

Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Yang Berasal Dari Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Datoe Binangkang Kabupaten Bolaang Mongondow

Management and Use of Funds Derived from The National Health Insurance Scheme in hospitals Datoe Binangkang Bolaang Mongondow

Debby Kulo¹⁾ R. G. A. Massie²⁾ G. D. Kandou³⁾

¹⁾ RSUD Datoe Binangkang Kabupaten Bolaang Mongondow

²⁾ Balitbang Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

³⁾ Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado

Abstrak

Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang digelar Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan diyakini akan membawa perubahan besar dalam pelayanan kesehatan di Indonesia. Salah satu perubahan yang paling disorot yaitu mekanisme pembayaran klaim. Pengelolaan dan pemanfaatan dana JKN pada Satuan Kerja Perangkat Daerah yang belum menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah harus dianggarkan sebagai Pendapatan Asli daerah. Tujuan penelitian ini untuk mendapatkan informasi dan gambaran pengelolaan dan pemanfaatan dana yang berasal dari Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Datoe Binangkang Kabupaten Bolaang Mongondow. Hasil penelitian menunjukkan pemahaman sistem pembayaran pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional kepada RSUD Datoe Binangkang masih kurang dan terdapat kendala dalam mekanisme verifikasi klaim. Pengetahuan dan pemahaman Pengelolaan dana hasil klaim JKN menurut aturan keuangan daerah masih sangat kurang dan menyulitkan rumah sakit dalam pertanggungjawaban dan pemanfaatannya dan keterlambatan Pemda menetapkan Perbup dan SK bendahara. Pemanfaatan dana hasil klaim JKN belum maksimal, masih ada obat-obatan yang tidak masuk dalam Formularium Nasional serta terdapat hutang obat-obatan dan bahan medis habis pakai.

Kata Kunci : Jaminan Kesehatan Nasional, Pengelolaan, Pelayanan.

Abstract

Implementation of the National Health Insurance program (JKN) held the Social Security Agency of Health believed would bring major changes in health care in Indonesia. One of the most highlighted change is the mechanism of

payment of claims from the Social Security Board of Health to health care providers such as health centers, clinics and hospitals. Hospital governance in Indonesia is not yet fully Local Public Service Board to add a separate management fee for the hospital, where the hospital will be back eventually confronted with the process of accountability. Management and utilization of the National Health Insurance fund in accordance with the rules of local finance that all receipts for services of public health services funded from the results of the claim to the Social Security Board of Health received by the regional work units that have not implemented the Financial Management Pattern of Local Public Service Board should be budgeted as revenue area. The purpose of this research is to obtain information and an overview of the management and use of funds from the National Health Insurance Program in Hospital Datoe Binangkang Bolaang Mongondow. The results showed the National Health Insurance payment services to hospitals Datoe Binangkang still find obstacles in the process of verification mechanisms claims by the internal team of hospital and verifier Social Security Organizing Body Health, hospital budgets contained in the budget plan has not been able to pay for hospital services and hospital operations up to now, the proceeds from the hospital claims payments by the Social Security Board of Health shall be paid into the local treasury as PAD, the utilization of the proceeds from a claim that has been disbursed from the local treasury has not been able to pay for services and hospital operations.

Keywords : National Health Insurance, Management, Services

Pendahuluan

Undang – Undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan, menyatakan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Setiap kegiatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional. (Anonymous, 2009).

Salah satu pilar utama pembangunan bidang kesejahteraan masyarakat yaitu terselenggaranya sistem perlindungan sosial yang mampu memberikan manfaat bagi seluruh penduduk. Dilandasi Undang-Undang Tahun 1945 Pasal 28 ayat (3) yang berbunyi “Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat”; dan Pasal 34 ayat (2) “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”; serta untuk memenuhi amanat konstitusi maka terbitlah Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) kemudian Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Undang - Undang ini dimaksudkan untuk memberikan landasan terhadap pelaksanaan program jaminan sosial yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi setiap warga Negara (Dewan Jaminan sosial Nasional, 2012).

Di Indonesia telah lama beroperasi program jaminan sosial yang

diselenggarakan oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial yaitu PT Jamsostek, PT Askes, PT Asabri, Bapel JPKM dan berbagai program-program jaminan sosial mikro, tetapi cakupannya masih relatif rendah dan terbatas pada pekerja sektor formal. Badan-badan penyelenggara tersebut beroperasi secara parsial masing-masing berlandaskan Undang-undang atau peraturan-peraturan yang terpisah, tumpang tindih, tidak konsisten, dan kurang tegas. Sementara itu, diketahui bahwa manfaat yang diterima peserta masih terbatas sehingga peserta tidak terlindungi secara optimal. Pengelolaan lembaga dianggap belum transparan dan dengan manajemen yang profesionalitasnya masih perlu ditingkatkan.

Menyadari kekurangan tersebut, pemerintah merasa perlu memiliki undang-undang yang berlaku nasional dan mampu menyempurnakan undang-undang dan peraturan yang mengatur baik substansi, kelembagaan maupun mekanisme penyelenggaraan jaminan sosial. Undang-undang tersebut disusun berlandaskan konsep jaminan sosial nasional yang sah dan integral sehingga dapat menjadi payung yang memberikan arahan dalam penyelenggaraan jaminan sosial.

Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang digelar BPJS Kesehatan diyakini akan membawa perubahan besar dalam pelayanan kesehatan di Indonesia. Salah satu perubahan yang paling disorot adalah mekanisme pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan kepada penyedia pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, Klinik dan Rumah Sakit.

Dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan, dana jaminan kesehatan wajib dikelola secara efisien dan professional serta memenuhi prinsip manajemen risiko terutama terkait dengan keseimbangan pengelolaan aktiva dan kewajiban (ALMA). (Peta Jalan Menuju JKN, Jakarta 2012).

