Identifikasi Topik Kajian P2JK Tahun 2016 - DRAFT

Contents

[I. Pengantar 2](#_Toc443263163)

[II. Organogram P2JK 2](#_Toc443263164)

[III. Identifikasi Agenda Studi P2JK 3](#_Toc443263165)

[IV. Deskripsi Kajian P2JK 5](#_Toc443263166)

[4.1 Isu-Isu Lintas Bidang 5](#_Toc443263167)

[4.2 Isu Bidang Pembiayaan 7](#_Toc443263168)

[4.3 Isu Bidang Jaminan 7](#_Toc443263169)

[4.4 Isu Bidang Evaluasi Pembiayaan dan Jaminan 8](#_Toc443263170)

Identifikasi Topik Kajian P2JK Tahun 2016 -DRAFT[[1]](#footnote-2)

## Pengantar

**Tulisan ini menyajikan hasil identifikasi kebutuhan riset Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (P2JK) Kementerian Kesehatan tahun 2016.** Topik-topik kajian disusun berdasarkan tugas dan fungsi P2JK sesuai dengan amanat Permenkes 64/2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, serta analisis lingkungan eksternal yang terkait dengan keberadaan P2JK.

**Permenkes 64/2015 Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan mengatur tugas dan fungsi seluruh unsur organisasi di lingkungan Kemkes, termasuk P2JK.** Dengan merujuk pada Permenkes tersebut, P2JK memiliki tugas utama untuk menyelenggarakan dukungan substantif kepada seluruh unsur organisasi di lingkungan Kemenkes di bidang Pembiayaan Kesehatan, Jaminan Kesehatan dan Evaluasi Ekonomi Pembiayaan Kesehatan untuk mendukung pencapaian tujuan dan sasaran strategis Kementerian Kesehatan. Tugas P2JK ini dimanifestasikan dalam 5 (lima) fungsi P2JK yang terdiri atas hal-hal sbb:

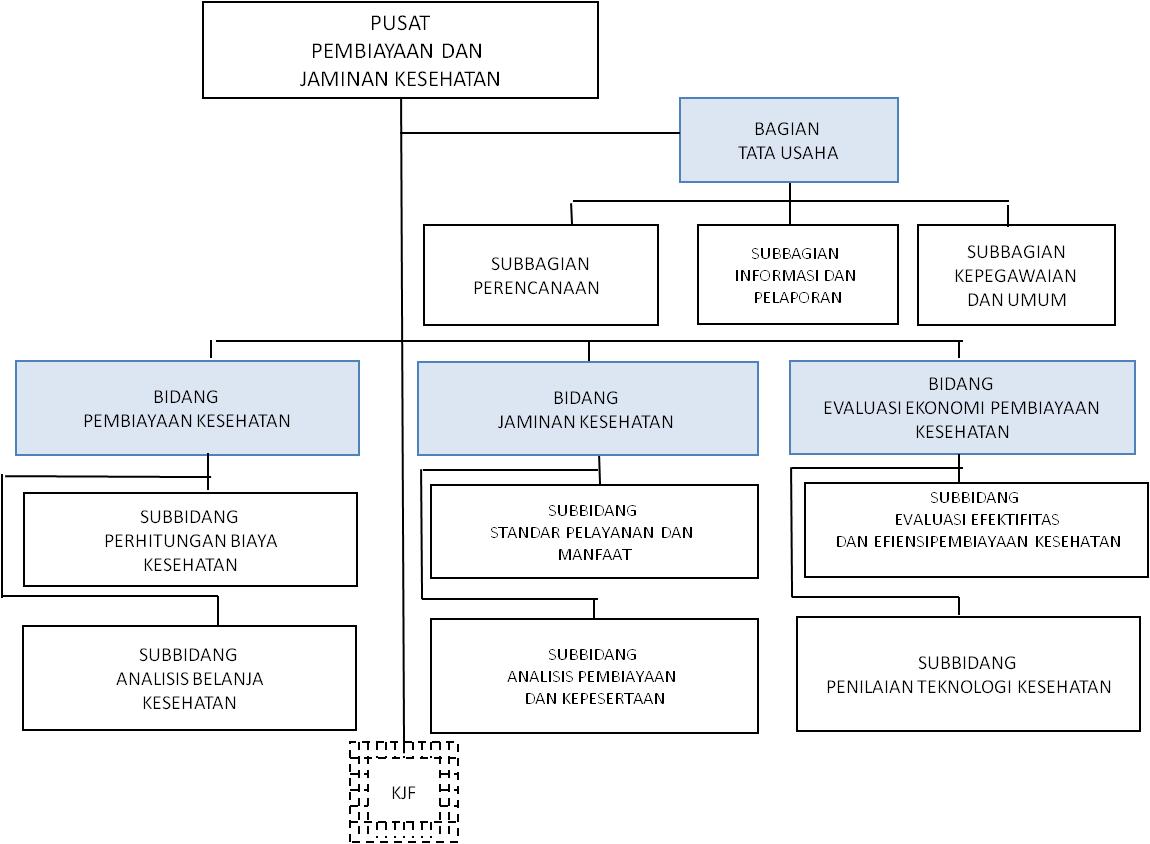
1. Penyusunan kebijakan teknis dukungan substantif di bidang Pembiayaan Kesehatan, Jaminan Kesehatan dan Evaluasi Ekonomi Pembiayaan Kesehatan;
2. Pelaksanaan tugas dukungan substansif di bidang Pembiayaan Kesehatan, Jaminan Kesehatan dan Evaluasi Ekonomi Pembiayaan Kesehatan;
3. Pemantauan, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas dukungan substansif di bidang Pembiayaan Kesehatan, Jaminan Kesehatan dan Evaluasi Ekonomi Pembiayaan Kesehatan;
4. Pelaksanaan urusan tata usaha dan rumah tangga serta administrasi Pusat;
5. Pelaksanaan tugas lainnya di bidang pembiayaan dan Jaminan Kesehatan untuk pertimbangan kebijakan Menteri Kesehatan.

