

DAMPAK IMPLEMENTASI PEMBAYARAN BERBASIS KINERJA (*PAY-FOR-PERFORMANCE*) PADA FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP) TERHADAP KUALITAS LAYANAN KESEHATAN DI BERBAGAI NEGARA

Uswatun Khasanah, Mardiaty Nadjib

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

jasminearganta@gmail.com

Abstrak

Mekanisme pembayaran berbasis kinerja atau *pay-for-performance* (P4P) merupakan strategi di sektor kesehatan untuk meningkatkan ketersediaan, kualitas dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Dalam P4P, insentif diberikan setelah mencapai serangkaian hasil yang telah disepakati dengan meningkatkan kinerja tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Tinjauan literatur ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui dampak dari implementasi *pay-for-performance* pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) terhadap kualitas pelayanan kesehatan di berbagai negara. Metode dilakukan dengan melakukan penelusuran ke beberapa *database* yaitu Pubmed, Embase, dan Proquest dengan intervensi utamanya yaitu implementasi *pay-for-performance*. Hasil dari *review* difokuskan pada dampak implementasi *pay-for-performance* pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama terhadap kualitas pelayanan kesehatan di berbagai negara. Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa *pay-for-performance* telah digunakan di berbagai negara dengan jumlah dan bidang (*domain*) indikator yang berbeda-beda disesuaikan dengan karakteristik pelayanan primer di suatu negara. Beberapa manfaat dari penerapan *pay-for-performance* adalah dapat merangsang peningkatan kualitas dalam perawatan klinis dan meningkatkan pengalaman pasien terhadap peran dokter umum dan sistem perawatan. P4P dapat meningkatkan proses dan hasil perawatan kardiovaskuler. Pemberian insentif dapat berpengaruh pada peningkatan kualitas kinerja pada praktek klinis. Pemberian insentif P4P dapat memenuhi ukuran kualitas perawatan hipertensi yang direkomendasikan oleh pedoman. Di Amerika Serikat, pemberian insentif P4P dapat meningkatkan kepatuhan dokter untuk memberikan obat hipertensi sesuai pedoman. Pemberian insentif juga dapat berdampak pada peningkatan kontrol tekanan darah pada pasien hipertensi

Kata kunci: *Pay-for-performance*, kualitas pelayanan kesehatan, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

| | |
|----------------------|---|
| How to cite: | Uswatun Khasanah, Mardiaty Nadjib (2023), Dampak Implementasi Pembayaran Berbasis Kinerja (<i>Pay-For-Performance</i>) Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Fktp) Terhadap Kualitas Layanan Kesehatan Di Berbagai Negara, 8 (5), http://dx.doi.org/10.36418/Syntax-Literate.v8i5.12035 |
| E-ISSN: | 2548-1398 |
| Published by: | Ridwan Institute |

Abstract

The pay-for-performance (P4P) mechanism is a strategy in the health sector to increase the availability, quality and utilization of health services. In P4P, incentives are given after achieving a series of agreed outcomes by improving the performance of health workers in health facilities. This literature review was conducted with the aim of knowing the impact of implementing pay-for-performance at primary care (FKTP) on the quality of health services in various countries. The method is carried out by searching several databases, namely Pubmed, Embase, and Proquest with the main intervention being the implementation of pay-for-performance. The results of the review focused on the impact of implementing pay-for-performance at First Level Health Facilities on the quality of health services in various countries. From this study it can be concluded that pay-for-performance has been used in various countries with different numbers and areas (domains) of indicators adapted to the characteristics of primary care in a country. Some of the benefits of implementing pay-for-performance are that it can stimulate quality improvement in clinical care and improve patient experience of the role of general practitioners and the system of care. P4P can improve the process and outcome of cardiovascular treatment. Providing incentives can have an effect on improving the quality of performance in clinical practice. Providing P4P incentives can meet the quality measures of hypertension care recommended by the guidelines. In the United States, the provision of P4P incentives can increase physician compliance to provide hypertension drugs according to guidelines. Providing incentives can also have an impact on improving blood pressure control in hypertensive patients.

Keywords: *Pay-for-performance, quality of health services, primary care*

Pendahuluan

Selama beberapa dekade, pembuat kebijakan di Amerika Serikat merasakan adanya kekurangan pada mekanisme pembayaran insentif dalam sistem pelayanan kesehatan. Sistem pembayaran *fee for service* yang banyak digunakan pada masa itu menyebabkan terjadinya peningkatan biaya kesehatan (Beals, 2012).

Sistem pembayaran *fee for service* memberikan insentif (penghargaan) kepada penyedia layanan berdasarkan volume dan kompleksitas layanan yang diberikan, padahal intensitas perawatan dan pelayanan yang lebih tinggi tidak selalu menghasilkan perawatan dengan kualitas yang lebih tinggi.

Selama tahun 1990-an pembayar berfokus untuk merancang perawatan terkelola (*managed care*) untuk mengurangi perawatan yang berlebihan atau tidak diperlukan. Hal ini dilakukan dengan membayar penyedia layanan dengan sistem pembayaran kapitasi atau *lump sum* per pasien untuk serangkaian layanan tertentu (Beals, 2012). Namun, sistem pembayaran ini memunculkan kekhawatiran terhadap kualitas pelayanan dan kendala pada pasien yang memiliki akses ke penyedia layanan kesehatan pilihan mereka.

Pada awal tahun 2000-an, berdasarkan penelitian oleh *Institute of Medicine* terjadi krisis kualitas perawatan kesehatan di Amerika Serikat. Hal ini memunculkan konteks pembayaran

berbasis kinerja atau *Pay-for-Performance* sebagai cara bagi pembayar untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan dengan harapan hal tersebut juga dapat mengurangi biaya.

Pembayaran Berbasis Kinerja atau *Pay-for-Performance* (P4P) adalah strategi di sektor kesehatan untuk meningkatkan ketersediaan, kualitas dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (Das et al., 2016). Dalam P4P, insentif diberikan setelah mencapai serangkaian hasil yang telah disepakati sebelumnya dengan meningkatkan kinerja tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Kinerja dalam program P4P diukur melalui luaran kesehatan, pemanfaatan layanan dan kualitas perawatan (Das et al., 2016). Selain itu, P4P juga memerlukan pemantauan hasil dalam jangka waktu yang ditentukan.

Di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, P4P umumnya digunakan untuk mencapai tujuan pembangunan. Di Indonesia sendiri, penerapan P4P dilakukan dalam bentuk kapitasi berbasis komitmen pelayanan yang telah dilaksanakan secara bertahap sejak tahun 2016. Agar terdapat perbaikan, maka pada tahun 2018 dilakukan pengembangan pelaksanaan kapitasi berbasis komitmen pelayanan menjadi kapitasi berbasis kinerja (BPJS Kesehatan, 2019).

Pembayaran berbasis kinerja atau *Pay-for-Performance* diterapkan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama pada penyelenggaraan Program Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan, 2019).

Penilaian kualitas dalam *Pay-for-Performance* pada umumnya terbagi menjadi empat kategori yaitu ukuran proses, hasil, pengalaman pasien, dan struktur (Beals, 2012). Ukuran proses menilai kinerja yang telah dilakukan dalam kontribusi untuk mencapai luaran kesehatan yang optimal bagi pasien, misalnya pemberian aspirin pada pasien serangan jantung atau pendidikan kesehatan kepada pasien untuk berhenti merokok. Ukuran tindakan mengacu pada efek perawatan terhadap pasien, misalnya berdasarkan hasil laboratorium gula darah pasien telah terkendali. Pengalaman pasien mengukur persepsi pasien tentang kualitas perawatan yang mereka terima dan kepuasan mereka dengan pengalaman perawatan. Ukuran struktur meliputi fasilitas, personel, dan peralatan yang digunakan dalam perawatan.

Penelitian yang ada tentang dampak program P4P baru terbatas pada pemanfaatan daripada kualitas pelayanan kesehatan. Bahkan di negara-negara berpenghasilan tinggi, bukti tentang dampak implementasi P4P pada kualitas pelayanan kesehatan sangat terbatas (Das et al., 2016). Oleh sebab itu, perlu dilakukan penelitian ini guna mengetahui dampak dari implementasi *Pay-for-Performance* pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) terhadap kualitas pelayanan kesehatan di berbagai negara.

Metode Penelitian

Strategi Penelusuran

Penelusuran dilakukan dengan penelusuran lanjut (*advanced search*) melalui database *online* yaitu Pubmed, Embase dan Proquest dengan terlebih dahulu menentukan MESH (*Medical Subject Headings*) dan persamaan kata dan istilah (*terminology/synonyms*). Manajemen basis data dilakukan dengan menggunakan perangkat lunak Mendeley *Reference Manager*.

Proses penelusuran artikel pada database elektronik menggunakan istilah yang terkait dengan PICO/PEO (*Population, Intervention/Exposure, Comparative, Outcome measure*).

Dampak Implementasi Pembayaran Berbasis Kinerja (*Pay-For-Performance*) Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Fktp) Terhadap Kualitas Layanan Kesehatan di Berbagai Negara

Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah *Population* (Populasi) yaitu fasilitas kesehatan tingkat pertama (*primary care*). *Intervention* (Intervensi) adalah pembayaran berbasis kinerja (*Pay for Performance*), *Comparison* dalam penelitian ini tidak dilakukan perbandingan, *Outcome measure* adalah dampak terhadap kualitas pelayanan kesehatan (*quality of care*) dan *Studies* adalah seluruh studi yang membahas tentang dampak implementasi pembayaran berbasis kinerja (*pay for performance*) kecuali *literature review* atau *review* lainnya.

Selanjutnya Penggunaan kata kunci ditampilkan dalam tabel 1 berikut:

Tabel 1
Strategi Penelusuran Berdasarkan PICO/PEO

| PIO | Key Concept | Terminology/Synonims |
|---------------------|----------------------------|---|
| <i>Population</i> | <i>Primary health care</i> | <i>Primary healthcare, Primary health care facilit*, Primary healthcare facilit*</i> |
| <i>Intervention</i> | <i>Pay for Performance</i> | <i>Pay for Performance Program</i> |
| <i>Outcome</i> | <i>Quality of care</i> | <i>Quality of health care, Quality of healthcare, Healthcare quality, Health care quality</i> |

Kriteria inklusi lainnya yaitu artikel dalam teks lengkap, dalam bentuk artikel jurnal dan berbahasa Inggris. Artikel yang dipilih berada pada rentang waktu 01 Januari 2012 sampai 29 November 2022.

Seleksi Artikel

Setelah ditemukan artikel berdasarkan kata kunci dan diseleksi berdasarkan kriteria inklusi, maka diperoleh sejumlah artikel hasil seleksi. Artikel terseleksi dari masing-masing *database* di simpan ke dalam *Mendeley desktop* untuk selanjutnya dilakukan pengecekan terhadap duplikasi artikel.

Penyajian Data

Penelitian ini mengikuti ketentuan PRISMA Studi literatur dilakukan secara sistematis dari artikel yang dipublikasikan tentang dampak dari implementasi *pay-for-performance* terhadap kualitas pelayanan kesehatan.

Hasil

Hasil penelusuran artikel secara ringkas disajikan pada tabel 2 berikut:

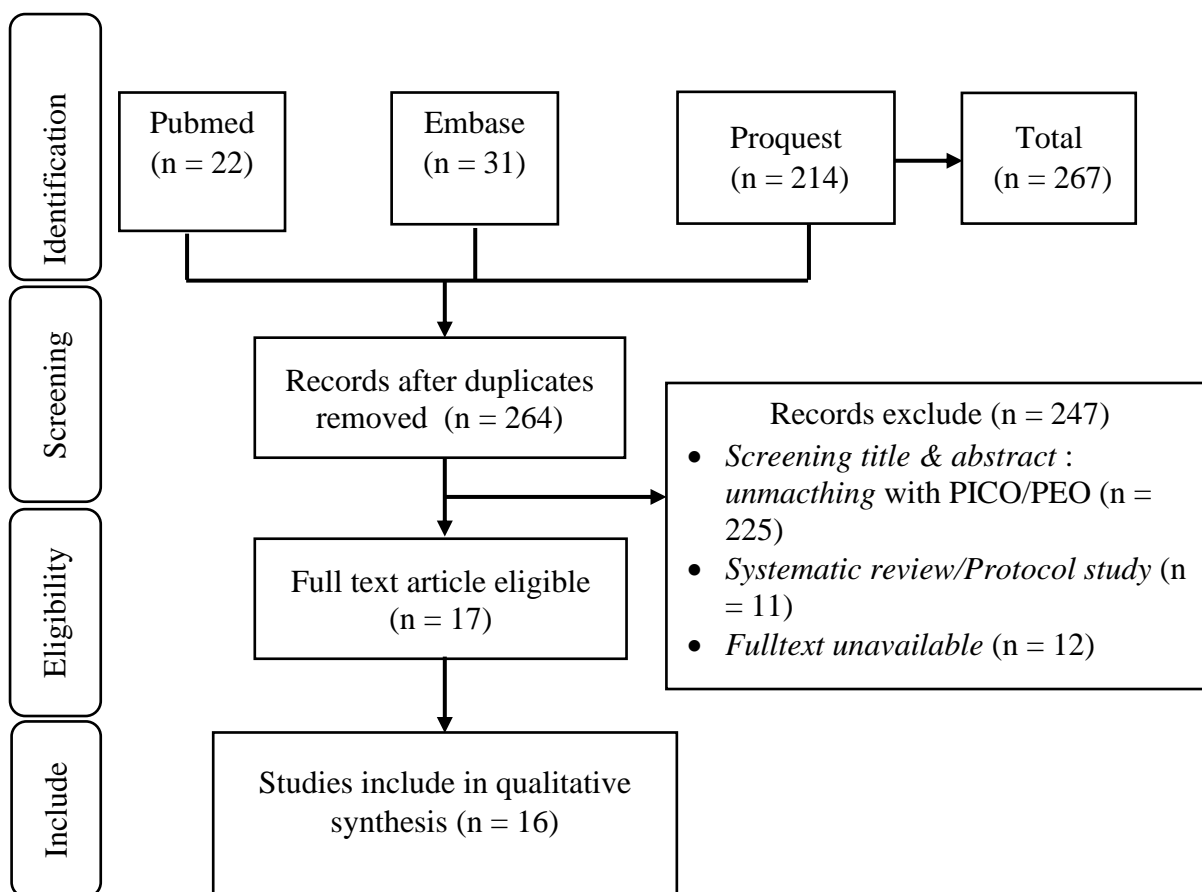
Tabel 2

Hasil Penelusuran Artikel

| No | Sumber Jurnal | Jumlah awal | Duplikat | Tidak Sesuai Desain Studi | Fulltext Berbayar | Tidak Sesuai PICO | Sisa Artikel |
|----|---------------|-------------|----------|---------------------------|-------------------|-------------------|--------------|
| 1 | Pubmed | 22 | 0 | 2 | 2 | 15 | 3 |
| 2 | Embase | 31 | 1 | 0 | 10 | 14 | 6 |
| 3 | Proquest | 214 | 2 | 9 | 0 | 196 | 7 |
| | Total | 267 | 3 | 11 | 12 | 225 | 16 |

Berdasarkan hasil penelusuran pada tiga *database* diperoleh sebanyak 267 artikel. Sebanyak 16 artikel terseleksi sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Kriteria eksklusi yang paling umum ditemukan antara lain: hasil skrining judul dan abstrak tidak memenuhi kriteria PICO/PEO yang ditentukan, *full text* tidak dapat diakses karena berbayar, dan desain studi tidak sesuai. Hasil PRISMA proses *screening* disajikan pada bagan 1.

Bagan 1
Diagram Seleksi Artikel Sesuai Panduan PRISMA



Tabel 3

Dampak Implementasi Pembayaran Berbasis Kinerja (*Pay-For-Performance*) Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Fktp) Terhadap Kualitas Layanan Kesehatan di Berbagai Negara

Karakteristik Artikel Hasil Seleksi

| No | Peneliti | Judul | Negara | Tujuan | Hasil |
|--------|------------------------|--|-----------------|--|--|
| PUBMED | | | | | |
| 1 | Petersen et al. (2017) | <i>Impact of a pay-for-performance program on care for black patients with hypertension: important answers in the era of the affordable care</i> | Amerika Serikat | Untuk mengevaluasi pengaruh intervensi <i>pay-for-performance</i> pada kualitas perawatan hipertensi yang diberikan kepada pasien kulit hitam. | Intervensi <i>pay-for-performance</i> memberikan pengaruh positif terhadap perawatan hipertensi pada pasien kulit hitam. Tekanan darah pasien dapat terkontrol dengan baik. |
| 2 | Petersen et al. (2013) | <i>Effects of individual physician-level and practice-level financial incentives on hypertension care: a cluster randomized trial</i> | Amerika Serikat | Untuk menguji pengaruh insentif keuangan dalam meningkatkan kepatuhan dokter terhadap pedoman perawatan hipertensi | Pemberian insentif keuangan meningkatkan kepatuhan dokter pada penggunaan obat yang direkomendasikan oleh pedoman. Pemberian insentif keuangan kepada dokter, berdampak kepada kontrol tekanan darah pasien yang lebih baik. |
| 3 | Bardach, et al (2013) | <i>Effect of pay-for performance incentives on quality of care in small practices with electronic health records: A randomized trial</i> | Amerika Serikat | Untuk menilai pengaruh insentif P4P yang mendukung EHR (<i>Electronic Health Record</i>) terhadap peningkatan kualitas yang telah ditetapkan | Program insentif P4P dibandingkan dengan perawatan biasa menghasilkan perbaikan dalam proses dan hasil perawatan kardiovaskular. |

EMBASE

| | | | | | |
|---|--------------------------|--|----------|---|---|
| 4 | Kolozsvári et al. (2014) | <i>Do family physicians need more payment for working better? Financial incentives in primary care</i> | Eropa | Untuk menggambarkan dan membandingkan indikator perawatan primer yang ada saat ini dan pembayarannya di negara-negara Eropa. | 10 negara telah menerbitkan indikator kualitas perawatan primer (QI) terkait dengan insentif keuangan. Jumlah QI bervariasi dari 1 hingga 134 dan dapat mengubah keuangan dokter hingga 25% dari total pendapatan. Skema P4P berdampak positif pada proses klinis perawatan pasien. |
| 5 | Gill et al (2014) | <i>Primary care quality indicators for children: measuring quality in UK general practice</i> | Inggris | Untuk meningkatkan kualitas perawatan yang diberikan untuk anak-anak dan remaja dengan menetapkan serangkaian indikator kualitas. | Indikator kualitas perawatan primer untuk anak-anak memiliki potensi untuk meningkatkan standar pengasuhan primer bagi anak. |
| 6 | Saint-Lary et al. (2015) | <i>Patients' views on pay for performance in France: a qualitative study in primary care</i> | Perancis | Untuk mendapatkan pemahaman tentang pandangan pasien Perancis tentang <i>pay for performance</i> | Sebagian besar pasien tidak memahami <i>pay for performance</i> dan menyatakan bahwa mereka tidak merasakan adanya perubahan dalam perawatan sejak sistem diterapkan. Beberapa pasien merasakan manfaat dalam kualitas perawatan seperti peningkatan tindak |

Dampak Implementasi Pembayaran Berbasis Kinerja (*Pay-For-Performance*) Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Fktp) Terhadap Kualitas Layanan Kesehatan di Berbagai Negara

| | | | | | |
|---|---------------------------|---|---------|--|--|
| | | | | | lanjut dan pencegahan, informasi yang lebih baik diberikan oleh dokter umum, dan penurunan jumlah resep dan biaya kesehatan. |
| 7 | Kirsschner, et al. (2012) | <i>Design choices made by target users for a pay-for-performance program in primary care: an action research approach</i> | Belanda | Untuk pengembangan program P4P | Mencapai konsensus dan menetapkan pilihan desain program P4P untuk perawatan primer di Belanda. |
| 8 | Kirschner et al. (2013) | <i>Assessment of a pay-for-performance program in primary care designed by target users</i> | Belanda | Untuk menilai perubahan kinerja setelah memperkenalkan program P4P partisipatif | Menunjukkan perbaikan signifikan untuk indikator manajemen risiko kardiovaskuler +7,9%, +11,5% untuk asma. 5 indikator hasil meningkat secara signifikan. Tingkat vaksinasi influenza dan serapan skrining kanker serviks tidak terlihat ada peningkatan signifikan. |
| 9 | Minchin et al. (2018) | <i>Quality of care in the united kingdom after removal of financial incentives</i> | Inggris | Untuk menguji pengaruh penghapusan insentif keuangan untuk indikator-indikator terhadap kualitas | Terdapat penurunan kualitas perawatan pada 12 indikator di tahun pertama setelah penghapusan insentif keuangan. |

| | | | | | |
|----------|----------------------------------|---|-----------|--|--|
| | | | | perawatan yang terdokumentasi secara keseluruhan. | |
| PROQUEST | | | | | |
| 10 | Fernández Urrusuno et al. (2013) | <i>Compliance with quality prescribing indicators in terms of their relationship to financial incentives</i> | Spain | Untuk mengembangkan indikator persepan berkualitas dan untuk menentukan kepatuhan terhadap indikator berinsentif dan non insentif | Dirancang 14 indikator berdasarkan pemilihan obat dari kelompok terapeutik yang berbeda atau terkait dengan klinis pasien. Kepatuhan terhadap indikator berdasarkan pemilihan obat yang dikaitkan dengan insentif keuangan lebih tinggi dibandingkan dengan indikator yang tidak terkait dengan insentif keuangan. Kepatuhan yang lebih baik oleh dokter dengan indikator kualitas resep termasuk dalam program <i>pay-for-performance</i> . |
| 11 | Maharani et al. (2019) | <i>Primary care physicians' satisfaction after health care reform: a cross-sectional study from two cities in Central Java, Indonesia</i> | Indonesia | Untuk menilai kepuasan <i>Primary Care Physicians</i> (PCP) dan prediktornya di dua kota di Jawa Tengah, Indonesia setelah era reformasi JKN | PCP di dua kota di Jawa Tengah memiliki tingkat kepuasan yang sedang setelah reformasi layanan kesehatan Indonesia. PCP yang berpraktik mandiri cenderung memiliki skor |

Dampak Implementasi Pembayaran Berbasis Kinerja (*Pay-For-Performance*) Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Fktp) Terhadap Kualitas Layanan Kesehatan di Berbagai Negara

| | | | | | |
|----|-----------------------------|--|---------|---|---|
| | | | | | kepuasan yang lebih tinggi. Tiga aspek yang paling tidak disukai PCP terkait dengan reformasi JKN. Pemerintah dan BPJS Kesehatan harus berupaya membenahi sistem JKN guna meningkatkan kepuasan PCP. |
| 12 | Kontopantelis et al. (2015) | <i>Investigating the relationship between quality of primary care and premature mortality in England: a spatial whole-population study</i> | Inggris | Untuk mengukur hubungan antara program <i>pay-for-performance</i> dan seluruh penyebab kematian dini | Seluruh penyebab kematian menurun selama periode studi. Kematian yang tinggi berhubungan dengan lokasi perkotaan, dan proporsi populasi non kulit putih yang tinggi. Tidak ada hubungan yang signifikan antara kinerja pada indikator kualitas dan seluruh penyebab kematian. |
| 13 | Rudasingwa & Uwizeye (2017) | <i>Physicians' and nurses' attitudes towards performances-based financial incentives in Burundi: a qualitative study in the province of Gitega</i> | Burundi | Untuk memperoleh bukti tentang bagaimana tenaga medis Burundi memandang skema PBF (<i>Performance-Based Financing</i>). Untuk menilai persepsi dokter | PBF telah memberikan motivasi positif untuk meningkatkan kualitas pelayanan, terutama dalam struktur dan proses pelayanan. Pemanfaatan layanan kesehatan dan hubungan antara praktisi kesehatan dan |

| | | | | | |
|----|-------------------------|---|----------|--|--|
| | | | | dan perawat tentang pengaturan desain skema PBF | pasien juga meningkat. Penambahan gaji merupakan dorongan paling signifikan untuk meningkatkan upaya dalam meningkatkan kualitas perawatan. Insentif keuangan yang kecil dan terkadang tertunda yang dibayarkan kepada dokter dan perawat dikritik. Kesimpulan: PBF memiliki potensi untuk memotivasi staf medis untuk meningkatkan pelayanan kesehatan. |
| 14 | Chimhutu et al. (2014) | <i>When incentives work too well: locally implemented pay for performance (P4P) and adverse sanctions toward home birth in Tanzania-a qualitative study</i> | Tanzania | Untuk mengetahui strategi petugas kesehatan dalam mencapai target kinerja yang ditetapkan. | Pemberian bonus P4P tidak berdasarkan kinerja, melainkan secara merata. Mekanisme P4P dapat meningkatkan jumlah pelayanan tetapi tidak berbanding lurus dengan peningkatan kualitas. |
| 15 | Fleetcroft et al (2012) | <i>Incentive payments are not related to expected health gain in</i> | Inggris | Untuk menguji hipotesis bahwa indikator kinerja dengan manfaat kesehatan bagi | Tidak ada hubungan statistik yang signifikan antara <i>expected health gain</i> dan insentif |

Dampak Implementasi Pembayaran Berbasis Kinerja (*Pay-For-Performance*) Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Fktp) Terhadap Kualitas Layanan Kesehatan di Berbagai Negara

| | | | | | |
|----|-------------------------|---|-----------------|--|--|
| | | <i>the pay for performance scheme for UK primary care: cross-sectional analysis</i> | | penduduk yang lebih besar akan menerima insentif keuangan yang lebih besar | yang diperoleh dari peningkatan kinerja sebesar 1% baik dalam kerangka kualitas dan hasil versi 2004 dan 2006. Tidak ada hubungan antara ukuran pembayaran finansial untuk pencapaian suatu indikator dan <i>expected health gain</i> pada ambang/ <i>treshold</i> kinerja untuk pembayaran maksimum yang diukur dalam kehidupan yang diselamatkan atau QALY |
| 16 | Kirschner et al. (2012) | <i>Design choices made by target users for a pay-for-performance program in primary care: an action research approach</i> | Belanda Selatan | Untuk pengembangan program P4P | Mencapai konsensus dan menetapkan pilihan desain program P4P untuk perawatan primer di Belanda. |

Hasil dan Pembahasan

Dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan, baik negara maju maupun berkembang telah mengusulkan berbagai reformasi sistem kesehatan. Upaya reformasi ini terkait berbagai jenis skema insentif seperti *Pay-for-Performance* (P4P) di negara maju dan *Performance-Based Financing* atau *Result-Based Financing* (RBF) di negara berkembang (Rudasingwa & Uwizeye, 2017).

Pay for performance merupakan strategi baru yang merupakan kontrak antara dokter dan sistem kesehatan. Penyedia dibawah P4P diberi penghargaan karena memenuhi target yang

telah ditetapkan sebelumnya untuk pemberian layanan kesehatan. Model pembayaran ini memberikan penghargaan kepada dokter, rumah sakit, tenaga medis, dan penyedia layanan kesehatan lainnya karena memenuhi ukuran kinerja tertentu untuk kualitas dan efisiensi (Koložsvári et al., 2014). Peran perawatan primer memiliki tugas dan fungsi sebagai *gatekeeper* yang jika dapat berfungsi dengan optimal, maka dapat mengurangi jumlah rujukan dan menurunkan tingkat rawat inap pada pasien dengan penyakit kronis sehingga dapat menekan biaya perawatan kesehatan. Skema P4P dapat merangsang peningkatan kualitas dalam perawatan klinis pasien.

Kualitas perawatan berperan penting dalam penelitian terkait layanan kesehatan di seluruh dunia, tetapi sulit untuk didefinisikan dan diukur. Kualitas perawatan dapat ditingkatkan dengan program pelatihan berkelanjutan, menggunakan *Evidence Based Medicine* (EBM) atau pembuatan pedoman klinis dan penerapannya dalam praktik sehari-hari. Penilaian dan evaluasi berperan penting dalam penilaian objektif dan dapat meningkatkan kualitas. Alat pengukuran kuantitatif yang paling umum digunakan adalah *Quality Indicator* (QI). Indikator kualitas awalnya digunakan untuk penilaian kualitas perawatan rumah sakit. Namun, karena sebagian besar pertemuan dokter-pasien terjadi di pelayanan primer sehingga diperlukan penerapan indikator pelayanan primer.

Kualitas pelayanan dari penerapan *pay-for-performance* berbeda-beda di setiap negara. Inggris memperkenalkan QOF (*Quality and Outcomes Framework*) dalam sistem *pay-for-performance* sebagai kontrak dengan perawatan primer pada tahun 2004. Berdasarkan *Quality and Outcomes Framework* dari Program *pay-for-performance* di Inggris, dihasilkan bahwa program *pay-for-performance* tidak dapat mengurangi kematian dini pada 6 penyakit kronis, yaitu diabetes, gagal jantung, hipertensi, penyakit jantung iskemik, stroke, penyakit gagal ginjal (Kontopantelis et al., 2015). Sementara itu, di Amerika Serikat pemberian insentif P4P dapat meningkatkan kepatuhan dokter untuk memberikan obat hipertensi sesuai pedoman. Pemberian insentif juga dapat berdampak pada peningkatan kontrol tekanan darah pada pasien hipertensi (Petersen et al., 2013). Selain itu, pemberian insentif tidak membuat para dokter untuk menghindari pasien dengan penyakit kompleks dalam rangka memenuhi skor kinerja dokter. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian insentif P4P dapat memenuhi ukuran kualitas perawatan hipertensi yang direkomendasikan oleh pedoman (Petersen et al., 2017).

Dalam *randomized trial study* yang dilakukan di Amerika Serikat, menunjukkan bahwa P4P dapat meningkatkan proses dan hasil perawatan kardiovaskuler. Pemberian insentif dapat berpengaruh pada peningkatan kualitas kinerja pada praktek klinis (Bardach et al., 2013).

Insentif keuangan banyak digunakan dalam pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan atau untuk mencapai target tertentu. Sistem *pay for performance* juga digunakan dalam perawatan kesehatan primer di banyak negara Eropa.

Dalam penelitian oleh Kirschner et al (2013) di Belanda, program P4P dapat merangsang peningkatan kualitas dalam perawatan klinis dan meningkatkan pengalaman pasien terhadap peran dokter umum dan sistem perawatan.

Indikator kualitas pada pemberian insentif keuangan dapat menjadi alat yang berguna untuk meningkatkan kualitas pelayanan primer. Jumlah dan bidang indikator yang sesuai sangat penting untuk mengembangkan sistem *pay-for-performance* yang efisien (Koložsvári et al., 2014). Sangat penting pula untuk mempertimbangkan karakteristik sistem pelayanan primer di suatu negara. Seluruh pencapaian skema *pay-for-performance* harus di evaluasi di

Dampak Implementasi Pembayaran Berbasis Kinerja (*Pay-For-Performance*) Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Fktp) Terhadap Kualitas Layanan Kesehatan di Berbagai Negara

tingkat nasional atau regional, sesuai dengan sistem perawatan kesehatan dan sumber daya yang tersedia dengan pemantauan terus menerus

Banyak penelitian mengusulkan insentif berbasis kinerja sebagai strategi baru yang berpotensi merangsang peningkatan layanan kesehatan, terutama di negara-negara berkembang yang kualitas perawatannya masih rendah. Di negara berkembang pada umumnya, penyediaan layanan kesehatan terhambat oleh banyak tantangan, seperti pemanfaatan layanan kesehatan yang rendah, motivasi profesional kesehatan yang rendah, ketersediaan layanan kesehatan yang rendah, kualitas perawatan yang buruk, dan pengaturan organisasi yang tidak efektif (Rudasingwa & Uwizeye, 2017).

Di negara berkembang seperti Burundi, kinerja kesehatan dalam berbagai skema insentif diukur dengan menggunakan kuantitas dan kualitas. Indikator kuantitas berkaitan dengan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, seperti jumlah konsultasi, jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga terlatih, dan jumlah kasus HIV dan tuberkulosis. Pengukuran kualitas terutama berfokus pada indikator kualitas struktural dan proses serta beberapa indikator *intermediate health outcomes* setiap fasilitas kesehatan: misalnya, kepatuhan penyedia terhadap standar nasional pengobatan penyakit; keadaan dan ketersediaan prasarana, peralatan, dan bahan; ketersediaan dan pengelolaan obat; dan kepuasan pasien. Pembayaran kinerja dari layanan kesehatan kuantitatif tidak terkait dengan target yang harus dicapai agar memenuhi syarat untuk mendapatkan insentif keuangan. Sebaliknya, pembayaran didasarkan pada layanan kesehatan yang diberikan dalam jangka waktu yang terukur. Indikator kuantitas dievaluasi dan dibayar setiap bulan, sedangkan indikator kualitas dievaluasi dan dibayar setiap tiga bulan (Rudasingwa & Uwizeye, 2017).

Total pembayaran dari indikator kuantitas kesehatan adalah jumlah uang yang diperoleh dari semua indikator kuantitatif. Penilaian skor kualitas dari masing-masing indikator kualitas dilakukan dengan menggunakan indikator kualitas yang ditetapkan. Penyedia layanan kesehatan harus memenuhi indikator untuk mendapatkan bonus finansial. Kualitas layanan kesehatan dinilai menggunakan 2 metode: indikator kualitas (60%) dan survey kepuasan pasien (40%). Indikator kualitas mencakup kualitas teknis fasilitas kesehatan, sedangkan survey kepuasan pasien dapat memberikan kualitas subjektif dari perawatan yang diterima oleh pasien. Pasien diwawancarai secara random sampling untuk menilai kepuasan mereka pada berbagai aspek kesehatan. Bonus kualitas hanya diberikan jika fasilitas kesehatan mencapai kinerja kualitas 70% atau lebih. Untuk skor kualitas antar 50 dan 70%, tidak ada pembayaran bonus kualitas.

Pengukuran dan verifikasi kinerja adalah proses verifikasi yang berkesinambungan apakah output sesuai dengan apa yang ingin dicapai (hasil yang ditargetkan). Hal ini dapat membantu mendesain ulang atau menyesuaikan skema insentif jika diperlukan (Rudasingwa & Uwizeye, 2017).

Pada 1 Januari 2014, Indonesia mengimplementasikan jaminan kesehatan nasional wajib bagi seluruh warga negara, yang disebut Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Ini merupakan upaya untuk meningkatkan cakupan asuransi di dalam negeri. Hingga tahun 2012, hanya 62,1% penduduk Indonesia yang memiliki asuransi kesehatan dengan berbagai skema yang berbeda; sisa populasi tidak ditanggung oleh asuransi kesehatan apa pun.

Sistem baru memperkenalkan berbagai kondisi baru untuk *Primary Care Physicians* (PCP). Sebelum reformasi sistem kesehatan, sebagian besar sistem pembayaran pada *Primary Health Care* (PHC) mengandalkan sistem *fee-for-service* (FFS) retrospektif, dan sebagian besar layanan dibayar *out-of-pocket*. Sistem pembayaran juga tidak memaksa pasien dan PCP untuk mengikuti aturan sistem rujukan berjenjang. Hanya sebagian kecil PCP (5,1%) yang berpraktik sebagai dokter keluarga di PT. Askes (asuransi kesehatan untuk pegawai negeri sipil) pada tahun 2012 dan dibayar dengan kapitasi.

JKN mereformasi sistem pembayaran menjadi sistem kapitasi retrospektif. Saat ini, fasilitas Puskesmas harus mengelola pendapatan mereka berdasarkan kapitasi tidak hanya untuk layanan kuratif dan rehabilitatif tetapi juga untuk layanan preventif dan promotif. Reformasi juga memperkenalkan, antara lain, prosedur, sistem rujukan berjenjang yang lebih ketat dan menetapkan standar penyakit non-spesialis yang harus dirawat di fasilitas PHC. Beberapa program kesehatan baru diluncurkan, seperti kunjungan rumah, skrining riwayat kesehatan, program penanganan penyakit, dan program rujukan balik. PT. Askes diganti namanya menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) untuk Kesehatan, dan menjadi satu-satunya pembayar dalam JKN. BPJS Kesehatan mengevaluasi kinerja fasilitas Puskesmas dan pada awal tahun 2016 menerapkan sistem *pay-for-performance* (P4P) untuk fasilitas Puskesmas di ibu kota provinsi (Maharani et al., 2019).

Kesimpulan

Pay-for-Performance adalah skema pembayaran yang memberikan penghargaan kepada dokter, rumah sakit, tenaga medis, dan penyedia layanan kesehatan lainnya karena telah memenuhi ukuran kinerja tertentu untuk kualitas dan efisiensi. Program *pay-for-performance* yang berbeda telah diimplementasikan di berbagai negara di seluruh dunia. Banyak negara berupaya meningkatkan kualitas pelayanan melalui imbalan finansial berdasarkan pemenuhan indikator.

Dampak dari penerapan *pay-for-performance* terhadap kualitas pelayanan kesehatan, berbeda-beda di setiap negara. Beberapa manfaat dari penerapan *pay-for-performance* adalah dapat merangsang peningkatan kualitas dalam perawatan klinis dan meningkatkan pengalaman pasien terhadap peran dokter umum dan sistem perawatan. P4P dapat meningkatkan proses dan hasil perawatan kardiovaskuler. Pemberian insentif dapat berpengaruh pada peningkatan kualitas kinerja pada praktek klinis. Pemberian insentif P4P dapat memenuhi ukuran kualitas perawatan hipertensi yang direkomendasikan oleh pedoman. Di Amerika Serikat, pemberian insentif P4P dapat meningkatkan kepatuhan dokter untuk memberikan obat hipertensi sesuai pedoman. Pemberian insentif juga dapat berdampak pada peningkatan kontrol tekanan darah pada pasien hipertensi

Jumlah dan bidang indikator yang sesuai sangat penting untuk mengembangkan sistem *pay-for-performance* yang efisien. Seluruh pencapaian skema *pay-for-performance* harus dievaluasi di tingkat nasional atau regional, sesuai dengan sistem perawatan kesehatan dan sumber daya yang tersedia dengan pemantauan terus menerus. Di negara berkembang, kinerja kesehatan diukur dengan indikator kualitas dan kuantitas. Indikator kualitas pada pemberian insentif keuangan dapat menjadi alat yang berguna untuk meningkatkan kualitas pelayanan primer.

BLILIOGRAFI

- Bardach, N. S., Wang, J. J., De Leon, S. F., Shih, S. C., Boscardin, W. J., Goldman, L. E., & Dudley, R. A. (2013). Effect of pay-for-performance incentives on quality of care in small practices with electronic health records: a randomized trial. *JAMA*, *310*(10), 1051–1059. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.277353>
- Beals, B. (2012). Pay-for-performance. *Journal of Hospital Librarianship*, *2*(3), 85–89. https://doi.org/10.1300/J186v02n03_10
- BPJS Kesehatan. (2019). *Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama* (Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.
- Chimhutu, V., Lindkvist, I., & Lange, S. (2014). When incentives work too well: locally implemented pay for performance (P4P) and adverse sanctions towards home birth in Tanzania - a qualitative study. *BMC Health Services Research*, *14*, 23. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-23>
- Das, A., Gopalan, S. S., & Chandramohan, D. (2016). Effect of pay for performance to improve quality of maternal and child care in low- and middle-income countries: A systematic review. *BMC Public Health*, *16*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2982-4>
- Fernández Urrusuno, R., Montero Balosa, M. C., Pérez Pérez, P., & Pascual de la Pisa, B. (2013). Compliance with quality prescribing indicators in terms of their relationship to financial incentives. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *69*(10), 1845–1853. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00228-013-1542-4>
- Fleetcroft, R., Steel, N., Cookson, R., Walker, S., & Howe, A. (2012). Incentive payments are not related to expected health gain in the pay for performance scheme for UK primary care: cross-sectional analysis. *BMC Health Services Research*, *12*, 94. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-94>
- Gill, P. J., O'Neill, B., Rose, P., Mant, D., & Harnden, A. (2014). Primary care quality indicators for children: Measuring quality in UK general practice. *British Journal of General Practice*, *64*(629), e752–e757. <https://doi.org/10.3399/bjgp14X682813>
- Grigoroglou, C., Munford, L., Webb, R. T., Kapur, N., Doran, T., Ashcroft, D. M., & Kontopantelis, E. (2018). Association between a national primary care pay-for-performance scheme and suicide rates in England: spatial cohort study. *British Journal of Psychiatry*, *213*(4), 600–608. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.143>
- Kirschner, K., Braspenning, J., Akkermans, R. P., Annelies Jacobs, J. E., & Grol, R. (2013). *Syntax Literate*, Vol. 8, No. 5, Mei 2023

- Assessment of a pay-for-performance program in primary care designed by target users. *Family Practice*, 30(2), 161–171. <https://doi.org/10.1093/fampra/cms055>
- Kirschner, K., Braspenning, J., Jacobs, J. E. A., & Grol, R. (2012). Design choices made by target users for a pay-for-performance program in primary care: an action research approach. *BMC Family Practice*, 13, 25. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-25>
- Kolozsvári, L. R., Orozco-Beltran, D., & Rurik, I. (2014). Do family physicians need more payment for working better? Financial incentives in primary care. *Atencion Primaria*, 46(5), 261–266. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.014>
- Kontopantelis, E., Springate, D. A., Ashworth, M., Webb, R. T., Buchan, I. E., & Doran, T. (2015). Investigating the relationship between quality of primary care and premature mortality in England: a spatial whole-population study. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 350. <https://doi.org/10.1136/bmj.h904>
- Maharani, C., Afief, D. F., Weber, D., Marx, M., & Loukanova, S. (2019). Primary care physicians' satisfaction after health care reform: a cross-sectional study from two cities in Central Java, Indonesia. *BMC Health Services Research*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4121-2>
- Minchin, M., Roland, M., Richardson, J., Rowark, S., & Guthrie, B. (2018). Quality of care in the United Kingdom after removal of financial incentives. *New England Journal of Medicine*, 379(10), 948–957. <https://doi.org/10.1056/NEJMs1801495>
- Petersen, L. A., Ramos, K. S., Pietz, K., & Woodard, L. D. (2017). Impact of a Pay-for-Performance Program on Care for Black Patients with Hypertension: Important Answers in the Era of the Affordable Care Act. *Health Services Research*, 52(3), 1138–1155. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12517>
- Petersen, L. A., Simpson, K., Pietz, K., Urech, T. H., Hysong, S. J., Profit, J., Conrad, D. A., Dudley, R. A., & Woodard, L. D. (2013). Effects of individual physician-level and practice-level financial incentives on hypertension care: a randomized trial. *JAMA*, 310(10), 1042–1050. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.276303>
- Rudasingwa, M., & Uwizeye, M. R. (2017). Physicians' and nurses' attitudes towards performance-based financial incentives in Burundi: a qualitative study in the province of Gitega. *Global Health Action*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1270813>
- Saint-Lary, O., Leroux, C., Dubourdieu, C., Fournier, C., & François-Purcell, I. (2015). Patients' views on pay for performance in France: A qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*, 65(637), e552–e559.

Dampak Implementasi Pembayaran Berbasis Kinerja (*Pay-For-Performance*) Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Fktp) Terhadap Kualitas Layanan Kesehatan di Berbagai Negara

<https://doi.org/10.3399/bjgp15X686149>

Copyright holder:

Uswatun Khasanah, Mardiaty Nadjib (2023)

First publication right:

Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia

This article is licensed under:

