupi berbagai fungsi yakni fungsi Pengumpulan dana, penyatuan sumberdaya serta pembelanjaan pembiayaan kesehatan. Berikut penjelasan lebih lengkap terkait fungsi pembiayaan kesehatan tersebut.

a. Pengumpulan dana (*Revenue collection*)

Pengumpulan dana merupakan cara bagaimana sistem kesehatan memperoleh pembiayaan baik yang bersumber dari rumah tangga, bisnis maupun sumber daya dari luar negeri (Gottret George, 2006). Dalam SKN, Pengumpulan dana dimaknai sebagai penggalian dana yakni proses penggalian dana yang ditujukan untuk pembangunan kesehatan yang bersumber dari Pemerintah/Pemerintah Daerah dilakukan melalui pajak umum, pajak khusus, bantuan atau pinjaman yang tidak mengikat, serta berbagai sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku (Republik Indonesia, 2012).

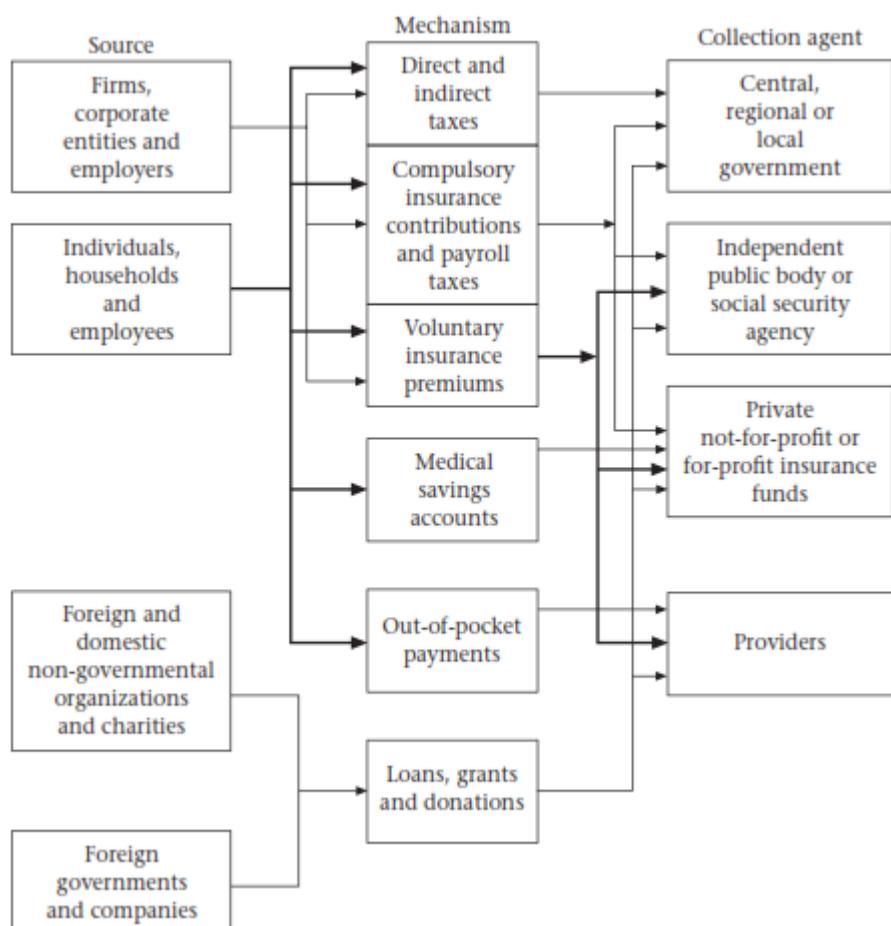
Pengumpulan dana salah satu fungsi dari pembiayaan kesehatan yang berfokus terhadap siapa yang akan membayar upaya kesehatan, jenis pembayaran dan siapa yang akan mengumpulkan pembiayaan tersebut. Dalam konteks ini, pemerintah dapat menjalankan berbagai mekanisme baik finansial maupun non finansial untuk dapat menjalankan fungsi ini. Isu fiskal terkait Pengumpulan dana kesehatan ialah bagaimana memobiliasi sumber daya finansial untuk dapat membiayai pelayanan kesehatan masyarakat maupun perorangan tanpa perlu membebani pembiayaan publik atau hingga menyebabkan pinjaman luar negeri yang berlebihan, Pengumpulan dana secara adil dan efisien serta sesuai dengan ketentuan di tingkat nasional maupun internasional. World Bank dan International Monetray Fund (IMF) membuat kriteria terkait Pengumpulan dana kesehatan yakni:

- Adekuat dan stabil: pembiayaan yang dikumpulkan dalam jumlah yang cukup, stabil dan cenderung untuk meningkat.
- Efisien: pembiayaan perlu meminimalkan gangguan terhadap stabilitas ekonomi.
- Ekuitas: pembiayaan dikumpulkan secara adil pada berbagai kelompok tingkat pendapatan.
- Mudah dikumpulkan: pembiayaan mudah untuk dikumpulkan dan diproses.

- Dapat diterima secara politis: perlu adanya transparansi, difusi yang luas dan kejelasan tentang penggunaan pembiayaan.

Mekanisme penumpulan pembiayaan kesehatan dijelaskan oleh Elias Mossialos, dkk dalam bukunya *Funding healthcare: options for Europe*. Ia menjelaskan bahwa Pengumpulan dana kesehatan dapat ditelisik dari sumber pembiayaan, mekanisme pengumpulan dan badan Pengumpulan dana kesehatan. Secara lebih detil, sumber pembiayaan, mekanisme pengupulan dan badan Pengumpulan dana kesehatan dapat dilihat pada gambar 5 (Mossialos, Elias; Dixon, Anna; Figueras, Josep; Kutzin, 2002).

Gambar 6 Ilustrasi sumber pembiayaan, mekanisme pengumpulan dan badan yang mengumpulkan pembiayaan kesehatan



Source: Moalossi adapted From Kutzin (2001)

Menurut sumber pembiayaan, pembiayaan kesehatan dapat berasal dari berbagai sumber, berbagai sumber pembiayaan kesehatan diantaranya adalah:

- Perusahaan, firma dan pemberi kerja
- Individu, rumah tangga dan pekerja
- Organisasi non pemerintah dan Yayasan internasional dan domestik
- Perusahaan dan pemerintah internasional

Adapun sumber pembiayaan tersebut dikumpulkan melalui beberapa mekanisme diantaranya adalah:

- Pajak langsung dan tidak langsung

Pajak, menurut Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2007 tentang Ketentuan Umum dan Tata Cara Perpajakan, adalah kontribusi wajib kepada negara yang terutang oleh orang pribadi atau badan yang bersifat memaksa berdasarkan Undang-Undang, dengan tidak mendapatkan imbalan secara langsung dan digunakan untuk keperluan negara bagi sebesar-besarnya kemakmuran rakyat. Pajak langsung adalah pajak yang bebaninya harus ditanggung sendiri oleh wajib pajak yang bersangkutan dan tidak dapat dialihkan kepada pihak lain. Dengan kata lain, pajak langsung harus dibayar sendiri oleh wajib pajak bersangkutan. Yang termasuk dalam pajak langsung adalah Pajak penghasilan (PPh), Pajak Bumi dan Bangunan (PBB) dan Pajak Kendaraan Bermotor. Sedangkan pajak tidak langsung adalah pajak yang bebaninya dapat dialihkan atau digeser kepada pihak lain. Dengan kata lain, pembayarannya dapat diwakilkan kepada pihak lain. Adapun contoh dari pajak tidak langsung adalah Pajak Pertambahan Nilai (PPN), Pajak bea masuk dan Pajak ekspor (Online Pajak, 2018b).

Di Indonesia, pajak juga terbagi menjadi pajak Pusat dan Pajak Daerah. Pajak pusat merupakan pajak yang dipungut dan dikelola oleh Pemerintah Pusat, dalam hal ini sebagian besar dikelola oleh Direktorat Jenderal Pajak (DJP). Contoh dari Pajak yang dikelola pemerintah Pusat adalah Pajak Penghasilan, Pajak Pertambahan Nilai, Pajak Penjualan atas Barang Mewah, Bea Materai dan Pajak Bumi dan Bangunan (PBB Perkebunan, Perhutanan, Pertambangan). Adapun pajak daerah yakni pajak yang dipungut dan dikelola oleh Pemerintah Daerah dimana pajak tersebut terbagi menjadi pajak provinsi dan kabupaten/kota. Pajak provinsi terdiri dari Pajak Kendaraan Bermotor, Bea Balik Nama Kendaraan Bermotor, Pajak Bahan Bakar Kendaraan Bermotor, Pajak Air Permukaan, Pajak Rokok. Sedangkan Pajak kabupaten/kota terdiri dari Pajak Hotel, Pajak Restoran, Pajak Hiburan, Pajak Reklame, Pajak Penerangan Jalan, Pajak Mineral Bukan Logam dan Bantuan, Pajak Parkir, Pajak Air Tanah, Pajak Sarang Burung Walet, Pajak Bumi dan Bangunan Perdesaan dan Perkotaan dan Bea Perolehan Hak Atas Tanah dan/atau Bangunan (Online Pajak, 2018a).

Dalam perpajakan, dikenal juga istilah *hypothecated tax* yang berarti pengumpulan uang dari pajak tertentu, yang dapat dipergunakan untuk satu tujuan tertentu (Cambridge University Press, 2020). Pajak tersebut juga seringkali disebut sebagai earmarked tax, yang berarti penghasilan pajak didesain untuk dipergunakan untuk suatu program atau kegunaan khusus. Pada *hypothecated tax*, individu yang membayar pajak mengetahui kemana pergiannya uang yang dibayarkan pada pajak tersebut (Doetinchem, 2010). Contoh penerapan *earmarked tax* tertuang dalam Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1995 tentang Cukai dimana dalam UU tersebut mengamanatkan bahwa 2% hasil penerimaan cukai yang dikumpulkan dari produk tembakau yang dibuat di Indonesia dibagikan kepada Provinsi penghasil tembakau untuk mendanai kegiatan peningkatan kualitas bahan baku, pembinaan industry,

pembinaan lingkungan sosial, sosialisasi ketentuan bidang cukai dan pemberantasan barang kena cukai illegal (Sitepu, 2016).

- Asuransi kesehatan wajib, sosial dan swasta

Asuransi kesehatan wajib merupakan pajak penghasilan yang dipungut oleh Pemerintah. Berbeda dengan pajak penghasilan biasa, asuransi kesehatan wajib dikumpulkan oleh badan independen atau semi-independen pemerintah. Asuransi kesehatan sosial berkaitan dengan pendapatan dan pembagian antara pekerja dan pemberi kerja. Kontribusi dapat bersumber dari pekerja mandiri dimana besaran premi dihitung berdasarkan pendapatan ataupun tarif tertentu. Dalam skema asuransi kesehatan sosial, masyarakat yang tidak mampu dapat dibayarkan melalui mekanisme pajak. Asuransi kesehatan sosial biasanya dikumpulkan oleh badan khusus untuk mengelola keuangan tersebut. Asuransi kesehatan swasta dibayarkan oleh individu, ataupun pembagian antara pemberi kerja dan pekerja atau dibayarkan secara penuh oleh pemberi kerja. Besaran premi pada umumnya ditetapkan berdasarkan risiko kesehatan tiap individu, penilaian pada kelompok tertentu maupun secara lokasi geografis tertentu maupun penilaian risiko pada suatu perusahaan tertentu. Badan penyelenggara asuransi swasta dapat berupa perusahaan asuransi swasta independen.

- *Medical saving account*

Medical saving account dipahami sebagai simpanan individu yang ditujukan untuk pembayaran kebutuhan medis tiap masing-masing individu dimana simpanan tersebut muncul atas kekhawatiran meningkatnya biaya perawatan kesehatan yang dapat menimpa tiap individu. Beberapa negara seperti Singapura, Tiongkok, Amerika Serikat dan Afrika Selatan telah menerapkan sistem ini (Hsu, 2010).

- *Out of pocket*

Mekanisme pembiayaan kesehatan lainnya ialah berasal dari individu secara langsung atau dikenal dengan istilah *out of pocket* (OOP). Pada OOP, pemayaran langsung dilakukan oleh individu kepada penyedia layanan kesehatan pada saat penggunaan layanan (World Health Organization, 2020). Dikarenakan pembayaran dilakukan langsung oleh pengguna jasa pada saat menggunakan layanan, maka instansi yang mengelola pembiayaan ini ialah penyedia layanan kesehatan, instalasi farmasi/apotik, dokter dan rumah sakit. Pembiayaan ini terjadi ketika sebuah pelayanan kesehatan tidak termasuk dalam pelayanan yang disediakan oleh pemerintah. OOP dapat berbentuk pembagian formal antara pemerintah dan individu maupun pembayaran informal dimana pembiayaan dilakukan di sektor publik namun tidak dianjurkan secara formal atau sesuai regulasi.

- Dana pinjaman, hibah dan donasi

Sumber pembiayaan kesehatan lainnya dapat bersumber dari donasi dan hibah dari organisasi non pemerintah maupun pinjaman dari dunia internasional. Badan/instansi yang mengumpulkan dana tersebut dapat berasal dari berbagai bentuk diantaranya ialah:

- Pemerintah Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota
- Badan Independen Publik
- Perusahaan asuransi swasta dan swasta *not-for profit/less profit*
- Provider penyedia layanan kesehatan

Mekanisme pembiayaan kesehatan di sebuah negara dipengaruhi oleh berbagai faktor. Faktor tersebut dapat terbagi menjadi dua yakni faktor eksternal dan faktor kontekstual. Faktor eksternal merupakan faktor yang berada di luar sebuah negara yang mempengaruhi pembiayaan secara langsung atau mempengaruhi kemampuan sebuah negara untuk mewujudkan potensi pembiayaan kesehatan baik yang bersumber dari luar maupun dalam negara menjadi pembiayaan kesehatan yang actual. Faktor eksternal ini dapat berupa pembiayaan kesehatan yang berasal dari hibah ataupun donor organisasi internasional maupun adanya regulasi di tingkat internasional yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan di sebuah negara. Selain faktor eksternal, faktor lainnya disebut dengan faktor kontekstual yang langsung memiliki dampak terhadap penyediaan pembiayaan kesehatan. Faktor kontekstual terbagi menjadi:

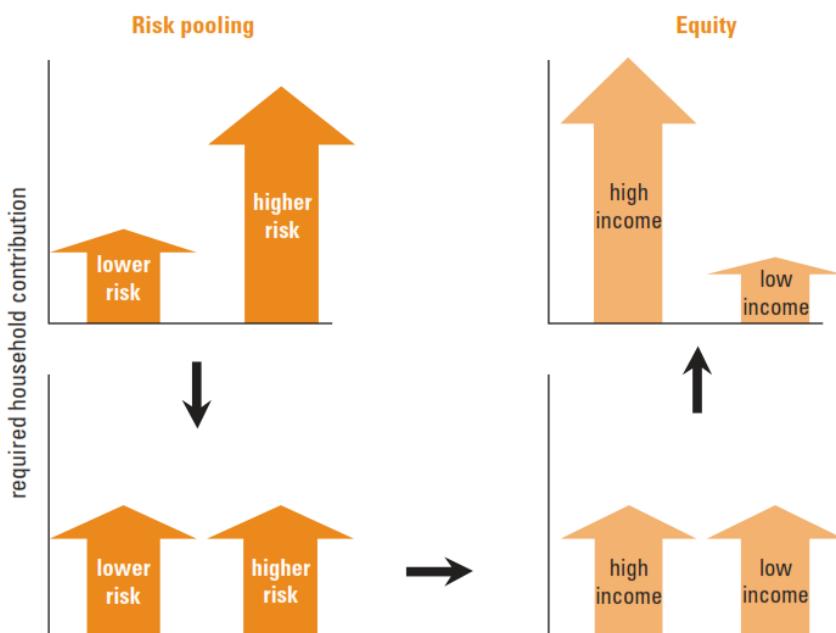
- Faktor situasional: yakni adanya sebuah kejadian yang langsung mempengaruhi pembuatan keputusan seperti adanya revolusi pemerintahan, adanya partai baru yang terpilih, adanya Menteri baru yang terpilih yang dapat mempengaruhi struktur penyediaan pembiayaan kesehatan.
- Faktor struktural: fenomena ekonomi seperti kenaikan taraf ekonomi bangsa, ukuran sektor ekonomi informal, partisipasi tenaga kerja; fenomena politis seperti stabilitas institusi politik, peran pemerintah pusat dan daerah, adanya korupsi; fenomena demografis seperti struktur kelompok usia, rasio beban ketergantungan dan angka harapan hidup.
- Faktor lingkungan: adanya kejadian seperti peperangan, bencana, wabah dapat yang mempengaruhi penerimaan pembiayaan kesehatan.
- Faktor kultural: pemilihan ideologis suatu bangsa, adanya pembayaran informal yang sudah menjadi budaya.

b. Pooling/Risk pooling

Risk pooling/pengumpulan risiko mengacu pada pengumpulan dan pengelolaan sumber daya keuangan sehingga risiko finansial individu yang besar dan tidak dapat diprediksi menjadi dapat diprediksi dan didistribusikan di antara semua anggota kelompok. Pooling memastikan prediktabilitas dan potensi redistribusi lintas kategori risiko kesehatan individu (*risk subsidy*) serta berbagai opsi untuk mendanai risiko-risiko kesehatan tersebut secara adil dan efisien pada seluruh kelompok masyarakat baik yang berpenghasilan tinggi maupun berpenghasilan rendah (*equity subsidy*). Menempatkan masyarakat dalam sebuah *pool* dan mempersyaratkan masyarakat untuk berkontribusi membayai kesehatan sesuai dengan kapasitasnya ketimbang dari risiko kesehatannya akan memungkinkan adanya subsidi silang, subsidi risiko maupun pembiayaan, dan dapat meningkatkan proteksi finansial bagi seluruh kelompok masyarakat yang ada (lihat gambar 7). Terdapat empat

alternatif bentuk organisasi untuk pengumpulan risiko dan pembiayaan pelayanan kesehatan yakni Kementerian Kesehatan, badan penyelenggara jaminan jaminan sosial, asuransi kesehatan swasta dan asuransi kesehatan berbasis komunitas.

Gambar 7 Model subsidi silang untuk pengumpulan risiko dan peningkatan keadilan dalam kontribusi setiap kelompok masyarakat



Sumber: ILO/STEP 2002 dalam Gottret dan Schieber 2006

c. Pembelanjaan (*Purchasing*)

Pembelanjaan, atau juga disebut pembiayaan sisi *supply/pasokan*, melengkapi berbagai ketentuan terkait bagaimana pembayaran dilakukan kepada pelayanan kesehatan yang telah memberikan layanan kesehatan. Pembelanjaan kesehatan berkaitan dengan kelompok mana yang akan mendapatkan manfaat, dalam bentuk pelayanan apa/manfaat yang diberikan, siapa yang akan menyelenggarakan layanan kesehatan, bagaimana mekanisme pembayaran serta harga pembiayaan pelayanan kesehatan yang dibeli. Pembelanjaan atau pembelian layanan kesehatan dapat bersifat pasif maupun strategic. Pembelian pasif dilakukan dengan melakukan pembayaran sesuai dengan tagihan yang diberikan. Namun pembelian strategis lebih diarahkan kepada pencarian terus menerus metode pembelian dan penyedia layanan kesehatan secara optimal yakni dengan mempertimbangkan paket manfaat yang perlu disediakan, bagaimana dan dari siapa layanan tersebut dibeli. Pembelian/pembelanjaan layanan kesehatan melengkapi tiga komponen utama keputusan yakni mengidentifikasi internvesi yang perlu dibeli dengan mempertimbangkan kebutuhan masyarakat, prioritas kesehatan nasional dan rasio efektifitas biaya; memilih penyedia layanan dengan mempertimbangkan kualitas, efisiensi dan keadilan serta menentukan bagaimana pelayanan dibeli dengan mempertimbangkan ketentuan mekanisme pembayaran.

Seperti dalam Sistem Kesehatan Nasional, dana yang telah dihimpun oleh pemerintah untuk pembangunan kesehatan diarahkan untuk membiayai kesehatan primer, sekunder dan tersier dengan mengutamakan kelompok rentan dan miskin, serta daerah terpencil, perbatasan, kepulauan terluar dan terdepan, serta yang tidak diminati swasta termasuk program kesehatan yang mempunyai daya ungkit tinggi terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat. (Hidayat & Nurwahyuni, 2017)

Latihan 3

1. Jelaskan kedudukan pembiayaan kesehatan dalam SKN!
2. Jelaskan prinsip pembiayaan kesehatan!
3. Jelaskan fungsi pembiayaan kesehatan!

Jawaban 3

1. Pembiayaan kesehatan merupakan bagian dari sistem kesehatan. Di Indonesia pembiayaan kesehatan merupakan sub sistem dalam SKN
2. Prinsip-prinsip pembiayaan kesehatan adalah:

a. Kecukupan

Sumber-sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah, masyarakat dan swasta terus digali dan dikumpulkan serta ditingkatkan jumlahnya agar tersedia cukup sesuai kebutuhan dan tentu harus dikelola dengan baik untuk memenuhi prinsip efektif, efisien, adil dan merata dan pengelolaannya bersifat transparan dan akuntabel. untuk menjamin kecukupan agar jumlahnya dapat sesuai.

b. Efektif dan efisien

Untuk menjamin pengelolaan dana kesehatan secara efektif dan efisien maka penggunaannya harus sesuai dengan perencanaan pembiayaan kesehatan, penguatan kapasitas manajemen perencanaan anggaran dan kompetensi pemberi pelayanan kesehatan.

c. Adil dan transparan

Pengelolaan dana kesehatan yang dikumpulkan dari berbagai sumber (Pemerintah, Pemerintah Daerah, masyarakat dan swasta) harus digunakan secara adil terhadap seluruh masyarakat sehingga kesehatan masyarakat terpelihara dan masyarakat terlindung dari pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan. Pengelolaan dana kesehatan pun harus dilaksanakan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku, tata kelola pemerintahan yang baik (good governance), transparan dan seluruh penggunaannya dapat dipertanggungjawabkan.

3. Fungsi Pembiayaan Kesehatan

- a. Pengumpulan dana adalah penggalian dana yang bersumber dari Pemerintah/Pemerintah Daerah dilakukan melalui pajak umum, pajak khusus, bantuan atau pinjaman yang tidak mengikat, serta berbagai sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Pengumpulan dana salah satu fungsi dari pembiayaan kesehatan yang berfokus terhadap siapa yang akan membayar upaya kesehatan, jenis pembayaran dan siapa yang akan mengumpulkan pembiayaan tersebut.

- b. *Risk pooling*/pengumpulan risiko mengacu pada pengumpulan dan pengelolaan sumber daya keuangan sehingga risiko finansial individu yang besar dan tidak dapat diprediksi menjadi dapat diprediksi dan didistribusikan di antara semua anggota kelompok.
- c. Pembelanjaan adalah berbagai ketentuan terkait bagaimana pembayaran dilakukan kepada pelayanan kesehatan yang telah memberikan layanan kesehatan. Pembelanjaan kesehatan berkaitan dengan kelompok mana yang akan mendapatkan manfaat, dalam bentuk pelayanan apa/manfaat yang diberikan, siapa yang akan menyelenggarakan layanan kesehatan, bagaimana mekanisme pembayaran serta harga pembiayaan pelayanan kesehatan yang dibeli.

Rangkuman 3

Pembiayaan kesehatan merupakan dasar dari kemampuan sistem kesehatan suatu negara untuk memelihara dan meningkatkan kesejahteraan penduduknya. Dana/uang yang terkumpul digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan seperti membayar para tenaga kesehatan, obat-obatan dan juga membiayai kegiatan-kegiatan yang bersifat promotif dan preventif. Pembiayaan kesehatan saat ini ditujukan pula untuk memberikan perlindungan resiko keuangan penduduk. Pembiayaan kesehatan mempunyai dua hal tujuan yaitu mengumpulkan dana yang cukup dan memberikan perlindungan risiko keuangan kepada penduduk.

Sistem pembiayaan kesehatan merupakan bagian dari sistem kesehatan. Di Indonesia pembiayaan kesehatan merupakan sub sistem dalam SKN. Subsistem pembiayaan kesehatan merupakan pengelolaan upaya-upaya penggalian, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk menyelenggarakan pembangunan kesehatan yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Penyelenggaraan subsistem pembiayaan kesehatan bertujuan menyediakan dana kesehatan dalam jumlah cukup mencukupi, mengalokasikannya secara adil dan merata, memanfaatkannya secara efektif dan efisien dan menyalurkannya untuk menjamin terlaksananya pembangunan kesehatan. Prinsip-prinsip pembiayaan kesehatan berdasarkan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah a) kecukupan, b) efektif dan efisien, dan c) adil dan transparan.

Fungsi pembiayaan kesehatan melingkupi berbagai fungsi yakni fungsi pengumpulan dana, penyatuan sumberdaya serta pembelanjaan pembiayaan kesehatan.

- Pengumpulan dana dimaknai sebagai penggalian dana yakni proses penggalian dana yang ditujukan untuk pembangunan kesehatan yang bersumber dari Pemerintah/Pemerintah Daerah dilakukan melalui pajak umum, pajak khusus, bantuan atau pinjaman yang tidak mengikat, serta berbagai sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Pengumpulan dana salah satu fungsi dari pembiayaan kesehatan yang berfokus terhadap siapa yang akan membayar upaya kesehatan, jenis pembayaran dan siapa yang akan mengumpulkan pembiayaan tersebut.
- *Risk pooling*/pengumpulan risiko mengacu pada pengumpulan dan pengelolaan sumber daya keuangan sehingga risiko finansial individu yang besar dan tidak dapat diprediksi menjadi dapat diprediksi dan didistribusikan di antara semua anggota kelompok. Pooling memastikan prediktabilitas dan potensi redistribusi lintas kategori risiko kesehatan individu (*risk subsidy*) serta berbagai opsi untuk mendanai risiko-risiko kesehatan tersebut secara adil dan efisien pada seluruh

kelompok masyarakat baik yang berpenghasilan tinggi maupun berpenghasilan rendah (*equity subsidy*).

- Pembelanjaan, atau juga disebut pembiayaan sisi *supply/pasokan*, melingkupi berbagai ketentuan terkait bagaimana pembayaran dilakukan kepada pelayanan kesehatan yang telah memberikan layanan kesehatan. Pembelanjaan kesehatan berkaitan dengan kelompok mana yang akan mendapatkan manfaat, dalam bentuk pelayanan apa/manfaat yang diberikan, siapa yang akan menyelenggarakan layanan kesehatan, bagaimana mekanisme pembayaran serta harga pembiayaan pelayanan kesehatan yang dibeli.

Tes Formatif 3

1. Yang tidak termasuk ke dalam tujuan pembiayaan kesehatan adalah?
 - a. Perlindungan finansial bagi masyarakat
 - b. Membayar jasa tenaga kesehatan
 - c. Corporate Social Responsibility
 - d. Melaksanakan kegiatan promotif dan preventif
 - e. Membangun Puskesmas
2. Penggunaan dana kesehatan harus sesuai dengan perencanaan pembiayaan kesehatan. Apakah prinsip pembiayaan kesehatan yang dimaksud?
 - a. Adil
 - b. Cukup
 - c. Transparan
 - d. Efisien
 - e. Efektif
3. Fungsi pembiayaan kesehatan yang mengatur bagaimana pembayaran dilakukan kepada pelayanan kesehatan yang telah memberikan layanan kesehatan adalah fungsi...
 - a. Pembelanjaan
 - b. Pengumpulan dana
 - c. Alokasi dana
 - d. Pengumpulan risiko
 - e. Penggalian dana
4. Fungsi pembiayaan kesehatan yang berfokus terhadap siapa yang akan membayar upaya kesehatan, jenis pembayaran dan siapa yang akan mengumpulkan pembiayaan tersebut adalah fungsi...
 - a. Pembelanjaan
 - b. Penggalian dana
 - c. Alokasi dana
 - d. Pengumpulan risiko
 - e. Pendistribusian dana
5. Sistem pembayaran dimana masyarakat mengeluarkan langsung biaya pelayanan kesehatan dikenal dengan istilah?
 - a. Asuransi

- b. Premi
- c. Pajak
- d. *Third party payer*
- e. *Out of pocket*

Jawaban tes formatif 3

- 1. C
- 2. D
- 3. A
- 4. B
- 5. E

Cocokkanlah jawaban Saudara dengan kunci jawaban Tes Formatif 3 yang terdapat di bagian modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus dibawah ini untuk mengetahui tingkat penguasaan Saudara terhadap materi Modul 3.

Tingkat Penguasaan = Jumlah jawaban yang benar X 100%

Jumlah Soal

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100%	: baik sekali
80 – 89%	: baik
70 – 79%	: cukup
< 70%	: kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, saudara dapat meneruskan dengan kegiatan belajar materi modul 4. Bagus! jika masih dibawah 80% saudara harus mengulangi materi kegiatan belajar modul 3, terutama bagian yang belum dikuasai.

Modul 4: Model-Model Pembiayaan Kesehatan di berbagai negara

Metode Pembelajaran	Estimasi Waktu	Capaian Pembelajaran Mata Kuliah
Kuliah Interaktif Diskusi <i>Question Based Learning</i>	100 menit	<ul style="list-style-type: none">• Mahasiswa mampu menjelaskan system dan model pembiayaan kesehatan di berbagai negara• Mahasiswa mampu menjelaskan system dan model pembiayaan kesehatan di Jerman• Mahasiswa mampu menjelaskan system dan model pembiayaan kesehatan di Australia• Mahasiswa mampu menjelaskan system dan model pembiayaan kesehatan di Inggris• Mahasiswa mampu menjelaskan system dan model pembiayaan kesehatan di Thailand

Materi 4

1. Pembiayaan kesehatan di Jerman

a. Sejarah

Perkembangan sistem kesehatan Jerman dapat digambarkan sebagai perkembangan yang paling baik. Hal ini dapat diketahui melalui alur sejarah Jerman kontemporer yaitu industrialisasi Jerman dan pengenalan asuransi kesehatan wajib di tingkat nasional pada tahun 1883, konflik sosial dan penguatan profesi medis selama masa Kekaisaran Jerman hingga berdirinya Republik Weimar (1871–1919); periode Sosialis Nasional (1933–1945); periode segera setelah perang (1945–1949) dan periode pembagian Jerman; dan terakhir, periode setelah penyatuan kembali Jerman pada tahun 1990.

Jerman secara luas dianggap sebagai negara pertama yang memperkenalkan sistem jaminan sosial dan kesehatan nasional. Persyaratan asuransi kesehatan wajib diperkenalkan di tingkat nasional pada tahun 1883 selama masa jabatan kanselir Otto Von Bismarck dan diperluas selama abad

berikutnya ke bidang kecelakaan dan penyakit akibat kerja (1884), usia tua dan cacat (1889), pengangguran (1927) dan perawatan jangka panjang (1994). Sistem Bismarck ini didasarkan pada prinsip-prinsip keanggotaan wajib dan kontribusi yang tidak terkait risiko yang dipisahkan dari pendapatan pajak umum. Prinsip-prinsip tersebut sebagian besar tidak berubah hingga saat ini.

Jerman menerapkan asuransi kesehatan wajib yang dikenal dengan *Social Health Insurance* (SHI). SHI bermula dari masyarakat yang saling membantu yang muncul dari serikat pekerja di akhir Abad Pertengahan. Selama abad kesembilan belas, kelas pekerja industri yang sedang naik daun melanjutkan tradisi masyarakat ini dengan mendirikan organisasi bantuan timbal balik sukarela khusus untuk berbagai pekerjaan mereka. Perusahaan individu dan komunitas lokal juga membentuk skema kerjasama (mutual-aid), yang melengkapi bantuan yang diberikan oleh pemerintah kota dan lembaga amal. Pada tahun 1849, Prusia - yang terbesar dari Länder Jerman saat itu - mewajibkan asuransi kesehatan bagi para penambang dan mengizinkan masyarakat setempat untuk mewajibkan pemberi kerja dan karyawan mereka membayar kontribusi keuangan.

Selama empat dekade, SHI secara bertahap diperluas dari 10% populasi pada tahun 1885 menjadi 51% populasi pada tahun 1925. Kemudian, di Jerman Barat, persentase ini meningkat menjadi 88%, sedangkan di Jerman Timur hampir 100% populasi tercakup dari tahun 1949 dan seterusnya. Sistem asuransi kesehatan nasional Jerman Timur ditinggalkan setelah reunifikasi pada tahun 1990 dan mendukung sistem Bismarckian yang masih berlaku di Jerman Barat. Luasnya cakupan sistem Bismarckian telah diperpanjang sejak 1883 baik dengan meningkatkan pagu pendapatan untuk keanggotaan wajib atau dengan menambahkan kelompok pekerjaan baru ke dalam sistem dana penyakit, seperti pekerja kerah putih dari sektor transportasi dan komersial (1901), pembantu rumah tangga, pekerja pertanian dan kehutanan (1914) dan petani (1972). Jerman juga berhasil mengintegrasikan ke dalam skema undang-undang kelompok sosial tertentu yang dicakup oleh badan publik di beberapa negara Eropa lainnya, seperti pengangguran, tanggungan non-kerja, orang yang tidak mampu mendapatkan pekerjaan, pensiunan, pelajar dan penyandang cacat.

b. Sistem Pembiayaan Kesehatan

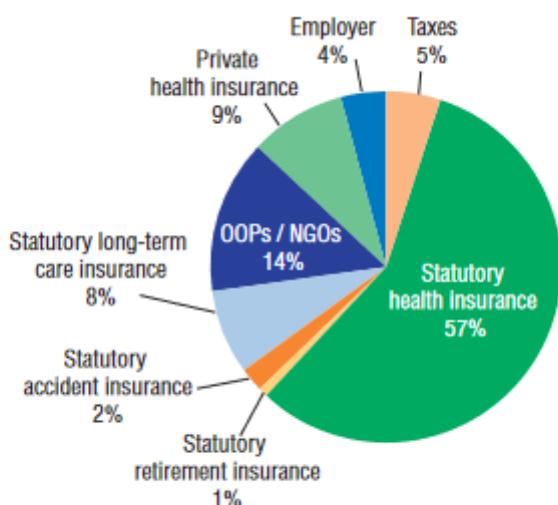
b.1. *Revenue* (sumber pendapatan)

Saat ini di Jerman SHI merupakan sumber utama pembiayaan perawatan kesehatan, mencakup 70 juta orang atau 85% populasi pada tahun 2012. Populasi yang diasuransikan terdiri dari 35% anggota wajib (tanpa pensiunan), 18% tanggungan anggota wajib, 21% pensiunan, 2% tanggungan pensiunan, 5% anggota sukarela dan 4% tanggungan anggota sukarela. Sebanyak 9,0 juta orang atau 11% menggunakan *Private Health Insurance* (PHI), yang mencakup sekitar 5% pegawai negeri (termasuk pensiunan pegawai negeri sipil dan tanggungan mereka) dengan perawatan pemerintah gratis dan polis asuransi swasta yang mencakup sisanya. Selain itu, 4% dari populasi dilindungi oleh skema pemerintah khusus sektor lainnya (militer, orang-orang dalam layanan substitusi, polisi, kesejahteraan sosial dan bantuan untuk imigran pencari suaka).

Meskipun SHI mendominasi pengeluaran dan reformasi perawatan kesehatan, kontribusi aktualnya terhadap pengeluaran kesehatan secara keseluruhan hanya 57,4% pada tahun 2012. Tiga pilar asuransi sosial lainnya

memberikan kontribusi tambahan 10,7% dari total pengeluaran kesehatan: asuransi pensiun wajib dengan 1,4% (terutama untuk rehabilitasi medis), asuransi wajib untuk kecelakaan dan penyakit akibat kerja dengan 1,6%, dan asuransi perawatan jangka panjang wajib dengan 7,7%, serta sumber dari pemerintah menyumbang 4,8%. Secara keseluruhan, sumber publik menyumbang 72,9% dari total pengeluaran untuk kesehatan dan sumber swasta menyumbang 27,1% dari total pengeluaran. Di antara mereka, rumah tangga swasta membiayai 13,5%, perusahaan asuransi swasta membiayai 9,3%, yang mencakup pengeluaran untuk asuransi kesehatan pengganti / komprehensif, asuransi kesehatan pelengkap serta asuransi perawatan jangka panjang, pemberi kerja membayar 4,3%.

Gambar 8 Sumber keuangan dari pembelanjaan kesehatan (*Total Health Expenditure*) di Jerman tahun 2012



Source: Statistisches Bundesamt, 2014b.

Notes: OOP: Out of pocket; NGO: nongovernmental organization.

b.2. Cakupan (*coverage*)

Keanggotaan SHI adalah wajib bagi karyawan yang pendapatan kotornya tidak melebihi ambang batas yang ditetapkan. Mereka yang berpenghasilan di atas ambang batas dapat memilih untuk tetap bersama SHI sebagai anggota sukarela atau mengambil PHI. Karyawan menjadi bagian dari grup ini hanya setelah pendapatan mereka melebihi ambang penyisihan selama tiga tahun kalender berturut-turut (sebelumnya, satu tahun kalender). Ambang penyisihan adalah € 3900 kotor per bulan pada tahun 2005 dan telah ditingkatkan setiap tahun, mencapai € 4162,50 pada tahun 2010. Sebagai akibat dari krisis keuangan, ambang batas tersebut diturunkan menjadi € 4125 untuk tahun 2011, tetapi kemudian ditingkatkan lagi secara bertahap menjadi € 4462,50 untuk 2014.

Selain itu, pelajar, penganggur, dan pensiunan diwajibkan untuk mendapatkan perlindungan SHI. Para wiraswasta juga dapat memilih perlindungan SHI selama mereka menjadi anggota dana penyakit sebelum menjadi wiraswasta. Alternatifnya, mereka dapat mengambil asuransi swasta. Sebelum 2007, keanggotaan sukarela dalam dana penyakit dihentikan setelah

tidak membayar iuran selama dua bulan. Namun, sejak 2007, keanggotaan ditangguhkan dalam kasus-kasus seperti itu dan individu yang bersangkutan tidak lagi mengklaim kompensasi untuk layanan medis; pengecualian termasuk layanan yang melibatkan perawatan kondisi akut, nyeri atau yang berhubungan dengan kehamilan atau persalinan.

b.3. *Collection*

Kontribusi terhadap SHI dengan 132 dana kesehatan (Januari 2014) merupakan sistem utama pembiayaan perawatan kesehatan di Jerman. Dana kesehatan yang terkumpul ditransfer ke Central Reallocation Pool. Pool ini, yang diperkenalkan pada tahun 2009, dikelola oleh Federal Insurance Authority. Dana penyakit yang dikumpulkan baik dari pemberi kerja maupun karyawan - langsung dari pemberi kerja atau badan publik, ditransfer ke Central Reallocation Pool dan sanksi berlaku untuk yang tidak membayar. Dana kesehatan digunakan untuk membayar pelayanan kesehatan sesuai pemakaian. Hingga akhir 2008, mereka bebas menentukan sendiri besaran iuran; pada tahun 2009 dan 2010 pemerintah federal menetapkan tingkat iuran yang seragam dan mulai tahun 2011, ditetapkan oleh undang-undang federal. Jika pengeluaran melebihi alokasi Central Reallocation Pool, maka ada pembebanan premi tambahan.

Tingkat iuran dan bagi hasil iuran SHI bergantung pada pendapatan dan bukan risiko; pasangan non-produktif dan anak-anak dilindungi tanpa biaya tambahan. Kontribusi hanya didasarkan pada pendapatan dari pekerjaan yang menguntungkan, pensiun atau tunjangan pengangguran, dan saat ini bukan pada tabungan, *capital gain* atau bentuk lain dari pendapatan yang belum diterima.

b.4. *Pooling funds*

Central Reallocation Pool yang diperkenalkan pada tahun 2009, secara mendasar mengatur ulang sistem untuk mengumpulkan dan mendistribusikan kontribusi SHI. Hingga pada tahun tersebut, dana kesehatan yang dikumpulkan langsung dari anggota pekerja dan pemberi kerja dikelola secara individu. Sebaliknya, Central Reallocation Pool, yang dikelola oleh Federal Insurance Authority, mengumpulkan kontribusi SHI secara terpusat dan kemudian mengalokasikannya kembali di antara dana penyakit menurut skema penyesuaian risiko berbasis morbiditas. (Dalam praktiknya, kontribusi masih dikumpulkan oleh dana kesehatan individu tetapi ditransfer pada hari yang sama ke Central Reallocation Pool).

b.5. *Purchasing* (Pembelanjaan)

Detail untuk penyediaan layanan dan pembayarannya dinegosiasikan dan ditetapkan pada tingkat perusahaan. Aturan umum ditetapkan di tingkat federal melalui Federal Framework Contract (Bundesmantelvertrag) antara Asosiasi Federal Dokter SHI (Federal Association of SHI Physicians) dan Asosiasi Federal untuk Dana kesehatan (Federal Association of Sickness Funds). Berdasarkan hal ini, kontrak bersama disepakati di tingkat daerah (yaitu perwakilan dana kesehatan membuat kontrak regional dengan asosiasi dokter atau dokter gigi SHI daerah dan umumnya tidak ada hubungan kontrak langsung antara penyedia dan dana kesehatan). Bagi SHI, penandatanganan kontrak kolektif adalah metode utama pembelian layanan rawat jalan. Dalam hal ini cakupan layanan dan pada prinsipnya pembayaran adalah sama untuk semua provider di

suatu wilayah. Sebaliknya, ketika membuat kontrak selektif, dana kesehatan melakukan kontrak langsung dengan penyedia layanan kesehatan.

c. *Out of pocket* (pembayaran langsung)

Antara tahun 1996 dan 2011, pengeluaran *out-of-pocket* sebagai bagian dari total pengeluaran kesehatan meningkat dari 11,3% menjadi 13,7%. Pembayaran langsung terkait dengan (1) pembayaran bersama untuk manfaat yang sebagian ditanggung oleh skema prabayar dan (2) pembayaran langsung untuk manfaat yang tidak diganti oleh skema prabayar seseorang.

d. Asuransi Kesehatan Swasta/*Private Health Insurance* (PHI)

PHI memiliki dua aspek di Jerman: (1) sepenuhnya melindungi sebagian dari populasi (PHI pengganti) dan (2) menawarkan asuransi tambahan dan pelengkap bagi orang-orang yang ditanggung SHI. Kedua jenis ini ditawarkan oleh 42 perusahaan asuransi kesehatan swasta yang tergabung dalam Asosiasi Perusahaan Asuransi Kesehatan Swasta (Association of Private Health Insurance Companies). Selain itu, ada sekitar 30 perusahaan asuransi kesehatan swasta yang sangat kecil dan biasanya di daerah. Dalam hal perputaran premi, segmen pertanggungan penuh lebih dari tiga kali lebih besar daripada segmen asuransi pelengkap / pelengkap untuk orang-orang yang dilindungi SHI (pada tahun 2012: € 25,9 miliar vs. € 7,0 miliar). Antara 1997 dan 2012, total pendapatan meningkat dari € 18,6 miliar menjadi € 35,6 miliar

2. Pembiayaan kesehatan di Australia

Australia memiliki sistem pembiayaan kesehatan yang sebagian besar didanai oleh pajak, dengan layanan medis yang disubsidi melalui skema asuransi kesehatan nasional universal. Layanan kesehatan dikelola melalui sistem federal pemerintah dan diberikan oleh banyak penyedia publik dan swasta. Pemerintah Australia juga disebut sebagai "Pemerintah Federal" (Federal Government) atau "Persemakmuran" (Commonwealth) mendanai layanan kesehatan dan juga mensubsidi obat-obatan dan perawatan residensial untuk orang tua (panti jompo). Pemerintah enam Negara Bagian dan dua Teritori (terutama selanjutnya disebut sebagai States) mendanai, dengan bantuan keuangan Persemakmuran, dan mengelola rumah sakit umum, layanan kesehatan mental, dan layanan kesehatan masyarakat. Praktisi medis swasta menyediakan sebagian besar perawatan medis dan gigi berbasis komunitas, dan terdapat sektor swasta yang besar, termasuk dana asuransi, rumah sakit, dan industri diagnostik. Sistem perawatan kesehatan melibatkan negosiasi yang berlangsung antara pemerintah Persemakmuran dan Negara Bagian di lapangan dengan para pemangku kepentingan publik dan swasta. Prinsip utama yang mendasari sebagian besar sistem kesehatan Australia adalah akses universal ke perawatan kesehatan berkualitas baik terlepas dari kemampuan membayar.

a. Sejarah

Hingga pertengahan abad ke-20, individu harus membayar perawatan kesehatan mereka sendiri atau mengambil asuransi dengan dana penyakit. Praktisi swasta dan rumah sakit menyediakan layanan kesehatan dan beberapa perawatan gratis disediakan oleh rumah sakit umum yang dikelola oleh States dan oleh rumah sakit amal. Dari akhir abad ke-9 hingga

pertengahan 940-an, gerakan masyarakat yang ramah merupakan kekuatan pendorong di belakang sistem perawatan kesehatan, menawarkan anggota berbagai tunjangan, termasuk tunjangan pengangguran dan gaji sakit, dan melalui pembayaran kapitasi yang dinegosiasikan, membeli layanan medis dari dokter atas nama anggota.

