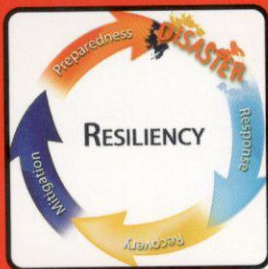




# KESEHATAN MASYARAKAT



## Teori dan Aplikasi



Dosen dan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia



Kata Pengantar:

Ketua Umum Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia

PENERBIT BUKU KEDOKTERAN



EGC



Memfotokopi/membajak buku ini melanggar UU No. 28 Th 2014

## Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta

### Lingkup Hak Cipta

#### Pasal 1

Hak Cipta adalah hak eksklusif pencipta yang timbul secara otomatis berdasarkan prinsip deklaratif setelah suatu ciptaan diwujudkan dalam bentuk nyata tanpa mengurangi pembatasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### Ketentuan Pidana

#### Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

### PENTING DIKETAHUI

**Penerbit** adalah rekanan pengarang untuk menerbitkan sebuah buku. Bersama pengarang, penerbit menciptakan buku untuk diterbitkan. Penerbit mempunyai hak atas penerbitan buku tersebut serta distribusinya, sedangkan pengarang memegang hak penuh atas karangannya dan berhak mendapatkan royalti atas penjualan bukunya dari penerbit.

**Percetakan** adalah perusahaan yang memiliki mesin cetak dan menjual jasa pencetakan. Percetakan tidak memiliki hak apa pun dari buku yang dicetaknya kecuali upah. Percetakan tidak bertanggung jawab atas isi buku yang dicetaknya.

**Pengarang** adalah pencipta buku yang menyerahkan naskahnya untuk diterbitkan di sebuah penerbit. Pengarang memiliki hak penuh atas karangannya, namun menyerahkan hak penerbitan dan distribusi bukunya kepada penerbit yang ditunjuknya sesuai batas-batas yang ditentukan dalam perjanjian. Pengarang berhak mendapatkan royalti atas karyanya dari penerbit, sesuai dengan ketentuan di dalam perjanjian Pengarang-Penerbit.

**Pembajak** adalah pihak yang mengambil keuntungan dari kepakaran pengarang dan kebutuhan belajar masyarakat. Pembajak tidak mempunyai hak mencetak, tidak memiliki hak menggandakan, mendistribusikan, dan menjual buku yang digandakannya karena tidak dilindungi *copyright* ataupun perjanjian pengarang-penerbit. Pembajak tidak peduli atas jerih payah pengarang. Buku pembajak dapat lebih murah karena mereka tidak perlu mempersiapkan naskah mulai dari pemilihan judul, editing sampai persiapan pracetak, tidak membayar royalti, dan tidak terikat perjanjian dengan pihak mana pun.

### PEMBAJAKAN BUKU ADALAH KRIMINAL!

Anda jangan menggunakan buku bajakan, demi menghargai jerih payah para pengarang yang notabene adalah para guru.

# KESEHATAN MASYARAKAT

## Teori dan Aplikasi

Dosen dan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia

*With Compliment  
From*  
EGC Medical Publisher  
**NOT FOR SALE**

Editor:

Ridhwan Fauzi, SKM, MPH

PENERBIT BUKU KEDOKTERAN



EGC

EGC 2663

**KESEHATAN MASYARAKAT: TEORI DAN APLIKASI**

Oleh: Dosen dan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia

Editor: Ridhwan Fauzi, SKM, MPH

Editor penyelaras: Monica Ester & Eka Anisa Mardella

Hak Cipta Penerbitan

© 2019 Penerbit Buku Kedokteran EGC

P.O. Box 4276/Jakarta 10042

Telepon: (021) 6530 6283

Anggota IKAPI

Desain kulit muka: Vidi Andika Syahputra

Penata letak: Amsir

Indekser: Surya Satyanegara, SS

Hak cipta dilindungi Undang-Undang.

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Cetakan 2020

**Perpustakaan Nasional RI. Data Katalog dalam Terbitan (KDT)**

Kesehatan masyarakat : teori dan aplikasi / editor penyelaras, Monica Ester, Eka Anisa Mardella. —  
Jakarta : EGC, 2019.

xiii, 395 hlm. ; 21 x 28,5 cm.

ISBN 978-623-203-191-3

1. Kesehatan masyarakat. I. Monica Ester. II. Eka Anisa Mardella.

362.1

*Penerbit dan editor tidak bertanggung jawab atas segala kerugian atau cedera pada individu dan/atau kerusakan properti yang terjadi akibat atau berkaitan dengan penggunaan materi dalam buku ini.*



Isi di luar tanggung jawab percetakan



# Daftar Isi

Kata Pengantar IAKMI.....	v
Kontributor.....	xi
<b>BAGIAN I: UMUM</b> .....	1
<b>BAB 1 : Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat</b> .....	2
Teori Kesehatan Masyarakat .....	2
Instrumen Kesehatan Masyarakat .....	3
Pencegahan Penyakit, Kecacatan, dan Kematian.....	3
Sistem Pelayanan Kesehatan.....	5
Konsep <i>Primary Health Care</i> .....	5
Daftar Pustaka.....	8
<b>BAB 2 : Etika dan Hukum Kesehatan</b> .....	9
Konsep Umum Etika Kesehatan.....	9
Konsep Etika Kesehatan Masyarakat.....	10
Konsep Etika Profesi Kesehatan.....	11
Aspek Hukum Kesehatan.....	12
Malpraktik (Individu dan Institusi) .....	13
<i>Informed Consent</i> .....	14
Daftar Pustaka .....	14
<b>BAB 3 : Kepemimpinan dan Berpikir Sistem di Bidang Kesehatan Masyarakat</b> .....	15
Pedahuluan.....	15
Konsep Sistem dan Teori Sistem .....	16
Berpikir Sistem .....	21
Kepemimpinan Berpikir Sistem .....	23
Kompleksitas dalam Organisasi.....	28
Daftar Pustaka.....	32
<b>BAB 4 : Manajemen Bencana</b> .....	33
Bencana dan Ruang Lingkup Manajemen Bencana.....	33
Kebijakan Manajemen Bencana dan Pra-Bencana.....	35
Analisis Risiko Bencana.....	36
Pengkajian Kebutuhan Saat Bencana .....	37
Air dan Higiene Sanitasi .....	39
Pengendalian Vektor Saat Bencana .....	40
Manajemen Korban Massal dan Informasi Saat Bencana.....	41
Daftar Pustaka .....	43
<b>BAGIAN II: KESEHATAN REPRODUKSI</b> .....	45
<b>BAB 5 : Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Ibu-Anak</b> .....	45
Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi.....	46
Perkembangan Sistem Reproduksi .....	48
Kehamilan dan Perkembangan Janin .....	54
Penyakit Menular Seksual .....	56
Kesehatan Ibu dan Anak.....	62
Daftar Pustaka.....	64

<b>BAGIAN III: BIOSTATISTIK DAN KEPENDUDUKAN</b> .....	67
<b>BAB 6 : Biostatistik Deskriptif dan Inferensial</b> .....	68
Statistik Deskriptif .....	69
Probabilitas .....	80
Estimasi .....	82
Uji Statistik .....	83
Sampling .....	86
Daftar Pustaka .....	94
<b>BAB 7 : Manajemen Data</b> .....	95
Pengertian dan Ruang Lingkup .....	95
Perancangan Instrumen .....	97
Tahapan Kegiatan Manajemen Data .....	98
Penilaian Kualitas Data .....	100
Daftar Pustaka .....	106
<b>BAB 8 : Dasar Kependudukan dan Keluarga Berencana</b> .....	107
Teori Kependudukan .....	107
Struktur Kependudukan .....	109
Komponen Kependudukan .....	111
Transisi Demografi .....	112
Sumber Data Kependudukan .....	113
Konsep Keluarga Berencana .....	114
Konsep Akseptor Keluarga Berencana .....	115
Daftar Pustaka .....	116
<b>BAB 9 : Sistem Informasi Kesehatan</b> .....	117
Konsep Dasar Teknologi Informasi .....	117
Sistem Informasi Kesehatan .....	117
Sumber Data Sistem Informasi Kesehatan .....	120
Tata Kelola dan Perencanaan Sistem Informasi Kesehatan .....	120
Aplikasi Teknologi Informasi Kesehatan .....	122
Analisis, Desain, dan Evaluasi Sistem Informasi .....	128
Daftar Pustaka .....	129
<b>BAGIAN IV: EPIDEMIOLOGI</b> .....	131
<b>BAB 10: Dasar Epidemiologi</b> .....	132
Ruang Lingkup .....	132
Konsep Kejadian Masalah Kesehatan .....	136
Ukuran Epidemiologi .....	137
Riwayat Alamiah dan Pencegahan Penyakit .....	142
Strategi Epidemiologi .....	143
Desain Studi Epidemiologi .....	146
Daftar Pustaka .....	149
<b>BAB 11: Surveilans Kesehatan Masyarakat</b> .....	151
Konsep Surveilans Kesehatan Masyarakat .....	151
Perencanaan dan Pelaksanaan Surveilans Kesehatan Masyarakat .....	153
Evaluasi Sistem Surveilans Kesehatan Masyarakat .....	154
Aplikasi Surveilans Kesehatan Masyarakat .....	155
Kejadian Luar Biasa .....	158
Daftar Pustaka .....	160

<b>BAB 12: Epidemiologi Penyakit Menular</b> .....	161
Konsep Epidemiologi Penyakit Menular .....	161
Penyakit Menular .....	161
Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) .....	167
<i>New Emerging Disease</i> .....	168
<i>Neglected Tropical Disease</i> .....	170
Daftar Pustaka.....	172
<b>BAB 13: Epidemiologi Penyakit Tidak Menular</b> .....	174
Transisi Demografi .....	174
Transisi Epidemiologi .....	174
Faktor Risiko Kejadian Penyakit Tidak Menular .....	174
Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular.....	175
Metode STEPwise .....	175
Penyakit Tidak Menular.....	175
Daftar Pustaka.....	181
<b>BAGIAN V: GIZI KESEHATAN MASYARAKAT</b> .....	183
<b>BAB 14: Dasar Ilmu Gizi Kesehatan Masyarakat</b> .....	184
Konsep Dasar Gizi Masyarakat.....	184
Zat Gizi.....	184
Masalah Gizi di Indonesia.....	190
Penilaian Status Gizi.....	195
Angka Kecukupan Gizi.....	197
Gizi dalam Daur Kehidupan .....	199
Daftar Pustaka.....	206
<b>BAGIAN VI: KESELAMATAN KESEHATAN KERJA</b> .....	219
<b>BAB 15: Dasar Keselamatan Kesehatan Kerja</b> .....	220
Konsep Dasar Keselamatan Kesehatan Kerja.....	220
Peraturan Perundangan Keselamatan Kesehatan Kerja .....	223
Penyakit dan Cedera Akibat Kerja.....	225
Kesehatan Kerja.....	226
Keselamatan Kerja.....	229
Ergonomi, Toksikologi, dan Higiene Kerja/Industri .....	231
Pengenalan Psikologi Industri.....	234
Pencegahan Kecelakaan Kerja.....	236
Manajemen Risiko .....	237
Promosi Keselamatan Kesehatan Kerja.....	240
Manajemen Keselamatan Kesehatan Kerja.....	242
Program Keselamatan Kesehatan Kerja.....	243
Daftar Pustaka .....	243
<b>BAGIAN VII: KESEHATAN LINGKUNGAN</b> .....	245
<b>BAB 16: Dasar Kesehatan Lingkungan</b> .....	246
Konsep Kesehatan Lingkungan.....	246
Higiene dan Sanitasi .....	249
Pencemaran Udara .....	253
Pengendalian Vektor.....	254
Pengelolaan Limbah Cair dan Padat .....	256

Kesehatan Lingkungan Permukiman .....	259
Kesehatan Lingkungan Pariwisata.....	260
Kesehatan Lingkungan Lintas Batas dan Komitmen Global.....	260
Daftar Pustaka.....	261
<b>BAB 17: Analisis Kualitas Lingkungan .....</b>	<b>262</b>
Pengenalan Instrumen Analisis Kualitas Lingkungan .....	263
Kinetik Bahan Pencemar di Lingkungan .....	263
Metode dan Teknik Sampling .....	268
Biomonitoring dan Indikator Perubahan Lingkungan .....	270
Penurunan Kualitas Lingkungan .....	272
Upaya Pencegahan dan Pengendalian Masalah Lingkungan .....	273
Daftar Pustaka.....	275
<b>BAGIAN VIII: PROMOSI KESEHATAN .....</b>	<b>277</b>
<b>BAB 18: Sosio-Antropologi.....</b>	<b>278</b>
Konsep Budaya, Unsur Budaya, dan Budaya Masyarakat .....	278
Perubahan Sosial Budaya Masyarakat .....	280
Stratifikasi Sosial.....	281
Mobilitas Sosial .....	282
Difusi Kebudayaan.....	283
Kelompok Sosial.....	284
Interaksi Sosial .....	284
Pranata Sosial.....	286
Perilaku Kesehatan.....	288
Determinan Sosial Budaya dalam Kesehatan Masyarakat.....	290
Pendekatan Sosio-Antropologi dalam Kesehatan Masyarakat.....	290
Daftar Pustaka.....	291
<b>BAB 19: Pemberdayaan dan Pengorganisasian Masyarakat .....</b>	<b>292</b>
Konsep Pemberdayaan dan Pengorganisasian Masyarakat .....	292
Strategi dan Model Pemberdayaan Masyarakat.....	296
Tahapan Pemberdayaan Masyarakat .....	298
Pemberdayaan Masyarakat dan Kelembagaan Kesehatan Masyarakat.....	298
Kapital Sosial dan Partisipasi Masyarakat.....	300
Partisipasi Masyarakat .....	302
Adopsi dan Pengalaman Belajar.....	304
Daftar Pustaka.....	310
<b>BAB 20: Promosi Kesehatan.....</b>	<b>311</b>
Promosi dan Pendidikan Kesehatan .....	311
Program Promosi Kesehatan di Indonesia .....	313
<i>Ottawa Charter</i> Sebagai Area Prioritas Promosi Kesehatan.....	316
Strategi Promosi Kesehatan .....	318
Daftar Pustaka.....	319
<b>BAGIAN IX: ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN .....</b>	<b>321</b>
<b>BAB 21: Dasar Adminitrasi dan Kebijakan Kesehatan.....</b>	<b>322</b>
Konsep Administrasi dan Manajemen .....	322
Implementasi Administrasi di Bidang Kesehatan .....	323
Konsep Kebijakan.....	323
Kebijakan dalam Layanan Kesehatan .....	332



Proses Pengambilan Kebijakan Layanan Kesehatan .....	334
Daftar Pustaka.....	342
<b>BAB 22: Ekonomi Kesehatan .....</b>	<b>344</b>
Pengertian dan Ruang Lingkup Makroekonomi .....	344
Pengertian dan Ruang Lingkup Mikroekonomi .....	344
Permintaan Terhadap Pelayanan Kesehatan .....	345
Suplai Pelayanan Kesehatan .....	348
Karakteristik Industri Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan .....	351
Hubungan Timbal Balik Antara Kesehatan dan Pembangunan Ekonomi .....	351
Evaluasi Ekonomi di Bidang Kesehatan.....	353
Daftar Pustaka.....	356
<b>BAB 23: Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan .....</b>	<b>358</b>
Perencanaan .....	358
Pengorganisasian dan Pelaksanaan.....	359
Monitoring dan Evaluasi.....	361
<i>Sustainability</i> .....	365
Aplikasi Perencanaan dan Evaluasi di Bidang Kesehatan Masyarakat.....	365
Daftar Pustaka.....	369
<b>BAB 24: Pembiayaan dan Penganggaran Kesehatan.....</b>	<b>370</b>
Konsep Biaya dan Pembiayaan Kesehatan.....	370
Skema dan Sumber Pembiayaan Kesehatan.....	373
Sistem Penganggaran.....	377
Penganggaran Sektor Publik dan Swasta .....	381
Penganggaran Berbasis Kinerja.....	383
Daftar Pustaka.....	384
<b>GLOSARIUM.....</b>	<b>387</b>
<b>INDEKS .....</b>	<b>392</b>

# Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

<b>Bab 21</b> Administrasi dan Kebijakan Kesehatan <i>Heni Febriawati, SKM, MARS</i> <i>Dr. Yandrizal, SKM, M.Kes</i>	hlm. 322
<b>Bab 22</b> Ekonomi Kesehatan <i>Akhmadi Abbas, S.KM., M.Kes.</i>	hlm. 344
<b>Bab 23</b> Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan <i>Akhmadi Abbas, S.KM., M.Kes.</i>	hlm. 358
<b>Bab 24</b> Pembiayaan dan Penganggaran Kesehatan <i>Ridhwan Fauzi, SKM, MPH</i>	hlm. 370

# Pembiayaan dan Penganggaran Kesehatan

Ridhwan Fauzi, SKM, MPH

Pembangunan kesehatan di Indonesia tengah berada di persimpangan jalan. Beberapa indikator kesehatan masyarakat telah menunjukkan perkembangan yang mengembirakan dalam satu dekade terakhir. Angka kematian bayi terus mengalami penurunan, meningkatnya cakupan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh ibu hamil dan nifas serta membaiknya status gizi anak dan meningkatnya umur harapan hidup masyarakat Indonesia. Kerja keras dari seluruh komponen masyarakat Indonesia dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat selama satu dekade ini patut diapresiasi. Namun Indonesia juga masih menyimpan pekerjaan rumah yang berat seperti meningkatnya penyakit kronis, tingginya *gap* status kesehatan antar-wilayah, rendahnya cakupan vaksin, serta belum maksimalnya pengendalian penyakit menular seperti tuberkulosis dan malaria (Kementerian Kesehatan, 2018; Suparmi, Kusumawardani, Nambiar, Trihono, & Hosseinpoor, 2018).

Besarnya permasalahan kesehatan di Indonesia disebabkan oleh berbagai faktor. Namun efektivitas program yang dilaksanakan untuk mengatasinya juga perlu dievaluasi. Alokasi anggaran kesehatan di Indonesia terus mengalami kenaikan, bahkan sejak tahun 2016 telah mencapai 5% dari total Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional (APBN). Akan tetapi, indikator kesehatan masyarakat seperti Angka Kematian Ibu (AKI) tidak membaik secara signifikan. Di sisi lain, kemampuan penyerapan anggaran kesehatan juga belum maksimal. Kementerian Keuangan mencatat masih terdapat sekitar 10% anggaran kesehatan yang tidak terserap setiap tahunnya. Kondisi ini menjadi ironi mengingat beberapa program kesehatan masyarakat tidak dapat terlaksana dengan baik karena minimnya anggaran.

Masalah lain yang tidak kalah krusial yaitu pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang terus mengalami defisit, kualitas layanan yang dipertanyakan berbagai pihak, dan belum memberikan pelayanan yang merata kepada seluruh rakyat Indonesia. Rasio klaim kepada Badan Pengelola Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan dibandingkan dengan pendapatan iuran selalu lebih dari 100%. Sementara itu, pengendalian biaya terhadap klaim sangat lemah. Apabila berbagai permasalahan tersebut tidak segera diperbaiki, akan mengancam keberlanjutan JKN (Agustina dkk., 2019; Pinto, Masaki., & Harimurti, 2016). Salah satu solusi untuk mengatasi berbagai permasalahan di atas yaitu memperbaiki sistem pembiayaan dan penganggaran di sektor kesehatan. Bab ini akan membahas konsep dasar pembiayaan dan penganggaran serta penerapannya dalam sektor kesehatan.

## KONSEP BIAYA DAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

### Pengertian Biaya dan Pembiayaan Kesehatan

Pengertian biaya dapat ditinjau dari perspektif produsen dan konsumen. Biaya dari sudut pandang produsen berarti nilai dari sejumlah *input* untuk menghasilkan suatu *output*. Sebaliknya dari sudut pandang konsumen, biaya adalah keseluruhan pengorbanan yang perlu untuk memperoleh atau mengonsumsi suatu produk baik dalam bentuk barang atau jasa. Biaya biasanya dinyatakan dalam bentuk uang berdasarkan nilai dari harga pasar yang berlaku. Akan tetapi, biaya tidak hanya tentang uang tetapi mencakup seluruh faktor produksi seperti tenaga, waktu, bahan habis pakai, mesin, bahkan kenyamanan. Misalnya, masyarakat pegunungan mungkin tidak perlu mengeluarkan uang untuk mendapatkan air bersih tetapi ketika terjadi eksplorasi alam yang berlebihan, air bersih menjadi sulit untuk diperoleh. Kesulitan yang dihadapi oleh masyarakat ini dapat dikategorikan sebagai biaya. Secara ekonomis, biaya seperti ini juga harus diperhitungkan.

Pengertian pembiayaan kesehatan merupakan pengembangan dari definisi biaya, namun produk yang dihasilkan yaitu pelayanan kesehatan. Pembiayaan kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dibutuhkan oleh individu, keluarga, dan masyarakat. Pembiayaan kesehatan secara lebih luas mencakup tiga aspek penting yaitu mobilisasi dana untuk membiayai pelayanan kesehatan, pengalokasian dana untuk suatu wilayah, kelompok masyarakat dan berbagai jenis pelayanan kesehatan khusus, dan mekanisme untuk membayar pelayanan kesehatan (Hsiao & Liu, 2001). Oleh karenanya pembiayaan kesehatan mencakup metode pencarian sumber dana, pendistribusian risiko finansial, pengalokasian dan pemanfaatan pelayanan kesehatan, dan pemberian insentif bagi penyedia jasa pelayanan kesehatan.

Aspek yang dibahas dalam pembiayaan kesehatan terus berkembang seiring berjalannya waktu. Pembiayaan kesehatan tidak lagi membahas tentang permasalahan individu untuk membayar pelayanan kesehatan. Berbagai negara kini telah menggunakan konsep pra-bayar atau jaminan kesehatan untuk mendanai pelayanan kesehatan.

Terdapat pengalihan beban untuk membiayai pelayanan kesehatan dari bertumpu pada individu saat membutuhkan pelayanan menjadi tanggungan bersama oleh pemerintah, masyarakat, tempat kerja, bantuan internasional, lembaga non-pemerintah dan pengeluaran individu yang dikelola sedemikian rupa dan dibayarkan sebelum individu tersebut jatuh sakit (Tulchinsky & Varavikova, 2015).

### Universal Health Coverage

Sistem pembiayaan kesehatan perlu diatur sedemikian rupa untuk mencapai Jaminan Kesehatan Semesta (JKS) atau yang lebih dikenal sebagai *Universal Health Coverage* (UHC). JKS dapat didefinisikan sebagai memastikan setiap orang memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkan (termasuk promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) dengan kualitas yang baik dan efektif serta memastikan bahwa orang yang menggunakannya tidak mengalami kesulitan finansial. Oleh karena itu, tujuan akhir pembiayaan kesehatan antara lain mendorong pemanfaatan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan, menciptakan pelayanan kesehatan yang berkualitas, serta memberikan perlindungan finansial dan keadilan dalam pendanaan (World Health Organization, 2010).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan berdasarkan kebutuhan berarti seluruh masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan paham akan kebutuhannya dan setiap orang yang membutuhkan pelayanan kesehatan dapat mengakses pelayanan kesehatan sesuai dengan apa yang mereka butuhkan (Kutzin, 2013). Penggunaan pelayanan kesehatan seyogyanya tidak hanya dinikmati oleh penduduk yang memiliki kemampuan finansial baik, harus ada sistem yang menjamin bahwa penduduk dapat mengakses pelayanan kesehatan meskipun di saat yang bersamaan tidak memiliki kemampuan untuk membiayai itu semua. Aspek lain yang perlu diperhatikan yaitu ketersediaan sarana pelayanan kesehatan yang merata. Penggunaan pelayanan kesehatan tidak terbatas pada daerah perkotaan atau kawasan tertentu saja. Pemerintah harus mengupayakan ketersediaan pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau dengan mudah oleh masyarakat. Mendorong terciptanya pemanfaatan kesehatan berdasarkan kebutuhan berarti meningkatkan keadilan dan mewujudkan pemenuhan hak asasi manusia.

Jaminan kesehatan semesta tidak hanya tentang pelayanan kesehatan yang gratis bagi seluruh masyarakat. Pelayanan kesehatan yang diberikan harus memiliki kualitas yang cukup dan efektif. Pelayanan kesehatan yang tidak efektif akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas, dan menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap sistem kesehatan. Morbiditas dan mortalitas yang tinggi juga menyebabkan menurunnya derajat kesehatan masyarakat dan berkurangnya pendapatan akibat hilangnya produktivitas dan berpotensi menimbulkan berbagai masalah sosial ekonomi lainnya. Selain itu, pelayanan kesehatan juga didorong untuk menerapkan *evidence-based medicine* sehingga layanan yang diberikan kepada masyarakat tidak berlebihan. Prosedur pengobatan suatu kasus penyakit dengan diagnosis yang sama seringkali berbeda antara satu pasien dan pasien lainnya. Hal ini lumrah terjadi pada pelayanan kesehatan yang menggunakan metode pembayaran *Fee for Service* (FFS). Sistem ini tidak mendorong

tenaga kesehatan untuk meningkatkan kemampuannya, bahkan memberikan insentif pada prosedur atau tindakan yang tidak perlu. Pelayanan kesehatan yang berlebihan juga berdampak pada tingginya biaya kesehatan dan keselamatan pasien (Clemens & Gottlieb, 2014).

Memberikan perlindungan finansial dan menciptakan keadilan dalam pendanaan merupakan salah satu wujud nyata pemenuhan hak atas kesehatan. Biaya pelayanan kesehatan terutama penyakit kronis sangatlah mahal sehingga tidak semua individu mampu untuk membiayainya. Padahal setiap individu berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik berdasarkan kebutuhannya bukan atas dasar pendapatan atau status ekonomi. Negara berkembang seperti Indonesia memiliki banyak penduduk yang berpenghasilan rendah. Biaya kesehatan yang tinggi tidak hanya menyebabkan kelompok penduduk ini kehilangan waktu produktif untuk memperbaiki nasibnya, tetapi juga semakin menenggelamkan mereka dalam garis kemiskinan. Kondisi seperti ini sering disebut dengan *impoverishing*. Di sisi lain, pada kelompok masyarakat yang mampu membayar, banyak yang harus menjual asetnya karena di luar batas kemampuan ekonomi. Biaya yang mahal menyebabkan mereka kehilangan secara signifikan standar kehidupan yang telah diperoleh. Fenomena seperti ini disebut dengan *katastropik*. Oleh karena itu, perlu dibuat suatu mekanisme pendanaan yang dapat memproteksi masyarakat dari pemiskinan dan kejadian *katastropik* akibat mengonsumsi pelayanan kesehatan (Gottret & Schieber, 2010).

Jaminan kesehatan semesta membutuhkan biaya sangat besar. BPJS kesehatan mengeluarkan dana sebesar Rp84,445 triliun pada tahun 2017 untuk biaya manfaat bagi peserta termasuk layanan promotif dan preventif (BPJS Kesehatan, 2018). Jika pemerintah bertindak sebagai pengelola jaminan kesehatan, pemerintah perlu mencari tambahan dana melalui pungutan pajak, iuran, dan atau kontribusi masyarakat. Peran serta masyarakat dalam menanggung beban pendanaan pelayanan kesehatan harus dibagi secara adil dan efisien. Keadilan bukan berarti setiap masyarakat dikenakan beban yang sama dalam pendanaan kesehatan. Masyarakat berpenghasilan tinggi harus membayar pajak atau memberikan kontribusi yang jauh lebih besar dibandingkan dengan yang berpenghasilan rendah. Oleh karena itu, keadilan tidak akan tercapai ketika besaran kontribusi dalam pendanaan kesehatan bersifat *flat* (Kutzin, 2013).

Terdapat tiga isu penting yang harus dikaji oleh pemerintahan ketika akan menerapkan jaminan kesehatan semesta. *Pertama*, di setiap negara terdapat sejumlah orang yang berpenghasilan sangat rendah sehingga tidak memungkinkan untuk berkontribusi dalam pendanaan baik melalui pajak pendapatan maupun premi atau iuran asuransi sosial. Pemerintah harus membuat sebuah skema subsidi agar kelompok masyarakat ini dapat tetap mengakses pelayanan kesehatan tanpa perlu turut serta membiayai sistem kesehatan. *Kedua*, hambatan finansial juga timbul ketika banyaknya komponen biaya tambahan di luar biaya kontribusi rutin yang masih harus ditanggung oleh masyarakat. Oleh karenanya, *cost sharing* dalam pelayanan harus ditekan atau bahkan tidak ada sama sekali. *Ketiga*, jenis layanan yang diberikan harus komprehensif. Jika hanya layanan yang berbiaya murah yang dijamin, akan banyak masyarakat yang mengalami permasalahan keuangan ketika

pada saat tertentu mereka terkena penyakit kronis dengan biaya mahal (World Health Organization, 2010).

