



ARTIKEL

HASIL PENELITIAN KEBIJAKAN EVALUASI JAMINAN KESEHATAN NASIONAL 2019 DI PROVINSI NTT

Topik: Tata Kelola (Sasaran-1, Sasaran-5 & Sasaran-8)

MARET 2020

Daftar Isi

Abstrak	3
Latar Belakang.....	3
Metodologi	4
Pengumpulan data	5
Hasil.....	5
Tahap I Identifikasi Program Teori.....	5
Tahap II Pengujian Program Teori.....	7
Sasaran 1: BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik	8
Sasaran 5: Semua peraturan pelaksanaan telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin penyelenggaraan jaminan pelayanan kesehatan sesuai kewenangan yang ditetapkannya	9
Sasaran 8: BPJS Kesehatan dikelola secara terbuka, efisien dan akuntabel.....	10
Tahap III Perubahan CMO (Alternatif)	13
Pembahasan.....	14
Kesimpulan	16
Referensi	16
Lampiran.....	18
Proses Realist Evaluation	18
Roadmap JKN 2014-2019.....	19

Evaluasi Tata Kelola Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) dengan Pendekatan Realist Evaluation

*Stevie Ardianto Nappoe, Tri Aktariyani, Relmbuss Biljers F,
Tiara Marthias & Laksono Trisnantoro*

Abstrak

Latar belakang: Kebijakan JKN yang mulai diimplementasikan sejak 2014 sudah berjalan selama 5 tahun. Sesuai dengan roadmap JKN, kebijakan ini wajib dievaluasi berdasarkan 8 sasaran yang telah ditetapkan. Salah satu aspek yang penting untuk dievaluasi adalah aspek tata kelola yang mencakup sasaran 1, sasaran 5, dan sasaran 8 pada roadmap JKN. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat capaian dari ketiga sasaran tersebut di Provinsi NTT dengan pendekatan realist evaluation.

Metodologi: Pendekatan realist evaluation memungkinkan peneliti untuk menggali lebih dalam tentang bagaimana dan mengapa kebijakan JKN di daerah tercapai atau tidak tercapai beserta faktor-faktor yang mempengaruhinya. Informan pada penelitian ini berjumlah 15 orang yang berasal dari OPD di lingkup Pemerintah Provinsi NTT, Kota Kupang, dan Kabupaten Kupang.

Hasil: Pemerintah daerah belum mendapatkan akses data, informasi, dan laporan yang berkaitan dengan implementasi JKN di daerah termasuk kepesertaan, utilisasi, dan keuangan. Hal ini berdampak pada tingkat kepercayaan dan dukungan dari pemerintah daerah yang relatif minim untuk implementasi kebijakan JKN termasuk dukungan untuk mengurangi defisit. Perencanaan program kesehatan di NTT masih belum menggunakan data JKN. Pemerintah daerah di NTT masih bergantung pada skema Jamkesda karena dirasa lebih menguntungkan dari segi penganggaran di daerah yang terbatas. Selain itu, regulasi yang terkait JKN masih dirasa memberatkan dan tergesa-gesa sehingga membuat pemerintah daerah dan fasilitas pelayanan kesehatan kesulitan untuk mengikutinya.

Kesimpulan: Dari ketiga sasaran pada aspek tata kelola yang dievaluasi, semuanya belum tercapai secara maksimal di Provinsi NTT. Perlu adanya perubahan tata kelola dari BPJS sebagai badan pelaksana JKN agar mampu menjawab kebutuhan daerah sulit seperti NTT.

Keywords: *evaluasi, tata kelola, realist evaluation, JKN, NTT*

Latar Belakang

Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mulai diimplementasikan sejak 2014 merupakan amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Kebijakan ini bertujuan untuk menjamin seluruh masyarakat Indonesia mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu tanpa

harus memikirkan resiko finansial yang akan terjadi. Prinsip utamanya adalah gotong royong dimana masyarakat yang sehat dan mampu membantu masyarakat yang sakit/kurang mampu. Dengan jumlah coverage mencapai 250 juta jiwa pada tahun 2019, kebijakan JKN merupakan kebijakan asuransi kesehatan dengan sistem single-pool terbesar didunia.

Dalam penerapannya kebijakan JKN ini sudah banyak memberikan manfaat kepada masyarakat dimana pada 2018 jumlah penduduk Indonesia yang sudah tercover mencapai 83% atau lebih dari 200 juta jiwa (BPJS Kesehatan, 2018). Manfaat dari JKN sendiri juga dirasakan oleh masyarakat kurang mampu atau penerima bantuan iuran dimana angka pemanfaatan rawat inap untuk kelompok ini meningkat signifikan dibanding dengan sebelum JKN (Erlangga, Ali, & Bloor, 2019). Walaupun demikian, beberapa masalah krusial terkait dengan sustainability dari kebijakan JKN ini mulai bermunculan. Salah satunya adalah defisit yang terus membengkak setiap tahunnya. Pada tahun 2018 defisit untuk program JKN ini tercatat sebesar 16.58 triliun rupiah, angka ini meningkat signifikan dibandingkan tahun 2017, yang berjumlah 6.23 triliun rupiah, dan 2016, yang berjumlah 4.7 triliun rupiah (perhitungan ini mempertimbangkan carry over dari tahun sebelumnya) (Prabhakaran, Dutta, Fagan, & Ginivan, 2019). Isu lain yang juga krusial adalah kepesertaan yang masih didominasi oleh sektor formal dan PBI serta mutu dari layanan kesehatan yang disediakan kepada peserta.

