

PERBANDINGAN SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN SEBELUM DAN SELAMA PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) DI KABUPATEN KUNINGAN TAHUN 2014

(Comparison Of Health Systems Financing Before And During The Implementation Of The National Health Insurance (Jkn) In The Kuningan District In 2014)

Rossi Suparman¹, Cecep Heriana², Iyan Yanuar¹

¹RSUD Linggarjati, STIKes Kuningan Garawangi

ABSTRAK

Background: Indonesia implementing health financing system of social insurance starting on January 1, 2014 Health financing policy in this year ensured that all Indonesian society in terms of health insurance. Kuningan Regency Society already registered BPJS approximately 52%. Kuningan district health budget allocation in 2014 reached 4.9% of regional budget. When a policy is launched it will cause a change before or when the policy is launched including policy National Health insurance. This study aims to describe the comparison of the health financing system before and during the implementation of the national health insurance (JKN) in the Kuningan District. Methods: This study is a descriptive study with a qualitative approach. Subject of research was stakeholders, profesional organization, college. Characteristics of data collected include primary data obtained from interviews using an interview guide, while the secondary data obtained with the document study and the data were analyzed qualitatively. Result: The funds of health financing before JKN was approved from the state budget, provincial budget and the district also levies charges. Currently plus funds from the public (non-PBI). Allocation of health financing before and after JKN has not changed still 4.9% of the budget. Before JKN was approved, health care payment was using fee for service, and currently uses pattern CBG's INA rates. Governance in the region has not changed, the law refers to national legislation for the regulation of only a capitation system. The role of stakeholders or any agency in JKN was as implementers, monitoring and evaluation. The major of management role JKN program, each agency work together in order to all citizens will have become participants BPJS in Kuningan District. Conclusion and recommendation: health financing system in Kuningan district generally has not changed due to the allocation of health funding still does not tend to rise. Expected to increase the allocation of Health funding, and poor people who are not covered can be covered BPJS.

Key words: health financing system, national health insurance, Kuningan

PENDAHULUAN

Indonesia menerapkan sistem pembiayaan kesehatan yang bersifat asuransi sosial mulai tanggal 1 Januari 2014. Undang-undang No.40 tahun 2004 tentang jaminan sosial nasional¹ mengatakan bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju

terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur. Kebijakan pembiayaan kesehatan pada tahun ini yaitu agar seluruh masyarakat Indonesia terjamin dalam hal jaminan kesehatan.

Alokasi anggaran kesehatan setiap negara minimal 5% dari PDB menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO)². Kemenkeu (2014)³ menyatakan alokasi

anggaran kesehatan di Indonesia dari tahun 2009-2014 mengalami peningkatan, untuk tahun 2013 alokasi anggaran kesehatan mencapai 3,3% dari APBN sedangkan untuk tahun 2014 mengalami peningkatan menjadi 3,8% dari APBN. Menurut BPKAD (Badan Perbendaharaan Keuangan dan Aset Daerah) Kabupaten Kuningan (2014)¹. alokasi anggaran kesehatan Provinsi Jawa Barat sekitar 10% dari APBD untuk tahun 2014. Sedangkan untuk Kabupaten Kuningan menurut Dinas Kesehatan (2014) anggaran kesehatan tahun 2014 mencapai 4,9% dari APBD.

Pada saat suatu kebijakan diluncurkan maka akan menimbulkan perubahan sebelum maupun pada saat kebijakan diluncurkan. Seperti yang dikemukakan oleh Dodo dan Murti (2014)⁵ besarnya reimbursement dari BPJS untuk Rumah Sakit yang menyangkut besaran jasa medik, perubahan sistem pembiayaan yang kurang menghargai tenaga kesehatan dan pengelola rumah sakit dapat menurunkan mutu pelayanan. Tata kelola Rumah Sakit di Indonesia yang belum sepenuhnya BLUD (Badan Layanan Umum Daerah) menambah beban pengelolaan tersendiri bagi rumah sakit, akhirnya manajemen rumah sakit akan kembali dihadapkan pada proses akuntabilitas.

Permasalahan yang muncul yaitu bagaimana perubahan yang terjadi di sistem pembiayaan kesehatan sebelum dan pada saat kebijakan diluncurkan di suatu daerah. Dilihat dari langkah-langkah sistem pembiayaan kesehatan, sistem dan struktur pembiayaan kesehatan, tata kelola di daerah, peran para stakeholders, dan perangkat manajemen. Dengan konsep ini maka kegiatan jaminan kesehatan daerah dapat terekam, bagaimana sebelum dan pada saat kebijakan diluncurkan, apakah terjadi perubahan atau tidak..

