



## Rangkuman Rekomendasi

Sumber Daya yang Dibutuhkan untuk Penanggulangan HIV secara Luas	Belanja Strategis yang Disarankan untuk Memenuhi Kebutuhan Program HIV
1. Memberi insentif ke fasilitas kesehatan primer untuk memberi layanan ART ke pasien HIV secara kontinu.	1. Menerapkan mekanisme kapitasi berbasis kinerja di faskes primer sebagai insentif untuk memberi pengobatan ke ODHA secara berkelanjutan.
2. Mendorong pemberian stok obat untuk beberapa bulan (multi-month dispensing) dan desentralisasi layanan.	2. Memperkuat kebijakan rujukan dan rujuk balik untuk memastikan ODHA ditangani di faskes di tingkat yang tepat.
3. Meningkatkan rujuk balik pasien ART yang stabil dari rumah sakit ke faskes primer.	3. Merevisi INA-CBG yang berkaitan dengan HIV agar ODHA yang tidak memerlukan layanan rawat inap tidak terus dilayani di rumah sakit.
4. Mendukung pengadaan ARV dan tes <i>viral load</i> (VL) rutin secara luas.	4. Mendukung pengadaan ARV yang lebih efisien dan biaya tes <i>viral load</i> yang lebih terjangkau untuk penerapan tes secara lebih luas.

Catatan: Tiga rekomendasi pertama bersifat saling melengkapi dan memperkuat dan oleh karena itu sebaiknya diterapkan sebagai satu paket solusi untuk reformasi belanja program HIV

## Pendahuluan

Pemerintah Indonesia berencana untuk secara cepat memperluas akses masyarakat ke layanan HIV untuk memenuhi standar pelayanan minimal (SPM) dan mencapai target program HIV yang telah ditetapkan dalam Rencana Akselerasi Terapi Antiretroviral (ART). Mengingat kegiatan penanggulangan HIV akan diperluas secara signifikan, sementara dukungan dana eksternal untuk HIV diperkirakan akan menurun, dan sumber daya dalam negeri yang ada masih terbatas, maka pemerintah harus mulai mempertimbangkan reformasi belanja strategis untuk penyediaan layanan HIV agar sumber daya yang ada dapat dimanfaatkan dengan lebih optimal dan target menghentikan epidemi HIV dapat dicapai.

Di tahun 2018, proyek Health Policy Plus (HP+) yang didanai oleh Badan Pembangunan Internasional AS telah melakukan analisis biaya pelaksanaan strategi fast-track yang bertujuan memperluas intervensi penanggulangan HIV di seluruh Indonesia. Atas dasar strategi fast-track, Kemenkes mencanangkan Rencana Akselerasi ART. HP+ juga menghitung biaya satuan intervensi program HIV di Jakarta dan Papua. Berdasarkan proyeksi sumber daya yang dibutuhkan untuk memperluas penanggulangan sesuai target, HP+ mengevaluasi berbagai pilihan pendanaan program melalui mekanisme belanja dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang lebih baik. Bila semakin banyak layanan HIV dapat dibiayai melalui JKN, maka pembiayaan intervensi HIV akan lebih efisien, efektif dan berkelanjutan karena tidak terlalu bergantung pada (1) pembiayaan berdasarkan input dari sisi suplai yaitu dari pemerintah pusat atau daerah dan (2) pembiayaan dari donor eksternal.

Analisis pembiayaan yang dilakukan HP+ menemukan bahwa dari tahun 2018 hingga 2023 sumber daya yang dibutuhkan program HIV diperkirakan akan meningkat hingga lebih dari dua kali lipat. Oleh karena itu, reformasi belanja strategis untuk membiayai komoditas dan layanan HIV melalui JKN dan program HIV nasional penting dilakukan untuk mengendalikan biaya, mendorong efisiensi dan memperoleh luaran (*outcome*) yang lebih baik.

Dokumen ini merangkum temuan dan rekomendasi dari analisis dan konsultasi yang dilakukan dalam Kelompok Kerja Teknis Belanja Kesehatan Strategis (TWG SHP) yang dipimpin oleh Pusat Pembiayaan Jaminan Kesehatan (PPJK) dan Subdirektorat HIV AIDS dan PIMS, Kemenkes, dengan dukungan dari HP+. Salah satu konsultasi dilakukan dalam lokakarya di bulan November 2019 yang dihadiri oleh klinisi dari fasilitas kesehatan primer dan rumah sakit di Jakarta, mitra pelaksana dan organisasi masyarakat madani. Lokakarya diselenggarakan untuk memahami situasi seputar layanan HIV saat ini berdasarkan informasi langsung dari para praktisi kesehatan, juga untuk mengetahui persepsi penyedia layanan terkait dengan manajemen pasien HIV dan pelaksanaan kebijakan rujukan dan rujuk balik<sup>1</sup>. Pembentukan TWG SHP HIV ini sejalan dengan TWG serupa yang dibentuk untuk membahas reformasi belanja strategis untuk layanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir (KIB), serta tuberkulosis (TB). Dokumen ini:

1. Merangkum beberapa bidang kunci di mana perbaikan layanan HIV berkat mekanisme pembiayaan yang lebih efisien meningkatkan manfaat yang diperoleh ODHA
2. Menjelaskan mekanisme pembiayaan dan belanja strategis yang disarankan, serta dampak yang mungkin diperoleh melalui mekanisme tersebut di Indonesia
3. Mengusulkan tindak lanjut yang diperlukan untuk menerapkan rekomendasi yang diberikan, termasuk melalui pelaksanaan sebuah proyek percontohan
4. Menjadi dasar untuk konsultasi lebih lanjut dengan mitra pemerintah dan berbagai pemangku kepentingan kunci lainnya

## Situasi Penanggulangan HIV di Indonesia

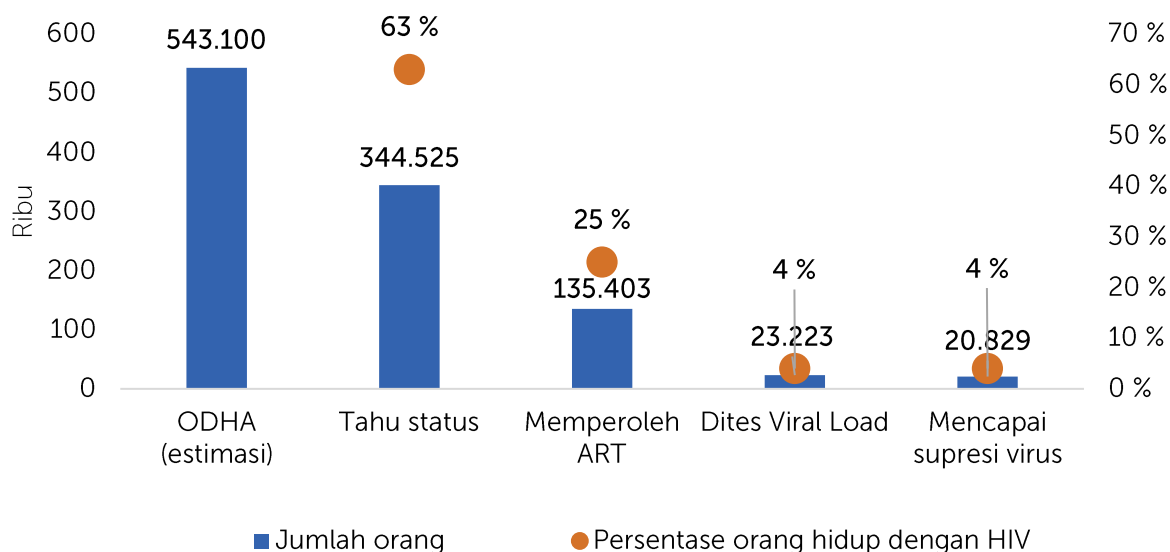
### Tujuan Kebijakan HIV

Seperti disebutkan sebelumnya, Pemerintah Indonesia berencana untuk secara cepat memperluas akses masyarakat ke layanan HIV demi mencapai target identifikasi kasus, terapi antiretroviral (ART), dan tes *viral load* (VL) yang telah ditetapkan sesuai Rencana Akselerasi ART (Surat Edaran Dirjen P2P Nomor 1822/2019). Berdasarkan laporan kasus HIV terakhir dari semester kedua tahun 2020 diperkirakan ada 543.100 orang hidup dengan HIV di Indonesia. Di bulan Juni 2020, 63 % dari ODHA telah mengetahui status mereka, 25 % dari mereka memperoleh terapi ARV, dan 4 % dari ODHA telah mencapai supresi virus (lihat Gambar 1). Tujuan dari Rencana Akselerasi ART adalah meningkatkan jumlah ODHA yang memperoleh terapi ARV menjadi 40 % di bulan Desember 2020 (~217.000 ODHA atau 1,6 kali lipat dari jumlah ODHA dalam ART di bulan Juni 2020), dan menjadi 90 % di bulan Desember 2027. Dengan tingkat retensi pengobatan saat ini (hanya 48 % ODHA yang memulai ART bertahan dalam pengobatan), maka untuk mencapai target tahun 2020, akan ada tambahan 170.000 ODHA yang harus melakukan inisiasi ART. Akan tetapi, bila upaya bersama dari semua pihak berhasil meningkatkan retensi pengobatan, dan menemukan pasien yang *lost-to-follow-up*, maka jumlah ODHA baru yang harus memulai ART demi memenuhi target tahun 2020 akan jauh lebih sedikit.