Untuk mengarahkan kebijakan JKN dalam mencapai UHC, pemerintah melalui Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) telah menetapkan 8 sasaran roadmap JKN. Namun demikian dengan kesenjangan yang cukup besar dalam dasilitas pelayanan kesehatan, 8 sasaran ini diprediksi akan sulit untuk dicapai terutama pada daerah dengan akses sulit seperti NTT. Kekurangan tenaga, infrastruktur, peralatan medis, dan rendahnya kualitas tenaga menjadi faktor penghambat untuk pencapaian 8 sasaran JKN. Dalam penelitian ini, evaluasi akan dilakukan untuk topik tata kelola yang mencakup sasaran 1, sasaran 5, dan sasaran 8 dari roadmap JKN diatas. Metode realist evaluation yang dipilih dalam penelitian ini diharapkan mampu memberikan gambaran yang lebih detail terkait dengan program JKN di NTT dengan fokus pada bagaimana dan mengapa ketiga sasaran tersebut sudah tercapai atau belum tercapai dan faktor-faktor apa yang mempengaruhi pencaian dari sasaran-sasaran dimaksud.

Metodologi

Penelitian ini menggunakan pendekatan *realist evaluation* dengan metode kualitatif . Penggunaan pendekatan ini bertujuan untuk menggali informasi apakah lebih dalam untuk melihat bagaimana mekanisme dan konteks yang bermain dalam kondisi capaian sasaran peta jalan JKN di Provinsi NTT. Melihat kompleksitas dari kebijakan JKN dan situasi sumber daya kesehatan yang beragam di Indonesia maka pendekatan realist ini dianggap cocok untuk evaluasi ini. Keberhasilan dari kebijakan JKN tidak terlepas dari dinamika hubungan antar stakeholders yang terlibat didalamnya.

Penelitian ini terbagi ke dalam 3 tahap. Tahap I dilakukan dengan *desk review* terhadap teori-teori yang berkaitan dengan tata kelola kebijakan JKN, regulasi, penelitian terkait oleh PKMK FK-KMK UGM sejak 2014-2017, dan sebagainya. Hasil revidu tersebut menghasilkan kombinasi *context-mechanism-outcome* (CMO) yang ideal yang akan dijadikan hipotesis. Pada tahap II, hipotesis ini kemudian diuji atau dianalisis berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan dari stakeholder terkait untuk membandingkan CMO ideal dengan keterangan dari informan, bagaimana dan mengapa sasaran JKN untuk aspek tata kelola di daerah dapat tercapai atau tidak tercapai. Pada tahap III, peneliti kemudian membuat perubahan pada CMO yang disebut CMO alternative, apakah ada outcome yang tidak diinginkan dari kombinasi context dan mechanism sesuai dengan keterangan yang diberikan oleh informan.

Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan di 3 tingkatan 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 di masing-masing Organisasi Perangkat Daerah (OPD) yang terkait dengan implementasi kebijakan JKN, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3. Daftar Informan di Provinsi NTT, Kota Kupang, dan Kabupaten Kupang

No	OPD	Bidang/seksi
1.	Dinas Kesehatan Provinsi, Kota, dan Kabupaten	<ul style="list-style-type: none"> • Bidang Perencanaan dan Data • Bidang Pembiayaan Kesehatan
2.	Dinas Sosial Provinsi, Kota, dan Kabupaten	Bidang Perlindungan dan Jaminan Sosial
3.	Bappeda Provinsi, Kota, dan Kabupaten	Bidang Ekonomi, Sosial dan Budaya
4.	DPRD Provinsi dan Kabupaten	Komisi yang membidangi kesehatan
5.	Dinas Pendapatan, Keuangan, dan Administrasi Daerah Provinsi dan Kabupaten	Bidang Penganggaran
6.	RS Pemerintah Provinsi dan Kabupaten	Bagian Penjaminan
7.	RS Swasta tingkat Provinsi	Bagian Penjaminan
8.	Klinik Swasta tingkat Kabupaten	Kepala Klinik

Penelitian ini berlangsung selama 24 Bulan dan telah mendapatkan Ethical Clearance dari Komisit Etik UGM Nomor KE/1268/11/2018

Hasil

Tahap I Identifikasi Program Teori

Setelah melakukan literature review, beberapa teori yang digunakan oleh peneliti sebagai dasar untuk formulasi CMO ideal atau hipotesis adalah:

1. *Teori Governence* yang dikembangkan oleh Curtin (1996) dan Héritier (2003) dimana partisipasi publik dalam proses politik harus dipenuhi dalam sebuah

pemerintahan yang demokratis. Partisipasi ini bisa dalam bentuk pemberian dukungan atau penolakan terhadap kebijakan yang diambil pemerintah ataupun evaluasi terhadap kebijakan tersebut. Dalam hal ini untuk bisa berpartisipasi secara aktif masyarakat dan juga stakeholder terkait perlu mendapatkan akses terhadap informasi yang berkaitan dengan kebijakan tertentu untuk dapat mengambil bagian dalam memastikan kebijakan tersebut dilaksanakan dengan baik. Dalam kaitannya dengan kebijakan JKN, masyarakat dan stakeholder terkait perlu mendapatkan informasi mengenai laporan keuangan dari BPJS Kesehatan agar mampu terlibat secara aktif dalam perumusan, implementasi, dan evaluasi kebijakan JKN.

2. Teori *compliance regulatory* dari Walshe (2003) dimana regulator (pembuat peraturan) dan regulated organization (organisasi yang diatur) adalah partner yang bekerjasama untuk meningkatkan mutu layanan. Dengan demikian, organisasi yang diatur menjadi lebih kooperatif dan berkomitmen untuk mengikuti regulasi yang telah dibuat. Lebih jauh lagi berdasarkan teori ini regulasi dilihat sebagai suatu kesempatan untuk meningkatkan performa dari organisasi. Teori ini dianggap tepat karena salah satu fungsi BPJS sebagai Lembaga yang berwenang dalam mengelola JKN adalah membuat regulasi/peraturan yang mendukung organisasi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan performa mereka dalam memberikan pelayanan kepada peserta.
3. Teori *good governance* dari UNDP dimana salah satu dari 8 komponen good governance adalah transparency. Transparency adalah keterbukaan informasi kepada publik atau stakeholder agar mereka dapat memahami implementasi dari suatu kebijakan dan menjalankan fungsi control (UNDP, 2014). Teori good governance ini lalu diadopsi oleh BPJS Kesehatan yang tertuang dalam Pedoman Umum Tata Kelola yang Baik (Good Governance) BPJS Kesehatan. Dalam pedoman dimaksud BPJS Kesehatan berkomitmen untuk menjada objektivitas dalam menjalankan bisnis dengan menyediakan informasi yang relevan dengan cara yang mudah diakses dan dipahami oleh stakeholder terkait/pemangku kepentingan. Informasi yang dimaksud tidak hanya terbatas kepada masalah atau hal yang disyaratkan dalam peraturan perundang-undangan tetapi juga hal yang penting untuk pengambilan keputusan oleh pemangku kepentingan lainnya (BPJS Kesehatan, 2014).

