

AKUN KESEHATAN NASIONAL



USAID
DARU KAKYAT AMERIKA



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

AKUN KESEHATAN NASIONAL

SERI EKONOMI KESEHATAN

BUKU V

Penulis

Prastuti Soewondo

Euis Ratna Sari

Examinar

Fitriani Pramita Gurning

Hanifah Hasnur

Hasianda Eka Lestari

Helmi Wahyuningsih

Maman Saputra

Mira Nurfitriyani

Yunita



Seri Ekonomi Kesehatan V Akun Kesehatan Nasional

©2021 PPJK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Penulisan buku ini dimungkinkan atas dukungan rakyat Amerika melalui *United States Agency for International Development (USAID)* yang diproduksi melalui kontrak *Health Financing Activity USAID No. 72049719C00002*. Materi yang disampaikan, baik berupa informasi narasi dan visualisasi infografik sepenuhnya menjadi tanggung jawab ThinkWell, dan tidak mencerminkan pandangan USAID atau Pemerintah Amerika Serikat.

Buku ini dapat diakses dari <https://thinkwell.global/> dan <http://ppjk.kemkes.go.id/> dan dapat disebarluaskan secara cuma-cuma kepada siapa saja yang membutuhkannya. PPJK Kementerian Kesehatan RI, *United States Agency for International Development (USAID)* (2021). *Akun Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

- Pengarah** : dr. Kalsum Komaryani MPPM
(Kepala PPJK Kementerian Kesehatan RI)
- Koordinator** : Prof. dr. Hasbullah Thabrany, MPH, DrPH
Chief of Party for the Indonesia Health Financing Activity (HFA)
- Manager Program & PJ Penerbitan Buku** : Ryan R. Nugraha
- Penyelia Buku** : Prastuti Soewondo
- Penulis** : Euis Ratna Sari, Examiner, Fitriani Pramita Gurning, Hanifah Hasnur, Hasianda Eka Lestari, Helmi Wahyuningsih, Maman Saputra, Mira Nurfitriyani, Yunita
- Penyelaras Akhir** : Sonta Frisca Manalu

Diterbitkan oleh:
PPJK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Cetakan I, Februari 2022

Ukuran Buku : 21 x 29,6 cm
Tebal Buku : xvi, 112 hlm

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

368.42
Ind Indonesia, Kementerian Kesehatan RI. Sekretariat
a Jenderal

Akun Kesehatan Nasional: Seri Ekonomi Kesehatan V.—
Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2021

ISBN 978-623-301-249-2

- I. Judul I. HEALTH CARE ECONOMICS AND ORGANIZATIONS
- II. HEALTHCARE FINANCING
- III. HEALTH POLICY
- IV. GOVERNMENT PROGRAMS

PPJK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Jl. H.R. Rasuna Said Kav 4-9
Jakarta 12950 Indonesia
Phone: (62-21) 5201587, 5201591
Email: kontak@depkes.go.id
Website: <http://www.depkes.go.id>

Tim Penyusun

- Pengarah** : dr. Kalsum Komaryani MPPM
(Kepala PPJK Kementerian Kesehatan RI)
- Koordinator** : Prof. dr. Hasbullah Thabrany, MPH, DrPH
Chief of Party for the Indonesia Health Financing Activity (HFA)
- Tim Implementasi Akun Kesehatan Nasional** : Herlinawati, MScPH
Nelly Mustika Sari, SKM, MKM
Prof. drg. Mardiaty Nadjib, MSc
Kurnia Sari, SE, MKM
Atik Nurwahyuni, SKM, M.Kes
Amila Megraini, MBA
- Manager Program & PJ Penerbitan Buku** : dr. Ryan R. Nugraha, M.P.H.
- Anggota** : dr. Yuli Farianti, M.Epid
dr. Ackhmad Afflazir, M.K.M.
Nana Tristiana Indriasari, SE, Ak., M.M.
Amalia Zulfah DHW, S.K.M., M.K.M.
Andhika Nurwin Maulana, S.E., M.S.E.
Mutia Astrini Pratiwi, M.P.A
- Penyelia Buku** : Prastuti Soewondo, S.E., M.P.H., Ph.D.
- Penulis** : Euis Ratana Sari, S.K.M.
Examinar, S.K.M.
Fitriani Pramita Gurning, SKM, M.Kes.
Hanifah Hasnur, S.Pd., S.K.M., M.K.M.
Hasianda Eka Lestari, S.K.M.
Helmi Wahyuningsih, S.K.M.
Maman Saputra, S.K.M.
Mira Nurfitriyani, S.K.M.
Yunita, S.K.M., M.K.M., AAK.
- Penyelaras Akhir** : Sonta Frisca Manalu

KEMENKES RI

Kata Pengantar

Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK) Kementerian Kesehatan telah berkomitmen untuk membangun ekosistem pembiayaan dan jaminan kesehatan yang kuat dan berkelanjutan. Komitmen ini diwujudkan dalam bentuk inisiatif PPJK untuk secara ekstensif meningkatkan kapasitas akademisi dan praktisi kesehatan dalam bidang pembiayaan kesehatan.

Beberapa upaya peningkatan kapasitas yang telah dilakukan, antara lain bimbingan rekapitulasi biaya program Kesehatan Masyarakat dengan menggunakan aplikasi SISCOBIKES, peningkatan kapasitas Penilaian Teknologi Kesehatan (PTK), dan tata kelola *Casemix Based Groups* (CBGs) kepada rumah sakit di seluruh Indonesia.

PPJK menyadari bahwa upaya peningkatan kapasitas dalam bidang pembiayaan dan jaminan kesehatan tersebut membutuhkan dukungan referensi dan sumber daya pengetahuan yang kuat, baik yang bersumber dari disiplin ilmu maupun praktik kebijakan ekonomi kesehatan. Pengetahuan ini berguna baik sebagai sumber inspirasi panduan dalam pengambilan kebijakan jaminan dan pembiayaan kesehatan.

Karena itulah PPJK menyambut baik dan memberikan apresiasi tinggi terhadap USAID-ThinkWell LLC yang telah memprakarsai *Health Financing Activity* (HFA). Melalui program *Young Health Economists* (YHE), HFA telah menghimpun tenaga-tenaga ahli muda dalam bidang ekonomi kesehatan dan mendorong mereka untuk memberikan kontribusi keilmuan dan pemikiran bagi peningkatan kualitas pembiayaan dan jaminan kesehatan. Saya berharap YHE dapat menjadi sebuah komunitas praktisi (*community of practice*) ekonomi kesehatan yang di masa depan dapat menjadi motor penggerak sistem kesehatan, serta *hub* bagi para ahli dalam mengembangkan tatanan sistem pembiayaan kesehatan.

Seri Ekonomi Kesehatan ini adalah salah satu produk penting YHE. Saya mengucapkan terima kasih atas kesediaan para tenaga ahli muda mencurahkan ilmu dan pengalaman mereka dalam buku ini; juga para koordinator penulisan yang telah membantu memastikan kualitas dan kesesuaian buku dengan konteks perkembangan sistem kesehatan Indonesia. Melalui berbagai telaah, analisis kasus, dan refleksi terhadap praktik-praktik pembiayaan kesehatan yang mereka bahas tuntas dalam buku ini, saya berharap buku dapat menjadi katalisator untuk mempercepat proses perbaikan jaminan dan pembiayaan kesehatan di Indonesia.

Penghargaan serupa juga saya sampaikan kepada Kementerian PPN/BAPPENAS, Kementerian Keuangan, BPJS Kesehatan, organisasi non-pemerintah seperti *the World Bank*, para akademisi, praktisi kebijakan ekonomi kesehatan baik di rumah sakit, Dinas Kesehatan dan pihak-pihak lain yang telah memberikan berbagai masukan bagi penyempurnaan buku ini. Saya berharap kolaborasi ini akan terus berlanjut sehingga mampu menghasilkan produk-produk pengetahuan yang berguna bagi peningkatan kualitas kebijakan, pelayanan, jaminan, dan pembiayaan kesehatan di Indonesia.

Jakarta, 2 Juni 2021

dr. Kalsum Komaryani MPPM.

Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI

KEMENKES RI

Kata Pengantar

Di Indonesia dan negara-negara mitra lainnya di seluruh dunia, *United States Agency for International Development* (USAID) atau Badan Pembangunan Internasional Amerika Serikat bekerja untuk memobilisasi pendekatan seluruh masyarakat dalam mengoptimalkan sistem kesehatan untuk mencapai potensi penuhnya. Kami menyadari perlunya visi bersama untuk memastikan kolaborasi yang efektif dalam lingkungan yang terus berkembang dan berubah. Dengan bekerja sama, kita dapat mempercepat kemajuan menuju sistem kesehatan yang lebih tangguh dan lebih mampu memajukan perawatan preventif, promotif, dan kuratif. Untuk mencapai tujuan yang ambisius tetapi realistis ini, USAID tetap berkomitmen untuk membantu Pemerintah Indonesia membangun dan memperkuat sistem kesehatan yang kuat dan berkelanjutan—khususnya dalam program prioritas seperti HIV, TB, dan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Melalui USAID, Pemerintah Amerika Serikat berinvestasi untuk mengembangkan kekayaan sumber daya manusia Indonesia—termasuk pelajar dan profesional—agar lebih banyak lagi penduduk Indonesia yang dapat menikmati kesehatan yang lebih baik. *Health Financing Activity* (HFA) USAID memperkuat kemampuan para profesional Indonesia, termasuk pejabat pemerintah, untuk menggunakan fakta dan data dalam proses pembuatan kebijakan. Hal ini akan meningkatkan efisiensi pembiayaan dan pengeluaran domestik untuk kesehatan, meningkatkan mekanisme dan kapasitas belanja kesehatan strategis, serta mengoptimalkan manajemen tenaga kesehatan, yang pada akhirnya akan meningkatkan kualitas manajemen pembiayaan kesehatan masyarakat.

Elemen kunci dari kemitraan penting ini adalah program *fellowship* HFA USAID, yang dirancang untuk memperdalam kemampuan *Young Health Economists* (YHE) atau ekonom kesehatan muda generasi berikutnya di Indonesia melalui aktivitas akademik yang ketat. Program YHE membekali akademisi, praktisi, dan ekonom kesehatan yang sedang berkembang agar dapat menerapkan prinsip-prinsip kebijakan berbasis bukti dalam merencanakan, menganalisis, dan merancang kebijakan pembiayaan kesehatan dalam sistem kesehatan yang kompleks. Sejauh ini, 30 orang ekonom kesehatan muda yang luar biasa telah lulus dari program ini dan telah diterima di *Indonesian Health Economics Association* (InaHEA) atau Asosiasi Ekonomi Kesehatan Indonesia yang bergengsi.

Untuk mempertahankan dan melembagakan pertukaran pengetahuan dan pembelajaran yang difasilitasi oleh *fellowship* ini, HFA USAID dan 30 ekonom kesehatan muda tersebut mengembangkan enam buku referensi ekonomi kesehatan ini untuk mendefinisikan konsep ekonomi dan mengembangkan ide-ide transformatif untuk meningkatkan pembiayaan kesehatan di Indonesia.

Setiap buku membahas secara mendalam berbagai aspek ekonomi kesehatan yang berbeda, termasuk belanja kesehatan strategis, pembiayaan kesehatan, *national health account*, dan banyak lagi. Buku ini diterbitkan oleh Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, yang merupakan mitra USAID dan tersedia bagi siapa saja yang membutuhkannya. Saya berharap buku-buku ini akan memberikan akses ke informasi yang komprehensif dan relevan tentang ekonomi kesehatan yang dibutuhkan oleh para pemimpin sistem kesehatan di Indonesia untuk terus memajukan dan memperkuat sistem kesehatan Indonesia. USAID berharap dapat melihat bagaimana informasi yang terkandung dalam buku-buku ini dapat meningkatkan pendanaan kesehatan dan kebijakan berbasis bukti.

Sebagai penutup, izinkan saya mewakili USAID untuk mengucapkan terima kasih kepada Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, para ekonom kesehatan muda, Bappenas, Kementerian Keuangan, BPJS Kesehatan, dan tim HFA USAID. Terima kasih atas kontribusi Anda dalam penerbitan buku-buku yang informatif dan inspiratif ini. Kami berharap kolaborasi dan publikasi ini dapat membawa perubahan nyata: kesehatan yang lebih baik untuk lebih banyak orang Indonesia.

Pamela Foster

Director, Office of Health
USAID/Indonesia

KEMENKES

Prakata

Kemajuan teknologi kesehatan, kompleksitas layanan kesehatan, serta tuntutan untuk menyediakan layanan kesehatan untuk seluruh penduduk mengharuskan adanya sinergi antara teknologi kedokteran dan kesehatan serta ketersediaan sumber daya di berbagai negara. Kondisi ini mendorong berkembangnya ilmu ekonomi kesehatan dalam 3 dekade terakhir dan telah mendapat tempat yang luas di berbagai negara. Namun di Indonesia, ilmu ekonomi kesehatan berjalan relatif stagnan dalam 30 tahun terakhir.

USAID melalui Health Financing Activity (HFA) bekerja sama dengan Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK) membantu Pemerintah Indonesia untuk mengembangkan proses *sustainable health financing* melalui proyek-proyek pembiayaan kesehatan di tahun 2019-2024. Proyek USAID mengidentifikasi kendala dalam sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia yaitu terbatasnya kapasitas dan jumlah orang yang memahami tentang ekonomi kesehatan.

Didorong oleh alasan tersebut, proyek HFA dengan senang hati berterima kasih para penulis *Young Health Economists (YHE)*, yaitu anak-anak muda yang disupervisi oleh *health economists* senior, yang telah menyelesaikan 6 buku ekonomi kesehatan. Buku ini diharapkan menjadi referensi bagi siapa saja yang ingin mengembangkan dan memperbaiki sistem kesehatan di Indonesia melalui disiplin ilmu ekonomi kesehatan.

Salah satu tema yang dibahas dalam buku tersebut adalah akun kesehatan nasional. Seperti telah kita ketahui Kementerian Kesehatan bersama dengan pemangku kebijakan lainnya telah menyelenggarakan Akun Kesehatan Nasional atau *National Health Account*. Akun kesehatan dibangun untuk menata investasi publik terhadap program dan layanan kesehatan masyarakat. Dengan adanya pembukuan data belanja kesehatan, investasi kesehatan dapat ditelusuri mulai dari tingkat pusat hingga daerah, sehingga dapat menjadi sumber informasi sebagai basis pembuatan kebijakan penganggaran kesehatan di tahun-tahun berikutnya.

Kami berharap bahwa buku ini bermanfaat bagi perguruan tinggi, pemangku kebijakan dalam bidang kesehatan, dan berbagai pihak lain yang mempunyai interest dan kemauan mendalami ilmu ekonomi kesehatan.

Salam,

Hasbullah Thabrany

Chief of Party for the Indonesia Health Financing Activity

KEMENKES RI

Daftar Singkatan

AAJI	: Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia
AAUI	: Asosiasi Asuransi Umum Indonesia
AKI	: <i>Acute Kidney Injury</i> .
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
BA BUN	: Bagian Anggaran Bendahara Umum Negara
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BOK	: Bantuan Operasional Kesehatan
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPOM	: Badan Pengawas Obat dan Makanan
BPPKAD	: Badan Pendapatan, Pengelolaan Keuangan, dan Aset Daerah
BPS	: Badan Pusat Statistik
CHE	: <i>Current Health Expenditure</i> .
COFOG	: <i>Classification of the Functions of Government</i> .
DAK	: Dana Alokasi Khusus
DAU	: Dana Alokasi Umum
DBH	: Dana Bagi Hasil
DFAT	: Australian Department of Foreign Affairs and Trade
DHA	: <i>District Health Account</i> .
DPA	: Dokumen Pelaksanaan Anggaran
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
FS	: <i>Financing Schemes</i>
GAVI	: <i>Global Alliance for Vaccine and Immunization</i>
GDP	: <i>Gross Domestic Product</i>
GFS	: <i>Government Finance Statistics</i> .
HC	: <i>Healthcare</i> .
HP	: <i>Health Provider</i> .
ICHA	: <i>International Classification of Health Account</i> .
ICHA-FS	: <i>International Classification for Health Account- Financing Schemes</i> .
ICHA-HC	: <i>International Classification for Health Account- Health Care</i> .
ICHA-HF	: <i>International Classification for Health Account-Healthcare Finance</i> .
ICHA-HP	: <i>International Classification for Health Account-Healthcare Providers</i> .
ICHA-PG	: <i>International Classification for Health Account-Producers Guide</i> .
IMF	: <i>International Monetary Fund</i> .
IPTeK	: Ilmu Pengetahuan dan Teknologi
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
K/L	: Kementerian/Lembaga Negara

KBLI	: Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia.
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan.
KIA	: Kartu Identitas Anak.
KP	: Konsumsi dan Pengeluaran.
KRISNA	: Kolaborasi Perencanaan dan Informasi Kinerja Anggaran.
LNPRT	: Lembaga Non-Profit yang Melayani Rumah Tangga.
LRA	: Laporan Realisasi Anggaran.
NHA	: <i>National Health Account</i> .
OECD	: <i>Organization for Economic Co-Operation and Development</i> .
OJK	: Otoritas Jasa Keuangan
OM	: <i>Online Monitoring</i> .
OOP	: <i>Out of Pocket</i> .
OPD	: Organisasi Perangkat Daerah.
PAD	: Pendapatan Asli Daerah
PAD	: Pendapatan Asli Daerah.
PBI	: Penerima Bantuan Iuran.
PG	: <i>Producer Guide</i> .
PHA	: <i>Provincial Health Account/Akun Kesehatan Provinsi</i>
PHAP	: <i>Provincial Health Accounts Partial</i> .
PKEKK	: Pusat Kajian Ekonomi Kebijakan dan Kesehatan.
PKRT	: Pengeluaran Konsumsi Rumah Tangga
PMT	: Pemberian Makanan Tambahan
PNBP	: Penerimaan Negara Bukan Pajak.
PPP	: <i>Purchasing Power Parity</i> .
PPU-BU	: Peserta Penerima Upah Badan Usaha.
PUPKP	: Pekerjaan Umum Perumahan dan Kawasan Permukiman.
RKAKL	: Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian/Lembaga.
Roren	: Biro Perencanaan.
RPJPM	: Rencana Pembangunan Jangka Panjang ataupun Menengah.
SAKTI	: Sistem Aplikasi Keuangan Tingkat Instansi.
SDM	: Sumber Daya Manusia.
SHA 2011	: <i>System of Health Account 2011</i> .
SITP	: Sistem Informasi dan Teknologi Perbendaharaan.
SKLNP	: Survei Khusus Lembaga Non-Profit.
SKN	: Sistem Kesehatan Nasional.
TB	: Tuberkulosis
TBK	: Total Belanja Kesehatan.
THE	: <i>Total Health Expenditure</i> .
UHC	: <i>Universal Health Coverage</i> .
UKM	: Upaya Kesehatan Masyarakat.
UKP	: Upaya Kesehatan Perorangan.
UNDP	: <i>United Nations Development Programme</i> .
UNICEF	: <i>United Nations International Children's Emergency Fund</i> .
USAID	: <i>United States Agency for International Development</i> .
WHO	: <i>World Health Organization</i> .

Daftar Isi

Kata Pengantar Kementerian Kesehatan RI	v
Kata Pengantar USAID	vii
Prakata Health Financing Activity	ix
Daftar Singkatan	xi
Daftar Isi	xiii
Prolog	xv
BAB 1 KONSEP AKUN KESEHATAN: DEFINISI DAN BATASAN	1
1.1. Pengantar	1
1.2. Definisi Akun Kesehatan	4
1.3. Batasan Akun Kesehatan	6
1.4. Konsep Akun Kesehatan di Indonesia	8
Daftar Pustaka	
BAB 2 RUANG LINGKUP AKUN KESEHATAN: KLASIFIKASI DAN INDIKATOR	11
2.1. Pengantar	11
2.2. Dimensi Inti dan Perluasan pada Kerangka Akuntansi SHA-11	15
2.3. Perluasan Dimensi Akun Kesehatan untuk Kebutuhan Analisis pada Konteks Lokal Indonesia	17
2.4. Indikator Perhitungan Agregat Akun Kesehatan	18
2.5. Praktik Perhitungan Akun Kesehatan di Indonesia	23
2.6. Praktik Perhitungan Akun Kesehatan di Negara Lain	26
Daftar Pustaka	
BAB 3 MANFAAT AKUN KESEHATAN	29
3.1. Pengantar	29
3.2. Manfaat Akun Kesehatan dalam Konteks Internasional	31
3.3. Manfaat Akun Kesehatan dalam Konteks Nasional	34
3.4. Manfaat Akun Kesehatan dalam Identifikasi Akun Jenis Penyakit	35
Daftar Pustaka	
BAB 4 SUMBER DATA PADA PENYUSUNAN AKUN KESEHATAN NASIONAL	37
4.1. Pengantar	37
4.2. Potensial Sumber Data pada Penyusunan Akun Kesehatan	38
4.3. Potensial Sumber Data pada Penyusunan Akun Kesehatan menurut Jenis Penyakit	48
4.4. Identifikasi Potensi Penghitungan Ganda	49
4.5. Triangulasi dan Validasi Silang	55

- 4.6. Tantangan Penyusunan Akun Kesehatan
 - 4.7. Inovasi dengan Rencana Sistem Penganggaran
- Daftar Pustaka

BAB 5 APLIKASI AKUN KESEHATAN NASIONAL DI INDONESIA

- 5.1. Pengantar
 - 5.2. Kelembagaan National Health Accounts (NHA)
 - 5.3. Kelembagaan Provincial Health Account (PHA)
 - 5.4. Kelembagaan District Health Account (DHA)
 - 5.5. Panduan dan Petunjuk Teknis dalam Penyusunan Akun Kesehatan di Indonesia
 - 5.6. Contoh Hasil Akun Kesehatan
- Daftar Pustaka

- Lampiran I Rincian Klasifikasi pada Dimensi SHA-TI
- Lampiran II Rincian Klasifikasi pada Dimensi PHA/DHA
- Glosarium
- Tentang Penulis

KEMENKES RI



Prolog

Health Finance Activity dan Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Kesehatan

Lanskap pembiayaan kesehatan Indonesia telah mengalami perubahan besar sejak dilaksanakannya Program Jaminan Kesehatan Nasional pada 2014, dari *supply side financing* menjadi *demand side financing*. Perubahan ini telah melahirkan perkembangan dan inovasi ekonomi kesehatan yang cukup pesat.

JKN telah memudahkan masyarakat mendapatkan akses terhadap layanan kesehatan tanpa harus takut dengan biaya yang mahal, atau dengan kata lain melindungi rumah tangga dari pengeluaran kesehatan besar yang dapat memiskinkan rumah tangga akibat penyakit katastropik. Berbagai instrumen pembiayaan kesehatan publik telah dikembangkan, termasuk alokasi sistem monitoring serta efisiensi pembiayaan kesehatan demi peningkatan layanan kesehatan berkelanjutan.

Kecepatan perubahan, inovasi, dan reformasi sistem kesehatan tersebut membutuhkan kapasitas yang mumpuni dari seluruh sumber daya kesehatan, terutama para tenaga kesehatan dan akademisi kesehatan, untuk terus-menerus mendorong dan mengembangkan perbaikan kebijakan pelayanan kesehatan.

Kapasitas kunci yang diperlukan antara lain melakukan advokasi pembiayaan, mendorong pemerintah daerah untuk mengaplikasikan sistem perencanaan dan penganggaran kesehatan yang lebih baik sehingga mampu meningkatkan kualitas program kesehatan masyarakat. Akademisi kesehatan yang ada di setiap perguruan tinggi sudah semestinya terlibat dalam proses advokasi perubahan ini dengan menjadikan dirinya sebagai pusat rujukan dalam teori serta praktik ekonomi kesehatan bagi pemerintah daerah.

Dalam rangka meningkatkan kapasitas sumber daya kesehatan itulah Program *Health Finance Activity* dirancang. Program ini merupakan kolaborasi *United States Agency for International Development* (USAID) dan Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Program ini akan berlangsung selama lima tahun dengan tujuan spesifik mengembangkan analisis atas *evidence data* dan fakta kesehatan untuk menyokong pembiayaan kesehatan yang tepat guna dan berkelanjutan.

Implementasi program ini digarap oleh *ThinkWell* sebagai lembaga pelaksana kegiatan, bekerja sama dengan Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Universitas Cadjah Mada, *Results for Development* (R4D), serta mitra pemerintah lainnya seperti Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).

Berbagai upaya peningkatan kapasitas yang sudah dilakukan USAID HFA dan PPJK Kementerian Kesehatan antara lain serial seminar, diskusi pertukaran pengalaman, dan

pelatihan tentang berbagai topik ekonomi kesehatan yang melibatkan tenaga kesehatan dan akademisi kesehatan bagi dari lingkungan pemerintah dan nonpemerintah. Beberapa contoh kegiatan yang bisa disebut misalnya "Pelatihan "Pelatihan Jurnal" bidang Ekonomi Kesehatan" dan "Pelatihan Analisis Sosioekonomi dan Kesehatan".

Seri Ekonomi Kesehatan untuk Akademisi Muda

Salah satu perhatian HFA adalah konsolidasi dan peningkatan kapasitas ilmu ekonomi kesehatan di kalangan ahli dan akademisi muda. Untuk tujuan ini, HFA dan PPJK telah melaksanakan program *The Young Health Economists*, yang menghasilkan seri buku didaktik di bidang ekonomi kesehatan.

Seri Ekonomi Kesehatan terdiri dari enam buku, yaitu (1) Pengantar Ekonomi Kesehatan; (2) Pembiayaan Kesehatan: Konsep dan Praktik Terbaik di Indonesia; (3) Belanja Strategis Kesehatan: Konsep dan Praktik Terbaik di Indonesia; (4) Evaluasi Ekonomi dan Penilaian Teknologi Kesehatan: Konsep dan Praktik Terbaik di Indonesia; (5) Akun Kesehatan Nasional; dan (6) Manajemen Keuangan dan Akuntansi dalam Ekonomi Kesehatan.

Buku seri ini ditulis dengan niat besar mendorong dan memperkenalkan ilmu ekonomi kesehatan sebagai *insight* dan jalan keluar bagi pengembangan sistem kesehatan di Indonesia. Ekonomi kesehatan, yang pertama kali digaungkan oleh ekonom Kenneth Arrow pada 1963, pada akhirnya mengobservasi interaksi antar-faktor determinan kesehatan dan fungsi sistem layanan kesehatan demi menghasilkan derajat kesehatan terbaik.

Buku seri ini diharapkan dapat menjadi sumber belajar dan referensi bagi akademisi dan praktisi kesehatan, serta para perencana kebijakan kesehatan baik di tingkat pusat maupun daerah, terutama mereka yang ingin melakukan penelitian atau mendesain program-program pelayanan kesehatan secara efisien dan tepat sasaran.

Metode Penyusunan *Seri Ekonomi Kesehatan*

Proses penyusunan *Seri Ekonomi Kesehatan* ini menempuh jalan panjang. Serial modul ini merupakan hasil dari rangkaian kegiatan peningkatan kapasitas, pelatihan, dan diskusi intensif banyak pihak yang diselenggarakan oleh Program HFA.

Seri Ekonomi Kesehatan ditulis secara kolaboratif oleh para ekonom muda yang menjadi peserta kegiatan peningkatan kapasitas dengan latar belakang profesi yang beragam. Dalam modul yang ditulisnya kita akan melihat bagaimana mereka memandang ekonomi kesehatan dari perspektif dan kepakarannya masing-masing.

Para penulis mengembangkan buku ini dengan bimbingan seorang penyelia pada setiap topik. Dalam waktu yang cukup lama, penulis dan penyelia ini bersama-sama mendalami dan mengembangkan setiap topik sehingga menghasilkan buku yang komplet seperti sekarang. Materi buku juga telah melewati proses *review* yang melibatkan berbagai pemangku kebijakan di sektor kesehatan. Merekalah yang memberikan masukan terhadap konten buku dari sisi praktikal terhadap setiap topik pembahasan. Melalui proses ini HFA USAID dan PPJK Kemenkes RI berharap buku ini memiliki kedalaman konten yang memadai, baik dari sisi teoretis maupun praktik pengelolaan pembiayaan kesehatan.

Buku Seri V yang tengah Anda baca ini berjudul Akun Kesehatan Nasional. Buku ini akan mengantarkan Anda untuk mendalami Konsep Akun Kesehatan: Definisi dan Batasan, Ruang Lingkup Akun Kesehatan: Klasifikasi dan Indikator, Manfaat Akun Kesehatan, Sumber Data dan Penyusunan Akun Kesehatan Nasional, dan Aplikasi Akun Kesehatan Nasional di Indonesia.



Konsep Akun Kesehatan: Definisi dan Batasan

Prastuti Soewondo, Examinar, & Hasianda Eka Lestari

1.1. Pengantar

Bab ini menyajikan pengertian dari akun kesehatan (*health accounts*), manfaat, tujuan, serta perkembangannya. Terdapat juga pembahasan mengenai batasan dalam melakukan atau memproduksi akun kesehatan sesuai standar internasional. Selain itu, bab ini juga membahas mengenai konsep akun kesehatan di Indonesia yang memiliki inovasi atau perkembangan yang berbeda dengan negara lainnya.

Akun kesehatan menghasilkan data yang konsisten dan komprehensif tentang pengeluaran kesehatan di suatu negara, yang dapat berkontribusi dalam proses pembuatan kebijakan berbasis bukti.

1.2. Definisi Akun Kesehatan

Secara sederhana, akun kesehatan adalah cara bagi suatu negara untuk memantau pengeluaran kesehatan di berbagai aliran, terlepas dari entitas atau lembaga yang membiayai dan mengelola pengeluaran itu. Hal tersebut bermanfaat untuk mengevaluasi belanja kesehatan yang sudah dikeluarkan dan meningkatkan perencanaan serta alokasi sumber daya pada sistem kesehatan, sehingga dapat meningkatkan efisiensi dan akuntabilitas. Akun kesehatan menghasilkan data yang konsisten dan komprehensif tentang pengeluaran kesehatan di suatu negara, yang dapat berkontribusi dalam proses pembuatan kebijakan berbasis bukti. Dengan menggunakan metode perhitungan sistem akun kesehatan, negara dapat membuat suatu reformasi kebijakan dalam membuat

suatu inovasi untuk mendukung capaian kinerja program prioritas sehingga menghasilkan perubahan dalam alokasi dan pengeluaran sumber daya kesehatan (OECD, Eurostat & WHO, 2017).

Evaluasi pembiayaan kesehatan melalui akun kesehatan dapat membantu untuk melindungi seseorang dari pengeluaran kesehatan yang sangat besar dan mengurangi ketidaksetaraan dalam kesehatan.

Memahami rincian pengeluaran kesehatan sangat penting dan memungkinkan negara meningkatkan sistem kesehatan. Pada akhirnya negara menjadi lebih adil dan lebih baik dalam melayani masyarakat. Evaluasi pembiayaan kesehatan melalui akun kesehatan dapat membantu untuk melindungi seseorang dari pengeluaran kesehatan yang sangat besar dan mengurangi ketidaksetaraan dalam kesehatan. Akun kesehatan juga dipandang sebagai langkah penting dalam menciptakan sistem UHC.

Produksi akun kesehatan bukan merupakan hal yang baru karena sejak 1920-an sudah dilakukan upaya untuk menggambarkan arus keuangan dengan konsumsi pelayanan kesehatan. Pada 1950 beberapa negara melakukan penelusuran belanja kesehatan melalui survei atau studi. Memasuki 1960-an, Amerika Serikat melakukan penelusuran belanja kesehatan secara nasional (*National Health Expenditure Accounts*) (LAC Health Accounts, 2000-2004). Sejak saat itu, perkembangan terus berjalan. Hingga satu dekade kemudian, pengukuran kesehatan mulai menjadi hal yang rutin dilakukan oleh negara OECD dengan dukungan informasi tentang pengeluaran publik dan nonpublik yang bersifat relatif agregat. Kemudian, studi yang dilakukan selama bertahun-tahun juga digunakan untuk memberikan serangkaian gambaran kategori aliran pengeluaran konsumsi kesehatan, seperti HIV/AIDS, regional, dan kelompok sosio-ekonomi.

Pada 2000 dipublikasikan Sistem Akun Kesehatan (SHA 1.0) oleh OECD. Di dalamnya terdapat standar klasifikasi yang mencakup dimensi pengelola pembiayaan, penyedia layanan, dan fungsi kesehatan yang disebut sebagai *International Classification of Health Account* (ICHA). Selanjutnya pada 2003, WHO bersama Bank Duniadan USAID melakukan pengembangan sistem akun kesehatan untuk negara berkembang dengan menambahkan dimensi sumber pembiayaan. Pengembangan tersebut dipublikasikan dalam *Guide to Producing National Health Accounts* atau disebut sebagai *NHA Producer Guide* (PG) (WHO, USAID, WB, 2003). Kedua publikasi tersebut merupakan standar pertama yang digunakan untuk memproduksi data pengeluaran kesehatan yang dapat dibandingkan secara internasional. Selanjutnya, pada 2011 dihasilkan *System of Health Account 2011* (SHA 2011) dari proses konsultasi yang ekstensif selama empat tahun dalam menghimpun beragam *input* dan komentar dari para pakar serta organisasi internasional di seluruh dunia. Dengan demikian, kerangka panduan tersebut lebih mudah beradaptasi terhadap sistem pembiayaan kesehatan yang semakin berkembang, data belanja dan pembiayaan kesehatan antar-negara yang lebih *compatible*, dan analisis akun kesehatan yang secara nasional semakin meningkat (OECD and World Health Organization, 2013).



Gambar 1.1.
Perkembangan
Akun Kesehatan
Secara
Internasional

USAID, HFC, 2017
 Estimating Health
 Accounts with System
 of Health Accounts 2011
 Bahan Paparan dalam
 pelatihan Tim NHA
 Indonesia di Bogor, 16 Mei
 2017

Proses pelaksanaan produksi akun kesehatan rutin tahunan membuka kesempatan yang besar untuk menemukan berbagai pengembangan metodologi yang lebih tepat. Pengembangan tersebut dapat berupa perubahan metode dalam pengumpulan data karena ditemukan data yang lebih rinci sehingga estimasi pengeluaran konsumsi pelayanan kesehatan menjadi lebih akurat. Pengembangan metodologi juga terjadi di sisi penerjemahan konteks konsumsi pelayanan kesehatan yang disesuaikan dengan perubahan sistem pelayanan kesehatan di suatu negara dan perubahan mekanisme pembiayaan kesehatan yang lebih kompleks. Selain itu, panduan dalam memproduksi akun kesehatan juga terus dikembangkan agar dapat digunakan oleh setiap negara. Perbaikan metodologi tersebut perlu diterapkan pada produksi akun kesehatan di tahun-tahun sebelumnya sehingga dapat menampilkan data secara *time series*. Hal tersebut menunjukkan bahwa akun kesehatan merupakan *living document*.

Tujuan pendekatan NHA adalah untuk menangkap berbagai informasi terkait aliran sumber daya dan menggambarkan fungsi utama pembiayaan kesehatan. NHA memungkinkan para pemangku kepentingan mengidentifikasi masalah kebijakan dan membantu dalam menentukan dampak solusi terhadap masalah yang ada. NHA dapat digunakan dalam manajemen untuk meningkatkan kinerja sistem kesehatan. Selain itu, data NHA dapat membuktikan adanya penguatan komitmen pemerintah dalam pembiayaan kesehatan mengingat proporsi belanja kesehatan pemerintah terhadap PDB terus meningkat (Solikha, et.al., 2020). Hasil NHA dapat dimanfaatkan untuk membandingkan pembiayaan kesehatan antarnegara yang selanjutnya dapat dikaitkan dengan kinerja pembangunan kesehatan masing-masing serta untuk menyusun kebijakan pembiayaan kesehatan.

1.3. Batasan Akun Kesehatan

Setiap negara memiliki perbedaan dalam hal pembiayaan dan penyelenggaraan sistem pelayanan kesehatan, serta cakupan barang dan jasa kesehatan yang dikonsumsi. Oleh karena itu, dalam perspektif internasional sangat diperlukan standar umum dengan penetapan batasan pada sistem dan ruang lingkup pelayanan kesehatan dalam mencatat pengeluaran kesehatan.

Dengan demikian, data antar-negara komparabilitas atau dapat dibandingkan satu sama lain (PHRplus, 2004).

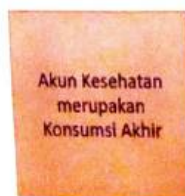
Sistem Akun Kesehatan 2011 (SHA 2011) bertujuan untuk memberikan standar klasifikasi pengeluaran kesehatan dan menjadi pedoman serta dukungan metodologi dalam memproduksi akun kesehatan. Secara lebih spesifik, maksud dan tujuan dari Sistem Akun Kesehatan 2011 adalah sebagai berikut.

1. Menyediakan suatu kerangka kerja atas angka agregat yang relevan untuk perbandingan pengeluaran kesehatan secara internasional.
2. Menyediakan suatu alat yang dapat dikembangkan oleh setiap negara untuk menghasilkan data yang dapat digunakan dalam memonitor dan menganalisis sistem kesehatan.
3. Menetapkan batasan-batasan internasional atas pelayanan kesehatan untuk menelusuri pengeluaran pada level konsumsi.

Untuk dapat memahami konsep akun kesehatan, terdapat empat kriteria utama yang telah ditetapkan untuk menentukan apakah suatu kegiatan dapat disertakan dalam perhitungan akun kesehatan.

1. Tujuan utama dari aktivitas tersebut adalah untuk meningkatkan, mempertahankan, atau mencegah menurunnya status kesehatan individu, kelompok penduduk, atau populasi keseluruhan, serta untuk mengurangi konsekuensi sakit (masalah kesehatan).
2. Fungsi layanan kesehatan dilakukan oleh para pakar yang memiliki kualifikasi pengetahuan dan keterampilan dalam hal medis atau pelayanan kesehatan, ataupun dilaksanakan di bawah bimbingan orang-orang yang memiliki pengetahuan terkait atau fungsi bidang yang terkait dengan tata kelola (manajerial), administrasi sistem kesehatan, dan pembiayaan kesehatan.
3. Konsumsi ditujukan sebagai konsumsi akhir oleh penduduk atas barang dan jasa pelayanan kesehatan.
4. Terjadi transaksi atas barang dan jasa pelayanan kesehatan.

Gambar 1.2.
Batasan dalam
Akun Kesehatan



- Konsumsi yang tujuan utamanya untuk kesehatan
- Konsumsi yang digunakan oleh penduduk di wilayahnya
- Konsumsi yang transaksinya terjadi dalam periode satu tahun kalender dan menggunakan metode akuntansi secara akrual

PHRplus 2004 National Health Accounts Trainer Manual (Online) <https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/02/National-Health-Accounts-Trainer-Manual.pdf>

Batasan konsep perhitungan akun kesehatan adalah pada konsumsi akhir (*final consumption*). Konsumsi akhir adalah barang atau jasa pelayanan yang dihasilkan dan diimpor dalam suatu wilayah perdagangan yang kemudian digunakan oleh penduduk suatu negara, baik untuk memenuhi kebutuhan individu maupun kolektif. Dengan kata lain, akun kesehatan berfokus pada barang dan

Jasa pelayanan kesehatan yang hanya dikonsumsi oleh penduduk setempat. Oleh karena itu, ekspor atas barang dan jasa pelayanan kesehatan tidak disertakan dalam perhitungan. Selain itu, terdapat beberapa kondisi konsumsi pada fungsi layanan, penyedia layanan, dan skema layanan yang juga dianggap berada di luar batasan-batasan akun kesehatan, yaitu:

1. Jika pengguna pelayanan kesehatan adalah bukan penduduk suatu negara, produk tersebut dianggap sebagai ekspor.
2. Jika digunakan oleh penyedia pelayanan kesehatan lainnya, seperti institusi pendidikan dan pelatihan kesehatan, institusi penelitian dan pengembangan, dan sebagainya, barang atau jasa pelayanan kesehatan tersebut dianggap sebagai faktor-faktor penyediaan (*provision factors*) atau konsumsi lanjutan (*intermediate consumption*);
3. Jika disimpan untuk pemakaian masa mendatang, barang pelayanan kesehatan tersebut dianggap sebagai barang inventaris atau stok barang.