Pemerintah Australia mulai memainkan peran penting dalam masalah kesehatan setelah Perang Dunia Kedua (Kewley 973). Pertama, di bawah kekuatan pertahanan Pemerintah Australia, Komisi Pemulangan dibentuk untuk merawat tentara yang kembali setelah berperang. Para dokter dibayar untuk merawat prajurit dan wanita yang kembali dan rumah sakit Persemakmuran di setiap Negara Bagian menawarkan perawatan kesehatan yang komprehensif. Kedua, upaya Labor Government's untuk membangun sistem perawatan kesehatan nasional meskipun sebagian gagal. Ketiga, kekuasaan Persemakmuran yang lebih luas dalam perawatan kesehatan dan sosial (seperti pembayaran pensiun) dicapai dalam amandemen konstitusi yang menyebabkan peran Persemakmuran jauh lebih luas.

The Curtin and Chifley Labor governments (1941–1949) berulang kali melakukan upaya untuk mereformasi sistem perawatan kesehatan secara radikal. Namun usulan ini mendapat penolakan yang kuat dari para dokter, partai politik konservatif dan dana asuransi sukarela, karena adanya kepentingan para pemangku kepentingan politik dan medis. Pada tahun 1946, Konstitusi diamandemen untuk memungkinkan Persemakmuran membuat undang-undang yang berkenaan dengan penyediaan tunjangan melahirkan, pensiun janda, dana abadi anak, pengangguran, farmasi, sakit dan tunjangan rumah sakit, layanan medis dan gigi (tetapi tidak untuk mengizinkan segala bentuk wajib militer), tunjangan bagi siswa dan tunjangan keluarga. Persemakmuran memperkenalkan obat-obatan bersubsidi melalui Pharmaceutical Benefits Act 1950. Di bawah Hospital Benefits Act 1946, Persemakmuran mengadakan perjanjian dengan States untuk mensubsidi tempat tidur rumah sakit umum dengan syarat bahwa tidak ada biaya bagi pasien di bangsal umum, dengan maksud untuk mengurangi hambatan keuangan terhadap akses rumah sakit oleh pasien.

b. National health insurance

The Labor Government di bawah Perdana Menteri Whitlam (1972– 1975) memperkenalkan skema asuransi kesehatan nasional dalam menghadapi oposisi yang kuat dari profesi medis, perusahaan asuransi kesehatan swasta dan partai politik oposisi. Legislasi ditolak oleh Senat pada tahun 1973 dan 1974.

Medibank akhirnya diperkenalkan pada 1975 dan Komisi Asuransi Kesehatan (Health Insurance Commission) dibentuk untuk mengelola skema tersebut. Pasien dapat ditagih langsung untuk layanan medis dan mengklaim 85% dari biaya jadwal kembali dari Health Insurance Commission, atau dokter dapat menagih Health Insurance Commission secara langsung ("penagihan massal") dan menerima 85% dari biaya jadwal sebagai penuh pembayaran. Sehubungan dengan perawatan rumah sakit, Pemerintah Persemakmuran merundingkan pengaturan pembagian biaya rumah sakit yang relatif murah hati dengan States, asalkan pasien dijamin akses universal dan gratis ke rumah sakit umum.

Pemerintah Koalisi yang dipimpin Liberal (1975-1983) membuat serangkaian perubahan pada Medibank: individu dapat memilih keluar dari Medibank dan membeli asuransi kesehatan swasta, atau membayar retribusi sebesar 2,5% dari pendapatan kena pajak untuk tetap dalam skema. Pada tahun 1998, sebagian besar populasi tidak diasuransikan secara efektif untuk perawatan rumah sakit. Pendanaan publik untuk perawatan kesehatan, terutama untuk rumah sakit umum, terus dinegosiasi secara berkala antara Persemakmuran dan States. The Labor Governments (1983-1996) mendirikan kembali sistem asuransi kesehatan universal yang didanai pajak, yaitu Medicare, yang tetap berlangsung sampai saat ini. Pungutan wajib awal 1% atas pendapatan dinaikkan menjadi 1,5%. Sistem asuransi kesehatan nasional (NHI) telah mendapat dukungan politik bipartisan sejak 1996 dan Pemerintah Liberal-Nasional (Liberal-National Government) saat ini (1996–) terus mendukung Medicare.

c. Sistem Pembiayaan Kesehatan

c.1. *Revenue Mobilization*

Australia memiliki sistem perawatan kesehatan yang sebagian besar didanai oleh pajak yang dibiayai melalui perpajakan umum, termasuk pungutan kecil dari asuransi wajib, dan pembayaran pribadi. Sumber utama pembiayaan Pada tahun 2003–2004, hampir 70% dari total pendapatan kesehatan berasal dari sumber publik, terutama dari perpajakan, sedangkan 30% sisanya berasal dari sumber swasta. Dana persemakmuran untuk kesehatan dikumpulkan terutama melalui pajak umum. Ini termasuk pungutan Medicare yang dihitung sebesar 1,5% dari pendapatan kena pajak untuk mereka yang berada di atas ambang pendapatan tertentu (mereka yang berpenghasilan rendah dan orang yang diresepkan dibebaskan), dengan biaya tambahan 1% untuk mereka yang berpenghasilan tinggi tetapi tidak membeli asuransi kesehatan swasta untuk perawatan di rumah sakit. Dalam beberapa tahun terakhir, pendapatan yang diperoleh dari retribusi Medicare setara dengan sekitar 18% dari total pengeluaran kesehatan Persemakmuran, dan sekitar 8,5% dari total pengeluaran kesehatan nasional.

Sejak Juli 2000, Australia menerapkan sistem pajak baru yang menghapus beberapa pajak dan menggantinya dengan pajak barang dan jasa (GST) 10%. The States sekarang menerima semua pendapatan GST (diperkirakan sebesar AU \$ 37,3 miliar pada tahun 2005-2006) untuk membantu mereka dalam menyediakan layanan penting termasuk layanan kesehatan. Basis pendapatan pemerintah negara bagian juga terdiri dari pajak, termasuk properti dan gaji pemberi kerja.

c.2. *Out of pockets*

Pembayaran oleh individu pada saat perawatan (pembayaran langsung) menyumbang 20,3% dari total pengeluaran kesehatan di Australia pada tahun 2003-2004. Namun, sebagian besar pendanaan perawatan kesehatan non-pemerintah di Australia berasal dari pembayaran langsung ini, baik pembayaran penuh untuk asuransi, barang dan jasa, atau pembayaran bersama. Pada tahun 2003–2004, 63,3% (AU \$ 5,9 miliar) dari perkiraan pendanaan non-pemerintah untuk barang dan jasa kesehatan berasal dari individu, yang telah meningkat dari 50,4% pada tahun 1993–1994. Dari

semua pengeluaran pribadi yang dilakukan oleh individu dalam periode ini, 31,4% dihabiskan untuk obat-obatan (terdiri dari 25,0% untuk pembelian pribadi obat-obatan dan pembayaran bersama untuk pembelian obat-obatan yang diresepkan dan obat-obatan yang dijual bebas, dan 6,4% pada kontribusi pasien PBS dan RPBS). Pengeluaran pribadi lainnya adalah layanan gigi (20,1% dari total), 13,5% untuk alat bantu dan peralatan medis, dan 9,9% untuk layanan medis.

c.3. Asuransi Kesehatan Sukarela (*Voluntary Health Insurance*)

Anggota asuransi kesehatan swasta dapat mengasuransikan biaya perawatan dan akomodasi sebagai pasien swasta di rumah sakit, untuk membayar selisih antara manfaat Medicare dan biaya yang dikenakan untuk pasien rawat inap dan untuk layanan tambahan. Legislasi sejak 1995 telah memungkinkan dana asuransi untuk dikontrak dengan rumah sakit dan praktisi perorangan, meskipun ini awalnya ditentang oleh profesi medis yang melihatnya sebagai ancaman terhadap kebebasan mereka untuk menetapkan biaya.

Perawatan medis primer yang diberikan oleh dokter tidak ditanggung oleh asuransi swasta. Sejak Medicare diperkenalkan pada tahun 1984, dana asuransi kesehatan swasta tidak diizinkan untuk menutupi biaya layanan medis di luar rumah sakit yang disediakan oleh praktisi medis, termasuk selisih antara biaya sebenarnya yang dibebankan dan rabat dari Komisi Asuransi Kesehatan (Health Insurance Commission) yang merupakan pembayaran bersama konsumen (*co-payment*). Namun, biaya beberapa item tambahan yang tidak tersedia di bawah Medicare ditanggung sampai batas tertentu oleh dana asuransi kesehatan swasta, seperti layanan gigi dan optik (misalnya kacamata dan lensa kontak), fisioterapi, chiropraktik dan peralatan, dan obat-obatan yang diresepkan yang tidak ditanggung oleh Skema Manfaat Farmasi (Pharmaceutical Benefits Scheme).

c.4. *Allocation of Funds*

Persemakmuran mengeluarkan biaya kesehatan sebagian besar melalui tiga skema: Medicare (yang mengganti perawatan medis swasta non-rumah sakit), Pharmaceuticals Benefits Scheme, dan the Australian Health Care Agreements (pendanaan untuk rumah sakit umum). Alokasi dana oleh Persemakmuran ke States dinegosiasi melalui Commonwealth Grants Commission.

Pendanaan pemerintah negara bagian untuk perawatan kesehatan terutama berasal dari sumber-sumber berikut: pendapatan pajak barang dan jasa; hibah dan pembayaran dengan tujuan khusus dari Pemerintah Australia; mendanai dari sumber daya fiskal mereka sendiri; dan pendanaan yang disediakan oleh sumber non-pemerintah (biasanya biaya pengguna). Departemen Kesehatan Negara Bagian merundungkan anggarannya dalam proses anggaran Negara, dan portofolio kesehatan sangat signifikan dalam proses anggaran Negara, terhitung hingga 40% dari dana rutin mereka.

c.5. *Purchasing* (Pembelanjaan)

Negara bagian berbeda dalam mengalokasikan dana untuk administrator dan penyedia pelayanan kesehatan. Departemen kesehatan New South Wales, misalnya, mengalokasikan dana untuk delapan Layanan Kesehatan

Area (*Area Health Services*) menurut "formula alokasi sumber daya" (*resource allocation formula*) yang berdasarkan berbagai pendanaan historis, formula berbasis populasi yang ditimbang untuk usia dan jenis kelamin, dengan beberapa penyesuaian untuk penggunaan sumber daya, termasuk tindakan terkait aktivitas seperti *casemix*. Negara bagian lain merundingkan kontrak dengan penyedia, seperti rumah sakit, dan mendanai sebagian rumah sakit dengan formula casemix. Banyak perhatian anggaran dari Departemen Kesehatan Negara, serta Perbendaharaan Negara, berkaitan dengan pembayaran ke rumah sakit sektor publik, karena ini mengambil sebagian besar dari anggaran kesehatan Negara.

Syarat dan ketentuan kontrak dan tingkat pembayaran dokter yang dipekerjakan oleh rumah sakit umum berbeda-beda di setiap negara bagian. Ada dua kategori utama. Petugas medis yang digaji bekerja sebagai karyawan rumah sakit dan dibayar gaji secara full time (penuh waktu). Petugas medis yang berkunjung dilibatkan sebagai kontraktor independen ke rumah sakit dan dapat dibayar dengan biaya layanan untuk setiap prosedur atau berdasarkan sesi untuk jumlah waktu tertentu per minggu.

Pemerintah (Federal, Negara Bagian dan Teritori) menyumbang lebih dari 90% dari semua pendanaan untuk rumah sakit umum. Kontribusi pemerintah Australia, diperkirakan sebesar 49,2% pada tahun 2002-2003, sebagian besar melalui pembayaran berdasarkan Australian Health Care Agreements. Biaya operasional rumah sakit dipenuhi oleh Sates, yang bertanggung jawab untuk mengoperasikan dan mengatur rumah sakit umum dalam yurisdiksi mereka. Kontribusi negara pada 2002–2003 menyumbang 42,9% dari pendanaan untuk rumah sakit umum, dengan sumber non pemerintah menyumbang 7,9%.

3. Pembiayaan kesehatan di Inggris

Pemerintah Inggris Raya (*The United Kingdom Government*) mengumpulkan dana, yang dikumpulkan di tingkat Inggris Raya (*The United Kingdom level*). Departemen Kesehatan mengalokasikan dana kesehatan di Inggris, sementara hibah diberikan ke Irlandia Utara, Skotlandia dan Wales untuk dialokasikan oleh administrasi mereka secara terpisah. Pemerintahan yang dilimpahkan menetapkan kebijakan kesehatan untuk Irlandia Utara, Skotlandia dan Wales, sedangkan kebijakan kesehatan untuk NHS (National Health Service) Inggris diputuskan oleh pemerintah Inggris secara langsung. Para pembuat kebijakan ini mendistribusikan dana dan mengawasi pemberian layanan, umumnya melalui organisasi regional yang berbeda menurut negara, meskipun beberapa layanan, seperti layanan kesehatan yang sangat terspesialisasi, diselenggarakan di tingkat nasional di Inggris, Skotlandia, Wales, dan Irlandia Utara.

a. Sejarah

Layanan Kesehatan Nasional Inggris (NHS-National Health Service) didirikan pada tahun 1948, dengan tujuan menjadi sistem nasional, yang diselenggarakan secara lokal. NHS melayani Inggris, Skotlandia, dan Wales dengan cara yang sama, sementara sistem kesehatan Irlandia Utara beroperasi secara semi-otonom. Fokus selama tahun 1950-an dan 1960-an adalah pada modernisasi fasilitas dan teknologi.

Pada tahun 1974, NHS di Inggris dan Wales diatur ulang sesuai dengan Undang-Undang Reorganisasi Layanan Kesehatan Nasional (National Health Service Reorganization Act) pada tahun 1973, yang menghasilkan pembentukan otoritas kesehatan regional, otoritas kesehatan area dan Komite Praktisi Keluarga (Family Practitioner Committees). Tujuannya adalah untuk menciptakan organisasi dengan tanggung jawab yang ditentukan untuk populasi (bukan rumah sakit), dan untuk menangani divisi tripartit antara rumah sakit, perawatan primer dan layanan kesehatan komunitas yang telah menjadi fitur sistem sejak 1948. Otoritas ini didirikan untuk mengintegrasikan berbagai jenis layanan yang bersifat akut, layanan preventif dan promotif untuk masyarakat. Namun pada tahun 1980-an hal itu dipandang sebagai hambatan efisiensi, sehingga otoritas kesehatan dipindahkan dari otoritas kesehatan daerah ke kabupaten pada tahun 1980.

Pada tahun 1990, pemerintah Konservatif (Conservative government) mengesahkan Undang-Undang Layanan Kesehatan dan Perawatan Masyarakat Nasional (National Health Service and Community Care Act), dengan memperkenalkan pasar internal (*internal market*), yang memisahkan pembelian (*commissioning*) dan penyediaan layanan perawatan kesehatan di seluruh Inggris Raya. Tujuannya adalah untuk meningkatkan efisiensi dan kualitas layanan dengan berpijak pada prinsip pasar yang kompetitif.

Terpilihnya pemerintahan Buruh (Labour government) pada tahun 1997 mengakibatkan reorganisasi lebih lanjut dari layanan kesehatan di Inggris, dengan pelimpahan kekuasaan politik dari parlemen Inggris ke administrasi nasional di Skotlandia, Wales dan Irlandia Utara, yang menyebabkan semakin beragamnya sistem kesehatan di seluruh Inggris Raya. Perkembangan yang lebih baru di Inggris termasuk pengenalan Undang-Undang Perawatan Kesehatan dan Sosial (*Health and Social Care Act*) pada tahun 2012. Ini menghilangkan beberapa hambatan bagi komisaris untuk membeli layanan dari perwalian NHS, sektor swasta, atau sektor sukarela untuk menyediakan layanan yang didanai NHS.

b. Sistem Pembiayaan Kesehatan

b.1. Cakupan (*Coverage*)

Tujuan NHS adalah membuat pelayanan kesehatan dapat diakses oleh semua penduduk resmi Inggris, terlepas dari kemampuan mereka untuk membayar. Dengan demikian, setiap penduduk dapat menggunakan layanan kesehatan NHS, biasanya tanpa membayar di provider pelayanan kesehatan. Terdapat perbedaan kategori penduduk yang dikenal dengan istilah *normally* atau *ordinarily*, namun semua dapat mengakses perawatan kesehatan di mana pun di Inggris Raya. *Ordinarily* berarti bukan warga negara Inggris namun bertempat tinggal tetap disahkan secara hukum. Pengunjung dari luar negeri (*overseas visitors*) dapat menerima perawatan medis darurat secara gratis, tetapi perawatan selanjutnya biasanya dikenakan biaya. Untuk kasus yang tidak darurat, dokter mengenakan biaya sebagai penyedia pelayanan swasta. Dokter diwajibkan oleh hukum untuk menentukan apakah pasien mereka adalah *ordinarily resident*. Ada beberapa pengecualian, terutama untuk anggota European Economic Area (EEA), di mana pengaturan timbal balik diberlakukan untuk penduduk sementara (temporary resident). Perjanjian UE berarti bahwa warga negara anggota UE dapat menerima perawatan medis di negara UE lainnya. Pasien yang bukan dari

negara anggota UE atau EEA dapat menerima perawatan kesehatan di Inggris Raya tetapi akan dikenakan biaya. Pasien Inggris yang melakukan perjalanan ke negara-negara dengan perjanjian timbal balik dapat menerima pengobatan gratis, meskipun pasien yang bepergian ke luar negeri secara khusus untuk menerima pengobatan jarang mendapat kompensasi dari NHS. Pasien dapat mengatur asuransi swasta untuk menanggung perawatan kesehatan mereka saat berada di luar negeri.

b.2. *Collection*

Sebagian besar pendapatan pajak dikumpulkan oleh Her Majesty's Revenue and Customs (HMRC), termasuk pajak penghasilan, PPN, pajak perusahaan dan cukai (untuk bahan bakar, alkohol dan tembakau) dari seluruh Inggris Raya. Umumnya, pajak tidak dialokasikan untuk tujuan tertentu. Selain perpajakan umum, HMRC mengumpulkan Kontribusi Asuransi Nasional (National Insurance Contributions) atas pendapatan yang diperoleh dari semua pemberi kerja, karyawan, dan wiraswasta di Inggris Raya. Perawatan di bawah NHS tidak bergantung pada kontribusi asuransi nasional, tetapi sekitar 10% dari kontribusi asuransi nasional dialokasikan untuk pendanaan NHS. Irlandia Utara, Skotlandia dan Wales kemudian menerima dana dari HM Treasury dalam bentuk hibah yang ditentukan oleh rumus Barnett. Parlemen Skotlandia memperoleh beberapa kekuatan penggalangan pajak sebagai akibat dari devolusi, tetapi tidak digunakan.

b.3 *Pooling of funds*

Setelah dana terkumpul, dana dikumpulkan di tingkat Inggris Raya. Departemen Kesehatan mengalokasikan dana kesehatan di Inggris, dan *block grants* yang mendanai semua layanan (tidak hanya kesehatan) diberikan ke Irlandia Utara, Skotlandia dan Wales yang selanjutnya dikelola oleh masing-masing negara tersebut termasuk alokasi dana untuk kesehatan.

Di Inggris, Departemen Kesehatan mengalokasikan dana kepada Public Health England, yang kemudian mendistribusikannya ke otoritas lokal untuk program kesehatan masyarakat dan ke NHS Inggris. Selanjutnya dana kesehatan tersebut didistribusikan ke kelompok komisioning klinis (clinical commissioning groups) dan layanan spesialis serta perawatan primer. Kelompok komisioning klinis membuat kontrak untuk layanan komunitas dan kesehatan mental, serta untuk layanan rumah sakit umum di distrik mereka. Mulai April 2015, kelompok komisioning klinis juga dapat memainkan peran yang lebih besar dalam menjalankan layanan perawatan primer. NHS Inggris menggunakan kapitasi tertimbang (*weighted capitation*) untuk menentukan tingkat pendanaan untuk kelompok komisioning klinis. Kebutuhan setiap populasi kelompok komisioning klinis dihitung menurut usia, biaya input (seperti biaya staf dan gedung), faktor sosial dan ukuran status kesehatan sebagaimana disempurnakan oleh Komite Penasihat untuk Alokasi Sumber Daya (Advisory Committee on Resource Allocation). Dalam upaya untuk menyediakan perawatan sosial dan kesehatan yang lebih terintegrasi, terutama untuk orang tua dan penyandang cacat, the Better Care Fund diluncurkan pada tahun 2013. Dana tersebut mengumpulkan anggaran sebesar £ 3,8 miliar dari kelompok komisioning klinis, otoritas lokal, dan anggaran NHS untuk perawatan sosial.

Irlandia Utara, Skotlandia dan Wales Skotlandia dan Wales, mirip dengan Inggris, mengalokasikan dana ke dewan kesehatan dan perwalian mereka (dalam kasus Wales) menggunakan rumus kapitasi tertimbang. Dana kesehatan dialokasikan menggunakan rumus kapitasi di Irlandia Utara, meskipun pendekatannya berbeda dalam beberapa hal, terutama dalam penyertaan penyesuaian skala ekonomi yang secara efektif menghubungkan dana ke persediaan rumah sakit lokal. The Wales Bill 2014 memberikan Assembly and the Welsh government fleksibilitas keuangan yang lebih besar dan meningkatkan perangkat kebijakan seperti pelimpahan kekuasaan untuk mendapatkan berdasarkan kasus per kasus, dan untuk mencari pinjaman.

b.3. Pembelanjaan (*Purchasing*)

Tidak ada pembagian pembeli-penyedia (*purchaser-provider*) di Skotlandia dan Wales, yang berarti dewan NHS di Skotlandia dan dewan kesehatan lokal/*local health boards* (LHBs) di Wales keduanya merencanakan dan mendanai pelayanan kesehatan. Berbeda dengan Di Irlandia Utara, dimana terdapat pemisahan antara pembeli dengan penyedia pelayanan kesehatan. Pembagian pembeli-penyedia juga tetap berlaku di Inggris. Di bawah Health and Social Care Act 2012 di Inggris, pasar internal yang didirikan pada tahun 1991 oleh pemerintah Konservatif (Conservative Government) dan disesuaikan pada tahun 1997 oleh pemerintah Buruh (Labour Government), setelah dicoba untuk dihapus, justru diperkuat. Pasar internal yang lebih baru di Inggris terdiri dari pembeli (kelompok komisioning klinis) dan penyedia pelayanan kesehatan yang sebagian besar layanan kesehatan nonprimer. Persaingan di antara penyedia didorong, sebagai cara untuk meningkatkan kualitas layanan (didorong melalui pembayaran melalui mekanisme hasil) dan pengendalian biaya. Setiap tahun NHS mengeluarkan kontrak standar untuk digunakan dalam perjanjian pembeli-penyedia, serta variasi yang diizinkan. Ada aturan untuk penyedia pelayanan kesehatan, baik mencegah mereka terlibat dalam perilaku anti-persaingan dan mengharuskan mereka untuk bekerja sama demi kepentingan pasien.

c. *Out of Pockets* (pembayaran langsung)

Pelayanan peserta NHS sebagian besar gratis tetapi dalam beberapa kasus pasien harus melakukan pembayaran bersama/*co-payments* (untuk barang dan jasa yang ditanggung oleh NHS tetapi membutuhkan pembagian biaya) dan pembayaran langsung (untuk layanan yang tidak tercakup oleh NHS atau untuk perawatan pribadi). Beberapa populasi, seperti anak-anak, pensiunan di atas 65 dan mereka yang berpenghasilan rendah, dapat meminta bantuan untuk penggantian atau pembebasan beberapa pembayaran bersama, meskipun ini bervariasi di seluruh United Kingdom.

Pembagian biaya (biaya pengguna)

Perawatan gigi NHS dikenakan biaya di seluruh Inggris Raya, meskipun ada pengecualian untuk populasi tertentu. Di Inggris dan Wales, ada tiga tingkat untuk membatasi biaya perawatan gigi NHS. Di Skotlandia dan Irlandia Utara, pasien membayar hingga 80% dari biaya pengobatan.

Pembayaran langsung

Layanan mata dasar umumnya tidak tercakup dalam NHS. Tes mata gratis tersedia untuk semua orang di Skotlandia, dan untuk kelompok yang memenuhi syarat seperti anak-anak dan pensiunan di Inggris, Irlandia Utara, dan Wales. Pasien yang memenuhi syarat juga bisa mendapatkan voucher untuk membantu biaya lensa kontak korektif atau kacamata. Obat bebas, menurut definisi, dibeli langsung dan tidak ditanggung oleh NHS. Biaya perjalanan yang dikeluarkan untuk mencapai janji temu NHS dapat diganti, selama pasien memiliki rujukan dan memenuhi ketentuan lain yang berkait dengan pendapatan rendah.

d. *Voluntary Health Insurance* (Asuransi Kesehatan Sukarela)

11% penduduk Inggris Raya memiliki asuransi kesehatan swasta/sukarela. Jenis asuransi kesehatan swasta bervariasi, dari pertanggungan untuk kondisi tertentu seperti kanker, hingga paket yang lebih luas yang mencakup terapi pelengkap dan tes diagnostik rawat jalan elektif. Dari 4 juta orang dengan asuransi kesehatan swasta pada tahun 2011, sekitar 18% membelinya sebagai individu, dengan 82% sisanya memiliki asuransi kesehatan swasta berbasis perusahaan. Perusahaan asuransi membebankan premi berdasarkan ruang lingkup pertanggungan, pilihan produk seperti kebijakan harga tetap atau biaya berlebih, sifat dan tingkat risiko yang diambil perusahaan asuransi, dan biaya pematuhan terkait dengan keuntungan perusahaan asuransi.

4. Pembiayaan kesehatan di Thailand

a. Sistem Pembiayaan Kesehatan

a.1. *Sources of Revenue*

Sistem kesehatan Thailand dibiayai oleh campuran sumber pembiayaan, yaitu pajak umum, kontribusi asuransi sosial, premi asuransi swasta, dan pembayaran langsung dari kantong (Out Of Pockets-OOP). Pengenalan UCS pada tahun 2001, yang dilaksanakan sepenuhnya pada tahun 2002, secara signifikan meningkatkan pembelanjaan kesehatan publik (total health expenditure), sementara pembayaran OOP rumah tangga berkurang secara signifikan. Konseptualisasi hubungan antara tiga pemangku kepentingan: (a) populasi yang bertanggung jawab untuk membayar pajak penghasilan pribadi atau pajak perusahaan (dalam kasus pemberi kerja) atau pajak tidak langsung melalui item konsumsi seperti pajak pertambahan nilai 7% atau berkontribusi pada Jaminan Kesehatan Sosial (Social Health Insurance-SHI) mendanai jika mereka adalah karyawan atau pemberi kerja sektor swasta (penerima manfaat ini mungkin jatuh sakit dan menjadi pasien); (b) tiga publik utama organisasi pembeli yang mengelola tiga skema; dan (c) penyedia layanan kesehatan publik dan swasta di seluruh negeri. Setelah mencapai jaminan kesehatan universal pada tahun 2002, terdapat tiga skema asuransi publik untuk seluruh populasi. Selain tiga pengelola dana publik utama untuk seluruh populasi, asuransi swasta sukarela juga menyediakan perlindungan asuransi dengan basis kompetitif terutama bagi mereka yang berpenghasilan tinggi.

Sumber pembiayaan wajib

Berdasarkan undang-undang, terdapat tiga sumber pembiayaan wajib di Thailand, Social Health Insurance (SHI) dan Skema Kompensasi Pekerja

(Workmen's Compensation Scheme) adalah melalui pembiayaan pajak gaji, sedangkan Skema Asuransi Perlindungan Kecelakaan Lalu Lintas (Traffic Accident Protection Insurance Scheme) melalui pembiayaan pajak non-gaji.

Social health insurance

Kompensasi kematian, kompensasi kecacatan, tunjangan anak, pengangguran dan pensiun hari tua) ditawarkan kepada karyawan sektor swasta melalui pemberlakuan Undang-undang Jaminan Sosial (Social Security Act) pada tahun 1990. Tunjangan jangka pendek termasuk ke dalam komponen SHI dilaksanakan pertama kali pada bulan April 1991, sedangkan jangka panjang lainnya seperti tunjangan anak, pengangguran dan pensiun hari tua diterapkan secara bertahap di tahap selanjutnya. SHI mencakup karyawan di sektor swasta formal, tidak termasuk pasangan dan anak, yang dibiayai oleh kontribusi tripartit, baik dari karyawan, pemberi kerja dan pemerintah, dan dikelola oleh Kantor Jaminan Sosial (SSO) Kementerian Tenaga Kerja (*Social Security Office-SSO of the Ministry of Labour.*).

Workmen's Compensation Scheme (WCS)

Skema Kompensasi Pekerja Skema Kompensasi Pekerja (WCS) secara resmi ditetapkan melalui Peraturan Pemerintah pada tanggal 16 Maret 1972 untuk menutupi pengeluaran medis yang berkaitan dengan cedera kerja dan penyakit akibat kerja, kompensasi kematian dan kecacatan. Setelah lebih dari dua dekade implementasi, Undang-Undang Kompensasi Pekerja (Workmen's Compensation Act) tahun 1994 menggantikan peraturan tahun 1972 yang sudah ketinggalan zaman, dikelola oleh Kantor Kompensasi Pekerja (Workmen Compensation Office), bagian dari SSO. WCS hanya dibiayai oleh pemberi kerja setiap tahun. Kontribusi tersebut dinilai dari total upah karyawan dikalikan dengan besaran iuran menurut jenis usahanya, yang bervariasi dari 0,2% hingga 1,0% dari upah berdasarkan peringkat risiko menurut klasifikasi industri. Tarif tersebut digunakan untuk empat tahun pertama kontribusi. Pada tahun kelima, besaran iuran dasar ini dapat meningkat atau menurun tergantung pada catatan kecelakaan (dan juga besarnya kompensasi kepada karyawan) dari masing-masing perusahaan.

Traffic Accident Protection Insurance

Undang-undang Perlindungan Korban Lalu Lintas (The Traffic Victim Protection Act,), yang diundangkan pada tahun 1992, mewajibkan semua pemilik kendaraan untuk membayar premi ke skema yang mencakup perawatan untuk cedera lalu lintas dan hibah pemakaman bagi korban. Meskipun merupakan skema publik wajib, skema ini dikelola oleh perusahaan asuransi nirlaba swasta - rasio kerugian skema ini rendah (sekitar 40%), dengan pengeluaran administrasi dan keuntungan yang besar. Sehubungan dengan tercapainya jaminan kesehatan universal pada tahun 2002, ketentuan dalam Undang-undang ini menduplikasi UHC; namun, upaya reformasi sebelumnya telah gagal karena masalah pada manfaat (entrenched benefit) di seluruh pemangku kepentingan yang terlibat dalam bisnis ini: pialang asuransi, perusahaan asuransi, Asosiasi Asuransi Thailand (Insurance Association of Thailand,), dan Departemen Asuransi Kementerian Perdagangan (Department of Insurance of Ministry of Commerce.). Ada keluhan masyarakat tentang kurangnya perhatian dari perusahaan asuransi,

dan perselisihan dengan rumah sakit tentang siapa yang bertanggung jawab atas tagihan tersebut.

a.2. Coverage

Sejak 2002, Thailand telah memiliki tiga skema asuransi kesehatan umum utama yang mencakup seluruh penduduk. Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) adalah tunjangan bagi pegawai pemerintah dan tanggungan untuk mengkompensasi gaji yang relatif lebih rendah (dibandingkan dengan harga pasar) di sektor publik. Ini adalah skema nonkontribusi yang dibiayai pajak. Pegawai pemerintah dan pensiunan dan tanggungan mereka (orang tua, pasangan, dan tidak lebih dari tiga anak di bawah usia 20 tahun) disediakan berbagai layanan medis.

SHI melindungi 9-10 juta karyawan sektor swasta di perusahaan yang memiliki lebih dari satu karyawan, untuk kondisi yang tidak terkait dengan pekerjaan, sedangkan Dana Kompensasi Pekerja (Workmen's Compensation Fund) digunakan untuk membiayai cedera, penyakit, atau kematian yang terkait pekerjaan. SHI menanggung pekerja individu (tidak termasuk keluarga), kecuali tunjangan persalinan yang mencakup pasangan dari penerima manfaat laki-laki. Ini adalah skema pembiayaan pajak gaji tripartit wajib yang sama-sama dikontribusikan oleh pemberi kerja, karyawan, dan pemerintah untuk risiko yang tidak terkait dengan pekerjaan, sakit dan cedera, tunjangan persalinan dan uang tunai untuk kecacatan, pensiun hari tua dan santunan kematian. Skema ini dimulai dengan cakupan karyawan di perusahaan dengan lebih dari 20 pekerja ketika diluncurkan pada tahun 1991. Skema ini kemudian secara bertahap diperluas untuk mencakup perusahaan dengan lebih dari 10 karyawan, lebih dari lima dan akhirnya lebih dari satu pekerja pada bulan April 2003.

Universal Coverage Scheme (UCS) mencakup populasi yang bukan penerima CSMBS maupun SHI. Selain tiga skema asuransi kesehatan publik, asuransi kesehatan swasta pun berperan dalam pembiayaan kesehatan yang mencapai 2,2% dari total populasi.

a.3 Collection

Pada tahun 1994, porsi belanja kesehatan oleh GGHE lebih kecil daripada belanja swasta (asuransi kesehatan swasta dan OOP). Akan tetapi, proporsi GGHE secara bertahap meningkat dan melampaui pengeluaran swasta, dan menjadi sumber pembiayaan yang dominan setelah krisis ekonomi Asia 1997 dan munculnya UCS pada tahun 2002. SHI bukanlah penyumbang utama dalam pengeluaran kesehatan. SHI menyumbang 2,9% dari THE pada tahun 1994 dan secara bertahap meningkat menjadi sekitar 7–8% selama 2005–2010. Ini tidak pernah melampaui 8% dari THE karena terbatasnya populasi karyawan di sektor swasta formal. OOP rumah tangga adalah bagian terbesar pada tahun 1994, sebesar 44,5% dari THE, hingga krisis ekonomi Asia 1997 dan kemudian perlahan dan pasti turun menjadi 13,9% pada tahun 2010. Pendanaan dari sumber eksternal dapat diabaikan.

a.4. Pooling of funds

Ada empat agen pengumpul dana utama, yaitu Comptroller General Department (CGD) untuk CSMBS, SSO untuk SHI, NHSO untuk UCS, dan perusahaan asuransi swasta untuk skema asuransi kesehatan sukarela.

Agensi ini memainkan dua peran - mengumpulkan dana dan membeli layanan atas nama masing-masing anggotanya.

NHSO dan CGD tidak memiliki peran pengumpulan; pendanaan mereka untuk penerima manfaat dan administrasi berasal dari anggaran pemerintah melalui Anggaran tahunan. Pengumpulan dana adalah tanggung jawab departemen pendapatan yang bertanggung jawab dari Kementerian Keuangan (Ministry of Finance). SSO memainkan peran ganda dari pengumpulan dan penyatuhan pendapatan, melalui transfer elektronik wajib oleh pemberi kerja dari kontribusi pajak gaji setiap bulan. Selain itu, SSO menerima kontribusi pemerintah tahunan sebagai bagian dari kontribusi tripartit SHI. Biaya administrasi SSO disubsidi oleh anggaran operasional tahunan pemerintah untuk SSO karena merupakan salah satu departemen di bawah yurisdiksi Kementerian Tenaga Kerja (Ministry of Labour).

Perusahaan asuransi swasta juga memainkan peran ganda - mengumpulkan dan mengumpulkan premi dari anggotanya setiap tahun, karena polis diperbarui (atau dihentikan) setiap tahun, dan membeli layanan untuk anggotanya, seringkali dari penyedia swasta.

b. *Out of Pockets* (pembayaran langsung)

OOP terus menurun sejak tahun 1994, karena Thailand secara bertahap memperluas perlindungan risiko keuangan kesehatan dengan menggunakan beberapa pendekatan; misalnya, kesejahteraan sosial bagi masyarakat miskin dan rentan, termasuk lansia dan anak di bawah 12 tahun; asuransi kesehatan bersubsidi publik sukarela untuk sektor informal yang tidak miskin. Ketika cakupan kesehatan universal tercapai pada tahun 2002, paket manfaat menjadi komprehensif dan OOP turun menjadi 27,2% dari THE. OOP secara bertahap menurun lebih jauh menjadi 12,4% dari THE pada tahun 2011. Rumah tangga berkewajiban untuk membayar OOP untuk layanan yang disediakan oleh fasilitas kesehatan publik atau swasta yang tidak tercakup dalam paket manfaat dari tiga skema asuransi kesehatan publik, mis. obat yang diresepkan sendiri di apotek swasta, layanan yang disediakan oleh klinik dan rumah sakit swasta atau jaringan penyedia publik tanpa rujukan oleh jaringan terdaftar mereka (rujukan mandiri), atau untuk layanan pada daftar negatif yang diumumkan oleh SHI dan UCS.

c. *Voluntary Health Insurance* (Asuransi Kesehatan Sukarela)

Pada tahun 1993, Thailand memperkenalkan asuransi kesehatan sukarela publik (disebut Health Card Project), yang sebagian disubsidi oleh anggaran pemerintah. Ketika UCS diimplementasikan sepenuhnya pada tahun 2002, Health Card Project secara otomatis dihentikan dan diganti oleh UCS. Hanya asuransi kesehatan sukarela swasta yang sekarang tersedia. Asuransi komersial pribadi telah beroperasi di pasar Thailand sejak 1929 sebagian besar untuk penduduk yang kaya. Ada dua jenis polis asuransi kesehatan swasta: mayoritas skema menyediakan asuransi kesehatan sebagai bagian dari polis asuransi jiwa, dan pasar yang sangat kecil hanya menyediakan asuransi kesehatan. Kedua jenis tersebut juga menyediakan polis asuransi individu dan kelompok. Perusahaan asuransi swasta diatur oleh komisi independen yang dibentuk oleh Insurance Business Regulation and Support Act 2007, Kantor Komisi Asuransi (The Office of Insurance Commission. Ini merupakan reformasi besar, karena sebelumnya pengaturan

bisnis asuransi dilakukan oleh Departemen Perasuransian Kementerian Perdagangan (Department of Insurance of the Ministry of Commerce).

Latihan 4

1. Sebutkan system pembiayaan kesehatan di Australia (revenue collection, pooling funds dan perchasing)!
2. Jelaskan asuransi kesehatan nasional di Jerman!
3. Sebutkan skema pembiayaan kesehatan nasional di Thailand!

Jawaban 4

1. Sebutkan system pembiayaan kesehatan di Australia (revenue collection, pooling funds dan perchasing)
 - Asuransi kesehatan nasional di Australia dikenal dengan nama Medicare yang pendanaannya di peroleh dari pajak dengan kontribusi sebesar 1,5% dari pendapatan.
 - Revenue: diperoleh sebagian besar diperoleh dari pajak dan sebagian lagi dari asuransi wajib pembayaran pribadi.
 - Pooling funds: Persemakmuran mengeluarkan biaya kesehatan sebagian besar melalui tiga skema: Medicare (yang mengganti perawatan medis swasta non-rumah sakit), Pharmaceuticals Benefits Scheme, dan the Australian Health Care Agreements (pendanaan untuk rumah sakit umum). Alokasi dana oleh Persemakmuran ke States dinegosiasikan melalui Commonwealth Grants Commission.
 - Purchasing: Departemen kesehatan New South Wales, mengalokasikan dana untuk delapan Layanan Kesehatan Area (*Area Health Services*) berdasarkan formula alokasi sumber daya (*resource allocation formula*) yang dilihat dari berbagai pendanaan historis, formula berbasis populasi seperti usia dan jenis kelamin. Metode pembayaran kepada rumah sakit adalah dengan metode casemix.
2. Jelaskan asuransi kesehatan nasional di Jerman!

Jerman secara luas dianggap sebagai negara pertama yang memperkenalkan sistem jaminan sosial dan kesehatan nasional yang dikenal dengan *Social Health Insurance* (SHI). Persyaratan asuransi kesehatan wajib diperkenalkan di tingkat nasional pada tahun 1883 selama masa jabatan kanselir Otto Von Bismarck dan diperluas selama abad berikutnya ke bidang kecelakaan dan penyakit akibat kerja (1884), usia tua dan cacat (1889), pengangguran (1927) dan perawatan jangka panjang (1994). Sistem Bismarck ini didasarkan pada prinsip-prinsip keanggotaan wajib dan kontribusi yang tidak terkait risiko yang dipisahkan dari pendapatan pajak umum. Saat ini di Jerman SHI merupakan sumber utama pembiayaan perawatan kesehatan, mencakup 70 juta orang atau 85% populasi pada tahun 2012. Populasi yang diasuransikan terdiri dari 35% anggota wajib (tanpa pensiunan), 18% tanggungan anggota wajib, 21% pensiunan, 2% tanggungan pensiunan, 5% anggota sukarela dan 4% tanggungan anggota sukarela.
3. Sebutkan skema pembiayaan kesehatan nasional di Thailand!

Thailand mempunyai tiga skema asuransi kesehatan publik, yaitu a) Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) yang diperuntukkan untuk para pegawai negeri sipil dan keluarga yang ditanggung, b) Social Health Insurance Scheme (SHI) untuk

karyawan sektor swasta dan c) Universal Coverage Scheme (UCS) untuk penduduk lainnya yang tidak tercover dalam CSMBS dan SHI.

Rangkuman 4

Negara-negara mempunyai model yang berbeda-beda di dalam menerapkan jaminan kesehatan semesta (*universal health coverage*) untuk masyarakatnya. Jerman adalah negara yang menjadi pelopor dalam mengembangkan asuransi kesehatan nasional yang dikenal dengan nama Social Health Insurance (SHI). Selanjutnya adalah Inggris yang dikenal dengan sebutan National Health Service (NHS). Di Australia sistem kesehatan nasional dikenal dengan nama Medicare, sementara di Thailand dikenal dengan nama SHI (*Social Health Insurance*).

Di Jerman *Social Health Insurance* (SHI) merupakan sumber utama pembiayaan kesehatan, mencakup 70 juta orang atau 85% populasi pada tahun 2012. Populasi yang diasuransikan terdiri dari 35% anggota wajib (tanpa pensiunan), 18% tanggungan anggota wajib, 21% pensiunan, 2% tanggungan pensiunan, 5% anggota sukarela dan 4% tanggungan anggota sukarela. Sebanyak 9,0 juta orang atau 11% menggunakan *Private Health Insurance* (PHI), yang mencakup sekitar 5% pegawai negeri (termasuk pensiunan pegawai negeri sipil dan tanggungan mereka) dengan perawatan pemerintah gratis dan polis asuransi swasta yang mencakup sisanya. Selain itu, 4% dari populasi dilindungi oleh skema pemerintah khusus sektor lainnya (militer, orang-orang dalam layanan substitusi, polisi, kesejahteraan sosial dan bantuan untuk imigran pencari suaka).

Australia memiliki sistem kesehatan yang sebagian besar didanai oleh publik yang dibiayai melalui perpajakan umum dan sedikit pungutan asuransi kesehatan berbasis pajak wajib. Medicare, skema asuransi kesehatan nasional yang didanai pajak, menawarkan pasien akses bersubsidi ke dokter pilihan mereka untuk perawatan di luar rumah sakit, perawatan rumah sakit umum gratis dan obat-obatan bersubsidi.

Sistem Kesehatan di Inggris dikenal dengan nama *National Health Service* (NHS) didirikan pada tahun 1948, adalah suatu sistem kesehatan yang didanai dan dikelola oleh pemerintah secara nasional yang sebagian besar bersumber dari pajak umum (tax-funded). NHS melayani Inggris, Skotlandia, dan Wales dengan cara yang sama, sementara sistem kesehatan Irlandia Utara beroperasi secara semi-otonom.

Pada tahun 2002, seluruh penduduk Thailand dilindungi oleh tiga skema asuransi kesehatan publik, yaitu a) *Civil Servant Medical Benefit Scheme* (CSMBS) yang diperuntukkan untuk para pegawai negeri sipil dan keluarga yang ditanggung, b) *Social Health Insurance Scheme* (SHI) untuk karyawan sektor swasta dan c) *Universal Coverage Scheme* (UCS) untuk penduduk lainnya yang tidak tercover dalam CSMBS dan SHI.

Tes Formatif 4

1. Sumber utama pembiayaan kesehatan di Jerman adalah?
 - a. Asuransi kesehatan Nasional
 - b. Asuransi kesehatan swasta
 - c. *Out of Pocket*
 - d. Pemberi kerja (employer)
 - e. Pajak
2. Australia menerapkan sistem asuransi kesehatan universal yang didanai pajak. Apakah nama asuransi tersebut?

- a. *NHS (Nasional Health Service)*
 - b. *Medicare*
 - c. *SHI (Social Health Insurance)*
 - d. *AKN (Asuransi Kesehatan Nasional)*
 - e. *PHI (Private Health Insurance)*
3. Pemerintah Inggris menjamin kesehatan untuk penduduk yang bukan warga negaranya namun menetap secara legal. Apakah istilah yang digunakan untuk penduduk tersebut?
- a. *Resident*
 - b. *Citizen*
 - c. *Ordinarily Resident*
 - d. *Occupant*
 - e. *Immigrant*
4. Thailand menerapkan 3 sumber pembiayaan wajib dalam asuransi kesehatan nasional. manakah yang bersumber dari pajak gaji?
- a. *Social Health Insurance*
 - b. *Workmen's Compensation Scheme*
 - c. *Traffic Accident Protection Insurance Scheme*
 - d. *Civil Servant Medical Benefit Scheme*
 - e. *Universal Coverage Scheme*
5. Asuransi kesehatan nasional Thailand untuk para pegawai negeri sipil dan keluarganya disebut?
- a. *Social Health Insurance*
 - b. *Workmen's Compensation Scheme*
 - c. *Traffic Accident Protection Insurance Scheme*
 - d. *Civil Servant Medical Benefit Scheme*
 - e. *Universal Coverage Scheme*

Jawaban tes formatif

- 1. A
- 2. B
- 3. C
- 4. B
- 5. D

Cocokkanlah jawaban Saudara dengan kunci jawaban Tes Formatif 4 yang terdapat di bagian modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus dibawah ini untuk mengetahui tingkat penguasaan Saudara terhadap materi Modul 4.