Tata kelola rumah sakit di Indonesia yang belum sepenuhnya BLUD menambah beban pengelolaan tersendiri bagi rumah sakit, dimana akhirnya manajemen rumah sakit akan kembali dihadapkan pada proses akuntabilitas.

Pelayanan kesehatan masyarakat di Kabupaten Bolaang Mongondow dilayani oleh sebuah Rumah Sakit Umum bertipe C, rumah sakit ini merupakan pusat rujukan yang berasal dari Puskesmas dan puskesmas pembantu yang tersebar pada wilayah kecamatan baik pada Kabupaten Bolaang Mongondow maupun dari kabupaten/kota lain seperti Kota Kotamobagu, Kabupaten Bolaang Mongondow Utara, Bolaang Mongondow Timur dan Kab. Bolaang Mongondow Selatan serta rujukan-rujukan yang berasal dari Dokter-dokter praktek. Rumah sakit ini berdiri pada tahun 1920. Terletak di Kotamobagu, dimana dulunya merupakan ibukota dari kabupaten Bolaang Mongondow. Namun, karena pemekaran daerah maka Ibukota Bolaang Mongondow pindah ke Lolak. Sementara Rumah Sakit Umum Daerah Bolaang Mongondow masih tetap berada di Kotamobagu sampai dengan sekarang. Pemerintah Kotamadya Kotamobagu sendiri sudah membangun Rumah Sakit, namun pelayanan yang diberikan belum memadai untuk dijadikan Rumah Sakit rujukan.

Sistem INA-CBG's disebutkan tidak sesuai dengan pembiayaan yang ada di rumah sakit. Pembiayaan dengan paket yang paten, kebanyakan tidak pas dengan biaya tindakan yang dilakukan oleh pihak rumah sakit pada pasien, sementara seharusnya mendapat tindakan lebih, sehingga yang terjadi adalah memperburuk layanan kesehatan untuk masyarakat. Dalam pelaksanaannya masih banyak obat – obatan yang tidak masuk dalam Formularium Nasional, sehingga menyebabkan operasional untuk obat – obatan dan bahan medis habis pakai menjadi membengkak. Akibatnya masih

banyak didapati tambahan biaya yang dibebankan kepada peserta untuk membeli obat-obat yang tidak masuk dalam Formularium Nasional.

Penggunaan dana hasil pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada rumah sakit masih menjadi masalah terkendala aturan di daerah. Meskipun pembayaran klaim oleh BPJS berjalan dengan lancar setiap bulannya, namun pengelolaannya masih terhambat dengan peraturan pemerintah yang mengatur tentang pengelolaan keuangan di daerah. Menurut peraturan perundang – undangan yang berlaku menyebutkan bahwa semua penerimaan SKPD harus segera disetor ke kas daerah sebagai Pendapatan Asli Daerah. Masalah yang ada di Rumah Sakit Umum daerah Datoe Binangkang saat ini yaitu anggaran yang tertata di RKA-SKPD tahun 2014 menyangkut dana asuransi kesehatan hanya tertata anggaran untuk dua bulan (Januari dan Februari). Menurut data terbaru dari rumah sakit didapatkan bahwa klaim total dari rumah sakit sampai dengan bulan September sebesar Rp. 9.274.768.800, dana yang sudah dicairkan dan digunakan oleh rumah sakit sebesar Rp. 1.617.238.971, sehingga sisa dana yang masih berada di rekening rumah sakit dan belum bisa digunakan sebesar Rp. 7.657.529.829. Sampai dengan sekarang rumah sakit berhutang sekitar Rp. 400.000.000 kepada pihak PBF, itu hanya obat-obatan untuk pasien JKN. Hal ini menyebabkan terkendalanya pelayanan di Rumah Sakit, terutama untuk pengadaan obat – obatan dan bahan medis habis pakai. Rumah sakit telah berhutang demikian banyak ke pihak ketiga tanpa bisa berbuat apa – apa untuk membayar hutang tersebut. Bahkan beberapa pihak distributor obat tidak lagi memberikan obat-obat yang diminta rumah sakit. Seringkali ruang perawatan kehabisan bahan medis habis pakai, sementara pihak farmasi belum bisa mengadakan karena terhambat pembayaran hutang ke pihak ketiga.

Dari pihak Pemerintah Daerah lambat menunjuk bendahara SKPD yang akan bertanggungjawab terhadap dana JKN ini. Bendahara pengeluaran adalah orang yang menerima, menyimpan, membayarkan, menatausahakan, dan mempertanggungjawabkan uang untuk keperluan belanja daerah dalam rangka pelaksanaan APBD pada SKPD. Dalam program Jaminan Kesehatan Nasional, fungsi bendahara SKPD antara lain membuka nomor rekening yang akan dipakai menerima dana hasil pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan, melakukan penyetoran dana hasil klaim ke kas daerah, membuat pertanggungjawabkan penggunaan dana hasil klaim yang kemudian disampaikan ke Dinas Pendapatan, Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah untuk dicairkan sehingga bisa dimanfaatkan oleh rumah sakit, serta membayarkan jasa pelayanan kepada petugas medis dan membayar operasional rumah sakit. Di samping itu, pembuatan Peraturan Bupati yang mengatur pembagian jasa pelayanan dan operasional rumah sakit membutuhkan waktu yang panjang.

