BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

HASIL PENELITIAN

Pemanfaatan dan Pengelolaan Dana Kapitasi

(Monitoring dan Evaluasi Program JKN di Indonesia)

GRUP PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan

PUSAT KEBIJAKAN DAN MANAJEMEN KESEHATAN
Fakultas Kedokteran
Universitas Gadjah Mada

2015

Ringkasan Eksekutif

Pendahuluan

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia mulai dilaksanakan tahun 2014. Sebagai awal pelaksanaan JKN, tidak dipungkiri masih banyak hal yang harus dibenahi, baik dari penyediaan fasilitas kesehatan, sumber daya manusia kesehatan sampai dengan mutu layanan kesehatan. Pemerintah dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) berupaya terus melakukan perbaikan. Untuk mendukung upaya perbaikan tersebut, program monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan terhadap pelaksanaan JKN sangat dibutuhkan. Tujuannya adalah untuk mengetahui gambaran pelaksanaan program JKN dan memperbaiki berbagai kendala dan hambatan dalam pelaksanaan program JKN secarra tepat, cepat, dan berdasar data-data ilmiah. Model Kapitasi menjadi salah satu model yang digunakan da;am pembayaran terhadap penyedia layanan kesehatan di tingkat pertama. Besaran dana kapitasi yang diberikan oleh BPJS Kesehatan memberikan dampak positif dan negatif atas pelaksanaan JKN di Pemerintah Daerah. Evaluasi yang dilakukan untuk memberikan gambaran upaya-upaya yang telah dilakukan namun belum memberikan perbaikan terhadap layanan kesehatan. Berbagai faktor-faktor pemanfaatan dana kapitasi dan dampak yang ditimbukan karena dana kapitasi ini, perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui hambatan, kendala, dan solusi dalam pemanfaatan dana kapitasi di tingkat FKTP di daerah.

Tujuan

Studi ini bertujuan menganalisis pemanfaatan dan pengelolaan model pembayaran kapitasi di FKTP Kabupaten/Kota dengan mengidentifikasi berbagai kendala dalam proses alokasi, perencanaan dan penganggaran, pemanfaatan, dan pengelolaan dana kapitasi, serta penyaluran dana kapitasi ke FKTP. Penelitian ini juga memberikan gambaran upaya yang telah dilakukan, kendala, dampak dengan adanya dana kapitasi.

Metodologi

Penelitian deksriptif ini dilaksanakan di tingkat FKTP di 20 kabupaten/kota yang terletak di Provinsi Kepulauan Riau, Provinsi Sumatera Selatan, Provinsi

Lampung, Provinsi Kalimantan Barat, Daerah Istimewa Yogyakarta, Provinsi Jawa Tengah, Provinsi Kalimantan Timur, dan Provinsi Bali. Pemilihan lokasi penelitian adalah kabupaten/kota yang bertujuan untuk memberikan gambaran pemanfaatan dan pengelolaan dana kapitasi tingkat daerah yang menerima secara langsung dana tersebut. Pengumpulan data dilakukan selama 2 bulan (Agustus-September 2015) dan melibatkan subjek penelitian seperti: Puskesmas Badan Layanan Umum (BLUD), Puskesmas Bukan BLUD, Dokter Praktek Pribadi (DPP), dan Klinik Swasta yang ditentukan secara *random sampling* di 7 regional BPJS Kesehatan. Penyesuaian sampel kabupaten/kota dilakukan untuk memperoleh FKTP Pemerintah yang sudah BLUD dan bukan BLUD. Untuk DPP dan Klinik Pratama merupakan fasilitas kesehatan yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Tata cara pengumpulan dan analisis data yang telah dilakukan yaitu mengkombinasikan pendekatan kuantitatif dan kualitatif dengan instrumen penelitian berupa list pertanyaan terbuka dan tertutp, serta daftar isian data-data sekunder. Data yang dikumpulkan adalah data tahun 2014-2015 di masing-masing lokasi studi, terdiri dari: (1) data primer dari *focused group discussion* (FGD) dan *in-depth interview* dengan responden dan (2) data sekunder berupa data kepesertaan JKN dan data dana kapitasi. Selain itu data sekunder diperoleh dari data BPJS Kesehatan Pusat dan data BPJS Kesehatan Cabang.

Hasil

Besaran dana alokasi dana kapitasi untuk FKTP Puskesmas dan FKTP Swasta yaitu DPP dan Klinik Pratama dipengaruhi oleh jumlah kepesertaan. Jumlah peserta di Puskesmas cenderung lebih tinggi dari DPP dan Klinik Pratama. Besaran dana kapitasi yang diperoleh Puskemas sangat bervariasi jumlahnya dibandingkan DPP dan Klinik Pratama karena berkaitan dengan ketersediaan sumber daya manusia, sarana prasarana, lingkup, dan komitmen pelayanan. Apabila kita telusur kembali, Puskesmas Non BLUD memperlihatkan variasi yang lebih banyak dari Puskesmas BLUD.

Pengelolaan dana kapitasi berkaitan dengan waktu pencairan dana kapitasi. Hasil penelitia menunjukkan dana kapitasi masuk ke rekening FKTP pada tanggal 15 setiap bulannya. Puskesmas Non BLUD memiliki birokrasi yang lebih kompleks dari pada Puskesmas BLUD, DPP, dan Klinik Pratama. Meskipun pengelolaan dana kapitasi dari berdasarkan SK Bupati yang merujuk pda aturan Pemerintah Pusat, kebijakan transfer dari BPJS Kesehatan ke FKTP terutama Puskesmas sebaiknya lebih awal setiap bulannya.

Namun, dana kapitasi berhasil meningkatkan kinerja pelayanan FKTP dengan dibuktikan dengan meningkatnya rasio utilisasi dan rujukan dari FKTP.

Pemanfaatan dana kapitasi di FKTP mempunyai pengaruh pada menigkatnya rasio utilisasi di FKTP. Rasio utilisasi DPP dan Klinik Pratama lebih tinggi dari Puskesmas. Ini menunjukkan bahwa pemanfaatan layanan oleh peserta di DPP dan Klinik Pratama lebih tinggi. Hal ini membuktikan bahwa peserta Non PBI hasil penelitian di wilayah studi mempunyai proporsi pemanfaatan layanan yang lebih tinggi dari pada PBI. Secara umum, rasio rujukan mengalami penurunan setelah adanya dana kapitasi, namun apabila kita melihat per kabupaten/kota, terlihat tidak semua rasio rujukan mengalami penurunan, bahkan ada beberapa daerah yang mengalami kenaikan. Sebagian besar rujukan banyak terjadi di klinik pratama dan dokter praktek perorangan.

Pemanfaatan dana kapitasi untuk operasional FKTP secara umum mememenuhi aturan pemeritah pusat untuk FKTP milik Pemerintah. Namun, karena kebijakan prosentase minimal yang diberlakukan, persentase dana operasional lebih kecil dari persentase jaya pelayanan. Dalam penggunaannya untuk operasional, dana kapitasi lebih banyak di manfaatkan untuk program manajemen seperti administrasi, perbaikan sarana dan prasarana, dan pengadaan sarana dan prasarana. Kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan tidak lebih dari 50% di daerah studi. Namun, puskesmas BLUD sebagian besar dana operasional dimanfaatkan untuk manajemen Puskesmas, belum dimanfaatkan secara maksimal untuk kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan.

Analisis Kebijakan

Pemilihan model pembayaran Kapitasi oleh Pemerintah Pusat dan BPJS Kesehatan di kepada FKTP masih perlu dikaji ulang. Alasan dikaji ulang adalah terkait dengan besaran kapitasi dan pemanfaatan dana kapitasi tersebut. Pemanfaatan dana kapitasi masih menemui beberapa kendala mulai dari kebijakan/aturan dana kapitasi, besaran dana kapitasi, pemanfaatan, dan pengelolaan dana kapitasi.

Rekomendasi Kebijakan untuk Metode Pembayaran dengan Model Kapitasi

Dana kapitasi saat ini dirasakan sangat membantu FKTP di daerah dan mendorong FKTP untuk melakukan pelayanan yang efisien, efektif dan berkualitas. Hasil penelitian ini merekomendasikan:

1. FKTP Pemerintah Daerah:

    a. Peningkatan kepesertaan dan tingginya utilisasi, diibutuhkan peninjauan jumlah minimum dan maksimum peserta per jenis FKTP dan/atau kapitasi POPB yang mempertimbangkan beban kerja, kualitas pelayanan, dan kesiapan *supply side*. Perhitungan yang dimaksud untuk memperkuat pemanfaatan dan pengelolaan dana kapitasi yang lebih efisien, efektif, dan menghasilkan mutu pelayanan kesehatan sesuai indikator standar yang telah ditetapkan.

    b. Berkaitan dengan kompleksnya mekanisme keuangan di daerah, dibutuhkan adanya pedoman yang mengatur mekanisme perencanaan, penganggaran, pencairan, dan pertanggungjawaban yang memudahkan FKTP dalam mengelola dan memanfaatkan dana kapitasi yang melibatkan pemerintah daerah untuk menjadi suatu Peraturan Daerah. Hal ini terkait dengan kebijakan-kebijakan di daerah terkait pengelolaan keuangan daerah, yang mana Puskesmas merupakan salah satu unit kerja di bawah kewenangan Pemerintah Daerah

    c. Mengingat dana kapitasi diperuntukkan bagi peserta JKN, dibutuhkan adanya pedoman yang lebih jelas yang mengatur pemanfaatan dana kapitasi, terutama terkait dukungan biaya operasional yang mempertimbangkan nomenklatur anggaran di daerah. Perlu diketahui Puskesmas juga mengelola dana-dana operasional selain dana kapitasi.

    d. Dalam mengoptimalkan sistem monitoring dan evaluasi dana kapitasi, bukan hanya perlu didukung dengan sinergitas aplikasi p-care dengan sistem informasi yang telah tersedia di FKTP, melainkan juga adanya laporan akuntabillitas dana kapitasi baik untuk bendahara daerah (DPPKAD) dan BPJS Kesehatan.

    e. Tata cara implementasi regulasi baru - program JKN sebaiknya mempertimbangkan alur dan tatakala perencanaan dan penganggaran di daerah.

2. FKTP Swasta

    a. Peningkatan kepesertaan dan tingginya utilisasi, dibutuhkan peninjauan jumlah minimum dan maksimum peserta per jenis FKTP dan/atau

kapitasi POPB yang mempertimbangkan beban kerja, kualitas pelayanan, dan kesiapan *supply side*.

b. FKTP Swasta memerlukan model sosialisasi dan pelatihan tentang pemanfaatan dan pengelolaan dana kapitasi. Hal ini terkait dengan rekomendasi c.

c. Diperlukan pedoman pemanfaatan dan pengelolaan dana kapitasi untuk FKTP swasta dengan tujuan menghasilkan pelayanan yang efektif, efisien dan berkualitas.

d. Mengoptimalkan monitoring dan evaluasi dana kapitasi, dengan memanfaatkan sinergitas p-care dengan sistem informasi manajemen kesehatan yang wajib dimiliki oleh FKTP Swasta.

e. Tata cara implementasi regulasi/kebijakan baru terkait pendanaan program JKN sebaiknya mempertimbangkan waktu sosialisasi dan kondisi di lapangan sehingga tidak menimbulkan permasalahan pelaksaan program JKN.

Kata Pengantar

Metode Kapitasi dipilih menjadi metode pembayaran untuk FKTP di daerah dalam rangka pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang telah berjalan pada tahun 2014 dan 2015. Monitoring dan Evaluasi terhadap metode pembayaran ini perlu dilakukan. Dalam rangka memperbaiki berbagai kekurangan yang ada dan menyelesaikan berbagai permasalahan serta meningkatkan upaya yang telah dilakukan.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan primer dianggap menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan di masyarakat, dengan peranannya yang semakin penting dalam rangka pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia. Oleh karena itu, kajian terhadap dana kapitasi untuk pelayanan primer ini dimaksudkan untuk memberikan gambaran dan pembelajaran terhadap pemanfaatan dan pengelolaan dana kapitasi serta regulasi/kebijakan yang diperlakukan untuk mendukung pelaksanaan dana kapitasi di daerah.

Kajian Pemanfaatan dan Pengelolaan Dana Kapitasi dilakukan di 20 kabupaten di Provinsi Kepulauan Riau, Sumatera Selatan, Lampung, Kalimantan Barat, Daerah Istimewa Yogyakarta, Jawa Tengah, Kalimantan Timur, dan Bali. Tim Peneliti dalam studi ini adalah Pusat Kebijakan dan Manajemen Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada. Penelitian ini didukung penuh Grup Penelitian dan Pengembangan BPJS Kesehatan Pusat sebagai donor utama, baik secara teknis maupun finansial.

Kajian ini telah dilaksanakan dan sejumlah rekomendasi dihasilkan dan kami berharap bahwa penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu dasar informasi untuk membuat kebijakan berdasarkan bukti serta mendukung upaya-upaya yang dilakukan oleh pemerintah dan lembaga penelitian lainnya dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan primer melalui model pembayaran yang tepat, efektif, dan efisien untuk FKTP di Indonesia.

Yogyakarta, 7 Desember 2015

Peneliti

Daftar Isi

RINGKASAN EKSEKUTIF ..... **I**

KATA PENGANTAR ..... **VI**

DAFTAR ISI ..... **VII**

DAFTAR TABEL ..... **VIII**

DAFTAR GAMBAR ..... **IX**

DAFTAR SINGKATAN ..... **XI**

BAB 1. PENDAHULUAN **1**

A. LATAR BELAKANG 1
B. TUJUAN 2
C. MANFAAT 3

BAB 2. KAJIAN PUSTAKA **1**

A. DANA KAPITASI 1
B. PELAKSANAAN PENGELOLAAN DANA KAPITASI 2
C. TANGGUNG JAWAB PERTANGGUNGJAWABAN DANA KAPITASI 3
D. MEKANISME TRANSFER DANA PEMERINTAH 3
E. BENDAHARA DANA KAPITASI 5

BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN **7**

A. METODE PENELITIAN 7
B. METODE PENGAMBILAN DATA 7
C. JENIS DATA 10
D. RESPONDEN 10
E. TIM PENELITI 10
F. TAHAPAN KEGIATAN 10
G. PELAKSANAAN KEGIATAN 11

BAB 4. HASIL PENELITIAN **13**

A. ALOKASI DANA KAPITASI DAN KEPESERTAAN JKN 13
B. PENGELOLAAN DANA KAPITASI 28
C. PEMANFAATAN DANA KAPITASI 36

BAB 5. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI **55**

A. KESIMPULAN 55
B. REKOMENDASI 56

REFERENSI **59**

Daftar Tabel

TABEL 1. SAMPEL DAERAH STUDI PEMANFAATAN DAN PENGELOLAAN DANA KAPITAS 8

TABEL 2. JADWAL PELAKSANAAN KAJIAN 11

TABEL 3. PENILAIAN FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA TERHADAP DANA KAPITASI..... 21

TABEL 4. RATA-RATA BIAYA AKTUAL DARI PENERIMAAN KAPITASI DI FKTP (N=384)..... 23

Daftar Gambar

GAMBAR 1. ALIRAN PERTANGGUNGJAWABAN DANA KAPITASI 5

GAMBAR 2. SEBARAN JUMLAH KEPESERTAAN JKN DI FKTP (N-384) DAERAH STUDI 13

GAMBAR 3. PRESENTASE KENAIKAN KEPESERTAAN DI FKTP (N-384), JANUARI 2014-JULI 2015 14

GAMBAR 4. KENAIKAN KEPESERTAAN DI FKTP (N=384) TIAP KAB/ KOTA, JAN 2014 – JULI 2015 15

GAMBAR 5. PROPORSI PESERTA DI FKTP (N=384) BERDASARKAN JENIS KEPESERTAAN 16

GAMBAR 6. SEBARAN KAPITASI POPB DI FKTP (N=384) DAERAH STUDI 17

GAMBAR 7. SEBARAN TOTAL PENERIMAAN KAPITASI DI FKTP (N=384) DAERAH STUDI 18

GAMBAR 8. KENAIKAN TOTAL PENERIMAAN KAPITASI DI FKTP (N=384) 19

GAMBAR 9. PENILAIAN FKTP (N=292) TERHADAP KECUKUPAN DANA KAPITASI 22

GAMBAR 10. PERSEPSI FTKP TERHADAP BIAYA PASIEN PER KUNJUNGAN 22

GAMBAR 11. SEBARAN WAKTU PENCAIRAN DANA KAPITASI DI FKTP (N=384) DAERAH STUDI 29

GAMBAR 12. PENILAIAN PUSKESMAS (N=192) TERHADAP KEBIJAKAN PENGELOLAAN KAPITASI 31

GAMBAR 13. PENGELOLAAN DANA KAPITASI OLEH PUSKESMAS NON BLUD DI DAERAH STUDI 32

GAMBAR 14. PENGELOLAAN DANA KAPITASI OLEH PUSKESMAS BLUD DI DAERAH STUDI 33

GAMBAR 15. PENGELOLAAN DANA KAPITASI OLEH DOKTER PRAKTEK PERORANGAN DI DAERAH STUDI 34

GAMBAR 16. PENGELOLAAN DANA KAPITASI OLEH KLINIK PRATAMA DI DAERAH STUDI 35

GAMBAR 17. PENILAIAN FKTP (N=384) TERHADAP KINERJA PELAYANAN 36

GAMBAR 18. TREND RASIO UTILISASI DI FKTP (N=384), JAN 2014 – JUNI 2015TREND UTILISASI DAN PALING TINGGI DI FASKES 37

GAMBAR 19. TREND RASIO UTILISASI DI FKTP (N=384) TIAP KAB/ KOTA, JAN 2014 – JUNI 2015 38

GAMBAR 20. PROPORSI PEMANFAATAN LAYANAN BERDASARKAN JENIS KEPESERTAAN 39

GAMBAR 21. TREND RASIO RUJUKAN DI FKTP (N=384), FEB 2014 – MEI 2015 40

GAMBAR 22. TREND RASIO RUJUKAN DI FKTP (N=384) TIAP KAB/ KOTA, FEB 2014-MEI 2015 41

GAMBAR 23. PROPORSI RUJUKAN DARI FKTP BERDASARKAN JENIS KEPESERTAAN 42

GAMBAR 24. PENILAIAN PUSKESMAS (N=192) TERHADAP KEBIJAKAN PEMANFAATAN KAPITASI 43

GAMBAR 25. PROPORSI JASA PELAYANAN DAN OPERASIONAL DI PUSKESMAS (N=192) 44

GAMBAR 26. PROPORSI JASA PELAYANAN DAN OPERASIONAL DI KLINIK PRATAMA (N=96) 46

GAMBAR 27. PROPORSI JASA PELAYANAN DAN OPERASIONAL DI DOKTER PRAKTEK (N=96) 46

GAMBAR 28. PEMANFAATAN DANA KAPITASI UNTUK DUKUNGAN BIAYA OPERASIONAL DI PUSKESMAS (N=192) BERDASARKAN PROGRAM 47

GAMBAR 29. PEMANFAATAN DANA KAPITASI UNTUK DUKUNGAN BIAYA OPERASIONAL DI PUSKESMAS (N=192) 48

GAMBAR 30. PEMANFAATAN DANA KAPITASI UNTUK DUKUNGAN BIAYA OPERASIONAL DI PUSKESMAS BLUD (N=96) 49

GAMBAR 31. PEMANFAATAN DANA KAPITASI UNTUK DUKUNGAN BIAYA OPERASIONAL DI PUSKESMAS NON BLUD (N=96) 49

GAMBAR 32. PENILAIAN FKTP (N=384) TERHADAP PEMANFAATAN DANA KAPITASI 51

GAMBAR 33. PENILAIAN FKTP (N=384) TERHADAP PEMANFAATAN DANA KAPITASI UNTUK PROGRAM TAMBAHAN 52

GAMBAR 34. PENILAIAN FKTP (N=384) TERHADAP PEMANFAATAN DANA KAPITASI UNTUK PENINGKATAN SARANA DAN PRASARANA 52

GAMBAR 35. PENILAIAN FKTP (N=384) TERHADAP KEBIJAKAN PELAYANAN 24 JAM 53

Daftar Singkatan

BLUD	: Badan Layanan Umum Daerah
BPJS	: Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial
DPA	: Dokumen Pelaksanaan Anggaran
DPPKAD	: Dinas Pendapatan, Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah
DPP	: Dokter Praktek Perorangan
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
JUKNIS	: Petunjuk Teknis
Non BLUD	: Bukan Badan Layanan Umum Daerah
Non PBI	: Bukan Penerima Bantuan Iuran
PBI	: Penerima Bantuan Iuran
Permendagri	: Peraturan Menteri Dalam Negeri
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
Perpres	: Peraturan Presiden
POPB	: Per Orang Per Bulan
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
RKA	: Rencana Kegiatan dan Anggaran
SK	: Surat Keputusan
UHC	: Universal Health Coverage

Bab 1. Pendahuluan

A. Latar Belakang

Sesuai amanat pada perubahan UUD 1945 Pasal 34 ayat 2, yaitu bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia dan dengan masuknya Sistem Jaminan Sosial dalam perubahan UUD 1945, dan terkandung dalam resolusi WHA ke-58 tahun 2005 di Jenewa yang menginginkan setiap negara untuk mengembangkan *Universal Health Coverage* (UHC) bagi seluruh penduduk, oleh karena itu Pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Usaha ke arah program JKN sesungguhnya telah lama dirintis pemerintah dengan menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan di bidang kesehatan, di antaranya melalui PT. Askes (Persero), ASABRI dan PT Jamsostek (Persero). Untuk Bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, Pemerintah memberikan jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Namun demikian, mekanisme kesehatan masih terbagi-bagi sehingga biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit dikendalikan.

Untuk mengatasi hal tersebut, pada tahun 2004 dikeluarkan Undang - Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang - Undang Nomor 40 Tahun 2004 ini mengamanatkan bahwa program jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk program Jaminan Kesehatan melalui suatu badan penyelenggara jaminan sosial. Badan penyelenggara jaminan sosial telah diatur dengan Undang - Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Program Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, implementasinya telah dimulai sejak awal tahun 2014. Program tersebut selanjutnya disebut sebagai program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Selama berlangsungnya JKN jumlah peserta sampai dengan bulan Februari 2015 tercatat sebanyak 137.743.318 jiwa. Sampai dengan saat ini pula pemerintah dan BPJS Kesehatan terus memperbaiki pelaksanaan program JKN salah satunya dalam dengan upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Salah satu upaya meningkatkan mutu layanan kesehatan juga harus diimbangi dengan pembayaran pelayanan kesehatan salah satunya di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Fasilitas

kesehatan tingkat pertama yang dimaksud meliputi : Puskesmas, Dokter Praktek Perorangan (DPP), dan Klinik Pratama.

