

Meningkatkan Mutu Layanan Kesehatan Primer melalui Insetifikasi yang Tepat dan Adil di Daerah Sulit

Stevie Ardianto Nappoe, MPH

Sasaran Pembaca

1. Kementerian Kesehatan
2. BPJS Kesehatan
3. Dinas Kesehatan Provinsi dan Kab/Kota di NTT
4. Kepala Puskesmas di NTT
5. Peneliti/akademisi mutu layanan kesehatan di Indonesia

Ringkasan Eksekutif

Sebagai salah satu kebijakan kendali mutu dan kendali biaya yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan, Kompetensi Berbasis Kinerja (KBK) diharapkan mampu meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan JKN di FKTP. Namun demikian, kesenjangan dalam fasilitas dan ketenagaan membuat FKTP menjadi sulit dalam menerapkan kebijakan KBK ini terutama di daerah yang sulit dan terbatas fasilitas kesehatannya. Pemilihan indikator yang tepat untuk fasilitas kesehatan di daerah ini diharapkan mampu memberikan keadilan dalam meningkatkan pembangunan kesehatan yang berkelanjutan untuk peningkatan mutu layanan kesehatan.

Pengantar

Kebijakan JKN yang sudah diimplementasikan di Indonesia sejak 2014 telah berhasil memberikan kemudahan bagi warga negara Indonesia dalam mengakses pelayanan Kesehatan. Walaupun di beberapa daerah masih terjadi ketimpangan namun utilisasi pelayanan kesehatan meningkat signifikan dibandingkan sebelum era JKN. Utilisasi yang meningkat perlu dilihat sebagai sebuah kesempatan untuk mengembangkan program peningkatan mutu layanan yang lebih baik lagi di era JKN ini. BPJS Kesehatan sendiri telah menerapkan program kendali mutu kendali biaya untuk menjawab tantangan masih rendahnya mutu pelayanan kesehatan. Salah satunya adalah dengan meningkatkan kinerja FKTP melalui kebijakan KBK yang dituangkan dalam Peraturan BPJS Kesehatan No. 7 tahun 2019.

Masalah Kebijakan

Kebijakan KBK ini bertujuan untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan JKN di FKTP sebagai pintu masuk bagi peserta JKN untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal ini didasarkan pada beberapa study yang menemukan bahwa KBK berdampak pada peningkatan kualitas pelayanan di FKTP dengan pene-tapan nilai target yang tepat dan penyesuaian kapitasi sesuai dengan target tersebut. Selain itu, temuan OJK tahun 2017 menemukan adanya indikasi double costing untuk kasus-kasus non-spesialistik yang mana dapat memperberat kinerja dari FKTRL dan mengganggu kestabilan finansial dari BPJS yang sudah defisit¹.

Kebijakan KBK ini diberlakukan pada seluruh FKTP yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan kecuali FKTP yang berada di wilayah yang sulit akses terhadap jaringan komunikasi. Penilaian dilakukan setiap bulan berdasarkan target/capaian bulan sebelumnya. Indikator utama yang dinilai adalah angka kontak ($\geq 150\%$), rasio rujukan non-spesialistik ($\leq 2\%$), dan rasio peserta prolanis terkendali ($\geq 5\%$). Hasil penilaian akan menentukan besaran kapitasi yang diterima oleh FKTP².

Kajian dari kebijakan KBK di beberapa negara menemukan hubungan yang positif dimana kebijakan KBK mampu meningkatkan mutu layanan kesehatan primer seperti penurunan persepsian antibiotik yang berlebihan³. Namun demikian tantangan terbesar dari sistem KBK ini adalah pemilihan indikator yang tepat sebagai acuan untuk insentif/kapitasi. Indikator yang ditentukan haruslah adil, dapat diukur secara tepat, tidak menimbulkan kebingungan, dan dapat diterima oleh fasilitas kesehatan yang diukur⁴.