---

<sup>1</sup> Rujukan ke bawah, kadang disebut rujuk balik, adalah proses merujuk pasien kembali untuk memperoleh layanan di fasilitas kesehatan di jenjang yang lebih rendah, sepanjang kondisi kesehatan pasien tidak berisiko.

**Gambar 1. Cascade Layanan HIV (Juni 2020)**



Sumber: Pertemuan Kajian Triwulan Dana Hibah Global Fund untuk Indonesia (Triwulan ke-2, bukan data resmi)

Selain Rencana Akselerasi ART, dokumen kebijakan utama lain yang juga memandu kegiatan penanggulangan HIV di Indonesia adalah Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 4/2019, yang merinci persyaratan teknis untuk pemenuhan standar pelayanan minimal (SPM) di bidang kesehatan. Permenkes ini mewajibkan pemerintah daerah untuk menerapkan standar minimal ini dalam layanan preventif dan promotif dasar yang diberikan di fasilitas kesehatan primer publik dan swasta. Layanan skrining dan pencegahan HIV merupakan salah satu dari 12 indikator yang wajib dipenuhi oleh pemerintah daerah. Seiring arahan dalam Rencana Akselerasi ART bagi Dinas Kesehatan Kab/Kota, (lihat Kotak 1), pemerintah daerah akan berupaya melakukan identifikasi kasus dan mengarahkan sebanyak mungkin individu yang telah memperoleh diagnosis ke layanan. Reformasi belanja strategis akan dapat mendukung berbagai upaya ini khususnya: memberi insentif yang membuat semakin banyak penyedia layanan memberi layanan ART secara berkelanjutan, membiayai layanan konseling HIV yang lebih berkualitas secara tepat, mendukung pemberian ARV untuk beberapa bulan sekaligus (*multi-month scripting*) bagi ODHA yang memenuhi syarat, mewajibkan pelaporan SIHA sebagai persyaratan pembayaran, dan mendukung pemberian tes viral load secara luas.

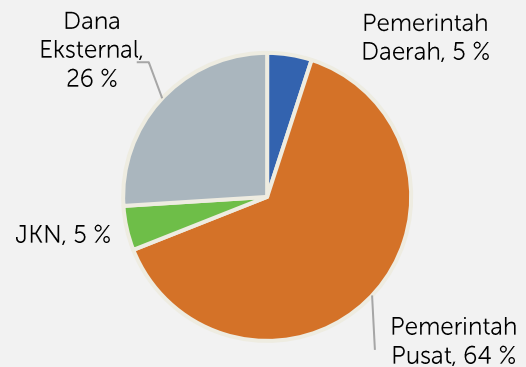
### **Kotak 1. Arahan bagi Dinkes Kab/Kota sesuai Rencana Akselerasi ART**

1. Menerapkan kebijakan *test and treat* untuk HIV, dan memberi terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) sebagai bagian dari layanan ART
2. Merevitalisasi forum layanan yang berkelanjutan untuk akselerasi ART
3. Menambah jumlah penyedia layanan yang memberi layanan ART
4. Memperbaiki layanan konseling HIV
5. Memperluas dukungan melalui tim pendampingan klinis kab/kota
6. Memperkuat pelaporan layanan HIV ke SIHA
7. Meningkatkan upaya menyambungkan ODHA ke layanan ART
8. Meningkatkan layanan tes HIV, konseling, pemantauan viral load, dan penjangkauan di kelompok prioritas yang memperoleh ART

## Pembiayaan Penanggulangan HIV

Di tahun 2016, pemerintah menanggung 74 % dari total pengeluaran program HIV di Indonesia, sementara sisanya didanai oleh lembaga donor (Gambar 2). Jumlah ini tidak mencakup biaya yang dikeluarkan oleh pasien sendiri (*out-of-pocket*) untuk layanan HIV, yang sebagian besar berupa biaya konsultasi dokter yang tidak dibiayai melalui JKN atau Subdit HIV. Obat ARV dan tes viral load dibiayai melalui anggaran nasional dan lembaga donor. Saat ini peran skema jaminan kesehatan nasional (JKN) hanya kecil, yaitu mendanai 5 % dari program HIV melalui pembayaran INA-CBG untuk layanan di rumah sakit. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS-K) mendanai layanan HIV melalui JKN dengan menggunakan mekanisme pembayaran penyedia layanan kesehatan di berbagai tingkat sistem kesehatan.

**Gambar 2. Sumber Pendanaan Program HIV (2016)**



Sumber: Data NASA 2015-2016 (akan datang)

Bagi peserta JKN, penyediaan layanan HIV oleh petugas kesehatan di fasilitas kesehatan primer diasumsikan didanai melalui gabungan JKN (melalui dana kapitasi di faskes primer) dan pembiayaan dari sisi suplai, dan biaya konsultasi dokter sudah tercakup dalam paket layanan. Pemeriksaan biokimia dasar juga sudah tercakup dalam JKN, tapi kit tes HIV, tes CD4 dan tes viral load tidak diberi oleh JKN melainkan berasal dari dana pemerintah pusat. Sebagian besar penyediaan ARV ditanggung oleh pemerintah pusat. Global Fund membeli obat ARV lini kedua, dan menanggung kekurangan obat ARV lini pertama saat terjadi kegagalan proses tender untuk pengadaan ARV secara nasional (terakhir terjadi di tahun 2018). Sementara itu, transfer dana dari pemerintah daerah menanggung sebagian biaya fasilitas kesehatan dan layanan kesehatan masyarakat untuk HIV. BPJS-K menanggung biaya konsultasi, dan pasien HIV yang bukan anggota JKN atau tidak menggunakan keanggotaannya (untuk beragam alasan, termasuk tidak ingin mengakses layanan dari penyedia layanan primer yang biasa mereka temui), akan membayar biaya konsultasi dengan dana mereka sendiri (*out-of-pocket*). Secara keseluruhan, fragmentasi dalam pendanaan layanan HIV membuat masing-masing institusi memiliki insentif yang saling bertentangan, dengan akuntabilitas yang kurang jelas, yang pada akhirnya berdampak pada akses layanan dan perlindungan keuangan bagi ODHA.

Di tingkat rumah sakit, BPJS-K memberi penggantian biaya penyedia layanan berdasarkan sistem INA-CBG untuk layanan rawat inap dan rawat jalan pasien HIV. Sejak tahun 2014, pembayaran yang dilakukan BPJS-K meningkat signifikan. Jumlah kasus rawat inap yang diberi kode infeksi HIV (INA-CBG: A-4-15) bertambah dari 10.678 kasus di tahun 2014 menjadi lebih dari 20.000 kasus di tahun 2017. Total pengeluaran juga meningkat dari Rp. 63 juta di tahun 2014 menjadi lebih dari Rp. 260 juta di tahun 2017. Sekitar Rp. 160 juta (81 %) dari kenaikan ini disebabkan oleh meningkatnya tarif INA-CBG untuk ketiga tingkat keparahan penyakit. Antara tahun 2014 dan 2016 tarif naik sebesar 127 %, 119 %, dan 87 % untuk kasus ringan, sedang dan parah/berat.

Mengingat pelaksanaan Rencana Akselerasi ART akan meningkatkan jumlah pasien HIV yang memperoleh ART, maka ini merupakan saat yang tepat untuk melihat kembali berbagai peluang efisiensi yang dapat diwujudkan melalui perbaikan belanja layanan HIV di seluruh jenjang sistem kesehatan, dengan dana JKN dan dana program HIV. Demikian pula dengan obat ARV dan tes VL yang jumlahnya akan bertambah seiring dengan semakin banyaknya pasien HIV yang memulai ART dan terus bertahan dalam ART. Oleh karena itu perlu dijajaki berbagai cara untuk memperluas dan meningkatkan efisiensi pengadaan, distribusi dan pembayaran obat ARV dan tes VL.

## Belanja Strategis Layanan HIV

Tim teknis HP+, yang mencakup beberapa ahli dari Indonesia, melakukan analisis bagaimana mekanisme belanja dan sistem pembayaran mempengaruhi insentif penyedia layanan untuk memberi dan membiayai layanan HIV. Tim menemukan bahwa mekanisme pembiayaan layanan HIV yang diterapkan saat ini masih belum mampu untuk secara optimal mendukung pemberian ART ke ODHA dalam jumlah yang meningkat pesat sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Akselerasi ART. Berdasarkan analisis, disarankan agar pengaturan pemberian layanan diperbaiki, dan dilakukan reformasi belanja yang tepat. Ini akan memberi insentif kepada penyedia layanan untuk meningkatkan skala layanan HIV, mendorong perbaikan kualitas untuk luaran yang lebih baik bagi pasien HIV, sekaligus mendukung pembiayaan yang berkelanjutan.

