



MODUL

Pelatihan dan Pendampingan Penyusunan

District Health Account

TAHUN 2006-2007 DI KAB/KOTA
PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT



gtz

MODUL

PELATIHAN dan PENDAMPINGAN PENYUSUNAN

DISTRICT HEALTH ACCOUNT

TAHUN 2006 -2007 DI KABUPATEN/KOTA

PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT

Kerjasama:



Dinas Kesehatan
Provinsi NTB



Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia



Deutsche Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit
(GTZ) GmbH

Edisi November 2009

SAMBUTAN

KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI NTB

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur kita panjatkan kepada Tuhan YME yang telah memberikan rahmat dan hidayahNya kepada kita semua sehingga Modul *District Health Account* (DHA) dapat tersusun. Modul ini disusun dari hasil pengalaman pengembangan DHA di sembilan (9) kabupaten/ kota di NTB yang bersumber dari belanja publik sektor kesehatan tahun 2006 dan 2007.

Pada tahun 2006 GTZ bersama Dinas Kesehatan Provinsi NTB berinisiatif untuk melakukan penyusunan PHA dan DHA di 9 kabupaten/ kota dengan melibatkan konsultan internasional kemudian dilanjutkan oleh Tim National Health Account (NHA) Indonesia dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI).

Modul ini merupakan kompilasi bahan ajar yang diberikan selama pendampingan oleh tim UI melalui proses partisipasi aktif dari seluruh tim DHA kabupaten/ kota yang beranggotakan 4 orang per kabupaten yaitu 2 orang staf perencana Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota, 1 orang staf perencana/ keuangan rumah sakit umum daerah, dan 1 orang dari bagian sosial budaya BAPPEDA.

Modul ini menampilkan konsep NHA dan DHA; aliran dana kesehatan; pengumpulan, pengolahan, dan analisa data DHA; sumber pembiayaan kesehatan publik dan swasta; klasifikasi pembiayaan menurut sumber, agen, provider, fungsi, mata anggaran, dan penerima manfaat; harmonisasi standar mata anggaran kesehatan internasional (ICHA/ International Classification for Health Account) dengan sistim nasional yang berdasarkan Permendagri No 13/2006; dan sumber-sumber data yang dibutuhkan untuk pengembangan DHA.

Modul ini diharapkan dapat menjadi pegangan bagi pemerintah Provinsi NTB khususnya Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/ Kota untuk melanjutkan pengembangan DHA dan PHA kedepan secara mandiri. Data DHA dan PHA dapat menjadi bahan refleksi (cerminan) dalam proses perencanaan, monitoring dan evaluasi terpadu, sehingga alokasi anggaran kedepan menjawab kebutuhan lokal. Data tersebut juga dapat digunakan sebagai bahan advokasi kepada pengambil keputusan untuk mendapatkan anggaran yang sesuai dengan kebutuhan standar pelayanan minimal. Selain itu, DHA dan PHA adalah alat untuk transparansi sektor kesehatan bagi publik.

Melalui kesempatan ini kami menyampaikan ucapan terimakasih kepada semua pihak yang telah berperan dalam pembuatan modul ini, khususnya kepada Tim UI yang telah dengan sabar dan sungguh-sungguh memberikan bimbingan kepada Tim DHA dan PHA di NTB.

Semoga Allah SWT senantiasa selalu melimpahkan rahmatNya bagi kita semua, Amin
Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

**Kepala Dinas Kesehatan
Propinsi Nusa Tenggara Barat**



Dr. H. Moch. Ismail
Pembina Tk. I / IV b
NIP : 195706181987101001

KATA PENGANTAR

Setelah melalui proses bertahap, kegiatan penyusunan District Health Account (DHA) di NTB dengan penekanan dana bersumber publik, telah dapat diselesaikan melalui partisipasi aktif dari sembilan kabupaten/ kota di provinsi NTB. Proses penyusunan dengan pendekatan 'belajar sambil mempraktekkan langsung' (*learning by doing*) telah menghasilkan output kegiatan tidak saja hasil DHA tetapi juga peningkatan kapasitas tim perencana di sembilan kabupaten/ kota dalam hal menyusun suatu DHA berdasarkan fakta riil di lapangan.

District Health Account atau DHA sebenarnya bukanlah hal baru bagi para perencana kesehatan di NTB. Serangkaian kegiatan konsultasi dan penyusunan format DHA telah dilakukan oleh Dr. Mark Wheeler (konsultan GTZ) melibatkan tim lokal DHA di sembilan (9) kabupaten/kota. Namun, karena satu dan lain hal kegiatan terhenti untuk sementara waktu. GTZ dan Dinkes Provinsi NTB kemudian berinisiatif untuk melanjutkan penyusunan DHA 9 Kabupaten/ kota dengan melibatkan tim FKM UI. Agar hasil lebih optimal dan proses pembelajaran bisa langsung dipraktikkan, maka dilakukan model pendampingan langsung di mana tim UI bersama dengan tim lokal kabupaten/kota menyusun DHA dari 9 kabupaten/ kota. Dengan segala keterbatasan karena kegiatan ini merupakan proses belajar langsung mempraktikkan dan relatif baru bagi kabupaten/ kota, bahan ajar ini diharapkan akan dapat bermanfaat dengan kemungkinan perbaikan di kemudian hari.

Dokumen ini adalah kompilasi bahan ajar yang diberikan selama pendampingan, terdiri dari kegiatan tatap muka, latihan, pengumpulan data, dilanjutkan dengan verifikasi dan melengkapi data yang kurang sekembalinya peserta ke daerah masing-masing. Instrumen dan perangkat lunak yang dikembangkan oleh tim penulis modul adalah berdasarkan kondisi riil di lapangan dan mengacu pada standar internasional klasifikasi kode akun (ICHA = International Classification Health Account) suatu proyet pengeluaran kesehatan di suatu negara. Diharapkan menjadi cikal bakal suatu modul DHA yang bermanfaat untuk melengkapi *National Health Account* (NHA). NHA Indonesia selama ini memiliki keterbatasan dalam persoalan data sub-nasional dan disgregasi menurut ICHA, sehingga besar harapan agar kumpulan DHA dari berbagai daerah dengan klasifikasi yang kredibel akan sangat membantu memperoleh NHA yang kredibel pula. Selain itu, meskipun bahan ajar ini difokuskan kepada klasifikasi menurut ICHA, DHA juga dapat digunakan untuk membantu perencanaan kesehatan daerah. Untuk itu kode akun dalam Permendagri 2006 (atau yang baru tahun 2007) dapat digunakan dalam data entry selain dari klasifikasi ICHA tersebut. Sesuai

dengan tahapan yang diawali dengan dana bersumber publik, maka modul ini juga masih terbatas karena tidak mencakup dana bersumber swasta dan masyarakat. Diharapkan di masa yang akan datang kegiatan dapat dilengkapi potret DHA secara utuh.

Terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan dalam penyusunan bahan ajar ini, terutama teman-teman dari provinsi NTB, sembilan kabupaten/kota di NTB yang menjadi peserta aktif dan menunjukkan hasil kerja keras nyata berupa data DHA. Terima kasih pula secara khusus kepada Bapak Wahyudi, ibu Ratna, dan semua para Kepala Dinas Kesehatan kabupaten/kota yang telah memfasilitasi dan memberikan masukan sangat berharga dalam proses penyusunan DHA ini. Kegiatan ini tidak akan berjalan dan memberikan hasil yang kongkrit tanpa dukungan penuh dari GTZ, ibu Gertrud, ibu Zubi, ibu Adrie yang tanpa kenal lelah terus mendorong dan memberikan dukungan sehingga semua kegiatan dapat terlaksana dengan baik. Untuk itu disampaikan terima kasih sebesar-besarnya.

Tim Penyusun:

Prastuti Soewondo, Mardiati Nadjib, Dadun, Nugroho Soeharno, Purwa Kurnia Suahya

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
Daftar Isi	iii
I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Modul/ Bahan Ajar	2
1.3 Peserta dan Proses Pelatihan/ Pendampingan	2
II. PENGERTIAN dan MANFAAT <i>DISTRICT HEALTH ACCOUNT</i> (DHA)	3
2.1 Apa yang Dimaksud dengan NHA dan DHA?	4
2.2 Penyusunan DHA di NTB	6
2.3 Apakah yang dimaksud dengan „dana untuk kesehatan“?	6
2.3.1 Definisi Operasional Pembiayaan Kesehatan:	6
2.3.2 Apakah yang dimaksud dengan Pembiayaan Kesehatan Publik?	7
2.3.3 Adakah kaitan antara NHA, PHA, DHA dan Sub-Account serta dokumen kebijakan di berbagai jenjang?	7
2.3.4 Apa yang dimaksud dengan agen, sumber, fungsi, <i>resource cost</i> , provider, dan <i>beneficiary</i> ?	8
2.3.5 Bagaimana mengidentifikasi Agen, sumber, provider, penerima manfaat (<i>beneficiary</i>) dan komponen biaya (<i>resource cost</i>)	9
2.3.6 Pendekatan untuk estimasi DHA	10
III. ALIRAN DANA KESEHATAN (<i>FLOW OF FUND</i>).....	11
3.1 Langkah-langkah.....	11
3.2 Mengidentifikasi Alur dana (<i>flow of fund</i>).....	12
IV. PENGUMPULAN, PENGOLAHAN dan ANALISIS DATA PEMBIAYAAN PUBLIK.....	14
4.1 Sumber data:	14
4.2 Format-format Berdasarkan Klasifikasi Internasional dan Permendagri 13/ 2006	15
4.3 Langkah-langkah Pengisian Data DHA (Dana Publik)	15
4.4 Analisis Data Pembiayaan Publik Menggunakan Pivot Tabel	25
4.4.1 Pivot Tabel	25
4.4.2 Syarat dan Kondisi	25
4.4.3 Langkah Pivot Tabel	26
V. KLASIFIKASI PEMBIAYAAN BERSUMBER PUBLIK MENURUT SUMBER, AGEN, PROVIDER, FUNGSI, MATA ANGGARAN, DAN PENERIMA MANFAAT UNTUK DHA DI NTB	33
VI. PERBANDINGAN KLASIFIKASI DHA-NTB DENGAN KLASIFIKASI MENURUT PERMENDAGRI 13/2006	49
VII. PENERIMA MANFAAT (<i>BENEFICIARY</i>)	55
7.1 <i>Benefit incidence analysis</i> (BIA)	56
7.2 Adakah cara yang sederhana untuk menilai penerima manfaat dana publik?	56
VIII. TABEL STANDAR DHA	59
8.1 Apakah yang Dimaksud dengan Tabel Standar ?	59
8.2 Kegunaan Tabel standar	59
8.3 Resource costs dan beneficiary	59
8.4 Cara pembuatan tabel standar	60

IX. DATA TAMBAHAN YANG DIBUTUHKAN.....	67
X. PEMANFAATAN DHA	68
10.1 DHA Membantu Perencanaan dan Advokasi	68
10.2 Menilai Kinerja Pembiayaan.....	69
10.3 Apa yang akan Kita Hasilkan dari DHA kita?.....	70
10.4 Tugas untuk Kelompok Analisis DHA	71
XI. CONTOH-CONTOH HASIL PENGEMBANGAN DHA DI NTB (KAJIAN PEMBIAYAAN KESEHATAN BERSUMBER PUBLIK)	73
11.1 Contoh Pembiayaan Kesehatan di Kabupaten Sumbawa Barat (KSB) .	73
11.2 Contoh-contoh Gambaran Pembiayaan di 9 Kabupaten/ kota di NTB..	78
XII. PENUTUP	86

I. PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Setelah memasuki era desentralisasi di tahun 2001, sebagian kewenangan termasuk pengalokasian anggaran sesuai kebutuhan diserahkan ke daerah masing-masing. Para perencana di daerah, termasuk sektor kesehatan, dituntut agar dapat membuat perencanaan yang baik berbasis fakta. Meskipun proses perencanaan di Dinas Kesehatan telah diupayakan agar dikembangkan sesuai urutan prioritas, namun fakta di lapangan menunjukkan bahwa informasi keuangan/pendanaan seperti sumber dana, pemanfaatannya serta siapa penerima manfaatnya sangatlah terbatas. *District Health Account* (DHA) akan sangat membantu pengambilan keputusan dalam menjawab beberapa pertanyaan pokok seperti isu kecukupan (*sufficiency*) pemerataan (*equity*), Efisiensi (*efficiency*), efektivitas (*effectiveness*), dan keberlanjutan (*sustainability*) yang dapat digunakan untuk kebijakan alokasi sumber daya kesehatan.

Selain itu, di tingkat nasional saat ini telah dikembangkan suatu *National Health Account* (NHA) yang memberikan gambaran total pembiayaan kesehatan dari berbagai sumber di Indonesia yang dapat diperbandingkan antar negara karena mengikuti standar klasifikasi internasional. Hal ini sejalan dengan reformasi di bidang kesehatan dimana salah satu komponennya adalah pembiayaan kesehatan, seperti tertuang di dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Di tingkat lokal (provinsi dan kabupaten/kota), DHA akan memberikan informasi yang dibutuhkan untuk perencanaan, evaluasi dan monitoring pembiayaan kesehatan. Hasilnya pun dapat dimanfaatkan untuk kepentingan NHA sehingga potret pembiayaan kesehatan di Indonesia juga akan menjadi semakin utuh dan akurat. Dengan demikian DHA dapat diharapkan sinkron dengan NHA (sejalan dengan kode akun dalam klasifikasi internasional yang dimodifikasi sesuai kebutuhan daerah) dan sekaligus responsif terhadap kepentingan daerah (sejalan dengan kode rekening dalam Permendagri).

Bahan ajar untuk panduan pengembangan DHA (*District Health Account*) ini merupakan bagian dari kegiatan pendampingan di NTB atas dukungan dana dari GTZ, yang pada awal kegiatan ini hanya mencakup dana bersumber publik..

Proses pengembangan bahan ajar atau modul ini pada awalnya berupa kumpulan bahan ajar untuk pelatihan bagi staf Dinas Kesehatan kabupaten/kota di NTB tersebut. Selanjutnya tim kabupaten/kota mengumpulkan data DHA masing-masing berdasarkan klasifikasi dan boundaries yang dikembangkan oleh tim UI. Setelah itu barulah bersama-sama dilakukan verifikasi, data entry dan analisis. Dapat disebutkan bahwa proses melibatkan tim provinsi, kabupaten/kota dan tim dari GTZ, merupakan suatu proses partisipatif dan *'learning by doing'*. Beberapa kali pertemuan dan pembahasan akhirnya menghasilkan perangkat pengumpulan data, *template data base* serta pengklasifikasian.

Suatu DHA yang ideal mencakup potret pembiayaan bersumber publik, swasta, donor serta masyarakat (*out-of-pocket*). Pelatihan lokakarya yang telah dilakukan memang baru mencakup dana publik sehingga modul bahan ajar inipun lebih banyak terkait dengan dana bersumber publik serta jumlah donor. Pada tahap selanjutnya direncanakan untuk melengkapinya dengan rincian dana bersumber swasta dan masyarakat.

2. Tujuan Modul/ Bahan Ajar

Tujuan umum dokumen bahan ajar ini adalah mendapatkan gambaran DHA di sembilan kabupaten/ kota bersumber publik dan sejumlah donor serta memanfaatkan hasilnya untuk penguatan perencanaan dengan mengikuti klasifikasi kode akun yang standar. Dokumen ini juga merupak an langkah awal untuk mencapai tujuan selanjutnya mendapatkan DHA yang lengkap.

Tujuan khusus:

- 1 Tim Kabupaten/ Kota mempunyai ke trampilan untuk mengumpulkan, mengolah dan menganalisis data pengeluaran untuk kesehatan bersumber publik dan donor di sembilan kabupaten/ kota menurut sumber, agen, provider, fungsi, resource cost dan penerima manfaat sesuai kode akun dalam klasifikasi internasional yang disesuaikan dengan konteks lokal sehingga dapat diperbandingkan antar kabupaten/ kota di satu provinsi NTB atau antar kabupaten/ kota se Indonesia
- 2 Tim Kabupaten /kota mempunyai ketrampilan menggunakan data untuk mengetahui:
 - (1) posisi pembiayaan saat ini,
 - (2) membandingkan dengan prioritas yang ada, dan
 - (3) mengangkat isu dan mempengaruhi decision makers untuk merubah kebijakan sesuai dengan prioritas agar tujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat tercapai
- 3 Tim Kabupaten/ Kota melakukan “update” kegiatan DHA secara rutin (tahunan) sehingga diperoleh gambaran tren pembiayaan public di NTB

3. Peserta dan Proses Pelatihan/ Pendampingan

Peserta adalah para perencana dan staf unit teknis di lingkungan Dinas Kesehatan dan rumah sakit serta Bappeda dari sembilan kabupaten/ kota di provinsi NTB

Kegiatan pendampingan terdiri dari empat aspek utama:

- a. pengembangan template DHA sesuai kondisi riil di lapangan,
- b. proses penyampaian materi oleh fasilitator di kelas (pelatihan),
- c. pengumpulan data masing-masing kabupaten/ kota oleh tim dari masing-masing daerah untuk data 2006 dan 2007 dengan output *data base DHA*,
- d. tindak lanjut kegiatan pendampingan di mana data yang dikumpulkan kemudian di bersihkan dan di *entry*, diolah dan dianalisis dengan bantuan fasilitator dengan output laporan DHA masing-masing kabupaten/ kota yang kemudian disajikan kepada para pemangku kepentingan.

II. PENGERTIAN dan MANFAAT DISTRICT HEALTH ACCOUNT (DHA)

Dalam memahami apa itu DHA dan untuk apa manfaat DHA, perlu dipahami konteks kebutuhan standarisasi kode akun untuk pembiayaan ke kesehatan. Kode akun perlu dibuat sistematis mengikuti suatu standar tertentu karena manfaatnya bukan hanya untuk daerah bersangkutan saja. Batasan yang digunakan harus jelas agar tidak terjadi kesalahan dalam perhitungan. Kita tidak ingin, misalnya, salah menginterpretasikan bahwa biaya suatu program di suatu wilayah sangat besar atau sangat minim karena kita salah mengklasifikasikan ke dalam komponen pembiayaan yang kita potret. Apalagi bila akan dibandingkan dengan daerah lain.

Di tingkat nasional, dikenal *National Health Account* atau NHA yang mencerminkan gambaran dana untuk kesehatan dari berbagai sumber dan peruntukannya. Dengan mengikuti standard internasional, maka hasilnya dapat diperbandingkan antar Negara. Hasilnya akan berguna untuk melihat bagaimana suatu negara memandang kesehatan sebagai salah satu prioritas serta bagaimana negara tersebut memanfaatkan. Di tingkat lokal, dikenal *District health Account*, yang mencerminkan gambaran dana untuk kesehatan dari berbagai sumber di kabupaten/ kota serta bagaimana pemanfaatannya.

Agar besar pengeluaran kesehatan dapat diperbandingkan antar negara, maka disusun *International Classification for Health Accounts (ICHA)* sebagai dasar sistem pengklasifikasiannya secara menyeluruh dan terbagi dalam empat dimensi penting NHA. Empat dimensi tersebut adalah :

- Sumber pembiayaan (di mana kita melokalkan pengeluaran dana atau kontribusi dari berbagai macam pihak yang terlibat dalam aktifitas yang dihitung dananya)
- Agen pembiayaan (satuan yang mengatur pengeluaran untuk kesehatan tersebut)
- Provider (institusi yang menyediakan pelayanan jasa dan barang kesehatan menggunakan dana tersebut)
- Fungsi (jenis aktivitas pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh sistem kesehatan menggunakan dana tersebut)

NHA Indonesia selama ini memiliki keterbatasan dalam persoalan data sub-nasional dan disregasi menurut ICHA, sehingga bersahapan agar kumpulan DHA dari berbagai daerah dengan klasifikasi yang kredibel akan sangat membantu memperoleh NHA yang kredibel pula.

1. Apa yang Dimaksud dengan NHA dan DHA?

Pengertian dan Manfaat National Health Account (NHA)

NHA adalah suatu kegiatan monitoring aliran dana kesehatan nasional yang dilakukan secara sistematis, komprehensif, konsisten, berkelanjutan. NHA memberi informasi: alur sumber dana; berapa dikeluarkan; kemana didistribusikan antara berbagai macam pelayanan, intervensi dan kegiatan dalam sistem kesehatan; dan siapa (segmen penduduk) yang memperoleh manfaat. Sumber dana dapat berasal dari Pemerintah, swasta, masyarakat serta donor.

Dalam melakukan perhitungan NHA digunakan standar untuk menentukan batasan-batasan pengeluaran sesuai dengan mengikuti *international classifications for health accounts* (ICHA).

NHA memberikan gambaran yang lengkap di tingkat nasional status pendanaan, potret kondisi ketersediaan dana dan bagaimana dana dimanfaatkan secara faktual, apakah telah sesuai prioritas dan efisien serta merata? Dengan demikian, NHA mengukur belanja kesehatan yang sesungguhnya serta memberikan kontribusi dalam proses penentuan kebijakan. Pengambil kebijakan memperoleh informasi yang lengkap tentang pembiayaan kesehatan (bukan hanya dari sektor pemerintah saja), dapat menghindari kesalahan dalam pengambilan keputusan/perencanaan, khususnya terkait efisiensi, *equity* (pemerataan), sustainability. Selain itu, hasil NHA juga dapat memberikan informasi untuk menjadi perbandingan dengan negara lain.

Pengertian dan Manfaat District Health Accounts (DHA)

Sama seperti NHA, maka DHA merupakan bagian dari upaya membangun sistem informasi keuangan. DHA merupakan cara sistematis untuk menampilkan informasi tentang belanja kesehatan di tingkat kabupaten/kota. Secara rinci, suatu DHA akan menjelaskan alur dana, sumber, peruntukan, manfaat

DHA memiliki manfaat sebagai alat untuk membantu pengambilan keputusan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan penting terkait dengan pembiayaan kesehatan di kabupaten/kota. DHA memberi informasi: alur sumber dana; berapa dikeluarkan; kemana didistribusikan antara berbagai macam pelayanan, intervensi dan kegiatan dalam sistem kesehatan; dan siapa (segmen penduduk) yang memperoleh manfaat, di tingkat kabupaten/kota. Sumber dana dapat berasal dari Pemerintah, swasta, masyarakat serta donor.

Sama seperti NHA, suatu DHA dapat memberikan gambaran yang lengkap status pendanaan, potret kondisi ketersediaan dana dan bagaimana dana dimanfaatkan secara faktual, apakah telah sesuai prioritas dan efisien serta merata, di tingkat kabupaten/kota

DHA dapat memberikan informasi yang dibutuhkan untuk menilai kesenjangan sumber daya. Contohnya, dana bersumber publik di kabupaten X pada tahun 2007 adalah sekian milyar rupiah. Hal ini menunjukkan bahwa pada tahun 2007 tersebut, kegiatan program yang dilaksanakan menyerap dana sebesar sekian milyar rupiah

(dapat dianggap sebagai *resource available*). Selanjutnya dapat dibandingkan dengan kebutuhan dana melalui proses perencanaan (misalnya menghitung SPMA atau kebutuhan anggaran dalam perencanaan terpadu), maka dapat diperoleh informasi mengenai kesenjangan dana (*gap*). Ketika dilakukan advokasi kepada para pemangku kepentingan, baik informasi mengenai kebutuhan dana (melalui tool khusus lain misalnya P2KT atau SPMA) maupun ketersediaan dana (melalui DHA) disampaikan sehingga gambaran kesenjangan sumber daya dapat dipahami secara jelas. Selain itu, informasi juga dapat menjelaskan dari mana saja sumber dana, misalnya bila ternyata proporsi terbesar berasal dari donor, maka terdapat tantangan sustainability.

DHA juga dapat digunakan untuk membantu analisis NHA, di mana bisa dimanfaatkan sebagai dasar untuk disagregasi data menurut komponen klasifikasi. Dalam DHA juga dapat digunakan klasifikasi internasional (ICHA). Tidak ada standar internasional untuk DHA. Karena itu DHA dikembangkan untuk memenuhi kebutuhan khusus di Indonesia. Pada kegiatan pendampingan ini, rujukan yang dipilih adalah berdasarkan prinsip-prinsip yang sejalan dengan NHA karena DHA dan NHA saling melengkapi dan karena konsep tersebut sudah dikenal dan teruji. Namun, untuk kepentingan perencanaan, DHA juga memperhatikan klasifikasi anggaran bersumber Pemerintah (Permendagri).

Beberapa pertanyaan utama yang dapat dijawab dengan DHA:

- Apakah belanja untuk kesehatan cukup?
- Apakah terlalu banyak belanja untuk pelayanan kuratif, dibanding kesehatan masyarakat?
- Apakah belanja terlalu sedikit atau terlalu banyak untuk gaji, atau obat, atau konstruksi, atau pemeliharaan?
- Berapa banyak belanja untuk administrasi?
- Apa saja yang didanai oleh sumber eksternal atau donor, dan bagaimana supaya belanja bisa menjadi lebih efektif?

Pengklasifikasian yang baik

Kata kunci suatu potret pembiayaan yang mengikuti standar yang baik adalah 'klasifikasi' menurut kode akun tertentu. Klasifikasi yang baik setidaknya memenuhi hal-hal berikut:

- Merepresentasikan suatu kebijakan yang penting, relevan
- Tidak duplikasi/ *double counting*, *mutually exclusive*, suatu transaksi diklasifikasikan hanya untuk satu kategori
- Sedapat mungkin mengikuti standar dan kesepakatan internasional (ICHA) karena rinci menjelaskan gambaran aliran dana sampai ke provider, fungsi pelayanan, bahkan penerima manfaat.
- Beberapa kode akun (menurut program, kegiatan dan resource cost/ sumber daya) telah menggunakan kode akun Permendagri
- Kombinasi menggunakan kode akun ICHA dan kode rekening Permendagri tidaklah sulit untuk dilakukan, di mana hasil DHA NTB ini mengikuti kode akun dengan hasil data yang sifatnya generik, mudah dimanipulasi sesuai format '*tailor made*' yang dikembangkan
- Harus *feasible* untuk diimplementasikan menggunakan data yang tersedia

2. Penyusunan DHA di NTB

Sebagai langkah awal, telah dilakukan secara langsung oleh para perencana di sembilan kabupaten/ kota di NTB pengumpulan data DHA dan dianalisis dengan beberapa catatan sebagai berikut:

- DHA NTB 2006 & 2007 hanya Dinas kesehatan dan rumah sakit. Pada tahun 2007 data dilengkapi dengan dana bersumber sektor lain dan beberapa donor.
- Menggunakan data realisasi yang mencerminkan riil pengeluaran (*spending/ expenditure*) tahun tsb.
- DHA menggunakan pendekatan “*financial cost*” bukan “*economic cost*”. Jadi, realisasi dana pada tahun yang sudah berlalu (bisa dibuat tren atau kecenderungan dalam beberapa tahun) dipotret apa adanya tanpa menghitung nilai penyusutan ataupun nilai ekonomisnya. Konsekuensinya, mungkin saja dana kesehatan di suatu daerah pada tahun tertentu tinggi karena saat itu Dinas Kesehatan melakukan pembelian alat atau barang atau membangun gedung puskesmas.
- Mencakup data dana investasi dan operasional
- Potret aliran dana (flow of fund) yang cermat dilakukan guna menghindari duplikasi perhitungan (*double counting*) serta mencegah *underestimate*

3. Apakah yang dimaksud dengan ‘dana untuk kesehatan’?

Apakah semua dana yang terkait kesehatan harus dihitung dalam suatu DHA? Hal tersebut terkait dengan batasan atau *boundary*.

Dalam melakukan estimasi dana yang mengalir untuk membiayai kesehatan dari berbagai sumber, seringkali ditemui kesulitan batasan ‘dana kesehatan’. Misalnya, air bersih atau makanan bergizi atau olahraga yang jelas bermanfaat untuk kesehatan, apakah termasuk dalam analisis DHA? Pertanyaan lain, apakah DHA hanya mencakup dana bersumber publik saja?

2.3.1 Definisi Operasional Pembiayaan Kesehatan:

Semua biaya yang secara eksplisit dialokasikan untuk meningkatkan atau mencegah penurunan status kesehatan masyarakat (Health Canada, 1996).

Seperti telah disinggung di muka, dalam DHA, yang dianalisis bukan hanya dana bersumber publik atau Pemerintah saja, tetapi juga mencakup dana bersumber swasta, donor dan masyarakat.

2.3.2 Apakah yang dimaksud dengan Pembiayaan Kesehatan Publik?

Pembiayaan kesehatan publik pembiayaan yang berasal dari Pemerintah dan sumber publik lainnya. Dalam DHA, hal tersebut dicakup dalam kumpulan tabel standar yang berisi informasi pembiayaan ke sehatan bersumber pemerintah menu rut berbagai aspek. Dalam kegiatan pendampingan di NTB, yang termasuk data publik adalah data sektor kesehatan (dana bersumber APBN, Dekon, DAK, TP, APBD I, APBD II, PAD, dana rumah sakit, serta dana Askeskin dan dana Askes PNS). Meski dana Askes PNS agen adalah PT Askes dan sumber dana se bagian adalah dari potongan gaji PNS, namun dikategorikan sebagai dana publik mengikuti klasifikasi NHA. Untuk data tahun 2007, dilengkapi dengan data dari sektor non-kesehatan.

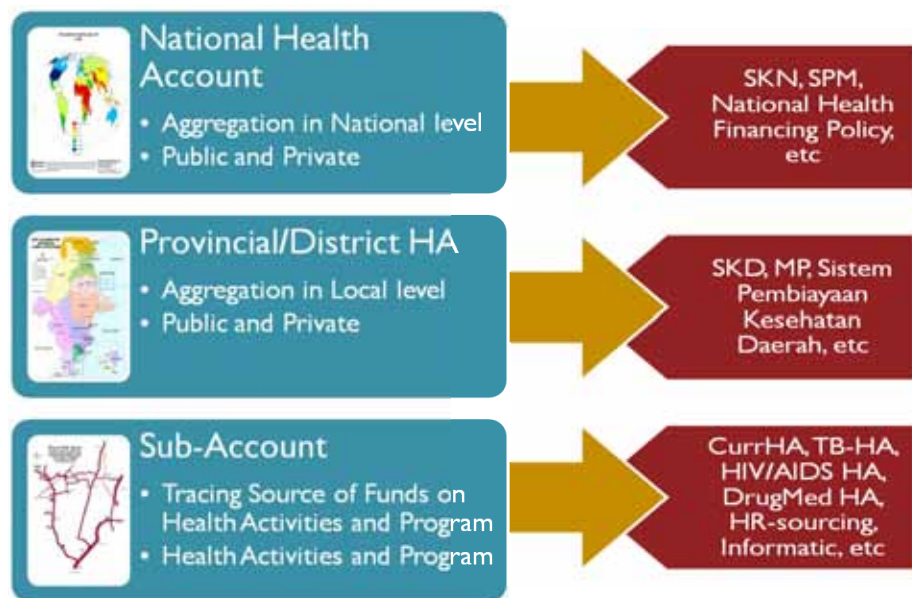
2.3.3 Adakah kaitan antara NHA, PHA, DHA dan Sub-Account serta dokumen kebijakan di berbagai jenjang?

Seperti dijelaskan di dalam panduan NHA, informasi mengenai pembiayaan dibutuhkan di berbagai jenjang, mulai dari Pusat (NHA), provinsi (PHA), maupun kabupaten/kota (DHA). Bila NHA mencakup gambaran semua dana ke sehatan (berbagai program), maka sub-account hanya memotret pendanaan untuk program tertentu saja, misalnya HIV/AIDS, TBC atau ke sehatan ibu. Program-program prioritas membutuhkan gambaran rinci tersebut guna memperoleh potret bagaimana sejumlah dana dialirkan dan dimanfaatkan oleh target populasi.

Adapun kaitan dengan dokumen kebijakan di berbagai jenjang juga jelas, misalnya di tingkat nasional, suatu NHA memberikan informasi penting untuk kebijakan pembiayaan. Data yang dihasilkan akan menjadi acuan alokasi sumber daya, selaras dengan SKN, Rencana Jangka Panjang, bahkan reformasi kebijakan yang terkait dengan MDG dimana secara eksplisit disebutkan pentingnya monitoring finansial untuk bidang kesehatan.

Kaitan antara NHA, PHA, DHA serta dokumen kebijakan dapat digambarkan dalam skema sebagai berikut:

System of Health Account Linkages



Kesimpulannya, suatu DHA menjelaskan pendanaan ke kesehatan di kabupaten/ kota, serta menunjukkan bahwa transparansi pemanfaatan dana tersebut.

2.3.4 Apa yang dimaksud dengan agen, sumber, fungsi, resource cost, provider, dan beneficiary?

Agen Pendanaan:

- Adalah lembaga/institusi/ entitas dalam sistem yang **mengarahkan penggunaan dana** yang telah disediakan oleh sumber pendanaan untuk membeli atau membayar kegiatan yang ada dalam batasan akun kesehatan

Sumber Pendanaan:

- Adalah lembaga/institusi atau entitas dalam sistem yang **menyediakan dana** yang digunakan oleh agen pendanaan dalam sistem tersebut.
- Sumber dana terdiri dari: Pemerintah (Pusat, Daerah), masyarakat (out-of-pocket), swasta (perusahaan negara/BUMN dan swasta, asuransi swasta), Asuransi sosial (ASKES), serta donor (dalam NHA dimasukkan dalam kategori *rest of the world*). Sumber dana juga termasuk di dalamnya LSM atau badan filantropist atau institusi lainnya yang menghimpun dana misal nya di Indonesia Muhammadiyah, NU, Dompot Dhuafa dll.

Pengeluaran dana kesehatan (*health expenditure*) menurut provider:

- entitas yang **menerima uang/dana** sebagai ganti atau mendukung upaya yang menghasilkan kegiatan dalam batas akun kesehatan yang telah disepakati.

Pengeluaran dana kesehatan (*health expenditure*) menurut fungsi:

- jenis-jenis barang dan pelayanan yang disediakan dan kegiatan yang dilakukan dalam batas-batas *health account* dan dikelompokkan berdasarkan tujuan.

Resource cost (komponen biaya)

- Faktor atau input yang digunakan provider atau agen pembiayaan (FA) untuk memproduksi pelayanan (jasa/ barang) yang dikonsumsi atau aktifitas yang dilaksanakan oleh sistem kesehatan.

Penerima manfaat (*Beneficiary*)

Apa yang dimaksud dengan „penerima manfaat”?

- Menurut *Public Health Expenditure Review* (PHER):
 - Beneficiary adalah sekelompok masyarakat yang menerima manfaat pelayanan kesehatan (barang/jasa).
 - Pengelompokan bisa menurut status sosioekonomi, geografi (urban/rural), gender, umur
- Menurut WHO:
 - Individu atau kelompok yang menerima manfaat atau dijamin suatu kebijakan pembiayaan/ asuransi untuk mendapatkan pelayanan kesehatan

2.3.5 Bagaimana mengidentifikasi Agen, sumber, provider, penerima manfaat (*beneficiary*) dan komponen biaya (*resource cost*)

Telah dijelaskan sebelumnya bahwa kita kunci untuk suatu potret pembiayaan kesehatan yang baik adalah „kode akun” dan „klasifikasi”. Agar data dapat dikelompokkan sesuai kode akun yang benar, kita perlu memahami alur aliran dana (*flow of fund*). Alur dana tersebut akan membantu kita mengidentifikasi dari mana sumber, siapa agen, siapa provider dsb. Pemahaman atas sistem keuangan daerah menjadi prasyarat agar tidak terjadi misklasifikasi. Beberapa kasus sederhana di bawah ini dapat menjadi contoh siapa sumber, siapa agen, siapa provider dsb:

Kasus 1:

➤ Dana DAK yang dialokasikan dari pusat ke Dinkes Kabupaten untuk renovasi Puskesmas	➤ Agen = Dinkes ➤ Sumber = Pusat ➤ Provider = Dinkes (asumsi penyelenggara kegiatan Dinkes) ➤ Penerima manfaat = Puskesmas ➤ Komponen biaya = <i>capital expenditures</i>
--	---

Kasus 2:

➤ Gaji dokter PTT yang dibayar oleh Pusat untuk dokter yang bekerja di Puskesmas	➤ Agen = Dinkes ➤ Sumber = Pusat ➤ Provider = Puskesmas ➤ Penerima manfaat = Puskesmas ➤ Komponen Biaya = pengeluaran operasional di Puskesmas
--	--

2.3.6 Pendekatan untuk estimasi DHA

Untuk melakukan estimasi besar dana dan peruntukannya dalam NHA maupun DHA, dikenal dua pendekatan, yaitu *top-down* dan *bottom-up*.

Apa yang dimaksud dengan pendekatan Top-down untuk estimasi??

- Pada dasarnya NHA dilakukan dengan pendekatan *top-down*, terutama karena bersumber pemerintah karena sumber data adalah dari dokumen keuangan yang seringkali tidak rinci.
- Metode estimasi di mana angka-angka estimasi menggunakan data agregat dan kemudian didistribusikan ke tingkat dis-agregat (tingkat/kegiatan yang lebih detail)
- Untuk angka yang detail di tingkat bawah dibutuhkan dasar asumsi. Misal: data dana menurut fungsi Rawat jalan dan Rawat Inap, bila tidak diperoleh rincian datanya, dari mana dasar asumsi kita? Suatu studi rumah sakit mungkin akan membantu untuk dasar asumsi. Pengeluaran perusahaan swasta untuk kesehatan di mana data survei variabelnya terbatas, dari mana kita mendapat informasi pengeluaran swasta menurut fungsi? Asumsi menurut fakta pola utilisasi di masyarakat dapat dipergunakan dengan berbagai catatan kehati-hatian dalam interpretasi.
- Data sub-nasional sebetulnya juga merupakan proses *bottom-up* untuk NHA, sebagai dasar untuk melakukan disagregasi menurut komponen (misalnya menurut jenis provider atau fungsi), karena data nasional umumnya berupa agregat.

Pembahasan selanjutnya dalam modul difokuskan kepada dana bersumber publik saja, dengan dua alasan:

1. Data yang terkumpul untuk tahun 2006 yang merupakan hasil kegiatan sebelumnya hanyalah data publik. Fokus kegiatan pendampingan lebih kepada pengembangan „data base’ untuk data publik. Untuk kegiatan inipun dibutuhkan upaya yang ajek dan komitmen dari peserta. Dengan demikian diputuskan untuk fokus kepada data publik saja pada tahap awal ini.
2. Data bersumber swasta dan masyarakat membutuhkan upaya khusus, biasanya melalui suatu survey karena data tidak tersedia dalam bentuk dokumen di Dinas Kesehatan atau Pemda. Untuk itu dibutuhkan kerjasama dengan institusi lain seperti perguruan tinggi setempat, BPS atau institusi lainnya.

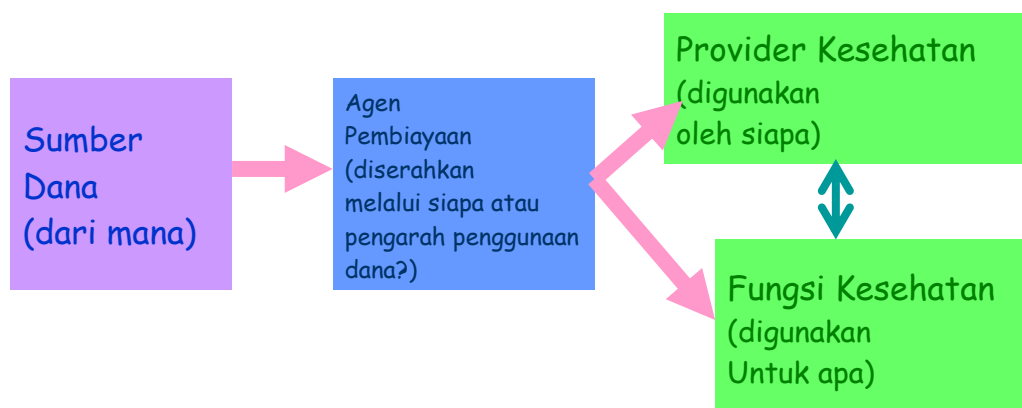
III. ALIRAN DANA KESEHATAN (FLOW OF FUND)

1. Langkah-langkah

Memahami alur aliran dana atau *flow of fund* merupakan langkah penting dalam mengembangkan suatu DHA. Adapun langkah kunci untuk proses ini adalah :

- Definisikan batasan variabel yang dimaksud (boundaries): sumber, agen, provider, fungsi, dsb.
- Gambarkan aliran dana (flow of fund) melalui matriks “SUMBER dan PENGGUNA”.
- Tentukan kategori dari sumber, agen, dan penggunaan (provider dan fungsi)

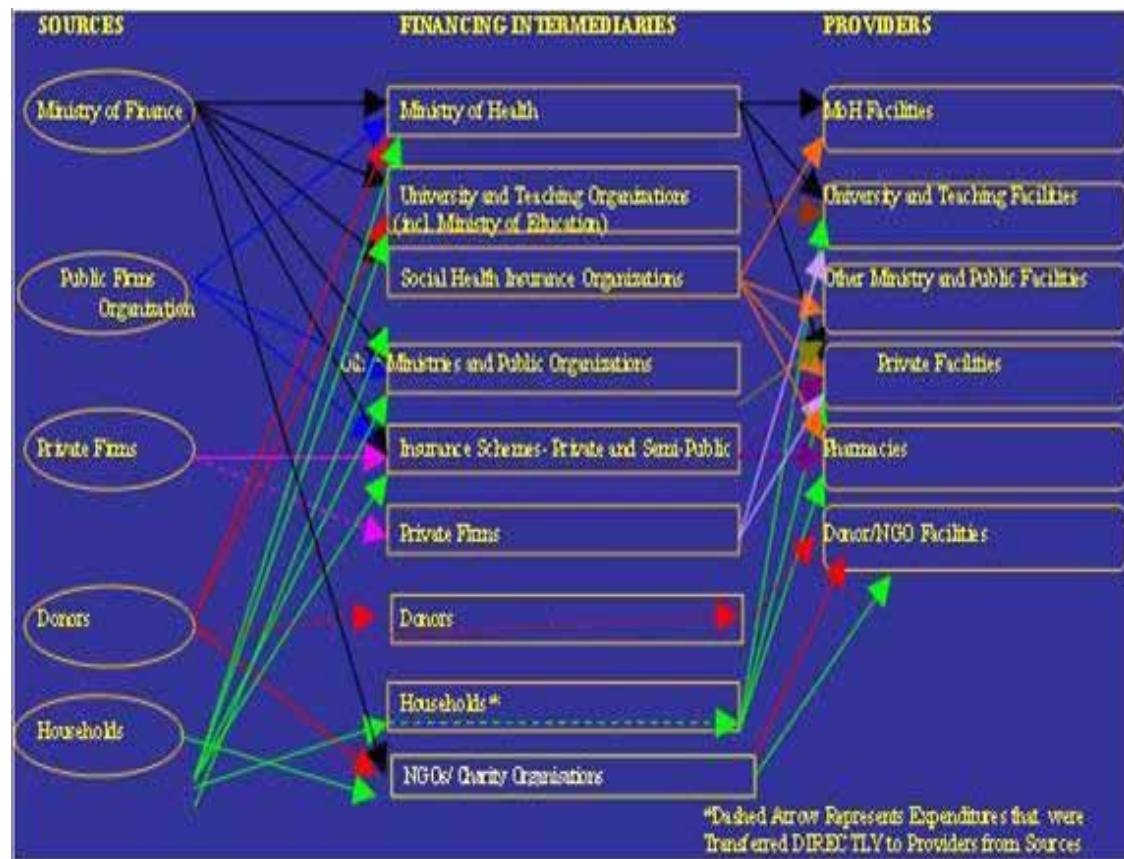
Alur aliran dana dapat ditelusuri menurut sumber (dana berasal dari mana), mengalir ke instansi mana (agen pendanaan), siapa yang menggunakan dana tersebut (provider), untuk fungsi-fungsi dan komponen apa saja, dan akhirnya siapa penerima manfaat. Secara sederhana gambaran alur dana tersebut adalah sebagai berikut:



Pemahaman tentang alur dana sangat penting agar kita dapat mengetahui secara akurat besaran dana kesehatan secara keseluruhan, tidak duplikasi atau *double counting* atau mungkin *overestimate* ataupun *underestimate*. Demikian juga kita dapat mengetahui ke mana dana mengalir, apakah menyentuh *beneficiary* yang ditargetkan atau hanya dinikmati aparat birokrat saja atau fungsi manajemen menyedap dana berlebihan, serta apakah program yang dianggap prioritas mendapatkan porsi dana yang cukup.

2. Mengidentifikasi Alur dana (*flow of fund*)

Dalam memahami mana sumber, agen (intermediary), provider dan fungsi secara sistematis alur dapat digambarkan seperti contoh berikut.

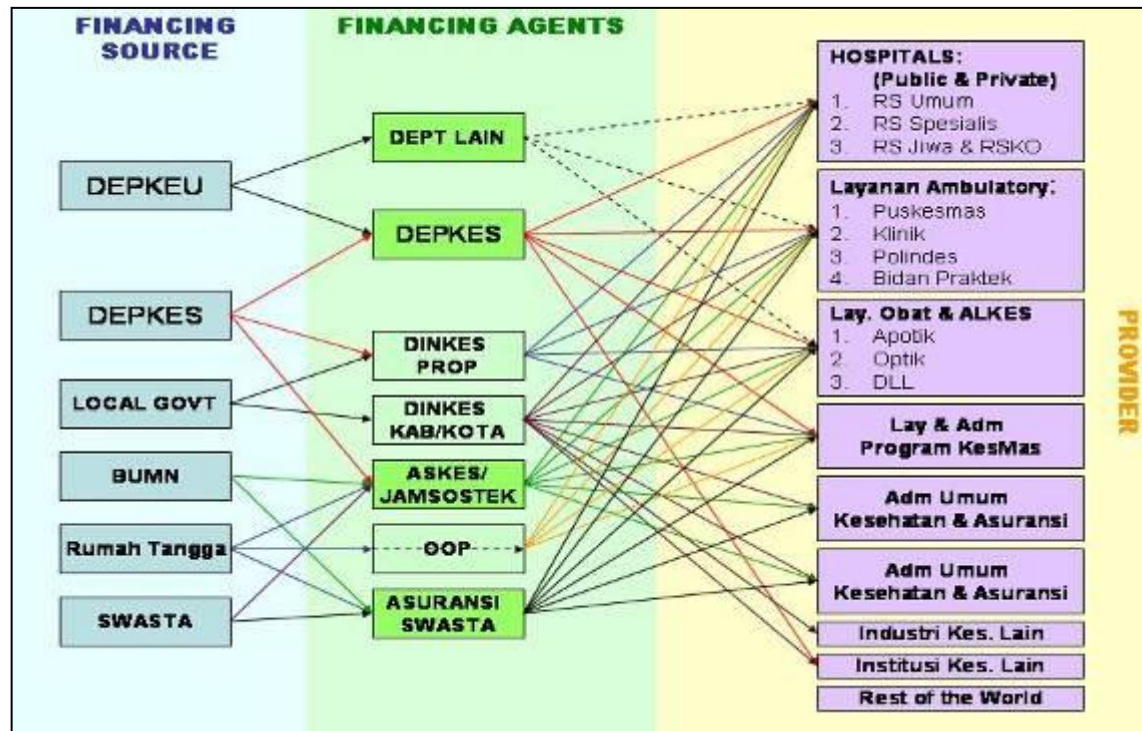


Gambar di atas menunjukkan bahwa alur dana dimulai dari sumber, kemudian agen atau perantara (intermediary) dan mengalir ke provider. Sebagai contoh, dari sumber Departemen Keuangan, dana kesehatan mengalir ke agen-agen Departemen Kesehatan, sektor lain, institusi lain, bahkan mungkin juga LSM. Dana yang mengalir ke agen Departemen Kesehatan dapat dikelola oleh provider Departemen Kesehatan sendiri (misalnya untuk program tertentu) atau ke puskesmas atau rumah sakit.

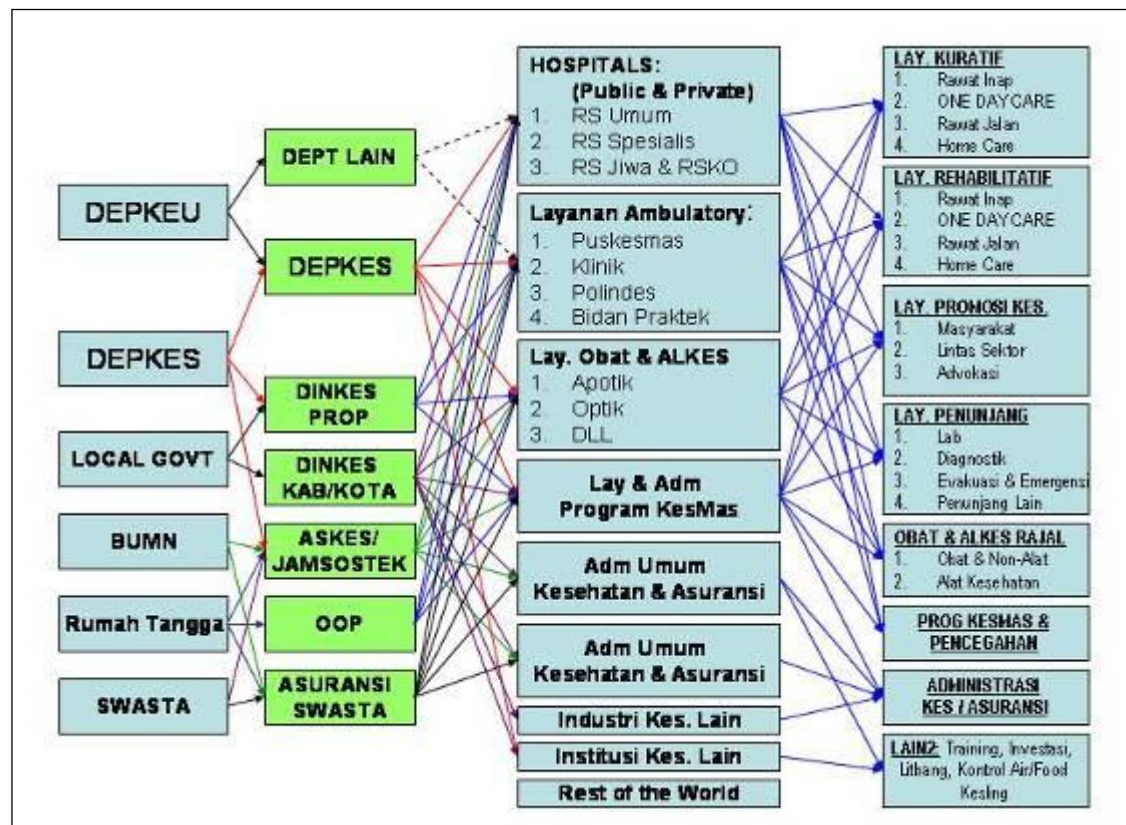
Bagaimana gambaran alur dana menurut sumber, agen dan provider untuk konteks Indonesia?

Gambar berikut menjelaskan bagaimana sumber dari berbagai departemen mengalirkan dana ke agen pendanaan (yang mengelola dan mengarahkan dana) serta siapa providernya (rumah sakit, institusi pelayanan kesehatan lain, administrasi dll). Selanjutnya dapat diidentifikasi dana tersebut digunakan untuk fungsi-fungsi apa saja? Misalnya pelayanan kuratif, promotif, administrasi dll.

Alur dana dari Sumber- Agen-Provider



Alur dana dari Sumber – Agen – Provider - Fungsi



IV. PENGUMPULAN, PENGOLAHAN dan ANALISIS DATA PEMBIAYAAN PUBLIK

Dalam kegiatan DHA di NTB, staf perencanaan dan unit teknis dari sembilan kabupaten/kota dengan dukungan dari tim provinsi melakukan proses pengumpulan data serta memasukkan data ke dalam template dengan berbasis program excel yang telah dikembangkan khusus untuk DHA oleh tim fasilitator. Dengan template tersebut dapat dengan mudah dilakukan data entry, pengecekan data dan format sel-sel juga dibuat sedemikian rupa agar *'user friendly'* dan mencakup potret alur dana dari sumber, agen, fungsi, provider dan penerima manfaat (beneficiary) serta komponen biaya (*resource cost*).

1. Sumber data

Sumber data adalah dokumen-dokumen resmi yang tersedia di Dinas Kesehatan dan rumah sakit yang terpilih di masing-masing kabupaten, termasuk di dalamnya dokumen APBD II, dokumen anggaran lain, dokumen perencanaan, realisasi anggaran, kinerja dan dokumen pendukung lain seperti data kepegawaian, dsb.

Data yang dikumpulkan adalah data realisasi, bukan alokasi. Dalam kondisi di mana data realisasi tidak tersedia secara detail untuk disagregasi (dirinci) menurut fungsi atau provider, maka asumsi-asumsi untuk membebankan dana ke tiap fungsi harus dilakukan dengan bantuan data alokasi atau fakta lain, seperti output sebagai dasar pembobotan. Pengalaman pada proses DHA di NTB peran provinsi sangat membantu dalam melakukan identifikasi berbagai kegiatan dan dana untuk program dan fungsi, termasuk proses identifikasi dana dari Pusat maupun yang diterima dalam bentuk *'inkind'*, seperti vaksin dan obat.

Sumber Anggaran	Nama Dokumen
APBD II dan APBD I	DPA (Dokumen Pelaksanaan Anggaran), nama untuk tahun 2008. Tahun sebelumnya (2006 & 2007) istilahnya adalah DASK (daftar isian satuan kerja)
Dekon	DIPA (daftar isian pelaksanaan anggaran)
DAK	Masuk ke APBD, namanya untuk 2008 adalah DPA.
TP (Tugas Pembantuan)	DIPA (daftar isian pelaksanaan anggaran)
Gaji PTT	Gaji PTT

2. Format-format Berdasarkan Klasifikasi Internasional dan Permendagri 13/ 2006

DHA yang dikembangkan di NTB berdasarkan pengalaman riil di lapangan pada dasarnya menganut konsep *‘mulailah dengan mengidentifikasi riil dana secara generik agar dimengerti alur dana apakah sudah memadai menyentuh target prioritas program, sumber dari mana saja, siapa agen, provider dan untuk fungsi apa saja....’* Untuk itu, klasifikasi dapat digunakan dua pendekatan: klasifikasi internasional di mana pendekatan *flow of fund* dikedepankan (mulai dari agen, bukan dari komponen biaya atau *resource cost*), atau menurut klasifikasi Permendagri 13/2006 (atau Permendagri 2007) di mana uraian mata anggaran belanja daerah memiliki kode rekening sendiri.

Pada prinsipnya tidak ada hal yang bertentangan antara kedua klasifikasi ini. Dalam proses DHA di NTB, komponen belanja langsung misalnya, dengan kode rekening no 5 (Belanja Daerah) sebetulnya adalah komponen biaya (*resource cost*) RC 1.1.1 (Gaji/tunjangan) ataupun RC 1.13 (Penghasilan, honor, uang lembur). Seberapa detil data entry akan dilakukan tergantung format yang dikembangkan sesuai kebutuhan daerah.

Apabila memang diinginkan data entry secara rinci sesuai Permendagri 13/2006 maka komponen biaya (*resource cost*) dibuat lebih detil lagi.

Selanjutnya, dalam Bab V disampaikan klasifikasi menurut ICHA dan Bab VI klasifikasi menurut Permendagri 13/2006. Klasifikasi menurut ICHA dibuat mengikuti panduan NHA WHO, dengan catatan definisi operasional dikembangkan sesuai kebutuhan lokal dan beberapa komponen yang tidak atau belum relevan dengan kondisi Indonesia dikosongkan. Contohnya pelayanan *nursing home*, di kota-kota besar mulai tersedia, namun di NTB jelas belum ada. Klasifikasi menurut Permendagri tidak dibuat secara khusus dalam modul ini, tetapi diberikan contoh bagaimana komponen *resource cost* (komponen biaya) bisa diterjemahkan ke dalam kode rekening Permendagri tersebut.

3. Langkah-langkah Pengisian Data DHA (Dana Publik)

A. Template dasar

Template ini dikembangkan berdasarkan program Excel office. Template ini disusun sesederhana mungkin agar pengguna dapat dengan mudah memahami dan menggunakannya (anda diminta menggunakannya langsung di komputer masing-masing)

B. Sistematika template

Template ini terdiri dari 3 lembar kerja yaitu satu lembar kerja data base dan 2 lembar kerja pendukung. Lembar kerja data base adalah lembar kerja utama dimana data-data dimasukkan. Sedangkan lembar kerja pendukung adalah lembar kerja yang digunakan untuk melakukan konfirmasi jumlah anggaran dalam besaran global per-subdin dan rekapitulasi dukungan *inkind* dari sumber publik.

Template data dasar terbagi atas dua bagian besar yaitu ke kelompok mata anggaran dan kelompok klasifikasi DHA. Dalam template ini data dipisahkan menurut digit tingkat kode akun dalam dokumen anggaran daerah dan digit dalam klasifikasi DHA menurut ICHA dan NHA Indonesia.

Semakin besar digit template menunjukkan tingkat kerincian dalam data base yang dikembangkan. Dalam template ini hanya dikembangkan maksimal sampai 3 digit klasifikasi DHA, sementara untuk identifikasi komponen biaya (resource cost) diuraikan secara rinci mungkin sesuai kebutuhan. Kerincian menurut komponen biaya (resource cost) sangat diperlukan untuk memudahkan melakukan re code ke kolom klasifikasi DHA yang telah disesuaikan dengan Permendagri 13/2006.

