

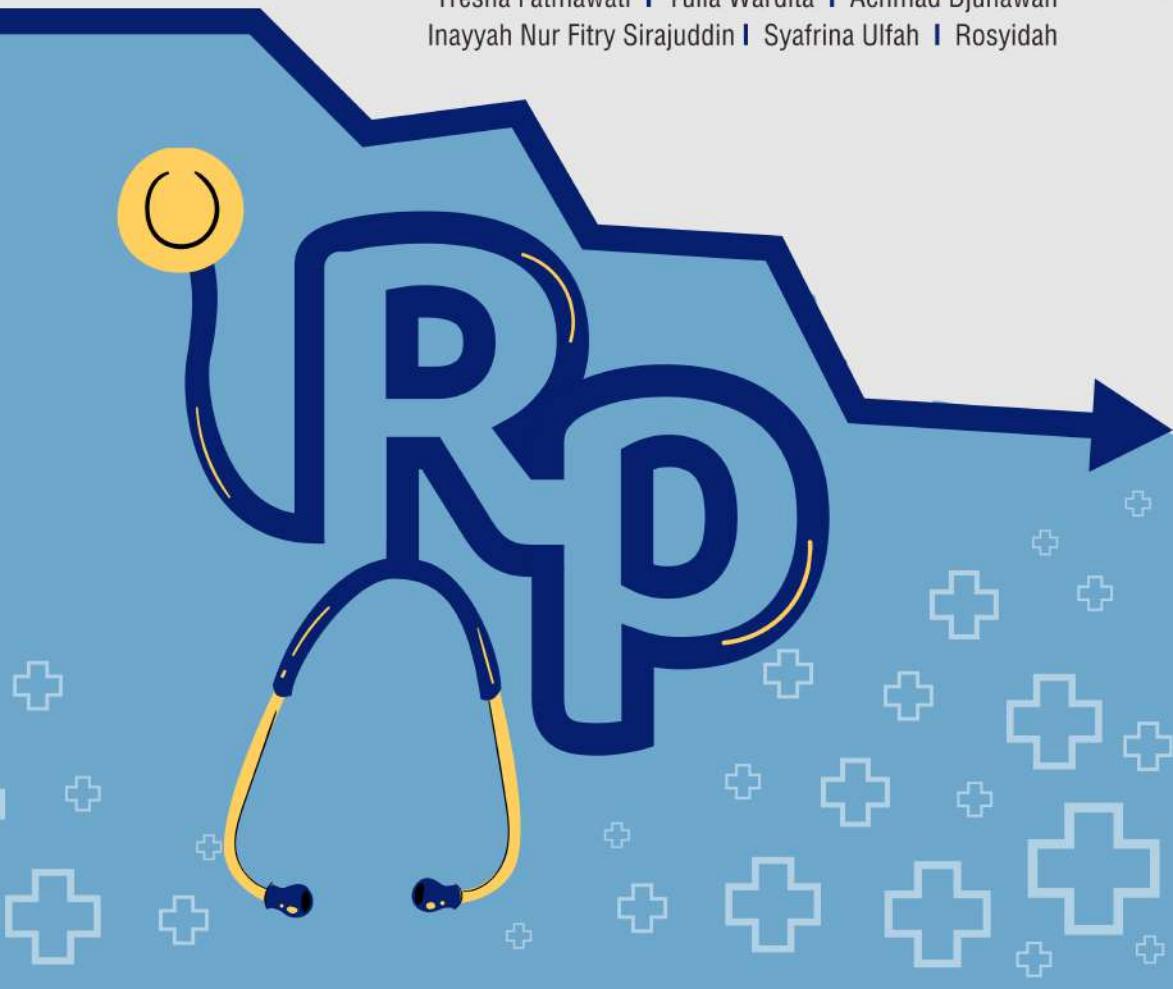
Editor :
Ade Saputra Nasution, SKM., M.Kes.



EKONOMI DAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

Penulis :

Nelyta Oktavianisya | Ari Wibowo | Wahyu Pudji Nugraheni
Tresna Fatmawati | Yulia Wardita | Achmad Djunawan
Inayyah Nur Fitry Sirajuddin | Syafrina Ulfah | Rosyidah



Bunga Rampai

EKONOMI DAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

EKONOMI DAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

Penulis:

Nelyta Oktavianisya
Ari Wibowo
Wahyu Pudji Nugraheni
Tresna Fatmawati
Yulia Wardita
Achmad Djunawan
Inayyah Nur Fitry Sirajuddin
Syafrina Ulfah
Rosyidah

Editor:

Ade Saputra Nasution, SKM., M.Kes.



EKONOMI DAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

Penulis:

Nelyta Oktavianisya
Ari Wibowo
Wahyu Pudji Nugraheni
Tresna Fatmawati
Yulia Wardita
Achmad Djunawan
Inayyah Nur Fitry Sirajuddin
Syafrina Ulfah
Rosyidah

Editor: Ade Saputra Nasution, SKM., M.Kes.

Desain Cover: Nada Kurnia, S.I.Kom.

Tata Letak: Samuel, S.Kom.

Ukuran: A5 Unesco (15,5 x 23 cm)

Halaman: x, 156

e-ISBN: 978-634-7216-02-1

Terbit Pada: April 2025

Hak Cipta 2025, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2025 by Future Science Publisher

All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT FUTURE SCIENCE
(CV. FUTURE SCIENCE)
Anggota IKAPI (348/JTI/2022)

Jl. Terusan Surabaya Gang 1 A No. 71 RT 002 RW 005, Kel. Sumbersari, Kec. Lowokwaru, Kota Malang, Provinsi Jawa Timur.
www.futuresciencepress.com

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga buku yang berjudul Ekonomi dan Pembiayaan Kesehatan ini dapat diselesaikan dengan baik.

Buku Ekonomi dan Pembiayaan Kesehatan membahas berbagai aspek ekonomi yang berkaitan dengan layanan kesehatan serta mekanisme pembiayaannya. Terdiri dari 9 bab, buku ini mengupas konsep dasar ekonomi kesehatan, kaitannya dengan pembangunan ekonomi, serta karakteristik industri layanan kesehatan. Selain itu, pembahasan mencakup peran sektor publik dan swasta dalam layanan kesehatan, teori dasar permintaan dan penawaran, serta konsep keuangan seperti *Break Even Point* dan *Payback Period*.

Lebih lanjut, buku ini membahas konsep ekonomi mikro dan makro dalam konteks kesehatan, sistem Jaminan Kesehatan Nasional serta peran BPJS Kesehatan dalam menyediakan layanan yang terjangkau bagi masyarakat. Dengan pendekatan yang sistematis, buku ini diharapkan menjadi referensi bagi akademisi, praktisi kesehatan, dan pembuat kebijakan dalam memahami serta mengelola aspek ekonomi dalam sektor kesehatan.

Kami menyadari bahwa penyelesaian buku ini tidak lepas dari dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati, kami ingin mengucapkan terima kasih kepada *Future Science* selaku penerbit yang telah memberikan

kesempatan dan dukungan penuh dalam proses penerbitan buku ini.

Kami juga ingin menyampaikan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada sembilan penulis yang telah berkontribusi dalam penyusunan buku ini. Dengan dedikasi, kerja keras, dan keahlian masing-masing, mereka telah memperkaya isi buku ini dengan analisis yang mendalam dan berbasis bukti. Para penulis telah memberikan sumbangan pemikiran yang berharga dalam menjelaskan konsep-konsep ekonomi kesehatan, sistem pembiayaan kesehatan, tantangan yang dihadapi dalam implementasinya, serta inovasi yang dapat diterapkan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi dalam sektor kesehatan. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi dunia pendidikan dan praktik kesehatan di Indonesia.

Akhir kata, kami sekali lagi mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan dan penerbitan buku ini. Semoga karya ini dapat memberikan sumbangsih yang berarti bagi pengembangan ilmu ekonomi kesehatan dan pembiayaan kesehatan di Indonesia.

Bogor, Maret 2025

Editor ,

Ade Saputra Nasution

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vii
BAB 1 EKONOMI KESEHATAN.....	1
Nelyta Oktavianisya.....	1
PENDAHULUAN	1
DEFINISI EKONOMI KESEHATAN	2
PERAN EKONOMI DALAM SEKTOR KESEHATAN	2
TUJUAN DAN RUANG LINGKUP EKONOMI KESEHATAN	6
PENTINGNYA STUDI EKONOMI KESEHATAN DALAM PEMBANGUNAN GLOBAL.....	12
KESIMPULAN.....	17
BAB 2 KONSEP PEMBANGUNAN EKONOMI DAN KESEHATAN	19
Ari Wibowo	19
PENDAHULUAN	19
URGENSI INTEGRASI KEBIJAKAN EKONOMI DAN KESEHATAN	22
HUBUNGAN KAUSAL ANTARA KESEHATAN DAN EKONOMI.....	25
KESIMPULAN.....	29
BAB 3 KARAKTERISTIK INDUSTRI LAYANAN KESEHATAN	33
Wahyu Pudji Nugraheni.....	33
PENDAHULUAN	33

KARAKTERISTIK UTAMA INDUSTRI LAYANAN KESEHATAN	34
FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI INDUSTRI LAYANAN KESEHATAN	43
TANTANGAN DALAM INDUSTRI LAYANAN KESEHATAN	46
PELUANG DAN PROSPEK MASA DEPAN	47
KESIMPULAN	48
BAB 4 PUBLIC-PRIVATE MIX DALAM LAYANAN KESEHATAN.....	51
Tresna Fatmawati	51
PENDAHULUAN	51
KONSEP DAN DEFINISI PUBLIC-PRIVATE MIX	52
MODEL DAN BENTUK PUBLIC-PRIVATE MIX DALAM LAYANAN KESEHATAN	55
KEUNTUNGAN DAN TANTANGAN PENERAPAN PPM DALAM LAYANAN KESEHATAN	58
STUDI KASUS PENERAPAN PUBLIC-PRIVATE MIX DALAM LAYANAN KESEHATAN	60
PERAN PEMERINTAH DALAM MENYUSUN KEBIJAKAN PPM	61
MASA DEPAN PUBLIC-PRIVATE MIX DALAM LAYANAN KESEHATAN	62
KESIMPULAN	64
BAB 5 TEORI DASAR DEMAND DAN SUPPLY PADA LAYANAN KESEHATAN	69
Yulia Wardita	69
PENDAHULUAN	69

TEORI DEMAND (PERMINTAAN) DALAM LAYANAN KESEHATAN	70
ANALISIS DEMAND DALAM LAYANAN KESEHATAN	71
FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DEMAND DALAM LAYANAN KESEHATAN.....	72
KELEBIHAN DAN KELEMAHAN ANALISIS DEMAND DALAM LAYANAN KESEHATAN	74
TEORI SUPPLY (PENAWARAN) DALAM LAYANAN KESEHATAN	75
ANALISIS SUPPLY DALAM LAYANAN KESEHATAN	75
FAKTOR DOMINAN DALAM SUPPLY LAYANAN KESEHATAN	76
KELEMAHAN DAN KELEBIHAN ANALISIS SUPPLY DALAM LAYANAN KESEHATAN	78
KESIMPULAN.....	80
BAB 6 BREAK EVENT POINT DAN PAYBACK PERIOD	85
Achmad Djunawan.....	85
PENDAHULUAN	85
BREAK EVEN POINT.....	86
PAYBACK PERIOD	96
KESIMPULAN.....	101
BAB 7 KONSEP MIKRO DAN MAKRO	103
Inayyah Nur Fitry Sirajuddin	103
PENDAHULUAN	103
KONSEP EKONOMI MIKRO	103

KONSEP EKONOMI MIKRO DALAM BIDANG KESEHATAN.....	109
KONSEP EKONOMI MAKRO	113
KONSEP EKONOMI MAKRO DALAM BIDANG KESEHATAN.....	115
KESIMPULAN	116
BAB 8 SISTEM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	119
Syafrina Ulfah.....	119
PENDAHULUAN	119
GAMBARAN UMUM JKN	119
DASAR HUKUM JKN.....	122
MANFAAT DAN IURAN JKN	123
SISTEM PEMBIAYAAN PADA JKN.....	127
TANTANGAN DALAM SISTEM JKN	134
KESIMPULAN	135
BAB 9 BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN.....	139
Rosyidah.....	139
PENDAHULUAN	139
BPJS KESEHATAN SEJARAH DAN PEKEMBANGANYA	140
KESIMPULAN	154

BAB 1

EKONOMI KESEHATAN

Nelyta Oktavianisya
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja, Sumenep
E-mail: nelyta@wiraraja.ac.id

PENDAHULUAN

Ekonomi Kesehatan merujuk pada cabang ilmu ekonomi yang mempelajari bagaimana sumber daya dalam sistem kesehatan dialokasikan, dikelola, dan digunakan untuk menghasilkan hasil kesehatan yang optimal (Rafiy, 2019). Pengelolaan sumber daya di sektor kesehatan harus dilakukan dengan bijak mengingat keterbatasan anggaran, baik di tingkat individu, masyarakat, maupun negara. Terdapat beberapa aspek yang sering dianalisis, seperti:

1. Analisis Biaya dan Manfaat: Menilai biaya yang dikeluarkan untuk suatu kebijakan atau program kesehatan dan membandingkannya dengan manfaat yang diperoleh, baik dalam bentuk peningkatan kesehatan maupun penghematan biaya.
2. Alokasi Sumber Daya: Mempertimbangkan bagaimana sumber daya terbatas dapat dialokasikan secara efisien untuk mencapai hasil yang maksimal, misalnya dalam pengadaan fasilitas kesehatan, tenaga medis, dan obat-obatan.
3. Ekonomi Asuransi Kesehatan: Menganalisis peran asuransi kesehatan dalam penyediaan akses ke layanan kesehatan dan distribusi biaya di antara individu dan masyarakat.
4. Keadilan dalam Akses Kesehatan: Mengkaji bagaimana sistem kesehatan dapat memberikan akses yang adil bagi

- seluruh lapisan masyarakat, mengurangi ketidaksetaraan dalam memperoleh pelayanan kesehatan.
5. Evaluasi Program Kesehatan: Menilai efektivitas dan efisiensi dari program kesehatan yang dijalankan oleh pemerintah atau organisasi lainnya.

DEFINISI EKONOMI KESEHATAN

Ekonomi kesehatan adalah cabang ilmu ekonomi yang mempelajari tentang alokasi sumber daya dalam sektor kesehatan dan bagaimana faktor-faktor ekonomi mempengaruhi penyediaan, distribusi, dan konsumsi layanan Kesehatan (Tjiptoherijanto, 1994). Tujuannya adalah untuk memahami bagaimana sistem kesehatan berfungsi, mengidentifikasi cara-cara untuk meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan keadilan dalam penyediaan layanan kesehatan, serta mengevaluasi dampak kebijakan kesehatan terhadap kesehatan masyarakat. Ekonomi kesehatan melibatkan analisis biaya dan manfaat dari kebijakan kesehatan, termasuk dalam pengambilan keputusan terkait pembiayaan, perawatan medis, dan pengelolaan sumber daya kesehatan. Selain itu, ekonomi kesehatan juga mencakup isu-isu seperti asuransi kesehatan, akses ke layanan medis, dan distribusi sumber daya di antara kelompok masyarakat yang berbeda.

PERAN EKONOMI DALAM SEKTOR KESEHATAN

Ekonomi memegang peran yang sangat penting dalam sektor kesehatan, karena sektor ini mencakup alokasi sumber daya yang terbatas, penyediaan layanan yang efisien, dan pengelolaan sistem kesehatan yang berkelanjutan (Rakasiwi, 2021). Berikut adalah beberapa peran utama ekonomi dalam sektor kesehatan:

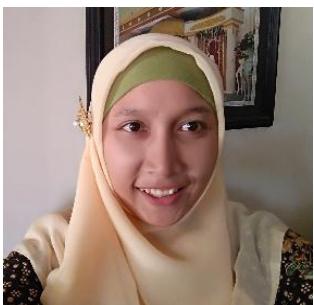
KESIMPULAN

Studi lebih lanjut tentang ekonomi kesehatan akan membekali kita dengan alat untuk merancang sistem kesehatan yang lebih efisien, adil, dan berkelanjutan di masa depan. Ekonomi kesehatan bertujuan untuk mengalokasikan sumber daya secara efisien, meningkatkan akses ke layanan kesehatan, serta merancang kebijakan yang dapat meningkatkan kesehatan masyarakat dengan cara yang berkelanjutan dan adil. Dengan ruang lingkup yang mencakup berbagai aspek, mulai dari pembiayaan dan kebijakan kesehatan hingga teknologi dan ketidaksetaraan, ekonomi kesehatan memberikan alat yang diperlukan untuk mengoptimalkan sistem kesehatan di tingkat nasional dan global.

DAFTAR PUSTAKA

- McPake, B., Normand, C., Smith, S., & Nolan, A. (2020). *Health Economics*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315169729>
- Rafiy, M. (2019). *Ekonomi Kesehatan Pengantar dan Aplikasi*. AA-DZ Grafika.
- Rakasiwi, L. S. (2021). Pengaruh Faktor Demografi dan Sosial Ekonomi terhadap Status Kesehatan Individu di Indonesia. *Kajian Ekonomi Dan Keuangan*, 5(2), 146–157.
<https://doi.org/10.31685/kek.v5i2.1008>
- Tjiptoherijanto, P. (1994). *Ekonomi Kesehatan*. Rineka Cipta.

PROFIL PENULIS



Nelyta Oktavianisya, S.KM., M.Kes.

Penulis lahir di Sumenep pada tanggal 25 Oktober 1988. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh penulis yaitu jenjang sarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tahun 2011, kemudian melanjutkan Pendidikan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga tahun 2014. Penulis saat ini sebagai dosen tetap Program Studi Keperawatan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Madura, dengan mengampu mata kuliah Ekonomi Kesehatan.

BAB 2

KONSEP PEMBANGUNAN EKONOMI DAN KESEHATAN

Ari Wibowo

Kementerian Keuangan Republik Indonesia, Jakarta

E-mail: ari_wibowo@kemenkeu.go.id

PENDAHULUAN

Pembangunan ekonomi dan kesehatan merupakan dua pilar utama dalam mencapai kesejahteraan masyarakat yang berkelanjutan. Pembangunan ekonomi tidak hanya berfokus pada pertumbuhan ekonomi, tetapi juga pada peningkatan kualitas hidup dan kesejahteraan sosial secara luas (Todaro, 2009). Konsep pembangunan ekonomi telah mengalami evolusi (Sen, 1988) dari sekadar peningkatan produk domestik bruto (PDB) menjadi suatu pendekatan multidimensional yang mencakup kesejahteraan social, ketahanan lingkungan, dan keadilan ekonomi (Deaton, 2003). Dalam konteks ini, kesehatan menjadi faktor yang tidak terpisahkan dari pembangunan ekonomi (Mushkin, 1962) karena tingkat kesehatan masyarakat secara langsung mempengaruhi produktivitas tenaga kerja dan pertumbuhan ekonomi secara keseluruhan (Todaro, 1977).

Kesehatan bukan hanya sekadar ketiadaan penyakit, tetapi juga mencakup kesejahteraan fisik, mental, dan sosial, sebagaimana didefinisikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization., 2004). Konsep kesehatan terus berkembang seiring dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan kebijakan kesehatan global. Awalnya, kesehatan dipahami sebagai suatu konsep yang bersifat individual (Noack, 1987), tetapi saat ini kesehatan semakin dipandang sebagai bagian integral dari sistem sosial dan ekonomi yang lebih luas

(Herrman, 2005). Dalam kerangka pembangunan berkelanjutan, investasi pada kesehatan dianggap sebagai salah satu strategi utama (Barrier, 2017) dalam meningkatkan kesejahteraan ekonomi dan mengurangi ketimpangan social (Sreter, 2004).

Lebih lanjut, pembangunan ekonomi yang berkelanjutan juga mengedepankan prinsip keadilan sosial dan kelestarian lingkungan (Paul, 2008). Konsep pembangunan berkelanjutan menekankan bahwa kesejahteraan ekonomi harus dicapai tanpa mengorbankan keseimbangan ekologi dan keadilan sosial antar generasi (Emas, 2015). Dalam hal ini, pendekatan ekonomi kreatif dan inovatif mulai menjadi perhatian dalam menciptakan mekanisme pendanaan yang lebih fleksibel dan berorientasi jangka panjang (Chollisni, 2022) untuk mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan (Butt, 2024). Dengan demikian, integrasi antara pembangunan ekonomi, kesehatan, dan keberlanjutan menjadi aspek fundamental dalam perumusan kebijakan yang efektif untuk mencapai kesejahteraan global.

Hubungan antara pembangunan ekonomi dan kesehatan telah menjadi perhatian utama dalam berbagai studi ekonomi dan kesehatan masyarakat (Todaro, 1977). Secara konseptual, pembangunan ekonomi sering kali dikaitkan dengan peningkatan kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan pendapatan per kapita, pertumbuhan industri, dan inovasi teknologi (Arndt, 2015). Namun, dimensi kesehatan juga memainkan peran krusial dalam dinamika ini, mengingat kualitas kesehatan suatu populasi dapat mempengaruhi produktivitas tenaga kerja dan efisiensi ekonomi secara keseluruhan (Deaton, 2003). Dalam perspektif historis, Mushkin (1962) menekankan bahwa kesehatan bukan hanya sekadar kebutuhan dasar manusia, tetapi juga merupakan bentuk investasi yang dapat meningkatkan modal manusia dan mendorong pertumbuhan ekonomi. Dengan demikian, negara-negara yang berinvestasi pada kesehatan masyarakat cenderung

pembangunan jangka panjang untuk mengantisipasi risiko serupa di masa depan.

Konsep *Health-Led Growth* dan *Growth-Led Health* menegaskan bahwa investasi dalam kesehatan tidak hanya meningkatkan kualitas hidup masyarakat, tetapi juga menjadi pendorong pertumbuhan ekonomi yang berkelanjutan. Dalam konteks pembangunan global, pendekatan lintas sektor seperti "*Health in All Policies*" dan mekanisme pembiayaan inovatif menjadi strategi penting dalam memastikan bahwa pembangunan ekonomi tidak mengabaikan aspek kesehatan.

Dengan demikian, formulasi kebijakan ekonomi harus mempertimbangkan aspek kesehatan sebagai bagian integral dari strategi pembangunan berkelanjutan. Pemerintah dan pemangku kepentingan perlu mengadopsi pendekatan yang holistik, dengan mengutamakan investasi dalam layanan kesehatan, mengurangi ketimpangan akses, serta mengembangkan inovasi dalam pembiayaan kesehatan. Integrasi yang lebih kuat antara ekonomi dan kesehatan akan menjadi fondasi utama dalam mewujudkan kesejahteraan masyarakat yang inklusif, tangguh, dan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arndt, H. W. (2015). *Economic development: The history of an idea*. University of Chicago Press.
- Barrier, E. B. (2017). *The concept of sustainable economic development: The economics of sustainability* (1st ed.). Routledge.
- Blakely, E. J. , & Leigh. N. G. (2013). *Planning Local Economic Development*. Sage Publications.
- Briggs, A. , Claxton, K., & Sculpher. M. J. (2006). Decision Modelling For Health Economic Evaluation. *OUP Oxford*.
- Butt, J. S. (2024). *From concept to practice: Innovations driving sustainable economic development*.

- Chollisni, A., Syahrani, S., Dewi, S., Utama, A. S., & Anas, M. (2022). The Concept Of Creative Economy Development-Strengthening Post COVID-19 Pandemic In Indonesia. *Linguistics and Culture Review*.
- Cockx, L. , & Francken. N. (2014). Extending The Concept Of The Resource Curse: Natural Resources And Public Spending On Health. *Ecological Economics*.
- Deaton, A. (2003). Health, Inequality, And Economic Development. *Journal of Economic Literature*.
- Emas, R. (2015). *The Concept Of Sustainable Development: Definition And Defining Principles*.
- Gillis, M. , P. D. H. , R. M. , & S. D. R. (1992). *Economics of development*.
- Herrman, H. , Moodie, R., & Saxena. S. (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*.
- Mushkin, S. J. (1962). Health as an investment. *Journal of Political Economy*.
- Noack, H. (1987). *Concepts of health and health promotion: Measurement in Health Promotion and Protection*.
- Nutbeam, D. (1998). *Health promotion glossary: Health Promotion International*.
- Paul, B. D. (2008). *A history of the concept of sustainable development: Literature review*.
- Sen, A. (1988). *The concept of development: Handbook of Development Economics*.
- Shaw, M. , Galobardes. B., Lawlor, D. A & Lynch, J (2009). *The Handbook Of Inequality And Socioeconomic Position: Concepts And Measures*.
- Szreter, S. , & Woolcock. M. (2004). Health By Association? Social Capital, Social Theory, And The Political Economy Of Public Health. *International Journal of Epidemiology*.

- Todaro, M. P. (1977). *Economic Development in the Third World: An introduction to problems and policies in a global perspective.*
- Todaro, M. P. , & S. S. C. (2009). *Economic development.*
- World Health Organization. (1984). *Health promotion: A discussion document on the concept and principles: Summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion.*
- World Health Organization. (2004). *World report on knowledge for better health: Strengthening health systems.*

PROFIL PENULIS

ARI WIBOWO, S.E., M.Sc.



Ari Wibowo merupakan pegawai Kementerian Keuangan Republik Indonesia, lulusan dari program Master of Science in Economics, the University of Illinois Urbana-Champaign (UIUC), Amerika Serikat, melalui beasiswa FETA Kementerian Keuangan. Ia lulus pada Desember 2022 dengan gelar Master of Science in Economics dari Department of Economics UIUC.

Ia merupakan lulusan program beasiswa STAR-BPKP Fakultas Ekonomi Universitas Andalas tahun 2017 dengan gelar Sarjana Ekonomi. Sebelumnya, ia adalah lulusan DIII Akuntansi STAN tahun 2012. Minat studinya terutama dalam bidang ekonomi, akuntansi, manajemen, kebijakan publik, administrasi publik, dan hukum.

BAB 3

KARAKTERISTIK INDUSTRI LAYANAN KESEHATAN

Wahyu Pudji Nugraheni
Pusat Riset Kesehatan Masyarakat dan Gizi,
Organisasi Riset Kesehatan - BRIN
E-mail: wahy062@brin.go.id

PENDAHULUAN

Industri layanan kesehatan merupakan salah satu sektor paling vital dalam perekonomian global (Yeganeh, 2019). Tidak hanya berfungsi sebagai penyedia layanan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia, tetapi juga menjadi penggerak utama dalam inovasi, teknologi, dan investasi yang mendukung kesejahteraan masyarakat. Namun, industri ini memiliki karakteristik yang unik dan kompleks, yang dipengaruhi oleh regulasi ketat, perkembangan teknologi medis, dinamika pasar, hingga tuntutan terhadap kualitas dan efisiensi layanan.

Karakteristik industri layanan kesehatan mencakup berbagai aspek, mulai dari struktur pasar yang sering kali tidak kompetitif, hubungan erat dengan kebijakan publik, hingga tantangan dalam menghadirkan akses yang merata bagi semua lapisan masyarakat. Di sisi lain, perkembangan teknologi kesehatan, seperti kecerdasan buatan, telemedicine, dan bioteknologi, terus mendorong transformasi industri ini, menciptakan peluang baru sekaligus menimbulkan tantangan baru. Melalui tulisan ini, kita akan mengeksplorasi berbagai karakteristik industri layanan kesehatan, mulai dari dinamika pasar, tren inovasi, hingga peran regulasi dan kebijakan. Pemahaman yang mendalam terhadap karakteristik ini diharapkan dapat menjadi pijakan untuk mendorong pengembangan industri layanan kesehatan yang lebih

berkelanjutan, inklusif, dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat di era modern.

KARAKTERISTIK UTAMA INDUSTRI LAYANAN KESEHATAN

Industri layanan kesehatan memiliki karakteristik unik (Pellegrin, 2024) yang membedakannya dari sektor lainnya, karena berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar manusia akan kesehatan. Dengan permintaan yang tinggi namun tidak elastis, industri ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti perkembangan teknologi, regulasi pemerintah, dan dinamika sosial. Selain itu, perannya yang krusial dalam menjaga kualitas hidup masyarakat menjadikan industri ini sangat tergantung pada tenaga ahli, infrastruktur yang memadai, dan inovasi yang berkelanjutan. Memahami karakteristik utama ini sangat penting untuk menciptakan layanan yang lebih efektif, merata, dan berorientasi pada kesejahteraan masyarakat.

a. Regulasi yang Ketat

Peraturan pemerintah memiliki peran yang sangat penting dalam memastikan bahwa layanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat memiliki kualitas yang baik, aman, dan dapat diakses oleh seluruh lapisan masyarakat. Peraturan ini tidak hanya mencakup aspek pengawasan terhadap lembaga penyedia layanan kesehatan, tetapi juga memastikan bahwa hak-hak pasien dan masyarakat terlindungi secara adil dan merata. Standar nasional dan internasional untuk memastikan akreditasi dan mutu pelayanan. Kualitas layanan kesehatan diatur untuk memastikan bahwa fasilitas kesehatan memenuhi standar yang ditetapkan oleh pemerintah dan badan pengawas. Di Indonesia, misalnya, Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) serta Kementerian Kesehatan (Kemenkes) berperan dalam

mereka secara real-time. Telemedicine mengurangi hambatan geografis dan biaya transportasi, memberikan kesempatan bagi masyarakat yang sebelumnya kesulitan untuk mendapatkan perawatan medis. Selain itu, digitalisasi memungkinkan manajemen data kesehatan yang lebih efisien, meningkatkan koordinasi antar penyedia layanan, dan memungkinkan pemantauan kesehatan yang lebih proaktif.

KESIMPULAN

Karakteristik industri layanan kesehatan mencerminkan kompleksitas dan dinamika sektor yang sangat bergantung pada berbagai faktor, termasuk sumber daya manusia, teknologi, dan kebijakan pemerintah. Ketersediaan dan kualitas layanan dipengaruhi oleh tantangan seperti keterbatasan anggaran, ketidakseimbangan distribusi fasilitas, serta masalah etika dan privasi dalam penggunaan teknologi. Namun, sektor ini juga menghadapi peluang besar untuk berkembang melalui inovasi teknologi, kolaborasi publik-swasta, dan pemanfaatan digitalisasi serta telemedicine untuk meningkatkan aksesibilitas. Untuk itu, penting bagi semua pihak untuk bekerja sama dalam menciptakan sistem kesehatan yang inklusif, efisien, dan berkualitas demi kesejahteraan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Bian, B., Meier, J.-M., & Xu, T. (2021). *Cross-Border Institutions and the Globalization of Innovation* (LawFin Working Paper Series, Issue 23). Goethe University, Center for Advanced Studies on the Foundations of Law and Finance (LawFin). <https://doi.org/DOI: 10.2139/ssrn.3503092>
- Boinapalli, N. R. (2020). Digital Transformation in U . S . Industries : AI as a Catalyst for Sustainable Growth. *NEXG AI Review of America*, 1(1), 70–84.

- Dewar, D. M. (2010). *Essentials of Health Economics*. Jones and Bartlett Publishers.
- Grover, S., Fitzpatrick, A., Azim, F. T., Ariza-Vega, P., Bellwood, P., Burns, J., Burton, E., Fleig, L., Clemson, L., Hoppmann, C. A., Madden, K. M., Price, M., Langford, D., & Ashe, M. C. (2022). Defining and implementing patient-centered care: An umbrella review. *Patient Education and Counseling*, 105(7), 1679–1688.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.004>
- Hidayani, W. R., & Santosa, A. F. (2024). Wearable IoT dalam Bidang Kesehatan: Tantangan dan Peluang. *Bincang Sains Dan Teknologi*, 3(02 SE-Articles), 78–84.
<https://doi.org/10.56741/bst.v3i02.599>
- Mboi, N., Murty Surbakti, I., Trihandini, I., Elyazar, I., Houston Smith, K., Bahjuri Ali, P., Kosen, S., Flemons, K., Ray, S. E., Cao, J., Glenn, S. D., Miller-Petrie, M. K., Mooney, M. D., Ried, J. L., Nur Anggraini Ningrum, D., Idris, F., Siregar, K. N., Harimurti, P., Bernstein, R. S., ... Hay, S. I. (2018). On the road to universal health care in Indonesia, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 392(10147), 581–591. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30595-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30595-6)
- Nugraheni, W. P., Rachmawati, T., Susanti, N., Yulianti, A., Kusnali, A., Nuraini, S., Faisal, D. R., Purwatiningsih, Y., Idris, H., & Arifin, H. (2024). A Decade of Telehealth Implementation for Promotive and Preventive Care in Indonesia: A Scoping Review. *Asian Journal of Social Health and Behavior*, 7(3).
https://journals.lww.com/shbh/fulltext/2024/07030/a_decade_of_telehealthImplementation_for.4.aspx
- Pellegrin, K. L. (2024). *Guide to the Healthcare Industry*. SAGE Publications.
<https://books.google.co.id/books?id=G6IGEQAAQBAJ>

Setyonaluri, D., & Aninditya, F. (2019). *Transisi demografi dan epidemiologi : permintaan pelayanan kesehatan di indonesia* (Vol. 1, Issue July). Kementerian PPN/Bappenas. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23355.44325>

World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care*. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

Yeganeh, H. (2019). An analysis of emerging trends and transformations in global healthcare. *International Journal of Health Governance*, 24(2), 169–180. <https://doi.org/10.1108/IJHG-02-2019-0012>

PROFIL PENULIS



Dr. Wahyu Pudji Nugraheni, SKM, M.Kes Lahir di Madiun, pada 7 Juli 1973. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Indonesia (S2 dan S3) dan Universitas Airlangga (S1). Wanita yang kerap disapa Wahyu ini adalah anak Pertama dari pasangan Drs. Bikin Poedjo Prajitno (ayah) dan Roesmini Sastrowiyono (ibu). Wahyu Pudji Nugraheni bukanlah orang baru di dunia penelitian. Ia telah mengabdikan diri di bidang penelitian dan pengembangan ilmu kesehatan masyarakat sejak tahun 1990 hingga saat ini. Karir pertamanya tahun 1999 sebagai peneliti bidang ilmu kesehatan masyarakat tercatat pada institusi Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. Dan sejak tahun 2021 sampai sekarang menjadi peneliti ahli utama di Pusat Riset Kesehatan Masyarakat dan Gizi, Organisasi Riset Kesehatan BRIN dengan bidang kepakaran ekonomi kesehatan, pelayanan dan manajemen kesehatan serta kebijakan kesehatan.

BAB 4

PUBLIC-PRIVATE MIX

DALAM LAYANAN KESEHATAN

Tresna Fatmawati

Prodi S1 Administrasi Kesehatan, STIKES Al-Su'aibah, Palembang
E-mail: Tresnafatmawati@yahoo.com

PENDAHULUAN

Saat ini, keterlibatan sektor swasta telah berkembang dari penyedia layanan menjadi pembaharu kebijakan yang komprehensif. Keterlibatan sektor swasta dalam program kesehatan nasional telah menunjukkan dampak positif. Meskipun pemerintah telah berupaya meningkatkan keterlibatan dengan sektor swasta sesuai kerangka kerja WHO, tetapi mencapai keterlibatan PPM yang saling menguntungkan masih menjadi tantangan. Perumusan rencana yang komprehensif dan strategis untuk pelaksanaan PPM diperlukan untuk mencapai hasil yang berkelanjutan untuk jangka menengah dan panjang. Di tingkat global, penting untuk menyelaraskan definisi penyedia layanan PPM, harmonisasi alat pelaporan, dan evaluasi ulang tentang bagaimana kinerja program PPM dievaluasi dan dibandingkan di seluruh negara. Namun, fokus kebijakan tidak hanya implementasi di tingkat global atau nasional tetapi bagaimana memantau implementasinya di tingkat individu di sektor lokal tempat praktik perawatan kesehatan disediakan (Manurung et al., 2023).

Oleh karena itu, diperlukan monitoring dan evaluasi. Tujuan monitoring dan evaluasi dalam dimensi efektivitas program, ialah mengetahui seberapa besar target-tujuan bisa dicapai oleh intervensi yang dilakukan, mengetahui kesesuaian rencana dan pelaksanaan (produk, waktu, sumber daya); dan identifikasi

faktor-faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan atau kegagalan. Monitoring dan evaluasi merupakan kunci ketepatan, penguatan sistem rujukan antara sektor publik dan swasta, serta penyediaan diagnosis dan pengobatan yang terstandardisasi (Febriawati & Yandrizal, 2019).

Tujuan bab ini adalah untuk mengkaji konsep Public-Private Mix (PPM) yang merupakan model kemitraan antara sektor public (pemerintah) dan sektor swasta dalam penyediaan layanan kesehatan terutama dalam program pengendalian Tuberkulosis (TB). Bab ini menekankan pentingnya keterlibatan aktif seluruh fasilitas layanan kesehatan dalam sistem jejaring PPM agar semua pasien TB dapat teridentifikasi, memperoleh pengobatan yang tepat, serta terdokumentasi dalam sistem informasi program TB Nasional.

KONSEP DAN DEFINISI PUBLIC-PRIVATE MIX

Definisi Public-Private Mix (PPM)

Menurut (Kementerian Kesehatan RI, 2016) PPM adalah pelibatan berbagai fasilitas layanan kesehatan, baik dari sektor pemerintah maupun swasta, di bawah koordinasi dinas kesehatan kabupaten/kota untuk menjamin layanan yang berkualitas dan berkesinambungan bagi seluruh pasien TB. Sedangkan menurut Lubis et al., (2024) PPM adalah salah satu strategi untuk meningkatkan penemuan kasus dan kualitas di layanan dengan melibatkan fasilitas pelayanan kesehatan baik tingkat primer-sekunder dan pemerintah-swasta. PPM menjadi langkah penting dalam upaya pengendalian TB karena pendekatan ini mengintegrasikan berbagai pemangku kepentingan dalam jejaring layanan kesehatan yang luas. Keterlibatan seluruh penyedia layanan kesehatan, seperti fasilitas pemerintah, perusahaan, klinik swasta, apotek, laboratorium, serta peran aktif masyarakat, menciptakan suatu sistem pelayanan yang lebih terpadu dan efisien (Rahmadani et

kualitas perawatan, dan mengurangi ketimpangan dalam penyediaan layanan kesehatan. Pentingnya PPM juga terletak pada kemampuannya untuk mendorong inovasi dalam teknologi medis, mempercepat deteksi penyakit, dan meningkatkan koordinasi antar fasilitas kesehatan. Namun, untuk mencapai tujuan tersebut, perlu adanya pengawasan yang kuat, komunikasi yang efektif antara sektor publik dan swasta, serta kebijakan yang memastikan partisipasi sektor swasta tanpa mengecualikan masyarakat kurang mampu. Dengan integrasi yang baik dan dukungan kebijakan yang adaptif, PPM akan semakin memperkuat sistem kesehatan Indonesia, menjadikannya lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat, dan berkontribusi pada pengendalian penyakit seperti TB dan penyakit menular lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Andri, J., Febriawati, H., Randi, Y., J, H., & Setyawati, A. D. (2020). Penatalaksanaan Pengobatan Tuberculosis Paru. *Jurnal Kesmas Asclepius*, 2(2), 73–80.
- Anggraini, R., & Rahayu, E. (2018). *Modernisasi Implementasi Public Private Mix (PPM) pada Populasi Beresiko di Daerah Kumuh Perkotaan Wilayah Kerja Puskesmas*. 7(12), 34.
- Anjelina, Della Dompak, T. (2024). perbandingan mekanisme asuransi kesehatan pemerintah studi kasus: indonesia dan malaysia. *PUBLIKA : Jurnal Ilmu Administrasi Publik*, 10(2), 150–162.
- Armini, L. P. S., Mahendradhata, Y., & Utarini, A. (2007). Dampak Kemitraan Praktisi Swasta Terhadap Keterlambatan Dan Biaya Penanganan Tuberkulosis Di Kota Denpasar, Bali. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 10(04), 166–172.
- Arora VK, S., & Lonnroth k. (2003). *Feasibility and*

- effectiveness of a public-private mix project for improved TB control in delhi, india.* 1131–1138.
- C40 cities, white, emily, & fitzgerald zoe. (2023). *Public-private collaboration to accelerate sustainable urban development: A guide for Global South cities*.
- Chomaerah, S. (2020). Program Pencegahan dan Penanggulangan Tuberkulosis di Puskesmas. *Higeia Journal of Public Health Research and Development*, 1(3), 84–94.
- Febriawati, H., & Yandrizal. (2019). *Manajemen Dan Peran Puskesmas Sebagai Gatekeeper*. Gosyen Publishing.
- Jayadie, A., Parmi, Wardhana, A., Andary, V., Tumuwe, windynofrita, yuliawati, nurfadhilah, Agussalim, sriyani windarti ruslan, Usa, wd yuni m, syarifuddin arini fitri firman, & Thaifur, andi yaumil bay. (2023). *Pembangunan Kesehatan* (H. Akbar (ed.)). cv. media sains indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 67 tahun 2016 tentang penanggulangan tuberkulosis. *Dinas Kesehatan*, 163.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). Panduan Penerapan Jejaring Layanan Tuberkulosis Di Fasilitas Kesehatan Pemerintah Dan Swasta Berbasis Kabupaten/Kota. *Distric-Based Public-Private Mix/DPPM*, 1–50.
- lubis, laila shinta arinda, nisa nurhaliza, salma intan N, W. (2024). *Public and Private Mix Layanan Kesehatan*.
- Manurung, N. I. L., Darmawan, E. S., & ... (2023). Improving Tuberculosis Response Strategies By Involving the Private Sector in the Public-Private Mix Scheme: a Systematic Review. ... : *Jurnal* ..., 7, 1562–1572.
- Peraturan Presiden RI Nomor 72. (2012). Perpres Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional. *Peraturan Presiden*, 84.
- Rahayu, S. R., Azam, M., Indrawati, F., Affandi, M. D.,

- Merzistya, A. N. A., Wandastuti, A. D., Isbandi, I., Laila, A. K., & Aulia, A. (2022). Program Public Private Mix (Ppm) Tuberkulosis Pada Fasilitas Kesehatan Di Kota Semarang. *Bookchapter Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang*, 1, 59–91.
- Rahmadani, I., Surjoputro, antono, & widjanarko bagoes. (2020). Analisis Public Private Mix (PPM) Pada Program Pengendalian Tuberkulosis. *jurnal kesehatan masyarakat khatulistiwa*, vol.7(issue. 3), 89–97.
- Ras, A., Genda, A., Sumilah, D. A., Rahim, H., Ramadhan, S., Hasanuddin, U., & Makassar, U. N. (2024). *Tantangan dan peran pemerintah dalam meningkatkan pelayanan kesehatan di kabupaten takalar*. 7(3), 1574–1585.
- Salsabilah, D., Febriawati, H., Dewi, R., & Hidayati, S. A. (2024). Relationship Between Knowledge and Work with Medication Adherence Among Pulmonary Tuberculosis Patients at the Dempo Health Center in Palembang City. *IKMC International Conference*, 1(1), 98–103.
- Susetyo, W., & Iftitah, A. (2021). Peranan dan Tanggungjawab Pemerintah dalam Pelayanan Kesehatan Pasca Berlakunya UU Cipta Kerja. *Jurnal Supremasi*, 11(September 2012), 92–106.

PROFIL PENULIS



Ir. Tresna Fatmawati, M.Kes

Lahir pada tanggal 11 juni 1974 di Palembang. Penulis menempuh pendidikan di SD Yaktapena 1 Plaju-Palembang (1980-1986), SMP Yaktapena 1 Plaju-Palembang (1986-1989), dan SMAN 62 Jakarta (1989-1992). Penulis melanjutkan studinya di fakultas teknologi industri Universitas Trisakti Jakarta (1992-1997). Kemudian penulis melanjutkan pendidikan S2 di STIK Bina Husada Palembang. Bidang minat yang diambil penulis adalah kesehatan masyarakat. Saat ini penulis menjadi salah satu dosen tetap di Prodi Administrasi Kesehatan STIKES Al-Su'aibah Palembang.

BAB 5

TEORI DASAR *Demand* DAN *Supply* PADA LAYANAN KESEHATAN

Yulia Wardita

Universitas Wiraraja, Kabupaten Sumenep

E-mail: yuliawardita@wiraraja.ac.id

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan merupakan kebutuhan mendasar bagi setiap individu yang tidak dapat diabaikan. Dalam beberapa dekade terakhir, permintaan akan layanan kesehatan terus bertambah seiring dengan populasi yang lebih besar, dan kesadaran masyarakat akan meningkat. menjaga kesehatan. Namun, lonjakan permintaan ini tidak selalu diimbangi dengan peningkatan kapasitas layanan kesehatan, sehingga terjadi ketidakseimbangan antara ketersediaan dan kebutuhan layanan kesehatan. Dalam konteks ini, konsep "*supply*" mengacu pada jumlah serta ketersediaan sumber daya kesehatan yang dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat. Sementara itu, konsep "*demand*" tetap berfokus pada individu sebagai pihak yang menilai manfaat dari suatu layanan kesehatan (Nanda, 2021).

Secara umum, analisis terhadap permintaan layanan kesehatan mencakup tentang perilaku serta praktik yang dapat meningkatkan derajat kesehatan. Selain itu, uraian ini juga berperan dalam meneliti faktor-faktor yang memengaruhi persepsi pasien terhadap kualitas layanan medis. Hasil analisis ini dapat membantu para pembuat kebijakan dalam merancang intervensi yang bertujuan mengubah pola penggunaan layanan kesehatan sesuai dengan kepentingan sosial. Di sisi lain, analisis "*supply*" dalam layanan kesehatan memerlukan pengumpulan

data serta informasi mengenai ketersediaan dan kapasitas sumber daya kesehatan. Data ini dapat diperoleh melalui survei, wawancara, serta analisis data sekunder. Setelah data dikumpulkan, dilakukan analisis lebih lanjut untuk memahami sejauh mana kemampuan sumber daya dalam untuk keperluan masyarakat (Agustina, 2022).

Analisis *supply* dan *demand* bertujuan untuk mengidentifikasi kesenjangan antara kebutuhan layanan kesehatan masyarakat dan ketersediaan sumber daya yang tersedia. Dengan melakukan analisis terhadap "*demand*" dan "*supply*" dapat membantu dalam mengidentifikasi kekuatan, kelemahan, peluang, serta tantangan dalam sistem pelayanan kesehatan. Hasil analisis ini dapat digunakan sebagai dasar untuk mengembangkan strategi dan kebijakan pelayanan kesehatan yang lebih baik, sehingga dapat meningkatkan kualitas dan capaian pelayanan kesehatan bagi masyarakat (Smitf et al., 2020).

TEORI DEMAND (PERMINTAAN) DALAM LAYANAN KESEHATAN

Permintaan (*demand*) mengacu pada keinginan yang didukung oleh daya beli individu dalam memperoleh layanan kesehatan pada tingkat harga tertentu dalam kurun waktu yang ditentukan, dengan pendapat bahwa faktor-faktor lain tetap konstan. Dalam konteks layanan kesehatan, permintaan mencerminkan kebutuhan yang diwujudkan melalui tindakan untuk memperoleh layanan tersebut, sesuai dengan tingkat pendapatan atau daya beli individu. Proses terbentuknya permintaan layanan kesehatan melibatkan tahapan dari kesadaran akan masalah kesehatan, perasaan memerlukan layanan kesehatan, hingga realisasi dalam bentuk permintaan aktual (Wardani, 2022).

penawaran dalam pelayanan kesehatan cenderung berubah-ubah. Untuk rawat jalan, pemeriksaan medis, dan rawat inap, metode untuk menghitung supply pelayanan kesehatan maksimum dapat dilakukan (Putri, 2024).

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, A. (2022). Ekonomi Tentang Supply dan Demand Sumber Daya Pelayanan Kesehatan dan Dampaknya Bagi Masyarakat. *Jurnal Ekonomi Dan Bisnis*, 1(1), 104–113.
- Alayda, N. F. , A. C. M. , R. E. R. , & P. S. H. (2024). *Literature Review : Analisis Dampak Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Terhadap Akses dan Kualitas Pelayanan Kesehatan Literature Review : Analyzing The Impact Of The National Health Insurance (JKN) Policy On Access and Quality Of Health Services*. 7(7), 2616–2626.
- Alim, C.M. (2023). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Di Klinik Engsar Polewali Mandar*. Jurnal Ners Vol 7 No 2 Hal 830 - 836
<http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/ners>
- Apulina Ginting, J., Nurlaella Hadi, E., Ilmu Kesehatan Masyarakat, M., Promosi Kesehatan, P., Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, D., & Kesehatan Masyarakat, F. (2023). *The Indonesian Journal of Health Promotion MPPKI Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia*. 6(1). <https://doi.org/10.31934/mppki.v2i3>
- Indrawati, C. R. W. , A. S. P. , & B. R. T. (2023). Analisis Manajemen Sumber Daya Manusia Di Instalasi Central Sterile Supply Departement Rumah Sakit X Kota Semarang Dalam Memenuhi Standar Kompetensi Dan Kewenangan Staf Akreditasi Rumah Sakit. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 11(6), 573–583.
- Lidya, N., Fakultas, S., Klabat, K. U., & Mononutu, J. A. (2021). *Hubungan Antara Status Sosial Ekonomi Dengan*

- Status Gizi Balita Di Kelurahan Buha Kecamatan Mapanget Kota Manado* (Vol. 3, Issue 1).
<http://ejurnal.unklab.ac.id/index.php/kjn>
- Nanda, M. B. (2021). - Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Permintaan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Depati Bahrin Kabupaten Bangka. *Equity: Jurnal Ekonomi*, 9(1), 38–50.
<https://doi.org/10.33019/equity.v9i1.51>
- R., Yana, P., 1*, H., Ilmu, J., Masyarakat, K., Keolahragaan, I., & Artikel, I. (2020). *946 HIGEIA 4 (Special 4) (2020) Higeia Journal Of Public Health Research And Development.*
<https://doi.org/10.15294/higeia.v4iSpecial%204/41251>
- Putri, N. D. C. , & P. D. (2024). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Demand Creation Dalam Pelayanan Kesehatan: Literature Review. *Jurnal Promotif Preventif*, 7(3), 466–476.
- Rahmah Firdaus, A., Saraswati, D., Arie Gustaman, R., Prodi Kesehatan Masyarakat, M., Siliwangi Tasikmalaya, U., Prodi Kesehatan Masyarakat, D., & Siliwang, U. (2023). Analisis Kualitatif Faktor Perilaku Seksual Pranikah Remaja Berdasarkan Teori Perilaku Lawrence Green (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Cilembang Kota Tasikmalaya). In *Jurnal Kesehatan komunitas Indonesia* (Vol. 19, Issue 2).
- Wardani, L. A. K. , Putri. A. K. , Nisa. A. I. , Maulinda. S. , Dewi. A. J., Uyun. U., Muhaemin, D., Zaori, S. (2022). *Ekonomi Mikro (Literatur Review)*. *Nusadaya Journal of Multidisciplinary Studies*. 1(4), 1–4.

PROFIL PENULIS



Yulia Wardita

Lahir di Sumenep tanggal 7 Juli 1986. Penulis menamatkan pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat di Universitas Jember tahun 2009. Pada tahun 2011 penulis menyelesaikan pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga (FKM Unair). Saat ini bekerja sebagai Dosen di Program Studi Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Madura. Penulis memiliki kepakaran dibidang Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Epidemiologi penyakit menular dan tidak menular untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya serta berperan aktif dalam penulisan artikel setiap tahunnya.

BAB 6

BREAK EVENT POINT DAN PAYBACK PERIOD

Achmad Djunawan
Stikes Yayasan RS Dr Soetomo, Surabaya
E-mail: achmad.djunawan@stikes-yrsds.ac.id

PENDAHULUAN

Pengambilan keputusan yang tepat sangat bergantung pada analisis keuangan yang mendalam. Analisis keuangan sangat penting dalam dunia bisnis dan investasi. Dua konsep yang sangat penting dalam membantu perusahaan atau individu dalam menilai kelayakan dan profitabilitas suatu proyek adalah *Break Even Point* (BEP) dan *Payback Period* (PP). Keduanya memberikan informasi yang berharga mengenai seberapa cepat suatu investasi dapat memberikan hasil dan seberapa besar potensi risiko yang terlibat.

Break Even Point (BEP) adalah titik ketika total pendapatan yang diperoleh dari penjualan suatu produk atau jasa sebesar total biaya yang dikeluarkan. Pada titik ini, perusahaan tidak mengalami keuntungan atau kerugian. BEP menjadi indikator penting dalam merencanakan dan mengelola biaya serta menentukan target penjualan minimum agar bisnis tetap berjalan dengan baik. Perhitungan BEP memberi gambaran yang jelas tentang seberapa banyak unit yang perlu dijual atau berapa besar pendapatan yang harus dicapai untuk menutupi biaya tetap dan variabel. Mengacu hal tersebut, BEP dapat digunakan untuk merancang strategi pemasaran dan penetapan harga.

Payback Period (PP) mengukur waktu yang diperlukan untuk mendapatkan kembali modal yang telah diinvestasikan dalam suatu proyek atau bisnis. *Payback Period* memberikan gambaran tentang seberapa cepat perusahaan dapat

mengembalikan investasi atau modal awal. Gambaran perhitungan yang sangat penting bagi pengambil keputusan yang ingin mengukur risiko dan likuiditas suatu bisnis. *Payback Period* memberikan informasi krusial mengenai waktu yang dibutuhkan sebelum investasi atau modal mulai menghasilkan keuntungan.

Kedua konsep ini saling melengkapi dalam memberikan informasi yang dibutuhkan untuk pengambilan keputusan yang bijak. Mengetahui parameter BEP dan PP dengan tepat memungkinkan perusahaan untuk merencanakan langkah keuangan dengan lebih baik. Selain itu informasi ini dapat digunakan untuk mitigasi kerugian, dan meningkatkan efisiensi dalam pengelolaan bisnis dan investasi. Bab ini mengulas lebih dalam mengenai pengertian, rumus perhitungan, serta penerapan BEP dan PP dalam konteks bisnis. Harapannya dapat memberikan informasi yang lebih jelas mengenai pemanfaatan dua konsep ini. Pemanfaatan untuk perencanaan, evaluasi, dan pengelolaan bisnis atau proyek agar lebih efektif dan efisien.

BREAK EVEN POINT

Break Even Point (BEP) diterjemahkan sebagai titik impas. BEP adalah suatu kondisi dalam bisnis ketika total pendapatan sebesar total biaya yang dikeluarkan. Pertanyaan seperti "berapa tingkat penjualan minimum yang memastikan perusahaan tidak mengalami kerugian" atau "seberapa besar penjualan dapat berkurang namun perusahaan tetap menghasilkan keuntungan" dapat dijawab dengan analisis titik impas (Safitri & Muhammad, 2021). Analisis titik impas adalah analisis terhadap tingkat penjualan di mana suatu perusahaan (atau proyek) tidak menghasilkan laba maupun rugi. Sesuai dengan namanya, pendekatan ini menentukan jumlah penjualan yang dibutuhkan untuk mencapai titik impas (Tsorakidis et al., 2011).

keuntungan. Setelah BEP tercapai, arus kas positif akan digunakan untuk menghitung kapan seluruh investasi awal dapat kembali (*Payback Period*). Misalnya, jika suatu proyek membutuhkan investasi Rp 30 juta dan mencapai BEP dalam 2 tahun, maka setelah BEP tercapai, proyek mulai menghasilkan arus kas untuk mempercepat *Payback Period*.

KESIMPULAN

Break Even Point (BEP) merupakan salah satu konsep keuangan yang penting untuk bisnis, karena membantu menentukan titik di mana perusahaan tidak rugi atau untung. Pemahaman tersebut berdasarkan berapa jumlah unit yang harus terjual atau berapa besar pendapatan yang harus diperoleh. Memahami BEP, perusahaan bisa lebih efektif dalam merancang strategi harga, pengendalian biaya, dan pengambilan keputusan bisnis yang lebih baik. *Payback Period* (PP) merupakan alat sederhana namun berguna untuk menilai berapa lama waktu yang diperlukan untuk memperoleh kembali investasi. Meskipun memiliki keterbatasan dalam hal pengabaian nilai waktu uang dan keuntungan jangka panjang, *Payback Period* tetap merupakan salah satu cara yang efisien untuk menilai kelayakan proyek atau investasi yang memprioritaskan pengembalian cepat dan likuiditas.

DAFTAR PUSTAKA

- Budiman, T. T. (2009). *Analisis Rencana Investasi Penambahan Mesin pada PT Anugrah Sejati Embroidery*. Universitas Atma Jaya Yogyakarta.
- Manuho, P., Makalare, Z., Mamangkey, T., & Budiarso, N. S. (2021). Analisis Break Even Point (BEP). *Jurnal Ipteks Akuntansi Bagi Masyarakat*, 5(1), 21–28.
- Safitri, T. A., & Muhammad, K. (2021). Konseptual Break Even Point (BEP) Linier Dan Non-linier Sebagai Perencanaan

- Laba Perusahaan. *Jurnal Ekonomi, Bisnis, Dan Akuntansi*, 23(2), 32–40.
- Tsorakidis, N., Papadoulos, S., Zerres, M., & Zerres, C. (2011). *Break-even analysis*. Bookboon.
- Yard, S. (2000). Developments of the payback method. *International Journal of Production Economics*, 67(2), 155–167.

PROFIL PENULIS



Achmad Djunawan

Lahir di Pasuruan tanggal 31 Januari 1991. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga Surabaya. Penulis menyelesaikan pendidikan S2 jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Peneliti aktif berorganisasi selama perkuliahan baik di lembaga eksekutif mahasiswa maupun lembaga legislatif di tingkat mahasiswa. Penulis memiliki pengalaman kerja dalam pengumpulan data penelitian selama kuliah S1. Penulis memiliki pengalaman kerja sebagai Sekretaris Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Darmo Tahun 2015-2016. Penulis pernah menjadi Asisten Dosen Mata Kuliah Kebijakan dan Managemen Kesehatan di Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada Tahun 2018. Pada saat yang sama menjadi Tim Peneliti di Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada Tahun 2018. Saat ini penulis menjadi Dosen serta menjabat sebagai kepala lembaga penjaminan mutu di Stikes Yayasan RS Dr. Soetomo Surabaya.

BAB 7

KONSEP MIKRO DAN MAKRO

Inayyah Nur Fitry Sirajuddin
Universitas Sumatera Utara, Medan
E-mail: inayyahnurfitry@usu.ac.id

PENDAHULUAN

Ekonomi sebagai ilmu sosial yang mempelajari perilaku manusia dalam mengalokasikan sumber daya yang terbatas untuk memenuhi kebutuhan yang tidak terbatas. Ekonomi mikro dan ekonomi makro merupakan dua cabang ilmu ekonomi yang tidak dapat dipisahkan. Keduanya merupakan bagian dari teori ekonomi yang memberikan gambaran umum yang disederhanakan terkait kegiatan ekonomi dan sifat dalam hubungan ekonomi (Kurniawan & Budhi, 2015).

Dalam bidang kesehatan, konsep mikro dan makro diperlukan untuk memahami ekonomi kesehatan secara lebih komprehensif. Kedua konsep tersebut memiliki peran penting dalam menganalisis dan memahami sistem kesehatan. Secara garis besar, mikro ekonomi dalam bidang kesehatan mempelajari perilaku ekonomi baik individu maupun organisasi dalam sektor kesehatan. Sedangkan makro ekonomi dalam bidang kesehatan lebih condong untuk mempelajari fenomena ekonomi kesehatan secara agregat (Mahardika, 2018).

KONSEP EKONOMI MIKRO

Ekonomi mikro atau disebut juga mikro ekonomi adalah cabang ilmu ekonomi yang mempelajari tentang beragam variabel ekonomi dalam lingkup kecil, seperti konsumen, rumah tangga dan perusahaan (Hikmah et al., 2024). Ekonomi mikro adalah ilmu yang membahas tentang peran individu-individu

pelaku ekonomi, bagaimana rumah tangga dan perusahaan membuat keputusan, serta bagaimana mereka berinteraksi di dalam pasar tertentu (Mankiw, 1998). Fokus utama mikro ekonomi adalah memahami bagaimana konsumen dan produsen berinteraksi di pasar, bagaimana mekanisme pasar bekerja dalam menentukan harga dan distribusi sumber daya, serta memahami bagaimana keputusan-keputusan tersebut mempengaruhi penawaran dan permintaan barang dan jasa (Mankiw, 2001).

Ekonomi mikro memiliki beberapa aspek utama yang menjadi objek kajian, diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Teori Permintaan dan Penawaran

Teori permintaan dan penawaran adalah salah satu konsep fundamental dalam ekonomi mikro yang menjelaskan bagaimana harga dan kuantitas barang atau jasa di pasar ditentukan. Interaksi antara permintaan dan penawaran membentuk keseimbangan pasar yang menentukan harga barang dan jumlah barang yang diperjualbelikan.

- a. Teori Permintaan

Permintaan adalah jumlah barang atau jasa yang diinginkan oleh konsumen pada berbagai tingkat harga dalam periode tertentu, dengan asumsi faktor-faktor lain tetap (*ceteris paribus*). Hukum permintaan berlaku karena dua alasan yakni efek substitusi dimana hal ini berlaku jika harga barang naik maka konsumen akan mencari barang pengganti yang lebih murah, dan efek pendapatan dimana jika harga barang naik maka daya beli konsumen berkurang sehingga jumlah barang yang dibeli lebih sedikit.

- b. Teori Penawaran

Penawaran adalah jumlah barang atau jasa yang bersedia di produksi dan dijual oleh produsen pada berbagai tingkat harga dalam sutau periode tertentu,

sektor medis. Sementara itu, ekonomi makro berfokus pada kebijakan besar yang mempengaruhi kesehatan masyarakat secara luas, seperti anggaran kesehatan, kebijakan subsidi, dan regulasi farmasi. Dengan kombinasi analisis ekonomi mikro dan makro, pemerintah dan pemangku kebijakan dapat merancang sistem kesehatan yang lebih inklusif, efisien, dan berkontribusi terhadap pertumbuhan ekonomi serta kesejahteraan sosial.

DAFTAR PUSTAKA

- Asnah, A., & Sari, D. (2021). Pengantar Ilmu Ekonomi Makro (Introduction to Macro Economics). *SSRN Electronic Journal, September*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3786438>
- Febriyanti, N., Yazid, M., Aziz, A., Saechu, M., Ernawati, W., Olivia, M., Wahid, S. H., Kususianah, A., Misno, Helvira, R., Elisa, E., Hanis, R., & Bilgies, A. F. (2023). ILMU EKONOMI Pengantar Memahami Ekonomi Mikro dan Makro. In Fachrurazi (Ed.), *Publica Indonesia Utama*. Publica Indonesia Utama.
- Hidayati, S. (2019). Teori Ekonomi Mikro. In S. Anwar & U. Al Faruq (Eds.), *STMT-Trisakti* (1st ed., Issue 1). Unpam Press.
- Hikmah, N., Anita, A. S., Mardikawati, B., Awaluddin, M., Mahrani, S., Hidayati, F., Sijal, M., Junaedi, W. R., Awaluddin, S. P., Rachmawati, S., Cicilia, O., Muthmainnah, & Wulandari, P. (2024). *Pengantar Ekonomi Mikro* (S. Wage (ed.); 1st ed.). Yayasan Tri Edukasi Ilmiah.
- Jaya, A., & Khasanah, J. S. N. K. (2023). *Pengantar Ekonomi Mikro dan Makro* (M. Khoir (ed.); 1st ed.). Nawa Litera Publisher.
- Kurniawan, P., & Budhi, M. K. S. (2015). *Pengantar Ekonomi Mikro dan Makro* (B. Monica (ed.); 1st ed.). CV. Andi Offset.
- Lubis, A. F. (2009). *Ekonomi Kesehatan* (1st ed.). USU Press.

- Mahardika, R. (2018). *Ekonomi Kesehatan* (I. Suhartini (ed.); 1st ed.).
- Mankiw, N. G. (1998). Principles Of Economics. *Palgrave Macmillan Journals*, 24(4), 519–524.
- Mankiw, N. G. (2001). *Principles Of Microeconomics* (4th ed.).
- Sjaroni, B., Djunaedi, E., & S, N. (2019). *Ekonomi Mikro* (D. Handayani (ed.); 1st ed.). Deepublish.
- Trisnantoro, L. (2018). *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit* (A. Tarigan (ed.); 1st ed.). Gadjah Mada University Press.

PROFIL PENULIS



Inayyah Nur Fitry Sirajuddin, S.KM., M.Kes.
Dosen Program Studi S1 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Penulis lahir di Ujung Pandang tanggal 15 Oktober 1995. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana dan Magister di Universitas Hasanuddin Makassar. Saat ini penulis merupakan seorang dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.

BAB 8

SISTEM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Syafrina Ulfah
Universitas Sumatera Utara, Medan
E-mail: syafrinaulfah@usu.ac.id

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan prioritas dalam kebijakan pembangunan nasional untuk menciptakan sumber daya manusia yang sehat dan produktif. Namun, masyarakat miskin dan rentan sering menghadapi kendala ekonomi dalam mengakses layanan kesehatan. Oleh karena itu, pemerintah memiliki kewajiban memberikan perlindungan kesehatan guna memastikan akses yang adil dan mencegah dampak finansial akibat biaya kesehatan yang tinggi (TNP2K, 2015).

Guna menciptakan sistem jaminan kesehatan yang inklusif, pemerintah mengesahkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang melandasi lahirnya JKN pada 1 Januari 2014. Jaminan Kesehatan Nasional didesain sebagai sistem jaminan kesehatan berbasis asuransi sosial yang bersifat wajib bagi seluruh penduduk. Dengan prinsip gotong royong, ekuitas, dan akses layanan yang adil, program ini bertujuan memastikan akses layanan kesehatan yang adil, komprehensif, dan berkualitas bagi seluruh penduduk Indonesia, termasuk kelompok miskin dan rentan (TNP2K, 2015).

GAMBARAN UMUM JKN

Mengacu pada UU SJSN, jaminan kesehatan nasional dapat diartikan sebagai sistem perlindungan sosial di bidang kesehatan yang bertujuan untuk menjamin pembiayaan layanan kesehatan

dan pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia. Program ini diselenggarakan secara nasional dengan prinsip gotong royong, di mana setiap individu diwajibkan untuk membayar iuran secara berkala, atau bagi kelompok yang kurang mampu, iurannya ditanggung oleh pemerintah dan dibayarkan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, yang beroperasi secara nirlaba (Putri, 2014). Adapun kebutuhan dasar kesehatan adalah kebutuhan fundamental yang mencakup pelayanan kesehatan individu untuk pemeliharaan kesehatan, pengobatan gangguan kesehatan, serta penyelamatan jiwa, yang disesuaikan dengan pola epidemiologi dan siklus kehidupan (Peraturan Presiden RI, 2024).

Berdasarkan pengertian di atas, terdapat dua istilah utama yang perlu digarisbawahi, yaitu BPJS Kesehatan dan JKN. BPJS Kesehatan berperan sebagai lembaga yang mengelola dan menyelenggarakan program, sedangkan JKN merupakan program jaminan kesehatan yang dijalankan oleh BPJS Kesehatan. Pengelolaan JKN oleh BPJS Kesehatan telah menjadikan Indonesia sebagai salah satu negara yang memiliki skema asuransi kesehatan sistem *single payer* terbesar di dunia (Pratiwi dkk., 2021).

Dewan Jaminan Sosial Kesehatan merangkum pengertian JKN sebagai program jaminan sosial yang diselenggarakan secara nasional dengan mengacu pada prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Prinsip asuransi sosial dalam JKN mencakup beberapa aspek, antara lain semangat gotong royong, di mana individu yang lebih mampu membantu yang kurang mampu, yang sehat berkontribusi bagi yang sakit, serta terjadi keseimbangan antara kelompok usia dan tingkat risiko kesehatan yang berbeda; kepesertaan bersifat wajib dan inklusif, tanpa diskriminasi dalam penerimaan peserta; besaran iuran ditentukan berdasarkan persentase upah atau penghasilan; serta

masyarakat, serta memastikan monitoring dan evaluasi berkelanjutan terhadap kualitas pelayanan yang diterima oleh peserta JKN (Kemenko PMK, 2024).

KESIMPULAN

Program JKN telah resmi diluncurkan pada 1 Januari 2024, dan dikelola oleh BPJS Kesehatan. Dasar hukum JKN mencakup berbagai tingkatan, mulai dari UUD 1945 sampai peraturan menteri dan lembaga terkait. Prinsip dan tujuan JKN sejalan dengan prinsip dan tujuan SJSN. Kepesertaan dalam program JKN terdiri dari PBI dan non PBI, dengan jumlah iuran yang dibayarkan sesuai dengan jenis kepesertanya. Adapun manfaat yang diperoleh oleh peserta JKN terdiri dari manfaat medis dan nonmedis. Secara umum, terdapat dua sistem pembayaran pada JKN, yaitu sistem kapitasi untuk pembayaran FKTP, sistem INA CBGs untuk FKRTL, serta pembayaran non kapitasi maupun non INA CBGs untuk beberapa pelayanan tertentu. Walaupun terdapat berbagai tantangan dalam implementasi JKN, Indonesia telah mencapai target UHC pada tahun 2024. Namun demikian, dibutuhkan kerja sama berkelanjutan dari seluruh pemangku kepentingan agar program JKN dapat terjaga keberlangsungannya dan dapat dirasakan manfaatnya oleh seluruh penduduk Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Anjayani, D., Meliala, A., & Hendrartini, Y. (2022). Kesiapan rumah sakit dalam implementasi sistem pembayaran global budget di Kabupaten Purworejo. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional (JJKN)*, 2(2), 123–141. <https://doi.org/10.53756/jjkn.v2i2.89>
- BPJS Kesehatan. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada

- Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (2019).
- BPJS Kesehatan. (2022). *Panduan Layanan Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS)*. *Jaminan Kesehatan Nasional* (Vol. 3). Diambil dari <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dm/documents/4bd28c6ea8f022040f6eb93cfcd6e723.pdf>
- Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2023). *Annual Report Jaminan Kesehatan Nasional*.
- DJSN. (2021). Jaminan Kesehatan. Diambil 7 Februari 2025, dari <https://djsn.go.id/sjsn/program-sjsn/jaminan-kesehatan>
- Idris, F., Nurwahyuni, A., & Baros, W. A. (2020). Sitem pembayaran mixed method INA-CBGs dan Global Budget di rumah sakit: Tahap 1 uji coba mixed method INA-CBGs- Global Budget di Indonesia. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 5(2). <https://doi.org/10.7454/eki.v5i2.4819>
- Kemenko PMK. (2024). Universal Health Coverage telah Menjangkau 98 Persen Masyarakat Indonesia. Diambil 1 Februari 2025, dari <https://www.kemenkopmk.go.id/universal-health-coverage-telah-menjangkau-98-persen-masyarakat-indonesia>
- PAMJAKI. (2013). *Asuransi kesehatan nasional*.
- Peraturan Presiden RI. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (2024). Diambil dari <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/136650/perpres-no-64-tahun-2020>
- Permatasari, R., Prasetyo, T., & Jaeni, A. (2024). Regulation of Law of the Republic of Indonesia Number 17 of 2023 on Control of Catastrophic Diseases Linked to Financing of National Health Insurance based on dignified justice. *Journal of Community Health Provision*, 4(2), 57–68.

Permenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) (2016).

Pratiwi, A. B., Setiyaningsih, H., Kok, M. O., Hoekstra, T., Mukti, A. G., & Pisani, E. (2021). Is Indonesia achieving universal health coverage? Secondary analysis of national data on insurance coverage, health spending and service availability. *BMJ Open*, 11(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050565>

Putri, A. E. (2014). *Paham JKN Jaminan Kesehatan Nasional*. Friedrich-Ebert-Stiftung. Diambil dari <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/indonesien/11205.pdf>

Setiawan, E., Sihaloho, E. D., Yuliawati, F., Empel, G. Van, Idris, H., & Siregar, A. Y. (2021). *Pembangunan kesehatan konsep dan best practices di Indonesia*. Jakarta: PPJK Kemenkes RI. Diambil dari <http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf%0Ahttp://fiskal.kemenkeu.go.id/ejournal%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.cirp.2016.06.001%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.powtec.2016.12.055%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.ijfatigue.2019.02.006%0Ahttps://doi.org/10.1>

TNP2K. (2015). *Perjalanan menuju Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)*. Diambil dari http://www.tnp2k.go.id/images/uploads/downloads/Final_JKN_Perjalanan_Menuju_Jaminan_Kesehatan_Nasional - Copy.pdf%0Ahttps://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/dasar/pdf?kd=3519&th=2017

Undang-Undang RI. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (2004).

World Health Organization. (2023). Indonesia dalam Laporan Pemantauan Global Cakupan Kesehatan Semesta 2023. Diambil 5 Februari 2025, dari

<https://www.who.int/indonesia/id/news/detail/16-11-2023-indonesia-in-the-2023-universal-health-coverage-global-monitoring-report>

PROFIL PENULIS



Syafrina Ulfah, S.K.M., M.K.M.

Lahir di Medan, 25 September 1991. Saat ini penulis tinggal di Medan, Sumatera Utara. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 dan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Saat ini penulis merupakan salah satu dosen pada Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.

BAB 9

BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN

Rosyidah

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan
E-mail: rosyidahrosyidah29@gmail.com

PENDAHULUAN

Kesehatan adalah hak dasar yang dimiliki oleh setiap individu dan dijamin oleh negara. Untuk mencapai akses layanan kesehatan yang adil dan berkualitas bagi seluruh masyarakat, pemerintah Indonesia mendirikan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan sebagai bagian dari Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). BPJS Kesehatan merupakan hasil transformasi dari model jaminan kesehatan sebelum era JKN. Sebagaimana disampaikan oleh Rosyidah, untuk mewujudkan UHC dengan target 95% terlindungi dengan jaminan kesehatan, pemerintah Indonesia melakukan transformasi kelembagaan dan pengelolaan asuransi kesehatan dari model *multipayers* menjadi model *single payer* mulai 1 Januari 2014 agar pengelolaan jaminan kesehatan di Indonesia lebih efektif (Nugraheni *et al.*, 2024).

Program BPJS Kesehatan bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan melalui sistem asuransi sosial yang berlandaskan prinsip gotong royong, dimana setiap peserta memberikan kontribusi sesuai dengan kemampuannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Sebagaimana tertuang dalam Pasal 2 Undang-Undang RI No.40 Tahun 2004 menyebutkan bahwa jaminan sosial termasuk dalam hal ini BPJS Kesehatan menerapkan prinsip gotong royong yang dalam konsep ini menekankan bahwa peserta yang sehat dan mampu

secara finansial membantu peserta yang sakit dan kurang mampu. Prinsip ini sesuai dengan nilai-nilai dalam Pancasila terutama sila kelima “ Keadilan Sosial bagi Seluruh rakyat Indonesia”.

Milestone BPJS Kesehatan selama satu dekade ini banyak tantangan dan peluang dalam proses implemtasinya, hal ini menarik untuk dibahas lebih lanjut pada Bab BPJS Kesehatan dalam konteks sejarah dan perkembanganya, BPJS Kesehatan dari aspek tata kelola organisasi, kepesertaan, paket layanan kesehatan, pendanaan, dan *good governance*.

BPJS KESEHATAN SEJARAH DAN PEKEMBANGANYA

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah badan hukum yang dibentuk dengan Undang-Undang untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (Undang-Undang RI No.40, 2004). BPJS menurut UU SJSN adalah transformasi dari badan penyelenggara jaminan sosial yang sekarang telah berjalan dan dimungkinkan untuk membentuk badan penyelenggara baru sesuai dengan dinamika perkembangan jaminan social (Undang-Undang RI No.40, 2004 Penjelasan paragraf 11).

Sejarah Pembentukan BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan mulai beroperasi menyelenggarakan program jaminan kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014 (UU RI No.24 Tahun 2011 Pasal 60 ayat 1). Tahapan pembentukan BPJS Kesehatan sebagaimana dijelaskan oleh (Putri, 2014a). PT Askes (Persero) dinyatakan bubar tanpa likuidasi dan semua aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum PT Askes (Persero) menjadi aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum BPJS Kesehatan; semua pegawai PT Askes (Persero) menjadi pegawai BPJS Kesehatan; Menteri Badan Usaha Milik Negara selaku Rapat Umum Pemegang Saham mengesahkan

memiliki potensi besar dalam memperluas akses layanan kesehatan yang berkualitas di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- BPJS Kesehatan. (2024a). *BPJS Kesehatan Borong Penghargaan Internasional.* <https://bpjs-kesehatan.go.id/#/news-detail?id=57865>
- BPJS Kesehatan. (2024b). *Data JKN.* <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/>
- BPJS Kesehatan. (2025). *Manfaat Jaminan Kesehatan.* <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/#/jaminan-kesehatan-manfaat>
- Heryana, A. (2021). *Asuransi Kesehatan & Managed Care : Buku Ajar* (p. 158). Jakarta : Universitas Esa Unggul. https://www.researchgate.net/profile/Ade-Heryana/publication/349789706_Asuransi_Kesehatan_Managed_Care_Buku_Ajar/links/6041ae19299bf1e078570264/Asuransi-Kesehatan-Managed-Care-Buku-Ajar.pdf
- Nugraheni, W. P., Rosyidah, Arisandi, Setyawati, I., Setiyadi, N. A., Rachmawati, E., Umniyatun, Y., Judijanto, L., & Muslimin, Y. (2024). Ekonomi Kesehatan. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9).
- Putri, A. E. (2014a). Paham BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial). In *Komunitas Pejaten Mediatama*.
- Putri, A. E. (2014b). *Seri Buku Saku - 4: Paham JKN Jaminan Kesehatan Nasional.* <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/indonesien/11205.pdf>
- Rosyidah. (2022). *Evaluation of the Implementation of the Indonesia Social Insurance Model of Health Care* [Coventry University]. <https://pureportal.coventry.ac.uk/en/studentTheses/evaluation-of-the-implementation-of-the-indonesia-social-insurance>
- Undang-Undang RI No.40. (2004). UU RI No.40 Tahun 2004

Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. *Jdih BPK RI*, 1–45.

UU RI No.24 Tahun 2011. (2011). *Undang-Undang RI No 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial* (Vol. 66, Issue July, pp. 6–17).

PROFIL PENULIS



Rosyidah, SE., M.Kes., Ph.D

Penulis adalah dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta. Menyelesaikan S1 Ekonomi di Sekolah Bisnis Indonesia, dan S2 di Prodi Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada Yogyakarta tahun 2004, Konsentrasi pada Kebijakan Pembiayaan Kesehatan dan Asuransi Kesehatan, serta menyelesaikan S3 di *Faculty Health and Life Sciences, Coventry University, UK* tahun 2022. Selain sebagai dosen di FKM UAD, penulis juga sebagai peneliti yang fokus pada bidang pembiayaan kesehatan, asuransi kesehatan sosial, kebijakan kesehatan dan manajemen mutu pelayanan kesehatan. Penulis saat ini menjabat sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan (2022–2026), dan Sebagai Tim Kendali Mutu Kendali Biaya BPJS Kesehatan Pusat (2023 – 2025).

EKONOMI DAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

Buku Ekonomi dan Pembiayaan Kesehatan membahas berbagai aspek ekonomi yang berkaitan dengan layanan kesehatan serta mekanisme pembiayaannya. Terdiri dari 9 bab, buku ini mengupas konsep dasar ekonomi kesehatan, kaitannya dengan pembangunan ekonomi, serta karakteristik industri layanan kesehatan. Selain itu, pembahasan mencakup peran sektor publik dan swasta dalam layanan kesehatan, teori dasar permintaan dan penawaran, serta konsep keuangan seperti Break Even Point dan Payback Period. Lebih lanjut, buku ini membahas konsep ekonomi mikro dan makro dalam konteks kesehatan, sistem Jaminan Kesehatan Nasional serta peran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dalam menyediakan layanan yang terjangkau bagi masyarakat.



FUTURE SCIENCE

Jl. Terusan Surabaya, Gang 1 A No. 71 RT 002 RW 005,
Kel. Sumbersari, Kec. Lowokwaru, Kota Malang,
Provinsi Jawa Timur.
Website : www.futuresciencepress.com



IKAPI
INSTITUT PENGETAHUAN INDONESIA

No. 348/JTI/2022

ISBN 978-634-7216-02-1 (PDF)



9 786347 216021