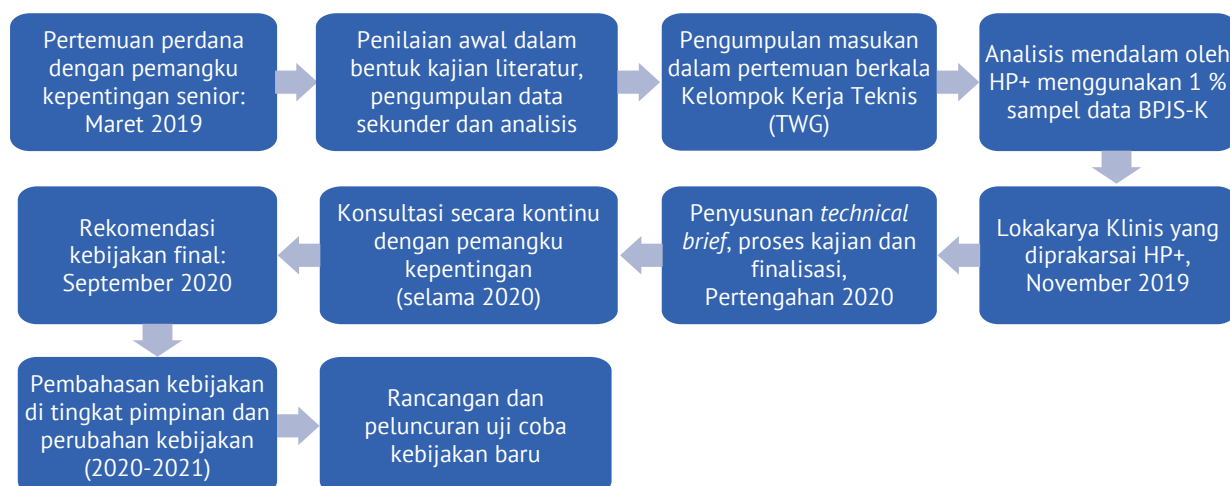
Belanja strategis untuk produk dan layanan kesehatan dapat memberi insentif kuat untuk penyediaan layanan yang efisien, berkualitas dan efektif biaya. Untuk memperbaiki mekanisme belanja dan memperkuat insentif untuk layanan HIV yang lebih efisien dan efektif, penilaian dan optimisasi empat komponen utama belanja dilakukan dengan pendekatan yang menyeluruh, yaitu mencakup:

- Spesifikasi standar layanan dan manfaat yang diinginkan (“*layanan apa yang akan dibeli*”)
- Pengaturan kontrak (“*dari siapa membeli layanan*”)
- Mekanisme dan tarif pembayaran (“*cara membeli layanan*”)
- Pemantauan penyedia layanan

Sejak JKN mulai diterapkan di tahun 2014, beberapa hal yang tidak efisien dalam rancangan dan pelaksanaan belanja kesehatan menyebabkan pengeluaran untuk layanan HIV di rumah sakit meningkat tajam. Di semua provinsi, layanan kurang mengandalkan fasilitas kesehatan primer yang sesungguhnya merupakan tulang punggung dari kegiatan penanggulangan HIV. Penerapan paduan pengobatan ARV yang optimal dan tes viral load untuk memastikan supresi virus juga tidak dapat diperluas secara memadai. Mekanisme pembiayaan layanan HIV melalui JKN saat ini tidak memberi penyedia layanan tingkat primer insentif kuat untuk memberi ART ke pasien secara berkelanjutan. Sebaliknya rumah sakit memiliki insentif kuat untuk melanjutkan terapi ARV bagi pasien HIV yang stabil, dan tidak merujuk mereka kembali ke fasilitas kesehatan primer.

Bersama Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK) dan Subdirektorat HIV AIDS dan PIMS, Kemenkes, HP+ mengembangkan proses pengembangan kebijakan sebagaimana digambarkan dalam Gambar 3. Proses ini memastikan bahwa rekomendasi yang dibuat untuk mengubah mekanisme pembayaran penyedia layanan HIV melalui JKN dan program HIV merupakan hasil konsensus dan telah melalui telaah teknis yang teliti.

**Gambar 3. Pengembangan Rekomendasi Perubahan Kebijakan terkait dengan HIV dan JKN serta Rencana Implementasi**



## Prioritas Program HIV yang dapat Didorong melalui Reformasi Belanja Kesehatan

Berdasarkan prioritas kebijakan dan situasi pendanaan Pemerintah Indonesia, Kelompok Kerja Teknis Belanja Kesehatan Strategis HIV mengidentifikasi beberapa isu prioritas dalam penyediaan dan pembiayaan layanan HIV yang akan dapat ditangani (setidaknya sebagian) melalui perbaikan prosedur belanja kesehatan. TWG juga mengidentifikasi bagaimana JKN dan pendanaan program dapat memberi insentif bagi penyedia layanan. Prioritas ini terutama berfokus pada dua komponen terakhir dari kerangka belanja strategis, yaitu mekanisme dan tarif pembayaran, serta pemantauan penyedia layanan. Paket manfaat layanan HIV di Indonesia sudah cukup komprehensif, walaupun pendanaannya masih terfragmentasi. Oleh karena itu, menurut TWG hal yang perlu menjadi fokus adalah “bagaimana membeli” dan bukan “layanan apa yang dibeli”. Layanan HIV juga telah tersedia di semua jenjang sistem kesehatan sehingga tidak terlalu perlu untuk berfokus pada mekanisme kontrak (“membeli dari siapa”). Jadi TWG sepakat untuk berfokus pada upaya mendorong efisiensi biaya dan memperluas akses melalui perubahan mekanisme dan tarif pembayaran serta pemantauan penyedia layanan untuk memastikan bahwa layanan HIV diberikan di jenjang yang tepat dalam sistem kesehatan. Berikut ini adalah rincian isu-isu prioritas dalam penanggulangan HIV, diikuti dengan pilihan kebijakan dan rekomendasi bagaimana mengatasi isu-isu tersebut melalui reformasi mekanisme pembayaran dan pemantauan penyedia layanan.

### **1. Memberi insentif bagi fasilitas kesehatan primer untuk melanjutkan pemberian layanan ART kepada pasien HIV yang datang ke faskes primer**

Fasilitas kesehatan primer diharapkan memberi layanan HIV bagi pasien yang stabil sebagai bagian dari 144 diagnosis standar yang tercantum dalam Standar Kompetensi Dokter Indonesia, Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia 2012.<sup>2</sup> Dalam sistem P-Care, layanan tersebut dicatat sebagai kode B20.

Dalam *cascade* layanan ART saat ini, 90 % dari pasien yang memperoleh ART dan tes viral load berhasil mencapai supresi virus. Berhubung supresi virus adalah faktor penting penentu stabil / tidaknya pasien, dan bila kita berasumsi bahwa sejumlah kecil tes VL yang dilakukan saat ini (dalam enam bulan pertama tahun 2020, 17,2 % ODHA yang memperoleh ART dites viral load) dapat mewakili populasi ODHA dalam ART, maka nampaknya sekitar 90 % pasien dapat dianggap stabil. Dalam lokakarya klinis yang diselenggarakan, juga diperoleh beberapa informasi yang mendukung asumsi ini dan beberapa penyedia layanan memperkirakan bahwa >90 % dari pasien HIV mereka saat ini sudah stabil dan dapat ditangani di fasilitas kesehatan primer.

