



MODUL  
ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN  
(KSM234)

Materi 8  
PEMBIAYAAN KESEHATAN

Disusun Oleh:  
Gisely Vionalita SKM., M.Sc.

UNIVERSITAS ESA UNGGUL  
2020

## **PEMBIAYAAN KESEHATAN**

### **ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN**

#### **A. Pendahuluan**

Administrasi Kebijakan kesehatan merupakan mata kuliah wajib untuk seluruh mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat, dimana dijadikan bahan untuk kompetensi sebagai sarjana.

#### **B. Kompetensi Akhir**

Tujuan pembelajaran mata kuliah :

1. Mahasiswa dapat menguraikan konsep dasar AKK, pengertian, tujuan dan manfaat AKK dan Organisasi dan Administrasi Kesehatan
2. Mahasiswa dapat menguraikan Manajemen Pelayanan Kesehatan, prinsip-prinsip, fungsi manajemen dan aplikasi manajemen
3. Mahasiswa dapat menguraikan Manajemen dan Lingkungannya, Lingkungan eksternal langsung, Lingkungan Umum, Lingkungan internal dan Hubungan lingkungan
4. Mahasiswa dapat menguraikan Pertimbangan implikasi kebijakan terhadap kondisi sosial politik, dan contoh pelaksanaannya
5. Mahasiswa mampu menguraikan Implementasi kebijakan dalam perencanaan pengorganisasian struktur dan program
6. Mahasiswa mampu menguraikan Pertimbangan implikasi kebijakan terhadap kesehatan dan penjelasan mengenai SKN
7. Mahasiswa mampu menguraikan Pengembangan rencana implementasi serta penetapan tindakan dan evaluasi
8. Mahasiswa mampu menguraikan Pengembangan metode monitoring dan evaluasi

9. Mahasiswa mampu menguraikan Strategi komunikasi membangun dinamika kelompok
10. Mahasiswa mampu menguraikan Peran pemerintah dalam menyediakan pelayanan kesehatan masyarakat
11. Mahasiswa mampu menguraikan Fungsi-fungsi dasar untuk kewajiban individu dan organisasi dalam pelayanan kesehatan masyarakat esensial
12. Mahasiswa mampu menguraikan Menciptakan kultur standar etika di dalam organisasi dan komunitas.
13. Mahasiswa mampu menguraikan Pengembangan isu internal eksternal yang berdampak pada penerapan pelayanan kesmas esensial.
14. Mahasiswa mampu menguraikan Pengembangan, implementasi, dan monitoring standar kinerja organisasi

### **C. Komponen penilaian**

Untuk penilaian akhir, komponen nilai yang digunakan terdiri dari kehadiran, UTS, UAS dan penugasan. Dalam kuliah *online* komponen penugasan ditambah dengan kuis, sedangkan komponen kehadiran tidak diperhitungkan karena ditekankan pada aspek aktivitas di *website*. Adapun proporsi penilaiannya sebagai berikut :

- a. UTS = 25 %
- b. UAS = 25 %
- c. Kuis = 20 %
- d. Tugas = 20 %
- e. Absensi = 10%

### **D. Kegiatan Belajar**

Jika kita bicara mengenai biaya Kesehatan, itu diartikan menjadi seluruh dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga dan masyarakat. Hal ini menunjukkan bahwa ada anggaran dari sisi PROVIDER dan ada juga anggaran dari konsumen.

- Sisi Provider, maksudnya adalah:

- Biaya kesehatan: besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan secara paripurna.
- Provider = pemerintah, swasta
- Sisi Konsumen:
  - Besarnya dana yang harus disediakan untuk memanfaatkan upaya kesehatan.
  - Konsumen= masyarakat pengguna pelayanan

**TUJUAN** : 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.

Biaya Kesehatan juga harus melihat beberapa aspek seperti prinsip mengenai income-expenses dan menghasilkan profit atau loss. Sehingga suatu pemerintah akan melihat Income seperti pajak, devisa negara, iuran Kesehatan dll, kemudian membandingkannya dengan pengeluaran di bidang Kesehatan, seperti sakit akibat rokok, pembiayaan penyakit kronis dll.



### TOTAL BIAYA KESEHATAN

Sehingga dapat dijelaskan disini perbedaan dana yang dikeluarkan pemakai jasa pelayanan kesehatan utk sektor pemerintah + pemerintah swasta yang seluruhnya dari pemerintah dan Sebagian dari pemerintah. Kedua hal tersebut menjadi total biaya Kesehatan.

Seluruhnya dari Pemerintah	Sebagian ditanggung Masyarakat
1. Pemerintah Pusat: APBN, Inpres, SSBO (Subsidi Bantuan Biaya Operasional)	1. Out of pocket

2. Dana bersumber Departemen lain: Depdagri, Depsos, Depnaker	2. Pengeluaran Perusahaan Swasta
3. Dana bersumber BUMN Depkes: Kimia Farma, Biofarma, Indofarma	3. Pengeluaran kepada penyedia pelayanan kesehatan oleh pihak asuransi kesehatan swasta
4. Dana dari APBD tingkat I	
5. Dana dari APBD Tingkat II	
Biaya Pelayanan Kedokteran	Biaya Pelayanan Kesehatan Masyarakat
Untuk upaya kuratif dan rehabilitatif	Untuk upaya promotif dan preventif
Secara tunai atau pre paid (asuransi kesehatan)	Disediakan pemerintah dalam bentuk anggaran program kesehatan

## SUMBER BIAYA KESEHATAN

Sumber pembiayaan dari Pemerintah & Pemerintah Daerah diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik min. 2/3 (dua pertiga) dari anggaran kesehatan dalam APBN dan APBD, terutama bagi penduduk miskin, kelompok lanjut usia, dan anak terlantar. • Swasta: dimobilisasi melalui sistem jaminan sosial nasional dan/atau asuransi kesehatan komersial. Perbedaan antara biaya Kesehatan di era sentralisasi dan semi sentralisasi dapat dilihat seperti dibawah ini:

### 1. Sentralisasi

- Pemerintah merencanakan dan menentukan semua biaya kesehatan
- Ditanggung oleh pemerintah pusat

### 2. Desentralisasi

- Otonomi: pemda diberi kewenangan mengatur & bertanggung jawab pada pembiayaan kesehatan

- Semi Otonom; pemda mempunyai tanggung jawab sesuai peraturan saja, Pem pusat banyak mengatur & merencanakan pembiayaan kesh

## **SUB SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN**

- Dalam nota Keuangan Tahun 2016 tercatat alokasi anggaran kesehatan mencapai Rp 106,1 triliun atau 5% dari RAPBN 2016. Anggaran tersebut dialokasikan untuk mendukung peningkatan kualitas pelayanan kesehatan yang lebih baik dan merata di pusat dan daerah. → WHO, 5% APBN

## **HUBUNGAN PEMBIAYAAN KESEHATAN dengan DERAJAT KESEHATAN**

Dengan semakin meningkatnya angka biaya Kesehatan yang disediakan oleh pemerintah, muncul pertanyaan, apakah hal ini akan meningkatkan derajat Kesehatan di Indonesia. Seharusnya dengan alokasi lebih besar terhadap biaya Kesehatan masyarakat diharapkan dapat meningkatkan derajat Kesehatan yang dinilai dari usia harapan hidup, angka kematian bayi, angka kematian ibu, angka kematian akibat penyakit dll.

## **MODEL PEMBIAYAAN:**

**Berikut sejarah model pembayaran dari beberapa negara di dunia:**

- Model Asuransi Kesehatan Sosial (Social Health Insurance)
  - Sejak Jerman, 1882.
  - Memungkinkan cakupan 100% penduduk, relatif rendahnya peningkatan biaya pelayanan kesehatan
- Model Asuransi Kesehatan Komersial
  - Berkembang di AS ==. Gagal. 38% tidak tercakup, peluang moral hazard
  - Dikembangkan: Regulated Health Insurance, kepesertaan berdasar kelompok dengan syarat minimal t3, kurangi moral hazard
- Model NHS (National Health Services)
  - Inggris, pasca PD II
  - Peluang cakupan 100%, tp pembiayaan yg dijamin pemerintah akan menjadi beban berat

Dalam permasalahan biaya Kesehatan sangat diperlukan beberapa strategi yang dimiliki oleh setiap negara untuk meningkatkan keefektifan dan keefisienan pembiayaan Kesehatan. Berikut **Strategi Pembiayaan Kesehatan:**

1. Kecukupan/adekuasi & kesinambungan pembiayaan kesehatan pada tingkat pusat dan daerah dengan langkah:

- (a) Mobilisasi sumber2 pembiayaan baik sumber2 tradisional maupun non tradisional
  - (b) Kestinambungan fiscal space dalam anggaran kesehatan
  - (c) Peningkatan kolaborasi intersektoral utk mendukung pembiayaan kesehatan
2. Pengurangan pembiayaan kesh dg Pembiayaan Out of Pocket & meniadakan hambatan pembiayaan utk mendapatkan pelayanan kesh bg kel miskin dan rentan (pengembangan ASKES sosial)
- (a) Promosi pemerataan akses dan pembiayaan & utilisasi pelayanan
  - (b) Pencapaian universal coverage & penguatan jaminan kesmas miskin & rentan
3. Peningkatan efisiensi & efektifitas pembiayaan kesehatan:
- (a) Kesesuaian tujuan nasional dg reformasi pembiayaan yg diterjemahkan dalam anggaran operasional & rencana pembiayaan
  - (b) Penguatan kapasitas manajemen perencanaan anggaran & pemberi yankes (provider)
  - (c) Pengembangan *best practice*

### **E. Latihan**

Pernyataan sebelumnya mengenai hubungan antara besarnya biaya kesehatan yang di alokasikan pemerintah dengan derajat Kesehatan menimbulkan pertanyaan setelah melihat fenomena di bawah ini :

Kasus pertama di Amerika Serikat (AS)

Biaya Kesehatan 13,7% GNP di tahun 1997

Umur Harapan Hidup Laki-laki 73,8 Tahun dan Wanita 79,7 Tahun

Sedangkan dibandingkan dengan kasus kedua di Jepang

Biaya Kesehatan 7 % GNP

Umur Harapan Hidup Laki-laki 73,8 Tahun dan Wanita 79,7 Tahun

Pertanyaannya: Kenapa dengan alokasi biaya Kesehatan AS yang lebih besar dari pada Jepang, Usia harapan hidup (derajat Kesehatan) didapatkan lebih rendah dibandingkan Jepang?

## **F. Kunci Jawaban**

Hal ini ada hubungannya dengan dimana anggaran tersebut dialokasikan, jika besar biaya Kesehatan lebih dialokasikan ke upaya kedokteran seperti pembangunan RS, pembelian alat Kesehatan canggih, ini tidak signifikan meningkatkan derajat Kesehatan. Namun jika alokasi anggaran tersebut untuk upaya Kesehatan masyarakat seperti edukasi, penyediaan fasilitas umum untuk berolahraga, menurunkan polusi udara, memasok makanan bergizi ke masyarakat, hal ini dinilai sangat berhubungan erat dengan derajat Kesehatan masyarakat. Hal ini yang diduga dilakukan di Jepang, alokasi anggaran Kesehatan lebih banyak dianggarkan untuk upaya Kesehatan masyarakat sehingga sangat berdampak pada usia harapan hidup disana.

## **G. Daftar Referensi**

Azwar, Azrul.1996.*Pengantar Administrasi Kesehahatan Edisi Ketiga*.Tangerang :

Binapura Aksara

Muninjaya, A.A Gde.1999.*Manajemen Kesehatan*.Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran

EGC

Sukarni, Mariyati.1994.*Kesehatan Keluarga Lingkungan*.Yogyakarta : Kanisius

Notoatmodjo, Soekidjo.2003.*Ilmu Kesehatan Masyarakat (Prinsip-prinsip*

*Dasar)*.Jakarta : PT. Asdi Mahasatya

<http://gustiayuendanghartanti.blogspot.com/2012/03/tugas-makalah-manajemen-kualitas.html> di akses hari Rabu, 24 Oktober 2012

<http://staff.blog.ui.ac.id/yaslis/2008/03/06/apa-yang-salah-dengan-program-kesehatan-kita/> di akses hari Rabu, 24 Oktober 2012