Fasilitas kesehatan yang semakin banyak diperkirakan dari swasta, dan akan mempengaruhi keberadaan dan pemanfaatan Puskesmas sebagai FKTP milik Pemerintah. Permasalahan muncul ketika apabila Puskesmas berada di daerah terpencil dengan sarana dan prasarana yan g terbatas. Hal ini jelas sekali dari Riset Fasilitas Kesehatan (2011) fasilitas sarana dan prasarana yang dimiliki oleh Puskesmas berbeda-beda dan tidak merata. Hal ini menimbulkan gap bagi Puskesmas dan bagi FKTP lain. Tantangan dan peluang semakin nyata dihadapi oleh Puskesmas sebagai FKTP Pemerintah. Tidak hanya fasilitas yang dimiliki oleh FKTP, namun juga ketersediaan sumber daya manusia kesehatan yang bekerja di Puskesmas. Model pembayaran kapitasi oleh BPJS Kesehatan sangat diharapkan dapat memperbaiki kinerja Puskesmas dan meningkatkan utilisasi pelayanan kesehatan.

Pembayaran kapitasi pada fasilitas kesehatan tingkat pertama diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah. Oleh karena BPJS Kesehatan sebagai pembayar kapitasi dirasa perlu melakukan *review* dana kapitasi yang telah dibayarkan dalam pemanfaatan dan pengelolaan dana kapitasi dimaksud.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

   Kajian ini bertujuan untuk menganalisis pemanfaatan dan pengelolaan dana kapitasi di fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional

2. Tujuan Khusus

   a. Menganalisis alokasi dana kapitasi di Puskesmas BLUD, Puskesmas Non BLUD, Dokter Praktek Perorangan, dan Klinik Pratama sesuai ketentuannya

b. Menganalisis pemanfaatan dana kapitasi di Puskesmas BLUD, Puskesmas Non BLUD, Dokter Praktek Perorangan, dan Klinik Pratama sesuai peruntukannya

c. Menganalisis pengelolaan dana kapitasi di Puskesmas BLUD, Puskesmas Non BLUD, Dokter Praktek Perorangan, dan Klinik Pratama sesuai ketentuannya

C. Manfaat

Manfaat penelitian bagi BPJS Kesehatan dan *stakeholder* yaitu hasil kajian ini dapat mengetahui serta mer*eview* pemanfaatan dan pengelolaan dana kapitasi yang dapat menggambarkan kebutuhan biaya jasa dan operasional di fasilitas kesehatan tingkat pertama serta program tambahan yang diperuntukkan dari proses tersebut.

Bab 2. Kajian Pustaka

A. Dana Kapitasi

BPJS kesehatan menghimpun iuran yang dibayar oleh masyarakat yang telah mendaftarkan diri sebagai peserta program JKN. Selanjutnya BPJS Kesehatan mendistribusikan anggaran jaminan kesehatan masyarakat secara kapitasi untuk mengoptimalkan pelayanan. Istilah kapitasi berasal dari kata kapital yang berarti kepala. Sistem kapitasi berarti cara perhitungan berdasarkan jumlah kepala yang terikat dalam kelompok tertentu. Dalam hal JKN ini, kepala berarti orang atau peserta atau anggota program BPJS Kesehatan.

Pendistribusian dana BPJS secara kapitasi adalah suatu metode pembayaran untuk jasa layanan kesehatan di mana pemberi pelayanan kesehatan di FKTP menerima sejumlah tetap penghasilan per peserta, per periode waktu untuk pelayanan yang telah ditentukan. Hal ini dipertegas dengan Pasal 1 Angka (6) Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 yang menyatakan bahwa Dana Kapitasi adalah besaran pembayaran per bulan yang dibayar di muka kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

Sebagaimana dinyatakan dalam Pasal 1 ayat (3) Perpres No. 32 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialistis untuk keperluan observasi, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehetan lainnya. Fasilitas kesehatan yang dimaksud adalah tempat untuk melakukan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat. Dapat berupa praktek dokter secara perorangan, rumah sakit, dan puskesmas.

Menurut Permenkes 28 tahun 2014, fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk peserta JKN terdiri atas fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL). FKTP dimaksud adalah: 1. Puskesmas atau yang setara, 2. Praktik Dokter, 3.

Praktik dokter gigi, 4. Klinik Pratama atau yang setara, 5. Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara.

Mekanisme Pembayaran Kapitasi Pembayaran Kapitasi oleh BPJS Kesehatan didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP sesuai dengan data BPJS Kesehatan. Pembayaran kapitasi kepada FKTP dilakukan oleh BPJS Kesehatan tiap bulan paling lambat tanggal 15 bulan berjalan. Sebelum diundangkannya Peraturan Presiden (PERPRES) Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah dan Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) Nomor 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, pembayaran Dana Kapitasi oleh BPJS ke FKTP Pemerintah Daerah langsung ke Dinas Kesehatan Kab/Kota yang selanjutnya disetor ke Kas Daerah (KASDA) atau langsung dari BPJS Kesehatan ke Kas Daerah sebagai penerimaan daerah. Sejak diundangkannya Perpres 32/2014 dan Permenkes 19/2014 dana Kapitasi langsung dibayarkan oleh BPJS Kesehatan ke FKTP milik Pemerintah Daerah.

Pengelolaan dana kapitasi adalah tata cara penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan dan pertanggungjawaban dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) a. FKTP yang belum menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan (PPK) Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). 1) Dana Kapitasi a) Pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang pengelolaan keuangan daerah. b) Untuk memanfaatkan kembali dana kapitasi yang telah disetorkan ke Kas Daerah oleh FKTP Milik Pemerintah Daerah, maka Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus; (1) mengusulkan adanya peraturan kepala daerah untuk pemanfaatan dana tersebut; (2) membuat dan mengusulkan dalam bentuk program dan kegiatan pada RKA-DPA SKPD Dinas Kesehatan. c) Dalam hal pemerintah daerah belum menetapkan bendahara dan rekening dana kapitasi JKN dan BPJS.

B. Pelaksanaan Pengelolaan Dana Kapitasi

Pemerintah berupaya supaya pengimplementasian JKN berlangsung semakin lebih baik, sehingga sejumlah regulasi dibuat, antara lain: Peraturan Presiden No 32 Tahun 2014 Tentang Pengalokasian dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Milik Pemerintah dan Dukungan Biaya

Operasional FKTP Milik Pemerintah Daerah diterbitkan sebagai pedoman FKTP dalam menggunakan dana yang diberikan oleh BPJS.

Untuk pedoman teknis pelaksanaan kegiatan FKTP yang berada pada Pemerintah Daerah, dibuat Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 900/2280/SJ Tanggal 5 Mei Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Penganggaran, Pelaksanaan dan Penatausahaan, serta Pertanggungjawaban Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah. Peraturan ini mengatur bagaimana tata cara pengelolaan dana kapitasi yang diberikan ke FKTP dapat berjalan dan digunakan sesuai dengan kaidah pengelolaan keuangan Negara yang baik dan benar.

C. Tanggung jawab Pertanggungjawaban Dana Kapitasi

Regulasi aturan yang telah dikeluarkan oleh regulator (Perpres 32/2014, Permenkes 19/2014 dan SE Mendagri No. 900/2280/SJ membuka peluang tanggung jawab renteng. Tanggung jawab secara bersama ini akan berdampak pada masalah hukum, terlihat pada proses pelaporan pada pasal 8 (2) yang berbunyi : Bendahara Dana Kapitasi JKN mencatat dan menyampaikan realisasi pendapatan serta belanja kepada Kepala FKTP, lalu Kepala FKTP menyampaikan hal tersebut kepada Kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) Dinas bersangkutan dengan melampirkan Surat Pernyataan Tanggung Jawab. Sehingga timbul tanggung jawab renteng mulai dari Kepala FKTP, Kepala SKPD Kesehatan, Pejabat Pengelola Keuangan Daerah/BUD serta Bendahara Kapitasi. Maka menjadi pertanyaan siapa yang sesungguhnya harus bertanggungjawab penuh apabila terjadi kesalahan dalam pengelolaan Dana Kapitasi di tingkat FKTP/Puskesmas.

D. Mekanisme transfer dana pemerintah

Beberapa sistem mekanisme klasifikasi uang/ dana transfer APBN ke Pemerintah Daerah yang berjalan saat ini, antara lain :

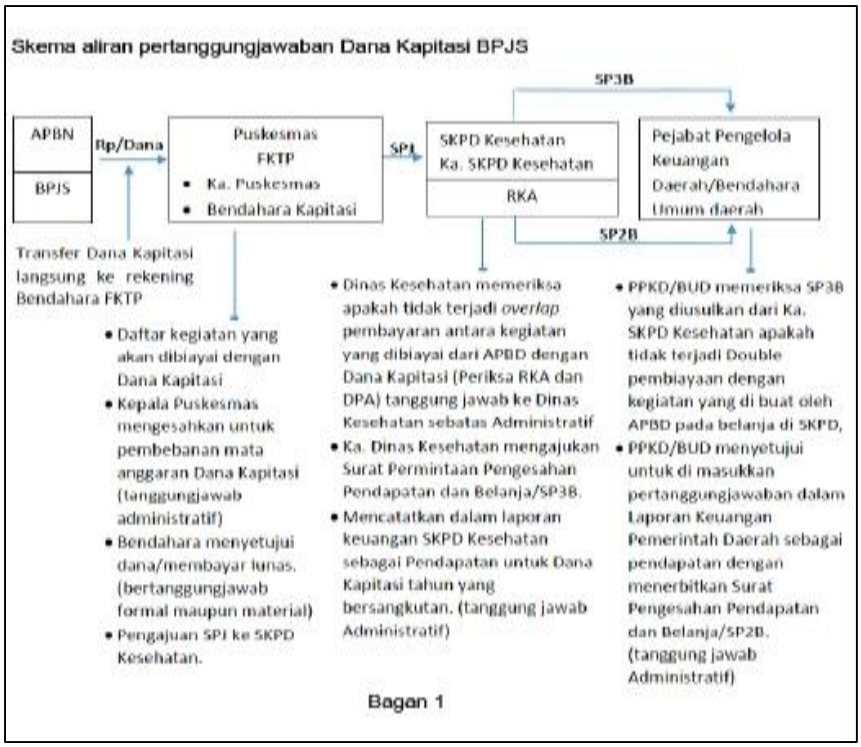
a. Sistem dana perbantuan artinya dana Pemerintah Pusat harus dipertanggung jawabkan/ di SPJ kan oleh Pemerintah Daerah ke Pemerintah Pusat.
b. Sistem masukan dana transfer pusat seperti Dana Alokasi Umum, Dana Alokasi Khusus dan Dana Dekonsentrasi ke APBD.
c. Sistem uang muka, tidak cocok di terapkan dalam penyaluran Dana Kapitasi, karena semua harus ada kegiatan terlebih dahulu baru pencairan dana

diajukan dan setelah disetujui.

Sebelum diundangkannya Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 32 Tahun 2014 dan Permenkes Nomor 19 Tahun 2014, pembayaran Dana Kapitasi oleh BPJS ke FKTP Pemerintah Daerah, periode dana Kapitasi terlebih dahulu harus ditransfer atau masuk dulu ke kas daerah dan baru kemudian dapat digunakan setelah diusulkan dalam dokumen anggaran melalui RKA (Rencana Kerja Anggaran) dan DPA (Daftar Pelaksanaan anggaran). Proses seperti ini tentu menjadi hambatan tersendiri bagi FKTP milik pemerintah daerah untuk dapat segera memanfaatkan dana tersebut dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Karena adanya hambatan di atas pemerintah membuat terobosan baru melalui Perpres 32/2004 dan Permenkes 19/2014. Dana Kapitasi langsung dibayarkan BPJS Kesehatan ke FKTP milik Pemerintah Daerah melalui rekening bendahara Dana Kapitasi JKN pada FKTP. Dana kapitasi ini merupakan bagian dari rekening BUD yang diakui sebagai suatu pendapatan yang dapat digunakan langsung untuk pembayaran pelayanan kesehatan peserta JKN pada FKTP meskipun aliran dananya tidak melalui rekening BUD.

Tujuan Dana ditransfer langsung masuk ke rekening bendahara Puskesmas/ FKTP supaya kegiatan kesehatan tidak terhambat. Sesuai aturan tata kelola keuangan Pemerintah Daerah, dana kapitasi yang diterima FKTP tersebut harus dicatat atau dibukukan dimana sumber uang/Dana Kapitasi sebagian berasal dari iuran peserta yang disetor ke BPJS. Sebagaimana kaidah tata kelola dana pemerintah, semua uang yang terkait dengan keuangan negara harus dibukukan dan dibuatkan pelaporannya sebagai bentuk pertanggungjawaban FKTP. Pada prinsipnya semua layanan kesehatan pada FKTP harus segera dapat dibayarkan oleh bendahara puskesmas, sehingga FKTP tidak ada hambatan atau kendala dalam hal pelayanan menangani kasus-kasus kesehatan di lapangan. Skema aliran pertanggungjawaban Dana Kapitasi BPJS ditingkat Pemerintah Daerah dapat dilihat pada



Sumber: BPJS Kesehatan

Gambar 1. Aliran Pertanggungjawaban Dana Kapitasi

E. Bendahara Dana Kapitasi

Dari dasar hukum tersebut di atas dapat terlihat arti penting keberadaan dan peran bendahara dalam keterlibatannya pada pengelolaan dana kapitasi. Berikut ini adalah hal-hal terkait dengan pengangkatan bendahara kapitasi.

Bendahara Dana Kapitasi JKN diangkat oleh Kepala Daerah atas usul PPKD untuk melaksanakan tugas kebendaharaan dalam rangka pengelolaan dan pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada PPTK;

Bendahara Dana Kapitasi JKN adalah pejabat fungsional dimana Jabatan Bendahara Dana Kapitasi JKN tidak boleh dirangkap oleh kuasa pengguna anggaran atau kuasa Bendahara Umum Negara/Daerah. Bendahara Dana Kapitasi JKN dilarang untuk melakukan, baik secara langsung maupun tidak langsung, kegiatan perdagangan, pengerjaan pemborongan dan penjualan jasa atau bertindak sebagai penjamin atas kegiatan/pekerjaan/penjualan tersebut;

Bendahara Dana Kapitasi JKN memiliki tugas dan fungsi kebendaharaan, yaitu :

a. Menerima : Bendahara Dana Kapitasi JKN menerima dan menatausahakan

dengan baik aliran kas berupa Dana Kapitasi JKN dari BPJS.

b. Menyimpan: Bendahara Dana Kapitasi JKN dalam melaksanakan tugasnya menggunakan rekening Dana Kapitasi JKN dalam menyimpan uangnya atas nama jabatannya (tidak diperkenankan atas nama pribadi) sebagai bagian dari rekening BUD.

c. Membayarkan: Tugas fungsional bendahara Dana Kapitasi JKN melaksanakan pembayaran melalui persediaan uang tunai dan dapat dilakukan atas perintah pengguna anggaran/kuasa pengguna anggaran. Jika persyaratan tersebut di atas tidak terpenuhi, bendahara Dana Kapitasi JKN wajib menolak perintah pembayaran dari PA/KPA, karena bendahara Dana Kapitasi JKN bertanggung jawab secara pribadi atas pembayaran yang dilaksanakan.

d. Menatausahakan: Bendahara Dana Kapitasi JKN wajib menyelenggarakan pembukuan terhadap seluruh penerimaan dan pengeluaran meliputi seluruh transaksi dalam rangka pelaksanaan anggaran belanda Dana Kapitasi.

e. Mempertanggungjawabkan: Bendahara Kapitasi JKN wajib menyampaikan pertanggungjawaban atas pengelolaan Dana Kapitasi JKN yang terdapat dalam kewenangannya.

Bab 3. Metodologi Penelitian

A. Metode Penelitian

Jenis penelitian adalah penelitian deskriptif dengan menyajikan gambaran dengan tujuan menganalisis kebijakan JKN dalam mengkaji pemanfaatan dan pengelolaan dana kapitasi. Unit analisis yang menjadi subjek penelitian adalah *stakeholder* di beberapa instansi seperti: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan Cabang, BPJS Kesehatan Pusat, dan beberapa instansi pusat lainnya. FKTP yang dimaksud meliputi : Puskesmas BLUD, Puskesmas Bukan BLUD, Dokter Praktek Perorangan (DPP), dan Klinik Pratama.

B. Metode Pengambilan Data

Tata cara pengumpulan dan analisis data yang telah dilakukan yaitu mengkombinasikan pendekatan kuantitatif dan kualitatif dengan instrumen penelitian berupa list pertanyaan terbuka dan list isian data-data sekunder. Data yang dikumpulkan adalah data terkait pada tahun 2014-2015 di masing-masing lokasi studi, terdiri dari: (1) data primer dari *focused group discussion* (FGD) dan *in-depth interview* dengan responden dan (2) data sekunder berupa data kepesertaan JKN, data besaran dana kapitasi dan jumlah dana kapitasi FKTP. Selain itu data sekunder diperoleh dari data BPJS Kesehatan Pusat dan data BPJS Kesehatan Cabang.

Proses pengambilan data dilakukan selama 2 bulan dengan sampel yang telah dipilih menggunakan metode *random sampling* di 7 (tujuh) divisi regional yang wilayah kerjanya memiliki Puskesmas BLUD dan Puskesmas Non BLUD *(terlampir)*. Tujuh regional yang dimaksud meliputi 11 daerah studi di beberapa provinsi. Perhitungan jumlah sampel (n_0) mengikuti asumsi sebaran normal dengan tingkat kepercayaan 95% (z= 1,96); variance = 0,25 (s = 0,5); *margin of error* (ME) = 5% dengan rumus:

$$n_0 = \left(Z\frac{s}{ME}\right)^2$$

sehingga didapatkan jumlah sampel penelitian sekitar 384 FKTP yang terdiri dari Puskesmas BLUD, Puskesmas Non BLUD, Dokter Praktek Perorangan, dan Klinik Pratama di 20 kabupaten/ kota.

Tabel 1. Sampel Daerah Studi Pemanfaatan dan Pengelolaan Dana Kapitas

Kabupaten/Kota	Puskesmas		Klinik Pratama	Dokter Praktek	Sub total	Sub Total	Regional
	BLUD	Non BLUD					
Kab Bintan	5	5	6	2	**18**		Regional II
Sub Total	**5**	**5**	**6**	**2**		**18**	
Kota Palembang	9	0	5	5	**19**		Regional III
Kab Banyuasin	0	9	5	5	**19**		
Sub Total	**9**	**9**	**10**	**10**		**38**	
Kota Bandar Lampung	9	0	5	5	**19**		Regional XIII
Kab Pring Sewu	0	9	5	1	**15**		
Sub Total	**9**	**9**	**10**	**6**		**34**	
Kab Sambas	9	0	3	5	**17**		Regional IV
Kota Singkawang	0	5	5	5	**15**		
Sub Total	**9**	**5**	**8**	**10**		**32**	
Kota Magelang	5	0	3	5	**13**		Regional VI
Kab Magelang	0	11	9	5	**25**		
Sub Total	**5**	**11**	**12**	**10**		**38**	
Kab Kulon Progo			3	3	**6**		Regional VI
Kota Yogyakarta	8	10	12	14	**44**		
Sub Total	**8**	**10**	**15**	**17**		**50**	
Kota Pekalongan	14	0	0	0	**14**		Regional VI
Kab Pekalongan		10	0	0	**10**		
Sub Total	**14**	**10**	**0**	**0**		**24**	
Kab Banyumas	**12**	0	5	8	**25**		Regional VI
Kab Cilacap	0	10	5	8	**23**		
Sub Total	**12**	**10**	**10**	**16**		**48**	
Kota Balikpapan	7	9	5	5	**26**		Regional VIII
Sub Total	**7**	**9**	**5**	**5**		**26**	
Kab Gianyar	9	0	7	5	**21**		Regional XI
Kab Karangasem	0	9	6	5	**20**		
Sub Total	**9**	**9**	**13**	**10**		**41**	
Kab Jembrana	9	0	3	5	**17**		Regional XI
Kab Buleleng	0	9	4	5	**18**		
Sub Total	**9**	**9**	**7**	**10**		**35**	
Jumlah						**384**	

Ruang lingkup variabel yang akan masuk dalam pertanyaan adalah sebagai berikut:

1. Demografi (nama faskes primer, wilayah, umur, jenis kelamin, jabatan)
2. Jumlah peserta terdaftar
3. Besaran dana kapitasi yang diterima
4. Pembayaran kapitasi
    a. Puskesmas Non BLUD → Rekening Dana Kapitasi JKN
    b. Puskesmas BLUD, DPP dan Klinik → Rekening BLUD, DPP, Klinik
    c. Besar biaya administrasi pencairan dana kapitasi di FKTP
    d. Waktu pencarian dana kapitasi di FKTP
5. Pemanfaatan dana kapitasi
    a. Biaya Jasa
    b. Biaya Operasional
6. Pengelolaan dana kapitasi (*checklist* dan urutan alur)
    a. Tata cara penganggaran
    b. Pelaksanaan dan tatausaha
    c. Pertanggungjawaban
7. Produktifitas tenaga medik dan non medik setelah mendapatkan pembagian jasa.
8. Program tambahan bagi peserta BPJS Kesehatan (bonus pelayanan)
9. Monitoring dan evaluasi
    a. Laporan Pelayanan seperti angka rujukan
    b. Laporan pemanfaatan dana kapitasi di FKTP

Pengumpulan data dan analisis hasil penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Metode kuantitatif digunakan untuk menjelaskan besaran alokasi dana dan tingkat pemanfaatan dana kapitasi di FKTP, sedangkan metode kualitatif digunakan untuk menjelaskan proses dalam pemanfaatan dan pengelolaan dana kapitasi, termasuk kendala dan alternatif solusi, baik di tingkat pusat maupun di tingkat daerah.

Analisis hasil penelitian difokuskan untuk menjawab beberapa tujuan penelitian. Tahapan analisis data sebagai berikut :

1. Menganalisis alokasi dana kapitasi di FKTP
   a. Mengidentifikasi besaran alokasi dana kapitasi
   b. Menganalisis proses, kendala, dan alternatif solusi di daerah
2. Menganalisis pemanfaatan dana kapitasi di FKTP sesuai dengan peruntukannya
   a. Mengidentifikasi tingkat pemanfaatan dana kapitasi
   b. Menganalisis proses, kendala, dan alternatif solusi di daerah
3. Menganalisis pengelolaan dana kapitasi di FKTP sesuai dengan ketentuannya
   a. Mengidentifikasi pengelolaan dana kapitasi
   b. Menganalisis proses, kendala, dan alternatif solusi di daerah

C. Jenis Data

Penelitian ini memanfaatkan data primer dan daa sekunder. Data primer merupakan data yang diperoleh langsung dari responden yang telah ditentukan. Data sekunder diperoleh dari dokumen dokumen baik dokumen dari FKTP maupun data yang diperoleh dari data BPJS Kesehatan cabang dan BPJS Kesehatan Pusat.

D. Responden

Responden dalam penelitian ini digolongkan menjadi 2 yaitu responden untuk kebutuhan data primer dan data sekunder. Responden diwakili kepala atau pimpinan, pengelola jaminan kesehatan, atau kepala tata usaha di instansi terkait..

E. Tim Peneliti

Kajian ini merupakan penelitian bersama antara Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada dan Grup Penelitian dan Pengembangan BPJS Kesehatan Pusat.