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif.

Subjek penelitian adalah stakeholders, organisasi profesi, dan perguruan tinggi. Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Kuningan Provinsi Jawa Barat yang mengambil beberapa lokasi yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kabupaten Kuningan, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Kabupaten Kuningan, Inspektorat Kabupaten Kuningan, Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, RSUD “45” Kabupaten Kuningan, Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD) Kabupaten Kuningan, Puskesmas Kadugede, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Kuningan, Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) Kabupaten Kuningan. Jenis data yang dikumpulkan meliputi data primer yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam dengan menggunakan pedoman wawancara, sedangkan data sekunder diperoleh dengan telaah dokumen dan data dianalisis secara kualitatif. Analisis Data dengan cara :

a. Pengumpulan Data

Pencarian dan penelaahan data baik dari wawancara maupun dokumentasi resmi ataupun dokumentasi pribadi.

b. Reduksi Data

Merupakan proses seleksi, pemfokusan, penyederhanaan dan abstraksi data. Bentuk analisis yang mempertegas, memperpendek, membuat fokus, membuang hal yang tidak penting dan mengatur data sedemikian rupa sehingga kesimpulan akhir dapat dilakukan.

c. Sajian Data

Merangkum informasi secara teratur supaya mudah dilihat, dan dimengerti dalam bentuk yang baik.

d. Penarikan Kesimpulan

Setelah pengumpulan berakhir, tindakan penulis selanjutnya adalah menarik kesimpulan dengan verifikasi berdasarkan semua hal yang terdapat dalam reduksi data dan sajian data. Antara pengumpulan data, reduksi data, dan sajian data serta

penarikan kesimpulan, dilakukan hampir secara bersamaan dan terus menerus dengan memanfaatkan waktu yang tersisa.

HASIL

Hasil analisis disajikan pada tabel 1-5 sebagai berikut;

1. Gambaran Langkah-langkah Sistem Pembiayaan Kesehatan

Tabel 1. Hasil Resume Wawancara Mengenai Gambaran Langkah-Langkah Sistem Pembiayaan Kesehatan

Tema	Sebelum JKN	Pada Saat Pelaksanaan JKN
Langkah-langkah pengalihan ke era JKN	1. Sosialisasi ke semua <i>leading</i> sektor 2. Menambah undang-undang tentang prinsip pembiayaan kesehatan dan mekanisme pembayaran	1. Melakukan transformasi PT. Askes menjadi BPJS Kesehatan
Dana pembiayaan kesehatan	1. APBN 2. APBD Provinsi 3. APBD Kabupaten 4. Pasien umum menggunakan biaya retribusi	1. APBN 2. APBD Provinsi 3. APBD Kabupaten 4. Masyarakat umum

2. Gambaran Struktur Pembiayaan Kesehatan

Tabel 2. Hasil Resume Wawancara Mengenai Gambaran Struktur Pembiayaan Kesehatan

Tema	Sebelum JKN	Pada Saat Pelaksanaan JKN
Alokasi pembiayaan kesehatan	4,9% dari APBD	4,9% dari APBD
Skema asuransi	Askes, Jamkesmas,	BPJS

kesehatan	Jamkesda, Jampersal	Ada
<i>Private Health Insurance</i>	Ada	Ada
<i>Marger</i> dari berbagai jaminan	Askes, Jamsostek, Taspen, Asabri	Askes menjadi BPJS kesehatan dan Jamsostek menjadi BPJS ketenagakerjaan
Peserta BPJS	1. Peserta Askes 2. Jamkesmas 3. Jamkesda 4. Jamsostek 5. SK Menkes	1. PNS dan pensiunannya 2. TNI/POLRI dan pensiunannya 3. Jamsostek 4. Veteran 5. Pejabat negara 6. Masyarakat umum
Perencanaan, pengawasan, evaluasi	1. Perencanaan: tertuang dalam RKA, RUK, RTP 2. Pengawasan: laporan tiap tahun, triwulan dan bulanan 3. Pengawasan: audit reguler	Sama dengan sebelum BPJS
<i>Fee for service</i>	Ada	Tidak ada berubah menjadi pembayaran prospektif
INA CBG's	1. Pola tarif rumah sakit pemerintah dan swasta sama 2. Pola tarif berdasarkan index kemahalan, regional, dan tipe rumah sakit 3. Tarif INA CBG's efektif, efisien, jika sesuai SPM	Sama dengan sebelum BPJS