Berdasarkan latar belakang di atas maka tujuan yang ingin dicapai dari penelitian ini adalah mendapatkan informasi dan gambaran pengelolaan dan pemanfaatan dana yang berasal dari program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Datoe Binangkang Bolaang Mongondow

Metode

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif yang bertujuan untuk mendapatkan informasi yang lebih mendalam tentang bagaimana pengelolaan dan pemanfaatan dana yang berasal dari program jaminan kesehatan nasional di RSUD Datoe Binangkang, dalam hal pembayaran klaim kepada rumah sakit, pengelolaan dana hasil klaim sesuai dengan aturan keuangan daerah dan pemanfaatan dana hasil klaim Jaminan Kesehatan Nasional di rumah sakit. Penelitian ini dilakukan di RSUD Datoe Binangkang Bolaang Mongondow pada bulan Juli – September 2014. Informan

dalam penelitian ini adalah 10 (sepuluh) orang yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, antara lain Direktur rumah sakit, Kasubag Perencanaan dan Keuangan rumah sakit, Bendahara Pengeluaran rumah sakit, Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Nasional, Kepala Instalasi Farmasi rumah sakit, Dokter Fungsional rumah sakit, BPJS Kesehatan Cabang Tondano, Verifikator BPJS Kesehatan, Kepala Dinas DPPKAD Kabupaten Bolaang Mongondow, dan Kabid Perbendaharaan DPPKAD Kabupaten Bolaang Mongondow. Data primer didapatkan dari hasil wawancara mendalam kepada Direktur rumah sakit, Kasubag Perencanaan dan Keuangan rumah sakit, Bendahara Pengeluaran rumah sakit, Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Nasional, Kepala Instalasi Farmasi rumah sakit, Dokter Fungsional rumah sakit, BPJS Kesehatan Cabang Tondano, Verifikator BPJS Kesehatan, Kepala Dinas DPPKAD Kabupaten Bolaang Mongondow, dan Kabid Perbendaharaan DPPKAD Kabupaten Bolaang Mongondow. Wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan daftar pertanyaan panduan wawancara mendalam dan hasilnya dicatat/direkam dengan *voice recorder*. Data yang sudah terkumpul, diolah secara manual dengan membuat transkrip kemudian disusun dalam bentuk matriks dan selanjutnya dianalisis dengan memakai metode analisis isi (*content analysis*).

Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan hasil telaah dokumen yang dikumpulkan dari informan yang berhubungan langsung maupun tidak langsung terhadap pengelolaan dan pemanfaatan dana hasil pembayaran klaim

Jaminan Kesehatan Nasional di rumah sakit. Sebagian besar dokumen tersebut sudah lengkap, sebagian juga ada yang kurang lengkap bahkan ada yang tidak ada dokumen sama sekali. Dengan rincian sebagai berikut :

Penilaian observasi dokumen pada informan diberikan sesuai dengan kelengkapan dokumen yang di observasi. Penilaian tersebut dapat ditentukan sebagai berikut :

1. Dokumen lengkap :
diberi nilai 2
2. Dokumen tidak lengkap :
diberi nilai 1
3. Tidak ada dokumen :
diberi nilai 0

Dari 14 item dokumen yang dinilai maka diperoleh nilai sebagai berikut :

1. Nilai 28 jika dokumen yang di observasi 100 % lengkap dan diberikan penilaian amat baik.
2. Nilai 22,4 (22) jika dokumen yang diobservasi 80% lengkap dan diberikan penilaian Baik.
3. Nilai 16,8 (17) jika dokumen yang diobservasi 60% lengkap dan di beri nilai cukup.
4. Nilai 11,2 (11) jika dokumen yang diobservasi 40% lengkap dan di beri nilai kurang.
5. Nilai 5,6 (6) jika dokumen yang di observasi 20% lengkap dan diberi nilai amat kurang.

Dari skor tersebut di atas dikelompokkan dan di berikan penilaian sebagai berikut :

Nilai 23-28	= Amat baik
Nilai 18-22	= Baik
Nilai 12-17	= Cukup
Nilai 7-11	= Kurang
Nilai \leq 6	= Amat Kurang

Hasil reduksi triangulasi metode dengan observasi dokumen perencanaan sumber daya manusia diperoleh total nilai antara 4-17. Artinya dokumen pengelolaan dan pemanfaatan dana yang berasal dari program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Datoe Binangkang Bolaang

Mongondow, DPPKAD Bolaang Mongondow, dan BPJS Kesehatan masih kurang.

1 Sistem Pembayaran Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan nasional (JKN). Menurut Miller (2007) tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi tidak memberikan *reward* terhadap provider yang melakukan *over treatment*, *under treatment* maupun melakukan *adverse event* dan mendorong pelayanan tim. Dengan sistem pembiayaan yang tepat diharapkan tujuan diatas bisa tercapai (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Dengan adanya pembiayaan kesehatan maka pelayanan kesehatan tetap bermutu sesuai standar dan membatasi pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan berlebihan.

Jaminan Kesehatan Nasional merupakan pola pembiayaan pra-upaya, artinya pembiayaan kesehatan yang dikeluarkan sebelum atau tidak dalam kondisi sakit. Pola pembiayaan pra-upaya menganut hukum jumlah besar dan perangkuman risiko. Supaya risiko dapat disebarkan secara luas dan direduksi secara efektif, maka pola pembiayaan ini membutuhkan jumlah besar peserta.

Oleh karena itu, pada pelaksanaannya, Jaminan Kesehatan Nasional mewajibkan seluruh penduduk Indonesia menjadi peserta agar hukum jumlah besar tersebut dapat dipenuhi. Perangkuman risiko terjadi ketika sejumlah individu yang berisiko sepakat untuk menghimpun risiko kerugian dengan tujuan mengurangi beban (termasuk biaya kerugian/klaim) yang harus ditanggung masing – masing individu (Azwar, 1996; Murti, 2000). Pola

pembiayaan pra-upaya dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Pola ini mempunyai kelebihan pembagian resiko keuangan dengan provider, sehingga dapat mengendalikan biaya kesehatan.

