Judul Pengadaan:

Tinjauan tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Implementasi, Tantangan, dan Solusi Penguatan Potensial (Sebagai Masukan untuk Studi Latar Belakang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional/RPJMN 2025-2029)

kepada

World Health Organization

Proposal Permohonan

PROPOSAL TEKNIS

Disusun oleh:

FORMULIR PROPOSAL PENGAJUAN: INFORMASI UMUM PENYEDIA	
Nama Organisasi Pimpinan	Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (Center for Health Policy and Management) Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada
Tipe Organisasi	Institusi Penelitian Berbasis Perguruan Tinggi
Narahubung **(kepentingan terkait negosiasi dan pembuatan kontrak)**	Tri Muhartini Yoga Prajanta
Alamat Kantor Bisnis Terdaftar	Gedung Penelitian dan Pengembangan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan
Email	chsm@ugm.ac.id
Telepon | Fax	0274 – 549425 | 0274 - 549424
Nomor Proyek	RFP 133-2022

DO NOT COPY

Daftar Isi

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan 4

C. Kerangka Kerja Utama 4

D. Metode yang Diusulkan 7

1. Desain Studi 7

2. Pengaturan Studi 7

4. Pengumpulan Data Sekunder 9

6. Komponen data kuantitatif dari pengumpulan data lapangan 15

a. Kriteria Inklusi 15

b. Kriteria Eksklusi 15

7. Pertimbangan Etik 16

E. Anticipated Outcomes 16

F. Komposisi Tim 16

G. Rencana Kerja 17

DO NOT COPY

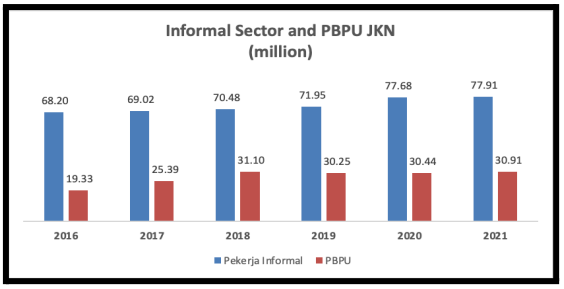
A. Latar Belakang

Pada 2004, Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk memberikan perlindungan sosial khususnya perlindungan kesehatan melalui UU No 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Implementasi kebijakan tersebut dimulai pada tahun 2014 dengan dicanangkannya program *National Health Insurance*, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang bertujuan untuk mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) dalam memberikan perlindungan layanan kesehatan, pelayanan kesehatan yang terjangkau, dan perlindungan keuangan kepada seluruh masyarakat. Pada tahun 2020, 222 juta penduduk Indonesia, yang merupakan 83% dari total populasi, telah terdaftar sebagai anggota JKN, yang merupakan sistem asuransi kesehatan gabungan tunggal terbesar di dunia. Tahun ini merupakan tahun ke-8 pelaksanaan JKN.

Meskipun pengeluaran *out-of-pocket* (OOP) menurun signifikan selama enam tahun pelaksanaan dan kepesertaan mencapai 229 juta orang (sekitar 83% dari populasi) pada November 2021, tantangan tetap ada untuk memastikan keberhasilan JKN dalam mencapai pemerataan, aksesibilitas kesehatan, dan kualitas perawatan yang lebih baik.

Pertama, Indonesia berada di bawah target cakupan 98% populasi pada tahun 2024[1]. Salah satu penyebab utama dari cakupan yang relatif rendah adalah mereka yang bekerja di sektor informal. Pada tahun 2021, dari 77,91 juta tenaga kerja Indonesia di sektor informal, hanya 30,91 juta (39,7%) yang terdaftar dalam JKN (Gambar 1). Angka tersebut jauh lebih rendah dibandingkan lebih dari 80% pekerja sektor formal (PPU) yang mengikuti JKN. Perluasan cakupan kepesertaan JKN saja mungkin tidak cukup untuk menyelesaikan masalah peningkatan pendapatan dalam JKN, banyak aspek yang harus diperhatikan seperti paket manfaat, pemerataan perawatan, dan masalah aksesibilitas perawatan.

Gambar 1. Jumlah peserta JKN dari sektor informal dan PBPU (pekerja bukan penerima upah)

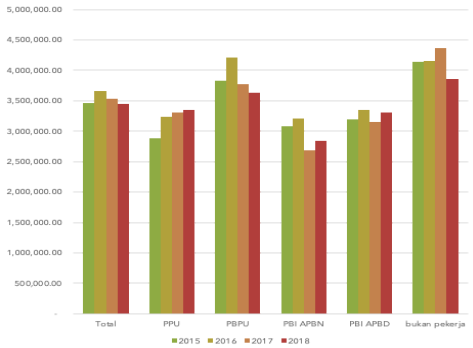


Sumber: DJSN dan BPS, 2022

Selanjutnya, analisis deskriptif dari data sampel BPJS menunjukkan bahwa, sementara jumlah PBPU (pekerja bukan penerima upah) dan bukan pekerja relatif rendah (dibandingkan dengan jumlah kelompok ini), rata-rata klaim rumah sakit untuk penyakit kardiovaskular relatif lebih tinggi (Gambar 2).

[1] Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. 2021. Kaleidoskop BPJS Kesehatan 2021:Menutup Tahun dengan Kinerja Gemilang. https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/post/read/2021/2149/Kaleidoskop-BPJS-Kesehatan-2021-Menutup-Tahun-dengan-Kinerja-Gemilang

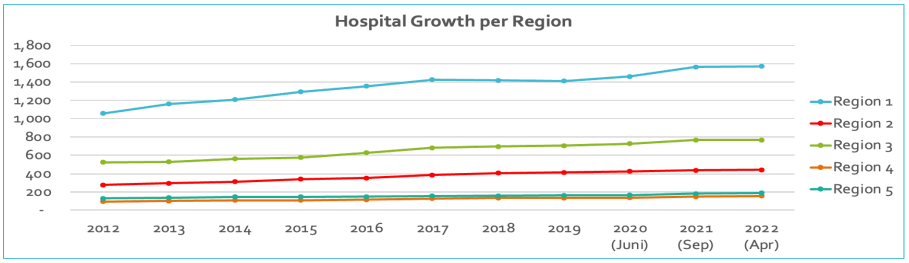
Gambar 2. Rata-rata klaim rumah sakit untuk penyakit kardiovaskular menurut kelompok kepesertaan JKN



Sumber: Data sampel BPJS 2015-2018, analisis penulis (tidak dipublikasikan)

Selain itu, JKN dengan jumlah peserta yang terus meningkat setiap tahunnya masih menghadapi tantangan dalam hal akses pelayanan kesehatan yang terbatas. Gambar 3 menunjukkan peningkatan jumlah rumah sakit antara tahun 2014 dan 2022 sekitar 33% di wilayah 1, 54% di wilayah 3, sedangkan di wilayah 5 tampak konstan.

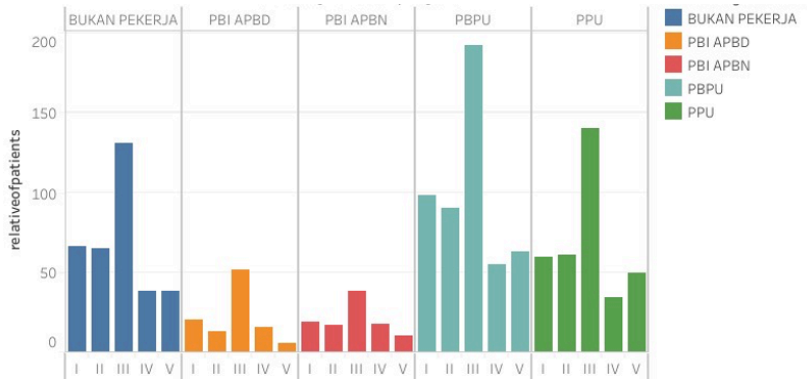
Gambar 3. Pertumbuhan RS per wilayah 2012 - 2022



Sumber: MoH, 2022

Disparitas ketersediaan rumah sakit menurut wilayah diikuti oleh disparitas pemanfaatan per peserta JKN. Gambar 5 di bawah ini menunjukkan bahwa wilayah 3 memiliki tingkat utilisasi yang lebih tinggi dibandingkan wilayah lainnya, terutama pada segmen PBPU (pekerja bukan penerima upah).

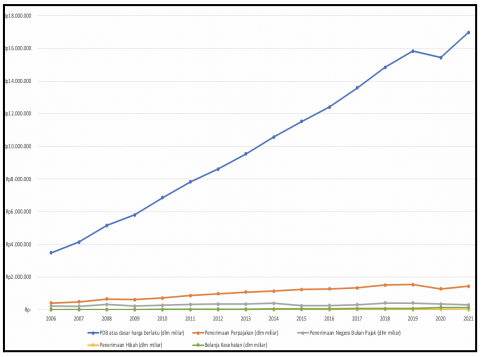
Gambar 4. Proporsi pemanfaatan layanan JKN menurut segmentasi peserta dan wilayah, 2016



Sumber: Data Sampel BPJS 2016, analisis penulis (tidak dipublikasikan)

Ketiga, *Government General Health Expenditure % against Government General Expenditure* (GGHE%GGE) tampak konstan antara 2016-2019 (8,2-8,7%). Hal ini menunjukkan bahwa masih ada ruang untuk perbaikan komitmen pemerintah dalam mengalokasikan untuk kesehatan. Namun, kita menghadapi pandemi COVID-19 dan tekanan global (dampak perang dingin di Ukraina) yang berdampak pada APBN berupa peningkatan beban utang dan penurunan pendapatan (Grafik 5).

Gambar 5. Pertumbuhan Pengeluaran dan Pendapatan Indonesia Tahun 2006 - 2021



Sumber: Kementerian Keuangan dan Bank Indonesia, 2006 - 2021

Perekonomian Indonesia mengalami pertumbuhan GDP yang konsisten, meningkat drastis dari di bawah 4.000 triliun rupiah pada tahun 2006 menjadi lebih dari 16.000 triliun rupiah pada tahun 2019. Peningkatan ekonomi tersebut tidak dibarengi dengan peningkatan pungutan pajak (titik merah pada grafik). Dibandingkan dengan GDP, pungutan pajak secara perlahan lebih besar dari GDP, dan kapasitas fiskal daerah terbatas. Apabila kita memiliki anggaran 5% dari GDP, maka kita memiliki 320 triliun rupiah untuk sektor kesehatan, akan tetapi hal tersebut sulit didapat dari mekanisme perpajakan kecuali ada *earmarked tax*, yang belum terjadi. Sementara itu, kebutuhan pembiayaan kesehatan semakin meningkat setiap tahunnya. Sebelum pandemi COVID-19, pembiayaan kesehatan yang dibutuhkan untuk pelaksanaan JKN (premi dan defisit finansial) lebih banyak dibandingkan program kesehatan lainnya. JKN melalui BPJS Kesehatan perlu mengantisipasi tantangan peningkatan beban pembiayaan kesehatan dengan pendapatan APBN yang rendah. JKN akan kesulitan memberikan perlindungan sosial jika paket manfaat belum efektif dan efisien, terjadi ketidakseimbangan klaim biaya penyakit antar segmen kepesertaan dan daerah dalam rangka pemerataan, kelas standar belum dilaksanakan serta tuntutan masyarakat yang tinggi. JKN melalui BPJS Kesehatan tentunya harus memiliki pilihan untuk menjawab tantangan tersebut, seperti mengikuti amanat UUD 1945 sebagai jaring pengaman atau JKN diadakan untuk memberikan solusi yang menguntungkan bagi semua orang.

Peningkatan kepatuhan pembiayaan kesehatan di pemerintah daerah juga merupakan faktor kunci.[2] Pemerintah Indonesia mengucurkan dana perimbangan selama menggabungkan berbagai skema asuransi yang terpisah menjadi suatu kumpulan tunggal dan besar di bawah kumpulan dana JKN untuk meningkatkan kapasitas fiskal setiap daerah dalam menyediakan layanan kesehatan. Namun, dana perimbangan yang digunakan untuk mengatasi masalah pemerataan juga memiliki tantangan dalam penyaluran dan pemanfaatan dana.

Selain itu, Pemerintah Indonesia juga melakukan transformasi sistem kesehatan untuk menghadapi tantangan kesehatan di masa depan melalui transformasi layanan primer, layanan

[2] World Health Organization. 2022. Global Health Expenditure Database. https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en

rujukan, ketahanan sistem kesehatan, pembiayaan sistem kesehatan, tenaga kesehatan, dan transformasi teknologi kesehatan. Pilar transformasi pembiayaan sistem kesehatan bertujuan untuk memastikan pembiayaan yang memadai, adil, efektif dan efisien. Transformasi tersebut akan dicapai melalui enam strategi yaitu: 1) Percepatan produksi *National Health Account* (NHA); 2) Menjaga kecukupan pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN); 3) Meningkatkan manfaat promotif preventif melalui JKN dan Standar Pelayanan Minimal; 4) Insentif berbasis kinerja; 5) Peningkatan Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (JKN dan Asuransi Kesehatan Swasta); dan 6) *Health Technology* Assessment (HTA) (Kementerian Kesehatan, 2022). Oleh karena itu, sangat penting untuk mengevaluasi kembali dan memperkuat program JKN, yang mencakup, namun tidak terbatas pada, pengumpulan pendapatan, pembelian, penyatuan, dan paket manfaat.

Meskipun cakupan kepesertaan meningkat dan banyak kemajuan yang telah dicapai JKN, tinjauan nasional tentang sejauh mana JKN telah meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan masih terbatas. Juga, sedikit yang diketahui tentang daya tanggap layanan kesehatan. Menanggapi permintaan Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat - Bappenas dan WHO Indonesia terkait penelitian sebagai masukan dalam RPJMN 2025-2029, Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada (CHPM-UGM) mengusulkan Kajian tentang analisis mendalam tentang kerangka regulasi JKN saat ini, implementasi, isu/tantangan, dan solusi potensial yang dapat diadopsi untuk strategi RPJMN selanjutnya.