Tingkat Penguasaan = Jumlah jawaban yang benar X 100%

Jumlah Soal

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100%	: baik sekali
80 – 89%	: baik

70 – 79% : cukup
< 70% : kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, saudara dapat meneruskan dengan kegiatan belajar materi modul 5. Bagus! jika masih dibawah 80% saudara harus mengulangi materi kegiatan belajar modul 4, terutama bagian yang belum dikuasai.

Modul 5: Jaminan Kesehatan Nasional

Metode Pembelajaran	Estimasi Waktu	Capaian Pembelajaran Mata Kuliah
Kuliah Interaktif Diskusi <i>Question Based Learning</i>	100 menit	<ul style="list-style-type: none">• Mahasiswa mampu menjelaskan perjalanan jaminan kesehatan di Indonesia• Mahasiswa mampu menjelaskan model pembiayaan kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)• Mahasiswa mampu menjelaskan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Materi 5

1. Perjalanan jaminan kesehatan di Indonesia

Perjalanan jaminan kesehatan di Indonesia memiliki sejarah yang panjang, yang dimulai pada masa penjajahan dan ditandai dengan perubahan dari pengobatan tradisional yang berakar pada sistem Tionghoa menjadi pengobatan Barat. Pada awal abad ke-20, Belanda menetapkan skema asuransi kesehatan wajib bagi pegawai negeri. Penyedianya adalah rumah sakit pemerintah, yang memberikan paket tunjangan gratis dan komprehensif. Pada tahun 1938, semua pegawai negeri dan keluarganya termasuk dalam paket tunjangan yang sama; pada tahun 1948, pembayaran bersama 3 persen untuk layanan rawat inap diperkenalkan.

Setelah Indonesia merdeka pada tahun 1945, peraturan mengenai asuransi kesehatan pegawai negeri yang berlaku selama pemerintahan Hindia Belanda berlaku bagi pejabat pemerintah melalui skema Asuransi Kesehatan (Health Insurance), atau Askes. Anggaran disediakan untuk Kementerian Kesehatan (Kemenkes) dan rumah sakit diganti untuk layanan yang diberikan kepada pegawai negeri dengan gaji di bawah pagu tetap. Layanan kesehatan gratis di rumah sakit umum dan dapat diganti *reimburst system* di rumah sakit swasta. Untuk layanan rawat inap dikenakan biaya 3 persen.

Kemudian pada tahun 1968 didirikan Askes Persero, yang sebelumnya adalah PT Askes melalui Instruksi Presiden No. 230/1968 untuk membiayai dan memberikan layanan asuransi kesehatan kepada PNS aktif dan pensiunan, termasuk anggota keluarga langsung mereka. Selain itu, Peraturan Menteri Kesehatan No. 1/1968 memberikan hak ekslusif ke P.T. Askes untuk mengelola dana asuransinya sendiri untuk mendukung operasional administratif dan fungsional. Mulai tahun 1991, P.T.

Askes memperluas pasar dan cakupan produknya dengan penyediaan program asuransi kesehatan komersial kepada publik. Pada tahun 1992, Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jaminan Sosial Tenaga Kerja), atau Jamsostek, program berbasis jaminan sosial untuk karyawan dan pemberi kerja swasta diperkenalkan.

Menghadapi terjadinya krisis keuangan dan ekonomi di Indonesia pada tahun 1997-1998, Pemerintah melakukan pendaekatann terhadap pembiayaan yang berpihak pada masyarakat miskin dan sejumlah upaya telah dilakukan untuk mengatasi keadaan yang parah tersebut. Dana donor meningkat tajam pada tahun 1998-1999 sehingga Pemerintah Indonesia mengembangkan beberapa program yang ditargetkan untuk meredam guncangan ekonomi dari krisis terhadap masyarakat miskin dan kelompok rentan lainnya. Program-program ini secara bersama-sama disebut sebagai program Jaring Pengaman Sosial atau JPS. Skema JPS mencakup upah kerja, penjualan beras bersubsidi, beasiswa yang ditargetkan, subsidi kesehatan, dan hibah blok desa. Selain itu, selama periode ini, Kemenkes terlibat dalam mendorong berbagai inisiatif berbasis masyarakat dan sukarela, termasuk promosi Pembangunan Masyarakat Desa (Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa) dan perawatan kesehatan yang dikelola masyarakat berdasarkan model organisasi pemeliharaan kesehatan Amerika (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat, atau JPKM).

Jaminan kesehatan semesta mulain dikembangkan pada tahun 2004 dengan diperkenalkannya program kesehatan baru untuk masyarakat miskin yaitu Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) yang dirancang untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan. untuk orang miskin. Program ini memiliki dua komponen: (a) dana operasional yang diberikan ke Puskesmas dalam bentuk pembayaran kapitasi; dan b) skema asuransi kesehatan biaya-untuk-layanan (fee for service), yang mencakup tempat tidur rumah sakit kelas tiga dan diganti melalui P.T. Askes. Program ini berbeda dari program sebelumnya untuk masyarakat miskin dalam dua hal utama: (i) program ini memberikan hibah kepada P.T. Askes, yang kemudian menargetkan masyarakat miskin dengan kartu Askeskin dan pengembalian klaim rumah sakit, dan (ii) kartu penerima dalam program ini ditargetkan secara individual. Awalnya ada 36,1 juta penerima manfaat; namun, target tersebut segera diperluas hingga mencakup lebih dari 76 juta orang pada tahun 2008 di bawah program yang disebut Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

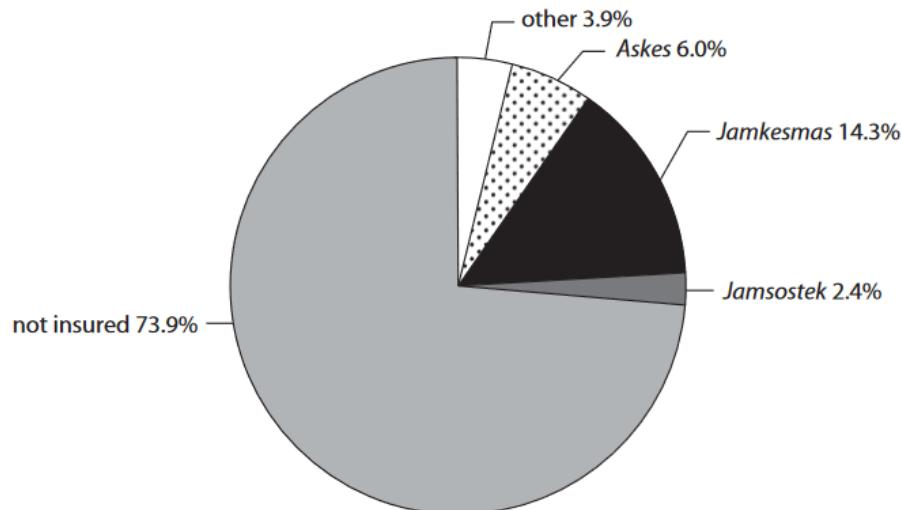
Tabel 2 Overview of Social Health Insurance Landmarks in Indonesia

Year	Initiative
1968	Health insurance for civil servants – Askes
1974–90	Promotion and experiments in community-based health insurance (CBHI) – <i>Dana Sehat</i>
1992	Social security for private sector employees – Jamsostek, JPKM (HMOs), and CBHI
1997	Financial crisis
1998	MoH attempt to mandate HMOs fails
1999	JPS (Social Safety Net): financial assistance for the poor, ADB loan
2000	Comprehensive review of health insurance and amendment of constitution to prescribe the rights to health care
2001	Decentralization law implemented
2001	Comprehensive review of social security system
2002	Amendment of constitution on the right to social security; President establishes a task force on social security
2003	Parliament initiates a bill on National Social Health Insurance (June) Task force finishes drafting bill on National Social Security including health, occupational health, provident fund and pension, and death benefits (December)
2004	Bill on National Social Security enacted (October 19)
2005	Preparation for extension of insurance coverage to 36.4 million poor people
2008	MoH covers 76.4 million poor and near poor through Askeskin/Jamkesmas programs; National Social Security Council established (October 2008)

Sumber: Thabraney, 2007 dalam Claudia Rokx... (et al), 2009

Berdasarkan data Susenas tahun 2007 sebagian besar penduduk Indonesia belum mempunyai jaminan kesehatan. Hanya masyarakat yang tidak mampu/miskin dan pegawai negeri serta pekerja saja yang sudah terjamin kesehatannya melalui mekanisme asuransi sosial.

Gambar 9 Populasi Penduduk Indonesia Yang Terlindungi Asuransi Kesehatan



Source: Susenas 2007.

Pada 1 Januari 2011 Pemerintah meluncurkan Program Jampersal yaitu program jaminan persalinan yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi pada saat melahirkan. Program ini menjamin kesehatan untuk ibu hamil mulai dari pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan KB dan pelayanan bayi baru lahir. Ibu hamil yang belum memiliki jaminan persalinan dapat menggunakan fasilitas ini secara gratis di pelayanan kesehatan pemerintah atau swasta yang telah menjalin kerjasama dengan Tim Pengelola Jamkesmas.

Ketiga program yang telah diluncurkan Pemerintah yaitu Askeskin, Jamkesmas dan Jampersal pada tahun 2014 dilebur menjadi satu melalui skema asuransi sosial yang bertujuan untuk mencapai *universal health coverage* (UHC) atau kesehatan untuk semua. UHC merupakan rekomendasi dari WHO dan amanah dari Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Program ini disebut dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Pemerintah membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai badan pengelola.

2. Model Pembiayaan Kesehatan dalam JKN

Pemerintah Indonesia pada tahun 2004 telah menerbitkan undang-undang jaminan sosial nasional (UU SJSN) yang bertujuan untuk memberikan jaminan agar masyarakat Indonesia terpenuhi kebutuhan hidupnya secara layak melalui mekanisme asuransi sosial. Jenis program jaminan sosial tersebut adalah jaminan kesehatan, kecelakaan kerja, hari tua, pensiun dan kematian.(Indonesia, 2004). Sistem jaminan sosial ini dapat berjalan apabila telah dibentuk badan penyelenggara jaminan sosial sehingga pada tahun 2011 Pemerintah mengeluarkan undang-undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang meliputi pembentukan BPJS Kesehatan untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan untuk menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, hari tua, pensiun dan kematian.(Pemerintah Republik Indonesia, 2011)

Beberapa masalah dikemukakan mengapa UU SJSN yang dikeluarkan pada tahun 2004 tidak segera diimplementasikan sehingga pada tahun 2011 baru terbentuk UU BPJS. Masalah pertama adalah dengan diberlakukannya sistem jaminan sosial yang kepersertaannya mencakup seluruh masyarakat Indonesia dan bersifat wajib maka perlu adanya transformasi perubahan badan hukum privat yaitu PT Jamsostek, PT Taspen, PT Asabri, PT Askes sebagai perusahaan yang sebelumnya telah menyelenggarakan jaminan tenaga kerja perusahaan swasta, jaminan tabungan hari tua/pension untuk pegawai negeri sipil, jaminan pension untuk pegawai Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ABDRI) dan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi pegawai negeri sipil aktif dan pensiun, TNI/Polri aktif dan pension, Perintis Kemerdekaan, Veteran dan Badan Usaha lainnya melebur menjadi badan hukum publik yaitu BPJS. Transformasi ini berjalan lambat karena belum tercapainya kesepakatan di kalangan Pemerintah sendiri.(Sayekti Waras & Sudarwati, 2004) Masalah lain yang terjadi dalam implementasi UU SJSN dan UU BPJS adalah besaran iuran JKN dan dana awal pelaksanaan JKN, adanya ambiguitas dalam pengertian masyarakat miskin dan tidak mampu, masalah teknis yang terkait dengan penyediaan pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dan puskesmas baik yang dimiliki oleh Pemerintah maupun kerjasama dengan swasta dan pemutakhiran data penduduk yang berhak menerima bantuan iuran dari Pemerintah (PBI). (Salim, 2013)

10 tahun setelah SJSN diundangkan, pada tanggal 1 Januari 2014 Pemerintah meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan menunjuk BPJS Kesehatan sebagai badan penyelenggara. BPJS Kesehatan adalah transformasi dari

badan usaha PT Askes. Untuk mengatur implementasi dari program ini maka Pemerintah menerbitkan Peraturan Presiden No 111 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. JKN mempunyai tujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan kepada seluruh rakyat Indonesia dengan menganut prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Prinsip asuransi sosial mengatur kepesertaan yang bersifat wajib untuk seluruh warga negara Indonesia. Asuransi sosial mempunyai makna adanya gotong royong di antara para peserta yaitu gotong royong resiko sakit dari penduduk sehat ke penduduk yang sakit dan gotong royong pembiayaan katastropik dari penduduk yang kaya terhadap penduduk yang miskin. Prinsip ekuitas mengandung makna bahwa seluruh lapisan masyarakat mempunyai akses ke pelayanan kesehatan tanpa adanya hambatan keuangan.(Bappenas, 2015)

3. Sistem Pembiayaan Kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Apabila menelaah dari konsep pembiayaan kesehatan yang terdiri dari prinsip-prinsip revenue collection, pooling risk dan purchasing, maka implementasi JKN dari ketiga prinsip tersebut adalah sebagai berikut:

a. Revenue Collection

Revenue collection atau pengumpulan pembiayaan adalah salah satu fungsi dari pembiayaan kesehatan yang berfokus terhadap siapa yang akan membayar upaya kesehatan, jenis pembayaran dan siapa yang akan mengumpulkan pembiayaan tersebut. Pada JKN sumber pembiayaan berasal dari Pemerintah dan Masyarakat. Dana yang berasal dari Pemerintah dialokasikan dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) yang bersumber dari penerimaan pajak, pendapatan negara bukan pajak dan pendapatan asli daerah. Sumber dana ini ditujukan kepada penduduk yang tidak mampu/miskin yang selanjutnya disebut dengan PBI (Penerima Bantuan Iuran). Sedangkan dana dari masyarakat adalah dana yang dikumpulkan dari iuran kepesertaan:

1. Para Pekerja Penerima Upah (PPU) dan anggota keluarganya yaitu Pejabat Negara, Pimpinan dan Anggota DPR, PNS, TNI/Polri, Pegawai Swasta, Kepala Desa dan Perangkatnya serta pegawai lain yang menerima upah/gaji.
2. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan anggota keluarganya adalah Pekerja Mandiri atau Pekerja yang Bukan Penerima Upah/Gaji termasuk warga negara asing yang telah bekerja minimal 6 (bulan) di Indonesia
3. Bukan Pekerja (BP) dan anggota keluarganya adalah Penerima Pension, Veteran, Perintis Kemerdekaan, Pemberi Kerja, Investor.(Presiden RI, 2013)

Iuran JKN dibayarkan secara teratur dan besarannya ditetapkan oleh Peraturan Presiden. Adapun pembayar iuran adalah sebagai berikut:

1. Peserta PBI dibayar oleh Pemerintah.
2. Peserta PPU dibayar oleh Pemberi Kerja dan Pekerja yang besarannya dihitung dari presentase upah yang diterima.
3. Peserta PBPU dan BP dibayar oleh peserta yang bersangkutan yang besaran iurannya adalah sejumlah nominal tertentu yang ditetapkan oleh Pemerintah.

b. Risk pooling

Risk pooling/pengumpulan risiko mengacu pada pengumpulan dan pengelolaan sumber daya keuangan sehingga risiko finansial individu yang besar dan tidak dapat diprediksi menjadi dapat diprediksi dan didistribusikan di antara

semua anggota kelompok. Pengumpulan dan pengelolaan dana dilakukan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS). Sebagai pengelola dana jaminan social maka BPJS JKN maka BPJS mempunyai tugas mulai dari penerimaan pendaftaran peserta, pengumpul iuran, pengelola dana, pembayaran kepada fasilitas kesehatan dan hal-hal lain seperti penyediaan informasi penyelenggaraan JKN. Sebagai satu-satunya lembaga *pooling* (penampung dana jaminan sosial), maka BPJS juga mempunyai kewenangan untuk menggunakan dana tersebut untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mematuhi prinsip-prinsip likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana dan hasil investasi. BPJS pun mengatur proses pembelian (*purchasing*) dan pembayaran (*payment*) kepada fasilitas kesehatan.(Fuady, 2019)

Manfaat jaminan kesehatan yang diperoleh masyarakat meliputi layanan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitative. Manfaat layanan preventif dan promotif yang diberikan adalah sebagai berikut:

1. Penyuluhan kesehatan perorangan: pengelolaan faktor risiko penyakit dan PHBS (perilaku hidup bersih dan sehat)
2. Imunisasi rutin/dasar: Baccile Calmette Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis B (DPT HB), Polio, dan Campak
3. Keluarga Berencana: konseling dan pelayanan kontrasepsi termasuk vasektomi dan tubektomi
4. Skrining kesehatan dilakukan secara selektif untuk mendektesi risiko penyakit dan menegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu

Manfaat kuratif dan rehabilitatif meliputi manfaat medis dan non medis. Manfaat medis diberikan sesuai indikasi medis dan sesuai dengan standar pelayanan tanpa membedakan besarnya iuran peserta. Manfaat non medis berupa ambulan dan akomodasi. Akomodasi diberikan sesuai dengan besarnya iuran yang dibayarkan oleh peserta. Pelayanan kesehatan dilakukan secara berjenjang yaitu peserta memeriksakan diri terlebih dahulu di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Apabila memerlukan pelayanan kesehatan lebih lanjut maka fasilitas kesehatan tingkat pertama memberikan rujukan ke pelayanan kesehatan tingkat lanjut, kecuali pasien dalam kondisi gawat darurat secara medis maka tidak diperlukan rujukan.(Kementerian Kesehatan, 2016)

c. *Purchasing*

Pembelanjaan, atau juga disebut pembiayaan sisi *supply/pasokan*, melingkupi berbagai ketentuan terkait bagaimana pembayaran dilakukan kepada pelayanan kesehatan yang telah memberikan layanan kesehatan. Pada JKN, penyedia pelayanan kesehatan dibagi menjadi 2 (dua), yaitu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), dimana keduanya dimiliki Pemerintah atau Swasta. FKTP adalah Puskesmas, klinik pratama (dokter umum dan dokter gigi perseorangan) dan RS Tipe D. FKTP melayani peserta yang memerlukan penanganan medis di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama. Apabila peserta memerlukan penanganan medis lebih lanjut maka FKTP akan memberikan rujukan ke FKRTL. FKTP juga menangani pelayanan gigi, pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi dan balita yang dilakukan oleh bidan atau dokter serta pelayanan rehabilitasi medik dasar dan rawat inap sesuai dengan kompetensi FKTP. Peserta JKN harus terdaftar di FKTP terdekat dengan tempat tinggalnya. FKRTL adalah

Klinik Utama, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus yang memberikan layanan spesialistik dan subspesialistik. Untuk mendapatkan layanan di FKRTL maka peserta harus mendapat rujukan dari FKTP.

Fasilitas kesehatan BPJS melakukan proses seleksi dan kelayakan (*credentialing*) kepada fasilitas kesehatan yang akan melayani peserta JKN. Setelah dinyatakan layak atau sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan, maka BPJS akan membuat kontrak kerjasama. Pengecualian untuk kasus gawat darurat, seluruh fasilitas kesehatan meskipun tidak menjalin kerjasama dengan BPJS wajib melayani pasien gawat darurat. Apabila telah teratasi maka pasien dapat dipindahkan/dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang telah bekerja sama dengan BPJS.(Kementerian Kesehatan, 2016)

Pembayaran kepada fasilitas kesehatan menggunakan sistem kapitasi dan sistem *Indonesian Case Based Group*. Berdasarkan Permenkes No 52 tahun 2016 pembayaran kepada FKTP dilakukan melalui dua mekanisme yaitu kapitasi dan non kapitasi. Pembayaran kapitasi diberikan untuk pelayanan promosi kesehatan dan pencegahan, pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis, tindakan medis non spesialistik baik operasi maupun non operasi, pelayanan obat dan pemeriksaan penunjang diagnostik. Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran perbulan yang dibayar di muka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Besaran tariff kapitasi di FKTP dilakukan berdasarkan kesepakatan bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Besaran tarif kapitasi yang diterima oleh FKTP ditentukan oleh ketersediaan sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup dan komitmen pelayanan. Sebagai contoh, FKTP yang beroperasi selama 24 jam mendapatkan pembayaran kapitasi lebih tinggi dibanding yang tidak beroperasi 24 jam. Begitu pula dengan FKTP yang mempunyai dokter dan dokter gigi lebih banyak dan cakupan peserta lebih besar juga akan mendapatkan pembayaran kapitasi yang lebih tinggi.(Fuady, 2019) Dalam rangka upaya peningkatan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan oleh FKTP maka sesuai amanat regulasi, BPJS Kesehatan mengembangkan penilaian indikator kinerja FKTP melalui Sistem Pembayaran Kapitasi berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBK).(BPJS, 2019) Pembayaran non kapitasi diberikan untuk pelayanan di luar lingkup pembayaran kapitasi yaitu pelayanan ambulan, pelayanan obat dan pemeriksaan penunjang rujukan balik, rawat inap pertama sesuai indikasi medis, dan sebagainya.

Sistem *Indonesian Case Based Group* adalah pembayaran yang diberikan kepada FKRTL. Secara sederhana, *Casemixed Based Groups* (CBG) adalah pembayaran dengan biaya satuan per diagnosis, bukan biaya/harga satuan per jenis pelayanan medis maupun non medis yang diberikan keapda seorang pasien dalam rangka penyembuhan suatu penyakit.(H Thabran, 2014) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran klaim kepada FKRTL berdasarkan tarif INA-CBG dan tarif non INA-CBG. Tarif *Indonesian Case Based Groups* (tarif INA-CBG) adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur. Tarif INA-CBG merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non-medis. Tarif ini ditetapkan untuk Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan

(RITL). Sedangkan Tarif Non INA-CBG merupakan tarif diluar tarif paket INA-CBG untuk beberapa item pelayanan tertentu seperti obat untuk penyakit kronis dan obat kemoterapi, Alat bantu kesehatan, Pelayanan ambulan, *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) dan Pelayanan Gawat Darurat. Tata cara pengajuan klaim Tarif Non INA-CBG ini dilakukan secara terpisah dari sistem INA-CBG.(Kementerian Kesehatan, 2016)

Latihan 5

1. Jelaskan jaminan kesehatan yang berbentuk Askes, Askeskin, JPKM, Jamkesmas dan Jampersal!
2. Jelaskan konsep *revenue collection, risk pooling* dan *purchasing* dalam JKN!
3. Jelaskan penyebab JKN baru terlaksana setelah 10 tahun UU SJSN diterbitkan!

Jawaban

- a. Jelaskan jaminan kesehatan yang berbentuk Askes, Askeskin, JPKM, Jamkesmas dan Jampersal!
 - Askes: asuransi kesehatan untuk para pegawai negeri sipil, pejabat Pemerintah dan keluarganya baik yang masih aktif maupun yang sudah pension.
 - Askeskin: Asuransi kesehatan untuk masyarakat miskin/tidak mampu
 - JPKM: merupakan bagian dari program pembangunan masyarakat desa di dalam pemeliharaan kesehatan atau untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Program ini berbasis masyarakat dan bersifat sukarela
 - Jamkesmas: bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi fakir miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayar oleh Pemerintah, diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan sejak tahun 2008 dan merupakan perubahan dari Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin /JPKMM atau lebih dikenal dengan program ASKESKIN yang diselenggarakan pada tahun 2005-2007.
 - Jampersal: program jaminan persalinan yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi pada saat melahirkan. Program ini menjamin kesehatan untuk ibu hamil mulai dari pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan KB dan pelayanan bayi baru lahir. Ibu hamil yang belum memiliki jaminan persalinan dapat menggunakan fasilitas ini secara gratis di pelayanan kesehatan pemerintah atau swasta yang telah menjalin kerjasama dengan Tim Pengelola Jamkesmas.
- b. Jelaskan konsep *revenue collection, risk pooling* dan *purchasing* dalam JKN!
 - Penggalian dana (*revenue collection*) berasal dari APBN untuk membayar iuran masyarakat yang miskin/tidak mampu dan dari masyarakat yang iurannya dibayarkan dari pemberi kerja atau dibayar secara mandiri. Jaminan kesehatan yang diberikan sama untuk seluruh peserta tanpa melihat usia dan besaran iuran yang dibayarkan.
 - *Pooling risk/dana* dikumpulkan dan dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS).
 - *Purchasing*: Manfaat pelayanan kesehatan diberikan kepada peserta secara berjenjang melalui Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL). Pelayanan kesehatan yang diberikan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. FKTP dan

FKRTL yang akan melayani peserta JKN ditetapkan melalui proses seleksi dan kelayakan oleh BPJS. Bagi fasilitas kesehatan yang memenuhi kriteria, maka BPJS akan membuat kontrak kerjasama. Pembayaran kepada fasilitas kesehatan menggunakan 2 sistem yaitu system kapitasi dan INA-CBG. Sistem kapitasi digunakan untuk membayar pelayanan primer di FKTP dan INA-CBG digunakan untuk membayar pelayanan sekunder dan tersier di FKRTL

c. Jelaskan penyebab JKN baru terlaksana setelah 10 tahun UU SJSN diterbitkan!

Beberapa masalah dikemukakan mengapa UU SJSN yang dikeluarkan pada tahun 2004 tidak segera diimplementasikan sehingga pada tahun 2011 baru terbentuk UU BPJS. Masalah pertama adalah dengan diberlakukannya sistem jaminan sosial yang kepersertaannya mencakup seluruh masyarakat Indonesia dan bersifat wajib maka perlu adanya transformasi perubahan badan hukum privat yaitu PT Jamsostek, PT Taspen, PT Asabri, PT Askes sebagai perusahaan yang sebelumnya telah menyelenggarakan jaminan tenaga kerja perusahaan swasta, jaminan tabungan hari tua/pension untuk pegawai negeri sipil, jaminan pension untuk pegawai Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ABDRI) dan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi pegawai negeri sipil aktif dan pensiun, TNI/Polri aktif dan pension, Perintis Kemerdekaan, Veteran dan Badan Usaha lainnya melebur menjadi badan hukum publik yaitu BPJS. Transformasi ini berjalan lambat karena belum tercapainya kesepakatan di kalangan Pemerintah sendiri.(Sayekti Waras & Sudarwati, 2004) Masalah lain yang terjadi dalam implementasi UU SJSN dan UU BPJS adalah besaran iuran JKN dan dana awal pelaksanaan JKN, adanya ambiguitas dalam pengertian masyarakat miskin dan tidak mampu, masalah teknis yang terkait dengan penyediaan pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dan puskesmas baik yang dimiliki oleh Pemerintah maupun kerjasama dengan swasta dan pemutakhiran data penduduk yang berhak menerima bantuan iuran dari Pemerintah (PBI).

Rangkuman 5

Setiap warga negara mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai dan berkualitas berdasarkan amanat Undang Undang Dasar tahun 1945. Akses terhadap pelayanan kesehatan tidak dapat dijangkau dengan mudah oleh masyarakat miskin dan rentan disebabkan karena kemampuan ekonomi yang terbatas untuk membayar biaya kesehatan. Biaya kesehatan yang tinggi pun dapat menyebabkan masyarakat mengalami kerugian secara finansial sehingga menyebabkan kemiskinan. Merupakan tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah bertanggung jawab dalam memberikan jaminan kesehatan terutama untuk masyarakat miskin dengan tujuan untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan keuangan atas pengeluaran kesehatan akibat sakit. Untuk mewujudkan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk atau jaminan kesehatan semesta, Pemerintah meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014. Hal ini sesuai dengan amanat Undang-Undang Dasar 1945 dan Undang-Undang Kesehatan nomor 36 tahun 2009 dan Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Jaminan kesehatan semesta ini bertujuan untuk meningkatkan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan yang komprehensif, bermutu dan merata bagi seluruh penduduk.

Pembiasaan kesehatan mempunyai peranan penting dalam mencapai Jaminan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage*) dengan meningkatkan lingkup pelayanan secara efektif dan proteksi finansial. Menurut WHO, pembiasaan kesehatan

melingkupi tiga fungsi utama yakni pengumpulan dana (*collecting revenue*), penyatuhan sumberdaya (*pooling resources*) dan pembelanjaan barang dan pelayanan (*purchasing goods and services*). Di Indonesia, pembiayaan kesehatan termasuk salah satu subsistem dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Dalam SKN 2012, subsistem pembiayaan kesehatan adalah pengelolaan berbagai upaya penggalian, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. JKN yang diluncurkan pada tahun 2014 menggunakan mekanisme asuransi sosial dimana kepesertaan bersifat wajib untuk seluruh warga negara Indonesia. Penggalian dana (*revenue collection*) berasal dari APBN untuk membayar iuran masyarakat yang miskin/tidak mampu dan dari masyarakat yang iurannya dibayarkan dari pemberi kerja atau dibayar secara mandiri. Jaminan kesehatan yang diberikan sama untuk seluruh peserta tanpa melihat usia dan besaran iuran yang dibayarkan. *Pooling risk/dana* dikumpulkan dan dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS). Manfaat pelayanan kesehatan diberikan kepada peserta secara berjenjang melalui Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL). Pelayanan kesehatan yang diberikan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. FKTP dan FKRTL yang akan melayani peserta JKN ditetapkan melalui proses seleksi dan kelayakan oleh BPJS. Bagi fasilitas kesehatan yang memenuhi kriteria, maka BPJS akan membuat kontrak kerjasama. Pembayaran kepada fasilitas kesehatan menggunakan 2 sistem yaitu system kapitasi dan INA-CBG. Sistem kapitasi digunakan untuk membayar pelayanan primer di FKTP dan INA-CBG digunakan untuk membayar pelayanan sekunder dan tersier di FKRTL

Tes Formatif 5

1. Apakah model pembiayaan kesehatan dalam JKN?
 - a. Asuransi kesehatan sosial
 - b. Asuransi kesehatan swasta
 - c. Bismarck Model
 - d. Beveridge Model
 - e. *Out of Pocket*
2. Pada tahun berapakah JKN diberlakukan di Indonesia?
 - a. 2004
 - b. 2009
 - c. 2011
 - d. 2014
 - e. 2019
3. Pada tahun berapakah PT Askes didirikan?
 - a. 1945
 - b. 1968
 - c. 1992
 - d. 1997
 - e. 2008
4. Di bawah ini adalah sumber pendanaan jaminan kesehatan, kecuali?
 - a. Iuran dalam bentuk premi
 - b. Pendapatan usaha negara (BUMN)

- c. APBN
 - d. Perusahaan swasta
 - e. *Out of pocket*
5. Bagaimanakah konsep pembayaran kepada pelayanan kesehatan (*purchasing*) dalam JKN?
- a. *Fee for service*
 - b. Per diem
 - c. Kapitasi untuk rawat jalan
 - d. *Global Budget*
 - e. *Co-payment* untuk rawat inap

Jawaban tes formatif

- 1. A
- 2. D
- 3. B
- 4. E
- 5. C

Cocokkanlah jawaban Saudara dengan kunci jawaban Tes Formatif 5 yang terdapat di bagian modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus dibawah ini untuk mengetahui tingkat penguasaan Saudara terhadap materi Modul 5.

Tingkat Penguasaan = Jumlah jawaban yang benar X 100%

Jumlah Soal

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100%	: baik sekali
80 – 89%	: baik
70 – 79%	: cukup
< 70%	: kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, saudara dapat meneruskan dengan kegiatan belajar materi modul 6. Bagus! jika masih dibawah 80% saudara harus mengulangi materi kegiatan belajar modul 5, terutama bagian yang belum dikuasai.

Modul 6: Sistem Kapitasi

Metode Pembelajaran	Estimasi Waktu	Capaian Pembelajaran
Kuliah Interaktif Diskusi <i>Question Based Learning</i>	100 menit	<ul style="list-style-type: none">• Mahasiswa mampu menjelaskan mekanisme pembayaran kesehatan• Mahasiswa mampu menjelaskan sistem kapitasi• Mahasiswa mampu menghitung kapitasi• Mahasiswa mampu menjelaskan system kapitasi dalam JKN

Materi 6

1. Mekanisme pembayaran kesehatan

- a. Pelayanan kesehatan masyarakat didanai melalui beberapa sumber:
 - 1) Anggaran pemerintah pusat dalam hal ini Kementerian Kesehatan menyalurkan dana kepada Puskesmas untuk membiayai hal-hal sebagai berikut:
 - Obat dan vaksin, dukungan pelayanan dasar dan program prioritas seperti imunisasi, TB, malaria, HIV/AIDS, perawatan ibu, program CDC. Dana juga digunakan untuk membiayai transportasi petugas puskesmas dalam melaksanakan program. Obat dan vaksin dari Kementerian Kesehatan didistribusikan dalam bentuk barang ke Dinas kesehatan Provinsi, kemudian mendistribusikannya ke Dinas kesehatan Kabupaten. Dinas kesehatan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa obat dan vaksin diterima oleh puskesmas.
 - Kemenkes juga menyediakan dana untuk biaya operasional kesehatan (BOK) yang disalurkan ke puskesmas melalui Dana Alokasi Khusus (DAK) ke rekening kabupaten. Dana tersebut ditujukan untuk mendukung kegiatan operasional di puskesmas, termasuk kegiatan promotif dan preventif. Kemenkes menetapkan bahwa setidaknya 60% dana dialokasikan untuk kegiatan kesehatan guna mencapai MDGs, dan maksimal 40% dari dana tersebut dialokasikan untuk pengelolaan dan kegiatan lain di puskesmas.
 - Pembayaran untuk layanan subsidi bagi masyarakat miskin (Jamkesmas dan Jampersal) dengan menggunakan fee-for-service. Mulai Januari

2014, dengan diberlakukannya JKN, pembayaran ke puskesmas dilakukan melalui skema kapitasi dan mencakup layanan kesehatan masyarakat (pencegahan dan promosi) serta perawatan primer/rawat jalan.

2) Anggaran Pemerintah daerah menyediakan dana untuk:

- Obat dan layanan, melalui Dinas kesehatan.
- Layanan untuk Jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) yang merupakan program pelayanan kesehatan gratis yang didanai pemerintah daerah untuk orang miskin, bila dananya tersedia. Dana ini dikelola oleh Dinas kesehatan dan didistribusikan ke puskesmas dan program kebidanan.
- Gaji untuk pegawai negeri yang ditugaskan ke Dinkes Provinsi (dari anggaran provinsi), dan Dinkes dan puskesmas (dari anggaran kabupaten)

3) Dana dari donor/mitra eksternal

Donor dari mitra eksternal kepada pusat layanan kesehatan primer dalam bentuk program prioritas HIV/AIDS, TB dan malaria. Sejumlah besar dana diterima dari The Global Fund. Dukungan lain berasal dari adan-badan Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) seperti WHO dan UNICEF melalui Kemenkes.

b. Pelayanan kesehatan primer rawat jalan

Penyedia layanan kesehatan primer di sebagian besar provinsi adalah puskesmas. Di bawah skema tertentu, seperti asuransi kesehatan untuk pegawai negeri (Askes) dan asuransi kesehatan wajib untuk perusahaan (Jamsostek), serta beberapa skema asuransi swasta, klinik swasta atau keluarga dokter juga dikontrak oleh BPJS sebagai penyedia layanan primer. Biasanya mereka dibayar menggunakan kapitasi atau klaim berdasarkan biaya yang dinegosiasikan atau biaya untuk layanan. Berdasarkan peraturan, dokter, spesialis medis, dokter gigi dan bidan diizinkan untuk memiliki praktik pribadi mereka sendiri. Pembayaran dilakukan berdasarkan jenis pasien, biasanya melalui fee-for-service.

c. Jaminan Kesehatan Nasional/BPJS Kesehatan

Berdasarkan skema JKN, BPJS Kesehatan membayar penyedia layanan primer melalui sistem kapitasi untuk layanan rawat jalan. Namun, layanan kebidanan dan neonatal, seperti perawatan antenatal, persalinan normal dan layanan untuk program keluarga berencana tidak dibayar dengan kapitasi tetapi dengan penggantian. Anggota JKN harus mendaftar ke puskesmas, klinik perawatan primer atau dokter umum/dokter keluarga setempat dalam waktu tiga bulan sejak menjadi anggota. Jika mereka tidak puas dengan dokter umum/keluarga mereka, mereka diizinkan untuk mengganti dokter yang lain. Peserta JKN tidak diperbolehkan mengganti dokter umum yang berbeda setiap kali membutuhkan pelayanan kesehatan. Penyedia layanan primer (FKTP) di JKN memiliki peran penting sebagai "pintu masuk" ke pelayanan khusus dan rumah

sakit (FKRTL). BPJS Kesehatan berharap sistem ini dapat mendorong FKTP untuk meningkatkan kualitas layanan dan kesejahteraan anggotanya yang terdaftar dengan cara mengurangi frekuensi kunjungan. Secara tersirat, hal ini juga mensyaratkan FKTP untuk memastikan bahwa tindakan promotif dan preventif diperhatikan. Di bawah mekanisme kapitasi, penyedia layanan kesehatan tingkat pertama (FKTP) menerima jumlah tetap per peserta yang dibayar di muka. Jumlah tersebut berdasarkan jumlah anggota yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Pembayaran kapitasi diharapkan untuk mendanai layanan kesehatan pribadi yang tidak khusus, observasi dan diagnosis tingkat pertama, perawatan dan pengobatan kesehatan primer, dan atau layanan kesehatan lainnya. Tantangan bagi FKTP adalah mengelola semua dana yang tersedia ini secara efisien termasuk juga untuk tindakan promotif dan preventif, tidak hanya untuk layanan kuratif dan rehabilitatif.

Selain itu, penyedia layanan primer/rawat jalan menerima pembayaran dari:

- Anggaran pemerintah: pendanaan untuk fasilitas sektor publik (puskesmas), pembayaran gaji, dan untuk obat-obatan dan persediaan diterima dari anggaran daerah dan nasional, terutama untuk program prioritas seperti kesehatan ibu dan anak, manajemen penyakit menular. \
- Pembayaran langsung: puskesmas dan penyedia swasta menerima pembayaran dari pasien (yang tidak tercakup oleh skema apa pun) untuk perawatan kuratif, perawatan antenatal, perawatan persalinan dan beberapa layanan dasar lainnya menggunakan skema fee for service.
- Pihak ketiga/perusahaan asuransi: layanan kesehatan publik dan penyedia perawatan primer lainnya dibayar oleh perusahaan asuransi menggunakan kapitasi dan fee for service

d. Pelayanan Kesehatan Rawat Inap/Rumah Sakit:

- BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan membayar rumah sakit atas layanan yang diberikan kepada peserta JKN dengan menggunakan sistem pembayaran prospektif berdasarkan Indonesian Case Mix-Based Groups (INA-CBGs). Biaya perawatan kesehatan berdasarkan INA-CBGs bervariasi menurut wilayah dan kelas rumah sakit. Sistem pembayaran INA-CBG bertujuan untuk mendorong layanan yang lebih berfokus pada pasien, efisien dan berkualitas, serta untuk menghindari perlakuan berlebihan, moral hazard, dan kejadian yang tidak diinginkan (adverst events). INA-CBG membayar tarif yang sama untuk rumah sakit umum atau swasta. Obat dan obat-obatan merupakan salah satu komponen dalam sistem pembayaran pembiayaan INA-CBG yang berbasis paket diagnostik.

- Pemerintah telah membagi negara menjadi empat wilayah pelayanan JKN. Wilayah tersebut adalah: Wilayah 1 (Jawa dan Bali), Wilayah 2 (Sumatera),

Wilayah 3 (Kalimantan, Sulawesi, dan Nusa Tenggara Barat) dan Wilayah 4 (Maluku, Papua dan Nusa Tenggara Timur). Klasifikasi wilayah berkaitan dengan perbedaan jarak dan harga (faktor biaya distribusi) antar wilayah dan provinsi. Ada perbedaan tarif hingga 7% untuk bahan habis pakai medis. Paket INA-CBG akan diperbarui dan diperbaiki setiap dua tahun. Koreksi ini untuk menyesuaikan tarif terkait dengan inflasi dan pertumbuhan ekonomi.

2. Sistem kapitasi

Pembayaran kapitasi adalah pembayaran tetap prospektif per pasien untuk jangka waktu tertentu. Kapitasi memberikan kontrol yang kuat pada harga dan volume layanan, tetapi juga dapat mendorong menurunnya kualitas jika tingkat pembayaran terlalu rendah. (Langenbrunner and Wiley 2002 dalam Hugh Waters and Peter Hussey, 2004)

Definisi lain menyebutkan sistem kapitasi adalah suatu sistem pembayaran dengan sejumlah uang yang merupakan pertanggungjawaban pelayanan kesehatan yang diterima secara tetap dan periodik sesuai dengan jumlah atau cakupan pasien. Pengelompokan biasanya berdasarkan karakteristik pasien seperti umur dan jenis kelamin. (Jacob. P, 1997). Menurut Azwar A (1996) sistem kapitasi adalah sistem pembayaran di muka yang dilakukan oleh badan penyelenggara kepada sarana pelayanan kesehatan berdasarkan kesepakatan harga untuk setiap peserta yang dipertanggungkan. Biasanya sistem kapitasi ini berkaitan erat dengan konsep wilayah.

Kapitasi adalah pembayaran terhadap penyelenggara pelayanan kesehatan berdasarkan jumlah sasaran anggota, biasanya didasarkan atas konsep wilayah dan bukan berdasarkan jumlah pelayanan yang diberikan.

Pembayaran kapitasi secara sederhan adalah pembayaran prospektif dan tetap kepada penyedia pelayanan kesehatan (PPK) untuk melayani populasi tertentu pada jangka waktu tertentu. Oleh karena itu, harga layanan dalam sistem pembayaran kapitasi adalah tarif yang dibayarkan kepada PPK per peserta per periode waktu. Jika harga layanan sama dengan biaya yang diestimasikan PPK, surplus atau defisit pendapatan akan terjadi pada beberapa tindakan secara acak atau pola perawatan. Jika harga di bawah biaya yang diharapkan, penyedia diharapkan menutup defisit dengan memilih pasien yang berisiko lebih rendah.

Untuk menetapkan harga sedekat mungkin dengan biaya perawatan, penetapan harga sering kali disesuaikan dengan karakteristik orang yang diasuransikan yang terkait dengan biaya atau disebut juga dengan penyesuaian risiko. Ada empat karakteristik utama, yaitu: (1) informasi demografis, seperti usia dan jenis kelamin; (2) pemanfaatan sebelumnya; (3) pemanfaatan aktual, digunakan untuk reasuransi; dan (4) kondisi medis, seperti diagnosis diabetes (Cutler dan Zeckhauser, 2000 dalam Hugh Waters and Peter Hussey, 2004).

Sistem kapitasi digunakan di banyak negara, meskipun digunakan pula pola pembayaran yang lain (*mixed method*). Di Denmark sepertiga dokter umum menerima pembayaran kapitasi (Davis 2002). Brazil, Nikaragua, dan Thailand telah

mengadopsi system kapitasi. Di Thailand, kapitasi telah meningkatkan penggunaan layanan rawat jalan dan mengurangi penggunaan layanan rawat inap. Kapitasi adalah cara alternatif untuk mengendalikan biaya perawatan kesehatan

3. Perhitungan Kapitasi

Pembayaran kapitasi dapat dibedakan menjadi beberapa pola yaitu pembayaran rawat jalan tanpa obat, rawat jalan dengan obat, rawat jalan lanjutan dan rawat inap. Jenis pembayarannya pun dibagi 2 (dua) yaitu *primary care capitation* dan *full capitation*. *Primary care capitation* ditujukan untuk pelayanan dokter primer saja dan *full capitation* apabila pembayaran untuk seluruh resiko yaitu pelayanan rawat jalan, rujukan dan rawat inap.