Berdasarkan teori-teori tersebut maka CMO ideal/hipotesis untuk ketiga sasaran dalam aspek tata kelola dapat dirumuskan sebagai berikut:

No	Sasaran	Teori	CMO Ideal/Hipotesis
1.	Sasaran 1: BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik.	Teori Governance dari Curtin (1996) dan Héritier (2003).	Dukungan pemerintah daerah (context) dan ketersediaan akses data/informasi yang berkaitan dengan implementasi kebijakan JKN (context) akan memberikan pemahaman kepada pemerintah daerah dan BPJS Kesehatan

			mengenai hambatan/peleluang dalam implementasi JKN di sebuah wilayah (mechanism) sehingga akan terbentuk kemitraan strategis antara berbagai stakeholder pemerintah daerah dan BPJS Kesehatan untuk mewujudkan indikator UHC yang ditetapkan WHO (outcome)
2.	Sasaran 5: Semua peraturan pelaksanaan telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin penyelenggaraan jaminan pelayanan kesehatan sesuai kewenangan yang ditelahi ditetapkan.	Teori compliance regulatory dari Walshe (2003)	Adanya koordinasi lintas sektor & rumusan kebijakan berbasis bukti oleh BPJS Kesehatan bersama pemerintah daerah dalam memperkenalkan program/inovasi perbaikan pelayanan JKN (context) akan membuat Pemda dan BPJS Kesehatan secara bersama-sama menyesuaikan implementasi kebijakan JKN agar sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (mechanism) sehingga kebijakan/regulasi yang dibentuk dapat terselenggara dengan baik oleh semua stakeholders dan memenuhi kebutuhan masyarakat (outcome)
3.	Sasaran 8: BPJS Kesehatan dikelola secara terbuka, efisien dan akuntabel	Teori good governance dari UNDP (2014)	Tersedia/terbukanya akses data peserta, data tunggakan, data utilisasi, data beban penyakit dan data keuangan secara tepat waktu (context) akan membuat pemerintah daerah dan BPJS Kesehatan dapat bekerja bersama-sama dalam implementasi kebijakan JKN di daerah (mechanism) sehingga program/perencanaan/intervensi untuk mendukung atau mengatasi hambatan program JKN tersedia di daerah (outcome)

Tahap II Pengujian Program Teori

Pada tahap kedua peneliti melakukan wawancara mendalam kepada informan di level Provinsi NTT, Kota Kupang dan Kabupaten Kupang untuk mendapatkan gambaran context daerah NTT dalam implementasi kebijakan JKN. Peneliti berhasil mewawancarai

15 orang informan dari berbagai OPD yang telah ditentukan sebagai sampel dengan rincian 5 informan dari OPD di tingkat Provinsi, 3 informan dari OPD di Kota Kupang, dan 7 informan dari OPD di Kabupaten Kupang.

Sasaran 1: BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik

Pada sasaran 1, peneliti menemukan bahwa akses data dan informasi (data peserta, data utilisasi, dan data keuangan) kepada pemerintah daerah di NTT masih sangat minim baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota. Hal ini disebabkan karena sifat BPJS yang sentralistik dimana bertolak belakang dengan sistem pemerintahan desentralisasi di daerah.

“Apakah mereka kasih data ini data ini? Kami bilang tidak ada. Dan sempat pak Kadis marah tentang hal itu, dan bahkan pak Kadis sempat tidak mau melakukan tanda tangan untuk semua kerja sama dengan BPJS” Staf Bagian Perencanaan, Dinkes Kabupaten Kupang

Ketiadaan akses data/informasi mengenai implementasi kebijakan JKN di daerah membuat peran pemerintah daerah untuk mendukung implementasi JKN di wilayahnya menjadi minim bahkan menimbulkan kecurigaan dan ketidakpercayaan kepada BPJS Kesehatan sebagai lembaga yang menangani JKN.

“Tidak pernah! Justru kemarin saya terkejut ... saya juga baru tahu kalau BPJS ada debt collector, kader penagih. Artinya kan, oh ternyata ada banyak orang yang menunggak nih. Nah, siapa yang menunggak? ... kan harusnya coba dikasih sehingga bisa diinformasikan ke Puskesmas. Tinggal ditempel saja kan lebih mudah” Staf Bagian Perencanaan, Dinkes Kota Kupang

“Nah, bukan kitong [kita] saling curiga tapi coba dia [BPJS] buka dengan baik yang dicover nasionalnya itu [berapa] nanti APBD kabupaten-nya [berapa], maka kalau kurang maka kitong bisa petakan dengan baik APBDnya menambah berapa” Staf Bagian Perencanaan, Bappeda Provinsi NTT.

Beberapa informan bahkan membandingkan kebijakan JKN dengan Jamkesda dimana Jamkesda dianggap lebih mampu menjawab keterbatasan anggaran yang dimiliki oleh kabupaten/kota di NTT dibandingkan dengan JKN. Meskipun demikian, kebijakan Jamkesda dipaksa untuk diintegrasikan ke JKN sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang ada paling lambat tahun 2019. Namun Pada kenyataannya masih ada kabupaten/kota yang tetap bertahan dengan Jamkesda karena keterbatasan anggaran di daerah.