3. Gambaran Tata Kelola di Daerah

Tabel 3. Hasil Resume Wawancara Mengenai Gambaran Tata Kelola di Daerah

Tema	Sebelum JKN	Pada Saat Pelaksanaan JKN
Aturan daerah yang diterbitkan dalam rangka BPJS	Tidak ada	Hanya perda tentang tarif ambulans, dana kapitasi
Perubahan administratif	Tidak ada perubahan	Tidak ada perubahan
Perubahan Struktur organisasi	Tidak ada perubahan	Tidak ada perubahan

4. Gambaran Peran *Stakeholders*

Tabel 4. Hasil Resume Wawancara Mengenai Gambaran Peran *Stakeholders*

Tema	Sebelum JKN	Pada Saat Pelaksanaan JKN
BPJS	Sebagai Badan Usaha Milik Negara (BUMN) yang menangani pelayanan kesehatan, asuransi kesehatan bagi PNS dan pensiunannya	Sebagai badan pengelolaan jaminan kesehatan nasional
Dinas Kesehatan	Sebagai penyedia layanan, berkoordinasi dengan organisasi profesi, pelaksana, pengawasan, dan evaluasi program	Sama pada saat sebelum JKN
Puskesmas	Sebagai pemberi pelayanan tingkat pertama	Sama pada saat sebelum JKN
Rumah Sakit	Sebagai pemberi pelayanan tingkat lanjut	Sama pada saat sebelum JKN
BAPPEDA	Sebagai bagian perencanaan	Sama pada saat sebelum JKN
BPKAD	Sebagai badan pengelola keuangan	Sama pada saat sebelum JKN
Inspektorat	Sebagai pelaksana pengawasan	Sama pada saat sebelum JKN
STIKes Kuningan	Sebagai pencetak sumber daya manusia yang kompeten, melakukan riset	Sama pada saat sebelum JKN

	atau acara yang terkait kesehatan dan kebijakannya sehingga bisa memberikan masukan terhadap pihak-pihak terkait	
IAKMI	Sebagai pengevaluasi pihak-pihak independen dan sebagai pemberi masukan kepada pemangku kebijakan kesehatan	Sama pada saat sebelum JKN

5. Gambaran Perangkat Manajemen

Tabel 5. Hasil Resume Wawancara Mengenai Gambaran Perangkat Manajemen

Tema	Sebelum JKN	Pada Saat Pelaksanaan JKN
Informasi tentang JKN	Ada bentuknya sosialisasi, media cetak dan elektronik	Sama pada saat sebelum JKN
Kegiatan pengembangan	Ada contohnya dana sehat	Ada contohnya dana sosial ibu bersalin, meningkatkan pelayanan, bersinergi dengan instansi lain
Dana JKN untuk promotif, preventif, dan rehabilitatif	Promotif dan preventif berasal dari dana Bantuan Operasional Kesehatan	Dana JKN ada untuk promotif, preventif, dan rehabilitatif
Sistem jaga mutu <i>Fraud</i> (kecurangan asuransi)	Ada tim menjaga mutu	Ada tim menjaga mutu
	Ada contohnya menggunakan kartu orang lain	Ada contohnya menaikkan tarif dalam pengajuan pengklaiman

PEMBAHASAN

Pembiayaan kesehatan terkait dengan visi dan misi menuju Indonesia

sehat. Salah satu perwujudan pelayanan kesehatan oleh pemerintah kepada masyarakat dapat dilihat dari program jaminan kesehatan nasional. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memberikan perlindungan sosial untuk menjamin masyarakat Indonesia di bidang kesehatan. Undang-undang 1945 pasal 28H⁶ dan undang-undang No.36 tahun 2009 tentang kesehatan⁷ menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapat pelayanan kesehatan. Untuk memberikan jaminan sosial yang menyeluruh, negara mengembangkan sistem jaminan sosial nasional bagi seluruh rakyat Indonesia tanpa memandang kaya atau miskin. Untuk mewujudkan tujuan sistem jaminan sosial di bentuk badan penyelenggaraan yang berbentuk badan hukum yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) seperti yang dijelaskan dalam undang-undang No.24 tahun 2011 tentang BPJS⁸.