## Organogram P2JK

**Pelaksanaan tugas dan pemenuhan fungsi P2JK dipimpin oleh seorang Pejabat Eslon 2, Kepala Pusat P2JK.** Dalam kesehariannya, dengan merujuk Permenkes 64/2015, Kepala P2JK harus memberikan komando langsung kepada 4 (empat) Pejabat Eslon 3 dibawahnya, yaitu: (i) Pejabat Bidang Pembiayaan Kesehatan, (ii) Pejabat Bidang Jaminan Kesehatan, (iii) Pejabat Bidang Evaluasi Ekonomi Pembiayaan Kesehatan, dan (iv) Pejabat Bidang Tata Usaha. Gambar 1 menyajikan organogram P2JK sebagaimana diatur dalam Permenkes 64/2015.

**Tugas utama bagi setiap Bidang P2JK adalah “penyiapan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis pada masing-masing Bidang”.** Untuk Bidang Pembiyaan Kesehatan--terdiri atas SubBidang Pembiayaan Perhitungan Biaya Kesehatan dan SubBidang Analisis Biaya Kesehatan--, misalnya, mengemban tugas untuk melaksanakan penyiapan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis di bidang perhitungan biaya kesehatan dan analisis belanja kesehatan. Bidang Jaminan Kesehatan yang terdiri atas Subbidang Standar dan Manfaat dan Subbagian Analisis Pembiayaan dan Kepesertaan memiliki tugas utama untuk melaksanakan penyiapan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis rencana dan program di bidang Standar Pelayanan dan Manfaat dan Analisis Pembiayaan dan Kepesertaan. Semantara Bidang Evaluasi Ekonomi Pembiayaan Kesehatan mengusung tugas melaksanakan penyiapan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis rencana dan program di bidang Evaluasi Efektifitas dan Efisiensi Pembiayaan Kesehatan dan Penilaian Teknologi Kesehatan. Sedangkan Bagian Tata Usaha berperan untuk melaksanakan penyiapan penyusunan rencana program, pelaporan dan informasi serta administrasi Pusat.

Gambar Struktur Organisasi P2JK (Permenkes 64/2015)



## Identifikasi Agenda Studi P2JK

**Untuk menjalankan fungsinya dalam bidang Pembiayaan Kesehatan, Jaminan Kesehatan dan Evaluasi Ekonomi Pembiayaan Kesehatan, P2JK harus memiliki agenda studi masuk akal, transparan, saling terkait dan terukur.** Agenda studi dengan kriteria tersebut akan mendukung P2JK dalam pemenuhan tugas dan fungsi-fungsinya, khususnya fungsi (i) penyusunan kebijakan teknis substantif, (ii) pelaksanaan tugas pada dukungan substantif, (iii) pemantauan, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas dukungan substansif, dan (iv) pelaksanaan tugas lainnya untuk pertimbangan kebijakan Menteri Kesehatan. Dalam konteks ini P2JK harus menjadi pintu gerbang pada penyediaan infromasi, atau memberikan inputs penyusunan regulasi terkait isu pembiayaan dan jaminan, serta mampu meresponse sejumlah isu kritis yang berhubungan langsung maupun tidak langsung pada bidang-bidang tersebut.

**Atas dasar argumentasi diatas, P2JK harus memiliki kajian dan mengalokasikan dana cukup demi terwujudnya riset yang mendukung tugas dan fungsi P2JK.** Tabel 1 menyajikan identifikasi topik kajian tahun 2016. Topik-topik tersebut secara umum terbagi dalam 4 (empat) sesuai dengan struktur organisasi, yakni (i) Lintas Bidang (*cross-cutting issues*); (ii) Bidang Pembiayaan; (iii) Bidang Jaminan Kesehatan, dan (iv) Bidang Evaluasi Ekonomi Pembiayaan Kesehatan. Tabel tersebut juga menyajikan tujuan, metode, luaran serta estimasi kebutuhan pendanaan dari tiap-tiap topik studi.