Untuk menghitung besaran kapitasi maka dilakukan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Menetapkan jenis-jenis layanan yang termasuk dalam bayaran kapitasi

Jenis layanan dalam kapitasi harus dirinci secara detil dan jelas. Jenis layanan meliputi jenis penyakit yang dapat ditangani oleh dokter atau PPK. Sebagai contoh seorang dokter mempunyai kompetensi tingkat 4 yaitu mampu membuat diagnosis klinik dan melakukan penatalaksanaan penyakit secara mandiri dan tuntas, tidak perlu merujuk. Oleh karena itu seorang dokter pada kompetensi tingkat 4 dapat menangani 144 penyakit. Selain jenis penyakit, layanan lain yang perlu ditetapkan adalah layanan obat, laboratorium, tindakan-tindakan medis yang dapat ditangani, yang kesemuanya masuk ke dalam perhitungan kapitasi.
2. Menghitung angka utilisasi per tahun

Utilisasi adalah ukuran jumlah demand/konsumsi layanan kesehatan yang diukur dengan jumlah kunjungan, jumlah admisi rawat inap dan sebagainya. Biasanya angka utilisasi dihitung per 1.000 peserta atau anggota dalam periode satu tahun pelayanan. Dapat juga menggunakan AKB (anga kematian bayi) per 1000 kelahiran hidup. Angka utilisasi akan stabil pada 100.000 orang-tahun. Artinya apabila dalam populasi ada 100.000 orang peserta maka observasi dalam setahun memadai untuk menghitung kapitasi. Bila hanya ada 50.000 maka observasi dilakukan selama dua tahun. dapat dihitung memadai dalam setahun.
3. Melakukan perhitungan penyesuaian risiko (*risk adjustment*)

Penyesuaian risiko dilakukan untuk mengantisipasi variasi anggota kelompok yang berisiko tinggi. Contohnya apabila pada populasi terdapat banyak penduduk lanjut usia tentu pelayanan kesehatan akan menanggung beban yang besar. Oleh karena itu seyogyanya kapitasi yang diberikan harus pula lebih besar dibanding dengan pelayanan kesehatan lain/dokter yang berada di populasi dengan kelompok usia berisiko rendah.
4. Menghitung dan menetapkan rata-rata biaya/harga per layanan per tahun

Langkah berikutnya adalah menetapkan rata-rata biaya per layanan. Perhitungan ini dapat diperoleh dari rata-rata harga pasar di wilayah tertentu. Harga pelayanan akan berbeda di tiap wilayah karena harga tanah, biaya pembangunan dan biaya hidup berbeda di setiap wilayah. Survei harga juga dilakukan oleh Biro Pusat Statistik yang diterbitkan dalam bentuk data IHK (indeks harga konsumen). Informasi biaya/harga per layanan memang tidak mudah diperoleh karena dokter yang memberikan pelayanan pun cenderung tidak memahami biaya produksi di dalam memberikan pelayanan.

5. Menghitung biaya per kapita per layanan

Biaya ini dapat dihitung dengan rumus:

$$\text{Biaya kapitasi per tahun} = (\text{angka utilisasi tahunan} \times \text{rata-rata biaya pada tahun berjalan}) \text{ dibagi } 1.000$$

6. Menjumlahkan biaya per kapita untuk seluruh layanan

Pada tahap ini dilakukan penjumlahan seluruh biaya per kapita per layanan yang telah dihitung pada tahap 5.

7. Menghitung besaran kapitasi per bulan

Total dari penjumlahan biaya per kapita seluruh layanan selanjutnya dibagi 12 (12 bulan dalam 1 tahun) maka hasilnya adalah besaran kapitasi per bulan.

$$\text{Biaya kapitasi per bulan} = (\text{biaya kapitasi per tahun}) \text{ dibagi } 12 \text{ bulan}$$

Tabel 3 Contoh Perhitungan Kapitasi Model Kapitasi Total/Penuh

No	Jenis Layanan yang ditanggung	Rate/1000/th	Rata Rp	Total Biaya/Th	Kapitasi/Th
1	Kunjungan rawat jalan primer + obat	2400	75,000	180,000,000	180,000
2	Rujukan RJ rumah sakit	210	200,000	42,000,000	42,000
3	Kunjungan emergensi	60	250,000	15,000,000	15,000
4	Check up sederhana	110	300,000	33,000,000	33,000
5	Bedah Minor	60	350,000	21,000,000	21,000
6	Rawat inap	45	6,200,000	279,000,000	279,000

No	Jenis Layanan yang ditanggung	Rate/1000/th	Rata Rp	Total Biaya/Th	Kapitasi/Th
7	Rawat inap intensif	12	22,400,000	268,800,000	268,800
8	Cuci darah	3.12	2,184,000	6,814,080	6,814
9	Bedah besar	15	3,600,000	54,000,000	54,000
10	Periksa hamil dan nifas	2064	40,000	82,560,000	82,560
11	Persalinan	25	750,000	18,750,000	18,750
12	Rawat jalan penyakit jiwa	150	150,000	22,500,000	22,500
13	Anestesi	120	720,000	86,400,000	86,400
14	Imunasi dan suntikan	600	25,000	15,000,000	15,000
15	Layanan keluarga berencana - tanpa kontrasepsi	990	40,000	39,600,000	39,600
16	Kunjungan rumah	480	50,000	24,000,000	24,000
17	Pelayanan medis lain	4	240,000	960,000	960
	Total kapitasi/ tahun	-	-		1,219,384
	Kapitasi(iuran) per bulan			-	101,615

Sumber: Thabrary, 2015

Tabel 4 Model Kapitasi Rawat Jalan Primer

No	Jenis layanan yang dicakup	Rate/ 1000/ th	Rata 2 Rp	Total Biaya/ Th	Kapitasi/ Th, Rp
1	Kunjungan rawat jalan primer + obat	2,400	75,000	180,000,000	180,000
2	Kunjungan emergensi	15	250,000	3,750,000	3,750
3	Check up sederhana	75	200,000	15,000,000	15,000
4	Bedah minor	60	350,000	21,000,000	21,000
5	Periksa hamil dan nifas	2,064	40,000	82,560,000	82,560

No	Jenis layanan yang dicakup	Rate/ 1000/ th	Rata 2 Rp	Total Biaya/ Th	Kapitasi/ Th, Rp
6	Persalinan	25	750,000	18,750,000	18,750
7	Imunisasi dan suntikan	600	25,000	15,000,000	15,000
8	Layanan keluarga berencana – tanpa kontrasepsi	990	40,000	39,600,000	39,600
9	Kunjungan rumah	480	50,000	24,000,000	24,000
10	Pelayanan medis lain	4	240,000	960,000	960
	Total kapitasi/tahun	-	-		400,620
	Kapitasi (iuran) per bulan			-	33,385

Sumber: Thabraney, 2015

Sistem Kapitasi dalam JKN

Menurut Permenkes nomor 21 tahun 2016 Dana Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Dana Kapitasi yang diterima oleh FKTP dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dimanfaatkan seluruhnya untuk:

- a. pembayaran jasa pelayanan kesehatan tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang melakukan pelayanan pada FKTP.
- b. dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan digunakan untuk: 1) biaya obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai; dan 2) biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya.

Mekanisme pembayaran kapitasi oleh BPJS Kesehatan didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP sesuai dengan data BPJS Kesehatan. Pembayaran kapitasi kepada FKTP dilakukan oleh BPJS Kesehatan setiap bulan paling lambat tanggal 15 bulan berjalan. (Permenkes Nomor 28 Tahun 2014)

Latihan 6

1. Jelaskan 3 contoh mekanisme pembayaran dana kesehatan!
2. Sebutkan langkah-langkah menghitung biaya kapitasi!
3. Jelaskan system kapitasi dalam JKN!

Jawaban

1. Jelaskan 3 contoh mekanisme pembayaran dana kesehatan!
 - Pelayanan kesehatan masyarakat didanai melalui beberapa sumber: Anggaran pemerintah pusat yang menyalurkan dana kepada Puskesmas, Anggaran Pemerintah Daerah dan dana dari donor/mitra eksternal.
 - Pelayanan kesehatan primer rawat jalan melalui skema tertentu, seperti:
 - 1) Asuransi kesehatan untuk pegawai negeri (Askes) dan asuransi kesehatan wajib untuk perusahaan (Jamsostek), serta beberapa skema asuransi swasta, klinik swasta atau keluarga dokter juga dikontrak oleh BPJS sebagai penyedia layanan primer
 - 2) Anggaran pemerintah: pendanaan untuk fasilitas sektor publik (puskesmas), pembayaran gaji, dan untuk obat-obatan dan persediaan diterima dari anggaran daerah dan nasional, terutama untuk program prioritas seperti kesehatan ibu dan anak, manajemen penyakit menular.
 - 3) Pembayaran langsung: puskesmas dan penyedia swasta menerima pembayaran dari pasien (yang tidak termasuk dalam skema apa pun) untuk perawatan kuratif, perawatan antenatal, perawatan persalinan dan beberapa layanan dasar lainnya menggunakan skema fee for service.
 - 4) Pihak ketiga/perusahaan asuransi: layanan kesehatan publik dan penyedia perawatan primer lainnya dibayar oleh perusahaan asuransi menggunakan kapitasi dan fee for service
 - Pelayanan Kesehatan Rawat Inap/Rumah Sakit:
 - 1) BPJS Kesehatan membayar rumah sakit atas layanan yang diberikan kepada peserta JKN dengan menggunakan sistem pembayaran prospektif berdasarkan Indonesian Case Mix-Based Groups (INA-CBGs).
 - 2) Pembayaran langsung (*out of pockets*)
 - 3) Pihak ketiga/perusahaan asuransi
2. Sebutkan langkah-langkah menghitung biaya kapitasi!

Langkah-langkah menghitung kapitasi adalah 1) Menetapkan jenis-jenis layanan yang termasuk dalam bayaran kapitasi, 2) Menghitung angka utilisasi per tahun. 3) Melakukan perhitungan penyesuaian risiko (*risk adjustment*), 4) Menghitung dan menetapkan rata-rata biaya/harga per layanan per tahun, 5) Menghitung biaya per kapita per layanan, 6) Menjumlahkan biaya per kapita untuk seluruh layanan, dan 7) Menghitung besaran kapitasi per bulan.
3. Jelaskan system kapitasi dalam JKN!

Sistem Pembayaran Kapitasi dalam JKN ditujukan kepada FKTP yang besarnya berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Dana tersebut digunakan untuk: 1) pembayaran jasa pelayanan kesehatan tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang melakukan pelayanan pada FKTP, 2) dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan digunakan untuk: 1) biaya obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai; dan 2) biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya. Pembayaran kapitasi

kepada FKTP dilakukan oleh BPJS Kesehatan setiap bulan paling lambat tanggal 15 bulan berjalan.

Rangkuman 6

Pendanaan kesehatan kepada masyarakat dan provider pelayanan kesehatan dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- Pelayanan kesehatan masyarakat didanai melalui beberapa sumber: Anggaran pemerintah pusat yang menyalurkan dana kepada Puskesmas, Anggaran Pemerintah Daerah dan dana dari donor/mitra eksternal.
- Pelayanan kesehatan primer rawat jalan melalui skema tertentu, seperti:
 - 1) Asuransi kesehatan untuk pegawai negeri (Askes) dan asuransi kesehatan wajib untuk perusahaan (Jamsostek), serta beberapa skema asuransi swasta, klinik swasta atau keluarga dokter juga dikontrak oleh BPJS sebagai penyedia layanan primer
 - 2) Anggaran pemerintah: pendanaan untuk fasilitas sektor publik (puskesmas), pembayaran gaji, dan untuk obat-obatan dan persediaan diterima dari anggaran daerah dan nasional, terutama untuk program prioritas seperti kesehatan ibu dan anak, manajemen penyakit menular.
 - 3) Pembayaran langsung: puskesmas dan penyedia swasta menerima pembayaran dari pasien (yang tidak tercakup oleh skema apa pun) untuk perawatan kuratif, perawatan antenatal, perawatan persalinan dan beberapa layanan dasar lainnya menggunakan skema fee for service.
 - 4) Pihak ketiga/perusahaan asuransi: layanan kesehatan publik dan penyedia perawatan primer lainnya dibayar oleh perusahaan asuransi menggunakan kapitasi dan fee for service
- Pelayanan Kesehatan Rawat Inap/Rumah Sakit:
 - 1) BPJS Kesehatan membayar rumah sakit atas layanan yang diberikan kepada peserta JKN dengan menggunakan sistem pembayaran prospektif berdasarkan Indonesian Case Mix-Based Groups (INA-CBGs).
 - 2) Pembayaran langsung (*out of pockets*)
 - 3) Pihak ketiga/perusahaan asuransi

Pembayaran kapitasi adalah pembayaran tetap prospektif per pasien untuk jangka waktu tertentu. Kapitasi memberikan kontrol yang kuat pada harga dan volume layanan, tetapi juga dapat mendorong menurunnya kualitas jika tingkat pembayaran terlalu rendah. Definisi lain menyebutkan sistem kapitasi adalah suatu sistem pembayaran dengan sejumlah uang yang merupakan pertanggungjawaban pelayanan kesehatan yang diterima secara tetap dan periodik sesuai dengan jumlah atau cakupan pasien. Pengelompokan biasanya berdasarkan karakteristik pasien seperti umur dan jenis kelamin. (Jacob. P, 1997). Menurut Azwar A (1996) sistem kapitasi adalah sistem pembayaran di muka yang dilakukan oleh badan penyelenggara kepada sarana pelayanan kesehatan berdasarkan kesepakatan harga

untuk setiap peserta yang dipertanggungkan. Biasanya sistem kapitasi ini berkaitan erat dengan konsep wilayah. Kapitasi adalah pembayaran terhadap penyelenggara pelayanan kesehatan berdasarkan jumlah sasaran anggota, biasanya didasarkan atas konsep wilayah dan bukan berdasarkan jumlah pelayanan yang diberikan.

Langkah-langkah menghitung kapitasi adalah 1) Menetapkan jenis-jenis layanan yang termasuk dalam bayaran kapitasi, 2) Menghitung angka utilisasi per tahun. 3) Melakukan perhitungan penyesuaian risiko (*risk adjustment*), 4) Menghitung dan menetapkan rata-rata biaya/harga per layanan per tahun, 5) Menghitung biaya per kapita per layanan, 6) Menjumlahkan biaya per kapita untuk seluruh layanan, dan 7) Menghitung besaran kapitasi per bulan.

Sistem Pembayaran Kapitasi dalam JKN ditujukan kepada FKTP yang besarannya berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Dana tersebut digunakan untuk: 1) pembayaran jasa pelayanan kesehatan tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang melakukan pelayanan pada FKTP, 2) dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan digunakan untuk: 1) biaya obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai; dan 2) biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya. Pembayaran kapitasi kepada FKTP dilakukan oleh BPJS Kesehatan setiap bulan paling lambat tanggal 15 bulan berjalan.

Tes Formatif 6

1. Dalam JKN pembayaran kepada puskesmas dilakukan dengan sistem?
 - a. *Out of pockets*
 - b. *Kapitasi*
 - c. *INA-CBGs*
 - d. *Global Budget*
 - e. *Fee for service*
2. Dana kapitasi digunakan oleh puskesmas untuk membiayai hal-hal berikut, kecuali?
 - a. Obat-obatan
 - b. Laboratorium
 - c. Konsultasi dokter
 - d. Bahan medis habis pakai
 - e. Tenaga PNS
3. Besaran dana kapitasi yang dibayarkan kepada FKTP ditentukan berdasarkan?
 - a. Jumlah peserta
 - b. Luas wilayah
 - c. Jumlah pelayanan
 - d. Jenis pelayanan
 - e. *Fee for service*
4. Utilisasi adalah ukuran jumlah demand/konsumsi layanan kesehatan yang diukur dengan jumlah kunjungan, jumlah admisi rawat inap dan sebagainya. Angka utilisasi dianggap stabil apabila dilakukan observasi terhadap?

- a. 1.000 orang dalam setahun
 - b. 5.000 orang dalam setahun
 - c. 10.000 orang dalam setahun
 - d. 50.000 orang dalam setahun
 - e. 100.000 orang dalam setahun
5. Diketahui:
- A. Menetapkan jenis-jenis layanan yang termasuk dalam bayaran kapitasi
 - B. Melakukan perhitungan penyesuaian risiko (*risk adjustment*)
 - C. Menghitung biaya per capita per layanan
 - D. Mengitung besaran kapitasi per bulan
 - E. Menjumlahkan biaya per capita untuk seluruh layanan
 - F. Menghitung dan menetapkan rata-rata biaya/harga per layanan per tahun
 - G. Menghitung angka utilisasi per tahun.

Langkah yang tepat dalam menghitung kapitasi adalah?

- a. A-C-B-F-G-E-D
- b. A-C-B-G-F-E-D
- c. A-B-G-D-G-E-C
- d. A-G-B-C-F-E-D
- e. A-G-D-F-G-E-C

Jawaban tes formatif

- 1. B
- 2. E
- 3. A
- 4. E
- 5. D

Cocokkanlah jawaban Saudara dengan kunci jawaban Tes Formatif 6 yang terdapat di bagian modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus dibawah ini untuk mengetahui tingkat penguasaan Saudara terhadap materi Modul 6.

Tingkat Penguasaan = Jumlah jawaban yang benar X 100%

Jumlah Soal

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100%	: baik sekali
80 – 89%	: baik
70 – 79%	: cukup
< 70%	: kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, saudara dapat meneruskan dengan kegiatan belajar materi modul 7. Bagus! jika masih dibawah 80% saudara harus mengulangi materi kegiatan belajar modul 6, terutama bagian yang belum dikuasai.

Modul 7: Sistem DRGs

Metode Pembelajaran	Estimasi Waktu	Capaian Pembelajaran
Kuliah Interaktif Diskusi <i>Question Based Learning</i>	100 menit	<ul style="list-style-type: none">• Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian DRG• Mahasiswa mampu menjelaskan metode pembayaran kepada penyedia pelayanan kesehatan• Mahasiswa mampu menjelaskan konsep INACBGs

Materi 7

1. DRGs

Faktor kunci untuk pergerakan yang lebih cepat menuju cakupan kesehatan universal adalah penggunaan sumber daya yang efisien, ditambah dengan mobilisasi sumber daya yang meningkat dan mekanisme pengumpulan dana yang lebih baik. Peningkatan efisiensi yang substansial dapat dilakukan dengan mereformasi mekanisme pembayaran rumah sakit, terutama karena pengeluaran untuk layanan rumah sakit merupakan salah satu bagian terbesar dari total pengeluaran perawatan kesehatan di semua negara, terlepas dari tingkat pendapatan mereka.

Sistem pembayaran berdasarkan diagnosis-related group (DRGs) adalah salah satu jenis mekanisme pembayaran rumah sakit, bersama dengan pembayaran kapitasi, anggaran global dan kombinasinya. Saat ini DRG digunakan terutama oleh pembeli untuk mengganti kepada penyedia layanan rawat inap untuk penyakit akut, tetapi pada prinsipnya mereka juga dapat digunakan untuk mengganti penyakit non-akut. DRG adalah pengklasifikasian kasus berdasarkan diagnosis utama dan sekunder, usia dan jenis kelamin pasien, adanya komorbiditas dan komplikasi serta prosedur yang dilakukan. Kasus-kasus yang diklasifikasikan sebagai milik DRG tertentu dicirikan oleh pola konsumsi sumber daya yang homogen dan, pada saat yang sama, DRG secara klinis bermakna. Dengan demikian, kasus dalam DRG adalah kasus-kasus yang sama secara ekonomi dan medis serupa. Sistem pembayaran berbasis DRG sering disebut sebagai "berbasis kasus (case-based)" atau "berbasis campuran kasus (case-mix-based)", meskipun system pembayaran untuk keduanya tidak sama. Dua ciri utama dari sistem pembayaran berbasis DRG adalah: (i) sistem klasifikasi kasus pasien yang lengkap (yaitu sistem pengelompokan terkait diagnosis) dan (ii) rumus pembayaran yang didasarkan pada tarif dasar dikalikan dengan bobot biaya relatif spesifik untuk setiap DRG.

Sejak tahun 1990-an, pembayaran berdasarkan DRG secara bertahap menjadi cara utama untuk perawatan rawat inap akut di sebagian besar negara berpenghasilan tinggi. Alasan paling sering untuk memperkenalkan pembayaran berbasis DRG adalah untuk meningkatkan efisiensi dan mengendalikan biaya. Penelitian yang dilakukan di Eropa menunjukkan bahwa DRG umumnya membantu meningkatkan efisiensi rumah sakit dengan mengurangi rata-rata lama rawat inap tetapi juga meningkatkan volume kasus. Saat ini semakin banyak negara berpenghasilan rendah dan menengah mulai mengeksplorasi atau membentuk sistem pembayaran berbasis DRG, sebagian besar untuk penggantian biaya perawatan rawat inap akut. (Mathauer, I dan Wittenbecher, F, 2013)

2. Metode Pembayaran Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Pembayaran pelayanan kesehatan di rumah sakit menggunakan dua metode, yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Retrospektif merupakan metode pembayaran terhadap pelayanan kesehatan kepada pasien yang ditentukan berdasarkan setiap aktifitas layanan yang diberikan, sehingga semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Contohnya *Fee for Services* (FFS). Sedangkan prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan terhadap layanan kesehatan yang jumlah besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contohnya adalah global budget, perdiem, kapitasi dan *case based payment*. Meskipun demikian kedua metode tersebut mempunyai kelebihan dan kekurangan seperti yang ditampilkan pada table berikut:

Tabel 5 Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Prospektif

	KELEBIHAN	KEKURANGAN
Provider	Pembayaran lebih adil sesuai dengan kompleksitas pelayanan	Kurangnya kualitas Koding akan menyebabkan ketidaksesuaian proses <i>grouping</i> (pengelompokan kasus)
	Proses Klaim Lebih Cepat	
Pasien	Kualitas Pelayanan baik	Pengurangan Kuantitas Pelayanan
	Dapat memilih Provider dengan pelayanan terbaik	Provider merujuk ke luar / RS lain
Pembayar	Terdapat pembagian resiko keuangan dengan provider	Memerlukan pemahaman mengenai konsep prospektif dalam implementasinya
	Biaya administrasi lebih rendah	Memerlukan monitoring Pasca Klaim
	Mendorong peningkatan sistem informasi	

Tabel 6 Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Retrospektif

	KELEBIHAN	KEKURANGAN
Provider	Risiko keuangan sangat kecil	Tidak ada insentif untuk yang memberikan <i>Preventif Care</i>
	pendapatan Rumah Sakit tidak terbatas	"Supplier induced-demand"
Pasien	Waktu tunggu yang lebih singkat	Jumlah pasien di klinik sangat banyak " <i>Overcrowded clinics</i> "
	Lebih mudah mendapat pelayanan dengan teknologi terbaru	Kualitas pelayanan kurang
Pembayar	Mudah mencapai kesepakatan dengan <i>provider</i>	Biaya administrasi tinggi untuk proses klaim meningkatkan risiko keuangan

Metode pembayaran yang diterima oleh rumah sakit ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara pasien dana tau pihak ketiga sebagai pembayar seperti asuransi dan perusahaan. Untuk pasien umum yang membayar langsung atau pribadi kecenderungan pembayaran dilakukan dengan metode retrosprketif yaitu fee for service. Sementara itu pihak ketiga (*third party payer*) seperti asuransi dan perusahaan cenderung memilih metode pembayaran prospektif karena mempunyai beberapa keuntungan yaitu:

- Memudahkan pengendalian biaya
- Mendorong pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan karena bila tidak peihak pembayar dapat memilih pelayanan kesehatan yang lain
- Membatasi pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan atau berlebihan
- Mempermudah proses administrasi klaim
- Mendorong rumah sakit untuk melakukan pengendalian biaya (cost containment)

Metode pembayaran prosepektif di Indonesia telah lama dilakukan untuk membiayai pelayanan kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) pada tahun 2008. Metode prospektif yang digunakan adalah *Casemix* (*case based payment*) yang didefinisikan sebagai pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama. Pengelompokannya dilakukan dengan menggunakan software.

3. INA-CBGs

Sistem casemix pertama kali dikembangkan di Indonesia pada tahun 2006 dinamai INA-DRG (Indonesia-Diagnosis Related Group). Implementasinya dimulai pada 1 September 2008 di 15 rumah sakit vertikal, dan pada 1 Januari 2009 diperluas pada seluruh rumah sakit yang bekerja sama untuk program Jamkesmas. Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG (Indonesia Diagnosis Related Group) menjadi INA-CBG (Indonesia Case Based Group) seiring dengan perubahan grouper dari 3M Grouper ke UNU (United Nation University) Grouper. Sehingga sejak bulan Oktober 2010 sampai Desember 2013,

pembayaran kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Lanjutan dalam Jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) menggunakan INA-CBG.

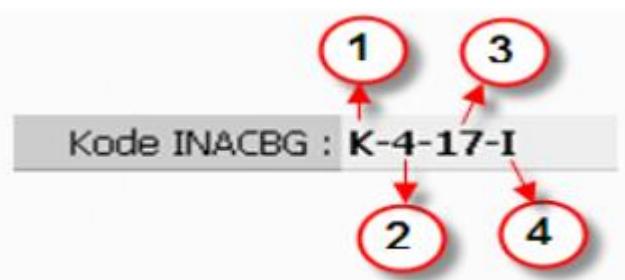
Sejak diimplementasikannya sistem casemixdi Indonesia telah dihasilkan 3 kali perubahan besaran tarif, yaitu tarif INA-DRG Tahun 2008, tarif INA-CBG Tahun 2013 dan tarif INA-CBG Tahun 2014. Tarif INA-CBG mempunyai 1.077 kelompok tarif terdiri dari 789 kode grup/kelompok rawat inap dan 288 kode grup/kelompok rawat jalan, menggunakan sistem koding dengan ICD-10 untuk diagnosis serta ICD-9-CM untuk prosedur/tindakan.

Dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ditetapkan pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (FKRTL) adalah dengan INA-CBGS berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan dan diperbaharui melalui Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013. Untuk tarif yang berlaku pada 1 Januari 2014, telah dilakukan penyesuaian dari tarif INA-CBG Jamkesmas dan telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Implementasi pembayaran INA CBGs dilaksanakan di rumah sakit kelas A, B, C, D, serta rumah sakit umum dan rumah sakit khusus rujukan nasional.

Struktur Kode INA-CBGS

Pengelompokan INA-CBGS menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi luaran pelayanan, dengan menggunakan pedoman ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi INA-CBG sehingga dihasilkan 1.077 Group/Kelompok Kasus yang terdiri dari 789 kelompok kasus rawat inap dan 288 kelompok kasus rawat jalan. Setiap group dilambangkan dengan kode kombinasi alfabet dan numerik dengan contoh sebagai berikut:

Gambar 10 Struktur Kode INA-CBG



Keterangan:

- Digit ke-1 adalah CMG (Casemix Main Groups)
- Digit ke-2 adalah tipe kasus
- Digit ke-3 adalah spesifik CBG kasus
- Digit ke-4 berupa angka romawi adalah severity level

Struktur Kode INA-CBGs terdiri atas:

a) Case-Mix Main Groups(CMGs)

- Adalah klasifikasi tahap pertama
- Dilabelkan dengan huruf Alphabet (A to Z)
- Berhubungan dengan sistem organ tubuh
- Pemberian Label Huruf disesuaikan dengan yang ada pada ICD 10 untuk setiap sistem organ
- Terdapat 30 CMGs dalam UNU Grouper (22 Acute Care CMGs, 2 Ambulatory CMGs, 1 Subacute CMGs, 1 Chronic CMGs, 4 Special CMGs dan 1 Error CMGs)
- Total CBGs sampai saat ini sebanyak 1220.

b) Case-Based Groups(CBGs):

Sub-group kedua yang menunjukkan tipe kasus (1-9) yang dijabarkan dalam table berikut:

Tabel 7 Group Tipe Kasus dalam INA-CBGs

TIPE KASUS	GROUP
a. Prosedur Rawat Inap	Group-1
b. Prosedur Besar Rawat Jalan	Group-2
c. Prosedur Signifikan Rawat Jalan	Group-3
d. Rawat Inap Bukan Prosedur	Group-4
e. Rawat Jalan Bukan Prosedur	Group-5
f. Rawat Inap Kebidanan	Group-6
g. Rawat Jalan kebidanan	Group-7
h. Rawat Inap Neonatal	Group-8
i. Rawat Jalan Neonatal	Group-9
j. Error	Group-0

c) Kode CBGs

Sub-group ketiga menunjukkan spesifik CBGs yang dilambangkan dengan numerik mulai dari 01 sampai dengan 99.

d) Severity Level

Sub-group keempat merupakan *resource intensity level* yang menunjukkan tingkat keparahan kasus yang dipengaruhi adanya komorbiditas ataupun komplikasi dalam masa perawatan. Keparahan kasus dalam INA-CBG terbagi menjadi:

- “0” Untuk Rawat jalan
- “I-Ringan” untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 1 (tanpa komplikasi maupun komorbiditi)
- “II-Sedang” Untuk rawat inap dengan tingkat keparahan2 (dengan mild komplikasi dan komorbiditi)
- “III-Berat” Untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 3 (dengan major komplikasi dan komorbiditi)

Tabel 8 Contoh kode INA-CBGs

Tipe Layanan	Kode INA-CBGs	Deskripsi Kode INA-CBGs
Rawat Inap	I – 4 – 10 – I	Infark Miocard Akut Ringan
	I – 4 – 10 – II	Infark Miocard Akut Sedang
	I – 4 – 10 – III	Infark Miocard Akut Berat
Rawat Jalan	Q – 5 – 18 – 0	Konsultasi atau pemeriksaan lain-lain
	Q – 5 – 35 – 0	Infeksi Akut

Istilah ringan, sedang dan berat dalam deskripsi dari Kode INA-CBGs bukan menggambarkan kondisi klinis pasien maupun diagnosis atau prosedur namun menggambarkan tingkat keparahan (severity level) yang dipengaruhi oleh diagnosis sekunder (komplikasi dan ko-morbiditi). Kode INA-CBGs dan deskripsinya tidak selalu menggambarkan diagnosis tunggal tetapi bisa merupakan hasil satu diagnosis atau kumpulan diagnosis dan prosedur.

Latihan 7

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan DRG?
2. Jelaskan 2 metode pembayaran kepada perovider pelayanan kesehatan?
3. Gambarkan struktur kode INA-CBGS dan penjelasanannya!

Jawaban 7

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan system pembayaran DRG?

Sistem pembayaran berdasarkan diagnosis-related group (DRGs) adalah salah satu jenis mekanisme pembayaran rumah sakit, bersama dengan pembayaran kapitasi, anggaran global dan kombinasinya. DRG digunakan oleh pembeli untuk mengganti kepada penyedia layanan rawat inap untuk penyakit akut, tetapi pada prinsipnya mereka juga dapat digunakan untuk mengganti penyakit non-akut. DRG adalah pengklasifikasian kasus berdasarkan diagnosis utama dan sekunder, usia dan jenis kelamin pasien, adanya komorbiditas dan komplikasi serta prosedur yang dilakukan. Kasus-kasus yang diklasifikasikan sebagai milik DRG tertentu dicirikan oleh pola konsumsi sumber daya yang homogen dan, pada saat yang sama, DRG secara klinis bermakna. Sistem pembayaran berbasis DRG sering disebut sebagai "berbasis kasus (case-based)" atau "berbasis campuran kasus (case-mix-based)", meskipun sistem pembayaran untuk keduanya tidak sama. Dua ciri utama dari

sistem pembayaran berbasis DRG adalah: (i) sistem klasifikasi kasus pasien yang lengkap (yaitu sistem pengelompokan terkait diagnosis) dan (ii) rumus pembayaran yang didasarkan pada tarif dasar dikalikan dengan bobot biaya relatif spesifik untuk setiap DRG.

Pembayaran pelayanan kesehatan di rumah sakit menggunakan dua metode, yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Retrospektif merupakan metode pembayaran terhadap pelayanan kesehatan kepada pasien yang ditentukan berdasarkan setiap aktifitas layanan yang diberikan, sehingga semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Contohnya *Fee for Services* (FFS). Sedangkan prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan terhadap layanan kesehatan yang jumlah besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contohnya adalah global budget, perdiem, kapitasi dan *case based payment*.

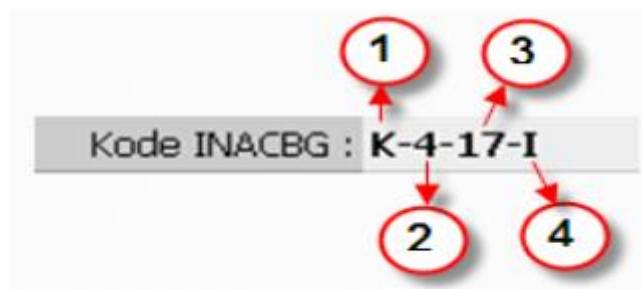
Dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ditetapkan pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (FKRTL) adalah dengan INA-CBGs berdasarkan Peraturan Presiden Nomo 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan dan diperbarui melaui Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013. Untuk tarif yang berlaku pada 1 Januari 2014, telah dilakukan penyesuaian dari tarif INA-CBG Jamkesmas dan telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Implementasi pembayaran INA CBGs dilaksanakan di rumah sakit kelas A, B, C, D, serta rumah sakit umum dan rumah sakit khusus rujukan nasional.

2. Jelaskan 2 metode pembayaran kepada provider pelayanan kesehatan?

Pembayaran pelayanan kesehatan di rumah sakit menggunakan dua metode, yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Retrospektif merupakan metode pembayaran terhadap pelayanan kesehatan kepada pasien yang ditentukan berdasarkan setiap aktifitas layanan yang diberikan, sehingga semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Contohnya *Fee for Services* (FFS). Sedangkan prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan terhadap layanan kesehatan yang jumlah besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contohnya adalah global budget, perdiem, kapitasi dan *case based payment*.

3. Gambarkan struktur kode INA-CBGS dan penjelasannya!

Pengelompokan INA-CBGs menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi luaran pelayanan, dengan menggunakan pedoman ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi INA-CBG sehingga dihasilkan 1.077 Group/Kelompok Kasus yang terdiri dari 789 kelompok kasus rawat inap dan 288 kelompok kasus rawat jalan.



Keterangan:

- Digit ke-1 adalah CMG (Casemix Main Groups)
- Digit ke-2 adalah tipe kasus
- Digit ke-3 adalah spesifik CBG kasus
- Digit ke-4 berupa angka romawi adalah severity level

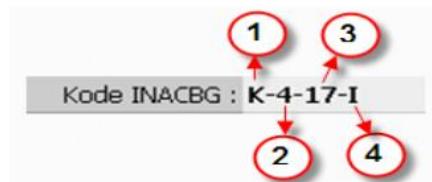
Rangkuman 7

Sistem pembayaran berdasarkan diagnosis-related group (DRGs) adalah salah satu jenis mekanisme pembayaran rumah sakit, bersama dengan pembayaran kapitasi, anggaran global dan kombinasinya. DRG digunakan terutama oleh pembeli untuk mengganti kepada penyedia layanan rawat inap untuk penyakit akut, tetapi pada prinsipnya mereka juga dapat digunakan untuk mengganti penyakit non-akut. DRG adalah pengklasifikasian kasus berdasarkan diagnosis utama dan sekunder, usia dan jenis kelamin pasien, adanya komorbiditas dan komplikasi serta prosedur yang dilakukan. Kasus-kasus yang diklasifikasikan sebagai milik DRG tertentu dicirikan oleh pola konsumsi sumber daya yang homogen dan, pada saat yang sama, DRG secara klinis bermakna.

Tes Formatif 7

1. Manakah yang termasuk ke dalam pembayaran retrospektif?
 - a. *Out of pockets*
 - b. *Kapitasi*
 - c. *INA-CBGS*
 - d. *Global Budget*
 - e. *Fee for service*
2. Casemix pertama kali digunakan di Indonesia untuk pembayaran kepada peserta?
 - a. Jamkesmas
 - b. Askes
 - c. Askeskin
 - d. Jampsersal
 - e. Jamsostek
3. Pembayaran kepada FKRTL pada JKN menggunakan sistem?
 - a. *Out of pockets*

- b. *Kapitasi*
- c. *INA-CBGs*
- d. *Global Budget*
- e. *Fee for service*



4. Pada gambar di atas manakah yang menunjukkan severity level?
 - a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. 4
5. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 merupakan peraturan perundangan yang mengatur tentang?
 - a. Tarif pada FTKP & FKRTL
 - b. Jaminan Kesehatan
 - c. BPJS (Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial)
 - d. Pembayaran dengan system Kapitasi
 - e. Petunjuk Teknis Sistem INA-CBGs

Jawaban tes formatif

1. E
2. A
3. C
4. D
5. B

Cocokkanlah jawaban Saudara dengan kunci jawaban Tes Formatif 7 yang terdapat di bagian modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus dibawah ini untuk mengetahui tingkat penguasaan Saudara terhadap materi Modul 7.

$$\text{Tingkat Penguasaan} = \frac{\text{Jumlah jawaban yang benar}}{\text{Jumlah Soal}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100%	: baik sekali
80 – 89%	: baik
70 – 79%	: cukup
< 70%	: kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, saudara dapat meneruskan dengan kegiatan belajar materi modul 8. Bagus! jika masih dibawah 80% saudara harus mengulangi materi kegiatan belajar modul 7, terutama bagian yang belum dikuasai.

Modul 8: Willingnes to Pay (WTP) dan Ability to Pay (ATP)

Metode Pembelajaran	Estimasi Waktu	Capaian Pembelajaran
Kuliah Interaktif Diskusi <i>Question Based Learning</i>	100 menit	<ul style="list-style-type: none">• Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian <i>Ability to Pay</i> (ATP)• Mahasiswa mampu menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi ATP• Mahasiswa mampu menjelaskan metode pengukuran ATP

Materi 8

1. ATP (Ability to Pay)

Menurut Russel (1996) Ability to Pay adalah pertimbangan dalam membelanjakan penghasilannya/pengeluaran untuk membeli barang atau pelayanan lain. Hal ini berkaitan dengan keterbatasan penerimaan sehingga secara ekonomis dalam memilih kepuasan maksimal. Kemampuan membayar masyarakat dibagi menjadi 3 (tiga) kelompok yaitu pengeluaran bukan makanan (*non food expenditure*), pengeluaran bukan esensial (*non essensial expenditure*), dan pengeluaran esensial/utama (*essensial expenditure*). Definisi lain dari Ability to Pay (ATP) adalah kemampuan seseorang untuk membayar jasa pelayanan yang diterimanya berdasarkan penghasilan yang dianggap ideal. Adisasmita (2008). Dua batasan dalam ATP dapat dikategorikan sebagai berikut:

1. ATP 1 adalah besarnya kemampuan membayar masyarakat yang setara dengan 5% dari pengeluaran untuk makanan non esensial dan non (bukan) makanan. Batasan ini didasarkan bahwa pengeluaran untuk non makanan dapat digunakan untuk keperluan lain, misalkan untuk kesehatan.
2. ATP 2 adalah besarnya kemampuan membayar masyarakat yang setara dengan jumlah pengeluaran untuk membeli (konsumsi) alkohol, tembakau, sirih, atau pesta/upacara. Batasan ini didasarkan kepada pengeluaran yang sebenarnya dapat digunakan secara lebih efisien dan efektif untuk kesehatan, contohnya adalah dengan mengurangi pengeluaran alkohol/tembakau/sirih yang dapat dialihkan untuk kesehatan.

2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi ATP (Ability to Pay)

Faktor-faktor yang mempengaruhi ATP adalah:

- a. Pekerjaan

Pekerjaan adalah kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh seseorang untuk mendapatkan penghasilan. Pekerjaan dapat dikatakan juga sebagai mata pencaharian seseorang. Pekerjaan berkaitan dengan pendapatan yang oleh karenanya dapat mempengaruhi kemampuan membayar seseorang. Seseorang yang mempunyai pekerjaan dengan pendapatan yang tinggi akan mempunyai kemampuan membayar yang lebih.

b. Pendapatan

Pendapatan berhubungan dengan jenis pekerjaan seseorang. Pekerja buruh kasar tentu akan berbeda pendapatannya dengan pekerjaan kantor atau pelaku usaha. Menurut Russell (1995) kemampuan membayar berhubungan dengan tingkat pendapatan (Income). ATP bisa dinilai dari seluruh aset dan pendapatan dihasilkan oleh keluarga, termasuk pendapatan ilegal. Semakin besar aset dan pendapatan yang dimiliki, semakin besar kemampuan membayarnya.

Di dalam pelayanan kesehatan, pendapatan dapat mempengaruhi pasien dalam memilih pengobatan atau pelayanan kesehatan yang dapat memaksimalkan kepuasan dan manfaat (utility) yang diperolehnya. Peningkatan pendapatan meningkatkan kemampuan membayar (ability to pay) dengan harga yang lebih tinggi, dengan kemampuan mengendalikan sumber daya dalam menghadapi risiko biaya medis saat sakit maka semakin besar kemauan konsumen untuk membayar. (Murti, 2000)

Penelitian di Kalimantan Timur menunjukkan hasil bahwa semakin tinggi pendapatan responden maka semakin tinggi pula kemampuan membayar biaya pelayanan kesehatan. Meskipun dilihat dari perilaku pengeluaran, rata-rata masyarakat masih memiliki perilaku yang konsumtif terhadap pengeluaran yang kurang penting, yang seharusnya adalah masyarakat lebih memikirkan pengeluaran yang lebih penting yaitu kesehatan. (Subirman, 2013)

c. Pengeluaran

Pengeluaran seseorang terhadap pemenuhan suatu barang dapat dipengaruhi oleh pendapatan seseorang. Untuk pengeluaran terhadap pelayanan kesehatan dapat diukur dari pengeluaran tersier yaitu pengeluaran non pangan atau bukan bahan makanan. (Gani dkk, 1997). Contoh pengeluaran tersier adalah pengeluaran untuk rekreasi, sumbangan kegiatan sosial, dan biaya rokok. Pengeluaran rumah tangga merupakan salah satu indikator yang dapat memberikan gambaran kesejahteraan penduduk. (BPS, 2002). Pendapatan seseorang yang sernakin tinggi dapat mempengaruhi porsi pengeluaran rumah tangga yang bergeser dari pengeluaran untuk makanan ke pengeluaran bukan makanan. Pergeseran pengeluaran ini terjadi karena elastisitas permintaan terhadap makanan umumnya rendah, sebaliknya elastisitas permintaan terhadap barang bukan makanan umumnya tinggi.

d. Jumlah Anggota Keluarga

Beberapa penelitian mendiskusikan bahwa banyaknya jumlah anggota keluarga yang menjadi tanggungan akan mempengaruhi pengeluaran. Tanggungan adalah orang atau orang-orang yang mempunyai hubungan keluarga atau dianggap berhubungan keluarga dan hidupnya pun ditanggung oleh seseorang. Sedangkan jumlah tanggungan adalah banyaknya jumlah jiwa atau jumlah anggota rumah tangga yang menempati atau menghuni satu rumah dengan kepala rumah tangga dan menjadi beban tanggungan rumah tangga dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Jumlah tanggungan dapat digolongkan kepada dua kategori yaitu tanggungan besar apabila jumlah tanggungan ≥ 5 orang dan tanggungan kecil apabila jumlah tanggungan < 5 orang. (Halim, 2005, Ahmadi 2007 dalam Hanum 2018).

Jumlah anggota keluarga yang menjadi tanggungan kepala rumah tangga juga mempengaruhi pengeluaran konsumsi keluarga. Semakin sedikit anggota keluarga berarti semakin sedikit kebutuhan yang harus dipenuhi kepala rumah tangga, begitu pula sebaliknya. Sehingga keluarga yang mempunyai jumlah anggota yang banyak, maka akan diikuti oleh banyaknya kebutuhan yang harus dipenuhi.

e. Pendapatan Anggota Keluarga Lain

Menurut Thabran (2012), semakin banyak jumlah anggota keluarga maka akan semakin banyak pula kebutuhan untuk memenuhi kesehatannya. Anggota keluarga di dalam rumah tangga/keluarga mempunyai andil untuk membantu kepala rumah tangga memenuhi kebutuhan rumah tangga dengan bekerja untuk memperoleh penghasilan. (Situngkir, 2007 dalam Hanum, 2018).

f. Kepemilikan Rumah

Rumah adalah salah satu kebutuhan dasar manusia setelah makanan (pangan) dan pakaian (sandang). Seseorang yang telah memiliki rumah maka diasumsikan dapat mengalihkan pengeluarannya untuk kebutuhan lainnya termasuk kebutuhan untuk kesehatan seperti membayar iuran premi. Penelitian Djuhaenni menunjukkan bahwa responden yang memiliki asuransi kesehatan sebagian besar telah memiliki rumah.

g. Kepemilikan Kendaraan

Kepemilikan kendaraan merupakan kebutuhan tersier. Seseorang akan memiliki kendaraan apabila kebutuhan primer dan sekundernya telah terpenuhi. Idealnya seseorang yang telah memiliki kendaraan mempunyai kemampuan di dalam pengeluaran lain seperti untuk perawatan kesehatan seperti membeli asuransi kesehatan.

h. Tabungan Kesehatan

Salah satu faktor ekonomi yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kemampuan membayar seseorang adalah kepemilikan tabungan kesehatan.

(Jacobs, 1997) Seseorang yang mempunyai tingkat ekonomi yang baik cenderung memiliki tabungan kesehatan. Penelitian Djuhaeni, dkk (2010) menunjukkan bahwa seseorang yang tidak memiliki tabungan kesehatan belum mempersiapkan sejumlah dana yang digunakan untuk menghadapi masalah kesehatan.