Pembiayaan merupakan salah satu yang mempengaruhi kualitas kesehatan masyarakat. Alokasi anggaran kesehatan di Indonesia mengalami peningkatan tahun 2013 sebesar 3,3% dan 2014 sebesar 3,8% dari APBN. Walaupun masih belum sesuai anjuran seperti yang dianjurkan oleh WHO dalam Adisasmito (2014)⁹ paling sedikit 15% dari APBN atau setara dengan 5% dari PBD. Sedangkan alokasi pembiayaan kesehatan untuk Kabupaten Kuningan sendiri sekitar 4,9% dari APBD dan ini tidak mengalami peningkatan dalam era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Karena seharusnya alokasi pembiayaan bisa 10% dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD). Undang-undang Kesehatan No.36 tahun 2009 Tentang Kesehatan⁷, mengharuskan semua daerah mengalokasikan dana untuk kesehatan minimal 10% dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD). Adapun menurut Forum Asosiasi Dinas Kesehatan (2007)¹⁰ idealnya pembiayaan kesehatan ini kurang lebih 15% dari anggaran pemerintah daerah atau APBD untuk mendukung program dan layanan kesehatan. Sumber dana kesehatan sebelum dan pada saat

pelaksanaan jaminan kesehatan nasional tidak banyak mengalami perubahan seperti dari dana APBN, APBD Provinsi, APBD Kabupaten, hanya sekarang ada penambahan biaya yang berasal dari masyarakat umum atau non Penerima Bantuan Iuran (PBI).

Skema asuransi kesehatan di Kabupaten Kuningan sebelum adanya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yaitu Askes, Jamkesmas, Jamkesda, Jampersal¹¹. Untuk era JKN dilebur menjadi BPJS. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan sistem asuransi sosial yang wajib bagi seluruh warga Indonesia. Dengan demikian program jaminan kesehatan tadi sudah termasuk ke dalam sistem penjaminan kesehatan nasional.

Sebelum menjadi BPJS, PT Askes hanya melayani PNS dan pensiunannya, pensiunan TNI/POLRI. Peserta Jamkesmas, Jamkesda, Jampersal dikelola oleh dinas kesehatan. Sedangkan masyarakat umum di luar itu membayar sendiri tarifnya ke pelayanan kesehatan sesuai dengan perda¹². Pada saat pelaksanaan jaminan kesehatan nasional PT Askes bertransformasi menjadi BPJS kesehatan di mana pesertanya yaitu PNS dan pensiunannya, TNI/POLRI dan pensiunannya, veteran, pejabat negara, eks Jamsostek, Jamkesmas, untuk Jamkesda tidak termasuk peserta BPJS. Seharusnya peserta Jamkesda termasuk peserta BPJS tapi belum ada integrasi dari pemda ke pihak BPJS dikarenakan sedang dalam tahap persiapan, selain dana yang belum mendukung pemda juga sedang mempersiapkan atau sedang validasi data kepesertaan Jamkesda sehingga jelas jumlah yang tidak termasuk kuota Jamkesmas atau yang belum tercover BPJS dan tidak mampu dibiayai oleh pemerintah daerah. Karena sudah ada beberapa Kabupaten/Kota yang mengintegrasikan dana Jamkesda ke BPJS.

Terdapat empat Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam undang-undang yaitu PT. Askes, PT. Jamsosok, PT. Taspen, dan PT Asabri¹³.

Untuk saat ini yang sudah dilebur hanya PT. Askes dan PT. Jamsostek. Seharusnya ke empat badan penyelenggara ini dilebur seluruhnya sesuai dengan undang-undang dan ini nanti namanya BPJS. Tidak mudah melebur semuanya menjadi satu karena asetnya yang besar sehingga dibutuhkan tahapan-tahapan dan masing-masing badan mengelola tugasnya masing-masing. Jika nanti sudah dilebur maka ke empat penyelenggara tadi akan bertugas mengelola jaminan sosial bagi seluruh masyarakat Indonesia. Jaminan sosial ini nantinya akan memberikan jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

Sistem pembiayaan sebelum pelaksanaan jaminan kesehatan yaitu fee for service. Pada saat pelaksanaan jaminan kesehatan nasional sudah tidak ada diganti dengan sistem paket atau INA CBG's di mana tarif INA CBG's seluruh Indonesia sama yang membedakan hanyalah regional daerah dan kelas/tipe rumah sakit. Untuk pelayanan tingkat pertama pemerintah sudah menerbitkan Perpres No.23 tahun 2014 tentang pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik daerah¹⁴. Peraturan ini mengacu sebagai BPJS membayar kapitasi langsung kepada puskesmas. Sehingga BPJS tidak membayar kapitasi ke dinas kesehatan tapi langsung ke puskesmas. Sedangkan untuk peraturan daerah di Kabupaten Kuningan mengenai kapitasi ini sedang dalam proses.