Tabel Identifikasi Topik Kajian Kementerian Kesehatan Tahun 2016

| No | Topik | Budget (juta) | PJ & (Pelaksana) |
| --- | --- | --- | --- |
| I | **Isu-isu Lintas Bidang (*cross cutting Issues*)** | |  |
|  | 1. Evaluasi JKN dalam peningkatan akses dan ekuitas layanan kesehatan | 950 | Kapus dan BidEvaluasi (External) |
|  | 1. Dampak JKN terhadap perlindungan keuangan peserta | 1,250 | Kapus dan BidEvaluasi (Eksternal) |
|  | 1. Pengembangan Sistem Pemantauan Risiko keuangan (*financial risks monitoring systems*) | 2,500 | Semua Bidang (Internal) |
|  | 1. Dua Tahun Perjalanan Program JKN | 1,500 | TU & BidEvaluasi (Internal) |
|  | 1. Spot-check Kinerja FKTP dan FKRTL | 2,500 | TU dan BidEvaluasi (Eksternal) |
|  | 1. Profiling Kinerja pembayaran kapitasi | 1,300 | TU dan BidEvaluasi (Internal) |
|  | 1. Integrasi luaran EBM dan HTA dalam Permenkes Standarisasi Manfaat Layanan Kesehatan | 1,700 | Semua Bidang (Internal) |
| II | **Bidang Pembiayaan Kesehatan** | |  |
|  | 1. Analisis biaya (costing) penyakit tidak menular | 1,250 | BidPembiayaan (External) |
|  | 1. Costing pelayanan kesehatan INA-CBGs | 1,800 | BidPembiayaan (External) |
|  | 1. Integrasi DHA dan NHA dalam perencanaan Kesehatan | 2,500 | BidPembiayaan (Internal) |
|  | 1. Tracing belanja kesehatan pada sejumlah program prioritas Kemkes | 2,500 | BidPembiayaan (Internal) |
| III | **Bidang Jaminan Kesehatan** | |  |
|  | 1. Pelembagaan CA dalam pelaksanaan JKN | 1,250 | BidJaminan (Internal) |
|  | 1. Formulasi *Cost Weight* Rawat Jalan Lanjut | 1,250 | BidJaminan (External) |
|  | 1. Pengembangan Relative Value Unit kasus Bedah INACBG | 1,250 | BidJaminan (External) |
|  | 1. Model Penetapan Tarif Kasus Outlier Rujukan dan Lama Hari Rawat | 1,250 | BidJaminan (External) |
|  | 1. Fairness Pembayaran Kapitasi | 1,500 | BidJaminan (Internal) |
|  | 1. Contingent Valuation penerimaan iuran peserta bukan penerima upah | 1,250 | BidJaminan (External) |
|  | 1. Klasifikasi CBG Rawat Inap pada 3 kasus CMG | 3,250 | BidJaminan (External) |
| IV | **Bidang Evaluasi** | |  |
|  | 1. Pengembangan integrasi UKM dan UKP pada era JKN | 1,500 | BidEvaluasi (External) |
|  | 1. *Bottlenecking* pembiayaan dan kinerja program prioritas Kemenkes (paradigm sehat) | 950 | BidEvaluasi (External) |
|  | 1. Revitalisasi skema pembayaran kapitasi di Indonesia | 1,750 | BidEvaluasi (External) |
|  | 1. Pelambagaan HTA di Indoensia | 850 | BidEvaluasi (Internal) |
|  | 1. Evaluasi Ekonomi obat (kasus terpilih) | 1,800 | BidEvaluasi (Internal) |
|  | 1. Evaluasi Ekonomi Terapi Khusus (kasus terpilih) | 1,800 | BidEvaluasi (External) |
| GRAND TOTAL (Rp Juta) | | 39,400 |  |

**Usulan kajian dalam Tabel 1 perlu ditindaklanjuti dalam mini-lokakarya internal P2JK.** Tujuannya untuk menggali masukan dari setiap unsur di lingkungan Kemenkes, serta sinkronisasi agenda riset. Luaran lokakarnya harus dituangkan dalam rencana aksi, termasuk identifikasi potensial pelaksana, perhitungan kebutuhan dana, penyusunan kerangka acuhan untuk setiap topik kajian yang akan dilaksanakan, serta jadwal kegiatan.

## Deskripsi Kajian P2JK

Deskripsi ringkas kajian P2JK Tahun 2016--judul, metode, luaran, estimasi budget dan pelaksana--disajikan dalam Tabel 2. Deskripi kajian ini dapat digunakan sebagai inputs dalam penyusunan ToR.