B. Tujuan

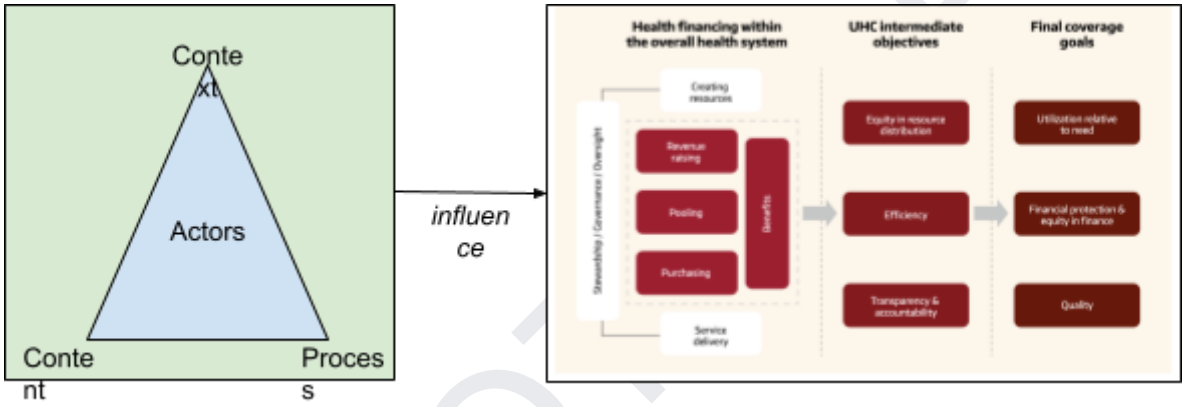
- **Tujuan Umum:**
  Melakukan analisis lanskap terhadap implementasi JKN saat ini, isu/tantangan yang muncul, regulasi, dan solusi potensial yang dapat diadopsi untuk strategi RPJMN 2025-2029 berikutnya.
- **Tujuan Khusus (rincian tersedia di bagian luaran kerja):**
  1. Menganalisis situasi terkini tentang dampak JKN terhadap status kesehatan, aksesibilitas layanan kesehatan, kualitas layanan kesehatan, perlindungan keuangan, daya tanggap layanan kesehatan, pemerataan, dan pengeluaran kesehatan masyarakat.
  2. Mengeksplorasi tantangan saat ini dan yang akan datang (dalam 5 tahun ke depan) dalam implementasi JKN termasuk peningkatan pendapatan, penggabungan, pembelian dan pembayaran penyedia layanan, dan desain paket manfaat.
  3. Mengidentifikasi pemangku kepentingan untuk terlibat dalam pengembangan lebih lanjut skema pengumpulan pendapatan, pengumpulan dana, pembelian dan pembayaran penyedia layanan, dan desain paket manfaat dengan melakukan analisis pemangku kepentingan.
  4. Mengidentifikasi, memetakan, meninjau, dan menganalisis peraturan dalam pelaksanaan JKN, menggali kekurangan peraturan tersebut, dan mengusulkan rekomendasi untuk memperkuat pembiayaan kesehatan yang mendorong sistem kesehatan yang tangguh dan berkelanjutan.
  5. Mengusulkan indikator potensial terkait JKN untuk menginformasikan RPJMN 2025-2029 berdasarkan analisis data rutin BPJS-K, sumber daya kesehatan IHIA dan NHA, dan sumber lain yang relevan dengan informasi termasuk, tetapi tidak terbatas pada, a) perlindungan finansial, b) ketanggapan layanan kesehatan, c) pengeluaran kesehatan di sektor publik/swasta, dan *out-of-pocket*, d) cakupan kepesertaan, e) pemanfaatan JKN, f) kesiapan sisi penawaran, cakupan layanan, kualitas penyedia, dan ekuitas, dan; f) kualitas layanan
  6. Mengusulkan rekomendasi strategi penguatan implementasi JKN.

DO NOT

C. Kerangka Kerja Utama

Kerangka studi ini merupakan turunan dari kerangka kerja WHO dalam menganalisis Kemajuan Pembiayaan Kesehatan 2020 (Gambar 1). Kerangka kerja ini membantu analisis pembiayaan kesehatan pada kebijakan terkait pendapatan, pengumpulan, pembelian, dan desain manfaat yang mendorong kemajuan menuju UHC (tujuan akhir cakupan) untuk peningkatan kesehatan masyarakat. Konseptualisasi kerangka kerja ini menjelaskan kebijakan pembiayaan kesehatan sebagai *pathway* yang dimulai dari kebijakan yang berkaitan dengan pendapatan yang berdampak pada UHC secara langsung maupun tidak langsung. Segitiga kerangka kebijakan mencerminkan bagaimana konteks, isi, proses, dan pelaku dalam JKN dapat memengaruhi implementasi aktual dari jaminan dan pembiayaan kesehatan (yang mencakup peningkatan pendapatan, pengumpulan, pembelian, dan paket manfaat), yang kemudian mempengaruhi tujuan menengah/antara UHC (yaitu pemerataan, efisiensi, transparansi dan akuntabilitas), yang pada akhirnya menghasilkan pemanfaatan layanan, pemerataan dalam keuangan, perlindungan keuangan, dan kualitas perawatan.

Gambar 5. Segitiga Kerangka Kebijakan dan Kerangka WHO untuk Pembiayaan Kesehatan dan UHC



Sumber: Walt and Gilson, 1994 dan WHO, 2020.

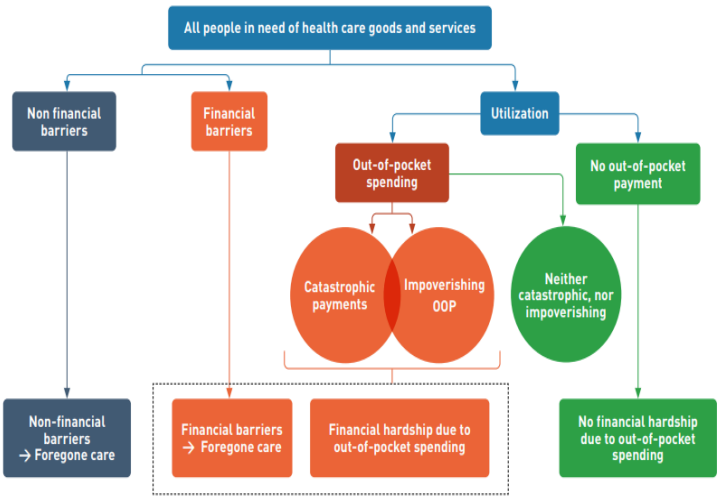
Kami mengusulkan untuk menggunakan definisi dan kerangka kerja dalam penilaian dan analisis lebih lanjut penelitian di bawah ini:

1. Analisis regulasi dan pemangku kepentingan akan diupayakan sesuai dengan Segitiga Kebijakan Kesehatan (Walt dan Gilson, 1994) yang menekankan peran aktor (*stakeholder*) sebagai inti dari proses kebijakan dan substansi regulasi (isi) yang menentukan bagaimana JKN diimplementasikan dalam kehidupan nyata. Pertanyaan utama akan diarahkan tentang apakah kerangka regulasi penyelenggaraan JKN berpedoman pada tujuan JKN. Analisis juga akan mengeksplorasi keuntungan dan kerugian dari peraturan yang ada dan mengidentifikasi peluang untuk perbaikan lebih lanjut.
2. Pembiayaan kesehatan menjelaskan mekanisme, mulai dari penghimpunan dana hingga pembiayaan pelayanan kesehatan. Analisis pembiayaan kesehatan berdasarkan kerangka studi yang mengidentifikasi tiga fungsi penting dari sistem pembiayaan kesehatan: mobilisasi sumber daya, penyatuan, dan pembelian (termasuk analisis paket manfaat). Ketiga dimensi tersebut terkait dengan kebijakan pembiayaan terkait UHC dan pemantauan UHC (Kutzin, 2013)[3].

[3] Kutzin, J., 2013. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. Bulletin of the World Health Organization, 91, pp.602-611

3. Pengeluaran kesehatan masyarakat terutama dibiayai melalui pajak umum, kontribusi asuransi kesehatan sosial yang diamanatkan, kontribusi asuransi kesehatan swasta sukarela, pembayaran sendiri, dan sumbangan oleh Self dan Grabowski (2003)[4]. Penelitian ini akan menilai bagaimana JKN memengaruhi pengeluaran kesehatan masyarakat di tingkat nasional dan daerah.
4. Perlindungan finansial adalah komponen kunci dari *Universal Health Coverage* (UHC), yang didefinisikan sebagai akses ke semua layanan kesehatan berkualitas yang dibutuhkan tanpa kesulitan finansial (Saksena et al, 2014)[5]. Penilaian perlindungan finansial akan diidentifikasi oleh pembayaran kesehatan *out-of-the-pocket* (OOP) (terutama dalam pengeluaran katastropik) dan pengeluaran rumah tangga.

Gambar 6. Kerangka kesulitan finansial karena OOP yang tidak terjangkau



Sumber: WHO and the World Bank, 2021[6]

5. Aksesibilitas layanan kesehatan akan fokus pada jangkauan layanan kesehatan dan pemanfaatan layanan kesehatan seperti yang diusulkan oleh kerangka kerja Levesque *et al* (2013)[7] tentang akses yang berpusat pada pasien ke layanan kesehatan.
6. Kerangka daya tanggap pelayanan kesehatan dikemukakan oleh Valentine *et al* (2002)[8] yang mengukur proksi daya tanggap sebagai: perhatian cepat, martabat, komunikasi, otonomi, pilihan, dan kualitas fasilitas.
7. Kualitas layanan kesehatan dalam penelitian ini akan dinilai dengan mengukur cakupan yang disesuaikan dengan kualitas dari layanan kesehatan esensial terpilih: perawatan antenatal,

[4] Self, S., & Grabowski, R. (2003). How effective is public health expenditure in improving overall health? A cross-country analysis. Applied Economics, 35(7), 835–845. https://doi.org/10.1080/0003684032000056751
[5] Saksena, P., Hsu, J., & Evans, D. B. (n.d.). Collection Review Financial Risk Protection and Universal Health Coverage: Evidence and Measurement Challenges. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001701
[6] WHO and the World Bank. (2021). Global monitoring report on financial protection in health.
[7] Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, *12*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18/FIGURES/2
[8] Valentine NB, de Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJL, Evans DB, Murray C, Evans D: Health System Responsiveness: concepts, domains and operationalization, Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism Geneva. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003:573–595

perawatan persalinan, pemberian imunisasi anak, dan pengobatan tuberkulosis, seperti yang diusulkan dalam kerangka cakupan yang efektif[9].

8. Proporsi populasi sasaran yang menerima layanan sesuai dengan standar yang direkomendasikan (penyedia mematuhi standar) akan dinilai dengan memperkirakan cakupan yang disesuaikan pengguna, seperti yang diusulkan dalam kerangka cakupan yang efektif[10].
9. Kesetaraan dari sisi persediaan/pasokan akan dinilai dengan menghitung koefisien Gini rasio tempat tidur terhadap populasi dan rasio tenaga kesehatan terhadap populasi. Indikator lain dapat digunakan untuk mencerminkan kesiapan layanan utama, seperti ketersediaan Puskesmas dengan peralatan resusitasi neonatal, tes darah, dll.
10. Kualitas pelayanan di penyedia layanan kesehatan, misalnya: waktu tunggu, BOR, dll.

D. Metode yang Diusulkan

Metode penelitian ini digunakan sesuai dengan tujuan khusus penelitian, sehingga untuk mendapatkan hasil dari Tujuan 1 dan Tujuan 2 dilakukan *scoping review*, analisis data sekunder, dan pendekatan *realist evaluation*. Sedangkan Tujuan 3, Tujuan 4 dan Tujuan 5 hasil didapatkan dengan cara melakukan *focus group discussion* (FGD) dan analisis kebijakan.

1. Metode untuk Tujuan 1 dan Tujuan 2

a. Scoping review

Scoping review akan dilakukan untuk artikel peer dan *non-peer-review* (*grey literature*) tentang implementasi JKN di Indonesia. Pencarian literatur akan dilakukan pada database berikut: Pubmed, Scopus, Disertasi Proquest, portal garuda (garuda.kemendikbud.go.id), dan neliti.com, dengan menggunakan istilah pencarian sebagai berikut:

Tabel 1. Strategi pencarian literatur *peer-reviewed* bahasa Inggris

PIO	Kata Kunci
Populasi	1. Indonesia 2. Indonesia/
Intervensi	1. Subject terms: insurance, Health OR Universal Health Insurance OR Insurance Coverage OR Medically Uninsured OR Health Expenditure 2. Keywords (in title, abstract: health insurance OR health coverage OR UHC OR health expenditure OR *Jaminan Kesehatan Nasional* OR cost of care
Outcome	1. Subject Term: Delivery of Healthcare OR Health Services Accessibility OR Health Facilities OR Healthcare Disparities OR Health Services Needs and Demand 2. Keyword (in title and abstract): health utili*ation, health outcome*, health service*, health delivery, out of pocket, catastrophic, service responsiveness, equity, coverage, healthcare access, service responsive*

Tabel 2. Strategi pencarian literatur *peer-reviewed* bahasa Indonesia melalui Portal Garuda

PIO	Kata Kunci
Intervensi	asuransi OR jaminan kesehatan OR JKN OR BPJS
Outcome	dampak OR utilisasi OR akses

[9] Ng, M., Fullman, N., Dieleman, J. L., Flaxman, A. D., Murray, C. J., & Lim, S. S. (2014). Effective coverage: a metric for monitoring universal health coverage. PLoS medicine, 11(9), e1001730.

[10] Ibid.

DO NOT COPY

b. Realist Evaluation

i. *Comparative historical analysis*

Sebagai pengantar metode *Realist Evaluation* (RE) yang akan dilakukan untuk 4 provinsi terpilih dan di level nasional akan dilakukan penulisan fakta secara tahun ke tahun, dimulai pada tahun 2014. Penulisan ini menggunakan pendekatan *comparative historical analysis* untuk melihat berbagai dampak kebijakan dalam JKN. *Comparative historical analysis* banyak digunakan dalam ilmu sosial yang menekankan pada proses yang terjadi dan melihat suatu fenomena secara sistematis dan kontekstual. Analisis ini secara eksplisit melihat *historical sequences* dan berargumen bahwa dampak dari suatu *event* (misalnya: kebijakan) dipengaruhi oleh durasi terjadinya *event* tersebut (Mahoney & Rueschemeyer 2003). Analisis ini menggunakan materi-materi berupa catatan dokumen regulasi dan dihubungkan dengan berbagai indikator yang ada dan berasal dari data rutin dan dipaparkan secara *time series*. Pola ini juga akan dikerjakan di level provinsi untuk melihat perkembangan JKN secara detail di berbagai provinsi. Dengan analisis secara *time-series*, maka memungkinkan untuk melakukan *forecasting* akan cakupan kepesertaan, utilisasi, serta proporsi *out-of-pocket* ke depannya yang dikaitkan dengan regulasi yang ada saat ini.

ii. *Realist Evaluation* di 4 Provinsi.

Hasil pengumpulan data juga akan dianalisis dengan RE yakni pendekatan teori untuk mengevaluasi sebuah kebijakan sosial seperti JKN. Pendekatan RE memiliki prinsip bahwa setiap program akan selalu dipengaruhi oleh konteks dimana program tersebut diimplementasikan. Langkah-langkah RE dimulai dari mengembangkan teori program yang terdiri dari input, proses dan output. Selanjutnya, kami merumuskan hipotesis C-M-O yang akan dibuktikan dalam pengamatan.

Kapasitas Fiskal	**Provinsi**	**Daerah Terpilih**
Tinggi & Sangat Tinggi	1. Sumatera Utara 2. Jawa Barat	1. Kota Medan dan Nias Selatan 2. Kota Bandung dan Kabupaten Garut
Rendah & Sangat Rendah	1. DI Yogyakarta 2. Nusa Tenggara Barat	1. Kab. Sleman dan Kab. Gunung Kidul 2. Kota Mataram dan Sumbawa Barat

Dalam kaitannya dengan tujuan dari studi ini keseluruhan, pendekatan *realist evaluation* dapat membantu memenuhi tujuan:

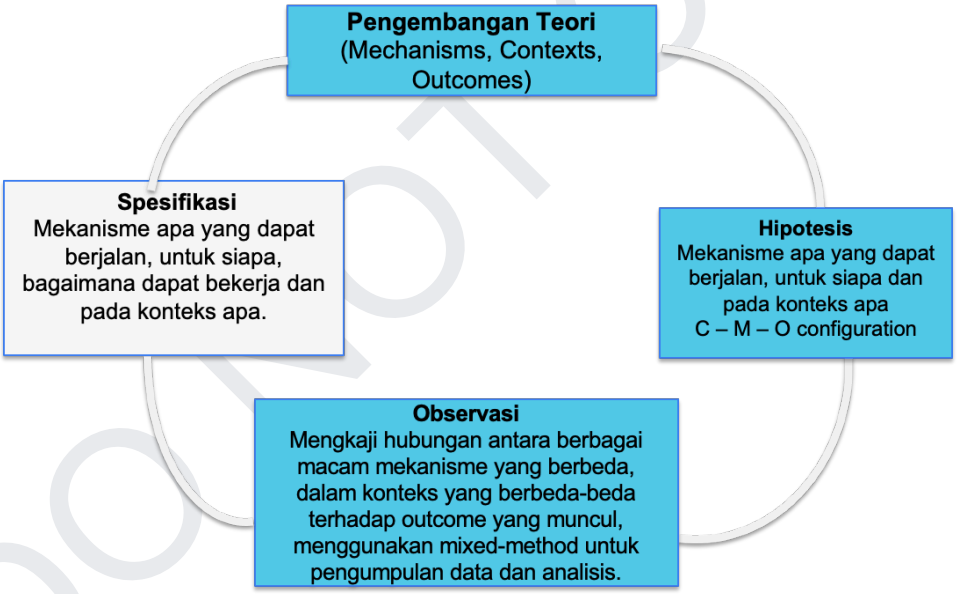
1) Mengeksplorasi bagaimana JKN memberikan atau tidak memberikan dampak pada akses pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan, proteksi finansial, daya tanggap (*responsiveness*) pelayanan kesehatan dan kesetaraan (*equity*).
2) Mengidentifikasi peran dari pemangku kepentingan dalam hal *revenue raising, pooling, purchasing, provider payment systems* dan *benefit package*, terutama di tingkat sub-nasional (provinsi dan kabupaten/kota)

DO NOT COPY

3) Mengidentifikasi dan memetakan *gap* antara peraturan pusat yang ada dengan peraturan dan implementasi di daerah.
4) Mengidentifikasi indikator di tingkat sub-nasional (provinsi dan kabupaten/kota) yang dapat menjadi indikator potensial JKN untuk RPJMN 2025-2029.

Dengan Indonesia yang memiliki 34 provinsi dengan letak geografis dan tata pemerintahan yang berbeda-beda, maka pendekatan RE dibutuhkan untuk menggali keberhasilan dan tantangan/kegagalan dalam implementasi kebijakan berdasarkan konfigurasi C-M-O (*context-mechanism-outcomes*). Kondisi yang berbeda mempengaruhi bagaimana input program JKN tersebut bisa menciptakan proses perubahan (mechanism), yang kemudian menentukan tercapai atau tidaknya output yang diinginkan bahkan outcome yang tidak diprediksi, tergantung apakah konteks yang ada mengizinkan munculnya mekanisme yang diinginkan atau tidak. Dengan demikian, fokus utama dari pendekatan RE dalam penelitian ini yaitu mengeksplorasi bagaimana adanya JKN dan variasi konteks dan kebijakan di tingkat daerah dapat meningkatkan utilisasi layanan kesehatan dan menurunkan atau meningkatkan *equity* dalam utilisasi layanan kesehatan.

Gambar 2. Proses *Realist Evaluation*



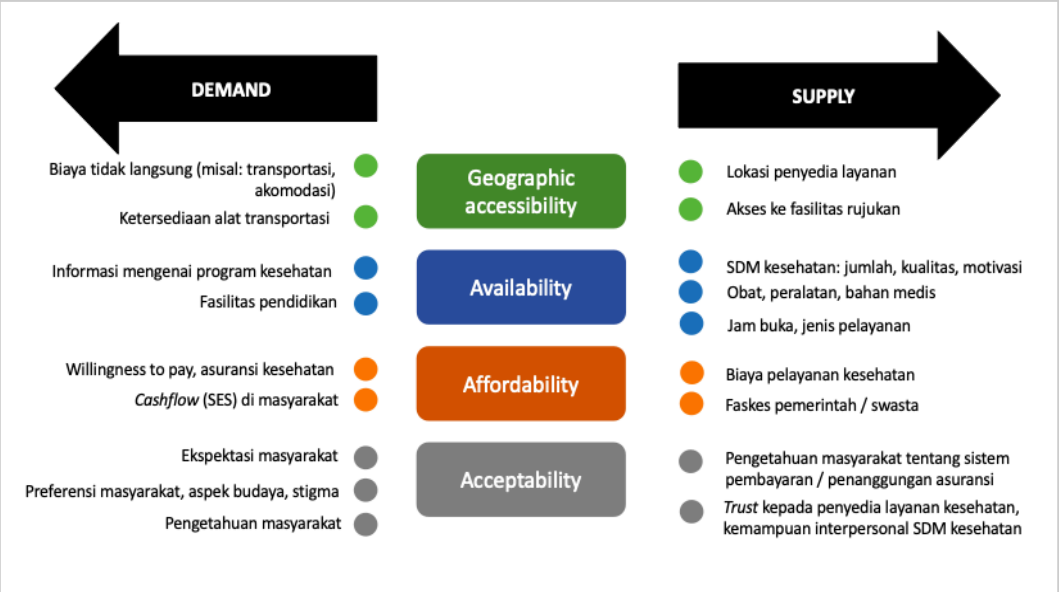
Dalam penelitian ini **konteks** (*context, C)* ditetapkan dengan menganalisis situasi dan kondisi pelaksanaan program JKN, seperti jenis aktor yang terlibat, sumber daya yang dimiliki di berbagai daerah, serta hubungan antar aktor dan sumber daya. Sementara **mekanisme** (*mechanism, M*) dikembangkan untuk eksplorasi efek yang muncul dari JKN, berkaitan dengan motivasi dan partisipasi dari para aktor yang terlibat, respons terhadap program/kebijakan JKN, perubahan dalam "*reasoning*" dan situasi sumber daya. **Outcome** (O) dalam penelitian ini untuk melihat pencapaian berbagai aspek JKN. Outcome didefinisikan sebagai dampak yang tidak diinginkan atau tidak diperkirakan sebelumnya, tetapi muncul sebagai efek dari implementasi regulasi JKN. *Outcome* dari setiap JKN ditinjau

DO NOT COPY

dari perbedaan kondisi di provinsi/kabupaten/kota sebelum dan sesudah intervensi program dan apa yang terjadi apabila tidak ada intervensi. Konfigurasi CMO disusun dengan hipotesis untuk mengetahui bagaimana konteks, mekanisme dan outcome dari regulasi JKN di 4 daerah penelitian berdampak pada aspek status kesehatan, akses ke fasyankes, dan pengeluaran kesehatan.

Penyusunan C-M-O akan menggunakan kerangka teori hambatan akses kesehatan dari sisi *supply* dan *demand* dari (Jacobs et al. 2012). Kerangka ini melihat akses kesehatan dari 4 dimensi: akses geografis, *availability*, *affordability*, dan *acceptability*, dan faktor-faktor yang berhubungan dengan keempat dimensi tersebut dari sisi *supply* (ketersediaan pelayanan kesehatan) dan *demand* (permintaan dan kemampuan masyarakat) yang tergambar di Gambar X berikut.

Gambar 3. Faktor *Supply* dan *Demand* yang Mempengaruhi Akses ke Pelayanan Kesehatan



Sumber: Jacobs et al. (2012) Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries.

Berdasarkan kerangka teori di atas serta kajian literatur dan situasi di Indonesia, teridentifikasi beberapa mekanisme dan konteks yang dapat mempengaruhi utilisasi dan status kesehatan, seperti yang diilustrasikan Gambar X dan Tabel 2 di bawah ini.

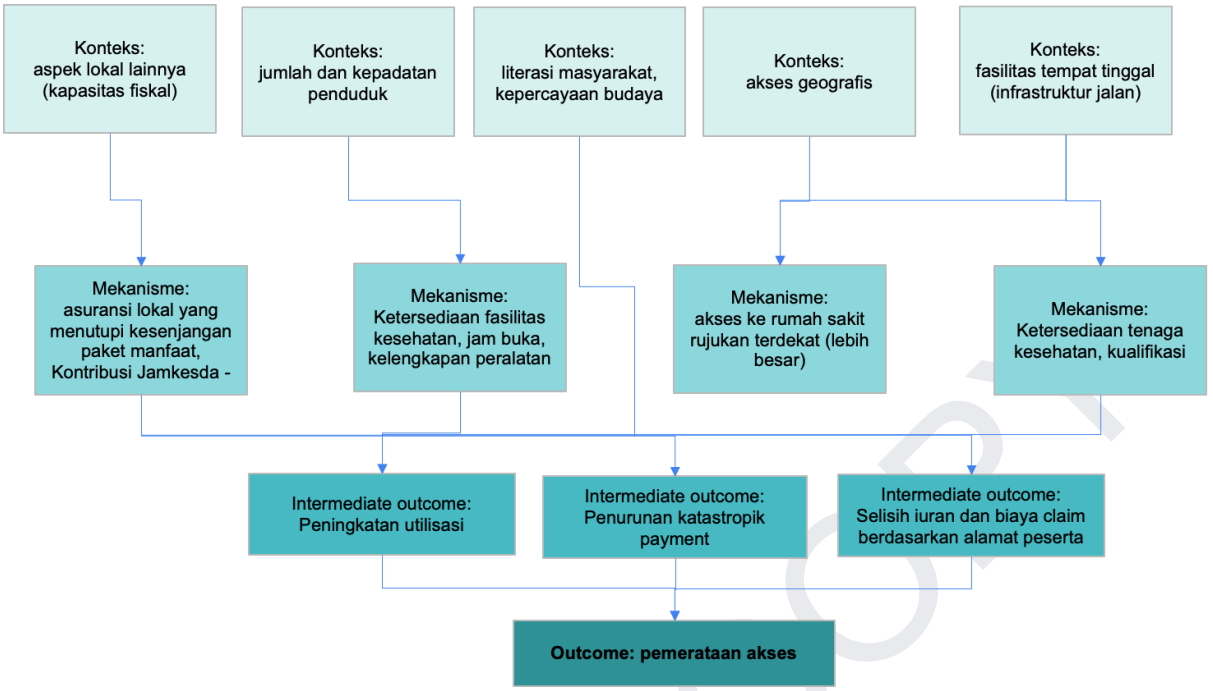
Tabel 3. Hipotesis Rumusan CMO

ASPEK	CONTEXT	MECHANISM	INTERMEDIATE OUTCOME	OUTCOME
Geographic accessibility	Kabupaten memiliki infrastruktur jalan yang baik Lokasi kabupaten dekat dengan ibukota provinsi	Memotivasi pembangunan rumah sakit oleh pemerintah dan swasta Menarik dokter praktik di kabupaten	Peningkatan utilisasi pelayanan kesehatan	Kesetaraan akses pelayanan kesehatan

ASPEK	CONTEXT	MECHANISM	INTERMEDIATE OUTCOME	OUTCOME
Availability	Tersedianya fasilitas dan tenaga kesehatan Tingginya jumlah dan kepadatan penduduk Pemerintah pusat menyediakan DAK khusus untuk kabupaten tertentu	Memotivasi tumbuhnya praktik dan rumah sakit swasta Memotivasi tumbuhnya rumah sakit milik daerah Memotivasi penambahan jumlah tempat tidur	Peningkatan utilisasi pelayanan kesehatan Menurunnya selisih antara biaya iuran daerah dan klaim yang 'didapatkan'	
Affordability	Pemerintah daerah memberikan tambahan asuransi untuk menanggung biaya transportasi yang tidak tercakup dalam JKN	Menghilangkan beban biaya transportasi yang besar yang ditanggung masyarakat	Peningkatan utilisasi pelayanan kesehatan Penurunan pembayaran katastropik	
Acceptability	Masyarakat dengan literasi dan tingkat pendidikan yang baik	Masyarakat mampu mencerna informasi kesehatan	Peningkatan utilisasi pelayanan kesehatan	

DO NOT COPY

Gambar 4. Hipotesis Rumusan CMO: Konteks dan Mekanisme dalam Akses Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia



Outcome yang akan dilihat antar ke-empat provinsi dan di dalam satu provinsi adalah *equity* akses kesehatan, peningkatan utilisasi kesehatan oleh masyarakat, penurunan biaya katastropik untuk kesehatan, dan selisih antara iuran dan biaya yang diklaim.

Tabel 4. Identifikasi Sumber Data

Variabel	**Konteks / Mekanisme / *Outcome***	**Aspek *Supply* / *Demand***	**Data yang digunakan**	**Analisis**
Equity akses kesehatan	*Outcome*	N/A	Susenas 2021 Sample BPJS	Deskriptif melihat selisih utilisasi pelayanan rawat inap dan rawat jalan antar provinsi dan kabupaten dalam 1 provinsi Deskriptif melihat variasi klaim antar kepesertaan, antar kabupaten
Utilisasi ke fasilitas kesehatan	*Outcome*	N/A	Sample BPJS	Deskriptif: klaim untuk

DO NOT COPY

Variabel	Konteks / Mekanisme / *Outcome*	Aspek *Supply* / *Demand*	Data yang digunakan	Analisis
				keseluruhan, DM, dan jantung
Selisih iuran dan klaim	*Outcome*	N/A	Sample BPJS Data keuangan daerah	Deskriptif: data klaim total JKN berdasarkan alamat peserta Deskriptif: selisih total kontribusi kabupaten dan klaim JKN
Kontribusi provinsi / kabupaten untuk pembiayaan kesehatan	Mekanisme	*Supply*	Dokumen, regulasi, wawancara, diskusi	Kualitatif: Adanya skema asuransi lokal di provinsi / kabupaten di luar JKN
Ketersediaan fasilitas kesehatan	Mekanisme	*Supply*	Data fasilitas BPJS Kesehatan, Sismonev DJSN, Kemenkes Wawancara, diskusi	Deskriptif: Jumlah RS, Puskesmas, Klinik Pratama di tiap provinsi / kabupaten (milik pemerintah dan swasta Kualitatif: hambatan dalam menyelenggarakan fasilitas kesehatan
Akses ke fasilitas kesehatan rujukan	Mekanisme	*Supply*	Dokumen, regulasi, wawancara	Deskriptif: Ketersediaan RS rujukan di provinsi / kabupaten terdekat
Ketersediaan tenaga kesehatan	Mekanisme	*Supply*	Data fasilitas BPJS Kesehatan,	Deskriptif: Ketersediaan dokter, dokter

DO NOT COPY

Variabel	Konteks / Mekanisme / *Outcome*	Aspek *Supply* / *Demand*	Data yang digunakan	Analisis
			Sismonev DJSN, Kemenkes	gigi, perawat, bidan di provinsi / kabupaten
Aspek non-kesehatan	Konteks	*Supply*	Data kapasitas fiskal	Kualitatif: kebijakan lokal yang secara langsung dan tidak langsung mempengaruhi pelayanan kesehatan
Kepadatan penduduk	Konteks	*Demand*	Data BPS	Deskriptif: jumlah dan kepadatan penduduk
Care-seeking behaviour	Konteks	*Demand*	PODES Wawancara	Deskriptif: literacy Kualitatif: kepercayaan, budaya, stigma
Akses geografis	Konteks	*Supply*	PODES	Deskriptif: kemudahan mengakses faskes Kualitatif: hambatan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan
Infrastruktur dan fasilitas umum	Konteks	*Supply*	PODES	Deskriptif: akses ke fasilitas umum, fasilitas pendidikan Kualitatif: hambatan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan

DO NOT COPY

c. Analisis Data Sekunder

Kami akan menggunakan beberapa *dataset* potensial untuk menggambarkan situasi implementasi JKN dan memprediksi indikator JKN potensial di setiap provinsi. Tabel 5 akan merinci variabel dan sumber data untuk analisis situasi implementasi JKN saat ini, tantangan dan analisis indikator potensial.

Tabel 5. Variabel dan Sumber Data

Indikator	**Hasil**	**Sumber Data**
Kepesertaan JKN	● Jumlah dan cakupan kepesertaan per tahun ● Jumlah kepesertaan per segmen	Profil Kesehatan 2014 - 2016 SISMONEV DJSN 2017-2021
Iuran, Beban dan Rasio Klaim JKN	● Iuran dan Beban JKN per tahun ● Klaim Rasio per tahun	Kementerian Keuangan
Aksesibilitas Fasilitas Kesehatan JKN	● Jumlah FKRTL Indonesia per tahun ● Jumlah FKRTL mitra BPJS Kesehatan per tahun ● Jumlah FKRTL mitra BPJS Kesehatan berdasarkan kepemilikan per tahun ● Jumlah FKRTL Mitra BPJS Kesehatan Pemerintah per tahun per regional ● Jumlah FKRTL Mitra BPJS Kesehatan Swasta per tahun per regional ● Jumlah FKTP mitra BPJS Kesehatan per tahun ● Jumlah FKTP mitra BPJS Kesehatan berdasarkan kategori per tahun	Profil Kesehatan 2014-2016 SISMONEV DJSN 2017 - 2021
Utilisasi Pelayanan Kesehatan JKN	● Jumlah Pasien per tahun ● Biaya Klaim per tahun ● Jumlah Pasien Per Regional per tahun ● Jumlah Pasien Per Provinsi per tahun ● Biaya Klaim Per Regional per tahun ● Biaya Klaim Per Provinsi per tahun ● Jumlah Pasien Jantung per tahun ● Jumlah Biaya Klaim Pasien Jantung per tahun ● Jumlah Pasien Jantung Per Regional per tahun ● Jumlah Pasien Jantung Per Provinsi per tahun ● Biaya Klaim Jantung Per Regional per tahun ● Biaya Klaim Jantung Per Provinsi per tahun ● Jumlah Pasien Diabetes Melitus per tahun ● Biaya Klaim Pasien Diabetes Melitus per tahun ● Jumlah Pasien Diabetes Melitus Per Regional per tahun ● Jumlah Pasien Diabetes Melitus Per Provinsi per tahun ● Biaya Klaim Diabetes Melitus Per Regional per tahun	Data Sampel BPJS Kesehatan 2015 - 2020 Laporan BPJS Kesehatan 2019 - 2021

DO NOT COPY

Indikator	Hasil	Sumber Data
	● Biaya Klaim Diabetes Melitus Per Provinsi per tahun	
Pengeluaran Kesehatan	● Anggaran Kesehatan Terhadap APBN per tahun ● Anggaran Kesehatan di Unit Organisasi Kementerian Kesehatan per tahun ● Belanja Kesehatan Per Kapita, Belanja Kesehatan Terhadap PDB, OOP dan *Tax Ratio* per tahun	Kementerian Keuangan Global Health Expenditure

Data akan diimpor ke dalam perangkat lunak STATA (Versi 14.1). Data juga akan dianalisis secara statistik deskriptif dan disajikan berdasarkan frekuensi. Data tersebut akan divisualisasikan ke dalam tabel dan grafik. Selain itu, akan dinarasikan.

2. Metode Penelitian untuk Tujuan 3, Tujuan 4 dan Tujuan 5

a. FGD dan/atau Wawancara Mendalam

Kami akan mengadakan *in-depth interview* (IDI) dan *focus group discussion* (FGD) dalam pengumpulan data kualitatif. IDI dan FGD perlu menganalisis persepsi pengambil keputusan atau pemangku kepentingan tentang implementasi kebijakan JKN dan indikator potensialnya. Penentuan informan kunci menggunakan *purposive sampling* berdasarkan topik penelitian dan kewenangan lembaga. FGD dan IDI akan melibatkan informan kunci dari pemerintah pusat dan daerah (tabel 4). Karena pandemi COVID-19 saat ini, jika memungkinkan, sesi wawancara akan dilakukan secara daring. Kami akan menerapkan tindakan pencegahan keamanan selama sesi diskusi *offline* untuk memastikan perlindungan kesehatan bagi pewawancara dan responden.

Pedoman wawancara dan diskusi semi-terstruktur akan dikembangkan sesuai dengan hasil scoping review dan analisis data sekunder. Wawancara akan mencakup topik tentang indikator situasional, tantangan, dan potensi dalam implementasi JKN. Penekanan pada dampak pandemi COVID-19 juga akan didiskusikan dengan seluruh responden, termasuk dampaknya di kawasan, adaptasi dan kesiapsiagaan sebagai respon terhadap situasi pandemi.

Tabel 6. Garis Besar Pengumpulan Data

Kategori Informasi	Metodologi Pengumpulan Data	Informan
Analisis situasi implementasi JKN saat ini dan potensi tantangan dalam implementasi 5 tahun ke depan	FGD dan IDI	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan); Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN); Menteri Kesehatan; Dinas Kesehatan; Menteri Keuangan; dan Dinas Sosial.
Analisis regulasi dan pemangku kepentingan untuk regulasi JKN (5 tahun berjalan dan 5 tahun ke depan)	FGD	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan); Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN); Menteri Kesehatan; Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas); Kementerian Dalam Negeri;

DO NOT COPY

Kategori Informasi	Metodologi Pengumpulan Data	Informan
		Dinas Kesehatan; Menteri Keuangan; dan Dinas Sosial (Dinas Sosial)
Indikator potensial JKN dalam RPJMN mendatang	FGD	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan); Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN); Menteri Kesehatan; Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas); Kementerian Dalam Negeri; Dinas Kesehatan; Menteri Keuangan; dan Dinas Sosial (Dinas Sosial)

b. Analisis Kebijakan/Regulasi

Penelusuran regulasi dan dokumen pemerintah secara sistematis akan mencakup (namun tidak terbatas pada) situs web berikut: kemkes.go.id, jdihn.go.id, situs web BPJS, dan peraturan.go.id, untuk mengidentifikasi peraturan dan dokumen kebijakan antara tahun 2004 dan pertengahan 2022. Kriteria kelayakan meliputi laporan pemerintah, kebijakan, program, undang-undang, data, atau pedoman yang terkait dengan pelaksanaan JKN yang diterbitkan pada atau relevan antara tahun 2004 dan pertengahan tahun 2002. Regulasi yang akan dianalisis antara lain (namun tidak terbatas pada) UU SJSN, UU BPJS, Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, Peraturan Menteri Kesehatan, dan Peraturan BPJS Kesehatan.

Tabel 7. Strategi Penelusuran Regulasi

Website	**Tautan**	**Kata Kunci**
kemkes.go.id	https://www.kemkes.go.id/index.php?act=regulation	jaminan kesehatan nasional, jkn, jaminan sosial, bpjs kesehatan, bpjs, pembiayaan kesehatan, pelayanan kesehatan, mutu kesehatan, mutu kesehatan dalam JKN, biaya, tarif pelayanan, dan kesehatan
jdihn.go.id	https://jdihn.go.id	
bpjs-kesehatan.go.id	https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/arsip/categories/MzU/peraturan-bpjs-kesehatan	
peraturan.go.id	https://peraturan.go.id	

a. Kriteria Inklusi

- Resmi terdaftar sebagai pegawai di Direktorat sasaran pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan); Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN); Menteri Kesehatan; Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas); Kementerian Dalam Negeri; Dinas Kesehatan; Menteri Keuangan; dan Dinas Sosial (Dinas Sosial)
- Memiliki tugas sebagai pengatur dan/atau pelaksana JKN
- Telah menjalankan peran sejak sebelum dan sampai pelaksanaan JKN

DO NOT COPY

- Setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dengan menandatangani formulir persetujuan

b. Kriteria Eksklusi

- Masa kerja kurang dari 1 tahun
- Tidak dapat dihubungi oleh peneliti setelah 3 kali percobaan

7. Pertimbangan Etik

Persetujuan etik penelitian ini akan diajukan kepada *Medical and Health Research Ethics Committee* (MHREC) Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada (UGM). Partisipasi subjek dalam penelitian ini sepenuhnya sukarela. Kami akan menggunakan formulir *informed consent* yang terdiri dari hak peserta, persetujuan untuk terlibat dalam penelitian, prosedur penarikan, dan perlindungan data. Pernyataan yang berkaitan dengan informed consent ditempelkan pada pedoman wawancara dan mencerminkan kepatuhan dengan partisipasi. Semua data akan disimpan tanpa identitas tertentu: tidak ada nama individu. Anonimitas peserta akan dilindungi dengan mengkodekan setiap pedoman wawancara secara numerik dan menjaga kerahasiaan tanggapannya. Semua data studi, termasuk kaset wawancara, dan transkrip, disimpan di kantor PKMK maksimal 2 tahun.

E. Anticipated Outcomes

Penelitian ini akan dilakukan untuk mengatasi tantangan implementasi JKN dan menetapkan tonggak penting yang diperlukan untuk meningkatkan JKN sebagai sarana penting menuju UHC. Untuk memberikan pemahaman yang lebih baik tentang implementasi JKN dan untuk mendukung penyusunan RPJMN 2025-2029 mendatang, Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Bappenas telah bekerja sama dengan WHO Indonesia untuk mengidentifikasi konsultan/lembaga potensial untuk melakukan analisis mendalam tentang JKN saat ini. kerangka regulasi, implementasi, isu/tantangan, dan potensi solusi yang akan diadopsi untuk strategi RPJMN selanjutnya.

F. Komposisi Tim

Posisi	Nama
Ketua Tim	Prof. Laksono Trisnantoro, Ph.D
Anggota Tim	dr. Likke Prawidya Putri, MPH, PhD Tri Muhartini, MPA Nopryan Ekadinata, MPH
Analis Data	M. Faozi Kurniawan, MPH Ardhina Nugrahaeni, MPH Ester Febe, MPH Herma Setiyaningsih, S.Si
Staf Pendukung	Yoga Prajanta
Asisten	Mashita Inayah R., S.Gz

DO NOT COPY

G. Rencana Kerja

Aktivitas Penelitian	2022		2023			
	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr
Persiapan Studi						
Pertemuan awal dengan Bappenas dan WHO						
Full team meeting						
Merekrut asisten peneliti						
Pengajuan etik dan studi						
Penjadwalan pertemuan awal November						
Penelusuran protokol dan arus kerja						
Proses Desk Review						
Pengumpulan regulasi						
Pengumpulan literatur						
Pemetaan/Analisis regulasi dan pemangku kepentingan						
Pemetaan/analisis literatur						
Laporan Pendahuluan (Powerpoint Desk Review & Data Sekunder (Contoh Data BPJS Kes))						
Pengumpulan Data Sekunder						
Pengumpulan data						
Analisis data						
Laporan Pendahuluan (Powerpoint Desk Review & Data Sekunder (Data Sampel BPJS Kes))						
Kapasitas internal tim Bappenas dalam menerapkan metode analisis untuk memanfaatkan data dan informasi yang kuat						
Pengumpulan dan analisis data lapangan						

SOP

Perekrutan enumerator						
Perumusan instrumen kualitatif dan kuantitatif						
Uji coba instrumen di Yogyakarta						
Undangan FGD dan IDI						
FGD online (nasional)						
FGD offline (daerah)						
IDI offline/online						
Pengumpulan & transkripsi data kualitatif						
FGD offline (nasional)						
Pengumpulan & transkripsi data kualitatif						
Survei untuk menggali daya tanggap (*responsiveness*) layanan kesehatan						
Analisis data survei						
Presentasi hasil kualitatif dan kuantitatif						
Menyusun laporan akhir						
Penyerahan laporan awal						
Tinjauan oleh Bappenas and WHO						
Draf laporan yang telah direvisi						
Penjajakan publikasi: buku ISBN atau jurnal internasional						
Draf laporan semi final (laporan + slide presentasi)						
Finalisasi (laporan proyek dengan ulasan draf terlampir + presentasi slide)						
Diseminasi						

DO NOT COPY