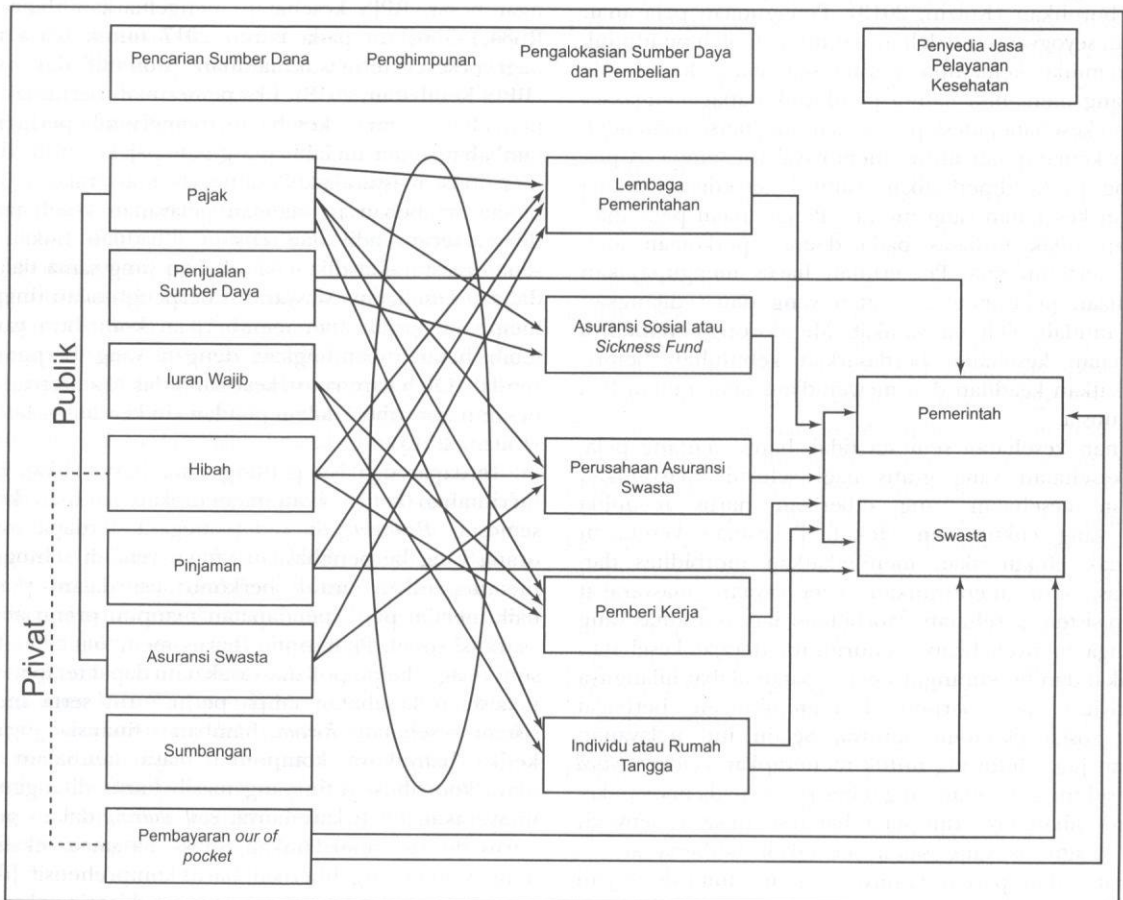
### Fungsi Pembiayaan Kesehatan

Negara memiliki kewajiban untuk menyediakan pelayanan kesehatan esensial, mengurangi ketidakadilan, dan memberikan perlindungan finansial. Dalam konteks kebijakan pembiayaan kesehatan, terdapat tiga komponen yang harus diatur, yaitu *collecting revenue* (pencarian sumber dana), *pooling risk* (penghimpunan risiko), dan *purchasing service* (pembelian jasa). Ketiga komponen kebijakan pembiayaan kesehatan ini sering disebut dengan istilah fungsi pembiayaan kesehatan. Fungsi pembiayaan kesehatan sering kali berkaitan erat dengan berbagai faktor yang berperan dalam sektor kesehatan. Oleh karena itu, perubahan kecil yang berkaitan dengan fungsi pembiayaan kesehatan akan memengaruhi sistem kesehatan secara keseluruhan (Gottret & Schieber, 2010).

Pencarian sumber dana dapat diartikan sebagai upaya dari sistem kesehatan untuk mendapatkan dana yang bersumber dari rumah tangga, sektor bisnis, dan sumber eksternal lainnya. Penghimpunan risiko adalah upaya untuk menghimpunan dan mengelola dana yang telah terkumpul sehingga setiap orang yang tergabung dalam penghimpunan tersebut dapat membagi risiko kesehatannya secara gotong-royong. Hal ini dapat melindungi setiap orang dari

pengeluaran untuk membayar pelayanan kesehatan yang mahal dan tidak terprediksi di masa depan. Pembelian pelayanan kesehatan merupakan seperangkat mekanisme yang digunakan untuk membayar setiap pelayanan kesehatan kepada penyedia jasa baik yang dimiliki oleh pemerintah dan keterkaitan akan setiap komponennya dapat dilihat di Gambar 24.1 (Schieber, Baeza, Kress, & Maier, 2006).

Dalam konteks kebijakan yang lebih luas, terdapat tiga cara untuk mengimplementasikan fungsi pembiayaan kesehatan, yaitu *national health service* (NHS), asuransi sosial, dan asuransi swasta. NHS bercirikan pada sumber pendanaan yang berasal dari anggaran publik atau anggaran belanja negara, mencakup seluruh penduduk dan negara merupakan pemilih fasilitas penunjang, seperti rumah sakit dan klinik. Asuransi sosial memiliki ciri pengelolaan jaminan kesehatan yang dilakukan oleh sebuah lembaga publik yang bersifat nirlaba. Kontribusi pendanaan berasal dari pekerja dan pemberi kerja, sedangkan kepemilikan fasilitas penunjang oleh swasta maupun pemerintah. Terakhir, asuransi swasta merupakan asuransi berbasis pekerjaan atau individual yang dikelola oleh sebuah institusi swasta dan kepemilikan fasilitas penunjang biasanya oleh swasta. Skema manapun yang digunakan harus mempertimbangkan aspek keadilan (*equity*), efisiensi, keberlanjutan, kemudahan administratif, dan biaya administrasi. Negara berkembang menghadapi tantangan yang berat akibat permasalahan



GAMBAR 24.1 Fungsi pembiayaan kesehatan (Sumber: Schieber dkk., 2006)

kesehatan yang kompleks, sulitnya mengembangkan struktur administrasi untuk penerimaan pajak, rendahnya kemampuan masyarakat dan sektor bisnis untuk membayar pajak, tingginya pekerja sektor informal, dan adanya disparitas pendapatan yang lebar (Gottret & Schieber, 2010).

## SKEMA DAN SUMBER PEMBIAYAAN KESEHATAN

### Sumber Pembiayaan Kesehatan

Negara dapat menggunakan berbagai mekanisme guna menggali sumber dana yang digunakan untuk membiayai sistem kesehatan. Akan tetapi, pengumpulan sumber dana tersebut harus dilakukan secara adil dan efisien. Selain itu, upaya pencarian sumber dana juga harus memenuhi beberapa aspek antara lain, jumlah dana yang terkumpul harus adekuat, memastikan ketersediaannya stabil dan dapat diprediksi, bersumber pada dana publik, dan menciptakan keadilan dalam kontribusi pendanaan. Bagi negara berkembang, pencarian dana juga harus memperhatikan kondisi keuangan negara tanpa menambah hutang dengan jumlah berlebihan yang akan mengganggu kestabilan perekonomian (Gottret & Schieber, 2010).

Jumlah dana yang dibutuhkan untuk membiayai pelayanan kesehatan terus mengalami perubahan. Pada tahun 2013, WHO memperkirakan jumlah minimal yang dibutuhkan untuk pembiayaan kesehatan per kapita yaitu sebesar 12 USD. Jumlah ini dianggap cukup untuk membiayai layanan kesehatan yang esensial. WHO kemudian merevisi besaran dana yang dibutuhkan menjadi \$34 per kapita. Dana ini digunakan untuk membiayai penanggulangan penyakit menular seperti diare dan campak. Jumlah dana yang dibutuhkan kembali naik pada tahun 2010. WHO memperkirakan minimal \$60 per kapita yang digunakan untuk membiayai program kesehatan untuk menanggulangi penyakit menular dalam target *Millennium Development Goals* (MDGs), meningkatnya penyakit tidak menular dan penguatan sistem kesehatan. Terakhir pada tahun 2015, WHO memperkirakan kebutuhan dana untuk mencapai UHC yaitu sebesar 86 USD per kapita per tahun.

Sumber dana yang tidak stabil dan terprediksi akan memengaruhi performa pemberian pelayanan. Misalnya, pemerintah tidak membayarkan kewajiban kepada rumah sakit atau klinik sesuai dengan ketentuan menyebabkan pihak rumah sakit terpaksa menunda pembayaran kepada perusahaan obat dan alat kesehatan serta gaji petugas kesehatan. Ketersediaan obat dan alat kesehatan esensial akan berkurang karena perusahaan tidak mau memasok obat dan alat secara penuh. Tenaga kesehatan tidak termotivasi untuk memberikan pelayanan terbaik. Selain itu, penyedia jasa juga mencari cara untuk mendapatkan dana dengan mengenakan biaya tambahan pada layanan yang diberikan. Pengean biaya tambahan berpotensi untuk mengurangi akses terhadap layanan kesehatan terutama pada orang miskin. Berkurangnya kualitas dan kuantitas layanan yang diberikan secara langsung akan memengaruhi tingkat kepercayaan masyarakat kepada sistem kesehatan.

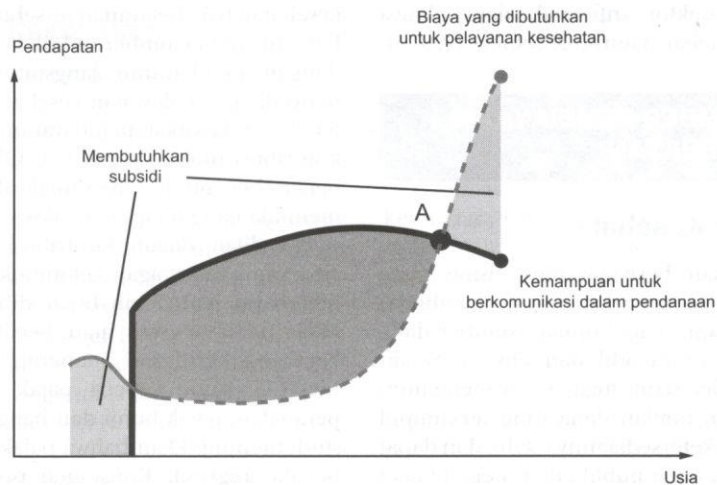
Dana bersumber publik yaitu pendanaan yang bersifat wajib dengan sistem pra-bayar, artinya pembayaran untuk

pelayanan kesehatan dilakukan sebelum seorang pasien menggunakan pelayanan kesehatan. Pendanaan bersumber publik mewajibkan setiap orang untuk membayar pelayanan kesehatan baik pelayanan tersebut digunakan ataupun tidak. Pendanaan bersumber publik jauh lebih adil dibandingkan dengan pembayaran langsung dari masyarakat kepada penyedia jasa pelayanan kesehatan. Rumah sakit atau klinik tetap mendapatkan pembayaran yang berasal dari iuran atau kontribusi orang yang sehat. Oleh karena itu, pendanaan bersumber publik memungkinkan seseorang yang tidak memiliki uang tetap mengakses pelayanan kesehatan.

Keadilan dalam kontribusi pendanaan berarti menciptakan skema agar kelompok masyarakat yang mampu membayar jauh lebih besar dibandingkan dengan masyarakat tidak mampu atau bersifat progresif. Negara berkembang seringkali menerapkan kontribusi dari pajak tidak langsung seperti pajak pertambahan nilai, pajak penjualan, pajak bumi dan bangunan, dan cukai. Berbagai studi menunjukkan bahwa pajak tidak langsung cenderung bersifat regresif. Konsumen produk makanan atau *snack* olahan pabrik cenderung lebih banyak terkonsentrasi pada penduduk miskin karena harganya yang murah. Oleh karenanya, pajak pertambahan nilai yang dihasilkan dari penjualan tersebut memiliki sifat regresif.

Negara yang mengandalkan pajak tidak langsung sebagai tumpuan utama pendanaan kesehatan tidaklah etis karena orang miskin pada akhirnya berkontribusi lebih besar dibandingkan dengan kelompok masyarakat yang kaya. Lemahnya struktur administrasi perpajakan juga membuat pemerintah menyusun jalan pintas untuk mendapatkan pemasukan. Salah satu contoh yaitu memberlakukan iuran jaminan kesehatan sebesar 5% dari total pendapatan pegawai. Kebijakan ini belum sepenuhnya adil karena 5% bagi masyarakat yang berpenghasilan 3 juta rupiah tentu berbeda dengan yang berpenghasilan 10 juta rupiah per bulan. Pegawai berpenghasilan 3 juta rupiah hanya memiliki sisa dana sebesar Rp2.850.000 setelah dipotong iuran. Adapun yang berpenghasilan 10 juta rupiah masih memiliki sisa uang yang cukup besar yaitu Rp9.500.000. Pola pungutan iuran atau kontribusi seperti ini disebut dengan proporsional. Sumber pendanaan terbaik yaitu berasal dari pajak langsung. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa pajak langsung cenderung bersifat progresif. Masyarakat yang berpenghasilan lebih tinggi dikenakan persentase pajak yang semakin tinggi sehingga kontribusi pendanaan akan semakin terkonsentrasi pada kelompok masyarakat yang berpenghasilan tinggi.

Sumber pembiayaan kesehatan dapat berasal dari sumber lain di luar pajak langsung dan pajak tidak langsung seperti pendapatan dari Badan Usaha Milik Negara (BUMN), hibah atau bantuan dari pihak luar, pinjaman, donasi, pembayaran *out of pocket* (OOPs), atau premi asuransi swasta. Negara timur tengah penghasil minyak sangat mengandalkan hasil penjualan BUMN yang mereka miliki untuk mendanai sistem kesehatan. Sementara itu, banyak negara berpenghasilan rendah di Afrika mengandalkan bantuan dari donor internasional untuk membiayai pelayanan kesehatan esensial. Rendahnya kemampuan pemerintah untuk mengumpulkan dana membuat hampir 50% pembiayaan kesehatan bersumber dari bantuan donor.



**GAMBAR 24.2** Biaya pelayanan kesehatan, kemampuan membayar, dan kebutuhan untuk subsidi berdasarkan siklus kehidupan. (Sumber: ILO & STEP, 2002 dalam Gottret & Schieber, 2010)

Ketergantungan pada sumber eksternal memiliki dampak buruk karena seringkali besaran dana yang diperoleh tidak dapat diprediksi secara pasti. Kebijakan lembaga donor berkaitan erat dengan kondisi politik di negara donor tersebut. Prioritas pendanaan pun sangat bergantung pada selera atau fokus utama dari pemimpin yang sedang berkuasa. Selain itu, banyaknya donor yang masuk menyebabkan pemerintah lokal tidak merasa perlu menginvestasikan belanjanya pada sektor kesehatan. Mereka merasa bahwa dana yang ada dapat digunakan untuk keperluan lain yang belum tentu memiliki daya ungkit yang signifikan dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Sumber pembiayaan yang tidak direkomendasikan yaitu asuransi swasta dan OOPs. Dampak buruk OOPs telah banyak dibahas pada sub-bab sebelumnya, sedangkan asuransi swasta secara umum tidak memiliki dampak yang signifikan dalam meningkatkan keadilan (*equity*). Sebagian besar konsumen asuransi swasta memiliki penghasilan yang cukup tinggi. Masyarakat berpenghasilan tinggi justru mendapat perlindungan finansial karena mampu membeli polis asuransi. Kondisi ini bahkan berpotensi memperlebar ketidakadilan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Upaya lain yang dapat dilakukan untuk menambah sumber pembiayaan kesehatan yaitu dengan pengenaan cukai yang tinggi pada produk yang membahayakan kesehatan seperti alkohol, rokok, dan makanan tidak sehat lainnya. Cukai wajib dikenakan pada produk yang menimbulkan dampak eksternalitas negatif kepada masyarakat. Oleh karena itu, sudah sepatutnya cukai digunakan untuk membiayai program yang dapat merestorasi kesehatan. Namun perlu diingat bahwa tujuan utama penetapan cukai untuk mengurangi tingkat konsumsi bukan untuk menambah pemasukan negara. Ketika cukai naik maka harga komoditas yang terkena cukai otomatis akan lebih mahal. Pada kasus rokok misalnya, ketika harganya sangat mahal,

hanya masyarakat yang memiliki cukup uang yang mampu membelinya. Kelompok rentan seperti masyarakat miskin dan anak secara otomatis akan berhenti menggunakannya sehingga jumlah prevalensi perokok menjadi semakin berkurang. Tingginya cukai juga berdampak pada meningkatnya penerimaan negara. Oleh karena itu, cukai yang tinggi menjadi sebuah solusi yang *win-win* karena dapat menurunkan prevalensi pengguna produk berbahaya sementara di sisi lain pendapatan negara meningkat.