### Isu-Isu Lintas Bidang

1. **Evaluasi program JKN dalam peningkatan akses dan ekuitas layanan kesehatan.** Evaluasi bertujuan untuk (i) mengkaji dampak JKN terhadap akses dan ekuitas dalam layanan kesehatan; (ii) mengidentifikasi profil dan tren penyakit yang diderita oleh peserta JKN; dan (iii) menyajikan profil tentang pemanfaatan layanan kesehatan oleh peserta JKN dan non-peserta JKN. Untuk mencapai tujuan ini maka diperlukan kajian kuantitatif dengan mengoptimalkan ketersediaan data survai nasional (seperti Susenas) serta data klaim. Analisis data survei nasional bermanfaat untuk mendeteksi aksesibilitas penduduk terhadap pelayanan kesehatan, serta mendeteksi kejadian ekuitas dalam akses layanan. Sedangkan analisis data klaim BPJS berguna untuk mendeteksi profil penyakit dan tren penyakit. Fakta empiris hubungan kausal JKN dengan akses dan ekuitas dapat didekati dengan menggunakan aplikasi ekonometrika (analisis regresi). Aplikasi ekonometrika ini digunakan untuk menetralisir problem endogenity JKN dan sampel selection bias. Penerapan aplikasi ekonometrika harus disesuaikan dengan data yang digunakan dalam vriabel dependen: apakah diukur dengan data biner atau kontinyu. Rancangan repeated cross-sectional antar data survei juga harus dilakukan untuk menjawab tren akses dan ekuitas. Hasil analisis selanjutnya digunakan sebagai dasar untuk pembuatan (a) **Isu Brief** tentang potret dan tren penyakit diantara peserta JKN; (b) **Isu Brief** tentang Potret disparitas pemanfaatan layanan kesehatan antara sebelum dan sesudah JKN; dan (c) **Policy Brief** dan **Publikasi Internasional** tentang tentang dampak JKN terhadap perbaikan akses layanan kesehatan.
2. **Dampak JKN terhadap perlindungan keuangan peserta** . Selain bertujuan untuk meningkatkan akses dan ekuitas, program JKN juga diharapkan mampu memberikan perlindungan keuangan. Apakah tujuan JKN dalam hal memberikan perlindungan keuangan peserta sudah terwujud. Untuk memberikan jawaban objektif tentang hal ini maka kajian untuk menggali Kinerja JKN dalam memberikan perlindungan keuangan peserta perlu segera dilakukan. Tujuan dari kajian ini adalah untuk: (i) Menghitung angka proporsi kejadian belanja kesehatan katasrofik akibat konsumsi yankes diantara peserta JKN; (ii) Menghitung angka proporsi head count, overshoot dan mean over-shoot (impoverishment); dan (iii) Mengkaji dampak JKN terhadap pencegahan kemiskinan di Indonesia. Kajian ini membutuhkan metoda handal berupa riset kuantitatif melalui aplikasi ekonometrika yang cocok. Kombinasi data analisis antara data hasil survai dengan analisis data survai nasional harus digunakan untuk menghitung angka proporsi belanja kesehatan catastrophic. Selain itu, sejumlah indicator indikator yang mencerminkan indikasi perlindungan keuangan akibat belanja kesehatan seperti: head count, overshoot dan mean over-shoot, juga harus dikakukan. Selanjutnya, esiimasi dampak JKN terhadap perlindungan keuangan harus dilakukan dengan menggunakan pemodelan ekonometrika . Hasil analisis data tersebut diatas akan menghasilkan luaran dapam bentuk: (i) angka insiden kasus-kasus katasrofik di Indonesia; (ii) besaran angka indikator yang mencerminkan dampak JKN terhadap perlindungan kejadian kemiskinan akibat belanja katastropik, serta (iii) Informasi terkini dampak JKN terhadap pencegahan kemiskinan akibat belanja kesehatan katastrofik di Indoensia. Serangkaian luaran tersebut harus dikemas dalam bentuk Isu Brief dan harus digunakan bagi P2JK dalam memberikan input pada pemenuhan indikator RPJMN bidang kesehatan yang notabene telah memasukan isu-isu financial protection.
3. **Pengembangan Sistem Pemantauan Risiko Keuangan (*financial risks monitoring systems*).** Kegiatan ini bertujuan untuk mengembangkan system pemantauan risiko keuangan BPJS yang secara otomatis menghasilkan informasi kritis kinerja keuangan dalam program JKN. **Metode yang perlu dilakukan adalah** operational riset dan konsultasi untuk identifikasi titik kritis dalam bisnis proses JKN, khususnya hal-hal yang berhubungan dengan penyerapan dana JKN, mengkonversi bisnis proses JKN kedalam aplikasi SIM yang harus ditindaklanjuti oleh BPJS Kesehatan, dan menyajikan formula untuk mengenerate sejumlah indikator utama yang mencerminkan kinerja keuangan BPJS (missal: angka los rasio, angka pending klaim, angka lapse rate, dll). Luaran yang dihasilkan dari kagiatan ini akan menjadi dasar pada bahan advokasi bagi stakeholders (Kemenku, DjSN, Bappenas, dan Kemenkes).
4. **Maping Dua Tahun Perjalanan Program JKN.**  Kegiatan ini bertujuan untuk (i) membedah seluruh regulasi yang menjadi turunan UU SJSN dan UU BPJS serta untuk (ii) mengidentifikasi miss-match antar berbagai regulasi dalam program JKN. Oleh karenanya, metode yang ditempuh terdiri atas (i) Desk study untuk membongkar semua regulasi yang kini sudah ada; (ii) melakukan studi kualitatif dengan pendekatan FGD dan wawancara mendalam, serta (iii) melakukan serial seminar antar stakeholders kunci di Indonesia (Kemkes, DJSN, Kemku, BPJS, Kemsos, Bappenas, dll). Luaran dari kajian ini harus dituangkan dalam bentuk perbaikan/rekomendasi kebijakan untuk mensinkronkan berbagai regulasi turunan UU SJSN & UU BPJS.
5. ***Spot-Check* kinerja PPK Primer dan Sekunder.** Kajian ini dilakukan untuk mengidentifikasi potensial fraud dalam pelaksanaan kapitasi dan pembayaran INA-CBGs; mendeteksi akurasi sistem pencatatan aplikasi P-care dengan actual utilisasi, audits pencatatan rekam medis dengan pencatatan grouper INA-CBGs, survei untuk menggali acceptance mekaniseme DRG diantara providers serta *take-home pay* provider sekunder. Metode: studi kuantitatif dan pendekatan audit/spot checks (incidental audit). Untuk FKTP, dibutuhkan dua jenis sampel: (a) lokasi dan (b) FKTP. Sampel lokasi diambil purposive (minimal 6 propinsi), sedangkan sampel FKTP diambil random di setiap propinsi terpilih yang mewakili semua jenis FKTP. Sedangkan sampel lokasi FKRTL diambil purposive, minimal di 6 propinsi. Sampel PPK diambil random di setiap propinsi terpilih yang mewakili semua jenis rumah sakit. Analisis: (i) kesenjangan data P-care dengan hasil inputs oleh FKTP, (ii) kesenjangan pencatatan medical record debngan inputs dalam grouper; (iii) pemahaman fasyankes tentang tata kelola pelaksanaan JKN.
6. **Profiling Kinerja Pembayaran FKTP.** Tujuan (i) Mendeteksi utilisasi yankes yang dikapitasikan; (ii) Mensurvei biaya pelayanan kesehatan yang dikapitasikan (iii) Mendeteksi kecukupan dana kapitasi dan (iv) Mengembangkan factor risiko utk alokasi dana kapitasi kedepan. Studu dilakukan dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Survei pada tiga jenis FKTP (Puskesmas, Dokter Keluarga & Klinik) yang telah menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan. Sampel survey terdiri atas lokasi dan PPK yang diambil dengan probability sampling. Instrumen survai harus khusus dirancang sesuai dengan rentang manfaat kapitasi. Triangulasi hasik survai dapat dilakukan dengan record P-care. Analisis data untuk estimasi angka utilisasi dan tarip layanan kesehatan, serta estimasi factor risiko.

