

ALOKASI PEMBIAYAAN JAMINAN KESEHATAN DI KABUPATEN SUBANG

ZAENAL HIRAWAN

**Dosen Tetap Pada Program Studi Administrasi Publik, Fakultas Ilmu Administrasi,
Universitas Subang**

zaenal_hirawan@yahoo.co.id

ABSTRAK

Kesehatan merupakan kebutuhan yang tidak dapat dipisahkan dari bagian kehidupan seseorang. Kesehatan juga merupakan barang publik yang dipenuhi oleh pemerintah sebagai provider pemberi pelayanan. Untuk itu, pemerintah mengalokasikan anggaran untuk sektor kesehatan dalam struktur APBD dalam satu tahun anggaran. Namun, proporsi anggaran sektor kesehatan masih sangat minim dibandingkan dengan belanja pegawai atau belanja perumahan dan fasilitas lainnya. Ketidak berpihakan anggaran pada sektor kesehatan, memberikan dampak ketersediaan layanan baik dari Rumah Sakit Umum Daerah dan Puskesmas. Sehingga pemerintah harus memprioritaskan sektor kesehatan menjadi salah satu tumpuan pembangunan dengan melakukan kolaborasi dengan pihak swasta.

Kata kunci: anggaran sektor kesehatan

ABSTRACT

Health is a necessity that can't be separated from the part of a person's life. Health is also a public good that is fulfilled by the government as the provider of the service provider. To that end, the government allocated a budget to the health sector in the structure of the budget in

1.1. Latar Belakang

Kesehatan adalah unsur vital dan merupakan elemen konstitutif dalam proses kehidupan seseorang. Tanpa adanya kesehatan yang baik maka tidak akan ada masyarakat yang produktif. Dalam kehidupan berbangsa, pembangunan kesehatan merupakan suatu hal yang bernilai sangat insentif. Nilai investasinya terletak pada tersedianya sumber daya yang senantiasa “siap pakai” dan terhindar dari ancaman penyakit. Di Indonesia sendiri tak bisa dipungkiri bahwa trend pembangunan kesehatan bergulir mengikuti pola rezim penguasa. Ketika pemerintah negeri ini hanya memandang sebelah mata pada pembangunan kesehatan, maka kualitas hidup dan derajat kesehatan masyarakat akan menjadi sangat memprihatinkan

Salah satu sub sistem kesehatan nasional adalah subsistem pembiayaan kesehatan. Jika ditinjau dari dari defenisi sehat, sebagaimana yang dimaksud oleh WHO, maka pembiayaan pembangunan perumahan dan atau pembiayaan pengadaan pangan, yang karena juga memiliki dampak terhadap derajat kesehatan, seharusnya turut pula diperhitungkan.

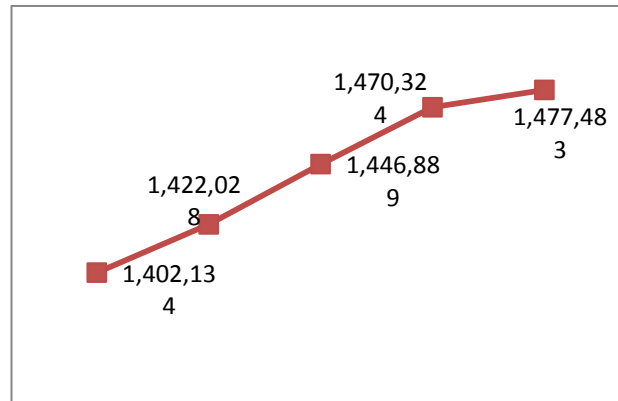
Pada akhir akhir ini, dengan makin kompleksnya pelayanan kesehatan serta makin langkanya sumber dana yang tersedia, maka perhatian terhadap sub sistem pembiayaan kesehatan makin meningkat. Pembahasan tentang subsistem pembiayaan kesehatan ini tercakup dalam suatu cabang ilmu khusus yang dikenal dengan nama ekonomi kesehatan.

Kewenangan untuk pengaturan pembiayaan kesehatan di Indonesia dewasa ini ditempuh dengan pengalokasian anggaran kesehatan dari pemerintah pusat maupun daerah dengan menetapkan prinsip keadilan. Pembagian anggaran yang berkeadilan selanjutnya dijabarkan dengan menggunakan formula yang merupakan salah satu keputusan untuk membagi sumberdaya dalam sektor publik dengan menggunakan sebuah persamaan kuantitatif. Pendekatan ini diimplementasikan agar memudahkan para pengambil keputusan dalam menempuh distribusi alokasi anggaran pada sektor kesehatan.

Kebijakan alokasi pembiayaan jaminan kesehatan dewasa ini sudah menjadi kewenangan daerah seiring dengan diberlakukannya Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Prinsip kebijakan alokasi anggaran yang diterapkan tentunya mengacu pada aspek kebutuhan masyarakat akan pembiayaan kesehatan yang berjenjang berdasarkan kemampuan ekonomi. Namun, masyarakat yang termasuk ke dalam kategori warga miskin tetap menjadi prioritas. Dengan demikian, penerapan prinsip keadilan dalam alokasi anggaran untuk sektor kesehatan ini sangat tergantung pada sejumlah variabel penting, khususnya jumlah populasi yang harus memperoleh pelayanan dan proporsi distribusi alokasi anggaran berbasis kondisi ekonomi masyarakat.

Alokasi pembiayaan yang anggarkan oleh Pemerintah Kabupaten Subang sebanding dengan pertumbuhan penduduk yang semakin tahun semakin berkembang.

Disisi lain bahwa kesehatan dapat memberikan dampak positif terhadap pertumbuhan dan perkembangan penduduk. Berikut trend pertumbuhan penduduk kabupaten Subang dari tahun 2010 -2014.



Fenomena peningkatan penduduk dari tahun ke tahun menuntut adanya sentuhan pemerintah dalam pemberian alokasi pembiayaan jaminan kesehatan. Hal ini dinilai sangat penting agar cakupan pelayanan dapat dirasakan oleh semua lapisan masyarakat termasuk masyarakat miskin

1.2. Identifikasi Masalah

Maksud dari penulisan ini adalah memberikan gambaran mengenai ketersediaan anggaran untuk sektor kesehatan di Kabupaten Subang. Adapun identifikasi masalah sebagai berikut:”Mengidentifikasi ketersediaan sumber daya keuangan yang dimiliki Pemerintah Kabupaten Subang untuk sektor kesehatan”

KERANGKA KONSEPTUAL

2.1. Pembiayaan Pembangunan Sektor Kesehatan

Pembiayaan kesehatan (*WHO, 2002*), Merupakan sekumpulan dana dan penggunaan dana tersebut untuk membiayai kegiatan kesehatan yang dilakukan secara langsung serta memiliki tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan

masyarakat baik itu dalam lingkup Kabupaten, Provinsi maupun Negara.

Menurut Azwar (2004), biaya kesehatan digolongkan menjadi biaya pelayanan kedokteran dan biaya pelayanan kesehatan masyarakat. Biaya pelayanan kedokteran merupakan komponen biaya yang dikeluarkan dalam penyelenggaraan atau pemanfaatan pelayanan kedokteran dengan tujuan utama lebih ke arah pengobatan dan pemulihan kesehatan (aspek kuratif dan rehabilitatif) dengan sumber pembiayaan dari sektor pemerintah dan swasta. Sedangkan biaya pelayanan kesehatan masyarakat adalah biaya yang dikeluarkan dalam penyelenggaraan atau pemanfaatan pelayanan kesehatan masyarakat dengan tujuan utama lebih ke upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit (aspek promotif dan rehabilitatif) dengan sumber dana utama dari pemerintah.

