



Evaluasi Sistem Pembayaran FKTP Era JKN: Dampak KBK Terhadap Kinerja Puskesmas dan Efisiensi

Budi Hidayat¹, Nur Cahyadi¹, Aldi Andalan¹, Zahrina¹, Royasia Viki Ramadani¹, Eka Pujiyanti¹, Wan Aisyah², Erzan Dhanalvin², Welly Gadistina², Tria Sofa², Dwi Martiningsih², Andi Afdal², Citra Jaya² dan Norrista Ulil A²

¹Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

²Kedeputian Bidang Risbang, BPJS Kesehatan

PENDAHULUAN

Kinerja Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) jaringan BPJS Kesehatan memiliki ruang lebar untuk perbaikan. Kondisi ini terungkap dari luaran monitoring yang menemukan: (1) 1.8 juta kasus rujuk balik yang berkunjung ke rumah sakit, (2) 1.2 juta kasus yang dirujuk langsung dari FKTP ke rumah sakit type A, dan (3) 714 ribu kasus non spesialisik yang dirujuk ke FKRTL (BPJS, 2016). Dibandingkan FKTP swasta, Puskesmas *underutilized*, angka rujukan juga paling mendominasi (CHEPS, 2016).

Fakta diatas merefleksikan kebutuhan intervensi yang sanggup membenahi kinerja FKTP, khususnya Puskesmas, serta mampu memberikan efek domino terhadap efisiensi dan mutu. Bentuk konkrit peningkatan kinerja FKTP era JKN dilakukan melalui inovasi pembayaran kapitasi yang dikaitkan dengan kinerja. Inovasi ini dikenal dengan istilah Kapitasi Berbasis Komitmen, atau KBK. BPJS Kesehatan menerapkan KBK secara bertahap dalam program ujicoba di Puskesmas. Ujicoba KBK mulai dilakukan di 2 propinsi pada tahun 2014, lalu diperluas ke 7 propinsi tahun 2015, dan sejak 2016 dikembangkan ke semua Puskesmas di 33 ibu kota propinsi.

KBK terinspirasi dari aplikasi sistem pembayaran provider berdasarkan kinerja (*Pay-for-Performance, P4P*) di sejumlah negara. Amerika dan Inggris, serta banyak negara maju lainnya telah mengadopsi P4P sebagai bagian utama reformasi untuk meningkatkan kualitas dan efisiensi. Kini P4P marak diaplikasikan di sejumlah negara berkembang. Sayangnya efektivitas P4P hingga kini masih menjadi sebuah misteri. Berbagai evaluasi dampak memberikan hasil bervariasi. Evaluasi handal seringkali sulit dilakukan karena sifat penerapan P4P tidak memberikan peluang untuk melakukan evaluasi yang hasilnya tidak bias.

Melalui kerjasama antara CHEPS dengan BPJS Kesehatan, kajian bertajuk Evaluasi Sistem Pembayaran FKTP di Era JKN dilakukan pada tahun 2017. Tujuan umum dari kajian ini adalah untuk menyediakan fakta empiris valid dan akurat tentang aplikasi sistem pembayaran FKTP. Salah satu tema sentral kajian adalah "Evaluasi KBK di Puskesmas" dengan mengusung tujuan khusus untuk menggali efektivitas KBK dan mendeteksi dampak KBK terhadap kinerja Puskesmas.

Publikasi ini merupakan sintesis dari kajian tersebut; dikemas untuk memberikan kontribusi terhadap *discourse* KBK yang sempat menuai protes pada masa awal implementasi. Dengan disain eksperimen semu dan penggunaan ekonometrika handal data panel (kombinasi *Propensity Score Matching* dengan *Difference-in-Difference*) untuk menetralkan bias, publikasi ini secara khusus menjawab pertanyaan sbb: Apakah kisah sukses P4P, misal, di UK¹ dan China², terjadi di Indonesia?. Bagaimana efektivitas KBK dalam mendorong kinerja Puskesmas?; Berapa besaran (*magnitude*) dampak KBK terhadap kinerja Puskesmas?; serta Apa implikasi KBK terhadap efisiensi klaim INA-CBGs?

METODA

Studi ini menggunakan rancangan eksperimen semu (*quasi experiment*). Pengukuran dampak butuh pemahaman tentang fenomena apa yang terjadi jika intervensi tidak dilakukan. Pada konteks ini maka dibutuhkan kelompok kontrol (konterfaktual) untuk mendeteksi fenomena tersebut ketika intervensi nihil. Dalam rancangan *quasi-experiment*, kelompok intervensi dan kontrol ditetapkan secara alamiah, bukan dari proses randomisasi sebagaimana lazimnya dalam sebuah studi eksperimen (RCTs).

Dua jenis data (utilisasi dan sebaran peserta di FKTP) yang diperoleh dari BPJS Kesehatan digunakan secara optimal untuk memenuhi tujuan studi. Penggabungan data bulanan utilisasi dengan peserta terdaftar disetiap FKTP memungkinkan peneliti membentuk indikator kinerja Puskesmas sbb: angka kontak (KONTAK, per1.000 per bulan), angka kunjungan (VISIT, per1.000 per bulan), rasio prolanis berkunjung rutin (RPPB, dalam %), rasio rujukan total (RRALL, %) dan rasio rujukan non-spesialistik (RRNS, %). Studi ini juga memaksimalkan data Puskesmas, tersedia online dalam website Kemenkes (<http://www.depkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-data-dasar-puskesmas.html>). Data ini mencatat sejumlah informasi vital yang tidak ditemukan dalam dataset BPJS Kesehatan namun sangat dibutuhkan dalam proses penyamaan (*matching*) karakteristik Puskesmas.

- Dampak KBK dihitung dari luaran pemodelan kombinasi *Propensity Score Matching* dengan *Difference-in-Difference* (PSM-DID).
- Nilai koefisien rerata dampak KBK diperoleh dari hasil model regresi fixed effects data panel dengan clustering standar error pada level Puskesmas selama 36 bulan.
- Metoda PSM-DID dapat digunakan karena aplikasi p-care mencatat data historis utilisasi pasien JKN secara longitudinal sejak tahun 2014, serta tersedianya data dasar Puskesmas untuk proses *matching*.

