



MODUL
Ekonomi Kesehatan
(KMS122)

Materi 13
Pembiayaan Kesehatan

Disusun Oleh
Anggun Nabila

UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2020

Aplikasi Ilmu Ekonomi di Kesehatan

A. Pendahuluan

Mengapa belajar ilmu ekonomi? Hal ini sering dipertanyakan dan dilontarkan. Manfaat dari belajar ilmu ekonomi (*case & fair*, 1996) yaitu:

- Memperbaiki cara berpikir yang membantu dalam pengambilan keputusan
- Membantu memahami masyarakat
- Membantu memahami masalah-masalah internasional (global)
- Bermanfaat dalam masyarakat demokrasi

Cita-cita terbentuknya masyarakat demokrasi bukan monopoli kaum politisi saja. Demokratisasi sangat penting dalam rangka memperbaiki proses alokasi sumber daya, karena lebih mencerminkan aspirasi masyarakat. Tidak mengherankan bila di masyarakat maju, para calon pemimpin yang akan dipilih harus mampu menjabarkan program-program ekonomi mereka.

Sebagai makhluk social, manusia tidak dapat hidup tanpa orang lain. Manusia tidak pernah berhenti berinteraksi. Menurut ilmu ekonomi interaksi manusia terjadi lewat pertukaran atau pasar. Melalui pertukaran, manusia dapat mengatasi kelangkaan.

"Health is not everything, everything is nothing without health." Kesehatan memang bukan segala-segalanya, namun tanpa kesehatan, segala sesuatu menjadi tidak ada artinya. Ilmu ekonomi yang diibaratkan sebagai alat dapur yaitu pisau yang bisa digunakan untuk pelbagai keperluan. Kebutuhan manusia yang tidak terbatas namun tidak untuk sumber daya. Keterbatasan dalam sumber daya membuat manusia atau sebagai pelaku ekonomi harus membuat keputusan terbaik. Bagaimanakah dan seperti apakah keputusan yang terbaik itu? Oleh karena itu ilmu ekonomi sangat diperlukan. Dalam prinsip ekonomi, *"there's no such a free lunch."*, tidak ada yang namanya makan siang gratis, semuanya membutuhkan sumber daya atau sesuatu yang harus dikorbankan.

Tanpa disadari, ilmu ekonomi selalu mendampingi dalam kehidupan sehari-hari. Sumber daya yang terbatas membuat pelaku ekonomi harus memutar otak untuk mengatur atau mengalokasikan sumber daya tersebut agar dapat memenuhi kebutuhannya atau tujuan yang diharapkannya. Dengan kata lain, memaksimalkan hasil yang dicapai dengan meminimalkan sumber daya yang terbatas. Sebagai contoh sederhana, jika dalam rumah tangga yang terdiri dari ayah dan ibu serta dua orang anak, memiliki satu potong kue, dan masing-masing anggota rumah tangga harus mendapatkan kue tersebut, maka ilmu ekonomi akan digunakan untuk membagi kue tersebut secara adil atau merata (*equity*). Pembagian tersebut tentunya didasari atas kriteria tertentu misalnya usia,

gender, berat badan, dan sebagainya, yang dianggap sebagai ukuran terbaik untuk mencapai hasil yang adil/ merata.

Bagaimanakah ilmu ekonomi dalam bidang kesehatan? Apakah kesehatan sama seperti barang lainnya?

B. Kompetensi Dasar

Mengetahui pengertian dan istilah-istilah dalam ilmu ekonomi dan kesehatan.

C. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Setelah mengikuti kuliah ini mahasiswa diharapkan dapat memahami prinsip-prinsip dan metode ilmu ekonomi yang diterapkan dalam bidang kesehatan dan pelayanan kesehatan, mampu menjelaskan contoh-contoh pemanfaatan ilmu ekonomi di bidang kesehatan/ pelayanan kesehatan serta menganalisis fenomena di bidang kesehatan dari aspek sumber daya yang efisien, merata dan berkelanjutan.

D. Kegiatan Belajar 1

1. Pembiayaan Kesehatan

Sejarah pembiayaan kesehatan di beberapa Negara seperti di Arab, China, India, sebagian Eropa di mana sumber pembiayaannya dari pemerintah dan bantuan (*charity*). Pada awal abad-19 di Eropa dan Amerika sumber pembiayaan kesehatan melalui asuransi swasta. Asuransi sosial diperkenalkan pertama kali pada tahun 1883, masa Otto von Bismarck.

Dengan sumber daya yang terbatas yang mungkin digunakan bagi sektor kesehatan di Negara yang berkembang, maka penting untuk mengadakan dan menggunakan sumber tadi seefisien. Pembiayaan pelayanan kesehatan dapat didefinisikan sebagai berikut: mobilisasi biaya atau dana untuk pelayanan kesehatan, alokasi biaya untuk wilayah dan kelompok penduduk yang secara khusus untuk pelayanan kesehatan, mekanisme untuk pembayaran pelayanan kesehatan. Efisien berkaitan dengan pembiayaan kesehatan dari 4 empat aspek berikut:

1. Peningkatan sumber daya
2. Kestabilan sumber-sumber pembiayaan
3. Output dan pembiayaan sebagai cerminan efisiensi
4. Pemanfaatan sumberdaya: kebebasan dan fleksibilitas dalam mengelola dana.

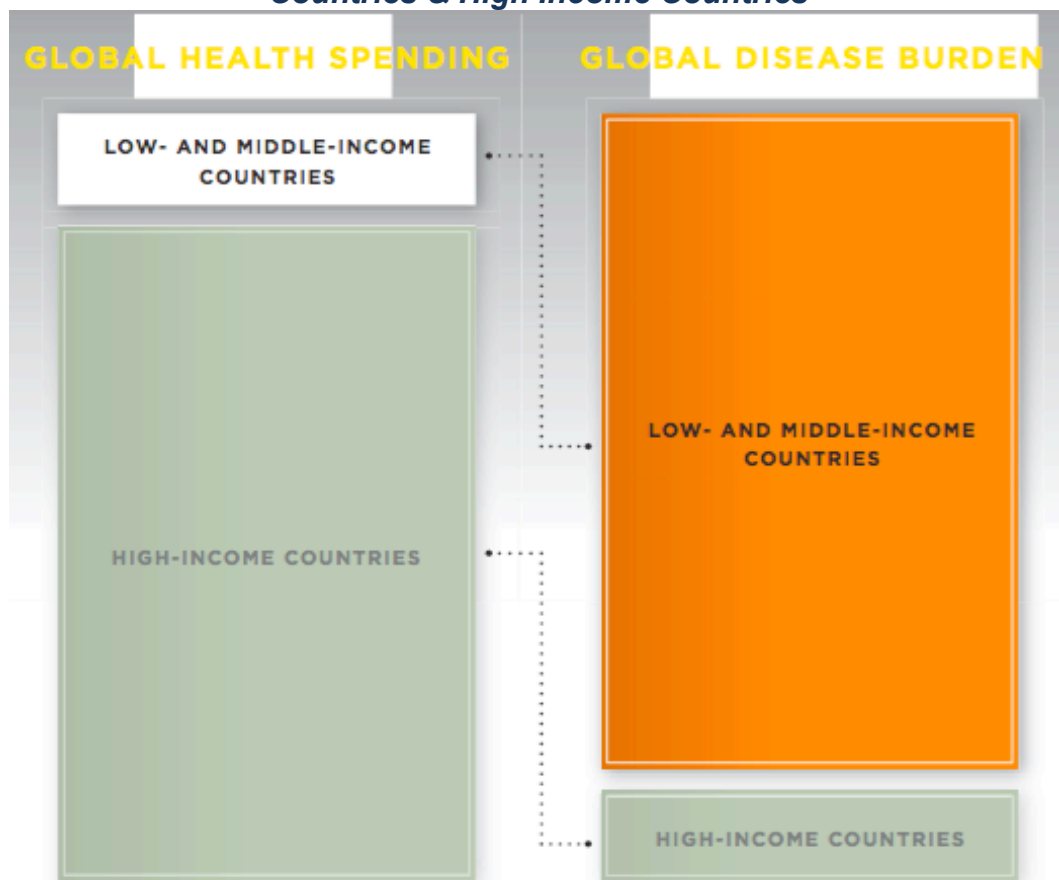
Pembiayaan kesehatan berkaitan juga dengan *equity* atau pemerataan. Pemerataan tersebut menimbulkan pertanyaan siapa yang akan membayar atau darimana sumber biaya tersebut. Salah satu cara menjawabnya yaitu mereka yang memperoleh manfaat atau

me menggunakan pelayanan kesehatan (yaitu mereka yang sakit atau yang secara potensial akan sakit) yang seharusnya membayar atau disebut dengan pemerataan horisontal. Namun, hal ini artinya mengesampingkan mereka yang kurang mampu membayar tetapi paling berisiko sakit. Alternatif lainnya yaitu dengan mendistribusikan beban pembayaran atas pelayanan kesehatan sehingga mencerminkan juga ketidakmampuan dalam membayar (pemerataan vertikal).

Pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termamfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

Pembiayaan kesehatan berkaitan dengan pengeluaran untuk kesehatan atau *health spending* dan beban penyakit (*disease burden*), di mana di Negara berkembang berbeda dengan Negara maju. Hal ini dapat dikatakan bahwa di Negara berkembang atau *low-middle income countries* cenderung lebih sedikit mengeluarkan dana/biaya untuk kesehatan dan memiliki beban penyakit yang lebih besar dibandingkan di Negara Maju (*High-Income Countries*). Beban penyakit atau *disease burden* di mana penyakit menular belum tuntas, seiring meningkatnya penyakit tidak menular, atau adanya transisi epidemiologi.

Gambar Global Health Spending & Disease Burden in Low-Middle Countries & High Income Countries



*Sumber: World Bank

Prinsip pembiayaan kesehatan:

1. Revenue Collection : Mengumpulkan dana kesehatan yang cukup dan berkesinambungan. Untuk membiayai “pelayanan kesehatan dasar” dan perlindungan risiko sakit/kecelakaan yang bisa membuat kebangkrutan (Katastropik).
2. Pooling : Mengelola “dana kesehatan” dalam pool (kumpulan) risiko kesehatan yang efisien dan merata
3. Purchasing & payment: Menjamin pembelian dan pembayaran pelayanan kesehatan yang efisien secara teknis dan alokatif

Unsur dalam pembiayaan kesehatan:

- sumber pembiayaan, alokasi, dan pemanfaatan
- Sumber pembiayaan kesehatan berasal dari Pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, swasta dan sumber lain.
- Alokasi pembiayaan kesehatan : ditujukan untuk pelayanan kesehatan di bidang pelayanan publik, terutama bagi penduduk miskin, kelompok lanjut usia, dan anak terlantar.

Fungsi pembiayaan kesehatan:

- Revenue collection (taxes, public charges, sales of natural resources, grants, loans, private insurance, etc)
- Pooling
- Resources allocation/purchasing (government agency, social insurance/sickness fund, private insurance, employers, individual/hh)
- Service provision (public providers, private providers)

Determinan atau faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan yaitu

- faktor demografi
- faktor ekonomi
- kemajuan teknologi kesehatan
- pola penyakit
- faktor politik

2. Latihan

Bagaimana perbedaan pembiayaan kesehatan di antara Negara maju dan berkembang?

3. Rangkuman

Pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

Pembiayaan kesehatan berkaitan dengan pengeluaran untuk kesehatan atau *health spending* dan beban penyakit (*disease burden*), di mana di Negara berkembang berbeda dengan Negara maju. Hal ini dapat dikatakan bahwa di Negara berkembang atau *low-middle income*

countries cenderung lebih sedikit mengeluarkan dana/biaya untuk kesehatan dan memiliki beban penyakit yang lebih besar dibandingkan di Negara Maju (*High-Income Countries*). Beban penyakit atau *disease burden* di mana penyakit menular belum tuntas, seiring meningkatnya penyakit tidak menular, atau adanya transisi epidemiologi.

4. Tes Formatif 1

1. Efisien berkaitan dengan pembiayaan kesehatan dari 4 empat aspek berikut:

- a. Peningkatan sumber daya
- b. Kestabilan sumber-sumber pembiayaan
- c. Output dan pembiayaan sebagai cerminan efisiensi
- d. Pemanfaatan sumberdaya: kebebasan dan fleksibilitas dalam mengelola dana
- e. Semua benar

2. Mengumpulkan dana kesehatan yang cukup dan berkesinambungan merupakan

- a. Revenue collection
- b. Taxing
- c. Pooling
- d. Purchasing
- e. Payment

3. Mobilisasi biaya atau dana untuk pelayanan kesehatan, alokasi biaya untuk wilayah dan kelompok penduduk yang secara khusus untuk pelayanan kesehatan merupakan

- a. Anggaran kesehatan
- b. Perhitungan kesehatan
- c. Pembiayaan kesehatan
- d. Pencatatan kesehatan
- e. Pelaporan keuangan kesehatan

5. Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Cocokkan jawaban di atas dengan kunci jawaban tes formatif 1 yang ada di bagian akhir modul ini. Ukurlah tingkat penguasaan materi kegiatan belajar 1 dengan rumus sebagai berikut :

Tingkat penguasaan = jumlah jawaban yang benar

Arti tingkat penguasaan yang diperoleh adalah :

Baik sekali = 3 jawaban yang benar

Cukup baik = 2 jawaban yang benar

Kurang = 1 atau tidak ada jawaban yang benar

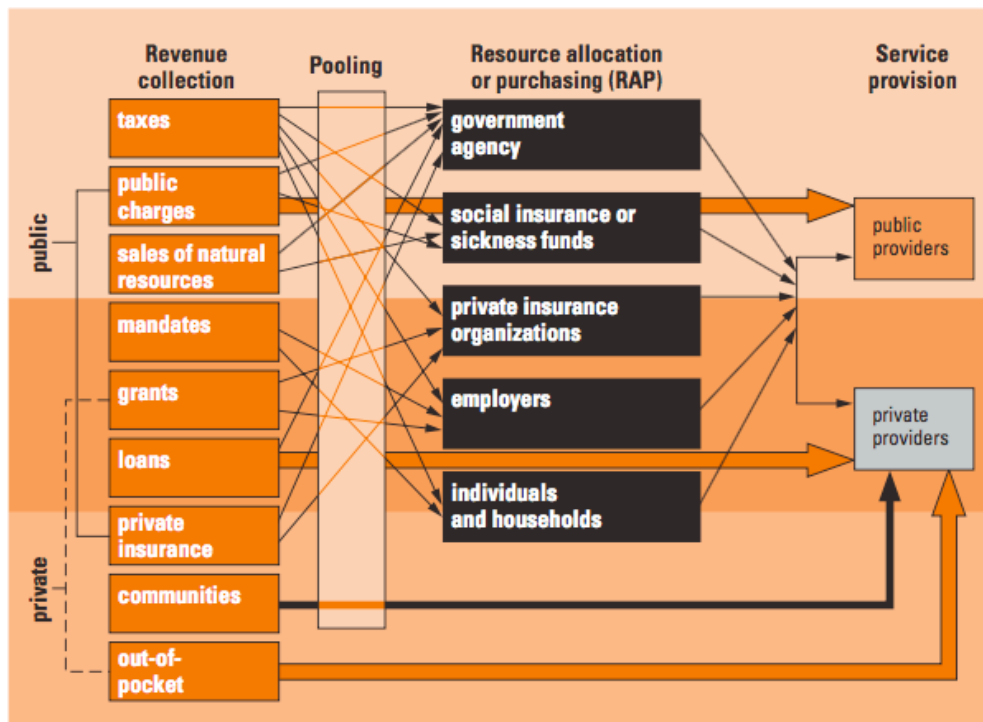
Bila tingkat penguasaan baik sekali, sila melanjutkan ke Kegiatan Belajar 2. Namun bila tingkat penguasaan masih kurang, harus mengulangi Kegiatan Belajar 1 terutama pada bagian yang belum dikuasai.

E. Kegiatan Belajar 2

1. Sumber Pembiayaan Kesehatan

Seperti yang telah dijelaskan dalam kegiatan belajar 1 bahwa fungsi pembiayaan kesehatan terdiri dari revenue collection, pooling, resources allocation/ purchasing, service provision.

Gambar Fungsi Pembiayaan Kesehatan



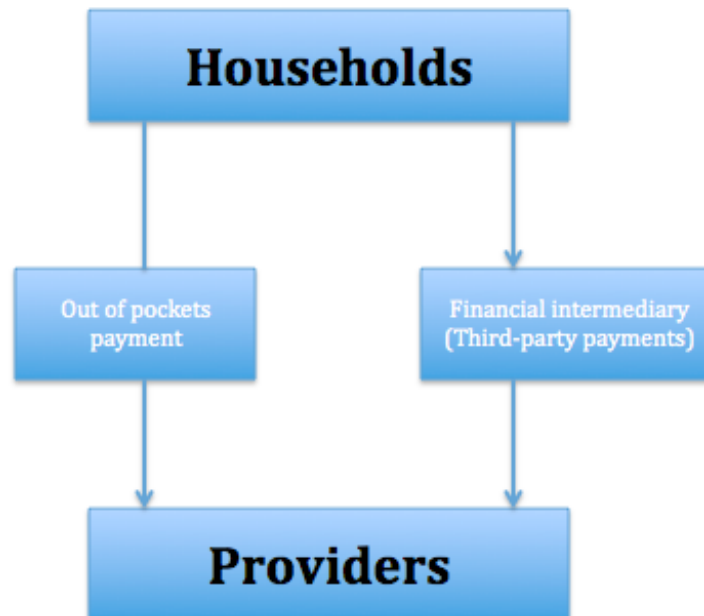
Source: Schieber and Maeda 1997.

*sumber: World Bank

Sumber pembiayaan kesehatan dapat berasal dari Pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, swasta dan sumber lain.

Aliran dana pelayanan kesehatan berasal dari rumah tangga langsung ke provider pelayanan kesehatan dan melalui pihak ketiga (*third party payments*). Hal tersebut dijelaskan dalam gambar di bawah ini:

Gambar aliran dana pelayanan kesehatan



Out of pocket Payments yaitu transaksi pembayaran paling sederhana dan cepat antara pasien dengan provider kesehatan. OOP dipengaruhi oleh *ability to pay* atau kemampuan untuk membayar. Varian dari *Out of Pockets* (OOP):

- Co-payment/userfees: pembayaranditanggung bersama. Biasanya digunakan pada: pembayaran obat resep, pelayanan RS, pelayanan rawat jalan, dan pelayanan emergensi.
- Unofficial fees: biaya kesehatan tidak resmi. Biasanya banyak terjadi pada pelayanan kesehatan tenaga kerja, sebagai layanan tambahan
- Service not covered by insurance = pelayanan yang tidak ditanggung asuransi. Contoh: biaya transportasi, pengobatan alternatif, bedah plastik dsb.

Third party payment yaitu pembayaran oleh perusahaan asuransi atau pemerintah. Pihak ketiga terlibat dalam transaksi pembayaran antara pasien dengan provider. Contoh: perusahaan asuransi.

Sumber pembiayaan kesehatan:

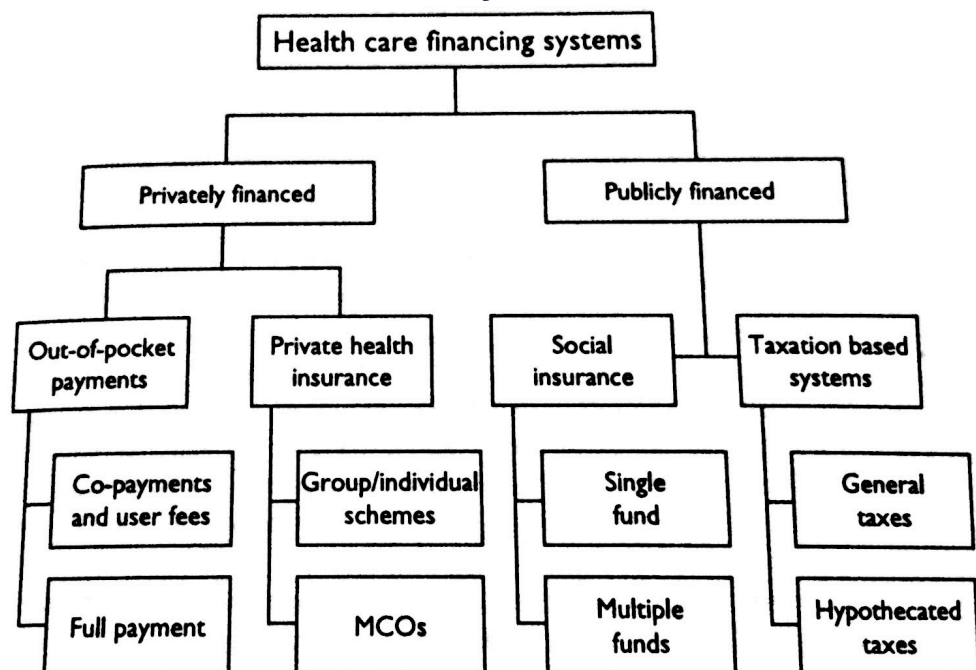
- Pengeluaran pemerintah termasuk semua pengeluaran yang terkait pelayanan kesehatan yang:
 - Bersumber Pemerintah Pusat dan Lokal pada semua sektor (Sektor kesehatan dan sektor lainnya, TNI/ POLRI)
 - Dibayarkan melalui pajak, atau kontribusi asuransi kesehatan baik yang dibayarkan oleh pekerja atau pemerintah atau keduanya yang dianggap sebagai pengeluaran pemerintah dan kontribusi asuransi sosial(atau Social security funds)
- Pembayaran secara sukarela oleh individu atau pekerja yang dianggap pengeluaran swasta (OOPs)

- Sumber eksternal merujuk pada bantuan dari luar/donor yang datang melalui kerjasama program bilateral atau LSM internasional
- Swasta/ BUMN yang langsung memberi pelayanan kesehatan bagi karyawan seperti klinik/ RS atau self-insured (tetapi tidak double counting dengan asuransi kesehatan atau OOPs)

Mekanisme pembiayaan kesehatan:

- Pendapatan negara atau pajak
- Kontribusi asuransi sosial
- Premi asuransi swasta
- Pembiayaan masyarakat, seperti dana sehat
- out of pocket payments

Gambar Sistem Pembiayaan Kesehatan



ire 11.1 Public and private methods of funding health care

2. Latihan

Bagaimana sistem pembiayaan kesehatan?

3. Rangkuman

Pembiayaan kesehatan dapat bersumber dari swasta (*private*) dan publik. Secara *private*, pembiayaan bersumber dari asuransi kesehatan komersial dan *out of pocket* atau kantong pribadi individu atau rumah tangga. Pembiayaan kesehatan yang berasal dari publik yaitu dari asuransi sosial dan berbasis pajak.

4. Tes Formatif 2

1. Salah satu varian dari out of pocket payment yaitu

- a. co-payment
- b. unofficial-fees
- c. biaya transportasi
- d. biaya pengobatan alternatif
- e. semua benar

2. Out-of-pockets dipengaruhi oleh

- a. kemauan membayar
- b. kemampuan membayar
- c. ketidakmauan membayar
- d. kebutuhan membayar
- e. bssd

3. Dalam fungsi pembiayaan kesehatan, salah satunya revenue collection. Yang termasuk dalam revenue collection, kecuali

- a. taxes
- b. grant
- c. public charges
- d. employers
- e. communities

5. Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Cocokkan jawaban di atas dengan kunci jawaban tes formatif 2 yang ada di bagian akhir modul ini. Ukurlah tingkat penguasaan materi kegiatan belajar 2 dengan rumus sebagai berikut :

Tingkat penguasaan = jumlah jawaban yang benar

Arti tingkat penguasaan yang diperoleh adalah :

Baik sekali = 3 jawaban yang benar

Cukup baik = 2 jawaban yang benar

Kurang = 1 atau tidak ada jawaban yang benar

Bila tingkat penguasaan baik sekali, sila melanjutkan ke Kegiatan Belajar 3. Namun bila tingkat penguasaan masih kurang, harus mengulangi Kegiatan Belajar 2 terutama pada bagian yang belum dikuasai.

F. Kegiatan Belajar 3

1. Pembiayaan kesehatan di Indonesia dalam APBN

APBN atau Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara merupakan instrumen untuk mengatur pengeluaran pendapatan dalam rangka membiayai pelaksanaan kegiatan pemerintahan dan pembanguna, mencapai pertumbuhan ekonomi, meningkatkan pendapatan nasional, mencapai stabilitas ekonomi, dan menentukan arah serta prioritas pembangunan secara umum.

Pasal 23 UUD 1945 tertulis sebagai berikut:

“(1) Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara sebagai wujud dari pengelolaan keuangan negara ditetapkan setiap tahun dengan undang–undang dan dilaksanakan secara terbuka dan bertanggung jawab untuk sebesar–besarnya kemakmuran rakyat; (2) Rancangan Undang–Undang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara diajukan oleh Presiden untuk dibahas bersama Dewan Perwakilan Rakyat dengan memperhatikan pertimbangan Dewan Perwakilan Daerah.”

Fungsi APBN yaitu:

1. Fungsi otorisasi: melaksanakan anggaran pendapatan dan belanja pada tahun yang bersangkutan.
2. Fungsi perencanaan: menjadi pedoman bagi Negara untuk merencanakan kegiatan pada tahun tersebut.
3. Fungsi pengawasan: menilai apakah kegiatan penyelenggaraan pemerintah sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.
4. Fungsi alokasi: mengurangi pengangguran dan pemborosan sumber daya serta meningkatkan efisiensi dan efektifitas perekonomian.
5. Fungsi distribusi: kebijakan anggaran negara harus memperhatikan rasa keadilan dan kepatutan.
6. Fungsi stabilisasi: alat untuk memelihara dan mengupayakan keseimbangan fundamental perekonomian.

Prinsip penyusunan APBN:

1. Berdasarkan aspek pendapatan, prinsip penyusunan APBN ada tiga, yaitu:
 - Intensifikasi penerimaan anggaran dalam jumlah dan kecepatan penyetoran.
 - Intensifikasi penagihan dan pemungutan piutang negara.
 - Penuntutan ganti rugi atas kerugian yang diderita oleh negara dan penuntutan denda.
2. Sementara berdasarkan aspek pengeluaran, prinsip penyusunan APBN adalah:
 - Hemat, efisien, dan sesuai dengan kebutuhan.
 - Terarah, terkendali, sesuai dengan rencana program atau kegiatan.
 - Semaksimal mungkin menggunakan hasil produksi dalam negeri dengan memperhatikan kemampuan atau potensi nasional.

Sumber penerimaan Negara:

- a. Pendapatan Negara & Hibah
- b. Penerimaan Perpajakan
- c. Penerimaan Negara bukan Pajak

Undang-undang kesehatan nomor 36 tahun 2009 dalam pasal 171 tertulis bahwa:

1. Besar anggaran kesehatan Pemerintah dialokasikan minimal sebesar 5% (lima persen) dari anggaran pendapatan dan belanja negara di luar gaji.
2. Besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% (sepuluh persen) dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji.
3. Besar anggaran kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik yang besarnya sekurang-kurangnya 2/3 (dua pertiga) dari anggaran kesehatan dalam anggaran pendapatan dan belanja negara dan anggaran pendapatan dan belanja daerah.

Pada tahun 2017, anggaran kesehatan yaitu 5% dari APBN yang bertujuan untuk memperkuat upaya promotif dan preventif, serta meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan. Sasaran anggaran kesehatan tahun 2017 yaitu:

1. Imunisasi
2. Penerima bantuan iuran (BPJS Kesehatan)
3. Stunting
4. Biaya operasional kesehatan
5. Biaya operasional keluarga bencana

Pada tahun 2018, anggaran kesehatan sebesar 5% dari APBN, namun secara angka mengalami kenaikan sebesar Rp 0,8T dari RAPBN 2018 atau sebesar Rp 111,0 T. Tujuan dari anggaran kesehatan tahun 2018 yaitu untuk meningkatkan supply side dan layanan, upaya kesehatan promotif dan preventif, serta menjaga keberlanjutan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional). Sasaran anggaran kesehatan tahun 2018 yaitu:

1. Program Indonesia Sehat
2. Kesetaraan ber-KB melalui peningkatan akses dan kualitas pelayanan KBKR
3. Penyedia sarana fasilitas kesehatan yang berkualitas
4. Imunisasi
5. Sertifikasi obat dan makanan

Arah kebijakan anggaran kesehatan tahun 2018 yaitu:

1. Meningkatkan dan memperbaiki distribusi fasilitas dan tenaga kesehatan
2. Penguatan program promotif dan preventif yang diarahkan untuk penyakit tidak menular dan program untuk ibu hamil dan menyusui.
3. Meningkatkan efektifitas dan keberlanjutan program JKN.
4. Meningkatkan peran Pemda untuk *supply side* dan peningkatan mutu layanan.

Mandatory spending lainnya ialah anggaran bidang kesehatan tetap dijaga sebesar 5%. Dalam APBN 2018, anggaran kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, baik dari sisi supply side maupun layanan, upaya kesehatan promotif preventif, serta menjaga dan meningkatkan kualitas program jaminan kesehatan nasional bagi penerima bantuan iuran.

2. Latihan

Bagaimana anggaran kesehatan dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara di Indonesia?

3. Rangkuman

Dalam Undang-undang Kesehatan no.36 tahun 2009, besaran anggaran kesehatan yaitu 5% dari APBN, dan dari masing-masing APBD sebesar 10%. Tujuan dari anggaran kesehatan tahun 2018 yaitu untuk meningkatkan supply side dan layanan, upaya kesehatan promotif dan preventif, serta menjaga keberlanjutan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional).

4. Tes Formatif 3

1. Tujuan dari anggaran kesehatan tahun 2018 yaitu, kecuali

- a. meningkatkan supply
- b. meningkatkan layanan
- c. upaya promotif
- d. diagnosed treatment
- e. JKN berkelanjutan

2. Besar anggaran kesehatan dari APBD yaitu

- a. 5%
- b. 6%
- c. 8%
- d. 9%
- e. 10%

5. Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Cocokkan jawaban di atas dengan kunci jawaban tes formatif 3 yang ada di bagian akhir modul ini. Ukurlah tingkat penguasaan materi kegiatan belajar 3 dengan rumus sebagai berikut :

Tingkat penguasaan = jumlah jawaban yang benar

Arti tingkat penguasaan yang diperoleh adalah :

Baik sekali = 2 jawaban yang benar

Cukup baik = 1 jawaban yang benar

Kurang = tidak ada jawaban yang benar

Bila tingkat penguasaan baik sekali, sila melanjutkan ke modul berikutnya. Namun bila tingkat penguasaan masih kurang, harus mengulangi Kegiatan Belajar 3 terutama pada bagian yang belum dikuasai.

4. Kunci Jawaban

Tes formatif 1

1. E
2. A
3. C

Tes formatif 2

1. E
2. B
3. D

Tes formatif 3

1. D
2. E

5. Daftar Pustaka

- Wonderling, David; Reinhold Gruen & NickBlack (2005), *Introduction to Health Economics*, England: London School of Hygiene & Tropical Medicine (dapat di download).
- Stephen Morris, Nancy Devlin, David Parkin (2007): *Economic analysis in health care*, England: John Wiley and sons Ltd
- *Introduction to economics (macro and micro economics): selected topics* : John Sloman (2006) *Essential of Economics*, 4th ed, Prentice Hall
- Bacaan tambahan:
- Feldstein: *Health Care Economics*
- Ann Mills. *Health Economics for Developing Countries, a survival kit*
- Alan Sorkin: *Health Economics*
- Drummond: *Methods for the economic evaluation of health care programmes*
- Karen L. Rascati. *Essential of pharmacoeconomics*

- Bahan bacaan lain yang relevan, paper/ jurnal (diberikan maupun ditelusuri di perpustakaan)
- Handbook of Health Economics, Anthony J.Culyer & Joseph Newhouse (e-book)
- Prinsip Ekonomi Case Fair
- Mikroekonomi Edisi keenam jilid 2 oleh Robert S Pindyck and Daniel L Rubinfeld
- Machmud, Amir. 2016. Perekonomian Indonesia pasca reformasi, Jakarta, Erlangga
- World Bank: Health financing revisited (a practioner's guide)