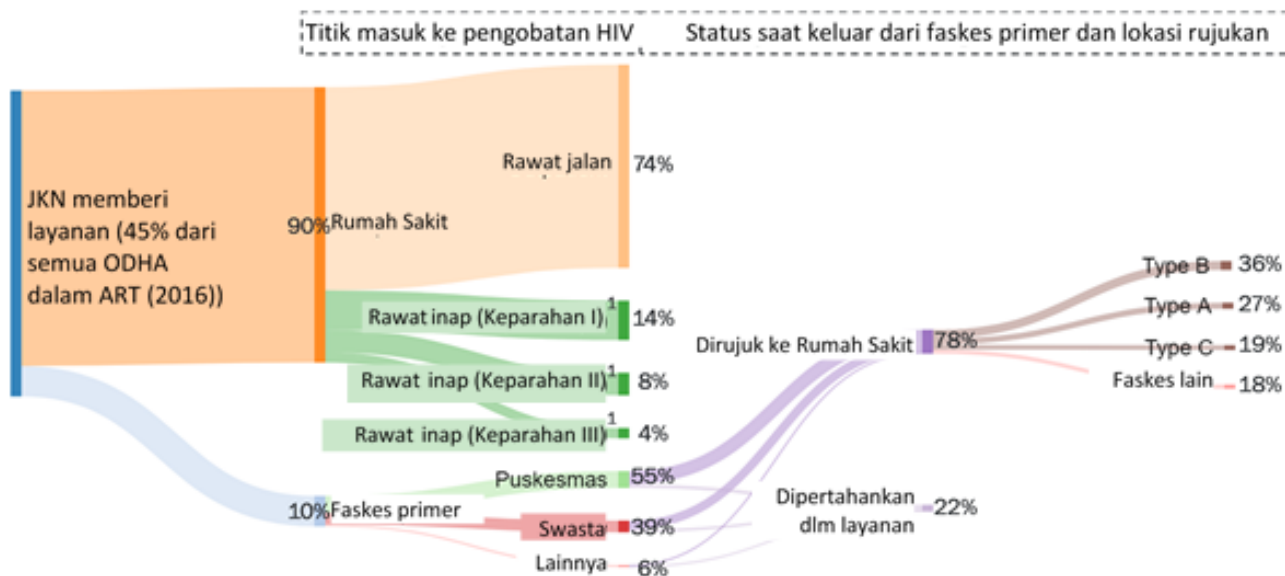
Analisis atas 1 % data BPJS-K tahun 2015 dan 2016 (yang mencakup data dari rumah sakit dan faskes primer) memberi gambaran bahwa sekitar 45 % dari pasien HIV dalam ART mencari layanan kesehatan dengan menggunakan JKN. Sejak tahun tersebut, proporsi pasien HIV yang menjadi peserta JKN telah bertambah. Di tahun 2019 proyek USAID LINKAGES melakukan survei pada populasi kunci di DKI Jakarta yang menerima layanan berbasis komunitas dengan dukungan PEPFAR. Survei mencatat bahwa 88 % dari populasi kunci yang positif HIV, dan 65 % dari populasi kunci yang negatif HIV adalah peserta JKN. Akan tetapi, beberapa pasien memilih untuk tidak menggunakan JKN saat mengakses layanan HIV agar mereka dapat memperoleh layanan kesehatan yang lebih fleksibel. Terlepas dari pilihan yang diambil, obat ARV untuk semua pasien HIV ditanggung oleh program nasional (atau untuk beberapa kasus, oleh lembaga donor). Pasien yang memilih untuk tidak menggunakan JKN saat memperoleh ART dari puskesmas, harus membayar biaya konsultasi, sedangkan mereka yang datang ke faskes swasta harus membayar obat dan layanan dengan dana mereka sendiri (*out-of-pocket*).

---

<sup>2</sup> Dalam Rencana Akselerasi ART definisi pasien yang stabil/tidak rumit adalah mereka yang: 1) telah menerima ARV selama minimal satu tahun; 2) tidak mengalami efek samping obat yang buruk yang memerlukan pemantauan secara teratur; 3) tidak sedang sakit; memiliki pemahaman yang baik tentang kepatuhan pengobatan; dan 4) menunjukkan keberhasilan pengobatan (VL tidak terdeteksi atau 2 kali hitung sel CD4 dalam 6 bulan, dengan hasil hitung sel CD4 > 200 sel/mm<sup>3</sup>).

Dari sekitar 45 % pasien HIV dalam ART yang merupakan peserta JKN dan menggunakan manfaat BPJS-K untuk mengakses layanan, hanya sekitar 10 % menerima ART di fasilitas kesehatan primer (lihat Gambar 4). Lainnya mengakses layanan di rumah sakit. Sebagian besar (79 %) pasien HIV yang pertama datang ke fasilitas kesehatan primer tercatat sebagai 'dirujuk ke rumah sakit'. Sebagian besar kasus rujukan di rumah sakit berasal dari puskesmas (56 %), diikuti dengan klinik swasta (39 %). Tingkat rujukan yang dilakukan puskesmas sedikit lebih tinggi (81 %) dari tingkat rujukan penyedia layanan swasta (77 %). Rumah Sakit tipe B adalah tujuan rujukan yang paling umum (36 %), diikuti oleh Rumah Sakit tipe A (27 %) dan tipe C (19 %).<sup>3</sup>

**Figure 4. Level of Care for HIV Patients using JKN from Point of Entry to Referral (2015 and 2016)**



Sumber: Analisis HP+ atas 1 % data BPJS-K (2015 dan 2016)

<sup>1</sup> Untuk layanan rawat inap, sisten pembayaran dengan INA-CBG memungkinkan penyedia layanan memberi kode diagnosis berdasarkan penilaian petugas tingkat keparahan penyakit yang dibagi menjadi tiga; I (ringan), II (sedang), III (berat/parah).

Diskusi dengan pemangku kepentingan turut mendukung pengamatan bahwa proporsi pasien HIV yang menggunakan keanggotaan JKN mereka untuk memperoleh ART di fasilitas kesehatan primer masih rendah. Hal ini disebabkan oleh dua faktor utama:

- Di tahun 2015 dan 2016 (kerangka waktu dari sampel data yang dianalisa), ART masih terutama diberikan di rumah sakit, karena desentralisasi ART masih belum diterapkan secara penuh. Di tahun 2014 Permenkes nomor 87/2014 menunjuk 508 rumah sakit dan 367 Puskesmas untuk memberi layanan dan pengobatan HIV bagi ODHA serta mereka yang berisiko tertular HIV. Dari sini upaya penanggulangan HIV terbentuk menjadi layanan yang dipimpin oleh rumah sakit
- Desentralisasi ART secara penuh baru terjadi di DKI Jakarta di mana 42 puskesmas telah mampu memberi layanan ART. Di banyak provinsi yang jauh terpencil layanan HIV masih diberikan di tingkat rumah sakit, dan ARV belum sampai ke puskesmas

<sup>3</sup> Rumah Sakit tipe A adalah rumah sakit rujukan utama dengan beragam layanan sub-spesialistik. Rumah sakit tipe B ada di tiap ibu kota provinsi dan menjadi titik rujukan bagi rumah sakit kabupaten. Layanan yang disediakan mencakup beragam layanan spesialisik dan beberapa sub-spesialistik. Rumah sakit tipe C menerima rujukan pasien dari puskesmas dan menyediakan beberapa layanan spesialisik. (Mahendradhata, Y., L. Trisnantoro, S. Listyadewi, P. Soewondo, T. Marthias, et al. 2017. Kajian Sistem Kesehatan Republik Indonesia (*The Republic of Indonesia Health System Review*) Health Systems in Transition, Vol-7 No.1. WHO Regional Office for South-East Asia.)

Perubahan mekanisme pembiayaan JKN untuk layanan HIV di faskes primer dapat meningkatkan kepatuhan faskes primer pada persyaratan agar mereka melanjutkan pengobatan pasien HIV yang stabil, dan tidak merujuk pasien ke rumah sakit.

## **2. Mendorong pemberian ARV untuk stok beberapa bulan (multi-month dispensing) dan desentralisasi layanan**

Untuk menambah jumlah ODHA yang memperoleh ART secara signifikan di beberapa tahun mendatang, beberapa peluang dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan efisiensi layanan HIV di fasilitas kesehatan primer. Rencana Akselerasi ART mendorong pemberian stok ARV untuk beberapa bulan (*multi-month dispensing*) yaitu maksimal tiga bulan bagi pasien HIV yang stabil. Ketentuan lebih lanjut tentang *multi-month dispensing* ini dicantumkan dalam pedoman pengobatan HIV yang baru yang sedang disusun bersama WHO. Akan tetapi, penyedia layanan ART menyampaikan bahwa saat ini, *multi-month dispensing* masih diberikan per kasus dengan mempertimbangkan preferensi pasien (misalnya pasien bekerja lepas pantai atau bekerja di luar negeri untuk jangka waktu yang panjang) dan tidak berdasarkan kriteria klinis. Untuk itu perlu dibuat sebuah protokol *multi-month dispensing* yang lebih sistematis yang ketika jumlah pasien HIV bertambah pesat, akan membantu mengurangi beban kerja penyedia layanan. Ini juga memungkinkan pasien untuk tidak perlu terlalu sering meminta izin dari pekerjaan sekaligus mengurangi beban transportasi yang harus ditanggung pasien untuk datang ke fasilitas kesehatan tiap bulan.

Sebagaimana disebutkan di atas, desentralisasi ART ke tingkat puskesmas telah dilaksanakan di Jakarta, tapi di provinsi yang jauh terpencil, layanan ART masih tetap berpusat di rumah sakit kabupaten. Perubahan mekanisme belanja dan perbaikan pengelolaan rantai pasok untuk ART perlu dilakukan agar desentralisasi ART dapat diterapkan secara nasional dan pasien HIV dapat memperoleh akses yang lebih baik ke ART. Hal ini selaras dengan arahan dari Rencana Akselerasi ART yang mendorong penambahan jumlah penyedia layanan ART (baik layanan publik dan swasta). Di saat yang sama, bila penyedia layanan dapat diberi insentif yang tepat untuk mempertahankan pasien HIV, maka biaya penyediaan layanan juga akan berkurang.