Dari berbagai catatan dapat disimpulkan bahwa pada masa sekarang pembiayaan sektor kesehatan mulai menjadi prioritas pembangunan. Pembiayaan kesehatan pada masa ini tidak lagi sepenuhnya bersumber dari anggaran pemerintah tetapi juga dilakukan oleh sektor swasta yang ditandai dengan meningkatnya jumlah rumah sakit swasta yang didirikan di berbagai wilayah di Indonesia. Kebijakan pembiayaan kesehatan masyarakat tidak lagi sepenuhnya berada dalam kendali penuh pemerintahan pusat, seiringnya berjalannya sistem otonomi daerah, setiap daerah otonom berhak menentukan perencanaan sendiri pembangunan kesehatan di daerahnya. Partisipasi masyarakat terus meningkat dalam Upaya Kesehatan yang Bersumber Masyarakat (UKBM) seperti Posyandu dan Kader Kesehatan. Akses masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang dimiliki pemerintah mulai merata seiring dengan bertambahnya jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang mulai menjangkau daerah pedesaan di Indonesia.

Pemerataan Pembiayaan Sektor Kesehatan

Kemiskinan telah menjadi suatu isu penting bagi badan-badan dunia, seperti Bank Dunia, International Monetary Fund, Asian Development Bank, serta World Health Organization (WHO), serta menjadi isu sentral terutama di negara berkembang dan negara-negara terbelakang, termasuk di Indonesia. Kemiskinan mempunyai banyak dimensi, hal tersebut harus dilihat melalui berbagai indikator-tingkat konsumsi dan pendapatan, indikator-indikator sosial, dan indikator-kerawanan terhadap resiko serta akses sosio/political, mencakup terbatasnya kesempatan untuk mengakses kesehatan dan pendidikan. Walaupun pendapatan tidak dapat mengukur kesejahteraan social seseorang, sedikitnya kita sependapat bahwa masyarakat dengan pendapatan yang tidak merata cenderung memiliki status kesehatan yang kurang baik

Kebijakan menentukan bagaimana uang, kekuasaan dan sumberdaya mengalir ke masyarakat, sehingga menjadi salah satu faktor determinan kesehatan. Advokasi kebijakan kesehatan publik semakin menjadi strategi yang penting yang dapat kita gunakan sebagai panduan dalam penentuan status kesehatan. Meskipun agenda kebijakan merupakan bagian dari strategi politik dengan kepentingan yang berbeda-beda, sistem pembiayaan dan legislasi pelayanan kesehatan yang tersedia bagi orang miskin adalah strategi pendekatan utama untuk mencapai pemerataan kesehatan (Rosen S. 2002).

Akan tetapi data tentang akses dan kualitas pelayanan dasar (Puskesmas) dan pelayanan rujukan (Rumah Sakit) serta pemerataan sumber daya manusia, masih menunjukkan gejala ketidakmerataan secara horizontal. Jumlah rumah sakit dan dokter tidak terdistribusi secara merata di berbagai daerah dan kualitas pelayanan juga masih berbeda-beda. Keadaan ini perlu difahami oleh para pemimpin di sektor kesehatan. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten dan Propinsi perlu untuk memahami bagaimana

teori *equity* berjalan di daerahnya. Konsepsi ini perlu dimiliki oleh kepala dinas kesehatan sebagai kompetensi dasar untuk peningkatan kemampuan dalam mengolah data dalam rangka pengembangan pemikiran untuk perencanaan strategis program kesehatan di daerahnya. Sebagai regulator pemerintah harus menjadi wasit yang adil dalam sistem pelayanan kesehatan di wilayahnya, harus menyediakan aturan-aturan dasar yang tujuannya adalah untuk menjamin bahwa sistem bisa berjalan secara fair dan melindungi masyarakat untuk mencapai status kesehatan masyarakat yang optimal. Sebagai pemberi biaya, pemerintah harus menjamin bahwa layanan kesehatan yang diperlukan oleh masyarakat dapat diakses oleh seluruh masyarakat, sehingga jika terjadi *barrier* ekonomi dari kelompok masyarakat yang miskin, maka pemerintah harus bertanggung jawab untuk menyediakan dana dan atau membuat sistem supaya pelayanan kesehatan dapat diakses oleh penduduk miskin dengan kualitas yang baik. Sebagai pelaksana, maka pemerintah menyediakan layanan kesehatan bagimasyarakat.