F. Tahapan Kegiatan

Kajian ini akan dilakukan berbagai tahapan kegiatan yang telah dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Pembuatan matriks demografi responden (nama FKTP, wilayah, umur, jenis

kelamin, jabatan), jumlah peserta terdaftar serta besaran dana kapitasi yang diterima

2. Melakukan *review* terhadap sistematika pembayaran kapitasi pada FKTP.
3. Pengisian instrumen penelitian untuk melihat bagaimana pemanfaatan dan pengelolaan dana kapitasi, produktivitas tenaga medik dan non medik setelah mendapatkan pembagian jasa, program tambahan bagi peserta BPJS Kesehatan (bonus pelayanan), serta monitoring dan evaluasi.

G. Pelaksanaan Kegiatan

Pelaksana kegiatan dilakukan oleh Grup Litbang dan Grup MPKP. Kegiatan ini mulai dilaksanakan bulan Mei sampai dengan Desember 2015 sesuai dengan jadwal yang telah disusun sebagai berikut:

Tabel 2. Jadwal Pelaksanaan Kajian

Kegiatan	Mei				Juni				Juli				Agustus				September				Oktober				November				Desember			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Persiapan survei																																
Perizinan tingkat pusat	■	■	■	■																												
Perizinan tingkat daerah					■	■	■	■																								
Finalisasi instrumen penelitian					■	■	■	■																								
Koordinasi internal tim	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																				
Komunikasi awal dengan FKTP	■	■	■	■																												
Pelatihan pengambilan data								■	■																							
(libur hari raya)										■	■	■																				
Pengambilan data																																
Kegiatan pengambilan data													■	■	■	■	■	■														
Cleaning dan Entry data																			■	■												
Analisis data																																
Analisis hasil																					■	■										
Analisis pembahasan																							■	■								
Konfirmasi hasil analisis data																									■							
Penyusunan laporan																																
Revisi hasil analisis																									■	■	■					
Exsum dan policy brief																											■	■				
Presentasi akhir																													■			
Laporan akhir																																
Revisi laporan																													■	■		
Finalisasi laporan																															■	■

Proses perijinan diajukan kepada beberapa pihak baik di tingkat pusat, cabang, dan kab/ kota. Kegiatan telah mendapatkan rekomendasi penelitian dari Direktorat Jenderal Politik dan Pemerintahan Umum, Kementerian Dalam Negeri *(terlampir)*, izin etika penelitian dari Komite Etik Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada *(terlampir)*, izin penelitian dari Pemerintah Daerah (*sampel terlampir)* dan kab/ kota (*sampel terlampir).*

Bersama dengan Grup Litbang, perijinan akses data juga telah berkoordinasi dengan Grup MPKP BPJS Kesehatan Pusat (*terlampir)*, 11 Cabang Utama BPJS Kesehatan *(terlampir)*, dan seluruh FKTP di daerah studi (*terlampir).* Koordinasi awal dengan FKTP secara jarak jauh juga dilakukan dan kemudian ditindaklanjuti dengan pengumpulan data mulai bulan Agustus 2015.

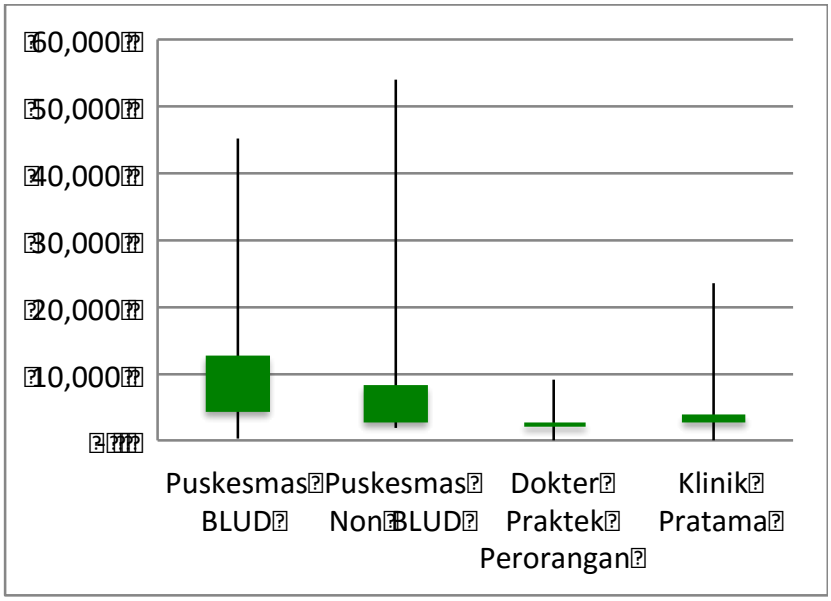
Finalisasi instrumen dilakukan bersama oleh tim PKMK FK UGM dengan tim Grup Litbang BPJS Kesehatan (*terlampir)* yang kemudian telah ditindaklanjuti dengan pelatihan pengambilan data oleh tim internal PKMK FK UGM. Beberapa data sekunder juga direkap sebagai analisis awal untuk diklarifikasi pada FKTP pada proses pengumpulan data nantinya *(terlampir)* pada awal pelaksanaan kajian.

Bab 4. Hasil Penelitian

A. Alokasi Dana Kapitasi dan Kepesertaan JKN

1. Perkembangan kepesertaan program JKN

Jumlah kepesertaan JKN di setiap FKTP sangat menentukan seberapa besar total dana kapitasi yang diterima FKTP tersebut setiap bulannya. Gambar 2 berikut adalah sjumlah kepesertaan JKN berdasarkan jenis FKTP di daerah studi. Sebaran di hitung dari analisis data sekunder BPJS Kesehatan.



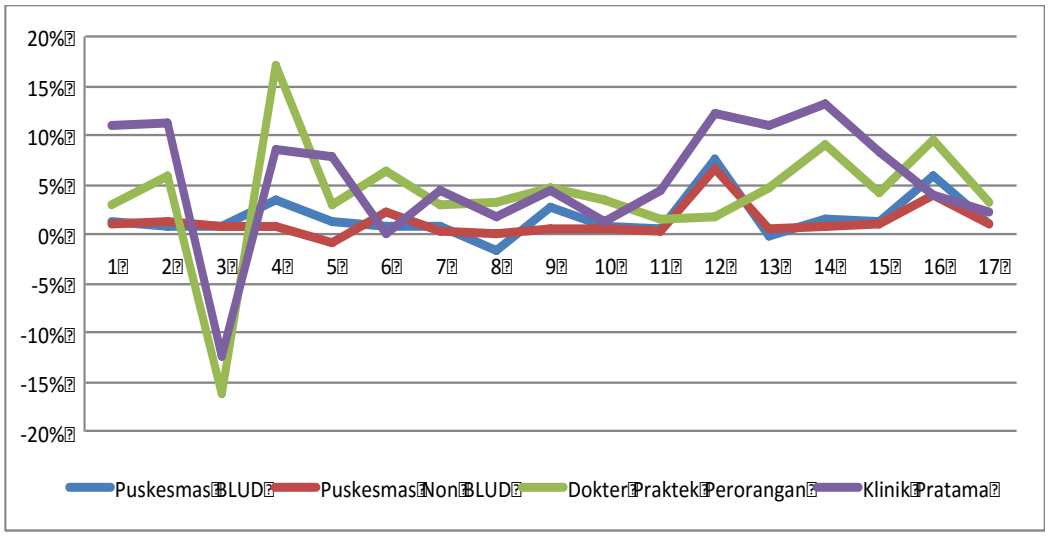
Sumber: Diolah dari Data BPJS Kesehatan Januari 2014-Juli 2015

Gambar 2. Sebaran jumlah kepesertaan JKN di FKTP (n-384) daerah studi

Hasil analisis data, Puskesmas BLUD memiliki variasi tertinggi jumlah peserta JKN dari tahun 2014-2015. Berbeda halnya dengan Puskesmas Non BLUD, jumlah peserta JKN di klinik pratama dan dokter praktek perorangan masih rendah, dengan rata-rata jumlah peserta sekitar 3,6 ribu (klinik pratama) dan 2,7 ribu (dokter praktek perorangan). Tingginya rata-rata jumlah peserta di Puskesmas BLUD (12,7 ribu) dan Puskesmas Non BLUD (14,3 ribu) yang mencapai 4-5 kali jumlah peserta JKN di klinik pratama dan dokter praktek perorangan. Hal ini diperkirakan karena peserta JKN untuk PBI FKTP yang ditunjuk merupakan Puskesmas. Di sisi lain, pasien membutuhkan jam

kerja Puskesmas yang lebih panjang. Glazier et.all (2009) dalam penelitiannya terhadap populasi di Kanada perbandingan model kapitasi dan model *fee for service* yang telah diperbaiki/ditingkatkan, bahwa pasien dengan sistem kapitasi memiliki indeks rendah terhadap morbiditas dan komorbiditas, namun karena jam pelayanan nya kurang, maka pasien lebih memilih datang ke unit gawat darurat setelah jam pelayanan habis. Dan terbukti bahwa dokter yang dengan pembayaran kapitasi lebih sedikit melayani dari pada dokter yang memilih model pembayaran *fee for service* yang telah diperbaiki. Hal ini membuktikan bahwa apabila di bebaskan memilih FKTP, peserta JKN kemungkinan akan berpindah dari Puskesmas ke FKTP Swasta karena jam layanan yang fleksibel.

Seiring dengan peningkatan cakupan kepesertaan, jumlah peserta JKN mengalami kenaikan dari tahun 2014-2015. Gambaran kenaikan kepesertaan JKN tersebut disajikan pada gambar 3 berikut.

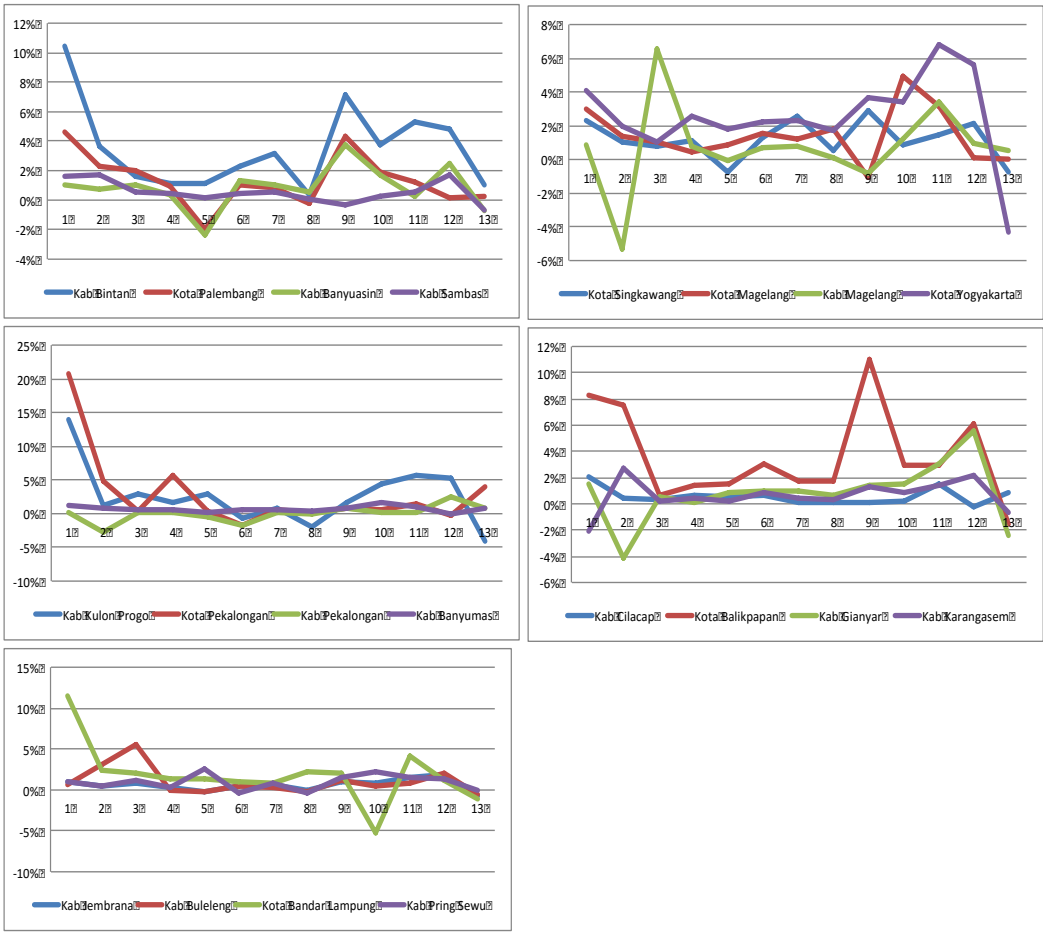


Sumber: Diolah dari Data BPJS Kesehatan Januari 2014-Juli 2015

Gambar 3. Presentase kenaikan kepesertaan di FKTP (n-384), Januari 2014-Juli 2015

Setiap FKTP cenderung mengalami kenaikan jumlah kepesertaan JKN, terutama di klinik pratama dan dokter praktek perorangan. Walaupun klinik pratama dan dokter praktek perorangan pernah mengalami penurunan jumlah peserta di awal tahun 2014, namun rata-rata kenaikannya paling tinggi sampai tahun 2015 ini yaitu naik tiap bulan berkisar 3,9% (dokter praktek perorangan) dan 5,5% (klinik pratama) dari jumlah peserta di bulan

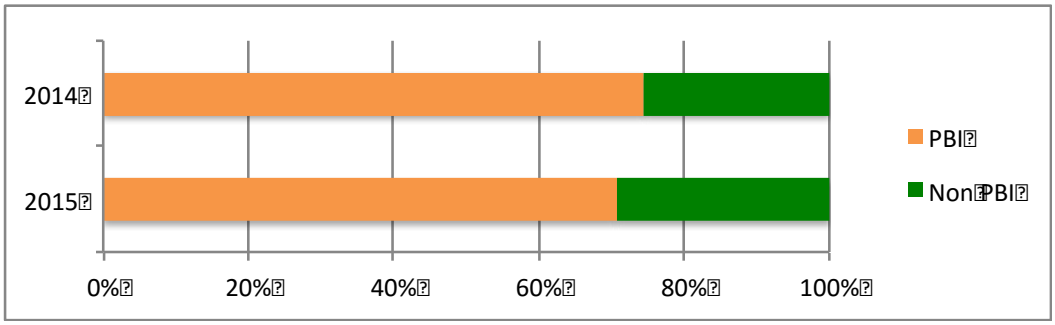
sebelumnya. Kenaikan jumlah peserta JKN setiap daerah studi digambarkan dengan gambar 4 berikut.



Sumber: Diolah dari Data BPJS Kesehatan Januari 2014-Juli 2015

Gambar 4. Kenaikan kepesertaan di FKTP (n=384) tiap kab/ kota, Jan 2014 – Juli 2015

Kenaikan jumlah kepesertaan terjadi di semua daerah studi, terutama di Kota Balikpapan dan Kabupaten Bintan. Walaupun sebaran kepesertaan JKN masih lebih banyak di Puskesmas, namun tingginya kenaikan jumlah peserta di klinik pratama dan dokter praktek perorangan bukan sekedar menunjukkan tingginya cakupan kepesertaan JKN melainkan juga menunjukkan perubahan kecenderungan peserta JKN dalam memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama. Adapun rata-rata proporsi jenis kepesertaan di daerah studi ditunjukkan dengan gambar 5 berikut:



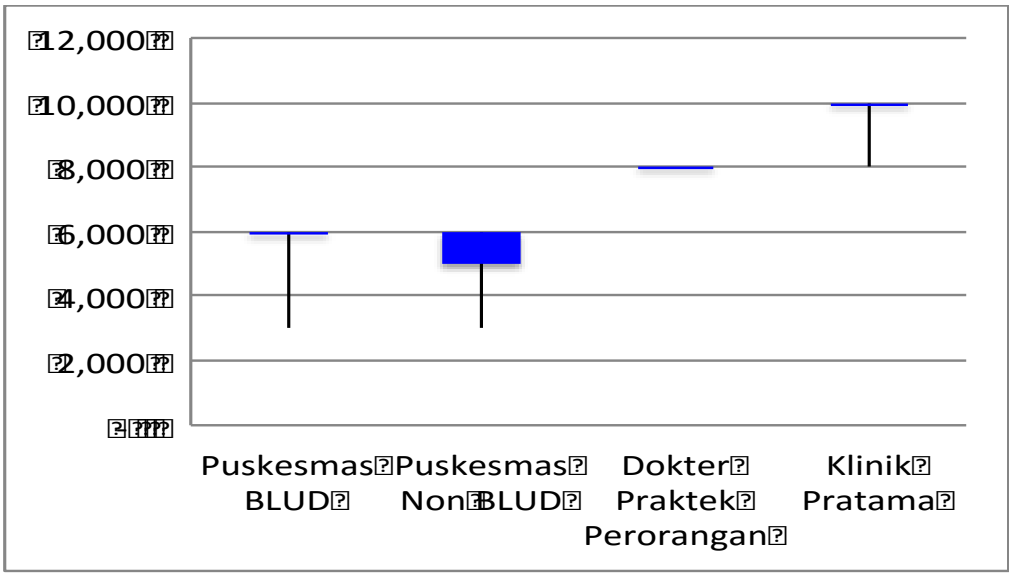
Sumber: Diolah dari Data BPJS Kesehatan Januari 2014-Juli 2015

Gambar 5. Proporsi peserta di FKTP (n=384) berdasarkan jenis kepesertaan

Walaupun peserta PBI masih mendominasi kepesertaan JKN, namun grafik menunjukkan adanya peningkatan proporsi peserta Non PBI di daerah studi. Potensi peningkatan penerimaan dana kapitasi pun masih tinggi seiring dengan peningkatan cakupan kepesertaan Non PBI

2. Penerimaan dana kapitasi dan pemanfaatan layanan

Dana kapitasi adalah besaran pembayaran per bulan yang dibayar dimuka kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan (Perpres No. 32/ 2014). Selain jumlah peserta JKN, variabel lain yang juga menentukan total kapitasi yang diterima fasilitas kesehatan tingkat pertama setiap bulan adalah besaran kapitasi per orang per bulan (POPB). Gambar 6 berikut adalah sebaran kapitasi POPB berdasarkan jenis fasilitas kesehatan.

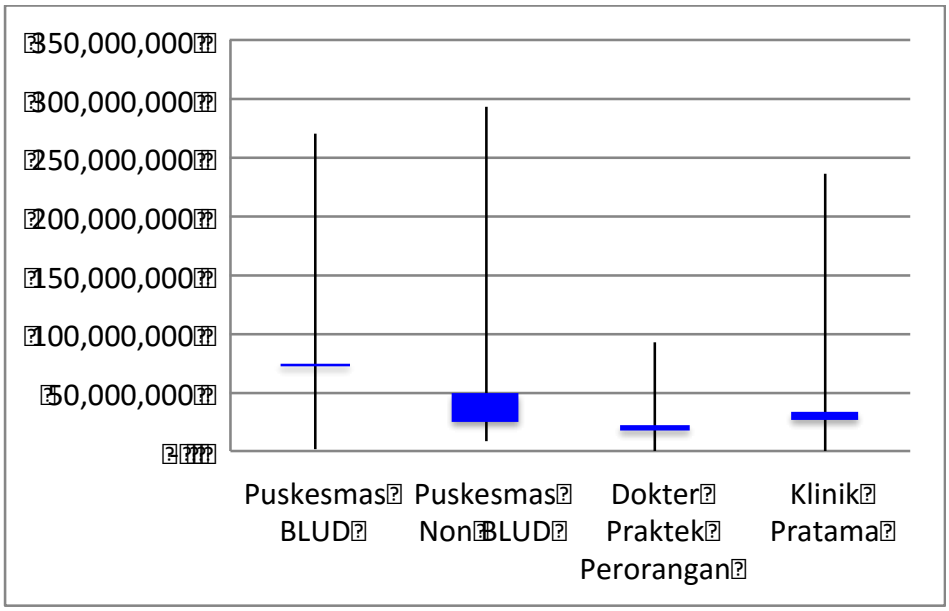


Sumber: Diolah dari Data BPJS Kesehatan Januari 2014-Juli 2015

Gambar 6. Sebaran kapitasi POPB di FKTP (n=384) daerah studi

Klinik pratama menerima dana kapitasi POPB tertinggi dibandingkan dengan dokter praktek perorangan dan Puskesmas. Tingginya variasi dana kapitasi POPB di Puskesmas Non BLUD juga menunjukkan bahwa tidak banyak Puskesmas Non BLUD yang mendapatkan kapitasi POPB maksimal (6 ribu rupaih) sebagaimana yang diterima oleh Puskesmas BLUD. Hal tersebut berkaitan dengan ketersediaan sumber daya manusia, sarana prasarana, lingkup, dan komitmen pelayanan.

Besaran penerimaan kapitasi per bulan ditentukan oleh jumlah peserta dan kapitasi POPB. Fasilitas kesehatan tingkat pertama akan mendapatkan penerimaan kapitasi yang tinggi setiap bulan apabila tingginya kapitasi POPB diikuti dengan jumlah kepesertaan yang banyak. Adapun rata-rata total kapitasi yang diterima oleh FKTP setiap bulan ditunjukkan pada gambar 7 berikut.

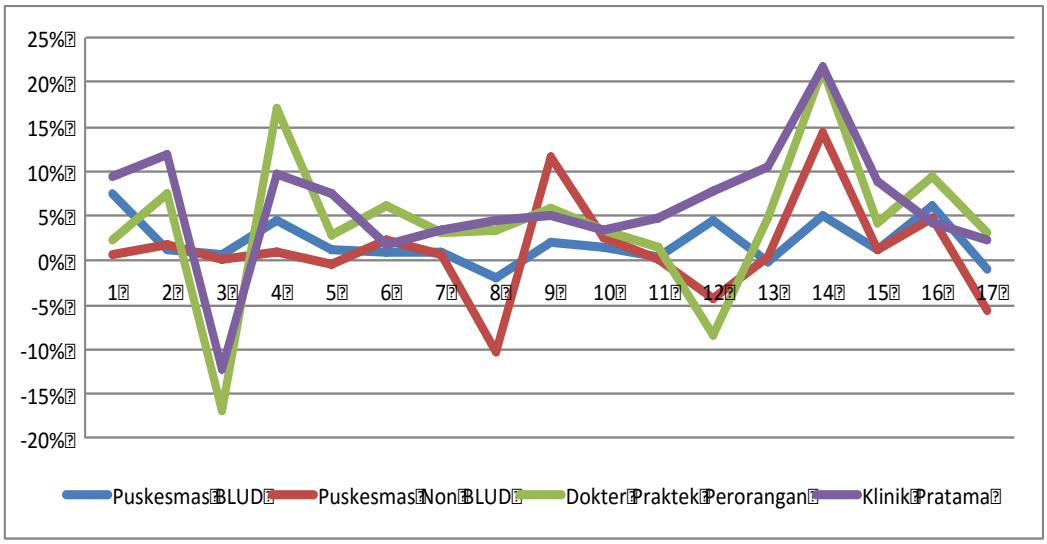


Sumber: Diolah dari Data BPJS Kesehatan Januari 2014-Juli 2015

Gambar 7. Sebaran total penerimaan kapitasi di FKTP (n=384) daerah studi

Total dana kapitasi yang diterima oleh Puskesmas Non BLUD cenderung sangat bervariasi dibandingkan dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang lain. Hal ini dikarenakan tingginya variasi kapitasi POPB di Puskesmas Non BLUD dan hanya beberapa Puskesmas Non BLUD yang mendapatkan kapitasi POPB maksimal (6 ribu). Di lain sisi, rata-rata tertinggi dana kapitasi diterima oleh Puskesmas BLUD, yaitu sekitar Rp 73,9 juta setiap bulan. Berbeda halnya dengan dokter praktek perorangan yang menerima rata-rata kapitasi sekitar Rp 22,2 juta setiap bulan karena jumlah kepesertaannya tidak sebanyak FKTP yang lain.