Suatu belanja dapat dimasukkan ke perhitungan belanja kesehatan dengan memperhatikan tujuan utama dari belanja kegiatan tersebut. Belanja kesehatan mencakup semua aktivitas yang tujuannya utamanya untuk meningkatkan, mempertahankan, dan mencegah penurunan status kesehatan orang, serta mengurangi akibat dari kesehatan yang buruk melalui penerapan pengetahuan kesehatan yang berkualitas (pengetahuan medis, paramedis dan keperawatan, termasuk teknologi, serta pengobatan tradisional, komplementer dan alternatif). Aktivitas-aktivitas tersebut di antaranya adalah promosi kesehatan dan pencegahan, diagnosis, pengobatan, penyembuhan, dan rehabilitasi penyakit; pelayanan kesehatan bagi orang dengan gangguan kesehatan dan disabilitas; pelayanan paliatif; penyediaan program kesehatan bagi masyarakat; serta tata kelola (manajerial) dan administrasi dari sistem kesehatan.

Pelaporan konsumsi pelayanan kesehatan harus dibatasi pada satu periode tertentu berlangsungnya kegiatan pelayanan kesehatan. Periode dapat dipilih apakah berupa tahun fiskal (*fiscal year*) atau tahun kalender. Negara lain menggunakan tahun kalender sehingga ketika memilih tahun tersebut, perbandingan dengan negara lain dapat dilakukan. Di Indonesia tidak ada perbedaan antara tahun fiskal dan tahun kalender. Keduanya merupakan satu periode yang sama.

Batasan waktu lainnya adalah perbedaan antara kapan kegiatan pelayanan kesehatan dilakukan dan kapan terjadinya transaksi untuk membayar kegiatan tersebut. Konsumsi pelayanan kesehatan yang masuk ke batasan akun kesehatan adalah yang berdasarkan waktu pelaksanaan pelayanan kesehatan, bukan berdasarkan waktu pembayaran transaksi pelayanan kesehatan yang sudah diberikan. Metode ini dalam akuntansi dikenal dengan metode akuntansi akrual (*accrual*). Hal ini biasanya terjadi pada layanan

Pelaporan konsumsi pelayanan kesehatan harus dibatasi pada satu periode tertentu berlangsungnya kegiatan pelayanan kesehatan.

kesehatan yang menggunakan skema asuransi kesehatan yang memiliki tenggat waktu atau masa pengajuan dan pembayaran klaim pelayanan kesehatan. Contohnya adalah pelayanan kesehatan yang telah diberikan oleh rumah sakit pada pasien kesehatan asuransi kesehatan pada Desember 2020. Kemudian rumah sakit tersebut baru menerima pembayaran klaim di Januari 2021. Jadi, klaim tersebut dihitung sebagai konsumsi pada periode 2020.

1.4. Konsep Akun Kesehatan di Indonesia

NHA dikembangkan untuk memantau belanja kesehatan yang sistematis, komprehensif, dan konsisten terhadap arus sumber daya dalam pelaksanaan sistem kesehatan suatu negara.

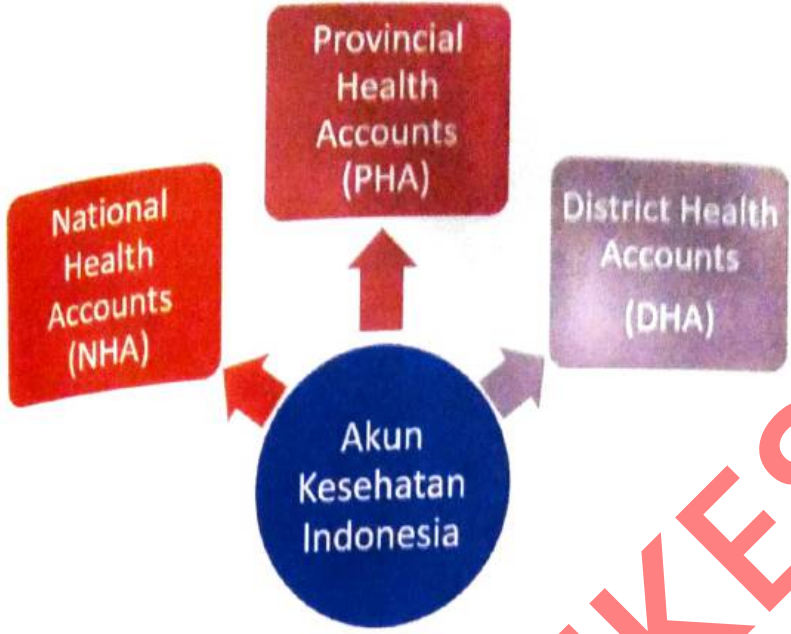
NHA dikembangkan untuk memantau belanja kesehatan yang sistematis, komprehensif, dan konsisten terhadap arus sumber daya dalam pelaksanaan sistem kesehatan suatu negara (Poullier, et.al., 2002). Hal ini dimaksudkan agar pengeluaran jumlah biaya yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan secara nasional dapat diketahui, dapat dimanfaatkan secara efektif untuk seluruh sasaran yang tepat, efisien dalam pengalokasiannya, serta dimungkinkan adanya mobilisasi berbagai potensi sumber pendanaan yang dapat dikembangkan untuk meningkatkan pembiayaan kesehatan.

NHA merupakan instrumen penting dalam meningkatkan kinerja pembangunan kesehatan dan penting untuk memacu pencapaian Rencana Pembangunan Jangka Panjang ataupun Menengah (RPJPM) bidang kesehatan, Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan, dan target-target dalam SDGs. NHA sendiri telah teruji dan digunakan di banyak negara sebagai alat untuk merangkum, menjelaskan, dan menganalisis pembiayaan suatu sistem kesehatan nasional. Dengan demikian, diharapkan hasil kajian NHA tersebut menjadi langkah dasar menuju penggunaan pembiayaan kesehatan yang lebih baik dalam rangka peningkatan kinerja sistem kesehatan.

Dalam praktiknya, pengimplementasian akun kesehatan di banyak negara hanya dilakukan di level nasional atau *National Health Account* (NHA). Hal tersebut berbeda dengan Indonesia yang melakukan produksi akun kesehatan bukan hanya secara nasional, melainkan juga di tingkat provinsi dan kabupaten atau kota. Hal ini dilakukan karena terdapat kebutuhan khusus dalam mengevaluasi sistem pembiayaan kesehatan di setiap provinsi dan kabupaten atau kota. Akun kesehatan di tingkat provinsi disebut sebagai *Provincial Health Account* (PHA) dan tingkat kabupaten disebut sebagai *District Health Account* (DHA).

Fakta ini merupakan suatu pencapaian yang luar biasa dan tidak terlepas dari komitmen Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan dalam membangun sistem kesehatan nasional yang lebih kuat. Inovasi PHA dan DHA ini menjadi inovasi yang luar biasa karena secara spesifik memberikan informasi tentang siapa yang membiayai pelayanan kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten, berapa banyak dana itu diserap, oleh jenis layanan yang mana, dan

siapa penerima manfaat dari pengeluaran kesehatan tersebut. Informasi tersebut sangat berguna sebagai dasar perencanaan dan pengambilan keputusan yang berbasis bukti sehingga dapat meningkatkan tata kelola dan akuntabilitas pemerintahan lokal.



Gambar 1.3 Penerapan Akun Kesehatan di Indonesia

PPJK Kementerian Kesehatan RI (2014) dan PPJK Kemenkes RI (2016). Model dan Definisi Pelaksanaan Provincial Health Accounts (2014).

Pelaksanaan akun kesehatan di tingkat provinsi hanya terbatas pada belanja kesehatan di wilayah provinsi atau disebut dengan PHA-parsial (PHAp). PHAp akan menjadi PHA seutuhnya jika ditambahkan dengan hasil DHA tiap kabupaten atau kota (PPJK Kementerian Kesehatan RI, Australian Aid, PKEKK FKM UI., 2016). DHA merupakan akun kesehatan yang dilakukan di tingkat kabupaten atau kota yang memuat informasi terkait belanja kesehatan di wilayahnya, termasuk yang berasal dari pusat dan provinsi (PPJK Kemenkes RI, Australian Aid, PKEKK FKM UI., 2016). DHA digunakan sebagai suatu instrumen yang di dalamnya memuat informasi terkait pengeluaran kesehatan di tingkat kabupaten atau kota, seperti aliran dana kesehatan, sumber pendanaan kesehatan, pengelola dana, jenis pelayanan kesehatan apa saja yang dikonsumsi, serta siapa saja yang berperan dalam melayani kesehatan untuk masyarakat di wilayah kerja daerah. Hasil kajian DHA dapat bermanfaat untuk meninjau kecukupan dan keakuratan dari alokasi anggaran serta mengevaluasi keefektifan pembiayaan kesehatan yang dilakukan daerah dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. DHA memungkinkan para pemangku kepentingan di kabupaten atau kota mengidentifikasi kebijakan yang tepat dalam perencanaan anggaran dan sebagai bahan advokasi dalam upaya memperbaiki sistem pembiayaan di daerah (PKEKK FKM UI, 2015).

Permenkes No. 971 Tahun 2009 juga menjelaskan bahwa dalam rangka mengupayakan kemampuan dasar untuk menyusun perencanaan anggaran yang efektif dalam lingkungan Dinas

Informasi terkait pembiayaan kesehatan bermanfaat dalam menunjang pengalokasian anggaran bidang kesehatan sehingga penting untuk memiliki data dan informasi yang lengkap.

Kesehatan, kepala dinas kesehatan penting untuk memahami konsep akuntansi kesehatan atau Akun Kesehatan (Kemenkes RI, 2009). DHA dibutuhkan dalam era desentralisasi karena kebijakan desentralisasi telah berdampak dalam beberapa hal antara lain (Trisnantoro L., 2009):

1. Pengalokasian anggaran bersumber pemerintah.
2. Pembelanjaan anggaran untuk berbagai sektor oleh pemerintah daerah setempat.
3. Pembelajaan uang untuk pemenuhan kebutuhan setiap masyarakat sehingga kelengkapan data pembiayaan kesehatan semakin dibutuhkan.

Informasi terkait pembiayaan kesehatan bermanfaat dalam menunjang pengalokasian anggaran bidang kesehatan sehingga penting untuk memiliki data dan informasi yang lengkap. Data tersebut akan sulit diperoleh apabila daerah tidak memiliki informasi yang lengkap seperti dalam data DHA. Produksi DHA juga mencakup data anggaran kesehatan yang tersebar di instansi lainnya (selain dinas kesehatan) sehingga informasi pengeluaran kesehatan di daerah menjadi utuh. Hal tersebut sangat memudahkan penganalisisan pembiayaan kesehatan di wilayah tersebut (Akhirani & Laksono, T., 2004)

Daftar Pustaka

Akhirani & Laksono, T. (2004). Analisis Pembiayaan Kesehatan yang Bersumber dari Pemerintah Melalui District Health Accounts di Kabupaten Sinjai. *Manajemen Pelayanan Kesehatan. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 7 (01): 23-24.

Kementerian Kesehatan RI. (2009). Peraturan Menteri Kesehatan No. 971 Tahun 2009 Tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan.

LAC Health Accounts. (2000-2004). Health Accounts Approaches. (Online) http://www.redacs.org/cuentasaludalc/KeyTopics/Health_Accounts_Approaches_en.htm.

OECD and World Health Organization. (2013). Guidelines for The Implementation of the SHA 2011 Framework for Accounting Health Care Financing. Publishing (<https://www.who.int/health-accounts/documentation/1.1aGuidelinesFinancingFramework.pdf?ua=1>)

OECD, Eurostat, & WHO. (2017). A System of Health Accounts 2011, Revised Ed. Paris: OECD Publishing [<http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>]

PHRplus. (2004). National Health Accounts: Trainer Manual. (Online) <https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/02/National-Health-Accounts-Trainer-Manual.pdf>.

PKEKK FKM UI. (2015). *Modul dan Pedoman Pelatihan District Health Account (DHA)*. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan FKM UI.

Poullier, Jean-Pierre, Patricia Hernandez, & Kei Kawabata. (2002). *National Health Accounts: Concepts, Data Sources and Methodology*. Jenewa: WHO.

ppJK Kementerian Kesehatan RI, Australian Aid, & PKEKK FKM UI. 2016. Modul dan Pedoman Pelatihan Provincial Health Account Parcial (PHAp).

ppJK Kementerian Kesehatan RI, Australian Aid, PKEKK FKM UI. Pedoman dan Modul Pelatihan District Health Account (DHA) untuk Tingkat Kabupaten/Kota. Edisi ke-4 Disesuaikan dengan Modul Provincial Health Account (PHA).

Solikha, Dewi Amila, Sidayu Ariteja, dan Prastuti Soewondo. (2020). *Bedah Anggaran Kesehatan*. Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kedeputusan Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan, Kementerian PPN/Bappenas

Trisnantoro L. (2009). *Desentralisasi Kesehatan*. Yogyakarta: UGM Press

USAID, HFG. (2017). *Estimating Health Accounts with System of Health Accounts 2011*. Bahan Paparan dalam Pelatihan Tim NHA Indonesia di Bogor, 16 Mei 2017

WHO, USAID, & WB. (2003). *Guide to Producing National Health Account with Special Application for Low Income and Middle Income Countries*. Jenewa: WHO

KEMENKES RI



Ruang Lingkup Akun Kesehatan: Klasifikasi dan Indikator

Prastuti Soewondo, Helmi Wahyuningsih, & Mira Nurfitriyani

BAB

2

2.1. Pengantar

Bab ini menyajikan gambaran desain *tri-axial* (segitiga) kerangka kerja akuntansi dalam SHA-II yang tersusun atas dimensi inti dan dimensi perluasan akun kesehatan. Terdapat juga pembahasan tentang perluasan dimensi akun kesehatan untuk kebutuhan analisis belanja kesehatan pada konteks lokal Indonesia. Selain itu, bab ini juga membahas mengenai indikator yang digunakan dalam perhitungan agregat akun kesehatan serta tinjauan singkat terkait praktik perhitungan akun kesehatan di Indonesia dan di beberapa negara.

Penyusunan akun kesehatan bertujuan untuk menguraikan aliran keuangan yang berkaitan dengan konsumsi akhir barang dan jasa layanan kesehatan secara sistematis dan komprehensif.

2.2. Dimensi Inti dan Perluasan pada Kerangka Akuntansi SHA-II

Penyusunan akun kesehatan bertujuan untuk menguraikan aliran keuangan yang berkaitan dengan konsumsi akhir barang dan jasa layanan kesehatan secara sistematis dan komprehensif. Untuk mempermudah proses penyusunan akun kesehatan, pedoman SHA-II menyediakan dimensi terstandarisasi dan relevan untuk membandingkan pengeluaran kesehatan antarnegara melalui desain *tri-axial* (segitiga) kerangka kerja akuntansi (Lihat Gambar 2.1).

Kerangka kerja ini terdiri dari tiga dimensi yang terakomodasi untuk menjawab pertanyaan mendasar tentang konsumsi barang dan jasa kesehatan, yaitu:

1. Fungsi layanan kesehatan (ICHA-HC) terkait dengan jenis barang dan jasa layanan kesehatan yang dikonsumsi
2. Penyedia (*provider*) layanan kesehatan (ICHA-HP) terkait dengan penyedia yang menyediakan barang dan jasa kesehatan
3. Skema pembiayaan kesehatan (ICHA-HF) terkait dengan skema pengaturan dan pengelolaan sumber dana yang digunakan untuk membayar barang dan jasa layanan kesehatan?

Setiap dimensi inti tersebut memiliki dimensi perluasan yang saling berkaitan. Perluasan dimensi fungsi layanan kesehatan (ICHA-HC) mencakup dimensi penerima manfaat layanan kesehatan (penyakit, usia, jenis kelamin, pendapatan, dll). Perluasan dimensi penyedia atau *provider* layanan kesehatan (ICHA-HP), mencakup dimensi faktor input penyedia layanan kesehatan (ICHA-FP) dan dimensi pembentukan modal bruto/ Perluasan dimensi skema pembiayaan kesehatan (ICHA-HF) mencakup dimensi sumber dana (ICHA-FS) dan dimensi pengelola dana (ICHA-FA).

Gambar 2.1.
Dimensi Inti dan Perluasan Kerangka Kerja Akuntansi SHA-2011

OECD Eurostat, WHO (2011). A System of Health Accounts. Revised Edition 2010. Paris: OECD Publishing. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/https://apps.who.int/ihia/database/documentation/Ce9/refer/166/1661621/en>



Selanjutnya diuraikan penjelasan setiap dimensi dalam kerangka kerja akuntansi SHA-II:

1. Fungsi layanan kesehatan (ICHA-HC)

Dimensi fungsi layanan kesehatan terdiri atas klasifikasi yang mengacu pada jenis-jenis barang dan jasa layanan kesehatan yang dikonsumsi oleh individu atau populasi, mencakup layanan kuratif, layanan rehabilitatif, layanan kesehatan jangka panjang, layanan penunjang, barang medis, layanan preventif, tata kelola dan administrasi sistem dan pembiayaan kesehatan. Pada umumnya layanan kesehatan dikonsumsi dalam suatu paket layanan yang terintegrasi atau melalui penyelenggaraan program kesehatan yang terorganisasi. Dengan demikian, sulit

untuk memisahkan atau menggolongkan paket layanan atau program tersebut pada klasifikasi fungsi layanan.

Fungsi layanan pada konteks pengeluaran kesehatan dapat diidentifikasi menggunakan pendekatan yang berbeda yang dikenal dengan istilah pokok-pokok memorandum (*memorandum items*), meliputi pokok-pokok pelaporan (*reporting items*) dan klasifikasi terkait layanan di luar kriteria utama dalam batasan layanan kesehatan, tetapi sebenarnya memiliki tujuan untuk kesehatan (*health care related*). Adanya pokok memorandum ini bertujuan untuk memperluas analisis pengeluaran kesehatan. Sebagai contoh, pada pokok pelaporan tersedia klasifikasi untuk mengidentifikasi total pengeluaran obat. Jika hanya menggunakan klasifikasi fungsi layanan kesehatan, total pengeluaran obat sulit diidentifikasi karena pengeluaran obat mungkin tergabung pada fungsi kuratif, rehabilitatif, dan fungsi layanan preventif atau pencegahan.

2. Penyedia (*provider*) layanan kesehatan (ICHA-HP)

Dimensi penyedia layanan kesehatan terdiri atas klasifikasi yang merangkum seluruh organisasi umum dan spesifik yang berkontribusi dalam menyediakan barang dan jasa layanan kesehatan. Kriteria utama dalam menetapkan klasifikasi penyedia layanan kesehatan mengacu pada kegiatan utama yang diselenggarakan organisasi tersebut. Kegiatan utama dari layanan kesehatan cenderung diselenggarakan di rumah sakit, fasilitas residensial untuk perawatan jangka panjang, penyedia layanan rawat jalan, penyedia layanan penunjang, penjual eceran dan penyedia barang medis lainnya, serta penyedia layanan pencegahan. Organisasi tersebut masuk ke kategori penyedia layanan kesehatan primer. Sementara itu, penyedia layanan kesehatan sekunder merupakan organisasi yang menyediakan layanan kesehatan tambahan di luar kegiatan utama, misalnya layanan kesehatan yang diselenggarakan oleh Lembaga Pemasarakatan (Lapas) untuk penghuni lapas. Selain itu, terdapat juga kategori industri lainnya untuk organisasi yang menyelenggarakan kegiatan, seperti penyedia perlengkapan medis, riset dan pengembangan kesehatan, atau edukasi dan pelatihan tenaga profesional kesehatan.

Kriteria utama dalam menetapkan klasifikasi penyedia layanan kesehatan mengacu pada kegiatan utama yang diselenggarakan organisasi tersebut.

3. Skema pembiayaan kesehatan (ICHA-HF)

Dimensi skema pembiayaan kesehatan terdiri atas klasifikasi yang menyajikan mekanisme apa saja yang diterapkan oleh suatu negara dalam melaksanakan fungsi pembiayaan kesehatan, antara lain pengumpulan dana kesehatan (*revenue collection*), pengalokasian dana (*pooling*), serta pembelian atau pembayaran barang dan jasa kesehatan kepada penyedia layanan (*purchasing*). Pada klasifikasi ini dapat diidentifikasi skema apa yang digunakan masyarakat dalam memperoleh barang dan jasa kesehatan, yang meliputi skema pendanaan langsung oleh rumah tangga (*out of pocket*) atau melalui pihak ketiga (asuransi kesehatan sosial dan asuransi kesehatan sukarela).

Dimensi sumber pendanaan terdiri atas klasifikasi yang menjelaskan sumber dana apa saja yang diterima oleh setiap skema pendanaan.

4. Sumber dana (ICHA-FS)

Dimensi sumber pendanaan terdiri atas klasifikasi yang menjelaskan sumber dana apa saja yang diterima oleh setiap skema pendanaan. Sudut pandang yang dapat diperoleh dari klasifikasi ini mencakup dari mana aliran atau arus dana berasal dan ke mana saja aliran dana digunakan. Total kontribusi dari setiap lembaga yang terlibat dalam menyediakan barang dan jasa kesehatan menjadi informasi kunci pada konteks pengeluaran kesehatan. Oleh karena itu, tersedia pokok pengeluaaran untuk memberikan informasi tentang unit institusional yang menyediakan pendapatan pada skema pendanaan, apakah unit tersebut merupakan pemerintah, korporasi atau perusahaan, rumah tangga, Lembaga Non-Profit yang Melayani Rumah Tangga (LNPR), atau sumber penerimaan asing (donor).

5. Pengelola dana (ICHA-FA)

Dimensi pengelola dana terdiri atas klasifikasi yang menjelaskan unit-unit institusi yang mengelola dana dari suatu skema pendanaan. Sebagai contoh, Kementerian Kesehatan, Perusahaan Asuransi Kesehatan Swasta, Perusahaan Swasta, dll.

6. Faktor *input* penyedia layanan kesehatan (ICHA-FP)

Dimensi faktor *input* penyedia layanan kesehatan terdiri atas klasifikasi yang menguraikan *input* berharga yang digunakan dalam menyediakan barang dan jasa layanan kesehatan. *Input* tersebut melibatkan perpaduan dari faktor-faktor produksi, seperti tenaga kerja, investasi/belanja modal, material, dan jasa yang digunakan.

7. Penerima manfaat layanan kesehatan

Dimensi penerima manfaat terdiri atas klasifikasi yang menyediakan contoh penerapan data hasil penyusunan akun kesehatan yang dapat dianalisis bersama dengan sumber data lainnya. Hal ini bertujuan untuk mengembangkan informasi akun kesehatan yang dibutuhkan dalam penyusunan kebijakan terkait sistem pembiayaan kesehatan. Karakteristik utama yang mungkin dibutuhkan untuk analisis spesifik pengeluaran kesehatan menurut penerima manfaat, antara lain jenis penyakit, usia, jenis kelamin, status ekonomi, dan wilayah.

8. Pembentukan modal bruto

Penetapan kebijakan pada konteks sistem pembiayaan kesehatan juga perlu dilandasi dengan data terkait infrastruktur, mesin, dan peralatan yang digunakan untuk menyediakan barang dan jasa layanan kesehatan. Pada SHA-II, klasifikasi pada dimensi pembentukan modal bruto juga mencakup perubahan yang terjadi dalam inventaris, dan nilai akuisisi dikurangi dengan penghapusan barang berharga. Terdapat juga beberapa komponen yang dianggap sebagai aset, tetapi diletakkan dalam Pokok Memorandum, antara lain pinjaman, akumulasi tabungan kemitraan publik-swasta, penelitian dan pengembangan kesehatan, serta pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan.

uraian lebih lengkap tentang Rincian Klasifikasi pada Dimensi SHA-II tersedia pada lampiran **Lampiran I.1-I.9**.

2.3. Perluasan Dimensi Akun Kesehatan untuk Kebutuhan Analisis pada Konteks Lokal Indonesia

Implementasi kebijakan desentralisasi di Indonesia mendorong adanya kebutuhan bagi pemangku kebijakan untuk dapat memonitor pelaksanaan pembiayaan kesehatan pemerintah daerah (provinsi dan kabupaten/kota). Oleh karena itu, dilakukan penyusunan *District Health Accounts* (DHA) sebagai proses penelusuran belanja kesehatan secara komprehensif di wilayah kabupaten/kota (PPJK Kemenkes RI, Australian AID, PKEKK FKM UI, 2016) dan penyusunan *Provincial Health Accounts Parsial* (PHAP) untuk menelusuri belanja kesehatan di wilayah provinsi yang tidak tercatat pada DHA (PPJK Kemenkes RI, Australian AID, PKEKK FKM UI, 2016). Penyusunan PHA dan DHA tersebut bertujuan untuk memperoleh data secara rinci terkait dengan belanja kesehatan dari berbagai sumber dana serta pemanfaatan belanja menurut *provider*, fungsi layanan, dan dimensi lainnya.

Pada penyusunan PHA/DHA, terdapat sembilan dimensi yang digunakan untuk analisis belanja kesehatan, meliputi sumber biaya (FS), pengelola anggaran (FA), penyedia pelayanan (HP), fungsi kesehatan (HC), jenis program (PR), jenis kegiatan (HA), mata anggaran (HI), jenjang kegiatan (HL), dan penerima manfaat (*Health Beneficiaries*). Secara metodologi, analisis belanja kesehatan untuk penyusunan PHA dan DHA pada dasarnya mengadopsi dimensi-dimensi dalam SHA-II yang kemudian disesuaikan dengan kebutuhan pemerintah daerah dalam melakukan analisis belanja kesehatan melalui penambahan dimensi lainnya. Sebagai contoh, tersedianya dimensi jenis kegiatan (kegiatan langsung dan tidak langsung) dan dimensi mata anggaran (belanja investasi, belanja operasional, belanja pemeliharaan) yang bermanfaat untuk menilai bagaimana implementasi kebijakan anggaran berbasis kinerja (PPJK Kemenkes RI, Australian Aid, PKEKK FKM UI, 2016). Pada umumnya, kinerja program kesehatan sangat bergantung pada ketersediaan anggaran belanja langsung dan belanja operasional. Adanya dimensi jenis kegiatan dan mata anggaran akan membantu pemerintah daerah untuk meninjau bagaimana pola penganggaran saat ini dan seberapa besar anggaran yang dialokasikan untuk belanja yang mendukung pencapaian kinerja program.

Adanya dimensi jenis kegiatan dan mata anggaran akan membantu pemerintah daerah untuk meninjau bagaimana pola penganggaran saat ini dan seberapa besar anggaran yang dialokasikan untuk belanja yang mendukung pencapaian kinerja program.

Selain adanya penambahan dimensi, terdapat beberapa penyesuaian pada rincian klasifikasi PHA/DHA mempertimbangkan konteks belanja pemerintah daerah. Berikut ini merupakan contoh klasifikasi antara SHA II dengan PHA/DHA.

Tabel 2.1. Contoh Klasifikasi pada SHA-II dan PHA/DHA

OECD Eurostat, WHO (2011). A System of Health Accounts. OECD Publishing (Revised Edition 2016). DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/https://apps.who.int/ihl/data/database/DocumentationCentre/GetFile/55026082/en>

PPJK Kementerian Kesehatan RI, Australian Aid, PKEKK FKM UI. Pedoman dan Modul Pelatihan District Health Account (DHA) untuk Tingkat Kabupaten/kota Edisi ke-4 Disesuaikan dengan Modul Provincial Health Account (PHA)

PPJK Kementerian Kesehatan RI, Australian Aid, PKEKK FKM UI. 2016. Modul dan Pedoman Pelatihan Provincial Health Account Parsial (PHAp)

Dimensi	Rincian Klasifikasi		
	SHA-II	PHA/DHA	
Sumber Pendanaan (FS)	FS.1 Transfer dari Penerimaan Domestik Pemerintah (untuk Tujuan Kesehatan)	FS.1 Dana Publik	
	FS.1.1 Transfer dan Hibah	FS.1.1 Dana Pemerintah Menurut Kewilayahan	
	FS.1.1.1 Transfer dan Hibah dan Pemerintah Pusat	FS.1.1.1 Dana Pemerintah Pusat (APBN)	
	FS.1.1.2 Transfer dan Hibah dan Pemerintah Provinsi	FS.1.1.1.1 APBN Kementerian Kesehatan	
	FS.1.1.3 Transfer dan Hibah dan Pemerintah Kabupaten/Kota	FS.1.1.2 APBN Kementerian Lembaga Lain	
	FS.1.2 Transfer oleh Pemerintah untuk Kelompok Tertentu	FS.1.1.2.1 APBN Pemerintah Daerah (Lokal)	
	FS.1.3 Subsidi	FS.1.1.2.2 APBN Kabupaten/Kota	
	FS.1.4 Transfer Lain dari Penerimaan Domestik Pemerintah	FS.1.2 Dana Publik Lain	
	FA.1 Pemerintahan Umum	FA.1 Pemerintah Pusat	
	Pengelola Pendanaan (FA)	FA.1.1 Pemerintah Pusat	FA.1.1 Pemerintah Pusat
FA.1.2 Pemerintah Daerah		FA.1.2 Pemerintah Daerah	
FA.2 Perusahaan Asuransi		FA.2 Perusahaan Asuransi	
FA.3 Perusahaan (di luar Perusahaan Asuransi)		FA.3 Perusahaan (di luar Perusahaan Asuransi)	
Penyedia Layanan (HP)		HP.1 Rumah Sakit	HP.1 Rumah Sakit
		HP.1.1 Rumah Sakit Umum	HP.1.1 Rumah Sakit Umum
		HP.1.2 Rumah Sakit Jiwa	HP.1.2 Rumah Sakit Jiwa
		HP.2 Fasilitas Resedensial untuk Perawatan Jangka Panjang	HP.2 Fasilitas Perawatan Jangka Panjang
		HP.3 Provider Rawat Jalan	HP.3 Pemberi Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan di luar Puskesmas
		Fungsi Layanan (HC)	HC.1 Pelayanan Kuratif
HC.1.1 Pelayanan Kuratif Rawat Inap	HC.1.1 Pelayanan Kuratif Rawat Inap		
HC.1.3 Pelayanan Kuratif Rawat Jalan	HC.1.3 Pelayanan Kuratif Rawat Jalan		
HC.2 Layanan Rehabilitatif	HC.2 Pelayanan Rehabilitatif		
HP.3 Pelayanan Kesehatan Jangka Panjang	HP.3 Pelayanan Rawat Jangka Lama		

Uraian lebih lengkap tentang Rincian Klasifikasi pada Dimensi PHA/DHA tersedia pada **Lampiran II.1-II.8.**

2.4. Indikator Perhitungan Agregat Akun Kesehatan

Dalam perhitungan agregat belanja kesehatan, terdapat tiga terminologi umum dalam akun kesehatan (OECD, Eurostat, WHO, 2011), yaitu:

1. *Current Health Expenditure* (CHE)

CHE merupakan belanja kesehatan yang hanya menghitung pengeluaran konsumsi kesehatan selama satu tahun periode pencatatan akuntansi. Perhitungan CHE mencakup seluruh dimensi klasifikasi fungsi layanan kesehatan yang memiliki tujuan utama dalam meningkatkan, memelihara, dan mencegah terjadinya kondisi yang akan memperburuk status kesehatan seseorang melalui penerapan ilmu kesehatan yang berkualitas.

2. *Capital Health Expenditure* (HK)

Belanja modal kesehatan merupakan total belanja modal/investasi terkait layanan kesehatan yang dapat dikonsumsi lebih dari satu tahun periode akuntansi. Komponen belanja yang masuk ke belanja modal kesehatan adalah *gross fixed capital formation* yang terdiri dari belanja aset tetap, seperti infrastruktur, peralatan dan mesin (alat medis, kendaraan, teknologi informasi dan komputer, dsb), serta pengembangan *software*.

Selain itu, penelitian dan pengembangan kesehatan juga masuk ke akun modal yang pencatatannya terpisah dengan belanja aset tetap dan dikategorikan sebagai Pokok-pokok memorandum (*memorandum items*) pada akun belanja modal. Adapun penelitian dan pengembangan kesehatan yang dimaksud adalah penelitian yang memiliki tujuan dalam inovasi pengembangan kesehatan, misalnya penelitian terkait pengembangan informasi medis, pengobatan dan farmakologi, ataupun penelitian yang berhubungan dengan epidemiologi dan pencegahan penyakit. Pendidikan dan pelatihan kesehatan yang bertujuan dalam meningkatkan kualitas SDM kesehatan juga dihitung pada komponen akun modal, misalnya biaya tugas belajar bagi dokter spesialis dan SDM Kesehatan lainnya.

3. *Total Health Expenditure* (THE) atau Total Belanja Kesehatan (TBK)

THE atau TBK merupakan hasil perhitungan terhadap keseluruhan konsumsi final belanja kesehatan pada seluruh fungsi layanan kesehatan dan belanja modal/investasi. Adapun beberapa komponen indikator perhitungan agregat belanja kesehatan yang saat ini terdapat dalam *Global Health Expenditure Database WHO* (WHO, 2020; WHO, 2019) adalah sebagai berikut.

1. *Current Health Expenditure* (CHE) as % *Gross Domestic Product* (GDP)

Indikator ini menghitung konsumsi belanja kesehatan dalam periode satu tahun (tidak termasuk belanja modal) terhadap GDP. Hal tersebut dapat memberikan gambaran secara makro

Perhitungan CHE mencakup seluruh dimensi klasifikasi fungsi layanan kesehatan yang memiliki tujuan utama dalam meningkatkan, memelihara, dan mencegah terjadinya kondisi yang akan memperburuk status kesehatan seseorang melalui penerapan ilmu kesehatan yang berkualitas.

dari belanja kesehatan saat ini (di luar belanja modal investasi) terhadap perkembangan aktivitas ekonomi di suatu negara

2. *Current Health Expenditure (CHE) Per Capita in US\$*

Indikator ini dihitung dengan cara konsumsi belanja kesehatan dalam periode satu tahun (tidak termasuk belanja modal) dibagi dengan jumlah penduduk dengan satuan hasil dalam bentuk US\$. Angka per kapita tersebut merupakan ukuran indikator ekonomi terhadap jumlah penduduk.

3. *Current Health Expenditure (CHE) Per Capita in PPP*

Indikator ini dihitung dengan cara konsumsi belanja kesehatan dalam periode satu tahun (tidak termasuk belanja modal) dibagi dengan jumlah penduduk dengan satuan hasil dalam bentuk *Purchasing Power Parity (PPP)* atau Paritas Daya Beli. Perhitungan dengan satuan hasil PPP ini dapat mengendalikan tingkat harga yang berbeda pada tiap negara sehingga suatu produk yang identik memiliki harga yang sama antarnegara (World Bank, 2020). Selain itu, pengukuran dalam bentuk PPP juga dapat dijadikan perbandingan antarnegara

4. *Capital Health Expenditure (HK) as % Gross Domestic Product (GDP)*

Proporsi tersebut menggambarkan belanja modal/investasi terhadap perkembangan aktivitas ekonomi di suatu negara. Adapun perhitungan indikator ini dilakukan dengan cara menghitung belanja modal/investasi untuk kesehatan yang dapat dikonsumsi lebih dari satu tahun periode akuntansi terhadap GDP.

5. *Total Health Expenditure (THE) as % of Gross Domestic Product (GDP)*

Indikator ini menghitung keseluruhan total belanja kesehatan (baik CHE maupun belanja modal/investasi) terhadap GDP. Proporsi tersebut dapat memberikan informasi mengenai total belanja kesehatan terhadap perkembangan aktivitas ekonomi di suatu negara.

2.5. Praktik Perhitungan Akun Kesehatan di Indonesia

Undang-Undang No. 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara menjelaskan bahwa baik belanja negara maupun belanja daerah dirinci menurut fungsinya.

Undang-Undang No. 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara menjelaskan bahwa baik belanja negara maupun belanja daerah dirinci menurut fungsinya. Rincian tersebut terdiri dari 11 poin: (1) pelayanan umum, (2) pertahanan, (3) ketertiban dan keamanan, (4) ekonomi, (5) lingkungan hidup, (6) perumahan dan fasilitas umum, (7) kesehatan, (8) pariwisata dan budaya, (9) agama, (10) pendidikan, dan (11) perlindungan sosial (Sekretariat Negara, 2003). Klasifikasi belanja negara menurut fungsi secara resmi dijelaskan dalam Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia No. 102/PMK.02/2018 tentang Klasifikasi Anggaran.

Penyusunan belanja Pemerintah Pusat menurut klasifikasi fungsi bertujuan untuk mengetahui dan menganalisis terkait penyerapan alokasi anggaran dari tiap klasifikasi fungsi yang telah disusun. Selain itu, klasifikasi belanja negara berdasarkan fungsi juga dapat dijadikan sebagai bahan perbandingan terhadap negara lain karena klasifikasi menurut fungsi yang diterapkan di Indonesia merujuk pada *Classification of the Functions of Government (COFOG)* yang disusun oleh *United Nations Development Programme (UNDP)* dan diadopsi oleh *Government Finance Statistics (GFS) Manual 2001-International Monetary Fund (IMF)* (Kementerian Keuangan, 2018).

Klasifikasi belanja negara berdasarkan fungsi juga dapat dijadikan sebagai bahan perbandingan terhadap negara lain.

Komponen subfungsi dari fungsi Kesehatan (Fungsi 07) adalah sebagai berikut (Kementerian Keuangan, 2018).

1. Obat dan Peralatan Kesehatan (07.01). Subfungsi ini terdiri dari kegiatan yang meliputi:
 - a. Kegiatan penyediaan obat-obatan, peralatan medis, peralatan terapi medis, dan prostesis.
 - b. Kegiatan administrasi, operasional, ataupun dukungan untuk penyediaan obat-obatan, peralatan medis, peralatan terapi medis, dan prostesis.
 - c. Kegiatan perbaikan peralatan terapi medis.
 - d. kegiatan sewa peralatan terapi medis (07.02) tidak termasuk.
2. Pelayanan Kesehatan Perorangan (07.02). Subfungsi ini terdiri dari kegiatan yang meliputi:
 - a. Kegiatan penyediaan pelayanan medis umum, pelayanan medis khusus, pelayanan gigi, pelayanan paramedis, dan prostesis.
 - b. Kegiatan administrasi, inspeksi, operasional atau dukungan untuk penyediaan medis umum, pelayanan medis khusus, pelayanan gigi, pelayanan paramedis, dan prostesis.
 - c. Kegiatan penyediaan pelayanan rumah sakit umum, rumah sakit khusus, rumah sakit ibu anak, dan kebidanan.
 - d. Kegiatan administrasi, inspeksi, operasional atau dukungan untuk penyediaan pelayanan rumah sakit umum, rumah sakit ibu anak, dan kebidanan.
 - e. Kegiatan pelayanan spesialis ortodensi, pemeriksaan gigi, penyewaan peralatan terapi medis, dan kegiatan oleh lembaga pelayanan manula dengan pengawasan medis dan pusat pelayanan medis yang bertujuan untuk menyembuhkan pasien.
 - f. Alat kedokteran gigi (07.01), laboratorium pemeriksaan kesehatan, dan sinar-X (07.03) tidak termasuk.
3. Pelayanan Kesehatan Masyarakat (07.03). Subfungsi ini terdiri dari kegiatan yang meliputi:
 - a. Kegiatan penyediaan pelayanan kesehatan masyarakat.
 - b. Kegiatan administrasi, pemeriksaan, operasional atau dukungan untuk pelayanan kesehatan masyarakat.