Hasil Penelitian

Di daerah sulit seperti NTT, kebijakan KBK yang diterapkan oleh BPJS diprediksi akan menyulitkan FKTP terutama Puskesmas. Dari 22 Kabupaten/Kota di NTT, baru Kota Kupang yang menerapkan kebijakan ini. Hal ini dikarenakan dari segi kelengkapan pelayanan FKTP di Kota Kupang merupakan yang paling lengkap baik dari

segi ketenagaan, fasilitas, peralatan dan sebagainya dibandingkan dengan kab/kota lainnya. Walaupun demikian, wawancara mendalam dengan pengelola program di Dinas Kesehatan Kota Kupang menemukan bahwa kebijakan KBK ini masih menuai pro dan kontra di lapangan terutama Puskesmas. Puskesmas menilai indikator utama yang diterapkan dalam KBK tidak adil, terlampaui tinggi dan sulit untuk dipenuhi.

Angka kontak $\geq 150\%$ sulit untuk dicapai mengingat banyaknya kompetisi dari FKTP lainnya di Kota Kupang seperti dokter praktek, klinik swasta, dsb. Ditambah lagi, kegiatan preventif dan promotive yang banyak menyumbang angka kontak masih minim dilakukan karena keterbatasan tenaga. Untuk indikator rujukan non-spesialistik ($\leq 2\%$), keterbatasan kompetensi dokter dan peralatan yang ada di Puskesmas menyebabkan rujukan harus diberikan walaupun sebenarnya bisa ditangani di Puskesmas. Sementara untuk indikator prolansis, komponen tambahan seperti tekanan darah dan kadar gula darah menjadi tantangan tersendiri bagi Puskesmas untuk dipenuhi.

Dinas Kesehatan sudah berusaha untuk mendorong tenaga kesehatan yang ada agar lebih aktif lagi dalam memberikan sosialisasi program, menjangkau peserta melalui kunjungan rumah, Posyandu, penjangkauan siswa di sekolah, dan meningkatkan upaya promotive dan preventif.

Akibat Jika Tidak Ada Perbaikan

Melihat hasil dari Kota Kupang, apabila akan discale-up ke kabupaten/kota lainnya maka kebijakan KBK ini akan berpotensi menurunkan pendapatan dari Puskesmas yang ada di NTT. Dimana pendapatan utama Puskesmas bersumber dari kapitasi JKN. Di Provinsi NTT sendiri, masih ada 21% Puskesmas yang tidak memiliki tenaga dokter umum. Belum lagi kompetensi tenaga dan peralatan yang ada masih terbatas sehingga penurunan pendapatan akan berdampak pada semakin lambatnya upaya peningkatan mutu di Puskesmas.

Rekomendasi

Rekomendasi kebijakan yang harus segera diambil untuk mengatasi isu ini adalah:

1. Pemerintah Prov/Kab/Kota perlu memikirkan percepatan pembangunan kesehatan di NTT khususnya dalam pembangunan sumber daya manusia kesehatan baik dari segi kualitas maupun kuantitas agar semua tenaga kesehatan yang ada mempunyai kompetensi yang sesuai dengan standar mutu pelayanan di fasilitas kesehatan;
2. Kebijakan KBK perlu dilanjutkan untuk efisiensi dan efektifitas pelayanan di FKTP. Namun demikian, BPJS Kesehatan bersama dengan Dinas Kesehatan Prov/Kab/Kota perlu memikirkan indikator yang tepat dan adil bagi FKTP di daerah-daerah sulit seperti NTT agar tidak menyulitkan FKTP untuk mencapai target yang ditetapkan.

Daftar Pustaka:

1. OJK. Temuan Audit Eksternal Penggunaan Dana Kapitasi FKTP di Era JKN. In. Jakarta: Otoritas Jasa Keuangan RI; 2017.
2. BPJS Kesehatan. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Sistem Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja. In. Jakarta: BPJS Kesehatan; 2019.
3. Yip W, Powell-Jackson T, Chen W, et al. Capitation combined with pay-for-performance improves antibiotic prescribing practices in rural China. *Health affairs*. 2014;33(3):502-510.
4. Korda H, Eldridge GN. Payment incentives and integrated care delivery: levers for health system reform and cost containment. *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2011;48(4):277-287.

Informasi lebih lanjut:

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan
Lt. 1 Gedung Penelitian dan Pengembangan FK-KMK UGM
Jl. Medika Yogyakarta 55281
Email: chpm@ugm.ac.id | Telp/Fax (hunting) (+62274) 549425