Kenaikan kepesertaan di dokter praktek perorangan dan klinik pratama cukup signifikan, terlebih jika cakupan peserta Non PBI senantiasa mengalami kenaikan. Walaupun saat ini dana kapitasi yang diterima dokter praktek perorangan paling rendah, namun bukan tidak mungkin besaran penerimaan tersebut akan meningkat. Gambaran kenaikan total penerimaan kapitasi dari bulan Januari 2014 sampai dengan bulan Juli 2015 disajikan gambar 8 berikut.



Sumber: Diolah dari Data BPJS KEsehatan Januari 2014-Juli 2015

Gambar 8. Kenaikan total penerimaan kapitasi di FKTP (n=384) Januari 2014 – Juli 2015

Jika dibandingkan dengan Puskesmas, kenaikan dana kapitasi yang diterima oleh dokter praktek perorangan dan klinik pratama cukup signifikan. Hal tersebut seiring dengan adanya kenaikan jumlah peserta di kedua fasilitas kesehatan tersebut. Rata-rata kenaikan dana kapitasi yang diterima tiap bulan oleh klinik pratama mencapai 6,1% dan dokter praktek perorangan mencapai 4,1% dari penerimaan kapitasi di bulan sebelumnya. Bukan tidak mungkin, secara perlahan rata-rata dana kapitasi yang diterima oleh klinik pratama dan dokter praktek perorangan akan melebihi rata-rata dana kapitasi yang diterima Puskesmas setiap bulannya.

Untuk dapat meningkatkan besaran kapitasi, FKTP telah berusaha untuk memperbaiki diri agar dapat memenuhi kriteria maksimum. Pendanaan dirasakan menjadi salah satu kunci pengembangan fasilitas. Sehingga jika pendanaan kapitasi mandek atau berkurang, maka akan menjadikan FKTP tidak bisa berbuat banyak dalam investasi layanan.

> *"Kami sudah berusaha dalam menganggarkan sendiri untuk melengkapi persayaratan…..Jadi ke dinas ini eee berupaya pemenuhan jangan sampai gara gara ada JKN ini puskemas dianggap itu tadi kinerja dan sebagainya tidak sesuai dengan harapan JKN. Haparapnnya tanda kutip. (Puskemas BLUD)*

"....puskesmas ini untuk memperbaiki diri ini kan harus ada dana pak. Sekarang kalo dana tu tidak ada pak bagaimana kami bisa memperbaiki diri. (Puskemas BLUD)

"Kalau sekarang terjadi penurunan besar-besaran, karena rata-rata, di DPP itu banyaknya pasien." (Dokter Praktek Perorangan)

"Kita tu masalahnya ya itu, dia menurun, menurun, menurun lagi karena banyak yang nggak bayar. Kalau 6 bulan kan udah langsung abu-abu." (Dokter Praktek Perorangan)

Pendanaan besaran kapitasi susah untuk ditebak. Jika di Puskesmas, aturan BPJS dengan pengetatan seleksi menyebabkan pengurangan jumlah kapitasi secara tiba-tiba. Sedangkan bagi DPP, perpindahan peserta yang tidak dapat ditekan dan diketahui menjadi beberapa kendala utama.

Pasien lebih banyak berkunjung ke fasilitas di era JKN dibandingkan dengan era sebelum JKN. Akses gratis memudahkan pasien BPJS untuk langsung dapat mendatangi fasilitas dasar mereka. Namun, dibalik hal tersebut muncul sebuah permasalahan baru di kalangan petugas kesehatan.

"cukup agak kerepotan dengan peningkatan kunjungan pasien yang yah cukup drastis yah. Yah sebelum ada BPJS yah biasa-biasa aja, setelah ada BPJS melonjak drastis" (Puskesmas Non BLUD)

"Pegel, pusing-pusing ringan, padahal kan kalau kita lihat yang parah-parah kan kelihatan dari mukanya kalau memang sakit, ini cuma biasa aja" (Dokter Praktek Perorangan)

"Padahal kita ngomong misalnya kan. Misalnya makan yang teratur, orang maagh apa kan, udah dikasih tau gitu, tapi nggak peduli, karena merasa ada yang gratis ini" (Dokter Praktek Perorangan)

"karena pasien yang datang meskipun sudah kita banyak kasih promotif preventif tetap nggak ada ngaruhnya, besok-besok juga sakit lagi, dengan sakit yang ringan, (Dokter Praktek Perorangan)

Penelitian ini memberi gambaran bahwa layanan gratis ternyata memberikan dampak tersendiri bagi FKTP. Petama, membuat masyarakat terlalu berlebihan dalam menggunakan fasilitas kesehatan. Kedua, membuat beban kerja tenaga kesehatan menjadi meningkat. Situasi ini akan memberi dampak pada kualitas layanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

3. Persepsi fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP)

Tabel 3. Penilaian fasilitas kesehatan tingkat pertama terhadap dana kapitasi

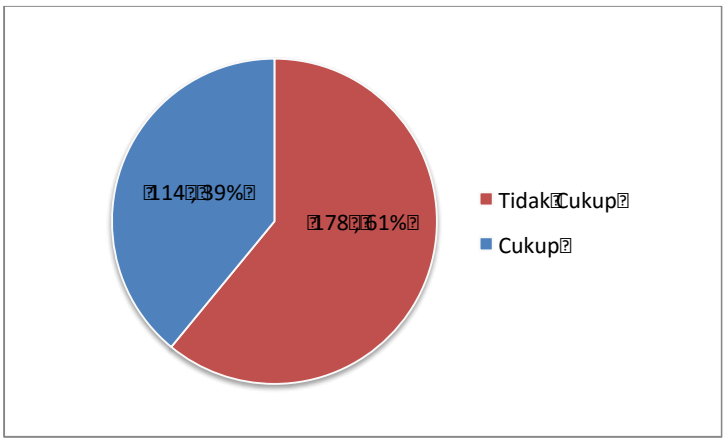
Variabel	Puskesmas BLUD		Puskesmas Non BLUD		Dokter Praktek Perorangan		Klinik Pratama	
	n (96)	(%)	n (96)	(%)	n (96)	(%)	n (96)	(%)
Mengetahui dasar penentuan kapitasi di FKTP								
Iya	76	79,2	70	72,9	82	85,4	64	66,7
Tidak	20	20,8	26	27,1	14	14,6	32	33,3
Alokasi dana kapitasi sesuai hak FKTP								
Iya	71	74,0	65	67,7	23	24,0	37	38,5
Tidak	25	26,0	31	32,3	73	76,0	59	61,5

Sumber: Diolah dari Data Primer Penelitian 2015

Penilaian FKTP yang menjadi responden pada tabel 3 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden bukan hanya mengetahui dasar penentuan besaran kapitasi, tetapi juga menilai bahwa alokasi besaran kapitasi yang diterima telah sesuai dengan hak FKTP, kecuali bagi dokter praktek perorangan dan klinik pratama. Menurut Permenkes No. 59/ 2014, penetapan besaran kapitasi FKTP dilakukan berdasarkan kesepakatan bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan ditentukan berdasarkan seleksi dan kredensial yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan kab/ kota.

Ketidaksesuaian yang dimaksud responden perlu memperbandingkan antara alokasi riil yang telah diterima oleh FKTP terhadap hak FKTP dengan mempertimbangkan sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan, dan komitmen pelayanan. Dalam hal ini, data kuantitatif menunjukkan bahwa kapitasi POPB di dokter praktek perorangan dan klinik pratama, berkisar Rp 8 ribu dan Rp 10 ribu. Besaran tersebut sesuai dengan yang telah diatur dalam standar tarif kapitasi Permenkes No. 59/ 2014.

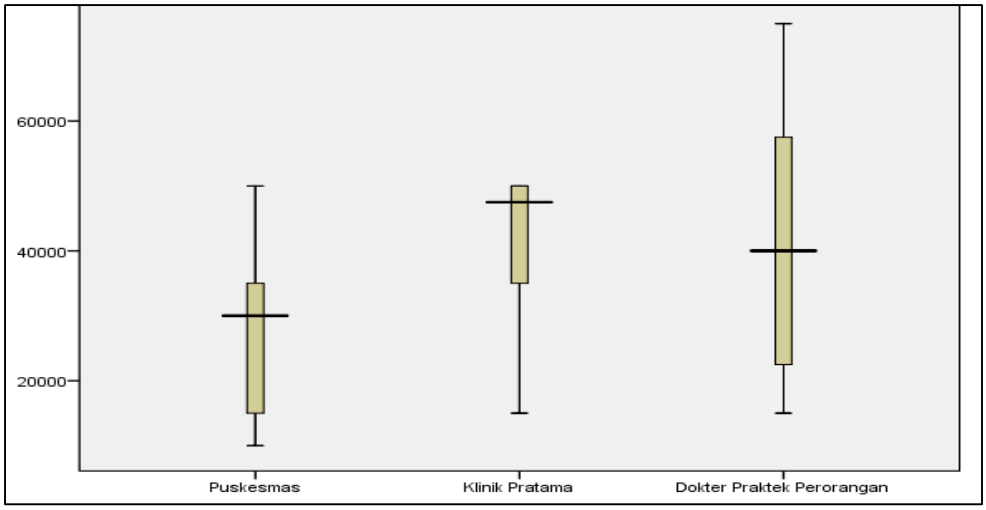
Dari seluruh responden yang mengetahui dasar penentuan kapitasi di FKTP, sebagian besar menilai bahwa dana kapitasi tidak cukup membiayai pelayanan kesehatan peserta JKN, terutama bagi dokter praktek perorangan. Penilaian tersebut ditunjukkan gambar 9 diagram lingkaran berikut.



Sumber: Diolah dari Data Primer Penelitian 2015

Gambar 9. Penilaian FKTP (n=292) terhadap kecukupan dana kapitasi

Besaran kapitasi yang dianggap tidak cukup tersebut ada keterkaitan dengan belum terpenuhinya standar minimal jumlah peserta dan besaran kapitasi POPB, atau belum terkendalinya tingkat utilisasi peserta JKN dan biaya riil pelayanan kesehatan yang dikeluarkan. Adapun biaya pasien per kunjungan di daerah studi ditunjukkan dengan gambar 10 berikut.



Sumber: Diolah dari Data Primer Penelitian 2015

Gambar 10. Persepsi FTKP terhadap biaya pasien per kunjungan

Rerata biaya pasien per kunjungan di klinik pratama dan dokter praktek perorangan cenderung lebih tinggi dibandingkan dengan Puskesmas, bahkan biaya pasien per kunjungan di klinik pratama yang menjadi outlier mencapai Rp 80 ribu per pasien per kunjungan. Untuk mengkaji lebih lanjut mengenai

ketidakcukupan dana kapitasi yang dipersepsikan klinik pratama dan dokter praktek perorangan tabel 4 berikut menyajikan rata-rata biaya aktual kapitasi untuk setiap jenis fasilitas kesehatan tingkat pertama di daerah studi.

Tabel 4. Rata-Rata Biaya Aktual dari Penerimaan Kapitasi di FKTP (n=384)

Jenis FKTP	Kapitasi / Kunjungan (Rp)
Puskesmas BLUD	119.522
Puskesmas Non BLUD	191.467
Klinik Pratama	78.006
Dokter Praktek Perorangan	78.999

Sumber: Diolah dari Data BPJS Kesehatan Januari 2014-Juli 2015

Lebih rendahnya biaya aktual kapitasi terhadap rerata biaya pasien per kunjungan perlu menjadi perhatian. Hal ini yang mungkin memicu persepsi ketidakcukupan dana kapitasi, terutama bagi klinik pratama dan dokter praktek perorangan. Selain perlu adanya kendali terhadap biaya pasien per kunjungan, kajian terhadap tingkat utilisasi peserta JKN di kedua fasilitas kesehatan tingkat pertama tersebut juga perlu dipertimbangkan karena bisa jadi rendahnya biaya kapitasi aktual dipicu oleh tingginya tingkat utilisasi di daerah studi.

Di beberapa kabupaten, Puskesmas telah bertransformasi sejak tahun 2014 dengan berdasarkan pada Perpres 32 dan Permenkes 19. Terdapat pula daerah yang masih menerapkan Jamkesda seperti Puskesmas di Gianyar. Meskipun secara umum dana kapitasi terlihat meningkat. Puskesmas juga ternyata mencemaskan tentang isu pengurangan besar kapitasi.

> *"Kita terjadi penurunan dana kapitasi, sesuai dengan tadi Peraturan BPJS ya No.2. Solusinya ya kalau bisa Peraturan No.2 ini dicabut. (Puskesmas BLUD)*
>
> *"kalo misalnya ditengah jalan tiba tiba tanpa ada diskusi tanpa ada penilaian-penilaian terhadap kinerja kita tau tau langsung di turunkan kapitasinya dari 6000 jadi 3000, 3500 ada yang dari 3250 di kota, di kota ini ada yang 3250, nah itu menimbulkan pertanyaan dari kami kenapa kok bisa terjadi seperti ini……. baru 2 hari pak kami naikkan itu ke dinas datanglah berita dari BPJS bahwa dipangkas itu semua. Sudah kami tinggal gigit jari gak tau harus berbuat apa. Yang tenaga tenaga non PNS" (Puskemas BLUD)*

"Lah ini langsung ditetapkan mendadak yang kemarin kita protes ke BPJS karena kita tidak dianggap sebagai mitra tapi sebagai bawahannya BPJS, jadi BPJS memberikan, misalnya kamu rujukannya tinggi, akan dikurangi, kamu seperti ini akan dikurangi, jadi dia tidak mengangap kita itu sebagai mitra, jadi semuanya kayaknya kalau kamu tidak tercapai komitmen sepertinya, ini,,ee anu,hukumannya seperti ini" (Puskesmas BLUD).

"kalau sekarang dana kapitasi dikurangin banyak-banyak, mungkin banyak tenaga honorer kami yang harus dipecat atau dirumahkan lagi" (Puskesmas BLUD)

"Bagi kami itu seperti untuk saya pribadi seperti, ee apa yah, kami itu diperalat, jadi BPJS mau bekerja sama dengan kami, kayak memaksakan, kita dipaksa ikut, begitu ikut, kita diperas tadi, seolah mereka mencari tenaga murah, kami tidak dihargai" (Puskesmas BLUD).

"Tetapi begitu kebijakan seperti (pengaturan besar kapitasi) ini kami linglung, galau, jadi kami ini yang dibawah jadi pesimis. Kami sudah tertata rapi pak. RBA kami sudah susun kami sudah bermimpi untuk 5 tahun yang akan datang". (Puskemas BLUD)

Puskesmas memiliki katakutan dalam isu pelaksanaan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 2 Tahun 2015. Puskesmas yang memiliki perencaanaan selama beberapa tahun ke depan memiliki kendala untuk merealisasikan implementasinya. Selain itu, Puskesmas juga mempermasalahkan koordinasi FKTP dengan BPJS dalam pengeluaran sebuah regulasi.

Selain tantangan dari kebijakan, muncul juga tantangan administrasi. Tantangan dalam kerja sama dengan BPJS ini ditemukan di berbagai jenis FKTP. Tantangan ini berpotensi mengurangi penyerapan anggaran dan mampu menjadikan program yang telah dirancang memiliki kualitas yang rendah.

"Trus BPJS katanya setiap bulan itu akan melaporkan akan memberikan penjelasan siapa siapa by name peserta kami tapi sampai sekarang kami tidak tahu, jadi bagaimana kami mau melakukan eee tatap pertama dengan peserta kami. Cuman ada rujukan di tiket itu jumlah peserta itu jumlah peserta. Jumlah peserta, cuman itu saja." (Puskemas BLUD)

"Kalau menurut saya sih, kepada BPJS supaya dia juga ada kordinasi dengan kemenkes supaya mereka tau kondisi dan situasi di puskesams itu seperti apa. Dan juga tau program-prgram apa yang harus kami jalankan, jadi kalau dia tidak ada kordinasi dan tiba-tiba buat aturan, yah seperti sekarang" (Puskesmas BLUD)

"Berarti masalahnya juga karena sistem pendataan ini nggak update, harusnya kan ketika dokter mau check berapa sih jumlah orang saya, harusnya kan sistemnya menyediakan data by name kan supaya bisa ke-detect kan" (Dokter Praktek Perorangan)

"Kalau tanya ke BPJS, dia nggak bisa nerangin. Dia nggak seperti dulu ASKES yang tiap, karena mungkin ada perpindahan kan repot dia mau bikin data. Nah..kalau dulu ASKES kan tau tu, kita jumlah pesertanya si A, nama-namanya, tinggalnya, umurnya kan ada tu, dalam bentuk CD kan, sekarang kan ndak" (Dokter Praktek Perorangan).

"Mengapa kami tidak berani menggunakan (dana di rekening), karena juknis itu kemaren keluar setelah bulan juni akhir. Jadi wajar tidak mungkin kalo dana yang sekian besar kami habis-habiskan dalam waktu 5 bulan" (Puskemas BLUD)

Hasil ini menunjukkan bahwa FKTP hanya mengetahui sebatas jumlah peserta. FKTP tidak mampu untuk mendeteksi setiap peserta yang berpindah, dimana tidak ada juga pemberitahuan update oleh BPJS (situasi ini membuat DPP merasa dirugikan). Selain itu, program di Puskesmas ditemukan juga tidak sinkron dengan dukungan pendanaan dari BPJS Kesheatan. Terkait aturan, yang seharusnya pendanaan dapat lebih fleksibel sebagai penyesuaian terhadap kebutuhan faskes.

Terdapat satu kendala besar yang juga dihadapi oleh BPJS terkait dengan kepesertaan. Petugas khususnya di DPP mencurigai bahwa peserta BPJS sangat oportunis. Dengan persyaratan dan peraturan yang ada saat ini. Penyalahgunaan wewenang kepesertaan sangat mudah dilakukan.

"Pasien mandiri itu rata-rata kalau sakit aja dia bikin kartu, setelah dia sembuh tak dipakai lagi. Iya..gitu. Dan dia kan nggak ada hukuman, ketika misalnya orang itu ndak bayar, entah dia mau mengaktifkan lagi hukumannya apa, kan nggak ada kan, paling premi, denda itu kan, paling 1.500 kan, atau 2.000. kalau kepesertaan kita ndak banyak, kita tak bisa tertolong, karena kita semua bayar sendiri," (Dokter Praktek Perorangan)

"Peserta BPJS DPP mayoritas 90% adalah peserta mandiri yang notabene kadang-kadang mereka memang membuat kartu untuk kalau memang mereka sakit" (Dokter Praktek Perorangan)

"Tapi kan kapitasinya jadi menurun lah, kepesertaannya kan langsung, mereka nggak bayar kan abu-abu,….. kalau sudah 6 bulan nggak, … ngapain kita layanin pak?" (Dokter Praktek Perorangan)

Penelitian ini juga menemukan indikasi kendala pada efektifitas sosialisasi JKN. Petugas kesehatan memiliki persepsi bahwa masyarakat jarang menerima edukasi tentang *benefit package* untuk JKN. Sehingga menimbulkan beban ganda terhadap petugas kesehatan, sebab akan memberikan pelayanan sekaligus mengedukasi peserta BPJS.

> *"Soalnya orang peserta kayaknya orang BPJS itu tidak sosialisasi, taunya gratis. Kami yang menerangkan. Ia sosialisasi peserta". (Puskesmas BLUD)*

DPP merasa diperlakukan berbeda dengan FKTP lainnya. Ternyata pajak yang harus dibayar di DPP cukup tinggi. Berbeda dengan fasilitas atau FKTP lainnya yang berstatus badan layanan.

> *"Potong pajak, pajaknya kebesaran, pajaknya sekarang 2 juta Bu." (Dokter Praktek Perorangan)*

> *"Klinik pun nggak. Lha kita DPP kan punya NPWP kan kalau dipikir-pikir kan, terus saya tanya : "kalau yang bidan yang praktek itu, yang nge-klaim ke kita, lho kenapa nggak ada pajaknya?" (Dokter Praktek Perorangan)*

> *"Kena pajak progresif pula? Harusnya kan kalau untuk layanan kesehatan dihilangkan? Kan menyangkut khalayak banyak" (Dokter Praktek Perorangan)*

> *"Ya Allah, udah bebuih-buih dah saya ngomong kaya gini, tapi aturannya begitu, kan ngomongnya aturan. Maksud saya mbok ya dijadikan masukan untuk dipertimbangkan, terlalu banyak pajaknya. Kenapa beda sama Puskesmas, sama klinik kenapa? Apa bedanya? Yang saya tanya tu itu." (Dokter Praktek Perorangan)*

> *"Terus yang saya heran pak, kita kan sudah dipotong pajak, nanti ada pajak progresif lagi, banyak amat sih bayar pajaknya. Jadi kalau sudah mencapai 50juta lebih nanti dipotong lagi, saya nanya sama mbaknya: "mbak perasaan tiap bulan udah dipotongin, koq dipotong lagi?". Kan banyak potongnya saya bilang. Tapi dia nggak bisa nerangin" (Dokter Praktek Perorangan)*

Pajak yang tinggi menjadi masalah sendiri untuk DPP. DPP yang notabene memiliki lingkup kecil akan susah berkembang dengan peserta yang terbatas, pajak yang cukup tinggi, dan memerlukan investasi.

Dari sisi besaran dana kapitasi yang diterima, sedikit Puskesmas menganggap bahwa dana ini sudah cukup untuk pelayanan kesehatan. Sedangkan kebanyakan dari Puskesmas di lokasi penelitian menganggap dana kapitasi belum cukup dan kurang berkontribusi pada kepuasan dan kinerja pelayanan.

> *"Dana cukup, dana ada tapi dokternya nggak ada yang mau kesana karena juah dan pemnggajian yang tidak sesuai karena penggajian PNS kan berbeda. Dana kapitasinya ada tapi jika berkurang lagi, maka perencanaan anggraannya bisa berbeda lagi" (Dinas Kesehatan)*
>
> *"Untuk sementara, mungkin cukup pak, tapi hari ini ada kabar menyedihkan karena dana kapitasi dipotong lagi menjadi 4000, sedangkan 6000 aja alhmdulillah sekarang jadi 4000" (Puskesmas Non BLUD)*
>
> *"Kalau kita hitung kapitasi, puskesmas tu 20% itu pagu maksimal untuk obat dan bahan habis pakai. Jadi kita sudah siapain dana 20%. Jadi puskesmas itu sudah siapkan dana 20%. Karena dinas ini masih ada dana DAK yg 2,5 % separuh yang dari hitungan kita, jadi 10% itu sudah dibiayai oleh dinas kesehatan. Separuhnya lagi berdasarkan kebutuhan puskesmas yang memang sering dipakai oleh puskesmas" (Puskemas BLUD)*
>
> *"Karena wilayah kan lebar pak, jadi kami sedikit kadang-kadang kasihan dengan adanya pasien yang dicover BPJS namun biaya-biaya tersebut tergolong rendah karena melihat biaya perjalanan karena jaraknya jauh" (Puskesmas Non BLUD)*
>
> *"Dari satu sisi pendanaan yang jelas yang ada imbasnya. Dari beberapa hal seperti mutu ini kita belum lihat jadi memang banyak komponen atau indikator yang perlu kita evaluasi. Jadi sekarang ini memang dana yang paling efektif." (Puskemas BLUD)*

Dari peraturan tentang besaran kapitasi yang diterima di Puskesmas, sering keputusan tersebut tidak mendukung kebutuhan dari Puskesmas. Sehingga membatasi kualitas layanan yang diberikan di fasilitas. DPP sendiri merasa bahwa dana kapitasi yang diterima belum pernah mencukupi kebutuhan dari DPP. Dalam hal kelengkapan di fasilitas tentu menjadikan tanggungan perseorangan dari DPP. Kebutuhan ini dirasa cukup tinggi oleh kebanyakan DPP.

"Untuk beli obat saja masih kurang…….. obat kita tu obat-obat yang curah-curah, kan rata-rata obat yang semi-semi itulah, semi-semi paten. Itu, masalahnya di situ." (Dokter Praktek Perorangan)

"……. obat, pajak dan lain masih kurang. Operasional aja masih kurang" (Dokter Praktek Perorangan)

"Oh kita juga ini, biasanya masih nombok" (Dokter Praktek Perorangan)

"Belum cukup, karena jumlah peserta yang berkunjung makin bulan makin bertambah. Perasaan orang koq sakit terus ya? Nggak sembuh sembuh" (Dokter Praktek Perorangan)

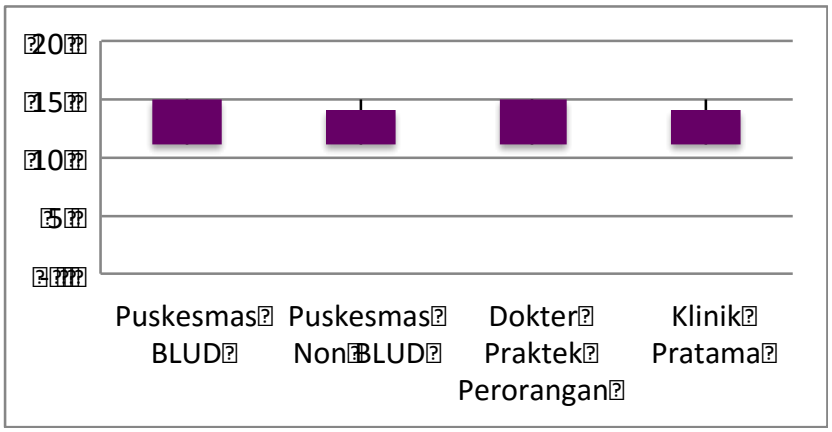
"Untuk peserta, untuk membiayai peserta, pelayanan, tentunya belum cukup ya, karena peserta kan biasanya peserta mandiri yang masuk, mayoritas di DPP adalah banyak maunya" (Dokter Praktek Perorangan)

"Kalau ditempat saya, karena masih tinggi sekali jadi perbulan mungkin 40% lebih, jadi rata-rata per hari sekitar 30 – 40 kunjungan ke rumah, jadi untuk beli obat pun masih minus, apalagi untuk bagi yang lain" (Dokter Praktek Perorangan)

B. Pengelolaan Dana Kapitasi

1. Timeline pencairan dana kapitasi

Pengelolaan kapitasi erat kaitannya dengan tatakala pencairan dana kapitasi setiap bulannya. Apabila ditemui kendala dalam pencairan dana, bukan tidak mungkin akan berdampak pada proses pemanfaatan dana kapitasi dan pemberian pelayanan kesehatan bagi peserta JKN. Adapun sebaran mengenai waktu pencairan dana kapitasi disajikan pada gambar 11 sebagai berikut.



Sumber: Diolah dari Data Primer Penelitian 2015

Gambar 11. Sebaran waktu pencairan dana kapitasi di FKTP (n=384) daerah studi

Sebagian besar fasilitas kesehatan tingkat pertama yang menjadi mitra JKN menerima dana kapitasi di masing-masing rekening FKTP paling lambat tanggal 15 setiap bulan. Walaupun demikian, kajian menemukan adanya data outlier di awal tahun 2014 yang menunjukkan ada keterlambatan dana kapitasi masuk ke rekening Puskesmas di Kabupaten Bintan. Hal ini berbeda dengan dokter praktek perorangan dan klinik pratama, Puskesmas terkadang masih harus melakukan pengajuan surat rekomendasi kepada Dinas Kesehatan dan/ atau keuangan daerah untuk menggunakan dana kapitasi dari rekening Puskesmas. Proses ini membutuhkan waktu kurang lebih satu minggu sehingga akan lebih baik jika BPJS Kesehatan dapat mempertimbangkan waktu pencairan dana kapitasi lebih awal (sebelum tanggal 15) atau di awal bulan, sehingga dana kapitasi dapat segera digunakan lebih optimal dalam pemberian pelayanan kesehatan.

Pencairan dana kapitasi dilaksanakan oleh BPJS setiap tengah bulan. Dana kapitasi yang dicairkan setiap tengah bulan ke FKTP disesuaikan dengan persyaratan di FKTP masing-masing.

> *"Dana kapitasi masuk ke rekening Puskesmas langsung, dibayar di atas tanggal 15 setiap bulan".* (Puskesmas)
>
> "Transferan bisa dua kali sebulan yakni piutang dari kapitasi bulan berjalan yang tidak ikut dalam transferan pertama" (Puskesmas Non BLUD)

"jadi untuk kapitasi itu bisa dihitung, tapi bidan praktek mandiri itu pak bisa meng-klaim masalah ANP-nya, sama ANC-nya, sama KB-nya, pencabutan implant, itu bisa di-klaim. Nah kami minta supaya jejaring Puskesmas kami ini bisa juga seperti bidan praktek mandiri. Jadi kami tak hanya menerima pertolongan persalinan 600 ribu, kalau dicairkan" (Dokter Praktek Perorangan)

"Kalau anggarannya langsung dari BPJS. Masuk ke rekening pribadi. Karena saya praktek sendiri, jadi masuk ke rekening saya pribadi" (Dokter Praktek Perorangan)

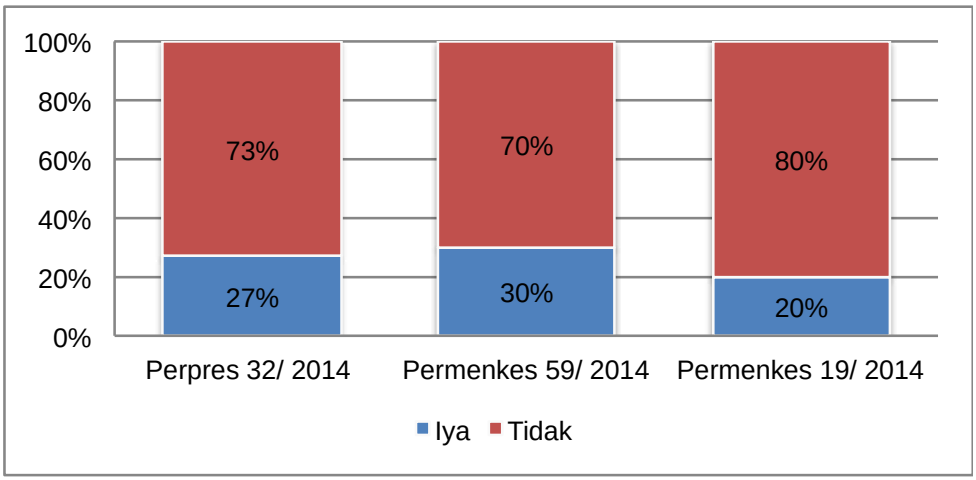
"Aturan aturan yang ada di Puskesmas, besaran-besaran masing-masing itu akan disalurkan langsung ke rekening puskesmas, jadi puskesams sudah menerima dana ini setiap bulannya. BPJS mempunyai patokan bahwa setiap tanggal 15 atau dibawahnya itu mereka akan menyalurkan dana itu pak" (Puskesmas Non BLUD)

"Pencairan dana kapitasi, prosedurnya yah kita hanya mencairkan dari cek yang di tandatangani oleh kepal puskesmas masuk ke rekening puskesmas setiap tanggal 15 bulan berjalan kemudian yang biaya adminitrasi, saya tanyakan ke puskesmas, katanya nggak ada" (Puskesmas Non BLUD).

Pencairan dana kapitasi kelihatannya tidak mendapat banyak masalah di berbagai jenis FKTP, hanya saja bentuk pencairan yang berbeda. Di DPP atau klinik akan menerima dana kapitasi langsung kepada pemilik dari fasilitas kesehatan tersebut.

2. Kebijakan pengelolaan dana kapitasi

Pengelolaan dana kapitasi adalah tata cara penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan, dan pertanggungjawaban dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan (Perpres No. 32/ 2014). Gambaran penilaian Puskesmas yang menjadi responden terhadap kebijakan pengelolaan dana kapitasi di daerah studi ditunjukkan pada gambar 12 sebagai berikut.

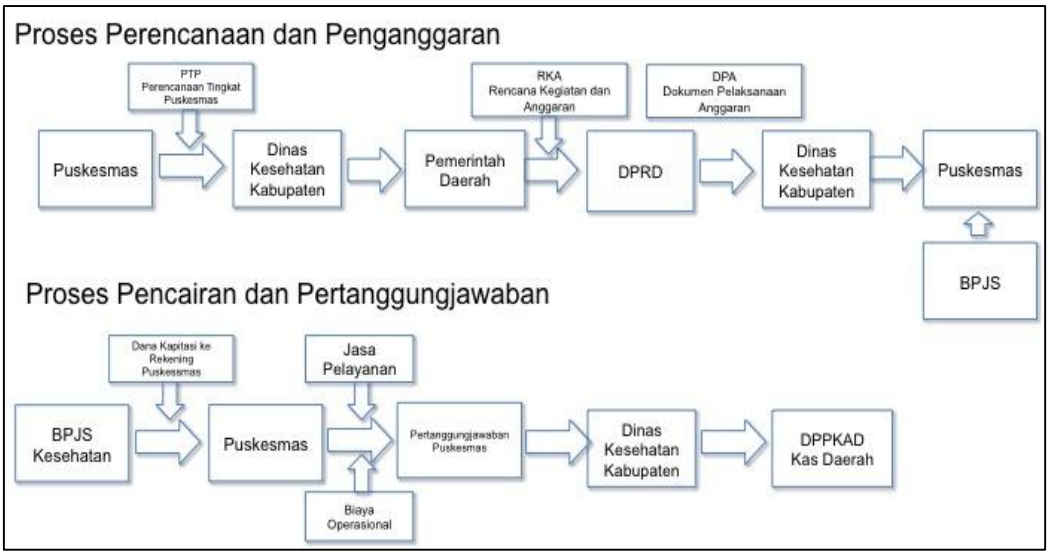


Sumber: Data Primer Penelitian 2015

Gambar 12. Penilaian Puskesmas (n=192) terhadap kebijakan pengelolaan kapitasi

Sebagian besar Puskesmas di daerah studi cenderung menjadikan SK Bupati sebagai landasan utama dalam pengelolaan dana kapitasi, termasuk Permendagri 900/2280/SJ tentang juknis kapitasi pada FKTP milik Pemerintah dan Permendagri 61/2007 tentang BLUD. Selama belum ada peraturan daerah atau SK Bupati, adanya Perpres 32/ 2014, Permenkes 59/ 2014, dan Permenkes 19/ 2014 tidak dapat secara langsung diterapkan Puskesmas karena Puskesmas masih merasa takut menyalahi aturan dalam pengelolaan dana kapitasi.

Gambaran proses perencanaan, penganggaran, pencairan, dan pertanggungjawaban berdasarkan hasil kajian disajikan pada gambar 13 samapi dengan gambar 16 sebagai berikut :



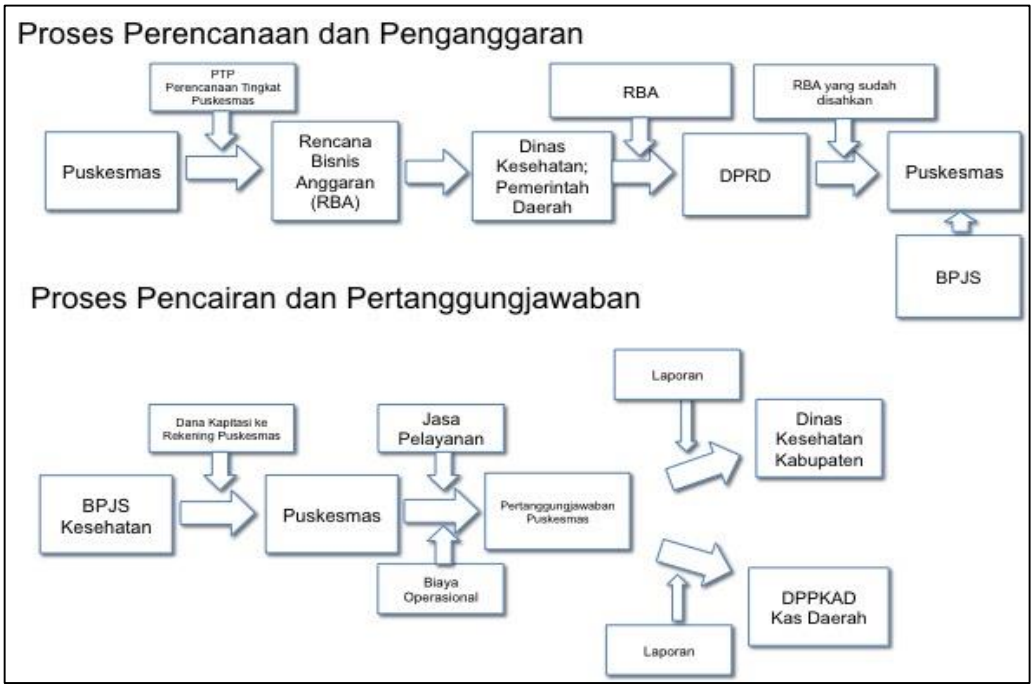
Sumber: Data diolah dari Data Primer Penelitian 2015

Gambar 13. Pengelolaan dana kapitasi oleh Puskesmas Non BLUD di daerah studi

Perencanaan dan penganggaran Puskesmas Non BLUD mengikuti mekanisme perencanaan dan penganggaran daerah. Sesuai Permendagri 21 Tahun 2011 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah, SKPD terkecil di daerah yaitu Dinas Kesehatan. Puskesmas merupakan salah satu unit pelaksana teknis daerah di bawah Dinas Kesehatan. Sehingga perencanaan dan penganggaran, mekanisme pencairan, mekanisme penggunaan, dan mekanisme pertanggungjawaban harus taat sesuai Permendagri dan aturan di daerah. Perencanaan dan penganggaran Puskesmas atau lebuh dikenal dengan dokumen Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) menjadi bagian dari Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) Kesehatan, dimana setelah disahkan oleh legislatif DPRD), maka RAK ini mejadi Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) Dinas Kesehatan. DPA merupakan dokumen yang digunakan sebagai pedoman untuk melaksanakan program dan kegiatan yang telah direncanakan, tidak terkecuali perencanaan Puskesmas.

Berbeda dengan Puskesmas yang sudah BLUD. Mekanisme perencanaan dan penganggaran di tingkat Puskesmas menghasilkan dokumen Rencana Bisnis Anggaran (RBA). RBA di susun secara bersama-sama melibatkan seluruh komponen di Puskesmas. Namun, penelitian ini tidak menjelaskan lebih rinci bagaiaman dan pedoman penyusunan RBA. Waktu penyusunan RBA ini sama dengan penyusunan perencanaan dan penganggaran di tingkat daerah. Bedanya adalah RBA langsung di sahkan oleh legislatif tanpa melalui RKA Dinas Kesehatan. Namun demikian,

puskesmas BLUD masih di bawah kewenangan SKPD Dinas Kesehatan, sehingga segala aktifitas di Puskesmas harus tunduk pada kebijakan Dinas Kesehatan. Mekanisme Perencanan dan Penganggaran sampai dengan pertanggungjawaban sebagai hasil wawancara dengan responden di Puskesmas di tunjukkankan pada gambar 14 berikut ini.



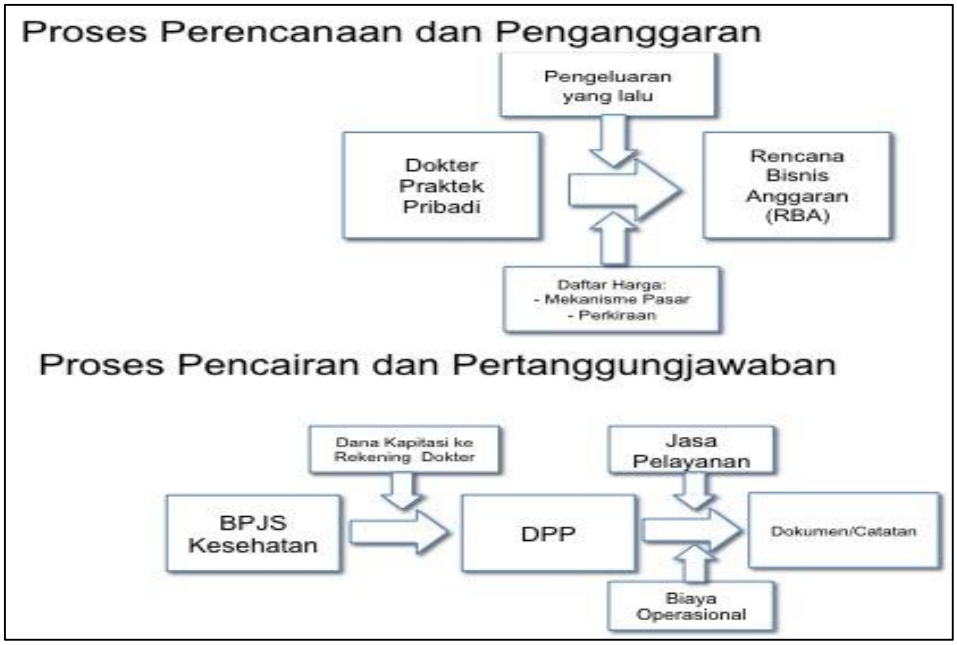
Sumber: Data diolah dari Data Primer Penelitian 2015

Gambar 14. Pengelolaan dana kapitasi oleh Puskesmas BLUD di daerah studi

Proses legitimasi RBA yang berbeda dengan RKA sebenarnya lebih memudahkan Puskesmas dalam merencanakan dan merealisasikan program dan kegiatannya. Namun, Puskesmas tetap merupakan UPTD Dinas Kesehatan. Proses pencairan di Puskesmas BLUD relatif lebih mudah dari pada Puskesmas Non BLUD. Hal ini dikarenakan, dana kapitasi yang berapa di rekening Puskesmas, dapat segera digunakan sesuai dengan RBA yang telah dibuat.

Pertanggungjawaban dana kapitasi langsung dapat dilakukan dan langsung memberikan ke Kas Daerah atau DPPKAD, Dinas Kesehatan hanya diberikan tembusan bahwa sudah melakukan pertanggungjawaban dana kapitasi, dimana tentunya dana kapitasi ini juga merupakan pendapat bagi Puskesmas BLUD.

Mekanisme dari Perencanaan dan Penganggaran sampai dengan pertanggungjawaban untuk DPP dan Klinik Pratama sangat berbeda dengan FKTP milik Pemerintah. Mekanisme tersebut ditunjukkan pada gambar 15 berikut.



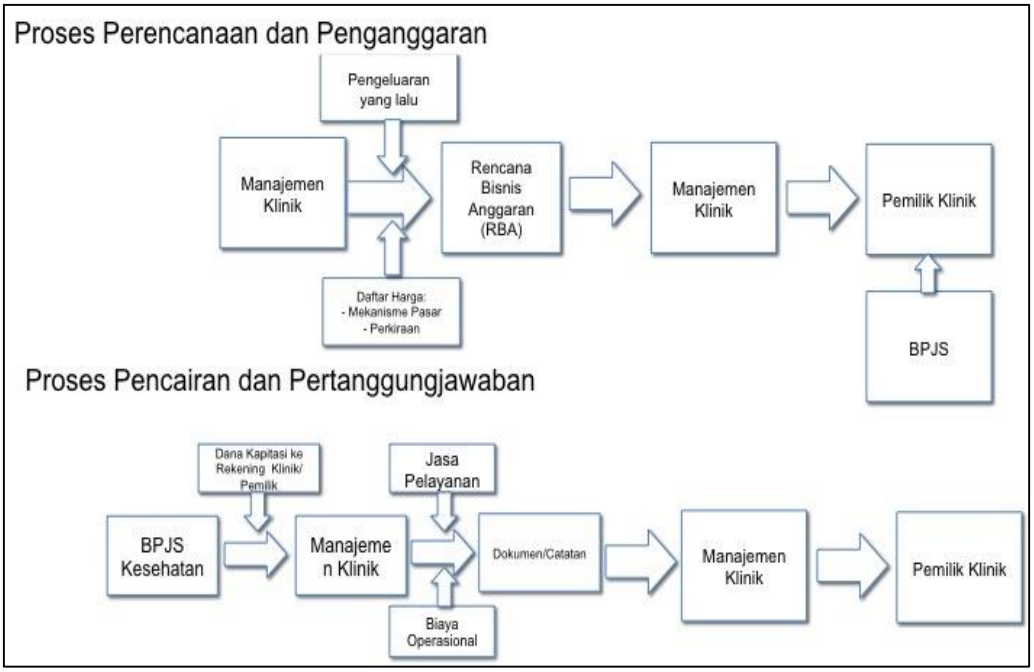
Sumber: Data diolah dari Data Primer Penelitian 2015

Gambar 15. Pengelolaan dana kapitasi oleh dokter praktek perorangan di daerah studi

Perencanaan dan penganggaran untuk DPP sangat sederhana. DPP tidak mempunyai kewajiban atau target khusus yang akan dicapai. Perencanaan dana kapitasi hanya berdasrkan jumlah peserta, pengeluaran sebelumnya, perkiraan pasar, perkiraan jumlah peserta. Perencanaan pengeluaran pun hanya sederhana dengan item yang tidak terlalu banyak. Hal ini terjadi karena DPP tidak melakukan program-program lain selain pelayanan pengobatan dan promotif preventi perseorangan. Pertanggungjawaban juga sederhana, bahkan pendapatan dan pengeluaran banyak dijumpai tidak tercatat dan terdokumentasi dengan baik.

Klinik Pratama mempunyai perbedaan dengan DPP. Meskipun status sama yaitu swasta, Klinik Pramata dapat berbentuk kerjasama beberapa dokter yang mempunyai manajemen sendiri. Klinik dapat dikelola secara profesional oleh manajemen dan terpisah dari pemilik. Namun, beberapa manajemen klinik juga merupakan pemilik. Perencanaan dan penganggaran di klinik masih berdasar pengeluaran tahun sebelumnya, perkiraan kepesertaan, dan daftar belanja tahun

sebelumnya. Pertanggungjawaban manajemen klinik hanya sebatas laporan pengeluaran, atau klinik yang sudah bagus memiliki software tertentu. Gambar 16 berikut merupakan gambaran proses perencanaan dan penganggaran sampai dengan pertanggungjawaban.



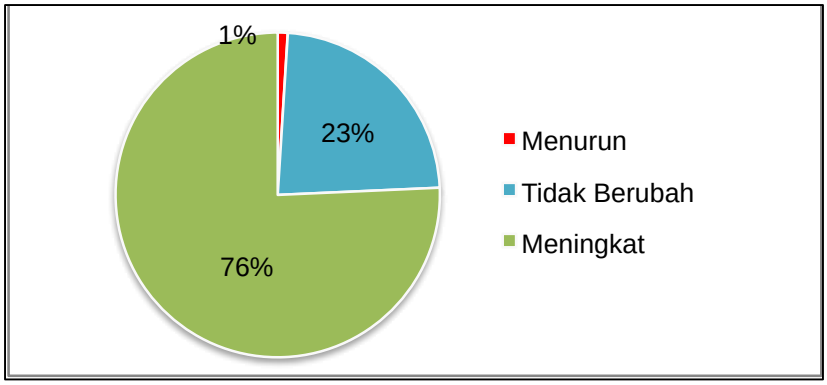
Sumber: Data diolah dari Data Primer Penelitian 2015

Gambar 16. Pengelolaan dana kapitasi oleh klinik pratama di daerah studi

Sehingga dapat kita simpulkan bahwa tata cara penganggaran dokter praktek perorangan dan klinik pratama sangat mandiri sesuai kebijakan masing-masing pimpinan klinik. Berbeda hal dengan Puskesmas BLUD yang mengkategorikan semua penerimaan dana Puskesmas sebagai pendapatan yang harus diuraikan menjadi belanja pegawai, barang dan jasa sesuai dengan rencana belanja anggaran institusi BLUD. Dana kapitasi yang diterima oleh Puskesmas Non BLUD juga masih terkompilasi dalam rencana kerja anggaran (RKA) SKPD untuk penggunaan belanja langsung dan tidak langsung. RKA-SKPD Puskesmas Non BLUD menjadi satu kesatuan dalam RKA-SKPD Dinas Kesehatan. Untuk proses realisasi anggarannya, Puskesmas melakukan proses birokrasi melalui dinas kesehatan dan kas daerah. Meskipun dana kapitasi sudah ada di rekening Puskesmas.

3. Persepsi fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP)

Memasuki tahun kedua penyelenggaraan program JKN, kendala dalam penyelenggaraan JKN bukan hanya dialami oleh BPJS Kesehatan tetapi juga penyedia pelayanan kesehatan (*provider*) sebagai pemberi pelayanan kesehatan. Adanya perubahan dalam mekanisme pembiayaan melalui kapitasi di fasilitas kesehatan tingkat pertama juga membawa perubahan terhadap kinerja pelayanan. Adapun penilaian dari responden terhadap kinerja pelayanan ditunjukkan pada gambar 17 sebagai berikut.



Sumber: Data Primer Penelitian 2015

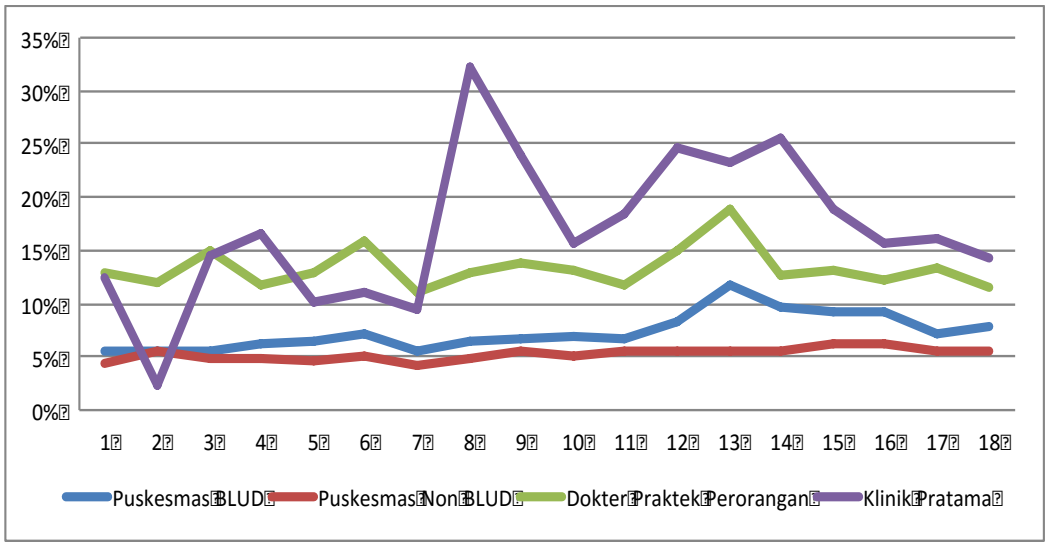
Gambar 17. Penilaian FKTP (n=384) terhadap kinerja pelayanan

Seiring dengan peningkatan total kapitasi yang diterima oleh FKTP, sebagian besar responden menilai bahwa kinerja pelayanan meningkat setelah adanya dana kapitasi. Beberapa indikator kinerja yang dapat dilihat adalah tingkat utilisasi dan rujukan yang akan dibuktikan dengan data sekunder.

C. Pemanfaatan Dana Kapitasi

1. Timeline pencairan dana kapitasi

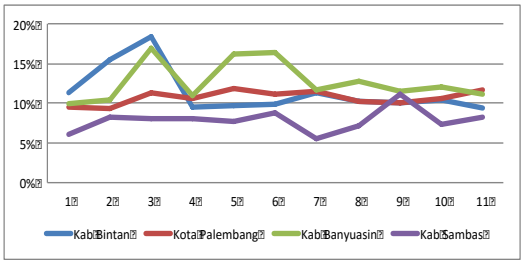
Seperti yang diketahui bersama, peruntukan dana kapitasi adalah dipergunakan untuk pelayanan kesehatan peserta program JKN. Sebelum membahas lebih lanjut mengenai pemanfaatan dana kapitasi, melalui kajian ini juga memberikan gambaran tingkat utilisasi pelayanan kesehatan yang disajikan pada gambar 18 berikut ini.

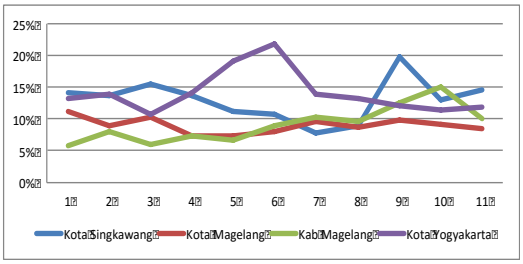


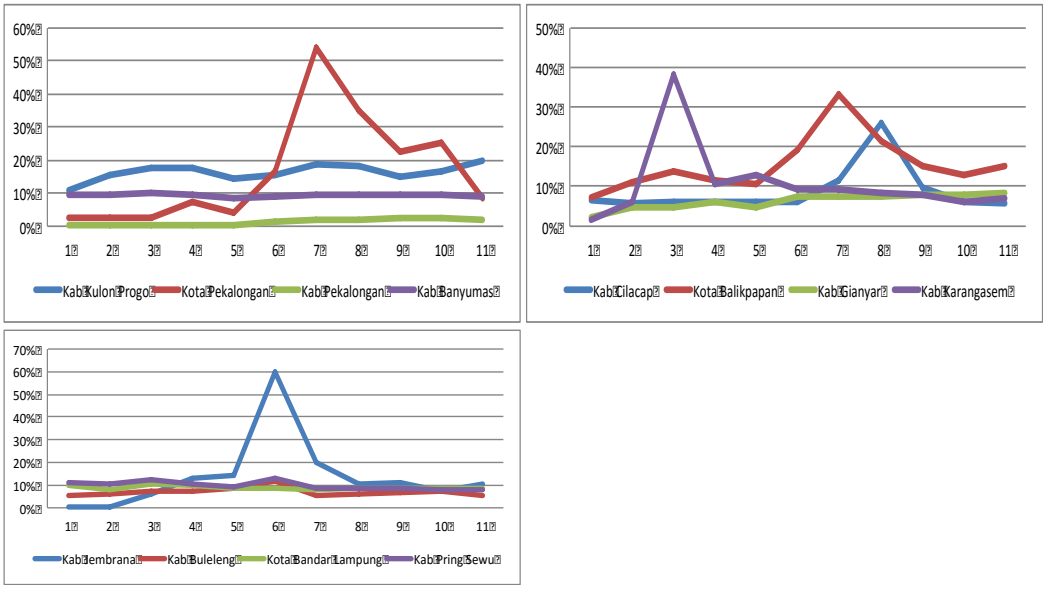
Sumber: Diolah dari Data Sekunder Penelitian 2015

Gambar 18. Trend rasio utilisasi di FKTP (n=384), Jan 2014 – Juni 2015trend utilisasi dan paling tinggi di faskes

Setiap FKTP cenderung mengalami kenaikan rasio utilisasi, terutama di klinik pratama dan dokter praktek perorangan. Walaupun jumlah peserta JKN di klinik pratama dan dokter praktek perorangan tidak sebanyak peserta JKN di Puskesmas, namun kedua fasilitas kesehatan tersebut memiliki rasio utilisasi yang tinggi. Rata-rata rasio utilisasi untuk klinik pratama sekitar 16,9% dan dokter praktek perorangan sekitar 13,3%. Tingginya utilisasi ini dimungkinkan menjadi salah satu penyebab kapitasi aktual di klinik pratama dan dokter praktek perorangan lebih rendah daripada biaya kapitasi aktual di Puskesmas. Adapun gambaran perkembangan rasio utilisasi peserta JKN di setiap daerah studi ditunjukkan pada gambar 19 sebagai berikut.



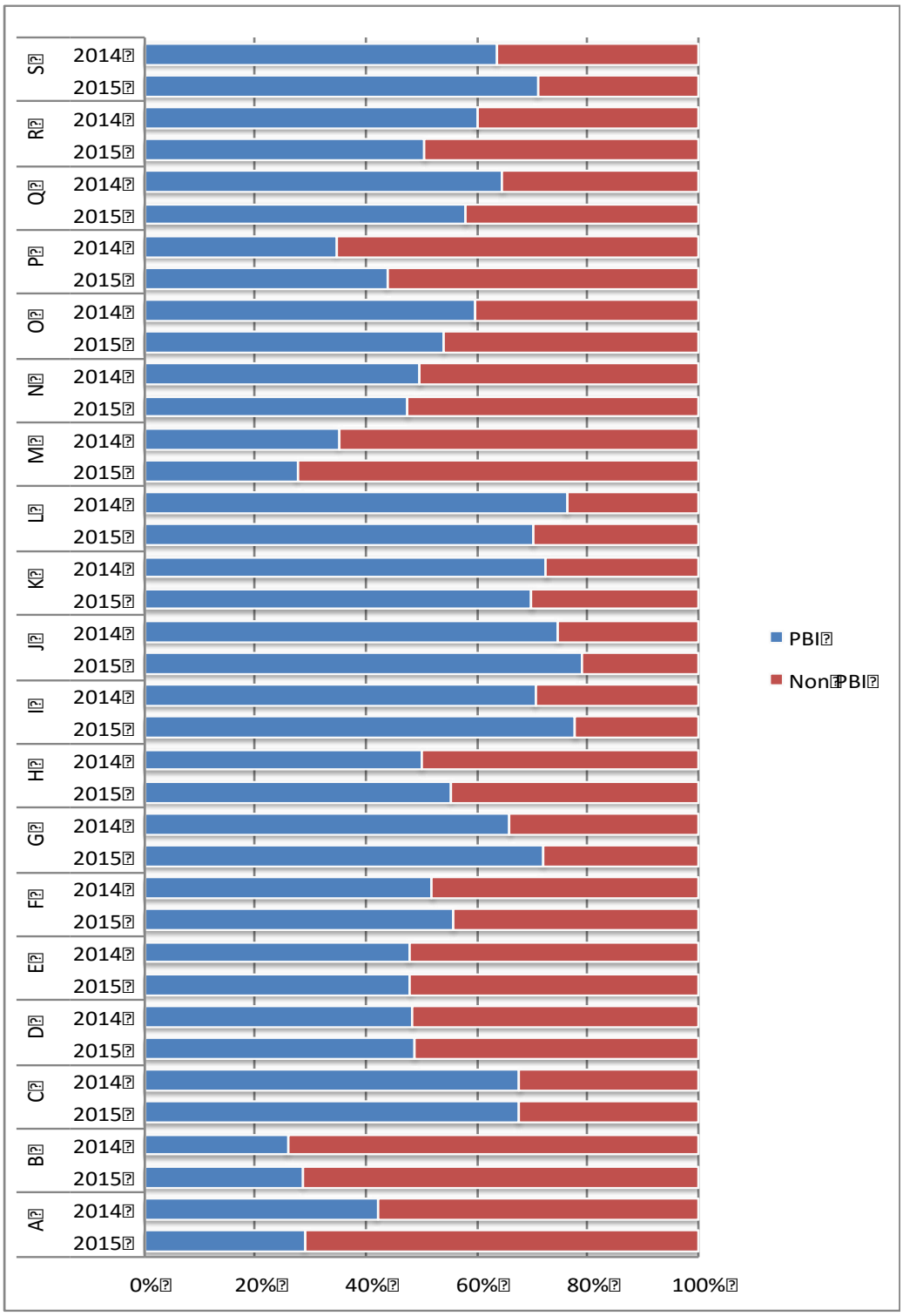




Sumber: Diolah dari Data Sekunder Penelitian 2015

Gambar 19. Trend rasio utilisasi di FKTP (n=384) tiap kab/ kota, Jan 2014 – Juni 2015

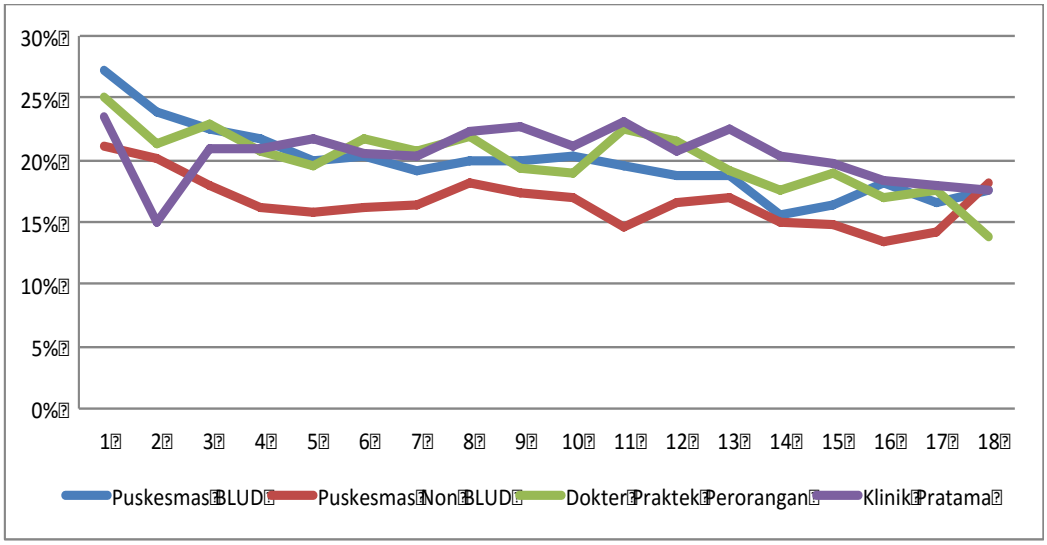
Peningkatan rasio utilisasi di fasilitas kesehatan tingkat pertama terjadi di semua daerah studi, terutama Kabupaten Kulon Progo dan Kota Pekalongan. Kenaikan jumlah peserta JKN di kab/ kota ternyata diikuti dengan kenaikan rasio utilisasi. Walaupun peserta PBI mendominasi kepesertaan JKN di fasilitas kesehatan tingkat pertama, namun gambar berikutnya menunjukkan bahwa pemanfatan pelayanan kesehatan sebagian besar dilakukan oleh peserta Non PBI. Bahkan kecenderungan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Non PBI mengalami kenaikan dari tahun 2014 – 2015. Dana kapitasi diperuntukkan baik untuk peserta PBI dan Non PBI, sehingga menjadi sangat penting untuk memperbaiki akses peserta JKN untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, terutama peserta PBI. Adapun proporsi pemanfaatan pelayanan kesehatan berdasarkan jenis kepesertaan di kab/ kota digambarkan pada gambar 20 berikut ini.



Sumber: Diiolah dari Data Sekunder Penelitian 2015

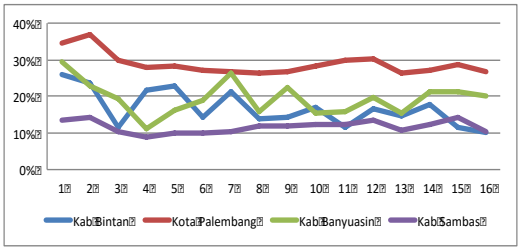
Gambar 20. Proporsi pemanfaatan layanan berdasarkan jenis kepesertaan

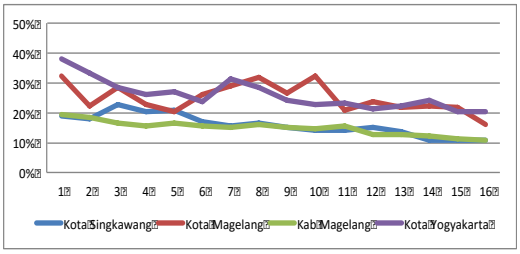
Pembahasan sebelumnya menunjukkan bahwa fasilitas kesehatan tingkat pertama yang menjadi responden menyatakan bahwa adanya peningkatan kinerja pelayanan setelah ada dana kapitasi. Peningkatan kinerja juga diuktikan dengan adanya pola rujukan yang menurun yang digambarkan pada gambar 21 berikut.

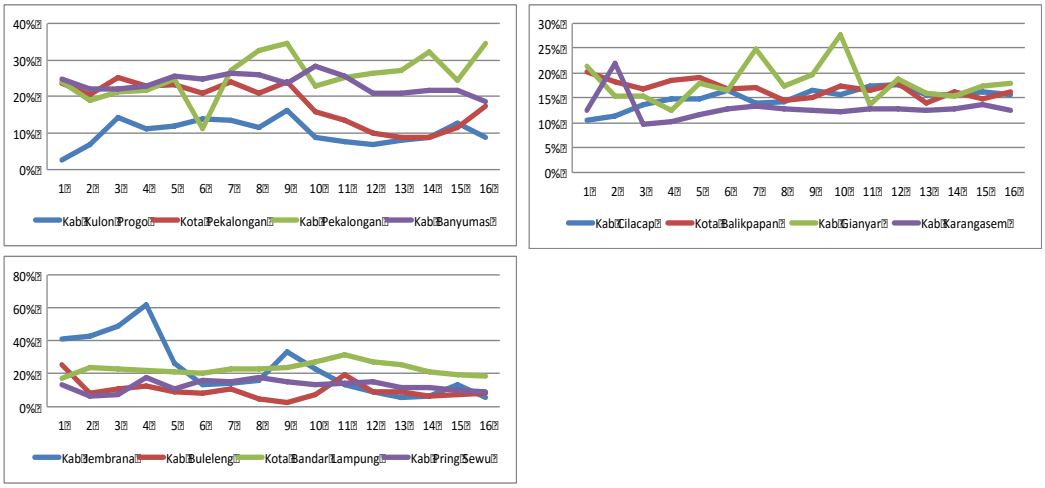


Gambar 21. Trend rasio rujukan di FKTP (n=384), Feb 2014 – Mei 2015

Setiap fasilitas kesehatan tingkat pertama di daerah studi cenderung mengalami penurunan rasio rujukan. Walaupun demikian, rerata rasio rujukan cenderung di atas 15%, bahkan mencapai 20% di klinik pratama dan dokter praktek perorangan. Menjadi cukup wajar jika tingginya rasio utilisasi di kedua fasilitas kesehatan tersebut menjadi penyebab utama masih tingginya rasio rujukan, namun yang juga menjadi perhatian apakah kecenderungan ini terjadi di semua daerah studi dan *beneficieris* mana yang lebih banyak dirujuk. Adapun rasio utilisasi peserta JKN di setiap daerah studi ditunjukkan gambar 22 berikut ini.



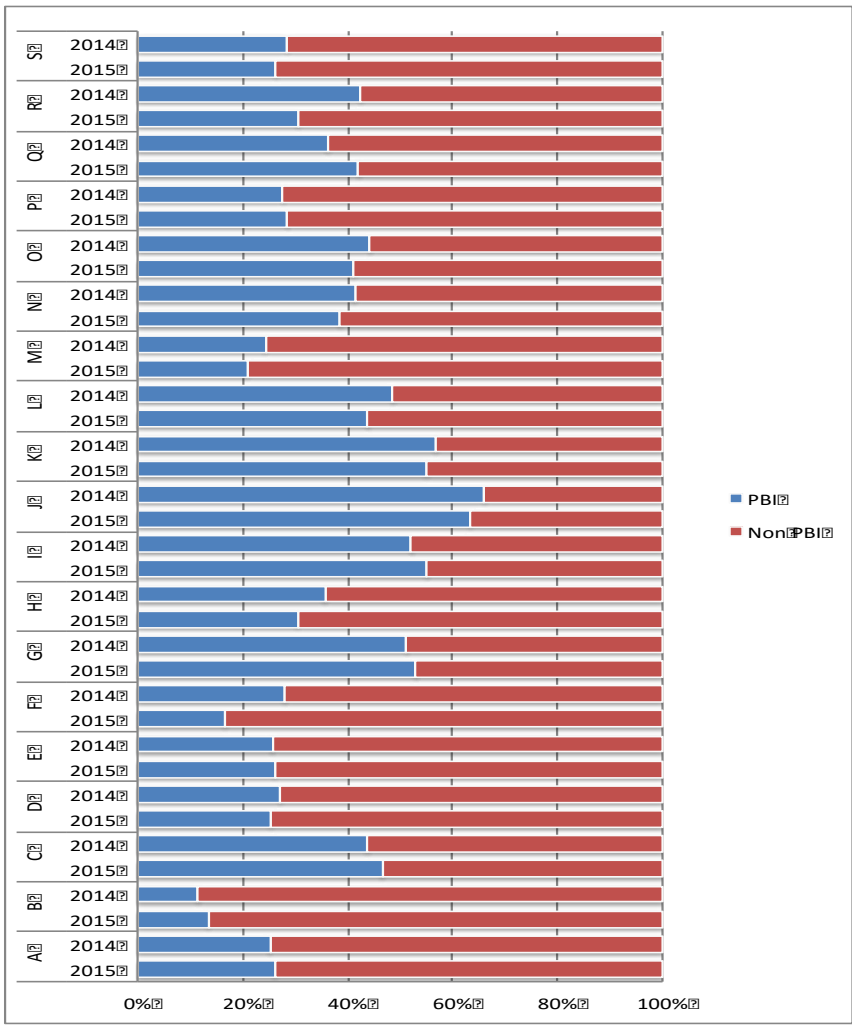




Sumber: Diolah dari Data Sekundr Penelitian 2015

Gambar 22. Trend rasio rujukan di FKTP (n=384) tiap kab/ kota, Feb 2014-Mei 2015

Penurunan rasio rujukan ternyata tidak terjadi di semua daerah studi karena ada kab/ kota yang rasio rujukan justru meningkat, terutama Kabupaten Pekalongan. Sebagian besar kasus rujukan memang banyak terjadi di klinik pratama dan dokter praktek perorangan. Untuk menelusuri penerima manfaat, gambar 23 menunjukkan rujukan berdasarkan jenis kepesertaan.



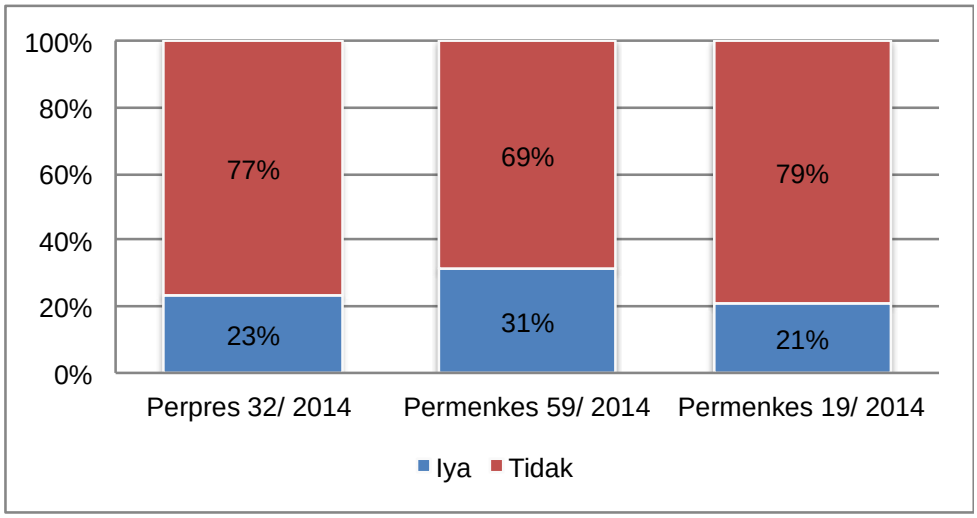
Sumber: Diolah dari Data Sekunder Penelitian 2015

Gambar 23. Proporsi rujukan dari FKTP berdasarkan jenis kepesertaan

Bukan hanya utilisasi, namun kasus rujukan juga masih didominasi oleh peserta Non PBI. Apakah murni terkait permasalahan akses atau ada kaitannya dengan *moral hazard* dari peserta tidak dikaji lebih lanjut dalam kajian kali ini. Walaupun demikian, pemanfaatan dana kapitasi menjadi bagian penting dalam monitroig dan evaluasi pelaksanaa JKN untuk lebih memastikan bahwa akses pelayanan kesehatan dapat merata diperoleh oleh masyarakat. Sejauh mana fasilitas kesehatan tingkat pertama memanfaatkan kapitasi akan dibahas selanjutnya di sub bab berikutnya.

2. Pola pemanfaatan dana kapitasi

Bukan hanya pengelolaan, fasilitas kesehatan tingkat pertama di daerah studi juga memiliki pedoman dalam memanfaatkan dana kapitasi. Adapun gambar 24 menunjukkan penilaian Puskesmas yang menjadi responden terhadap kebijakan pemanfaatan dana kapitasi sebagai berikut.

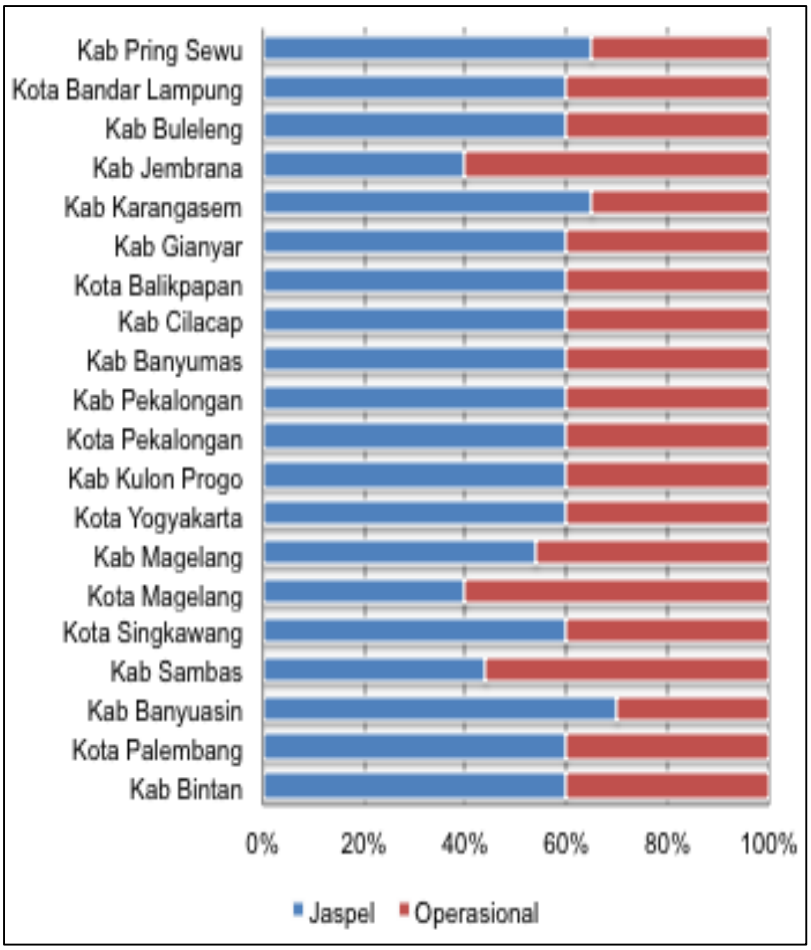


Sumber: Diolah dari Data Primer Penelitian 2015

Gambar 24. Penilaian Puskesmas (n=192) terhadap kebijakan pemanfaatan kapitasi

Sebagian besar Puskesmas di daerah studi cenderung menjadikan SK Bupati sebagai landasan utama dalam pemanfaatan dana kapitasi. Berbeda halnya dengan klinik pratama dan dokter praktek perorangan yang tergantung pada kebijakan masing-masing pimpinan. Peraturan daerah atau SK Bupati ini juga yang digunakan oleh Puskesmas dalam mengalokasikan jasa pelayanan dan dukungan biaya operasional dari dana kapitasi yang diterima setiap bulan.

Pemanfaatan dana kapitasi JKN yang diatur Permenkes Nomor 19 Tahun 2014 menyatakan bahwa alokasi untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya 60% dari penerimaan dana kapitasi. Hasil kajian menunjukkan bahwa sebagian besar kab/ kota di daerah studi menerapkan kebijakan alokasi tersebut. Walaupun demikian, ada beberapa kab/ kota yang masih mengalokasikan jasa pelayanan kurang dari 60% dari penerimaan dana kapitasi. Adapun proporsi jasa pelayanan dan biaya operasional di Puskesmas di daerah studi ditunjukkan dengan gambar 25 sebagai berikut



Sumber: Diolah dari Data Sekunder Penelitian 2015

Gambar 25. Proporsi jasa pelayanan dan operasional di Puskesmas (n=192)

Pada dasarnya, alokasi pemanfaatan dana kapitasi ditetapkan setiap tahun dengan Keputusan Kepala Daerah atas usulan Kepala SKPD Dinas Kesehatan kabupaten/ kota dengan berbagai pertimbangan. Pada akhirnya, peraturan daerah atau SK Bupati yang seringkali menjadi dasar kabupaten Jembrana, kabupaten Magelang, kota Magelang, dan kabupaten Sambas untuk fleksibel dalam menerapkan kebijakan terkait pemanfaatan dana kapitasi di Puskesmas.

> *"Kita menggunakan Peraturan Bupati No.44 Tahun 2013 jadi kita tidak menggunakan Permenkes. Kemudian biaya operasional digunakan untuk belanja pegawai, belanja pagu dan jasa serta belanja modal" (Puskesmas BLUD)*

"Kalau untuk persentase dana kapitasi untuk jasa oprasional dan jasa pelayanan, saya tidak tau karena saya tidak masuk dalam tim. Tidak begitu tau. Cuman terima jaspel. Hehhe. Setau saya untuk jaspel biasanya 60% dari dana kapitasi yang dikirimkan puskesmas" (Puskesmas Non BLUD)

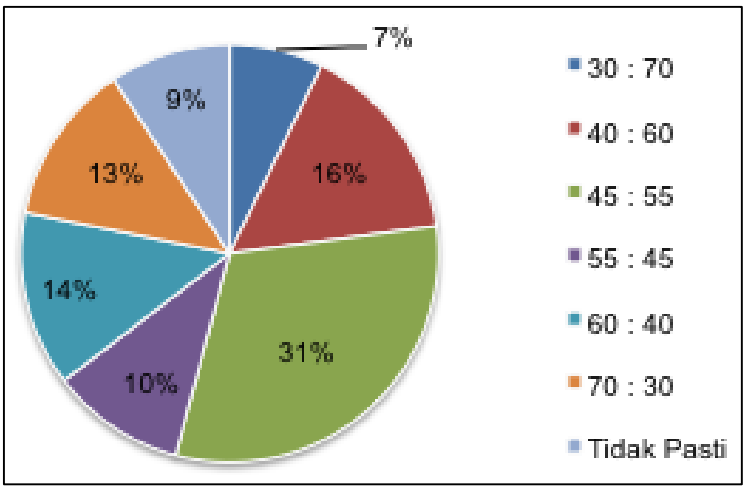
"Di sini, 60% sesuai dengan pergub untuk operasional, 40 untuk jaspel. Untuk pengelolaan kita samakan dengan pemerintah daerah" (Dinas Kesehatan).

Berbeda halnya dengan alokasi pemanfaatan dana kapitasi JKN di dokter praktek perorangan dan klinik pratama yang pemanfaatannya sangat tergantung pada kebijakan pemilik atau pimpinannya.

"... pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi DPP beda mba dengan puskesmas yang aturannya sudah jelas karena melibatkan bayak orang, kalo dokter keluarga ya hanya saya sendiri hanya jaspel ,obat, tenaga administrasi ...tidak ada pembagian yang jelas" (Dokter Praktek Perorangan)

"Untuk persentase jaspel dan operasional, kita, artinya ini, ee.. itu diatur oleh pimpinan sendiri, kalau misalnya karyawan atau petugas kita banyak, tentu masing-masing, pimpinan DPP yang menentukan, sesuai mungkin dengan tugas dan tanggung jawabnya" (Dokter Praktek Perorangan)

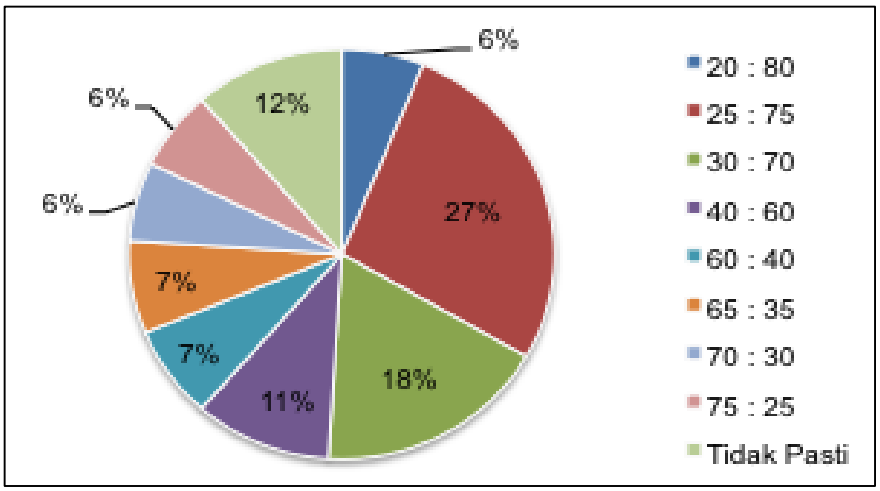
Adapun proporsi jasa pelayanan dan dukungan biaya operasional yang diterapkan klinik pratama digambarkan pada gambar 26 sebagai berikut.



Sumber: Diolah dari Data Sekunder Penelitian 2015

Gambar 26. Proporsi jasa pelayanan dan operasional di Klinik Pratama (n=96)

Alokasi pemanfaatan dana kapitasi yang paling banyak diterapkan oleh klinik pratama yang menjadi responden pada kajian ini yaitu sekitar 45% untuk jasa pelayanan, sedangkan 55% - nya untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Hanya 7% klinik pratama yang menjadi responden yang menerapkan perbandingan jasa pelayanan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan sebesar 30% : 70%. Proporsi yang diterapkan oleh klinik pratama dalam memanfaatkan dana kapitasi memang sangat bervariasi, namun akan lebih variatif lagi di dokter praktek perorangan. Adapun proporsi jasa pelayanan dan dukungan biaya operasional di dokter praktek perorangan ditunjukkan pada gambar 27 sebagai berikut.



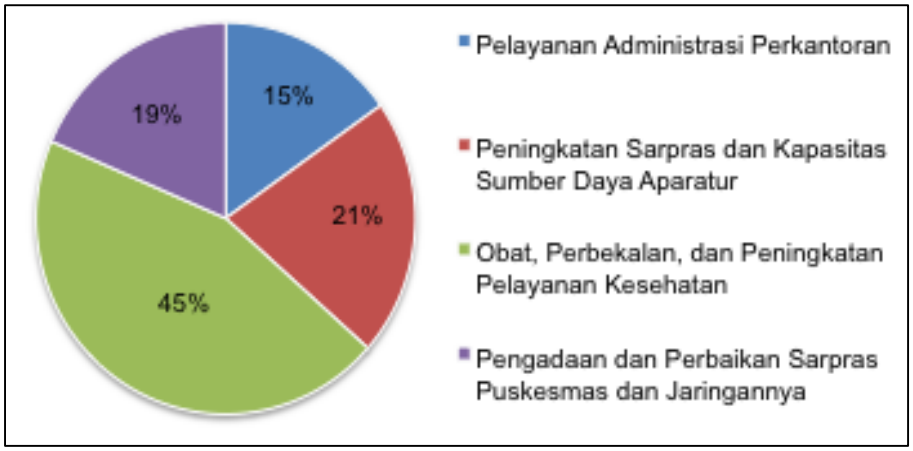
Sumber: Diolah dari Data Sekunder Penelitian 2015

Gambar 27. Proporsi jasa pelayanan dan operasional di dokter praktek (n=96)

Apabila dibandingkan dengan Puskesmas dan klinik pratama, dana kapitasi yang dialokasikan dokter praktek perorangan untuk jasa pelayanan cenderung paling rendah. Pada umumnya, dokter praktek perorangan hanya mengalokasikan sekitar 25% dari dana kapitasi untuk jasa pelayanan kesehatan karena sekitar 75% - nya seringkali habis terpakai untuk membiayai operasional pelayanan kesehatan bagi peserta JKN. Alokasi untuk jasa pelayanan tersebut pun pada umumnya dapat diketahui setelah adanya dana sisa dari kapitasi yang terpakai untuk pemberian pelayanan kesehatan setiap

bulannya. Berbeda halnya dengan Puskesmas dan klinik pratama yang pada umumnya telah mengalokasikan pemanfaatan kapitasi tersebut di awal bulan.

Selain mengidentifikasi perbandingan pemanfaatan dana kapitasi untuk jasa pelayanan dan biaya operasional, kajian ini juga menelusuri lebih lanjut mengenai pemanfaatan dana kapitasi JKN untuk dukungan biaya operasional di Puskesmas berdasarkan program dan peruntukannya. Gambar 28 menunjukkan pemanfaatan dukungan biaya operasional berdasarkan program di Puskesmas.

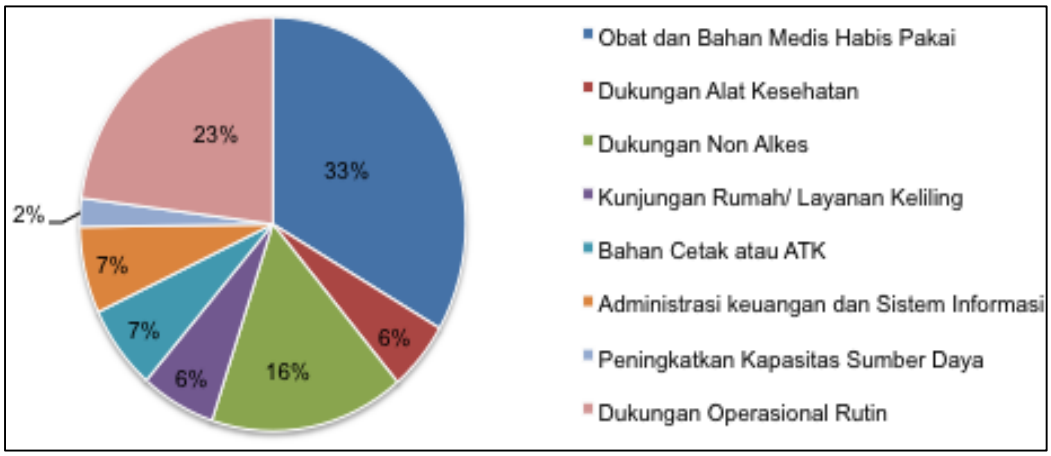


Sumber: Diolah dari Data Sekunder Penelitian 2015

Gambar 28. Pemanfaatan dana kapitasi untuk dukungan biaya operasional di Puskesmas (n=192) berdasarkan program

Puskesmas paling banyak menggunakan dukungan biaya operasional untuk program obat, perbekalan, dan peningkatan pelayanan kesehatan, disusul dengan peningkatan sarana prasarana dan kapasitas SDM. Tingginya alokasi pemanfaatan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan untuk belanja selain obat dan perbekalan kesehatan juga perlu menjadi perhatian. Seperti yang diketahui bahwa *unit cost* jasa pelayanan dan obat menjadi komponen utama dalam perhitungan besaran kapitasi, sehingga jika dukungan biaya operasional yang dipergunakan untuk obat kurang memadai maka bukan tidak mungkin akan berdampak pada *stock out* obat yang pada akhirnya mengganggu pemberian pelayanan kesehatan.

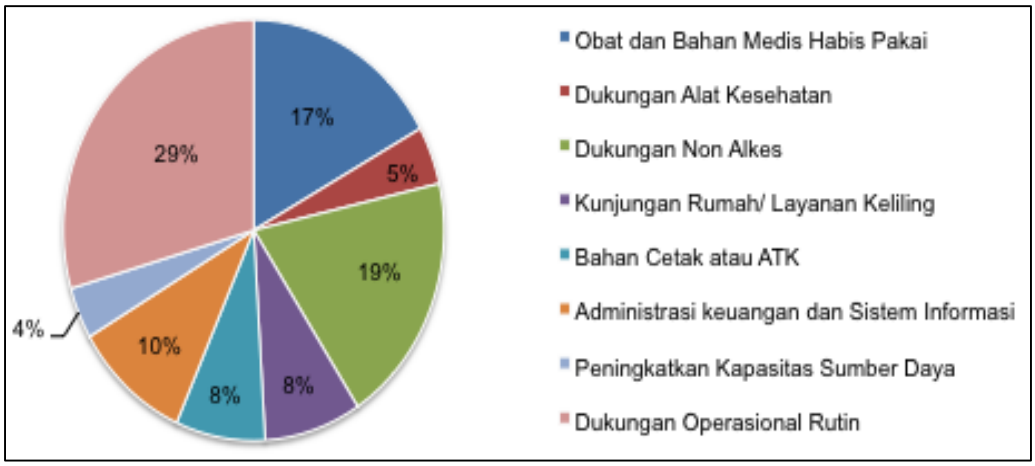
Di lain sisi, ketentuan dalam memproporsikan dukungan biaya operasional juga belum terlihat jelas dalam beberapa peraturan JKN saat ini. Adapun hasil kajian yang juga menunjukkan pemanfaatan dana kapitasi untuk dukungan biaya operasional di Puskesmas berdasaran peruntukan yang diatur dalam Permenkes Nomor 19 Tahun 2014 tentang penggunaan dana kapitasi JKN untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah digambarkan pada gambar 29 berikut.



Gambar 29. Pemanfaatan dana kapitasi untuk dukungan biaya operasional di Puskesmas (n=192)

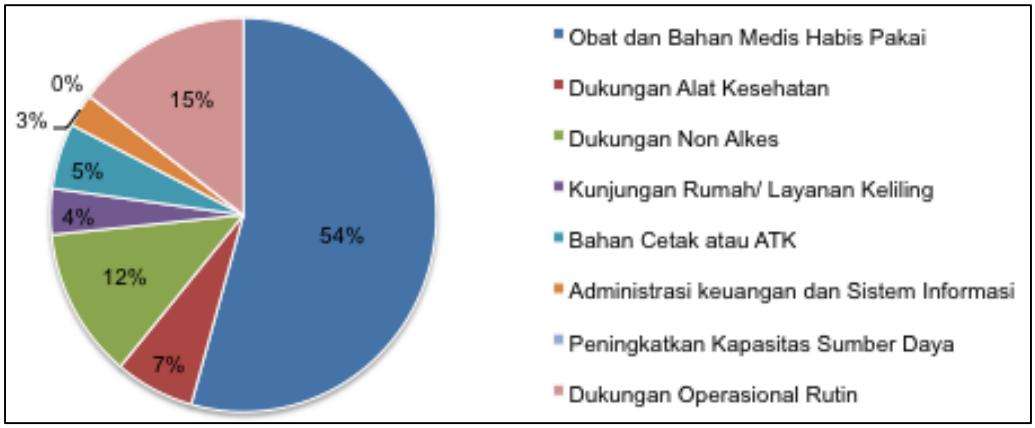
Sekitar 33% dukungan biaya operasional dialokasikan oleh Puskesmas untuk belanja obat dan bahan medis habis pakai, disusul dengan dukungan operasional rutin lainnya yang sangat bervariasi antar kabupaten/ kota. Apabila melihat gambar sebelumnya, tingginya alokasi untuk program peningkatan sarana prasarana dan kapasitas SDM bisa jadi didominasi oleh peningkatan sarana prasarana berupa dukungan non alkes, karena gambar 7 menunjukkan hanya sekitar 2% dan 6% dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan yang diperuntukkan untuk peningkatan kapasitas sumber daya dan dukungan alat kesehatan.

Bukan hanya dalam pengelolaan dana kapitasi, tetapi pola pemanfaatan dukungan biaya operasional antara Puskesmas BLUD dan Puskesmas Non BLUD juga cukup berbeda. Pola pemanfaatan dukungan biaya operasional pada Puskesmas BLUD ditunjukkan pada gambar 30 dan untuk Puskesmas Non BLUD ditunjukkan pada gambar 31 berikut.



Sumber: Diolah dari Data Sekunder Penelitian 2015

Gambar 30. Pemanfaatan dana kapitasi untuk dukungan biaya operasional di Puskesmas BLUD (n=96)



Sumber: Diolah dari Data Sekunder Penelitian 2015

Gambar 31. Pemanfaatan dana kapitasi untuk dukungan biaya operasional di Puskesmas Non BLUD (n=96)

Dukungan non alkes, sistem informasi, dan operasional rutin Puskesmas BLUD cenderung dialokasikan lebih tinggi daripada Puskesmas Non BLUD. Hal tersebut dikarenakan dengan statusnya BLUD maka pada umumnya dukungan operasional dari pemerintah daerah untuk Puskesmas BLUD tidak lagi sebanyak yang diterima oleh Puskesmas Non BLUD. Selain memberikan keluwesan dalam pemanfaatan dana, status BLUD juga memberikan konsekuensi kemandirian dalam mengelola pendapatan yang diterima.

Pemanfaatan dana kapitasi di Puskesmas bergantung pada peraturan yang telah ditetapkan. Jika dibandingkan antara Puskesmas BLUD dan Non BLUD, maka Puskesmas BLUD memiliki keluwesan dalam penggunaan anggaran dana kapitasi.

> "Kalau dari UKM, APBD itu kan sudah terpatok di mekanisme anggaran yang baku, tapi yang kalau BLUD itu, bahwa uang itu sudah di stok diawal tahun, artinya pemanfaatan uang itu fleksibel untuk pemanfaatan apa saja" (Puskesmas Non BLUD)

Puskesmas BLUD memiliki keluwesan dengan pemanfatan anggaran, sebab anggaran diterima di awal tahun sehingga memudahkan bagi Puskesmas untuk memenuhi berbagai perencanaan. Sementara terdapat contoh di Kulon Progo dimana meskipun Puskesmas dengan status non BLUD, Puskesmas terbut juga dapat menerima dua kali transfer dana dalam sebulan. Di satu sisi, meskipun BLUD memiliki fleksibiltas yang lebih baik dalam memanfaatkan anggaran, namun di sisi lainnya masih terdapat beberapa ketetapan yang terlihat masih kaku yang dapat menghambat Puskesmas untuk memenuhi kebutuhan.

> *"Termasuk sarana prasarana, kita harus melayani secara prima. Padahal BLUD belum bisa dalam pembelian tanah, tahun lalu kita punya surplus cukup beli tanah, tapi kan aturannya nggak boleh" (Puskesmas BLUD)*

Dengan berbagai aturan yang dikeluarkan pemerintah, ternyata menimbulkan kebingungan di kalangan pelaksana atau petugas kesehatan di Puskesmas. Kebingan ini terjadi karena setiap aturan tidak memiliki rincian dalam tahap pelaksanaannya.

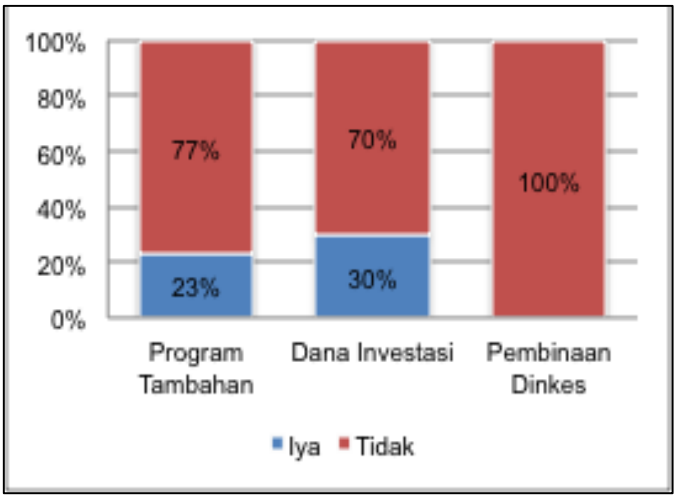
> "*Sinkronisasi antara aturan kemenkes dengan BPJS. Aturan Kemenkes itu tidak sinkron, ada fornas, ada PMK No.5, ada PMK no.9 tentang obat dan segala macam itu nda sinkron. Peraturan ditingkatkan, kemudian pengejawantahan peraturan itu di tingkat dewan. Jangan disuruh puskemas, dinas kesehatan Cuma membaca peraturan. Kami ini inginkan baca tapi tak bisa terjemah. Persepsinya beda. Karena tadi detailnya tidak punya." (Puskesmas BLUD)*

> *"Karena kami dari dinas punya program, mereka (puskesmas) adalah penyelenggara. Disatu sisi, program kita harus jalan, dilain sisi BPJS menetapkan aturan yang bertentangan, jadi terkadang banyak kasus penolakan"(Dinas Kesehatan)*

Pertaturan yang diterapkan sering mengalami tumpang tindih. Keadaan ini berpotensi untuk menghambat kegiatan atau program-program yang telah disusun oleh Puskesmas karena bisa saja tdak didukung oleh pendanaan dari BPJS Kesehatan. Sinergitas antar lembaga yang menaungi layanan kesehatan perlu menjadi fokus perhatian untuk mendukung program Puskesmas.

3. Persepsi fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP)

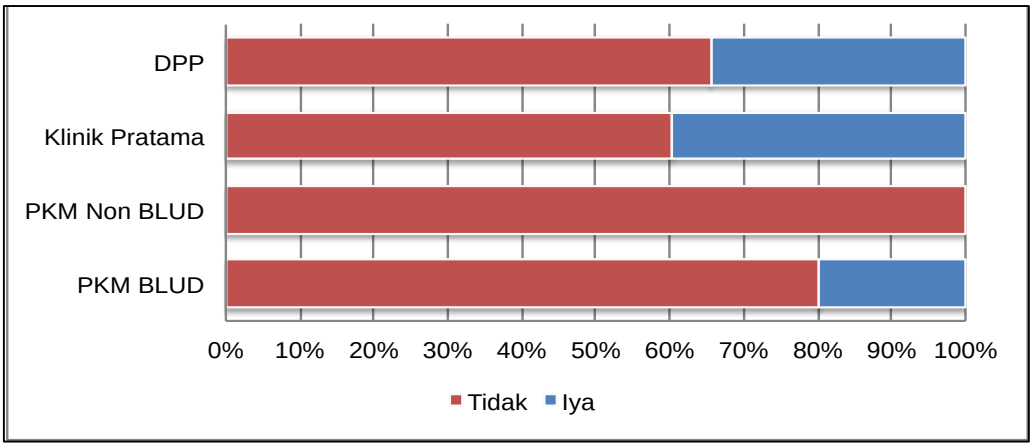
Setelah mengkaji beberapa dokumen anggaran untuk mengidentifikasi pola pemanfaatan dana kapitasi, persepsi fasilitas kesehatan tingkat pertama yang menjadi responden ditunjukkan pada gambar 32 sebagai berikut.



Sumber: Diolah dari Dana Primer Penelitian 2015

Gambar 32. Penilaian FKTP (n=384) terhadap pemanfaatan dana kapitasi

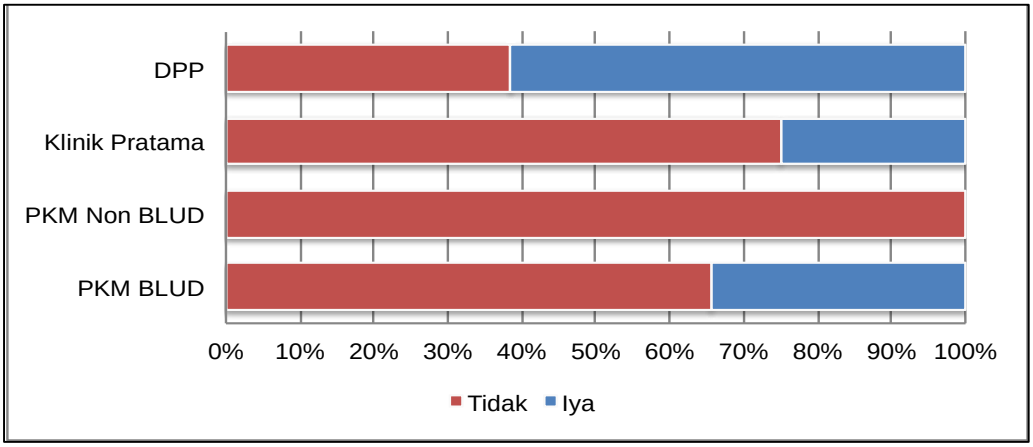
Sebagian besar responden menyatakan bahwa ada dana kapitasi yang dipergunakan untuk program tambahan dan dana investasi, kecuali pembinaan Dinas Kesehatan. Dana investasi yang dimaksud di sini melakukan perbaikan sarana dan prasarana untuk menunjang pelayanan di fasilitas kesehatan. Walaupun program pengelolaan penyakit kronis (prolanis) telah dibiayai secara khusus oleh BPJS Kesehatan, namun responden memberikan keterangan bahwa ada proporsi dari dana kapitasi yang juga digunakan oleh fasilitas kesehatan dalam mendukung kegiatan prolanis tersebut. Untuk mengetahui fasilitas kesehatan apa saja yang menggunakan dana kapitasi untuk mendukung kegiatan tambahan ditunjukkan pada gambar 33 sebagai berikut.



Sumber: Diolah dari Data Primer Penelitian 2015

Gambar 33. Penilaian FKTP (n=384) terhadap pemanfaatan dana kapitasi untuk program tambahan

Klinik pratama dan dokter praktek perorangan cenderung lebih sering menggunakan dana kapitasi untuk mendukung kegiatan prolanis dibandingkan dengan Puskesmas, bahkan tidak ada Puskesmas Non BLUD di daerah studi yang menggunakan dana kapitasi untuk program tambahan tersebut. Hal ini mungkin dikarenakan dukungan biaya khusus dari BPJS Kesehatan sudah dinilai cukup bagi Puskesmas Non BLUD dalam melaksanakan kegiatan prolanis. Selain itu, persepsi pemanfaatan dana kapitasi untuk perbaikan sarana dan prasarana ditunjukkan pada gambar 34 sebagai berikut.

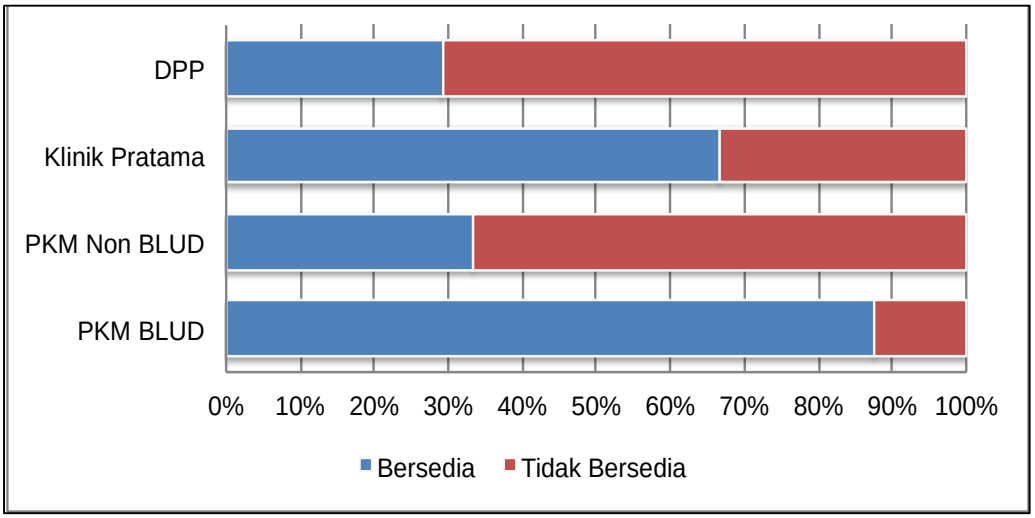


Sumber: Diolah dari Data Sekunder Penelitian 2015

Gambar 34. Penilaian FKTP (n=384) terhadap pemanfaatan dana kapitasi untuk peningkatan sarana dan prasarana

Dokter praktek perorangan cenderung lebih sering menggunakan dana kapitasi untuk perbaikan sarana dan prasarana dibandingkan dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang lain. Hal ini tidak dapat dipungkiri bahwa dana kapitasi menjadi sumber utama penerimaan dokter praktek dalam pemberian pelayanan kesehatan, sehingga perbaikan sarana dan prasarana menjadi salah satu fokus utama untuk perbaikan kualitas pelayanan dibandingkan sekedar mengalokasikan proporsi jasa pelayanan yang lebih tinggi. Puskesmas BLUD juga cenderung lebih sering menggunakan dana kapitasi untuk perbaikan sarana dan prasarana dibandingkan dengan Puskesmas Non BLUD karena kemandirian pembiayaan menjadi konsekuensi tersendiri bagi status BLUD tersebut.

Adanya wacana kebijakan pelayanan 24 jam bagi fasilitas kesehatan mitra JKN menimbulkan respon yang berbeda-beda antar fasilitas kesehatan di daerah studi. Persepsi ini ditunjukkan pada gambar 35 sebagai berikut.



Sumber: Diolah dari Data Primer Penelitian 2015

Gambar 35. Penilaian FKTP (n=384) terhadap kebijakan pelayanan 24 jam

Sebagian besar Puskesmas BLUD dan Klinik Pratama cenderung lebih bersedia memberikan pelayanan 24 jam karena beberapa diantaranya sudah melaksanakan pelayanan 24 jam. Salah satu dokter praktek perorangan memprediksi bahwa jika layanan 24 jam diberlakukan untuk DPP, maka akan banyak keluhan dari DPP. Meskipun demikian, DPP memberikan isyarat bahwa

layanan 24 jam tetap dapat dilaksanakan oleh DPP jika BPJS Kesehatan dapat menyesuaikan dengan pengalokasian anggaran yang dibutuhkan.

> *"Kasihan..DPPnya (jika 24 jam). Harus ada dokter pengganti minimal dan biaya operasionalnya, kasihan dokternya sengsara, hahaa.. Dokternya bukannya sehat, malah stress, sakit-sakitan, menderita..." (Dokter Praktek Perorangan)*

Walaupun demikian, sependapat dengan Puskesmas Non BLUD dan dokter praktek perorangan bahwa adanya kebijakan pelayanan 24 jam perlu diikuti dengan perbaikan kuantitas dan kapasitas SDM kesehatan dan fasilitas kesehatan, setidaknya minimal memiliki lebih dari 5.000 - 10.000 peserta dengan minimal kapitasi POPB sebesar Rp 10.000. Adanya dukungan peraturan daerah atau SK Bupati juga dinilai sangat penting bagi fasilitas kesehatan dalam melaksanakan kebijakan pelayanan 24 jam tersebut.

Bab 5. Kesimpulan dan Rekomendasi

A. Kesimpulan

1. Alokasi dana kapitasi
   a. Sebagian besar FKTP mengalami kenaikan total penerimaan dana kapitasi seiring dengan peningkatan jumlah peserta, terutama Klinik Pratama dan Dokter Praktek Perorangan.
   b. Dengan banyaknya jumlah peserta dan maksimalnya kapitasi POPB, Puskesmas BLUD mendapatkan total penerimaan kapitasi lebih tinggi dibandingkan dengan Puskesmas Non BLUD, Klinik Pratama dan Dokter Praktek Perorangan
   c. Walaupun telah mengetahui dasar penentuan besaran dana kapitasi, sebagian besar FKTP masih menilai bahwa dana kapitasi masih tidak cukup membiayai pelayanan kesehatan bagi peserta JKN
   d. Rerata biaya aktual dari penerimaan dana kapitasi yang lebih rendah dari biaya pasien per kunjungan dialami oleh beberapa FKTP

2. Pengelolaan dana kapitasi
   a. Sebagian besar Puskesmas menggunakan SK Bupati/ Perda sebagai landasan utama pengelolaan dana kapitasi, berbeda halnya dengan Klinik Pratama dan Dokter Praktek Perorangan yang lebih leluasa dalam mengelola dana kapitasi
   b. Proses perencanaan, penganggaran, pencairan, dan pertanggungjawaban dana kapitasi di Puskesmas lebih kompleks jika dibandingkan dengan Klinik Pratama dan Dokter Praktek Perorangan
   c. Dana kapitasi paling lambat masuk ke rekening FKTP tanggal 15 tiap bulannya, sementara Puskesmas dapat menggunakan dana kapitasi setelah mendapatkan balasan dari surat pencairan dana

d. Sebagai pembayar, BPJS Kesehatan belum banyak terlibat dalam perencanaan, penganggaran, dan pertanggungjawaban dana kapitasi

3. Pemanfaatan dana kapitasi
   a. Sebagian besar Puskesmas menggunakan SK Bupati/ Perda sebagai landasan utama pemanfaatan dana kapitasi, berbeda halnya dengan Klinik Pratama dan Dokter Praktek Perorangan yang lebih leluasa dalam memanfaatkan dana kapitasi
   b. Pemanfaatan dana kapitasi untuk proporsi jasa pelayanan di FKTP dari yang paling tinggi yaitu : Puskesmas, Klinik Pratama, dan Dokter Praktek Perorangan
   c. Dana kapitasi disinyalir bukan sedekar lebih banyak digunakan oleh peserta Non PBI melainkan juga pasien umum, terlebih sebagian besar dukungan biaya operasional digunakan untuk belanja modal dan peruntukan selain obat
   d. Beberapa FKTP memanfaatkan dana kapitasi untuk menyelenggarakan progam tambahan dan investasi

B. Rekomendasi

Dana kapitasi saat ini dirasakan sangat membantu FKTP di daerah dan mendorong FKTP untuk melakukan pelayanan yang efisien, efektif dan berkualitas. Hasil penelitian ini merekomendasikan:

1. FKTP Pemerintah Daerah:
   a. Peningkatan kepesertaan dan tingginya utilisasi, diibutuhkan peninjauan jumlah minimum dan maksimum peserta per jenis FKTP dan/atau kapitasi POPB yang mempertimbangkan beban kerja, kualitas pelayanan, dan kesiapan *supply side*. Perhitungan yang dimaksud untuk memperkuat pemanfaatan dan pengelolaan dana kapitasi yang lebih efisien, efektif, dan menghasilkan mutu pelayanan kesehatan sesuai indikator standar yang telah ditetapkan.

b. Berkaitan dengan kompleksnya mekanisme keuangan di daerah, dibutuhkan adanya pedoman yang mengatur mekanisme perencanaan, penganggaran, pencairan, dan pertanggungjawaban yang memudahkan FKTP dalam mengelola dan memanfaatkan dana kapitasi yang melibatkan pemerintah daerah untuk menjadi suatu Peraturan Daerah. Hal ini terkait dengan kebijakan-kebijakan di daerah terkait pengelolaan keuangan daerah, yang mana Puskesmas merupakan salah satu unit kerja di bawah kewenangan Pemerintah Daerah

c. Mengingat dana kapitasi diperuntukkan bagi peserta JKN, dibutuhkan adanya pedoman yang lebih jelas yang mengatur pemanfaatan dana kapitasi, terutama terkait dukungan biaya operasional yang mempertimbangkan nomenklatur anggaran di daerah. Perlu diketahui Puskesmas juga mengelola dana-dana operasional selain dana kapitasi.

d. Dalam mengoptimalkan sistem monitoring dan evaluasi dana kapitasi, bukan hanya perlu didukung dengan sinergitas aplikasi p-care dengan sistem informasi yang telah tersedia di FKTP, melainkan juga adanya laporan akuntabillitas dana kapitasi baik untuk bendahara daerah (DPPKAD) dan BPJS Kesehatan.

e. Tata cara implementasi regulasi baru - program JKN sebaiknya mempertimbangkan alur dan tatakala perencanaan dan penganggaran di daerah.

2. FKTP Swasta

a. Peningkatan kepesertaan dan tingginya utilisasi, dibutuhkan peninjauan jumlah minimum dan maksimum peserta per jenis FKTP dan/atau kapitasi POPB yang mempertimbangkan beban kerja, kualitas pelayanan, dan kesiapan *supply side*.

b. FKTP Swasta memerlukan model sosialisasi dan pelatihan tentang pemanfaatan dan pengelolaan dana kapitasi. Hal ini terkait dengan rekomendasi c.

c. Diperlukan pedoman pemanfaatan dan pengelolaan dana kapitasi untuk FKTP swasta dengan tujuan menghasilkan pelayanan yang efektif, efisien dan berkualitas.

d. Mengoptimalkan monitoring dan evaluasi dana kapitasi, dengan memanfaatkan sinergitas p-care dengan sistem informasi manajemen kesehatan yang wajib dimiliki oleh FKTP Swasta.

e. Tata cara implementasi regulasi/kebijakan baru terkait pendanaan program JKN sebaiknya mempertimbangkan waktu sosialisasi dan kondisi di lapangan sehingga tidak menimbulkan permasalahan pelaksaan program JKN.

Referensi

_____, 2004. Undang - Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Pemerintah RI, Jakarta.

_____,2004. Undang - Undang Nomor 15 Tahun 2004 Tentang Pemeriksaan, Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara, Pemerintah RI, Jakarta.

_____, 2011. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pemerintah RI, Jakarta.

_____,Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, Pemerintah RI, Jakarta.

_____,Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 Tentang Pengalokasian dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Milik Pemerintah dan Dukungan Biaya Operasional FKTP Milik Pemerintah Daerah, Pemerintah RI, Jakarta.

_____, 2005. Peraturan Pemerintah No 23 Tahun 2005 tentang Badan Layanan Umum, Pemerintah RI, Jakarta.

_____,2007. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, Pemerintah RI, Jakarta.

_____,2014. Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 900/2280/SJ. Tanggal 5 Mei 2014 Tentang Petunjuk Teknis Penganggaran, Pelaksanaan dan Penatausahaan, serta Pertanggungjawaban Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, Pemerintah RI, Jakarta.

_____,2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, Pemerintah RI, Jakarta.

_____,2014. Permenkes 19/2014 tentang penggunaan Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, Pemerintah RI, Jakarta.

Berwick, D.M., 1996. Payment by Capitation and the Quality of Care. N eng J Med, 335(16), pp.1227-1231. Available at: http://dx.doi.org/10.1056/nejm199610173351611

Glazier. R.H, Geltink, J.K, Kopp. A, Sibley. L.M. 2009, *Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation, CMAJ* and is available at www.cmaj.ca/cgi/content/full/180/11/E72/DC2