

Health Technology Assessment Indonesia

MEDICAL REPORT

02-08-38

DOCTOR

02 :43 080

586 9 403

253 84 :01

809

Annual Review 2022

PUSAT KEBIJAKAN PEMBIAYAAN DAN DESENTRALISASI KESEHATAN
BADAN KEBIJAKAN PEMBANGUNAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN
2022

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT INDONESIA ANNUAL REVIEW 2022

TIM PENYUSUN

drg. Armansyah, MPPM;
drg. Lusiana Siti Masytoh, MKM;
dr. Resi Natalia Turnip, MKM;
Windi Haryani, SE, MKM;
dr. Eva Herlinawaty;
Miftahussaadah, SKM, MPH;
Ranti Dewi, SKM, MPH;
Nelly Mustika Sari, SKM, MKM;
dr. Tita Rosita, MKM.,
dr. Farida Trihartini, MKM;
dr. Dani Ramdani Budiman;
dr. Karlina;
Fraschiska Rizky Restuningtyas, S.Stat.

**PUSAT KEBIJAKAN PEMBIAYAAN DAN DESENTRALISASI KESEHATAN
BADAN KEBIJAKAN PEMBANGUNAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN
2022**

DAFTAR HALAMAN

2	DAFTAR HALAMAN
3	DAFTAR GAMBAR
4	DAFTAR TABEL
5	KATA PENGANTAR KEPALA PUSAT PEMBIAYAAN DAN DESENTRALISASI KESEHATAN
7	HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT/PENILAIAN TEKNOLOGI KESEHATAN DI INDONESIA PELAKSANAAN PTK DI INDONESIA KOMITE PENILAIAN TEKNOLOGI KESEHATAN
11	REVIEW TAHUNAN PELAKSANAAN PTK DI INDONESIA: TAHUN 2014 – 2022 PEMETAAN IMPLEMENTASI REKOMENDASI PTK DUKUNGAN MITRA PEMBANGUNAN
24	TARGET KEDEPAN PETA JALAN/ROADMAP DI INDONESIA PENGEMBANGAN PANDUAN PTK PENGEMBANGAN AGEN PELAKSANA PTK KETERLIBATAN INTERNASIONAL

DAFTAR GAMBAR

- 8** *Gambar 1. Fungsi PTK untuk menjembatani kemajuan ilmu dan pengambilan keputusan*
- 10** *Gambar 2. Struktur Organisasi Komite Penilaian Teknologi Kesehatan (Komite PTK)*
- 12** *Gambar 3. Pelaksanaan PTK di Indonesia*
- 13** *Gambar 4. Utilisasi Prosedur CAPD dan DP dan Pembiayaannya Tahun 2017-2021
(Sumber : BPJS Kesehatan)*
- 14** *Gambar 5. Utilisasi Obat Sildenafil dan Pembiayaannya Tahun 2017-2021
(Sumber : BPJS Kesehatan)*
- 16** *Gambar 6. Utilisasi Obat Bevasizumab dan Pembiayaannya Tahun 2017-2021
(Sumber : BPJS Kesehatan)*
- 16** *Gambar 7. Utilisasi Obat Setuksimab dan Pembiayaannya Tahun 2017-2021
(Sumber : BPJS Kesehatan)*
- 17** *Gambar 8. Utilisasi Obat Imatinib Tahun 2017-2021
(Sumber : BPJS Kesehatan)*
- 18** *Gambar 9. Utilisasi Obat Trastuzumab dan Biosimilar serta Pembiayaannya Tahun 2017-2021
(Sumber : BPJS Kesehatan)*
- 19** *Gambar 10. Utilisasi Obat Rituximab dan Pembiayaannya Tahun 2017-2021 (Sumber : BPJS Kesehatan)*
- 25** *Gambar 11. Konsep Penyusunan Roadmap PTK Indonesia*

DAFTAR TABEL

26	Tabel 1. Rencana Revisi Panduan Umum PTK
27	Tabel 2. Strategi Pelaksanaan Ahta
29	Tabel 3. Rencana Pengembangan Agen PTK

KATA PENGANTAR

KEPALA PUSAT PEMBIAYAAN DAN DESENTRALISASI KESEHATAN

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT/ PENILAIAN TEKNOLOGI KESEHATAN

Kajian teknologi kesehatan (Health Technology Assessment) merupakan kajian yang komprehensif mencakup efikasi (efficacy), efektivitas (effectiveness), keamanan (safety), analisis biaya (economic analysis) hingga budget impact analysis serta nilai (values) sosial-budaya dan agama bila diperlukan. Salah satu tantangan Penilaian Teknologi Kesehatan (PTK) di era JKN adalah untuk melakukan evaluasi terhadap biaya kesehatan (economic evaluation) dan paket manfaat yang ada saat ini, guna memastikan teknologi kesehatan yang dipakai berbasis bukti (evidence based medicine).

Implementasi rekomendasi PTK yang berkualitas dan terstandar diperlukan dalam mendukung pengambilan keputusan kebijakan teknologi kesehatan. Komite Penilaian Teknologi Kesehatan (Komite PTK) dibentuk tahun 2014 yang dalam pelaksanaan tugasnya berkoordinasi dengan Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK) - Sekretaris Jenderal, dan pada tahun 2022 berkoordinasi dengan dengan Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan (Pusjak PDK) - Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK), dan sampai saat ini telah merumuskan rekomendasi kesehatan berdasarkan 14 hasil kajian PTK.

Annual review ini akan menyajikan gambaran mengenai PTK di Indonesia sejak 2014 sampai dengan 2022 yang daftar rekomendasi dan implementasi kebijakan tersebut di Indonesia, termasuk tantangan dan dampak implementasinya. Penguatan institusionalisasi PTK di Indonesia merupakan agenda prioritas, melalui berbagai tahapan yang telah dirancang untuk menghasilkan PTK Indonesia yang kuat, baik dari sisi struktur kelembagaan, sumber daya, maupun mekanisme dalam mendukung pemanfaatan hasil PTK sebagai dasar pengambilan kebijakan kesehatan berbasis bukti (decision making evidence-informed).

Saya mengucapkan terima kasih terhadap tim kerja HTA dan para kontributor yang telah menyusun annual review PTK ini, semoga bisa bermanfaat bagi semua pihak.

Dr. Yuli Farianti, M.Epid

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT/PENILAIAN TEKNOLOGI KESEHATAN DI INDONESIA

PELAKSANAAN PTK DI INDONESIA
KOMITE PENILAIAN TEKNOLOGI KESEHATAN

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT/ PENILAIAN TEKNOLOGI KESEHATAN DI INDONESIA

PELAKSANAAN PTK DI INDONESIA

Health Technology Assessment (HTA) yang diterjemahkan menjadi Penilaian Teknologi Kesehatan (PTK), - selanjutnya dalam dokumen ini akan disebut sebagai PTK -, adalah metode yang digunakan untuk membantu pengambilan keputusan terkait adopsi teknologi kesehatan.

Kenapa PTK? Secara historis, pada tahun 1980-an terjadi lonjakan biaya kesehatan di seluruh dunia, salah satunya diakibatkan adanya kemajuan teknologi yang menimbulkan trade-off dari sisi biaya. Informasi diperlukan untuk memilih dari berbagai alternatif dan variasi dari pelayanan kesehatan yang tersedia, sehingga PTK diperlukan sebagai dasar/justifikasi yang mewakili perspektif pemerintah-pasien-komunitas.



Gambar 1. Fungsi PTK untuk menjembatani kemajuan ilmu dan pengambilan keputusan

Dasar Hukum PTK dalam JKN

- Perpres 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (pasal 82) disebutkan PTK sebagai salah satu tools Kendali Biaya dan Kendali Mutu dalam JKN.
- Permenkes No. 51 Tahun 2017 tentang Pedoman PTK (HTA) dalam Program JKN. Dalam Permenkes ini diatur mengenai latar belakang, struktur organisasi, tugas dan pelaksanaan PTK dalam JKN.

PTK sebagai salah satu tools Kendali Biaya dan Kendali Mutu dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), merupakan analisis kebijakan yang dilakukan secara sistematis dengan pendekatan multidisiplin untuk menilai dampak penggunaan teknologi kesehatan. Proses PTK ini meliputi aspek klinis, epidemiologi, statistika, ekonomis, sosial, budaya, etika, politik, dan agama. Metodologi PTK di Indonesia tertuang dalam buku Panduan PTK yang terbit pada tahun 2017. Buku ini disusun dengan tujuan untuk membantu para pemangku kepentingan dalam menilai dan melakukan kajian evaluasi

ekonomi dalam bidang kesehatan, sehingga diharapkan akan tercapai konsistensi standar metode dan laporan, serta transparansi dan hasil kajian PTK yang sistematis.

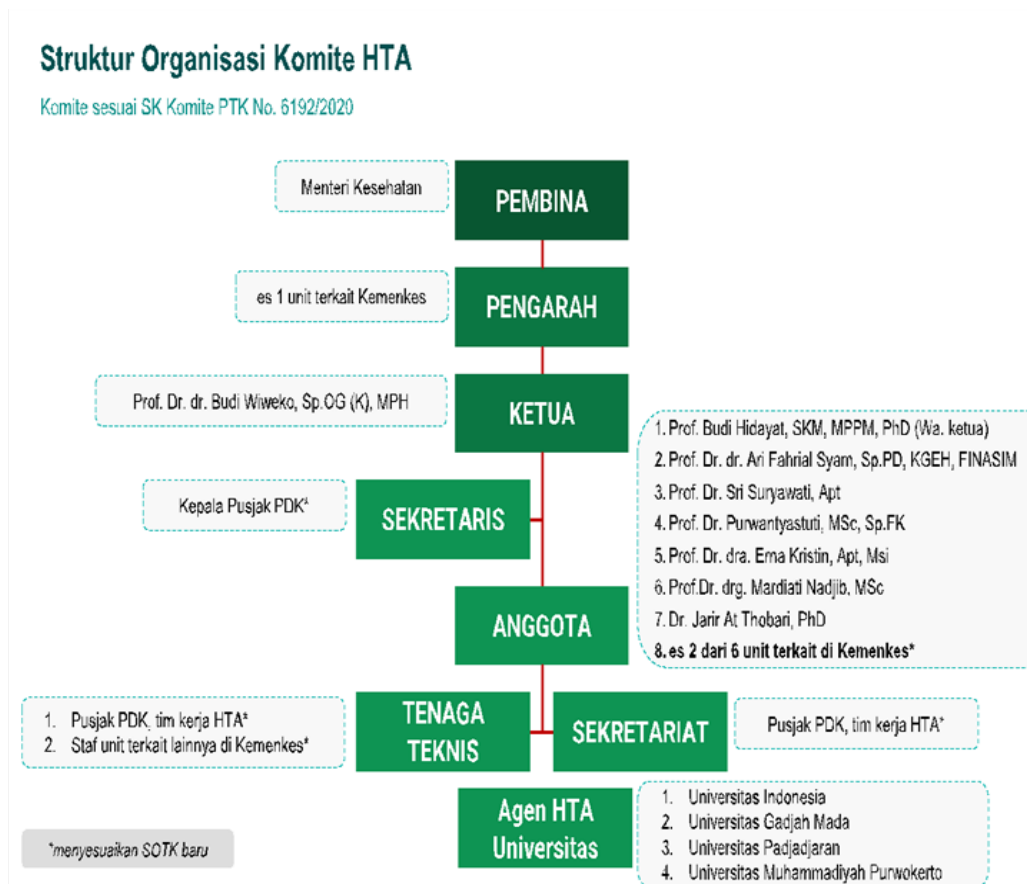
Buku panduan PTK tersedia dalam versi bahasa Indonesia dan versi bahasa Inggris, serta dapat diakses pada link berikut:

<https://link.kemkes.go.id/PanduanPTK2017Bahasa>

<https://link.kemkes.go.id/PanduanPTK2017English>

PTK telah dimasukkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2020 – 2024 sebagai tools penguatan pelaksanaan JKN serta termasuk dalam pilar transformasi pembiayaan kesehatan untuk mendukung peningkatan penerapan PTK melalui analisis ekonomi kesehatan berbasis bukti untuk layanan kesehatan yang lebih efektif dan efisien.

KOMITE PENILAIAN TEKNOLOGI KESEHATAN INDONESIA HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT COMMITTEE (InaHTAC)



Gambar 2. Struktur Organisasi Komite Penilaian Teknologi Kesehatan (Komite PTK)

Komite Penilaian Teknologi Kesehatan (Komite PTK) ditetapkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/6192/2020. KPTK terdiri dari unsur Kementerian Kesehatan, akademisi, praktisi di bidang klinis dan ekonomi kesehatan. Berdasarkan hasil PTK, Komite PTK memberikan rekomendasi kepada Menteri Kesehatan apakah suatu teknologi kesehatan layak dipertimbangkan masuk dalam paket manfaat JKN, atau dievaluasi dikeluarkan dalam paket manfaat dalam JKN, atau dijamin namun akses layanan teknologi tersebut dibatasi.

Secara garis besar proses PTK terdiri atas empat tahap, dimulai dari tahap seleksi topik, tahap asesmen, appraisal, dan tahap akhir dimana Komite PTK mengambil keputusan tentang value for money suatu teknologi berdasarkan hasil asesmen. Keputusan tersebut dituangkan dalam bentuk nota rekomendasi yang akan di diseminasikan kepada seluruh stakeholder selanjutnya menunggu waktu masa sanggah selama 30 (tiga puluh) hari kalender dan rapat dengar pendapat (jika ada). Setelah melalui proses tersebut, nota rekomendasi kebijakan final akan disampaikan melalui audiensi kepada Menteri Kesehatan sebagai dasar penetapan kebijakan kesehatan.

REVIEW TAHUNAN

PELAKSANAAN PTK DI INDONESIA: TAHUN 2014 – 2022
PEMETAAN IMPLEMENTASI REKOMENDASI PTK
DUKUNGAN MITRA PEMBANGUNAN

REVIEW TAHUNAN

PELAKSANAAN PTK DI INDONESIA: TAHUN 2014 - 2022

Tahun 2014 merupakan tahun Komite PTK di Indonesia untuk program JKN dibentuk. Pada tahun ini dilakukan perumusan konsep PTK, termasuk konsep piloting kajian PTK tahun 2015.

2015	2 prioritas topik PTK	• HD vs CAPD pada pasien GGT (Gagal Ginjal Terminal) • Sildenafil vs Beraprost pada pasien HAP (hipertensi arteri pulmonal)
2016	2 prioritas dari 22 usulan	• Prostaglandin E1 pada bayi dengan Penyakit jantung bawaan (PJB) kritis bergantung ductus • Digital Subtraction Angiography (DSA) pada pasien Stroke
2017	4 prioritas dari usulan tahun 2016	• Setuksimab pada pasien kanker kolorektal metastasis • Bevacizumab pada pasien kanker kolorektal metastasis • Analog insulin vs human insulin pada pasien DM tipe 2 • Nilotinib untuk Leukemia Granulositik Kronis (LGK)
2018	2 prioritas dari 17 usulan	• Trastuzumab pada pasien kanker payudara metastasis HER2+ • Lapatinib pada pasien kanker payudara metastasis HER2+ • Rituximab pada pasien Limfoma Malignum non Hodgkins DLBCL
2019	4 prioritas dari 53 usulan	• Phaco vs ECCE pada pasien katarak • Appropriateness pemasangan stent • Sectio cesarea: pola utilisasi dan biaya persalinan • Terapi fibrinolitik pada pasien infark miokardium akut dengan elevasi segmen ST
2021	1 prioritas dari 82 usulan (sedang berjalan)	• Skrining kanker Ca Serviks dengan HPV DNA
2022	5 prioritas dari 19 usulan (sedang berjalan)	• Trastuzumab pada kanker payudara stadium dini • Skrining kanker kolorektal • Telemedicine • Tatalaksana LBP dengan Akupunktur • Mikrokapiler digital (Dianulir karena tidak memenuhi syarat)

Gambar 3. Pelaksanaan PTK di Indonesia

Pada tahun 2020 tidak diselenggarakan proses pengumpulan dan penetapan topik prioritas PTK dikarenakan empat kajian tahun 2019 yang masih berlangsung serta akibat kondisi pandemi COVID-19 yang tidak menunjang proses kajian, serta peralihan masa keanggotaan Komite PTK.

Seluruh hasil kajian dan nota rekomendasi PTK sampai dengan tahun 2019 telah disampaikan kepada Menteri Kesehatan, yang selanjutnya disampaikan kepada unit kerja terkait di Kementerian Kesehatan untuk ditindaklanjuti implementasinya.

PEMETAAN HASIL KAJIAN PTK DAN RENCANA IMPLEMENTASI

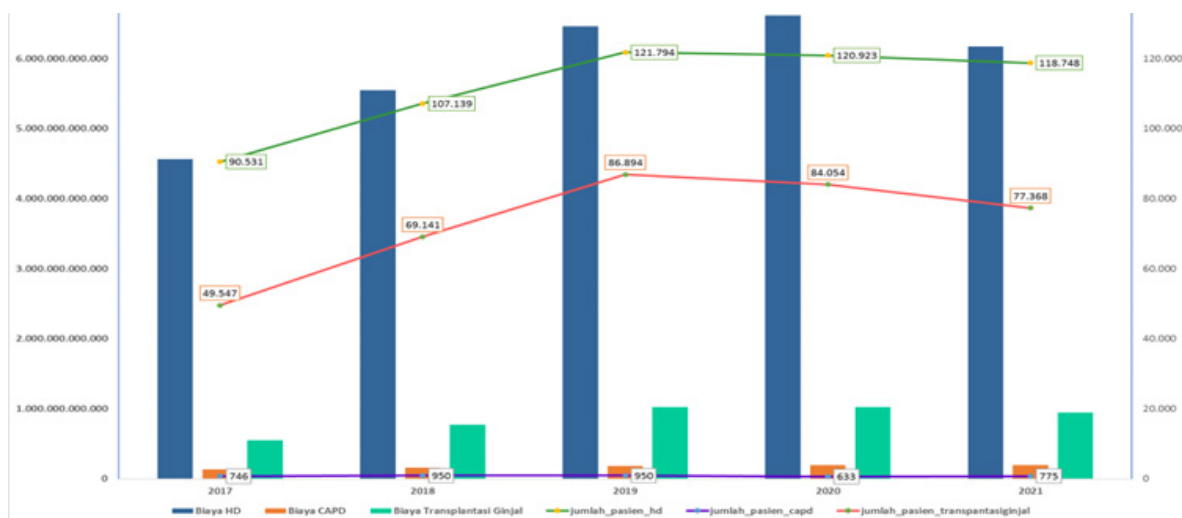
2015

Penilaian Teknologi Kesehatan: Dialisis Peritoneal (DP) dibandingkan Hemodialisis (HD) sebagai Kebijakan Lini Pertama pada Penyakit Gagal Ginjal Terminal (GGT) di Indonesia

Nota rekomendasi dalam kajian ini adalah diperlukan peningkatan cakupan Dialisis Peritoneal (DP) untuk jangka panjang bagi Indonesia karena tidak diperlukan investasi besar untuk membangun pusat dialisis dan juga lebih dapat menjangkau daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK). Saat ini pelayanan DP di fasilitas kesehatan di Indonesia sebagai terapi pengganti ginjal pada penyakit ginjal tahap akhir memiliki persentase yang masih dibawah ideal dibanding dengan terapi pengganti ginjal yang lain. Hasil perhitungan analisis dampak pembiayaan kajian memperkirakan bahwa estimasi implementasi kebijakan DP sebagai terapi lini pertama gagal ginjal terminal akan menghemat Rp 91,2 T dalam waktu 5 tahun bila dibandingkan dengan implementasi kebijakan HD sebagai terapi lini pertama pasien dengan gagal ginjal terminal.

Sebagai tindak lanjut atas rekomendasi ini, Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan (PKR) melaksanakan uji coba tatalaksana penyakit ginjal tahap akhir berdasarkan Kepmenkes

Nomor: HK.01.07/MENKES/347/2018 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/273/2018 tentang Tim Pelaksana Uji Coba Tatalaksana Penyakit Ginjal Tahap Akhir dalam rangka Peningkatan Cakupan Pelayanan Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD). Uji coba dialisis peritoneal dilaksanakan di Jawa Barat pada tahun 2018-2019. Berdasarkan uji coba diperoleh gambaran permasalahan layanan DP, yaitu bahwa tidak semua lokus (RS) siap melaksanakan proyek uji coba ini karena tidak semua RS memiliki pembiayaan yang cukup untuk pengadaan sarana prasarana memadai untuk pelayanan DP, selain itu terdapat keengganan manajemen RS menambah pelayanan DP karena dinilai tidak menguntungkan. Dari sisi SDM, kecukupan jumlah maupun kompetensi SDM untuk memberikan layanan DP dinilai masih kurang baik. Dari sisi pembiayaan, tidak semua pelayanan untuk DP terakomodasi dalam paket INA CBG, yaitu pemeriksaan peritoneal equilibrium test (PET) dan kecukupan dialisis (KT/V).



Gambar 4. Utilisasi Prosedur CAPD dan DP dan Pembiayaannya Tahun 2017-2021
(Sumber : BPJS Kesehatan)

Berdasarkan data klaim BPJS Kesehatan dari tahun 2017-2021, jika dibandingkan dengan tahun 2017 maka jumlah pasien dengan tindakan DP tahun 2021 meningkat sekitar 3.9%, prosedur HD meningkat 31.2% dan prosedur transplantasi ginjal sebesar 56.2%.

Berdasarkan Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/6553/2021 tentang RSP Penyelenggara Program Peningkatan Pelayanan CAPD, Kemenkes melalui Direktorat PKR melanjutkan upaya peningkatan cakupan DP di Indonesia dengan melaksanakan program peningkatan pelayanan DP dengan wilayah yang lebih luas yaitu di 7 (tujuh) Provinsi meliputi Sumatera Utara, Sumatera Selatan, Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, Kalimantan Timur dan Sulawesi Selatan. Selain itu, untuk mendukung upaya tersebut diterbitkan Permenkes No. 8/2022 yang mewajibkan unit Dialisis menyediakan pelayanan Hemodialisa dan Peritoneal Dialisis.

Selanjutnya perlu dilakukan inisiasi koordinasi antara stakeholder (Kementerian Kesehatan, asosiasi profesi, BPJS Kesehatan, faskes dll) termasuk identifikasi kendala dari implementasi hasil kajian HTA untuk mempercepat peningkatan pelayanan DP, serta meninjau kembali tarif INA CBGs untuk prosedur terapi pengganti ginjal pada gagal ginjal kronik.

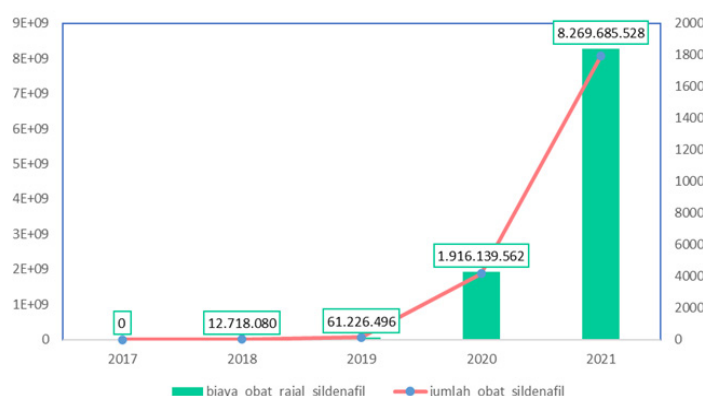
Hasil kajian ini dapat diakses pada <https://link.kemkes.go.id/KajianPTKDialisis>

Penilaian Teknologi Kesehatan terhadap Sildenafil sebagai Terapi Hipertensi Arteri Pulmonal (HAP) di Indonesia

Komite PTK merekomendasikan obat sildenafil diusulkan untuk masuk dalam paket manfaat JKN sebagai terapi lini pertama penyakit HAP kelas fungsional II dan kelas fungsional III jika harganya sama dengan atau kurang dari Rp. 4.729,- per 20 mg. Sebagai tindak lanjut atas rekomendasi ini, Komite Formularium Nasional telah mencantumkan sildenafil 20 mg dengan restriksi penggunaan dalam Formularium Nasional sejak tahun 2017, dan selanjutnya pada Formularium Nasional tahun 2021 terdapat penambahan sildenafil sirup kering 10

mg/ml penggunaan pada anak dengan restriksi (berlaku pada tahun 2022).

Sildenafil merupakan obat yang sangat dibutuhkan dalam terapi HAP. Perluasan manfaat untuk obat ini sangat membantu masyarakat terbukti dengan peningkatan utilisasi obat sildenafil untuk kasus HAP dalam program JKN dari yang semula tidak dijamin, sejak 2018 meningkat jumlah pemakaiannya dari 276 tablet menjadi 179.463 tablet dengan jumlah pembiayaan sebesar Rp. 8.269.685.528,- pada tahun 2021. Hal ini seiring dengan peningkatan jumlah pasien HAP pengguna layanan JKN yang naik 27,5% dalam 5 tahun terakhir pada periode 2017-2021. Harga saat ini dalam e-katalog tahun 2022 kemasan tablet Sildenafil 20 mg adalah Rp. 36.000,- per tablet, kemasan sirup Sildenafil 112ml (10mg/ml) Rp. 1.670.190,-.



Gambar 5. Utilisasi Obat Sildenafil dan Pembiayaannya Tahun 2017-2021 (Sumber : BPJS Kesehatan)

Untuk selanjutnya perlu penyesuaian harga obat sildenafil mengingat semakin bertambahnya jumlah penderita HAP dan penggunaan obat sildenafil setiap tahunnya. Selain itu perlu perhitungan harga obat sildenafil yang cost efektif.

Hasil kajian ini dapat diakses pada <https://link.kemkes.go.id/KajianPTKSildenafil>

2016

Penilaian Teknologi Kesehatan Terhadap Prostaglandin E1 (PGE1) sebagai Obat Penyelamat Jiwa pada Bayi dengan Penyakit Jantung Bawaan (PJB) Kritis Bergantung Duktus

Obat PGE1 telah tercantum dalam Fornas sejak tahun 2015, namun ketersediaannya terbatas karena belum memiliki nomor izin edar (NIE). Didasari hal tersebut dilakukan penilaian teknologi kesehatan terhadap obat PGE1. Hasil penilaian teknologi kesehatan menunjukkan bahwa obat PGE1 merupakan satu-satunya obat penyelamat jiwa bagi bayi dengan PJB kritis bergantung duktus yang belum bisa menjalani operasi jantung. Hal tersebut membuat obat ini wajib tersedia di Indonesia, maka Komite PTK merekomendasikan agar pemerintah menjamin ketersediaan obat ini di Indonesia.

Hingga saat ini tidak ada perusahaan farmasi yang mendaftarkan obat PGE1 di BPOM, sehingga pengadaannya harus melalui mekanisme special access scheme (SAS). Pengadaan melalui mekanisme SAS ini memiliki keterbatasan antara lain proses pengadaan yang cukup lama karena harus diimpor serta bergantung pada ketersediaan obat di luar negeri. Berdasarkan data BPJS Kesehatan tahun 2017-2021, rata-rata jumlah pasien PJB kritis bergantung duktus di Indonesia sekitar 10.000-12.000 pasien per tahun, sehingga penggunaan obat PGE1 dinilai kecil. Hal ini merupakan salah satu penyebab industri farmasi enggan mendaftarkan izin edar obat ke BPOM. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan perlu mengadvokasi BUMN farmasi untuk memproduksi PGE1 untuk tujuan kemandirian bahan baku obat dan ketersediaan obat dalam negeri.

Dalam skema JKN obat ini dibayarkan secara paket sesuai dengan kode INA CBG yang berlaku. Berdasarkan data klaim BPJS Kesehatan tahun 2017-2021, terdapat peningkatan jumlah kasus PJB kritis bergantung duktus sebesar 41 %, yaitu dari 7.803 pasien di tahun 2017 menjadi 11.025 pasien di tahun 2021. Hal ini menunjukkan bahwa ada potensi kebutuhan PGE1 semakin meningkat sehingga diperlukan upaya Kementerian Kesehatan untuk memastikan ketersediaan PGE1 bagi pasien PJB kritis bergantung duktus.

Hasil kajian ini dapat diakses pada <https://link.kemkes.go.id/KajianPTKProstaglandin>

Digital Subtraction Angiography (DSA) pada Pasien Stroke

Studi PTK terkait DSA pada pasien stroke yang direncanakan dilaksanakan pada tahun 2016 dengan pengusul RS Pusat Otak Nasional (PON) dan BPJS Kesehatan dihentikan. Berdasarkan telaah awal studi PTK menyimpulkan bahwa topik tersebut terlalu luas dan tidak spesifik untuk dilakukan studi PTK. Komite PTK merekomendasikan agar organisasi profesi dapat menindaklanjuti permasalahan lapangan terkait penggunaan DSA dengan menyediakan data pembiayaan rumah sakit, dan selanjutnya tim tarif di Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK) dapat menggunakan data tersebut sebagai dasar penghitungan tarif prosedur. Komite PTK juga merekomendasikan agar Tim tarif dapat melakukan review group dan kode-kode terkait prosedur yang menggunakan DSA yang saat ini masih belum ada. Lebih lanjut, diperlukan masukan dari Dewan Pertimbangan Klinis (DPK) terkait pengelompokan penyakit yang bisa dilakukan tindakan dengan DSA.

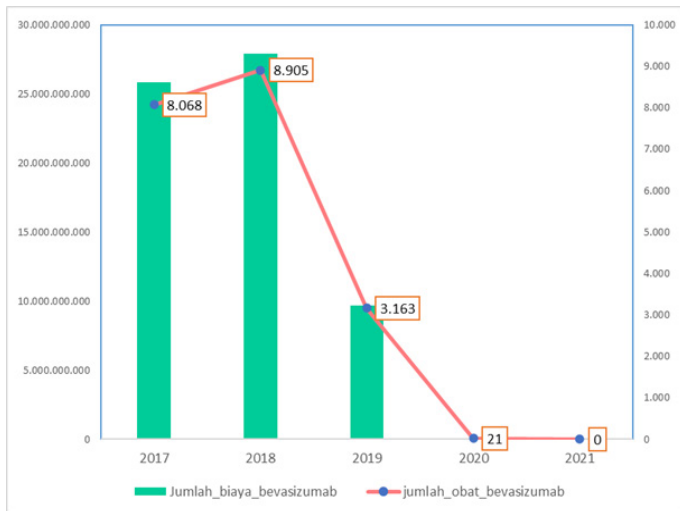
2017

Penilaian Teknologi Kesehatan terhadap Penambahan Bevacizumab pada Regimen Kemoterapi untuk Terapi Kanker Kolorektal Metastasis (mCRC)

Nota rekomendasi Komite PTK menyatakan bahwa penambahan bevacizumab pada standar perawatan kanker kolorektal metastasis harus dipertimbangkan kembali karena bukan pengobatan yang hemat biaya. Sesuai dengan rekomendasi, bevacizumab dikeluarkan dari fornas pada tahun 2019 (Addendum Fornas 2018), yang berarti tidak lagi menjadi bagian paket manfaat JKN.

Berdasarkan data BPJS Kesehatan, rata-rata pemakaian bevacizumab tahun 2017 - 2018 sebesar 8.486 tablet per tahun, sementara pada tahun 2019 mulai terjadi penurunan utilisasi bevacizumab sebesar 64% menjadi 3.162 tablet. Sejak tahun 2020 tidak ada lagi utilisasi bevacizumab dalam pelayanan JKN dan terjadi penurunan biaya yang sangat signifikan untuk

obat ini dalam pelayanan JKN. Pada tahun 2017 - 2018 rata-rata pengeluaran untuk obat ini sebesar Rp. 26.854.735.320,- per tahun, turun menjadi Rp. 9.662.434.570,- pada tahun 2019.



Gambar 6. Utilisasi Obat Bevacizumab dan Pembiayaannya Tahun 2017-2021 (Sumber : BPJS Kesehatan)

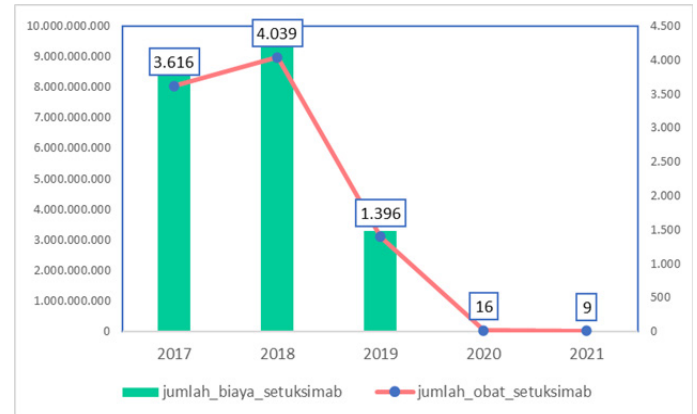
Rekomendasi studi terkait mempertimbangkan kembali penambahan bevacizumab pada standar perawatan kanker kolorektal metastasis sudah terimplementasi dengan dikeluarkannya bevacizumab dari Fornas sejak tahun 2019. Selanjutnya, tahun 2022 Komite PTK sedang melakukan penilaian teknologi kesehatan untuk menilai value for money pelaksanaan skrining kanker kolorektal di Indonesia. Hal ini selaras dengan implementasi peninjauan manfaat berdasarkan kebutuhan dasar kesehatan (KDK) bagi peserta JKN, yaitu untuk meningkatkan dan menambahkan manfaat promotif preventif yang memberikan daya ungkit dalam pengendalian penyakit katastropik khususnya kanker kolorektal.

Hasil kajian ini dapat diakses pada <https://link.kemkes.go.id/KajianPTKBevacizumab>

Evaluasi Ekonomi Terapi Setuksimab untuk Pasien Kanker Kolorektal (KKR) Metastasis

Hasil studi PTK merekomendasikan penggunaan setuksimab sebagai terapi tambahan pada pasien kanker kolorektal metastasis dikeluarkan dari paket manfaat

JKN karena tidak value for money. Pada tahun 2019 (Addendum Fornas 2018) telah dilakukan perubahan restriksi penggunaan setuksimab, dimana setuksimab hanya bisa digunakan untuk indikasi kanker kepala dan leher jenis squamous.



Gambar 7. Utilisasi Obat Setuksimab dan Pembiayaannya Tahun 2017-2021 (Sumber : BPJS Kesehatan)

Sebagai gambaran dari data BPJS, rata-rata pemakaian setuksimab tahun 2017 - 2018 sebesar 3.827 tablet per tahun, sementara pada tahun 2019 mulai terjadi penurunan utilisasi sebesar 65% menjadi 1.396 tablet, dan sejak tahun 2020 tidak ada lagi utilisasi setuksimab dalam pelayanan JKN. Sebagai dampak atas dikeluarkannya setuksimab, terjadi penurunan biaya yang sangat signifikan untuk obat ini dalam pelayanan JKN. Pada tahun 2017 - 2018 rata-rata pengeluaran untuk obat ini sebesar Rp. 9.067.375.875,- per tahun, turun menjadi Rp. 3.281.601.170,- pada tahun 2019.

Hasil kajian ini dapat diakses pada <https://link.kemkes.go.id/KajianPTKCetuximab>

Penilaian Efektivitas Klinis dan Harga Analog Insulin Dibandingkan dengan Human Insulin pada Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2

Hasil studi PTK merekomendasikan Kementerian Kesehatan bekerjasama dengan perhimpunan profesi (Perhimpunan endokrinologi Indonesia dan Perhimpunan Dokter Farmakologi Klinis Indonesia) untuk menyusun PNPK DM yang menyebutkan secara spesifik bahwa pasien DM tipe 2 yang tidak terkontrol dengan obat hiperglikemia oral

harus diberikan human insulin terlebih dahulu dan menetapkan bahwa analog insulin hanya boleh digunakan bagi pasien DM tipe 2 yang telah berusaha keras dalam mengontrol kadar gula darah dan kejadian hipoglikemia setelah menggunakan human insulin. Selain itu perlu dipastikan ketersediaan human insulin dengan harga murah. Saat ini, di Indonesia harga human insulin tidak jauh berbeda dengan analog insulin. Untuk penentuan harga obat, saat ini berlaku kebijakan e-katalog sektoral, dimana industri farmasi yang sudah terdaftar di LKPP dapat menentukan harganya sendiri di e-katalog.

Tahun 2020 Kementerian Kesehatan telah menetapkan PNPK tentang Diabetes Mellitus dengan Kepmenkes No. 603 tahun 2020, meskipun belum mengatur secara spesifik indikasi penggunaan insulin sesuai rekomendasi PTK.

Dalam Fornas telah dilakukan revisi restriksi penggunaan insulin yang bertujuan sebagai pembatasan/pengaturan penggunaan insulin dalam pelayanan JKN, sesuai dengan Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan DM tipe 2 di Indonesia tahun 2015. Pembatasan penggunaan analog insulin setelah human insulin tidak dapat dilakukan atas dasar pertimbangan ketersediaan human insulin.

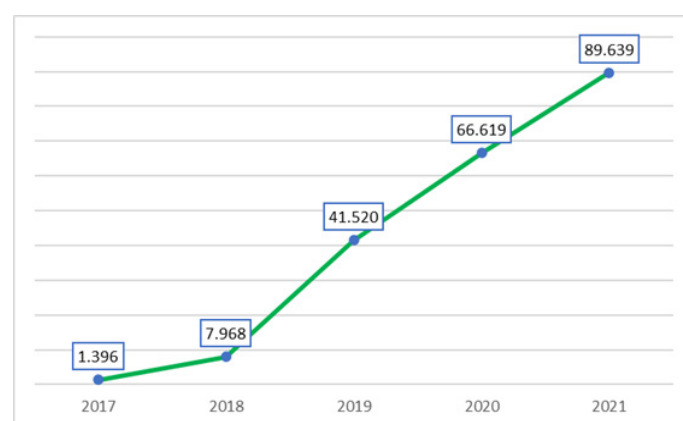
Berdasarkan data klaim BPJS Kesehatan, pada tahun 2021 terjadi kenaikan penggunaan analog insulin sebesar 57% dan penurunan secara tajam penggunaan human insulin sebesar 85% bila dibandingkan dengan tahun 2017. Jika dibandingkan dari pemakaian insulin secara total, pada tahun 2021 proporsi pemakaian human insulin hanya 0,04%, angka ini hampir sama dari proporsi saat studi PTK dilaksanakan pada tahun 2017 yaitu sebesar 0,05%.

Hasil kajian ini dapat diakses pada <https://link.kemkes.go.id/KajianPTKInsulin>

Review Utilisasi Obat sebagai Bagian dari Proses Pembiayaan JKN: Kasus Nilotinib untuk Leukemia Granulositik Kronik (LGK)

Menurut para ahli, di Indonesia jumlah kasus pasien LGK yang memiliki kemungkinan pergantian terapi dari imatinib menjadi nilotinib diperkirakan sekitar 13%. Namun data klaim BPJS Kesehatan tahun 2016 menunjukkan terdapat sekitar 30% kasus LGK yang diterapi dengan nilotinib, sehingga perlu dilihat kembali pemanfaatan obat tersebut dan menilai potensi perkiraan penghematan biaya JKN. Hasil studi PTK merekomendasikan penggunaan imatinib sebagai terapi lini pertama, namun bila terdapat kondisi resisten atau intoleran terhadap imatinib maka dapat berpindah terapi menggunakan nilotinib.

Penggunaan nilotinib tahun 2014-2016 mengalami peningkatan yang cukup tajam. Terlebih pada tahun 2015 penggunaannya hampir mencapai 1400% dibandingkan tahun 2014. Fornas telah mencantumkan restriksi penggunaan nilotinib kapsul 200 mg sejak tahun 2015. Setelah kebijakan fornas tahun 2015 mengatur restriksi penggunaan nilotinib maka tren pemanfaatan nilotinib tetap mengalami peningkatan pada tahun 2016-2017, namun hanya sebesar 30%. Adanya rekomendasi PTK untuk penggunaan imatinib sebagai first line therapy setelah tahun 2018, berimplikasi terhadap tren penggunaan nilotinib dalam program JKN cenderung stagnan dengan rata-rata penggunaan sekitar 600 ribu tablet per tahun.



Gambar 8. Utilisasi Obat Imatinib Tahun 2017-2021
(Sumber : BPJS Kesehatan)

Pemberian obat imatinib pada pasien LGK sudah sesuai dengan rekomendasi Komite PTK. Berdasarkan data klaim BPJS Kesehatan, terjadi peningkatan penggunaan imatinib dari tahun 2017-2021. Pada tahun 2018 peningkatan penggunaan sangat besar mencapai 471% jika dibandingkan tahun sebelumnya (1.396 tablet menjadi 7.968 tablet). Hal serupa juga terjadi pada tahun 2019 dimana terjadi peningkatan sebesar 421% (menjadi 41.520 tablet). Selanjutnya pada tahun 2020 terjadi peningkatan sebesar 60% dan pada tahun 2021 peningkatan sebesar 35%.

Hasil kajian ini dapat diakses pada <https://link.kemkes.go.id/KajianPTKNilotinib>

2018

Evaluasi Ekonomi Penambahan Trastuzumab pada Regimen Kemoterapi Kanker Payudara Stadium Metastasis (MBC) HER2 +3

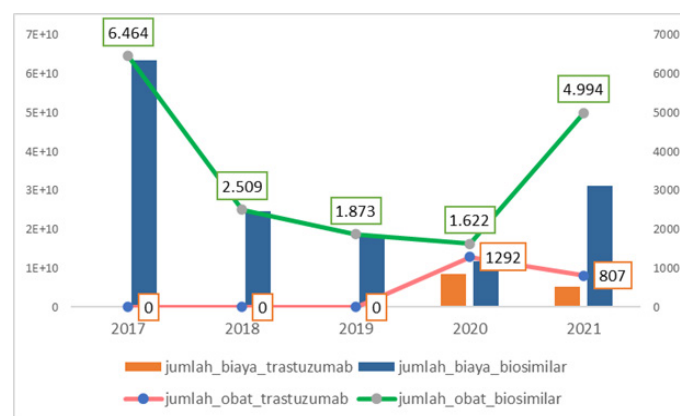
Analisis data primer di beberapa RS di Indonesia memperlihatkan bahwa penambahan trastuzumab pada kemoterapi kanker payudara (KPD) metastasis HER2 +3 tidak menambah progression free survival dan overall survival jika dibandingkan dengan kemoterapi saja. Temuan ini didukung dengan hasil evaluasi ekonomi bahwa trastuzumab tidak cost effective. Komite PTK merekomendasikan trastuzumab tidak lagi dibiayai dalam program JKN untuk kanker payudara metastasis HER2 +3.

Pada tahun 2014, harga trastuzumab berdasarkan SK Menteri Kesehatan No. 223 Tahun 2014 tentang Daftar Harga Obat Sitostatika adalah Rp. 19.608.034,- dengan skema beli 1 vial dapat 2 vial.

Sesuai dengan surat Direktur Pengelolaan dan Pelayanan Kefarmasian Nomor FY.02.02/EW/2454/2022 tanggal 22 Agustus 2022, saat ini sudah terdapat 4 (empat) produk biosimilar trastuzumab dalam e-katalog sehingga dapat menjadi pertimbangan untuk melakukan perhitungan Farmakoekonomi kembali dengan menyesuaikan penurunan harga tahun 2018 ke tahun 2021. Sesuai arahan Wakil Menteri Kesehatan, atas dasar pertimbangan menurut evidence based dan perhitungan

farmakoekonomi, trastuzumab tetap tercantum dalam Fornas dan dapat digunakan klinisi untuk pasien kanker payudara metastasis HER2 +3 dan penggunaannya diatur dengan Permenkes No.22 tahun 2018 tentang petunjuk teknis restriksi penggunaan obat trastuzumab untuk KPD metastasis pada pelayanan JKN.

Saat ini harga trastuzumab originator sama dengan harga biosimilar yaitu Rp. 6.208.000 per vial dalam sediaan injeksi 440 mg. Sebagai informasi obat biosimilar trastuzumab sudah ada di Indonesia sejak tahun 2019.



Gambar 9. Utilisasi Obat Trastuzumab dan Biosimilar serta Pembiayaannya Tahun 2017-2021 (Sumber : BPJS Kesehatan)

Berdasarkan data klaim BPJS, utilisasi obat trastuzumab pada tahun 2021 mengalami penurunan jika dibandingkan tahun 2020 sebesar 37,5% dengan penurunan biaya sebesar Rp. 3.410.617.250. Sebaliknya, terjadi peningkatan yang cukup besar pada penggunaan obat biosimilar dari tahun 2020 ke tahun 2021 yaitu sebesar 208% dengan peningkatan biaya sebesar Rp 19.343.848.350.

Hasil kajian ini dapat diakses pada :

<https://link.kemkes.go.id/KajianPTKTrastuzumabMetastasis>

Evaluasi Ekonomi dan Reviu Utilisasi Pemberian Kombinasi Lapatinib dan Kapesitabin dibandingkan Kapesitabin pada Pasien Kanker Payudara (KPD) Metastatik HER2 +3 yang Gagal Trastuzumab

Hasil kajian PTK menunjukkan bahwa pada pasien KPD metastasis HER2 +3 yang gagal

dengan terapi lainnya termasuk trastuzumab, penambahan lapatinib hanya memiliki manfaat klinis untuk menambah waktu progression-free survival namun tidak mampu menambah waktu overall survival pasien. Disisi lain hasil revidu utilisasi dari enam RS tempat penelitian memperlihatkan adanya praktek penggunaan lapatinib yang tidak sesuai dengan regulasi penggunaan obat dalam program JKN, ditambah dengan temuan bahwa analisis evaluasi ekonomi penambahan lapatinib terhadap kapesitabin tidak memiliki value for money, bahkan dalam skema pembiayaan kesehatan di negara maju. Sesuai dengan hasil PTK tersebut Komite PTK merekomendasikan agar penggunaan lapatinib yang dikombinasikan dengan kapesitabin pada pasien KPD metastasis HER2 +3 yang gagal dengan trastuzumab tidak dijamin dalam program JKN.

Lapatinib yang diberikan secara kombinasi dengan kapesitabin tetap tercantum dalam Fornas dengan restriksi yaitu untuk KPD metastatik dengan hasil pemeriksaan HER2 (ErbB2) positif 3, dan apabila HER2 positif 2, maka pemeriksaan FISH atau CISH harus positif. Semua yang akan diberikan lapatinib harus mendapat terapi sebelumnya, termasuk trastuzumab.

Sehubungan dengan rekomendasi Komite PTK tersebut diatas, saat ini lapatinib kombinasi kapesitabin masih tercantum dalam Fornas, untuk itu perlu ditinjau kembali agar implementasinya sesuai rekomendasi KPTK.

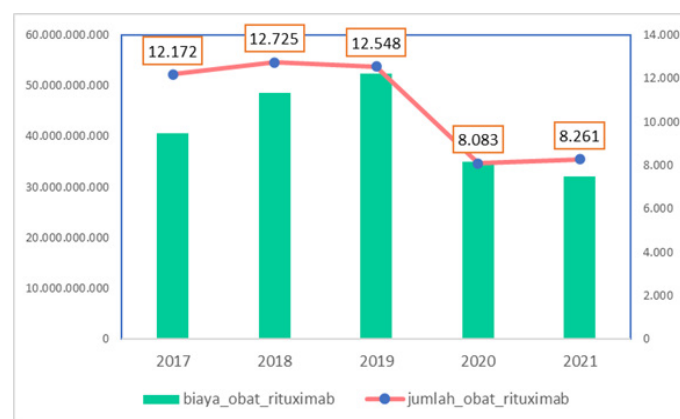
Hasil kajian ini dapat diakses pada <https://link.kemkes.go.id/KajianPTKLapatinib>

Evaluasi Ekonomi Kombinasi Rituximab dan Kemoterapi untuk Pasien Limfoma Malignum Non-Hodgkins (LNH) tipe Diffuse Large B Cell (DLBCL)

Hasil evaluasi ekonomi memperlihatkan rituksimab cost effective pada LNH DLBCL. Terdapat dampak pembiayaan terhadap terapi rituximab - kemoterapi siklofosamid, doksorubisin, vinkristin, prednison (R-CHOP) pada pasien LNH sub-tipe DLBCL sekitar Rp.526

Milyar selama jangka waktu 5 tahun. Ketepatan diagnosis dapat mengurangi economic loss sehingga rituksimab direkomendasikan untuk dilakukan restriksi dengan pemeriksaan panel lengkap terdiri dari CD45, CD20 dan CD3 dan perlu dicantumkan pada revisi Fornas.

Saat ini rituksimab tetap tercantum dalam Fornas dengan restriksi hasil pemeriksaan CD20 positif. Panel CD45 dan CD3 tidak dicantumkan karena pemeriksaannya terbatas hanya pada laboratorium atau faskes tertentu dan biayanya cukup tinggi.



Gambar 10. Utilisasi Obat Rituximab dan Pembiayaannya Tahun 2017-2021 (Sumber : BPJS Kesehatan)

Berdasarkan data klaim BPJS Kesehatan, jumlah penggunaan rituximab cenderung tidak mengalami perubahan dari tahun 2017-2021, dengan total klaim sebesar Rp. 208.347.815.454.

Hasil kajian ini dapat diakses pada <https://link.kemkes.go.id/KajianPTKRituximab>

2019

Evaluasi Ekonomi Phacoemulsification Vs Extracapsular Cataract Extraction pada Pasien Katarak

Dalam kajian evaluasi ekonomi ini dilakukan analisis cost-effectiveness yang menunjukkan bahwa Phacoemulsification lebih cost-effective untuk menghasilkan visual acuity terkoreksi maupun tak terkoreksi lebih baik atau setidaknya 6/12 dalam 1-2 bulan pasca

operasi dibandingkan dengan ECCE dengan perbedaan biaya yang tidak bermakna. Selain itu studi menunjukkan bahwa nilai Average Cost Effectiveness Ratio (ACER) ECCE dua kali lebih besar daripada Phacoemulsification untuk mencapai hasil visual acuity terbaik tak terkoreksi / Uncorrected Visual Acuity (UCVA) pada 1-2 bulan pasca operasi, memperkuat alasan bahwa Phacoemulsification adalah pilihan yang cost-effective dibandingkan dengan ECCE untuk tatalaksana katarak senilis di Indonesia.

Budget Impact Analysis (BIA) menunjukkan proyeksi biaya tindakan Phacoemulsification untuk lima tahun kedepan sebesar 95% dari total tindakan operasi katarak. Berdasarkan perhitungan BIA, kebutuhan biaya untuk tindakan Phacoemulsification dan ECCE lima tahun kedepan sebesar Rp 9,37 Triliun. Dengan skenario perhitungan tindakan ECCE di-shifting menjadi tindakan Phacoemulsification, dengan asumsi menggunakan tarif INA-CBGs, maka diperlukan kenaikan biaya sebesar Rp 80 Miliar menjadi Rp 9,45 Triliun, atau rata-rata Rp 16 M dalam 1 tahun.

Dari kajian ini dihasilkan rekomendasi kebijakan agar tindakan Phacoemulsification tetap dijamin dalam paket manfaat JKN, namun perlu dilakukan peninjauan tarif INA-CBGs mengingat dari hasil perhitungan biaya normatif yang dilakukan, total tindakan Phacoemulsification dibandingkan ECCE selisihnya tidak signifikan, sehingga perlu dikembangkan bundle payment untuk tindakan Phacoemulsification. Selain itu dalam implementasinya rekomendasi ini masih memiliki tantangan dalam aspek equity, yaitu ketersediaan alat Phacoemulsification beserta komponennya serta jumlah dokter spesialis mata yang belum tersebar merata di Indonesia terutama di daerah wilayah timur Indonesia dengan jumlah angka kebutaan yang tinggi akibat katarak.

Pada saat ini sedang dilakukan peninjauan tarif Phacoemulsification oleh Tim Tarif Kemenkes. Perlu upaya strategis meliputi pemetaan kebutuhan dokter spesialis mata dan perawat

mahir mata serta pemberian insentif terutama untuk tenaga kesehatan di daerah wilayah timur dengan angka kebutaan akibat katarak yang tinggi. Kementerian kesehatan perlu melakukan negosiasi dan kontrol harga alat Phacoemulsification beserta komponennya untuk mendukung pemerataan tindakan Phacoemulsification.

Hasil kajian ini dapat diakses pada <https://link.kemkes.go.id/KajianPTKPhacovsECCE>

Evaluasi Ekonomi Pemasangan Stent Melalui Prosedur Intervensi Koroner Perkutan (IKP) pada Pasien Sindrom Koroner Akut (SKA) dan Angina Pectoris Stabil (APS) di Indonesia

Penerapan instrumen appropriate use criteria (AUC) untuk tindakan pemasangan stent melalui prosedur IKP dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi pembiayaan kesehatan pada kasus PJK dengan Sindrom Koroner Akut (SKA) dan Angina Pectoris Stabil (APS), memastikan pasien mendapatkan terapi sesuai indikasi medis, serta dapat dimanfaatkan dan dikembangkan sebagai strategi kebijakan kesehatan yang mampu laksana. Hasil studi menunjukkan bahwa jika pada tahun 2018 diterapkan panduan AUC, potensi penghematan biaya yang diperoleh dari terhindarnya pemasangan stent rarely appropriate pada kelompok APS (berdasarkan jumlah pemasangan stent melalui prosedur IKP pada tahun 2018 di Indonesia) adalah Rp 26.031.475.241,00.

Organisasi PERKI dan PAPDI menginformasikan bahwa proses penerapan instrumen AUC di Indonesia memerlukan beberapa tahapan. Sebelum digunakan secara luas, formulir AUC harus dimodifikasi sesuai kondisi lingkungan praktik klinis dan ketersediaan sumber daya di Indonesia. PERKI dan PAPDI perlu menyepakati algoritma, definisi, dan kriteria yang akan dipakai. Selanjutnya perlu dilakukan validasi dengan pilot studi secara prospektif yang melibatkan beberapa center jantung untuk melihat luaran klinis pasien

dari masing-masing kategori appropriate, maybe appropriate dan rarely appropriate. Jika hasil validasi sesuai dengan luaran klinis yang diharapkan, selanjutnya instrumen AUC modifikasi Indonesia bisa diterapkan secara nasional. Jika hasil validasi tidak sesuai dengan luaran klinisnya maka perlu dibuat instrumen AUC versi Indonesia.

Berdasarkan data klaim BPJS, pada tahun 2020 terjadi penurunan jumlah tindakan stent, namun hal ini seiring dengan penurunan jumlah pasien. Pada tahun 2021 terjadi peningkatan jumlah prosedur stent yang cukup signifikan sebesar 56% dengan peningkatan biaya sebesar 58% (Rp. 125.751.497.400,-). Diharapkan dengan penggunaan formulir AUC dapat mendorong efektivitas dan efisiensi pembiayaan kesehatan pada kasus PJK dengan Sindrom Koroner Akut (SKA) dan Angina Pektoris Stabil (APS).

Sampai saat ini, pedoman tatalaksana PJK belum secara spesifik mencantumkan penilaian appropriateness pemasangan stent dalam bentuk skoring. PERKI dan PAPDI mempunyai peranan yang penting dalam menghasilkan instrumen AUC di Indonesia. Sebagai langkah utama, penetapan PNPK APS oleh Kementerian Kesehatan perlu disusun segera bersama Organisasi Profesi PERKI dan PAPDI dengan mencantumkan poin-poin penilaian appropriateness.

Hasil kajian ini dapat diakses pada <https://link.kemkes.go.id/KajianPTKStent>

ANALISIS POLA UTILISASI DAN BIAYA PERSALINAN DENGAN SECTIO CAESAREA (SC) DI INDONESIA

Pendekatan yang digunakan dalam studi ini adalah analisis data sekunder dengan sumber data Riskesdas 2018 dan data sampel BPJS Kesehatan tahun 2017-2018. Pendekatan ini merupakan alternatif sumber data yang dikerjakan karena pengambilan data primer terkendala pandemi Covid 19. Hasil studi ini merekomendasikan perlunya penyusunan PNPK persalinan SC dalam

rangka menjamin standar pelayanan dan sebagai dasar perhitungan biaya persalinan, penyamaan persepsi penggunaan kode ICD 10 dan ICD 9 CM dalam penentuan indikasi persalinan, dan integrasi klasifikasi Robson dengan p-care dan grouper INA CBGs sebagai dasar untuk melakukan review utilisasi dan audit medis, serta meminta BPJS Kesehatan untuk mempublikasikan SC rate per Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan Tindak Lanjut (FKRTL) secara rutin.

Klasifikasi Robson yang mengelompokkan ibu bersalin berdasarkan karakteristik umum kondisi kehamilan dapat digunakan sebagai alat monitoring dalam kendali mutu kendali biaya di fasilitas kesehatan. Apabila klasifikasi Robson diterapkan dalam sistem e-klaim dan penurunan kasus persalinan SC yang terjadi pada kelompok 1, 2, dan 3 dari kriteria Robson berturut-turut sebanyak 10%, 45%, dan 7%, maka akan ada potensi penghematan biaya sebesar 740-830 miliar rupiah.

Meskipun berdasarkan klaim data BPJS jumlah persalinan dengan SC cenderung mengalami penurunan dari tahun 2017-2021 (jumlah layanan SC dari total persalinan mengalami penurunan dari 35% menjadi 18% di tahun 2017 ke tahun 2021), namun pengendalian pelaksanaan SC harus tetap dilaksanakan. Salah satunya, dengan melaksanakan rekomendasi kajian PTK di atas.

Proses pengintegrasian klasifikasi Robson dengan e-klaim INA CBGs dalam penjaminan Jampersal telah dimulai oleh Tim Tarif Kementerian Kesehatan bersama dengan Organisasi Profesi terkait. Data yang diinput dalam aplikasi tersebut diharapkan dapat dimanfaatkan untuk monitoring dan mengevaluasi pola utilisasi dan biaya persalinan dengan sectio caesaria dalam penyelenggaraan Jampersal dan JKN nantinya. Saat ini masih tahap pengembangan aplikasi dan masih akan dilakukan uji coba di beberapa RS sebelum akhirnya diimplementasikan.

Hasil kajian ini dapat diakses pada <https://link.kemkes.go.id/KajianPTKSeccioCaesarea>

Analisis Efektivitas-Biaya Penggunaan Terapi Fibrinolitik pada Pasien Infark Miokardium Akut dengan Elevasi Segmen ST (IMA-EST)

Berdasarkan studi PTK diperoleh hasil bahwa efektivitas klinis alteplase untuk pasien IMA-EST secara konsisten lebih baik dibanding streptokinase, khususnya dalam mencegah kejadian kardiovaskular mayor (KKM). Hasil evaluasi ekonomi menunjukkan bahwa pemberian alteplase membutuhkan tambahan biaya sebesar 24,27 juta untuk mencegah 1 kejadian KKM jika dibandingkan dengan streptokinase. Penggunaan alteplase dibayarkan secara bundling sesuai tarif INA-CBGs, sementara streptokinase dapat diklaim secara top up. Oleh karena itu, Komite PTK merekomendasikan adanya peninjauan dan penyesuaian tarif INA CBGs untuk penatalaksanaan pasien IMA-EST yang lebih baik secara klinis. Saat ini sedang dilakukan pembahasan penyesuaian tarif INA-CBGs alteplase dengan mekanisme top up pada IMA-EST

Hasil kajian ini dapat diakses pada <https://link.kemkes.go.id/KajianPTKFibrinolitik>

ANALISIS POLA UTILISASI DAN BIAYA PERSALINAN DENGAN SECTIO CAESAREA (SC) DI INDONESIA

Pelaksanaan dan pengembangan PTK di Indonesia telah didukung oleh berbagai mitra pembangunan, baik dalam pengembangan metode PTK, peningkatan kapasitas SDM sampai kepada pendanaan studi PTK. Beberapa mitra pembangunan PTK Indonesia yaitu:

1. HITAP (Health Intervention and Technology Assessment Program)
Dukungan penguatan kapasitas teknis, serta mempromosikan Komite PTK pada jejaring internasional
2. PATH (Program for Appropriate Technology in Health)
Dukungan penguatan peningkatan kapasitas, serta dukungan pengembangan panduan PTK.
3. AIPHSS-AusAid (Australia Indonesia Partnership for Health Systems Strengthening)
Dukungan teknis kegiatan pengumpulan data, dukungan staf teknis pada awal pelaksanaan studi PTK, serta dukungan pengembangan panduan HTA.
4. iDSI (International Decision Support Initiative)
Dukungan kapasitas teknis yang dilakukan oleh HITAP, dan dukungan keterlibatan Komite PTK di forum atau konferensi internasional.
5. HTAi (Health Technology Assessment International)
Dukungan keterlibatan Komite PTK di forum atau konferensi internasional yang diselenggarakan HTAi
6. HTAsiaLink
Dukungan keterlibatan Komite PTK dalam forum/ konferensi/ proyek/ kegiatan internasional yang diselenggarakan dibawah naungan HTAsiaLink
7. WHO (World Health Organization)
Dukungan keterlibatan Komite PTK di forum/ konferensi/ workshop Internasional, dan dukungan Indonesia sebagai tuan rumah dalam pelaksanaan Konferensi tahunan HTAsiaLink ke-9 tahun 2021
8. UNDP (United Nation Development Program)
Dukungan keterlibatan Komite PTK dalam forum/ konferensi/ proyek/ kegiatan internasional, serta dukungan pelaksanaan kajian PTK
9. MTaPS (The Medicines, Technologies, and Pharmaceutical Services) - USAID
Dukungan penajaman proses seleksi topik prioritas dan appraisal hasil PTK oleh Komite PTK, dukungan penyelenggaraan dan penyusunan digest HTAsiaLink, dukungan revisi panduan umum PTK, serta dukungan untuk peningkatan kapasitas PTK
10. World Bank
Dukungan untuk peningkatan kapasitas PTK, dukungan revisi panduan umum PTK, dan dukungan untuk penyusunan panduan adaptive PTK
11. CGD (Central for Global Development)
Dukungan untuk peningkatan kapasitas PTK, dukungan revisi panduan umum PTK, dan dukungan untuk penyusunan panduan adaptive PTK

TARGET KEDEPAN

PETA JALAN/ROADMAP DI INDONESIA
PENGEMBANGAN PANDUAN PTK
PENGEMBANGAN AGEN PELAKSANA PTK
KETERLIBATAN INTERNASIONAL

INSTITUSIONALISASI PTK INDONESIA

Institusionalisasi PTK bertujuan menghasilkan PTK yang kuat baik dari sisi struktur kelembagaan maupun mekanismenya dalam mendukung pemanfaatan hasil PTK sebagai dasar pengambilan kebijakan kesehatan berbasis bukti (decision making evidence-informed).

PETA JALAN/ROADMAP PTK INDONESIA

Dalam rangka memperkuat PTK sebagai tools pengambilan kebijakan kesehatan berbasis bukti, Kementerian Kesehatan bermaksud merumuskan kebijakan PTK Nasional yang mampu laksana (workable) dan transparan (transparent), tanpa konflik kepentingan (conflict of interest free).

Penyusunan peta jalan/ roadmap PTK Indonesia (selanjutnya disebut sebagai roadmap) akan dibangun sebagai kerangka institusionalisasi PTK Indonesia yang berfungsi sebagai acuan pelaksanaan dan pengembangan PTK. Roadmap akan terdiri dari visi, misi, tujuan, kegiatan utama, prinsip-prinsip panduan, pengembangan area strategis dan indikator kunci, pentahapan/ milestones, dan penganggaran.

Dalam 10 tahun setelah roadmap disusun diharapkan dapat dicapai beberapa hal sebagai berikut:

1. Terlaksana praktik PTK yang ideal, termasuk proses adopsi, monitoring, dan evaluasi HTA dalam pengambilan kebijakan kesehatan
2. Terlaksana belanja kesehatan yang cost-effective, bermutu, dan berbasis bukti
3. Teratasinya keterbatasan dalam pelaksanaan PTK (misal : sumber daya manusia, regulasi, infrastruktur, sumber data dan lain-lain).

Analisis situasi telah dilakukan sebagai tahap awal yang berisi gambaran umum pelaksanaan PTK dari tahun 2014 hingga saat ini. Analisis ini bertujuan untuk melihat struktur rantai pasokan teknologi kesehatan saat ini, identifikasi faktor eksternal dan internal, pemangku kepentingan, termasuk ekspektasi ideal tentang bagaimana PTK harus bekerja dan dimanfaatkan. Analisis tersebut mengungkapkan kompleksitas dalam menerapkan desain kajian PTK yang sesuai, sementara pemanfaatan hasil kajian yang tersedia di luar negeri memiliki masalah transferability apabila langsung diadopsi dalam kebijakan kesehatan di Indonesia. Kajian PTK telah dilakukan secara rutin dengan banyak fokus hanya pada evaluasi ekonomi dan efektivitas biaya, namun demikian pendekatan yang lebih komprehensif seperti multi criteria decision analysis (MCDA) harus mulai dipertimbangkan dalam metode PTK. Kesepakatan stakeholder atas model PTK Indonesia serta pentahapannya sedang dalam proses penyusunan, dan ditargetkan dapat diimplementasikan pada tahun 2023. Ringkasan hasil analisis situasi dapat diperoleh pada <https://link.kemkes.go.id/BriefAnalisisSituasiHTAIndonesia>.

2. PENGEMBANGAN PANDUAN PTK

Kementerian Kesehatan bersama KPTK pada tahun 2017 telah menerbitkan buku panduan Penilaian Teknologi Kesehatan untuk menjamin konsistensi, transparansi, dan hasil yang sistematis dalam pelaksanaan kajian PTK. Panduan PTK ini disusun berdasarkan best practice pelaksanaan kajian PTK dari tahun sebelumnya.

Pelaksanaan PTK di Indonesia sudah berjalan selama 8 tahun. Seiring waktu, penerimaan dan permintaan terhadap jumlah rekomendasi kebijakan berbasis bukti melalui PTK terus meningkat, disisi lain metode PTK semakin berkembang dan aplikasinya pun semakin beragam. Revisi panduan PTK menjadi agenda penting yang harus segera dilaksanakan. Selain itu Permenkes 51/2017 yang memuat tugas dan pedoman pelaksanaan PTK dalam JKN, juga akan direvisi, sejalan dengan pembaruan pada panduan PTK di tahun 2022.



Gambar 11. Konsep Penyusunan Roadmap PTK Indonesia

Ditargetkan pada tahun 2023, KPTK akan memiliki:

1. Revisi Panduan Umum PTK
2. Petunjuk Teknis Seleksi Topik Prioritas PTK
3. Petunjuk Teknis Appraisal PTK
4. Petunjuk Teknis Adaptive PTK di Indonesia
5. Material tambahan (supplementary materials) Real World Data (RWD) untuk PTK di Indonesia

Rencana pengembangan panduan PTK dibagi kedalam aktivitas sebagai berikut :

1. Penajaman Panduan PTK

Panduan umum PTK tahun 2022 sedang disusun dan akan dituangkan secara eksplisit tentang tatalaksana dan metode yang digunakan dalam penilaian teknologi kesehatan oleh Komite PTK.

TARGET KEGIATAN		• Kecukupan jumlah agen PTK • Peningkatan kapasitas agen PTK untuk menghasilkan rekomendasi PTK yang bermutu • Peningkatan jumlah rekomendasi PTK yang cost effective dan berbasis bukti
No.	TAHAPAN	STRATEGI/PENGUATAN
1.	Pemetaan dan identifikasi agen PTK potensial (Universitas dengan pusat studi, unit PTK RS, atau institusi lain yang dianggap kompeten)	• Call for agent, pelatihan untuk calon agen PTK secara masif dan terbuka baik secara offline dan online • Hands on learning melibatkan agen PTK existing dan baru • Thematic workshop dari kajian PTK sebelumnya, melibatkan seluruh agen PTK existing dan baru • Peningkatan kapasitas melalui pelatihan/ short course (misal: International ISPOR) • Memfasilitasi pendidikan master dan doctor di bidang Evaluasi Ekonomi
2.	Penambahan dan pelatihan agen PTK di Jawa dan luar Pulau Jawa	
3.	Peningkatan kapasitas agen PTK existing	

Tabel 1. Rencana Revisi Panduan Umum PTK

Untuk memahami tren PTK global, praktik dan metode saat ini, beberapa rangkaian webinar telah dilaksanakan dengan topik sebagai berikut:

- 1) Tren perkembangan PTK - perspektif dari WHO, Inggris, Eropa, dan kawasan Asia/Pasifik
- 2) Transferability HTA dan Rapid Review HTA
- 3) Real World Evidence untuk PTK
- 4) PTK untuk Alat Kesehatan
- 5) PTK untuk Intervensi Kesehatan Masyarakat

Rangkuman webinar dapat diakses pada link <https://link.kemkes.go.id/WebinarDigest>

Revisi panduan PTK ini mendapatkan dukungan dari World Bank dan CGD (Central for Global Development), dan sejalan dengan target DLI's (disbursed linked indicators) melalui National Health Insurance (JKN) Reforms and Result Program, Program for Result, World Bank dengan target penyelesaian di bulan September 2023.

2. Penajaman Proses Seleksi Topik Prioritas dan Appraisal PTK

Kriteria pemilihan topik prioritas telah tertuang dalam Permenkes Nomor 51/2017, namun hasil focus group discussion (FGD) pada tahun 2021 menyebutkan bahwa kriterianya perlu lebih operasional, dan multi criteria decision analysis (MCDA) dipilih sebagai teknik penilaian. Keunggulan MCDA yaitu transparan, terstruktur, teliti, dan rasional. Hasil MCDA dapat ditransformasi ke dalam bentuk angka, mudah untuk dikomunikasikan, dan umumnya menjadi lebih mudah diterima. Petunjuk teknis seleksi topik PTK akan dibangun berdasarkan best practices, dan ditargetkan untuk selesai pada bulan April 2023. Penajaman proses seleksi topik dilakukan pengembangan definisi operasional, metode skoring, mekanisme pengambilan keputusan, dan instrumen MCDA untuk proses seleksi topik. Implementasi pemutakhiran atas seleksi topik prioritas uji cobanya telah dimulai pada tahun 2022, dengan target diperoleh topik prioritas PTK di Desember 2022.

Selain penajaman proses seleksi topik prioritas juga terdapat pemutakhiran pada proses appraisal PTK. Appraisal adalah rangkaian proses penilaian terhadap hasil kajian/asesmen dan proses deliberative (musyawarah-mufakat) untuk membahas penggunaan suatu teknologi dengan luaran berupa rekomendasi pemanfaatan teknologi kesehatan. Pemutakhiran proses appraisal saat ini sedang dalam tahapan telaah literatur untuk melihat best practice dari setting negara lain. Analisis situasi dan rekomendasi mengenai best practice penyelenggaraan appraisal ditargetkan untuk selesai pada bulan Desember 2022.

Pemutakhiran terhadap proses seleksi topik dan appraisal PTK ini didukung oleh MTAPS-USAID.

3. Pelaksanaan adaptive HTA (aHTA)

Adaptive HTA (aHTA) melibatkan penggunaan metode pragmatis untuk mengatasi kendala seperti kurangnya ketersediaan data, kapasitas atau waktu untuk mempersingkat proses PTK dalam menghasilkan bukti/ rekomendasi. Tidak ada formula baku untuk menentukan kapan aHTA dapat digunakan, namun sebaiknya memenuhi unsur sederhana (simplicity), kepastian (certainty), dan urgensi (urgency).

TARGET KEGIATAN		● Peningkatan jumlah rekomendasi PTK yang cost effective dan berbasis bukti ● Juknis aHTA di Indonesia ● Menghasilkan 3 rekomendasi dengan metode aHTA pada 2023
No.	TAHAPAN	STRATEGI/PENGUATAN
1.	Penyusunan kerangka kerja aHTA	● Workshop inception and deep dive adaptive HTA: diisi oleh narasumber internasional berpengalaman ● Pemilihan 3 topik untuk dilakukan piloting kajian aHTA, dibawah bimbingan ahli internasional ● Pemilihan tim asesmen dengan komitmen tinggi ● Konsultan lokal untuk penyusunan petunjuk teknis aHTA dengan mengadopsi best practice dari proses piloting aHTA ● Publikasi proses/ hasil
2.	Pemilihan topik	
3.	Asesmen menggunakan metode aHTA	
4.	Appraisal dan penyusunan rekomendasi	
5.	Penyusunan petunjuk teknis aHTA	

Tabel 2. Strategi Pelaksanaan aHTA

Ditargetkan pada Juni 2023 akan diperoleh 3 hasil kajian dengan menggunakan aHTA, serta petunjuk teknis aHTA Indonesia.

Aktivitas ini didukung oleh World Bank, Center for Global Development (CGD) sebagai bagian dari International Decision Support Initiative (IDSI), dan MTAPS-USAID dalam memberikan dukungan kepada Komite PTK untuk membangun aHTA dalam konteks lokal Indonesia.

4. Pelaksanaan Real World Data/Real World Evidence (RWD/RWE) di Indonesia

Dalam pelaksanaan studi PTK, ketersediaan dan kualitas data dukung merupakan suatu tantangan. Tahun ini, Komite PTK akan melakukan analisis Real World Evidence (RWE) dengan berbasis pada Real World Data (RWD) melalui kajian PTK tahun 2022 dengan topik Trastuzumab untuk pasien kanker payudara stadium dini yang diperoleh melalui rekam medis elektronik, data registry ataupun dari data individu pasien. Selain itu, dengan dukungan dari MTAPS USAID, RWD juga akan dilaksanakan dengan menggunakan metode kalibrasi pada survival pasien kanker payudara stadium dini.

PENGEMBANGAN AGEN PELAKSANA PTK

Asesmen PTK merupakan penilaian atas teknologi kesehatan tertentu yang dibangun berdasarkan metodologi yang telah disepakati dalam pelaksanaan PTK di Indonesia. Agen pelaksana PTK melaksanakan asesmen dimulai dari proses penyusunan proposal, pengumpulan data, manajemen dan analisis data, termasuk penyusunan laporan PTK.

Agen pelaksana PTK (selanjutnya disebut agen PTK) merujuk pada institusi atau entitas organisasi yang melakukan asesmen PTK.

Agen PTK saat ini berasal dari:

1. Kementerian Kesehatan
2. Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan (PKEK) FKM Universitas Indonesia
3. Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan (Pusat KPMAK) FK UGM
4. Departemen Farmakologi dan Terapi Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada (FKKMK UGM)
5. Center Health Economics Studies (CHES), Fakultas Farmasi Universitas Muhammadiyah Purwokerto
6. Center for HTA Universitas Padjadjaran
7. Clinical Epidemiology and Evidence-Based Medicine (CEEEM) Unit, RSCM-FKUI

TARGET KEGIATAN		• Kecukupan jumlah agen PTK • Peningkatan kapasitas agen PTK untuk menghasilkan rekomendasi PTK yang bermutu • Peningkatan jumlah rekomendasi PTK yang cost effective dan berbasis bukti
No.	TAHAPAN	STRATEGI/PENGUATAN
1.	Pemetaan dan identifikasi agen PTK potensial (Universitas dengan pusat studi, unit PTK RS, atau institusi lain yang dianggap kompeten)	• Call for agent, pelatihan untuk calon agen PTK secara masif dan terbuka baik secara offline dan online • Hands on learning melibatkan agen PTK existing dan baru • Thematic workshop dari kajian PTK sebelumnya, melibatkan seluruh agen PTK existing dan baru • Peningkatan kapasitas melalui pelatihan/ short course (misal: International ISPOR) • Memfasilitasi pendidikan master dan doctor di bidang Evaluasi Ekonomi
2.	Penambahan dan pelatihan agen PTK di Jawa dan luar Pulau Jawa	
3.	Peningkatan kapasitas agen PTK existing	

Tabel 3. Rencana Pengembangan Agen PTK

KETERLIBATAN INTERNASIONAL

A. HTAsiaLink

HTAsiaLink merupakan jaringan Health Technology Assessment (HTA) yang didirikan pada tahun 2011 di kawasan Asia Pasifik. Jejaring ini berbasis keanggotaan dan dipimpin oleh Dewan Direksi. Indonesia terdaftar sebagai anggota jejaring pada tahun 2017, dimana Komite PTK dan Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan (Pusjak PDK) sebagai perwakilan dari organisasi pemerintah. Ketua Komite PTK, yaitu Prof Budi Wiweko merupakan salah satu anggota dewan direksi.

Pada tahun 2021, Indonesia menjadi tuan rumah pada Konferensi Tahunan HTAsiaLink ke-9 dan dilaksanakan secara hybrid. Penyelenggaraan konferensi HTAsiaLink terselenggara atas kerjasama antara Kementerian Kesehatan, Komite PTK, Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan (PKEK) FKM UI, dan didukung oleh WHO, dan MTAPS-USAID. Rangkuman penyelenggaraan konferensi tahunan HTAsiaLink ke-9 sedang disusun dalam bentuk digest HTAsiaLink.

Tahun ini, Konferensi Tahunan HTAsiaLink ke-10 tahun 2022 akan dilaksanakan secara in person di Pattaya, Thailand tanggal 30 November - 2 Desember 2022:

B. HTAi

Didirikan pada tahun 2003 di Canmore, Alberta, Kanada, HTAi adalah komunitas internasional yang terdiri dari berbagai pemangku kepentingan (stakeholders) penilaian teknologi kesehatan (PTK) dari berbagai multidisiplin, akademisi, ilmuwan, profesional, organisasi publik &

swasta, mahasiswa, pasien, dan anggota masyarakat yang berdedikasi untuk kesehatan yang lebih baik bagi semua orang dan masa depan PTK di seluruh dunia.

Indonesia yang diwakili oleh Komite PTK telah tergabung sejak 2017. Salah satu komponen kegiatan HTAi adalah Asia Policy Forum (APF) dan Indonesia terpilih menjadi tuan rumah penyelenggaraan HTAi APF ke-6 pada tahun 2018. Tahun ini, HTAi APF akan diselenggarakan di Singapura pada tanggal 1 - 4 November dengan tema: HTA Capacity Building in Asia: Towards One Goal.

C. WHO Health Technology Assessment (HTA) and Health Benefit Package (HBP) Global Survey 2022/21

Resolusi WHA 67.23 menyatakan mengenai pemanfaatan PTK dalam mendukung pencapaian Universal Health Coverage (UHC). Untuk itu, pada tahun 2015 dilakukan Global survey pertama tentang PTK. Pada tahun 2020 dan 2021, WHO melaksanakan putaran kedua global survey tentang PTK dengan menyertakan bagian baru untuk melihat paket manfaat dalam program kesehatan.

Sasaran Survei 2020/2021 yaitu:

1. Memperbarui survei sebelumnya dan melihat posisi PTK untuk:
 - Mengevaluasi penggunaan prinsip PTK
 - Memantau tren dalam integrasi dan pengembangan PTK
 - Mengembangkan database publik dengan profil negara terkait
2. Untuk memahami hubungan antara PTK dan paket manfaat, serta proses dan konten paket manfaat

Indonesia merupakan salah satu responden survey. Link PTK Country Profile Indonesia dapat di akses pada <https://link.kemkes.go.id/ProfileCountryIndonesia>.

Hasil survey keseluruhan dapat diakses pada <https://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/economic-analysis/health-technology-assessment-and-benefit-package-design/survey-homepage>

D. ASEAN Survey

Indonesia, diwakili Kementerian Kesehatan dan Komite PTK berpartisipasi dalam kajian yang diselenggarakan dalam lingkup ASEAN (The Association of Southeast Asian Nations) untuk melihat status pelaksanaan Health Technology Assessment (HTA) dari negara anggotanya. Kajian ini bertujuan untuk mengidentifikasi tantangan yang dihadapi dalam penyelenggaraan PTK, menyoroti aspek kesenjangan kapasitas dan kebutuhan yang berbeda untuk tiap negara. Hasil tinjauan ini menyoroti peluang untuk mendukung dan memperkuat institusi PTK di ASEAN, khususnya melalui kegiatan peningkatan kapasitas yang nantinya dapat dilakukan di tingkat regional dan dilakukan melalui kerjasama dengan mitra eksternal.

Hasil kajian ini dapat diakses pada:
<https://link.kemkes.go.id/ASEANFUAFinalReportFINAL20210909>
<https://asean.org/book/asean-follow-up-assessment>