3. Metode untuk Mengukur ATP (Ability to Pay)

Pengeluaran kesehatan dapat dianggap atau diperkirakan dari persentase pendapatan. Rasio pendapatan ini sering disebut sebagai bukti kemampuan (dalam) membayar dan telah digunakan untuk membantu menetapkan harga yang "terjangkau" (*affordable price*). Rasio pengeluaran kesehatan sebesar 5% dari pendapatan dapat menjadi tolok ukur umum dari keterjangkauan/ kemampuan membayar pelayanan kesehatan karena sebagian besar survei pengeluaran kesehatan di negara berkembang menunjukkan bahwa rumah tangga menghabiskan antara 2-5% dari pendapatan untuk perawatan kesehatan. (Russell, 1996). Beberapa pendapat tentang bagaimana mengukur kemampuan membayar masyarakat dijabarkan sebagai berikut:

- 1) Kemampuan membayar masyarakat dapat dilihat dari pengeluaran yang bersifat tersier seperti biaya rokok, pengeluaran rekreasi dan sumbangan kegiatan sosial, dan biaya rokok. (Mukti, 2010)
- 2) Kemampuan membayar biaya pelayanan kesehatan diukur dari keseluruhan biaya untuk konsumsi di luar kebutuhan dasar antara lain: minuman jadi, minuman beralkohol, tembakau atau sirih, pengeluaran pesta yang diukur dalam waktu setahun (Susilawati, dkk, 2001)
- 3) Kapasitas membayar diperoleh dari perhitungan pengeluaran non pangan ditambah dengan pengeluaran pangan non esensial seperti makanan/ minuman jadi, rokok/tembakau/sirih dan alkohol. (WHO dalam Xu, et. al., 2005).
- 4) Menurut Departemen Kesehatan (2000) kemampuan membayar masyarakat pelayanan kesehatan dapat diukur dengan rumus sebagai berikut:
 - a. 10% dari pendapatan yang dapat dipakai setelah dikeluarkan untuk pengeluaran pangan esensial (*disposable income*)
 - b. 50 % dari pengeluaran untuk membeli rokok/sirih ditambah dengan pengeluaran non pangan
 - c. 5 % dari total pengeluaran.

Latihan 8

1. Jelaskan pengertian dari ATP
2. Sebutkan faktor-faktor yang mempengaruhinya!
3. Jelaskan formula mengukur ATP menurut Kementerian Kesehatan!

Jawaban 8

1. ATP adalah kemampuan seseorang untuk membayar jasa pelayanan yang diterimanya berdasarkan penghasilan yang dianggap ideal.
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi ATP (Ability to Pay) adalah:
 - a. Pekerjaan
 - b. Pendapatan
 - c. Pengeluaran
 - d. Jumlah Anggota Keluarga
 - e. Pendapatan Anggota Keluarga Lain
 - f. Kepemilikan Rumah
 - g. Kepemilikan Kendaraan
 - h. Tabungan Kesehatan
3. Menurut Departemen Kesehatan (2000) kemampuan membayar masyarakat pelayanan kesehatan dapat diukur dengan rumus sebagai berikut:
 - a. 10% dari pendapatan yang dapat dipakai setelah dikeluarkan untuk pengeluaran pangan esensial (disposable income)
 - b. 50 % dari pengeluaran untuk membeli rokok/sirih ditambah dengan pengeluaran non pangan
 - c. 5 % dari total pengeluaran

Rangkuman 8

Menurut Russel (1996) Ability to Pay adalah pertimbangan dalam membelanjakan penghasilannya/pengeluaran untuk membeli barang atau pelayanan lain. Hal ini berkaitan dengan keterbatasan penerimaan sehingga secara ekonomis dalam memilih kepuasan maksimal. Kemampuan membayar masyarakat dibagi menjadi 3 (tiga) kelompok yaitu pengeluaran bukan makanan (*non food expenditure*), pengeluaran bukan esensial (*non essensial expenditure*), dan pengeluaran esensial/utama (*essensial expenditure*). Definisi lain dari Ability to Pay (ATP) adalah kemampuan seseorang untuk membayar jasa pelayanan yang diterimanya berdasarkan penghasilan yang dianggap ideal. Dua batasan dalam ATP dapat dikategorikan sebagai berikut:

1. ATP 1 adalah besarnya kemampuan membayar masyarakat yang setara dengan 5% dari pengeluaran untuk makanan non esensial dan non (bukan) makanan. Batasan ini didasarkan bahwa pengeluaran untuk non makanan dapat digunakan untuk keperluan lain, misalkan untuk kesehatan.
2. ATP 2 adalah besarnya kemampuan membayar masyarakat yang setara dengan jumlah pengeluaran untuk membeli (konsumsi) alkohol, tembakau, sirih, atau pesta/upacara. Batasan ini didasarkan kepada pengeluaran yang sebenarnya dapat digunakan secara lebih efisien dan efektif untuk kesehatan, contohnya adalah dengan mengurangi pengeluaran alkohol/tembakau/sirih yang dapat dialihkan untuk kesehatan.

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi ATP (Ability to Pay)

- a. Pekerjaan

- b. Pendapatan
- c. Pengeluaran
- d. Jumlah Anggota Keluarga
- e. Pendapatan Anggota Keluarga Lain
- f. Kepemilikan Rumah
- g. Kepemilikan Kendaraan
- h. Tabungan Kesehatan

Metode untuk Mengukur ATP (Ability to Pay)

Menurut Departemen Kesehatan (2000) kemampuan membayar masyarakat pelayanan kesehatan dapat diukur dengan rumus sebagai berikut:

- 10% dari pendapatan yang dapat dipakai setelah dikeluarkan untuk pengeluaran pangan esensial (disposable income)
- 50 % dari pengeluaran untuk membeli rokok/sirih ditambah dengan pengeluaran non pangan
- 5 % dari total pengeluaran.

Tes Formatif 8

1. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ATP (*ability to pay*) masyarakat untuk kesehatan adalah 5% dari total pengeluaran rumah tangga per bulan atau sebesar Rp. 200.000. Sementara rata-rata pengeluaran untuk rokok adalah 7% dari pengeluaran rumah tangga perbulan atau sebesar Rp. 280.000. Hasil penelitian tersebut akan diterapkan dalam penentuan iuran premi kesehatan. Apakah analisis hasil penelitian terhadap premi ?
 - a. Masyarakat memerlukan subsidi premi
 - b. Masyarakat mampu membayar premi sebesar Rp, 210.000
 - c. Premi dapat ditetapkan lebih dari Rp. 280.000
 - d. Masyarakat tidak mau membayar premi yang lebih besar dari Rp. 200.000
 - e. Pengeluaran untuk rokok tidak mempengaruhi ATP (*ability to pay*) masyarakat untuk kesehatan

Jawaban

1. B

Cocokkanlah jawaban Saudara dengan kunci jawaban Tes Formatif 8 yang terdapat di bagian modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus dibawah ini untuk mengetahui tingkat penguasaan Saudara terhadap materi Modul 8.

$$\text{Tingkat Penguasaan} = \frac{\text{Jumlah jawaban yang benar}}{\text{Jumlah Soal}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100%	: baik sekali
80 – 89%	: baik

70 – 79% : cukup
< 70% : kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, saudara dapat meneruskan dengan kegiatan belajar materi modul 9. Bagus! jika masih dibawah 80% saudara harus mengulangi materi kegiatan belajar modul 8, terutama bagian yang belum dikuasai

Modul 9: *Willingness to Pay* (WTP)

Metode Pembelajaran	Estimasi Waktu	Capaian Pembelajaran
Kuliah Interaktif Diskusi <i>Question Based Learning</i>	100 menit	<ul style="list-style-type: none">• Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian <i>Willingness to Pay</i> (ATP)• Mahasiswa mampu menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi WTP• Mahasiswa mampu menjelaskan penerapan ATP & WTP

Materi 9

1. WTP (*Willingness to Pay*)

Willingness to pay (WTP) adalah konsep yang semakin sering digunakan untuk menginformasikan keputusan kebijakan di sektor kesehatan. Mengetahui WTP masyarakat penting karena tanggapan konsumen terhadap harga akan mempengaruhi tingkat dan pola pemanfaatan layanan, dan pendapatan yang terkumpul. Sehingga dampak dari efisiensi dan pemerataan harga untuk perawatan kesehatan akan dipengaruhi oleh kemauan dan kemampuan masyarakat untuk membayar.

Untuk mengetahui berapa banyak orang yang bersedia dan mampu membayar untuk suatu barang atau jasa dapat dinilai dengan dua cara: (a) dengan mengamati dan mencontohkan penggunaan, pengeluaran dan daya tanggap perawatan kesehatan di masa lalu atau; (b) dengan menanyakan orang secara langsung seberapa banyak mereka bersedia dan mampu membayar untuk layanan atau produk perawatan kesehatan yang ditentukan.

Metode pertama akan memperoleh informasi tentang uang yang saat ini digunakan seseorang untuk perawatan kesehatannya sehingga dapat menginformasikan kepada para pembuat keputusan tentang pasar potensial tempat mereka beroperasi atau memberikan pelayanan. Meskipun pengamatan mengenai berapa banyak orang yang menghabiskan waktu untuk layanan kesehatan di masa lalu untuk menilai berapa banyak mereka akan bersedia membayar di masa depan mungkin tidak sesuai karena sejumlah alasan, yaitu:

- Pasar untuk layanan kesehatan mungkin tidak ada sebelumnya karena perawatan kesehatan telah disediakan secara gratis atau karena layanan baru sedang diperkenalkan ke suatu daerah.

- Harga yang dibayarkan oleh pasien di masa lalu mungkin tidak mencerminkan jumlah maksimum yang bersedia mereka bayarkan, yang mungkin lebih besar
- Kesediaan untuk membayar suatu layanan terkait dengan situasi tertentu dan faktor non-harga, sehingga pasien mungkin bersedia membayar harga tertentu kepada satu penyedia tetapi mungkin tidak bersedia membayar harga yang sama ke penyedia yang berbeda. Misalnya, wanita mungkin membayar bidan tradisional atau rumah sakit misi untuk layanan persalinan, tetapi mungkin tidak bersedia membayar di rumah sakit pemerintah karena kualitas perawatan yang diterima, aksesibilitas rumah sakit pemerintah, atau karena kurangnya kepercayaan pada staf di rumah sakit pemerintah.

Metode kedua adalah menanyakan secara langsung kepada seseorang jumlah maksimum uang yang mereka inginkan dan dapat bayarkan untuk layanan kesehatan tertentu. Dengan asumsi sejak awal bahwa orang tersebut tidak memiliki pengalaman sebelumnya untuk membeli layanan kesehatan yang akan ditanyakan. Karena pelayanan kesehatan dan keadaan pembeliannya bersifat hipotetis, maka responden harus mengembangkan jawaban berdasarkan informasi yang diberikan oleh pewawancara. Oleh karena itu, studi WTP berbentuk survei dilakukan dengan beberapa komponen, yaitu

- 1) Praktik perawatan kesehatan masa lalu, pengeluaran dan sikap Menurut WASH (1988: 19) dalam Russel (1995), pertanyaan-pertanyaan ini akan merangsang responden untuk mempertimbangkan apa yang saat ini mereka bersedia bayar untuk layanan kesehatan tertentu dan mengapa. Sampai taraf tertentu, pertanyaan-pertanyaan ini akan mengingatkan responden tentang penilaian dan pilihan sebelumnya yang telah mereka buat, sehingga nilai WTP mereka untuk setiap layanan baru akan dibuat dalam konteks mengetahui tentang penyedia alternatif.
- 2) Penciptaan pasar hipotetis yang masuk akal. Karena layanan kesehatan dan situasi pasar yang disajikan bersifat hipotetis, maka harus dijelaskan kepada responden sehingga mereka dapat membuat keputusan yang tepat. Jenis informasi yang perlu dipertimbangkan meliputi: deskripsi rinci tentang layanan atau perlakuan yang dinilai; keadaan kelembagaan dan organisasi di mana layanan akan tersedia; metode pembayaran (out of pockets, angsuran, pembayaran di muka, dll.); risiko penyakit yang sebenarnya atau yang dirasakan dan efektivitas pengobatan yang dirasakan (Morrison dan Gyldmark, 1992 dalam Russel, 1995)).
- 3) Pertanyaan yang memunculkan keinginan dan kemampuan responden untuk membayar layanan kesehatan yang ditawarkan. Pertanyaan-pertanyaan ini harus dirancang untuk meminimalkan bias dalam nilai WTP responden.
- 4) Pertanyaan tentang karakteristik responden atau rumah tangga Untuk lebih memahami mengapa orang memberikan angka tertentu untuk WTP, informasi sosial ekonomi seperti usia, jenis kelamin, pendapatan, hak atas perawatan kesehatan gratis, dll harus dikumpulkan. (Russel, 1995)

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi seseorang untuk membayar (WTP), yaitu:

- a. Harga barang/jasa
- b. Pendapatan. Kemauan seseorang untuk membayar pelayanan kesehatan ditentukan oleh pendapatannya. Semakin tinggi pendapatan seseorang maka semakin meningkatkan kemauan membayar atau meningkatkan pembelian terhadap suatu barang/jasa tertentu.
- c. Selera. Seseorang akan mau membayar suatu barang atau jasa apabila barang atau jasa yang dikonsumsi memenuhi kriteria atau seleranya.
- d. Persepsi. Seseorang akan mau membayar suatu barang atau jasa apabila barang atau jasa tersebut dipersepsikan dapat memenuhi kebutuhannya.

2. Penerapan ATP dan WTP

Pengukuran *Ability to pay* (ATP) dan *Willingness to pay* (WTP) sering digunakan untuk menetapkan tarif suatu barang atau jasa pelayanan. Contohnya berbagai penelitian dilakukan untuk mengetahui ATP dan WTP masyarakat di dalam membayar tarif angkutan umum. Selain itu penelitian dilakukan untuk mengetahui apakah konsumen mampu dan mau membeli harga suatu barang yang ditawarkan. Dalam dunia kesehatan, pengukuran ATP dan WTP dilakukan untuk mengetahui apakah masyarakat mau membeli pelayanan kesehatan yang ditawarkan oleh suatu rumah sakit. Sehingga di dalam menentukan tarif rumah sakit tidak hanya mempertimbangkan *unit cost* (biaya satuan) saja tetapi juga mempertimbangkan daya beli masyarakat dan kemauan masyarakat membayar pelayanan yang ditawarkan.

Hasil dari pengukuran ATP dan WTP di samping dapat bermanfaat untuk menetapkan harga suatu barang atau jasa, dapat pula digunakan sebagai bahan evaluasi terhadap harga dan pelayanan yang telah dilakukan. Sebagai contoh penelitian evaluasi tarif angkutan umum apakah telah sesuai dengan ATP dan WTP masyarakat, ternyata kemampuan membayar masyarakat terhadap tarif yang ditetapkan lebih besar dari keinginan masyarakat untuk membayar. Sehingga diambil kesimpulan bahwa masyarakat masih enggan menggunakan angkutan umum dan lebih memilih kendaraan pribadi karena pelayanan angkutan umum yang masih dirasakan kurang. (Safitri, 2016)

Penelitian lain dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kemauan masyarakat membeli barang dalam hal ini adalah sayuran organik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemauan membeli sayuran organik dipengaruhi oleh kepercayaan terhadap klaim sayuran organik, perhatian terhadap kesehatan dan lingkungan, persepsi terhadap atribut sayuran organik dan persepsi biaya. Sementara penelitian ini mengatakan tidak ada hubungan yang signifikan antara sosial dan status ekonomi masyarakat (usia, total pendapatan, jumlah anggota keluaran dan pendidikan formal) terhadap kemauan membeli sayuran organic. Hal ini menunjukkan bahwa persepsi menjadi faktor yang menentukan

seseorang membeli sayuran organic, bukan dari pendapatan ataupun usia. (Najib, 2014)

Terkait dengan jaminan kesehatan nasional, pengukuran ATP dan WTP ini sering digunakan untuk mengetahui bagaimana kemampuan masyarakat dalam membayar premi jaminan kesehatan dan seberapa besar masyarakat mau membayar premi jaminan kesehatan. Penelitian dilakukan oleh Sihaloho (2015) mengenai determinan kemauan membayar (WTP) iuran peserta jaminan kesehatan mandiri, dimana penelitian tersebut menggunakan determinan berdasarkan 3 faktor utama yaitu 1) faktor predisposing (usia, gender, pengetahuan, sikap, pendidikan, riwayat penyakit katastropik). 2) faktor reinforcing (perilaku petugas kesehatan, pendapatan, informasi tentang JKN dan jumlah anggota keluarga), dan 3) faktor enabling (mutu pelayanan fasilitas kesehatan, jarak ke fasilitas kesehatan dan lingkungan (lokasi geografis). Penelitian juga mengaitkan kemampuan membayar (ATP) dengan kemauan membayar (WTP). Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor yang berhubungan secara signifikan dengan kemauan membayar premi iuran JKN mandiri adalah tingkat pendapatan, riwayat penyakit katastropik, mutu pelayanan kesehatan dan kemampuan membayar (ATP). (Sihaloho, 2015)

Penelitian lain terkait dengan determinan Willingness to Pay (WTP) iuran peserta BPJS kesehatan menunjukkan bahwa usia berpengaruh negatif terhadap WTP, variabel jumlah anggota keluarga tidak berpengaruh terhadap WTP, variabel pendidikan terakhir berpengaruh positif terhadap WTP, variabel tingkat pendapatan berpengaruh positif terhadap WTP, dan variabel syariah berpengaruh negatif terhadap WTP. Dalam penelitian ini dijelaskan bahwa responden bersedia membayar iuran tambahan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan peserta JKN kelas III. Diketahui bahwa iuran BPJS kelas III sebesar Rp. 25.500, WTP hasil penelitian sebesar Rp. 26.875, sehingga terdapat rata-rata surplus konsumen sebesar $Rp. 26.785 - Rp. 25.500 = Rp. 1.375$. Artinya iuran premi JKN untuk kelas III dapat dinaikkan sampai batas maksimal yaitu rata-rat surplus konsumen namun kenaikan tersebut harus diiringi dengan peningkatan kualitas pelayanan. Sehingga penelitian tentang ATP dan WTP ini memberikan rekomendasi kepada Pemerintah dan BPJS selaku penyelenggara JKN untuk meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya peserta kelas III. (Aryani dan Muqorrobin, 2013)

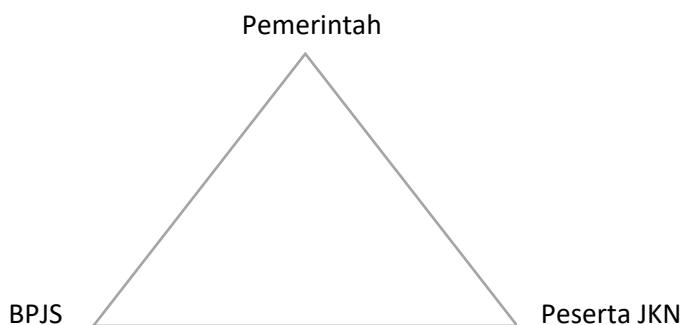
Terdapat teori yang menarik yang dapat dipelajari dari penelitian yang terkait hubungan ATP & WTP dengan tarif pada transportasi publik. Pada saat penentuan tarif transportasi publik sering terjadi ketidaksesuaian antara kemampuan membayar dengan kemauan membayar masyarakat. (Tamin, Rahman, Kusumawati, Munandar dan Setiadji, 1999: 133 dalam Julien dan Mahalli, 2014). Kondisi yang terjadi adalah:

1. ATP > WTP (ATP lebih besar dari WTP). Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan membayar lebih besar dari keinginan membayar suatu jasa (transportasi). Kondisi tersebut terjadi apabila konsumen memiliki penghasilan yang relatif tinggi tetapi utilitas (penggunaan) terhadap jasa

(transportasi) tersebut relatif rendah. Pengguna pada kondisi ini disebut dengan pengguna yang bebas memilih (*choice riders*).

2. $ATP = WTP$ (ATP sama dengan WTP). Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan dan keinginan membayar jasa yang dikonsumsi pengguna adalah sama. Kondisi ini menunjukkan telah terjadi keseimbangan antara utilitas (penggunaan) dengan biaya yang dikeluarkan oleh konsumen.
3. $ATP < WTP$ (ATP lebih kecil dari WTP). Hal ini menunjukkan bahwa keinginan konsumen untuk membayar jasa yang diterima lebih besar dari kemampuan membayar yang dimiliki. Seseorang yang memiliki nilai ATP rendah cenderung memiliki nilai WTP yang tinggi karena nilai WTP ditentukan oleh pertimbangan psikologis pengguna (Ajzen, Rosenthal dan Brown, 2000: 2448 dalam Julien dan Mahalli, 2014). Kondisi ini bisa saja terjadi terhadap konsumen yang memiliki penghasilan lebih rendah tetapi memiliki utilitas terhadap jasa yang dibutuhkan sangat tinggi. Dalam hal keinginan membayar jasa lebih cenderung dipengaruhi oleh utilitas maka pengguna disebut dengan *captive riders*. (Ranti, 2018)

Apabila teori tersebut dikaitkan dengan tarif iuran premi jaminan kesehatan, maka dapat digambarkan peranan Pemerintah agar tarif (iuran) premi disesuaikan dengan kondisi ATP dan WTP masyarakat. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah program pemerintah untuk menjamin agar masyarakat dapat terlindungi dari kerugian finansial akibat sakit yang diderita dan membutuhkan layanan kesehatan. BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) ditunjuk sebagai badan yang mengelola JKN dimana salah satu tugasnya adalah melakukan kerjasama dengan para provider pelayanan kesehatan. Peserta JKN mempunyai kewajiban membayar premi sesuai dengan ketetapan Pemerintah.

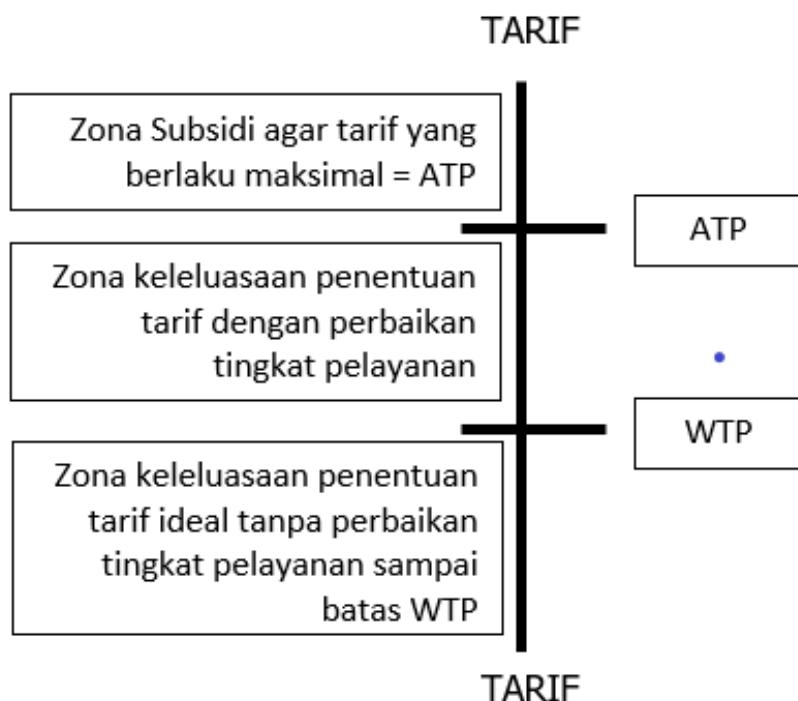


Pemerintah menetapkan tarif iuran premi JKN yang tentunya harus disesuaikan dengan kemampuan dan kemauan masyarakat untuk membayar. Pemerintah wajib memberikan subsidi apabila masyarakat tidak mampu membayar premi atau premi yang ditetapkan melebihi kemampuan masyarakat membayar. Maka ATP dan WTP apabila dikaitkan dengan tarif premi adalah sebagai berikut:

- 1) Fungsi ATP adalah kemampuan masyarakat dalam membayar sehingga tarif premi yang diberlakukan dan semaksimal mungkin tidak melebihi nilai ATP

dari suatu kelompok masyarakat. Pemerintah menetapkan subsidi silang atau subsidi langsung apabila tarif premi JKN yang ditetapkan lebih besar dari ATP.

- 2) Fungsi WTP adalah memberikan rekomendasi terhadap kualitas pelayanan kesehatan. Apabila tarif yang ditetapkan di atas kemauan membayar masyarakat (WTP) namun berada di bawah kemampuan membayar masyarakat (ATP), maka Pemerintah dapat menaikkan tarif premi namun BPJS meminta provider pelayanan kesehatan untuk meningkatkan pelayanannya.
- 3) Tarif baru dapat diajukan apabila tarif lama berada di bawah ATP dan WTP. (dimodifikasi dari Ranti, 2018)



Latihan 9

1. Jelaskan pengertian dari WTP dan apa saja faktor-faktor yang mempengaruhinya!
2. Berikan contoh penerapan ATP dan WTP dalam penetapan tarif premi!

Jawaban 9

3. WTP adalah kemauan seseorang untuk membayar harga suatu barang atau jasa (pelayanan). Mengukur WTP dilakukan dengan dua acara yaitu: (a) dengan mengamati dan mencatat penggunaan, pengeluaran dan daya tanggap perawatan kesehatan di masa lalu atau; (b) dengan menanyakan orang secara langsung seberapa banyak mereka bersedia dan mampu membayar untuk layanan

atau produk perawatan kesehatan yang ditentukan. Faktor-faktor yang mempengaruhi WTP adalah:

- a. Harga barang/jasa
 - b. Pendapatan. Kemauan seseorang untuk membayar pelayanan kesehatan ditentukan oleh pendapatannya. Semakin tinggi pendapatan seseorang maka semakin meningkatkan kemauan membayar atau meningkatkan pembelian terhadap suatu barang/jasa tertentu.
 - c. Selera. Seseorang akan mau membayar suatu barang atau jasa apabila barang atau jasa yang dikonsumsi memenuhi kriteria atau seleranya.
 - d. Persepsi. Seseorang akan mau membayar suatu barang atau jasa apabila barang atau jasa tersebut dipersepsikan dapat memenuhi kebutuhannya
4. Penentuan tarif dengan mempertimbangkan ATP dan WTP dapat dilakukan sebagai berikut:
- a. Fungsi ATP adalah kemampuan masyarakat dalam membayar sehingga tarif premi yang diberlakukan dan semaksimal mungkin tidak melebihi nilai ATP dari suatu kelompok masyarakat. Pemerintah menetapkan subsidi silang atau subsidi langsung apabila tarif premi JKN yang ditetapkan lebih besar dari ATP.
 - b. Fungsi WTP adalah memberikan rekomendasi terhadap kualitas pelayanan kesehatan. Apabila tarif yang ditetapkan di atas kemauan membayar masyarakat (WTP) namun berada di bawah kemampuan membayar masyarakat (ATP), maka Pemerintah dapat menaikkan tarif premi namun BPJS meminta provider pelayanan kesehatan untuk meningkatkan pelayanannya.
 - c. Tarif baru dapat diajukan apabila tarif lama berada di bawah ATP dan WTP.

Rangkuman 9

WTP (Willingness to Pay)

Untuk mengetahui berapa banyak orang yang bersedia dan mampu membayar untuk suatu barang atau jasa dapat dinilai dengan dua cara: (a) dengan mengamati dan mencontohkan penggunaan, pengeluaran dan daya tanggap perawatan kesehatan di masa lalu atau; (b) dengan menanyakan orang secara langsung seberapa banyak mereka bersedia dan mampu membayar untuk layanan atau produk perawatan kesehatan yang ditentukan.

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi seseorang untuk membayar (WTP), yaitu:

- a. Harga barang/jasa
- b. Pendapatan. Kemauan seseorang untuk membayar pelayanan kesehatan ditentukan oleh pendapatannya. Semakin tinggi pendapatan seseorang maka semakin meningkatkan kemauan membayar atau meningkatkan pembelian terhadap suatu barang/jasa tertentu.
- c. Selera. Seseorang akan mau membayar suatu barang atau jasa apabila barang atau jasa yang dikonsumsi memenuhi kriteria atau seleranya.

- d. Persepsi. Seseorang akan mau membayar suatu barang atau jasa apabila barang atau jasa tersebut dipersepsikan dapat memenuhi kebutuhannya.

Aplikasi ATP dan WTP

Pengukuran Ability to pay (ATP) dan Willingness to pay (WTP) sering digunakan untuk menetapkan tarif suatu barang atau jasa pelayanan. Contohnya berbagai penelitian dilakukan untuk mengetahui ATP dan WTP masyarakat di dalam membayar tarif angkutan umum. Selain itu penelitian dilakukan untuk mengetahui apakah konsumen mampu dan mau membeli harga suatu barang yang ditawarkan. Dalam dunia kesehatan, pengukuran ATP dan WTP dilakukan untuk mengetahui apakah masyarakat mau membeli pelayanan kesehatan yang ditawarkan oleh suatu rumah sakit. Sehingga di dalam menentukan tarif rumah sakit tidak hanya mempertimbangkan *unit cost* (biaya satuan) saja tetapi juga mempertimbangkan daya beli masyarakat dan kemauan masyarakat membayar pelayanan yang ditawarkan.

Tes Formatif 9

1. Sebagian besar masyarakat di suatu wilayah memilih untuk berobat di rumah sakit yang lebih jauh dari wilayahnya karena tarif yang dikenakan lebih murah dibanding rumah sakit yang lebih dekat meskipun rumah sakit lain yang lebih dekat tersebut mempunyai fasilitas yang lebih lengkap dan pelayanan lebih ramah. Faktor apakah yang mempengaruhi pemilihan masyarakat?
 - a. Masyarakat mempunyai penghasilan yang tinggi tetapi tidak memilih jasa pelayanan kesehatan yang disediakan
 - b. Sebagian besar masyarakat adalah *choiced riders*
 - c. Sebagian besar masyarakat adalah *captive riders*
 - d. $\text{Ability to Pay (ATP)} = \text{Willingness to Pay (WTP)}$
 - e. $\text{Ability to Pay (ATP)} > \text{Willingness to Pay (WTP)}$
2. Dari hasil penelitian diketahui ATP (*ability to pay*) masyarakat untuk membayar pelayanan kesehatan kelas III sebesar Rp. 209.220, WTP (*willingness to pay*) sebesar Rp. 22.947 dan tarif yang berlaku Rp. 20.000. Tindakan apakah yang tepat dilakukan oleh pelayanan kesehatan ?
 - a. Menaikkan tarif mendekati ATP dengan kompensasi meningkatkan pelayanan
 - b. Tidak perlu menaikkan atau menurunkan tarif
 - c. Memperbaiki tingkat pelayanan agar WTP masyarakat meningkat
 - d. Menambah jenis pelayanan baru untuk meningkatkan kuantitas pelayanan
 - e. Menurunkan tarif
3. Sebagian besar masyarakat di suatu Kabupaten memilih untuk berobat di Rumah Sakit yang mempunyai fasilitas yang lebih lengkap dan pelayanan lebih ramah,

meskipun tarif yang ditetapkan sedikit lebih tinggi dari beberapa rumah sakit lain yang ada di Kabupaten tersebut. Faktor apakah yang mempengaruhi pilihan masyarakat?

- a. Sebagian besar masyarakat adalah *choice riders*
 - b. Sebagian besar masyarakat adalah *captive riders*
 - c. Masyarakat mempunyai penghasilan yang tinggi tetapi tidak memilih jasa pelayanan kesehatan yang disediakan
 - d. Kemampuan membayar masyarakat sama dengan kemauan membayar ($ATP=WTP$)
 - e. Kemampuan membayar masyarakat lebih rendah dari kemauan membayar ($ATP < WTP$)
4. Suatu penelitian dilakukan untuk mengukur kemauan masyarakat untuk menjadi peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Mandiri. Data apakah yang diukur?
- a. Biaya satuan pelayanan
 - b. Tarif kompetitor
 - c. 10% dari *Disposable income* (pendapatan yang dapat dipakai setelah dikeluarkan untuk pengeluaran pangan (esensial)
 - d. 50 % dari pengeluaran Rokok (Rokok/Sirih) ditambah dengan pengeluaran non pangan
 - e. Persepsi terhadap resiko sakit

Jawaban:

- 1. C
- 2. A
- 3. A
- 4. E

Cocokkanlah jawaban Saudara dengan kunci jawaban Tes Formatif 9 yang terdapat di bagian modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus dibawah ini untuk mengetahui tingkat penguasaan Saudara terhadap materi Modul 9.

$$\text{Tingkat Penguasaan} = \frac{\text{Jumlah jawaban yang benar}}{\text{Jumlah Soal}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100%	: baik sekali
80 – 89%	: baik
70 – 79%	: cukup
< 70%	: kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, saudara dapat meneruskan dengan kegiatan belajar materi modul 10. Bagus! jika masih dibawah 80% saudara harus mengulangi materi kegiatan belajar modul 9, terutama bagian yang belum dikuasai.

Modul 10: Konsep Health Account dan National Health Account (NHA) & DHA

Metode Pembelajaran	Estimasi Waktu	Capaian Pembelajaran
Kuliah Interaktif Diskusi Question Based Learning	100 menit	<ul style="list-style-type: none">• Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian Health Account• Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian National Health Account (NHA)• Mahasiswa mampu menjelaskan aliran dana kesehatan• Mahasiswa mampu menjelaskan gambaran National Health Account (NHA) di Indonesia

Materi 10

1. Health Account

Health account atau akun kesehatan adalah cara bagi negara untuk memantau pengeluaran kesehatan di berbagai aliran/arus, terlepas dari entitas atau lembaga yang membiayai dan mengelola pengeluaran tersebut. *Health account* digunakan untuk mempelajari pengeluaran masa lalu dan meningkatkan perencanaan dan alokasi sumber daya di seluruh sistem di masa depan. *Health account* merupakan data yang konsisten dan komprehensif tentang pengeluaran kesehatan di suatu negara yang dapat berkontribusi pada pembuatan kebijakan berbasis bukti. Dalam sistem ini, negara dapat melacak perubahan dalam prioritas kebijakan dan memahami jika reformasi dan program baru mengakibatkan perubahan dalam alokasi dan pengeluaran sumber daya kesehatan. (https://www.who.int/health-topics/health-accounts/#tab=tab_1)

Upaya untuk menggambarkan arus keuangan yang terkait dengan konsumsi perawatan kesehatan dapat ditelusuri sejauh tahun 1920-an (Fetter, 2006). Pada awal 1960-an, Abel-Smith dan lainnya melakukan sejumlah studi yang mengukur pengeluaran kesehatan di negara berkembang (Abel-Smith, 1963; Abel-Smith, 1967). Pada tahun 1970-an (dan di beberapa kasus negara seperti Prancis dan Belanda, tahun 1950-an), negara-negara OECD secara teratur mulai memperkirakan pengeluaran kesehatan, melalui data pengeluaran swasta dan publik. Lebih lengkap upaya yang dilakukan oleh Amerika Serikat yang memberikan informasi rinci tentang sumber pembiayaan kesehatan, bersama dengan data pengeluaran terkait (Waldo,

1996). Selama bertahun-tahun, penelitian juga telah dilakukan untuk menggambarkan arus keuangan untuk kategori pengeluaran konsumsi kesehatan seperti HIV / AIDS, wilayah dan kelompok sosial ekonomi.

Dalam beberapa tahun terakhir, ada dua upaya besar untuk mensistematisasikan pengumpulan informasi tentang arus keuangan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Upaya tersebut adalah diterbitkannya A System of Health Accounts (SHA 1.0) oleh Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) pada tahun 2000, termasuk sekumpulan klasifikasi terkait arus keuangan yang dikenal sebagai International Classification of Health Accounts (ICHA); dan upaya gabungan dari WHO, Bank Dunia dan USAID yang mengarah pada pengembangan "Guide to Producing National Health Accounts" pada tahun 2003, atau disebut sebagai NHA Producers Guide (PG). Ini adalah standar pertama yang dikeluarkan tentang penerimaan dan penggunaan yang lebih luas dalam menghasilkan data pengeluaran kesehatan secara global.

Disusunnya *System of Health Accounts* 2011 (SHA) bertujuan untuk memberikan standar dalam mengklasifikasikan pengeluaran kesehatan menurut tiga sumbu konsumsi, penyediaan dan pembiayaan. Pedoman ini memberikan panduan dan dukungan metodologis dalam menyusun akun kesehatan. Tujuan khusus penyusunan pedoman ini adalah:

- Menyediakan kerangka (framework) untuk membandingkan secara internasional pengeluaran kesehatan dan analisis sistem kesehatan;
- Menyediakan alat (tools), yang dapat diperluas oleh masing-masing negara, untuk dapat menghasilkan data dalam pemantauan dan analisis sistem kesehatan;
- Menentukan batas-batas layanan kesehatan yang diselaraskan secara internasional untuk melacak pengeluaran konsumsi atau belanja kesehatan.

Untuk mencapai tujuan ini, SHA 2011 memberikan dasar untuk mengumpulkan, membuat katalog dan memperkirakan semua arus moneter yang terkait dengan pengeluaran perawatan kesehatan.

Hubungan antara system kesehatan dengan health account

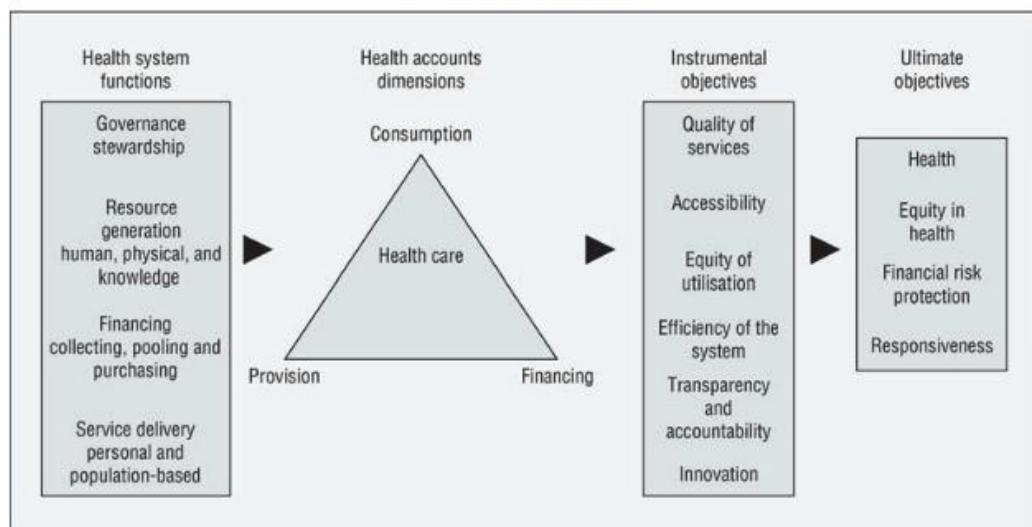
Keempat fungsi sistem kesehatan (tata kelola, sumber daya, pembiayaan dan pemberian layanan) dapat dikaitkan dengan tiga sumbu neraca kesehatan yaitu konsumsi, penyediaan dan pembiayaan. Setiap sumbu dikaitkan dengan klasifikasi tertentu, tetapi tidak ada klasifikasi unik dengan setiap sumbu. Misalnya, sumbu pembiayaan dapat diukur secara seimbang oleh skema pembiayaan dan agen pembiayaan. Konsumsi adalah titik awal, dan barang dan jasa yang dikonsumsi dengan tujuan kesehatan (fungsi) menetapkan batas neraca kesehatan. Apa yang telah dikonsumsi telah diproduksi dan disediakan, maka poros lainnya adalah penyediaan. Akhirnya, apa yang telah dikonsumsi dan disediakan telah dibiayai. Ini berarti sumbu ketiga, pembiayaan, serta sumbu kedua pada penyediaan diukur sesuai dengan konsumsi. Oleh karena itu dimensi akuntansi kesehatan utama yang terkait meliputi:

- Klasifikasi fungsi perawatan kesehatan (HC)
- Klasifikasi penyedia layanan kesehatan (HP);
- Klasifikasi skema pembiayaan (HF)

SHA 2011 mendefinisikan dimensi tambahan dibandingkan dengan SHA 1.0 yang memungkinkan penyusunan indikator pelengkap sistem kesehatan yaitu:

- Klasifikasi jenis pendapatan skema pembiayaan kesehatan (FS)
- Klasifikasi faktor penyediaan layanan kesehatan (KB);
- Klasifikasi penerima manfaat: usia, jenis kelamin, penyakit, karakteristik sosial ekonomi atau wilayah
- Klasifikasi sumber daya manusia dalam layanan kesehatan menggunakan ISCO 2008
- Klasifikasi barang dan jasa perawatan kesehatan

Figure 2.1. Linkage between the frameworks of health systems and health accounts



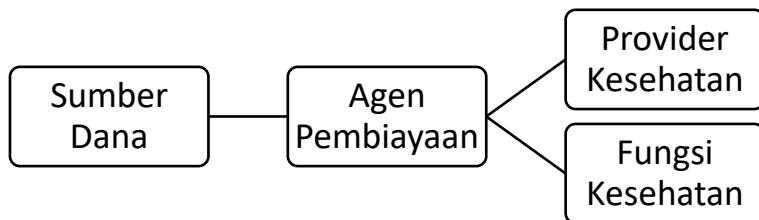
Source: Adapted from WHO (2000).

<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264116016-4-en.pdf?expires=1621582469&id=id&accname=guest&checksum=6FCBA6F8C93BC9F3A53C951153DDF32B>

Dapat disimpulkan bahwa *health account* adalah adalah proses pencatatan dan klasifikasi data belanja kesehatan (*health expenditure*) yang merupakan proses untuk menggambarkan aliran biaya atau belanja yang dicatat dalam penyelenggaraan sebuah sistem kesehatan. HA diperlukan untuk mengetahui situasi pembiayaan kesehatan secara menyeluruh (komprehensif) di suatu negara. 9 pertanyaan dasar dapat dijawab melalui HA yaitu dari mana asal dana atau sumbernya, siapa yang mengelolanya, siapa yang dibayar oleh pengelola tersebut, fungsi kesehatan apa yang dilakukan, jenis input atau sumber daya apa yang dibeli untuk melakukan fungsi tersebut, ke dalam kelompok program apa fungsi tersebut dapat digolongkan, pada jenjang apa fungsi tersebut dilaksanakan dan akhirnya kelompok penduduk mana yang mendapat manfaat dari biaya tersebut. HA bertujuan untuk mengukur alur pengeluaran yang ada ditingkat Nasional, Provinsi, dan Kabupaten, sehingga pembiayaan kesehatan di periode selanjutnya dapat dietimasikan secara tepat sasaran. Manfaat besar dari HA adalah mengidentifikasi area intervensi kesehatan, mengusulkan intervensi pembiayaan kesehatan sesuai kebutuhan, memantau dan mengevaluasi intervensi serta mengurangi kemungkinan pengeluaran kesehatan yang tidak sesuai dengan kebutuhan dan kebijakan. HA juga

dapat menjadi rujukan bagi terlaksananya program jaminan kesehatan nasional. Alur atau aliran HA digambarkan sebagai berikut:

Gambar 11 Alur Health Account



2. National Health Account (NHA)

Health Account dapat dilakukan pada tingkat nasional disebut dengan *National Health Account* (NHA), pada tingkat provinsi disebut dengan *Provincial Health Account* (PHA) dan pada tingkat kabupaten/kota disebut dengan *District Health Account* (DHA). National Health Account (NHA) atau Neraca kesehatan nasional merupakan pemantauan sistematis, komprehensif dan konsisten dari aliran sumber daya dalam sistem kesehatan suatu negara. NHA dirancang untuk memfasilitasi keberhasilan implementasi tujuan sistem kesehatan. NHA menelusuri setiap tahun tertentu semua sumber daya yang mengalir melalui sistem kesehatan dari waktu ke waktu dan lintas negara. NHA seringkali merupakan satu-satunya informasi tentang tingkat pengeluaran nasional di bidang kesehatan, baik secara tidak mutlak maupun relatif. NHA dirancang untuk menghasilkan berbagai informasi yang terkandung dalam arus sumber dan untuk mencerminkan fungsi utama dari pembiayaan pelayanan kesehatan yaitu mobilisasi dan alokasi sumber daya, pengumpulan dana dan asuransi, pembelian pelayanan kesehatan, dan distribusi manfaat. NHA memungkinkan pemangku kepentingan untuk mengidentifikasi masalah kebijakan dan menstimulasi dampak solusi terhadap masalah yang dipantau. NHA menjawab empat pertanyaan dasar: dari mana sumber daya berasal, ke mana mereka pergi, jenis layanan dan barang apa yang mereka beli dan siapa yang mereka manfaatkan?

NHA menunjukkan aliran pembiayaan dari sumber pendanaan ke penggunaan tertentu, dari pengguna pengeluaran tersebut atau ke penerima manfaat dengan mengikuti klasifikasi standar pengeluaran kesehatan. Enam dimensi yang digunakan adalah:

- Sumber pembiayaan – pembiayaan kesehatan berasal dari berbagai sumber seperti pajak, jaminan sosial dan entitas swasta lainnya seperti perusahaan, LSM, rumah tangga, atau entitas lain dari sumber daya eksternal;
- Agen pembiayaan - adalah lembaga yang menerima dan mengelola dana dari sumber pembiayaan untuk membayar atau membeli barang dan jasa kesehatan, termasuk skema jaminan sosial, kementerian kesehatan,

- asuransi kesehatan swasta, LSM dan perusahaan. Rumah tangga, yang menanggung sebagian besar dari total tagihan kesehatan;
- Penyedia - adalah entitas yang menerima sumber daya keuangan dan menggunakan sumber tersebut untuk memproduksi barang dan layanan kesehatan, termasuk rumah sakit umum dan swasta, klinik, panti jompo, pusat kesehatan masyarakat, praktik swasta, dll.
 - Fungsi - didefinisikan sebagai kategori barang dan jasa yang dikonsumsi, termasuk layanan rawat inap, layanan rawat jalan, intervensi kesehatan masyarakat, dll. Fungsi terkait kesehatan, bagian dari total, mengacu pada investasi, pelatihan, dan Research & Development;
 - Biaya Faktor Produksi (sering disebut sebagai "line items") - didefinisikan sebagai jenis sumber daya yang dialokasikan untuk perawatan kesehatan. Ini mencakup variabel seperti tenaga kerja, obat-obatan dan farmasi, peralatan medis, dll. Mungkin;
 - Penerima – merupakan penerima manfaat kesehatan yang dapat diklasifikasikan menurut: batas geografis, karakteristik demografis, strata ekonomi dan kategori penyakit/intervensi

https://www.who.int/health-accounts/documentation/en/NHA_concepts_datasources_methodology.pdf

Apabila dikaitkan dengan jaminan kesehatan, NHA merupakan salah satu alat strategis untuk memahami peta dan pola pendanaan secara komprehensif menuju jaminan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage-UHC*). NHA adalah alat yang menggambarkan dari mana sumber pendanaan kesehatan, siapa yang mengelola, provider apa yang menyediakan layanan kesehatan, serta layanan apa saja yang digunakan. Gambaran tersebut dapat digunakan untuk melakukan perencanaan pendanaan kesehatan yang lebih baik di masa depan.