- c. Kegiatan penyusunan dan penyebaran informasi berkenaan kesehatan masyarakat.
 - d. Pelayanan kesehatan untuk kelompok tertentu (rehabilitasi, pelayanan kesehatan yang tidak berhubungan dengan rumah sakit, klinik, dan laboratorium kesehatan masyarakat.
 - e. Laboratorium analisis medis (07.02), rumah sakit militer lapangan (02.01), institusi untuk orang cacat (11.01), dan institusi untuk manula (11.02) tidak termasuk.
4. Keluarga Berencana (07.04). Subfungsi ini terdiri dari kegiatan yang meliputi:
- a. Kegiatan administrasi, operasional, ataupun dukungan untuk kegiatan-kegiatan yang berhubungan dengan kebijakan perencanaan, program, dan anggaran keluarga berencana.
 - b. Kegiatan penyiapan dan penegakan peraturan dan standardisasi kesehatan, penyusunan dan penyebaran informasi, dokumen, dan statistik mengenai Keluarga Berencana.
5. Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (07.05). Subfungsi ini terdiri dari kegiatan yang meliputi:
- a. Kegiatan administrasi dan operasional dari lembaga pemerintah yang melakukan penelitian terapan dan pengembangan yang berhubungan dengan kesehatan.
 - b. Pemberian hibah atau insentif untuk mendukung penelitian terapan dan pengembangan yang berhubungan dengan kesehatan yang dilaksanakan oleh lembaga nonpemerintah seperti lembaga penelitian dan perguruan tinggi swasta.
 - c. Kegiatan penelitian dasar dan pengembangan IPTEK (01.04) tidak termasuk.
6. Kesehatan Lainnya (07.90). Subfungsi ini terdiri dari kegiatan yang meliputi:
- a. Kegiatan administrasi, operasional, ataupun dukungan untuk kegiatan yang berhubungan dengan kebijakan, perencanaan program dan anggaran kesehatan, penyiapan dan penegakan peraturan dan standardisasi kesehatan, penyusunan dan penyebaran informasi, dokumen, dan statistik mengenai kesehatan;
 - b. Kegiatan kesehatan lainnya yang tidak terklasifikasi dalam 07.01 sampai dengan 07.05.

Pada tingkat daerah sesuai dengan asas dan prinsip desentralisasi, pemerintah daerah memiliki kewenangan dalam mengatur daerahnya sendiri.

Pada tingkat daerah sesuai dengan asas dan prinsip desentralisasi pemerintah daerah memiliki kewenangan dalam mengatur daerahnya sendiri. Urusan pemerintahan daerah dijelaskan dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah dengan bidang kesehatan menjadi urusan pemerintahan yang bersifat wajib dan berkaitan dengan pelayanan dasar (Sekretariat Negara RI, 2014). Selain itu, juga terdapat Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan

Daerah yang merupakan turunan dari Undang-Undang yang mengatur secara rinci tentang mekanisme pengelolaan keuangan di tingkat subnasional. Dalam peraturan pemerintah tersebut dijelaskan belanja daerah secara rinci yang mencakup urusan pemerintah daerah, organisasi, program, kegiatan, jenis, objek, dan rincian objek belanja daerah. Urusan pemerintahan daerah yang ada akan diselaraskan dan dipadukan dengan belanja negara yang diklasifikasikan menurut fungsi (Sekretariat Negara RI, 2019).

Selanjutnya, regulasi terkait penjelasan komponen program dan kegiatan pada urusan kesehatan di daerah, baik pada pemerintah provinsi maupun pemerintah kabupaten atau kota, diatur dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 90 Tahun 2019 tentang Klasifikasi, Kodefikasi, dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan dan Keuangan Daerah. Ketiga hal tersebut disusun dalam rangka menyelaraskan dan memadukan urusan pemerintahan daerah beserta unsur lainnya dengan belanja negara yang diklasifikasikan menurut fungsi. Sebagai contoh, fungsi kesehatan pada urusan pemerintah daerah terdiri atas urusan kesehatan serta pengendalian penduduk dan Keluarga Berencana (Kementerian Dalam Negeri, 2019).

Amanat Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa besaran anggaran kesehatan pusat dan daerah diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik. Adapun pelayanan publik yang dimaksud adalah pelayanan kesehatan baik pelayanan preventif, pelayanan promotif, pelayanan kuratif, maupun pelayanan rehabilitatif yang dibutuhkan masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatannya. Pelayanan publik tersebut dilakukan secara efisien dan efektif dengan mengutamakan pelayanan preventif dan pelayanan promotif dengan besaran sekurang-kurangnya 2/3 dari APBN dan APBD (Sekretariat Negara RI, 2009).

Amanat Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa besaran anggaran kesehatan pusat dan daerah diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik.

Regulasi UU tentang kesehatan juga mengamanahkan besaran minimal anggaran yang harus dialokasikan, baik oleh Pemerintah Pusat (sumber APBN) maupun Pemerintah Daerah (sumber APBD). Namun demikian, regulasi ini hanya menyebutkan besaran minimal pada alokasi anggaran kesehatan, bukan besaran minimal pada belanja kesehatan.

Undang-Undang 36 Tahun 2009 menyebutkan bahwa besaran anggaran kesehatan dialokasikan sebesar 5% yang bersumber dari APBN dan 10% dari APBD (di luar gaji) (Sekretariat Negara RI, 2009). Sementara itu, dalam pembahasan analisis postur anggaran kesehatan pusat yang dilakukan oleh Kementerian PPN/Bappenas menyebutkan bahwa saat ini komponen gaji masih masuk ke porsi perhitungan 5% APBN pada alokasi anggaran kesehatan (Kementerian PPN/Bappenas, 2020). Selanjutnya, buku Bedah Anggaran Kesehatan juga menjelaskan bahwa setelah dilakukan *Focus Group Discussion* (FGD) antara Kementerian

PPN/Bappenas dan para pemangku kebijakan, komponen gaji kesehatan masih dipertimbangkan untuk dapat dihitung dalam anggaran dan operasional yang mendukung berjalannya hal administratif kegiatan terkait kesehatan (Kementerian sub fungsi dan Hasil studi tersebut sejalan dengan penjelasan dalam Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 102/PMK.02/2018 tentang Klasifikasi Anggaran yang menyebutkan bahwa kegiatan administrasi, operasional, ataupun dukungan untuk kegiatan yang berhubungan dengan kebijakan, perencanaan, program dan anggaran kesehatan, penyiapan dan penegakan peraturan dan standardisasi kesehatan, penyusunan dan penyebaran informasi dokumen, dan statistik mengenai kesehatan dihitung sebagai anggaran kesehatan.

Komponen alokasi anggaran kesehatan yang dijabarkan dalam nota keuangan yang dipublikasikan oleh Kementerian Keuangan tiap tahunnya, meliputi (Kementerian Keuangan, 2019):

1. Anggaran kesehatan pada Pemerintah Pusat
 - a. Anggaran kesehatan pada Kementerian/Lembaga Negara (K/L)
 - Kementerian Kesehatan
 - BPOM
 - BKKBN
 - Rumah sakit yang berada di bawah Kementerian Pertahanan (Kementerian PPN/Bappenas. 2020).
 - Rumah sakit yang berada di bawah Polri
 - b. Anggaran kesehatan pada non-K/L (Bagian Anggaran Bendahara Umum Negara/BA BUN)
Pemanfaatan anggaran BA BUN mencakup pembayaran iuran program JKN bagi pegawai pemerintah dan cadangan untuk anggaran kesehatan yang tidak terduga, misalnya untuk penanggulangan bencana dan kemungkinan terjadi defisit program JKN (Kementerian PPN/Bappenas. 2020; Kementerian Keuangan, 2017; Kementerian Keuangan. 2018).
2. Anggaran kesehatan melalui transfer ke daerah dan dana desa.
 - a. DAK Fisik yang terdiri dari DAK Kesehatan dan Keluarga Berencana
 - b. DAK Non-fisik.
 - c. Perkiraan anggaran kesehatan dari dana otonomi khusus Papua

Selain alokasi anggaran kesehatan yang dijabarkan dalam nota keuangan di atas, terdapat alokasi anggaran terkait kesehatan di K/L lain yang belum diperhitungkan pada komponen anggaran kesehatan pemerintah pusat.

Selain alokasi anggaran kesehatan yang dijabarkan dalam nota keuangan di atas, terdapat alokasi anggaran terkait kesehatan di K/L lain yang belum diperhitungkan pada komponen anggaran kesehatan pemerintah pusat, misalnya Kemenpora yang memiliki RS Olahraga Nasional dan Kemkumham yang memiliki RS Pengayoman (Kementerian PPN/Bappenas. 2020). Mel...

pendekatan NHA, anggaran kesehatan tersebut baik secara alokasi maupun realisasi dapat ditelusuri dan diperhitungkan sehingga dapat memberikan potret belanja kesehatan di pemerintah pusat secara utuh.

Pada anggaran kesehatan di daerah, terdapat variasi Organisasi Perangkat Daerah yang terhitung dalam komponen anggaran kesehatan, terutama OPD lain di luar Dinas Kesehatan dan RSUD (Kementerian PPN/Bappenas, 2020). Buku Bedah Anggaran Kesehatan pada bab "Analisis Postur Anggaran Kesehatan Daerah" mengatakan bahwa ada daerah yang hanya menghitung Dinas Kesehatan dan RSUD dalam perhitungan anggaran kesehatan, sementara daerah lainnya menghitung Dinas Kesehatan, RSUD, serta Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Desa Pengendalian Penduduk, dan Keluarga Berencana. Daerah lainnya menghitung anggaran kesehatan OPD yang terdiri dari Dinas Kesehatan, RSUD, dan Dinas Pekerjaan Umum Perumahan dan Kawasan Permukiman (PUPKP); Dinas PUPKP memiliki anggaran pembangunan Kantor UPT Laboratorium Kesehatan Lingkungan.

2.6. Praktik Perhitungan Akun Kesehatan di Negara Lain

Beberapa negara lain menggunakan enam praktik

1. Penggunaan Metode SHA-11

Berdasarkan data yang tersedia pada *Global Health Expenditure Database* yang dikembangkan oleh WHO, saat ini ada 190 negara yang sudah mengadopsi metode perhitungan belanja kesehatan dengan menggunakan SHA-11 (WHO, 2020). Indonesia telah berkomitmen untuk mengimplementasikan metode SHA-11 sejak produksi NHA tahun anggaran 2014. Tahun sebelumnya masih menggunakan metode SHA 1.0 (PPJK Kementerian Kesehatan, 2016). Inggris juga mulai menggunakan kerangka SHA-11 pada perhitungan belanja kesehatan 2014 (*Office for National Statistics*, 2016). India dalam laporan NHA 2015/16 menjelaskan bahwa perbaikan dalam rangka transisi metode dari SHA 1.0 ke SHA-11 dimulai dari estimasi NHA 2013/14, 2014/15, dan 2015/16 (*National Health Systems Resource Centre*, 2018). Sementara itu, estimasi perhitungan belanja kesehatan Sri Lanka mulai mengadopsi metode SHA-11 pada produksi NHA 2013 (*Health Economics Cell*, 2016).

Berdasarkan data yang tersedia pada *Global Health Expenditure Database* yang dikembangkan oleh WHO, saat ini ada 190 negara yang sudah mengadopsi metode perhitungan belanja kesehatan dengan menggunakan SHA-11.

2. Agregat NHA

Dalam SHA-11 dijelaskan bahwa terdapat dua komponen data agregat, yaitu CHE dan belanja kapital/investasi (OECD, Eurostat, WHO, 2011). Beberapa negara seperti Inggris, India, dan Sri Lanka sudah menggunakan dua komponen agregat tersebut dalam laporan NHA. Sementara itu, Indonesia memiliki tiga komponen agregat yang terdiri dari CHE, belanja kapital/investasi, dan THE. Adapun CHE dan belanja kapital/investasi dilaporkan

kepada WHO setiap tahunnya untuk kepentingan internasional sementara THE digunakan untuk kepentingan nasional pada kegiatan diseminasi ke berbagai pemangku kebijakan (ppjk Kementerian Kesehatan, 2019). Hal tersebut juga dilakukan pada Malaysia yang juga memiliki dua kerangka akun kesehatan oleh *Malaysia National Health Accounts* (MNHA) dan SHA-11. Malaysia menggunakan komponen THE dalam MNHA untuk kepentingan nasional. Sementara itu, untuk kepentingan internasional Malaysia memisahkan komponen CHE dan belanja kapital investasi sesuai dengan kerangka SHA-11 (Seksyen MNHA, 2019).

3. Perhitungan CHE

Pada komponen perhitungan agregat CHE, beberapa negara seperti Inggris, India, Sri Lanka, Malaysia, dan Indonesia memiliki kerangka pikir yang sama dengan SHA-11. Agregat CHE hanya menghitung belanja konsumsi kesehatan pada seluruh dimensi klasifikasi fungsi selama periode satu tahun yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan baik individu maupun kelompok. Komponen dimensi fungsi yang dihitung maupun agregat CHE terdiri dari layanan kuratif, rehabilitatif, perawatan kesehatan jangka panjang, layanan penunjang, perawatatan, layanan preventif, serta tata kelola administrasi sistem kesehatan dan pembiayaan kesehatan (OECD, Eurostat, WHO., 2011).

4. Belanja Modal/Investasi

Akun belanja ini mencakup pembentukan modal tetap bruto yang meliputi belanja infrastruktur dan non-infrastruktur (peralatan dan mesin). Selain itu, terdapat belanja investasi lainnya, seperti penelitian dan pengembangan kesehatan serta pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan yang dicatat terpisah sebagai pokok-pokok memorandum pada akun belanja modal. Pencatatan belanja investasi dalam penyusunan akun kesehatan antar negara cenderung bervariasi. Pencatatan akun kesehatan untuk pembentukan modal tetap bruto di negara Inggris (Office for National Statistics, 2016) dan Sri Lanka (*Health Economics Centre Ministry of Health, Nutrition & Indigenous Medicine* Sri Lanka, 2016). hanya memperhitungkan biaya depresiasi dari aset tetap selama masa guna atau perkiraan umur ekonomis dari suatu aset. Ini berarti pencatatan hanya sebatas untuk konsumsi aset, tetapi tidak termasuk pengeluaran untuk pengadaan aset. Pencatatan aset akun kesehatan di India (*National Health Systems Resource Centre*, 2018). juga mencakup pengeluaran atau belanja untuk pengadaan aset tetap, seperti renovasi dan perluasan bangunan pembelian kendaraan, mesin dan peralatan medis, tetapi tidak memperhitungkan sejumlah kecil biaya pemeliharaan dari aset tersebut. Akun kesehatan Malaysia juga mencatat belanja untuk pengadaan aset (*Ministry of Health Malaysia*, 2015).

5. Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan

Berkaitan dengan pencatatan pokok-pokok memorandum pada belanja investasi, penyusunan akun kesehatan di Inggris hanya mencatat pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan rutin

Terdapat belanja investasi lainnya, seperti penelitian dan pengembangan kesehatan serta pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan yang dicatat terpisah sebagai pokok-pokok memorandum pada akun belanja modal.

tetapi tidak mencatat belanja terkait pendidikan dan pelatihan jangka panjang, misalnya belanja untuk tugas belajar bagi tenaga kesehatan. Belanja untuk pelatihan petugas kesehatan masyarakat, bidan, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya yang dikategorikan sebagai pengeluaran berulang (*recurrent expenditure*) pada laporan keuangan Kementerian Kesehatan Sri Lanka dicatat dalam akun kesehatan sebagai pokok-pokok memorandum. Akun kesehatan India mencatat pendidikan kedokteran dan pelatihan pra-kerja bagi tenaga kesehatan. Indonesia dan Malaysia juga melakukan pencatatan terhadap seluruh belanja yang berkaitan dengan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan.

6. Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Selain belanja pendidikan dan pelatihan, terdapat juga belanja penelitian dan pengembangan kesehatan yang dicatat sebagai pokok-pokok memorandum dalam akun belanja modal, seperti yang dilakukan oleh India dan Malaysia. Sementara itu, akun kesehatan di Inggris dan Sri Lanka tidak memperhitungkan belanja tersebut. Tabel 2.2. menyajikan perbandingan praktik perhitungan akun kesehatan di lima negara.

Rincian	Negara				
	Indonesia	Inggris	Sri Lanka	India	Malaysia
Penggunaan Metode SHA-II	√	√	√	√	√
Penggunaan Agregat THE (dalam Konteks Nasional)	√	-	-	-	√
Penggunaan Agregat CHE dan HK (dalam Konteks Internasional)	√	√	√	√	√
Perhitungan CHE (Seluruh Klasifikasi Fungsi Layanan)	√	√	√	√	√
Perhitungan Belanja Modal	√	√	√	√	√
Perhitungan Belanja Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan	√	-	-	√	√
Perhitungan Belanja Penelitian dan Pengembangan Kesehatan	√	-	-	√	√

Tabel 2.2. Praktik Perhitungan Akun Kesehatan di Beberapa Negara

PPJK Kementerian Kesehatan. 2019. National Health Accounts (NHA) Indonesia Tahun 2017: Laporan Akhir.

Office for National Statistics. 2016. Introduction to Health Accounts. Government of United Kingdom. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/bulletins/ukhealthaccounts/2018>.

Office for National Statistics. 2016. UK Health Accounts: Methodological Guidance. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/health-are/systems/methodologies/ukhealthaccounts/methodologicalguidance>

Health Economics Cell, Ministry of Health, Nutrition & Indigenous Medicine Sri Lanka. (2016). Sri Lanka National Health Accounts 2013. The Ministry of Health, Sri Lanka, Colombo. http://www.health.gov.lk/moh_final/english/public/eif/index/files/publications/NHA/Sri%20Lanka%20National%20Health%20Accounts%202013.pdf

National Health Systems Resource Centre. 2018. National Health Accounts Estimates for India (2015-16). New Delhi, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. https://na-hs.org/sites/default/files/NHA_Estimates_Report_2015-16_0.pdf

Ministry of Health Malaysia. 2015. Malaysia National Health Accounts: Health Expenditure Report 1997-2013.

Seksyen Malaysia National Health Accounts (MNHA), Bahagian Perancangan, Jawangan, Perancangan Pembayaan, Informatik & Akaun Kesihatan. (2019). MESYUARAT JAWATANKA Pemandu MNHA 2019. Kementerian Kesihatan Malaysia. [https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Penerbitan%20Utama/MNHA/Slaid_Pembentangan_Mesyuarat_Jawatankuasa_Pemandu_MNHA_2019_\(14_Nov_2019\)_MNHA_National_Health_Expenditure_Report_1997-2018.pdf](https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Penerbitan%20Utama/MNHA/Slaid_Pembentangan_Mesyuarat_Jawatankuasa_Pemandu_MNHA_2019_(14_Nov_2019)_MNHA_National_Health_Expenditure_Report_1997-2018.pdf)

Daftar Pustaka

Health Economics Cell, Ministry of Health, Nutrition & Indigenous Medicine Sri Lanka. (2016). Sri Lanka National Health Accounts 2013. The Ministry of Health, Sri Lanka, Colombo. http://www.health.gov.lk/moh_final/english/public/eif/index/files/publications/NHA/Sri%20Lanka%20National%20Health%20Accounts%202013.pdf

Kementerian Dalam Negeri. (2019). Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 90 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi, Kodefikasi, dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan dan Keuangan Daerah. Jakarta: Kementerian Dalam Negeri.

Kementerian Keuangan. (2018). Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 102/PMK.02/2018 Tentang Klasifikasi Anggaran. Jakarta: Kementerian Keuangan

Kementerian Keuangan. (2017). Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 208/PMK.02/2017 Tentang Tata Cara Penggunaan dan Pergeseran Anggaran pada Bagian Anggaran Bendahara Umum Negara Pengelolaan Belanja Lainnya (BA 999.08). Jakarta: Kementerian Keuangan

Kementerian Keuangan. (2018). Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 105 /PMK.02/2018 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 208/PMK.02/2017 Tentang Tata Cara Penggunaan dan Pergeseran Anggaran pada Bagian Anggaran Bendahara Umum Negara Pengelolaan Belanja Lainnya (BA 999.08) Jakarta: Kementerian Keuangan

Kementerian Keuangan. (2019). Buku II: Nota Keuangan beserta Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2019. Jakarta: Kementerian Keuangan. (available in <https://www.kemenkeu.go.id/media/11212/nota-keuangan-beserta-apbn-ta-2019.pdf>)

Kementerian PPN/Bappenas. (2020). Bedah Anggaran Kesehatan. Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kedeputusan Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan, Kementerian PPN/Bappenas.

Ministry of Health Malaysia. (2015). Malaysia National Health Accounts: Health Expenditure Report 1997-2013.

National Health Systems Resource Centre (2018). National Health Accounts Estimates for India (2015-16). New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. https://main.mohfw.gov.in/sites/default/files/NHA_Estimates_Report_2015-16_0.pdf

OECD, Eurostat, WHO. (2011). A System of Health Accounts, Revised Edition 2016. OECD Publishing. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787>. <https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/55060821/en>.

Office for National Statistics. (2016a). Introduction to Health Accounts. Government of United Kingdom. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/bulletins/ukhealthaccounts/2018>.

Office for National Statistics. (2016b). UK Health Accounts: Methodological Guidance. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/methodologies/ukhealthaccountsmethodologicalguidance>

PPJK Kementerian Kesehatan RI, Australian Aid, PKEKK FKM UI. (2016). Modul dan Pedoman Pelatihan Provincial Health Account Parcial (PHAp).

PPJK Kementerian Kesehatan RI, Australian Aid, & PKEKK FKM UI. Pedoman dan Modul Pelatihan District Health Account (DHA) untuk Tingkat Kabupaten/Kota, Edisi 4 Disesuaikan dengan Modul Provincial Health Account (PHA).

PPJK Kementerian Kesehatan. (2016). Indonesia National Health Accounts 2014: Final Report.

PPJK Kementerian Kesehatan. (2019). National Health Accounts (NHA) Indonesia Tahun 2017: Laporan Akhir.

Republik Indonesia. (2003). Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara. Jakarta: Sekretariat Negara

Republik Indonesia. (2009). Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Jakarta: Sekretariat Negara.

Republik Indonesia. (2009). Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Jakarta: Sekretariat Negara.

Republik Indonesia. (2014). Undang-Undang Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Jakarta: Sekretariat Negara.

Republik Indonesia. (2019). Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah. Jakarta: Sekretariat Negara.

Seksyen Malaysia National Health Accounts (MNHA), Bahagian Perancangan Cawangan Perancangan Pembiayaan, Informatik & Akaun Kesihatan. (2019). MESYUARAT JAWATANKUASA PEMANDU MNHA 2019. Kementerian Kesihatan Malaysia. [https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Penerbitan%20Utama/MNHA/Slaid_Pembentangan_Mesyuarat_Jawatankuasa_Pemandu_MNHA_2019_\(14_Nov_2019\)_-_MNHA_National_Health_Expenditure_Report_1997-2018.pdf](https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Penerbitan%20Utama/MNHA/Slaid_Pembentangan_Mesyuarat_Jawatankuasa_Pemandu_MNHA_2019_(14_Nov_2019)_-_MNHA_National_Health_Expenditure_Report_1997-2018.pdf)

WHO. (2019). Health Expenditure Indicators for WHO December 2019 publication. Jenewa: WHO Publishing. 2020. <https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/58280601/en>

WHO. Global Health Expenditure Database. <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

World Bank. (2020). Purchasing Power Parities and the Size of World Economies: Results from the 2017 International Comparison Program. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/336>



Manfaat Akun Kesehatan

Prastuti Soewondo, Euis Ratna Sari, & Hanifah Hasnur



3.1. Pengantar

Penelusuran belanja kesehatan menggunakan pendekatan akun kesehatan lazim dilakukan di berbagai negara di dunia. Indonesia pun sudah mengimplementasikan pendekatan yang sama dengan berpedoman pada *System of Health Accounts (SHA)*. Penelusuran belanja kesehatan menggunakan pendekatan akun kesehatan menjadi penting dilakukan karena beberapa pertimbangan berikut ini:

1. Kelangkaan sumber daya keuangan dalam membiayai program-program kesehatan sehingga perlu mengidentifikasi pembiayaan program prioritas.
2. Evaluasi terhadap biaya atau belanja yang dikeluarkan agar dapat melakukan upaya perbaikan perencanaan program untuk tahun berikutnya.
3. Penelusuran belanja kesehatan komprehensif akan membantu pengidentifikasian pembiayaan belanja kesehatan yang tersebar di berbagai lembaga untuk menghindari tumpang-tindih peruntukan belanja yang sama dari instansi yang berbeda.

Indonesia pun sudah mengimplementasikan pendekatan yang sama dengan berpedoman pada *System of Health Accounts (SHA)*.

3.2. Manfaat Akun Kesehatan dalam Konteks Internasional

Metode penelusuran belanja kesehatan dalam SHA dapat membantu melihat pola belanja kesehatan di berbagai negara.

Data pola belanja kesehatan di berbagai negara dapat diakses dalam *Global Health Expenditure* yang dapat diakses melalui website WHO. Data tersebut diperoleh dari berbagai negara yang telah berkomitmen untuk melakukan penelusuran data belanja kesehatan dan melaporkannya secara rutin setiap tahun kepada WHO, termasuk data belanja kesehatan Indonesia yang di erapukan oleh Pusat Pembiayaan Jaminan Kesehatan (PPJK) Kementerian Kesehatan dan hasil estimasi yang dilakukan oleh WHO apabila suatu negara belum dapat melaporkan belanja kesehatannya.

Terdapat indikator kunci dalam jendela pembiayaan yang dijadikan perbandingan antarnegara yang telah ditetapkan oleh WHO, yaitu proporsi total belanja kesehatan terhadap PDB, total belanja kesehatan per kapita, proporsi skema pembiayaan publik dan swasta, dan sebagainya (lihat Gambar 3.1).

Gambar 3.1.
Indikator NHA dalam Global Health Expenditure Database

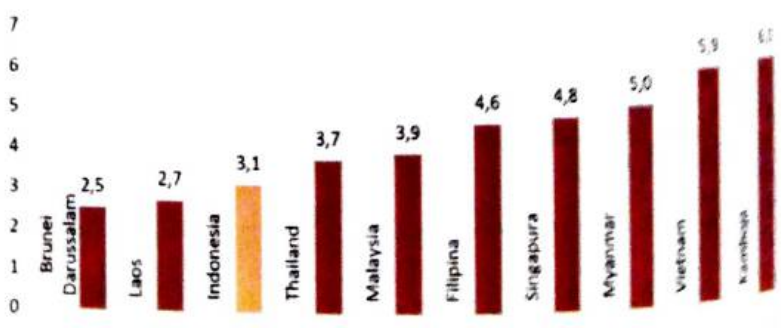


WHO (2020) Global Health Expenditure Database https://apps.who.int/nha/database/country_profile/index/en

KEMENKES RI

Sebagai contoh, pada Gambar 3.2 terlihat proporsi THE terhadap PDB Indonesia masih sekitar 3,1% yang mengindikasikan belanja kesehatan relatif rendah dan hanya lebih tinggi sedikit di atas Laos dan Brunei (PPJK Kementerian Kesehatan, 2020). Adapun beberapa indikator ditampilkan pada Gambar 3.1.

Gambar 3.2.
Proporsi Belanja Kesehatan Terhadap PDB, 2017



WHO (2020) Global Health Expenditure Database [online] Available <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

1 <https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>

3.3. Manfaat Akun Kesehatan dalam Konteks Nasional

Di tingkat nasional, terdapat amanat Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 171 yang mengharuskan pemerintah pusat untuk mengalokasikan belanja kesehatan minimal 5% dari APBN untuk pelaksanaan pembangunan kesehatan. Mandat ini telah dijalankan oleh pemerintah Indonesia dalam empat tahun terakhir dan diharapkan dapat terus berlanjut pada tahun-tahun berikutnya. Proporsi alokasi belanja kesehatan ini merupakan data penting guna melihat komitmen pemerintah dalam pembangunan kesehatan di Indonesia.

Hasil dari penelusuran belanja kesehatan dengan pendekatan akun kesehatan juga penting untuk memotret capaian pembiayaan kesehatan yang telah dijabarkan dalam RPJMN. Dari hasil akun kesehatan dapat diperoleh potret belanja kesehatan menurut dimensi-dimensi, seperti penyedia layanan dan fungsi termasuk fungsi layanan preventif. Gambaran ini dapat digunakan untuk memastikan kegiatan yang menjadi target dan strategi RPJMN dapat tercukupi pembiayaannya.



Gambar 3.3. Renstra Kemenkes 2020-2024

PPJK Kementerian Kesehatan (2020) Laporan National Health Accounts Indonesia 2018

Selain itu, hasil NHA juga dapat menggambarkan aliran pendanaan suatu negara dalam rangka membantu monitoring kinerja sub-sistem pembiayaan kesehatan pada Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Gambar 3.3 memperlihatkan bahwa mekanisme pembiayaan kesehatan di Indonesia saat ini terfragmentasi dan sangat kompleks. Sebagai contoh, daerah memperoleh anggaran belanja kesehatan dari berbagai sumber dan mekanisme pendanaan, seperti dana dekonsentrasi dari APBN Kemenkes yang dialirkan lagi dari Kemenkes kepada Dinkes Provinsi dan Dana Alokasi Khusus (DAK) fisik dan non-fisik yang memiliki beraneka menu. Hal tersebut menyebabkan daerah kesulitan dalam mengoptimalkan penggunaan dana tersebut.

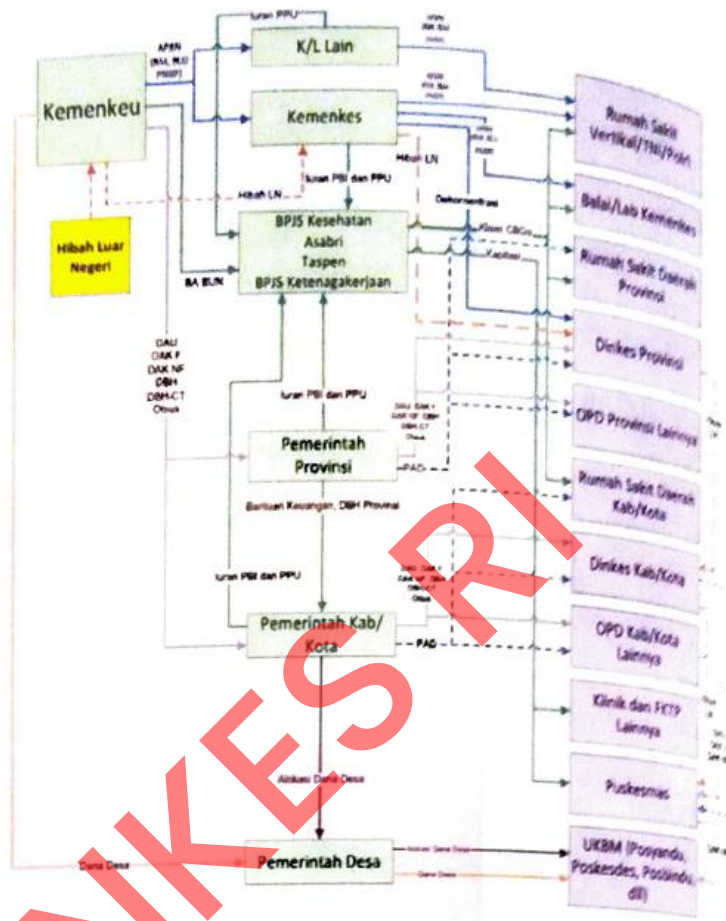
KEWASSTARAAN

- Meningkatkan kualitas standar prosedur pelayanan
- Peningkatan dan pengembangan daerah
- Peningkatan pelayanan tenaga medis dan spesialis kefarmasi yang tidak mampu dan total nasional
- Penyediaan obat, vaksin, alat kesehatan, dan suplemen kesehatan program nasional

- Pengelolaan serta pengembangan URP dan UKM tingkat Provinsi (termasuk SDM Kesehatan)
- Pembinaan dan pengawasan ke Kab/Kota
- Penerbitan izin RS kelas B dan faskes tingkat Provinsi
- Penerbitan pengakuan pedagang besar farmasi (PBF) cabang dan cabang penyuka alat kesehatan (PAK)

- Pengelolaan serta pengembangan URP dan UKM tingkat Kab/Kota (termasuk SDM Kesehatan)
- Penerbitan izin RS kelas C dan D, serta faskes kab/kota
- Penerbitan izin praktik dan izin kerja tenaga kesehatan
- Penerbitan izin terkait kesediaan farmasi, alat, dan di kab/kota

- Pembinaan kesehatan masyarakat dan pengelolaan non pelayanan terpadu

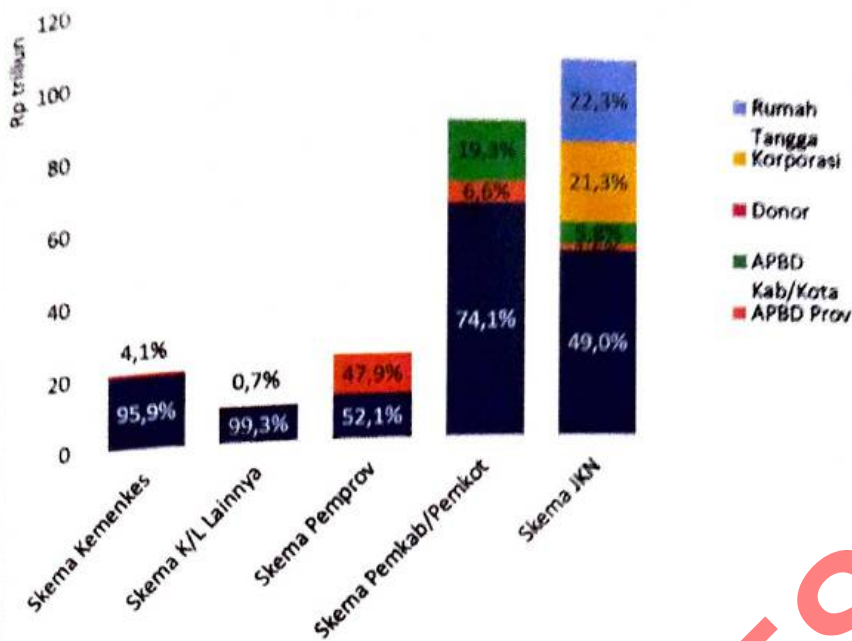


Gambar 3.4. Aliran Pendanaan Kesehatan di Indonesia

PPJK Kementerian Kesehatan (2020) Laporan National Health Accounts Indonesia 2018

Sementara di tingkat daerah, juga terdapat amanat alokasi belanja kesehatan seperti halnya di tingkat pusat. UU No. 36 Tahun 2009 Pasal 171 menyebutkan bahwa pemerintah daerah provinsi, kabupaten atau kota diharuskan untuk mengalokasikan belanja kesehatan minimal 10% dari total APBD. Selain potret alokasi anggaran tersebut, potret belanja kesehatan menurut sumber dana menjadi isu penting dalam belanja kesehatan di daerah. Salah satunya guna melihat komitmen kepala daerah dalam pembangunan kesehatan.

Peran setiap sumber pendanaan pada setiap skema pembiayaan dapat dilihat dari hasil penelusuran akun kesehatan di tingkat nasional. Hasil NHA pada 2018 menunjukkan bahwa sebagian besar belanja kesehatan pada skema pembiayaan daerah (baik provinsi maupun kabupaten/kota) masih berasal dari APBN. APBN berkontribusi sebesar 52,1% dari total belanja kesehatan pada skema pemerintah provinsi dan 74,1% dari total belanja kesehatan pemerintah kabupaten atau kota. Sementara itu, APBD bersumber PAD hanya memberikan kontribusi sekitar 47,9% dari total belanja kesehatan pada skema pemerintah provinsi dan 19,3% dari total belanja kesehatan pemerintah kabupaten/kota (Gambar 3.5).



Gambar 3.5. Skema Pembiayaan Publik Menurut Sumber Dana, 2018

PPJK Kementerian Kesehatan, 2020. Laporan Nasional Health Accounts Indonesia 2018.

Analisis belanja kesehatan di daerah juga dapat diperkaya dengan hasil DHA. Informasi belanja kesehatan menurut dimensi program pada DHA dapat memberikan gambaran total belanja kesehatan daerah untuk layanan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP), Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), dan Penguatan Sistem Kesehatan. Gambaran tersebut dapat memberikan informasi tentang bagaimana komitmen dan tanggung jawab pemerintah daerah dalam menyediakan pelayanan dasar wajib sejalan dengan penerapan desentralisasi kesehatan sesuai UU No. 23 Tahun 2014 (Republik Indonesia, 2018). Hasil DHA dari beberapa kabupaten atau kota di Indonesia menunjukkan bahwa belanja untuk program UKM masih sangat kecil dibandingkan dengan peruntukan belanja program lainnya. Belanja UKM ini kemudian dibagi lagi ke beberapa program kesehatan masyarakat, termasuk imunisasi, gizi, Keluarga Berencana (KB), malaria, tuberkulosis (TBC), HIV/AIDS, kesehatan lingkungan, dan lain sebagainya. Gambaran tersebut mengindikasikan bahwa pembiayaan program UKM masih belum tercukupi.

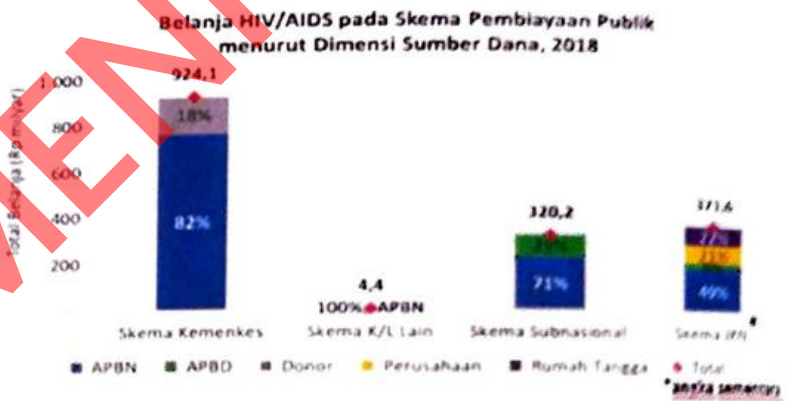
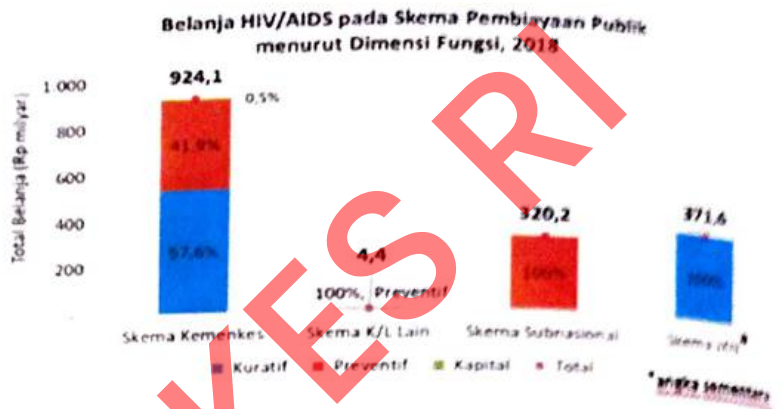
Ketidakcukupan dana untuk biaya operasional program UKM tersebut antara lain disebabkan oleh fragmentasi pendanaan kesehatan. Anggaran berasal dari berbagai sumber dan mekanisme pendanaan antar lembaga sehingga kurang sinkron dalam integrasi pelaksanaan program antarsektor, kecenderungan belanja fisik dan aset, serta mayoritas pelayanan yang diberikan adalah pelayanan yang bersifat kuratif. Dengan dilakukannya penelusuran belanja kesehatan menggunakan DHA, isu-isu tersebut dapat diidentifikasi untuk kemudian dapat dijadikan sebagai *input* dalam perbaikan oleh pemerintah daerah.

3.4. Manfaat Akun Kesehatan dalam Identifikasi Akun Jenis Penyakit

Dalam penelusuran belanja kesehatan menggunakan akun kesehatan, terdapat Akun Jenis Penyakit (*Disease Accounts*) merupakan bagian dari dimensi penerima manfaat dari dimensi inti fungsi layanan (HC) (OECD, Eurostat, WHO). Akun jenis penyakit memberikan potret belanja kesehatan menurut jenis penyakit, seperti penyakit menular, penyakit tidak menular, dan lain sebagainya.