Berdasarkan hasil telaah dokumen, ada beberapa kebijakan tentang penyelenggaraan Jaminan Kesehatan nasional yang didalamnya terdapat penjelasan sistem pembayaran kepada fasilitas kesehatan, seperti:

- a. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).
- b. Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
- c. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.
- d. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.
- e. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 69 tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
- f. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.
- g. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 27 tahun 2014 tentang petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Group's* (INA-CBG's).
- h. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 tahun 2014 tentang

Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Keberadaan dasar hukum yang mengatur tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional dalam hal sistem pembayaran kepada fasilitas kesehatan diketahui oleh semua informan dari instansi yang terkait, tetapi belum dipahami dengan baik. Hal ini disebabkan karena program Jaminan Kesehatan Nasional baru mulai dilaksanakan sejak 1 Januari 2014, walaupun sebelumnya fasilitas kesehatan khususnya rumah sakit sudah pernah menerapkan program Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Adapun beberapa informan tidak mengetahui tentang dasar hukum pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional merupakan hal yang sangat disayangkan, karena sebagai instansi yang mengelola keuangan daerah harusnya mengetahui semua Undang-undang dan Peraturan yang mengatur tentang pendapatan daerah termasuk dana hasil klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan.

Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau subspecialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan dan rawat inap di ruang perawatan khusus. Di Indonesia, metode pembayaran prospektif dikenal dengan *Casemix (case based payment)* dan sudah diterapkan sejak tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sistem *Casemix* adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper*. Sistem *Casemix* saat ini banyak digunakan sebagai dasar sistem pembayaran kesehatan di negara-negara maju dan sedang dikembangkan di negara-negara berkembang.

Dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diatur pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan adalah dengan *Indonesian Case Base Group's* INA-CBG's sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013. Pola pembayaran *Case Based Group's* adalah salah satu pola pembayaran prospektif yang berupa pengelompokan diagnosis dan prosedur yang memiliki ciri klinis dan penggunaan sumber daya yang mirip atau sama.

Untuk tarif yang berlaku pada 1 Januari 2014, telah dilakukan penyesuaian dari tarif INA-CBG's Jamkesmas dan telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. (PMK RI, no.27/2014)

Sebagian besar informan di Instansi yang terkait langsung dengan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional mengetahui tentang cara pembayaran klaim Jaminan Kesehatan Nasional kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut yaitu dengan menggunakan pola tarif INA-CBG's. Aplikasi INA-CBG's merupakan salah satu perangkat entri data pasien yang digunakan untuk melakukan grouping tarif berdasarkan data yang berasal dari resume medis. Aplikasi INA-CBG's sudah terinstall di rumah sakit yang melayani peserta JKN, yang digunakan untuk JKN adalah INA-CBG's versi 4.0.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya (Undang-Undang RI, 2011).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan yang memberikan layanan kepada peserta (Kementerian Kesehatan RI, 2013) Salah satu tugas dari BPJS Kesehatan yaitu membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial (Undang-Undang, 2011)

Informan dari Instansi yang terkait langsung dengan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional menjelaskan bahwa yang membayar fasilitas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.

Pembayaran pelayanan kesehatan terhadap fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan berdasarkan pada pengajuan klaim dari FKRTL baik untuk pelayanan rawat jalan maupun untuk pelayanan rawat inap. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya. Klaim FKRTL dibayarkan oleh BPJS Kesehatan paling lambat 15 hari setelah berkas klaim diterima lengkap.

Sebagian besar informan mengetahui tentang pembayaran pelayanan kesehatan kepada peserta oleh BPJS Kesehatan berdasarkan klaim pelayanan yang diajukan oleh pihak rumah sakit kepada BPJS Kesehatan, tentunya setelah diperiksa kelengkapannya oleh verifikator BPJS Kesehatan.

Besaran pembayaran yang dilakukan BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan ditetapkan dengan Keputusan Menteri. Besaran kapitasi dan *Indonesian Case Base Group's* (INA-CBG's) ditinjau sekurang-kurangnya setiap 2 (dua) tahun sekali oleh Menteri

setelah berkoordinasi dengan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan (Kementerian Kesehatan RI, 2013)

Sebagian besar informan tidak mengetahui siapa yang menentukan besaran tarif yang akan dibayarkan kepada fasilitas kesehatan, hanya satu informan yang mengetahui bahwa yang menentukan besaran tarif yang akan dibayarkan kepada fasilitas kesehatan adalah Kementerian Kesehatan yang bekerja sama dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan.

Tarif INA-CBG's yang digunakan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pwe 1 Januari 2014 diberlakukan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan, dengan beberapa prinsip sebagai berikut:

- a. Pengelompokan tarif 7 kluster rumah sakit, yaitu: tarif rumah sakit kelas A, kelas B, Kelas B Pendidikan, Kelas C, Kelas D, rumah sakit khusus rujukan Nasional, dan rumah sakit umum rujukan nasional. Pengelompokkan tarif berdasarkan penyesuaian setelah melihat besaran *Hospital Base Rate* (HBR) sakit yang didapatkan dari perhitungan total biaya pengeluaran rumah sakit. Apabila dalam satu kelompok terdapat lebih dari satu rumah sakit, maka digunakan *Mean Base Rate*.
- b. Regionalisasi, tarif terbagi atas 5 regional yang didasarkan pada Indeks Harga Konsumen (IHK) dan telah disepakati bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan.

Besaran tarif di suatu wilayah (regional) tertentu dapat berbeda dengan tarif di wilayah (regional) lainnya sesuai dengan tingkat kemahalan harga setempat, sehingga diperoleh pembayaran fasilitas

kesehatan yang efektif dan efisien (Undang-Undang, 2011).

Menurut hasil penelitian didapatkan tiga informan mengetahui bahwa rumah sakit dibayar berdasarkan tipe rumah sakit dan wilayah dimana rumah sakit itu berada. Pentarifan tersebut dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan.

Pembayaran pelayanan kesehatan dengan menggunakan sistem INA-CBG's terhadap FKRTL berdasarkan pada pengajuan klaim dari FKRTL. Setelah dilakukan entri data, kemudian pemeriksaan administrasi internal rumah sakit, klaim diajukan kepada verifikator BPJS Kesehatan dengan tujuan menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan. Setelah itu klaim diajukan ke bagian keuangan untuk kemudian dibayarkan kepada fasilitas kesehatan melalui rekening rumah sakit.