METODE PENELITIAN

3.1. Pendekatan Penelitian

Dalam penelitian ini, rancangan yang digunakan adalah metode deskriptif dengan bertujuan untuk melihat dan menggambarkan mengenai pola pembiayaan sektor kesehatan dalam struktur APBD Kabupaten Subang. Selain itu, penulis ingin mendapat gambaran mengenai keberpihakan kebijakan pemerintah dalam mengalokasikan anggaran yang bersifat *pro poor* masyarakat.

3.2 Jenis dan Sumber Data

Jenis data yang dibutuhkan untuk keperluan analisis dalam studi ini adalah dan data sekunder. Data tersebut terdiri atas masukan dalam bentuk data yang terdiri atas :

- a. Data APBD Kabupaten Subang Tahun 2012
- b. Data belanja sektor kesehatan Kabupaten Subang Tahun 2012
- c. Data kebutuhan belanja publik dari fasilitas kesehatan pada tiap kabupaten/kota.

PEMBAHASAN

4.1 Anggaran Alokas Untuk Kesehatan

Hasil secara konsisten menunjukkan bahwa kurangnya pemerataan pendapatan adalah salah satu faktor pada masalah kesehatan yang muncul, meskipun hal tersebut bukan satu-satunya faktor penyebab utama, karena kurangnya pendapatan mempengaruhi keterbatasannya mengakses pelayanan kesehatan yang memadai. Kurangnya kemampuan orang yang berpendapatan rendah memanfaatkan sikap ramah tamah, teknologi, dan kondisi layak seperti bagi orang yang berpendapatan tinggi, sehingga perlakuan social ini membuat mereka semakin termarginalisasi. Oleh karena itu, pemerintah turun tangan dan mengintervensi untuk melindungi akses orang miskin terhadap pelayanan kesehatan dasar (WHO, World Health Report 2003).

Kebijakan menentukan bagaimana uang, kekuasaan dan sumberdaya mengalir ke masyarakat, sehingga menjadi salah satu faktor determinan kesehatan. Advokasi kebijakan kesehatan publik semakin menjadi strategi yang penting yang dapat kita gunakan sebagai panduan dalam penentuan status kesehatan. Meskipun agenda kebijakan merupakan bagian dari strategi politik dengan kepentingan yang berbeda-beda, sistem pembiayaan dan legislasi pelayanan kesehatan yang tersedia bagi orang miskin adalah strategi pendekatan utama untuk mencapai pemerataan kesehatan (Rosen S. 2002).

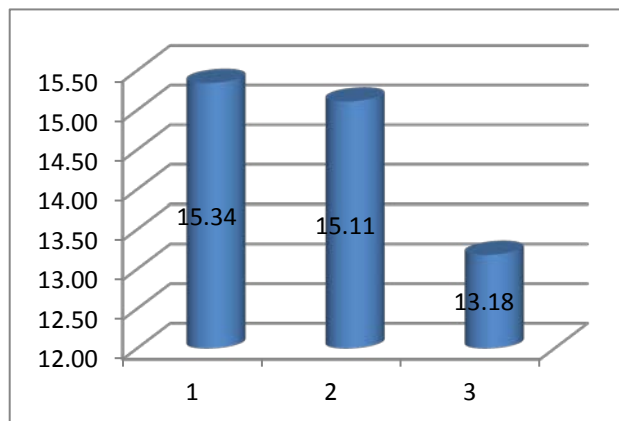


(Sumber : Subang Dalam angka 2014)

Berdasarkan data pada gambar di atas, ternyata Pemerintah Kabupaten Subang mengalokasikan biaya untuk urusan kesehatan mempunyai trend menurun dari tahun ke tahun dalam APBD. Hal ini memberikan dampak bahwa setiap provider pelayanan kesehatan tidak berjalan sesuai dengan visi dan misi Kabupaten Subang dengan alasan anggaran. Karena sekarang ini Kabupaten Subang lebih berfokus pada pengembangan industri dengan menarik beberapa investor dari luar.

Gambar Proporsi (%) APBD Urusan Kesehatan Kabupaten Subang

Tahun 2009 s.d 2011

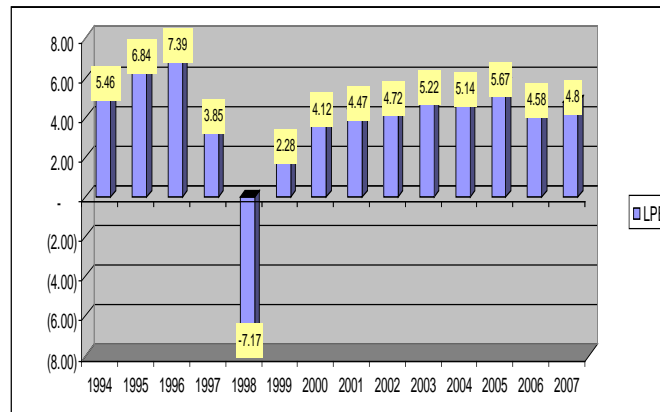


Sumber : APBD, 2012 (data diolah kembali)

Selama periode 2009 – 2011, proporsi anggaran untuk Urusan Kesehatan di Kabupaten Subang dapat dikatakan fluktuatif walaupun menunjukkan kecenderungan menurun tiap tahun. Dari data tersebut terlihat bahwa pernah terjadi penurunan pada tahun 2009 dan 2010, sekalipun demikian pada tahun-tahun berikutnya kembali mengalami penurunan hingga pada tahun 2014, proporsi penurunan cukup signifikan. Penurunan jumlah alokasi ini didistribusikan ke sektor lain baik dalam pembangunan program pemberdayaan masyarakat, juga belanja pegawai yang setiap tahun semakin meningkat.

Penurunan anggaran kesehatan di beberapa desa dan kelurahan juga berimbas dari krisis yang dialami nasional juga beberapa negara tetangga. Krisis ekonomi yang melanda hampir sebagian Negara ASIA berdampak langsung terhadap Perekonomian Indonesia, bahkan Indonesia termasuk negara yang mengalami keterpurukan yang paling lama. Kondisi tersebut dirasakan pula di daerah termasuk Kabupaten Subang yang ditandai dengan menurunnya LPE (ADHK 93) hingga mencapai poin terendah (-7.17%) pada tahun 1998. Namun keterpurukan tersebut tidaklah terlalu parah bila dibandingkan dengan Propinsi Jawa Barat yang mencapai -17.7%, hal ini dikarenakan Kabupaten Subang masih berorientasi kepada sektor primer yang mana sektor ini memiliki daya tahan yang cukup baik karena cukup mengakar di masyarakat, sehingga terbukti LPE (ADHK 93) pada tahun 1999 – 2007 berangsur-angsur naik berkisar antara sebesar 2.28 % - 5.67 %.

Grafik Data LPE (ADHK 93) Tahun 1994-2007



Sumber : BPS. Subang

Pendapatan perkapita Kabupaten Subang yang digambarkan dari Nilai PDRB dibagi dengan jumlah penduduk dapat disimpulkan bahwa dari Tahun 1993-2007 selalu mengalami peningkatan namun bila diperbandingkan dengan Nilai PDRB (ADHK) dengan PDRB (ADHB), terlihat bahwa PDRB (ADHB) kenaikannya sangat signifikan sejak tahun 2001 dan puncaknya di tahun 2005, 2006 dan 2007. Hal ini cukup mengembirakan apabila kenaikan pendapatan tersebut tidak diiringi oleh kenaikan harga, namun demikian bahwa kenyatannya pada periode tersebut terjadi kenaikan harga yang diakibatkan oleh kenaikan BBM, sehingga kenaikan pendapatan tersebut menjadi tidak signifikan.

Tabel PDRB dan PDRB perkapita Tahun 1993-2005

Uraian	1994	1995	1996	
(1)	(2)	(3)	(4)	
PDRB. Adh berlaku [milyar rupiah]	1.564,21	1.771,34	2.045,07	
PDRB. Adh konstan '93 [milyar rupiah]	1.453,59	1.553,00	1.667,73	
PDRB. Per Kapita adh. Berlaku [ribu rupiah]	1.269,04	1.430,75	1.645,40	
PDRB. Per Kapita adh.Konstan [ribu rupiah]	1.179,28	1.254,39	1.341,80	
	1997	1998	1999	2000
	(5)	(6)	(7)	(8)
PDRB. Adh berlaku [milyar rupiah]	2.412,41	3.550,12	3.672,98	4.002,86
PDRB. Adh konstan '93	1.722,42	1.610,92	1.645,96	1.713,12

[milyar rupiah]				
PDRB. Per Kapita adh. Berlaku [ribu rupiah]	1.934,34	2.792,48	2.876,91	3.416,07
PDRB. Per Kapita adh.Konstan [ribu rupiah]	1.381,08	1.278,61	1.299,92	1.346,37

Tabel Lanjutan

Uraian	2001	2002	2003
(1)	(9)	(10)	(11)
PDRB. adh berlaku [milyar rupiah]	3.968,25	4.525,59	6.198,54
PDRB. adh konstan [milyar rupiah]	1.704,10	1.780.31	4.723,89
PDRB. Per Kapita adh. Berlaku [ribu rupiah]	2.986,96	3.346,45	4.784,60
PDRB. Per Kapita adh.Konstan [ribu rupiah]	1.282,70	1.316,45	3.445,57
Daya Beli	545.32		

		549.23	553.64	
	2004	2005	2006	2007
	(12)	(13)	(14)	(15)
PDRB. adh berlaku [milyar rupiah]	6.742,01	8.010,87	9.664,79	11.029,7 9
PDRB. adh konstan [milyar rupiah]	4.966,82	5.248,66	5.488,92	5.752,29
PDRB. Per Kapita adh. Berlaku [ribu rupiah]	5.300,91	6.511,13	6.892,91	7.756,38
PDRB. Per Kapita adh.Konstan [ribu rupiah]	3.587,94	3.770,60	3.914,69	4.045,13
Daya Beli	558.49	564.42	570.36	573,98

Sumber : BPS. Subang (Subang alam Angka)

Melihat tabel di atas, tingkat PDRB Kabupaten Subang yang belum stabil memberikan signal yang kurang baik dalam perkembangan pembangunan suatu daerah. Karena seyogyanya suatu daerah dapat menjaga konsistensi pendapatan domestik dalam kurun waktu tertentu. Namun, hal ini tidak dapat dipungkiri bahwa pendapatan domestik juga dapat dipengaruhi oleh daya beli masyarakat, sedangkan daya beli masyarakat ditentukan oleh pendapatan masyarakat yang bersangkutan. Pendapatan dan daya beli masyarakat merupakan hal yang tidak dapat dipisahkan untuk menggambarkan keadaan perekonomian suatu wilayah atau daerah.

Penyediaan fasilitas kesehatan terdekat juga menjadi salah satu penjunang dalam sektor kesehatan. Karena fasilitas kesehatan baik itu Puskesmas atau Puskesmas pembantu dapat membantu masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dalam bidang kesehatan. Untuk melihat ratio puskesmas dengan penduduk dapat dilihat tabel dibawah