### Isu Bidang Pembiayaan

1. Analisis biaya (costing) penyakit tidak menular
2. Costing pelayanan kesehatan INA-CBGs
3. Integrasi DHA dan NHA dalam proses perencanaan program pembangunan Kesehatan
4. Tracing belanja kesehatan pada sejumlah program prioritas Kemkes

### Isu Bidang Jaminan

1. Pelembagaan CA dalam JKN
2. Integrasi luaran EBM dan HTA dalam Permenkes tentang Standarisasi Manfaat Layanan Kesehatan
3. Pengembangan dan formulasi *Cost Weight* pelayanan Rawat Jalan Lanjut
4. Pengembangan Relative Value Unit (RVU) kasus Bedah (surgery) INACBG
5. Model Penetapan Tarif Pada Kasus-Kasus Outlier Rujukan dan Lama Hari Rawat
6. Fairness Pembayaran Kapitasi
7. Evaluasi klasifikasi CBG dalam INA-CBGs
8. Contingent Valuation penerimaan iuran JKN peserta bukan penerima upah

### Isu Bidang Evaluasi Pembiayaan dan Jaminan

1. Pengembangan integrasi program-program UKM dan UKP pada era JKN
2. *Bottlenecking* pembiayaan dan kinerja program prioritas Kemenkes (misal: paradigm sehat)
3. Revitalisasi pembayaran Kapitasi
4. Pelambagaan HTA di Indoensia
5. Evaluasi Ekonomi obat (kasus terpilih)
6. Evaluasi Ekonomi Terapi Khusus (kasus terpilih)

Tabel Deskripsi Kajian P2JK Kementerian Kesehatan Tahun 2016

| No | Topik | Tujuan | Metode | Luaran | Budget (juta) | PJ & Pelaksana |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I | **Isu-isu Lintas Bidang (*cross cutting Issues*)** | | | | |  |
|  | 1. Evaluasi JKN dalam peningkatan akses dan ekuitas layanan kesehatan | * Mengkaji dampak JKN terhadap akses dan ekuitas dalam layanan kesehatan; * Mengidentifikasi profil dan tren penyakit yang diderita oleh peserta JKN * Profiling pemanfaatan layanan kesehatan oleh peserta JKN dan non-peserta JKN | * Riset kuantitatif; * Analisis data survai tingkat nasional untuk mendeteksi akses dan ekuitas; * Analisis data klaim BPJS Kesehatan untuk mendeteksi profil dan tren penyakit * Aplikasi ekonometrika riset kesehatan (testing endogeneity JKN, sampel selection bias, count dan biner data analysis) * Repeated cross-sectional analisis data survai nasional | * Potret dan tren penyakit diantara peserta JKN (**Policy Brief**) * Potret disparitas pemanfaatan layanan kesehatan antara sebelum dan sesudah JKN (**Isu Brief**); * Informasi terkini dampak JKN terhadap perbaikan akses layanan kesehatan (**Policy Brief dan Publikasi Internasional)** | 950 | Kapus dan Bidang Evaluasi (External) |
|  | 1. Dampak JKN terhadap perlindungan keuangan peserta | * Menghitung angka proporsi kejadian belanja kesehatan katasrofik akibat konsumsi yankes diantara peserta JKN; * Menghitung angka proporsi head count, overshoot dan mean over-shoot (impoverishment) * Mengkaji dampak JKN terhadap pencegahan kemiskinan di Indonesia; | * Studi kuantitatif via aplikasi ekonometrika * Kombinasi data analisis antara data survai dengan analisis data survai nasional * Estimasi angka belanja kesehatan catastrophic * Estimasi indikator head count, overshoot dan mean over-shoot * Pemodelan dampak JKN terhadap financial protection | * Angka insiden kasus-kasus katasrofik di Indonesia; * Estimasi indikator yang mencerminkan poverty * Informasi terkini dampak JKN terhadap pencegahan kemiskinan akibat belanja kesehatan katastrofik * **Isu Brief** dan input P2JK dalam memfeeding pemenuhan indikator RPJMN bidang kesehatan | 1,250 | Kapus dan Bidang Evaluasi (External) |
|  | 1. Pengembangan Sistem Pemantauan Risiko keuangan (*financial risks monitoring systems*) | * Mengembangkan system pemantauan risiko keuangan BPJS yang mampu menghasilkan informasi kritis kinerja keuangan program JKN | * Operational riset dan konsultasi; * Identifikasi titik kritis bisnis proses JKN yang berhubungan dengan penyerapan dana JKN * Konversi bisnis proses JKN kedalam aplikasi SIM BPJS * Formula untuk mengenerate indikator utama kinerja keuangan BPJS | * Inputs advokasi kepada stakeholders (Kemenku, DjSN, Bappenas, dan Kemenkes) | 2,500 | Semua Bidang P2JK (Internal) |
|  | 1. Dua Tahun Perjalanan Program JKN | * Membedah seluruh regulasi turunan UU SJSN dan UU BPJS * Identifikasi miss-match antar berbagai regulasi dalam program JKN | * Desk study: kajian literature * Studi kualitatif (FGD, workshop) * Serial Seminar antar stakeholders kunci di Indonesia (Kemkes, DJSN, Kemku, BPJS, Kemsos, Bappenas, dll) | * Inputs rekomendasi untuk sinkronisasi regulasi turunan UU SJSN & BPJS (missal: revisi overlapping regulasi dalam JKN) | 1,500 | TU & Evaluasi (Internal) |
|  | 1. *Spot-check*  Kinerja FKTP Primer dan Sekunder | * Mengidentifikasi potensial fraud dalam pelaksanaan kapitasi * Mendeteksi akurasi system pencatatan aplikasi P-care dengan actual utilisasi * Mengidentifikasi potensial fraud dan abuse pelaksanaan INA-CBGs * Audits pencatatan rekam medis dengan pencatatan grouper INA-CBGs * Survei acceptance mekaniseme DRG diantara providers * Survei *take-home pay* provider sekunder | * Studi kuantitatif * Pendekatan audit/spot checks, incidental audit * Dua jenis sampel: (a) lokasi dan (b) FKTP. Sampel lokasi diambil purposive (minimal 6 propinsi), sedangkan sampel FKTP diambil random di setiap propinsi terpilih yang mewakili semua jenis FKTP * Analisis kesenjangan antara data P-care dengan hasil inputs dokter primer. * Studi kuantitatif dg pendekatan *surprised audit* thd berkas medical records pasien JKN * Sampel lokasi diambil purposive, minimal di 10 propinsi. Sampel PPK diambil random di setiap propinsi terpilih yang mewakili semua jenis rumah sakit * Estimasi kesenjangan pencatatan medical record dg inputs yang dialkukan oleh para. * Pelaksana independent (eksternal) | * Inputs advokasi dan pemantauan rutin kinerja PPK, termasuk pencegahan fraud dalam pelaksanaan JKN * Isu Brief kinerja FKTP * Isu Brief kasus abuse dan fraud INA-CBGs sbg bahan advokasi ke organisasi profesi (IDI, ARSA, ARSADA, dll) | 2.500 | TU dan Bidang Evaluasi (External) |
|  | 1. Profiling Kinerja pembayaran kapitasi | * Mendeteksi utilisasi yankes yang dikapitasikan * Mensurvei biaya pelayanan kesehatan yang dikapitasikan * Mendeteksi kecukupan dana kapitasi * Mengembangkan factor risiko utk alokasi dana kapitasi kedepan | * Studi kuantitatif & kualitatif; * Survai pada tiga jenis FKTP (Puskesmas, Dokter Keluarga & Klinik). * Sampel lokasi dan sampel PPK diambil dengan probability sampling. * Instrumen survai khusus dirancang sesuai rentang manfaat kapitasi * Triangulasi hasik survai dengan data record P-care * Metode estimasi utk generate angka utilisasi dan tarip layanan kesehatan. * Metode estimasi utk generate factor risiko peserta | * Hasil estimasi tarif dan utilisasi per jenis layanan yang dikapitasikan. * Factor risiko utk koreksi nilai kapitasi * Rekomendasi adjustment besaran kapitasi * Bahan penyusunan model kapitasi * Inputs dalam revisi Permenkes standar tarip * Inputs dalam estimasi iuran JKN periode mendatang (Revisi PerPres Iuran JKN) | 1.300 | TU dan Bidang Evaluasi (External) |
