

PERENCANAAN PEMBIAYAAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT

¹Fifi Anisa Nur Hidayati*, ²Devi Pramita Sari

¹Universitas Duta Bangsa Surakarta. fifianisa19@gmail.com

²Universitas Duta Bangsa Surakarta. devi_sari@udb.ac.id

*Penulis Korespondensi

ABSTRAK

Pembiayaan kesehatan merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas kesehatan suatu negara secara bermakna. Permasalahan yang timbul dari pembiayaan kesehatan antara lain kurangnya dana serta adanya peningkatan dana. Metode penulisan ini menggunakan literature review. Dibuatnya karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk menambah wawasan mengenai rencana pembiayaan kesehatan di beberapa rumah sakit. Sehingga melalui penulisan ini diharapkan dapat berguna dalam membangun perencanaan pembiayaan sehingga dapat mengoptimalkan pelayanan kesehatan. Dari berbagai artikel penelitian disimpulkan bahwa pentingnya rencana pembiayaan kesehatan guna sebagai acuan target yang harus dicapai oleh kegiatan rumah sakit pada waktu yang akan datang. Perlunya kesinkronan antara satu kebijakan dengan kebijakan lainnya mulai dari dokumen perencanaan hingga penganggaran. Ada keterkaitan erat antara status kelembagaan rumah sakit dengan pola pembiayaan kesehatan.

Kata Kunci : pembiayaan kesehatan, perencanaan, rumah sakit

ABSTRACT

Health financing is a factor that significantly affects the health quality of a country. Problems arising from health financing include a lack of funds and an increase in funds. This writing method uses a literature review. The purpose of this scientific paper is to increase awareness regarding health financing plans in several hospitals. So that through this writing, it is expected to be useful in building financing plans so that they can optimize health services. From various research articles, it is concluded that the importance of health financing plans as a reference for targets that must be achieved by hospital activities in the future. The need for synchronization between one policy and another, starting from planning documents to budgeting. There is a close relationship between the institutional status of hospitals and the pattern of health financing.

Keyword : financing, health, planning, hospital

PENDAHULUAN

Penduduk Indonesia memiliki hal yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak, disamping pelayanan pendidikan dan perlindungan hukum. Kesehatan menjadi isu penting terkait dengan dampak akan perubahan lingkungan akibat perkembangan dunia saat ini. Industri yang semakin berkembang turut pula membawa dampak pada kesehatan. Indonesia sendiri masih termasuk dalam Negara dengan industri yang baru berkembang. Perkembangan industri yang pesat akan mempengaruhi lingkungan setempat. Beragam penyakit dengan mudah menyebar dan membuat masyarakat mudah terkena penyakit. Hal ini membuat masyarakat membutuhkan suatu pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan hak dasar yang dimiliki warga Negara Indonesia. Pemerintah sebagai penyelenggara pemerintahan sudah tentu harus turut andil dalam menanggapi permasalahan yang ada dalam masyarakat dengan cara menyelenggarakan pelayanan publik bagi masyarakat.

Menurut Undang-undang No. 44 tahun 2009, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan rawat darurat. Rumah Sakit Umum mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Proses pelayanan kesehatan tidak bisa dipisahkan dengan pembiayaan kesehatan. Biaya kesehatan ialah besarnya dana yang harus

disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Masalah kesehatan tidak mungkin diselesaikan dengan baik tanpa dukungan pembiayaan yang memadai. Pembiayaan kesehatan merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas kesehatan suatu negara secara bermakna. Permasalahan yang timbul dari pembiayaan kesehatan antara lain kurangnya dana serta adanya peningkatan dana. Kurangnya dana terjadi karena terdapatnya inefisiensi dalam pengelolaan pembiayaan dan alokasi dana yang salah. Sedangkan yang dimaksud peningkatan biaya yaitu adanya trend peningkatan teknologi kedokteran sebagai penegak diagnosis (*evidence bases*) yang menyebabkan konsekuensi biaya, serta *tren supply induce demand* yang banyak marak sekarang ini (Trisnantoro L, 2014). Selain itu, dominasi pembiayaan dengan mekanisme *fee for service*, dan masih kurangnya dalam mengalokasikan sumber-sumber dan pelayanan itu sendiri (*poor management of sesources and services*) (Depkes, 2009). Oleh karena itu perlu dilakukan studi literatur terkait sistem pembiayaan kesehatan di rumah sakit, agar dapat diketahui bagaimana pelaksanaan pembiayaan kesehatan di rumah sakit di Indonesia.

METODE

Rancangan penelitian ini menggunakan adalah *literature review*, yaitu dengan menganalisis dan kajian bebas pada jurnal, e-book, maupun buku teks yang berkaitan dengan system pembiayaan kesehatan di rumah sakit. Jurnal atau artikel yang digunakan pada *literature review* ini adalah jurnal atau artikel yang didapatkan dari *google scholar*, *google book*, *library*, dengan ketentuan dipublikasi pada 10 tahun terakhir. Kata kunci yang digunakan untuk pencarian antara lain pembiayaan kesehatan di rumah sakit, sistem pembiayaan kesehatan, dan pembiayaan kesehatan pada pelayanan kesehatan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Konsep Perencanaan

Perencanaan yang merupakan bagian dari manajemen merupakan suatu proses penyusunan yang sistematis mengenai kegiatan-kegiatan yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah yang dihadapi dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Perencanaan dapat pula diartikan sebagai cara bagaimana mencapai tujuan sebaikbaiknya dengan sumber daya yang ada supaya lebih efisien dengan memperhatikan lingkungan sosial budaya, fisik dan biologik (Litbangkes Depkes RI, 2002)

Perencanaan menurut WHO adalah suatu ketelitian, suatu interpretasi yang cermat serta suatu upaya pengembangan pelayanan kesehatan yang teratur yang dilaksanakan atas dasar pemanfaatan seluruh ilmu pengetahuan modern serta pengalaman yang dimiliki.

2. Konsep Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan adalah besarnya dan alokasi dana yang harus disediakan untuk dimanfaatkan dalam upaya kesehatan sesuai dengan kebutuhan perorangan, kelompok dan masyarakat (Setyawan, 2015). Berdasarkan pengertian ini, maka biaya kesehatan dapat ditinjau dari dua sudut yaitu berdasarkan:

- a. Penyedia Pelayanan Kesehatan (*Health Provider*), adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan, maka dilihat pengertian ini bahwa biaya kesehatan dari sudut penyedia pelayanan adalah persoalan utama pemerintah dan ataupun pihak swasta, yakni pihak-pihak yang akan menyelenggarakan upaya kesehatan. Besarnya dan bagi penyedia pelayanan kesehatan lebih menunjuk kepada seluruh biaya investasi (*investment cost*) serta seluruh biaya operasional (*operational cost*).
- b. Pemakai Jasa Pelayanan (*Health consumer*), adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan. Dalam hal ini biaya kesehatan menjadi persoalan utama para pemakai jasa pelayanan, namun dalam batas-batas

tertentu pemerintah juga turut serta, yakni dalam rangka terjaminnya pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkannya. Besarnya dana bagi pemakai jasa pelayanan lebih menunjuk pada jumlah uang yang harus dikeluarkan (*out of pocket*) untuk dapat memanfaatkan suatu upaya kesehatan. (Azwar, A. 1999).

Pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkesinambungan memegang peranan yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan penting dari pembangunan kesehatan di suatu negara diantaranya adalah pemerataan pelayanan kesehatan dan akses (*equitable access to health care*) dan pelayanan yang berkualitas (*assured quality*). Oleh karena itu reformasi kebijakan kesehatan di suatu negara seyogyanya memberikan fokus penting kepada kebijakan pembiayaan kesehatan untuk menjamin terselenggaranya kecukupan (*adequacy*), pemerataan (*equity*), efisiensi (*efficiency*) dan efektifitas (*effectiveness*) dari pembiayaan kesehatan itu sendiri (Departemen Kesehatan RI, 2004).

Menurut Departemen Kesehatan RI, 2004, pelayanan kesehatan memiliki beberapa ciri yang tidak memungkinkan setiap individu untuk menanggung pembiayaan pelayanan kesehatan pada saat diperlukan:

- a. Kebutuhan pelayanan kesehatan muncul secara sporadik dan tidak dapat diprediksikan, sehingga tidak mudah untuk memastikan bahwa setiap individu mempunyai cukup uang ketika memerlukan pelayanan kesehatan.
- b. Biaya pelayanan kesehatan pada kondisi tertentu juga sangat mahal, misalnya pelayanan di rumah sakit maupun pelayanan kesehatan cangguh (operasi dan tindakan khusus lain), kondisi emergensi dan keadaan sakit jangka panjang yang tidak akan mampu ditanggung pembiayaannya oleh masyarakat umum.
- c. Orang miskin tidak saja lebih sulit menjangkau pelayanan kesehatan, tetapi juga lebih membutuhkan pelayanan kesehatan karena rentan terjangkit berbagai permasalahan kesehatan karena buruknya kondisi gizi, perumahan.
- d. Apabila individu menderita sakit dapat mempengaruhi kemampuan untuk berfungsi termasuk bekerja, sehingga mengurangi kemampuan membiayai.

Berdasarkan karakteristik tersebut, sebuah system pembiayaan pelayanan kesehatan haruslah bertujuan untuk:

- a. *Risk spreading*, pembiayaan kesehatan harus mampu meratakan besaran resiko biaya sepanjang waktu sehingga besaran tersebut dapat terjangkau oleh setiap rumah tangga.
- b. *Risk pooling*, beberapa jenis pelayanan kesehatan dapat sangat mahal misalnya hemodialisis, operasi spesialis yang tidak dapat ditanggung oleh tabungan individu. Sistem pembiayaan harus mampu menghitung dengan mengakumulasikan resiko suatu kesakitan dengan biaya yang mahal antar individu dalam suatu komunitas sehingga kelompok masyarakat dengan tingkat kebutuhan rendah dapat mensubsidi kelompok masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Sehingga sesuai dengan prinsip solidaritas, besaran biaya pelayanan kesehatan yang mahal tidak ditanggung dari tabungan individu tapi ditanggung bersama oleh masyarakat.
- c. *Connection between ill-health and poverty*, karena adanya keterkaitan antara kemiskinan dan kesehatan, suatu sistem pembiayaan juga harus mampu memastikan bahwa orang miskin juga mampu pelayanan kesehatan yang layak sesuai standar dan kebutuhan sehingga tidak harus mengeluarkan pembiayaan yang besarnya tidak proporsional dengan pendapatan.
- d. *Fundamental importance of health*, kesehatan merupakan kebutuhan dasar dimana individu tidak dapat menikmati kehidupan tanpa status kesehatan yang baik.

Organisasi kesehatan se-dunia (WHO) sendiri memberi fokus strategi pembiayaan kesehatan yang memuat isu-isu pokok, tantangan, tujuan utama kebijakan dan program aksi itu pada umumnya adalah dalam area sebagai berikut:

- a. Meningkatkan investasi dan pembelanjaan publik dalam bidang kesehatan
- b. Mengupayakan pencapaian kepesertaan semesta dan penguatan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin
- c. Pengembangan skema pembiayaan praupaya termasuk didalamnya asuransi kesehatan sosial
- d. Penggalan dukungan nasional dan internasional
- e. Penguatan kerangka regulasi dan intervensi fungsional
- f. Pengembangan kebijakan pembiayaan kesehatan yang didasarkan pada data dan fakta ilmiah
- g. Pemantauan dan evaluasi.

Implementasi strategi pembiayaan kesehatan di suatu negara diarahkan kepada beberapa hal pokok yakni; kesinambungan pembiayaan program kesehatan prioritas, reduksi pembiayaan kesehatan secara tunai perorangan (*out of pocket funding*), menghilangkan hambatan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, pemerataan dalam akses pelayanan, peningkatan efisiensi dan efektifitas alokasi sumber daya (*resources*) serta kualitas pelayanan yang memadai dan dapat diterima pengguna jasa. Sumber dana biaya kesehatan berbeda pada beberapa negara, namun secara garis besar berasal dari: Anggaran pemerintah; Anggaran masyarakat; Bantuan biaya dari dalam dan luar negeri; dan Gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat.

Tingginya biaya kesehatan disebabkan oleh beberapa hal, beberapa yang terpenting diantaranya sebagai berikut:

1. Tingkat inflasi.
2. Tingkat permintaan
3. Kemajuan ilmu dan teknologi.
4. Perubahan Pola Penyakit.
5. Perubahan pola pelayanan kesehatan
6. Perubahan Pola Hubungan Dokter-Pasien
7. Penyalahgunaan asuransi kesehatan Asuransi kesehatan (*health insurance*)

3. Sistem Pembiayaan Kesehatan

Pertanyaan yang mengemuka ialah model kebijakan kesehatan seperti apa yang layak diterapkan di Indonesia, sistem pembiayaan yang bagaimana yang cocok dengan kehidupan masyarakat kita. Terdapat beberapa model sistem pembiayaan pelayanan kesehatan yang dijalankan oleh beberapa negara, berdasarkan sumber pembiayaannya:

1. *Direct Payments by Patients*

Ciri utama model *direct payment* adalah setiap individu menanggung secara langsung besaran biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat penggunaannya. Pada umumnya sistem ini akan mendorong penggunaan pelayanan kesehatan secara lebih hati-hati, serta adanya kompetisi antara para *provider* pelayanan kesehatan untuk menarik konsumen atau *free market*.

2. *User payments*

Dalam model ini, pasien membayar secara langsung biaya pelayanan kesehatan baik pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta. Perbedaannya dengan model informal adalah besaran dan mekanisme pembayaran, juga kelompok yang menjadi pengecualian telah diatur secara formal oleh pemerintah dan *provider*.

3. *Saving based*

Model ini mempunyai karakteristik '*risk spreading*' pada individu namun tidak terjadi *risk pooling* antar individu. Artinya biaya kesehatan langsung, akan ditanggung

oleh individu sesuai dengan tingkat penggunaannya, namun individu tersebut mendapatkan bantuan dalam mengelola pengumpulan dana (saving) dan penggunaannya bilamana membutuhkan pelayanan kesehatan.

4. *Informal*

Ciri utama model ini adalah bahwa pembayaran yang dilakukan oleh individu pada *provider* kesehatan formal misalnya dokter, bidan tetapi juga pada *provider* kesehatan lain misalnya: mantri, dan pengobatan tradisional; tidak dilakukan secara formal atau tidak diatur besaran, jenis dan mekanisme pembayarannya. Besaran biaya biasanya timbul dari kesepakatan atau banyak diatur oleh *provider* dan juga dapat berupa pembayaran dengan barang. Model ini biasanya muncul pada negara berkembang dimana belum mempunyai sistem pelayanan kesehatan dan pembiayaan yang mampu mencakup semua golongan masyarakat dan jenis pelayanan.

5. *Insurance Based*

Sistem pembiayaan dengan pendekatan asuransi mempunyai perbedaan utama dimana individu tidak menanggung biaya langsung pelayanan kesehatan. Konsep asuransi memiliki dua karakteristik khusus yaitu pengalihan resiko kesakitan pada satu individu pada satu kelompok serta adanya *sharing losses* secara adil. Secara sederhana dapat digambarkan bahwa satu kelompok individu mempunyai resiko kesakitan yang telah diperhitungkan jenis, frekuensi dan besaran biayanya.

Asuransi Kesehatan

Asuransi adalah memastikan seseorang yang menderita sakit akan mendapatkan pelayanan yang dibutuhkannya tanpa harus mempertimbangkan keadaan ekonominya. Ada pihak yang menjamin atau menanggung biaya pengobatan atau perawatannya. Pihak yang menjamin ini dalam bahasa Inggris disebut *insurer* atau dalam UU Asuransi disebut *asuradur*.

Asuransi merupakan jawaban atas sifat ketidak-pastian (*uncertain*) dari kejadian sakit dan kebutuhan pelayanan kesehatan. Untuk memastikan bahwa kebutuhan pelayanan kesehatan dapat dibiayai secara memadai, maka seseorang atau kelompok kecil orang melakukan *transfer risiko* kepada pihak lain yang disebut *insurer/asuradur*, ataupun badan penyelenggara jaminan. (Thabrany H, 2001).

Menurut pasal 246 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD), asuransi mempunyai pengertian sebagai berikut: Asuransi atau pertanggungan adalah suatu persetujuan dimana penanggung kerugian diri kepada tertanggung, dengan mendapat premi untuk mengganti kerugian karena kehilangan kerugian atau tidak diperolehnya suatu keuntungan yang diharapkan, yang dapat diderita karena peristiwa yang tidak diketahui lebih dahulu. (Andreas, 2009)

Dalam dunia asuransi ada 6 (enam) macam prinsip dasar yang harus dipenuhi, yaitu:

1) *Insurable interest*

Hak untuk mengasuransikan, yang timbul dari suatu hubungan keuangan, antara tertanggung dengan yang diasuransikan dan diakui secara hukum.

2) *Utmost good faith*

Suatu tindakan untuk mengungkapkan secara akurat dan lengkap, semua fakta yang material (*material fact*) mengenai sesuatu yang akan diasuransikan baik diminta maupun tidak. Artinya adalah: penanggung harus dengan jujur menerangkan dengan jelas segala sesuatu tentang luasnya syarat atau kondisi dari asuransi dan tertanggung juga harus memberikan keterangan yang jelas dan benar atas obyek atau kepentingan yang dipertanggungkan.

3) *Proximate cause*

Suatu penyebab aktif, efisien yang menimbulkan rangkaian kejadian yang menimbulkan suatu akibat tanpa adanya intervensi suatu yang mulai dan secara aktif dari sumber yang baru dan independen.

4) *Indemnity*

Suatu mekanisme dimana penanggung menyediakan kompensasi finansial dalam upayanya menempatkan tertanggung dalam posisi keuangan yang ia miliki sesaat sebelum terjadinya kerugian (KUHD pasal 252,253 dan dipertegas dalam pasal 278).

5) *Subrogation*

Pengalihan hak tuntutan dari tertanggung kepada penanggung setelah klaim dibayar.

6) *Contribution*

Adalah hak penanggung untuk mengajak penanggung lainnya yang sama-sama menanggung, tetapi tidak harus sama kewajibannya terhadap tertanggung untuk ikut memberikan *indemnity*.

Pada umumnya model asuransi mendorong munculnya apa yang disebut sebagai *moral hazard*:

- a. Pada sisi tertanggung (pasien): adanya kecenderungan untuk memaksimalkan pelayanan kesehatan karena semua biaya akan ditanggung asuransi, dan kecenderungan untuk tidak melakukan tindakan preventif
- b. Pada sisi *provider*: mempunyai kecenderungan untuk memberikan terapi secara berlebihan untuk memaksimalkan pendapatan. Sehingga beberapa skema asuransi diatur sedemikian rupa untuk mengurangi terjadinya *moral hazard*, misalnya dengan mengatur batasan paket pelayanan, mengatur besaran kontribusi sesuai dengan tingkat resiko tertanggung.

4. Pelaksanaan Pembiayaan Kesehatan di Rumah Sakit

1. Penelitian yang dilakukan oleh Lasyera, Yeni Busuddin (2018) yang bertujuan untuk Perencanaan Strategi Bisnis RSUD Arosuka. Metode penelitian ini dilakukan dengan suatu rancangan penelitian deskriptif dan studi kebijakan (*policy study*) dengan metode kualitatif. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Terdapat hubungan yang tinggi antara pengeluaran untuk pemasaran terhadap kenaikan penjualan, pangsa pasar pesaing menurun sedangkan total penjualan industri meningkat dan pasar yang ada belum jenuh oleh produk dan jasa perusahaan. Ini berarti rumah sakit harus melakukan perencanaan matang dan penganggaran yang cukup untuk kegiatan promosi tersebut. Sehingga hasil penelitian sebagai langkah awal dalam pembuatan Perencanaan Strategis Bisnis Rumah Sakit Umum Daerah Arosuka
2. Penelitian yang dilakukan oleh Agusalm, dkk (2013). Metode penelitian ini menggunakan Pendekatan Survey Deskriptif digunakan untuk menjelaskan teori dengan menggali data-data yang bersumber dari dalam instansi Rumah Sakit melalui wawancara. Yang menghasilkan Untuk merencanakan suatu Anggaran Rumah Sakit Umum Anutapura palu harus menerima usulan dari bawah (*Bottom Up*) dan melibatkan stake holder tentunya dalam perencanaan anggaran mempertimbangkan Pencapaian dan Kinerja Rumah Sakit tahun sebelumnya. Sedangkan Untuk menyusun suatu Anggaran harus dilakukan oleh Sumber daya Manusia yang mempunyai kemampuan yang baik dengan disokong oleh Tim Penyusun Anggaran sehingga akan lebih memudahkan koordinasi dan mudah terkontrol oleh pimpinan/Direktur Rumah sakit. Penetapan dan penentuan Anggaran Rumah Sakit memerlukan koordinasi dan komitmen antara badan Legislatif ataupun eksekutif
3. Penelitian yang dilakukan oleh Olivia dan Ayuningtyas (2009). Metode penelitian ini adalah kualitatif verikatif melalui analisis aktor, konten, konteks, dan proses. Yang menghasilkan Ada keterkaitan erat antara status kelembagaan rumah sakit dengan pola pembiayaan kesehatan. Besar alokasi serta ketepatan turunnya dana subsidi APBD masih

menjadi masalah bagi rumah sakit milik pemerintah. Ditambah lagi dengan terjadinya keterlambatan pembayaran dana gakin sehingga mengganggu kegiatan operasional rumah sakit. Fungsi sosial rumah sakit pemerintah menyebabkan tarif pelayanan ditetapkan tidak berdasarkan unit cost sebenarnya sehingga tarif yang berlaku adalah dibawah unit cost. Aktor yang paling berpengaruh dalam pembuatan kebijakan adalah anggota legislatif, meskipun masih banyak anggota legislatif yang belum mempunyai kemampuan memadai dalam penetapan kebijakan pembiayaan rumah sakit pemerintah. Peningkatan APBD DKI Jakarta belum diiringi dengan peningkatan dana pada alokasi urusan kesehatan, akan tetapi alokasi dana untuk rumah sakit cenderung meningkat dari tahun ke tahun.

4. Berdasarkan penelitian pada kebijakan perencanaan dan penganggaran di Kabupaten Solok Selatan menyebutkan bahwa masih belum adanya kesinkronan antara satu kebijakan dengan kebijakan lainnya mulai dari dokumen perencanaan hingga penganggaran, beberapa program dan kegiatan yang muncul tiba-tiba dalam dokumen anggaran begitu pula sebaliknya demikian pula kualitas kegiatan yang masih rendah dan target kegiatan yang tidak dapat diukur. (Hanida dkk., 2015).
5. Penelitian yang di lakukan Subirman dkk, (2011) Jenis penelitian adalah penelitian Survey Deskriptif yang memberikan gambaran mengenai seberapa besar biaya satuan, kemampuan dan kemauan membayar masyarakat di Sarana pelayanan kesehatan di Kota Samarinda (Notoatmodjo, 2002) Maka dapat diambil kesimpulan sebagian besar responden menyatakan biaya pendaftaran sampai obat di Puskesmas masih terjangkau bagi mereka. Fakta ini menunjukkan bahwa sebenarnya masyarakat mampu membayar dengan biaya sendiri terhadap pelayanan kesehatan yang terimanya. Tujuan penelitian ini adalah Menganalisis biaya satuan pelayanan kesehatan di Puskesmas, dan besar kemampuan membayar (Ability To Pay / ATP) serta kemauan membayar masyarakat (Willingness To Pay / WTP) masyarakat masih sanggup membayar secara mandiri tanpa harus ada subsidi, Pemerintah Kota Samarinda perlu mempertimbangkan lagi anggaran pembiayaan JAMKESDA, dengan mengurangi subsidi secara bertahap menuju pembiayaan kesehatan secara mandiri.

KESIMPULAN

Peningkatan biaya pelayanan kesehatan yang makin tidak terkendali serta mengantisipasi ketidakmampuan masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan sehingga perkembangan penyakit semakin tidak terkendali, maka pilihan yang tepat untuk pembiayaan kesehatan adalah asuransi kesehatan. Mengingat kondisi ekonomi negara dan masyarakat serta keterbatasan sumber daya yang ada, maka perlu dikembangkan pilihan asuransi kesehatan dengan suatu pendekatan yang efisien, efektif dan berkualitas agar dapat menjangkau masyarakat luas.

Untuk itu, sudah saatnya dikembangkan asuransi kesehatan nasional dengan *managed care* sebagai bentuk operasionalnya. Dengan cakupan asuransi yang semakin luas, maka diperlukan jaringan pelayanan (Rumah Sakit) yang semakin luas pula. Tuntutan terhadap pelayanan yang berkualitas baik terhadap penyelenggaraan asuransi kesehatan maupun penyelenggaraan pelayanan kesehatan akan semakin meningkat, upaya peningkatan yang berkesinambungan tidak hanya menjadi tanggungjawab pemberi pelayanan kesehatan saja tetapi juga bagi penyelenggaraan asuransi. Sebaiknya mengikuti program asuransi kesehatan sejak umur yang masih dini. Hal ini untuk mengantisipasi terhadap penolakan keikutsertaan asuransi kesehatan. Oleh karena risiko yang harus ditanggung pada usia tua besar sekali, berbeda dengan kalau masih berusia muda.

Dari berbagai penelitian maka dapat disimpulkan bahwa pentingnya rencana pembiayaan kesehatan guna sebagai acuan target yang harus dicapai oleh kegiatan rumah sakit pada waktu yang akan datang. Perlunya kesinkronan antara satu kebijakan dengan kebijakan lainnya mulai dari dokumen perencanaan hingga penganggaran Ada keterkaitan erat antara status kelembagaan

rumah sakit dengan pola pembiayaan kesehatan yang mana penetapan dan penentuan Anggaran Rumah Sakit memerlukan koordinasi dan komitmen antara badan Legislatif ataupun eksekutif. Jika suatu tempat mampu melakukan pembiayaan secara mandiri maka perlu mempertimbangkan anggaran pembiayaan dengan mengurangi subsidi secara bertahap menuju pembiayaan kesehatan secara mandiri atau dengan membuka bisnis bagi rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

Trisnantoro L 2014, *Trend Pembiayaan Kesehatan di Berbagai Negara*, Modul Magister Manajemen RS UGM Yogyakarta.

Departemen Kesehatan RI 2009, *Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta.

Ascobat G 2017, *Naskah Akademik RPP Pembiayaan Kesehatan*, PJK Kemenkes, dilihat 2 Juni 2021, <<http://www1.bappenas.go.id>>

Agusalim, Indar, Alimin 2013, *Analisis Mekanisme Penganggaran Sebagai Alat Pengendalian Keuangan Studi Kasus Rumah Sakit Umum Anutapura Palu Tahun 2011*, vol. 2, no. 1, hh. 8 – 17.

Lasyera, Lefio, Yeni, Yulia Hendri & Busuddin, Handri. 2017, 'Analisis Rencana Strategi Rumah Sakit Umum Daerah Arosuka, Kabupaten Solok', dilihat 6 Juni 2021, <<http://jurnal.fk.unand.ac.id>>

Olivia, Sandra & Ayuningtyas, Dumilah, 'Analisis Politik dan Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Pemerintah DKI Jakarta', dilihat 31 Mei 2021, <<http://journal.fkm.ui.ac.id>>

Setyawan, Febri Endra Budi 2015, 'Sistem Pembiayaan Kesehatan'. vol. 11, no. 2, hh. 119 - 120.

Prabowo, Rachmad Gesah Mukti 2020, 'Evaluasi Akuntabilitas Rencana Kerja Dan Anggaran Guna Mendukung Inovasi RSUD. Dr. Iskak Tulungagung', vol. 11, no. 1, hh. 25-34.

Subirman, Indar & Masni, 'Pembiayaan Jaminan Kesehatan Daerah Berdasarkan Biaya Satuan, Kemampuan Pembayaran, Dan Kemauan Pembayaran Masyarakat Di Kota Samarinda', dilihat 6 Juni 2021, <<http://pasca.unhas.ac.id>>

Azwar, A, 1999, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga, Binarupa Aksara. Jakarta.

Yulyani, S 2016, *Tinjauan Atas Rencana Kerja Dan Anggaran (RKA) Pada PT. Kereta Api Indonesia (Persero) Daop 2 Bandung*, Retrieved from <<http://www.ghbook.ir/index>>

Hanida, R. P., Irawan, B., & Syamsurizaldi, S 2015, *The Analysis of Planning and Budgeting Policy for Making More Significant Local Government Planning Policy in Indonesia*, IJASOS-International E-Journal of Advances in Social Sciences, 1(2), 287, dilihat 1 Juni 2021 <<https://doi.org/10.18769/ijaso>>

Thabrany, H 2001, *Asuransi Kesehatan di Indonesia*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKMUI, Depok, Indonesia.

Andreas 2009, *Defisi Asuransi*, Jakarta, Diakses 5 Juni 2021, <<http://journalsdm.blogspot.com/2009/08/asuransi-insurance-assurance-definisi.html>>