NHA Indonesia tahun 2018.

NHA Indonesia tahun 2018 disajikan menurut dimensi-dimensi:

- 1) Skema pendanaan kesehatan atau Health Care Financing Scheme (HF);
- 2) Sumber pendanaan atau Revenue of Financing Scheme (FS);
- 3) Health Care Provider (HP), yaitu penyedia layanan barang dan jasa kesehatan; dan
- 4) Health Care Functions (HC), yaitu jenis layanan yang dikonsumsi.

Penjabarannya adalah sebagai berikut:

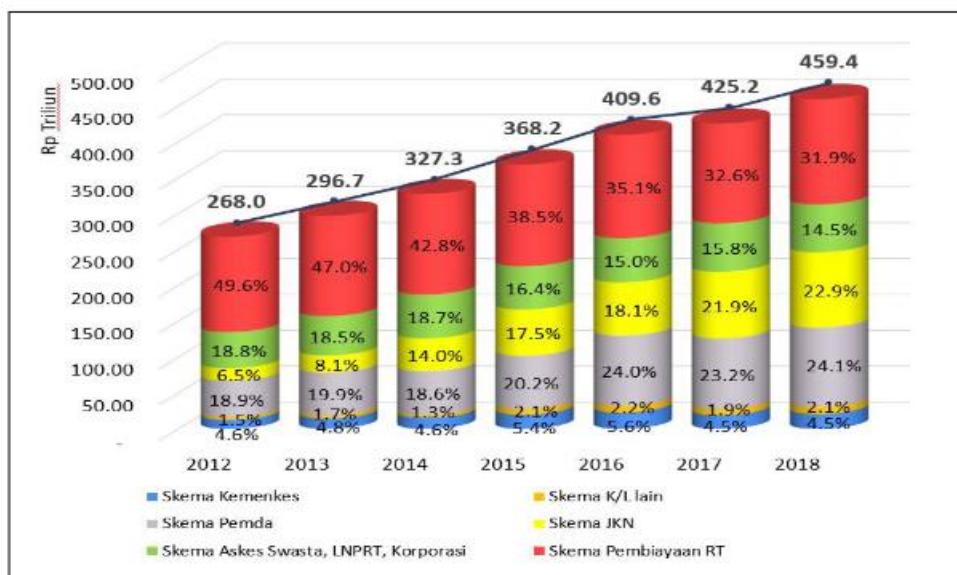
- 1) Skema pendanaan kesehatan atau Health Care Financing Scheme (HF)

Sejak tahun 2014, pemerintah berkomitmen untuk mengimplementasikan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sesuai dengan amanat Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Prinsip gotong royong dan kepesertaan wajib yang dianut dalam implementasi program mengamanatkan agar seluruh penduduk, baik dari pihak pemerintah, swasta, maupun masyarakat berkontribusi membayar iuran program dengan besaran yang telah ditentukan. Berkaitan dengan hal tersebut, pemerintah berperan besar dalam mengalokasikan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN)

dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) untuk membayar iuran JKN, khususnya bagi peserta PBI (Penerima Bantuan Iuran) yang tergolong masyarakat miskin/tidak mampu, selain pengeluaran masyarakat melalui kepesertaan mandiriserta korporasi yang memberikan tunjangan kesehatan bagi karyawan. Tahun 2018, program JKN telah menghabiskan dana sebesar Rp105,0 triliunatau sekitar 22,9 persen dari total belanja kesehatan nasional di tahun tersebut. Terhitung sejak awal implementasiJKN hingga tahun 2018, belanja kesehatan pada skema JKN mengalami peningkatan sebesar 8,9 persen (Rp59,3 triliun) dengan cakupan kepesertaan JKN hingga akhir tahun 2018 telah mencapai 78,5 persen (208,05 juta jiwa).

Belanja kesehatan pada sektor non-publik tahun 2018 sebesar 46,4 persen (Rp213,3 triliun), mencakup proporsi dari skema pembiayaan rumah tangga (OOP: Out of Pocket), asuransi kesehatan swasta, LNPRT ,dan korporasi. NHA 2018 mencatat pengeluaran RT mencapai Rp146,6 triliun atau sekitar 31,9 persen dari total belanja kesehatan nasional. Meskipun proporsi skema OOP cenderung menurun setiap tahunnya, namun angka OOP tersebut terbilang masih tinggi. Skema pendanaan lainnya pada sektor non-publik adalah skema asuransi kesehatan swasta dengan total belanjakesehatan pada tahun 2018 sebesar 2,5 persen (Rp11,6 triliun), skema LNPRT sebesar 1,1 persen (Rp5,2 triliun), dan skema korporasi sebesar 10,9 persen (Rp49,9 triliun). Jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya, besaran belanja kesehatan pada skema LNPRT cenderung stabil, sementara untuk skema asuransi kesehatan swasta dan skema korporasi mengalami penurunan secara proporsi.

Gambar 12 Belanja Kesehatan menurut Skema Pendanaan, 2012-2018

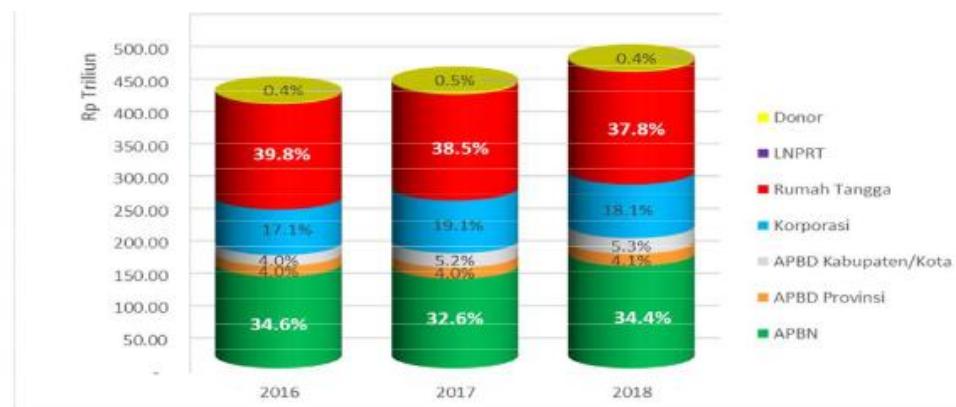


Sumber: Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan, 2020

- 2) Sumber pendanaan atau *Revenue of Financing Scheme (FS)*

Konsep lainnya yang dapat digunakan dalam menggambarkan struktur dan sistem pembiayaan kesehatan merujuk pada pedoman SHA-11 adalah dimensi sumber dana. Klasifikasi belanja kesehatan menurut dimensi ini berfungsi untuk membedakan pendanaan mana saja yang bersumber publik dan non-publik serta mengidentifikasi adakah kesenjangan yang ditimbulkan terkait dengan pendanaan tersebut. Pengkategorian klasifikasi pada dimensi ini membantu menyediakan gambaran bagi pembuat kebijakan untuk mengadvokasi perbaikan pada komposisi pembiayaan kesehatan yang ada. Sebagai contoh, ketika gambaran pembiayaan kesehatan bersumber rumah tangga (non publik) masih tinggi yang memungkinkan RT mengalami kesulitan finansial ketika sakit (catastrophic illness) maka dapat diajukan suatu usulan untuk meningkatkan pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah (publik). Berikut ini ditampilkan gambaran belanja kesehatan menurut dimensi sumber dana selama tahun 2016-2018.

Gambar 13 Belanja Kesehatan menurut Sumber Dana (FS.RI), 2016 -2018



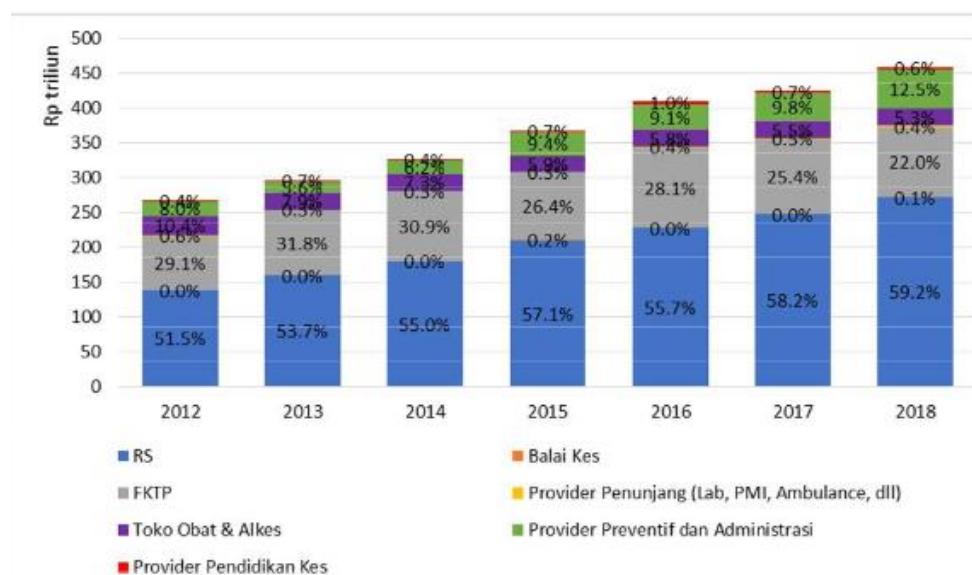
Sumber: Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan, 2020

- 3) *Health Care Provider* (HP), yaitu penyedia layanan barang dan jasa kesehatan
- Belanja kesehatan menurut dimensi health care providers(provider) mencakup organisasi dan aktor yang menyediakan layanan barang dan jasa kesehatan, baik dengan tugas pokok dan fungsi (tupoksi) utamanya kesehatan atau hanya memiliki beberapa kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan meskipun tupoksi utamanya bukan kesehatan. Dimensi provider bertujuan untuk menggambarkan penyedia layanan kesehatan secara komprehensif yang terlibat dalam penyediaan layanan barang dan jasa kesehatan.

Pada tahun 2018, rumah sakit merupakan provider yang memiliki total belanja paling tinggi dibandingkan dengan provider lainnya, sebesar 59,2 persen atau Rp271,8 triliun, disusul FKTP sebesar 22 persen atau Rp100,9triliun. Kedua provider tersebut, juga provider penunjang serta toko obat dan alkes merupakan provider yang mayoritas kegiatannya adalah pelayanan kuratif. Sementara belanja di provider preventif dan administrasi menyerap belanja sebesar 12,5

persen atau Rp57,2 triliun. Provider tersebut merupakan provider yang menyediakan layanan kesehatan berupa program pelayanan promotif dan preventif serta administrasi kesehatan. Provider yang termasuk dalam provider preventif dan administrasi yaitu satker pusat di lingkup Kementerian Kesehatan dan K/L lain, Dinas Kesehatan Provinsi, maupun Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Gambar 14 Total Belanja Kesehatan Indonesia berdasarkan Provider, 2012 - 2018

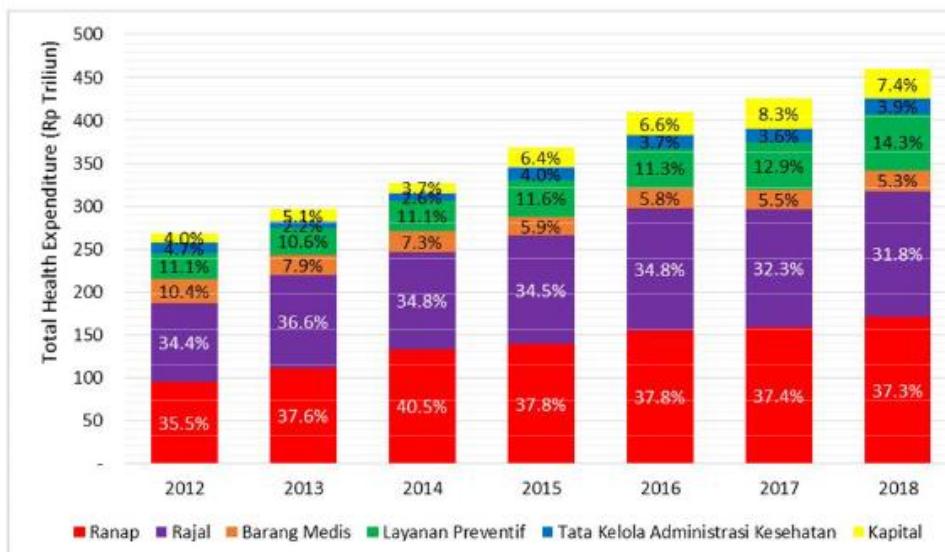


Sumber: Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan, 2020

4) *Health Care Functions (HC)*, yaitu jenis layanan yang dikonsumsi

Dimensi fungsi menjelaskan informasi terkait konsumsi akhir dari jenis barang dan jasa kesehatan yang dibelanjakan untuk kebutuhan pengguna layanan kesehatan seperti pengobatan, layanan kesehatan atau untuk pencegahan, termasuk tata kelola administrasi kesehatan. Pada Gambar 14 terlihat sebagian besar belanja kesehatan digunakan untuk fungsi kuratif baik rawat inap maupun rawat jalan. Tahun 2018 belanja kuratif mencapai 69,1 persen (Rp317,6triliun) dari total belanja kesehatan, sementara belanja fungsi layanan preventif sebesar 14,3 persen (Rp65,7triliun). Sementara itu, belanja fungsi tata kelola administrasi kesehatan cukup rendah, yaitu hanya sebesar 3,9 persen(Rp17,8triliun). Terdapat juga porsi belanja kapital sebesar 7,4 persen (Rp33,8triliun) mencakup belanja modal alat kesehatan dan penunjang lainnya, belanja untuk pendidikan & pelatihan bagi SDM kesehatan, serta penelitian kesehatan.

Gambar 15 Total Belanja Kesehatan menurut Fungsi, 2012 –2018



Sumber: Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan, 2020

Latihan 10

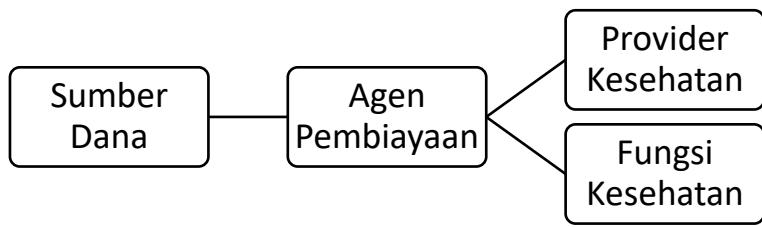
1. Apakah health account dan kegunaannya?
2. Gambarkan aliran dana kesehatan!
3. Jelaskan dimensi dalam NHA!

Jawaban

1. Apakah health account dan kegunaannya?

Health account adalah proses pencatatan dan klasifikasi data belanja kesehatan (*health expenditure*) yang merupakan proses untuk menggambarkan aliran biaya atau belanja yang dicatat dalam penyelenggaraan sebuah sistem kesehatan. HA bertujuan untuk mengukur alur pengeluaran yang ada di tingkat Nasional, Provinsi, dan Kabupaten, sehingga pembiayaan kesehatan di periode selanjutnya dapat dietimasikan secara tepat sasaran. Manfaat besar dari HA adalah mengidentifikasi area intervensi kesehatan, mengusulkan intervensi pembiayaan kesehatan sesuai kebutuhan, memantau dan mengevaluasi intervensi serta mengurangi kemungkinan pengeluaran kesehatan yang tidak sesuai dengan kebutuhan dan kebijakan. HA juga dapat menjadi rujukan bagi terlaksananya program jaminan kesehatan nasional.

2. Gambarkan aliran dana kesehatan!



3. Enam dimensi dalam NHA:

- Sumber pembiayaan – pembiayaan kesehatan berasal dari berbagai sumber seperti pajak, jaminan sosial dan entitas swasta lainnya seperti perusahaan, LSM, rumah tangga, atau entitas lain dari sumber daya eksternal;
- Agen pembiayaan - adalah lembaga yang menerima dan mengelola dana dari sumber pembiayaan untuk membayar atau membeli barang dan jasa kesehatan, termasuk skema jaminan sosial, kementerian kesehatan, asuransi kesehatan swasta, LSM dan perusahaan. Rumah tangga, yang menanggung sebagian besar dari total tagihan kesehatan;
- Penyedia - adalah entitas yang menerima sumber daya keuangan dan menggunakan sumber tersebut untuk memproduksi barang dan layanan kesehatan, termasuk rumah sakit umum dan swasta, klinik, panti jompo, pusat kesehatan masyarakat, praktik swasta, dll.
- Fungsi - didefinisikan sebagai kategori barang dan jasa yang dikonsumsi, termasuk layanan rawat inap, layanan rawat jalan, intervensi kesehatan masyarakat, dll. Fungsi terkait kesehatan, bagian dari total, mengacu pada investasi, pelatihan, dan Research & Development
- Biaya Faktor Produksi (sering disebut sebagai "line items") - didefinisikan sebagai jenis sumber daya yang dialokasikan untuk perawatan kesehatan. Ini mencakup variabel seperti tenaga kerja, obat-obatan dan farmasi, peralatan medis, dll.
- Penerima – merupakan penerima manfaat kesehatan yang dapat diklasifikasikan menurut: batas geografis, karakteristik demografis, strata ekonomi dan kategori penyakit/intervensi

Rangkuman 10

Health account adalah proses pencatatan dan klasifikasi data belanja kesehatan (*health expenditure*) yang merupakan proses untuk menggambarkan aliran biaya atau belanja yang dicatat dalam penyelenggaraan sebuah sistem kesehatan. HA diperlukan untuk mengetahui situasi pembiayaan kesehatan secara menyeluruh (komprehensif) di suatu negara. 9 pertanyaan dasar dapat dijawab melalui HA yaitu dari mana asal dana atau sumbernya, siapa yang mengelolanya, siapa yang dibayar oleh pengelola tersebut, fungsi kesehatan apa yang dilakukan, jenis input atau sumber daya apa yang dibeli untuk melakukan fungsi tersebut, ke dalam kelompok program apa fungsi tersebut dapat digolongkan, pada jenjang apa fungsi tersebut dilaksanakan dan akhirnya kelompok penduduk mana yang mendapat manfaat dari biaya tersebut. HA

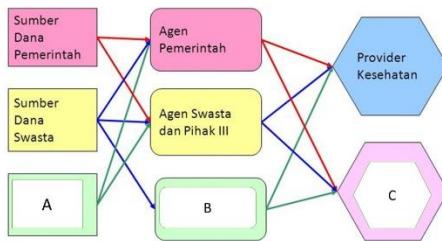
bertujuan untuk mengukur alur pengeluaran yang ada ditingkat Nasional, Provinsi, dan Kabupaten, sehingga pembiayaan kesehatan di periode selanjutnya dapat dietimasikan secara tepat sasaran. Manfaat besar dari HA adalah mengidentifikasi area intervensi kesehatan, mengusulkan intervensi pembiayaan kesehatan sesuai kebutuhan, memantau dan mengevaluasi intervensi serta mengurangi kemungkinan pengeluaran kesehatan yang tidak sesuai dengan kebutuhan dan kebijakan. HA juga dapat menjadi rujukan bagi terlaksananya program jaminan kesehatan nasional.

Health Account dapat dilakukan pada tingkat nasional disebut dengan *National Health Account* (NHA), pada tingkat provinsi disebut dengan *Provincial Health Account* (PHA) dan pada tingkat kabupaten/kota disebut dengan *District Health Account* (DHA). National Health Account (NHA) atau Neraca kesehatan nasional merupakan pemantauan sistematis, komprehensif dan konsisten dari aliran sumber daya dalam sistem kesehatan suatu negara. Enam dimensi yang digunakan adalah:

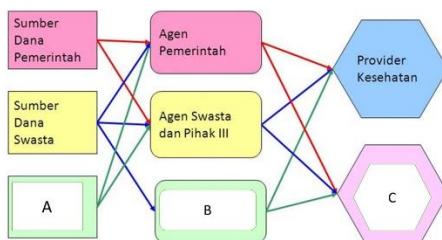
- Sumber pembiayaan – pembiayaan kesehatan berasal dari berbagai sumber seperti pajak, jaminan sosial dan entitas swasta lainnya seperti perusahaan, LSM, rumah tangga, atau entitas lain dari sumber daya eksternal;
- Agen pembiayaan - adalah lembaga yang menerima dan mengelola dana dari sumber pembiayaan untuk membayar atau membeli barang dan jasa kesehatan, termasuk skema jaminan sosial, kementerian kesehatan, asuransi kesehatan swasta, LSM dan perusahaan. Rumah tangga, yang menanggung sebagian besar dari total tagihan kesehatan;
- Penyedia - adalah entitas yang menerima sumber daya keuangan dan menggunakan sumber tersebut untuk memproduksi barang dan layanan kesehatan, termasuk rumah sakit umum dan swasta, klinik, panti jompo, pusat kesehatan masyarakat, praktik swasta, dll.
- Fungsi - didefinisikan sebagai kategori barang dan jasa yang dikonsumsi, termasuk layanan rawat inap, layanan rawat jalan, intervensi kesehatan masyarakat, dll. Fungsi terkait kesehatan, bagian dari total, mengacu pada investasi, pelatihan, dan Research & Development
- Biaya Faktor Produksi (sering disebut sebagai "line items") - didefinisikan sebagai jenis sumber daya yang dialokasikan untuk perawatan kesehatan. Ini mencakup variabel seperti tenaga kerja, obat-obatan dan farmasi, peralatan medis, dll.
- Penerima – merupakan penerima manfaat kesehatan yang dapat diklasifikasikan menurut: batas geografis, karakteristik demografis, strata ekonomi dan kategori penyakit/intervensi

Tes Formatif 10

1. Suatu bentuk untuk mencatat, menganalisis dan melaporkan belanja kesehatan disebut dengan?
 1. Laporan Keuangan
 2. Sistem Kesehatan
 3. Sistem Informasi Kesehatan
 4. *Health Accounts*
 5. APBN
1. Berikut adalah alur *Health Account System*. Apakah yang dimaksud dalam kolom C?



- a. Fungsi Kesehatan
 b. Agen Pembiayaan
 c. RAPBN
 d. Pembiayaan Rumah Tangga
 e. Rumah Sakit/ Puskesmas
2. Berikut adalah alur *Health Account System*. Apakah yang dimaksud dalam kolom A?



- a. Fungsi Kesehatan
 b. Agen Pembiayaan
 c. RAPBN
 d. Pembiayaan Rumah Tangga
 e. Rumah Sakit/ Puskesmas

Jawaban

1. D
2. A

Cocokkanlah jawaban Saudara dengan kunci jawaban Tes Formatif 10 yang terdapat di bagian modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus dibawah ini untuk mengetahui tingkat penguasaan Saudara terhadap materi Modul 10.

Tingkat Penguasaan = Jumlah jawaban yang benar X 100%

Jumlah Soal

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100%	: baik sekali
80 – 89%	: baik
70 – 79%	: cukup
< 70%	: kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, saudara dapat meneruskan dengan kegiatan belajar materi modul 11. Bagus! jika masih dibawah 80% saudara harus mengulangi materi kegiatan belajar modul 10, terutama bagian yang belum dikuasai

Modul 11: District Health Account (DHA)

Metode Pembelajaran	Estimasi Waktu	Capaian Pembelajaran
Kuliah Interaktif Diskusi <i>Question Based Learning</i>	100 menit	<ul style="list-style-type: none">• Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian <i>District Health Account</i> (DHA)• Mahasiswa mampu menjelaskan dimensi dalam <i>District Health Account</i> (DHA)• Mahasiswa mampu menerangkan <i>District Health Account</i> (DHA) di suatu daerah

Materi 11

1. *District Health Account (DHA)*

District Health Account (DHA) dapat diartikan sebagai upaya pembangunan sistem informasi keuangan di kesehatan. DHA adalah cara sistematis untuk menampilkan informasi tentang belanja kesehatan di tingkat kabupaten/kota. DHA akan menjelaskan alur dana, sumber, peruntukan, dan manfaat. DHA memiliki manfaat sebagai alat bantu mengambil keputusan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan penting terkait dengan pembiayaan kesehatan di kabupaten/kota. DHA memberi informasi, alur sumber dana, berapadi keluarkan, kemana didistribusikan antar berbagai macam pelayanan, intervensi dan kegiatan dalam sistem kesehatan, dan siapa saja yang memperoleh manfaat di tingkat kabupaten/kota. DHA dapat memberikan gambaran yang lengkap terkait status pendanaan, potret kondisi ketersediaan dana dan bagaimana dana dimanfaatkan secara faktual, apakah telah sesuai prioritas dan efisien di tingkat kabupaten atau kota. Selain itu juga, DHA dapat memberikan informasi yang dibutuhkan untuk menilai kesenjangan sumber daya. Sebagai contoh, dana yang bersumber dari publik di kabupaten X pada tahun 2017 adalah sekian miliar rupiah. Hal ini menunjukkan bahwa pada tahun 2017 kegiatan program yang dilaksanakan menyerap dana sebesar sekian miliar rupiah. Selanjutnya dapat dibandingkan dengan kebutuhan dana melalui proses perencanaan (misal menghitung SPM atau kebutuhan anggaran dalam perencanaan terpadu), maka dapat diperoleh informasi mengenai kesenjangan dana. Ketika dilakukan advokasi kepada para pemangku kepentingan, baik informasi mengenai kebutuhan dana maupun ketersediaan dana (melalui DHA) yang telah disampaikan, maka gambaran sumber daya dapat dipahami secara jelas. Selain itu,

informasi juga dapat menjelaskan dari mana saja sumber dana, misalnya proporsi dana tersebut berasal dari donor, maka akan terdapat tantangan sustainabilitas.

DHA juga dapat digunakan untuk membantu analisis NHA, dimana DHA dapat dimanfaatkan sebagai dasar untuk disagregasi data menurut komponen klasifikasi. Dalam DHA dapat juga digunakan klasifikasi internasional (ICHA). DHA tidak ada standar internasional, maka dari itu dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan khusus di Indonesia. Pada kegiatan pendampingan, rujukan yang dipilih adalah berdasarkan prinsip-prinsip yang sejalan dengan NHA karena DHA dan NHA saling melengkapi.

Menurut Pusat Pembiayaan dan Manajemen Asuransi/Jaminan Kesehatan (2008) DHA (district health account) adalah suatu instrumen yang didalamnya terdapat data lengkap dan akurat tentang sumber-sumber dan pengeluaran pembiayaan kesehatan, jenis pelayanan kesehatan apa saja yang menggunakan biaya kesehatan serta yang membayar biaya kesehatan tersebut siapa saja di tingkat kabupaten/kota. DHA menghasilkan data yang dapat dimanfaatkan untuk bahan advokasi kepada pengambil kebijakan dengan harapan dapat memperbaiki kelemahan/kekurangan sistem pembiayaan, antara lain: 1) meningkatkan alokasi pembiayaan kesehatan, 2) mengutamakan /mengarahkan anggaran pembiayaan pada masalah kesehatan prioritas, 3) mengarahkan anggaran pada intervensi dan kegiatan yang lebih "cost effective", 4) mengembangkan sistem asuransi dan lain-lain. DHA merupakan potret pembiayaan kesehatan di kabupaten/kota yang merupakan salah satu alat evaluasi dan analisa tentang kondisi pengalokasian dan pemanfaatan pembiayaan kesehatan di kabupaten/kota. Potret pembiayaan kesehatan yang menggambarkan ciri suatu belanja kesehatan harus ditelaah dan diberikan identitas masing-masing.

2. Dimensi dalam DHA

Dalam DHA, ada sembilan dimensi yang menggambarkan ciri suatu belanja kesehatan yaitu (PPJK Kemenkes & Pusat Kajian UI,2015) :

- 1) Financial Sources (Sumber biaya), yaitu sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah maupun non pemerintah.
- 2) Financial Agent (Pengelola pembiayaan), adalah instansi yang menerima dan memanfaatkan sumber biaya untuk membayar atau membeli barang dan jasa pelayanan.
- 3) Health Providers (Penyedia Pelayanan), yaitu institusi yang memperoleh dan menggunakan dana untuk memproduksi barang dan jasa pelayanan atau melaksanakan program kesehatan.
- 4) Function of Health Care (Fungsi), adalah semua aktifitas yang berdampak untuk memelihara, memperbaiki dan mencegah status kesehatan antara lain pelayanan pencegahan dan kesehatan masyarakat, pelayanan kuratif, rehabilitatif, alat dan bahan medis, pelayanan rawat jangka panjang, pelayanan penunjang dan tata kelola sistem kesehatan dan administrasi pembiayaan kesehatan.

- 5) Programs (Program), dalam klasifikasi health account yang dikembangkan oleh WHO/OECD jenis program yang dilaksanakan penyedia pelayanan kesehatan di banyak negara antara lain: program upaya kesehatan masyarakat, program upaya kesehatan individu, program penguatan sistem kesehatan. Di Indonesia klasifikasi program tersebut tercermin pada : 1) Standar pelayanan minimal (SPM), 2) Pembagian urusan kepemerintahan (UU no.23/2014), 3) Program-program yang tercantum dalam Permendagri 13/2006 dan 59/2008 dan 21/2011, 4) Program-program dalam SDGs (2016-2030).
- 6) Health Activities (Macam Kegiatan), yaitu kegiatan-kegiatan yang dilakukan pemberi layanan secara langsung maupun tidak langsung dalam sektor kesehatan.
- 7) Health Inputs (Mata Anggaran), adalah jenis input yang dibeli oleh pelaksana program pelayanan kesehatan termasuk : 1) barang modal (gedung, alat kesehatan, alat non kesehatan, fellowship untuk staf dan lain-lain), 2) biaya operasional (tenaga, obat, bahan medis non medis, makanan, listrik, air, telepon, perjalanan dan lain-lain), 3) biaya pemeliharaan (gedung, alat, pelatihan dan lain-lain).
- 8) Level of Activities (Tingkatan Kegiatan), yaitu jenjang administratif dimana kegiatan tersebut dilaksanakan, misalnya di tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/masyarakat.
- 9) Health Beneficiaries (Penerima Manfaat), adalah kelompok masyarakat yang mendapat manfaat dari barang dan jasa kesehatan yang dibiayai. *Health beneficiaries* menurut kategori antara lain:
 - a) Ciri demografi (bayi (0-<1 tahun), balita (1-5 tahun), anak sekolah (6-12 tahun), remaja (13-18 tahun), usia produktif (19-64 tahun), usia lanjut (65 tahun keatas),
 - b) Tingkat ekonomi (miskin, non miskin),
 - c) Geografi (kota, desa, daerah terpencil dan lain-lain).

District Health Account atau DHA terdapat 8 dimensi yang menggambarkan ciri suatu belanja kesehatan. Delapan dimensi tersebut adalah :

1. Sumber Biaya (financing sources)
2. Pengelola Anggaran (financing agents)
3. Penyelenggara pelayanan / program (providers/executors)
4. Jenis kegiatan
5. Mata anggaran
6. Jenis Program
7. Jenjang Program
8. Penerima manfaat.

3. Contoh DHA di Kabupaten/Kota

DHA Kota Serang

(Analisis Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah Di Kota Serang Tahun 2014 – 2016). (Sitorus, E. dan Nurwahyuni, A., 2017)

Tabel 9 Proporsi Pembiayaan Kesehatan Bersumber APBD Kota Serang Tahun 2014-2016

Tahun	Total APBD (Rp)	Total Belanja Bidang Kesehatan (Rp)	Persentase (%) Bidang Kesehatan Terhadap APBD	Persentase (%) Bidang Kesehatan Diluar Gaji
2014	1.024.512.302.967	61.759.128.963	6,02 %	3,22 %
2015	1.105.658.800.589	77.302.110.763	6,99 %	4,53 %
2016	1.132.266.273.590	88.278.652.111	7,79%	5,78 %

Dari tabel 9 terjadi kenaikan realisasi anggaran bidang kesehatan yang sejalan dengan peningkatan jumlah APBD di Kota Serang. Pada tahun 2014 pendanaan bidang kesehatan sebesar 6,02%, tahun 2015 sebesar 6,99% dan tahun 2016 sebesar 7,79%. Adapun persentase belanja kesehatan terhadap APBD hanya sebesar 3,22 % di tahun 2014, 4,53% di tahun 2015, dan 5,78% di tahun 2016.

Tabel 10 Pembiayaan Kesehatan Menurut Sumber Pembiayaan di Kota Serang Tahun 2014-2016

No	Sumber Biaya	Tahun					
		2014 (Rp)	%	2015 (Rp)	%	2016 (Rp)	%
1	FS.1.1.1.1.3. APBN Kementerian Kesehatan : JKN (PBI)	9.337.050.267	15,12	8.961.505.956	11,59	11.804.298.073	13,37
2	FS.1.1.1.1.4. APBN Kementerian Kesehatan : BOK/DAK-non Fisik	1.414.235.000	2,29	1.464.257.000	1,89	3.383.626.000	3,83
3	FS.1.1.1.1.9. APBN Kementerian Kesehatan : selain DK, TP, JKN, BOK	3.523.032.125	5,71	3.773.693.500	4,88	5.115.303.625	5,79
4	FS.1.1.2.9.9. APBN Kementerian Lainnya	0	0	3.609.785.500	4,67	68.600.000	0,08
5	FS.1.1.2.1.1. APBD Provinsi	0	0	3.740.263.209	4,84	1.816.802.000	2,06
6	FS.1.1.2.2.1. APBD Kabupaten/ Kota	47.484.811.571	76,88	55.752.605.598	72,13	66.090.022.413	74,87
Grand Total		61.759.128.963	100	77.302.110.763	100	88.278.652.111	100

Dari Tabel 10 dapat dilihat bahwa sumber pembiayaan kesehatan di Kota Serang sekitar 70% berasal dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD). Selain itu sumber pendanaan lain adalah dari APBN berupa dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Dana Alokasi Khusus (DAK) fisik, DAK non Fisik dan Cukai Rokok. Belanja kesehatan yang bersumber dari pemerintah di Kota Serang pada tahun 2014 sebesar Rp 100,622, tahun 2015 sebesar Rp 123,995 dan tahun 2016 sebesar Rp 140. 474. Jika dilihat dari setiap tahunnya mengalami peningkatan untuk belanja kesehatan perkapitanya. Dari Tahun 2014-2016 sumber pendanaan kesehatan di Kota Serang paling besar berasal dari APBD Kota yaitu pada Tahun 2014 sebesar 76,88%, Tahun 2015 sebesar 72,13% dan Tahun 2016 sebesar 74,87%. Selain dari APBD sumber pendanaan Kesehatan Kota Serang berasal dari APBN Kementerian Kesehatan JKN(PBI), APBN Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik, APBN Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik, APBN dari Cukai Rokok dan APBD Provinsi.

Tabel 11 Pembiayaan Kesehatan Menurut Jenis Fungsi di Kota Serang Tahun 2014 - 2016

No	Jenis Fungsi	Tahun					
		2014 (Rp)	%	2015 (Rp)	%	2016 (Rp)	%
1	HC.1. Pelayanan Kuratif	16.475.101.037	26,68	19.505.112.489	25,23	24.820.295.400	28,12
2	HC.4. Layanan Penunjang	1.093.382.000	1,77	2.002.748.350	2,59	302.704.825	0,34
3	HC.5 Alat-alat/Bahan Medis	3.382.219.015	5,47	5.444.303.287	7,04	6.239.459.899	7,07
4	HC.6 Pelayanan Pencegahan dan Kesehatan Masyarakat	4.759.747.850	8,45	7.628.308.174	9,87	10.502.771.228	11,90
	HC.7 Tata Kelola Sistem Kesehatan dan Administrasi	34.968.772.057	56,62	41.764.449.963	54,03	44.821.820.259	50,77
	Pembiayaan Kesehatan						
	HC.9 Pelayanan Kesehatan di Luar Klasifikasi Di Atas	458.933.000	1,00	957.188.500	1,24	1.591.600.500	1,80
	Grand Total	61.759.128.963	100	77.302.110.763	100	88.278.652.111	100

Dari Tabel 11 diketahui bahwa belanja kesehatan banyak digunakan untuk fungsi tata kelola sistem kesehatan dan administrasi pembiayaan kesehatan yaitu sekitar 50,77% - 56,62%, kemudian untuk pelayanan kuratif sebesar 25,23%-28,12%, kemudian untuk pelayanan pencegahan dan kesehatan masyarakat 8,45%-11,90% dan terakhir untuk alat-alat dan bahan medis sebesar Rp 5,47 % - 7,07 %.

Tabel 12 Pembiayaan Kesehatan Menurut Jenis Program di Kota Serang Tahun 2014 - 2016

No	Jenis Program	Tahun						
		2014 (Rp)	%	2015 (Rp)	%	2016 (Rp)	%	
1	PR.1. Program Masyarakat	Kesehatan	6.977.822.504	11,28	12.258.336.274	15,74	12.410.917.928	13,96
2	PR.2 Program Individu	Kesehatan	13.140.531.067	21,29	18.810.568.439	25,02	23.234.678.725	26,49
3	PR.3 Program Sistem Kesehatan	Penguatan	41.640.775.392	67,43	46.233.206.050	59,24	52.633.055.458	59,55
	Grand Total	61.759.128.963	100	77.302.110.763	100	88.278.652.111	100	

Dari tabel 12 diketahui bahwa belanja kesehatan lebih banyak digunakan untuk program penguatan sistem kesehatan yang sifatnya capacity building/penunjang yaitu sekitar 59,55% - 67,43%. Untuk program yang bersifat Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) sekitar 21,29% - 26,49%, kemudian untuk Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) sekitar 11,28% - 15,74%.

Tabel 13 Pembiayaan Kesehatan Menurut Mata Anggaran di Kota Serang Tahun 2014 - 2016

No	Mata Anggaran	Tahun					
		2014 (Rp)	%	2015 (Rp)	%	2016 (Rp)	%
1	HI.1 Investasi	5.104.308.261	8,26	11.029.852.679	15,29	4.219.410.042	4,76
2	HI.2 Operasional	57.658.834.868	90,81	64.690.988.084	83,68	82.576.245.569	93,57
3	HI.3 Pemeliharaan	567.792.500	0,93	781.270.000	1,03	1.482.996.500	1,67
	Grand Total	61.759.128.963	100	77.302.110.763	100	88.278.652.111	100

Berdasarkan tabel 13 dapat dilihat bahwa belanja kesehatan di Kota Serang berdasarkan mata anggaran lebih banyak untuk belanja operasional yaitu sekitar 83,68% - 93,57% dibandingkan untuk investasi sebesar 4,76% - 8,26% dan untuk pemeliharaan sebesar 0,93% - 1,67%. Belanja operasional kompensasi untuk

pegawai memiliki porsi terbesar dari biaya operasional yaitu sekitar 48,04% - 60,14% kemudian untuk belanja bahan dan jasa sekitar 24,94% - 33,12%.

Latihan 11

1. Apakah pengertian dari DHA
2. Jelaskan dimensi dalam DHA!

Jawaban 11

1. Pengertian DHA adalah:
2. Dimensi dalam DHA adalah:
 - 1) Financial Sources (Sumber biaya), yaitu sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah maupun non pemerintah.
 - 2) Financial Agent (Pengelola pembiayaan), adalah instansi yang menerima dan memanfaatkan sumber biaya untuk membayar atau membeli barang dan jasa pelayanan.
 - 3) Health Providers (Penyedia Pelayanan), yaitu institusi yang memperoleh dan menggunakan dana untuk memproduksi barang dan jasa pelayanan atau melaksanakan program kesehatan.
 - 4) Function of Health Care (Fungsi), adalah semua aktifitas yang berdampak untuk memelihara, memperbaiki dan mencegah status kesehatan antara lain pelayanan pencegahan dan kesehatan masyarakat, pelayanan kuratif, rehabilitatif, alat dan bahan medis, pelayanan rawat jangka panjang, pelayanan penunjang dan tata kelola sistem kesehatan dan administrasi pembiayaan kesehatan.
 - 5) Programs (Program), dalam klasifikasi health account yang dikembangkan oleh WHO/OECD jenis program yang dilaksanakan penyedia pelayanan kesehatan di banyak negara antara lain: program upaya kesehatan masyarakat, program upaya kesehatan individu, program penguatan sistem kesehatan.
 - 5) *Health Activities* (Macam Kegiatan), yaitu kegiatan-kegiatan yang dilakukan pemberi layanan secara langsung maupun tidak langsung dalam sektor kesehatan.
 - 6) *Health Inputs* (Mata Anggaran), adalah jenis input yang dibeli oleh pelaksana program pelayanan kesehatan termasuk: 1) barang modal (gedung, alat kesehatan, alat non kesehatan, fellowship untuk staf dan lain-lain), 2) biaya operasional (tenaga, obat, bahan medis non medis, makanan, listrik, air, telepon, perjalanan dan lain-lain), 3) biaya pemeliharaan (gedung, alat, pelatihan dan lain-lain).
 - 7) *Level of Activities* (Tingkatan Kegiatan), yaitu jenjang administratif dimana kegiatan tersebut dilaksanakan, misalnya di tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/masyarakat.
 - 8) *Health Beneficiaries* (Penerima Manfaat), adalah kelompok masyarakat yang mendapat manfaat dari barang dan jasa kesehatan yang dibiayai.

Rangkuman 11

District Health Account (DHA) dapat diartikan sebagai upaya pembangunan sistem informasi keuangan di kesehatan. DHA adalah cara sistematis untuk menampilkan informasi tentang belanja kesehatan di tingkat kabupaten/kota. DHA akan menjelaskan alur dana, sumber, peruntukan, dan manfaat. DHA memiliki manfaat sebagai alat bantu mengambil keputusan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan penting terkait dengan pembiayaan kesehatan di kabupaten/kota. Dimensi dalam DHA adalah:

1. Financial Sources (Sumber biaya), yaitu sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah maupun non pemerintah.
2. Financial Agent (Pengelola pembiayaan), adalah instansi yang menerima dan memanfaatkan sumber biaya untuk membayar atau membeli barang dan jasa pelayanan.
3. Health Providers (Penyedia Pelayanan), yaitu institusi yang memperoleh dan menggunakan dana untuk memproduksi barang dan jasa pelayanan atau melaksanakan program kesehatan.
4. Function of Health Care (Fungsi), adalah semua aktifitas yang berdampak untuk memelihara, memperbaiki dan mencegah status kesehatan antara lain pelayanan pencegahan dan kesehatan masyarakat, pelayanan kuratif, rehabilitatif, alat dan bahan medis, pelayanan rawat jangka panjang, pelayanan penunjang dan tata kelola sistem kesehatan dan administrasi pembiayaan kesehatan.
5. Programs (Program), dalam klasifikasi health account yang dikembangkan oleh WHO/OECD jenis program yang dilaksanakan penyedia pelayanan kesehatan di banyak negara antara lain: program upaya kesehatan masyarakat, program upaya kesehatan individu, program penguatan sistem kesehatan.
6. *Health Activities* (Macam Kegiatan), yaitu kegiatan-kegiatan yang dilakukan pemberi layanan secara langsung maupun tidak langsung dalam sektor kesehatan.
7. *Health Inputs* (Mata Anggaran), adalah jenis input yang dibeli oleh pelaksana program pelayanan kesehatan termasuk: 1) barang modal (gedung, alat kesehatan, alat non kesehatan, fellowship untuk staf dan lain-lain), 2) biaya operasional (tenaga, obat, bahan medis non medis, makanan, listrik, air, telepon, perjalanan dan lain-lain), 3) biaya pemeliharaan (gedung, alat, pelatihan dan lain-lain).
8. *Level of Activities* (Tingkatan Kegiatan), yaitu jenjang administratif dimana kegiatan tersebut dilaksanakan, misalnya di tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/masyarakat.
9. *Health Beneficiaries* (Penerima Manfaat), adalah kelompok masyarakat yang mendapat manfaat dari barang dan jasa kesehatan yang dibiayai.

1. Melalui analisis situasi tahun 2019 di suatu kabupaten diketahui bahwa terjadi peningkatan siswa SMA yang merokok jenis VAPE. Untuk itu pada tahun 2020 Pemerintah Pusat menganggarkan dana agar Dinas Kesehatan melakukan sosialisasi bahaya merokok jenis VAPE kepada siswa tingkat pertama dan menengah di sekolah. Di dalam konsep DHA (*District Health Account*), apakah fungsi Dinas Kesehatan?
 - a. Sumber Pendanaan
 - b. Agen Pendanaan
 - c. Penyedia Kesehatan
 - d. Komponen Biaya
 - e. Penerima Manfaat
2. Salah satu prinsip penganggaran terpadu adalah koordinasi sumber-sumber pembiayaan secara menyeluruh. Perencanaan kesehatan di daerah belum melakukan kordinasi anggaran yang berasal dari berbagai sumber. Untuk melakukan hal tersebut, maka diperlukan informasi pembiayaan kesehatan secara menyeluruh. Dalam bentuk informasi apakah hal tersebut di peroleh ?
 - a. RAPBN
 - b. Laporan Anggaran dan Realisasi Pendapatan dan Belanja Daerah
 - c. Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS)
 - d. Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA)
 - e. *District Health Account* (DHA)
3. Melalui analisis situasi tahun 2019 di suatu kabupaten diketahui bahwa terjadi peningkatan siswa SMA yang merokok jenis VAPE. Untuk itu pada tahun 2020 Pemerintah Pusat menganggarkan dana agar Dinas Kesehatan melakukan sosialisasi bahaya merokok jenis VAPE kepada siswa tingkat pertama dan menengah di sekolah. Di dalam konsep DHA (*District Health Account*), termasuk ke dalam komponen apakah Siswa sekolah?
 - a. Sumber daya pembiayaan
 - b. Agen pembiayaan
 - c. Pelayanan Kesehatan
 - d. Sumber daya pemerintah
 - e. Penerima manfaat

Jawaban

1. B
2. E
3. E

Cocokkanlah jawaban Saudara dengan kunci jawaban Tes Formatif 11 yang terdapat di bagian modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus dibawah ini untuk mengetahui tingkat penguasaan Saudara terhadap materi Modul 11.

Tingkat Penguasaan = Jumlah jawaban yang benar X 100%

Jumlah Soal

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100% : baik sekali

80 – 89% : baik

70 – 79% : cukup
< 70% : kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, saudara dapat meneruskan dengan kegiatan belajar materi modul 12. Bagus! jika masih dibawah 80% saudara harus mengulangi materi kegiatan belajar modul 11, terutama bagian yang belum dikuasai.

Modul 12: Penganggaran Sektor Publik

Metode Pembelajaran	Estimasi Waktu	Capaian Pembelajaran
Kuliah Interaktif Diskusi <i>Question Based Learning</i>	100 menit	<ul style="list-style-type: none">• Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian anggaran sektor publik• Mahasiswa mampu menjelaskan fungsi-fungsi anggaran sektor publik• Mahasiswa mampu memahami jenis-jenis penganggaran sektor publik

Materi 12

1. Definisi Anggaran

Anggaran - baik untuk keluarga atau pemerintah - adalah dokumen yang menetapkan berapa banyak uang (pendapatan atau pendapatan) yang masuk, dari mana asalnya, dan untuk apa (pengeluaran). Anggaran keluarga akan menunjukkan berapa banyak uang yang tersedia untuk jangka waktu tertentu (seringkali seminggu atau sebulan), dan bagaimana keluarga berencana membelanjakannya. Misalnya, uang yang tersedia mungkin berasal dari pendapatan orang tua atau tunjangan kesejahteraan. Pengeluaran mungkin termasuk sewa, tagihan utilitas (seperti gas, listrik dan air), makanan, transportasi dan pakaian.

Anggaran publik mengikuti konsep yang mirip dengan anggaran keluarga, tetapi melibatkan proses perencanaan dan pelaksanaan yang lebih kompleks. Anggaran publik adalah instrumen yang digunakan pemerintah untuk mengalokasikan sumber daya keuangan negara. Mereka biasanya disusun secara berkala untuk mencakup periode waktu tertentu, sering disebut sebagai tahun fiskal. Proses anggaran bersifat politis, yang mencerminkan prioritas kebijakan pemerintah yang berkuasa.

Asal kata anggaran adalah *budget* (Inggris) atau *bouguette* (perancis) yang artinya sebuah tas kecil. Definisi anggaran menurut para ahli yang dikutip dalam Suryanto dan Kurniati (2019) adalah sebagai berikut:

- a. Anggaran adalah kegiatan tentang apa yang diharapkan, direncanakan atau diperkirakan terjadi dalam periode tertentu pada masa yang akan datang (Brownell dan McInnes, 1986).

- b. Anggaran adalah alat untuk para manajer dalam mengendalikan, mengkoordinasikan, mengkomunikasikan, mengevaluasi kinerja, dan memotivasi manajer bagian bawahannya (Kennis, 1979).
- c. Anggaran adalah alat utama pemerintah untuk melaksanakan semua kewajiban, janji, dan kebijakannya ke dalam rencana-rencana nyata dan terintegrasi dalam hal tindakan apa yang akan diambil, hasil apa yang akan dicapai, biaya yang dikeluarkan dan siapa yang akan membayar biaya tersebut (Dobell & Ulrich, 2002).
- d. Anggaran adalah suatu rencana yang disajikan secara kuantitatif dan biasanya dinyatakan dalam satuan uang yang disusun untuk periode yang akan datang. (Anthony dan Govindarajan, 2003)
- e. Anggaran yang ditetapkan dapat dipandang sebagai suatu kontrak kinerja antara legislatif dan eksekutif (Freeman & Shoulders, 2003)

Anggaran dapat diartikan sebagai rincian seluruh kegiatan mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi yang dinyatakan dalam bentuk moneter (uang) dalam periode tertentu untuk mencapai tujuan organisasi. Anggaran sektor publik diartikan sebagai anggaran yang disusun merujuk kepada suatu program dan kegiatan yang ditujukan kepada kepentingan masyarakat banyak yang dananya berasal dari pemerintah atau masyarakat. Menurut Haryanto dan Mannan (2007) anggaran sektor publik adalah rencana kegiatan dan keuangan periodik (biasanya dalam periode tahunan) yang berisi program dan kegiatan dan jumlah dana yang diperoleh (penerimaan/pendapatan) dan dibutuhkan (pengeluaran/ belanja) dalam rangka mencapai tujuan organisasi. Kegiatan di dalam menyusun anggaran disebut dengan penganggaran.

Anggaran mempunyai karakteristik sebagai berikut:

- a. Dinyatakan dalam satuan keuangan dan satuan selain keuangan;
- b. Disusun untuk jangka waktu tertentu misal 1 tahun
- c. Terdapat sasaran yang telah ditetapkan yang merupakan komitmen dari manajemen.
- d. Telah ditelaah dan disetujui oleh pimpinan yang lebih tinggi/pihak yang berwenang mengesahkan anggaran
- e. Bersifat 1 kali disusun namun dapat diubah dalam kondisi tertentu.

Berdasarkan karakteristik anggaran, maka anggaran sektor publik karena menyangkut masyarakat luas, maka harus memenuhi prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Otorisasi oleh legislatif. Anggaran akan dipergunakan oleh badan eksekutif yang harus mendapat pengesahan dari badan yang berwenang yaitu badan legislative.
- b. Komprehensif. Di dalam anggaran harus tercantum semua sumber pendanaan dan rencana pengeluaran dana tersebut. Ada istilah dana non-budgetair yang pada dasarnya adalah menyalahi prinsip anggaran yang bersifat komprehensif ini.

- c. Keutuhan anggaran. Seluruh penerimaan dan pembelanjaan pemerintah harus terhimpun dalam dana umum (*general fund*)
 - d. *Nondiscretionary Appropriation*. Penggunaan dana yang tercantum dalam anggaran dan telah disetujui oleh dewan legislatif harus dimanfaatkan secara ekonomis, efektif dan efisien
 - e. Periodik. Anggaran disusun untuk periode tertentu misalnya tahunan atau multi tahun.
 - f. Akurat. Perkiraan (estimasi) anggaran hendaknya diperhitungkan dengan akurat dan hendaknya tidak memasukkan hal-hal/cadangan yang bersifat tersembunyi (*hidden reserve*) yang memungkinkan terjadinya kantong-kantong pemborosan dan inefisiensi anggaran serta mengakibatkan munculnya estimasi pendapatan yang rendah (*underestimate*) dan estimasi pengeluaran yang tinggi (*overestimate*)
 - g. Jelas. Anggaran hendaknya sederhana, mudah dipahami oleh masyarakat dan tidak membingungkan
 - h. Diketahui Publik. Anggaran harus diinformasikan secara terbuka kepada masyarakat luas.
2. Fungsi Anggaran Sektor Publik
- Fungsi-fungsi utama dari anggaran sektor publik dan penjabarannya adalah sebagai berikut:
- 1) *Accountability* (akuntabilitas)
Pada awalnya pengontrolan dari badan legislative dan akuntabilitas (keadaan yang dapat dipertanggungjawabkan) merupakan fungsi utama dari anggaran pemerintah. Hal ini timbul dari keinginan badan legislatif untuk mengontrol proposal dan pengeluaran pajak. Eksekutif bertanggung jawab kepada badan legislatif untuk pengeluaran-pengeluaran yang telah disetujui. Akuntabilitas tetap menjadi fungsi penting anggaran pemerintah bahkan hingga saat ini karena kegunaannya dalam pelaksanaan anggaran dan pelaksanaan rencana.
 - 2) Manajemen
Penganggaran adalah fungsi eksekutif atau manajerial. Penganggaran adalah alat manajemen yang efektif, karena melibatkan perencanaan, pengkoordinasian, pengendalian, evaluasi, pelaporan dan tinjauan. Banyak inovasi anggaran seperti: klasifikasi fungsional, pengukuran kinerja melalui norma dan standar, klasifikasi akuntansi yang sesuai dengan klasifikasi fungsional, penetapan biaya dan audit kinerja dan penggunaan teknik kuantitatif telah menjadi alat bantu penting bagi manajemen. Berbagai sistem anggaran seperti penganggaran kinerja dan penganggaran berbasis nol secara khusus adalah sistem yang berorientasi pada manajemen.
 - 3) Perencanaan
Penganggaran memberikan rencana tindakan untuk tahun anggaran berikutnya. Perencanaan merupakan fungsi manajemen yang melibatkan banyak hal, di antaranya adalah perencanaan melibatkan (i) penentuan tujuan

jangka panjang dan jangka pendek, (ii) penentuan jumlah target dan (iii) penetapan prioritas. Selain itu perencanaan juga mencakup seluruh rentang kebijakan pemerintah dengan tetap memperhatikan faktor waktu dan keterkaitan antar kebijakan. Perencanaan memandang pilihan kebijakan yang luas. Pada tingkat proyek dan program, pilihannya adalah antara tindakan-tindakan alternatif yang dapat dilakukan untuk mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya. Tujuan dari sektor publik adalah (i) alokasi sumber daya yang optimal, (ii) stabilisasi kegiatan ekonomi. (iii) distribusi pendapatan yang adil, dan (iv) promosi pertumbuhan. Dalam jangka pendek, pencapaian tujuan ini harus dikoordinasikan melalui instrumen administratif dan hukum dimana kebijakan anggaran dan prosedur merupakan hal yang paling penting. Perencanaan dalam proses anggaran mencerminkan tekanan politik, tekanan keuangan dan analisis keuangan.

Haryanto dan Mannan (2007) menjelaskan bahwa anggaran digunakan sebagai alat perencanaan manajemen untuk mencapai tujuan organisasi. Pada sektor publik, maka anggaran merupakan bentuk kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan oleh pemerintah yang dilengkapi dengan kebutuhan biaya dan hasil/output yang akan dicapai. Sehingga sebagai alat perencanaan anggaran digunakan untuk:

- Merumuskan tujuan dan sasaran kebijakan/program/kegiatan agar sesuai dengan visi, misi dan tujuan organisasi.
- Merencanakan alternatif sumber pembiayaan program dan kegiatan
- Mengalokasikan dana pada program dan kegiatan tersebut
- Menentukan indikator kinerja dan tingkat pencapaian program/kegiatan

4) Pengawasan/pengendalian (*controlling*)

Pengawasan pada dasarnya menyiratkan hierarki tanggung jawab, mencakup seluruh jajaran lembaga eksekutif, yang bertanggung jawab terhadap dana yang dikumpulkan dan dikeluarkan kepada badan legislatif. Haryanto dan Mannan (2007) menjelaskan bahwa anggaran sebagai alat pengendalian/pengawasan merupakan suatu alat yang penting yang mengaitkan antara proses perencanaan dan proses pengendalian. Sehingga fungsi anggaran sebagai pengendali meliputi hal-hal berikut:

- Anggaran adalah perencanaan detil terhadap pendapatan dan pengeluaran pemerintah sehingga pembelanjaan yang dilakukan dapat dipertanggungjawabkan kepada publik.
- Anggaran berfungsi untuk mencegah terjadinya pemborosan pengeluaran
- Anggaran menjadi pengendali para eksekutif seperti presiden, menteri, gubernur, bupati, dan manajer publik lainnya. Anggaran berfungsi mengendalikan (membatasi kekuasaan) eksekutif.
- Anggaran adalah instrumen pengendalian untuk menghindari adanya pengeluaran berlebih, pengeluaran yang kurang dan pengeluaran yang tidak tepat/salah sasaran.

- Anggaran digunakan untuk memantau kondisi keuangan dan pelaksanaan program atau kegiatan pemerintah.
- Adanya anggaran memberi keyakinan bahwa pemerintah mempunyai dana yang cukup untuk melaksanakan kewajibannya.
- Anggaran berfungsi memberi informasi dan meyakinkan legislatif bahwa pernerrintah bekerja secara efisien tidak ada korupsi dan pemborosan.

Selain fungsi-fungsi di atas, fungsi lain dari anggaran adalah sebagai alat kebijakan fiskal, alat politik, alat koordinasi dan komunikasi, alat penilaian kinerja, alat motivasi, dan alat menciptakan ruang public. (Haryanto dan Mannan, 2007)

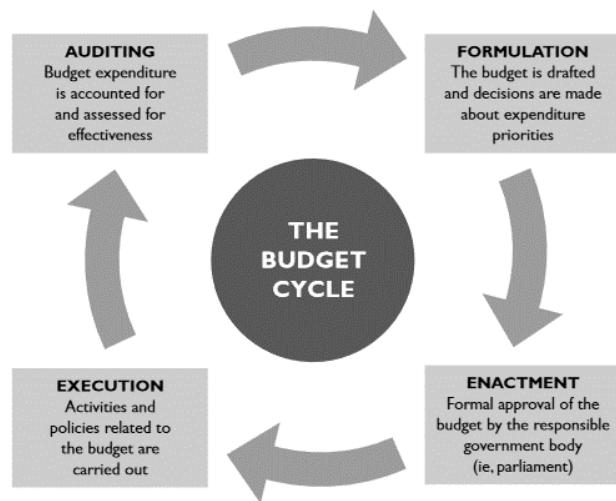
Siklus Penganggaran

Anggaran menetapkan bagaimana pemerintah akan mengumpulkan dana (pendapatan) dan mendistribusikannya ke berbagai kementerian, negara bagian dan struktur lokal yang bertanggung jawab untuk memberikan layanan dasar, seperti kesehatan dan pendidikan serta sektor lain seperti pertahanan, infrastruktur dan energi. Anggaran nasional akan dipecah menjadi anggaran masing-masing kementerian. Di dalam anggaran kementerian, ada anggaran program misal anggaran layanan kesehatan kabupaten yang di dalamnya terdapat item baris dan anggaran sub-program seperti layanan kesehatan masyarakat. Dalam beberapa hal anggaran dapat mencakup jumlah yang dialokasikan untuk bidang kerja atau kegiatan tertentu atau dapat diserahkan ke tingkat sistem yang lebih rendah.

Proses anggaran mengikuti siklus di dalam Gambar 15 di bawah dan biasanya berlangsung selama satu tahun. Empat langkah utama dalam siklus anggaran adalah:

1. Perumusan. Anggaran biasanya disusun oleh bagian anggaran di Kementerian Keuangan. Penyusunan anggaran didasarkan pada proyeksi nasional untuk pertumbuhan ekonomi, inflasi, dan perubahan demografis, dan akan mencerminkan tujuan seperti menaikkan atau menurunkan pajak, atau meningkatkan pengeluaran untuk prioritas yang disepakati
2. Pengesahan. Rancangan anggaran dibahas di parlemen, disetujui dan diundangkan menjadi undang-undang. Pada tahap ini biasanya dilakukan pula dengar pendapat publik untuk anggaran yang terkait dengan publik.
3. Eksekusi. Pemerintah mengimplementasikan anggaran dengan mengucurkan dana dan memantau pengeluaran untuk memastikan bahwa sejalan dengan anggaran
4. Audit. Audit dapat dilakukan oleh pihak internal atau eksternal. Pihak eksternal dapat dilakukan oleh badan independen yang berkualifikasi atau auditor umum. Audit bertujuan untuk memeriksa apakah anggaran telah dilaksanakan secara efisien, dan sesuai dengan rencana.

Gambar 16 Siklus Anggaran



Siklus anggaran (perumusan, pengesahan, pelaksanaan dan audit) harus mengikuti prinsip-prinsip berikut:

- transparansi dan akuntabilitas
- kelengkapan anggaran
- predikabilitas sumber daya dan kebijakan
- fleksibilitas untuk merespons mengubah kebutuhan/prioritas
- kontestasi (yaitu terbuka untuk evaluasi dan perbaikan)
- keberadaan dan berbagi informasi.

(Brearley, L., et.all, 2012)

3. Pendekatan dalam Penyusunan Penganggaran (Sistem Penganggaran)

Selama 30 tahun terakhir, entitas Pemerintah di Amerika Serikat telah menggunakan berbagai pendekatan dan format anggaran. Perkembangan filosofi anggaran yang lebih maju mencerminkan pertumbuhan baik dalam lingkup dan kompleksitas operasi pemerintah dan kebutuhan simultan untuk sistem yang mampu menerjemahkan berbagai keputusan kebijakan ke dalam rencana keuangan. Berbagai pendekatan penganggaran dikembangkan sehingga dapat dikategorikan dalam beberapa pendekatannya yaitu:

- 1) Penganggaran tradisional atau dikenal dengan *line item budgeting*
 - 2) Zero Based Budgeting (ZBB) atau Penganggaran Berbasis Nol
 - 3) Performance Budgeting (Penganggaran Kinerja)
 - 4) Planning, Programming, Budgeting System (PPBS)
- (Haryanto dan Mannan, 2007; NCES, 2003)

1) Penganggaran Tradisional atau *Line Item Budgeting*

Penganggaran item baris merupakan pendekatan yang paling banyak digunakan di banyak organisasi karena sederhana dan mudah mengontrolnya (NCES, 2003) dan merupakan aplikasi paling awal dalam sistem penganggaran

(Bagdigen, 2003). Model ini disebut sebagai pendekatan "historis" karena administrator dan kepala eksekutif sering mendasarkan permintaan pengeluaran mereka pada data pengeluaran dan pendapatan historis. (NCES, 2003) Lewis (1998) mendefinisikan sebagai suatu bentuk penganggaran dimana terdapat kontrol legislatif atau eksekutif tingkat tinggi atas objek pengeluaran individu dalam organisasi besar. (Lewis, 1988:7 dalam Bagdigen, 2001)

Line item budgeting adalah pendekatan penyusunan anggaran yang berfokus pada tingkat pengeluaran sehingga lebih disukai untuk orang-orang yang ingin mengontrol jumlah pengeluaran. Dikatakan line item baris karena pentingnya perincian baris dan tingkat pengeluaran yang memainkan peran penting dalam penganggaran ini agar sumber daya dapat diperkirakan, didistribusikan, dan diselesaikan pada objek pengeluaran. Selanjutnya, karena sistem mengabaikan evaluasi keluaran, tidak ada persyaratan dalam proses untuk membahas mengapa dan untuk apa tujuan input akan digunakan dalam anggaran. (Shultz dan Harriss, 1965:103 dalam Bagdigen, 2001) Oleh karena itu sistem ini tidak dapat memberikan informasi mengenai output dan bahkan meningkatkan biaya terhadap setiap satu tujuan.

Menurut Haryanto dan Mannan (2007) beberapa karakteristik dalam pendekatan penyusunan anggaran tradisional ini adalah:

a. Incrementalis

Data tahun sebelumnya merupakan pedoman di dalam menyusun anggaran tradisional ini. Bersifat incrementalis artinya anggaran periode berikutnya yang disusun hanya dengan menambah atau mengurangi jumlah rupiah pada item-item anggaran berdasarkan data anggaran tahun sebelumnya.

b. Struktur dan susunan anggaran yang bersifat line-item.

Line item menunjukkan bahwa struktur anggaran didasarkan atas dasar sifat (nature) dan penerimaan dan pengeluaran. Metode ini tidak memungkinkan untuk menghilangkan item-item penerimaan atau pengeluaran yang telah ada dalam struktur anggaran meskipun secara riil beberapa item tertentu sudah tidak relevan lagi digunakan pada saat ini.

c. Cenderung sentralistik

d. Bersifat spesifikasi

e. Tahunan

f. Menggunakan prinsip anggaran bruto.

Penganggaran dengan pendekatan tradisional memiliki beberapa kelebihan dan kekurangan. Kelebihan *line item budgeting* ini adalah:

a. Mengurangi konflik: penganggaran tradisional berfokus pada tingkat pengeluaran, sehingga kemungkinan terjadi ketidaksepakatan atau perdebatan tim penyusun anggaran hanya berfokus pada tingkat pengeluaran yaitu kenaikan atau penurunan pengeluaran. (Wildavsky, 1974:136 dalam Bagdigen, 2001)

- b. Pengendalian bertahap: pada pendekatan tradisional proses pemeriksaan dan pengendalian dilakukan pada setiap tahap. Pada saat penyusunan departemen-departemen menggunakan anggaran yang lama sebagai pedoman menyusun anggaran yang baru. Selanjutnya akan di proses ke departemen yang lebih tinggi sampai diterima sebagai dokumen anggaran tahun berikutnya. Pada setiap tahap, anggaran diperiksa dan dikontrol item demi itemnya. Hal ini menunjukkan bahwa penganggaran tradisional memiliki prosedur pengendalian yang eksklusif, dimulai dengan departemen-departemen yang mengajukan pengeluaran dan diakhiri dengan badan persetujuan.
- c. Sederhana dan mudah dalam persiapan. Pendekatan tradisional tidak memerlukan analisis terhadap output atau luaran sehingga lebih sederhana dan lebih mudah di dalam proses penyusunannya.
- d. Mudah dalam pengawasan. Anggaran yang sederhana hanya berorientasi terhadap pengeluaran sehingga lebih memudahkan pengawasan dan pengendalian. Metode ini menganggarkan berdasarkan unit dan objek organisasi dan konsisten dengan garis wewenang dan tanggung jawab di unit organisasi sehingga meningkatkan kontrol organisasi Pendekatan ini meningkatkan kontrol organisasi. (NCES, 2003)
- e. Penganggaran item baris memudahkan akumulasi data pengeluaran oleh unit organisasi sehingga datanya dapat digunakan dalam analisis tren atau historis.

Adapun beberapa kekurangan *line item budgeting* adalah sebagai berikut:

- a. Hanya menyajikan sedikit informasi yang berguna untuk pengambil keputusan tentang fungsi dan kegiatan unit organisasi. Karena anggaran ini menyajikan jumlah pengeluaran yang diusulkan hanya berdasarkan kategori, pemberian untuk pengeluaran tersebut tidak eksplisit dan seringkali tidak intuitif. Selain itu, tidak dapat diketahui informasi kinerja.
- b. Mengabaikan pembuatan kebijakan: Sistem sebagian besar berfokus pada detail item dan tidak memiliki rencana keuangan dan cara alternatif untuk menghasilkan kebijakan baru (Shoup, 1970:64). Hal-hal yang termasuk dalam anggaran tahun depan adalah urutan anggaran tahun lalu.
- c. Menyebabkan duplikasi. Pendekatan ini tidak menentukan satu tujuan yang mungkin dilakukan oleh dua atau lebih satuan kerja. Dengan kata lain, tampaknya tidak cocok untuk menentukan kepala belanja yang melayani tujuan yang sama tetapi diluncurkan oleh unit yang berbeda. Oleh karena itu, pendekatan ini gagal untuk membandingkan biaya pengeluaran yang dilakukan untuk objek pengeluaran yang serupa (Wildavsky, 1964:21-23). Dalam hal ini, karena tidak ada analisis biaya/manfaat yang jelas untuk mengevaluasi pengeluaran pada satu target yang sama, akan ada pemborosan uang.

- d. Karena pendekatan ini cenderung membuat anggaran tahun depan berdasarkan penggunaan anggaran revisi tahun sebelumnya, pendekatan ini tidak dapat mempertimbangkan item-item yang ada dalam anggaran lama tetapi tidak, seluruhnya atau sebagian, diperlukan lagi di masa depan. Artinya pendekatan ini dapat menggunakan barang-barang yang sudah tidak dibutuhkan lagi.
- e. Pendekatan ini tidak cocok untuk perusahaan dengan rencana ekonomi jangka panjang karena tidak adanya rencana keuangan, tampaknya tepat sebagai sistem yang digunakan membantu rencana ekonomi dan keuangan jangka panjang (Smithies, 1967:29 dalam Bagdigen, 2001). Mengambil rencana jangka panjang sebagai landasan ekonomi, pendekatan ini dapat menjadi hambatan bagi negara-negara yang pembangunan ekonominya harus didasarkan pada perencanaan jangka panjang.

2) Zero Based Budgeting (ZBB) atau Penganggaran Berbasis Nol

Prinsip dasar penganggaran berbasis nol (ZBB) adalah bahwa kegiatan dan layanan program harus dijustifikasi setiap tahun selama proses pengembangan anggaran. Anggaran disusun dengan membagi semua kegiatan pemerintah ke dalam unit-unit keputusan (decision units) di tingkat organisasi yang relatif rendah. Unit-unit tersebut kemudian dikumpulkan ke dalam paket keputusan berdasarkan kegiatan program, tujuan program, unit organisasi, dan sebagainya. Biaya barang atau jasa dilampirkan pada setiap paket keputusan berdasarkan tingkat produksi atau jasa yang akan disediakan untuk menghasilkan keluaran atau hasil yang ditentukan. Unit keputusan kemudian diurutkan berdasarkan kepentingannya dalam mencapai tujuan dan sasaran organisasi. Oleh karena itu, ketika anggaran yang diusulkan disajikan, berisi serangkaian keputusan anggaran yang terkait dengan pencapaian tujuan dan sasaran entitas.

Dorongan utama ZBB adalah penghapusan upaya dan pengeluaran yang sudah ketinggalan zaman dan pemasukan sumber daya di tempat yang paling efektif. Hal ini dicapai melalui tinjauan tahunan semua kegiatan dan pengeluaran program, yang menghasilkan informasi yang lebih baik untuk keputusan alokasi. Namun, pengembangan yang tepat membutuhkan banyak waktu staf, perencanaan, dan dokumen. Pengalaman dengan penerapan pendekatan ini menunjukkan bahwa tinjauan komprehensif paket keputusan ZBB untuk beberapa kegiatan program mungkin hanya diperlukan secara berkala.

3) *Performance Budgeting* atau Penganggaran Kinerja

Pendekatan penganggaran kinerja umumnya dianggap lebih unggul daripada pendekatan penganggaran item baris karena memberikan informasi yang lebih berguna untuk pertimbangan legislatif dan untuk evaluasi oleh administrator. Penganggaran kinerja mencakup deskripsi naratif dari setiap program atau kegiatan-yaitu, mengatur anggaran ke dalam perkiraan kuantitatif biaya dan

pencapaian dan berfokus pada pengukuran dan evaluasi hasil. (NCES, 2003) Pendekatan kinerja memudahkan revisi anggaran legislatif karena kegiatan program dan tingkat layanan dapat dianggarkan berdasarkan input biaya standar. Persyaratan di sektor publik untuk membangun administrasi dan komunikasi mereka di dalam dan di antara departemen lain menyebabkan penganggaran ini dikembangkan. "Secara ideal, sistem anggaran ini membutuhkan pengukuran hasil, hasil, dan dampak (Melkers dan Willoughby, 1998:66 dalam Bagdigen, 2001).

Performance Budgeting pertama kali diterapkan di Amerika Serikat untuk memperbaiki kelemahan dalam pendekatan Line-Item Budgeting. Salah satu tujuan utamanya adalah penganggaran yang berfokus pada kegiatan sehingga penentuan program oleh dengan pendekatan ini tidak tergantung kepada pengeluaran yang dibutuhkan tetapi pada kegiatan. Tujuan lainnya adalah untuk mempertahankan efisiensi dan ekonomi di sektor publik (Babunakis, 1976:4-6). Setelah Perang Dunia II dengan beberapa alasan terdapat kecenderungan untuk menggunakan sistem penganggaran baru. Alasan-alasan tersebut adalah

- Untuk memulihkan respon yang tidak memadai dari sistem penganggaran yang ada
- Untuk mengetahui utilitas dan biaya belanja publik
- Untuk mengkategorikan kegiatan publik menurut fungsinya

Pada tahun 1950, Commission on Organization of the Executive Branch of the Government, yang disebut Hoover Commission, menerbitkan laporan tentang perkembangan Performance Budgeting. Tujuan mendasar dari Komisi adalah untuk membentuk kembali Performance Budgeting dengan memperhatikan kegiatan dan tujuan yaitu seluruh konsep anggaran pemerintah federal harus ditata ulang dengan mengadaptasi anggaran berdasarkan fungsi, kegiatan, dan proyek yang kemudian disebut dengan Anggaran Kinerja. (Smithies, 1965:31 dalam Bagdigen, 2001). Antara tahun 1954-1955, Hoover Commission kedua gencar melakukan perluasan kerja di Performance Budgeting agar bisa berjalan dengan baik di lapangan. Performance Budgeting telah berlangsung hingga awal 1960-an.

Penganggaran kinerja ini pun memiliki keterbatasan karena kurangnya informasi biaya standar yang dapat diandalkan yang melekat pada organisasi pemerintah. Selanjutnya, pendekatan kinerja tidak selalu mengevaluasi kesesuaian kegiatan program dalam kaitannya dengan pencapaian tujuan organisasi atau kualitas layanan atau keluaran yang dihasilkan. Akibatnya, pendekatan kinerja menjadi paling berguna untuk kegiatan yang bersifat rutin dan dapat diukur secara terpisah (seperti pemeliharaan kendaraan dan pemrosesan hutang)-kegiatan yang hanya merupakan bagian yang relatif sederhana dari total perusahaan pendidikan. Namun secara ringkas, penganggaran kinerja dapat menawarkan peningkatan yang cukup besar pada anggaran item baris bila diterapkan dengan tepat. (NCES, 2003)

4) Planning, Programming, Budgeting System (PPBS)

Penganggaran program mengacu pada berbagai sistem penganggaran yang berbeda yang mendasarkan pengeluaran terutama pada program kerja dan kedua pada objek. Pendekatan ini dianggap sebagai bentuk transisi antara pendekatan item lini dan penganggaran kinerja, dan dapat disebut penganggaran program yang dimodifikasi. Di Amerika PPBS pertama kali diimplementasikan di Departemen Pertahanan di Amerika Serikat, selanjutnya dilakukan di sektor publik. PPBS menghubungkan informasi program dengan perencanaan dalam pengambilan keputusan anggaran dan mengevaluasi layanan publik berdasarkan output. Kebutuhan PPBS terutama muncul di sektor publik yang memiliki sumber daya terbatas terhadap peningkatan permintaan publik. Untuk memberikan peningkatan kesejahteraan kepada individu dan mengoptimalkan permintaan mereka dalam menghadapi sumber daya publik yang langka, PPBS diusulkan sebagai sistem alternatif untuk penganggaran publik pada tahun 1960-an.

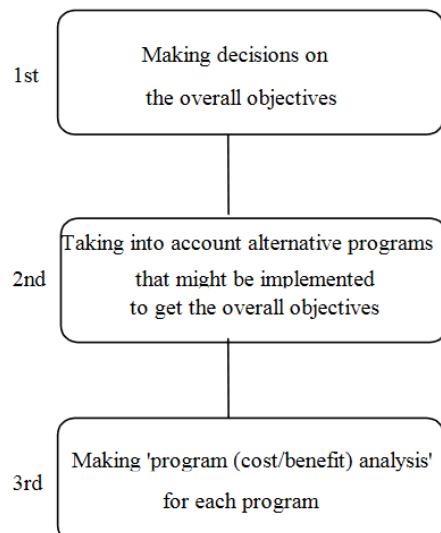
Karena PPBS diimplementasikan sebagai alternatif dari penganggaran tradisional maka berikut adalah perbedaan sifat penganggaran tradisional dan PPBS (Bagdigen, 2007):

- Dalam penganggaran tradisional input dan pengeluaran dipertimbangkan menurut departemen administrasi, sedangkan dalam PPBS berdasarkan tujuan (Edizdoğan, 1991:155-6).
- Penganggaran tradisional berfokus pada input, PPBS di samping input juga memperhitungkan output jangka panjang (Gordon dan Heivilin, 1982:319).
- Kriteria evaluasi di penganggaran tradisional terutama pada jenis pengeluaran dan jumlah atau tingkat pengeluaran, sedangkan di PPBS pada target dan pencapaiannya. Ini memperhitungkan semua alternatif dan kemudian memungkinkan pengambil keputusan untuk membuat keputusan tentang alternatif yang paling menguntungkan dengan memberikan biaya/manfaat yang lebih baik kepada penerima manfaat (Edizdoğan, 1991:155-6).
- Penganggaran tradisional tidak memperhitungkan manfaat bagi penerimanya sedangkan PPBS mampu memenuhi kebutuhan publik dengan mengilustrasikan program-program baru yang diperlukan dan menghilangkan program-program yang tidak perlu.
- Karena TBS hanya melihat tingkat pengeluaran sehingga tidak mempertimbangkan cara alternatif untuk mencapai tujuan dan tingkat pengeluaran yang ditentukan. Sementara PPBS melihat pencapaian targetnya dan berusaha sangat hati-hati untuk mengevaluasi alternatif lain pada satu tujuan sehingga dapat menemukan cara terbaik untuk mendapatkan tujuan dengan cara yang paling efektif

- Penganggaran tradisional berdasar pada penganggaran tahun sebelumnya sehingga tidak mudah bagi pengambil keputusan untuk mengusulkan program lain yang tidak ada pada penganggaran tahun sebelumnya. Sementara penganggaran yang lama belum tentu dibutuhkan lagi. Penganggaran PPBS memperhitungkan program-program yang dibutuhkan sehingga program yang tidak dibutuhkan lagi tidak akan masuk ke dalam penganggaran selanjutnya. Hal ini menghilangkan sifat diseconomis dari anggaran
- Pada penganggaran tradisional, anggaran dibedakan menjadi dua bagian yaitu anggaran pendapatan tahunan dan anggaran modal. Anggaran pendapatan tahunan berkaitan dengan pendapatan pendapatan dan pengeluaran dalam prosesnya, sedangkan anggaran pendapatan modal berkaitan dengan pendapatan dan pengeluaran modal. Penyusunan anggaran yang demikian memisahkan pengeluaran/biaya satu sama lain. Anggaran tahunan sebagian besar dibiayai oleh pendapatan, yaitu pendapatan pajak, maka akan timbul biaya menjalankan program pemerintah. Sementara anggaran modal dibiayai oleh pendapatan modal, yaitu obligasi dan dana, maka akan timbul biaya perbaikan modal. Hal ini dapat menyebabkan inefisiensi. Pada penganggaran PPBS kelemahan tersebut dapat dihilangkan karena PPBS menggabungkan kedua anggaran menjadi satu.

Dapat disimpulkan bahwa PPBS adalah pendekaran penganggaran yang berorientasi pada hasil/luaran dan tujuan. Penganggaran ini menekankan pada alokasi sumberdaya berdasarkan analisis ekonomi. Pada bagan di bawah tergambar bahwa penyusunan anggaran berorientasi pada program yang telah dilakukan analisis biaya dengan manfaat yang diperoleh (*cost/benefit analysis*).

Gambar 17 Stages of Implementing PPBS



Sumber: Bagdigen, 2007

Untuk menyusun penganggaran PPBS maka dilakukan langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Menetapkan tujuan umum dan tujuan unit organisasi dengan jelas
- 2) Mengidentifikasi program-program dan kegiatan-kegiatan untuk mencapai tujuan organisasi
- 3) Melakukan perhitungan cost-benefit terhadap berbagai alternatif alternatif program
- 4) Memilih program yang mempunyai manfaat besar dengan biaya yang relative rendah
- 5) Mengalokasikan sumber daya kepada setiap program yang disetujui.

Latihan 12

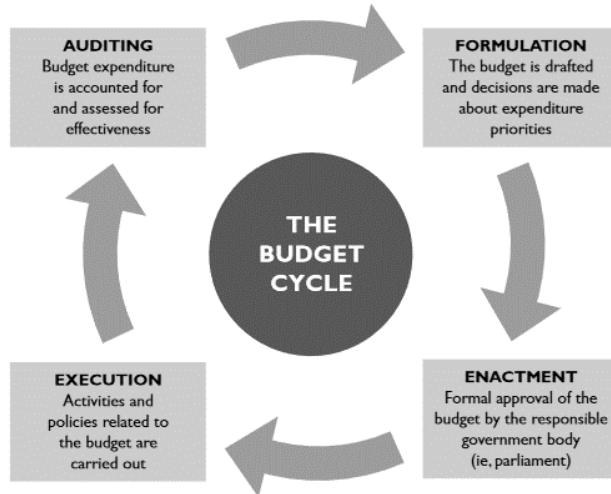
1. Apakah definisi anggaran sektor public dan prinsip-prinsipnya?
2. Jelaskan siklus anggaran!
3. Jelaskan kelebihan dan kekurangan penganggaran tradisional!

Jawaban 12

1. Definisi anggaran sektor publik adalah anggaran yang disusun merujuk kepada suatu program dan kegiatan yang ditujukan kepada kepentingan masyarakat banyak yang dananya berasal dari pemerintah atau masyarakat. Anggaran sektor publik adalah rencana kegiatan dan keuangan periodik (biasanya dalam periode tahunan) yang berisi program dan kegiatan dan jumlah dana yang diperoleh (penerimaan/pendapatan) dan dibutuhkan (pengeluaran/ belanja) dalam rangka mencapai tujuan organisasi. prinsip-prinsip otorisasi oleh legislative, komprehensif, adanya keutuhan anggaran, *nondiscretionary appropriation*, periodic, akurat, jelas dan diketahui public.

2. Siklus anggaran adalah sebagai berikut:

Gambar 18 Siklus Anggaran



Empat langkah utama dalam siklus anggaran adalah:

1. Perumusan. Anggaran biasanya disusun oleh bagian anggaran di Kementerian Keuangan. Penyusunan anggaran didasarkan pada proyeksi nasional untuk pertumbuhan ekonomi, inflasi, dan perubahan demografis, dan akan mencerminkan tujuan seperti menaikkan atau menurunkan pajak, atau meningkatkan pengeluaran untuk prioritas yang disepakati
 2. Pengesahan. Rancangan anggaran dibahas di parlemen, disetujui dan diundangkan menjadi undang-undang. Pada tahap ini biasanya dilakukan pula dengar pendapat publik untuk anggaran yang terkait dengan publik.
 3. Eksekusi. Pemerintah mengimplementasikan anggaran dengan mengucurkan dana dan memantau pengeluaran untuk memastikan bahwa sejalan dengan anggaran
 4. Audit. Audit dapat dilakukan oleh pihak internal atau eksternal. Pihak eksternal dapat dilakukan oleh badan independen yang berkualifikasi atau auditor umum. Audit bertujuan untuk memeriksa apakah anggaran telah dilaksanakan secara efisien, dan sesuai dengan rencana.
3. Kelebihan & Kekurangan penganggaran tradisional
Penganggaran dengan pendekatan tradisional memiliki beberapa kelebihan dan kekurangan. Kelebihan *line item budgeting* ini adalah:
- a. Mengurangi konflik
 - b. Pengendalian bertahap
 - c. Sederhana dan mudah dalam persiapan.
 - d. Mudah dalam pengawasan.

- e. Penganggaran item baris memudahkan akumulasi data pengeluaran oleh unit organisasi sehingga datanya dapat digunakan dalam analisis tren atau historis.

Kekurangan penganggaran tradisional adalah:

- a. Hanya menyajikan sedikit informasi yang berguna untuk pengambil keputusan tentang fungsi dan kegiatan unit organisasi.
- b. Mengabaikan pembuatan kebijakan
- c. Menyebabkan duplikasi
- d. Karena pendekatan ini cenderung membuat anggaran tahun depan berdasarkan penggunaan anggaran revisi tahun sebelumnya, pendekatan ini tidak dapat mempertimbangkan item-item yang ada dalam anggaran lama tetapi tidak, seluruhnya atau sebagian, diperlukan lagi di masa depan. Artinya pendekatan ini dapat menggunakan barang-barang yang sudah tidak dibutuhkan lagi.
- e. Pendekatan ini tidak cocok untuk perusahaan dengan rencana ekonomi jangka panjang karena tidak adanya rencana keuangan.

Rangkuman 12

Asal kata anggaran adalah *budget* (Inggris) atau *bougette* (perancis) yang artinya sebuah tas kecil. Definisi anggaran menurut para ahli yang dikutip dalam Suryanto dan Kurniati (2019) adalah sebagai berikut:

- a. Anggaran adalah kegiatan tentang apa yang diharapkan, direncanakan atau diperkirakan terjadi dalam periode tertentu pada masa yang akan datang (Brownell dan McInnes, 1986).
- b. Anggaran adalah alat untuk para manajer dalam mengendalikan, mengkoordinasikan, mengkomunikasikan, mengevaluasi kinerja, dan memotivasi manajer bagian bawahannya (Kennis, 1979).
- c. Anggaran adalah alat utama pemerintah untuk melaksanakan semua kewajiban, janji, dan kebijakannya ke dalam rencana-rencana nyata dan terintegrasi dalam hal tindakan apa yang akan diambil, hasil apa yang akan dicapai, biaya yang dikeluarkan dan siapa yang akan membayar biaya tersebut (Dobell & Ulrich, 2002).
- d. Anggaran adalah suatu rencana yang disajikan secara kuantitatif dan biasanya dinyatakan dalam satuan uang yang disusun untuk periode yang akan datang. (Anthony dan Govindarajan, 2003)
- e. Anggaran yang ditetapkan dapat dipandang sebagai suatu kontrak kinerja antara legislatif dan eksekutif (Freeman & Shoulders, 2003)

Anggaran dapat diartikan sebagai rincian seluruh kegiatan mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi yang dinyatakan dalam bentuk moneter (uang) dalam periode tertentu untuk mencapai tujuan organisasi. Anggaran sektor publik diartikan sebagai anggaran yang disusun merujuk kepada suatu program dan kegiatan

yang ditujukan kepada kepentingan masyarakat banyak yang dananya berasal dari pemerintah atau masyarakat. Menurut Haryanto dan Mannan (2007) anggaran sektor publik adalah rencana kegiatan dan keuangan periodik (biasanya dalam periode tahunan) yang berisi program dan kegiatan dan jumlah dana yang diperoleh (penerimaan/pendapatan) dan dibutuhkan (pengeluaran/ belanja) dalam rangka mencapai tujuan organisasi.

Anggaran mempunyai karakteristik sebagai berikut:

- a. Dinyatakan dalam satuan keuangan dan satuan selain keuangan;
- b. Disusun untuk jangka waktu tertentu misal 1 tahun
- c. Terdapat sasaran yang telah ditetapkan yang merupakan komitmen dari manajemen.
- d. Telah ditelaah dan disetujui oleh pimpinan yang lebih tinggi/pihak yang berwenang mengesahkan anggaran
- e. Bersifat 1 kali disusun namun dapat diubah dalam kondisi tertentu.

Berdasarkan karakteristik anggaran, maka anggaran sektor publik mempunyai prinsip-prinsip otorisasi oleh legislative, komprehensif, adanya keutuhan anggaran, *nondiscretionary appropriation*, periodic, akurat, jelas dan diketahui publik. Fungsi-fungsi utama dari anggaran sektor publik adalah fungsi akuntabilitas, fungsi manajemen, fungsi Perencanaan, fungsi Pengawasan/pengendalian (*controlling*) alat kebijakan fiskal, alat politik, alat koordinasi dan komunikasi, alat penilaian kinerja, alat motivasi, dan alat menciptakan ruang public.

Terdapat beberapa pendekatan dalam penyusunan penganggaran atau dapat disebut sistem penganggaran, yaitu:

- a. Penganggaran tradisional atau dikenal dengan *line item budgeting*
- b. Zero Based Budgeting (ZBB) atau Penganggaran Berbasis Nol
- c. Performance Budgeting (Penganggaran Kinerja)
- d. Planning, Programming, Budgeting System (PPBS)

Tes Formatif 12

1. Suatu Puskemas menyusun anggaran untuk tahun 2022 seperti tabel berikut:

Rencana Anggaran Puskesmas Tahun 2022

Unit Kerja	Tahun 2021	Tahun 2022	Naik/Turun
	Rp (dalam juta)	Rp (dalam juta)	%
Rawat Jalan	200	210	5
Rawat Inap	350	385	10
UGD	130	143	10
Pendaftaran	20	24	20
Laboratorium	500	550	10
Farmasi	700	770	10

Penunjang medik lainnya	300	345	5
-------------------------	-----	-----	---

Apakah sistem anggaran yang digunakan?