Dalam kolom klasifikasi akun DHA setiap data yang di-input sudah dibakukan dalam setting *validasi check* (berdasarkan pilihan yang ada di tiap sel), namun perubahan data input ini dapat dilakukan dengan menambahkan input yang diperlukan dalam setting data validasi. Jika ingin mengubah/menambahkan klasifikasi harus memperhatikan pedoman klasifikasi DHA yang sudah disepakati agar tetap dapat dibandingkan (*comparable*).

Cara mengubah validasi setting dalam Excel (2003) adalah :

1. Pilih „data’
2. Pilih „validation’
3. Pilih „setting’
4. Masukkan judul kolom pada isian pertama
5. Masukkan/tambahkan input pada baris kosong kedua (klasifikasi)

C. Petunjuk pengisian

1. Pada kolom -kolom ke kelompok mata anggaran input dapat bebas dilakukan karena variasi input data dalam dokumen anggaran sangat lebar. Dengan demikian peserta dapat memasukkan apa saja sesuai dokumen anggaran yang ada.
2. Hal yang perlu diperhatikan dalam memasukkan data adalah tingkat angka klasifikasi (digit) mata anggaran harus konsisten. Keterangan mata anggaran harus dimasukkan sesuai tingkat angka klasifikasi (digit) dalam dokumen.
3. Pada kolom -kolom ke kelompok klasifikasi DHA, semua yang akan dientri sudah dibakukan sesuai klasifikasi DHA yang ada beserta kodenya. Kode klasifikasi tidak dapat diubah tanpa memperhatikan pedoman yang sudah ada.
4. Peserta hanya tinggal memilih klasifikasi yang paling sesuai dengan „mengklik” pilihan yang sudah disediakan. Karena mudah melakukan entri data, maka peserta dimohon kehati-hatiannya ketika memilih klasifikasi agar tidak terjadi salah entri.
5. Peserta disarankan melakukan entri komponen biaya (resource cost) terlebih dahulu baru kemudian melakukan klasifikasi DHA (menurut fungsi, provider, agen dan sumber).

6. Lakukan penyimpanan (save) setiap kali selesai melakukan sejumlah data entri agar tidak hilang sewaktu-waktu bila ada gangguan.
7. Buatlah copy file setelah selesai melakukan data entri.

D. Template dan Variabel-variabel

Dalam pelatihan di NTB, secara keseluruhan ada sekitar 47 variabel yang dikembangkan dalam template, setiap kolom menunjukkan variabel yang diperlukan untuk memudahkan klasifikasi DHA dan analisis lanjutan yang diperlukan. Jumlah variabel atau kolom bisa disesuaikan kebutuhan seberapa detail analisis ingin dilakukan.

Variabel-variabel tersebut adalah:

KOTA
 Tahun
 sumber dana (FS 1)
 FS(2)b
 FS(3)b
 FS(4)
 dokumen sumber
 Jenis sumber (cash/in-kind)
 FS-Besar Dana (Rp)
 Agen (HF1)
 HF(2)b
 HF(3)b
 HF(4)b
 Subdin/ bidang
 Subdin
 Besar subdin (Rp)
 Program2
 Kegiatan
 Kegiatan2
 sub-kegiatan
 HF-Besar Dana (Rp)
 HF-Catatan
 Provider HP(1)b
 HP(2)b
 Dinkes/RS
 HP(3)b
 HP-Besar Dana (Rp)
 HP-Asumsi disagregasi
 HP-Catatan
 Fungsi HC(1)
 HC(2)
 HC(3)b
 HC(4)rs
 HC-Besar Dana (Rp)
 HC-Asumsi disagregasi
 HC-Catatan
 Sumber Daya RC(1)
 RC(2)

RC(3)
 RC(4)
 RC-Besar uang (Rp)
 RC-Asumsi disagregasi
 RC-Catatan
 Penerima Manfaat BC (1)
 Penerima Manfaat BC (2)
 Penerima Manfaat BC (3)
 BC-Catatan

Penjelasan beberapa variabel template

Berikut adalah penjelasan variabel-variabel, lengkapnya ada dalam bab selanjutnya:

1. Tahun
 Kolom tahun menunjukkan tahun anggaran yang dimasukkan, peserta dapat melakukan entri lebih dari satu tahun anggaran sampai kapasitas maksimal baris Excel. Masukan angka tahun dalam 4 digit (2006, 2007, dst)
2. Kota
 Kota atau kabupaten daerah yang bersangkutan
3. Klasifikasi menurut sumber

Sumber dana (FS 1)	FS.1 Biaya publik FS.2 Private funds FS.3 Rest of the world funds
FS(2)b	FS.1.1 Dana pemerintah FS.1.2 Dana Pemerintah lainnya (PHLN) FS.2.1 Perusahaan (Pemberi Kerja) FS.2.2 Rumah Tangga (Household funds) FS.2.3 Lembaga Non-profit yang memberikan pelayanan mandiri FS.2.4 Dana Sektor swasta FS.3.1 Unicef FS.3.4 GTZ
FS(3)b	FS.1.1.1 Pemerintah pusat FS.1.1.2 Propinsi FS.1.1.3 Kabupaten/kota FS.1.2.1 Pendapatan pengelolaan aset lembaga pemerintah FS.1.2.2 Pinjaman FS.2.1.1 PT (Perusahaan swasta DN) FS.2.1.2 PT (Perusahaan swasta LN) FS.2.4.1 Pendapatan pengelolaan aset lembaga swasta
Dokumen sumber	APBN APBD I APBD I DAK TP DEKON PHLN Lain-lain

4. Klasifikasi menurut agen (HF)

Agen (HF1)	Publik Private Rest of the world (lainnya)
HF(2)b	HF.1.1 Wilayah pemerintahan HF.1.3 Program asuransi PNS HF.1.4 Perusahaan Negara/BUMN HF.1.2 Dana Pengaman Sosial (Social security funds)
HF(3)b	HF.1.3.2 Jamsostek HF.1.3.3 Bapel /jamkesda HF.1.1.1 Pemerintahan pusat HF.1.1.2 Pemerintahan propinsi HF.1.1.3 Pemerintahan kabupaten/kota HF.1.2.1 PT. Askes *** (askeskin) HF.1.2.2 Dinas Kesehatan kabupaten/kota HF.1.2.3 Lainnya HF.1.3.1 PT. Askes *** (hanya ASKES PNS)

5. Subdin

Pilihan subdin yang disediakan didalam template ini adalah merupakan kesepakatan antara kabupaten/kota di NTB. Dengan tujuan agar dapat dibandingkan antar kab/kota se NTB. Contohnya:

1. Yankes
2. KIA/Gizi
3. Promkes
4. P2PL
5. Perencanaan
6. dst

6. Program

Kolom Program menunjukkan jenis program kesehatan yang dibiayai dalam tahun anggaran bersangkutan.

Contoh pilihan program yang ada di template:

1. Program Pelayanan Administrasi Perkantoran
2. Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur
3. Program Peningkatan Disiplin Aparatur
4. Program Fasilitasi Pindah/Purna Tugas PNS

7. Kegiatan

Kolom kegiatan berisikan rincian jenis kegiatan program yang dibiayai dalam tahun tersebut, misalnya:

01.01 Penyediaan jasa surat menyurat
01.02 Penyediaan jasa komunikasi, sumber daya air dan listrik
01.03 Penyediaan jasa peralatan dan perlengkapan kantor
01.04 Penyediaan jasa jaminan pemeliharaan kesehatan PNS

8. Sub Kegiatan

Mempertimbangkan banyaknya variasi sub kegiatan maka untuk bagian sub kegiatan template dibiarkan terbuka, pengguna dapat mengisiskan nama sub kegiatan sesuai dokumen anggaran.

9. Klasifikasi provider

Provider HP(1)b	HP.1 Rumah sakit HP.2 Fasilitas dan panti perawatan HP.3 Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan HP.4 Penjualan ritel dan alat layanan kesehatan HP.5 Pelayanan dan administrasi program kesehatan masyarakat HP.6 Administrasi kesehatan umum dan asuransi HP.7 Semua industri lainnya (rest of the economy) HP.8 Institusi yang berhubungan dengan layanan kesehatan HP.9 Rest of the world
HP(2)b	HP.1.1 RS Umum HP.1.2 RS Jiwa dan Ketergantungan Obat HP.1.3 RS Khusus (Kusta, paru) HP.1.4 RS non-allopathic systems(RS herbal : Cina atau Ayurveda) HP.2.1 Fasilitas perawatan HP.2.2 Panti Rehab kesehatan dan retardasi mental, serta ketergantungan obat HP.2.3 Panti Jompo
HP(3)b	HP.3.1.1 Praktisi Kedokteran Pemerintah HP.3.1.2 Praktisi Kedokteran swasta HP.3.4.1 BP HP.3.4.2 KIA-Imun HP.3.4.3 UKS HP.3.4.4 USILA HP.3.4.5 Semua pusat kerja sama pelayanan dan rawat jalan multi specialist HP.3.4.9 Semua pusat pelayanan rawat jalan masyarakat dan pelayan terpadu lain

10. Klasifikasi menurut Fungsi

Fungsi HC(1)	HC.1 Pelayanan kuratif HC.2 Pelayanan rehabilitatif HC.3 Pelayanan long-term nursing care HC.4 Layanan pelengkap perawatan medis MANDIRI HC.5 Alat-alat/bahan medis yang diberikan kepada pasien rawat jalan HC.6 Pelayanan Preventif dan kesmas HC.7 Adm Kesehatan dan Asuransi Kesehatan HC.R.1-5 Fungsi-fungsi terkait kesehatan
HC(2)	HC.1.1 Pelayanan kuratif rawat inap HC.1.2 Perawatan kuratif kasus harian HC.1.3 Pelayanan kuratif rawat jalan HC.1.4 Pelayanan kuratif rawat rumah HC.2.1 Perawatan rawat inap rehabilitatif HC.2.2 Perawatan rehabilitatif kasus harian Dan seterusnya.....
HC(3)b	HC.1.1.1 Pelayanan medis HC.1.1.2 Penunjang Pelayanan HC.1.3.1 Pelayanan medis HC.1.3.2 Pelayanan non medis HC.5.1.1 Obat resep HC.5.1.2 Obat luar (over the counter) HC 5.1.3 Bahan medis habis pakai HC.5.2.1 Kacamata dan alat bantu melihat HC.5.2.2 Perlengkapan Orthopaedic dan prosthetic lain HC.5.2.3 Alat bantu mendengar Dan seterusnya

11. Komponen Biaya (komponen biaya/ resource cost 1 digit)

Resources Cost (sumber daya)
RC.1 Biaya operasional
RC.2 Pengeluaran investasi/kapital

12. Jenis Belanja (komponen biaya/ resource cost 2digit)

Kolom ini menunjukkan rincian penggunaan anggaran yang dalam jenis anggaran yang bersangkutan, contohnya:

RC.1.1 Kompensasi bagi staf/petugas
RC.1.2 Suplai dan pelayanan
RC.1.3 Biaya pemeliharaan
RC.1.4 Bunga bank
RC.1.5 Subsidi untuk provider
RC.1.6 Kontribusi/sumbangan ke Rumah tangga
RC.1.7 Perjalanan
RC.2.1 Bangunan
RC.2.2 Benda Bergerak (Movable Equipment)
RC.2.3 Capital transfer to providers

13. komponen biaya/resource cost (3 digit)

RC.1.1.1 Gaji/tunjangan
RC.1.1.2 Tunjangan (social contribution)
RC.1.1.3 Penghasilan, Honor & Uang Lembur
RC.1.2.1 Suplai material
RC.1.2.2 BIAYA JASA

14. Penerima manfaat (Beneficiary)

Penerima Manfaat BC (1)	BC.1 Publik BC.2 Aparatur
Penerima Manfaat BC (2)	BC.1.1 Masy Umum BC.1.2 Maskin BC.2.1 Puskesmas BC.2.2 Dinas/Badan Kab BC.2.4 Rumah Sakit BC.2.3 Dinas/Badan Prop
Penerima Manfaat BC (3)	BC.1.1.1 Ibu Umum BC.1.1.2 Balita - Anak Sekolah Umum BC.1.1.3 Usila Umum BC.1.1.4 Lainnya Umum BC.1.2.1 Ibu Maskin BC.1.2.2 Balita - Anak Sekolah Maskin BC.1.2.3 Usila Maskin BC.1.2.4 Lainnya Maskin

E. Lembar Pendukung

1. Lembar rekapitulasi global subdin adalah lembar kerja yang berisikan rekap kegiatan dan jumlah anggaran menurut sumber pembiayaan. Lembar kerja ini fungsinya adalah membantu mengontrol jumlah total anggaran kesehatan

yang ada. Inventarisir semua kegiatan dan anggaran yang ada dalam tahun yang ditetapkan menurut subdin, kegiatan dan sumber anggaran.

Subdin : Yankes				
Sumber				
Kegiatan	APBD I	APBD I	APBN	APBN dekon
16.01	1,886,809,000.0			
16.02	882,025,000.0			
16.04	5,000,000.0			
16.09	97,550,000.0			
16.11	81,265,600.0			
16.12	1,867,697,000.0			
	4,820,346,600.0			

2. Lembar pendukung rekap inkind support adalah lembar kerja yang diperuntukkan bagi semua dukungan dalam bentuk innatura. Pembiayaan kesehatan tidak semuanya dalam bentuk dana, banyak dukungan yang berbentuk inkind (innatura) atau dalam bentuk barang. Seperti obat program dari Pusat (TB dan malaria) atau MPASI.

Subdin : Yankes				
Sumber				
Kegiatan	APBD I	APBD I	APBN	APBN dekon
Obat	1,886,809,000		2.000.000.000	
Vaksin			882,025,000	
MPASI	250,000,000			50 box
Kelambu			100 paket	

Dukungan dalam bentuk barang harus didisagregat dan dirupiahkan (dinilai dalam bentuk nilai uang) agar dapat diintegrasikan kedalam data base utama. Caranya dengan mencari harga perunit dari masing-masing barang atau material yang ada dalam tahun tersebut..

F. Asumsi dan Disagregasi

Asumsi dan upaya diagregasi diperlukan untuk memperoleh nilai rupiah yang perlu didistribusikan diantara program atau subdin. Setiap asumsi yang dikembangkan harus dicatat dan harus didukung dengan informasi atau dasar pemikiran yang dapat diterima/disepakati bersama. Dasar asumsi ini harus disepakati bersama, misalnya bila data gaji pegawai tidak bisa dirinci menurut unit, bagaimana disagregasinya? Misalnya diputuskan berdasarkan rata-rata persentase waktu/ kegiatan untuk masing-masing unit/ program. Setiap asumsi perlu dicatat setelah menjadi kesepakatan antar kabupaten/ kota sehingga tahun-tahun berikutnya tidak perlu mengembangkan asumsi baru lagi.

G. Pemeriksaan ulang

Pastikan bahwa klasifikasi yang sudah disusun diperiksa kembali dan disimpan.

Ringkasan Proses Data entry:

- Lakukan pemetaan *flow of fund*
- Lakukan pemetaan by sources (sumber dana)
 - Lakukan by subdin
 - Program
 - Kegiatan
 - » Mata anggaran
- Lakukan untuk semua program satu per satu
- Biaya di kesekretariatan (gaji) didistribusikan ke tiap subdin/bidang
- Bagilah secara jelas menurut sumber anggaran, jangan menurut subdin di mana mungkin saja sumber dananya berbeda-beda
- Ingat, lakukan pelatihan kepada petugas pemasuk data terutama definisi dan pengertian setiap variabel. Apalagi bila ada lebih dari satu petugas pemasuk data, semua petugas harus sama persepsinya. Pengalaman di NTB menunjukkan bahwa seringkali antar petugas entry berbeda persepsi sehingga salah melakukan pengklasifikasian biaya/variabel.

Penggabungan Data

- Lakukan penggabungan data menurut sumber
- Untuk penggabungan data perlu diperhatikan jumlah variabel harus sama dan harus ada nama variabelnya

Cleaning Data

- Lakukan analisis data menurut table standar
- Periksa data-data yang tampak tidak logis atau “aneh” atau salah dalam melakukan klasifikasi
 - Cek alur klasifikasinya
- Lihatlah, apakah ada penjelasan data yang *blank* pada hasil pivot
 - Lakukan penelusuran data tersebut, diperiksa apakah karena missing data atau memang klasifikasinya tidak tersedia. Koreksi seperlunya.
- Gunakan pedoman data sebagai data rujukan, misalkan per sumber, per subdin/bidang
- PASTIKAN AGAR TIDAK TERJADI DOUBLE COUNTING, APALAGI BILA PROSES DATA ENTRY DI PECAH DAN DI MASUKKAN OLEH BEBERAPA PETUGAS

4. Analisis Data Pembiayaan Publik Menggunakan Pivot Tabel

Setelah data yang bersih dimasukkan ke dalam template dan diolah, langkah selanjutnya dilakukan analisis menggunakan pivot table. Perhatikan pada tingkatan mana yang akan di run datanya (satu, dua, tiga, atau empat digit, semakin dalam semakin rinci. Hasil run data pivot, sebaiknya dipindahkan ke sheet/file lain untuk dibuatkan table atau grafik untuk menghilangkan link datanya. Ingatlah bahwa tampilan akan berubah datanya jika pivot diubah

4.4.1 Pivot Tabel

Pivot table adalah salah satu fungsi pada program Windows Excel® guna memudahkan dalam menganalisis, meringkas dan memainkan data dalam daftar yang besar dari sebuah sumber data berdasarkan kebutuhan anda. Dengan tabel Pivot hal itu sangat mudah dilakukan selama variable dalam database yang dibuat tersedia dan terisi lengkap. Hasil dari analisis dengan menggunakan tabel Pivot tidak bersifat statis, namun bisa ditambahkan, dikurangi atau dirubah sesuai kebutuhan laporan/ analisis.

Contoh analisis yang dapat dilakukan dengan pivot tabel adalah laporan/analisis anggaran berdasarkan klasifikasi anggaran, mata anggaran, sumber anggaran, pelaksana anggaran atau tahun anggaran.

4.4.2 Syarat dan Kondisi

- Anda harus memahami aplikasi dasar Program Office Excel 2000, 2003 atau 2007.
- Database telah tersedia dan terisi (telah di entri dan di *cleaning*)
- Pastikan tidak ada cell yang kosong (blank), dan format setiap kolom harus sama (text, angka atau lainnya)

Untuk memudahkan dalam melakukan analisis (DHA) nantinya, Anda diharapkan menggunakan software Program Windows Office Excel 2003 (atau Office Excel 2007). Untuk itu Anda perlu menguasai Program Dasar Excel terlebih dahulu. Bila Anda belum menguasai Program Dasar Excel, diperlukan waktu tersendiri untuk mempelajarinya.

Program Excel Dasar yang Anda harus kuasai antara lain adalah:

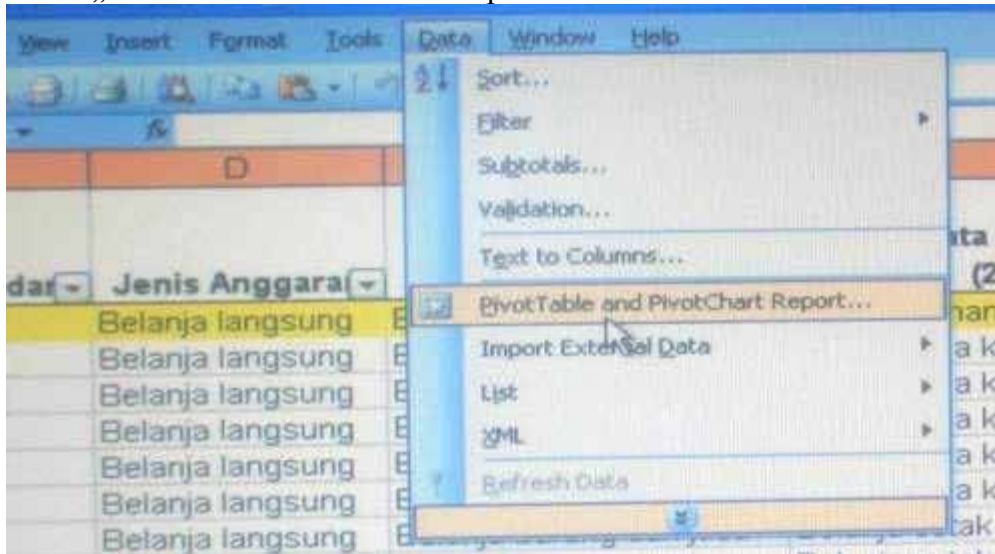
1. Rumus-rumus Penjumlahan, pengurangan, perkalian, dll.
2. Mengerti dan memahami fungsi-fungsi dasar lambang-lambang yang tertera di toolbar.
3. Bila Anda perlu bantuan atau pemahaman lebih lanjut, Anda dapat memanfaatkan dari menu „Help’ di Program Excel, dengan menekan tombol F1 dan ketik topik apa yang akan Anda cari.

Contoh Buka file excel yang telah kami sediakan (exercise DHA_Kab_X)

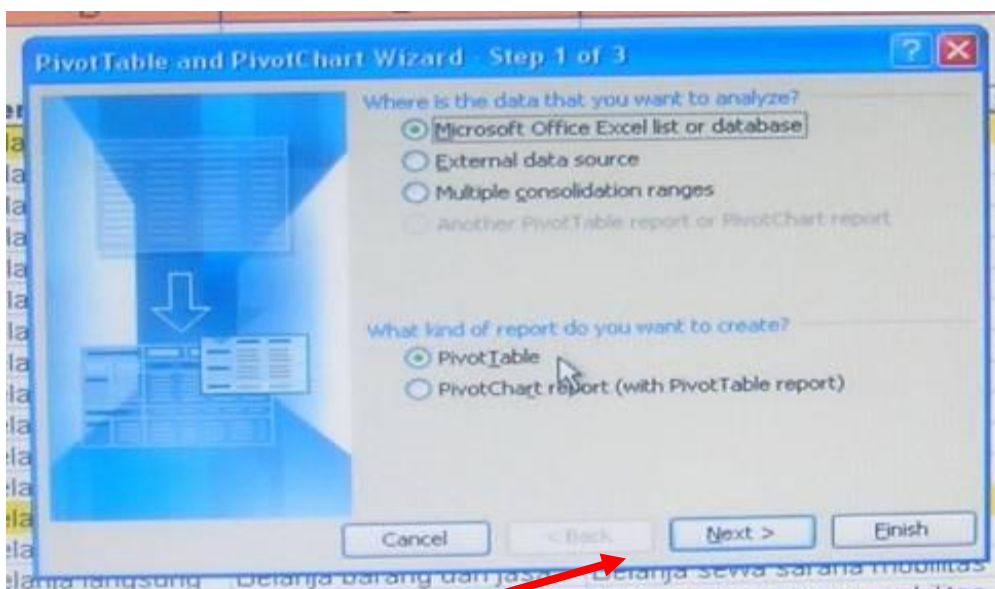
4.4.3 Langkah Pivot Tabel

Ada 3 langkah mudah dalam membuat PivotTable

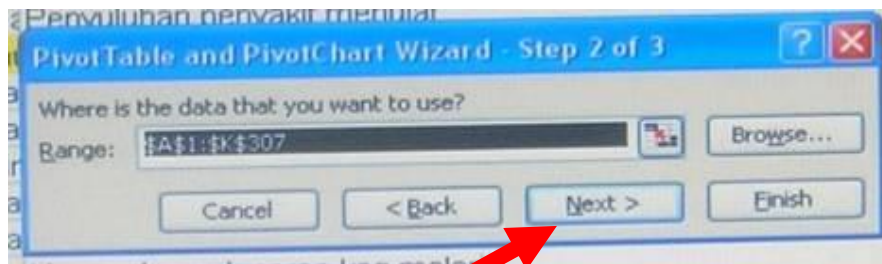
- Pada lembar kerja yang telah Anda buka, klik data (terletak pada toolbars diatas)
- Klik „PivotTable and PivotChart Report...’



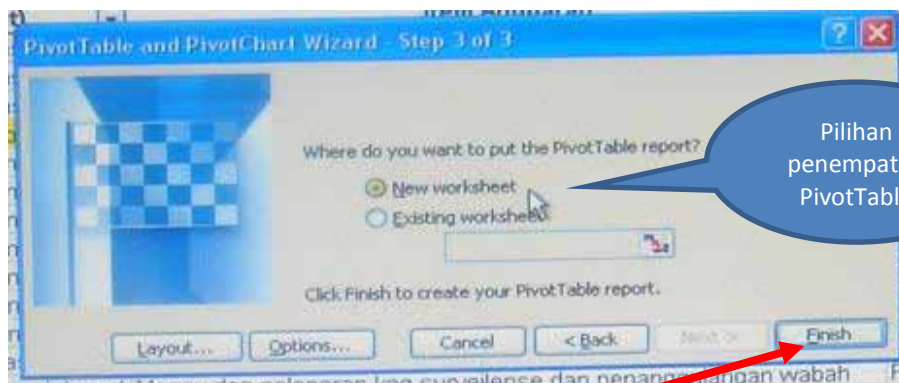
- Setelah itu akan keluar kotak dialog „PivotTable’ seperti berikut ini (step 1):



- Klik Next
- Pada „Step 2’ pastikan area data yang dipilih telah sesuai dengan database yang ada
- Berikutnya akan tampil kotak dialog „Step 2’.
- Perhatikan pada kotak „Range’, kotak tersebut menunjukan area yang akan Anda analisis. Pastikan lembar kerja template telah sesuai, dan tidak ada cell yang tidak masuk area ini.

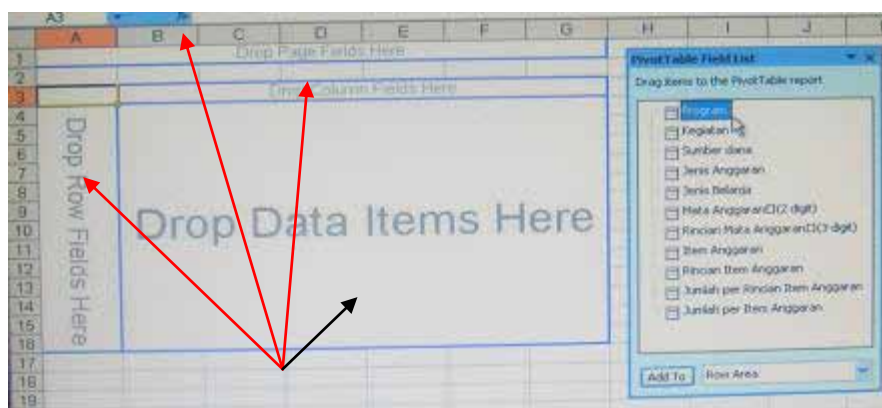


- Kemudian klik „Next’ lagi
- Tahap akhir, ‘Step 3’ Anda dapat menempatkan hasil PivotTable di lembar kerja baru (sebaiknya) atau pada lembar kerja yang sama



Klik „Finish

Pada „Step 3’, pastikan apakah PivotTable akan dibuat di lembar kerja baru atau di lembar kerja yang sama dengan template. Sebaiknya pilih di lembar kerja baru. Kemudian klik „Finish’. Pada lembar kerja baru akan keluar „PivotTable’ yang masih kosong dan variabel-variabel dari database

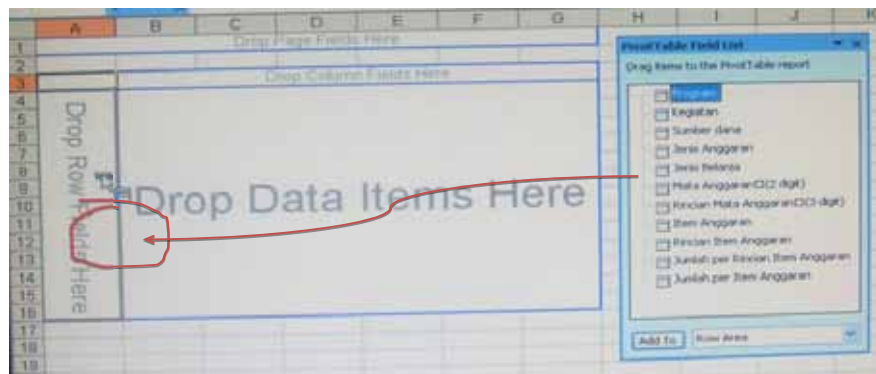


Tahap selanjutnya adalah:

1. Pada lembar kerja baru akan keluar „area’ tempat Anda akan melakukan „drag and drop’ untuk analisis.
2. Ada 3 area utama yang masih kosong tempat Anda meletakkan variabel-variabel yang akan dipilih.

3. Area 1 tertulis „Drop Row Fields Here’. Area ini dapat meletakkan (drag n drop) salah satu variabel utama yang akan Anda analisis. Pada contoh diatas dipilih variabel „Program’.
 4. Berikutnya adalah area 2 yang tertulis „Drop Data Items Here’. Area ini diisi dengan besaran rupiah. Atau Anda dapat juga meletakkan salah satu variabel (besaran Rp. Contoh disini adalah „Jumlah rincian per item anggaran’) di atas dari area „Drop Row Fields Here’. Pilihan kedua, Anda dapat langsung meletakkan variabel Rp di area „Drop Data Items Here’.
 5. Area berikutnya adalah „Drop Coloumn Fields Here’. Area ini dapat Anda letakkan variabel dependen-nya.
- Pada contoh ini kita melakukan „drag and drop’ pada variabel program (klik program dan letakkan di „Drop Row Fields Here’)

Langkah 6a:

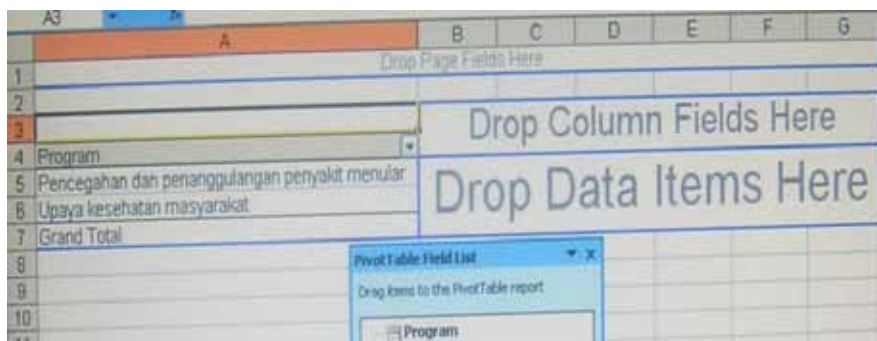


Membuat PivotTable. FK MUI 2008

11

maka

Langkah 6b



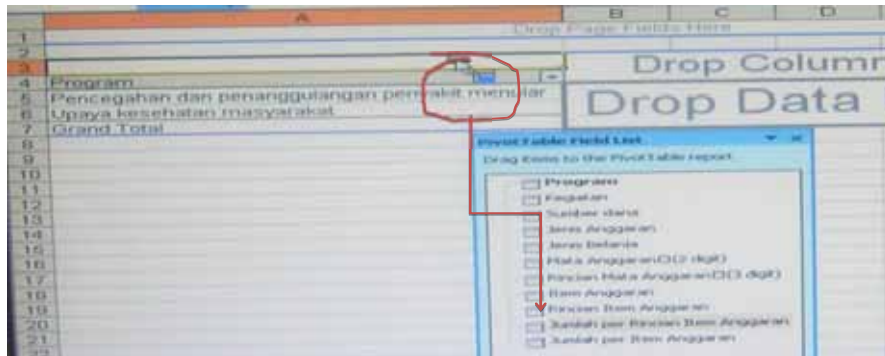
Membuat PivotTable. FK MUI 2008

12

- Berikutnya Anda diminta untuk melihat besaran anggaran dari program (variabel yang dipilih tadi). Maka, drag and drop pada „Jumlah Rincian per Item Anggaran’ (jumlah rupiah) letakkan di atas „program’

Untuk mendapatkan nilai Rp dari kegiatan/variabel Program, maka letakkan (drag and drop) variabel „Jumlah Rincian per Item Anggaran’ di area diatas „Program.

Langkah 6c

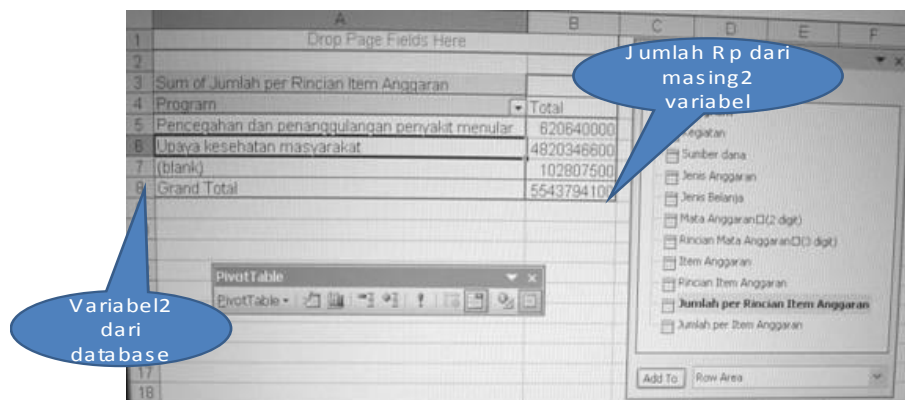


Membuat PivotTable. FKMUI 2008

13

Hasil PivotTable akan tampak seperti berikut ini:

Langkah 6d



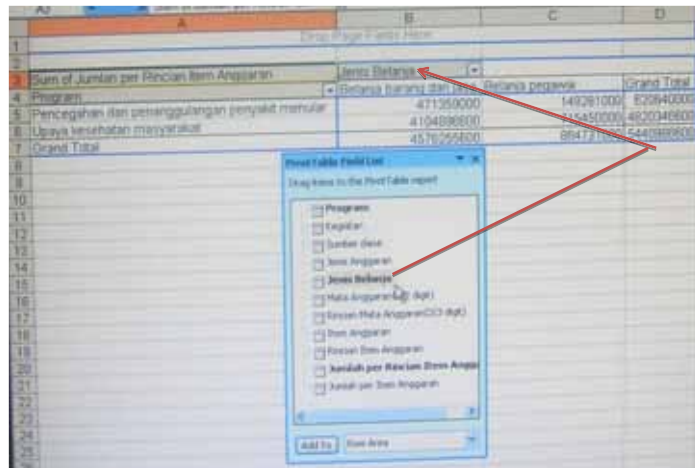
Membuat PivotTable. FKMUI 2008

14

Bila ada variabel yang ingin Anda tidak gunakan lagi, Anda dapat mengembalikan variabel tersebut ke kotak dialog seperti awal (lakukan drag and drop saja).

Berikutnya Anda diminta untuk melihat „Biaya Program’ berdasarkan „Jenis Belanja’ (lakukan drag and drop variabel „Jenis Belanja’) letakkan di „Drop Coloumn Field Here’:

Langkah 7:



Membuat PivotTable. FKMUI 2008

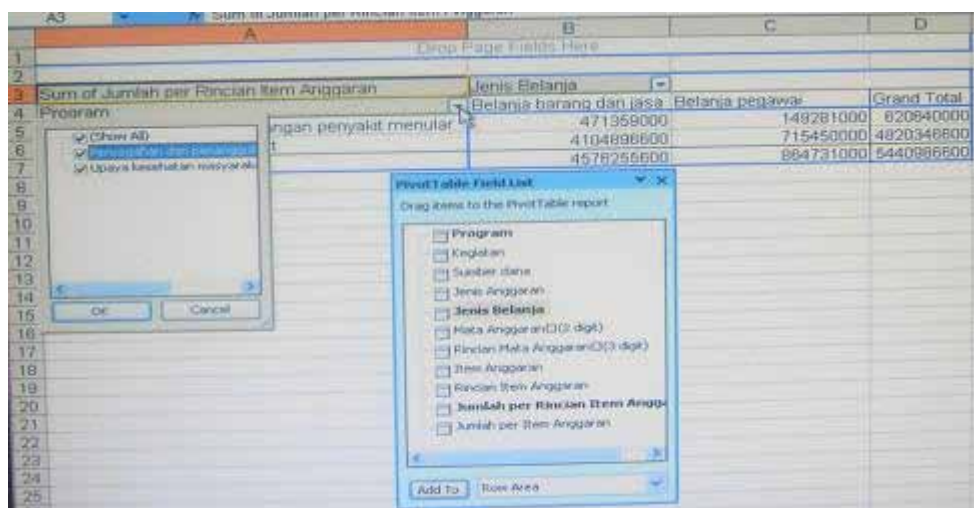
15

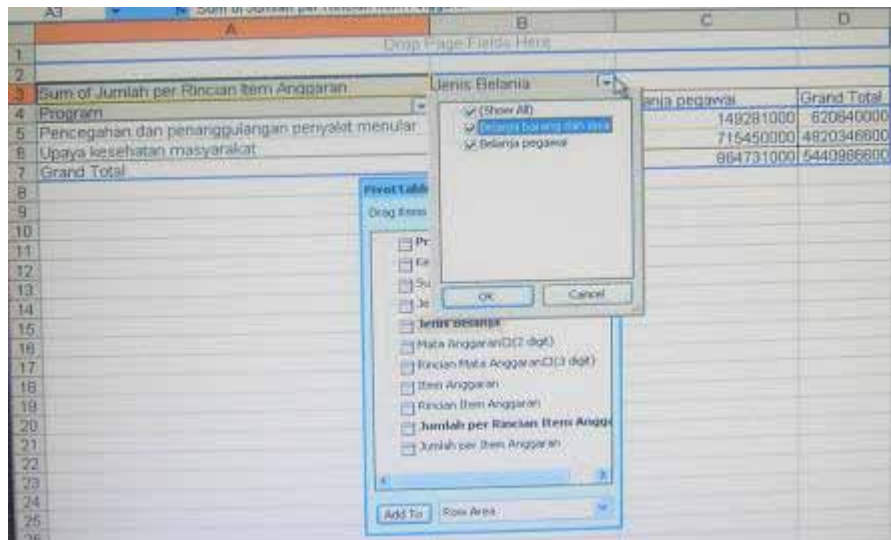
Anda dapat melakukan analisis lebih lanjut. Pada contoh ini Kita akan melihat besaran anggaran per jenis Program dan per „Jenis Belanja’’. Maka Anda cukup meletakkan variabel „Jenis Belanja’ di area „Drop Coloumn Fields Here’. Tampak hasil PivotTable seperti diatas.

Lanjutan

- Dari masing2 variabel yang telah ada (Program dan Jenis Belanja), Anda dapat menampilkannya sesuai kebutuhan.
- Klik di masing2 variabel dan centang sesuai pilihan, dan klik ok

Lanjutan (1)



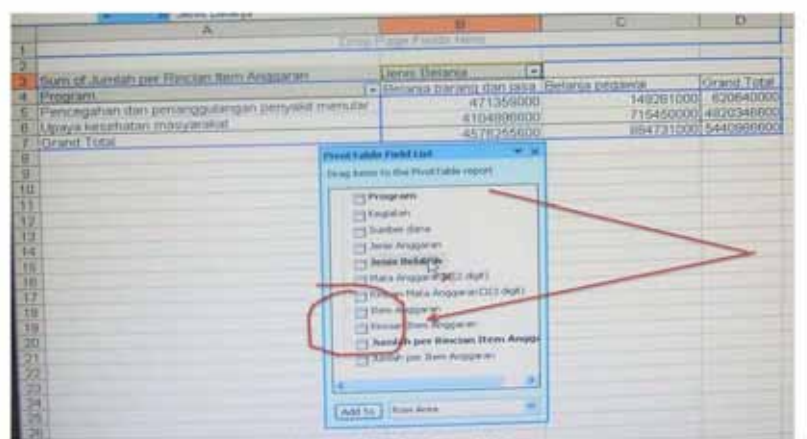


Pada setiap variabel yang telah diletakkan di area baris atau kolom, Anda masih dapat melakukan pemilihan variabel secara lebih detail lagi. Klik variabel yang telah Anda pilih, lalu letakkan di salah satu area (row atau coloumn).

Setelah itu Anda juga dapat memilih lebih detail lagi sesuai kebutuhan. Anda hanya tinggal meng-klik (centang) variabel-variabel mana yang dibutuhkan. Lakukan berulang-ulang dan jangan ragu. Data tidak akan rusak atau hilang.

Untuk mengganti variabel2 dari tabel yang sudah ada, Anda tinggal mengembalikan variabel tsb ke kotak „Pivot Table Fields List’, dan isi dengan variabel sesuai kebutuhan Anda

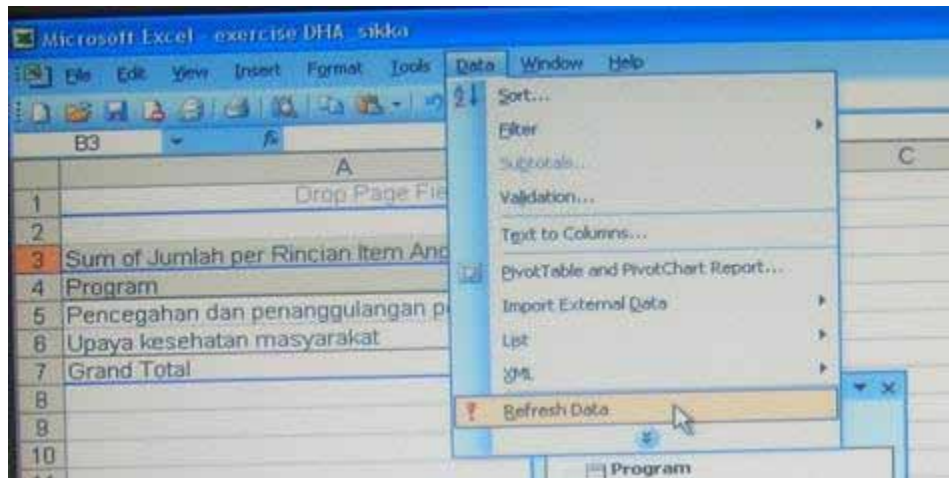
Lanjutan (2)



Bila ada variabel yang ingin Anda tidak gunakan lagi, Anda dapat mengembalikan variabel tersebut ke kotak dialog seperti awal (lakukan drag and drop saja).

Ketika telah berhasil membuat PivotTable, tapi perlu perbaikan pada database (lembar kerja berisi template) atau ada input ulang, tidak perlu membuat PivotTable dari awal. Cukup „refresh” di PivotTable yang sudah jadi.

- Apabila ada perubahan pada database, Anda tinggal klik Data (pada toolbar), pilih „Refresh Data”, maka data pada Table Pivot akan menyesuaikan secara otomatis data-data a berubah sesuai database terbaru



- Untuk menyimpan hasil Pivot Table yang telah jadi, dan Anda masih akan membuat analisis yang lainnya maka buatlah copy di lembar kerja baru.
 - Lakukan dengan mem-blok semua area kerja (PivotTable), dan copy di lembar kerja lain. Lemabr karja yang baru tetap dapat dianalisis seperti aslinya. Hasil PivotTable bisa anda buat langsung menjadi grafik. Caranya hanya dengan meng-klik kanan pada area kerja dan pilih „Add Chart Pivot’. Maka secara otomotis akan keluar grafik pada lembar kerja baru.
 - Field setting
Hasil runing pivot tabel terkadang masih dalam bentuk angka count (jumlah input).
 - Letakkan kursor dalam tabel
 - Klik kanan, lalu pilih field setting
 - Pilih sum lalu tekan oke.
- Update, Cleaning data dan Refresh
Cleaning data perlu dilakukan unutm memastikan semua anggaran sudah terekam dengan lengkap.
- Dalam proses analisis terkadang masih ada data yang belum bersih atau salah penempatan klasifikasi. Langkah yang perlu dilakukan adalah
 - Kembali ke data base
 - Lakukan cleaning dan pembetulan
 - Save
 - Kemudian kembali ke tabel pivot yang sudah dibuat, letakan kursor di dalam tabel, lalu „klik kanan’ pilih „refresh”.
 - Bila sudah dilakukan data dalam tabel sudah diupdate dengan data baru.

V. KLASIFIKASI PEMBIAYAAN BERSUMBER PUBLIK MENURUT SUMBER, AGEN, PROVIDER, FUNGSI, MATA ANGGARAN, DAN PENERIMA MANFAAT UNTUK DHA DI NTB

Klasifikasi sumber (Financing Sources) menurut ICHA untuk DHA di NTB –

Kode dan Klasifikasi Sumber	Definisi operasional
FS.1 Biaya public	Dana yang bersumber dari pemerintah dan atau dari luar negeri/donor (baik hibah maupun pinjaman) yang tercatat dalam dokumen anggaran resmi pemerintah, misalkan dalam APBD, DAK, TP, Dekon, atau DIP. Termasuk juga dana dari APBD II (Jasa Upah Pungut), karena walaupun dana tersebut dpt dikelola secara mandiri oleh pihak institusi, namun harus dilaporkan ke pihak Pemda.
FS.2 Private funds	Dana yang bersumber dari bukan pemerintah tetapi berasal dari dalam negeri atau dana dari pihak swasta
FS.3 Rest of the world funds	Dana yang bersumber dari luar pemerintah dan tidak tercatat atau dimasukan dalam dokumen anggaran resmi pemerintah, umumnya dana ini bersifat hibah. Misalkan dana dari GTZ, UNFPA, ADB, dsb.
FS.1.1 Dana pemerintah	Dana yang tercatat pada dokumen anggaran resmi pemerintah yang bersumber dari anggaran pemerintah sendiri (dana dari dalam negeri), baik dari APBN maupun APBD
FS.1.2 Dana Pemerintah lainnya (PHLN)	Dana yang tercatat pada dokumen anggaran resmi pemerintah yang bersumber dari bukan pemerintah baik yang sifatnya hibah maupun pinjaman, baik dari bantuan luar negeri maupun donor
FS.2.1 Perusahaan (Pemberi Kerja)	Dana yang berasal dari institusi tempat pemberi kerja berasal atau penggantian dana (reimbers) dari perusahaan bersangkutan
FS.2.2 Rumah Tangga (Household funds)	Dana yang berasal masyarakat atau individu-individu yg mengakses layanan kesehatan dengan membayar secara mandiri (tanpa ada asuransi, penggantian perusahaan, atau subsidi dari pemerintah).
FS.2.3 Lembaga Non-profit yang memberikan pelayanan mandiri	Institusi yang memberikan layanan kesehatan di masyarakat yang dananya tidak berasal dari pemerintah, misalkan LSM, PKPU, dsb
FS.2.4 Dana Sektor swasta	Dana yang berasal dari sektor swasta, misalkan PT. Indosat, PT. New Mount, PT. Indocement, PT. Samporna, dsb.

Kode dan Klasifikasi Sumber	Definisi operasional
FS.3.1 Unicef	Nama institusi donor asing dari PBB
FS.3.4 GTZ	Nama institusi donor asing dari German
FS.3.5 USAID	Nama institusi donor asing dari Amerika Serikat
FS.3.6 Lainnya	Nama institusi donor asing lainnya, tolong sebutkan....
FS.3.2 AusAID	Nama institusi donor asing dari Australia
FS.3.3 UNFPA	Nama institusi donor asing dari PBB
FS.1.1.1 Pemerintah pusat	Dana yang tercatat pada dokumen anggaran resmi pemerintah yang bersumber dari anggaran pemerintah pusat (APBN Dekon, APBN TP, APBN Gaji PTT, DAK), termasuk anggaran untuk orang miskin atau setoran premi asuransi PNS melalui PT Askes atau lembaga resmi lainnya yg ditunjuk pemerintah
FS.1.1.2 Propinsi	Dana yang tercatat pada dokumen anggaran resmi pemerintah yang bersumber dari anggaran pemerintah propinsi (PAD/APBD 1)
FS.1.1.3 Kabupaten/kota	Dana yang tercatat pada dokumen anggaran resmi pemerintah yang bersumber dari anggaran pemerintah kabupaten/kota (PAD/APBD II), termasuk APBD II (jasa upah pungut)
FS.1.2.1 Pendapatan pengelolaan aset lembaga pemerintah	Pendapatan yang diperoleh dari pengelolaan aset pemerintah
FS.1.2.2 Pinjaman	Dana yang diperoleh dari hasil pinjaman dari pihak luar negeri
FS.2.1.1 PT (Perusahaan swasta DN)	Dana yang berasal dari institusi tempat pemberi kerja berasal (sektor swasta), dengan status kepemilikan perusahaan adalah dalam negeri
FS.2.1.2 PT (Perusahaan swasta LN)	Dana yang berasal dari institusi tempat pemberi kerja berasal (sektor swasta), dengan status kepemilikan perusahaan adalah luar negeri/asing
FS.2.4.1 Pendapatan pengelolaan aset lembaga swasta	Dana hasil pengelolaan aset lembaga swasta
FS.1.2.2.1 ADB	Nama institusi pemberi pinjaman kepada pemerintah
FS.1.2.2.2 World Bank	Nama institusi pemberi pinjaman kepada pemerintah

Klasifikasi Agen (Financing Agent) menurut ICHA untuk DHA di NTB - Biaya Public

Kode Akun	Klasifikasi Agen	Definisi operasional
HF.1.	Dana Publik	Lembaga atau institusi milik pemerintah yang dapat mengarahkan penggunaan dana
HF.1.1	Wilayah Pemerintahan	Lembaga-lembaga pemerintah baik d pusat, propinsi dan kabupaten/kota
HF.1.1.1	Pemerintahan pusat	Lembaga-lembaga pemerintah pusat
HF.1.1.1.1	Departemen Kesehatan	departemen kesehatan
HF.1.1.1.2	Departemen Lainnya	departemen lain
HF.1.1.2	Pemerintahan Propinsi	lembaga pemerintah propinsi
HF.1.1.2.1	Dinkes Propinsi	Dinas Kesehatan propinsi (Dekon, TP)
HF.1.1.2.2	RSUD Prop	RSUD Tingkat Propinsi
HF.1.1.2.3	Dinas lainnya	Dinas-dinas lain di propinsi (Dekon, TP)
HF.1.1.2.4	RSU Vertikal	RS milik Pusat
HF.1.1.3	Pemerintahan Kabupaten/Kota	Lembaga-lembaga pemerintah Kabupaten/Kota
HF.1.1.3.1	Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota	Dinkes kab/ Kota {DAU, DAK, APBD (PAD, Pendapatan lain yg sah), PHLN/BLN}
HF.1.1.3.2	Rumah Sakit Daerah	Rumah Sakit Daerah
HF.1.1.3.3	Dinas lainnya	Dinas-Dinas lain kab/kota (DAU, DAK, APBD, TP, Dekon)
HF.1.1.3.4	Puskesmas	Bila Puskesmas menjadi UPT Pemda atau menjadi jasa pungut
HF.1.2	Dana Pengaman Sosial (Social security funds)	lembaga pengelola social security fund (Askeskin)
HF.1.2.1	PT. Askes *** (Askeskin)	Askeskin
HF.1.2.2	Dinas Kesehatan kabupaten/kota	
HF.1.2.3	Lainnya	
HF.1.3	Government employee insurance programmes	Lembaga pengelola asuransi pegawai pemerintah
HF.1.3.1	PT. Askes *** (hanya ASKES PNS)	
HF.1.3.2	Jamsostek	
HF.1.3.3	Bapel /jamkesda	
HF.1.4	Parastatal companies	Badan usaha/perusahaan milik negara

Klasifikasi provider menurut ICHA untuk DHA di NTB - Biaya Public

Kode Akun	Klasifikasi Provider	Definisi operasional
HP.1	Rumah sakit	
HP.1.1	RS Umum	semua pelayanan di RS
HP.1.2	RS Jiwa dan Ketergantungan Obat	RS jiwa dan RSKO
HP.1.3	RS Khusus (Kusta, paru)	RS khusus
HP.1.4	RS non-allopathic systems(RS herbal : Cina atau Ayurveda)	RS herbal
HP.2	Fasilitas dan panti perawatan	semua fasilitas panti perawatan
HP.2.1	Fasilitas perawatan	panti perawatan
HP.2.2	Panti Rehab kesehatan dan retardasi mental, serta ketergantungan obat	panti rehab retardasi mental atau narkoba
HP.2.3	Panti Jompo	panti untuk lansia
HP.2.9	Semua panti perawatan lain	semua panti selain kelompok di atas.
HP.3	Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan	semua pelayanan kesehatan rawat jalan
HP.3.1	Praktek Dokter	praktek dokter swasta
HP.3.1.1	Praktisi Kedokteran Pemerintah	praktek swasta yang mendapat dana pemerintah
HP.3.1.2	Praktisi Kedokteran swasta	praktek swasta
HP.3.2	Praktek Dokter gigi	praktek dokter gigi swasta
HP.3.3	Praktek tenaga kesehatan lain	praktek nakes lain : bidan swasta
HP.3.4	Puskesmas	pelayanan di puskesmas, termasuk puskesmas rawat inap
HP.3.4.1	BP	BP
HP.3.4.2	KIA-Imun	KIA-GIZI
HP.3.4.3	UKS	UKS
HP.3.4.4	USILA	P2m-Kesling

Kode Akun	Klasifikasi Provider	Definisi operasional
HP.3.4.5	Semua pusat kerja sama pelayanan dan rawat jalan multi specialist	USILA-JIWA
HP.3.4.9	Semua pusat pelayanan rawat jalan masyarakat dan pelayan terpadu lain	
HP.3.5	Labolatorium medis dan diagnostic	laboratorium dan diagnostic
HP.3.5.1	Laboratorium Pemerintah	Labkesda tergantung milik UPT Pusat atau Dinas
HP.3.5.2	Laboratorium Swasta	lab swasta
HP.3.6	Penyedia layanan perawatan kes di rumah	penyedia layanan perawatan kesehatan di rumah
HP.3.9	Penyedia Pelayanan rawat jalan lainnya	semua penyedia layanan rawat jalan lainnya
HP.3.9.1	Pelayanan Ambulance	pelayanan ambulance
HP.3.9.2	Bank darah dan organ	bank darah dan organ
HP.3.9.3	Pengobatan Alternatif atau traditional	pengobatan tradisional
HP.3.9.9	Semua pelayanan kesehatan rawat jalan lain	semua perawatan kesehatan rawat jalan lain
HP.4	Penjualan ritel dan alat layanan kesehatan	penjualan ritel obat dan alat kesehatan
HP.4.1	Resep obat modern (kimia)	obat dengan resep
HP.4.2	Penjualan Ritel dan supplier kacamata dan alat bantu melihat lainnya	semua penjualan ritel kacamata dan alat bantu lihat
HP.4.3	Penjualan Ritel dan supplier alat bantu pendengaran	semua penjualan ritel dan alat bantu dengar
HP.4.4	Penjualan Ritel dan supplier alat medis lain (selain kacamata dan alat bantu dengar)	semua penjualan ritel dan supplier alat medis lain
HP.4.9	penjualan dan supplier berbagai bahan phamasi dan alkes	semua penjualan dan supplier berbagai bahan pharماسi dan alat kesehatan
HP.5	Pelayanan dan aministrasi program kesehatan masyarakat	semua pengeluaran yang digunakan untuk pelayanan dan adm program kesmas (public health) termasuk in-kind dari Dinas termasuk gaji
HP.5.1	PROMKES	promosi kesehatan

Kode Akun	Klasifikasi Provider	Definisi operasional
HP.5.2	Yankes	pelayanan kesehatan
HP.5.3	Kesga	Kesehatan keluarga
HP.5.4	P2M	pencegahan penyakit menular
HP.5.5	TU/administrasi	bagian TU/adm dan binprog
HP.5.6	Lainnya	program kesmas lain.
HP.6	Administrasi kesehatan umum dan asuransi	semua biaya administrasi umum terkait penyelenggaraan asuransi kesehatan
HP.6.1	Administrasi kesehatan pemerintah	hanya admin di dinkes (TU), diluar gaji program, Dana pengelolaan askeskin
HP.6.2	Dana Asuransi social	
HP.6.3	Asuransi social lain	
HP.6.4	Asuransi (swasta) lain	
HP.6.9	Semua penyedia adm kesehatan lain	
HP.7	Semua industri lainnya (rest of the economy)	
HP.7.1	Penyedia layanan perawatan kesehatan kerja	
HP.7.2	Rumah Tangga Private penyedia home care	
HP.7.3	Semua industri yang memberikan layanan kesehatan	
HP.8	Institusi yang berhubungan dengan layanan kesehatan	institusi yang memberikan layanan terkait kesehatan
HP.8.1	Institusi penelitian	Litbangda, universitas
HP.8.2	Institusi Diklat	Bapelkes, Akper/Akbid (jika punya pemda)
HP.8.3	Institusi lain yang memberikan pelayanan terkait kesehatan	Semua institusi lain yang berhubungan dengan layanan kesehatan selain yang institusi penelitian dan Diklat, termasuk dari sektor lain
	Rest of the world	Lembaga Bantuan/Donor

Kode Akun	Klasifikasi Provider	Definisi operasional
<i>HP.nsk Provider not specified by kind</i>		

Klasifikasi fungsi menurut ICHA untuk DHA di NTB –

Kode Akun	Klasifikasi Fungsi	Definisi operasional
HC.1	Pelayanan kuratif	Semua jenis perawatan kuratif di HP.1 (obat, pelayanan, jasa, gaji dll), terbagi dalam pely medis dan non medis. Bila tidak ada data untuk pembagian pelayanan ranap dan rajal (medis dan non medis) maka proporsikan dengan menggunakan data revenue.
HC.1.1	Pelayanan kuratif rawat inap	semua pelayanan kuratif rawat inap
HC.1.1.1	Pelayanan medis	semua pelayanan yang terkait dengan pelayanan medis
HC.1.1.2	Penunjang Pelayanan	semua biaya untuk penunjang pelayanan
HC.1.2	Perawatan kuratif kasus harian	
HC.1.3	Pelayanan kuratif rawat jalan	Semua jenis perawatan kuratif di HP.1 dan HP.3 (obat, pelayanan, jasa, gaji dll), terbagi dalam pely medis dan non medis. Bila tidak ada data untuk pembagian pelayanan ranap dan rajal (medis dan non medis) maka proporsikan dengan menggunakan data revenue. Semua sumber revenue dihitung (umum, Askeskin, Jamsostek, asuransi lain, perusahaan, dll)
HC.1.3.1	Pelayanan medis	
HC.1.3.1.1	Pelayanan medis dan diagnostik/dasar	medical check-up; KIR(surat sehat); Poli umum, UGD
HC.1.3.1.2	Rawat jalan perawatan gigi	poli Gigi/pelayanan Gigi di RS & PKM
HC.1.3.1.3	Semua pelayanan medis specialist	poli Spesialis di RS & PKM
HC.1.3.1.4	Semua layanan kuratif rawat jalan	Beberapa program Yankes di Dinkes yg terkait pelayanan kuratif; Puskesmas rawat inap; BP puskesmas (susah memilah antara RI & RJ PKM, harus didukung hasil studi khusus). untuk biaya program di PKM tidak termasuk disini

Kode Akun	Klasifikasi Fungsi	Definisi operasional
HC.1.3.2	Pelayanan non medis	Hanya pelayanan RJ non medis di RS saja (krn data RJ non medis di PKM tidak ada)
HC.1.4	Pelayanan kuratif rawat rumah	
HC.2	Pelayanan rehabilitatif	Bila di RS ada pelayanan rehabilitatif
HC.2.1	Perawatan rawat inap rehabilitatif	RI pelayanan rehabilitatif (bila ada)
HC.2.2	Perawatan rehabilitatif kasus harian	
HC.2.3	Pelayanan rehabilitatif rawat jalan	Poli/klinik Fisioterapi (bila di RS ada pelayanan rehabilitatif)
HC.2.4	Pelayanan rehabilitatif rawat rumah	
HC.3	Pelayanan long-term nursing care	
HC.3.1	Perawatan rawat inap long-term nursing	
HC.3.2	Kasus harian long-term nursing	
HC.3.3	Long-term nursing care: rawat rumah	
HC.4	Layanan pelengkap perawatan medis MANDIRI	pelayanan-pelayanan pelengkap yang diberikan oleh pihak swasta
HC.4.1	Laboratorium klinis	Lab prodia, paramita
HC.4.2	Diagnostic imaging: (Xray-CtScan, USG)	
HC.4.3	Transport Pasien dan kedaruratan	SOS, 118
HC.4.9	Semua pelayanan pelengkap lainnya	
HC.5	Alat-alat/bahan medis yang diberikan kepada pasien rawat jalan	
HC.5.1	Pharmaceuticals dan bahan medis habis pakai	Obat & bahan medis habis pakai
HC.5.1.1	Obat resep	Obat yg diresepkan
HC.5.1.2	Obat luar (over the counter)	Obat yg diluar resep
HC 5.1.3	Bahan medis habis pakai	bahan medis lain habis pakai

Kode Akun	Klasifikasi Fungsi	Definisi operasional
HC.5.2	Perlengkapan Therapeutic dan alat medis lainnya	
HC.5.2.1	Kacamata dan alat bantu melihat	
HC.5.2.2	Perlengkapan Orthopaedic dan prosthetic lain	
HC.5.2.3	Alat bantu mendengar	
HC.5.2.4	Alat medis teknis, termasuk kursi roda	
HC.5.2.9	Semua alat/bahan medis lain	
HC.6	Pelayanan Preventif dan kesmas	Semua kegiatan Program Kesmas yang ada di Dinkes (diluak TU dan Binaprogram/Perencanaan), Pembagian ini sangat tergantung dari struktur organisasi Dinkes (Subdin2)
HC.6.1	KIA, KB, dan konseling	Semua kegiatan yang ditangani oleh Subdin KIA, termasuk transport, pertemuan, dll (pelatihan tidak termasuk disini)
HC.6.1.1	Kesehatan Ibu	Semua kegiatan yang ditangani oleh Kasie Ibu, termasuk transport, pertemuan, dll (pelatihan tidak termasuk disini)
HC.6.1.2	Kesehatan Anak	Semua kegiatan yang ditangani oleh Kaie Anak, termasuk transport, pertemuan, dll (pelatihan tidak termasuk disini)
HC.6.1.3	Kesehatan USILA	Semua kegiatan yang ditangani oleh Kasie Usila, termasuk transport, pertemuan, dll (pelatihan tidak termasuk disini)
HC.6.1.4	Gizi	Semua kegiatan yang ditangani oleh Kasie Gizi, termasuk transport, pertemuan, dll (pelatihan tidak termasuk disini)
HC.6.2	Pelayanan Kesehatan Sekolah	Semua kegiatan yang ditangani oleh UKS, termasuk transport, pertemuan, dll (pelatihan tidak termasuk disini)
HC.6.3	Pencegahan Penyakit Menular	Semua kegiatan yang ditangani oleh Subdin P2M, termasuk transport, pertemuan, dll (pelatihan tidak termasuk disini)
HC.6.3.1	Surveillans	Semua kegiatan yang ditangani oleh Kasie Surveillance, termasuk transport, pertemuan, dll (pelatihan tidak termasuk disini). Pembagian Kasie tergantung pada struktur org Dinkes)
HC.6.3.2	Laboratorium	lab kesling; uji pencemaran, makanan, etc (lab program, TB, Malaria, dll)

Kode Akun	Klasifikasi Fungsi	Definisi operasional
HC.6.3.3	Immunisasi	Semua kegiatan yang ditangani oleh Kasie Imunisasi, termasuk transport, pertemuan, posyandu, sweeping, dll (pelatihan tidak termasuk disini).
HC.6.3.4	TB	Semua kegiatan yang ditangani oleh Kasie TB, termasuk transport, pertemuan, pelacakan kasus, slide, dll (pelatihan tidak termasuk disini).
HC.6.3.5	Malaria	Semua kegiatan yang ditangani oleh Kasie Malaria, termasuk transport, pertemuan, pelacakan kasus, slide, dll (pelatihan tidak termasuk disini).
HC.6.3.6	STDs dan HIV	Semua kegiatan yang ditangani oleh Kasie Imunisasi, termasuk transport, pertemuan, pelacakan kasus, slide, dll (pelatihan tidak termasuk disini).
HC.6.3.7	Kusta	Semua kegiatan yang ditangani oleh Kasie Kusta, termasuk transport, pertemuan, pelacakan kasus, slide/lab, dll (pelatihan tidak termasuk disini).
HC.6.3.8	Fillariasis	Semua kegiatan yang ditangani oleh Kasie Filariasis, termasuk transport, pertemuan, pelacakan kasus, lab, dll (pelatihan tidak termasuk disini).
HC.6.3.9	DBD	Semua kegiatan yang ditangani oleh Kasie DBD, termasuk transport, pertemuan, foging, dll (pelatihan tidak termasuk disini).
HC.6.3.10	DIARE	Semua kegiatan yang ditangani oleh Kasie Imunisasi, termasuk transport, pertemuan, pelacakan kasus, slide, pertemuan, dll (pelatihan tidak termasuk disini).
HC.6.4	Pencegahan Penyakit tidak menular	Semua kegiatan yang ditangani oleh Subdin P2TM, termasuk transport, pertemuan, dll (pelatihan tidak termasuk disini)
HC.6.5	Layanan Kesehatan Kerja	Semua kegiatan yang ditangani oleh Subdin Kesja, termasuk transport, pertemuan, dll (pelatihan tidak termasuk disini)
HC.6.6	Layanan Promkes	Semua kegiatan yang ditangani oleh Subdin Promkes, termasuk transport, pertemuan, dll (pelatihan tidak termasuk disini)
HC.6.7	Layanan Kesling	Semua kegiatan yang ditangani oleh Subdin Kesling, termasuk transport, pertemuan, dll (pelatihan tidak termasuk disini)
HC.6.9	Semua layanan kesmas lainnya	Semua kegiatan yang ditangani oleh Subdin Promkes/ Lainnya,

Kode Akun	Klasifikasi Fungsi	Definisi operasional
		termasuk transport, pertemuan, dll (pelatihan tidak termasuk disini).
HC.7	Adm Kesehatan dan Asuransi Kesehatan	Subdin TU dan Bina Program/Perencanaan (Gaji, honor, Insentif, ATK, biaya kantor, dll)
HC.7.1	Adm kesehatan pemerintah umum	
HC.7.1.1	Adm. Kesehatan pemerintah umum (kecuali asuransi social)	
HC.7.1.2	Dana adm, operasi dan dukungan untuk asuransi sosial	
HC.7.2	Adm kesehatan dan Asuransi kesehatan : swasta	
HC.7.2.1	Adm. Kesehatan dan asuransi social: asuransi social	
HC.7.2.2	Adm kesehatan dan Asuransi kesehatan : swasta lain	
HC.R.1-5	Fungsi-fungsi terkait kesehatan	Kegiatan lain diluar Dinkes dan RS yang terkait dengan kesehatan (Diklat, Balitbangda, Labkesda, BLK, dll)
HC.R.1	Pembentukan modal untuk institusi penyedia layanan kesehatan	
HC.R.2	Diklat tenaga kesehatan	Kegiatan pelatihan, training (Diklat Dinkes/RS)
HC.R.3	Riset dan pengembangan bidang kesehatan	
HC.R.4	Pengawasan makanan, kebersihan dan air minum	Kegiatan lain yang tidak spesifik terkait kesehatan bid pengawasan makanan, kebersihan, dan air minum (Project sanitasi/wesclink), diluar Dinkes
HC.R.5	Kesehatan lingkungan	Kegiatan lain yang tidak spesifik terkait kesehatan lingkungan (pengelolaan sampah, dll), diluar Dinkes.
<i>HC.R.nsk HC.R expenditure not specified by kind</i>		

Klasifikasi penerima mata anggaran / menurut komponen sumber daya (resource cost) untuk DHA di NTB - Pengeluaran Publik

Kode dan Klasifikasi Sumber	Definisi operasional
RC.1 Biaya operasional	Semua biaya yang digunakan untuk pelaksanaan kegiatan selama setahun
RC.1.1 Kompensasi bagi staf/petugas	Biaya yang diterima oleh staf/petugas/provider layanan kesehatan dalam upaya pelaksanaan kegiatan termasuk gaji, honor, dan penghasilan lainnya.
RC.1.2 Suplai dan pelayanan	Biaya pengadaan material, bahan, obat dan perbekalan kesehatan, jasa,
RC.1.3 Biaya pemeliharaan	Biaya pemeliharaan barang modal/investasi baik alat, kendaraan dan bangunan.
RC.1.4 Bunga bank	---
RC.1.6 Kontribusi/sumbangan ke Rumah tangga	----
RC.1.7 Perjalanan	Biaya perjalanan dan transport petugas
RC.1.1.1 Gaji/tunjangan	Sudah jelas
RC.1.1.1.1 Gaji Pokok PNS/Uang Representasi	Sudah jelas
RC.1.1.1.2 Tunjangan Keluarga	Sudah jelas
RC.1.1.1.3 Tunjangan Jabatan	Sudah jelas
RC.1.1.1.4 Tunjangan Fungsional	Sudah jelas
RC.1.1.1.5 Tunjangan Fungsional Umum	Sudah jelas
RC.1.1.1.6 Tunjangan Beras	Sudah jelas
RC.1.1.1.7 Tunjangan PPh/Tunjangan Khusus	Sudah jelas
RC.1.1.1.8 Pembulatan Gaji	Sudah jelas
RC.1.1.1.9 Iuran Asuransi Kesehatan	Sudah jelas
RC.1.1.1.10 Uang Paket	Sudah jelas
RC.1.1.1.11 Tunjangan Panitia Musyawarah	Sudah jelas

Kode dan Klasifikasi Sumber	Definisi operasional
RC.1.1.1.12 Tunjangan Komisi	Sudah jelas
RC.1.1.1.13 Tunjangan Panitia Anggaran	Sudah jelas
RC.1.1.1.14 Tunjangan Badan Kehormatan	Sudah jelas
RC.1.1.1.15 Tunjangan Alat Kelengkapan Lainnya	Sudah jelas
RC.1.1.1.16 Tunjangan Perumahan	Sudah jelas
RC.1.1.1.17 Uang Duka Wafat/Tewas	Sudah jelas
RC.1.1.1.18 Uang Jasa Pengabdian	Sudah jelas
RC.1.1.2 Tunjangan (social contribution)	Sudah jelas
RC.1.1.3 Penghasilan, Honor & Uang Lembur	Sudah jelas
RC.1.1.3.1 Tambahan Penghasilan berdasarkan beban kerja	Sudah jelas
RC.1.1.3.2 Tambahan Penghasilan berdasarkan tempat bertugas	Sudah jelas
RC.1.1.3.3 Tambahan Penghasilan berdasarkan kondisi kerja	Sudah jelas
RC.1.1.3.4 Tambahan Penghasilan berdasarkan kelangkaan profesi	Sudah jelas
RC.1.1.3.5 Tambahan Penghasilan berdasarkan prestasi kerja	Sudah jelas
RC.1.1.3.6 Honorarium Panitia Pelaksana Kegiatan PNS	Sudah jelas
RC.1.1.3.7 Honorarium Tim Pengadaan Barang dan Jasa PNS (PPK, Pejabat/Panitia Pengadaan Barang Dan Jasa)	Sudah jelas
RC.1.1.3.8 Honorarium Tim Pemeriksa/ Penerima Barang PNS	Sudah jelas
RC.1.1.3.9 Honorarium Tim Penilai PNS	Sudah jelas
RC.1.1.3.10 Honorarium Tenaga Ahli/Instruktur/Narasumber/Moderator/Notulen non PNS	Sudah jelas
RC.1.1.3.11 Honorarium Pegawai Honorar/tidak tetap non PNS	Sudah jelas
RC.1.1.3.12 Honorarium Tim/Panitia non PNS	Sudah jelas
RC.1.1.3.13 Uang Lembur PNS	Sudah jelas
RC.1.1.3.14 Uang Lembur Non PNS	Sudah jelas
RC.1.2.1 Suplai material	Sudah jelas
RC.1.2.1.1 Belanja Bahan Pakai Habis Kantor	Sudah jelas

Kode dan Klasifikasi Sumber	Definisi operasional
RC.1.2.1.2 Belanja Bahan/Material	Sudah jelas
RC.1.2.1.3 Belanja Pakaian Dinas dan Atributnya	Sudah jelas
RC.1.2.1.4 Belanja Pakaian Kerja	Sudah jelas
RC.1.2.1.5 Belanja Pakaian khusus dan hari-hari tertentu	Sudah jelas
RC.1.2.1.6 Belanja Cetak dan Penggandaan	Sudah jelas
RC.1.2.2 BIAYA JASA	Sudah jelas
RC.1.2.2.1 Belanja Jasa Kantor	Sudah jelas
RC.1.2.2.2 Belanja Premi Asuransi	Sudah jelas
RC.1.2.2.3 Belanja Sewa Rumah/Gedung/Gudang/Parkir	Sudah jelas
RC.1.2.2.4 Belanja Sewa Sarana Mobilitas	Sudah jelas
RC.1.2.2.5 Belanja Sewa Alat Berat	Sudah jelas
RC.1.2.2.6 Belanja Sewa Perlengkapan dan Peralatan Kantor	Sudah jelas
RC.1.2.2.7 Belanja pertemuan : sosialisasi dan rapat	Sudah jelas
RC.1.2.3 Biaya makanan & minuman	Sudah jelas
RC.1.3.1 Belanja Perawatan Kendaraan Bermotor	Sudah jelas
RC.1.3.1.1 Belanja Jasa Service Kendaraan	Sudah jelas
RC.1.3.1.2 Belanja Penggantian Suku Cadang	Sudah jelas
RC.1.3.1.3 Belanja Bahan Bakar Minyak/Gas dan pelumas	Sudah jelas
RC.1.3.1.4 Belanja Jasa KIR	Sudah jelas
RC.1.3.1.5 Belanja Surat Tanda Nomor Kendaraan	Sudah jelas
RC.1.3.1.6 Belanja perpanjangan Surat Ijin Mengemudi	Sudah jelas
RC.1.3.1.7 Belanja Pengecatan	Sudah jelas
RC.1.3.2 Belanja Perawatan bangunan	Sudah jelas
RC.1.3.2.1 Kantor	Sudah jelas
RC.1.3.2.2 Rumah Dinas	Sudah jelas
RC.1.3.2.3 Rumah Sakit	Sudah jelas
RC.1.3.2.4 Puskesmas	Sudah jelas

Kode dan Klasifikasi Sumber	Definisi operasional
RC.1.3.2.5 Pustu	Sudah jelas
RC.1.3.2.6 Polindes	Sudah jelas
RC.1.3.2.7 Gudang	Sudah jelas
RC.1.3.3 Belanja Perawatan alat medis	Sudah jelas
RC.1.3.4 Belanja Perawatan alat non medis	Sudah jelas
RC.1.7.1 Belanja Perjalanan Dinas	Sudah jelas
RC.1.7.1.1 Belanja perjalanan dinas dalam daerah	Sudah jelas
RC.1.7.1.2 Belanja perjalanan dinas luar daerah	Sudah jelas
RC.1.7.2 Belanja Perjalanan Pindah Tugas	Sudah jelas
RC.1.7.2.1 Belanja perjalanan pindah tugas dalam daerah	Sudah jelas
RC.1.7.2.2 Belanja perjalanan pindah tugas luar daerah	Sudah jelas
RC.1.7.3 Belanja Pemulangan Pegawai	Sudah jelas
RC.1.7.3.1 Belanja pemulangan pegawai yang pensiun dalam daerah	Sudah jelas
RC.1.7.3.2 Belanja pemulangan pegawai yang pensiun luar daerah	Sudah jelas
RC.1.7.3.3 Belanja pemulangan pegawai yang tewas dalam melaksanakan tugas	Sudah jelas
RC.2 Pengeluaran investasi/capital	Sudah jelas
RC.2.1 Bangunan	Sudah jelas
RC.2.2 Benda Bergerak (Movable Equipment)	Sudah jelas
RC.2.3 Capital transfer to providers	Sudah jelas
	Sudah jelas
RC.2.1.1 Belanja Modal Pengadaan Tanah	Sudah jelas
RC.2.1.2 Belanja Modal Pengadaan Konstruksi/Pembelian Bangunan	Sudah jelas
RC.2.2.1 Kendaraan (Vehicles)	Sudah jelas
RC.2.2.1.1 Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Angkutan Darat	Sudah jelas

Kode dan Klasifikasi Sumber	Definisi operasional
Bermotor	
RC.2.2.1.2 Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Angkutan Di Air Bermotor	Sudah jelas
RC.2.2.1.3 Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Angkutan Darat Tidak Bermotor	Sudah jelas
RC.2.2.1.4 Belanja Modal Alat-alat Angkutan Di Air Tidak Bermotor	Sudah jelas
RC.2.2.3 Others (Lainnya)	Sudah jelas
RC.2.3.1 Belanja Modal Pengadaan Peralatan Kantor	Sudah jelas
RC.2.3.2 Belanja Modal Pengadaan Perlengkapan Kantor	Sudah jelas
RC.2.3.3 Belanja Modal Pengadaan Komputer	Sudah jelas
RC.2.3.4 Belanja Modal Pengadaan Mebeulair	Sudah jelas
RC.2.3.5 Belanja Modal Pengadaan Peralatan Dapur	Sudah jelas
RC.2.3.6 Belanja Modal Pengadaan Penghias Ruangan Rumah Tangga	Sudah jelas
RC.2.3.7 Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Studio	Sudah jelas
RC.2.3.8 Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Komunikasi	Sudah jelas
RC.2.3.9 Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Ukur	Sudah jelas
RC.2.3.10 Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Kedokteran	Sudah jelas
RC.2.3.11 Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Laboratorium	Sudah jelas
RC.2.3.12 Belanja Modal Pengadaan Instalasi Listrik dan Telepon	Sudah jelas
RC.2.3.13 Investasi pegawai	Sudah jelas
RC.2.3.13.1 Belanja Beasiswa Pendidikan PNS	Sudah jelas
RC.2.3.13.2 Belanja kursus, pelatihan, dan bimbingan teknis PNS	Sudah jelas

VI. PERBANDINGAN KLASIFIKASI DHA-NTB DENGAN KLASIFIKASI MENURUT PERMENDAGRI 13/2006

BELANJA TIDAK LANGSUNG

KODE AKUN MENURUT ICHA	KODE REKENING	URAIAN
	1	2
	5	BELANJA DAERAH
	5.1	BELANJA TIDAK LANGSUNG
	5.1.1	BELANJA PEGAWAI
RC.1.1.1 Gaji/tunjangan	5.1.1.01	Gaji dan Tunjangan
RC.1.1.3 Penghasilan, Honor & Uang Lembur	5.1.1.02	Tambahan Penghasilan PNS
	5.1.1.03	Belanja Penerimaan lainnya Pimpinan dan anggota DPRD serta
	5.1.1.04	Biaya Pemungutan Pajak Daerah
	5.1.2	BELANJA BUNGA
	5.1.2.01	Bunga Utang Pinjaman
	5.1.2.02	Bunga Utang Obligasi
	5.1.3	BELANJA SUBSIDI
	5.1.3.01	Belanja Subsidi kepada Perusahaan/Lembaga
	5.1.4	BELANJA HIBAH
	5.1.4.01	Belanja Hibah kepada Pemerintah Pusat
	5.1.4.02	Belanja Hibah kepada Pemerintah Daerah Lainnya
	5.1.4.03	Belanja Hibah kepada Pemerintahan Desa
	5.1.4.04	Belanja Hibah kepada Perusahaan Daerah/BUMD/BUMN
	5.1.4.05	Belanja Hibah kepada Badan/Lembaga/Organisasi Swasta
	5.1.4.06	Belanja Hibah kepada Kelompok Masyarakat/Perorangan
	5.1.5	BELANJA BANTUAN SOSIAL
	5.1.5.01	Belanja Bantuan Sosial Organisasi Kemasyarakatan
	5.1.5.02	Belanja Bantuan Partai Politik

BELANJA LANGSUNG

KODE AKUN MENURUT ICHA	KODE REKENING	URAIAN
	1	2
RC.1 Biaya operasional	5.2	BELANJA LANGSUNG
	5.2.1	BELANJA PEGAWAI
RC.1.1 Kompensasi bagi staf/petugas	5.2.1.01	Honorarium PNS
RC.1.1.3 Penghasilan, Honor & Uang Lembur	5.2.1.01.01	Honorarium Panitia Pelaksana Kegiatan
	5.2.1.01.02	Honorarium Tim Pengadaan Barang dan Jasa (PPK, Pejabat/Panitia Pengadaan Barang Dan Jasa)
	5.2.1.01.03	Honorarium Tim Pemeriksa/ Penerima Barang
	5.2.1.01.04	Honorarium Tim Penilai
RC.1.1.3 Penghasilan, Honor & Uang Lembur	5.2.1.02	Honorarium Non PNS
	5.2.1.02.01	Honorarium Tenaga Ahli/Instruktur/Narasumber/Moderator/Notulen
	5.2.1.02.02	Honorarium Pegawai Honorer/tidak tetap
	5.2.1.02.03	Honorarium Tim/Panitia
RC.1.1.3 Penghasilan, Honor & Uang Lembur	5.2.1.03	Uang Lembur
	5.2.1.03.01	Uang Lembur PNS
	5.2.1.03.02	Uang Lembur Non PNS
	5.2.1.04	Belanja Beasiswa Pendidikan PNS
	5.2.1.04.01	Belanja beasiswa tugas belajar D3
	5.2.1.04.02	Belanja beasiswa tugas belajar S1
	5.2.1.04.03	Belanja beasiswa tugas belajar S2
	5.2.2	BELANJA BARANG DAN JASA

RC.1.2 Suplai dan pelayanan	5.2.2.01	Belanja Bahan Pakai Habis Kantor
	5.2.2.01.01	Belanja alat tulis kantor
	5.2.2.01.02	Belanja dokumen/administrasi tender
RC.1.2.3 Biaya makanan & minuman	5.2.2.11	Belanja Makanan dan Minuman
	5.2.2.11.01	Belanja makanan dan minuman harian pegawai
	5.2.2.11.02	Belanja makanan dan minuman rapat
	5.2.2.11.03	Belanja makanan dan minuman tamu
	5.2.2.11.04	Belanja Makan Dan Minuman Pasien
RC.1.7 Perjalanan	5.2.2.15	Belanja Perjalanan Dinas
	5.2.2.15.01	Belanja perjalanan dinas dalam daerah
	5.2.2.15.02	Belanja perjalanan dinas luar daerah
RC.2.1 Bangunan	5.2.3.01	Belanja Modal Pengadaan Tanah
	5.2.3.01.01	Belanja modal pengadaan tanah kantor
	5.2.3.01.02	Belanja modal pengadaan tanah sarana kesehatan rumah sakit
RC.2.3.4 Belanja Modal Pengadaan Mebeulair	5.2.3.13	Belanja Modal Pengadaan Mebeulair
	5.2.3.13.01	Belanja modal pengadaan meja kerja
	5.2.3.13.02	Belanja modal pengadaan meja rapat
	5.2.3.13.03	Belanja modal pengadaan meja makan
	5.2.3.13.04	Belanja modal pengadaan kursi kerja
RC.2.3.5 Belanja Modal Pengadaan Peralatan Dapur	5.2.3.14	Belanja Modal Pengadaan Peralatan Dapur
	5.2.3.14.01	Belanja modal pengadaan tabung gas
	5.2.3.14.02	Belanja modal pengadaan kompor gas

	5.2.3.18.13	Belanja Modal Pengadaan Slide Slip Tester
RC.2.3.10 Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Kedokteran	5.2.3.19	Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Kedokteran
	5.2.3.19.01	Belanja modal pengadaan alat-alat kedokteran umum
	5.2.3.19.02	Belanja modal pengadaan alat-alat kedokteran gizi
	5.2.3.19.03	Belanja modal pengadaan alat-alat kedokteran THT
	5.2.3.19.04	Belanja modal pengadaan alat-alat kedokteran mata
	5.2.3.19.05	Belanja modal pengadaan alat-alat kedokteran bedah
	5.2.3.19.06	Belanja modal pengadaan alat-alat kedokteran anak
	5.2.3.19.07	Belanja modal pengadaan alat-alat kedokteran kebidanan dan penyakit kandungan
	5.2.3.19.08	Belanja modal pengadaan alat-alat kedokteran kulit dan kelamin
	5.2.3.19.09	Belanja modal pengadaan alat-alat kedokteran kardiologi
	5.2.3.19.10	Belanja modal pengadaan alat-alat kedokteran neurologi
	5.2.3.19.11	Belanja modal pengadaan alat-alat kedokteran orthopedi
	5.2.3.19.12	Belanja modal pengadaan alat-alat kedokteran hewan
	5.2.3.19.13	Belanja modal pengadaan alat-alat farmasi
	5.2.3.19.14	Belanja modal pengadaan alat-alat penyakit dalam/internis
	5.2.3.19.15	Belanja Modal Pengadaan Alat Kontrasepsi
	5.2.3.19.16	Belanja Modal Pengadaan Alat Kesehatan Medis Dan Non Medis
RC.2.3.11 Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Laboratorium	5.2.3.20	Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Laboratorium
	5.2.3.20.01	Belanja modal pengadaan alat-alat laboratorium biologi
	5.2.3.20.02	Belanja modal pengadaan alat-alat laboratorium fisika/geologi/geodesi
	5.2.3.20.03	Belanja modal pengadaan alat-alat laboratorium kimia

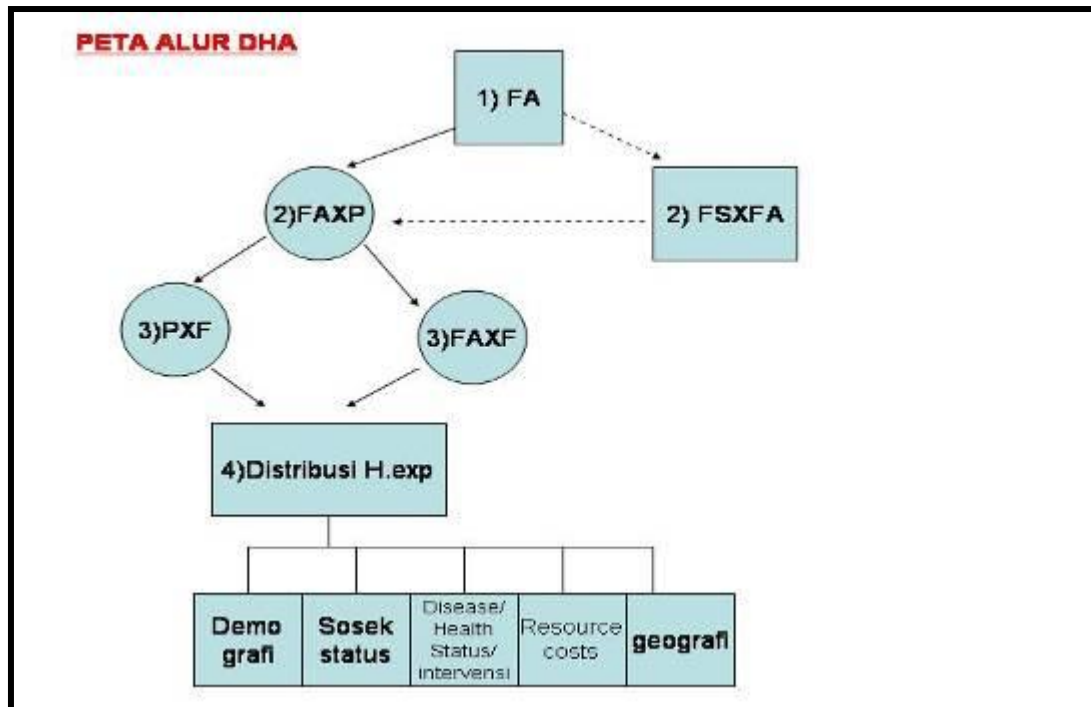
PROGRAM DAN KEGIATAN MENURUT PERMENDAGRI 13/ 2006

PROGRAM2 DHA	KODE					PROGRAM DAN KEGIATAN (PERMENDAGRI)
	1	02	02	01		
						PROGRAM DAN KEGIATAN PADA SETIAP SKPD
1. Program Pelayanan Administrasi Perkantoran	x	Xx	xx	01		Program Pelayanan Administrasi Perkantoran
X	x	Xx	xx	01	01	Penyediaan jasa surat menyurat
X	x	Xx	xx	01	02	Penyediaan jasa komunikasi, sumber daya air dan listrik
X	x	Xx	xx	01	03	Penyediaan jasa peralatan dan perlengkapan kantor
X	x	Xx	xx	01	04	Penyediaan jasa jaminan pemeliharaan kesehatan PNS
X	x	Xx	xx	01	05	Penyediaan jasa jaminan barang milik daerah
X	x	Xx	xx	01	06	Penyediaan jasa pemeliharaan dan perijinan kendaraan dinas/operasional
X	x	Xx	xx	01	07	Penyediaan jasa administrasi keuangan
X	x	Xx	xx	01	08	Penyediaan jasa kebersihan kantor
X	x	Xx	xx	01	09	Penyediaan jasa perbaikan peralatan kerja
X	x	Xx	xx	01	10	Penyediaan alat tulis kantor
X	x	Xx	xx	01	11	Penyediaan barang cetakan dan penggandaan
X	x	Xx	xx	01	12	Penyediaan komponen instalasi listrik/penerangan bangunan kantor
X	x	Xx	xx	01	13	Penyediaan penyediaan peralatan dan perlengkapan kantor
X	x	Xx	xx	01	14	Penyediaan peralatan rumah tangga
X	x	Xx	xx	01	15	Penyediaan bahan bacaan dan peraturan perundang-undangan
X	x	Xx	xx	01	16	Penyediaan penyediaan bahan logistik kantor
X	x	Xx	xx	01	17	Penyediaan makanan dan minuman

2. Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur	x	xx	xx	02		Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur
X	x	xx	xx	02	01	Pembangunan rumah jabatan
X	x	xx	xx	02	02	Pembangunan rumah dinas
X	x	xx	xx	02	03	Pembangunan gedung kantor
X	x	xx	xx	02	04	Pengadaan mobil jabatan
X	x	xx	xx	02	05	Pengadaan kendaraan dinas/operasional
X	x	xx	xx	02	06	Pengadaan perlengkapan rumah jabatan/dinas
3. Program Peningkatan Disiplin Aparatur	x	xx	xx	03		Program Peningkatan Disiplin Aparatur
X	x	xx	xx	03	01	Pengadaan mesin/kartu absensi
X	x	xx	xx	03	02	Pengadaan pakaian dinas beserta perlengkapannya
X	x	xx	xx	03	03	Pengadaan pakaian kerja lapangan
X	x	xx	xx	03	04	Pengadaan pakaian KORPRI
X	x	xx	xx	03	05	Pengadaan pakaian khusus hari-hari tertentu
X	x	xx	xx	03	06	Pengadaan Pakaian Kedaerahan
X	x	xx	xx	03	07	Koordinasi Peningkatan Disiplin PNS
X	x	xx	xx	03	08	Koordinasi Penegakan/Peningkatan Disiplin PPNS dan JUSTISI
4. Program Fasilitas Pindah/Purna Tugas PNS	x	xx	xx	04		Program Fasilitas Pindah/Purna Tugas PNS
X	x	xx	xx	04	01	Pemulangan pegawai yang pension
X	x	xx	xx	04	02	Pemulangan pegawai yang tewas dalam melaksanakan tugas
X	x	xx	xx	04	03	Pemindahan tugas PNS

VII. PENERIMA MANFAAT (BENEFICIARY)

Seperti dijelaskan di muka, penerima manfaat adalah sekelompok masyarakat yang menerima manfaat pelayanan kesehatan (barang/jasa), di mana pengelompokan bisa menurut status sosioekonomi, geografi (urban/rural), gender, umur. Alur dalam DHA dapat digambarkan sebagai berikut:



Distribusi pengeluaran kesehatan menurut kelompok populasi (menurut panduan NHA WHO)

- Keinginan menjawab bagaimana sumber daya didistribusikan menurut berbagai karakteristik seperti: umur, gender, status sosek, wilayah. Sampai saat ini belum ada konsensus baku untuk memotret *equity*
- Tidak harus semua pengeluaran dipotret pemanfaatannya sampai tingkat masyarakat.
 - Adalah sulit menilai administrasi terkait dengan manfaat bagi masyarakat.
 - Adalah tidak biasa suatu NHA menilai bagaimana pengeluaran riset dikaitkan dengan *equity*
- Terbatas pada personal *health care spending*.
- Diantaranya contoh:
 - *Equality* percapita *contribution* (berapa kontribusi untuk kesehatan perkapita di berbagai wilayah dan dilihat disparitasnya)
 - *Equality health status* (bagaimana gambaran ketimpangan status kesehatan antar daerah)
 - Pengeluaran di *urban vs rural*, menurut kelompok umur, sosioekonomi

1. *Benefit incidence analysis (BIA)*

Dalam melakukan analisis guna menilai siapa yang menikmati subsidi, dapat dilakukan suatu *Benefit incidence analysis*. Analisis ini ingin menjawab:

- Kelompok populasi mana yang mendapatkan manfaat dari dana publik?
- Kombinasi data pengeluaran dana publik dengan survei rumah tangga, data didistribusi menurut kuantil rumah tangga (termiskin sampai dengan terkaya)
- Untuk pembiayaan program tertentu lebih mudah, misal: BIA dana publik untuk maternal, karena penerima manfaat spesifik (bumil, persalinan)
- Untuk pembiayaan kesehatan secara keseluruhan, siapa penerima manfaat?

Seperti kita ketahui, data DHA kita berbasis institusi (data dari Dinkes, RS dll) dan tidak diketahui secara langsung dana tersebut dinikmati oleh siapa. Bagaimana cara mengetahui, misalnya, realisasi dana program KIA dari berbagai sumber di kabupaten X benar-benar menyentuh target populasi yang diharapkan yaitu ibu hamil dan balita? Untuk itu dalam BIA tersebut dibutuhkan data tambahan mengenai target populasi dan ke mana target populasi tersebut mencari pelayanan KIA. Data biasanya diperoleh dari data berbasis populasi, misalnya survei khusus (SUSENAS, SURKESDA dll). Sebagai contoh adalah suatu studi mengenai pelayanan kesehatan ibu di Serang dan Pandeglang tahun 2006 menghasilkan gambaran bahwa 20% penduduk termiskin menerima hanya 10% manfaat dari subsidi pemerintah untuk kesehatan ibu, sedangkan 20% terkaya menerima 39% manfaat dari subsidi tersebut (mencerminkan adanya ketimpangan)

2. **Adakah cara yang sederhana untuk menilai penerima manfaat dana publik?**

Karena BIA cukup rumit dan membutuhkan ketrampilan khusus serta data yang lebih lengkap, maka dalam DHA kita bisa melakukan analisis lebih sederhana, yaitu telaah *resource costs* (komponen anggaran) menurut ‘tempat’ dana dimanfaatkan, atau menilai ‘biaya langsung’ atau ‘tidak langsung’ guna mendapatkan bobot penggunaan dana apakah lebih besar ‘menyentuh masyarakat’? Misal: rumah sakit, puskesmas, Dinkes. Khusus untuk dana administrasi sulit didistribusikan ke *beneficiary* masyarakat dan terkadang ‘tidak fair’ untuk kinerja staf secara superficial. Misal: perjalanan, bisa saja merupakan komponen kegiatan langsung atau tidak langsung. Dana perjalanan ke posyandu, dapat dianggap sebagai dana langsung di mana bidan (apalagi yang tinggal di daerah terpencil) mengunjungi desa-desa untuk melakukan kegiatan pemeriksaan ibu hamil dan penimbangan bayi.

Bila ingin menilai siapa penerima manfaat, penjabaran menurut indikator kinerja masing-masing program dilakukan terlebih dulu, baru diperkirakan penerima manfaatnya (di mana penerima manfaat tentunya berbeda untuk tiap program, bisa ibu hamil, bisa masyarakat umum, dsb). Setelah itu, klasifikasikan dana Pemerintah: belanja aparat dan belanja publik.

Lebih detail bisa ditelusuri PXF dan FAXF untuk beneficiary misal:

- Puskesmas, obat TB, masyarakat

Untuk mempermudah buat alur dana (*flow of fund*) menurut Subdin/ bidang, tiap subdin/ program bisa mengidentifikasi *beneficiary* masing-masing. Selanjutnya, bandingkan dengan IHPB/ P2KT atau perencanaan lain yang sudah dibuat untuk identifikasi kinerja.

Provider	Fungsi	Beneficiaries
Puskesmas	Rajal	Masyarakat
Dinkes	pelatihan	Dinkes/ puskesmas
RS	Ranap	Masyarakat
Puskesmas	Transport posyandu untuk bidan	Puskesmas? Bumil?
P2M	imunisasi	Balita
Dinkes	administrasi	Dinkes
Dinkes (dana GTZ)	pelatihan	Dinkes/LSM
Dinkes	Kesling (RC supervisi)	puskesmas

- Kesimpulannya, *Benefit incidence analysis* membutuhkan data detail dan analisis lanjut. Saat ini untuk DHA kita gunakan pendekatan yang sederhana membandingkan provider dengan *beneficiary* dalam arti di mana dana berakhir (*beneficiary institution*), bukan penerima dari sudut pandang *outcome* di masyarakat, kecuali yang memang bisa dilakukan (contoh: imunisasi *beneficiary* adalah balita). Analisis *beneficiary* bisa dilakukan satu persatu menurut sumber, misal: dana masyarakat (susenas), dana Askeskin, dana Askessos, dana perusahaan, dan lainnya, dengan dasar agregat tertentu (misal jumlah karyawan swasta, jumlah karyawan BUMN, dll). Membutuhkan data tambahan yang cukup detail/ survei khusus.

Adapun klasifikasinya dapat dilihat dalam tabel di bawah .

Klasifikasi penerima manfaat (Beneficiaries) untuk DHA di NTB - Pengeluaran Publik

Kode Akun	Penjelasan Kode	Catatan
BC. 1	Public	
BC. 1.1	Masyarakat umum	
BC. 1.1.1	Ibu umum	
BC. 1.1.2	Balita dan anak sekolah umum	
BC. 1.1.3	Usila umum	
BC. 1.1.4	Lainnya umum	
BC. 1.2	Masyarakat miskin	
BC. 1.2.1	Ibu masyarakat miskin	
BC. 1.2.2	Balita dan anak sekolah masyarakat miskin	
BC. 1.2.3	Usila masyarakat miskin	
BC. 1.2.4	Lainnya masyarakat miskin	
BC. 2	Aparatur	
BC. 2.1	Puskesmas	
BC. 2.2	Dinas/Badan Kabupaten	
BC. 2.3	Dinas/Badan Propinsi	

VIII. TABEL STANDAR DHA

1. Apakah yang Dimaksud dengan Tabel Standar ?

Tabel standar merupakan tabel 2x2 yang dikembangkan dari klasifikasi DHA, yaitu:

- Sumber (FS)
- Agen (FA)
- Provider (P)
- Fungsi (F)
- Mata anggaran (RS)
- Penerima manfaat (BC)
-

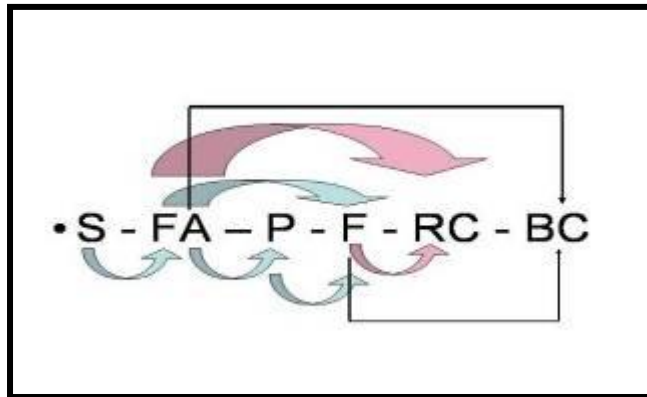
2. Kegunaan Tabel standar

- Pengeluaran untuk kesehatan menurut agen dan provider (FAXP)
- Pengeluaran untuk kesehatan menurut provider dan fungsi (PXF)
- Pengeluaran untuk kesehatan menurut agen dan fungsi (FAXF)
- Pengeluaran untuk kesehatan menurut sumber dan agen (FSXFA)
- Tabel FAXP menjelaskan bagaimana dana didistribusikan kepada provider dan menjawab pertanyaan '*who finances whom*' (siapa mendanai siapa)
- Tabel PxP memberi informasi kepada pembaca mengenai '*who does what*' (siapa mengerjakan apa).
- Tabel FAXF menjelaskan siapa membiayai pelayanan apa dalam sistem kesehatan.
 - Apakah program prioritas mendapatkan porsi dana yang memadai
 - Isyu public-private
- Tabel FSXFA menjawab pertanyaan '*where does the money come from*' (dari mana saja dana diperoleh)

3. Resource costs dan beneficiary

- Selain keempat tabel standar dipotret juga *biaya sumberdaya (resource costs) atau mata anggaran* untuk memproduksi barang dan jasa pelayanan kesehatan
- Bila ingin ditelaah sesuai beneficiary, maka dipotret:
 - Pengeluaran kesehatan menurut umur dan gender penduduk
 - Pengeluaran untuk kesehatan menurut status sosioekonomi masyarakat
 - Pengeluaran untuk kesehatan menurut status kesehatan masyarakat
 - Pengeluaran untuk kesehatan menurut geografi
 - Beneficiary institution (institusi penerima manfaat) dari hasil tabel FAXP maupun PXF

4. Cara pembuatan tabel standar



FA x P

Provider	Financing Agent				Total
	HF.1 Pemerintah				
	HF.1.1 Wilayah Pemerintahan			HF.1.2	
	HF.1.1.1	HF.1.1.2	HF.1.1.3	Dana Pengaman Sosial (Social security funds)	
	Pemerintahan pusat	Pemerintahan propinsi	Pemerintahan kabupaten/kota		
HP.1 Rumah sakit					
HP2. Fasilitas dan panti perawatan					
HP.3 Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan					
HP.4 Penjualan ritel dan alat layanan kesehatan					
HP.5 Pelayanan dan aministrasi program kesehatan masyarakat					
HP.6 Administrasi kesehatan umum dan asuransi					
HP.7 Semua industri lainnya (rest of the economy)					
HP.8 Institusi yang berhubungan dengan layanan kesehatan					
HP.9 Rest of the world					
Total					

P x F

Function	Providers									Total
	HP.1	HP.2	HP.3	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.8	HP.9	
	Rumah sakit	Fasilitas dan panti perawatan	Yankes rawat jalan	Penjualan Ritel dan layanan alkes	Pelayanan dan adm prog kesmas	Adm kes umum dan asuransi	Semua Industri lain	Institusi yang berhubungan dengan layanan kesehatan	Rest of The world (RoTW)	
HC.1 Pelayanan kuratif										
HC.2 Pelayanan rehabilitatif										
HC.3 Pelayanan long-term nursing care										
HC.4 Layanan pelengkap perawatan medis										
HC.5 Alat-alat/bahan medis yang diberikan kepada pasien rawat jalan										
HC.6 Pelayanan Preventif dan kesmas										
HC.7 Adm Kesehatan dan Asuransi Kesehatan										
HC.R.1–5 Fungsi-fungsi terkait kesehatan										
Total										

FA x F

Function	Financing Agent				Total
	HF.1 Pemerintah				
	HF.1.1 Wilayah Pemerintahan			HF.1.2	
	HF.1.1.1	HF.1.1.2	HF.1.1.3	Dana Pengaman Sosial (Social security funds)	
	Pemerintahan pusat	Pemerintahan propinsi	Pemerintahan kabupaten/kota		
HC.1 Pelayanan kuratif					
HC.2 Pelayanan rehabilitatif					
HC.3 Pelayanan long-term nursing care					
HC.4 Layanan pelengkap perawatan medis					
HC.5 Alat-alat/bahan medis yang diberikan kepada pasien rawat jalan					
HC.6 Pelayanan Preventif dan kesmas					
HC.7 Adm Kesehatan dan Asuransi Kesehatan					
HC.R.1–5 Fungsi-fungsi terkait kesehatan					
Total					

FS x FA

Financing Agents	Financing Sources					Total
	FS.1 Biaya Publik				FS.3 Rest of the World	
	FS.1.1.1 Pemerintah pusat	FS.1.1.2 Propinsi	FS.1.2 Kabupaten/kota	Total		
HF.1.1.1 Pemerintahan pusat						
HF.1.1.2 Pemerintahan propinsi						
HF.1.1.3 Pemerintahan kabupaten/kota						
HF.1.2 Dana Pengaman Sosial (Social security funds)						
Total Funds Provided						

FA x RC

Resources Cost	Financing Agent				Total
	HF.1 Pemerintah				
	HF.1.1 Wilayah Pemerintahan			HF.1.2	
	HF.1.1.1	HF.1.1.2	HF.1.1.3	Dana Pengaman Sosial (Social security funds)	
	Pemerintahan pusat	Pemerintahan propinsi	Pemerintahan kabupaten/kota		
RC.1 Biaya operasional					
RC.1.1 Kompensasi bagi staf/petugas					
RC.1.2 Suplai dan pelayanan					
RC.1.3 Biaya pemeliharaan					
RC.1.4 Bunga bank					
RC.1.5 Subsidi untuk petugas					
RC.1.6 Kontribusi/sumbangan ke Rumah tangga					
RC.1.7 Biaya transportasi					
RC.1.9 Pengeluaran lain					
RC.2 Pengeluaran investasi/capital					
RC.2.1 Bangunan					
RC.2.2 Peralatan dan perlengkapan					
RC.2.3 Investasi kepada petugas					
Total					

P x RC

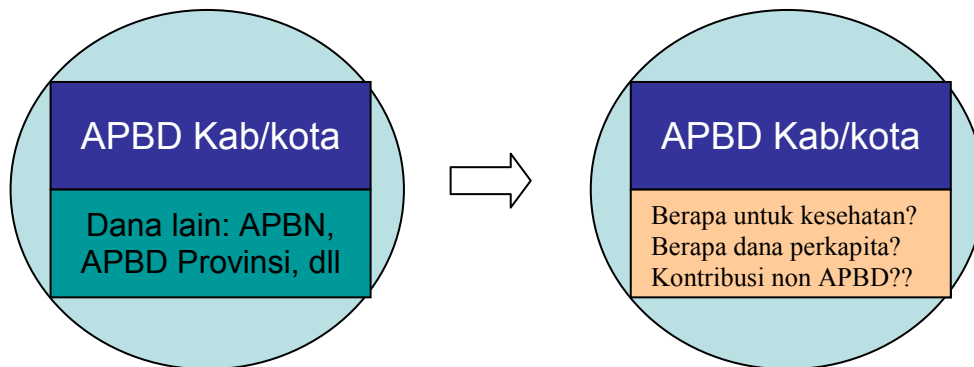
Resources Cost	Providers									Total
	HP.1	HP.2	HP.3	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.8	HP.9	
	Rumah sakit	Fasilitas dan panti perawatan	Yankes rawat jalan	Penjualan Ritel dan layanan alkes	Pelayanan dan adm prog kesmas	Adm kes umum dan asuransi	Semua Industri lain	Institusi yang berhubungan dengan layanan kesehatan	Rest of The world (RoTW)	
RC.1 Biaya operasional										
RC.1.1 Kompensasi bagi staf/petugas										
RC.1.2 Suplai dan pelayanan										
RC.1.3 Biaya pemeliharaan										
RC.1.4 Bunga bank										
RC.1.5 Subsidi untuk petugas										
RC.1.6 Kontribusi/sumbangan ke Rumah tangga										
RC.1.7 Biaya transportasi										
RC.1.9 Pengeluaran lain										
RC.2 Pengeluaran investasi/capital										
RC.2.1 Bangunan										
RC.2.2 Peralatan dan perlengkapan										
RC.2.3 Investasi kepada petugas										
Total										

IX. DATA TAMBAHAN YANG DIBUTUHKAN

Agar dapat melakukan analisis DHA secara lengkap, dibutuhkan data pendukung, diantaranya mencakup :

- Jumlah penduduk (untuk informasi berapa pengeluaran kesehatan per kapita)
- Besaran APBD kabupaten/kota (untuk isu sustainabilitas)

Konsep Pengukuran



Dana Perkapita

$$\frac{\text{Jumlah realisasi anggaran kesehatan (publik)}}{\text{Jumlah penduduk (jiwa)}}$$
$$\frac{\text{Jumlah realisasi anggaran kesehatan bersumber APBD kab/kota}}{\text{Jumlah penduduk (jiwa)}}$$

Proporsi Pengeluaran untuk kesehatan

$$\frac{\text{Jumlah realisasi anggaran kesehatan (publik)}}{\text{Jumlah pengeluaran APBD kab/kota}}$$
$$\frac{\text{Jumlah realisasi anggaran kesehatan bersumber APBD kab/kota}}{\text{Jumlah pengeluaran APBD kab/kota}}$$
$$\frac{\text{Jumlah realisasi anggaran kesehatan bersumber bukan APBD kab/kota}}{\text{Jumlah realisasi anggaran kesehatan bersumber APBD kab/kota}}$$

X. PEMANFAATAN DHA

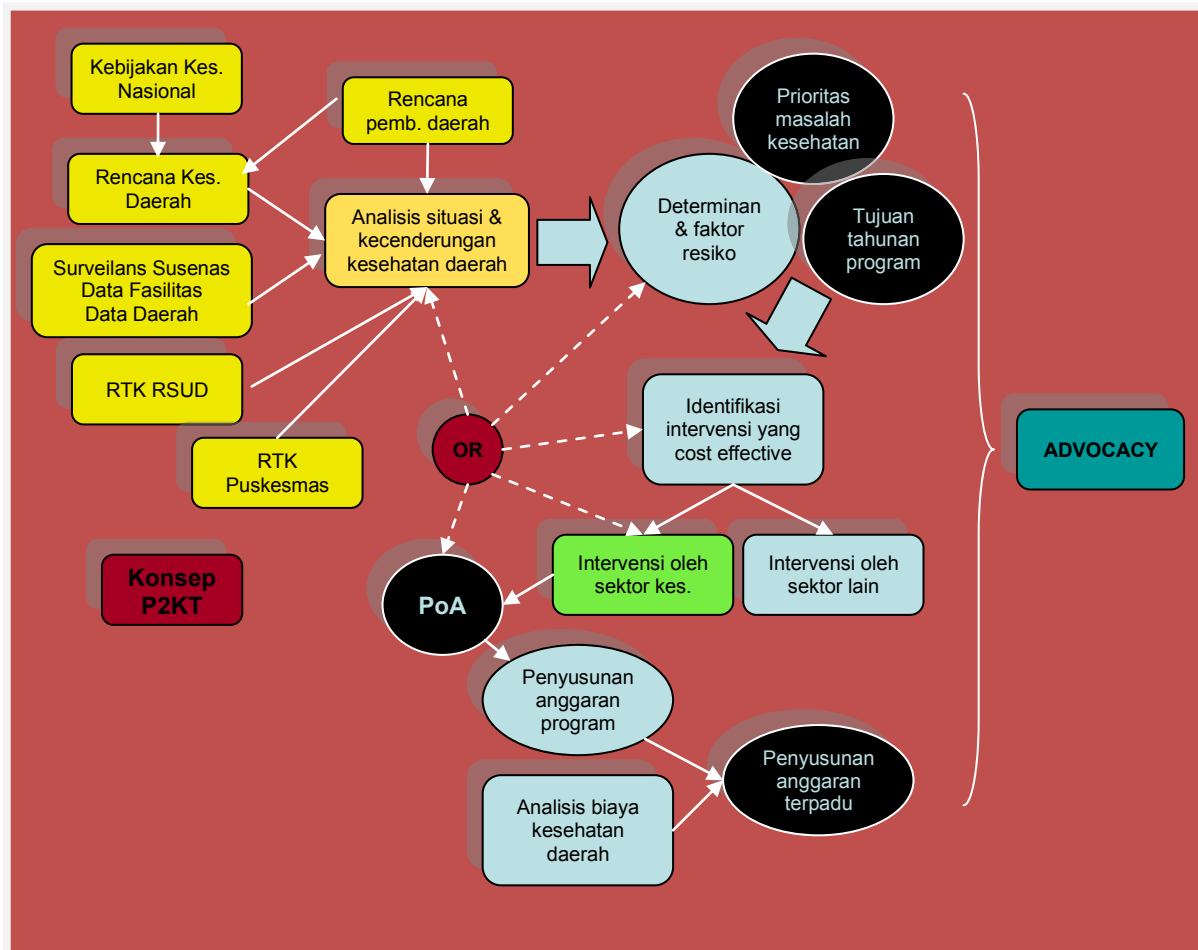
1. DHA Membantu Perencanaan dan Advokasi

- Perencanaan yang baik dibuat berdasarkan hasil evaluasi yang sistematis → data mengenai pembiayaan, sumber, pemanfaatan dan penerima manfaat akan menunjukkan
 - Kecukupan (sufficiency)
 - Efektifitas dan efisiensi
 - Equity
 - Sustainability
 - Partisipasi sosial
- Apakah usulan kita realistis mengingat kemampuan di masa lalu? Data DHA menjelaskan „kemampuan’ finansial kita
- Identifikasi kesenjangan (gap) kebutuhan di mana dapat dibandingkan dengan kenyataan dana tersedia tahun-tahun lalu. Realistiskah kita merencanakan dan meminta dana sekian besar kepada Bupati? Apa saja yang telah kita capai dengan dana sekian besar tahun lalu? Apakah selama ini kita tergantung kepada donor?
- Advokasi untuk mendapatkan dana yang memadai berdasarkan „evidence’



Suatu DHA mempunyai manfaat bagi perencanaan berbasis fakta. Kaitan tersebut sebetulnya telah dijelaskan di dalam modul Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan

Terpadu (P2KT) yang diinisiasi oleh Prof Ascobat Gani dan telah dilaksanakan di berbagai daerah.



Sumber: Ascobat Gani, Modul P2KT

Gambar di atas menunjukkan kaitan antara berbagai proses dalam perencanaan dengan informasi DHA (analisis pembiayaan kesehatan daerah) dan bagaimana keseluruhan proses kemudian bermuara di advokasi.

2. Menilai Kinerja Pembiayaan

Kinerja pembiayaan dapat dinilai dari beberapa indikator:

1. Kecukupan (sufficiency)
2. Efisiensi
3. Efektifitas
4. Sustainability
5. Equity (pemerataan yang adil)
6. (Kualitas) → hanya spending tanpa peningkatan kualitas tujuan belum tercapai. Alokasi sumberdaya harus bermuara ke kualitas pula. Tidak dianalisis karena area yang spesifik untuk analisis kualitas.

1. *Kecukupan*

Kecukupan artinya apakah dana yang dikeluarkan apakah sudah memadai dari sisi besaran dan apa kendala?

- Bagaimana kecenderungan besaran dana kabupaten?
- Berapa besar spending percapita?
- Berapa % OOP ?
- Dibandingkan dengan idealnya
 - Berapa % dari APBD? Dari DAU besar tapi kebanyakan untuk gaji → belum memadai
 - WHO: US\$ 34/ capita
 - World Bank: Rp 42.000/ capita (kondisi sepuluh tahun lalu)
 - Indonesia Sehat 2010: Rp 100.000/capita
 - Versi NTB: ?????

2. *Efisiensi dan efektifitas*

- Efisiensi artinya: Sepadan hasil dengan pengorbanan sumber daya (worth spent)
- Efektif artinya sasaran/ target tercapai, outcome memuaskan
- Apa prioritas NTB?
- Apakah dana sudah menyentuh program prioritas? Apa kendala?
- Kuratif vs promotif-preventif (tetapi tidak berarti bahwa dana rumah sakit harus sekecil mungkin dan dana PH sebesar mungkin, tergantung kebutuhan)
- Distribusi dana menurut program prioritas?

3. *Sustainability*

- Keberlanjutan kegiatan dengan dukungan dana yang memadai, terutama bersumber dari dana lokal (tergantung peran dan fungsi Pusat-Provinsi-Kabupaten/kota)
- Dana dari Pusat besar (termasuk in-kind misal vaksin) tetapi biaya operasional kurang → tidak sustain
- Bila suatu program prioritas sebagian besar dana dari eksternal → tidak sustain
- Bila $\geq 70\%$ biaya operasional di cover Pemda → baik sekali

4. *Equity*

Equity artinya Pemerataan yang adil, bukan sama rata. Mengandung unsur: need, geografi, sosioekonomi

Need → program prioritas

Geografi → kabupaten kaya/ miskin,

Sosioekonomi → kelompok masyarakat kaya/ miskin dll

- Siapa mendapat apa?
- Terkait dengan „beneficiary”, penerima manfaat

3. Apa yang akan Kita Hasilkan dari DHA kita?

Putuskan pertanyaan kebijakan apa yang akan dijawab, misal:

- Apakah daerah tergantung pada sumber tertentu dalam pendanaan kesehatan seperti Pusat atau donor?
- Apakah dana APBD untuk kesehatan sudah memadai?
- Apakah program prioritas mendapatkan porsi cukup?
- Siapa mendapat apa?
- Setelah bantuan GTZ berakhir, bagaimana kelanjutan aktifitas yang telah dirintis?
- Area yang ingin dijawab:
 - Kecukupan
 - efisiensi
 - sustainability
 - Equity (beneficiary)
 - Partisipasi masyarakat (data non publik?)
- DHA bermanfaat untuk monitoring, evaluasi → perencanaan ke depan yang lebih baik
- Bila dilengkapi dengan gambaran pengeluaran kes menurut program prioritas maka bisa dibandingkan dgn perencanaan
- Agar bisa diperoleh gambaran bagaimana pemanfaatan (penerima manfaat), dibutuhkan data tambahan/ studi lain spt: utilisasi, demografi, cakupan dll
- DHA perlu didukung komitmen agar data tersedia dengan akurat dan sustain

4. Tugas untuk Kelompok Analisis DHA

1. KECUKUPAN:

- Hitung dana perkapita
- Bagaimana tren/ kecenderungannya?
- Bandingkan dengan harapan (Indonesia Sehat, WHO, Bank Dunia, perencanaan NTB dll)
- Untuk beberapa program prioritas, cermati dananya, bandingkan dengan perencanaan/ IHPB: apakah dana mencukupi? Komponen apa yang kurang dananya?
- Tampilkan dalam tabel/ grafik dan narasi

2. EFISIENSI DAN EFEKTIFITAS

- Buat rincian pengeluaran dana beberapa program prioritas (mencakup semua komponen dana seperti gaji, obat, operasional dll)
- Cari data kinerja program tsb
- Hitung biaya per target output
- Apakah menurut sdr dana tsb efisien?
- Apa saja komponen terbesar?
- Tampilkan dalam tabel/ grafik dan narasi

3. EQUITY/ PEMERATAAN

- Pelajari pengeluaran dana beberapa program prioritas (semua komponen dana) dan lihat siapa penerima manfaat terbesar
- Apakah sudah memadai?
- Bagaimana anda memperbaikinya?
- Apakah ada ketimpangan antar kabupaten/ kota?
- Apa peran provinsi?
- Tampilkan dalam tabel/ grafik dan narasi

4. SUSTAINABILITAS

- Pelajari pengeluaran dana beberapa program prioritas (mencakup semua komponen), cermati sumber dana dari mana saja?
- Bagaimana tren/ kecenderungannya?
- Bagaimana prospek ke depan untuk keberlangsungan kegiatan mengingat dana yang tersedia?
- Apa yang anda lakukan untuk mengupayakannya?
- Tampilkan dalam tabel/ grafik dan narasi

LANGKAH BERIKUT

1. Apakah DHA kab/ kota anda sudah lengkap, mencerminkan keseluruhan sumber dana, agen, provider, penerima manfaat, di kab/ kota anda?
2. Data apalagi yang perlu dikumpulkan?
3. Apakah penting untuk mengumpulkan dan melengkapi data tsb? Mengapa? Informasi apa yang akan anda sajikan dengan data tambahan tsb?

XI. CONTOH-CONTOH HASIL PENGEMBANGAN DHA DI NTB (KAJIAN PEMBIAYAAN KESEHATAN BERSUMBER PUBLIK)

11.1 Contoh Pembiayaan Kesehatan di Kabupaten Sumbawa Barat (KSB)

Dalam proses *learning by doing* yang dilakukan oleh tim DHA di NTB, seluruh kabupaten/ kota telah ikut berpartisipasi dalam pembuatan DHA masing-masing untuk tahun 2006 dan 2007. Data tahun 2006 merupakan data yang telah dikumpulkan sebelumnya, hanya bersumber publik, sementara data 2007 beserta telah mampu mengumpulkan data bersumber beberapa donor seperti GTZ, Unicef. Data pembiayaan kesehatan di kabupaten Sumbawa Barat menunjukkan adanya peningkatan dari tahun 2006 ke 2007 sebagai berikut:

**Tabel 1 : Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah Kab.
Sumbawa Barat , T.A. 2006 dan 2007**

(dalam Rupiah)

	2006	2007
Total Pembiayaan Kesehatan Kab	16,223,920,166	27,247,169,374
Total Pembiayaan Kesehatan APBD II Kab	9,892,571,466	14,541,270,397
Jumlah Penduduk	95,837.0	97,013
Pembiayaan Kesehatan per Kapita (APBD kesehatan)	103,222.88	149,889.92
Pembiayaan Kesehatan per Kapita (TOTAL KESEHATAN)	169,286.60	280,861.01

Dana kesehatan perkapita terjadi peningkatan yang cukup besar ,menunjukkan adanya komitmen yang lebih baik pada tahun 2007 dibandingkan tahun sebelumnya. Dana per kapita kesehatan dari total biaya kesehatan APBD juga mengalami kenaikan yang sangat berarti yaitu dari Rp.169 ribu menjadi Rp.281 ribu. Naiknya biaya per kapita kesehatan ini diharapkan juga dapat menaikkan status kesehatan masyarakat di kabupaten Sumbawa Barat (KSB). Merujuk pada target biaya perkapita menurut Indonesia sehat 2010 yaitu minimal Rp 100 ribu perkapita maka dana kesehatan di KSB cukup memadai.

Total APBD kesehatan menunjukkan peningkatan dari Rp. 9,892,571,466 pada tahun 2006 menjadi Rp. 14,541,270,397 pada tahun 2007 (Tabel 2). Meskipun nominalnya naik, proporsi biaya kesehatan bersumber APBD ini dalam total anggaran kesehatan justru turun 8% dari 61% (2006) menjadi 53% (2007).

Tabel 2. Proporsi Alokasi Pembiayaan Kesehatan Terhadap Total APBD Kab. Sumbawa Barat , T.A. 2006 dan 2007

	2006	2007
Total Pembiayaan Kesehatan	16,223,920,166	27,247,169,374
Total Pembiayaan Kesehatan (APBD II)	9,892,571,466	14,541,270,397
Total APBD Kabupaten	220,309,550,000.00	258,361,613,230.44
% Pembiayaan Kesehatan APBD II Total APBD Kota	0.04	0.06
%Total Kesehatan APBD dan terhadap Total Pembiayaan Kesehatan	0.61	0.53

Dari mana saja sumber dana untuk kesehatan di KSB? Tabel berikut menjelaskan sumber-sumber dana tersebut.

Tabel 3. Pembiayaan Kesehatan KSB menurut sumber 2006 - 2007

	2006		2007	
FS.Pemerintah pusat	6,036,670,500	37.21	12,696,396,772	46.60
FS.Propinsi	279,388,200	1.72	9,502,205	0.03
FS.Kabupaten/kota	9,892,571,466	60.98	14,541,270,397	53.37
Donor	15,290,000	0.09		-
Grand Total	16,223,920,166	100.00	27,247,169,374	100.00

Tabel berikut ini uraian pembiayaan berdasarkan sumber dokumen pendanaan di KSB, menunjukkan dari mana saja dana kesehatan KSB tahun 2006 dan 2007 berasal

Tabel 4: Pembiayaan Kesehatan menurut sumber dokumen di Kab. Sumbawa Barat, 2006 - 2007

	2006	2007
1. APBD II	9,892,571,466	14,541,270,397
3. Dekon	448,863,200	574,044,475
4. DAK	4,660,000,000	5,246,000,000
5. TP	1,023,195,500	6,755,214,502
6. PTT	184,000,000	130,640,000
11.Donor	15,290,000	
Total	16,223,920,166	27,247,169,374

Dana terbesar bersumber APBD II di KSB sebesar Rp. 9,892,571,466 pada tahun 2006 dan Rp. 14,541,270,397 pada tahun 2007. Jelas terlihat bahwa dana kesehatan bersumber APBD II tersebut meningkat. Selain dana APBD II, dana APBN TP juga meningkat lebih dari 6 kali dari sebesar Rp. 1,023,195,500 pada tahun 2006 menjadi Rp. 6,755,214,502. Selain itu juga terjadi peningkatan dana DAK. Sedangkan dana Dekon dan PTT jumlahnya hanya sedikit. Sebagai contoh, dana yang juga cukup besar dari DAK sebesar Rp 5,196,260,234 pada tahun 2006 dan sebesar Rp. 5,621,718,645 pada tahun 2007.

Dana PHLN tidak ada pada tahun 2007. Tidak ada juga dana dari sumber lain APBD II (upah pungut), dekon (askes), OOP, dan donor. Dana bersumber dari pihak swasta seperti dana Perusahaan PT. Newmon juga tidak ada. Bila anggaran Dinas Kesehatan saja tanpa aksesin maka nilai total pembiayaan kesehatan hanya berkurang sedikit menjadi Rp 15,9 milyar (2006) dan Rp 26,3 Milyar (2007).

Tabel berikut menjelaskan gambaran dana menurut agen Data menunjukkan bahwa kewenangan pengelolaan dana kesehatan sebagian besar ada tingkat Kabupaten. Keadaan ini sangat relevan dengan esensi desentralisasi yang menyerahkan kewenangan pada tingkat kabupaten.

Tabel5. Pembiayaan Kesehatan di KSB Menurut Agen Pengelola, T.A. 2006-2007

	2006	2007
HF.Pemerintahan propinsi	169,475,000	574,044,475
HF.Pemerintahan kabupaten/kota	15,775,056,966	26,673,124,899
HF.PT. Askes (askeskin)	279,388,200	
Grand Total	16,223,920,166	27,247,169,374

Bagaimana gambaran menurut komponen biaya atau resource cost? Data pembiayaan kesehatan berdasarkan kode komponen biaya menunjukkan untuk apa pembiayaan kesehatan digunakan di kabupaten. Pada umumnya ada dua kategori yaitu biaya kapital dan biaya operasional termasuk pemeliharaan seperti tampak pada tabel berikut.

Tabel 6. Pembiayaan Kesehatan di KSB Menurut komponen biaya , 2006 dan 2007.

	2006		2007	
	Rp	%	Rp	%
RC.1.1 Kompensasi bagi staf/petugas	5,333,004,385	32.87	8,605,300,186	31.58
RC.1.2 Suplai dan pelayanan	3,947,130,081	24.33	3,397,388,028	12.47
RC.1.3 Biaya pemeliharaan	12,300,000	0.08	235,344,000	0.86
RC.1.5 Subsidi untuk provider	265,200,000	1.63	1,280,168,658	4.70
RC.2.1 Bangunan	1,640,963,200	10.11	6,695,476,714	24.57
RC.2.2 Benda Bergerak (Movable Equipment)	567,902,500	3.50	839,000,000	3.08
RC.2.3 Capital transfer to providers	4,457,420,000	27.47	6,194,491,788	22.73
Total	16,223,920,166	100.00	27,247,169,374	100.00

Dari kategori dana operasional dan pemeliharaan, pembiayaan pegawai diketahui paling besar dibandingkan dengan komponen dana lainnya yaitu sebesar 32,9% pada tahun 2006 dan sebesar 31,6% pada tahun 2007. Selain itu dana suplai dan material juga cukup besar dibanding dana lainnya. Sementara itu pada tahun 2007 biaya

Kapital yang terdiri dari bangunan, benda bergerak dan capital transfer ke provider mengalami peningkatan cukup besar dari sisi nominal dibandingkan tahun 2006.

Bagaimana gambaran dana menurut fungsi?

Tabel berikut menunjukkan deskripsi dana di KSB menurut fungsi.

Tabel 7. Pembiayaan Kesehatan di Dinkes KSB Menurut Fungsi , T.A. 2006 dan 2007

	2006		2007	
	Rp	%	Rp	%
HC.1.3 Pelayanan kuratif rawat jalan	11,983,401,096	73.86	22,667,346,654	83.19
HC.2.3 Pelayanan rehabilitatif rawat jalan		0.00	31,605,000	0.12
HC.6.1 KIA, KB, dan konseling	376,990,058	2.32	244,625,829	0.90
HC.6.2 Pelayanan Kesehatan Sekolah	120,443,800	0.74	-	-
HC.6.3 Pencegahan Penyakit Menular	827,114,678	5.10	753,515,534	2.77
HC.6.4 Pencegahan Penyakit tidak menular		0.00	48,694,000	0.18
HC.6.9 Semua layanan kesmas lainnya	2,220,285,895	13.69	989,884,500	3.63
HC.7.1 Adm kesehatan pemerintah Umum	695,684,639	4.29	1,779,313,857	6.53
HC.R.2 Diklat tenaga kesehatan (sekolah)		0.00	709,360,000	2.60
HC.R.4 pengawasan makanan, kebersihan dan air minum		0.00	22,824,000	0.08
Total	16,223,920,166	100.00	27,247,169,374	100.00

Terlihat bahwa pembiayaan paling besar adalah untuk fungsi kuratif rawat jalan yaitu sebesar Rp. 11,983,401,096 pada tahun 2006 dan sebesar Rp. 22,667,346,654 pada tahun 2007. Pelayanan kesehatan lainnya seperti KIA, KB, konseling dananya sangat kecil, demikian pula dana pencegahan penyakit menular tidak menular pun jumlahnya kecil. Dapat dikatakan komponen kuratif masih mendominasi dana kesehatan di KSB ini.

Adapun gambaran dana menurut provider dapat disampaikan dalam table berikut.

Tabel 8. Pembiayaan Kesehatan di KSB menurut provider T.A. 2006-2007

	2006		2007	
	Rp	%	Rp	%
HP.Puskesmas	9,590,701,581	59.11	20,474,463,484	75.14
HP.PROMKES	59,307,775	0.37	163,197,000	0.60
HP.Yankes	3,690,028,975	22.74	2,331,340,670	8.56
HP.Kesga	958,950,958	5.91	651,479,829	2.39
HP.P2PL	1,199,029,528	7.39	1,138,014,534	4.18
HP.TU/administrasi	725,901,349	4.47	1,704,313,857	6.26
HP.Institusi diklat	-	-	709,360,000	2.60
HP.Institusi lain terkait kesehatan	-	-	75,000,000	0.28
Grand Total	16,223,920,166	100.00	27,247,169,374	100.00

Dari tabel diatas dapat diketahui pengeluaran dana kesehatan yang terbesar proporsinya dana di puskesmas. Pada tahun 2006 dana di puskesmas sebagai provider kesehatan sejumlah Rp. 9,590,701,581 sedangkan pada tahun 2007 sebesar Rp. 20,474,463,484. atau meningkat dari 59% menjadi 75% dari total dana kesehatan di KSB. Dana yang terbesar selanjutnya ada di unit pelayanan kesehatan atau yankes sebesar Rp. 3,690,028,975,- tahun 2006 kemudian di tahun 2007 menjadi Rp. 2,331,340,669,-. Walaupun yankes ini jumlah atau persentasenya turun akan tetapi masih sangat lebih besar dibandingkan alokasi ke unit promkes yang hanya sekitar 0,3 % pada tahun 2006 dan sekitar 1% pada tahun 2007. Demikian pula dana di unit kesga dan P2PL semuanya jauh lebih kecil. Hal yang sama juga ditemukan pada pembiayaan di Dinas Kesehatan saja, Puskesmas dan Yankes sebagai pelaksana pelayanan dan kegiatan yang utama.

Bagaimana gambaran pembiayaan menurut penerima manfaat atau beneficiary?

Tabel 9. Pembiayaan Kesehatan berdasarkan Beneficiary (BC) di KSB T.A. 2006 dan 2007

	2006		2007	
	Rp	%	Rp	%
BC.1.1 Masy Umum	2,218,531,100	13.67	1,824,311,930	6.70
BC.1.2 Maskin	327,050,000	2.02	1,087,210,200	3.99
BC.2.1 Puskesmas	9,579,362,581	59.04	20,403,467,769	74.88
BC.2.2 Dinas/Badan Kab	4,098,976,485	25.27	3,932,179,475	14.43
Grand Total	16,223,920,166	100.00	27,247,169,374	100.00

Klasifikasi penerima manfaat (Beneficiaries) untuk DHA di kabupaten Sumbawa Barat ini adalah masyarakat umum, masyarakat miskin, puskesmas, dinas /badan kabupaten dan rumah sakit. Pada tahun 2006, beneficiary yang paling banyak menerima dana atau barang untuk keperluan pelayanan kesehatan adalah Puskesmas sebesar 59 % dari total dana kesehatan tahun dan proporsinya meningkat menjadi

75% tahun 2007. Selanjutnya penerima dana terbesar pada tahun 2006 adalah Dinas Kesehatan sebesar 26 % dari total dana kesehatan di KSB. Pada tahun 2007, penerima dana terbesar adalah puskesmas. Dana yang langsung dirasakan masyarakat umum dalam hal ini adalah ibu, balita dan anak sekolah, usia dan lainnya pada tahun 2006 sebesar 13% dari total dana, selanjutnya pada tahun 2007 menjadi sebesar 7 %. Dari tabel diatas juga dapat diketahui bahwa dana kesehatan yang diterima dinas atau badan kabupaten hanya naik sedikit, tetapi secara proporsi menurun.

Dari analisis tabel diatas dapat dikatakan bahwa benefit kesehatan yang dirasakan langsung oleh masyarakat umum dan masyarakat miskin relative cukup walaupun harus ada telaah lebih lanjut untuk memastikan bahwa miskin dan masyarakat umum di KSB benar-benar menikmati manfaat dana kesehatan. Puskesmas sebagai penerima dana kesehatan yang cukup besar pada tahun 2007 juga diharapkan dapat menjalankan fungsinya dengan baik.

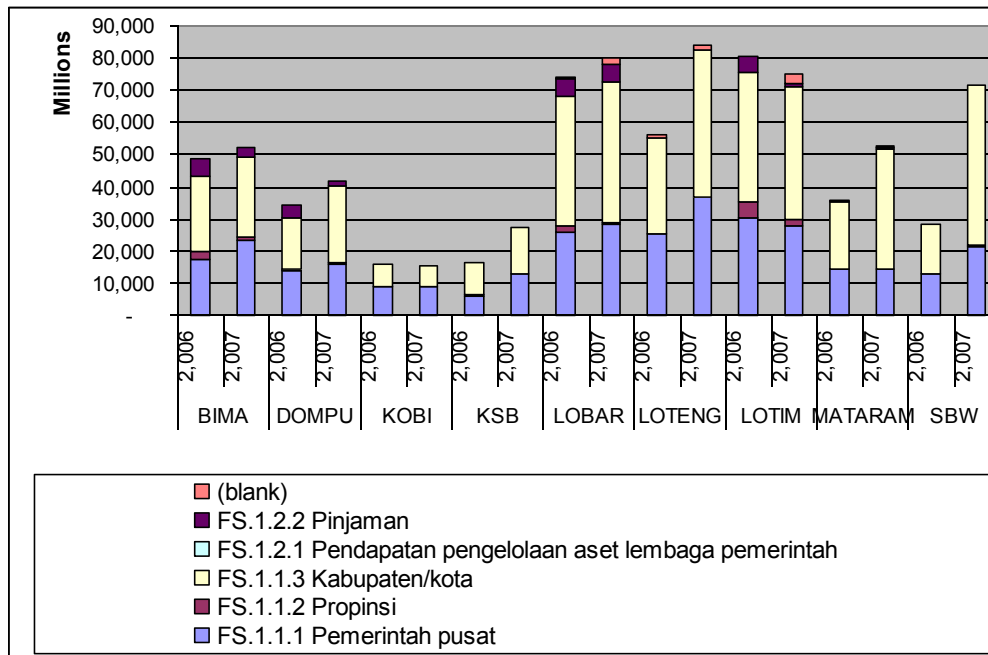
Serupa dengan DHA kabupaten lainnya di analisis DHA KSB ini juga belum dapat diketahui bagaimana komponen biaya didistribusikan menurut berbagai karakteristik seperti: umur, gender, status sosial, wilayah. Sehingga potret *'equity'* atau pemerataan pembiayaan dana kesehatan berdasarkan kelompok tersebut belum dapat terlihat. Terbatasnya data hingga potret *equity*, efisiensi, dan efisiensi di masyarakat juga dapat dikarenakan adanya kesulitan menelusuri administrasi terkait dengan manfaat dana kesehatan di masyarakat. Tim DHA selanjutnya dapat segera mengumpulkan data penunjang dan melakukan analisis yang diperlukan.

11.2 Contoh-contoh Gambaran Pembiayaan di 9 Kabupaten/ kota di NTB

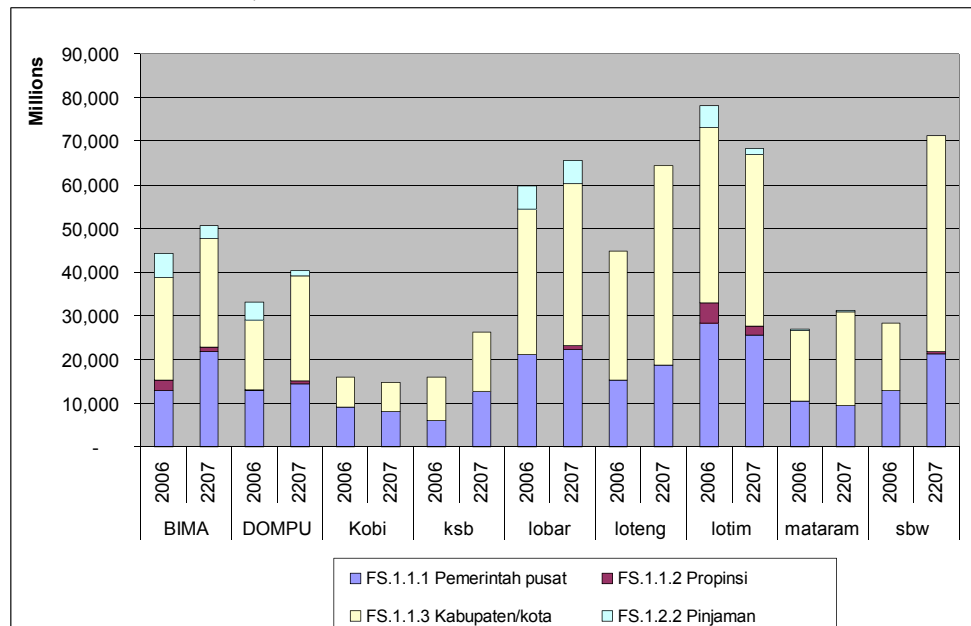
Selain paparan hasil masing-masing kabupaten/ kota, berdasarkan hasil analisis data menggunakan PivotTable kita dapat memperoleh potret perbandingan dari seluruh kabupaten/ kota di NTB. Contohnya adalah sebagai berikut:

1. Pengeluaran untuk kesehatan menurut sumber
2. Pengeluaran untuk kesehatan menurut agen
3. Pengeluaran untuk kesehatan menurut provider
4. Pengeluaran untuk kesehatan menurut fungsi
5. Pengeluaran untuk kesehatan menurut resource cost
6. Pengeluaran untuk kesehatan menurut penerima manfaat

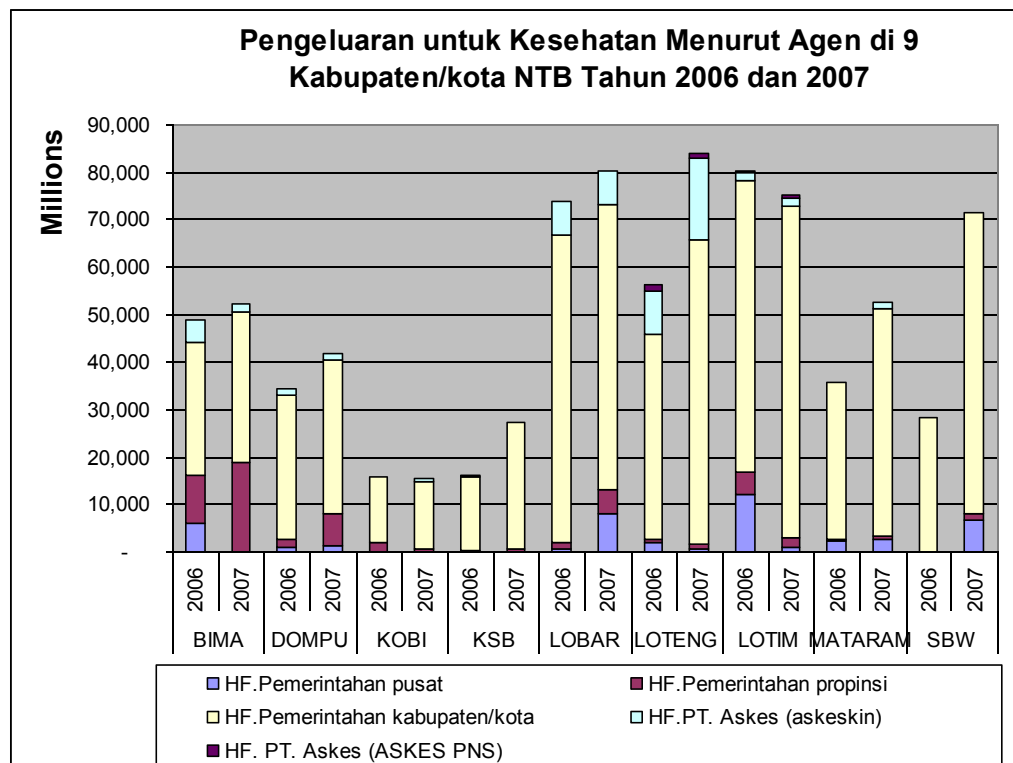
Tabel 10A. Pengeluaran kesehatan di NTB Menurut Sumber, 2006 dan 2007



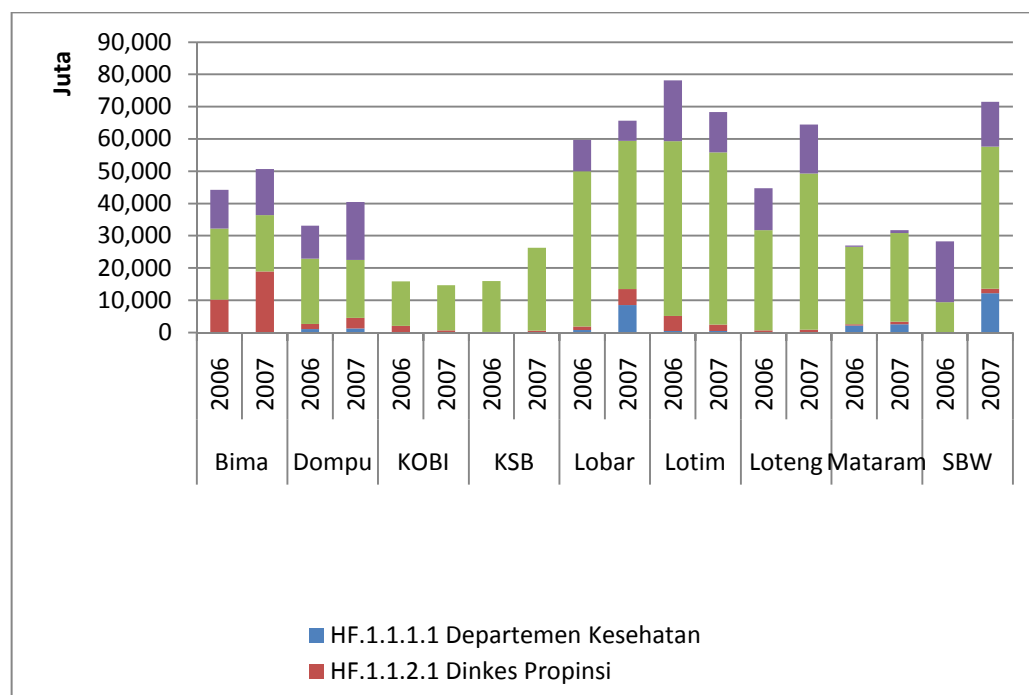
Tabel 10B. Pembiayaan Kesehatan di Dinas kesehatan kabupaten/ kota di NTB Menurut Sumber , 2006 dan 2007



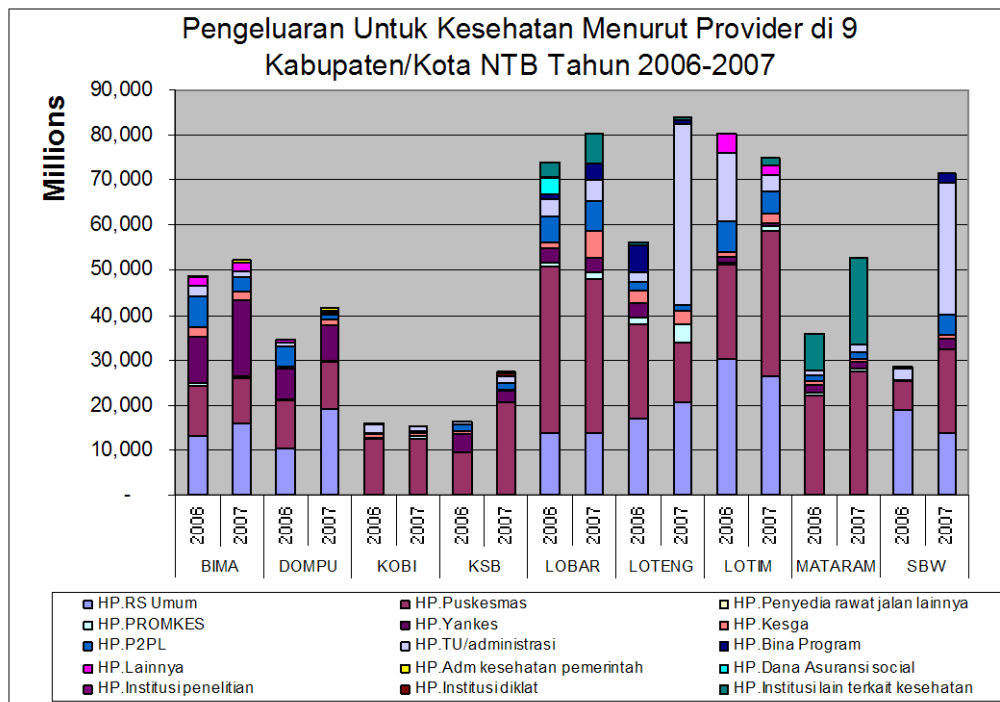
Tabel 11 A. Pengeluaran kesehatan di NTB Menurut Agen, 2006 dan 2007



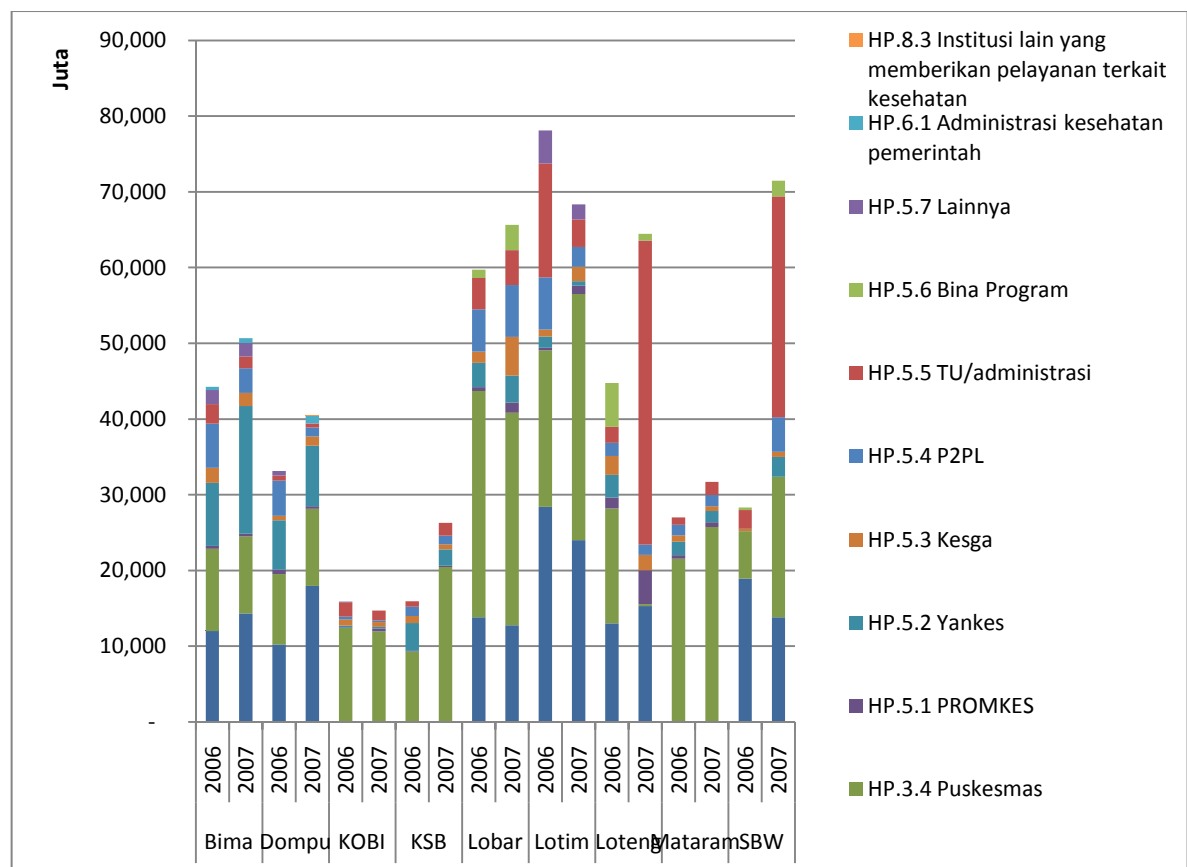
Tabel 11B. Pembiayaan Kesehatan di Dinas kesehatan kabupaten/ kota di NTB , Menurut Agen, 2006 dan 2007



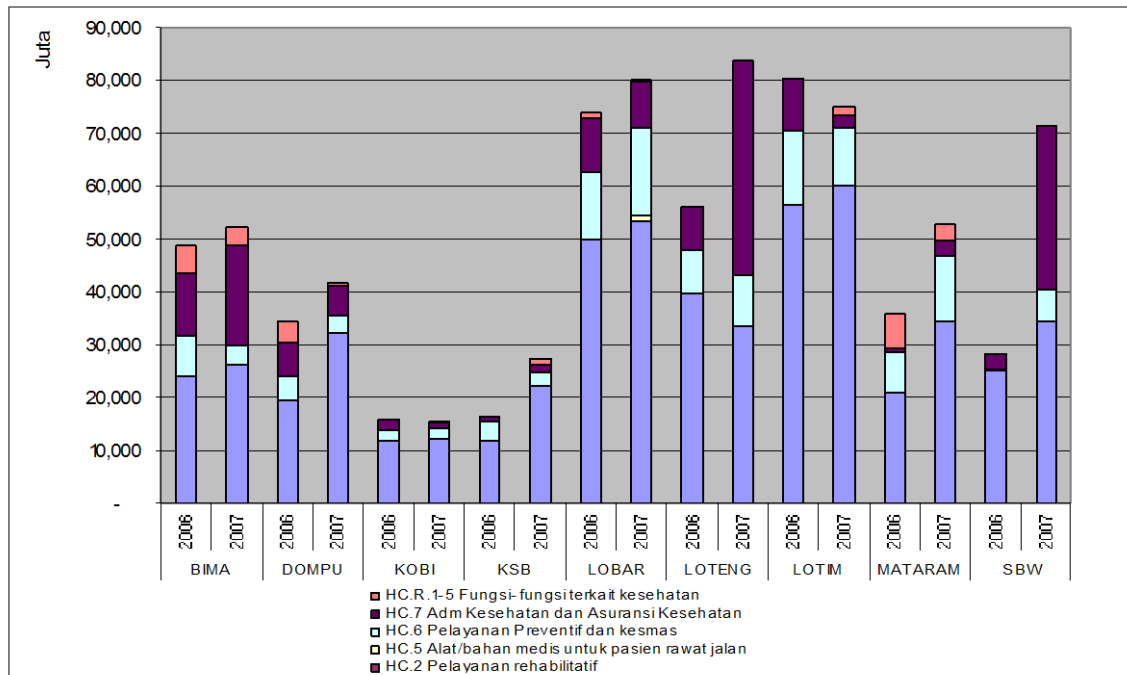
Tabel 12 A. Pengeluaran kesehatan di NTB Menurut Provider, 2006 dan 2007



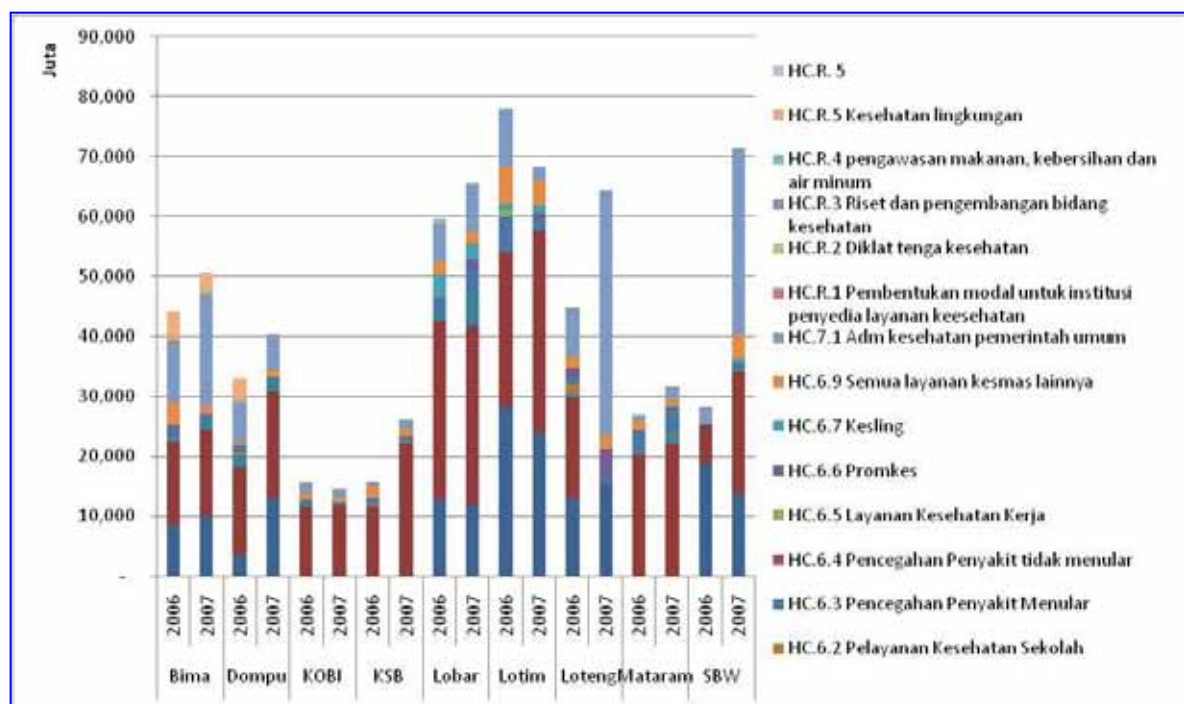
Tabel 12B. Pembiayaan Kesehatan di Dinas kesehatan kabupaten/ kota di NTB , Menurut Provider, 2006 dan 2007



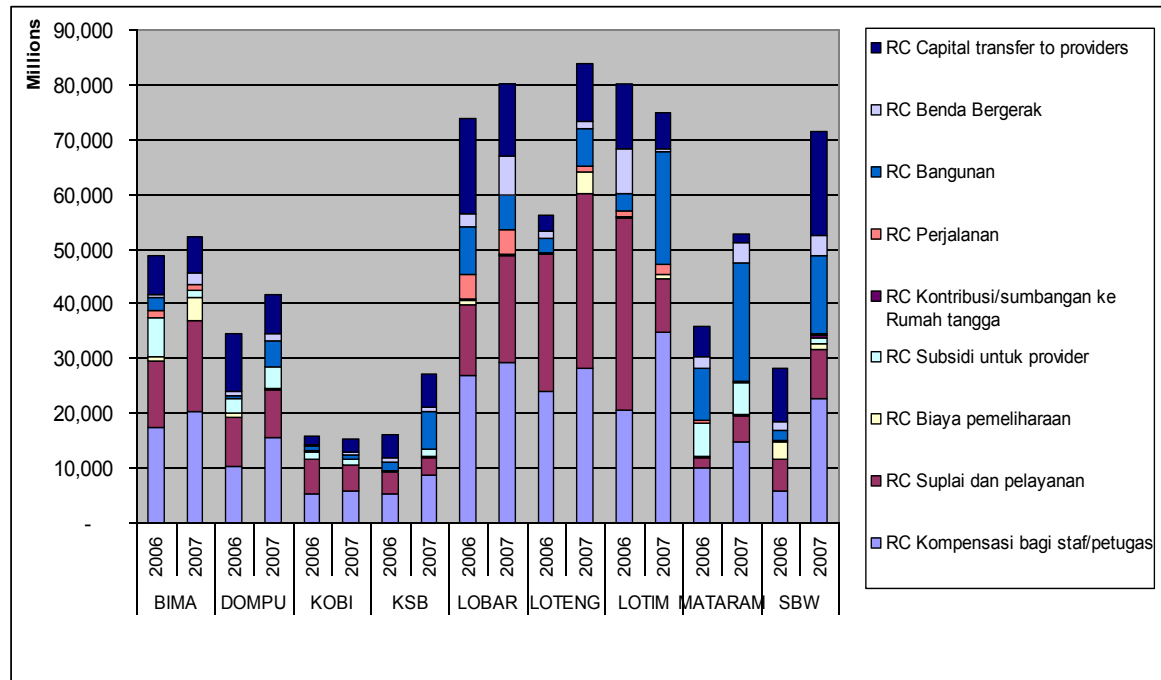
Tabel 13 A. Pengeluaran kesehatan di NTB Menurut Fungsi, 2006 dan 2007



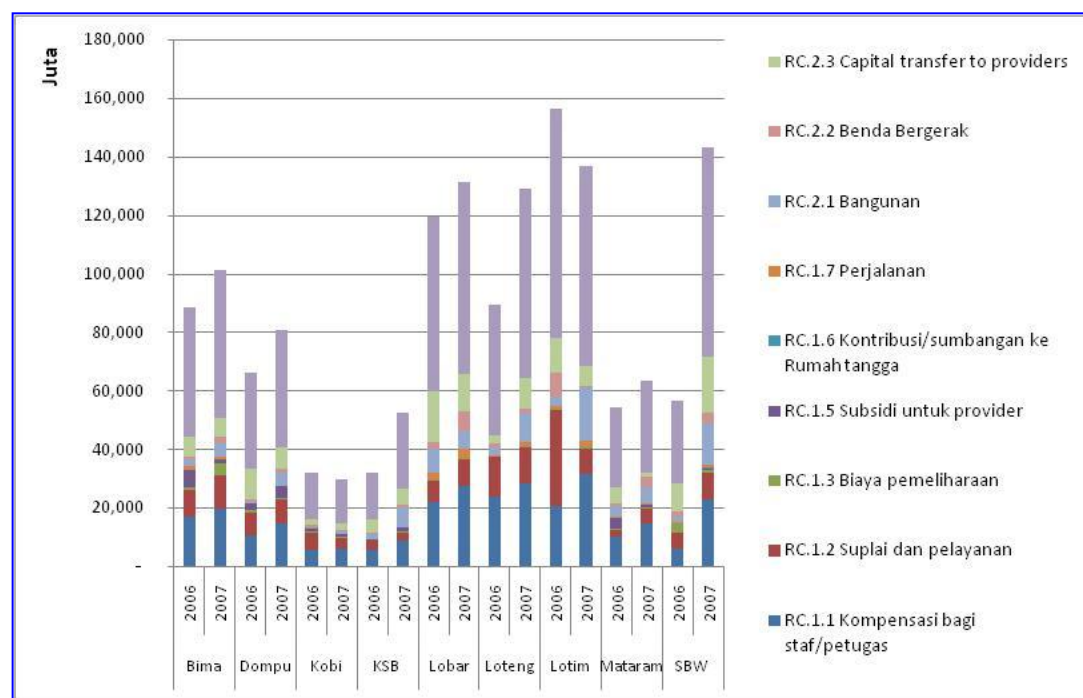
Tabel 13B. Pembiayaan Kesehatan di Dinas kesehatan kabupaten/ kota di NTB , Menurut Fungsi, 2006 dan 2007



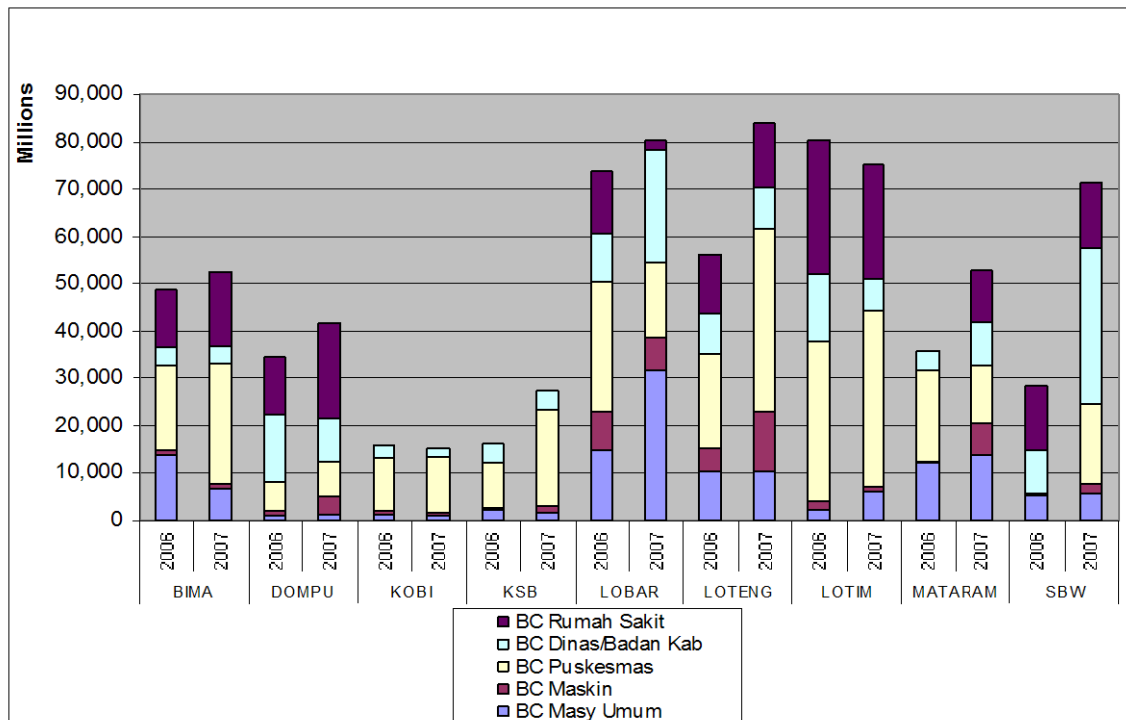
Tabel 14 A. Pengeluaran kesehatan di NTB Menurut Komponen Biaya, Tahun 2006 dan 2007



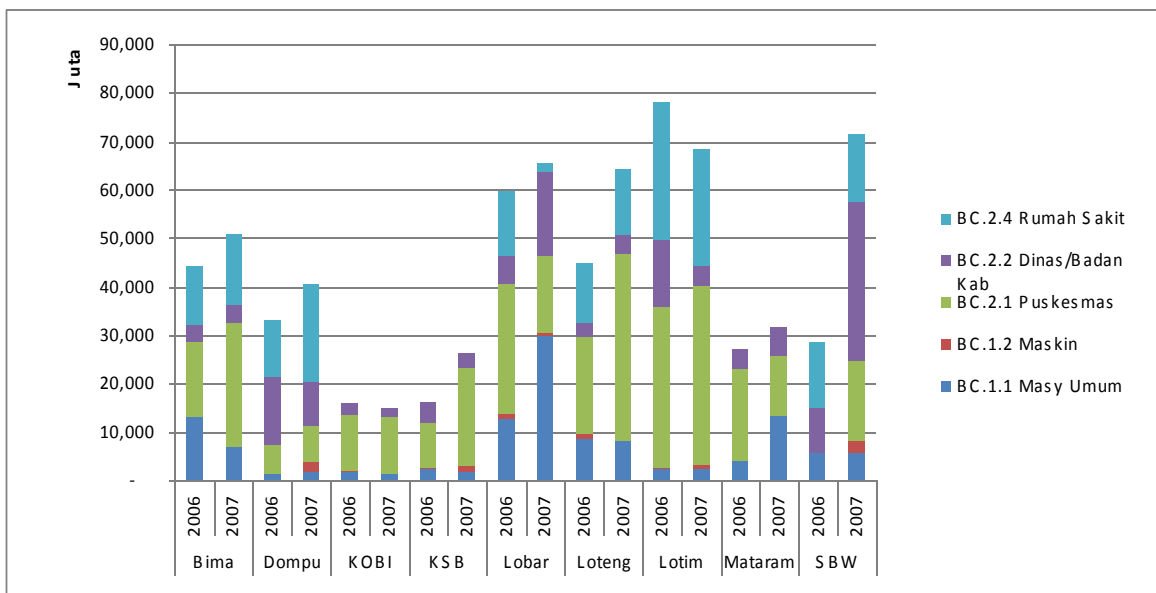
Tabel 14B. Pembiayaan Kesehatan di Dinas kesehatan kabupaten/ kota di NTB , Menurut Komponen Biaya , 2006 dan 2007



Tabel 15 A. Pengeluaran kesehatan di NTB Menurut Penerima Manfaat, Tahun 2006 dan 2007



Tabel 15B. Pembiayaan Kesehatan di Dinas kesehatan kabupaten/ kota di NTB , Menurut Penerima Manfaat , 2006 dan 2007



Catatan:

- Diskusikan interpretasi hasil DHA di 9 kabupaten/ kota di NTB di atas
- Hal-hal apa saja yang bisa dipetik sebagai pembelajaran, baik gambaran menurut agen, fungsi, provider dan penerima manfaat?
- Komponen biaya (*resource cost*) dalam data di 9 kabupaten/ kota di atas bersifat „generik’. Anda dapat mengolah data awal dari dokumen anggaran berdasarkan kode rekening dalam Permendagri 2006. Ambillah salah satu contoh komponen *resource cost* di atas (data Bima misalnya), lihatlah di dokumen anggaran aslinya dan cobalah untuk meng-entry sesuai kode rekening Permendagri agar anda dapat langsung membandingkannya dengan perencanaan ke depan dengan bahasa anggaran yang sama. Apakah kita akan merujuk kepada ICHA ataupun Permendagri, dapat dilakukan sesuai kebutuhan, dan dapat dilakukan sekaligus. Klasifikasi untuk agen, provider dan fungsi tetap mengacu kepada ICHA.

XII. PENUTUP

Meski District health Account bukanlah barang baru bagi para perencana di berbagai provinsi dan kabupaten/ kota, namun implementasi menggunakan data riil dan mengikuti klasifikasi suatu *health account* yang baik belumlah banyak dilakukan. Merupakan kesempatan yang sangat berharga bagi tim penyusun modul/ bahan ajar ini, juga bagi Dinas Kesehatan provinsi Nusa Tenggara Barat dan kesembilan kabupaten/ kota di NTB untuk dapat memanfaatkan instrumen dan bahan ajar yang dikembangkan ini. Software excel yang *„user friendly”* juga telah dikembangkan untuk membantu para staf Dinas Kesehatan dalam *entry* data DHA bersumber publik, dan secara sistematis dapat digunakan untuk analisis guna kepentingan perencanaan, monitoring dan evaluasi pembiayaan kesehatan kabupaten/ kota.

Bahan ajar ini berasal dari kumpulan materi yang diberikan pada saat pelatihan menggunakan data riil dari 9 kabupaten/ kota di provinsi Nusa Tenggara Barat, dengan fokus pada pembiayaan bersumber publik serta beberapa donor. Dengan segala kelemahannya, proses *„learning by doing”* melibatkan para staf kunci yang terlibat dalam perencanaan di tingkat kabupaten/ kota telah dilaksanakan, dan dapat dianggap sebagai semacam uji coba instrument dan *tool* District Health Account. Secara umum dapat dianggap bahwa upaya mengikuti pengklasifikasian secara internasional dengan memperhatikan kode akun/ mata anggaran Pemerintah telah dapat dilaksanakan. Penyesuaian seperlunya menurut kondisi setempat dapat dilakukan bila bahan ajar ini akan digunakan untuk mengkaji DHA di kabupaten/ kota lainnya. Selain itu, untuk tingkat provinsi dibutuhkan perangkat dan instrument yang terpisah.

Sekali lagi seperti telah disampaikan di muka, bahan ajar ini hanya mencakup pembiayaan bersumber publik. Diharapkan kegiatan dapat dilanjutkan oleh provinsi NTB melengkapi sumber pembiayaan lain yaitu swasta dan masyarakat, dan secara lebih detail memotret kontribusi mitra internasional dan apakah selama ini kabupaten/ kota tergantung kepada dukungan dana donor untuk implementasi program-program prioritas.

Tantangan ke depan :

Pada akhir kegiatan, para peserta mengidentifikasi beberapa tantangan ke depan yaitu:

- Perlunya pembenahan **Sistem Informasi Keuangan** di Kabupaten/Kota untuk rekaman **data realisasi** dari semua sumber pendanaan kesehatan publik – tidak *fragmented* (lap bulanan bendahara sesuai POK)
- Pengembangan sistem informasi keuangan disesuaikan dengan ICHA-WHO standar
- **Endorsement “tools”** dari Depkes yang digunakan untuk seluruh kabupaten/kota – akan meminimisasi kebingungan daerah karena banyak versi instrumen
- Institusionalisasi DHA masuk dalam tupoksi
- SK gubernur dan SK bupati/ walikota untuk memasukkan kedalam data BPS NTB.

Langkah Selanjutnya:

- Dalam kegiatan DHA di NTB diperoleh banyak masukan mengenai peningkatan instrumen dan software DHA agar aplikasi lebih mudah. Umumnya para peserta menyatakan akan mampu melaksanakan untuk tahun depan, bahkan beberapa menyatakan akan mampu memanfaatkan data realisasi yang berasal dari sistem akuntansi Pemda (Permendagri) dan mengkonversikannya menggunakan kode akun seperti dalam modul ini.
- **Publikasi** Laporan DHA in 9 Kabupaten/Kota
- **Institutionalisasi :** focal point untuk DHA tingkat propinsi dan kab/kota (mengikuti PP 41/08) data pembiayaan kesehatan dibutuhkan fasilitas/ tempat, tenaga, sarana (*hardware/software*), system, dan dukungan politis
- **Publikasi MODUL** terdiri dari:
 - Tools template dalam format spreadsheet
 - Pedoman Pengisian Template
 - Kode Akun untuk tiap klasifikasi (sumber; provider; fungsi)
- Untuk melengkapi DHA, telah diusulkan untuk melakukan kegiatan-kegiatan pengumpulan data bersumber swasta dan masyarakat, bahkan LSM:

Prop/ Kab	DHA sektor Kesehatan	DHA Publik	Survey Rumah Sakit	Data RT Suse nas	Askes Swasta	Perusahaan (BUMN dll)	LSM
Propinsi NTB	X		X	x	x		X
Kota Bima	X	x	X				
Kab Bima	X	x	X				
Kab Dompu	X	x					
KSB	X						
Kab Sumbawa	X	X					
Kab Lobar	X	X					
Kab Loteng	X	x					
Kab Lotim	X	X					
Kota Mataram	X	x					