Proses pengklaiman sebelum pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pihak rumah sakit mengajukan klaim ke dinas kesehatan untuk Jamkesmas, Jamkesda dan Jampersal, begitu pun Askes ke pihak Askes dan asuransi swasta/komersial ke pihak asuransinya. Setelah adanya JKN rumah sakit untuk proses pengklaiman langsung ke pihak BPJS tidak melalui dinas kesehatan. Untuk puskesmas sebelum dan pada setelah pelaksanaan JKN harus melalui dinas kesehatan terlebih dahulu.

Pada saat pelaksanaan JKN ini ada beberapa pihak asuransi swasta/komersial yang sudah MOU dengan BPJS dengan ini peserta BPJS yang punya asuransi lain bisa mendapatkan benefit lain yang tidak dijamin oleh BPJS kesehatan sesuai aturan yang berlaku pada program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), BPJS kesehatan nantinya akan menjamin biaya sesuai tarif yang berlaku pada program JKN, sedangkan selisihnya menjadi tanggung jawab asuransi komersial.

Dengan adanya program jaminan kesehatan nasional ada beberapa pengembangan seperti rumah sakit membangun gedung perawatan nifas baru dan menambah tempat tidur juga menambah tenaga kesehatan. Adanya dasolin dari dinas kesehatan atau puskesmas khusus untuk ibu bersalin. Sehingga dalam pemberian pelayanan pun bisa berjalan dengan semestinya. Pengembangan ini dilakukan karena jaminan kesehatan adalah salah satu bentuk perlindungan sosial di bidang kesehatan untuk menjamin pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang layak melalui penerapan sistem kendali biaya dan kendali mutu, dan diselenggarakan berdasarkan prinsip asuransi sosial dan ekuitas bagi seluruh penduduk di Indonesia. Untuk menjalankan program tersebut diperlukan dan pembangunan nasional bidang kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Kesehatan merupakan investasi sumber daya manusia dengan masyarakat yang sehat maka produktifitas masyarakat akan meningkat dan pada gilirannya akan meningkatkan daya saing bangsa Indonesia dalam percaturan dunia.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mulai dari promotif, preventif, kuratif sampai dengan rehabilitatif¹⁵. Dalam JKN tetap ada upaya promotif preventif, dan hal tersebut sangat terasa terutama di pelayanan primer atau PPK 1 yang menggunakan pola kapitasi yaitu pembayaran diberikan dalam bentuk nilai

tetap dikalikan jumlah peserta yang menjadi tanggung jawab fasilitas kesehatan tersebut. Jadi sakit atau tidak sakit fasilitas kesehatan dasar akan menerima pembayaran tetap setiap bulannya. Agar fasilitas kesehatan tidak terbebani biaya besar, maka harus melakukan upaya promotif, preventif, diagnosis dini, terapi dini, rehabilitasi dini. Rumah sakit juga, dengan sistem pembayaran INA CBG's, maka harus melakukan kendali biaya dan kendali mutu. Di dalam kendali mutu termasuk di dalamnya upaya promotif dan preventif.

Dalam setiap asuransi kerap terjadi kecurangan asuransi (fraud) walaupun sudah ada tim verifikator, softwarena, bisa saja dari pihak-pihak seperti rumah sakit ada yang menaikkan tarif dengan sengaja. Adapun yang tidak punya kartu asuransi meminjam kartu asuransi milik orang lain. Karena BPJS program baru tentu saja dari pihak-pihak terkait harus lebih pengawasannya agar kecurangan-kecurangan tidak kerap terjadi. Banyak celah dalam sistem JKN yang berpotensi menjadi fraud. Pasien di fasilitas kesehatan adalah pasien jamkesmas, ASKES, maka dapat dikatakan banyak pasien rumah sakit khususnya rumah sakit daerah adalah pasien yang telah terdaftar oleh asuransi yang dikelola oleh BPJS. Jika dirupiahkan, jumlah ini akan menghasilkan angka yang signifikan dalam mempengaruhi tingginya claim terhadap BPJS, dan oleh karenanya potensi fraud juga semakin tinggi. Fraud akan merusak sistem pembiayaan kesehatan dan merugikan masyarakat. Alokasi anggaran menjadi tidak efisien dan tidak tersalurkan kepada yang berhak menerima. Kinerja sistem menjadi buruk dan tidak mampu menanggulangi masalah pemerataan akses dan pembiayaan kesehatan. Untuk mencegah berbagai potensi fraud tersebut, peran stakeholder dan jajarannya sangat penting sebagai top leader di fasilitas kesehatan¹⁶.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