- a. Anggaran Berbasis Kinerja
 - b. Anggaran Terpadu
 - c. *Planning Programming Budgeting System (PPBS)*
 - d. Anggaran tradisional (*Line Item Budgeting*)
 - e. Penganggaran Dasar Nol (*Zero Based Budgeting*)
2. Direktur di suatu pelayanan kesehatan memberikan arahan kepada para manager di dalam penyusunan anggaran tahun 2020. Anggaran disusun berdasarkan visi dan misi perusahaan, berorientasi kepada pencapaian hasil kerja atau output dari setiap alokasi biaya yang dibutuhkan. Apakah jenis anggaran yang digunakan?
- a. Performance Budgeting
 - b. *Planning Programming Budgeting System (PPBS)*
 - c. Line Item Budgeting
 - d. *Zero Based Budgeting*
 - e. Site-Based Budgeting
3. Seorang perencana program kesehatan diminta menyusun rencana dalam bentuk moneter terhadap program intervensi yang akan dilakukan selama 1 (satu) tahun. Rencana apakah yang dibuat?
- a. *Plan of Action*
 - b. Rencana Program
 - c. Rencana Strategis
 - d. Rencana Kegiatan
 - e. Rencana Anggaran Belanja
4. Sebuah klinik bersalin membuat rencana anggaran tahunan pada tahun 2022 berdasarkan realisasi tahun sebelumnya. Pada tahun 2022 dianggarkan pendapatan sebesar Rp. 1,2 miliar, naik sebesar 10 % dari realisasi tahun 2021. Apakah sistem anggaran yang disusun?
- a. Penganggaran Dasar Nol (*Zero Based Budgeting*)
 - b. Anggaran Berbasis Kinerja
 - c. Anggaran Terpadu (P2KT)
 - d. *Planning Programming Budgeting System (PPBS)*
 - e. *Anggaran tradisional (Line Item Budgeting)*
5. Seorang Kepala Klinik Ibu dan Anak di desa membuat rencana anggaran tahun 2019. Kepala Klinik memutuskan untuk membuat anggaran tanpa memperhatikan realisasi tahun sebelumnya dan menunjuk Unit Kebidanan dan Unit Anak sebagai unit utama yang menghasilkan pendapatan. Untuk itu Kepala Unit Kebidanan dan Kepala Unit Anak membuat anggaran pendapatan berdasarkan jenis layanan, jenis kegiatan, biaya satuan dan target pencapaian yang diharapkan. Apakah sistem anggaran yang disusun ?
- a. *Anggaran tradisional (Line Item Budgeting)*
 - b. Penganggaran Dasar Nol (*Zero Based Budgeting*)
 - c. Anggaran Berbasis Kinerja
 - d. Anggaran Terpadu (P2KT)

e. *Planning Programming Budgeting System (PPBS)*

Jawaban Tes Formatif 12:

1. D
2. B
3. E
4. E
5. B

Cocokkanlah jawaban Saudara dengan kunci jawaban Tes Formatif 12 yang terdapat di bagian modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus dibawah ini untuk mengetahui tingkat penguasaan Saudara terhadap materi Modul 12.

Tingkat Penguasaan = Jumlah jawaban yang benar X 100%

Jumlah Soal

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100%	: baik sekali
80 – 89%	: baik
70 – 79%	: cukup
< 70%	: kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, saudara dapat meneruskan dengan kegiatan belajar materi modul 13. Bagus! jika masih dibawah 80% saudara harus mengulangi materi kegiatan belajar modul 12, terutama bagian yang belum dikuasai

Modul 13: Penganggaran Berbasis Kinerja

Metode Pembelajaran	Estimasi Waktu	Capaian Pembelajaran
Kuliah Interaktif Diskusi <i>Question Based Learning</i>	100 menit	<ul style="list-style-type: none">• Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian penganggaran berbasis kinerja• Mahasiswa mampu menjelaskan siklus penganggaran berbasis kinerja• Mahasiswa mampu menjelaskan jenis-jenis indicator yang digunakan dalam penganggaran berbasis kinerja

Materi 13

1. Pengertian Penganggaran Berbasis Kinerja

Performance Based Budgeting (PBB) atau penganggaran berbasis kinerja oleh OECD (2019) didefinisikan sebagai penggunaan sistematis informasi kinerja untuk menginformasikan keputusan anggaran baik sebagai masukan langsung untuk keputusan alokasi anggaran atau sebagai informasi kontekstual untuk menginformasikan perencanaan anggaran, dan menanamkan transparansi dan akuntabilitas. PBB digunakan untuk menyediakan informasi kepada legislator dan publik tentang tujuan pengeluaran dan hasil yang dicapai.

Informasi kinerja adalah konsep yang cukup sederhana yang memberikan informasi apakah program, lembaga, dan penyedia layanan publik melakukan pekerjaan secara efektif dan efisien. Sebagian besar informasi ini masuk ke dalam dokumen anggaran, tetapi sebatas hanya informasi tentang kinerja dalam dokumen anggaran belum dimanfaatkan dalam menyusun anggaran. Jika pemerintah ingin menggunakan informasi kinerja dalam penetapan anggaran, maka perlu menemukan cara untuk mengintegrasikan kinerja ke dalam proses keputusan anggaran, bukan hanya dokumen anggaran. Sejauh ini tidak ada definisi standar yang disepakati tentang penganggaran kinerja, jenis informasi yang harus disertakan, atau dari tahap proses anggaran kapan harus diperkenalkan. Ada juga pertanyaan apakah informasi kinerja harus digunakan dalam memutuskan bagaimana mengalokasikan sumber daya dan jika demikian, bagaimana. Tidak ada model tunggal penganggaran kinerja. Negara-negara menggunakan pendekatan yang beragam untuk menerapkannya dan menyesuaikan dengan kapasitas, budaya, dan prioritasnya masing-masing.

Penganggaran kinerja adalah penganggaran yang menghubungkan dana yang dialokasikan dengan hasil yang terukur. Terdapat tiga kategori yaitu penganggaran presentasional, berdasarkan informasi kinerja, dan kinerja langsung.

1. Penganggaran Kinerja presentasional berarti bahwa informasi kinerja disajikan dalam dokumen anggaran atau dokumen pemerintah lainnya. Informasi tersebut dapat merujuk pada target atau hasil atau keduanya dan dimasukkan sebagai informasi latar belakang untuk akuntabilitas dan dialog dengan legislator dan warga negara tentang isu-isu kebijakan publik. Informasi kinerja ini tidak dimaksudkan untuk berperan dalam pengambilan keputusan dan tidak melakukannya.
2. Dalam penganggaran berbasis kinerja, sumber daya secara tidak langsung terkait dengan kinerja masa depan yang diusulkan atau kinerja masa lalu. Informasi kinerja penting dalam proses pengambilan keputusan anggaran, tetapi tidak menentukan jumlah sumber daya yang dialokasikan dan tidak memiliki bobot yang telah ditentukan sebelumnya dalam keputusan. Informasi kinerja digunakan bersama dengan informasi lain dalam proses pengambilan keputusan.
3. Penganggaran kinerja langsung melibatkan pengalokasian sumber daya berdasarkan hasil yang dicapai. Bentuk penganggaran kinerja ini hanya digunakan di sektor-sektor tertentu di beberapa negara OECD. Misalnya, jumlah siswa yang lulus dengan gelar Master akan menentukan pendanaan tahun berikutnya untuk universitas yang menjalankan program tersebut. (OECD, 2019)

Penganggaran berbasis kinerja adalah praktik penyusunan anggaran berdasarkan evaluasi produktivitas divisi operasional yang berbeda dalam suatu organisasi. Divisi operasional yang memberikan kontribusi paling besar terhadap profitabilitas akan mendapatkan bagian anggaran yang lebih besar. Ini mengarah pada pemanfaatan sumber daya yang optimal seperti keuangan, keterampilan staf, penggunaan waktu produktif, dan lain-lain. Pada dasarnya anggaran kinerja memerlukan evaluasi kinerja dan produktivitas dari satu periode anggaran ke periode anggaran lainnya. Oleh karena itu, penganggaran kinerja merupakan proses mengidentifikasi hasil yang dicapai oleh setiap divisi dalam organisasi. Selanjutnya, anggaran kinerja tidak berfokus pada kegiatan individu untuk mengembangkan strategi tetapi pencapaian tujuan divisi secara keseluruhan. Oleh karena itu para manajer mempunyai tugas untuk membingkai strategi masing-masing divisi. Dengan demikian penganggaran kinerja didasarkan pada konsep penganggaran berbasis nol (*zero based budgeting*). (Borad, 2018)

Pengertian anggaran berbasis kinerja menurut Halim (2004:177) dalam Hoerudin (2019) adalah suatu metode penganggaran bagi manajemen untuk menghubungkan setiap pendanaan yang dituangkan dalam kegiatan dengan keluaran dan hasil yang diharapkan termasuk efisiensi dalam mencapai hasil keluaran tersebut. Keluaran dan hasil dinyatakan dalam target kinerja masing-masing unit kerja. Sedangkan bagaimana tujuan tercapai, dituangkan dalam program diikuti dengan pembiayaan pada setiap tingkat pencapaian tujuan. Program dalam anggaran berbasis kinerja didefinisikan sebagai instrumen kebijakan yang memuat satu atau lebih kegiatan yang akan dilakukan oleh instansi/lembaga pemerintah untuk mencapai tujuan dan sasaran serta memperoleh alokasi anggaran atau kegiatan masyarakat yang dikoordinasikan oleh instansi pemerintah. Kegiatan ini disusun sebagai cara untuk mencapai kinerja tahunan. Elemen yang harus dipertimbangkan dalam penganggaran berbasis kinerja adalah tujuan dan ukuran pencapaian yang telah disepakati dan pengumpulan informasi yang sistematis tentang realisasi pencapaian kinerja yang andal dan konsisten sehingga biaya dapat dipertimbangkan antara kinerja dan prestasi.

Penganggaran berbasis kinerja merupakan penganggaran yang dikembangkan pada masa *New Public Management* (NPM) tahun 1970an. Penganggaran ini mengedepankan perumusan indikator-indikator kinerja institusi yang akan menentukan seberapa besar anggaran dibutuhkan. Indikator kinerja bukan hanya sebagai bentuk informasi yang dimasukkan ke dalam dokumen anggaran, tetapi sebagai material pokok penyusunan anggaran. Penganggaran berbasis kinerja ini memastikan bahwa program-program yang dibuat sesuai dengan rencana strategis suatu institusi dan menunjukkan kinerja atau capaian yang akan dihasilkan. Dengan demikian terlihat suatu transparansi dalam perencanaan program dan akuntabel (dapat dipertanggungjawabkan). Dokumen anggaran yang dihasilkan dalam penganggaran berbasis kinerja dapat digunakan untuk memantau proses pelaksanaan program dan merupakan dokumen pengendali suatu kegiatan/program. (penulis)

2. Pentingnya Penganggaran Berbasis Kinerja

Curristine (2005) dalam Surianti & Dalimunthe (2017) menyatakan bahwa kebutuhan untuk meningkatkan kinerja sektor publik lebih menjadi pusat perhatian ketika Pemerintah menghadapi banyak tuntutan publik untuk memberikan pelayanan yang berkualitas tanpa pengenaan pajak tambahan. Hal ini dapat diartikan bahwa Pemerintah dituntut untuk menggunakan anggaran secara efektif dan efisien, transparan dan akuntabel. Untuk itu Pemerintah perlu memikirkan bagaimana mengubah sistem dimana sebelumnya anggaran difokuskan hanya pada input menjadi anggaran yang menekankan pada pengendalian strategis atas pengeluaran agregat dan penetapan prioritas. Salah satu pendekatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kinerja sektor publik adalah mengelola hasil (*managing the result*) dalam anggaran. Elemen-elemen yang diperlukan dalam mengelola hasil adalah perencanaan strategis—mengidentifikasi misi inti dan tujuan Pemerintah; dan informasi tentang kinerja—menggunakan tindakan pemerintah untuk mengelola dan meningkatkan kinerja.(Worldbank, 2003 dalam Surianti & Dalimunthe, 2017)

Negara-negara OECD telah memulai penganggaran kinerja untuk alasan yang berbeda, tetapi yang utama disebabkan karena krisis keuangan, meningkatnya tekanan untuk mengurangi pengeluaran publik dan atau perubahan dalam administrasi politik. Dalam banyak kasus, informasi kinerja dimasukkan ke dalam proses anggaran sebagai bagian dari paket yang lebih luas untuk mengontrol pengeluaran publik atau mereformasi manajemen sektor publik. Di banyak negara, penganggaran kinerja diperkenalkan bersamaan dengan manajemen kinerja. Tujuan penggunaan anggaran berbasis kinerja pun berbeda-beda namun dapat dikumpulkan menjadi 3 (tiga) kategori besar yaitu a) memprioritaskan anggaran seperti pengendalian pengeluaran dan peningkatan alokasi dan penggunaan dana yang efisien; b) meningkatkan kinerja sektor publik; dan c) meningkatkan akuntabilitas kepada politisi dan publik.(OECD, 2008)

Penganggaran berbasis kinerja adalah prosedur atau mekanisme memperkuat keterkaitan antara dana yang diberikan kepada instansi/lembaga pemerintah dengan hasil (dampak) dan/atau keluaran, melalui alokasi anggaran berdasarkan 'formal' informasi tentang kinerja. Informasi 'formal' kinerja: informasi tentang ukuran kinerja (performance measure), besaran fee untuk setiap kelompok output dan hasil, dan penilaian efektivitas dan efisiensi belanja melalui berbagai alat analisis. Dijelaskan lebih lanjut bahwa penganggaran berbasis kinerja bertujuan untuk meningkatkan efisiensi alokasi dan produktivitas belanja pemerintah. (Marc dan Jim, 2005 dalam Surianti & Dalimunthe, 2017)

Penganggaran kinerja bertujuan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pengeluaran publik dengan menghubungkan pendanaan organisasi sektor publik

dengan hasil yang mereka berikan. Penyusunannya menggunakan informasi kinerja yang sistematis (indikator, evaluasi, biaya program, dan lain-lain). Dampak anggaran kinerja dapat dirasakan dalam peningkatan prioritas pengeluaran, dan dalam peningkatan efektivitas dan/atau efisiensi layanan.(Robinson, 2009)

Penganggaran berbasis kinerja dimaksudkan untuk meningkatkan kinerja pemerintah dalam memberikan pelayanan dan produk kepada warganya lebih secara efisien dan efektif. Dengan berfokus pada hasil yang diharapkan relatif terhadap jumlah uang yang dikeluarkan, dan kemudian membandingkan hasil yang sebenarnya dengan hasil yang diharapkan. (Qi dan Mensah, 2012 dalam Surianti & Dalimunthe, 2017)

3. Model Penganggaran Berbasis Kinerja

Penganggaran program merupakan salah satu bentuk dari penganggaran berbasis kinerja, di samping bentuk lain yang menjadi dasar dalam penganggaran berbasis kinerja yaitu penganggaran berbasis nol (*zero based budgeting*). Penganggaran program tidak hanya merupakan bentuk penganggaran kinerja yang paling luas, tetapi merupakan bentuk penganggaran kinerja paling berlaku untuk anggaran pemerintah secara keseluruhan. Penganggaran program bertujuan untuk menyusun anggaran sedemikian rupa sehingga memfasilitasi prioritas pengeluaran yang baik, sementara secara bersamaan memberikan tekanan pada kementerian dan lembaga untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pengeluaran.

Landasan penganggaran program adalah klasifikasi program anggaran, yang berarti klasifikasi pengeluaran dalam anggaran terutama menurut tujuan dan jenis kebijakan publik layanan yang dianggarkan. Misalnya, dalam anggaran program, pendanaan yang diberikan kepada Kementerian Lingkungan Hidup berupa alokasi khusus untuk program konservasi, program antipolusi, dan program sejenis lainnya. Berdasarkan hal tersebut klasifikasi program pengeluaran menyediakan kerangka kerja untuk mengambil informasi secara sistematis tentang kinerja program (atau komponen program) yang akan diperhitungkan ketika memutuskan alokasi anggaran. Jadi, jika informasi kinerja menunjukkan bahwa beberapa komponen dari suatu program tidak efektif, maka perlu dipertimbangkan apakah pendanaan pada komponen tersebut harus dihentikan. Demikian pula, jika informasi kinerja menunjukkan bahwa suatu program efektif tetapi tidak efisien, maka perlu pengurangan progresif dalam pendanaan, disertai dengan tekanan pada kementerian untuk meningkatkan efisiensi tanpa menurunkan kuantitas dan kualitas program tersebut.

Penganggaran program bukan satu-satunya bentuk penganggaran kinerja. Bentuk lainnya adalah pendanaan yang berbasis output (*output-based funding formula*) dan sistem penyedia-pembeli (*purchaser-provider systems*) yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dengan menghubungkan pendanaan dengan luaran kuantitas (*quantity of outputs*) dengan luaran biaya satuan (*output unit cost*). Meskipun mekanisme tidak sesuai untuk penganggaran lintas lembaga di pemerintah namun dapat digunakan selektif untuk kategori pelayanan tertentu. Bentuk kinerja penganggaran seperti ini baik secara efisiensi namun memiliki nilai potensial yang terbatas. Selain penganggaran program, ada lagi alat penganggaran kinerja yang dapat diterapkan di seluruh pemerintah penganggaran kinerja berbasis target (*target-based performance budgeting*). Bentuk ini berupaya menghubungkan tingkat pendanaan secara luas kepada kementerian-kementerian untuk menetapkan target secara terpusat.(Robinson & World Bank., 2014)

4. Siklus Penganggaran Berbasis Kinerja

Penganggaran berbasis kinerja jangka panjang yang efektif membutuhkan perencanaan strategis dan tolok ukur yang terukur. Tinjauan studi penelitian tentang PBB dan melihat pengalaman negara-negara lain dengan berbagai bentuk PBB menjelaskan faktor-faktor kunci keberhasilan penganggaran berbasis kinerja adalah:

- a. Adanya perencanaan strategis. Penganggaran berbasis kinerja memerlukan unsur-unsur yang jelas tentang visi, misi, sasaran dan tujuan. Unsur-unsur tersebut di dalam suatu lembaga terdapat pada perencanaan strategis.
- b. Pilih aktivitas yang tepat untuk diukur dan cara yang tepat untuk mengukurnya. Apa yang diputuskan oleh lembaga untuk diukur bergantung kepada tujuannya dan bagaimana aktivitas pekerja untuk mewujudkan tujuan tersebut. Pengukuran dilakukan untuk menilai efisiensi dan kualitas pelayanan yang diberikan kepada publik.
- c. Melakukan perencanaan strategis dan pengukuran kinerja dengan mempertimbangkan kebutuhan publik.

Penganggaran berbasis kinerja adalah sistem yang mendasarkan pada program dan pendanaan lembaga dengan mengukur kinerja terhadap tujuan program. Kunci keberhasilan penganggaran ini adalah kualitas dari indikator kinerja yang digunakan untuk mengukur keberhasilan pencapaian tujuan dan sasaran. Jika indikatornya buruk meskipun target kinerjanya tercapai belum tentu membawa lembaga mencapai seluruh tujuannya dan memenuhi misinya.

Bagaimana mengukur kinerja anggaran?

Kunci keberhasilan penganggaran berbasis kinerja adalah memilih aktivitas yang tepat untuk diukur dan dengan cara yang benar untuk mengukurnya. Apa yang diputuskan untuk diukur oleh lembaga akan bergantung pada apa tujuannya dan bagaimana keseharian kegiatan staf program berkontribusi pada pencapaian tujuan tersebut. Ada lima mode utama pengukuran kinerja:

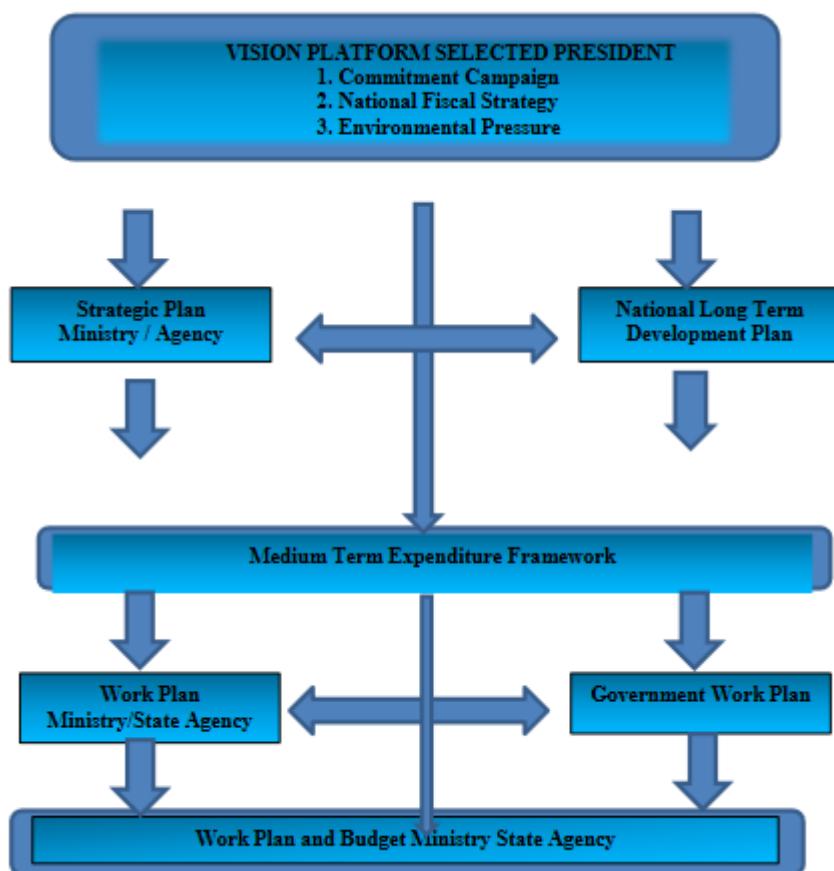
1. Indikator hasil (*outcome indicators*)– mengukur hasil akhir kegiatan kerja selama periode tertentu.
2. Indikator keluaran (*output indicators*)– mengukur target.
3. Pengukuran efisiensi (*efficiency measurements*)– mengukur rasio input terhadap output.
4. Indeks input (*input indices*) – berfokus hanya pada volume input misal uang, jam kerja, bahan mentah yang bertujuan mempertahankan tingkat tersebut di tahun-tahun mendatang sehingga tersedia sumber daya yang cukup untuk melanjutkan program.
5. Pengukuran kualitas (*quality measurements*)– menekankan tingkat kepuasan pengguna akhir atau pelanggan. Contohnya adalah indikator jumlah atau persentase penerima layanan yang menunjukkan kepuasan terhadap kecepatan dan keramahan pelayanan.(SEIU Local 1000, 2010)

Di Indonesia, penganggaran berbasis kinerja dilakukan dengan memperhatikan hubungan antara pendanaan dan keluaran dengan hasil yang diharapkan, termasuk efisiensi dalam mencapai hasil (*results & outcomes*). Dalam penganggaran berbasis kinerja diperlukan indikator kinerja, standar biaya, dan evaluasi kinerja setiap program dan jenis kegiatan. Tingkat keluaran yang direncanakan dan biaya unit keluaran menjadi dasar untuk alokasi anggaran dan perkiraan kemajuan program. Tujuan penganggaran adalah (1) Meningkatkan kualitas pelayanan publik jasa; (2) Meningkatkan keterkaitan

antara kebijakan, perencanaan, penganggaran, dan implementasi; (3) Mengoptimalkan penggunaan sumber daya untuk program prioritas dan kegiatan pendukung; dan (4) Mengembangkan manajemen dan pengukuran kinerja.

Pada dasarnya reformasi perencanaan dan penganggaran dimaksudkan untuk mencapai tiga kondisi ideal, yaitu: tepat, akuntabel, dan transparan. Perencanaan dan penganggaran yang tepat berarti lebih banyak kinerja terukur dan berurutan dari indikator kinerja prioritas (dampak), program (hasil), dan kegiatan (keluaran). Tepat berarti perencanaan dan penganggaran harus realistik dengan mempertimbangkan ketersediaan anggaran. Kondisi ideal adalah akuntabel, yang berarti perencanaan dan penganggaran memiliki target dan jelas penanggung jawabnya. Selanjutnya adalah transparan yang dapat diartikan sebagai kemudahan masyarakat dalam mengakses perencanaan dan penganggaran melalui dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional, Rencana Strategis, Kegiatan Perencanaan Pemerintah, dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara. Untuk mencapai tujuan tersebut maka menyusun tiga pilar utama reformasi perencanaan dan penganggaran, yaitu: fiskal agregat disiplin, efisiensi alokatif, dan efisiensi operasional. (Surianti & Dalimunthe, 2017)

Gambar 19 Bagan Proses Perencanaan Anggaran



Source : Ministry of Finance, 2010

Siklus Penganggaran Berbasis Kinerja

Siklus anggaran adalah periode atau periode yang dimulai ketika anggaran disusun dengan saat ini perhitungan anggaran yang disahkan oleh undang-undang. Siklus anggaran berbeda dengan tahun anggaran. Tahun fiskal/anggaran adalah periode waktu satu tahun untuk melaksanakan anggaran atau waktu di mana anggaran dipertanggungjawabkan. Sehingga jelas siklus anggaran dapat melebihi tahun anggaran karena pada dasarnya akhir dari siklus anggaran berakhir dengan perhitungan anggaran yang disahkan oleh undang-undang. Siklus anggaran terdiri dari beberapa tahapan (fase) yaitu:

1. Tahap persiapan anggaran
2. Tahap persetujuan anggaran
3. Tahapan pelaksanaan anggaran
4. Tahap pengawasan pelaksanaan anggaran
5. Tahap validasi perhitungan anggaran

Adapun ruang lingkup penganggaran berbasis kinerja adalah:

1. Menentukan visi dan misi (yang mencerminkan strategi organisasi), tujuan, tujuan, dan sasaran. Penetapan visi, misi, tujuan, sasaran, dan target merupakan tahap awal dari sebuah organisasi yang harus dibentuk dan menjadi tujuan tertinggi yang harus dicapai sehingga setiap indikator kinerja harus dikaitkan dengan komponen. Oleh karena itu, penentuan komponen ditentukan bukan hanya oleh pemerintah tetapi juga melibatkan masyarakat untuk memperoleh informasi tentang kebutuhan publik.
2. Tentukan indikator kinerja. Indikator Kinerja adalah ukuran kuantitatif yang menggambarkan tingkat pencapaian suatu tujuan atau sasaran yang telah ditetapkan. Karena itu, indikator kinerja yang harus dihitung dan diukur dan digunakan sebagai dasar untuk menilai atau melihat tingkat kinerja baik pada tahap perencanaan, fase implementasi atau fase setelah selesai dan kegiatan yang bermanfaat (pekerjaan).

Indikator kinerja meliputi:

- a. *Input*. Input adalah sumber daya yang digunakan dalam suatu proses untuk menghasilkan output yang telah direncanakan dan ditentukan sebelumnya. Indikator input meliputi pendanaan sumber daya manusia, sarana dan prasarana, data dan informasi lainnya yg dibutuhkan.
- b. *Output*. Keluaran (*output*) adalah sesuatu yang terjadi sebagai akibat dari suatu proses tertentu dengan menggunakan masukan yang telah ditetapkan. Indikator keluaran yang digunakan sebagai dasar untuk menilai kemajuan suatu kegiatan atau tolak ukur yang terkait dengan tujuan yang telah terdefinisi dengan baik dan terukur.
- c. *Outcome*. Outcome adalah keluaran yang dapat langsung digunakan atau hasil nyata dari suatu keluaran. Indikator outcome adalah target program yang telah ditentukan.
- d. *Benefit*. *Benefit* (manfaat) adalah nilai tambah dari suatu hasil yang manfaatnya akan terlihat setelah beberapa waktu nanti. Indikator menunjukkan manfaat dari hal-hal yang diharapkan dicapai jika output dapat diselesaikan dan berfungsi secara optimal.
- e. *Impact*. *Impact* (dampak) adalah akibat atau akibat yang ditimbulkan oleh manfaat suatu kegiatan. Indikator dampak adalah akumulasi dari beberapa

manfaat yang terjadi, dampaknya baru terlihat setelah beberapa waktu kemudian.

3. Evaluasi dan pengambilan keputusan pemilihan dan prioritas program. Kegiatan tersebut meliputi penyusunan peringkat alternatif dan kemudian mengambil keputusan pada program/kegiatan yang dianggap prioritas. Untuk pemilihan dan pengutamaan program/kegiatan mengingat keterbatasan sumber daya.
4. Analisis biaya standar adalah standar biaya suatu program/kegiatan sehingga anggarannya alokasi menjadi lebih rasional. Analisis biaya standar dilakukan untuk meminimalkan kesepakatan antara eksekutif dan legislatif untuk melonggarkan alokasi anggaran di setiap unit sehingga anggaran tidak efisien. Dalam mempersiapkan anggaran perencanaan perlu memperhatikan prinsip penganggaran, perolehan data dalam pengambilan keputusan anggaran, siklus perencanaan anggaran, struktur anggaran negara/daerah, dan penggunaan analisis biaya standar. Untuk itu perencanaan perlu mendapatkan data kuantitatif dan membuat keputusan penganggaran.(Surianti & Dalimunthe, 2017)

Kementerian Keuangan RI (2009) menjelaskan 8 (delapan) tahapan dalam siklus penerapan PBB, yaitu

- 1) penetapan sasaran strategis;
- 2) menentukan hasil, program, keluaran dan kegiatan;
- 3) menentukan program indikator kinerja utama dan program indikator kegiatan;
- 4) menentukan standar biaya;
- 5) perhitungan kebutuhan penganggaran;
- 6) kegiatan pelaksanaan dan pengadaan;
- 7) akuntabilitas; dan
- 8) pengukuran dan evaluasi kinerja. (Sofyani, 2018)

Latihan 13

1. Apakah pengertian dan tujuan penganggaran berbasis kinerja?
2. Jelaskan faktor kunci keberhasilan penganggaran berbasis kinerja!
3. Apakah indikator yang digunakan untuk mengukur kinerja?

Jawaban 13

1. *Performance Based Budgeting* (PBB) atau penganggaran berbasis kinerja adalah penggunaan sistematis informasi kinerja untuk menginformasikan keputusan anggaran baik sebagai masukan langsung untuk keputusan alokasi anggaran atau sebagai informasi kontekstual untuk menginformasikan perencanaan anggaran, dan menanamkan transparansi dan akuntabilitas. Penganggaran berbasis kinerja adalah suatu metode penganggaran bagi manajemen untuk menghubungkan setiap pendanaan yang dituangkan dalam kegiatan dengan keluaran dan hasil yang diharapkan termasuk efisiensi dalam mencapai hasil keluaran tersebut. Penganggaran berbasis kinerja bertujuan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pengeluaran publik dengan menghubungkan pendanaan organisasi sektor publik dengan hasil yang mereka berikan. Penyusunannya menggunakan informasi kinerja yang sistematis (indikator, evaluasi, biaya program, dan lain-lain).
2. Faktor-faktor kunci keberhasilan penganggaran berbasis kinerja adalah:

- a. Adanya perencanaan strategis. Penganggaran berbasis kinerja memerlukan unsur-unsur yang jelas tentang visi, misi, sasaran dan tujuan. Unsur-unsur tersebut di dalam suatu lembaga terdapat pada perencanaan strategis.
 - b. Pilih aktivitas yang tepat untuk diukur dan cara yang tepat untuk mengukurnya. Apa yang diputuskan oleh lembaga untuk diukur bergantung kepada tujuannya dan bagaimana aktivitas pekerja untuk mewujudkan tujuan tersebut. Pengukuran dilakukan untuk menilai efisiensi dan kualitas pelayanan yang diberikan kepada publik.
 - c. Melakukan perencanaan strategis dan pengukuran kinerja dengan mempertimbangkan kebutuhan publik.
3. Indicator yang digunakan untuk mengukur kinerja:
- a. *Input*. Input adalah sumber daya yang digunakan dalam suatu proses untuk menghasilkan output yang telah direncanakan dan ditentukan sebelumnya. Indikator input meliputi pendanaan sumber daya manusia, sarana dan prasarana, data dan informasi lainnya yg dibutuhkan.
 - b. *Output*. Keluaran (*output*) adalah sesuatu yang terjadi sebagai akibat dari suatu proses tertentu dengan menggunakan masukan yang telah ditetapkan. Indikator keluaran yang digunakan sebagai dasar untuk menilai kemajuan suatu kegiatan atau tolak ukur yang terkait dengan tujuan yang telah terdefinisi dengan baik dan terukur.
 - c. *Outcome*. Outcome adalah keluaran yang dapat langsung digunakan atau hasil nyata dari suatu keluaran. Indikator outcome adalah target program yang telah ditentukan.
 - d. *Benefit*. *Benefit* (manfaat) adalah nilai tambah dari suatu hasil yang manfaatnya akan terlihat setelah beberapa waktu nanti. Indikator menunjukkan manfaat dari hal-hal yang diharapkan dicapai jika output dapat diselesaikan dan berfungsi secara optimal.
 - e. *Impact*. *Impact* (dampak) adalah akibat atau akibat yang ditimbulkan oleh manfaat suatu kegiatan. Indikator dampak adalah akumulasi dari beberapa manfaat yang terjadi, dampaknya baru terlihat setelah beberapa waktu kemudian.

Rangkuman 13

Performance Based Budgeting (PBB) atau penganggaran berbasis kinerja oleh OECD (2019) didefinisikan sebagai penggunaan sistematis informasi kinerja untuk menginformasikan keputusan anggaran baik sebagai masukan langsung untuk keputusan alokasi anggaran atau sebagai informasi kontekstual untuk menginformasikan perencanaan anggaran, dan menanamkan transparansi dan akuntabilitas. PBB digunakan untuk menyediakan informasi kepada legislator dan publik tentang tujuan pengeluaran dan hasil yang dicapai. Penganggaran kinerja adalah penganggaran yang menghubungkan dana yang dialokasikan dengan hasil yang terukur. Terdapat tiga kategori yaitu penganggaran presentasional, berdasarkan informasi kinerja, dan kinerja langsung.

Penganggaran berbasis kinerja menurut Halim (2004:177) dalam Hoerudin (2019) adalah suatu metode penganggaran bagi manajemen untuk menghubungkan setiap pendanaan yang dituangkan dalam kegiatan dengan keluaran dan hasil yang diharapkan termasuk efisiensi dalam mencapai hasil keluaran tersebut. Keluaran dan hasil dinyatakan dalam target kinerja masing-masing unit kerja. Sedangkan bagaimana

tujuan tercapai, dituangkan dalam program diikuti dengan pembiayaan pada setiap tingkat pencapaian tujuan. Program dalam anggaran berbasis kinerja didefinisikan sebagai instrumen kebijakan yang memuat satu atau lebih kegiatan yang akan dilakukan oleh instansi/lembaga pemerintah untuk mencapai tujuan dan sasaran serta memperoleh alokasi anggaran atau kegiatan masyarakat yang dikoordinasikan oleh instansi pemerintah.

Penganggaran berbasis kinerja bertujuan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pengeluaran publik dengan menghubungkan pendanaan organisasi sektor publik dengan hasil yang mereka berikan. Penyusunannya menggunakan informasi kinerja yang sistematis (indikator, evaluasi, biaya program, dan lain-lain).

Penganggaran program merupakan salah satu bentuk dari penganggaran berbasis kinerja, di samping bentuk lain yang menjadi dasar dalam penganggaran berbasis kinerja yaitu penganggaran berbasis nol (*zero based budgeting*). Bentuk lainnya adalah pendanaan yang berbasis output (*output-based funding formula*) dan sistem penyedia-pembeli (*purchaser-provider systems*) yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dengan menghubungkan pendanaan dengan luaran kuantitas (*quantity of outputs*) dengan luaran biaya satuan (*output unit cost*). Selain penganggaran program, ada lagi alat penganggaran kinerja yang dapat diterapkan di seluruh pemerintah penganggaran kinerja berbasis target (*target-based performance budgeting*).

Siklus anggaran terdiri dari beberapa tahapan (fase) yaitu:

1. Tahap persiapan anggaran
2. Tahap persetujuan anggaran
3. Tahapan pelaksanaan anggaran
4. Tahap pengawasan pelaksanaan anggaran
5. Tahap validasi perhitungan anggaran

Kementerian Keuangan RI (2009) menjelaskan 8 (delapan) tahapan dalam siklus penerapan PBB, yaitu

1. Penetapan sasaran strategis;
2. Menentukan hasil, program, keluaran dan kegiatan;
3. Menentukan program indikator kinerja utama dan program indikator kegiatan;
4. Menentukan standar biaya;
5. Perhitungan kebutuhan penganggaran;
6. Kegiatan pelaksanaan dan pengadaan;
7. Akuntabilitas; dan
8. Pengukuran dan evaluasi kinerja

Tes Formatif 13

1. Model dasar dari penganggaran berbasis kinerja adalah:
 - a. *Zero Based Budgeting*
 - b. *Line-Item Budgeting*
 - c. *Output based Budgeting*
 - d. *Target based budgeting*
 - e. *Incremental Budgeting*
2. Indikator yang dapat digunakan untuk mengukur kinerja adalah sebagai berikut, kecuali:
 - a. *Input*
 - b. *Process*
 - c. *Output*
 - d. *Outcome*
 - e. *Benefit*

3. Pernyataan visi, misi, tujuan dan sasaran suatu lembaga terdapat dalam:
 - a. Dokumen Anggaran
 - b. AD/ART
 - c. Rencana strategis
 - d. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN)
 - e. Program
4. Tingkat kepuasan pengguna akhir atau pelanggan dapat digunakan sebagai indikator pengukuran kinerja. Ke dalam jenis indikator apakah hal tersebut?
 - a. *Input*
 - b. *Benefit*
 - c. *Output*
 - d. *Quality measurements*
 - e. *Efficiency measurements*
5. Mengukur rasio input terhadap output dapat digunakan sebagai indikator pengukuran kinerja. Ke dalam jenis indikator apakah hal tersebut?
 - a. *Input*
 - b. *Benefit*
 - c. *Output*
 - d. *Quality measurements*
 - e. *Efficiency measurements*

Jawaban:

1. A
2. B
3. C
4. D
5. E

Cocokkanlah jawaban Saudara dengan kunci jawaban Tes Formatif 13 yang terdapat di bagian modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus dibawah ini untuk mengetahui tingkat penguasaan Saudara terhadap materi Modul 13.

Tingkat Penguasaan = Jumlah jawaban yang benar X 100%

Jumlah Soal

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100%	: baik sekali
80 – 89%	: baik
70 – 79%	: cukup
< 70%	: kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, saudara dapat meneruskan dengan kegiatan belajar materi modul 14. Bagus! jika masih dibawah 80% saudara harus mengulangi materi kegiatan belajar modul 13, terutama bagian yang belum dikuasai.

Modul 14: Penganggaran Kesehatan

Metode Pembelajaran	Estimasi Waktu	Capaian Pembelajaran
Kuliah Interaktif Diskusi <i>Question Based Learning</i>	100 menit	<ul style="list-style-type: none">• Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian penganggaran kesehatan• Mahasiswa mampu menjelaskan tahapan penganggaran kesehatan• Mahasiswa mampu membuat penganggaran program kesehatan

Materi 14

1. Kebijakan Penganggaran Kesehatan

Kebijakan penganggaran kesehatan diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Republik Indonesia Nomor 48 Tahun 2017 tentang Pedoman Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan yang merupakan pengganti dari PMK Nomor 7 Tahun 2014. Peraturan lain yang menjadi pedoman adalah:

- Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 90 Tahun 2010 tentang Penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga,
- Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional
- Perpres Nomor 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2015-2019
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, dan
- PMK Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Pedoman Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan ini merupakan acuan bagi perencana kesehatan di tingkat pusat maupun daerah yaitu di kementerian kesehatan, dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota dan rumah sakit milik Pemerintah Daerah.

DAFTAR PUSTAKA

- 2012, P. N. 72 T. *Sistem Kesehatan Nasional*.
- Adisasmito, W. (2014). *Sistem Kesehatan*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Azwar, A. (2010). *Pengantar Administrasi Kesehatan* (3rd ed.). Yogyakarta: Bina Rupa Aksara.
- Bappenas. (2015). *SATU TAHUN PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL*.
- Borad, S. B. (2018). Performance Budget. Retrieved July 27, 2021, from <https://efinancemanagement.com/budgeting/performance-budget>
- Bourque, M., & Farrah, J. (2012). Roemer 20 Years Later : When a Classical Health-System Typology Meets Market-Oriented Reforms. *Revue Gouvernance*, 9(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1038889a>
- BPJS. (2019). *Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2018*. Retrieved from <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/a147cc82ca36db4139ded1aed3c1de3f.pdf>
- Cambridge University Press. (2020). Hypothecated taxes.
- ClearGage. (2018). The Fundamentals of Healthcare Financing. Retrieved from <https://cleargage.com/blog/fundamentals-healthcare-financing/>
- Darmawan, E. S. (2016). *Adminitrasi Kesehatan Masyarakat : Teori dan Praktik* (1st ed.). PT Rajagrafindo Perkasa.
- Doetinchem, O. (2010). *Hypothecation of tax revenue for health*. Geneva: World Health Organization.
- Fuady, A. (2019). *Arsitektur Jaminan Kesehatan Indonesia : Capaian, kritik dan tantangan masa depan* (1st ed.). CV Sagung Setyo.
- Gottret George, P. S. (2006). *Health Financing Revisited*. <https://doi.org/doi:10.1596/978-0-8213-6585-4>
- H Thabran. (2014). Jaminan kesehatan nasional. Jakarta. RajaGrafindo Persada. *Jaminan Kesehatan Nasional*.
- Hidayat, B., & Nurwahyuni, A. (2017). *Optimalisasi Strategic Purchasing Bpjs Kesehatan*. (September), 1–8. Retrieved from <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/75d7cb372e5c9bfb38617904129c1c76.pdf>
- Hoerudin, C. W. (2019). Performance-Based Budgeting And Good Regional Government Requirements. In *Jurnal Kelola: Jurnal Ilmu Sosial* (Vol. 2).
- Hsu, J. (2010). Medical Savings Accounts: What is at risk? World Health Report (2010) Background Paper, 17 HEALTH SYSTEMS FINANCING. *World Health Report*.
- Indonesia, P. R. (2004). Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). In *Pemerintah RI*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Kementerian Kesehatan, R. I. (2016). Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan

- Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. *Departemen Kesehatan RI. Jakarta*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Kementerian PPN/Bappenas. (2019). *Pembangunan Kesehatan Dan JKN*. Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kedeputian Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan Kementerian PPN/Bappenas.
- Kementerian Kesehatan. *STANDAR TARIF PELAYANAN KESEHATAN DALAM PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN* , Pub. L. No. 52 (2016).
- Mossialos, Elias; Dixon, Anna; Figueras, Josep; Kutzin, J. (2002). *Funding health care: options for Europe*. Buckingham: Open University Press.
- OECD. (2008). *ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT Policy Brief Performance Budgeting: A Users' Guide*. (March).
- OECD. (2019). *OECD Good Practices for Performance Budgeting*. <https://doi.org/10.1787/c90b0305-en>
- Online Pajak. (2018a). Mengenal 3 Jenis Jenis Pajak, Perbedaan & Contohnya.
- Online Pajak. (2018b). Pajak Langsung dan Tidak Langsung, Apa Pengertian dan Perbedaannya?
- Pemerintah Republik Indonesia. Undang-Undang RI No 24 Tahun 2011. , Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Jakarta § (2011).
- Presiden RI. *Peraturan Presiden No 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan* . , Pub. L. No. 12 Tahun 2013 (2013).
- Republik Indonesia. (2009). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Jakarta: Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144.
- Republik Indonesia. (2012). *Peraturan Presiden RI Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta.
- Robinson, M. (2009). Performance-based Budgeting: Manual. *CLEAR Training Materials*.
- Robinson, M., & World Bank. (2014). Connecting Evaluation and Budgeting. In *ECD Working Paper Series No. 30*. Independent Evaluation Group, World Bank Group, Washington, DC.
- Roemer, M. I. (1993). National Health System Throughout The World. *Annu. Rev. Publ. Health 1993.*, (14), 335–353. Retrieved from <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.pu.14.050193.002003>
- Salim, Z. dkk. (2013). *MENGGAPAI KESEJAHTERAAN BERSAMA MELALUI SJSN: BISAKAH DENGAN PAYUNG ROBEK?* Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/278890891_MENGGAPAI_KESEJAHTERAN_BERSAMA_MELALUI_SJSN_BISAKAH_DENGAN_PAYUNG_ROBEK/stats
- Sayekti Waras, N., & Sudarwati, Y. (2004). Analisis Terhadap Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjjs): Transformasi Pada Bumn Penyelenggara Jaminan Sosial. *Jurnal Ekonomi & Kebijakan Publik*.

- SEIU Local 1000. (2010). *Performance Based Budgeting: Opportunities And Considerations. A SEIU Local 1000 Report*. Retrieved from https://www.focusintl.com/RBM127-performance_based_budgeting.pdf
- Sitepu, E. M. P. (2016). Kajian Ekonomi & Keuangan Penerapan Earmarking Cukai Hasil Tembakau di Indonesia : Regulasi dan Konsep Ideal The Implementation of Tobacco Excise Earmarking in Indonesia : Regulation and Ideal Concept. *Kajian Ekonomi & Keuangan*, 20(3), 241–259.
- Surianti, M., & Dalimunthe, A. R. (2017). The Implementation of Performance Based Budgeting in Public Sector (Indonesia Case: A Literature Review). In *International Journal of Developing and Emerging Economies* (Vol. 5). Retrieved from www.transparency.org
- World Bank. (1993). World Development Report 1993 : Investing in Health, World Development Indicators. In *Oxford University Press*. New York.
- World Bank. (2007). What is a "health system"? In *Healthy Development The World Bank Strategy for HNP Results Annex L*.
- World Health Organization. (2007). *Everybody business : Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes : WHO's Framework for Action*. Switzerland: WHO Press.
- World Health Organization. (2008). Measuring Health Systems Strengthening and Trends: A Toolkit for Countries. *World Health*, 2(June), 1388–1395.
- World Health Organization. (2010). *The World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Switzerland: WHO Press.
- World Health Organization. (2020). Out-of-pocket payments, user fees and catastrophic expenditure.