“Sebaiknya masyarakat jangan didaftarkan jadi peserta BPJS. Kita bisa gunakan sistem Jaminan Kesehatan Daerah. Karena kalau dihitung, uang yang kami

keluarkan per tahun itu untuk membayar [Jamkesda] 6 miliar saja ketimbang kami bayar iuran ke BPJS. Saya sepakat dengan Kabupaten Malaka” Staf Bagian Perencanaan, Dinkes Kabupaten Kupang

“Kalau Jamkesda, begitu sakit kami bayar. Kalau BPJS, sakit tidak sakit kita bayar kan? Ya ini kan kita omong soal untung rugi dan ketersediaan anggaran, filosofi daripada BPJS ini adalah yang kuat membantu yang lemah kan? Itu betul, tetapi dari kondisi keuangan yang seperti ini ya mau tidak mau kami tetap bertahan [dengan] Jamkesda dulu. Sebelum ada satu regulasi yang membatasi bahwa Jamkesda itu dihapus.” Bagian Perencanaan, Bappeda Kota Kupang

Menaikan iuran menjadi solusi yang diambil oleh Pemerintah dalam mengatasi defisit JKN yang akan dimulai per 1 Januari 2020 berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 75 tahun 2019. Hal ini justru semakin memperlambat cakupan kepesertaan JKN di daerah. Dengan bertambahnya beban pembiayaan kepada pemerintah daerah, integrasi Jamkesda menjadi semakin lambat dengan adanya kenaikan iuran ini.

“Kita untuk Pemda otomatis dibebankan ... target kita itu 30.000 orang tapi karna kenaikan tarif ini akhirnya tidak bisa, sampai 9.400 saja, masih sekitar 20an ribu yang kita belum bisa cover” Staf Bagian Pelayanan Medis, Dinkes Kota Kupang.

“Tentunya ada sedikit menghambat, karna dengan semakin besar iuran berarti jumlah orang yang kita bisa berikan bantuan akan lebih sedikit ... kita harapkan dari pemerintah daerah kabupaten/kota [bisa] mencukupkan kebutuhan anggaran untuk JKN ini ... untuk saat ini saja dana PBI ini sudah berat”. Staf Bagian Pelayanan Medis, Dinkes Provinsi NTT

Sasaran 5: Semua peraturan pelaksanaan telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin penyelenggaraan jaminan pelayanan kesehatan sesuai kewenangan yang ditelah ditetapkan

Pada sasaran 5, peneliti menemukan bahwa peraturan yang dikeluarkan BPJS masih belum dikoordinasikan dengan stakeholder terkait dan terkesan mendadak atau tergesa-gesa.

“BPJS selalu melakukan penerapan back date. Istilahnya kita udah terlanjur ngelakuin, pelayanan sudah terlanjur [diberikan], tiba-tiba peraturan keluar. Waktu ditagih ternyata peraturan berubah, dia langsung pukul ratah.” Staf Bagian Penjaminan, RS Swasta tingkat Provinsi

“Loh, itu aturannya baru, belum disosialisasikan ... “oh, boleh saja anda menetapkan, tapi kami harusnya ada persiapan [dulu] sarana prasarana.” Kalau dia mendadak di akhir tahun, cara kami menyediakan sarana prasarannya seperti

apa? Minimal ada range waktu untuk kami mempersiapkan orangnya, sarana prasarannya, terus mau bergerak seperti apa.” Staf Bagian Perencanaan, Dinkes Kota Kupang

Selain itu, beberapa peraturan yang dikeluarkan terkesan sepihak dan banyak merugikan pemerintah daerah dan fasilitas pelayanan kesehatan. Peraturan dimaksud dirasa bertentangan dengan peraturan yang sudah ada sebelumnya dari lembaga lain misalnya Kementerian Kesehatan sehingga membingungkan dalam penerapannya. Hal ini menimbulkan disharmonisasi dalam pembuatan regulasi.

“Sistem cut off mereka buat secara sepihak, [peserta] diaktifkan 1 bulan yang akan datang. Bagaimana kalau misalnya pada saat kita habis daftar besoknya dia sakit?”, dia bilang “itu masih ditanggung oleh Pemerintah Daerah”. Kan itu sama dengan merugikan kami pemerintah daerah? Mereka bilang itu peraturan internal. Saya minta, mereka tidak pernah kasih sampai sekarang.” Staf Bagian Perencanaan, Dinkes Kabupaten Kupang

“Peraturan prosedur katarak fako, hanya boleh diklaim oleh dokter mata yang bersertifikat dari Perdami. Waktu itu saya keberatan, karena Permenkes-nya tidak ada, Perdir-nya tidak ada ... saya nggak mau cuma sekedar setuju apa kata Kepala Cabang kamu ... Jadi saya sempat ngerasa, kok jadi subjektif. Saya sempat berselisih pendapat, intinya dia tetap nggak mau bayar.” Staf Bagian Penjaminan, RS Swasta tingkat Provinsi

Kuotasi diatas membuktikan bahwa peraturan yang dibuat BPJS belum disosialisasikan kepada pemerintah daerah dan terkesan tidak mendukung sistem kesehatan di Daerah. Pemerintah daerah merasa dirugikan dalam sistem tata kelola BPJS Kesehatan BPJS yang sentralistik ini. Imbas dari ketidaksamaaan sistem tersebut diterima oleh pemerintah daerah yang menjalankan layanan kesehatan.

“Kita [Dinkes] di bawah Mentri Kesehatan bukan di bawah BPJS. Seharusnya BPJS berkoordinasi dulu, ... kita dipaksa harus ikut aturan mereka, padahal kita punya Menteri Kesehatan ... kalau tidak kita terpotong, 2 kubu ini yang harus bersatu dulu supaya kita jangan pusing dan jadi sasaran empuk masyarakat. Kita [Yankes] selalu kena berkelahi dari pasien, dimaki-makilah petugas kami.” Staf Bagian Pelayanan Kesehatan, Dinkes Kota Kupang

Sasaran 8: BPJS Kesehatan dikelola secara terbuka, efisien dan akuntabel

Pada sasaran 8, peneliti menemukan bahwa data terkait JKN dari BPJS Kesehatan sangat dibutuhkan dalam pengembangan program kesehatan terutama untuk verifikasi penerima bantuan iuran baik yang dibiayai oleh Pemda melalui APBD maupun

yang dibiayai oleh Pemerintah Pusat melalui APBN. Sampai saat ini, para organisasi perangkat daerah seperti dinas sosial, dinas kesehatan dan juga kepala daerah belum mendapatkan data yang valid. Pemerintah daerah tidak mendapatkan akses terhadap data kepesertaan by name by address yang bisa digunakan untuk validasi kepesertaan JKN yang sudah didaftarkan.

“Harusnya by name by address nya ada. Kenapa? Karena mau memvalidasi dengan saya punya. Supaya jangan ada pendobelan. Ada data tetangga saya yang sebenarnya su mati (sudah meninggal), tapi namanya masih ada. Kan kalau ada [by name by address] kami langsung membantu, cross check lah.” Bagian Perencanaan, Dinkes Kota Kupang

“BPJS tidak memiliki hak untuk memverifikasi dan memvalidasikan [data masyarakat miskin], kami di Dinas Sosial yang [memiliki hak]. Saya pernah berkoordinasi dengan BPJS apabila ada pembagian kartu by name by addressnya dikirim ke kita sehingga kita bisa tahu kartu itu sudah sampai dimana. Coba kalau kartu BPJS itu kirimkan kembali ke kami baru tenaga kami yang membagikan.” Staf Bagian Penjaminan Sosial, Dinsos Kota Kupang.

“[Dinsos] mohon juga dilibatkan dimana dikasih data kabupaten penerima PBI ... ada berapa, jangan sampai kita cuman tau gelondongannya. Tapi tau by name by addressnya dimana dimana untuk kami bisa menelusurin dan membantu untuk kasi tau beliau-beliau ini mendapat bantuan JKN dari Kementerian. Jangan sampai terbentur antara JKN Pusat, JKN APBD 1 dan APBD 2, orang yang harusnya bisa masuk tapi tidak bisa masuk, gitu.” Staf Bagian Penjaminan Sosial, Dinsos Provinsi NTT

Selain untuk validasi kepesertaan, data dari BPJS Kesehatan dapat dimanfaatkan untuk mendukung perencanaan program-program kesehatan di daerah. Beberapa stakeholder memanfaatkan forum-forum kemitraan yang biasanya dilakukan 6 bulan sekali untuk mendapatkan data JKN dari BPJS Kesehatan, namun data yang diberikan tidak mendetail dan hanya data kumulatif atau gelondongan. Akibatnya perencanaan program dari stakeholder terkait belum menggunakan data JKN, pemerintah daerah cenderung menggunakan realisasi tahun sebelumnya untuk menetapkan alokasi pada tahun mendatang dimana metode ini bisa berakibat pada implementasi program yang tidak tepat sasaran.

“Kita juga butuh umpan balik realisasinya apa sih yang sudah mereka kerjakan terus apa-apa saja penyakit yang terbanyak ... kalau mereka ada data penyakit terbanyak yang mereka biayai kan bisa kasi ke kita, kita bisa sinkron dengan data di Profil Kesehatan. Betul tidak, mungkin 10 penyakit terbanyak yang dibiayai oleh JKN ini. Jadi data kita juga bisa valid kan.” Staf Bidang Perencanaan, Dinkes Provinsi NTT

“Ini katong [kita] sama sekali belum dapat. Kemaren juga a... kami minta data penerima iuran, cuma itu data sampai hari ini kita belum dapat... BPJS ini agak susah. Dia tidak dapat memberikan kami data yang pasti”. Staf Bidang Sosial dan Budaya, Bappeda Kabupaten Kupang







Selain forum kemitraan para informan juga meminta langsung ke BPJS Cabang, namun tidak mendapatkan jawaban yang pasti mengapa sampai data ini bersifat tertutup. BPJS Cabang tidak dapat melayani permintaan data dari stakeholder di daerah dan mengarahkan untuk melakukan permintaan data ke BPJS Pusat.

“Kami minta, sering kami minta, ... berapa sih jumlah yang kita terima dari JKN KIS. Nah, pihak BPJS yang di Provinsi NTT itu, dia tidak berhak dan tidak berwenang untuk [memberikan] data itu karena katanya ada password tertentu untuk bisa membuka data tersebut.” Staf Bagian Penjaminan Sosial, Dinsos Provinsi NTT

“Kadis pernah minta bahkan sampai pembiayaan untuk biaya masyarakat Kabupaten Kupang yang dibiayai oleh BPJS tuh berapa? Tidak pernah dikasih sampai sekarang. Kami juga tidak mengerti kenapa mereka tidak kasih, bahkan keluhan yang sama saya dengar juga dari BPKP. Katanya menurut mereka bahwa a.. itu kerahasiaannya mereka. Itu datanya sampai di pusat. Ribet katanya urusannya untuk dapat itu.” Staf Bagian Perencanaan, Dinkes Kabupaten Kupang

Tahap III Perubahan CMO (Alternatif)

Berdasarkan temuan-temuan pada tahap II, maka formulasi CMO alternatif untuk Provinsi NTT adalah sebagai berikut:

No	Sasaran	Context	Mechanism	Outcome
1	Sasaran 1: BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik.	Akses data/informasi yang terkait dengan implementasi JKN di NTT masih sulit didapatkan oleh Pemerintah Daerah	 <ul style="list-style-type: none"> • Pemerintah daerah tidak termotivasi untuk ambil bagian dalam implementasi JKN; • Program JKN terkesan tidak transparan, Pemerintah daerah menjadi tidak percaya dengan kebijakan ini; 	 <ul style="list-style-type: none"> • Minimnya program dari Pemerintah Daerah untuk membantu menurunkan defisit; • Pencapaian UHC di Provinsi NTT berjalan lambat.
2	Sasaran 5: Semua peraturan pelaksanaan telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin penyelenggaraan jaminan pelayanan kesehatan sesuai kewenangan yang ditelaah ditetapkan.	Peraturan/regulasi yang dikeluarkan BPJS terkesan mendadak, minim koordinasi dengan stakeholder terkait, sepihak, dan tumpang tindih dengan peraturan yang sudah ada	 <ul style="list-style-type: none"> • Pemerintah daerah dan fasilitas pelayanan kesehatan: <ul style="list-style-type: none"> • Mengalami kebingungan dalam penerapan aturan/regulasi dari BPJS; • Merasa dirugikan dengan adanya peraturan dari BPJS; • Merasa dipersulit dalam melakukan tugasnya memberikan pelayanan kepada peserta JKN. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Implementasi aturan/regulasi JKN belum mendukung fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan performanya.
3	Sasaran 8: BPJS Kesehatan dikelola secara terbuka, efisien dan akuntabel	Pemerintah Daerah di NTT mengalami kesulitan dalam mengakses data JKN dikarenakan sifat BPJS yang sentralistik	 <ul style="list-style-type: none"> • Pemerintah daerah kesulitan dalam melakukan verifikasi kepesertaan di daerahnya; • Perencanaan program kesehatan di daerah belum menggunakan data JKN; 	 <ul style="list-style-type: none"> • Program kesehatan di daerah masih belum konsisten dengan kebijakan JKN dan berpotensi salah sasaran karena tidak berdasarkan data yang valid.

Formulasi CMO-CMO alternatif menunjukkan bahwa di Provinsi NTT ketiga sasaran dalam aspek tata kelola belum tercapai. Hasil analisis menunjukkan telah terjadi outcome yang tidak diinginkan pada ketiga sasaran tersebut sebagai akibat dari kombinasi context dan mechanism yang tidak berjalan baik

Pembahasan

Penggunaan pendekatan realist evaluation untuk evaluasi JKN di NTT merupakan yang pertama kali dilakukan. Pendekatan ini memberikan perpektif yang lebih relevan terkait dengan implementasi kebijakan ini dengan mempertimbangkan konteks NTT yang berbeda dengan daerah lain di Indonesia. Temuan utama yang dapat dipotret dalam penelitian ini adalah tata kelola sistem jaminan sosial nasional yang mewajibkan semua pemangku kepentingan berkolaborasi tidak terjadi di NTT. Perbedaan struktur organisasi antara BPJS Kesehatan yang bersifat sentralistik dan Desentralistik sistem kesehatan terdahulu mengakibatkan ketidakpastian aturan untuk menjalankan program. Temuan ini berdampak nyata ketika peserta JKN yang telah dimasukan pemerintah daerah kedalam mengalami kesulitan akibat ketidakjelasan waktu aktiviasi peserta, sehingga peserta tersebut tidak dapat dibayari oleh sistem JKN. Kondisi keterbatasan kemampuan fiskal pemerintah daerah untuk menanggung premi peserta membuat pemerintah provinsi NTT pasrah. Akibatnya, tujuan JKN untuk membuka akses layanan kesehatan untuk masyarakat NTT tidak tercapai.

Kondisi defisit yang dialami oleh BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara JKN membuktikan bahwa sasaran 1 dari peta jalan JKN masih belum tercapai. Untuk provinsi NTT sendiri klaim rasio selama tahun 2019 mencapai 204%. Untuk mengatasi masalah ini, pemerintah sudah mengambil langkah untuk menaikkan iuran JKN melalui Peraturan Presiden No. 75 tahun 2019 . Kenaikan iuran ini terjadi pada semua segmen termasuk PBI pada 1 Januari 2020.

Data dari BPJS Kesehatan yang dipresentasikan dalam Forum Komunikasi Pemangku Kepentingan Provinsi NTT tahun 2019, per 1 November 2019 Provinsi NTT berada di angka 85.76% untuk capaian Universal Health Coverage (UHC). Sebagian besar dari peserta tersebut dibiayai oleh Pemerintah Daerah dan sektor formal yakni sejumlah 65.62% PBI dan 27.01% PPU. Dengan situasi kenaikan anggaran saat ini, beban pembiayaan dari Pemerintah Daerah akan semakin bertambah. Untuk Provinsi NTT, dibutuhkan penambahan anggaran tidak kurang dari 200 milyar untuk mencapai UHC di tahun 2020. Situasi ini diperparah dengan kualitas pendataan penduduk miskin penerima PBI yang masih lemah baik di Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, maupun BPJS Kesehatan.

Dalam penelitian ini, peneliti menemukan adanya disharmonisasi regulasi yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan dan peraturan lainnya yang telah ada sebelumnya. Disharmonisasi yang ditemukan adalah disharmonisasi dalam integrasi aturan dan disharmonisasi terhadap penyebaran aturan melalui sosialisasi. Disharmonisasi dalam regulasi disebabkan karena, salah satunya, lemahnya koordinasi dalam proses

pembentukan yang melibatkan berbagai instansi dan disiplin hukum, disamping faktor-faktor lain yang mempengaruhi (Mahendra, 2010). Melihat kompleksitas dari kebijakan JKN pemerintah dan BPJS Kesehatan seharusnya bisa lebih meningkatkan koordinasi dalam pembentukan regulasi agar tidak saling bertentangan atau tumpang tindih. Pada tahun 2018, Perkumpulan Dokter Indonesia Bersatu (PDIB) berhasil memenangkan uji materil untuk 3 Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan yang berkaitan dengan Penjaminan Pelayanan Katarak, Pelayanan Persalinan dengan Bayi Baru Lahir Sehat, Penjaminan Pelayanan Rehabilitasi Medik yang berujung pada pembatalan peraturan-peraturan tersebut. Hal ini membuktikan bahwa pembentukan regulasi oleh BPJS Kesehatan masih belum dikoordinasikan dengan baik dengan stakeholder-stakeholder terkait termasuk organisasi profesi, Kementerian Kesehatan, dan pemerintah daerah.

Lemahnya koordinasi ini juga terjadi pada akses terhadap data-data yang berkaitan dengan JKN yang dimiliki oleh BPJS Kesehatan. Sifat BPJS Kesehatan yang sentralistik bertolak belakang dengan sifat dari pemerintah daerah yang desentralistik. Sesuai dengan prinsip tata kelola yang baik dalam sistem kesehatan, transparansi dalam kaitannya dengan akses terhadap informasi sangat penting bagi semua institusi atau stakeholder untuk lebih memahami suatu kebijakan dan memonitor implementasi dari kebijakan tersebut (Siddiqi et al., 2009). Untuk mencapai hal tersebut diperlukan sistem yang didesign secara baik untuk meminimalisir fragmentasi dan mendorong partisipasi aktif dari semua stakeholder dalam mendukung implementasi kebijakan (Mikkelsen-Lopez, Wyss, & de Savigny, 2011). Regulasi untuk mendukung keterbukaan informasi JKN sudah ada dalam Perpres 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, pada pasal 84 ayat 1 dan 2, dimana BPJS Kesehatan wajib memberikan data dan informasi mengenai JKN termasuk kepesertaan, kunjungan, jenis penyakit, pembayaran dan klaim kepada Kepala Dinas Kesehatan kabupaten/kota secara berkala setiap 3 bulan sekali. Namun, Perpres ini belum diimplementasikan di kabupaten/kota di NTT. Akibatnya perencanaan program kesehatan di daerah di NTT masih tidak menggunakan data JKN, sehingga berdampak pada perencanaan yang tidak sesuai dengan kebutuhan di masyarakat. Temuan ini menegaskan bahwa dukungan BPJS kesehatan untuk menyediakan data kepada pemerintah daerah (transparansi) dalam sasaran 8 masih belum tercapai.

Dalam penelitian ini, peneliti tidak mendapatkan kesempatan untuk mewawancarai pihak BPJS Kesehatan. Penelitian lanjutan diperlukan untuk menambah ketajaman data dari prespektif BPJS Kesehatan. Namun peneliti percaya bahwa data tersebut telah sesuai dengan kenyataan yang ada dilihat dari pencarian jejak penelitian tentang JKN yang telah dipublis.

Kesimpulan

Pendekatan *realist evaluation* dalam penelitian ini mampu memberikan pemahaman yang lebih mendalam terkait dengan capaian sasaran JKN untuk aspek tata kelola di NTT. Hasil analisis dengan pendekatan *realist evaluation*, peneliti menemukan outcome yang tidak diinginkan sebagai konsekuensi dari kombinasi context dan mechanism yang tidak sesuai dengan CMO ideal. Oleh karena itu perlu adanya perbaikan tata kelola dari BPJS Kesehatan sebagai lembaga penyelenggara JKN agar mampu meningkatkan kepercayaan dari pemerintah daerah terhadap program ini dan mendukung perencanaan pembangunan program kesehatan di daerah. Pembentukan regulasi perlu melibatkan stakeholder di daerah sebagai pihak yang akan melaksanakan regulasi tersebut agar sesuai dengan konteks di daerah. Akses data perlu diberikan kepada pemerintah daerah sebagai dasar perencanaan program kesehatan agar lebih tepat sasaran dan menjawab kebutuhan dari masyarakat serta membantu mengatasi defisit yang sudah semakin mengkhawatirkan.

Referensi

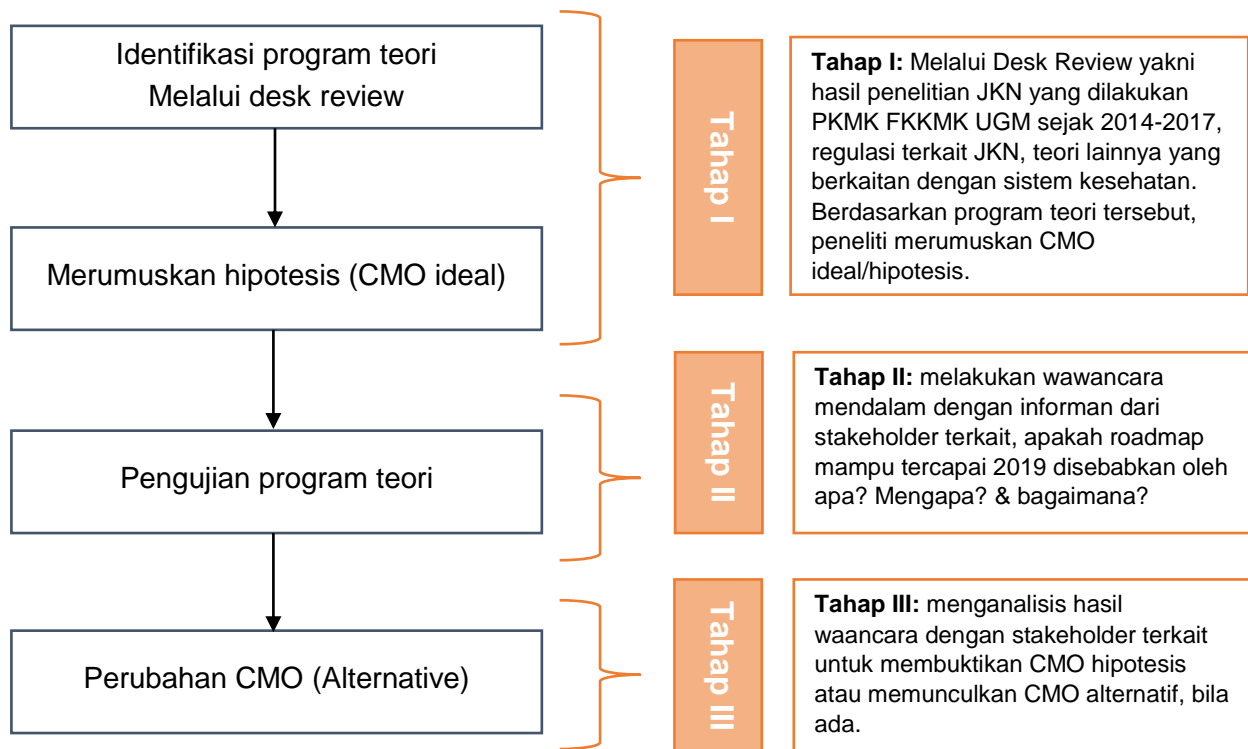
- BPJS Kesehatan. (2014). *Pedoman Umum Tata Kelola yang Baik (Good Governance) BPJS Kesehatan*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan. (2018). *Annual Financial and Programmatic Report (Laporan Keuangan dan Program Tahunan)*. Retrieved from Jakarta: <https://bpjs-kesehatan.go.id>
- Curtin, D. (1996). *Betwixt and between: Democracy and transparency in the governance of the European Union. Reforming the Treaty on European Union: The Legal Debate, The Hague Kluwer Law InternationalL.*
- DJSN. (2012). *Road Map to NHIS 2012-2019 (Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019)*. Retrieved from <http://djsn.go.id>
- Erlangga, D., Ali, S., & Bloor, K. (2019). The impact of public health insurance on healthcare utilisation in Indonesia: evidence from panel data. *International journal of public health*, 64(4), 603-613.
- Héritier, A. (2003). Composite democracy in Europe: the role of transparency and access to information. *Journal of European public policy*, 10(5), 814-833.
- Mahendra, A. A. O. (2010). *Harmonisasi Peraturan Perundang-undangan*. Retrieved from <http://ditjenpp.kemendikhum.go.id/htn-dan-puu/421-harmonisasi-peraturan-perundang-undangan.html>
- Mikkelsen-Lopez, I., Wyss, K., & de Savigny, D. (2011). An approach to addressing governance from a health system framework perspective. *BMC international health and human rights*, 11(1), 13.
- Pawson, R., Tilley, N., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*: sage.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 75 tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, 75 C.F.R. (2019).
- Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, 82 C.F.R. (2018).

- Prabhakaran, S., Dutta, A., Fagan, T., & Ginivan, M. (2019). Financial Sustainability of Indonesia's Jaminan Kesehatan Nasional: Performance, Prospects, and Policy Options. *Putusan No. 58 P/HUM/2018 tentang Pembatal Perdirjampelkes BPJS Kesehatan No. 2, No. 3, No. 5 tahun 2018*. (2018). Jakarta: Mahkamah Agung Republik Indonesia
- Siddiqi, S., Masud, T. I., Nishtar, S., Peters, D. H., Sabri, B., Bile, K. M., & Jama, M. A. (2009). Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. *Health Policy*, *90*(1), 13-25.
- Undang-Undang Republik Indonesia No. 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, 24 C.F.R. (2011).
- Undang-Undang Republik Indonesia No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, 40 C.F.R. (2004).
- UNDP. (2014). Governance for Sustainable Development: Integrating Governance in the post-2015 Development Framework. In. New York: United Nations Development Programme.
- Walshe, K. (2003). *Regulating healthcare: a prescription for improvement?* : McGraw-Hill Education (UK).
- 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.

Lampiran

Proses Realist Evaluation

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).



Dalam pendekatan realist evaluation ada 3 komponen utama yang harus dicari konfigurasi berdasarkan situasi atau keadaan di lapangan (Westhorp, 2014), yakni:

- 1) Context: situasi atau kondisi dimana kebijakan atau program diimplementasikan, termasuk kondisi sosial, ekonomi, politik, konteks organisasi, sejarah pembentukan kebijakan, budaya kerja, dan sikap dari actor yang terlibat didalamnya;
- 2) Mechanism: perubahan yang terjadi sebagai efek yang muncul dari context termasuk motivasi dan partisipasi dari actor yang terlibat dalam hal “reasoning” dan perubahan alokasi resources yang dimiliki untuk mendukung suatu program atau kebijakan;
- 3) Outcome: hasil kombinasi dari context dan mechanism sebagai dampak dari implementasi program atau kebijakan, baik itu yang diinginkan maupun yang tidak diinginkan.

Roadmap JKN 2014-2019

Pemerintah Indonesia telah menetapkan 8 sasaran yang wajib untuk dicapai oleh program JKN ini yang tertuang didalam roadmap JKN 2014-2019. Peta jalan ini berisi penjabaran program dan kegiatan dari Kementerian/Lembaga di tingkat Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota untuk secara sinergis menyelenggarakan program JKN bagi warga masyarakatnya (DJSN, 2012).

No	Sasaran 1 Januari 2014	Sasaran 2019
1.	BPJS Kesehatan mulai beroperasi.	BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik.
2.	BPJS Kesehatan mengelola jaminan kesehatan setidaknya bagi 121,6 juta peserta (sekitar 50 juta masih dikelola Badan lain).	Seluruh penduduk Indonesia (yang pada 2019 diperkirakan sekitar 257,5 juta jiwa) mendapat jaminan kesehatan melalui BPJS Kesehatan.
3.	Paket manfaat medis yang dijamin adalah seluruh pengobatan untuk seluruh penyakit. Namun, masih ada perbedaan kelas perawatan di rumah sakit bagi yang mengiur sendiri dan bagi Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah.	Paket manfaat medis dan non medis (kelas perawatan) sudah sama, tidak ada perbedaan, untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat.
4.	Rencana Aksi Pengembangan fasilitas kesehatan tersusun dan mulai dilaksanakan	Jumlah dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk tenaga dan alat-alat) sudah memadai untuk menjamin seluruh penduduk memenuhi kebutuhan medis mereka.
5.	Seluruh peraturan pelaksanaan (PP, Perpres, Peraturan Menteri, dan Peraturan BPJS) yang merupakan turunan UU SJSN dan UU BPJS telah diundangkan dan diterbitkan	Semua peraturan pelaksanaan telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin kualitas layanan yang memadai dengan harga keekonomian yang layak
6.	Paling sedikit 75% peserta menyatakan puas, baik dalam layanan di BPJS maupun dalam layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS	Paling sedikit 85% peserta menyatakan puas, baik dalam layanan di BPJS maupun dalam layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS
7.	Paling sedikit 65% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS	Paling sedikit 80% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS.
8.	BPJS dikelola secara terbuka, efisien, dan akuntabel	BPJS dikelola secara terbuka, efisien, dan akuntabel