Data utilisasi FKTP dibangun langsung dari aplikasi *p-care*. Aplikasi ini mencatat data historis penggunaan FKTP oleh peserta yang terdaftar disetiap jaringan FKTP. Sejumlah informasi krusial terekam dalam aplikasi *p-care*, seperti: kode unik peserta, kode unik FKTP, tanggal layanan, diagnosa, dan status rujukan pasien beserta kode unik FKRTL yang dituju dari rujukan tersebut. Karena data *p-care* mencatat data historis utilisasi secara longitudinal sejak 2014, untuk tujuan analisis, peneliti menyusun dua jenis dataset: data potong lintang dan panel.

Untuk menerapkan *disain quasi-exsperiment*, peneliti membentuk dua kelompok sampel Puskesmas: KBK (intervensi) dan NonKBK (kontrol). Selanjutnya, peneliti membentuk komposisi sampel dari setiap kelompok tersebut kedalam tiga periode: (1) *Baseline* [Januari 2014 s/d Juli 2015]; (2) *Midline* [Agustus s/d Desember 2015], dan (3) *Endline* [Januari s/d Desember 2016]. Sampel intervensi ditetapkan dari status riil penerapan KBK per tahun 2016, sedangkan sampel kontrol dipilih dari daftar Puskesmas yang sudah menjadi mitra BPJS namun belum menerapkan KBK. Sampel kontrol dipilih melalui proses *matching* (dengan metode PSM). Tujuannya untuk memastikan homogenitas sampel kontrol dengan intervensi pada kondisi *baseline*.

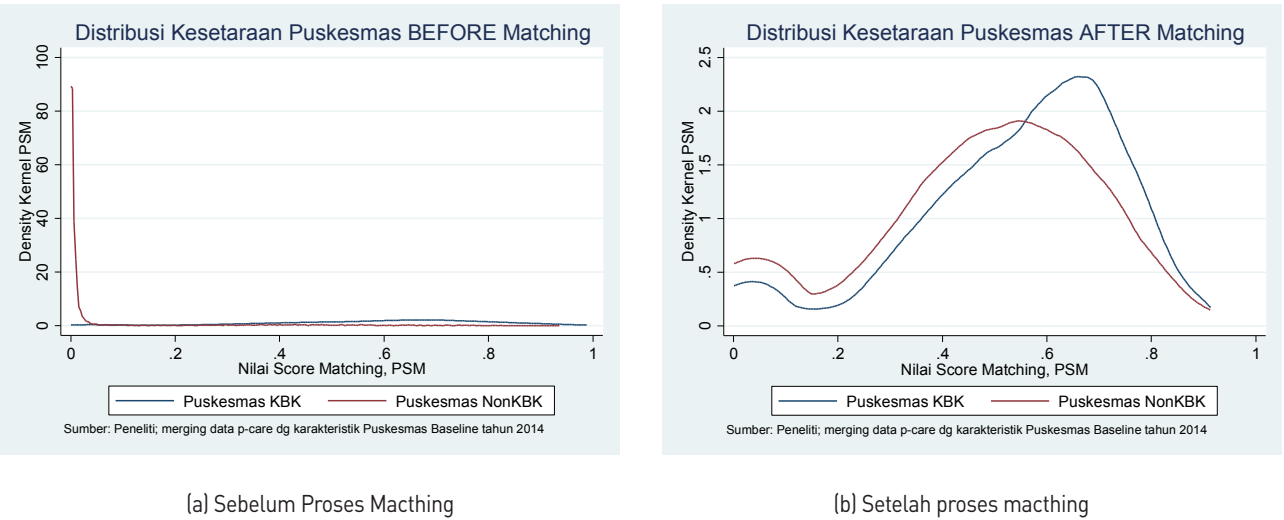
Unit analisis dalam studi ini adalah Puskesmas. Metoda analisis dilakukan melalui dua cara: uji beda mean dan kombinasi *Propensity Score Matching* dengan *Difference-in-Difference* (PSM-DID). Uji beda rerata, *t-test*, diaplikasikan terhadap data potong lintang di tiga periode sampel diatas. Tujuannya untuk menggali perbandingan kinerja yang diraih oleh kedua kelompok sampel (intervensi dan kontrol) pada masing-masing periode. Sedangkan PSM-DID digunakan untuk menghitung rerata dampak murni (*net-impact*) intervensi KBK; diaplikasikan terhadap data panel yang memiliki komposisi sampel kontrol dan *treatment* homogen pada kondisi sebelum intervensi (*Baseline*). Analisis dilakukan dengan model *regresi fixed effects* data panel dengan *clustering* standar *error* pada level Puskesmas antar waktu (36 bulan). Model ini mengontrol tidak hanya heterogenitas waktu invarian yang tidak teramati tetapi juga untuk heterogenitas karakteristik yang teramati selama 36 bulan.

HASIL

Pemilihan Sampel Puskesmas KBK dan Non KBK

Analisis data p-care menemukan 9.345 Puskesmas yang sudah menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan dan melayani pasien JKN sejak Januari 2014 hingga Desember 2016. Dari jumlah tersebut, terdapat 995 Puskesmas yang menerapkan KBK, dengan rincian 127 Puskesmas (13%) sejak Agustus 2015 dan 868 Puskesmas (87%) mulai Januari 2016. Selanjutnya, proses *matching* dengan metoda PSM menemukan 997 Puskesmas memiliki karakteristik homogen pada kondisi *baseline*, dengan komposisi Puskesmas intervensi 653 dan kontrol 344. Gambar 1 menyajikan sebaran nilai kesetaraan karakteristik Puskesmas kontol dan intervensi antara (a) sebelum dan (b) setelah proses *matching*. Komposisi sampel *matching* tersebut akhirnya digunakan sehingga nilai statistik indikator kinerja Puskesmas yang disajikan dalam publikasi ini merujuk dari komposisi sampel tersebut.

Gambar 1 Sebaran karakteristik Puskesmas KBK dan NonKBK: Sebelum (a) dan (b) setelah *matching*



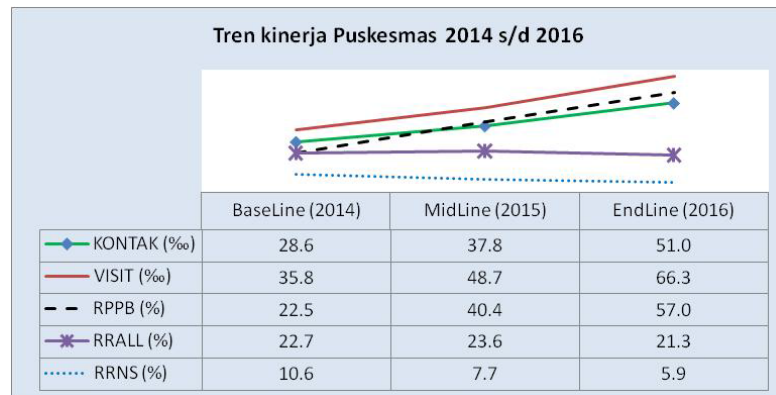
Homogenitas sampel Puskesmas intervensi dan kontrol kondisi baseline juga dibuktikan dari uji beda mean. Hasil uji menemukan tidak ada perbedaan yang bermakna pada hampir semua variabel¹, kecuali jumlah bidan dan lokasi pedesaan, yang artinya karakteristik kedua kelompok yang menjadi sampel studi memang identik. Variabel karakteristik Puskesmas yang diuji mencakup: (a) Kondisi wilayah (jumlah penduduk, luas wilayah, jalan aspal, status perdesaan); Fasilitas Puskesmas (status PONED, tipe, jumlah tempat tidur, jumlah ambulan); Jumlah Nakes Puskesmas (dokter umum, dokter gigi, bidan, perawat, farmasi, dan total nakes); Peserta (jumlah, PISA, dan proporsi penyakit terbanyak).

Tren Kinerja Puskesmas

Akses peserta JKN terhadap Puskesmas menunjukkan tren naik. Hal ini terlacak dari indikator yang terkait dengan aksesibilitas peserta, seperti: angka kontak dan angka kunjungan, serta rasio berkunjung rutin peserta prolanis (Gambar 2). Dari 1.000 peserta, dalam sebulannya ada 29 orang mendatangi Puskesmas tahun 2014. Angka ini naik menjadi 38orang untuk tahun 2015 dan 51 orang untuk tahun 2016. Dengan frekuensi kunjungan stabil pada angka 1.3 per peserta, naiknya angka kontak berimplikasi langsung terhadap angka kunjungan; yaitu naik dari 35 permil tahun 2014 menjadi 49 permil (2015) dan 66 permil (2016). Tren rasio peserta prolanis berkunjung rutin juga naik dari 22 persen pada tahun 2014 menjadi 40 persen tahun 2015 dan 57 persen tahun 2016.

1 Publikasi ini tidak menyediakan karakteristik Puskesmas kontrol dan intervensi, namun tersedia untuk diminta.

Gambar 2 Tren Kinerja Puskesmas tahun 2014 s/d 2016



Kinerja Puskesmas juga membaik jika ditelisik dari indikator rujukan (Gambar 2). Dari 100 kunjungan, ada sekitar 23 kali (23perse) total rujukan pada tahun 2014, meski naik menjadi 24% pada tahun 2015, namun rasio rujukan turun lagi menjadi 21 persen di tahun 2016. Rasio rujukan kasus-kasus non-spesialistik secara umum menunjukkan tren menurun dari 11persen (2014) menjadi sekitar 7persen untuk tahun 2016. Apakah penurunan ini akibat KBK? Gambar 2 belum bisa menjawab pertanyaan ini.

Efektifitas KBK terhadap Kinerja Puskesmas

Intervensi KBK meningkatkan kinerja Puskesmas. Performa Puskesmas KBK lebih unggul dibandingkan dengan Puskesmas NonKBK dalam memperbaiki akses peserta saja, tepatnya setelah KBK diperluas tahun 2016 (Tabel 1). Pada tahun 2016, ada 54 permil peserta terdaftar di Puskesmas KBK melakukan kontak, sementara angka serupa pada Puskesmas NonKBK hanya 44 permil. Selisih angka kontak diantara kedua Puskesmas yang mencapai 10permil poin lebih tinggi pada Puskesmas KBK signifikan dengan *p-val* dibawah 1%. Pada tahun 2016, angka kunjungan sebesar 13permil poin lebih tinggi pada Puskesmas KBK juga sangat signifikan. Peserta prolanis terdaftar di Puskesmas KBK memiliki rasio kunjungan rutin 6persen poin lebih tinggi dibandingkan mereka yang terdaftar di Puskesmas NonKBK.

Modifikasi rancang bangun KBK, serta penegakan rancangan tersebut dalam penerapannya harus segera dilakukan untuk menetralsir faham bahwa "Penerapan Kapitasi di Puskesmas ibarat menggarami lautan"

Sayangnya kinerja Puskesmas berubah menjadi rapot "merah" apabila ditelisik dari indikator rujukan. Efektifitas KBK tidak terdeteksi untuk meredam rujukan. Meski kasus rujukan total dan rujukan non-spesialistik yang dilakukan oleh Puskesmas KBK mencapai sekitar 2persen poin lebih rendah dibandingkan kasus serupa yang dirujuk oleh Puskesmas NonKBK, nilai perbedaan tersebut tidak bermakna secara statistik.

Temuan menarik untuk dicermati adalah untuk kondisi tahun 2015 dimana rujukan total Puskesmas KBK justru lebih dominan dengan tingkat signifikansi tinggi. Artinya, Puskesmas tersebut memang cenderung gemar merujuk pasien. Kenapa hal ini terjadi? Studi ini melibatkan rujukan total sebagai salah indikator yang dikaji meski indikator tersebut sejatinya tidak menjadi komponen dalam penilaian KBK. Temuan yang menunjukkan angka total rujukan kelompok Puskesmas KBK yang justeru lebih tinggi, dan bermakna secara statistik membenarkan teori "*skema bayar provider mempengaruhi perilaku*". Pada skema pembayaran kapitasi, salah satu insentif yang terjadi adalah perilaku merujuk pasien.

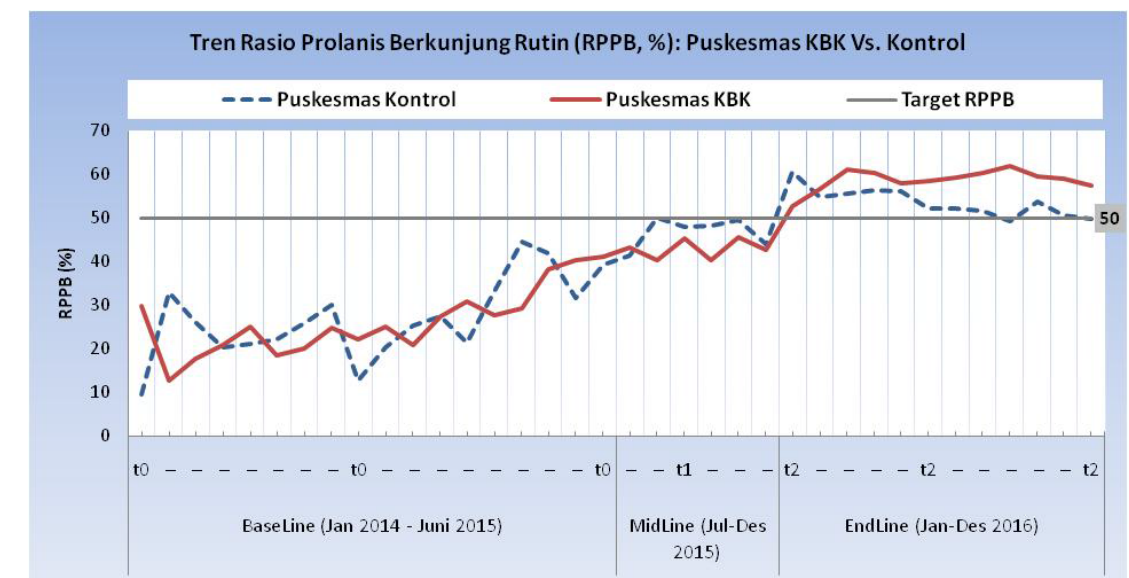
Tabel 1 Perbandingan Kinerja Puskesmas KBK dengan NonKBK 2014-2016

Indikator	Baseline (2014)			Midline (2015)			Endline (2016)		
	KBK	NKBK	Diff	KBK	NKBK	Diff	KBK	NKBK	Diff
KONTAK (‰)	28.4	29.0	-0.53	38.1	37.3	0.82	54.2	44.5	9.67***
VISIT (‰)	35.3	36.7	-1.48	48.9	48.2	0.71	70.6	57.9	12.78***
RPPB (%)	22.3	22.8	-0.44	39.8	42.0	-2.14	58.9	52.8	6.12***
RRALL (%)	23.5	21.0	2.58***	24.1	22.6	1.46***	20.7	22.5	-1.76
RRNS (‰)	10.3	11.1	-0.76	7.6	7.8	-0.15	5.5	6.6	-1.07

Note: Jumlah sampel (N) = 997 Puskesmas, dengan rincian 344 kontrol dan 653 intervensi yang sebelumnya dipilih dari hasil PSM. Signifikansi (p-val): ***<1%; ** <5% dan * <10%

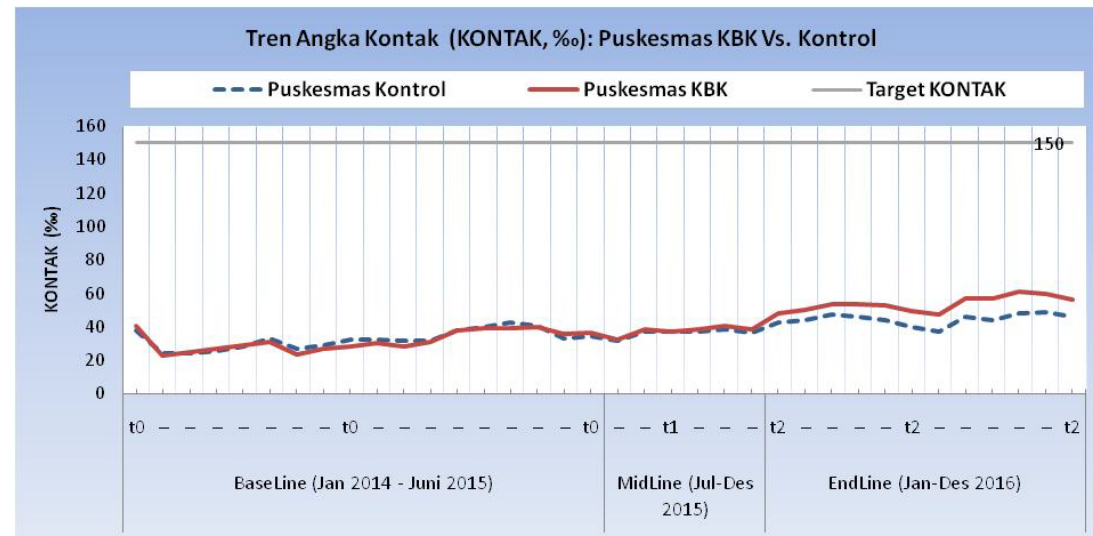
Meski KBK mampu memperbaiki kinerja, perluasan intervensi KBK tahun 2016 masih belum sanggup memenuhi target ideal kinerja Puskesmas. Target kinerja yang sudah tercapai hanya ditemukan untuk rasio peserta prolanis berkunjung rutin, dengan angka diatas 50 persen pada tahun 2016 (Gambar 3). Sementara pemenuhan target indikator angka kontak baru sekitar 36 persen. Jelas jika pada Gambar 4 menunjukkan tren angka kontak yang tidak pernah menembus angka ideal 150 permil. KBK juga belum sanggup meredam angka rujukan ideal dengan batas maksimal 5% (Gambar 5).

Gambar 3 Tren perbandingan RPPB (%) Puskesmas KBK Vs NonKBK 2014-2016

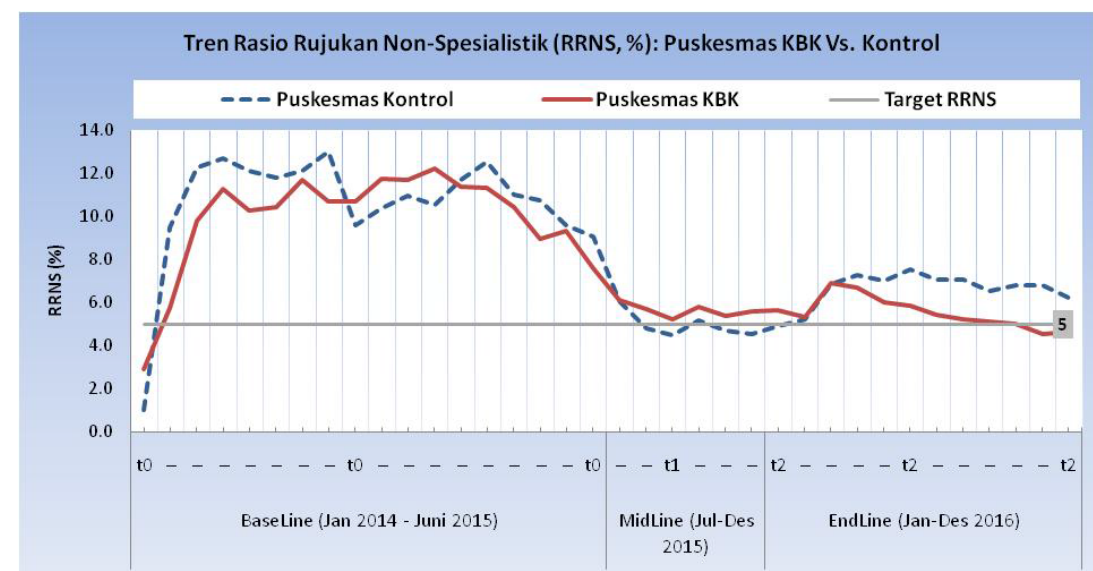


Apaimplikasikebijakandari temuan diatas? Pencapaian indikator angka kontak dan angka kunjungan mencerminkan Puskesmas masih *underutilized*. Tingkat pemanfaatan Puskesmas sangat tidak sebanding dengan asumsi angka utilisasi yang digunakan dalam perhitungan tarif kapitasi yang kini diatur dalam PerMenkes. Sementara itu, kasus-kasus rujukan yang dikirim oleh Puskesmas (baik total rujukan maupun rujukan non-spesialistik) sangat berlebihan. Temuan ini mengharuskan pengambil kebijakan menengok kembali rancang bangun KBK (misal: fiksasi indikator kinerja) dan selanjutnya menerapkannya secara optimal dalam praktik KBK (misal: penegakan reward dan sanksi atas pencapaian indikator) untuk menghindari statemen "*Penerapan Kapitasi di Puskesmas ibarat menggarami lautan*".

Gambar 4 Tren perbandingan angka kontak (‰) Puskesmas KBK Vs NonKBK 2014-2016



Gambar 5 Tren perbandingan RRNS (%) Puskesmas KBK Vs NonKBK 2014-2016



Perlu dicatat bahwa dominasi kinerja Puskesmas KBK sebagaimana disajikan dalam Tabel 1 belum bisa ditafsirkan sebagai dampak (murni) intervensi KBK. Kenapa?. Nilai perbedaan kinerja diantara kedua kelompok Puskesmas (meskipun secara statistik signifikan) tidak bisa dijadikan sebagai referensi dalam menentukan nilai atau magnitude dampak intervensi KBK. Hasil analisis perbandingan kinerja Puskesmas tersebut bersifat parsial. Jika ditafsirkan sebagai dampak, magnitude-nya berlebihan (*over-estimates*). Selain itu, fenomena *spillover effect* mengemuka dalam intervensi KBK. Secara empiris Gambar 3 s/d Gambar 5 menunjukkan kinerja Puskesmas kondisi *Endline* (2016) yang selalu lebih baik dibandingkan *Midline* dan *Baseline* ditemukan tidak hanya pada Puskesmas KBK, tetapi juga kelompok kontrol. Ini wujud pengaruh intervensi terhadap kontrol, bentuk konkrit *spillover effect*. Terdeteksinya fenomena *spillover effect* mendorong peneliti untuk berhati-hati dalam melacak hubungan sebab akibat (*causal-effects*), serta dalam penentuan besaran dampak. Oleh karena itu, pembuktian empiris dampak KBK dilakukan dengan metoda yang memang mampu menetralsir fenomena ini. Bukan atas dasar hasil uji beda rerata yang diaplikasikan secara *cross-sectional* sebagaimana disajikan dalam Tabel 1.

Dampak Murni KBK terhadap Kinerja Puskesmas

Berapa rerata nilai dampak intervensi KBK terhadap kinerja Puskesmas? Karena kelompok intervensi studi ini ditetapkan secara alamiah, sedangkan kelompok kontrol dipilih sedemikian rupa melalui proses *matching* sehingga memiliki karakteristik homogen dengan kelompok intervensi pada saat *baseline*, nilai perbedaan kinerja diantara kedua kelompok setelah intervensi sejatinya dapat diinterpretasikan sebagai dampak intervensi. Tabel 2 menyajikan estimasi final PSM-DID, diperoleh dari hasil model regresi panel, *fixed effects* dengan nilai clustering standar error pada level Puskesmas selama 36 bulan.

Dampak murni KBK terhadap kinerja Puskesmas adalah sbb:

- Meningkatkan angka kontak sebesar 0.48permil poin;
- Meningkatkan angka kunjungan sebesar 0.62permil poin;
- Menaikan rasio peserta prolans berkunjung rutin sebesar 0.38persen poin; dan
- Menurunkan rasio rujukan total sebesar 0.14persen poin.

Tabel 2 merupakan temuan inti studi. Disajikan dalam Tabel adalah koefisien estimasi, nilai 95% Confidence Interval; dan uji statistik ($|t|$) dari setiap indikator kinerja Puskesmas. Nilai rerata dampak KBK dapat ditelusuri dari angka koefisien (Coef.). Tanda positif (negatif) koefisien menunjukkan intervensi menaikkan (atau menurunkan) indikator kinerja yang dikaji. Misal, berapa dampak KBK terhadap angka kontak?. Dalam baris pertama Tabel 2 disajikan koefisien estimasi variabel angka kontak sebesar +0.447, dengan rentang 95% CI berkisar antara 0.39 s/d 0.51, serta nilai mutlak uji statistik, $|t|$, 14.6 dan p-value <1%. Nilai koefisien +0.447 menunjukkan arti bahwa KBK secara rata-rata menaikkan angka kontak peserta JKN sebesar 0.45 permil poin.

Intepretasi serupa berlaku untuk indikator lain yang disajikan dalam Tabel 2. Untuk rasio rujukan non-spesialistik, meski terdapat indikasi KBK menurunkan kasus rujukan sebesar (-0.003persen poin), hasil estimasi tidak menunjukkan dampak yang signifikan dengan nilai uji $|t|$ -0.28.

Tabel 2 Hasil estimasi model DD, Januari 2014 - Desember 2016.

Indikator	Coef.	[95% CI]		$ t $; p-val
KONTAK (‰)	0.447	[0.387	0.5069]	14.64***
VISIT (‰)	0.623	[0.552	0.6943]	17.15***
RPPB (%)	0.379	[0.208	0.5498]	4.34***
RRALL (%)	-0.133	[-0.174	-0.0916]	-6.30***
RRNS (%)	-0.003	[-0.026	0.0191]	-0.28

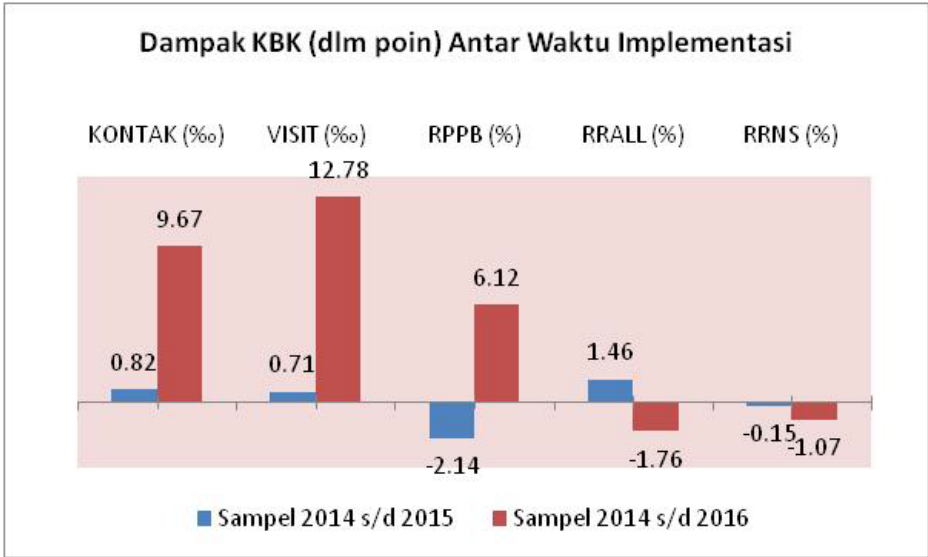
Note: Estimasi regresi fixed effects model panel, dengan clustering standar error Puskesmas selama 3 tahun. Total observasi (n) 29,312 yang terekam dalam 997 sampel Puskesmas, dengan sebesar 344 kontrol dan 653 intervensi yang dipilih dari hasil PSM. Signifikansi level (p-val): ***<1%.

Maturitas intervensi KBK memberikan dampak yang lebih kentara dalam memperbaiki kinerja. Hal ini terbukti empiris dari nilai rerata dampak (Coef) hasil regresi fixed-effects model panel yang hanya diaplikasikan pada sampel sampai dengan tahun 2015 dibandingkan dengan nilai coef yang diperoleh dari estimasi full sampel (2014 sd 2016). Gambar 6 menunjukkan nilai rerata dampak KBK yang diperoleh dari luaran regresi fixed effects model panel full sampel yang lebih tinggi dibandingkan dengan nilai serupa yang diperoleh dari kondisi penerapan KBK pada tahun 2015. Dampak KBK (dalam poin), misal, untuk indikator angka kontak mencapai 12.8 permil poin pada full sampel dan hanya 0.71 permil poin pada kondisi sampel s/d 2015 (awal intervensi).

Bahkan Gambar 6 menunjukan bahwa KBK belum memberikan sinyalemen dampak sesuai harapan ketika intervensi baru diberlakukan. Misal untuk indikator rasio prolans berkunjung rutin dan angka rujukan total, intervensi KBK justeru memberikan dampak bertolak belakang dengan ekspektasi. Rasio kunjungan peserta prolani

berkujung rutin turun 2.14 permil poin, sedangkan angka rujukan total naik 1.5persen poin. Arti dari temuan ini adalah semakin lama intervensi KKB akan semakin memberikan dampak signifikan. Dengan demikian, nilai rerata dampak KKB yang kini sudah diraih sebagaimana hasil pada Tabel 2 akan semakin meningkat seiring dengan durasi pelaksanaan KKB.

Gambar 6 Maturitas implementasi KBK dan implikasinya terhadap kinerja Puskesmas



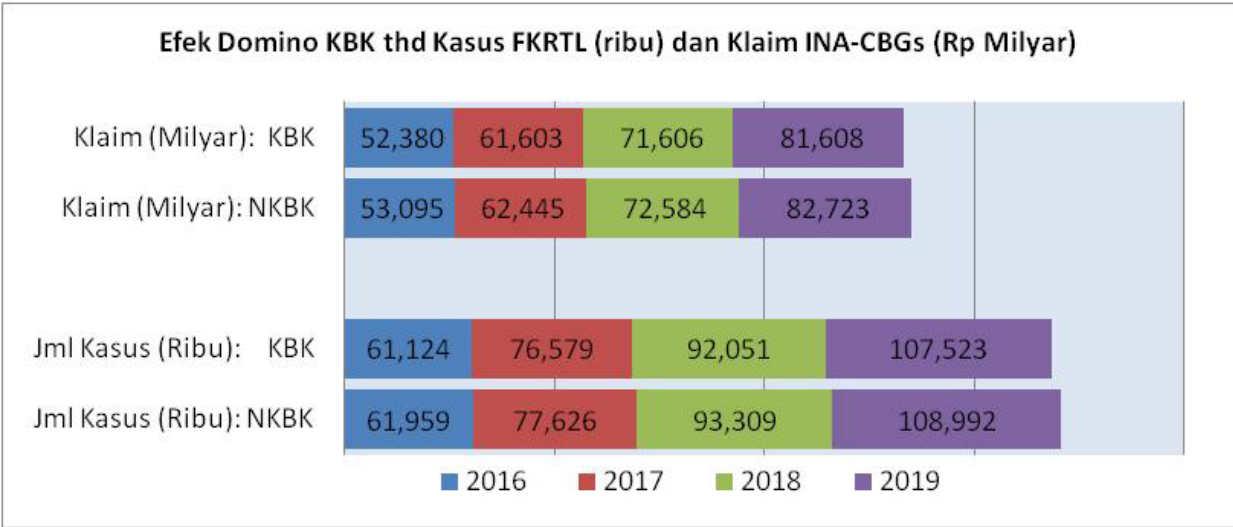
Efek Domino KBK terhadap Efisiensi

Keberhasilan KBK dalam meredam rujukan logikanya memberikan efek terhadap penyerapan dana klaim INA-CBGs. Artinya intervensi KBK akan mendorong efisiensi. Berapa kasus rawat jalan dan rawat inap lanjut yang bisa ditangguhkan akibat keberhasilan KBK dalam mengerem rujukan? Jawaban dari pertanyaan ini dapat ditelusuri dari simulasi “Dampak KBK terhadap efisiensi” berikut.

Dampak KBK terhadap efisiensi dihitung dari fakta empiris keberhasilan KBK dalam menurunkan angka rujukan. Nilai penurunan kasus rujukan non-spesialistik diambil dari luaran analisis DID yang disajikan dalam Tabel 2. Data lain yang digunakan dalam simulasi terdiri atas: (i) realisasi peserta 2014 s/d 2017, dan proyeksinya s/d 2019; (ii) realisasi utilisasi dan klaim INA-CBGs yang diolah dari realisasi pembayaran klaim sampai dengan bulan pembayaran Januari 2016; dan (iii) tarif layanan yang diatur dalam PMK.

Data realisasi klaim digunakan untuk menelusuri pola utilisasi historis (jumlah kasus dan pengguna) rawat jalan dan rawat inap, serta nilai klaim. Hasil bagi jumlah kasus (dan pengguna) tahun 2014 s/d 2015 dengan jumlah peserta pada masing-masing tahun menghasilkan data historis yang selanjutnya digunakan untuk memproyeksikan jumlah kasus layanan pada tahun-tahun mendatang. Dengan berbasis data historis proporsi penggunaan layanan yang digali dari realisasi klaim 2014 s/d 2015, selanjutnya dihitung jumlah kasus dan pengguna layanan rawat jalan dan rawat inap tahun 2016 s/d 2019. Selanjutnya nilai estimasi klaim dihitung dengan mengalikan jumlah kasus dengan rerata tarif. Untuk tahun 2016 s/d 2018, simulasi menggunakan data tarif implisit yang berlaku ketika analisis ini dilakukan. Sedangkan untuk tahun 2019, diasumsikan ada penyesuaian tarif PMK terhadap angka inflasi sebesar 7% dari rata-rata tarif yang kini (2017) berlaku.

Gambar 7 Efek domino KBK terhadap Jumlah Kasus FKRTL dan Biaya Klaim INA-CBGs (Rp Milyar)



Tabel 3 Simulasi Dampak KBK terhadap penurunan kasus dan klaim INA-CBGs 2014-2019

TAHUN	Penurunan Jumlah Kasus Akibat KBK			Penurunan Nilai Klaim (Rp. Milyar) Akibat KBK		
	RANAP	RAJAL	TOTAL	RANAP	RAJAL	TOTAL
2016	95,925	739,241	835,166	505	211	716
2017	109,122	937,217	1,046,338	572	270	842
2018	121,659	1,136,079	1,257,738	650	328	978
2019	134,197	1,334,942	1,469,138	729	386	1,115

Sejalan dengan temuan intervensi KBK yang terbukti efektif meredam rujukan, Gambar 7 menyajikan proyeksi klaim INA-CBGs (atas) akibat turunnya jumlah kasus FKRTL (bawah). Data sebaran penurunan kasus dihitung berdasarkan angka historis (2014 dan 2015) rerata frekuensi setiap pasien melakukan kontak ke FKRTL. Angka frekuensi kontak historis ini diperoleh dari hasil pembagian jumlah kasus dengan pengguna (orang) tahun 2014 dan 2015, sedangkan angka serupa untuk 2016 s/d 2019 diperoleh dari hasil proyeksi berdasarkan angka historis tersebut. Dari metode perhitungan ini maka diperoleh rata-rata pemanfaatan FKRTL dari setiap satu kasus rujukan. Analisis data historis klaim menemukan dari satu peserta yang dirujuk, secara rata-rata mereka berpeluang memanfaatkan layanan FKRTL sebesar 1.44 kali dan 4.49 kali masing-masing untuk jenis layanan rawat inap dan rawat jalan (data tidak disajikan).

Nihilnya KBK berimplikasi terhadap klaim INA-CBGs sebagaimana hasil perhitungan Gambar 7. Tanpa KBK, total klaim INA-CBGs tahun 2018 diprediksikan Rp82.7 triliun. Intervensi KBK yang berhasil meredam rujukan berdampak pada penurunan total klaim INA-CBGs tahun 2018 senilai Rp978 milyar (Tabel 3). Penurunan klaim INA-CBGs tersebut disebabkan oleh turunnya peserta yang dirujuk sehingga berimplikasi langsung terhadap turunnya kasus FKRTL sekitar 1.3 juta, dengan rincian 121.7 ribu kasus diperoleh dari kasus rawat inap dan 1.1 juta dari jenis kasus rawat jalan (Tabel 3).

Jadi, berapa nilai estimasi efisiensi KBK? Untuk 2017, keberhasilan KBK dalam mereduksi rujukan berimplikasi terhadap penurunan kasus FKRTL sekitar 1.05 juta, dengan rincian kasus rawat inap turun 109 ribu dan rawat jalan turun 937 ribu kasus. Dari penurunan tersebut maka klaim yang bisa dihemat pada tahun 2017 mencapai Rp842 milyar (Tabel 3), dengan rincian efisiensi klaim rawat inap dan rawat jalan sebesar masing-masing Rp572 milyar dan Rp270 milyar. Asumsi serupa bisa diaplikasikan untuk tahun 2019, dengan nilai reduksi klaim mencapai Rp 1.1 triliun, atau efisiensi sekitar 1.35%.

KESIMPULAN

Studi ini berupaya untuk mendeteksi dampak KBK terhadap kinerja Puskesmas. Secara khusus, studi ini berusaha untuk menguji apakah dampak KBK tersebut konsisten dengan hipotesis utama bahwa: “Kinerja Puskesmas didorong oleh intervensi KBK”. Metode empiris yang digunakan adalah kombinasi antara estimator PSM dengan DID. Nilai rata-rata dampak KBK, termasuk waktu yang dibutuhkan agar dampak tersebut muncul, dan apakah naik atau turun seiring dengan perjalanan waktu dilacak melalui estimasi regresi *fixed effect* model panel selama 36 bulan. Hasil studi menemukan bahwa:

1. Aksesibilitas peserta terhadap Puskesmas cenderung meningkat, meski tingkat pemanfaatannya masih sangat rendah, apalagi jika dibandingkan dengan tingkat pemanfaatan di FKTP swasta.
2. Intervensi KBK relatif efektif dalam meningkatkan kinerja Puskesmas yang terkait dengan perbaikan akses peserta. Namun demikian, target ideal kinerja sesuai dengan ketentuan KBK masih belum tercapai, khususnya untuk angka kontak dan rasio rujukan non-spesialistik.
3. Rerata dampak KBK dalam memperbaiki kinerja Puskesmas dalam hal menaikkan akses peserta terhadap Puskesmas, yaitu angka kontak, angka kunjungan dan rasio kunjungan rutin peserta prolanis masing-masing mencapai 0.48 permil poin, 0.62permil poin dan 0.38persen poin. Nilai dampak KBK terhadap indikator ini akan meningkat seiring dengan waktu pelaksanaan KBK.
4. Meski ada indikasi KBK menurunkan kasus rujukan total sebesar 0.14persen poin, intervensi KBK masih belum sanggup menyetop rasio rujukan non-spesialistik yang notabene sudah menjadi salah satu kinerja yang sudah masuk dalam paket KBK.
5. Padahal efektifitas KBK dalam meredam kasus-kasus rujukan dapat memberikan efek domino terhadap efisiensi berupa penghematan biaya klaim FKRTL sebagai akibat dari turunnya angka rujukan tersebut. Dengan fakta data historis yang menunjukkan setiap satu peserta yang dirujuk berpeluang memanfaatkan layanan FKRTL sebanyak 1.44 kali dan 4.49 kali untuk jenis layanan rawat inap dan rawat jalan, potensi efisiensi yang bisa diraih dari penerapan KBK Puskesmas diperkirakan mencapai 1.35 persen dari total klaim CBGs yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan.
6. Sebuah evaluasi dampak program intervensi akan menghasilkan luaran yang berlebihan (*over-estimates*) atau kekecilan (*under-estimates*) jika estimasi tidak memperhatikan berbagai kondisi sebelum dan sesudah intervensi. Pada kasus KBK Puskesmas, terdeteksi pengaruh intervensi KBK terhadap Puskesmas NonKBK untuk berbenah diri dalam memperbaiki kinerja (*spillover effect*).

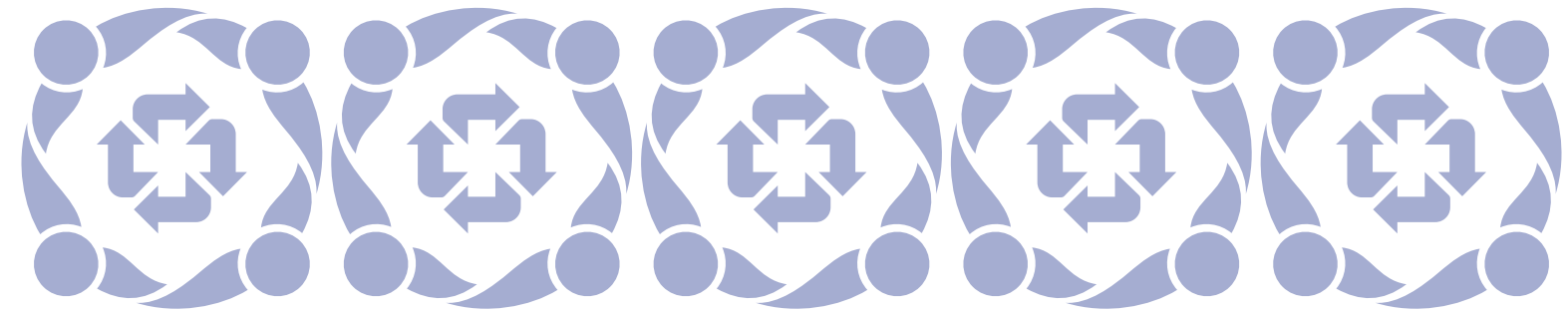
IMPLIKASI KEBIJAKAN

1. Penerapan KBK bisa diperluas, tidak hanya Puskesmas, tetapi semua jenis FKTP yang kini menjadi mitra BPJS Kesehatan.
2. Diperlukan penambahan indikator kinerja yang diarahkan langsung untuk meredam kasus-kasus rujukan total, tidak hanya terbatas pada kasus-kasus rujukan non-spesialistik. Indikator yang terkait dengan upaya penjaminan mutu layanan FKTP dari dimensi input-proses-output juga layak untuk dipertimbangkan.
3. Dibutuhkan aturan (dan penegakannya) terkait pencapaian kinerja yang diraih FKTP untuk mengoreksi nilai Kapitasi yang akan diterima FKTP. Pemberlakuan nilai koreksi Kapitasi tersebut bisa diaplikasikan pada bulan-bulan berikutnya dengan memperhatikan pencapaian kinerja pada bulan-bulan sebelumnya (misal; per kwartal).
4. Dibutuhkan pembenahan aplikasi p-care, melalui sinkronisasi antara data kepesertaan yang terdaftar disetiap FKTP dengan data pembayaran Kapitasi kepada setiap FKTP, agar secara otomatis bisa membentuk indikator kinerja yang diraih oleh FKTP, dan sekaligus digunakan sebagai basis penerapan pembayaran Kapitasi yang mengakomodir kinerja FKTP.



REFERENSI

1. Sutton M , Nikolova S , Boaden R , Lester H , McDonald R , Roland M . Reduced mortality with hospital pay for performance in England . N Engl J Med . 2012 ; 367 [19] : 1821 – 8
1. Yip W, Powell-Jackson T, Chen W, Hu M, Fe E, Hu M, et al. Capitation combined with pay-for-performance improves antibiotic prescribing practices In rural China. Health Affairs. 2014;33(3):502–10. 5295914.



Tim Redaksi:

Penanggungjawab : Direktur Utama BPJS Kesehatan
Pemimpin Umum : Direktur Perencanaan, Pengembangan dan Manajemen Risiko BPJS Kesehatan
Pemimpin Redaksi : Deputi Direksi Bidang Riset dan Pengembangan BPJS Kesehatan
Redaktur Pelaksana : Asisten Deputi Bidang Riset JKN-KIS BPJS Kesehatan
Tim Redaksi : Kedeputan Bidang Riset dan Pengembangan BPJS Kesehatan
Tim Editor : Komunikasi Publik dan Humas BPJS Kesehatan

Disclaimer:

Isi publikasi ini disarikan dari Laporan Kajian Studi Evaluasi Sistem Pembayaran FKTP era JKN: Efektivitas KBK dan Implikasinya terhadap Efisiensi dan Mutu Layanan yang dilakukan Kedeputan Bidang Risbang, BPJS Kesehatan bekerja sama dengan Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia tahun 2017. Isu publikasi menjadi tanggung jawab penulis, tidak mencerminkan pandangan BPJS Kesehatan.

Saran dan masukan dapat dikirim ke email:
deputi.risbang@bpjs-kesehatan.go.id

