



# **SISTEM PEMBIAYAAN MANAJEMEN GEMPA**

*Studi kasus di DIY*

Ali Ghufron Mukti\* dan Yulita Hendrartini\*

*Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan-UGM*

## **Pengantar**

Masalah bencana merupakan suatu fenomena yang sangat khusus, pada umumnya tiada satu negarapun yang siap dengan kondisi seperti ini, khususnya negara negara berkembang. Kondisi sebagian besar masyarakat yang miskin dan terbatasnya cakupan asuransi yang dapat meringankan beban kerugian akibat bencana, merupakan salah satu alasan mengapa pemerintah merupakan aktor utama dalam pembiayaan bencana mulai dari masa gawat darurat akibat dari bencana sampai pada masa pemulihan. Oleh karena itu masalah pembiayaan kesehatan menjadi sangat *crusial*.

Pada saat hari pertama terjadinya bencana gempa bumi di Yogyakarta terjadi, kesibukan di institusi pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit meningkat luar biasa dengan masuknya ratusan korban gempa yang melebihi kapasitas rumah sakit. Pada saat *emergency* seperti itu rumah sakit tidak bisa memikirkan hal lain, kecuali melakukan perawatan dan pengobatan semaksimal mungkin. Seluruh sumber daya manusia dan persediaan obat di rumah sakit dikeluarkan untuk menolong pasien.

Memasuki hari kedua, jumlah pasien semakin meningkat sementara sumber daya di rumah sakit semakin terbatas, sehingga rumah sakit mulai memikirkan sumber dana untuk mencukupi kebutuhan tersebut, sementara bantuan untuk rumah sakit pada hari kedua masih sangat terbatas. Pada saat itu rumah sakit dihadapkan bukan hanya masalah pasien, namun juga keluarga pasien yang juga merupakan korban gempa. Pada umumnya mereka ke rumah

sakit tanpa membawa apa-apa, sehingga beberapa rumah sakit terpaksa juga menanggung konsumsi bagi mereka.

Penanganan pasien di rumah sakit yang juga berada di wilayah gempa memang bukan merupakan hal yang mudah, karena sebagian karyawan di rumah sakit pun terkena bencana ini, sehingga kinerja rumah sakit tidak bisa maksimal. Untuk mengatasi hal tersebut rumah sakit terpaksa merekrut tenaga relawan dan tenaga honorer harian untuk membantu operasional di rumah sakit, yang konsekuensinya adalah meningkatnya biaya operasional. Sebagai gambaran jumlah tenaga relawan di RS Sardjito per hari rata-rata mencapai 300 orang (khususnya pada 3 hari pertama), yang membantu mengangkat dan memindahkan pasien dari ruang tindakan perawatan ke tempat lain.

Masalah yang kemudian muncul adalah : siapa yang akan menanggung berbagai biaya di atas? Jika tidak ada dana segar yang dikucurkan dalam waktu dekat, maka hal ini akan mengganggu mutu pelayanan di rumah sakit. Oleh karena itu sistem pembiayaan kesehatan di saat bencana menjadi salah satu faktor yang berperan mengurangi dampak bencana., khususnya untuk membantu institusi pelayanan kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan yang baik dan efektif.

### **Pembiayaan kesehatan pada tahap emergency dan tanggap darurat**

Kebijakan Pemda DIY dalam pembiayaan kesehatan bagi pasien korban gempa adalah dengan menggratiskan seluruh pasien. Sultan Hamengku Buwono X selaku gubernur DIY menegaskan, semua rumah sakit diminta tidak menarik biaya terlebih dahulu kepada pasien yang dirawat, karena telah ada dana jamkesos Rp 12 Miliar, ditambah dana dari pos lain dan pemerintah pusat untuk membayar klaim dari rumah sakit. Dana dari pemerintah pusat (APBN) yang disalurkan melalui PT Askes sebesar Rp 20 miliar belum bisa dicairkan karena mekanismenya belum jelas, sedangkan dana dari jamkesos (APBD) Rp 12 miliar sebagian sudah cair untuk membayar klaim rumah sakit.

Dalam kasus pembiayaan kesehatan pada saat gempa di DIY, salah satu faktor keberuntungan yang dimiliki oleh daerah ini adalah adanya alokasi dana untuk pembiayaan gakin di DIY yang dikelola oleh Jamkesos, yang besarnya mencapai 2 M. Struktur organisasi Jamkesos yang berada di bawah Dinkes dan merupakan Pemda Propinsi DIY juga merupakan salah satu faktor yang membuat birokrasi pencairan dana Jamkesos sebagai dana talangan bagi rumah sakit yang melayani pasien gempa lebih mudah. Pada hari ketiga gempa sudah diputuskan untuk mencairkan dana tersebut untuk mengatasi masalah pembiayaan di rumah sakit. Bagi rumah sakit besar diberikan dana talangan sebesar 1 M. Asumsi alokasi besaran dana talangan tersebut adalah rerata jumlah pasien yang di tangani mencapai 1000 pasien. Sementara rumah sakit yang lebih kecil menerima alokasi dana lebih kecil. Namun pada awalnya yang menerima dana adalah rumah sakit yang merupakan jaringan PPK nya Jamkesos.

Dana talangan tersebut tidak hanya digunakan untuk gakin, namun untuk semua pasien korban gempa, dengan syarat harus menggunakan kelas III, sesuai dengan benefit yang ditanggung oleh Jamkesos. Pada awalnya kebijakan pembiayaan "gratis" bagi seluruh korban gempa dibatasi sampai perawatan selama 1 minggu, mulai hari 1 sampai dengan hari ke 7 (pada masa *emergency*

dan tanggap darurat), namun kenyataannya masih bisa di klaimkan ke Jamkesos sampai 2 minggu setelah gempa.

Kebijakan pemda yang menanggung biaya makan pendamping pasien di rumah sakit ini, tampaknya berbeda dengan kebijakan yang ada di Depkes, karena biaya ini nantinya tidak dapat di klaim melalui PT Askes, namun pembiayaan ini diharapkan nantinya akan diklaimkan ke Departemen sosial, bukan ke Depkes. Untuk rumah sakit besar seperti RSUP Dr Sardjito yang telah mengeluarkan dana rata rata 20 juta per hari untuk konsumsi pasien, petugas dan keluarga pasien tentunya akan kesulitan dalam mengajukan klaim atas pembiayaan di atas.

Permasalahan yang dihadapi oleh rumah sakit di DIY yang menampung korban gempa kini adalah aspek keuangan, walaupun rumah sakit sudah menerima dana talangan dari Jamkesos, namun dana tersebut belum mencukupi kebutuhan riil di rumah sakit. Dana talangan dari pemerintah bagi rumah sakit yang merawat pasien korban gempa masih minim dibanding biaya yang sudah dikeluarkan rumah sakit, akibatnya rumah sakit terpaksa menggunakan sumber dana lain untuk pelayanan pasien korban gempa. Sampai saat ini rumah sakit belum berani mengajukan klaim kepada pemerintah (dana APBN yang disalurkan melalui PT Askes), karena belum tahu mekanismenya. Rumah sakit Panti Rapih dan Bethesda, misalnya menerima dana talangan dari pemerintah DIY senilai Rp. 1 milyar. Padahal dana yang sudah dikeluarkan untuk perawatan pasien korban gempa sudah lebih dari Rp.1 milyar. Sebagai gambaran, rumah sakit tersebut selama ini sudah melakukan lebih dari 350 operasi pasien korban gempa. Kalau dimisalkan satu operasi membutuhkan biaya rata-rata Rp 5 juta hingga 10 juta, biaya yang dibutuhkan hampir 2 M. Data kasar di RS Sardjito bahkan mengklaim sudah menghabiskan dana sekitar 6 M untuk pelayanan pasien korban gempa sampai saat ini.

Akibat minimnya dana talangan yang diterima dari pemerintah, RS Dr. Sardjito sementara ini mengandalkan utang dalam waktu dekat sehingga potensial mengganggu perputaran uang rumah sakit tersebut. Surat balasan dari Dirjen Pelayanan Medik menyatakan bahwa akan menerima 50% dari dana yang telah dikeluarkan dalam beberapa hari ini melalui bakornas (Badan Koordinasi Nasional). Namun nyatanya sampai 3 minggu setelah gempa dana tersebut belum diterima oleh rumah sakit.

Mekanisme klaim rumah sakit ke Jamkesos nantinya juga akan mempertimbangkan bantuan yang masuk ke rumah sakit tersebut. Jika rumah sakit sudah menerima bantuan baik obat obatan atau bahan lain, maka tidak boleh di klaim-kan ke Jamkesos. Secara teknis hal ini sulit dipisahkan dalam laporan keuangan klaim rumah sakit, oleh karena itu akan di perhitungkan dengan % besarnya bantuan yang diterima. Bantuan obat obatan di rumah sakit nantinya akan diaudit oleh fihak yang berwenang, oleh karena itu diharapkan rumah sakit dalam mengajukan klaim nantinya sesuai dengan sumber daya rumah sakit yang benar benar digunakan.

Di sisi lain klinik kesehatan dan rumah sakit yang bukan merupakan jaringan PPK nya Jamkesos tidak mendapatkan dana talangan tersebut. Sosialisasi kebijakan pembiayaan kesehatan "gratis" bagi pasien korban gempa dan akan ditanggung oleh pemerintah (melalui Jamkesos) tidak sampai pada mereka.

## **Prosedur Reimbursement / Klaim**

### **a. Prosedur klaim ke Jamkesmas (sumber dana dari pemerintah daerah melalui Jamkesmas)**

Prosedur pengajuan klaim korban bencana alam oleh rumah sakit merupakan masalah kedua yang timbul setelah masalah pembiayaan kesehatan tahap emergency diselesaikan dengan adanya dana talangan. Untuk rumah sakit yang bukan merupakan jaringan PPK dari Jamkesmas, dibutuhkan prosedur dan tata cara untuk meng-klaim biaya pelayanan kesehatan, jadi tidak otomatis diberikan seperti halnya pada rumah sakit yang sudah merupakan jaringan PPK Jamkesmas. Salah satu yang dipersyaratkan adalah data rekam medis dan identitas pasien (resume medis) serta biayanya.

Persyaratan rekam medis dan resume medis sebenarnya bukan merupakan masalah yang sulit pada saat kondisi normal, namun dalam keadaan kacau pada saat bencana, persyaratan tersebut menjadi sangat sulit dipenuhi karena jumlah pasien yang dilayani dengan jumlah tenaga medis sangat tidak berimbang, sehingga prioritas pertama adalah menyelamatkan pasien. Oleh karena itu tidak mengherankan klaim yang diajukan bisa saja fiktif atau tidak sesuai dengan fakta yang terjadi (Fraud). Hal ini tidak bisa dihindari karena sangat sulit mendapatkan data yang akurat pada saat bencana. Penggunaan sumber daya di rumah sakit pun sulit untuk di catat dengan baik, khususnya yang berupa obat-obatan, bahan farmasi dan bahan-bahan lain, sehingga umumnya klaim didasarkan dari prakiraan dan estimasi biaya yang telah dikeluarkan oleh rumah sakit, berdasarkan tarif yang berlaku di rumah sakit tersebut (termasuk jasa medis sesuai dengan tarif yang berlaku).

Bagi rumah sakit yang terpaksa menggunakan kelas yang tinggi karena kelas III nya habis, penggantian biaya tetap didasarkan pada kelas III. Untuk pasien yang dirawat di kelas I dan VIP, selisih biaya akan ditanggung rumah sakit atau *cost sharing* pasien dan biaya yang ditanggung hanya akomodasi, biaya makan pendamping pasien (1 orang) dan biaya perawatan, sementara jasa medis sementara tidak dibayarkan (kebijakan pada saat itu). Namun dalam perkembangannya klaim ke Jamkesmas dapat menanggung 50% dari jasa medis (lihat kasus klinik Nur Hidayatullah)

### **b. Prosedur klaim melalui PT Askes (Dana dari pemerintah pusat melalui Bakornas)**

Berdasarkan surat Dirjen Bina Pelayanan Medik tanggal 15 Juni (19 hari setelah bencana), menyatakan bahwa prosedur klaim rumah sakit melalui PT Askes setempat yang ditunjukan ke kepala Dinkes Prop. Jadi peran PT Askes dalam hal ini lebih sebagai verifikator dan perhitungan klaim mengacu pada pola Askeskin. Setelah di verifikasi, PT Askes setempat akan mengajukan klaim tersebut kepada Satkorlak PBP Propinsi setempat melalui Kepala Dinkes Prop dengan tembusan ke Direktur Jendral Bina Pelayanan Medik.

Klaim untuk rawat jalan di Puskesmas dapat diajukan dengan berbasis *fee for service* (bukan kapitasi), sementara untuk rawat inap di Puskesmas diganti dengan dasar tarif askeskin, yaitu sebesar Rp 50.000 per hari termasuk obat.

Sementara klaim rumah sakit akan didasarkan pada kelas III dan tarif paket askeskin. Pola tarif kelas III yang digunakan bagi rumah sakit yang sudah ada PKS dengan askes adalah sesuai dengan yang tercantum dalam PKS, sementara untuk rumah sakit swasta yang belum ada PKS dengan PT Askes akan menggunakan tarif PKS yang berlaku di wilayah kantor cabang Askes di daerah tersebut. Dalam pola tarif paket untuk askeskin tersebut, jasa medik dokter tidak disebut secara eksplisit, sehingga jasa medik dokter nantinya tergantung dari kebijakan di rumah sakit masing masing. Pembayaran klaim berdasar pola tarif askeskin ini sangat berpotensi untuk menimbulkan konflik. Obat obatan yang ditanggung diutamakan adalah obat DPHO, namun obat di luar DPHO dapat diklaimkan dengan prosedur tertentu. Prosedur pengajuan klaim dengan cara mengisi formulir pengajuan klaim dan rekap yang ditandatangani oleh direktur dan diajukan ke Dinkes Propinsi DIY serta dilampiri rekam medik yang bersangkutan. Dalam pengajuan klaim dipisahkan antara klaim 7 hari pertama dan klaim setelah 7 hari. Dalam kebijakan tersebut lebih diutamakan untuk klaim pada hari 1 sampai hari ke 7, sementara untuk hari ke 8 dst mekanisme dan sumber dananya masih belum jelas. Dalam pengajuan klaim di atas biaya makan penunggu pasien tidak boleh dimasukkan.

### **Kasus : Klinik Nurhidayah**

Klinik Nur Hidayah termasuk BP swasta yang banyak menerima pasien pada saat bencana di DIY, karena letaknya di daerah gempa, oleh karena itu klinik ini termasuk rujukan pertama untuk pasien korban gempa di daerah tersebut. Pada 3 hari pertama klinik ini terpaksa kerja di atas kemampuan karena kondisi yang menuntut demikian. Seluruh sumber daya yang dimiliki oleh klinik tersebut digunakan. Pada saat itu klinik tersebut menjadi rumah sakit lapangan dengan bantuan relawan dan obat obatan. Setelah ada informasi bahwa biaya pelayanan kesehatan ditanggung pemerintah, 1 minggu kemudian klinik ini kemudian mengajukan klaim kepada Jamkesos untuk penggantian biaya pelayanan kepada pasien korban gempa.

Klaim tersebut langsung diajukan ke Jamkesos dengan membawa daftar nama pasien, umur, alamat dan diagnosis, utilisasi serta total biayanya (tidak disertai rincian biaya sebagaimana klaim pada kondisi normal). Verifikasi klaim yang dilakukan oleh Jamkesos hanya berdasar data tersebut dan setelah data tersebut diterima, klinik tersebut menerima sejumlah dana yang diajukan. Jadi dalam kondisi bencana, prosedur dan birokrasi klaim sangat disederhanakan. Klaim tahap I (untuk biaya pelayanan selama 3 hari pertama) yang diajukan oleh klinik Nur Hidayah sebesar 300 juta dibayar sepenuhnya oleh Jamkesos. Dalam klaim tersebut termasuk jasa medis yang sesuai tarif di klinik tersebut termasuk yang dibayarkan dalam klaim I tersebut.

Pada pengajuan klaim tahap kedua sebesar 90 juta, besaran jasa medis yang boleh diklaimkan adalah 50% dari tarif yang berlaku dan persyaratannya ditambah dengan resume medis. Namun klaim II ini mengalami sedikit hambatan, karena pada saat itu sudah ada surat dari Dirjen yang menyatakan bahwa jasa medis tidak ditanggung, sehingga pembayaran klaim-pun tertunda. Yang mungkin menjadi masalah adalah dalam surat edaran tersebut juga

disebutkan bahwa *benefit* pelayanan yang ditanggung di klinik (non RS) hanya terbatas pada pelayanan primer dan tingkat lanjut, sementara klinik ini mengklaim sampai tindakan bedah karena kegiatan yang dilakukan pada saat itu sesuai dengan fungsinya sebagai rumah sakit lapangan, sementara secara formal klinik ini hanya mempunyai ijin sebagai BP.

## Sumber dana

Sumber dana bagi pembiayaan kesehatan pasien korban gempa ini juga mengalami perkembangan kebijakan dari minggu pertama dengan minggu berikutnya. Hal ini menunjukkan bahwa pemerintah pusat pun belum siap dengan kebijakan pembiayaan kesehatan yang terkait dengan bencana. Jadi terkesan pembiayaan kesehatan yang bersumber dari pemerintah pusat ini sifatnya reaktif, namun kurang programatik.

Sebagai tahap awal untuk mengatasi masa kritis pada tahap tanggap darurat, pemda DIY menyediakan dana talangan yang dikeluarkan oleh Jamkesmas, yang sifatnya adalah dana pinjaman. Sedangkan pembiayaan pasien korban gempa nantinya akan dibayarkan oleh pemerintah pusat (dana APBN) melalui PT Askes (sumber: Kompas). Pada awalnya sumber dana diharapkan dari pemerintah pusat, pemerintah daerah dan dana askeskin. Namun yang sudah disepakati sampai 1 bulan setelah gempa baru pembiayaan pada hari 1 sampai hari ke 7, yang akan ditanggung oleh pemerintah pusat melalui Bakornas, sementara pembiayaan hari ke 8 dst belum ada mekanisme dan sumber dananya.

Yang menjadi pertanyaan mengapa PT Askes cabang DIY tidak dapat bertindak cepat dengan memberikan dana pinjaman bagi PPK lebih dahulu? Bahkan ada kesan PT Askes tidak berbuat apa apa pada masa *emergency* dan tanggap darurat. Hal ini mungkin dikarenakan kebijakan dan birokrasi di dalam PT Askes cabang DIY tidak dapat lepas dari kebijakan PT Askes pusat, sementara PT Askes pusat pun mempunyai kendala birokrasi untuk bertindak. Aturan yang ada memang tidak memperbolehkan PT Askes untuk dapat memberikan dana talangan yang berupa uang muka kerja bagi rumah sakit yang menangani pasien korban gempa. Hal ini cukup menarik, mengingat bahwa PT Askes dapat memberikan uang muka kerja bagi rumah sakit dalam kondisi normal, namun dalam kondisi darurat justru hal ini tidak dapat dilakukan. Peran PT Askes dalam masalah pembiayaan kesehatan pada masa bencana ini adalah dengan menyediakan implant (pen dan screw) pada hari ke tiga di RS Sarjito bekerja sama dengan Syntes.

Walaupun pemerintah pusat melalui SK Menkes menyatakan akan menanggung semua biaya korban gempa di DIY melalui PT Askes, namun implementasi dari kebijakan ini masih belum jelas, sehingga sampai 3 minggu setelah gempa dana ini masih belum bisa disalurkan ke rumah sakit dan institusi pelayanan kesehatan lain. Formula yang tepat untuk membagikan dana ini masih di diskusikan di level pusat, sementara rumah sakit di DIY sudah menderita kekurangan dana yang dapat mengganggu *cash flow*, sehingga sebagian terpaksa menggunakan dana pinjaman.

Masalah pembiayaan kesehatan tidak hanya berhenti sampai tahap tanggap darurat, namun masalah ini masih akan terus terjadi sampai 6 bulan ke

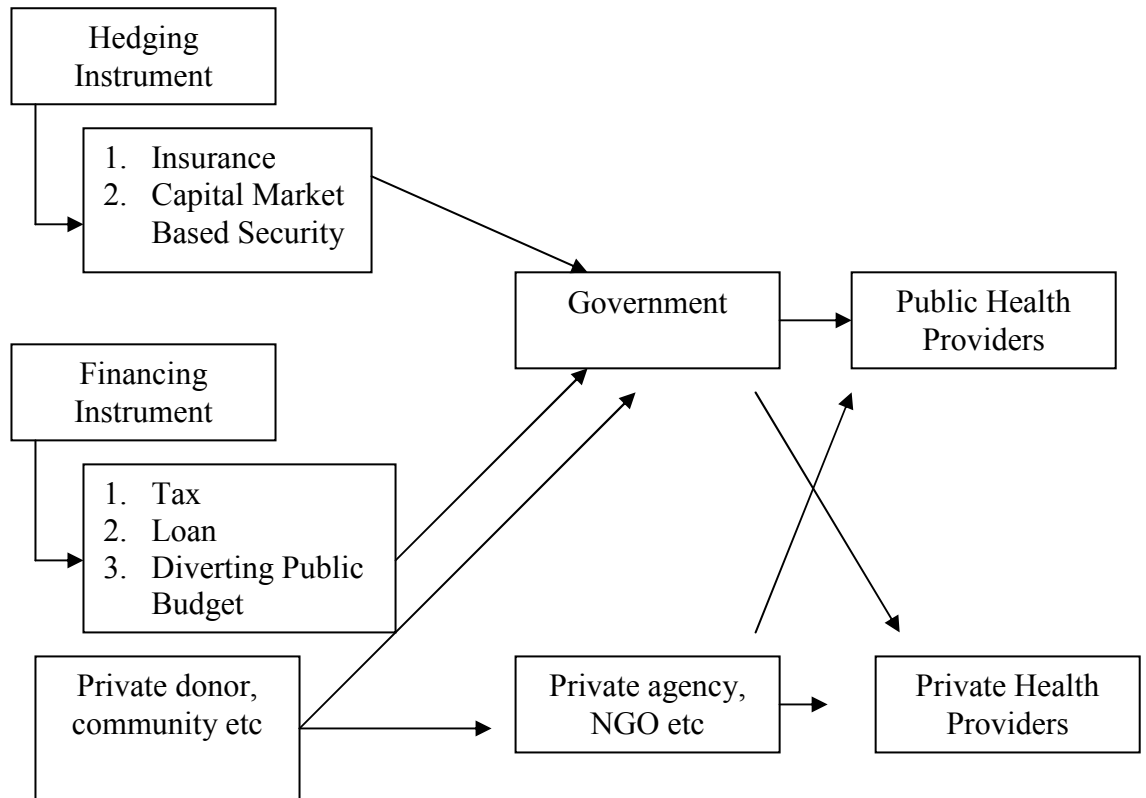
depan. Beberapa masalah yang sudah muncul adalah masalah rekonstruksi bedah, karena pembedahan yang dulu dilakukan sifatnya adalah *emergency*, sehingga perlu dilakukan rekonstruksi ulang ataupun operasi rekonstruksi tubuh untuk mengembalikan fungsi tubuh dan kondisi tubuh seperti semula. Namun pertanyaannya adalah siapa yang akan menanggung biaya untuk operasi seperti ini? Apakah kondisi di atas dikategorikan bedah kosmetik yang biayanya tidak ditanggung oleh pemerintah atau termasuk dalam bedah rekonstruksi yang memang harus dilakukan atas indikasi medis, yang seharusnya biayanya ditanggung oleh pemerintah

### **Manajemen Pembiayaan Gempa: Konsep Teoritis**

Pada dasarnya terdapat dua jenis instrumen pembiayaan gempa atau natural disaster lainnya yaitu instrumen "Hedging" dan Financing. Instrumen "Hedging" menitik beratkan antisipasi beban bencana yang dialihkan pada pihak ketiga. Oleh karena itu instrumen ini sering juga disebut sebagai *ex ante risk transfer mechanism*. Pemerintah mengeluarkan uang yang relatif kecil dan akan mendapatkan jumlah uang besar jika bencana terjadi. Paling tidak terdapat dua mekanisme yaitu membayar premi asuransi bencana atau membayar bunga sekuritas yang berbasis pasar modal. Asuransi biasa pada umumnya tidak menanggung kejadian yang sifatnya force major seperti gempa, perang dll. Akan tetapi dalam konsep ini justru asuransi merupakan salah satu instrumen penting dalam penanggulangan pembiayaan bencana. Di Indonesia sejak kerusuhan bulan Mei 1998, beberapa perusahaan asuransi menjual produk untuk risiko karena korban kerusuhan.

Instrumen financing dapat ditempuh pemerintah mengalokasikan dana khusus untuk bencana sebelum bencana terjadi (*pre-disaster measure*) atau menanggung biaya setelah bencana terjadi. Contoh pre-disaster financing adalah dibangunnya "*public catastrophe fund*" sejenis self-insured. Alternatif lainnya dengan instrumen financing adalah pajak natural disaster, melakukan pinjaman baik domestik ataupun internasional dan mengubah alokasi budget yang ada. Selain dua instrumen di atas tentu peran swasta, donor dan masyarakat dalam pembiayaan bencana yang dilakukan secara spontan juga merupakan sumber dan manajemen pembiayaan yang penting (lihat gambar 1).

Gb 1. Financial Management of Natural Disaster



**Kesimpulan :**

- a. Berbagai aturan dan prosedur yang mengatur keuangan di berbagai instansi akan membatasi fleksibilitas penanganan bencana pada masa darurat, akan menyebabkan pembiayaan pasien korban gempa di rumah sakit menjadi terhambat. Oleh karena itu diperlukan perombakan terhadap aturan aturan yang justru akan menghambat penanganan bencana.
- b. Pembiayaan kesehatan pada saat bencana di DIY sangat terbantu dengan *sense of crisis* dari pemerintah daerah, yang memberikan dana talangan bagi rumah sakit dan klinik kesehatan yang menangani pasien korban gempa. Kecepatan respon Pemda ini sangat membantu rumah sakit, karena dana dari pemerintah pusat belum bisa dicairkan sampai 1 bulan setelah bencana. Pemda DIY diuntungkan dengan adanya dana cadangan bagi pasien miskin yang di kelola Jamkesmas sebesar 12 M, sehingga pemda bisa membantu operasional pelayanan kesehatan dirumah sakit melalui pemberian uang muka.
- c. Pembiayaan kesehatan yang sumbernya dari pemerintah pusat tidak dapat segera dicairkan karena belum adanya aturan dan mekanisme yang jelas. Hal ini menunjukkan bahwa pembiayaan pemerintah pusat ini sifatnya reaktif, namun kurang programatik serta belum siapnya pemerintah kita dalam mengantisipasi masalah bencana di negeri ini.



Oleh karena itu pengembangan instrumen pembiayaan khusus untuk bencana yang lebih komprehensif baik dengan instrumen hedging ataupun financing dengan berbagai modelnya perlu segera dilakukan.

### **Lessons Learnt :**

1. Perlu adanya UU atau peraturan khusus Bencana yang memungkinkan propinsi menggunakan dana cadangan yang dimiliki dengan birokrasi khusus, sehingga akan memudahkan prosedur penggunaan dana bencana (aturan khusus untuk dana bencana, bukan aturan yang berlaku umum) dan pertanggung jawaban keuangan (untuk antisipasi pemeriksaan BPKP). Dana Bencana yang bersumber dari APBN saat ini di tiap-tiap propinsi besarnya adalah 1 M dan hanya boleh digunakan untuk belanja barang, sehingga menyulitkan operasional penanganan bencana.
2. Selain anggaran dana bencana di atas, masing masing pemda perlu mengalokasikan dana bencana, yang birokrasi pencairannya relatif lebih mudah dan penggunaannya lebih fleksibel, seperti halnya dana talangan yang diberikan Jamkesmas pada saat dana dari pusat belum turun, sehingga pelayanan kesehatan tetap bisa berjalan dengan baik.
3. Dinkes kabupaten sulit menjalankan fungsinya selaku koordinator pelayanan kesehatan dengan baik, karena tidak ada alokasi dana untuk operasional kegiatan. Bahkan pemda juga tidak mengalokasikan dana untuk kegiatan di dinas dinas terkait, sehingga hal ini menjadi kendala di lapangan dalam penanganan bencana.
4. Perlu dipikirkan sumber dana untuk pembiayaan keluarga pasien di rumah sakit, karena mereka semua pada umumnya korban gempa yang sudah tidak memiliki apa apa. Siapa yang bertanggung jawab ? Dalam kasus ini pembiayaan keluarga pasien di rumah sakit pada tahap awal dijamin oleh Jamkesmas, namun dalam surat Dirjen Bina Pelayanan Medik Depkes, dinyatakan bahwa biaya makan penunggu pasien tidak ditanggung.
5. Sebaiknya PT Askes sebagai salah satu badan pelaksana dalam sistem jaminan kesehatan nasional, mempunyai kebijakan khusus dalam manajemen bencana, sehingga bisa berperan tanpa harus menunggu instruksi dari pusat dahulu, khususnya pada masa emergency, misalnya dengan memberikan dana talangan bagi rumah sakit yang sudah bekerja sama dengan PT Askes terlebih dulu (khususnya bagi daerah yang tidak mempunyai cadangan dana kesehatan).
6. Diharapkan pemerintah sudah mulai mengembangkan pembiayaan kesehatan gempa dengan instrumen hedging selain dengan instrumen financing yang sudah berjalan.