Gambar 3.6.
Belanja Kesehatan Menurut Akun Jenis Penyakit HIV/AIDS pada Skema Pembiayaan Publik, 2018

PPJK Kementerian Kesehatan 2020 Laporan National Health Accounts Indonesia 2018



Sebagai contoh, berdasarkan hasil akun jenis penyakit dalam analisis NHA, mayoritas belanja HIV pada skema Kementerian Kesehatan sebesar 924.1 Miliar, terdiri atas kuratif untuk obat program APN sebesar 57,6%. Selebihnya digunakan dalam upaya pengendalian program HIV. Skema tersebut menurut dimensi sumber dana pada Gambar 3.6. memperlihatkan mayoritas belanja HIV yang bersumber dari APBN, kendati masih terdapat 18% yang bersumber dari donor pada skema Kementerian Kesehatan. Keberlangsungan pembiayaan program prioritas dari donor perlu menjadi perhatian. Jika dianalisis lebih lanjut dengan melihat rincian kegiatan bersumber donor, diperlukan exit strategy pendanaan Pemerintah untuk mengantisipasi keberlangsungan kegiatan tersebut untuk apabila donor tidak memberikan sumbangannya lagi ke Indonesia.

Gambaran hasil NHA menurut akun jenis penyakit dapat dimanfaatkan untuk merespons kebutuhan kebijakan dalam pembiayaan kesehatan serta analisis lanjutan menurut penyakit tertentu dan kelompok sosio-demografi (wilayah, umur, jenis kelamin, dsb). Selain itu, gambaran ini juga dapat digunakan untuk monitoring dan mengevaluasi penyediaan layanan kesehatan dan bagaimana *burden* yang sudah dikeluarkan (lebih banyak dan bagaimana untuk apa, dan siapa yang membiayai, dll). Manfaat digunakan untuk apa, dan siapa yang membiayai, dll). Manfaat selanjutnya dari produksi akun jenis penyakit adalah pemanfaatan dalam proses perencanaan sumber daya atau penganggaran yang tepat ke depannya (termasuk cakupan layanan) dengan mempertimbangkan kondisi epidemiologi penyakit, demografi, dan teknologi.

Penelusuran lebih lanjut belanja kesehatan berdasarkan penyakit atau program kesehatan tertentu sangat bermanfaat untuk menjawab pertanyaan kebijakan, seperti bagaimana pendistribusian belanja kesehatan menurut jenis penyakit, program prioritas, bagaimana sumber pendanaan, dan sebagainya. Selain itu, pemanfaatan menurut akun jenis penyakit dapat digunakan untuk menelaah konsistensi implementasi komitmen pemerintah antara perencanaan dengan anggaran dan bukti dalam evaluasi program.

Pemanfaatan menurut akun jenis penyakit dapat digunakan untuk menelaah konsistensi implementasi komitmen pemerintah antara perencanaan dengan anggaran dan bukti dalam evaluasi program.

Daftar Pustaka

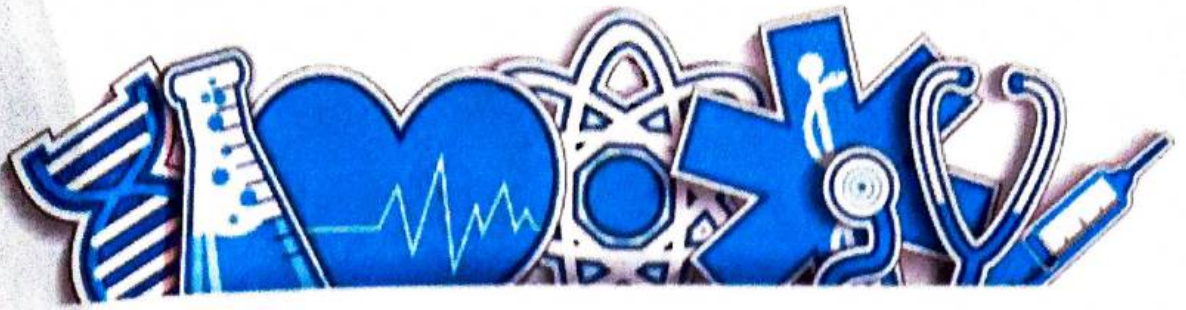
OECD, Eurostat, WHO. (2011). *A System of Health Account 2011 Edition*. Paris: OECD Publishing.

PPJK Kementerian Kesehatan. 2020. *Laporan National Health Accounts Indonesia 2018*.

Republik Indonesia. (2018). *PP No. 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal*. Jakarta.

WHO. "Global Health Expenditure Database," 2020. [Online]. Available <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.

KEMENKES RI



BAB 4

Sumber Data pada Penyusunan Akun Kesehatan Nasional

Prastuti Soewondo, Maman Saputra, & Yunita

4.1. Pengantar

Sumber data yang dapat digunakan untuk mendukung penyusunan akun kesehatan dapat diperoleh melalui pendekatan *top-down*, *bottom-up*, dan kombinasi kedua pendekatan tersebut (OECD, Eurostat, WHO, 2011). Pendekatan *top-down* digunakan ketika sebagian besar data akun kesehatan diambil langsung dari sistem pencatatan dan klasifikasi agregat pengeluaran kesehatan yang sudah ada. Pendekatan ini sering kali memerlukan sistem perkiraan dan estimasi untuk mendisagregasi agregat pengeluaran kesehatan tersebut. Sebagai contoh adalah data agregat dari akun neraca nasional.

Pendekatan *bottom-up* digunakan ketika sebagian besar informasi akun kesehatan diperoleh dari sumber data dan informasi terperinci. Sebagai contoh adalah data laporan internal dari setiap perusahaan asuransi kesehatan yang menjelaskan cakupan dan rincian klaim pelayanan pada *provider* pelayanan kesehatan yang sudah dikontrak atau bekerja sama dengan perusahaan asuransi kesehatan tersebut, data keuangan dari setiap Lembaga Non-Profit yang Melayani Rumah Tangga (LNPR) atau perusahaan swasta dan BUMN yang memuat informasi pengeluaran keuangan untuk kegiatan terkait pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh LNPR atau perusahaan tersebut.

Sumber data yang dapat digunakan untuk mendukung penyusunan akun kesehatan dapat diperoleh melalui pendekatan *top-down*, *bottom-up*, dan kombinasi kedua pendekatan tersebut.

Sementara itu, ada kombinasi yang memadukan pendekatan *top-down* dan *bottom-up*. Pengumpulan data dengan pendekatan *bottom-up* menjadi alternatif yang direkomendasikan agar memperoleh sumber-sumber data yang rinci. Di sisi lain, pendekatan *top-down* setelah agregat pengeluaran kesehatan diestimasi.

4.2. Potensial Sumber Data pada Penyusunan Akun Kesehatan

Data untuk penyusunan akun kesehatan dapat dikumpulkan dari berbagai sektor (publik dan non-publik), serta dari berbagai level (tingkat pusat sampai ke tingkat kabupaten/kota). Berikut akan dijelaskan potensial sumber data yang dapat digunakan untuk mendukung penyusunan akun kesehatan di Indonesia.

4.2.1. Sektor Publik

Data sektor publik mencakup data belanja kesehatan pada organisasi pemerintah dan pengelola asuransi kesehatan sosial. Potensial sumber data untuk penyusunan akun kesehatan pada sektor publik dapat dilihat pada Tabel 4.1.

Tabel 4.1. Potensial Sumber Data Sektor Publik pada Penyusunan Akun Kesehatan Nasional, Provinsi Parsial, dan Kabupaten atau Kota

No.	Skema Pendanaan dan Pengelola Pembiayaan	Data yang Dikumpulkan	Instansi Potensial Sumber Data	Strategi Pengumpulan Data
Akun Kesehatan Nasional				
1	Kementerian Kesehatan (Kemenkes)	Laporan Realisasi Anggaran (LRA)	Biro Keuangan (Rokeu) Kemenkes	Pengumpulan data melalui pengajuan format permintaan data
		Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian/Lembaga (RKAKL)	Biro Perencanaan (Roren) Kemenkes	Pengumpulan data melalui pengajuan format permintaan data
2	Kementerian/Lembaga (K/L) Lainnya	Laporan Realisasi Anggaran (LRA)	Sistem Informasi dan Teknologi (SITP), Direktorat Jenderal Perbendaharaan, Kementerian Keuangan (Kemenkeu)	Pengumpulan data melalui pengajuan format permintaan data
3	Subnasional (Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota)	Laporan peraturan daerah tentang pertanggungjawaban pelaksanaan APBD terdiri atas:	Kementerian Dalam Negeri (Kemendagri), Kemenkeu	Pengumpulan data melalui pengajuan format permintaan data

No.	Skema Pendanaan dan Pengelola Pembiayaan	Data yang Dikumpulkan	Instansi Potensial Sumber Data	Strategi Pengumpulan Data
		Lampiran 11 berisi ringkasan LRA menurut urusan pemerintahan daerah dan organisasi		
		Lampiran 12 berisi ringkasan LRA menurut urusan pemerintahan daerah, organisasi, pendapatan, belanja dan pembiayaan		
		Lampiran 13 berisi rekapitulasi realisasi anggaran belanja daerah menurut urusan pemerintahan daerah, organisasi, program, dan kegiatan		
		Lampiran 14 berisi rekapitulasi realisasi anggaran belanja daerah untuk keselarasan dan keterpaduan urusan pemerintahan daerah dan fungsi dalam kerangka pengelolaan keuangan negara		
		Dokumen ringkasan realisasi APBD	Situs Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan (DJPK), Kemenkeu	Pengunduhan data pada situs terkait
		Dokumen anggaran dan realisasi APBD menurut fungsi	Situs DJPK Kemenkeu	Pengunduhan data pada situs terkait
		Dokumen belanja APBD menurut Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) dan fungsi kesehatan	DJPK Kemenkeu	Pengumpulan data melalui pengajuan format permintaan data
		Hasil PHA dan DHA	Kemendes	Pengumpulan data melalui pengajuan format permintaan data
4	JKN	Ringkasan Eksekutif Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan BPJS Kesehatan	Situs Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan	Pengunduhan data pada situs terkait
		Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan	Kemendes	Pengumpulan dokumen terkait
	Akun Kesehatan Provinsi Parsial			
	Dinas Kesehatan (Dinkes) dan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Provinsi	Laporan Realisasi Anggaran (LRA)	Dinkes Provinsi, RSUD Provinsi, Badan Pendapatan, Pengelolaan Keuangan, dan Aset Daerah (BPPKAD) Provinsi	Pengumpulan dokumen terkait

No.	Skema Pendanaan dan Pengelola Pembiayaan	Data yang Dikumpulkan	Instansi Potensial Sumber Data	Strategi Pengumpulan Data
		Dokumen Pelaksanaan Perubahan Anggaran (DPPA)	Dinkes Provinsi, RSUD Provinsi, BPPKAD Provinsi	Pengumpulan dokumen terkait
2	Organisasi Perangkat Daerah (OPD) Provinsi Lainnya	Laporan Realisasi Anggaran (LRA)	OPD terkait, BPPKAD	Pengumpulan dokumen terkait
3	BPJS Kesehatan	Belanja kesehatan dan operasional program JKN di tingkat provinsi	BPJS Kesehatan	Pengumpulan dokumen terkait
4	Kemenkes dan K/L Lainnya	LRA satker vertikal Kemenkes dan K/L Lainnya	Satker vertikal terkait (RS vertikal, balai kesehatan K/L, Kantor Kesehatan Pelabuhan, Laboratorium, dll)	Pengumpulan dokumen terkait
		LRA Dekonsentrasi	Dinkes, OPD Provinsi Lainnya	Pengumpulan dokumen terkait
		Innatura (transfer barang berupa alat kesehatan, obat, bahan medis habis pakai, dll)	Dinkes, OPD Provinsi Lainnya	Pengumpulan dokumen terkait
Akun Kesehatan Kabupaten/Kota				
1	Dinas Kesehatan dan RSUD Kabupaten/Kota	Laporan Realisasi Anggaran (LRA)	Dinkes, RSUD Kabupaten/Kota, BPPKAD Kabupaten/Kota	Pengumpulan dokumen terkait
		Dokumen Pelaksanaan Perubahan Anggaran (DPPA)	Dinkes, RSUD Kabupaten/Kota, BPPKAD Kabupaten/Kota	Pengumpulan dokumen terkait
2	OPD Kabupaten/Kota Lainnya	LRA	OPD terkait, BPPKAD	Pengumpulan dokumen terkait
3	BPJS Kesehatan	Belanja kesehatan dan operasional program JKN di tingkat kabupaten/kota	BPJS Kesehatan	Pengumpulan dokumen terkait
4	Kemenkes dan K/L Lainnya	LRA Dekonsentrasi	Dinkes, OPD Kabupaten/Kota Lainnya	Pengumpulan dokumen terkait
		Innatura (transfer barang berupa alat kesehatan, obat, bahan medis habis pakai, dll)	Dinkes, OPD Kabupaten/Kota Lainnya	Pengumpulan dokumen terkait

Kementerian Kesehatan, PKEKK UI, USAID. (2019). User Guide Produksi National Health Accounts di Indonesia Tahun 2017. Jakarta. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

PPJK Kementerian Kesehatan RI, Australian Aid, PKEKK FKM UI. (2016). Modul dan Pedoman Pelatihan Provincial Health Account Partial (PHAp).

PPJK Kementerian Kesehatan RI, Australian Aid, PKEKK FKM UI. Pedoman dan Modul Pelatihan District Health Account (DHA) untuk Tingkat Kabupaten/Kota. Edisi ke-4 Disesuaikan dengan Modul Provincial Health Account (PHA).

Kementerian Kesehatan, PKEKK UI, USAID. (2019). Catatan Rekomendasi User Guide DHA. Jakarta. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Sumber Data pada Penyusunan Akun Kesehatan Nasional

Skema Kementerian Kesehatan

Data belanja kesehatan dari Kemenkes bersumber dari dua dokumen utama, yaitu LRA Kemenkes audited dan RKAKL Kemenkes versi terakhir (sesudah perubahan). Data LRA Kemenkes audited dapat diperoleh dari Biro Keuangan Kemenkes, sedangkan data RKAKL dapat diperoleh dari Biro Perencanaan Kemenkes.

Data belanja kesehatan dari Kemenkes bersumber dari dua dokumen utama, yaitu LRA Kemenkes audited dan RKAKL Kemenkes versi terakhir.

Skema K/L Lainnya

Data belanja kesehatan K/L lainnya mencakup belanja kesehatan di berbagai Kementerian dan Lembaga selain Kementerian Kesehatan. Data yang digunakan adalah dokumen LRA audited yang dapat diperoleh dari Direktorat Sistem Informasi dan Teknologi Perbendaharaan (SITP) Direktorat Jenderal Perbendaharaan Kemenkeu.

Skema Subnasional (Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota)

Data yang digunakan untuk estimasi belanja kesehatan skema subnasional antara lain data realisasi dan alokasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) baik bersumber dari Pendapatan Asli Daerah (PAD) maupun dana transfer dari pusat yang masuk ke mekanisme APBD. Data tersebut dapat dikumpulkan dari Kemenkeu dan Kemendagri baik melalui situs maupun dengan berkoordinasi langsung dengan kedua K/L tersebut yang mencakup:

a. Laporan peraturan daerah tentang pertanggungjawaban pelaksanaan APBD

Dokumen ini menyediakan informasi realisasi belanja APBD dan data yang dikumpulkan berupa:

- Lampiran 1.1 berisi ringkasan LRA menurut urusan pemerintahan daerah dan organisasi;

- Lampiran 1.2 berisi ringkasan LRA menurut urusan pemerintahan daerah, organisasi, pendapatan, belanja dan pembiayaan;

- Lampiran 1.3 berisi rekapitulasi realisasi anggaran belanja daerah menurut urusan pemerintahan daerah, organisasi, program dan kegiatan; dan

- Lampiran 1.4 berisi rekapitulasi realisasi anggaran belanja daerah untuk keselarasan dan keterpaduan urusan pemerintahan daerah dan fungsi dalam kerangka pengelolaan keuangan negara.

b. Dokumen yang diunduh melalui situs DJPK Kemenkeu

Dokumen ringkasan realisasi APBD

Dokumen ini memuat informasi mengenai ringkasan realisasi belanja APBD di kabupaten/kota yang dapat dibedakan antara belanja langsung dan belanja tidak langsung. Selain itu, dokumen ini juga menyediakan

informasi sumber pendanaan yang diperoleh daerah, baik berupa PAD maupun dana transfer, seperti Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK), Dana Bagi Hasil (DBH), dan lain-lain.

- Dokumen anggaran dan realisasi APBD menurut fungsi. Dokumen ini memuat informasi data anggaran dan realisasi setiap daerah menurut fungsi termasuk fungsi kesehatan.
- c. Data belanja APBD menurut SKPD dan fungsi kesehatan. Data ini menyediakan informasi mengenai belanja APBD menurut SKPD dan fungsi kesehatan. Data ini dapat diperoleh dari DJPK Kemenkeu.

Selain dokumen tersebut, data yang diperlukan adalah data hasil PHA dan DHA yang dapat diperoleh dari Kemenkes. Struktur dari data tersebut digunakan sebagai distribusi untuk mengalokasikan belanja kesehatan subnasional.

4. Skema JKN

Belanja kesehatan pada skema JKN mencakup beban pelayanan kesehatan di seluruh fasilitas kesehatan, serta beban operasional dan non-operasional pada BPJS Kesehatan yang berperan sebagai single payer dalam mengelola dana JKN. Data yang digunakan dalam perhitungan belanja kesehatan pada skema JKN adalah dokumen terkait laporan keuangan yang terdiri atas Ringkasan Eksekutif Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan BPJS Kesehatan yang memuat informasi agregat dan Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan yang memuat informasi lebih rinci. Data tersebut dapat diperoleh dari BPJS Kesehatan dan Kemenkes.

Sumber Data pada Penyusunan Akun Kesehatan Provinsi Parsial

Data belanja kesehatan dari Dinkes dan RSUD Provinsi bersumber dari dua dokumen utama, yaitu LRA *audited* dan DPPA.

1. Dinas Kesehatan dan RSUD Provinsi

Data belanja kesehatan dari Dinkes dan RSUD Provinsi bersumber dari dua dokumen utama, yaitu LRA *audited* dan DPPA. Data tersebut dapat diperoleh dari Dinkes atau RSUD Provinsi, baik melalui BPKAD Provinsi.

2. OPD Provinsi Lainnya

Data belanja kesehatan dari OPD Provinsi lainnya mencakup belanja kesehatan di berbagai OPD Provinsi selain Dinkes dan RSUD Provinsi, seperti Dinas KB dan Pemberdayaan Perempuan, Dinas Sosial, Dinas Pendidikan, dll. Sumber data yang digunakan adalah dokumen LRA *audited* yang dapat diperoleh dari OPD yang bersangkutan atau BPKAD Provinsi.

3. BPJS Kesehatan

Data belanja kesehatan dari BPJS Kesehatan mencakup beban kesehatan dan operasional program JKN di level provinsi yang bersangkutan yang dapat diperoleh dari kantor BPJS Kesehatan.

4. Kemenkes dan K/L Lainnya

Data belanja kesehatan dari Kemenkes dan K/L Lainnya mencakup belanja pada satker vertikal Kemenkes maupun K/L lainnya (seperti RS vertikal, balai kesehatan K/L, Kantor Kesehatan Pelabuhan, Laboratorium, dll), belanja dekonsentrasi, dan innatura yang diterima oleh wilayah provinsi yang bersangkutan. Data belanja pada satker vertikal tersebut dapat diperoleh dari kantor vertikal yang bersangkutan, sementara data belanja dekonsentrasi dan innatura dapat diperoleh dari Dinkes atau OPD terkait yang menerima aliran dana atau innatura tersebut, misalnya obat program disalurkan ke Dinkes, alat kontrasepsi ke Dinas KB dan Pemberdayaan Perempuan.

Sumber Data pada Penyusunan Akun Kesehatan Kabupaten/Kota

1. Dinas Kesehatan dan RSUD Kabupaten/Kota

Data belanja kesehatan dari Dinkes dan RSUD Kabupaten/Kota bersumber dari dua dokumen utama, yaitu LRA *audited* dan DPPA. Data tersebut dapat diperoleh dari Dinkes dan RSUD Kabupaten/Kota, dan melalui BPPKAD Kabupaten/Kota. Umumnya, data belanja Dinkes juga mencakup belanja di Puskesmas. Apabila data yang diperoleh tersebut kurang rinci, diperlukan juga pengumpulan data dari setiap puskesmas.

Data belanja kesehatan dari Dinkes dan RSUD Kabupaten/Kota bersumber dari dua dokumen utama, yaitu LRA *audited* dan DPPA.

2. OPD Kabupaten/Kota Lainnya

Data belanja kesehatan dari OPD Kabupaten/Kota lainnya mencakup belanja kesehatan di berbagai OPD Kabupaten/Kota selain Dinkes dan RSUD Kabupaten/Kota, seperti Dinas KB dan Pemberdayaan Perempuan, Dinas Sosial, Dinas Pendidikan, dll. Sumber data yang digunakan adalah dokumen LRA *audited* yang dapat diperoleh dari OPD yang bersangkutan atau BPPKAD Kabupaten/Kota.

3. BPJS Kesehatan

Data belanja kesehatan dari BPJS Kesehatan mencakup belanja kesehatan program JKN di level kabupaten/kota yang bersangkutan yang dapat diperoleh dari kantor BPJS Kesehatan Regional. Umumnya kantor BPJS Kesehatan Regional mencakup beberapa kabupaten/kota sehingga perlu dialokasikan secara khusus nilai belanja dari setiap kabupaten/kota wilayah penyusunan akun kesehatan.

4. Kemenkes dan K/L Lainnya

Data belanja kesehatan dari Kemenkes dan K/L lainnya mencakup belanja dekonsentrasi, dan innatura yang diterima oleh wilayah kabupaten/kota yang bersangkutan. Data tersebut dapat diperoleh dari Dinkes atau OPD terkait yang menerima aliran dana atau innatura tersebut, misalnya obat program disalurkan ke Dinkes, alat kontrasepsi ke Dinas KB dan Pemberdayaan Perempuan.

Tabel 4.2. Potensial Sumber Data Sektor Non-Publik pada Penyusunan Akun Kesehatan Nasional, Provinsi Parsial, dan Kabupaten atau Kota

No.	Skema Pendanaan dan Pengelola Pembiayaan	Data yang Dikumpulkan	Instansi Potensial Sumber Data	Strategi Pengumpulan Data
1	Perusahaan Asuransi	Klaim	Situs OJK, Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI), Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI), Perusahaan Asuransi, Fasilitas Kesehatan	Pengunduhan data pada situs terkait, pengumpulan data melalui pengajuan format permintaan data, survei
		pendapatan premi operasional asuransi		
2	Korporasi	Laporan keuangan belanja untuk mendukung layanan kesehatan bagi karyawan	Perusahaan terkait, fasilitas kesehatan	Survei pengumpulan data melalui kuesioner
3	LNPRT	Belanja kesehatan bersumber dari sumbangan dana dari pemerintah, masyarakat, korporasi	Badan Pusat Statistik (BPS) BPS, LNPRT terkait, fasilitas kesehatan	Survei pengumpulan data melalui kuesioner Pengumpulan data menggunakan kuesioner pada Survei Khusus Lembaga Non-Profit (SKLNP)
		Belanja kesehatan bersumber dari hibah dari lembaga donor luar negeri	Situs donor terkait	Pengunduhan data pada situs terkait
			Donor terkait, LNPRT penerima dana	Pengumpulan data melalui format permintaan data, survei
			Health System Strengthening Coordination Unit dan Biro Kerja Sama Luar Negeri Kemenkes	Pengumpulan dokumen terkait
4	Rumah Tangga (RT)	Pengeluaran Konsumsi Rumah Tangga (PKRT)	Situs OECD terkait <i>Official Development Assistance-Query Wizard for International Development Statistics</i> BPS	Pengunduhan data pada situs terkait Pengumpulan data melalui pengajuan format permintaan data
		Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas)		

Kementerian Kesehatan, PKEKK UI, USAID. (2019), op.cit.

PPJK Kementerian Kesehatan RI, Australian Aid, PKEKK FKM UI. (2016). op.cit.

PPJK Kementerian Kesehatan RI, Australian Aid, PKEKK FKM UI, op.cit., op.cit.

4.2.2. Sektor Non-Publik

Data sektor non-publik mencakup belanja kesehatan melalui asuransi kesehatan swasta, korporasi, LNPRT, dan Rumah Tangga (RT) (PPJK Kementerian Kesehatan, 2019). Sumber data yang dapat digunakan untuk penyusunan akun kesehatan pada level nasional, provinsi, dan kabupaten/kota hampir sama, tetapi perbedaannya terletak pada lingkup data yang dikumpulkan. Pada penyusunan NHA, data yang dikumpulkan adalah data belanja di lingkup nasional, sementara data untuk penyusunan PHA atau DHA adalah data belanja di lingkup wilayah provinsi atau kabupaten/kota. Tabel 4.2 merupakan potensial sumber data pada sektor non-publik untuk penyusunan akun kesehatan.

1. Perusahaan Asuransi

Belanja kesehatan pada perusahaan asuransi mencakup belanja asuransi pada lini produk kesehatan dan kecelakaan diri, termasuk biaya operasional pengelolaan produk tersebut yang dilakukan oleh perusahaan asuransi. Pada umumnya, produk asuransi kesehatan dan kecelakaan diri tersebut juga dikelola bersamaan dengan produk lainnya, seperti asuransi jiwa, asuransi kendaraan, asuransi properti, asuransi pendidikan, dll. Data yang dapat digunakan untuk menyusun akun kesehatan bersumber dari setiap perusahaan asuransi kesehatan, Laporan Statistik Perasuransian Indonesia yang disusun dan dipublikasikan secara rutin oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK) atau melalui pengumpulan data belanja kesehatan dari berbagai fasilitas kesehatan. Data yang harus dikumpulkan adalah data klaim dan pendapatan premi pada lini produk asuransi kesehatan dan kecelakaan diri, serta biaya operasional di perusahaan asuransi untuk pengelolaan lini produk asuransi kesehatan dan kecelakaan diri.

Pada produksi NHA di Indonesia, sumber data estimasi belanja kesehatan pada perusahaan asuransi adalah Laporan Statistik Perasuransian Indonesia dari OJK dan data rincian belanja kesehatan menurut fungsi dan provider dari perusahaan asuransi, Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI) dan Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI). Sementara itu, data yang digunakan pada produksi PHA dan DHA bersumber dari fasilitas kesehatan, seperti rumah sakit swasta dan klinik di wilayah tersebut.

2. Korporasi

Pada lingkup korporasi atau perusahaan, baik perusahaan BUMN maupun perusahaan swasta (diluar perusahaan asuransi), terdapat belanja untuk mendukung layanan kesehatan bagi karyawan. Belanja tersebut cukup bervariasi, meliputi penyediaan akses pelayanan kesehatan untuk karyawan melalui pembayaran iuran asuransi kesehatan sosial kepada BPJS Kesehatan, pembayaran premi asuransi kesehatan kepada perusahaan asuransi swasta, pemberian pelayanan di institusi pelayanan kesehatan milik perusahaan sendiri (atau institusi yang sudah bekerja sama),

Pada penyusunan NHA, data yang dikumpulkan adalah data belanja di lingkup nasional, sementara data untuk penyusunan PHA atau DHA adalah data belanja di lingkup wilayah provinsi atau kabupaten/kota.

penggantian biaya pelayanan kesehatan (reimbursement) bagi karyawan yang sakit, atau penyediaan biaya kesehatan lainnya, seperti pemberian lumpsum, medical check-up, dan program Kesehatan dan Keselamatan Kerja.

Dengan menggali informasi belanja kesehatan pada korporasi melalui sampel pada suatu studi, diperlukan metode ekstrapolasi untuk dapat memotret belanja kesehatan pada keseluruhan korporasi di tingkat nasional.

Pendekatan yang dapat digunakan sebagai sumber data dalam estimasi agregat belanja kesehatan pada korporasi adalah melalui pelaksanaan kajian/studi pada sampel korporasi untuk mengumpulkan laporan biaya kesehatan pada setiap korporasi tersebut atau melalui pengumpulan data belanja kesehatan dari berbagai fasilitas kesehatan. Pendekatan ini dilakukan karena belum adanya sistem yang mengharuskan setiap korporasi untuk melaporkan secara spesifik belanja kesehatan pada suatu lembaga tertentu. Dengan menggali informasi kesehatan pada korporasi melalui sampel pada suatu studi, diperlukan metode ekstrapolasi untuk dapat memotret belanja kesehatan pada keseluruhan korporasi di tingkat nasional. Informasi yang diperlukan untuk melakukan ekstrapolasi adalah jumlah korporasi dan jumlah karyawan baik berdasarkan skala perusahaan maupun Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI). Informasi tersebut dapat diperoleh dari Kementerian BUMN untuk jumlah perusahaan dan karyawan perusahaan BUMN, Pusat Data dan Informasi Kementerian perusahaan untuk jumlah perusahaan dan karyawan perusahaan swasta, yaitu berupa Data Perusahaan Objek Pengawasan perusahaan, yaitu atau dari BPJS Ketenagakerjaan dan BPJS Kesehatan untuk perusahaan yang sudah mendaftarkan karyawannya pada jaminan sosial ketenagakerjaan dan kesehatan.

Praktiknya, pada penyusunan akun kesehatan tingkat nasional atau NHA, data belanja kesehatan pada korporasi telah diestimasi menggunakan studi yang diselenggarakan secara berkala karena pertimbangan pelaksanaan studi membutuhkan sumber daya yang cukup besar. Studi yang pernah dilakukan untuk mendukung penelusuran belanja kesehatan korporasi pada NHA antara lain "Kajian Perhitungan Belanja Pelayanan Kesehatan BUMN" yang diselenggarakan pada 2008 dan 2016 dan "Kajian Sistem Pembiayaan Nasional pada Perusahaan Swasta di Indonesia" yang diselenggarakan pada 2001 dan 2012, serta Survei pada Perusahaan Swasta yang diselenggarakan oleh BPS pada 2019. Sementara itu, data yang digunakan pada produksi PHA dan DHA bersumber dari fasilitas kesehatan, seperti rumah sakit dan klinik milik perusahaan maupun rumah sakit dan klinik yang sudah bekerja sama dengan perusahaan di wilayah tersebut.

3. LNPRT

Belanja kesehatan pada LNPRT meliputi belanja kesehatan melalui organisasi/lembaga yang menghimpun dana dari pemerintah, masyarakat, korporasi, serta dapat juga menerima hibah dari lembaga donor luar negeri atau LNPRT internasional. Pada umumnya, LNPRT tidak hanya bergerak di bidang

kesehatan, melainkan juga menyelenggarakan kegiatan di bidang pendidikan, keagamaan, politik, dan lain sebagainya. Belanja pada LNPRT yang dihitung hanya belanja kesehatan yang biasanya berupa program-program kesehatan berbasis masyarakat dan bersifat sukarela.

Pendekatan yang dapat digunakan sebagai sumber data dalam estimasi belanja kesehatan pada LNPRT adalah melalui pelaksanaan kajian/studi pada sampel LNPRT untuk mengumpulkan laporan biaya kesehatan pada setiap LNPRT tersebut. Hasil studi tersebut kemudian diekstrapolasi untuk memperoleh gambaran belanja kesehatan pada seluruh LNPRT di tingkat nasional. Pendekatan lainnya yang dapat digunakan adalah dengan mengumpulkan data dari sumber pemberi dana LNPRT, yaitu donor luar negeri dan sumber lainnya.

Pendekatan lainnya yang dapat digunakan adalah dengan mengumpulkan data dari sumber pemberi dana LNPRT, yaitu donor luar negeri dan sumber lainnya.

Pada produksi NHA di Indonesia, sumber data estimasi belanja kesehatan pada LNPRT diperoleh dari

- Hasil "Kajian Sistem NHA Berbasis Pembiayaan Publik pada LNPRT" yang diselenggarakan pada 2011.
- Survei Khusus Lembaga Non-Profit Rumah Tangga (SKLNPRT) yang diselenggarakan rutin triwulanan dan tahunan oleh BPS).
- Data penerimaan hibah luar negeri dari Health System Strengthening Coordination Unit dan Biro Kerja Sama Luar Negeri Kemenkes yang memotret informasi belanja bersumber hibah luar negeri yang masuk melalui Kemenkes.
- Data dari situs OECD terkait *Official Development Assistance-Query Wizard for International Development Statistics* yang berisi informasi total disbursement dari berbagai lembaga donor luar negeri atau donor dari negara lain yang diperuntukkan bagi negara Indonesia.
- Laporan keuangan hibah dari situs lembaga donor luar negeri (seperti USAID, Global Fund, Australia DFAT, GAVI, dan WHO) yang memuat informasi besaran pengeluaran dan lembaga-lembaga apa saja yang mengelola dana dari donor tersebut, dan data agregat belanja kesehatan dari ormas asing/LNPRT internasional mitra Kemenkes.

Sementara itu, data yang digunakan pada produksi PHA dan DHA bersumber dari LNPRT dan fasilitas kesehatan (seperti rumah sakit dan klinik) milik LNPRT di wilayah tersebut.

6. Rumah Tangga

Pada lingkup rumah tangga, belanja kesehatan dapat berbentuk pembelian premi asuransi kesehatan (baik asuransi kesehatan sosial maupun asuransi kesehatan swasta) secara sukarela atau mandiri. Selain itu, dapat berbentuk kontribusi sebagai pekerja dari suatu badan usaha, konsumsi produk barang/jasa kesehatan yang berasal dari produksi sendiri (misalnya RT membuat jamu sendiri, dokter mengobati dirinya sendiri), maupun pembelian barang/jasa kesehatan oleh dana yang dimiliki RT baik di

domestik maupun luar negeri (impor) karena RT tersebut tidak memiliki jaminan kesehatan ataupun top-up dari benefit asuransi kesehatan yang dimiliki oleh RT yang memiliki jaminan kesehatan.

Sumber data yang dapat digunakan untuk estimasi agregat belanja kesehatan pada rumah tangga adalah neraca pengeluaran rumah tangga dari BPS berupa data Pengeluaran Konsumsi Rumah Tangga (PKRT) untuk kesehatan, data pengeluaran kesehatan rumah tangga yang dibayar dari kantong sendiri pada modul Konsumsi dan Pengeluaran (KP) Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) yang diselenggarakan rutin oleh BPS, atau data belanja kesehatan dari berbagai fasilitas kesehatan.

Pada produksi NHA di Indonesia, estimasi belanja kesehatan pada rumah tangga menggunakan data PKRT dan Susenas.

Pada produksi NHA di Indonesia, estimasi belanja kesehatan pada rumah tangga menggunakan data PKRT dan Susenas. Data PKRT yang dirilis BPS mempunyai tiga status, seperti halnya data PDB, yaitu data tetap, sementara, dan sangat sementara. Data menjadi berstatus tetap pada T+3, misalnya pada saat BPS merilis data pada 2020, maka data yang berstatus tetap adalah data 2017. Sementara itu, data yang berstatus tetap adalah sangat sementara adalah data 2018 dan 2019. Dengan kondisi demikian, estimasi OOP pada NHA yang berdasarkan data PKRT ini juga akan bergerak mengikuti status data yang diberikan oleh BPS, sementara dis agregasi belanja kesehatan OOP pada NHA menggunakan struktur dari data Susenas. Adapun sumber data estimasi belanja kesehatan RT yang digunakan pada produksi PHA dan DHA juga berasal dari Susenas.

4.3. Potensial Sumber Data pada Penyusunan Akun Kesehatan Menurut Jenis Penyakit

Penyusunan akun kesehatan menurut jenis penyakit membutuhkan data belanja yang memiliki rincian informasi berdasarkan jenis penyakit. Dengan berbagai pendekatan pengumpulan data dari berbagai sumber, jika data yang terkumpul cukup rinci, penelusuran belanja kesehatan menurut jenis penyakit dapat dilakukan.

Rincian data belanja kesehatan untuk mendukung penyusunan akun kesehatan menurut jenis penyakit dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu (Edejer, Tessa Tan-Torres, 2016; Tesfaye, 2017; Hernández-Pena, P, 2019).

1. Belanja yang sudah teralokasi (*earmarked expenses*) adalah belanja yang sudah dialokasikan untuk jenis penyakit tertentu, misalnya belanja di Kemenkes atau Dinkes yang ditujukan untuk program TB.
2. Belanja yang dapat dialokasikan secara langsung (*directly allocable expenses*) adalah belanja yang dapat dialokasikan secara langsung pada jenis penyakit tertentu. Belanja ini biasanya merupakan pelayanan individu, misalnya belanja untuk konsultasi rawat jalan dan pelayanan rawat inap, baik oleh pasien JKN, asuransi

swasta, korporasi, maupun pasien umum.

3. Belanja yang tidak dapat dialokasikan secara langsung (*expenses not directly assignable*)

adalah belanja yang tidak dapat dialokasikan secara langsung pada jenis penyakit tertentu. Belanja ini biasanya merupakan belanja administrasi birokrasi pada lembaga pemerintah dan asuransi kesehatan, misalnya belanja terkait perencanaan dan penganggaran pada Satker Setditjen di Kemenkes atau pada bagian perencanaan dan penganggaran di Dinkes.

Dengan penjelasan tersebut, penyusunan akun kesehatan menurut jenis penyakit dapat menggunakan sumber data yang sama dengan penyusunan akun kesehatan, tetapi harus disertai dengan rincian data belanja yang dapat mengidentifikasi bahwa belanja tersebut termasuk belanja yang sudah teralokasi dan dapat dialokasikan secara langsung pada jenis penyakit tertentu atau belanja yang tidak dapat dialokasikan secara langsung. Selain itu, diperlukan tambahan sumber data yang dapat digunakan sebagai distribusi kunci untuk mengalokasikan belanja yang tidak dapat dialokasikan secara langsung, misalnya data utilisasi berdasarkan jenis penyakit.

Diperlukan tambahan sumber data yang dapat digunakan sebagai distribusi kunci untuk mengalokasikan belanja yang tidak dapat dialokasikan secara langsung, misalnya data utilisasi berdasarkan jenis penyakit.

4.4. Identifikasi Potensi Penghitungan Ganda

Dengan gambaran desain kerangka kerja *tri-axial* (segitiga), penyusunan akun kesehatan mempunyai prinsip ekuivalen antara nilai konsumsi (fungsi layanan kesehatan), penyediaan (penyedia/provider layanan kesehatan), dan pendanaan (skema pendanaan kesehatan) (OECD, Eurostat, WHO, 2011). Keuntungan dengan pendekatan tersebut adalah dapat mengoptimalkan penggunaan sumber-sumber data yang ada untuk memastikan tidak terjadi double-counting atau kesalahan penghitungan/ estimasi.

Penghitungan ganda adalah penghitungan lebih dari satu kali pada transaksi keuangan yang sama. Risiko penghitungan ganda dalam penyusunan akun kesehatan tergantung pada cakupan belanja dari sumber data yang dikumpulkan. Perhitungan ganda dapat menyebabkan hasil akun kesehatan yang disusun menjadi overestimate. Oleh sebab itu, ketika berbagai sumber data pada penyusunan akun kesehatan berhasil dikumpulkan, diperlukan tahapan identifikasi potensi penghitungan ganda. Tabel 4.3 menyajikan gambaran identifikasi potensi penghitungan ganda dan upaya untuk menghindari penghitungan ganda pada setiap level akun kesehatan.

Tabel 4.3. Identifikasi Potensi Penghitungan Ganda dan Upaya untuk Menghindari Penghitungan Ganda pada Akun Kesehatan Nasional Berdasarkan Skema Pendanaan

No.	Skema Pendanaan	Identifikasi Potensi Penghitungan Ganda	Upaya untuk Menghindari Penghitungan Ganda
1.	Kementerian Kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Premi PBI – APBN <ol style="list-style-type: none"> a. tidak termasuk konsumsi akhir b. merupakan bagian skema JKN 2. APBN Kemenkes bersumber BLU dan PNBP pada RS vertikal dan balai di bawah Ditjen Yankes dapat berasal dari: <ol style="list-style-type: none"> a. penerimaan pasien JKN, telah dihitung pada skema JKN b. penerimaan pasien asuransi kesehatan swasta, telah dihitung pada skema asuransi swasta, c. penerimaan pasien jaminan perusahaan, telah dihitung pada skema korporasi, dan d. penerimaan pasien umum, telah dihitung pada skema OOP 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Premi PBI-APBN dalam APBN Kemenkes tidak dihitung sebagai bagian belanja skema Kemenkes. 2. APBN Kemenkes bersumber BLU dan PNBP pada RS vertikal dan balai di bawah Ditjen Yankes tidak dihitung sebagai bagian belanja skema Kemenkes.
2.	K/L Lainnya	<p>APBN K/L bersumber dari BLU dan PNBP pada RS vertikal di bawah K/L lainnya (seperti RS di bawah Kemenhan, POLRI, Kemenkumham, dll dapat berasal dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. penerimaan pasien JKN, telah dihitung pada skema JKN b. penerimaan pasien asuransi kesehatan swasta, telah dihitung pada skema asuransi swasta, c. penerimaan pasien jaminan perusahaan, telah dihitung pada skema korporasi, dan d. penerimaan pasien umum, telah dihitung pada skema OOP. 	<p>APBN K/L bersumber BLU dan PNBP pada RS vertikal di bawah K/L lainnya (seperti RS di bawah Kemenhan, POLRI, Kemenkumham, dll</p>
3.	Subnasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Premi PBI-APBD <ol style="list-style-type: none"> a. tidak termasuk konsumsi akhir b. merupakan bagian skema JKN 2. Pendapatan dan belanja APBD yang bersumber dari kapitasi dan non-kapitasi telah dihitung pada skema JKN 3. APBD bersumber retribusi pada RSUD milik pemda dapat berasal dari: <ol style="list-style-type: none"> a. penerimaan pasien JKN, telah dihitung pada skema JKN b. penerimaan pasien asuransi kesehatan swasta, telah dihitung pada skema asuransi swasta, c. penerimaan pasien jaminan perusahaan, telah dihitung pada skema korporasi, dan d. penerimaan pasien umum, telah dihitung pada skema OOP. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Premi PBI-APBD dalam APBD tidak dihitung sebagai bagian belanja skema subnasional 2. Kapitasi dan non-kapitasi dalam APBD tidak dihitung sebagai bagian belanja skema subnasional. 3. APBD bersumber retribusi pada RSUD milik pemda tidak dihitung sebagai bagian belanja skema subnasional
4.	JKN	-	-
5.	Asuransi Swasta	-	-

No.	Skema Pendanaan	Identifikasi Potensi Penghitungan Ganda	Upaya untuk Menghindari Penghitungan Ganda
6.	Korporasi	<ol style="list-style-type: none"> Premi JKN pada segmen PPU-BU yang dibayarkan oleh korporasi <ol style="list-style-type: none"> tidak termasuk konsumsi akhir merupakan bagian skema JKN. Premi asuransi swasta yang dibayarkan oleh korporasi <ol style="list-style-type: none"> tidak termasuk konsumsi akhir merupakan bagian skema asuransi kesehatan swasta. 	<ol style="list-style-type: none"> Premi JKN pada segmen PPU-BU yang dibayarkan oleh korporasi tidak dihitung sebagai bagian belanja skema korporasi Premi asuransi swasta yang dibayarkan oleh korporasi tidak dihitung sebagai bagian belanja skema korporasi
7.	LNPRT	<p>Belanja LNPRT bersumber dari donor luar negeri</p> <ol style="list-style-type: none"> Donor luar negeri dapat menyalurkan dananya melalui Kemenkes dan LNPRT Donor luar negeri yang berkontribusi besar pada belanja LNPRT, yaitu USAID, GF, GAVI, WHO, dan UNICEF. Akan tetapi, WHO dan UNICEF juga menerima dana dari donor lainnya, seperti USAID dan GF 	<ol style="list-style-type: none"> Belanja skema LNPRT bersumber dari donor luar negeri hanya menghitung belanja donor luar negeri yang disalurkan melalui LNPRT Dana yang dikelola oleh WHO dan UNICEF tidak dihitung sebagai bagian dari skema LNPRT
8.	OOP	<ol style="list-style-type: none"> Premi JKN yang dibayarkan oleh RT <ol style="list-style-type: none"> tidak termasuk konsumsi akhir merupakan bagian skema JKN. Premi asuransi swasta yang dibayarkan oleh RT <ol style="list-style-type: none"> tidak termasuk konsumsi akhir merupakan bagian skema asuransi kesehatan swasta. Klaim dari asuransi kesehatan sosial dan swasta serta benefit kesehatan dari korporasi <ol style="list-style-type: none"> diimputasi sebagai bagian belanja RT dalam PKRT kesehatan yang digunakan sebagai dasar perhitungan skema OOP telah dihitung pada skema lainnya (skema JKN, skema asuransi swasta, dan skema korporasi). 	<ol style="list-style-type: none"> Premi JKN yang dibayarkan oleh RT tidak dihitung sebagai belanja skema OOP Premi asuransi swasta yang dibayarkan oleh RT tidak dihitung sebagai bagian belanja skema OOP Klaim dari asuransi kesehatan sosial dan swasta serta benefit kesehatan dari korporasi tidak dihitung sebagai bagian belanja skema OOP

Kementerian Kesehatan, PKEKK UI, USAID. (2019). *User Guide Produksi National Health Accounts di Indonesia Tahun 2017*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

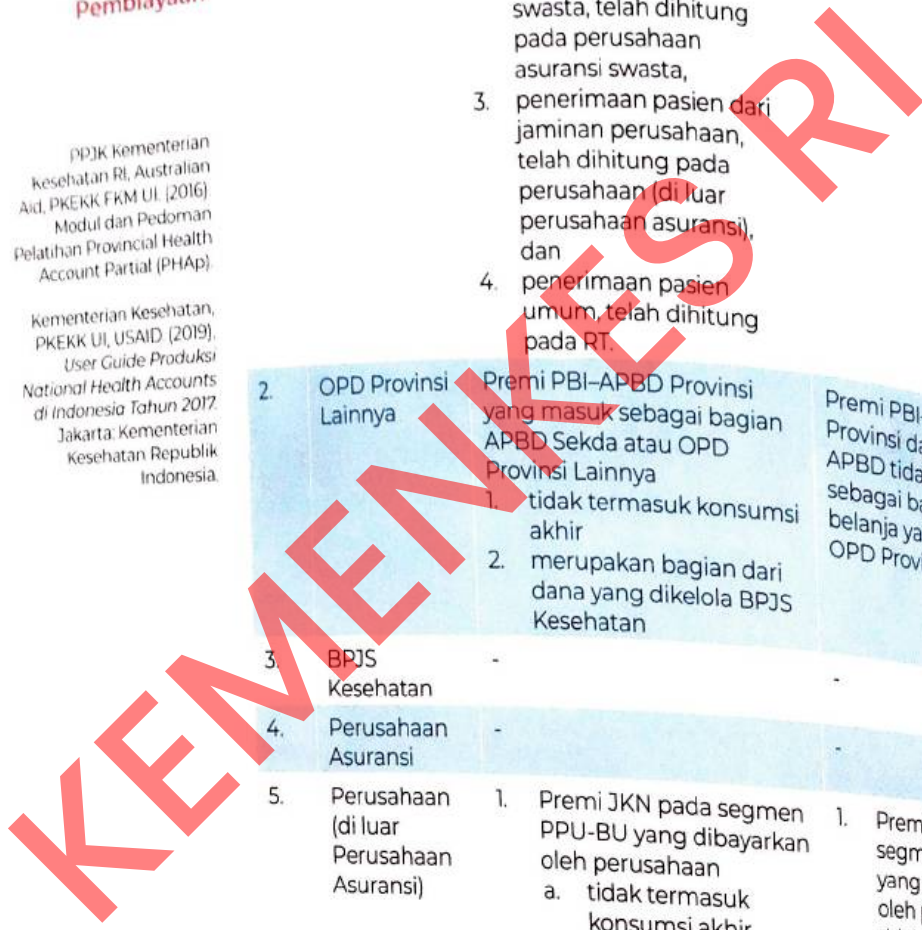
Pannan-elya R.P., & Lorenzoni L. (2010). *Guidelines for Improving the Comparability and Availability of Private Health Expenditures Under the System of Health Accounts Framework*. OECD Heal Work Pap. 2010:521-67.

Van Mosseveld C., Hernández-Pena, P., Arán D., Cherilova V., Mataria A. (2016). *How to Ensure Quality of Health Accounts Health Policy* 2016;120:544-51, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.009>.

Tabel 4.4.
Identifikasi
Penghitungan
Ganda dan
Upaya untuk
Menghindari
Penghitungan
Ganda pada
Akun Kesehatan
Provinsi-Parsial
Berdasarkan
Pengelola
Pembiayaan

PPJK Kementerian Kesehatan RI, Australian Aid, PKEKK FKM UI. (2016) Modul dan Pedoman Pelatihan Provincial Health Account Partial (PHAp).
 Kementerian Kesehatan, PKEKK UI, USAID (2019). *User Guide Produksi National Health Accounts di Indonesia Tahun 2017*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

No.	Pengelola Pembiayaan	Identifikasi Potensi Penghitungan Ganda	Upaya untuk Menghindari Penghitungan Ganda
1	Dinas Kesehatan dan RSUD Provinsi	APBD RSUD Provinsi yang berada di bawah OPD Dinas Kesehatan dan langsung di bawah OPD RSUD yang bersumber dari retribusi dapat berasal dari: <ol style="list-style-type: none"> 1. penerimaan pasien JKN, telah dihitung pada BPJS Kesehatan, 2. penerimaan pasien asuransi kesehatan swasta, telah dihitung pada perusahaan asuransi swasta, 3. penerimaan pasien dari jaminan perusahaan, telah dihitung pada perusahaan (di luar perusahaan asuransi), dan 4. penerimaan pasien umum, telah dihitung pada RT. 	APBD RSUD Provinsi bersumber dari retribusi tidak dihitung sebagai bagian belanja yang dikelola RSUD atau Dinas Kesehatan Provinsi
2	OPD Provinsi Lainnya	Premi PBI-APBD Provinsi yang masuk sebagai bagian APBD Sekda atau OPD Provinsi Lainnya <ol style="list-style-type: none"> 1. tidak termasuk konsumsi akhir 2. merupakan bagian dari dana yang dikelola BPJS Kesehatan 	Premi PBI-APBD Provinsi dalam APBD tidak dihitung sebagai bagian belanja yang dikelola OPD Provinsi lainnya
3	BPJS Kesehatan	-	-
4	Perusahaan Asuransi	-	-
5	Perusahaan (di luar Perusahaan Asuransi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Premi JKN pada segmen PPU-BU yang dibayarkan oleh perusahaan <ol style="list-style-type: none"> a. tidak termasuk konsumsi akhir b. merupakan bagian dana yang dikelola BPJS Kesehatan. 2. Premi asuransi swasta yang dibayarkan oleh korporasi <ol style="list-style-type: none"> a. tidak termasuk konsumsi akhir b. merupakan bagian dari dana yang dikelola perusahaan asuransi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Premi JKN pada segmen PPU-BU yang dibayarkan oleh perusahaan tidak dihitung sebagai bagian belanja yang dikelola oleh perusahaan. 2. Premi asuransi swasta yang dibayarkan oleh korporasi tidak dihitung sebagai bagian belanja yang dikelola oleh perusahaan.

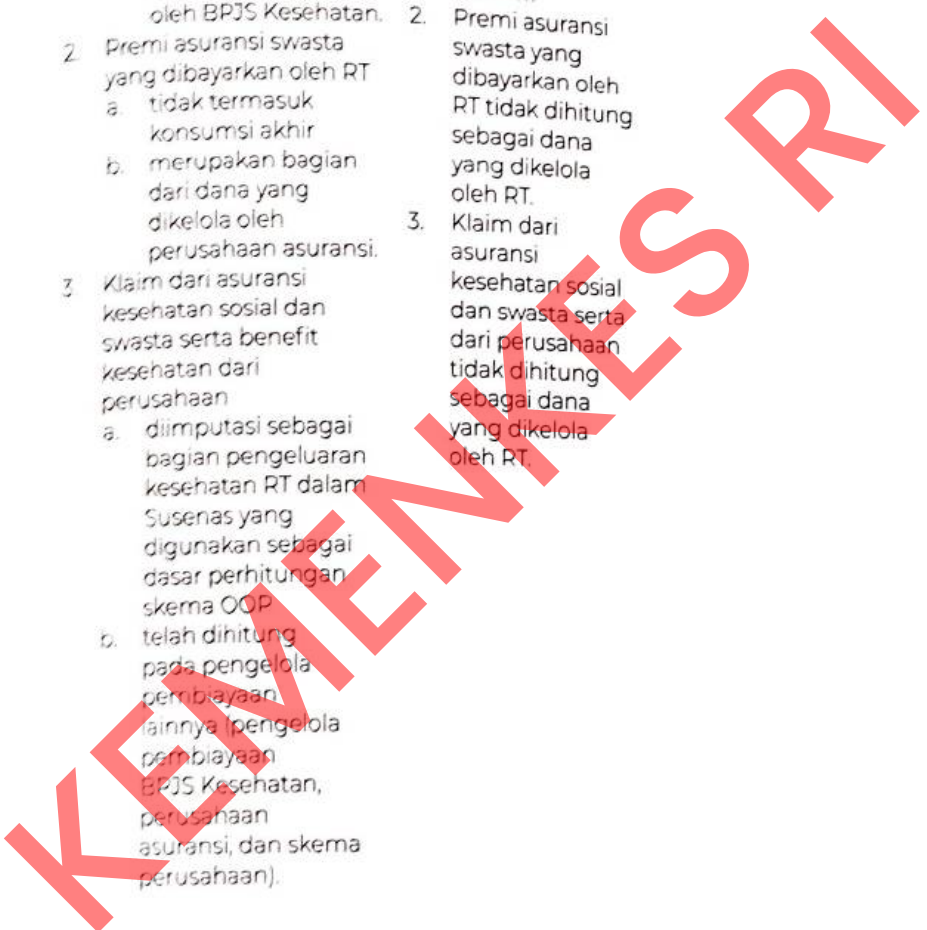


No.	Pengelola Pembayaraan	Identifikasi Potensi Penghitungan Ganda	Upaya untuk Menghindari Penghitungan Ganda
-----	-----------------------	---	--

1. Yayasan/ Lembaga Sosial (Nirlaba) Rumah Tangga

1. Premi JKN yang dibayarkan oleh RT
 - a. tidak termasuk konsumsi akhir
 - b. merupakan bagian dana yang dikelola oleh BPJS Kesehatan.
2. Premi asuransi swasta yang dibayarkan oleh RT
 - a. tidak termasuk konsumsi akhir
 - b. merupakan bagian dari dana yang dikelola oleh perusahaan asuransi.
3. Klaim dari asuransi kesehatan sosial dan swasta serta benefit kesehatan dari perusahaan
 - a. diimputasi sebagai bagian pengeluaran kesehatan RT dalam Susenas yang digunakan sebagai dasar perhitungan skema OOP
 - b. telah dihitung pada pengelola pembayaraan lainnya (pengelola pembayaraan BPJS Kesehatan, perusahaan asuransi, dan skema perusahaan).

1. Premi JKN yang dibayarkan oleh RT tidak dihitung sebagai dana yang dikelola oleh RT.
2. Premi asuransi swasta yang dibayarkan oleh RT tidak dihitung sebagai dana yang dikelola oleh RT.
3. Klaim dari asuransi kesehatan sosial dan swasta serta dari perusahaan tidak dihitung sebagai dana yang dikelola oleh RT.

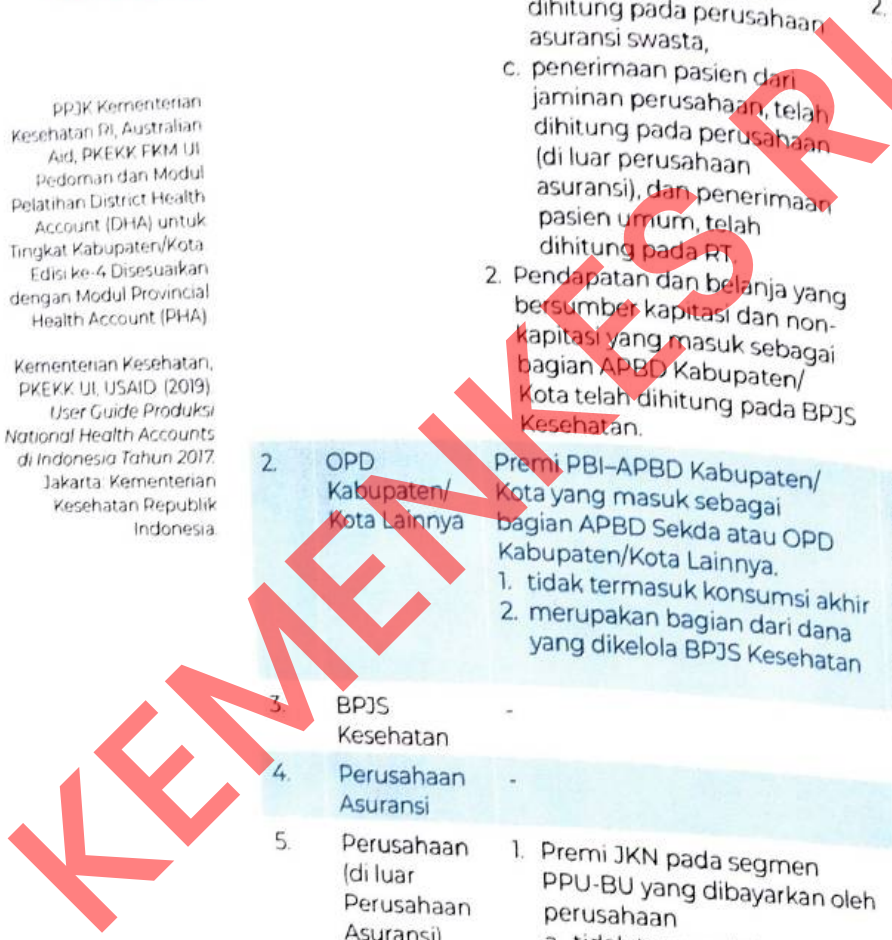


Tabel 4.5.
Identifikasi
Potensi
Penghitungan
Ganda dan
Upaya untuk
Menghindari
Penghitungan
Ganda pada
Akun Kesehatan
Kabupaten atau
Kota Berdasarkan
Pengelola
Pembiayaan

PPJK Kementerian Kesehatan RI, Australian Aid, PKEKK FKIM UI Pedoman dan Modul Pelatihan District Health Account (DHA) untuk Tingkat Kabupaten/Kota Edisi ke-4 Disesuaikan dengan Modul Provincial Health Account (PHA)

Kementerian Kesehatan, PKEKK UI, USAID (2019) *User Guide Produksi National Health Accounts di Indonesia Tahun 2017*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

No.	Pengelola Pembiayaan	Identifikasi Potensi Penghitungan Ganda	Upaya untuk Menghindari Penghitungan Ganda
1.	Dinas Kesehatan dan RSUD Kabupaten/ Kota	1. APBD RSUD Kabupaten/ Kota yang berada di bawah OPD Dinas Kesehatan dan langsung di bawah OPD RSUD memiliki sumber retribusi yang dapat berasal dari: <ol style="list-style-type: none"> penerimaan pasien JKN, telah dihitung pada BPJS Kesehatan, penerimaan pasien asuransi kesehatan swasta, telah dihitung pada perusahaan asuransi swasta, penerimaan pasien dari jaminan perusahaan, telah dihitung pada perusahaan (di luar perusahaan asuransi), dan penerimaan pasien umum, telah dihitung pada RT. 2. Pendapatan dan belanja yang bersumber kapitasi dan non-kapitasi yang masuk sebagai bagian APBD Kabupaten/ Kota telah dihitung pada BPJS Kesehatan.	1. APBD RSUD Kabupaten/ Kota bersumber dari retribusi tidak dihitung sebagai bagian belanja yang dikelola RSUD Provinsi atau Dinas Kesehatan <ol style="list-style-type: none"> Kapitasi dan non-kapitasi dalam APBD Kabupaten/ Kota tidak dihitung sebagai bagian belanja yang dikelola RSUD atau Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota
2.	OPD Kabupaten/ Kota Lainnya	Premi PBI-APBD Kabupaten/ Kota yang masuk sebagai bagian APBD Sekda atau OPD Kabupaten/ Kota Lainnya. <ol style="list-style-type: none"> tidak termasuk konsumsi akhir merupakan bagian dari dana yang dikelola BPJS Kesehatan 	Premi PBI-APBD Kabupaten/ Kota dalam APBD tidak dihitung sebagai bagian belanja yang dikelola OPD Kabupaten/ Kota lainnya
3.	BPJS Kesehatan	-	-
4.	Perusahaan Asuransi	-	-
5.	Perusahaan (di luar Perusahaan Asuransi)	<ol style="list-style-type: none"> Premi JKN pada segmen PPU-BU yang dibayarkan oleh perusahaan <ol style="list-style-type: none"> tidak termasuk konsumsi akhir merupakan bagian dana yang dikelola BPJS Kesehatan. Premi asuransi swasta yang dibayarkan oleh korporasi <ol style="list-style-type: none"> tidak termasuk konsumsi akhir merupakan bagian dari dana yang dikelola perusahaan asuransi. 	<ol style="list-style-type: none"> Premi JKN pada segmen PPU-BU yang dibayarkan oleh perusahaan tidak dihitung sebagai bagian belanja yang dikelola oleh perusahaan Premi asuransi swasta yang dibayarkan oleh korporasi tidak dihitung sebagai bagian belanja yang dikelola oleh perusahaan



Pengelola Pembiayaan	Identifikasi Potensi Penghitungan Ganda	Upaya untuk Menghindari Penghitungan Ganda
----------------------	---	--

Yayasan/ Lembaga Sosial (Nirlaba) Rumah Tangga	<ol style="list-style-type: none"> Premi JKN yang dibayarkan oleh RT <ol style="list-style-type: none"> tidak termasuk konsumsi akhir merupakan bagian dana yang dikelola oleh BPJS Kesehatan Premi asuransi swasta yang dibayarkan oleh RT <ol style="list-style-type: none"> tidak termasuk konsumsi akhir merupakan bagian dari dana yang dikelola oleh perusahaan asuransi Klaim dari asuransi kesehatan sosial dan swasta serta benefit kesehatan dari perusahaan <ol style="list-style-type: none"> diimputasi sebagai bagian pengeluaran kesehatan RT dalam Susenas yang digunakan sebagai dasar perhitungan skema OOP telah dihitung pada pengelola pembiayaan lainnya (pengelola pembiayaan BPJS Kesehatan, perusahaan asuransi, dan skema perusahaan). 	<ol style="list-style-type: none"> Premi JKN yang dibayarkan oleh RT tidak dihitung sebagai dana yang dikelola oleh RT Premi asuransi swasta yang dibayarkan oleh RT tidak dihitung sebagai dana yang dikelola oleh RT Klaim dari asuransi kesehatan sosial dan swasta serta dari perusahaan tidak dihitung sebagai dana yang dikelola oleh RT
---	--	---

4.3. Triangulasi dan Validasi Silang

telah melakukan upaya menghindari penghitungan ganda terhadap data yang dikumpulkan akan diperoleh gambaran belanja kesehatan secara keseluruhan dalam berbagai dimensi penyusunan akun kesehatan. Gambaran yang dihasilkan membutuhkan pengecekan melalui proses triangulasi dan validasi silang yang melibatkan pemberi data untuk memperoleh persamaan persepsi terhadap pendekatan perhitungan yang digunakan untuk penyusunan akun kesehatan. Melakukan juga pengecekan kesesuaian terhadap interpretasi rincian data belanja kesehatan yang diklasifikasikan ke dalam dimensi-dimensi akun kesehatan (OECD, Eurostat, WHO., 2011; Kementerian Kesehatan, P/KEK UI, USAID, 2019.). Selain itu, kegiatan validasi juga menilai kesesuaian estimasi belanja kesehatan terhadap total transaksi ekonomi. Kegiatan tersebut diperlukan karena umumnya klasifikasi dan kategori dalam akun kesehatan berbeda dengan yang digunakan dalam sistem kesehatan yang berlaku di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota.

Kegiatan validasi juga menilai kesesuaian estimasi belanja kesehatan terhadap total transaksi ekonomi.

Di dalam penyusunan akun kesehatan nasional dilakukan kegiatan triangulasi dan validasi silang melalui serangkaian pertemuan. Contohnya pemegang program di dalam Kemenkes melakukan validasi data belanja Kemenkes dengan berbagai pihak, yaitu (Kementerian Kesehatan, PKEKK UI, USAID, 2019.).

1. Dengan Kemendagri dan Kemenkeu untuk data subnasional.
2. Dengan BPJS Kesehatan untuk data JKN
3. Dengan OJK, AAJI dan AAUI untuk data asuransi swasta
4. Dengan BPS, Kementerian BUMN dan Kemenakertrans untuk data korporasi,
5. Dengan BPS, KSLN Kemenkes, Donor untuk data LNPRT,
6. Dengan BPS untuk data RT.

Sementara itu, penyusunan akun kesehatan provinsi dan kabupaten/kota melibatkan OPD pemberi data, seperti BPPKAD, Bappeda, kepala bidang dan seksi di Dinkes, RS termasuk puskesmas, Dinas KB, OPD Pemda lainnya, dan pemangku kepentingan terkait di lingkungan Pemda tersebut (PPJK Kementerian Kesehatan RI, 2016; PPJK Kementerian Kesehatan RI, Australian Aid, PKEKK FKM UI, Kementerian Kesehatan, PKEKK UI, USAID, 2019).

4.6. Tantangan Penyusunan Akun Kesehatan

Penyusunan akun kesehatan memerlukan data dari berbagai institusi/lembaga yang tentunya tidak terlepas dari kendala tantangan. Tantangan yang dihadapi pada umumnya bervariasi tergantung pada model tata kelola penyusunan akun kesehatan yang diterapkan di suatu wilayah.

Di Indonesia, penyusunan akun kesehatan nasional menerapkan model tata kelola berbasis Kemenkes yang berkolaborasi dengan universitas.

Di Indonesia, penyusunan akun kesehatan nasional menerapkan model tata kelola berbasis Kemenkes yang berkolaborasi dengan universitas. Tim penyusun akun kesehatan nasional ditetapkan berdasarkan SK Menteri Kesehatan. Sementara itu, penyusunan akun kesehatan provinsi dan kabupaten/kota menerapkan model tata kelola berbasis Dinas Kesehatan yang berkolaborasi dengan OPD lainnya dengan didukung adanya SK Kepala Daerah atau SK Kepala Dinas Kesehatan. Dengan model tersebut, tantangan yang dihadapi pada penyusunan akun kesehatan adalah sebagai berikut (Maeda A., et.al., 2012; Kementerian Kesehatan, PKEKK UI, USAID, 2019; PPJK Kementerian Kesehatan RI, PKEKK FKM UI, 2020; PPJK Kementerian Kesehatan RI, PKEKK FKM UI, 2019; Kementerian Kesehatan, PKEKK UI, USAID, 2019).. :

1. Pengumpulan data
 - a. Aliran data belum terkumpul secara otomatisSumber data terdapat pada berbagai institusi/lembaga, tetapi belum didukung dengan adanya peraturan yang mewajibkan untuk melaporkannya kepada Kemenkes sehingga aliran data belum terkumpul otomatis.

b. Variasi tingkat rincian data untuk memenuhi kerangka penyusunan akun kesehatan, misalnya:

- 1. Data belanja tidak serinci data alokasi sehingga diperlukan tambahan data sebagai distribusi kunci pengalokasian belanja sesuai rincian data alokasi.
- 2. Terdapat satker dengan penamaan umum (tidak terkait kesehatan) yang membawahi fasilitas kesehatan sehingga belanja kesehatan pada fasilitas kesehatan di bawahnya menjadi sulit diidentifikasi. Contohnya satker universitas pada Kemenristek Dikti yang membawahi RS pendidikan.
- 3. Perbedaan rincian penamaan belanja kesehatan antara belanja pusat dan daerah

c. Data/laporan *audited* tersedia pada pertengahan hingga akhir tahun setelah pelaksanaan tahun anggaran (T+1), bahkan dua tahun setelah pelaksanaan tahun anggaran (T+2) sehingga terdapat kesenjangan momentum antara diseminasi hasil penyusunan akun kesehatan dan proses perencanaan pengalokasian anggaran

d. Terjadi rotasi personil penanggung jawab data (*contact person*) sehingga perlu pendekatan dan penjelasan tentang kebutuhan data untuk mendukung penyusunan akun kesehatan.

e. Terdapat data berbasis survei yang ketinggalan zaman, tetapi pelaksanaan survei tidak regular setiap tahun.

Data/laporan audited tersedia pada pertengahan hingga akhir tahun setelah pelaksanaan tahun anggaran (T+1).

Kapasitas

a. Tingginya tingkat rotasi tim dan *champion* penyusun akun kesehatan.

b. Variasi interpretasi data belanja kesehatan dan pemahaman klasifikasi dimensi-dimensi akun kesehatan.

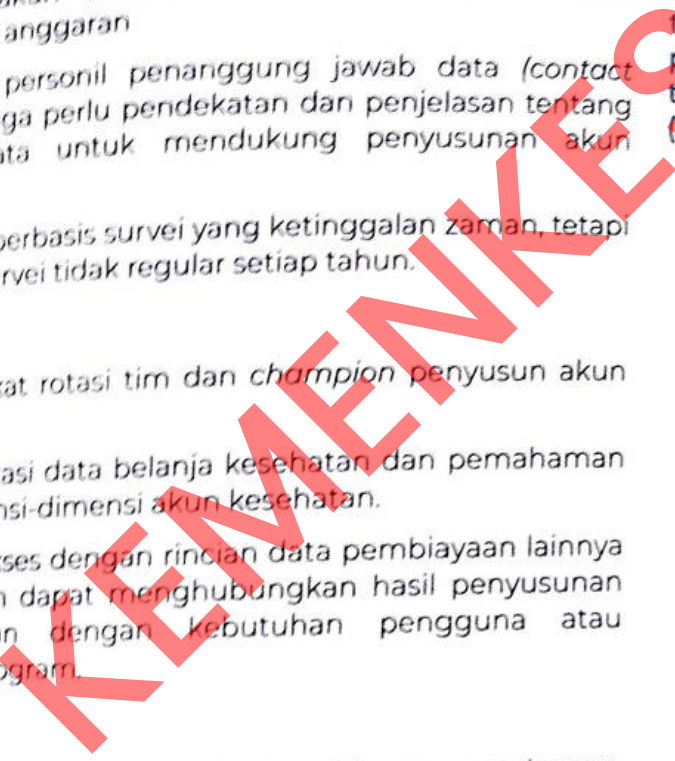
c. Keterbatasan akses dengan rincian data pembiayaan lainnya sehingga belum dapat menghubungkan hasil penyusunan akun kesehatan dengan kebutuhan pengguna atau perencanaan program.

Pendanaan

a. Keterbatasan anggaran pemerintah sehingga pendanaan untuk mendukung penyusunan akun kesehatan harus berkompetisi dengan pendanaan anggaran lainnya di bawah Kemenkes atau Dinas Kesehatan.

b. Ketidakberlanjutan bantuan pendanaan penyusunan akun kesehatan oleh donor.

c. Data berbasis survei membutuhkan sumber daya yang cukup besar.



4.7. Inovasi dengan Rencana Sistem Penganggaran

Bagian sebelumnya telah menjelaskan tantangan dalam sistem penganggaran di Indonesia, yaitu pengklasifikasian dan interpretasi ke dalam klasifikasi dimensi akun kesehatan dan perbedaan rincian penamaan belanja kesehatan antara pusat dan daerah. Masalah lainnya adalah rumusan nomenklatur program dan outcome dari sebuah program tidak terlihat secara langsung (bersifat normatif). Program yang digunakan dalam dokumen perencanaan dan dokumen penganggaran berbeda sehingga sulit dikonsolidasikan dan informasi kinerja pembangunan yang tertuang dalam dokumen perencanaan penganggaran sulit dipahami oleh public (DJA Kemenkeu, 2020).

Dengan kondisi demikian, Kemenkeu dan Bappenas perlu bekerja bersama dengan lebih baik untuk meningkatkan proses bisnis dan kinerja keuangan. Semua K/L harus menggunakan program coding dan struktur klasifikasi anggaran yang selaras/sinergis. Hal tersebut dapat meningkatkan kinerja penganggaran. Inovasi Kemenkeu dan Bappenas dalam merumuskan Redesain Sistem Perencanaan dan Penganggaran pada 2020 diharapkan dapat diterapkan pada perencanaan dan penganggaran pada tahun berikutnya. Restrukturisasi Program dalam Redesain Sistem Perencanaan dan Penganggaran akan mengurangi tumpang-tindih kegiatan antar-K/L, meningkatkan konvergensi kegiatan pembangunan antar-K/L (Lintas K/L), dan mengurangi biaya birokrasi. Pemerintahan perlu membuat standar biaya dalam bentuk Standar Biaya Keluaran. K/L juga diharapkan dapat merumuskan informasi kinerja dengan tepat sehingga evaluasi kinerja dapat dilakukan dengan efektif dan efisien. Hasil evaluasi kinerja anggaran nantinya dapat dimanfaatkan. Salah satunya untuk pemberian penghargaan bagi K/L. Seperti diketahui, Indikator Kinerja, Standar Biaya, dan Evaluasi Kinerja merupakan syarat Penganggaran Berbasis Kinerja (World Bank, 2020).

Redesain Sistem Perencanaan dan Penganggaran bertujuan agar kebijakan *money follow program* dan penguatan anggaran berbasis kinerja terlaksana.

Redesain Sistem Perencanaan dan Penganggaran bertujuan agar kebijakan *money follow program* dan penguatan anggaran berbasis kinerja terlaksana. Redesain tersebut juga akan meningkatkan konvergensi program dan kegiatan antar-K/L dan mengurangi tumpang-tindih. Pada unit eselon I juga akan terbangun keselarasan rumusan program, kegiatan, dan informasi kinerja dalam mencapai *output* dan *outcome* program (DJA Kemenkeu, 2020).

Redesain tersebut juga mengharuskan adanya penyesuaian dari sisi aplikasi, yaitu sistem informasi KRISNA. KRISNA merupakan aplikasi Kolaborasi Perencanaan dan Informasi Kinerja Anggaran yang mengintegrasikan sistem dari tiga kementerian, yakni Kementerian PPN/Bappenas, Kementerian Keuangan, dan Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara (Kemenpan RB) untuk mendukung proses perencanaan, penganggaran, serta pelaporan informasi kinerja. Sinergi aplikasi perencanaan dan penganggaran antara KRISNA dan SAKTI dilakukan dengan penggunaan *single*

database untuk referensi yang digunakan. Sinergi sistem informasi tersebut dapat mengurangi gap antara perencanaan dan alokasi anggaran. Tidak adanya tumpang-tindih kegiatan dan fokus pada kegiatan yang mendukung output program sehingga menghasilkan efisiensi anggaran.

Selain itu, pelaporan progres perencanaan dapat dipercepat dengan interoperabilitas dan *seamless* perubahan data antara KRISNA dan *Online Monitoring (OM) SPAN*. Pemantauan *online* yang sudah dilakukan sejak 2014 diharapkan dapat memonitor semua transaksi pada SPAN. Dengan demikian, secara otomatis dapat diketahui data yang bermasalah dan belum dilaporkan. OM SPAN juga lebih efisien karena menggantikan sistem manual, yaitu pegawai melakukan pemantauan secara langsung. Pada setiap saat, proses pengelolaan data keuangan dapat dilakukan secara *online* dan *offline* melalui aplikasi SAKTI. Aplikasi-aplikasi ini dapat menjamin *single entry point* dan integrasi database menjadi *one big data* yang bisa digunakan untuk perhitungan akun kesehatan dan belanja kesehatan secara lebih lengkap dan jelas.

Penerapan penganggaran berbasis kinerja dan perubahan dari *input base* menjadi *output base* berkaitan dengan rumusan *output*, kualitas *output*, dan hubungan *output* dan *outcome*. Penyelarasan data *output* dengan rencana *outcome* pada setiap K/L dapat dilakukan melalui interoperabilitas antara sistem e-Monev dan SMART KL. Tujuan dari interoperabilitas adalah keterpaduan penganggaran antar-program/kegiatan dan jenis belanja dalam satu K/L serta adanya akun yang standar sehingga tidak terjadi perhitungan ganda. Perancangan target pembangunan dalam perencanaan nasional dan sektor serta pemantauan selama prosesnya lebih menekankan kualitas *output* dan *outcome* daripada kuantitas sehingga kinerja yang buruk dapat diidentifikasi dan ditangani. Pada akhirnya, hal tersebut akan membuat *outcome* lebih mungkin dicapai. *Output* yang terdiri dari *output* program, KRO, dan RO harus mencerminkan *real work* atau *eye catching*. Rumusan *output* untuk K/L akan digunakan untuk *output* dalam DAK sesuai dengan bidangnya.

Penerapan penganggaran berbasis kinerja dan perubahan dari *input base* menjadi *output base* berkaitan dengan rumusan *output*, kualitas *output*, dan hubungan *output* dan *outcome*.

Selain itu, perbaikan pengumpulan data dan pengelolaan sistem informasi diperlukan bersama dengan penerapan Bagan Akun (*chart account*) anggaran daerah yang baru, yang akan meletakkan dasar untuk evaluasi belanja daerah yang lebih baik di masa depan. Namun, melaksanakan reformasi ini adalah tugas yang berat. Di tingkat pusat, kementerian lini harus mengumpulkan dan melaporkan data tentang keluaran dan hasil yang telah ditentukan sebelumnya di seluruh sektor dan mengintegrasikannya ke dalam platform umum yang dapat digunakan untuk meningkatkan penyampaian layanan dan penargetan program oleh semua tingkat pemerintahan. Terakhir, data harus digunakan untuk mendorong kinerja yang lebih baik, memungkinkan peningkatan akuntabilitas *top-down* dan *bottom-up* (World Bank, 2020).

Daftar Pustaka

- DJA Kemenkeu. (2020). *Paparan Redesign Sistem Perencanaan dan Penganggaran*. Jakarta, Indonesia
- Edejer, Tessa Tan-Torres. (2016). *Revisiting Disease Distribution for Health Accounts*. WHO Bi-regional Workshop on the System of Health Accounts 2011, 29 Februari–4 Maret 2016, Beijing, China.
- Hernández-Pena, P. (2019). *WHO Workshop on Distribution of Expenditure by Disease, 21-29 Januari 2019*. Jakarta, Indonesia.
- Kementerian Kesehatan, PKEKK UI, & USAID. (2019a). *Catatan Rekomendasi User Guide DHA*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kementerian Kesehatan, PKEKK UI, & USAID. (2019b). *User Guide Produksi National Health Accounts di Indonesia Tahun 2017*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Maeda A., Harrit M., Mabuchi S., Siadat B., Somil N. (2012). *Creating Evidence for Better Health Financing Decisions: A Strategic Guide for the Institutionalization of National Health Accounts*. Washington D.C: The World Bank.
- OECD, Eurostat, WHO. (2011). *A System of Health Accounts, Revised Edition 2016*. OECD Publishing. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787>.
- PPJK Kementerian Kesehatan RI, Australian Aid, & PKEKK FKM UI (2016). *Modul dan Pedoman Pelatihan Provincial Health Account Partial (PHAp)*.
- PPJK Kementerian Kesehatan RI, Australian Aid, & PKEKK FKM UI. *Pedoman dan Modul Pelatihan District Health Account (DHA) untuk Tingkat Kabupaten/Kota*. Edisi ke-4 Disesuaikan dengan Modul Provincial Health Account (PHA).
- PPJK Kementerian Kesehatan RI, PKEKK FKM UI. (2019). *Policy Brief: NHA Indonesia: Situasi dan Isu Strategis Pengembangan*. Jakarta, Indonesia
- PPJK Kementerian Kesehatan RI, PKEKK FKM UI. (2020). *Consultation Meeting with USAID Expertise: Progress on NHA Production in Indonesia and Current NHA Results, Challenges & Opportunities*. 20-24 Januari 2020. Jakarta Indonesia

PPJK Kementerian Kesehatan. (2019). National Health Accounts (NHA) Indonesia Tahun 2017: Laporan Akhir.

Rannan-eliya R.P., Lorenzoni L. (2010). Guidelines for Improving the Comparability and Availability of Private Health Expenditures under the System of Health Accounts Framework. *OECD Heal Work Pap.* 2010;52:1-67.

Tesfaye. (2017). USAID and HFG Project Workshop on Conducting National Health Accounts with System of Health Accounts 2011, 16-20 Mei 2017, Bogor, Indonesia.

van Mosseveld C., Hernández-Pena, P., Arán D., Cherilova V., & Mataria A. (2016). How to Ensure Quality of Health Accounts. *Health Policy* 2016;120:544-51, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.009>.

World Bank. (2020). Indonesia Public Expenditure Review/ IPER. USA.

KEMENKES RI



KEMENKES RI



BAB 5

Aplikasi Akun Kesehatan Nasional di Indonesia

Prastuti Soewondo & Fitriani Pramita Gumilang

5.1. Pengantar

Di banyak negara, akun kesehatan hanya dilakukan dalam skala nasional, yaitu Akun Kesehatan Nasional (NHA). Tidak banyak negara mengenal istilah Akun Kesehatan Kabupaten/Kota (DHA) dan Akun Kesehatan Provinsi (PHA). Hal ini berbeda dengan Indonesia yang memiliki sistem pemerintahan terdesentralisasi (otonomi daerah) sehingga penyusunan akun kesehatan tidak hanya di tingkat nasional berupa NHA, tetapi juga di tingkat daerah, berupa PHA dan DHA. Bab ini akan menjelaskan kelembagaan, petunjuk teknis, serta contoh hasil dari penyusunan akun kesehatan di Indonesia, baik NHA, PHA, maupun DHA.

Di banyak negara, akun kesehatan hanya dilakukan dalam skala nasional, yaitu Akun Kesehatan Nasional (NHA).

5.2. Kelembagaan *National Health Accounts* (NHA)

Rangka kerja *National Health Accounts* (NHA) yang telah diakui secara global menawarkan berbagai bukti dalam upaya perbaikan pembiayaan kesehatan melalui penyediaan informasi yang transparansi dari mana sumber dana berasal dan bagaimana dana tersebut dibelanjakan. Input terkait kebijakan pembiayaan kesehatan yang efektif melalui produksi NHA membutuhkan pengumpulan, penyusunan, serta analisis data belanja kesehatan secara rutin dan komprehensif. Pada prosesnya banyak negara masih menghadapi tantangan ketersediaan data yang

terfragmentasi karena belum adanya dukungan sistem informasi untuk menyediakan data belanja kesehatan secara otomatis dan terintegrasi. Hal ini menyebabkan ketidaklengkapan dan ketidakkonsistenan informasi mengenai aliran sumber dana kesehatan untuk kebutuhan analisis.

Pembentukan kelembagaan NHA merupakan salah satu strategi untuk menjawab tantangan dalam menghasilkan potret belanja kesehatan suatu negara secara efektif dan berkelanjutan. Oleh karena itu, telah disusun juga kerangka kerja kelembagaan NHA yang menjelaskan bagaimana membangun sistem yang lebih kuat untuk mengumpulkan, mengelola, menganalisis, dan mendistribusikan informasi terkait pembiayaan kesehatan (Maeda A., et al., 2012). Pada kerangka kerja tersebut, terdapat empat siklus dalam proses kelembagaan NHA yang meliputi (1) permintaan dan pemanfaatan hasil NHA (*demand and use*), (2) produksi termasuk pengumpulan data (*production*), (3) diseminasi hasil (*dissemination*), dan (4) penerjemahan hasil melalui analisis spesifik sesuai pertanyaan kunci kebijakan (*translation of data*). Selain itu, terdapat juga komponen penting yang perlu dipertimbangkan dalam setiap siklus kelembagaan NHA agar memudahkan untuk merumuskan model pengelolaan NHA yang tepat sesuai dengan konteks Indonesia, yaitu komponen tata kelola (*governance*), kapasitas (*capacity*), dan pendanaan (*finance*).

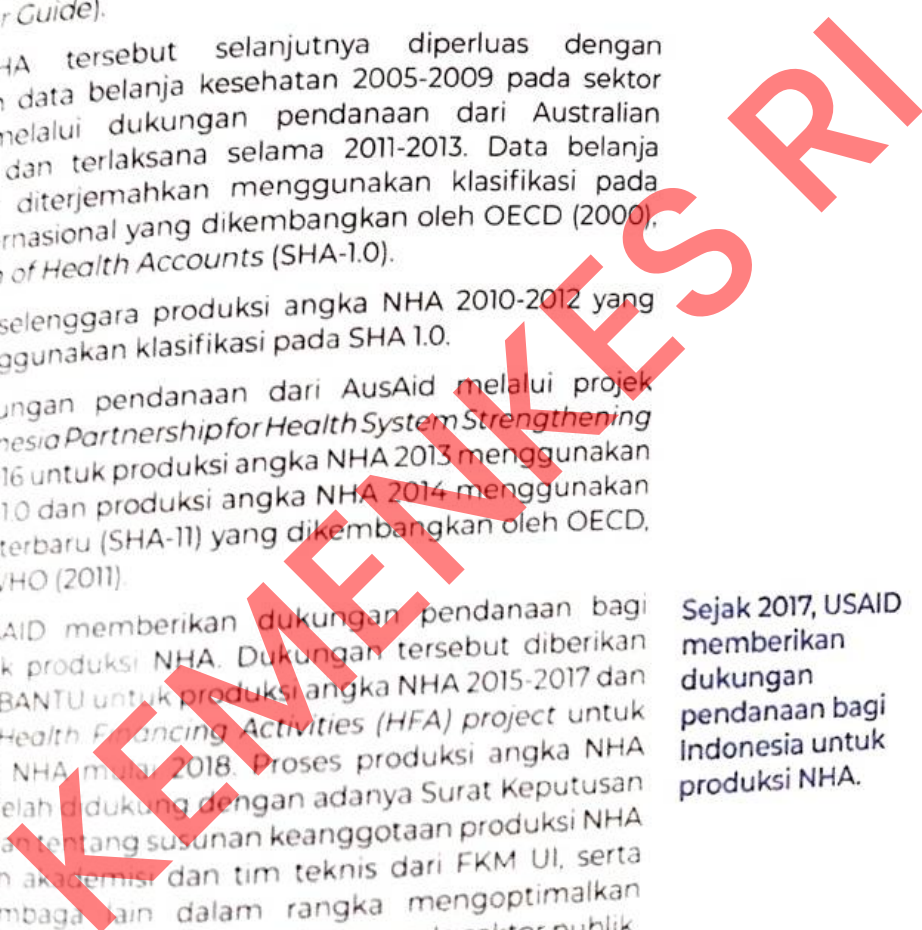
Indonesia telah sejak lama berupaya untuk memproduksi NHA secara rutin dan berkelanjutan dengan berbagai strategi atau model kelembagaan.

Indonesia telah sejak lama berupaya untuk memproduksi NHA secara rutin dan berkelanjutan dengan berbagai strategi atau model kelembagaan. Berikut ini merupakan penjelasan mengenai perkembangan pelaksanaan produksi beserta model kelembagaan NHA di Indonesia (Gambar 5.1.) (PPJK Kemenkes, 2020):

1. Indonesia mulai melakukan produksi NHA pada 1984 diawali dengan menghasilkan angka belanja kesehatan pada sektor publik, meliputi belanja kesehatan Kementerian Kesehatan, Kementerian/Lembaga lainnya, Pemerintah Daerah, dan Asuransi Kesehatan Sosial. Proses produksi ini berlangsung hingga 1994 melalui dukungan pendanaan hibah luar negeri bersumber dari *United States Agency for International Development (USAID)*.
2. Selama 1995-2000 tidak ada produksi NHA Indonesia. Proses produksi ini dilanjutkan kembali pada 2001, dimulai dengan pembentukan tim internal Departemen Kesehatan (Depkes) yang bertanggung jawab untuk menyusun angka NHA 2001 serta pelaksanaan proses kolaborasi antara Depkes dan WHO. Penyusunan NHA ini dilakukan dengan menggunakan data alokasi anggaran. Hasil analisis tersebut didokumentasikan dalam bentuk laporan NHA dan mulai diterbitkan pada 2007.
3. Produksi NHA 2002-2004 terlaksana pada 2007-2008 dan didukung dengan adanya Surat Keputusan Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan Republik Indonesia (SK Sekjend Depkes RI) tentang pembentukan Tim Analisis NHA. Pada periode ini angka NHA dihasilkan dengan menggunakan data realisasi.

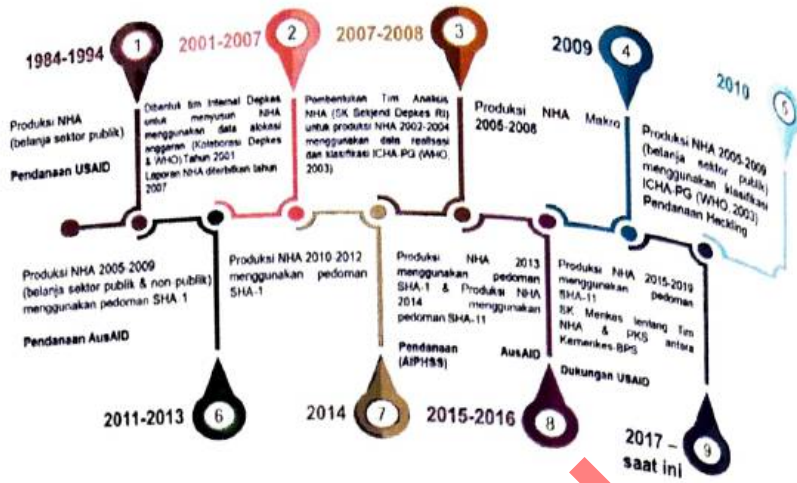
- belanja yang kemudian diterjemahkan ke dalam berbagai klasifikasi tersebut mengacu pada pedoman internasional produksi NHA (ICHA-PG/NHA *Producer Guide*) yang dikembangkan oleh WHO, World Bank, dan USAID (2003).
- 4 Pada 2009 terselenggara produksi angka NHA 2005-2008 dengan cakupan analisis di level makro. Data ini dianalisis menggunakan pedoman internasional produksi NHA (ICHA-PG/NHA *Producer Guide*).
- 5 Pada 2010 terselenggara produksi angka NHA 2005-2009, tetapi hanya terbatas pada sektor publik. Data ini juga dianalisis menggunakan klasifikasi dari pedoman internasional (ICHA-PG/NHA *Producer Guide*).
- 6 Produksi NHA tersebut selanjutnya diperluas dengan menghasilkan data belanja kesehatan 2005-2009 pada sektor non-publik melalui dukungan pendanaan dari Australian Aid (AusAid) dan terlaksana selama 2011-2013. Data belanja ini kemudian diterjemahkan menggunakan klasifikasi pada pedoman internasional yang dikembangkan oleh OECD (2000), yaitu *A System of Health Accounts (SHA-1.0)*.
- 7 Pada 2014 terselenggara produksi angka NHA 2010-2012 yang dianalisis menggunakan klasifikasi pada SHA 1.0.
- 8 Terdapat dukungan pendanaan dari AusAid melalui proyek *Australia-Indonesia Partnership for Health System Strengthening* selama 2015-2016 untuk produksi angka NHA 2015-2016 menggunakan klasifikasi SHA 1.0 dan produksi angka NHA 2014 menggunakan klasifikasi SHA terbaru (SHA-11) yang dikembangkan oleh OECD, Eurostat, dan WHO (2011).
- Sejak 2017, USAID memberikan dukungan pendanaan bagi Indonesia untuk produksi NHA. Dukungan tersebut diberikan melalui project BANTU untuk produksi angka NHA 2015-2017 dan melalui USAID *Health Financing Activities (HFA) project* untuk produksi angka NHA mulai 2018. Proses produksi angka NHA sejak 2015 juga telah didukung dengan adanya Surat Keputusan Menteri Kesehatan tentang susunan keanggotaan produksi NHA yang melibatkan akademisi dan tim teknis dari FKM UI, serta Kementerian/Lembaga lain dalam rangka mengoptimalkan proses pengumpulan data belanja kesehatan pada sektor publik. Selain dengan pembentukan struktur keanggotaan tersebut, sumber dana APBN juga telah tersedia untuk mendanai kegiatan NHA (di luar lingkup pendanaan USAID) pendanaan tim teknis dari FKM UI, seperti kegiatan pertemuan untuk persiapan produksi, koordinasi, sosialisasi, dan diseminasi hasil. Selain itu, Kementerian Kesehatan juga Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara Kementerian Kesehatan dan Badan Pusat Statistik (BPS) untuk mendukung pengumpulan dan analisis data belanja kesehatan di sektor non-

Sejak 2017, USAID memberikan dukungan pendanaan bagi Indonesia untuk produksi NHA.



Gambar 5.1. Perkembangan Produksi dan Model Kelembagaan NHA di Indonesia

ppjk Kemenkes. Slide Paparan tentang Perkembangan National Health Accounts (NHA) di Indonesia



Keterlibatan berbagai Kementerian/Lembaga (K/L) dalam struktur keanggotaan NHA mencerminkan kekuatan dalam struktur dukungan ketersediaan data dasar tahunan yang dibutuhkan sebagai bagian konstruksi besar belanja kesehatan yang dibutuhkan inti NHA, yang dikendalikan oleh Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK) Kemenkes bersama dengan tim dukungan teknis dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI), memastikan proses produksi tahunan NHA berjalan serta menghasilkan deskripsi potret belanja kesehatan yang akan dijadikan sebagai bahan advokasi pada forum diseminasi hasil. Tim inti juga bertanggung jawab untuk menjaga agar periode produksi terjadi di T minus 1, minimal dalam gambaran agregat di tingkat nasional (Kemenkes, RI., 2017).

Berdasarkan tinjauan literatur, terdapat empat model tata kelola kelembagaan NHA yang memungkinkan untuk diadaptasi Indonesia (Maeda, A., et.al., 2012), yaitu sebagai berikut:

1. *MoH-led Model*: Kemenkes adalah pemilik dan pemroduksi data dan juga pihak yang berwenang memanfaatkannya untuk pengambilan kebijakan.
2. *MoH-led with Multisectoral Collaboration*: Kemenkes adalah pemilik dan pemroduksi data, sedangkan pemanfaatan untuk kebijakan dilakukan bersama dengan sektor lain
3. *Multisector Model*: Produksi dan pemanfaatan dilakukan bersama dengan multisektor.
4. *Independent Agency Research Model*: Produksi dan pemanfaatannya di bawah wewenang insititusi independen.

Berkaitan dengan pentingnya memperoleh dukungan dan komitmen pemerintah Indonesia untuk menyelenggarakan produksi NHA secara berkelanjutan, produksi NHA ini juga telah menjadi salah satu indikator untuk menilai pengembangan pembiayaan dan jaminan kesehatan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024 (Kemenkes, 2020)

5.3. Kelembagaan *Provincial Health Account* (PHA)

Kepmenkes-922/2008 menetapkan agar produksi penelusuran belanja dilakukan secara rutin setiap tahun. Produksi akun kesehatan pada tingkat nasional pun telah rutin dilakukan setiap tahun. Oleh sebab itu, produksi akun kesehatan di tingkat provinsi juga perlu dilembagakan agar menjadi kegiatan rutin tahunan (Ascobat, G., 2007). Berdasarkan pengalaman lapangan (NTT dan Bali) dan upaya melembagakan NHA ditingkat pusat (Kemenkes, Bappenas, Kemendagri, Kemenkeu, BPS, BKKBN), diambil kesimpulan bahwa pelembagaan PHA meliputi:

1. Perumusan yang jelas tentang tugas dan fungsi lembaga PHA
2. Opsi kelembagaan dan struktur organisasi lembaga pelaksana teknis DHA
3. Legitimasi dan mandat kelembagaan
4. Pembiayaan.

5.3.1. Tugas dan Fungsi Lembaga (Unit Pelaksana) PHA

Unit Pelaksana PHA terdiri dari tugas pokok dan fungsi antara lain pengumpulan dan manajemen data, termasuk pengelolaan bank data, data entry dan produksi tabel-tabel PHA, analisis dan interpretasi data sesuai format PHA dan produksi dan diseminasi hasil PHA. Tugas dan fungsi tambahannya adalah menyelenggarakan bank data/informasi PHA, inventarisasi referensi tentang PHA, dan membantu pihak pengguna hasil PHA (users). Tugas dan fungsi pengelolaan (manajemen) adalah membina jaringan kerja sama dengan sumber data dan membina kerja sama dengan para tim teknis pengolah data DHA dan PHA.

5.3.2. Struktur Organisasi

Struktur Organisasi "Unit Pelaksana PHA" Institusi atau unit pelaksana PHA memerlukan kejelasan status dan bentuk organisasi sesuai dengan peraturan (dalam hal ini PP No. 41/2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah). Beberapa opsi status kelembagaan PHA tersebut adalah sebagai berikut:

1. Panitia pelaksana PHA
2. Satuan tugas PHA
3. Kelompok kerja PHA
4. Tim pelaksana teknis PHA
5. dll.

Pilihan tentang nama unit pelaksana PHA tersebut diserahkan kepada provinsi masing-masing. Tugas dan fungsi seperti disampaikan di atas memerlukan suatu organisasi yang terdiri dari:

1. Penanggung jawab (kepala)
2. Sekretaris/tata usaha

Produksi akun kesehatan pada tingkat nasional pun telah rutin dilakukan setiap tahun.

3. Unit manajemen data dan analisis data
4. Anggota: wakil dinas kesehatan, Bappeda, biro kesejahteraan sosial/pelayanan sosial, RSUD dan perguruan tinggi.

5.3.3. Legitimasi Kelembagaan

Kegiatan PHA memerlukan suatu lembaga yang memiliki otoritas dan kapasitas teknis melaksanakan PHA. Oleh sebab itu, Tim PHA tersebut perlu dikukuhkan dengan SK Gubernur.

Selain itu, lembaga tersebut juga mempunyai jaringan kerja sama dengan instansi-instansi dalam organisasi pemerintah, LSM, dan swasta. Karena melibatkan instansi lintas sektor, salah satu bentuk organisasi pelaksana PHA adalah "Tim Pelaksana Teknis PHA" yang dibentuk dengan Surat Keputusan Gubernur. Tim Pelaksana Teknis PHA disarankan berada di bawah koordinasi Bappeda. Agar Tim tersebut dapat lebih mudah mendapatkan data tentang anggaran/biaya kesehatan dari berbagai sumber data selain Dinas Kesehatan, maka diperlukan:

1. Surat pengantar pengumpulan data yang dikeluarkan oleh gubernur.
2. Surat tersebut dikeluarkan dengan nomor surat Bappeda atau Dinas Kesehatan.

5.3.4. Pembiayaan

Untuk pelaksanaan PHA secara rutin, anggarannya dapat dimasukkan ke DPA Bappeda atau Dinas Kesehatan.

Pelembagaan dan pelaksanaan PHA memerlukan pembiayaan. Untuk pelaksanaan PHA secara rutin, anggarannya dapat dimasukkan ke DPA Bappeda atau Dinas Kesehatan. Biaya yang diperlukan dalam pelembagaan dan pelaksanaan kegiatan PHA terdiri dari elemen biaya sebagai berikut (Ascobat, et al., 2016):

1. Biaya *start up* (investasi awal dan pengembangan) pelembagaan.
 - a. Pembentukan Tim Teknis pelaksana PHA.
 - b. Persiapan ruang kerja, mebel kantor, dan komputer.
 - c. Biaya pelatihan anggota tim (bisa dilakukan oleh propinsi atau proyek tertentu).
2. Biaya operasional (rutin) lembaga PHA.
 - a. Biaya personil sekretariat.
 - b. Biaya ATK.
 - c. Biaya dokumentasi.
 - d. Biaya diseminasi hasil.
3. Biaya pelaksanaan PHA.
 - a. Biaya pengumpulan data.
 - b. Biaya pelaksanaan analisis data serta interpretasi dan presentasi hasil PHA di hadapan pemangku kepentingan di tingkat provinsi.
 - c. Biaya pencetakan hasil dan publikasi

5.4. Kelembagaan District Health Account (DHA)

Saat ini beberapa kabupaten/kota di beberapa provinsi telah melaksanakan DHA, antara lain Provinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat, Banten, Lampung, Jambi, Aceh, Sumatera Barat, NTT, Bali, DI Yogyakarta, Sulawesi Tengah, dan beberapa provinsi lainnya. Sementara itu, Provinsi Riau, Kalimantan Barat, dan Kalimantan Timur telah melaksanakan pelatihan DHA, tetapi kabupaten/kotanya belum melaksanakannya. Beberapa kabupaten/kota lainnya telah melaksanakan penyusunan DHA secara mandiri, baik dari segi sumber daya manusia maupun anggaran, tanpa bergantung pada pendampingan dari tim pusat/provinsi atau anggaran dana dekonsentrasi Kementerian Kesehatan.

Beberapa kabupaten/kota lainnya telah melaksanakan penyusunan DHA secara mandiri, baik dari segi sumber daya manusia maupun anggaran.

Pelaksanaan DHA di beberapa kabupaten/kota telah banyak mendapat dukungan baik dari Kepala Dinas Kesehatan maupun dari Pemerintah Daerah. Pemerintah Daerah merasakan manfaat dan kegunaan dari penyusunan DHA sebagai potret anggaran kesehatan mereka. Potret anggaran tersebut bermanfaat sebagai bahan informasi dan advokasi anggaran kesehatan kepada para pengambil keputusan (Bupati, DPRD, Bappeda, BPKAD, Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, dll) dan dapat dipergunakan untuk proses perencanaan anggaran kesehatan kabupaten/kota sehingga penganggaran kesehatan ke depan bisa mendapatkan alokasi yang lebih baik dan sesuai dengan prioritas program kesehatan (Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan, F, & Kemenkes, RI, 2016). Ada empat hal yang berkaitan dengan kelembagaan yang perlu dikembangkan, yaitu sebagai berikut.

1. Tugas dan fungsi lembaga DHA.
2. Opsi kelembagaan dan struktur organisasi Tim Pelaksana Teknis DHA.
3. Legitimasi kelembagaan.
4. Pembiayaan Pokok Bahasan.

5.4.1. Tugas dan Fungsi Lembaga (Unit Pelaksana) DHA

1. Tugas pokok dan fungsi:
 - a. Pengumpulan dan manajemen data, termasuk pengelolaan bank data.
 - b. Produksi tabel-tabel DHA/
 - c. Analisis dan interpretasi data sesuai format DHA.
 - d. Produksi dan diseminasi hasil DHA.
2. Tugas dan fungsi tambahan:
 - a. Menyelenggarakan bank data/informasi DHA.
 - b. Inventarisasi referensi tentang DHA.
 - c. Membantu pihak pengguna hasil DHA.

3. Tugas dan fungsi pengelolaan (manajemen) termasuk:
 - a. Membina jaringan kerja sama dengan sumber data.
 - b. Membina kerja sama dengan para analis DHA.

Karena melibatkan instansi lintas sektor, salah satu bentuk organisasi pelaksana DHA adalah suatu Tim Pelaksana Teknis DHA yang dibentuk dengan Surat Keputusan Bupati/ Walikota.

Kegiatan DHA memerlukan suatu lembaga yang memiliki otoritas dan kapasitas teknis melaksanakan DHA. Selain itu, lembaga tersebut juga mempunyai jaringan kerja sama dengan instansi-instansi dalam organisasi pemerintah, LSM, dan swasta. Karena melibatkan instansi lintas sektor, salah satu bentuk organisasi pelaksana DHA adalah suatu Tim Pelaksana Teknis DHA yang dibentuk dengan Surat Keputusan Bupati/Walikota. Tim Pelaksana tersebut disarankan berada di bawah koordinasi Bappeda atau Dinas Kesehatan. Tim membutuhkan dua hal berikut agar dapat lebih mudah mendapatkan data tentang anggaran/biaya kesehatan dari berbagai sumber data selain Dinas Kesehatan.

1. Surat pengantar pengumpulan data yang dikeluarkan oleh Bupati/Walikota,
2. Surat tersebut dikeluarkan dengan nomor surat Bappeda atau Dinas Kesehatan.

5.4.2. Opsi dan Struktur Organisasi Unit Pelaksana DHA

Institusi atau unit pelaksana DHA memerlukan kejelasan status dan bentuk organisasi sesuai dengan PP No. 41/2007 tentang Organisasi Pemerintah Kabupaten/Kota). Beberapa opsi status kelembagaan DHA adalah sebagai berikut:

1. Panitia pelaksana DHA
2. Satuan tugas DHA
3. Kelompok kerja DHA
4. Tim pelaksana teknis DHA
5. Dll

Pilihan tentang nama unit pelaksana DHA tersebut diserahkan kepada kabupaten/kota masing-masing. Tugas dan fungsi seperti disampaikan di atas memerlukan suatu organisasi yang terdiri dari:

1. Penanggung jawab (kepala).
2. Sekretaris/tata usaha.
3. Unit Manajemen Data dan Analisis data.
4. Anggota: wakil Dinkes, wakil RSUD, wakil Bappeda, dan wakil Kantor BPS Daerah.

5.4.3. Pembiayaan

Pelembagaan dan pelaksanaan DHA memerlukan pembiayaan untuk pelaksanaan DHA secara rutin, anggarannya dapat dimasukkan ke DPA Bappeda atau Dinas Kesehatan. Biaya yang diperlukan dalam pelembagaan dan pelaksanaan kegiatan DHA terdiri dari elemen sebagai berikut:

- 1. Biaya staf (gaji, tunjangan, dan biaya lainnya) kelembagaan.
- 2. Biaya staf (staf teknis pelaksana DHA).
- 3. Biaya alat tulis kantor, listrik, telepon, komputer, dan internet.
- 4. Biaya pelatihan anggota tim (bisa dilakukan oleh provinsi atau pusat tertentu).
- 5. Biaya operasional (rutin) lembaga DHA.
- 6. Biaya personal sekretariat
 - a. Biaya ATK
 - b. Biaya dokumentasi
 - c. Biaya diseminasi hasil
 - d. Biaya pelaksanaan DHA
- 7. Biaya pengumpulan data di kabupaten/kota ybs (transportasi, penginapan, dan konsumsi)
 - a. Biaya pengumpulan data di Kabupaten/Kota (transportasi, penginapan, dan konsumsi)
 - b. Biaya pengumpulan data di Provinsi (diperlukan sekitar tiga hari di Kantor Dinas Kesehatan provinsi, dan instansi terkait lainnya): transportasi, penginapan, konsumsi, dan akomodasi
 - c. Biaya melakukan analisis data serta interpretasi dan presentasi hasil DHA di hadapan pemangku kepentingan kabupaten/kota
 - d. Biaya pencetakan hasil dan publikasi.

5.4.4. Contoh Kelembagaan DHA

Seam proses penyusunan DHA di tingkat kabupaten/kota dibutuhkan SK Tim DHA sebagai wujud komitmen bagi daerah sehingga anggota tim dapat bertanggung jawab untuk terus memproduksi DHA secara berkelanjutan. Tentunya hal ini akan sangat berpengaruh pada kelancaran dan kualitas DHA yang diproduksi. Walaupun wujud kelembagaan dalam proses penyusunan DHA 2017 sudah diformalkan dalam bentuk SK Tim DHA, karakteristik kelembagaan tiap daerah berbeda-beda. Ada daerah yang memiliki SK Tim DHA sudah melibatkan lintas sektor luar dan kesehatan sebagai anggota tim DHA (Tim National Health, 2019).

Ada variasi ragam, tetapi hal yang menarik adalah seluruh daerah yang telah memiliki SK Tim DHA sudah melibatkan lintas sektor luar urusan kesehatan sebagai anggota tim DHA.

Ada variasi pengeluaran SK tim DHA adalah sebagai berikut (Tim National Health, 2019):

- 1. Tim beberapa daerah telah dikeluarkan oleh Walikota/ Bupati, misalnya Kota Kediri, Kabupaten Bantul, Kabupaten Tuban, Kota Malang, dan Kabupaten Banyuwangi.
- 2. Kabupaten Muaro Bungo yang memiliki dua SK Tim DHA yang dikeluarkan oleh Bupati dan Kepala Dinas Kesehatan.
- 3. Ada daerah memiliki SK Tim DHA yang dikeluarkan oleh Kepala Dinas Kesehatan, yaitu Kota Yogyakarta dan Kabupaten...

Isu lainnya terkait mutasi pegawai adalah kurang optimalnya proses transfer knowledge kepada anggota baru sehingga membutuhkan waktu dan pendanaan khusus untuk pelatihan DHA.

Catatan lain adalah tidak semua daerah melakukan pembaruan SK Tim DHA dari Bupati secara rutin (tahunan), seperti Kabupaten Tuban dan Muaro Bungo dengan SK tim yang hanya berlaku sampai 2017 sedangkan Kabupaten Banyuwangi hanya berlaku sampai 2016. Penting memperbarui SK tim karena terjadi perubahan anggota tim yang disebabkan oleh adanya proses mutasi pegawai. Pergantian tim yang terlalu sering akan berdampak pada keberlangsungan dan kualitas produksi DHA. Isu lainnya terkait mutasi pegawai adalah kurang optimalnya proses transfer knowledge kepada anggota baru sehingga membutuhkan waktu dan pendanaan khusus untuk pelatihan DHA.

Proses pengumpulan data di daerah juga berbeda antara lain:

1. Setiap daerah telah memanfaatkan aplikasi sistem pelaporan keuangan daerah. Sistem Informasi Manajemen Perencanaan Penganggaran, dan Pelaporan (SIMPAL) di Kabupaten Banyuwangi, Sistem Informasi Pengelolaan Keuangan Daerah (SIPKD) di Kota Yogyakarta, serta Sistem Informasi Manajemen Daerah (SIMDA) di Kabupaten Bungo.

Sayangnya tingkat rinci data yang tersedia yang dihasilkan dari aplikasi tersebut hanya memotret belanja kesehatan sektor publik sampai pada tingkat OPD. Aplikasi di atas belum dapat memotret informasi rinci terkait dana BOK, JKN, dan dana desa sehingga tim DHA memerlukan proses lebih lanjut untuk dapat memperoleh tambahan informasi yang lebih rinci dari sumber data sekunder lainnya sesuai kebutuhan untuk memenuhi klasifikasi sesuai akun DHA.

2. Alternatif lainnya dapat dilakukan dengan pelaksanaan sosialisasi DHA dengan mengundang lintas sektor sebagai sumber data. Dalam pertemuan ini dijelaskan ruang lingkup, manfaat, dan data-data yang dibutuhkan dalam perhitungan DHA. Tim DHA memberikan templat data yang selanjutnya diisi oleh tiap lintas sektor sesuai kebutuhan dengan waktu yang telah disepakati. Selanjutnya, tim DHA akan melakukan *follow up* data ke setiap lintas sektor. Cara pengumpulan data ini terjadi di Kabupaten Bantul dan Kulonprogo.
3. Ada kabupaten/kota yang sudah mendapat data dengan cara mengirimkan surat dan permintaan data kepada instansi terkait seperti yang dilakukan di Kota Cilegon, Kabupaten Tuban, dan Kota Pekanbaru. Tentunya hal ini sangat menghemat waktu dan tenaga.
4. Meskipun beberapa daerah sudah memanfaatkan aplikasi keuangan daerah, maupun dengan pelaksanaan sosialisasi DHA, proses pengambilan data sektor swasta masih membutuhkan upaya yang lebih besar (tidak hanya mengirimkan surat dan templat permintaan data, melainkan perlu mendatangi satu per satu instansi swasta tersebut).

5.5. Panduan dan Petunjuk Teknis dalam Penyusunan Akun Kesehatan di Indonesia

Penyusunan akun kesehatan pada tingkat nasional (NHA) di Indonesia mengacu pada pedoman internasional, seperti *System of Health Accounts (SHA)* versi 1.0, *Guide to Producing of Health Accounts*, dan SHA versi 2011. Kemudian disusun panduan pengguna NHA untuk mendokumentasikan proses penyusunan NHA setiap tahunnya. Panduan pengguna ini berisi proses pengumpulan data, pengklasifikasian, triangulasi dan validasi data yang sudah dikumpulkan dari setiap skema pembiayaan.

Panduan pengguna tersebut dilengkapi dengan *crosswalk* data Kemenkes. *Crosswalk* ini disusun untuk memudahkan proses pengklasifikasian data Kemenkes yang setiap tahunnya memiliki beberapa kesamaan informasi sehingga data tersebut dapat digolongkan secara otomatis ke dalam klasifikasi dimensi SHA. Sementara itu, informasi belanja yang baru ada pada tahun belanja yang dipotret atau dengan kata lain tidak ada di tahun sebelumnya, perlu diklasifikasikan ke dalam dimensi SHA secara manual. Panduan pengguna NHA yang terakhir disusun adalah Panduan pengguna produksi NHA 2017 yang disusun pada 2019, sedangkan *Crosswalk* data Kemenkes yang terakhir adalah *Crosswalk* untuk data Kemenkes 2017 yang disusun pada 2019.

Sementara itu, dalam penyusunan akun kesehatan pada tingkat provinsi dan kabupaten/kota dikembangkan pedoman dan modul pelatihan penyusunan akun kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota untuk mengakomodasi kebutuhan di tingkat lokal yang dikoordinasi oleh PPJK Kemenkes. Pedoman tersebut dilengkapi dengan petunjuk teknis konversi kode mata anggaran ke dalam sembilan dimensi DHA dan PHA yang berisi contoh informasi rincian mata anggaran belanja kesehatan di daerah dan data tersebut dipetakan atau dimasukkan ke klasifikasi DHA atau PHA yang mana. Petunjuk teknis ini disusun untuk memudahkan proses pengklasifikasian dalam penyusunan akun kesehatan di tingkat daerah. Buku pedoman dan modul pelatihan PHA yang terakhir disusun pada 2016 dan untuk DHA adalah versi 4. Sementara itu, buku petunjuk teknis petunjuk teknis konversi kode mata anggaran ke dalam 9 dimensi PHA yang terakhir juga disusun pada 2016 dan untuk DHA adalah versi 4.

5.6. Contoh Hasil Akun Kesehatan

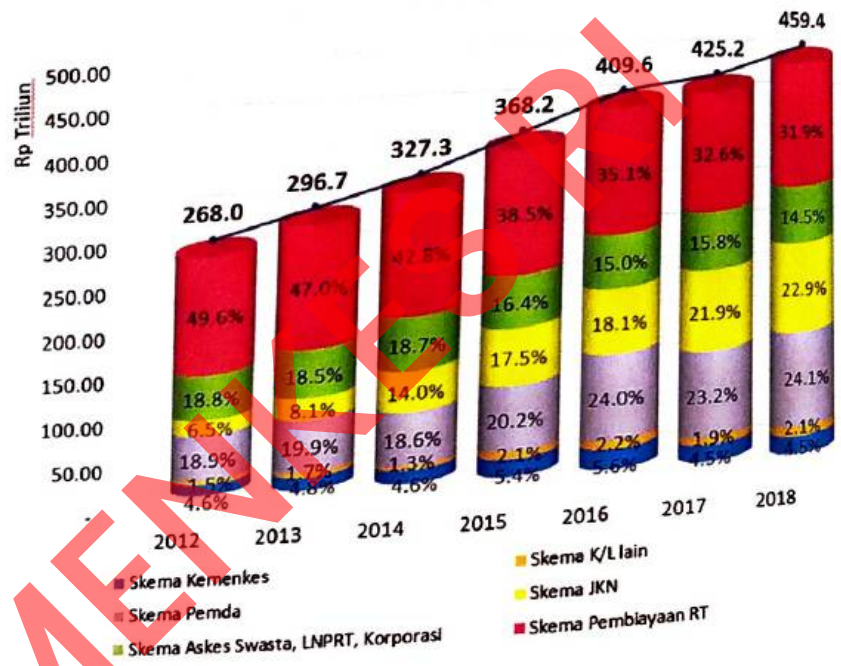
Indonesia terus berupaya agar NHA berproduksi setiap tahunnya hingga saat ini. Gambar 5.2 menyajikan beberapa hasil NHA yang memiliki banyak informasi dan juga bisa menjadi bukti bagi para pemangku kepentingan dalam proses perencanaan, penganggaran, serta monitoring evaluasi belanja kesehatan di Indonesia. Gambar tersebut menyajikan Belanja Kesehatan

Penyusunan akun kesehatan pada tingkat provinsi dan kabupaten/kota dikembangkan pedoman dan modul pelatihan penyusunan akun kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota untuk mengakomodasi kebutuhan di tingkat lokal yang dikoordinasi oleh PPJK Kemenkes.

Menurut Skema Pendanaan selama 2012-2018 yang memuat informasi mengenai mekanisme pembiayaan yang digunakan dalam melaksanakan upaya kesehatan. Belanja kesehatan tersebut menunjukkan peningkatan setiap tahunnya. Skema pendanaan kesehatan meliputi sektor publik (skema Kemenkes, Kementerian Lembaga lainnya, Pemerintah Daerah [provinsi dan kabupaten/kota], Asuransi Kesehatan Sosial [JKN]) dan sektor non-publik (skema Asuransi Kesehatan Swasta, Lembaga Non-Profit yang Melayani Rumah Tangga [LNPRT], Korporasi, dan Pembiayaan Rumah Tangga).

Gambar 5.2.
Belanja Kesehatan Menurut Skema Pendanaan, 2012-2018

PPJK Kementerian Kesehatan. (2020). Laporan National Health Accounts Indonesia 2018. Available from: <http://ppjk.kemkes.go.id/download/http-ppjk-kemkes-go-id-download-national-health-accounts-indonesia-tahun-2018/>



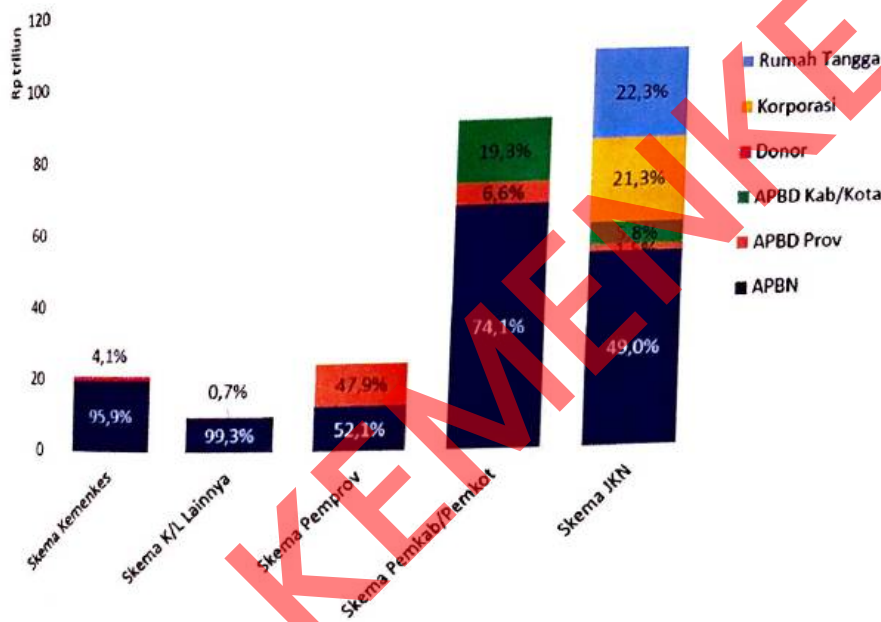
Dalam kurun waktu enam tahun terakhir terjadi perubahan pola pembiayaan kesehatan, yaitu skema pembiayaan sektor publik yang semakin meningkat dan mendominasi dibandingkan sektor swasta. Peningkatan tersebut terjadi pada skema JKN dan skema pemerintah daerah. Gambaran tersebut dapat dijadikan input bagi para pemangku kebijakan terkait implikasi peningkatan belanja kesehatan sektor publik. Adanya peningkatan kontribusi belanja kesehatan dari pendanaan sektor publik mengindikasikan bahwa kuatnya komitmen pemerintah dalam mendukung pembiayaan kesehatan di Indonesia menuju UHC. Gambaran belanja kesehatan melalui NHA dapat menjadi bahan evaluasi bagi para pengambil keputusan untuk mengetahui apakah belanja kesehatan selama ini sudah dimanfaatkan secara tepat dalam peningkatan upaya kesehatan.

Hal lain yang juga menjadi perhatian dalam pendanaan skema publik adalah peran pemerintah daerah. Gambar 5.2 memperlihatkan bahwa skema pembiayaan Pemda memiliki tren yang semakin meningkat setiap tahunnya. Hal ini menunjukkan bahwa adanya

komitmen Pemda dalam pelaksanaan program upaya di bidang kesehatan, sejalan dengan implementasi desentralisasi, yaitu daerah memiliki kewenangan sendiri dalam mengatur wilayah kerjanya masing-masing.

Situasi pandemi yang terjadi pada 2020 mengubah gambaran pola pembiayaan kesehatan. Rendahnya utilisasi JKN menyebabkan penurunan proporsi belanja pada skema JKN. Selain itu, penanganan Covid-19 menjadi tanggung jawab pemerintah, baik pusat maupun daerah, sehingga kemungkinan akan terjadi peningkatan belanja kesehatan yang signifikan pada skema pemerintahan.

Selanjutnya, Gambar 5.3. menyajikan skema pembiayaan kesehatan Indonesia menurut sumber dana yang digunakan. Hal tersebut memungkinkan interpretasi secara tepat struktur keuangan publik dan non-publik dalam mengevaluasi pendanaan secara lebih baik, serta mengidentifikasi skema pembiayaan yang menanggung beban terbesar (OECD; WHO; Eurostat, 2011).



Gambar 5.3. Skema Pembiayaan Publik Menurut Sumber Dana, 2018

PPJK Kementerian Kesehatan. 2020. Laporan National Health Accounts Indonesia 2018. Available from: <http://ppjk.kemkes.go.id/download/http-ppjk-kemkes-go-id-download-national-health-accounts-indonesia-tahun-2018/>

Sudah dijelaskan sebelumnya bahwa peningkatan belanja kesehatan pada skema Pemda terjadi setiap tahunnya. Walaupun demikian, sumber pendanaan pada skema pembiayaan Pemda masih didominasi oleh dana transfer pusat (Gambar 5.3.) dalam bentuk Dana Alokasi Khusus (DAK) kesehatan dan keluarga berencana, Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dan Bantuan Operasional Keluarga Berencana (BOKB), serta perkiraan anggaran kesehatan dari dana otonomi khusus Papua. Peningkatan belanja kesehatan yang terjadi di skema pembiayaan Pemda diharapkan dapat menjadi kesempatan dan ruang yang luas bagi daerah untuk dapat mendukung pemerintah pusat dalam melaksanakan berbagai program kesehatan yang menjadi indikator kinerja

kesehatan nasional. Gambaran NHA juga dapat menjadi bahan monitoring dan evaluasi terhadap dana transfer pusat ke daerah bagi pemerintah pusat. Hal tersebut bertujuan agar pendanaan kesehatan yang telah dialokasikan dapat dimanfaatkan secara efektif dan efisien, serta berdampak baik pada pembangunan sektor kesehatan.

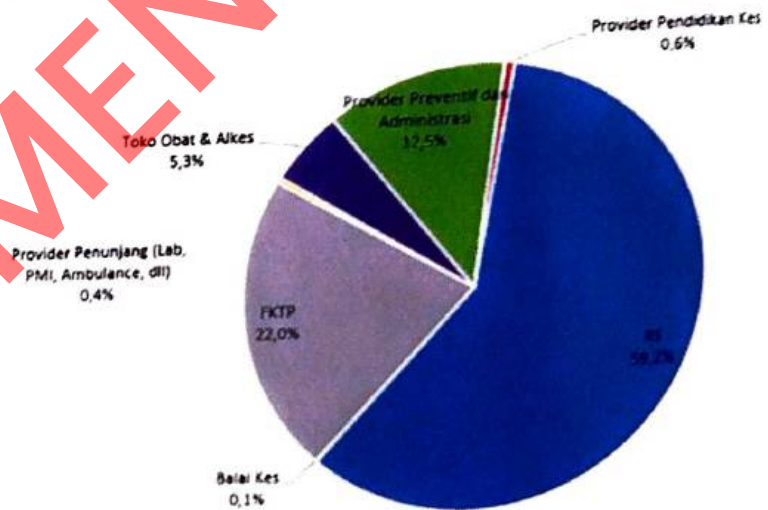
Selanjutnya, estimasi NHA juga dapat menyajikan informasi mengenai penyedia layanan kesehatan yang diklasifikasikan ke dalam dimensi *health care providers* (Gambar 5.4A). Dimensi *provider* mencakup organisasi dan aktor yang menyediakan layanan barang dan jasa kesehatan, baik dengan tugas pokok dan fungsi (tupoksi) utamanya kesehatan maupun hanya memiliki beberapa kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan meskipun tupoksi utamanya bukan kesehatan (OECD; WHO; Eurostat, 2011). Pada 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 Rp100,3 Triliun. Sementara itu, belanja di *provider* preventif dan administrasi menyerap belanja sebesar 12,5 persen atau Rp57,2 Triliun. *Provider* tersebut menyediakan layanan kesehatan yang berupa program pelayanan promotif dan preventif serta administrasi kesehatan. *Provider* yang termasuk ke *provider* preventif dan administrasi adalah satker pusat di lingkup Kementerian Kesehatan dan K/L lain, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Gambar 5.4.

A. Belanja Kesehatan Menurut Provider.

B. Belanja Kesehatan Menurut Fungsi

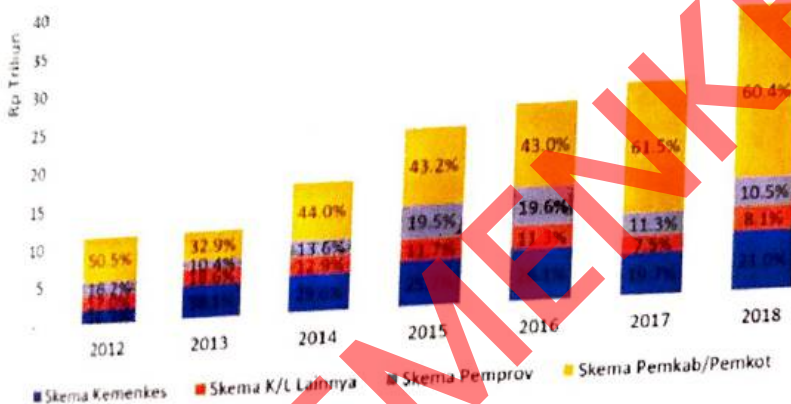
PPJK Kementerian Kesehatan (2020). Laporan *National Health Accounts Indonesia 2018*. Available from: <http://ppjk.kemkes.go.id/download/http-ppjk-kemkes-go-id-download-national-health-accounts-indonesia-tahun-2018/>



Gambar 15.4. (B) menunjukkan proporsi belanja kesehatan Indonesia menurut dimensi fungsi yang dapat menjawab pertanyaan kebijakan mengenai pemanfaatan dana kesehatan dan sebagai input bagi para pengambil keputusan dalam melihat komitmen pemerintah, misalnya terhadap program prioritas. Mayoritas belanja kesehatan Indonesia digunakan untuk layanan kuratif, sementara pemanfaatan untuk layanan preventif hanya 14,3% pada 2018. Belanja layanan preventif dapat dirinci terkait dengan kegiatan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE), imunisasi, deteksi dini, pemantauan

status kesehatan, surveilans epidemiologi pengendalian risiko & penyakit, dan preventif lainnya.

Gambar 15.4.B, memperlihatkan bahwa proporsi terbesar pada belanja layanan preventif adalah Layanan Preventif Lainnya, yang meliputi belanja kegiatan BOK dan belanja gaji pengelola program serta kegiatan-kegiatan preventif lainnya yang belum dapat diklasifikasikan pemanfaatannya secara spesifik karena adanya keterbatasan data dan informasi. Dari rincian layanan preventif yang dapat ditelusuri, pemantauan status kesehatan memiliki porsi yang lebih tinggi sebesar Rp15,3 Triliun (3,3% daripada total belanja kesehatan). Belanja pemantauan status kesehatan ini di antaranya berupa skrining *Antenatal Care* (ANC) selama kehamilan, pengadaan Pemberian Makanan Tambahan (PMT), *medical check-up*, termasuk melalui pemeriksaan laboratorium, dll (PPJK Kementerian Kesehatan, 2020). Sementara itu, belanja untuk deteksi dini masih sangat rendah hanya sebesar Rp0,8 Triliun (0,2% dari total belanja kesehatan) dan imunisasi hanya sebesar Rp6,8 Triliun (1,5% dari total belanja kesehatan).



Gambar 5.5. Belanja Promotif dan Preventif Menurut Skema Pemerintah, 2012-2018

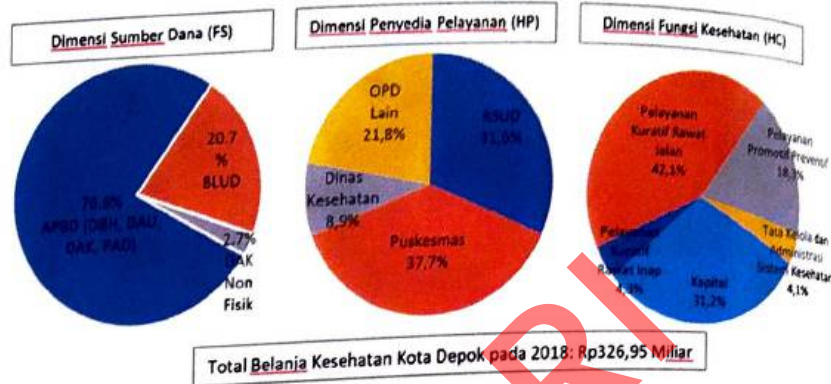
PPJK Kementerian Kesehatan. 2020. Laporan *National Health Accounts Indonesia 2018*. Available from: [http://ppjk-kemkes-go-id-download-national-health-accounts-indonesia-tahun-2018/](http://ppjk.kemkes.go.id/download/http-ppjk-kemkes-go-id-download-national-health-accounts-indonesia-tahun-2018/)

Cross tabulation yang disajikan dalam Gambar 5.5. bermanfaat untuk melihat skema yang berkontribusi dalam penyelenggaraan layanan preventif. Belanja layanan preventif masuk ke belanja pelayanan publik sehingga penting untuk dapat memantau dan mengevaluasi penyelenggaraan program promotif dan preventif oleh pemerintah (Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012). Pada 2018, belanja pemerintah kabupaten/kota untuk layanan preventif mencapai 60,4% dari seluruh belanja kesehatan skema pemerintah kabupaten/kota. Hal ini sejalan dengan motivasi pemerintah untuk mendekatkan pendanaan dengan pelayanan kesehatan di daerah. Adanya peningkatan dana transfer ke daerah setiap tahunnya diharapkan dapat meningkatkan berbagai indikator derajat kesehatan masyarakat yang diiringi dengan pemantauan dan evaluasi dari pemerintah pusat.

Selain analisis belanja kesehatan tingkat nasional, akun kesehatan juga dapat dimanfaatkan dalam menelusuri dan menganalisis

belanja kesehatan tingkat daerah yang dapat dilakukan dengan produksi DHA. Berikut contoh hasil DHA dari penelusuran belanja kesehatan di Kota Depok pada 2018.

Gambar 5.6. Belanja Kesehatan Kota Depok Menurut Sumber Dana (FS), Penyedia Pelayanan (HP), dan Fungsi Kesehatan (HC) 2018



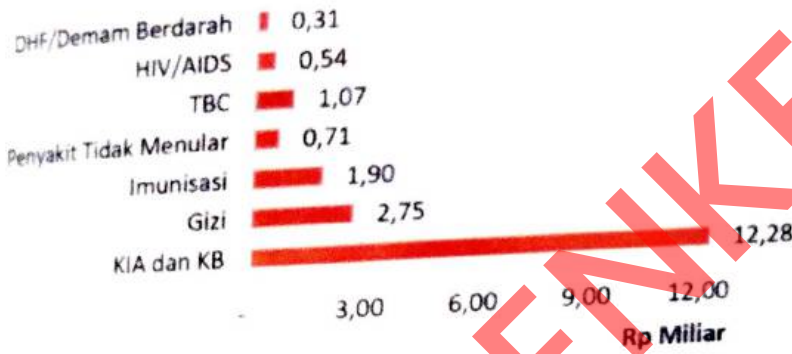
Laporan District Health Accounts (DHA) Kota Depok Tahun 2017-2018

Dari Gambar 5.6. diperoleh informasi bahwa total belanja kesehatan pada 2018 di Kota Depok adalah sebesar Rp326,95 Miliar. APBD (DBH, DAU, DAK, PAD) mendominasi sumber dana untuk kesehatan, yaitu lebih dari 70 persen dari total sumber dana. Pendanaan kesehatan lainnya yang bersumber BLUD memiliki proporsi sebesar 20,7 persen (Rp67,6 Miliar). Sementara itu, DAK nonfisik yang digunakan sebagai sumber dana utama untuk kegiatan memiliki proporsi paling sedikit, yaitu 2,7 persen pada 2018 (Rp8,96 Miliar).

Selain itu, pertanyaan kebijakan lainnya yang dapat dijawab melalui analisis belanja kesehatan di daerah adalah terkait siapa yang memberikan layanan kesehatan. Berdasarkan Gambar 5.6., menurut dimensi penyedia layanan (HP), diperoleh informasi bahwa Puskesmas dan RSUD merupakan penyedia pelayanan kesehatan utama di Kota Depok. Puskesmas memiliki proporsi yang banyak sebesar 37,7 persen (Rp.123,3 Miliar) dibandingkan dengan RSUD sebesar 31,6% (Rp.103,4 Miliar). Selain itu, diketahui juga bahwa OPD lain memiliki kontribusi pendanaan kesehatan sebesar 21,8%. Dinas Perumahan dan Permukiman merupakan salah satu OPD lain yang memiliki peran pada urusan kesehatan di Kota Depok yang kegiatannya berupa pembangunan gedung puskesmas dan RSUD. Selain itu, Dinas Perlindungan Anak, Pemberdayaan Masyarakat dan Keluarga memiliki peran dalam program KIA dan KB, serta promosi kesehatan. Dinas Pendidikan memiliki kegiatan sekolah sehat yang bekerja sama dengan puskesmas dan OPD Kecamatan juga memiliki kontribusi dalam pelaksanaan bidang kesehatan dengan salah satu kegiatannya terkait kader PMO sebagai langkah pencegahan dan pengendalian TB (Laporan DHA Kota Depok, 2017-2018).

Dari hasil penelusuran belanja kesehatan melalui DHA juga diperoleh informasi mengenai pemanfaatan dana kesehatan tersebut. Pada Gambar 5.6. dari dimensi fungsi kesehatan (HC), mayoritas belanja kesehatan di Kota Depok digunakan untuk pelayanan

kuratif (rawat jalan dan rawat inap), yaitu sebesar 46,4 persen atau Rp151,7 Miliar dari total belanja kesehatan di Kota Depok. Adapun proporsi belanja untuk layanan preventif hanya sebesar 18,3% dari total belanja kesehatan di Kota Depok. Selain itu, hasil DHA juga dapat menangkap informasi mengenai belanja kesehatan pada program prioritas yang selanjutnya juga dapat digunakan untuk mengevaluasi bahwa belanja program prioritas yang paling tinggi adalah program KIA dan KB, sebesar Rp12,28 Miliar. Belanja tersebut jauh lebih tinggi dibandingkan dengan belanja program lain. KIA merupakan program prioritas nasional dan termasuk dalam visi misi pemerintah Kota Depok dalam memerangi AKI dan AKB. Jumlah AKI di kota tersebut meskipun sudah jauh di bawah target nasional, yaitu 41,64 per 100.000 kelahiran hidup, angka ini belum memenuhi target 38,85 pada 2019. Jumlah kematian ibu di 2018 sebanyak 18 kematian, lebih banyak daripada target 13 kematian.



Gambar 5.7. Belanja Kesehatan pada Program Prioritas di Kota Depok pada 2018

Laporan District Health Accounts (DHA) Kota Depok Tahun 2017-2018

Daftar Pustaka

- Ascobat, G., et al. (2007). Institutionalization of NHA: Study Report to Bappenas. Jakarta.
- Kemendes, RI. (2017). *National Health Accounts (NHA) Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Laporan District Health Accounts (DHA) Kota Depok Tahun 2017-2018.
- Maeda, A., Mabuchi, S., & Somil, N. (2012). Strategic Guide for the Institutionalization of National Health Accounts. The World Bank.
- OECD; WHO; Eurostat. (2011). *A System of Health Accounts*, Paris: OECD Publishing.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 21 Tahun 2020. (2020) Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Jakarta. <https://jdih.kemkes.go.id/pencarian/35/detail>.

Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2012. (2012) Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta

PPJK Kemenkes. (2020). Slide Paparan tentang Perkembangan National Health Accounts (NHA) di Indonesia Jakarta.

PPJK Kemenkes. (2020). Laporan National Health Accounts Indonesia 2018. Jakarta. Available from: <http://ppjk.kemkes.go.id/download/http-ppjk-kemkes-go-id-download-national-health-accounts-indonesia-tahun-2018/>

Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan FKM UI & Kemenkes, RI. (2016). Petunjuk Teknis Konversi Kode Mata Anggaran ke dalam 9 Dimensi District Health Account (DHA) Revisi ke-4.

KEMENKES

LAMPIRAN I

RINCIAN KLASIFIKASI

PADA DIMENSI SHA-11

Lampiran I.1.
Klasifikasi Dimensi Fungsi Layanan Kesehatan (ICHA-HC) pada SHA-11

Kode	Deskripsi
HC.1	Pelayanan kuratif
HC.1.1	Pelayanan kuratif rawat inap
HC.1.1.1	Pelayanan kuratif rawat inap umum
HC.1.1.2	Pelayanan kuratif rawat inap spesialis (khusus)
HC.1.2	Pelayanan kuratif harian (<i>day care</i>)
HC.1.2.1	Pelayanan kuratif kasus harian (<i>day care</i>) umum
HC.1.2.2	Pelayanan kuratif kasus harian (<i>day care</i>) spesialis (khusus)
HC.1.3	Pelayanan kuratif rawat jalan
HC.1.3.1	Pelayanan kuratif rawat jalan umum
HC.1.3.2	Pelayanan kuratif rawat jalan gigi
HC.1.3.3	Pelayanan kuratif rawat jalan spesialis
HC.1.4	Pelayanan kuratif rawat rumah (<i>home-based</i>)
HC.2	Pelayanan rehabilitatif
HC.2.1	Pelayanan rehabilitatif rawat inap
HC.2.2	Pelayanan rehabilitatif kasus harian (<i>day care</i>)
HC.2.3	Pelayanan rehabilitatif rawat jalan
HC.2.4	Pelayanan rehabilitatif rawat rumah (<i>home-based</i>)
HC.3	Pelayanan (kesehatan) jangka panjang (long term care)
HC.3.1	Pelayanan (kesehatan) rawat inap jangka panjang
HC.3.2	Pelayanan (kesehatan) rawat siang jangka panjang
HC.3.3	Pelayanan (kesehatan) rawat jalan jangka panjang
HC.3.4	Pelayanan (kesehatan) rawat rumah (<i>home-based</i>) jangka panjang
HC.4	Layanan pelengkap (tidak ditentukan menurut fungsi)
HC.4.1	Pelayanan laboratorium
HC.4.2	Pelayanan diagnostik pencitraan
HC.4.3	Transportasi pasien
HC.5	Alat/bahan medis (tidak ditentukan menurut fungsi)
HC.5.1	Farmasi dan barang medis habis pakai lainnya
HC.5.1.1	Obat dengan resep
HC.5.1.2	Obat tanpa resep dokter (<i>over the counter</i>)
HC.5.1.3	Barang medis habis pakai lainnya

Kode	Deskripsi
HC.5.2	Perlengkapan terapis dan barang medis (tidak habis pakai) lainnya
HC.5.2.1	Kacamata dan alat bantu penglihatan lainnya
HC.5.2.2	Alat bantu pendengaran
HC.5.2.3	Perlengkapan ortopedi, orthosis dan prostetik lainnya (tidak termasuk kacamata dan alat bantu dengar)
HC.5.2.9	Semua barang medis (tidak habis pakai) lainnya, termasuk perangkat teknis medis yang tidak ditentukan menurut fungsi
HC.6	Pelayanan preventif
HC.6.1	Program informasi, edukasi dan konseling
HC.6.2	Program imunisasi
HC.6.3	Program deteksi dini penyakit
HC.6.4	Program pemantauan (<i>monitoring</i>) kondisi sehat
HC.6.5	Program surveilans epidemiologi, dan pengendalian risiko dan penyakit
HC.6.6	Program persiapan tanggap bencana dan kedaruratan
HC.7	Tata kelola dan administrasi sistem dan pembiayaan kesehatan
HC.7.1	Tata kelola dan administrasi sistem kesehatan
HC.7.2	Administrasi pembiayaan kesehatan
HC.9	Pelayanan kesehatan lainnya yang tidak diklasifikasikan di bagian lain (not elsewhere classified atau n.e.c)
Pokok-Pokok Memorandum	
Pokok-Pokok Pelaporan	
HC.RI.1	Total pengeluaran farmasi (<i>Total Pharmaceutical Expenditure</i> atau TPE) untuk konsumsi farmasi rawat inap
HC.RI.2	Pengobatan Tradisional, Komplementer dan Alternatif (<i>Traditional, Complementary, Alternative Medicines</i> atau TCAM)
HC.RI.2.1	TCAM pelayanan rawat inap
HC.RI.2.2	TCAM pelayanan rawat jalan dan rawat rumah
HC.RI.2.3	Barang TCAM
HC.RI.3	Pelayanan preventif dan kesehatan masyarakat (menurut SHA 1,0)
HC.RI.3.1	Kesehatan ibu dan anak; Keluarga Berencana dan konseling
HC.RI.3.2	Pelayanan kesehatan sekolah
HC.RI.3.3	Pencegahan penyakit menular
HC.RI.3.4	Pencegahan penyakit tidak menular
HC.RI.3.5	Pelayanan kesehatan kerja
HC.RI.3.9	Semua pelayanan pelayanan preventif lainnya
Terkait Pelayanan Kesehatan	Pelayanan (Sosial) jangka Panjang
HCR1	Pelayanan (Sosial) jangka panjang
HCR.1.1	Pelayanan sosial jangka panjang dalam bentuk bukan uang (<i>in-kind</i>)
HCR.1.2	Tunjangan tunai pelayanan sosial jangka panjang
HCR.2	Promosi kesehatan dengan pendekatan multi-sektoral

Lampiran I.2.
Klasifikasi Dimensi Provider Layanan Kesehatan (ICHA-HP) pada SHA-II

Kode	Deskripsi
	Rumah sakit (RS)
HP.1	RS umum
HP.1.1	RS jiwa
HP.1.2	RS spesialis lainnya (selain RS jiwa)
HP.1.3	Fasilitas pelayanan residensial jangka panjang
HP.2	Fasilitas asuhan keperawatan jangka panjang
HP.2.1	Fasilitas kesehatan jiwa dan penyalahgunaan narkoba
HP.2.2	Fasilitas pelayanan residensial jangka panjang lainnya
HP.2.3	Penyedia pelayanan rawat jalan
HP.3	Praktik dokter
HP.3.1	Tempat praktik dokter umum
HP.3.1.1	Tempat praktik dokter spesialis jiwa
HP.3.1.2	Tempat praktik dokter spesialis lainnya (selain dokter spesialis jiwa)
HP.3.1.3	Praktik dokter gigi
HP.3.2	Praktik tenaga kesehatan lainnya
HP.3.3	Pusat pelayanan rawat jalan
HP.3.4	Pusat pelayanan Keluarga Berencana
HP.3.4.1	Pusat pelayanan rawat jalan kesehatan jiwa dan penyalahgunaan narkoba
HP.3.4.2	Pusat pelayanan pembedahan rawat jalan
HP.3.4.3	Pusat pelayanan cuci darah
HP.3.4.4	Semua pusat pelayanan rawat jalan lainnya
HP.3.4.9	Penyedia pelayanan kesehatan di rumah
HP.3.5	Penyedia pelayanan penunjang
HP.4	Penyedia transportasi pasien dan pertolongan darurat
HP.4.1	Laboratorium medis dan diagnostik
HP.4.2	Penyedia pelayanan penunjang lainnya
HP.4.9	Penjual eceran dan penyedia barang medis lainnya
HP.5	Apotek
HP.5.1	Penjual eceran dan pemasok untuk barang medis dan alat kesehatan tidak habis pakai lainnya
HP.5.2	Semua penjual dan pemasok untuk obat-obatan dan barang medis lainnya
HP.5.9	Penyedia pelayanan pencegahan
HP.6	Penyedia administrasi dan pembiayaan sistem pelayanan kesehatan
HP.7	Lembaga administrasi kesehatan pemerintah
HP.7.1	Lembaga asuransi kesehatan sosial
HP.7.2	Lembaga administrasi asuransi kesehatan swasta
HP.7.3	Lembaga administrasi lainnya
HP.7.9	Penyedia sektor perekonomian lainnya
HP.8	Rumah tangga sebagai penyedia pelayanan kesehatan rumahan
HP.8.1	Semua industri lainnya sebagai penyedia pelayanan kesehatan sekunder
HP.8.2	Industri lainnya n.e.c
HP.8.9	Lembaga luar negeri

Lampiran I.3

Klasifikasi Dimensi Skema Pendanaan Layanan Kesehatan (ICHA-HF) pada SHA-11

Kode	Deskripsi
HF.1	Skema pemerintah dan skema pembiayaan pelayanan kesehatan kontributif wajib
HF.1.1	Skema pemerintah
HF.1.1.1	Skema pemerintah pusat
HF.1.1.2	Skema pemerintah negara bagian/regional/lokal
HF.1.2	Skema asuransi kesehatan kontributif wajib
HF.1.2.1	Skema asuransi kesehatan sosial
HF.1.2.2	Skema asuransi kesehatan swasta wajib
HF.1.3	Akun Tabungan Medis Wajib (CMSA)
HF.2	Skema pembayaran pelayanan kesehatan sukarela
HF.2.1	Skema asuransi kesehatan sukarela
HF.2.1.1	Skema asuransi kesehatan primer/substitutif
HF.2.1.1.1	Asuransi berbasis <i>employer</i> (selain dari skema badan usaha)
HF.2.1.1.2	Asuransi sukarela berbasis pemerintah
HF.2.1.2	Skema pencakupan primer lainnya
HF.2.1.2.1	Asuransi berbasis masyarakat
HF.2.1.2.2	Skema asuransi suplemen/komplementer lainnya
HF.2.2	Skema pembiayaan NPISH
HF.2.2.1	Skema pembiayaan NPISH (tidak termasuk HF.2.2.2)
HF.2.2.2	Skema lembaga (penduduk) asing
HF.2.3	Skema pembiayaan badan usaha
HF.2.3.1	Skema pembiayaan badan usaha (kecuali penyedia pelayanan kesehatan)
HF.2.3.2	Skema pembiayaan penyedia pelayanan kesehatan
HF.3	Pembayaran dari kantong rumah tangga (OOP)
HF.3.1	Tidak termasuk iur biaya (<i>cost-sharing</i>)²
HF.3.2	Iur biaya dengan pembayar pihak ketiga
HF.3.2.1	Iur biaya dengan skema pemerintah dan skema asuransi kesehatan kontributif wajib
HF.3.2.2	Iur biaya dengan skema asuransi sukarela
HF.4	Skema pembiayaan lainnya di dunia (non-penduduk)
HF.4.1	Skema wajib (non-penduduk)
HF.4.1.1	Skema asuransi kesehatan wajib (non-penduduk)
HF.4.1.2	Skema wajib lainnya (non-penduduk)
HF.4.2	Skema sukarela (non-penduduk)
HF.4.2.1	Skema asuransi kesehatan sukarela (non-penduduk)
HF.4.2.2	Skema lainnya (non-penduduk)
HF.4.2.2.1	Skema filantropi/LSM internasional
HF.4.2.2.2	Skema lembaga pengembangan asing
HF.4.2.2.3	Skema daerah kantong (<i>enclaves</i>) (misalnya organisasi internasional atau kedutaan)
Pokok-pokok memorandum: Agen pembiayaan yang mengelola skema pembiayaan	
HF.R1.1	Pemerintah
HF.R1.2	Perusahaan/Korporasi
HF.R1.3	Rumah tangga

HF.R1.4
HF.R1.5

NPISH
Lainnya (di dunia)

Skema pembiayaan dan cost-sharing (patungan/iur) biaya bersama yang terkait

HF.R1.2 Skema pemerintah dan skema asuransi kesehatan contributif wajib beserta patungan/iur biaya (*cost-sharing*) (HF.1 + HF.3.2.1)

HF.R1.3 Skema asuransi kesehatan sukarela beserta *cost-sharing* (HF.2 + HF.3.2.2)

KEMENKES RI



Lampiran I.4.

Klasifikasi Dimensi Sumber Pendanaan pada Skema Pendanaan Layanan Kesehatan (ICHA-FS) pada SHA-11

Kode	Deskripsi
FS.1	Transfer dari penerimaan domestik pemerintah (dialokasi untuk tujuan kesehatan)
FS.1.1	Transfer dan hibah internal
FS.1.2	Transfer oleh pemerintah untuk kelompok spesifik
FS.1.3	Subsidi
FS.1.4	Transfer lain dari penerimaan domestik pemerintah
FS.2	Transfer yang didistribusi pemerintah dari sumber asing
FS.3	Kontribusi asuransi sosial
FS.3.1	Kontribusi asuransi sosial dari karyawan
FS.3.2	Kontribusi asuransi sosial dari pemberi kerja (pihak yang mempekerjakan)
FS.3.3	Kontribusi asuransi sosial dari pekerja mandiri (<i>self-employed</i>)
FS.3.4	Kontribusi asuransi sosial lainnya
FS.4	Prapembayaran wajib (selain dari FS.3)
FS.4.1	Prapembayaran wajib dari individu/rumah tangga
FS.4.2	Prapembayaran wajib dari pemberi kerja
FS.4.3	Penerimaan prabayar wajib lainnya
FS.5	Prapembayaran sukarela
FS.5.1	Prapembayaran sukarela dari individu/rumah tangga
FS.5.2	Prapembayaran sukarela dari pemberi kerja
FS.5.3	Penerimaan prabayar sukarela lainnya
FS.6	Penerimaan domestik lainnya (not elsewhere classified/ n.e.c; tak diklasifikasi di tempat lain)
FS.6.1	Penerimaan lainnya dari rumah tangga n.e.c
FS.6.2	Penerimaan lainnya dari korporasi n.e.c
FS.6.3	Penerimaan lainnya dari NPISH (<i>non-profit institution serving households</i> ; institusi nirlaba yang melayani rumah tangga)
FS.7	Transfer asing langsung
FS.7.1	Transfer finansial asing langsung
FS.7.1.1	Transfer finansial bilateral langsung
FS.7.1.2	Transfer finansial multilateral langsung
FS.7.1.3	Transfer finansial asing langsung lainnya
FS.7.2	Bantuan asing berbentuk natura (non-uang) langsung
FS.7.2.1	Bantuan asing langsung dalam barang
FS.7.2.1.1	Bantuan bilateral langsung dalam bentuk barang
FS.7.2.1.2	Bantuan multilateral langsung dalam bentuk barang
FS.7.2.1.3	Bantuan asing langsung lainnya dalam bentuk barang
FS.7.2.2	Bantuan asing berbentuk natura langsung: jasa (termasuk TA)
FS.7.3	Transfer asing lainnya
<i>Item-item memorandum</i>	
Item yang dilaporkan	
FS.RI.1	Unit institusional penerima skema pembiayaan
FS.RI.11	Pemerintah

- FSR11.2 Perusahaan/Korporasi
- FSR11.3 Rumah tangga
- FSR11.4 NPISH
- FSR11.5 RoW (*Rest of the World*; sumber lainnya)
- FSR12 Total penerimaan asing (FS.2 + FS.7)
- FSR1 Pinjaman
- FSR11 Pinjaman yang diambil oleh pemerintah
- FSR11 Pinjaman yang diambil oleh organisasi swasta
- FSR12 Bantuan berbentuk natura pada nilai donor
- FSR1



KEMENKES RI



Lampiran I.5.

Klasifikasi Dimensi Pengelola Pendanaan Layanan Kesehatan (ICHA-FA) pada SHA-II

Kode	Deskripsi
FA.1	Pemerintahan umum
FA.11	Pemerintah pusat
FA.111	Kementerian kesehatan
FA.112	Kementerian dan unit publik lainnya (dimiliki oleh pemerintah pusat)
FA.113	Lembaga Layanan Kesehatan Nasional
FA.114	Lembaga Asuransi Kesehatan Nasional
FA.12	Pemerintah daerah
FA.121	Pemerintah provinsi
FA.122	Pemerintah kabupaten/kota
FA.13	Lembaga jaminan sosial
FA.131	Lembaga jaminan kesehatan sosial
FA.132	Lembaga jaminan kesehatan sosial lainnya
FA.19	Unit pemerintah lainnya
FA.2	Perusahaan asuransi
FA.21	Perusahaan asuransi komersial
FA.22	Perusahaan asuransi bersama dan non-profit lainnya
FA.3	Perusahaan (selain dari perusahaan asuransi)
FA.31	Perusahaan pengelola dan <i>provider</i> kesehatan
FA.32	Perusahaan (selain <i>provider</i> pelayanan kesehatan)
FA.4	Lembaga Non-Profit Rumah Tangga (LNPR)
FA.5	Rumah tangga
FA.6	ROW
FA.61	Organisasi Internasional
FA.62	Pemerintah asing
FA.63	Entitas asing lainnya

KEMENTERIAN KESEHATAN RI

Lampiran I.6.
 Klasifikasi Dimensi Faktor-Faktor Penyedia Layanan Kesehatan (ICHA-FP)
 pada SHA-TI

Kode	Deskripsi
FP.1	Kompensasi pegawai
FP.1.1	Upah dan gaji
FP.1.2	Kontribusi sosial
FP.1.3	Semua biaya lainnya terkait pegawai
FP.2	Remunerasi profesional wiraswasta
FP.3	Material dan jasa yang digunakan
FP.3.1	Jasa pelayanan kesehatan
FP.3.2	Barang pelayanan kesehatan
FP.3.2.1	Farmasetika
FP.3.2.2	Barang pelayanan kesehatan lainnya
FP.3.3	Jasa pelayanan non-kesehatan
FP.3.4	Barang pelayanan non-kesehatan
FP.4	Konsumsi modal tetap
FP.5	Item pengeluaran lainnya untuk input
FP.5.1	Pajak
FP.5.2	Item pengeluaran lainnya

KEMENKES RI

Lampiran I.7.

Klasifikasi Penyakit/Kondisi Berdasarkan Beban Penyakit Global (GBD)

Kode GBD	Penyebab	Kode ICD-10
GBD.1	Kondisi menular, maternal, perinatal dan gizi	A00-B99, C00-C04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, O00-O99, P00-P96, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E4
GBD.1.1*	Penyakit infeksi dan parasitic	A00-B99, C00, G03-G04, N70-N73
GBD.1.2	Infeksi respiratori	J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66
GBD.1.3	Kondisi maternal	O00-O99
GBD.1.4	Kondisi perinatal	P00-P96
GBD.1.5	Defisiensi gizi	E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64
GBD.1.9	Semua kondisi menular, maternal, perinatal dan gizi lainnya	C00-C97, D00-D48, D55-D64 (minus D 64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99
GBD.2	Kondisi tidak menular	
GBD.2.1	Neoplasma malignan	C00-C97
GBD.2.2	Neoplasma lainnya	D00-D48
GBD.2.3	Diabetes mellitus	E10-E14
GBD.2.4	Gangguan endokrin	D55-D64 (minus D64.9), D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88
GBD.2.5	Gangguan neuro-psikiatri	F01-F99, G06-G98
GBD.2.6	Gangguan organ penginderaan	H00-H61, H68-H93
GBD.2.7	Penyakit kardiovaskular	I00-I99
GBD.2.8	Penyakit respiratori	J30-J98
GBD.2.9	Penyakit sistem pencernaan	K20- K92
GBD.2.10	Penyakit sistem kelamin dan kemih	N00-N64, N75-N98
GBD.2.11	Penyakit kulit	L00-L98
GBD.2.12	Semua kondisi tidak menular lainnya	M00-M99
GBD.3	Kecelakaan	V01-Y89
GBD.3.1	Tak disengaja	V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89
GBD.3.2	Disengaja	X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871
GBD.3.9	Temuan klinis dan laboratorium abnormal yang tidak spesifik	
GBD.nsk	dan kondisi sakit lain yang tidak jelas dan kontak dengan pelayanan kesehatan; faktor yang memengaruhi status kesehatan dan kontak dengan pelayanan Kesehatan	R00-R99, Z00-Z99
Item yang dilaporkan		
GBD.RI.1	Cedera kepala	S00-S09
GBD.RI.2	Cedera leher	S10-S19
GBD.RI.3	Cedera toraks, perut, punggung bawah, lumbar-spinal & pelvis	S20-S39

CBD RI 4	Cedera bahu dan lengan atas, sikut dan lengan bawah, pergelangan tangan & tangan	S40-S69
CBD RI 5	Cedera pinggul dan paha, lutut dan kaki bawah, pergelangan kaki dan kaki	S70-S99
CBD RI 6	Cedera yang meliputi beberapa area tubuh, area tubuh yang tidak jelas.	T00-T14

KEMENKES RI

Lampiran I.8.

Klasifikasi Statistik Internasional untuk Penyakit dan Masalah Kesehatan
Terkait (ICD-10) Revisi ke-10

Bab ICD	Blok	Deskripsi
I	A00-B99	Penyakit infeksi dan parasitik tertentu
II	C00-D48	Neoplasma
III	D50-D89	Penyakit darah dan organ pembentuk darah serta penyakit tertentu yang melibatkan mekanisme imun
IV	E00-E90	Penyakit endoktrin, gizi dan metabolik
V	F00-F99	Gangguan mental dan perilaku
VI	G00-G99	Penyakit pada sistem saraf
VII	H00-H59	Penyakit pada mata dan adnexa
VIII	H60-H95	Penyakit pada telinga dan proses mastoid
IX	I00-I99	Penyakit pada sistem peredaran darah
X	J00-J99	Penyakit pada sistem pernapasan
XI	K00-K93	Penyakit pada sistem pencernaan
XII	L00-L99	Penyakit pada kulit dan jaringan subkutan
XIII	M00-M99	Penyakit sistem muskulo-skeletal (otot dan rangka tubuh) serta jarangan ikat
XIV	N00-N99	Penyakit pada sistem genito-uriner
XV	O00-O99	Kehamilan, persalinan dan masa nifas
XVI	P00-P99	Kondisi tertentu yang berasal dari periode perinatal
XVII	Q00-Q99	Malformasi kongenital, deformitas dan abnormalitas kromosomal
XVIII	R00-R99	Gejala, tanda dan temuan klinis dan laboratorium yang abnormal, n.e.c
XIX	S00-T98	Kecelakaan, keracunan dan konsekuensi tertentu lainnya dari kausal eksternal
XX	V01-Y98	Morbiditas dan mortalitas karena kausal eksternal
XXI	Z00-Z99	Faktor yang memengaruhi status kesehatan dan kontak dengan layanan kesehatan
XXII	U00-U99	Kode untuk tujuan tertentu

Lampiran I.9.
Klasifikasi Dimensi Pembentukan Modal pada Sistem Kesehatan

Kode	Deskripsi
	Pembentukan Modal Bruto
	Pembentukan Modal Tetap Bruto
HK.1	
HK.1.1	Infrastruktur
HK.1.1.1	Bangunan Residensial dan Non-Residensial
HK.1.1.1.1	Infrastruktur Lainnya
HK.1.1.1.2	
HK.1.1.2	Mesin dan Peralatan
HK.1.1.2.1	Peralatan Medis
HK.1.1.2.2	Peralatan Transportasi
HK.1.1.2.3	Peralatan ICT (TI)
HK.1.1.2.4	Mesin dan Peralatan n.e.c
HK.1.1.3	Produk Properti Intelektual
HK.1.1.3.1	Software dan Database Komputer
HK.1.1.3.2	Produk Properti Intelektual Lainnya
HK.1.2	Perubahan Persediaan
HK.1.3	Akuisisi Mengurangi Pelepasan Barang Berharga
HK.1.1.c	Konsumsi Modal Tetap
HK.1.1.n	Pembentukan Modal Netto
HK.2	Aset Non-finansial yang tidak Diproduksi
HK.2.1	Tanah
HK.2.2	Aset Non-finansial yang tidak Diproduksi Lainnya
HKF.1	Tabungan Netto
HKF.2	Transfer Modal
HKF.2r	Piutang
HKF.2.1	Hibah Investasi dari Pengelola Pendanaan Layanan Kesehatan (FA.1; FA.2 FA.6)
HKF.2.2	Transfer Modal Lainnya
HKF.2p	Utang
HKR.1	Pokok-Pokok Memorandum
HKR.2	Pinjaman
HKR.3	Akumulasi Tabungan
HKR.4	Kemitraan Publik-Swasta
HKR.5	Penelitian dan Pengembangan di Bidang Kesehatan
HKR.6	Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan



KEMENKES RI

LAMPIRAN II

RINCIAN KLASIFIKASI

PADA DIMENSI PHA/DHA

Lampiran II.1.

Klasifikasi Dimensi Sumber Pembiayaan (FS) pada PHA dan DHA

Kode	Deskripsi
FS.1	Dana Publik (Pemerintah)
FS.1	Dana Pemerintah menurut Kewilayahan
FS.11	Dana Pemerintah Pusat (APBN)
FS.111	APBN Kementerian kesehatan
FS.1111	APBN Kementerian Kesehatan: Dekonsentrasi (DK)
FS.11111	APBN Kementerian Kesehatan: Tugas Pembantuan (TP) di luar BOK
FS.11112	APBN Kementerian Kesehatan: BOK
FS.11113	APBN Kementerian Kesehatan: lainnya di luar DK, TP, BOK
FS.11114	Bantuan Keuangan Lainnya
FS.11115	APBN Kementerian/Lembaga lain
FS.1112	APBN: Kementerian Kebudayaan Pendidikan Dasar dan Menengah
FS.11121	APBN: Kementerian Dalam Negeri
FS.11122	APBN: Kementerian Sosial
FS.11123	APBN: Kementerian Hukum dan HAM: Pelayanan Kesehatan LAPAS
FS.11124	APBN: BKKBN
FS.11125	APBN: Kepolisian: Pelayanan Kesehatan Polisi
FS.11126	APBN: Kementerian Hankam: Pelayanan Kesehatan TNI
FS.11127	APBN: Badan Narkotika Nasional
FS.11128	APBN: Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak
FS.11129	APBN: Badan POM
FS.111210	APBN: Badan Nasional Penanggulangan Bencana
FS.111211	APBN: Kementerian/Lembaga Lainnya
FS.111212	APBN: Donor Pinjaman
FS.1113	APBN: Donor Hibah
FS.112	Dana Pemerintah Daerah (APBD)
FS.1121	APBD Propinsi
FS.1122	APBD Kab/Kota
FS.11221	APBD Kab/Kota (DBH, DAU, DAK, PAD)
FS.11222	APBD Kab/Kota (BLUD)
FS.11223	APBD Kab/Kota (Kapitasi JKN)

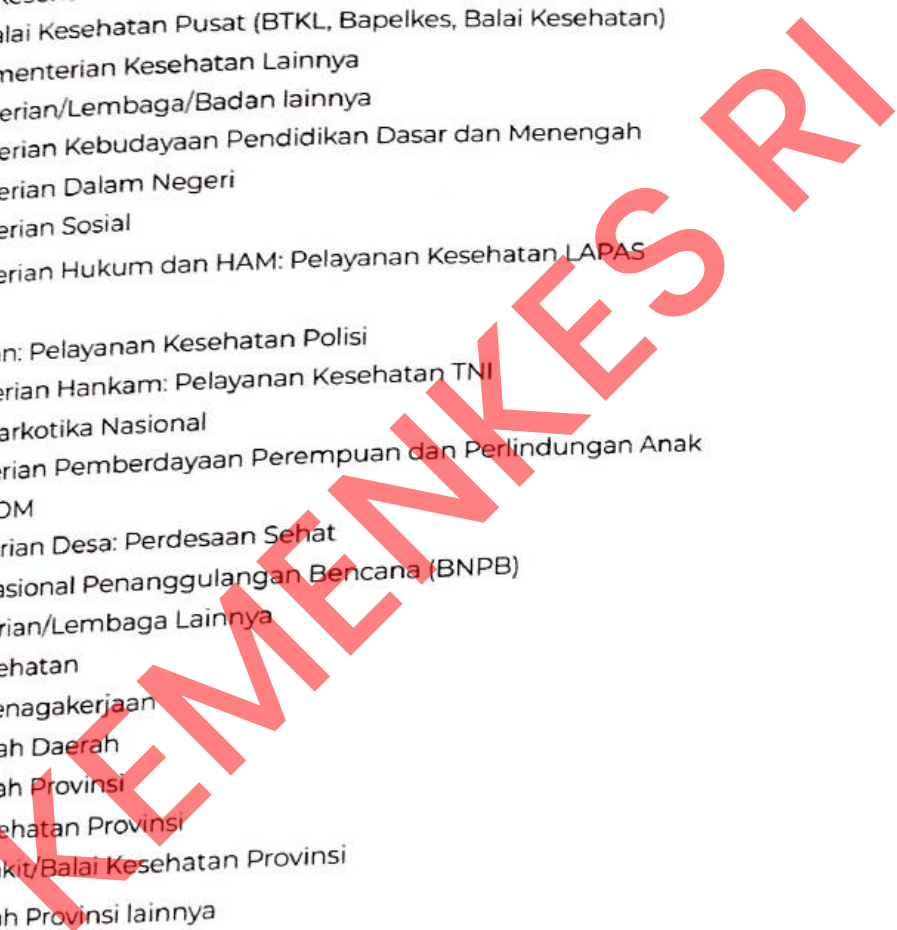
Kode	Deskripsi
FS.1.1.2.2.4	APBD Kab/Kota (Pinjaman dan Hibah Luar Negeri)
FS.1.1.2.2.5	APBD Kab/Kota (DAK Non-Fisik; BOK, Jampersal, dll)
FS.1.2	Dana Publik lain
FS.1.2.1	Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) oleh Badan Publik
FS.1.2.2	Dana Publik lain-lainnya
FS.1.2.2.1	Dana BUMN (Kesehatan Karyawan dan CSR Kesehatan)
FS.1.2.2.2	Dana BUMD (Kesehatan Karyawan dan CSR Kesehatan)
FS.1.2.2.3	Sumber Publik Lainnya
FS.1.3	BPJS Kesehatan
FS.1.4	BPJS Ketenagakerjaan
FS.2	Dana Non-Publik (Non-Pemerintah)
FS.2.1	Biaya Pelayanan Kesehatan Perusahaan Swasta (Kesehatan Karyawan dan CSR Kesehatan)
FS.2.2	Belanja Kesehatan Rumah Tangga
FS.2.2.1	Pengeluaran Tambahan (<i>Cost-sharing</i>) Rumah Tangga
FS.2.2.2	<i>Out of Pocket</i> (OOP) Rumah Tangga
FS.2.3	Lembaga Sosial Masyarakat/Yayasan
FS.2.4	Dana Swasta/Non-Publik Lainnya
FS.2.4.1	Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) oleh Badan Swasta
FS.2.4.2	Dana Swasta Lainnya
FS.2.4.2.1	Donor: Hibah kepada Swasta
FS.2.4.2.2	Lainnya di luar donor (Swasta)
FS.3	<i>Rest of the World</i>

KEMENKES RI

Lampiran II.2.

Klasifikasi Dimensi Pengelola Pembiayaan (FA) pada PHA dan DHA

Kode	Deskripsi
FA.1	Pemerintah
FA.1.1	Pemerintah Pusat
FA.1.1.1	Kementerian Kesehatan
FA.1.1.1.1	Kementerian Kesehatan (Kantor Pusat)
FA.1.1.1.2	Rumah Sakit Umum Pusat
FA.1.1.1.3	Rumah Sakit Khusus Pusat
FA.1.1.1.4	Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP)
FA.1.1.1.5	Balai-Balai Kesehatan Pusat (BTKL, Bapelkes, Balai Kesehatan)
FA.1.1.1.6	UPT Kementerian Kesehatan Lainnya
FA.1.1.2	Kementerian/Lembaga/Badan lainnya
FA.1.1.2.1	Kementerian Kebudayaan Pendidikan Dasar dan Menengah
FA.1.1.2.2	Kementerian Dalam Negeri
FA.1.1.2.3	Kementerian Sosial
FA.1.1.2.4	Kementerian Hukum dan HAM: Pelayanan Kesehatan LAPAS
FA.1.1.2.5	BKKBN
FA.1.1.2.6	Kepolisian: Pelayanan Kesehatan Polisi
FA.1.1.2.7	Kementerian Hankam: Pelayanan Kesehatan TNI
FA.1.1.2.8	Badan Narkotika Nasional
FA.1.1.2.9	Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak
FA.1.1.2.10	Badan POM
FA.1.1.2.11	Kementerian Desa: Perdesaan Sehat
FA.1.1.2.12	Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB)
FA.1.1.2.13	Kementerian/Lembaga Lainnya
FA.1.1.3	BPJS Kesehatan
FA.1.1.4	BPJS Ketenagakerjaan
FA.1.2	Pemerintah Daerah
FA.1.2.1	Pemerintah Provinsi
FA.1.2.1.1	Dinas Kesehatan Provinsi
FA.1.2.1.2	Rumah Sakit/Balai Kesehatan Provinsi
FA.1.2.1.3	Pemerintah Provinsi lainnya
FA.1.2.2	Pemerintah Kabupaten Kota
FA.1.2.2.1	Dinas Kesehatan kab/kota
FA.1.2.2.2	Puskesmas
FA.1.2.2.3	RSUD
FA.1.2.2.4	Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil
FA.1.2.2.5	Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Ketahanan Pangan
FA.1.2.2.6	Dinas Sosial
FA.1.2.2.7	Dinas Perindustrian, Perdagangan dan Koperasi
FA.1.2.2.8	Bagian Kesra
FA.1.2.2.9	Badan KB dan Pemberdayaan Perempuan



Kode	Deskripsi
FA.12.2.10	Dinas Pekerjaan Umum
FA.12.2.11	Dinas Tenaga Kerja
FA.12.2.12	Dinas Pendidikan
FA.12.2.13	Bappeda
FA.12.2.14	Badan Lingkungan Hidup
FA.12.2.15	Badan Perizinan Terpadu dan Penanaman Modal
FA.12.2.16	Kantor Pemadam Kebakaran
FA.12.2.17	DPPKD
FA.12.2.18	Dinas Tata Kota
FA.12.2.19	Kantor Satpol PP
FA.12.2.20	Kecamatan
FA.12.2.21	Sekretariat Daerah
FA.12.2.22	Sekretariat DPRD
FA.12.2.23	SKPD Kabupaten/Kota lainnya
FA.2	Perusahaan Asuransi
FA.2.1	Perusahaan Asuransi Komersial
FA.2.2	Perusahaan Asuransi Nonprofit (Nirlaba)
FA.3	Perusahaan (di luar Perusahaan Asuransi)
FA.4	Yayasan/Lembaga Sosial (Nirlaba)
FA.5	Rumah Tangga
FA.6	Rest of the World

KEMENKES RI

Lampiran II.3.
 Klasifikasi Dimensi Penyedia Pelayanan (HP) pada PHA dan DHA

Kode	Deskripsi
	Rumah Sakit
HP1	Rumah Sakit Umum
HP1.1	Rumah Sakit Umum Pusat
HP1.1.1	Rumah Sakit Umum Provinsi
HP1.1.2	Rumah Sakit Umum Kabupaten/Kota
HP1.1.3	Rumah Sakit Polri
HP1.1.4	Rumah Sakit TNI
HP1.1.5	Rumah Sakit Umum Pemerintah Lainnya
HP1.1.6	Rumah Sakit Umum Swasta/BUMN
HP1.1.7	Rumah Sakit Jiwa
HP1.2	Rumah Sakit Jiwa Pusat
HP1.2.1	Rumah Sakit Jiwa Provinsi
HP1.2.2	Rumah Sakit Jiwa Kabupaten/Kota
HP1.2.3	Rumah Sakit Jiwa Swasta/BUMN
HP1.3	Rumah Sakit Khusus Pemerintah lainnya selain RS Jiwa
HP1.3.1	Rumah Sakit Ketergantungan Obat
HP1.3.2	Rumah Sakit Mata
HP1.3.3	Rumah Sakit Ibu dan Anak
HP1.3.4	Rumah Sakit Paru
HP1.3.5	Rumah Sakit Khusus lainnya
HP1.4	Rumah Sakit Khusus Swasta/BUMN lainnya selain RS Jiwa
HP2	Fasilitas Perawatan Jangka Panjang (Panti Perawatan Jangka Panjang) Pemerintah/Swasta
HP2.1	Panti Perawatan Jangka Panjang
HP2.2	Panti Kejiwaan dan Rehabilitasi Ketergantungan Obat
HP2.2	Panti Jangka Panjang lainnya
HP3	Pemberi Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan di luar Puskesmas
HP3.1	Praktik Dokter
HP3.1.1	Praktik Dokter Umum
HP3.1.2	Praktik Dokter Spesialis
HP3.2	Praktik Dokter Gigi/Dokter Gigi Spesialis
HP3.3	Praktik Tenaga Kesehatan Lainnya
HP3.4	Klinik Rawat Jalan
HP3.4.1	Klinik Pelayanan KB
HP3.4.2	Klinik Rehabilitasi Pecandu Narkoba dan Gangguan Jiwa
HP3.4.3	Klinik Pelayanan Bedah untuk Rawat Jalan
HP3.4.4	Klinik Pelayanan Ginjal/Dialisis
HP3.4.5	Klinik Pelayanan Rawat Jalan Spesialis Lainnya
HP3.4.6	Klinik Pelayanan Terintegrasi Lainnya
HP3.5	PPK Home Care
HP4	Pemberi Pelayanan Kesehatan Penunjang

Kode	Deskripsi
HP.4.1	Layanan Jasa Transportasi Pasien dan Kedaruratan
HP.4.2	Laboratorium Diagnosis dan Medis
HP.4.3	Penyedia Pelayanan Darah
HP.4.4	PPK Penunjang lainnya
HP.5	Penyedia Alat Kesehatan dan Bahan Medis
HP.5.1	Penyedia/Toko Obat
HP.5.2	Penyedia/Toko Bahan Medis Habis Pakai
HP.5.3	Penyedia alkes dan bahan medis lainnya
HP.6	Unit Pelayanan Kesehatan Pencegahan/Kesehatan Masyarakat
HP.6.1	PPK Dasar (PPK Primer)
HP.6.1.1	Puskesmas
HP.6.1.2	Puskesmas Pembantu
HP.6.1.3	PPK Dasar lainnya
HP.6.2	Pemberi Pelayanan Kesehatan oleh Masyarakat
HP.6.2.1	Desa Siaga
HP.6.2.2	Posyandu
HP.6.2.3	Posbindu
HP.6.2.4	Poskestren
HP.6.2.5	Pos Obat Desa
HP.6.2.6	Pelayanan Kesehatan oleh masyarakat lainnya
HP.7	Penyedia Administrasi Kesehatan dan Pembiayaan
HP.7.1	Penyedia Administrasi Kesehatan Pemerintah
HP.7.1.1	Kementerian Kesehatan
HP.7.1.2	Kementerian/Lembaga lainnya
HP.7.1.3	Dinas Kesehatan Provinsi
HP.7.1.4	Biro/Dinas/Kantor Provinsi Lainnya
HP.7.1.5	Pemerintah Kabupaten/Kota
HP.7.1.5.1	Dinas Kesehatan
HP.7.1.5.2	Puskesmas
HP.7.1.5.3	RSUD
HP.7.1.5.4	Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil
HP.7.1.5.5	Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Ketahanan Pangan
HP.7.1.5.6	Dinas Sosial
HP.7.1.5.7	Dinas Perindustrian, Perdagangan dan Koperasi
HP.7.1.5.8	Bagian Kesra
HP.7.1.5.9	Badan KB dan Pemberdayaan Perempuan
HP.7.1.5.10	Dinas Pekerjaan Umum
HP.7.1.5.11	Dinas Tenaga Kerja
HP.7.1.5.12	Dinas Pendidikan
HP.7.1.5.13	Bappeda
HP.7.1.5.14	Badan Lingkungan Hidup
HP.7.1.5.15	Badan Perizinan Terpadu dan Penanaman Modal
HP.7.1.5.16	Kantor Pemadam Kebakaran
HP.7.1.5.17	DPPKD

Kode	Deskripsi
HP.715.18	Dinas Tata Kota
HP.715.19	Kantor Satpol PP
HP.715.20	Kecamatan
HP.715.21	Sekretariat Daerah
HP.715.22	Sekretariat DPRD
HP.715.23	SKPD Kabupaten/Kota lainnya
HP.72	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
HP.72.1	BPJS Kesehatan
HP.72.2	BPJS Ketenagakerjaan
HP.73	Penyelenggara Asuransi swasta
HP.74	Penyelenggara Administrasi lainnya
HP.8	Industri Penyedia Layanan Kesehatan: Rumah Tangga dan Industri
HP.9	Rest of the World

KEMENKES RI

Lampiran II.4.

Klasifikasi Dimensi Jenis Fungsi (HC) pada PHA dan DHA

Kode	Deskripsi
HC.1	Pelayanan Kuratif
HC.1.1	Pelayanan Kuratif Rawat Inap
HC.1.3	Pelayanan Kuratif Rawat Jalan
HC.1.4	Pelayanan Kuratif Rawat Rumah
HC.2	Pelayanan Rehabilitatif
HC.3	Pelayanan Rawat Jangka Lama
HC.4	Pelayanan Penunjang
HC.4.1	Laboratorium Klinis
HC.4.2	Radiologi Diagnostik (Sinar-X, MRI, Nuklir)
HC.4.3	Transportasi Pasien dan Kedaruratan
HC.4.4	Pelayanan Pendukung Lainnya
HC.5	Alat-alat/Bahan Medis
HC.5.1	Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai
HC.5.1.1	Obat yang diresepkan
HC.5.1.2	Pembelian Obat di luar yang disediakan penyedia pelayanan kesehatan
HC.5.1.3	Obat Tidak Tahan Lama lainnya
HC.5.2	Perlengkapan Terapis dan Alat Medis Lainnya
HC.5.2.1	Kacamata dan produk optik lainnya
HC.5.2.2	Alat ortopedi dan produk prostetik lainnya
HC.5.2.3	Alat bantu dengar dan produk THT lainnya
HC.5.2.4	Alat bantu gerak terkait medis termasuk kursi roda dan tongkat
HC.5.2.5	Alat medis tahan lama lainnya
HC.6	Pelayanan Pencegahan dan Kesehatan Masyarakat
HC.6.1	Program Konseling Informasi dan Edukasi (KIE)
HC.6.2	Program Imunisasi
HC.6.3	Program Deteksi Dini Penyakit
HC.6.4	Program Pemantauan Status Kesehatan
HC.6.5	Surveilans Epidemiologi dan Pengendalian Penyakit Menular
HC.6.6	Program Kesiapan Penanganan KLB
HC.6.7	Program Pelayanan Pencegahan dan Kesehatan Masyarakat lainnya
HC.7	Tata Kelola Sistem Kesehatan dan Administrasi Pembiayaan Kesehatan
HC.7.1	Tata Kelola dan Administrasi Sistem Kesehatan
HC.7.2	Administrasi Pembiayaan Kesehatan
HC.9	Pelayanan Kesehatan di luar Klasifikasi di Atas
HC.9.1	Program Pemberdayaan Masyarakat
HC.9.2	Layanan Kesehatan Lain selain Pemberdayaan Masyarakat
HC.10	Kapital (termasuk Pembentukan Modal)

Lampiran II.5.

Klasifikasi Dimensi Program (PR) pada PHA dan DHA

Kode	Deskripsi
PR.1	Program Kesehatan Masyarakat
PR.1.1	Program KIA, Gizi dan KB
PR.1.1.1	Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
PR.1.1.2	Gizi
PR.1.1.3	Imunisasi
PR.1.1.4	KB dan Konseling
PR.1.1.5	Gabungan KIA, Gizi dan KB
PR.1.1.6	Program KIA, Gizi dan KB lainnya
PR.1.2	Program Pelayanan Promosi Kesehatan dan Pencegahan
PR.1.2.1	UKS
PR.1.2.2	Pelayanan Kesehatan Kerja
PR.1.2.3	Kesehatan Lingkungan
PR.1.2.4	Kesehatan Remaja
PR.1.2.5	Pengawasan Makanan, Minuman and Higiene
PR.1.2.6	Penanggulangan Bencana
PR.1.2.7	Pelayanan Promosi Kesehatan
PR.1.2.8	Surveilans
PR.1.2.9	Pelayanan Kesehatan Haji
PR.1.2.10	Pelayanan Kesehatan Usila
PR.1.2.11	Gabungan Pelayanan Promosi Kesehatan dan Pencegahan lainnya
PR.1.2.12	Program Pelayanan Promosi Kesehatan dan Pencegahan lainnya
PR.1.3	Program Pencegahan Penyakit Menular
PR.1.3.1	TBC
PR.1.3.2	Malaria
PR.1.3.3	HIV/AIDS
PR.1.3.4	Diare
PR.1.3.5	DHF/Demam Berdarah
PR.1.3.6	ISPA
PR.1.3.7	Gabungan Program Pencegahan Penyakit Menular
PR.1.3.8	Program Pencegahan Penyakit Menular Lainnya
PR.1.4	Program Pencegahan Penyakit Tidak Menular
PR.1.4.1	DM
PR.1.4.1	Hipertensi
PR.1.4.3	Jiwa
PR.1.4.4	Jantung
PR.1.4.5	Gabungan Pencegahan Penyakit Tidak Menular Lainnya
PR.1.4.6	Program Pencegahan Penyakit Tidak Menular Lainnya
PR.1.5	Skrining Kesehatan
PR.1.6	Kesiapan serta Penanggulangan Wabah, KLB, dan Bencana
PR.1.7	Program Kesehatan Masyarakat lainnya

Kode	Deskripsi
PR.2	Program Kesehatan Individu
PR.2.1	Pelayanan Rawat Jalan
PR.2.2	Pelayanan Rawat Inap
PR.2.3	Pelayanan Rujukan
PR.2.4	Pelayanan Rehabilitatif
PR.2.5	Pelayanan Kuratif/Individu Lainnya
PR.3	Program Penguatan Sistem Kesehatan
PR.3.1	Tata Kelola Sistem Kesehatan
PR.3.1.1	Penguatan Regulasi
PR.3.1.2	Penyusunan Rencana Jangka Panjang dan Strategis
PR.3.1.3	Penguatan Manajemen (termasuk gaji)
PR.3.1.4	Penguatan Sistem Informasi
PR.3.1.5	Penguatan Tata Kelola Sistem Kesehatan Lainnya
PR.3.2	Sumber Daya Manusia Kesehatan
PR.3.2.1	Perencanaan dan Pengadaan SDM Kesehatan
PR.3.2.2	Pendayagunaan/Penempatan SDM Kesehatan
PR.3.2.3	Pembinaan/Peningkatan Kapasitas SDM Kesehatan
PR.3.2.4	Penguatan SDM Kesehatan Lainnya
PR.3.3	Farmasi, Alat Kesehatan dan Pengawasan Obat dan Makanan
PR.3.3.1	Perencanaan dan Pengadaan
PR.3.3.2	Logistik dan Distribusi
PR.3.3.3	Pengawasan Mutu dan Penggunaan Obat Rasional
PR.3.3.4	Penguatan Farmasi, alat kesehatan dan pengawasan obat dan makanan lainnya
PR.3.4	Penelitian dan Pengembangan
PR.3.5	Pemberdayaan Masyarakat
PR.3.5.1	Pelatihan dan Pembinaan Kader, Toma, Toga
PR.3.5.2	Kerja sama lintas sektor, swasta dan modal sosial
PR.3.5.3	Pemberdayaan Masyarakat lainnya
PR.3.6	Penguatan Sistem Pembiayaan Kesehatan
PR.3.6.1	Penguatan Tata Kelola Keuangan untuk UKM
PR.3.6.2	Penguatan Tata Kelola Keuangan untuk UKP
PR.3.6.3	Jaminan Kesehatan
PR.3.6.4	Penguatan Tata Kelola Pembiayaan Kesehatan lainnya
PR.3.7	Upaya Kesehatan: Penguatan Infrastruktur
PR.3.7.1	Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur UKP
PR.3.7.2	Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur UKM
PR.3.7.3	Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur di Penunjang
PR.3.7.4	Penguatan Upaya Kesehatan: Infrastruktur lainnya

Lampiran II.5.
Klasifikasi Dimensi Jenis Kegiatan (HA) pada PHA dan DHA

Kode	Deskripsi
Kegiatan Tidak Langsung	
HA.1	Manajerial dan Koordinasi
HA.1.1	Pengadaan dan Peningkatan Kapasitas Personil (Pendidikan dan Pelatihan)
HA.1.2	Perencanaan dan Penganggaran Program
HA.1.3	Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan
HA.1.4	Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur
HA.1.5	Pengadaan Alat Kantor dan Alat Non-medis
HA.1.6	Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
HA.1.7	Supervisi dan Bimbingan Teknis
HA.1.8	Peningkatan Kesejahteraan Pegawai
HA.1.9	Kegiatan Tidak Langsung Lainnya
HA.2	Kegiatan Langsung
HA.2.1	Kegiatan Program Kesehatan Masyarakat
HA.2.1.1	Promosi dan Penyuluhan kesehatan
HA.2.1.2	Pemeriksaan Mutu Air
HA.2.1.3	Vector Control (Pengendalian Vector)
HA.2.1.4	Pendataan Sasaran
HA.2.1.5	Pengambilan sampel
HA.2.1.6	Survei TTU
HA.2.1.7	Surveilans Epidemiologi dan KLB
HA.2.1.8	Penemuan dan Pemantauan Kasus
HA.2.1.9	Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
HA.2.1.10	Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan
HA.2.1.11	Pelayanan Gizi
HA.2.1.12	Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur Alat Medis Kesehatan Masyarakat
HA.2.1.13	Kegiatan Kesehatan Masyarakat Langsung Lainnya
HA.2.2	Kegiatan Program Kesehatan Individu
HA.2.2.1	Diagnosis dan Pengobatan
HA.2.2.2	Laboratorium dan Dukungan Diagnosis Lainnya
HA.2.2.3	Tindakan Medis
HA.2.2.4	Rehabilitasi Medik
HA.2.2.5	Pelayanan Transfusi Darah
HA.2.2.6	Penyuluhan Individu
HA.2.2.7	Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur Alat Medis
HA.2.2.8	Kegiatan Individu Langsung Lainnya

Lampiran II.6. Klasifikasi Dimensi Mata Anggaran (HI) pada PHA dan DHA

Kode	Deskripsi
HI.1	Investasi
HI.1.1	Pembelian Tanah
HI.1.2	Bangunan/Konstruksi
HI.1.3	Pengadaan Alat Non-medis
HI.1.4	Pengadaan Alat Medis (alat kesehatan dan kedokteran)
HI.1.5	Pengadaan Kendaraan
HI.1.6	<i>Fellowship</i> Untuk Pendidikan Pegawai
HI.1.7	Investasi Lainnya
HI.2	Operasional
HI.2.1	Belanja Pegawai
HI.2.1.1	Gaji
HI.2.1.2	Honorarium
HI.2.1.3	Kontribusi Jaminan Kesehatan dan sosial pegawai
HI.2.1.4	Biaya Pegawai lainnya
HI.2.2	Remunerasi Tenaga Profesional Mandiri
HI.2.3	Bahan dan Jasa yang digunakan
HI.2.3.1	Belanja Jasa kesehatan kepada pihak ketiga
HI.2.3.2	Belanja Alat Medis/Alat Kesehatan
HI.2.3.3	Belanja obat-obatan
HI.2.3.4	Bahan-Bahan Medis Habis Pakai
HI.2.3.5	Bahan Alat dan Bahan Non-medis
HI.2.3.6	Bahan ATK dan Perkantoran habis pakai
HI.2.3.7	Perjalanan
HI.2.3.8	Akomodasi
HI.2.3.9	<i>Utilities</i> (Telepon, Listrik, Air)
HI.2.3.10	Belanja Jasa
HI.2.3.11	Belanja Barang dan Jasa Lainnya
HI.2.4	Belanja Hibah dan Bantuan Sosial
HI.2.5	Biaya Operasional Lainnya
HI.3	Pemeliharaan
HI.3.1	Pemeliharaan Lahan
HI.3.2	Gedung/Konstruksi
HI.3.3	Pemeliharaan Alat Non-medis
HI.3.4	Pemeliharaan Alat Medis
HI.3.5	Pemeliharaan Kendaraan
HI.3.6	Pelatihan Personil
HI.3.7	Pemeliharaan Lainnya

Lampiran II.7.

Klasifikasi Dimensi Jenjang Kegiatan (HL) pada PHA dan DHA

Kode	Deskripsi
HL1	Pusat
HL2	Provinsi
HL3	Kabupaten/Kota
HL4	Kecamatan/Puskesmas
HL5	Desa/Kelurahan/masyarakat

KEMENKES RI

Lampiran II.8.

Klasifikasi Dimensi Penerima Manfaat (HB) pada PHA dan DHA

Kode	Deskripsi
HB.1	0 - <1 tahun (bayi)
HB.2	1 - 5 tahun (balita)
HB.3	6-12 tahun (anak sekolah)
HB.4	13-18 tahun (remaja)
HB.5	19-64 tahun (usia produktif)
HB.6	65+ tahun (lansia)
HB.7	Semua Kelompok Umur
HB.8	Kelompok Umur belum dipilah

KEMENKES RI

Glosarium

Agregasi	: kumpulan
Akun kesehatan	: cara suatu negara untuk memantau pengeluaran kesehatan di berbagai aliran, terlepas dari entitas atau lembaga yang membiayai dan mengelola pengeluaran itu
Audited	: sudah diaudit
Belanja modal kesehatan	: total belanja modal/investasi terkait layanan kesehatan yang dapat dikonsumsi lebih dari satu tahun periode akuntansi
Bottom-up	: dari bawah ke atas, dari daerah ke pusat
Chart account	: bagan akun (daftar kode dan klasifikasi keuangan)
CHE	: belanja kesehatan yang hanya menghitung pengeluaran konsumsi kesehatan selama satu tahun periode pencatatan akuntansi
Cost of bureaucracy	: biaya administrasi yang tidak bermanfaat karena proses birokrasi
Dana idle	: dana menganggur
Data costing	: data biaya
Database	: kumpulan data yang disimpan secara sistematis
Dekonsentrasi	: penyerahan berbagai urusan dari pemerintahan pusat kepada daerah
DHA	: akun kesehatan yang dilakukan di tingkat kabupaten atau kota yang memuat informasi terkait belanja kesehatan di wilayahnya, termasuk yang berasal dari pusat dan provinsi
Directly allocable expenses	: belanja yang dapat dialokasikan secara langsung pada jenis penyakit tertentu
Double counting	: perhitungan ganda, transaksi dihitung lebih dari satu kali
Earmarked expenses	: belanja yang sudah dialokasikan untuk jenis penyakit tertentu
Expenses not directly assignable	: belanja yang tidak dapat dialokasikan secara langsung pada jenis penyakit tertentu
In natura	: tukar-menukar antara barang dengan barang lain (barter)
Klaim	: permintaan ganti rugi dari tertanggung, kepada penanggung
Konsumsi akhir	: barang atau jasa pelayanan yang dihasilkan dan diimpor dalam suatu wilayah perdagangan yang kemudian digunakan oleh penduduk suatu negara, baik untuk memenuhi kebutuhan individu maupun kolektif
NHA	: instrumen penting dalam meningkatkan kinerja pembangunan kesehatan dan penting untuk memacu pencapaian rencana pembangunan jangka panjang ataupun menengah (RPJPM) bidang kesehatan, rencana strategis (Renstra) kementerian kesehatan, dan target-target dalam SDGs
One big data	: data yang terkumpul dalam satu tempat dengan volume yang besar
Outstanding claim	: klaim belum dibayar

<i>Overestimate</i>	:	penaksiran lebih tinggi dari yang seharusnya
Pelayanan publik	:	pelayanan kesehatan baik pelayanan preventif, pelayanan promotif, pelayanan kuratif, maupun pelayanan rehabilitatif yang dibutuhkan masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatannya
Penelitian dan pengembangan kesehatan	:	penelitian yang memiliki tujuan dalam inovasi pengembangan kesehatan
Penghitungan ganda	:	penghitungan lebih dari satu kali pada transaksi keuangan yang sama
Penyedia layanan kesehatan sekunder	:	organisasi yang menyediakan layanan kesehatan tambahan di luar kegiatan utama
Premi	:	sejumlah uang yang harus dibayarkan sebagai kewajiban dari atas keikutsertaannya di asuransi
<i>Single database</i>	:	satu kumpulan data
<i>Single entry point</i>	:	satu tempat masuk/input data
<i>Single payer</i>	:	pembayar tunggal
<i>Spending</i>	:	pengeluaran, belanja
TBK	:	hasil perhitungan terhadap keseluruhan konsumsi final belanja kesehatan pada seluruh fungsi layanan kesehatan dan belanja kapital/investasi
<i>Top-down</i>	:	dari atas ke bawah, dari pusat ke daerah
<i>Underestimate</i>	:	menaksir terlalu rendah dari yang seharusnya

KEMENKES RI

Tentang Penulis

Prastuti Soewondo, PhD. Seorang pakar sistem kesehatan masyarakat dengan fokus pada bidang pembiayaan kesehatan. Saat ini beliau menjabat sebagai Staf Khusus Menteri Kesehatan periode 2020-2024. Di samping kesibukan beliau sebagai Staf Khusus Menteri, beliau juga aktif melakukan riset di bidang ekonomi kesehatan dan mengajar di Universitas Indonesia.

Euis Ratna Sari, S.K.M. Ahli kesehatan masyarakat dan peneliti bidang ekonomi dan kebijakan kesehatan. Saat ini Euis bekerja di Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan (PKEKK) Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Euis terlibat dalam penyediaan bukti ilmiah terkait ekonomi dan pembiayaan kesehatan melalui Tim Agen Komite Penilaian Teknologi Kesehatan (KPTK) dan Tim Pengolah Data *National Health Account* (NHA), Kementerian Kesehatan Indonesia.

Helmi Wahyuningsih, S.K.M. Alumnus Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saat ini tergabung dalam tim *National Health Accounts* (NHA) Indonesia di Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Ketertarikannya dalam bidang pembiayaan kesehatan, membawanya terlibat secara aktif dalam beberapa studi seperti penelusuran belanja kesehatan secara nasional, penelusuran belanja kesehatan pada program spesifik, serta kajian lainnya yang berhubungan dengan sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia.

Maman Saputra, S.K.M. Alumnus Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat ini pernah bekerja pada Pusat Penelitian Kebijakan Kesehatan Masyarakat Universitas Lambung Mangkurat. Maman aktif dalam beberapa penelitian dan publikasi ilmiah di bidang kesehatan masyarakat, selain memimpin beberapa NGO seperti Edu_Kesmas dan Lakmus IYMS yang aktif mengampanyekan kesehatan dan lingkungan kepada masyarakat.

Yunita, S.K.M., M.K.M., AAK. Yunita meraih gelar sarjana dan magister di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saat ini Yunita adalah peneliti di Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia dan telah bergabung menjadi tim *National Health Accounts* Indonesia sejak tahun 2010 hingga saat ini. Berkecimpung dalam penelitian bidang pembiayaan kesehatan, membawanya terlibat aktif dalam studi penelusuran belanja kesehatan secara nasional, penelusuran belanja kesehatan pada program spesifik, serta studi lainnya yang berhubungan dengan penelusuran belanja kesehatan dan sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia.

Mira Nurfitriyani, S.K.M. Alumnus Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Mira adalah anggota tim *National Health Accounts (NHA)* Indonesia yang bekerja di bawah Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Sejak tahun 2016, Mira terlibat aktif berkolaborasi dengan institusi pemerintah maupun non-pemerintah dalam pengumpulan dan analisis data belanja kesehatan dan pembiayaan kesehatan nasional.

Examinar, S.K.M. Alumnus Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia ini adalah peneliti di Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Examinar juga menjadi anggota tim *National Health Account Indonesia*. Examinar meminati kajian bidang keilmuan ekonomi kesehatan terutama pembiayaan kesehatan dan penghitungan biaya baik di lingkup fasilitas kesehatan maupun pada program-program tertentu seperti malaria, tuberkulosis, dan keluarga berencana.

Hasianda Eka Lestari, S.K.M. Alumnus Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember ini adalah ahli kesehatan masyarakat. Hasianda pernah bekerja di SSR LKC Dompot Dhuafa di bawah organisasi LKC Dompot Dhuafa, sebuah proyek yang bekerja untuk memutus rantai penularan TB berbasis komunitas.

Hanifah Hasnur, S.Pd., S.K.M., M.K.M. Alumnus FKIP Universitas Syiah Kuala, Universitas Serambi Mekah, dan Universitas Indonesia. Saat ini Hanifah bekerja sebagai dosen dan peneliti di bidang pembiayaan dan evaluasi program kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Aceh.

Fitriani Pramita Gurning, SKM, M. Kes. Alumnus Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara ini adalah dosen Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri (UIN) Sumatera Utara Medan.

KEMENTERIAN RI

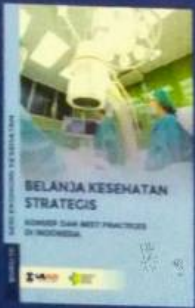
SERI EKONOMI KESEHATAN



Buku I
PENGANTAR EKONOMI KESEHATAN
Abdillah Ahsan, dkk.



Buku II
**PEMBIAYAAN KESEHATAN:
KONSEP DAN BEST PRACTICES
DI INDONESIA**
Adiatma YM Siregar, dkk.



Buku III
**BELANJA KESEHATAN STRATEGIS:
KONSEP DAN BEST PRACTICES
DI INDONESIA**
Ackhmad Affiazir, dkk.



Buku IV
**EVALUASI EKONOMI DAN
PENILAIAN TEKNOLOGI KESEHATAN:
KONSEP DAN BEST PRACTICES
DI INDONESIA**
Ayunda Dewi Jayanti Jilan Putri, dkk.

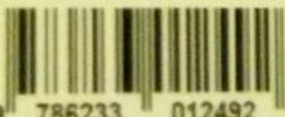


Buku V
AKUN KESEHATAN NASIONAL
Prastuti Setiawando, dkk.



Buku VI
**MANAJEMEN KEUANGAN DAN
AKUNTANSI DALAM EKONOMI
KESEHATAN**
Anedya Nidar, dkk.

ISBN 978-623-301-249-2



9 786233 012492



USAID
DARI RAKYAT AMERIKA

United States Agency for
International Development (USAID)
Jalan Medan Merdeka Selatan No. 3-5
Jakarta Pusat 10110



Kementerian Kesehatan
Republik Indonesia
Jalan H. R. Rasuna Said No. Kav 4-9
Kuningan, Jakarta Selatan, 12950