## **3. Meningkatkan rujuk balik dari rumah sakit ke fasilitas kesehatan primer untuk pasien HIV yang sudah stabil dalam ART**

Untuk meningkatkan jumlah pasien HIV yang memperoleh layanan ART secara kontinu di faskes primer, maka rujuk balik untuk pasien HIV yang stabil dalam ART dari rumah sakit ke faskes primer perlu diperkuat. Hal ini memperluas akses dan pilihan bagi pasien, sekaligus meningkatkan efisiensi dengan cara mengurangi pengeluaran yang tidak perlu di tingkat fasilitas yang lebih tinggi. Analisis atas 1 % data BPJS-K menunjukkan bahwa 74 % dari pasien HIV di rumah sakit menerima layanan rawat jalan, dan tiap kunjungan rawat jalan dibayar dengan sistem INA-CBG. Pasien-pasien tersebut kemungkinan besar dapat dirujuk kembali ke fasilitas kesehatan primer. Secara klinis, rujuk balik juga masih dapat diberlakukan bagi pasien HIV dengan penyakit penyerta sekalipun, karena 66 % dari pasien dalam ART di rumah sakit memiliki diagnosis sekunder yang masih termasuk dalam daftar 144 diagnosis yang dapat ditangani di fasilitas kesehatan primer. Pasien berhak mengabaikan instruksi untuk rujuk balik dan memilih untuk tetap datang ke rumah sakit. Akan tetapi BPJS-K tidak berkewajiban untuk membayar klaim atas pengobatan mereka, yang berarti pasien harus membayar keberlanjutan pengobatan mereka di rumah sakit dengan dana mereka sendiri (*out-of-pocket*).

Saat lokakarya klinis, peserta lokakarya menegaskan bahwa banyak pasien yang telah mempercayai sebuah rumah sakit tertentu cenderung ingin meneruskan pengobatan mereka di rumah sakit tersebut. Mereka juga merasa memperoleh privasi di rumah sakit daripada di puskesmas dekat tempat tinggal mereka di mana mereka mungkin bertemu dengan keluarga dan teman-teman mereka. Untuk itu perlu dilakukan kajian dan penguatan manajemen kasus HIV di faskes primer agar layanan ART yang diberikan memenuhi standar kualitas minimal. Satu alternatif sementara



yang dapat membantu menjaga privasi adalah mengarahkan pasien HIV untuk menerima ART di puskesmas lain, dan bukan di rumah sakit. Untuk itu perlu dibentuk sebuah mekanisme alokasi dana bagi puskesmas alternatif tersebut (sebagian dari pembayaran kapitasi peserta JKN atau metode alokasi dana lainnya) agar biaya puskesmas memberi ART ke pasien di luar wilayah cakupan mereka dapat dibayar dengan tepat dan efisiensi pendanaan masih dapat diperoleh melalui penyediaan ART di fasilitas kesehatan primer dan bukan di rumah sakit.

Mekanisme yang berpotensi mendorong rujuk balik bagi kasus-kasus klinis yang tepat adalah dengan mengevaluasi model pembayaran layanan HIV yang diterapkan bagi rumah sakit. Ini berarti mengkaji pembayaran INA-CBG untuk diagnosis “infeksi HIV”. Bila tarif INA-CBG terus meningkat maka rumah sakit akan semakin memiliki insentif untuk mempertahankan atau merawat pasien-pasien HIV di luar indikasi medis atau tanpa pertimbangan efisiensi. Sebagai contoh, dari tahun 2015 hingga 2016 tarif INA-CBG untuk rawat inap kode A-4-15 (infeksi HIV) tingkat penyakit ringan, sedang dan berat masing-masing naik 127 %, 119 % dan 86 %. Perubahan mendasar pada biaya input atau standar layanan yang menyebabkan penyesuaian tarif perlu dikaji secara retrospektif terlebih dahulu sebelum menaikkan tarif lagi. Diagnosis klinis dan tingkat penggantian biaya oleh BPJS-K untuk kelompok kasus rawat jalan HIV di INA-CBG (Q-5-34 and Q-5-35) juga perlu dikaji untuk memastikan kode diagnosis ini masih dapat dipakai (valid) sambil mempertimbangkan kembali kapasitas yang ada di faskes tingkat primer untuk memberi layanan HIV. Ada kemungkinan bahwa kode INA-CBG di atas mencakup diagnosis untuk kondisi yang tidak perlu penanganan di tingkat rumah sakit. Oleh karena itu, standar klinis yang menjadi dasar pengelompokan kasus perlu ditinjau kembali untuk memastikan apakah diagnosis tersebut perlu perawatan rumah sakit atau dapat dirujuk ke faskes yang lebih bawah. Idealnya, definisi diagnosis dan tarif yang ada dalam INA-CBG diatur sehingga layanan yang diberikan di rumah sakit adalah layanan rawat jalan spesialisik dan layanan rawat inap bagi pasien yang memerlukan perawatan tingkat lanjut, atau pasien dengan berbagai kondisi. Di saat yang sama, atas alasan medis dan efisiensi biaya, rumah sakit akan merujuk balik pasien-pasien yang stabil atau tidak memiliki komplikasi, mendukung proses peralihan agar pasien dapat ditangani dengan efektif di fasilitas kesehatan primer.

#### **4. Mendukung pelaksanaan tes viral load rutin secara luas**

Berdasarkan pedoman tes VL, pasien HIV perlu memperoleh dua kali tes VL di tahun pertama, diikuti dengan satu kali tiap tahun untuk pasien yang stabil dalam ART, yang berarti jumlah tes VL yang dilakukan perlu ditingkatkan secara signifikan. Di tahun 2019, jumlah tes VL yang dilakukan hanyalah 10.009 tes, padahal ada 127.613 pasien HIV yang memperoleh ART. Sebanyak 78 % dari tes VL dilakukan menggunakan mesin Abbott di rumah sakit, sedangkan lainnya dilakukan di mesin GeneXpert. Peserta lokakarya klinis menyampaikan bahwa salah satu alasan rendahnya jumlah tes VL adalah preferensi untuk menggunakan tes sebagai cara verifikasi kenaikan VL, dan bukan untuk pemeriksaan rutin pencapaian supresi VL. Harga tes VL di Indonesia juga jauh lebih tinggi dari harga global, sehingga perluasan tes viral load akan sulit dijangkau. Subdirektorat HIV telah mendeteksi adanya perbedaan biaya tes viral load yang dibayar Kemenkes ke berbagai rumah sakit. Di tahun 2020 Kemenkes akan melakukan standarisasi harga untuk memastikan pembayaran berlangsung wajar dan adil.

Satu hal lain yang juga dapat dipertimbangkan adalah memanfaatkan mesin GeneXpert yang tersedia melalui program penanggulangan tuberkulosis secara luas di rumah sakit dan puskesmas di seluruh Indonesia. Mesin GeneXpert ini belum digunakan sesuai kapasitas maksimal, sehingga mesin ini masih dapat menangani jumlah pasien HIV dalam ART yang saat ini ada, maupun penambahan jumlah pasien di masa mendatang, yang memerlukan tes VL tiap tahun. Untuk itu perlu dilakukan kuantifikasi reagen tes VL, diikuti dengan pengadaan dan pengelolannya agar reagen tersedia di fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan untuk meminimalisir risiko kedaluwarsa. HP+ bersama Subdit HIV telah melakukan perhitungan biaya tes viral load dan biaya penyediaan tes secara luas di seluruh Indonesia.

## Pilihan Kebijakan dan Rekomendasi

Berdasarkan telaah berbagai publikasi resmi dan laporan yang tidak dipublikasi, analisis 1 % data BPJS-K, konsultasi dengan pemangku kepentingan, serta masukan dari TWG SHP untuk HIV, tim teknis merumuskan dan mempertajam beberapa pilihan kebijakan dan rekomendasi yang pada dasarnya bertujuan untuk memperbaiki sistem belanja kesehatan dan pembayaran penyedia layanan agar sumber daya dialokasikan dengan lebih baik dan insentif penyedia layanan selaras dengan tujuan penyediaan layanan. Di jangka panjang, pasien akan memperoleh manfaat dari perubahan ini karena penyedia layanan di tingkat primer akan terpacu untuk memberi layanan HIV di lokasi yang dekat rumah atau tempat kerja pasien, dan meningkatkan kualitas layanan. Saat ini sedang dilakukan pembahasan tentang layanan apa saja yang dianggap sebagai Kebutuhan Kesehatan Dasar yang akan masuk ke dalam paket manfaat JKN. Ada kemungkinan layanan HIV akan dikeluarkan dari JKN, dan bila hal itu terjadi, layanan HIV di tingkat pusat dan daerah akan bergantung pada pendanaan dari program HIV. Oleh karena itu, usulan rekomendasi yang dibuat membuat dua pertimbangan yaitu penyediaan layanan HIV melalui dana JKN atau dana program HIV.

Beberapa rekomendasi telah diajukan untuk pertimbangan TWG SHP HIV. Rekomendasi pertama mengusulkan adanya reformasi belanja strategis layanan HIV secara menyeluruh di tingkat faskes primer, melalui perubahan mekanisme pembayaran dan penguatan pemantauan penyedia layanan. Rekomendasi kedua dan ketiga mengacu pada layanan HIV di rumah sakit. Pada rekomendasi kedua, penekanan adalah pada kebutuhan memperkuat pelaksanaan rujuk balik (dengan pemantauan penyedia layanan yang lebih intensif), sementara rekomendasi ketiga berfokus pada revisi tarif penggantian biaya ART untuk mengelola insentif dengan lebih baik (mengubah mekanisme pembayaran). Rekomendasi terakhir berfokus pada kebutuhan yang mendesak untuk menyediakan layanan tes viral load dengan skala yang lebih luas dengan tujuan verifikasi supresi virus dan menurunkan angka penularan HIV. Rekomendasi terakhir ini menyorot perlunya menetapkan satu mekanisme pembayaran dan tarif standar untuk tes viral load serta membentuk proses pemantauan penyedia layanan untuk memastikan kepatuhan terhadap pedoman tes viral load begitu kapasitas tes telah tersedia secara luas.

### **1. Mengembangkan sistem pembayaran berbasis kinerja untuk layanan HIV di fasilitas kesehatan primer sebagai insentif untuk melayani pasien ART secara kontinu**





Agar penyedia layanan di tingkat primer lebih memiliki insentif untuk memberi layanan ART ke pasien secara kontinu, maka disarankan untuk memberlakukan sistem pembayaran berbasis kinerja agar penyedia layanan berorientasi ke *cascade* layanan HIV. Jumlah inisiasi dan retensi dalam ART serta jumlah pasien yang mencapai supresi virus dapat dijadikan target. Bila target tidak tercapai, akan ada mekanisme disinsentif agar penyedia layanan menjadikan manajemen program HIV sebagai salah satu kegiatan prioritas di bidang kesehatan. Mengingat ketidakpastian yang ada seputar penetapan Kebutuhan Kesehatan Dasar, rekomendasi yang diajukan dibagi menjadi dua skenario: menggunakan dana dari skema JKN dan menggunakan dana dari program HIV.

- *Skema JKN*: Disarankan untuk melakukan penyesuaian ke sistem kapitasi berbasis kinerja yang saat ini diterapkan yaitu dengan menambahkan HIV sebagai indikator ke tingkat kontak, tingkat rujukan dan pengelolaan penyakit-penyakit kronis (Prolanis) di semua puskesmas. Penyesuaian pembayaran kapitasi perlu didasarkan pada luaran (*outcome*) HIV yang diinginkan di akhir periode waktu tertentu (misalnya, jumlah inisiasi ART, atau jumlah pasien dalam ART yang mencapai supresi virus). Atau, berbagai aspek ini digabung menjadi “tingkat retensi pasien dalam ART”, yang didefinisikan sebagai persentase pasien ART di faskes yang bersangkutan, yaitu jumlah pasien ART di awal satu periode waktu yang masih tetap menerima ART di akhir periode waktu tersebut. Pasien yang menerima pengobatan secara kontinu cenderung memiliki derajat kesehatan yang lebih baik.

Sistem kapitasi yang diterapkan saat ini tidak mencakup indikator layanan HIV sama sekali, jadi tidak ada insentif untuk manajemen kasus HIV dibandingkan dengan layanan lain yang dibiayai melalui mekanisme *fee-for-service* non-kapitasi. Fasilitas layanan primer tidak memiliki insentif untuk terus melayani pasien HIV secara kontinu sehingga mereka melakukan rujukan berlebih. Gambar 5 menunjukkan target dan pembobotan yang diusulkan untuk tiga kriteria kapitasi berbasis kinerja yang diterapkan saat ini dengan tingkat rujukan non-spesialistik sebagai parameter yang paling signifikan. Agar usulan rekomendasi selaras dengan Rencana Akselerasi ART dari Kemenkes, HP+ mengusulkan untuk menambahkan target yang spesifik tentang HIV dengan penyesuaian bobot. Untuk pembahasan saat ini, usulan HP+ adalah penggunaan tingkat retensi dalam ART, dengan target minimal 75 %, dengan bobot indikator 5 % dalam sistem kapitasi berbasis kinerja. Penambahan HIV sebagai indikator ke sistem kapitasi berbasis kinerja akan dapat memacu fasilitas kesehatan primer untuk melayani pasien HIV dengan biaya yang lebih terjangkau dibandingkan membentuk sistem *fee-for-service* baru untuk layanan HIV.

Saat ini, sesuai peraturan BPJS-K tentang kapitasi berbasis kinerja, puskesmas dan klinik pratama menerima pembayaran kapitasi berdasarkan skor terbobot yang dihitung dari indikator tingkat kontak, tingkat rujukan dan kinerja program prolanis. Faskes yang di periode sebelumnya memperoleh skor terbobot 4, menerima pembayaran kapitasi 100 %. Untuk faskes dengan skor yang lebih rendah (<4), pembayaran kapitasi mengikuti skala geser dari 3-15 %, di mana puskesmas menerima pengurangan yang lebih besar. Setelah HIV ditambahkan ke sistem, puskesmas atau klinik pratama dengan kinerja layanan HIV yang tidak mencapai standar akan dikenakan penalti ringan yaitu bobot yang diterapkan untuk indikator ini cukup ringan sebagaimana diilustrasikan di Gambar 5. Puskesmas atau klinik pratama yang memenuhi atau melampaui target akan menerima pembayaran kapitasi penuh. Sistem ini tidak akan menimbulkan biaya tambahan ke BPJS-K dan oleh karena itu tidak akan mempengaruhi keberlanjutan skema JKN.

**Gambar5. Usulan Penambahan Unsur HIV ke dalam Model Kapitasi Berbasis Kinerja yang Ada**

	Kriteria saat ini	Target	Bobot
	Tingkat kontak	$\geq 150$ per juta	40 %
	Tingkat rujukan rawat jalan non-spesialistik	$< 2$ %	45 %*
	Proporsi peserta Prolanis dgn diabetes mellitus & hipertensi yg terkontrol	$> 5$ %	10 %
	Indikator baru yang diusulkan: Manajemen Program HIV		
	Tingkat retensi dalam ART	$> 75$ %	5 %

Sumber: HP+, berdasarkan Peraturan BPJS-K 7/2019

\* Bobot awal: 50 %

Selain model yang mengenakan penalti ringan, insentif untuk layanan HIV juga dapat diperkuat melalui dorongan positif, yaitu dengan menerapkan mekanisme *fee-for-service* untuk tes HIV dan manajemen kasus ART di faskes layanan primer. Besaran pembayaran didasarkan pada data biaya komprehensif di tingkat faskes. Saat ini dengan situasi keberlanjutan finansial dari JKN yang secara keseluruhan belum membaik, ruang untuk menambahkan pembayaran *fee-for-service* ke JKN memang terbatas, tapi dana dapat diperoleh dari anggaran pemerintah daerah.

Pemerintah daerah berkewajiban untuk memenuhi target standar pelayanan minimal (SPM) untuk HIV dan saat ini sebagian biaya layanan HIV, serta biaya operasional dan infrastruktur puskesmas ditanggung oleh pemerintah daerah. Tarif penggantian biaya tes HIV dan beberapa aspek dari layanan ART dapat ditetapkan dan didanai dari beragam unsur yang ada dalam anggaran pemerintah daerah yang mencakup dana transfer dari pemerintah pusat, dan pendapatan asli daerah. Pada prinsipnya, dana transfer ke daerah yang tidak diperuntukkan untuk kebutuhan khusus, seperti misalnya infrastruktur atau gaji pegawai, dapat dipakai untuk membiayai layanan pencegahan dan pengobatan HIV. Begitu pula dengan dana dekonsentrasi (Dekon) Kemenkes di daerah dapat digunakan dengan lebih baik untuk beberapa kebutuhan prioritas seperti kegiatan promosi kesehatan, pencegahan dan tes HIV.

- *Program HIV*: Konsep yang diterapkan mirip, yaitu memberi fasilitas kesehatan primer insentif dengan menggunakan dana pemerintah daerah seperti memberi insentif melalui JKN dengan dana pemerintah daerah yang sebagian tergantung pada pencapaian target yang telah disepakati. Akan tetapi, saat ini pemerintah daerah belum memiliki mekanisme pembiayaan berbasis kinerja, sehingga secara administratif, mekanisme pendanaan ini akan sulit diterapkan. Pemerintah daerah perlu untuk terlebih dahulu mengembangkan proses yang memungkinkan mekanisme ini diterapkan, lalu membayar atau menahan pembayaran sesuai struktur mekanisme dan melakukan verifikasi pencapaian target.<sup>4</sup>

Struktur pembayaran berbasis kinerja (baik yang didanai oleh JKN atau oleh program HIV) perlu memuat unsur-unsur penting dalam Rencana Akselerasi ART Pemerintah seperti penyediaan layanan konseling yang lebih baik, penerapan multi-month dispensing, dan pelaporan data yang lengkap, tepat waktu dan akurat ke SIHA. Penerapan pembayaran layanan ART berbasis kinerja (baik sebagai kegiatan percontohan maupun dalam penerapan secara nasional) perlu mempertimbangkan beberapa faktor seperti nilai untuk penyesuaian kinerja, matriks rinci, cara melakukan verifikasi, bagaimana dan kapan memproses pembayaran, bagaimana mengakomodasi pilihan dan mobilitas pasien. Untuk itu pertama-tama dapat dirancang satu mekanisme yang tepat, yang akan disempurnakan selama dan setelah uji coba percontohan.

Dalam konsultasi seputar berbagai kemungkinan untuk memberi insentif kepada faskes primer, pemangku kepentingan di Jakarta menyampaikan bahwa dana pemerintah daerah penting dimanfaatkan sebagai tambahan bagi pembayaran dan sistem berbasis kinerja JKN secara keseluruhan. Mekanisme pembayaran yang akan sangat berdampak meningkatkan jumlah kasus yang ditangani di tingkat primer adalah mekanisme yang secara tepat menggabungkan kapitasi berbasis kinerja dengan sistem penggantian biaya untuk beberapa layanan kunci HIV di faskes primer. Langkah selanjutnya adalah membuat usulan tarif penggantian biaya yang tepat berdasarkan data biaya komprehensif yang akan tersedia di tahun 2020. Penggantian biaya dapat didanai oleh pemerintah daerah.

## **2. Memperkuat kebijakan rujukan dan rujuk balik serta menegakkan penerapan kebijakan untuk memastikan layanan HIV diberikan di jenjang yang tepat dalam sistem kesehatan**

Pelaksanaan rujuk balik dari rumah sakit ke fasilitas di tingkat lebih rendah memerlukan perubahan peraturan. Surat Edaran Menteri Kesehatan nomor 32/2014 secara eksplisit membatasi program rujuk balik ke beberapa penyakit tertentu, terutama penyakit tidak menular seperti diabetes mellitus, hipertensi, penyakit kardiovaskular, asma, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), epilepsi, skizofrenia, sirosis hepatitis dan sindroma lupus eritematosus. Saat ini HIV tidak termasuk dalam daftar penyakit yang dapat dirujuk balik. Jadi aturan rujuk balik Kemenkes perlu diperbaharui dengan mencantumkan proses rujuk balik yang tepat bagi pasien ART yang stabil dan

---

<sup>4</sup> Untuk melakukan kegiatan ini pemerintah daerah perlu mencurahkan upaya dan investasi yang signifikan dan mengembangkan kapasitas teknis untuk bertindak sebagai purchaser strategis. Dalam hal ini JKN lebih memiliki keahlian teknis dan pengalaman menjadi organisasi pembayar (payer) terpusat yang mahir dalam mekanisme pengumpulan dan pembayaran dana sehingga JKN akan jauh lebih mampu untuk melakukan reformasi belanja strategis layanan HIV.

masih memperoleh layanan ART di rumah sakit jenjang layanan sekunder dan tersier. Kasus tertentu, terutama kasus dengan komplikasi, dapat tetap dilayani di rumah sakit, sementara pasien lain dapat dirujuk balik ke fasilitas kesehatan primer yang tepat untuk menerima layanan berkualitas secara kontinu.

Penghematan dalam sistem kesehatan yang dihasilkan oleh mekanisme rujuk balik ini cukup signifikan, dan dapat diinvestasikan kembali ke layanan HIV, terutama untuk memenuhi kebutuhan biaya seiring meningkatnya jumlah kasus yang harus ditangani di semua jenjang oleh karena penerapan Rencana Akselerasi ART pemerintah. Analisis indikatif yang baru-baru ini dilakukan HP+ menggunakan 1 % sampel data BPJS-K menunjukkan bahwa mengalihkan pasien ART layanan rawat jalan rumah sakit, dan pasien rawat inap dengan tingkat keparahan ringan, ke fasilitas kesehatan primer akan mengurangi jumlah kunjungan layanan HIV ke rumah sakit sebesar 89 %. Dalam satu tahun, penghematan biaya yang diperoleh mencapai Rp. 50 miliar.<sup>5</sup> Ini merupakan estimasi berdasarkan struktur yang ada saat ini dan pelaksanaan rujuk balik yang sesuai. Bila kapitasi berbasis kinerja dapat diterapkan sehingga pasien ART dapat dilayani secara kontinu di faskes primer, maka rujukan ke rumah sakit akan menurun, dan menaikkan penghematan sistem kesehatan yang pada akhirnya memberi manfaat bagi skema JKN dan program HIV.

Perubahan regulasi akan efektif memperbaiki praktik, dan meningkatkan efisiensi sistem secara keseluruhan bila perubahan tersebut dipantau dan ditegakkan sebagaimana mestinya. Subdirektorat HIV dan BPJS- K perlu bersama-sama memperbaharui pedoman yang tepat, mengembangkan kebijakan dan mekanisme penegakan di mana pelanggaran akan memicu notifikasi dan sanksi dapat dikenakan. Penerapan, pemantauan dan evaluasi rekomendasi ini perlu dirangkaikan dengan sistem informasi yang tangguh dan pedoman yang mutakhir. Sebagai contoh, rumah sakit perlu diberi pedoman klinis yang jelas agar petugas dapat menentukan secara tepat pasien mana yang stabil dan tepat untuk dirujuk balik. Pedoman ini harus datang dari Kementerian Kesehatan.

### **3. Mengkaji dan merevisi tingkat penggantian biaya layanan HIV agar pasien HIV ditangani di jenjang layanan yang tepat**

Tarif penggantian biaya dan kategori kasus layanan rawat jalan dan rawat inap HIV yang diterapkan saat ini perlu dikaji lebih lanjut untuk memahami apakah kategori dan tarif tersebut memberi rumah sakit insentif untuk memberi layanan rawat jalan dan rawat inap yang secara klinis tepat. Untuk ini, kajian perlu mencakup cukup banyak jenis kasus dari sampel rumah sakit yang cukup luas. Hasil analisis kemungkinan menunjukkan bahwa tarif pembayaran yang diberikan jauh lebih tinggi daripada biaya yang sesungguhnya, yang kemudian mendorong perilaku rumah sakit saat ini. Kemungkinan temuan lain adalah bahwa pedoman klinis untuk diagnosis dalam pengelompokan kasus INA-CBG sesungguhnya sudah mutakhir dan sejalan dengan pemikiran tentang kemampuan fasilitas tingkat primer, praktik terbaik manajemen kasus HIV, dan definisi pasien yang stabil dalam ART.

Berdasarkan hasil analisis, BPJS-K bersama Subdit HIV dan PPJK perlu mengkaji dan menyesuaikan tarif INA-CBG agar retensi pasien di rumah sakit hanya dilakukan untuk kasus HIV yang tepat secara klinis, yaitu mereka yang memerlukan rawat jalan spesialis, atau mereka dengan komplikasi dan penyakit penyerta yang memerlukan layanan rawat inap. Pengalaman pasien dan kualitas layanan perlu menjadi pertimbangan kunci. Tidak boleh ada pasien yang mengalami penolakan layanan, dan tidak boleh ada rujukan balik berlebih di mana pasien dirujuk ke jenjang layanan yang tidak memberi mereka perasaan nyaman, atau menyebabkan hambatan lain seperti stigma atau tambahan biaya transportasi. Satu hal penting lain yang perlu dipertimbangkan dalam layanan HIV adalah pembayaran tes viral load. Saat ini, BPJS-K memberi penggantian biaya layanan tes viral load di rumah sakit (bukan reagen tes viral load, yang

---

<sup>5</sup> Lihat Prabhakaran, S., A. Dutta, R. Ross, dan C.B. Cantelmo. 2018. Beberapa Opsi Pembiayaan untuk Perluasan Penanggulangan HIV secara Cepat di Indonesia: Peran Jaminan Kesehatan Nasional dan Pemerintah Daerah (*Options to Finance the Rapid Scale-Up of the HIV Response in Indonesia: The Role of the National Health Insurance Scheme (JKN) and Local Governments*). Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.

ditanggung oleh pemerintah atau lembaga donor), tapi hanya untuk pasien layanan rawat inap. Ini mungkin menjadi salah satu penyebab angka tes viral load rendah karena mayoritas ODHA stabil dan hanya memerlukan tes viral load melalui layanan rawat jalan. Ini juga menyebabkan sumber daya BPJS-K tidak dimanfaatkan secara efisien.

Satu opsi kebijakan yang dapat mempengaruhi perilaku rumah sakit adalah memberi batasan jumlah kunjungan rumah sakit yang dapat dilakukan oleh pasien yang stabil. Setelah sejumlah klaim, klinisi didorong untuk mengalihkan layanan lanjutan ke fasilitas kesehatan primer yang tepat. Ini memudahkan proses transisi layanan bagi pasien karena tidak sedrastis rujukan balik. Pelaksanaan perubahan kebijakan ini perlu dipantau menggunakan data klaim serta survei pasien dan survei kualitas layanan. Evaluasi juga perlu mencakup layanan HIV yang diberikan penyedia layanan swasta dan dimana perlu, dilakukan penyesuaian ke tarif penggantian biaya dari klaim yang diajukan.

