Draft Working Paper Evaluasi 8 Sasaran Peta Jalan JKN dengan Pendekatan Realist Evaluation 2018

Draft : Working Paper

Kajian akademis ini dilakukan berdasar prinsip penggunaan bukti yang bermutu, yang dikelola dan dikomunikasikan dengan baik untuk penyusunan kebijakan di sektor kesehatan yang lebih efektif

Disusun Oleh

Laksono Trisnantoro

Tiara Marthias

Tri Aktariyani

M. Faozi Kurniawan

Relmbuss Biljers Fanda

Utsamani Cintyamena

Afifah Nasyahta Dilla

Puti Aulia Rahma

Eva Tirtabayu Hasri

Candra

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK)

Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan

UGM

Daftar Isi

HALAMAN JUDUL ..... **I**
DAFTAR ISI ..... **III**
DAFTAR GAMBAR ..... **IV**
DAFTAR TABEL ..... **V**
ABSTRAK ..... **VI**
LATAR BELAKANG **1**
TUJUAN PENELITIAN **2**
METODOLOGI PENELITIAN **2**
HASIL EVALUASI **8**
A. TOPIK TATA KELOLA DALAM JKN **8**
1. SASARAN 1; BPJS KESEHATAN BEROPERASI DENGAN BAIK. 8
2. SASARAN 5; SEMUA PERATURAN PELAKSANAAN TELAH DISESUAIKAN SECARA BERKALA UNTUK MENJAMIN KUALITAS LAYANAN YANG MEMADAI DENGAN HARGA KEEKONOMIAN YANG LAYAK. 12
3. SASARAN 8; BPJS DIKELOLA SECARA TERBUKA, EFISIEN, DAN AKUNTABEL. 16
B. TOPIK EQUITY/PEMERATAAN KEADILAN DALAM JKN **20**
1. SASARAN 2: SELURUH PENDUDUK INDONESIA PADA 2019 MENDAPAT JAMINAN KESEHATAN MELALUI BPJS KESEHATAN 20
2. SASARAN 3: PAKET MANFAAT MEDIS DAN NON MEDIS (KELAS PERAWATAN) SUDAH SAMA, TIDAK ADA PERBEDAAN, UNTUK MEWUJUDKAN KEADILAN SOSIAL BAGI SELURUH RAKYAT 25
3. SASARAN 4: JUMLAH DAN SEBARAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN (TERMASUK TENAGA DAN ALAT-ALAT) SUDAH MEMADAI UNTUK MENJAMIN SELURUH PENDUDUK MEMENUHI KEBUTUHAN MEDIS MEREKA. 39
C. TOPIK MUTU PELAYANAN DALAM JKN **46**
1. SASARAN 6; PALING SEDIKIT 85% PESERTA MENYATAKAN PUAS, DALAM LAYANAN DI BPJS MAUPUN DALAM LAYANAN DI FASILITAS KESEHATAN YANG DIKONTRAK BPJS. 46
2. SASARAN 7; PALING SEDIKIT 80% TENAGA DAN FASILITAS KESEHATAN MENYATAKAN PUAS ATAU MENDAPAT PEMBAYARAN YANG LAYAK DARI BPJS. 47
3. KEBIJAKAN KAPITASI BERBASIS PEMENUHAN KOMITMEN PELAYANAN DI FKTP 48
4. KEBIJAKAN TENTANG PENERAPAN KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA 51
5. KEBIJAKAN TENTANG PENCEGAHAN KECURANGAN (FRAUD) DALAM PELAKSANAAN PROGRAM JKN 56
PEMBAHASAN **65**
REKOMENDASI **72**
KESIMPULAN **72**
REFERENSI **74**

Daftar Gambar

GAMBAR. 1. KONFIGURASI CMO DALAM EVALUASI *REALIST* 6
GAMBAR. 2. FRAGMENTASI KOORDINASI ANTARA SISTEM BPJS KESEHATAN DAN SISTEM KEMENTERIAN KESEHATAN..... 17
GAMBAR. 3. CAKUPAN KEPESERTAAN JKN PER SEPTEMBER 2018 21
GAMBAR. 4. CAKUPAN PESERTA JKN 2014-2018 22
GAMBAR. 5. CAKUPAN KEPESERTAAN DI 7 PROVINSI LOKASI PENELITIAN 23
GAMBAR. 6 SEBARAN PELAYANAN JANTUNG DI FKTL..... 28
GAMBAR. 7 RATA-RATA PERTUMBUHAN RUMAH SAKIT BERDASARKAN PROVINSI TAHUN 2012-2018 40
GAMBAR. 8. PERTUMBUHAN RUMAH SAKIT DI INDONESIA BERDASARKAN TIPE KEPEMILIKAN TAHUN 2012-AGUSTUS 2018 41
GAMBAR. 9 PERTUMBUHAN RUMAH SAKIT SWASTA PROFIT DI INDONESIA 42
GAMBAR. 10. DISTRIBUTSI RUMAH SAKIT BERDASARKAN TIPE KELAS 42
GAMBAR. 11. JUMLAH DOKTER DAN DOKTER SPESIALIS SEBELUM DAN SESUDAH IMPLEMENTASI JKN 43
GAMBAR. 12. DISTRIBUSI DOKTER SEBELUM DAN SESUDAH IMPLEMENTASI JKN MENURUT PROVINSI..... 43
GAMBAR. 13. DISTRIBUSI DOKTER SPESIALIS SEBELUM DAN SESUDAH IMPLEMENTASI JKN MENURUT PROVINSI 44
GAMBAR. 14. INDEKS KEPUASASN PESERTA JKN-KIS TAHUN 2014-2017 46
GAMBAR. 15 INDEKS KEPUASAN FASILITAS KESEHATAN TAHUN 2014-2017 47

Daftar Tabel

TABEL 1. DEFINISI OPERASIONAL YANG DIGUNAKAN UNTUK PENELITIAN BERDASARKAN KE-8 TARGET PROGRAM JKN .. 3
TABEL 2. PEMETAAN REGULASI JKN 2013-2018 13
TABEL 3. RATA-RATA CAPAIAN INDEKS KESIAPAN LAYANAN KARDIOVASKULER DI PUSKESMAS 27
TABEL 4. PERSENTASE SEBARAN DATA PESERTA JKN BERDASARKAN PROVINSI ASAL PESERTA JKN DAN SEGMEN PESERTA DALAM DATA SAMPEL BPJS KESEHATAN. 30
TABEL 5. SEBARAN DATA PESERTA JKN YANG MENGAKSES LAYANAN KARDIOVASKULER BPJS KESEHATAN BERDASARKAN ID PESERTA JKN 31
TABEL 6. PERSENTASE KUNJUNGAN PESERTA JKN UNTUK LAYANAN CVD DI FKTP PER SEGMEN DI 10 PROVINSI 33
TABEL 7. PERSENTASE KUNJUNGAN PESERTA JKN UNTUK LAYANAN CVD DI FKTL PER SEGMEN DI 10 PROVINSI..... 34
TABEL 8. PERSENTASE KUNJUNGAN PESERTA JKN UNTUK LAYANAN JANTUNG BERDASARKAN JENIS RUMAH SAKIT 35
TABEL 9. PERSENTASE TOTAL DANA UNTUK PEMBAYARAN KLAIM LAYANAN KARDIOVASKULAR DI FKTL DARI SKEMA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL..... 37
TABEL 10 . RATA-RATA JUMLAH KLAIM LAYANAN CARDIOVASKULER BERDASARKAN PROVINSI DAN SEGMEN KEPESERTAAN 38
TABEL 11. TUGAS TIM KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA..... 51

Evaluasi Delapan Sasaran Peta Jalan Menuju JKN dengan Pendekatan *Realist Evaluation*

Laksono Trisnantoro, Tiara Marthias, Tri Aktariyani, M. Faozi Kurniawan, Relmbuss Biljers Fanda, Utsamani Cintyamena, Puti Aulia Rahma, Eva Tirtabayu Hasri, Candra, Afifah Nasyahta Dilla

Abstrak

Indonesia memulai program asuransi nasional *single-pool* dan terbesar di dunia (JKN) tahun 2014. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah wujud tanggung jawab negara terhadap hak pelayanan kesehatan, dan sebagai upaya untuk mencapai *Universal Health Coverage* seluruh populasi Indonesia pada tahun 2019. Program ini memprioritaskan cakupan bagi populasi miskin dan hampir miskin, serta mencakup populasi non-miskin di seluruh Indonesia. Tujuan program JKN adalah untuk meningkatkan penggunaan layanan kesehatan yang berkualitas dan mengurangi pembayaran *out-of-pocket* di bidang kesehatan. Indonesia adalah negara dengan sistem desentralisasi yang terdiri dari 34 provinsi dan lebih dari 514 kabupaten/kota, dimana daerah-daerah ini memiliki kapasitas sistem kesehatan dan tata kelola pemerintahan yang bervariasi. Analisis terkait bagaimana sebenarnya implementasi program JKN menjadi kebutuhan. Analisis berbasis evaluasi tersebut diharapkan dapat menjelaskan bagaimana pencapaian target-target JKN dalam konteks yang berbeda-beda di setiap daerah Indonesia, baik dalam hal kapasitas maupun tantangan geografis.

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi sejauh mana program JKN telah mencapai target-targetnya dengan fokus pada konteks yang berbeda-beda dan berbagai mekanisme yang mungkin muncul di 7 provinsi Indonesia. Sasaran peta jalan JKN tersebut telah ditetapkan oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) pada 2014-2019. Pendekatan *realist evaluation* digunakan untuk meningkatkan pemahaman tentang faktor apa saja yang mendukung implementasi program JKN dan lebih jauh pendekatan ini dapat mendokumentasikan bagaimana berbagai konteks di Indonesia harus diatasi melalui perubahan kebijakan JKN. Kebijakan yang diharapkan dapat menciptakan hak kesehatan yang adil dan merata di Indonesia.

Pendekatan *realist evaluation* menggunakan data kuantitatif dan kualitatif yang akan memberikan informasi terkait pengukuran input, proses, dan *outcome* dari target-target JKN tersebut. Data kuantitatif dikumpulkan dari sumber sekunder di level nasional, provinsi dan kabupaten/kota. Selanjutnya, penelitian ini juga menggunakan studi kasus layanan kesehatan jantung untuk memvisualisasikan tingkat kesenjangan dalam ketersediaan paket manfaat layanan kesehatan antar provinsi. Logika analisis *realist evaluation* mencakup teori *middle-range*, konfigurasi *context-mechanism-outcome* (CMO) yang didasari berbagai teori yang relevan dengan program JKN. Pendekatan *realist evaluation* memungkinkan penelitian ini untuk tidak hanya mengukur tingkat pencapaian target JKN, tetapi juga untuk mengeksplorasi aspek mana saja dari target-target tersebut yang telah tercapai, dalam konteks apa, dan bagaimana interaksi antar lembaga yang berkontribusi pada mekanisme yang terjadi di berbagai situasi.

Hasil sementara pada 7 provinsi menunjukkan bahwa 8 target JKN belum dapat terpenuhi pada tahun 2018, tentu dengan level pencapaian target yang bervariasi. Delapan target tersebut dalam penelitian dikelompokkan menjadi tiga topik: (1) tata kelola kebijakan JKN; (2) *equity*/kesetaraan yang berkeadilan, serta; (3) mutu pelayanan kesehatan.

Ketidaksesuaian sistem BPJS-Kesehatan yang bersifat sentralistik dengan sistem pemerintahan daerah yang terdesentralisasi telah menimbulkan ketidakharmonisan dalam perencanaan kebijakan dan anggaran. Sifat sentralistik BPJS-Kesehatan di tingkat nasional merupakan konteks terpenting yang telah membatasi munculnya mekanisme yang membatasi aksesibilitas data dan koordinasi lintas sektoral, sehingga mengakibatkan terbatasnya proses pembuatan kebijakan berbasis data serta implementasi program termasuk dalam menangani masalah defisit pendanaan JKN. Konteks kedaerahan juga memiliki peran penting dalam pelaksanaan JKN dan tingkat pencapaian 8 target JKN.

Target-target terkait *equity*/kesetaraan yang berkeadilan belum dapat dicapai. Provinsi yang memiliki kinerja baik seperti DI Yogyakarta dan Jawa Timur memiliki tingkat pencapaian target yang lebih tinggi dibandingkan provinsi dengan sumber daya terbatas seperti di Bengkulu dan Nusa Tenggara Timur. Paket manfaat yang lebih komprehensif tersedia di provinsi dengan *supply side* yang memadai, hal ini ditunjukkan oleh kesenjangan yang bermakna dalam hal indeks kesiapan layanan kesehatan jantung antar provinsi dengan sumber daya cukup dan rendah. Indkes kesiapan layanan kesehatan menyebabkan rasio klaim yang jauh lebih tinggi di provinsi dengan *supply side* yang memadai, yang sebagian besar merupakan kelompok populasi berpenghasilan menengah dan tinggi. Di sisi lain, penelitian ini juga menemukan bahwa belum ada implementasi kebijakan afirmatif untuk mengatasi kesenjangan ini. Perlu diketahui bahwa amanat UU SJSN tentang kebijakan kompensasi telah diprakarsai sejak 10 tahun silam untuk mendukung daerah dengan sumber daya kesehatan yang terbatas, namun sampai saat ini belum ada implementasi nyata. Penelitian ini menemukan bahwa implementasi program JKN masih terbatas pada pembiayaan kesehatan, khususnya pada pengendalian biaya dan belum diperluas ke distribusi sumber daya manusia yang adil dalam hal ketersediaan SDM dan fasilitas kesehatan.

Target-target terkait mutu pelayanan kesehatan belum dapat dicapai secara setara di seluruh lokasi penelitian. Kebijakan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan yang bertujuan untuk memastikan ketersediaan layanan yang berkualitas di level primer sulit dicapai di provinsi-provinsi dengan keterbatasan sumber daya kesehatan, terutama dalam hal SDM kesehatan untuk manajemen layanan kesehatan. Temuan ini menekankan pentingnya konteks kedaerahan dalam kesuksesan program JKN ini. Proses penyusunan kebijakan di level nasional yang tidak melibatkan koordinasi lintas sektor menyebabkan rendahnya tingkat pemahaman pemerintah daerah dan terbatasnya implementasi kebijakan terkait kualitas pelayanan kesehatan, termasuk tim kendali mutu dan kendali biaya (TKMKB). Temuan terkait pengendalian kecurangan (*fraud*) dalam JKN menunjukkan perbaikan di provinsi-provinsi dengan kapasitas manajemen yang baik seperti di Yogyakarta, yang telah mampu menginisiasi penerbitan pedoman teknis terkait manajemen *fraud*. Namun, ketidakjelasan peran supervisi dan otoritas dari level nasional telah menghambat implementasi kebijakan ini di lokasi penelitian.

Target terkait tata kelola, *equity*/kesetaraan yang berkeadilan, dan mutu layanan kesehatan belum dapat tercapai di akhir tahun 2018. Implementasi kebijakan JKN yang bervariasi antar provinsi terutama disebabkan adanya konteks kedaerahan yang memunculkan mekanisme berbeda-beda dalam pencapaian target-target JKN. Pendekatan *realist evaluation* mampu menjelaskan lebih jauh narasi yang memunculkan variasi dalam implementasi JKN di level sub-nasional.

Keywords: Jaminan Kesehatan Nasional/JKN, Peta Jalan Menuju JKN, Indonesia, *realist evaluation*

Latar Belakang

Pelaksanaan kebijakan JKN merupakan amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badang Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Pelaksanaan JKN dimulai pada bulan Januari 2014 dan bertujuan untuk meningkatkan akses yang merata ke layanan kesehatan yang bermutu untuk seluruh penduduk Indonesia. Pelaksanaan Kebijakan JKN memasuki usia ke-5 pada tahun 2018. PKMK FKKMK UGM beserta 9 mitra universitas melakukan penelitian atau pengumpulan bukti-bukti ilmiah sebagai dasar evaluasi kebijakan JKN di 10 provinsi.

Pencapaian kebijakan jaminan kesehatan telah tertuang di dalam Peta Jalan Menuju JKN 2014-2019 dan dirinci dalam 8 sasaran yaitu 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).

Topik Tata Kelola meninjau apakah prinsip *good governance* telah digunakan dalam pelaksanaan JKN selama 5 tahun sesuai ketentuan. Penggunaan prinsip ini terkait pembuatan keputusan dalam pelaksanaan JKN antara peran pemerintah dan pasar, peran Kementerian Kesehatan dan kementerian terkait lainnya, peran berbagai aktor terkait JKN, dan terlaksananya prinsip reformasi kesehatan dalam JKN (Siddiqi *et al.* 2009). Teori *good governance* dalam sistem kesehatan menekankan pada tindakan dan norma-norma yang dapat digunakan oleh berbagai pihak untuk mengelola sistem kesehatan yang terkait dengan pelaksanaan JKN di 5 tahun terakhir ini.

Sasaran penelitian dalam topik *Equity*/Pemerataan yang berkeadilan adalah untuk merefleksikan apakah kebijakan JKN dapat mencapai tujuan UU SJSN dan UU BPJS terkait isu-isu keadilan sosial yang terjadi di Indonesia. Selama 5 tahun pelaksanaan JKN,isu-isu kesetaraan *(equity)* masih menjadi masalah. Prinsip kesetaraan secara umum menyatakan bahwa layanan kesehatan harus memenuhi kebutuhan kesehatan individu, terlepas dari status sosial dan ekonomi. Konteks Indonesia sebagai negara yang sangat luas dan merupakan negara kepulauan, pemerataan geografis menjadi hal yang sangat menantang. Konteks layanan kesehatan menjadikan jaminan kesehatan penentu keadilan dalam distribusi layanan kesehatan yang berkualitas.

Topik Mutu Pelayanan mengacu pada tujuan UU SJSN untuk memberikan akses ke pelayanan kesehatan yang bertaraf. Standar mutu pelayanan untuk 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*).

Berdasarkan pembagian tersebut, tiga topik evaluasi ini mengacu pada tujuan-tujuan yang ditetapkan oleh UU SJSN dan UU BPJS yang menjadi dasar kebijakan JKN. Pembahasan pencapaian tujuan kebijakan JKN dapat digunakan sebagai bahan untuk penyusunan analisis kebijakan oleh berbagai pihak. Hasil evaluasi kebijakan ini dapat menginisiasi tinjauan lebih mendalam dan menyeluruh atau revisi UU SJSN dan UU BPJS.

Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian evaluasi ini adalah untuk menunjukkan tingkat pencapaian pelaksanaan JKN berdasarkan sasaran yang telah dituangkan dalam Peta Jalan Menuju JKN 2014-2019 di berbagai provinsi. Terdapat 3 tujuan khusus yang disusun sesuai dengan pengelompokan topik evaluasi JKN:

Topik Tata Kelola menilai capaian *good governance* dalam pelaksanaan JKN yang dinilai dari aksesibilitas terhadap data BPJS Kesehatan oleh pemerintah daerah dan koordinasi pembentukan peraturan pelaksanaan terkait pelayanan kesehatan di era JKN.

Topik Equity/Pemerataan yang Berkeadilan menilai capaian cakupan kepesertaan JKN, pemerataan SDM dan fasilitas kesehatan, serta kesetaraan paket manfaat dengan menggunakan studi kasus paket manfaat pelayanan kesehatan jantung.

Topik Mutu Pelayanan menilai pencapaian pelaksanaan kebijakan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan, kendali mutu dan kendali biaya, serta kebijakan pencegahan *fraud* di daerah.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan *realist evaluation*. Prinsip utama dari pendekatan *realist evaluation* adalah bahwa program bekerja dengan cara yang berbeda-beda tergantung pada konteks dimana program tersebut diimplementasikan. Prinsip selanjutnya dari *realist evaluation* adalah tidak merepresentatif *sampling* tetapi merepresentatif *mechanism* (realitas) dan menekankan pada *Ontological Depth,* sehingga metode ini diterima untuk program-program yang bersifat sosial, termasuk JKN. Program JKN dijalankan oleh berbagai *stakeholders* dan keberhasilan program ini tidak terlepas dari dinamika hubungan antar *stakeholders*.

Sejumlah kebijakan dan definisi operasional digunakan untuk setiap target JKN yang dievaluasi untuk memperjelas batasan penelitian ini. Berikut ini adalah definisi operasional dari masing-masing sasaran.

Tabel 1. Definisi Operasional yang Digunakan untuk Penelitian Berdasarkan Ke-8 Target Program JKN

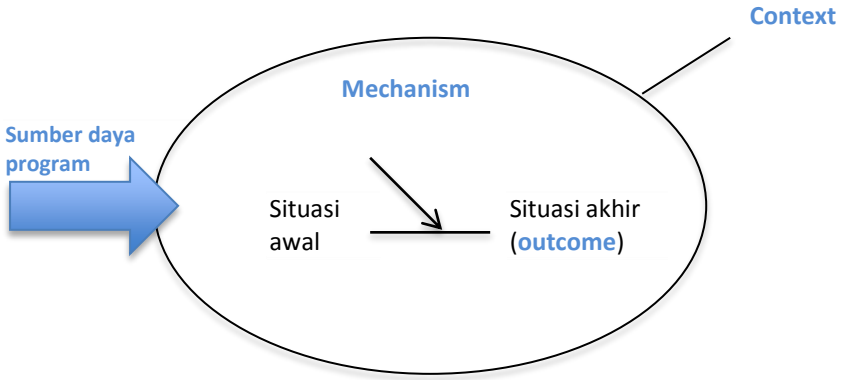
Sasaran Pokok Roadmap JKN	Definisi Operasional
Topik Tata Kelola	
Sasaran 1 BPJS Kesehatan beroperasional dengan baik	Pemerintah Daerah Provinsi dan atau Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dapat mengakses data keuangan yang dimiliki oleh BPJS Kesehatan. Data keuangan yang dimaksud yaitu: - Data iuran Peserta 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.
Sasaran 5 Semua peraturan pelaksana telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin kualitas layanan yang memadai dengan harga keekonomian yang layak	**DO** : telah terjadi harmonisasi Peraturan pelaksana (Perpres/Permenkes/Per BPJS Kesehatan) yang mewujudkan pelayanan kesehatan memadai dan harga keekonomian yang layak. Dianalisis melalui *indepth interview* pembahasan mengenai implementasi dari peraturan pelaksana terkait pelayanan kesehatan tersebut, peraturannya: - Perpres 12 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan - Peraturan Menkes RI No 28/2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN - Implementasi peraturan INA-CBGs di RS - Implementasi peraturan Permenkes/Per BPJS terkait kapitasi di Puskesmas/FKTP dan Dinas Kesehatan Prop/Kab/Kota - Implementasi Per BPJS Kesehatan mengenai klaim di RS - Implementasi Per BPJS Kesehatan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan seperti : Rujukan Online, Kegawatdaruratan dan pembatasan layanan.
Sasaran 8 BPJS dikelola secara terbuka, efisien, dan akuntabel	**DO** : Data yang digunakan dalam proses perencanaan program kesehatan dan peningkatan cakupan di daerah dengan batasan: - Data kepesertaan *"by name by address"* - Data penyakit
Topik *Equity*/Pemerataan yang Berkeadilan	
Sasaran 2. Seluruh penduduk Indonesia (yang pada 2019 diperkirakan sekitar 257,5 juta jiwa) mendapat jaminan kesehatan melalui BPJS Kesehatan	**DO** : Cakupan kepesertaan BPJS Kesehatan yang mencapai target total coverage (95%) dengan adanya peningkatan capaian di setiap segmen melalui beberapa kegiatan berikut ini: - Upaya percepatan peserta segmen PBI melalui integrasi jamkesda, *updating* data masyarakat tidak mampu, perencanaan anggaran perluasan peserta PBID - Penegakan regulasi di tingkat Provinsi/ Kabupaten/ Kota bagi pemberi kerja agar menjamin kesehatan pekerja (dan anggota keluarganya) - Sosialisasi untuk menjaring peserta mandiri - Kemudahan akses pendaftaran bagi pekerja bukan penerima

	upah (peserta mandiri)
Sasaran 3. Paket manfaat medis dan non medis (kelas perawatan) sudah sama, tidak ada perbedaan, untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat	**DO:** 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: - Tersedianya layanan deteksi dini penyakit jantung (penyakit tidak menular secara umum) di FKTP - Layanan cath lab di RS Rujukan di masing-masing region - Tersedia dokter SpJP yang memadai dan tersebar secara merata pada masing-masing region (ditandai dengan rasio dokter SpJP) - Adanya dana kompensasi bagi daerah yang tidak memiliki layanan cathlab di Provinsi.
Sasaran 4. Jumlah dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk tenaga dan alat-alat) sudah memadai untuk menjamin seluruh penduduk memenuhi kebutuhan medis mereka	**DO :** Rasio fasilitas kesehatan (FKTP, FKRTL) dan tenaga kesehatan (dokter umum, spesialis, dll) dibanding populasi sesuai target standar yang telah ditentukan, dan 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
Topik Mutu Pelayanan	
Sasaran 6 **Sasaran 7**	- 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 di level FKTP** - **DO** : Pemerintah daerah dapat mencapai target pemenuhan komitmen pelayanan pada zona aman. - Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penerapan **Kendali Mutu dan Kendali Biaya** - **DO :** tim koordinasi dan tim teknis melakukan semua tugasnya sesuai Permenkes nomor 8 tahun 2016 - Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 tentang **Pencegahan Kecurangan** (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program JKN - **DO :** Tim pencegahan kecurangan JKN di tingkat Dinas Kesehatan, maupun Fasilitas Kesehatan dapat menjalankan tugas pencegahan kecurangan JKN sesuai amanat PMK No. 36/ 2015

Topik Tata Kelola dan Equity/Pemerataan yang Berkeadilan menggunakan definisi operasional yang dihubungkan dengan sasaran-sasaran yang termasuk di dalam kedua topik

tersebut. Topik Mutu Pelayanan, selain melihat hasil penilaian terhadap Sasaran 6 dan 7 juga menilai tiga kebijakan/program yang dihubungkan dengan mutu pelayanan kesehatan di era JKN, yaitu: (1) Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan di FKTP; (2) Kendali Mutu dan Kendali Biaya di era JKN, serta; (3) Pencegahan Kecurangan (*fraud*) di FKTL.

Gambar. 1. Konfigurasi CMO dalam Evaluasi *Realist*



Gambar 1 menunjukkan konfigurasi *context-mechanism-outcome* (CMO) yang digunakan dalam pendekatan realist. Konfigurasi CMO ini bertujuan untuk memaparkan bahwa setiap program atau kebijakan memiliki suatu tujuan tertentu yang akan dicapai di akhir implementasi kebijakan/program tersebut (*outcome*) dan berdasarkan teori program/logika program, dibutuhkan sumber daya (*input*) untuk mencapai *outcome* tersebut. Perlu digarisbawahi bahwa setiap program akan selalu dipengaruhi oleh konteks dimana program tersebut diimplementasikan, dan semua program, termasuk JKN, tentunya berjalan di dalam berbagai situasi atau *context* yang dapat mempengaruhi bagaimana *input* program JKN tersebut bisa menciptakan proses perubahan (*mechanism*) yang kemudian menentukan tercapai atau tidaknya *output* yang diinginkan, tergantung apakah konteks yang ada mengizinkan munculnya mekanisme yang diinginkan atau tidak.

Langkah awal untuk pendekatan *realist evaluation* adalah mengembangkan asumsi yang mendasari logika program atau teori *middle-range* yang akan diuji dalam evaluasi ini. Untuk keperluan evaluasi ini, asumsi dasar dalam hal ini adalah pelaksanaan berbagai aspek program JKN. Asumsi dasar ini dituangkan dalam bentuk konfigurasi *context-mechanisme-outcome* (C-M-O). Pendekatan *realist evaluation* dipilih karena memberikan kesempatan untuk menelaah secara lebih mendalam keberhasilan/ketidakberhasilan 8 sasaran peta jalan JKN di beberapa provinsi/kabupaten/kota melalui konfigurasi *context-mechanisme-outcome* (C-M-O). Konfigurasi CMO ini dikembangkan melalui teori murni dari topik tata kelola, topik *equity*/kesetaraan, dan topik mutu yang merupakan refleksi dari 8 sasaran peta jalan JKN dan bagaimana implementasi ketiga topik tersebut dalam realitas.

Context ditentukan berdasarkan situasi atau kondisi dimana 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, respon 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.

Untuk menguji dan menganalisis konfigurasi CMO yang telah dikembangkan sebagai dasar asumsi atau hipotesis, penelitian ini menggunakan berbagai sumber data primer dan sekunder, termasuk data kuantitatif dan kualitatif serta mengangkat studi kasus untuk memberikan visualisasi implementasi JKN di lapangan. Data sekunder yang dimaksud

berupa data peserta JKN dari BPJS Kesehatan dan DJSN, data klaim dari BPJS Kesehatan, data rumah sakit dan SDM kesehatan dari Kementerian Kesehatan, dan data layanan jantung dari Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia serta sumber data lain sebagai suplemen. Data kuantitatif lainnya berasal dari data survei fasilitas kesehatan dari World Bank. Data kualitatif yaitu hasil wawancara mendalam terhadap *stakeholder* di daerah seperti OPD Kesehatan, Keuangan Daerah, Badan Perencanaan Daerah, dan fasilitas kesehatan.

Selanjutnya, konfigurasi CMO awal serta hasil analisis data kuantitatif dan kualitatif digunakan untuk menyempurnakan teori program, yaitu berfokus pada penjelasan cara proses mekanisme program atau kebijakan yang memberikan dampak yang diharapkan maupun yang tidak diharapkan. Teori program yang baru disajikan dalam alternatif *Middle-Range Theory*.

Hasil Evaluasi

JKN diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang merupakan badan hukum publik sesuai UU SJSN. BPJS Kesehatan telah banyak melakukan pencapaian di usianya yang ke-5, namun pada realitasnya masih banyak kendala pelayanan kesehatan yang belum tertangani. Permasalahan JKN diuraikan dengan menyoroti 8 sasaran di dalam Peta Jalan Menuju JKN Tahun 2014-2019. Delapan sasaran ini dikategorikan ke dalam 3 topik utama:

A. Tata Kelola
B. *Equity*/Pemerataan yang Berkeadilan
C. Mutu Pelayanan

A. Topik Tata Kelola dalam JKN

Topik *Tata Kelola* memuat hasil evaluasi untuk sasaran JKN sebagai berikut:

1. ***Sasaran 1***; BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik.
2. ***Sasaran 5***; Semua peraturan pelaksanaan telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin kualitas layanan yang memadai dengan harga keekonomian yang layak.
3. ***Sasaran 8***; BPJS dikelola secara terbuka, efisien, dan akuntabel.

1. Sasaran 1; BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik.

Definisi Operasional: Pemerintah Daerah Provinsi dan atau Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dapat mengakses data keuangan yang dimiliki oleh BPJS Kesehatan. Data keuangan yang dimaksud yaitu 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.

Middle-range theory (MRT) yang digunakan untuk menganalisis temuan terkait Sasaran 1 didasari teori Governenance 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 kebijakan yang diambil pemerintah ataupun evaluasi terhadap kebijakan tersebut. Untuk itu publik atau warga negara memerlukan sejumlah informasi yang berkaitan dengan proses dan substansi kebijakan. Penelitian ini mengartikan **partisipasi dalam pembuatan kebijakan** sebagai tersedianya informasi bagi publik dan juga instansi-instansi yang relevan dengan kebijakan yang sedang disusun atau diimplementasikan. Ketersediaan informasi dinilai merupakan langkah awal yang penting agar ada partisipasi aktif dalam penyusunan dan implementasi berbagai kebijakan, termasuk evaluasi pelaksanaan sebuah kebijakan.

Adaptasi teori ini juga relevan dengan proses pengambilan kebijakan JKN, dimana publik yang bisa diartikan sebagai masyarakat dan juga *stakeholder* lainnya, perlu terlibat aktif dalam perumusan, implementasi, dan evaluasi kebijakan-kebijakan JKN, dan dengan merujuk ke definisi operasional yang digunakan dalam evaluasi Sasaran 1, akses informasi yang dimaksud adalah terkait data keuangan yang dimiliki BPJS Kesehatan.

Berdasarkan pengembangan teori di atas, MRT yang digunakan untuk evaluasi JKN ini dapat dihipotesiskan konfigurasi CMO sebagai berikut:

> Ketersediaan dan keterbukaan data terkait implementasi kebijakan (***context***) akan memberikan kesempatan untuk meningkatkan peran

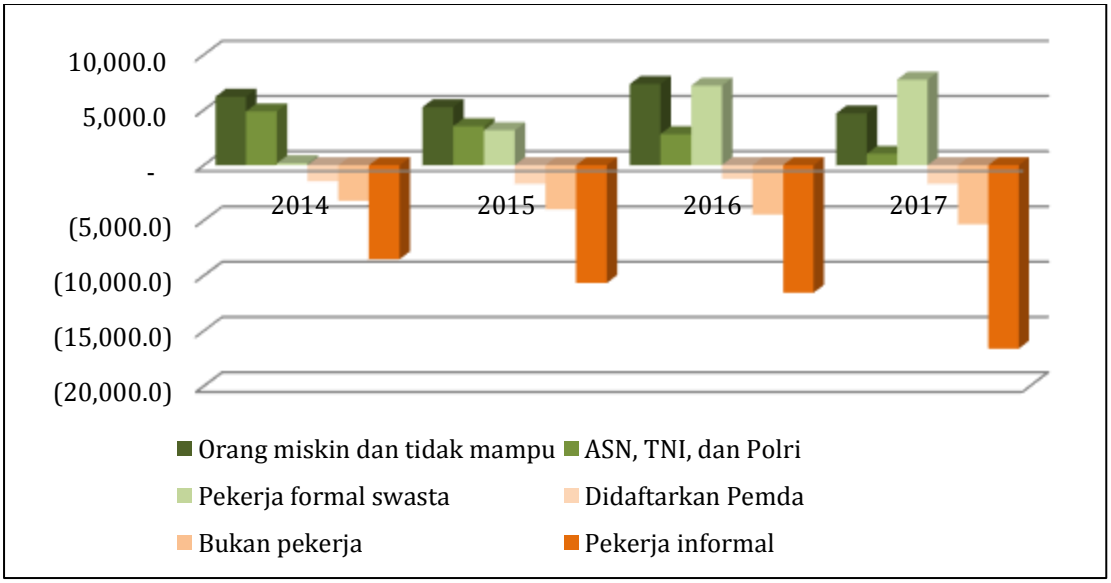
serta publik dan stakeholder yang berkepentingan karena terbentuk jembatan kolaborasi untuk pembelajaran, diskusi, dan analisis bersama tentang evaluasi implementasi suatu kebijakan atau program (***mechanism***) sehingga, pengambilan keputusan atau kebijakan dilakukan berdasarkan data komprehensif dan terkoordinasi dengan baik (***outcome***).

CMO lebih rinci terkait akses terhadap data keuangan dan hubungannya dengan isu defisit pendanaan JKN dapat didefinisikan sebagai berikut:

> Pengelolaan data keuangan JKN secara terbuka digunakan untuk kepentingan publik (Kementerian, Pemda dan Institusi lainnya) dan BPJS Kesehatan termasuk data iuran atau pembiayaan JKN per daerah ***(context)*** menginisiasi OPD atau pemerintah daerah membuat perencanaan dan penganggaran Kab/Kota yang lebih terkoordinasi dan data komprehensif (***mechanism***), sehingga implementasi kebijakan yang telah terkoordinasi tersebut menciptakan peran aktif pemerintah daerah untuk membantu menurunkan angka defisit ***(Outcome).***

Sebagai gambaran permasalahan defisit, BPJS Kesehatan selama 5 tahun penyelenggaraan mengalami defisit setiap tahunnya (Pribakti B, 2018). Jumlah defisit tersebut setiap tahunnya mengalami peningkatan. Defisit untuk tahun 2014 hingga 2016 tercatat, yaitu, 2,8 triliun, 5,85 triliun dan 9 triliun. Defisit BPJS Kesehatan diperkirakan mencapai Rp 10,93 triliun untuk tahun 2018. Penyebab defisit BPJS Kesehatan yaitu nilai aktuaria yang masih rendah, *mis-match* dan *fraud* dan 54% premi dari peserta PBPU menunggak iuran (*moral hazard* peserta) yang merupakan golongan terbanyak pemanfaat jaminan kesehatan. Defisit yang terjadi terus menerus menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan belum beroperasi dengan baik.

Gambar 1. Iuran Peserta JKN per Jenis Kepesertaan 2014-2017



Sumber: Kementerian Keuangan, BPJS Kesehatan, 2018

Gambar di atas memperlihatkan bahwa pengumpulan iuran negatif terbesar berasal dari pekerja informal (PBPU) (BPJS Kesehatan, 2018). Selain PBPU, menurut Wakil Menteri Keuangan (Mardiasmo, dikutip. IDN Times, 2018) masih banyak pemerintah daerah yang menunggak iuran BPJS Kesehatan. Penelitian menemukan bahwa pemerintah Provinsi Jawa Tengah masih memiliki tunggakan biaya peserta PBI APBD II untuk 2 bulan terakhir. Provinsi Sulawesi Selatan, data terkait peserta yang tidak aktif pada segmen non PBI sebesar 23,3% dan khusus untuk PBPU sebesar 48,3%. Provinsi Sumatera Utara, Nusa Tenggara Timur, Jawa Timur, Daerah Istimewa Yogayakarta, dan Bengkulu data terkait tunggakan belum dapat diakses oleh Pemerintah Daerah meskipun telah melakukan pertemuan koordinasi bulanan atau tiga bulanan dengan BPJS Kesehatan.

Temuan di daerah menunjukkan bahwa salah satu penyebab utama terjadinya tunggakan dari pemerintah daerah adalah karena pemerintah daerah belum mendapat akses ke data terkait tunggakan dan data iuran dari BPJS Kesehatan. Hal ini terlepas dari tingkat inisiatif ataupun kapasitas manajemen sumber daya di daerah, misalnya di Provinsi DI Yogyakarta, Jawa Timur, dan Jawa Tengah yang telah mengupayakan pertemuan koordinasi dengan BPJS Kesehatan agar terjadi komunikasi dan akses ke data kepesertaan yang lebih lengkap, tetap mengalami kesulitan dalam mengakses data tersebut. Kondisi tersebut terjadi di daerah yang memiliki keterbatasan kapasitas manajemen JKN seperti di Nusa Tenggara Timur dan Sulawesi Selatan. Pemerintah provinsi dapat dikatakan merata mengalami kesulitan dalam melakukan evaluasi dan monitoring tunggakan pada peserta JKN di daerah masing-masing.

Berdasarkan temuan di atas, tampak bahwa ***context*** yang paling berperan dalam tata kelola pendanaan JKN adalah ketidakterbukaan data dari BPJS Kesehatan. Konteks kedaerahan, di lain pihak, tidak berperan penting dalam hal mengatasi tunggakan ini karena baik daerah maju maupun kurang maju, tetap mengalami kendala dalam mengakses data iuran BPJS Kesehatan.

Kesenjangan lain dari sisi sistem tata kelola yang turut berkontribusi dalam permasalahan defisit pendanaan adalah sifat sentralistik baik dalam hal pengurusan data maupun pengumpulan/pengelolaan iuran**.** Regulasi yang mendasari BPJS Kesehatan mengharuskan pengumpulan dana dalam sistem *single pool* semua wilayah di Indonesia dalam satu kantung rekening BPJS Kesehatan Pusat dengan besaran premi yang sama, sedangkan kemampuan fiskal setiap daerah memiliki perbedaan. Hal ini mengakibatkan adanya penunggakan iuran**.** Besaran kontribusi pemerintah untuk premi PBI belum memenuhi nilai aktuaria yang dibutuhkan, sehinggan BPJS Kesehatan diprediksi akan terus mengalami defisit dalam 5 tahun pelaksanaannya. Penelitian ini mempertimbangkan berbagai faktor yang telah disebutkan diatas, termasuk kesenjangan sistem tata kelola antar BPJS-Kesehatan yang sentralistik dan pemerintah daerah yang desentralistik serta keterbatasan akses data yang menyebabkan keterbatasan menganalisis lebih jauh tentang sumber permasalahan defisit ini.

Berdasarkan temuan di atas, CMO alternatif yang disusun sesuai dengan temuan di daerah penelitian adalah sebagai berikut:

> Keterbatasan akses pemerintah daerah ke data iuran, data kapitas, data tunggakan (***context***) membatasi pemahaman pemerintah daerah tentang kebutuhan biaya dan kebijakan yang perlu disediakan di wilayahnya (***mechanism***), sehingga tidak terjadi kontribusi daerah yang mencukupi untuk membantu menurunkan angka defisit ataupun

program-program yang perlu diselaraskan dengan BPJS Kesehatan (***outcome yang tidak dikehendaki***).

Konfigurasi CMO di atas memvisualisasikan bahwa telah terjadi *outcome* yang tidak dikehendaki karena *context* yang ditemukan telah menyebabkan mekanisme yang menghalangi tercapainya target atau sasaran JKN.

2. Sasaran 5; Semua peraturan pelaksanaan telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin kualitas layanan yang memadai dengan harga keekonomian yang layak.

Definisi Operasional : telah terjadi harmonisasi peraturan pelaksana penyelenggaraan JKN dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang memadai dan harga keekonomian yang layak sesuai peraturan UU SJSN, UU BPJS, UU Kesehatan, Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 dan segala perubahannya tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, Per BPJS Kesehatan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan seperti: Rujukan Online, kegawatdaruratan dan pembatasan layanan dan sebagainya.

Middle-range theory (MRT) yang digunakan untuk menganalisis temuan terkait Sasaran 5 bertujuan untuk menjelaskan bahwa maksud dari pengharmonisasian atau penyesuaian peraturan perundang-undangan adalah sebagai upaya untuk menyelaraskan, menyesuaikan, memantapkan dan membulatkan konsepsi suatu rancangan peraturan perundang-undangan dengan peraturan perundang-undangan lain, baik yang lebih tinggi, sederajat, maupun yang lebih rendah, dan hal-hal lain selain peraturan perundang-undangan, sehingga tersusun secara sistematis, tidak saling bertentangan atau tumpang tindih *(overlaping)*, hal ini merupakan konsekuensi dari adanya hierarki peraturan perundang-undangan (Setyadi, 2009).

Ada enam faktor yang menyebabkan disharmoni, antara lain: a. Pembentukannya dilakukan oleh lembaga yang berbeda dan sering dalam kurun waktu yang berbeda; b. Pejabat yang berwenang untuk membentuk peraturan perundang-undangan bergantiganti baik karena dibatasi oleh masa jabatan, alih tugas atau penggantian; c. Pendekatan sektoral dalam pembentukan peraturan perundang-undangan lebih kuat dibanding pendekatan sistem; d. **Lemahnya koordinasi dalam proses pembentukan peraturan perundang-undangan yang melibatkan berbagai instansi dan disiplin hukum**; e. Akses masyarakat untuk berpartisipasi dalam proses pembentukan peraturan perundang-undangan masih terbatas; dan f. Belum mantapnya cara dan metode yang pasti, baku dan standar yang mengikat semua lembaga yang berwenang membuat peraturan perundang-undangan (Mahendra, 2010).

Berdasarkan pengembangan teori di atas dan batasan operasional yang digunakan dalam penelitian ini, MRT yang digunakan untuk Sasaran 5 dihipotesiskan sebagai berikut:

> Harmonisasi suatu peraturan atau kebijakan ***(context).*** Membawa konsekuensi adanya koordinasi yang harus tercipta antara para pemangku kepentingan dan pengambil keputusan baik tingkat pusat maupun tingkat daerah ***(mechanism)*** sehingga membawa implikasi kebijakan atau peraturan tersusun secara sistematis dan tidak saling bertentangan atau tumpang tindih ***(outcome).***
>
> Di daerah dengan inovasi pelayanan publik terbaik seperti DI Yogyakarta, Jawa Tengah, dan Jawa Timur ***(context)***, SDM atau ASN daerah tersebut dapat merumuskan kebijakan yang adaptif terkait penyelenggaraan JKN dengan program atau kebijakan yang dibentuk sebelumnya sesuai kebutuhan dan nilai sosial di daerahnya termasuk mengenai kapitasi, rujukan online dan kebijakan program lainnya ***(mechanism)***, sehingga tercipta koordinasi yang selaras antara BPJS Kesehatan dengan stakeholder terkait penyelenggaraa JKN (pusat-daerah) dalam perumusan kebijakan

pelayanan kesehatan yang memadai dan sesuai keekonomian yang layak seperti kapitasi ***(outcome)*.**

Kapitasi adalah kebijakan yang dibentuk melalui koordinasi Kementerian Kesehatan. Ditinjau dari partisipasi dan pemahaman sumber daya manusia mengenai kebijakan atau regulasi (*rule of law*) terdapat adaptasi yang sama**.** Pemerintah daerah tidak mengalami kesulitan dalam melaksanakan aturan kapitasi ini karena konsep kebijakan tersebut telah melalui koordinasi antar lembaga. Partisipasi seluruh aktor kebijakan kesehatan dapat mempermudah jalan implementasi kebijakan tersebut sehingga Implementasi peraturan pelaksana terkait kapitasi telah mencapai tujuannya yaitu mendorong penyediaan layanan dasar kesehatan di daerah.

Pembentukan kebijakan atau peraturan BPJS Kesehatan tentang pelayanan kesehatan yang tidak melibatkan stakeholders (studi kasus: rujukan online dan Perdirjampelkes mengenai katarak, persalinan dan rehabilitasi medik)**.** Menyebabkan sulitnya implementasi kebijakan kebijakan tersebut dan menghambat kebijakan atau program yang telah berjalan sebelumnya**.** Daerah yang memiliki program pelayanan kesehatan sesuai nilai sosial di wilayahnya terkena dampak dalam penyelenggaraannya seperti DI Yogyakarta dan Bengkulu yang telah memiliki peraturan terkait kebijakan sistem rujukan berbasis kompetensi.

Tabel 2. Pemetaan Regulasi JKN 2013-2018

PRODUK HUKUM	2013	2014	2015	2016	2017	2018
UU	2	-	-	-	-	-
PP	9	-	1	-	-	-
INPRES	-	-	-	-	-	1
PERPRES	7	1	-	2	-	1
PERMENKES	2	6	2	2	3	2
KEPMENKES	2	-	-	-	-	-
SE MENKES	-	2	-	-	-	-
PERMENSOS	-	-	-	1	-	-
KEPMENSOS	-	1	-	-	-	-
PERMENKEU	1	-	-	-	-	-
SE MENDAGRI	1	-	-	-	-	-
PER BPJS KESEHATAN	-	3	5	3	3	1
SEB/PEB	-	2	-	1	-	-

Sumber: peraturan.go.id, diolah PKMK, 2018

Tata kelola BPJS Kesehatan yang belum baik juga tercermin pada beberapa regulasi pelaksanaan JKN yang masih tumpang tindih. Tabel 2 menggambarkan bahwa regulasi yang dikeluarkan oleh Pemerintah dan BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara JKN jumlahnya cukup banyak dan pada peraturan tersebut masih terjadi permasalahan hukum (kewenangan). Koordinasi penyusunan regulasi dan wewenang lembaga menjadi problematika. Pada tahun 2018, BPJS Kesehatan mengimplementasikan (1) Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan Nomor 2 Tahun 2018 Tentang Penjaminan Pelayanan Katarak Dalam Program Jaminan Kesehatan, (2) Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan Nomor 3 Tahun 2018 Tentang Penjaminan Pelayanan Persalinan Dengan Bayi Lahir Sehat, dan (3) Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan Nomor 5 Tahun 2018 Tentang Penjaminan Pelayanan Rehabilitasi Medik.

Ketiga peraturan tersebut dibentuk untuk memastikan peserta program JKN-KIS memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang bermutu, efektif dan efisien dengan tetap memperhatikan keberlangsungan Program JKN-KIS. Namun, ketiga peraturan tersebut dibatalkan oleh MA, karena BPJS Kesehatan tidak memiliki dasar hukum untuk menerapkan peraturan tersebut. Perdirjampelkes dinilai bertentangan dengan sejumlah peraturan antara lain Pasal 24 Ayat (3) UU SJSN, Pasal 2 UU BPJS dan pasal 5 Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan. Selain itu, *beleid* (kebijakan) yang digugat dianggap bertentangan dengan Pasal 2, Pasal 3, dan Pasal 20 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan yang telah diubah beberapa kali dan terakhir diganti dengan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

BPJS Kesehatan menguji coba Sistem Rujukan Online untuk efisiensi JKN pada 2018, namun mekanisme Rujukan Online tersebut mendapat protes dari beberapa daerah. Rujukan online mungkin dapat mewujudkan efisiensi atau kendali biaya pelayanan kesehatan, namun tidak menihilkan kendali mutu yang merupakan unsur penting JKN (Sulistyawati, 2018). Uji coba rujukan online tersebut bertentangan dengan Pasal 11 Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 59 Tahun 2012 Tentang Pedoman Pelaksanaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan dan Rujukan online diindikasi menurunkan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

> *"Pengiriman rujukan harus diutamakan ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat sesuai jenjang rujukan" (Dinkes-Kulon Progo)*

Pembentukan kebijakan dan peraturan yang dibentuk oleh BPJS Kesehatan selama 5 tahun operasionalnya, menunjukkan bahwa masih terjadi inkonsistensi pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan JKN. Berbagai peraturan dilakukan tidak dengan *Grand design* yang digagas dengan kajian mendalam dan menyeluruh. Hal ini karena pembentukan kebijakan JKN belum menciptakan koordinasi yang sinergis antar *stakeholders* terkait. JKN dengan sistem asuransi sosial adalah sistem jaminan yang kompleks dan melibatkan banyak pihak (lintas sektor). Sampai kini masih terjadi *fragmented* dalam hubungan kelembagaan JKN yang bersifat horizontal antara BPJS Kesehatan, DJSN dan Kementerian Kesehatan (bertanggung jawab kepada Presiden). Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan Jaminan Kesehatan Nasional tahun 2017 menyatakan bahwa BPJS Kesehatan telah mendapatkan predikat 85,83 dengan predikat baik untuk pengelolaan BPJS Kesehatan sesuai dengan prinsip tata kelola (BPJS Kesehatan, 2018)

Hasil pengambilan data di 7 Provinsi terkait sasaran-5 menunjukkan bahwa implementasi peraturan pelaksana terkait pelayanan kesehatan seperti tarif INA CBG-s dan kapitasi menunjukkan hasil yang bervariasi. Kebijakan kapitasi di Jawa Timur masih terkendala terkait dana sisa kapitasi yang mengendap menjadi silva. Dana kapitasi di Provinsi DI Yogyakarta, Jawa Tengah, Sumatera Utara, dan Sulawesi Selatan terserap dengan baik, karena puskesmas pada provinsi-provinsi tersebut telah memiliki manajemen BLUD. Sedangkan, di Provinsi Bengkulu dan NTT masih menjadi kendala karena minim puskesmas yang BLUD, namun mampu mengelola dana kapitasi tersebut secara optimal, sebab realisasi belanja tinggi sehingga diupaya menggunakan dana kapitasi secara maksimal. Pemangku kepentingan fasilitas tingkat pertama berharap BPJS Kesehatan memiliki konsepsi yang jelas atas kebijakan kapitasi dalam periode waktu yang tidak singkat. Sehingga, stakeholders mampu memetakan program untuk peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyrakat.

Permasalahan terjadi secara koheren pada uji coba rujukan online akhir September 2018. Keluhan tidak hanya berasal dari peserta JKN, tetapi Dinas Kesehatan seperti DI Yogyakarta dan Bengkulu yang menyesalkan terjadinya pertentangan terhadap peraturan gubernur terkait rujukan yang sudah dibentuk sebelum uji coba rujukan online (Pasal 11 Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 59 Tahun 2012 Tentang Pedoman Pelaksanaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan dan Peraturan Gubernur Provinsi Bengkulu Nomor 30 Tahun 2015, Tentang Pedoman Pelaksanaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan) . Uji coba rujukan online di Provinsi Sumatera Utara, Sulawesi Selatan dan NTT belum tepat dilaksanakan karena belum ada sosialisasi, kondisi geografis yang masih sulit akses dan kemampuan jaringan internet yang masih terbatas. Uji coba rujukan online yang tanpa koordinasi dengan pemerintah atau stakeholder terkait menyebabkan menurunnya mutu pelayanan kesehatan yang dicita-citakan. Namun, uji coba rujukan online berjalan di Provinsi Jawa Timur dan Jawa Tengah yang memiliki jaringan internet dan sumber daya yang memadai.

Perbedaan implementasi di 7 Provinsi adalah dampak dari Pasal 5 UU SJSN yang menurut *judicial review* MK pada 2005 dengan hasil putusan menyatakan bahwa Pasal 5 ayat (2), (3), dan (4) UU SJSN tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat karena bertentangan dengan bertentangan dengan Pasal 1 ayat (3), Pasal 18, Pasal 18A, Pasal 28D ayat (1) dan ayat (3), Pasal 28I ayat (2), dan Pasal 33 ayat (4) dan ayat (5) UUD 1945. Namun, penyelenggaraan JKN selama 5 tahun tidak memperhatikan putusan MK tersebut.

Berdasarkan temuan di atas, CMO alternatif yang disusun sesuai dengan temuan di daerah penelitian adalah sebagai berikut:

> Kebijakan BPJS Kesehatan atas rujukan online atau peraturan lain yang dibentuk berganti-ganti mengikat fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengannya ***(context),*** fasilitas kesehaan tidak memiliki posisi tawar yang seimbang, namun berusaha menyesuaikan diri dengan kebijakan yang dibentuk. Pelaksanaan pelayanan kesehatan menjadi tidak memiliki kepastian ***(mechanism).*** Akibat dari ini timbul potensi *abuse of power* pada peran BPJS Kesehatan yang mengeliminasi perlindungan hak-hak sebagian masyarakat dan pelayanan kesehatan menjadi tidak memiliki kepastian ***(outcome).***

Konfigurasi CMO alternatif di atas dapat memvisualisasikan bahwa pembentukan kebijakan dalam penyelenggaraan JKN masih memiliki keterbatasan koordinasi atapun pelibatan stakeholder terkait. Hal ini menyebabkan berbagai kebijakan JKN belum dibahas secara mendalam dan menyeluruh dalam pembentukannya.

3. Sasaran 8; BPJS dikelola secara terbuka, efisien, dan akuntabel.

Definisi operasional: adanya keterbukaan data kepesertaan *by name by address* dan data tersebut dapat digunakan dalam proses perencanaan program kesehatan dan peningkatan cakupan kepesertaan JKN. Dasar tujuan dan asas keterbukaan informasi adalah 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 (IRDI dan USAID, 2009 : 7).

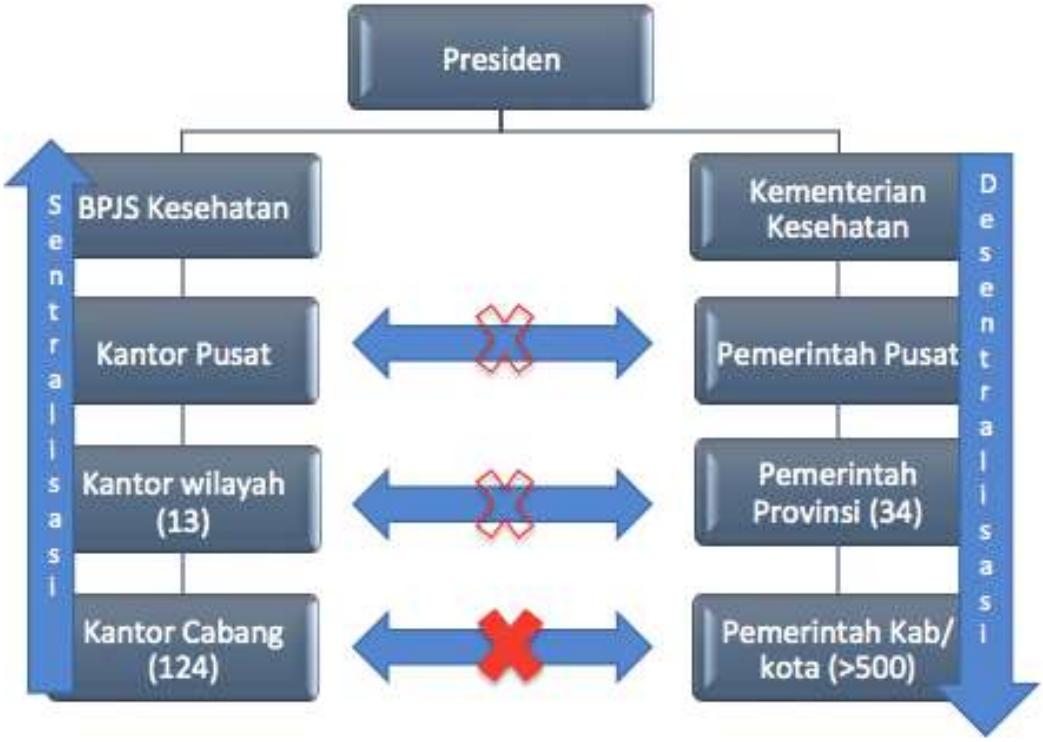
Middle-range theory (MRT) yang digunakan untuk menganalisis temuan terkait Sasaran 8 sama dengan teori tata kelola terkait keterbukaan akses data seperti yang digunakan untuk evaluasi Sasaran 1(Siddiqi *et al.*, 2009). Teori ini menyatakan bahwa tata kelola yang baik harus memiliki beberapa prinsip, diantaranya partisipasi publik, aturan hukum, terbuka, bertanggungjawab, orientasi consensus, efektif dan efisien, pemerataan, terpercaya dan visi strategis. Keterbukaan informasi dibutuhkan dalam tata kelola sistem kesehatan yang baik kebijakan tepat dengan aturan yang jelas dapat mendorong sistem kesehatan untuk memiliki visi jangka panjang. Apabila diterapkan kedalam sistem kebijakan JKN, BPJS kesehatan yang telah beroperasi selama lima tahun harusnya sudah mendapatkan dukungan dari pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Program JKN memiliki visi jangka panjang yang baik, maka sistem kesehatan yang telah ada harusnya dapat meningkatkan integrasi dan mengurangi fragmentasi serta dapat meningkat partisipasi semua pemangku kepentingan dalam merancang kebijakan (Mikkelsen-Lopez *et al.*, 2011). Untuk mendukung visi tersebut, pemerintah Indonesia telah menerapkan instruksi presiden dan peraturan presiden tentang sistem keterbukaan data JKN.

Berdasarkan pengembangan teori diatas dan definisi operasional yang digunakan untuk Sasaran 8, MRT yang digunakan adalah sebagai berikut:

> Pengelolaan data JKN secara terbuka digunakan untuk kepentingan publik (Kementerian, Pemda dan Institusi lainnya) dan BPJS Kesehatan termasuk data *by name by address* ***(context).*** OPD dapat menganalisa secara komprehensif perencanaan dan penganggaran kebijakan kesehatan Kab/Kota ***(mechanism).*** Perencanaan dan penganggaran tepat sasaran dan konsisten ***(outcome).***

Penelitian ini menunjukkan bahwa sistem informasi data *by name by address* belum dapat diakses oleh pemerintah daerah. Hasil wawancara dan telaah regulasi menunjukkan bahwa sifat sentralistik dan tertutup dari BPJS Kesehatan berlaku nasional, dan tidak sejalan dengan sifat kementerian kesehatan yang desentralistik (context). Sifat dan ketentuan regulasi (rule of law) tersebut mempengaruhi keterbukaan infomasi BPJS Kesehatan cabang. Hasil temuan lebih lanjut menyebutkan bahwa pemerintah daerah merasa bahwa proses permintaan tersebut harus difasilitasi oleh BPJS Cabang sebagai wakil daerah. Namun, BPJS kesehatan cabang merasa tidak memiliki kewajiban dalam proses pemberian data dan informasi, serta menganjurkan untuk melakukan permintaan data ke BPJS Kesehatan Pusat. Kondisi ini dirasakan kurang menguntungkan OPD (mechanism). Akibatnya, proses perencanaan kesehatan dan program peningkatan cakupan pemerintah daerah belum menggunakan data dari BPJS Kesehatan (outcome yang tidak dinginkan).

Gambar. 2. Fragmentasi Koordinasi Antara Sistem BPJS Kesehatan dan Sistem Kementerian Kesehatan



Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada konteks dan mechanism yang berbeda namun memiliki outcome yang sama pada level kab/kota. Kota Semarang memiliki perjanjian kerjasama sehingga data PBI APBD Kota Semarang dapat dimiliki oleh Pemerintah daerah, namun Pemerintah daerah semarang tidak mengetahui jumlah PBI yang masuk dalam skema pembiayan nasional (PBI APBD) tersebut. Berikut adalah penjelasan *mechanism* berdasarkan kuotasi yang tertangkap dari penelitian ini:

> *"… Apabila kami berencana untuk melakukan verifikasi data terpadu kemiskinan yang sudah terdaftar dalam sistem BPJS Kesehatan…. Kami melakukan verifikasi dengan cara mengirimkan data PBI APBD 3000, dan akan diberikan feedback misalnya 500 masuk kedalam skema pembiyaan daerah, 2500 tidak (sudah masuk kedalam skema pembiayaan nasional). Jadi kami mengirimkan lagi calon PBI APBD 2500 sebagai gantinya. Nanti dilakukan verifikasi lagi oleh BPJS Kesehatan… Memang benar terjadi dua kali kerja."*
> ***(Staf Dinas Kesehatan Kota Semarang)***

Konfigurasi CMO yang terjadi adalah sifat BPJS Kesehatan tetap sentralistik, namun komitmen pemerintah daerah cukup kuat untuk mendukung keberhasilan JKN**.** Komitmen yang cukup kuat tersebut dibuktikan melalui pembentukan perjanjian kerja sama dan antara BPJS Kesehatan dan OPD mendorong adanya keterbukaan data. Namun karena perjanjian

tersebut belum dijelaskan secara rinci sejauh mana keterbukaan data, OPD daerah belum dapat mengakses secara mudah data kepesertaan PBI *by name by address***.** Akibatnya data tersebut belum secara optimal digunakan dalam proses peningkatan cakupan kepersertaan daerah.

Hasil temuan lainnya tentang banyak pertemuan koordinasi antara BPJS Cabang dan OPD kabupaten/kota belum berhubungan dengan kesediaan BPJS Kesehatan memberikan akses data kepersertaan. BPJS Kesehatan telah menyelenggarakan pertemuan koordinasi tentang pelayanan primer sebanyak 1.154 pada tahun 2017 di seluruh Indonesia. Pertemuan koordinasi tersebut bertujuan untuk menyampaikan hasil evalausi pemanfaat layanan primer dan mempererat kerjasama dengan pemangku kepentingan terkait. Pemangku kepentingan yang disasar adalah (OPD Kesehatan, OPD Sosial, Asosiasi Profesi dan Organisasi Profesi). Jumlah pertemuan yang telah ditarget untuk melakukan meningkatan sinergi belum dapat mendorong adanya penggunaan data by name by address untuk perencanaan peningkatan cakupan. Berikut, hasil data kualitatif tentang permintaan data kepersertaan by name by address sebagai berikut:

> *"Kami memerlukan data by name by address sehingga kami dapat melakukan pemetaan cakupan (peserta JKN) di tiap kecamatan. Kami menanyakan data tersebut kepada dinas kesehatan, karena mereka sudah memilikinya. Namun dinas kesehatan tidak memiliki data tersebut dari BPJS Kesehatan. Akhirnya program yang sudah kami rencanakan terpaksa tidak dijalankan".* ***(Staff Bappeda Kulon Progo)***

Hasil data kualitatif yang dikumpul mengenai pelaporan BPJS Kesehatan tentang data kepersertaan mengalami variasi. Pemerintah Provinsi Bengkulu melaporkan bahwa mereka mendapatkan laporan BPJS kesehatan tentang peserta JKN yang belum melengkapi Nomor induk kependudukan, namun data yang dilaporkan tetap dalam bentuk presentasi belum secara rinci. Pemerintah Provinsi Sumatera Utara belum memiliki akses terhadap data kepesertaan tersebut baik di tingkat provinsi maupun daerah. Berikut adalah pengalaman dinas kesehatan dalam meminta data pada BPJS Cabang:

> *"Kami pernah melakukan permintaan data kepada BPJS kesehatan cabang dan hasilnya kami tidak mendapatkan data tersebut. Alasan yang diberikan karena belum ada kewajiban dari BPJS Kesehatan. Meskipun hubungan dinas kesehatan dan BPJS kesehatan sudah dekat, dinas kesehatan sebagai penanggung jawab wilayah tetap tidak mendapatkan data kepersertaan tersebut"* ***(Staf Dinas Kesehatan Kota Medan)***

Pengalaman dinas kesehatan tersebut aktor kebijakan dalam permintaan data ke BPJS kesehatan akan dijelaskan lebih lanjut sebagai berikut:

> *"Pada tahun 2017, kami melakukan permintaan peserta PBI by name by address, data tersebut tidak disediakan. Akhirnya walikota kami yang melakukan permintaan data tersebut, namun hasilnya sama. BPJS Kesehatan Cabang memberikan alasan bahwa kami harus melakukan permintaan data ke BPJS Pusat"* ***(Staf Dinas Kesehatan Kota Kupang)***

Provinsi NTT yang memiliki banyak keterbatasan baik dalam hal penganggaran dana iuran PBI maupun fasilitas kesehatan yang terbatas, transparansi data *by name by address* sangat dibutuhkan, contohnya kota kupang yang memiliki dana terbatas, dinas kesehatan dan dinas sosial meminta data PBI yang sudah terverifikasi dalam data BPJS Kesehatan karena dinas kesehatan memiliki data penduduk miskin terakhir pada tahun 2008. Namun, data tersebut tidak didapatkan dan berikut adalah jalan keluar yang terjadi:

> *"Kami telah meminta data PBI yang tercatat dari BPJS kesehatan, namun tidak diberikan, akhirnya kami kirimkan daftar orang miskin yang kami punya dan mereka melakukan verifikasi mana yang ada pada sistem mereka (BPJS Kesehatan) dan mana yang belum. Yah mereka melakukannya dan memerlukan waktu"* ***(Staf Dinas Sosial di Kota Kupang)***

Berdasarkan temuan di atas, CMO alternatif yang disusun sesuai dengan temuan di daerah penelitian adalah sebagai berikut:

> Data penyelenggaran JKN dari BPJS Kesehatan bersifat sentralistik dan tertutup akses untuk pemerintah daerah (***context***). BPJS Kesehatan Cabang tidak memiliki kewenangan untuk mengeluarkan data yang diperlukan oleh Pemerintah Daerah (***mechanism***). Data JKN dari BPJS Kesehatan belum digunakan dalam perencanaan dan penganggaran program kesehatan dan peningkatan cakupan daerah (***outcome***).

B. Topik Equity/Pemerataan Keadilan dalam JKN

Topik *equity*/pemerataan yang berkeadilan memuat hasil evaluasi untuk sasaran JKN sebagai berikut:

1. ***Sasaran 2***; Seluruh penduduk Indonesia pada 2019 (diperkirakan sekitar 257,5 juta jiwa) mendapat jaminan kesehatan melalui BPJS Kesehatan.
2. ***Sasaran 3***; Paket manfaat medis dan non medis (kelas perawatan) sudah sama, tidak ada perbedaan, untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat.
3. ***Sasaran 4***; Jumlah dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk tenaga dan alat-alat) sudah memadai untuk menjamin seluruh penduduk memenuhi kebutuhan medis mereka.

1. Sasaran 2: Seluruh penduduk Indonesia pada 2019 mendapat jaminan kesehatan melalui BPJS Kesehatan

Definisi operasional: Cakupan kepesertaan BPJS Kesehatan yang mencapai target total coverage (95%) dengan adanya peningkatan capaian di setiap segmen melalui beberapa kegiatan berikut ini:

- Upaya percepatan peserta segmen PBI melalui integrasi Jamkesda, *updating data* masyarakat tidak mampu, perencanaan anggaran perluasan peserta PBID
- Penegakan regulasi di tingkat Provinsi/ Kabupaten/ Kota bagi pemberi kerja agar menjamin kesehatan pekerja (dan anggota keluarganya)
- Sosialisasi untuk menjaring peserta mandiri
- Kemudahan akses pendaftaran bagi pekerja bukan penerima upah (peserta mandiri)

Middle-range theory (MRT) yang digunakan untuk menganalisis temuan terkait Sasaran 2 dikembangkan berdasarkan *expected utility theory* dari John Nyman (Nyman 2003). Teori ini 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.

Berdasarkan pengembangan teori di atas, MRT yang digunakan untuk evaluasi JKN ini dapat dihipotesiskan sebagai berikut:

> Pada masyarakat yang mampu membayar premi (***context***), program JKN dirasakan dapat membawa *benefit* bagi pesertanya dimana *benefit* berpotensi untuk melindungi peserta asuransi dari pengeluaran layanan kesehatan yang mahal (***mechanism***), sehingga masyarakat bersedia membayar premi bulanan untuk mendapatkan potensi utilisasi layanan kesehatan di masa depan (***outcome***).

Selain itu, program teori yang muncul untuk menjelaskan konfigurasi dalam total coverage, penelitian ini juga menyusun MRT berupa:

> Pada daerah yang pemerintahnya responsif dalam mensukseskan program JKN (***context***), muncul kebijakan dan peraturan lintas sektoral yang dapat

meningkatkan cakupan kepesertaan masing-masing segmen (***mechanism***), sehingga target cakupan UHC tercapai pada tahun 2019 (***outcome***).

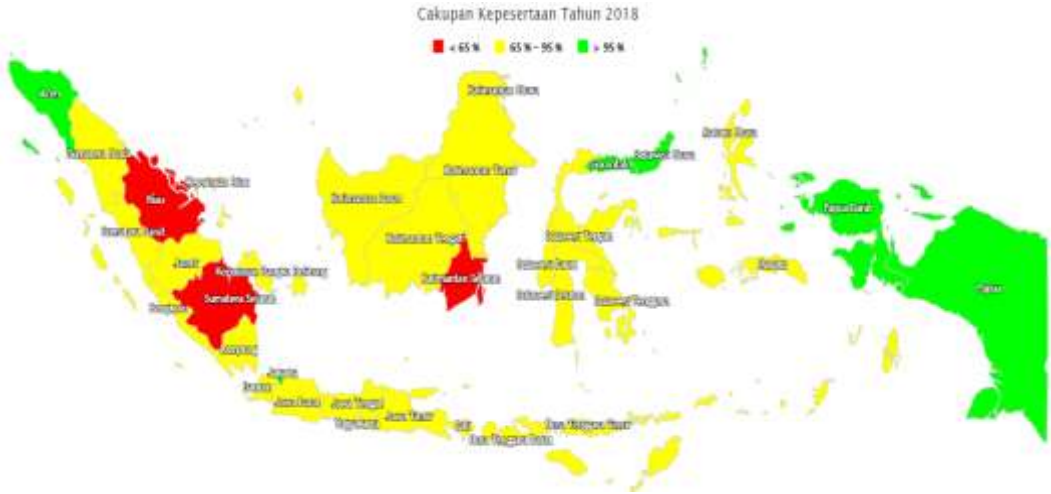
Selanjutnya, analisis data kuantitatif dan kualitatif digunakan untuk menguji teori program tersebut. Sub-tema yang digali dari Sasaran ke-2 peta jalan adalah 1) total cakupan kepesertaan, dan 2) cakupan per segmen kepesertaan, termasuk kerjasama lintas sektor dalam meng-*cover* segmen PBI, dan peningkatan kepesertaan segmen non-PBI. Hasil analisis data kuantitatif dan kualitatif adalah sebagai berikut:

1. Total Kepesertaan BPJS Kesehatan

Berdasarkan data sekunder dari DJSN untuk kepesertaan JKN dalam Gambar 1, cakupan kepesertaan JKN mengalami peningkatan yang cukup signifikan dari 2014 hingga 2018. Dalam peta jalan JKN, ditargetkan *universal coverage* jaminan kesehatan untuk seluruh penduduk Indonesia dapat tercapai di akhir tahun 2019 yang diproyeksikan berjumlah 257,5 juta jiwa. 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.

Selain itu, hingga Agustus 2018, hanya enam provinsi dari total 34 provinsi di Indonesia yang telah mencapai total coverage yaitu Aceh, DKI Jakarta, Gorontalo, Sulawesi Utara, Papua, dan Papua Barat. Untuk sebagian besar daerah lain di Indonesia, cakupan kepesertaan berkisar antara 60-95%, termasuk sejumlah provinsi yang menjadi lokasi penelitian riset evaluasi JKN ini, yaitu Provinsi Sumatera Utara 71,3%, Provinsi Bengkulu mencapai 74,66%, Provinsi Jawa Tengah 76.8%, Provinsi Jawa Timur 67,12%, dan Provinsi DI Yogyakarta 86.53%. Cakupan kepesertaan wilayah Indonesia bagian timur seperti di Provinsi Nusa Tenggara Timur 78,7% dan Provinsi Sulawesi Selatan mencapai 92%. Hasil di atas menunjukkan bahwa tahun 2019 Indonesia akan sulit mencapai target coverage 90%, meskipun beberapa provinsi telah mencapai kepesertaan 90% atau 100% cakupan.

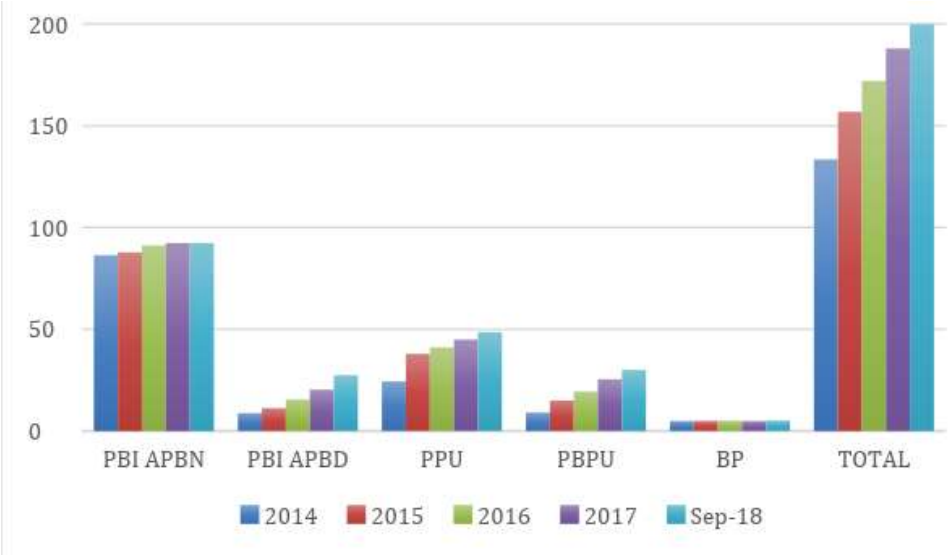
Gambar. 3. Cakupan Kepesertaan JKN per September 2018



a. Cakupan per Segmen Kepesertaan (PBI dan non-PBI)

Pertumbuhan kepesertaan berdasarkan jenis segmen peserta juga menunjukkan hasil yang menarik. Cakupan Kepesertaan JKN Tahun 2014-2018 dalam Gambar 2 tampak bahwa PBI APBN masih merupakan komposisi terbesar dibandingkan segmen lainnya. Pertumbuhan kepesertaan antara 2014-2018 lebih didominasi oleh peningkatan PPU dan sebagian oleh PBPU. Sementara itu, peserta Bukan Pekerja (BP) tidak mengalami peningkatan yang signifikan.

Gambar. 4. Cakupan Peserta JKN 2014-2018



Sumber: Dewan Jaminan Sosial Nasional, 2018

Hingga September 2018, data kuantitatif yang lebih detail baru didapatkan untuk 7 provinsi dari total 10 provinsi yang menjadi lokasi penelitian. Sejalan dengan temuan di level nasional dan berdasarkan hipotesis atau CMO yang telah disebutkan di atas, hasil temuan di lokasi penelitian juga mengimplikasikan bahwa dalam konteks kepesertaan sukarela, baik untuk mereka yang mampu apalagi kurang mampu, terdapat kesulitan dalam mencapai *target coverage*. Hal ini terlihat dari data yang menunjukkan bahwa Penerima Bantuan Iuran Pusat (PBI-P) memiliki komposisi terbesar pada capaian kepesertaan JKN secara nasional. Apabila utility-theory diterapkan, maka peserta PBI-P yang otomatis terdaftar di dalam kepesertaan JKN, tidak memiliki risiko pengeluaran biaya untuk premi dan tetap akan mendapatkan manfaat (*utility*) dari kepesertaan JKN. Kepesertaan PBI tidak relevan untuk didasari prinsip *utilitarianism*, karena kepesertaan PBI dijamin langsung oleh negara dan pesertanya tidak harus menentukan pilihan apakah keikutsertaan dalam program asuransi akan membawa manfaat (*utility*) bagi mereka tidak.

Temuan yang cukup kontras ada di konteks kepesertaan sukarela, dimana Pekerja Penerima Upah (PPU) dan Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) memiliki cakupan kepesertaan lebih rendah dibandingkan PBI-P, walaupun meningkat secara gradual antara 2014-2018. Selanjutnya, segmen peserta Bukan Pekerja (BP) memiliki

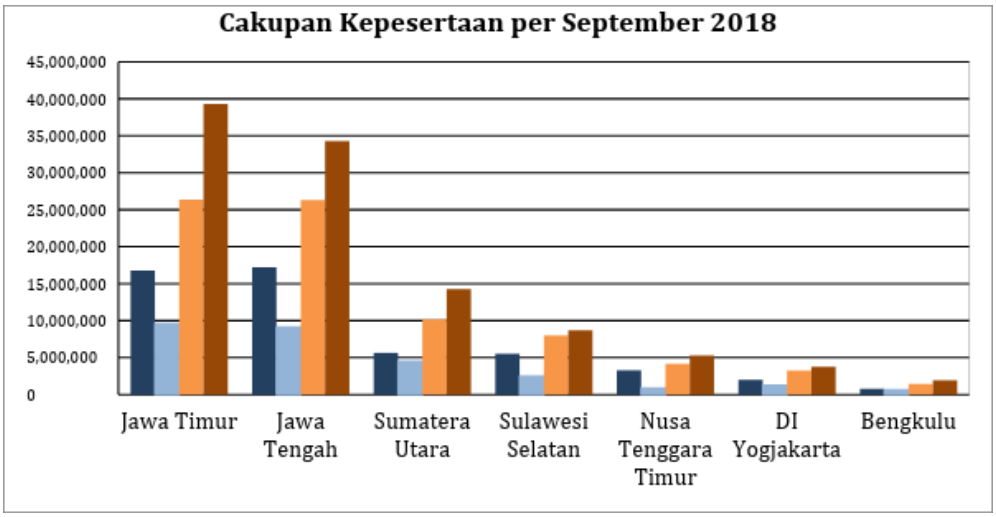
capaian kepesertaan terendah dan tidak menunjukkan adanya peningkatan cakupan. Hal ini mendukung asumsi bahwa bagi masyarakat dengan kekuatan ekonomi yang lemah (karena peserta Bukan Pekerja juga meliputi penerima pensiun, veteran, dan perintis kemerdekaan) tidak memiliki persepsi bahwa kepesertaan asuransi akan memberi manfaat (*utility*) dan juga memiliki kekuatan finansial yang terbatas untuk membayar premi JKN. Sehingga, untuk segmen peserta sukarela dan terutama bagi masyarakat dengan kekuatan ekonomi yang terbatas, *target coverage* JKN akan sulit tercapai di tahun 2019.

Hasil ini juga didukung triangulasi analisis data kualitatif yang dilakukan kepada stakeholder di daerah

> *"....kalau non PBI itu gak ada. Hanya berfokus ke PBI. Ngapain sibuk-sibuk, gak ada untungnya"*

Gambar berikut adalah data kepesertaan BPJS Kesehatan di 7 provinsi dari total 10 provinsi yang menjadi lokasi penelitian (Jawa Timur, Jawa Tengah, Sumatera Utara, DI Yogyakarta, NTT, Bengkulu dan Sulawesi Selatan).

Gambar. 5. Cakupan Kepesertaan di 7 Provinsi Lokasi Penelitian



Sumber: Dewan Jaminan Sosial Nasional, 2018

Berdasarkan hasil analisis data kuantitatif dan kualitatif, serta untuk serta untuk memperjelas konfigurasi yang digunakan sebagai dasar penelitian ini, evaluasi ini juga menyusun MRT alternatif. MRT alternatif ini didasari oleh pertimbangan bahwa program JKN diimplementasikan pula dalam konteks yang berbeda dan berpotensi memunculkan mekanisme yang berbeda pula. Sehingga, *outcome* yang dituju oleh program mungkin tidak dapat tercapai. Pada sub-tema total cakupan kepesertaan, teori program yang muncul adalah sebagai berikut:

> Pada provinsi yang memiliki pemerintah yang responsif serta sebelumnya telah memiliki program kebijakan jaminan kesehatan yang meng-cover seluruh penduduk tanpa membedakan segmen (***context***), maka timbul kemudahan dan persetujuan dalam mengintegrasi program Jamkesta/Jamkesda ke BPJS Kesehatan

(***mechanism***), sehingga terjadi peningkatan total UHC dan target kepesertaan tercapai di tahun 2019 (***outcome yang dikehendaki***).

Selain itu, MRT alternatif untuk sub-tema cakupan kepesertaan per segmen dijelaskan sebagai berikut:

Pada masyarakat kelas sosial menengah ke bawah (**context**), pendaftaran JKN yang diwajibkan bagi seluruh anggota keluarga yang berada di dalam satu Kartu Keluarga (***program/kebijakan***) maka peserta akan merasa berat untuk membayar premi seluruh anggota keluarga pengeluaran untuk pembayaran premi dirasakan jauh lebih besar daripada potensi *benefit* yang dapat dirasakan pada saat sakit nantinya (dalam bentuk pelayanan kesehatan) (***mechanism***), sehingga walaupun jumlah peserta meningkat (karena wajib mendaftarkan seluruh anggota keluarga) dapat terjadi tunggakan premi pada segmen peserta PBPU (***outcome yang tidak dikehendaki***).

2. 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:

- Tersedianya layanan deteksi dini penyakit jantung (penyakit tidak menular secara umum) di FKTP
- Layanan cath lab di RS Rujukan di masing-masing region
- Tersedia dokter SpJP yang memadai dan tersebar secara merata pada masing-masing region (ditandai dengan rasio dokter SpJP)
- Rasio kunjungan peserta JKN di Provinsi tersampel.

Adanya dana kompensasi bagi daerah yang tidak memiliki layanan cathlab di Provinsi.

Middle-range theory (MRT) yang digunakan untuk menganalisis temuan terkait Sasaran 3 dikembangkan berdasarkan *access theory* dari publikasi seminal 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*). 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*). Untuk riset evaluasi JKN ini, batasan operasional untuk akses dijabarkan sebagai ketersediaan (*availability*) paket manfaat layanan kesehatan yang dapat diakses oleh seluruh segmen peserta BPJS Kesehatan. Jenis layanan kesehatan yang diangkat sebagai studi kasus dalam penelitian ini adalah ***paket manfaat layanan jantung***, yang meliputi layanan rawat jalan maupun rawat inap. Sehingga, untuk Sasaran 3 ini, ketersediaan layanan perawatan penyakit jantung akan dilihat dari sumber daya kesehatan termasuk manusia dan peralatan spesifik yang mendukung terlaksananya layanan perawatan penyakit jantung. Untuk Sasaran 3 ini, penelitian ini juga melihat ***kebijakan dana kompensasi*** karena berhubungan erat dengan peningkatan akses ke layanan kesehatan untuk daerah-daerah yang sumber dayanya terbatas.

Berdasarkan pengembangan teori di atas dan batasan operasional yang digunakan dalam penelitian ini, MRT yang digunakan untuk Sasaran 3 ini dapat dihipotesiskan sebagai berikut:

> Pada daerah yang memiliki sumber daya kesehatan yang cukup, dokter spesialis jantung dan fasilitas seperti *catheter lab* tersedia bagi peserta BPJS Kesehatan (***context***), program JKN dirasakan dapat diakses secara mudah dan ter-*cover* dengan baik melalui kepesertaan BPJS (***mechanism***), sehingga tersedia paket manfaat untuk layanan jantung dengan standar yang baik di daerah tersebut (***outcome***).

Selanjutnya, untuk mencakup kebijakan dana kompensasi, penelitian ini juga menyusun MRT berupa:

> Pada daerah yang tidak memiliki ketersediaan layanan penyakit jantung (***context***), terdapat dana kompensasi yang memfasilitasi daerah untuk meningkatkan akses ke layanan melalui mekanisme bantuan rujukan, atau pengadaan SDM kesehatan dan juga fasilitas untuk layanan jantung (***mechanism***), sehingga tersedia paket manfaat untuk layanan jantung dengan standar yang baik di daerah tersebut (***outcome***).

Selanjutnya, untuk memperjelas konfigurasi yang digunakan sebagai dasar penelitian ini, evaluasi ini juga menyusun MRT alternatif. MRT alternatif ini didasari oleh pertimbangan bahwa program dana kompensasi belum dijalankan, sehingga *outcome* yang dituju oleh program ini tidak dapat tercapai. MRT alternative ini dijelaskan sebagai berikut:

> Pada daerah yang tidak memiliki ketersediaan layanan penyakit jantung dan tidak adanya program tambahan seperti dana kompensasi (***context***), masyarakat tidak memiliki akses yang terjangkau ke layanan perawatan jantung atau terdapat segmen masyarakat yang kemudian harus mengeluarkan dana transportasi *out-of-pocket* untuk dapat mengakses layanan jantung di daerah lain (***mechanism***), sehingga layanan spesialisasi jantung tidak dapat diakses atau menambah biaya finansial bagi pasien jantung untuk berobat (***outcome***).

Evaluasi kesetaraan paket manfaat untuk layanan kardiovaskuler di FKTP menunjukkan indikasi tidak meratanya *supply side*. Dari survey sebelumnya, ditemukan bahwa 97,01% Puskesmas telah memberikan layanan penyakit tidak menular yang ketersediaan layanannya cukup merata (World Bank, 2016). Namun, berdasarkan *General Cardiovascular Service Readiness Index,* tidak semua Puskesmas yang menyediakan layanan penyakit tidak menular memiliki kesiapan untuk melayani penyakit kardiovaskular. Hal ini ditunjukkan dari data *General Cardiovascular Service Readiness Index* Indonesia sebesar 0,00 artinya tidak ada Puskesmas di Indonesia yang dapat dinyatakan siap melayani penyakit kardiovaskuler ditinjau dari sisi ketersediaan pedoman dan pelatihan, peralatan, maupun obat-obatan. Selanjutnya, indeks ini pun bervariasi antar daerah. Tabel 3 menunjukkan bahwa Nusa Tenggara, Sulawesi dan Papua merupakan daerah yang memiliki indeks terendah (0,00) dibandingkan dengan daerah lain di Indonesia. Jika dibandingkan atar komponen, ketidaksiapan pelayanan penyakit kardiovaskular paling besar adalah pada ketersediaan obat dan komoditas (19,0%), serta disusul ketidaksiapan dalam pedoman dan pelatihan (31%). Kondisi ini juga menunjukkan bahwa terjadi ketimpangan kesiapan pelayanan kardiovaskuler jika dilihat dari wilayah perkotaan dan pedesaan. Walaupun tidak memiliki angka kesiapan yang menonjol, wilayah perkotaan cenderung memiliki lebih banyak Puskesmas yang siap melayani penyakit kardiovaskuler (8%) dibandingkan dengan wilayah pedesaan (2%). Berdasarkan analisis juga dapat disimpulkan bahwa lebih banyak Puskesmas BLUD yang siap melayani penyakit kardiovaskuler dibandingkan dengan Non-BLUD. Demikian halnya dengan Puskesmas rawat jalan yang memiliki proporsi kesiapan lebih banyak dibandingkan Puskesmas rawat inap.

Tabel 3. Rata-Rata Capaian Indeks Kesiapan Layanan Kardiovaskuler di Puskesmas

KATEGORI	PEDOMAN DAN PELATIHAN			PERALATAN					OBAT DAN KOMODITAS							CARDIOVASCULAR SERVICE SUPPLY SIDE
	pedoman (%)	**pelatihan staf (%)**	**readiness index (%)**	**stethoscope (%)**	**Sypmomamo-meter (%)**	**timbangan dewasa (%)**	**oksigen (%)**	**readiness index (%)**	**ACE inhibitor (%)**	**Hydroclo-rothiazide (%)**	**Beta blocker (%)**	**Calcium Channel Blocker (%)**	**Aspirin cap/tabs (%)**	**Metformin cap/tabs (%)**	**Readiness index (%)**	**Readiness index (%)**
SUMATRA	58.9	69.3	40.5	85.9	95.0	94.1	95.8	58.1	97.1	78.3	26.4	85.5	32.3	72.4	11.9	4.6
JAWA	53.0	59.8	27.2	92.2	94.5	98.3	91.0	69.5	94.5	86.7	46.0	81.5	43.2	86.8	15.8	4.7
BALI NUSA TENGGARA	71.0	53.0	48.0	71.0	87.5	100.0	100.0	53.5	100.0	69.5	18.0	100.0	64.0	100.0	5.5	0.0
KALIMANTAN	60.0	67.3	37.0	96.3	98.0	100.0	96.3	85.7	100.0	91.0	52.3	95.7	57.3	94.3	21.0	7.0
SULAWESI	43.0	86.0	43.0	86.0	100.0	100.0	100.0	86.0	100.0	86.0	14.0	100.0	43.0	100.0	14.0	0.0
MALUKU PAPUA	0.0	7.0	0.0	50.0	50.0	50.0	50.0	27.0	50.0	28.5	14.5	35.5	21.5	43.0	0.0	0.0
NASIONAL	50.0	64.0	31.0	88.0	97.0	95.0	96.0	64.0	98.0	81.0	46.0	90.0	44.0	88.0	19.0	5.0

Sumber: World Bank, 2016

Ketersediaan layanan kateterisasi jantung (*Catheterization Laboratory* atau Cath Lab) di rumah sakit rujukan nasional, rumah sakit rujukan provinsi, dan rumah sakit rujukan regional yang telah ditetapkan oleh pemerintah bervariasi antar provinsi Indonesia. Berdasarkan Gambar 5, hampir seluruh provinsi di pulau Jawa telah memiliki cath lab, dokter spesialis jantung-paru (SpJP) dan dokter spesialis bedah toraks dan kardiovaskular (BKTV) yang terdistribusi cukup merata. Berbeda dengan provinsi Maluku, Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat yang belum memiliki Cath Lab dan dokter SpJP di RS Rujukan Regional-nya. Data tersebut mengindikasikan pada provinsi-provinsi yang tidak tersedia layanan Cath Lab, masyarakat belum dapat mengakses layanan kateterisasi Jantung (Cath Lab) di RS Rujukan Provinsi dan RS Rujukan Regional-nya. Salah satunya Provinsi NTT yang belum tersedia layanan kateterisasi jantung di rumah sakit rujukan regionalnya, sehingga bagi masyarakat yang membutuhkan layanan jantung, harus dirujuk ke rumah sakit di Provinsi Bali atau Jawa Timur.

Gambar. 6 Sebaran Pelayanan Jantung di FKTL

	Mandiri
	SDM SpJP ada, SDM BTKV ada, Cath Lab ada, bedah belum dikerjakan
	SDM SpJP ada, SDM BTKV tidak ada, Cath Lab ada
	SDM SpJP ada, SDM BTKV tidak ada, Cath Lab tidak ada
	SDM SpJP ada, SDM BTKV tidak ada, Cath Lab tidak ada

Sumber: PKMK FKKMK UGM, 2018

Temuan di daerah studi menunjukkan FKTP di Provinsi Jawa Tengah telah menyediakan pelayanan deteksi dini penyakit jantung. Rujukan layanan jantung telah tersedia di RS rujukan nasional dan regional di Provinsi Jawa Tengah, antara lain di RSUP Dr. Kariadi di Kota Surakarta yang telah menyediakan layanan BKTV, Cath Lab dan bedah jantung. RSUD Dr. Moewardi Surakarta dan RSUD Prof Dr. M Soekarjo Banyumas telah tersedia layanan BKTV dan Cath Lab. RSUD Kraton Kab. Pekalongan dan RS Kardinah Kota Tegal hanya memiliki layanan cath lab.

Di Provinsi Sumatera Utara telah tersedia layanan BKTV, Cath Lab dan bedah jantung di RS Rujukan Nasional Kelas A yaitu RSUP H. Adam Malik. RS Rujukan Regional kelas B yaitu RS

Haji Medan hanya memiliki layanan Cath Lab. Lainnya ketersediaan layanan Cath Lab berada di 3 RS Swasta Kelas B dan 1 RS Swasta Kelas C di Kota Medan. Provinsi Sumatera Utara telah memiliki 93 dokter spesialis jantung dan Pembuluh Darah. Namun pemerataan rujukan layanan jantung di Provinsi Sumatera Utara masih terpusat di Kota Medan.

Provinsi Jawa Timur telah tersedia rujukan layanan jantung khususnya layanan Cath Lab. Distribusi RS yang tersedia layanan Cath Lab cukup merata. RS Rujukan Kelas B di beberapa Kabupaten juga telah menyediakan layanan Cath Lab seperti Kediri, Tulungangung, Bojonegoro dan Bondowoso. Beberapa daerah yang belum tersedia layanan Cath Lab dirujuk di RS kelas A di surabaya atau kab/kota lain yang terdekat. Di Jawa Timur tercatat telah memiliki 174 dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah yang tersebar cukup merata. DI Yogyakarta telah memiliki dokter spesialis jantung dan pembuluh darah. Selain itu provinsi ini juga memiliki dokter spesialis bedah toraks kardiovaskular serta telah tersedia layanan Cath Lab yang tersebar di 4 RS. Layanan jantung yang diberikan RS untuk pasien umum dan BPJS tidak memiliki perbedaan serta dapat ditangani dalam hari pelayanan karena aturan rujukan berjenjang yang saat ini diterapkan. Namun pada daerah tertentu layanan rujukan balik untuk kasus jantung masih belum berjalan karena sarana prasarana di FKTP belum memadai.

Provinsi Bengkulu telah memiliki 3 dokter spesialis jantung dan pembuluh darah yang berada di RSUD Dr Yunus Kota Bengkulu dan RSU Curup Kab. Rejang Lebong. Namun Provinsi ini belum menyediakan layanan kateterisasi jantung di RS Rujukan Regional. Provinsi Sulawesi Selatan telah menyediakan layanan Cath Lab di RS rujukan kelas A dan di RS Swasta. Jumlah dokter spesialis jantung dan pembuluh darah yang dimiliki oleh provinsi ini adalah 27 orang. Namun sayangnya pelayanan jantung terpusat di ibukota provinsi.

Namun, untuk daerah yang di Provinsi NTT belum tersedia layanan Cath Lab. Jika pasien membutuhkan rujukan Cath Lab, dirujuk ke luar provinsi, yaitu ke Jawa Timur/Bali. Biaya tambahan seperti akomodasi. Sebagian besar persebaran dokter di Provinsi NTT berada di Kota Kupang yaitu ada 5 dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah. Dari 22 Kabupaten, terdapat 4 Kabupaten dengan dokter SPJP.

Temuan tentang variasi ketersediaan fasilitas kesehatan dan sumber daya kesehatan mempengaruhi akses layanan kesehatan peserta JKN khususnya layanan CVD. Temuan-temuan tentang sebaran fasilitas kesehatan yang belum merata dibuktikan lebih detil dengan data kunjungan layanan CVD data sampel BPJS Kesehatan 2015/2016[1]. Selanjutnya, data sampel ini memberikan gambaran tentang Jumlah peserta JKN yang mengakses layanan CVD di tiap provinsi, jumlah kunjungan dan rata-rata klaim yang dibayarkan oleh BPJS perkunjungan. Data ini dianalisis berdasarkan provinsi asal peserta, segmentasi peserta, banyak kunjungan, tingkat portabilitas peserta, dan tipe FKTL. Informasi tabel 2 tentang data sampel tersebut akan disajikan berdasarkan tingkat fasilitas kesehatan. Untuk mempermudah alur pemahaman tentang pemerataan paket manfaat tersebut, sebaran data umum peserta JKN akan dibahas terlebih dahulu.

[1] Data sampel BPJS Kesehatan tahun 209 diambil dari sampel keluarga

Tabel 4. Persentase Peserta JKN berdasarkan Provinsi Asal Peserta JKN dan Segmen Peserta dalam data sampel BPJS Kesehatan.[2]

PROVINSI FASKES	BUKAN PEKERJA	PBI APBN	PBI APBD	PBPU	PPU	TOTAL
SUMATERA UTARA	5.60%	40.00%	11.22%	14.88%	28.30%	100.00%
BENGKULU	3.37%	44.72%	7.90%	15.56%	28.45%	100.00%
DKI JAKARTA	4.60%	10.56%	30.48%	11.41%	42.94%	100.00%
JAWA TENGAH	4.79%	58.40%	2.52%	10.01%	24.29%	100.00%
D I YOGYAKARTA	6.84%	50.91%	3.73%	10.14%	28.37%	100.00%
JAWA TIMUR	4.17%	54.58%	2.78%	9.30%	29.17%	100.00%
NUSA TENGGARA TIMUR	4.19%	67.50%	6.86%	5.04%	16.41%	100.00%
KALIMANTAN TIMUR	1.86%	18.72%	20.43%	9.25%	49.73%	100.00%
SULAWESI SELATAN	5.34%	42.40%	19.72%	11.37%	21.18%	100.00%
PAPUA	2.23%	71.84%	3.76%	3.34%	18.83%	100.00%
TOTAL	4.54%	47.70%	9.04%	10.18%	28.53%	100.00%

Sumber: BPJS Kesehatan, 2019

Tabel diatas menunjukkan bahwa sebaran data sampel BPJS Kesehatan dimunculkan agar dapat memahami perbedaan persentasi per segmen peserta JKN yang tercatat sebagai sampel data BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan menyatakan bahwa sampel peserta diambil telah dibobot sehingga dapat merepresentasi data tingkat nasional, provinsi dan kabupaten kota. Sebaran data menunjukkan bahwa cakupan sampel penelitian data BPJS kesehatan berdasarkan segmentasi peserta di 10 provinsi memiliki sebaran paling tinggi pada PBI APBN sebesar 47.70 % dan ikuti Kelompok PPU sebesar 28,53% dan kelompok bukan pekerja merupakan kelompok terkecil. Hasil ini akan dipakai sebagai perbandingan perjalanan analisis selanjutnya.

[2] Sebaran data Umum Kepesertaan dari data sampel BPJS Kesehatan, 25 Februari 2019.

Tabel 5. Sebaran data Peserta JKN yang mengakses layanan Kardiovaskuler BPJS Kesehatan Berdasarkan ID Peserta JKN

	KEPERSERTAAN	KUNJUNGAN FKTP				KUNJUNGAN FKTL			
PROVINSI	JML	Kunjungan CVD	Total Kunjungan	Rasio CVD per kunjungan (tertimbang)	Rasio CVD per total peserta (tertimbang)	Kunjungan CVD FKTL	Total Kunjungan FKTL	Rasio CVD per kunjungan (tertimbang)	Rasio CVD per total peserta (tertimbang)
	A	B	C	D = (B/C) %	E= (B/A) %	F	G	H= (F/G) %	I= (F/A) %
SUMATERA UTARA	103,193	2,478	25,158	9.81%	1.84%	679	30,772	5.50%	0.74%
BENGKULU	24,954	608	6,137	9.47%	2.21%	147	3,641	3.76%	0.64%
DKI JAKARTA	47,042	1,515	14,112	10.42%	2.46%	397	5,096	4.78%	0.75%
JAWA TENGAH	201,634	7,718	66,759	11.32%	3.76%	2,024	5,386	6.60%	1.00%
DIY	24,224	1,344	9,193	14.34%	6.16%	254	3,898	6.08%	1.15%
JAWA TIMUR	175,859	7,082	56,950	11.80%	3.81%	1,522	6,344	5.25%	0.69%
NTT	54,702	731	11,067	6.06%	1.22%	261	9,800	4.65%	0.43%
KALIMANTAN TIMUR	34,021	796	8,385	9.69%	1.82%	203	7,694	3.55%	0.52%
SULAWESI SELATAN	70,462	2,040	18,446	10.08%	2.62%	511	26,410	4.98%	0.75%
PAPUA	61,221	253	5,533	6.76%	0.36%	103	13,220	1.97%	0.16%
TOTAL	797,312	22,087	196,582	11.08%	3.08%	6,101	112,261	5.43%	0.77%

Sumber: BPJS Kesehatan, 2019

Data di atas menunjukkan bahwa peserta JKN yang mengunjungi FKTP untuk mendapatkan layanan CVD terbesar adalah provinsi DIY 6.16% disusul oleh provinsi Jawa Timur 3.81% dan provinsi Jawa Tengah 3.76%. Provinsi dengan kunjungan layanan CVD di FKTP paling sedikit adalah Provinsi Papua 0.36%, NTT 1.22% dan Kalimantan Timur 1.82%. Rasio CVD per total peserta di FKTP (B/A) ini diperoleh dengan membandingkan data jumlah peserta yang mengunjungi fasilitas kesehatan FKTP tertimbang dibandingkan dengan Jumlah seluruh peserta tertimbang pada provinsi tersebut. Ratio kunjungan peserta JKN dengan layanan CVD di FKTP akan diperjelas dengan tabel 6.

Di FKTL, provinsi dengan Jumlah perserta JKN tertinggi untuk mengakses layanan jantung adalah DIY 1.15 %, Jawa Tengah 1.00 % dan DKI Jakarta maupun Sulawesi selatan sebesar 0,75 %. Provinsi dengan kunjungan layanan CVD di FKTL paling sedikit adalah provinsi Papua 0.16 %, NTT 0.43 dan Kalimantan Timur 0.52 %. Data tersebut menunjukkan bahwa provinsi dengan ketersediaan fasilitas kesehatan cukup baik seperti Sulawesi Selatan dan Sumatera Utara meningkatkan ratio kunjungan CVD di FKTL. Rasio CVD per total peserta di FKTL (F/A) adalah perbandingan antara jumlah peserta tertimbang yang mengunjungi fasilitas kesehatan FKTL untuk pelayanan jantung dibandingkan dengan Jumlah seluruh peserta tertimbang pada provinsi tersebut. Ratio kunjungan CVD di FKTL akan meningkat apabila terdapat fasilitas kesehatan yang cukup baik seperti pada provinsi tersebut. Temuan ini menceritakan bahwa peserta JKN dari provinsi-provinsi yang mempunyai keterbatasan fasilitas kesehatan seperti Papua dan NTT memiliki akses untuk layanan Kardiovaskuler yang lebih kecil dibandingkan dengan provinsi lainnya dengan ketersediaan fasilitas kesehatan lebih baik.

Analisis lebih dalam di FKTP

Tabel di bawah ini menggambarkan jumlah kunjungan ke RS yang dilakukan oleh peserta di 10 Propinsi. Kunjungan dilakukan oleh 24.656 ID keluarga. Satu keluarga dapat melakukan kunjungan lebih dari satu kali. Dengan demikian jumlah kunjungan CVD di FKTP adalah 71.097 kali yang terjaring di data sampel BPJS.

Tabel 6. Persentase Kunjungan Peserta JKN untuk Layanan CVD di FKTP per Segmen di 10 Provinsi

PROVINSI	BUKAN PEKERJA	PBI APBN	PBI APBD	PBPU	PPU	TOTAL
SUMATERA UTARA	15.05%	29.21%	7.30%	18.30%	30.15%	100.00%
BENGKULU	11.43%	31.13%	2.86%	17.89%	36.69%	100.00%
DKI JAKARTA	13.78%	8.34%	45.73%	15.19%	16.95%	100.00%
JAWA TENGAH	16.84%	43.00%	1.60%	16.91%	21.65%	100.00%
D I YOGYAKARTA	27.85%	35.81%	0.04%	19.53%	16.76%	100.00%
JAWA TIMUR	17.81%	39.43%	3.05%	15.04%	24.66%	100.00%
NUSA TENGGARA TIMUR	21.90%	39.22%	1.09%	10.13%	27.67%	100.00%
KALIMANTAN TIMUR	18.09%	12.86%	5.01%	21.90%	42.15%	100.00%
SULAWESI SELATAN	19.23%	37.83%	5.67%	16.29%	20.98%	100.00%
PAPUA	14.01%	25.16%	0.00%	3.18%	57.64%	100.00%
TOTAL	18.06%	36.33%	6.23%	16.30%	23.07%	100.00%

Sumber: BPJS Kesehatan, 2019

Apabila data kunjungan CVD di FKTP tersebut ditelusuri lebih dalam, hasil temuan menunjukkan bahwa kelompok PBI APBN merupakan kelompok yang mengunjungi FKTP terbanyak yaitu sebanyak 36.33 % dan diikuti oleh peserta JKN kelompok PPU sebesar 23.70 % dan kelompok segmen yang paling sedikit mengakses layanan CVD adalah kelompok PBI APBD sebesar 6.23 % secara umum di 10 provinsi tersebut. Temuan ini menunjukkan bahwa pemanfaatan layanan CVD di FKTP cukup besar oleh kelompok PBPU. Persentase ini dilakukan terharap jumlah kunjungan penyakit di FKTL di sebuah propinsi. Persentase ini bukan perbandingan di dalam setiap segment. Sebagaimana diketahui PBI APBN merupakan anggota BPJS yang terbanyak. Dengan demikian, jika persentase kunjungan CVD tersebut dibandingkan dengan sampel kepesertaan yang ada, data menunjukkan ada penurunan persentase di kelompok PBI APBN dan PPU dan terjadi selisih peningkatan persentase untuk kelompok bukan pekerja dan PBPU.

Analisis lebih dalam di FKTL.

Tabel di bawah ini menggambarkan jumlah kunjungan ke RS yang dilakukan oleh peserta di 10 Propinsi. Kunjungan dilakukan oleh 6,101 ID keluarga. Satu keluarga dapat melakukan kunjungan lebih dari satu kali. Dengan demikian jumlah kunjungan adalah 8.037 kali yang terjaring di data sampel BPJS.

Tabel 7. Persentase Kunjungan Peserta JKN untuk layanan CVD di FKTL per Segmen di 10 Provinsi

PROVINSI	BUKAN PEKERJA	PBI APBN	PBI APBD	PBPU	PPU	TOTAL
SUMATERA UTARA	28.11%	16.89%	4.81%	31.32%	18.87%	100.00%
BENGKULU	13.46%	14.42%	4.81%	44.23%	23.08%	100.00%
DKI JAKARTA	19.64%	4.93%	24.67%	31.69%	19.07%	100.00%
JAWA TENGAH	20.80%	35.81%	1.82%	25.56%	16.01%	100.00%
D I YOGYAKARTA	21.48%	35.10%	0.46%	24.94%	18.01%	100.00%
JAWA TIMUR	19.07%	26.98%	1.51%	27.81%	24.64%	100.00%
NTT	18.92%	29.19%	4.86%	14.05%	32.97%	100.00%
KALIMANTAN TIMUR	9.76%	21.46%	15.12%	24.88%	28.78%	100.00%
SULAWESI SELATAN	31.74%	16.49%	5.14%	21.45%	25.18%	100.00%
PAPUA	14.29%	28.57%	3.17%	6.35%	47.62%	100.00%
TOTAL	21.30%	25.49%	5.67%	26.96%	20.57%	100.00%

Sumber: BPJS Kesehatan, 2019

Sebaran data kunjungan di FKTL untuk layanan jantung memiliki sebaran yang berbeda dengan sebaran kepesertaan dan kunjungan CVD di FKTP. Kelompok PBPU memiliki proporsi kunjungan tertinggi di FKTL yaitu 26,96 % dan disusul oleh PBI APBN sebesar 25.49 %. dan Bukan Pekerja 21.30. Kelompok PBI APBD dan PPU memiliki proporsi yang lebih kecil yaitu sebesar 20,57 % dan 5.67 %. Persentase ini dilakukan terharap jumlah kunjungan penyakit di FKTL di sebuah propinsi. Persentase ini bukan perbandingan di dalam setiap segment. Sebagaimana diketahui PBI APBN merupakan anggota BPJS yang terbanyak.

Kondisi berbeda terjadi di provinsi di DIY dan Jawa Tengah. Kedua Provinsi menunjukkan bahwa PBI APBN masih memiliki proporsi tertinggi yaitu 35 %. Temuan lain yang berbeda terlihat pada provinsi Bengkulu, Kelompok PBPU memiliki proporsi kunjungan CVD di FKTL sebesar 44,23 % dan diikuti oleh kelompok PPU sebesar 23.08 %. Provinsi DKI Jakarta memiliki sebaran yang unik, dimana proporsi PBPU memiliki persentasi tertinggi sebesar 31.69 % dan diikuti oleh PBI APBD sebesar 24.67 %.

Di Papua, kelompok PPU merupakan kelompok yang memiliki proporsi terbesar untuk kelompok peserta yang mengakses layanan CVD di FKTL yaitu

sebesar 47,62 %. Analisis ditingkat provinsi untuk tipe rumah sakit yang digunakan pada kelompok PPU menemukan bahwa terdapat proporsi sebesar 11.10 % dari seluruh kunjungan kelompok PPU di RS kelas A. Peserta ini merupakan peserta dengan portabilitas karena di provinsi Papua tidak memiliki RS tipe A. Pada kelompok PBI baik APBN maupun APBD tidak dapat mengakses layanan sampai kepada RS Tipe A dan memiliki persentase terbesar pada kunjugan CVD di RS Tipe C. Temuan ini juga menunjukkan bahwa portabilitas tidak hanya bisa dilakukan oleh kelompk PBPU namun juga terjadi pada kelompok PPU dalam akses layanan CVD.

Hasil yang sama ditemukan Di Provinsi NTT yaitu persentase 0 untuk kelompok PBI APBD dan APBN yang untuk akses RS Kelas A dan RS jantung untuk layanan CVD. Berbeda dengan kelompok PBI, Kelompok Peserta PBPU memiliki proporsi yang cukup kecil untuk keseluruhan kunjungan CVD peserta JKN provinsi. Apabila ditelusuri lebih lanjut hanya 10 % yang dapat mengakses RS tipe A dan RS Khusus Jantung. Kelompok tersebut merupakan portabilitas untuk layanan CVD di RS tersebut. Perbedaan proprosi selanjutnya akan di NTT adalah pada kelompok PBPU dan PPU, proporsi kunjungan CVD terbanyak di RS tipe C, sedangkan pada PBI APBD dan APBN ditemukan proporsi paling besar pada RS tipe D. Temuan ini menegaskan bahwa masalah ketersediaan fasilitas layanan juga mempengaruhi utilisasi penggunaan.

Tabel 8. Persentase Kunjungan peserta JKN untuk layanan Jantung berdasarkan jenis rumah sakit

	TIPE RUMAH SAKIT							
PROVINSI	RS Khusus Jantung	RS Kelas A	RS Kelas B	RS Kelas C	RS Kelas D	RS TNI POLRI	RS Lainnya	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%
SUMATERA UTARA	0.37%	11.22%	28.85%	43.53%	4.69%	7.52%	3.82%	100.00%
BENGKULU	1.90%	1.90%	33.33%	42.86%	12.38%	4.76%	2.86%	100.00%
DKI JAKARTA	13.95%	17.55%	42.13%	11.67%	0.76%	9.87%	4.08%	100.00%
JAWA TENGAH	0.15%	9.06%	32.54%	37.07%	15.42%	3.64%	2.12%	100.00%
D I YOGYAKARTA	0.69%	22.86%	31.18%	11.32%	24.25%	7.85%	1.85%	100.00%
JAWA TIMUR	0.57%	6.96%	35.01%	37.09%	11.38%	7.64%	1.35%	100.00%
NUSA TENGGARA TIMUR	0.00%	3.23%	16.67%	32.26%	38.71%	9.14%	0.00%	100.00%
KALIMANTAN TIMUR	0.49%	26.47%	21.08%	45.10%	1.96%	4.90%	0.00%	100.00%
SULAWESI SELATAN	0.35%	12.23%	27.84%	31.74%	4.61%	21.10%	2.13%	100.00%
PAPUA	0.00%	11.11%	14.29%	42.86%	6.35%	20.63%	4.76%	100.00%
TOTAL	2.16%	11.09%	32.84%	32.85%	11.24%	7.55%	2.26%	100.00%

Sumber: BPJS Kesehatan, 2019

Temuan tentang sebaran paket manfaat layanan jantung yang belum merata diperkuat dengan analisis deskriptif jumlah kunjungan di FKTL yang bervariasi. Kunjungan peserta JKN di provinsi DKI Jakarta memiliki sebaran di RS Khusus Jantung sebesar 13,95 % dari seluruh kunjungan peserta dengan penyakit CVD di FKTL DKI. Kunjungan di RS kelas A di DKI sebesar 17.54 % dari seluruh kunjungan jantung. Sebaran kunjungan di RS Kelas B sebesar 42,13 %, sedangkan sebaran kunjungan di RS kelas C sebesar 11,67 % dan RS kelas D sebesar 0.76 % dari seluruh kunjungan peserta dengan penyakit jantung di DKI Jakarta. Dengan demikian sebagian besar pasien jantung ditangani di kelas B, A, dan di RS khusus Jantung.

Sebagai perbandingan provinsi yang akses sulit ke Kelas A adalah propinsi NTT yang dalam peta fasilitas kesehatan masih sangat minim jumlah fasilitas kesehatan dan SDM untuk penyakit jantung. DI NTT, data menunjukkan tidak ada peserta dengan penyakit CVD mengunjungi RS Jantung, dan 3.23 % yang mengunjungi kelas A. Kelompok ini adalah peserta NTT yang menggunakan manfaat kebijakan portabilitas. Peserta dengan layanan CVD di RS Jantung dan Kelas A menggunakan portabilitas dari NTT ke Bali sebanyak 2 orang, ke Jawa Timur sebanyak 4 peserta dan ke Sulawesi Selatan sebanyak 2 orang. Penelusuran lebih mendalam dalam data ini menemukan bahwa peserta dari provinsi NTT yang dapat mengakses layanan CVD di kelas A dan Jantung adalah kelompok peserta JKN di Segmen PBPU dan PPU. Dengan demikian yang mendapat manfaat portabilitas adalah anggota BPJS yang relatif lebih mampu. Tidak ada peserta PBI yang menggunakan portabilitas. Hal ini wajar karena dana transportasi tidak dibayar oleh BPJS atau pemerintah propinsi NTT. Yang mencolok, sebagian besar pengguna layanan jantung di propinsi NTT adalah pada layanan RS kelas C (32.36 %) dan kelas D (38.71%).

Berapa besar klaim yang dibayarkan BPJS?

Berdasarkan Tabel 9 di bawah, jumlah klaim terbesar untuk layanan kardiovaskular di FKTL ditemui di Provinsi Jawa Tengah sebesar 15,694 milyar rupiah dari 2.634 Kunjungan. Jumlah klaim terkecil ditemui di Provinsi Papua sebesar 592,3 Juta rupiah untuk membiayai 128 Kunjungan. Klaim terbesar untuk layanan kardiovaskular di 10 provinsi sample dikeluarkan untuk peserta PBPU sebesar 15,626 milyar atau sekitar 32,3 % dari keseluruhan pembiayaan untuk kardiovaskular.

Tabel 9. Persentase Total dana untuk pembayaran Klaim layanan Kardiovaskular di FKTL dari Skema Jaminan Kesehatan Nasional

PROVINSI FASKES	BUKAN PEKERJA	PBI APBN	PBI APBD	PBPU	PPU	TOTAL
	%	%	%	No.	No.	%
SUMATERA UTARA	24.69%	9.53%	2.72%	34.72%	28.34%	100.00%
BENGKULU	14.63%	13.58%	3.32%	47.81%	20.65%	100.00%
DKI JAKARTA	21.47%	2.15%	20.87%	35.67%	19.84%	100.00%
JAWA TENGAH	26.08%	27.11%	1.35%	25.84%	19.63%	100.00%
D I YOGYAKARTA	26.12%	40.35%	0.64%	17.12%	15.77%	100.00%
JAWA TIMUR	22.40%	21.76%	1.52%	30.40%	23.93%	100.00%
NTT	19.62%	29.16%	3.40%	13.11%	34.71%	100.00%
KALIMANTAN TIMUR	19.17%	22.02%	9.44%	21.85%	27.52%	100.00%
SULAWESI SELATAN	29.74%	10.53%	3.31%	16.75%	39.68%	100.00%
PAPUA	11.02%	24.30%	2.94%	9.52%	52.22%	100.00%
TOTAL	23.97%	18.27%	6.02%	28.47%	23.27%	100.00%

Sumber: BPJS Kesehatan, 2019

Di DKI Jakarta, Klaim terbesar CVD dibayarkan untuk kelompok peserta PBPU sebesar 35.67% persen sedangkan hanya 23.02% untuk membiayai klaim peserta PBI (APBD dan APBN) dari seluruh klaim CVD di DKI Jakarta. Ketika dilakukan analisis kepesertaan tingkat provinsi untuk DKI Jakarta, kelompok PBPU memiliki proporsi lebih dari 95 % kunjungan berada di RS Jantung, RS Kelas A dan B. Kelompok PBI APBD memiliki proporsi 71 % kunjungan peserta berada di RS Jantung, RS Kelas A dan B. Temuan ini menunjukkan bahwa layanan CVD di RS tipe C,dan D kurang diakses oleh Peserta JKN baik PBI maupun Non PBI di Provinsi Jakarta.

Temuan yang berbeda ditunjukkan dari data di Provinsi Papua dimana klaim untuk peserta PBPU hanya 9.52% sedangkan klaim CVD terbesar untuk peserta PPU 52.22% dari seluruh klaim provinsi Papua. Kelompok PBPU pada provinsi Papua dapat mengakses layanan hingga Kelas A dan menghabiskan 19,51 persen dari proporsi dana claim untuk PBPU. Peserta ini merupakan peserta dengan portabilitas karena di provinsi Papua tidak memiliki RS tipe A. Pada kelompok PBI baik APBN maupun APBD tidak dapat mengakses layanan sampai kepada RS Kelas A dan memiliki persentase terbesar pengeluaran pada RS klas C. Di Provinsi NTT, Kelompok Peserta PBPU memiliki proporsi yang cukup kecil namun apabila ditelusuri lebih lanjut hampir 30 persen dari peserta pada kelompok ini menggunakan layanan diluar NTT Portabilitas.

Kondisi yang berbeda ditunjukkan oleh besar pengeluaran untuk klaim CVD di DIY, dimana proporsi terbesar untuk kelompok PBI APBN sebesar 40,35 %. Hasil temuan lebih mendalam menemukan bahwa kelompok PBI APBN di Yogyakarta dapat mengakses layanan hingga RS Kelas A sebesar 15,04 persen dari seluruh persentase kunjungan di segmen PBI APBN. RS kelas D adalah RS yang mendapatkan Proporsi kunjungan terbesar pada segmen PBI APBN untuk layanan CVD sebesar 44,78 %, namun mendapatkan proporsi terkecil pada kelompok PBPU yaitu sebesar 11.29 Kunjungan.

Tabel 10 . Rata-rata jumlah klaim layanan cardiovaskuler berdasarkan provinsi dan segmen kepesertaan

PROVINSI FASKES	SEGMENTASI PESERTA					
	Bukan pekerja	PBI APBN	PBI APBD	PBPU	PPU	Total
	RATA-RATA					
SUMATERA UTARA	5,519,098	3,538,372	3,524,976	6,961,265	9,421,658	6,275,851
BENGKULU	4,883,673	4,205,083	2,951,856	5,003,287	4,143,428	4,567,926
DKI JAKARTA	11,113,332	4,413,816	8,591,514	11,437,242	10,554,855	10,155,466
JAWA TENGAH	7,192,051	4,343,183	4,222,204	5,797,133	7,032,066	5,735,503
D I YOGYAKARTA	7,252,775	6,866,717	7,195,897	4,074,995	5,221,917	5,956,670
JAWA TIMUR	6,421,954	4,411,654	5,459,530	5,977,753	5,308,898	5,467,470
NTT	4,914,888	4,820,015	3,517,628	4,537,394	5,089,585	4,826,790
KALIMANTAN TIMUR	13,413,172	6,794,765	4,190,803	5,849,608	6,435,023	6,695,961
SULAWESI SELATAN	5,773,847	3,934,828	3,994,847	4,834,117	9,715,703	6,171,891
PAPUA	3,253,093	3,416,266	4,765,000	6,613,310	4,522,918	4,148,858
RATA-RATA 10 PROVINSI	7,117,542	4,532,929	6,708,177	6,679,368	7,153,328	6,324,620
	STANDARD DEVIASI					
SUMATERA UTARA	4,687,690	1,743,780	3,145,069	9,902,647	15,539,859	9,326,200
BENGKULU	3,303,106	3,254,017	1,759,042	6,233,941	5,628,451	5,226,639
DKI JAKARTA	18,231,156	2,861,658	14,233,238	18,859,542	14,207,276	16,377,750
JAWA TENGAH	11,849,643	3,229,028	1,240,100	8,682,387	12,615,667	8,891,511
DIY	12,339,056	15,945,532	1,672,621	7,645,968	11,072,191	12,596,290
JAWA TIMUR	8,275,310	3,162,730	3,715,808	8,565,143	7,137,166	7,027,343
NTT	1,777,576	4,544,449	1,563,505	5,011,364	4,702,446	4,180,607
KALIMANTAN TIMUR	15,895,431	10,724,854	2,993,956	3,569,185	7,197,387	8,468,621
SULAWESI SELATAN	3,530,376	2,169,229	1,471,278	5,219,621	14,122,793	8,085,905
PAPUA	2,815,861	2,468,926		3,437,431	3,319,606	3,064,262
RATA-RATA SD	10,897,175	5,514,040	11,078,798	10,883,989	11,523,723	10,017,064

Sumber: BPJS Kesehatan, 2019

Hasil temuan menunjukkan bahwa rata-rata dana klaim layanan kardiovaskuler terbesar pada provinsi DKI Jakarta sebesar 10,1 Juta rupiah dengan standar deviasi 16,3 juta rupiah, disusul oleh provinsi Kalimantan Timur sebesar 6,7 juta rupiah dengan standar deviasi 8,4 juta rupiah dan Sumatera Utara sebesar 6,2 juta rupiah dengan SD selebar 9,3 juta rupiah. Provinsi-provinsi yang memiliki rata-rata dana klaim terkecil adalah provinsi Papua 4,1 juta rupiah diikuti oleh provinsi Bengkulu sebesar 4,5 Juta dan NTT sebesar 4,8 juta rupiah. Temuan ini mempertegas informasi tentang daerah dengan ketersediaan layanan CVD yang lebih baik mempengaruhi harga layanan (klaim) yang lebih tinggi.

Hasil temuan di atas menunjukkan bahwa dalam konteks daerah yang memiliki sumber daya yang memadai, layanan penting seperti kardiovaskular memiliki aspek akses yaitu *availability*, sehingga paket manfaat sudah mulai berkualitas di daerah tersebut. Sebaliknya, tanpa adanya dana kompensasi yang jelas, maka daerah dengan keterbatasan dana atau sarana dan prasarana (***context***), tidak terjadi fasilitasi pengadaan ataupun program

tambahan (***mechanism***). Akibatnya paket manfaat untuk layanan jantung pun tidak akan dimanfaatkan dengan maksimal (***outcome***).

3. Sasaran 4: Jumlah dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk tenaga dan alat-alat) sudah memadai untuk menjamin seluruh penduduk memenuhi kebutuhan medis mereka

Definisi opearasional: 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

Untuk Sasaran 4, CMO yang digunakan serupa dengan Sasaran 3, yaitu berdasarkan teori akses yang berfokus pada dimensi *availability*.

CMO yang dimaksud berbunyi:

> Pada daerah yang memiliki sumber daya yang cukup, jumlah dokter dan fasilitas kesehatan yang memadai tersedia bagi peserta BPJS Kesehatan (***context***), program JKN dirasakan dapat diakses secara mudah dan ter-*cover* dengan baik melalui kepesertaan BPJS (***mechanism***), sehingga tersedia layanan kesehatan yang memadai untuk memenuhi kebutuhan medis peserta JKN (***outcome***).

Selanjutnya, untuk menangkap fenomena pertumbuhan fasilitas rumah sakit yang semakin intensif di era JKN ini, penelitian ini juga menyusun MRT seputar investasi di bidang kesehatan berdasarkan tingkat kemajuan daerah (yang digunakan sebagai konteks):

> Pada daerah yang maju atau berpotensi untuk mengembangkan sumber daya kesehatannya melalui dukungan kuat melalui regulasi investasi atau adanya pihak investor yang memiliki sumber daya untuk pengembangan di sektor kesehatan (***context***), terbentuk situasi yang dirasa menguntungkan bagi pihak investor untuk menanamkan modal karena sasaran populasi yang besar dan juga lingkungan regulasi yang mendukung meningkatkan jumlah fasilitas kesehatan (***mechanism***), sehingga ketersediaan sumber daya dan paket manfaat terus berkembang di daerah tersebut (***outcome***).

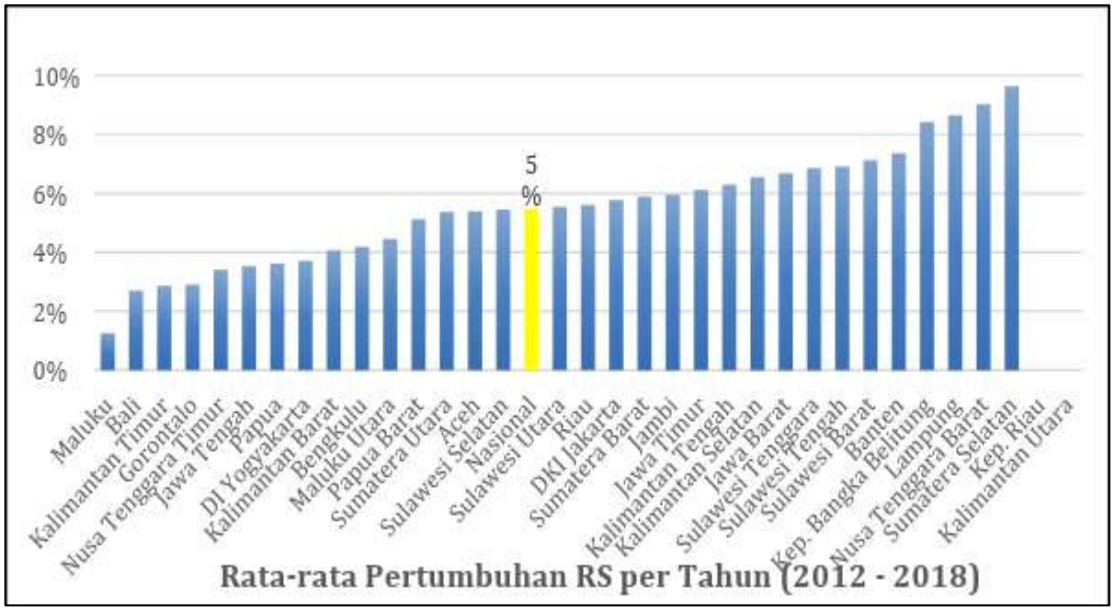
Terakhir, sehubungan dengan dana kompensasi, Sasaran 4 juga dapat menggunakan CMO berikut:

> Pada daerah yang tidak memiliki ketersediaan SDM dan fasilitas kesehatan yang memadai (***context***), terdapat dana kompensasi yang memfasilitasi daerah untuk meningkatkan akses ke layanan melalui mekanisme bantuan rujukan, atau pengadaan SDM kesehatan dan juga fasilitas (***mechanism***), sehingga masyarakat sebagai peserta BPJS dapat mengakses fasilitas pelayanan kesehatan (***outcome***).

Fasilitas Kesehatan

Penelitian ini melihat data pertumbuhan rumah sakit, dokter umum dan dokter spesialis di Indonesia. Secara nasional, jumlah rumah sakit meningkat di Indonesia.

Gambar. 7 Rata-Rata Pertumbuhan Rumah Sakit Berdasarkan Provinsi Tahun 2012-2018

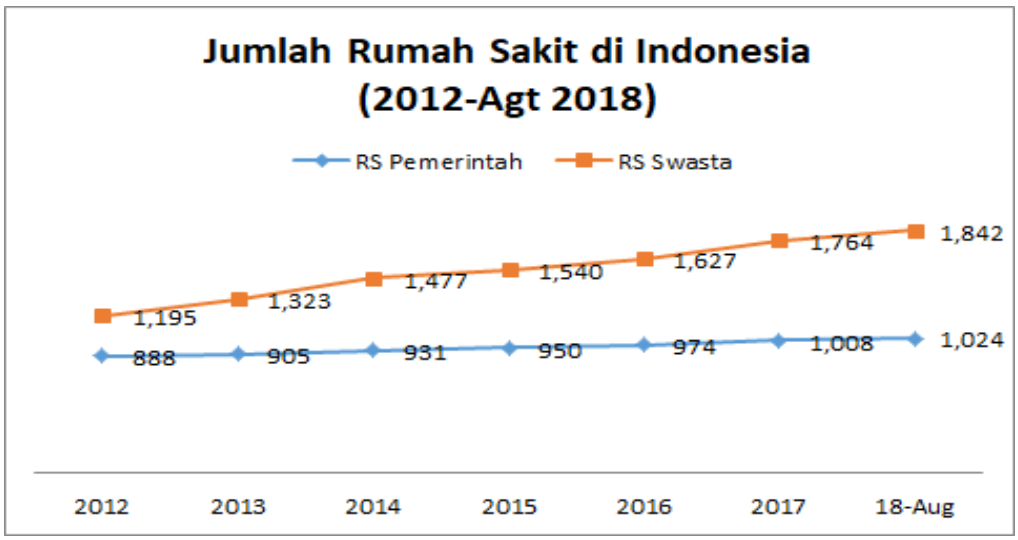


Sumber: Kementerian Kesehatan Indonesia, 2018

Hingga Agustus 2018 (Gambar 7), jumlah RS telah mencapai lebih dari 2.800 dengan rata-rata penambahan jumlah rumah sakit sebesar 5.5% per tahun. Distribusi RS sebagian besar berada di Pulau Jawa, dengan Jawa Timur, Jawa Barat, dan Jawa Tengah sebagai 3 provinsi berturut-turut yang memiliki RS paling banyak. Provinsi Maluku, Bali, Kalimantan Timur dan Gorontalo adalah provinsi yang pertumbuhan RS per tahunnya yang paling kecil (<3%) di Indonesia.

Temuan di atas, tampak bahwa secara umum, daerah maju terutama di pulau Jawa dan juga di Sumatera Utara mengalami peningkatan yang pesat. Sebaliknya, seperti yang dikemukakan di dalam CMO terkait perbedaan konteks daerah, daerah yang berlokasi di luar pusat pertumbuhan seperti Maluku dan Papua Barat, mengalami stagnasi pertumbuhan rumah sakit dan SDM kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa konteks daerah maju versus tidak maju menentukan *outcome* ketersediaan sumber daya yang dapat memenuhi kebutuhan layanan medis peserta BPJS Kesehatan.

Gambar. 8. Pertumbuhan Rumah Sakit di Indonesia Berdasarkan Tipe Kepemilikan Tahun 2012-Agustus 2018



Sumber: Kementerian Kesehatan Indonesia, 2018

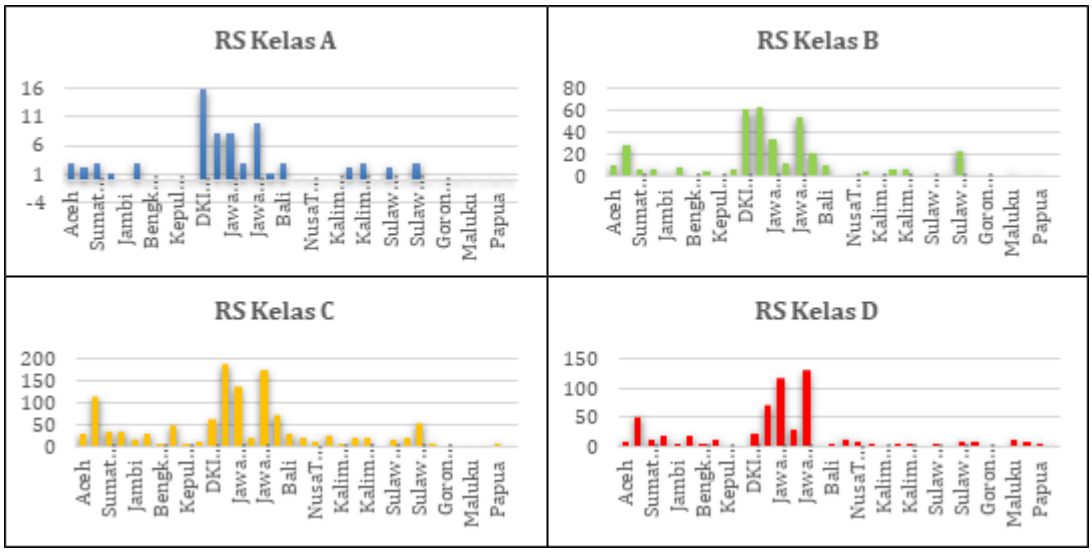
Berdasarkan kepemilikan, rumah sakit dibedakan menjadi RS pemerintah dan RS swasta profit. Dari Gambar 8, pertumbuhan RS swasta meningkat cukup signifikan dibandingkan dengan pertumbuhan RS pemerintah. Di era JKN terdapat kenaikan jumlah RS Swasta Profit di setiap provinsi. Pertumbuhan RS swasta profit yang paling agresif ditunjukkan di Jawa Timur yang mengalami peningkatan 4 kali lipat atau sebesar rata-rata 22%. Pertumbuhan RS swasta di Jawa Barat meningkat hampir 2 kali lipat atau 14%. Sama halnya dengan DKI Jakarta mengalami peningkatan 2x lipat atau rata-rata sebesar 9% selama 6 tahun terakhir ini. Sedangkan Jawa Tengah mengalami peningkatan hampir 3 kali lipat atau rata-rata sebesar 18%. Pertumbuhan ini tampak berhubungan dengan transisi atau pergeseran jenis kepemilikan dari RS swasta non-profit menjadi profit, karena seiringan dengan meningkatkan jumlah RS swasta profit, terjadi pula pengurangan jumlah RS swasta non-profit di berbagai provinsi termasuk di Jawa Timur. Dari deskripsi tersebut, tampak ada pola yang menunjukkan bahwa sepanjang implementasi JKN, investasi untuk profit di bidang kesehatan meningkat. Hal ini terutama ditemukan di daerah-daerah dengan populasi yang besar seperti di Pulau Jawa. Kondisi ini berbeda jauh dengan Provinsi Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara, Sulawesi Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Utara dan Gorontalo yang tidak menunjukkan adanya pertumbuhan jumlah RS swasta profit.

Gambar. 9 Pertumbuhan Rumah Sakit Swasta Profit di Indonesia

Sumber: Kementerian Kesehatan Indonesia, 2018

Berdasarkan gambar 10, Rumah sakit dibedakan menurut tipe kelas, antara lain RS kelas A, kelas B, kelas C, dan kelas D. Distribusi RS kelas A paling banyak ditemukan di provinsi DKI Jakarta (16 RS). Di Indonesia bagian timur, rumah sakit kelas A hanya ditemukan di Provinsi Sulawesi Utara dan Sulawesi Selatan (Gambar 9). Selain Pulau Jawa, RS dengan tipe kelas B paling banyak ditemukan di Provinsi Sumatra Utara dan Sulawesi Selatan. Hingga saat ini masih ditemukan 2 provinsi yang tidak memiliki rumah sakit kelas B, yaitu Provinsi Sulawesi Barat dan Papua Barat. Seluruh provinsi telah memiliki rumah sakit kelas C dan D.

Gambar. 10. Distributsi Rumah Sakit Berdasarkan Tipe Kelas



Sumber: Kementerian Kesehatan Indonesia, 2018

SDM Kesehatan

Pelaksanaan JKN memberikan dampak pada peningkatan jumlah dokter umum, gigi, dan spesialis sekitar 40% dibandingkan era sebelum JKN. Prosentase penambahan dokter atau spesialis terbesar setelah era JKN adalah pada kelompok dokter gigi spesialis (74,5%) dan disusul dokter spesialis (54,7%).

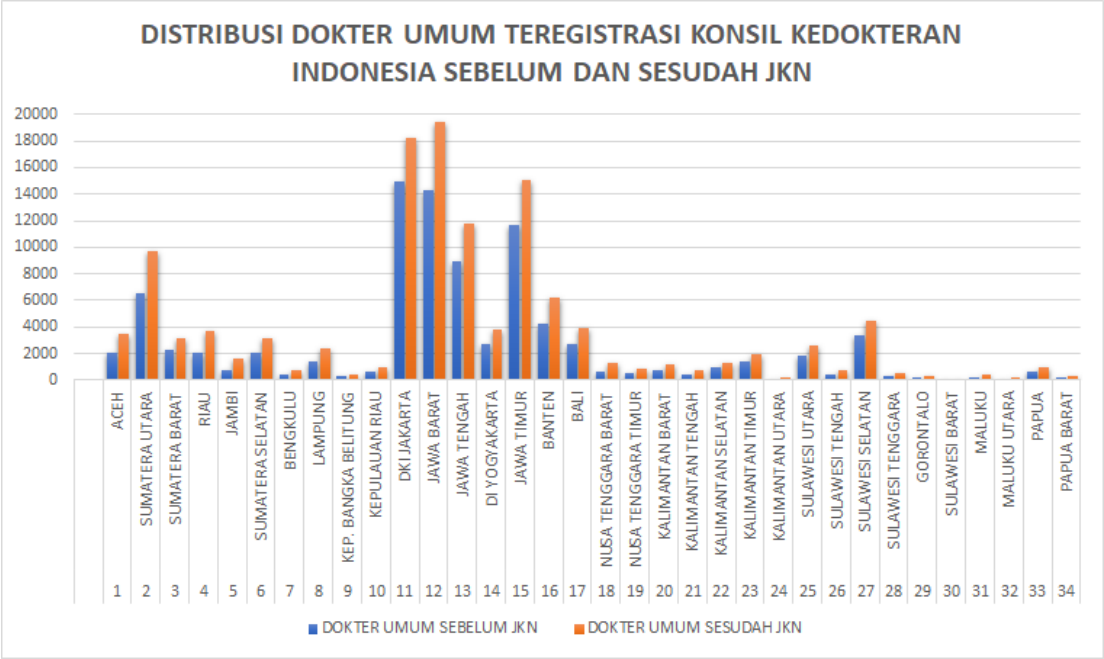
Gambar. 11. Jumlah Dokter dan Dokter Spesialis Sebelum dan Sesudah Implementasi JKN

Sumber: Konsil Kedokteran Indonesia, 2018

Distribusi & Pertumbuhan Dokter Umum

Pelaksanaan JKN memberikan dampak adanya pertumbuhan jumlah dokter umum di seluruh Provinsi. Berdasarkan provinsi, mayoritas distribusi dokter umum berada di Pulau Jawa. Dokter umum paling banyak ditemukan di Provinsi Jawa Barat, DKI Jakarta dan Jawa Timur.

Gambar. 12. Distribusi Dokter Sebelum dan Sesudah Implementasi JKN Menurut Provinsi

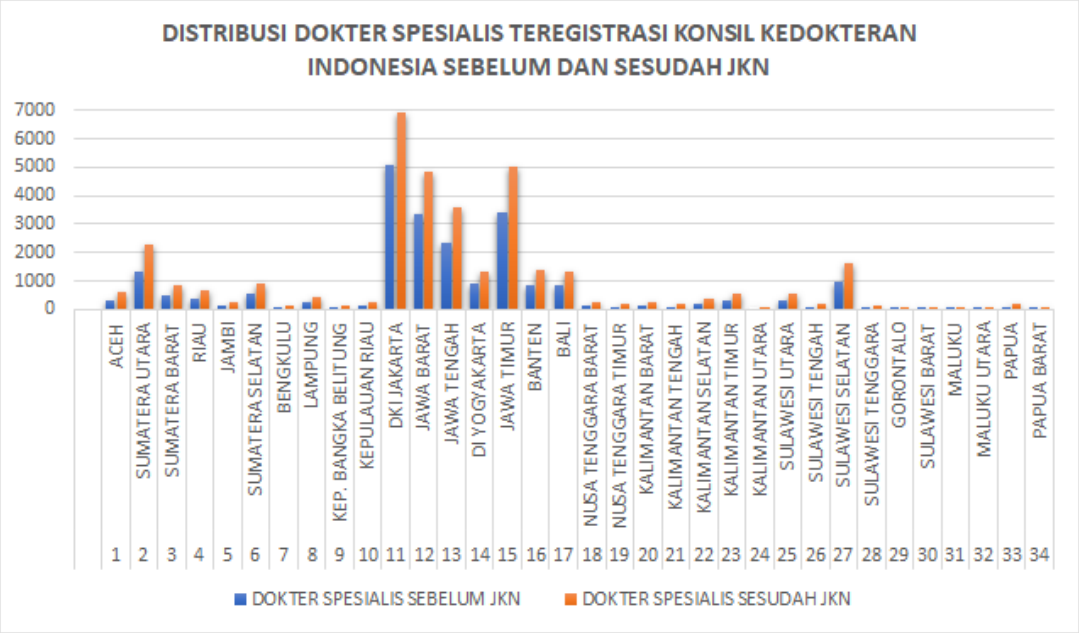


Sumber: Konsil Kedokteran Indonesia, 2018

Distribusi & Pertumbuhan Dokter Spesialis

Mayoritas distribusi dokter spesialis berada di Pulau Jawa. Jumlah dokter spesialis paling banyak ditemukan di DKI Jakarta dan disusul Jawa Timur dan Jawa Barat. Namun, di Indonesia bagian timur distribusi dokter spesialis masih sangat sedikit.

Gambar. 13. Distribusi Dokter Spesialis Sebelum dan Sesudah Implementasi JKN Menurut Provinsi



Sumber: Konsil Kedokteran Indonesia, 2018

Total dokter spesialis yang melakukan praktik di rumah sakit secara nasional sebanyak 42.266 dengan proporsi terbanyak di Provinsi Jawa Barat, DKI Jakarta, Jawa Tengah, dan Jawa Timur. Demikian halnya dengan distribusi dokter spesialis 4 dasar yaitu Sp.A, Sp.OG, Sp.PD, dan Sp.B terbanyak berada di keempat provinsi tersebut *(data tidak ditampilkan)*.

Dari temuan di atas terkait pertumbuhan dokter, tampak adanya pola yang serupa dengan pertumbuhan fasilitas. Yaitu, daerah yang memiliki potensi untuk klaim besar karena jumlah populasi yang tinggi, mengalami pertumbuhan di bidang sumber daya kesehatan yang tinggi pula. Untuk hal ini, mekanisme yang dimunculkan dari JKN berhubungan dengan *payer mechanism* yang menciptakan insentif untuk mengambil manfaat atau profit dari sistem asuransi kesehatan ini. Namun, disisi lain, daerah yang memiliki keterbatasan sumber daya atau kemampuan untuk menambah SDM kesehatannya, berpotensi untuk semakin tertinggal dalam hal kesiapan sistem kesehatan. Hal ini juga didukung hasil wawancara mendalam yang dilakukan kepada stakeholder:

> *"Di era JKN, banyak mendorong layanan baru di RS swasta tapi spesialisnya tidak bertambah. Banyak dual practice, karena susahnya mencari spesialis dan sub spesialis"*

Hasil temuan di atas menunjukkan bahwa dalam konteks daerah yang memiliki jumlah populasi besar yang menyebabkan semakin besar potensi klaim fasilitas kesehatan memiliki aspek akses *availability* terhadap fasilitas kesehatan, sehingga pilihan masyarakat terhadap fasilitas kesehatan yang berkualitas semakin luas. Sebaliknya, tanpa adanya dana kompensasi, maka daerah dengan jumlah dan sebaran fasilitas kesehatan tidak memadai

(***context***), tidak ada bantuan biaya akses rujukan ke daerah lain, atau pembangunan fasilitas kesehatan (***alternative mechanism***), sehingga masyarakat sebagai peserta BPJS kesehatan tidak dapat mengakses fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan medisnya (***alternative outcome***).

Kemudian, adanya *payer mechanisme* pada BPJS Kesehatan membuat RS swasta semakin optimis untuk mengembangkan paket manfaat medis spesialis dan subspesialis. Hal tersebut memicu pertumbuhan dokter dan dokter spesialis di setiap provinsi yang meningkat setelah era JKN. Berdasarkan temuan di atas menunjukkan bahwa dalam konteks daerah yang memiliki jumlah dan sebaran fasilitas kesehatan yang memadai menjadi potensi karir dan insentif yang besar bagi dokter dan dokter spesialis sehingga muncul akses *availability* terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau. Sebaliknya, tanpa adanya dana kompensasi, maka daerah dengan jumlah dan sebaran dokter dan dokter spesialis tidak cukup memadai (***context***), tidak ada bantuan pengadaan dokter dan dokter spesialis di daerah tersebut (***alternative mechanism***), sehingga masyarakat sebagai peserta BPJS kesehatan tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan (***alternative outcome***).

C. Topik Mutu Pelayanan dalam JKN

Topik *Mutu Pelayanan* memuat hasil evaluasi untuk sasaran JKN sebagai berikut:

1. ***Sasaran 6***; Paling sedikit 85% peserta menyatakan puas, dalam layanan di BPJS maupun dalam layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS.
2. ***Sasaran 7***; Paling sedikit 80% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS.

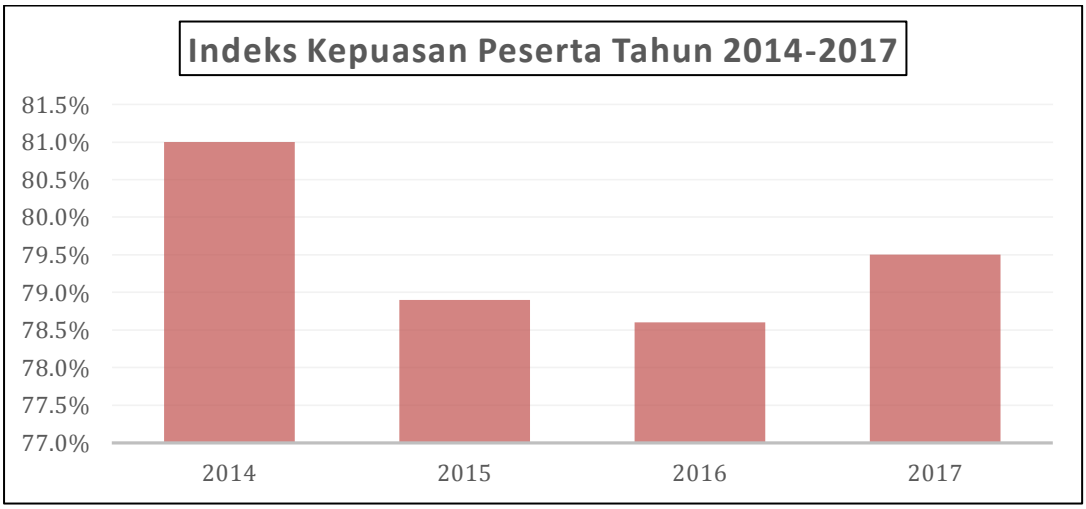
Penelitian ini juga melihat lebih jauh dari Sasaran 6 dan 7 untuk lebih memahami pencapaian terkait mutu pelayanan dalam era JKN. Sejumlah definisi operasional terkait beberapa kebijakan ataupun program yang dinilai berhubungan dengan mutu pelayanan digunakan pula dalam penelitian ini.

Bagian awal dari hasil dari Topik Mutu Pelayanan memaparkan hasil indeks kepuasan pasien dan tenaga serta fasilitas kesehatan untuk menjawab secara langsung hasil evaluasi JKN. Bagian selanjutnya memaparkan hasil penelitian terkait sejumlah kebijakan dan program yang berhubungan dengan mutu pelayanan dalam JKN, yaitu Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan di tingkat FKTP, TKMKB serta Pencegahan Kecurangan (*fraud*).

1. Sasaran 6; Paling sedikit 85% peserta menyatakan puas, dalam layanan di BPJS maupun dalam layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS.

Indeks kepuasan Pasien pada tahun 2014-2017 mulai mendekati sasaran yang ada peta jalan JKN. Hasil Indeks Kepuasan Pasien tahun 2014 mencapai 81%, terjadi penurunan Indeks Kepuasan Peserta tahun 2015-2016 yaitu dari 78,9% menjadi 78,6%, dan meningkat lagi menjadi 79,8% pada tahun 2017 (BPJS Kesehatan, 2018). Data Indeks kepuasan peserta didapat dari hasil kajian dan penelitian dalam pelaksanaan program JKN-KIS dengan jumlah responden sebanyak 68.195 peserta di 13 Divisi regional, 123 Kantor cabang dan 237 Kota/Kabupaten (BPJS Kesehatan, 2017)**.** Indeks kepuasan peserta terhadap pelayanan Faskes mengalami penurunan dibandikan dengan tahun sebelumnya. Trend Indeks kepuasan peserta dapat dilihat dalam gambar sebagai berikut.

Gambar. 14. Indeks Kepuasasn Peserta JKN-KIS Tahun 2014-2017



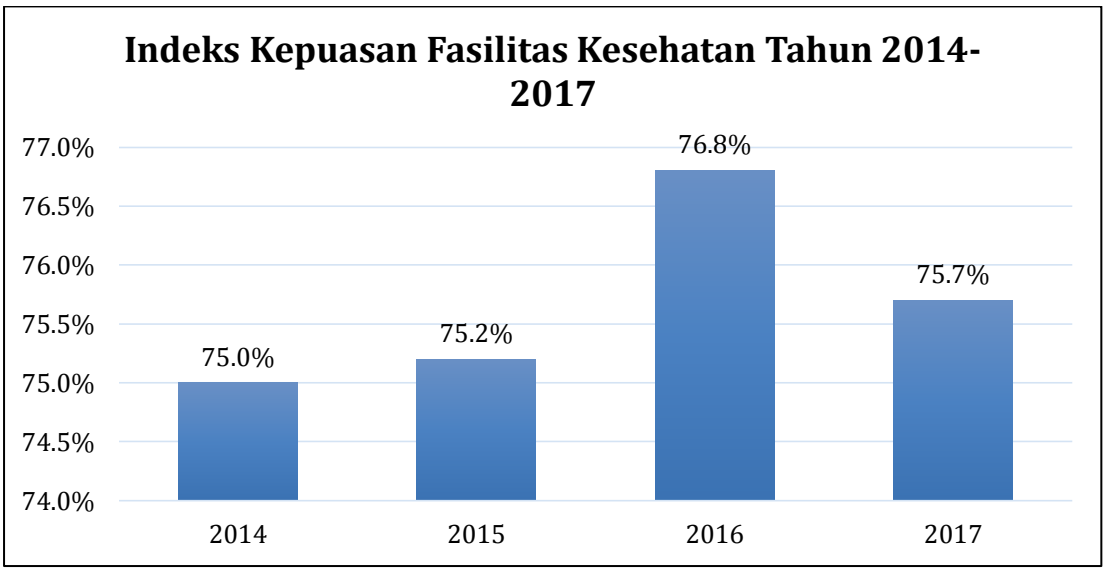
Sumber: BPJS Kesehatan, 2018

Berdasarkan Gambar 13, secara umum indeks kepuasn peserta JKN terhadap layanan yang diberikan oleh provider mulai membaik namun hal ini tidak terlepas dari keluhan dari peserta JKN. Keluhan peserta JKN di fasilitas kesehatan pada tahun 2016 antara lain antrian pelayanan di Faskes, Peserta tidak dilayani oleh dokter, iur biaya, FKTL membuat kuota pelayanan peserta, pembatasan pemberian obat, ketersediaan obat Program Rujuk Balik (PRB), pasien disuruh datang berulang-ulang, jam praktek dokter di FKTP tidak sesuai dengan Perjanjian Kerja Sama (PKS), kurang adanya informasi mengenai jenis pelayanan yang ada di RS, adanya kuota ruang rawat inap dan informasi ketersediaan kamar hanya 10% dari total RS, Keterbatasan dan ketersediaan Ruang Rawat Intensif (Kemenkes, 2017). Tren capaian Indeks Kepuasan Peserta dari 2014-2017 sulit mencapai sasaran yang telah ditetapkan dalam peta jalan JKN.

2. **Sasaran 7; Paling sedikit 80% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS.**

Hasil Indeks Kepuasan Fasilitas Kesehatan Tahun 2014-2016 terjadi peningkatan yaitu dari 75% menjadi 76,8%, namun pada tahun 2017 terjadi penurunan Indeks Kepuasan menjadi 75,7% (BPJS Kesehatan, 2018). Hasil Indeks kepuasan fasilitas kesehatan terhadap layanan BPJS didapat dari kajian dan penelitian dalam pelaksanaan program JKN-KIS dengan jumlah responden sebanyak 4501 fasilitas kesehatan di 13 Divisi regional, 123 Kantor cabang dan 237 Kota/Kabupaten (BPJS Kesehatan, 2017). Trend capaian indeks kepuasan fasilitas kesehatan dapat dilihat pada gambar berikut.

Gambar. 15 Indeks Kepuasan Fasilitas Kesehatan Tahun 2014-2017



Sumber: BPJS Kesehatan, 2018

Berdasarkan hasil yang disampaikan oleh direktur Pelayananan BPJS Kesehatan pada Rakerkesnas tahun 2017 menyatakan bahwa keluhan Fasilitas Kesehatan terhadap kerjasama dengan BPJS Kesehatan tahun 2016 antara lain distribusi peserta di FKTP tidak merata, peserta banyak terdaftar di fasilitas kesehatan tertentu, kekosongan obat di distributor, proses pengajuan klaim lama, proses kerja sama fasilitas kesehatan tidak

transparan, pasien tidak memahami prosedur pelayanan, tarif kapitasi dan INA CBGs kurang memadai, dan terlalu banyak aplikasi yang di entry (Kemenkes, 2017).

Seperti yang telah disebutkan di awal Topik Mutu Pelayanan, indeks kepuasan peserta dan provider kesehatan dapat dihubungkan dengan hasil penerapan kebijakan-kebijakan di level provider kesehatan dan peserta JKN dan dengan mutu pelayanan kesehatan. Namun, untuk lebih merinci hasil penilaian ini, penelitian ini juga menilai implementasi berbagai kebijakan terkait mutu pelayanan dan dengan definisi operasional sebagai berikut:

3. Kebijakan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan di FKTP

Definisi Operasional: Pemerintah daerah dapat mencapai target pemenuhan komitmen pelayanan pada zona aman.

Peraturan terkait:

- 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

Middle-range theory (MRT) yang digunakan untuk menganalisis temuan terkait kebijakan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dikembangkan berdasarkan *principal-agent of economics* (Christianson, Knutson & Mazze, 2006). Teori *principal-agent of economics*, menggagas 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. Pada regulasi Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBPKP), *prinsipal* (BPJS Kesehatan) 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. Regulasi KBPKP sendiri mensyaratkan target kinerja yang diukur dari pencapaian indikator *contact rate*, rujukan non spesialistik, dan Prolanis. Berdasarkan pengembangan teori di atas, MRT yang digunakan untuk evaluasi JKN ini dapat dihipotesiskan sebagai berikut:

> Pada FKTP yang memiliki sumber daya kesehatan kompeten, sarana dan prasarana yang memadai, komitmen manajerial yang tinggi serta adanya keterlibatan lintas sektor (***context***), Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan memotivasi FKTP untuk melaksanakan upaya promotif dan preventif baik pada layanan dalam gedung maupun layanan luar gedung guna meningkatkan aksesibilitas penduduk terhadap FKTP, serta FKTP termotivasi dalam mentaati 144 diagnosa yang harus ditangani secara tuntas di FKTP (***mechanism***), sehingga penduduk mendapatkan pelayanan kesehatan yang terstandar dan FKTP mencapai target pemenuhan komitmen pelayanan pada zona aman (***outcome***).

Penetapan kriteria penilaian Kapitasi Berbasis Komitmen merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2015 Tentang Penilaian Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Berprestasi. Dari 10 indikator instrumen penilaian FKTP (Permenkes 24 tahun 2015) dan 9

indikator kualitas (QI-9) Perdir BPJS No 95 Tahun 2014, dipilih 3 indikator, yaitu: 1) angka kontak komunikasi, 2) rasio rujukan rawat jalan non spesialistik, 3) rasio peserta Prolanis rutin berkunjung ke FKTP. Jika penyesuaian besaran tarif kapitasi lebih rendah/maksimal dari standar tarif kapitasi minimal/maksimal sesuai Permenkes 59 tahun 2014 maka besaran kapitasi yang dibayarkan adalah sebesar tarif kapitasi minimal/maksimal. Apabila pencapaian kapitasi sudah maksimal dan selama 6 bulan berturut indikator komitmen layanan baik, maka dapat diberi *reward* dalam bentuk peningkatan kompetensi (BPJS Kesehatan, 2015).

Laporan capaian nasional indikator KBPKP dari BPJS Kesehatan tahun 2017 menunjukkan indikator angka kontak dan prolanis belum tercapai (BPJS Kesehatan, 2017). Hal ini berdampak pada penerimaan Kapitasi Puskesmas. Penerapan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan ini dinilai memberatkan FKTP. Hal ini terjadi akibat kurangnya SDM dan sarana prasarana di FKTP, masih ada FKTP yang memiliki jumlah peserta <5000, keberagaman kemampuan tenaga kesehatan dalam menangani diagnosa non spesialistik, tidak tersedianya obat dan alat kesehatan yang memadai di FKTP serta belum semua FKTP yang melaksanakan KBK memiliki Klub Prolanis (BPJS Kesehatan, 2018). Tentunya ini berdampak pada penerimaan Kapitasi Puskesmas. Hasil Riset Imlementasi di lima Kabupaten Kota, yaitu Kabupaten Tapanuli Selatan, Kabupaten Jember, Kabupaten Jayawijaya, Kota Jakarta Timur dan Kota Jayapura mununjukkan bahwa Penerapan KBPKP di FKTP belum memberikan daya ungkit pada kinerja FKTP. Selain itu, penerapan indikator yang sama di semua wilayah, sangat berdampak pada FKTP di daerah yang banyak keterbatasan baik perkotaan maupun pedesaan (PKMK, 2017). Hal ini berpotensi melemahkan layanan yang diberikan oleh FKTP dan dapat berdampak negatif terhadap program JKN.

Skema pembiayaan Kapitasi berbasis komitmen pelayanan dalam program jaminan kesehatan nasional dipahami sebagai pendekatan terbuka yang diterapkan di daerah tertentu bahkan dalam konteks daerah yang terpencilpun dibingkai sebagai alat untuk membantu menciptakan layanan kesehatan yang lebih baik, lebih inklusif, dan lebih mudah di akses serta sebagai pendekatan yang menawarkan jawaban atas bagaimana mencapai cakupan universal health coverage (Meessen, Soucat and Sekabaraga, 2011; Hanefeld, Powell-Jackson and Balabanova, 2017; Paul *et al.*, 2018). Secara teori, pendekatan ini memiliki potensi untuk mendorong reformasi sistem secara luas dalam kaitannya dengan sumber daya manusia (peningkatan motivasi), manajemen keuangan (otonomi fasilitas kesehatan), dan aspek lainnya (Soeters *et al.*, 2017). Namun, seperti halnya banyak kebijakan, ada kesenjangan antara apa yang direncanakan dan apa yang sebenarnya dilaksanakan.

Hasil penelitian di 7 Provinsi yaitu Sumatera Utara, Bengkulu, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Sulawesi Selatan dan NTT menunjukkan bahwa terdapat perbedaan hasil capaian kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan diberbagai daerah. Secara umum, hampir seluruh FKTP di wilayah Kota di daerah Jawa telah mencapai target indikator kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan baik indikator contact rate, rujukan non spesialistik, maupun prolanis, tapi tidak dengan wilayah Kabupaten di masing-masing provinsi khususnya provinsi NTT, Sulawesi Selatan dan Sumatera Utara. Hal ini terjadi akibat hambatan lokasi geografis, minimnya ketersediaan akses internet untuk menginput data di P Care, kecukupan tenaga medis, program UKM dan UKP di Puskesmas yang sudah cukup membebani petugas puskesmas serta ketidakdispilinan tenaga menginput data di P Care.

Untuk mencapai target indikator Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan juga telah dilakukan kemitraan antara Puskesmas dan Pemerintah Desa di wilayah kerja Puskesmas serta memberdayakan mahasiswa kesehatan yang sedang praktik lahan untuk melakukan kontak komunikasi dan home visit, seperti di Provinsi DI Yogyakarta, dan Jawa Tengah sedangkan di Provinsi lain tidak ada. Adanya kemitraan antara FKTP dengan Pemerintah Desa dan Perguruan tinggi di wilayah kerja FKTP dilakukan untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam setiap penyuluhan dan kegiatan Prolanis Di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dan Jawa Tengah Sedangkan Bengkulu dan Sulawesi Selatan, NTT dan Jawa Timur tidak ada kemitraan. Puskesmas wilayah Kota di Provinsi Jawa Tengah bekerja sama dengan perguruan tinggi kesehatan untuk meningkatkan kontak komunikasi dan home visit serta melibatkan mahasiswa kesehatan yang sedang praktik lahan untuk melakukan penyuluhan dan home visit guna mencapai indikator contact rate dan home visit. Capaiannya meningkat namun belum memenuhi target Indikator KBPKP

Ketersediaan dokter kompeten yang memberikan layanan kesehatan hanya tersedia di FKTP wilayah Perkotaan di semua provinsi Khususnya Provinsi DI Yogyakarta, Jawa Tengah, dan Jawa Timur sehingga angka rujukan non spesialistik menurun namun tidak di FKTP Wilayah Kabupaten di NTT, Sumatera Utara dan Bengkulu dan Sulawesi Selatan. Menurunnya rujukan non spesialistik di FKTP Provinsi DI Yogyakarta terjadi karena para dokter telah memahami dan memberikan layanan sesuai kompetensi dalam 144 diagnosis yang tidak boleh dirujuk.

Selain itu, adanya sistem kontrol dan pengawasan yang kuat dari Kepala Puskesmas dan Dinas Kesehatan diberbagai daerah menjadi faktor penenentu pencapaian target indikator KBPKP. Sistem monitoring yang kuat dari kepala puskesmas (termasuk pertemuan tiga bulanan di setiap FKTP) dan Dinas Kesehatan di berbagai daerah antara lain Provinsi DI Yogyakarta, Jawa Tengah Bengkulu dan Sulawesi Selatan telah dilakukan tetapi belum mampu meningkatkan capaian kontak komunikasi dan Prolanis.

Berdasarkan temuan di atas, CMO alternatif yang disusun sesuai dengan temuan di daerah penelitian adalah sebagai berikut:

> Pada FKTP yang tidak memiliki sumber daya kesehatan yang kompeten, sarana dan prasarana yang kurang memadai, komitmen manajerial yang rendah serta tidak ada keterlibatan lintas sektor (***context***) program Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan dirasa menjadi beban bagi FKTP dalam melakukan layanan dalam gedung maupun luar gedung, serta tidak dapat menangani pasien secara tuntas sesuai indikasi medis dan kompetensi FKTP (***mechanism***), sehingga penduduk tidak mendapatkan layanan kesehatan yang terstandar dan FKTP mencapai target pemenuhan komitmen pelayanan pada zona tidak aman (***outcome yang tidak diinginkan***).

Konfigurasi CMO alternatif di atas memvisualisasikan bahwa capaian program KBPKP di level FKTP akan sulit tercapai karena perbedaan konteks yang ada di setiap daerah yang kemudian tidak memunculkan mekanisme yang diinginkan yaitu program KBPKP memotivasi FKTP untuk dapat memenuhi target mutu pelayanan.

4. Kebijakan tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya

Definisi Operasional: Tim koordinasi dan tim teknis melakukan semua tugasnya sesuai

Peraturan terkait:

- Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya

Tim TKMKB memiliki tugas dan fungsi untuk melakukan: 1) sosialisasi tentang kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik; 2) utilization review (UR); 3) audit medis (AM); dan 4) pembinaan etika dan disiplin profesi. Tugas secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 11. Tugas Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya

TKMKB Koordinasi	TKMKB Teknis
Evaluasi kebijakan kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi	Pertemuan pembahasan implementasi jkn yang mencakup aspek pelayanan kesehatan tingkat pertama dan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan
Rekomendasi apabila terjadi perbedaan pemahaman antara BPJS Kesehatan dengan FKRTL dalam hal penerapan mutu pelayanan medis	Rekomendasi apabila terjadi perbedaan pemahaman antara BPJS Kesehatan dengan FKRTL dalam hal penerapan mutu pelayanan medis
Pembahasan terhadap usulan perbaikan kebijakan	Audit medis sesuai dengan ketentuan yang berlaku
Membahas hasil audit medis yang memerlukan kebijakan baru	Meminta informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan peserta dalam bentuk salinan/fotokopi rekam medis kepada fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan
Evaluasi pelayanan kesehatan bagi peserta untuk menyusun profil pelayanan kesehatan	Pemantauan dan evaluasi penggunaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dalam pelayanan kesehatan secara berkala melalui pemanfaatan sistem informasi kesehatan
Sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai dengan kompetensi	
Utilization review	
Audit medis	
Pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan	
Berkoordinasi dengan fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan	

Konsep penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya program JKN dirancang mengacu pada teori Donabedian bahwa ada 3 komponen pendekatan komponen yang digunakan untuk mengevaluasi mutu pelayanan dalam upaya melakukan perbaikan, yaitu struktur, proses dan outcome.

Indikator struktur berhubungan dengan materi dan dan sumber daya manusia yang ada pada titik di mana perawatan berlangsung. Jenis indikator ini termasuk fasilitas, persediaan, pendanaan, infrastruktur dan peralatan, jumlah staf, kualifikasi mereka, dan akses ke pelatihan. Indikator struktur juga dapat mengukur elemen organisasi dari pengaturan perawatan kesehatan seperti ketersediaan pedoman dan penilaian sejawat. Indikator proses berhubungan dengan tindakan pasien dalam mengakses dan menerima perawatan, serta proses yang digunakan oleh seorang praktisi dalam mendiagnosis dan menerapkan pengobatan. Terakhir, indikator outcome mengukur efek perawatan pada status kesehatan pasien dan populasi. Indikator outcome berupa pemulihan, kelangsungan hidup, penyakit, ketidaknyamanan, ketidakmampuan, ketidaknyamanan, ketidakpuasan, kepuasan dan kematian (Donabedian, A. 2005)

Berdasarkan pengembangan teori Donabedian dapat dihipotesiskan konfigurasi CMO sebagai berikut:

> Pada situasi dimana ada regulasi tentang kewajiban BPJS Kesehatan membentuk Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB), SK TKMKB serta adanya fasilitasi dari BPJS kesehatan (***context***) dapat mewajibkan TKMKB bekerja sesuai tugasnya dan mengetahui cara melakukan kendali mutu kendali biaya (***mechanism***) sehingga TKMKB menjalankan tugas dan pelayanan yang efisien (***outcome***).

Akses data juga merupakan kunci bagi TKMKB untuk melakukan evaluasi dan monitoring serta tindak lanjut hasil temuan terkait mutu pelayanan dan kendali biaya. Sehingga, keterbatasan akses data BPJS-K menjadi konteks yang penting. Hal ini juga telah disampaikan dalam temuan di Topik Tata Kelola. Untuk itu, CMO dapat juga diperlengkap menjadi sebagai berikut:

> Pada situasi dimana telah terbitnya SK TKMKB, regulasi tentang kewajiban BPJS Kesehatan membentuk Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) serta adanya fasilitasi dari BPJS kesehatan baik dalam bentuk pendampingan/koordinasi dan juga akses data pelayanan JKN (***context***) dapat memotivasi TKMKB bekerja sesuai tugasnya dan mengetahui cara melakukan kendali mutu kendali biaya (***mechanism***) sehingga TKMKB menjalankan tugas dan pelayanan yang efisien (***outcome***).

Ada beberapa faktor yang menjadi konteks penentu untuk TKMKB, baik TKMKB koordinasi maupun teknis , yaitu: (1) adanya SK yang menjadi bentuk legalitas dan komitmen anggota TKMKB; (2) regulasi yang jelas tentang tugas dan tanggung jawab serta otoritas TKMKB; (3) adanya pendampingan serta koordinasi dari BPJS-K, serta (4) adanya akses data sebagai dasar evaluasi dan monitoring terkait mutu pelayanan dan kendali biaya. Penjabaran temuan terkait TKMKB koordinasi dan teknis disusun berdasarkan evaluasi terhadap empat (4) faktor di atas.

1. SK Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB)

Penelitian ini menemukan bahwa telah terbit SK TKMKB di seluruh daerah penelitian. Namun, terbitnya SK ini belum berdampak langsung terhadap komitmen anggotanya untuk melaksanakan fungsi KMKB secara independen. Beberapa kendala yang ditemukan di hampir seluruh lokasi penelitian berhubungan dengan pemahaman yang rendah tentang tugas yang harus dilakukan TKMKB koordinasi maupun Teknis, tingginya beban kerja TKMKB sebagai pemberi layanan kesehatan, serta keterbatasan akses data layanan kesehatan. Berbagai kendala tersebut diulas lebih lengkap dalam poin-poin berikut ini.

2. Regulasi dan Sosialisasi tentang Tugas, Tanggung Jawab, serta Otoritas yang Jelas bagi TKMKB

Penelitian ini menemukan bahwa tingkat pemahaman terkait tugas TKMKB masih bervariasi, walaupun di daerah tersebut telah terbit SK TKMKB. Temuan TKMKB teknis dari Sulawesi Selatan misalnya, menunjukkan bahwa fungsi TKMKB dilakukan oleh tim *case mix* yang lebih menitikberatkan pada evaluasi tindakan yang berlebihan dan mengakibatkan defisit dana rumah sakit. Demikian pula halnya di Provinsi Bengkulu, dimana TKMKB di RSUD Kota Bengkulu lebih menangani komplain yang terkait klaim kasus pasien, dan bukan kualitas layanan yang diberikan. Keterbatasan pemahaman fungsi TKMKB ini dipengaruhi beberapa faktor, termasuk kurangnya komunikasi antara TKMKB Teknis dan BPJS Kesehatan dan belum jelasnya struktur kegiatan TKMKB Teknis di fasilitas kesehatan.

Selain itu, terdapat pula implementasi kebijakan TKMKB yang berbeda. Misalnya, temuan TKMKB koordinasi di Provinsi DI Yogyakarta, fungsi sosialisasi kewenangan dan pembinaan etika serta disiplin profesi dilakukan oleh organisasi profesi dan dinas kesehatan, tetapi tidak dimandatkan ke TKMKB koordinasi. Hal ini berpotensi untuk menimbulkan inkonsistensi karena TKMKB tidak memiliki wewenang untuk menegaskan perbaikan etika medis ke para petugas kesehatan. Seperti disebutkan dalam peryataan berikut:

> ***"****Kalau pembinaan etika itu sudah diserahkan ke organisasi profesi masing-masing. Kalau pembina etika secara keseluruhan. Kalau ada kasus, tanpa TKMKB, organisasi profesi juga sudah jalan. Jadi ada MKEK kalau di IDI. Itu gak usah terkait dengan klain-klaiman. Itu sudah ada". (****TKMKB Koordinasi Sleman****).*
>
> *"Kalau dari sisi IDI, sudah mensyaratkan setiap seminar ada porsi pemberian materi edukasi tapi kalau etika yang spesifik itu tidak". (****TKMKB Koordinasi Jogja****).*

TKMKB Teknis juga berfungsi untuk melakukan pemantauan penggunaan dan pengadaan obat-obatan serta bahan medis habis pakai, agar terjadi efisiensi di tingkat fasilitas kesehatan. Namun, dari hasil temuan di beberapa daerah penelitian, fungsi ini belum berjalan sepenuhnya akibat keterbatasan sistem informasi kesehatan (Bengkulu dan Sumatera Utara). Bahkan di Jakarta Timur, walaupun sistem informasi kesehatan telah lebih memadai, belum semua penyakit dievaluasi dari sisi penggunaan obat-obatan dan hanya berfokus pada kasus-kasus berbiaya tinggi, seperti yang disebutkan dalam pernyataan berikut:

> *"Rumah sakit memiliki sistem informasi kesehatan yang mampu menarik data tersebut. Akan tetapi, belum semua penyakit kita pantau penggunaan obat-obatannya, alat kesehatannya, dan BHP-nya. Kembali lagi, karena masih*

*terdiri dari 6 orang, tim case mix difokuskan unutk kasus-kasus high cost dan high risk". (**Direktur RS Swasta, Jakarta Timur**)*

Di tingkat fasilitas kesehatan, sosialisasi tentang fungsi adanya TKMKB Teknis ini juga masih terbatas. Hal ini terutama dirasakan oleh petugas kesehatan yang menjadi subjek kebijakan kendali mutu dan kendali biaya. Walaupun kebijakan ini jelas bertujuan untuk membantu fasilitas kesehatan dalam memberikan layanan yang efektif, efisien serta berkualitas, sejumlah tenaga kesehatan masih merasa bahwa TKMKB lebih bersifat sebagai auditor yang mencari kesalahan tenaga kesehatan, seperti yang diungkapkan oleh responden berikut:

*"Cuma kadang dokter itu yang merasa saya kok diadili. Padahal sebenarnya kita mengaudit itu untuk mencari penanganan kita seperti apa misalkan ini yang belum sesuai tapi bukan untuk menyalahkan. Apakah ini sudah sesuai? Apakah belum sesuai? Kalau belum, permasalahannya apa? Sehingga kita bisa mencari solusinya. Tapi ada beberapa dokter ini yang merasa kok aku diadili. Tapi ada yang nggak apa-apa." (**Direktur RSUD di Provinsi DI Yogyakarta**)*

Perbedaan persepsi tentang tugas TKMKB Teknis di fasilitas kesehatan ini menghambat jalannya fungsi tim tersebut. Hal ini juga mempersulit upaya untuk mendapatkan komitmen waktu dari para tenaga kesehatan untuk menghadiri rapat sosialisasi dan juga audit medik yang dilakukan oleh TKMKB Teknis. Selain itu, kesibukan staf dokter juga berkontribusi dalam rendahnya komitmen ini, seperti yang ditemukan di sebagian besar daerah penelitian termasuk Sumatera Utara, Jawa Tengah, Sulawesi Selatan, dan Bengkulu.

3. Pendampingan dan Koordinasi dengan BPJS Kesehatan

Hubungan komunikasi antar TKMKB Teknis dan BPJS Kesehatan masih belum baik di seluruh daerah penelitian. Di Kabupaten Sleman misalnya, belum terbentuk hubungan komunikasi yang baik antar TKMKB Teknis dan BPJS-K. Demikian pula halnya di Sulawesi Selatan, dimana kasus yang dilaporkan tidak terselesaikan secara maksimal akibat perbedaan pemahaman antar BPJS Kesehatan dan FKRTL terkait wewenang dan tanggung jawab dalam hal kendali mutu dan kendali biaya akibat belum adanya pertemuan koordinasi rutin dengan BPJS-K.

Koordinasi ini menjadi konteks yang penting dalam jalannya fungsi TKMKB Teknis, karena pendampingan BPJS-K dibutuhkan untuk mengarahkan fasilitas kesehatan dalam melakukan fungsi kendali mutu dan kendali biaya. Misalnya di Bengkulu, keterbatasan pendampingan ini menyebabkan bentuk kegiatan TKMKB belum terstruktur dan hanya sebatas pembahasan implementasi JKN di rumah sakit tanpa ada tindak lanjut yang jelas.

4. Akses Data Pelayanan Pasien Peserta JKN

Dari temuan di lapangan, sebagian kegiatan *utilization review* (UR) dapat berjalan walaupun TKMKB koordinasi tidak memiliki akses data ke BPJS Kesehatan dan Fasyankes karena BPJS Kesehatan menyediakan data dari database yang mereka miliki. Data ditampilkan ketika pertemuan UR dan dilakukan proses analisa serta penyusunan rencana perbaikan. Namun, keterbatasan akses data ini tetap dirasakan sebagai hambatan bagi TKMKB koordinasi untuk mengevaluasi dan memonitor tatalaksana pasien peserta BPJS. Hal ini ditemukan di hampir seluruh daerah penelitian, termasuk DI Yogyakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sulawesi

Selatan, Sumatera Utara, serta Bengkulu. Selanjutnya, keterbatasan data ini juga menghambat advokasi kepada para dokter agar lebih mematuhi aturan BPJS Kesehatan.

> *"….BPJS juga yang punya datanya. Saya tinggal datang saja, terus kita membahas bersama. Semua yang punya data, BPJS. Kita tidak bisa akses kalau tidak dikasih BPJS. Semua, baik di FKTP maupun RS. Sudah. Tergantung nanti UR yang mana mau dilakukan, karena data itu semua yang punya BPJS. Jadi kita lihat datanya,, nanti kita cermati bersama kalau memang datanya itu benar apa gak. Soalnya kadang-kadang ada bias". (**TKMKB Koordinasi Sleman**).*

Dari temuan terkait TKMKB Koordinasi dan Teknis di atas, dapat dimunculkan beberapa MRT alternatif sebagai berikut:

> Tanpa adanya sosialisasi, regulasi yang jelas tentang tugas dan tanggung jawab, pendampingan dan koordinasi dengan BPJS-K serta akses data layanan kesehatan, penerbitan SK TKMKB **(*context*)** TKMKB koordinasi dan teknis di fasilitas kesehatan tidak akan termotivasi dan memahami fungsinya dalam kendali mutu kendali biaya **(*mechanism*)** sehingga TKMKB tidak berjalan sercara efisien ***(outcome yang tidak dikehendaki).***
>
> Kompetensi SDM dan sistem informasi kesehatan yang terbatas ***(context),*** masih membawa dampak pemahaman tugas dan kewenangan TKMKB belum mengikuti standar input proses pelayanan kesehatan dan luaran kualitas kesehatan Peserta. TKMKB Masih fokus pada komplain kasus peserta ***(mechanism).*** Akibatnya strategi pengendalian mutu dan biaya di fasilitas kesehatan belum tercapai. Efektivitas penyelenggaraan JKN belum dapat terukur ***(outome yang tidak dikehendaki).***
>
> Keterbatasan pemahaman regulasi dan komunikasi antara BPJS-K dan FKRTL ***(context)*** membatasi motivasi dan kemampuan tim TKMKB di FKRTL ***(mechanism)***, sehingga belum ada kajian perbaikan pelayanan kesehatan atau usulan perbedaan pemahaman penerapan mutu pelayanan medis ***(outome yang tidak dikehendaki).***

Evaluasi terhadap fungsi TKMKB Teknis menunjukkan bahwa penerbitan SK tidak menjadi faktor atau konteks penentu berfungsinya TKMKB karena keterbatasan pemahaman tentang fungsi tim yang disebabkan oleh berbagai hal. Selanjutnya, penelitian ini juga mendapatkan gambaran bahwa TKMKB koordinasi dan Teknis baru berfokus pada kendali biaya dan belum secara komprehensif berfokus pada kendali mutu pelayanan.

5. Kebijakan tentang Pencegahan Kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program JKN

DO : Tim pencegahan kecurangan JKN di tingkat Dinas Kesehatan, maupun Fasilitas Kesehatan dapat menjalankan tugas pencegahan kecurangan JKN sesuai amanat PMK No. 36/ 2015.

Peraturan terkait:

- Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program JKN

Kebijakan yang menyangkut pencegahan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tertuang dalam Permenkes No. 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (f*raud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional. Kebijakan ini mulai diundangkan di Jakarta pada 25 Mei 2015. Permenkes ini mulai disusun sejak tahun 2014 dengan melibatkan akademisi, BPJS Kesehatan, asosiasi fasilitas kesehatan, hingga organisasi profesi. Bersamaan dengan terbitnya peraturan ini, terbit pula Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.02.02/MENKES/72/2015 tentang Tim Pencegahan Fraud dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional. Namun hingga saat ini belum ada laporan resmi tentang kegiatan yang dilakukan oleh tim ini.

Untuk menjamin peraturan ini dapat diterapkan di RS, KPK menyusun alat diagnostik pemenuhan PMK No. 36/2015 untuk (KPK, 2015). Instrumen ini diujicoba pada 2 RS di Indonesia dan membuktikan bahwa peraturan ini sebenarnya dapat diterapkan di rumah sakit. Berdasarkan hasil telusur informasi, saat ini belum ada laporan resmi tingkat nasional yang mengungkapan efektivitas implementasi PMK No. 36/ 2015 di FKRTL untuk mencegah/mengurangi kecurangan JKN. Potensi kecurangan JKN di FKRTL sebesar 400 M (KPK, 2015), sedangkan di FKTP angka kecurangan mencapai 1 T (BBC, 2018).

Berdasar PMK No. 36/2015, motor terlaksananya kegiatan pencegahan kecurangan (*fraud*) JKN adalah Tim Pencegahan Kecurangan JKN di FKTP maupun FKRTL. Tugas tim ini adalah sebagai berikut:

1. Melakukan deteksi dini Kecurangan (Fraud) JKN berdasarkan data klaim pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Rumah Sakit
2. Menyosialisasikan kebijakan, regulasi, dan budaya baru yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya.
3. Mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik.
4. Meningkatkan kemampuan koder dokter dan petugas lain yang berkaitan dengan klaim.
5. Melakukan upaya pencegahan, deteksi dan penindakan Kecurangan (Fraud) JKN.
6. Monitoring dan evaluasi; dan
7. Pelaporan

Evaluasi kebijakan pencegahan kecurangan dalam JKN mempertimbangkan teori implementasi siklus anti fraud yang dikembangkan oleh European Comission (2013) yaitu dimulai dari membangun kesadaran – pelaporan – deteksi – investigasi – pemberian sanksi – dan kembali ke membangun kesadaran. Membangun kesadaran adalah titik awal yang dapat mendukung berjalannya program anti *fraud*.

Teori lain yang digunakan dalam penelitian ini adalah kerangka *Fraud Risk Management* dari COSO (2016). Kerangka ini selaras dengan komponen-komponen pencegahan kecurangan JKN dalam PMK No. 36/ 2015. Terdapat lima komponen dalam kerangka ini:

(1) **Kontrol lingkungan.** Pada komponen ini, organisasi diminta untuk menetapkan dan mengkomunikasikan program Fraud Risk Management yang menunjukkan ekspektasi jajaran direksi dan manajemen senior serta komitmen mereka terhadap integritas yang tinggi dan tata nilai dalam pengelolaan resiko fraud;
(2) **Penilaian resiko fraud.** Pada komponen ini, organisasi diminta untuk menunjukkan penilaian resiko fraud secara komprehensif untuk mengidentifikasi skema dan resiko fraud spesifik, menilai kemungkinan kejadian serta dampaknya, mengevaluasi kontrol internal yang sudah berjalan, serta mengimplementasi aksi untuk mitigasi resiko fraud residual;
(3) **Kegiatan kontrol**. Pada komponen ini, organisasi menyeleksi, mengembangkan, dan mengimplementasi kegiatan kontrol seperti pencegahan dan deteksi untuk memitigasi resiko kejadian fraud yang sedang terjadi atau yang belum terdeteksi;
(4) **Informasi dan komunikasi**. Pada komponen ini, organisasi diminta untuk mengembangkan sebuah proses komunikasi untuk mendapat informasi mengenai potensi fraud dan mengembangkan pendekatan terkoordinasi untuk melakukan investigasi dan aksi koreksi untuk menyelesaikan masalah fraud dengan cara yang patut;
(5) **Monitoring**. Organisasi menyeleksi, mengembangkan, dan melaksanakan evaluasi berkelanjutan untuk menilai apakah masing-masing komponen fraud risk management berjalan serta berfungsi (COSO, 2016).

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. Singkatnya, staf akan mengikuti apa yang dilakukan pimpinan secara nyata (ACFE, 2018).

Pimpinan di sektor kesehatan harus bekerja keras untuk menciptakan budaya kerja yang mendukung akuntabilitas dan kepatuhan terhadap standar. Studi 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). Pemimpin di sektor kesehatan 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).

Salah satu tantangan 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). Edukasi dan training terkait pengendalian fraud diberikan kepada pimpinan di sektor kesehatan, peserta program jaminan kesehatan, provider, distributor obat dan alkes, maupun aparat penegak hukum terkait kecurangan dalam program jaminan kesehatan. Tujuan utama dari program edukasi anti fraud adalah untuk menyadarkan penyebab terjadinya fraud (Dean dkk., 2018). Dalam Fraud Triangle Theory (Cressey, 1950) disebutkan terdapat 3 hal yang menyebabkan berbagai pihak melakukan fraud. Tiga hal ini adalah adanya tekanan (*pressure*), kesempatan (*opportunity*) serta rasionalisasi (*rationalization*). Bila semua pihak sudah memahami bahwa tekanan, kesempatan, dan rasionalisasi merupakan penyebab utama *fraud*, mereka akan paham cara untuk mencegahnya. Pengendalian *fraud* yang optimal dapat tercapai dengan adanya kombinasi dari implementasi, kesepahaman, kesadaran, dan edukasi (Dean dkk., 2013).

Program edukasi dan training di Amerika dilakukan oleh berbagai pihak, bisa dalam bentuk kerja sama atau 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).

Program edukasi dan pelatihan terkait kecurangan JKN di Indonesia belum 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. Kementerian Kesehatan dan KPK pada 2015 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).

Berdasarkan penjabaran di atas, konfigurasi CMO terkait kebijakan Pencegahan Kecurangan yang dapat disusun adalah sebagai berikut.

> Di daerah yang pernah mendapatkan edukasi, pelatihan, dan pendampingan terkait pencegahan kecurangan JKN dengan topik diantaranya terkait regulasi, pengertian, sanksi, koding, pelaporan, teknik deteksi, serta teknik investigasi kecurangan JKN (***context***) akan muncul pemahaman, komitmen, dan motivasi tim untuk mengatasi kecurangan JKN melalui berbagai upaya (***mechanism***), sehingga masing-masing daerah dapat menerapkan sistem pencegahan kecurangan JKN

dengan detil yang tertuang dalam PMK No. 36/ 2015 dapat berjalan optimal (***outcome***).

Provinsi DI Yogyakarta dan Nusa Tenggara Timur (NTT) adalah provinsi yang pernah mendapat pendampingan membangun sistem pencegahan kecurangan JKN. Provinsi lain yang menjadi lokasi penelitian belum pernah mendapat pendampingan serupa. Hasil penelitian menunjukkan bahwa belum semua provinsi membentu Tim Pencegahan Kecurangan JKN sebagai penggerak implementasi upaya–upaya pencegahan kecurangan JKN yang diamanatkan PMK No. 36/ 2015.

Pembentukan tim ada di level yang berbeda-beda antar provinsi. Di DI Yogyakarta, tim sudah dibentuk di tingkat Dinas Kesehatan dan FKRTL. Akan tetapi, Nusa Tenggara Timur baru memiliki tim di level Dinas Kesehatan. Sementara di Bengkulu, Jawa Tengah, dan Sumatera Utara sudah dibentuk tim pencegahan kecurangan JKN di FKRTL. Di Provinsi Jawa Timur, tim dibentuk di tingkat FKRTL dan FKTP. Sedangkan di Sulawesi Selatan belum dibentuk tim. Namun, di seluruh daerah penelitian, tim yang sudah ada ternyata belum optimal mendorong berjalannya sistem pecegahan kecurangan JKN seperti yang diamanatkan PMK No. 36/ 2015.

Gambaran implementasi kebijakan pencegahan kecurangan JKN di berbagai daerah di Indonesia adalah sebagai berikut:

1. **Penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan JKN**

   Kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan JKN merupakan acuan dasar dalam penyelenggaraan sistem pencegahan kecurangan JKN di daerah. Kebijakan dan pedoman ini merupakan bagian dari peraturan internal di daerah. Kebijakan dan pedoman ini terdiri atas pengaturan yang ingin diterapkan dan prosedur penerapannya termasuk standar perilaku dan disiplin, monitoring dan evaluasi yang memastikan kepatuhan pelaksanaan, serta penerapan sanksi pelanggarnya.

   Provinsi DI Yogyakarta belum memiliki kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan JKN:

   > "Belum ada kebijakan, hanya sebatas mengetahui. Namun, upaya meminimalisir fraud sudah ada." Belum disusunnya kebijakan disebabkan karena tim belum mendapat pelatihan. "Belum punya, karena sudah tanya ke provinsi tentang kerja tim karena belum pernah dilatih, dan memang tidak ada pedoman dalam audit, teknis pelaksanaan."

   Tidak ditemukan informasi terkait penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan JKN di wilayah lainnya yang menjadi lokasi penelitian.

2. **Pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya**

   Menurut PMK Np. 36/2015, pengembangan pelayanan kesehatan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya dilakukan melalui: (a) penggunaan konsep manajemen yang efektif dan efisien; (b) penggunaan teknologi informasi berbasis bukti; dan (c) pembentukan tim pencegahan Kecurangan JKN.

   Di DI Yogyakarta, tidak ada upaya yang dilakukan untuk mewujudkan pelayanan yang berorientasi kendali mutu dan kendali biaya.

> *"Tidak jelas, namun dilakukan seperti ini, diusahakan tetap konsultasi dokter, melihat klinis dari pasien. Misal pasien datang di cek lab sesuai BPJS dulu, dilihat perkembangan pasien." Upaya lain yang dilakukan adalah dengan penyelenggaraan case manager di rumah sakit. "Sudah, kita ada namanya case manager. Case manager itu ikut membantu masalah-masalah pada pasien yang tidak punya biaya, pasien yang penyakitnya terlalu lama, dia memberikan pendekatan pada pasien itu."*

Di daerah lainnya, tidak ditemukan informasi terkait ini.

3. Sosialisasi kebijakan, pedoman, dan budaya baru yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya

Di DI Yogyakarta, sosialisasi kebijakan, pedoman, dan budaya baru yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya, dilakukan secara berkala:

> *"3 bulan sekali kalau ga salah. … Waktunya apa banget segala macam, yang jadi kendala. Itu bukan tugas utama, jadi ada sampingan dan ini memang tidak bisa selesai sebagai tim." Namun, sosialisasi belum dilakukan secara detil dan spesifik khusus kecurangan JKN. "Belum semuanya tapi secara garis besar sudah kita lakukan."*

Di Jawa Tengah, sosialisasi pencegahan kecurangan JKN, dilakukan dengan media WA grup dan penyampaian secara langsung saat rapat dokter di rumah sakit. Di Jawa Timur, sosialisasi kebijakan anti fraud dilakukan dengan men-share file di grup whattsapp agar dapat dibaca oleh seluruh staf FKRTL. Tidak ditemukan informasi terkait hal ini di daerah lainnya.

4. Pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik

Menurut PMK No. 36/ 2015 pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik dilakukan melalui: (a) ketepatan kompetensi dan kewenangan tenaga kesehatan; (b) penerapan standar pelayanan, pedoman pelayanan klinis, dan clinical pathway; (c) audit klinis; dan (d) penetapan prosedur Klaim.

Di DI Yogyakarta, tata kelola klinik dilakukan dengan implementasi *clinical pathway* yang di inisiasi oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.

> *"Jadi kalau kliniknya biar jelas penanganan pasiennya. Jadi ini untuk peningkatan mutu, jadi standar pelayanan kan jelas kalau ada clinical pathway itu."*

Di daerah lainnya tidak ditemukan informasi ini.

5. Meningkatkan kemampuan manajemen & klinisi dalam deteksi dini untuk mencegah kecurangan JKN

Menurut PMK No. 36/ 2015, keterampilan terkait deteksi dini kecurangan JKN yang harus dikuasai oleh manajemen dan klinisi adalah: (a) analisis data Klaim; (b) investigasi; dan (c) pelaporan hasil analisis data Klaim dan investigasi Kecurangan JKN.

Di DI Yogyakarta, belum ada peningkatan kapasitas manajemen untuk deteksi dini kecurangan JKN:

> *"Belum ada. Dari SDM cukup, karena disini manajemen ya biasa saja. Double pekerjaan terkadang." Peningkatan kapasitas yang baru dilakukan adalah terkait klaim. "Ini sudah ada diklat yang ikut tim fraud itu Mbak Melia dipenjaminan itu sudah pernah dikirim terus dikeuangan SPI mungkin 1 saya gak hafal tapi sudah pernah mengirim." Dokter dan koder diberi pelatihan terkait koding untuk menjegah kecurangan JKN. "Ini kita sudah mengirim beberapa peserta untuk ikut pelatihan koder atau koding baik dokter, petugas dipenjaminan maupun paramedik ini sudah mengirim artinya biar mereka tepat untuk membuat diagnosis."*

Di daerah lainnya tidak ditemukan informasi ini.

6. Deteksi dan penindakan kecurangan JKN

Menurut PMK No. 36/ 2015, deteksi potensi fraud dilakukan dengan analisis data klaim. Adapun sanksi administratif yang dapat diberikan kepada pelaku kecurangan JKN adalah: (a) teguran lisan; (b) teguran tertulis; dan/atau (c) perintah pengembalian kerugian akibat Kecurangan JKN kepada pihak yang dirugikan.

Di DI Yogyakarta, belum dilakukan deteksi potensi fraud sesuai anjuran PMK N. 36/ 2015. Salah satuk bentu kegiatan yang dilakukan untuk deteksi potensi fraud adalah dengan memberi nasehat:

> *"Belum… Kalaupun ada mungkin peringatan dan diluruskan niatnya." Bentuk kegiatan lainnya adalah dengan Monitoring dan Evaluasi (Monev). "Monev adalah salah satu deteksi dini. Wawancara dengan bidan dan kasir. Justru dari pasien tidak dapat informasi."*

Dalam monitoring dan evaluasi, juga membahas beberapa kasus yang diaudit dan deteksi potensi fraud juga dilakukan dengan pembenahan internal fasilitas.

> *"Setelah audit dan dapat, kita kumpulin petugas, mereka punya hak untuk menjawab. Tidak ada sanksi."*
>
> *"Kita sudah berupaya untuk fraud ini baik pasien maupun petugas jadi upaya deteksi dini sekarang dari regulator, dari jajaran manajemen kita sudah mulai berbenah, kita sudah ada tim, kita akan melakukan sosialisasi lagi kita akan sedapat mungkin membentuk pedoman teknis, selain itu nanti dilengkapi dengan SPO, ini ke depan."*

Di Jawa Tengah, belum dilaksanakan deteksi dan investigasi potensi fraud. Sementara itu, di Jawa Timur, upaya deteksi dini fraud di tingkat FKTP maupun FKRTL melalui kegiatan verifikasi dan klarifikasi dokumen pasien saat mendaftar dan dokumen resume medis sebelum dikirimkan ke BPJS. Di daerah lainnya tidak ditemukan informasi ini.

7. Menyelesaikan perselisihan kecurangan JKN

Menurut PMK No. 36/ 2015, penyelesaian perselisihan kecurangan JKN dilakukan setelah ada pengaduan dan investigasi potensi kecurangan JKN. Bila terdapat perselisihan terkait pembuktian kejadian kecurangan JKN, maka penyelesaian dilakukan oleh Dinas Kesehatan dengan meneruskan pengaduan kepada Tim Pencegahan Kecurangan JKN yang dibentuk oleh Menteri.

Di DI Yogyakarta, perselisihan kecurangan JKN dilaksanakan dengan proses mediasi:

> *"Ketika tim BPJS menemukan, mediasi dengan BPJS tidak bisa, ya dikembalikan." Mediasi ini dilakukan sekali setahun, kecuali bila ada laporan dari BPJS Kesehatan atau Pasien. "Sekali setahun, namun ketika ada laporan dari BPJS atau pasien, kita juga turun. Kemarin mediasi kalau klinik antara klinik dan BPJS. Masing-masing punya argument. Kasusnya double klaim."*

Di Jawa Timur, jika ada perselisihan terkait kecurigaan fraud dari BPJS terhadap faskes, dinas kesehatan menjembatani hal tersebut sehingga jelas duduk perkara. Sementara di Bengkulu, di salah satu FKTP, penyelesaian dilakukan dengan diskusi dengan BPJS Kesehatan:

> *"Temuan tim fraud biasanya terkait dengan perbedaan jumah klaim akibat perbedaan persepsi SPI BPJS dan SPI RS. Sering terjadi ketidaksesuaian dan berkas dikembaikan ke RS. Selanjutnya tim RS kemudian akan mengkaji perbedaan tersebut. Jika RS merasa telah mengorbankan biaya terlalu banyak untuk sebuah pelayanan, maka tim RS akan tetap kemukakan hasil diskusi tim kepada BPJS."*

Di daerah lainnya tidak ditemukan informasi ini.

8. Monitoring dan evaluasi program pencegahan kecurangan JKN

Menurut PMK No. 36/2015, monitoring dan evaluasi dilakukan sebagai sarana pembinaan dan pengawasan. Di provinsi, Monitoring dan evaluasi dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota, dan dapat melibatkan badan pengawas RS, perhimpunan/ asosiasi perumahsakitan, asosiasi FKTP, dan organisasi profesi.

Di DI Yogyakarta, di Gunung Kidul, tidak didapat informasi jelas mengenai kegiatan Monitoring dan evaluasi (Monev) program pencegahan kecurangan JKN. Sebaliknya, Di Kulon Progo, di salah satu FKRTL, sudah dilakukan Monev sebulan sekali. Monev baru terbatas kelangkapan klaim. Belum detil mencakup seluruh program pencegahan kecurangan JKN:

> *"Monitoringnya kan kita bulanan itu walaupun belum mencakup keseluruhan tapi hanya monitoring terbatas pada kelengkapan klaim, itu monitoring evaluasi setiap bulan. Tapi monitoring secara menyeluruh pada pelayanan ini kita akui belum."*

Di Jawa Timur, belum dilakukan Monev program pencegahan kecurangan JKN. Di daerah lainnya tidak ditemukan informasi ini.

9. Pelaporan program pencegahan kecurangan JKN

Dalam PMK No. 36/ 2015, pelaporan yang perlu disiapkan adalah pelaporan hasil analisis data klaim dan investigasi kecurangan JKN.

Di DI Yogyakarta, belum ada pelaporan program pencegahan kecurangan JKN. Sementara di Jawa Tengah belum dilakukan pelaporan fraud, sebab peraturannya sifatnya hanya mencegah fraud jadi sebisa mungkin potensi fraud yang diketahui dicegah. Di daerah lainnya tidak ditemukan informasi ini.

Sistem pencegahan kecurangan belum optimal didorong implementasinya oleh Tim Pencegahan Kecurangan JKN karena:

1. Tim merasa kesulitan dalam bekerja karena kesulitan mengumpulkan personel.

> *"Nah ini kadang mereka itu berjalan sesuai bidang masing-masing, untuk tim melakukan bersama-sama itu jarang. Karena kesibukan sehingga sulit untuk berkumpul bersama, itu hambatan yang ada personil punya tugas yang berbeda." Walau begitu, tim ini akan tetap bekerja secara insidentil bila ada kasus. "Ini kita selalu komunikasi jadi kalau ada khususnya dalam penanganan klaim ya betul-betul kita kan ada unit penjaminan, didukung oleh unit penjaminan itu yang memproses klaim dan itu apabila diindikasikan ada indikasi-indikasi fraud itu mereka langsung melaporkan pada tim nanti kita verifikasi bersama dengan tim kendali mutu dan kendali biaya. …. Iya kalau insidentil aja. Sifatnya kalau ada kasus aja, ada kasus ada kecurigaan dilaporkan baru kita bahas."* ***(DI Yogyakarta)***

2. Hambatan lain yang membuat tim pencegahan kecurangan JKN belum optimal berjalan adalah ketidaktahuan tim tentang kegiatan yang seharusnya dijalankan menurut PMK No. 36/ 2015.

> *"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."* ***(DI Yogyakarta)***

3. Kurangnya pengawasan dan pembinaan dari Tim Pencegahan Kecurangan JKN dari tingkat Provinsi juga dirasa menjadi kendala dalam optimalisasi kinerja tim di tingkat RS.

> *"Terus yang kedua memang saya harapkan tim monitoring baik dikabupaten maupun provinsi itu jalan. Terus terang saya hampir setahun saya baru itu koordinasi sifatnya tapi monitioring secara khusus dirumah sakit itu saya belum pernah dimonitoring ya. Kalau monitoring dari atasan dilakukan ini sangat membantu sekali terhadap kinerja tim fraud. Tim fraud kalau dimonitoring dievaluasi terus, kinerjanya tambah baik otomatis dampaknya juga akan lebih*

baik karena ada kemauan untuk merubah. Ya memang terus terang apapun tim itu kalau tidak ada dari atasan untuk monitoring saya kira hanya didepan-depan saja. Tapi kalau monitoring itu dilakukan khusus, ini akan berdampak cukup besar terhadap kegiatan yang dibentuk itu." ***(DI Yogyakarta)***

4. Implementasi Fraud mengalami berbagai kendala diantaranya adalah: kurang kuatnya komitmen dan keberanian tim anti fraud untuk melakukan deteksi, investigasi dan pemberian sanksi; PIC yang pada umumnya adalah dokter umum yang usianya masih muda kurang percaya diri dalam menghadapi dokter senior, sehingga yang dilakukan sampai saat ini hanya bersifat teguran untuk mencegah tindakan fraud; dan anggota tim anti fraud yang lain kurang aktif dalam menjalankan tugasnya sehingga lebih banyak dikerjakan oleh PIC.

Berdasarkan jabaran hasil penelitian di atas, konfigurasi CMO terkait implementasi kebijakan Pencegahan Kecurangan dapat disusun adalah sebagai berikut.

Adanya pelatihan dan pendampingan terkait pencegahan kecurangan JKN di daerah tanpa komponen pencegahan *fraud* lainnya termasuk sumber daya yang mencukupi, sistem M&E, supervisi berkelanjutan, serta kejelasan otoritas tim anti *fraud* ***(Context)*** membatasi pemahaman dan komitment tim untuk melakukan upaya pencegahan kecurangan JKN ***(mechanism),*** sehingga sistem pencegahan kecurangan JKN tidak berjalan optimal termasuk dalam hal deteksi *moral hazard,* kendali mutu, dan etika profesi (***outcome yang tidak dikehendaki***).

Pola *middle-range theory* dari implementasi kebijakan pencegahan kecurangan JKN yang diuraikan di atas menunjukkan bahwa kerugian dana jaminan sosial kesehatan akibat *fraud* belum mampu dicegah dengan kebijakan nasional. Kebijakan pencegahan kecurangan JKN yang belum terlaksana optimal membuka kesempatan bagi peserta, BPJS Kesehatan dan fasilitas pemberi layanan kesehatan melakukan *moral hazard. Moral hazard* atau tindakan kecurangan yang tidak mampu dicegah akan berimplikasi pada pelaksanaan program JKN yang tidak dapat berjalan dengan efektif dan efesien.

Pembahasan

Evaluasi setelah 5 tahun implementasi kebijakan JKN menunjukkan variasi dalam tingkat pencapaian keberhasilan antar provinsi. Kebijakan JKN telah berhasil memberi perlindungan kepada para pesertanya saat menderita penyakit, tetapi yang mencolok adalah ketidakmerataan manfaat antar daerah dan antar segmen kepesertaan. Permasalahan ketidakmerataan antar daerah selama 5 tahun implementasi kebijakan ini belum diatasi dengan baik dan kebijakan afirmatif seperti kebijakan kompensasi, yang seharusnya telah dilakukan, ternyata belum diimplementasikan. Oleh karena itu, pembahasan ini akan berfokus pada:

1. Apakah tujuan kebijakan JKN telah tercapai?
2. Apa faktor-faktor yang menyebabkan perbedaan hasil pencapaian antar provinsi?

Bagian pertama akan membahas mengenai pencapaian target JKN dari perspektif nasional, termasuk sejumlah isu yang mempengaruhi tingkat pencapaian ini. Bagian kedua akan membahas variasi pencapaian antar daerah dan permasalahan di level sub-nasional yang menyebabkan sejumlah ketimpangan antar daerah. Isu-isu di level nasional tentunya saling berkaitan dengan level sub-nasional, sehingga perspektif kedaerahan digunakan pula sebagai konteks penting dalam *realist evaluation* ini.

Apakah Tujuan Kebijakan JKN Telah Tercapai?

Pertanyaan ini dibahas dengan berpijak pada Undang-Undang yang mengatur kebijakan JKN. Pasal 2 UU SJSN menyatakan bahwa Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Pasal 3 UU SJSN menyatakan bahwa Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya.

Hasil evaluasi di 7 provinsi menunjukkan bahwa selama 5 tahun pelaksanaan JKN belum dapat memberikan kebutuhan esensial bagi setiap orang agar dapat hidup layak secara merata di seluruh daerah. Hal ini terkait dengan ketersediaan ***supply side fasilitas kesehatan yang bervariasi antar provinsi***. Provinsi DI Yogyakarta merupakan provinsi yang memiliki ketersediaan dokter dan fasilitas kesehatan terbaik dibandingkan dengan lokasi penelitian lainnya. Sementara itu, provinsi Nusa Tenggara Timur adalah provinsi yang paling terbatas dalam hal sumber daya kesehatan. Berbagai sistem yang dijalankan untuk meningkatkan mutu pelayanan dalam program JKN, termasuk akreditasi rumah sakit dan puskesmas ditemukan belum mampu untuk menyeimbangkan fasilitas kesehatan antar daerah. Hal ini juga ditunjukkan bahwa rumah sakit yang lulus dengan predikat paripurna masih terpusat di daerah Indonesia bagian barat sementara bagian timur masih sangat terbatas. Program JKN telah berjalan selama 5 tahun, namun ketimpangan dalam pemerataan pelayanan kesehatan antar daerah belum dapat diatasi.

Penelitian ini juga menemukan adanya fenomena gotong royong yang terbalik, dimana daerah maju menyerap lebih banyak manfaatkan program JKN dibandingkan daerah yang jauh/akses sulit dan belum maju. Ketimpangan *supply side* yang telah disebutkan di atas, membawa dampak pada ketimpangan ketersediaan paket manfaat dimana provinsi berkinerja baik seperti DI Yogyakarta dan Jawa Timur memiliki tingkat pencapaian yang jauh lebih tinggi dibandingkan provinsi NTT ataupun Papua. Fenomena ini bertentangan dengan

asas keadilan sosial yang menjadi dasar program JKN dan dapat dilihat dari target-target terkait *equity* yang belum tercapai.

Permasalahan Implementasi JKN: Perspektif Nasional

Penelitian ini menemukan sejumlah isu di level nasional yang berkontribusi pada tidak tercapainya sejumlah target JKN. **Isu pertama** terkait dengan pendekatan sentralistik BPJS Kesehatan yang merupakan efek dari fragmentasi UU SJSN dan UU BPJS dengan berbagai UU yang mengatur sektor kesehatan (UU Kesehatan, UU RS, UU Wabah dll) serta regulasi yang mengatur tata pemerintahan. Ada dua bagian besar yaitu sistem pembiayaan kesehatan yang diatur dengan UU SJSN dan UU BPJS yang cenderung sentralistik sehingga terpisah dari bagian sistem kesehatan nasional dan daerah yang desentralistik. Fragmentasi ini menghambat pencapaian target di seluruh provinsi, terutama karena dalam penelitian realist ini ketertutupan data ditemukan sebagai konteks penting terhambatnya pemanfaatan data oleh pemerintah daerah. Sebagai catatan menarik, Pemerintah Pusat (dalam hal ini Kementerian Kesehatan) juga kesulitan mendapatkan data dari BPJS Kesehatan. Hal serupa pun dialami oleh DJSN yang harus menggunakan MoU untuk mendapatkan data tersebut.

Penelitian *realist evaluation* menunjukkan bahwa sifat sentralistik dari BPJS Kesehatan menjadi konteks yang penting karena berimplikasi lebih lanjut terhadap rendahnya kepercayaan publik terhadap pengambilan keputusan, informasi kebijakan, dan dampak dari program ataupun kebijakan (Grimmelikhuijsen et al. 2013), termasuk JKN. Saat ini banyak didapatkan informasi pro dan kontra mengenai BPJS Kesehatan dan JKN di media sosial. Berbagai keputusan yang diambil BPJS Kesehatan menimbulkan kontroversi dan bahkan sampai menjadi bahan litigasi di Mahkamah Agung. Kondisi ini mengkhawatirkan pengambilan keputusan di tingkat nasional dan daerah tidak berdasarkan data yang cukup (Trisnantoro, 2018). Hal demikian juga bertentangan dengan prinsip bahwa sebuah tatanan yang mengatur secara ekplisit tentang mekanisme *sharing* data dan tranparansi data sangat diperlukan (Dawes 2010) dan pemberian ruang dan informasi yang transparan kepada publik (Siddiqi et al. 2009).

Isu kedua adalah sistem *single-pool* yang digunakan dalam JKN. Penarapan konsep *single-pool* terjadi di Korea Selatan dan Taiwan serta negara-negara di Eropa. Permasalah yang kemudian timbul adalah sistem ini diadopsi Indonesia tanpa kesiapan dan perencanaan yang matang, sehingga berkontribusi terhadap meledaknya biaya kesehatan dan defisit pendanaan BPJS Kesehatan yang telah terjadi sejak tahun pertama implementasi JKN. Berdasarkan penelitian sebelumnya oleh Lu dan Hsiao (2003) tentang sistem asuransi Taiwan, sistem *single-pool* memang berhasil meningkatkan efisiensi dengan menekan biaya pelayanan kesehatan, namun penelitian yang sama juga menyebutkan bahwa sistem ini hanya bisa diimplementasikan di negara-negara dengan ekonomi yang kuat dan bukan di negara-negara berkembang (Lu and Hsiao 2003), termasuk Indonesia. Selain kekuatan ekonomi yang berbeda dengan Indonesia, mayoritas tenaga kerja di Korea Selatan dan Taiwan adalah sektor formal. Hal ini mempermudah pengumpulan premi asuransi dan sistem perpajakan yang jauh lebih efektif dan berdampak pada kemampuan negara untuk mensubsidi sektor informal, pensiunan, dan rakyat miskin yang merupakan proporsi relatif kecil dibanding sektor formal.

Sistem *single-pool* perlu ditinjau ulang dengan menelaah kondisi antar daerah yang dimiliki Indonesia. Salah satu studi dari Taiwan sendiri, yang meskipun saat ini menerapkan sistem *single-pool*, menyarankan adanya segmentasi NHI Taiwan berdasarkan daerah pedesaan dan perkotaan (Lee et al. 2018) yang diangkat berdasarkan sistem *multiple-pool* seperti di Cina, Singapura, dan Kolombia (Lim 2015, Low 2004, Montenegro Torres and Bernal Acevedo 2013, Yip et al. 2012). Hal ini bertujuan untuk mendapatkan informasi yang lebih sensitif terhadap pemerataan distribusi sumber daya kesehatan, kualitas pelayanan berdasarkan geografis, alokasi pembiayaan yang lebih sesuai dengan kebutuhan daerah, serta untuk mencapai populasi yang paling rentan. Penelitian lain tentang Taiwan dan sistem *single-pool* oleh Hsiao, Cheng, dan Yip (Hsiao et al. 2016) tidak memaksakan pemecahan atau segmentasi *single-pool* ini, karena Taiwan dinilai cukup berhasil mencapai UHC. Namun, penelitian tersebut juga menekankan bahwa keberhasilan Taiwan didukung oleh kondisi dimana *supply-side* Taiwan telah relatif mencukupi dan cukup merata. Taiwan berhasil menggunakan teknologi informasi untuk menganalisa kepesertaan, fasilitas kesehatan, dan utilisasi pelayanan kesehatan serta secara efektif menggunakan data dan informasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan, menekan angka kecurangan (*fraud*) dan biaya administratif.

Perlu diketahui bahwa sistem *single-pool* memiliki sejumlah keterbatasan, termasuk monopoli pengelola asuransi yang bila tidak dikelola dengan benar akan menyebabkan defisit atau bisa juga pemborosan biaya kesehatan. Pemilihan segmentasi sistem asuransi ini menjadi bahan yang perlu dikaji mendalam, mengingat konteks Indonesia memiliki variasi kapasitas pemerintahan dalam mengelola data informasi kesehatan, pemerataan *supply-side*, dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan serta kecepatan respon terhadap temuan ataupun analisa tersebut.

Terkait dengan isu pertama dan kedua di level nasional, penelitian dari negara-negara OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) di Eropa menunjukkan bahwa sistem sentralistik serta *single-pool* ini menunjang peningkatan kualitas pelayanan kesehatan karena informasi pasien lebih komprehensif dan terpusat (Preker 1998). Konteks Indonesia menyatakan sistem sentralistik yang seharusnya mempermudah analisis dan manajemen kepesertaan yang lebih komprehensif terhalangi akibat ketidakterbukaan data BPJS Kesehatan. Ketidakterbukaan data ini menjadi konteks berpengaruh gagalnya penyusunan kebijakan dan program JKN yang berbasis data, baik di level nasional maupun daerah. BPJS Kesehatan tidak menyebutkan secara eksplisit kelemahan dalam pengumpulan dana dari segment PBPU, yang berhubungan erat dengan permasalahan defisit yang dibahas di isu ketiga.

Isu ketiga membahas lebih rinci permasalahan defisit pembiayaan dalam JKN. Hal ini terkait erat dengan kedua isu di atas, yaitu sifat sentralistik BPJS Kesehatan terutama terkait ketertutupan data dan juga sistem *single-pool* yang diterapkan dalam program JKN. Defisit yang berlangsung sejak awal implementasi JKN pada 2014 semakin parah hingga 10-16 triliun di tahun 2018 (setara dengan $ 702.935.000 dengan rate $1 = Rp 14.226). Masalah defisit pun membuat isu-isu seperti keadilan geografis menjadi terkesampingkan dan belum menjadi agenda utama dalam kebijakan JKN. Penyebab defisit seharusnya dapat diidentifikasi lebih komprehensif melalui keterbukaan data (Zuiderwijk and Janssen 2014), sehingga pemerintah pusat daerah dapat terdorong untuk terlibat aktif dalam menyelesaikan masalah tersebut (Mahendradhata et al. 2017).

Sejumlah faktor seputar defisit meliputi; (1) permasalahan dalam sistem monitoring formal; (2) *unlimited medical benefit*, serta; (3) segmentasi kepesertaan dan *moral hazard* yang berkontribusi terhadap defisit tersebut. Berikut ini adalah pembahasan terkait 3 faktor tersebut.

Monitoring formal mengenai defisit dan penyebabnya belum diimplementasikan secara komprehensif. Salah satu paham yang digunakan untuk melihat defisit adalah bahwa semua dana yang masuk dari berbagai segmen kepesertaan seperti PBI, PPU, dan PBPU tidak perlu dianalisis penggunaannya karena prinsip askes sosial melarang hal ini. Prinsip tersebut dalam penelitian menjadi konteks serius, karena mengakibatkan informasi mengenai penyebab defisit oleh BPJS tidak ditangani secara cepat dan adekuat. Tuntutan yang selalu muncul dari BPJS Kesehatan adalah mendorong agar pemerintah meningkatkan premi PBI menjadi RP 36.000,-. Tuntutan tersebut mengenyampingkan fakta tentang masalah ketidakseimbangan *supply side* antar provinsi dan utilisasi fasilitas kesehatan antar segmen kepesertaan, sehingga analisis penggunaan dana JKN berdasarkan geografis ataupun segmen kepesertaan tidak pernah masuk dalam agenda utama BPJS Kesehatan. Paham ini ditentang oleh PKMK FKKMK UGM yang menyarankan agar dilakukan pembukaan data untuk melihat analisis per segmen. Pada tahun 2018, BKD Kemenkeu mengeluarkan data yang menarik mengenai penggunaan per segmen yang sejalan dengan pemikiran dari PKMK FKKMK UGM. Pembahasan ini menunjukkan bahwa masalah transparansi data dan akuntabilitas BPJS Kesehatan menjadi salah satu konteks primer yang menyebabkan *outcome* tidak dapat dimanfaatkannya informasi JKN serta variasi efektivitas JKN antar 7 provinsi. Selama 5 tahun pelaksanaannya temuan yang menarik adalah tidak adanya agenda yang terbukti dijalankan untuk menggunakan data dan meningkatkan transparansi. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan merupakan pendorong besar untuk membuka transparansi ini, tetapi masih butuh waktu untuk pembuktiannya.

Faktor penyebab defisit berikutnya adalah *unlimited medical benefit*. JKN memberikan manfaat sangat luas, sampai ke pelayanan tersier yang canggih. Pelayanan ini dapat dimanfaatkan peserta BPJS Kesehatan tanpa ada batasan dan tidak menggunakan *cost-sharing*, akibatnya biaya pelayanan melambung tinggi. Sementara itu, berbagai pelayanan tidak merata, seperti pelayanan jantung yang diteliti memberikan dampak berupa perbedaan klaim antar daerah yang sangat tinggi. Situasi defisit ini terkait erat dengan keadilan. *Siapa yang menerima manfaat dari BPJS-Kesehatan?.* Pertanyaan hakiki yang merefleksikan hasil temuan dan kondisi penelitian adalah *dana pemerintah untuk siapa prioritasnya?*.

Perlu dikaji sisi *supply side* yang sangat berbeda antar daerah untuk mengurai permasalahan mengenai defisit. Perbedaan distribusi RS dan fasilitas kesehatan mempunyai dampak pada penggunaan fasilitas dan besaran klaim. Selain itu, penelitian sebelumnya tentang UHC di Indonesia menunjukkan bahwa defisit keuangan terjadi akibat *moral hazard* yang dilakukan oleh peserta JKN maupun fasilitas kesehatan (Agustina et al. 2018). Rincian tentang kelompok atau segmen mana yang paling besar berkontribusi terhadap defisit dan potensi *moral hazard* adalah hal yang memiliki urgensi untuk ditelaah. Hal ini berhubungan erat dengan segmentasi kepesertaan JKN berikut ini.

Terkait segmentasi kepesertaan sebagai penyebab lain defisit pembiayaan JKN, menurut Pasal 10 UU BPJS menyebutkan bahwa BPJS memungut dan mengumpulkan iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja. Fungsi ini pada realitasnya tidak berjalan baik sampai tahun

2018. Hampir separuh dari peserta PBPU ternyata berada dalam kondisi tidak aktif. Kondisi ini sangat memberatkan BPJS Kesehatan, karena kelompok PBPU berkontribusi besar dalam pengeluaran biaya kesehatan. Data dari Kementerian Keuangan menunjukkan sumber defisit bahwa bila diamati premi yang dibayarkan pemerintah untuk masyarakat miskin dan tidak mampu (PBI/Penerima Bantuan Iuran) tidak mengalami defisit dan di tahun 2017 masih tersisa sekitar Rp 4,6 triliun untuk segmen kepesertaan ini. Selanjutnya, sejak tahun 2014 selalu ada sisa dengan total selama 4 tahun sekitar Rp 23.3 triliun.

Segmen Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) dimana ada ASN dan Pekerja formal swasta juga tidak mengalami defisit. Selama 4 tahun iuran yang diterima dibandingkan dengan beban yang dikeluarkan BPJS Kesehatan adalah masih ada sekitar Rp 12.1 triliun. Dana yang tidak terpakai di segmen-segmen ini dipergunakan untuk menutup kerugian di segmen lainnya. Segmen pekerja informal (PBPU) bersifat merugikan dengan jumlah sangat besar (yaitu minus Rp 16.6 triliun di tahun 2017). Defisit di segmen ini meningkat sangat cepat sejak tahun 2014 yang berjumlah Rp 8.5 triliun. Secara total, selama 4 tahun ini pekerja informal mengalami defisit hingga Rp 47.3 triliun. Permasalahan defisit teridentifikasi disebabkan oleh segmen PBPU sejak 2014 yang memiliki *claim ratio* sangat tinggi.

Mengapa terjadi defisit yang sangat tinggi di PBPU? Disamping tarif premi yang sangat rendah di PBPU dimana kelas 1: Rp 80.000,-, kelas 2: Rp 51.000,-, dan kelas 3: Rp25.500,- ada masalah *adverse selection* di kelompok PBPU dimana yang mendaftar adalah kelompok yang sakit yang membutuhkan biaya tinggi. Fenomena *adverse selection* merupakan hal yang biasa terjadi di asuransi kesehatan komersial. Hal ini membuktikan bahwa BPJS Kesehatan sebenarnya tidak murni sebagai askes sosial. Ada elemen askes komersial di dalamnya, yaitu kelompok PBPU dan yang didaftarkan Pemerintah daerah. Mereka yang mendaftar awal adalah kelompok masyarakat yang mempunyai risiko tinggi untuk sakit, bahkan sudah sakit. Memang seluruh masyarakat wajib untuk menjadi peserta BPJS-Kesehatan, akan tetapi pengalaman 5 tahun menunjukkan bahwa tidak mungkin untuk menjangkau seluruh pekerja informal masuk, bahkan yang sudah menjadi anggota ternyata sulit untuk membayar kewajiban iurannya secara teratur.

Kondisi defisit seperti ini pernah terjadi di Korea Selatan pada tahun 1997. Defisit dapat teratasi dan menjadi surplus kembali dengan adanya peningkatan premi pada tahun 2001 (Kwon, 2009). World Bank juga telah mengusulkan bahwa tidak hanya penting untuk peningkatan pendanaan pada sektor kesehatan, namun juga bagaimana dana tersebut dapat digunakan secara efektif dan efisien (Pinto, Masaki and Harimurti, 2016). Indonesia perlu mempertimbangkan kembali besaran iuran yang untuk pekerja informal dan PBPU yang telah ditetapkan oleh SJSN, dan sistem untuk mengontrol pembayaran kelompok peserta tersebut sehingga dapat berkelanjutan (Honda *et al.*, 2016).

Selama 5 tahun terlihat ada sejumlah masalah penting yang menyebabkan perbedaan hasil pencapaian tujuan JKN antar provinsi. **Isu pertama di level sub-nasional** yang telah disinggungdi atas adalah ketimpangan *supply side* antar daerah di Indonesia, berkaitan dengan target-target terkait mutu pelayanan kesehatan belum dapat dicapai secara merata di daerah lokasi penelitian, terutama berkaitan dengan permasalahan *supply side* sektor kesehatan. Kebijakan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBPKP) yang bertujuan untuk memastikan ketersediaan layanan yang berkualitas di level primer sulit dicapai di provinsi-provinsi dengan keterbatasan sumber daya kesehatan, terutama dalam hal SDM kesehatan untuk manajemen pelayanan kesehatan. Temuan ini, beserta temuan

terkait *equity* menekankan pentingnya konteks keadaerahan dalam kesuksesan program JKN.

Skema pembayaran Kapitasi berbasis komitmen pelayanan dalam program jaminan kesehatan nasional dipahami sebagai pendekatan terbuka yang diterapkan di daerah tertentu bahkan dalam konteks daerah yang terpencilpun dibingkai sebagai alat untuk membantu menciptakan layanan kesehatan yang lebih baik, lebih inklusif, dan lebih mudah diakses serta sebagai pendekatan yang menawarkan jawaban atas bagaimana mencapai cakupan universal health coverage (Hanefeld, Powell-Jackson, & Balabanova, 2017; Meessen, Soucat, & Sekabaraga, 2011; Paul et al., 2018). Secara teori, pendekatan ini memiliki potensi untuk mendorong reformasi sistem secara luas dalam kaitannya dengan sumber daya manusia (peningkatan motivasi), manajemen keuangan (otonomi fasilitas kesehatan), dan aspek lainnya (Soeters et al., 2017).

Hasil penelitian selanjutnya menemukan bahwa kebijakan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan yang diberlakukan di FKTP belum mampu meningkatkan motivasi penyedia layanan kesehatan dalam menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas. Faktor ketimpangan *supply side* merupakan fenomena global, dimana banyak negara yang mengimplementasikan sistem asuransi kesehatan mengalami masalah kesenjangan atau *inequity* yang disebabkan oleh ketimpangan *supply side.* Sementara itu, sistem asuransi belum dapat sepenuhnya mengatasi permasalahan ini. Studi di Taiwan, telah menunjukkan disparitas geografis muncul akibat alokasi sumber daya yang tidak setara dan terpusat hanya di daerah metropolitan sementara daerah pedesaan tetap tertinggal (Kreng and Yang 2011). Taiwan melakukan upaya khusus untuk menangani ketimpangan melalui pemberian insentif tambahan bagi tenaga kesehatan di daerah pedesaan serta pembebasan bagi masyarakat (terutama populasi miskin) yang tinggal di daerah tertinggal (Lu and Hsiao 2003).

Pemerintah Taiwan juga memberikan dana kompensasi untuk transportasi pasien-pasien dari daerah pegunungan dan pedesaan (Lee et al. 2018). Walau demikian, penelitian tersebut juga menyatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan di Taiwan, terutama untuk daerah dan populasi tertinggal, masih perlu ditelaah lebih lanjut. Pembelajaran lain yang perlu dipertimbangkan adalah dari Cina, dimana utilisasi di daerah pedesaan yang awalnya rendah, ditingkatkan melalui sejumlah kebijakan penambahan investasi kesehatan khusus untuk daerah pedesaan (Hsiao 2013).

Studi kasus yang dilakukan Maeda *et al.*, (2014) di 11 negara menunjukkan bahwa untuk mencapai *equity* dibutuhkan *cross-subsidization* antara kelompok kaya ke kelompok miskin serta dari kelompok dengan risiko penyakit rendah ke kelompok masyarakat yang memiliki risiko penyakit tinggi. Selain itu Maeda et al. (2014) juga beranggapan bahwa subsidi silang ini akan lebih efektif ketika ada program terpadu berdasar pendapatan pajak umum.

Implementasi kebijakan afirmatif yang digagas untuk mengatasi kesenjangan antar daerah sesuai amanat UU SJSN belum hadir mendukung daerah dengan keterbatasan sumber daya kesehatan. Penelitian menemukan bahwa implementasi program JKN masih terbatas pada pembiayaan kesehatan, khususnya pada pengendalian biaya dan belum diperluas ke distribusi sumber daya kesehatan yang adil di seluruh daerah. Hal ini juga terjadi di banyak negara lain saat memulai sistem asuransi kesehatan nasional, seperti yang ditunjukkan oleh salah satu tinjauan sistematik oleh Acharya et al., (2012) bahwa selain satu studi di Kolombia, kebanyakan implementasi awal kebijakan asuransi nasional tidak diiringi dengan perbaikan *supply side*. Keterbatasan fokus JKN pada efisiensi pembiayaan kesehatan juga

berpotensi mempengaruhi mutu pelayanan, misalnya pada pertengahan tahun 2018, BPJS Kesehatan mengeluarkan regulasi terkait pembatasan jaminan untuk sejumlah layanan kesehatan termasuk pengobatan katarak, rehabilitasi medik, dan bayi baru lahir. Regulasi ini kemudian direvisi menjadi penataan ulang manajemen dan bukan pembatalan jaminan. Pengeluaran regulasi seperti ini menunjukkan bahwa regulasi JKN masih berfokus pada efisiensi biaya bukan pada kualitas pelayanan kesehatan.

Beban pengeluaran di setiap daerah pun berbeda karena ada perbedaan ketersediaan fasilitas kesehatan. Data BPJS Kesehatan menunjukkan bahwa antara bulan Januari – Oktober 2018, BPJS Cabang Yogyakata dan Sleman menerima pendapatan dari masyarakat DI Yogyakarta sekitar 450 milyar rupiah dan BPJS Kesehatan harus membayar pelayanan RS-RS di DI Yogyakarta sebesar 2.2 Triliun. Jumlah ini termasuk yang berasal dari luar DI Yogyakarta yang berobat ke RS-RS DI Yogyakarta (prinsip portabilitas). Apabila jumlah pengeluaran untuk warga Non-DIY dikeluarkan, DI Yogyakarta masih tetap mendapat manfaat banyak dari BPJS Kesehatan. Pendapatan RS Sardjito sebagai pusat rujukan sekitar 700 milyar dari BPJS Kesehatan. Sementara itu, penelitian lain di NTT melaporkan bahwa dana BPJS Kesehatan di Kabupaten Malaka belum terserap sepenuhnya dan belum ada kebijakan kompensasi. Hal ini menunjukkan bahwa konsep gotong royong antar daerah tidak berjalan dan berimplikasi terjadinya ketidakadilan geografis. Analisis penggunaan dana JKN secara geografis tidak pernah dilakukan selama tahun 2014-2018 dan ketimpangan kesiapan sumber daya kesehatan antar daerah tidak menjadi fokus utama JKN. Hal ini merupakan faktor penting untuk mencapai *equity*, seperti yang juga disebutkan oleh penelitian dari berbagai negara (Kreng and Yang 2011, Lee et al. 2018, Lu and Hsiao 2003).

Isu kedua merupakan fragmentasi UU SJSN dan UU BPJS dengan berbagai UU yang mengatur sektor kesehatan. Fragmentasi antar sistem JKN yang sentralistik dan sistem kesehatan daerah yang desentralistik ini semakin mempersulit tercapainya pemerataan implementasi JKN karena kapasitas sistem kesehatan dan kualitas tata kelola pemerintahan daerah yang bervariasi. Isu ini, bersama dengan ketidakmerataan *supply side*, menjadi konteks penting kesenjangan pencapaian berbagai tujuan JKN. Target-target terkait mutu pelayanan kesehatan belum dapat dicapai di provinsi-provinsi dengan keterbatasan sumber daya terutama dalam hal SDM kesehatan untuk manajemen kesehatan. Keterbatasan sumber daya ini juga diperparah dengan fragmentasi kebijakan, karena sejumlah daerah belum mampu berinisiatif untuk menerbitkan peraturan daerah ataupun menginisasi koordinasi dengan BPJS Kesehatan yang dapat mempermudah implementasi JKN di daerahnya.

Proses penyusunan kebijakan yang tidak melibatkan koordinasi lintas sektor menyebabkan pula rendahnya tingkat pemahaman pemerintah daerah dalam implementasi berbagai program. Hal ini ditunjukkan oleh sulitnya implementasi program-program terkait mutu pelayanan seperti Kendali Mutu dan Kendali Biaya serta KBPKP. Temuan di lokasi penelitian bahwa TKMKB koordinasi melakukan UR belum independen karena tidak ada akses data. TKMKB seharusnya memiliki akses data (database fasyankes dan data BPJS Kesehatan seperti yang telah tertuang pada Petunjuk Teknis KMKB yang telah diterbitkan oleh BPJS Kesehatan. Manajemen pencegahan kecurangan (*fraud*) pun juga masih sangat terbatas karena peran supervisi dan otoritas dari level nasional telah menghambat implementasi kebijakan ini di lokasi penelitian.

Kebijakan pencegahan kecurangan JKN (PMK No.36/2015) tidak berjalan optimal. Implementasi kebijakan baru sebatas pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan JKN. Tim

ini belum bisa mendorong pelaksanaan upaya-upaya pencegahan kecurangan, karena minimnya pemahaman terkait kecurangan JKN dan komitmen baik dari sisi tim itu sendiri maupun struktur di atasnya (Kepala Dinas Kesehatan, Kepala FKTP, dan Direktur RS). Situasi ini, bila berlangsung konsisten akan menyebabkan semakin melambungnya kerugian negara akibat kecurangan JKN.

Lemahnya koordinasi dan pemahaman pelaksanaan kebijakan JKN adalah salah satu implikasi dari fragmentasi sistem kesehatan nasional dengan sistem JKN. Fragmentasi kebijakan JKN dengan sistem kesehatan yang terdesentralisasi mempersempit penerapan prinsip otonomi daerah. Konsep otonomi daerah yang memuat hak dan kewajiban pemerintah daerah dalam mengatur dan mengurus pemerintahan, termasuk sektor kesehatan, terhambat sejak diberlakukannya kebijakan JKN yang sentralistik. Otonomi daerah di dalam konteks JKN pun menjadi tumpul. Ketidakterbukaan informasi dan data hingga level pemerintah kabupaten/kota menggambarkan ketidakjelasan otonomi yang diberikan pada pemerintah daerah. Hal tersebut berdampak pada terbatasnya monitoring kinerja pelayanan BPJS Kesehatan dan rumah sakit maupun fasilitas kesehatan primer yang dikontrak dalam JKN, sehingga proses pengambilan keputusan untuk mengatasi masalah implementasi JKN tidak lagi ada di tangan otonomi daerah. Perencanaan dan pembangunan sektor kesehatan yang telah digagas sesuai kebutuhan dan kearifan lokal daerah pun menjadi tidak tuntas. Di lain pihak, Kementerian Kesehatan tidak memiliki kapasitas untuk melakukan pengawasan 514 kabupaten/kota, demikian pula halnya dengan BPJS Kesehatan cabang, DJSN, BPK dan OJK.

Rekomendasi

Sejumlah kebijakan perlu dikaji ulang untuk mengatasi isu-isu terkait program JKN yang telah disebutkan di atas. UU SJSN dan UU BPJS yang sentralistik perlu disesuaikan dengan UU Pemerintahan dan UU Kesehatan yang desentralistik. Perlu ada peningkatan peran pemerintah daerah di BPJS Kesehatan termasuk untuk pendanaan apabila terjadi defisit. Kemudian, UU SJSN dan UU BPJS perlu direvisi untuk membuat dinding pemisah yang ketat (firewalls) antara PBI, PPU dan PBPU. Adanya *firewalls* diharapkan dana PBI fokus pada masyarakat miskin dan tidak mampu (keadilan sosial). Kebijakan kompensasi dapat didanai untuk membiayai daerah-daerah sulit. Pemerintah juga perlu menyeimbangkan fasilitas kesehatan agar terjadi kesempatan yang sama untuk mendapatkan pelayanan fasilitas kesehatan. Hal ini berarti meningkatkan DAK untuk infrastruktur kesehatan oleh pemerintah pusat dan peningkataan anggaran infrastruktur kesehatan oleh pemerintah daerah. *Last but not least,* prinsip transparansi dan akuntabilitas harus diperkuat dengan mengawal implementasi Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 secara seksama.

Kesimpulan

Kebijakan JKN telah berhasil melindungi sebagian masyarakat dari masalah ekonomi akibat sakit, namun 8 Sasaran JKN yang tertera di Road Map belum tercapai hingga akhir tahun 2018. Setelah 5 tahun masalah pemerataan dan penjaminan mutu di 7 Provinsi studi masih terjadi dan belum berhasil menyetarakan distribusi fasilitas pelayanan kesehatan antar daerah. Selain itu, terjadi fragmentasi sistem kesehatan akibat adanya BPJS yang sentralistik dengan sistem kesehatan yang desentralistik. Beberapa efek yang muncul adalah pemerataan kesehatan yang belum imbang antar daerah dan sistem pengendalian mutu pelayanan kesehatan belum terbangun dengan baik di level nasional dan di 7 provinsi lokasi penelitian. Perbedaan yang sangat tajam tampak antara provinsi yang maju dengan yang

kurang maju dalam hal penjaminan mutu. Berbagai prinsip dalam JKN seperti kegotongroyongan, keterbukaan, dan akuntabilitas pun belum dilaksanakan secara maksimal.

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. et al. (2019) 'Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges', The Lancet, 393(10166), pp. 75–102. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31647-7.

AHIMA Foundation. (2010). A Study Of Health Care Fraud And Abuse: Implications For Professionals Managing Health Information.

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.

BPJS Kesehatan. (2017). *Tinjauan Pelaksanaan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen*. Jakarta. Diambil dari PPT Deputi Direksi Bidang Jaminan Pelayanan Kesehatan Primer BPJS Kesehatan.

British Broadcasting Corporation (BBC). (2018). ICW: "Sekitar Rp1 triliun dana BPJS menguap karena dipotong kepala daerah'. Diakses di https://www.bbc.com/indonesia/indonesia-43048536 pada 25 Oktober 2018.

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

Campbell, S., Reeves, D., Kontopantelis, E., Middleton, E., Sibbald, B., & Roland, M. (2007). Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance. *New England Journal of Medicine*, *357*(2), 181–190. https://doi.org/10.1056/NEJMsr065990

Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission (COSO). (2016). Fraud Risk Management Guide Executive Summary. Diunduh di https://www.coso.org/Documents/COSO-Fraud-Risk-Management- Guide-Executive-Summary.pdf pada 4 Januari 2018.

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.

Das, A., Gopalan, S. S., & Chandramohan, D. (2016). Effect of pay for performance to improve quality of maternal and child care in low- and middle-income countries: A systematic review. *BMC Public Health*, *16*(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12889-016-2982-4.

Dawes, S. S. (2010) 'Stewardship and usefulness: Policy principles for information-based transparency', Government Information Quarterly, 27(4), pp. 377–383. doi: 10.1016/j.giq.2010.07.001.

Dean PC, 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.

European Comission – Directorate General Home Affairs. (2013). Study on Corruption in Healthcare Sector. Diunduh di http://europea.eu pada 13 Maret 2014.

Evans, D. B., Hsu, J. and Boerma, T. (2013) 'Universal health coverage and universal access'.

Fossati, D. (2016) 'Beyond "Good Governance": The Multi-level Politics of Health Insurance for the Poor in Indonesia', World Development, 87(November 2016), pp. 291–306. doi: 10.1016/j.worlddev.2016.06.020.

Frieden, T. R. (2014) 'Six components necessary for effective public health program implementation', American Journal of Public Health, 104(1), pp. 17–22. doi: 10.2105/AJPH.2013.301608.

Grant TM. (2017). Leadership Strategies for Combating Medicare Fraud. Diunduh di http://scholarworks.waldenu.edu/dissertations pada 4 Januari 2018.

Grimmelikhuijsen, S. et al. (2013) 'The Effect of Transparency on Trust in Government: A Cross-National Comparative Experiment', Public Administration Review, 73(4), pp. 575–586. doi: 10.1111/puar.12047.

Hanefeld, J., Powell-Jackson, T., & Balabanova, D. (2017). Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bulletin of the World Health Organization*, *95*, 368–374. https://doi.org/10.2471/BLT.16.179309

Héritier, A. (2003) Composite democracy in Europe: the role of transparency and access to information, Journal of European Public Policy.

Honda, A. et al. (2016) 'Strategic Purchasing in China, Indonesia and the Philippines', WHO Comparative Country Studies, 2.

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.

James, J., Damberg, C., Ryan, A., Agres, T., Schwartz, A., & Dentzer, S. (2012). Pay-for-Performance. *Health Affairs*, *19*, 1–5. https://doi.org/10.1377/hpb2012.19

Komisi Pemberantasan Korupsi. (2015). Laporan Hasil Kajian Pembangunan Alat Diagnostik dan Petunjuk Pelaksanaan Pencegahan Fraud/ Korupsi Di FKRTL Berdasarkan Permenkes 36/ 2015.

Kwon, S. (2009) 'Thirty years of national health insurance in South Korea: Lessons for achieving universal health care coverage', Health Policy and Planning, 24(1), pp. 63–71. doi: 10.1093/heapol/czn037.

Laursen KK. (2013). Leadership Strategies and Initiatives for Combating Medicaid Fraud and Abuse. Diunduh di http://scholarworks. waldenu.edu/dilley pada 4 Januari 2018.

Lee, J. Y., Lee, S. Il, Kim, N. S., Kim, S. H., Son, W. S., & Jo, M. W. (2012). Healthcare organizations' attitudes toward pay-for-performance in Korea. *Health Policy*, *108*(2–3), 277–285. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.09.002

Lu, J.-F. R. and Hsiao, W. C. (2003) 'Does Universal Health Insurance Make Health Care Unaffordable? Lessons From Taiwan', *Health Affairs*, 22(3), pp. 77–88.

Maeda *et al.* (2014) *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies.* Washington, DC: World Bank. doi: 10.1596/978-1-4648-0297-3.

Mahendra, A. A. O. (2010). *Artikel Harmonisasi Peraturan Perundang-undangan*. Retrieved from Jakarta.

Mahendradhata, Y. et al. (2017) Health Systems in Transition Vol. 7 No. 1 2017. The Republic of Indonesia Health System Review., Health Systems in Transition.

Meessen, B., Soucat, A., & Sekabaraga, C. (2011). Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bulletin of the World Health Organization*, *89*(2), 153–156. https://doi.org/10.2471/BLT.10.077339

Mikkelsen-Lopez, I. et al. (2011) 'An approach to addressing governance from a health system framework perspective', BMC International Health and Human Rights, 11(1), p. 13. doi: 10.1186/1472-698X-11-13.

McIntyre, D. and Mooney, G. (2007) *The economics of health equity*, Cambridge University Press.

National Healthcare Anti-Fraud Association (NHCAA). (2007). The NHCAA Fraud Fighter's Handbook. A Guide to Healthcare Fraud Investigations & SIU Operations. NHCAA: New York.

Nyman, J. A. (2003) *The theory of demand for health insurance*, Stanford University Press.

Paul, E., Albert, L., Bisala, B. N., Bodson, O., Bonnet, E., Bossyns, P., … Ridde, V. (2018). Performance-based financing in low-income and middle-income countries: isn't it time for a rethink? *BMJ Global Health*, *3*(1), e000664. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000664

Penchansky, R. and Thomas, J. W. (1981) 'The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction', *Medical care*, 127-140.

Pinto, R., Masaki, E. and Harimurti, P. (2016) Indonesia Health Financing System Assessment: Spend More, Spend Right, Spend Better. doi: https://doi.org/10.1596/26311.

Siddiqi, S., Masud, T. I., Nishtar, S., Peters, D. H., Sabri, B., Bile, K. M. and Jama, M. A. (2009) 'Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance', *Health Policy*, 90(1), 13-25.

Setyadi, Wicipto., 2009, Makalah dalam diskusi Harmonisasi Peraturan Perundangundangan, BPHN, Kemenkumham, Jakarta.

Soeters, R., Batundi, F., Bossuyt, M., Ename, H., Paul NYARUSHATSI, J., Ntiroranya, D., … Zabiti, M. (2017). Performance-Based Financing in Action:Theory and Instruments,

17194(August). Retrieved from http://www.sina-health.com/wp-content/uploads/PBFCourseBookSINATheoryActionEngVF100817.pdf

Tanahashi, T. (1978) 'Health service coverage and its evaluation', *Bulletin of the World Health Organization*, 56(2), 295.

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

Trisnantoro, L. (2018) Kebijakan Pembiayaan dan Fragmentasi Sistem Kesehatan. Yogyakarta.

Zuiderwijk, A. and Janssen, M. (2014) 'Open data policies, their implementation and impact: A framework for comparison', Government Information Quarterly. Elsevier B.V., 31(1), pp. 17–29. doi: 10.1016/j.giq.2013.04.003.

World Health Organization (2013) *Arguing for universal health coverage*. Geneva.