|  | 1. Integrasi luaran EBM dan HTA dalam Permenkes tentang Standarisasi Manfaat Layanan Kesehatan | * Pengembangan manual dan SOP standar pelayanan kesehatan dalam praktik JKN di Indonesia * Pengembangan platform luaran hasil HTA dalam institusionalisasi kegiatan P2JK * Formulasi SOP kedalam Peremenkes | * Serial workshop untuk optimalisasi hasil EBM dan HTA dalam seting benefit JKN | * Permenkes tentang SOP dalam pemberian layanan kesehatan di Indonesia | 1.500 | BidJaminan dan Eavkuasi (Internal) |
| II | **Bidang Pembiayaan Kesehatan: melaksanakan penyiapan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis di bidang perhitungan biaya kesehatan dan analisis belanja kesehatan.** | | | | |  |
| II.a | **SubBidang Perhitungan Biaya Kesehatan** | | | | |  |
|  | 1. Analisis biaya (costing) penyakit tidak menular | * Melakukan analisis biaya penanganan penyakit tidak menular | * Cost Analysis program prioritas * Step-down costing untuk biaya administerasi dan bottom-up resource costing untuk obat, diagnostics, dan SDM. | Rekomendasi kebutuhan pendanaan kesehatan untuk penanganan penyakit-penyakit tidak menular | 1,250 | External |
|  | 1. Costing pelayanan kesehatan INA-CBGs | * Mengidentifikasi jenis-jenis pelayanan kesehatan untuk setiap kode CBGs * Mengenerate angka utilisasi pelayanan kesehatan untuk setiap diagnosis penyakit; * Memperbaiki system pencatatan dan pelaporan dalam implementasi INA-CBGs | * Studi kuantitatif, via survai tarip pelayanan kesehatan * Sampel propinsi dan rumah sakit (vertical, khusus, swasta) dipilih purposive . Sedangkan, sampel kode CBGs dipilih random dari kasus-kasus yang ditemukan di rumah sakit terpilih * Analisis diarahkan untuk generate mean dan median tarip layanan dan utilisasi per jenis layanan disetiap kode INA-CBGs * Analisis budget neutralitas | * Inputs dasar dalam refisi tarip INA-CBGs. * Inputs pengembangan logic aplikasi grouper INA-CBGs * Inputs simulasi kecukupan dana JKN * Inputs dalam studi aktuari iuran periode mendatang | 1,800 | External |
| II.b | **SubBidang Analisis Belanja Kesehatan** | | | | |  |
|  | 1. Integrasi DHA dan NHA dalam proses perencanaan program pembangunan Kesehatan | * Pelembagaan DHA dan NHA dalam proses perencanaan pembangunan kesehatan di Indonesia | * Serial workshop DHA dan NHA di Indonesia | * Desiminasi luaran DHA dan NHA secara rutin * Pengembangan insfrastruktur pelaksanaan DHA dan NHA | 2,500 | Internal |
|  | 1. Tracing belanja kesehatan pada sejumlah program prioritas Kemkes |  |  |  | 2,500 | Internal |
| III | **Bidang Jaminan Kesehatan : Melaksanakan penyiapan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis rencana dan program di bidang Standar Pelayanan dan Manfaat dan Analisis Pembiayaan dan Kepesertaan.** | | | | |  |
| III.a | **SubBidang Standarisasi dan Manfaat** | | | | |  |
|  | 1. Pelembagaan CA dalam pelaksanaan JKN | * Institusionalisadi dan desiminasi lingkup pekerjaan CA * Pelambagaan CA untuk meredam disputes antar stakeholders | * Serial workshop ttg isu CA dengan melibatkan semua pelaku | * Isu Brief keberadaan CA di Indonesia | 1,250 | Internal |
| III.b | **SubBidang Analisis Pembiayaan dan Kepesertaan** | | | | |  |
|  | 1. Formulasi *Cost Weight* Rawat Jalan Lanjut | * Melakukan perhitungan biaya satuan pasien rawat jalan di FKRTL * Menghitung dan formulasi *cost weight* kasus pelayanan Rawat Jalan yang selama ini digunakan dalam skema pembayaran INA-CBGs | * Riset oprasional * Survai/pengumpulan (a) data costing dan (b) data utilisasi dan (c) klinis pada kasus-kasus pelayanan rawat jalan * Analisis perhitungan biaya (dauble distribution dan ABC costing) untuk menghitung satuan kasus pelayanan rawat jalan di rumah sakit * Analisis pengembangan indek/bobot biaya pelayanan rawat jalan | * Perubahan CW Maryland yang kini digunakan dalam INA-CBGs dengan informasi riil CW dari fakta empiris di Indonesia. * Isu brief | 1.250 | Eksternal |
|  | 1. Pengembangan Relative Value Unit (RVU) kasus Bedah | * Melakukan perhitungan unit cost (costing) pasien Bedah di rumah sakit * Membuat Relative Value Unit (RVU). * Melakukan simulasi implikasi penetapan RVU bagi kondisi pendanaan rumah sakit dan JKN | * Studi kuantitatif, via survai rumah di rumah sakit * Sampel propinsi dan rumah sakit (vertikal, khusus, swasta) dipilih purposive . Sedangkan, sampel kasus dipilih random dari sampling frame kasus bedah di rumah sakit sampel * Perhitungan biaya satuan kasus bedah, dan analisis pengembangan RVU kasus bedah serta budget neutralitas. | * Koreksi tarif pada kasus underpaid dan overpaid pada INA-CBG rawat inap. | 1.250 | External |
|  | 1. Model Penetapan Tarif Pada Kasus-Kasus Outlier Rujukan dan Lama Hari Rawat | * Mengembangkan model penetapan tarif khusus pada kasus Rujukan dan Lama Hari Rawat yang berada pada nilai outlier (pencilan) | * Identifikasi kasus-kasus INA-CBG yang secara potensial dirujuk oleh RS tipe C dan D * Perhitungan biaya satuan pada kasus-kasus rujukan outlier rawat inap | * Penetapan cost weight | 1.250 | External |
|  | 1. Fairness Pembayaran Kapitasi | * Memotret fairness dalam hal pendapatan diantara berbagai jenis FKTP diantara FKTP * Memotret sebaran risiko yang dihadapi oleh setiap jenis FKTP, * Memotret kapasitas pendukung (supply) yang dimiliki oleh setiap jenis FKTP | * Studi kuantitatif via survey FKTP; * Survai pada semua jenis FKTP (Sampel lokasi dan sampel FKTP diambil via probability sampling). * Metode estimasi utk generate index fairness untuk dimensi pendapatan, risiko dan kapasitas FKTP | * Rekomendasi kebijakan untuk memastikan fairnes/kesetaraan pembayaran kapitasi diantara berbagai jenis FKTP. | 1,500 | External |
|  | 1. Contingent Valuation penerimaan iuran JKN peserta bukan penerima upah | * Mendapatkan informasi ttg penerimaan peserta thd scenario iuran JKN kelas I, II dan III * Mendeteksi kemampuan dan kemauan membayar calon peserta JKN | * Study kuantitatif dan kualitatif * Explorasi WTP melalui bidding-game dan contingent valuation * Unit analisis pada tingkat households; * Estimasi threshold WTP dan ATP calon peserta JKN | Bahan untuk penyusunan kebijakan dan strategi pemasaran JKN bagi peserta non-penerima upah. | 1.250 | External |
|  | 1. Klasifikasi CBG Rawat Inap pada 3 kasus CMG | * Mengidentifikasi model potensial utk pengumpulan iuran bagi peserta bukan penerima upah * Melakukan analisis ekonomi kesehatan dari setiap metode yang sedang atau akan diusulkan oleh BPJS | * Study experiments (RCT, randomized control trial) * Sampling; Probability untuk untuk menjamin homogenitas treatmen dan control sebelum RCT * Estimasi efektifitas dari setiap metode collection premi: lapse rate & sustanabilitas * Estimasi efisiensi dari hasil evaluasi ekonomi (CEA & CBA) * Independent, dan melibatkan stakeholders kunci untuk menjamin *political buy in* | Rekomendasi formulasi metode pengumpulan iuran JKN bagi peserta non-penerima upah. | 2.250 |  |
| IV | **Bidang Jaminan Kesehatan** | | | | |  |
| IV.a | **SubBidang Evaluasi Efektivitas dan Efisiensi Pembiayaan Kesehatan** | | | | |  |
|  | 1. Pengembangan integrasi program-program UKM dan UKP pada era JKN | * Menggali performa program pembangunan UKM sebelum dan sesudah JKN * Menganalisis implikasi penerapan JKN terhadap kinerja pembangunan UKM * Mengembangkan konsep integrasi UKM dan UKP di era JKN dengan mengoptimalkan tool yang diterapkan dalam JKN untuk mereduksi caveat kinerja UKM | * Kajian kualitatif (FGD dan Wandal) dan kuantitatif dengan memanfaatkan data sekunder; * Analisis tren kinerja pembangunan kesehatan (cakupan program UKM dan UKP) sebelum dan sesudah pelaksanaan JKN * Analisis diterminan kinerja UKM di era JKN | * Kebijakan untuk memadukan program-program UKM, khususnya program prioritas, dan UKP di era JKN. * Optimalisasi skema pembayaran Kapitasi dalam JKN untuk memicu kinerja pembangunan kesehatan bidang UKM * Policy Brief pengembangan pembayaran kapitasi berbasis kinerja (kinerja: outcome UKM berupa cakupan program, kinerja, dll). | 1,500 | External |
|  | 1. *Bottlenecking* pembiayaan dan kinerja program prioritas Kemenkes (paradigm sehat) | * Eksploratif -program potensial yang perlu dijadikan sebagai program prioritas dalam Kemeks * Feasibility impelemntasi program-program prioritas Kemkes dari aspek pendanaan dan infrastruktur termasuk SDM * Identifikasi pros-dan cons pelaksanaan program prioritas; | * Mixed-method: studi kualitatif (FGD dan Wawancara mendalam) dan kuantitatif (maping fasyankes dan SDM) | * Inovasi dalam pluncuran program UKM prioritas di Indonesia * Isu brief program prioritas | 950 | External |
|  | 1. Revitalisasi pembayaran Kapitasi | * Mendetaksi besaran belanja kesehatan dalam program JKN * Perhitungan biaya satuan untuk memproduksi biaya layanan kesehatan yang dikapitasikan di wilayah ttt * Pengembangan index kompensasi FKTP di Wilayah DTPK * Pengembangan factor risiko dalam penerapan skema pembayaran kapitasi | * Operasional riset (mixed method studi kuantitatif dan kualitatif) * Survai biaya untuk menggali biaya produksi yankes yang mewakili wilayah kepulauan, pegunungan, dan wilayah dengan karakteristik lain spt DTPK. * Analisis data untuk menghitung penyerapan dana kapitasi dalam program JKN * Analisis data untuk menentukan factor risiko dalam penerapan biaya kapitasi | * Isu brief (a) factor risiko dalam penerapan kapitasi menurut usia dan jenis kelamin peserta (b) kompetensi FKTP dalam menyediakan layanan FKTP * Pengembangan index kompensasi FKTP di wilayah kepulauan, pegunungan, dan wilayah DTPK. | 1,750 | External |
| IV.b | **SubBidang Penilaian Teknologi Kesehatan** | | | | |  |
|  | 1. Pelambagaan HTA di Indoensia | * Melembagakan keberadaan HTA di Indonesia; * Penyusunan manaual proses penilaian teknologi keehatan | * Serial konsuktatif meting * Serial | Rekomendasi proses pelaksanan penilaian teknologi kesehatan oleh KPTK | 850 | Internal |
|  | 1. Evaluasi Ekonomi obat (kasus terpilih) | * Melakukan kajian evaluasi ekonomi obat untuk pengobatan pada kasus penyakit berbiaya mahal; | * Evaluasi ekonomi (Cost-Effectiveness Analysis dan Budget Impact Analysis) | Rekomendasi jenis obat dan jenis terapi yang layak masuk manfaat JKN | 1,800 | Internal |
|  | 1. Evaluasi Ekonomi Terapi Khusus (kasus terpilih) | * Melakukan kajian evaluasi ekonomi pada pemilihan terapi dalam penanganan penyakit berbiaya mahal | * Evaluasi ekonomi (Cost-Effectiveness Analysis dan Budget Impact Analysis) | Rekomendasi jenis terapi pilihan yang harus dimasukan dalam manfaat JKN | 1,800 | Internal |

1. Draft 1, 10 Feb 2016; Bahan Diskusi Internal P2JK Kemkes RI [↑](#footnote-ref-2)