1. Gambaran langkah-langkah pembiayaan kesehatan sebelum dan pada saat pelaksanaan jaminan kesehatan yang pertama langkah-langkah peralihan ke era jaminan kesehatan nasional yaitu sosialisasi, transformasi PT Askes menjadi BPJS kesehatan.
2. Gambaran struktur pembiayaan kesehatan sebelum dan pada saat pelaksanaan jaminan kesehatan nasional yaitu alokasi pembiayaan kesehatan di Kuningan 4,9% dari APBD, tidak mengalami perubahan dari tahun sebelumnya.
3. Gambaran tata kelola di daerah sebelum dan pada saat pelaksanaan jaminan kesehatan nasional secara umum tidak mengalami perubahan. Untuk di Kuningan akan diterbitkan perda mengenai sistem kapitasi untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama.
4. Gambaran peran dari beberapa stakeholders yang berada di Kabupaten Kuningan sebelum dan pada saat pelaksanaan jaminan kesehatan nasional yaitu BAPPEDA sebagai perencanaan. BPKAD sebagai pengelola keuangan. Dinas Kesehatan sebagai penyedia layanan. Inspektorat sebagai pelaksana pengawasan. BPJS sebagai badan pengelola jaminan kesehatan nasional. Puskesmas dan Rumah Sakit sebagai pemberi pelayanan.
5. Gambaran perangkat manajemen sebelum dan pada saat pelaksanaan jaminan kesehatan nasional tidak mengalami perubahan sistem informasi di setiap instansi ada terkait dengan BPJS. Pengembangan terkait jaminan kesehatan nasional terus ditingkatkan mulai dari sumber daya manusia atau tenaga kesehatan dan juga penambahan fasilitas di pelayanan kesehatan. Dana untuk preventif dan promotif pun tersedia dari dana jaminan kesehatan nasional.

Saran

Pemerintah Kabupaten diharapkan bisa meningkatkan alokasi pembiayaan kesehatan sekitar 10% dari APBD sesuai dengan undang-undang kesehatan dan warga miskin yang di luar kuota Jamkesmas atau Jamkesda bisa segera menjadi peserta BPJS. Sehingga seluruh warga di Kabupaten Kuningan terdaftar sebagai peserta jaminan kesehatan nasional.

KEPUSTAKAAN

1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional.
2. Savedoff, W. D., & World Health Organization. (2003). How much should countries spend on health?.
3. Kemenkeu RI. 2014. *Anggaran Kesehatan 2009-2014*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Anggaran.
4. BPKAD. 2014. *Data Pembiayaan Kesehatan Kabupaten Kuningan*. Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah Kabupaten Kuningan.
5. Dodo dan Bhisma M. 2014. *Monitoring dan Evaluasi (Monev) BPJS*. <http://manajemen-jaminankesehatan.net/index.php/component/content/article/93-pjj-monev-bpjs/1067>. Diperoleh pada tanggal 9 Februari 2014.
6. Undang-Undang Dasar Republik Indonesia 1945 Pasal 28 dan 34.
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
8. Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
9. Adisasmito, W. 2014. *Sistem Kesehatan Edisi Kedua*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
10. Asosiasi Dinas Kesehatan Indonesia (2007), *Anggaran Kesehatan* dikutip pada <http://adinkespusat.blogspot.co.id> tahun 2014
11. Dinkes Kabupaten Kuningan. 2014. *Alur Pembiayaan Kesehatan di Dinas Kesehatan*. Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan.
12. Kemenkes RI. 2013. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Kementerian Kesehatan Republik
13. Kemenkes RI. 2013. *Bahan Paparan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Kementerian kesehatan Republik Indonesia
14. Perpres No.23 tahun 2014 tentang pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN
15. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.
16. Hendrawan, D. 2014. *ASM (Annual Scientific Meeting) Pencapaian dan Tantangan 3 Bulan Pelaksanaan JKN di Indonesia: Input Menuju Perbaikan*. Disampaikan dalam Seminar Sehari dalam Rangka Memperingati Does Natalis Fakultas Kedokteran UGM.