No	Kecamatan	Jumlah puskesmas	Jumlah Pustu	Jumlah Pusling		Ratio Pustu/ puskesmas	Ratio puskesmas/ 100.000 penduduk
				Roda	Roda		
				4	2		
1	Sagalaherang	1	1	1	2	1	3.3
2	Serang Panjang	1	2	1	2	2	4
3	Jalancagak	1	4	3	2	4	2.6
4	Ciater	1	4	1	2	4	3.8
5	Kasomalang	1	3	1	2	3	2.6
6	Cisalak	1	2	1	2	2	2.6
7	Tanjungsiang	1	3	1	2	3	2.3
8	Cijambe	2	3	2	2	2	5.2
9	Cibogo	1	2	1	2	2	2.6
10	Subang	2	2	2	2	1	1.8
11	Kalijati	1	3	1	2	3	1.8
12	Dawuan	1	3	1	2	3	2.7
13	Cipeundeuy	1	3	1	2	3	2.4
14	Pabuaran	2	1	2	2	1	3.3

15	Patokbeusi	2	5	3	2	3	2.6
16	Purwadadi	1	2	1	2	2	1.9
17	Cikaum	1	3	1	2	3	2.2
18	Pagaden	2	1	3	2	1	3.4
19	Pagaden barat	1	4		2	4	2.8
20	Cipunagara	1	3	1	2	3	1.6
21	Compreng	2	2	2	2	1	4.2
22	Binong	1	2	1	2	2	2.1
23	Tambah dahan	2	2	1	2	1	4.3
24	Ciasem	2	4	4	2	2	2
25	Pamanukan	1		3	2		1.7
26	Sukasari	2	1	1	2	1	4.8
27	Pusakanagara	1	2	1	2	2	2.4
28	Pusakajaya	1	3	1	2	3	2.1
29	Legon kulon	1	1	1	2	1	1.6
30	Blanakan	2	3	2	2	2	0.1
Jumlah		40	74	45	60	1.85	2.36

Sarana atau fasilitas kesehatan merupakan hal yang vital dalam rangka pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Sarana pelayanan kesehatan lingkup kesehatan bagi masyarakat. Tabel di atas memberikan gambaran bahwa tingkat ratio antara puskesmas dengan jumlah penduduk semakin tinggi. Artinya pertumbuhan penduduk tiap tahun semakin meningkat namun tidak diimbangi dengan jumlah fasilitas layanan

kesehatan dari pemerintah. Keadaan ini dimanfaatkan oleh pihak swasta dengan mendirikan klinik dengan fasilitas yang memadai ditambah dengan harga yang terjangkau. Pemerintah tidak banyak berbuat atas keadaan ini, dengan keterbatasan anggaran fasilitas kesehatan di layanan pemerintah masih sangat terbatas.

PENUTUP

Kesimpulan

Berdasarkan kajian yang dilakukan, tim peneliti selanjutnya menyampaikan kesimpulan sebagai berikut :

1. Berdasarkan kajian alokasi anggaran untuk Urusan Kesehatan di Kabupaten Subang, ternyata komposisi anggaran urusan ini dibanding dengan urusan lain masih dinilai belum proporsional. Walaupun menjadi salah satu sektor prioritas, besaran persentase dari total APBD Kabupaten, ternyata masih menunjukkan angka yang relatif kecil.
2. Proporsi pembiayaan sektor kesehatan di Kabupaten Subang belum difokuskan pada tahun 2000-2014, karena masih berfokus pada pengembangan sektor industri yang berimbas pada pendapatan keluarga.

Saran

1. Agar Pemerintah kabupaten Subang memprioritaskan sektor kesehatan dibandingkan dengan belanja fasilitas lain dalam APBD
2. Pemerintah Kabupaten Subang melakukan kolaborasi dengan sektor swasta dalam mengembangkan sektor kesehatan menjadi tumpuan dalam pembangunan berkelanjutan

Daftar Pustaka

Azwar, Azrul, 2004, Pengantar Administrasi Kesehatan , Edisi ketiga, Penerbit Binarupa Aksara, Jakarta

Bosset, James L. 1998. *Quality Function Development: A Prectioner's Approach*. ASQC Quality Press : Wisnconsin

Mossialos and Dixon. 2002. *Funding Health Care: An Introduction Option for Europe*. Open University Press

Dirjen Perimbangan Keuangan Kementrian Keuangan Republik Indonesia

Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan