

Proposal Penelitian

**Monitoring Pelaksanaan
Jaminan Kesehatan Nasional
oleh BPJS Kesehatan
tahun 2014**

**PUSAT KEBIJAKAN DAN MANAJEMEN KESEHATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS GADJAH MADA
YOGYAKARTA
2013**

Daftar isi

Daftar isi	
BAB I Pendahuluan	
A. Latarbelakang	
B. Tujuan Penelitian	
C. Manfaat Penelitian:	
BAB II Tinjauan Pustaka	
A. Telaah Pustaka	
1. Sistem Kesehatan Nasional, Perubahan Pembiayaan, dan SJSN	
2. Tiga Fungsi dalam Sistem Pembiayaan	
3. Isu-isu Strategis dalam Jaminan Kesehatan Nasional	
4. Monitoring dan Evaluasi Kebijakan JKN	
B. Landasan Teori	
C. Kerangka Konsep	
BAB III Metode Penelitian	
A. Sub Penelitian 1	
1. Sub Penelitian 1a	
a. Jenis dan Rancangan Penelitian	
b. Lokasi Penelitian dan Ruang Lingkup Penelitian	
c. Variabel Penelitian	
d. Pertanyaan/Hipotesis Penelitian	
e. Jenis Data	
f. Metode Mengumpulkan Data	
g. Analisis Data	
h. Matrix Scope Penelitian, Metodologi dan Sumber Data/Responden	
2. Sub Penelitian 1b	
a. Jenis dan Rancangan Penelitian	
b. Lokasi Penelitian dan Ruang Lingkup Penelitian	
c. Variabel Penelitian	
d. Pertanyaan/Hipotesis Penelitian	
e. Jenis Data	
f. Metode Pengumpulan Data	
g. Analisis data	
h. Matrix Scope Penelitian, Metodologi dan Sumber Data/Responden	
3. Sub Penelitian 1c	
a. Jenis dan Rancangan Penelitian	
b. Lokasi Penelitian dan Ruang Lingkup Penelitian	
c. Variabel Penelitian	
d. Pertanyaan/Hipotesis Penelitian	
e. Jenis Data	
f. Metode Pengumpulan Data	

- g. Analisis data.....
- h. Matrix Scope Penelitian, Metodologi dan Sumber Data/Responden.....
- B. Sub Penelitian 2.....
 - a. Jenis dan Rancangan Penelitian.....
 - b. Lokasi Penelitian dan Ruang Lingkup Penelitian
 - c. Variabel Penelitian
 - d. Pertanyaan/Hipotesis Penelitian
 - e. Jenis Data
 - f. Metode Pengumpulan Data
 - g. Analisis data.....
 - h. Matrix Scope Penelitian, Metodologi dan Sumber Data/Responden.....

Jadual

Daftar Pustaka 49

Lampiran**Error! Bookmark not defined.**

BAB I

Pendahuluan

A. Latar Belakang

Jaminan Kesehatan Nasional dimulai sejak 1 Januari tahun 2014 yang secara bertahap menuju *Universal Health Coverage*. Tujuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara umum yaitu mempermudah masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan dan mendapatkan layanan kesehatan yang bermutu. Perubahan sistem pembiayaan menuju *Universal Coverage* adalah hal yang baik namun mempunyai dampak dan risiko sampingan. Ketidakmerataan ketersediaan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan kondisi geografis, menimbulkan permasalahan baru berupa ketidakadilan antara kelompok masyarakat. Sebagai gambaran di Indonesia timur¹: Di daerah kawasan timur yang jumlah providernya terbatas dan akses-nya kurang menyebabkan kurangnya *supply* (penyediaan pelayanan oleh Pemerintah dan pihak lain), sehingga akan muncul kesulitan terhadap akses ke fasilitas kesehatan. Hal ini berimbas pada masyarakat di wilayah Indonesia bagian timur yang tidak memiliki banyak pilihan untuk berobat di fasilitas kesehatan. Sementara di wilayah Indonesia bagian barat dimana ketersediaan providernya banyak, diperkirakan pemanfaatan *provider* akan lebih banyak disertai *benefit package* yang tidak terbatas. Hal yang mengkhawatirkan adalah tanpa adanya peningkatan *supply* di Indonesia bagian timur, dana BPJS Kesehatan akan banyak dimanfaatkan di daerah-daerah perkotaan dan wilayah Indonesia Barat sehingga membutuhkan kegiatan monitoring yang seksama.

Masalah lain adalah ketimpangan manfaat BPJS untuk rumah sakit yang diatur dalam Permenkes mengenai INA-CBG. Fasilitas yang berbeda di Regional I sampai V menyebabkan daerah tertentu hanya mendapat manfaat yang relatif lebih kecil dibanding regional lainnya.

Lingkup monitoring dan evaluasi kebijakan SJSN dan BPJS dapat dibedakan dalam dua area besar : (1) Penyediaan Pelayanan Kesehatan; dan (2) Pembiayaan Kesehatan secara menyeluruh². Penyediaan pelayanan kesehatan tergantung pada infrastruktur di masyarakat. Tanpa ada perbaikan infrastruktur maka dikawatirkan pemerataan pelayanan kesehatan jadi sulit dan jaminan kesehatan bagi masyarakat merupakan hal yang tidak riil.

Pembiayaan kesehatan secara menyeluruh berhubungan erat dengan strategi kebijakan pembiayaan yang tidak melalui skema BPJS. Seperti diketahui saat ini anggaran kesehatan pemerintah pusat terbagi atas 3 kelompok besar: (1) anggaran yang berada di BPJS; (2) anggaran yang berada di Kementerian Kesehatan; dan (3) anggaran yang berada di berbagai Kementerian dan badan di luar Kemenkes. Berdasarkan data dari Kemenkeu, sampai tahun 2012 dana sektor kesehatan yang dikelola oleh Kemenkes dan Kementerian lain adalah sebagai berikut:

¹ Data dari Kementerian Kesehatan

² Prof. dr. Bhisma Murti

ANGGARAN KESEHATAN, 2005 - 2012								
(miliar rupiah)								
Komponen Anggaran Kesehatan	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	Real.	Real.	Real.	Real.	Real.	Real.	APBN	APBN
1. Anggaran Kesehatan Melalui Belanja Pemerintah Pusat	11.859,7	19.578,0	20.646,9	20.052,1	23.242,5	28.176,3	40.135,2	44.195,2
A. Melalui Kementerian Negara/Lembaga	11.474,9	19.091,5	19.971,6	18.898,9	21.720,5	26.230,1	37.827,4	41.519,0
i. Kementerian Kesehatan	7.944,4	12.260,5	15.588,4	15.886,2	18.023,6	22.445,4	27.657,1	29.915,8
ii. Badan Pengawas Obat dan Makanan	229,8	302,4	378,0	395,3	349,7	410,0	928,8	1.104,1
iii. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional	7,7	337,2	468,3	479,8	626,9	797,5	2.413,2	2.593,7
iv. Kementerian Pendidikan Nasional	4,8	10,1	17,7	10,9	-	9,7	-	393,7
v. Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi	0,9	0,3	32,7	41,0	58,4	26,2	108,8	128,2
vi. Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat	-	3,5	3,6	3,1	8,9	3,4	3,5	36,2
vii. Kementerian ESDM	71,3	102,1	26,6	71,9	16,6	54,1	-	-
viii. Kementerian PU	2.741,8	5.188,5	940,5	1.454,2	1.986,5	1.699,3	6.148,5	6.438,7
ix. Kementerian Lingkungan Hidup	5,5	-	46,6	58,1	46,1	29,6	75,0	81,9
x. Kementerian Ristek	-	-	-	24,2	20,6	18,5	24,6	22,0
xi. Kementerian Pertanian	35,4	191,9	-	402,2	477,1	529,9	194,0	362,1
xii. Kementerian Kelautan dan Perikanan	-	-	53,8	68,7	106,1	206,5	35,7	51,7
xiii. Kementerian Lainnya	433,3	695,1	2.415,5	3,4	-	-	238,4	390,8
Total Anggaran K/L	120.823,0	189.361,2	225.014,2	259.701,9	306.999,5	330.492,6	432.779,3	508.359,6
B. Melalui Non-Kementerian Negara/Lembaga BA 999	384,8	486,5	675,3	1.153,2	1.522,0	1.946,2	2.307,8	2.676,3
i. Subsidi Untuk Air Bersih	-	-	-	-	-	-	50,0	30,0
ii. Askes PNS (Belanja Pegawai)	384,8	486,5	675,3	1.153,2	1.522,0	1.946,2	2.257,8	2.646,3
2. Anggaran Kesehatan Melalui Transfer ke daerah	886,3	2.930,0	3.875,7	4.355,9	4.576,6	3.407,3	3.677,4	3.814,5
1. DAK Kesehatan	620,0	2.406,8	3.381,3	3.817,4	4.017,4	2.829,8	3.000,8	3.005,9
2. Dana Otonomi Khusus Kesehatan Papua dan Papua Barat	266,3	523,2	494,4	538,5	559,2	577,5	676,6	808,6
3. Total Anggaran Kesehatan (1+2)	12.746,0	22.508,0	24.522,6	24.408,0	27.819,1	31.583,6	43.812,6	48.009,7
4. Total Belanja Negara	517.517,6	699.099,2	752.373,3	989.493,7	937.382,0	1.056.510,3	1.229.558,5	1.418.497,7
Rasio Anggaran Kesehatan = (3:4)X100%	2,5	3,2	3,3	2,5	3,0	3,0	3,6	3,4

Pada tahun 2014, sebagian anggaran Kemenkes berpindah ke BPJS. Pemandangan ini tentunya merubah pola perencanaan anggaran. Penggunaan anggaran BPJS tergantung pada klaim yang tidak memperhitungkan alokasi perencanaan. Sementara itu untuk anggaran Kemenkes dan yang lain ditentukan dalam proses perencanaan yang teknokratis dan mempunyai berbagai kriteria dengan landasan ideologi. Kedua jenis alokasi penggunaan anggaran tersebut berbeda pola.

Ketika sistem claim di BPJS dilakukan pertanyaan yang akan menjadi isu penting dalam penelitian ini adalah: bagaimana dengan program pembangunan fasilitas dan SDM di daerah yang belum lengkap. Pertanyaan pentingnya adalah apakah ada anggaran investasi dari Kementerian Kesehatan dan sumber lain untuk menyeimbangkan fasilitas dan SDM kesehatan di seluruh wilayah Indonesia. Dalam hal ini, pembiayaan investasi dan berbagai tindakan medik yang mungkin belum tercover oleh BPJS memang merupakan tanggung-jawab Kementerian Kesehatan. Di samping itu, peranan Pemerintah Daerah yang mampu untuk mengalokasikan pembiayaan kesehatan menjadi hal kunci.

Dengan demikian permasalahan yang muncul dalam konteks monitoring dan evaluasi kebijakan adalah: (1) Apakah kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional oleh

BPJS Kesehatan ini dapat meningkatkan akses pelayanan kesehatan dan pelayanan kesehatan yang bermutu kepada seluruh warga Indonesia dengan asas keadilan; (2) Jika terjadi ketidak seimbangan fasilitas dan SDM, apakah dalam waktu 5 tahun ke depan (2014 -2019) akan tersedia anggaran investasi.

B. Tujuan Penelitian

Tujuan Penelitian ini adalah memonitor dan mengevaluasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional tahun 2014 . Monitoring menurut WHO 2013 adalah:

Monitoring is a process that can help to determine the impact of policies, programmes and practices, and subsequently, to indicate whether change is needed. Generally speaking, monitoring is the process of repeatedly answering a given study question over time.

Pertanyaan Utama Penelitian Monitoring dan Evaluasi Kebijakan JKN 2014 - 2019

Apakah JKN akan memperbaiki ketimpangan geografis (geographic inequity) dan ketimpangan social ekonomi (socioeconomic inequity) ataukah justru JKN akan memperburuk.

Mengapa ada pertanyaan penelitian ini?

JKN mempunyai tujuan equity. UU SJSN (2014) Pasal 2 menyatakan bahwa kebijakan ini mempunyai tujuan untuk
.....meningkatkan keadilan sosial bagi rakyat Indonesia

Dengan demikian prinsip keadilan harus dipergunakan dalam kebijakan JKN. Apakah prinsip ini berjalan? Jika ya maka kebijakan JKN sudah sesuai dengan UUD 1945. Jika tidak berjalan maka kebijakan JKN dan pelaksanaannya tidak sesuai dengan UUD 1945 sehingga dapat diajukan perbaikan kebijakan.

Tujuan khusus penelitian adalah:

A. Monitoring:

1. ketersediaan Sumber Daya (termasuk SDM) kesehatan, fasilitas kesehatan primer sampai tertier: Puskesmas dan Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional tahun 2014.
2. Manfaat pelayanan kesehatan yang dapat dinikmati oleh anggota BPJS.
3. Komposisi keanggotaan BPJS (PBI dan Non-PBI).
4. Penyerapan anggaran BPJS (claim INA-CBG) antar propinsi dan antar kelompok diagnosa.

5. Implikasi pelaksanaan JKN oleh BPJS terhadap pemerataan sosial-ekonomi dan geografis.
6. terjadinya fraud pada pelaksanaan JKN.

B. Evaluasi:

Secara umum pertanyaannya adalah apakah kebijakan UU SJSN dan UU BPJS sudah tepat?

1. Apakah kebijakan JKN dapat melindungi masyarakat yang paling membutuhkan?
2. Apakah kebijakan ini tepat dilakukan di seluruh Indonesia dalam waktu yang bersamaan?
3. Apakah kebijakan JKN dapat disebut sebuah kebijakan reformasi kesehatan yang tepat dan baik?
4. Apakah pelaksanaan UU SJSN dan UU BPJS sejak tahun 2014 dapat diteruskan, ataukah perlu dilakukan perubahan karena melanggar UUD 1945?

C. Manfaat Penelitian:

Penelitian kebijakan ini dapat dimanfaatkan oleh pengambil kebijakan di berbagai tingkat pemerintahan; di tingkat nasional, propinsi, ataupun kabupaten untuk perbaikan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.

Tingkat Nasional

Pemanfaatan di tingkat nasional akan dilakukan dalam konteks perbandingan antar daerah.

- Memahami perbandingan pelaksanaan di berbagai daerah yang berbeda kondisi fasilitas dan SDM kesehatan
- Memahami tingkat penggunaan pelayanan kesehatan di berbagai daerah dengan dana BPJS Kesehatan
- Memahami apakah terjadi ketidakadilan geografis yang mengancam efektifitas program BPJS Kesehatan
- Memahami pelaksanaan JKN dan mengidentifikasi fraud pada pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional
- Membuat tindakan pencegahan fraud dengan strategi yang tepat

Analisis perbandingan antar daerah akan disusun dan diserahkan kepada pengambil kebijakan di pusat. Peneliti ialah tim gabungan antar universitas di berbagai propinsi.

Tingkat Daerah

Pemanfaatan di tingkat propinsi dan kabupaten ditujukan untuk pemerintah daerah. Peneliti yang terlibat adalah universitas di propinsi masing-masing. Dalam hal ini penelitian dengan data setempat secara lebih detil akan dibahas dan dikembangkan oleh universitas di berbagai propinsi.

Manfaat

- Memahami perbandingan pelaksanaan di berbagai kabupaten/ kota yang berbeda kondisi fasilitas dan SDM kesehatan
- Memahami tingkat penggunaan pelayanan kesehatan di berbagai kabupaten/ kota dengan dana BPJS dan non BPJS
- Memahami apa terjadi ketidakadilan geografis yang mengancam efektifitas program BPJS di level propinsi
- Memahami berbagai hambatan dalam pelaksanaan awal di propinsi yang bersangkutan
- Memahami pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional dan mengidentifikasi fraud pada pelaksanaannya
- Membuat tindakan pencegahan fraud dengan strategi tepat

BAB II

Tinjauan Pustaka

A. Telaah Pustaka

II. 1. Sistem Kesehatan dan Perubahan Pembiayaan

Ketika berbicara mengenai Sistem Kesehatan, pertanyaan pertama adalah apa definisinya. Menurut WHO.....sistem kesehatan merupakan jaringan penyedia pelayanan kesehatan (*supply side*) dan orang-orang yang menggunakan pelayanan tersebut (*demand-side*) di setiap wilayah, serta negara dan organisasi yang melahirkan sumber daya tersebut, dalam bentuk manusia maupun material. Sistem kesehatan juga bisa mencakup sektor pertanian dan sektor pendidikan yaitu universitas dan lembaga pendidikan lain, pusat penelitian, perusahaan konstruksi, beserta organisasi yang memproduksi teknologi spesifik seperti produk farmasi, alat dan suku cadang.

Definisi sistem kesehatan berdasarkan WHO yaitu seluruh kegiatan yang dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan. Program yang tercakup di dalamnya adntara lain pelayanan kesehatan formal dan non-formal seperti pengobatan tradisional, pengobatan alternatif, dan pengobatan tanpa resep. Selain itu, ada juga aktivitas kesehatan masyarakat berupa promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, peningkatan keamanan lingkungan dan jalan raya, dan pendidikan yang berhubungan dengan kesehatan

Berdasar konsep WHO tahun 2009 blok-blok bangunan sistem kesehatan (*The building blocks of the health system*): tujuan dan atribut-atribut. Blok-blok sistem terdiri dari: (a) Penyediaan pelayanan (*service delivery*); (b) Tenaga kesehatan (*health workforce*); (c) Informasi (*information*); (d) Produk kedokteran, vaksin, dan teknologi (*medical products, vaccines and technologies*); (e) Pembiayaan (*financing*); dan (f) Kepemimpinan/ Tata Kelola (*leadership/ governance*). Blok-blok sistem tadi memberikan cakupan akses (*access coverage*) dan Jaminan kualitas (*quality safety*) untuk tujuan secara umum, yaitu:

- a. Meningkatkan status kesehatan (level dan pemerataan)
- b. Ketanggapan (*responsiveness*)
- c. Proteksi terhadap risiko sosial dan keuangan (*social and financial risk protection*)
- d. Meningkatkan efisiensi (*improved efficiency*).

Pada tahun 2004 bangsa Indonesia mempunyai undang-undang baru tentang Jaminan Kesehatan yaitu Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 . UU ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial termasuk Jaminan Kesehatan Nasional merupakan hal wajib bagi seluruh penduduk. Seluruh rakyat wajib

menjadi peserta tanpa kecuali. Program jaminan sosial yang diprioritaskan untuk mencakup seluruh penduduk terlebih dahulu adalah program jaminan kesehatan.

Sistem Jaminan Sosial Nasional pada dasarnya merupakan program Negara yang bertujuan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Implementasi program ini diharapkan bahwa seluruh rakyat Indonesia dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan, karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut atau pensiun.

SJSN diselenggarakan dengan prinsip-prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas dan portabilitas dengan kepesertaan bersifat wajib, dana amal dan hasil pengelolaan jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan sebesar-besarnya kepentingan peserta jaminan. Untuk melaksanakan jaminan sosial sesuai Undang-Undang diperlukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang harus dibentuk dengan Undang-Undang. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang dimaksud adalah

- a. Perusahaan Perseroan (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK)
- b. Perusahaan Perseroan (Persero) Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (TASPEN)
- c. Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI)
- d. Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES)

Kepesertaan dan iuran dalam Jaminan Sosial Nasional dibebankan kepada Pemerintah, Pemberi Kerja dan Individu. Pemberi Kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, sesuai dengan program Jaminan sosial yang diikuti. Pemerintah secara bertahap mendaftarkan penerima bantuan iuran sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Penerima Bantuan iuran yang dimaksud adalah fakir miskin dan orang tidak mampu.

Dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 diatur penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional yang meliputi jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan pensiun, jaminan hari tua dan jaminan kematian bagi seluruh penduduk melalui iuran wajib peserta. Program-program jaminan sosial tersebut diselenggarakan oleh beberapa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Badan Penyelenggara ini merupakan transformasi dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang sekarang telah berjalan dan dimungkinkan membentuk badan penyelenggara baru sesuai dinamika perkembangan jaminan sosial.

Tujuh tahun berselang setelah UU SJSN pemerintah baru berhasil menetapkan UU mengenai BPJS. Pembentukan BPJS menurut Undang-Undang

Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Undang-Undang ini merupakan pelaksanaan dari Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang mengamanatkan pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan transformasi kelembagaan PT Askes (Persero), PT Jamsostek (Persero), PT TASPEN (Persero) dan PT ASABRI (Persero) menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Transformasi tersebut diikuti adanya pengalihan peserta, program, aset dan liabilitas, pegawai serta hak dan kewajiban. Undang-Undang tersebut membentuk 2 (dua) BPJS yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan melaksanakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian. Terbentuknya dua BPJS ini diharapkan secara bertahap akan memperluas jangkauan kepesertaan program jaminan sosial.

BPJS mempunyai tugas sesuai Undang-Undang yaitu:

- a. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta
- b. Memungut dan mengumpulkan luran dari Peserta dan Pemberi Kerja
- c. Menerima bantuan luran dari Pemerintah
- d. Mengelola dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta
- e. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program Jaminan Sosial
- f. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial
- g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan Program Jaminan Sosial kepada peserta dan masyarakat

Dalam melaksanakan kewenangannya, BPJS berhak untuk memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan/ atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan memperoleh hasil monitoring dan evaluasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan.

BPJS memberikan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan yang telah diaudit oleh akuntan publik kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN. Pelaksanaan BPJS di bawah pengawasan lembaga eksternal dan internal. Pengawasan internal BPJS dilakukan oleh Dewan Pengawas dan satuan pengawas internal. Pengawasan eksternal BPJS dilakukan oleh DJSN dan lembaga pengawas independen. DJSN melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial. Lembaga pengawas independen adalah Otoritas Jasa Keuangan.

Adanya UU SJSN di tahun 2004 dan UU BPJS di tahun 2011 menunjukkan adanya perubahan aspek pembiayaan dalam Sistem Kesehatan. Sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia yang biasanya didominasi oleh

pembayaran dari kantung pasien (*out of pocket*)³ berubah menjadi kearah jaminan kesehatan. Perubahan satu komponen penting dalam sistem kesehatan ini merupakan hal yang sangat menarik karena akan berdampak atau terkait dengan komponen-komponen lain dalam sistem kesehatan.

Pertanyaan penting dalam konteks reformasi sektor kesehatan adalah⁴ apakah perubahan dalam komponen pembiayaan ini disertai dengan perubahan-perubahan pada komponen Penyediaan pelayanan (*service delivery*); Tenaga kesehatan (*health workforce*); Informasi (*information*); Produk kedokteran, vaksin, dan teknologi (*medical products, vaccines and technologies*); dan Kepemimpinan/ Tata Kelola (*leadership/ governance*). Tanpa ada perubahan di berbagai komponen secara terencana, terstruktur, dan terkait maka perubahan sistem pembiayaan sendiri akan sulit meningkatkan hasil untuk peningkatan kesehatan masyarakat. Riset Monitoring dan Evaluasi Kebijakan ini akan membahas isu reformasi kesehatan secara khusus.

II.2. Tiga Fungsi Sistem Pembiayaan

Sumber daya diperlukan negara untuk memberikan pelayanan kesehatan esensial bagi warganya, mengurangi kesenjangan atas kemampuan membayar layanan tersebut, dan memberikan perlindungan finansial dari kemiskinan akibat biaya layanan kesehatan katastrofik. Dalam hal ini diperlukan kebijakan eksplisit yang dapat mempengaruhi 3 (tiga) fungsi pembiayaan: *collecting revenue*, *pooling risk*, dan *purchasing services*. Dalam hal ini terlihat bahwa adanya lembaga baru BPJS akan merubah pola sistem pembiayaan kesehatan. Dengan menggunakan tiga fungsi pembiayaan di atas maka peranan BPJS dan impactnya akan dibahas di bawah ini.

Sebelum membahas dampak adanya UU SJSN dan UU BPJS perlu untuk kembali melihat berbagai model model sistem pembiayaan kesehatan. Secara garis besar ada beberapa jenis pembiayaan kesehatan di berbagai negara. Kelompok 1: Tidak menggunakan mekanisme asuransi kesehatan/jaminan

1a. Semua mendapat pelayanan gratis.

Layanan kesehatan nasional seperti di Inggris yang membiayai pelayanan kesehatan secara gratis melalui sistem pelayanan gratis untuk semua orang (miskin sampai kaya). Anggaran kesehatan berasal dari dana pemerintah yang disalurkan ke rumahsakit dan seluruh pelayanan kesehatan tanpa melalui mekanisme asuransi kesehatan. Di Asia Tenggara model ini ada di Malaysia

1b. Berbasis pembayaran masyarakat.

Model ini masih banyak di negara yang kurang mampu. Masyarakat membayar sendiri, Asuransi dan jaminan kesehatan hanya untuk PNS dan karyawan-karyawan perusahaan besar.

³ Doosler Eddy et al.

⁴ WB and Harvard University. Making the reform right.

Kelompok 2: Berbasis asuransi kesehatan

2a. Berbasis National Health Insurance (single payer)

Contoh adalah Canada.

Jerman : wajib yang universal (kelompok - sasaran kerja) cakupan di bawah jaminan sosial (diamanatkan publik) yang sistem dibiayai oleh karyawan dan kontribusi pemberi kerja untuk dana asuransi nirlaba, dengan publik dan kepemilikan pribadi input sektor ;

2b. Berbasis jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin.

Terjadi di Amerika Serikat.

- a) Asuransi pribadi: berbasis majikan atau pembelian individu kesehatan swasta asuransi dan kepemilikan pribadi atas input sektor kesehatan . Dikombinasi dengan jaminan untuk masyarakat miskin seperti di Indonesia di jaman Jamkesmas dan di Amerika Serikat.

UU SJSN dan UU BPJS mengarah ke model single payer seperti model di Canada. Sebelumnya Indonesia bertumpu pada pembayaran out-of-pocket, yang kemudian berubah menjadi model Jamkesmas yang mirip dengan model Amerika Serikat.

Model Canada ini memang mensyaratkan berbagai hal seperti di bawah ini:

- Negara mampu membayar (kemampuan fiskal)
- Adanya choice untuk masyarakat. Di daerah yang sulit ini menjadi masalah karena tidak banyak pilihan bahkan ada kemungkinan tidak dapat mendapat pelayanan apapun karena tidak tersedia fasilitas dan SDM.

Dari berbagai model diatar terlihat bahwa peran pemerintah diperlukan untuk perlindungan keuangan dengan fokus kebijakan dengan didasarkan pada kemampuan membayar, perlindungan bencana keuangan akibat biaya medis, dan menjamin akses terhadap pelayanan kesehatan. Pembuat kebijakan, penasihat dan peneliti kesehatan juga menyatakan untuk meminimalkan kesenjangan dibutuhkan kebijakan kesehatan dengan fokus yaitu memaksimalkan hubungan antara mobilisasi sumber daya, pooling dan alokasi.

Dengan demikian, upaya memberikan perlindungan keuangan dan mempromosikan kesetaraan tergantung pada bagaimana sistem kesehatan mengatur tiga fungsi pembiayaan kesehatan utama yaitu *revenue collection*, *pooling risk*, dan *purchasing*. Semua fungsi pembiayaan kesehatan berperan penting dalam memastikan perlindungan keuangan dan mengurangi kesenjangan

Revenue Collection dan Pembiayaan Pemerintah untuk Layanan Kesehatan

Revenue collection adalah cara sistem kesehatan mengumpulkan uang dari rumah tangga, bisnis, dan sumber-sumber eksternal (World Bank, 2005). Pengumpulan ini berkaitan dengan akumulasi pendapatan dan manajemen sehingga peserta berbagi risiko kesehatan secara kolektif, melindungi individu dalam besarnya kepesertaan, dan pengeluaran kesehatan yang tidak terduga. Sistem prabayar memungkinkan peserta untuk membayar biaya rata-rata yang diharapkan, membebaskan peserta dari ketidakpastian dan memastikan kompensasi kerugian apabila terjadi. Revenue Collection juga didefinisikan sebagai kontribusi keuangan kepada sistem kesehatan yang pengumpulannya dilakukan secara adil dan efisien (WHO, 2005). *Revenue collection* merupakan prinsip yang universal dimana penekanannya pada kemudahan pengumpulan iuran yang dilakukan oleh pemerintah maupun pemberi kerja (Peta JKN, 2012).

Revenue dari pemerintah

Pemerintah menggunakan berbagai mekanisme finansial dan nonfinansial untuk melaksanakan fungsi mereka. Fungsi sektor kesehatan mengharuskan pemerintah secara langsung memberikan layanan, pembiayaan, mengatur, dan mewajibkan penyediaan layanan, serta memberikan informasi (Musgrove 1996 cit.)

Dalam hal revenue kesehatan dari pemerintah maka isu fiskal bagi negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah perlu dipikirkan. Pemerintah di negara sedang berkembang perlu untuk memobilisasi sumber daya yang cukup agar mampu membiayai pelayanan kesehatan individu dan masyarakat tanpa menggunakan pinjaman sektor publik yang berlebihan (termasuk penciptaan utang luar negeri yang berlebihan). (Tanzi dan Zee 2000 cit)

Hampir semua negara di dunia menyebutkan bahwa Revenue Collection untuk kesehatan tergantung dari keuangan negara. Dari perspektif keuangan publik, semua pajak (pendapatan dan sumber pendapatan lain) merupakan komponent penting Revenue Collection yang mempunyai ciri sebagai berikut: (kriteria IMF dan Word Bank 2005 cit.):

- a) Kecukupan dan stabilitas pendapatan: pajak harus meningkatkan pendapatan, relatif stabil, dan kemungkinan besar akan meningkat dari waktu ke waktu.
- b) Efisiensi: pajak harus meminimalkan distorsi ekonomi.
- c) Ekuitas: pajak harus memperlakukan kelompok pendapatan yang berbeda secara adil.
- d) Kemudahan mengumpulkan: administrasi pajak harus sederhana
- e) Akseptabilitas politik: harus ada transparansi, penyebaran yang luas, dan kejelasan tentang penggunaan pajak untuk mempromosikan akseptabilitas.

Negara dengan berpenghasilan rendah dihadapkan pada permasalahan seperti penerimaan yang kecil, keterbatasan sumberdaya, jumlah sektor informal lebih banyak, dan keterbatasan pengembangan pada struktur administrasi. Beberapa negara menunjukkan skema asuransi sosial bahwa kontribusi peserta atau premi relatif kecil, sehingga hal ini menjawab mengapa skema asuransi sosial tersebut disubsidi dari pendapatan umum. Pengembangan asuransi sosial melibatkan banyak faktor, termasuk kontribusi peserta untuk menjamin keuangan jangka panjang dan keberlanjutannya.

Perbedaan penting lainnya antara negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah dan negara-negara berpenghasilan tinggi adalah ketergantungan yang relatif lebih besar relatif pada pajak langsung (pajak atas penghasilan dan harta, seperti pajak penghasilan pribadi dan perusahaan, capital gain, warisan, kematian, kekayaan).

Revenue Collection dari Premi Asuransi Kesehatan

Premi yang dikumpulkan merupakan dana masuk untuk sektor kesehatan. Premi ini dapat berasal dari asuransi kesehatan swasta dan pemerintah. Dalam konteks Indonesia saat ini ada premi yang berasal dari peserta Non-PBI dan masyarakat yang membeli asuransi kesehatan swasta. Premi asuransi kesehatan ini dapat berasal dari perusahaan yang membelikan.

Revenue Collection dari Jaminan perusahaan

Berbagai perusahaan mempunyai sistem jaminan sendiri sehingga ada dana masuk ke sektor kesehatan. Sebagai gambaran PT Pertamina mempunyai sistem jaminan kesehatan sendiri.

Revenue Collection dari Out-of Pocket

Merupakan dana langsung dari masyarakat.

Dalam konteks sistem pembiayaan di Indonesia, *Revenue Collection* merupakan pengumpulan dana untuk sektor kesehatan yang berasal dari APBN dan APBD dimana pajak dan berbagai pendapatan yang dilakukan oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah dianggarkan untuk sektor kesehatan. Di luar dana dari pemerintah, ada berbagai sumber dana dari masyarakat. Pertama adalah premi yang dibayarkan oleh masyarakat dengan atau tidak dihubungkan dengan risiko. Premi yang dihubungkan dengan risiko adalah berbagai asuransi kesehatan swasta yang membutuhkan underwriting/pemeriksaan jasmani sebelum masuk ke sistem asuransi. Sementara itu premi yang tidak membutuhkan pemeriksaan adalah premi BPJS non-PBI dengan tiga pilihan. Disamping asuransi, masyarakat melalui perusahaan memberikan dana masuk ke sector kesehatan melalui program jaminan

perusahaan. Beberapa perusahaan besar mempunyai sistem yang baik. Dana lain yang masuk ke sector kesehatan dengan jumlah yang besar adalah pembayaran langsung untuk pelayanan kesehatan dari masyarakat (out of pocket).

Pooling Risk, Perlindungan Keuangan, dan Kesetaraan

Pooling risk merupakan kontribusi yang dikumpulkan agar biaya perawatan kesehatan dimiliki oleh semua (ditanggung bersama) dan tidak ditanggung oleh individu pada saat mereka jatuh sakit. Hal ini memerlukan solidaritas di dalam masyarakat (World Bank, 2006). Definisi lain bahwa pooling merupakan kontribusi yang digunakan untuk membeli atau menyediakan intervensi kesehatan yang tepat dan efektif (WHO, 2005). Dalam Peta Jalan Menuju JKN (2012), *risk pooling* (kegotong-royongan) adalah upaya bersama agar semua penduduk berkontribusi (membayar iuran/ pajak) agar terkumpul (pool) dana untuk membiayai pengobatan siapa saja yang sakit.

Definisi pooling Risk memang sering tidak jelas. Memastikan perlindungan finansial berarti bahwa tidak ada rumah tangga yang harus memberikan kontribusi pada program kesehatan sehingga yang bersangkutan akan jatuh ke dalam dan tidak bisa mengatasi kemiskinan (ILO / STEP 2002). Mencapai tingkat perlindungan yang memadai membutuhkan pooling yang:

mampu melakukan penyatuan terbesar dari risiko kesehatan dalam suatu populasi, sehingga memfasilitasi redistribusi antara individu yang berisiko tinggi dan individu yang berisiko rendah.

Prinsip equity juga mensyaratkan agar dalam proses pooling tersebut ada masyarakat yang berpenghasilan tinggi yang masuk namun mempunyai status kesehatan yang cukup.

Dalam sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia fungsi pooling risk dapat melibatkan kementerian kesehatan atau pelayanan kesehatan nasional, organisasi jaminan sosial, asuransi kesehatan swasta sukarela, dan asuransi kesehatan berbasis masyarakat (seperti Jamkesda atau yang lainnya). Pooling risk dilakukan oleh Pemerintah pada APBD Daerah dan APBN Pusat untuk pelayanan kesehatan. Di dalam proses penyusunan APBN dan APBD pooling risk dapat ditetapkan untuk membantu masyarakat yang mempunyai risiko tinggi dan mempunyai kemampuan membayar rendah melalui perencanaan yang rasional.

Sementara itu pooling di BPJS Kesehatan ada kemungkinan tidak memberikan komposisi yang baik. Peserta non-PBI yang mandiri ada kemungkinan berasal dari kelompok masyarakat yang sudah sakit atau cenderung sakit. Sementara yang sehat cenderung tidak masuk atau mempunyai asuransi kesehatan sendiri di luar BPJS. Hal ini dapat disebut sebagai contoh dari proses adverse selection. Sementara itu pooling the risk untuk pelayanan kesehatan di badan asuransi swasta cenderung hanya untuk mereka yang mampu dan sehat. Keadaan ini yang perlu diperhatikan.

Purchasing

Purchasing didefinisikan sebagai kontribusi yang digunakan untuk membeli atau menyediakan intervensi kesehatan yang tepat dan efektif (WHO, 2005). Pembelian di sini terkadang disebut sisi supply pada pendanaan meliputi beberapa perjanjian yang digunakan oleh pembeli layanan kesehatan untuk membayar kepada penyedia pelayanan kesehatan (World Bank, 2006). Perjanjian ini bisa terdiri dari berbagai macam jenisnya.

Beberapa penyedia layanan kesehatan milik pemerintah dan organisasi sosial memberikan pelayanan kesehatan kepada pegawai publik dengan model pembayarannya bisa dilakukan secara langsung maupun kontrak perjanjian dari penyedia swasta ataupun milik pemerintah.

Belanja layanan kesehatan (purchasing of services) harus dilakukan secermat dan sehemat mungkin agar Dana Amanat mencukupi dan tidak terjadi pemborosan (optimal resources). Semakin luas (komprehensif) manfaat jaminan kesehatan semakin banyak dana yang dibutuhkan. Untuk efisiensi belanja layanan kesehatan, cara-cara pembayaran/pembelian layanan kesehatan dari fasilitas kesehatan publik maupun swasta harus diatur agar tidak terjadi pemborosan atau belanja layanan yang tidak perlu (moral hazard atau fraud).

Dalam konteks ini, UU SJSN telah merumuskan cara-cara pembayaran yang efisien (prospektif seperti kapitasi, budget dan berbasis diagnosis) yang bervariasi di berbagai wilayah untuk menggambarkan perbedaan biaya hidup atau harga barang-barang dan tenaga kesehatan (Peta JKN, 2012). Peningkatan efisiensi (baik secara teknis dan alokatif) dari pengaturan pembelian memberikan nilai yang lebih baik. Oleh karena itu penting menyediakan cara untuk memperoleh tambahan "pembiayaan" dalam sistem kesehatan (Hensher 2001).

Dalam konteks pembelian ini yang meliputi paket manfaat, daftar tarif, kontrak provider, akreditasi, mekanisme pembayaran ke pengguna, mekanisme klaim, sistem pencegahan fraud, dan lain sebagainya, terlihat ada potensi masalah. Ketidakmerataan pelayanan kesehatan dan adanya pembagian Regional 1 sampai Regional V dalam pelaksanaan INA-CBG sudah menunjukkan bahwa walaupun ada dana dari pemerintah, terdapat keterbatasan manfaat. Hal ini dapat mengancam tercapainya universal coverage.

II.3. Isu-isu dalam Sistem Jaminan Kesehatan nasional

Ada 3 isu dalam JKN yang perlu dibahas yaitu: Ideologis dan kemampuan fiskal, Equity, dan Proses penyusunan Kebijakan JKN

Isi Ideologi dan Kemampuan Fiskal

Dalam memilih kebijakan pembiayaan kesehatan, setiap negara perlu memastikan kecukupan fiskal. Bukti menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang dibayar oleh pemerintah membutuhkan negara yang mempunyai pendapatan cukup. Hal ini terjadi di negara-negara Eropa Barat yang cenderung mewarisi sifat sosialisme. Swedia, Inggris merupakan negara yang sangat teguh dalam memegang prinsip bahwa kesehatan harus didanai oleh negara. Spanyol berusaha serupa, namun ketika krisis ekonomi menghatam, terjadi pemotongan anggaran untuk kesejahteraan sosial termasuk rumahsakit.

Negara-negara berkembang, khususnya negara yang berpenghasilan rendah, menghadapi tantangan berat dalam memobilisasi kecukupan sumber daya untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan dasar. Berbagai negara miskin di Asia seperti Bangladesh tidak mempunyai program penjaminan pelayanan kesehatan⁵. Negara berpenghasilan menengah seperti Thailand saat ini fokus terhadap penyediaan cakupan universal untuk warganya. Negara membiayai sebagian pelayanan kesehatan walaupun tetap masyarakat dapat membeli/membayar sendiri pelayanan kesehatannya. Negara-negara berkembang menghadapi tantangan kebijakan utama dalam pembiayaan sistem kesehatan :

- a) Meningkatkan kecukupan dan keberlanjutan dana kesehatan yang dapat dikumpulkan oleh negara. Dana pemerintah yang dengan susah payah dikumpulkan ini perlu dibelanjakan secara efisien dan adil. Prioritas untuk menyediakan layanan kesehatan dasar dan perlindungan keuangan terhadap kerugian finansial yang bersifat katastrofik baik yang disebabkan penyakit maupun kecelakaan perlu dilakukan.
- b) Sistem pembiayaan harus dikelola agar dana yang terkumpul dapat masuk ke proses penyaluran yang menjamin keadilan dan efisiensi. Sebagai gambaran, andaikata dana disalurkan ke sistem asuransi kesehatan yang cenderung digunakan oleh masyarakat kelas atas dan yang sakit maka terjadi kegagalan pooling.
- c) Negara-negara sedang berkembang perlu menyusun perencanaan yang baik agar terjadi efisiensi dan pemerataan pembelian layanan kesehatan. Dalam konteks jaminan kesehatan hal ini dapat menjadi masalah karena sistem claim yang menggunakan pendekatan DRG cenderung membuat penggunaan anggaran condong berada di daerah yang tersedia pelayanan kesehatan dan SDMnya.

Dalam konteks kebijakan negara di pengumpulan dan penyaluran dana kesehatan, perlu dipahami ideology yang dianut negara. Ada pertanyaan penting dalam penyusunan UU SJSN dan UU BPJS. Adakah ideology di dalamnya? Apakah sosialisme, kapitalisme, etatisme, atau neoliberal? Atau ada pertanyaan yang sarkastik, apakah kebijakan UU SJSN dan UU BPJS adalah sebuah kebijakan yang

⁵ WHO Report..

bersifat populis, hanya untuk menyenangkan rakyat tanpa perhitungan teknis, kemampuan fiscal, dan tidak berdasarkan ideology.

Sebuah pertanyaan yang cukup sulit dijawab karena ternyata dalam perjalanan sejarah terjadi pergeseran bahkan pencampuran berbagai ideology. Contohnya berkurangnya subsidi negara dan didorongnya “kemandirian” dan peran serta masyarakat dalam membiayai pengobatan sehingga RS boleh memungut tariff dari masyarakat langsung. Dari tahun ke tahun, tampak bahwa pembangunan RS swasta yang berbentuk PT semakin meningkat. Antara tahun 2002 sampai dengan 2008, ada penambahan 25 RS berbentuk PT yang tadinya berasal dari bentuk Yayasan⁶. Sebaliknya hanya 5 PT berubah bentuk menjadi Yayasan. Tidak mengherankan bahwa RS berbentuk PT ini melayani kelompok pasar menengah atas.

Namun menarik untuk diamati bahwa dalam decade 2000an terjadi pergeseran ideology. Sebagai contoh adalah program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang dananya berasal dari pemerintah pusat dan berfungsi “membeli” premi asuransi kesehatan bagi orang miskin. Kebijakan ini menunjukkan bahwa pemerintah merasa perlu untuk lebih berperan dalam pembiayaan kesehatan. Hal ini merupakan tanda bahwa sosialisme menguat di Indonesia.

Akan tetapi adanya pemilihan presiden dan kepala daerah langsung di Indonesia nampaknya juga berpengaruh terhadap kebijakan public dalam pembiayaan kesehatan. Kebijakan yang cenderung mengandung ciri-ciri “sosialisme” ini ditumpangi oleh penguatan arus “populisme” yang cenderung hanya untuk menyenangkan rakyat. Hal ini nampak pada janji janji kampanye yang seringkali berupa “pengobatan gratis”. Kemudian disusul dengan adanya program Jaminan Persalinan (jampersal) yang bahkan membolehkan mereka yang tidak miskin untuk digratiskan biaya persalinannya asal mau dirawat di kelas 3 RS yang dikontrak.

Situasi ini berbeda dengan keadaan di Amerika Serikat dimana ideology sangat kental. Partai Demokrat cenderung dalam posisi banyak membelanjakan dana yang dikumpulkan oleh negara untuk pelayanan kesehatan. Sebaliknya Parta Republik mempunyai ideology yang cenderung mengurangi peran dan pendanaan negara agar tidak terjadi beban pajak yang besar dan “pemanjaan” masyarakat.

Isu Equity

Salahsatu tujuan reformasi dalam sistem kesehatan, termasuk pembiayaan kesehatan adalah seperti mengurangi ketimpangan, mencegah orang jatuh ke dalam kemiskinan sebagai akibat dari biaya pengobatan, dan melindungi dan meningkatkan status kesehatan individu dan populasi dengan memastikan akses. Kebijakan untuk memberikan perlindungan keuangan dan mempromosikan

⁶ Trisnantoro L, Hort, Meliala.

kesetaraan tergantung pada bagaimana sistem kesehatan mengatur tiga fungsi pembiayaan kesehatan utama: *revenue collection*, *pooling risk*, dan *purchasing*. Semua fungsi pembiayaan kesehatan berperan penting dalam memastikan perlindungan keuangan dan mengurangi kesenjangan merupakan prinsip pokok namun sering paling sedikit dipahami. Mengapa?

Equity kesehatan yang dipahami sebagai keadilan dan pemerataan untuk pelayanan kesehatan sering kurang dipahami dengan benar. Dalam hal ini perlu dipelajari mengenai equity geografis dan equity sosial-ekonomi. Equity geografis berpijak pada perbedaan antar berbagai daerah dalam berbagai dimensi antara lain:

a. Equity dalam status kesehatan

Contoh perbedaan equity antar propinsi adalah perbedaan tingkat kematian maternal antara populasi. Di Provinsi Yogyakarta, angka kematian ibu (AKI) adalah 125 kematian per 100.000 kelahiran hidup, sementara di Provinsi Papua, AKI mencapai angka 362 per 100.000 kelahiran hidup. Perbedaan ini tidak adil dan dapat dihindari.

b. Equity dalam penggunaan layanan kesehatan

Penggunaan layanan kesehatan seringkali dijadikan perbandingan dalam melihat ketimpangan antar populasi. Masyarakat yang hidup di DKI Jakarta dapat dengan mudah mengakses layanan kesehatan, dibandingkan dengan masyarakat yang hidup di Provinsi NTT misalnya.

Contoh, persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di DKI Jakarta mencapai cakupan 98%, sementara ibu-ibu melahirkan di Provinsi Maluku Utara hanya mendapat cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan sebanyak 23% (SDKI, 2007). Contoh lain: Hemodialisis hanya didapatkan di Kupan untuk seluruh Propinsi NTT. Untuk mendapatkannya warga NTT harus terbang ke Kupang (P. Timor) dari berbagai pulau lain. Sementara itu di Yogya, untuk mendapatkan pelayanan hemodialisis pasien dapat naik becak.

Mengapa bisa terjadi ketimpangan geografis yang tinggi? Apakah distribusi dokter dan fasilitas kesehatan juga adalah suatu *inequity* tersendiri? dan, apakah sistem kesehatan nasional Indonesia timpang?

Equity secara sosial-ekonomi

Kebijakan dalam pembiayaan kesehatan tahun 2000-2007 telah berhasil memperbaiki pemerataan sosial ekonomi. Sebelum krisis, rumah sakit pemerintah maupun swasta cenderung digunakan oleh kalangan masyarakat 'mampu'. Sebagian besar masyarakat miskin, belum atau bahkan tidak memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dikarenakan oleh keterbatasan sumber daya.

Dapat disimpulkan bahwa berbagai kebijakan Jaminan pendanaan seperti Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan dan Askeskin berhasil

mengurangi hambatan bagi masyarakat miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan rumah sakit maupun fasilitas kesehatan non-rumah sakit lainnya. Adanya program perlindungan kesehatan bagi masyarakat (ASKESKIN, JAMKESMAS, JAMKESDA, dsb), mempunyai arah positif menuju semakin terlindunginya kaum miskin dan kaum rentan-miskin terhadap katastrofik akibat pengeluaran kesehatan.

Akan tetapi peraturan dalam JKN ada kemungkinan memperburuk penggunaan pelayanan kesehatan. Dengan terbukanya pintu bagi masyarakat kelas menengah dan atas untuk menjadi anggota BPJS dengan membayar premi yang kurang dari Rp 60 ribu sebulan, maka ada risiko terjadinya ketidakadilan sosial-ekonomi.

Secara ringkas dapat disebutkan bahwa kebijakan JKN dan BPJS mempunyai kemungkinan memperburuk ketidakadilan geografis dan sosial-ekonomi.

Isu Proses penyusunan Kebijakan

Proses penyusunan UU SJSN dan BPJS telah lama berjalan. Pada tahun 1997 UGM pernah menyusun dokumen akademik (bersama PT Askes Indonesia) mengenai RUU Sistem Asuransi Kesehatan Nasional. Naskah akademik ini membatasi Jaminan Kesehatan hanya untuk masyarakat bawah seperti Jamkesmas.

Proses penyusunan UU ini kemudian tidak berjalan dan berganti dengan RUU SJSN. Pengembangan RUU SJSN berjalan secara berat dan mencakup tidak hanya asuransi kesehatan. Materi Asuransi kesehatan digabungkan dengan berbagai jaminan sosial lain seperti yang dimaksud dengan ILO. Proses penyusunan UU SJSN penuh kompromi dan pengesahannya cukup menarik: di hari terakhir Presiden Megawati. Selanjutnya selama 5 tahun dari tahun 2004 sampai dengan 2009, UU SJSN tidak berjalan dengan baik. Proses ini menunjukkan adanya ketergesaan dalam pengesahannya. UU BPJS disahkan dalam suasana yang hiruk-pikuk dengan berbagai stakeholder yang berbeda pendapat dan berbagai demonstrasi yang pro dan kontra.

Berbagai *stakeholder* tersebut adalah masyarakat penerima, pemerintah (pusat, provinsi, dan kabupaten) DPR dan DPRD, pihak swasta (berbagai PT yang menjalankan jaminan sosial), pihak Pemberi Pelayanan Kesehatan, organisasi Ikatan Profesi dan lain-lain. Aktor pelaku sangat banyak dan mempunyai pandangan politik dan pandangan terkait dengan keuangan dan kepentingan ekonomi yang berbeda-beda. Dalam konteks berbagai jaminan sosial, para aktor pelaku sudah berada dalam posisi yang sulit dikelola secara bersama-sama. Dalam penyelesaian 2 UU tersebut, dikawatirkan hal-hal teknis menjadi terabaikan dalam perdebatan

politik dan perbedaan kepentingan ekonomi antar aktor pelaku. Hal ini sudah terbukti pada perdebatan akhir-akhir ini mengenai bentuk dan komposisi BP SJSN.

II.4. Monitoring dan Evaluasi Kebijakan JKN

Mengapa perlu melakukan monitoring dan evaluasi?

UU SSJN dan UU BPJS dengan seluruh turunannya merupakan serangkaian kebijakan kesehatan. Apa yang disebut sebagai Kebijakan Kesehatan. Tidaklah mudah untuk mengartikan kebijakan kesehatan dalam kalimat singkat. Seorang perencana dari Bank Dunia (*World Bank*) dengan latar belakang ekonomi mengartikan kebijakan kesehatan sebagai pengalokasian sumber daya yang terbatas di bidang kesehatan (*allocation of scarce resources*) Ahli yang lainnya lebih melihat pada proses dan kekuasaan, termasuk di dalamnya "siapa mempengaruhi siapa pada pembuatan kebijakan kesehatan dan bagaimana kebijakan itu akhirnya terjadi". *Health policy is about the process and the power. It is concerned with who influences whom in the making of policy and how that happens.*

Karena itu Walt mencoba merangkumnya dalam pemaknaan yang lebih luas melingkupi sebagai upaya atau tindakan-tindakan pengambilan keputusan yang tak hanya meliputi aspek teknis medis dan pelayanan kesehatan, tak hanya aktor individu tetapi juga organisasi atau institusi, dari pemerintah juga sektor swasta termasuk LSM dan representasi masyarakat lainnya, yang akan mempengaruhi atau membawa dampak pada kesehatan.

Health policy embraces courses of action that affect the set of institutions, organizations, services, and funding arrangements of the health care system. It goes beyond health services, however, it includes actions or intended actions by public, private, and voluntary organizations that have an impact on health (Walt, 1994).

Secara sederhana, kebijakan kesehatan dipahami persis sebagai kebijakan publik yang berlaku untuk bidang kesehatan. Pemahaman tentang arti kebijakan kesehatan dilengkapi oleh Janovsky & Cassels (1996), sebagai : "*The networks of interrelated decisions which together form an approach or strategy in relation to practical issues concerning health care delivery*". Atas dasar itu ia membagi kebijakan kesehatan dalam Kebijakan teknis (*technical policies*) atau kebijakan operasional (*operational policies*) yang cenderung bernuansa pelaksanaan kegiatan dan Kebijakan institusional (*institutional policies*) atau kebijakan strategis (*strategic policies*) yang cenderung bernuansa strategis. Oleh karena itu, kebijakan kesehatan perlu diperlakukan sama dengan kebijakan publik lainnya yang harus diteliti efektifitasnya.

Dalam konteks ini, penelitian kebijakan kesehatan merupakan salah satu cabang ilmu yang baru berkembang di Indonesia. Pemahaman kalangan akademis yang membidangi masalah kebijakan kesehatan mengenai bagaimana melaksanakan penelitian kebijakan masih sangat terbatas. Penelitian kebijakan kesehatan mempunyai berbagai cakupan antara lain:

1. Agenda Setting dan konteks politik, ekonomi, sosial, dan budaya dalam penyusunan kebijakan Kesehatan
2. Komponen Kebijakan (Aktor, kebijakan dan Lingkungan)
3. Aspek desentralisasi dimana ada pembagian wewenang antar berbagai tingkat pemerintahan di Indonesia.

Dalam penelitian kebijakan, ada berbagai bentuk dan metode yang digunakan, antara lain: Policy Analysis (Analisis terhadap Aktor, Isi, Konteks dalam formulasi, dan implementasi Kebijakan); Monitoring policy Impact (WHO 2013); Evaluasi Kebijakan, dan Analisis Stakeholder. Semakin lengkap bentuk dan metode, diperlukan berbagai ketrampilan untuk melakukannya.

Berbagai Risiko Kebijakan UU SJSN dan UU BPJS untuk penyimpangan dari Tujuan Pemerataan.

Bagian ini membahas mengenai risiko kebijakan UU SJSN dan UU BPJS. Mengapa? Ada kemungkinan UU SJSN dan UU BPJS serta turunannya tidak menghasilkan apa yang disebut sebagai pencapaian tujuan kebijakan, khususnya dalam keadilan social bagi seluruh rakyat Indonesia. Untuk memahami pendekatan ini perlu pemahaman mengenai scenario. Ada beberapa scenario yang mungkin terjadi di dalam perjalanan kebijakan JKN pada tahun 2014 sampai dengan 2019 dalam kaitannya dengan keadilan geografis dan keadilan social-ekonomi.

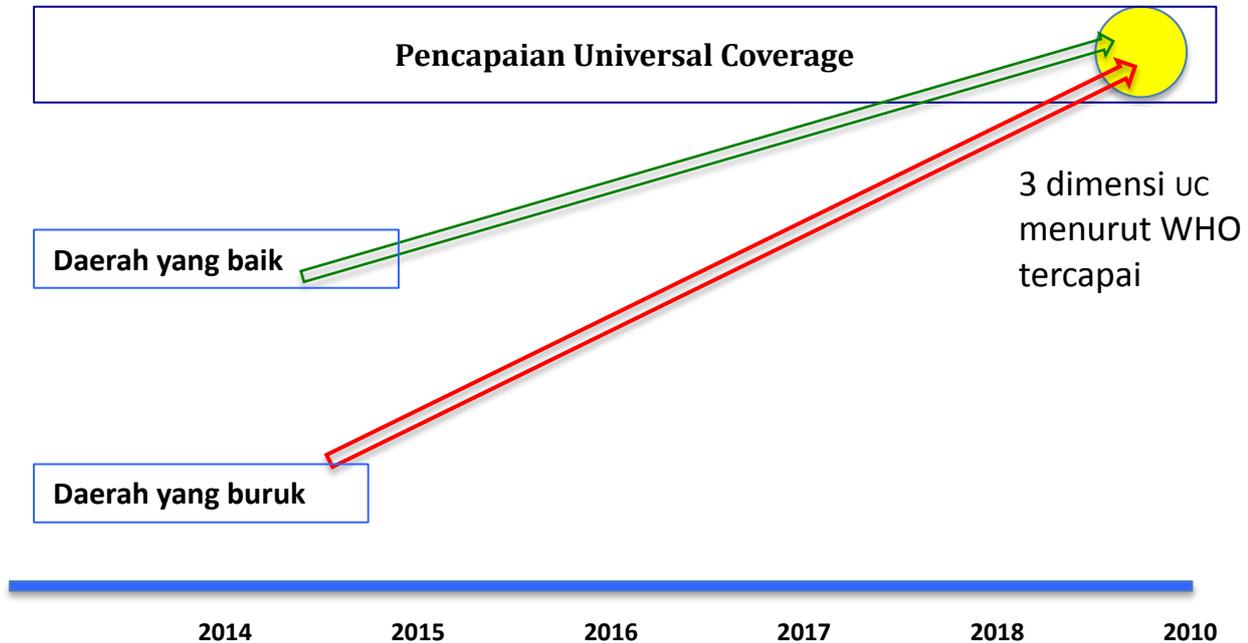
Dalam hal ini dibutuhkan perencanaan yang bersifat scenario. Perencanaan berdasar scenario (*scenario planning*) bukan merupakan kegiatan untuk memilih alternative, akan tetapi lebih untuk pemahaman bagaimana tiap kemungkinan akan berjalan⁷. Dengan pemahaman ini sebuah lembaga atau negara dapat mempersiapkan diri dalam membuat berbagai keputusan strategis untuk menghadapi berbagai kemungkinan di masa mendatang. Perencanaan scenario adalah alat bantu pengambil kebijakan untuk melihat ke depan yang penuh ketidakpastian.

Perencanaan skenario ini layak digunakan oleh Indonesia untuk membuat keputusan, termasuk *capacity building* tatkala ada ketidakpastian tentang apa yang akan terjadi dimasa mendatang dan hasil proyeksi kinerja organisasi di masa lalu tidak mampu memberikan gambaran. Inti perencanaan skenario adalah pengembangan gambaran mengenai kemungkinan-kemungkinan kondisi di masa mendatang dan mengidentifikasi perubahan-perubahan dan implikasinya yang muncul sebagai akibat dari kondisi tersebut. Referensi lain menyebutkan bahwa perencanaan skenario dilakukan untuk menilai skenario-skenario yang memungkinkan untuk suatu kegiatan: kemungkinan terbaik (optimis), kemungkinan terburuk (pesimis) dan berbagai kemungkinan diantaranya.

Dalam Jaminan Kesehatan Nasional, skenario optimis adalah Road Map yang disusun oleh pemerintah Indonesia. Road map ini menyatakan bahwa di tahun 2019 seluruh warganegara Indonesia akan mendapat jaminan kesehatan. Roadmap ini

⁷ Buku Scenario Planning

disebut sebagai scenario optimis karena memperlakukan berbagai asumsi sebagai suatu kepastian pasti akan terjadi.



Gambar 1: Skenario Optimis

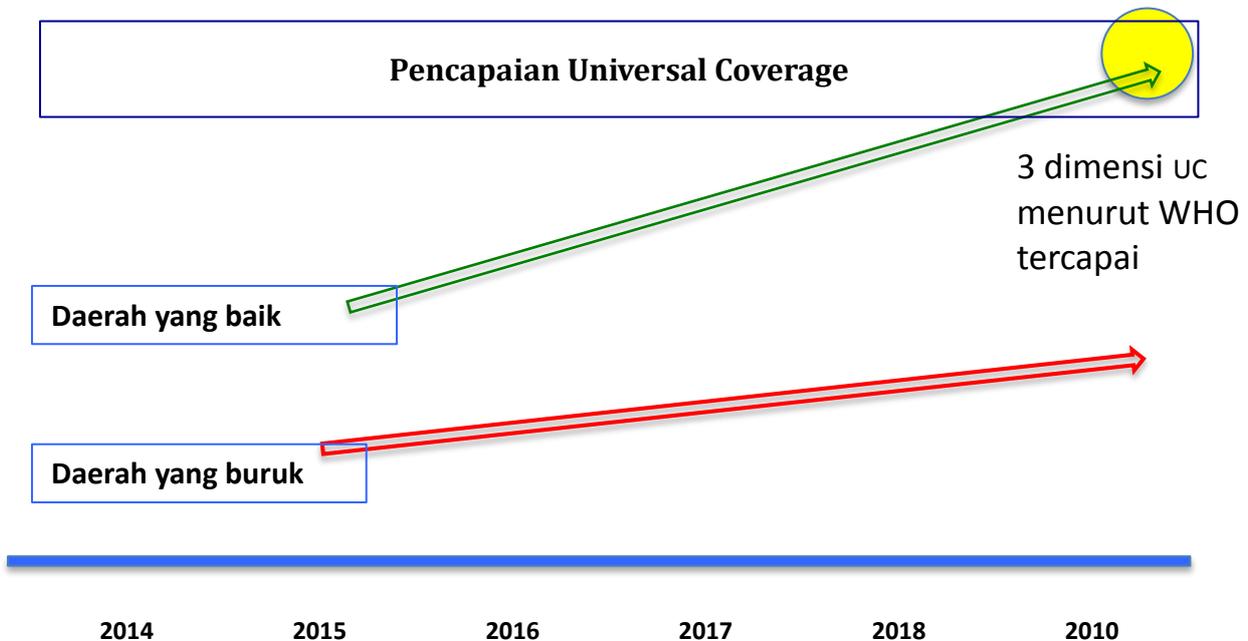
Dalam scenario optimis ini digambarkan bahwa dalam waktu lima tahun, daerah-daerah yang buruk/tertinggal di Indonesia dapat mengejar ketertinggalannya sehingga dapat mencapai Universal Coverage bersama dengan daerah lainnya. Dalam scenario ini ada berbagai asumsi yang harus diperhatikan, antara lain: fasilitas dan ketersediaan SDM kesehatan dapat merata, pemerintah pusat dan daerah mempunyai dana investasi untuk penyeimbangan, dan berbagai asumsi lainnya. Disamping itu tidak terkaji perbedaan antara masyarakat miskin dan kaya.

Sebaliknya, dalam aspek keadilan geografis ada scenario pesimistis yang membahas kemungkinan berbagai asumsi tersebut tidak terjadi. Skenario pesimis menyatakan bahwa ada kemungkinan terjadi berbagai hal sebagai berikut:

- Kegagalan penambahan SDM di daerah sulit
- Kegagalan penambahan fasilitas kesehatan
- Pemerintah Indonesia tidak mempunyai danan investasi cukup untuk menyeimbangkan fasilitas dan SDM kesehatan
- Komposisi peserta Non-PBI (mandiri) yang besar dan cenderung sakit sehingga menyerap banyak Klaim

- dana BPJS diserap oleh daerah-daerah yang memang banyak fasilitas kesehatan
- terjadi fraud terutama di daerah Jawa sehingga terjadi penyerapan tinggi yang tidak efisien.

Berikut ini digambarkan model scenario pesimis.



Gambar 2: Skenario Pesimis

Dalam konteks Inequity geografis maka daerah yang buruk selama lima tahun kedepan tidak mampu untuk mengejar ketinggalan dengan daerah yang baik. Akibatnya jurang pemisah antara daerah yang baik dan buruk dapat membesar. Hal ini yang disebut sebagai pemburukan keadilan geografis.

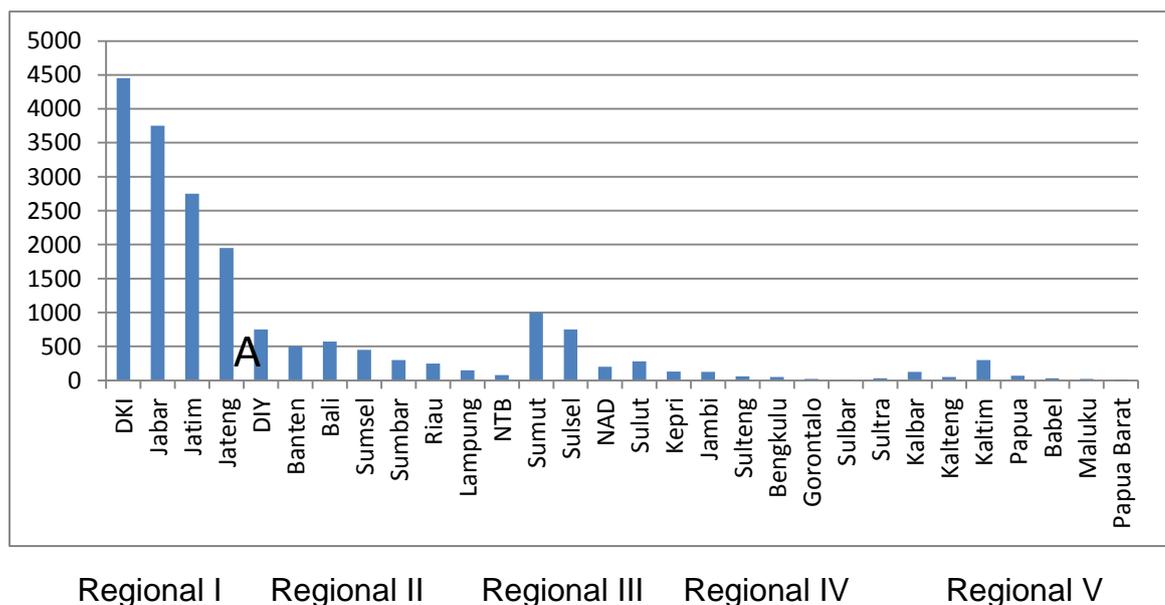
Sementara itu dalam aspek keadilan social ekonomi, scenario pesimis menyatakan bahwa ada kemungkinan JKN lebih menguntungkan masyarakat menengah ke atas, bukan masyarakat miskin. Mengapa hal ini terjadi? Di masa depan ada berbagai kemungkinan sebagai berikut:

- Adanya peserta BPJS yang membayar premi (Non-PBI mandiri) yang berasal dari masyarakat kelas menengah dan atas;
- Peserta BPJS yang membayar tersebut kemudian naik kelas ke VIP dengan dana dari kantong pribadi atau berbagai asuransi kesehatan swasta yang indemnity
- Pasien RS menanggung biaya tidak hanya pembayaran untuk pelayanan kesehatan, namun juga ongkos penjaga pasien, transportasi, waktu bekerja yang hilang. Masyarakat miskin sulit membayar untuk ini.

- Aspek portabilitas dari BPJS memberi kesempatan kepada masyarakat kaya di sebuah regional tertinggal (misal Regional V) untuk menggunakan pelayanan kesehatan di Regional 1. Portabilitas ini secara praktis hanya akan berlaku untuk masyarakat yang mempunyai kemampuan tinggi.
- Akses untuk pelayanan kesehatan dengan INA-CBG tinggi (mahal-mahal) hanya ada di kota besar.

Skenario ini tidak dapat dikendalikan dengan perencanaan karena sifat khusus JKN pembayarannya adalah dengan Claim berdasarkan INA-CBG. Mekanisme klaim ini tidak mengacu pada pertimbangan equity. Besar kecilnya jumlah klaim ditentukan oleh ada atau tidaknya fasilitas kesehatan dan SDM kesehatan. Jadi mengacu pada siapa cepat dia dapat. Contoh adalah perbandingan antara klaim di Regional I dan Regional V.

Gap kapasitas sistem kesehatan melakukan prosedur medis ‘jantung bypass’ menurut regionalisasi (ketersediaan dr spesialis & teknologi)



Dengan sifat-sifat tersebut maka perjalanan JKN tahun 2014 – 2019 menjadi sangat penting untuk dimonitor. Penyimpangan dari tujuan yang berdasarkan UUD harus segera diketahui sedini mungkin untuk mencari solusi yang terbaik.

Siapa pelaku Monitoring dan Evaluasi Kebijakan JKN?

Peran DJSN

Untuk menyelenggarakan Sistem Jaminan Sosial Nasional dibentuklah Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), dimana Dewan ini bertanggungjawab pada Presiden yang berfungsi merumuskan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan Sistem Jaminan Nasional. Dewan Jaminan Sosial bertugas:

- a. Melakukan kajian dan penelitian yang berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan sosial
- b. Mengusulkan kebijakan investasi Dana Jaminan Sosial Nasional
- c. Mengusulkan anggaran jaminan sosial bagi penerima bantuan iuran dan tersedianya anggaran operasional kepada pemerintah.

Dewan Jaminan Sosial Nasional dalam hal ini berwenang melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan jaminan sosial. Dalam menjalankan tugasnya DJSN beranggotakan 15 (lima belas) orang, yang terdiri dari unsur pemerintah, tokoh dan/atau ahli yang memahami bidang jaminan sosial, organisasi pemberi kerja dan organisasi pekerja. Dalam melaksanakan tugas, DJSN dapat meminta masukan dan bantuan tenaga ahli. Salah satu tugas wajib DJSN yaitu melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penyelenggaraan Jaminan Sosial setiap 6 (bulan) dan melaporkan hasilnya kepada pihak terkait termasuk kepada BPJS.

Peran Lembaga Independen

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS menyatakan bahwa pengawasan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan dilakukan oleh lembaga internal dan eksternal. Lembaga internal sendiri terdiri dari Dewan Jaminan Sosial Nasional dan satuan pengawas internal. Lembaga eksternal sesuai Undang-Undang dalam penjelasannya dilakukan oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK). Otoritas Jasa Keuangan adalah lembaga negara yang dibentuk berdasarkan Undang-Undang nomor 21 tahun 2011 yang berfungsi menyelenggarakan sistem pengaturan dan pengawasan yang terintegrasi pada keseluruhan kegiatan di dalam sektor jasa keuangan. Otoritas Jasa Keuangan, yang selanjutnya disingkat OJK, adalah lembaga yang independen dan bebas dari campur tangan pihak lain, yang mempunyai fungsi, tugas, dan wewenang pengaturan, pengawasan, pemeriksaan, dan penyidikan. OJK didirikan untuk menggantikan peran Bapepam. OJK dibentuk dengan tujuan agar keseluruhan kegiatan di dalam sektor jasa keuangan:

- a. Terselenggara secara teratur, adil, transparan, dan akuntabel;
- b. Mampu mewujudkan sistem keuangan yang tumbuh secara berkelanjutan dan stabil; dan
- c. Mampu melindungi kepentingan konsumen dan masyarakat.

Untuk melaksanakan tugas pengawasan, OJK mempunyai wewenang:

1. Menetapkan kebijakan operasional pengawasan terhadap kegiatan jasa keuangan;
2. Mengawasi pelaksanaan tugas pengawasan yang dilaksanakan Kepala Eksekutif;
3. Melakukan pengawasan, pemeriksaan, penyidikan, perlindungan konsumen, dan tindakan lain terhadap Lembaga Jasa Keuangan, pelaku, dan/ atau penunjang kegiatan jasa keuangan sebagaimana dimaksud dalam peraturan perundang-undangan di sektor jasa keuangan;
4. Memberikan perintah tertulis kepada Lembaga Jasa Keuangan dan/atau pihak tertentu;
5. Melakukan penunjukan pengelola statuter;
6. Menetapkan penggunaan pengelola statuter;
7. Menetapkan sanksi administratif pada pihak yang melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan di sektor jasa keuangan; dan
8. Memberikan dan/atau mencabut:
 1. Izin usaha;
 2. Izin orang perseorangan;
 3. Efektifnya pernyataan pendaftaran;
 4. Surat tanda terdaftar;
 5. Persetujuan melakukan kegiatan usaha;
 6. Pengesahan;
 7. Persetujuan atau penetapan pembubaran; dan
 8. Penetapan lain, sebagaimana dimaksud dalam peraturan perundang-undangan di sektor jasa keuangan.

Sebagai sebuah kebijakan besar, program JKN SJSN oleh BPJS perlu dilakukan monitoring pihak independen. Mengapa perlu dilakukan monitoring? Pelajaran penting yang harusnya sudah dilihat adalah pelaksanaan berbagai jaminan kesehatan dari tingkat pusat sampai jaminan kesehatan tingkat daerah yang sekarang masih berjalan. Peran serta pemerintah daerah juga menjadi bagian penting dalam pelaksanaan BPJS di daerah karena sebagian besar pelaksanaan BPJS ada di daerah.

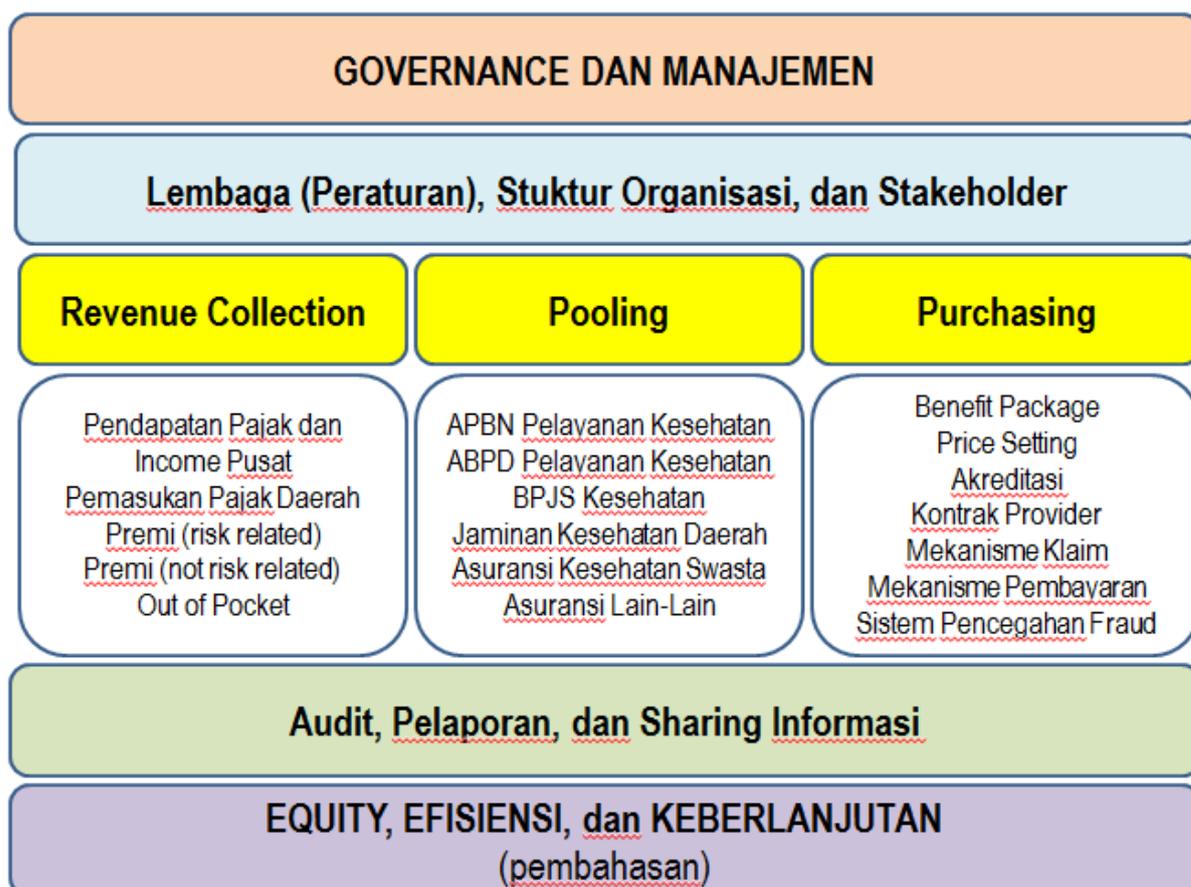
Bagaimana peran perguruan tinggi?

B. Landasan Teori dan Kerangka Konsep

Pelaksanaan JKN tidak lepas dari kesiapan sistem kesehatan dan sistem pembiayaan kesehatan yang sekarang dalam upaya optimalisasi untuk mendukung pelaksanaan JKN. Landasan teori yang dipergunakan adalah:

1. Struktur Sistem Pembiayaan Kesehatan
2. Prinsip Equity
3. Monitoring Kebijakan

Berdasarkan teori di atas maka penelitian monitoring dan evaluasi menggunakan kerangka konsep atas hubungan antara sistem pembiayaan kesehatan dengan tujuan dari sistem kesehatan. Skema tersebut diperlihatkan sebagai berikut:



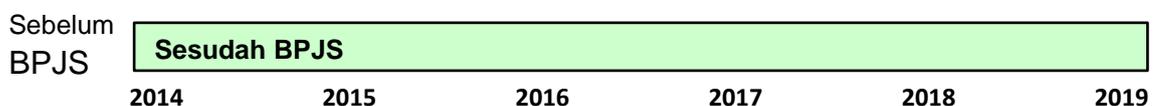
Sumber: World Bank, 2006

Kerangka konsep yang digunakan berlandaskan pada penataan tata kelola pemerintahan dan manajemennya.

1. Kelembagaan, perundangan, struktur organisasi dan stakeholder: Kelembagaan, perundangan, peraturan, struktur organisasi dan stakeholder.

2. *Revenue Collection* merupakan pengumpulan dana yang berasal dari pajak yang dilakukan oleh pemerintah baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah, pemasukan pajak dan income Pusat (sumber penerima bantuan iuran), pemasukan pajak daerah (sumber Jamkesda), premi yang dilakukan oleh masyarakat baik dengan atau tidak dihubungkan dengan risiko, serta pembayaran langsung untuk pelayanan kesehatan dari masyarakat (out of pocket).
3. *Pooling* merupakan mekanisme pengaturan organisasi terhadap *risk pooling* dan prabayar di suatu lembaga atau badan. Pooling dapat melibatkan kementerian kesehatan atau pelayanan kesehatan nasional, organisasi jaminan sosial, asuransi kesehatan swasta sukarela, dan asuransi kesehatan berbasis masyarakat (seperti Jamkesda atau yang lainnya). Pooling juga dilakukan oleh Pemerintah pada APBD Daerah dan APBN Pusat untuk pelayanan kesehatan, pooling di BPJS Kesehatan dan badan asuransi lain atau swasta.
4. *Purchasing* merupakan hal—hal yang berkaitan dengan pembelian pelayanan untuk diberikan kepada peserta. Purchasing meliputi paket manfaat, daftar tarif, kontrak provider, akreditasi, mekanisme pembayaran ke pengguna, mekanisme klaim, sistem pencegahan fraud, dan lain sebagainya.
5. Audit, pelaporan, dan sharing informasi merupakan hal yang berkaitan dengan audit, pelaporan, pembagaian informasi terhadap rangkaian kegiatan pada saat pengumpulan sumber-sumber pendapatan, pengumpulan dana di lembaga, dan pelayanan yang diberikan.
6. Equity, efisiensi, dan keberlanjutan merupakan tujuan terakhir yang akan dicapai dengan rangkaian kegiatan dari tata kelola pemerintahan dengan pembagian informasi mengenai rangkain kegiatan yang sudah dilakukan.

Kerangka konsep ini akan diteliti dengan pendekatan time series dalam proses monitoring sebagai berikut:



Hipotesis dan Pertanyaan Penelitian

Hipotesis

1. JKN akan dinikmati oleh masyarakat yang paling membutuhkan proteksi
2. JKN akan meningkatkan jumlah tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan di daerah yang sulit
3. JKN akan meningkatkan cakupan pelayanan secara merata

Pertanyaan Penelitian:

1. Bagaimana pengaruh UU SJSN dan UUBPJS terhadap sistem kesehatan (struktur, tata kelola, dan hubungan antar institusi)?
2. Bagaimana pengaruh UU SJSN dan UU BPJS terhadap Revenue Collection, Risk Pooling, dan Purchasing dalam sistem pembiayaan kesehatan.
3. Apakah Road Map akan tercapai ataukah ada permasalahan lain?
4. Bagian apa dari UU SJSN dan UU BPJS yang berlawanan dengan prinsip equity (berdasarkan konsep Governance, Revenue Collection, dll)..

Pemikiran awal untuk Rekomendasi Kebijakan.

Berbagai hal akan dibahas untuk rekomendasi kebijakan yang dapat digambarkan antara lain:

Isu dalam Evaluasi kebijakan (1)

Apakah kebijakan JSN dan BPJS tepat diberikan dalam waktu yang bersamaan untuk daerah yang sangat berbeda tingkat kemajuan sistem kesehatan?

Isu dalam Evaluasi kebijakan (2)

Apakah Kementerian Kesehatan akan meningkatkan investasi untuk kesehatan dalam era BPJS (terutama daerah yang sulit)? Hal ini penting dilakukan analisis kebijakan karena sda kemungkinan investasi hanya oleh swasta yang cenderung bukan berada di daerah terpencil, dan justru terpicu oleh JKN (konsep no-frill hospital yang efisien).

Isu dalam Evaluasi kebijakan (3)

Apakah perlu ada kebijakan baru untuk mencegah masyarakat kaya menggunakan dana BPJS pemerintah

Isu ini terjadi karena regulasi di BPJS memperbolehkan masyarakat kaya membayar premi yang relatif rendah (l.k Rp 60 ribu per bulan)

- Mendapatkan benefit package melalui INA-CBG yang tidak terbatas
- Mendapatkan akses karena mempunyai kemampuan memanfaatkan portabilitas JKN
- Dapat naik kelas ke VIP hanya untuk membayar tambahan sewa kamar

Isu dalam Evaluasi kebijakan (4)

Apakah perlu untuk menutup masuknya Non-PBI dan PBI dalam satu pool di BPJS. Fakta: Saat ini ada satu pool anggota: PBI dan Non-PBI. Pertanyaan kebijakannya: Apakah mungkin BPJS akan menjadi multiple-pool?

Isu dalam Evaluasi kebijakan (5)

Bagaimanakah kebijakan tentang kompensasi apabila tidak ada pelayanan di suatu daerah. Apakah: (1) BPJS memberikan dana/uang, (2) BPJS mendatangkan ahli dan fasilitas, dan/atau (3) BPJS menanggung biaya transportasi, atau hal-hal lain yang belum terpikirkan.

Isu dalam Evaluasi kebijakan (6)

Bagaimana mencegah perluasan fraud yang akan menjadi trend negative sistem kesehatan di Indonesia.

Isu dalam Evaluasi kebijakan (7)

Bagaimana menangani kasus yang sangat mahal dan katastrofik. Apakah BPJS berhak “mencabut mesin-mesin”/menghentikan penobatan/menghentikan perawatan dan mengalokasikan fasilitas dan sumber daya untuk orang lain yang lebih membutuhkan?

BAB III

Metode Penelitian

Untuk menjawab berbagai pertanyaan penelitian di atas ada 2 Tahap Penelitian.

Tahap 1 berlangsung di awal tahun 2014 yang terdiri atas 4 sub-penelitian yaitu:

1a. Dampak kebijakan JKN terhadap Sistem Kesehatan dan Struktur Pembiayaan Kesehatan di daerah.

1b. Dampak JKN terhadap jumlah fasilitas kesehatan dan SDM kesehatan

1c. Manfaat pelayanan dan rujukan serta portabilitas

1d. Ketersediaan sistem anti-fraud.

Hasil dari analisis tahap 1 adalah scenario. Penelitian pada awal tahun akan dilakukan setiap tahun untuk memverifikasi scenario dengan data sistem kesehatan..

Tahap II akan diselenggarakan pada akhir tahun 2014 dengan tujuan memverifikasi scenario dengan data empiric dari BPJS.

A. Sub Penelitian 1.

Sub penelitian 1 memfokuskan pada monitoring melalui pengamatan pelaksanaan awal dari kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di berbagai propinsi⁸ (mulai bulan Desember 2013 dan bulan Januari – April 2014). Sub penelitian ini dilakukan melalui pengamatan dengan menggunakan kerangka sebelum dan sesudah (enam bulan) pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional sehingga tanggal 1 Januari 2014 menjadi batas sebelum dan sesudah kebijakan.

Sub penelitian ini meliputi:

1. Sub Penelitian 1a

Sub penelitian 1a memfokuskan pada pengaruh BPJS Kesehatan terhadap sistem dan struktur pembiayaan kesehatan yang ada di daerah baik sebelum dan sesudah penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional yang berbasis tiga Dimensi Universal Health Coverage menurut WHO tahun 2010.

a. Jenis dan Rancangan Penelitian

Sub penelitian 1a ini menggunakan rancangan *multiple case-study* sehingga tiap studi kasus di daerah akan dibahas terpisah untuk keperluan monitoring evaluasi kebijakan di daerah masing-masing. Pendekatan yang dilakukan yaitu *mix method* antara kualitatif (observasi dan wawancara) dan kuantitatif (analisis dokumen). Penggunaan fotografi juga dimungkinkan dilakukan jika diperlukan. Metode analisis sub penelitian adalah *formatif* dengan evaluasi

⁸ Masukan dari Prof.Dr.dr. Rizanda Machmud, M.Kes

berkala untuk menginformasikan perubahan sampai dengan dampak dalam penyelenggaraan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional.

b. Lokasi Penelitian dan Ruang Lingkup Penelitian

Lokasi sub penelitian 1a pada seluruh Provinsi di Indonesia. Setiap Provinsi akan diwakili oleh dua Kabupaten/ Kota dengan karakteristik yang berbeda. Penelitian tersebut dilakukan dengan model Jejaring Universitas seluruh Indonesia. Ruang lingkup sub penelitian dibatasi pada Dinas Kesehatan, Puskesmas, Rumah Sakit Umum Daerah, dan Rumah Sakit Swasta yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan.

c. Variabel Penelitian

- 1) Collection
- 2) Pooling
- 3) Purchasing

d. Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan Penelitian dalam sub penelitian 1a mencakup:

Pengaruh UU terhadap struktur dan hubungan antar lembaga di daerah

- 1) Bagaimana dampak UU SJSN dan UU BOPJS terhadap sistem dan struktur pembiayaan kesehatan:
 - *collecting fund*,
 - *pooling*,
 - *purchasing*
- 2) Bagaimana alur pembayaran, klaim, realisasi, pertanggungjawaban pembiayaan kesehatan di daerah?
- 3) Bagaimana dengan perubahan kelembagaan atau perubahan fungsi?

Mekanisme out-of pocket

- 4) Apakah masih ada mekanisme *fee for service* (FFS) dalam fasilitas kesehatan (PPK Tingkat I, II, dan Lanjut) di daerah? Bagaimana untuk mekanisme pembayaran lainnya?
- 5) Berapakah proporsi pembelanjaan *out of pocket* di fasilitas kesehatan (PPK Tingkat I, II, dan Lanjut) pada penyelenggaraan sistem Jaminan Kesehatan Nasional?

Komposisi PBI dan Non-PBI

- 6) Bagaimana komposisi PBI dan Non-PBI?

Pendanaan untuk kegiatan preventif-promotif

- 7) Apakah tersedia dana dari sistem Jaminan Kesehatan Nasional untuk kegiatan promotif dan preventif di fasilitas kesehatan (PPK Tingkat I, II, dan Lanjut)?

Perubahan tata kelola di daerah

- 8) Bagaimana pengaruh BPJS Kesehatan di skema jaminan kesehatan yang ada di daerah (Jamkesda) sebelum dan sesudah penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional? Bagaimana mekanisme merger di dalamnya?
- 9) Apakah ada aturan-aturan di daerah yang diterbitkan dalam rangka penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional?
- 10) Bagaimana peran Pemerintah dan Dinas Kesehatan pada perubahan sistem dan struktur pembiayaan kesehatan di daerah?
- 11) Bagaimana peran asosiasi profesi atau lembaga yang terkait terhadap perubahan sistem dan struktur pembiayaan kesehatan di daerah?
- 12) Bagaimana peran sektor swasta pada perubahan sistem dan struktur pembiayaan kesehatan di daerah?
- 13) Apakah ada perubahan peran Pemerintah daerah terkait dengan subsidi atau investasi pembiayaan kesehatan di daerah?
- 14) Bagaimana peran sistem informasi dalam perubahan sistem dan struktur pembiayaan kesehatan di daerah?

Perubahan di pusat

- 15) Apakah ada perubahan peran Pemerintah Pusat terkait dengan subsidi atau investasi pembiayaan kesehatan di daerah?
- 16) Apakah dana Kementerian Kesehatan meningkat di tahun 2014?

e. Jenis Data

Jenis data pada sub penelitian 1a ini adalah data kuantitatif dan data kualitatif sesuai dengan pendekatan *mix method*. Data kuantitatif yaitu data sekunder/ bahkan primer yang dikumpulkan dari analisis dokumen sebelum dan sesudah penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Data ini meliputi sumber dana di daerah (*revenue collection*), price setting, paket manfaat, *pooling*, *purchasing* baik oleh Pemerintah maupun badan penyelenggara, dan lain sebagainya. Data kualitatif merupakan hasil observasi dan wawancara mengenai kondisi sebelum dan sesudah penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Data ini meliputi aliran dana mulai dari mekanisme *collection*, *pooling*, sampai *purchasing*, tata kelola daerah, perubahan peraturan, perubahan tata kelembagaan, tata perangkat manajemen, dan lain sebagainya. Wawancara dilakukan kepada pemangku kepentingan di Dinas Kesehatan, fasilitas kesehatan

(PPK Tingkat I, II, dan Lanjut), bisa juga diperkuat oleh tokoh masyarakat atau peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

f. Metode Mengumpulkan Data

1. Data kuantitatif

Data kuantitatif yang diperlukan untuk penelitian ini akan menggunakan sumber sebagai berikut:

Baseline cakupan pelayanan kesehatan di kabupaten/kota:

- 1) Data jumlah kepesertaan PBI dan Non-PBI
- 2) Data klaim di fasilitas kesehatan di tingkat Provinsi
- 3) Jumlah alokasi dana dari BPJS Kesehatan
- 4) Jumlah alokasi dana dari Pemerintah Daerah

Cakupan pelayanan kesehatan di kabupaten/kota:

Dinas Kesehatan:

- 1) Daftar fasilitas pemberi layanan kesehatan di kabupaten (Profil Kesehatan Kabupaten)
- 2) Daftar fasilitas pemberi layanan kerjasama Jaminan kesehatan di kabupaten (list kepesertaan Perjanjian Kerja Sama Jaminan Kesehatan)
- 3) Jumlah tenaga kesehatan di kabupaten dan
- 4) Ketersediaan fasilitas kesehatan/infrastruktur (publik dan swasta)

Rumah Sakit Daerah:

- 1) Jumlah kunjungan Rumah Sakit (jaminan kesehatan dan non jaminan kesehatan) tahun 2013
- 2) Rekapitulasi klaim Jaminan Kesehatan di rumah sakit (2013)
- 3) Jumlah tenaga kesehatan di kabupaten
- 4) Ketersediaan fasilitas kesehatan/infrastruktur di rumah sakit

2. Data kualitatif

Data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara dengan manajer program, dinas kesehatan, rumah sakit dan dokter yang terlibat mengenai cakupan dan keanggotaan jaminan kesehatan, klaim, pembiayaan JKN, pelayanan yang diberikan dan kualitas pelayanan serta pemerataan pelayanan. Untuk memperoleh data kualitatif, dirancang daftar pertanyaan sebagai berikut dalam lampiran.

Responden untuk wawancara kualitatif mencakup:

- a) Pimpinan dan staf Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Kerjasama
- b) Pimpinan dan staf Dinas Kesehatan Kabupaten

- c) Pimpinan dan staf Puskesmas
- d) Penedia layanan kesehatan: Dokter Umum/Keluarga; Bidan praktek umum dan swasta; Dokter Spesialis

g. Analisis Data

Analisis data kuantitatif dengan menggunakan tabel atau grafik yang dihasilkan dari data sekunder kuantitatif. Hasil analisis data kuantitatif selanjutnya akan dideskripsikan.

Analisis data kualitatif dengan menyimpulkan dan menarasikan hasil wawancara mendalam dan dibuat dalam matrix wawancara mendalam.

h. Matrix Scope Penelitian

Penggambaran secara lebih detil dilakukan dengan menggunakan pendekatan sebelum dan sesudah BPJS, sebagai berikut:

Collecting the Fund: Sumber di daerah

		Sebelum kebijakan BPJS	Sesudah kebijakan (monitoring 2014-2019)
	Pemasukan Pajak dan income Pusat (sumber PBI dan berbagai dana lain dari pusat)		
	Pemasukan Pajak dan Pendapatan Asli Daerah (PAD) (sumber Jamkesda)		
	Premi yang dihubungkan dengan risiko		
	Premi yang tidak dihubungkan dengan Risiko (Pembayar non-PBI)		
	Pembayaran sukarela (Out-of-pocket)	- Puskesmas - RS Pemerintah - RS Swasta	

Pooling

		Sebelum kebijakan BPJS	Sesudah kebijakan (monitoring 2014-2019)
	Kementerian Kesehatan dan Kementerian/Unit pusat lainnya		
	Dinas Kesehatan dan Dinas /Unit lainnya		
	BPJS		
	Jamkesda		
	Asuransi Kesehatan Swasta		
	Asuransi lainnya....		

Purchasing

Purchasing dapat dilakukan oleh berbagai pihak; pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan berbagai lembaga yang menggunakan sistem asuransi. Penelitian ini berfokus pada pembelian pelayanan kesehatan oleh lembaga asuransi kesehatan nasional. Dalam sistem pembiayaan kesehatan melalui asuransi ada kemungkinan di suatu daerah terjadi dua *purchasing* melalui (1) BPJS dan (2) Jamkesda. Andaikata terjadi *purchasing* melalui kedua hal tersebut, perlu dilakukan pengamatan keduanya.

BPJS

		Sebelum kebijakan BPJS (dilakukan oleh Jamkesmas)	Sesudah kebijakan (monitoring 2014-2019)
	Benefit Package		
	Price Setting		
	Akreditasi untuk penyedia pelayanan		
	Cara kontrak provider		
	Mekanisme pembayaran ke pengguna		
	Pengujian claim,		
	Sistem pencegahan fraud		

Jamkesda

		Sebelum kebijakan BPJS	Sesudah kebijakan (monitoring 2014-2019)
	Benefit Package		
	Price Setting		
	Akreditasi untuk penyedia pelayanan		
	Cara kontrak provider		
	Mekanisme pembayaran ke pengguna		
	Pengujian claim,		
	Sistem pencegahan fraud		

2. Sub Penelitian 1b; Dampak Kebijakan UU SJSN dan UU BPJS terhadap fasilitas dan SDM Kesehatan di daerah

Sub penelitian 1b ini memfokuskan pada dampak kebijakan BPJS Kesehatan terhadap fasilitas kesehatan dan kegiatannya baik termasuk Pemberi Pelayanan Kesehatan di level primer, sekunder, maupun tertier.

a. Jenis dan Rancangan Penelitian

Sub penelitian 1b ini menggunakan rancangan *multiple case-study* sehingga tiap studi kasus di daerah akan dibahas terpisah untuk keperluan monitoring evaluasi kebijakan di daerah masing-masing. Pendekatan yang dilakukan yaitu *mix method* antara kualitatif (observasi dan wawancara) dan kuantitatif (analisis dokumen). Penggunaan fotografi juga dimungkinkan dilakukan jika diperlukan. Metode analisis sub penelitian adalah *formatif* dengan evaluasi berkala untuk menginformasikan perubahan sampai dengan dampak dalam penyelenggaraan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional..

b. Lokasi Penelitian dan Ruang Lingkup Penelitian

Lokasi sub penelitian 1b pada seluruh Provinsi di Indonesia. Setiap Provinsi akan diwakili oleh dua Kabupaten/ Kota dengan karakteristik yang berbeda. Penelitian tersebut dilakukan dengan model Jejaring Universitas seluruh Indonesia. Ruang lingkup sub penelitian dibatasi pada Dinas Kesehatan, Puskesmas, Rumah Sakit Umum Daerah, dan Rumah Sakit Swasta yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan.

c. Variabel Penelitian

1. Penyediaan pelayanan (*Service delivery*): Layanan kesehatan yang diberikan kepada peserta JKN.

2. Tenaga kesehatan (*Health workforce*): Tenaga kesehatan yang tersedia dan melayani peserta JKN.
3. Informasi (*Information*): Informasi yang diberikan kepada peserta mengenai JKN dan sistem informasi yang dimiliki oleh PPK dengan dilaksanakannya JKN
4. Produk-produk kedokteran, vaksin, dan teknologi (*Medical products, vaccines and technologies*): Ketersediaan obat, vaksin dan alat kesehatan untuk menunjang pelaksanaan JKN

d. Hipotesis dan Pertanyaan Penelitian

Hipotesis:

1. UU SJSN dan UU BPJS (Kebijakan JKN) akan meningkatkan jumlah fasilitas kesehatan sehingga akan semakin berimbang antara daerah yang maju dan yang kurang maju
2. UU SJSN dan UU BPJS (Kebijakan JKN) akan meningkatkan jumlah SumberDaya Manusia kesehatan sehingga akan semakin berimbang antara daerah yang maju dan yang kurang maju

Pertanyaan penelitian

Dampak JKN terhadap fasilitas dan SDM Kesehatan

1. Bagaimana dampak Jaminan Kesehatan Nasional pada fasilitas kesehatan (PPK Tingkat I, II, dan Lanjut) dalam hal berikut?
 - a. Ketersediaan jumlah fasilitas kesehatan
 - b. Ketersediaan sarana prasarana dan teknologi kesehatan
 - c. Tingkat cakupan peserta jaminan di fasilitas kesehatan
 - d. Ketersediaan sumber daya manusia
 - e. Tingkat penggunaan pelayanan kesehatan
2. Apakah dampak tersebut mengakibatkan perubahan kegiatan di fasilitas kesehatan (PPK Tingkat I, II, dan Lanjut)? Apabila ada perubahan, seperti apa saja perubahan kegiatan yang dialami fasilitas kesehatan (PPK Tingkat I, II, dan Lanjut) beserta jenis kegiatannya?

Standar pelayanan di daerah

3. Bagaimana standar jumlah fasilitas kesehatan dalam melakukan layanan?
4. Bagaimana standar sarana prasarana dan teknologi kesehatan?

Ketersediaan obat dan bahan medis habis pakai

5. Bagaimana ketersediaan obat dan bahan medis habis pakai pada fasilitas kesehatan (PPK Tingkat I, II, dan Lanjut)?

Peran Pemerintah Daerah dan Pusat

6. Bagaimana peran Pemerintah dan Dinas Kesehatan terhadap fasilitas kesehatan (PPK Tingkat I, II, dan Lanjut) pada penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional?

e. Jenis Data

Jenis data pada sub penelitian 1b ini adalah data kuantitatif dan data kualitatif sesuai dengan pendekatan *mix method*. Data kuantitatif yaitu data sekunder/ bahkan primer yang dikumpulkan dari analisis dokumen sebelum dan sesudah penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Data ini meliputi jumlah fasilitas kesehatan, jumlah cakupan kepesertaan, jumlah SDM tenaga kesehatan, jumlah utilisasi, jumlah alokasi dana, jumlah klaim dana, jumlah sisa dana, dan lain sebagainya. Data kualitatif merupakan hasil observasi dan wawancara mengenai kondisi sebelum dan sesudah penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Data ini meliputi standar pelayanan, standar kompetensi SDM tenaga kesehatan, mekanisme kendali mutu dan kendali biaya, mekanisme perjanjian kerja sama, alur pembayaran, alur klaim, alur realisasi, alur pertanggungjawaban, peran Pemerintah dan Dinas Kesehatan, dan lain sebagainya. Wawancara dilakukan kepada pemangku kepentingan di Dinas Kesehatan, fasilitas kesehatan (PPK Tingkat I, II, dan Lanjut), bisa juga diperkuat oleh tokoh masyarakat atau peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

f. Metode Pengumpulan Data

1. Data Kuantitatif

Data kuantitatif yang diperlukan untuk penelitian ini akan menggunakan sumber sebagai berikut:

- 1) Data jumlah kepesertaan di Puskesmas dan Rumah Sakit
- 2) Data cakupan di fasilitas kesehatan di tingkat Provinsi
- 3) Data klaim di fasilitas kesehatan di tingkat Provinsi
- 4) Jumlah alokasi dana dari BPJS Kesehatan
- 5) Jumlah alokasi dana dari Pemerintah Daerah

Cakupan pelayanan kesehatan di kabupaten/kota:

Dinas Kesehatan:

- 1) Laporan Dinas Kesehatan untuk cakupan pelayanan kesehatan di Puskesmas tahun 2013
- 2) Rekapitulasi klaim Jaminan Kesehatan di kabupaten/kota (2013)
- 3) Daftar fasilitas pemberi layanan kesehatan di kabupaten (Profil Kesehatan Kabupaten)
- 4) Daftar fasilitas pemberi layanan kerjasama Jaminan kesehatan di kabupaten (list kepesertaan Perjanjian Kerja Sama Jaminan Kesehatan)
- 5) Jumlah tenaga kesehatan di kabupaten dan
- 6) Ketersediaan fasilitas kesehatan/infrastruktur (publik dan swasta)

Rumah Sakit Daerah:

- 1) Jumlah kunjungan Rumah Sakit (jaminan kesehatan dan non jaminan kesehatan) tahun 2013
- 2) Rekapitulasi klaim Jaminan Kesehatan di rumah sakit (2013)
- 3) Jumlah tenaga kesehatan di kabupaten
- 4) Ketersediaan fasilitas kesehatan/infrastruktur di rumah sakit

2. Data Kualitatif

Data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara dengan manajer program, dinas kesehatan, rumah sakit dan dokter yang terlibat mengenai cakupan dan keanggotaan jaminan kesehatan, klaim, pembiayaan JKN, pelayanan yang diberikan dan kualitas pelayanan serta pemerataan pelayanan. Untuk memperoleh data kualitatif, dirancang daftar pertanyaan sebagai berikut dalam lampiran.

Responden untuk wawancara kualitatif mencakup:

- a) Pimpinan dan staf Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Kerjasama
- b) Pimpinan dan staf Dinas Kesehatan Kabupaten
- c) Pimpinan dan staf Puskesmas
- d) Penedia layanan kesehatan: Dokter Umum/Keluarga; Bidan praktek umum dan swasta; Dokter Spesialis

g. Analisis data

Analisis data kuantitatif dilakukan dengan membuat tabulasi dan grafik. Hasil tabulasi dan grafik akan dinarasikan secara deskriptif.

Analisis data kualitatif dengan membuat matrix hasil wawancara. Hasil wawancara juga akan di kuatasi untuk memperdalam dan mendukung pembahasan hasil penelitian.

h. Matrix Scope Penelitian

Providers:

Jumlah fasilitas kesehatan di daerah.

		Sebelum kebijakan BPJS (2013)	Sesudah kebijakan (monitoring 2014- 2019)
Pelayanan Primer			
Pelayanan Sekunder			
Pelayanan Tertier			
Sistem rujukan			
Sistem kendali mutu			
Sistem kendali biaya			
Jumlah Penduduk			

Jumlah penduduk yang terkover BPJS			
------------------------------------	--	--	--

Sumber Daya Manusia

		Sebelum kebijakan BPJS (2013)	Sesudah kebijakan (monitoring 2014-2019)
Pelayanan Primer			
Pelayanan Sekunder			
Pelayanan Tertier			

Volume Kegiatan pelayanan

		Sebelum kebijakan BPJS	Sesudah kebijakan (monitoring 2014-2019)
Pelayanan Primer			
Pelayanan Sekunder			
Pelayanan Tertier			
Jumlah rujukan			

Penggunaan Dana klaim BPJS

- Data klaim di fasilitas kesehatan di tingkat Provinsi
- Dana klaim di BPJS Kesehatan Cabang
- Jumlah alokasi dana dari Pemerintah Daerah

3. Sub Penelitian 1c. Monitoring Manfaat Pelayanan

Sub penelitian 1c memfokuskan pada monitoring manfaat pelayanan kesehatan untuk sebelum dan sesudah penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional 2014.

a. Jenis dan Rancangan Penelitian

Sub penelitian 1c ini menggunakan rancangan *multiple case-study* sehingga tiap studi kasus di daerah akan dibahas terpisah untuk keperluan monitoring evaluasi kebijakan di daerah masing-masing. Pendekatan yang dilakukan yaitu *mix method* antara kualitatif (observasi dan wawancara) dan kuantitatif (analisis dokumen). Penggunaan fotografi juga dimungkinkan dilakukan jika diperlukan. Metode analisis sub penelitian adalah *formatif* dengan evaluasi berkala untuk menginformasikan perubahan sampai dengan dampak dalam penyelenggaraan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional..

b. Lokasi Penelitian dan Ruang Lingkup Penelitian

Lokasi sub penelitian 1c pada seluruh Provinsi di Indonesia. Setiap Provinsi akan diwakili oleh dua Kabupaten/ Kota dengan karakteristik yang berbeda. Penelitian tersebut dilakukan dengan model Jejaring Universitas seluruh Indonesia. Ruang lingkup sub penelitian dibatasi pada Dinas Kesehatan, Puskesmas, Rumah Sakit Umum Daerah, dan Rumah Sakit Swasta yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan.

c. Variabel Penelitian

1. Cakupan pelayanan
2. Benefit package
3. Status kepesertaan

d. Hipotesis dan Pertanyaan Penelitian

Hipotesis:

1. Claim INA-CBG akan banyak dilakukan di daerah yang sudah maju tanpa ada penyeimbangan fasilitas dan SDM antar regional
2. Rujukan dengan memanfaatkan asas portabilitas akan dilakukan oleh masyarakat menengah ke atas

Pertanyaan-pertanyaan Penelitian

Analisis INA-CBG

1. Bagaimana perbandingan manfaat pelayanan yang diatur oleh INA-CBG per Regional?
2. Apakah ada manfaat pelayanan yang dibayar oleh BPJS di luar sistem INA-CBG.
3. Apa saja manfaat pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh peserta?

Rujukan dan Portabilitas

4. Berapakah proporsi kepesertaan yang sudah dilayani jaminan kesehatan di daerah pada tingkat pelayanan primer dan rujukan?
5. Apakah ada perbedaan pemberian layanan oleh fasilitas kesehatan (PPK Tingkat I, II, dan Lanjut) berdasarkan status kepesertaan (PBI, non PBI dan non peserta)?
6. Berapakah proporsi jumlah rujukan yang dilakukan oleh provider?
7. Siapa saja yang dirujuk ke luar daerah (lintas propinsi dan lintas kabupaten) dalam prinsip Portabilitas?

Trend Manfaat Pelayanan (2014 – 2019)

8. Bagaimana trend cakupan pelayanan kesehatan (diukur dengan klaim INA CBG) di daerah sebelum dan sesudah (2014 – 2019) penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional?
9. Seberapa besar perubahan proteksi finansial yang dirasakan masyarakat ketika menggunakan pelayanan kesehatan di daerah ketika sebelum dan sesudah penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional?
10. Hambatan apa saja yang ditemui dalam aspek cakupan pelayanan selama penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional?

e. Jenis Data

Jenis data pada sub penelitian 1c ini adalah data kuantitatif dan data kualitatif sesuai dengan pendekatan *mix method*. Data kuantitatif yaitu data sekunder/ bahkan primer yang dikumpulkan dari analisis dokumen sebelum dan sesudah penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Data ini meliputi jumlah masyarakat yang dicakup jaminan kesehatan berdasarkan status peserta, utilisasi layanan primer, utilisasi pelayanan sekunder, utilisasi pelayanan tertier, penyerapan dana kapitasi dan INA-CBG untuk pelayanan peserta dan lain sebagainya. Data kualitatif merupakan hasil observasi dan wawancara tentang kondisi sebelum dan sesudah penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Data ini meliputi mekanisme kepesertaan, mekanisme penyerapan dana untuk pelayanan kesehatan, mekanisme penyelenggaraan pelayanan, dan lain sebagainya. Wawancara dilakukan kepada pemangku kepentingan di Dinas Kesehatan, fasilitas kesehatan (PPK Tingkat I, II, dan Lanjut), bisa juga diperkuat oleh tokoh masyarakat atau peserta Jaminan Kesehatan Nasional

f. Metode Pengumpulan Data

1. Data Kuantitatif

Data kuantitatif yang diperlukan untuk penelitian ini akan menggunakan sumber sebagai berikut:

Rumah Sakit Daerah dan Rumah Sakit Kerjasama

- 1) Jumlah kunjungan Rumah Sakit (jaminan kesehatan dan non jaminan kesehatan) tahun 2013
- 2) Penyerapan dana klaim berdasarkan INA-CBG
- 3) Pengeluaran dana BPJS di luar INA-CBG
- 4) Rekapitulasi klaim Jaminan Kesehatan di rumah sakit (2013)
- 5) Jumlah Rujukan ke luar daerah

2. Data Kualitatif

Data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara dengan manajer program, dinas kesehatan, rumah sakit dan dokter yang terlibat mengenai cakupan dan keanggotaan jaminan kesehatan, klaim, pembiayaan JKN, pelayanan

yang diberikan dan kualitas pelayanan serta pemerataan pelayanan. Untuk memperoleh data kualitatif, dirancang daftar pertanyaan sebagai berikut dalam lampiran.

Responden untuk wawancara kualitatif mencakup:

- a) Pimpinan dan staf Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Kerjasama
- b) Pimpinan dan staf Dinas Kesehatan Kabupaten
- c) Peyedia layanan kesehatan: Dokter Umum/Keluarga; Bidan praktek umum dan swasta; Dokter Spesialis

g. Analisis data

Analisis data kuantitatif dilakukan dengan membuat tabulasi dan grafik. Hasil tabulasi dan grafik akan dinarasikan secara deskriptif.

Analisis data kualitatif dengan membuat matrix hasil wawancara. Hasil wawancara ini juga akan di kuatasi untuk memperdalam dan mendukung pembahasan hasil penelitian.

h. Matrix Scope Penelitian, Metodologi dan Sumber Data/Responden

Siapa saja masyarakat yang terkover?

		Sebelum kebijakan BPJS	Sesudah kebijakan
PNS			
Perusahaan			
Sektor Informal			
.....			

Apa saja benefitnya?

Pelayanan Primer: Menggunakan data Puskesmas

Pelayanan Sekunder/Tertier: Menggunakan INA-CBG

		Sebelum kebijakan BPJS	Sesudah kebijakan
Penggunaan Puskesmas			
Manfaat dari sudut pandang IN-CBG. Dicocokkan dengan data penggunaan dana INA CBG.			
.....			

4. Sub Penelitian 1d

Sub penelitian 1d memfokuskan pada monitoring evaluasi sistem pencegahan fraud baik yang merupakan fraud dari peserta, fraud dari fasilitas kesehatan (PPK Tingkat I, II, dan Lanjut), maupun fraud dari BPJS Kesehatan. Penelitian menggunakan kerangka sebelum dan sesudah penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.

a. Jenis dan Rancangan Penelitian

Sub penelitian 1d ini menggunakan rancangan *multiple case-study* sehingga tiap studi kasus di daerah akan dibahas terpisah untuk keperluan monitoring evaluasi kebijakan di daerah masing-masing. Pendekatan yang dilakukan yaitu *mix method* antara kualitatif (observasi dan wawancara) dan kuantitatif (analisis dokumen). Penggunaan fotografi juga dimungkinkan dilakukan jika diperlukan. Metode analisis sub penelitian adalah *formatif* dengan evaluasi berkala untuk menginformasikan perubahan sampai dengan dampak dalam penyelenggaraan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional..

b. Lokasi Penelitian dan Ruang Lingkup Penelitian

Lokasi sub penelitian 1d pada seluruh Provinsi di Indonesia. Setiap Provinsi akan diwakili oleh dua Kabupaten/ Kota dengan karakteristik yang berbeda. Penelitian tersebut dilakukan dengan model Jejaring Universitas seluruh Indonesia. Ruang lingkup sub penelitian dibatasi pada Dinas Kesehatan, Puskesmas, Rumah Sakit Umum Daerah, dan Rumah Sakit Swasta yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan.

c. Variabel Penelitian

1. Regulasi Regulasi ini merupakan aturan yang terkait dengan sistem pencegahan anti-fraud.
2. Alokasi Sumber dana dan Penggunaan dana
Alokasi sumber dana yaitu jumlah alokasi dana yang diterima rumah sakit baik RSUD dan RS Kerjasama untuk melakukan pelayanan. Sumber dana bisa terbagi menjadi 2 yaitu dana operasional dan dana Jasa medis.
3. Data Claim.

d. Pertanyaan/Hipotesis Penelitian

Hipotesis:

Sistem JKN meningkatkan terjadinya fraud jika tanpa ada usaha pencegahan

Pertanyaan penelitian:

1. Apa sajakah potensi fraud sebelum penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional? Mohon dijelaskan

2. Apakah ada bukti sudah terjadi fraud?
3. Apakah ada sistem pencegahan dan pengendalian fraud untuk Jaminan Kesehatan Nasional?
4. Siapa sajakah badan atau asosiasi yang memiliki kewenangan dalam pencegahan sampai monitoring dan evaluasi fraud pada penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional?
5. Bagaimana peran lembaga pengawas internal dan eksternal BPJS dalam mencegah fraud di Jaminan Kesehatan Nasional?
6. Apa tantangan dan hambatan dalam mencegah fraud di penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional?
7. Bagaimana persiapan BPJS Kesehatan dalam upaya pencegahan fraud pada penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional?
8. Bagaimana peran Pemerintah terhadap sistem pencegahan fraud dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional?

e. Jenis Data

Jenis data pada sub penelitian 1a ini adalah data kuantitatif dan data kualitatif sesuai dengan pendekatan *mix method*. Data kuantitatif yaitu data sekunder/ bahkan primer yang dikumpulkan dari analisis dokumen sebelum dan sesudah penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Data tersebut meliputi besaran kapitasi dan klaim baik laik atau tidak laik bayar, besaran penyerapan dan sisa dana, persentase fraud berdasarkan pelaku maupun besaran pemanfaatan dana, dan lain sebagainya. Data kualitatif merupakan hasil observasi dan wawancara mengenai kondisi sebelum dan sesudah penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Data meliputi potensi fraud, sistem pencegahan fraud, aktor pencegahan dan pengendalian fraud, peran Pemerintah dan BPJS Kesehatan atau pihak independen lain dalam sistem pencegahan fraud, potensi fraud, tantangan dan hambatan pencegahan fraud, dan lain sebagainya. Wawancara ini dilakukan kepada pemangku kepentingan di Dinas Kesehatan, fasilitas kesehatan (PPK Tingkat I, II, dan Lanjut), bisa juga diperkuat oleh tokoh masyarakat atau peserta Jaminan Kesehatan Nasional

f. Metode Pengumpulan Data

1. Data Kuantitatif

Data kuantitatif yang diperlukan untuk penelitian ini akan menggunakan sumber sebagai berikut:

Data Claim INA-CBG di BPJS.

2. Data Kualitatif

Data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara dengan manajer program, dinas kesehatan, rumah sakit dan dokter yang terlibat mengenai cakupan dan keanggotaan jaminan kesehatan, klaim, pembiayaan JKN, pelayanan

yang diberikan dan kualitas pelayanan serta pemerataan pelayanan. Untuk memperoleh data kualitatif, dirancang daftar pertanyaan sebagai berikut dalam lampiran.

Responden untuk wawancara kualitatif mencakup:

- a) Pimpinan dan staf Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Kerjasama
- b) Pimpinan dan staf Dinas Kesehatan Kabupaten
- c) Pedydia layanan kesehatan: Dokter Umum/Keluarga; Bidan praktek umum dan swasta; Dokter Spesialis

g. Analisis data

Analisis data kuantitatif dilakukan dengan membuat tabulasi dan grafik. Hasil tabulasi dan grafik akan dinarasikan secara deskriptif.

Analisis data kualitatif dengan membuat matrix hasil wawancara. Hasil wawancara ini juga akan di kuatasi untuk memperdalam dan mendukung pembahasan hasil penelitian

h. Matrix Scope Penelitian, Metodologi dan Sumber Data/Responden

Obyektif	Scope	Sumber Data	Metode
Analisa pencegahan fraud setelah pelaksanaan JKN	<p>Regulasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PP dan Perpres Pelaksanaan JKN • Premi PBI yang diterima BPJS dan Dana yang diterima oleh PPK • Cakupan kepesertaan dan jumlah premi yang dibayarkan <p>Pengamatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Data Klaim dan diagnosa • Data Verifikasi Klaim perbulan • Realisasi pembayaran klaim dan operasional 	<p>Dinkes Kab/kota, penyedia layanan kesehatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alokasi sumber dana • Cakupan kepesertaan yang ditanggung • Jumlah peserta yang berkunjung di RS dan klaim yang diajukan 	<p>Kuantitatif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah cakupan kepesertaan • Jumlah alokasi dana yang diterima • Klaim yang diajukan <p>Kualitatif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interview dan Focus Group Discussion (FGD) dengan manajer (Dinkes) dan penyedia layanan kesehatan

Pembahasan:

Penelitian Tahap 1 akan dibahas dengan melakukan berbagai scenario di berbagai daerah. Daerah-daerah yang mengikuti monitoring ini akan dianalisis untuk dilakukan scenario tahun 2014 – 2019.

B. Sub Penelitian Tahap II (dilakukan pada akhir tahun 2014, di bulan November)

Sub penelitian 2 memfokuskan pada bukti-bukti besaran reimbursement BPJS Kesehatan pada Pemberi Pelayanan Kesehatan baik pasien rawat jalan maupun pasien rawat inap.

a. Jenis dan Rancangan Penelitian

Sub penelitian 2 ini menggunakan rancangan *multiple case-study* sehingga tiap studi kasus di daerah akan dibahas terpisah untuk keperluan monitoring evaluasi kebijakan di daerah masing-masing. Pendekatan yang dilakukan yaitu *mix method* antara kualitatif (observasi dan wawancara) dan kuantitatif (analisis dokumen). Penggunaan fotografi juga dimungkinkan dilakukan jika diperlukan. Metode analisis sub penelitian adalah *formatif* dengan evaluasi berkala untuk menginformasikan perubahan sampai dengan dampak dalam penyelenggaraan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional.

b. Lokasi Penelitian dan Ruang Lingkup Penelitian

Lokasi sub penelitian 2 pada seluruh Provinsi di Indonesia. Setiap Provinsi akan diwakili oleh dua Kabupaten/ Kota dengan karakteristik yang berbeda. Penelitian tersebut dilakukan dengan model Jejaring Universitas seluruh Indonesia. Ruang lingkup sub penelitian dibatasi pada Dinas Kesehatan, Puskesmas, Rumah Sakit Umum Daerah, dan Rumah Sakit Swasta yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan

c. Variabel Penelitian

Claim ke BPJS oleh pelayanan kesehatan di daerah selama tahun 2014.

- Per diagnosis
- Per anggota (PBI dan Non-PBI)
- Per daerah (Propinsi/Kabupaten)
- Per Rujukan.

d. Pertanyaan/Hipotesis Penelitian

1. Apakah claim INA-CBGs sudah mencerminkan keadilan bagi masyarakat secara geografis dan sosial ekonomi?
2. Apakah tidak ada fraud?
3. Apakah sistem portabilitas akan dipergunakan oleh seluruh peserta di suatu daerah?
4. Apa sajakah kendala dan hambatan yang ditemui dalam penyelenggaraan pembayaran Jaminan Kesehatan Nasional?

Jadual Penelitian

Pada tahun 2014 akan berlangsung dua tahap.

Tahap 1:

- **Melakukan pengambilan data pada bulan Maret 2014. Pelatihan pada bulan Februari tahun 2014.**
- **Melakukan skenario pada bulan April - Mei 2014**
- **Diskusi secara sistematis dengan pengambil kebijakan**
- **Hasil nasional akan dibahas pada Forum Jaringan Kebijakan Kesehatan Nasional di bulan Agustus 2014 di Bandung**
- **Menjadi bahan untuk menyusun Proposal Tahap 2.**

Tahap II dikumpulkan bulan November 2014.

- **Hasil akan dibahas pada pertemuan INAHEA ke 2 tahun 2015 awal.**

Daftar Pustaka

- _____. 2004, Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- _____. 2009, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
- _____. 2009, Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit
- _____. 2011, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
- _____. 2012, Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan
- _____. 2013, Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional, Republik Indonesia
- _____. 2012, Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019, Republik Indonesia
- Kemenkes. 2013, Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Marthias T, 2013, Modul Pelatihan Jarak Jauh Equity dalam Kebijakan Sistem Kesehatan, PKMK FK UGM
- O'Donnell, Van Doorslaer, et.al, 2008, *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*, WorldBank, Washington.
- O'Donnell, Van Doorslaer, et.al, 2006, *Effect of Payments for Health Care on Poverty; Estimates In 11 Countries*, The Lancet.
- O'Donnell, Van Doorslaer, et.al, 2007, *The Incidence of Public Spending on Health Care; Comparative Studies among Asia Pacific Countries*, World Bank Economic Review.
- O'Donnell, Van Doorslaer, et.al, 2007, *Catastrophic Payment For Health Care in Asia Pacific*, Journal of Health Economics.
- Ping, Whynes, Sach, 2008, *Equity in health care financing: The case of Malaysia*, BioMed Central.
- Whitehead, 1991, *The Concepts And Principles Of Equity And Health*, Health Promotion International, Great Britain.
- WHO, 2009, *System Thinking: for Health Systems Strengthening*. WHO Library. Geneva
- WHO, 2011, *Monitoring, evaluation and review of national health strategies*. WHO Library. Geneva

World Health Organization (WHO). 2010a. *Health Systems Financing: The path to universal coverage*. The World Health Report. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). 2010b. *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies*. Geneva: World Health Organization.

USAID, 2012. *Measuring And Monitoring Country Progress Towards Universal Health Coverage: Concepts, Indicators, And Experiences*. Washington DC

World Bank, 2006. *Health Financing Revisited*. Washington DC
<http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFRChap2.pdf>