Menurut informan, mekanisme pembayaran INA-CBG's kepada fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi berkas oleh verifikator internal rumah sakit dan verifikator BPJS Kesehatan, setelah semua berkas lengkap dan sah maka data jumlah klaim diserahkan kepada bagian keuangan BPJS Kesehatan untuk dibayar kepada rumah sakit. Pembayaran kepada rumah sakit sesuai dengan nomor rekening yang dimasukkan ke BPJS Kesehatan

Proses verifikasi data oleh BPJS Kesehatan sampai dengan pembayaran kepada fasilitas kesehatan paling lambat 15 (lima belas) hari setelah berkas klaim diterima lengkap. Pembayaran kepada rumah sakit dilakukan setiap bulan pelayanan.

Sebagian besar informan pelaksana di instansi terkait mengetahui dengan jelas waktu pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada rumah sakit. Hal ini menandakan bahwa kelengkapan persyaratan administrasi dan ketepatan

waktu verifikasi berkas klaim sangat menentukan dalam pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan.

Tagihan klaim di fasilitas kesehatan lanjutan menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditanda tangani Direktur/Kepala Fasilitas Kesehatan lanjutan dan Petugas Verifikator BPJS Kesehatan.

Dari informan sebagai pelaksana teknis dalam pelaksanaan pengajuan klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan didapatkan bahwa informan memahami dengan jelas syarat-syarat untuk mengajukan klaim rumah sakit. Informan mengatakan bahwa apa yang dilakukan tercatat, apa yang dicatat itu yang dilakukan, lengkap administrasi, dan lengkap berkas. Namun informan tidak menyebutkan keabsahan pengajuan klaim harus ada persetujuan dan ditanda tangani oleh Direktur dan verifikator BPJS Kesehatan.

Verifikasi berkas dilakukan oleh internal rumah sakit dan BPJS Kesehatan. Menurut informan terdapat beberapa hambatan dalam proses verifikasi berkas, misalnya verifikator biasanya tidak bisa membaca diagnosa dan prosedur yang ditulis oleh dokter penanggungjawab pasien, berkas klaim yang tidak lengkap, kode diagnosa yang tidak sesuai dengan bukti pelayanan dan lembar verifikasi. Kendala lainnya datang dari ruangan-ruangan perawatan yang terlambat memasukkan berkas perawatan pasien. BPJS memberi waktu tanggal 10 bulan berikutnya untuk memasukkan berkas yang akan diverifikasi lagi oleh verifikator BPJS Kesehatan. Seringkali berkas dari ruangan dimasukkan ke tim internal rumah sakit untuk diverifikasi dan diinput dalam software mendekati batas waktu yang ditentukan. Hal ini sangat menghambat kelancaran proses verifikasi dan input oleh tim internal rumah sakit.

2. Pengelolaan Dana Hasil Klaim jaminan Kesehatan Nasional Menurut Aturan Keuangan Daerah

Dana hasil pembayaran klaim, bagi Rumah Sakit/Balai milik pemerintah/pemerintah daerah yang belum berstatus BLU/BLUD, pengelolaan dan pemanfaatannya disesuaikan dengan ketentuan perundangan. Adapun peraturan tentang pengelolaan dana hasil klaim, yaitu:

- a. Peraturan Pemerintah RI Nomor 58 tahun 2005 tentang Tata Kelola Keuangan Daerah
- b. Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor 13 tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah
- c. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 27 tahun 2013 tentang Pedoman Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja daerah Tahun 2014

Dari seluruh informan hanya dua yang menyebutkan ketentuan yang mengatur pengelolaan dana hasil pembayaran klaim yaitu Permendagri. Satu informan menyebutkan bahwa aturannya disesuaikan dengan ketentuan perundangan lainnya. Sebagian besar informan mengatakan ketentuan yang mengatur yaitu Permenkes dan Perbup.

Ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang pengelolaan keuangan daerah, menyebutkan bahwa:

- a. Semua penerimaan dan pengeluaran daerah baik dalam bentuk uang, barang dan/atau jasa dianggarkan dalam APBD.
- b. Penerimaan SKPD berupa uang atau cek harus disetor ke rekening kas umum daerah paling lama 1 (satu) hari kerja.
- c. Penerimaan atas jasa layanan kesehatan masyarakat yang dananya bersumber dari hasil klaim

kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang diterima oleh SKPD atau Unit Kerja pada SKPD yang belum menerapkan PPK-BLUD, dianggarkan pada akun pendapatan, kelompok pendapatan PAD, jenis pendapatan Retribusi Daerah, obyek pendapatan Retribusi Jasa Umum, rincian obyek pendapatan Retribusi Pelayanan Kesehatan.

Pemahaman informan tentang isi dari peraturan keuangan daerah untuk pengelolaan dana hasil pembayaran klaim Jaminan Kesehatan Nasional tidak begitu baik. Informan hanya mengetahui bahwa aturan mengharuskan dana hasil klaim kepada BPJS Kesehatan harus disetor ke kas daerah sebagai Pendapatan Asli Daerah (PAD). Bahkan informan yang mengelola keuangan daerah tidak mengetahui isi dari aturan tersebut.

Berdasarkan telaah dokumen penerimaan SKPD yang merupakan penerimaan daerah tidak dapat dipergunakan langsung untuk pengeluaran, kecuali ditentukan lain oleh peraturan perundang-undangan (Permendagri No. 13, 2006). Sebagian besar informan dalam penelitian ini mengetahui bahwa tidak bisa ada penggunaan langsung termasuk dana hasil pembayaran klaim karena ada aturannya.