### Skema Penghimpunan Risiko

Penghimpunan risiko memiliki pengertian pengakumulasian dan pengelolaan sumber daya keuangan yang telah terkumpul sehingga risiko keuangan individu yang besar dan tidak dapat diprediksi untuk membayar pelayanan kesehatan menjadi terdistribusi secara merata kepada setiap anggota dari *pool*. Penghimpunan risiko dapat menghindari beban biaya yang tinggi ketika seorang individu yang tergabung dalam *pool* menggunakan pelayanan kesehatan. Jika anggota *pool* jatuh sakit, penyedia jasa pelayanan tidak perlu menarik biaya langsung dari pasien tetapi dari dana yang terkumpul dalam *pool* tersebut. Oleh karena itu, penerapan penghimpunan risiko yang baik dapat mendorong terciptanya keadilan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan (Gottret & Schieber, 2010).

Penghimpunan dana secara langsung dapat menghimpun risiko kesehatan. Gambar 24.2 menjelaskan relasi antara kemampuan membayar dan biaya yang dibutuhkan untuk membayar pelayanan kesehatan. Garis putus menunjukkan hubungan antara kebutuhan biaya kesehatan dan umur, sedangkan garis tegas menunjukkan pendapatan atau kapasitas seorang individu untuk membayar pelayanan kesehatan berdasarkan umur. Pada saat muda kebutuhan pelayanan kesehatan tinggi akan tetapi kemampuan mem-

bayar tidak ada sehingga membutuhkan subsidi. Kebutuhan akan pelayanan kesehatan akan menurun seiring bertambahnya usia sementara kemampuan membayar juga terus meningkat. Pada periode ini seorang individu dapat memberikan kontribusi yang besar untuk membiayai pelayanan kesehatan meskipun tidak menggunakannya sampai pada titik A. Pada periode tersebut, seorang individu kembali membutuhkan subsidi karena sudah berusia lanjut dan kebutuhan akan biaya kesehatan yang besar tetapi kemampuan membayar juga semakin berkurang. Penghimpunan risiko memungkinkan terjadinya subsidi silang sehingga setiap orang dapat terhindar dari beban keuangan yang besar untuk membiayai pelayanan kesehatan di saat kemampuan ekonominya terbatas.

Terdapat empat jenis mekanisme penghimpunan risiko yang digunakan oleh berbagai negara, antara lain pendanaan berbasis anggaran belanja negara melalui kementerian kesehatan atau NHS, asuransi sosial, asuransi swasta atau sukarela, dan asuransi berbasis masyarakat. Setiap mekanisme memiliki keunggulan dan kekurangannya sehingga tidak dapat disimpulkan metode yang memiliki performa terbaik. Banyak negara mengombinasikan mekanisme tersebut sesuai dengan kebutuhan dan kesiapan ekonomi, struktur administrasi, dan karakteristik budaya masyarakatnya.

Sistem penghimpunan risiko yang dikelola oleh kementerian kesehatan atau NHS memiliki tiga ciri utama yaitu sumber pembiayaan utama berasal dari pendapatan umum (anggaran pendapatan dan belanja negara, *medical coverage* untuk seluruh penduduk, dan pemerintah sebagai penyedia utama pelayanan kesehatan). Sistem ini cocok diterapkan di negara yang memiliki ekonomi baik dan sistem administrasi pajak yang mumpuni. Tanpa kedua aspek ini, sistem berbasis pendanaan publik sangat rentan mengalami defisit karena sumber pemasukan bertumpu pada pajak. Negara juga harus mampu membangun jejaring pelayanan kesehatan yang efisien agar dana yang dikeluarkan sebanding dengan hasil pelayanan yang diterima oleh masyarakat. Selain itu, pemerintah juga harus mampu menyediakan pelayanan kesehatan yang dekat dengan masyarakat miskin. Tanpa pemerataan ketersediaan layanan, sistem ini hanya menguntungkan masyarakat yang tinggal dekat pelayanan kesehatan utama seperti rumah sakit dan puskesmas. Layanan tersebut biasanya berlokasi di tengah perkotaan dan dihuni oleh penduduk yang memiliki kemampuan ekonomi menengah ke atas (Gottret & Schieber, 2010).

Sistem ini memiliki banyak keunggulan. Pertama, memberikan layanan yang komprehensif bagi seluruh populasi. Sistem ini tidak mengharuskan masyarakat untuk mendaftar atau membayar iuran langsung kepada pengelola dana untuk mendapat manfaat pelayanan kesehatan. Oleh karenanya, sistem ini mampu menjangkau berbagai lapisan masyarakat termasuk pekerja sektor informal. Kedua, memiliki cakupan yang besar untuk mendapatkan dana. Berbeda dengan sistem asuransi yang sebagian besar mengandalkan premi asuransi atau kontribusi pekerja sektor formal. Sistem ini dapat menyerap dana dari berbagai sumber pajak maupun non-pajak seperti cukai, pajak pertambahan nilai, pajak impor, dan lain-lain. Ketiga, struktur organisasi yang diperlukan sangat sederhana dan berpotensi untuk efisien. Struktur organisasi pemerintahan secara umum memiliki

deskripsi kerja dan hierarki yang jelas. Hal ini tentu mengurangi keterlibatan banyak pihak dan pola koordinasi rumit sehingga dapat mencegah pembengkakan biaya administrasi (Gottret & Schieber, 2010).

Adapun kelemahan sistem penghimpunan risiko berbasis dana pemerintah yaitu pertama pendanaan yang tidak stabil. Proses penyusunan anggaran pendapatan dan belanja dirumuskan oleh eksekutif dan legislatif. Oleh karena itu, jumlah dana yang dikeluarkan sangat dipengaruhi kondisi politik nasional maupun kondisi eksternal seperti adanya krisis ekonomi, atau konflik bersenjata yang mengharuskan tambahan dana untuk sektor pertahanan dan keamanan. Kedua, manfaat yang diterima dari sistem ini cenderung lebih banyak dinikmati oleh penduduk berpenghasilan tinggi. Masyarakat miskin cenderung tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan ketika sakit karena keterbatasan dana untuk mencapai rumah sakit atau klinik. Oleh karena itu, masyarakat berpenghasilan menengah dan tinggi lebih banyak memanfaatkan pelayanan yang disediakan oleh pemerintah. Ketiga, sistem ini sangat sensitif terhadap tekanan politik. Sistem ini mengandalkan pemasukan utama dari pajak sehingga sangat rentan menghadapi tekanan politik karena pemerintah bertanggung jawab langsung terhadap jalannya sistem. Pemerintah tidak dapat menghindar apabila politisi, serikat buruh, asosiasi tenaga kesehatan atau konstituen di setiap wilayah menuntut suatu kebijakan yang terkadang tidak rasional dan jauh dari prinsip efisiensi (Gottret & Schieber, 2010).

Pembedaan utama asuransi sosial dengan NHS yaitu adanya dana asuransi yang secara independen atau kuasi independen dikelola oleh lembaga publik nirlaba. Pendanaan asuransi sosial bertumpu pada iuran atau kontribusi yang berasal dari pemberi pekerja atau sebagian gaji pekerja. Dalam asuransi sosial juga dikenal adanya paket manfaat sehingga ada keterkaitan antara besaran kontribusi dan hak yang diterima. Sistem asuransi sosial merupakan salah satu sistem yang populer sebagai mekanisme penghimpunan risiko. Umumnya sistem ini diterapkan di negara maju tetapi ada beberapa negara berkembang yang juga menerapkannya seperti Brazil, Argentina, Kroasia, Tiongkok, dan Filipina. Sistem ini cocok di negara maju karena telah memiliki kapasitas administrasi yang baik sehingga mampu mengumpulkan pendanaan secara efektif. Selain itu, sistem ini akan mendapatkan pendanaan secara maksimal apabila penduduk yang bekerja di sektor informal sedikit. Serta yang paling penting yaitu banyak penduduk berusia produktif. Merekalah yang memiliki kontribusi terbesar dalam pendanaan asuransi sosial (Gottret & Schieber, 2010).

Kelebihan asuransi sosial yaitu pertama, lebih mudah mendapatkan tambahan dana untuk pembiayaan kesehatan. Kontribusi atau iuran untuk membayar asuransi sosial dianggap lebih mudah dikumpulkan dibandingkan dengan pajak karena dapat langsung dipotong melalui gaji. Masyarakat juga lebih rela untuk membayar asuransi sosial dibandingkan pajak karena jelas peruntukannya berkaitan dengan masalah penting dalam kehidupan. Kedua, asuransi sosial tidak terlalu bergantung pada negosiasi anggaran di parlemen. Sistem ini mengandalkan pendanaan dari gaji para pegawai sehingga dana yang masuk lebih stabil dan terprediksi tanpa perlu mengikuti dinamika politik penganggaran di pemerintahan. Ketiga, asuransi sosial



memiliki dimensi redistribusi yang tinggi. Sistem ini memungkinkan terjadinya subsidi silang antar-kelompok masyarakat yang berbeda status kesehatan dan sosioekonomi (Gottret & Schieber, 2010).

Kelemahan sistem ini yaitu pertama, adanya kemungkinan mengesampingkan kelompok masyarakat miskin dalam cakupan asuransi. Sistem ini mengandalkan iuran atau kontribusi dari pekerja sektor formal seperti pegawai negeri, personel militer, dan pekerja swasta. Pekerja sektor informal dan kelompok masyarakat miskin biasanya tinggal jauh dari pusat kota dan tidak mengerti manfaat bergabung dengan asuransi sosial. Kelompok ini baru akan bergabung apabila didiagnosis menderita penyakit kronis dan mahal. Selain itu, pendapatan pekerja sektor informal juga tidak dapat dihitung secara pasti sehingga pemerintah kesulitan untuk mengumpulkan pajak dan menentukan besaran kontribusi yang dibebankan pada kelompok ini. Kedua, sistem ini kompleks dan mahal untuk dikelola serta memicu terjadinya eskalasi biaya. Asuransi sosial melibatkan banyak aktor yang menyebabkan biaya administrasi lebih tinggi. Oleh karena itu, negara yang menggunakan sistem asuransi kesehatan sosial cenderung menghabiskan dana yang lebih besar dibandingkan dengan negara yang menggunakan sistem pendanaan berbasis pajak. Ketiga, asuransi sosial lemah dalam menanggung penyakit kronis dan pelayanan preventif. Penanganan penyakit kronis membutuhkan kerja sama antar-fasilitas kesehatan dari berbagai tingkatan. Sistem ini memungkinkan pengelola fasilitas kesehatan tidak hanya dimonopoli oleh pemerintah. Seringkali koordinasi antar-fasilitas kesehatan milik pemerintah dan swasta tidak sinkron. Permasalahan koordinasi ini juga terjadi pada layanan promotif dan preventif seperti layanan imunisasi dan skrining (Gottret & Schieber, 2010).

Sistem penghimpunan risiko yang ketiga yaitu asuransi kesehatan berbasis masyarakat atau komunitas. Skema asuransi ini sering diartikan sebagai sebuah asuransi kesehatan untuk sektor informal atau skema asuransi mikro. Kepesertaan asuransi ini terbatas pada anggota suatu komunitas atau wilayah desa tertentu. Selain itu, masyarakat juga terlibat langsung untuk mengelola jalannya sistem ini. Penerima manfaat seringkali tidak termasuk dalam berbagai skema penghimpunan risiko lainnya (Gottret & Schieber, 2010).

Sistem asuransi kesehatan berbasis masyarakat memiliki beberapa keunggulan. Pertama, sistem ini lebih mampu memberikan akses yang lebih baik bagi masyarakat miskin. Sistem ini bersifat dari masyarakat, oleh masyarakat, dan untuk masyarakat. Oleh karenanya, persyaratan administrasi untuk menjadi anggota tidak rumit sistem berbasis pajak maupun asuransi sosial sehingga memungkinkan masyarakat yang tidak memiliki status kependudukan yang jelas tetap mendapatkan manfaat dari sistem ini. Kedua, sistem ini sangat bermanfaat apabila disandingkan dengan sistem penghimpunan risiko yang lebih formal lainnya. Sistem jaminan kesehatan yang mapan seringkali tidak mampu menjangkau kelompok masyarakat miskin. Oleh karenanya, sistem ini dapat menjembatani agar masyarakat yang terpinggirkan menjadi anggota sistem yang mapan (Gottret & Schieber, 2010).

Sistem ini memiliki banyak keterbatasan karena sifatnya yang mikro. Pertama, cakupan pelayanan terbatas karena

anggotanya hanya pada suatu kelompok masyarakat atau komunitas tertentu. Kedua, keberlanjutan sistem ini juga tidak pasti karena pengelolaan dana yang terkumpul secara sukarela dan bersifat informal. Pengelolaan biasanya bergantung pada ketokohan masyarakat atau pemimpin struktural di suatu komunitas atau desa dan secara administrasi juga sederhana. Oleh karena itu, ketika terjadi perubahan kepemimpinan dalam komunitas tidak menjamin program tersebut menjadi prioritasnya. Ketiga, sistem ini hanya mampu mengumpulkan dana sangat kecil sehingga manfaat yang diterima oleh masyarakat dari sistem jaminan ini sangatlah kecil dan tidak berdampak secara signifikan terhadap sistem kesehatan secara keseluruhan (Gottret & Schieber, 2010).

Sistem pengelolaan risiko terkakhir yaitu asuransi sukarela atau swasta. Sistem ini memiliki beberapa karakteristik utama seperti pelayanan kesehatan dianggap sebagai barang privat. Kedua, pengelolaan dana dilakukan oleh organisasi yang bersifat mencari keuntungan. Ketiga, jumlah iuran atau kontribusi ditentukan berdasarkan premi yang ingin dibayarkan bukan berdasarkan jumlah pendapatan. Berbeda dengan sistem asuransi sosial maupun sistem yang berbasis dana publik, kontribusi pendanaan terhadap jaminan kesehatan bersifat sukarela yang jumlahnya disesuaikan berdasarkan manfaat yang akan diterima. Sistem ini biasanya dianut oleh negara yang membatasi peran pemerintah dalam pengaturan kehidupan masyarakatnya. Negara tersebut memiliki populasi urban yang besar dan sangat *mobile* (Gottret & Schieber, 2010).

Sistem asuransi swasta tetap memiliki beberapa keunggulan meskipun sistem ini kurang populer sebagaimana sistem asuransi sosial maupun sistem berbasis pajak. Pertama, lebih memberikan perlindungan finansial dibandingkan dengan *out of pocket*. Sistem penghimpunan risiko tetap jauh lebih baik dibandingkan dengan pembayaran langsung meskipun cakupan manfaat terbatas. Kedua, sistem ini mampu meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan (ketika paket manfaat sistem asuransi sosial atau sistem berbasis dana publik tidak menanggungnya). Beberapa negara membatasi pembiayaan penyakit kronis yang langka serta membutuhkan biaya yang besar. Masyarakat dapat menggunakan asuransi komersial untuk menjamin pembiayaan penyakit yang tidak masuk dalam tanggungan jaminan kesehatan yang disediakan oleh negara. Ketiga, sistem ini memacu pelayanan kesehatan untuk terus berinovasi. Pengelola pelayanan kesehatan dituntut untuk menawarkan harga yang rendah agar menarik perusahaan asuransi untuk bekerja sama. Kondisi ini mendorong pengelola pelayanan kesehatan untuk berkreasi agar dapat melakukan efisiensi biaya sekaligus memberikan mutu layanan terbaik (Gottret & Schieber, 2010).

Sistem asuransi swasta di negara berkembang hanya dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat berpenghasilan tinggi. Jika sistem ini menjadi mekanisme utama pembiayaan kesehatan maka tidak akan mengurangi hambatan untuk mengakses pelayanan kesehatan bagi orang miskin. Kedua, meningkatkan disparitas akses terhadap pelayanan kesehatan. Ketiga, biaya administrasi yang tinggi sehingga di berbagai negara sistem ini juga mendorong terjadinya peningkatan pengeluaran untuk kesehatan. Keempat, sistem ini tidak meningkatkan kualitas pengobatan dalam

banyak aspek terlebih jika pembayaran dilakukan dengan metode *fee-for service*. Metode ini mendorong rumah sakit memberikan pelayanan yang berlebih agar mendapat tambahan pemasukan. Hal ini tentu mempersulit penerapan pengobatan berbasis bukti (*evidence based medicine*) (Gottret & Schieber, 2010).

Apapun skema penghimpunan risiko yang ditetapkan oleh suatu negara harus memenuhi tiga syarat utama yaitu ukuran *pool* yang besar, anggota *pool* memiliki risiko kesehatan atau keuangan yang beragam, dan partisipasi wajib bagi seluruh masyarakat. Ukuran *pool* sangat berkaitan dengan jumlah dana yang terkumpul. Semakin banyak peserta yang tergabung dalam *pool* akan semakin banyak sumber pemasukan sehingga manfaat yang dapat diberikan kepada anggota *pool* juga semakin komprehensif. Kedua, *pool* harus diatur agar mengakomodir semua peserta tanpa memandang risiko keuangan atau kesehatan. Campuran risiko yang beragam menyebabkan adanya pendistribusian sumber daya dari kelompok masyarakat yang sehat kepada yang sakit, dan dari yang kaya kepada yang miskin. Campuran risiko yang terfragmentasi cenderung menimbulkan perbedaan manfaat yang diperoleh.

Kelompok asuransi pegawai negeri, kelompok pekerja swasta, kelompok personal militer, kelompok masyarakat miskin yang ditanggung negara jika semua dibuatkan mekanisme terpisah akan semakin memperlebar ketidakadilan sosial. Syarat terakhir yaitu keikutsertaan yang wajib. Masyarakat masih belum sepenuhnya menyadari pentingnya ikut serta dalam suatu mekanisme jaminan sosial. Oleh karena itu, masyarakat kelompok usia muda cenderung tidak akan bergabung apabila tidak merasa menguntungkan secara ekonomi. Mereka baru akan bergabung ketika usia sudah senja dan semakin banyak alat medis atau obat yang harus dikonsumsi. Hal ini berdampak pada penerimaan dana yang tidak maksimal karena yang membayar iuran hanya yang sakit.

### Skema Pembelian Jasa Pelayanan Kesehatan

Pembelian jasa secara umum dapat diartikan sebagai pengalokasian dana yang telah terhimpun kepada penyedia barang dan jasa pelayanan kesehatan. Pembelian jasa berarti mengidentifikasi intervensi yang terbaik untuk menyelesaikan permasalahan kesehatan dengan memperhatikan kebutuhan masyarakat, prioritas pembangunan kesehatan dan pemilihan tindakan medis yang *cost-effective*. Pembelian jasa juga memilih mitra penyedia jasa pelayanan kesehatan dengan cermat berdasarkan kriteria yang ditetapkan seperti kualitas pemberian layanan, efisiensi, dan mempertimbangkan aspek keadilan (*equity*). Selain itu, pembelian jasa mencakup aktivitas menentukan bagaimana pelayanan kesehatan diberikan kepada masyarakat termasuk di dalamnya mekanisme pembayaran ke fasilitas pelayanan kesehatan dan penyedia pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, desain pembelian jasa merupakan komponen kunci yang akan mendorong pemanfaatan dana agar efisien baik secara teknis maupun alokatif (Rajan, Barroy, & Stenberg, 2016).

Pembelian jasa harus dilakukan secara strategis artinya dana yang dialokasikan harus mendorong peningkatan kualitas layanan melalui pemberian insentif dan mekanisme administratif lainnya. Pembelian strategis tidak hanya menekankan kepada penawaran harga yang lebih murah

tetapi juga kualitas yang baik. Pembelian strategis akan mencegah pembayaran layanan kesehatan yang secara klinis tidak efektif atau tidak diketahui efektivitasnya. Hasil penelitian terkadang tidak sejalan dengan praktik pengobatan yang diberikan kepada masyarakat, misalnya dokter memberikan obat yang mahal padahal secara klinis tidak jauh lebih efektif dibandingkan dengan opsi lain yang lebih murah. Jika seluruh tindakan medis dibayar tanpa dilakukan evaluasi maka tidak menutup kemungkinan sistem jaminan sosial justru membayar tindakan medis yang sebenarnya membahayakan pasien atau bahkan tindakan malpraktik (Hayward, 1994).

Menekankan pentingnya layanan kesehatan primer merupakan suatu langkah kongkret untuk mewujudkan pembelian strategis. Tanpa penguatan pelayanan kesehatan primer, masyarakat cenderung untuk berobat ke rumah sakit. Padahal fungsi utama rumah sakit seharusnya memberikan tindakan medis dengan kasus yang sedang atau berat. Penguatan peran pelayanan primer akan mengurangi beban rumah sakit rujukan untuk menangani kasus yang seharusnya dapat diselesaikan pada jenjang pelayanan primer sehingga pasien dengan kasus sedang dan berat mendapat pelayanan yang lebih optimal. Selain itu, biaya yang diperlukan untuk pelayanan di layanan primer jauh lebih murah dibandingkan dengan pelayanan di rumah sakit. Hasil studi di berbagai negara menunjukkan bahwa penguatan layanan kesehatan primer akan mengurangi pengeluaran untuk kesehatan secara keseluruhan di suatu negara. Upaya yang dapat dilakukan untuk memperkuat layanan kesehatan primer yaitu menyediakan dana yang stabil untuk layanan kesehatan primer dan membayar pelayanan kesehatan primer dengan harga bersaing. Hal ini akan memicu pengelola pelayanan kesehatan primer untuk berinovasi sehingga masyarakat percaya terhadap layanan yang diberikan (Watson, Sahota, Taylor, Chen, & Lilford, 2018).

Upaya lain yang dapat dilakukan yaitu menggunakan insentif untuk membatasi penyediaan pelayanan kesehatan yang tidak efektif dan melakukan negosiasi biaya pengobatan. Sistem pembayaran pelayanan kesehatan memiliki peran penting dalam mendorong pelayanan kesehatan yang cukup dan efektif. Pemerintah dapat menggunakan mekanisme pembayaran prospektif seperti *kapitasi*, *case-based group*, atau anggaran global. Sistem pembayaran prospektif memungkinkan jumlah pembayaran ditetapkan sebelum suatu tindakan medik diberikan atau tanpa memperhatikan tindakan medik yang diterima oleh pasien. Sistem ini tidak akan memberikan insentif pada kelebihan pelayanan yang diberikan. Langkah lain yang dapat dilakukan yaitu menetapkan formularium obat yang boleh diberikan kepada pasien. Penerapan formularium akan mencegah pelayanan kesehatan memberikan obat yang mahal padahal masih terdapat opsi lain yang lebih murah tetapi memiliki efektivitas klinis yang tidak jauh berbeda.

## SISTEM PENGANGGARAN

### Pengertian Anggaran

Anggaran didefinisikan sebagai sebuah ekspresi formal dari tujuan, target, dan rencana kerja yang disusun secara

sistematis dan dinyatakan dalam bentuk moneter atau uang untuk dilaksanakan dalam jangka waktu tertentu di masa yang akan datang. Dalam anggaran tercantum informasi tentang gambaran produktivitas organisasi, perkiraan pendapatan diperoleh dan rencana pengeluaran. Oleh karena itu, Anggaran sangat bermanfaat sebagai panduan untuk memantau kinerja organisasi dengan membandingkan hasil aktual dengan target yang ditetapkan sebelumnya. Anggaran juga membantu untuk mengoordinasikan berbagai entitas yang ada di internal organisasi seperti divisi, departemen, tim proyek, dan kantor cabang untuk saling bekerja sama dalam mencapai tujuan organisasi. Selain itu, anggaran dapat menjadi alat untuk mengkaji pilihan alternatif tindakan sebelum dilaksanakan serta memecahkan berbagai permasalahan sebelum masalah tersebut terjadi (Shim, Siegel, & Shim, 2012).

Anggaran dapat disusun dalam berbagai rentang waktu, yakni jangka pendek (1 tahun), jangka menengah (2–5 tahun), atau jangka panjang (lebih dari 5 tahun). Anggaran jangka pendek memberikan informasi secara rinci dan spesifik. Anggaran jangka menengah memperlihatkan berbagai kegiatan atau proyek besar yang sedang berlangsung dan atau akan dimulai yang diperkirakan tidak dapat diselesaikan dalam waktu singkat (1 tahun). Anggaran jangka panjang memiliki cakupan yang lebih luas dan saling memiliki keterkaitan dengan anggaran jangka pendek. Kemampuan suatu organisasi untuk mencapai target yang ditentukan dalam anggaran jangka pendek maupun jangka menengah akan mengarahkan organisasi untuk mencapai tujuan jangka panjang (Shim dkk., 2012).

Penyusunan anggaran yang baik dapat mengendalikan biaya sehingga secara otomatis akan meningkatkan keuntungan (surplus atau profit). Anggaran menuntun organisasi untuk merencanakan kapan dana seharusnya digunakan dan mengevaluasi apakah dana yang dikeluarkan mendukung pencapaian tujuan organisasi. Setiap orang dalam organisasi harus punya justifikasi untuk menggunakan dana. Penyusunan anggaran yang efektif mencegah pemborosan sumber daya organisasi. Anggaran juga menjadi panduan bagi organisasi dalam memproduksi suatu barang atau layanan agar lebih efisien dan mencapai tingkat perekonomian.

## Anggaran Kesehatan

Anggaran kesehatan dalam pengertian yang lebih sempit merupakan perkiraan pemasukan dan rencana pengeluaran yang akan digunakan untuk menjalankan program atau aktivitas untuk menjaga dan merestorasi kesehatan masyarakat dalam satu periode tertentu (biasanya tahunan). Dalam konteks pemerintahan, anggaran kesehatan merupakan bagian dari anggaran pendapatan dan belanja tahunan yang ditetapkan oleh pemerintah dan parlemen. Anggaran kesehatan juga mencakup alokasi dana yang dikelola oleh berbagai institusi di luar Kementerian Kesehatan dan jaringan pelayanan kesehatan (Shim dkk., 2012). Ketika dinas pendidikan mengalokasikan anggaran untuk program pelatihan *Basic Life Support* bagi pengurus Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dapat dikategorikan sebagai anggaran kesehatan bukan anggaran pendidikan.

Sumber pendapatan dalam anggaran kesehatan dapat berasal dari institusi swasta, lembaga swadaya masyarakat,

individu, maupun pemerintah. Akan tetapi, anggaran bersumber publik memiliki peran kunci untuk mencapai target jaminan kesehatan yang komprehensif. Dalam konteks ini, alokasi anggaran kesehatan dari pemerintah memiliki kontribusi terbesar dalam pendanaan kesehatan dibandingkan dengan sektor lain. Proses penyusunan anggaran pemerintah harus melalui proses politik dengan parlemen. Oleh karena itu, kemampuan penganggaran menjadi salah satu kompetensi utama tenaga kesehatan masyarakat agar mampu meyakinkan berbagai aktor politik untuk memberikan porsi anggaran kesehatan yang mencukupi untuk membiayai berbagai program kesehatan (Rajan dkk., 2016).

## Jenis Anggaran

### ► Pendekatan manajemen

Terdapat dua pendekatan yang dapat dilakukan dalam menyusun anggaran yaitu *bottom up* atau *top down*. Para manajer biasanya ingin terlibat secara langsung dalam proses penyusunan anggaran. Pendekatan *bottom up* dimulai ketua departemen atau manajer program dengan menyusun anggaran yang diperlukan sebelum diintegrasikan dengan keseluruhan elemen organisasi. Keunggulan dari pendekatan ini yaitu para manajer memiliki *sense of belonging* terhadap anggaran yang disusun sehingga mereka lebih termotivasi untuk mencapai target yang tertuang dalam anggaran. Selain itu, estimasi anggaran yang diperlukan menjadi lebih akurat karena para manajer di tingkat bawah lebih mengetahui secara detail besaran biaya yang diperlukan untuk mencapai hasil yang ditetapkan. Manajer juga tidak dapat menyalahkan pimpinan karena kekurangan anggaran saat tidak mencapai target yang telah ditentukan karena mereka sendiri yang mengusulkan besaran biaya yang diperlukan untuk mencapai target yang telah disepakati (Shim dkk., 2012).

Kekurangan dari pendekatan *bottom up* yaitu pertama, membutuhkan waktu yang lama dalam menyelesaikannya. Banyak pihak yang terlibat dalam proses penganggaran dari berbagai tingkatan sehingga membutuhkan waktu lebih banyak untuk proses harmonisasi. Kedua, anggaran yang dihasilkan tidak sepenuhnya sejalan dengan tujuan institusi secara umum. Manajer tingkat bawah tentunya lebih mementingkan unit yang dia pimpin sehingga cenderung mengabaikan visi dari institusi dalam penyusunan anggaran. Ketiga, hasil penganggaran juga kadang kurang memperhatikan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran institusi. Hanya manajemen tingkat puncak yang memiliki akses terhadap data pemasukan institusi secara lengkap. Keempat, manajer mungkin membuat anggaran yang mudah dicapai sehingga tidak meningkatkan produktivitas (Shim dkk., 2012).

Pendekatan *top down* berpusat pada manajemen tingkat puncak. Pimpinan tertinggi organisasi yang akan mengeksekusi setiap tahapan seperti menetapkan tujuan dan strategi organisasi, mengkalkulasi sumber daya yang dimiliki, memperhitungkan kompetitor yang bergerak dalam segmen yang sama, mempersiapkan anggaran, dan mengalokasikan anggaran yang telah disusun. Tujuan dari subordinat yaitu mengikuti rencana kerja yang telah disusun oleh manajemen puncak. Pendekatan ini membutuhkan

sumber daya yang lebih sedikit jika dibandingkan dengan *top down*. Selain itu, anggaran yang dihasilkan mencerminkan tujuan dan strategi lembaga secara umum. Pendekatan ini sangat cocok diterapkan dalam penganggaran yang bersifat jangka panjang. Selain itu, pendekatan ini sangat efektif ketika diterapkan dalam organisasi yang memiliki tingkat interdependensi tinggi sehingga membutuhkan koordinasi secara intens dari setiap tingkatan struktural. Kondisi ini biasanya terjadi saat manajer diharuskan mencapai target yang sangat spesifik karena institusi sedang mengalami krisis (Shim dkk., 2012).

Kekurangan pendekatan *top down* yaitu manajer yang bersentuhan langsung dengan klien tidak memiliki pengetahuan yang cukup tentang kondisi organisasi secara keseluruhan. Padahal manajer tingkat bawah memiliki pengetahuan yang komprehensif tentang berbagai aspek teknis pekerjaan. Contohnya, manajer keperawatan di rumah sakit dapat menyusun kebijakan atau strategi untuk mengurangi pengeluaran dalam setiap tindakan keperawatan. Apabila manajer keperawatan tidak dilibatkan dalam penyusunan anggaran rumah sakit, tidak ada urgensi bagi manajer tersebut untuk menyusun strategi agar tindakan keperawatan yang dilakukan menjadi lebih efektif. Kedua, unit pelaksana tidak memiliki rasa kepemilikan dalam organisasi sehingga tidak ada motivasi dan komitmen untuk mendukung rencana anggaran yang telah disusun. Selain itu, pendekatan ini tidak merangsang setiap elemen organisasi untuk bertindak kreatif karena berbagai aspek operasional organisasi telah ditentukan secara *rigid* oleh manajemen puncak (Rundio, 2016).

### ► Karakteristik desain

*Incremental budget* diperlukan saat terjadi perubahan dalam organisasi seperti dibutuhkan peralatan yang baru untuk menambah atau mengganti peralatan yang telah rusak, terdapat program baru yang harus dilaksanakan, atau terdapat posisi atau jabatan struktural baru untuk menopang kinerja institusi. Pada sistem penganggaran ini diasumsikan bahwa seluruh kegiatan operasional institusi merupakan komponen penting yang harus dilanjutkan.

Sistem penganggaran *incremental* memandang bahwa organisasi sedang berada dalam kinerja terbaik sehingga jika terjadi perubahan atau tambahan komponen harus mempertimbangkan berbagai data yang sebelumnya digunakan dalam penyusunan anggaran. Oleh karena itu, anggaran tahun sebelumnya menjadi referensi awal dalam penyusunan anggaran. Contohnya, anggaran untuk sumber daya manusia diasumsikan sama dengan tahun sebelumnya, manajemen hanya perlu menyesuaikan besaran anggaran dengan tingkat inflasi dan kebijakan kenaikan gaji secara berkala dalam institusi.

*Incremental budget* memungkinkan penyusunan anggaran dilakukan dengan sangat cepat dan mendapat dukungan penuh dari berbagai struktural organisasi. Akan tetapi, lingkungan pelayanan kesehatan yang cenderung cepat sekali berubah membuat asumsi yang digunakan dalam penyusunan anggaran sering kali tidak relevan lagi untuk dijadikan referensi (Nowicki, 2018).

*Zero based budget* merupakan kebalikan dari *incremental budget*. Sistem ini menggunakan konsep *tabula rasa*. Setiap komponen yang disusun dalam perubahan anggaran

memerlukan justifikasi sehingga *historical data* pada periode sebelumnya tidak dapat dijadikan referensi utama. Sistem penganggaran ini biasa digunakan ketika terjadi perubahan mendasar dalam kebijakan. Contohnya, pemerintah memutuskan untuk mengubah sistem pembayaran rumah sakit dari *fee for service* menjadi *diagnostic related group* (DRG). Penggunaan *zero based budget* dapat mengurangi pengeluaran yang tidak diperlukan dan meningkatkan margin keuntungan karena setiap komponen yang dianggarkan harus memiliki justifikasi yang kuat. Akan tetapi, proses penyusunannya membutuhkan waktu yang lebih lama, dan para pegawai merasa tidak tenang dan khawatir berbagai benefit yang diterima akan dikurangi dalam anggaran yang sedang disesuaikan (Nowicki, 2018; Rundio, 2016).

Secara teori, *zero based budget* memiliki keunggulan dibandingkan dengan *incremental budget*. Lingkungan pelayanan kesehatan yang tidak menentu menyebabkan sistem penganggaran *zero based* sangat cocok diterapkan di institusi pelayanan kesehatan. Namun, sumber daya yang dibutuhkan dalam penyusunan anggaran jauh lebih besar. Banyak institusi yang merasa bahwa manfaat yang diperoleh tidak sebanding dengan sumber daya yang dikeluarkan. Oleh karena itu, banyak institusi yang memadukan kedua sistem ini. Misalnya, sebuah rumah sakit menggunakan *incremental budget* dalam anggaran tahunan mereka, tetapi setiap lima tahun mereka menggunakan *zero based budget* (Gapenski & Reiter, 2016).

### ► Cakupan anggaran

Anggaran komprehensif yaitu keseluruhan rencana operasional dan rencana keuangan yang terintegrasi dalam satu dokumen untuk satu tahun kalender atau satu tahun anggaran ke depan. Anggaran komprehensif biasanya disusun setiap satu tahun bergantung pada ukuran organisasi dan karakteristik bisnis. Keuntungan dari sistem penganggaran ini yaitu staf terkait mengetahui secara utuh besaran modal organisasi sehingga kegiatan operasional yang dilakukan oleh setiap departemen akan menyesuaikan dengan kondisi tersebut. Adapun anggaran terbatas merupakan anggaran yang segregasi atau terpisah, misalnya banyak rumah sakit tidak memberikan informasi terhadap manajer tentang target pemasukan.

Tidak semua staf dalam organisasi perlu mendapat informasi anggaran yang komprehensif. Namun pertanyaan yang banyak muncul yaitu sampai tingkatan apa informasi anggaran yang terintegrasi harus disampaikan. Mayoritas organisasi mengintegrasikan anggaran pada tingkatan manajemen puncak. Manajer departemen yang menangani pekerjaan teknis dianggap tidak mengetahui berbagai istilah keuangan sehingga tidak memerlukan informasi pendapatan rumah sakit. Padahal manajer teknis dapat melakukan kendali biaya secara maksimal apabila mereka terinformasi secara utuh terkait kondisi batasan sumber daya yang dapat mereka gunakan (Nowicki, 2018; Rundio, 2016; Shim dkk., 2012).

### ► Tetap vs. Fleksibel

Anggaran tetap merupakan anggaran yang dipersiapkan dalam satu tahun anggaran dan tidak pernah diubah selama periode tersebut. Sistem ini mengasumsikan bahwa volume barang atau jasa yang dihasilkan, kinerja pendapatan atau

penjual, dan berbagai variabel pengeluaran tetap konstan selama satu tahun anggaran. Akurasi dalam menentukan berbagai asumsi terutama tingkat penjualan menjadi sangat krusial. Keuntungan dari sistem ini yaitu institusi pelayanan dapat dengan mudah mengevaluasi kinerja setiap pegawai dengan berpatokan pada anggaran yang telah disusun. Tetapi sistem ini tidak realistis diterapkan di industri pelayanan kesehatan karena volume penjualan dan pengeluaran sangat fluktuatif sepanjang tahun (Nowicki, 2018; Rundio, 2016).

Anggaran fleksibel merupakan sistem yang paling umum digunakan oleh berbagai institusi termasuk pelayanan kesehatan. Sistem ini memungkinkan terjadinya penyesuaian dengan fluktuasi penjualan dan pengeluaran serta mempertimbangkan berbagai perubahan yang tidak terprediksi sebelumnya. Anggaran fleksibel efektif digunakan ketika variabilitas penjualan dan pengeluaran dalam kisaran yang sempit. Anggaran yang terlalu fleksibel menyebabkan pegawai tidak disiplin dan tidak termotivasi untuk meningkatkan kinerja. Oleh karena itu, biasanya institusi membatasi asumsi dalam penganggaran menjadi tiga tingkatan yaitu, optimis, pesimis, dan moderat (Shim dkk., 2012).

### ► Kapital vs. operasional

Anggaran kapital atau modal merupakan anggaran yang digunakan untuk membiayai atau menginvestasikan pada proyek jangka panjang seperti pembangunan gedung, atau pembelian alat medis. Besarnya biaya yang diperlukan untuk membeli aset menyebabkan jangka waktu penganggaran untuk pengeluaran seperti ini bersifat *multiyear*, biasanya 3 sampai dengan 10 tahun. Panitia kerja dibentuk untuk menjalankan proyek ini dan biasanya diberi kewenangan untuk mengajukan dan mengelola anggaran terpisah dari tim yang bertugas menyusun anggaran secara reguler (Shim dkk., 2012).

Anggaran operasional menggambarkan pemasukan dan pengeluaran yang dibutuhkan untuk menjalankan program dalam satu tahun anggaran ke depan. Langkah yang harus dipersiapkan oleh penyedia pelayanan kesehatan untuk mempersiapkan anggaran operasional terdiri dari membuat proyeksi jumlah pasien, membuat perkiraan total pemasukan yang dihitung berdasarkan jumlah kunjungan pasien. Langkah selanjutnya yaitu menghitung biaya yang dikeluarkan untuk melayani pasien tersebut yang meliputi biaya pegawai, biaya persediaan, biaya administrasi, biaya depresiasi, dan biaya sewa. Tahapan terakhir yaitu membuat laporan laba rugi yang merupakan selisih antara pemasukan dan seluruh biaya yang dibutuhkan untuk memproduksi layanan (Gapenski & Reiter, 2016).

### Proses Penyusunan Anggaran

Setiap organisasi harus memiliki aturan yang terstandar dalam proses penganggaran. Aturan tersebut mungkin saja berbeda antar-organisasi sesuai dengan kebutuhan dan ukuran organisasi. Aturan yang diperlukan mencakup petunjuk teknis penganggaran, formulir yang akan digunakan, prosedur formal penyusunan anggaran, pihak yang terlibat dalam proses penyusunan, *software* yang digunakan, *Program Evaluation and Review Technique* (PERT), dan *Gannt*

*chart* untuk memetakan proses penyusunan anggaran. Ketepatan waktu dalam proses penyusunan anggaran juga menjadi faktor penting yang menentukan kualitas anggaran yang akan dibuat. Sebuah anggaran yang disusun secara tergesa-gesa akan menghasilkan target yang tidak realistis atau bahkan terlalu mudah untuk dicapai. Selain itu, sumber daya manusia yang dimiliki juga menjadi bahan pertimbangan yang penting dalam proses penyusunan anggaran (Shim dkk., 2012).

Anggaran merupakan salah satu bagian dari perencanaan sehingga harus sejalan dengan rencana jangka panjang dan jangka menengah organisasi. Rencana jangka panjang maupun rencana jangka menengah organisasi secara periodik dievaluasi untuk melihat tingkat pencapaian target yang telah ditetapkan dan waktu yang diperlukan untuk mencapai target tersebut. Oleh karena itu, hal terpenting yang harus dilakukan sebelum memulai proses penyusunan anggaran yaitu mengkaji dokumen terkait dengan visi, misi, dan tujuan organisasi. Dokumen ini biasanya dikembangkan oleh pimpinan dan kemudian didiseminasikan kepada seluruh staf melalui setiap kepala departemen atau unit. Manajer dari setiap unit kemudian mengembangkan tujuan tersendiri yang sejalan dengan visi, misi dan tujuan organisasi secara keseluruhan (Rundio, 2016; Shim dkk., 2012).

Setelah memahami secara utuh perencanaan organisasi, proses penganggaran dilanjutkan dengan mengumpulkan data dan informasi kemudian merangkainya bersama dengan pihak terkait seperti administrator departemen atau unit, tenaga kesehatan yang bersentuhan langsung dengan pasien atau *customer*, dan akuntan atau analis keuangan. Beberapa data penting yang harus dikumpulkan terdiri dari, laporan keuangan tahun anggaran sebelumnya, laporan kinerja yang menampilkan jumlah pelayanan yang diproduksi kemudian dicocokkan dengan yang tercantum dalam laporan keuangan, laporan kinerja staf dan tenaga kesehatan, daftar layanan baru yang akan ditawarkan kepada masyarakat pada tahun yang akan datang, kontrak atau dokumen legal lainnya yang mencantumkan kewajiban finansial, tagihan atau catatan yang memuat jumlah biaya tetap yang harus dikeluarkan, serta beberapa informasi terkait faktor di luar organisasi yang juga berdampak pada anggaran seperti tingkat inflasi, perubahan peraturan perundangan, perubahan kebijakan pajak, kompetisi dengan institusi, pertimbangan demografi dari target penerima manfaat atau *customer* aktual dan potensial, dan berbagai faktor eksternal lainnya (Bucci, 2014).

Tahapan selanjutnya yaitu menghitung potensi pendapatan. Hitunglah jumlah total pasien dari setiap jenis pelayanan yang diberikan pada tahun sebelumnya. Kemudian, hitung jumlah total pendapatan berdasarkan jenis pelayanan diberikan. Setelah jumlah total pasien dan pendapatan per layanan terkumpul, kita dapat menghitung rata-rata pendapatan per pasien (Bucci, 2014). Misalnya sebuah rumah sakit memperoleh rata-rata pendapatan dari total 1.000 kunjungan pasien untuk pelayanan pemeriksaan kehamilan sebesar Rp500.000 per pasien. Angka tersebut akan menjadi dasar untuk menghitung potensi pendapatan pada tahun mendatang. Tim penyusunan anggaran memutuskan akan menaikkan tarif sebesar Rp10.000 dan menargetkan jumlah pasien meningkat 10% dari tahun sebelumnya. Dengan asumsi ini, pendapatan

yang ditargetkan rumah sakit dari layanan pemeriksaan kehamilan sebesar Rp561.000.000. Ini merupakan ilustrasi sederhana untuk menghitung perkiraan pendapatan rumah sakit dari satu jenis pelayanan. Jika ada pelayanan baru yang ditawarkan, proyeksi pemasukan juga harus dicantumkan. Misalnya, rumah sakit akan menawarkan layanan USG 4 dimensi maka tim penyusun anggaran harus memperkirakan berapa total pasien yang berminat menggunakan layanan dikalikan tarif per pemakaian layanan tersebut. Pendapatan juga dapat diperoleh dari sumber lain yang tidak berkaitan langsung dengan produk atau layanan yang ditawarkan seperti hasil investasi saham, dan penyewaan ruangan.

Tahapan selanjutnya yaitu mengkalkulasi perkiraan total belanja operasional dan biaya produksi. Biaya yang harus dikeluarkan terdiri dari dua jenis yaitu biaya tetap dan biaya variabel (Bucci, 2014). Biaya tetap merupakan jenis kewajiban yang harus dibayarkan ada atau tidak adanya transaksi. Beberapa jenis pengeluaran yang masuk dalam kategori biaya tetap seperti cicilan pembelian peralatan, pemeliharaan bangunan dan peralatan, asuransi, gaji tetap, dan pengeluaran lain yang harus dibayarkan tanpa mempertimbangkan volume penjualan. Biaya variabel yaitu jenis biaya yang jumlahnya sangat bergantung pada volume produksi. Contohnya, jasa medis dokter, obat, bahan medis habis pakai, dan kebutuhan kantor. Beberapa pekerja juga hanya diberikan kompensasi berdasarkan jumlah layanan yang diberikan. Pengeluaran seperti ini juga termasuk dalam biaya variabel. Tim penyusun juga harus menghitung pengeluaran dari layanan yang baru. Jika sebuah rumah sakit akan membuka layanan konsultasi spesialis pada hari libur, maka hitung biaya tambahan yang harus dikeluarkan untuk membayar tambahan kompensasi kepada pegawai yang betugas pada hari libur tersebut.

Setelah total pendapatan dan belanja dihitung, tahapan berikutnya yaitu mengkaji dan mengesahkan anggaran yang telah dipersiapkan. Dalam konteks institusi swasta misalnya, direktur utama akan mempresentasikan anggaran yang telah disusun kepada jajaran direksi, dewan komisaris dan pemegang saham dalam Rapat Umum Pemegang Saham (RUPS). Pemerintah akan mempresentasikan anggaran kepada parlemen untuk dibahas dan ditetapkan. Proses penetapan ini dapat memakan waktu yang panjang bergantung pada tingkat kompleksitas dan kapasitas organisasi. Kepentingan politik juga menjadi faktor yang perlu diperhatikan oleh pengusul anggaran. Sering kali pengusul tidak mampu mempertahankan anggaran karena adanya tekanan politik. Oleh karena itu, penting bagi pengusul anggaran untuk memiliki *back up* data yang kuat agar memiliki argumen yang kuat untuk menolak pos pengeluaran yang tidak ada kepentingan secara langsung dengan pelayanan. Jika anggaran telah disetujui, manajemen puncak harus mendiseminasikannya kepada setiap unit.

Anggaran yang telah disetujui merupakan panduan bagi setiap unit di garis terdepan dalam melaksanakan aktivitasnya. Bendahara akan mentransfer dana yang telah disetujui kepada setiap unit pelaksana. Melakukan eksekusi atas rencana anggaran yang telah disetujui berarti memberikan pelayanan. Bagi banyak unit, layanan yang diberikan tidak banyak berubah dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Akan tetapi, eksekusi anggaran berarti mengimplementasikan strategi atau pelayanan baru yang

telah direncanakan sebelumnya (Rajan dkk., 2016; Rundio, 2016).

Eksekusi anggaran harus dimonitor dan dievaluasi secara berkelanjutan untuk menilai kesesuaian antara eksekusi dan target yang telah ditetapkan dalam anggaran. Proses monitoring dan evaluasi dilakukan oleh pihak internal maupun eksternal (Rajan dkk., 2016). Setiap organisasi memiliki prosedur akuntansi dan laporan yang mencantumkan kinerja program dan keuangan. Dari laporan ini, kita dapat menilai apakah terdapat varian atau penyimpangan dari target yang ditetapkan dengan kondisi aktual atau eksekusi anggaran di lapangan. Analisis varian merupakan salah satu metode yang digunakan untuk mengkaji apakah penyimpangan nilai pendapatan dan belanja antara target dan pelaksanaan (catatan: analisis varian dalam penganggaran berbeda dengan statistik) (Gapenski & Reiter, 2016; Rundio, 2016).

Fokus utama dari analisis varian bukan untuk menyalahkan jika terjadi penyimpangan yang tidak diharapkan. Jika orientasi pelaksanaan analisis varian untuk memberi hukuman pada pihak yang menyebabkan rendahnya kinerja keuangan, setiap pegawai akan berupaya menutupi segala permasalahan aktual yang dihadapi. Analisis varian membutuhkan keterbukaan dari semua pihak agar permasalahan utama yang mengganggu operasional organisasi dapat diidentifikasi secara pasti. Ketika akar masalah ditemukan, manajemen dapat melakukan tindakan korektif secepat mungkin dan mencegah hal tersebut terulang atau meminimalisasi dampaknya pada tahun anggaran selanjutnya. Tindakan yang dilakukan untuk merespons hasil dari analisis varian sangat penting untuk memperbaiki operasional dan kinerja organisasi secara keseluruhan (Gapenski & Reiter, 2016; Rundio, 2016).

Target awal yang ditetapkan dalam anggaran mungkin saja dimodifikasi berdasarkan kinerja organisasi. Proses perubahan atau amandemen anggaran dapat dilakukan dalam tahun anggaran berjalan apabila terjadi penyimpangan yang sangat besar antara realisasi dan target yang ditetapkan. Misalnya, setelah 6 bulan berjalan penerimaan pendapatan sangat rendah dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan. Hal ini tentu berdampak pada pengurangan pos pengeluaran yang dianggap tidak terlalu *urgent* agar tidak terjadi defisit pada akhir tahun anggaran. Dalam konteks pemerintahan, Kementerian Kesehatan harus pandai melakukan negosiasi dengan presiden agar anggaran kesehatan tidak mendapat pengurangan yang signifikan dalam anggaran perubahan. Oleh karena itu, kemampuan dari advokasi menjadi salah satu kompetensi pokok bagi ahli kesehatan masyarakat untuk memastikan anggaran kesehatan tetap menjadi prioritas sampai tahun anggaran berakhir (Gapenski & Reiter, 2016; Rundio, 2016).

## PENGANGGARAN SEKTOR PUBLIK DAN SWASTA

### Pengertian Penganggaran Sektor Publik

Penganggaran dilakukan oleh setiap organisasi baik yang bertujuan untuk mencari keuntungan ataupun nirlaba. Organisasi nirlaba secara umum dapat dikategorikan dalam tiga jenis yaitu, pertama, organisasi yang berifat *volunteer*

seperti rumah sakit, yayasan, institusi pendidikan milik swasta, atau pengurus rumah ibadah. Kedua, organisasi yang tujuan utamanya memberi keuntungan pada anggotanya seperti koperasi, serikat pekerja, organisasi profesi, dan organisasi berbasis masyarakat lainnya. Ketiga, organisasi yang mendapatkan pendanaan dari pajak dalam hal ini pemerintahan (jenis organisasi ini akan dibahas pada sub-bab ini). Organisasi nirlaba memiliki tugas untuk menyediakan pelayanan kepada publik atau anggotanya. Biasanya organisasi nirlaba tidak memiliki tuntutan membayar pajak tetapi perencanaan tetap sangat dibutuhkan agar mampu memberikan pelayanan yang prima (Shim dkk., 2012).

Pemerintah memang memiliki kewenangan untuk mengumpulkan pajak sebagai sumber pendapatan akan tetapi hal ini tidak membuat proses penyusunan anggaran di sektor publik menjadi lebih mudah. Pencarian dana di sektor publik melibatkan prosedur yang kompleks dan mutakhir. Selain itu, terdapat proses yang berlapis dalam penyusunan anggaran mulai dari penentuan jumlah total anggaran yang diperlukan untuk menjalankan roda pemerintahan sampai pada pengalokasian anggaran kepada setiap subordinat. Dalam setiap prosesnya ada tekanan politik yang terkadang tidak sesuai dengan apa yang tercantum dalam rencana jangka pendek, menengah bahkan panjang karena penyusunan anggaran pemerintahan memerlukan persetujuan dari legislatif (Menifield, 2013).

Anggaran pemerintah merupakan sebuah dokumen kebijakan fiskal yang menyatakan pendapatan dan belanja organisasi yang diperlukan untuk menjalankan fungsi yang spesifik dalam satu periode. Satu periode anggaran pemerintahan biasanya selama 12 bulan dan sering dikenal dengan istilah tahun anggaran. Setiap akhir periode, penggunaan anggaran harus *balance* secara akuntansi dan harus dapat diakses oleh publik untuk ditelaah. Anggaran pemerintah memiliki tiga peran pokok yaitu, alokasi, distribusi dan pertumbuhan ekonomi. Pertama, memutuskan apa saja layanan yang akan diberikan kepada masyarakat dari alokasi anggaran. Kedua, menentukan siapa yang mendapatkan manfaat dari dana yang telah didistribusikan dan siapa yang harus membayar layanan tersebut. Ketiga, menentukan berapa tingkat pendapatan dan pertumbuhan pekerjaan untuk menjaga agar pemerintahan tetap stabil (Menifield, 2013).

Proses penyusunan anggaran pemerintah dipengaruhi oleh keputusan penganggaran makro dan mikro. Keputusan penganggaran makro yaitu keputusan yang terlihat mencakup pengaturan tentang seberapa besar peran pemerintah dalam perekonomian. Terdapat target kebijakan baik dari sisi fiskal maupun politis dan biasanya didiskusikan secara terbuka oleh politisi dan pejabat pemerintah terpilih. Contoh dari keputusan penganggaran makro yaitu meningkatkan pertumbuhan ekonomi, menciptakan masyarakat yang sehat dan terdidik, mendorong lingkungan yang bersih, dan lain sebagainya. Keputusan penganggaran mikro merupakan kelanjutan dari keputusan makro. Misalnya pemerintah berharap dapat mewujudkan lingkungan yang nyaman bagi masyarakat, maka pekerjaan rumah berikutnya yaitu sektor mana yang harus mendapatkan alokasi anggaran besar, pertahanan ataukah kesehatan. Terbatasnya anggaran pemerintah menciptakan adanya *trade off* antara target

yang lebih spesifik dari kebijakan makro yang diambil (Willoughby, 2014).

## Fungsi Anggaran Sektor Publik

Terdapat tiga fungsi utama sebuah anggaran pemerintah yaitu, akuntabilitas pengendalian, dan perencanaan. Akuntabilitas merupakan fungsi yang paling penting dalam anggaran pemerintah. Anggaran dapat menjadi alat untuk mengukur apakah pemerintah telah berhasil mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Publik dapat mengevaluasi keberhasilan pemerintah dengan membandingkan antara anggaran yang dikeluarkan dan target luaran yang dicapai dan dampak yang dirasakan. Fungsi yang kedua yaitu pengendalian. Eksekutif dan legislatif telah menyepakati anggaran dan mengalokasikan anggaran kepada kementerian atau dinas untuk mencapai target yang diharapkan. Jika kinerja kementerian atau dinas tersebut mengecewakan, maka dapat diberikan sanksi berupa pengurangan alokasi anggaran. Ketiga, fungsi perencanaan yaitu anggaran menjadi panduan bagi pemerintah dalam mengelola biaya dan mengatur berbagai aktivitas untuk mencapai tujuan. Anggaran juga memaksa pemerintah untuk menuntaskan seluruh pekerjaan sebelum tenggang waktu habis dan menjalankan pekerjaan dengan cara yang efektif dan efisien. Pemerintah dapat mengevaluasi hasil yang diperoleh pada akhir tahun anggaran. Jika ternyata tidak memenuhi ekspektasi, dapat dilakukan perbaikan agar tahun anggaran berikutnya tidak mengulang permasalahan yang sama (Menifield, 2013).

## Prinsip Anggaran Sektor Publik

Terdapat beberapa prinsip anggaran sektor publik, antara lain publisitas, kejelasan, komprehensif, kesatuan, spesifik, otorisasi, periodisitas, dan akurat. *Pertama*, mulai dari proses penyusunan sampai dengan pertanggungjawaban anggaran harus terbuka dan memudahkan publik untuk mengaksesnya. Tidak ada informasi yang ditutupi dalam anggaran. *Kedua*, informasi yang terdapat dalam anggaran harus mudah dimengerti (jelas). Anggaran tidak boleh membuka peluang adanya multitafsir ketika eksekusi anggaran dilakukan. *Ketiga*, seluruh pendapatan, pengeluaran, termasuk hutang pemerintah harus disertakan dalam anggaran secara komprehensif. Oleh karena itu, pendapatan atau pengeluaran yang berasal dari *off budget* atau non-budgeter harus dihilangkan karena memicu terjadinya korupsi. *Keempat*, pendanaan pemerintah harus mengalir dari satu anggaran pendapatan dan belanja umum. Oleh karena itu, dana yang bersifat *earmarked* atau alokasi khusus dibuat seminimal mungkin. *Kelima*, penggunaan dana harus spesifik, sehingga sebelum mengajukan kepada legislatif hendaknya eksekutif telah membuat rancangan anggaran dengan rinci. *Keenam*, otorisasi anggaran harus dilakukan sebelum dieksekusi oleh pemerintah atau organisasi pelaksana lainnya. *Ketujuh*, belanja yang dilakukan oleh pemerintah harus dibatasi dalam satu periode waktu tertentu. *Kedelapan*, perkiraan pendapatan dan pengeluaran harus tepat sehingga *balance* secara akuntansi pada akhir tahun anggaran (Willoughby, 2014).

## Perbedaan Penganggaran Sektor Publik dan Swasta

Penganggaran di sektor publik dan swasta memiliki banyak kesamaan secara umum. Akan tetapi terdapat pula aspek yang membedakannya. *Pertama*, anggaran sektor publik melibatkan interaksi banyak pihak yang memiliki latar belakang, kepentingan dan agenda berbeda sedangkan anggaran swasta hanya melibatkan sedikit pihak yang memiliki keterkaitan dengan organisasi. *Kedua*, sumber pendanaan pemerintah berasal dari pajak yang dikumpulkan dari individu maupun bisnis. Mereka yang membayar pajak mungkin tidak memberikannya dengan sukarela dan bahkan tidak menikmati secara langsung layanan yang dihasilkan dari dana pajak yang dibayarkan. Sementara itu, pemasukan yang terkumpul oleh sektor swasta merupakan kewajiban yang harus ditunaikan oleh konsumen sebagai konsekuensi dari servis yang telah diberikan. *Ketiga*, dokumen anggaran sektor publik haruslah terbuka agar mudah diawasi pemanfaatannya oleh masyarakat, sedangkan di sektor swasta merupakan dokumen internal perusahaan dan hanya dapat diakses oleh sebagian orang. *Keempat*, anggaran pemerintah tersusun secara rinci untuk satu tahun anggaran bahkan beberapa program bersifat *multiyear*. Anggaran sektor publik tidak fleksibel sehingga ketika terjadi krisis atau hal yang tidak diharapkan dapat menyebabkan kejadian katastrofik. Anggaran swasta lebih fleksibel dan bisa diubah sewaktu-waktu ketika terjadi perubahan ekonomi. *Kelima*, peraturan perundangan yang mengatur anggaran sektor publik sangat banyak dibandingkan dengan sektor swasta mulai dari proses pengumpulan pajak sampai penggunaan dan pelaporan dana (Menifield, 2013).

## PENGANGGARAN BERBASIS KINERJA

### Pengertian Penganggaran Berbasis Kinerja

Penganggaran Berbasis Kinerja (PBK) merupakan sebuah pendekatan baru dalam penyusunan anggaran yang berbeda dengan mekanisme penganggaran tradisional pada umumnya. PBK berorientasi kepada hasil yang diperoleh, sedangkan penganggaran tradisional menitikberatkan pada *item* pengeluaran (Campos, 2018). Pengertian PBK sangat luas akan tetapi elemen penting yang harus diperhatikan yaitu adanya keterkaitan antara hasil yang diharapkan dengan dana yang dialokasikan. Jika sebuah program menghasilkan luaran yang baik, maka harus diberikan pendanaan yang lebih banyak. Sebaliknya, sebuah program yang dianggap tidak berhasil harus dikurangi pendanaannya atau bahkan dihentikan.

Penganggaran berbasis kinerja merupakan sebuah mekanisme dan proses penganggaran yang didesain untuk memperkuat keterkaitan antara pendanaan dan hasil yang diharapkan dengan menggunakan secara sistematis informasi kinerja yang resmi digunakan oleh organisasi. Informasi kinerja formal yang dimaksud mencakup dua aspek yaitu informasi mengenai hasil yang diperoleh dan biaya yang digunakan untuk mendapatkan hasil tersebut. PBK membantu manajemen dalam memberi keputusan untuk mengalokasikan sumber daya sehingga rencana anggaran belanja menjadi lebih rasional. PBK secara otomatis

akan menyeleksi program atau layanan yang memberikan manfaat paling tinggi bagi masyarakat (Vries & Nemec, 2019).

Penganggaran berbasis kinerja secara langsung akan meningkatkan efektivitas dan efisiensi anggaran sehingga dana yang dialokasikan dapat memberikan manfaat tertinggi. Mekanisme penganggaran yang dibangun berdasarkan PBK dapat meningkatkan kemampuan institusi dalam menyusun prioritas anggaran. Dalam konteks pelayanan kesehatan, sumber dana yang dimiliki sangatlah terbatas sementara permasalahan yang harus diselesaikan tidak terhitung jumlahnya. Pemangku kepentingan dapat mengalihkan anggaran dari program atau layanan yang tidak efektif atau bukan prioritas. Selain itu, PBK memberikan kebebasan kepada manajer untuk mengelola anggaran mencapai tujuan. Berbeda dengan penganggaran tradisional yang memberikan panduan secara rinci bagi manajemen untuk menggunakan anggaran seperti pengalokasian untuk gaji, perjalanan dinas, pembelian bahan habis pakai, dan lain-lain. Manajer tidak diberi kewenangan untuk mengubah alokasi dari setiap kategori pengeluaran tersebut (Robinson, 2013).