Penghematan biaya yang diperoleh melalui program rujuk balik perlu diinvestasikan kembali untuk program HIV. Sebelum penerapan sistem *global budget*, estimasi penghematan yang diperoleh (besaran klaim tanpa adanya efisiensi, dikurangi besaran klaim sesungguhnya) untuk satu periode waktu dapat diinvestasikan ulang oleh BPJS-K dalam bentuk pembayaran *top-up* ke faskes primer yang efektif menangani pasien ART dan pengobatan menunjukkan hasil yang baik. Saat ini program pembayaran *top-up* yang dioperasikan BPJS-K bagi rumah sakit mayoritas diperuntukkan bagi obat-obatan mahal untuk pengobatan kanker dan penyakit tidak menular lainnya. Bagi HIV, penghematan yang dihasilkan oleh mekanisme rujuk balik dapat dipakai untuk membiayai komoditas HIV, yang hingga saat ini masih ditanggung oleh pemerintah pusat, dan bukan melalui skema JKN. Dengan bertambahnya jumlah ODHA yang memperoleh ART, penambahan sumber pendanaan untuk ARV, sebagai komponen biaya utama dalam layanan HIV, akan sangat dibutuhkan untuk menjamin keberlangsungan layanan ART seumur hidup bagi ODHA dengan pembiayaan dari sumber daya dalam negeri.

#### **4. Untuk jangka panjang, membuat perubahan dalam peraturan yang memungkinkan penyesuaian biaya tes viral load sehingga tes dapat diberikan secara luas**

Saat ini BPJS-K tidak memiliki mekanisme untuk membiayai reagen dan peralatan tes viral load HIV. Di Indonesia, tes VL menggunakan beberapa teknologi. *Cartridge* untuk tes diagnostik tuberkulosis dengan mesin GeneXpert telah dibiayai 100 % oleh pemerintah dengan menggunakan dana pemerintah pusat. Sebagian besar dari tes viral load HIV di platform mesin yang sama juga dibiayai oleh pemerintah. Subdit HIV telah menekankan perlunya tarif standar untuk layanan tes viral load di rumah sakit, yang tidak termasuk komoditas yang mereka terima tanpa biaya dari pemerintah dan lembaga donor. Tarif standar akan mendukung proses perencanaan dan perluasan layanan tes viral load. Saat ini biaya layanan ditanggung oleh Global Fund, tapi untuk mendukung upaya keberlanjutan, perlu ditetapkan tarif standar, berdasarkan biaya yang dikeluarkan (sedang dianalisis dalam studi HP+ bersama Subdit HIV). Ini mendukung upaya pembiayaan bersumber daya dalam negeri dengan dana pemerintah pusat dan mekanisme penggantian biaya melalui JKN.

Mekanisme ini dapat menjadi insentif untuk melaksanakan tes VL secara luas (untuk pasien di rumah sakit juga pasien yang sampelnya dirujuk) dan mendorong pemanfaatan sumber daya secara efisien. Koordinasi dengan Program Nasional Penanggulangan TB terkait dengan pemanfaatan mesin GeneXpert untuk tes VL juga perlu diperkuat. Pada prinsipnya, penetapan tarif standar untuk tes viral load dan peningkatan kapasitas tes viral load ditujukan untuk mengurangi pembayaran *out-of-pocket* dan memperluas skala layanan tes viral load sesuai pedoman nasional. Reformasi pembayaran dan peningkatan kapasitas tes perlu disertai dengan pemantauan penyedia layanan yang lebih intensif oleh Subdirektorat HIV agar layanan tes viral load bagi ODHA tidak dilakukan hanya untuk situasi tertentu atau secara *ad hoc*, tapi diberikan mengikuti pedoman tes yang telah ditetapkan, dan dilaporkan ke SIHA sesuai persyaratan.

## Kerangka Waktu dan Rencana Tindak Lanjut

Catatan kebijakan ini berisi beberapa rekomendasi untuk perbaikan mekanisme belanja kesehatan dan sistem pembayaran penyedia layanan HIV. Rekomendasi ini akan ditelaah oleh TWG SHP HIV. Subdit HIV, PPJK Kemenkes dan BPJS-K juga akan diminta memberi masukan sebelum diminta persetujuannya atas rekomendasi ini. Setelah itu, rekomendasi ini perlu diuji coba dan disempurnakan lebih lanjut melalui sebuah kegiatan percontohan, yang berdasarkan konsultasi dengan pemangku kepentingan diusulkan untuk dilakukan di provinsi DKI Jakarta.

Rekomendasi yang ada dalam dokumen ini sedang melalui proses penyempurnaan dan kesepakatan lebih lanjut melalui penyusunan suatu catatan konsep untuk kegiatan percontohan. Catatan konsep ini disusun berdasarkan masukan dari pemerintah dan pemangku kepentingan kunci (lihat Gambar 6). Catatan ini merinci rekomendasi mana yang akan diterapkan dalam percontohan di wilayah geografis seperti Jakarta, juga jumlah fasilitas kesehatan yang perlu dilibatkan. Untuk menyempurnakan catatan konsep ini, akan dilakukan kunjungan peninjauan ke fasilitas kesehatan yang memberi layanan HIV di Jakarta dengan tujuan mengevaluasi kendala operasional dan proses perbaikan yang perlu dilakukan untuk melaksanakan percontohan ini. Kegiatan percontohan bertujuan untuk menguji coba rekomendasi di atas dalam skala kecil untuk evaluasi dan replikasi sebelum penerapan secara nasional. Tambahan biaya selama percontohan, baik secara langsung dalam bentuk pembayaran atas kinerja penyedia layanan, maupun secara tidak langsung dalam bentuk perencanaan, pengelolaan, pemantauan dan evaluasi, perlu dipertimbangkan dan dibahas dengan seksama bersama para pemangku kepentingan. Gabungan pendanaan yang tepat yang berasal dari lembaga donor, alokasi anggaran pemerintah pusat dan daerah, serta BPJS-K dapat membantu perolehan dukungan dan rasa kepemilikan dari semua pihak.

**Gambar 6. Pertimbangan Utama dalam Catatan Konsep Kegiatan Percontohan**



Dalam merancang dan melaksanakan kegiatan percontohan, ada beberapa pertanyaan yang perlu dipertimbangkan dan dijawab. Misalnya, untuk melaksanakan berbagai aspek dari rekomendasi yang diberikan, diperlukan revisi kerangka hukum dan peraturan. Ketika perubahan regulasi di tingkat pusat belum terjadi, bagaimana aspek regulasi ini dapat dikelola sehingga rekomendasi masih dapat dilaksanakan di tingkat daerah? Secara terpisah HP+ telah melakukan *Kajian Hukum dan Regulasi untuk Belanja Kesehatan Strategis Program HIV di Indonesia*. Kajian tersebut melihat secara rinci kerangka perundangan yang saat ini mengatur penyediaan layanan HIV, dan mengusulkan beberapa rekomendasi spesifik terkait dengan revisi peraturan dan perundangan. Perubahan di tingkat nasional memerlukan bukti dari percontohan, disertai proses konsultasi dengan semua pelaku pemerintahan yang berperan. Percontohan juga membutuhkan persetujuan dari provinsi dan mungkin juga kabupaten/kota dan penyedia layanan. Dukungan teknis yang dibutuhkan, dan mitra pelaksana yang akan memberikan juga perlu dipastikan.

Akhirnya, rekomendasi kebijakan yang diuraikan dalam dokumen ini hanya akan berhasil dan diterima dengan baik bila proses pengembangan dan percontohan disertai dengan kerangka pemantauan dan akuntabilitas yang kuat. Untuk itu berbagai pihak di tiap tingkat perlu saling berbagi data untuk analisis dan diseminasi hasil secara transparan. Indikator pemantauan dan hasil analitik berkala yang disampaikan dengan tepat dapat digunakan oleh pemangku kepentingan sebagai dasar pengambilan keputusan untuk membuat modifikasi yang diperlukan terhadap rancangan uji coba. Hal yang terpenting adalah, dalam mengevaluasi hasil uji coba untuk tujuan replikasi dan penerapan secara luas, lembaga pemerintah dan mitra pelaksana percontohan perlu memperhitungkan pentingnya untuk terus meningkatkan cakupan, dan kualitas dari intervensi kesehatan terkait, serta memastikan keseragaman layanan, agar masyarakat Indonesia yang hidup dengan HIV dapat mencapai derajat kesehatan yang lebih tinggi sekaligus memperoleh perlindungan keuangan.

## Health Policy Plus

1331 Pennsylvania Ave NW, Suite 600

Washington, DC 20004

[www.healthpolicyplus.com](http://www.healthpolicyplus.com)

[policyinfo@thepalladiumgroup.com](mailto:policyinfo@thepalladiumgroup.com)

Health Policy Plus (HP+) adalah perjanjian kerjasama selama lima tahun yang didanai oleh U.S. Agency for International Development dengan Perjanjian No. AID-OAA-A-15-00051, dimulai pada tanggal 28 Agustus 2015. Kegiatan proyek di bidang HIV dilakukan dengan dukungan dana U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). HP+ diimplementasikan oleh Palladium, bekerja sama dengan Avenir Health, Futures Group Global Outreach, Plan International USA, Population Reference Bureau, RTI International, ThinkWell, dan White Ribbon Alliance for Safe Motherhood.

Laporan ini disusun oleh HP+ untuk tinjauan U.S. Agency for International Development. Informasi yang disampaikan dalam laporan ini bukan informasi resmi Pemerintah Amerika Serikat dan tidak mencerminkan pandangan atau posisi dari U.S. Agency for International Development atau Pemerintah AS.