Menurut Peraturan Pemerintah dan Peraturan Menteri Dalam Negeri menyebutkan bahwa semua penerimaan SKPD berupa uang atau cek harus disetor ke rekening kas umum daerah. Penerimaan atas jasa layanan masyarakat yang dananya bersumber dari hasil klaim kepada BPJS Kesehatan yang diterima SKPD yang belum menerapkan PPK-BLUD, maka harus dianggarkan dalam kelompok pendapatan PAD (Permendagri No.27, 2013). Termasuk dana hasil pembayaran klaim Jaminan Kesehatan Nasional, walaupun hanya sekedar numpang lewat di kas daerah. Semua informan menyatakan

bahwa dana hasil klaim harus disetor ke kas daerah sebelum bisa digunakan oleh rumah sakit. Ada informan yang menyatakan bahwa pengelolaan dana tersebut tergantung dari otonomi masing-masing daerah.

Berdasarkan telaah dokumen bahwa dalam rangka mengefektifkan tata kelola keuangan dana pelayanan kesehatan JKN maka dana pelayanan kesehatan JKN yang telah menjadi Pendapatan Daerah, sesegera mungkin dikembalikan seutuhnya kepada Puskesmas ataupun Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah untuk dapat menunjang kelancaran pelayanan kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit (SE Mendagri, 2013).

Menurut hasil penelitian dana yang berasal dari hasil klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan disetor ke kas daerah dan dikembalikan seutuhnya tanpa ada potongan dari daerah setelah rumah sakit membuat pertanggungjawaban penggunaan dana tersebut.

Menurut telaah dokumen maka semua penerimaan daerah apabila berbentuk uang harus segera disetor ke kas umum daerah dan berbentuk barang menjadi milik/asset daerah yang dicatat sebagai inventaris daerah (PP RI No. 58, 2005).

Sebagian besar informan dalam penelitian ini menyatakan bahwa penyetoran dana hasil pembayaran klaim ke kas daerah sudah dilakukan, tapi sampai sekarang yang disetorkan hanya hasil klaim dua bulan saja, yaitu Januari dan Februari. Salah satu informan menyatakan bahwa penyetoran PAD oleh rumah sakit dilakukan setiap triwulan. Untuk dana hasil klaim sistem penyetorannya agak berbeda dengan PAD rutin rumah sakit, karena tergantung dari dana yang telah dibayarkan dan anggaran yang tertata di APBD. Sisa dana hasil klaim yang telah dibayarkan BPJS Kesehatan, masih tetap ada di rekening rumah sakit. Dana tersebut belum disetorkan ke kas daerah sebagai PAD.

Menurut telaah dokumen semua penerimaan dan pengeluaran daerah dianggarkan dalam APBD. APBD disesuaikan dengan kebutuhan penyelenggaraan pemerintahan dan kemampuan pendapatan daerah. Jumlah pendapatan yang dianggarkan dalam APBD merupakan perkiraan yang terukur secara rasional yang dapat dicapai untuk setiap sumber pendapatan. Dalam penyusunan APBD, penganggaran pengeluaran harus didukung dengan adanya kepastian tersedianya penerimaan dalam jumlah yang cukup. Penganggaran untuk setiap pengeluaran APBD harus didukung dengan dasar hukum yang melandasinya. SKPD dalam hal ini rumah sakit harus menyusun anggaran belanja termasuk untuk program Jaminan Kesehatan Nasional dalam Rencana Kegiatan Anggaran tahun berjalan.

Dua informan menyatakan rumah sakit harus menganggarkan dalam RKA, dan harus sesuai dengan dana yang tersedia. Dalam pelaksanaannya, dana hasil klaim tidak tertata seluruhnya dalam APBD 2014.

Tahun anggaran APBD meliputi masa 1 (satu) tahun mulai tanggal 1 Januari sampai 31 Desember. Menurut informan penganggaran APBD rumah sakit yang disusun dalam Rencana Kegiatan Anggaran tidak tertata untuk penggunaan satu tahun. Data yang ada bahwa dana hasil pembayaran klaim yang tertata dalam RKA rumah sakit hanya sampai dua bulan saja.

Menurut telaah dokumen bahwa penyesuaian APBD dengan perkembangan dan/atau perubahan keadaan, dibahas bersama DPRD dengan pemerintah daerah dalam rangka penyusunan prakiraan perubahan atas APBD tahun anggaran yang bersangkutan, apabila terjadi perkembangan yang tidak sesuai dengan asumsi kebijakan umum APBD. Perubahan APBD hanya dapat dilakukan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun anggaran, kecuali dalam keadaan luar biasa.

Menurut hasil penelitian ini menyatakan bahwa untuk dana hasil klaim yang tidak tertata dalam APBD induk, maka bisa ditata kembali dalam APBD Perubahan dengan terlebih dahulu melaporkan kepada DPPKAD. Dana hasil klaim yang belum tertata dalam APBD tetapi sudah dibayarkan kepada rumah sakit, masih tetap berada di rekening rumah sakit.

SKPD melalui bendahara pengeluaran secara administrative wajib mempertanggungjawabkan penggunaan uang persediaan/ganti uang persediaan/tambah uang persediaan kepada kepala SKPD melalui PPK-SKPD paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Pertanggungjawaban ini disertai dengan dokumen laporan dari SKPD.

Menurut informan bahwa proses pencairan dana hasil klaim dari kas daerah harus membuat permintaan atau pertanggung jawaban dan diajukan ke DPPKAD. Jika berkas pertanggungjawaban sudah lengkap, dan dananya sudah ada di kas daerah maka bisa dicairkan.

Menurut telaah dokumen bahwa kepala daerah atas usul PPKD mengangkat bendahara pengeluaran untuk melaksanakan tugas kebidaharaan dalam rangka pelaksanaan anggaran pendapatan pada SKPD. Bendahara pengeluaran harus pejabat fungsional.

Pada penelitian ini informan menjelaskan bahwa yang menjadi hambatan adalah mekanisme atau proses pencairan yang terlalu lama karena harus menyesuaikan dengan RKA-SKPD. Di samping itu juga pemerintah daerah yang lambat mengeluarkan Surat Keputusan untuk bendahara SKPD yang menjalankan fungsi menerima, menyimpan, membayarkan, menatausahakan dan mempertanggungjawabkan dana hasil klaim.

Sesuai Undang-undang yang berlaku menerangkan bahwa bunga bank dan/atau

jasa giro yang diperoleh Pemerintah merupakan pendapatan negara/daerah. Sebagian besar informan mengatakan bahwa jasa giro tidak dihitung secara rinci tetapi diakumulasi dari jumlah yang ada di kas daerah, dan tetap masuk ke kas daerah.

Sebagian besar informan menyatakan bahwa pengelolaan dan pemanfaatan dana hasil pembayaran klaim Jaminan Kesehatan Nasional menurut aturan keuangan daerah agak menyulitkan karena prosedurnya yang terlalu lama dan harus menyesuaikan dengan RKA-DPA yang ada. Jika dana hasil klaim tidak semua tertata dalam RKA maka masih menunggu lagi APBD Perubahan di akhir tahun.

3. Pemanfaatan Dana Hasil Pembayaran Klaim Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit

Ketentuan yang mengatur tentang pemanfaatan dana hasil pembayaran klaim kepada rumah sakit yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan antara lain: Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional dan Peraturan Bupati Bolaang Mongondow Nomor 07 tahun 2014 tentang Besaran Biaya dan Prosedur Pelayanan Kesehatan Masyarakat dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional pada Rumah Sakit daerah Datoe Binangkang Bolaang Mongondow Tahun 2014.

Menurut Informan aturan yang mengatur pemanfaatan dana hasil pembayaran klaim di rumah sakit yaitu Permenkes dan Peraturan Bupati. Permenkes mengatur tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan program Jaminan Kesehatan Nasional, sedangkan Peraturan Bupati mengatur tentang besaran biaya pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional.

Menurut telaah dokumen maka besaran jasa pelayanan kesehatan di FKRTL milik pemerintah dalam kisaran 30-50% (tiga

puluh sampai dengan lima puluh persen) dari total pendapatan fasilitas kesehatan tersebut. Sedangkan menurut Peraturan Bupati menjelaskan bahwa pembagian antara jasa pelayanan sebesar 50% dan operasional rumah sakit sebesar 50%.

Dalam penelitian ini pemanfaatan dana hasil pembayaran klaim di rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional dan Peraturan Bupati Bolaang Mongondow nomor 07 Tahun 2014 tentang besaran biaya dan prosedur pelayanan kesehatan masyarakat program Jaminan Kesehatan Nasional pada RSUD Datoe Binangkang Bolaang Mongondow diatur tentang pembagian jasa pelayanan sebesar 50% dan operasional rumah sakit sebesar 50% dari total hasil klaim yang dibayar.

Menurut informan hasil pembayaran klaim yang telah di cairkan dari pemerintah daerah belum bisa membayarkan jasa pelayanan dan operasional rumah sakit sampai dengan sekarang. Sesuai dengan dana yang disetorkan ke kas daerah yaitu dana untuk dua bulan (Januari dan february), rumah sakit juga baru bisa membayarkan jasa pelayanan dan operasional dua bulan pelayanan saja. Dengan kondisi seperti itu rumah sakit belum bisa menganalisa apakah hasil klaim sampai sekarang bisa membayar jasa pelayanan dan operasional rumah sakit. Khusus untuk operasional rumah sakit, pembagian 50% belum bisa dilihat apakah mencukupi semua operasional rumah sakit karena dana yang telah dibayar oleh BPJS Kesehatan belum bisa dimanfaatkan untuk membayar semua operasional sarana dan prasarana.

Penyediaan obat di fasilitas kesehatan dilaksanakan dengan mengacu kepada Fornas dan harga obat yang tercantum dalam e-katalog obat. Pengadaan obat dalam e-katalog menggunakan mekanisme e-purchasing, atau bila terdapat kendala operasional dapat dilakukan secara

manual. Dalam hal jenis obat tidak tersedia dalam Fornas dan harganya tidak terdapat dalam e-katalog, maka pengadaannya dapat menggunakan mekanisme pengadaan yang lain sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku, dan dalam hal obat yang dibutuhkan sesuai indikasi medis pada Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan tidak tercantum dalam Formularium Nasional, dapat digunakan obat lain berdasarkan persetujuan Komite Medik dan kepala/direktur rumah sakit.

Dari beberapa informan didapatkan penjelasan bahwa ada beberapa obat yang sering digunakan pada pasien tidak masuk dalam Formularium Nasional. Harus ada kebijakan dari pihak rumah sakit untuk mengadakan obat-obat tersebut. Selama ini rumah sakit menggunakan protokol terapi untuk mengadakan obat-obat yang tidak masuk dalam Fornas. Sementara ini juga rumah sakit sedang menyusun Formularium Rumah Sakit, berisi obat-obat di luar Fornas yang sering digunakan dalam pengobatan pada pasien peserta Jaminan Kesehatan Nasional. Dalam penyusunan Formularium Rumah Sakit harus berdasarkan *Evidence Base*.

Selama dalam pelayanan kesehatan pada peserta Jaminan Kesehatan Nasional, fasilitas kesehatan tidak boleh dikenai biaya tambahan, kecuali peserta tidak mengikuti standar peraturan yang ditetapkan. Termasuk dalam hal penggunaan obat di luar Formularium Nasional, biayanya sudah termasuk dalam tarif INA-CBG's dan tidak boleh dibebankan kepada peserta.

Menurut informan masih terdapat tambahan atau iur biaya yang dikeluarkan oleh peserta, khususnya obat-obatan. Masih didapati dokter meresepkan obat bukan generik di luar Formularium Nasional, ataupun penggunaan obat-obatan di luar Fornas sesuai dengan indikasi medis.