Penganggaran berbasis kinerja bukan merupakan sebuah inisiatif yang terisolasi atau berdiri sendiri. PBK merupakan salah satu bagian dari manajemen berbasis kinerja yang lebih luas, sering disebut dengan istilah *managing for result*. Manajemen berbasis kinerja mendorong manajemen agar lebih berorientasi pada hasil dan mengurangi berbagai proses internal yang biasanya menghambat kinerja organisasi. Elemen penting yang diatur dalam manajemen berbasis kinerja yaitu adanya *reward* dan *punishment*, serta membiarkan manajer mengelola organisasi.

Manajemen berbasis kinerja mencakup perubahan atau reformasi birokrasi yang lebih luas mencakup perubahan renumerasi atau insentif untuk meningkatkan motivasi pekerja, restrukturisasi organisasi agar lebih fokus pada pemberian layanan dan memperbaiki pola koordinasi, dan perubahan institusional sehingga lembaga menjadi lebih akuntabel (Robinson & Last, 2009). Akan tetapi, institusi yang menerapkan *managing for result* tidak secara otomatis menerapkan anggaran berbasis kinerja. Contohnya, pemerintah berupaya semakin mengarusutamakan program promosi kesehatan dalam pembangunan kesehatan. Salah satu strategi yang dilakukan yaitu mengubah struktural pusat promosi kesehatan yang berada di bawah sekretariat jenderal menjadi direktorat promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di bawah direktorat jenderal kesehatan masyarakat. Perubahan ini tidak secara langsung mengaitkan anggaran dan luaran hasil program promosi kesehatan. Oleh karena itu, anggaran yang disusun dan dikelola oleh direktorat tersebut tidak sepenuhnya diklasifikasikan sebagai anggaran berbasis kinerja.

### Jenis Penganggaran Berbasis Kinerja

#### ► Program budgeting

*Program budgeting* merupakan model penganggaran berbasis kinerja yang paling banyak digunakan. Model ini mengklasifikasikan anggaran belanja atau pengeluaran berdasarkan program. Terdapat informasi secara detail anggaran yang akan dibelanjakan untuk melaksanakan



serangkaian aktivitas atau program agar mencapai suatu tujuan (Robinson, 2007). Misalnya, pemerintah ingin membuat program untuk mencegah terjadinya demam berdarah maka harus dicantumkan penjelasan tentang target yang akan dicapai, kegiatan yang akan dilakukan, alat dan bahan material yang diperlukan, serta kompensasi yang diberikan bagi pegawai yang melaksanakan program. Jumlah seluruh anggaran yang diperlukan ini disebut dengan *program budget*. Oleh karena itu, ketika menelaah *program budget* kita akan mendapatkan informasi tentang besaran anggaran untuk membiayai serangkaian kegiatan agar mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.

*Program budgeting* membantu organisasi untuk mengatur prioritas dalam pengalokasian anggaran. Basis data yang digunakan dalam menentukan jumlah anggaran atau program yang akan diberikan prioritas anggaran berdasarkan efektivitas dan efisiensi dari program. Hal ini berbeda dengan sistem penganggaran tradisional yang menjadikan anggaran tahun sebelumnya sebagai dasar utama untuk meningkatkan jumlah anggaran secara inkremental. Oleh karena itu, sistem ini dapat mencegah pemborosan anggaran terutama di sektor publik.

*Program budgeting* mencegah anggaran pemerintah mengalir ke program yang tidak efektif secara berulang dari tahun ke tahun. Terbatasnya sumber daya menyebabkan setiap dana yang keluar harus dimanfaatkan sebaik mungkin. Sementara itu, banyak sekali tujuan yang harus dipenuhi oleh organisasi dalam satu tahun anggaran.

Model penganggaran ini membantu organisasi untuk menyusun urutan program apa saja yang harus mendapatkan perhatian lebih karena memiliki daya ungkit lebih besar untuk mencapai tujuan. *Program budgeting* lebih menekankan pada penyusunan skala prioritas dalam mengalokasikan anggaran sehingga kebijakan anggaran yang diputuskan mencakup peningkatan atau penurunan anggaran suatu program bukan dengan menghapus program secara keseluruhan (Robinson, 2007).

### ► Budget-linked performance target

Model penganggaran ini menekankan pada kaitan antara jumlah anggaran yang dialokasikan dengan target atau capaian yang eksplisit tertulis secara kuantitatif. Proses penyusunan target dilakukan secara bersamaan dengan proses penyusunan anggaran (*multiyear*) sehingga besaran alokasi anggaran untuk setiap program atau sektor dalam ditentukan berdasarkan target yang ingin dicapai bukan hasil aktual yang dicapai. Dalam konteks pemerintahan misalnya, presiden menetapkan berbagai *Key Performance Indicators* (KPI) untuk seluruh kementerian yang harus dicapai dalam jangka waktu satu periode kepemimpinan. KPI ini akan menjadi acuan dalam menentukan besaran anggaran yang harus dialokasikan ke seluruh kementerian setiap tahunnya dalam satu periode kepemimpinan. Oleh karena itu, kebijakan anggaran yang diambil bertujuan untuk memastikan bahwa tambahan anggaran yang diberikan kepada beberapa sektor utama dapat meningkatkan sepadan dengan perbaikan layanan atau program dan dampak manfaat yang besar bagi masyarakat bukan untuk menentukan prioritas (Robinson, 2013).

### ► Agency-level budgetary performance incentives

Salah satu aspek penting dalam PBK yaitu adanya mekanisme penghargaan dan sanksi atas kinerja. Model penganggaran ini menekankan adanya tambahan alokasi anggaran pada sebuah organisasi atau lembaga yang mampu memberikan kinerja sesuai atau melebihi target sedangkan yang memiliki kinerja buruk akan kehilangan uang. Contohnya, pemerintah memberikan subsidi lebih besar pada rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan terbaik, sedangkan rumah sakit yang berkinerja buruk akan mengalami pengurangan atau penghapusan subsidi.

Karakteristik utama model penganggaran ini yaitu, pertama, kebijakan anggaran untuk tahun yang akan datang berdasarkan data yang diambil secara retrospektif dari tahun anggaran sebelumnya. Kedua, organisasi pelaksana akan berlomba untuk mencapai hasil terbaik sehingga layanan yang diberikan secara umum akan membaik. Perbedaan model ini dengan *program budgeting* yaitu adanya insentif bagi organisasi atau lembaga yang memiliki kinerja baik sedangkan *program budgeting* lebih menekankan pada peningkatan efisiensi alokatif agar memperbaiki prioritas pengeluaran (Robinson, 2007).

### ► Formula funding

*Formula funding* secara umum dapat didefinisikan sebagai pengaturan pendanaan yang besaran dana secara eksplisit ditentukan berdasarkan fungsi aljabar dari *output* yang ditargetkan atau hasil yang telah dicapai pada tahun sebelumnya. Kebijakan anggaran dapat ditentukan berdasarkan capaian tahun sebelumnya atau target yang ditetapkan untuk tahun mendatang. Apabila data yang digunakan berdasarkan target yang akan dikejar pada tahun mendatang maka perlu informasi yang sangat detail tentang biaya satuan yang dibutuhkan untuk menghasilkan satu luaran atau sering dikenal dengan istilah *cost based approach*. Oleh karena itu, model ini seringkali mengukur kinerja berdasarkan luaran bukan dampak. Misalnya, pemerintah akan mensubsidi biaya kuliah tenaga kesehatan, maka informasi yang diperlukan yaitu biaya yang dibutuhkan per satu mahasiswa kesehatan. Akan tetapi, jika data yang digunakan berdasarkan hasil aktual yang dicapai maka kinerja diukur berdasarkan dampak. Misalnya, pemerintah memutuskan akan mensubsidi biaya kuliah mahasiswa kesehatan berdasarkan rata-rata nilai uji kompetensi, dan tingkat penyerapan di dunia kerja (Robinson, 2007).

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Suparmi, Achadi, E. L., ... Thabrany, H. (2019). Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *Lancet*, 393(10166), 75-102. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30579611>. doi:10.1016/s0140-6736(18)31647-7
- BPJS Kesehatan. (2018). *Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Bucci, R. V. (2014). *Medicine and Business*. Switzerland: Springer, Cham.

- Campos, C. M. P. d. (2018). Budgeting Techniques: Incremental Based, Performance Based, Activity Based, Zero Based, and Priority Based. In A. Farazmand (Ed.), *Global Encyclopedia of Public Administration, Public Policy, and Governance*. Springer, Cham.
- Clemens, J., & Gottlieb, J. D. (2014). Do Physicians' Financial Incentives Affect Medical Treatment and Patient Health? *Am Econ Rev*, 104(4), 1320-1349. doi:10.1257/aer.104.4.1320
- Gapenski, L. C., & Reiter, K. L. (2016). *Healthcare Finance : An Introduction to Accounting & Financial Management* (Vol. Sixth edition). Chicago, Illinois: Health Administration Press.
- Gottret, P., & Schieber, G. (2010). *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*. Washington, DC: World Bank.
- Hayward, J. (1994). Purchasing clinically effective care. *Bmj*, 309(6958), 823-824. doi:10.1136/bmj.309.6958.823
- Hsiao, W. C., & Liu, Y. (2001). Health Care Financing: Assessing Its Relationship to Health Equity. In T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya, & M. Wirth (Eds.), *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. New York: Oxford University Press.
- ILO, & STEP. (2002). *Extending Social Protection in Health through Community-Based Health Organizations*. Retrieved from Geneva: <http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/download/101p1.pdf>
- Kementerian Kesehatan. (2018). *Laporan Nasional Rikesdas 2018*. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ*, 91(8), 602-611. doi:10.2471/blt.12.113985
- Menifield, C. (2013). *The Basics of Public Budgeting and Financial Management : A Handbook for Academics and Practitioners* (Vol. Second edition). Lanham, Md: UPA.
- Nowicki, M. (2018). *Introduction to the Financial Management of Healthcare Organizations* (Vol. Seventh edition). Chicago, Illinois: Health Administration Press.
- Pinto, R., Masaki, E., & Harimurti, P. (2016). *Indonesia Health Financing System Assessment*: World Bank.
- Rajan, D., Barroy, H., & Stenberg, K. (2016). Budgeting for health. In G. Schemet, D. Rajan, & S. Kandale (Eds.), *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Geneva: WHO Press.
- Robinson, M. (2007). Performance Budgeting Models and Mechanisms. In M. Robinson (Ed.), *Performance Budgeting: Linking Funding and Results*: Palgrave Macmillan.
- Robinson, M. (2013). Performance Budgeting. In R. Allen, R. Hemming, & B. H. Potter (Eds.), *The International Handbook of Public Financial Management*. London: Palgrave Macmillan.
- Robinson, M., & Last, D. (2009). *A Basic Model of Performance-Based Budgeting*: INTERNATIONAL MONETARY FUND.
- Rundio, A. (2016). *The Nurse Manager's Guide to Budgeting & Finance* (2nd ed.). Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Schieber, G., Baeza, C., Kress, D., & Maier, M. (2006). Financing Health Systems in the 21st Century. In D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, P. Jha, A. Mills, & P. Musgrove (Eds.), *Disease Control Priorities in Developing Countries* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Shim, J. K., Siegel, J. G., & Shim, A. I. (2012). *Budgeting basics and beyond* (4th ed.). Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Suparmi, Kusumawardani, N., Nambiar, D., Trihono, & Hosseinpoor, A. R. (2018). Subnational regional inequality in the public health development index in Indonesia. *Glob Health Action*, 11(sup1), 1500133. doi:10.1080/16549716.2018.1500133
- Tulchinsky, T. H., & Varavikova, E. A. (2015). *The New Public Health* (Third ed.). San Diego: Elsevier, Academic Press.
- Vries, M. S. d., & Nemeč, J. (2019). Dilemmas in Performance-Based Budgeting. In M. S. d. Vries, J. Nemeč, & D. Špacek (Eds.), *Performance-Based Budgeting in the Public Sector*: Palgrave Macmillan, Cham.
- Watson, S. I., Sahota, H., Taylor, C. A., Chen, Y. F., & Lilford, R. J. (2018). Cost-effectiveness of health care service delivery interventions in low and middle income countries: a systematic review. *Glob Health Res Policy*, 3, 17. doi:10.1186/s41256-018-0073-z
- Willoughby, K. G. (2014). *Public Budgeting in Context : Structure, Law, Reform and Results*. New York, NY, UNITED STATES: John Wiley & Sons, Incorporated.
- World Health Organization. (2010). *The World Health Report 2010. Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Geneva: WHO Press.

With Compliment  
From  
EGC Medical Publisher  
NOT FOR SALE

# KESEHATAN MASYARAKAT

## Teori dan Aplikasi

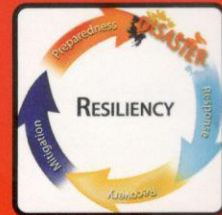
Dosen dan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia

Lulusan Sarjana Kesehatan Masyarakat dituntut mampu melakukan kajian dan analisis situasi, mengembangkan dan merancang kebijakan dan program kesehatan, melaksanakan pemberdayaan masyarakat, memahami budaya setempat, merencanakan keuangan dan terampil dalam bidang manajemen, memiliki kemampuan kepemimpinan dan berpikir sistem, mengintegrasikan keilmuan kesehatan masyarakat dalam masalah kesehatan, dan memiliki penguasaan ilmu kesehatan masyarakat.

Buku **KESEHATAN MASYARAKAT: Teori dan Aplikasi** ini disusun oleh para pakar dan dosen kesehatan masyarakat sesuai bidang keahliannya dari berbagai institusi pendidikan kesehatan masyarakat di Indonesia. Dengan demikian, buku ini dapat digunakan sebagai referensi dan diperlukan dalam kegiatan belajar teori maupun praktik mahasiswa kesehatan masyarakat di seluruh Indonesia.

Buku ini mencakup pembahasan tentang:

- Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat
- Etika dan Hukum Kesehatan
- Kepemimpinan dan Berpikir Sistem di Bidang Kesehatan
- Manajemen Bencana
- Kesehatan Reproduksi dan KIA
- Biostatistika Deskriptif dan Inferensial
- Manajemen Data
- Dasar Kependudukan dan Keluarga Berencana
- Sistem Informasi Kesehatan
- Dasar Epidemiologi
- Surveilans Kesehatan Masyarakat
- Epidemiologi Penyakit Menular
- Epidemiologi Penyakit Tidak Menular
- Dasar Ilmu Gizi Kesehatan Masyarakat
- Dasar Keselamatan Kesehatan Kerja
- Konsep Kesehatan Lingkungan
- Analisis Kualitas Lingkungan
- Sosio-antropologi
- Pemberdayaan dan Pengorganisasian Masyarakat
- Promosi Kesehatan
- Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
- Ekonomi Kesehatan
- Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan
- Pembiayaan dan Penganggaran Kesehatan



### Perhatikan!

Buku terbitan kami hanya dijual di toko buku atau distributor resmi di kota Anda, membeli buku di tempat tidak resmi akan merugikan Anda/Instansi secara **material dan substansial**. Teliti keaslian buku karena buku palsu/bajakan:

- Buruk keterbacaan teks isinya
- Tidak lengkap lembar/homor halamannya
- Tidak jelas cetakkannya, terutama pada prosedur/tindakan

Tanamkan profesionalisme sejak dalam pendidikan dan gunakan referensi yang paling bermutu agar terhindar dari kesalahan interpretasi dan praktik/prosedur.

[www.egcmedbooks.com](http://www.egcmedbooks.com)



9 786232 031913  
ISBN 978-623-203-191-3

KM9109-05V