

ARTIKEL

HASIL PENELITIAN KEBIJAKAN EVALUASI JAMINAN KESEHATAN NASIONAL 2019 DI PROVINSI NTT

Topik Mutu Layanan (Sasaran-6 & Sasaran-7)

MARET 2020

Evaluasi Kebijakan Pencegahan Kecurangan dan Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) dalam Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) dengan Pendekatan Realist Evaluation

Stevie Ardianto Nappoe, Eva Tirtabayu Hasri, Hanevi Djasri¹

¹ Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan UGM

Abstrak

Latar Belakang: Kebijakan JKN telah diimplementasikan di Indonesia sejak 2014. Kebijakan ini bertujuan untuk menjamin semua masyarakat Indonesia mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu tanpa harus mengalami krisis finansial. Untuk menjamin mutu layanan, BPJS Kesehatan telah menerapkan beberapa kebijakan penjaminan mutu diantaranya adalah kebijakan pencegahan kecurangan dan Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK). Pendekatan realist evaluation dianggap mampu untuk memberikan gambaran bagaimana implementasi dari kedua kebijakan ini di daerah dengan karakteristik daerah yang bervariasi salah satunya di provinsi NTT.

Metode: Pendekatan realist evaluation mampu menggali lebih dalam implementasi dari kedua kebijakan/regulasi yang dievaluasi dengan berfokus kepada bagaimana dan mengapa kebijakan/regulasi tersebut berjalan baik atau tidak. Informan dalam penelitian ini terdiri dari pengelola atau anggota tim yang dibentuk oleh Dinas Kesehatan atau RS di level provinsi, kota, dan kabupaten di NTT yang terkait dengan pencegahan kecurangan dan KBK.

Hasil: Kebijakan pencegahan kecurangan belum berjalan di provinsi NTT. Tim pencegahan kecurangan sudah terbentuk di Dinas Kesehatan namun belum ada pedoman dan tindak lanjut ke fasilitas pelayanan kesehatan terkait dengan pelaporan dan penanganan apabila terdapat kasus kecurangan. Sementara implementasi KBK baru bisa dilakukan di sebagian FKTP dikarenakan keterbatasan tenaga, obat, dan fasilitas. Indikator penilaian kinerja yang ditetapkan dinilai terlalu tinggi dan sulit untuk dicapai serta belum merepresentasikan indikator mutu dan keselamatan pasien secara penuh.

Kesimpulan: Kebijakan pencegahan kecurangan dan KBK yang diterapkan di era JKN masih belum mampu untuk meningkatkan mutu layanan di daerah. BPJS Kesehatan perlu melihat kembali kedua kebijakan ini dan meningkatkan koordinasi dengan pemerintah daerah untuk mendapatkan dukungan.

Kata Kunci: pencegahan kecurangan; kapitasi berbasis kinerja; realist evaluation

Latar Belakang

Sesuai dengan monitoring framework dari WHO pencapaian *Universal Health Coverage (UHC)* terdiri dari 3 dimensi yakni jumlah populasi yang dicover, layanan yang dicover dan proteksi finansial (Boerma et al., 2014). Sejak 2014, pemerintah Indonesia telah mengimplementasikan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diharapkan dapat membantu mencapai UHC pada 2019 termasuk ketiga dimensi tersebut.

Sampai dengan 2018, jumlah populasi yang telah tercover dalam JKN berjumlah lebih dari 200 juta jiwa atau 83% dari populasi Indonesia (BPJS Kesehatan, 2018). Jumlah peserta yang semakin meningkat harus dibarengi dengan kesiapan dari *supply side* dalam hal ini fasilitas pelayanan kesehatan agar dapat memberikan pelayanan yang bermutu kepada masyarakat. Beberapa masalah klasik seperti keterbatasan tenaga, fasilitas, obat-obatan dan peralatan kesehatan masih menjadi penghalang bagi provider untuk dapat mencapai standar pelayanan yang bermutu. Lebih jauh lagi, lemahnya sistem manajemen data dan informasi berakibat pada efektifitas dan efisiensi, meningkatkan resiko keselamatan pasien, dan resiko terjadinya kecurangan (Agustina et al., 2019).

Selain mengandalkan fasilitas kesehatan umum, fasilitas kesehatan swasta juga diharapkan mampu menjadi penopang dalam pencapaian UHC melalui kebijakan JKN ini. Sampai dengan 2018 jumlah fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan adalah 1.536 atau 62%, lebih banyak dari FKRTL umum milik pemerintah (BPJS Kesehatan, 2018). Diharapkan kombinasi *public-private* ini dapat meningkatkan mutu layanan kesehatan di Indonesia secara adil dan merata.

Di NTT sendiri, mutu layanan kesehatan masih belum begitu memadai dimana keterbatasan tenaga, fasilitas, obat, dan peralatan menjadi faktor penghambat yang cukup sulit untuk diatasi. Berdasarkan Profil kesehatan Provinsi NTT 2018, masih ada 21% Puskesmas yang tidak memiliki tenaga dokter umum. Sementara untuk FKRTL, dari 52 RS yang ada hanya 2 RS yang terakreditasi B, sisanya terakreditasi C dan D dimana ada 2 RS yang belum terakreditasi.

Untuk meningkatkan mutu layanan di fasilitas kesehatan, BPJS Kesehatan telah menerapkan beberapa kebijakan/regulasi diantaranya pencegahan kecurangan dan Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK). Untuk mengetahui bagaimana implementasi dari kedua kebijakan ini di NTT maka peneliti merasa perlu melakukan evaluasi untuk kebijakan dimaksud dengan menggunakan pendekatan *realist evaluation*. Pendekatan ini dipilih karena lebih relevan dalam menggali bagaimana dan mengapa suatu kebijakan berhasil atau tidak berhasil sesuai dengan konteks di daerah yang menjadi target evaluasi.

Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan *realist evaluation* dengan metode kualitatif. Melihat kompleksitas dari kebijakan JKN dan keadaan atau situasi sumber daya kesehatan yang

beragam di Indonesia maka keberhasilan dari kebijakan JKN tidak terlepas dari dinamika hubungan antar stakeholders yang terlibat didalamnya.

Pendekatan *realist evaluation* diperkenalkan pertama kali oleh Pawson, Tilley, and Tilley (1997) untuk mengevaluasi kebijakan sosial atau kesehatan yang bersifat kompleks. Prinsip utama dari pendekatan *realist evaluation* adalah bahwa program bekerja dengan cara yang berbeda-beda tergantung pada konteks dimana program tersebut diimplementasikan. Pendekatan ini menekankan pada *ontological depth* untuk menjawab pertanyaan bagaimana dan mengapa sebuah kebijakan atau program bekerja dengan baik atau tidak bekerja dengan baik (Wong et al., 2016).

Penelitian ini terbagi ke dalam 3 tahap. Tahap I dilakukan dengan desk review terhadap dengan kebijakan/regulasi terkait peningkatan mutu layanan JKN yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan maupun Kementerian Kesehatan. Untuk aspek mutu layanan ini peneliti akan memfokuskan pada 2 kebijakan/regulasi yakni tentang Pencegahan Kecurangan dan Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK).

Pada tahap II, hasil wawancara mendalam dengan informan dari stakeholder terkait akan dianalisis lebih lanjut untuk melihat implementasi dari ketiga kebijakan/regulasi ini di tingkat daerah, bagaimana dan mengapa kebijakan/regulasi ini bisa berjalan atau tidak berjalan baik. Pada tahap III, peneliti kemudian membuat *context-mechanism-outcome (CMO)* sesuai dengan konteks di daerah penelitian, apakah ada outcome yang tidak diinginkan dari kombinasi context dan mechanism sesuai dengan keterangan yang diberikan oleh informan (Westhorp, 2014).

Pengumpulan data dilakukan di 3 level pemerintahan di Provinsi NTT yakni Pemerintah Provinsi NTT, Pemerintah Kota Kupang, dan Pemerintah Kabupaten Kupang secara kualitatif. Informan dalam penelitian ini adalah kepala bidang atau seksi, ketua atau anggota tim pencegahan fraud di Dinas Kesehatan atau RS dan pengelola KBK di Dinas Kesehatan.

Tabel 1. Daftar informan yang diinterview terkait dengan kebijakan/regulasi pencegahan kecurangan dan Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK)

No	OPD	Bidang/seksi
1.	Dinas Kesehatan Provinsi, Kota, dan Kabupaten	<ul style="list-style-type: none"> • Bidang perencanaan, data dan evaluasi • Ketua atau anggota tim pencegahan fraud • Pengelola KBK
2.	RS Swasta tingkat Provinsi	<ul style="list-style-type: none"> • Bagian Pelayanan Medik • Ketua atau anggota tim pencegahan fraud

3. RSUD Kabupaten

- Bagian Pelayanan Medik
 - Ketua atau anggota tim pencegahan fraud
-

Hasil Penelitian

Tahap I Review Kebijakan/Regulasi Peningkatan Mutu Layanan di Era JKN

Pada tahap ini, peneliti melakukan desk review untuk 2 kebijakan yakni kebijakan pencegahan kecurangan dan KBK. Kedua kebijakan ini dibentuk untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL pada era JKN. Fasilitas kesehatan dituntut untuk bisa memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien kepada peserta JKN dengan mutu yang sesuai standar.

Tahap II Analisis Penerapan Kebijakan/Regulasi di Tingkat Daerah

Peneliti berhasil mewawancarai 8 orang informan dari berbagai OPD yang telah ditentukan sebagai sampel dengan rincian 2 informan dari OPD di tingkat Provinsi, 2 informan dari OPD di Kota Kupang, dan 4 informan dari OPD di Kabupaten Kupang.

Kebijakan Pencegahan Kecurangan

Untuk pencegahan kecurangan, tim pencegahan kecurangan dari RS Swasta, dalam hal ini departemen *case-mix*, sudah terlihat perannya dalam pencegahan kecurangan di RS dimana mereka sudah mengembangkan pedoman dan mensosialisasikannya kepada dokter dan tenaga kesehatan yang bekerja di RS serta sudah pernah melakukan investigasi untuk kasus yang dicurigai curang/fraud walaupun pada akhirnya tidak terbukti.

Sementara untuk tim pencegahan kecurangan di tingkat Dinas Kesehatan Kota Kupang, Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang, dan RSUD Naibonat masih belum berjalan baik. Implementasi kebijakan ini baru sampai pada pembentukan tim dengan SK dari masing-masing pimpinan namun setelah itu belum ada kegiatan lain yang dilakukan oleh tim.

Sosialisasi terkait dengan tugas dan peran dari anggota tim sudah diberikan oleh BPJS Kesehatan. Untuk tim pencegahan kecurangan di Kota Kupang sosialisasi diberikan langsung oleh Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK), bahkan sudah dilakukan monitoring dan evaluasi sebanyak 2 kali setelah sosialisasi. Kendala yang dihadapi oleh tim pencegahan kecurangan adalah kurangnya komitmen dan dukungan dari pemerintah daerah untuk tim ini dimana belum ada anggaran khusus untuk operasional tim ini. Informan merasa tim pencegahan kecurangan belum menjadi prioritas dalam kebijakan JKN di daerah. Selain daripada itu, keterlibatan OPD lain seperti inspektorat dalam pertemuan atau diskusi tim masih sangat minim.

Tabel 2. Dekripsi kebijakan/regulasi yang dievaluasi dalam penelitian ini

No	Kebijakan	Landasan Hukum	Keterangan
1.	Pencegahan Fraud	Permenkes 36/2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional	Membangun sistem pencegahan kecurangan baik di FKTP maupun FKRTL dengan penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan, pengembangan pelayanan yang berorientasi pada KMKB, dan pengembangan budaya pencegahan kecurangan sebagai bagian dari tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang baik.
2.	Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBPKP)	Peraturan BPJS Kesehatan No. 7 tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Sistem Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja	Upaya peningkatan mutu layanan melalui pembangunan komitmen pelayanan di FKTP dengan indikator penilaian diantaranya angka kontak, rasio rujukan rawat jalan non-spesialistik, dan rasio Prolanis rutin berkunjung ke FKTP serta indikator tambahan seperti rasio kunjungan rumah. Penilaian indikator ini akan menentukan besaran kapitasi yang akan diterima oleh FKTP sebagai insentif bagi FKTP untuk berupaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di wilayahnya.

Kebijakan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen (KBPKP)

Dari 2 Kabupaten/Kota yang dikunjungi pada penelitian ini hanya Kota Kupang yang sudah menerapkan KBK sementara Kabupaten Kupang masih menggunakan kapitasi umum. Berdasarkan keterangan dari informan, KBK di Kabupaten Kupang baru akan diterapkan pada beberapa Puskesmas sesuai dengan aturan yang berlaku pada Januari 2020. Untuk Kota Kupang secara umum ketiga indikator yang ditetapkan dalam kebijakan KBK masih sulit untuk dipenuhi.

Untuk angka kontak, informan menilai standard yang ditetapkan terlalu tinggi mengingat dengan jumlah FKTP yang bertambah banyak di Kota Kupang sulit bagi Puskesmas untuk mendapatkan pasien/kontak sesuai dengan yang tercantum dalam aturan KBK. Sementara kegiatan preventif promotive yang bisa menyumbang angka kontak diluar Puskesmas masih minim dilakukan.

Indikator rujukan non-spesialistik dibawah 2% masih sulit dipenuhi dimana masih banyak peserta yang bersikeras untuk meminta rujukan yang sebenarnya tidak perlu. Selain itu kompetensi tenaga kesehatan dan peralatan di Puskesmas yang terbatas menyebabkan rujukan harus diberikan walaupun sebenarnya bisa ditangani.

Untuk indikator kunjungan Prolanis, Puskesmas harus berusaha ekstra keras untuk menginformasikan kepada peserta Prolanis kegiatan-kegiatan yang dilakukan di Puskesmas dan bagaimana mereka bisa berpartisipasi. Ditambah lagi pada perturan yang baru ada beberapa indikator yang ditambahkan seperti tekanan darah dan gula darah yang harus dijaga nilainya selama kunjungan.

Solusi yang diambil dari Dinas Kesehatan untuk mencapai ketiga indikator ini adalah mendorong tenaga kesehatan untuk lebih aktif lagi dalam sosialisasi program, menjaring peserta melalui kunjungan rumah, Posyandu, penjangingan siswa di sekolah, dan meningkatkan upaya promotive dan preventif.

Tahap III Formulasi CMO











Berdasarkan informasi yang diberikan oleh informan maka formulasi CMO untuk implementasi kedua kebijakan ini di provinsi NTT dapat dilihat pada table 3. Dari CMO tersebut ada outcome yang tidak diinginkan sebagai konsekuensi dari context dan mechanism. Dapat disimpulkan bahwa kedua kebijakan ini tidak berjalan sebagaimana mestinya di provinsi NTT dikarenakan context dan mechanism di daerah yang tidak sesuai.

Pembahasan

Dalam penelitian ini, kedua kebijakan peningkatan mutu yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan belum diimplementasikan dengan baik di daerah. Kebijakan pencegahan kecurangan belum mendapatkan dukungan dari pemerintah daerah dan terkesan belum menjadi prioritas dari Dinas Kesehatan kota/kabupaten di NTT sebagai *leading sector*. Belum ada pedoman pencegahan kecurangan yang dibuat dan diimplementasikan di fasilitas kesehatan di daerah baik di FKTP maupun FKRTL. Berdasarkan *Fraud Risk Management Guide* dari COSO organisasi wajib memiliki control terhadap setiap aktivitas pelayanan melalui kegiatan-kegiatan preventif dan investigatif. Selain itu organisasi juga perlu membentuk sebuah sistem pelaporan yang *reliable* untuk mendokumentasikan dugaan kecurangan dan penyelesaiannya baik oleh internal maupun eksternal. Lebih jauh lagi organisasi juga perlu memikirkan proses monitoring dan evaluasi untuk memastikan sistem pencegahan kecurangan ini berjalan dengan baik (Cotton, Johnigan, & Givarz, 2016). Melihat kompleksitas dan besarnya dana yang dikelola oleh semua pihak yang terlibat di era JKN ini, sistem pencegahan kecurangan sangat diperlukan untuk memastikan dana digunakan sesuai dengan peruntukannya dan mutu pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan

Tabel 3. Formulasi CMO untuk kebijakan pencegahan kecurangan dan KBK di Provinsi NTT

No	Sasaran	Context	Mechanism	Outcome
----	---------	---------	-----------	---------

1	Pencegahan Fraud	Belum ada guideline/pedoman yang dikeluarkan oleh tim pencegahan kecurangan di Kabupaten/Kota		Fasilitas kesehatan belum menerapkan sistem pencegahan, deteksi, investigasi, dan pelaporan dugaan kecurangan		Penggunaan dana JKN di fasilitas kesehatan berjalan tanpa pengawasan yang baik
		Belum ada dukungan dan komitmen dari pemerintah daerah untuk pencegahan kecurangan JKN di daerah		Dinas Kesehatan belum mampu melakukan pengawasan penggunaan dana JKN secara maksimal di fasilitas kesehatan		Kebijakan pencegahan kecurangan tidak berjalan di daerah.
2	Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBPKP)	<ul style="list-style-type: none"> • Minimnya inovasi program di Puskesmas terutama upaya preventif dan promotive • Kurangnya insentif bagi tenaga kesehatan 		Puskesmas merasa kesulitan untuk meningkatkan angka kontak pasien JKN di wilayahnya		Indikator angka kontak sulit untuk dipenuhi
		Keterbatasan kompetensi dari tenaga kesehatan, obat, dan peralatan di daerah;		Membatasi kapasitas dari Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta JKN		Indikator rujukan non-spesialistik masih sulit untuk dicapai
		<ul style="list-style-type: none"> • Keterbatasan tenaga di Puskesmas; • Kurangnya insentif bagi tenaga kesehatan 		Membatasi Puskesmas dalam menjaring peserta Prolanis di wilayahnya		Indikator peserta Prolanis sulit untuk dipenuhi

Kebijakan KBK tergolong baru dalam era JKN. Walaupun baru diimplementasikan kebijakan ini sudah menimbulkan pro dan kontra di tingkat pelayanan kesehatan terutama di FKTP. Hal ini dikarenakan standard penilaian kinerja yang ditetapkan tidak sesuai dengan kondisi dilapangan dan belum merepresentasikan indikator mutu yang sesungguhnya. Menurut Millenson (2004) dalam melaksanakan pembayaran berbasis kinerja atau *pay for performance* penetapan indikator merupakan hal yang krusial. Untuk efisiensi dan efektifitas dalam pelayanan penetapan indikator harus mengacu pada mutu dan keselamatan pasien seperti efektifitas pelayanan klinik, kepuasan pasien, *medication error*, dan sebagainya. Indikator-indikator ini belum diakomodir secara penuh dalam kebijakan KBK oleh BPJS Kesehatan. Salah satu indikator mutu yang ada dalam kebijakan KBK adalah rasio rujukan non-spesialistik yang bertujuan agar fasilitas kesehatan mampu untuk menangani kasus yang seharusnya bisa selesai di FKTP dan tidak membebani FKRTL.

Kesimpulan

Hasil interview dengan OPD di level Provinsi, Kota, dan Kabupaten di provinsi NTT menunjukkan bahwa kebijakan pencegahan kecurangan dan KBK masih belum diimplementasikan secara maksimal di daerah. Beberapa hal yang menjadi faktor penghambat adalah lemahnya komitmen dan dukungan dari pemerintah daerah, indikator KBK yang dirasa sulit tercapai, dan kapasitas dan kompetensi FKTP yang masih kurang. BPJS Kesehatan perlu meningkatkan koordinasi dengan pemerintah daerah untuk menjamit komitmen dan dukungan dari pemerintah daerah untuk mendukung implementasi kebijakan/regulasi di daerah serta mereview kembali indikator yang dalam KBK agar dapat disesuaikan dengan kondisi di daerah dan menjamin peningkatan mutu di pelayanan kesehatan.

Daftar Pustaka

- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Achadi, E. L., Taher, A., . . . Shankar, A. H. (2019). Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *The Lancet*, 393(10166), 75-102.
- Boerma, T., Eozenou, P., Evans, D., Evans, T., Kieny, M.-P., & Wagstaff, A. (2014). Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. *PLoS medicine*, 11(9).
- BPJS Kesehatan. (2018). *Annual Financial and Programatic Report (Laporan Keuangan dan Program Tahunan)*. Retrieved from Jakarta: <https://bpjs-kesehatan.go.id>
- Cotton, D. L., Johnigan, S., & Givarz, L. (2016). *Fraud Risk Management Guide*. New York: Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission.
- Dinkes Provinsi NTT. (2018). *Profil Kesehatan NTT tahun 2018*. Kupang: Dinkes Provinsi NTT
- Millenson, M. (2004). Pay for performance: the best worst choice. In: BMJ Publishing Group Ltd.
- Pawson, R., Tilley, N., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*: sage.

- Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Sistem Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja, 7 C.F.R. (2019).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional, 36 C.F.R. (2015).
- Westhorp, G. (2014). Realist impact evaluation: an introduction. *London: Overseas Development Institute*, 1-12.
- Wong, G., Westhorp, G., Manzano, A., Greenhalgh, J., Jagosh, J., & Greenhalgh, T. (2016). RAMESES II reporting standards for realist evaluations. *BMC medicine*, 14(1), 96.