Dalam penelitian ini terdapat hutang kepada pihak distributor obat, karena operasional rumah sakit baru bisa dibayarkan untuk penggunaan bulan Januari dan februari, sementara itu pelayanan kesehatan kepada peserta harus terus dilakukan. Kebutuhan obat-obatan dan bahan medis habis pakai semakin bertambah, di samping itu jumlah peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan semakin banyak seiring dengan bertambahnya peserta Jaminan Kesehatan Nasional. Pihak rumah sakit hanya menjanjikan untuk pembayaran obat-obatan dan bahan medis habis pakai masih menunggu APBD Perubahan yang ditetapkan pemerintah daerah. Untuk mengatasi hal ini, rumah sakit bekerja sama dengan apotik pelengkap yang membantu dalam memberikan obat-obatan pada pasien. Namun kenyataannya, apotik pelengkap juga tidak mampu memberikan semua permintaan obat-obatan dan bahan medis habis pakai. Hal ini berdampak pada pelayanan kesehatan khususnya pada peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Sistem pembayaran pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan.
 - Pemahaman tentang penyelenggaraan program Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional dalam hal ini sistem pembayaran dana hasil klaim rumah sakit oleh BPJS Kesehatan masih kurang, khususnya dari Instansi yang mengelola keuangan daerah yaitu Dinas Pendapatan, Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah Bolaang Mongondow.

- Dalam proses verifikasi berkas klaim baik oleh tim internal rumah sakit maupun verifikator BPJS Kesehatan masih banyak menemui hambatan dalam pelaksanaannya, sehingga mengganggu kelancaran verifikasi berkas.
2. Pengelolaan dana hasil klaim Jaminan Kesehatan Nasional menurut aturan keuangan daerah.
- Pengetahuan dan pemahaman tentang ketentuan yang mengatur tentang pengelolaan dana yang berasal dari hasil klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan menurut aturan keuangan daerah masih sangat kurang dari semua Instansi yang terkait.
 - Pengelolaan dana hasil klaim Jaminan Kesehatan Nasional yang harus mengikuti aturan keuangan daerah menyulitkan rumah sakit dalam pertanggungjawaban dan pemanfaatannya, sehingga berpengaruh pada pelayanan kesehatan kepada peserta Jaminan Kesehatan Nasional di rumah sakit.
 - Keterlambatan pemerintah daerah mengeluarkan Surat Keputusan pengangkatan Bendahara rumah sakit, sehingga menghambat proses pengelolaan dana yang berasal dari hasil klaim kepada BPJS Kesehatan.
3. Pemanfaatan dana hasil pembayaran klaim Jaminan Kesehatan Nasional di rumah sakit.
- Pemanfaatan dana hasil klaim yang telah melalui proses pengelolaan keuangan daerah di rumah sakit masih belum maksimal.
 - Terdapat obat-obatan yang tidak masuk dalam Formularium Nasional. Hal ini menyulitkan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta Jaminan Kesehatan Nasional, dan juga berakibat timbulnya iur atau tambahan biaya yang dibebankan kepada peserta.
 - Masih terdapat hutang obat-obatan dan bahan medis habis pakai yang banyak kepada pihak distributor yang menyebabkan terhambatnya proses pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit kepada peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

Saran

1. Bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Bolaang Mongondow
 - a. Penting agar Pemerintah Daerah mengeluarkan semua peraturan yang terkait pengelolaan dana oleh SKPD secepat mungkin.
 - b. Perlu melakukan sosialisasi secara rutin tentang pengelolaan keuangan daerah.
 - c. Tidak sering melakukan rolling pejabat dan staf di Instansi teknis pemerintah Kabupaten Bolaang Mongondow
2. Bagi Dinas Pendapatan, Pengelolaan Keuangan dan Aset daerah
Perlu mengikuti sosialisasi tentang aturan dan cara pengelolaan dana hasil pembayaran klaim rumah sakit oleh BPJS Kesehatan.
3. Bagi RSUD Datoe Binangkang Bolaang Mongondow.
 - a. Mengikuti sosialisasi tentang penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan nasional khususnya pengelolaan dan pemanfaatan dana hasil pembayaran klaim rumah sakit oleh BPJS Kesehatan secara rutin dan bergantian.
 - b. Memaksimalkan sumber daya dan waktu dalam mekanisme pengelolaan dana hasil klaim Jaminan Kesehatan Nasional

- c. Membuat perencanaan rumah sakit dalam Rencana Kegiatan Anggaran yang akan ditata dalam APBD tahun berjalan, khusus untuk dana hasil pembayaran klaim Jaminan Kesehatan Nasional dengan tepat dan efisien.
- d. Secepat mungkin memasukkan usulan yang menyangkut regulasi pengelolaan keuangan di rumah sakit kepada Pemerintah Daerah Bolaang Mongondow.
- e. Secepat mungkin menyusun dan menetapkan Formularium Rumah Sakit.
- f. Secepat mungkin mengusulkan kepada pemerintah daerah agar rumah sakit segera menerapkan Pola Pengelolaan keuangan (PPK) Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

Daftar Pustaka

- Anonimous, 2005. Peraturan Pemerintah R.I Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah.
- Anonimous, 2011. Undang – Undang R.I Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
- Azwar, 1996. Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga, Jakarta. Binarupa Aksara.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI, 2014. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Sesuai SJSN dan Kesiapan Pelaksanaannya. Diakses Januari 2014.
- Keputusan Menteri Kesehatan R.I, 2013. Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Keputusan Menteri Kesehatan R.I, 2013. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sesuai UU SJSN dan UU BPJS. Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Sekretariat Jenderal Kemeterian Kesehatan.
- Peraturan Menteri Dalam Negeri R.I No. 13, 2006. Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah.