

# Laporan Hasil Penelitian Evaluasi Kebijakan JKN di 13 Provinsi Indonesia



Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada 2020

# **Tim Penyusun**

## **Penanggung Jawab**

Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc., PhD

## **Pembimbing**

dr. Tiara Marthias, MPH Dr. Hanevi Djasri, MARS., FISQua

### **Tim Penulis**

Candra
Eva Tirtabayu Hasri
Muhamad Faozi Kurniawan
Puti Aulia Rahma
Relmbuss Biljers Fanda
Tiara Marthias
Tri Aktariyani

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada

## Didukung oleh:

Knowledge Sector Initiative (KSI)

# **DAFTAR ISI**

ii	Daftar Isi	16	Evaluasi Topik <i>Equity</i> (Pemerataan) Dalam Pelayanan JKN
iv	Daftar Tabel	16	Tahap I Pengembangan Program Teori
		18	Tahap II Hasil Pengumpulan Data
V	Daftar Gambar	19	Tahap III Refining Program Theory
1	Pesan Kunci	23	Kesenjangan antar Segmen Peserta JKN
4	Ringkasan Eksekutif	23	Hipotesis: Peserta yang lebih dapat menikmati layanan kesehatan,
11	Latar Belakang		terutama layanan yang berbiaya tinggi dan membutuhkan akses ke fasilitas yang komprehensif, adalah dari segmen yang memiliki aksesibilitas geografis dan finansial (non PBI)
14	Metode	36	Kesenjangan Geografis
<b>1</b> 5	Tujuan	36	Hipotesis: Daerah dengan kecukupan supply side akan
<b>1</b> 5	Manfaat		memanfaatkan secara optimal reimbursement JKN
		43	Defisit
		44	Pembahasan
2	Hasil Evaluasi JKN 2019	46	Simpulan
2	Evaluasi Tata Kelola Dalam Program JKN	47	Saran
2	Tahap I Pengembangan Program Teori	49	Evaluasi Mutu Dalam Pelayanan Kesehatan Era JKN
3	Tahap II Hasil Pengumpulan Data	49	Kebijakan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBPKP)
4	Tahap III Refining Program Theory	49	Tahap I Pengembangan Program Teori
12	Pembahasan	50	Tahap II Hasil Pengumpulan Data
14	Simpulan	50	Tahap III Refining Program Theory
		54	Pembahasan
		55	Simpulan

# **DAFTAR ISI**

6				(endali	

- 56 Tahap I Identifikasi Teori Program
- **57** Tahap II Hasil Pengujian Teori Program
- **57** Tahap III Refining Program Theory
- **59** Pembahasan
- 60 Simpulan
- 61 Kebijakan Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program JKN
- **61** Tahap I Identifikasi Teori Program
- **62** Tahap II Hasil Pengujian Teori Program
- **62** Tahap III Refining Program Theory
- 65 Pembahasan
- 66 Simpulan
- 67 Implikasi Kebijakan
- 68 Kesimpulan
- 68 Kelebihan dan Keterbatasan Penelitian
- 69 Referensi
- **73** Apresias

# **DAFTAR TABEL**

12	Tabel 1	Definisi Operasional 8 Sasaran Peta Jalan JKN 2014-2019
2	Tabel 2	Rumusan CMO Hipotesis Tata Kelola
3	Tabel 3	Jumlah Stakeholders Tata Kelola
6	Tabel 4	Konfigurasi CMO Hasil Penelitian (Sasaran-1)
8	Tabel 5	Konfigurasi CMO Hasil Penelitian (Sasaran-5)
10	Tabel 6	Konfigurasi CMO Hasil Penelitian (Sasaran-8)
17	Tabel 7	Rumusan CMO Hipotesis <i>Equity</i>
18	Tabel 8	Jumlah Stakeholder <i>Equity</i>
22	Tabel 9	Konfigurasi CMO Hasil Penelitian (Sasaran-2)
25	Tabel 10	Rasio Kunjungan Peserta JKN berdasarkan Fasilitas Kesehatan dan Provinsi Peserta tahun 2016
27	Tabel 11	Pemakaian Pelayanan kardiovaskular per Segmen dan Provinsi di RS
28	Tabel 12	Jumlah Peserta yang Melakukan Migrasi Keluar ke RS Kelas A Tahun 2016
29	Tabel 13	Total Biaya untuk Portabilitas Peserta Sakit Ke Luar Daerah Tahun 2016 (juta rupiah)
31	Tabel 14	Rerata Biaya Layanan FKTL (RS) Per Peserta Per segmen Tahun 2016
32	Tabel 15	Rerata Biaya Layanan FKTL per Peserta, berdasarkan Kelas Kepesertaan
33	Tabel 16	Total Biaya Layanan FKTL per Kelas Peserta per Segmen (juta rupiah)
35	Tabel 17	Konfigurasi CMO Hasil Penelitian (Sasaran-3)
39	Tabel 18	Ketersediaan Tempat Tidur dan RS Tahun 2019
40	Tabel 19	Ketersediaan Dokter Spesialis Jantung dan Layanan Cath Lab tahun 2019
41	Tabel 20	Kesenjangan luran dan Beban di Daerah
42	Tabel 21	Konfigurasi CMO Hasil Penelitian (Sasaran-4)
49	Tabel 22	Rumusan CMO Kebijakan Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan
50	Tabel 23	Jumlah Stakeholder Mutu Pelayanan
53	Tabel 24	Konfigurasi CMO Hasil Penelitian Kebijakan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan
56	Tabel 25	Rumusan CMO Hipotesis Kebijakan Kendali Mutu dan Kendali Biaya
58	Tabel 26	Konfigurasi CMO Hasil Penelitian Kebijakan KMKB
62	Tabel 27	Rumusan CMO Kebijakan Pengendalian Kecurangan JKN
64	Tabel 28	Konfigurasi CMO Hasil Penelitian Kebijakan Pencegahan Kecurangan JKN

# **DAFTAR GAMBAR**

19	Gambar 1	Perkembangan Kepesertaan JKN Tahun 2014-2019
20	Gambar 2	Gambaran Kepesertaan JKN di 13 Provinsi Daerah Studi Tahun 2019
23	Gambar 3	Perkembangan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Bekerjasama Dengan BPJS Kesehatan
24	Gambar 4	Rasio Kunjungan Peserta JKN berdasarkan Tingkatan Fasilitas Kesehatan dan Segmentasi Peserta
26	Gambar 5	Rasio kunjungan peserta JKN berdasarkan segmentasi peserta di fasilitas kesehatan tingkat lanjut (RS) tahun 2016
30	Gambar 6	Migrasi Keluar Peserta JKN dari Provinsi NTT dan Provinsi Papua ke Provinsi atau Kabupaten/ Kota Lain
36	Gambar 7	Perkembangan Rumah Sakit di Indonesia Tahun 2012 – Januari 2020 Rasio RS Per 10.000 Penduduk
37	Gambar 8	Pertumbuhan RS per Provinsi Tahun 2012-2020
38	Gambar 9	Perkembangan Jumlah Tempat Tidur di Indonesia Tahun 2012 – Januari 2020 Rasio Tempat Tidur Per 10.000 Penduduk
43	Gambar 10	Migrasi Keluar Peserta JKN dari Provinsi NTT dan Provinsi Papua ke Provinsi atau Kabupaten/ Kota Lain



# **PESAN KUNCI**



## **Pesan Kunci**

Capaian target dalam Peta Jalan Menuju JKN 2012 - 2019 pada umumnya belum tercapai, meskipun di beberapa daerah sudah mencapai berbagai sasaran yang telah ditetapkan. Evaluasi berdasarkan delapan sasaran dalam Peta Jalan Menuju JKN yang dibagi menjadi tiga topik yaitu Tata Kelola, *Equity*, dan Mutu Pelayanan.

#### **Evaluasi Tata Kelola:**

- Penelitian evaluasi JKN kali ini menunjukkan bahwa implementasi reformasi kebijakan sistem kesehatan nasional di era JKN masih berjalan secara parsial.
- Sejumlah keterbatasan dalam hal akuntabilitas yang disebabkan oleh terbatasnya akses data, fragmentasi sistem pemerintahan, dan kurangnya kejelasan peran masing-masing stakeholders yang terlibat.
- Kolaborasi antar stakeholders belum berjalan optimal, ditunjukkan dengan temuan dimana masih terdapat ketidakjelasan proses permintaan data di sejumlah daerah.
- Pemerintah Daerah belum menggunakan data data BPJS Kesehatan dalam perencanaan kesehatan daerah.

## **Evaluasi Pemerataan Pelayanan Kesehatan (Equity):**

- Kemampuan keuangan dan kondisi geografis di daerah menjadi faktor utama kebijakan JKN belum dapat berjalan optimal.
- Hasil evaluasi menunjukkan bahwa capaian kepesertaan JKN secara nasional baru mencapai 83,62% dari target 95% yang ingin dicapai. Dalam hal 100% kepesertaan JKN telah ditemukan di dua daerah tempat studi yaitu Provinsi DKI Jakarta dan Provinsi Papua sebagai dampak dari kebijakan Pemerintah Daerah, dan dukungan keuangan yang cukup.
- Terjadi kesenjangan antar segmen peserta JKN. PBPU dan BP lebih banyak mendapatkan manfaat dari pada segmen PBI APBN. Contoh kasus pemerataan manfaat pelayanan jantung bagi peserta JKN yang belum berhasil dicapai karena keterbatasan ketersediaan layanan cath lab dan distribusi dokter spesialis jantung dan pembuluh darah di berbagai daerah studi.
- Tantangan lain juga terjadi kesenjangan geografis yakni pertumbuhan rumah sakit dan jumlah tempat tidur yang belum di beberapa daerah studi dan mengimbangi laju pertumbuhan penduduk.
- Permasalahan defisit belum dapat diselesaikan, meskipun muncul regulasi baru kenaikan iuran. UU SJSN memperbolehkan adanya kebijakan khusus untuk memberikan subsidi pada segmen PBPU Kelas 3, namun beban APBN tetap bertambah seiring dengan tambahan subsidi bagi PBPU kelas 3. Sistem single pool yang dianut tetap memperbolehkan penggunaan dana PBI APBN untuk menutup segmen lain yang mengalami defisit iuran. Kondisi ini menutup kesempatan bagi BPJS Kesehatan untuk melaksanakan kebijakan kompensasi bagi daerah daerah yang fasilitas kesehatan dan SDM kesehatannya nya masih terbatas.
- Perlunya revisi UU SJSN dan UUBPJS untuk mengatasi berbagai hambatan dalam pelaksanaan JKN dan membantu membuat kebijakan strategis yang dibutuhkan agar keberlangsungkan JKN tetap terjadi.

#### **Evaluasi Mutu Pelayanan Kesehatan:**

- Capaian kinerja yang tergabung dalam Kapitasi Berbasis Kinerja yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan belum dapat dicapai diberbagai FKTP di daerah.
- Tim kendali mutu dan kendali biaya telah berjalan, meskipun belum dapat menjalankan fungsinya dalam mengendalikan mutu pelayanan. Kinerja tim ini masih mengandalkan kendali biaya pada pelayanan kesehatan.
- Tim pencegahan fraud di daerah masih berkutat pada koordinasi tim dan masih belum independennya tim fraud di daerah karena anggota tim yang masih berasal dari instansi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Independensi tim ini dibutuhkan agar tim pencegahan fraud dapat berjalan optimal sebagai upaya pengawasan dan pencegahan kesalahanan praktik praktik pelaksanaan JKN di daerah.

#### **IMPLIKASI KEBIJAKAN:**

- Dari sisi tata kelola, pengelolaan JKN membutuhkan perbaikan dengan cara memperkuat fungsi kontrol DJSN sebagai pengawas BPJS Kesehatan. Saat ini, BPJS Kesehatan bertanggung jawab langsung ke Presiden. Hal ini dalam operasionalisasinya melemahkan posisi DJSN yang seharusnya menjadi lembaga yang berwenang untuk mengontrol pelaksanaan tugas BPJS Kesehatan secara langsung.
- Tata kelola BPJS Kesehatan yang bersifat sentralisasi dengan sistem kesehatan yang terformat desentralisasi menjadi penyebab terputusnya koordinasi antara BPJS Kesehatan dan Pemerintah daerah dalam mengoptimalkan program JKN. Untuk menjembatani fragmentasi sistem tersebut, pemerintah pusat (Presiden dan DJSN) harus mempercepat skema teknis berbagi data JKN dari BPJS Kesehatan dan Pemerintah Pusat dan Daerah.
- Disparitas dalam akses ke layanan kesehatan yang berkualitas masih ditemukan dalam penelitian ini. BPJS Kesehatan mempunyai kewajiban untuk memberikan kompensasi dalam rangka pemenuhan pelayanan pada Daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat, BPJS Kesehatan dapat mengembangkan pola pembiayaan pelayanan kesehatan.

- Sejumlah program yang menjadi bagian dari JKN, seperti misalnya KBPKP dan KMKB, memiliki potensi untuk meningkatkan kualitas layanan bagi masyarakat Indonesia. Namun, implementasi kegiatan-kegiatan tersebut perlu disesuaikan dengan kondisi atau konteks di masing-masing daerah dan juga antar fasilitas kesehatan. Untuk KBPKP, daerah atau fasilitas kesehatan dengan keterbatasan sumber daya perlu diberikan dukungan khusus terlebih dahulu, sebelum dibebani dengan target layanan KBPKP yang terbukti sulit untuk dicapai.
- Program KMKB juga merupakan program yang berpotensi dapat meningkatkan kualitas serta efisiensi program JKN. Namun, kendala sumber daya yang ditemukan berkontribusi terhadap jalannya fungsi TKMKB, menunjukkan bahwa program ini perlu ditinjau dan didukung terlebih dahulu dengan sumber daya manusia yang mencukupi. Salah satu solusi adalah dengan memberdayakan akademisi sebagai pemain kunci TKMKB.
- Agar sistem pencegahan kecurangan JKN dapat berjalan di Indonesia, perlu ada program edukasi dan pelatihan yang bersifat masif dan berkelanjutan untuk seluruh stakeholder yang terkait program JKN. Stakeholder ini diantaranya dinas kesehatan, FKTP, FKRTL, peserta program JKN, distributor alat kesehatan dan obat, pemerintah daerah termasuk juga aparat pengawasan intern pemerintah (APIP).



# RINGKASAN EKSEKUTIF



# Ringkasan Eksekutif

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Indonesia telah berjalan 6 tahun sejak 2014. Hasil positif telah banyak dinikmati oleh seluruh lapisan masyarakat Indonesia. Peta Jalan Menuju JKN 2012 – 2019 menjadi pedoman capaian target – target yang telah ditetapkan oleh Pemerintah. Pemerintah mengamanatkan kepada Dewan Jaminan Sosial (DJSN) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) sebagai pengelola JKN. Berbagai keberhasilan pencapaian target, permasalahan dan tantangan menjadi bahan evaluasi pembelajaran bagi pelaksanaan JKN. Evaluasi dibagi berdasarkan delapan sasaran dalam Peta Jalan Menuju JKN yang dibagi menjadi tiga topik yaitu Tata Kelola, *Equity*, dan Mutu Pelayanan.

#### Tata Kelola dalam Pelaksanaan JKN

Penelitian evaluasi JKN kali ini menunjukkan bahwa implementasi reformasi kebijakan sistem kesehatan nasional di era JKN masih berjalan secara parsial. Hal ini ditunjukkan dengan masih terbatasnya kepemimpinan yang mapan dan implementasi regulasi yang tegas. Dan juga, kolaborasi antar para pemangku kepentingan masih perlu ditingkatkan. Temuan penelitian menunjukkan bahwa belum adanya sistem kontrol yang jelas untuk mengawasi dan membantu meningkatkan kinerja BPJS Kesehatan serta penggunaan data BPJS Kesehatan yang masih sangat terbatas dalam proses perencanaan dan penganggaran program atau kebijakan kesehatan di daerah penelitian. Hal ini juga disebabkan oleh masih minimnya transparansi BPJS Kesehatan dalam hal data dan informasi penyelenggaraan JKN serta sifat tata kelola BPJS Kesehatan yang tersentralisasi.

Penelitian ini menemukan sejumlah faktor penting dalam tata kelola JKN yang perlu ditingkatkan demi memperbaiki implementasi JKN ke depannya. Faktor pertama adalah transparansi dalam pengelolaan JKN. Penelitian kami sebelumnya menunjukkan bahwa keterbatasan transparansi dalam mengakses data dan informasi BPJS Kesehatan telah berlangsung sejak 2016 (PKMK FKKMK UGM, 2016-2019), dan hal ini belum berubah pada saat penelitian di tahun 2019. Sejumlah upaya regulasi telah muncul untuk memperbaiki hal ini, seperti dengan keluarnya Inpres No. 8/2017, Perpres No. 82/2018, dan Perpres No. 25/2020. Ketiga regulasi tersebut menegaskan pembukaan akses terhadap data BPJS Kesehatan untuk pemerintah daerah. Di satu sisi, regulasi-regulasi ini menunjukkan adanya komitmen pemerintah untuk terus memperbaiki transparansi dalam pengelolaan JKN, tetapi juga menunjukkan bahwa kesulitan mengakses data selama ini memang dirasakan oleh *stakeholders* penting di luar BPJS Kesehatan, termasuk pemerintah daerah. Keterbatasan transparansi yang juga terkait pada akuntabilitas penyelenggaraan JKN ini dalam membatasi pula pemerataan akses terhadap layanan kesehatan dan perlindungan finansial (Malqvist, et al., 2012).

Faktor penting kedua terkait dengan partisipasi. Dalam penelitian ini, yang menjadi fokus adalah pemerintah daerah dalam pengelolaan JKN. Kebijakan yang berlangsung telah merekomendasikan agar sistem monitoring data bulanan dapat diakses oleh berbagai Lembaga pemerintah terkait JKN, termasuk data klaim BPJS Kesehatan dan data peserta (Kementerian Kesehatan et al., 2018). Namun, penelitian kami menunjukkan bahwa pemerintah daerah belum mengambil peran yang optimal untuk meningkatkan dan mengontrol penyelenggaraan JKN di daerahnya. Akibat keterbatasan data yang telah disebutkan di atas, sejumlah pemerintah daerah di lokasi penelitian belum berkontribusi dalam; (1) masalah defisit pembiayaan JKN; (2) optimalisasi penjaringan kepesertaan mandiri; (3) sinkronisasi program-program

kesehatan, dan; (4) peningkatan mutu layanan kesehatan. Partisipasi pemerintah daerah sangat penting dalam implementasi program JKN.

Faktor ketiga terkait tata kelola adalah seputar akuntabilitas pelaksanaan program JKN, seperti yang telah dikemukakan dalam catatan kebijakan Kementerian Kesehatan beserta mitra pembangunan terkait purchasing dalam era JKN, dibutuhkan peningkatan fungsi akuntabilitas dan pembagian peran antar berbagai sektor yang terlibat dalam pelaksanaan program JKN (Kementerian Kesehatan et al., 2018). Hal ini termasuk bagaimana DJSN berperan dalam pengawasan BPJS Kesehatan dan bagaimana elemen pemerintah, termasuk pemerintah daerah, dalam mengawasi dan mendukung pencapaian UHC melalui JKN. Namun, penelitian ini masih menemukan sejumlah keterbatasan dalam hal akuntabilitas yang disebabkan oleh terbatasnya akses data, fragmentasi sistem pemerintahan, serta kurangnya kejelasan peran masing-masing stakeholders yang terlibat.

Kolaborasi antar stakeholders. Kolaborasi ini belum berjalan optimal, ditunjukkan dengan temuan dimana masih terdapat ketidakjelasan proses permintaan data di sejumlah daerah. Upaya kolaborasi antar stakeholders ini juga lebih sulit dalam situasi dimana terdapat fragmentasi sistem kesehatan nasional, daerah, dan dalam sistem BPJS Kesehatan sendiri. Hal ini ditemukan pula dari studi di negara berkembang lainnya, seperti program tuberculosis di Afrika Selatan yang terfragmentasi akibat sistem kesehatan yang berbeda antar level (Hartel, Yazbeck, & Osewe, 2018).

Program JKN telah mampu meningkatkan pemerataan akses layanan kesehatan di Indonesia, dimana sebelumnya banyak masyarakat pendapatan rendah, dan rentan memiliki akses yang lebih sedikit daripada masyarakat kelas menengah, dan berpenghasilan tinggi (Thabrany, 2016). Namun, peningkatan akses tanpa adanya peningkatan mutu layanan maupun efisiensi dalam program JKN menandakan bahwa program tersebut mengalami reformasi parsial (McIntyre, Ranson, Aulakh, & Honda, 2013).

#### Mencapai Universal Health Coverage dan Kesetaraan Kesehatan Melalui Program JKN

#### Cakupan Kepesertaan

Hingga akhir 2019, capaian kepesertaan JKN di level nasional baru mencapai 83,6%, jauh lebih rendah dari target yang ditetapkan di dalam dokumen Peta Jalan JKN 2012-2019 (DJSN, 2012). Pada 13 provinsi yang menjadi lokasi penelitian, hanya dua provinsi (DKI Jakarta dan Papua) yang telah mencapai cakupan kepesertaan 100%. Meskipun jumlah peserta JKN meningkat setiap tahun, cakupan peserta mandiri dari segmen PBPU dan BP masih rendah yaitu 13,6% dan 2,3%. UU Sistem Jaminan Nasional No. 40/2004 telah menekankan sifat wajib dari kepesertaan JKN dan upaya peningkatan kepesertaan telah ditempuh oleh BPJS Kesehatan melalui peraturan yang mewajibkan pendaftaran bagi seluruh PBPU dan BP beserta anggota keluarganya. Anggota keluarga yang dimaksud meliputi seluruh anggota keluarga yang terdaftar dalam kartu keluarga (KK) dan mendapatkan kelas perawatan yang sama (BPJS Kesehatan, 2018).

Penelitian JKN kami menemukan bahwa kewajiban kepesertaan dan regulasi pendaftaran seluruh anggota keluarga ini memperberat peserta mandiri, terutama peserta dari latar belakang status ekonomi keluarga yang tidak stabil. Ditemukan pula pembayaran iuran JKN yang tidak rutin dari kedua segmen ini. Studi terdahulu menemukan sejumlah faktor yang mempengaruhi kepatuhan pembayaran premi, dimana jumlah anggota rumah tangga, kesulitan keuangan, keanggotaan dalam program perlindungan sosial lain, dan pemanfaatan layanan kesehatan berkolerasi negatif dengan tingkat kepatuhan pekerja sektor informal dalam membayar premi JKN (Dartanto et al., 2020).

Terdapat sejumlah upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan jumlah kepesertaan di sektor informal. Pertama adalah subsidi premium bagi calon peserta dengan status ekonomi mendekati miskin atau tidak memiliki stabilitas ekonomi yang kuat. Upaya kedua adalah peningkatan informasi seputar pemahaman mengenai konsep risiko kesehatan, termasuk melalui kampanye informasi tentang skema asuransi. Upaya lain adalah memberikan asistensi dalam proses pendaftaran dan mengenalkan cara pembayaran premi yang lebih mudah (Bredenkamp et al., 2014).

Penelitian JKN tahun 2019 ini juga menunjukkan telah adanya upaya-upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kepesertaan JKN dan kepatuhan pembayaran iuran premi. Salah satu yang paling menonjol adalah penggunaan dana daerah untuk menambah jumlah peserta PBI-APDB. Namun, tidak seluruh daerah yang menjadi lokasi penelitian mampu melakukan hal ini karena keterbatasan dana yang ada. Hal ini ditunjukkan oleh CMO alternatif (Tabel 9 dimana penambahan cakupan melalui skema PBI-APBD ini hanya dapat berlangsung di daerah dengan kapasitas fiscal yang tinggi. Upaya lainnya adalah pemanfaatan kader JKN untuk sosialisasi program JKN, perekrutan peserta, dan pendampingan pembayaran iuran. Hasil evaluasi sementara program kader JKN ini menunjukkan bahwa pada wilayah yang terdapat Kader JKN sebesar 84,3% PBPU memiliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan PBPU yang di wilayahnya tidak terdapat Kader JKN. Karena dalam salah satu tugasnya, kader JKN memiliki tanggung jawab untuk memberikan sosialisasi terkait program JKN kepada masyarakat (tidak hanya peserta binaannya) di tempat dimana dia bertugas. Sosialisasi ini memiliki peran besar dalam memberikan informasi dan meningkatkan pengetahuan masyarakat PBPU (Listyadewi et al. 2018).

#### Mencapai Universal Health Coverage

Penelitian ini juga mengevaluasi sejauh mana program JKN telah mencapai pemerataan dalam akses ke fasilitas serta layanan kesehatan. Penyediaan fasilitas kesehatan merupakan kewajiban pemerintah daerah dan pusat. Hal ini ditekankan dalam Perpres No. 82/2018 tentang kewajiban pemerintah pusat dan daerah dalam menyediakan sarana dan prasarana kesehatan sebagai upaya untuk memenuhi kebutuhan medis peserta JKN. Penelitian lain menyatakan bahwa menurut data Kemenkes tahun 2014, menunjukkan bahwa pembangunan rumah sakit justru lebih banyak dilakukan oleh pihak swasta sejak dimulainya JKN pada tahun 2014. Secara keseluruhan terdapat 2.406 buah RS di Indonesia, terdiri dari 60 buah RS klas A (2,5%), 308 buah RS klas B (12,8%), 803 buah RS klas C (33,4%), 537 buah RS klas D (22,3%) dan 698 buah RS (29%) yang belum ditetapkan kelasnya. Berdasarkan jenis kepemilikan rumah sakit, pada tahun 2014 rumah sakit swasta merupakan segmen terbesar (740 rumah sakit atau 30,8%) diikuti dengan rumah sakit swasta non-profit (736 atau 30,6%). Sementara rumah sakit miliki pemerintah daerah hanya 19,2% (463 rumah sakit) (Misnaniarti et al., 2018), dengan pertumbuhan yang jauh lebih lambat dibandingkan dengan rumah sakit. Penelitian kami juga menunjukkan bahwa meskipun terdapat peningkatan jumlah rumah sakit antara 2014-2019, rasio pertumbuhan rumah sakit masih belum sebanding dengan pertumbuhan penduduk. Demikian pula dengan pertambahan tempat tidur baik di tingkat nasional maupun di lokasi penelitian meskipun terdapat peningkatan rasio jumlah tempat tidur per 10.000 penduduk.

Ketersediaan dan pemerataan fasilitas kesehatan ini juga mempengaruhi ketersediaan layanan. Dalam penelitian ini kami meninjau aksesibilitas dan penggunaan layanan kesehatan jantung. Layanan untuk penyakit jantung, yang merupakan salah satu PTM dengan beban pembiayaan terbesar dalam sistem kesehatan Indonesia, lebih banyak digunakan di daerah penelitian dengan sumber daya kesehatan yang memadai seperti Provinsi DI Yogyakarta, DKI Jakarta, Jawa Tengah, dan Jawa Timur. Sebagai contoh, pada

tahun 2016 terdapat total biaya klaim untuk grup penyakit kardiovaskuler sebesar Rp 3,5 milyar. Di sisi lain, klaim dari provinsi Nusa Tenggara Timur hanya sebesar Rp 800 juta. Apabila dibandingkan dengan menggunakan rasio jumlah penduduk dimana DKI Jakarta memiliki hampir dua kali lipat populasi di NTT, maka besaran klaim di DKI Jakarta dapat diasumsikan sangat besar yaitu hampir 4 kali dibandingkan NTT.

Salah satu temuan menarik terkait fasilitas kesehatan di era JKN adalah adanya upaya dari sejumlah pemerintah daerah di provinsi-provinsi yang menjadi lokasi penelitian untuk mengadakan layanan penyakit jantung. Di provinsi DI Yogyakarta misalnya, pemerintah kabupaten yang sebenarnya belum memiliki layanan jantung yang memadai merasa termotivasi untuk berinvestasi dan mengupayakan pengadaan peralatan kesehatan serta rekrutmen dokter spesialis. Hal ini muncul karena; (1) pemerintah daerah sadar akan prevalensi PTM yang tinggi di masyarakatnya; (2) angka rujukan penyakit jantung yang tinggi serta; (3) terlihatnya potensi pemasukan dana dari layanan jantung. Walaupun inisiatif ini tidak ditemukan di seluruh daerah lokasi penelitian, temuan penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat mekanisme untuk meningkatkan peran serta pemerintah daerah dalam pemerataan layanan kesehatan.

Demi mencapai UHC, perluasan perlindungan finansial juga harus diiringi dengan peningkatan kualitas layanan kesehatan (Bredenkamp et al., 2014). Contoh dari kesiapan fasilitas kesehatan untuk Penyakit Tidak Menular (PTM) seperti jantung di atas tetap menunjukkan adanya disparitas yang menonjol antara provinsi dengan tingkat kesiapan layanan umum terendah dan tertinggi. Dari survey terdahulu mengenai kesiapan layanan PTM, wilayah Indonesia bagian timur yang juga mencakup 15% total populasi Indonesia dan hampir seperlima dari seluruh penduduk miskin dan hampir miskin (Sumatera Utara, Bengkulu, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku, Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat) terdapat banyak kekurangan dalam penyediaan layanan PTM. Dari jumlah tersebut, provinsi dengan tingkat kesiapan layanan PTM terendah adalah Papua, Papua Barat, dan Maluku (The World Bank, 2014). Sehingga, pemerataan fasilitas kesehatan, terutama untuk layanan komprehensif dan berkualitas, perlu menjadi prioritas dalam peningkatan pelaksanaan program JKN.

#### Mutu Layanan dalam Pelaksanaan JKN

Aspek penting lainnya dalam pencapaian UHC adalah kualitas layanan. Penelitian JKN dengan pendekatan *realist evaluation* tahun 2019 ini melihat dua program penting dalam JKN yang berkaitan dengan kualitas layanan kesheatan. Pertama adalah program Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBPKP) dan Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB).

KBPKP bertujuan untuk memperkuat mutu layanan JKN di level primer dengan mengimplementasi sejumlah indikator layanan kesehatan yang harus dipenuhi oleh FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Hasil penelitian kami menunjukkan bahwa sebagian besar daerah penelitian belum dapat mencapai tujuan KBPKP. Hal ini disebabkan oleh minimnya ketersediaan SDM kesehatan di FKTP, tingkat kompetensi yang bervariasi, keterbatasan sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk menegakkan 144 diagnosis yang harus tuntas di level primer, jumlah peserta yang terdaftar di FKTP yang tidak proporsional dengan kemampuan FKTP, kurangnya peran serta masyarakat dalam mengikuti program yang diselenggarakan oleh FKTP, serta masalah terkait administrasi domisili peserta yang jauh dari FKTP tempat peserta terdaftar.

Sama seperti evaluasi JKN yang dilakukan pada tahun 2018 (Candra, Hasri, Rahma, Djasri, & Trisnantoro, 2019), sumber daya manusia di level FKTP masih sangat menentukan keberhasilan program KBPKP di daerah penelitian. SDM kesehatan di FKTP tidak hanya bertugas untuk memenuhi target program KBPKP,

tetapi juga terbebani oleh program-program kesehatan lainnya, termasuk Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) dan program kesehatan vertikal lainnya. Walaupun pada prinsipnya target populasi berbagai program ini sama, FKTP belum mampu mengintegrasikan pelaksanaan program-program tersebut di lapangan. Selain itu, di sejumlah daerah penelitian, kami juga menemukan bahwa terdapat perbedaan dalam hal target populasi. Misalnya, target untuk peserta program prolanis yang tidak berdomisili di daerah cakupan Puskesmas, sehingga berbeda dengan target untuk program PIS-PK.

SDM di FKTP juga penting untuk menjaga fungsi administrasi yang dibutuhkan dalam program KBPKP. Hasil penelitian kami masih menunjukkan adanya kesulitan dalam input *p-care* di sejumlah daerah penelitian. Permasalahan ini cenderung ditemukan di FKTP dengan keterbatasan SDM dan juga sarana pendukung. Walaupun input data ini tidak mempengaruhi mutu layanan secara langsung, kelengkapan administrasi ini mempengaruhi beban kerja di FKTP dan pendapatan dari sistem kapitasi.

Sejalan dengan sejumlah temuan di atas Olafsdottir et al (2014) menunjukkan bahwa penyedia layanan kesehatan yang mengalami kekurangan sumber daya, infrastruktur yang lemah, preferensi dan sikap masyarakat yang tidak patuh, memang menjadi penghalang dalam mencapai target kinerja. Selain itu, Maharanti dan Oktamianti (2018) juga menemukan bahwa kurangnya peralatan dan obat-obatan di fasilitas kesehatan primer menyebabkan tingginya rujukan kasus-kasus non-spesialistik ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut.

Kami juga menemukan sejumlah faktor yang mendukung pelaksanaan program KBPKP di sejumlah kecil daerah penelitian yang dinilai cukup berhasil dalam mencapai target kinerja. Pertama adalah kontrol dan pengawasan petugas FKTP terhadap peserta prolanis untuk memanfaatkan layanan FKTP dan meningkatkan contact rate peserta JKN. Hal ini sejalan dengan penelitian Cheng et al (2015) Cheng et al (2015) di Taiwan yang menyatakan bahwa sumber daya kesehatan yang terintegrasi dengan masyarakat untuk memberikan perawatan penyakit kronis dapat secara signifikan meningkatkan kunjungan dan pemeriksaan terkait diabetes dan tekanan darah pada fasilitas kesehatan.

Faktor kedua adalah motivasi untuk mendapatkan nilai kapitasi yang optimal. Hal ini terutama ditemukan pada fasilitas kesehatan yang menggantungkan keberlangsungan layanan melalui pendapatan dari kapitasi JKN. Namun, di sisi lain, penelitian ini juga menemukan bahwa ada tendensi di FKTP yang memiliki nilai kapitasi besar untuk tidak selalu memenuhi target KBPKP. Fasilitas semacam ini tampak lebih memprioritaskan program-program utama yang telah berjalan di luar KBPKP.

Secara umum, temuan kami menyiratkan bahwa program KBPKP berpotensi untuk memperbaiki kualitas layanan di level primer. Namun, terdapat sejumlah kondisi yang perlu diperbaiki terlebih dahulu. Lebih lanjut, penelitian ini juga menunjukkan bahwa variasi konteks di berbagai daerah yang berbeda-beda serta antar FKTP di dalam satu daerah perlu dijadikan landasasn penyesuaian disain dan pelaksanaan program KBPKP.

Program kedua terkait mutu yang diteliti dalam studi ini adalah kegiatan Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB). Penelitian sebelumnya yang telah dilakukan pada tahun 2018 hanya memotret adanya SK sebagai faktor atau konteks penentu berfungsinya TKMKB karena keterbatasan pemahaman tentang fungsi tim dan belum spesifik pada empat tugas TKMKB. Tugas-tugas tersebut diharapkan dapat memberikan dampak peningkatan mutu dan efisiensi biaya sebagaimana hasil evaluasi yang dilakukan oleh berbagai penelitian, seperti menurut Mukti (2007) bahwa beberapa aktivitas yang dapat dilakukan untuk

pencapaian mutu antara lain utilization review (UR), audit medis, clinical pathway, peer review dan algoritma.

Secara umum, kegiatan KMKB di lokasi penelitian sudah berlangsung melalui pelaksanaan keempat tugas tim KMKB, yaitu *utilisation review* (UR), audit medis , pembinaan etika dan disiplin serta sosialiasi kewenangan tenaga klinis. Namun, daerah seperti provinsi Jawa Tengah belum optimal dalam melaksanakan kegiatan KMKB ini. Lebih lanjut, terdapat pula variasi keberhasilan program ini akibat konteks yang berbeda antar daerah penelitian.

Walaupun kegiatan UR telah mulai dilakukan di lokasi penelitian, kegiatan tersebut belum sepenuhnya sesuai dengan petunjuk teknis yang disusun oleh TKMKB nasional. Hal ini terutama berkaitan dengan akses ke database fasilitas pelayanan kesehatan serta BPJS Kesehatan (TKMKB Nasional, 2015). Menurut WHO, akses terhadap data dan kemampuan analisa data UHC di tingkat nasional maupun regional sangat penting dalam mengawasi dan mengevaluasi keberhasilan UHC (WHO, 2015). Namun, penelitian kami menunjukkan bahwa akses dan pengolahan data sebagian besar masih dilakukan oleh BPJS Kesehatan. Beberapa faktor penyebab hal ini adalah; (1) TKMKB merasa tidak memiliki hak akses terhadap data dan; (2) keterbatasan kompetensi TKMKB dalam melakukan pengolahan data. Kompetensi olah data dapat didukung oleh aplikasi pengolah data, seperti aplikasi yang dapat memvisualisasikan hasil olah data mulai dari proses pengumpulan, cleaning, analisis, dan berbagi data (Inseok Ko, 2017). Fenomena ini penting untuk diperhatikan, karena pengolahan data sepihak dan tanpa pengecekan oleh TKMKB dapat mengurangi upaya peningkatan akuntabilitas pelaksanaan JKN. Temuan ini juga menunjukkan bahwa akses data —yang berkaitan dengan aspek tata kelola JKN— merupakan isu penting yang perlu segera diperbaiki.

Penelitian kami menemukan bahwa pelaksanaan komponen audit medis telah berjalan lebih lancar dibandingkan UR. TKMKB sebagian besar terdiri dari anggota komite medis rumah sakit dan hal ini memberikan keleluasaan dan pemberdayaan untuk melakukan audit medis. Adanya aspek legal yang mengatur TKMKB juga merupakan konteks penting jalannya proses audit medis di rumah sakit. Temuan ini juga menunjukkan bahwa peraturan BPJS Kesehatan Nomor 8 tahun 2016 yang menyatakan bahwa TKMKB berasal dari komite medis merupakan hal yang tepat.

Menurut regulasi tentang organisasi profesi bidang kesehatan tugas pembinaan etika dan disiplin dan sosialisasi kewenangan tenaga klinis merupakan tanggung jawab masing-masing organisasi profesi (PMK Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, 2011), tetapi dalam regulasi tentang TKMKB tugas tersebut juga merupakan tanggung jawab TKMKB (BPJS Kesehatan, 2016). Hal ini dapat menimbulkan tumpang tindih tanggung jawab pelaksanaan di lapangan. Meskipun hal ini sepertinya sudah diantisipasi dengan membatasi tugas TKMKB hanya terkait dengan mengingatkan organisasi profesi untuk menjalankan tugasnya seperti menyusun PNPK, memastikan adanya surat tanda registrasi, surat izin praktik tenaga kesehatan, dan lain-lain. Tugas pembinaan etika dan disiplin dan sosialisasi kewenangan tenaga klinis seharusnya memang dilakukan oleh organisasi profesi. World Medical Association (WMA) menyebutkan bahwa otonomi profesional merupakan faktor penting dalam memberikan pelayanan berkualitas tinggi dan dapat memastikan otonomi profesional dalam perawatan pasien sebagai prinsip dasar dalam etika kedokteran. Untuk itu, akibat adanya otonomi profesional, profesi medis memiliki tanggung jawab berkelanjutan dalam mengatur sendiri perilaku profesional dokter (Tezuka, 2014).

#### Meningkatkan Efisiensi dalam JKN

Aspek lain dari JKN yang diteliti oleh studi kami adalah kebijakan pencegahan kecurangan (fraud). Penelitian ini menemukan bahwa implementasi PMK No. 36 tahun 2015 terkait pencegahan kecurangan belum berjalan optimal di lokasi penelitian. Sejumlah faktor perlu diperbaiki untuk mengoptimalkan fungsi pencegahan ini. Faktor pertama terkait kepemimpinan yang dapat memunculkan atmosfir kerja dan integritas kinerja yang baik. Atmosfir kerja yang penuh etika ini harus diciptakan oleh pimpinan organisasi (tone of the top). Gaya kepemimpinan yang penuh integritas akan mendorong jajaran di bawahnya untuk berperilaku dan bekerja dengan penuh integritas (ACFE, 2015). Dalam konteks pencegahan kecurangan JKN, integritas di daerah harus mulai ditunjukkan di tingkat pemimpin tertinggi sektor kesehatan di daerah, yaitu Kepala Dinas Kesehatan. Sedangkan di tingkat fasilitas kesehatan, kepala FKTP maupun direktur RS harus mencontohkan integritas agar sistem pencegahan kecurangan JKN berjalan. Namun, masih belum ada arahan khusus dari pimpinan terkait pencegahan kecurangan, sehingga staf yang terlibat tidak merasa adanya dorongan untuk menyusun dan menerapkan kebijakan terkait hal ini.

Tantangan kedua adalah kurangnya pengetahuan pihak-pihak terkait tentang masalah *fraud* dalam layanan kesehatan. Bahkan, pimpinan sektor kesehatan juga seringkali minim pemahaman tentang strategi pengendalian *fraud* (Grant, 2017). Dampaknya, dengan minimnya pengetahuan tentang bentuk-bentuk *fraud* yang muncul, tidak ada sistem pencegahan yang benar-benar terbentuk dan tidak mendorong adanya sanksi. Situasi ini yang lebih lanjut akan berdampak pada meningkatnya kasus-kasus *fraud* (Sparrow cit. Dean, 2013). Mengedukasi berbagai pihak terkait kecurangan merupakan tahap penting dalam membangun budaya kepatuhan dan integritas dalam sistem kesehatan secara umum, dan khususnya dalam konteks jaminan kesehatan nasional (Agrawal dkk., 2013).

Program edukasi dan pelatihan yang diberikan setidaknya mencakup regulasi, pengertian, sanksi, koding, pelaporan, teknik deteksi, serta teknik investigasi kecurangan JKN (NHCAA, 2007). Pemberian edukasi dan pelatihan perlu diiringi dengan evaluasi untuk menjamin bahwa semua pihak sudah teredukasi dengan baik. Edukasi dan pelatihan juga harus dilakukan secara berkelanjutan (AHIMA Foundation, 2010). Studi lain juga menunjukkan bahwa tenaga kesehatan sangat perlu diberi pemahaman yang baik tentang pentingnya kepatuhan terhadap standar dan etika kerja (Price & Norris, 2009; Rowe & Kellam, 2011 Cit. Laursen, 2013).

Di Amerika Serikat program edukasi dan training ini dilakukan oleh berbagai pihak, baik dalam bentuk kerja sama maupun diselenggarakan oleh masing-masing pihak. Pihak yang terlibat dalam pemberian edukasi di antaranya adalah: Center for Medicaid Serivces (CMS), The Department of Health and Human Services' Office of Inspector General (HHS-OIG), National Healthcare Anti-Fraud Association (NHCAA), maupun Drug Enforcement Administration (DEA). Edukasi dan pelatihan dilakukan dengan cara menerbitkan dan menyebarluaskan materi-materi edukasi terkait *fraud*, mensosialiasikan regulasi pedoman pengendalian *fraud*, sosialisasi dan pendampingan implementasi program pencegahan kecurangan, kerjasama dalam pembagian data dan analisis kasus berpotensi *fraud*, pelatihan terkait deteksi dan investigasi kasus berpotensi *fraud*, maupun pelatihan terkait koding dan dokumentasi klinis. Tidak dapat dipastikan secara jelas besar penurunan jumlah kasus *fraud* dari program edukasi ini. Namun, HHS-OIG mendokumentasikan bahwa lebih dari USD 124,6 karena adanya pelaporan dugaan *fraud* sebagai dampak kegiatan ini. (HHS & DOJ, 2017). Di Indonesia, program edukasi dan pelatihan terkait kecurangan JKN tidak masif diberikan.

# **Latar Belakang**

Indonesia telah berhasil melakukan reformasi kebijakan pembiayaan kesehatan melalui implementasi skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan dukungan politik pada tahun 2005 (Pisani, Kok, & Nugroho, 2017). Untuk ukuran negara kepulauan dengan keberagaman geografis dan sejarah, serta disparitas kapasitas ekonomi yang tinggi, Indonesia berhasil mencakup lebih dari 222 juta jiwa sebagai peserta JKN di bulan maret tahun 2020, meskipun pada akhir 2019 telah mencatat lebih dari 224 jiwa. Sepanjang implementasi program JKN, DJSN telah mencatat bahwa program ini telah berhasil bekerja sama dengan lebih dari 25.000 fasilitas kesehatan dengan jumlah kunjungan peserta lebih dari 88 juta kunjungan di FKTP dengan rasio rujukan ke FKTP lebih dari 7% (Dewan Jaminan Sosial Nasional, 2020). Capaian angka tersebut tergolong berhasil mendorong akses peserta ke layanan kesehatan secara nasional.

Program JKN adalah sebuah program jaminan kesehatan yang telah merubah sebagian besar sistem kesehatan di Indonesia. Program ini dijalankan dengan landasan hukum UUD 1945, UU SJSN, dan UU BPJS. Penyelenggaraan program JKN akan menata sub sistem pembiayaan kesehatan, sub sistem pelayanan kesehatan, sub sistem sumber daya manusia, sub sistem farmasi dan alat Kesehatan, serta sub sistem regulasi. Hal demikian memerlukan koordinasi dan partisipasi banyak pemangku kepentingan untuk mencapai tujuan dalam JKN.

Selain itu, sistem kesehatan di Indonesia perlu diperkuat untuk dapat mewujudkan *Universal Health Coverage* (UHC). Sistem kesehatan yang tangguh dicirikan dengan lima elemen, berikut mutu layanan, efisieni, pemerataan akses kesehatan (equity), akuntabilitas, sustainibilitas dan dapat dilaksanakan (resilience) (WHO, 2016). Elemen akuntabilitas dalam program JKN menjadi aspek penting karena, program JKN juga telah mentransformasi beberapa lembaga jaminan kesehatan di Indonesia menjadi satu Lembaga bernama BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan adalah Lembaga non-pemerintah, berbadan hukum publik, dan bersifat nirlaba, serta didisain untuk langsung bertanggung jawab kepada Presiden. Selain itu, elemen aspek pemerataan pelayanan kesehatan (health equity), dan Mutu juga mendapat porsi yang sama penting untuk dievaluasi dalam penelitian ini, sebab penyelenggaraan jaminan semesta (JKN) dimulai dengan kondisi supply side yang masih timpang antara daerah. Sebagaimana diketahui, sektor kesehatan adalah urusan yang didesentralisasikan di Indonesia sejak 1986, yang kemudian mengalami perkembangan tahun 2001, 2004 dan 2014 (Trisnantoro, 2009). Penelitian ini akan memotret dinamika pasca diberlakukan program JKN di berbagai provinsi.

Hasil penelitian yang akan diuraikan ini merupakan kelanjutan dari penelitian yang telah dilakukan pada tahun 2018 – 2019. Penambahan lokus penelitian (Provinsi Riau dan Provinsi NTB). Untuk mengetahui secara paripurna evaluasi kebijakan JKN yang dilakukan PKMK FKKMK UGM, silakan mengakses materi link berikut https://kebijakankesehatanindonesia.net/datakesehatan/index.php/component/content/article /94Arsip-terkait-dengan-monitoring-dan-evaluasi-JKN.

Evaluasi penelitian pada tahun 2019-2020 masih menggunakan Peta Jalan JKN, yakni dokumen pedoman dalam penyiapan dan penahapan pelaksanaan program jaminan Kesehatan semesta (universal health coverage). Peta Jalan JKN merupakan bagian tak terpisahkan dari proses pembangunan sistem jaminan sosial di Indonesia.

#### Dokumen Peta Jalan JKN 2014-2019

Dokumen peta jalan JKN adalah acuan bagi semua pemangku kepentingan baik pusat maupun daerah untuk menyelenggarakan program JKN yang merupakan amanat dalam UU SJSN dan UU BPJS. Dalam dokumen ini dijelaskan bahwa hal-hal yang perlu dilakukan untuk mencapai setiap sasaran/target dalam dokumen peta jalan JKN, antara lain penyusunan peraturan pelaksana JKN, seperti tata Lembaga/keorganisasian, perluasan kepesertaan, paket manfaat, pembiayaan, pelayanan, obat, mutu layanan dan pencegahan kecurangan (*fraud*). Evaluasi program JKN menggunakan dokumen peta jalan ini dinilai sesuai, karena dalam penelitian akan mengindentifikasi apakah langkah-langkah strategis atau kegiatan dan upaya yang dilakukan stakeholders pusat dan daerah, terutama BPJS Kesehatan telah berada dalam jalur yang tepat.

Dokumen Peta Jalan Menuju JKN memuat 8 sasaran yang harus dicapai pada tahun 2019, diuraikan sebagai berikut: 1) BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik; 2) Seluruh penduduk Indonesia (yang pada 2019 diperkirakan berjumlah sekitar 257,5 juta jiwa) mendapat jaminan kesehatan melalui BPJS Kesehatan; 3) Paket manfaat medis dan non medis (kelas perawatan) sudah sama, tidak ada perbedaan, untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat; 4) Jumlah dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk tenaga dan alat-alat) sudah memadai untuk menjamin seluruh penduduk memenuhi kebutuhan medis mereka; 5) Semua peraturan pelaksanaan telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin kualitas layanan yang memadai dengan harga keekonomian yang layak; 6) Paling sedikit 85% peserta menyatakan puas, dalam layanan di BPJS maupun dalam layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS; 7) Paling sedikit 80% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS, serta; 8) BPJS dikelola secara terbuka, efisien, dan akuntabel.

Riset evaluasi ini mengelompokkan delapan sasaran tersebut menjadi 3 topik, yaitu **Topik Tata Kelola** (sasaran 1, 5, dan 8), **Topik Equity/Pemerataan** yang berkeadilan (sasaran 2, 3, dan 4), serta **Topik Mutu Pelayanan** (sasaran 6 dan 7). Definisi operasional tata Kelola pada setiap sasaran peta jalan JKN 2014-2019 diuraikan sebagai berikut:

Tabel 1. Definisi Operasional 8 Sasaran Peta Jalan JKN 2014-2019

Topik	Sasaran Roadmap JKN	Definisi Operasional	Aspek
Tata Kelola (Good Governance)	Sasaran 1 BPJS Kesehatan beroperasional dengan baik	Definisi Operasional: Pemerintah Daerah Provinsi/Kabupaten/Kota dapat mengakses data penyelenggaraan JKN yang dimiliki oleh BPJS Kesehatan. Seperti:  Data iuran Peserta JKN,  Data tunggakan iuran peserta JKN, dan  Data jumlah biaya (kapitasi/non-kapitasi/klaim INA-CBGs) layanan kesehatan di seluruh fasilitas kesehatan di suatu Provinsi dan Kabupaten/Kota.	Transparansi
	Sasaran 5 Semua peraturan pelaksana telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin kualitas layanan yang memadai dengan	Definisi Operasional: telah terjadi pemahaman dan implementasi optimal peraturan pelaksana pelayanan kesehatan era JKN. Dianalisis melalui indepth interview persepsi stakeholders dalam melaksanakan regulasi Perpres/Permenkes/Perda/PerBPJS dalam Pembiayaan (Tarif INA-CBGs di RS, & kapitasi), dan pelayanan (Rujukan Online, Kegawatdaruratan, obat dan pembatasan layanan).	Akuntabilitas

	Sasaran 8 BPJS dikelola secara terbuka, efisien, dan	<b>Definisi Operasional</b> : Data-data penyelenggaraan JKN telah digunakan dalam proses perencanaan kebijakan/program kesehatan di daerah. Data-data	Partisipasi
	akuntabel	yang dimaksud adalah: - Data kepesertaan <i>"by name by address"</i>	
Topik Pemerataan Layanan Kesehatan (Equity)	Sasaran 2 Seluruh penduduk Indonesia (yang pada 2019 diperkirakan sekitar 257,5 juta jiwa) mendapat jaminan kesehatan melalui BPJS Kesehatan	<ul> <li>Data penyakit</li> <li>Definisi Operasional:</li> <li>Cakupan kepesertaan BPJS Kesehatan yang mencapai target total coverage (95%) dengan adanya peningkatan capaian di setiap segmen melalui beberapa kegiatan berikut ini:</li> <li>Upaya percepatan peserta segmen PBI melalui integrasi jamkesda, pemuhtakhiran data masyarakat tidak mampu, perencanaan anggaran perluasan peserta PBID</li> <li>Penegakan regulasi di tingkat Provinsi/ Kabupaten/ Kota bagi pemberi kerja agar menjamin kesehatan pekerja (dan anggota keluarganya)</li> <li>Sosialisasi untuk menjaring peserta mandiri</li> <li>Kemudahan akses pendaftaran bagi pekerja bukan penerima upah (peserta mandiri): Kader JKN</li> </ul>	Cakupan Kepesertaan
	Sasaran 3 Paket manfaat medis dan non medis (kelas perawatan) sudah sama, tidak ada perbedaan, untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat	Definisi Operasional: Tersedianya paket manfaat layanan jantung yang dapat diakses oleh seluruh segmen peserta BPJS Kesehatan baik dalam pelayanan kesehatan rawat jalan maupun rawat inap. Paket layanan jantung yang dimaksud meliputi:	Akses Pelayanan Jantung
	Sasaran 4 Jumlah dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk tenaga dan alat-alat) sudah memadai untuk menjamin seluruh penduduk memenuhi kebutuhan medis mereka	Definisi Operasional: Rasio fasilitas kesehatan (FKTP, FKRTL) dan tenaga kesehatan (dokter umum, spesialis, dll) dibanding populasi sesuai target standar yang telah ditentukan, serta adanya pemerataan distribusi fasilitas dan tenaga kesehatan tersebut. Upaya pemerataan fasilitas dan tenaga kesehatan ditunjukkan oleh hal berikut: - Rasio TT per 1000 penduduk sesuai standar - Terjadi pertumbuhan RS, khususnya di daerah yang ketersediaan faskes belum memadai - Munculnya pengembangan layanan medis di RS pemerintah - Rasio dokter dan spesialis dibanding populasi mengalami tren peningkatan - Distribusi dokter dan spesialis merata di tingkat provinsi dan kabupaten/ kota	Ketersediaan Fasilitas Kesehatan (termasuk dokter dan dokter spesialis Jantung)

Topik Mutu Layanan (Sasaran-6, dan Sasaran-7	Kapitasi Berbasis Komitmen	<ul> <li>Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan dan Direktur Utama BPJS Kesehatan Nomo HK.01.08/III/980/2017 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada FKTP</li> <li>Definisi Operasional: Pemerintah daerah dapat mencapai target pemenuhan komitmen pelayanan yang disepakati bersama BPJS Kesehatan dan memberikan layanan yang sesuai standar.</li> </ul>
	Kendali Mutu Kendali Biaya	<ul> <li>Per BPJS Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya</li> <li>Definisi Operasional: Tim kendali mutu dan kendali biaya melakukan tugas sesuai dengan isi peraturan BPJS Kesehatan nomor 8 tahun 2016 dan mengetahui mutu tata laksana pasien hipertensi (diagnosa 110, 111, 112, 113, 114, dan 115) dengan cara melihat hasil laporan audit klinis.</li> </ul>
	Pencegahan Kecurangan Program JKN	<ul> <li>Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program JKN</li> <li>Definisi Operasional: Program pencegahan kecurangan JKN di tingkat Dinas Kesehatan, maupun Fasilitas Kesehatan dapat berjalan optimal sesuai amanat PMK No. 36/ 2015 yang dimotori oleh Tim Pencegahan Kecurangan JKN</li> </ul>

# Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan *realist evaluation*, yakni pendekatan berbasis teori untuk mengevaluasi sebuah kebijakan sosial seperti JKN. Prinsip pendekatan *realist evaluation* adalah bahwa setiap program akan selalu dipengaruhi oleh konteks dimana program tersebut diimplementasikan. Indonesia memiliki 34 provinsi dengan letak geografis dan tata pemerintahan yang bervariasi. Tentu, Kebijakan JKN berjalan di dalam berbagai situasi atau *context* yang berbeda. Dalam *realist evaluation*, kondisi yang berbeda mempengaruhi bagaimana *input* program JKN tersebut bisa menciptakan proses perubahan (*mechanism*), yang kemudian menentukan tercapai atau tidaknya *output* yang diinginkan bahkan *outcome* yang tidak diprediksi, tergantung apakah konteks yang ada mengizinkan munculnya mekanisme yang diinginkan atau tidak.

Context ditentukan berdasarkan situasi atau kondisi di mana program JKN berjalan, termasuk jenis aktor yang terlibat, sumber daya yang dimiliki di berbagai daerah, serta hubungan antar aktor dan sumber daya itu sendiri. Mechanism dikembangkan berdasarkan efek yang muncul dari program JKN, termasuk motivasi dan partisipasi dari para aktor yang terlibat, respons terhadap program/kebijakan JKN, perubahan dalam "reasoning" dan situasi sumber daya. Outcome dalam penelitian ini bertujuan untuk melihat pencapaian berbagai aspek program JKN. Outcome didefinisikan sebagai dampak yang tidak diinginkan atau tidak diperkirakan sebelumnya, tetapi muncul sebagai efek dari implementasi program JKN. Outcome juga ditinjau dari perbedaan kondisi di provinsi/kabupaten/kota sebelum dan sesudah intervensi program dan apa yang terjadi apabila tidak ada intervensi. Konfigurasi CMO ini disusun dan

didiskusikan oleh tim peneliti, melalui diskusi dengan pemegang program, dan merupakan proses yang iteratif.

Pendekatan realist evaluation terdiri dari tiga tahap penting, yakni:

- 1) Tahap I mengenai pengembangan program teori
- 2) Tahap II dimana dilakukan observasi dengan menggunakan berbagai metode pengumpulan data;
- 3) Tahap III, pada tahap ini peneliti melakukan analisis dan mengidenifikasi konfigurasi *context-mechanism-outcome* yang muncul berdasarkan hasil penelitian (Rucroft-Malone, *et al.*, 2010).

# Tujuan

Penelitian ini dilakukan untuk mengeksplorasi capaian 8 sasaran Peta Jalan JKN di tingkat nasional dan daerah. Untuk mencapai tujuan umum tersebut, maka penelitian ini memiliki beberapa tujuan khusus, yaitu:

- 1. Mengevaluasi beroperasinya BPJS Kesehatan di tingkat daerah
- 2. Mengevaluasi peraturan pelaksanaan program JKN ditingkat daerah
- 3. Mengevaluasi akses data BPJS Kesehatan oleh pemerintah daerah
- 4. Mengevaluasi target peserta JKN sesuai target BPJS Kesehatan tahun 2019 (target nasional: 99,2% penduduk atau 257,5 juta jiwa).
- 5. Mengevaluasi ketersediaan dan kesetaraan paket manfaat layanan jantung antar kategori peserta di berbagai daerah
- 6. Mengevaluasi ketersediaan fasilitas kesehatan antarwilayah serta kebijakan/program yang diimplementasikan oleh pemerintah untuk menjamin jumlah dan sebaran fasilitas kesehatan cukup untuk melayani seluruh peserta JKN.
- 7. Mengevaluasi mutu layanan kesehatan era JKN melalui tiga kebijakan yakni Kapitasi Berbasis Komitmen Pemenuhan Layanan, Kebijakan Kendali Mutu dan Kendali Biaya, serta Kebijakan Pencegahan *Fraud*.

## **Manfaat**

Penelitian Evaluasi Kebijakan JKN ini bermanfaat untuk:

- 1. Menjadi rujukan dan pertimbangan dalam perumusan kebijakan dan pengambilan keputusan di tingkat pemerintah pusat maupun daerah
- 2. Memperkuat kerjasama lintas sektor dalam penyelenggaraan program JKN.
- 3. Bagi Dinas Kesehatan, menjadi dasar pertimbangan untuk memperkuat sistem kesehatan baik di tingkat primer maupun sekunder.
- 4. Bagi Mitra perguruan tinggi di 13 Provinsi mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan diri, dan berkontribusi untuk dalam penulisan analisis kebijakan JKN di daerah.



# TATA KELOLA

Sasaran-1, Sasaran-5, dan Sasaran-8



Dunia tidak dapat dipahami hanya dengan menggunakan angka.
—Hans Rosling



Penulis Tri Aktariyani, Tiara Marthias, Relmbuss Biljers Fanda & Laksono Trisnantoro

## Hasil Evaluasi JKN 2019

## Evaluasi Tata Kelola Dalam Program JKN

#### **Tahap I Pengembangan Program Teori**

Tahap ini adalah pengembangan sebuah program teori melalui kerangka teori yang dipilih topik tata kelola untuk mengevaluasi capaian sasaran peta jalan JKN. Program teori tersebut dapat berasal dari dokumen kebijakan, struktur sebuah teori atau hasil diskusi (FGD) bersama stakeholder kunci pembuat kebijakan JKN. Pengembangan program teori akan menghasilkan hipotesis. Hipotesis dalam pendekatan *realist evaluation* dikemas dalam bentuk konfigurasi CMO *(context-mechanism-outcome)*.

Program Teori dalam evaluasi tata kelola program JKN ini digali melalui tiga dimensi teori qood governance, yakni kemitraan (partisipasi), transparansi dan akuntabilitas, lebih jelas diuraikan sebagai berikut: Partisipasi: Teori Governance oleh Curtin (1996) dan Heritier (2003) bahwa partisipasi publik dalam proses politik harus dipenuhi dalam sebuah pemerintahan yang demokratis. Partisipasi ini bisa dalam bentuk pemberian dukungan atau penolakan terhadap suatu kebijakan yang diambil pemerintah ataupun evaluasi terhadap kebijakan tersebut. Selanjutnya, Transparansi adalah frekuensi pengungkapan informasi yang relevan, tepat waktu dan terbuka (Berglund, 2014). Data dan informasi tersebut tersedia justru bagi mereka yang berada di luar perusahaan/institusi (Bushman et al., 2004). Informasi publik yang baik secara aktif dan konstruktif dapat berkontribusi dalam pengambilan keputusan mengenai isu-isu kebijakan, pembuatan peraturan, serta perencanaan dan pelaksanaan pelayanan (Wang dan Wart, 2007). Pada dasarnya, tujuan dan asas keterbukaan informasi dapat memberikan arah, landasan, acuan dan jaminan tentang pemenuhan hak publik dan sebagai instrumen dalam mewujudkan penyelenggaraan negara yang baik, transparan, efisien, efektif, akuntabel dan dapat dipertanggungjawabkan (Sumber: IRDI dan USAID, 2009: 7). Akuntabilitas adalah kewajiban suatu Lembaga untuk menyajikan informasi, yang mudah dipahami publik terhadap kebijakan atau program yang diputuskan untuk mencapai sebuah tujuan, serta dapat mempertanggungjawabkannya (Taryn Vian, 2020). Tiga elemen penting dalam menilai akuntabilitas, yakni suatu kebijakan/program dapat dipertanyakan (answerbility); dipertanggungjawabkan (responsibility); dan dapat dilaksanakan (enforcement) (Lambert, 2015).

Dari uraian teori di atas dibentuk hipotesis yang akan diujikan kepada informan di instansi yang dipilih melalui *indept interview*. Hipotesis tersebut dikemas dalam CMO Konfigurasi seperti di bawah ini:

**Tabel 2. Rumusan CMO Hipotesis Tata Kelola** 

Aspek	Context	Mechanism	Outcome
Partisipasi	Adanya dukungan Pemerintah daerah dalam Program JKN (context) BPJS Kesehatan menyediakan dan memudahkan akses data/informasi terkait implementasi kebijakan JKN (context)	Akan memberikan pemahaman kepada pemerintah daerah dan BPJS Kesehatan mengenai hambatan/peluang dalam implementasi JKN di sebuah wilayah <i>(mechanism)</i>	Harapannya kemitraan strategis terbangun antara berbagai stakeholder pemerintah daerah dengan BPJS Kesehatan untuk mewujudkan indikator UHC yang ditetapkan WHO (Outcome).
Akuntabilitas	Adanya Koordinasi lintas	Akan membuat pemerintah	Kebijakan/regulasi yang dibentuk
	sektor & Rumusan kebijakan	daerah dan fasilitas kesehatan	dalam penyelenggaraan JKN
	berbasis bukti yang dilakukan	memahami secara bersama, dan	terselenggara dengan baik oleh

Aspek	Context	Mechanism	Outcome
	BPJS Kesehatan bersama Pemda, dan fasilitas kesehatan dalam memperkenalkan program/inovasi perbaikan pelayanan JKN <i>(context)</i>	berinisiatif menyesuaikan SDM atau sarana dan prasarana untuk mendukung program/kebijakan JKN yang dibentuk BPJS Kesehatan. <i>(mechanism)</i>	semua stakeholders, dan memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat di setiap daerah (Outcome).
Transparansi	Tersedia/terbukanya akses data peserta, data tunggakan, data utilisasi, data beban penyakit dan data keuangan secara berkala dan tepat waktu <i>(context)</i>	Akan membuat Pemda dan BPJS Kesehatan secara bersama menyesuaikan implementasi kebijakan JKN agar mampu mengatasi permasalahan dan memenuhi kebutuhan masyarakat setempat <i>(mechanism)</i>	Data JKN telah digunakan oleh pemerintah daerah dalam perencanaan dan penganggaran program, sehingga akan ada program/perencanaan/ intervensi untuk mendukung atau mengatasi hambatan program JKN di wilayahnya (Outcome).

<sup>\*</sup>didapat dari pengembangan program teori dan hasil wawancara para stakeholder yang dilaksanakan pada penelitian 2018-2019.

#### **Tahap II Hasil Pengumpulan Data**

Tahap ini diisi dengan kegiatan mengumpulkan data primer, dan data sekunder yang relevan, dan mampu memberikan informasi terkait pengukuran input, proses, dan *outcome* dari target-target Peta Jalan JKN. Data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan stakeholder kunci (terpilih) sebagai pembuat atau pelaksana kebijakan kesehatan di setiap daerah, diuraikan sebagai berikut:

**Tabel 3. Jumlah Stakeholders Tata Kelola** 

Lokus	Key stakeholders								
Peneltian	DPRD	Bappeda	BKAD	Dinas Kesehatan	Dinas Sosial	Puskesmas/ Klinik	Rumah Sakit	BPJS Kesehatan	Total
Sumatera Utara	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Sumatera Barat	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Riau	1	1	0	1	2	0	1	1	7
Bengkulu	0	0	0	3	0	0	0	1	4
Jakarta	0	1	0	2	1	2	2	1	9
Jawa Tengah	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIY	3	6	2	7	5	1	3	1	28
Jawa Timur	0	1	3	5	1	5	2	2	19
NTB	0	4	1	3	2	4	5	1	20
NTT	2	3	1	4	5	1	3	2	21
Kalimantan Timur	0	0	0	2	1	2	1	1	7
Sulawesi Selatan	0	0	0	3	2	2	6	0	13
Papua	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	6	16	7	31	19	17	23	10	129

Data kuantitatif dikumpulkan dari sumber data sekunder di level nasional, provinsi dan kabupaten/kota. Seperti Dokumen Rencana Pembangunan Jangak Menengah Daerah (RPJMD), Rencana Kerja Pembangunan Daerah (RKPD), Peraturan daerah dalam mendukung kebijakan JKN, Profil Kesehatan, Data Kemiskinan Badan Pusat Statistik, dan sebagainya.

#### **Tahap III Refining Program Theory**

Hipotesis – Sasaran (1): BPJS Kesehatan menyediakan dan memudahkan akses data/infromasi terkait implementasi kebijakan JKN (context), Akan memberikan pemahaman kepada pemerintah daerah dan BPJS Kesehatan mengenai hambatan/peluang dalam implementasi JKN di sebuah wilayah (mechanism), Harapannya akan ada dukungan (partisipasi) Pemerintah daerah dalam Program JKN, dan Kemitraan strategis terbangun antara berbagai stakeholder pemerintah daerah dengan BPJS Kesehatan untuk mewujudkan indikator UHC yang ditetapkan WHO (Outcome).

Hasil pengumpulan data primer mengungkapkan bahwa data-data penyelenggaraan belum sepenuhnya mudah diakses. *Memang*, BPJS Kesehatan selalu memberikan laporan setiap bulan penyelenggaraan JKN tetapi data yang diberikan dalam jumlah agregat, dan tidak segmentasi per wilayah kab/kota atau segmentasi kepeserta. BPJS Kesehatan juga menginisiasi pertemuan bersama pemangku kepentingan di setiap provinsi. Tetapi, pertemuan tersebut belum mampu menyelesaikan permasalahan yang terjadi dalam konteks provinsi atau wilayah, karena tata Kelola BPJS Kesehatan yang sentralistis. Berikut kuotasi wawancara disajikan untuk menggambarkan persepsi stakeholders terhadap transparansi data BPJS Kesehatan.

"...Untuk data kepesertaan by name by address ya (kesulitan akses datanya). Data kepesertaan. Siapa yang sudah menjadi peserta siapa yang belum siapa yang menunggak itu kan harus di share betul. Misalnya nih saya mau menjamin SPM (Standar Pelayanan Minimal) terus saya mau tahu apakah dia sudah menajdi peserta atau belum. Sekarang saja saya sulit memastikan bu yennike apakah sudah menjadi peserta BPJS atau belum seandainya bu yennike tidak membawa kartu. Saya ini dinas kesehatan loh saya harus melayani memastikan dan menjamin ibu. Ketika tidak tahu punya kartu tapi belum diberikan atau lupa bawa kartu. Saya orang yang mau melayani ibu saya tidak tahu ibu peserta atau bukan..." (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember)

- "...Belum adanya transparansi dari BPJS terkait data keuangan ke Dinkes Provinsi Sul-Sel, data yang bisa diakses hanya pada segmen atau item-item tertentu saja, dibutuhkan sosialisasi dari BPJS Kesehatan kepada Dinkes Provinsi Sul-Sel terkait data iuran tungga dsb kepada seluruh kategori kepesertaan agar meningkatkan program JKN secara maksimal bukan hanya evaluasi semata..." (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan)
- "...ada hal-hal tertentu BPJS kalau diminta data itu susah sekali. Dan sekarang sampai masih ada sampai sekarang ini kita minta data ke dia 25 Oktober 2019 sampai sekarang belum dikasih, padahal kita sudah jual nama Gubernur ya. Belum, belum selesai, dia bilang begitu. Saya ga ngerti mungkin menurut mereka susah, karena memang kita minta datanya itu 3 tahun. Tapi kan, ga ngerti ya, memang kita mintanya data penduduk DKI dan non-DKI, mungkin mereka effortnya mesti lebih keras. Itu mungkin yang bikin dia agak sulit, kemudian 3 tahun pula. Tapi kan kita cuma mintanya rumah sakit vertikal, ga banyak. Sampai sekarang belum dikasih. Jadi bu kadis minta data kunjungan ke rumah sakit vertikal, 3 tahun, tapi dibedakan, penduduk DKI dan non-DKI. Belum, belum dikasih..." (Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta)

Informasi dan data yang diberikan BPJS Kesehatan dalam forum komunikasi berbentuk power point (ppt). Dinas Sosial selaku OPD yang melakukan peran sebagai pendataan kepesertaan masyarakat miskin atau tidak mampu belum menerima laporan secara tertulis. Data-data BPJS Kesehatan yang bisa diakses dapat dikatakan hanya data-data tertentu saja. Misalnya, Dinas Kesehatan DKI Jakarta berusaha meminta data di luar data yang dilaporkan setiap bulan atau dalam forum, yakni data kunjungan rumah sakit penduduk DKI Jakarta dan penduduk Non-DKI Jakarta. Namun, datanya sampai wawancara dilakukan Desember 2019, data tersebut belum dapat diakses.

Bukti lain ditemukan di Provinsi DIY yang cakupan kepesertaan UHC.nya menurun. DIY mengalami persoalan tidak pernah validnya data kemiskinan yang ada di Kementerian Sosial. BPJS Kesehatan yang menurut Permensos memiliki berkas induk kepesertaan JKN, belum dapat memfasilitasi. Pemerintah DIY enggan mendaftarkan penduduknya yang dicoret dari kepeertaan PBI APBN dengan mekanime PBI APBD sebelum verifikasi dan validasi data yang telah mereka lakukan di-update oleh Kementerian Sosial. Berikut kuotasi wawancaranya:

"....Nah di DIY ketimpangan nya itu kemiskinan nya ranking 23 dari 24 se-nasional dan ketimpangan nya paling timpang di Indonesia itu ya di DIY, nah ini celahnya jadi pr (masalah) kita pas make ini bukan soal jamkes (Jaminan kesehatan)-nya tapi soal data nya, data penerima ini jadi pr kita juga. Nah itu hal-hal yang jadi pr kita hampir 2 tahun gak selesai-selesai juga. Setiap bulan penduduk miskin kami dicoret melalui SK Kemensos, capaian UHC menurun. Pemkab sudah mengirimi surat mohon bantuan membayar premi. Tetapi, kami jawab secara umum tidak bisa. Kita akan mengoptimalkan Jamkesta untuk penyangga jaminan kesehatan masyarakat miskin yang dicoret oleh kemensos. Kami akan bayari preminya kalau datanya valid. Kalo bpjs kan pasti punya data semua, ya diberikan pas dinkes (Dinas Kesehatan) itu juga ya bisa, hanya kadang itu susah ontime atau kadang gak keluar data nya gitu untuk kita kroscek." (Bappeda DIY).

Provinsi Riau juga mengalami hal yang serupa. Pada Desember 2019, Riau merupakan provinsi dengan peringkat terendah cakupan kepesertaan UHC (peringkat ke-30). Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial Provinsi Riau menemukan peserta PBI yang terdata tidak tepat sasaran, dan distribusi kartu JKN juga belum merata di wilayahnya. Riau adalah provinsi yang masih memiliki transportasi terbatas.

"...maksudnya kan kita kepesertaan yang rasional artinya secara objektif tidak mau membiayai orang yang mampu karna itu hak nya orang yang tidak mampu dan ini banyak juga peserta yang nakal dia sudah dapat pekerjaan tapi dia tidak melapor ke BPJS, dan BPJS tetap menerima uang orang yang itu padahal data nya ada sama dia. 1/3 BPJS itu tidak tepat sasaran, dan saya belum lihat upaya BPJS untuk memperbaiki. Terus ada juga satu orang yang punya kartu 3 kasusnya real nih tahun 2017. Nah banyak juga kartu yang tidak sampai, nah itulah kartu yang tidak sampai tadi dimanfaatkan ketika sudah heboh kepala desa nya baru serahkan. Kalo koordinasi kita jalan, inikan ada hal yang terkait dengan rekonsialisasi data itu nanti kita urus jumlah peserta oleh bupati terus perubahan-perubahan data orang miskin jadi itu kita bicarakan dengan BPJS dan hal-hal yang lain nya. Kalo koordinasi terus kita lakukan walaupun pihak lain BPJS tetap karna dia pusat, orang daerah nya yang gabisa melakukan apa-apa.." (Dinas Kesehatan Provinsi Riau)

Meskipun koordinasi antara pemerintah Provinsi Riau dan BPJS Kesehatan sudah dilakukan namun, BPJS Kesehatan belum mampu bertindak terhadap persoalan kepesertaan yang terjadi di Riau, karena keputusan perlu menunggu kewenangan dari BPJS Kesehatan Pusat. Pada Provinsi NTT, keterbatasan data dan informasi ini menimbulkan rasa tidak percaya. Provinsi NTT dengan kemampuan fiskal terendah kedua sebelum Papua berinisiatif untuk mengoperasionalkan jaminan Kesehatan daerah yang lebih efisien. Sebab, Provinsi NTT mengalami keterbatasan dana untuk membayar juran PBI APBD.

"...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" (Dinas Kesehatan Kabupaten Kupana)

Pemangku kepentingan di Sumatera Utara mengira bahwa sulitnya akses data dalam penyelenggaraan JKN di wilayahnya, karena BPJS Kesehatan adalah instansi vertikal, maksudnya hanya bertanggung jawab pada Presiden atau berorientasi pada keputusan pusat.

"Data penyakit terbanyak dan termahal juga gak dapat. Daftar FKTP yang bermitra dengan BPJS ada. FKTL juga dikasih. Data apotek yang bermitra dengan BPJS tidak dikasih. Kan kalo provider ada yang exciting dengan provider yang baru. Tetapi tetap mereka berdasarkan kebutuhan mereka. Perdirnya [Peraturan Direktur) mengatur tidak mesti melapor kedinas. Mereka bertanggungjawab ke Presiden...". (Dinas Kesehatan Kota Medan)

Kuotasi-kuotasi yang diuraikan di atas, kemudian dikombinasikan atau himpun untuk diidentifikasi baik persepsi maupun outcome yang diprediksi atau tidak prediksi dalam hipotesis. Hasilnya disajikan dalam bentuk konfigurasi CMO (alternatif), sebagai berikut:

Tabel 4. Konfigurasi CMO Hasil Penelitian (Sasaran-1)

Context	Mechanism	Outcome
Data kemiskinan yang tidak pernah valid (context-1), dan Akses data kepesertaan JKN yang sulit diakses secara lengkap di BPJS Kesehatan	<ul> <li>Pemerintah DIY masih menjalankan skema Jamkesda untuk menjamin biaya kesehatan penduduknya yang tidak mampu, dan dicoret/belum terdaftar program JKN</li> <li>Pemerintah DIY <i>enggan</i> mendaftarkan penduduk miskin yang dicoret dari data PBI APBN ke skema PBI APBD, sebelum Kementerian Sosial meng-update data DTKS Provinsi DIY</li> </ul>	Mekanisme tersebut berdampak menurunnya capaian UHC di DIY
Kepesertaan PBI APBD yang tidak tepat sasaran, Kartu JKN-KIS yang belum terdistribusi merata, (context-1), dan tata kelola BPJS Kesehatan yang Sentralistis (context-2)	Menginisiasi Pemerintah daerah untuk berkoordinasi memecahkan persoalan kepesertaan dan distribusi kartu JKN-KIS kepada BPJS Kesehatan cabang di wilayahnya. Namun, BPJS Kesehatan cabang belum bisa mengambil keputusan atau pasif, karena harus menunggu kewenangan dari BPJS Kesehatan Pusat	Cakupan kepesertaan UHC belum mampu memastikan masyarakat miskin (disadvantaged people) terdafar dan memiliki kartu JKN-KIS
Akses data penyelenggaraan JKN yang sulit akses dan tidak tepat waktu (context-1),	<ul> <li>Pemerintah daerah menganggap program JKN tidak transparan</li> <li>Pemerinah daerah belum termotivasi untuk melakukan upaya efisiensi biaya kuratif</li> <li>Pemerintah daerah belum memahami substansi dari program JKN (Ingin menyelenggarakan kembali Jamkesda)</li> </ul>	Pemerintah daerah belum berpartisipasi menanggulangi defisit JKN, sehingga mengakibatkan rapuhnya suistanibilitas/ finansial JKN.

Hipotesis – Sasaran (5): - Adanya Koordinasi lintas sektor & Rumusan kebijakan berbasis bukti yang dilakukan BPJS Kesehatan bersama Pemda dalam memperkenalkan program/inovasi perbaikan pelayanan JKN (context), akan membuat Pemda dan BPJS Kesehatan secara bersama menyesuaikan implementasi kebijakan JKN agar mampu mengatasi permasalahan dan memenuhi kebutuhan masyarakat setempat (mechanism). Hasilnya, Kebijakan/regulasi yang dibentuk dalam penyelenggaraan JKN terselenggara dengan baik oleh semua stakeholder, dan memenuhi kebutuhan masyarakat di setiap daerah (Outcome).

Bagian ini akan mengamati proses koordinasi antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan atau pemerintah daerah dalam merumuskan kebijakan/program optimalisasi program JKN. Hasil wawancara stekholder di fasilitas kesehatan mengungkapkan bahwa kebijakan atau aturan terkait klaim oleh BPJS Kesehatan tidak memiliki kejelasan, rumah sakit menginginkan dibuat aturan setara Kementerian Kesehatan agar tidak berselisih paham, dan memiliki persepsi yang sama.

- "...aturan klaim BPJS atau kemkes menerbitkan panduan verifikasi, dulu ada namun umum. Tapi panduan ini mengacu pada apa, landasannya apa. Jadi kami tidak berselisih terus. Kami minta bertemu DPM (Dewan Pertimbangan Medis) gak dikasi. Harapannya monggo kalau kemkes dan BPJS sepakat monggo dituangkan. Menjadi aturan atau berita acara untuk penyamaan persepsi, tidak ada saling menyalahkan..." (RS Kota Yogyakarta)
- "...Tolong tadi ya kalau ada regulasi, bpjs ditekan klaim segera dibayar, dia mau membayar mau verifikasi, bikinlah dia regulasi dia boleh verifkasi ulang. Kalau dia salah kenapa kita yang menanggung. Kadang dia bikin regulasi duluan terus dicabut. Harusnya bpjs bukan regulator, serahkan ke kemenkes. Dia monopoli, memang harus dikuasai negara kan ada kementrian..." (RSUD Kalimantan Timur)

Selain itu, kebijakan BPJS Kesehatan yang sering berganti dan tidak dibarengi sosialisasi atau transfer informasi memadai menyulitkan keadaan di lapangan baik bagi rumah sakit maupun pasien, seperti dalam kuotasi berikut:

- "...Nah ketika memberikan informasi tapi regulasi nya tidak jelas, aturan nya gak pasti kan kami kebingungan juga kan karna nanti akhirnya yang bentrok yang jadi bulan-bulanan itu kami di pelayanan karna di depan kan kok gabisa jamin kaya gitu. Akhirnya kemarin saya bilang, kalo kami disuruh memberi edukasi tapi tidak jelas ya sudah kami over ke kantor BPJS. Program rujuk balik itu ya kita sudah dirujuk tapi kadang-kadang obatnya di apotek prb nya gak ada, terus kadang sudah dirujuk balik tapi di ppk satu nya juga kurang diperhatikan pasien nya ada berapa kemarin kan gitu.maksdunya gini kalo mau gitu kan semua nya bersinergi, di ppk1 terus juga dirumah sakit baik di apotek prb jadi kasian mba dulu itu pasien udah kita rujukbalik tapi disana gak ada obat nya bu kaya gitu. (Rumah Sakit di Kabupaten Gunung Kidul)
- "...Ketersediaan obat ya kalau bisa ga terlalu rumit lah saya pahami mereka juga diaudit sekarang sistemnya sudah konek, yang penting sosialisasi ke pelaksanaan. Yang jadi masalah tidak cukup waktu sosialisasi. Misal masih yang lama sampai ke pasien kayak di ping pong. Itu yang terjadi yang bikin kesal dunia pelayanan itu. Misal dokter ga dikasih tahu mana yang seperti apa..." (Klinik di Kalimantan Timur)
- "...Iya kalo misalnya kita gak tau kaya PMK atau misalnya berita acara kemudian regulasi internal dari BPJS nah itu kita harus cepat tau, tapi kalo regulasi seperti itu kami tidak bisa dapat langsung dari pihak yang bersangkutan..." (RS Swasta di Kota Pekanbaru)

Kemudian, Konteks regulasi BPJS Kesehatan yang ternyata berlaku surut (retroaktif) memunculkan gejolak pada stakeholder yang berada di instansi pelayanan kesehatan, dan dinas kesehatan setempat.

- "...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 ratalah..." (RS Swasta tingkat Provinsi NTT)
- "...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 prasarananya seperti apa? Minimal ada range waktu untuk kami mempersiapkan orangnya, sarana prasarananya, terus mau bergerak seperti apa..." (Dinas Kesehatan Kota Kupana)

Penelitian mengidentifikasi bahwa stakeholder merasa beberapa peraturan yang dikeluarkan BPJS Kesehatan terkesan sepihak dan banyak merugikan pemerintah daerah dan fasilitas pelayanan kesehatan. Peraturan sering bertentangan dengan peraturan yang sudah ada sebelumnya dari lembaga lain misalnya Kementerian Kesehatan. Hal ini menimbulkan diharmonisasi dalam pembuatan regulasi, bahkan perbedaan pendapat, sebagaimana dalam kuotasi berikut ini:

- "...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." (RS Swasta tingkat Provinsi NTT)
- "...Kita [Dinkes] di bawah Menteri Kesehatan bukan di bawah BPJS. Seharusnya BPJS berkoordinasi dulu, ... kita dipaksa harus ikut aturan mereka, padahal kita punyanya Mentri 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..." (Dinas Kesehatan Kota Kupang)
- "...Yang masalah ratusan diagnosis. Mereka mau menangnya sendiri, kalau belum bisa cari solusi jangan limpahkan ke kita. Myopia mata rabun itu dicatat sebagai non spesialistik, jadi kita kena kan, tetapi kita ga bisa langsung untuk merujuk ke optik, kita kena batas rujukan, terus pasien dijadikan apa. Kemudian, Monev ke pasien mereka lakukan, 1 pihak aja ya, kita ke mereka mantul kan itu yang saya ga suka. Apa yang kita omong, itu dari pusat [BPJS Kesehatan Pusat], mereka kerja kayak robot aja..." (Klinik di Kalimantan Timur)

Kebijakan rujukan online tersebut juga Peraturan Gubernur DIY No 59/2012 Tentang Pedoman Pelaksanaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan dan Rujukan online yang sebelumnya dibentuk untuk meningkatkan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

"Pengiriman rujukan harus diutamakan ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat sesuai jenjang rujukan" **(Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo)** 

Bahkan untuk Provinsi Sulawesi Selatan khususnya di Kabupaten Gowa kebijakan rujukan online sulit dijalankan karena letak geografis sulit akses

"Misal kebijakan rujukan online sekarang peraturan BPJS tahun 2018 itu sistem rujukan online....kurang sosialisasi bagaimana caranya nah kita dataran tinggi baru mau rujuk online ke bawah , jadi masyarakat harus kesana dulu padahal wilayahnya kita itu dataran tinggi, dataran rendah kalau itu wilayahnya malino ke atas kalau dari sini harus ke sana dulu daerah panciro kan disana itu rumah sakitnya karena kalau dia langsung ke RSUD Syekh yusuf klaimnya tidak bisa" (Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa)

Uraian kuotasi di atas menunjukkan bahwa hampir di lokus penelitian ini, BPJS Kesehatan belum berkoordinasi dengan baik perihal kebijakan/program yang dikeluarkan. Stakeholder di berbagai instansi merasa tidak memahami kebijakan yang dikeluarkan BPJS Kesehatan yang berganti secara cepat dan berlaku surut. Alhasil, kebijakan BPJS Kesehatan tersebut sulit diimplementasikan bahkan memunculkan *dispute*. Berikut kami sajikan hasil kuotasi (data primer) ke dalam konfigurasi CMO alternatif.

Tabel 5. Konfigurasi CMO Hasil Penelitian (Sasaran-5)

#### Context Mechanism Outcome

Sosialisasi kebijakan/program JKN oleh BPJS Kesehatan yang tidak memadai (context-1); kebijakan BPJS Kesehatan yang sering berganti terkait klaim dan rujukan, serta berlaku surut (retroaktif) (context-2), Tata kelola BPJS Kesehatan yang Sentralistis (context-3)



- Stakeholder di rumah sakit tidak memahami kebijakan yang baru dibentuk, dan sering berselisih paham terkait mekanisme klaim
- Pemerintah daerah merasa bingung dalam mempersiapkan saran dan prasarana pendukung, dan kecewa karena tidak mendapat kejelasan alasan dibentuknya kebijakan JKN oleh BPJS Kesehatan,
- Pemerintah daerah dan stakeholder di fasilitas kesehatan mengharapkan agar kebijakan BPJS Kesehatan dibentuk bersama Kementerian Kesehatan agar perencanaan harmonis, tidak cepat berganti dan memunculkan persepsi yang seragam.

Kebijakan JKN yang dikeluarkan BPJS Kesehatan sulit diimplementasikan. Selain itu, potensial memunculkan dispute, dan pasien menghadapi ketidakpastian pelayanan. Akuntabilitas BPJS Kesehatan dinilai masih belum baik

Hipotesis – Sasaran (8): Tersedia/terbukanya akses data peserta, data tunggakan, data utilisasi, data beban penyakit dan data keuangan secara tepat waktu (context), akan membuat Pemda dan BPJS Kesehatan secara bersama menyesuaikan implementasi kebijakan JKN agar mampu mengatasi permasalahan dan memenuhi kebutuhan kesehatan masyakarakat setempat (mechanism). Harapannya, Data JKN telah digunakan oleh pemerintah daerah dalam perencanaan dan penganggaran program, sehingga akan ada program/perencanaan/ intervensi untuk mendukung atau mengatasi hambatan program JKN di wilayahnya (Outcome).

Pada bagian ini akan dikaji mengenai keterbukaan data dan informasi BPJS Kesehatan terhadap penyelenggaraan program JKN di 13 Provinsi. Selain itu, peneliti mengamati juga bagaimana respon pemerintah daerah terutama Dinas Kesehatan dalam menangani situasi peluang atau hambatan implementasi JKN di wilayahnya, misalnya, kami temukan di Provinsi Bengkulu yang belum memiliki RS Tipe A, mengalokasikan APBD nya untuk menanggung akomodasi penduduknya yang harus menjalani pelayanan rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat tinggi, dan di luar wilayah Bengkulu, berikut respon Pemerintah Provinsi Bengkulu terhadap JKN dalam kuotasi:

"Pemda kami dalam mendukung JKN ini telah membantu memberi subsidi yaitu biaya hidup dan ongkos transportasi bagi peserta JKN yang harus dirujuk ke RS Tipe A..." (Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan)

"Pemerintah tingkat provinsi menyediakan kuota sebanyak 23.000 untuk membayari segmen PBPU atau peserta mandiri Kelas III yang menunggak bayar iuran BPJS Kesehatan. Sebelumnya, pihak BPJS melakukan verifikasi dan data peserta mandiri kelas III yang menunggak di Provinsi Bengkulu jumlahnya hanya 15.500, artinya masih ada kuota, makanya kami menginstruksikan kembali kepada pemerintah kabupaten dan kota untuk memenuhi kuota tersebut" (Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu)

Dalam kuotasi di atas BPJS Kesehatan di Provinsi Bengkulu menginfokan atau melalukan verifikasi data peserta PBPU yang mengalami tunggakan untuk mendukung program Pemerintah Provinsi Bengkulu dalam peningkatan kepesertaan. Namun, bukti lain yang ditemukan Pemerintah Provinsi NTT tidak mendapatkan akses terhadap data kepesertaan by name by address yang bisa digunakan untuk validasi kepesertaan maupun perencanaan program kesehatan di wilayahnya.

"...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, tapi namanya masih ada. Kan kalau ada [by name by address] kami langsung membantu, cross check lah..." (Dinas Kesehatan Kota Kupang)

"...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..." (Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang)

Hasil pengumpulan data primer di 13 provinsi seragam menyatakan bahwa BPJS Kesehatan menginisiasi forum koordinasi berbagai lintas sektor untuk menginformasikan implementasi penyelenggaraan program JKN di wilayah setempat. Tetapi, dalam forum tersebut data-data yang diinformasikan terbatas, tidak menginformasikan data 1) capaian kepesertaan setiap kab/kota di suatu provinsi, dan 2) biaya klaim pelayanan kesehatan secara agregat. Pemerintah daerah mengalami kesulitas akses ketika meminta data diluar dari data-data yang disajikan dalam forum. Berikut kuotasi untuk menggambarkan situasinya:

- "...kalau menurut undang-undang sebenernya datanya itu bisa dibuka. Tapi dia berlindung dengan atau harus lapor ke pusat dulu. Itu kan repot. Kemarin sudah ada dari hukum dan kepatuhan BPJS saya sampaikan kalau begitu kan repot. Sebetulnya pemerintah daerah itu tidak mungkin mengasihkan data itu kemana mana.jadi pemerintah daerah itu mempunyai data semua institusi yang ada di Kota Malang tidak hanya swasta, pemerintah pun juga begitu.untuk kredensial dinas kesehatan sudah diajak..." (Dinas Kesehatan Kota Malang)
- "...Hmm kita kan meminta BPJS supaya mengirimkan laporan data, baik yang primer maupun lanjutan tapi BPJS gak mau melampirkan laporan itu setiap kali kita pertemuan. Ya bagaimana kita udah berkali-kali face to face, dengan surat juga udah tapi dia tidak menyampaikan. Inikan seperti bola bergilir, apa yang ditangkap dia kan harus dilaporkan ke dinas kesehatan sebagai Lembaga yang melindungi masyarakat. kita ini lebih banyak [pos pendanaan di Dinas Kesehatan) 80% untuk bayar JKN aja. Hampir semua rata di Indonesia seperti itu, jadi kami lebih ke membayar iuran JKN orang miskin tidak mampu..." (Dinas Kesehatan Provinsi Riau)

Situasi ini mengakibatkan pemerintah daerah belum mendapat *feedback* mengenai penyelenggaraan program JKN dan /atau program-program yang perlu dikembangkan, misalnya program validasi memastikan seluruh penduduk miskin telah masuk dalam skema PBI APBN atau PBI APBD. Karena data kemiskinan ini adalah persoalan kronis yang sampai kini belum dapat diselesaikan, berikut kuotasi untuk menggambarkan situasi di lapangan:

"....BPJS mempergunakan payung integritas dari kemensos, dia pun yang jumlahnya [data kepesertaan PBI] sekarang ya kalo kita minta nama by name by address bpjs saat ini nanti kalo di konkret kan dengan kemensos SK pasti beda kok. Jadi sekarang semua pr [persoalan] pemerintah itu gini menurut saya kalo semua harus di UHC kan dan semua sisa tanggungan pemda sekarang ada forum khusus soal itu jadi gak ada yang nama nya ikut kemensos doang yang ngurusin, bpjs doang yang ngurusin, terus nanti sisa nya pemda tidak gitu tapi dalam semua perencanaan mereka ikut. Kita [Indonesia]belum bisa menjangkau negara membayari hidup orang selama dia bener-bener tidak mampu. Alasannya

kenapa, yang pertama kita luas, yang kedua masalah ekonomi, yang ketiga soal IT [Informasi dan Teknologi], IT itukan sebenernya kaya model NIK, kalo pengurus NIK itu bener-bener online kalo ada orang misal gelandangan terus kita ambil dan masuk ke balai kita jadi nya pas di cek nama nya siapa, rumah nya dimana nah tinggal di cek NIK nama nya itu ada atau engga harus nya kan seperti itu tapi kan sekarang belum bisa..." (Bappeda Provinsi DIY)

Akibatnya perencanaan program dari Dinas Kesehatan atau Bappeda di lokus penelitian 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 [BPJS Kesehatan] kerjakan terus apa-apa saja penyakit yang terbanyak ... kalau mereka ada data penyakit terbanyak yang mereka biayai kan bisa kasih 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." (Dinas Kesehatan Provinsi NTT)

"...seharusnya mereka [BPJS Kesehatan] sudah punya data [Data peserta mengakses layanan kesehatan penduduk DKI maupun non-DKI]. Sudah punya data kan itu berguna banget bagi Pemerintah Daerah saat mereka mau melakukan, perencanaan, penganggaran. Kalau data itu diberikan oleh BPJS akan sangat memudahkan. Jadi tidak mesti dijadikan itu suatu kegiatan atau program. Harusnya sudah ada begitu BPJS. Mereka dengan kita membayar klaim sebesar itu, harusnya juga sudah mempersiapkan kenapa sih bayar premi besar sekali. Apa sih yang terjadi. Masyarakatnya memang sakit semua? Sakitnya apa saja. Sakit apa saja yang paling banyak dibiayai. Harusnya sudah terpetakan. Jadi kita bisa mengetahui biaya sesungguhnya itu berapa sih dengan jumlah orang sakit di DKI Jakarta itu, setiap tahun yang dikeluarkan untuk yang benar-benar sakit itu berapa. Apakah dua triliun itu, apakah defisit atau ga. Kalau data penyakit kaya susah..."

(Bappeda Provinsi DKI Jakarta)

Ketidakterbukaan data dan informasi ini, stakeholder mengganggap BPJS Kesehatan tidak mengidentifikasi persoalan defisit yang fundamental. Peningkatan jumlah rumah sakit di wilayah perkotaan, dan pendanaan biaya layanan kesehatan yang sebagian besar habis di rumah sakit tidak dievaluasi.

"...Ya jadi total dana se-Riau ini 900milyar yang dikeluarkan oleh BPJS, dan kita keluar dana daerah sekitar 400milyar. Mungkin BPJS kalo saya amati tidak teliti melihat dimana penggunaan dana yang paling besar, jadi coba penelitian nya itu dilihat SOP nya rumah sakit, misalnya pasien sakit kepala, terus masuk rumah sakit dan di infus periksa ini itu nah itu bagaimana evaluasi BPJS tentang itu gak ada, BPJS gak mau masuk ke ranah itu sedangkan uang nya 80% habis dirumah sakit dan mesti nya penelitian-penelitian itu mengarah kesana. Sebetulnya saya lebih tertarik disini karna bisa membongkar yang terus berputar yang membuat bangkrut negara ini. Coba lah dipikir ya di pekanbaru terkahir ada 30rumah sakit, terus sekarang sudah 32 dan mau bertambah 4 lagi artinya apa coba pikir..." (Dinas Kesehatan Provinsi Riau)

Berdasarkan hasil wawancara yang diuraikan di atas, BPJS Kesehatan dapat dikatakan belum dikelola secara transparan atau terbuka. Hal ini salah satunya karena tata Kelola BPJS Kesehatan yang Sentralistis yang harus menunggu persetujuan BPJS Kesehatan Pusat perihal akses data. Situasi ini menjadi pemicu rendahnya intervensi/kebijakan yang dikeluarkan pemerintah daerah dalam mengoptimalkan program JKN. Bahkan, cenderung tidak tepat sasaran. Berikut kami sajikan hasil wawancara tersebut dalam konfigurasi CMO alternative.

**Tabel 6. Konfigurasi CMO Hasil Penelitian (Sasaran-8)** 

#### Context Mechanism **Outcome** OPD yang aktif meminta data Pemerintah daerah tidak mengetahui detail situasi Data JKN belum digunakan dan informasi diluar data-data oleh pemerintah daerah penyelenggaraan program JKN di wilayahnya; yang disajikan dalam forum dalam perencanaan dan • Pemerintah daerah merasa kesulitan mengakses data komunikasi pemangku penganggaraan program **BPJS** Kesehatan kepentingan; (context-1), BPJS kesehatan, seperti program • Pemerintah daerah menggunakan data tahun validasi kepesertaan PBI Kesehatan yang berada di lokasi sebelumnya untuk melakukan perencanaan dan penelitian harus menunggu (penduduk miskin), serta baik penanggaran program kesehatan era JKN persetujuan dari BPJS BPJS Kesehatan maupun

Kesehatan untuk membuka akses data dan informasi yang di-request oleh Pemerintah daerah (context-2);

Tidak adanya umpan balik realisasi program JKN, terbatasnya akses data, dan meningkatnya jumlah rumah sakit di wilayah perkotaan provinsi Riau (context-1) Tidak adanya kewenangan yang jelas alur validasi kepesertaan PBI terutama antara BPJS Kesehatan, Kementerian Sosial dan lintas sektor di tingkat daerah, pendataan yang masih bermasalahan dan situasi ekonomi yang tidak stabil (context-2)

 BPJS Kesehatan merasa tidak memiliki kewajiban untuk memenuhi kebutuhan data pemerintah daerah karena semua harus menunggu keputusan BPJS Kesehatan Pusat



- Pemerintah Provinsi Riau menganggap bertambahnya jumlah rumah sakit di wilayah perkotaan era JKN cenderung moral hazard, dan BPJS Kesehatan kinerjanya belum baik karena tidak mengevaluasi trend pertumbuhan rumah sakit tersebut.
- Pemerintah daerah menginisiasi dibentuknya regulasi lintas sektor, agar dalam pelaksanaannya tidak menjadi temuan pengawas (BPKP)
- Pemerintah daerah merasa, negara belum benarbenar mampu menanggung seluruh penduduk dalam program JKN

pemerintah daerah belum merumuskan intervensi yang tepat untuk menanggulangi hambatan implementasi JKN di wilayah setempat, karena keterbatasan data, dan regulasi juga tidak mendukung.

Berdasarkan uraian hasil penelitian dan CMO alternatif di atas dapat disimpulkan bahwa tata Kelola program JKN belum berjalan dengan baik hampir merata di 13 provinsi. Setelah menguraikan persepsi atau sudut pandang para stakeholder ditingkat provinsi, penelitian ini melakukan triangulasi kepada pemerintah pusat atas persoalan tata Kelola yang terjadi, hasilnya disajikan dalam kuotasi sebagai berikut:

- "...Sebenernya sama-sama memiliki kepentingan [BPJS Kesehatan dan Pemerintah Daerah], artinya akhirnya ada hal yang jelek memberikan data itu kepada pemda [pemerintah daerah], beberapa rumah sakit dan dinas kesehatan mencoba membuat mengelola data berdasarkan laporan fasilitas kesehatannya langsung, jadi kalo fasilitas kesehatan membuat laporan ke BPJS Kesehatan harus ditembuskan ke Dinas kesehatan, P-Care juga gitu, nah yg seperti itulah yang harusnya diolah [pemerintah daerah dalam perencanaan dan penganggaran program kesehatan di wilayahnya], tapi hubungan akrab BPJS Kesehatan dengan pemda memang gak ada..." (Kementerian Kesehatan)
- "...Eee...memang kami menyadari kemenkes tidak cepat dalam membuat regulasi karena ya BPJS Kesehatan itu kan dengan model apa namanya korporate atau level top dominan/pimpinan punya kewenangan penuh harus A yaudah dibuat A [sentralisasi], Tapi kalo dikementerian kan gak gitu..." (Kementerian Kesehatan)

Kuotasi-kuotasi di atas menunjukkan bahwa Kementerian Kesehatan membenarkan bahwa akses data BPJS Kesehatan bagi pemerintah daerah sulit akses, selain itu belum terbentuk koordinasi yang baik antara keduanya, dan sistem BPJS Kesehatan (sentralistis) berbeda dengan sistem kementerian kesehatan. Selanjutnya, pemerintah pusat mengakui bahwa rujukan online memicu persoalan dalam penerapannya di lapangan, sebagaimana diuraikan di bawah ini,

- "...Mengapa tidak fleksibel [rujukan online BPJS Kesehatan], karena mengaturnya secara? Eee...apa Namanya aplikasi, aplikasi komputerisasi itu tidak bisa datanya jawab, dia langsung to the point. Inikan ga fleksibel..." Kementerian Kesehatan)
- "...Tapi ada gugatan juga di beberapa tempat, ada pikiran khusus masyarakat, ini ga logis, rumah saya di sebelah rumah sakit, terus mau berobat harus ke yang jauh dulu, betul dari sisi itu, makanya saya datang ke beberapa kota Bukitingi, Tasikmalaya, keluhannya apa? Pak ini karna rujukan berjenjang ini, kami rumah sakit tipe b gak dapat pasien, kenapa? Karna udah habis dibawah [rumah sakit tipe-c], dibawah pun banyak yang nakal, nakalnya apa? Sudah tidak mampu tetapi tidak dirujuk, dengan bikin macem-macem..." (Ombudsman RI)

Kemudian, pernyataan dari stakeholder DJSN selaku Lembaga yang memiliki fungsi vital dalam keberlangsungan JKN, semakin membuktikan bahwa tata Kelola JKN masih buruk, seperti berikut.

"...Saya melihat ada 2, yang pertama tentang struktur program bahwa ada kebutuhan mendesak untuk melakukan restrukturisasi program JKN. sudahlah bangunanya tidak ideal, contohnya: titik temu antara manfaat dan pendanaan. Itu pilar besarnya. Dan kalo gak ketemu maka semakin besar yang dia [BPJS Kesehatan] tanggung peserta, sistem dan semua aspek yang dibutuhkan maka semakin goyah atau bisa ambruk. Yang kedua, kelembagaan. Saya melihat maturitas kelembagaan tidak terjadi focus pembenahan. Itu kenyataan pahit yang ada di JKN. Maturitas kelembagaan yang saya maksud tadi ada ketidakjelasan, ada menafsirkan sepihak secara sectoral tentang kewenangan dan hak akses data..."

(DJSN)

#### **Pembahasan**

Dengan pendekatan *realist evaluation*, penelitian ini menemukan bahwa reformasi kebijakan sistem kesehatan nasional pasca berlaku program JKN hanya berjalan sebagian (parsial), di mana "tombol" pembiayaan dan pembayaran diputar tanpa "diiringi dengan kepemimpinan yang mapan, regulasi yang tegas, dan perilaku para pemangku kepentingan yang kooperatif. Temuan tersebut dijabarkan berdasarkan temuan di lapangan bahwa tidak ada sistem kontrol untuk kinerja BPJS kesehatan sebagai aktor berpengaruh dalam sistem kesehatan di Indonesia. Penggunaan data BPJS Kesehatan untuk perencanaan dan penganggaran program/kebijakan kesehatan di daerah masih terbatas. Hal ini karena minimnya transparansi BPJS Kesehatan terhadap data dan informasi penyelenggaraan JKN, dan tata kelolanya yang sentralisasi.

Tombol pengorganisasian seperti pelibatan dan dukungan kinerja pemerintah daerah sebagai pemegang kekuasaan di daerah masih mengalami stagnasi. Kolaborasi yang belum berjalan optimal ini ditandai dengan hasil temuan lapangan di mana adanya ketidakjelasan dalam permintaan data JKN di beberapa daerah. Fragmentasi sistem kesehatan nasional, daerah dan BPJS Kesehatan akan memperburuk sistem integrasi program pada tingkat provinsi maupun kebupaten/kota seperti halnya yang terjadi pada layanan TB di Afrika Selatan (Hartel, Yazbeck, & Osewe, 2018). Program JKN telah mampu meningkatkan pemerataan akses layanan kesehatan di Indonesia, dimana sebelumnya banyak masyarakat pendapatan rendah, dan rentan memiliki akses yang lebih sedikit daripada masyarakat kelas menengah, dan berpenghasilan tinggi (Thabrany, 2016). Namun, Peningkatan akses tanpa adanya peningkatan mutu layanan maupun efisiensi dalam program JKN menandakan bahwa program tersebut mengalami reformasi parsial(McIntyre, Ranson, Aulakh, & Honda, 2013).

Hasil temuan tentang ketidakjelasan pembagian peran dalam program JKN ini juga sejalan dengan catatan kebijakan bersama tingkat nasional yang telah yang mengungkapkan bahwa diperlukan peningkatan fungsi akuntabilitas, dan tindaklanjuti tentang definisi yang jelas antara peran berbagai sektor yang terlibat dalam program JKN (Kementerian Kesehatan et al., 2018). Program JKN terimplementasi dengan ditandai dibentuknya dua lembaga baru, yakni DJSN, dan BPJS. BPJS dibedakan menjadi dua macam, yakni BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan (Agustina et al., 2019). BPJS Kesehatan diberi mandat untuk menyelenggarakan program JKN, sedangkan DJSN bertugas untuk mengawasi jalannya program tersebut. BPJS Kesehatan wajib memberikan laporan pelaksanaan program secara berkala kepada DJSN, namun bertanggung jawab langsung kepada Presiden (RI, 2011). Pembagian peran seperti ini memunculkan reaksi bahwa laporan yang diberikan kepada DJSN hanya bersifat administratif, atau tidak dapat diintervensi oleh DJSN selaku pengawas program JKN.

Ketidakterbukaan BPJS Kesehatan dalam akses data dan informasi sudah terjadi sejak 2016 sampai saat ini (PKMK FKKMK UGM, 2016-2019). Hasil penelitian ini telah tervalidasi dengan munculnya Inpres No. 8/2017, Perpres No.82/2018, dan Perpres No. 25/2020. Muatan ketiga regulasi tersebut muncul berturutturut dan menegaskan bahwa BPJS Kesehatan wajib membuka akses data kepada pemerintah daerah. Artinya, selama ini pemerintah daerah, stakeholders, pemerintah maupun organisasi non pemerintah (ORNOP) mengalami kesulitan dalam mengakses data penyelenggaraan JKN. Padahal, ketidaktransparan dan lemahnya akuntabilitas dapat membatasi pemerataan akses pelayanan kesehatan dan perlindungan finansial (Malqvist, et al., 2012).

Temuan tentang mekanisme keterbukaan data juga telah dicatat dalam catatan kebijakan tersebut yang merekomendasikan bahwa seharusnya sistem monitoring data bulanan dapat diakses bersama oleh Lembaga pemerintah termasuk data klaim BPJS dan data kepesertaan (Kementerian Kesehatan et al., 2018). Temuan lapangan yang menyatakan sulitnya informasi tentang data kepesertaan dan beban penyakit di semua fasilitas kesehatan menunjukkan bahwa pemerintah daerah belum mengambil peran yang cukup penting untuk meningkatkan dan mengontrol penyelenggaraan JKN di daerahnya.

Ketidakterbukaan tersebut dikawatirkan akan memperparah fragmentasi sistem kesehatan, sehingga mekanisme jaminan kesehatan daerah (jamkesda) dipertimbangkan untuk tetap dilaksanakan (Sparrow et al., 2017). Temuan serupa terjadi pada implementasi program UHC di Afrika selatan dimana terdapat masalah ideologis dan praktis dalam sistem kesehatan dan sistem asuransi kesehatan. Namun di Afrika selatan tetap dapat mencapai penurunan kesenjangan karena mekanisme penarik iuran dari pajak (Fusheini & Eyles, 2016). Ketika negara lain sudah memikirkan bagaimana memastikan data tersebut dapat digunakan meningkatkan mutu layanan kesehatan(Scobie & Castle-Clarke, 2020), Indonesia masih terjebak dalam bagaimana mekanisme berbagi data. Situasi ini sudah berlangsung sejak diimplementasikannya program JKN (Honda, Mcintrye, Hanson, & Tangcharoensathien, 2016). Partisipasi pemerintah daerah untuk mencapai cakupan kesehatan semesta menjadi hal yang mendasar untuk diprioritaskan.

Intervensi tepat untuk menggerakan tombol regulasi ini harus segera dilaksanakan untuk menciptakan sebuah sistem kesehatan yang lebih bertanggung jawab. Mengatur ulang kelembagaan BPJS Kesehatan sebagai penjaga tombol pengepul dana dan pembayar layanan kesehatan, serta bertanggung jawab kepada Lembaga lain sebelum presiden adalah opsi kebijakan yang esensial yang harus diambil. Pilihan kebijakan untuk penguatan fungsi kontrol dari DJSN sebagai pengawas BPJS Kesehatan tepat untuk mendampingi fungsi tersebut.

Penguatan fungsi DJSN sebagai pengawas dan evaluator program JKN, mutlak perlu dilakukan. DJSN perlu mensinergiskan seluruh tombol reformasi kebijakan JKN dan sistem kesehatan nasional. Pertanggungjawaban BPJS Kesehatan langsung di bawah Presiden terbukti menyulitkan kontrol sosial program JKN. Selain itu, untuk mendorong kebijakan JKN berbasis bukti perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terkait sistem transparansi dan akuntabilitas BPJS Kesehatan, terutama dalam penyajian data-data, dan program/kebijakan yang akan dibentuk. Sehingga antar Lembaga penyelenggara JKN, seperti BPJS Kesehatan, DJSN, Kementerian Kesehatan, Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, Asosiasi fasilitas kesehatan, Asosiasi Tenaga Kesehatan, dan akademisi, memiliki persepsi yang sama dalam kegiatan monitoring program JKN.

Tombol-tombol reformasi seperti pengorganisasian dan regulasi belum "dihidupkan" oleh pemerintah Indonesia. Program JKN diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan dengan akuntabilitas dan keterbukaan yang masih belum baik. Tata Kelola BPJS Kesehatan yang bersifat sentralisasi dengan sistem kesehatan yang terformat desentralisasi menjadi penyebab terputusnya koordinasi antara BPJS Kesehatan dan Pemerintah daerah dalam mengoptimalkan program JKN (Mahendradhata et al., 2017). Hal ini dapat ditelusur dalam UU SJSN dan UU BPJS yang tidak mengikutsertakan peran pemerintah daerah. Pemerintah daerah dapat menjadi stakeholders kunci untuk menggerakan masyarakat dalam reformasi layanan kesehatan untuk mendukung program JKN (Fossati, 2017).

#### Simpulan

Evaluasi tata Kelola dalam JKN menyimpulkan bahwa semenjak BPJS Kesehatan beroperasi terjadi reformasi parsial dalam sistem kesehatan nasional. Program JKN selama ini berjalan tanpa sistem pengaturan kepemimpinan yang mapan, bersifat sentralisasi, dan berpotensi menghabiskan dana iuran yang tidak tepat sasaran. Apabila kondisi ini tidak diubah, maka dana tambahan untuk menutupi tingginya akses akan tetap dibutuhkan.



# Equity – Keadilan Pemerataan Pelayanan Kesehatan

Sasaran-2, Sasaran-3 dan Sasaran-4



The greatest single challenge facing our globalized is to combat and eradicate its disparities.

—Nelson Mandela



Penulis Muhammad Faozi Kurniawan, Tiara Marthias, Relmbuss Biljers Fanda Tri Aktariyani & Laksono Trisnantoro

### Evaluasi Topik Equity (Pemerataan) Dalam Pelayanan JKN

#### Tahap I Pengembangan Program Teori

Pengembangan program teori akan menghasilkan hipotesis. Hipotesis dalam pendekatan *realist evaluation* dikemas dalam bentuk konfigurasi CMO (*context-mechanism-outcome*). Program Teori dalam evaluasi *Equity* program JKN ini digali melalui tiga dimensi teori yakni: Teori pertama, *Expected utility theory dari John Nyman (Nyman 2003)* yang menyatakan bahwa calon peserta asuransi atau pembeli premium asuransi bersedia untuk mengeluarkan biaya bukan karena prinsip *risk aversion*, tetapi lebih karena akses yang dijanjikan apabila calon peserta masuk ke dalam program asuransi tersebut. Dengan kata lain, calon peserta memiliki persepsi bahwa biaya yang dikeluarkan untuk premi akan menghasilkan keuntungan dalam hal potensi akses ke layanan kesehatan (*utility*) yang lebih besar daripada biaya premi itu sendiri. Teori ini diperkuat dengan dikeluarkannya penjelasan Undang - Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional Nomor 40 Tahun 2004 yang menyatakan bahwa peserta jaminan kesehatan nasional adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah. Kepesertaan meliputi anggota keluarga peserta dan berhak menerima manfaat jaminan kesehatan. Setiap peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain yang menjadi tanggungannya dengan penambahan iuran. Sifat keanggotaan JKN adalah wajib dan tidak selektif.

Teori kedua, Access theory dari publikasi seminar oleh Penchansky dan Thomas (1981). Teori awal ini merupakan landasan berbagai diskusi akademik terkait kebijakan akses pelayanan kesehatan hingga saat ini. Penchansky dan Thomas mendefinisikan akses berdasarkan sejumlah dimensi yang menggambarkan hubungan yang ideal antara pasien dan sistem kesehatan. Dimensi-dimensi ini mencakup ketersediaan (availability), aksesibilitas (accessibility), akomodasi (accommodation), keterjangkauan (affordability), dan akseptabilitas (acceptability). Dimensi ketersediaan (availability) dan aksesibilitas (accessibility) menjadi bagian penting dalam mencapai keadilan dan pemerataan pelayanan kesehatan. Evans, Hsu dan Boerma (2013) kemudian menggabungkan beberapa kajian terkait akses dan UHC, termasuk dari Penchansky dan Thomas, Tanahashi (1978), dan Thiede, Akweongo, dan McIntyre (2007). Hasil review Evans et. Al. ini menyimpulkan bahwa ada 3 dimensi akses, yaitu akses fisik (physical accessibility), kemampuan finansial (financial affordability), dan akseptabilitas (acceptability). Sehingga dukungan tercapainya akses fisik dan dukungan finansial diharapkan dapat mencapai keadilan dan pemerataan pelayanan kesehatan. Keberadaan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan merupakan akses fisik yang dapat diperoleh oleh semua masyarakat yang menjadi peserta JKN. Untuk dapat memenuhi akses fisik masyarakat dibutuhkan dukung finansial yang cukup baik dari Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah.

Teori ketiga yaitu berdasarkan pada teori akses yang berfokus pada dimensi availability. Ketersediaan sumber daya kesehatan menjadi tujuan utama pemerataan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh penyelenggara JKN yaitu BPJS Kesehatan. Pada teori ketiga ini diperkuat dengan Teori ekuitas yang berfokus untuk menentukan apakah distribusi sumber daya adil antar 2 penerima. Ekuitas diukur dengan membandingkan rasio kontribusi dan manfaat untuk setiap orang. Dianggap sebagai salah satu teori keadilan, teori keadilan pertama kali dikembangkan pada 1960-an oleh J Stacy Adams. Dimensi Ketersediaan menjadi harapan diwujudkannya keadilan dan pemerataan pelayanan kesehatan. Ketersediaan rumah sakti menjadi salah satu bentuk pelayanan tingkat lanjut yang sangat dibutuhkan oleh

masyarakat yang mempunyai penyakit – penyakit yang membuthkan perawatan optimal. Pertumbuhan rumah sakit dipandang sebagai kebutuhan untuk menyesuaikan pertumbuhan penduduk dan perkembangan penyakit.

Dari uraian teori di atas dibentuk hipotesis yang akan diujikan kepada informan di instansi yang dipilih melalui *indept interview*. Hipotesis tersebut dikemas dalam CMO Konfigurasi seperti di bawah ini:

**Tabel 7. Rumusan CMO Hipotesis** *Equity* 

Aspek	Context	Mechanism	Outcome
Cakupan Kepesertaan (Utility)	Pemerintah Daerah mempunyai data masyarakat miskin dan tidak mampu (1)  Adanya Pemerintah Daerah yang mempunyai kapasitas fiskal tinggi (2)  Adanya Pemerintah Daerah yang mempunyai kapasitas fiskal rendah (3)  Adanya kebijakan pemerintah untuk integrasi JKN (4)  Regulasi kepesertaan wajib bagi semua masyarakat Indonesia dan kewajiban perusahaan untuk mendaftarkan pegawainya (5)	Akan memberikan pemahaman kepada Pemerintah Daerah untuk mendaftarkan masyarakat miskin dan tidak mampu menjadi peserta JKN melalui skema PBI APBD (1)  Pemerintah Daerah berinisiatif melakukan sosialisasi kepesertaan kepada masyarakat umum dan perusahaan (2)	Cakupan kepesertaan JKN 100%.
Akses Pelayanan Jantung (Access)	Adanya pasien Jantung di setiap pelosok daerah (1) Adanya potensi pemasukan dana pelayanan jantung di daerah (2)	Membuat Pemerintah Daerah merasa perlu menambah akses pelayanan Jantung dengan meningkatkan jumlah cath lab dan dokter spesialis jantung (1)  Akan menginisiasi Pemerintah Daerah untuk menambah layanan kesehatan untuk penyakit jantung di RSUD (2)	Paket pelayanan Jantung merata dapat dinikmati peserta JKN.
Ketersediaan Fasilitas dan tenaga Kesehatan (Access)	Pemerintah Daerah dengan kapasitas fiskal tinggi (1) Pemerintah Pusat menyediakan DAK Fisik untuk infrastruktur kesehatan (2)	Akan mempengaruhi Pemerintah Daerah untuk menambah fasilitas kesehatan seperti pembangunan rumah sakit dan jumlah Tempat Tidur	Peningkatan jumlah rumah sakit dan jumlah Tempat Tidur sesuai standal populasi penduduk.

<sup>\*</sup>didapat dari pengembangan program teori dan hasil wawancara para stakeholder yang dilaksanakan pada penelitian 2018-2019.

#### **Tahap II Hasil Pengumpulan Data**

Data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan stakeholder kunci (terpilih) sebagai pembuat atau pelaksana kebijakan kesehatan di setiap daerah, diuraikan sebagai berikut:

**Tabel 8. Jumlah Stakeholder Equity** 

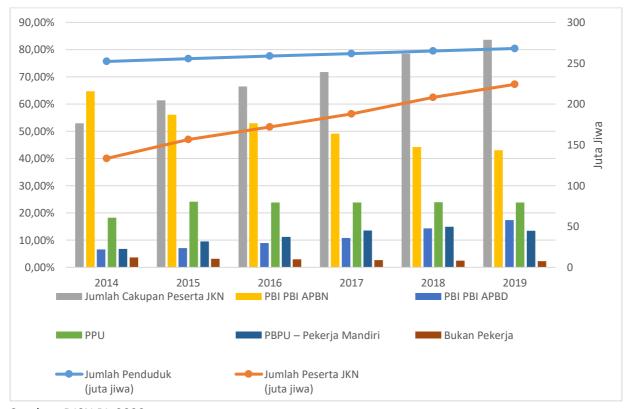
	Stakeholder Utama										
Lokus Peneltian	DPRD	Bappeda	BKAD	Dinas Kesehatan	Dinas Sosial	Puskesmas/ Klinik	Rumah Sakit	BPJS Kesehatan	Total		
Sumatera Utara	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Sumatera Barat	0	0	0	5	1	5	1	0	12		
Riau	0	1	0	1	0	0	1	1	4		
Bengkulu	0	0	0	1	0	0	0	0	1		
Jakarta	0	0	0	1	0	0	0	0	1		
Jawa Tengah	0	1	0	2	0	2	3	1	9		
DIY	0	0	0	2	0	4	9	1	16		
Jawa Timur	0	1	0	7	0	0	2	0	10		
NTB	0	2	0	3	2	0	0	1	8		
NTT	0	1	0	0	0	0	0	1	2		
Kalimantan Timur	0	0	0	2	0	0	1	1	4		
Sulawesi Selatan	0	0	0	2	2	0	0	1	5		
Papua	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Total	0	6	0	26	5	11	17	7	72		

Data kuantitatif yang berhasil penelitian ini sajikan adalah bersumber dari data supply side yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, Pemerintah Daerah. Sedangkan, data utilisasi pelayanan kesehatan era JKN yang bersumber dari Data Sampel BPJS Kesehatan 2015-2016 yang rilis bulan Februari 2019. Data-data tersebut disajikan dalam analisis per.segmen peserta dan per wilayah. Hal ini bertujuan untuk melihat keadilan distribusi dan perkembangan pemanfaatan pelayanan kesehatan era JKN di 13 Provinsi Penelitian.

#### **Tahap III Refining Program Theory**

Hipotesis – Sasaran 2 yaitu Pemerintah Daerah mempunyai data masyarakat miskin dan tidak mampu (context-1), Pemerintah Daerah yang mempunyai kapasitas fiskal tinggi (context-2), Pemerintah Daerah yang mempunyai kapasitas fiskal rendah (context-3), adanya kebijakan pemerintah untuk integrasi JKN (context-4), eegulasi kepesertaan wajib bagi semua masyarakat Indonesia dan kewajiban perusahaan untuk mendaftarkan pegawainya (context-5), akan memberikan pemahaman kepada Pemerintah Daerah untuk mendaftarkan masyarakat miskin dan tidak mampu menjadi peserta JKN melalui skema PBI APBD (mechanism-1), Pemerintah Daerah juga berinisiatif melakukan sosialisasi kepesertaan kepada masyarakat umum dan perusahaan (mechanism-2), sehingga cakupan kepesertaan JKN mencapai 100% (outcome).

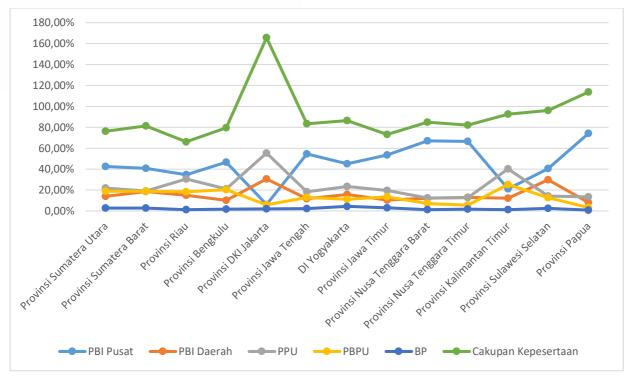
Berikut ini merupakan gambaran perkembangan dari kepesertaan tingkat nasional dan daerah studi. Pada tahun 2014 kepesertaan JKN 64,76% merupakan peserta PBI APBN dari 133 juta peserta JKN yang terdaftar. Naiknya total cakupan kepesertaan JKN semakin menurunkan persentase PBI APBN terhadap total kepesertaan JKN.



Sumber: DJSN RI, 2020

**Gambar 1. Perkembangan Kepesertaan JKN Tahun 2014-2019** 

Pada 2019, gambar 1 di atas menunjukkan perkembangan kepesertaan, dimana cakupan kepesertaan JKN secara Nasional baru tercapai 83,62%. Sejak tahun 2014 – 2019 terjadi kenaikan di kelompok PBI Daerah, PPU dan PBPU. Tiga kelompok tersebut yang paling banyak meningkat adalah PBI Daerah dan PPU. Penigkatan PBI Daerah disinyalir karena proses integrasi Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) ke program JKN. Menurut kategori kepesertaan, secara nasional dari tahun ke tahun PBI APBN merupakan komposisi terbesar peserta JKN yang persentase cakupannya justru menurun dari tahun ke tahun. Di sisi lain, kenaikan kelompok peserta lain yaitu PBI APBD, PPU, dan PBPU tidak progresif. Perkembangan kepesertaan yang kurang progresif juga terjadi pada kategori bukan pekerja (BP). Selain memiliki proporsi yang paling kecil, peningkatan dari tahun ke tahun juga sangat sedikit.



Sumber: DJSN RI, 2020

Gambar 2. Gambaran Kepesertaan JKN di 13 Provinsi Daerah Studi Tahun 2019

Gambar 2 menjelaskan bahwa setiap provinsi mempunyai komposisi kepesertaan yang berbeda – beda. Pada tahun 2019, Provinsi DKI Jakarta dan Provinsi Papua telah mencakup lebih dari 100% kepesertaan JKN. Namun, memiliki komposisi yang berbeda untuk setiap segmen kepesertaan, DKI Jakarta didominasi oleh PPU, dan di Provinsi Papua didominasi oleh PBI Pusat. Namun, pada umumnya kepesertaan JKN di daerah didominasi peserta PBI Pusat. Hal ini mengindikasikan bahwa pembiayaan JKN untuk kepesertaan JKN didominasi oleh pembiayaan dari Pemerintah yang disalurkan melalui PBI Pusat/ APBN (Dewan Jaminan Sosial Nasional RI, 2020).

Hasil wawancara mendalam menunjukkan daerah dengan kemampuan kapasitas fiskal daerah sebagai contoh kapasitas fiskal rendah seperti Provinsi Bengkulu, Provinsi Sumatera Barat, DI Yogyakarta, Provinsi Nusa Tenggara Barat, Provinsi Nusa Tenggara Timur, Provinsi Sulawesi Selatan, dan Provinsi Papua serta daerah dengan kapasitas fiskal tinggi dan sangat tinggi seperti Provinsi Sumatera Utara, Provinsi Riau, Provinsi DKI Jakarta, Provinsi Jawa Tengah, Provinsi Jawa Timur, dan Provinsi Kalimantan Timur belum dapat dipastikan berhasil dalam kepesertaan JKN 100%. Namun, sebagian besar keberhasilan cakupan kepesertaan JKN 100% dipengaruhi oleh kemampuan keuangan daerah yang tinggi.

Menurut data DJSN yang berhasil telah mencakup kepesertaan JKN 100% adalah DKI Jakarta dan Provinsi Papua. Belum berhasilnya kepesertaan JKN 100% ditengarai karena tiga permasalahan yaitu: Pertama, belum semuanya perusahaan di daerah mengikutsertakan karyawannya dalam program JKN yang tergabung dalam kepesertaan pekerja penerima upah (PPU), kedua, penduduk miskin dan kurang mampu di daerah belum diikutkan program kepesertaan PBI daerah karena kemampuan keuangan daerah, dan ketiga masyarakat umum atau peserta mandiri belum berkeinginan mengikuti program JKN. Khusus bagi peserta mandiri atau Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) (informal sektor) kendala yang dihadapi adalah aturan keharusan kepesertaan satu keluarga (satu kartu keluarga), kemampuan finansial keluarga menengah (tidak kaya dan tidak miskin), serta belum adanya

keinginan untuk mengikuti program JKN karena merasa masih sehat. Berikut ini kuotasi wawancara untuk menggambarkan cakupan kepesertaan JKN. DI Yogyakarta (DIY) dan Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) merupakan contoh provinsi dengan wilayah dengan populasi penduduk yang masih sedikit untuk mencapai target 100% kepesertaan juga menemui kendala.

"PBI lah, rencana itu kita mau optimalkan di 2020 agar peserta mandiri itu bisa meningkat dan itu gunungkidul peserta mandirinya kecil, jadi kalau untuk peserta semester satu dan saat ini belum". (Dinas Kesehatan Provinsi DIY).

"Iya seperti tadi karena walaupun sudah ada sudah ada PBI pusat, PBI provinsi, dan PBI kabupaten itu masih saja ada orang yang memang masyarakat masih belum masukin yang belum tercover, Masalah umum atau mandiri yang belum bayar, kita ngga punya data" (Dinas Kesehatan Lombok Barat, NTB)

Belum terpenuhinya target kepesertaan juga terjadi di Provinsi Pulau Sumatera. Provinsi Sumatera Barat juga mengalami kendala dalam pemenuhan target kepesertaan baik untuk Penerima Bantuan luran (PBI) maupun peserta mandiri. Tercakupnya kepesertaan JKN oleh Pemerintah Daerah sangat bergantung pada ketersediaan dana daerah dan validasi data milik daerah.

"Iya kalo satu atau dua di KK (Kartu Keluarga), kalo lebih bayangkan lah berapa yang harus mereka bayar. Kalo mereka tidak bayar, kartu non aktif, kalo udah bayar baru aktif, bayar denda, maksimal dua tahun" (Dinas Kesehatan Kota Padang).

"Kita bantuan pemerintah tu tergantung anggaran kita, berapa yang dianggarkan sekianlah kepesertaannya.. Kami melakukan sosialisasi setiap tahunnya langsung ke kelurahan dimana sasaran kami itu masyarakat yang belum pernah menjadi peserta PBI JKN, PBI maupun yang mandiri". (Tim Monev JKN Kota Padang)

"Iya masuk ke PBI APBD, itu kita upayakan tapi kan anggaran ini berbeda-beda setiap daerah ada yang pemda nya mampu ada yang gak mampu, disini kita baru sekitar 75% artinya kan masih ada 25% lagi masyarakat yang belum masuk. Jadi Pemda itu masih berusaha agak mereka ini tercover seluruhnya" (BPJS Kesehatan Provinsi Riau).

Kepesertaan JKN di Prov Bengkulu saat ini ada di level 80% untuk mencapai gap 20% upaya yang dilakukan kita petakan, kab/kota berapa kuota lagi yang belum terpenuhi, semacam subsidi jadi dicover sama kab bersangkutan dan sekian persen ditanggung oleh provinsi..." (Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu)

DKI Jakarta dengan kapasitas fiskal yang sangat tinggi meskipun memiliki populasi penduduk yang sangat dinamis tidak mengurangi motivasi Pemerintah Daerah untuk menjamin seluruh penduduknya melalui skema PBI APBD. Hal itu juga adanya dukungan kebijakan dari Pemerintah Daerah DKI Jakarta.

"Seluruh warga DKI Jakarta yang belum mempunyai Jaminan Kesehatan Nasional, itu didaftarkan oleh pemerintah provinsi DKI Jakarta dengan syarat-syarat dan ketentuan itu, antara lain di kelas III, mau dirawat di Kelas III, PBI, preminya kami bayarkan. Jadi secara otomatis, semua warga DKI Jakarta yang bukan Pegawai Negeri Sipil, bukan Pekerja Penerima Upah, otomatis kami jaring dan kami daftarkan. Jadinya memang kalau untuk Provinsi DKI memang saya lihat, kebijakan yang membuat perkembangan kepesertaan itu bisa UHC dan signifikan naiknya" (Dinas Kesehatan DKI Jakarta)

Dalam konteks kepesertaan mandiri, berbagai upaya dilakukan untuk meningkatkan kepesertaan JKN salah satunya memanfaatkan kader JKN. Kader JKN mempunyai tugas mensosialisasikan kepesertaan JKN, merekrut kepesertaan dan mendampingi peserta JKN dalam hal iuran JKN.

"Juga segmennya collecting iuran peserta mandiri yang memang sekarang lagi hot issue, kalau bicara data 50 persenan yang memang masih terus aktif membayar sehingga aktif kepesertaannya. Kita secara upaya lewat internal kami, tele-collecting, sms plus, sosialisasi langsung kepada peserta, juga ada kader JKN" (BPJS Kesehatan Kota Kupang).

"kalau program itu kami persegmen misalkan PPU, kita melakukan kunjungan ke badan usaha langsung kita beri kepatuhan untuk BPJS kesehatan. kemudian untuk segmen PBPU kita sosialisasikan ke masyarakat, ke kelurahan mana yang belum terdaftar sebagai peserta JKN dan dibantu juga dengan pemerintah daerah" (BPJS Kesehatan Cabang Sleman)

Hasil analisis data sekunder dan kuotasi yang diuraikan di atas, kemudian dikombinasikan atau dihimpun untuk diidentifikasi baik persepsi maupun *outcome* yang diprediksi atau tidak prediksi dalam hipotesis. Hasilnya disajikan dalam bentuk konfigurasi CMO (alternatif), sebagai berikut:

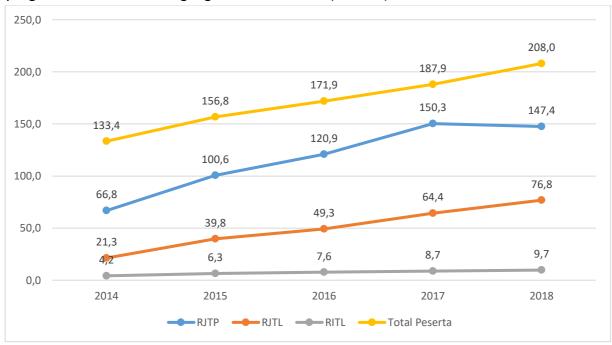
**Tabel 9. Konfigurasi CMO Hasil Penelitian (Sasaran-2)** 

Context		Mechanism		Outcome
Pemerintah Daerah memiliki sumber dana APBD terbatas karena kapasitas fiskal daerah yang rendah, namun mempunyai data masyarakat miskin dan tidak mampu	+	Pemerintah Daerah berinisiatif melakukan sharing dana APBD Provinsi dan APBD Kabupaten/ Kota agar dapat mencakup masyarakat miskin dan tidak mampu yang tidak terdaftar pada skema PBI APBN dengan skema PBI APBD	=	Telah terbentuk kebijakan pembagian dana untuk mencakup iuran peserta tidak mampu (PBI) JKN, meskipun tidak semua masyarakat miskin dan tidak mampu tercakup dalam PBI skema APBD (terbatas dana)
Pemerintah Daerah yang memiliki sumber dana APBD cukup karena kapasitas fiskal tinggi dan sangat tinggi, dan memiliki data masyarakat miskin dan tidak mampu	+	Pemerintah Daerah merasa mampu mencakup seluruh masyarakat baik masyarakat miskin dan tidak mampu maupun masyarakat yang tidak mempunyai jaminan kesehatan ke dalam skema PBI APBD.		Semua masyarakat menjadi peserta JKN
Pemerintah mengeluarkan regulasi kepesertaan wajib dalam 1 keluarga (1) Pemerintah Daerah dan BPJS		Faktor ekonomi keluarga menjadi alasan keberatan masyarakat tidak miskin tapi mampu untuk mendaftarkan anggota keluarganya menjadi peserta JKN		
Kesehatan Cabang tidak mempunyai data masyarakat informal dan pegawai		(1) Pemerintah Daerah berupaya		Belum semua masyarakat Non PBI menjadi peserta JKN
perusahaan swasta (2)	Ŧ	untuk mensosialisasikan JKN kepada peserta pada kelompok		Belum semua perusahaan mengikut sertakan
Tidak adanya regulasi atau penegakan hukum untuk Badan Usaha yang tidak		informal dan perusahaan agar ikut dalam kepesertaan JKN (2)		karyawannya menjadi peserta JKN
mendaftarkan karyawan menjadi peserta BPJS Kesehatan (3)		Perusahaan belum berniat mendaftarkan karyawannya menjadi peserta JKN (3)		

Hipotesis Sasaran-3: Adanya pasien Jantung di setiap pelosok daerah (context-1) Adanya potensi pemasukan dana di daerah ((context-2), hal ini menjadikan Pemerintah Daerah merasa mampu menambah akses pelayanan Jantung dengan meningkatkan jumlah infrastruktur dan SDM Kesehatan untuk pelayanan jantung (mechanism-1), membuat Pemerintah Daerah merasa mampu menambah akses pelayanan Jantung dengan meningkatkan jumlah cath lab dan dokter spesialis jantung (mechanism-1), menginisiasi Pemerintah Daerah untuk menambah layanan kesehatan untuk penyakit jantung di RSUD (mechanism-2), sehingga paket pelayanan Jantung merata dapat dinikmati peserta JKN (outcome).

#### Kesenjangan antar Segmen Peserta JKN

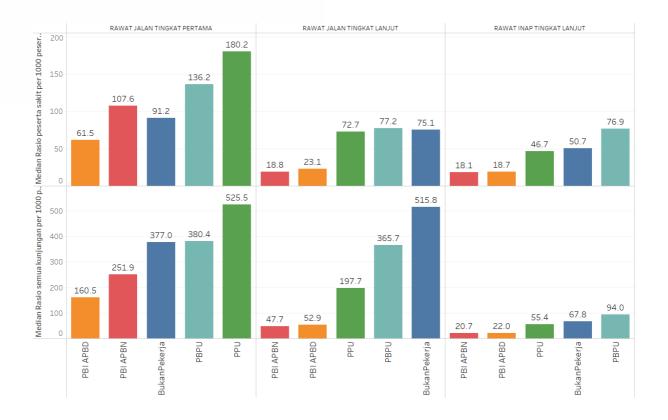
Hipotesis: Peserta yang lebih dapat menikmati layanan kesehatan, terutama layanan yang berbiaya tinggi dan membutuhkan akses ke fasilitas yang komprehensif, adalah dari segmen yang memiliki aksesibilitas geografis dan finansial (non PBI)



Sumber: BPJS Kesehatan, 2014 - 2018

Gambar 3. Perkembangan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Bekerjasama Dengan BPJS Kesehatan

Jumlah kunjungan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) merupakan jumlah peserta yang melakukan pemeriksaan ke FKTP. Jumlah kunjungan RJTP tahun 2014 - 2018 mengalami peningkatan. Pada tahun 2018, mencapai 147.443.329 kunjungan. Begitu juga kunjungan Jumlah kunjungan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dari tahun 2014 - tahun 2018 mengalami peningkatan. Pada tahun 2018 tercatat 76.776.973 kunjungan atau meningkat sebesar 19,15% bila dibandingkan realisasi pada tahun 2017 (64.438.896 kunjungan).



Gambar 4. Rasio Kunjungan Peserta JKN berdasarkan Tingkatan Fasilitas Kesehatan dan Segmentasi Peserta

Gambar 4 di atas menunjukkan utilisasi layanan rawat jalan dan rawat inap pada tahun 2016 yang diolah dari data sampel BPJS Kesehatan. Gambar atas menunjukkan jumlah peserta yang sakit sementara gambar bawah menunjukkan jumlah kunjungan per peserta, berdasarkan tingkat perawatan dan segmen peserta JKN.

Rasio peserta JKN yang mengakses layanan di FKTP dan FKTL didominasi oleh kelompok peserta non-PBI baik dari peserta maupun kunjungan. Pada layanan Rawat Jalan tingkat pertama, Kelompok PPU mempunyai rasio peserta terbesar untuk pemanfaatan di layanan Rawat jalan di FKTP (Klinik/Puskesmas/DPM) dengan indeks 180,2 dengan 525,5 kali kunjungan untuk 1.000 Peserta. Kelompok bukan pekerja memiliki rasio rawat inap tertinggi dengan 75 peserta dan 515 kali kunjungan untuk 1.000 peserta. Kelompok PBPU mendominasi layanan rawat inap di FKL (RS) dengan 76 orang dan 94 kali kunjungan per 1.000 peserta. Sedangkan, Kelompok PBI APBN yang merupakan proporsi terbesar jumlah peserta JKN justru memiliki rasio kunjungan per peserta paling rendah.

Tabel 10. Rasio Kunjungan Peserta JKN berdasarkan Fasilitas Kesehatan dan Provinsi Peserta tahun 2016

	R.	ITP	RJ	TL	RI	TL	,	
Provinsi	Jumlah	Jumlah	Jumlah	Jumlah	Jumlah	Jumlah	<b>Total Rasio</b>	Total
	peserta	kunjungan	peserta	kunjungan	peserta	kunjungan	peserta sakit	Rasio
	yang sakit	per 1000	yang sakit	per 1000	yang sakit	per 1000	per 1000	kunjungan
	per 1000	peserta	per 1000	peserta	per 1000	peserta	peserta	per 1000
	peserta	/b\	peserta	(d)	peserta	(f)	(a)	peserta (b)
	(a)	(b)	(c)		(e)		(g)	(h)
Bengkulu	120.4	337.5	48.7	122	40.7	49	69.93	169.5
DIY	230.2	811.7	72.2	345.3	38.8	46.4	113.73	401.13
DKI Jakarta	123.0	333.5	47.9	219.7	33.8	38.7	68.23	197.3
Jawa Tengah	167.7	528.8	49.2	216.9	44	53	86.97	266.23
Jawa Timur	159.8	511.1	41.4	165.8	34.5	41.7	78.57	239.53
Kalimantan	92.9	246.3	53.1	159.1	34.6	41.4	60.20	148.93
Timur								
NTB	103.4	248.9	28.4	88.5	22.1	25.9	51.3	121.1
NTT	86.3	204.6	27.7	82.5	23.2	29.6	45.73	105.57
Papua	22.1	53.6	26.7	70	16	19.4	21.6	47.67
Riau	166.6	535.5	42.1	167.4	26.9	31.6	78.53	244.84
Sulawesi Selatan	134.3	360	44.1	130.2	45	55.2	74.47	181.8
Sumatera Barat	132	441.6	57.8	262.5	33.8	41.5	74.53	248.53
Sumatera Utara	94.7	272	31.3	114.7	39.5	48.3	55.17	145
Rata-rata	125.65	375.78	43.89	164.97	33.3	40.13	67.61	193.63

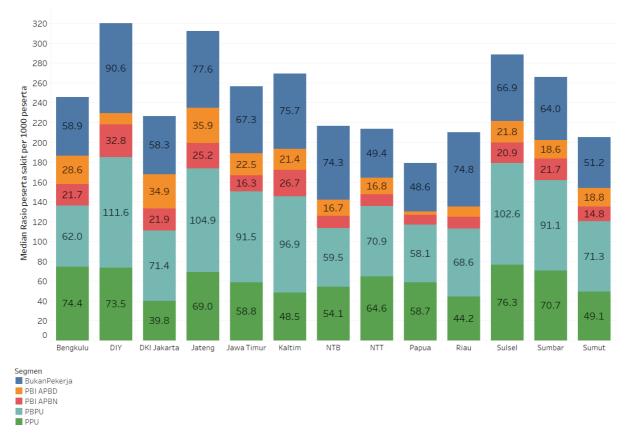
Tabel 10 di atas menampilkan jumlah peserta yang sakit per 1.000 peserta dan jumlah kunjungan sakit per 1.000 peserta, berdasarkan provinsi dan tingkat layanan yang digunakan pada tahun 2016.

Terdapat perbedaan proporsi peserta sakit (per 1.000 peserta) yang mengakses layanan antar provinsi. Provinsi seperti DI Yogyakarta, Jawa Tengah, dan Jawa Timur memiliki proporsi tertinggi dibanding daerah lain. Misalnya, terdapat 113,73 peserta sakit per 1.000 peserta di DI Yogyakarta, 86 peserta sakit di Jawa Tengah, dan 78,57 di Jawa Timur (Tabel 3, kolom g). Sementara itu, proporsi peserta sakit yang mengakses layanan di Provinsi Papua hanya 21,6 peserta per 1.000 pada tahun yang sama. Hal ini mungkin dapat mengindikasikan dua hal; bahwa peserta di provinsi seperti Papua lebih sedikit mengalami kesakitan, atau penjelasan yang lebih mungkin; tidak banyak peserta JKN di provinsi Papua yang dapat mengakses layanan walaupun menderita sakit.

Tabel 10 juga memaparkan tingkat intensitas pemakaian layanan yang ditunjukkan oleh total rasio kunjungan per 1.000 peserta (kolom h) dan tingkat intensitas ini juga berbeda antar provinsi. DI Yogyakarta, misalnya, tidak hanya memiliki proporsi peserta sakit yang mengakses layanan tertinggi, tetapi juga intensitas pemakaian layanan tertinggi, yaitu 401,13 kunjungan per 1.000 peserta yang terdaftar di provinsi tersebut. Sebaliknya, proporsi kunjungan di provinsi Papua hanya 47.67 per 1.000 peserta. Kolom (g) dan (h) pada Tabel 10 juga dapat menunjukkan berapa kali rata-rata pemakaian layanan per peserta sakit. Di provinsi seperti DKI Jakarta, dengan 68.23 peserta sakit yang mengakses layanan per 1.000 peserta dan dengan rasio kunjungan per 1.000 peserta pada angka 197.3, maka peserta sakit mengakses rata-rata 3 kali kunjungan. Sebaliknya di Papua ataupun Nusa Tenggara Timur, rata-rata kunjungan adalah 2 kali saja.

Kolom (a-f) di tabel 10 menunjukkan penggunaan layanan per tingkat dan jenis layanan. Proporsi pemanfaatan layanan kesehatan di FKTP untuk rawat jalan didominasi oleh Provinsi DI Yogyakarta

(230), Jawa Tengah (167) dan Riau (166), sementara provinsi dengan pemanfaatan FKTL paling kecil adalah Papua (22), NTT (86) dan NTB (92). Untuk kunjungan di FKTL, rawat jalan dipimpin oleh DIY (72), Sumatera Barat (57) dan Kalimantan Timur (53), sementara pemanfaatan paling rendah untuk provinsi Papua (26), NTT (27) dan NTB (28). Pada layanan rawat inap di FKTL, provinsi Sulawesi Selatan, Jawa Tengah, dan Bengkulu mendominasi dengan rincian 45, 44 dan 40 secara berurutan dalam memanfaatkan layanan tersebut. Namun, provinsi Papua, NTB dan, NTT ada di proporsi penggunaan terendah pada angka 16, 22 dan 23 orang per 1.000 peserta secara berurutan.



Sumber: Data sampel BPJS kesehatan Tahun 2016 diolah dalam DaSK

Gambar 5. Rasio kunjungan peserta JKN berdasarkan segmentasi peserta di fasilitas kesehatan tingkat lanjut (RS) tahun 2016.

Gambar 5 menunjukkan rerata rasio penggunaan layanan kesehatan RS di masing-masing provinsi lokasi penelitian pada tahun 2016. Segmen peserta yang memiliki rasio penggunaan layanan per 1.000 peserta adalah segmen BP, PBPU dan PPU. Hal ini terjadi di semua provinsi daerah penelitian dan berkisar antara 48.6 (provinsi Papua) hingga 90.6 per 1.000 peserta (DI Yogyakarta). Segmen PBI, baik itu dari PBI-APBN maupun PBI-APBD memiliki rasio peserta sakit yang mengakses layanan per 1.000 peserta sebesar terendah, dan hal ini terjadi di seluruh provinsi yang menjadi lokasi penelitian. Misalnya di provinsi Bengkulu, rasio peserta sakit yang mengakses layanan rumah sakit untuk segmen PBI-APBD dan PBI-APBN adalah 28,6 dan 21,7 secara berurutan. Di Provinsi Papua, rasio peserta PBI-APBD yang memanfaatkan FKTL hanya 3 orang dan PBI APBN hanya 10 orang per 1.000 peserta. Di lain sisi, segmen lain memiliki rasio yang jauh lebih tinggi, termasuk PPU (74,4), BP (58,9), ataupun PBPU (62,0).

Perlu diperhatikan bahwa rasio peserta yang mengakses layanan RS dari segmen PBI di sejumlah daerah cukup tinggi, terutama pulau Jawa. Hal ini mungkin mengindikasikan bahwa di lokasi dengan

jarak tempuh yang cukup dengan ke layanan rumah sakit, segmen PBI masih dapat mengakses layanan, tetapi akan sulit bagi segmen PBI untuk mengakses layanan di daerah dengan fasilitas rumah sakit yang terbatas dan sulit dijangkau secara geografis. Walau demikian, bahwa di pulau Jawa, segmen PBI ini tetap memiliki rasio penggunaan layanan RS terendah dibandingkan segmen kepesertaan JKN lainnya.

Tabel 11. Pemakaian Pelayanan kardiovaskular per Segmen dan Provinsi di RS

ProvFaskes	Rasio	Rasio	Rasio	Rasio Kunjungan CVD Peserta				
	kunjungan	kunjungan	semua	Segmen				
	CVD	CVD per	kunjungan					
	terhadap	1000	per 1000	BP	PBI	PBI	PBPU	PPU
	semua	peserta	peserta		APBD	APBN		
	kunjungan							
	(tertimbang)							
Bengkulu	1.78%	3	171	7.60	2.60	1.00	8.60	2.90
DIY	1.6%	6.3	391.7	16.60		3.60	17.50	5.40
DKI Jakarta	1.36%	3.5	258.4	16.10	2.50	1.30	11.30	1.40
Jawa Tengah	1.95%	5.3	270	22.70	5.00	3.40	11.80	3.60
Jawa Timur	1.77%	3.7	207.5	15.30	2.40	1.90	10.50	3.30
Kalimantan	1.74%	3.5	200.5	20.90	4.10	3.30	8.70	1.70
Timur				20.90	4.10	3.30	8.70	1.70
NTB	2.04%	2.3	114.3	30.90	5.00	0.90	4.80	1.90
NTT	1.89%	2.1	112	12.10	2.00	0.80	4.60	4.20
Papua	0.86%	0.8	89.4	5.10		0.40		1.80
Riau	1.19%	2.4	199.1	21.50	1.20	0.90	4.00	2.20
Sulawesi Selatan	2%	3.7	185.5	19.20	2.00	1.90	6.40	3.70
Sumatera Barat	1.56%	4.7	304	22.70	1.10	1.10	9.40	5.90
Sumatera Utara	2.62%	4.3	163	21.10	2.10	2.10	7.90	3.00

Sumber: Data sampel BPJS kesehatan Tahun 2016 diolah dalam DaSK

Tabel 11 menunjukkan pola pemakaian layanan kardiovaskular di lokasi penelitian, berdasarkan segmen kepesertaan. Rasio peserta JKN yang memanfaatkan layanan khusus jantung dan pembuluh daerah tertinggi berada di provinsi DI Yogyakarta (6,3) diikuti oleh Jawa Tengah (5,3) dan Sumatera Barat (4,7) per 1.000 peserta. Provinsi Papua memiliki rasio terendah (0,8 per 1.000 peserta).

Segmen PBI APBD maupun PBI APBN menempati konsumsi layanan kesehatan terendah di seluruh wilayah, kecuali Papua. Segmen PBPU di wilayah Papua tidak dapat dimunculkan karena rasio yang terekam terlalu rendah (mendekati 0). Di daerah dengan fasilitas layanan kardiovaskular yang memadai, seperti DI Yogyakarta, DKI Jakarta dan juga Jawa Tengah, tidak semua segmen kepesertaan mengakses layanan ini secara merata. Segmen PBPU tetap merupakan jenis kepesertaan yang memakai layanan tertinggi. Misalnya di Jawa Tengah, hanya 3,4 per 1.000 peserta PBI-APBN yang mengakses layanan kardiovaskular dibandingkan dengan 11,8 per 1.000 peserta PBPU yang mengakses layanan serupa. Segmen BP yang pada prinsipnya terdiri dari golongan usia pensiun ataupun tidak bekerja, juga memiliki rasio tinggi untuk pemakaian layanan kardiovaskular.

Tabel 12. Jumlah Peserta yang Melakukan Migrasi Keluar ke RS Kelas A Tahun 2016

Provinsi	Rasio	Rasio Peserta Per Segmen Tertimbang (100.000) Peserta Sakit (Sampel)							
	PBI APBN	PBI APBD	PPU	PBPU	ВР				
Sumatera Utara	8 8	16	10	24	77	236,89			
Sumatera Barat	0	10		74	0				
	_		26			309,43			
Riau	0	17	10	144	118	1.483,44			
Bengkulu	0	10	182	260	0	2.838,86			
Daerah Khusus Ibukota Jakarta	0	27	53	60	70	121,71			
Jawa Tengah	43	6	75	220	196	949,52			
Daerah Istimewa Yogyakarta	25	0	10	29	46	235,31			
Jawa Timur	20	5	18	93	108	455,51			
Nusa Tenggara Barat	19	10	148	228	135	2.60,.82			
Nusa Tenggara Timur	31	6	239	236	94	1.962,80			
Kalimantan Timur	0	0	48	64	840	692,36			
Sulawesi Selatan	0	0	0	11	0	5,60			
Papua	4	0	189	380	423	1.351,35			
Indonesia	23	9	79	199	137	1.270,68			

Tabel 12 menggambarkan jumlah rasio (tertimbang) peserta sakit yang mendapatkan layanan di rumah sakit tipe A di luar daerah asal kepesertaannya. Terdapat perbedaan pola migrasi antar segmen peserta. Dari rerata nasional, segmen PBI APBD dan PBI APBN merupakan segmen dengan rasio kunjungan di luar daerah terendah (9 dan 23 peserta sakit per 100.000 peserta, secara berurutan). Di lain sisi, segmen PBPU memiliki rasio tertinggi (199 peserta sakit) diikuti oleh segmen BP (137 peserta sakit).

Provinsi dengan rasio migrasi keluar (per 100.000 peserta) tertinggi ke RS Kelas A yaitu Provinsi Bengkulu (2.838,9), Nusa Tenggara Timur (1.962,8), dan Riau (1.483,4). Sementara provinsi dengan rasio terendah adalah Sulawesi Selatan (5,6) dan DKI Jakarta (121,7). Di seluruh provinsi ini, terlepas dari tinggi atau rendahnya rasio migrasi, segmen kepesertaan yang lebih banyak melakukan migrasi adalah dari peserta non-PBI. Misalnya di Provinsi Papua, yang juga merupakan salah satu provinsi dengan tingkat migrasi cukup tinggi (1.351,4), migrasi dilakukan sebagian besar oleh segmen non-PBI, termasuk segmen BP (423), PBPU (380), serta PPU (189). Di lain sisi, segmen PBI-APBN sangat sedikit yang melakukan migrasi (4).

Tabel 13. Total Biaya untuk Portabilitas Peserta Sakit Ke Luar Daerah Tahun 2016 (juta rupiah)

Provinsi	PBI APBN	PBI APBD	PPU	PBPU	ВР	Total Biaya Klaim
Sumatera Utara	40.01	6.36	32.71	22.91	30.15	132
Sumatera Barat	-	5.95	16.58	71.63	-	94
Riau	-	65.18	17.52	262.19	62.59	407
Bengkulu	-	22.10	124.11	153.20	-	299
DKI Jakarta	-	12.08	179.38	9.32	0.43	201
Jawa Tengah	338,76	7.67	742.86	1,019.50	304.94	2,414
Daerah Istimewa Yogyakarta	6.26	-	0.31	0.31	94.40	101
Jawa Timur	80.28	5.87	110.76	413.72	198.28	809
Nusa Tenggara Barat	8.76	71.32	112.03	83.35	1.09	277
Nusa Tenggara Timur	56.43	26.65	225.94	169.90	5.43	484
Kalimantan Timur	-	-	45.69	60.77	74.66	181
Sulawesi Selatan	-	-	-	55.78	-	56
Papua	5.06	-	103.43	95.96	3.29	208
Indonesia	1,414.71	604.81	1,711.31	6,958.34	1,411.42	12,101

Tabel 13 menggambarkan jumlah biaya klaim yang diakibatkan oleh migrasi keluar peserta JKN dari daerah asal ke RS kelas A. Pada level nasional, segmen PBPU merupakan segmen dengan biaya klaim tertinggi (6,9 milyar rupiah) dibandingkan segmen lain terutama PBI APBN (1,4 milyar rupiah) dan PBI APBD (604 juta rupiah).

Provinsi lokasi penelitian dengan total klaim tertinggi untuk peserta yang melakukan migrasi keluar ke RS kelas A adalah Provinsi Jawa Tengah (2,4 milyar) dan Provinsi Jawa Timur (809 juta), walaupun kedua provinsi ini memiliki fasilitas rumah sakit yang memadai relatif terhadap provinsi lainnya di luar pulau Jawa. Di lain sisi, total biaya klaim akibat pemakaian layanan di RS kelas A di luar daerah kepesertaan untuk provinsi lainnya cukup beragam. Misalnya, di Papua, yang memiliki keterbatasan fasilitas kesehatan, total biaya klaim adalah 208 juta dan sebagian besar klaim ini berasal dari segmen PPU (103,4 juta) dan PBPU (95,9 juta) sementara segmen PBI hanya sekitar 5.1 juta rupiah.





Gambar 6. Migrasi Keluar Peserta JKN dari Provinsi NTT dan Provinsi Papua ke Provinsi atau Kabupaten/ Kota Lain.

Gambar 6 di atas memvisualisasikan jumlah biaya klaim peserta yang berobat pada fasilitas kesehatan di luar daerah asalnya, atau berobat di fasilitas kesehatan yang berada di provinsi lain. Segmen yang paling banyak melakukan migrasi keluar dari provinsi asal yaitu segmen PBPU dan segmen PPU. Hal ini mengindikasikan bahwa segmen peserta tersebut mampu mendanai akomodasi (transportasi dan

keluarga) untuk mendapat layanan di luar daerahnya, dan cukup mendapatkan informasi tentang layanan rujukan. Segmen PBPU dan segmen PPU di Provinsi NTT paling banyak mengeluarkan biaya untuk mendapatkan layanan di Provinsi DKI Jakarta. Sedangkan, di Provinsi Papua, segmen PPU, PBPU dan BP paling banyak melakukan rujukan ke luar daerah. Tercatat provinsi yang menjadi lokasi rujukan utama ketiga segmen tersebut adalah Provinsi DKI Jakarta, Provinsi Jawa Timur, Provinsi Jawa Tengah, dan DI Yogyakarta.

Tabel 14. Rerata Biaya Layanan FKTL (RS) Per Peserta Per segmen Tahun 2016

Provinsi	PBI APBN	PBI APBD	PPU	PBPU	ВР
Sumatera Utara	3,377,913	2,645,044	3,043,168	5,510,241	6,029,769
Sumatera Barat	3,350,336	2,746,784	2,715,635	4,371,284	5,484,650
Riau	2,717,046	3,908,809	2,630,414	3,654,371	5,492,969
Bengkulu	2,414,446	2,463,074	2,484,497	3,278,289	2,849,030
Daerah Khusus Ibukota Jakarta	3,976,546	4,668,201	3,536,320	9,705,468	6,992,546
Jawa Tengah	3,687,018	5,309,584	3,477,408	5,061,686	6,390,739
Daerah Istimewa Yogyakarta	3,754,603	2,117,097	3,297,296	5,683,928	5,025,304
Jawa Timur	3,442,840	2,397,160	3,195,862	5,325,006	5,781,321
Nusa Tenggara Barat	2,773,501	2,293,428	2,061,103	3,752,385	5,598,375
Nusa Tenggara Timur	2,876,653	2,675,283	3,430,390	3,639,547	3,934,415
Kalimantan Timur	3,179,197	3,657,806	2,614,268	4,873,041	8,783,242
Sulawesi Selatan	3,182,046	2,728,883	3,154,896	4,244,799	5,250,559
Papua	1,689,805	1,416,392	2,609,905	3,106,807	5,280,941
Rata-rata di provinsi penelitian	3,407,046	3,803,931	3,163,613	5,331,027	5,931,865
Rata-rata per peserta/per segmen	3,322,490	3,442,622	2,978,553	5,167,917	5,785,339

Sumber: Data sampel BPJS kesehatan Tahun 2016 diolah dalam DaSK

Tabel 14 menampilkan rerata biaya pelayanan di FKTL per peserta per segmen. Hasil analisis data sampel BPJS Kesehatan tahun 2016 menunjukkan bahwa rerata biaya layanan FKTL per peserta di Indonesia untuk segmen peserta BP (5,7 juta rupiah) dan PBPU (5,1 juta rupiah) lebih besar dari segmen peserta PBI APBD, PBI APBN, dan PPU berturut -turut yaitu 3,4 juta, 3,3 juta dan 2,9 juta rupiah. Rerata biaya layanan per provinsi menggambarkan bahwa peserta di segmen PBPU dan BP (5,3 juta dan 5,9 juta rupiah) lebih besar dari segmen PBI APBN, PBI APBD, dan PPU(3,4 juta, 3,8 juta, dan 3,1 juta rupiah). Di Provinsi Papua rerata biaya layanan segmen peserta BP (5,2 juta rupiah) lebih besar dari biaya layanan per peserta segmen PBPU (3,1 juta rupiah) dan segmen peserta lainnya. Data tersebut menunjukkan bahwa segmen PBI APBN merupakan segmen dengan rerata biaya layanan yang lebih rendah dari segmen BP dan segmen PBPU.

Selanjutnya, penelitian ini juga menyajikan rata-rata biaya layanan di FKTL yang dianalisis per kelas rumah sakit yang diuraikan sebagai berikut

Tabel 15. Rerata Biaya Layanan FKTL per Peserta, berdasarkan Kelas Kepesertaan

	Kelas	1	Kela	s 2	Kelas 3		
Provinsi	Rerata Biaya	Jumlah Peserta	Rerata Biaya	Jumlah Peserta	Rerata Biaya	Jumlah Peserta	
Sumatera Utara	4,311,512	1,419,194	3,654,144	2,375,840	4,173,074	6,111,381	
Sumatera Barat	3,511,824	714,409	3,553,761	946,056	3,414,213	3,087,124	
Riau	4,000,394	585,002	2,580,649	1,348,803	3,044,301	2,117,974	
Bengkulu	3,001,855	241,307	2,348,061	284,133	2,550,817	903,785	
Daerah Khusus Ibukota Jakarta	8,057,516	2,471,883	3,681,046	3,475,525	4,653,925	4,918,320	
Jawa Tengah	5,186,790	2,754,062	3,764,124	5,430,605	3,931,969	16,626,466	
Daerah Istimewa Yogyakarta	4,794,455	557,154	3,670,061	716,117	3,849,222	1,918,231	
Jawa Timur	5,253,963	2,870,180	3,369,590	6,751,600	3,593,981	16,125,756	
Nusa Tenggara Barat	3,310,028	400,333	2,470,794	394,979	2,774,473	2,873,618	
Nusa Tenggara Timur	4,069,576	475,851	2,623,195	437,919	3,024,346	3,289,069	
Kalimantan Timur	4,823,954	607,235	2,394,039	1,327,406	3,605,923	1,463,999	
Sulawesi Selatan	4,536,712	1,086,555	3,081,725	1,173,940	3,186,641	4,838,695	
Papua	3,407,588	377,414	2,300,128	437,891	1,800,689	2,757,729	
Rata-rata di Provinsi Penelitian	5,039,813		3,383,173		3,715,920		
Rata-rata Per Peserta/Per Kelas	4,574,202		3,090,089		3,450,131		

Sumber: Data sampel BPJS kesehatan Tahun 2016 diolah dalam DaSK

Tabel 15 menggambarkan rerata biaya layanan FKTL per peserta per kelas. Rerata biaya layanan di Indonesia menunjukkan bahwa peserta di kelas satu (4,5 juta rupiah) lebih besar dari biaya layanan di kelas II (3,09 juta rupiah) dan peserta di kelas III (3,4 juta rupiah). Rerata biaya layanan di provinsi studi juga menunjukkan kondisi yang sama bahwa rerata biaya layanan kelas I sebesar 5,03 juta rupiah lebih tinggi dari rerata biaya layanan kelas II dan kelas III berturut -turut sebesar 3,38 juta dan 3,7 juta rupiah. Di Provinsi DKI Jakarta rerata biaya layanan kelas I FKTL sebesar 8,05 juta rupiah lebih besar dari kelas II dan kelas III. Hal ini juga terjadi di Provinsi Papua maupun Provinsi Nusa Tenggara Timur yang menunjukkan bahwa peserta di kelas I lebih sedikit dari kelas III di Provinsi yang sama. Hasil analisis tersebut menyimpulkan bahwa peserta di kelas I memiliki rerata biaya layanan lebih tinggi dari kelas II dan kelas III meskipun jumlah kepesertaan lebih sedikit dari jumlah peserta kelas II dan kelas III.

Tabel 16. Total Biaya Layanan FKTL per Kelas Peserta per Segmen (juta rupiah)

Provinsi		Kelas 1			Kelas 2			k	Celas 3		
PIOVIIISI	PPU	PBPU	ВР	PPU	PBPU	ВР	PBI APBN	PBI APBD	PPU	PBPU	ВР
Sumatera Utara	286.603,68	202.474,69	155.684,82	403.993,25	135.358,93	130.723,92	335.472,24	93.739,29	207,78	596.879,94	2.666,21
Sumatera Barat	228.097,46	48.167,25	105.055,45	152.575,06	114.421,65	48.046,90	173.944,83	90.073,00	-	254.213,73	-
Riau	136.309,14	73.552,85	38.890,66	169.492,70	54.007,05	19.691,03	70.191,39	23.971,51	-	114.016,48	378,29
DKI Jakarta	499.744,57	817.247,74	251.838,04	531.618,15	235.568,90	84.908,67	149.866,50	827.721,47	-	233.524,40	-
Jawa Tengah	902.717,68	542.223,29	590.294,48	1.275.281,05	484.636,22	290.408,21	1.929.811,65	165.808,51	0,65	874.243,21	1.643,07
Daerah Istimewa Yogyakarta	173.914,76	115.639,21	129.480,45	17.,981,92	92.560,57	31.543,79	289.673,01	4.356,93	-	97.709,57	102,62
Jawa Timur	765.974,21	666.965,26	437.085,65	1.442.139,23	445.744,24	198.700,55	1.202.947,99	61.305,54	-	623.913,25	21.513,73
Nusa Tenggara Barat	72.618,73	46.434,29	39.334,74	45.262,89	25.660,61	15.463,52	129.587,51	14.128,36	-	48.866,67	-
Nusa Tenggara Timur	169.680,68	12.561,74	37.963,19	69.368,17	15.198,05	15.087,98	154.444,44	21.798,38	-	53.770,58	-
Kalimantan Timur	147.644,41	116.685,76	54.447,70	200.423,47	43.463,86	4.477,73	86.426,16	86.914,41	196,40	71.718,15	-
Sulawesi Selatan	338.851,72	196.102,69	159.017,23	249.776,78	140.119,14	48.230,18	323.049,92	139.950,60	217.79	226.127,08	-
Papua	96.945,58	15.032,98	20.832,62	74.899,29	8.796,91	8.757,40	73.463,73	1.086,95	-	11.639,10	-
Rerata Indonesia	3,43	6,84	6,13	2,65	4,86	4,98	3,32	3,44	2,52	4,42	4,71
Jumlah Peserta	1.049.649	380.191	315.437	1.708.700	344.426	177.508	1.459.366	405.715	326	762.009	5.269
RERATA BIAYA PER KELAS PER PESERTA Provinsi Tempat Penelitian	3,71	7,55	6,43	2,83	5,27	5,07	3,40	3,80	1,91	4,25	4,99

Sumber: BPJS Kesehatan, 2016

Tabel 16 di atas merupakan hasil analisis data sampel BPJS Kesehatan tahun 2016 yang menunjukkan total biaya layanan FKTL per kelas peserta per segemen. Rerata biaya layanan tingkat nasional menunjukkan bahwa segmen PBPU di kelas 1 dan kelas 3 berturut – turut sebesar 6,8 juta dan 4,4 juta lebih besar dari segmen PPU di kelas 1 (3,4 juta) dan kelas 3 (2,5 juta rupiah) serta segmen PBI APBN di kelas 3 (3,3 juta rupiah). Segmen PBPU juga memiliki rerata biaya layanan FKTL tertinggi di semua kelas di tingkat provinsi tempat penelitian. Apabila kita analisis antar provinsi tempat studi dihasilkan bahwa total biaya layanan di DKI Jakarta, segmen PBPU mengeluarkan biaya lebih tinggi di semua kelas kepesertaan dari pada segmen lain. Di Provinsi Papua total biaya layanan FKTL paling besar di segmen PPU untuk kelas 1 dan kelas 2 yaitu 96,94 milyar dan 74,8 milyar, namun PBI APBN di kelas 3 (73,4 milyar) lebih tinggi dari segmen yang lain seperti PBI APBD dan PBPU. Hasil analisis ini menyimpulkan bahwa segmen PBPU di hampir semua kelas kepesertaan memiliki rerata biaya layanan FKTL paling tinggi dari segmen yang lain.

Indonesia yang terdiri dari berbagai pulau dengan kondisi geografis yang beragam terdiri dari 34 provinsi dan 534 kabupaten/ kota. Kondisi ini tentunya memberikan gambaran bahwa beragamnya kemampuan setiap daerah dalam menyediakan fasilitas kesehatan dan ketersediaan. Hasil analisis data kualitatif menunjukkan, tidak semua provinsi memiliki fasilitas *cath lab* dan dokter spesialis jantung pembuluh darah di setiap kabupaten/ kota. Ketersediaan fasilitas kesehatan terutama pelayanan jantung menjadi salah satu motivasi Pemerintah Daerah untuk berperan dalam JKN. Berbagai upaya dilakukan untuk melengkapi pelayanan jantung dengan berbagai mekanisme pendanaan.

"...dilihat dari banyaknya tenaga-tenaga kesehatan khususnya dokter yang mengajukan untuk mengikuti program Pendidikan lanjutan berupa PPDS dan PPGDS. Itu artinya bisa kita akomodir. Dulu ada istilah wajib kerja dokter spesialis ketika selesai program Pendidikan kembali ke instansi/RS yang mengirimkan rekomendasi, sekarang diubah program penugasan dokter spesialis, artinya dari sisi itu ada peningkatan dokter spesialis" (Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu)

"ya kita mengharapkan semua rumah sakit ada layanan jantung, tetapi untuk katerisasi kita mengajak juga RS mengadakan karena bertahap-lah, provinsi juga sudah ada kebijakan untuk layanan jantung, ....SPJP rata-rata mereka sudah punya layanan jantungnya, RSUD aja ada 2." (Dinas Kesehatan Kota Padang)

"tahun ini meskipun sempat di dana DAK dan didana pusat kemarin, dana pusat kita sempat ditanyatanya juga untuk tipe B ehh tipe C harus mengajukan eco sesuai Permenkesnya kan belum bisa tapi karena memang kita sangat mendesak membutuhkan, jadi waktu itu ada surat pernyataan Bupati bahwa alat itu benar-benar dibutuhkan disini dan akhirnya kita diACC dan bisa terealisasi di tahun ini untuk alat econya" (RSUD Kabupaten Gunung Kidul)

Pengadaan dokter spesialis jantung juga diupayakan pemerintah melalui WKDS (Wajib Kerja Dokter Spesialis). Kebutuhan dokter spesialis di rumah sakit dapat terpenuhi meskipun bersifat sementara. Syarat akreditasi rumah sakit menjadi motivasi bagi rumah sakit untuk mengadakan dokter spesialis.

"Iya, ada beberapa penambahan dokter spesialis baik itu melalui sudah selesai WKDS kemudian bekerja di Jember kemudian ditambah dengan dokter – dokter jalur WKDS (Wajib Keja Dokter Spesialis). Kebetulan di Jember ini di 3 rumah sakit, ada eee program dokter WKDS" (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember)

"Jadi, saya secara detailnya memang, karena ada bidannya, ya lulusan SDK, kami diakreditasi karena ada standar itu. Kemudian kalo mau diperijinan segala macam kan perijinan di saya....kalau tidak ada dokter spesialisnya ya, ribut nanti. Kita lagi launching untuk telemidisinya. Jadi, itu sudah dalam rangka pemenuhan akses pelayanan kepada rujukan untuk daerah terpencil. Jadi, dari ronsennya itu nanti dikonsulkan" (Dinas Kesehatan Provin Kaltim)

Pelayanan yang pada awalnya tidak ada layanan jantung di rumah sakit, dengan adanya dokter spesialis jantung maka rumah sakit memiliki pelayanan jantung. Hal ini memudahkan masyarakat yang tadinya dirujuk ke rumah sakit di luar kabupaten dapat mendapatkan pelayanan di rumah sakit kabupaten sendiri.

"oh tentunya iya, jadi adanya program pemerintah itu adanya penambahan dokter spesialis melalui WKDS itu ya tentunya berdampak pada pelayanan JKN. Jadi yang sebelumnya tidak ada, menjadi ada dokter yang bisa menangani penyakit- penyakit yang sesuai dengan bidangnya. Kan gitu kan mesti ada. Jadi program pemerintah itu ada terus bersambung adanya JKN jadi saling memenuhi. Ya dulunya harus dirujuk ke mana sekarang bisa di tangani di Rumah Sakit Kalisat, Balung dengan adanya dokterdokter itu "(Dinas Kesehatan Kabupaten Jember)

"...jadi sebenarnya pasien jantung kita itu banyak, jadi sebelum kita mempunyai dokter jantung, diawalnya kami kerjasama dengan RS Sardjito spesialis tapi kami karena banyak kebutuhannya, istilahnya banyak pasien yang membutuhkan dokter jantung di sini...dokter jantung kebetulan dr. Yuli sekolah sendiri atas biaya sendiri juga dan waktu itu kita hanya ada bantuan sebagian dari anggaran kita, beliau sekolah mengambil jantung karena memang melihat banyak pasien jantung di sini dan akhirnya kita mulai buka seminggu sekali dan itu antusias banget dan pasien itu pagi sampai sore.." (RSUD Kabupaten Gunung Kidul)

Berdasarkan analisis data sekunder dan kuotasi, maka konfigurasi CMO (alternatif) yang dapat terbentuk adalah sebagai berikut:

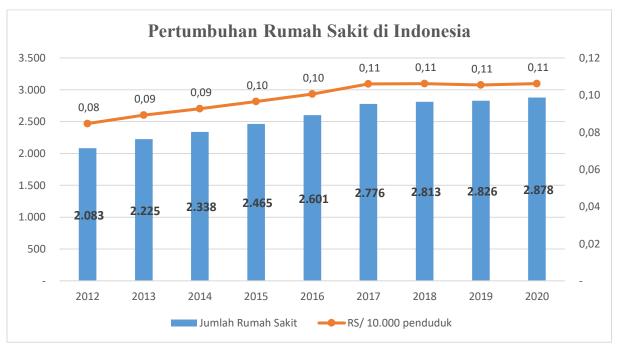
Tabel 17. Konfigurasi CMO Hasil Penelitian (Sasaran-3)

#### Context Mechanism **Outcome** Pemerintah Daerah memiliki Pemerintah Daerah termotivasi untuk Akibatnya pelayanan Jantung di fasilitas cath lab di rumah sakit, mensosialisasikan akses pelayanan DIY mudah diakses dan klaim dokter spesialis penyakit kesehatan bahwa fasilitas kesehatan pelayanan jantung tinggi dan Jantung yang cukup, sistem dapat melayani penyakit Jantung, masyarakat mendapatkan meskipun di beberapa kabupaten masih informasi manajemen pelayanan Jantung sebagai kesehatan yang baik, dan akses kesulitan memenuhi paket pelayanan salah satu paket manfaat JKN jantung dengan severity level yang lebih transportasi mudah yang menguntungkan tinggi. Hal ini menyebabkan masyarakat merasa mendapat keuntungan maksimal menjadi peserta JKN Pemerintah Daerah merasa perlu Kondisi geografis yang sulit, Akibatnya tidak semua peserta keterbatasan fasilitas dan membuat layanan jantung di JKN dapat merasakan paket kekurangan dokter spesialis, daerahnya dengan mengupayakan manfaat yang sama angka rujukan penyakit jantung pengadaan peralatan dan peningkatan tinggi ke kabupaten/kota yang kapasitas dokter menjadi spesialis memiliki cukup sumber daya jantung Ada kebijakan Pemerintah Pemerintah Daerah merasa masyarakat Tersedianya pelayanan jantung Daerah untuk Pelayanan di RSUD memerlukan pelayanan Jantung Jantung. sehingga Pemda mengusahakan adanya layanan di setiap rumah sakit dan Potensi Penyakit Jantung di mengusahakan peningkatan kapasitas masyarakat semakin banyak sarana dan prasarana beserta dokter berdasarkan data Riskesdas spesialis Jantung 2018

Hipotesis – Sasaran (4): Pemerintah Daerah memiliki kemampuan fiskal tinggi/sangat tinggi, memiliki perencanaan standar ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan (context-1), Pemerintah Daerah tidak memiliki kemampuan keuangan, fiskal rendah/sangat rendah, memiliki perencanaan standar ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan (context-2), Pemerintah Daerah menginginkan penambahan fasilitas kesehatan seperti pembangunan rumah sakit, pemenuhan tenaga dokter dan dokter spesialis (mechanism), Peningkatan jumlah infrastruktur dan SDM kesehatan sesuai standar populasi penduduk (outcome).

#### **Kesenjangan Geografis**

Hipotesis: Daerah dengan kecukupan *supply side* akan memanfaatkan secara optimal *reimbursement* JKN

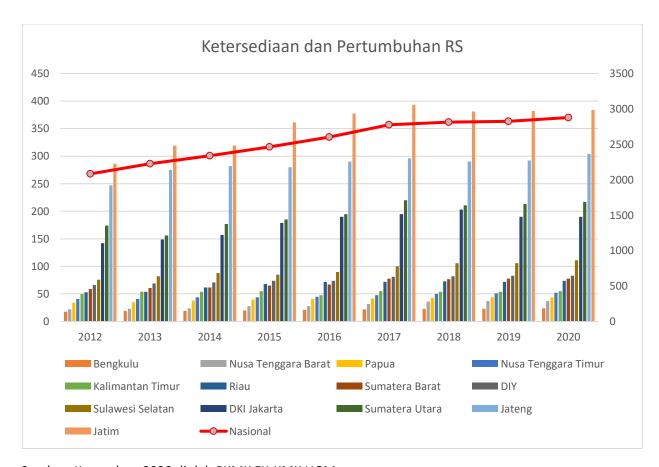


Sumber: Kementerian Kesehatan diolah DaSK, 2020

Gambar 7. Perkembangan Rumah Sakit di Indonesia Tahun 2012 – Januari 2020 Rasio RS Per 10.000

Penduduk

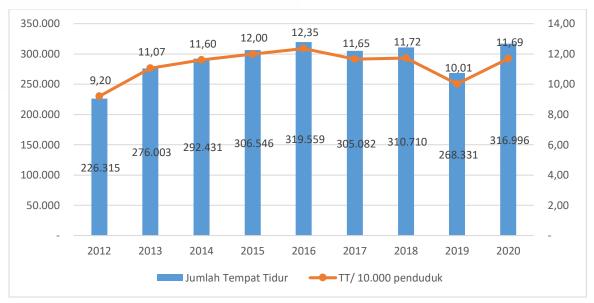
Gambar 7 di atas menunjukkan bahwa terjadi pertumbuhan rumah sakit dari tahun 2014 – Januari 2020. Pertumbuhan rumah sakit hanya terjadi kurang lebih 400 unit rumah sakit atau tumbuh rata – rata 4% di seluruh Indonesia. Apabila dilihat dari kebutuhan RS per 10.000 penduduk, pada tahun 2014 rasio RS yaitu 0,09/10.000 penduduk yang artinya bahwa satu RS melayani 107.855 penduduk. Pada tahun 2019 terjadi penurunan yaitu 0,11/10.000 penduduk yang artinya satu RS melayani 94.852 penduduk. Hal ini mengindikasikan bahwa pertumbuhan RS sedikit tidak dapat mengimbangi laju pertumbuhan penduduk. Pertumbuhan rumah sakit tersebut juga mengindikasikan; 1) Provinsi tersebut memiliki populasi penduduk yang besar, 2) Provinsi dengan jumlah kabupaten/ kota yang banyak, 3) Provinsi dengan kapasitas fiskal tinggi atau sangat tinggi, 4) Provinsi dengan iklim investasi yang baik karena terdapat kota – kota besar dan pusat industri/ perusahaan – perusahaan multinasional dan internasional.



Sumber: Kemenkes, 2020 diolah PKMK FK-KMK UGM

Gambar 8. Pertumbuhan RS per Provinsi Tahun 2012-2020

Gambar 8 menunjukkan pertumbuhan RS di 13 provinsi lokasi penelitian. Secara rata-rata, masing-masing provinsi memiliki 116 rumah sakit. Namun, terdapat perbedaan yang cukup besar dalam hal jumlah RS di tiap provinsi, dimana Jawa Timur memiliki 384 RS pada tahun 2020, sementara Provinsi Papua hanya memiliki 44 RS di tahun yang sama. Pertumbuhan RS sebelum dan setelah JKN diimplementasikan juga lebih tinggi di Provinsi Jawa Timur, yaitu sebesar 34.3% antara tahun 2012-2020 dibandingkan dengan provinsi Papua yang mengalami stagnansi jumlah RS dalam periode yang sama.



Sumber: Kementerian Kesehatan diolah DaSK, 2020

Gambar 9. Perkembangan Jumlah Tempat Tidur di Indonesia Tahun 2012 – Januari 2020 Rasio Tempat Tidur Per 10.000 Penduduk

Gambar 9 di atas menunjukkan rasio TT per 10.000 penduduk sebesar 11,6/10.000 penduduk artinya satu TT untuk melayani sekitar 862 penduduk. Pada tahun 2019 nilai rasio per 10.000 penduduk sebesar 10,01/10.000 penduduk artinya satu TT untuk melayani sekitar 999 penduduk (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Hal ini mencerminkan bahwa pengadaan tempat tidur di rumah sakit tidak sebanding dengan pertumbuhan populasi penduduk.

Tabel 18. Ketersediaan Tempat Tidur dan RS Tahun 2019

Provinsi	Hospital	Hospital			Jumlah da	n Rasio RS Bero	dasar Kelas	
	Bed/1000 Populasi	beds/km²	Total RS	Kelas A	Kelas B	Kelas C	Kelas D	Tanpa Kelas
Pulau Sumatera								
Sumatera	1.49	0.3	217 (152.2)	2 (1,40)	30 (21,03)	120 (84,14)	55 (38,56)	10 (7,01)
Utara								
Sumatera	1.28	0.17	78 (146.58)	2 (3,76)	6 (11,28)	50 (93,96)	17 (31,95)	3 (5,64)
Barat								
Riau	0.96	0.08	74 (111,15)	1 (1,50)	7 (10,51)	41 (61,58)	24 (36,05)	1 (1,50)
Bengkulu	1.3	0.13	24 (124,08)	0 (0,00)	2 (10,34)	13 (67,21)	9 (46,53)	0
Pulau Jawa								
DKI Jakarta	2.22	35.64	190 (183,15)	17 (16,39)	71 (68,44)	72 (69,40)	28 (26,99)	2 (1,93)
Jawa Tengah	1.17	1.25	304 (88,74)	9 (2,63)	34 (9,92)	135 (39,41)	126 (36,78)	0
DI Yogyakarta	1.69	2.1	83 (220,62)	3 (7,97)	12 (31,90)	31 (82,40)	35 (93,03)	2 (5,32)
Jawa Timur	1.1	0.92	384 (97,73)	5 (1,27)	58 (14,76)	183 (46,57)	134 (34,10)	4 (1,02)
Nusa Tenggara								
NTB	0.73	0.2	37 (74,66)	0 (0,00)	3 (6,05)	19 (38,34)	15 (30,27)	0
NTT	0.82	0.09	52 (98,35)	0 (0,00)	2 (3,78)	26 (49,17)	23 (43,50)	1 (1,89)
Kalimantan								
Kalimantan	1.61	0.05	55 (153,83)	1 (2,80)	7 (19,58)	28 (78,31)	18 (50,34)	1 (2,80)
Timur								
Sulawesi								
Sulawesi	1.59	0.3	111	2 (2,30)	25 (28,77)	63 (72,49)	18 (20,71)	3 (3,45)
Selatan			(127,73)					
Papua								
Papua	4.13	0.04	44 (50,63)	0 (0,00)	2 (2,30)	14 (16,11)	22 (25,32)	6 (6,90)
Nasional	1.17	0.17	1394,485	59	428	1,485	847	59

Sumber: Kementerian Kesehatan (2020), Kementerian Dalam Negeri (2020)

Tabel 18 di atas menunjukkan perbandingan antara provinsi dalam ketersediaan rumah sakit dan indeks ketersediaan tempat tidur pada rumah rumah sakit untuk 1.000 populasi, dan per km² tahun 2020. Apabila dilihat dari rasio per penduduk, pertumbuhan RS mengalami kenaikan. Namun, seperti yang dilihat pada tabel di atas jumlah total tempat tidur di daerah dan aksesibilitas berdasarkan jangkauan luas wilayah sangat terbatas. Walaupun, ada RS di daerah tersebut, hanya sebatas RS tipe C, dengan sebagian besar tipe D yang tidak dapat memberikan layanan komprehensif. Misal, di Provinsi Papua tersedia 4 tempat tidur untuk 1000 penduduk, dan dalam jarak satu kilometer persegi penduduk Provinsi Papua akan kesulitan menjumpai RS. Berbeda dengan Provinsi DKI Jakarta, dalam satu kilometer persegi tersedia 35 tempat tidur untuk penduduknya yang membutuhkan pelayanan kesehatan rawat inap. Kondisi di Provinsi NTT dan NTB hampir sama dengan Provinsi Papua, ketersediaan tempat tidur di RS sangat terbatas menurut wilayah luar provinsi.

Dari data tersebut, kita dapat melihat bahwa provinsi seperti Papua, NTT, Bengkulu, dan NTB tidak memiliki rumah sakit tipe A dan terbatasnya rumah sakit kelas B, meskipun mengalami kenaikan pertumbuhan rumah sakit. Perbedaan yang cukup besar dapat dilihat dimana rasio ketersediaan rumah sakit kelas A per 10.000.000 penduduk menunjukkan angka 16,39 untuk wilayah DKI Jakarta, 7,97 untuk

DIY dan 3,76 untuk Sumatera Barat. Jika dibandingkan dengan provinsi lain yang tidak memiliki fasilitas tersebut (0) seperi Papua, NTT, NTB, dan Bengkulu. Tren yang sama dimunculkan untuk RS tipe B dimana rasio ketersediaan fasilitas tersebut mencapai angka 68,01 untuk DKI Jakarta, 31,9 untuk DIY dan 28.77 untuk Sulawesi Selatan. Hal ini mengindikasikan bahwa provinsi-provinsi tersebut tidak hanya mengalami pertumbuhan yang signifikan, tetapi juga memiliki fasilitas canggih yang lebih banyak pula. Sementara, Temuan tersebut sangat kontras perbandingannya dengan provinsi lain seperti Papua, NTT dan NTB (angka 2,3 3,78 dan 6.05 secara berturut-turut).

Tabel 19. Ketersediaan Dokter Spesialis Jantung dan Layanan Cath Lab tahun 2019

PROVINSI	Rasio SpJP per 1 juta penduduk	Rasio SpJP per 1.000 KM <sup>2</sup>	Jumlah fasilitas dengan layanan Cathlab
SUMATERA UTARA	5,96	1.16	3
SUMATERA BARAT	4,89	0.62	1
RIAU	2,85	0.22	0
BENGKULU	1,55	0.15	0
DKI JAKARTA	22,65	353.91	7
JAWA TENGAH	2,69	2.80	9
DI YOGYAKARTA	11,43	13.72	3
JAWA TIMUR	4,43	3.64	7
NUSA TENGGARA BARAT	2,62	0.70	0
NUSA TENGGARA TIMUR	0,76	0.08	0
KALIMANTAN TIMUR	5,03	0.14	0
SULAWESI SELATAN	3,80	0.71	4
PAPUA	0,92	0.01	0
Rata-rata Nasional	4,58	0,63	

Sumber: Kementerian Kesehatan, 2019

Tabel 19 menjelaskan tentang rasio ketersediaan dokter spesialis penyakit jantung dan Pembuluh Darah (SpJP) di Indonesia pada tahun 2019 per 1.000.000 penduduk, per 1.000 KM2 luas wilayah layanan dan jumlah fasilitas dengan layanan Cath Lab. Dari ke-13 lokasi penelitian, rasio SpJP per 1 juta penduduk adalah 4,58 dan Per 1.000 km² adalah 0,63. Namun, terdapat kesenjangan apabila angka ini dilihat per provinsi daerah penelitian. Misalnya, di DKI Jakarta memiliki rasio per 1.000 penduduk yang jauh lebih tinggi yaitu 22.65 SpJP, sementara hanya 0.76 di Nusa Tenggara Timur dan 0.92 di Provinsi Papua.

Keterjangkauan geografis juga sangat berbeda antar daerah, dimana di DKI Jakarta terdapat 353,9 spesialis jantung dan pembuluh darah per 1.000 km². Namun, hanya 0.01 di Provinsi Papua. Hal ini tentunya akan membatasi akses fisik ke layanan jantung di daerah.

Sejalan dengan ketersediaan RS dengan kapasitas komprehensif, terlihat dari layanan *cath lab*, 6 dari 13 provinsi lokasi penelitian tidak memiliki akses ke layanan jantung yaitu Provinsi Riau, Bengkulu, NTT, NTB dan Papua. Provinsi di pulau Sumatera dan Jawa sebagian besar memiliki spesialis jantung beserta *cath* 

lab yang memadai. Kondisi ini menunjukkan bahwa layanan untuk penyakit jantung berat hanya dapat dilakukan di Pulau Jawa dan Pulau Sumatera, serta sebagian Pulau Sulawesi (Provinsi Sulawesi Selatan).

Kesenjangan wilayah juga terjadi pada data iuran dan beban layanan di level daerah. Meskipun tidak dalam satu kriteria daerah yang sama, berikut ini gambaran kesenjangan ditinjau dari wilayah untuk iuran dan beban. Data yang didapat hanya terbatas dua wilayah, yakni Provinsi DIY dan Kabupaten Malaka, diuraikan sebagai berikut

Tabel 20. Kesenjangan luran dan Beban di Daerah

Prov/ Kab	2016		2017			2018			
	luran	Beban	Selisih	luran	Beban	Selisih	luran	Beban	Selisih
Kab. Malaka	29,63	8,71	20,92	29,63	10,94	18,70	29,63	11,49	18,14
DI Yogyakarta	1.066,8	2.124,52	(1.057,7)	1.181,50	2.124,52	(943,0)	913,8	2.124.5	(1.210,69)

Sumber: BPJS Kesehatan, 2020

Tabel 20 menunjukkan bahwa selisih iuran dan beban di DI Yogyakarta menunjukkan angka negatif dari tahun 2016 – 2018. Situasi ini sangat berbeda dengan di Kabupaten Malaka, yang menunjukkan angka positif atau dapat dikatakan iuran lebih besar dari pada beban pelayanan yang dikeluarkan. Kondisi ini mengisyaratkan bahwa 1) Masyarakat di Kabupaten Malaka yang membutuhkan pelayanan medis belum dapat memanfaatkan JKN secara optimal karena keterbatasan akses fasilitas kesehatan dan sarana pendukungnya, 2) Masyarakat Kabupaten Malaka tidak banyak membutuhkan pelayanan medis (banyak masyarakat yang sehat). Karena, sistem single pool dalam mekanisme program JKN, selisih positif antara iuran dan beban pelayanan di Kabupaten Malaka disinyalir dimanfaatkan oleh daerah seperti DI Yogyakarta yang mempunyai selisih negatif antara iuran dan beban pelayanan.

Hasil wawancara daerah studi menyatakan bahwa pertumbuhan fasilitas kesehatan didukung oleh dana – dana dari Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemenuhan jumlah rumah sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan yang dibutuhkan masih bergantung pada ketersediaan dana. Tidak semua kabupaten/kota dapat memenuhi pembangunan rumah sakit sebagai respons standar kebutuhan pelayanan kesehatan yang paripurna berdasarkan populasi penduduk.

<sup>&</sup>quot; Dari sisi supply side di provinsi Bengkulu Perlu penambahan, serta perlu SDM, sementara regulasi terus berubah, sementara sosialisasi peningkatan kompetensi SDM juga selama ini tidak ada..." (Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu)

<sup>&</sup>quot; Jumlah dokter spesialis di Bengkulu, untuk ketenagaan kita tidak mengalami penurunan, justru mengalami peningkatan, dilihat dari banyaknya tenaga-tenaga kesehatan khususnya dokter yang mengajukan untuk mengikuti program Pendidikan lanjutan berupa PPDS dan PPGDS. Itu artinya bisa kita akomodir.....Dengan adanya standar akreditasi yang ditetapkan baik RS maupun Puskesmas sudah barang tentu peningkatan SDM ini adalah suatu keharusan mereka termotivasi untuk melanjutkan Pendidikan ke tingkat yang lebih tinggi" (Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu).

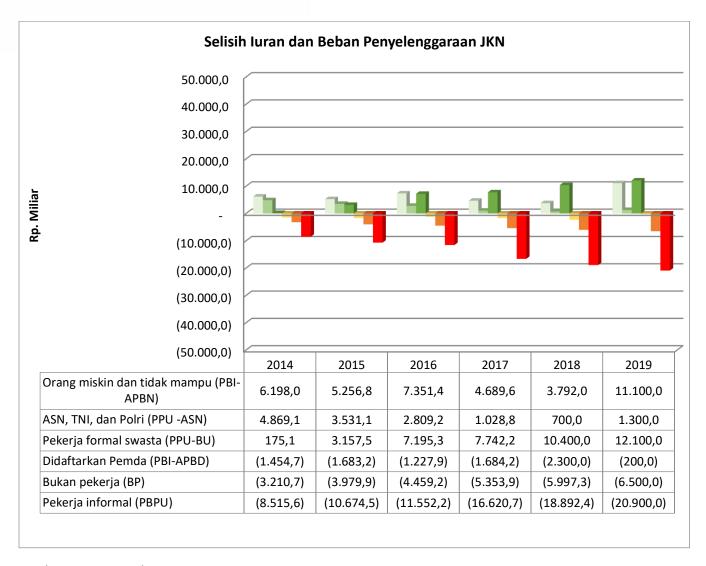
<sup>&</sup>quot;Pembangunan rumah sakit kita tidak membatasi tapi kita ada kebijakan itu yang masih sedikit misal di kulonprogo dan gunungkidul masih sediikit RSnya dan penduduknya tersebar misal kota, sleman dan bantul itu kan sudah banyak" (Dinas Kesehatan Provinsi DIY).

Hasil analisis data sekunder dan kuotasi maka C-M-O dapat dirumuskan sebagai berikut.

**Tabel 21. Konfigurasi CMO Hasil Penelitian (Sasaran-4)** 

Context	Mechanism	Outcome
Kapasitas fiskal daerah rendah, Pemerintah Daerah mempunyai dana DAK Fisik,	Pemerintah Daerah merasa dapat melakukan distribusi SDM kesehatan khususnya dokter spesialis jantung dengan menganggarkan pada anggaran daerah	Belum terpenuhi Akses layanan Jantung seluruh Kabupaten/ Kota
Kapasitas fiskal daerah rendah Pemerintah Daerah, Data menunjukkan belum ada pemerataan fasilitas kesehatan masih belum terjadi di Provinsi dan Kabupaten/ Kota.	Pemerintah Daerah merasa tidak mempunyai dana cukup sehingga bergantung pada anggaran pusat untuk pembangunan rumah sakit dan pengadaan tenaga kesehatan	Pembangunan rumah sakit belum terpenuhi
Pemerintah Daerah mengakomodir peningkatan SDM dengan memberikan rekomendasi Ada standar akreditasi di fasilitas kesehatan	Permerintah Daerah merasa setelah memberikan rekomendasi sekolah maka tenaga kesehatan tersebut akan memenuhi kebutuhan kekurangan SDM kesehatan dan memenuhi syarat akreditasi di fasilitas kesehatan	Terjadi penambahan SDM kesehatan di daerah

### **Defisit**



Sumber: BKF-Kemenkeu, 2020

Catatan: Belum termasuk Dana Operasional

Gambar 10. Migrasi Keluar Peserta JKN dari Provinsi NTT dan Provinsi Papua ke Provinsi atau Kabupaten/ Kota Lain.

Gambar 10 di atas menggambarkan bahwa sejak program JKN berjalan, segmen yang mengalami defisit dalam pembiayaan klaim layanan kesehatan yaitu *Penduduk didaftarkan Pemda (PBI APBD)*, *Bukan Pekerja (BP)*, dan *Pekerja Informal* (PBPU). PBI APBD adalah definisi segmen peserta yang disematkan pada penduduk miskin yang tidak termasuk dalam PBI APBN atau tidak masuk dalam DTKS. Namun, beberapa pemerintah daerah dengan fiskal tinggi, mendefinisikan PBI APBD adalah seluruh penduduk yang memiliki KTP dan KK wilayahnya yang bersedia mendapatkan pelayanan kesehatan kelas III. Sedangkan, PBPU adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri, atau pekerja informal. Selanjutnya, BP adalah setiap orang yang bukan termasuk dalam kelompok PPU, PBPU, PBI APBN dan PBI APBD. BP terdiri atas investor, pemberi kerja, penerima pensiun, veteran, dan lainnya (Perpres No.82/2018)

Segmen peserta PBPU merupakan penyumbang defisit paling besar, tercatat angka defisit segmen ini mencapai 20,9 triliun rupiah pada 2019. Segmen PBPU adalah segmen peserta yang mendominasi terjadinya adverse selection dan tunggakan tinggi (kurang lebih tunggakan mencapai 54% dari total peserta PBPU). Keaktifan yang rendah dan tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan yang tinggi menjadi salah satu penyebab terjadinya defisit pada segmen ini. Banyak Peserta PBPU (mandiri) yang mendaftar pada saat sakit, namun setelah mendapat layanan kesehatan berhenti mengiur. Penyumbang defisit kedua yaitu segmen BP, dimana kita ketahui pada segmen peserta ini memang terdiri dari masyarakat berusia lanjut. Penyebab defisit selanjutnya yaitu struktur iuran masih underpriced. Perhitungan yang diusulkan oleh para ahli aktuaria terutama dari DJSN masih belum menjadi rujukan oleh Pemerintah dan BPJS Kesehatan. Penyebab defisit lain yaitu pembiayaan penyakit katastropik yang sangat besar (lebih dari 20% dari total biaya manfaat).

Rendahnya tarif iuran yang disinyalir menjadi salah satu alasan Pemerintah untuk menaikkan tarif iuran pada akhir tahun 2019 melalui Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019, dimana pada Pasal 34 menjelaskan kenaikan iuran di semua segmen peserta JKN. Namun, Putusan Mahkamah Agung (MA) yang terbit di laman website resmi Mahkamah Agung tanggal 31 Maret 2020, menganulir kenaikan iuran, dan mengembalikan tarif iuran sebelum terbitnya Perpes Nomor 75 Tahun 2019.

#### Pembahasan

Penelitian ini telah menghasilkan tiga poin penting dalam 3 sasaran Peta Jalan Menuju JKN yang ingin dicapai pada tahun 2019. Pertama, pada capaian sasaran-2 tentang kepesertaan hasil dari penelitian ini menunjukkan secara nasional capaian kepesertaan baru tercapai 83, 62%, sedangkan untuk 13 provinsi daerah studi terdapat dua provinsi yaitu Provinsi DKI Jakarta dan Provinsi Papua yang sudah tercapai 100% untuk kepesertaan JKN. Kedua, Sasaran-3 terkait pemertaan paket layanan jantung. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa di semua provinsi telah memiliki *cath lab*, dan dapat melayani penyakit jantung. Namun demikian, pelayanan jantung banyak diakses oleh kelompok peserta PPU dan PBPU disebagian besar provinsi studi. Ketiga, Sasaran-4 terkait jumlah dan sebaran fasilitas kesehatan dengan menelusuri pertumbuhan rumah sakit dan dan pertambahan tempat tidur. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rasio pertumbuhan rumah sakit masih belum sebanding dengan pertumbuhan penduduk, begitu juga dengan pertambahan tempat tidur baik ditingkat nasional maupun daerah studi meskipun mengalami perbaikan rasio jumlah per 10.000 penduduk.

Peningkatan kepesertaan JKN telah terjadi dari tahun ke tahun, meskipun tahun 2018 cakupan kepesertaan JKN masih 83,62% seperti halnya hasil evaluasi JKN tahun 2018 yang menggambarkan bahwa pada September 2018, jumlah penduduk yang tercatat dalam BPJS Kesehatan sebanyak 261,8 juta jiwa dengan capaian jumlah peserta JKN tahun 2018 sebesar 203,3 juta jiwa atau 77,4% (per September 2018). Masih terdapat selisih cakupan kepesertaan sebesar 58,5 juta jiwa untuk mencapai *universal coverage* di tahun 2019 mendatang (Trisnantoro et al., 2018).

Kepesertaan JKN telah di atur dalam Undang – Undang Sistem Jaminan Nasional Nomor 40 Tahun 2004 pasal 4 huruf g (*Kepesertaan wajib*) menjadi penekanan bahwa JKN wajib diikuti oleh seluruh masyarakat Indonesia (Pemerintah Republik Indonesia, 2004). Kepesertaan wajib ini diperjelas dalam pasal 19 ayat 1 poin b yang menyatakan kepesertaan wajib dan tidak selektif dalam prinsip asuransi sosial. Hal ini memperjelas bahwa kepesertaan JKN memberi kepastian bahwa semua masyarakat wajib ikut serta

dalam kepesertaan JKN tanpa melalui seleksi terlebih dahulu (adverse selection). Meskipun diharapkan bahwa partisipasi kepesertaan ini dapat mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa menimbulkan kesulitan keuangan, terjadinya adverse selection (ketika orang sakit membeli asuransi kesehatan sementara orang yang lebih sehat tidak) melemahkan prinsip-prinsip asuransi pengumpulan risiko dan subsidi silang (Wagstaff, Nguyen, Dao, & Bales, 2016). Dikarenakan semuanya masuk dalam skema JKN dan BPJS Kesehatan juga mempertegas bahwa kepesertaan JKN terutama untuk PBPU dan BP wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya secara sendiri – sendiri atau kolektif sebagai peserta pada BPJS Kesehatan dengan membayar iuran. Anggota keluarga yang dimaksud meliputi seluruh anggota keluarga yang terdaftar pada kartu keluarga dan mendapatkan kelas perawatan yang sama (BPJS Kesehatan, 2018).

Kewajiban kepesertaan ini tentu memperberat peserta mandiri dalam membayar iuran JKN dengan kondisi ekonomi keluarga yang tidak stabil. Kesulitan keuangan keluarga memberikan potensi pembayaran iuran JKN yang tidak rutin. Suatu hasil penelitian menyebutkan hampir 28% anggota PBPU tidak membayar premi asuransi mereka secara berkelanjutan. Regresi logistik secara statistik menegaskan bahwa jumlah anggota rumah tangga, kesulitan keuangan, keanggotaan dalam perlindungan sosial lainnya, dan pemanfaatan layanan kesehatan berkorelasi negatif dengan tingkat kepatuhan pekerja sektor informal dalam membayar premi asuransi (Dartanto et al., 2020). Namun, subsidi premium bukan satusatunya intervensi kebijakan untuk meningkatkan kepesertaan; intervensi lain termasuk pendidikan tentang konsep risiko kesehatan, kampanye informasi tentang skema, bantuan dengan proses pendaftaran aktual, dan pengenalan adalah cara yang lebih mudah untuk membayar premi (Bredenkamp et al., 2014a). Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat dengan ekonomi yang "pas – pasan" dapat mengutamakan pembayaran premi JKN apabila ada edukasi yang baik dari Pemerintah tentang program JKN.

Selain menekankan pada kepesertaan JKN, Pemerintah juga berupaya melengkapi fasilitas kesehatan dan sumber daya manusia kesehatan untuk melakukan pelayanan kesehatan. Peserta JKN yang memerlukan pelayanan gawat darurat dapat langsung memperoleh pelayanan di setiap Fasilitas Kesehatan baik yang bekerja sama maupun yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Fasilitas Kesehatan wajib menjamin Peserta mendapatkan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis. Fasilitas Kesehatan yang tidak memiliki sarana penunjang, wajib membangun jejaring dengan Fasilitas Kesehatan penunjang untuk menjamin ketersediaan obat, bahan medis habis pakai, dan pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan (Pemerintah Republik Indonesia, 2018).

Hal tersebut menunjukkan bahwa Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah wajib menyediakan sarana dan prasarana kesehatan sebagai upaya untuk memenuhi kebutuhan medis peserta JKN. Namun yang terjadi bahwa pembangunan rumah sakit sebagai pemeran utama dalam pelayanan kesehatan paripurna justru dilakukan oleh swasta tahun 2014 sejak dimulainya JKN. Selaras dengan temuan penelitian lain yang menyatakan bawah berdasarkan kepemilikannya tahun 2014, RS yang paling banyak adalah RS swasta (privat) sebanyak 740 buah (30,8%), dan RS swasta non profit sebanyak 736 buah (30,6%), sedangkan RS milik Pemkab sebanyak 463 buah (19,2%) (Misnaniarti et al., 2018). Namun, dengan hanya memperluas dan mencakup perlindungan keuangan tidak akan mencapai tujuan yang diinginkan untuk berkontribusi pada peningkatan kesehatan dan pemerataan jika fasilitas kesehatan tidak

tersedia dan dengan kualitas baik (Bredenkamp et al., 2014b). Contohnya pada kesiapan fasilitas kesehatan pada penyakit tidak menular seperti jantung, terdapat variasi hampir dua kali lipat antara provinsi dengan kesiapan layanan umum terendah dan tertinggi. Pada kesiapan layanan *Non Communicable Disease* (NCD) hasil studi World Bank menunjukkan bahwa di wilayah Indonesia bagian timur dan mewakili 15 persen dari total populasi Indonesia dan hampir seperlima dari semua penduduk miskin dan hampir miskin Indonesia (di Sumatera Utara, Bengkulu, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, dan Papua) ada banyak kekurangan dalam penyediaan layanan NCD. Dari jumlah tersebut, provinsi dengan tingkat kesiapan layanan NCD terendah adalah Papua, Papua Barat, dan Maluku (The World Bank, 2014). Hasil data sampel dalam penelitian juga memperkuat bahwa layanan jantung belum terpenuhi optimal karena tidak tersedianya *cath lab* yang merata dan distribusi dokter spesialis yang masih terpusat di ibukota kabupaten atau ibu kota provinsi.

Ketersediaan fasilitas kesehatan yang belum memenuhi kebutuhan medis pesertanya menjadi tanggung jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa pertumbuhan rumah sakit dan tempat tidur masih belum sesuai untuk mencukupi kebutuhan per 10.000 penduduk pada tahun 2019. Temuan ini sejalan dengan penelitian lain bahwa distribusi rasio FKTL pada tahun 2014 menunjukkan penyebarannya yang tidak merata. Hal ini juga dapat dilihat dari standar deviasi sebesar 0,08 dan dari variasi nilai rasio di setiap wilayah (Misnaniarti et al., 2018). Meskipun kecukupan RS dan TT belum terpenuhi, BPJS Kesehatan tetap mengalami defisit. Di beberapa daerah hasil penelitian evaluasi JKN tahun 2018 menunjukkan bahwa sisi supply side yang sangat berbeda antar daerah menimbulkan perbedaan distribusi RS dan fasilitas kesehatan yang berdampak pada penggunaan fasilitas dan besaran klaim (Trisnantoro et al., 2018). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Kabupaten Sleman yang menunjukkan bahwa hasil utilization review oleh BPJS Kesehatan KC Sleman di FKTL berpotensi inefisiensi yaitu overutilization dari segi kunjungan berulang pada pasien yang melakukan kontrol (Arumsari & Meliala, 2019). Bagi daerah – daerah yang belum dapat memanfaatkan JKN karena keterbatasan fasilitas kesehatan yang memenuhi standar medis pesertanya, BPJS Kesehatan mempunyai kewajiban untuk memberikan kompensasi seperti yang diamanatkan oleh Undang – Undang SJSN Nomor 40 Tahun 2004 pada Pasal 23 ayat 3 dan diperkuat dengan Pasal 65 Perpres 82 Tahun 2018 yang menyatakan bahwa dalam rangka pemberian kompensasi dan pemenuhan pelayanan pada Daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat, BPJS Kesehatan dapat mengembangkan pola pembiayaan pelayanan kesehatan. Pengembangan pola pembiayaan pelayanan kesehatan meliputi pola pembiayaan untuk pelayanan kesehatan bergerak, pelayanan kesehatan berbasis telemedicine, dan/ atau pengembangan pelayanan kesehatan lain. Dengan demikian pengembangan ini diharapkan dapat dinikmati oleh daerah – daerah yang belum memiliki fasilitas kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan medis peserta.

#### Simpulan

Pelaksanaan JKN sejak 2014 sampai hari ini telah memberikan gambaran jelas bahwa kesenjangan/ketidakmerataan pelayanan kesehatan antar daerah semakin lebar. Kesenjangan geografis memperlihatkan bahwa ketersediaan dan pertumbuhan rumah sakit didominasi oleh Pulau Jawa dan Sumatera. Sementara itu pelayanan kesehatan dengan teknologi mahal masih belum merata. Contohnya adalah ketersediaan dokter spesialis Jantung dan layanan *cath lab*. Hasil analisis data sampel BPJS

Kesehatan tahun 2015-2016, segmen PBPU, PPU dan BP paling banyak memanfaatkan layanan kesehatan. Data klaim menunjukkan semua kelas PBPU (kelas 1, 2, dan 3) mempunyai rasio klaim di atas 100%. Portabilitas antar daerah banyak dimanfaatkan oleh segmen PBPU yang mampu membayar biaya transportasi dan akomodasi pasien dan keluarganya. Dana PBI APBN yang seharusnya untuk masyarakat miskin dan tidak mampu semakin terpakai untuk mereka yang seharusnya lebih mampu (PBPU). Daerah-daerah terpencil kesulitan mengejar ketinggalan fasilitas kesehatan serta SDM dan dana yang tidak terpakai di daerah terpencil mempunyai risiko terpakai untuk menutup kekurangan dana BPJS di kota-kota besar dan sekitarnya. Contoh nyata terjadi di Kabupaten Malaka yang mengalami surplus dana iuran terhadap beban JKN yang digunakan oleh Provinsi DI Yogyakarta untuk menutup defisit iuran terhadap beban pelayanan kesehatan karena sistem *single pool* yang dianut oleh BPJS Kesehatan. Situasi ini merupakan fenomena "gotong royong terbalik" dan membahayakan keberlangsungan JKN dan jauh dari penerapan ideologi keadilan sosial.

#### Saran

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah perlu terus mengupayakan pemertaan infrastruktur fasilitas kesehatan beserta sarana pendukungnya di daerah – daerah yang masih belum tersedia untuk memenuhi kebutuhan medis masyarakat. Pemerintah dan DJSN perlu mereview UU SJSN dan UU BPJS untuk mengatasi permasalahan BPJS dan berbagai hambatan pelaksanaan JKN agar berkeadilan sosial. Diperlukan banyak kebijakan strategis, antara lain ketegasan dalam level UU bahwa dana PBI tidak boleh diperuntukkan untuk mendanai segmen Non PBI (mencegah gotong royong terbalik) dan pelibatan Pemda disemua aspek, termasuk pendanaan defisit, agar terjadi perbaikan tata kelola dan manajemen.



# MUTU LAYANAN KESEHATAN

Sasaran-6 dan Sasaran-7



Quality means doing it right when no one is looking.

—Henry Ford



Penulis Candra, Eva Tirtabavu Hasri, Puti Aulia Rahma & Hanevi Diasr

*Catatan:* Topik mutu pelayanan pada evaluasi JKN ini diukur dengan sejumlah kebijakan yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan yaitu kebijakan kendali mutu dan kendali biaya (KMKB), kebijakan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBPKP), dan kebijakan pencegahan kecurangan (*fraud*).

## Evaluasi Mutu Dalam Pelayanan Kesehatan Era JKN

### Kebijakan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBPKP)

Penulis: Candra

#### Tahap I Pengembangan Program Teori

Tahap ini adalah pengembangan sebuah program teori melalui kerangka teori yang dipilih topik mutu layanan untuk mengevaluasi capaian sasaran peta jalan JKN. Program teori tersebut dapat berasal dari dokumen kebijakan, struktur sebuah teori atau hasil diskusi (FGD) bersama stakeholder kunci pembuat kebijakan JKN. Pengembangan program teori akan menghasilkan hipotesis. Hipotesis dalam pendekatan realist evaluation dikemas dalam bentuk konfigurasi CMO (context-mechanism-outcome).

Program Teori kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan ini menggunakan Teori *principal-agent of economics* (Christianson, Knutson, & Mazze, 2006), gagasan bahwa kepentingan principal (organisasi, institusi, atau individu yang melibatkan orang lain untuk menyelesaikan suatu tugas) dan agen (organisasi, institusi, atau individu yang dilibatkan oleh principal) dapat disejajarkan dengan cara yang menguntungkan kedua belah pihak atau mendapatkan manfaat dari hubungan kontraktual yang telah dibangun. Principal maupun agen harus memiliki tujuan yang sama yaitu target kinerja (Eijkenaar, 2012). Pada regulasi Kapitasi Berbasis Komitmen (KBK), prinsipal (BPJS) adalah pembeli atau pihak yang menetapkan target dan membeli hasil dari penyedia. Agen (Puskesmas, Klinik, RS, dll) adalah penyedia atau yang bertanggung jawab untuk mengembangkan strategi inovatif dan melaksanakan kegiatan yang akan meningkatkan volume dan kualitas layanan serta mencapai target atau sasaran kesehatan yang disepakati secara efisien (Miller & Babiarz, 2014). Pada kebijakan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan, disebutkan 3 indiktor sebagai penilaian kinerja:

**Indikator Contact Rate** dapat tercapai apabila petugas FKTP rutin memberikan layanan luar gedung. Tingginya intensitas tenaga FKTP melakukan kontak dapat meningkatkan aksesibilitas dan pemanfaatan layanan FKTP (Eichler, 2006).

Indikator rujukan rawat jalan non spesialistik dapat tercapai dengan adanya tenaga medis yang kompeten, sarana dan prasarana FKTP yang mendukung untuk menegakkan 144 diagnosis yang harus tuntas di FKTP (Arcuri et al., 2020). Situasi ini mendorong agar sistem rujukan terselenggara sesuai indikasi medis dan kompetensi FKTP (Collyer, Willis, & Lewis, 2017).

Indikator Prolanis rutin berkunjung ke FKTP dapat tercapai dengan adanya kegiatan yang melibatkan peserta Prolanis di FKTP (Buja et al., 2019). Situasi ini mendorong agar terjadi kesinambungan pelayanan penyakit kronis pada peserta prolanis di FKTP (Chen & Cheng, 2016).

Berdasarkan uraian teori-teori di atas, disusun hipotesis untuk mengevaluasi kebijakan pengendalian kecurangan JKN yang disajikan dalam bentuk konfigurasi CMO di bawah ini:

Tabel 22. Rumusan CMO Kebijakan Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan

Komponen Kebijakan	Context	Mechanism	Outcome
Contact Rate	Jumlah SDM FKTP memadai untuk	Petugas FKTP terdorong untuk	Penduduk dapat mengakses
	memberikan pelayanan luar	melakukan kunjungan rutin	layanan kesehatan dan FKTP
	gedung	kegiatan luar gedung	mendapatkan zona aman

Rujukan Rawat Jalan Non Spesialistik	Tersedianya sarana dan prasarana pendukung untuk menegakkan 144 diagnosa yang harus tuntas di	FKTP merasa mampu menjalan rujukan non spesialistik sesuai indikasi medis dan kompetensi	Penduduk mendapatkan layanan berkualitas dan FKTP mendapatkan zona aman
	FKTP	FKTP	
Rasio Prolanis Rutin Berkunjung	Adanya klub prolanis, senam prolanis yang diselenggarakan FKTP	Mendorong peserta prolanis rutin berkunjung melakukan pengecekan kesehatan ke FKTP	Penduduk mendapatkan layanan berkesinambungan dan FKTP mendapatkan zona aman.

<sup>\*</sup>didapat dari pengembangan program teori dan hasil wawancara para stakeholder yang dilaksanakan pada penelitian 2018-2019.

# **Tahap II Hasil Pengumpulan Data**

Tahap ini diisi dengan kegiatan mengumpulkan data kuantitatif dan kualitatif yang relevan, dan mampu memberikan informasi terkait pengukuran *input*, proses, dan *outcome* dari target-target Peta Jalan JKN. Data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan *stakeholders* kunci (terpilih) sebagai pembuat atau pelaksana kebijakan kesehatan di setiap daerah, diuraikan sebagai berikut:

**Tabel 23. Jumlah Stakeholder Mutu Pelayanan** 

	Stakeholder				
<b>Lokus Peneltian</b>	Dinas	Puskesmas/	Rumah	BPJS	Total
	Kesehatan	Klinik	Sakit	Kesehatan	
Sumatera Utara	0	0	0	0	0
Sumatera Barat	3	2	4	0	9
Riau	0	0	1	1	2
Bengkulu	1	0	0	1	2
Jakarta	1	0	0	0	1
Jawa Tengah	2	5	2	2	11
DIY	5	8	6	1	20
Jawa Timur	2	5	3	0	10
NTB	2	7	4	1	14
NTT	0	0	3	1	4
Kalimantan	3	2	3	1	9
Timur					
Sulawesi Selatan	2	1	8	0	11
Papua	0	0	0	0	0
Total	21	30	34	8	93

# **Tahap III Refining Program Theory**

Data-data yang telah dikumpulkan pada Tahap-II, kemudian dikategorikan sebagai *context-mechanism-outcome (CMO)*. Konfigurasi CMO ini disusun dan didiskusikan oleh tim peneliti, melalui diskusi dengan pemegang program, dan merupakan proses yang interaktif.

**Hipotesis KBK**: Adanya monitoring dan evaluasi dari Dinas Kesehatan yang rutin, dokter didukung dengan peralatan menegakkan 144 diagnosa, dokter memiliki kompetensi yang cukup menuntaskan 144 diagnosa, dan FKTP didukung SDM yang sesuai standar (**context**), FKTP tergerak untuk mencapai komitmen pelayanan yang disepakati sesuai target kebijakan kapitasi berbasis komitmen pelayanan (**mechanism**), sehingga FKTP dapat memberikan layanan sesuai standar dan masuk zona aman (**outcome**)

Kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan (KBPKP) merupakan salah satu sistem pembayaran dalam program jaminan kesehatan nasional pada FKTP untuk meningkatkan pelayanan yang efektif dan efisien sehingga mutu layanan yang diberikan dapat terjaga. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa target indikator kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan di 10 Provinsi (DI Yogyakarta, DKI Jakarta, Jawa Timur, Jawa Tengah, Sumatera Barat, Provinsi Bengkulu, Kalimantan Timur, Sulawesi Selatan, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur) secara umum tercapai secara parsial di seluruh Kota/Kabupaten. Adanya perbedaan capaian target indikator KBK ini dijelaskan sebagai berikut:

# 1. Contact Rate (Angka Kontak)

Hasil temuan penelitian ini menunjukkan bahwa semua daerah di 10 Provinsi, terdapat FKTP yang tidak mencapai target indikator *contact rate*. Pada daerah yang FKTPnya memiliki sumber daya manusia yang kurang dan besarnya jumlah peserta JKN terdaftar di FKTP menjadi hambatan dalam memberikan layanan promotif preventif pada peserta JKN di wilayah kerja FKTP. Hal ini terjadi karena FKTP menghadapi beban pelayanan pada kegiatan UKM dan UKP yang menjadi target kinerjanya, sehingga adanya KBK meningkatkan beban pelayanan FKTP.

"....Puskesmas tidak hanya mengurusi bagian BPJS, ada UKP UKM yang harus terjun ke masyarakat, sehingga jobdesk sudah ada tapi kerjaan yang terintegrasi banyak banget untuk setiap petugas di Puskesmas, mungkin agak ngos-ngosan juga (PKM Kota Malang)

"Tetapi sekali lagi juga terkait SDM dan beban kerja... tolong digaris bawahi itu beban kerja luar biasa loh.... sebetulnya berapa kecukupan SDM yang harus dipenuhi puskesmas tatkala puskesmas itu diberi beban pelayanan plus administrasi" (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember)

"Jadi untuk selama ini memang di Sempaja pak, memang tidak pernah mencapai 100%, tidak aman terus, karena terus terang aja kapitasi kami kepesertaan nya lumayan besar, kurang lebih 13 ribuan, nah sedangkan kalau umpanya ini dimasukkan ke kontak dan karena kontak nya satu kali saja, kan yang datang di puskesmas orangnya itu itu saja. (PKM Sempaja Kota Samarinda)

"Untuk kontak komunikasi, kita sudah berusaha untuk mencapai istilahnya 150 permil nanti peserta kapitasi saya 27.000an, di laporan tiap bulan saya terutama akhir-akhir ini pas adanya PIS-PK kunjungan keluarga setiap ada kunjungan lapangan, pembinaan, sampai PIS-PK itu kita langsung entry, sedangkan di masyarakat sekarang bisa jadi masyarakat di lingkungan kerja belum tentu menjadi peserta kita (PKM Kabupaten Gunung Kidul)

Meskipun BPJS Kesehatan telah menetapkan peserta yang terdaftar pada FKTP sesuai wilayah kerjanya, namun masih terdapat penduduk yang terdaftar di FKTP lain berdomisili wilayah kerja FKTP sehingga kegiatan promotif preventif yang dilakukan tidak tepat sasaran.

"tidak semua pasien yang menjadi peserta kita itu dinilai oleh kita... ada yang wilayah kita, masuk pesertanya ke klinik atau dokter keluarga, itu mengurangi kunjungan kita" (PKM Kabupaten Gunung Kidul)

"....Ada juga kadang itu saya sudah ambil kartu keluarganya pas saya cek, ternyata terdaftarnya bukan di puskesmas mamajang, di puskesmas lain" (PKM Provinsi Sulawesi Selatan)

"ada pasien dari Lombok Barat masuk ke kota Mataram, lalu BPJS kayaknya layani saja.Tapi pada akhirnya kan setiap puskesmas punya kapitasinya sendiri-sendiri, yang tadinya periksa disini tapi bayarnya ke sana" (Dinas Kesehatan Kota Mataram)

Disisi lain, pada kondisi yang sama terdapat FKTP yang mampu mencapai *contact rate*. Hal ini disebabkan FKTP memiliki komitmen dengan meningkatkan pelayanan promotif preventif di luar jam kerja resmi FKTP bersama kegiatan PIS PK (Program Indonesia Sehata Pendekatan Keluarga) dan *Home Visit*.

setiap hari kita dari pelayanan, terus ada namanya perkesmas, perkesmas itu kita ketuk pintu langsung kerumahnya, kalau ada yang sakit gitu kan.Kita juga ada program PISPK namanya, mungkin udah tau kan PIS-PK kita habis pelayanan rame-rame terjun ke masyarakat (**Puskesmas Provinsi NTB**)

Kadang-kadang kan seminggu dua kali, kalau mereka anu ya seminggu tiga kali, ya liat kondisi pasien. Biar mempermudah kan, dari pada harus kesini terus kesana. Jadi memang kita sudah dibagi jadwal yang hari ini, misal yang jatingaleh RT sekian sampai sekian, nanti besoknya lagi RT sekian sampai sekian (Klinik Swasta Jawa Tengah)

# 2. Rasio Rujukan Rawat Jalan Non Spesialistik

Salah satu permasalahan utama pelayanan kesehatan di tingkat primer adalah tingginya angka rujukan kasus non spesialistik. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa FKTP belum mampu menangani kasus non spesialistik karena kompetensi dokter tidak memadai dalam menuntaskan 144 diagnosa yang harus ditangani FKTP, dan minimnya sarana dan prasarana pendukung untuk mengendalikan jenis penyakit yang menjadi kompetensi FKTP.

"...sebenarnya itu kubilang toh dek, kalau tidak tercukupi saranaku ujung-ujungnya dirujuk, serba salah. Makanya kubilang, harusji bisa dilakukan tapi tidak memenuhiki saranaku [sarana prasarana] kurujukmi daripada ku pontang panting" (Klinik, Sulawesi selatan)

"...mata ini selalu masuk 144 dari minus, silindris, harusnya memang kompentensi kami bisa harusnya tapi karena alat repasionis, SDM, terus yang ketiga legio Mata masih gandoli..." (Puskesmas Kabupaten Jember)

Disisi lain, pada kondisi yang sama terdapat FKTP yang mampu menuntaskan 144 diagnosa yang menjadi kompetensi FKTP karena adanya *peer review* bersama dokter spesialis yang rutin dilakukan oleh FKTP yang fasilitasi oleh BPJS Kesehatan

"kita itu sebetulnya udah tahu diri dengan peralatan-peralatan kita dengan kemampuan kita makanya BPJS sudah melakukan tiap bulan sekali itu ada pertemuan dengan dokter spesialis meskipun kadang-kadang digilir di beberapa puskesmas seperti itu" (Puskesmas Kabupaten Gunung Kidul)

Kita sudah 2 tahun di peer reveiw sama dokter spesialistik, mampu menurunkan 1 sampai 2% rujukan non spesialistik (Dinas Kesehatan Kota Samarinda)

# 3. Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP

Indikator Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP menjadi salah satu penilaian KBK. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa FKTP tidak mencapai target prolanis karena minimnya kesadaran peserta prolanis untuk berkunjung pada kegiatan pelayanan prolanis di FKTP. Selain itu, peserta prolanis masih berorientasi pada layanan kuratif di FKTP.

"Ada beberapa puskesmas klub prolanisnya tidak ada. Seharusnya prolanis itu datang dilaporkannya. Ada kedatangannya tidak terpantau oleh puskesmas dan apabila pasien itu tidak datang, dibiarkan" (Dinas Kesehatan Kota Padang)

"untuk penyakitnya kadang susah sih karena pasien merasa sehat-sehat saja ya, kadang pasien rujukan itu merasa sudah terkontrol dan merasa sudah tidak perlu lagi (Klinik Swasta Provinsi NTB)

"Yang datang justru kesini itu hanya untuk mengambil obat. Kalau untuk pembinaan kesehatan untuk, senam pun susah. Karena orientasi mereka itu datang ke fasilitas kesehatan itu kalau nggak rujukan, ya obat. Untuk kita mendeteksi kesehatannya, membina olah raganya susah banget (PKM Sempaja, Samarinda)

Disisi lain, terdapat FKTP yang mampu mencapai tujuan prolanis. Guna meningkatkan kunjungan prolanis, FKTP melakukan strategi inovatif untuk meningkatkan kesadaran peserta Prolanis berkunjung rutin ke FKTP antara lain membuat hari khusus untuk layanan Prolanis, membagikan paket sembako setiap kali peserta Prolanis berkunjung, dan kontrol rutin dari petugas FKTP pada peserta prolanis untuk terlibat aktif dalam kegiatan prolanis.

"disini tuh absen prolanis saya itu selalu 85% keatas, nda pernah dibawah itu, karena kalaupun misalnya mereka nda datang saya pasti hubungin, saya pasti telpon kan, kenapa? Apa masalahnya sampai dia nda datang olahraga, dia nda datang edukasi" **(Puskesmas Kota Makassar)**  "kita bikin hari khusus, tanggal khusus untuk kegiatan prolanis, jadi peserta prolanis sudah hafal setiap tanggal ini rutin kunjungan periksa sehingga tercipta kebiasaan peserta periksa setiap bulan kesini" (**Puskesmas Kota Yogyakarta**)

"uang polanis dikelolakan tidak semuanya habis untuk sekali kegiatan. Dikumpulkan dibelikan seragam tanpa mengiur dari peserta. Itu juga, ohh kita diperhatikan. Itu mungkin mereka juga ingin datang lagi ya kita memang memberikan itu tadi paketan diganti-ganti sabun cuci, ya harganya yang tidak begitu mahal paling 10.000 gitu gitu aja (Klinik Swasta Kabupaten Gunung Kidul)

Salah satu keunggulan sistem kapitasi adalah jumlah peserta mempengaruhi besaran biaya kapitasi yang dibayar oleh BPJS Kesehatan pada FKTP. Pada sistem pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan, kapitasi dipotong apabila FKTP tidak mencapai target indikator yang telah ditetapkan BPJS Kesehatan. Hasil temuan kami menunjukkan bahwa pada FKTP yang memiliki kapitasi besar, *punishment* berupa pemotongan besaran kapitasi sebagai imbas tidak tercapainya target KBK dianggap tidak menjadi masalah karena FKTP lebih mendahulukan target layanan yang menjadi penilaian kinerjanya dibanding target KBK sehingga berusaha semampunya untuk mencapai target KBK.

"...tidak semua Puskesmas semata-mata untuk mengejar kapitasi karena kan kinerja Puskesmas tidak sematamata hanya kapitasi itu harus mengajar SPM Plus PIS PK semua program itu (Dinkes Kota Yogyakarta, DIY)

"...kendalanya salah satunya kalau puskesmas, itu kecil uangnya yang dipotong, itu bukan masalah, 5% dari total kapitasi itu kecil buat puskesmas. Jadi lebih baik dia mengarahkan effortnya untuk kegiatan lain. Ngapain dia ngejar 100%" (Dinas Kesehatan Kota Samarinda)

"persentasenya cuman berapa persen yang penting pelayanan beres begitu sekarang saya kasih contoh kalau pelayanan kacau bagaimana?... daripada saya kejar-kejar ke sana [Indikator KBK] tapi di sini [pelayanan] kacau saya gak mau" (Puskesmas Kabupaten Gunung Kidul)

Selain temuan diatas, tidak tercapainya target indikator KBK karena tidak disiplinnya petugas FKTP melakukan input data pelayanan di P-Care. Hal ini menjadi faktor penentu luaran capaian KBK, yang apabila FKTP rajin menginput data P Care secara real time maka dapat meningkatkan luaran capaian KBK FKTP.

"Dan setelah ditanya angka kontak komunikasi itu banyak pelayanan yang diberikan tapi tidak di inputkan kunjungan sehatnya terutama oleh petugas di puskesmas (Dinas Kesehatan Kota Padang)

"ada beberapa Puskesmas dientri di tempat pendaftaran tetapi tidak dientri di tempat pelayanan sehingga itu mengurangi persentase". (Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta)

"Penilaian KBK sangat tergantung pada luaran P Care, nah luaran P Care sangat tergantung dari maturitas penginputan ke P Care dan kedisplinan petugas FKTP khususnya puskesmas ini cukup rendah di inputan" (BPJS Cabang Samarinda, Kalimantan Timur)

Berdasarkan uraian hasil temuan di atas, kemudian dihimpun untuk diindentifikasi CMO Alternatif yang muncul pada pengumpulan data, hasil disajikan sebagai berikut:

Tabel 24. Konfigurasi CMO Hasil Penelitian Kebijakan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan

Context	Mechanism	Outcome
	C-M-O Indikator Contact Rate	
Tidak tersedianya SDM yang	-	Peserta JKN terdaftar di
sesuai standar di FKTP (1)	FKTP merasa jumlah target layanan kegiatan luar	wilayah kerja FKTP tidak
	gedung menjadi beban karena besarnya jumlah	mendapatkan layanan
Petugas FKTP memiliki tugas	peserta yang terdaftar di wilayah kerja FKTP	kesehatan dan FKTP tidak
ang overload pada saat	sehingga FKTP semampunya melakukan kegiatan	mencapai zona aman
kunjungan lapangan (2)	promotif preventif di lapangan.	

#### C-M-O Indikator Rujukan Non Spesialistik

FKTP tidak memiliki sarana dan prasarana yang mendukung dokter untuk menegakkan 144 diagnosa yang harus tuntas di FKTP (1) Dokter tidak memiliki

kompetensi memadai menuntaskan 144 diagnosa

tuntas di FKTP (2)



FKTP merasa kurang mampu untuk menekan rujukan kasus non spesialistik yang seharusnya selesai ditangani di FKTP



Rujukan non spesialistik tetap terjadi, dan FKTP masuk zona tidak aman

# **C-M-O Indikator Prolanis**

Rendahnya partisipasi peserta prolanis berkunjung ke FKTP, Peserta prolanis yang orientasi FKTP hanya untuk menebus obat, dan rujukan Petugas FKTP berinisiatif mengelola dana prolanis untuk dibelikan baju seragam, dan hadiah lainnya agar peserta konsisten senam dan periksa kesehatan Kesinambungan pelayanan
 penyakit kronis peserta Prolanis
 tetap tidak terlaksana karena
 peserta prolanis tidak patuh.

#### CMO alternatif lainnya

Adanya kegiatan pencatatan adminstrasi PIS PK dan kegiatan UKM saat melakukan kunjungan lapangan yang menjadi program utama FKTP FKTP merasa KBK memberikan beban tambahan bagi FKTP dalam melakukan pencatatan administratif kunjungan sehat sehingga melakukan input data Pcare semampunya yang membuat input data tidak lengkap dan target KBK tidak tercapai.

FKTP tidak mencapai zona aman

FKTP memiliki nilai kapitasi yang besar.



FKTP merasa pemotongan besaran nilai kapitasi tidak menjadi masalah karena target layanan yang menjadi penilaian kinerjanya cukup membebani FKTP sehingga semampunya mencapai target KBK.

FKTP tidak mencapai zona aman

# **Pembahasan**

Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi konteks dan mekanisme yang mempengaruhi implementasi kebijakan mutu layanan kesehatan di Era JKN. Mekanisme kunci keberhasilan implementasi kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dalam meningkatkan mutu layanan kesehatan di era JKN adalah kesadaran FKTP dalam merespons insentif yang ditawarkan oleh BPJS Kesehatan dengan merubah perilaku atau memperkuat kapasitasnya dalam memberikan layanan kesehatan untuk mencapai target kinerja yang telah ditentukan.

Temuan kami menunjukkan bahwa tidak tercapainya tujuan program kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan disebabkan minimnya ketersediaan SDM di FKTP, gap kompetensi, keterbatasan sarana prasarana pendukung untuk menegakkan 144 diagnosa yang harus tuntas di FKTP, tidak proporsionalnya kepesertaan yang terdaftar di FKTP, ketidakpatuhan peserta program untuk mengikuti kegiatan layanan yang diselenggarakan FKTP dan wilayah kepesertaan peserta program berbeda dengan domisilinya. Sejalan dengan temuan ini, penelitian (Olafsdottir et al., 2014) menunjukkan bahwa penyedia layanan kesehatan menghadapi tantangan kekurangan sumber daya, infrastruktur yang lemah, preferensi dan sikap masyarakat yang tidak patuh menjadi penghalang untuk mencapai target kinerja yang

ditetapkan. Pada penanganan kasus non spesialistik, Maharanti & Oktamianti (2018) menyatakan kurangnya peralatan dan obat-obatan yang tersedia difasilitas kesehatan penyebab tingginya rujukan non spesialistik ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut (Maharanti & Oktamianti, 2018).

Temuan ini juga menunjukkan bahwa keberhasilan program KBK karena adanya kontrol dan pengawasan petugas FKTP pada peserta prolanis, serta kerja sama lintas program dalam memberikan edukasi kesehatan sehingga menimbulkan kesadaran peserta prolanis untuk memanfaatkan layanan FKTP. Sejalan dengan penelitian Cheng et al (2015) di Taiwan menyatakan bahwa sumber daya kesehatan yang terintegrasi dengan masyarakat untuk memberikan perawatan penyakit kronis dapat secara signifikan meningkatkan kunjungan dan pemeriksaan terkait diabetes termasuk pengukuran HbA 1C dan tekanan darah pada fasilitas kesehatan (Cheng et al., 2015).

Kapitasi berbasis komitmen pelayanan menuntut fasilitas kesehatan dalam kondisi terbatas untuk memilih antara program utama yang telah berjalan atau berusaha mencapai target KBK untuk mendapatkan kapitasi yang maksimal (Kalk, Paul, & Grabosch, 2010). Fasilitas kesehatan yang memiliki sumber daya yang memadai tidak merasa kehilangan apabila nilai kapitasinya terpotong, tapi bagi fasilitas kesehatan yang menggantungkan keberlangsungan layanan melalui kapitasi pasti terasa sangat memberatkan. Sehingga dalam kondisi ini FKTP akan berusaha mencapai target KBK. Skema kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan juga bergantung pada maturitas input data pada P-Care. Meskipun tidak berdampak pada pemberian layanan kesehatan, namun tidak lengkapnya data input membuat FKTP mendapatkan pemotongan kapitasi yang sering tidak masuk akal (Milstein & Schreyoegg, 2016)

Temuan penelitian ini menyiratkan bahwa terdapat sejumlah hasil positif terhadap akses, kualitas maupun keberlanjutan layanan yang dapat ditingkatkan dengan sistem kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan. Namun sifatnya yang ditargetkan pada layanan tertentu berarti perbaikan ini tidak dapat digeneralisasi pada tingkat fasilitas kesehatan. Selain itu, petugas kesehatan dapat bertindak sejauh yang mereka bisa dalam meningkatkan layanan kesehatan, tetapi beberapa faktor menjadi hambatan seperti yang ditunjukkan dalam penelitian ini berada di luar kendali mereka.

Kami mendorong BPJS Kesehatan untuk mengupayakan *peer education* antara dokter spesialis dan dokter FKTP dalam rangka peningkatan kompetensi dan sharing knowledge guna menekan rujukan non spesialistik. Investasi pada sumber daya yang diperlukan fasilitas kesehatan dapat mewujudkan tujuan dari kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan. Selain itu, pemerintah harus meningkatkan biaya kapitasi FKTP untuk memastikan dukungan sumber daya yang memadai (Liang et al., 2019).

# Simpulan

Skema Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan mungkin telah mencapai tujuannya untuk meningkatkan pemberian layanan kesehatan melalui pencapaian target klinis dan organisasi yang telah ditentukan, namun temuan kami menunjukkan bahwa KBK belum dapat meningkatkan mutu layanan di FKTP khususnya pada FKTP yang memiliki keterbatasan sumber daya.

# Kebijakan Kendali Mutu Dan Kendali Biaya

Penulis: Eva Tirtabayu Hasri

# Tahap I Identifikasi Teori Program

Kerangka konsep kebijakan kendali mutu dan kendali biaya mengacu pada *quality care framework* dari Donebedian yaitu standar input, proses, dan output. Kerangka konsep ini diterapkan melalui 4 kegiatan yaitu: 1) sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi; 2) pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan; 3) utilisasi review; dan 4) audit medis.

Komponen kebijakan sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi dan komponen kebijakan pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan mengacu pada PMK Nomor 2052/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran bahwa tugas pembinaan etika dan disiplin dan sosialisasi kewenangan tenaga klinis merupakan tanggung jawab masing-masing organisasi profesi. Selain itu ada regulasi Permenkes No.755/2011 tentang penyelenggaraan komite medik di rumah sakit bahwa komite medis bertugas melakukan hal yang sama.

Komponen kebijakan audit medis mengacu pada Permenkes No.755/2011 menjelaskan bahwa, subkomite mutu profesi melakukan audit medis untuk memelihara mutu profesi staf medis komite medik. Selain itu, komponen ini juga didasarkan pada Peraturan BPJS Kesehatan No.8/2016 menjelaskan bahwa Tim KMKB berasal dari komite medis dari setiap rumah sakit yang ada di wilayah kerja BPJS Kesehatan, organisasi profesi dan akademisi.

Komponen utilisasi reviu mengacu petunjuk teknis kendali mutu dan kendali biaya dalam era JKN (2015) bahwa Tim Kendali Mutu Kendali Biaya (TKMKB) mendapat akses ke database fasilitas pelayanan kesehatan, dan database BPJS Kesehatan untuk melakukan utilisasi reviu. WHO (2015) menyebutkan bahwa akses terhadap data dan kemampuan analisa data UHC di tingkat nasional maupun regional sangat penting sebagai bagaian dalam monitoring keberhasilan UHC (Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report, World Health Organization 21 Jul 2015). Hasil penelitian sebelumnya juga menyebutkan bahwa *Utilization review* dilakukan berdasarkan data yang telah diolah oleh BPJS Kesehatan (Hasri, 2019), hal ini menyebabkan TKMKB merasa belum kompeten mengolah data sehingga memerlukan bantuan untuk mengolah data, dan hal ini membuat TKMKB terbatas melakukan UR secara mandiri (Candra dkk, 2020).

Berdasarkan uraian teori-teori di atas baik dari ahli maupun kebijakan terkait TKMKB, maka disusun hipotesis untuk mengevaluasi Kebijakan Kendali Mutu dan Kendali Biaya, disajikan dalam bentuk konfigurasi CMO di bawah ini:

Tabel 25. Rumusan CMO Hipotesis Kebijakan Kendalu Mutu dan Kendali Biaya

Komponen Kebijakan	Context	Mechanism	Outcome
Sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi Pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan	BPJS Kesehatan memfasilitasi kegiatan TKMKB. Tim kendali mutu dan kendali biaya berasal dari organisasi profesi.	Akan memudahkan BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan TKMKB dan organisasi profesi untuk melakukan kewenangan tenaga kesehatan, etika dan disiplin profesi.	Pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan kewenangan tenaga klinis, etika dan disiplin profesi.

Utilisasi review	Tersedia/terbukanya akses data BPJS Kesehatan dan Fasyankes.	Akan membuat TKMKB mampu melakukan UR.	Pelayanan kesehatan yang diberikan dapat mengendalikan biaya dan mengendalikan mutu
	Adanya pedoman dan pelatihan tentang UR.		
Audit medis	Adanya peraturan yang mengharuskan komite medis melakukan audit medis.	Akan membuat TKMKB memahami dan melakukan audit medis.	Pelayanan kesehatan yang diberikan dapat mengendalikan biaya dan mengendalikan mutu
	Adanya pedoman dan pelatihan tetang audit medis.		
	TKMKB berasal dari komite medis.		

didapat dari pengembangan program teori dan hasil wawancara para stakeholder yang dilaksanakan pada penelitian 2018-2019.

# Tahap II Hasil Pengujian Teori Program

Pengumpulan data dilakukan secara kualitatif. Data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan tim kendali mutu dan kendali biaya tingkat rumah sakit, tingkat cabang, tingkat pusat dan BPJS Kesehatan. Subyek penelitian pada DIY, Jawa Tengah, Kalimantan Timur, Sumatra Barat, Sulawesi Selatan, dan Bengkulu sedangkan NTT, DKI Jakarta, NTB, Riau, Sumatra Utara dan Papua data yang ada tidak cukup untuk dianalisis menggunakan pendekatan realis evaluasi.

# **Tahap III Refining Program Theory**

Empat komponen kebijakan pada Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 mulai dari pembinaan etika, disiplin profesi dan sosialisasi kewenangan tenaga klinis, utilisasi reviu dan audit medis digunakan untuk kendali mutu dan kendali biaya fasilitas pelayanan kesehatan.

Adanya TKMKB berdampak pada percepatan proses verifikasi dan pembayaran, mengurangi adanya klaim pending, sebagai sarana komunikasi untuk menyelesaikan permasalahan antara BPJS Kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan.

- "...kasus-kasus klaim yang belum terselesaikan itu, bisa sampai berbulan-bulan atau mungkin masih belum mencapai kesepakatan, ya belum bisa kita verifikasi. Dengan adanya TKMKB kita rekap Mba... Di satu pertemuan itu kita sampaikan kepada pakar-pakar itu semua terselesaikan, kalau sudah terselesaikan kan kita bisa cepat melakukan verifikasi dan cepat melakukan pembayaran begitu. ..." (BPJS Kesehatan Sleman)
- "...kami (BPJS Kesehatan) sangat membutuhkan (TKMKB) karena untuk menjembatani kami dengan faskes manakala ada dispute ..." **(BPJS Kesehatan Sleman)**
- ....TKMKB saat ini memang lebih banyak fokus di penyelesaian masalah-masalah klaim itu..."(BPJS Kesehatan Sleman)

Fasilitas pelayanan kesehatan telah melakukan kendali mutu, namun belum melakukan kendali biaya. kendali mutu dilakukan oleh dokter sebagai pemberi pelayanan kepada pasien. Hal ini sejalan dengan pendapat ketua TKMKB bahwa dokter melakukan kendali mutu.

- "...Dokter tidak berkenan untuk di ganti plakat yang biasa, Yah kendali mutu, cuma biayanya belum bisa di kendalikan..." (RSUD Kota Yogyakarta)
- "... kita (TKMKB) membuat standar ga peduli biaya, karena mutu outputnya semua pasien terkendali gula darahnya, seperti profesionalisme dokter itu kendali mutu..." (TKMKB Pusat).

# 1) Hipotesis Komponen Pembinaan Etika, Disiplin Profesi Dan Sosialisasi Kewenangan Tenaga Klinis

Secara umum tugas pembinaan etika, disiplin profesi dan sosialisasi kewenangan tenaga klinis sudah berjalan di semua lokasi penelitian karena dukungan regulasi komite medis dan TKMKB yang berasal dari organisasi profesi. Kuotasi dari provinsi:

"...Setiap tenaga kesehatan yang masuk selalu dilakukan penilaian dan sosialisasi kewenangan oleh komite medis..." (RSUD Kota Padana)

# 2) Hipotesis Komponen Utilisasi Review

Secara umum tugas utilisasi reviu sudah berjalan di semua lokasi penelitian, namun dilakukan oleh BPJS Kesehatan dan TKMKB. BPJS Kesehatan menyediakan data dan mengolah data sedangkan analisis data dilakukan oleh TKMKB. Seharusnya TKMKB melakukan kegiatan UR secara mandiri mulai dari mengumpulkan/menyediakan data, olah data sampai analisis data. TKMKB tidak mempunyai kemampuan mengolah data, karena sebagian besar TKMKB adalah profesional senior sehingga mereka membutuhkan SDM untuk mengolah data. Kuotasi dari provinsi:

- "...Kebanyakan organisasi profesi, pakai laptop aja gak lancar, mungkin faktor usia, kalau kita ga disupport SDM gimana..." (TKMKB Pusat).
- "...Selama ini kan memang kita (BPJS Kesehatan) memberikan data, mengolah data kemudian UR itu kita tampilkan kemudian mereka menanggapi..." (BPJS Kesehatan Sleman).

#### 3) Hipotesis Komponen Audit Medis

Secara umum tugas audit medis sudah berjalan di semua lokasi penelitian karena TKMKB berasal dari komite medis. Komite medis memiliki aspek legal melakukan audit medis, namun di Jawa Tengah audit medis belum optimal di salah satu RS karena pihak manajemen rumah sakit tidak memberikan wewenang kepada TKMKB melaksanakan tugas. Kuotasi dari provinsi:

- "...Kita (TKMKB Pusat) akan kontak TKMKB teknis, mereka kan punya apa ya, aspek legal lah bisa lakukan audit..." **(TKMKB Pusat).**
- "...Audit medis dilakukan oleh komite medis, TKMKB tidak diberi wewenang oleh manajemen RS..." (RS Swasta Provinsi Jawa Tengah)

Uraian kuotasi tiga komponen di atas, kemudian dihimpun untuk diidentifikasi CMO alternatif yang muncul pada pengumpulan data, hasil disajikan sebagai berikut:

Context Mechanism **Outcome** Komponen **BPJS Kesehatan** TKMKB memberikan rekomendasi Pembinaan Etika, berkoordinasi optimal kepada organisasi profesi dan Disiplin Profesi dengan TKMKB dilapangan rumah sakit tentang pembinaan Pelayanan kesehatan Dan Sosialisasi etika dan disiplin profesi dan yang diberikan sesuai Kewenangan kewenangan klinis. dengan kewenangan Tenaga Klinis Komite medis melakukan tenaga klinis, etika dan pembinaan etika, disiplin profesi disiplin profesi. dan sosialisasi kewenangan tenaga klinis.

Tabel 26. Konfigurasi CMO Hasil Penelitian Kebijakan KMKB

<sup>&</sup>quot;...Apabila kita (BPJS Kesehatan) ada keluhan mungkin salah satunya memberikan umpan balik kepada organisasi profesi terkait hasil monitoring kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktek profesi sesuai kompetensinya..." (BPJS Kesehatan Sleman).

	Adanya koordinasi TKMKB  dan kerjasama dengan  organisasi profesi  •	Tim KMKB merasa didukung untuk menyelenggarakan sosialisasi kewenangan dan tenaga kesehatan Tim KMKB menyediakan sesi khusus untuk organisasi profesi menyampaikan materi etika, disiplin profesi dan kewenangan tenaga klinis saat seminar	
Komponen Utilisasi Review	mempunyai akses d	PJS Kesehatan menyediakan data UR an mengolahkan data UR untuk tim KMKB.	Pelayanan kesehatan yang diberikan dapat mengendalikan biaya dan mengendalikan mutu
Komponen Audit Medis	<ul> <li>Adanya peraturan yang mengharuskan komite medis melakukan audit medis.</li> <li>Adanya pedoman dan pelatihan tentang audit medis.</li> <li>TKMKB berasal dari komite medis.</li> </ul>	TKMKB telah memiliki  pengetahuan, kompetensi dan  tanggung jawab melakukan AM.	Pelayanan kesehatan yang diberikan dapat mengendalikan biaya dan mengendalikan mutu
	<b>——</b>	KMKB internal RS merasa tidak dapat	Audit medis tidak berjalan di internal RS

#### Pembahasan

Secara umum kegiatan kendali mutu dan kendali biaya di lokasi penelitian telah terjadi melalui pelaksanaan ke empat tugas Tim KMKB yaitu Utilisasi Reviu, Audit Medis, pembinaan etika dan disiplin, dan sosialisasi kewenangan tenaga klinis, walaupun Provinsi Jawa Tengah belum optimal. Hasil penelitian ini menyatakan bahwa Dokter sebagai aktor yang berperan untuk kendali mutu, sedangkan kendali biaya belum dikendalikan.

Penelitian sebelumnya yang telah dilakukan pada tahun 2018 hanya dapat memotret adanya SK (Surat Keputusan) sebagai faktor atau konteks penentu berfungsinya TKMKB karena keterbatasan pemahaman tentang fungsi tim, belum spesifik pada empat tugas TKMKB. Tugas-tugas tersebut diharapkan dapat memberikan dampak peningkatan mutu dan efisiensi biaya sebagaimana hasil evaluasi yang dilakukan oleh berbagai penelitian, seperti menurut Mukti (2007) bahwa beberapa aktifitas yang dapat dilakukan untuk pencapaian mutu antara lain utilization review (UR), audit medis, clinical pathway, peer review dan algoritma.

Meski kegiatan UR telah dilakukan di lokasi penelitian, namun kegiatan tersebut belum sesuai dengan petunjuk teknis yang disusun oleh TKMKB nasional, seharusnya TKMKB mendapat akses ke database fasyankes dan database BPJS Kesehatan (TKMKB Nasional, 2015). Menurut WHO, akses terhadap data dan kemampuan analisa data UHC di tingkat nasional maupun regional sangat penting untuk monitoring keberhasilan UHC (Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report, World Health Organization 21 Jul 2015). Hal ini tidak terjadi di lokasi penelitian, kegiatan akses dan pengolahan data

dilakukan oleh BPJS Kesehatan karena TKMKB merasa tidak memiliki hak akses terhadap data dan kompetensi untuk melakukan pengolahan data, sehingga proses ini dilakukan oleh BPJS Kesehatan. Kompetensi olah data dapat didukung oleh aplikasi pengolah data, seperti aplikasi yang dapat memvisualisasikan hasil olah data mulai dari proses pengumpulan, cleaning, analisis, dan berbagi data (Inseok Ko, 2017).

Pelaksanaan audit medis dilakukan oleh TKMKB yang sebagian besar merupakan anggota komite medis di rumah sakit, mereka merasa mempunyai kemampuan melakukan audit medis karena ada aspek legal yang mengatur. Sehingga Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 yang menyatakan bahwa TKMKB berasal dari komite medis merupakan hal yang tepat karena mereka memiliki kemampuan melakukan audit medis. Audit medis memberi manfaat banyak, antara lain: mengidentifikasi dan mengukur area risiko dalam pelayanan, menilai mutu layanan yang diberikan kepada pasien, memberikan peluang untuk meningkatkan kepuasan kerja, menciptakan budaya peningkatan mutu klinis, meningkatkan kualitas dan efektivitas layanan kesehatan (Quality and Patient Safety Directorate, 2017).

Menurut regulasi tentang organisasi profesi bidang kesehatan tugas pembinaan etika dan disiplin dan sosialisasi kewenangan tenaga klinis merupakan tanggung jawab masing-masing organisasi profesi (PMK Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, 2011), namun demikian dalam regulasi tentang TKMKB tugas tersebut juga merupakan tanggung jawab TKMKB (BPJS Kesehatan, 2016) sehingga hal ini dapat menimbulkan tumpang tindih tanggung jawab pelaksanaan di lapangan. Meskipun hal ini sepertinya sudah diantisipasi dengan membatasi tugas TKMKB hanya terkait dengan mengingatkan organisasi profesi untuk menjalankan tugasnya seperti menyusun PNPK, memastikan adanya surat tanda registrasi, surat Ijin praktik tenaga kesehatan, dan lain-lain.

Tugas pembinaan etika dan disiplin dan sosialisasi kewenangan tenaga klinis seharusnya memang dilakukan oleh organisasi profesi. World Medical Association (WMA) menyebutkan bahwa otonomi profesional merupakan faktor penting dalam memberikan pelayanan berkualitas tinggi dan dapat memastikan otonomi profesional dalam perawatan pasien sebagai prinsip dasar dalam etika kedokteran. Untuk itu, akibat adanya otonomi profesional, profesi medis memiliki tanggung jawab berkelanjutan dalam mengatur sendiri perilaku profesional dokter (Tezuka, 2014).

# Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang ada maka kami peneliti mengusulkan beberapa masukan yaitu: TKMKB sebaiknya berasal dari akademisi, karena praktisi memiliki konflik kepentingan, perlu regulasi berupa peraturan menteri kesehatan (tidak hanya peraturan BPJS Kesehatan) karena saat ini hasil kinerja KMKB tidak diberikan kepada Kementerian Kesehatan. Rekomendasi TKMKB diharapkan dapat digunakan oleh Kementerian Kesehatan untuk KMKB. Selain itu, perlu adanya pendanaan mandiri dan sekretariat khusus TKMKB.

# Kebijakan Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program JKN

Penulis: Puti Aulia Rahma

# Tahap I Identifikasi Teori Program

Secara umum kerangka konsep pengendalian *fraud* yang digunakan dalam pengembangan teori program mengacu pada konsep pengelolaan resiko *fraud* (*fraud risk management*). Dalam permenkes No. 36/2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (per Juli 2019 telah diganti dengan Permenkes No. 16/2019) disebutkan empat komponen pencegahan kecurangan, yaitu:

- a. Penerapan kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan (fraud), meliputi:
  - a. Pelaksanaan prinsip Good Corporate Governance dan Good Clinical Governance.
  - b. Pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap kecurangan.
  - c. Penerapan manajemen risiko kecurangan (fraud risk management)
- b. Pengembangan budaya pencegahan kecurangan (fraud), antara lain meliputi:
  - a. Membangun budaya integritas, nilai etika, dan standar perilaku.
  - b. Memberikan edukasi kepada seluruh pihak terkait Jaminan Kesehatan tentang kesadaran anti kecurangan (*fraud*).
- c. Pengembangan pelayanan kesehatan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, antara lain melalui kegiatan:
  - a. Pembentukan tim kendali mutu dan kendali biaya
  - b. Penerapan konsep manajemen mutu dalam pelayanan kesehatan.
- d. Pembentukan tim pencegahan kecurangan (fraud) dalam program Jaminan Kesehatan.

Penerapan kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan (*fraud*) dapat terwujud dengan adanya pemahaman pimpinan dalam upaya pengendalian kecurangan (*fraud*) (Agrawal dkk., 2013). Pemahaman pimpinan akan dampak buruk *fraud* terhadap organisasi akan mendorong pimpinan berkomitmen untuk mengendalikan *fraud* (Delloitte, 2019). Pengembangan budaya pencegahan akan dapat terlaksana bila pimpinan beserta jajaran dapat memberi contoh perilaku beretika dan berintegrasi (Doody, 2020). Keteladanan ini mendorong pegawai senantiasa mencontoh perilaku etik yang ditunjukan pimpinan (Filabi, 2018).

Pengembangan pelayanan kesehatan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya dapat terwujud bila pimpinan organisasi menciptakan budaya kerja yang mendukung akuntabilitas dan kepatuhan terhadap standar (Price & Norris, 2009; Rowe & Kellam, 2011 Cit. Laursen, 2013). Situasi ini mendorong upaya untuk menjamin pelayanan kesehatan memenuhi standar dan persyaratan mutu dengan tetap memperhatikan biaya layanan (Manghani, 2011; Business Dictionary, 2020). Pembentukan tim pencegahan kecurangan dapat terbentuk bila pimpinan memiliki pemahaman yang memadai terkait *fraud* (Agrawal dkk., 2013). Pemahaman ini mendorong pimpinan memilih anggota tim dan membagi tanggung jawab terhadap program anti *fraud* kepada anggota tim (Torpey dan Sherrod, 2011).

Berdasarkan uraian teori-teori di atas, disusun hipotesis untuk mengevaluasi kebijakan pengendalian kecurangan JKN yang disajikan dalam bentuk konfigurasi CMO di bawah ini:

Tabel 27. Rumusan CMO Kebijakan Pengendalian Kecurangan JKN

Komponen Kebijakan	Context	Mechanism	Outcome
Penerapan kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan ( <i>fraud</i> )	Pimpinan organisasi (di tingkat Dinas Kesehatan, FKTP, dan FKRTL) memiliki pemahaman yang memadai terkait <i>fraud</i>	Pimpinan berkomitmen mengendalikan <i>fraud</i> dalam organisasi	Terdapat kebijakan dan pedoman pengendalian kecurangan JKN yang disosialisasikan dengan baik
Pengembangan Budaya Pencegahan Kecurangan	Pimpinan beserta jajaran memberi contoh perilaku beretika dan berintegrasi	Pegawai terdorong untuk senantiasa mencontoh perilaku etik yang ditunjukkan pimpinan	Dilaksanakan pengembangan budaya pencegahan kecurangan JKN
Pengembangan Pelayanan Kesehatan Berorientasi Kendali Mutu dan Kendali Biaya	Pimpinan organisasi yang menciptakan budaya kerja yang mendukung akuntabilitas dan kepatuhan terhadap standar	Ada upaya untuk menjamin pelayanan kesehatan memenuhi standar dan persyaratan mutu dengan tetap memperhatikan biaya layanan	Dilaksanakan pelayanan kesehatan berorientasi kendali mutu dan biaya
Pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan JKN	Pimpinan organisasi memiliki pemahaman yang memadai terkait <i>fraud</i>	Pimpinan memilih anggota tim dan membagi tanggung jawab terhadap program anti <i>fraud</i> kepada anggota tim	Dibentuk tim pencegahan kecurangan JKN yang dapat bekerja optimal

# Tahap II Hasil Pengujian Teori Program

Pada tahap ini dilaksanakan pengumpulan data secara kualitatif melalui wawancara mendalam dengan tim pencegahan kecurangan JKN (tim anti *fraud*) di tingkat dinas kesehatan, FKRTL, FKTP, dan BPJS Kesehatan. Data diolah dari penelitian di wilayah Jawa Timur, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Sumatera Barat, Kalimantan Timur, Bengkulu, dan Sulsel. Data kualitatif dari daerah lain tidak tersedia memadai untuk dianalisis menggunakan pendekatan *realist evaluation*.

#### **Tahap III Refining Program Theory**

### 1) Penerapan Kebijakan dan Pedoman Pencegahan Kecurangan (Fraud)

Secara umum responden belum menyusun kebijakan terkait pencegahan kecurangan JKN secara menyeluruh. Adapun responden yang telah menyusun kebijakan dan pedoman baru sebatas mendorong pembentukan Standar Prosedur Operasional (SPO) untuk beberapa layanan klinis, melakukan deteksi rutin, serta memberikan pelatihan untuk peningkatan kapasitas dokter dan koder terkait koding dan pelaksanaan program JKN. Penyusunan kebijakan dan pedoman ini belum dilakukan dengan optimal dikarenakan belum ada dorongan yang kuat dari pimpinan institusi responden berasal. Kebijakan yang sudah ada pun baru disosialisasikan dalam bentuk share dokumen melalui aplikasi WA.

<sup>&</sup>quot;... kita dorong untuk melengkapi SOP SOP yang belum ada," (Ketua Tim Anti Fraud RS, wilayah DI Yogyakarta).

<sup>&</sup>quot;Seharusnya ada, hanya selama ini pelaksanaannya sesuai dengan yang dibutuhkan. Kebijakan dari pemerintah pusat saja. Jadi lebih ini agar tidak fraud." (**Tim Anti Fraud RS, Provinsi Jawa Timur**).

<sup>&</sup>quot;... yaa kita masih pakai kebijakan pedoman yang dari permenkes itu. Karena memang tidak ada tuntutan sesuatu banget itu yaa misalkan akreditasi lah kita harus bikin pedoman ini ini ini akhirnya ya sudah kita buat. Pokoknya kita pedomannya dengan permenkes gitu, tapi tidak ada disahkan oleh direksi pedoman anti fraud tidak ada" (Tim Anti Fraud RS, Provinsi Jawa Tengah).

# 2) Pengembangan Budaya Pencegahan Kecurangan (Fraud)

Pengembangan budaya pencegahan kecurangan (*fraud*) sudah berjalan di berbagai wilayah penelitian. Kegiatan yang umumnya dilakukan untuk membangun budaya anti *fraud* adalah dengan sosialisasi tentang pencegahan kecurangan JKN serta penerapan standar etika dan profesi.

"Budaya pencegahan anti fraud lebih ditekankan sosialisasi pada tim medis yang disampaikan secara berkala oleh komite medis. Tata kelola manajemen di faskes juga lebih tertata dengan adanya kebijakan terkait fraud, karena staf akan berusaha bekerja sesuai jalur yang telah ditetapkan sehingga dapat dikatakan fraud merupakan upaya deteksi dini jika ada hal yang mengarah pada kecurangan." (Tim Anti Fraud RS, Provinsi Jawa Timur).

"Upaya lain dalam pengembangan budaya pencegahan kecurangan adalah dengan menetapkan dan mengimplementasikan kode etik profesi dan standar perilaku pegawai yang telah ditetapkan masing-masing profesi kesehatan." (Tim Anti Fraud Provinsi Sumatera Barat).

# 3) Pengembangan Pelayanan Kesehatan Berorientasi Kendali Mutu dan Kendali Biaya

Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya secara umum sudah berjalan. Kegiatan ini dilakukan dengan pembentukan Tim Kendali Mutu Kendali Biaya, penerapan *clinical pathway*, menerapkan case manager untuk mendorong klinisi memberikan pelayanan sesuai standar. Akreditasi yang sudah dijalankan di rumah sakit juga dianggap sebagai upaya kendali mutu dan biaya.

"Dengan adanya case manager, akhirnya dokter mulai panic. ... Bila memberikan layanan tanpa bukti [mereka tahu, pen.] itu akan berdampak ke klaim [layanan, pen.] mereka." (Tim Anti Fraud RS, Provinsi DI Yogyakarta).

"... saat ini menggunakan clinical pathway. Harapannya nanti bisa (mengembangkan pelayanan berorientasi kendali mutu dan biaya, red.). Karena clinical pathway kami juga belum optimal sih mbak. Jumlahnya masih terbatas belum mencakup seluruh kasus." (Tim Anti Fraud RS, Provinsi Jawa Tengah).

"Ya kalau mutu misalnya rupanya RS itu sudah terakreditasi berarti mutu nya masih diperhatikan, apalagi kita sudah dapat paripurna tentu pelaksaan untuk kegiatannya sudah... Kalau kita di Rumah Sakit ini untuk pengendalian biaya kita manfaatkan struktur yang ada di RS sendiri yakni bidang keuangan tentunya harus dikaitkan juga dengan pelayanan, keperawatan, penunjangnya, semuanya untuk kendali biaya." (Tim Anti Fraud RS, Provinsi Sumatera Barat).

"Saat ini, pengembangan pelayanan selalu melibatkan casemix selaku salah satu pionir kendali mutu dan biaya sehingga selalu casemix akan rekomendasi batasan pelayanan, potensial fraud, dan potensial klaim pelayanan jika berkaitan dengan layanan BPJS." (Tim Anti Fraud RS, Provinsi Sulawesi Selatan)

### 4) Pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan JKN

Secara umum responden menyatakan telah memiliki Tim Anti *Fraud* di institusi, namun tim ini belum berjalan optimal sesuai amanat PMK No. 36/ 2015 karena alasan kesibukan, maupun belum paham dengan perannya sebagai tim anti *fraud*.

"Sudah ada tim anti fraud proses pembentukannya itu tetap direksi yang menunjuk bu. Mungkin ini pun juga karena memang syarat dari PKS dengan BPJS itu harus ada tim TKMKB dan tim fraud, mau tidak mau semua rumah sakit harus memiliki tim tersebut. Entah itu nanti cara kerjanya bagaimana ininya bagaimana nah itu belum ada pengkajian sampai arah sana" (Tim Anti Fraud RS, Provinsi Jawa Tengah).

"Sebenarnya kan kita maunya tim itu bekerja maksimal, namun karena tim yang ada disini itu merangkap jabatan juga yang mana ada tugas pokok yang lain..., sehingga tidak full time di tim anti fraud. ... Karena itu kita juga terkendala dari SDMnya juga yang belum cukup sehingga anggota tim diambil dari internal RS yang memiliki tupoksi yang lain juga." (Tim Anti Fraud RS, Provinsi Sumatera Barat).

"Selain kesibukan juga terus terang dari tim fraud ini belum tahu secara persis sesuai permenkes itu. Jadi ini yang peningkatan SDM itu tim ini harusnya dibekali itu. Kalau sekarang hanya baca, jadi ya perlu peningkatan SDM. Selain

kesibukan ya kemampuan SDM memang belum sampai belum dapat ilmunya secara utuh." (Tim Anti Fraud RS, Provinsi DI Yogyakarta).

Hasil penelitian di atas, kemudian dihimpun untuk dijadikan rumusan CMO alternatif sebagai berikut:

Tabel 28. Konfigurasi CMO Hasil Penelitian Kebijakan Pencegahan Kecurangan JKN

Komponen	Context	Mechanism	Outcome
Rebijakan  Penerapan kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan (fraud)	Tidak ada tuntutan/ arahan khusus (dari pimpinan) untuk menyusun dan menerapkan kebijakan khusus terkait pencegahan kecurangan	<ul> <li>Staf merasa tidak ada dorongan untuk menyusun dan menerapkan kebijakan khusus terkait pencegahan kecurangan</li> <li>Kebijakan dan pedoman yang digunakan adalah PMK No. 36/2015 dan Standard Operational Procedure (SOP) untuk pelayanan medis</li> </ul>	Belum ada kebijakan dan pedoman khusus terkait pencegahan kecurangan JKN yang disusun dan diterapkan.
Pengembangan Budaya Pencegahan Kecurangan	Sosialisasi     pencegahan     kecurangan oleh     Komite Medis     terhadap tim medis     Pimpinan mendorong     penetapan dan     penerapan kode etik     profesi yang berlaku     untuk seluruh     pegawai	<ul> <li>Tata kelola kerja menjadi lebih tertata</li> <li>Staf terdorong untuk bekerja sesuai jalur (standar dan etika profesi) yang sudah ditetapkan</li> </ul>	Budaya pencegahan kecurangan sudah berjalan.
Pengembangan Pelayanan Kesehatan Berorientasi Kendali Mutu dan Kendali Biaya	Pimpinan     menerapkan case     manager,     penggunaan clinical     pathway, dan     penerapan standar-     standar akreditasi     rumah sakit	Staf terdorong untuk memberi pelayanan sesuai standar dan berbukti (menjamin akuntabilitas)	Pelayanan kesehatan dijalankan berorientasi kendali mutu dan biaya
Pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan JKN	<ul> <li>Tim terbentuk karena dorongan pihak luar (BPJS Kesehatan), bukan motivasi internal (pimpinan organisasi)</li> <li>Keterbatasan jumlah SDM sehingga tim anti fraud rangkap jabatan</li> <li>Tim anti fraud tidak paham tugas</li> </ul>	<ul> <li>Tidak ada arahan dari pimpinan untuk menjalankan tugas pengendalian fraud sebagaimana mestinya</li> <li>Tim tidak dapat menjalankan tugas dengan optimal karena kesibukan dan tidak paham/ tidak punya keterampilan teknis mengenai tugas yang seharusnya dijalankan</li> </ul>	Sudah terbentuk tim, namun belum optimal bekerja
			Tidak adanya kebijakan khusus anti fraud menyebabkan tidak ada arahan yang pasti bagi seluruh staf institusi dan tim anti fraud untuk menjalankan programprogram pengendalian

Komponen Kebijakan	Context	Mechanism	Outcome
			fraud. Hal ini menyebabkan
			komponen program yang sudah berjalan, tidak optimal.

#### Pembahasan

Kebijakan pencegahan kecurangan JKN (PMK No. 36/ 2015) belum berjalan optimal. Proses pengendalian kecurangan akan berjalan baik bila tercipta atmosfir yang mendukung. Atmosfir kerja yang penuh etika ini harus diciptakan oleh pimpinan organisasi (tone of the top). Gaya kepemimpinan yang penuh integritas akan mendorong jajaran di bawahnya untuk berperilaku dan bekerja dengan penuh integritas (ACFE, 2015). Dalam konteks pencegahan kecurangan JKN, integritas di daerah harus mulai ditunjukan ditingkat pemimpin tertinggi sektor kesehatan di daerah, yaitu Kepala Dinas Kesehatan. Sedangkan di tingkat faskes, Kepala FKTP maupun direktur RS harus mencotohkan integritas agar sistem pecegahan kecurangan JKN berjalan.

Pimpinan di sektor kesehatan harus bekerja keras untuk menciptakan budaya kerja yang mendukung akuntabilitas dan kepatuhan terhadap standar (Price & Norris, 2009; Rowe & Kellam, 2011 Cit. Laursen, 2013). Pemimpin juga harus menekankan pentingnya kepatuhan terhadap regulasi nasional dan daerah. Penekanan diwujudkan dalam bentuk komunikasi dan contoh perilaku yang sesuai. (Rowe, 2010; Rowe & Long, 2009 Cit. Laursen, 2013).

Tantangan lain dalam upaya pengendalian *fraud* adalah kurangnya pengetahuan berbagai pihak terkait tentang masalah *fraud* layanan kesehatan (Dean dkk., 2013). Bahkan, pimpinan sektor kesehatan juga seringkali minim pemahaman tentang strategi pengendalian *fraud* (Grant, 2017). Dampaknya, dengan minimnya pengetahuan tentang bentuk-bentuk *fraud* yang muncul, tidak ada sistem pencegahan yang benar-benar terbentuk dan tidak mendorong adanya sanksi. Situasi ini yang lebih lanjut akan berdampak pada meningkatnya kasus-kasus *fraud* (Sparrow cit. Dean, 2013). Mengedukasi berbagai pihak terkait kecurangan merupakan tahap penting dalam membangun budaya kepatuhan dan integritas dalam sistem kesehatan secara umum, dan khususnya dalam konteks jaminan kesehatan nasional (Agrawal dkk., 2013).

Program edukasi dan pelatihan yang diberikan setidaknya mencakup regulasi, pengertian, sanksi, koding, pelaporan, teknik deteksi, serta teknik investigasi kecurangan JKN (NHCAA, 2007). Pemberian edukasi dan pelatihan perlu diiringi dengan evaluasi untuk menjamin bahwa semua pihak sudah teredukasi dengan baik. Edukasi dan pelatihan juga harus dilakukan secara berkelanjutan (AHIMA Foundation, 2010). Studi lain juga menunjukkan bahwa tenaga kesehatan sangat perlu diberi pemahaman yang baik tentang pentingnya kepatuhan terhadap standar dan etika kerja (Price & Norris, 2009; Rowe & Kellam, 2011 Cit. Laursen, 2013).

Di Amerika Serikat program edukasi dan *training* ini dilakukan oleh berbagai pihak, baik dalam bentuk kerja sama maupun diselenggarakan oleh masing-masing pihak. Pihak yang terlibat dalam pemberian edukasi diantaranya adalah: Center for Medicaid Serivces (CMS), The Department of Health and Human Services' Office of Inspector General (HHS-OIG), National Healthcara Anti-*Fraud* Association (NHCAA), maupun Drug Enforcement Administration (DEA). Edukasi dan pelatihan dilakukan dengan cara menerbitkan dan menyebarluaskan materi-materi edukasi terkait *fraud*, mensosialiasikan regulasi pedoman pengendalian *fraud*, sosialisasi dan pendampingan implementai program pencegahan kecurangan, kerjasama dalam pembagian data dan analisis kasus berpotensi *fraud*, pelatihan terkait deteksi dan investigasi kasus berpotensi *fraud*, maupun pelatihan terkait koding dan dokumentasi klinis.

Tidak dapat dipastikan secara jelas besar penurunan jumlah kasus *fraud* dari program edukasi ini. Namun, HHS-OIG mendokumentasikan bahwa lebih dari USD 124,6 karena adanya pelaporan dugaan *fraud* sebagai dampak kegiatan ini. (HHS & DOJ, 2017).

Berbeda dengan Amerika Serikat. Di Indonesia, program edukasi dan pelatihan terkait kecurangan JKN tidak masif diberikan. Edukasi yang dilakukan kepada berbagai stakeholder masih bersifat sosialisasi regulasi kecurangan JKN. Pelatihan terkait upaya-upaya teknis pencegahan kecurangan JKN seperti deteksi potensi *fraud*, monitoring dan evaluasi, investigasi, dan pelaporan, tidak diberikan kepada pihak terkait. Di tahun 2015, Kementerian Kesehatan dan KPK melaksanakan pendampingan pembangunan sistem pencegahan kecurangan JKN di Kota Yogyakarta, Kota Bandung, dan Kota Kupang. Namun tidak ada *follow up* berkelanjutan dari kegiatan tersebut (Laptah Itjen Kemenkes, 2013 – 2017).

Agar sistem pencegahan kecurangan JKN dapat berjalan di Indonesia, perlu ada program edukasi dan training yang bersifat masif dan berkelanjutan untuk seluruh stakeholder yang terkait program JKN. Stakeholder ini diantaranya dinas kesehatan, FKTP, FKRTL, peserta program JKN, distributor alat kesehatan dan obat, pemerintah daerah termasuk juga aparat pengawasan intern pemerintah (APIP). Topik edukasi dan training minimalnya mencakup regulasi, pengertian, sanksi, koding, pelaporan, teknik deteksi, serta teknik investigasi kecurangan JKN. Edukasi dan training Edukasi dan training diberikan oleh pihak yang kompeten dan menguasai bidang fraud dalam sektor kesehatan. Edukasi dan training diberikan secara berkelanjutan dan ada follow up berkala untuk menjamin stakeholder mendapat pemahaman yang baik dan ilmu yang diberikan benar-benar diterapkan di lapangan.

# Simpulan

Kebijakan pencegahan kecurangan (*fraud*) JKN seperti yang diamantkan PMK No. 36/2015 belum berjalan optimal. Hasil penelitian menunjukkan bahwa situasi ini dipengaruhi oleh tidak jelasnya kebijakan pimpinan dalam membangun sistem anti *fraud* dalam organisasi. Tim pencegahan kecurangan yang disusun pun belum memiliki kompetensi yang memadai, baru sekedar dibentuk. Rekomendasi kami berdasar penelitian ini adalah sosialisasi dan edukasi berkala (termasuk peningkatan keterampilan teknis) untuk pimpinan, staf, dan tim anti fraud di organisasi sehingga seluruh pihak yang seharusnya berperan dalam pengendalian *fraud* dapat menjalankan proram-program anti *fraud* secara optimal.

# Implikasi Kebijakan

Dari sisi tata kelola, pengelolaan JKN membutuhkan perbaikan dengan cara memperkuat fungsi kontrol DJSN sebagai pengawas BPJS Kesehatan. Saat ini, BPJS Kesehatan bertanggung jawab langsung ke Presiden. Hal ini dalam operasionalisasinya melemahkan posisi DJSN yang seharusnya menjadi lembaga yang berwenang untuk mengontrol pelaksanaan tugas BPJS Kesehatan secara langsung.

Selanjutnya, untuk mendorong kebijakan JKN berbasis bukti perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terkait sistem transparansi dan akuntabilitas BPJS Kesehatan, terutama dalam penyajian data-data, dan program atau kebijakan yang akan dibentuk. Sehingga, berbagai lembaga yang terlibat dalam penyelenggaraan JKN, seperti BPJS Kesehatan, DJSN, Kementerian Kesehatan, pemerintah pusat, pemerintah daerah, asosiasi fasilitas kesehatan, asosiasi tenaga kesehatan, dan akademisi, memiliki persepsi yang sama dalam kegiatan monitoring program JKN.

Aspek penting dari perbaikan sistem kesehatan seperti pengorganisasian dan regulasi belum berjalan dengan optimal. Program JKN diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan dengan akuntabilitas dan keterbukaan yang masih belum baik. Tata kelola BPJS Kesehatan yang bersifat sentralisasi dengan sistem kesehatan yang terformat desentralisasi menjadi penyebab terputusnya koordinasi antara BPJS Kesehatan dan Pemerintah daerah dalam mengoptimalkan program (Mahendradhata et al., 2017). Hal ini dapat ditelusur dalam UU SJSN dan UU BPJS yang tidak mengikutsertakan peran pemerintah daerah. Pemerintah daerah dapat menjadi *stakeholders* kunci untuk menggerakan masyarakat dalam reformasi layanan kesehatan untuk mendukung program JKN (Fossati, 2017).

Disparitas dalam akses ke layanan kesehatan yang berkualitas masih ditemukan dalam penelitian ini. Bagi daerah-daerah yang belum dapat memanfaatkan JKN karena keterbatasan fasilitas kesehatan yang memenuhi standar, BPJS Kesehatan mempunyai kewajiban untuk memberikan kompensasi seperti yang diamanatkan oleh Undang-Undang SJSN Nomor 40 Tahun 2004 pada Pasal 23 ayat 3 dan diperkuat dengan Pasal 65 Perpres 82 Tahun 2018 yang menyatakan bahwa dalam rangka pemberian kompensasi dan pemenuhan pelayanan pada Daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat, BPJS Kesehatan dapat mengembangkan pola pembiayaan pelayanan kesehatan. Pengembangan pola pembiayaan pelayanan kesehatan bergerak, pelayanan kesehatan berbasis *telemedicine*, ataupun pengembangan pelayanan kesehatan lain. Dengan demikian pengembangan ini diharapkan dapat dinikmati oleh daerah-daerah yang belum memiliki fasilitas kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan medis peserta.

Sejumlah program yang menjadi bagian dari JKN, seperti misalnya KBPKP dan KMKB, memiliki potensi untuk meningkatkan kualitas layanan bagi masyarakat Indonesia. Namun, implementasi kegiatan-kegiatan tersebut perlu disesuaikan dengan kondisi atau konteks di masing-masing daerah dan juga antar fasilitas kesehatan. Untuk KBPKP, daerah atau fasilitas kesehatan dengan keterbatasan sumber daya perlu diberikan dukungan khusus terlebih dahulu, sebelum dibebani dengan target layanan KBPKP yang terbukti sulit untuk dicapai.

Program KMKB juga merupakan program yang berpotensi dapat meningkatkan kualitas serta efisiensi program JKN. Namun, kendala sumber daya yang ditemukan berkontribusi terhadap jalannya fungsin

TKMKB, menunjukkan bahwa program ini perlu ditinjau dan didukung terlebih dahulu dengan sumber daya manusia yang mencukupi. Salah satu solusi adalah dengan memberdayakan akademisi sebagai pemain kunci TKMKB. Hal ini pertama, akan memberikan kelowongan bagi fasilitas kesehatan untuk fokus pada upaya penyediaan layanan kesehatan. Dan kedua, akan mengurangi konflik kepentingan di dalam TKMKB dan juga meningkatkan akuntabilitas pelaksanaan JKN. Untuk ini, dibutuhkan regulas berupa peraturan Menteri Kesehatan yang juga akan memberikan akses dan kewenangan bagi Kementerian Kesehatan untuk menindaklanjuti hasil kerja TKMKB di daerah.

Agar sistem pencegahan kecurangan JKN dapat berjalan di Indonesia, perlu ada program edukasi dan pelatihan yang bersifat masif dan berkelanjutan untuk seluruh *stakeholder* yang terkait program JKN. *Stakeholder* ini diantaranya dinas kesehatan, FKTP, FKRTL, peserta program JKN, distributor alat kesehatan dan obat, pemerintah daerah termasuk juga aparat pengawasan intern pemerintah (APIP). Topik edukasi dan pelatihan setidaknya harus mencakup regulasi, pengertian, sanksi, koding, pelaporan, teknik deteksi, serta teknik investigasi kecurangan JKN. Edukasi dan pelatihan diberikan oleh pihak yang kompeten dan menguasai bidang pencegahan *fraud* dalam sektor kesehatan. Edukasi dan pelatihan diberikan secara berkelanjutan dan ada tindak lanjut berkala untuk menjamin *stakeholder* mendapat pemahaman yang baik dan ilmu yang diberikan benar-benar diterapkan di lapangan.

# Kesimpulan

Penelitian evaluasi JKN di tahun 2019 dengan pendekatan *realist evaluation* menunjukkan bahwa telah terjadi perbaikan di sejumlah aspek dalam pelaksanaan JKN dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Namun, masih terdapat sejumlah isu penting yang perlu diperbaiki. Tata kelola dalam implementasi program JKN perlu diperkuat, termasuk memperkuat peran kepemimpinan berbagai institusi yang terlibat, perbaikan akuntabilitas, serta peningkatan kolaborasi antar *stakeholders*. Kolaborasi penting yang perlu segera dioptimalkan adalah dengan pemerintah daerah, baik dalam meningkatkan cakupan maupun perluasan ketersediaan layanan kesehatan yang berkeadilan. Aspek tata kelola ini juga berdampak terhadap aspek lain dalam pelaksanaan JKN, termasuk dalam mencapai pemerataan ketersediaan dan akses terhadap layanan kesehatan. Kualitas layanan kesehatan di era JKN juga bergantung pada tata kelola yang baik, dan terlihat bahwa sebagian besar daerah penelitian masih menghadapi tantangan dalam pemenuhan program-program seperti KBPKP dan KMKB. Telah pula terdapat perbaikan dalam upaya pencegahan kecurangan di era JKN. Namun, pelaksanaan program-program anti *fraud* masih menyisakan ruang perbaikan yang harus segera ditangani.

# Kelebihan dan Keterbatasan Penelitian

Pendekatan realist evaluation mampu mengurai permasalahan yang kompleks antara sistem tata Kelola dalam sistem kesehatan dari sudut pandang pemangku kepentingan (Marchal, van Belle, van Olmen, Hoerée, & Kegels, 2012). Penelitian ini menemukan bahwa dengan melakukan wawancara awal dan triangulasi lebih jauh mampu mendeskripsikan hasil evaluasi berdasarkan sikap dan pemahaman pemangku kepentingan terhadap program JKN (Robert et al., 2019). Melalui Pendekatan realist evaluation kami berhasil memahami mekanisme dan konteks tata Kelola layanan JKN di tingkat daerah dan nasional. Tata Kelola memainkan peranan penting dalam peningkatan pelayanan kesehatan, dan upaya mewujudkan UHC (Fryatt R, Bennett S, Soucat A, 2017)

Kami mengakui beberapa keterbatasan dalam penelitian ini, yaitu masalah teknis penelitian, dimana tidak mengawali dengan melakukan diskusi dengan pembuat kebijakan yaitu BPJS Kesehatan, Pencetus program JKN (Ahli Ekonomi Kesehatan) dan Pemerintah. Namun, kami percaya dengan pengalaman organisasi kami, kami sudah mendapatkan gambaran selama 6 tahun berjalannya JKN. Setelah mendapatkan hasil penelitian, kami melakukan triangulasi wawancara ke pemerintah nasional yaitu Kementerian Kesehatan, DJSN, Kementerian Sosial, Kementerian Dalam Negeri dan Ombudsman.

# Referensi

- Agrawal, S., Tarzy, B., Hunt, L., Taitsman, J., dan Budetti, P. (2013). Expanding Physician Education in Health Care Fraud and Program Integrity. *Acad Med*. 2013;88:1081–1087.
- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Suparmi, Achadi, E. L., ... Khusun, H. (2019). Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *The Lancet*, *393*(10166), 75–102. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7
- AHIMA Foundation. (2010). A Study Of Health Care Fraud And Abuse: Implications For Professionals Managing Health Information.
- Arcuri, R., Bulhões, B., Jatobá, A., Bellas, H. C., Koster, I., d'Avila, A. L., ... Carvalho, P. V. R. de. (2020). Gatekeeper family doctors operating a decentralized referral prioritization system: Uncovering improvements in system resilience through a grounded-based approach. *Safety Science*, 121(August 2019), 177–190. https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.08.023
- Arumsari, I. W., & Meliala, A. (2019). UTILIZATION REVIEW PADA FASILITAS KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN KANTOR CABANG SLEMAN. *JURNAL KEBIJAKAN KESEHATAN INDONESIA*, 08, 196–201. https://doi.org/10.1177/0885713x9100600305
- Association of Certified Fraud Examiner (ACFE). (2015). Tone At The Top: How Management Can Prevent Fraud In The Workplace. Diunduh di //www.dmcpas.com/2015/ pada 4 Januari 2018.
- Berglund, T. (2014). Corporate governance and optimal transparency. In J. Forssbaeck & L. Oxelheim (Eds.), *The Oxford handbook of economic and institutional transparency* (pp. 359-371). Oxford, UK: Oxford University Press.
- BPJS Kesehatan. Administrasi Kepesertaaan Program Jaminan Kesehatan (2018).
- Bredenkamp, C., Evans, T., Lagrada, L., Langenbrunner, J., Nachuk, S., & Palu, T. (2014a). Emerging challenges in implementing universal health coverage in Asia. *Social Science and Medicine*, 145, 243–248. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.07.025
- Bushman, R., Chen, Q., Engel, E., & Smith, A. (2004). Financial accounting information, organizational complexity and corporate governance systems. *Journal of Accounting and Economics*, *37*, 167-201.
- Business Dictionary. (2020). http://www.businessdictionary.com/definition/cost-containment.html
- Buja, A., Fusinato, R., Claus, M., Gini, R., Braga, M., Cosentino, M., ... Damiani, G. (2019). Effectiveness of pro-active organizational models in primary care for diabetes patients. *Health Policy*, *123*(8), 797–802. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.05.014
- Candra, Hasri, E.T., Rahma, P.A., & Djasri, H., 2020. *Realist Evaluation* Kebijakan Mutu Layanan Kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional di Daerah Istimewa Yogyakarta: Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan UGM
- Chen, C. C., & Cheng, S. H. (2016). Does pay-for-performance benefit patients with multiple chronic conditions? Evidence from a universal coverage health care system. *Health Policy and Planning*, 31(1), 83–90. https://doi.org/10.1093/heapol/czv024
- Cheng, J. S., Tsai, W. C., Lin, C. L., Chen, L., Lang, H. C., Hsieh, H. M., ... Hsu, C. C. (2015). Trend and factors associated with healthcare use and costs in type 2 diabetes mellitus: A decade experience of a universal health insurance program. *Medical Care*, 53(2), 116–124. https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000288
- Christianson, J. B., Knutson, D. J., & Mazze, R. S. (2006). Physician pay-for-performance: Implementation and research issues. *Journal of General Internal Medicine*, 21(SUPPL. 2), 2–6. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00356.x
- Collyer, F. M., Willis, K. F., & Lewis, S. (2017). Gatekeepers in the healthcare sector: Knowledge and Bourdieu's concept of field. Social Science and Medicine, 186, 96–103. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.004
- Curtin, Deidre, (1996) 'Betwixt and Between: Democracy and Transparency in the Governance of the European Union,' in J Winter, D. Curtin, A. Kallermen. B. de Witte (eds), Reforming the Treaty of European Union The Legal Debate. The Hague: Kluwer.
- Dartanto, T., Halimatussadiah, A., Rezki, J. F., Nurhasana, R., Siregar, C. H., Bintara, H., ... Soeharno, R. (2020). Why Do Informal Sector Workers Not Pay the Premium Regularly? Evidence from the National Health Insurance System in Indonesia. Applied Health Economics and Health Policy. https://doi.org/10.1007/s40258-019-00518-y

- DaSK FKKMK UGM. (2020). Utilisasi Layanan Jantung diolah dari Data Sampel BPJS Kesehatan (1% dari Total Peserta JKN) Tahun 2015 Tahun 2016.
- Dean, P.C., Vazquez-Gonzalez, J., dan Fricker, L. (2013). Causes and Challenges of Healthcare Fraud in the US. *International Journal of Business and Social Science*, Vol. 4(14), 1-4.
- Deloitte, Fraud policies Why you need one and what it should look like. Diunduh dari https://www2.deloitte.com/nz/en/pages/finance/articles/fraud-policies-why-you-need-one.html#, pada 17 Maret 2020.
- Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2020). http://sismonev.djsn.go.id/kepesertaan/.
- Doody, H. (2020). Developing an Anti-Fraud Culture, diakses di http://www.the-financedirector.com/features/feature81325/index.html, pada 17 Maret 2020.
- Eichler, R. (2006). Can "Pay for Performance" Increase Utilization by the Poor and Improve the Quality of Health Services?

  Tuberculosis, Discussion, 1–54. Retrieved from http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.105.4111&rep=rep1&type=pdf
- Eijkenaar, F. (2012). Pay for performance in health care: An international overview of initiatives. *Medical Care Research and Review*, 69(3), 251–276. https://doi.org/10.1177/1077558711432891
- Fossati, D. (2017). From Periphery to Centre: Local Government and the Emergence of Universal Healthcare in Indonesia. Contemporary Southeast Asia:, 39(1), 178–2033. https://doi.org/10.1355/cs39-1f
- Fryatt R, Bennett S, Soucat A. (2017). Health sector governance: should we be investing more?. BMJ Glob Health 2017;2:e000343. doi:10.1136/bmjgh-2017-000343
- Fusheini, A., & Eyles, J. (2016). Achieving universal health coverage in South Africa through a district health system approach: conflicting ideologies of health care provision. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1797-4
- Grant, T.M. (2017). Leadership Strategies for Combating Medicare Fraud. Diunduh di http://scholarworks.waldenu.edu/dissertations pada 4 Januari 2018.
- Hartel, L. A., Yazbeck, A. S., & Osewe, P. L. (2018). Responding to health system failure on tuberculosis in Southern Africa. *Health Systems and Reform*, 4(2), 93–100. https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1441621
- Hasri, E.T., 2019. Policy Brief: Strategi Optimalisasi Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan UGM
- Honda, A., Mcintrye, D., Hanson, K., & Tangcharoensathien, V. (2016). Strategic Purchasing in China, Indonesia and the Philippines. WHO Comparative Country Studies, 2.
- Inseok Ko, MS and Hyejung Chang. (2017). Interactive Visualization of Healthcare Data Using Tableu. Healthc Inform Res. Published online October 31. https://doi.org/10.4258/hir.2017.23.4.349.
- Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan. (2013). Laporan Tahunan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan. Diunduh di http://www.itjen.kemkes.go.id/laporankinerja/ pada 5 Januari 2018.
- Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan. (2014). Laporan Tahunan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan. Diunduh di http://www.itjen.kemkes.go.id/laporankinerja/ pada 5 Januari 2018.
- Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan. (2015). Laporan Tahunan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan. Diunduh di http://www.itjen.kemkes.go.id/laporankinerja/ pada 5 Januari 2018.
- Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan. (2016). Laporan Tahunan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan. Diunduh di http://www.itjen.kemkes.go.id/laporankinerja/ pada 5 Januari 2018.
- Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan. (2017). Laporan Tahunan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan. Diunduh di http://www.itjen.kemkes.go.id/laporankinerja/ pada 5 Januari 2018.
- Kalk, A., Paul, F. A., & Grabosch, E. (2010). "Paying for performance" in Rwanda: Does it pay off? *Tropical Medicine and International Health*, 15(2), 182–190. https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2009.02430.x
- Kementerian Kesehatan, Kesehatan, B., DISN, USAID, World Bank Group, Australian Ais, ... Results for Development. (2018). Purchasing of Primary Health Care Under JKN.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Data Sarana Rumah Sakit di Indonesia.
- Komisi Pemberantasan Korupsi. (2015). Laporan Hasil Kajian Pembangunan Alat Diagnostik dan Petunjuk Pelaksanaan Pencegahan *Fraud*/ Korupsi Di FKRTL Berdasarkan Permenkes 36/2015.
- Lambert-Mogiliansky A. (2015). Social accountability to contain corruption. J Dev Econ. 2015;116:158–168.
- Laursen, K.K. (2013). Leadership Strategies and Initiatives for Combating Medicaid Fraud and Abuse. Diunduh di http://scholarworks.waldenu.edu/dilley pada 4 Januari 2018.
- Liang, C., Mei, J., Liang, Y., Hu, R., Li, L., & Kuang, L. (2019). The effects of gatekeeping on the quality of primary care in Guangdong Province, China: a cross-sectional study using primary care assessment tool-adult edition, 1–12.
- Maharanti, S., & Oktamianti, P. (2018). an Analysis of the Healthcare Center System As a Gatekeeper in 2018. *Journal of Indonesian Health Policy and Administration*, 3(2), 46–50. https://doi.org/10.7454/ihpa.v3i2.2362
- Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., Marthias, T., Harimurti, P., & Prawiwa, J. (2017). *Health Systems in Transition Vol. 7 No. 1 2017. The Republic of Indonesia Health System Review. Health Systems in Transition* (Vol. 7).

- Malqvist M, Dinh TPH, (2012).Thomsen S. Causes and determinants of inequity in maternal and child health in Vietnam. Bmc Public Health. 2012;12. PubMed PMID: WOS:000313821100001. DOI:10.1186/1471-2458-12-641
- Mandica-Nur, N.G.B., (2009). Panduan Keterbukaan Informasi Publik (KIP) untuk Petugas Pengelola dan Pemberi Informasi di Badan Publik, IRDI dan USAID, Cetakan Pertama, Jakarta.
- Manghani, K. (2011). Quality assurance: Importance of systems and standard operating procedures, Perspesctive in Clinial Research, 2(1), 34 37.
- Marchal, B., van Belle, S., van Olmen, J., Hoerée, T., & Kegels, G. (2012). Is realist evaluation keeping its promise? A review of published empirical studies in the field of health systems research. *Evaluation*, 18(2), 192–212. https://doi.org/10.1177/1356389012442444
- McIntyre, D., Ranson, M. K., Aulakh, B. K., & Honda, A. (2013). Promoting universal financial protection: Evidence from seven lowand middle-income countries on factors facilitating or hindering progress. *Health Research Policy and Systems*, 11(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/1478-4505-11-36
- Miller, G., & Babiarz, K. S. (2014). Pay-for-Performance Incentives in Low- and Middle-Income Country Health Programs. Encyclopedia of Health Economics, 457–466. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.00126-7
- Milstein, R., & Schreyoegg, J. (2016). Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. *Health Policy*, 120(10), 1125–1140. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.08.009
- Misnaniarti, M., Hidayat, B., Pujiyanto, P., Nadjib, M., Thabrany, H., Junadi, P., ... Yulaswati, V. (2018). Ketersediaan Fasilitas dan Tenaga Kesehatan Dalam Mendukung Cakupan Semesta Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, (September), 6–16. https://doi.org/10.22435/jpppk.v1i1.425
- Mukti, G. A. (2007). Good Governance dalam Pembiayaan Pelayanan Kesehatan. Yogyakarta: Manajemen Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan UGM.
- Mundiharno, & Thabrany, H. (2012). Peta JaLan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019 (Edisi Ring).
- National Healthcare Anti-Fraud Association (NHCAA). (2007). The NHCAA Fraud Fighter's Handbook. A Guide to Healthcare Fraud Investigations & SIU Operations. NHCAA: New York.
- Olafsdottir, A. E., Mayumana, I., Mashasi, I., Njau, I., Mamdani, M., Patouillard, E., ... Borghi, J. (2014). Pay for performance: An analysis of the context of implementation in a pilot project in Tanzania. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-392
- OVOP National Secretariat Kenya. (2016). The Importance of Standards and Quality Control, diakses di https://www.wipo.int/edocs/mdocs/mdocs/en/wipo\_ip\_wk\_nbo\_16/wipoip\_wk\_nbo\_16\_t\_4.pdf, pada 18 Maret 2020.
- Pemerintah Republik Indonesia. Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (2004).
- Pemerintah Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (2011).
- Pemerintah Republik Indonesia. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan (2018).
- Pemerintah Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan (*Fraud*) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan (2019).
- Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 8 Tahun Tentang Penerapan Kendali Mutu Dan Kendali Biaya Pada Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional
- Pisani, E., Kok, M. O., & Nugroho, K. (2017). Indonesia's road to universal health coverage: A political journey. *Health Policy and Planning*, 32(2), 267–276. https://doi.org/10.1093/heapol/czw120
- Quality and Patient Safety. (2017). Practical Guide To Clinical Audit. Irlandia: Quality and Patient Safety
- Reich, M. R., Yazbeck, A. S., Berman, P., Bitran, R., Bossert, T., Escobar, M. L., ... Yip, W. (2016). Lessons from 20 years of capacity building for health systems thinking. *Health Systems and Reform*, 2(3), 213–221. https://doi.org/10.1080/23288604.2016.1220775
- Robert, E., Ridde, V., Rajan, D., Sam, O., Dravé, M., & Porignon, D. (2019). Realist evaluation of the role of the Universal Health Coverage Partnership in strengthening policy dialogue for health planning and financing: A protocol. *BMJ Open*, *9*(1), 1–9. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022345
- Rycroft-Malone J, Fontenla M, Bick D, Seers K. (2010). A realistic evaluation: the case of protocol-based care. Implement Sci. 2010; 5:38.
- Scobie, S., & Castle-Clarke, S. (2020). Implementing learning health systems in the UK NHS: Policy actions to improve collaboration and transparency and support innovation and better use of analytics. *Learning Health Systems*, 4(1), 1–10. https://doi.org/10.1002/lrh2.10209
- Sparrow, R., Budiyati, S., Yumna, A., Warda, N., Suryahadi, A., & Bedi, A. S. (2017). Sub-national health care financing reforms in Indonesia. *Health Policy and Planning*, 32(1), 91–101. https://doi.org/10.1093/heapol/czw101
- Taryn Vian. (2020). Anti-corruption, transparency and accountability in health: concepts, frameworks, and approaches, Global Health Action, 13:sup1, 1694744, DOI:10.1080/16549716.2019.1694744
- Tezuka K. Physicians and Professional Autonomy. Japan Medical Association Journal. 2014; Vol.57, No.3.
- Thabrany H, Setiawan E. Report of the study on referral care. Jakarta: Universitas Indonesia, 2016.

- The Department of Health and Human Services and The Department of Justice (HHS & DOJ). (2017). Health Care Fraud and Abuse Control Program Annual Report for Fiscal Year 2017. Diunduh di https://oig.hhs.gov/publications/pada 5 Januari 2018.
- The World Bank (2014) 'Supply-Side Readiness for Universal Health Coverage': Available at: http://documents.worldbank.org/curated/en/370581468049838291/pdf/885230WP0P13340n0Indonesia0June2014.pd f.
- TKMKB Nasional. (2015). Buku Petunjuk Teknis Kendali Mutu dan Kendali Biaya Program JKN. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Torpey, D., dan Sherrod, M. (2011). Who Owns *Fraud*?, *Fraud* Magazine, diakses di https://www.fraud-magazine.com/article.aspx?id=4294968975, pada 18 Maret 2020.
- Trisnantoro, L. (2009). *Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000 2007; Mengkaji Pengalaman dan Skenario Masa Depan*. Yogyakarta: BPFE
- Trisnantoro, L., Marthias, T., Aktariyani, T., Kurniawan, M. F., Fanda, R. B., Cintyamena, U., ... Candra. (2018). Working Paper Evaluasi 8 Sasaran Peta Jalan JKN dengan Pendekatan Realist Evaluation.
- Wagstaff, A., Nguyen, H. T. H., Dao, H., & Bales, S. (2016). Encouraging health insurance for the informal sector: A cluster randomized experiment in Vietnam. *Health Economics (United Kingdom)*, 25(6), 663–674. https://doi.org/10.1002/hec.3293
- Wang, XiaoHu dan Montgomery Wan Wart. (2007). When Public Participation in Administration Leads to Trust: An Empirical Assessment of Managers' Perspection. Public Administration Review. Vol.67 No.2
- WHO. (2015). Tracking Universal Health Coverage: First global monitoring report. World Health Organization. ISBN 9241564970, 9789241564977
- WHO. (2016). Universal Health Coverage: Moving Toward Better Health, Action Framework for the Western Pasific Region.

  Manila: WHO Regional Office fo Western Pacific

# **Apresiasi**

Penelitian ini dilaksanakan melalui Kerjasama antara PKMK FK-KMK UGM dengan 16 Mitra Perguruan Tinggi yang berada di 13 Provinsi, sebagai berikut:































#### **Sumatera Utara**

Universitas Sumatera Utara - Juanita, Zulfendri & Puteri Asyuran Nasution

#### **Sumatera Barat**

Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Haji Agus Salim - Adriansyah

Universitas Andalas - Syafrawati, Shelvy Haria Roza, Kamal Kasra, CH Tuty Ernawati, Adila Kasni Astiena, Ayulia Fardila Sari, Sri Siswati, Ahmad Hidayat, Aulia Rizky Giovany & Siska Ramadhani

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Al Insyirah – Rifa Yanti, Riska Epina Hayu, Rifa Rahmi & Dilgu Meri

#### Bengkulu

Universitas Dehasen - Jon Hendri Nurdan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Tri Mandiri Sakti - Susilo Wulan & Yandrizal

#### **Jakarta**

& Ika Rahma Ginting

#### Jawa Tengah

Universitas Islam Sultan Agung - Suryani Yulianti

#### **Jawa Timur**

# Nusa Tenggara Barat

Universitas Mataram – Candra Eka Puspitasari

# Nusa Tenggara Timur

Peneliti - Stevie Ardianto Nappoe

### **Kalimantan Timur**

& Rakhmat Bakhtiar

Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur - Hilda

#### Sulawesi Selatan

Universitas Hasanuddin – Rini Anggraeni, Muhammad Yusri, Irwandy & Adelia U.Ady Mangilep

#### Papua

Universitas Cendrawasih - Helen Trijuni Asti, Asriati & Yane Tambing

Gedung Penelitian dan Pengemb Jl. Medika, Senolowo, Sinduadi, K Telp/Fax (hunting) (+62274) 549 email:chpm@ugm.ac.id	Kec. Mlati, Kabupaten Sl	eman, Daerah Istimev	va Yogyakarta 55281